

衆議院 厚生労働委員会 議 録 第 二 号

平成二十四年三月七日(水曜日)

午前九時三十分開議

出席委員

委員長 池田 元久君

理事 岡本 充功君

理事 長妻 昭君

理事 和田 隆志君

理事 田村 憲久君

理事 相原 史乃君

理事 石森 久嗣君

理事 大西 健介君

理事 柿沼 正明君

理事 川口 浩君

理事 工藤 仁美君

理事 齊藤 進君

理事 白石 洋一君

理事 竹田 光明君

理事 仁木 博文君

理事 初鹿 明博君

理事 福田衣里子君

理事 牧 義夫君

理事 水野 智彦君

理事 山口 和之君

理事 吉田 統彦君

理事 鴨下 一郎君

理事 棚橋 泰文君

理事 永岡 桂子君

理事 松浪 健太君

理事 坂口 力君

理事 小林 正枝君

理事 柿沼 未途君

厚生労働大臣

厚生労働副大臣

厚生労働副大臣

厚生労働副大臣

長尾 敬君

道義君

加藤 勝信君

古屋 範子君

石井登志郎君

稲富 修二君

大山 昌宏君

勝又恒一郎君

川口 博君

熊谷 貞俊君

柴橋 正直君

田中美絵子君

玉木 朝子君

橋本 勉君

樋口 俊一君

藤田 一枝君

三宅 雪子君

宮崎 岳志君

山崎 摩耶君

あべ 俊子君

菅原 一秀君

谷畑 孝君

長勢 甚遠君

松本 純君

高橋千鶴子君

阿部 知子君

小宮山洋子君

牧 義夫君

辻 泰弘君

農林水産副大臣

文部科学大臣政務官

厚生労働大臣政務官

厚生労働大臣政務官

政府参考人

(文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人

(厚生労働省大臣官房審議官)

政府参考人

(厚生労働省大臣官房年金管理審議官)

政府参考人

(厚生労働省大臣官房審議官)

政府参考人

(厚生労働省医政局長)

政府参考人

(厚生労働省健康局長)

政府参考人

(厚生労働省医薬食品局長)

政府参考人

(厚生労働省労働基準局長)

政府参考人

(厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部長)

政府参考人

(厚生労働省社会・援護局長)

政府参考人

(厚生労働省社会・援護局長)

政府参考人

(厚生労働省健康福祉部長)

政府参考人

(厚生労働省年金局長)

政府参考人

(農林水産省生産局畜産部長)

政府参考人

(農林水産省生産局畜産部長)

政府参考人

(農林水産省大臣官房技術総括審議官)

筒井 信隆君

神本美恵子君

藤田 一枝君

津田弥太郎君

奈良 人司君

今別府敏雄君

森岡 雅人君

大谷 泰夫君

外山 千也君

木倉 敬之君

金子 順一君

中沖 剛君

山崎 史郎君

岡田 大造君

山口 博君

柴橋 正直君

外口 崇君

榮畑 潤君

荒川 隆君

藤本 潔君

西本 淳哉君

政府参考人

(経済産業省大臣官房審議官)

厚生労働委員会専門員

佐藤 治君

中西 宏典君

大西 健介君

初鹿 明博君

福田衣里子君

三宅 雪子君

江田 憲司君

石井登志郎君

柿沼 正明君

川口 浩君

熊谷 貞俊君

柴橋 正直君

川口 博君

熊谷 貞俊君

柿沼 未途君

江田 憲司君

勝又恒一郎君

三宅 雪子君

柴橋 正直君

川口 博君

江田 憲司君

勝又恒一郎君

川口 博君

柴橋 正直君

福田衣里子君

稲富 修二君

大山 昌宏君

同

同日

同日

同日

同日

同日

介(第一五八号)

同(宮本岳志君紹介)(第一五九号)

同(吉井英勝君紹介)(第一六〇号)

同(塩川鉄也君紹介)(第一七八号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第三〇八号)

改正介護保険の改善に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第一六六号)

同(笠井亮君紹介)(第一六七号)

同(穀田恵二君紹介)(第一六八号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第一六九号)

同(志位和夫君紹介)(第一七〇号)

同(塩川鉄也君紹介)(第一七一号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第一七二号)

同(宮本岳志君紹介)(第一七三号)

同(吉井英勝君紹介)(第一七四号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第一七五号)

患者の窓口負担軽減、新たな患者負担増の撤回を求めることに関する請願(塩川鉄也君紹介)(第一七五号)

国民医療の拡充と建設国保組合の育成・強化を求めることに関する請願(塩川鉄也君紹介)(第一七六号)

国民が安心できる医療制度を求めることに関する請願(塩川鉄也君紹介)(第一七七号)

