

## 岡本の国会での答弁

176-参-厚生労働委員会-2号 平成22年10月21日

○石井準一君 四万円引上げという民主党の目標、政権交代から既に一年以上がたっていますが、何か具体的な措置はなされたのか非常に疑問に感じるわけであります。

前政権が講じた二万四千元アップの措置も二〇一一年度までの暫定措置であり、継続には年間二千億円の恒久財源が必要となってくるわけであります。それに加えて民主党さんは一万六千元アップとおっしゃっておるわけですから、財源を早急に確保し、更なる処遇改善に取り組む必要があると思いますが、その辺の見解をお伺いをしたいと思います。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘の介護労働者の処遇改善というのは、いわゆる自公政権で取り組まれたような仕組みがいいのか、それとも介護報酬、これは所定で決まっているのは二十四年度の改定でありますから、そのタイミングで行うのがいいのか、それは議論があるところだと思います。筋論を話すべきなのか、それとも工夫をするべきなのか、そういったことも含めて、先ほど大臣から御答弁いただきましたように、これから議論を詰めていくという過程が必要になってまいります。是非、自民さんの方でも前向きな、そして建設的な御意見をいただければと思っております。

○赤石清美君 是非めり張りの利いた、限られた財源なわけですから、私も会社の経営者やっていて、やっぱり会社も利益が限られているわけですから、どこに集中するか、配分するかということを考えるわけで、頭を余り固く持たないで、是非、私らが一番必要などころにお金を付けるように必死になって考えていただきたいと、かように思います。

それでは次に、医療の分野に行きたいと思っておりますけれども、今、後期高齢者の医療制度の問題についていろいろと新しい案を作られて、考えられているようですけれども、私は今の後期高齢者制度は、確かに名前は不評がありますけれども、かなり国民になじんできて、その支払方についても各市町村はそれなりになじんできているんだろうと思うんですね。

これを何か無理やり、かつての政権がつくったからおれたちは絶対変えるんだというみたいなふうに思えてならないんですけれども、この点についていかがでしょうか、大臣。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘になりました後期高齢者医療制度は、七十五歳に到達した途端にそれまでの保険制度から分離、区分した保険制度に入れる、加入させられる、年齢による差別的な点が最大の問題だというふうに指摘をされており、これにつきましては、委員御指摘のマイナーチェンジでは変わらない、フルモデルチェンジをしていかなきゃいけないという意識を持っております。

現在、高齢者医療制度改革会議において、新しい制度を、どういう骨格がいいのかというのを協議をしております。七十五歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとし、多くの高齢者の受皿となる国保の財政運営について、長年の課題であります都道府県単位化に道筋を付け、国民皆保険の基盤である国保の安定的な運用を確保するということを目指しております。他方、委員御指摘の現行の後期高齢者医療制度につきましては、高齢者の医療給付費に対する公費、現役世代、高齢者の負担割合を明確にしたことや、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料となるといったことも利点として指摘できると考えておまして、こういった点については新制度でもできる限り維持をしていきたいというふうに考えています。

いずれにいたしましても、先ほどお話をしました会議において、年末までに成案を得て来年の通常国会に法改正出したいと思っておりますので、是非委員にも御賛同いただきたいと、そのように

思っております。

○赤石清美君 私の聞いている範囲では、各市町村の事務作業が大変な作業になるというふうに聞いておりますので、是非その負担がないように、変えるのであればですよ、しっかりとやっていただきたいというふうに思います。

それから、次に診療報酬の問題ですけれども、平成二十二年、今年度診療報酬の改定をしたわけですけれども、特に重点課題として救急、産科、小児、外科、これらの再建のために相当な配分したというふうに聞いておりますが、私の知り合いの現場のドクター、看護師の人たちはその実感を感じていないと。これ、診療報酬改定した結果どのように変わったか把握できているんでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘の今回の改定において、本年の四月の改定においては、救急、産科、小児科、外科等、医療の再建や病院勤務医の負担の軽減を図るということを大きな目的としたところでありまして、その結果についてはきちんと把握をしていかなければならないというふうに考えております。

このため、本年六月二日の中医協においては、新生児集中治療や小児救急医療の評価、また急性期後の受皿としての後方病床機能の評価などの影響について、診療報酬改定結果検証部会において検証を行うということで合意をしたところでございます。

また、病院や診療所における医業経営等の実態について、医療経済実態調査において把握することとしているところでありまして、これらの検証結果を踏まえ、現場の皆様方の声をお聞きしながら二十四年の次期改定につなげていきたいと、そのように考えております。

○赤石清美君 分かりました。

この検証はいつぐらいまでにやられるのか、ちょっとお伺いできますか。

○大臣政務官(岡本充功君) 今お話をさせていただきましたように、まさにこの中医協に本年六月二日で合意を得たところでありまして、これから先どういったような実態調査をするかということは、実際の調査などは外部に委託することなども検討しておりまして、またその結果が出ましたら先生のところにもお話をさせていただきたいと思っております。

○赤石清美君 医療の現場の人たち相当困窮しておりますので、是非早めに検証して次の手を打つようにしていただきたいというふうに思います。

○大臣政務官(岡本充功君) そういう意味で、既に九月に調査を開始しましたのが歯科技工加算創設の影響評価、また後発医薬品の使用状況調査などをしておりまして、今回の平成二十二年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査のスケジュールとしては、来年の三月を一つのめどとして実施をしていくというような状況になっております。

○赤石清美君 是非、来年の三月までにしっかりとした検証をして、しかも現場の意見をしっかりと聞いて次の診療報酬の改定に生かしていただきたいというふうに思います。

続きまして、併用診療についてお伺いしたいと思いますけれども、私はちょうど二年ちょっと前に卵巣がんで私の家内を亡くしまして、四年間闘病しました。先ほど民主党の委員の方も言いましたが、最後の末期は大変でした。先ほどの民主党の先生がやったとおりにやっていたら私も随分楽だったんですけれども、最後は本当に大変でした。

この四年間闘病している間に入退院を何回も繰り返すわけですね。そして、だんだん抗がん剤によってやられていくわけですけれども、そのときやはり、がん難民ではないんですけれども、新しい医療をどうしてもやりたいというふうに、妻を思えばそういうことを思って、何度か併用診療、先進医療というのを頼んでみたんですけれども、なかなか現場では、行政の方ではこういう枠組みで

きていますと言いますけれども、実際には、そんな簡単に先進医療を受けられるとかそして併用診療を受けられるというのが私は実態としてはこの経験を通じてないと思っているんですけれども、この併用診療についてはどんな見解でしょうか。よろしくお願いします。

○大臣政務官(岡本充功君) 先生御指摘のとおり、かつては保険診療と保険外診療併用が大変制限されておりまして、私も実際病院において大変つらい思いをした記憶がございます。

そういった中で、基本として我が国の医療保険制度というのは、原則保険診療として、かつ一定の自己負担で受けられるということを基本としているということは貫いていくということは必要だと思っておりますが、一方で、今先生御指摘のとおり、私もそういう経験をした中で、少し改善の余地がないかという思いを持っています。

従前よりありますいわゆる差額ベッド等の患者の自由な選択にかかわるもの、こういったものを選定療養とし、また先進的な医療技術や治験など、将来の保険給付の対象となるべきか否かについて評価を行うことが必要なものというものをいわゆる評価療養として、こういったものについては保険診療と保険外診療の併用を認めて、基礎的な部分については保険給付の対象と今現在しております。

併用が認められているもののうち、先進医療制度は、保険医療機関からの申請のあった先進的な医療技術について、専門家による検討を経て保険診療併用を認めているところでありまして、現在、今委員御指摘の、例えばがん治療にかかわるものなど百十七の医療技術が承認されており、これらの技術を適切に実施できる施設において実施しているところであり、保険外診療との併用については、こうした一定のルールの下で患者のニーズに対応しているというふうに御理解をいただきたいと思えます。

