

○西島英利君

自由民主党の西島でございます。

先々日ですか、火曜日に、民主党の櫻井充議員から混合診療のことについての御質問がございました。私も、今回、東京地裁で判決が一つ出まして、インターフェロン療法について、健康保険法に基づく療養の給付を受けることができる権利を有するということが、その判決が出まして、これに基づきまして規制改革会議が混合診療の全面解禁に向けてもう一度答申に盛り込むというようなことを発言をされております。そういうことから、私は、今日、混合診療について少し質問をさせていただきたいというふうに思います。

まずは、二〇〇七年十一月の七日、東京地裁で判決が出ましたこの裁判の内容それから状況説明等について、厚生省の方から説明をお願いいたします。

○政府参考人（水田邦雄君）

お答えいたします。

お尋ねの訴訟は、現在は有効性の観点から保険との併用が否定されている診療につきまして、それがかつて保険との併用の下で受けていた患者の方が将来的にも当該診療と保険診療を併用して受けることができる権利の確認を求めた訴訟でございます。

本件訴訟につきまして十一月七日に国側敗訴の判決が下されましたけれども、その内容は、いわゆる混合診療を原則として禁止している制度そのものの当否については判断を下しているものではなく、あくまでもいわゆる混合診療を原則として禁止する取扱いとすることに関する法令の根拠につきまして、これがないと、このような判示をしたものでございます。

○西島英利君

この混合診療につきましては、平成十六年の九月に小泉総理、当時の総理が混合診療の全面解禁に向けて検討していくという所信表明をなさいました。それに伴いまして、厚生労働省の方でも様々な議論が行われたわけでございます。

そして、国会の方でもこれに対する考え方を、いろんな形でこの厚生労働委員会でも議論をさせていただきました。また、ご質問がございました。その内容、要旨は、保険診療と保険外自費診療を併用する混合診療の導入は、患者の負担を大幅に増やし、国民医療の不平等を引き起こし、国民皆保険制度を破壊する、については、だれもが安心して良い医療を平等に受けられる国民皆保険制度を今後とも堅持されたいという内容でございまして、これは平成十六年の十二月の三日に参議院本会議で採択をされたところでございます。そして、内閣に送付されたということでございます。

そういうことで、たしか十二月の十五日に厚生労働省としての考え方を示されまして、いったんこれで混合診療についてはそれなりの決着が付いたのではないかなというふうに思っていたわけでございます。

今のこの裁判の内容につきまして、厚生労働省としては、この判決についてどのような対応をなさったんでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君）

本件訴訟につきまして、国といたしまして十一月十六日に控訴を行ったものでございます。

厚生労働省といたしましては、混合診療を無原則に認めることにつきましては、患者に対しまして保険外の負担を求めることが一般化して、患者の負担が無制限に拡大する、歯止めが掛からないおそれがあるということ、それから、安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せて実施されてしまうことによりまして、科学的根拠のない医療の実施を助長するおそれがあるということから不適切

であるため、この保険診療と保険外診療の併用につきまして適切なルールを設定して運用してきたものであると考えておきまして、控訴審におきましても、引き続き現行制度の正当性について主張してまいりたいと考えております。

○西島英利君

そのような理由によって控訴をされたということでございます。

本件はあくまでも法解釈についての判決というふうに我々は考えているところでもございますけれども、一方、先ほど申し上げました規制改革会議が混合診療の全面解禁に向けて答申へ盛り込むという発言をなさいました。いったん解決をしたといいますか、いったん整理をされた、そして整理をされてからまだ二年ちょっとしかたっていないこの状況の中で、どうしてこのような考え方を改めて出してこられたのか、その点について、規制改革会議の混合診療についての考え方をお教えいただきたいと思っております。

○政府参考人（小島愛之助君）

お答え申し上げます。

規制改革会議におきましては、平成十六年のいわゆる混合診療問題に係る基本的合意に基づく制度改革を踏まえましても、保険診療との併用が認められる技術数が大きくは増加していないのではないかと認識の下、患者が受けられる医療の幅を広げるという観点から改めて議論を開始したものと承知しております。

○西島英利君

私が今申し上げたのは、要するに、平成十六年に当時の内閣府の担当大臣と厚生労働大臣の間で話合いが付きまして、この混合診療の問題についてはこういう形でやっという事で整理が付いたというふうに思ったんですね。そして、まだそれはその整理された内容について実績を今重ねている段階の中で、どうしてこのような改めての、この判決を一つの契機にして出てきたということでございますので、どうしてなのかなというのを私は今疑問に感じているわけです。

もう一度お願いします。

○政府参考人（小島愛之助君）

お答え申し上げます。

規制改革会議として議論を再開し始めた経緯は先ほど御答弁申し上げたとおりでございますが、先ほど来先生御指摘の、判決を契機としてそれを更に早めるという形での考え方が規制改革会議の中にあると承知しております。

