

えておりました。

平成十八年、小泉内閣当時、小さな政府、国家公務員定数削減といった方針に基づきまして、厚生労働省としては、ナショナルセンター合わせて五千六百名の定数を削減して大いに寄与するといふことが求められまして、特段の議論なくそれが承認されたこと、私は当時、現職の総長であります。だが、大変不満に思いました。

それは、ナショナルセンターというのは、日本人にとって、国民にとって大変重大な健康上の問題、例えばがんとか循環器あるいは精神・神経疾患、こういったさまざま疾患に対しても、国と一体となって研究を進め、日本じゅうの医療機関とネットワークを組み、医療の均てん化を進めていく、その面で大きな成果を上げてきたというふうに自負しておりますし、また、そのことを国民党は支持してくれたというふうに考えておりましたからです。

このよな中で、平成十八年の行革推進法、そして平成十九年の特別会計に関する法律によつて、国立高度専門医療センター特別会計は平成二十一年度末で廃止が決定されています。そういたしますと、国立ということだけが残つて、財政面であります。が、一般会計化されると大変なことになるということで、だとすると、一体、独法化するとしたら最善の独法は何かということを、その当時から大変一生懸命考へるようになります。ナショナルセンターを独法化しろといふ求めに對して、当時、そのような話が降つてわいたときに大変慌てましたが、六つのナショナルセンターの総長が集まつて、厚生労働省ともいろいろ打ち合せをしながら、どんなふうに対応していくかということを議論を続けてまいりました。私は、現在は名譽総長でありますけれども、この問題に關しては強い関心を抱いているということであります。

これが、從来からの流れということであります。それでは、独法化そのものについて考えてみま

すと、当然、メリットとデメリットがあるかといふうに思います。

独法化のメリットというのは、私は、一つは資金調達ルートが広がるということがあるのでないか。それは、財投の借り入れも可能でありますし、それからみずからも機関債を発行することができるとか、あるいは市中銀行からの借り入れもできるといったことがあるかと思います。

それから、組織の活性を維持していく上では優秀な人材を得るということが何よりも大事であるというふうに考えられます。が、その面からいつて、例えば、外国人研究者の優秀な人を採用してくるとか、國家公務員ですと禁じられている兼業の禁止が緩まるとか、あるいは給与の面でも、民間の〇・七掛けといったことで、やはりある程度の給与を保障しないと優秀な人材は確保できない。そういう面で、優秀な人材を確保するという面で自由度が高まつてくるのではないかということを考えられます。

それから、産業界からの寄附金を得るということが比較的の自由になるでしょうし、産業界との人事交流とかあるいは研究体制の強化ということが割合自由にできるようになるのではないか。そして何よりも、臨床研究とか高度医療への柔軟な迅速な対応ができるだろうというふうに考えられます。

こういった、資金調達ルートが広がると、優秀な人材を確保するとか、産業界との共同研究あるいは人事交流等がスムーズにいくといった点が、やはり独法化の非常に大きなメリットではないかと考えられます。

しかし一方、デメリットとして私どもが一番心配いたしましたのは、從来、ナショナルセンターの旗印であった國の医療政策と一体になつてといふ部分がもし保障されなくなつたら、つまり、國立でなくなつた場合に、そのことによる求心力のあるというふうに考えております。基礎研究とか臨床研究で大きな成果を上げて、国じゅうにその成果を均てん化するという上で、無謀な運営費交付金の削減を避ける、あるいは、彈力性を持つた運営費交付金の運用が必要であるというふうに考えております。

それから、研究開発型の独法というのは国家の基礎をつくる機関であるというふうに考えておりま

す。つまり、国の政策医療と一体になつて政策提言を行つて、それが、メソッドとデメソッドがあるかといふうに思います。

それで、例えば、国立大学機構では、毎年一%運営費交付金が削減されている。このために旧国立大学は大変苦労しておりますし、特にそれが抱えている病院の苦勞というのは、その管理者からいかにいろいろ話を聞いております。この轍を踏みたくないということがあります。

もう一つ、国立病院機構も、一%ずつ毎年運営費交付金が削減されているということで、これがやはり病院経営に相当大きな影響を与えていくことになります。つまづいて、このナショナルセンター、国立高度専門医療センターが求められる機能を果たす上では、むしろ増額も考慮されるべきでありますし、少なくとも対前年度同額の運営費交付金が必要であると私は考えています。これは、理想的な最善の独法を考える上で最も大事なポイントではないかというふうに考えられます。

つまり、これはナショナルセンターが独法化したときには国立高度専門医療センターと、研究という言葉が入るようになるかというふうに考えられます。が、こういう研究開発型の独法といふのは事業型の独法とは違うというふうに考えていいます。基礎研究とか臨床研究で大きな成果を上げて、国じゅうにその成果を均てん化するという上で、無謀な運営費交付金の削減を避ける、あるいは、彈力性を持つた運営費交付金の運用が必要であるというふうに考えております。

それから、研究開発型の独法というのは国家の基礎をつくる機関であるというふうに考えておりま

す。柔軟な手段の配慮をいただきたいといふうに考えます。

例えば、国立がんセンターが抱えておりますがん対策情報センターや、研究開発型の提供といつたオール・ジャパンを考えたり、いろいろな対策を進めておられますけれども、そういう活動に関しては、引き続き一般会計からの繰り入れを強く望みたいといふうに思います。

三番目に、国立がんセンター初め、どのナショナルセンターもかなり大きな借財をしょっております。この借金をそのまま丸々抱えたままで独法化いたしますと、その後の活動の大不足がせになるのではないかということを考えています。

国立がんセンターの場合は、毎年六十億近くの借金を支払っておりますが、これに関しても、やはり何らかの特別な配慮をしていただきたいというふうに考えます。

最後に、国立高度専門医療センターは、私は法人で進むべきであるといふうに考えております。そのように法律が出ておりますけれども、再度強調しておきたいのは、各ナショナルセンターごとに全然の機能とか目的がナショナルセンターごとに全然違つて、もしこれを一つの統合法人とした場合には、管理本部をつくったり、あるいは本部理事長とか理事事をつくるということになります。で、屋上屋を重ねるような事態を招くことになりまして、そのことは、人件費の面でも意思決定の迅速性の面でも大変不利な事態ではないかといふうに考えます。したがつて、ぜひとも、やはり六法人で進むのが妥当ではないかと私は考えております。

以上、從来からの流れ、国立でいくこと、これが独立行政法人になつたこと、が、だとすると、二番目は、独法化する場合には

ということで、やはり段階の配慮をいただきたいということと、過去の借財を何らか考慮していただきたいということ、そして、六つのナショナルセンターはそれぞれ独自に六つの独法として進むべきであるというふうに考えております。

以上、私の考えを述べさせていただきました。御清聴、どうもありがとうございます。（拍手）

○茂木委員長　ありがとうございました。

次に、大村参考人にお願いいたします。

○大村参考人　帝京大学の大村でございます。よろしくお願いします。

垣添参考人が独法化のメリット、デメリットを明確にお話いただきましたので、私は、ちょっと自由な立場から、違った角度からお話をさせていただきます。

ナショナルセンターの独法化ということに関しては、もちろん、そのメリット、デメリットは検討に値すると私は思っておりますが、皆さんよくお聞きのように医療が今現場では非常に大変なことになっている。医療崩壊という言葉がしばしば使われるわけですが、こういった困難な問題をまず明確にして、そして、これをどう解決すべきかというきちんとした目標を持つた上で、これの共通認識を持つた上で独法化の議論をしないと、机上の空論になるというような懸念を持っています。

本日は、ナショナルセンターの中でも特に国のかかわりが、役割が大きい必要があると考えられますのがんセンターを中心に私の意見を述べさせていただきます。

まず、国家としてのがんの対策というのは、垣添先生をはじめ多くの方々が努力をしているにもかかわらず、先進国の中では決して十分ではないといいうのが現状でございます。まず、人員が何といつても少ない。ほかの先進国の五分の一から十分の一であるということがございます。

私が皆さんにお配りいたしました資料の四ページを見ていたときと、その中段の左側に、アメリカのテキサス大学関連のM・D・アンダーソン

ンという有名ながんセンターがございますが、こ

のがんセンターと愛知県がんセンターの比較がし

てございます。本当はここへ国立がんセンターを

持ってきたかったんですが、垣添参考人が横にお

られますので、ちょっと遠慮いたしまして愛知県

がんセンターにいたしました。

両方とも病床数が、五百二十床、片や五百床と

ほぼ比較できる状態ですが、愛知県がんセンター

の医療従事者、スタッフの数は九百五十人前後で

ある。ところがM・D・アンダーソンは、病床数

は同じながら医療従事者数は一万六千人、年間七

万九千人のがんの患者さんの診療に当たってい

る。これほど大きな違いがあるわけです。実は国

立がんセンターも、愛知県がんセンターと余り大

きな違いはないわけでございます。こういった人

材が少ないという状況で、本当に日本のがん対策

ができるのかという疑問がございます。

また、大変残念なことに、大学病院にオンコロ

ジーという、欧米で見られるような腫瘍専門医を

もいるわけです。これは発展途上国並みの、医療

の需要に対する供給体制だということがあります。

また、大変残念なことに、大学病院にオンコロ

ジーという、欧米で見られるような腫瘍専門医を

もいるわけです。これは発展途上国並みの、医療

の需要に対する供給体制だということがあります。

また、大変残念なことに、大学病院にオンコロ

ジーという、欧米で見られるような腫瘍専門医を

もいるわけです。これは発展途上国並みの、医療

の需要に対する供給体制だということがあります。

また、大変残念なことに、大学病院にオンコロ

ジーという、欧米で見られるような腫瘍専門医を

もいるわけです。これは発展途上国並みの、医療

の需要に対する供給体制だということあります。

また、大

ざいます。

このように、非常に今のがん治療、がん診療は問題が山積みであるということをございます。そして、その問題をまず認識して、これをどこまで達成すべきか、あるいはどこまで達成可能なか、それにはどうしたらいいかというきちんとした青写真がない状態で独法化が先行する、公務員の削減とかそういうことがあるのでしょうかが、独法化が先行するということは、私の考えでは、まさに家が火事になつて一大事であるにもかかわらず、リフォームを検討しているというような印象を受けるわけでござります。

こういったことをきちんと認識した上で独法化のメリット、デメリットを検討していただきたいというふうに思います。これが私の意見でござります。

以上でござります。どうもありがとうございました。(拍手)

○吉野委員長代理　〔委員長退席、吉野委員長代理着席〕

○吉野委員長代理　ありがとうございます。

次に、和地参考人にお願ひいたします。

○和地参考人　日本医療機器産業連合会会長をしております、テルモの会長の和地でござります。

きょうは、このような発言の場を与えていただきまして、大変ありがたいというふうに思つております。

私の方からは、企業経営の立場から、医療機器産業から見たナショナルセンターへの期待という観点でお話をさせていただきたいと思います。

初めに、医療機器産業の現状についてちょっととお話しさせていただいた上で、それを踏まえてナショナルセンターへの期待を述べたいというふうに思います。お手元の資料をごらんいただきながらお聞きいただければと思います。

資料の1ページですけれども、これはもうよく御存じだと思いますが、世界の医療機器の市場規模をあらわしております、世界全体で二十兆円の市場規模がありますけれども、そのうち約半分を米国が占めております。日本は、約一割の二兆円

でございます。左側のグラフをごらんいただくとわかるとおり、米国、欧州、そしてアジアの市場規模が拡大しているのに対しまして、日本はほぼ横ばいの状態になつております。

御承知かと思いますが、GDPに占める総額の医療費の割合も、日本は約八%で、米国の一五%を初めとする先進国の中では最低でございます。ちよと前まではイギリスが最低だつたんですけども、ブレアがふやしたものですから、日本が最低ということです。

二ページ目の資料でございますけれども、これは、医療機器の日本の国内市場の状況をお示ししたもので、先ほど申し上げましたとおり、国内出荷額はほぼ横ばいの状態ですが、輸入比率は着実に増加しております、全体の約半分が輸入品となつております。

三ページをごらんいただければと思ひます。

医療機器は、大きく分けまして、CTとかMRなどの診断機器と、カテーテルとかあるいは人工臓器などの治療用の機器に分けられます。診断用の機器につきましては輸入比率は約三〇%でござりますけれども、治療用の機器は、何と六〇%が輸入品です。御承知のように、心臓のペースメーカーとか心臓の人工弁こういった埋め込み型の治療機器は一〇〇%が輸入というのが実情でございます。

このようない治療用の医療機器につきましては、現状では、医療機器メーカー単独では開発が難しい局面になつております。例えばベースメーカーを例にとりますと、LSIとか、あるいは電池とか、あるいはソフトウエアの技術など、さまざま必要な要素技術が必要となります。医療機器メーカー自前ですべてこれらを持つということは難しい面がありますので、基盤技術を持つ企業に協力をお願ひするわけですが、埋め込み型の医療機器については、直接命にかかるということで、大体の企業がヘジテートいたします。農耕民族のせいかわかりませんけれども、万が一のことを考えて協力を得られないというのが実態です。

ちなみに申し上げますが、日本ではすぐれた要素技術はたくさんございます。そのような意味で、国産品がない重要な医療機器については、オール・ジャパンの開発体制の構築を考える時期に来ていると私は思っております。

次に資料の四ページでござりますが、医療機器の医療に対する貢献が認識されるようになりますのは最近のことです。以前は、医療機器というと単なる医療の道具というふうにみなされておりましたが、最近では、医療機器の発展が医療の進歩に直結することが認識されるようになりました。

ここではカテーテル治療と内視鏡を使った手術を例に挙げますと、心臓疾患の治療の際に、以前は、ここにドクターがたくさんいらっしゃいます。が、開胸手術をしてバイパスを埋め込む手術が主流でした。これは現在でもすぐれた治療法でございますが、手術自体が患者さんに大きな負担をかけますし、長期の入院も必要です。

これに対してもPTCAという、医療用の細いチューブの先端に風船をつけたカテーテルを血管に通して、詰まっている心臓の血管の中に入れまして、風船を膨らませて、詰まつたり細くなったりした血管を広げる。あるいは、ステントという、言つてみれば土管のような医療機器を、広げた血管の中に置いて補強したりする治療方法。これが医療機器の進歩によつてできるようになります。これならば、体に大きな傷をつけることはありませんし、入院の期間も非常に短くなつております。結果的に医療費も少なく済んでおります。また、内視鏡を使った手術も、これは皆さんよく御存じのように、患者さんの負担や入院日数を大幅に軽減することができます。

しかしながら、まだまだ医療機器の特性につきましては十分御理解いただけていないというのが現状でございまして、きょう、こういう機会にお話しさせていただくのはそういう意味でござります。とかく医療機器を薬の延長で物を考えているということは、いろいろなシステムの中でも散見

されますが、資料の五ページに、医薬品と医療機器の違いをお示しいたしました。

医療機器と医薬品は、病気の診断とか治療に使われるという点では目的は同じでございますが、この表に示しているとおり、本質的に異なる点も多々ございます。

特に、医療機器は約三十万品目と言われております。それから、薬は約一万七千品目と言われておりますので、大変その辺が違います。また、使い方、操作方法によって、効果や安全性に大きな影響があるという点でも医薬品と異なります。繰り返し使う医療機器については保守点検が必要だという点も、全く薬と異なります。

さらに言いますと、医薬品の場合は薬学部という専門の教育課程がありますが、医療機器学部というのではなく、全く薬と異なります。

そして、医療機器の最大の特徴は、改善、改良が容易である。これは日本人が非常に得意とするところでございます。つまり、医療機器は使いながら進化させることができたということです。

資料の六ページでございますが、先ほど述べたとおり、医療機器は多種多様でございますが、その背景となる技術も、ここに挙げましたとおり、多様な要素技術の集合体であると言うことができます。すぐれた要素技術と物づくりの文化を持つた日本にふさわしい産業と言つてもいいかと私は思います。

最近になつてようやく医療機器に光が当たるようになつてまいりまして、骨太方針とか、あるいは革新的医薬品・医療機器創出に向けた五カ年戦略など、国家戦略のレベルで医療機器が取り上げられるようになりましたことに対しまして、ここでお礼を申し上げたいと思います。

また、日本発の革新的な医療機器の開発に向

て、医療技術産業戦略コンソーシアム、通称MESISという活動を六年ほど前から産官学連携のもとで進めてまいりまして、重点分野を七つの分野に絞り込んで、現在、第三期の活動を行っております。

それでは、医療機器の開発の課題は何かということですが、資料の七ページに日本の開発プロセスの違いをお示しました。日米を比較した場合に大きな相違点が二つあります。一つは、米国に比べて日本では、センター・オブ・エクセルンス、つまり症例の集中化が進んでいないということです。そして二つ目がベッドサイドの開発ということです。

具体的に申し上げますと、米国では、例えば小臓の手術を行う施設の集約化が進んでおりまして、一つの施設で年間数百症例から数千症例の手術が行われております。それだけドクター一やスタッフの専門性が深まり、それを支えるインフラも整備が進んでおります。また、そのようなインフラがあるので、臨床研究や治験が容易に実施できます。一方、日本では、日本全国どこの施設でも手術が行われておりますので、症例が分散してしまって、米国ほどの専門性の強化やあるいはインフラの整備が進みにくい環境にあります。

また、ベッドサイド開発すなわち、医師と開発者がイコールフルティングのパートナーとして、ベッドサイドで開発に取り組む環境が米国ではあります。日本では、いろいろ努力をされておりますが、まだドクターと開発者がイコールパートナーとして一緒に開発を進める環境はありません。このことによつて、開発のスピードに大きな差が生まれております。

このような環境整備が、米国での実用化推進の原動力の一つになつております。日本の医療機器開発における最大の課題は、実用化のためのインフラが不十分であることです。アイデアを生み出す段階、あるいは臨床研究や治験の段階、審査の段階などに壁があつて実用化に至つていません。これが見えないというのが実情でございます。

資料の八ページはその一例でございますが、クーリープランド・クリニックでは年間約二千五百件の臨床研究が実施されておりますし、コーンル大学では年間約千件の臨床研究が実施されております。これに對して、日本では主要な五十二の病院の平均が年間約五十件というデータもあります。米国では、このよくな膨大な数の臨床研究を行ふために、サポート体制や研究者へのインセンティブなどの環境が整っているからだというふうに思ひます。

資料の九ページでございますが、ナショナルセンターが独立法人化されることによって、経営的な意識が入ることになり、効率化が進むというふうに思います。また、活動の自由度が上がることによって、そこで働く人の意識の向上、モラールアップが期待できると思います。また、企業や病院同士の連携とか、あるいは人的交流が促進されることが期待されます。

医療機器産業の現状や米国との違いを踏まえまして、ナショナルセンターへの期待を具体的に五つほど申し上げたいと思います。

一つは、何といいましても、医療機器の実用化

の中心拠点として機能していただきたいとします。このためには、ナショナルセンターがセンター・オブ・エクセレンスとなつて、つまり、症例を集約することによって専門性の向上やインフラ整備を促進するとともに、実用化に向けた臨床研究や治験についても積極的に受け入れること、そして、企業等の開発者ともイコールフットティングのパートナーとして臨床の現場で開発を行える環境を整えていただきたいというふうに思います。

二つ目は、臨床上のアンメットニーズ、つまり、これまで気がつかなかつたようなニーズ、患者さんにとってメリットのあるニーズに基づいたアイデア創出を期待したいと思います。魅力あるテーマであれば、企業としても共同開発への参画や実用化に向けた投資が可能と考えております。

いうことを申しましたが、医療機器産業以外のすぐれた要素技術を持つ企業から、医療機器開発のための技術の集積を推進いただきたいと思います。それによって、ナショナルセンターと異業種を含めた企業の連携を深め、いわゆる医療クラスターとしての機能を果たせるものと考えております。

そして最後に五つ目ですけれども、医療機器を扱うトップレベルの医療機関として、医療機器に精通した専門人材を育成し、最も重要な人材のインフラ整備に尽力いただきたいということをございます。

さらに、現在検討が進められておりますいわゆるスーパー特区に指定されることによって、審査の迅速化などの適用対象となることで、よりスピーディーな医療機器の実用化推進を担っていただきたいと、いうふうに思います。

以上、医療機器産業の現状を踏まえまして、今後のナショナルセンターへの期待を述べさせていただきました。他の先進国に比較しまして規制が厳しい我が国のナショナルセンターが独立法人化されることによって、活動の自由度が拡大し、さらに高度な医療の提供が可能となるとともに、実用化推進の中心となる役割を担つていただきこと強く期待したいと思います。

○茂木委員長　ありがとうございました。（拍手）
〔吉野委員長代理退席、委員長着席〕

○岸田参考人 岸田といいます。
　國立成育医療センターで看護師として働いています。旧小児病院から勤務をして、看護師になつて三十三年目を迎えました。

　きょうは、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律案審査での参考人として意見を述べさせていただきます。よろしくお願ひ

い
し
ま
す。

国立成育医療センターは平成十四年三月一日に開設され、七年目を迎えて います。高度専門医療センターとして、病児二千五〇人ほどを重複して重苦さ

セシタリとして、病院と研究所が連携して運営されています。成育医療は、受精、胎児から始まつて新生児、小児、思春期という子供の枠を超えて、健康な胎児から大人への成長、発達を図る総合的かつ継続的な医療であり、その成育医療を実践する場として開院されました。

セントラルの概要や組織図は資料でお配りしております。

成育医療センターは、診療部が、総合診療部を初めとして、専門診療部である小児内科系の第一診療部、外科系の第二診療部、これらの診療部、特殊診療部、手術・集中治療部、年間四千五百例の手術を行っています、周産期診療部、分娩件数は千六百を超えており、放射線診療部に大きく分かれ、診療科はさらに細分化されて、内科、神経、呼吸器、循環器、アレルギー、眼科、

リハビリテーションなど二十三科で構成されて、チーム医療を担う体制がつくれております。具体的に言ひますと、不妊診療科や、慢性的の病

気を持つてゐる女性の妊娠前、妊娠中、産後のケ
アを行う母性内科、胎児診断に基づき、胎児の手
引、今後、ますます多くなることと予想され、

術を含めた治療を行っている胎児診療科、NICU、新生児診療、遺伝診療科、腎臓、肝臓等の移植免疫診療科、救急センターや緊急搬送チームの

ある二十四時間体制の救急診療、小児腫瘍科等、高い専門性と総合的な医療が、看護師を初め専門職を含めたチームとして医療が実践されていま

す。まさに、安心して子供を産み育てるための医療と、我が国だけでなく世界でトップレベルの医療を目指して実践しています。

病を日持ちして歩き回れないでいること、政策医療として、また、どこの地域に住んでいても標準的な医療が受けられるように、モデル医

療も実施しています。難病の子供たちを長期間にわたって見守る、全国の小児医療機関等と機能的連携を図る、小児救急医療体制における中核的な

病院のあり方を示しています。病院は二十四時間、

三百六十五日、成育医療を必要とする患者さんたちのために開かれています。

さらに、この医療を担う小児科、産科医、こ

ろの診療医、専門医、指導医、医師を初め看護師、助産師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師などの人材の育成も行っています。加えて、情報の集積、発信の役割も担っています。

今、少子化が叫ばれている中で、こうした国立成育医療センターが国民医療に果たすべき役割はますます重要となつており、国が果たすべき責任も大きくなっています。本来は国が運営することが必要だと考えます。

成育医療を実践する現場で、チームとしてかかわる看護師の喜びとかやりがいは、患者さんの笑顔であり、また家族からの感謝の言葉、子供たちの成長発達していく場面にかかわることです。看護師として技術や知識の向上のために努力することはもちろんすれども、患者さんや家族に多くのことを教えられ、看護師も成長していくことができていると思います。

患者さんや家族によい笑顔で接するためには、私たち看護師が、心も体も健康であることが大切だと思います。また働き続けていくことが、その経験を積み重ね、専門性を高め、よい指導者になっていく道だと思います。これは個人のレベルだけでなく、チームあるいは看護部、病院全体のレベルを上げることにつながっていくと考えます。ほかの職種にも通じることかもしれません。

