

イン上の位置付けや科学的根拠等を踏まえ、中央社会保険医療協議会で適切に議論してまいります。

○秋野公造君 御検討いただくこと、ありがとうございます。薬剤耐性を確認してから除菌を行うといったようなことを徹底するような仕組みづくりと併せて御検討をお願いしたいと思います。

次に、視覚障害と生きる方の社会参画の観点から、踏切内の移動につきましてお伺いをしたいと思います。

地元福岡県の筑紫野市長さんの文書をお示しておりますけれども、表の二つ目のところにあります西鉄の二日市駅といって、周辺市の中でも非常に大きな駅で、大きな踏切であります。歩道はちよつと狭いので、視覚障害と生きる方がこの点字ブロックなしには移動することが極めて困難な車道に落ちてしまったり、線路内に落ちてしまったりという危険性がありますから、市民の皆様方にとっては点字ブロックの設置について希望が非常に強いところでもあります。

回答の中を見ていただきますと、国と鉄道事業者とで協議が進められています、当該箇所は協議の対象となっていないため、現状として対応できません、こんなことが書いてある次第であります。非常に大きな交差点であります、行き交う人も非常に多いところであります。そんなことをおっしゃらずに、是非応援をしてもらえ

ないかとお願いをしたいと思います、国交省の御見解、お伺いをしたいと思います。

○政府参考人(石和田二郎君) お答えいたします。

踏切道内における点字ブロックの設置についてでございますが、バリアフリー法上の特定道路につきましては、道路管理者と鉄道事業者との協議により、双方の意向を踏まえ、踏切法に基づき大臣が指定し、優先的に対策を進めているところでございます。また、視覚障害者団体からの御要望など、地域のニーズのある踏切道についても同様に、大臣が指定し、優先的に対策を進めているところでございます。法指定がなされた踏切に対しては、踏切道内の点字ブロックの設置に必要な費用を道路管理者に対して個別に補助するなど、国土交通省としても対策の促進に努めているところでございます。

ただいま、今委員から御指摘ございました踏切につきましても、踏切道内の点字ブロックの設置につきまして、地域のニーズを受けて、道路管理者、この場合は福岡県が道路管理者になります、道路管理者が行う検討に対し、国土交通省として技術的な助言等必要な支援を行ってまいりたいと考えております。

○秋野公造君 国ではなく道路管理者との協議ということを理解をいたしました。取りまとめりま

したならば要望に上がりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

石和田次長さん、ここまでで結構でございます。

○委員長(小川克巳君) 石和田次長におかれては、御退室いただいて結構でございます。

○秋野公造君 次に、油症の診断基準についてお伺いをしたいと思います。

資料の三にお示しをしております。いわゆるライスオイルにPCBが混入をしたということで、史上まれに見る有機塩素中毒ということで、これがどれぐらい長期的な影響を及ぼすのかといったようなことは世界には全く知見がない状況であります。赤のハイライトで、PCDFの濃度を測定をするということを見付けるに至った厚生労働研究班の先生方や、それを支えた厚労省の皆様方に感謝を申し上げたいと思います。

参照二のところの一に五十ピコグラムというところで基準が示されておりまして、これも妥当なものだということを私も確認をしておりますが、めくっていただきますと、このPCDFの測定につきまして、上のグラフ、図を見ていただきますと、エクスポージャーということで、暴露したときは六〇ppbであったものが、三十年たつと、〇・八、青線でありますけれども、まで減少をしているということでありまして、この五十という数字は極めて妥当だと、この時点で妥当だと思

ますけど、測定する時期に応じてその判断は異なるといったようなことを踏まえなくてはならないということであります。

このページには、半減期は五年という記載もあれば、一方で、その次のページでありますけれども、直近ではもう半減期無限大ということで、ほとんど変化しないということであります。直近の考え方に基づくと余り変わらないだろうということではありますが、カネミ油症が起きたときの頃は半減期も非常に短いということでありまして、この五十という数字をどう扱うかということは非常に重要だろうと思っております。

半減期を考慮した判定が行われているかを確認をしたいと思います。

○政府参考人（大坪寛子君） お答え申し上げます。

カネミ油症の診断基準でありますけれども、昭和四十三年の策定以降、これまで五回ほど見直しが行われてきております。

油症患者を診察する医療機関に対しましては、研究班による手引き、これが作成されております。その中で、血中ダイオキシン類濃度につきましては、体内に取り込まれたダイオキシン類が徐々に排せつされること、また油症認定者の血中濃度における最大値、平均値、標準偏差値などについてはお示しをしております。

ただ、先生御指摘いただきましたように、主な原因物質とされる血中のP e C D Fの濃度であります。以前は半減期から七から十年程度と推定されていましたが、近年発表された論文では、御指摘のように、ダイオキシン類がほとんど排出されない、いわゆる半減期が無限大の方がいらつしやるということも報告を伺っております。このように、血中濃度や半減期に関しては個人差等があることを留意する必要があるというふうに我々も思っております。

したがいまして、現行の診断基準におきましては、血液検査の結果のみならず、発病条件と症状、それから所見を参考にして、受診者の年齢及び時間的経過を考慮の上、総合的に判断するように明記がされております。この診断に関わる医師に対しては、研究班を通じて毎年診断基準の周知をしていただいているところであります。

厚生労働省といたしましては、引き続き、カネミ油症患者の皆様の支援に関する施策の実施、これしつかり取り組んでまいりたいと思っております。

○秋野公造君 どうか適切な判定によりしくお願いをしたいと思います。

次に、血液製剤と血漿分画製剤につきましては国内自給をすると、これが過去の薬害の反省であります。インフォームド・コンセントをきちんと

するということも、適正に使用をするということも、そして、繰り返しですが、国内自給を行っていくということも過去の薬害の反省ということでもあります。

フィブリノゲンにつきましては、お示しをしておりますとおり、過去にはかなり適用を限定されましたけれども、薬害患者の皆様方のお力を得て、産科領域、心臓血管外科領域に拡大するとともに、新たな増産体制も整ったところであります。フィブリノゲンとまずグロブリンの国内自給の状況についてお伺いをしたいと思います。

○政府参考人（宮本直樹君） お答えいたします。

フィブリノゲン製剤については、過去の歴史的経緯を踏まえ、関連学会や薬害被害者に加え、秋野議員の御助力もいただきながら、適正使用に関する検討が慎重に進められ、現在まで産科危機的出血や心臓血管外科領域における適用拡大が認められてきた状況でございます。

先天性低フィブリノゲン血症患者の確実な供給を確保しながら、増加する需要に対応するため、令和七年十二月に一般社団法人日本血液製剤機構において製造施設の新棟が完成したことで、引き続き国内自給率一〇〇%を確保できるものと認識しております。

一方で、グロブリン製剤につきましては、適用拡大等により需要が拡大している中、国内メーカ