

本日の会議に付した案件

- 政府参考人出頭要求に関する件
- 雇用保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第五号)
- 雇用保険法及び船員保険法の一部を改正する法律案(細川律夫君外六名提出、衆法第五号)
- 求職者等に対する能力開発の支援及び解雇等による離職者の医療保険に係る経済的負担の軽減のための緊急措置に関する法律案(大島敦君外七名提出、衆法第六号)
- 内定取消しの規制等のための労働契約法の一部を改正する法律案(細川律夫君外七名提出、衆法第七号)
- 厚生労働関係の基本施策に関する件

○田村委員長 次に、柚木道義君。

○柚木委員 民主党の柚木道義でございます。大臣におきましては、大変ハードスケジュールの中ではございますが、ぜひよろしく願いをいたします。

まず、二十一年度介護報酬改定についてお尋ねをさせていただきます。資料の一ページ目をごらんいただきますと、昨年度の麻生総理大臣の官邸における記者会見の配付資料の二番目、一番目が生活者対策として「定額減税等」と挙げていて、これは国民の経済対策の概要という位置づけですが、雇用よりも優先度の高い二番目に「介護報酬 月二万円アップ」と掲げておられます。そして同時に、「介護人材を十万人確保」という形で、麻生政権のまさに経済対策の一つの目玉といってもいいこの対策を掲げられているわけでございます。

二枚目を見ていただくと、翌日の、今度は舛添大臣御自身の閣議後の記者会見の中で、アンダーラインを引いておりますが、「介護保険料三%」、これが「ラフに言うと、」というふうに言われてはいますが、「現場で働いている方の月給が二万円くらい上がるかなという感じですので、これは一つの介護の現場に対する答えだ」とおっしゃっているわけでございます。

ところが、一昨日の参議院の予算委員会における鈴木寛委員への舛添大臣の御答弁を拝見していると、どうもトーンダウンしているようにも聞こえてなりません。総理が約束をし、そして大臣御自身も明確に約束をされている中で、大臣、これは本当に三%の引き上げで二万円の報酬アップを実現していただけるんでしょうね。お答えください。

○舛添国務大臣 もともとの問題意識は、介護の現場で働く方の処遇、これを何とかよくしないといけな

い、離職率も高い、さまざまな問題があるということで、この生活対策において少しでも上がるようにということで、そしてそこに「ラフに言うと、」と、会見の場ですから、自動的に上がるわけではなくて、これがもし介護の現場の働く方々の賃金ということに換算すれば約二万円という言い方を申し上げたわけでありまして、事業所によってはそれ以上上げるところがあったりそれ以下であったりというのはあり得ると思えますけれども、いずれにしても、介護従事者の待遇をさまざまな総合的な観点からよくするということがありますし、それに加えて、モデル事業を事業所について展開するというようなことであるわけですので、とりあえずはこの〇・三%の引き上げということで……(柚木委員「三%」と呼ぶ)失礼しました。三・〇%の介護報酬改定ということで、さらに先に進めたいというふうに思っております。

〔委員長退席、上川委員長代理着席〕

○**柚木委員** 大臣、もっと介護の現場で働かされている方々に、そしてまた利用者の方々に、本当にこの間、寿退社は男性の話とか、潜在介護士がこれだけいてどうやって現場に帰ってきてもらうのか、いろいろな問題がある中で、ここはもっと明確にお約束をいただきたいんです。

しかも、今回の三%プラスというのは、過去二回マイナス改定がある中で、まさにそれを取り戻せるかどうかというレベルの話だということで現場の方はおっしゃっているわけですよ。それにもかかわらず、三%増で二万円アップというふうに言われるわけですから、大臣、これはやはりちゃんと政治が、政府が責任を持って実現するというをまずお約束いただけないと、この先の議論に入れたいんですよ。

ぜひもう一度、明確に御答弁ください。

○**舛添国務大臣** 介護報酬のシステム、これは診療報酬、医療の場合も同じですけども、事業所に対してこのアップ分をお支払いする、そこから先は事業主がどういう形で自分のところで働いている従業員にこれを配るかという問題でありますけれども、先ほど申し上げたような経営指導をやったり、それからさまざまな形で加算措置ということをやって、今までも、例えば有資格者をふやしたりして加算措置をした、これはほぼそのまま賃金にはね返っておりますので、そういう総合的な努力で、今の枠組みの中で指導をしながら、ぜひ私の思いが遂げられるように努力をしたいと思っております。