窓口負担を軽減し、保険のきく範囲を広げお金の心配がない保険でよい歯科医療の実現を求めることに関する請願(塩川鉄也君紹介)(第一七九号)

同(服部良一君紹介)(第一八四号)

同(水野智彦君紹介)(第一三二二号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第一七〇号)

同(近藤昭一君紹介)(第三〇九号)

後期高齢者医療制度即時廃止、安心の医療を求めることに関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第一九〇号)

同

同

同

同

同

同

同

同

同

同

同

同

ですが、ハンセン病問題の最終解決を進める国会議員懇談会のメンバーと全国ハンセン病療養所入所者協議会の方たちと一緒に幹事長室に要望に行きました。

厚生労働省では、辻副大臣に御対応いただいたという事で、ありがとうございます。

入所者の平均年齢は八十二歳となっており、病気に対する医療だけではなく、やはり介護とそして生活全般における支援が必要になってくる方々が本当にふえている中で、行政のスリム化という国家公務員の削減方針によって、漏れなく、療養所における職員の数も減少している。医師を含めての欠員は、甚大で、恒常的なものになっております。人手が足りないために、お風呂に毎日入りたいけれども、週に二、三回しか入れてもらえないというふうなお話もお聞きしました。

定員については総務省の管轄になると思っておりますので、副大臣の方からもぜひ総務大臣に御理解いただけるようお願いをしていただきたいということと、医師、看護師の確保については、厚生労働省で責任を持って、さらなる御努力をいただきたいというふうに思います。

国の誤った政策によってこのような状況に置かれている入所者の皆様方が将来に不安を抱かないように政府で取り組んでいただきたいと思っておりますが、厚生労働省の今後の対応について、お考えをお聞かせください。

○辻副大臣 御指摘をいただきました国立ハンセン病療養所の医師及び看護師の確保につきまして、地方自治体、関係機関等へのさまざまな働きかけや調整など、必要な人員確保に向けて、厚生労働省としても取り組んできたところでございます。

また、厚生労働省のホームページに各施設の医師、看護師募集に関する情報の掲載、パンフレットの作成、全国の就職説明会への参加など、医師及び看護師確保に取り組まさせていただきましたところでございます。

しかしながら、全国的に医師及び看護師確保が

困難な状況のもとにあって、国立ハンセン病療養所が国立の医療機関であることから民間並みの給与待遇を行うことが困難であるため、欠員が生じているという事は事実でございます。

このようなものではございませんけれども、やはり大事な課題でございますので、引き続き、入所者の方々に対して良質な療養環境が維持できるように、欠員解消に向けて努力していきたい、このように考えております。

○福田(衣)委員 ぜひそこは、やはり国の政策が間違っていたためにこのような状況に陥ってしまっているので、責任を持って取り組んでいただきたいというふうに思います。

最後に、お願いですけれども、薬害肝炎の検証・検討委員会において、医薬品行政について第三者監視・評価組織を設置すべきという最終提言が出されております。私も、以前、この委員会の委員でした。二年にわたり二十三回開催されて取りまとめられたこの提言を尊重していただきたいというふうに思います。

私たち議員側としても、あらゆる手法を考えておるところでありますので、厚生労働省としても、ぜひ前向きに御協力をいただきますようお願いいたします。時間が来ましたので終わらせていただきます。

○池田委員長 次に、三宅雪子さん。

○三宅委員 民主党の三宅雪子でございます。本日は、質問の機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。

最初に、子供への精神薬の投与の問題についてお尋ねをしたいと思います。

全国で、現在四病院で、早期介入、早期支援というところで研究が行われて、子供に薬を処方しているケースがあるということです。また、最近、民間のクリニックでも似たようなことを聞くわけなんですけれども、私は、子供に対して安易に精神薬が処方されるということに対して大変強い懸念を持っているわけでございます。

早期介入、早期支援につきましては、慎重論と推進論、この二つがあるというふう聞いています。わけなんですけれども、厚生労働省は現在いずれの立場でいらっしゃるのか、牧副大臣にお伺いいたします。

○牧副大臣 御指摘のお話に関しては、精神保健医療のあり方に関する検討会等々でもさまざまな議論がございます。また現在進行形と言ってもいいのではないかと思っています。

もちろん、早期支援、早期介入によって病状が重篤化するのをなるべく早目に抑えるべきだという御意見も当然ございますけれども、一方では、精神疾患に対する偏見の助長への危惧とか、薬物療法を中心とした治療への不安というものもあって、慎重に進めた方がよいという意見もございます。