○西島英利君

先ほどの厚生労働省の考え方は、あくまでもこれは法解釈の問題ですよね。つまり、混合診療を禁止する法律は、法的根拠はどこにもないということがたしか判決の内容だったというふうに思うんですね。ですから、混合診療はいいよという内容ではないわけでございますが、そのような考え方がどうして出てきたのかなというのをちょっと疑問に感じざるを得ないわけでございますけれども。

実はこういう文章があるんですね。これは二〇〇二年の一月二十六日の週刊東洋経済というので、当時の、当時は総合規制改革会議と言っていましたけれども、このときの議長の宮内さんがこの中でこういう言い方をされているんです。

国民の医療費をGDPの七％に抑えるというのはとんでもないと。一〇％でも何でもよいと思えます。国民がもっと様々な医療を受けたければ、健康保険はここまでですよ、あとは自分でお払くださいという形ですと。金持ち優遇だと批判されますが、金持ちでなくても、高度医療を受けたければ家を持ってでも受けるという選択をする人もいるでしょうと。それを医師会が止めるというのはおかしいです。医療サービス、病院経営には民間人の知恵を入れるべきでしょう。企業が病院を経営してもよい。利潤

動機の株式会社に人の命を預かる医療を担わせるとは何事かと言われているわけですが、はははと笑っている。

こういうようなことを、実はこの方が当時は総合規制改革会議の議長なんですよ。つまりもうけ話な話ですね。

昔は、本当にこの国民皆保険制度がないときは、病気になられてお金がない、でも薬が必要だというときには、まさしく自分の娘を売ってでも薬を得たというようなことが、実はそういう時代もあったわけですね。だから、そういうふうにならないようにということで、この混合診療に関してはかなりの規制が掛かっているというふうには私は思っているんですね。

そういうことも含めた中で様々な議論があったわけでございますけれども、しかし一部あった話、それは、例えばがんの患者さんがいて、新薬ができましたと、しかしこれは保険として認められていないので、だから全体的に自費としてその薬を使わざるを得ないというような深刻なお話も当時議論の中で実は出てきたわけでございます。しかし、このときの規制改革会議の戦略は、こういう戦略があったんですね。なかなか進まないんで、がんの末期の患者さんに来てもらって公開で議論をやって、そして大変だということを示せば翌日のマスコミは大々的に書くであろうと。こういうことも、実はこの規制改革の中の議論の中であったというふうには私は聞いております。

さらに、こういうことが当時起きたわけですね。東大、京大、阪大の三病院長が二〇〇四年十一月二十二日に規制改革・民間開放推進会議に提出した要望書がありまして、特定療養費制度の適用認定には長期間を要し、医療技術の進歩が遅れがちになることを理由にして混合診療の導入を求めていますということを、実はこういうような要望書を三大学の病院長が出された。実は、これも戦略の中にあっただすよ。医師会を分裂させようと、そのためには大学病院長からこういう要望書を出させようという戦略があったというふうには、実はある議事録できちんとそういう内容を私は確認をいたしました。そういうことを当時の議論の中で私も実は質問をしたわけでございます。

そういう中で、じゃ次の質問を実はさせていただきたいんですが、今規制改革推進室へ要するに行政職の方以外から出向者がたくさん出ておられます。どういう企業の方から出ておられるかということをお教えいただきたいと思っております。

○政府参考人（小島愛之助君）

お答え申し上げます。

規制改革会議の事務局でございます規制改革推進室の室員は現在総勢三十二名であり、このうち国家机关以外からの非常勤の国家公務員として採用されている者は十七名でございます。国家机关以外からの採用者の出向元の業種につきましては、製造業、金融業等多岐にわたっているところでございます。

○西島英利君

私は、今簡単におっしゃいましたけれども、ここにリストがございます。読ませていただきますと、日本郵船が二名、これは今の議長のところですね。それから、関西経済団体連合会一名、その他は全部一名なんですが、キヤノン、国民生活金融公庫、JFEスチール、信金中金、新日本石油、帝人ファーマ、東京海上日動火災保険、トヨタ自動車、日本経団連、日本生命、松下電器産業、三井住友海上、三菱東京UFJ銀行、森ビルからこれだけ、一名ずつ出ておられる。金融関係が多いですね。それから、生命保険会社からも出ておられます。まさしくこの混合診療の議論の中で民間医療保険を大々的に売り出して、空前の実績を上げたわけですね。ですから、まさしくここで議論される内容、これは医療の内容を議論しているのではなくて、まさしくそれで困っておられる方々、患者さんたちを救済するために議論をなさっているんじゃないかと、いかにもうかるかということの議論でしか私はないのではないかと、いうふうには思わざるを得ないんですね。

実は、私が日本医師会の常任理事のときに、実はこの総合規制改革会議からヒアリングに呼ばれました。そして、そこでいろんな議論をしたんですが、その後の、終わった後の宮内議長の記者会見でこういうことを言うておられます。いや、この医療産業というのは百兆円の産業になるんだと、こんな百兆円の産業になるのにどうして医師会の先生方は反対するのかと。でも、私はそのとき思ったんですね、じゃその百兆円を一体だれが出すんですかと。国民が出すんですよ。利用者が出さざるを得ないんです

