

岡本の国会での答弁

176-衆-厚生労働委員会-4号 平成22年11月12日

○宮崎委員 わかりやすい略称を考えていただけるということで、ぜひそうお願いしたいことだと思いますけれども、わかりにくい略称はやめていただきたいことを改めてお願いいたします。

時間もほとんどないようでございますので、残りの時間、ちょっと、がん対策について一点だけ伺いたいと思います。

悪性腫瘍と言われるものの中で、病原体であるウイルス、細菌、そういったものが判明しているがん、がんに限らず悪性腫瘍ですけれども、代表的なものが四種類あるということによっておられます。

岡本政務官、いかがでしょうか。この四種類、お答えいただけますでしょうか。

○岡本大臣政務官 質問通告がなかったので、急に試験みたいな話ですが、私が承知しているのは、因果関係がどの程度はっきりしているかということにもよると思います。

そういう意味では、これからお聞きになられるヘリコバクター・ピロリについては因果関係が必ずしもはっきりしているところまで、要するに、除菌をすることで必ず発症を予防できるかという、その必要十分条件というのを整えているとは考えておりませんが、それ以外にも、今政府がとっている、例えばHTLV1もそうです。それから、それ以外にも、例えば予防接種で今度対策をとるパピローマウイルスもそうです。それから、これもまた必ずしも必要十分条件ではありませんが、なる方が多いと言われているのは、例えばC型肝炎のウイルスなんかも、同様にがんとのリスクを指摘されている病原体と含めるのが、一般的には言われているのではないかと思います。

○宮崎委員 通常、よく言われておりますのが、成人T細胞白血病、肝臓がん、そういったところがございますけれども、これに加えて、今お話のありました胃がんというものについても、ピロリ菌の感染が原因だということが、これは基本的に、臨床ではどうかわかりませんが、科学的な発生のメカニズムということでは、これはほぼ定説となっているのではないかと思います。

一方、今、厚労省のガイドラインというものでは、ピロリ菌の検査、これは胃がん検診としては認められていない、各種の統計にも含まれないということがございます。ピロリ菌が慢性胃炎に発展をし、そこから胃潰瘍あるいは胃がんになるというふうなメカニズム自体は判明していることだと思いますが、今のガイドラインですと、内視鏡検査すら、いわゆる統計等には載ってこない。

しかし、政務官はお医者さんですからまさに御存じかと思いますが、確かにガイドラインはエックス線だということになっているんですけども、現実的に市町村の検診の現場あるいは企業の検診の現場を見れば、これは内視鏡しかやらないよとか、あるいは新たに公費でピロリ菌の検査をやるんだとかいうところもかなりふえてきているということがございます。

ですから、ピロリ菌検査、除去についても、検診を認め、一方で保険の適用を認めるべきだというふうに私は思うのですが、これについてはいかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 前段の検診の中身についてでありますけれども、検診の中身については、どういった胃がん検診があるべきかということについては、平成十九年六月の厚生労働省のがん検診に関する検討会で、現時点では、ヘリコバクター・ピロリ検査をがん検診とすることについては、死亡率の減少効果を示す根拠が不十分であるため、広く住民に対して行う検診としては勧められない、しかしながら、検証対象を絞るための検査としての有用性を今後評価すべきとされています。

新たな胃がん検診の方法について、現在も厚生労働省の研究班において研究を進めているところがございますけれども、いずれにしても、そのがん検診の有用性、有効性というのはしっかり見ていかなければいけませんし、そういう意味では、平成二十三年度の予算の元気な日本復活

特別枠の中で、我々は大腸がんの検診についてもお願いをしているところです。こういったものは、一定程度エビデンスがあり、有用性があるというふうに考えています。

それからもう一点、検診を保険適用するべきだという御趣旨でしょうか。

○宮崎委員 違います。除去するための薬等について、今は、胃潰瘍ですとか十二指腸潰瘍、胃がん、こういった場合は除去の薬自体を保険適用されていますが、例えば胃炎とか、そういった状況については保険が適用されていない。それについてでございます。

○岡本大臣政務官 胃炎については、御存じのようにさまざまな薬が既に承認をされているわけでありまして、現時点で、胃炎に対する適応がなく、保険適用されていないということは事実関係としてそうでありまして、いずれにしても、薬剤の保険適用に当たっては薬事承認が前提となるわけでありまして、薬事法上の承認申請がなされれば適切に審査をしていくということでありまして、

ちなみに、昨年八月に集めて、ことしの二月に公表した、いわゆる未承認薬等検討会における要望、三百七十四集まりましたが、この中に、委員御指摘のいわゆるヘリコバクター・ピロリ菌の除菌薬について、胃炎への適用拡大を求める声というのはなかったというふうに承知をしております。

以上です。

○山崎(摩)委員 検討していただけるということで、前向きな御答弁かと受けとめさせていただきたく思います。ありがとうございました。

資料の三には重大医療事故の事例をお示ししてございますが、ごらんいただいてわかりますように、いずれもこれは夜勤ですとか長時間の勤務終了間際に起きているということでございますので、どうぞこれもお知りおきいただければというふうに思います。

資料の四は離職率を示しておりますが、岡本政務官にちょっとお尋ねをいたします。

労働環境の整備とともに、人員を確保し、労働条件をきっちりしていくためには、やはり診療報酬上の何らかの手当てといったものも今後は大変重要になってくるかと思いますが、そのことにつきまして、岡本政務官に一言お尋ねをしたいと思っております。

○岡本大臣政務官 今御質問いただきました看護職の皆さんの大変厳しい労働環境については、私も間近に見ておりまして、本当に御苦勞をされているというふうに感じております。