○**柚木委員** 思いが遂げられるかどうかというのは、大臣の思いというよりも、やはり制度をどうするかということなんだと思うんですね。

私たち民主党は、資料の三ページをごらんいただきますと、介護人材を確保するという意味で、介護労働者賃金引き上げ法案、これはまだ仮のペーパーではございますが、この中で、介護報酬七%加算、そして政府の三%と合わせると合計一〇%、財源も必要財源四千三百億円、そして、これによって新たに三年間で四十万人の雇用、これは求職者支援法のメニューとリンクして行う、我々はこういった形でこういったものをしっかりとお出ししているわけでございます。

大臣、先ほどのような心もとない御答弁をいただくくらいであれば、我々民主党の介護人材確保特措法、来週には出す予定も現在検討しております。ぜひ政府としても、こういったさらなる介護報酬の引き

上げ、予算措置というものを、今政府が検討している例えば経済対策、こういったものの一環としても、セットでやっていただくとか、そういうことをぜひお考えいただけませんか、いかがですか。

**○舛添国務大臣** 今、資料の三を見させていただいて、これは、法案を現実に御提出いただいた暁にまたきちんと検討させていただきたいというふうに思いますが、今回、一般会計から補正でやるということでしたけれども、要するに、本来は保険料という形で見えるわけで、そうするとそれは国民負担の増加につながりますから、保険料と給付の見合いをどうするかという一つの問題は残ると思います。それから、今、この紙だと四千三百億円という、これは恐らく、明記はしてありませんが、仮に一般財源とすると、四千三百億円でその財源をどうするか。

ですから、まとめますと二つの問題。今言った、保険料でやる場合、そうじゃない場合の負担をどうするか。それともう一つは、ほかの分野で働いている方々とのバランスも考えないといけなくて、福祉関係だと例えば保育士の皆さん方との給料の比較というようなこともありますので、そういうことも念頭に置いて、民主党の皆さん方の御提案があれば、それはまた真摯に検討したいと思っております。

**○柚木委員** 我々は一般財源から四千三百億円ということで予算規模を掲げておりますが、今大臣がおっしゃったような問題点についてもまさに乗り越えて、そして実現をするという方向を、今後、さらなる経済対策の中で、ぜひ大臣もここはリーダーシップを発揮していただいて、お取り組みをお願いしたいというふうに思います。

そして、そういう意味では、一つアイデアというか御提案で、ぜひ御検討いただきたいと思うんですが、今回、産科の医療の問題で、直接産科のお医者さんたちに分娩手当金という形で、新しいやり方、取り組みをされているわけですね。実は介護事業所においても、経営実態調査、実際にはキャッシュフローの部分は大変厳しくて、黒字倒産というようなことにもなっているわけですよ、なり得るわけですよ。そういう中で、実態調査云々のそういう次元から、今回めり張りをつけた加算、それも当然必要なことですが、それとは別枠で、例えば行政から介護職員に直接手当とするような仕組みを、例えば分娩手当金のような仕組みを使って介護の分野でもぜひ御検討いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

**○舛添国務大臣** これは、今委員御指摘のように、救急医療が大変だ、特に産科、小児科。それで救急医療に携わっている勤務医の方々の御負担を少しでも軽くしようということで、直接的な財源措置として、例えば、一回患者さんを受け入れると五千円という形でこの前手当をいたしました。そういう方式でやるのか、それも一つの考え方であると思います、今委員がおっしゃるように。

ただ、例えば産科の中でも、ハイリスク分娩加算というのを診療報酬改定で入れました。それによって、恐らく大きな病院の産科というのは、これは現場の聴取をしてみますと赤字が黒字に変わっているということです。まさにハイリスク分娩加算のような形で、加算という形での事業所の指導をするのも一つの手だと思います。

今までのところは後者でしかやっておりません。ただ、前者を使うこともそれは一つの政策の手段として考え得るわけで、また委員の御意見も念頭に置きながら、そういう道もあり得るということで検討させてい