ね。そういう議論の中で実は混合診療の全面解禁はずっとやられてきている。だから、ああいう形で、当時の尾辻大臣は大変な御苦勞をされて、大激論を交わした中で、実は当時の内閣府の担当大臣、村上大臣でございましたけれども、と覚書を交わされて混合診療の考え方が整理されたというふうに私自身は思っております。それがまた、同じようなことをまた繰り返そうとされている。まだ今実績を積み重ねているところなんですよ。

さあ、そこで、こういう形で、もうこれについては、これ以上は内閣府の御意見はお聞きいたしませんけれども、そういう中で、去年から今年にかけてだったかな、損害保険会社、第三分野の保険金の不適切な支払で様々な行政処分が行われました。この第三分野というのは医療保険の分野が入っておりますですね。この内容について、どういう内容であったのか、そしてどのような処分されたのか、お教えいただきたいと思います。

○政府参考人（三村亨君）

お答えいたします。

本年の三月、損害保険会社におきます第三分野商品に係る不適切な不払が二十一社におきまして平成十三年から平成十八年の間で合計で五千七百六十件、総額約十六億円判明をいたしました。

金融庁といたしましては、保険金支払管理態勢に重大な問題の認められました十社に対して業務改善命令を、さらにそのうち六社に対しましては一部業務停止命令を発出いたしましたところでございます。当該業務改善命令におきましては、経営管理態勢の強化や保険金支払管理態勢の強化などを含む再発防止策の策定、実施を求めたところであり、各社の業務改善の状況を今後引き続きフォローアップしてまいります。

○西島英利君

つまり、この混合診療の全面解禁という形の中で国民の不安をあおって、そして国民はもう我もという形でこの医療保険を購入したわけですね。そして、これからどんどん自己負担分が増えていきますから、将来の安全のため、安心のためにどうぞお買いくださいという形で、だから空前の売上げを上げている。ところが、一方では支払の段階になったら様々な理由を付けて支払わなかったと。これが実態なんですよ。

ですから、今まさしく、先ほど申し上げたこの規制改革推進室への国家機関以外からの出向者、先ほど申し上げたように、まさしくこの医療保険を販売している会社の方々が入っていらっしゃるわけです。たくさん。じゃ、この方々は今回の混合診療の議論に全く関係してないのか。そうじゃないはずですよ。ですから、本当にそういう状況の中で、ただただ一つのきっかけだからということでまた再燃をしているのかどうかということをお私に非常に怒りを持っているところでもございます。

さあ、そこで、平成十六年に混合診療についての整理が厚労省でなされ、これは当時の村上担当大臣も了解されたところでございますが、これについて簡単にその内容をお教えいただきたいと思っております。

○政府参考人（水田邦雄君）

平成十六年の措置の内容でございますけれども、大きく分けまして三つございます。国内未承認薬の使用の問題、先進的な医療技術の扱いの問題、それから制限回数を超える医療行為、こういうことに関しまして、保険診療との併用についてのルールを改めることを内容といたしますいわゆる混合診療問題に関する基本的合意を規制改革担当大臣と厚生労働大臣の間で結びまして、平成十八年の健康保険法の改正におきまして保険外併用療養費を創設するなど、必要な改革を着実に実施したところでございます。

これらの改革は、一定のルールの下に保険診療と保険外診療との併用を認めるとともに、これに係る保険導入手続を制度化するものでございまして、必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により担保するという国民皆保険制度の理念を基本に据えたものでございます。

○西島英利君

つまり、そういうような整理がなされたわけです。

がんの患者さんたちも最初はかなり厳しい状況の中で混合診療の解禁についての御意見を述べてい

ただいていたわけですが、このような決着の直前に患者団体の代表者の方々は相次いで、完全解禁は望みませんと、医療に貧富の差が付いたり、安全でない薬が使われるのは違うと思うからですというような声明が相次いで出されておるんですね。ですから、まさしく規制改革会議が意図されていた部分と患者さんたちが要望されていた部分とはかなり乖離があったらろうというふうに私自身は思うわけですが。

そこで、こういう整理がされた中で、一体その環境とといいますか、状況は何か変わってきたんでしょうか。例えば、承認をするのがスピーディーになってきたのかどうかも含めて、少しお教えいただきたいと思います。

#### ○政府参考人（水田邦雄君）

先ほど申し上げました基本的合意に基づく改革の言わば実施状況ということでお答えいたしたいと思いますが、まず国内未承認薬につきましては、平成十七年一月に未承認薬検討会議、これを設置いたしまして、海外で承認されている国内未承認の医薬品につきましては、保険診療と併用できる治験に速やかにつなげるべく議論を行っておりまして、これまで十四回の会議を開きまして、十品目について現在治験の実施に至っておりますほか、十一品目につきましては既に薬事法上の承認が得られているところでございます。