なお慎重に検討を行う必要があるというふうに認識をいたしております。

○三宅委員 ありがとうございます。どちらからかという慎重論というふうな受けとめさせていただきます。

選択性セロトニン再取り込み阻害剤、ちよつと長いんですけれども、SSRIについては、アメリカ食品医薬品局、FDAでは、小児への投与を推奨しないとの勧告を出しています。いわば好ましくないという勧告なわけですけれども、日本では、このSSRIにつきましてどのような対応になつていきますでしょうか。現状をお聞かせください。

○辻副大臣 御指摘をいただきましたSSRIと言われます抗うつ薬の小児への投与につきましては、アメリカ食品医薬品局は、二〇〇四年に、抗うつ薬は小児・青年期患者の自殺リスクを高め、臨床上の必要性とリスクのバランスを考慮すべきであるなどについて添付文書に含める決定をした旨の勧告を行っております。

さらに、二〇〇七年、アメリカの食品医薬品局、FDAは、十八歳から二十四歳の若年成人に

ついても自殺のリスクがあるとして、全ての抗うつ薬に、二十四歳以下の患者に投与する際には臨床上の必要性とリスクのバランスを考慮する旨の添付文書の改訂を行うよう企業に指示している、このように承知しております。

日本におきましても、これらの抗うつ薬の添付文書には、二十四歳以下の患者で自殺リスクが増加するとの報告があるため本剤の投与に当たってはリスクとベネフィットを考慮することと記載されておりまして、小児への投与については、欧米と同様の注意喚起が図られているところでございます。

○三宅委員 ありがとうございます。

同様の注意喚起が行われているということなんですけれども、国立精神・神経医療研究センター病院の調べでは、小児神経専門医などに対するアンケートで回答があった中で、何と七三%の医師が薬物療法を用いており、そのうちの三九%は就学前のお子さんに対してということでございます。まだ成長途中のお子さんに精神薬を投与するということには、私自身は大変抵抗を感じております。

どのような薬がどのくらい投与されているのか、薬の名前を含めて、教えてください。

○岡田政府参考人 児童思春期の患者への薬物療法がどのように行われているかについては必ずしも詳細を把握していませんが、先生御指摘になりました調査で、発達障害を専門に診療する医師に対して国立精神・神経医療研究センター病院の医師が行った調査がございます。

その調査では、先生御指摘のとおり、薬物療法を行っている医師が七割いらっしゃるとのことでございます。

その医師が使っている薬剤といたしましては、抗精神病薬のリスペリドン、ピモジド、それから、ADHD治療薬のメチルフェニデート、抗てんかん薬、睡眠薬であったということが報告されてございます。しかし、どれだけの量を使っているかについての報告は、いろいろと調べてみまし

たが、現状では報告はないということでございます。

統合失調症やうつ病、摂食障害などにかかっておられます児童思春期の方に対しては、症状を軽減する目的として薬物療法を行うことは、重要な治療法の一つであるというふうには認識しております。年齢や症状に合わせて、現場の臨床的な判断で種類や量を決められているというふうには伺っているところでございます。

○三宅委員 ありがとうございます。

お聞きした薬はいずれも、全部ではないんですけれども、大人に使用されている薬ばかりであるわけでございます。その薬に対して、量に関して報告がないというのは、ちょっとよろしくないのではないかなというふうに思います。

子供に対する薬の使用量につきましては、ぜひ規制を設けることが必要なのではないかということをお一つ御提言させていただきたいというふうに思います。

また、もう一つの問題は、児童心理を担う医師が不足しているということがあるのではないかと伺うことです。

もともと児童心理学を扱う学部が少ないということももちろん問題の一つではあるわけではありますけれども、発達障害などのお子様を持つ多くのお母様が本当に困っていらつしやいます。

児童思春期精神医療というそうなんですけれども、この分野の医師は現在のくらくらいらつしやるんでしょか。また、今後、こういった医師をふやしていく施策はとられているんでしょか。お伺いいたします。

○牧副大臣 現在、児童思春期の精神医療を担う全ての医師の数というわけではないんですけれども、主な学会の認定医としては、日本児童青年精神医学会認定医という方が百七十四名、日本小児精神神経学会認定医が二百十三名となっております。

当然、この数が十分だという認識ではございませんので、児童思春期の方に適切な医療を提供す

るため、児童思春期の精神医療を専門とする医師のさらなる充実が必要だと認識をいたしております。

児童思春期の専門的な精神医療を担う人材育成のための研修会の実施ですとか、各都道府県で拠点となる病院を中核とする関係機関の連携体制の構築ですとか、あるいは、二十四年度の診療報酬改定でも、児童思春期の精神医療に対する評価を行う等により、児童思春期精神医療の充実を図っているところでございます。