ただきたいと思います。

○**柚木委員** ありがとうございます。

介護事業主の方々は、実際にはかなり、今回の三%の加算では本当に給料を上げられるかどうか、ばらつきが出る、みんな期待している、なのになぜ上がらないんだ、そういう部分についても大変心配されておるわけですから、今、こういうやり方も検討するとありました。これもぜひ御検討いただけるということですからお願いをしたいですし、何よりも、この今ともしかけている介護の現場の希望の光を消さない改定であっていただきたいということをお願いし、そうお願いをしておきながら、さらにちょっと厳しい話題を質問させていただかなければなりません。

次は、四月からの要介護認定の基準厳格化についてお尋ねをいたします。基準厳格化という言葉は何やらどういうことなのかなということなんですが、一言で言えば、介護切りあるいは認定切りということにつながるわけです。

そこで、大臣、今回のこの経緯はいろいろ私も聞いておりますが、そもそも、今回の基準変更を介護保険利用者の一体どれぐらいの方が現段階で知っているとお考えですか。直観的でいいので、お答えいただけませんか。

○**舛添国務大臣** それは、直接一人一人聞いたわけじゃないので、ちょっと今お答えに窮しております。ちょっとわかりません。

○**柚木委員** 答えに窮されるはずなんですね。現場で働いている方々ですら、突然、調査員の方々が二月になって研修のようなもので教えてもらって、どういうことなんだと。そして、もうこの三月に入って、四月から、来年度から。一体これで本当にやれるのか、こういう状況なわけですから、ましてや、利用者の方々に納得のいく説明なんかできていないはずもないんですね。こういう中で、今回、このようなまさに認定切り、介護切りにつながるような基準の変更が行われる。

私もいろいろな話を聞きました。要介護認定調査検討会をずっと傍聴されていた方々、そういった方々に聞いても、そもそもこの基準変更は、本来は、訪問調査項目の削減が一つ、それからコンピューター判定のロジックの変更、この二点については検討会で検討されてきたわけですが、判断基準の変更については議論をされていない、そういうお話を私は複数聞いております。

こういった経緯も含めて、厚労省の担当官から幾つかの場面でおわびの言葉もあったように聞いておりますが、大臣としても、こういう不透明な経緯に対して、利用者や介護者、事業者の皆さんへおわびをいただくという気持ちはありませんか、いかがですか。

○**舛添国務大臣** 介護全体について私の直属の検討会でも行っておりますし、いろいろな見方があるし、介護を受ける方々の状態というのは、私もよく現場を知っていますが、百人百様であります。

ただ、今回についてどのような観点から判断基準を変えたかというのは、一つは、もう委員御承知のように、介護技術の進歩を反映させたいということがあります。それからまた、自治体によるばらつきもなくしたい、そういうことがあります。介護を抑制したいからとか介護切りをしたいからとかそういうことでやっているわけではなくて、例えば、実際に介助が行われている場合は介助ありで新しい場合も古い場合も全然変わらないんですけれども、実際に介助が行われていないときはきちんと介助がないんだということを書く。例えば、一週間寝たきりの老人がいる、何にもされないでおけば褥瘡だって何だって起こるわけですから、そのときに、やはり介護は必要だから介護しなさいということ、介助がないよということ指摘することによってやることのできるわけですから、そういう細かい指導をやりながら、そして私も、先ほど申し上げたような数字をどれだけの人が知っているかわかりません。利用者に対しての周知徹底の不足があれば、これはもう全力を挙げてやらないといけないと思っていますので、そういうふうにやりたいと思っています。

○**柚木委員** 大臣は介護切りをやりたくてこういう変更をやっているんじゃないとおっしゃいますが、現実には、そもそも、きょうはつけていませんけれども、厚労省からいただいている「要介護認定制度の見直しについて」、これでモデル事業、いろいろここに書いていますよ。確かに、二次判定で重度化に変更になるケースもありますよ。しかし、実際には、軽度化に変更されている方々も一割、二割といらっしゃるわけですよ。