また、先進医療につきましては、平成十七年七月に先進医療専門家会議を設置しまして、ここで先進医療として認められたものにつきまして保険との併用を可能にしたものでございます。

実績を申しますと、従来の高度先進医療を含めて百二十三技術につきまして保険診療との併用が可能となりまして、それらの技術は延べ八百九十九の医療機関において実施されているところでございます。これは重複を除きますと五百六機関でございますけれども、従来の高度先進医療におきましては延べで三百三十五の医療機関、それから実数でいいますと百二十六の機関でございますので、機関数は大幅に伸びているところでございます。

さらに、制限回数を超える医療行為につきましては、平成十七年十月に腫瘍マーカー検査など十項目につきまして保険診療との併用を認めたものでございまして、私ども、基本的合意に基づきまして実績を着実に上げてきていると、このように認識をしております。

#### ○西島英利君

一方、朝日新聞は、これは今年の十一月十五日に、ですからこの判決が出た後ですね、こういう記事が載っております。例外的に対象としてきた百一の医療技術のうち十八が認められなくなる通達を厚生労働省が出していたことが分かった。通達は政府が二〇〇四年十二月に混合診療を認める医療機関と医療技術の範囲を拡大する決定をした約半年後に出版されており、政府の規制改革会議は決定に逆行すると反発をしているということですが、これはどういうことなんでしょうか、お教えいただきたいと思っております。

#### ○政府参考人（水田邦雄君）

ちょっとこの件は込み入っておりますので、まず背景から御説明したいと思います。

これは先ほど申しました基本的合意におきまして、引用いたしますと、将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうかの観点から先進医療の扱いにつきまして制度を抜本的に見直すと、このようにされておきまして、これを受けて、将来的な保険導入のための評価を行う評価療養と、保険導入を前提とせず患者の選択にゆだねる選定療養から成る保険外併用療養費制度を導入したわけでございます。

この枠組みの下で、評価療養の一つとして先進医療があるわけでありまして、医薬品等の適用外使用を伴う医療技術について保険導入を行うためには、そもそも当該医薬品の使用につきまして薬事法上の承認を得て安全性、有効性について担保されることが前提となることから、薬事法の承認を得ること、ないし治験が実施されているということと先進医療の要件の一つといたしまして、御指摘の通達でこういった整理を行ったものでございます。

しかしながら、従来高度先進医療として認められていた技術でありまして、先ほどの適用外での使用を伴うものにつきましては、暫定的に使用を認めながら、現在、枠組みにつきまして検討を行っている臨床的な使用確認試験の対象といたしまして、一定条件の下で保険併用を引き続き可能とする方向で、平成十九年度中に結論を得るべく精力的な検討を行っているところでございます。

○西島英利君

つまり、今の説明なんですね。そこで、その規制改革会議は決定に逆行すると反発している。

つまり、先ほど申し上げましたように、この規制改革会議で議論をされる方々は、まさしくその医療というものがよくお分かりになっていない中で実は議論をされていると。そして、よく調べないまま、こういうものがあって、それは決定に逆行するのではないかということをおられる。今の説明で大体分かるんですね。私もやはりこの高度先進医療に少し携わったことがございますが、例えば大学の教授が退官と同時に全くそういうその医療が使えなくなるというような実情もたくさんあるわけですよ。ですから、よくよく調べてこういうマスコミに対して発言するときはされないと、国民はこの言葉だけを取っちゃう。

ですから、是非、今日はその規制改革会議の方は来ておられないわけでございますけれども、指導される方が来ておられますから、是非その点の御指導をお願い申し上げたいというふうに思っております。どうぞよろしく願いをいたします。

さあ、ところで、この平成十六年に経済財政諮問会議でかなり激しい議論がなされております。村上大臣、当時の大臣と、それから尾辻大臣、さらにはこの規制改革会議関係の民間議員、それから臨時民間議員といいますか臨時議員といいますか、その方々とのかなり激しい議論がなされているわけですが、二〇〇四年十一月十五日、十二月八日のこの会議のときの議論について、立場が違うでしょうから、内閣府の立場でどういう議論がなされたのか、それから厚生労働の立場でどういう議論がなされたのかをそれぞれお聞かせいただきたいと思っております。まず、内閣府からお願いします。

○政府参考人（松元崇君）

お答え申し上げます。

経済財政諮問会議におきましては、混合診療に関連いたしまして、二〇〇四年の十一月十五日と十二月八日の二回にわたりまして、尾辻厚生労働大臣、村上内閣府特命担当大臣、宮内規制改革・民間開放推進会議議長を臨時議員としてお招きいたしまして議論を行ったところでございます。

同会議におきましては、村上大臣、宮内議長及び民間議員からは、混合診療を原則解禁すべきという立場でございました。これに対しまして、尾辻大臣は、原則禁止とした上で、混合診療が認められる対象を個別に拡大するというお立場でございました。

具体的な議論といたしましては、宮内議長や民間議員からは、少なくとも一定水準以上の質の高い医療機関については混合診療を包括的に認めるべきだという御主張がございました。これに対しまして、尾辻大臣からは、技術ごとに有効性、安全性を確認して混合診療が認められる領域を拡大するといった御主張がございました。こうした点を始めといたしまして、双方の考え方が示されたものでございます。