診療報酬の改定に当たっては、医療経済実態調査によって把握した医療機関の経営状態も踏まえつつ、中医協で御議論をいただいて決定をしております。

一般病棟の看護職員の配置に関する評価につきましては、平成十八年度改定で七対一看護を一番手厚い看護配置として現在に至っているところでありまして、また、看護職員の勤務改善については、平成二十二年度診療報酬改定において、看護職員を看護業務に専念できるようにするという観点から、七対一及び十対一の看護配置をしている病棟について看護補助者の配置を評価したところでございます。

さらなる取り組みにつきまして今御質問いただいたわけでありまして、平成二十二年度改定に係る中医協の答申の附帯意見において、看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で検討を行うこととされておりまして、これを踏まえて、今後、適切な看護職員の配置や夜勤時間に関する要件のあり方について中医協で検討する予定でございます。

○加藤(勝)委員 大臣、今は附帯業務でやっているんですよ。一番皆さんが大事な求職者支援制度に限定したときに、附帯業務でやらせるんですか。だから言っているんです。求職者支援制度の話は頭から抜いてください、今回の法律改正においては。だから、それを前提とするかしない

かだけ明確に、大臣、お答えください。それによって我々の賛否は変わります。

○岡本大臣政務官 今の議論を聞いていて、ちょっと私、お答えするつもりはなかったんですけども、求職者支援制度の中の業務が決まらなければこのいわゆる新法人をつくるべきではないということを言われていますが、法律の構成として、法律で定めることもあります。また、その後、政省令で定めることもあります。そういう意味では、さまざまな段階でそれぞれの業務を定めていくというのは、一般的にはほかの法律でもやっているわけです。

したがって、大きな枠としてこういった法人をまとめていくと。さまざま問題があったわけですよ。私も聞いていますが、野党時代も我々も指摘をしました。そういった問題をやはり解決していく、そのための一つの大きな枠組みをつくっていただくというお願いでありまして、その中の業務について、まさに今労政審で審議をしている、検討しているということをこれまでもお答えさせていただいています。そういったお答えを含めて、ぜひ委員には御理解いただきたいと思います。

○加藤(勝)委員 外すというか、そもそも法案には入っていないんですけども、考え方から外すということによろしいですね。

したがって、今回の法案は、いや、ちょっと待ってください。今回の法案は、我々自公政権の流れを継いで、皆さんがプラスアルファをされたことは認めますよ、そういうものででき上がってきたものだ、こういう認識でよろしいですか。

○岡本大臣政務官 今、大臣からお答えいただきましたけれども、ぜひ、新機構法の第三条関係のところを読んでいただきたいです。そこには目的が書いてありまして、高齢・障害・求職者雇用支援機構については……(発言する者あり)

○牧委員長 静粛に願います。

○岡本大臣政務官 どういう目的でということとそこに書いてある。だから、そういう意味では、機構が行う事業主等に対する給付金の支給とか、まあ読みませんけれども、こういった目的が書いてあります。その中には、今の新しい求職者支援のあり方について、今後、我々が今検討していることについて、これを目的としてこの中に書いているわけではないということを御理解いただきたいと思います。

○あべ委員 大臣、八十では老衰にはならないと思います。

ちなみに、日本の国民は在宅で亡くなりたいと思う方がどれぐらいいらっしゃると思いますか。参考人の方で結構でございます。

○岡本大臣政務官 厚生労働省の調査、いろいろあるわけですけども、二〇〇八年の人口動態調査によりますと、我が国の場合、現在、約八割、七八・六%の方が病院で、一割強、一二・七%の方が自宅で、残りの方が、今現在、老人ホームなどの施設で亡くなっているというような状況があります。ちなみに、一九七〇年代後半までは自宅で亡くなられる方が多かったという状況であります。

また、同じく二〇〇八年の三月に行った終末期医療に関する調査の結果においては、自分が治る見込みのない、死期が迫っているときの療養場所として、六割、六三・三%の方が自宅を希望する一方、みどりの場として、約八割、七九・六%の方が医療機関や緩和ケア病棟を希望している、こういったような調査結果が出ております。

○あべ委員 では、自宅で亡くなりたいと思っている方がたくさんいらっしゃるにもかかわらず、病

院で亡くなっている方が七八・六%という実態であります、自宅で亡くなるために一体何が足りないかと岡本政務官、思われますか。

○岡本大臣政務官 済みません、私、今七八・六と言いましたが、七九・六ですね。みどりの場として七九・六%の方が医療機関や緩和ケア病棟を希望しているということでもあります。

何が欠けているか。一概に、一つのことでこれだということはなかなか論じがたいところがあります。医療と介護のいわゆるサービスの提供のあり方、また、実際に国民の皆様方の意識のあり方もありましょう。さまざまな課題があつて、一概にこれが解決すればということはないとは思いますが、本当にみずからの意思で尊厳ある死を迎えられるようにするということは大変重要だと思っていますので、在宅医療の充実だとか、必要な環境整備はしていく必要があるかとは思っています。

そういったことにつきましても、また委員からもさまざま御教示いただければと思います。よろしくお願ひします。

○あべ委員 ありがとうございます。

特に、医療従事者の観点からお話を申し上げたいと思いますが、病床百床当たりの医師数、これは全世界でも非常に低い。それは大臣もしくは岡本政務官も御存じだと思いますが、千人当たりの医師数、これは実は、低いながらもすごく低いわけではない。また、看護職員に関しては、百床当たりの職員が日本は六十九・四。これはアメリカの三百四十四・二に比較すると非常に低いわけですが、人口千人当たりの看護職員を比較いたしますと、米国の一千人当たり十・八人の看護師に対し、日本は九・五人。これはフランスの七・九より多いという数になっています。

すなわち、往診をする、もしくは訪問看護をしていくという人数が世界に比べて余りにも低いのではないかというふうに私は考えていますが、この低い実態に対して、政務官、これから何をしなければいけないのか、このことに関して対策を考えていらっしゃるがありましたら、お答えください。