こういう点から考えますと、働き続けていくための環境づくりとしての現場の勤務体制は決して十分なものではなく、なかなか改善が進みません。当センターにはいまだに、一人夜勤病棟が三個あります。勤務前の情報収集時間や勤務後の残業を含めると、一日の半分病棟に拘束されいる状態が慢性的化しています。夜間、手術後の患者さんの受け入れや緊急入院の受け入れは常にあります。夜間、もし患者さんの急変で緊急処置があつた場合、一人の看護師がつきっきりになります。残りの、重症、要注意の患者さんを含めて約三十

数名の患者さんをもう一人の看護師が見ていくことになり、事実上、一人夜勤状態となつてしまつます。

六月になり、新人看護師と夜勤を組むことになると、新人看護師の業務と患者さんを見ていかなければならず、看護師の緊張感と精神的な負担は想像を超えるもので、患者さんに安全な医療、看護を提供していく上で問題があると思ひます。休みの日はほとんど眠っていることが看護師が多いと聞きます。この状態が続くことは、常に疲労感が残り、体調管理も難しいばかりでなく、看護師の働きがいや意欲を奪うものです。

また、厳しい状況下ではありますが、看護師は個人目標を立てて係の仕事や研修に参加し、研究など活動もしています。新人教育や現任教育、学生指導、手順や基準、看護記録、クリニカルパス、業務改善等の委員会活動にもまじめに取り組んでいます。まさに燃え尽きる寸前で医療現場を支えているという状況です。

ことしの三月で、ある一人夜勤病棟は、十七名中五名が退職しました。ここは四十床で、六歳から二十歳代までの患者さんが対象で入る病棟で、一般外科、あと移植の患者さん、それから腹膜透析、循環器、糖尿病、耳鼻科、泌尿器科、これら診療部など多くの科の入院を受け入れており、呼吸器装着患者さんや気切患者さんが常にいます。呼吸器装着患者さんや気切患者さんが常にいます。呼吸器装着患者さんや気切患者さんが常にいます。

成育医療センターの看護師の退職者数は、平成十八年四月から十九年三月末の一年間で六十九名でした。その退職者の平均年齢は二十九・二歳です。平成十九年四月から二十年三月末の一年間では六十五名が退職し、平均年齢は二十九・九歳という状況です。平均年齢から予想すると、中堅あるいは指導的立場の看護師が退職していると言え、非常に残念な状況です。看護師総数に比較すると、約一四から一七%になります。

新採用者も、一人前になつていない状況でも五月から夜勤トレーニングに入ります。非常に不安でしようがないわけです。妊娠しても夜勤をせざるを得ない実態の改善、退職者や病休者などの後補充が保障されることが必要です。夢を持つて就職した若い看護師が退職しないで済むように、立派な建物の整備だけではなく、十分な人員体制、そして職場の環境整備が重要だと思います。

当センターでは、看護師だけでなく、女性の医師も多いのが特徴です。女性が働き続けるためのサポートとして、保育所はどうしても必要なもの

ほかの国立高度専門医療センターでも同様の状態です。資料を見ていたら、五九%が三・三完全夜勤以下の実態となっています。

国立高度専門医療センターの独立行政法人化の法案審議がされていますが、職員は、自分の身分がどうなつてしまふのか、賃金や労働条件はどうなつてしまふのか不安を持っています。看護師の私たちはとつて最も切実な要求は、三人以上の夜勤体制を実現してほしいそのための人員配置です。独立行政法人化移行後、研究費の保障はされるかもしれません、先行して独立行政法人となつた国立病院機構では運営費交付金が毎年削減されると聞いていますので、必要な予算確保は不安です。また、採算、効率化が優先される独立行政法人で、看護体制の充実、三人以上の夜勤体制は保障されるのでしょうか。

今でも厳しい看護職場で、看護師の退職が相次ぐ中で、離職防止、働き続けていくための勤務条件整備に不安があります。

成育医療センターの看護師の退職者数は、平成十八年四月から十九年三月末の一年間で六十九名でした。その退職者の平均年齢は二十九・二歳です。平成十九年四月から二十年三月末の一年間では六十五名が退職し、平均年齢は二十九・九歳という状況です。平均年齢から予想すると、中堅あるいは指導的立場の看護師が退職していると言え、非常に残念な状況です。看護師総数に比較すると、約一四から一七%になります。

新採用者も、一人前になつていない状況でも五月から夜勤トレーニングに入ります。非常に不安でしようがないわけです。妊娠しても夜勤をせざるを得ない実態の改善、退職者や病休者などの後補充が保障されることが必要です。夢を持つて就職した若い看護師が退職しないで済むように、立派な建物の整備だけではなく、十分な人員体制、そして職場の環境整備が重要だと思います。

当センターでは、看護師だけでなく、女性の医師も多いのが特徴です。女性が働き続けるためのサポートとして、保育所はどうしても必要なもの

です。保育所がない中で、子育て中の看護師はベビーシッターや病児保育を利用し、経済的負担をして勤務しています。

具體例を言うと、子供が病気のときや、自分が夜勤で夫が出張たりすると、ベビーシッターに依頼をして、帰宅までの間子供を見てもらうわけですが、一時間千六百円、二人だと千八百円、十時間で一万六千円から一万八千円の出費です。これでは夜勤手当は飛んでしまいます。また、病児保育に預けると一日一万円だそうです。安く預かってもらえて、弁当持参だつたり、時間が十七時半まで迎えに行けず、利用が難しかつたりだそうです。

現在、世田谷区が認可保育園を成育医療センター敷地内に、複合型子ども支援センターを建設中ですが、院内保育所として職員が利用できることを強く希望し、望むところです。

先行して独立行政法人化された国立病院機構では、独立行政法人への移行時に、中高年の職員とりわけ看護師にも、最大月四万円を超える賃金の切り下げが強行されました。独立化に際してこのような処遇切り下げが強行されれば、若い人の離職に加えて、病院を支えているベテラン看護師の離職が憂慮されます。このような勤務条件の切り下げがないようにお願いしたいと思います。

国立成育医療センターが非特定、非公務員型独立行政法人となって、医師や看護師が増員されて患者サービスが向上するのか、また、成育医療センターに対して運営に必要な予算が十分確保され、必要な運営費交付金が措置されるのか、そのような保障がない中では独立行政法人化は納得しきねます。

成育医療や、がんを初めとする高度医療、政策医療を担う国立高度専門医療センターは、本来は国民医療、政策医療です。その点から、国立として残し、充実すべきだと思います。そのことを訴えて、参考人としての意見陳述を終わらせていただきました。

ありがとうございました。（拍手）

○茂木委員長 ありがとうございました。

以上で参考の方々の御意見の開陳は終わりました。

○茂木委員長 これより参考人に対する質疑を行います。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。長崎幸太郎君。

○長崎委員 自由民主党の長崎幸太郎と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

参考人の先生方、本日は大変貴重なお話を承ります。心より感謝申し上げます。

まず初めに、垣添先生にお伺いしたいと思います。

先ほど、ベストな独立行政法人をつくるために運営費交付金、これはむしろ研究開発のものに配慮して場合によつては増額も図られるべきだ、剩余金については特別の配慮を行うべきだ、それから、借金の承継についてもNCの運営に支障がないようにしっかりと配慮すべきだというお話をありました。私は全くそのとおりであると思ひます。

研究開発型独立行政法人は、その他現業とは違つて、特別の配慮を行わないともしろ本来の役割を果たせない、このように思います。

ただし、これを行うためには、やはり国民の理解というものが必要不可欠ではあるかと思ひます。独法化をして特段の配慮をしたけれども、何

もよくなつていなか、全然これまでと同じじやないか、こういうことになつては、恐らくそういう国民の理解といふものは得られないんだだと思います。この国民の理解を得るために一番重要なのは、研究開発型独立行政法人で生み出されるであろう成果だと思います。

そこでお伺いいたしますが、この成果を出すために、ナショナルセンターの運営のあり方、特に運営に携わるべきリーダーとして、経営者として、どのようにその運営を行つていくべきなのか、どのように独立行政法人はみずからを律していくべきだと思われるのか、ぜひ、先輩としてアドバイ

スみたいなものを、お考えをいただければと思います。

○垣添参考人 長崎先生、御質問ありがとうございます。運営費交付金とそれから剩余金とか借財に関して御理解いただき、大変うれしく存じます。

御質問の、国民の理解を得て第一級の、最善の独法をつくっていくということは全く御指摘のとおりでありますけれども、その中で、やはり独立行政法人が上げる成果が国民の理解を得る上で最も重要であるというのは、全く同感であります。

それで、私どもナショナルセンターというのは、やはり研究に根差した診療ということでありますから、その成果を上げていくという上では、研究所と病院が非常に密接な連携をしていくということがとても大切だ。これは現在でも最善を尽くしておりますけれども、さらにその成果を求められると、それから、お願い申し上げたとおりの特段の配慮がいただけたときは、その成果をさらに上げていくという意味で、今の病院と研究所の連携というのは一段と大切になつてくるというふうに考へます。

それで、先ほどほかの参考人からもちょっと御指摘がありましたように、今の医療現場というのは大変忙しいということで、研究意欲が非常にあつても臨床に忙殺されて研究所との連携がとれないといった現場がたくさんあります。私は現在は名誉総長でありますが、現職当時、現場を常に歩いていて、じかにそれは感じていることであります。ですが、やはり、病院、研究所の連携を強化して新しい成果を上げていく、新しい医療機器を開発する、あるいは新しい医薬品を開発するとか、そういう目標を達成する上では、人員をきちんと配備して、しかも、活動を支えるようなお金を持つて実際に得られている成果というのは必ずしも十分でない。でも、それを達成するには、今のが

んの医療にかかる現場の意欲からしますと、きちんと予算化され、それから必要な人員が配備されたら我が国でも必ず成果を上げることができるというふうに考えておりますが、その成果といふ観点に関しては、やはり病院と研究所の連携が最も大切であると考えます。

○長崎委員 ありがとうございました。

この改革を機に、ぜひ人員と資金の充実というのをしっかりと図られて、それがゆえに、むしろやはり研究に根差した診療ということでありますから、その成果を上げていくという上では、研究所と病院が非常に密接な連携をしていくと、これがとても大切だ。これは現在でも最善を尽くしておりますけれども、さらにその成果を求められると、それから、お願い申し上げたとおりの特段の配慮がいただけたときは、その成果をさらに上げていくという意味で、今の病院と研究所の連携というのは一段と大切になつてくるというふうに考へます。

次に、大村先生にお伺いしたいと思いますが、先ほど、がんを事例にとられて政策の方向性が揺らぐ中で独法化を先行しようとしている、これはいかがなものかというお話がございました。その中でも、先生もおっしゃるように、むしろ政治が現場の努力を台なしにしているというようなどころもありまして、やはり我が国の医療政策は、専門家たる医者さんあるいは研究者の先生方、そういう方々がむしろ主導権を持つて推進していく方が国民の医療水準の向上には適切ではないかも思われます。

今回の独法ですが、政策提言機能というのを有しないといった現場がたくさんあります。私は現在は名譽総長でありますが、現職当時、現場を常に歩いていて、じかにそれは感じていることであります。ですが、やはり、病院、研究所の連携を強化して新しい成果を上げていく、新しい医療機器を開発する、あるいは新しい医薬品を開発するとか、そういう目標を達成する上では、人員をきちんと配備して、しかも、活動を支えるようなお金を持つて実際に得られている成果というのは必ずしも十分でない。でも、それを達成するには、今のが

入するということがない状態で、現場の、少なくとも診療そのもの、研究そのものがそこで破綻する可能性があるわけですね。だから、そこをきちんと担保した上で、そういう政策提言とかいうことができるのであれば、これは現場の医療従事者は大いに喜んでやるだろうと思うんです。ですから、そこを何とかきちんと手当していただきたいと

いうのが我々の気持ちでございます。

○長崎委員 ありがとうございました。

この改めて、ぜひとも資金の充実というのをしっかりと図られて、それがゆえに、むしろやはり研究に根差した診療ということでありますから、その成果を上げていくという上では、研究所と病院が非常に密接な連携をしていくと、これがとても大切だ。これは現在でも最善を尽くしておりますけれども、さらにその成果を求められると、それから、お願い申し上げたとおりの特段の配慮がいただけたときは、その成果をさらに上げていくという意味で、今の病院と研究所の連携というのは一段と大切になつてくるというふうに考へます。

次に、和地会長にお伺いしたいと思います。大村参考人、そのとおりでございます。もうそろそろきちんとやつていただきたい。大前提でございます。

○大村参考人 御質問ありがとうございます。もうそろそろきちんとやつていただきたい。大前提でございます。

○長崎委員 ありがとうございました。

次に、和地会長にお伺いしたいと思います。大村参考人、そのとおりでございます。もうそろそろきちんとやつていただきたい。大前提でございます。

本日は、医療機器開発におけるNCへの期待と、NCが我が国は医療機器マーケットとして占める位置づけ、これは大変重要なお話であつたと思います。お話しもありましたとおり、世界市場の10%を我が国は医療機器マーケットとして占めています。お話しもありましたとおり、世界市場の10%を我が国は医療機器マーケットとして占めているわけですが、にもかかわらず輸入比率は右肩上がりでふえている、こういう現状に大変大きな憂慮を抱くわけです。今後、例えば中国、あるいはインドなんかも、こういう人口大国がどんどん所得水準を増してくれれば、医療機器マーケットというものがグローバルに広がる中で、これはもう会長おっしゃるように、我が国の次世代の主力産

業にもなるべきものなんだ、これはまさしくおっしゃるとおりだと思います。

こういう重要な医療機器産業の発展に関しまして、ナショナルセンターが果たすべき役割は大きい、これはもう会長のおっしゃるとおりですが、他方、ナショナルセンターにとりましても、産業界からの資金に大変期待するところがあるのではないか。今回の制度改革も、そういう期待の上にある意味成り立っているようなところがあると思います。

いただいた資料の中でも、従来の開発プロセスにおいて、医工あるいは産学の連携が不足しているんだというお話をありました。ここで、きょうお伺いしたいのは、産業界の目から見まして、これまでも国立研究所はあつたわけですねけれども、どこが、どういう点が連携がとりにくかたのか、その点について一点、教えていただければと思います。

○和地参考人 結論から申し上げますと、かなり

産官学連携が進んできております。先ほどちょっとお話ししましたように、MET ISというのを産官学連携でやつておりまして、それぞれに、現在の医療の問題、特に医療機器上の問題について忌憚ない意見をやつておりますし、その中で、日本が何をこれから重視的にやっていく必要があるかということで、今、七分野に絞つて進めておりますので、徐々に変革しているということは事実でございます。

ただ、長い歴史の中では、御承知のように薬が医療の中心でございましたので、医療機器に焦点が当たつたのはごく数年と言つて差し支えないといふうに思います。それともう一つ、薬は、語弊がある言い方ですけれども、ワンパター、ツーパターでなければ、医療機器というのは、M R I 、C T スキャンから、目から歯から、おむつに至るまで、非常に多岐に分かれている。また、そこに所属している業界も、四千から五千企業あるんですが、ほとんどが中小零細企業。こういうことで、非常に今

まで日が当たらなかつたと言つていいのではなくかうかと思いますが、先ほども御説明しましたよ

うに、内視鏡とかあるいはカテーテルとかそういうものを使うことによって、医療の質が抜本的に改善され、患者さんにも優しい、あるいは医療費にも貢献するということが見直され、急速に変わつてきているということでございます。

先生の御指摘のとおり、まだまだ問題はありますけれども、徐々に改善されているということがあつてございます。

○長崎委員 ありがとうございます。

ちょっとお伺いの仕方を変えて、例えば、今後、医療機器業界として、ナショナルセンターに対し資金投下をしていきましょうということを考える際に、どういうものがればより高いインセンティブになるのか。

つまり、ナショナルセンターは、これまでの国際の議論の中でも、独法化するメリットの一つとして、外部からの資金を受け入れることができま

すと。恐らく、その外部からの資金の出し手として最も期待されるのが、製薬会社さんと医療機器メーカーさんが一番最初に挙げられるのではないかと思うんですが、その医療機器産業の目から見て、こういう条件が整えばもっと資金提供しよう、より資金提供して一緒に共同研究を推進しよう、何かそういう条件整備的なものというのは、

○和地参考人 やはり私企業というのは、短期か中期かは別として、プロフィットが上がらないと難しいと思います。

究がそれでおしまいになつてしまふとか、あるいはいつまでたつてもプロフィットが出ないというような、見通しが立たないと非常に企業としてはナショナルセンターとの共同研究においてもそこが約束されるということが大事なので、研

ますので前向きに取り組んでいきたい、このよう

に思つております。

○長崎委員 ありがとうございました。

いろいろ現場とかでも意見を聞きますと、研究者の皆さんのが今考えているのはF 1 のようなもので、なかなか、大きなニーズにマッチする、よりニーズにマッチするようなものというものは余り日が当たらない。むしろ産業界と連携することで、マーケットがあるということは需要があるという現状でございます。

最後になりますが、岸田参考人にお伺いしたい

と思います。

きょうのお話は、医療現場の最前線に携わられる方の御意見として大変切実な問題であり、かつ深刻な問題であり、政治としても対処していくかなにかにも十分な余裕を持つて人を出すことができればならない問題だと思います。看護師さんの不足問題、大変深刻なものだと認識しております。

ただ、一点お伺いしたいのは、これまでの国

施設における法律があります、行政推進法あるいは総定員法というものがあります、そして、定員というのは、ほかのものと一律に、徐々に削られていくようになつております。

こういうふうになつてしまふと、例えば、看護の質を向上させるために夜勤のシフトを、今でも全く十分じゃない中で、これをちゃんととしたものにしましよう、そのためには人員を増強しますよう、あるいは、今後、看護の質を高めていくこ

うという際に、学会に出ましようとか、あるいは研修を受けてもらいましょうというときに、これもシフトがあつたりすると、人員不足の中ではそ

ういうシフトすら組めなくなるような状況なので

私は、こういう人員不足の問題を解決するとい

う点でも、実は独立行政法人というのは一つの恵じやないかなと思つております。これは運営度は高まりますので、例えば職員数についても、総定員法、法律の縛りから外れることができるので、増加させることも可能になつてまいります。例えば、国立病院機構でそれども、独法化後、看護師さんを毎年約三%前後、逆にふやしている形になつてゐるようです。

こういうことから、独立行政法人にすれば、これまでの人数を減らせという法律の縛りから外れるので、人員不足を解消して、看護師さんにに対する過剰な負担を緩和することができます。は、そういうことによつて夜勤のシフトもしつかりとることもできますし、場合によつては研修なんかにも十分な余裕を持つて人を出すことができるようになるのではないか。こういうメリットもあると思いますが、岸田参考人の御意見を伺いたい

といいます。

岸田参考人 まさに行政改革と現場との問題はぶつかり合う部分だと思うんですね。かといって、では独立行政法人になったときに、先生がおつしやるようバラ色の人員体制があるかということは、非常に不安があります。やはり、独立行政法人化の目的が効率性と採算というふうなところから考えますと、成育医療というのはまさに不採算の医療ですし、これから国立として成育医療を発展させて充実させていく、そういうところに來ているところで、逆に、ではそういう

不採算の医療を民間になつて担つていただけるのかどうかというところは、すごく不安があります。

成育医療というのは周産期と小児医療でそれとも、やはり、今地方では、産科の先生がいないとか小児科の先生のなり手がないとかという状況を抱えているからこそ、政策医療として国が成育医療を発展させて、それを地方に還元していく

ことを今何とか解決しようと思つて現場の看護師さんたちが一生懸命されているのもよく理解してゐるところであります。

私は、こういう人員不足の問題を解決するとい

ます。
以上です。

○長崎委員 ありがとうございました。

参考人の先生方のお話を伺いましたに、やはり当初の財政基盤の確立というものが大変重要な問題であつて、これがなければいろいろな障害が起つて、研究開発の面においても、病院経営の面についても大変な不安が残るんだということで、我々としては、やはりその財政基盤の確立というものには十分配意をしないといけないということが、きょうのお話を伺つて痛感いたしました。以上です。

○茂木委員長 次に、福島農君。

○福島委員 公明党の福島農でございます。本日は、各参考人の皆様には大変貴重な御意見をお聞かせいただきまして、心から御礼を申し上げたいと思います。

そもそもナショナルセンターを独立行政法人にするものかね、こういうのが垣添参考人また大村先生から御指摘ありまして、私もそのような思いは共通いたしております。

ただ、最近考えますには、日本の医療というのは約三十兆円、そして、ほとんどが医療保険、診療報酬の支払いによって賄われている、窓口負担もありますけれども。その中で公費がどの程度役割を果たしているのか。これは医療保険に投入される公費もあるんですけれども、直接的な形で公費がどの程度投入されているんだろうか、こういふことを先般、私も予算委員会で取り上げたんですが、厚生労働省の所管の予算ですと二三百億もない程度の話だと思います。救急医療であるとかそうした政策医療の分野に投入されている。地方自治体、公立病院がたくさんございます。

これは総務省経由等々で投入されておりますけれども、これで数千億だと思います。

実際に医療提供体制をしっかりと支えていくのに当たつて、私は、日本では直接的な公費の投入がなんじやないかという思いがいたしております。

す。民間の医療機関もそうなんですねけれども、戦後、昭和三十六年に皆保険、こういう体制になりまして、医療施設・医療提供体制の充実というの資金の蓄積をもたらす、これによつて整備をしてきた。

ただ、昨日の状況の中で、診療報酬をどこまで上げられるか。これは保険料にもつながつておりますし、そしてまた患者の負担にもつながつてゐるわけでありまして、なかなか自由度がきかない。本来であれば、医師不足であるとか看護師不足であるとかありますから、もつともと診療報酬を上げるべきだ、これは一つの話として非常に筋道がふえてきてしまう。

ですから、これから医療提供体制を考えたときに、もっともつとダイレクトな公費の投入ということをどう考えるかという仕切り、仕分けをして考えた方がいいんじゃないかなというふうに私なんかは思つてゐるんです。

そういう意味では、ナショナルセンターという存在は、その組織のあり方ということも、もう一つ大事なことは、公費をいかに投入するかという話なんだらうなというふうに思ひます。公費をいかに投入するかということがしっかりと裏打ちされていれば、運営費交付金だけには限りませんけれども、逆に、独法化するということによって自由度が増す。ただ、自由度が増した後、診療報酬でやりなさい、こういう話になると、私は、ナショナルセンターとしての役割というのは十分果たせないんじゃないかな、こんなように思うわけであります。

ここは垣添参考人にお聞きしたいのでありますけれども、医療基盤をどう支えるのかということです、今まで、公費がどの程度の役割を果たすべきか、こういうことが十分に議論されてこなかつたのではないかという思いがいたしております。

られる先生からぜひ御発信をいただきたいと思います。私が、この点についてはいかがでしょうか。

○垣添参考人 福島先生、御質問ありがとうございます。

私も、先生御指摘のとおり、医療経済の中に占める公費投入というのは、これまで決して十分でなかつたということを感じます。したがつて、このナショナルセンターの独法化に際しましても、公費による基盤の強化というのを強くやはり期待いたします。

診療報酬の方で医療費全体を上げていくというのも恐らく限界があると思います。これまで、我が国の医療費が今三十兆円、これが、高齢者がもつとふえていくって、高齢な人たちがどんどん病気になるとすると、一体どこまで膨らむか、そういう低と、経済が失速して、我が国の存立が揺るぎかねないといったことを、繰り返し、特に財務省を中心とした主張があつて、言つてみればそういう低医療費政策が頭に刷り込まれてゐるような感じがいたしますが、ナショナルセンターの独法化を契機として、我が国の今語られている医療崩壊を食いとめて、本当に生まれてよかつたと国民に感じていただくためには、やはり医療に公費をもつと投入すべきであると私も感じます。全く先生の御指摘のとおりだと思います。

○福島委員 そしてまた、今回の独法化に当たつて十分にやはり配慮しなければいけぬのは、例えば成育医療センター、先ほども岸田参考人からありましたように、診療報酬ということで考へると非常に基盤が弱くなつてしまふわけですね。私は、精神・神経センターなんかもそういう嫌いがあるんじゃないかなというふうに思います。

各センターが独立して、財政上の運営をしていくことになりますと、診療報酬ということではなくおのずと格差が出てきてしましますから、そういう意味では、十分配慮して公費の裏打ちをしてやらなきゃいけない、それぞの特性を踏まえています。