ですから、問題なのは、きょう、五ページ目の記事に具体的な方も載っておりますのでおつけしておりますが、東京新聞の「認定軽度化「介護切り」」、この一番下の「サービス減」のところをごらんいただければ、こういう方がいるということをはっきりしているわけですが、最後のパラグラフ、二番目。車いすでひとり暮らしをしている東京都の女性、七十六歳。昨年九月の認定更新時に要介護二から要支援二に三段階も下げられ、希望していた老健施設への入所が不可能になった。身体障害者一級で、全身にしびれや痛みがあり、立つことができない。女性は、車いすを自力で動かせるので歩けると判断され、要介護から外された、以前より体調は悪いのにと悲痛な声で訴えた。こういう声が全国から既に上がってきているわけですよ、大臣。

厚生労働省は、いやいや、これはちゃんと主治医の意見書、特記事項等を反映されてきっちりと判定がされる仕組みになっていると言われますが、現実にはそうでない部分が多々起こっているし、実際に重度化の部分も二次判定で出てくるでしょう。しかし、むしろ問題なのは、軽度化される方々をどうするのかということを考えていただかないとならないのではないのでしょうか。

そこで伺いますが、厚労省も説明される主治医の意見書、これはそもそも、今回、調査項目が八十二から七十四に削減される、その削減された調査項目は主治医の意見書に反映されるから不要だということなんですが、現行のその主治医というのは我が国では欧米のホームドクターのように必ずしもいないわけで、患者さんは入院、通院をされる際のお医者さんに意見書を頼むケースが当然多くなるわけですから、当然、お医者さんは、その患者さんを病院や診療所では診るでしょう。しかし、では家で患者さんが実際どういう生活をされているのか、当然詳しくはわからないわけです。

そんな中でのこの意見書ですから、もちろんきっちりとやってくださるお医者さんも多いと思いますが、そうでなくても多忙なお医者さんが、おくれがちな意見書を、今回削減された項目も含めて書く、あるいは利用者や調査員の方に見れば書いてもらう、そういうことには大変な無理が生じてくるのではないかと思うわけですが、大臣、そういう御認識、いかがですか。

○舛添国務大臣 私自身、介護の経験がありますし、今でも時間があれば介護の現場を見ております。当然、委員御承知のように、コンピューター判定もありますけれども、きちんと二次判定で審査会、これはドクターもナースも入ってきちっとやるわけですから、今御引用なさった記事にあるようなことばかりではなくて、逆のケースもあり得ると思います。

それから、主治医の意見書は、例えば私が現場を見たときには、本当に訪問して親身に書いてくださるお医者さんもいるので、そういうお医者さんを励ますことをやるべきであって、お医者さんはそれが仕事ですから。ですから、いろいろなこういう報道されたようなケースに対して、やはり悪いところがあればみんな直していかないといけない。

そして、まさに今の東京新聞ですか、その例にあって、悲痛な声が聞こえてくると。これは、今度の四月一日より前の話ですから、こういうことに対してきちんと対応できる、例えば車いすがどうだというような話になったときに、それは自治体も含めて、二次判定の段階で、こういうことじゃありませんよということ、そういうことのためのものでありますので、決して、あえてこれを軽度に審査、認定し直そうとか、介護切りをやっちゃおう、そういう意図ではないということは繰り返し申し上げておきたいと思いますが、また実態について改善すべきところがあれば、これはきちんと対応したいと思っております。

〔上川委員長代理退席、委員長着席〕

○柚木委員 改善していただく部分についての検証の部分はこの後お尋ねしますが、その前に、今回のこの判定方法、確かに大臣がおっしゃるように、必ずしもこういう場合ばかりじゃない。それは私も先ほど言いました。しかし逆に、軽度化される方々に対してどうするのかという視点がやはり抜け落ちているんですね。

そこでお尋ねしますが、今回変更される認定方法が、大臣がよく御答弁の際にもエビデンスということをもっと口癖のようにおっしゃいますけれども、本当に科学的な手法と言えるのかどうか、このこともあわせて今後検証していかなくちゃいけないと私は思うんですね。

御案内のとおり、この現行のシステムは、在宅の高齢者の認定基準ではなくて、施設居住の高齢者対象の高齢者介護実態調査に基づくということでございますから、実際には今、在宅が七割なのに、こういう状況で認定方法をシステム化している。