これらの議論も経まして、同年十二月十五日に村上国務大臣と尾辻厚生労働大臣との間で基本合意に至ったものと承知いたしております。

○西島英利君

それでは、厚生労働省、お願いします。

○政府参考人（水田邦雄君）

御指摘のありました平成十六年十一月十五日に経済財政諮問会議で議論があったわけでございます。このときに、厚生労働大臣からは、いわゆる混合診療の見直しにつきましては、内閣総理大臣からの指示を基に積極的に検討を行っているという状況にあること、一方で、もっとも、その保険診療と保険外診療の併用について一定の例外を除いて認めるといういわゆるネガティブリスト化については、国民の

生命にもかかわるものであり、認めることは難しいということについて御主張いただいたものと承知しております。

その後、両大臣、規制改革担当大臣と厚生労働大臣の間でいわゆる基本的合意、混合診療の見直しに関する基本的合意を結びまして、それに基づいて着実な改革の実施に努めてきたところでございます。

○西島英利君

ここに議事録がございますけど、かなり激しい議論をされております。その中で、詳しい内容はちょっと避けまされども、尾辻大臣はこういう言い方されておるんですね。混合診療の導入は患者の負担を大幅に増やし、国民医療の不平等を引き起こし、国民皆保険制度を破壊すると、だれもが安心して良い医療を平等に受けられる国民皆保険制度を今後とも堅持すべきであるとの請願が全会一致で採択されており、これは極めて重いことであると、一議会人として申し上げるが、これを破ることは自殺行為になるので、私はここから一歩も出るわけにはいかないし、出ませんということを申し上げておきたいと思う、ということで、かなり厳しい、そして内容もかなり厳しい内容をされておるんですね。

それで、この中で、もう少しお話ししますと、その民間議員の方々からは、これは尊重すると言われるんです。ところが、これは国民皆保険制度を堅持するという意味での採択ではなかったかと言われるんです。混合診療は別だということと言われるんですね。ですけど、私は先ほど要旨で申し上げました。まさしく混合診療についての反対のための請願だったこと、これは間違いないわけでございますので、是非こういうことも理解していただきながら、本当にこの国民の健康、これは一番の関心事なんです。

そして、この国民皆保険制度があるから、平等に、いろんな方々が本当に必要な、高度も含めてですね、医療を受けることができる。この制度を私はやっぱり壊す方向へ行くその危険性があるということで、今日あえて、櫻井充委員が御質問されたのにも併せて今日させていただいたということでございます。

以上の今日のお話を聞かれて、大臣、どうお考えになりますか、御決意のほどをお願い申し上げたいと思います。

○国務大臣（舛添要一君）

前日も櫻井委員の御質問に対して申しましたように、そして、今は西島委員から御指摘がありましたように、医療について貧富の格差、これがあってはならない、つまり、貧しいから命は助からない、金持ちだから助かると、こういうことは先進国の医療としてあってはならないと、そういう信念の下に厚生労働行政を行っております。

そういう観点から、今申し上げましたように、患者の皆さん方の負担が無制限に広がるようなことは、これは食い止めないといけない。一方、やはり何とか命が助かりたいということで高度の先進技術に基づく医療を受けたい、また、新しい薬を早く承認してもらいたい。こういうことにつきましては、新薬承認、これは五年計画で、今の四年を一・五年、つまりアメリカ並みにするというのを着実に、これは予算措置も付け、人員も増やして今やっているところでございますし、今ある御議論がありましたように、保険の適用できるもの、それから適用できないもの、そのものを併用することについてはきちんとしたルールに基づいて適切にやると、こういう原則で対応してまいりたいと思います。

○西島英利君

それでは、次の質問に移らせていただきますが、今回、十二月に診療報酬の改定幅が決められようとしております。今大変な騒ぎになっているわけでございますけれども、先日、中医協の方から意見書が出ましたですね。これについて簡単にお教えいただきたいと思います。

○政府参考人（水田邦雄君）

御指摘のとおり、先月二十八日の中医協におきまして二十年度改定に関する意見書が提出されております。

その内容といたしましては、中医協における診療側委員、支払側委員及び公益委員の協議によりまして、現下の勤務医の過酷な勤務実態、とりわけ産科、小児科や救急医療等の実情等に照らしまして、次期診療報酬改定においては勤務医対策を重点課題として診療報酬の評価を行うべきであり、また、診療報酬の本体部分については更なるマイナス改定を行う状況にはないこと、一方、後発医薬品の使用促進を着実に推進することという基本的認識について一致が見られたところでございます。

一方、この基本的認識の下でどのように二十年度の改定に臨むべきかにつきましては、支払側委員と診療側委員との間で意見の食い違いが見られたものでございます。

○西島英利君

さあ、そこで、今、マイナス改定にするような状況ではないというお話でございましたけれども、この中で今問題になっているのが財源でございまして、二千二百億円をどうするのかというのがマスコミにもぎわせているところでもございます。これについて厚生労働大臣のお考えを少しお聞かせいただければと思います。