ここは垣添参考人にお聞きしたいのでありますけれども、医療基盤をどう支えるのかということです、今まで、公費がどの程度の役割を果たすべきか、こういうことが十分に議論されてこなかつたのではないかと思うのですが、このあたりを包括的に、やはり実際に現場で指導的な立場で働いてお

はいただければと思ひます。

○垣添参考人 これも御指摘のとおりだと思います。私は、冒頭の意見を述べます際に、各ナショナルセンターが負つてゐる機能とか目的が全く異なることがあります。特に、不採算性の強い成育医療とかあるいは今御指摘の精神・神経とかそういう部門と、ある程度採算性のあるがんとかあるいは循環器との間に、診療報酬から考える上ではやはり違いますから、そこの部分を勘案した、つまり各ナショナルセンターごとの状況に応じた対応と、いうのをぜひお考えいただければありがたいと私も考えます。

○福島委員 次に、大村参考人にお尋ねしたいです。それども、日本の医師は非常に働き過ぎといふか、働き過ぎといふうに私は思いますが、本当に、ある意味で日本の医療というのは悲惨な状況に今あるんだろうというふうに思いますが、そして、このことは、現場の先生方の発言が近年非常に大きくなつて、国民の多くが理解するに至つてゐるんじゃないかというふうに思いますが、そして、今こそ、十年なら十年、五年なら五年で、一定の期間をかけて日本の医療のあり方を徹底して再構築しなきやいかぬ、こういう取り組みを国を挙げてなすべきなんじやないか、そんなふうに思つております。

ただ一方で、国民の側で、私も地元でいろいろと話をすると、医療費はやはり高過ぎるんじやないか、こう言う人もまだたくさんいます。医者はもうけ過ぎだよ、こう言う人もたくさんいる、私も医者ですけれども。どうもまだまだ、日本の医療費というのは高いんじゃないとか、もうけ過ぎているんじゃないとか、こういうふうに思つてゐるんじゃないかなと思います。

○大村参考人 御質問どうもありがとうございます。だんだん質問が、大分生々しい質問になつてま

いりましたけれども、医療費に関しては、全体的に日本の医療費はまだまだ安いということがござります。

先ほど公費の話が出ておりましたけれども、純粧に、日本の医療費三十兆円の中で、実際に国と地方自治体が出しているのは十兆円程度である。例えばアメリカなんかの場合には、メディケア、メディケードという二つの公的保険で六十兆も公費を使っている。日本の医療費が高いということですが、これは確かに、一割から三割というふうにどんどん上がってきてしまったということで、国民には非常に負担感が強いだろうということはわかります。ただ、一般としてほかの先進国の中でも比べますと、日本の医療費が特別はずば抜けて高いわけではない。

ただ、これが徐々に徐々に、今度の高齢者医療でもあれですけれども、負担感を増すような政策が出てきて、一方ではそれを裏打ちするような政策が並行してなされていないというところが一番問題でございます。GDP比でいえば、日本の医療費はもう二十二位、二十三位位というところまで下がってきている、明らかに無理がある、限界が来ている、これをどういうふうに出すかということとは、これはいろいろな工夫ができると思っております。

先ほどたばこの例も挙げましたけれども、日本の保険組合というのは余りにも細切れになつておまりまして、これを全国を通じて、要するに豊かな組合と貧しい組合を全部統合する。まさに、後期高齢者医療制度は広域連合というのをつくつたけれども、あれは、あそこでつくるのではなくて、いわゆる日本の保険組合全部をああいう形にすれば、もつともと資金が出てくるということも十分考えられる。これは日医総研のあれでもそういうふうに出ております。

それからもう一点、医師がもうけ過ぎというお話を。

これは、医師の中にもいろいろな医師がいるということは先生よく御存じだらうと思います。

我々、残念ながら病院勤務医師の状況を声を大にして言うような組織が今まで十分ではなかつたというところに一番大きな問題があるということです、どこが力を持つてゐるかということは私は今申し上げませんけれども、こういつたところが一番の問題点ではないかというふうに思います。

○福島委員 私思ふんですが、医療というのはそもそも費用のかかるものである。コストのかかるものである、こういう意識がもつとなければいかぬのだろうなという気が私はするんですね。貴重なものであると。

先ほども、検診率が日本では非常に低いという話がありましたね。これも、ある意味では自分自身の健康をどう守るのかということについて国民の意識がやはり私は乏しいんじゃないかと。国、地方自治体の周知、広報とかいろいろとありますけれども、それ以上に、国民が、自分の健康はどう自分で守るのか、こういう意識をもつと涵養しなければならないし、そしてその上で、やはり医療というのは非常に貴重なサービスなんだ、濫用してはいかぬ、こういう意識も必要なんじゃないかと思いますが、この点についてはいかがでございましょうか。

○大村参考人 おっしゃるとおりだと思います。そのとおりでございまして、国民の健康意識ということ、特に生活習慣病とかメタボリックシンドロームとかいったようなことに関する啓蒙というのは大変大切なことだらう。やはり医者にからないような健康な体を自分で築き上げていくといふのは国民一人一人の責任でございますから、それはとても大事なことです。

それで、医療というのは国にとって非常に重要であり、これは労働生産性とか国の経済活性化の一番のかぎになるわけでござりますね。一方では、先ほど和地参考人からも少し出ましたけれども、こういった医療にお金を投入することで実は経済が豊かになるんだという現実がござります。これはEUの国々でもそれは証明されておりまして、私は集中治療室とか手術室の医療機器のIS

○の委員、日本の代表をしておりますけれども、そこへ行つていつも残念なのは、ヨーロッパあるいはアメリカなんかは非常に医療にお金を使つて、なおかつ、それで税収をふやすという形で成功している、どうして日本はそれができないのかということで、非常に肩身の狭い思いをしております。

そういう意味で、医療は決して国の負債ではなくて、国の経済の活性化の大きな原動力になり得るんだという、特に北欧の国々の例を学んでいただくと、こういった医療費抑制政策だけで突っ走るような政策は出てこなかつたのではないかとうふうに思います。

○福島委員 全く同感でございます。

和地参考人にお話をお聞きしたいんですけれども、合法化する、今まで以上にナショナルセンターは医療機器の開発等々に大きな役割を果たしていくべきだと思つておりますし、今 大村参考人からもありましたように、経済の成長の一つのエンジンにするためにはやはりそういう分野の拡大こそが求められている。合法化されたナショナルセンターに対して、先ほどもいろいろと御説明ございましたけれども、医療機器の開発等々におきまして、こことのところはぜひ拡充をする必要がある、この点について再度、和地参考人から御意見をお聞きできればと思います。

○和地参考人 やはり合法化することによって経営的な視点というのが入つてくるというふうに思いますが。それから、ある意味で自由度が増すということがあるので、これは大変に期待できるのではないかろうかというふうに私は思います。

ただ、やはりビジネスというのは、あるところでは成果を上げるという見通しをきちっと持つていてませんと、課題だけがあつてそれを研究していくまでたつても成果が出ない、これが一番悲劇になりますので、そういう視点をやはり合法化を契機により強く持つていただき。先生方には大変失礼な言いの方かもしれないけれども、やはりそこの大変な大事だと思います。

それからもう一つは、経営をやっていく場合に、やはり世界を見ていろいろな自由な発想でやらないと、日本だけの視点でやっていくとどんどん負けます。そういう点では、私のところは世界百六十カ国を相手にやっていますが、その辺の自由な発想と、それからスピードですね、そういうことを考えてやっていかないとなかなか国際競争力には勝てないんじゃないかなというふうに思いました。ちょっと尊大な言い方でござりますけれども、そういうふうに思つております。

○福島委員 例えば具体的には、見通しもなくやるわけにいかぬですから、一定のプランといいますかビジョンといいますか、こういう分野でこういう研究を進めていこう、それに当たつては独法もこういう形で関与してもらおう、また国も、厚労省だけではなく経産省、文科省も含めてパックアップしていく、こういう総合的なビジョンみたいなものをきちっとつくって、そして産官学、民間と官とが協力しながらやっていく、こういうことが一番必要じゃないかと思いますが、いかがでございましょうか。

○和地参考人 先生おっしゃるとおりでございまして、今、その前段階としてMETTISといふ、これは先ほどお話ししましたが、産官学でやつておりまして、その中で議論を詰めていきまして、七つの重点分野というふうに絞りました。これを実践し実行しようということでござります。

ちょっとと時間の関係上、この七つが何かということをお話しできないんですけど、例えば、ゲノム科学、たんぱく質科学やIT分野技術等を活用した遺伝子チップ等の簡易診断機器とか、あるいは超音波関連装置やカーテール等の医療機器を用いるDDS・標的治療とか、七つを絞つて進めておりますので、これはこれからナショナルセンターの独法化とともに非常にいい影響が出てくるのではないかと思うからだと思います。要は、こういう分野で日本発の世界に普及する画期的なものを開発していくかたいという志を持つてやつております。

そういうことでよろしゅうございますか。

うのが深まることによって、人的な交流も深まつてくれれば、その人材を通してまた新たなベンチャーの創設ということにもつながってまいりましょうし、このことはやはりしっかりと取り組まなくちやいけない課題なんだらうなというふうに思つております。

次に、大村先生の「医療立国論」という著書の中では、医療機器のことについてもさまざまの御提言をされておられます。薬事法の一〇〇五年の改正というのが関係者の間では余り評判がよくなかつたようでございまして、医薬品と医療機器とを同じようなレベルで考えていることがまずもつて問題ではないかというふうなことも御提言されておりますし、医療機器というものが、お薬とは違つて、機器それだけでの害というよりも、ヒューマンエラー、その使い方によってのエラーも出てくるわけで、この辺のトレーニングのシステムというのがまだまだ不十分である、ここにもやはりしっかりととした投資を行わなくちゃいけないといふことを御提言されております。

この点について、今、治験、臨床研究の中でもまだまだ不備がございます。もう少し詳しくお話ををお聞かせいただきたいと思うんです。

○大村参考人 和地参考人もおっしゃっていましたが、医療機器といふもの、今、郡先生がおっしゃつたように、これは薬とは全く違うということをございまして、そして、日本発の医療機器、特に治療機器でござりますけれども、年々減少しておりますまして、輸出がどんどんバーセンテージが下がつて、もう二〇%以下になつてしまつた。

治験ということについても、改正薬事法が余りにも安全ということを重視し過ぎて、がんじがらめにしたものですから、恐らく、開発がほとんど難しくなってきた。和地参考人のような大きな会社ではまだその余力があるけれども、医療機器産業の恐らく九〇%以上が、非常に小さな小企業、せいぜい中企業ぐらいでござります。ここに、改正薬事法で出てきたような安全管理責任者とか販売責任者とかいった一定の人員をそろえなくちゃ

いけないことか、そして、いろいろな形での安全に対する厳しい取り決めが小企業の画期的な、ベンチャー的な開発を妨げてはいるというのに、非常に大きな問題だらうと私は思つております。あれは改悪薬事法ですので、この辺はぜひ変えていただきたい。

それから、皆さん御存じかどうかわかりませんが、厚生労働省がいわゆるマスター・ファイル制度というのを、アメリカでうまくいっているから日本でやつてはいるということでござりますけれども、マスター・ファイル制度というのは、個々の材料メーカーが全部FDAに登録して、そこできちんと審査して通つているものは、新しい機器を申請する場合には、それを使って番号だけ出せばよい。日本もそれをやれば簡単ではないかという理屈なんですが、実際、日本でマスター・ファイルに届けているような材料メーカーというのはほとんどないわけですね。ですから、やはり最初から全部安全性を確かめなくちゃいかぬというような無用なことを小企業のいわゆる新しいベンチャー技術の開発にやらせて、ブレークをかけてしまつて繰り返して申し上げますけれども、医療機器といふのは、小さな企業が新しいいいものをつくるという例が非常に多いわけで、そういう環境整備をぜひ日本でもやっていただきたいというふうに思います。

そして、先ほど郡先生がまさにおっしゃいましたように、医療機器での死亡事故とか傷害というのは、もう八十何%がヒューマンエラーだということがはつきりしております。これは薬害と全然違つわけですから、その辺も考慮して別の法律をつくつていただきたいというふうに思ひます。

○郡委員 同様のことを和地参考人にもお尋ねするわけですけれども、日本ではこの承認を得るまでに時間が大変かかるということをございます。その割には医療機器自体のライフサイクルが大変短い、すぐ新しいものになつてしまつ、こういう矛盾したところもございますし、政治としても解

決を図つていかなくちやいけない大変重要な課題なんだろう、そんなふうに私も思つております。今回はあわせて、スーパー特区構想というのも政府の方から打ち出されまして、これについては、医療機器に特段の配慮をするということをございましたけれども、これも一昨日の委員会の質疑の中で、例えば、無過失補償制度についてはどうなのだろうか、あるいは臨床試験を迅速に進めるためのシステムは本当に整つてあるんだろうか、特段の配慮というのはなされるのだろうかと実はまだ何も決まっていない状況であるわけですが、まだ何も決まっていない状況であるわけですが、いかがでしょうか。

この点についても、業界の中でもさまざまなお意見が寄せられているかと思つんですけども、その点について詳しく述べていただけたらと思うんですけど、いかがでしょうか。

○和地参考人 先生おっしゃるとおり、医療機器と薬というのは本当に違うんですね、目的は同じですけれども、その辺の理解がまだまだ足りないというのが、私は、業界の会長をやつて、常に申し上げているところでございまして、先ほどの私がお配りした資料の中でも、医薬品と大きく違うんだというものを幾つか掲げてござりますけれども、審査の仕方とか仕組み、いわゆるインフラはほとんど薬のままというものが実態でござります。さらに言いますと、まだ行政的にも医療機器専門の課といふのはございません。そういうことで、要望を言い続けております。

ただ、私は、基本的には、日本人の特性というものは、いい医療機器を、世界に冠たる医療機器をつくる特質を持っているというふうに思つておりますので、この辺は引き続き主張してまいりたいと思いますので、ぜひ御支援をお願いしたいと思います。

○垣添参考人 先ほども申し上げましたとおり、スーパー特区につきましては、まだできたばかりというのか、これからだと思いますが、私は、一つの考え方としてはいいのではなかろうかと思ひます。現状の延長線上でやつていても遅々として、精神・神経とか、あるいは成育医療との間

で進まないところがございますので、やはりスーパー特区のような発想で、医療機器の特性を踏まえて、ある意味では大きな視点で問題を解決していくくということが私は不可欠だらうというふうに思ひます。

○郡委員 わかりました。

具体的にお話しするにはまだ固まつていなught; いところがござりますので、控えさせていただきたいと思います。

器具についても迅速な、私たちが安心して使えるよう最新の医療の開発につながつていく、そういう期待もきっと和地参考人のお言葉の中には含まれているのだろうなとうふうに理解をさせていただきました。

今回、ナショナルセンター、六つをそれぞれ独立化するということで、それぞれの経営基盤はそれぞれの自助努力でということになるわけですが、私は、業界の会長をやつて、常に申し上げているところでございまして、先ほどの私がお配りした資料の中でも、医薬品と大きく違うんだというものを幾つか掲げてござりますけれども、審査の仕方とか仕組み、いわゆるインフラはほとんど薬のままというものが実態でござります。さらに言いますと、まだ行政的にも医療機器専門の課といふのはございません。そういうことで、要望を言い続けております。

ただ、私は、基本的には、日本人の特性というところが自立してやつていただけるのかどうか、この辺のところが大きな課題なんだろうと思うんですけれども、もしそれぞれ御要望として何かお持ちであれば、伺わせていただきたいと思うんですが、これは垣添参考人と岸田参考人にお尋ねしたいと思います。

○垣添参考人 先ほども申し上げましたとおり、やはり六つのナショナルセンター、それぞれの目的と機能が違う、それで、がんや循環器疾患に対

りマンパワーの部分を充実していくところが一番今抜けているというか、見てもらつていながいんじやないかというのが実感としてあります。ですから、本当に医師も看護師も燃え尽きるんじゃないかというすれすれのところで現場を支えているという、この実態をぜひ改善していただくことが、ひいては病院全体を充実していくことにつながっていくんじゃないかなというふうに思っています。

強調して言わせていただければ、今、昼間の医療も夜間の医療ももう差がないくらい、二十四時間同じ治療が続けられているという点から考えますと、日勤帯が九人いて夜は三人しかいないといふのは非常に問題があるんじゃないかなというふうに思いますから、その点で、一人夜勤というの是非常に大きい問題だと思いますので、そこを何とか、やはり最低レベルでも夜三人で見ていくと、非常に大きな問題だと思いますので、そこを何とかお願いしたいというところです。

〔吉野委員長代理退席、田村（憲）委員長代理着席〕

○高橋委員 ありがとうございました。昼も夜もほとんど差がないのに、夜勤で非常に手薄な状態をやられているということ、非常に重要な指摘だったかなと思っております。

そこで、独法化されることについての懸念についても、表明がされたと思うんですけれども、独法化で、法律上は常勤職員は継承されるという規定になつてゐるわけですねども、一方、賃金職員については理事長が待遇を決めるということになつております。そうすると、国立病院機構に移行したときに、賃金職員は非常に大きな問題があつたと思います。そうした教訓も踏まえて、懸念されることについて御意見を伺いたいと思います。

○岸田参考人 独立行政法人化になつたときに、国立病院機構では移行時に、一つは、中高年の一般職員、看護師が圧倒的に多いわけですが、

最大月四万円を超える賃金の切り下げが行われたことがあります。これは、独法化に際してこのよだんの処遇切り下げがありましたら、若い離職に加えて、中堅層の指導者の熟練看護師も退職・離職が憂慮され、医療の質の低下や患者サービスの低下を引き起こすのではないかというふうに非常に憂慮するところであります。

あと、賃金職員についても、今、病院の中に資金職員が働いております。その人たちが独法化のときに切り捨てられるということはあってはならないというふうに思いますし、一職員として雇用をきちんと守っていくということは、医療を守るということでも一致していると思いますので、その切り捨てということはぜひないようにお願いをしたいというふうに思います。

○高橋委員 ありがとうございます。

大変申しわけありません、残念ながら時間が参りましたので、もう一問伺いたかったんですけども、国立病院機構で行われた処遇の非常に極端な低下ですか、そうしたことが行われないようになります。そこで、我々も反対をしておりますが、その点でさらに議論を深めていきたいと思います。

○田村（憲）委員長代理 次に、阿部知子さん。

○阿部（知）委員 社会民主党の阿部知子です。本日は、四人の参考人の皆さんに、私はいろいろな思いを抱きながら、お話を聞かせていただきました。

まず、大村参考人にお伺い申上げます。

日本の政治の山田先生からこんな本があるよと紹介を

会を迎えて、これから日本は、逆に医療を武器に、国内経済の立て直しも国際的にも打つて出るべきだ、私はそう思つて国会にやつてきたんですね。でも、逆に、毎回の審議は本当につまらなくなることばかり、削減、縮減、この独法化も手順が違つておると私は思うのです。

まず一点目は、先生に、日本の医療の国家戦略ということをどうお考えか、大変大きな問い合わせと申しあげないのですけれども、でも、私は、そこが定まらないと、この国はずっと財務省の財政抑制政策のもとに厚生労働省がひれ伏し、私たち政治家はほとんど意味のない改革を改革という名でやるんじゃないのか。

きょうは思いのだけを言わせてもらいますので、よろしくお願ひします。

○大村参考人 阿部先生、大変ポイントをついた御質問をありがとうございます。

大変大きな内容の質問でございますけれども、医療だけではなくて、福祉とか、こういった子供とか女性の社会進出とか、総合的な政策などいうのが非常に今望まれる時期に来ているだろうと思いまます。

この医療の役割という中で、特に日本は少子高齢化で労働力が減つてきてるというのには議論が盛んになりますけれども、ヨーロッパなんかでは、高齢者がいかに働くか、それをいかに支援するかということを政治家が腐心しておられるといふことで、私も既に、あるいはこの垣添参考人が同じ年でございますけれども、六十六で高齢者の部類に入つておりますけれども、まだまだあと十年や十五年は頑張って働くという自信を、老害にはならないようになりますけれども、持つておられますし、日本では働きたいという高齢者はいっぱいあります。こういう人たちの健康を守つて、そして医療がそこで倒面を見て、そして元気になつたらまた働くんだ、そうすれば、労働力が足りなくなるという問題はもうすぐに解決してしま

はり女性の問題。これは福祉もそうですが、日本で未就労の看護師が五十五万人おります。それから、私どもの大学にもたくさんの女性の医師がおられますけれども、結婚して子供ができたりすると、本当に働くのは不可能なような社会環境がござります。

そして、保育園一つをとつても、特に都市部ではなかなか自分の希望のところに入れない。結局、それでも断念して非常勤になつたりする、あるいは、場合によつては一〇〇%家庭に入つてしまふ。貴重なお金をかけてこれだけ立派な養成をした医師や看護師たちが社会の役に立つていないという非常に経済的な損失がある。

これも、医療、福祉を支える形で国が大きな政策をとつてくれば、非常に労働生産性も上がりません。特に北欧の国々は、医療とか福祉に大いにお金をして、これを経済成長の原動力にしています。

現にその例として、ヨーロッパ、EUの国々は非常に社会福祉に力を入れております。昔はこれは、経済学者の間では、市場原理主義で、こういつたことをやれば国はだめになるということが当たり前のように語られていました。今はそうではありません。特に北欧の国々は、医療とか福祉に大いにお金をして、これを経済成長の原動力にしています。

先ほど私は、ISOの委員をしていると申し上げましたけれども、ここに、北欧の小さな人口一千万以下、五百萬程度の国々が、たくさんの医療関係の大企業を背景にしてやつてきています。そこに女性がたくさん来ます。子供がいても堂々とそ

ういうところに出てきて発言をするチャンスがあります。そして、そういうことを国が支援している。これが日本のこれから少子高齢化社会の将来ではないかというふうに思いますので、特に、医療を負担と考へないで、医療とか福祉とか、そして

女性の社会進出を支援するということに力を注いでいただきたい。

ちょっとと一言、言い忘れましたのでつけ加えます。スイスのいわゆる世界経済フォーラムといいますのがござりますけれども、ここはダボス会議の主催者ですが、ここで、いわゆる女性の男女格差、社会進出度を百二十八カ国の中でランクインをつけておりますが、日本は百二十八カ国の中七十一位である。そして中国は七十位台、そしてベトナムが四十二位と。これもやはり医療、福祉を国の負債とする考え方のツケが回つてきているので、ここにお金を注ぐ、財源を投入すれば、国が豊かになるチャンスは幾らもあるということをもう一度政治家の先生方にぜひ考えていただきたいというふうに思います。(拍手)

〔田村(憲)委員長代理退席、委員長着席〕
○阿部(知)委員 質問して拍手すると委員長に注意されそうなので、ちょっととやめました。

そして、この独法化問題も、私は、先生が救急蘇生をやっておられたので思つのですが、患者さんはマンパワーが足りないわけですよ。垣添先生のがんセンターだつて麻酔科医がやめちゃう、とんでもない時代ですね。

そこに独法化という手段は私は手順が違うと。医療は手順を間違えば患者を殺しますよね。独法化する前にやることがあるんじゃない。私も、国立の病院や文科省のもの、大学に勤めましたから、不自由度はいっぱい経験していますが、それでもなおかつ、今独法化すべきかどうかと聞かれたら、手順が違うと思うんです。

恐縮ですが、繰り返しになりますが、独法化ということをどういう段階で、何を優先して行うべきか。あるいは、私自身は、国家戦略から見ればもつともっと後でもいいと思つますが、そのあたりは先生はどうお考へでしようか。

○大村参考人 ありがとうございます。臨床の小児科の現場にあつた先生の言葉だから、非常に私は重みを持ってお聞きいたしました。

まさにおっしゃるように、先ほどの意見陳述の中で申し上げましたけれども、今この日本の医療が極めて危機的状況、崩壊している。そこの中をうしたらしいかという議論の手順でやつていただければ、独法化も一〇〇%私は反対いたしませんけれども、今の議論は、そういうたところを抜き決をするという目標を決める。それをやるにはどう申しあげましたかが、確かにそのとおりで、これがどちらも、今の議論は、そういうたところを抜きにして独法化をやる。