○赤石清美君 一定のルールは分かるんですけれども、実際の現場でちゃんと履行できなければそのルールは単なる法律でしかないわけでありまして、もうちょっと運用上で簡便にスピーディーにやれるような方法論というのは今のところは考えられないんでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 冒頭お話をさせていただきましたように、原則はやはりしっかり持っていかなきゃいけないと。原則は保険診療により、かつ一定の自己負担で受けられるということが基本というのが原則です。そういう意味では、委員のお気持ちも分かりますし、先ほどお話をしましたように、私もそういう経験をいたしましたけれども、これが無秩序に広がっていくというようなことになりますと、またそこにエビデンスがあるのかどうかということについてもきちっと評価を、先ほどの専門家の評価を経ず広げていくということについては問題があるということは御理解いただけたらと思っております。

○赤石清美君 私もそのことは十分理解しているつもりでございまして、現場でもう少し機動的にできるような方法論がもう少しあってもいいかなということを考えておりますので、是非それはまた検討していただきたいというふうに思います。

じゃ、質問を変えまして、続いて結核のことについてちょっとお伺いしたいと思いますけれども、最近、龍ヶ崎の済生会病院とそれから千葉県のがんセンターで看護師さんが結核に感染していたと、しかも気が付くのが非常に遅いということで、最近、この間調べてみたら、先進国の中では日本の結核の罹患率がかなり高いんですね、アメリカ、ヨーロッパに比べますと。まだまだ結核が撲滅されたわけではなくて、残っているわけでございまして、それが結構健康時に感染する、そして医療機関の看護師さんに感染している、それがまた更に感染をしていると。

ちょっと最近の結核の予防対策について、今回は多剤耐性菌のことで議論していただきましたけれども、この結核についてももう少しちゃんとした疾患予防対策、感染予防対策が必要じゃないかと思うんですが、この点についてはいかがでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘の、結核の罹患を減少させるということ、とりわけ院内感染対策に取り組むことというのは大変重要だというふうに認識をしております。

このため、厚生労働省といたしましても、医療法に基づき、各医療機関に院内感染対策の指針の策定、また委員会の開催等を義務付けています、これは省令でありますけれども。このほか、院内感染対策マニュアル作成の手引きを各医療機関にお配りをしてお示しをしているところがございます、そういったマニュアルにおいて結核についても位置付けているというふうに御理解をいただきたいと思えます。

また、感染症法においては、病院、診療所等の医療従事者に対して、結核に感染する機会が多いことも踏まえ、毎年度、結核にかかわる定期の健康診断を受け、この受診に義務を掛けておりますし、また早期発見、治療にも取り組んでおります。さらに、地方自治体等が実施する医療従事者の結核対策の研修等に対して国庫補助を行っているところでありまして、結核対策特別促進事業や結核研究補助事業なども行っております。

委員御指摘のとおり、本日も仙台で看護師が結核に感染して、千人と接触したのではないかなという報道がありました。そういった意味では、この日本における結核対策というのはまだまだこれから進めていかなければならないというふうに考えております。

○赤石清美君 是非、これはちょっと忘れられた感があると思うんですけども、現場はそうではないということをもう少し行政も理解して、もう少し周知徹底をして感染予防に努めていただきたい、このように思います。

それでは、続きまして、遺伝子検査って皆さん多分御存じでない方もいらっしゃるかもしれませんが、皆さん、インターネットで遺伝子検査と検索すると、数多くの、ダイエットの遺伝子とか、そして糖尿病のリスクファクターを見るとか、様々な遺伝子検査が世の中に出回っています、インターネットを見ればすぐ分かりますので。こういう検査は、実はちゃんとした承認を受けている検査ではないんですね。しかも、登録されたラボで、検査所でやっているわけじゃないと。このままずっと野方図にやっていたら大変なことになるのではないかなというふうに私は思っています。

この遺伝子検査について、行政はどのように把握していますでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘のいわゆる遺伝子検査においては、例えば羊水検査等で利用される国民にとっては大変有益な検査であります、現行の臨床検査技師等に関する法律に基づく検査区分においては明確な位置付けがされていないと承知をしております。

そういった観点から、現在、遺伝子検査を衛生検査所における検査項目として位置付け、遺伝子検査の検査基準を設ける方向で検討を進めております。今後は、遺伝子検査が衛生検査所において基準にのっとって適正に行われるよう対応してまいりたいというふうに考えております。

○赤石清美君 是非しっかりとした取組をお願いしたいと思います。私もその点については後押しをしていきたいと思っておりますので、よろしく願いしたいと思います。

次に、かつて残留農薬で検出された中国の冷凍のホウレンソウ、それからメタミドホスが検出された中国の冷凍ギョーザ、皆さんもう忘れていたかもしれませんが、この問題は、私も最終的にどうなったかよく覚えていませんけれども、最後はどういう決着をされているのでしょうか。

○副大臣(小宮山洋子君) これは、中国に対してきちんと調査をするようにということで、犯人と思われる人が逮捕されたということまでは聞いておりますが、その後各省と中国側の関係といろいろと情報交換はしておりますけれども、おっしゃったような決着というふうに日本の国民の皆さんに納得していただける形にはなっていないかとは思っておりますので、引き続きこれは取り組まなければいけない問題だと考えております。

○大臣政務官(岡本充功君) 今、小宮山副大臣の方から御答弁をさせていただきましたけれども、

いわゆる食の安全を確立していくということは大変重要な厚生労働省の施策の一つです。委員御指摘の残留農薬の件については、その後摘発される件数が減ってきているというふうに承知をしておりますし、メタミドホスが入っていた毒入りギョーザと言われた事件につきましては、犯人の逮捕、そして刑事手続が進んでいるというふうに承知をしております。

日中食品安全推進イニシアチブというのが、平成二十二年の五月三十一日、日中のいわゆるそれぞれ厚生労働省と中華人民共和国の国家質量監督検疫総局というところですね、ちょっと長いんですけども、ここの間の覚書として署名を行われているところでございます、このときも温家宝総理が日本に来日をされておりましたけれども、こういったトップ、当時の鳩山総理と温家宝総理との間の合意を基に今後とも食の安全を推進していくということに尽きるというふうに思っております。

○赤石清美君 まだまだ国民の人たちは、マーケットに行きますと、どこの産品かを見て、中国だったら買わない、こういうのが大部分の国民だと思うんですね。もうちょっと行政として国民に安心感を与える努力が必要じゃないかと思うんですが、見解はいかがでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 国民の皆様方のいわゆる食品の選択に資するような表示の在り方というのはもちろんこれから考えていかなければいけないというふうには思っておりますけれども、いずれにせよ、日本の国民の皆様方の食の安全に関する関心というのは高いというのは委員御指摘のとおり事実でありますので、厚生労働省として取り得るべき食の安全の推進について努力をしていきたいというふうに思っております。

---

○三原じゅん子君 ありがとうございます。

今、全員という言葉が出ましたけれども、何学年というふうに、年齢制限ですね、何年生の子とか何歳の子とか何学年であるとか、そういう細かいこともまだ決まっていないということではよろしいですか。

○大臣政務官(岡本充功君) 今御指摘のパピローマウイルスのワクチンについてでありますけれども、こちらについては、十月六日の厚生科学審議会の予防接種部会で、特に早急に定期接種に位置付ける方向で急ぎ検討すべき旨というものが意見が取りまとめられたというところでございまして、先ほど大臣の方からお話をさせていただきましたように、その他、Hibや肺炎球菌のワクチンと同様に、これらの提言を踏まえてこれからその詳細は決めていくこととなるわけでありまして、基本的には、市町村において実施をするに当たって国としてどのような方針にしていくのかということこれから決めていくというふうに御理解をいただきたいと思っております。

○三原じゅん子君 では、所得制限という形を取るということは、それも決まっていないということではよろしいんですか。

○大臣政務官(岡本充功君) 先ほど財務副大臣からお話がありましたように、インフルエンザについては三分の二、これは高齢者向けのインフルエンザの予防接種でありますけれども、例えば一類であれば市町村が三分の二まで徴収することができるというふうにしてはおりますが、結果として市町村においては九〇%以上、ほぼ一〇〇%に近い市町村においてこの三分の二の徴収を行っていないというような実態があるなど、いわゆる予防接種法の位置付けに応じて、まあ一類、二類とあるわけですが、その費用の在り方というのは差があると。これから先、この三つの先ほどお話をしました予防接種をどのようにしていくかというのは、まさに制度設計、これから詰めていくところであります、そのように御理解をいただきたいと思っております。

