○岸田委員長　次に、山井和則君。
○山井委員　これから五十分間、質問をさせていただきます。
いよいよ医療制度改革の審議が始まりましたが、まさにこれは国民の命のかかった法案であります。私たち民主党は、今の医療の現状に対して、まさにことし、医療崩壊元年になるのではないかという強い危機感を持っております。
先ほど古川議員からも話がありました。現状認識が政府・与党と民主党とで大きく違うんではないか。そしてまた、菊田議員からも、新潟での水原郷病院を初めとする本当に切実な現状について話がありました。
昨年十一月、ここにいらっしゃる岸田委員長とも一緒に、超党派でイギリスの医療の視察に行きました。イギリスではサッチャー政権のもと、医療費抑制政策を十年以上進めたことによって、医師が少なくなり、きょうの午前中の自民党の木原議員の質問にもありましたが、手術の待機が何カ月あるいは何年にもなり、海外に手術に行く人も出てきたり、そういう荒廃した医療を立て直すために、ブレア首相が五年間に一・五倍医療費をふやす、そういうことをやってもまだ、一度荒廃してしまった医療を立て直すのは非常に難しいという厳しい現状でありました。
また、アメリカのクリントン元大統領は、医療保険制度、アメリカでは三割の方が公的な医療保険に入られておりませんけれども、それをつくることが必要だということを最優先課題として取り上げている。公的な医療の給付のパーセンテージが一番低いアメリカで、国民医療費は一番高くなっている。こういう世界の流れと逆行しているのが今回の政府案であります。私たち民主党は、このような医療費抑制、そして都道府県に解決策を任せるという政府案に非常に危機感を感じております。
そこで、今の日本の医療が抱える問題が集中的にあらわれていると思われる小児救急医療について、主に質問をさせていただきたいと思いますし、また、先ほど古川議員からも話がありました、福島での産婦人科医師の方の逮捕ということにも触れさせていただきたいと思っております。
きょうの菊田議員から我が党への質問の中で、我が党の小児医療緊急推進法案について質疑をさせていただきました。
改めて説明をすると、小児救急医療のシステム化、地域小児科センターにまとめていって、そこに行けば安心だという拠点をつくる。それと、医療機関の連携体制の推進。また、簡単なことでは病院に行かなくても家で対応できるようにという、保護者の不安を解消する救急相談体制、これも柚木議員から答弁がありました。また、こういう不採算な小児科の診療報酬の引き上げや、また一般財源からの補助金の投入。そして、五番目には、小児科勤務医の勤務条件の抜本的な改善が必要だと思っております。このことに関しては、私も先日の本会議の答弁で、過労によって残念ながら自殺をされました中原利郎医師の話もさせていただきました。
このような日本の医療の現状を象徴する危機的な状況にある小児救急、その中のまさに大きなネックとなっている労働条件の実態について、少し丁寧に議論をしていきたいと思います。
先ほどの菊田議員の資料にもございましたが、水原郷病院がピンチになっている、それも過重な勤務状況が背景と書かれております。「ある医師は「使命感に訴えて頑張っても限界が来ている。このままでは医療事故も起こりかねない、という声も挙がっている」と大量退職の背景を明かす。」とここにも書かれております。過重な労働が退職につながり、また医療事故にもつながってくる、そういう意味では、この小児科の勤務医の過重な労働状況というのは、勤務医のためだけではなくて、患者さんにとっても非常に危機的な状況であるということであります。
まず、Ａ３の私の資料の一ページにございますが、二十代の小児科勤務医の平均の一カ月の時間外の労働時間は百時間を超えております。この時間外の月百時間の労働以外に、勤務時間にカウントされていない宿直の時間がまた大体平均五、六日分あるわけであります。そんな状況で、体力や健康の不安を訴える、翌日業務への影響の不安、医療事故への不安、そういうものがふえておりまして、限界、大変疲れるという回答をしている方が百九人中七十八人、七二％にも及んでいるわけであります。

また、これについては三ページ目に、小児救急医療拠点病院実態調査、二十七病院の結果、これは二月二十四日の私のお願いに対しまして、厚生労働省がわざわざ一カ月以上かけて調査をしてくださった結果が出てまいりました。