ですから、先生がまさにおっしゃった、救急蘇生をやつているときに、輸血かどうかとやつていうときに、周りの体制はどうしようかなんというような話で、私が申し上げましたように、家が火事になつて一大事のときにまさにリフォームの相談をしているような印象を受けるわけです。

ですから、独法化、まずこれが先にあるということではなくて、今の医療をどうしたらいいかということをまずきちんと青写真を出して、そして独法化の議論をしていただきたいというふうに思っています。

○阿部(知)委員 次に、和地参考人にお伺いいたします。

私は、和地参考人のテルモという会社の注射針を使って子供に点滴をしておりましたので、ああ、この会社のこの会長がこうした品格ある企業のリーダーであるということをとてもうれしく思いました。

実は、私が医療は国家戦略だと申しますのは、例えですが、キューバなどは、非同盟諸国百六十ヵ国に医師を派遣して、いわゆる医療外交をしておるわけです。日本もこれから、人間の安全保障とか、やはり国際医療貢献とかいった場合に、テルモを含めたいろいろなところが開発している治療用の医療機器というのは私は大変望まれています。

ちなみに、キューバはほとんどの医療機器を日本から輸入しております。私はそのことはとてもうれしいと思いますし、そして、例えタイに行けば、低開発諸国を支援しておりますが、その支え感であります。

正直言いまして、医療機器に光が当たつてきてるのはこの数年でございまして、それまでは本当に道具扱いですし、舞台裏にいました。でも、

援の中一番問題になるのは、欧米の高い機器を買おうと本当に医療を普及できないんだ、やはり日本に望まれるものが多いという話をアジア諸国からも聞きます。

先ほど、薬品の開発と医療機器の開発は違つんだとおっしゃいましたが、確かにそのとおりで、しかし、多くの中小企業が支えてくださるこの医療機器の開発分野に国は必ずしもきちんととしたインセンティブを与えていないというか、サポート体制をつくつておられませんし、まして、この独法化の中で、ある程度企業規模の大きいところは生をやつていてるときに、輸血かどうかとやつていうときに、周囲の体制はどうしようかなんというような話で、私が申し上げましたように、家が火事になつて一大事のときにまさにリフォームの相談をして、その見返りで成果をすぐ上げなきゃございましょうが、そこに自分たちがある程度寄附をして、その見返りで成果をすぐ上げなきゃいけないというの、これはちょっと厳しいところも正直言つてあると私は思つんで。

私は、国家戦略とは、まず、そうした開発も含めて、イノベーションも支えることをもつと国が戦略に位置づけた上で、そして、人体を初めとする、医療機器というのはもろ人間にかぶつてきますから、そうした分野にもつときちんととしたマンパワーを補充しながら行っていくということが大事ではないかと思うのです。

だから和地参考人が独法化に期待してくださる部分も本当にわからないわけではないです、現状不自由がいっぱいですから。でも、恐らく、多くの開発を担う中小企業の皆さんにも十分な国の国家支援がないんじゃないのか私は思つてますし、そのままでいけば、非常にドネーションも貧しいものになる。要するに、寄附したらすぐ見返りを求めるような中で、私は人間を対象とする開発をやつてほしくない。やはりもつとロングタームで、きちんと腰が据わつて、本当にやり抜いていける

やつと、先ほどもお話ししましたように、内視鏡やらカテーテルができる、医療というのはこれだけ患者さんに優しくて、最後は医療経済的にも非常にプラスになるということが認識されたのはごく最近でございます。

ただ、例えば、医療機器というのは改善、改良なんですけれども、改善、改良を行うのは、いまだにドクターが承認を得てからしか使えないのですね。非常にばかな話でして、開発の途中でドクターの意見やら患者さんの意見やら聞きながらやつていかなきゃいけないので、そういう足かせが物すごくあるというのが実態でございます。

先生がおっしゃるよう、私は、日本人の特性を踏まえると、医療機器というのは世界の国家戦略として非常に有効だと思います。これは悪口を言うわけじゃないですけれども、私どもも海外に十五の工場がありますから、アングロサクソンの人たちの特性と我々の特性とはかなり違います。発想はアングロサクソンというの非常に優秀ですかけれども、きちんと物をつくる、品質を確保するというのは、これは悪口を言つていいわけじゃなくて、特性として非常に苦手です。それに対しても、やはり農耕民族のせいいか、我々日本人の品質に対する感度あるいは文化、それは相当に高いものだと思います。この特性を生かしていくかないと、これからの日本の国家戦略というの本当に私はもつたないなというふうに思つております。それで、基本的に先生がおっしゃるとおりだと思います。

私が今危機感を持つていてるのは、国産品のない医療機器というのがあるのですね、さつきのベースメーカーやら弁とかそういうたぐい。この種は、今の時点においてはやはり国家戦略としてオール・ジャパンで開発していくかないと、いつか後悔するときがあるので、うふうに私は思ひます。

ただ、私がいわゆる独法化に賛成の意見を申し上げたのは、やはりもつともつと自由度を増し、

いろいろな異業種との交流の中で発想が出てくるという時代ではないかなと。そういう意味で、独法化先にありきと言つてゐるのぢやなくて、やはりそのくらいに考え方を変えていかないと、この日本の医療あるいは医療機器の将来に対してもつたいないな、私はそういう観点で申し上げています。

○阿部知委員 和地参考人の御趣旨はよくわかつたつもりでございます。工学系の知恵もかりなきやいけないし、この日本のいろいろな人材を活用できないのは本当にもつたないと思います。

私は医療現場におりましたから、一方では、患者さんに対して、人体を用いたいろいろな機器の開発というものの必要性も十分承知しております。一方で、逆に患者さんにとっては、自分が治るということと、治療を受けている、そのサポートをする人材が非常に重要で、それが、岸田さんを初めとするナースだつたり、あるいは垣添先生のような医師たちでもあるわけです。

しかし、私は、実は二十数年前、岸田さんと一緒に働いていて、きょうは懐かしく思い出ましたが、よくぞあの重労働の中で続けていたいたなど本当に思いました。母子入院ではないので、子供たちだけを預かって、夜中に泣く子、状態の急変する子、それを抱えながらも、看護婦さんたちは聖母マリアかと思うような働きをしてくださいました。

でも、きょう見ても、まだこんな体制で夜勤をしておるのかと。この国は一体、本当に医療を支える人材にこれだけ目を配らず、心を配らず、そして、その害は結局患者さんに行く、医療事故等々の多発にもなると思うのです。逆に、看護師さんたちというのは、例えばそれが治療実験的なことであつても、その分、不安が強い患者さんたちに對して、御家族に對して、きちんとその訴えを受けてまとめてやつていただくためのキーパーソンにならうと思います。

私は、もしも今度の独法化を機に看護師さんが

もつとふえるのなら、医師がもつと自由に採用で
きるなら、これは一つの光かと思いますが、その
あたりは岸田さんにも、総人件費の例えは枠がは
められたり、非公務員型といえども、やはり運営
費交付金も人件費も厳しく絞り込まれるのではな
いかという懸念を私も抱いております。現場にお
られて、再度になりますが、その点をどうお考え
か、本当に貴重なお仕事をしてくださっているの
で、きょうはちょっと最後に伺いたいと思います。
○岸田参考人 意見陳述でも少し触れたのですけ
れども、十八年度と十九年度で約七十名の看護師
が退職をしています。平均年齢は二十代後半とい
うことで、今の現状でも、中堅層あるいは指導者
的な看護師が去っているところです。全部が全部、
厳しい中で退職を決めたわけではないにしても、
今後やはり独法化になる中で、こういった熟練看
護師の離職というところが本当に起こるのではないか
かということが一つ大きな不安としてあります。
あと、成育医療という国民医療、政策医療として
の役割がある反面、独法化になつてそれが役割
として果たせていくのか。病院の方針としても、
安心して子供を産み育てる医療と、我が国だけで
なくて世界的なレベルで医療を目指して実践して
いくという目標を掲げておりますし、また、どこ
の地域に住んでいても、小児医療、同じレベルの
医療を受けられるようなモデル医療も実施して、
リーダーシップをとつてこれからやっていく、そ
ういう課題を持つていることを考えますと、非常
に不安があります。独法化になつたことによつて
縮小されたり診療科がなくなつたり病床が縮小さ
れたりというような、そういう懸念が非常に強く
ありますので、そういう点では、やはりそのと
ころを、マンパワーはもちろんですけれども、本
当に保障がされているのかというところを十分に
審議していただきたいというふうに思います。
以上です。

垣添参考人には、いろいろな胸のうちがおありだと思いますて、あえて質問をちょっと控えさせていただきましたが、これからも貴重な政策提言を、特にがん、国民病ですので、お続けいただきますことををお願い申し上げて、質問を終わります。

○茂木委員長 次に、糸川正晃君。

○糸川委員 国民新党的糸川正晃でございます。

本日は、四人の参考人の皆様方、大変貴重な御意見をありがとうございます。私は最後の質疑者でございます。どうぞ忌憚のない御意見をいただければというふうに思つております。

まず、垣添参考人に質問をさせていただきたいと思います。

今回の法案でございますが、各ナショナルセンターはそれぞれ個別の独立行政法人となることとされております。この個別の法人となるメリットの一つとして、各センターの独自性、専門性を生かせる、こういうことがあるというふうに思いますが、それでも、参考人から見まして、国立がんセンターの独自性、これはどういうものが挙げられるのか、また、その独自性をさらに高めるための、このナショナルセンターが個別の独立法人となることによつての取り組みというものがあるのならば、それはどういうものなのかとということをお聞かせいただけますでしょうか。

○垣添参考人 今、糸川先生が御質問されたとおり、これまで何度もお話し申し上げてますが、六つのナショナルセンターそれぞれが帯びている目的と機能といいましょうか、目標が異なるということで、国立がんセンターの場合に、その帯びている独自性といいましょうか、それはやはり、ちょうどがん対策基本法ができ、それに基づいてがん対策推進基本計画がつくられたということです、言つてみれば、今、我が国は、政治に基づいた、あるいは法律に基づいたがん対策が進められるまさに元年に立つてゐるのではないかということを考えられます。

そういう法律に基づいたがん対策を進めていく

上で、国立がんセンターは、やはりがんの診療と研究と研修、そして情報提供ということにこれまで一生懸命取り組んでまいりましたけれども、その機能をさらに強化していく上で独法化がどうしても避けられないとしたら、その中で最善の独立行政法人を求めるということを繰り返しあ話し申し上げてきましたつもりです。

研究に関しても、診療に関しても、そして情報提供に関しても、そして人材育成に関しても、やはり負うべき独自性というのは明確にある。がん医療が成功すれば、ほかのナショナルセンターがカバーしている、日本国民にとって重要な疾患にそれぞれ大きなモデルになるだろうというふうに私は考えております。

以上です。

○糸川委員 ありがとうございます。

平成十八年に成立しましたがん対策基本法におきまして、がん対策の総合的な実施というのが国の責務、このように定められておるわけでござります。

今回の独立行政法人化によって、例えば、厚生労働省の施設等の機関であるときと比べて、自主的かつ弾力的な業務運営それから組織運営が可能になるというふうにも考えられるんですが、今後、国立がんセンターの役割のさらなる充実強化に向けて新たな取り組み、そして、名譽総長が先ほど、独自性を生かすためにいろいろな新たな取り組みをしなきゃいけないと。例えば、研究、研修、そういうものも含めて、日本のリーダーで、がんの最先端であるということを今後していく上で、今回、例えれば国からの財政支援というのが従来よりも限定的になるわけですね、この独立行政法人化によって。

そういうことが、例えばその危惧があるのであれば、その危惧をしている点も教えていただきたいというふうに思っております。

○垣添参考人 冒頭の意見陳述の中でもお話し申し上げましたけれども、現在、国立がんセンターは、中央と東を合わせての話ですが、年間約四百

五十億くらいの予算で、そのうち、九十八億ですから、二三%くらいの国の一般会計からの繰り入れをいただいています。それをいただいた上で初めて、先ほど申し上げたような公的な活動を行つてゐるということになります。

繰り返し私は最善のとかベストの独法ということを申し上げておりますけれども、独法化した際にも、国立がんセンターに国民から求められている機能や目標をきちんと達成していく上では、やはり国からの公費の補助というのがどうしても避けられない。

したがって、運営費交付金の削減はあり得ないんじゃないのか。できれば、むしろ増額を考えたい。少なくとも前年度同額で、毎年下がっていくということが、国立大学機構あるいは国立病院機構でどんな苦労をしているかというのはよく承知しておりますので、それがあつたら、やはり国立がんセンターに求められる機能は果たせないということになりますので。

○糸川委員 今参考人がおつしやられる、特に、がん対策に關しましては、國が責任を持ってどのようにしていくのかと、いうことを明確にしなきゃいけないわけでござりますから、財政的な話を先にすることよりも、これから研究そして国民に対することをより多く、これからの研究として皆様の命を守るということと、何が必要なのかと、いうことを先に考えていただきたいというふうに考えております。

次に、大村参考人と和地参考人にお伺いをした
いと思うんです。
医療技術立国を目指して、高度な医療技術それ
から医療機器の開発を進めるに当たっては、また、
それと同時に、優秀な医師として研究者、そして
医療機器を扱う技術者、こういう方々を育成する
必要があるというふうに考えております。
ただ、実際には、病院の勤務医の方々は、過酷
な労働環境に耐えかねて退職をされたり、そして
開業医となられてしまふ、こういうような事例が
多いわけでございます。最先端の医療を行なう病院

の勤務医が少なくなつてしまえば、高度な医療技術の普及などというのが進まない、そして後継者も育たないということです。

りますが、大村参考人の「医療立国論」というこの文も読ませていただきました。この中にも書いではございますが、日本の人口千人当たりの医師数、D加盟国の三十カ国の中で二十七位ということをございます。欧米に比べて極端に少ないということです。

また、医療技術が高度化すればするほど、現場の医師、そして看護師に要求される業務のレベル、これが上がってくるわけです。作業量も増加するということになりますから、今後さらに人員を増加しなければならない。そうしなければ現場はもうもたない。パンクしてしまうということになります。

○大村参考人 御質問ありがとうございます。
医療立国ということで、今、医療従事者の問題、それから技術を開発するその技師たち、研究者たちの問題と、いろいろ話が出ましたけれども、まず、医療立国の実現に向けて、高度な医療技術を駆使できる人材の育成と労働環境の改善、これが急務だというふうに考えておりますが、この点についてお二人の参考人の御意見をお伺いしたいとうふうに思います。

療従事者が圧倒的に不足しているということは、これはもう間違いない事實でございまして、厚生労働省は長年日本の医師は足りている、日本医師会もかつてはそう言つていた。実際に今、O E C D の平均の医師数に比べますと、三分の一程度であるということがございます。

アメリカと日本は一対〇・九だという議論を盛んに厚生労働省がやつてきたんですが、アメリカは週二十時間以上勤務する医師を O E C D に報告しております。日本は全く研究だけをやつたり、家庭に入っている医師も数えておりますし、そ

いつたことで全く現実的でない数字を出している
ということがござります。

医療とか救急医療では非常に増しております。しかし、病棟も診なくてはいけない、外から来る救急患者も診なくてはいけないということで、二二と、それから供給体制を考えますと、これはいう言い方をしては大変申しわけないんですけど、日本の急性期医療の夜間は無医村に近い状態というふうに言つても過言ではないような状況がござります。

そして、今度は、そういういた医療従事者があつと余裕を持つて診療し、なつかつ技術開発にも力をかせるような状況というのは、こういつたところに資源と人を投入しなければ絶対にできない。医学部の学生も、これは大幅にふやす。ブレアさんは、サッチャーが壊した医療制度を改革するため

一方では、先進医療をどんどん開発するという
ことでもござります。

何%、全体的には五〇%医療費をふやすといふ
とで、八年間やつてきてもまだイギリスの医療は
満足ではない。でも、イギリスの経済は一つも悪
くなつていないと、事実がござります。そうい
つたことで、その辺の考え方直しが必要だとい
うという大決断をしました。そして、毎年六・
八〇〇〇年に医学部の学生の枠を五〇%ふや
すという大決断をしました。

意味では、先ほどから申し上げておりますように九〇%以上の日本の医療機器の産業、それがもうほとんど中小企業でやっている。こういった人たちはが医師と相談しながらいろいろな技術開発や改良をやっているんですが、これを商品に乗せるには莫大な費用がかかる。それは、改正薬事法の中で非常にブレークがかかっているということがございます。

例えは、アメリカ、ヨーロッパの例を挙げますと、こういった制度が非常に簡単に通るようになつてゐる。そのかわり、先ほど言いましたよ

に、医療機器は安全でなければいけないけれども、医療機器による事故というのはほとんどヒューマンエラーで、これは教育体制とかむしろ現場の疲弊した医療体制の問題であって、機器に責任があるわけではないわけですね。

改良というのと非常に大事なんですね。最初から一〇〇%パーセントな商品というのはなかなか出てこない。それを改善、改良して、患者さんによいと私は思います。

やつと国家戦略として医療機器というのが認められてきたわけですが、ちょっと具体的な話をさせていただきますと、やはり教育のシステムができるといい。例えば米国は、医療機器で

精通したサポートスタッフを充実するために、イオメディカルエンジニアリング、こここのところを非常につくつております。教育のシステムの入れております。ところが日本は、先ほどお話をしましたように、医療機器学部さえない、こういう状況でございます。

そういう意味では、これからナショナルセーターのスタッフの充実というのには必要最低限の条件でございますし、また、私どもは実はやつていていますが、医師のトレーニングのシステムというのがほとんどないんですね。ところが、医療機器がどんどん進化すればするほど、トレーニングングをしていかないと医療事故につながる、こここの危機感を私は非常に持っております。余りにも進まないので、テルモ自体でもうつくつてしまつたわけです。先生方が土日を中心として大入り満員とすることですが、こういうやはりプラクティスをような仕組みを含めて、志のある人材を育てていくというのが、国家戦略あるいは日本が生きるためにも不可欠なことだ、私はこのように思つ

二年から数年の格差があるというのが実態でござります。

だんだん医療機器の審査の体制も整いつつあるのですが、私の個人的意見として一つこれは解決しなきやいけないと思うのは、すべての責任が国になるというのは、先進国の中では日本だけだと

思います。そうすると、幾らシステムをつくっても、責任はすべて国だということになると、どうしてもブレーキを踏みながらやるということになってしまふので、今から、ある企業の責任、それからドクターの責任、そして国の責任、これをきっちつと分けることによって普通の先進国並みのシステムにしませんと、この問題は単純なるシステムの問題ではなかろう、あるいは審査の人数の問題ではなかろうというふうに思つております。若干、個人的発言でござりますが、以上でござります。

○糸川委員　ありがとうございます。しつかりました勉強させていただきたいというふうに思いました。

最後に、岸田参考人ご質問させていただきました。

その当用権を持うことでのべきである。現在は全くほしいと本省で、本当に後えます。人夜勤に勤められる人々もまた、要するに、なんどといふことである。本当に後えます。

その目標を掲げて七年前に開院したわけで、毎年内容を充実していくという病院の方針に基づいて現場の職員はやつてきているわけですね。そこに突然独法化ということが、現場の受けとめ方としては、なぜ突然独法化なのかというのがやはり正直なところです。

今のは医療現場の職員、特に、新人というよりは中高年、指導者的な立場の看護師にとっては、先に独法化にいった国立病院機構の状況というのはやはり深刻なところがありますし、独立法人化の目的が、効率化と採算というところで、うちの病院が本当に独法化になつて持ちこたえられるんだどうかというのが、正直な職員の声です。

ですから、そのところがどういうふうになつていくのかというところの保障がはつきりされていないということと、もともとが、病院の採算というところでは、私たちが担つてている育成医療というのが不採算医療であることから考えても、本当に未来があるのか、保障がない中でどうなのかというところは、本当にはつきり正直言つて、現

その当時と比較しますと、その当時は院長が採用権を持つていました。労使交渉で、必要だといふことで三人夜勤を実現したわけですけれども、現在は全く採用権を持っていない。人をふやしてもほしいと言つても、本省と交渉せざるを得ない。本省で、この実態、きよう訴えた内容を交渉で訴えます。厚労省も認めるわけです、「一人夜勤を三人夜勤にしたいと。しかし、予算要求をしても削られるんですよ。僕たちも同じ立場で、実態を踏まえて要求を財務省で訴えても、切り捨てられるんだ」ということなんですね。ですから、一九八三年当時と現在とでは、医療に対する国の考え方が本当に後退しているんだなというのが私の実感ですが、はつきり言つて私の実感です。

しかし、国民医療というか政策医療を充実していくためには、やはり国として考え方をはつきりしていく必要がありますし、そこは、今の現場を厳しくしてきているのは行政改革なんだなというのが、はつきり言つて私の実感です。

以上です。

○茂木委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。終わります。

この際、参考人各位に一言ごあいさつ申し上げます。

参考人各位には、長時間にわたり貴重な御意見をお述べいただき、まことにありがとうございました。委員会を代表して厚く御礼申し上げます。

午後一時から委員会を開くこととし、この際、休憩いたします。

午前十一時五十一分休憩

卷之三

午後一時三分開議

○茂木委員長 休憩前に引き続き

す。

内閣提出 高度専門医療に関する

一九

第一類第七号

厚生労働委員会議録第十四号

平成二十年五月十六日

になつて七年目なわけですね。だから、これから
という時期、国立病院として高度医療を発展させ

独立行政法人に関する法律案を議題といたしました。この際、お諮りいたします。

本案審査のため、本日、政府参考人として内閣府大臣官房審議官石橋理彦君、文部科学省大臣官房審議官藤木完治君、厚生労働省大臣官房技術総括審議官上田博三君、医政局長外口崇君、健康局長西山正徳君、医薬食品局食品安全部長藤崎清道君、雇用均等・児童家庭局長大谷泰夫君、社会・援護局障害保健福祉部長中村吉夫君、保険局長水田邦雄君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○茂木委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○茂木委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。阿部俊子さん。

○阿部(俊)委員 自由民主党の阿部俊子でございます。

本日は、このような質問の時間をいただきましたことにまずお札を申し上げまして、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律案について、三十分間質問させていただきたいと思います。

初めに、ナショナルセンターの独法化後の医療提供についてお伺いをしたいというふうに思いました。本法律案には、新法人の業務として、医療の提供は、調査、研究及び技術の開発に密接に関連します。

ナショナルセンターの業務運営は、その収入の約六割が病院の診療収入などによって賄われていますが、不採算な医療分野や教育や研修などの業務については診療収入を得られないことから、これまで一般会計から繰り入れが行われてまいりました。独法化後は、原則として一般会計からの繰り入れを行わず、業務上運営に必要な財源について、運営費交付金による財政支援を受けることとされています。

ナショナルセンターは、日本の医療の最後のとりでとも言わておりまして、がんや脳卒中、心臓病など医療費の多くを占める国民的課題に対する医療の提供や、救急患者の受け入れ、民間での対応が難しい疾病分野や困難事例の受け入れなどの役割を担つてまいりました。今後は、独法化により独立採算となることで、個々の病院が経営の黒字化を急ぐ余りに、例えば不採算部門の縮小や不採算診療科の閉鎖、あるいは医療従事者的人件費の抑制などが起こることが懸念されているところあります。

そこで、独法化後の医療提供がどのように担保されるのか、独法化後の医療従事者の待遇がどのように担保されるのかということについてお伺いしたいというふうに思います。

○外口政府参考人 現在、各国立高度専門医療センターについては、難病等に対する診断、治療、研究、研修等の不採算な業務の実施に必要な経費の財源として、一般会計から所要額の繰り入れを受けております。平成二十年度予算で申し上げれば、繰入額は約四百三十八億円、収入のうちの約三割となっております。

独立行政法人に移行した後の国立高度専門医療センターがなすべき医療については、厚生労働大臣が指示する中期目標や、法人みずから作成する中期計画において定めることとしております。独立行政法人移行後においても、各国立高度専門医療センターでこれらの不採算な業務を引き続き実施されるためには、中期目標において必要な配慮をするとともに、運営費交付金を始め、必要な財源を確保していくことが重要であります。