○三原じゅん子君 どうもありがとうございました。

それでは、厚労大臣にお伺いします。

今の話は厚労大臣も賛成しておられるという形でよろしいんですね。

○大臣政務官(岡本充功君) これは政務三役で協議をしております、私が賛成で厚労大臣が反対ということはあり得ない話でありまして、そういう意味では政務三役一体となって今御答弁をさせていただいているとおりの話をしているというふうに御理解をいただきたいと思います。

○三原じゅん子君 ありがとうございます。

今後も引き続き、厚労省としての施策の検討において是非積極的な関与をお願いしたいと思います。

次に、厚生労働省がお考えになられた予算算出の根拠についてお伺いいたします。

概算要求の百五十億ベースとのこととなりますが、厚生労働省は接種率を四五%と、そして接種回数を二・六回を見込んで算出しておられますが、これはどのような根拠で四五%なのでしょう。

先日、長妻前大臣が我が党の石井みどり先生の質問にお答えになっておりますが、現在、公費助成を行っている自治体、これが厚生労働省が把握しているというのは百二十六自治体でございます。そのうちたった六自治体を抽出して、サンプルを取り出して算出したと答弁されました。これは事実でしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) まず、四五%と推計をしている根拠について少しお話をしたいと思います。

諸外国、いろんな国が子宮頸がんワクチンの公費助成をしています。先進主要七か国、G7においては、日本を除いて子宮頸がんの予防ワクチン接種を公的な予防接種の対象としているとか、またWHOにおいても推奨されている等があって、よそのほかの国、先進国において既に実施をされている国での実施の状況などを見たり、また、一部の自治体では先行してこの子宮頸がんのワクチン接種を実施をしているところがあるということは委員も御承知だと思います。

そういったところの実績等を勘案をして四五%という数字を出したところでありまして、これが一つ予算の根拠になっているというふうに御理解をいただきたいと思います。

○三原じゅん子君 しかし、私が独自に取らせていただいたアンケートによりますと、既に今、二百八十四か所の自治体を実施又は予定していると答えております。今まだ途中でございますが、その中の二百七十七の自治体にアンケートを送付いたしました。そのうち、現在二百十三の自治体より回答をいただきました。

現在回答いただいている公費助成実施又は予定している自治体が既に二百十三以上ありますが、なぜそれを厚労省は百二十六自治体としか把握していないのでしょうか。これは調査をする気がないということなのでしょうか、お答えください。

○大臣政務官(岡本充功君) 統計というのはなかなか難しく、どういうふうにするかということによって結構数字も変わってくるんですね。

冒頭、三原委員の方から、子宮頸がんて亡くなられた方の数、三千五百人という御指摘がありました。そういう統計の数字もあるという一方で、厚生労働省の人口動態統計では二〇〇九年で二千五百十九人という、これも統計として出ている数字ですけれども、出ていると。

統計というのは、そういう意味で、取り方とか、悉皆調査といって全部調査できればそれはなおのこといいんでしょうけれども、そういういろんな条件等があって、必ずしもどれが真の数字と言いつらいところがありますが、今御指摘の市町村の実施規模については、まさに今厚生労働省として

調査をしているところでありまして、そういう意味では、委員御指摘の数字になるのか、また違った数字が出てくるのか、もちろんそれは財政的負担がどうあるかということが見えてくることでまた市町村の規模は変わってくると思います。そういったところも勘案しながら、この数字というのは出てくるんじゃないかというふうに思っています。

○三原じゅん子君 確かに統計の取り方というのはいろいろあるかと思いますが、私は、直接全自治体に電話をし、担当者と話をし、その上でアンケートをいただきということをした上でこの数字が出ているわけでございます。

そして、一番問題なのが、接種率四五%という、これもまた統計でとおっしゃるのかもしれませんが、私が直接自治体に聞いた接種率は総合しますと七五%をはるかに超えております。そして、補助率が半額になれば接種率も半分になっていくという、そういう関係性も見えております。その辺をどうお考えになりますか。

○大臣政務官(岡本充功君) まさに先ほど後半でお答えをしましたように、櫻井副大臣がいなくなった後に財政的な話を私の方からするものなんですので、ちょっとそこのところまでは踏み込めませんが、どういふ制度設計にするかとか、先ほど三原委員からお話がありました、補助率どうするかとか、低所得者への支援をどうするかとか、いろんな論点がこれから制度設計上出てきます。そういったものが出てきて枠組みが見えて初めて市町村の皆さんもその事業に評価を下されるというところは私はあるだろうと思っています。そういう意味では、まだちょっと、市町村にこの状況でお問い合わせをしても、恐らく制度がどうなるかということについての前提がないとなかなか答えにくいというところもあるんじゃないかと思うんですね。

したがって、厚生労働省としても、このいわゆる予防接種事業の枠組みをどうしていくか。これは実はほかの予防接種とも兼ね合いがありまして、他の予防接種についてもどうしていくかというのは予防接種部会でこれから議論をしていかなければなりません。そういった全体の制度設計と併せて厚生労働省として協議をしていくということでもございまして、今現状について、その下での推計値というものの一つとして委員が調査をされたということについては私はそれを否定するものではございませんけれども、役所として、政府として出せる数字ということについては、先ほどお話をしました正確性を期したいというふうに御理解をいただきたいと思っております。

○三原じゅん子君 国がどうなるか分からないからといって、減ったというのなら分かるんですけども、私が調査して、増えている、やると言っている、やったと言っているところが多いというのはちょっと解せないとは思いますが、時間がないので次の質問に行かせていただきます。

次に、ワクチンの料金について伺います。

具体的に申し上げますと、公費助成が実施されればワクチンに関する需要が新たに生まれるわけですから、実質的な買手である国としてワクチンの製造者に対して交渉を行って、できるだけ安く調達できるよう交渉するということが可能になってきます。現に諸外国では政府がそのような交渉を行っている報告もございます。

そこで、大臣に伺います。

そのような国による価格交渉についてどのようなお考えをお持ちなのか。

○大臣政務官(岡本充功君) おっしゃるとおりで、需要と供給で物の価格は決まっています。したがって、当然のことながら、これが国の事業となって需要が増えるということになれば、これ、逆の要因で、需要が増えてくれば供給量が足りなければ価格は上がってくるし、そういう要因もあるでしょう。もちろん、需要が増えて、ロットとしてたくさん売れるんだから安くしてほしいと、こういう要望もあるでしょう。これは、やっぱりそういう意味では、価格というのは様々な要因でこれは決まるんです。

ただ、委員御指摘のように、それは少しでもその価格を下げたいという気持ちは国としてある

のは当然でございますが、今お話をさせていただきましたように、いわゆる需要と供給のバランスで価格が決まってくるということ、そしてまた、企業の側としても、これは多くの企業、たくさんの企業が売っているものだったら、変な話、価格競争も起こり得ますけれども、限られた企業が製造販売をしているというようなものについて、なかなかそういった競争原理が起こりにくいということもまた御理解をいただけたと思います。

そういった意味で、このいわゆる価格がどうなってくるかということについては、先ほどお話をしました国としての基本的な思いはありますけれども、それが一概に価格を交渉の中で値下げができるものではないということをお理解をいただきたいと思っております。

○三原じゅん子君 現にアメリカでは七五%というふうになっておりますので、是非、税金を投入するので、できるだけ経済的な調達を行うようお願いしたいと思います。併せて手技料についてもよろしくお願ひいたします。

政府として今いろいろ御検討中ということは分かりました。しかし、私が考えるあるべき子宮頸がんワクチンの公費助成対策を検討する際に、これから申し上げる五点というのは外せないポイントだということをお是非御承知いただきたいと思っております。

まず一点目、これは国が全額負担し、助成率は一〇〇%とし、個人負担を発生させないこと。二点目、助成は恒久的措置として位置付けて、数年で支援を終了させるようなことのないようにすること。三点目、ワクチンの効果の最大化を図る意味から、接種対象者を中学一年生とすること。四点目、優先的な接種対象者の上の学齢の年齢層、これをキャッチアップ年齢対象者と呼んでおりますが、例えば中学二年生から高校一年生までというふうに範囲を広げて決めた上で、一定期間、例えば二年間というようなふうに期限を区切って全額補助を行うこと。そして五点目、所得制限を設けないこと。この以上の五つでございます。今後もしっかりこのことについて議論させていただきたいと思っております。