このこと自体が実は非科学的と言われても仕方がないと私は思うんですが、それならば、せめて在宅に合わせた判断変更がきっちり担保できる仕組みをまずはつくってから、こういう認定の変更を行うべきだと私は思うんですね。実際に、利用者の方、介護現場の方、事業者の方、だれも納得できないんです。

よ、今の状態で。実際に調査員の方々が説明することができていないんですね。それでも、これは本当にやってしまうのか。こんなことを本当に許してもいいのか。

そもそも、〇六年改定するときでも、要支援に軽度化されて、利用者や御家族の方に説明できなくて、良心の呵責やストレスで多くの調査員がやめられている。介護の現場からいなくなっている。今回、もっとひどいと言われているんですよ。そうでなくても介護人材が不足しているこの状況にあってですよ。

そこで、私、大臣にぜひお願いします。この認定基準変更、確かにシステムのソフトをもう配ったりしているでしょう。しかし、三月まではこの現行システムでやっているわけですから、せめて、例えば三カ月でも半年でもいいですよ、延期をして、その間に、この検討会だけではなくて、外部の対人援助のサービスの専門家の皆さんの意見等を、第三者の方々も入れて、そして透明なプロセスで、だれからも信頼、納得の得られる基準の再設計を、延期してでも行うべきだと私は思いますが、大臣、いかがですか。

**〇舛添国務大臣** 今もう三月、三分の一終わっております。介護の現場、これは市町村ですから、市町村で今、いろいろなソフトの変換を含めて既に進んでおります。

確かに、委員おっしゃるように、在宅の場合というのは、その方々の家族環境、家族の介護力含めて非常にばらつきがありますので、本当にこれはケース・バイ・ケースで一人一人細かくやらないといけないというふうに思っています。さまざまな問題点が出る可能性があるということは今御指摘でございます。

いずれにしても、今の市町村の進行状況を含めて、四月一日からこれはスタートさせていただき、しかし、フォローアップの検証というのは必ずやっていきますので、そういう過程で必要な変更があればまた加えたいというふうに思っております。

**〇柚木委員** 私はとても納得しかねます。これは私は、この質問だけではとても納得できないので、引き続きやりとりをさせていただきたいと思いますが、ちょっとほかの質問もしたいので。

せめて、大臣、検証をやると言われていますが、ある報道によれば、昨日、この検証を早ければ七月にも公開の場で行う方針を厚労省は固めた、そういう報道が出ているわけですよ。新制度の留意事項についても三月中に通知する、こういうことを言われているわけですよ、厚労省の担当官が。

私は、七月じゃ遅い、もっと早くできますよ。四月の最初の申請が出た時点で、そのデータが集まって、それを分析した時点でやれば、七月よりもっと前倒しでできるはずですよ。ですから、前倒ししてこの検証を公開の場でやり、そして結果を公表し、そして早期の見直しをやると、大臣の口からしっかり御答弁いただけますか。

**〇舛添国務大臣** 検証し、公開の場できちんとそれをお知らせするというのは当たり前のことなんです。四月から始まって、四月の認定が普通どおりいけば全部の集計のデータが七月なので七月ということでございますけれども、それは一日でも早く前倒しできれば努力をしたいと思っております。

○**柚木委員** まさに今回の導入のときに極めて少ない数で、サンプルでやっているわけですから、まさにそういうサンプル等で早目に調査結果を出していただいて、早目の改定をすると今おっしゃっていただいたように、前倒しでとおっしゃっていただいたわけですから、七月より早い見直しは、もしこれが四月から導入されるとすれば必ず行われるというふうに御答弁をいただいたと思い、次の質問に入ります。

この後医療もやりますが、介護の問題を引き続きしばらくお尋ねをさせていただきます。この介護の施設の今後のあり方、御承知のように、医療から介護へ、あるいは施設から在宅へ、こういう方向性の中で今一つ問題になっているのは、介護保険の適用施設における医療提供のあり方、これについても大臣は御存じだと思います。

私は、確かに、医療機関と介護施設との連携、推進、医介連携とか病介連携とかいう言い方もしますがけれども、そういうことは必要だと思います。しかしながら、例えば病院と在宅との中間施設と位置づけられている老健施設、ここで、当然介護施設だけでも、お医者さんがいて必要な医療も受けられる、こういう施設の役割は確かに大変大きいと思います。