なお、人材育成について必要な事項につきましては、医療政策の牽引車としての役割を果たせるよう、独法化後の国立高度専門医療センターの中長期目標に定めることも考えております。

○阿部(俊)委員 ありがとうございます。

先に独立行政法人化をされました、国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所を除く全国百五十四カ所の国立病院、国立療養所につきましては、独立行政法人国立病院機構が、医師の負担の軽減や医療従事者の役割分担を目的として、高度な臨床実践能力を有する専門性の高い看護師の雇用などが検討されており、そのための養成課程を創設することについても検討が進められているというふうに伺っています。

ナショナルセンターが担う役割のうち、すべてのナショナルセンターと共に通する役割の一つに人材養成というものがございます。それぞれの専門分野におきまして高度専門医療を担う、専門性の高い医療従事者や臨床家や研究者といった高度専門家の養成はナショナルセンターの大きな責務でもあります。それは、独法化後も変わることがないものと考えます。

そこで、今後、独法化しましたナショナルセンターに関して、専門性の高い医療従事者の養成がどのように検討されるのか、国全体の取り組みとナショナルセンターとの役割を継続的に担えるように医療、研究の専門家を育成するとともに、医療の均てん化を推進する人材の育成を担う必要があります。このため、いわゆる指導者に対する指導者の育成や、地域の医療機関で指導的役割を担う人材の育成も行うこととしております。

具体的には、各研究領域においてトップレベルの指導者を輩出できるキャリアパスの構築、大学や都道府県との連携を図ることによる必要な指導的人材の明確化、モデルとなる研修や講習の開発及び普及などに取り組むことを想定しております。

なお、人材育成について必要な事項につきましては、医療政策の牽引車としての役割を果たせるよう、独法化後の国立高度専門医療センターの中長期目標に定めることも考えております。

○阿部(俊)委員 ありがとうございます。

医師に関しては、平成十六年に、二年間の卒後臨床研修が制度化され、医学教育六年と合わせて八年間の教育が行われているところでありますし、歯科医師に関しましても平成十八年から、一年間の臨床研修が制度化されました。

医師や歯科医師以外の専門性の高い医療従事者の養成に関しまして、独法化後もナショナルセンターが率先して担つていくべきであると考えます。が、医師、歯科医師以外の医療従事者の卒後臨床研修制度については現在どのような検討がされているのか、国全体の取り組みとナショナルセンターの検討状況をお聞かせいただきたいと思います。

○外口政府参考人 新人看護師への卒後臨床研修につきましては、平成十五年度に開催した新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会の報告におきまして研修の指導指針及び到達目標が示され、これを普及するため、平成十六年度から教育担当者等への研修を実施してきているところで

ございます。

今年度の事業では、新人看護師、新人助産師及びその教育担当者を対象とした実務研修をモデル研修事業として、新人看護師については延べ六十施設で、新人助産師については延べ三十二施設で実施することとしております。

看護の質を確保、向上させ、目覚ましい医療技術の進歩への対応や医療安全の確保等を図るために、新人看護職員に対して卒後臨床研修を実施することは重要であると考えており、こうした事業を通じて、新人看護職員研修のあり方にについての検討をさらに進めてまいりたいと考えております。

また、ナショナルセンターにおきましても、その中で果たすべき役割についてよく検討し、看護の質の確保、向上のためにも努めたいと考えております。

○阿部(俊)委員 ありがとうございます。

医療の質というものは人の質でもございまして、やはりチームがどのように全体の質の向上を図っていくかが大切でありますので、ぜひともよろしくお願いいたします。

次に、国立精神・神経センターに関するお話を聞いて、現在七万二千人の精神障害者の社会復帰、医療観察法に関して二点お伺いをしたいというふうに思います。

平成十一年の患者調査では、精神病棟の入院患者約三十三万人のうち、入院の必要性が薄く、条件が整えば退院可能な者が七万二千人いるという推計が出されたところであります。その後、平成十五年度に策定されました新障害者基本計画及び重点施策実施五ヵ年計画、新障害者プランにおいて、今後十年間で七万二千人の退院、社会復帰を進めていくと方針が出されたところであります。

七万二千人の社会復帰に関しては、これまでも、国立精神・神経センターが中核となつて取り組むべき政策医療として重要な課題とされていましたところであります、この七万二千人の精神障

害者の社会復帰という点について、まず現在の進捗状況がどのようになっているか、また、その後もこの数値は変化していないのかなどについてお聞かせいただきたいというふうに思います。

○中村政府参考人 お答えいたします。

受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の数につきましては、患者調査によりますと、平成十七年時点で一年未満の入院患者さんも含めまして約七万六千人となつております。このうち、一年以上の入院患者さんの数は約五万人となつております。

受け入れ条件が整えば退院可能な方を含めました精神障害者の地域生活への移行、定着につきましては、厚生労働省が平成十六年九月に策定いたしました精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づきまして、入院医療中心から地域生活中心への基本的な考え方のもとで、障害者自立支援法によります福祉サービスの整備でありますとか、診療報酬改定によります地域移行や在宅医療の評価の充実など、総合的な取り組みを行つてきたところです。

その一環といたしまして、精神障害者に対しまして、入院中から退院に向けた支援を行う事業を実施してきておりますけれども、平成二十年度予算におきまして見直しを行い、精神障害者地域移行支援特別対策事業といたしまして、退院に向けた個別の方の支援に加えまして、受け皿の確保を含め、地域において実効ある体制づくりができるよう事業内容の充実を図るとともに、全国のすべての地域において本事業が展開されるよう、必要といたします。

こうした取り組みを確保しております。好事例の収集でありますとかニユアルの策定、研修を通じまして、地域におけるこうした事業の活性化を促しておるところです。

國立精神・神経センターについては、独法化後、非公務員型となりますが、政令等で手当でが行われ、引き続きこの役割を担つていくとお伺いをいたしましたが、今後、医療観察法の指定入院医療機関についてお尋ねをしたいわけであります。

平成二十年五月十六日

に地域において安心して自立した生活を送つていただけるよう、今後、地域生活支援体制の確保を進めとる具体的な方策の検討をさらに積極的に進めまいりたいと考えております。

○阿部(俊)委員 ありがとうございました。

精神障害のある人々、既に数十年間病院に入院生活をされている方もいらっしゃいますし、地域の方々も、その方々を受け入れるということに非常に不安を感じいらっしゃるところも、偏見もございますので、ぜひとも着実な目標達成に向けて、引き続きよろしくお願ひしたいと思います。

また、統しまして、国立精神・神経センターと関連いたしまして、医療観察法の指定入院医療機関についてお尋ねをしたいわけであります。

平成十七年七月に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者の医療及び観察等に関する法律、いわゆる医療観察法が施行されまして、重大な他害行為を行つた者の治療と社会復帰を担う指定期間は、都道府県もしくは都道府県以外の地方公共団体が設立した特定地方独立行政法人と規定されています。

現在、国立精神・神経センター病院を初め、国立病院等国関係では十二カ所、都道府県関係では二カ所が整備されているところでありますが、全国で必要とされている病床数七百二十床に対し、現在整備されている病床数は三百五十四床と半分以下にとどまっています。こうした中で、現場では、必要な病床の確保は厳しく、遠隔地の入院を余儀なくされている例もあると聞いています。

設置主体についての御質問がございましたけれども、現在、医療観察法による指定入院医療機関の設置主体は、国、都道府県、特定独立行政法人、特定地方独立行政法人に限定されておるところでございます。

國立精神・神経センターにつきましては、非公務員型の独立行政法人に移行するわけでございますが、引き続き医療観察法の指定入院医療機関として役割を担つていただく必要があると考えておりますように、同じような所要の措置を講ずる予定にしております。

國立精神・神経センターについて、設置主体の問題とあわせてどのようにお考えであるか、お聞かせをいただきたいと思います。

○中村政府参考人 お答えいたします。

指定入院医療機関の整備につきましては、平成二十二年四月現在で申し上げますと、国関係で二三百三十二床、都道府県関係で三病院五十五床、合計三百八十七床が整備されておるところでございます。

厚生労働省といたしましては、まず、国立病院機関に対しましてさらなる増床の要請を行い、国際的病床整備を進めていくこととしております。

特に、國立精神・神経センター武藏病院につきましては、平成十七年七月に三十三床の病床を整備したところでございますけれども、さらに、主として合併症を有する対象者を受け入れる三十床の病棟の建設準備を進めておるところでございます。

また、整備のおくれております都道府県関係につきましては、先月二十三日に大臣から知事会に整備の要請を行いましたが、専門病棟の整備のほか、都道府県立精神科病院の病棟の一部を活用して、小規格の病棟の整備について緊急の要請などを行つており、これらにより都道府県関係の病床の整備を進めていくこととしております。

設置主体についての御質問がございましたけれども、現在、医療観察法による指定入院医療機関の設置主体は、国、都道府県、特定独立行政法人、特定地方独立行政法人に限定されておるところでございます。

國立精神・神経センターにつきましては、非公務員型の独立行政法人に移行するわけでございますが、引き続き医療観察法の指定入院医療機関として役割を担つていただく必要があると考えておりますように、同じような所要の措置を講ずる予定にしております。

なお、民間医療機関への設置主体の拡大につきましては、今後十分な検討が必要かというふうに考えております。

○阿部(俊)委員 ありがとうございました。

医療観察法の対象となる患者さんの治療や社会

復帰については、引き続き国のお責任において手厚い専門的な医療が提供できるよう、よろしくお願ひいたします。

ナシヨナルセンターには対応すべき重要な課題として、感染症対策があります。特に国立国際医療センターにおいては、ほかのナショナルセンターや網羅できない感染症の対応を行うという使命を有しています。

先日、秋田県の十和田湖畔で発見された白鳥の死骸から毒性の強いH5N1型鳥インフルエンザウイルスが検出され、我が国でも新型インフルエンザを初めとする感染症対策が喫緊の課題となっています。先般、新型インフルエンザの発生時に強制入院などの措置を可能にする感染症法と検疫法の一部改正案が参議院本会議で可決、成立したところであります。このような非常事態におきましては、危機管理に対応する医療従事者の確保のため、国立や自治体立の医療機関が公務員の立場で医療従事者を確保しておくことが重要だとうふうに考えます。

産業医科大学などが、六都府県の七つの大学病院などで働く一万人を対象に実施した調査では、新型インフルエンザが大流行した場合、医療従事者の二六%が転職を考えているという結果が発表されました。また、医療従事者の七五%が、仕事で感染するリスクがあるのは仕方がないと考えている一方で、二六%が、感染リスクがあるなら転職も考えたいと考へていることがわかつています。特に、転職を考える人は、患者と最も身近に接する看護師が三一%と最も多く、次いで技術事務職員が二三%、医師が一七%で、患者に接する機会が多く、インフルエンザの予防知識が十分でない人ほど不安を強く感じる傾向が見られまし

する教育研修などの取り組み、不安を取り除くべく、うな対策とともに、国や自治体の責任において、人材の養成確保についても有事の対応を考えています。

員型となることで、感染症対策としてパンデミックに対する備えは十分なのか、今後の感染症対策についてお考えをお聞かせください。

○外□政府参考人 国立国際医療センターにおきましては、高病原性鳥インフルエンザのヒト感染症例の迅速検査法の開発などの、新型インフルエンザ対策を初めとした感染症対策に取り組んできましたところであります。独法化した後におきましても、感染症等に係る医療技術の開発等を推進していく予定でございます。

また、実際に新型インフルエンザの患者さんが発生した場合には、特定感染症の指定を受けている病床に入院させるほか、パンデミック、いわゆる大規模流行となつた場合に、患者さんの発生状況に応じまして他の病棟を専用病棟として設定するなどの対策を講じることとしており、現在、マニュアルの改定等を重ねているところでございます。

さらに、本法案におきましては、厚生労働大臣は、災害の発生や公衆衛生上の重大な危害の発生などの緊急の事態に対処するため、独法化後の国際医療センターに対し必要な業務の実施を求めることができるごとに、新型インフルエンザの発生のような緊急事態にも確実な対応がとれるようにしているところであります。

なお、新型インフルエンザ等の感染症対策に対して確実な対応が図れるよう、これは中期目標によるものと、しっかりととした対策をよろしくお願ひしたいと思います。

○阿部(俊)委員 ありがとうございました。

○阿部(俊)委員 感染症対策につきましては、引き続き国の責任

最後になりますが、ナショナルセンターにつきましては、本法案が成立後、厚生労働大臣が示す

する教育研修などの取り組み、不安を取り除くような対策とともに、国や自治体の責任において人材の養成確保についても有事の対応を考えていかなければならないと考えます。

ナショナルセンターの独立化において、非公務員型となることで、感染症対策としてパンデミックに対する備えは十分なのか、今後の感染症対策についてお考えをお聞かせください。

○外□政府参考人 国立国際医療センターにおきましては、高病原性鳥インフルエンザのヒト感染症例の迅速検査法の開発などの、新型インフルエンザ対策を初めとした感染症対策に取り組んできました。ところであります。独法化した後におきましても、感染症等に係る医療技術の開発等を推進していく予定でございます。

また、実際こ新型冠状インフレンザの患者さんが

さらに、本法案におきましては、厚生労働大臣が発生した場合には、特定感染症の指定を受けている病床に入院させるほか、パンデミック、いわゆる大規模流行となつた場合に、患者さんの発生状況に応じまして他の病棟を専用病棟として設定するなどの対策を講じることとしており、現在、マニュアルの改定等を重ねてしているところでございま

は、災害の発生や公衆衛生上の重大な危害の発生などの緊急の事態に対処するため、独立化後の国際医療センターに対し、必要な業務の実施を求めることができるとしており、新型インフルエンザの発生のような緊急事態にも確実な対応がとれるようにしているところであります。

なお、新型インフルエンザ等の感染症対策に対して確実な対応が図れるよう、これは中期目標にも必要な事項を示すことを考えております。

○阿部(傍)委員 ありがとうございます。
感染症対策につきましては、引き続き国の責任任
のものと、しっかりととした対策をよろしくお願ひい
たいと思います。

最後になりますが、ナショナルセンターにつきましては、本法案が成立後、厚生労働大臣が示す

卷之三

中期目標に沿った形で、本センターの新理事長のもとでそれぞれの政策目標が立てられることとなります。この際、目標達成状況に関する評価項目をぜひ明確にしていただきたいと思うわけあります。

野について、論文数、その内容、ほかの大学附属病院と比較して遜色がないものでなければいけないと思っています。現在ナショナルセンターが発

表している論文数、インパクトファクター、さらにはファーストオーサーの部分を今データとしていただいているところであります、ファースト

オーサー、すなわち第一執筆者としての、研究の責任者でもある方が非常に少ないナショナルセントラーもあります。そうしたときに、ナショナルセントラ

ンターがナショナルセンターであるべくこの評価項目を明確にするということが、税を入れた形での研究機関として研究分野にしつかりと力を注ぐ

ことになりますので、ここはぜひともお願ひしたいと思います。

診療部門に関しては、ほかの病院で診ることができない患者さんたちを診ていくということを本当にやつているのであれば、これに専念して

も、どういう患者さんたちを扱っているかという評価項目が重要であると思いますが、そのことに關しては、不採算になつてから二回ゴト

関しては、不折算になつてもいいからと国が大
シヨナルセンターとして守つていくということ
も、独立行政法人化した後も重要だと思つていま
す。だからこそ、このことを頑張っていきたい

す。せひともこのことをお願いして
間を終わりたいと思います。

○古屋(範)委員 公明党の古屋範子でございま
す。

今まで私自身が力を入れて取り組んでまいりました女性の健康という角度で質問をさせていただきたいと思います。

少子高齢化の進展に伴いまして、女性のライフ

スタイルは大きく変わつて來ております。今後、女性の社会進出がさらに進み、女性の活躍を求める声が強くなる一方で、日本の現状を見ますと、女性が健康で、また子育て、仕事など生きがいを持つて生きていくことができる、そのためにはさらに多くのサポートが欠かせない、まだ足りないのが実情でございます。

そこで、公明党女性委員会では、このたび、すべての女性が安心と希望を持つて暮らせる社会づくりを推進するため、政策提言「女性サポート・プラン」を取りまとめました。そして、一昨日、浜四津代行また松委員長とともに、福田総理に、その実現を求めて要望書を提出いたしました。

そこに、五項目挙げさせていただきました。女性の健康バースポートの発行、女性総合カウンセリング窓口の設置、女性健康研究ナショナルセンターの設立、仕事と生活の調和推進基本法の制定、これはすべて仮称でございますけれども、そして、幼稚教育の将来の無償化に向けて、まず就学前一年間の無償化を実現することなどでございます。

本日は、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患等に係る医療に関して、調査、研究及び技術の開発、そして関連する医療の提供や技術者の研修等を行う独立行政法人の名称、目的、業務の範囲等に関する事項を定めることを目的といたしました高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律案の審議でございます。今回の審議におきまして、私たちの女性プランの中で提案をしております女性健康研究ナショナルセンターというものの設置について、ぜひ実現をしてもらいたいという気持ちで質問してまいります。

女性の医療につきまして、公明党はこれまででも、性差に基づく女性の医療の実現に向けまして、女性専門外来の設置ですとか乳がん検診の推進、また不妊治療の推進など、さまざまな施策を推進してまいりました。

女性の健康につきましては、一九九四年のカイロにおける国際会議でリプロダクティブライツ・ヘルスが取り上げられて以来、国際的な関心を呼

び、欧米では官民を挙げて女性医療の充実に乗り出しております。日本でも女性の健康に関する関心が高まりまして、厚労省におきましても、厚生労働科学研究や、また昨年十二月に立ち上げた女性の健康づくり推進懇談会、私も聞かせていただきましたけれども、このような女性の健康づくりを国民運動として展開し、さらに有識者会議において性差医療の本格的な検討が始まることとなつたと聞いております。まさに、男性と女性の違いによる性差医療はこれからであると思います。

女性は、思春期、妊娠、出産、また更年期と、生涯にわたつてホルモンバランスが大きく変わ

るわけでして、画一的に医療を行うには難しさがあ

ると思います。性差に基づく医学という視点を持

ち込むことで、女性のためではなく、ひいては男

性の体質や特質も明らかになって、医学全体の質

大臣、日本における男性と女性の違いによる性

差医療について御見解をお伺いいたします。

○舛添国務大臣 性差医療の問題に入る前に、最

初の方で委員がおっしゃいましたように、日本の

社会において女性が生き生きと仕事をし、そして

社会に参画していく、そういう体制が十分ではな

いんではないかという思いがありまして、一般、

私もとにあります人生八十五年ビジョンの検討

会で、ビジョンをまとめたところであります。

その中で、とりわけ女性の社会参画、そして女

性をめぐる環境を改善するということを一つ大き

な柱としてうたつております。そして、これは、

ただビジョンに終わるのではなくて、これから

厚生労働行政の中に生かしていく、そういう思

いります。

そのような中で、性差を考慮した女性の健康支

援ということは、今御指摘ありましたように、女

性の健康づくり推進懇談会も設置をしております

し、とにかく研究を支援したいということで、こ

の体制も整えつつあります。さまざまな支援策をつくりました。

○古屋(範)委員 大臣から人生八十五年というお話をございましたけれども、既に日本の女性は八十六歳近い平均寿命がございまして、やはり女性が健康である、それも健康で長寿を生きるということが非常に大事になっている、男性以上に大事だというふうに感じます。

そこで、女性の健康や医療について調査研究をする、先ほど申し上げた女性健康研究ナショナルセンターについてでございます。

私たち公明党は、性差を考慮した医療、医学の推進を目指しまして、例えば性差医療の第一人者である千葉県衛生研究所の天野先生、また千葉大

学医学部の龍野先生などから、日本における性差医療のあり方について学んでまいりました。

その中で、米国における性差に基づく女性医療は、既に一九八五年、すべての年齢の女性において、女性特有な病態について医学、生物学的研究

の必要性が報告されまして以来、さまざまな取り組みが行われております。

一九九〇年には、女性の疾病予防、また診断、治療及び関連する基礎研究を支援する目的でオ

フィス・オブ・リサーチ・オン・ウイミング・ヘルスが開設をいたしました。また、一九九六年に

は全米六カ所に、女性医療の女性の健康にかかる

研究、教育、医療を先駆けるための学術的な健康センターを、センター・オブ・エクセレンス・イン・ウイミング・ヘルスとして整備され、二〇〇六年までに全米で既に二十カ所設立をされてい

ます。

アメリカでは国土が広いこともありますし、人種ですかライフスタイル、生活習慣、食生活などにより、女性の疾病、健康といつても地域によつ

てさまざまな特徴があるそうで、そのため州に

先般、総理に公明党の皆さん方が、女性サポート

ト・プランの実現を求めるという要望書をお出し

になりましたけれども、そこに盛られているよう

になります。

ト・プランの実現を求めるという要望書をお出し

になりましたけれども、そこに盛られているよう

わけであります。

あと、保育所でどう考えるかということでありますけれども、学校における児童の活動と保育所

における保育内容というのは若干相違があるといふことには留意する必要があると思いますが、この内容、参考にすべき点が多く含まれておるわけ

であります。保育所においてこのガイドラインをどういう形で生かしていくか、これについては検討してまいりたいというふうに考えております。

○古屋(範)委員 幼稚園、保育園にいらっしゃるお子さんのアレルギーへの対応は、それほど違はないのではないかというふうに私は思っております。

ここの中にも具体的な説明がございまして、例えば牛乳パックリサイクルで、教室で洗いましょうというようなことになりますと、牛乳のアレルギーのあるお子さんは非常に大変なわけでございまし、また、そばアレルギーのあるお子さんにとっては、そば打ち体験学習などというものは致命的なものでございます。そういうことも具体的に載っているものでございますので、ぜひ、省庁の壁を越えて御活用いただきたいというふうに考えております。

次に、アレルギー物質を含む食品に関する表示についてお伺いをしてまいります。

近年、国内で初のBSE感染牛が確認をされまして以来、牛肉の偽装、また賞味期限、消費期限の改ざんなど、食品の表示偽装の事件が相次いでございます。こうした問題も非常に重要なわけでござります。しかし、これによる具体的な健康被害の報告というものは聞いていないわけでござります。