それでは、大臣にお伺いします。

キャッチアップについてどうお考えでしょうか。大臣にお伺いします。

○大臣政務官(岡本充功君) 今お話しいただきました五つの点、まさに委員の御指摘として受け止めさせていただきましても、二番の恒久的というところには、まさに財源の確保をどうするかという議論が出てまいりますし、そこには是非委員にもお知恵をいただければと思っております。

また、いわゆるキャッチアップ分をどうするかということでもありますけれども、これがまさに需要と供給のバランスを考えなきゃいけないという先ほどの話になるわけです。期限を区切って二年間であることであると、一気にたくさんの需要が生じることとなりますので、その分の生産がどうなってくるかということが非常に議論が出てくるだろうと思っております。

効果が最大になるの三点目、効果が最大になるのが中一かどうかということもこれは議論があるところでありまして、これはある意味、残念ながら、現時点においては子宮頸がんワクチンの、パピローマウイルスのワクチンの抗体化が何年有効かということも結論が出ておりません。したがって、これが果たして中一が最適なのかどうかというのももちろん議論があると思っております。

最後の、国が全額一〇〇%、一番目ですね、そして五番目の所得制限なしというのは、まさに私たちもそうありたいとは思いますが、しかしながら、一方で、自民党さん等からはそういう政策についてはばらまきと言われることがありますので、そういう意味では私たちは、そういった御批判を受けない中でどうあるべきなのか、まさにこれから議論をしていくということでありまして、御理解をいただきたいと思っております。

そういう意味で、キャッチアップ分ということではいいまして、本当に二年間で区切って、中二から高校生まで、この分の皆さんが一気に来られるということのデメリットというか、それによる作用についても少し検討をしなければいけないんだらうというふうに思っております。

○三原じゅん子君 ありがとうございます。

それでは、子宮頸がんワクチンの普及啓発活動についてお伺いします。

今回の子宮頸がんワクチンの公費助成に対して、世間の関心も徐々に上がってきていると感じる一方で、公費助成は接種の強制であるという誤解、そしてワクチンさえ接種すれば何の心配も要らない、検診も要らないといった誤解も耳にします。ワクチンは予防であって、治療ではございません。そういう基本的な事実が理解されていないということがとても心配であると思います。

私は、子宮頸がん予防対策の普及に向けた草の根活動に取り組んできました。先日も、財団法人癌研究会で接種に適した年代の子供たちの普及啓発を図るために中高校生向けの公開講座を開きまして、そこでお話をさせていただきましたが、このような機会をちょうだいして話をするたびに感じるのが、このワクチン接種の優先接種対象者である中学生に対して正しい情報を伝え、自分自身で考えるきっかけづくりを国の政策として実施すべきではないかということです。

そこで、大臣にお伺いします。

中学生や保護者に対する予防対策の普及啓発、健康教育を進めていく際に、学校教育との密接な連携も必要になってくるはずです。現在、政府としてどのようにお考えでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘のいわゆる検診の重要性を周知するべきだというお考え方、もうごもっともだと思います。そういう意味で、ワクチン接種をもってすべて子宮頸がん対策が終わるわけではないという委員の御指摘もそのとおりでございまして、その周知徹底を図るということは重要だというふうに考えています。

ただ、いわゆるどなたにどういう形で啓発をしていくのか、それが中学生が適当なのか、若しくは保護者が適当なのか、もちろんそうではなくてそれ以外の年代の方がいいのかということについては、もちろんこれからまた議論が出てくることだろうと思っています。現に、今では既に独立行政法人国立がんセンターのホームページや検診手帳、また全国の担当者会議を通じて、いわゆるワクチン接種に当たっての病気の原因やワクチンの効果等、また検診の重要性等についてお知らせをしているというところでありまして、様々な皆さんのまた御意見を聞きながらそういった点についても考えていかなければならないと思います。

○副大臣(小宮山洋子君) 今、この子宮頸がんのことを含めて、厚生労働行政は使える予算の半分以上を使って皆さんのことをやっているのに、いろんな意味の広報啓発が足りない過ぎるというふうにしておりまして、今そのことも省内でやらせていただいておりますので、御提案も踏まえまして、これはやはり対象となる子供たちと保護者と両方に分からなければいけないと思いますので、おっしゃるように、文部科学省の方とも力を合わせてできる限りのことをしていくように、ちょっと中で違うことを言っているように聞こえるかもしれませんが、今そういうやり方を、厚生労働省の中で何とか皆さんにお知らせをするやり方を模索したいと思っておりますので、またアイデアもいただいで取り組んでいければと思っております。

○三原じゅん子君 ありがとうございます。今のままではとても足りないと思ったので伺わせていただきました。

それでは、ワクチンに関する副反応救済の在り方について伺いたいと思います。

ワクチンには一定の確率で副反応が起きることが分かっております。まれに重い副反応が出るケースも否定できません。そうした場合、公費助成という施策を打ち出し、国として接種を推進していこうという際には、副反応が生じた場合における不安を軽減する施策を併せて打つことも重要になってきます。

今回、仮に補正予算で年度内にワクチンが無料接種できるようになった場合、副反応救済制度は現状のままでいいとお考えか、あるいはどのように充実させていく必要があるとお考えなのか、細川大臣に基本的なお考えを伺いたいと思います。

○大臣政務官(岡本充功君) その点につきましても、今委員からせつかく御質問いただきました

ので、全体的な枠組みとして予防接種の在り方というのはどうあるべきなのか。今、PMDAで救済について医薬品については行っていくというような方向になっているわけでありましてけれども、全体として、いわゆる予防接種の副反応をどのような仕組みでそういった皆様方に救済をし、なおかつその金額はいかにあるべきかというのがまさにこれからの予防接種部会での議論となり、来年のでき得れば通常国会で予防接種法を変えていきたいというような厚生労働省としての考えがあります。

そういった中で、先行して今回のいわゆる三種の予防接種、補正予算の方で何とか事業として採択してもらいたいと、補正予算が成立すればですけども、そのように考えているところでございまして、全体的な枠組みを今まさに検討している最中であることを御理解いただきたいと思えます。

○三原じゅん子君 それでは、日本のワクチン行政の在り方についてお伺いします。

さきに報道がありましたように、日本人のお二人が今回、ノーベル賞、化学賞を受賞されました。大変素晴らしいことだと思っております。

日本における感染症研究の分野に目を転じたいと思えます。

日本はかつて感染症研究や予防医学の最先端を走っておりました。明治時代には、我が国において、医学の近代化を目指して、北里柴三郎、志賀潔、野口英世などの卓越した学者が輩出され、ペスト菌、赤痢菌始めいろいろな病原菌を発見し、サルバルサンなどの化学療法剤を作り出して世界に貢献してまいりました。そして、北里氏に関しましては第一回のノーベル賞候補と言われ、野口英世氏は三回にわたってノーベル賞候補になったそうで、この時代、日本人によるノーベル賞の受賞ラッシュがあっても決しておかしくなかったとおっしゃる方もおられます。

しかし、現在ではどうでしょうか。日本は新しいワクチンの開発では諸外国の後方を歩んでいるばかりか、ワクチンギャップとよく言われるように、新しく開発、発売されたワクチンが日本でもなかなか承認されず、その恩恵が日本国内に行き届かないという状況になっております。大臣、その要因はどこにあると思えますか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員がおっしゃるように、かつてにおいて人間の大変大きな脅威は感染症であったというのは事実であると思えます。そういった中で、北里博士だとか、野口先生も残念ながら早くしてこの世を去られたということもあって、ノーベル賞の受賞に至らなかったと言っている方もみえるというふう聞いております。

そういう意味では、この感染症からだんだん今の医療の大きなフォーカスは悪性腫瘍に移ってきていると。この一つが、感染症であり悪性腫瘍であるのがこのパピローマウイルスの特徴でありますけれども、それ以外のいわゆる悪性腫瘍対策、それからまたいわゆる再生医療の分野においては日本はiPS細胞の開発等で世界に先駆けて開発をしたという実績もあるわけでありまして、そういういわゆるフォーカスが少しずつ変わっていく中で今、日本のいわゆる厚生科学研究、まあ文部科学研究はちょっと私たちの所管外でございましてけれども、そういった研究のフォーカスを今のトピックに当てていくというのは大変重要だというふうに考えておりますので、これからもそういった先進的な研究をサポートしていきたいですし、また政府としても、今度の来年度、二十三年度予算のいわゆる特別枠においてこういった先進的な研究に光を当てていく、そんな予算枠もつくっていくと、それを求めていきたいというふうに考えております。