しかし、例えば、この老健において日常的な医療というものは、当然包括の中でやってもらうという方向はいいんですけれども、医療の進歩等によって、一部では高額な治療や薬も入ってきております。例えば透析のような高額の医療、あるいは一部の抗がん剤、さらには、アリセプトという薬だと伺っていますが、認知症の薬等、大臣も御存じだと思います。

そこで、このような医療が利用者に提供できるような体制をぜひつくっていただきたいんです。大臣も御認識のように、医療と介護の区分も不明確な部分があります。ですから、例えば来年の診療報酬改定、あるいは二十四年のダブル改定、こういったものに向けて、ぜひ、老健施設あるいは介護保険施設で提供する医療行為について、いま一度きっちりと整理をして、必要な医療行為がきちんと算定できる制度設計を行っていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○**舛添国務大臣** その点、全く委員と私は認識を共通しております。

それで、今委員がおっしゃったように、常駐しているお医者さんが一般的に診れる、これは介護保険でカバーしますけれども、受ける人は一人なので、介護であれ医療であれ命を救っていくということが大切です。例えば今言及なさいました人工透析については、これは今でも医療保険の請求が認められるので、特別な措置が必要なときには、専門家の意見も聞き、それから関係者、特に今老健施設のことをおっしゃいましたけれども、アリセプトの例なんかもまさにございます。そういう御意見をいただきながら、医療サービスできちんと提供できるように、そういう体制は整えたいというふうに思っております。

○**柚木委員** 透析等算定できるとおっしゃったんですけれども、実際には持ち出しになっている部分もありますので、そこも含めて、今おっしゃった方向性でぜひよろしく願いいたします。

もう一つだけ本当は聞きたかったんですけれども、これはもう御指摘だけにしておきます。二十四年のダブル改定に向けてということで今申し上げましたので、いわゆる転換型老健、これと現行の老健、ここ



における医療保険の算定に差が出てくるというようなことにもしなるとしたら、国民の皆さんから見たときに大変わかりにくいんです。ですから、そういうダブルスタンダードにならないようにあわせて検討いただくことをお願いして、次の質問に入ります。

診療所のオンライン請求の問題でございます。私自身も、この間、地域医療の崩壊を防ぐという観点からもこの義務化の日程等については、これは見直すべきであるということをやりとりしてまいりましたらば、どうも政府・与党の中においても、今回、診療所のオンライン請求の義務化日程を延期する方向で検討しているというふうにお聞きをいたしました。

ですから、私も診療報酬のオンライン請求の必要性を理解しております。しかし、現実的にもこの義務化が強行されるのであれば、今後段階的に義務化されていくわけですが、しかし、これを実際診療所でやった場合に、約一割の医院、お医者さんが廃業を考えているというようなことでございますので、まさに地域医療の崩壊を防ぐためにも、もう新年度目前のこの段階ですから、ぜひ大臣御自身の御答弁から、このオンライン請求完全義務化の日程の延期、そして円滑な実施に向けたさらなる取り組み、まだ詳細がいろいろ詰まっていますから、その部分についてきっちりと御答弁をいただきたいと思っております。

**○舛添国務大臣** 私も、各地に参りますと地域の診療所のお医者さんから必ずこの話を言われます。お金がかかる、それから、こんなことでは稼ぎ以上のものがかかるので私は診療所を閉める、こういう声をよく聞いていますので、問題意識はよくわかっております。

ただ、今やれることは、二十三年度からというのを最大二十五年まで猶予する、それから、事務代行者を介してできるような制度もこれをやっているということで、今のような措置をとりあえずは講じております。与党の中でもいろいろな声が上がっているということも承知をしております。

ただ、これは、私がずっとこの間この問題に携わってきて、二千二百億円の例の社会保障費の削減、あれは大きな改革であるということを主張される方々がシンボリックに挙げている問題がこの問題であって、レセプトのオンライン化もできない、そんな無駄も排除しない厚生労働関係の人間が二千二百億円の削減なんて言うなということ、例えば骨太の方針を策定するときにしょっちゅう言われてきたものですから、ある意味で、こういうことは大きな改革の流れとしてやらぬといかぬというのはあります。