○岡本大臣政務官 これまた質問通告がなかったものですから、私の率直な思いをお話しさせていただきますが、今委員から御指摘がありましたように、病床数で見ると医師の数が少なく、その一方、人口で見ると、OECDの中で、少ないといつてもそれほど少なくないという御表現をいただきましたけれども、その差は一体何かというと、一つには、やはり病床数が他の国に比べて多いという状況があるんだろうというふうに思っています。看護職員についても同様の傾向があるわけです。

したがって、以前たしか、あべ委員からこの委員会で御質問があつたと思いますけれども、介護療養病床を今後どうしていくかというようなことも含めて、やはり日本全体の医療提供体制のあり方というのを考えていく必要があるかと思つていますし、先ほど山崎委員からも御質問がありましたけれども、看護基準の問題、医師の配置の問題、こういったものを総合的に見直していく中で、今委員が御指摘になられておりますような、国民の皆様方が望む医療のあり方に沿うていくということが大変重要だろうというふうに考えています。

○あべ委員 特に、在宅に関してなぜふえないのかという問題でございますが、往診さらには訪問看護の部分がふえない限り、在宅の死亡を希望されている方々が在宅でお亡くなりになることができないということを考えましたときに、また、今在宅で亡くなる方が、スウェーデンでは五一%、日本では一三・四%、このためには、在宅医療をもっともっと促進していく必要があるのではないかと思つているところであります。

また、特別養護老人ホーム、ここに入っている方もいらっしゃいますが、医療機関に送られてしまう、すなわち、熱が出た、何かあつたときに医療機関に送られている方が三一・五%、特別養護老人ホームの中での死亡が六三・〇%。

これに関して、岡本政務官、亡くなる場所はどこであるべきか、この問題に関してどのようにお考えですか。

○岡本大臣政務官 御質問の端的な答えとすれば、亡くなる場所はどこであるべきか、べきをこの国会で決めるようなものではないというのはもう委員も御承知のとおりであります。

今御指摘がありましたように、私の手元にも平成二十年三月の、先ほどの終末期医療に関する調査、厚生労働省の調査でどのようなアンケートが出ているかというお話を少しさせていただきますと、先ほどもお話をしました、亡くなる、みどりの場として、八割、七九・六%の方が医療機関や緩和ケア病棟を希望しています。自宅で最期まで療養することが困難な理由としては、介護してくれる家族に負担がかかる、また、症状が急変したときの対応に困るという回答が多かった。それ以外にも幾つか、例えば、居住環境が整っていないとか、経済的な負担の問題とか、いろいろな理由を挙げられる方が見えます。

それぞれの皆さんが、それぞれのお考えの中でみずからの終末期医療のあり方というのをお考えになられる。それは、後ほど委員がお聞きになられるかもしれませんが、リビングウイルともかかわるんだらうと思いますが、医師が決めることでも看護職員が決めることでもなく、やはり御家族と、そして御本人の意思を尊重しながら、十分な理解のもと、最終的には決まっていくものであろうというふうに考えています。

○あべ委員 大臣がおっしゃるとおりでございまして、私は、自分で決めたくない方、また、御自分が死ぬことを一切考えない方もいらっしゃると思いますので、それは選択でいいと思います。

ただ、問題になりますのは、御本人が自分はここまで医療をやってほしいというその選択をしているにもかかわらず、医療機関が、これは医師が、本人の意思ではなくて医療機関としてやらなければいけないことはやらなければいけないというふうにして、すなわち、自分が医療の怠慢になることによって訴えられるのではないかとおびえている医師たちもいる中において、生前意思ということを前面に押し出し、その意思を尊重した医師に関しては、その責任の所在を医師に押しつけないということが私は重要ではないかと思っておりますが、医師であられる岡本政務官、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 私も血液内科でしたから、多くの方の最期の場面に立ち会いました。いろいろな方が見えて、私の場合には、比較的若い十代の方から本当に八十代、九十代の方まで、多くの方が亡くなる現場に立ち会ったわけですが、そういう意味では、それぞれのお考えというのは本当に多岐にわたっていて、先ほど大臣から答弁をいただきましたように、それを強制するというのは非常に難しいと思っております。

厚生労働省としては、平成十九年に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを策定し、このガイドラインの普及、浸透を図っていきたいというふうに考えています。ちなみに、先ほどからお話をしている終末期医療に関する調査などでは、一般国民の間でいわゆるリビングウイルの法制化についてどう考えるかということについては、否定的な意見が六割を超えていましたし、また、終末期医療のあり方に関する懇談会においても慎重な意見が多かったということでもあります。

確かに、医師を訴える、訴えないというのは、いろいろあると思います。それは何もリビングウイルの問題だけではなくて、やはりそれまでの過程において、医師と患者さん、御家族、また看護職員、それ以外のスタッフの皆さんを含め、良好な関係をきちっと築いていくということ、それはもちろん終末期にも関わりますが、それ以外の場面場面できちっとした関係を築くということは極めて重要であって、私はそのような認識を持っているところでございます。

○あべ委員 生前意思を国民全体に聞いてほしいということを言っているわけではなくて、御本人がその意思を残されるのであれば、それをしっかり守っていただく体制をつくっていただきたい。

また、終末期という定義は非常に難しく、急性期であるのか慢性期であるのか、どういう疾患であるのか、さまざまな影響があると私は思っております。

終末期ということをどう判断するのか、これはやはり医師が主体的にかかわっていく部分だと思っ

ておりますが、特に生前意思に関しては、詳細を患者さんがお元気なときにすべて決めるというのは、私は無理だと思っています。しかしながら、すべてを決めたい方も中にはいらっしゃる。けれども、状況状況で考えていかなければいけないこともたくさんあるのは承知しております。