この一方で、加工食品に含まれるアレルギー食

品表示の義務違反は、重大な健康被害を招くこと

が報告されております。食物アレルギーには、ア

ナフィラキシーショックという命を脅かす非常に

重大な被害がありまして、食物アレルギー患者に

とっては、アレルギー食品の表示は命にかかる

重大な問題でございます。

アレルギーを引き起こした食品の特定原材料の判断、その残品の有無、行政処分の検討、情報の提供等を各都道府県に対して通知する対応をされ

ておりますが、私が聞いた中では、こうした表示

がないためにアナフィラキシー症状を起こしてしまったという事例を聞いております。その保健

所は、こうしたアレルギーまたアナフィラキシー

症状への認識というものが浅かつたのではないか

といふことが懸念をされるわけでございます。

また一方で、本年一月、仙台市で起きました、

いちごミルク大福に牛乳の表示をしなかつた和菓

子店に対しまして、営業の一部停止処分を下した、

そういう保健所もあるわけでございます。各地域、

保健所によつて、こうした健康被害が出た場合で

も対応がまちまちである、表示義務違反などへの

対応でも、保健所の対応に地域差が生じていると

思います。

アレルギー食品表示制度がスタートをいたしま

して六年になりますけれども、厚生労働者は、こ

うした表示義務の運用、具体的な対応につきまし

て、自治事務として都道府県、政令市、中核市に

任せせず、運用の実態について早急に全国の実情を

調査すべきと考えますけれども、いかがでございましょうか。

○藤崎政府参考人 お答え申し上げます。

先生御指摘のように、食品に起因いたしますア

レルギー症状の発生を防止していくといふのは、

大変に重要であるといふうに考えております。

そういう中で、食品のアレルギー表示の制度につ

いてお尋ねです。

次に、アレルギー物質を含む食品に関する表示

についてお伺いをしてまいります。

このようにして、行政として、特に食品安全衛生

行政の第一線であります保健所、自治体において

どのようにこの問題に取り組んでいるのかといふ

御質問だろうというふうに理解いたしております。

ぜひ、再発防止に向け、改善措置を徹底させる

行政処分なども積極的に行うべき、このことを要

望いたしまして、質問を終わりたいと思います。

ありがとうございました。

の通知に従つてさまざまに対応がとられていると

いうことにならうかと思います。

アレルギー物質を含む食品表示に関する有病苦

情者あるいはその家族からの申し出に対する対応

でございますが、まず、具体的な内容といたしま

しては、医師によつて食品衛生法に基づく義務表

示のあるアレルギー物質が原因でこのような症状

が起きているということの診断が行われた場合で

ございますが、そこからスタートいたしまして、

当該患者さんの摂取した食品に特定原材料が含

れていたものと判断をして特定していく、こうい

う作業になつてまいるわけでございます。

その具体的な方法としては、アレルギーの症状

及び摂取から発症するまでの時間、さらには当該

患者のアレルギー症状の既往、アレルギーを引き

起こしたと考えられる特定原材料、あるいはアレ

ルギー症状発症前の行動及び喫食した食品、食

品・容器包装等の残品の有無等の情報を収集しま

して、それらをもとに総合的に判断していくとい

うことになります。

このようなことで原因がはつきりして、本来表

示されるべきこれらのものが表示されていなかつ

たということになりますと、これは表示義務違反

になつてしまりますので、当然にまた指導が必要

になつてくるということになつてしまります。

私どもとしては、その措置に行かないで済むよ

うに、通常の監視指導において、今申し上げたよ

うな、表示すべきものがされていないということ

のないような監視指導を行つております。これは、

食品衛生法第二十二条に基づいて定めた食品衛生

に関する監視指導の実施に関する指針というのが

ございまして、これに基づいて、アレルギー物質

を含む食品表示を重点監視指導項目と位置づけて

おりまして、特に夏期及び年末におきます全国的

な一斉取り締まりなどを中心に点検していただい

ているということでございます。

それで、先生の方から、どのような処分とい

うふうに理解をいたしております。

そういう中で、行政として、特に食品安全衛生

行政の第一線であります保健所、自治体において

どのようにこの問題に取り組んでいるのかといふ

御質問だろうというふうに理解いたしております。

ぜひ、再発防止に向け、改善措置を徹底させる

行政処分なども積極的に行うべき、このことを要

望いたしまして、質問を終わりたいと思います。

ありがとうございました。

○茂木委員長 次に、岡本充功君。

もう少し申し上げてよろしいですか。

時間がです。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつては検討してまいります。そし

て、当該違反食品の出荷または販売先が不特定ま

たは多数である場合には、食品等事業者に対しま

して、当該自治体における対応をいたしまして、

は、まずは、今申し上げましたようなプロセスを経て

表示違反というような特定原材料が含

まれるという表示がされていないという、表示が

訂正されるまでの間は当該食品等の販売を行わな

いように指導するということになつております。

もう少し申し上げてよろしいですか。

○茂木委員長 時間です。

○藤崎政府参考人 済みません。

また、必要に応じて、食品衛生法第五十五条に

基づきます営業の禁停止等の厳しい措置も、対応

によつ

一昨日に引き続き、高度専門医療に関する法律案についての質疑をさせていただきます。まず、一昨日も指摘をさせていただいたとおりでありますけれども、そのときに十分指摘し切れなかつた部分として残つておりますのが、ナショナルセンターにおける医療の必要な方に対する集中、また、センターで得られた知見の均てん化、こういったことがどのようになされているか。もっとわかりやすく言えば、一般的市民病院とナショナルセンターの病院との違いは一体何なのかということを問わせていただきたいわけであります。

そのときには、きょうはおつけしておりませんが、配らせていただいた資料の中で、長寿医療センターにおける外来受診の患者さんの割合が、他府県からの外来患者さんがみえないこと、この特殊性を指摘しました。アルツハイマーの研究をしている、であればこそ、全国からアルツハイマーを患う皆さんに来られてもよかりしに、そういう状況になつていい現状、また、他府県からの入院も極めて少ないお話をさせていただきました。また、その一方で、国際医療センターにおいては、災害医療の観点での取り組み、また、今後はウイルス性肝炎の治療の拠点となるんだ、こういう話があるにもかかわらず、実際の国府台病院には精神疾患の患者さんが現在そのおよそ三分の二を占めている実態をお示しさせていただいたわけであります。

きょうお配りをさせていただいたのは、さらに成育医療センターや循環器病センター、長寿医療センターにおいて、特定日でありますけれども、どのような患者さんが夜間救急に実際受診をされ、その転帰がどうなったかであります。

特に注目していただきたいのは、成育医療センターであります。患者さんが来られているのは市内がかなり多い状況でありますけれども、その病名も必ずしも高度の専門性を有するかどうかが疑わしい、そういう症例も多うございます。中耳炎だと

かじんま疹とか、さらにいえば湿疹とか、その多くも転帰として帰宅になつています。

つまりは、市内もしくは区内でありますけれども、入院する必要のない患者さんが来られて、おショナルセンターにおける医療の必要な方に対する集中、また、センターで得られた知見の均てん化、こういったことがどのようになされているか。もっとわかりやすく言えば、一般的市民病院とナショナルセンターの病院との違いは一体何なのかということを問わせていただきたいわけであります。

そのときには、きょうはおつけしておりませんが、配らせていただいた資料の中で、長寿医療センターにおける外来受診の患者さんの割合が、他府県からの外来患者さんがみえないこと、この特殊性を指摘しました。アルツハイマーの研究をしている、であればこそ、全国からアルツハイマーを患う皆さんに来られてもよかりしに、そういう状況になつていい現状、また、他府県からの入院も極めて少ないお話をさせていただきました。また、その一方で、国際医療センターにおいては、災害医療の観点での取り組み、また、今後はウイルス性肝炎の治療の拠点となるんだ、こういう話があるにもかかわらず、実際の国府台病院には精神疾患の患者さんが現在そのおよそ三分の二を占めている実態をお示しさせていただいたわけであります。

きょうお配りをさせていただいたのは、さらに成育医療センターや循環器病センター、長寿医療センターにおいて、特定日でありますけれども、どのような患者さんが夜間救急に実際受診をされ、その転帰がどうなったかであります。

特に注目していただきたいのは、成育医療センタ

かじんま疹とか、さらにいえば湿疹とか、その多くも転帰として帰宅になつています。

つまりは、市内もしくは区内でありますけれども、入院する必要のない患者さんが来られて、おショナルセンターにおける医療の必要な方に対する集中、また、センターで得られた知見の均てん化、こういったことがどのようになされているか。もっとわかりやすく言えば、一般的市民病院とナショナルセンターの病院との違いは一体何なのかということを問わせていただきたいわけであります。

そのときには、きょうはおつけしておりませんが、配らせていただいた資料の中で、長寿医療センターにおける外来受診の患者さんの割合が、他府県からの外来患者さんがみえないこと、この特殊性を指摘しました。アルツハイマーの研究をしている、であればこそ、全国からアルツハイマーを患う皆さんに来られてもよかりしに、そういう状況になつていい現状、また、他府県からの入院も極めて少ないお話をさせていただきました。また、その一方で、国際医療センターにおいては、災害医療の観点での取り組み、また、今後はウイルス性肝炎の治療の拠点となるんだ、こういう話があるにもかかわらず、実際の国府台病院には精神疾患の患者さんが現在そのおよそ三分の二を占めている実態をお示しさせていただいたわけであります。

きょうお配りをさせていただいたのは、さらに成育医療センターや循環器病センター、長寿医療センターにおいて、特定日でありますけれども、どのような患者さんが夜間救急に実際受診をされ、その転帰がどうなったかであります。

特に注目していただきたいのは、成育医療センタ

かじんま疹とか、さらにいえば湿疹とか、その多くも転帰として帰宅になつています。

つまりは、市内もしくは区内でありますけれども、入院する必要のない患者さんが来られて、おショナルセンターにおける医療の必要な方に対する集中、また、センターで得られた知見の均てん化、こういったことがどのようになされているか。もっとわかりやすく言えば、一般的市民病院とナショナルセンターの病院との違いは一体何なのかということを問わせていただきたいわけであります。

そのときには、きょうはおつけしておりませんが、配らせていただいた資料の中で、長寿医療センターにおける外来受診の患者さんの割合が、他府県からの外来患者さんがみえないこと、この特殊性を指摘しました。アルツハイマーの研究をしている、であればこそ、全国からアルツハイマーを患う皆さんに来られてもよかりしに、そういう状況になつていい現状、また、他府県からの入院も極めて少ないお話をさせていただきました。また、その一方で、国際医療センターにおいては、災害医療の観点での取り組み、また、今後はウイルス性肝炎の治療の拠点となるんだ、こういう話があるにもかかわらず、実際の国府台病院には精神疾患の患者さんが現在そのおよそ三分の二を占めている実態をお示しさせていただいたわけであります。

きょうお配りをさせていただいたのは、さらに成育医療センターや循環器病センター、長寿医療センターにおいて、特定日でありますけれども、どのような患者さんが夜間救急に実際受診をされ、その転帰がどうなったかであります。

特に注目していただきたいのは、成育医療センタ

ます。

理想を言えば、委員がおっしゃったように、本当に世界的水準にある、ナショナルなレベルにある研究と

そういう意味で、今回の法案の中での現在地の場所の問題、どうしてここを選んだか、また、それが本当に高度専門医療をするのに適切な場所なのかどうか。たまたまそこに今病院があるから、

断りきれない中、実際に市立病院の夜間救急外

來と変わらない、単なる時間外診療になつてゐるのではないかと指摘せざるを得ない、こういった状況、結論として、この日は一晩に九十七名来られたことがありますけれども、そのほとんどが帰宅をさ

れています。

こういつた現状で、本当に高度専門医療を行う

状況にあるのかという指摘をさせていただきたい

われておりますけれども、それについて、大臣、どのよ

うにお考えになられますか。

○舛添国務大臣 今、成育医療センターの例が出

ました。私も利用者でありまして、近くに世田谷に住んでおりまして、それで、これはナショナルセンターだけの問題ではありません。ですから、

緊急医療体制をどうやるかということで、成育医

療センターは、まずトリアージということをやつて患者さんをそこで分けます。しかし、まさに委員がおっしゃったように、緊急医療体制の中の第

三次医療というところで、そこに組み込まれてい

ます。そして、現実に子供を持ったその地域の親

の立場に立つてみると、とにかく、ではどこに

連れていくかというときに、緊急医療体制が不足

しております。だから、むしろ、こちら側の整備

をしていないといけない。

私も何度かここに行つて、まさに一日に九十何

件というのはよくわかります。ほとんどが帰宅で

すというのもよくわかる。看護師さんが全部トリ

アージをやるんです。だけれども、親御さんの立

立つて高熱が出る。では、どうしたらしいのか。

それでも、とにかく引きつけ起こして大変な状況になつて高熱が出る。では、どうしたらしいのか。

それでまず救急車を呼びます。そして、私もこの

地域に住んでいますけれども、救急車が搬送するところがここになるということで、見ていて、現

場のお医者さんもやはり大変な過重労働だと思います。

○岡本(充)委員 つけ加えて言わせていただきま

すと、来られている方は、四名の方が産科であつて、残りは全部小児科なんですね。それで、場所

がここで果たしていいのかということもあるわけ

なんです。これが、この場所でこういう名称で病

院があれば、やはり行きたくなるという気持ちは

わからなくなもない。

しかし、高度に専門化した医療をやって、それ

を全国に均てんする、こういう高い理想のもとで

展開をされている、これはほかの医療センターで

も同じであります。それに比べて、確かに

ベルの研究をするところは例えば非常に人里離れ

たところでやるというのも一つの手段なんですが、

ただ、そうしますと、先ほどのアルツハイマーな

ます。

理想を言えば、委員がおっしゃったように、本当に世界的水準にある、ナショナルなレベルにある研究と

このままやりましょうみたいな話ではなくて、本当に高度専門医療をする必要であると考えられる、政策医療の中でも重点化を置く六分野だと

いうのはやはりそれに伴つた臨床があつてしかるべきだと思いますが、残念ながら、今言つたような現状は委員が御指摘するとおりであります。これはナショナルセンター自身のあり方だというよりも、日本全体の緊急医療体制のあり方だというふうに思っています。

そして、トリアージも、中に入つてトリアージをやるんですけども、その前の段階でトリアージができるよう、先般、県立の柏原病院のお母さんたちがつくつてパンフレットを見せていて、ただくと、その段階で非常に上手なトリアージをやつて、お子さんの状況を、こうだつたらまず救急車呼んでください、そういう場合はこうしてくださいと。だから、そういうことから始まつて、やはり地域医療、一次、二次、三次、この医療体制を早急に構築して、そして、私も、理想は委員がおっしゃったように、緊急医療体制の中の第三回と臨床ができるよう、今言った大きな医療体制の改革という中で取り組んでまいりたいと思つております。

○岡本(充)委員 つけ加えて言わせていただきまして、私は、この場所でこういう名称で病院体制を早急に構築して、そして、私も、理想は委員がおっしゃったように、緊急医療体制の中の第三回と臨床ができるよう、今言った大きな医療体制の改革という中で取り組んでまいりたいと思つております。

ですから、これは現場の医師が感じていることなんです。現場の医師が、これは厚生労働省の方で何らか対策をとつてほし、我々はそういう高齢専門医療をやりたいと思っていながら、本当にこのままやりましょうみたいな話ではなくて、本当に高度専門医療をやつたし、これからも独法で一般の市民病院とどこが違うのか。大臣は県立柏原病院の話を例に出されましたけれども、県立柏原病院とはその役割も意義も違うわけです。であるからこそ、国立であつたし、これからも独法でやつていいこうと思っているわけですから、このあたりを考えていただかないと、政策医療とは何なのかということになると思いますよ。

したがつて、ぜひこの実態の改善を目指すべく、取り組んでいただきたいと思います。

○舛添国務大臣 近隣の住民、私にとつてもそうた。そういうこととの連続性もあると思います。

もちろん、委員のおっしゃるように、トップ

ベルの研究をするところは例えば非常に人里離れ

たところでやるというのも一つの手段なんですが、ただ、そうしますと、先ほどのアルツハイマーな

う読み方をするか。これは想像を絶するスピードですよ。その原稿を使って講演しているんですよ。だから、そういう意味では、これはちょっと想像を絶する。

こういうことを許してはいけないんじゃないかといって、実は、平成十九年十二月二十一日に、厚生労働省職員の職務に係る倫理の保持そのための体制整備ということで、事務次官から各内部部局長に対して通知が出ていまして、「職員が行う講演、討論、講習、研修における指導又は知識の教授及び放送番組への出演に対する報酬の上限額は、一時間当たり二万円程度とすること。また、職員が行う著述に対する報酬の上限額は、四百字当たり四千円とすること。」これが出了。

ただし、これまでは要するにダブルで受け取つていただけですね。原稿料、例えば八十枚書けば、これだけで三十万円の報酬を得ることができ、それに一時間しゃべったということでプラス二万円というような報酬の計算になるものですから、先ほどお配りをした紙の中になりますように、例えば一回の講演で三十万円を超えるような講演料を得ることができる。

私が調べた範囲では、この十月から十一月だけでも一日で八十万円得ている職員がいるわけです。これは、もしかしたら大臣の一日当たりの日給よりも高いかもしれません。大臣が幾ら収入を得てみえるか、私はにわかには知りませんけれども、これは大臣よりも多いかもしれない。そういう意味でいうと、これはやはり少し過度ではないか。

したがって、十二月二十一日の、体制整備等についてという通知では、この後に、「講演等の打合せ時間」や「講演等のための準備資料や配付資料等」、また「講演等の関係者との懇親等を目的とする意見交換会への参加」、「講演等の関係者のみによる会議で、その内容が発表されていないもののへの参加」、こういうものについては報酬を受け取つてはならないものとするという通知が出ています。

親会等を目的として札幌まで行つて、懇親会と称して飲食して、それで金をもらって帰つてくるとすることは、これはあり得たということになるわけですね。だから、こういう通知、こういう報告書が出てくるということになるわけです。これは、やはりちょっと行き過ぎていますし、返還をさせるなり何らかの対応を考えないといけないのでないかと思うわけであります。大臣の見解を求めたいと思います。

○外添国務大臣 今私も資料を見させていただきましたし、昨年の十二月には、きちんと襟を正せた。私は、ただだけますでしょか。いつまでにいただけるか、もらえるなら。同じようにつくつて私はいただきたいと思うんですけれども、その資料はいただきますでしょか。いつまでにいただけるか、もらえるなら。

○外口政府参考人 すぐ作業に取りかかつて、でき次第報告したいと思います。

○岡本(充)委員 いつまでにいただけるかをはつきりしていただきたいと思います。

○外添国務大臣 これはもう、作業の時間がどれだけかかるか、いろいろなことがありますけれども、私は指示を出して、できるだけ早くお答えするようにいたします。

○岡本(充)委員 この状況では、本当にこの人はどういう働きをしているのかなと思うわけですね。

実は、前回もお出しをしましたけれども、ほかの部署でも同じようなことがあります。二枚め

くつていただきますと、先ほどの成育医療センターの部長も医長も三ヶ月で十回以上、講演やら何やらほとんど製薬メーカーを相手にやってみえるという状況です。

この人たち、実際、外来はどうなっているんですか。診察は、待ち時間というか、要するに、この人に診てもらいたいけれども、診察が例えば一週間待ち、二週間待ち、一ヶ月待ちとかいう状況になつていなんですか。これだけ外出してみると、もちろん、それは今のところ、ちゃんとルールに基づいて年休もとつて、しかるべき出張届も出してやつてあるという報告は受けておりますが、少し細かく精査した上で、国家公務員としての職務の使命にもとるようなことがあれば、それは厳しく対処をしたいと思っております。

私も研究者であったので、研究者の仕事というものは、その本来求められている研究に資することがあれば、それは例えれば学会で出て同じ研究者と意見を交わすとか、そういうことは十分あり得るし、そういうことは本来の目的に資すればいいわけですけれども、国民の疑惑を招いたり、今委員がおっしゃつたように、どういうふつにしてこれには移動できたんだろうかというようなことを含めて、私もかなりのスピードで原稿を書きますがけれども、一時間で四百字で二十枚書くのが限度ぐらいいですかね、それでも多い方だと思いますが、それがおっしゃつたように、どういうふつにしてこれだけかかるか、いろいろなことがありますけれども、私は指示を出して、できるだけ早くお答えするようにいたします。

○岡本(充)委員 この状況では、本当にこの人はどういう働きをしているのかなと思うわけですね。

実は、前回もお出しをしましたけれども、ほかの部署でも同じようなことがあります。二枚めくつていただきますと、先ほどの成育医療センターの部長も医長も三ヶ月で十回以上、講演やら何やらほとんど製薬メーカーを相手にやってみえるという状況です。

この人たち、実際、外来はどうなっているんですか。診察は、待ち時間というか、要するに、この人に診てもらいたいけれども、診察が例えば一週間待ち、二週間待ち、一ヶ月待ちとかいう状況になつていなんですか。これだけ外出してみると、もちろん、それは今のところ、ちゃんとルールに基づいて年休もとつて、しかるべき出張届も出してやつてあるという報告は受けておりますが、少し細かく精査した上で、国家公務員としての職務の使命にもとるようなことがあれば、それは厳しく対処をしたいと思っております。

○茂木委員長 見ている限り松本清張の「点と線」みたいですから、しつかり調べてください。

○岡本(充)委員 委員長からお口添えいただきましたけれども、これだけじゃないはずですよ。この方を含めて、これは平成十八年の十月から十二月の第三・四半期分だけです。これは、平成十八年度分、十九年度分、この贈与等報告書の一覧をささいまして、この外来診療を制限して出張や講演会出席に出向くことはないということは、その周辺の方から聞いておりますけれども、これも含めで、この方は週に二回、外来患者の診療日がございました。そこで、この外来診療を制限して出張や講演会出席に出向くことはないということは、その周辺の方から聞いておりますけれども、これも含めて、疑念を持たれないように、改めてよく調べたいと思います。

○岡本(充)委員 成育医療センターなどは、小さなお子さんを持つお母さんが、その受診を一ヵ月待つてくださいと言われる実態があると私は聞います。そういう意味では、患者さんを待たせて、診察を制限して、それで製薬メーカーへの講演をし多額のお金をもらつているとすれば、まさにそれこそ本来業務に影響を来しているということがあります。それはきっと調べてもらわなければいけないです。さらに、その精査も求めたいと思います。

○岡本(充)委員 こういった実態、実はほかにも公務員は贈与等報告を出しながら、いろいろと報酬を得ていただいている。さようは保険局長にもお越しをいただいている。実際、ここでも同じでありますけれども、保険局、医政局などで何人かの職員が原稿料をもらって、そして著述をしていたり出版物を出しています。その出版物をそれぞれ厚生労働省でどのくらいの金額、購入をされているのか、明らかにしているべきだと思います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

平成十八年度の第三・四半期の贈与等報告によりますと、社会保険実務研究所というところから著述原稿料を得ている者が保険局におきましたけれども、平成十八年度及び平成十九年度について調べたところ、保険局におきましたは当該書籍は購入してございません。

○岡本(充)委員 医政局はどうですか。

○外口政府参考人 平成十八年度第三・四半期の贈与等報告で上がっている職員について、厚生統計協会及び社会保険実務研究所からそれぞれ著

ですか。

述、原稿料を得てている者がおりますけれども、この十八年度第三・四半期で一対一対応というの難しいので、とりあえず十九年度の厚生労働本省及び社会保険庁においてどのくらい厚生統計協会と社会保険実務研究所から書籍を直接購入しているかを調べましたところ、厚生統計協会からは六十万四千二百六十円分の書籍を、社会保険実務研究所から一千五百三万五千四百円分の書籍を、それぞれ直接購入しております。

それで、医政局では、このうち厚生統計協会の「国民衛生の動向」を市中の書店から一冊購入しております。

以上であります。

○岡本(充)委員 大臣、ぜひこの実態も調べていただきたいんですね。厚生労働省の職員が原稿料をもらって本を書いて、書いた本を厚生労働省が買っている。よもや、その本がほとんど厚生労働省に納入をされているということがないかどうか。ないとは信じたいですけれども、そういう実態がないかどうかもあわせて調べていただきたいと、これはいけないとと思うわけです。

○舛添国務大臣 国民の疑惑を招くようなことがあってはならないと思いますので、きちんと調査をしたいと思います。

○茂木委員長 それから、先ほどの医政局長の答弁は、かかわった本とその購入した本が一対一対応しているわけじゃないんでしょうか。

○外務参考人 医政局の職員が書いた本と、それから財團法人厚生統計協会や社会保険実務研究所から買った書籍というのは、一対一対応ではございません。

○岡本(充)委員 一对一对応でないとしても、その中に含まれている可能性もあるわけです。だから調べてくださいということですので、調べていただけるということで、お待ちをしております。