そういう中で、今の委員の御意見もきちんと頭の中に入れて、与党の皆さん方の動きも見ながら、そしてまた、しかしこの改革の旗はおろさないんだという声にも配慮しながら、今後検討を進めさせていただきたいと思っております。

**○柚木委員** ちょっと期待よりもトーンが低目の御答弁だったんですが、その二千二百億円の問題もこの間議論されております。対GDP比の部分、あるいは社会事業型の公共投資の部分、参議院の予算委員会でも議論されたと思っております。そういう視点で、ぜひ医療立国というような観点でもお考えいただきたいと思っております。

それとこのレセプトのオンライン、オンラインの推進は私も理解していると申し上げました。しかし、これ

を義務化、強行することが地域医療の崩壊を招くわけですから、その部分の弾力的な運用ということで今お願いしたわけですから、その期間の延長についても今御答弁で触れられましたので、そういった形できっちりと、崩壊に至らないように重ねてお願いをしておきます。

続きまして、今診療所のお話をしたわけですが、一方で病院の経営実態も大変な状況になってきております。資料の七ページ目をごらんください。いろいろな団体からこういったニュース、皆さんもごらんになっていると思いますが、「病院の医業損益過去最悪」、これは三月一日付の記事です。「百床当たり月千二百六十万円赤字 二十年病院運営実態分析調査報告」でございます。

もちろん、公立、民間それぞれ状況がありますし、実際のいわゆる経営努力的な部分の必要性も私は理解しております。しかし、この状況を見る限り、例えば今後の病院経営をどういう形で、本当に地域のまさに医療崩壊を防ぐ、中小病院が毎月五件も六件も倒産、廃院していく、こういう中でこういった施策が必要なのか。

少し私の観点からの指摘、質問になるんですが、御承知のように、前回の診療報酬改定で急性期病院への重点加算などのプラス改定が行われ、そして、現在その調査等が行われていて、病院勤務医の負担の軽減とか、さまざまな診療報酬改定の項目が行われているわけです。

今回、この記事によりますと、外来の収入が対前年比のマイナス三・六%の大幅減収、これは、例えば外来管理加算、いわゆる五分間ルールの影響も考えられると思いますし、あるいは、入院収入に至っては前年比プラス〇・一%増ですが、トータルでの減益を考えれば、例えば入院基本料の増額といったようなことも今後検討が必要なんだろうと。

あるいは、そもそもの全体的な視点で見ると、急性期が七対一看護、これによって、逆に地域の病院や訪問看護師などの分野で看護師確保が困難になっている、結果として地域医療への負の影響を及ぼしているということでありますので、例えば外来管理加算、今回の調査項目にも入っています。あるいは入院基本料、七対一看護、こういった事例を今申し上げましたが、これらのことを含めて、通常の運営努力をしっかりとっている病院が健全な経営をできるような、そういった制度設計を来年度診療報酬改定に向けて反映させるということ、ぜひ大臣、ここでお願いしたいんですが、いかがですか。

**○舛添国務大臣** 入院基本料の一部引き上げなんかは二十年度診療報酬改定で行いました。外来加算についてもそうで、新しい改定をやったら、必ずこれはフォローアップの検証をして、どこに問題があるか、プラスの成果が上がったかどうかということはやらないといけないというふうに思っております。

そういう中で、ある意味でコストの削減という観点からずっと医療に対して対応してきた、これは間違っているだろう。未来への投資としてきちんと医療費を正當に位置づけるということが必要でございますので、今委員がおっしゃったように、病院を経営する方が健全な努力をすればきちんと赤字にならないで済む、そういう方向を目指してまいりたいと思います。