ですから、私自身は、生前意思は二択ぐらいでいいんじゃないかと思っておりまして、とことんかほどほどか、これでいいと思っております。これを最終的には御家族の方と、また、意識がなくなっているかもしれない、御本人には聞くことができなかつたときに、最後の決断はだれにゆだねるのか、配偶者にゆだねるのか子供にゆだねるのか、そういうことも含めた生前意思をもっともっと整備していくことは重要でありますし、決めたくないという選択をされた方はそれでいいと思っております。

この選択制、生前意思を残すか残さないかということも含めた形で網羅的に入れていくことは可能ではないでしょうか。岡本政務官、お願いいたします。

○岡本大臣政務官 私には何歳まで生きていすかと聞かれなかつたので、私はまだ答えておりませんが、例えば私が、では今決めるかという、一体自分がどういう病気になるのか想像もつかないわけですし、終末期と言われるタームをどういう疾患により、また、場合によっては事故等もあるかもしれません、どのような状況でそういう状況に陥るかというのはなかなか想像がつかない。先ほど言われたように、急性期か慢性期かという考え方もあるでしょう。

そういう全般的になかなか想像がつかない中で、それを網羅的に決めていく、要するにイエス・ノー式で枝分かれしていくような形で決めていくというようなことも想定ができないような事態も十分起こるわけですし、考え方も変わっていくという中においてです。したがって、これは本当に柔軟に考えていく必要がありますし、場合によっては、本当に思いもよらない状況の中で、突然にそのときはやってくるのかもしれません。

したがって、一概にこうだということを決めるのは非常に難しいとは思っていますが、委員御指摘のように、こういったリビングウイルのあり方についてきちっと知らしめて、浸透して、そして普及していくような取り組みを行っていく。

そういうことについて御存じない方をできるだけ減らしていったら、結果として、もちろん、残したくない方はそういう意思表示をされないでしょうし、また、そういった制度があつたのに私は知らなかつたというようなことが、本当は残したかつたんだけど残せなかつたというような方が出てくるということは、私たちとしてはできるだけそういったケースを少なくしていく努力はしていかなきゃいけないだろうというふうには思っています。

委員から御指摘をいただきましたようなことも含め、また、さまざまな、委員もそれぞれ看護の現場で見てこられたことがおありでしょうから、我々に御教示いただければありがたいと思っております。よろしく申し上げます。

○河井委員 ここに一冊の冊子があります。平成二十年から広島市が二万七千四百四十七人という大規模な人たちを対象とした、いわゆる健康意識調査の報告書でありまして、ことしまとまったもので、資料編を持ってきております。さまざまな設問に対するお答えだけでなく、いわゆる自由記述欄というのがあるんです。あの日どういうことが実際にあつたかということ、やむにやまれぬ思いでたくさんの方がお書きになっていらっしゃる。

大臣、これはごらんになったことはありますか。

○岡本大臣政務官 今委員御指摘の、広島市が平成二十二年五月に出しました原爆体験者等健康意識調査報告書、こちらの方は、私の方で話を原局の方から聞いておるところでございます。個別の調査は面談調査で、基本調査回答者で面談に協力すると回答した者の中から八百九十一人の方と面談をして、生活習慣、身体的疾患の受療歴、健康関連QOL、精神健康、人格テスト、健康不安、差別・偏見体験等の項目についても面談調査をされているということを承知して

おります。

そういった中で、この調査結果としては、黒い雨は、従来言われていた範囲よりも広く、現在の広島市域の東側、北東側を除くほぼ全域と周辺部で降った可能性があるという示唆はなされているということでございますが、こちらについての報告ということをもって、要望としては、広島県知事、広島市長、廿日市市長、安芸高田市長、府中町長、海田町長、坂町長、安芸太田町長、北広島町長などからの要望として、平成二十年度の調査で判明した黒い雨降雨地域の全域を第一種健康診断特例区域に早急に指定すること、また、国において黒い雨の降雨状況についてさらなる実態解明を進めることという要請をいただいております。

なお、先ほどのセンウム137のことについてであります、広島黒い雨放射能研究会から出版された報告書は、中間報告の位置づけであるということをお知らせさせていただきます。

○細川国務大臣 河井委員の方からは、ロシアでの被曝実験、それについての住民の被害者の例、その被害者が内部被曝で、特に倦怠感を催すというようなお話がございました。それと同じようなことが広島の方でもあるのではないかと、こういうことでございますので、その点も踏まえまして、それは調査をさせていただきたいと思っております。

○岡本大臣政務官 旧ソビエトのセミパラチンスクの話が出ましたけれども、こちらの方は、四国ほどのエリアのところ、四百七十回、空中だけでも九十回という、しかも一回当たり数百キロトンから一メガトンという、広島は十五キロトン、長崎は二十二キロトンですから、これと比較にならないほど大量の放射能が出たことも想定をされております。

カイナール地区で報告をされている被曝と関連をされると思われるいわゆるカイナール症候群というのは、先天性奇形等を指しているというようなことでありまして、広義の意味でがんの多発や不定愁訴と言われる方も見えますが、現状、先ほど委員からお話が出ました原爆体験者等健康意識調査報告書などにおいては、過去一カ月という非常に短期の質問をされているということもありません。必ずしも、こういったいわゆる内部被曝イコール現在の不定愁訴というようなものにつながっているかということについては、私は、イコールではないんじゃないかというふうに考えております。

○高橋(千)委員 そこで、今具体的に大臣が最後に紹介をされました厚生労働科学研究、平成十九年から始まっているわけですが、治療ガイドラインを目指す研究の進捗状況について、政務官に伺います。