○三原じゅん子君 では、是非知っていただきたいと思えます。

がんは、切り取ってしまえば終わりというものではございません。再発、転移などにおびえながら長く付き合っていかなければいけない病気であります。そのがんと診断されたら、お勤めの方は四三%の方、そして自営でなさっている方は三〇%の方が転職をなさっております。

企業に対して障害者雇用は義務付けられておりますが、がん患者が身体障害者福祉法第四条に基づいた障害者認定を受ける例は少なく、その認定を受ける際の条件を大臣は御存じですか。

○大臣政務官(岡本充功君) そういう意味では、がんの治療が長期にわたることが多くて、障害の認定の以前の問題として、長期にわたる治療、療養生活を支えていくという仕組みが求められています。被用者健保においてそういった支援の仕組みは一定程度ありますが、なかなか雇用主側の理解が得られにくいという事例も私自身も経験をしてまいりました。

そういう意味で、今委員御指摘の、がんになった後も生活をしていくことができる、また当然のこととして復職に向けたその希望が持てるというような環境をつくっていくことは大変重要だというふうに考えております。

---

○山本博司君 公明党の山本博司でございます。本日は、細川大臣の所信ということで質問をさせていただきます。

細川大臣は、四国の高知のいの町の出身ということで、私も四国ですので大変身近に感ずるわけでございます。座右の銘が、何か、あらしは強い木をつくる、あらしがお好きのようでございますけれども、しっかりこの厚生労働行政、幅広い行政でございますから、リーダーシップを発揮されて推進をお願いをしたいと思います。

それでは、今日私は、新卒者の就職支援、また独居老人の方々への支援策、またうつ病対策という観点で質問をさせていただきます。ただ、その本題に入る前に、一つハンセン病支援について質問を申し上げたいと思う次第でございます。

現在、十三のハンセン病の療養所で約二千四百名の方々が入所をされていらっしゃる。平均年齢はもう八十歳を超えておられます。私も今まで、岡山県の長島愛生園とか邑久光明園、また東京都の多磨全生園、そして今、地元香川の大島青松園等も訪問しまして、入所自治会の方々の声も聞きながら、当委員会でも何度も質問をさせていただいた次第でございます。

この五月二十五日の質問では、ハンセン病問題の基本法、この制定を受けまして、各今十三の療養所では、将来構想に基づき、地域開放ということで進めていらっしゃいます。多磨全生園の保育園の問題を取り上げさせていただきました。この多磨全生園、また熊本の菊池恵楓園の地域開放の進捗状況、まずこの点を報告をいただきたいと思っております。

○大臣政務官(岡本充功君) 今御指摘、御質問のありました多磨全生園などの地域開放の進捗状況ということでお答えをしたいと思います。

国立ハンセン病療養所の地域開放については、ハンセン病問題解決促進法において、入所者が地域から孤立することがないように、療養所の土地等を地方公共団体又は地域住民等の利用に供することが可能となったところであります。これは平成二十一年四月一日施行であります。

国立療養所多磨全生園におきましては、施設内の土地を保育所として利用するための準備を今進めております。今後、公募の実施、また利用者の選定等の手続を行い、二十四年四月を目途に開所が可能となるようにしていきたいと思っておりますが、また、国立療養所菊池恵楓園についても、多磨全生園と同様、保育所利用のための計画を進めているところでございます。

いずれにしても、今後とも入所者や施設管理者等の意見をよく聞いた上で、各施設の地域開放に向けた取組を進めていきたいと思っております。

○山本博司君 やっぱりハンセン病の患者の方々、子供を持つことが許されなかった、そういう患者の方々の皆さん方が、その敷地内で子供の声が響き合っていく環境が実現できるということは本当に歴史的に画期的だというような声もあるわけでございます。各今十三の療養所ではこういう将来構想を推進されております。

もう一つ、私の地元の香川県大島青松園のことを取り上げさせていただきたいと思っております。この大島青松園は、十三ある療養所の中で沖縄、奄美を除きまして唯一離島でございます。大島と高松を結ぶ約八キロ、この唯一の足が船でございます。官用船ということで二隻運航がされてい

らっしゃいます。私も何度も乗せていただきながらその場所にも行かさせていただきました。今六名の船員がいらっしゃいますけれども、うち二名が今年度退職をされるということで、厚労省は補充をしないで二〇一一年の概算要求では一隻を民間委託すると、このようなことを決定されたという報道がございました。

その点で、大島青松園の入所者の方々、大変不安が広がっております。夜間の緊急時に今までのように対応してもらえるのだろうか、また便数が減るのではないか、そういう不安が募っておりますし、ハンセン病の療養所の方々には、そういう国の隔離政策によってその島に追いやられてしまったわけがございます。

そういう一つしかない交通手段という意味で国の責任の棚上げではないか、様々な強い反対をされておりますけれども、この点どうお考えでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 御指摘になりました国立療養所大島青松園においては、平成二十二年度末に二名の船員職員が定年退職の予定であるというのは事実でございます。この職員の退職に伴い、いわゆる官用船二隻の運航が難しくなるのではないかと、こういった御指摘であると思います。

御指摘のとおり、一隻を民間に業務委託して運航に支障がないように継続をしていきたいというふうに考えております。御希望とはいえ、残念なことでありますけれども、国家公務員、来年度の新規採用抑制が大変厳しいという状況で、この方針の下、新規に船員を採用するのは極めて困難でございます。そういった事情も是非御理解をいただき、今後入所者の皆様方と、増便を含めた利便性の向上や夜間や救急に対する対応等全体的にサービスの向上を努めて、御理解をいただいきたいというふうに考えております。

直営と業務委託との両輪によって入所者の方々の安全確保と利便性の向上を図っていくということは重要なことだと考えておりますので、御理解がいただけますようお願いをしたいと思います。

○山本博司君 是非とも推進をお願いしたいと思います。時間の関係で雇用はこれぐらいにしたいと思います。

続きまして、独居高齢者への地域支援体制の整備ということでお話をしたいと思います。御質問をしたいと思います。

今年の夏に次々と明るみになりました高齢者の所在不明問題、このことによりまして、地域社会のつながりの希薄化、無縁社会、こういうようなことが今出ておりますけれども、急速な高齢化に制度が追い付いていかないと、こういう面があるわけがございます。この超高齢化社会にふさわしい仕組みを再構築しないといけない、このことがございます。

それで、最初に高齢者の置かれている状況に関しまして報告いただきたいと思います。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘の件につきましては、単身高齢者の世帯数の現状及び今後の推移ということだろうと思います。

国立社会保障・人口問題研究所によります二〇〇五年現在、高齢単身世帯数、これにつきましては約三百九十万世帯であり、二十年後の二〇二五年には約六百七十万世帯まで増加するということが推計をされております。この日本の世帯数の将来推計によりますと、高齢者夫婦のみ世帯は二〇二五年は約五百九十万世帯というふうに推計をしているところでございます。

○山本博司君 これからやはりどんどん単身の高齢者が増える、多分、一番標準の世帯がこの単身の高齢者世帯といえますか、多くなってくると言われておりますけれども、こういう高齢者の方々が、やっぱり住民が安心をして暮らせる地域づくり、大変大事でございます。

これは、公的サービスだけでは解決できない課題に対応するために、各自治体において地域福祉計画、これが策定が進められている状況でございます。ところが、この二〇〇九年の報告ですと、

全国まだ五一・四%の自治体、約九百の自治体は作成をしていません。半分もされていない。熊本県は一〇〇%すべて策定をされています。最も低いのは鹿児島県の一四%。地域格差があるわけでございます。

こうした様々な今高齢者の問題ということがありまして、見守りの問題、様々な形を推進しないといけない。そういう意味で、厚労省は八月十三日に通知を出しまして、積極的な働きかけの強化を行っております。

そのアンケート等では、平成二十二年七月末現在の状況、策定が終わっているのか、策定予定であるのか、策定未定であるのか、策定が未定のところはどんな理由で策定ができていないのか、財源なのか人の確保なのか、また、策定されているところは、例えばそれはどういう内容の見守りシステムとかネットワークを構築しているのかということ調査を依頼し、九月三日までにすべて上げよと、公表するからということを出しているわけですがけれども、いまだ二か月たってもこの公表されておられません。