○国務大臣（舛添要一君）

この二千二百億円をどう削減するか、大変困難な課題に今取り組んでおりますことは西島委員も御承知のとおりだと思います。

ただ、政府全体の方針として、歳出をできるだけ抑制すると、そして社会保障についてもその例外としないということの政府方針の下に、今、効率化、合理化、そういうことについてはきちんと取り組んでいるわけでありまして。

しかし、やはり国民の最後のセーフティーネットでありますから、そういう意味では、質の高いサービスを提供したいということで、そういう合理化、効率化の努力はきちんと継続していつている。しかし、その上で、今、二千二百億円をどうするか。一つは薬価、これを下げる、もう一つは被用者保険間の間の助け合いということで何とか解決をしまいたいというふうに思います。

今年度はそういう形でぎりぎりの努力を行っておりますけれども、長期的には本当にこれはもう限界に来ているという率直な感想を述べさせていただきたいと思います。

○西島英利君

今一番大きなのは、被用者保険の財政調整が一番大きな問題であろうというふうに思うんですが、資料をいろいろいただきましたら、かなりいろんな意味で格差がございましてですね。健康保険組合の保険料率も、これかなりの格差がございまして、例えば、政管健保が八二ですけども、共済組合は六九・一三とか、健保組合は七三・九五とか。ところが、それをもう少し調べていくと、本人負担の割合からいくとこの格差が大きくて、平均四四・二%、最低が二二・一%等々、かなりの格差があると。

やはり、保険というのは自助、共助、公助という中で今たしか成り立っているはずでございまして、やはり共助という考え方を今後やっぱりきちんと整理をしていかなければなかなか成り立たないのかなという気もいたします。これについては、大変難しい状況に大臣いらっしゃると思いますので御答弁は求めませんが、是非、こういう形の中で何とかいい方向へ持っていただくようお願い申し上げたいというふうに思います。

もう一点、実は、診療報酬改定といいますか、この中で少しお話を聞かせていただきたいんですが、その前に、経済財政諮問会議が平成二十年度予算の基本方針、最初の考え方から少し微調整をされた形の中でこの前、方針が出されました。これは、やはり自民党もいろんな形での意見を述べさせていただきましたし、野党の方々も様々な形で意見を述べておられますので、その辺りが少し反映されてきたのかなというふうには思っておりますので、御期待を申し上げたいというふうに思います。

そこで、もう一点だけ、中医協の医療経済実態調査について少しだけ御質問させていただきたいというふうに思いますが、実は、この調査の内容が独り歩きして様々な議論がなされていることがあるのだろうというふうに思います。

まず、これは、私も中医協の委員をしていましたし、日本医師会常任理事のときにずっとこれに携わ

ってまいりました。そのときにやっぱり問題だったのは、一つには定点調査でないというところなんです。調査をする年々によって、医療機関をある程度選んで、そこをお願いをします。そうすると、返ってくる回答率が四〇%台の年もありましたし、今回は六〇%、病院によっては六〇%ぐらいというところもありますが、そういうふうにかなりばらつきもある。また、調査の年によって、病床数とか従業者数の平均が異なったり規模も違ったりすると。規模が違くと、これは当然収入も違ってくるわけですね。ですから、そういう意味で、この非定点の中で本当に二年前と比較検討ができるのかどうかという実は議論はずっと前から中医協の中でも行われていたところでございます。

例えば、こういうことがあるんですね。診療所のレベルでいきますと、医師、一施設当たり医業収入が前回比でプラスになっているわけですが、ところが、従事者数一人当たりの医業収入はいずれも前回比マイナス。ということは、前は従業員が多くなかったんだけど、今回は従業員の多いところがかなり選ばれている。そうすると、規模が違うんです、そもそもが。規模が違えば収入が違うのは当たり前でございますので、本当にこれで比較検討がきちんとできるのかどうかという部分がございます。

さらに、今回、定点調査も一応行っておられます。一般病院で七十施設と少ないわけですが、これで見ましても実に面白い状況が出ておまして、医療法人で見ますと、これは病院ですけども、非定点でやりますと、二年前と比較しますと七・五%の大変なこれは伸び率なんです。ところが、これを定点、七十施設を定点でやりますとマイナス五・七%の伸び率なんです。

これを国立病院で見ますと、また面白いんですね。国立病院は伸び率が、非定点ではマイナス三九・一%、定点でありますとプラスの一五・三%。これ、七対一を取られたというのが影響しているのかどうかはちょっと分かりませんが、ほかのデータを見ますと、七対一取られたところは実は赤字になっているんですね。

ということで様々な問題が出てきていまして、やはりこの経済実態調査のやり方を変えないと、本当にきちんとしたデータとして出てこないのではないかなというふうに思っているところでもございます。