○岡本大臣政務官 今御質問いただきました脳脊髄液減少症に関する研究については、大臣より答弁をさせていただきましたとおり、平成十九年度より三カ年計画で診断ガイドラインの確立等を目指して研究を実施してきたところでありますが、平成二十一年度までの研究期間内に、解析に必要な登録患者数、一応、中間解析に必要な患者さんの数というか症例数は百と見越しておりましたけれども、この百症例が確保できなかったところでございます。

このため、外部の専門家から成る研究評価委員会において、研究の評価を行い、平成二十二年度以降も研究を実施することとなったところでございます。

その結果、平成二十二年八月の段階で、中間解析に必要な百症例が確保されました。現在、科学的根拠に基づく診断ガイドラインの作成に向けた解析を行っているところでございまして、何とか今年度で診断に関するいわゆるガイドラインが作成できたらいいな、出してほしいなという思いは持っておりますけれども、残念ながら、出せるという確証、ここでお約束をできるほどということまでは至っていないところでございます。

○高橋(千)委員 今、何とか今年度とおっしゃいましたので、科学研究は三年単位ですので、ま

た延長したとなるとまた三年待つのかという思いがまず非常にあるわけですね。その点については、今年度がまず目標なんだということをおっしゃっていただきました。そこをまず確認したいのです。

そこで、研究に参加をしている脳外科医などの専門病院、まず、それが今現在幾つになって、それで、例えば赤嶺議員が、それぞれの病院は何例くらい集まっていますかと聞いたら、守秘義務がありますからというつまらない答弁になってしまうわけですね。そういうことは、どこのだれかのデータを知りたいという問題ではありませんので、傾向を知りたい。つまり、最大でどのくらい、最低でどのくらい、ばらつきがあるのかないのか、そういうふうな傾向について、答えられる範囲でお願いいたします。

○岡本大臣政務官 今御質問いただきました点であります。ちょっと事前にもう一点、誤解があってはいけないので確認をしておきますけれども、先ほど答弁させていただいたとおり、診断に対するガイドラインというのを今年度目指すのですが、これは治療の確立に関する研究という名前も振っていますから、やはり患者さんがお待ちいただいているのは診断だけではなくてその治療法の確立でありますから、それに向けてさらにその後努力が必要だということはあわせてお話をしておきたいと思えます。

その上で、今委員御指摘の、研究班に参加している施設は一体どのくらいあるのかということですが、十六施設参加をしております。そのうち、施設ごとの登録患者数の範囲につきましては、一番少ない施設がゼロ症例、一番多い施設が三十三症例であります。先ほどお話をしましたように、百症例を集めるということでもありますから、一定程度のばらつきが出るということは統計学的にあり得ることだろうというふうに考えております。

本研究の登録施設は、脳槽シンチや頭部MRIまた脊髄MRIなどすべての検査をプロトコルドおりに行い、なおかつ、その画像や臨床データを解析するための施設に提供することができることを条件としております。

したがって、すべての施設がどこでも参加できるというような状況にはありませんが、実際には、本症に関係する学会の代表者の所属施設、また本症の治療経験の多い施設等から構成をされておりまして、施設間の登録症例に差がありますけれども、登録症例がゼロ症例であった施設の研究者も、学会の代表として、鑑別すべき他の病態、症候、検査所見の比較検討に加わっていただいているということでございます。

○高橋(千)委員 今、診断から治療法の確立ということで、今手元にホームページからとったものがございましてけれども、診断・治療の確立に関する研究ということで、今は国立がんセンターの所長であります嘉山先生が研究の代表者であるということになっておるわけですが、当然、その治療法の確立、そしてその保険適用まで目指していただきたいという立場で私も質問しておるんです。

ただ、心配しているのは、このガイドラインの確立の中で、入り口ではじかれる人が多いと困るなという心配がございまして。というのは、もう慢性の人ははじかれているのじゃないか。あるいは、起立性頭痛ということから最初からスタートして、そこからフローチャートが進んでいますので、最初にお話したようにさまざまな症状があるということをおっしゃっているのに、一定の条件からスタートしたら当然少なくなるのではないかと。

私、これは全部は理解できないところがあります、専門家ではありませんので。ただ、その中で、例えば、想定される患者は二千人前後ではないかというふうなことが書かれているわけですよ。そうすると、今訴えている患者さんたちの実感からはかなり遠いものになるという心配がございまして。

ですから、せっかく大臣、先ほどお話しして下さって、研究の成果を見たいのだと言ってくださったわけですから、本当に望む結果が出てほしいと思うわけです。

そういう点では、今、ゼロ症例のところもあるとおっしゃいました。もっとこれを広げることができないのかということや、国がその実態をもう少し見て、関与をして、積極的な成果を上げられるような

努力はできないのか、患者さんたちにできるだけの情報公開ができないのか。そういう点でももう少し努力ができないかという提案ですが、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 先生御指摘の、どういった方をこの脳脊髄液減少症という疾患として診断をするのかという、まさにガイドライン作成中でありますけれども、頭痛というのは、本当に一冊の本になるぐらい、医学書でも一冊の本になっています。いろいろな原因で頭痛が起こる。非常に難しいです。

ただ、広くすべて頭痛と言ってしまうと、必ずしも、治療に結びつけていくという意味においては、どういう原因か、やはりその疾患の原因ごとに治療法をつくっていかなくやいけない以上は、余り広い診断範囲をとらえ過ぎますと、結果として治療に結びつかないということになってしまうということもあります。

我々の中では、今この研究では、座位または立位により発生あるいは増悪する頭痛があることを研究対象患者の選択基準としているというのがこの厚生科学研究の立ち位置でありますけれども、もしかしたら、先生が言われている、例えばほかの理由で頭痛が増悪するというものであれば、これは違う疾患の可能性もあるわけですね。その違う疾患まで含めてしまうと、最終的に治療法が少しぼやけてしまうということにもなりかねません。