一体こういう大事な問題に関してどのように考えてやるのか、このことをお示しいただきたいと思っております。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘の地域福祉計画というのは、まさに市町村がその地域の実情に応じた地域福祉の推進に自主的かつ積極的に取り組むために必要であろうというふうに、重要であろうというふうに考えております。

御指摘の数字、本年三月末現在で策定済みのところが四八・六、裏を返せば五一・四というのが策定できていないということですが、先ほどのお話のとおり、八月十三日に都道府県を通じて通知を出したところでありますが、その中で策定状況等の調査ということで、どういうふうな理由でできないのかというようなことも含めて市町村からの回答を今取りまとめているところであります。今月中の公表を目指しております、また、この結果を踏まえて、この得られた情報からまた優良事例の抽出をして、そして順次厚生労働省のホームページでこういったものを紹介をしていきたいと。未策定の自治体等に課題解決になるような事例を紹介をしていくということが重要だと思っております。

先ほど熊本と鹿児島例を出されましたけれども、策定しているのはどちらかという市の方が多くて、町村についてはその割合も低うございます。そういう意味では、その町村がなぜ割合が低く市の方が高いのかといったようなところもこういった調査から出てくるのかなというふうに思っているところであります。

○山本博司君 スピードを持って対応するということがやっぱり大事な行政の在り方ではないかと思っておりますので、今月発表された後の対策も是非ともお願いをしたいと思います。

もう一点、地域包括支援センターということを質問したいと思います。

高齢者の孤立化とか虐待等の率の高い高齢者の早期発見をするために、この地域包括支援センターの役割、これが大変重要になっております。約、設置数が今四千で、サブも含めると七千か所ございますけれども、この地域包括支援センターでは介護予防ケアマネジメントとか相談業務などを主に行っておりますけれども、ここに高齢者の情報を集約するとともに、支援センターの職員が戸別訪問をして高齢者の状況を把握するということを現実的に即した対応が一番身近に取っている状況でございます。先ほどの熊本の場合も、目標値、地域包括センターが今現状こういう見守りシステムが完備されているのが何か所で、いつまでにどうするかということ具体的に高齢者の把握をしております。

また、先日、私は和光市に行きました。七万人の市でございましたけれども、この孤立死ゼロ、これを目指しましてスクリーニング調査をずっとされておりまして、家庭訪問をして状況掌握をしているという例もございます。

こうした進んだ事例、全国展開をするためにも、こうした地域包括支援センターの予算がどうなっ

ているのか、人員がどうなっているのか、十分じゃないのかどうか、そういうことも含めて拡充をするということが大事でございます。この地域包括支援センターの見守り活動の充実強化、この今後の取組に関してお伝えいただきたいと思っております。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘の地域包括支援センターが平成十八年に設置をされました。これは介護保険法の改正によって設置をされたわけでありましてけれども、この地域包括支援センターがまさに今の見守り活動といったインフォーマルなアプローチでサービスを行うということは大変重要だというふうに考えています。地域のネットワークづくりなどの調整役を担って見守り活動を実施をしていくということだろうと思っております。

平成二十三年度予算についてお尋ねがありました。

概算要求における地域包括支援センター、地域のコーディネートを担当する職員を配置して、見守り活動等の支援ネットワークの構築等を全国五十か所程度で実施するため、モデル事業の要求をしています。額としては五・五億円ということになっております。

さらに、二十三年度概算要求において、認知症高齢者の徘徊に対応するため、地域包括支援センターなどを含め市民が幅広く参加をする徘徊高齢者の捜索、発見、通報、保護のためのネットワークづくりを進める事業を要求しているところでございまして、こちらにつきましては、今月の八日の閣議決定において円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策の中で、地域の日常的な支え合い活動の体制づくりということで、NPO法人、福祉サービス事業者等の協働による見守り活動チーム等の人材育成、地域資源を活用したネットワークの整備等に対する助成を行うというような書きぶりでお示しをしたところでございます。

また、地域包括支援センターが積極的に支援が実施できるよう、本年九月三日に、見守り活動等のネットワークを構築する際の個人情報取扱いについて、その適切な取扱方法の例示を周知したところでございます。したがって、これまで個人情報保護法の枠があるからなかなかうまくいかないといったような声を聞いてまいりましたけれども、この例示を通じてそういった取組が進められるように厚生労働省としても後押しをしていきたいというふうに考えております。

いずれにいたしましても、地域包括支援センターの機能強化を図り、地域の見守り活動を支援していく取組を推進していく、そのような考えでおります。

○山本博司君 これはなぜ特別枠なんですかね、五・五億。大事な予算ですよ。それを特別枠でコンテストに乗っけるみたいな形。違いますか。

○大臣政務官(岡本充功君) いわゆる補正予算の大要を今決めているところでありますけれども、先ほどお話をしましたのは徘徊・見守りSOSネットワーク構築事業ということで、こちらの方が今少し前倒しを考えているということで御理解いただきたいと思っております。

○山本博司君 続きまして、もう一つ、厚生労働省で、自公政権時代に、平成二十一年度から安心生活創造事業、これを三年間のモデル事業として今五十八の市区町村で実施をしております。これは、家族のサポートが期待できないひとり暮らしの世帯などの見守り、買物支援であるとか、若しくは民生委員とか住民の活動とかサロンの集いの公的サービスに伴う見守りであるとか、居場所づくりと情報提供、こういうことを地域住民と連携をしてサポートをしております。

横浜市の栄区の公田町団地、これは高齢者の方々のお宅に、人感センサーを活用をして、十二時間以上で室内での動きがないとNPOスタッフがすぐ訪問をし安否を確認するという、こういう見守りシステム、これが大きな効果を発揮していると言われております。

この安心生活創造事業の取組状況を御報告いただきたいと思っております。

○大臣政務官(岡本充功君) 今御指摘がありました、少子高齢化社会におけるひとり暮らしの高齢者等が住み慣れた地域において継続して暮らし続けることができる、生活を営むことができるよう

にするということは重要だろうというふうに考えています。

そういった中で、今御指摘のありました、民生委員やボランティア、民間事業者等が行政と連携して支援が必要な高齢者等の地域での生活を支える、そんな地域づくりのモデル事業として安心生活創造事業というのを全国今五十八の市区町村で実施をしています。

今委員から御指摘がありました横浜市の公田町団地、これはURの団地だと承知をしておりますけれども、こちらでは、自治会や民生委員等がNPO法人等を設立し見守りや買物支援を行う取組を行っておりますし、また、栃木県の大田原市では、自治会、民生委員、新聞配達員や郵便配達員等のネットワークを利用させていただいて見守りや安否確認を行う体制づくりを行っているというふうに承知をしておるところであります。

今後とも、国としましてこのような成果を取りまとめ、全国に発信をしていく。まさにこれはモデル事業でありますから、こういった取組を通じて厚生労働省としての対策、また対応を決めていくことになるんだろうというふうに考えております。

---

○川田龍平君 メンタルヘルスの疾病管理プログラムは、日本でも多くの有識者が必要性を力説しています。また、健康増進事業の一環として、保険者が心の健康対策として生活に介入している例も先ほどおっしゃったようにあります。健保連のように積極的に関係、関与していこうというところもありますから、国としてもやっぱり何らかの策を講じていただきますように強く望みます。労働安全衛生法からのアプローチとともに、保険者からの介入という方法も是非検討してください。

次に、向精神薬の過量服薬について、精神科の判断基準や薬の処方というのは主観的な部分を排除できないところがありますが、これはある意味仕方がないことでもあります。一方、しかし、諸外国と比較して日本の精神科での薬剤の使われ方は変わっていると指摘されることが多いようです。諸外国では精神科処方において単剤、一剤投与が、一種類の単剤投与が一般的である事例においても、日本では複数の薬剤が漫然と投与され続けているという実態があります。

日本でもたくさんの種類の処方を減らして適正な量の投与になるように心掛けるべきと考えますが、そのための施策はどのようなものが考えられますでしょうか。

また、現に複数の薬剤を既に投与されている患者さんの薬剤を減らしていくということは簡単なことではありません。過量投与が問題となっている患者さんの薬剤を減らしていくことを円滑に進める指針のようなものも準備しなければ、無駄に患者を苦しめるだけとなってしまいます。