統いて、研究費の実態についても少しお話をしたいと思います。

おめくりいただきますと、「国立高度専門医療

センターにおける研究実績等」です。

この中でも、研究をされていた方は御存じかも

りませんが、研究費は、いわゆる競争的な研究

資金、そういうものの名称でさまざまあるわけ

です。

すけれども、こういった研究費をそれぞれの部局

で得て研究をしております。上に書いてあります

のが研究費の合計、公的な研究費。これは後ほど

お話をしていきますが、厚生労働、文部

科学両省それぞれ、またそのほかにもありますけ

れども、科学研究費補助金と言われるものであります。

また、その結果として、いろいろな切り口はあ

りますけれども、これだけで切るのは忍びないと

ころはあります、ある程度数値化ができるもの

と、こういうことで、論文についているインパクトファ

クター、それは論文の価値ではありませんけれど

も、世界でどのくらい引用をされる論文なのかと

いうものを点数化したものであります、その足

し算、そしてその部にいる定員、年間発表論文。

これをファーストオーサーということですから、

主として執筆をした者がこの部局にどのくらいみ

えるかということを調べました。

調べてみると、研究資金を一定集めておいても、

年間発表論文数がゼロであったり、インパクト

ファクターがゼロである、こういう研究部署が幾

つも認められます。そういう意味では、たまたま

この年度にそういう出版物が出なかつたという説

明もあるかもしれません、逆に言えば、何人も在

籍をしていて一つも出でいないということであつ

ては、やはりその業績評価は問われることになり

ます。

こういった中で、その一方、多額の研究資金を

得てみえる方ももちろんみえます。億単位の公的

な研究資金を受け取られていて、その使い道は一

体どうなつているのかと、いうこと。私は、きょう

はこのインパクトファクターの部分については余

り言うつもりはないけれども、それぞれの部

局にこれは頑張つていただかなければいけない部

分です。いい結果が出るようにぜひ政府としても

おめくりいただきますと、「国立高度専門医療

センターにおける研究実績等」です。

この中でも、研究をされていた方は御存じかも

りませんが、研究費は、いわゆる競争的な研究

資金、そういうものの名称でさまざまあるわけ

です。

すけれども、こういった研究費をそれぞれの部局

で得て研究をしております。上に書いてあります

のが研究費の合計、公的な研究費。これは後ほど

お話をしていきますが、厚生労働、文部

科学両省それぞれ、またそのほかにもありますけ

れども、科学研究費補助金と言われるものであります。

また、その結果として、いろいろな切り口はあ

りますけれども、これだけで切るのは忍びないと

ころはあります、ある程度数値化ができるもの

と、こういうことで、論文についているインパクトファ

クター、それは論文の価値ではありませんけれど

も、世界でどのくらい引用をされる論文なのかと

いうものを点数化したものであります、その足

し算、そしてその部にいる定員、年間発表論文。

これをファーストオーサーということですから、

主として執筆をした者がこの部局にどのくらいみ

えるかということを調べました。

調べてみると、研究資金を一定集めておいても、

年間発表論文数がゼロであったり、インパクト

ファクターがゼロである、こういう研究部署が幾

つも認められます。そういう意味では、たまたま

この年度にそういう出版物が出なかつたという説

明があるかもしれません、逆に言えば、何人も在

籍をしていて一つも出でいないということであつ

ては、やはりその業績評価は問われることになり

ます。

○藤木政府参考人 厚生労働省では、厚生労働科

学研究費補助金というのを持っていますけれど

も、その総額は四百一十八億円ございまして、そ

の大部分が競争的資金というふうに考えておりま

す。

○岡本(充)委員 図らずも間接経費が二百九十五

億円といふことを言つていただきましたが、例え

ば、文部科学省は約千九百億円ございます。そのうち、間

接費は三百九十五億円といふことでございます。

○岡本(充)委員 研究費補助金もそうであ

りますけれども、この指針に従つと、五番ですが、

直接経費の三〇%に当たる額とすること」とい

うふうになつています。

きょうは内閣府にもお越し頂いております

が、これはなぜ三〇%というふうになつてゐるの

か。もとと言えば、弾力的運用。つまり、一つの

研究所で要するに多額の間接経費を集めていると

ころもあるわけですね。なぜこれがそもそも三割

にほぼ固定をされているのか。これをもう少し弾

力的に運用する必要があるのでないかと思つて

います。その問題点は後ほど指摘をしますが、そ

の理由をお答えいただきたいと思います。

○岩橋政府参考人 お答え申し上げます。

センターにおける研究実績等

の使い道が一体どうなつてゐるのかということです。

しばらくおめくりいただきますと、「競争的資

金の間接経費の執行に係る共通指針」というのが

あります。

実は、厚生労働そして文部科学、それぞれ競争

的資金というのを持っています。それぞれ幾ら

ず総額はあるのか、お答えいただけますか。

○茂木委員長 岡本君、次からは、膨大な資料の

場合はページ数を入れていただけると皆さんがあ

やすいと思います。(岡本(充)委員「はい。ペー

ジですね」と呼ぶ)

○上田政府参考人 厚生労働省では、厚生労働科

学研究費補助金というのを持っていますけれど

も、その総額は四百一十八億円ございまして、そ

の大部分が競争的資金というふうに考えておりま

す。

○岡本(充)委員 お答え申し上げます。

文部科学省の科学研究費補助金、平成十九年度

は総額で約千九百億円ございます。そのうち、間

接費は三百九十五億円といふことでございます。

○岡本(充)委員 図らずも間接経費が二百九十五

億円といふことを言つていただきましたが、例え

ば、文部科学省は二百九十五億円と言つてみえま

すが、厚生労働省の科学研究費補助金もそうであ

りますけれども、この指針に従つと、五番ですが、

直接経費の三〇%に当たる額とすること」とい

うふうになつています。

○岡本(充)委員 きょうは内閣府にもお越し頂いております

が、これはなぜ三〇%というふうになつてゐるの

か。もとと言えば、弾力的運用。つまり、一つの

研究所で要するに多額の間接経費を集めていると

ころもあるわけですね。なぜこれがそもそも三割

にほぼ固定をされているのか。これをもう少し弾

力的に運用する必要があるのでないかと思つて

います。その問題点は後ほど指摘をしますが、そ

の理由をお答えいただきたいと思います。

○岡本(充)委員 今のは説明になつていません

ね、何で三割か。アメリカは四四だつたら、何で

間接経費でございますが、この間接経費という

ものは、競争的資金による研究の実施に伴つて研

究機関の管理等に必要な経費が発生いたします、

この必要な経費を手当ですることによりまして、

競争的資金をより効率的、効果的に活用すると

もに、競争的資金を獲得した研究者の研究開発環

境の改善や研究機関全体の機能の向上に活用する

ことにより、研究機関間の競争を促し、研究の質

を高めるために計上され、また交付されているも

のでございます。

米国の研究大学におきます間接経費比率を調べてみますと、四四%から六四%になってございま

す。こういった数値を参考といたします。平成

十三年度から始まりました第二期科学技術基本計

画において、三〇%程度を当面の目安といたして

いるところでございます。さらに、平成十七年度

から始まりました第三期科学技術基本計画におき

ましては、すべての競争的資金制度において三

〇%の措置をできるだけ早期に実現することとい

たとしているところでございます。

○茂木委員長 岩橋さん、なぜ三〇%といふこと

に対する答えになつていないのであります。

○岩橋政府参考人 先ほど御説明させていただき

ましたけれども、この間接経費の比率につきまし

ては、先行して研究開発の実績を上げております

ことは、米国は大学がほとんど私立大学でございまして、先行して研究開発の実績を上げております

日本は三〇なんですか。
時間がないからちょっと進めますけれども、問題は、これは使ったお金に領収書が要らないんですよ。何にでも使えるんですね。

めくっていたら、「間接経費の主な使途の例示」と書いてあります。これは、旅費でも使える、人件費でも使える、極論を言つたら、会議費という名前で飲食でも使える。これは何でも使って領収書が要らない。

それで、どれだけ集まっているかという話です。あと一枚めくっていますと、施設ごとですけれども、非常に多額のお金が入っている研究機関もあります。これだけのお金、厚生労働科学研究費はこの分。

それから、めくっていただきますと、済みません、ページをつけていないので大変恐縮ですが、文部科学に関する研究開発費の方は、一位が東京大学になつていますが、間接経費が載っています。これはやはり問題だ。どういう形になつていて、これがやはり問題だ。それからもう一つ。研究者がもらっている直接経費の部分も多額にもらっている人が見えるんですね。厚生労働科学研究費上位十名が載っています。

厚生労働科学研究費、ある研究をするに当たつての研究資金ですが、これは、今、国立のセンターの場合には、ほかからお金が入ることは無理ですね。個人の寄附や企業の寄附等でこの研究資金を上乗せすることは無理ですよね。どうですか、局長。

○外口政府参考人 寄附を直接受け入れることはできません。

○岡本(充)委員 このお金は、研究資金を得ておいて、では、返還をされた金額はどのくらいある

んですか。

○上田政府参考人 研究の終期といいますか、大体、年度末に会計報告をいたしております。その結果、与えられました研究資金に対して余った

場合には、返還をさせていただいております。

○岩橋政府参考人 間接経費の使途についてのお

の結果、与えられました研究資金に対して余った

ふうに思っております。

○藤木政府参考人 お答え申し上げます。

文部科学研究費補助金でござりますけれども、最近では繰り越しの制度がよく利用されてございまして、実際には、全体の予算の約一%程度、十六億円程度が翌年度に繰り越されございます。これは、研究の都合により、研究が若干おくれた等によって翌年度に送られたものでございます。そして、研究の最終段階になりまして、研究が終わつた段階でなおかつ研究費が余る事態となつた場合は、最終的に不用額を確定の上、返還させております。

件数いたしましては、大体十万件ほどの科研

費の件数がござりますけれども、約千数百件の返還件数がございまして、かつ、その返還金額は全体の約〇・一%程度であつたかと記憶しております。

○岡本(充)委員 それは通告しているので、後でしつかり資料を下さい。

それで、言いたいのは、この見積もりを出した

金額どおりで、よそからお金は入つてこない、お金も余らない、ぴったりの金額に〇・一%の確率でぴたつとはまるという。これは研究をしていた人はわかると思うんですけど、それはあ

り得ない話なんですね。

これは、お金の使い方が本当にこれで正しいのかということを内閣府はもう一回検討するべき

じゃないですか。直接経費の部分も問題がある、間接経費は領収書が要らない、こういうことでは、やはり国民の皆様から見て、透明性のある使い道でなきやいけないとわざわざうたつておきながら

ら、透明性がなくなっていますね。これはお願いをしたいと思います。どうですか。

これから使い道は問題だと思いますが、いかがでしょうか。

○岩橋政府参考人 間接経費につきましては、直接経費と同様に、実績報告書によりその使途を報告することになります。

また、大学等においては、会計検査等の会計書類を保管するとともに、内部の監査を義務づけ、その他、実地検査、会計検査等の実施により経費の適切な使用が担保されているところでございます。

○岡本(充)委員 その研究費が一体どこに行くかも大変不透明なんですね。

実は、きょう、文部科学省にお越しいただいていますが、藤木さんの部署であるかどうか、私も

いますが、藤木さんの部署であるかどうか、私も

ちょっと定かではないんですが、橋渡し研究支援推進プログラム、藤木審議官の部署のようであ

りますけれども、ここは、例えば平成二十年度は十七億円、平成十九年度は十五億円の研究資金を分配したわけですから、どこへ分配をするかと

いうことを決める委員の大学なり研究所が結果として全部選ばれているわけですね。

要するに、どこへ分配をしますかと。私は研究資金が欲しいですと言つて二十三カ所ぐらい手を挙げてみた。ところが、実際に選ばれたところはどこかというと、どこへ配るかを審査する委員の大学に全部配られているんです。残りの大学は結果として落ちているわけです。きのう、いろいろ言い分があつたようですが、それはたまたまですとか言われますけれども。

結果として、選考委員の所属する機関が採択されている、さつきは全部とおっしゃいましたけれども、全部ではありませんで、一部採択をされておりますけれども、当時の採点結果を見ますと、当該委員が他の機関からの提案に不当に低い点をつけているという実態はありません。また、当該委員の採点を全部排除して再集計を行つた場合でも採択機関は変わらないという実態であります。

そういう意味で、選考の方法には御指摘のよう

が決めていますというのが文科省の言い方ですが、これは専門家が決めて、結果として自分たちのところに全部分配されているという話では、やはり国民から見てもだれに研究費を渡すか、そ

にして今の、どう使うか、ここでの透明性を高めないと、これは大変大きな疑問というか、国民党から見ても、今回の選考は適切に行われたというふうに考えております。

○岡本(充)委員 もうこれで終わりますけれども、一言だけ言わせてください。

選考委員の中で、自分の大学で手を挙げた大学は全部選ばれているんですよ。それは後で役所か

ます、総額は、だけれども、こういう選び方、それから使い道は問題だと思いますが、いかがで

しょうか。

○原田大臣政務官 橋渡し研究支援推進プログラムにつきましては、日本の医療における基礎研究で世界的なレベルにあるものが臨床を通じて日本発の世界的な医薬品や世界的な技術になかなかつながらないということで、平成十九年度から公募によって実施されているわけであります。

本プログラムでは、橋渡し研究の一環の知見、経験を有する有識者を選考委員に登用いたしまして、そしてその一方で、橋渡し研究のポテンシャルのあるすべての機関を幅広く公募して選考をしております。ですから、そういう意味で、選考委員からあらかじめそれら機関に所属する有識者を事前に排除することはなかなか困難であるというふうに考えております。

このため、選考、公募の審査に当たりましては、提案課題と利害関係の委員が一緒の場合には、その委員を該当する提案の審査から退席させまして採点を行わせて、公平性を期しているところであります。

結果として、選考委員の所属する機関が採択されている、さつきは全部とおっしゃいましたけれども、全部ではありませんで、一部採択をされておりますけれども、当時の採点結果を見ますと、当該委員が他の機関からの提案に不当に低い点をつけているという実態はありません。また、当該委員の採点を全部排除して再集計を行つた場合でも採択機関は変わらないという実態であります。

そういう意味で、選考の方法には御指摘のよう

が決めていますというのが文科省の言い方ですが、これは専門家が決めて、結果として自分たちのところに全部分配されているという話では、やはり国民党から見てもだれに研究費を渡すか、そ

にして今の、どう使うか、ここでの透明性を高めないと、これは大変大きな疑問というか、国民党から見ても、今回の選考は適切に行われたというふうに考えております。

○岡本(充)委員 もうこれで終わりますけれども、一言だけ言わせてください。

選考委員の中で、自分の大学で手を挙げた大学は全部選ばれているんですよ。それは後で役所か

ら聞いてください。自分の大学で手を挙げている選考委員、つまり、選考委員の中で大学出身の人もいます、しかし、あるA大学が手を挙げていなければ当然選ばれませんが、手を挙げている大学から選ばれた選考委員の大学はこの中に人ついるわけです、座長を含めて。それが、選び方に問題があるということを指摘しているわけで、よく検討をいただきたいと思います。

○茂木委員長 次に、山井和則君。

○山井委員 質問の機会をいただきまして、ありがとうございます。

これから四十五分間、舛添大臣、西川副大臣、よろしくお願いをいたします。

きょうは、三つのことについて御質問させていただきたいたいと思います。

国立がん研究センター、これはもう本当にこれから一番重要な機関であると思つております。

そして二番目は、国際医療研究センター・国府台病院、この国府台病院が国の肝炎治療、肝炎研究の中核機関となつていて、この間に、肝炎対策、本当に御尽力いただいておりますが、まさにこれからが本番で、その研究、臨床の拠点になるのがこの国際医療研究センターの国府台病院であります。

きょうも、薬害肝炎の原告の方々九名がお越しになつております。昨日、一昨日と各政党を回つて、与党の肝炎対策基本法、そして民主党の肝炎医療費助成法をぜひ一本化して成立させてほしきょうも、薬害肝炎の原告の方々の思いは、なつております。

今回、薬害肝炎に関しては一定の和解になりましたけれども、これからが本丸で、三百五十万人とテのない人々、あるいはインターフェロン治療が

効かない人々、肝硬変、肝がんになっておられる方々、こういう三百五十万人すべての方々の治療をどう支援していくのか、そういう意味では、まざにこれからが肝炎対策の本丸であると思っております。

そして三つ目は、この法案の中の、愛知県にございます長寿医療研究センターとも関連して、まさにその長寿医療の制度であります長寿医療制度についてもお聞きをしたいと思っております。

それでは、西川副大臣にお伺いをしたいと思います。

がん研究センターについて、三点質問通告をしておりますが、一括して三つとも聞いてしまった参考人質疑で、垣添がんセンター名誉総長からも要望がございました。次の三点であります。

一点目。一般の独立行政法人では運営費交付金を毎年二%削減するということになつて、しかし、国立がん研究センターは、ほかの独法とは違つて、まさにこれから、肝臓がんのみならず、がん研究といふのはますます日本国民にとって大

額が総額で四百三十八億円、収入のうちの約三割が一般会計から繰り入れが行われております。そして、全国立高度専門医療センターに対しても、練入収入のうちの約二割が一般会計から今現在繰り入れされているわけですが、今回、こういう大変不採算な部門の研究開発ということですので、これが独法化された後も、運営費交付金としてしっかりとこれは対応していきたい、そういう方向で考えています。

特に、がん対策基本法ができました中で、このがんセンターは、法律にも書いてあるように、拠点病院、まさに中心的拠点だという判断のもとに、これからのがん対策の中核的な機関として位置づけられておりますから、今後も必要な財源はしっかりと確保していくことが必要だ、そういう考え方を持っています。

○西川副大臣 きょう、肝炎の原告の方も傍聴席

において、政府の大きな判断のもとに和解が成立いたしまして、本当に私もほつとしております。今回、肝炎対策、治療、新薬開発その他、「とにかくつてそのことがこれから課題だと思っております。

その中で、先ほど山井議員から御指摘がありましたが、国立がんセンターの問題ですけれども、今回、この独法化の流れの中で、国立がんセンターも独法化されます。がんセンターその他は、難病の診断、治療、研究、研修などという大変不採算な業務を担当しておりますので、この分野に関しません。

それから、先ほどもう一つおつしやいました垣添参考人からの御質問で、今回の国立高度専門医療センターが独法化するときに、今現在、六十億円の借入金を返済している最中だ、これが独法化後どうなるんだということでおざいますけれど

も、具体的に、今後、行革推進法の趣旨を踏まえながら、同センターが安定的な運営ができるとうことが一番の大事な点でござりますから、この借入金のことをどうするかということで、今財務省とまさに折衝の最中でございまして、一般財源の方に少し残して、ある程度これを運営費交付金として一部は補助していくのか、その辺のところを今検討中でございます。

いずれにいたしましても、国立高度専門医療センターがしっかりと役目を果たしていくように

おいでで、政府の大きな判断のもとに和解が成

立いたしまして、本当に私もほつとしております。今回、肝炎対策、治療、新薬開発その他、「とにかくつてそのことがこれから課題だと思っております。

その中で、先ほど山井議員から御指摘がありましたが、国立がんセンターの問題ですけれども、今回、この独法化の流れの中で、国立がんセンターも独法化されます。がんセンターその他は、難病の診

断、治療、研究、研修などという大変不採算な業務を担当しておりますので、この分野に関しません。

それから、先ほどもう一つおつしやいました垣添参考人からの御質問で、今回の国立高度専門医療センターが独法化するときに、今現在、六十億円の借入金を返済している最中だ、これが独法化後どうなるんだということでおざいますけれど

おいでで、政府の大きな判断のもとに和解が成

立いたしまして、本当に私もほつとしております。今回、肝炎対策、治療、新薬開発その他、「とにかくつてそのことがこれから課題だと思っております。

その中で、先ほど山井議員から御指摘がありましたが、国立がんセンターの問題ですけれども、今回、この独法化の流れの中で、国立がんセンターも独法化されます。がんセンターその他は、難病の診断、治療、研究、研修などという大変不採算な業務を担当しておりますので、この分野に関しません。

それから、先ほどもう一つおつしやいました垣添参考人からの御質問で、今回の国立高度専門医療センターが独法化するときに、今現在、六十億円の借入金を返済している最中だ、これが独法化後どうなるんだということでおざいますけれど

おいでで、政府の大きな判断のもとに和解が成

立いたしまして、本当に私もほつとしております。今回、肝炎対策、治療、新薬開発その他、「とにかくつてそのことがこれから課題だと思っております。

その中で、先ほど山井議員から御指摘がありましたが、国立がんセンターの問題ですけれども、今回、この独法化の流れの中で、国立がんセンターも独法化されます。がんセンターその他は、難病の診

断、治療、研究、研修などという大変不採算な業務を担当しておりますので、この分野に関しません。

それから、先ほどもう一つおつしやいました垣添参考人からの御質問で、今回の国立高度専門医療センターが独法化するときに、今現在、六十億円の借入金を返済している最中だ、これが独法化後どうなるんだenderror

卷之三

ただきたいと思いますが、いかがですか。
○外添國務大臣 これはスタートしたばかりで、

四十八回ではなくて、今委員おつしやったよううに七十二回というケースもあり得ると思います。すべてきちんととした予算の裏づけがないとできません。したがって、私は、そういうことも含めて、今現に何が起こっているか、それは新聞の報道も

ありますけれども、さまざま形で調査をし、実態を把握した上で、そして、そういう形で改善するということがこの改善方向としてしかるべきであるということであれば、それはもうそういう検討をしたいと思います。

しかしとにかく今スタートしたばかりの制菌です。この問題点を、今委員が御指摘のように指摘していただき、そして、改善すべき点があればそれはきちんと対応する、そういう方向で検討したいと思います。

○山井委員 ゼひ見直していただきたいですし、まさに今回独法になる国府台病院でも十月から研修医がスタートするらしいですが、それまで待てない、

突然不意に来ました。それで待てないのですよ。

それで、この二日間、原告患者の方々が各政党を回られて一番要望されたのが、なぜこの予算措

置でも不十分なのか。繰り返しになりますが、予算がもう決まっていると言うけれども、このままいつたら予算は余りますよ、十万人までいきませんから。そういう意味では、根拠となる法律がないのがやはり問題だと。

そういう意味で、与野党、ここはある意味で政
党間の違いを超えて、一本化して、肝炎対策、肝
炎医療費助成の法案をこの国会で成立させてほし
い、そういう三百五十万人の方々につながる解決
の道筋が出ないと本当の解決にはならないと、原

皆の方々もおつしやっておられます。このことについても、この国会で一本化すべき、これは与野党で当然話し合いますが、ぜひ大臣の思いも一言お聞かせ願いたいと思います。

○舛添国務大臣 昨年以来、この問題については節目節目で立法府の皆さん方がきちんと話をしてくれたが、そして最後も議員立法という形で道を開いてくれたところは、大変感謝申しきりで

そういう中で、今、行政府の長として、立
ております。

そこで、私は常に申し上げておりますように、和解ですべて解決したわけではない、これから検証作業もやる。検証委員会もきょう発表いたしましたけれども、きょうお見えになつてゐる原告団の方々にも御参加いただいて、みんなの力で公正な検証をやりたいと思います。そして、とにかくこの病と闘うんだ、それは研究開発して新しい治療法の開発ということもありますし、それはみんなの力を合わせて大きな目標に向かって進んでまいりたいと思います。

〔吉野委員長代理退席、委員長着席〕
○山井委員 それで、大臣、原告の方々が今一番

苦しんでおられることがあるんです。そのことについて、大臣の御意見をお伺いしたいと思います。それは、国との和解は成立したんですが、企業との和解がまだ成立していないんですね。その理由は、和解合意の内容において企業が拒んでいるの

が二つあるんです。

私は、だれが考へても、放置したことは、患者の行為にこゝこゝ、一々間違ひ、見誤ることなく、原告患者の方々は言つてゐるんですが、企業は、それが入るんだつたら和解しないと突っぱねているわけです。

の方々はとつたら 一歩間違ふと 見殺しにされ
た、されかかつたという話ですから、これはやは
り附つてほーい、うつむかはぢもくしない、二

(イ) 外添国務大臣 企業というのは、ただお金もう受けをすればいいというのではなくて、崇高な使命と社会的責任があると思います。そういう社会的責任を実行できない企業は生き残れない、私はそつといふうに思つております。そういう中で、きちんととした反省の上に立つて新たな地平が開かれる。

そういう意味で、今委員がおっしゃったように、謝罪すべきは謝罪し、反省すべきは反省して、そして薬の開発をする。それは人の命を救うために一生懸命やつておられる面があるわけですから、そういう大きな使命を果たす意味でもそれをきちんと実行していくだければと思ひますので、誠意を持って原告そして原告弁護団の方と協議をして

「ださつて、一日も早くいい形で和解をしていた
たけたるよう私にも希望いたしております。

○山井委員 せひ大臣からも企業の方に言つてい
ただきたいと思います。国との和解は終わつても、
まだ企業との和解が終わつてないんです。やは
り最後の最後まで、もうこういう裁判というのは
これしも終わらせたいわけですから。

次の議題に移らせていただきます。

今回、長寿医療研究センターといふ愛知県の病院、これが一つの大きな議論になつております。そこで、この長寿医療研究センターでは、高齢者にふさわしい医療というものを研究するというこ

そこで、まず一つお伺いしたいのが、大臣、長野市議会議員の皮肉をうけ取るが、この行
動は、医療制度も導入をされたわけであります。まさにそ
れと車の両輪になるのがこの研究センターだと私
は思つております。長寿医療制度の中でどういう
治療をしていくのかということがまさに研究され
るのではないかと思つております。