したがって、さまざまな要因で起こる頭痛について、きちっとした診断をし、そしてそれを治療に結びつけていくという観点においては、今行われている研究が、しっかりとしたガイドラインを出し、そしてそれが診断確立に結びついていくものと私は確信をしております。

○高橋(千)委員 さまざまな要因で起こる頭痛と今おっしゃいましたけれども、その前段のさまざまな要因のところ、明らかに脳脊髄液の減少ということに結びつく、ぶつかったですとか、そういうことを訴えている方たちの声を拾ってほしいという意味で言っておりますので、ぜひ受けとめていただきたいと思います。

保険適用を目指しつつ、しかし、今できることというのはまだあるのではないかという議論を少ししたいと思うんです。

四十二歳の介護ヘルパーをしていた方が、利用者さんに殴られてしまっってこの病気になったといます。この方は自力でブラッドパッチの治療を受けました。ただ、その後、やはり同じ仕事はできませんので、暮らしていけない。それで、生活保護を受けたらと勧めてもらったんですが、申請したら断られました。ブラッドパッチ治療など、三十五万円などと言われているわけですが、高額な医療費を負担できるならという理由で保護が受けられないわけですね。

こんな理不尽なことがあるのか。現実に生活の手段がないわけですから、ここは何とかなるとお答えいただきたいんです。

○岡本大臣政務官 今の話は論点が二つありまして、一つは、先ほど委員がお話しになられた保険適用をどうしていくかということで、保険適用になってくれば、当然、高額療養費の対象ということになってくるわけでありまして、こういった観点での議論が一つあろうかと思っています。したがって、先ほどお話をしました診断とそれに結びついた治療法の確立というのが求められている。

もう一つの観点は、いわゆる生活保護法における医療扶助というのがどういうふうにあるべきかという考え方だろうと思っています。国民健康保険の適用を受けている低所得者との均衡についても考慮する必要があると思っております。特別基準の適用というのは、この疾患に注目してというような観点ではなかなか難しいんだろうと思っています。

脳脊髄液減少症に対するブラッドパッチ療法についても、先ほど三十五万円というお話がありました。この三十五万円についても、実は昼の間に事務方にも話をしましたが、本当に何で三十五万円かかるのかということを私の方からも尋ねております。そういう意味では、もちろん自由診療の世界ではありますけれども、そういった一定程度合理的な説明は必要なんだろうと思っています。

いずれにしても、脳脊髄液減少症に対するブラッドパッチ療法について関係学会に照会し

たところ、当該患者の疾病の程度等、個別具体的な事案に即して検討をする必要があるということですが、生命維持について直接の関係はないとの回答を受けている治療であり、したがって、医療扶助の特別基準により対応しなければならない必要性をこの疾患だけということで、また、この治療法だけということで定めるということは、なかなか適用が難しいということが実情であります。

先ほどもお話をしました二つのアプローチがあると思いますけれども、私としましては、現時点でお答えできるのはここまでだというふうに思っております。

○高橋(千)委員 質問の意味と答えが違います。この方は自力で治療を受けたんです。それから保護を申請したのです。そうしたら、そんなお金を出せるんだったら保護は要らないべと言われたわけですよ。でも、それで貯金を使い果たして、仕事もできなかつたら、どうやって食べていきますかという意味です。

○岡本大臣政務官 その点につきましては、先ほどお話をしました、治療にかかったお金の多寡というよりは、その方が、生活保護法による医療扶助というのは……(高橋(千)委員「扶助の話はしていない。違う、生活保護だけの話」と呼ぶ)生活保護そのものについての御質問であるということでありまして、済みません。

生活保護については、いわゆるその適用については、収入、資産等あらゆるものを活用してもなお生活に困窮される方に対して最後のセーフティーネットというのが考え方であります。

このため、今のお話にありますように、法律に定める要件を満たす限り、生活困窮に至った原因がブラッドパッチの治療であろうとどういふものであろうと、そういった原因のいかんを問わず生活保護の適用がなされるということでありまして、その条件を満たしていれば、当然、生活保護になるということでございます。

○高橋(千)委員 そう言ってくださればよかったです。要件を満たしているということをまず確認いたしました。次にお話ししたかったのにもう今答えてしまったということでもありますね。

今ちらっとお話を聞いて皆さんもびっくりされたかと思うんですが、資料を配っております。これは、平成二十二年三月三十日、社会・援護局保護課長の名で「生活保護法による医療扶助の特別基準の取扱いについて」ということです。これは、生活保護受給者が保険適用されていない医療を受けることがどうしてもできないだろうかということ、個別にこれまでは対応していたそうなんですけれども、今回この通知が出たということで、大臣が認めれば、上のところにありますが、「厚生労働大臣が特別の基準を定める」というふうに書いてありまして、こういう場合もあるんだ、細川大臣の情けにすぎることができるのかという期待を一瞬したわけです。

ところが、今政務官が答えていただいたように、特別基準の設定の判断基準には、ア、イ、ウとありまして、生命の維持に直接関係があると認められること、他に代替できる治療法等がないこと、研究に用いられるものではないこと、これを全部かなえていなきゃだめだということです。全部、かつ、かつです。

そうすると、要するに、死ななきゃいいんだろう、死ななきゃ治療しなくたっていいだろうということになるんですよ。こんなことを厚生労働省が言うのか。代替療法があるんですか、安静にしていればいいんですよ。これが代替療法といいますか。患者会の皆さんに聞きました。何の薬を飲んでいきますかと。対症療法、特別な薬は決まっていないのでボルタレンを飲んでいきますと言いました。私でもたまたま痛みどめにもらう薬ですよ。

こんなことしか代替療法としてないのに、若い方がもしこの治療がうまくいけば生活保護を受けなくたってよくなるわけですよ。そういうことを考えたらもっと財政的にメリットがあるじゃないですか。死ななきゃいいなんて、そういうことではないと思います。大臣、どうです、一言。