医薬品の適正使用及び過量投与薬剤の減量への道筋という観点からお答えいただきたいと思えます。

○大臣政務官(岡本充功君) 川田委員御指摘のとおり、諸外国に比して日本は向精神薬の過量ということ、それから多剤という問題、両方の観点から他国との処方例についての比較がなされているというのは承知をしております。

幾つか要因があるとは思いますが。例えば、日本においての合剤がなかなか少ないとか、他国では合剤が結構あったりするというような実態も聞いておりますけれども、それとは別に、患者さんと病院若しくは医院、診療所等のそれぞれの要因が複雑に絡まっているということで、なかなか容易な問題ではございません。

厚生労働省といたしましても、問題意識は持っておるわけではありますが、こういった問題をどのようにして解決していくかということで、本年九月に自殺とうつ病等対策プロジェクトチームにおいて過量服薬への取組についての取りまとめを行ったところでもありますけれども、薬剤を減量していくというのは大変難しいです。また、どういったような処方が適切なのかというのもなかなか難しい。そういった中で、厚生労働省としては、研究班をつくって、多剤それから大量投与に対する減量の基準や適切な処方となるような治療ガイドラインを策定をしています。このガイドラインの策定も見据えながら、過量服薬に関する留意点を盛り込むなどの取組を行っていきたいと思っております。

○川田龍平君 それでは、もう最後になりますが、この過量服薬の背景には、医師より過量な処方という問題があると考えます。一回の処方で自殺ができるくらいの量を漫然と処方するのは必ずしも合理的とは言えません。もちろん必要性があって処方している場合もあるのでしょうけれども、だとすれば、少なくとも手元に過量服薬による不測の事故が起こりかねない量の薬剤が残らないように処方するという配慮をすることも考えるべきです。

例えば、本年三月に厚生労働省のチーム医療の推進に関する検討会がリフィル処方せんについて言及していましたが、明らかに処方量が多い処方せんの場合には、このリフィル処方せんという、同じ処方せんで何回も薬局に行けるようになるという、そういうリフィル処方せんという形式を利用して過量投与とまらない範囲の日数に区切って調剤をしていくなどという考え方もあります。リフィル調剤時にこの患者さんの様子を薬剤師が判断してかかりつけ医に行くべきかどうかのアドバイスをするなどという方法もあるのではないのでしょうか。

地域医療連携を駆使して、地域の医療職が一丸となって患者さんをケアしていかなければ、救える命を救っていくというためには、是非とも有効に活用する方策を考えていただきたいと思えます。

そして、もう一つ活用していただきたいのが、是非、レセプトの問題です。

これは先ほど、薬局の薬歴やお薬手帳でも確認できることになっていきますけれども、必ずしも同じ薬局に患者さんが行くわけではなく、複数の薬局に通っている患者さんなどについては、同じ薬が処方されていても結局薬局の方で把握できないということにもなります。

そうした場合に、このレセプトでもって同じ薬が大量に処方されているということについて、今までレセプトというのは支払のために使われてきたわけですが、例えば社会保険診療報酬支払基金は、十月の審査分の電子レセプトからコンピューターチェックの範囲を拡大して、レセプト記載の傷病名禁忌や併用禁忌を点検すると言っています。

支払基金がここまでできるのですから、過量投与チェックは技術的にはできるはずですが、是非とも、この保険者機能強化なども含めて、レセプトデータの有効活用ができないのかどうか、お答えください。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員がおっしゃられましたように、処方の問題というのは確かにあると思えます。

一つは、もちろんリフィル処方せんの話もありましたけれども、先ほど私がお答えさせていただきましたとおり、患者さん側の要因それから診療側の要因があって多量投与になっているということは想像できるわけでありますが、そのいわゆる改善のためにレセプトデータを利用していくということは重要なものだというふうに考えておまして、明らかに不適切と思われる事例を排除していく取組というのは行っていかなければならないと思っています。

現在、向精神薬の処方に関する詳細な分析をするべく、処方の実態や分析を行いたいと考えています。平成十九年から二十一年度に行われた研究の中には三十万件のレセプトデータを使った研究もあるようでありますから、この三十万件のレセプトデータの詳細を解析することによってどのような対策が取れるかというようなことをこれから私たちとして考えていきたいというふうに考えております。

○田村智子君 日本共産党の田村智子です。

お産難民という言葉が使われるようになって何年もたちますが、産科の減少には歯止めが掛かっていません。産科医療の体制をどう立て直すのか、これは真剣に取り組まなければなりません。今日は現に地域のお産を支えている診療所や助産院についてお聞きをいたします。

まず、大きな病院でも産科休診という事態が各地で起きている下で、中小規模の産科医院や助産院の役割はますます重要になっているし、お産を扱えなくなるような負担を掛けるような、そういうことがあってはならないと思えますけれども、大臣の見解をお聞きいたします。

○大臣政務官(岡本充功君) 今委員御指摘の、地域において安心して子供を産み育てることができる環境を整えるということは大変重要でありまして、地域の診療所や助産所を含めた周産期医療体制を整えていくということが私たちの課題でもあります。

そういった意味で、地域におけるいわゆる診療所、助産所と同時に、いわゆる高度な医療を提供する周産期母子センターとの連携をどのように深めていくかということは大変重要でありまして、厚生労働省といたしまして、本年一月二十六日に都道府県に発出をいたしました周産期医療体制整備指針においてこういったところを指摘をしているところでございます

○田村智子君 この間、出産のための経済的な支援は前進をしました。出産育児一時金は昨年十月から四万円上乗せされて四十二万円に、あわせて、この一時金から出産費用が直接医療機関に支払われる制度が導入されて、入院時に大きなお金を用意する必要がなくなりました。これらは今年三月までの暫定措置ですから、四月以降どうするのか今検討されていることと思います。その際、妊産婦さんの実態、そして分娩施設の実態、この両方を踏まえた検討が必要だと私は思っています。

妊産婦さんの実態でいえば、最初の妊娠診断は妊婦健診助成の対象外で、これは一万円ぐらいお金が掛かります。その後も健診は費用負担ゼロではありません。また、出産費用の全国平均は四十七万円を超えていると厚生労働省も先日調査を発表されましたから、出産育児一時金の額は引上げが必要だと考えますが、大臣、いかがでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘のとおり、経済的な負担を出産に対して課すということは様々な意味で問題があるという御認識も理解できるところであります。その軽減を図っていくというのは大変重要なわけでありまして。

平成二十一年の十月に原則三十八万円だったいわゆる出産育児一時金について四十二万円に引き上げたというところではございまして、現在、社会保障審議会の医療保険部会で議論しておりますこの金額の点については、今後、年末の予算編成の中で検討していきたいと思っています。

委員御指摘の、確かに平均値四十七万円余りという妊婦合計負担額であります。中央値で見ますと四十六万五千円というようなこともありまして、様々なサービスによって実際に出産に掛かる費用というのは変わってくるというのも実態であるというふうに認識をしております。

○田村智子君 今御説明あった融資制度や月二回払いという手だてを取っても、なお事態は解決されていません。

厚生労働省があっせんをした独立行政法人福祉医療機構による融資の平均額は、一件当たり二千五百万円にもなります。しかも、産院への入金はいずれに遅れ続けるのですから、分娩扱いをやめない限り借金返済のめどは立たないこととなります。国の制度変更でなぜ私たちが多額の借金をして利息まで払わなければならないのか、お産の事故への不安や産科医不足の下での過労、それらに耐えながら頑張ってきた、しかし今回の直接払いで借金まで負わされる、もう続けられないと気持ちが折れてしまった、こういう声をどう受け止められますか。

こうした事態は直接支払制度が始まる前から懸念をされていて、我が党の議員も質問主意書で何度も問題点をただしてきました。その中でも、出産育児一時金は妊娠十二週間を過ぎた妊婦さんにはどんな事情があっても支払われるのだから、出産前に事前申請ができるようにして出産直後には分娩施設への入金を保証すべきだと、こう求めたところ、当時の鳩山内閣は、それを含めて検討をすると答えています。