これが今 現実はどうなつてゐるかを調査させているところでありますけれども、まさに地域によつてさまざままで、下がるといふときに、今までの保険料の中に、例えば地域によつては市町村の補助が入つてゐる場合があります。そういうものを捨象した上で、どれだけ下がるか上がるか。それから、例えば東京都のように界定基準を住民税をもとにしていますと、これもまた違つた数字になります。今、そういうところと六月の半ばまでに、既に調査票を發出いたしましたので、どれぐらいの規模になるかということを調査させて、実態調査をやつてゐるところです。

山井委員 まさに大臣がおつしやつたように、実態を調査していると答弁をされました。しかし、大臣、實際にはその点については調査してい

ません。

十二ページを見てください。つまり、何割の人

よいんです。

が安くなっているのか、過半数の人が安くなっているのか高くなっているのかというのが一番国民の関心であるにもかかわらず、福田総理も実態調査をしろと指示したにもかかわらず、この十二ページの下、調査項目、何をするかといったら、基礎年金受給者、厚生年金受給者のモデルケースについて、保険料の変動について試算を行っても、粗く推計。つまり、モデルケースがどうかというだけですから、そのモデルケースに当たるのが何割かがわからないのですから、結局のところ、これをやつても実態はわからないんですよ。

福田総理が実態調査をしろと指示しているのに、大臣なぜ何割の人が安くなったかがわかるような実態調査をしないんですか。

○外添国務大臣 千三百万人の方がこの後期高齢者医療制度の対象であります。一番単純なやり方は、千三百万人の方に、今まであなたは幾らでしたか、そして今回幾らになりましたかということを、例えば一人一人にお手紙を出してそれをやるということになると正確な数字がつかめると思いますが、しかし、モデルケースについて、大体こういうういうトレンドであるということをつかむというのが、つまり、コストとの絡みも考えないといけません。

うことに関して、大臣、どう思われますか。

○舛添国務大臣 先ほどの岡本委員の成育センターである意味で同じで、片一方ではそういう特化した形でのナショナルな研究をやるということがあるんですけれども、これは、しかし、対象は生身の人間ですから、こういう方々が遠くからそこまで通えません。近くの方で例えば認知症を患っている患者さんが来られる。そういうことの研究の蓄積の上に、例えば七十五歳以上はこういう形でケアをすればいいだらうというのは出てくると思いますから、臨床ということを非常に重視してやれば、ある意味で一般的の病院のようを受け付けることがすべてだめなのかというと、それは議論があるところだと思います。

ですから、症例を重ねながら、エビデンスを重ねながら、そして何が一番長寿医療センターにふさわしいか。私も定期的に必ず、あそこが出して

いる研究の出版物のようなものは、できたらばかりですけれども見ています。それなりに研究の成果を上げつつあるというふうに思っていますので、今後とも、例えば後期高齢者医療制度をさらによくするためのいろいろな必要なデータがそこから提供されるという形で、大きく発展するように支援をしたいと思っております。

○山井委員 後期高齢者医療制度をよりよいものにするためにこの研究センターが有効だということなんですが、やはりそういう現状になつてないな。先ほど言つたように、肝炎の日本のナショナルセンターとなる国府台病院も、研究者はたつた三人、肝炎の患者はたつた三人、これではだめだということを言つているわけです。

それでは舛添大臣が先ほど間違つて答弁された質問に行きたいと思います。

十三ページですね。今までの厚労省の説明では、五対四対一だ、公費五、若年者からの支援が四、そして高齢者が一、五、四、一だと聞いておりました。しかし、実際、この十三ページの下を見る

と、平成十九年度では〇・八兆円、つまり七・三%

なんですね。町村官房長官も、今までどおり割

は後期高齢者に負担してもらいますということをおっしゃっていました。でも、今までどおりは、

この資料は厚労省の資料ですよ、七・三%じゃなければ、

だつた高齢者の負担が8%に上がつてているということが一つ。それと、みんなで痛みを分かち合うこと、これがとても耐えられないといふことをおきながら十二ページの資料によると、

いうことは、七・三%から一〇%に高齢者の負担はふえたんです。それとも逆に、先ほど厚労省からの説明を聞くといや、一割、一〇%といふのは間違いで、低所得者対策を入れたら八%なんだという説明を聞いたんですねが、一割じゃなく八%といふことに訂正をされるんですね。でも、訂正されても、もともとは七・三%ですから、何で七・三%から八%に一〇%アップするのか、説明していただきたいと思います。

○舛添国務大臣 先ほど申し上げましたように、これは軽減後で八%ということになります。

それで、一割、四割、五割というこの数字は基本的に間違つております。そして、仮に後期高齢者制度が導入されなかつた場合に、後期高齢者が実際に支払う保険料が一割でなくなぜ八%になるかということをお尋ねだと思いますが、それは、若人と同様に、国保制度上の低所得者に対する保険料軽減措置の影響を受けることになるからでありまして、今申し上げましたようなことは、実際に支払うこととなる保険料がこの軽減措置によって一割から約八%へと低下する。

それから、今委員がお示しくださったその数字は、たしか平成十四年の数字に基づく平均値であるというふうに思つてますけれども、端的に言えば、軽減措置の結果こういうことになつた、そういうことでござります。

○山井委員 今のは説明になつていません。私が聞いているのは、七・三%がなぜ八%に一割アップしたのかということを聞いているわけであつて、軽減措置のためというのは答えになつていな

いと思います。

○山井委員 以上で質問を終わります。ありがとうございました。

○茂木委員長 次に、高橋千鶴子さん。

○高橋委員 日本共産党の高橋千鶴子です。

十四日の質疑に続きまして、医療提供体制の問題でまず最初に伺いたいと思います。

○舛添国務大臣 さつきの七・三、八というの効率化の前に、まずこれがしっかりとられていくかが出発点だという指摘をいたしました。きょう午前の参考人質疑でも、同様の趣旨の発言が多かつたと思つております。

○山井委員 国立成育医療センターの現役の看護師である岸田光子さんが、いまだに二人夜勤が二病棟ある、一日の半分は病棟に拘束されている状態が蔓延していることや退職者がふえてることなど、るる紹介がありました。

それから、後期高齢者の方々の保険料が上がる

というの、これは試算のベースで要するに医療費の給付がふえる。それは、病気にかかる回数がふえればふえます。そのトレンドを十八年度で計算して、こうなりますよという数字を出したか

らなります。しかし、例えば若者のふえ方と後期

高齢者のふえ方が余りに格差があつて、後期高齢者の方々にとつてこれはとても耐えられないといふことをおきながら十二ページの資料によると、

うようなことになれば、それは政治的な決断として、どういう形で激変を緩和するかは十分考え得るというふうに思います。

それから、今申し上げたナショナルセンターについては、いろいろな意味で緊急医療の代替をやつている面もあります。しかし、どういう形で一番最高水準の国際的な研究が肝炎についてもその他他の疾病についてもできるかということについて、国立、今のような形であつたらできるけれどまた、いや、モデルしか調べていませんからわからないこと。それと、七年後の保険料が幾らになるかもわからない。

また、今回実態調査をしても、舛添大臣、六月中旬に実態調査したら、また国民から聞かれますよ。結局のところ何割の人が安くなつたんですか、半数以上の人人が安くなつたんだとかと言つたら、また、いや、モデルしか調べていませんからわからないことになつたら、私は、やはり國民の方々は納得しないのではないかと思つております。

それで、話は戻りますが、そもそもがん研究や長寿医療研究、こういう本当に国民にとって大切のことというのは、やはり国立のままでいい、国が直営でやるべきだというのが民主党の考え方なんです。民間でできることは完全に民間にしたらいい。でも、本当に国がやらないとだめなこと、肝炎研究、きょうも原告の方々もお越しになつていますが、独立行政法人みたいな不安定な形じゃないが思われます。

○山井委員 以上で質問を終わります。ありがとうございました。

○茂木委員長 次に、高橋千鶴子さん。

十四日の質疑に続きまして、医療提供体制の問題でまず最初に伺いたいと思います。

○舛添国務大臣 効率化の前に、まずこれがしっかりとられていくかが出発点だという指摘をいたしました。きょう午前の参考人質疑でも、同様の趣旨の発言が多かつたと思つております。

○山井委員 国立成育医療センターの現役の看護師である岸田光子さんが、いまだに二人夜勤が二病棟ある、一日の半分は病棟に拘束されている状態が蔓延していることや退職者がふえてることなど、るる紹介がありました。

それから、後期高齢者の方々の保険料が上がる

というの、これは試算のベースで要するに医療費の給付がふえる。それは、病気にかかる回数が

ふえればふえます。そのトレンドを十八年度で計算して、こうなりますよという数字を出したか

ます。しかも、月九回以上の夜勤が、成育医療センターで五五%，国際医療センターで五八%です。

看護職員確保の基本指針では月八回以内が努力義務とあります。こういう状況を本当に放置して

いいですか。大臣伺います。

○外添国務大臣 これは、医療センターだけではなくて一般的の病院についても、勤務医の方々、看護師の方々、その他医療提供者の方々が大変過酷な勤務条件にあるということは十分認識をしておられます。そういう中でどうすればこれが改善できるか。これは、医療センターだけじゃなく、全体の問題として今取り組んでいるところでありますし、その厳しい状況についてはきちんと私も認識しております。

○高橋委員 国が責任を持つてやっている。今合法化の話になつていてるわけですから、そのセンターでやはりきちんとモデルとなるべき体制をとるべきだという趣旨で私はお話をしています。そのことが全体に波及するであろうということであります。

看護職員の不足や忙しさというのは、患者さんにとっても本当につらいことです。筋ジストロフィーはナショナルセンター・武藏病院と国立病院機構二十六病院にしか病棟がなく、そのすべてが障害者自立支援法に基づく療養介護事業に移行しました。そこで療養介助職という新たな形態が導入されたんです。

深夜の看護師が介助職に振りかえられ、看護師二人の体制にされてしまつた宮城県の国立西多賀病院に昨年行きました。そのときに、患者さんが一日がかりでパソコンを打つて、私に手紙を託してくれました。その一部を紹介したいと思います。この方は、入院四十二年目です。

「医療の進歩や人工呼吸器の使用で」「昔とは比べられない程の延命が可能になりました。」「夜間の二時間置きの体位交換、急を要し命に関わる大切な気管切開患者の痰吸引・頻繁な呼び出し」というのが現実です。」「このように忙しい様子は日々の現実です。」

抜き出して書いておきましたけれども、ごらんのように半分が標欠、こういう状態であります。

医師を始め医療提供体制を確立すること、少なくとも、医療職の削減は、たとえ効率化係数がかかるとなつても除外すべきと考えます。大臣伺います。

そして、この方は最後に「私は病気の進行によつて時折、限界を感じるこの頃、残された大切な日々は穏やかに、静かに過ごして行きたいと願つています。」「どうかこうした思いを少しでも理解をして頂き、病棟の看護師の増員による充実した一日を過ごせるように」お願いしたいとあるんです。私はどんな思いでいるのか。この「残された大切な日々」という言葉を真摯に受けとめる必要があると思います。

十四日の質疑で、大臣は、筋ジストロを初め神経性疾患の治療法についても医学の進歩があつたといふ答弁をされました。大いに期待するものです。しかし同時に、現場でこうした患者さんと日々向き合う看護師、医師の努力あつてこそその進歩ではないかと思います。この点で一言伺います。

○外添国務大臣 薬や医療機器や治療法がいかに進んでも、やはり現場のお医者さん、看護師さん、こういう方々の努力で初めて病気も治るわけありますから、そういう方の勤務条件の改善、これに全力を挙げてまいりたいと思います。

○高橋委員 具体的には、障害者自立支援法でいいのかということが問われてきますので、現場の対応をしっかりと求めていただきたいと思います。

続けて、今度は医師の問題なんですが、資料の二枚目を見ていただきたいと思うんです。二枚目を見ていたときの病床数と医師数の推移であります。上が〇二年、下が〇八年、定員そのものはふえて百二十人増えになつておりますけれども、新しい方が定員割れが非常に大きくなつているのがわかるかと思います。

またあわせて、資料四にあるように、国立病院の再編、統廃合、経営移譲などで、八九年からの十年間で八十七施設が減ります。では、統合された先の病院が充実しているかといえば、東北に限つて今医師を始め医療提供体制を確立すること、少なくとも、医療職の削減は、たとえ効率化係数がかるとなつても除外すべきと考えます。大臣伺います。

○外添国務大臣 現在も政策医療ネットワークは生きております。

方向性があるわけでございますけれども、やはり件費についてそれを効率化していくという一つの必要な医療は必要でございますし、不採算な医療については必要な運営費交付金等を確保していくとともに、国立病院機構全体で見れば、国立病院機構は独立行政法人化したわけでございますけれども、平成十六年度、医師四千九百七十三とのころを平成十九年度は五千四と、これは減つております。看護師は、平成十六年度二万八千五百八十三人のところを平成十九年度が三万一千五百六と、二千九百二十三名ふえております。

ということで、効率化すべきところは効率化しながらも、独立行政法人という柔軟性の中で、必要な職員の数は確保していきたいと考えております。

○高橋委員 ありがとうございます。

減つていらないというのは、トータルではまさにそうで、個別に見ると先ほど紹介したような状況になつてゐるわけですから、改善が必要である。さつき大臣に私がお話しさせていただいたように、やはり国がしっかりとモデルとして確保していくことによつて全体の体制がとれるのではないかという指摘をさせていただきました。その際に、やはりこの効率化係数をかけないんだということが最低条件だらうということであえて確認をさせていただきました。

そこで、資料の三枚目を見ていたときの、これが一割近い減になつております。例えば、この図の一一番左端、北海道の基幹医療施設「西札幌・小樽・札幌南」となつておりますが、これも今一つになるというふうな形で統合がどんどん進んできているわけですね。

その中で、昨年十二月に整理合理化計画が出されました。「次期中期目標期間開始後、二年程度を目途に個々の病院ごとに、政策医療、地域医療事情、経営状況等を総合的に検証し、その結果を公表し、病床数の適正化を含め、必要な措置を講ずる。」として、ネットワークの再構築を求めております。一枚目に整理合理化計画をつけておきましたけれども、これを読みますと、やはり病床利用率や採算ベースで今後さらに病床削減、再編がされるのではないかという危惧を持っているんですね。

○外添国務大臣 ありがとうございます。

問題は、生きているけれども、絵にはなつてゐるけれども、現状がどうなつてあるかというのを見つかり見ていく必要があるのではないかと思います。

○高橋委員 ありがとうございます。

なかなか、このネットワークが示された時点ではがんと、総病床数二万五千四百五十が、現在二万四千九百九十で、四百六十減つてます。ですから、比較が非常に難しかったんですけども、一応比較をしてみました。

といいますのは、〇二年三月の時点で、例えば病床数をどうするのかという数字がなかつたものですが、やはり病床削減が二十減つてます。がんの方はまだ減りが少ない方ではないかと思うんですね。下方の神経・筋疾患における病床数においては、総病床数で千百十、うち基幹医療施設で三百七十九、これは一割近い減になつております。例えば、この図の一番左端、北海道の基幹医療施設「西札幌・小樽・札幌南」となつておりますが、これも今一つになるというふうな形で統合がどんどん進んできているわけですね。

そこで、資料の三枚目を見ていたときの、これが一割近い減になつております。一枚目に整理合理化計画をつけておきました。「次期中期目標期間開始後、二年程度を目途に個々の病院ごとに、政策医療、地域医療事情、経営状況等を総合的に検証し、その結果を公表し、病床数の適正化を含め、必要な措置を講ずる。」として、ネットワークの再構築を求めております。一枚目に整理合理化計画をつけておきましたけれども、これを読みますと、やはり病床利用率や採算ベースで今後さらに病床削減、再編がされるのではないかという危惧を持っているんですね。

ちょっと具体的な話をします。きょうも、また十四日も何度も取りざたされた国立国府台病院であらわしてみたわけです。

平成二十年五月十六日

あります。
しかしながら、難病患者でありますとか重度の

障害者等の特殊な疾患によりまして長期の入院医療を必要とする患者に対しましては、上記の取り扱いの対象から除外をいたしまして、九十日を超える、このようにしてございます。

それから、それでは、こういう除外例に当たらない方はどうするのかということをさらにお尋ねかと思ひますけれども、そういう方につきましては、よりふさわしい、回復期リハビリテーション

病棟、あるいは長期の療養環境の整った療養病床等の施設類型が既に存在しておりますし、今回の改定におきまして、例えば、脳卒中の患者さんに

つきましては地域連携クリティカルバスの対象疾患にしたところでございますし、また、入院時から退院後の生活を見越した退院支援を行えるよう

に計画を策定し退院調整を行つた場合の評価とい

うものを新たに創設したところでございます。

○阿部(知)委員 るお話しになられましたけれども、それで平成十年からやつてきたことがどうであったかということを見直さないと、今回の後期高齢者医療政策、三文安と言われるところの、そして現状でニーズを満たしているかというところが全く浮かんでこないわけです。そこで私は

何つたんです。

これは、厚生労働省のある優秀な官僚の方がつ

くられて、私はよくできていると思うんですが、七十四歳以下と七十五歳以上で、今後、この政策

のままでいった場合には、一体我が国はどんな患者さんがどんなふうに発生していかれるだろうかと

いう予測図であります。右側に七十五歳以上でございますが、二〇〇五年段階で二十万弱の脳血管

障害の患者さんは、二〇二五年、中ほどに行けば、二倍、四十万から五十万になる。これは、ちなみに、今の政策以上のものをもつと組み立てていかねばという前提づきですが。

大臣もごらんになつてわかるように、まず、一番政策のターゲットはこの脳血管障害。見ていた

だけば、もう私たちの世代はまさにここに当たるります。ここをどうやって、例えば、治療介入からアフターケアからその方の本当の診療の場、治療の場までをどうプログラムしていくかというところが問われている。だからこそ、この十年を見直すべきだと私は冒頭申し上げました。

そして、一枚目、おめくりください。

ここには、では、これまで国が提供してきたさまざまなスキームはどんなものがあるか。先ほど

の水田さんのお話で、一般病床から、九十日たつたら、重い人はそこでちょっと除外はしてあげま

しょう、しかし、重いか軽いかの判断も全く示さ

れずに、ある方は回復期リハに行つてください、またある方は障害者病床に行つてください、ある

いは療養病床に行つてください。あるいは運よく在宅ができる方はしてくださいと。このほかにも特養や老健がありますが、それも足りていませんのは大臣は御存じだと思います。

しかし、今、このいすれもが目詰まり状態なん

です。行くに行けないんです。例えば、回復期リハに行こうと思つても、回復期リハの評価が、そ

の受け入れた患者さんをどれだけ在宅に帰せたか

といふことで、非常に厳しい算定期限があります。

障害者病床は、余りに高齢者が来るので、これを

削るというお話をなつています。行き場がない人

が現状で生まれているのではないか。

大臣は、その御認識はありますか。お願ひし

ます。

○舛添国務大臣 これは、数だけ見ればそういうことはあると思います。

ただ、少しこの実態をよく調査してみたいとい

うのは、大まかに言うと、例えば、そのうちでい

わゆる社会的入院的なものがどうなのか。

それで、阿部委員がおっしゃつたように、急性期でびつり治して回復期のリハをやる。急性期

をだらだらだら何日間もやるというのには私

は余り賛成じゃありません。それは、早くもとに戻して回復期をやればいい。

ただ、では、例えば回復期リハから追い出されるというけれども、御自宅でやれる方がこの中にいるだけいるのか、ちょっとこれは実態もよく調べてみたいと思います。

○阿部(知)委員 まさに大臣がおっしゃつたとおりなんだと思うんです。私は、この十年の実態を出してほしんですね。その実態に基づいて次の制度設計をしなければ、大臣には二つ。リハビリ医療の政策化、厚生年金病院。

また、長寿医療センターについては、七十五年以上の高齢者の集計は、データはどのように処理されるのか。お願いします。

○外口政府参考人 まず最初に、リハビリテーションの政策的な位置づけでございますけれども、平成十八年の医療法改正において、都道府県が医療計画において医療連携体制を構築すべき四つの疾病の一つとして脳卒中をまず位置づけております。

昨年七月に厚生労働省が示した医療計画策定のガイドラインにおいて、脳卒中について、急性期の治療から回復期のリハビリテーションを経て生活の場に復帰するまで、切れ目のない医療を提供することが必要として、リハビリテーションを担う医療機関の役割や重要性について明記をしております。こういった形でリハビリテーション、特に脳血管疾患にかかるリハビリテーションを位置づけているところでございます。

大臣、医療機関が現状の九十万から減らないとしても、四十七万人が今のままでは行き場がないんですよ。

私は、だから、今本当に政策化する必要がある。

その次の介護施設も、今の倍あつたとして、こ

れは、ちなみに何のグラフかと云うと、二〇三〇年、年間亡くなられる方の数が百六十万として、どこで亡くなられるか、まさにみとりの問題です。

大臣、医療機関が現状の九十万から減らないとしても、四十七万人が今のままでは行き場がないんですよ。

私は、だから、今本当に政策化する必要がある。

そして、その政策のターゲットはリハビリだと一つには思いますが、やはり改善できる人は改善してさしあげる、それは非常に重要です。

しかし、先ほどの山井委員との質疑の中でもぴ

くりしたんですけども、本当に長寿医療セン

ターは七十五歳以上の方のデータ統計をおとりに

ならないでしようか。包括医療になついたらもうデータをとらないのかどうか、まず一点教え

ていただきたい。

もう一点、大臣には、政策医療というのは疾患

体系別で十九ですね、しかし、リハビリはどこに

位置するのか。国の政策医療の中にリハビリをもときちんと私は位置づけていただきたい。

時間の関係でもう一つ。そうしたことを担つて

いる厚生年金病院、各所にありますよ。私は、そ

れを安易に民営化したり、今この段階でですよ、政策医療が何かも何も見えない中で、五里霧中の

中で、せっかくの財産をほうり出すべきではない

と思います。

大臣には二つ。リハビリ医療の政策化、厚生年金病院。

また、長寿医療センターについては、七十五年以上の高齢者の集計は、データはどのように処理されるのか。お願いします。

○舛添国務大臣 まず最初に、リハビリテー

ションの政策的な位置づけでございますけれども、平成十八年の医療法改正において、都道府県が医療計画において医療連携体制を構築すべき四つの疾病の一つとして脳卒中をまず位置づけております。

昨年七月に厚生労働省が示した医療計画策定のガイドラインにおいて、脳卒中について、急性期

の治療から回復期のリハビリテーションを経て生

活の場に復帰するまで、切れ目のない医療を提供

することが必要として、リハビリテーションを担

う医療機関の役割や重要性について明記をしてお

ります。こういった形でリハビリテーション、特

に脳血管疾患にかかるリハビリテーションを位

置づけているところでございます。

長寿医療センターの七十五歳前後に特化した研

究について……（阿部(知)委員「前後じやなくて、後です」と呼ぶ）済みません。特定の研究についてまだ詳細承認しておりませんので、よく調べて

また報告させていただきます。

○舛添国務大臣 リハビリの重要性ということは政策医療的にもきちんと位置づけたいと思ってい

ます。

それから、厚生年金病院、そのほかの社会保険

病院についても、地域の医療が損なわれることのないようにそれは合理化する、これはもうきちん

と押さえたいと思います。

それからもう一点、先ほどのみどりの場なんですけれども、我々はどうしても、自宅がないしは病院か、こういうことになってしまいますが、例えば、外国だとナーシングホームのようないところでもみどりの場がある、ホスピスというのもあります。だからこそ、終末期医療についてきちんと議論をすべきなんです。

ところが、不幸なことに、終末と言つたら、私をうば捨てにするのかとか、それから、遺言と言つただけでそれは感情を害されるかもしれません。ですから、私は、この問題についてはやはり広く国民的な議論をやるべき時期に来ている、そのだけは申し上げておきたいと思います。

○阿部(知)委員 リハビリもきちんと政策医療ネットワークに位置づけて、チャートしてみてほしいんですね。そうすると、大臣、どこに何が欠けてはいけないか、出てまいりますので。

質問を終わります。

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

午後四時三分散会

平成二十年五月二十七日印刷

平成二十年五月二十八日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

P