○岡本大臣政務官 先ほどは失礼いたしました。

今お話しになられましたように、三つの要件があるということは事実でありまして、「生命の維持に

直接関係がある」という観点、また「他に代替できる治療法等がないこと」、「等」でありますから必ずしも治療法だけではありませんが、「等がないこと」、それから「研究(試験)的に用いられているものでないこと」、これらすべての要件ということになっています。

こういったアプローチからも、委員御指摘のいわゆる経済的支援という観点もありますが、正攻法というのは、やはり保険適用を目指していく、結果としてそれが高額療養費の対象となるというようなことを有効性のある治療法には求めていくべきではないかというふうに私は考えていますので、そういった観点でのアプローチもぜひ委員には応援をしていただきたいと思います。

○阿部委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

私は、きょうはB型肝炎の問題、ちょうどきょう、札幌地裁でしょうか、国の側からの論点整理も出されるやに伺っておりますので、この問題を取り上げさせていただこうと思います。

実は、昨日も予算委員会の集中審議で取り上げましたが、時間が不足いたしましたので、私の聞き方も駆け足でしたし、細川大臣も十分にお答えをなさるお時間がなくて申しわけなかったと思いますので、きょうはしっかり大臣みずからのお口でお答えをいただきたいと思います。また、岡本政務官は専門家でありますので大臣を適宜サポートしていただいて結構ですが、何度も申しますが、ぜひこれは、国としての救済の姿勢ですから、細川大臣にもわかっていただくことが一番大事なので、よろしくお願い申し上げます。

きのう私が指摘いたしましたように、C型肝炎が血液製剤、治療などでフィブリノゲンなどを使ったことによって生じたものが多い中で、B型肝炎の方は、予防接種との関係を国は、十八年、最高裁判決に従ってお認めになりました。

私は、もともと小児科医ですので、子供たちに予防接種をしてきた。そして、その昔、問題になっている期間は昭和二十三年、私が生まれた年ですが、そこから六十三年までの四十年間、国は昭和の二十三年と二十五年におのおの通知は出しながらも、例えば針を消毒しなさいとか、筒をかえなさいとか、同じ筒を使わないとかやりながら、しかし医療現場ではそれが周知徹底されなかったということによって多くの子供たちが肝炎のウイルスを身に受け、そして幼い体で十分に反応できないから、キャリアといってそれがウイルスとして居つく状態をつくってしまった。中には肝硬変、肝がんになってお亡くなりになるケースもあるという大変悲しい事態であります。

きのう伺いましたのは、なぜ命に差がありますかという単純なことでした。C型肝炎で、この間、患者さんたちも頑張られて、国との和解に持っていかれたときは、お亡くなりになった方や、肝硬変、重症な方、あるいは軽症な方も含めて肝硬変は前がん状態であるということをかながみて四千万円という額の提示があつて和解されていると思いますが、今回、このB型肝炎については、肝臓がんか死亡なさる、あるいは重症の肝硬変で二千五百万円、普通、軽症の肝硬変と言われると一千万だ。そうすると、同じ肝がん、肝硬変の苦しみを背負いながら、あるいは肝硬変、いつまた次に悪化していくかわからないものを背負いながら、なぜこれだけ違うのかということ、まず説明を明確にさせていただきたいと思います。大臣、お願いします。

○岡本大臣政務官 事実関係ですので私の方からお話をさせていただきますが、何遍も当委員会を含めて御答弁をさせていただいておりますように、国として大変重大に受けとめております平成十八年の最高裁判決において委員御指摘の五百万円という数字が出てきたわけでありましてけれども、これをもとに、C型肝炎のときの死亡等との間に二千万円の差があるということで、五百万円に二千万円足して二千五百万円というのを重症の肝硬変、肝がん、このB型肝炎訴訟については国が十月十二日に和解提示をしているということでございます。

B型肝炎とC型肝炎においては、委員も御承知おきのとおり、必ずしも病態が一致するというわけではなくて、ウイルスも違いますので、軽症の肝硬変の方については、自覚症状が乏しいこと、働くことができる場合も比較的多いと考えられることや、治療により病状の進行を抑えることが可能であるということ等を踏まえて一千万円にした、こういうことを答弁させていただいております。

○阿部委員 何もかも一緒くたに答えるとそういうごまかしになるんですね。何を言っているかという、肝臓がん、死亡されるんですよ。肝硬変、これもかなりの確率で死亡なさいますよ。そちらの死亡は二千万、片一方の死亡は四千万。今、岡本さんの言ったのは、二千万にもともと判決の五百万を足して二千五百万ですとおっしゃっただけなんですね。私が細川さんに聞きたいのは、同じように亡くなるんです。亡くなるんです、悲しいことに。それで二千万、片一方が四千万ですか。なぜB型肝炎による死は三文安なんですか。

もしもそれをきちんと説明されるとしたら、B型肝炎だと、それなりの蓋然性、要するに母子手帳があった、予防接種歴がある、それを証明しておかつ安いんですよ。では、ほかの可能性があるから、家庭内の生活でうつるでしょう、そういう可能性だって否定しません、B型の方がウイルスが多いから。だけれども、もし半値に値切るなら、そのことの起こり得る頻度がせめて半々の証明を国はなさるべきですよ。

私どもが医師としてやっている場合に、逆に大半が予防接種からくるものであろうと思います。それは、あとはお母さんから赤ちゃんにうつるのがあるんですよ。でも、このお母さんから赤ちゃんにうつるのは、昭和六十一年から対策して本当に少なくなりました。ここを少なくするとウイルスを持っている子供が少なくなるから、水平、横の感染も激変しているんですね。すなわち、メインなものは、縦感染、縦の母子感染を除けば、逆に横感染の大半は予防接種。だって、きのう申しました、九割の子供が義務で予防接種を受けているわけです。