今後とも、このような取り組みを通じて、医療

の体制整備を進めるとともに、学校での対応や市町村での相談支援との連携など、さまざまな支援を通じて、地域で安心して暮らせるような体制づくりを進めてまいりたいと思っております。

○三宅委員 お聞きして、改めて、本当に少ないんだなということを感じました。ぜひ、全国のお母様方のために、地域間格差をなくし、何カ月も待たないと診療を受けられない、そういった状況をぜひ改善していただけたらというふうに思います。

次に、外国人生活保護受給者につきましてお伺いいたします。

そもそも、昭和二十五年に施行されました生活保護法によりまして、まず第一条に「生活に困窮するすべての国民に対し」というふうにございます。日本国民のみを対象としているわけなんですけれども、実際は、永住権のある外国人に対して生活保護が支給されているという現状がございます。

お聞きしますと、昭和二十九年に局長通達という形で、永住権のある外国人に対して生活保護の支給が始まったということなんですが、これはどのような経緯だったんでしょうか。

○山崎政府参考人 お答え申し上げます。

御指摘のとおり、生活保護法では、確かに日本国民のみが対象になっておりまして、外国人の方は対象となっておりません。一方、外国人の方につきましては、永住者、定住者等の在留資格を

有し、適法に日本に在留されている、こういう条件でございますけれども、その方々につきまして、昭和二十九年五月の通知に基づきまして、人道上の観点から、予算措置という形で支給させていただきますという状況でございます。

○三宅委員 予算措置ということで行われているということなんですが、こういったことがたびたび行われているんですかというところがまず一つ、現在、局長通達に基づいて外国人に生活保護を支給していることは生活保護法に抵触するのではないかと、この二点をお伺いいたします。

○牧副大臣 生活保護法上は日本人ということになっておりますが、日本に住む永住者の皆さんに、法律に規定されていないけれども、法律で禁止されているわけではないので、人道上の観点からこれを支給するということであるので、局長の通達という認識であります。

もちろん、こういった生活保護を目的に日本に入ってくるような人というのは当然ないという前提の出入国管理法だと思っておりますけれども、例えば特別永住者のように、もともとこの国で生まれ育っているような方も大勢いるわけですから、そういう人々を締め出すような、多分、日本国憲法のたてつけになっていないと思っております。

○三宅委員 ありがとうございます。

禁止されていないからというのとはなかなか理解しにくい部分もございまして、それであれば、法律を変えるというのをそもそも考えるべきだというふうには個人的には思っています。一般的に、省庁の通達というのは、法律に抵触しない範囲内でするものだというふうに理解しております。

特に、民主党政権では政治主導を掲げているということもありまして、大きな政治判断におきましては政務三役が判断すべきと思いますが、いかがお考えでしょうか。

○牧副大臣 もちろん、大きな政策判断というのはそうだと思いますし、さらに、国民から信託を受けた国会で決めるのが筋だと私は思います。

○三宅委員 それでは、生活保護受給者全体のう

ち、外国人受給者の割合はどれくらいになっているんでしょか。教えていただけますでしょうか。

○山崎政府参考人 お答え申し上げます。

平成二十三年十二月時点でございますが、全生活保護受給者が約二百九万人でございますけれども、そのうち、世帯主が外国籍の方である生活保護受給世帯に属する人員、これは約七万三千人です。全体に占める割合では約三・五％、こういう形になってございます。

○三宅委員 ありがとうございます。

私の質問の趣旨は、外国人に対する支給の是非ではなくて、重要な法律が実態として局長通達などで変えられているということがどうなのか。そして、外国人の場合、資産のチェック、いわゆる日本の資産のチェックが非常に難しいというふうな思いです。その一方、日本人は、現在、銀行の口座のチェックなど厳しくなっていくわけで、逆に不公平にならないようにしていただきたいというところでございます。

以上で私の質問を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

○池田委員長 次に、宮崎岳志君。

○宮崎委員 民主党、宮崎岳志でございます。

本日は、まず、胃がん撲滅に向けたヘリコバクター・ピロリ対策について伺いたいというふうに思います。

おとしの、二〇一〇年十一月十二日なんですけれども、厚生労働委員会におきまして、雇用・能力開発機構法廃止法案の審議が行われた際に、関連してこの問題について質問をさせていただきました。胃がんのほとんどはピロリ菌に起因するものである、ピロリ菌の検査を胃がん検診として認めて、ピロリ菌の除去も保険適用していただきたい、そういうお願いをいたしました。

二〇〇六年にがん対策基本法が成立して以来、国会ではほとんどこの議論が行われておらず、この観点からの質問は六年ぶりぐらいだったんですけれども、私も草分けとして取り組んできたつも