妊娠中に一時金の手続ができれば、これは妊婦さんにとっても時間にゆとりを持って手続ができます。事前申請を認めることに不都合があるとは思えませんが、いかがでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘の出産一時金の支払の問題、私も幾つかの医療機関に勤めておりましたけれども、小規模であるほどこの問題意識が強いというのは理解しています。比較的大規模な病院においては、先ほどの周産期母子センターのようなところでは、比較的評価をしてもらっているところもあるというふうに理解しております。

そういう意味で、確かに小規模な診療所、病院、若しくは助産院等、そういうところにとどのような支援をしていくかというのは今後の予算編成の過程でというのは大臣から答弁をさせていただきましたけれども、妊娠十二週で手続を取ったらどうかということについての御指摘、事務方が作った答弁書は加入保険者が変わったらどうするのかという話、これはもう多分聞いてみえると思います。

それ以外にも、私が考えるに、十二週で手続をしても残念ながらその直後に死産をされた場合などでは日数的に結論として間に合わないということになる可能性もあるわけでありまして、そういう意味では、満期での出産ということ想定すれば十二週で十分間に合うわけですけれども、例えば十三週目で残念ながら死産に至ってしまった場合には十二週で手続を取っても間に合わないということになりかねないということで、必ずしもすべての出産に今の十二週が適用すれば間に合うということでもないのじゃないかなというふうに個人的には考えています。

○田村智子君 十二週過ぎれば必ず支払われるんですから、これは必ずこの事前申請は認めていただきたいと思っているんです。

直接支払制度導入の前の受領委任制度では、出産一か月前からの事前申請を認めていて、このときには退院後一週間からどんなに遅くとも三週間程度で医療施設への入金が行われていたわけですね。だから、これ、できないはずはないと思います。重ねて改善を求めます。

それから、この直接支払制度は事務負担の重さも大変問題になっています。直接支払制度への変更で専門申請用紙というのが作られましたが、この記入や、また新たに始まった無過失補償制度の手続が医療機関の事務作業を大変煩雑にしている、事務職員を新たに増やさなければ追いつかないと、これがまた中小規模の施設にとっては経営の圧迫につながってきています。私も専門申請書というのを見せていただきましたけれども、細かな項目ごとに費用を記入するもので、まるで保険請求の用紙のようにも見えました。日本産婦人科医会も専門請求用紙の廃止を求めているのですから、こうした当事者の意見を尊重した見直しが必要です。

出産事実の証明など、産科医や助産師が既に作っている文書での申請を認めるべきではないでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員御指摘のいわゆる申請用紙、私もここ、今手元にあります。見させてもらいました。

出産育児一時金等代理申請・受取請求書、恐らくこれをもって請求するんだろうと思います。同じ保険者に対して三名連記をして出すような形になっていまして、その中には、多分委員が御指摘なのは、検査・薬剤料とか処置・手当料とか、こういったものを抜き出して書かなきゃいけない。これはなかなか煩雑だという声が上がっているということも承知をしています。

そういった意味で、どのような申請をするのかということを考えていく必要があるわけですが、出産費用の透明化を図って、その観点が必要だということは御理解いただけると思うんですが、過度の事務負担を避けながら最低限の内訳項目をどうするのかというのは、産科関係団体からの御意見を伺いながら設定したとこれまではなっておるわけでありまして、委員の御指摘もあります。事務負担の簡素化、それから平成二十三年度以降の制度の在り方も含めて、社会保障審議会の医療保険部会において今御議論をいただいておりますので、これも年末の予算編成に向けて検討していくというふうにさせていただきたいと思っています。

○田村智子君 今御説明あったんですけれども、私、納得がいかないのは、そもそも出産育児一時金というのは妊産婦さん本人を対象に支払われるという制度ですし、保険適用でもない正常分娩に保険請求のような細目を記入させる、これは筋が通らないと思うんですね。その出産費用が

妥当なものかどうか、それは妊産婦さんが支払うときに判断をして、受け取った一時金の中から幾ら払うかは医療機関と御本人の中の話だと思うんです。だから、こういう筋を通せばやっぱり早急に改善が必要だと思いますので、是非当事者の方の意見を踏まえた見直しを行っていただきたいと思っています。

もう一つただしておきたいのは、一度医療機関に直接支払われた出産育児一時金が保険機関の都合で返金させられるという事例が起きていることです。

これは、妊婦さんが出産前に会社を辞めるなどして加入している医療保険が変わった場合に起きている事態なんですけれども、例えば今年の春、これは奈良市の事例なんですけれども、奈良市では条例で、出産をした方が退職後六か月以内であって、退職前に加入していた医療保険から出産育児一時金を受け取ることができると、こういう場合には国保からの支給はしないと定めています。医療機関の方では、御本人は国民健康保険を持って入院されてきた、だから国民健康保険に基づいて出産育児一時金の申請をしたと。ところが、これを理由にして奈良市の側は、いったん入金した一時金を一か月後に返金をさせるという事態が起きました。

実は、これも制度始まるころから心配の声が上がっていきまして、医療機関に責任を求めるべきではないという政府の見解が既に示されていたはずですが、同じような事態が各地で起きているという、そういう意見も出されていますので何か対応が必要だと思いますが、いかがでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 委員がおっしゃられる今医療機関の責によらない、いわゆる当該医療機関の責によらない出産一時金の支払者の変更等、先ほど言われました保険者の変更が想像できるわけですから、そういった事態は当然想定をされます。

委員御指摘のケースのほかにも、医療機関の責によるものと言うべきものとしては、例えば健康保険証を確認していなかったというような場合には、これはいわゆる当該医療機関において一定程度の責任があるということになるのかなというふうには思っておりますが、先ほどの責任がないと言われるような事態については、当然のこととして、こういったお金が他の例えばもののお産一時金と相殺されるというようなことがないようにというふうには考えています。

御指摘のような事例を把握した場合には、関係保険者等に事実関係を確認して、そして必要に応じて厚生労働省として是正を求めていくことにしておりますので、そういった事例が具体的にあればまた教えていただきたいと思っています。

○田村智子君 是非モグラたたきにならないように、こういうことなんだという通知なりなんなりを厚生労働省から出していただきたいということも要求をしておきます。

私、今日、中小のお産施設取り上げたのは、やっぱり産院や助産院というのは日本中のお産の半数近くを担っているんですね。しかも、お産の喜びが育児の喜びにつながるようにと本当にきめ細かく女性たちをサポートしています。ですから、出産後も母乳や育児の相談にもこたえていると。こういう方々が行政の側の都合で泣く泣くお産の扱いをやめるような事態、これは本当に許すわけにいかないんですね。

是非支援を強く要望して、次に不妊治療についての質問に移ります。

子供を持ちたいと願って不妊治療を行っているカップルは約四十七万人、七組に一組と推計されています。私も当事者の方や不妊治療を支援するNPO法人の方からお話を伺いましたが、まず経済的な支援は本当に必要だと感じました。不妊治療は卵管閉塞などの体の機能の治療、排卵周期の乱れを調整する薬剤療法から、人工授精、体外受精などのステップを踏んで行われていきます。薬剤療法などは保険適用ですが、ステップアップして人工授精の段階からは保険が適用されず、高額な負担となっています。

二〇〇八年、体外受精によって生まれた子供の数は二万二千人近く、約五十人に一人になります。それだけ言わば普及しているのですから、不妊治療全体の保険適用ということを検討する時期を迎えているのではないのでしょうか。

○大臣政務官(岡本充功君) 保険適用を求める声というのは私も聞いております。保険適用をするに当たっては、治療と疾病の関係が明らかで、治療の有効性、安全性等が確立しているというのが一つの原則になっているところでありまして、そういう意味では、今お話しになりました様々な理由で不妊になられている皆様方にとって、例えば薬剤を使ってみたり腹腔鏡を使った検査をしたりというような原因を突き求めるその取組には保険が適用されているところではありますが、御指摘の人工授精や体外受精、また顕微授精については保険適用ということになっておりません。

しかしながら、先ほどお話をさせていただきましたように、支援を求める声も強いものでございますから、委員も御了承のとおり、これまで二回だったいわゆる支援について一年度当たり三回までの助成をしたいと、その拡充をしていきたいというふうに今考えているところでございまして、そういった取組も含め御評価をいただきたいと思っております。