**○柚木委員** ありがとうございます。時間がもう迫っておりますので、最後の抗うつ剤の副作用について

はまとめて質問いたしますので、最後にまとめて確認をしますので、まとめて御答弁をお願いいたします。

資料八ページ目をごらんください。「抗うつ薬で攻撃性四十二件 ○四年から昨秋まで」ですから約五年間ですね。「「パキシル」など四種 厚労省調査」とあるわけです。

私は、そもそも特にパキシルだけがどうか言うつもりはありません。実際効果もあるわけですから、このことだけを、とりたててマイナス面だけを強調するつもりはありませんが、しかしながら、私はこの間、この問題で厚労省ともやりとりをしまいましたが、そもそも今回のこの記事が、ある団体の情報公開請求で明らかになって、そして仕方なく厚労省として調査する、こういう流れ、体質、これは私は、そもそも薬害とかいろいろな問題がこの間起こっている中で、大変後ろ向きというか問題であるという認識を持っています。

そこで、三つのことを伺います。一つは、今回、製薬メーカーのホームページによれば、これはパキシルの例が出ていますから、あえてパキシルで言いますが、同じパキシルなのに、イギリスとアメリカでは、十八歳未満の小児や二十四歳以下の青年がこのパキシルを服用した際に自殺の危険性が高まることについて、イギリスあるいは米国の処方情報などでは、最初の方に明確にその危険性について触れられていて、我が国についても、触れられてはいるんですが、これが非常に間接的に触れられているんですね。私も原文をいろいろ見たんですが、やはりその触れ方が弱い。

そういう中で、我が国でも、パキシルだけではなくて、いわゆる抗うつ剤全般を服用した方が、事例として調べてみますと、例えばこういう事件があるわけです。九九年に全日空機のハイジャックを企てて機長を刺殺した例があるわけです。こういう例も踏まえて、小児を含めた比較的若い世代において自殺や他人への攻撃性が高まることを、添付文書の警告や使用上の注意に、より明確に記載する必要があると考えるかがいかがか、これが一つ。

そして二つ目は、この抗うつ剤の適切な使用についてでございます。パキシルが本来の用途である抗うつ剤として使用されているのみならず、痛みどめとして使用されたり、痴呆症の患者さんに投与されたりする事例があると聞いています。確かに、パキシルはほかの抗うつ剤と比べた場合に副作用が少ない医薬品だと言われてはいますが、それはあくまで本来の用途に使われた場合でありますので、厚労省としては、精神科のお医者さんによる適切な指導と処方のもとでとこいった形で、うつ病、うつ状態、パニック障害、強迫性障害に対して投与されるように、しっかり指導と処方のもとで行うべきであるというのが二点目。

そして、最後にもう一点だけ。今、ネット販売のことがいろいろ議論になっております。実際、当然市販薬と処方薬とで区別はされているわけです。利便性と安全性の問題はありますが、抗うつ剤のような、飲み合わせの副作用によって大変薬の使い方が難しい場合、こういった場合については、ネット販売についてもやはり慎重に、今の状況、麻薬の問題等もあるわけですが、調査して、そしてこの抗うつ剤の処方の適切な使用の中であわせて検討していただけないか。

以上、さらなる処方等への注意を喚起する、こういう記載で明記する、これが一点。それから、適切な使用をきっちりと行うように厚労省として働きかける、二点。そして三つ目は、ネット販売においても、同様に適切な使用が行われるように調査し、対応を検討していただく。以上、三つお願いいたします。

○舛添国務大臣 まず第一点で、私もアメリカの英語の添付文書と日本のを見ました。基本的なことは同じことを書いていると思いますが、恐らく、アメリカのはばあっと書いてあるから量が非常に多い。日本の場合、こうだということだからかなり強調した書き方なので、今後、さらにもっと注意喚起できるかどうか、これは専門家の意見も聞いて検討してみたいと思います。

それから、先ほどの、目的外で使われるようなことがないようにという、これもお医者さんを含めて、今後どうするか、専門の学会の意見も聞いて対応したいと思います。

それから、例のネット販売の話ですけれども、一般用医薬品のネット販売について今いろいろ議論をやっているんですけれども、パキシルは医療用の医薬品ということで、これは診察がないとそもそも出ませんので、この問題をここでは……(柚木委員「パキシル以外の抗うつ薬全般」と呼ぶ)パキシル以外については、ネットについて賛否両論ありますので、私のもとで直属の検討会を開いて、何よりも安全性、そして国民の利便性、両方をどうバランスをとるかということを考えながらやっていきたいと思っております。

○柚木委員 以上で終わります。ありがとうございました。