是非、これについて大臣のお考えをお示しいただきたいと思うんですが、また二年後に実態調査、またやらざるを得ないことになりますので、前から言われてきた懸案でございます、是非大臣のお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

#### ○国務大臣（舛添要一君）

これは中医協が実際に行っている調査ですけども、例えば内閣支持率なんて、世論調査見ても各新聞社全部ばらばらですから、同じデータを定点的にやることに意味があるんですね。ある新聞はずずずっといって、ほかの新聞はまた別の基準でやる、質問事項もどうだと。同じことで、やっぱりこの調査の内容、今先生御指摘になったようないろいろな問題点があれば、これはきちんと検討して次回からの調査に反映させるようにすべきだというふうに考えますので、是非、中医協の方に診療側の代表又は支払側の代表の皆さん入って御指摘して下さって、そういう方向でより実態を反映した調査をしていただき、これが基礎になって中医協の議論が成り立つわけですから、それはそういう方向での取組をお願いしたいと思います。

#### ○西島英利君

是非、中医協もそうですけれども、なかなか、まあ中医協は別の法律で決められた組織といいながら、実際的にはやっぱり行政がかなり関与しているわけでございますから、行政というのは、一つの決められたものを変えるときには大変な実は、抵抗という言葉を使っていいのかどうか分かりませんが、かなり難しい部分もあります。そういうところにやっぱり大臣という政治家の立場でお入りになっている大臣の一言というのは非常に大きいだらうというふうに思いますので、是非よろしくその点の御認識をいただいて、御理解いただければというふうに思います。

最後の質問に移らせていただきます。

先日もこれは足立委員の方からかなり詳しく実は御質問をされた部分でございますが、医師法二十一条にかかわる診療中の事故によって亡くなられた方々の死因究明に対しての厚労省の二次試案が出まして、これが全国的に実は大変な騒ぎを今起こしております。こういうこのままでいくと、要するにま

さしく事故を起こせば警察に捕まるような法案ではないとか様々な厳しい御意見を実は私どももいただいているところでございますが、これについては前回かなり詳しく足立委員が御質問されましたので、細かいところの私は御質問はいたしませんけれども。

そもそもこの医師法二十一条というのは、これは厚生労働省の考え方は全く変えてないんですよ。それはなぜかといいますと、二十四時間以内に異状死体を発見したときは届け出ると、警察に届け出るということになっているわけでございますけれども、その理由は何なのかというと、死体又は死産児には時とすると殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎の犯罪の痕跡をとどめている場合もあるので、司法警察上の便宜のために、それらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものであるというふうに、

ところが、平成六年に日本法医学会、これはもう本当に一部の方だと私聞いていますけれども、ここが異状死ガイドラインというのを実は出されまして、そして診療行為に関連した予期しない死亡及びその疑いがあるものも、これはやっぱり異状死体とみなすという、こういうガイドラインを作られたわけですね。

ここから非常におかしな具合になりまして、さらには、国立大学医学部の附属病院長会議常置委員会医療事故防止方策の策定に関する作業部会中間報告というところで、「医療行為について刑事責任を問われる可能性があるような場合は速やかに届け出ることが望ましいと考える。」ということで、この下に医師法二十一条と書きちゃったんです。実は、これは大きな解釈の変更なんです。ところが、本来であれば、解釈の変更は医事課でするはずなんです。医事課で全く議論しないまま勝手にこういうものが出ちゃって、これが独り歩きをして様々な問題から警察への届出が非常に増えたという経緯がございます。

そしてさらに、これにも拍車を掛けたのが、先日ありました福島の大野病院の産婦人科医の逮捕の事件でございます。一生懸命診療をやって、その結果、もう本当に残念なことに、御不幸なことにああいふふうな事故になってしまった、事故と言っていいのかどうか、これはまた別問題でございますけれども。そして、その病院がやはり再発防止のために検討会をつくってかなり厳しい実は報告書を出している。それを警察が読みまして、これは医療事故だから警察に届け出なかったからということで、医師法二十一条で逮捕した。こういう質問を川崎厚生労働大臣に私はいたしまして、これはやっぱりいろいろ問題があるので、これ検討しようということで、法務省と警察庁とそして厚生労働省で検討が始まり、我々も参議院の、ちょうどそのときに健康保険法等々の改正がありましたので、附帯決議の中にその問題を入れまして、そして厚生労働省としても検討が始まった、そしてその中で今回の二次試案が出されてきたということでございます。

これに対して全国から意見を様々厚労省は求められていますけれども、しかしこの中でやはり心配されているのは、より医師がそういう状況になってまた逮捕されていくんじゃないかと、だから萎縮診療につながるんじゃないかと、そういうふうな御不安をかなりお持ちだというふうに聞いております。

自民党としましても、これ検討会をつくりまして、安心して医療が受けられるような、そういう制度をつくるということでやっているわけでございますが、このとき、やはり問題なのは、この二次試案の中で、警察に届けるケースもあるよということを書いたんですね。そうすると、これをきちんと明確化しないと、何でもかんでも届けられるんじゃないかという不安を今医師が持っておられる。