私は、国が主張なさるなら、なぜ半値なのか。確率は半々ですか、予防接種によるものとそうでないものと。確率論的にだって証明できないでしょう、そんなこと。どうですか、大臣。大臣、お願いします。さっきの岡本さんののは二つをまた余分におっしゃっただけけれども、それはそれで論破しますから、申しわけないけれども大臣にお願いします。なぜ命は半値ですか。

○岡本大臣政務官 先生お話しになりました、集団予防接種は日本国民が多く受けていたのじゃないかという点でありますけれども、確かにそういった事実もある一方で、先生御指摘のさまざまなルートで感染が成立するというのもまた事実でありまして、先ほどからお話をしておりますとおり、C型肝炎訴訟など他の薬害訴訟等と比較しても、集団予防接種によってB型肝炎ウイルスに感染したか否かの因果関係については証拠に乏しいとされているということもありますし、また、このため、平成十八年の最高裁判決においても、母子感染でないこと、他の原因が見当たらないことといった推論の積み重ねによって集団予防接種によったものと法的に判断をされています。

したがって、先ほどからお話をされておりますとおり、さまざまな感染経路があったという中で、やはり一定程度の蓋然性を持ってそこは証明するべきじゃないかというふうに考えているというふうに御理解をいただきたいと思います。

○阿部委員 それはやはり挙証責任が反転、逆さになっているんですよ。だって、子供は逃げることでできない状態で接種されるんです。そして、今度、あなたが確実にこの接種で自分が肝炎をもたらしたという証明をしなさいよと言われてたって、そんなこと現実的にはできないですよ。その結果どうしなければならぬかという、逆にその他の確率がどのくらいあるかを明示すべきですよ。では、十人肝炎のウイルスにかかった子供がいる、政府がやらねばならないことは、この子供のうち五人は他の家庭内の感染かもしれないということをそれなりに明示するデータがもしあれば、それは政府としてよろしいでしょう。だけれども、被告側にある国が原告側である患者さんたちに、あなたがそれがうつったのを証明しなさいよと求め続けて、果たしてそれが誠意ある態度でしょうか。

また、先ほど言いましたのは、医学的には、この母子感染を防ぐ作業をやったところが非常に減ったんですね。ということは、家庭内でほかにもうつるということは率としても少ないことなんだろうと思います。

そして、私の時間はきょう限られていますから、あと二点いきたいと思います。

そもそも、亡くなってすら差別をされ、そして慢性肝炎、これが五百万で、キャリアは検査の代金

だけ出しましょうと。一方、C型が二千万で、キャリアが一千二百万だと。もともと、キャリアであるということに、岡本さん、伺いますよ、人生でどんな負担と不安とデメリットを負うでしょうか。これはどんなふうにお思いですか。

○岡本大臣政務官 前段にちょっと先ほどの……(阿部委員「済みませんが、時間がないので、お願いします」と呼ぶ)わかりました。先ほどのとおり、十八年の最高裁判決をもとに国として最初は提案をしましたけれども、現在まさに和解協議をしておるところでございます、委員の御指摘なども、またそういった考え方についても、我々としては本当に傾聴しながら和解協議に臨まなきゃいけないと思っています。

先ほどのいわゆる無症候性キャリア、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、それぞれウイルスの性格が違っているということもあり、それぞれのその後のいわゆる病態の推移についても違っているというのは事実であります、その一方で、どういうウイルス感染症であれ、やはりウイルスに感染していることを告知されるということは決して患者さんにとって快いものではありませんし、それはどういった感染症であれ、それを治したいと思う気持ちが起こってくるというのは同じであるという意味においては、さまざま感染症がありますけれども、どういった感染症でも同じような面持ちになれるというのは事実だろうと思います。

○阿部委員 逆にそんなに一般化しないでほしいんですね。就職差別だってありますよ。それから、だれかパートナーができたとき、自分がうつしてしまうという不安を持つわけですよ。

あともう一つは、常に、これは頻度が少なくとも、B型肝炎の場合は、岡本さんがだれよりも知っているように、肝硬変を経ずして突然肝がんになるわけですよ。C型肝炎であれば肝硬変という時期を経て肝がんがやってきます。でも、ある日突然なんです、B型肝炎の肝がんは。それは、持った方にとっては、本当に爆弾を抱えたような思いだと私は思いますよ。だからこそ、最高裁では、たとえ無症候、今症状がないキャリアでも、慰謝、申しわけなかったということで、五百万という最低ラインを引いたんですよ。国はそのラインすら踏み外して、謝罪もせず、ラインも踏み外して、人間が抱える不安、ウイルスは消えないんです、B型肝炎の場合は。これも岡本さんがよく御存じでしょう。C型の場合は、場合によっては消えることもあります。でも、一生持ち続けなければならないのです。

なぜ最高裁は無症候性キャリアですら五百万円としたと思いますか。細川大臣に伺います。ぜひ細川さんにわかっていたいただきたいんです、この最高責任者ですから。

○岡本大臣政務官 おっしゃる御趣旨は非常に、それぞれ医師の立場として、私も経験したことがありますから、それはごもっともな点があります。

したがって、我々としては、これは今、国として、やはり法に基づいて、また十八年の最高裁判決というのがやはり一つのスタート台になるということは、そこは御理解をいただきたい。突然、何か根拠のわからないと言っては失礼ですけれども、金額をぼんと出すということではなくて、我々としては、やはり最初は根拠を持って提示をし、そこから和解協議を誠実に進めていきたい。大臣もかねてよりお話をいただいておりますとおり、早期に和解を目指すという決意を語ってみえますから、それに従って我々政務三役も、また事務方も含めて対応していくというふうにご考えているところでございます。