ですから、そういう意味で自民党で、訴える側それから医療側の弁護士さんにも来てもらいまして御意見を伺ったところ、故意若しくは重大な過失というのは、これはやっぱり警察ですよというお話でもございました。ですから、故意は分かるんですが、重大な過失をどういう形で位置付けるのか。ある意味でこれは免責的な考え方に私はなるんだろうと思うんですが、ただ、これを法律としてしたときに、こういう考え方、なかなか入れ込めないだろうというふうに思うんですね。

そこで、これは法務省にお聞かせいただきたいんですけれども、医療の萎縮を招かないように刑事訴訟、訴追を限定するような制度にする必要が私はあると思うんですが、ほかにそのような制度を取っているような例があればお教えいただきたいと思っております。

○政府参考人（三浦守君）

お答えいたします。

刑事訴訟法上、刑事訴追、起訴は検察官の権限とされているところでございますが、犯罪の中には、

告訴、告発がなければ起訴ができないというふうになっているもの、これを親告罪というふうに呼んでいるわけでありませうけれども、こういう犯罪の類型がございます。

特に、行政機関による告発の関係について他の制度について申し上げますと、法務省所管の法律ではございませんので細部の御説明は控えさせていただきますが、例えば不当な取引制限等の独占禁止法違反事件につきましては、公正取引委員会から告発がなければ刑事訴追することができないという規定になっております。この告発につきましては、価格カルテル等であって、国民生活に広範な影響を及ぼすと考えられる悪質かつ重大な事案及び違反を反復している事業者等のうち、公正取引委員会が行う行政処分によっては独占禁止法の目的が達成できないというふうと考えられる事案について行われているというふうに承知しているところでございます。

また、証券取引等監視委員会は、金融商品取引法違反の事件につきまして告発権限を有しております。また、収税官吏は、法人税法、所得税法などのいわゆる脱税事件についての告発権限を有しているところでございます。これらの犯罪につきましては、告発というものがなければ刑事訴追ができないというふうに規定されているわけではありませんが、實際上といいますか実務上は、検察当局におきましてはこうした委員会等による告発を受けて起訴をするという運用が一般に行われているというふうに承知しております。

○西島英利君

そういう意味でなかなか難しい問題を含んでいるというふうに思いますけれども、しかしそのような刑事訴追的なものに限定するような何らかの考え方が示されないと、なかなか医師の不安というのは取り除けないだろうというふうに思っております。

ですから、この全国の医師の不安を取り除くような制度設計をするように、是非法務省と警察庁と厚生労働省でよく協議をしていただいて、良い枠組みを、しっかりとした枠組みをつくっていただければと、そういう考え方を示していただけるというふうに思うんですが、それについて法務省はいかがでございますでしょうか。

○政府参考人（三浦守君）

先生御指摘になりました厚生労働省の第二次試案におきましても、医療の透明性を確保し、国民からの医療に対する信頼性を取り戻すとともに、医療従事者が萎縮することなく医療を行える環境を整えていかなければならないというふうにされているところでございます。

法務省といたしましても、関係省庁と必要な協議を行ってまいりたいというふうに考えております。

○西島英利君

警察庁はいかがでございますか。

○政府参考人（米田壯君）

委員御指摘の医療関係者の不安の除去というのは大変大事なことだと思っております。

ただ、それと併せて、やはり国民、あるいは患者さん、あるいは患者遺族の方々からの、医療が十全の信頼と安心感を持てるような、そういう制度設計が必要であると思っております、私どもそういう観点から議論に参加させていただいております。

○西島英利君

ありがとうございます。是非、厚労省を含めた三者でこの協議を進めていただきたいというふうに思います。

最後の質問、一問だけでございますが、先日、新潟の特区の件で舛添大臣が、外国人医師も臨床ができるようにするべきではないか、検討したいという御発言をなさいました。この真意と考え方について簡単にお教えいただければと思います。

○国務大臣（舩添要一君）

外国人医師であっても日本人であっても、きちんと免許を持っている、日本の免許を持っているということが当然でありますので、それを前提での発言だということが、その前提が抜けられて報道された面があるというふうに思います。

これは、新潟の知事さんから、医師不足の一つの対応として外国人医師が活躍できるような環境を整備したらどうかということを質問されたわけでありますので、そういう環境整備とともに、じゃ、だれが医療行為をやってもいいかと。日本人であったってその質を保ってない方がやられると困るわけですから、それを両立できるような制度を考えるということでありまして、優れた知識、技能を持っているような外国人医師、それは当然向こうで、外国で免許を既に持っているということが前提ですけれども、そういう方が臨床修練制度、こういうものを利用するというのは、つまり日本の医師がちゃんと付いて現行制度を効果的に活用するというような意味で申し上げたわけでございます。

○西島英利君

マスコミに出ますと、本当に切り取られてそこの部分が出まして、大変な誤解を受けますので、ちょっと今日は御質問させていただきました。  
ありがとうございました。終わります。