しかし、あの審議のときにも申し上げましたが、一般の小児救急をやっている中小の病院よりもはるかに恵まれたこの拠点病院二十七病院、平均よりもはるかにいい条件ということで申し上げますと、これを見てみますと、三番目、四番目を見ますと、夜間、深夜で、八人、五人、大体十三人ぐらいを診ている。また、十項目めでは、二十四時間以上の連続勤務の回数、二、三回。多い病院では十回も二十四時間以上の勤務をやっている。そして、二十四時間以上の勤務の場合は、一回当たり大体二十九時間働いている。

それともう一つ、十四にありますように、重要なのは、医師の宿直時の診療従事時間を把握している病院の割合が二病院しかないということであります。そして、夜勤で対応しているのは、次のページにありますように、六病院しかありません。四ページでございます。宿直で対応しているのが十病院であります。

そして、次の五ページ目を見ますと、（五）にありますように、十人以上の小児科医師数が確保されると、一カ月平均の当直、夜勤回数がかなり減ってくるというようなデータも出てきております。

こういう、平均百時間以上を二十代の医師の方は時間外で過ごしている。

四月一日から労働安全衛生法の改正法が施行をされました。このことについて、まず御質問したいと思います。

労安衛法の改正によって、事業者が果たすべき社会的責任として、労働時間に着目した健康確保対策が創設された、まさに川崎大臣は労働大臣でもありますから、この労安衛法の元締めであると思います。そして、その労安衛法では、百時間を超えるような時間外を一カ月にやると、脳と心臓疾患の発症の関連性が高いということで、過労死認定基準も月時間外八十時間以上、そういう意味では、過労死危険ラインということになっているわけであります。

そこで、まず最初にお伺いをいたします。

このような小児救急の現場においては、時間外月百時間以上を超えているお医者さんというのが非常に多いわけであります。このことに関しては、このような状況に置くということでは、病院の使用者は安全配慮義務違反に問われることになるのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣　長時間の労働が民事上の安全配慮義務に反するか否かは個別の事案ごとに判断されるべきものと考えておりますけれども、労働安全衛生法上においては、職場における労働者の安全と健康の確保は事業者の責務と明記されており、過重な労働により労働者の健康が損なわれることのないよう適切な措置を講じることは、事業者の責務であると認識いたしております。

○山井委員　事業者の責務ということは、これを放置するということはその責務を果たしていないということになるわけですね。

そこで、問題になりますのは、繰り返しになりますが、医師の方にとってこれは大変な問題であると同時に、それでお子さんにとって十分な医療が提供できるのか、あるいは医療事故のリスクが上がるのではないか。

実は私も、小児救急の外来、二晩徹夜でおつき合いをさせていただきました。これは本当に大変な状況でありまして、晩もなかなか仮眠がとれないという状況があるわけです。特に、十二月、一月のインフルエンザの時期というのは本当に大変な状況であります。

医事新報の平成十八年一月七日号に、「医師の長時間労働は医療安全に有害ではないのか」、そういう論文がございまして、そこにダーソン博士の論文が出ておりますが、こう書いてあるんですね。睡眠不足と業務に関する影響を検討してみると、二十四時間睡眠をとらない際の作業効率は、「運転免許停止処分に該当する血中アルコール濃度に相当する」と。つまり、それぐらい作業効率というか、非常に危険な状態、車の運転はもうできない状態だというふうにこの論文では出ているわけなんですね。

そこで、お伺いします。このような月百時間を超えるような条件において治療をするということは、そこで医療の質は保たれるのか、医療ミスがふえるリスクはないのか、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣　まず、医師の健康の問題でございますけれども、現在の科学的知見では、脳、心臓疾患は、一日の睡眠時間が五時間以下になると発症する危険性が高まるとされております。月百時間以上の時間外労働を行う

と、すなわち一日の睡眠時間は五時間以下になる可能性が高い。したがって、脳、心臓疾患の発生する可能性が高まると考えます。

一方で、長時間の労働が診療の質に与える影響について、これは、個別の事案についてはその事象に合わせながら判断しなければなりませんけれども、一般論としては、長時間に及ぶ過重な労働については、診療の質を保つ観点から好ましくないものと認識いたしております。

時間外労働が月百時間を超えた場合に医療事故の発生頻度が高くなるか。これはなかなか科学的知見がありませんので、どうなるかということは申し上げられませんけれども、今総合的に申し上げたように、余り好ましくないことであることは、同じように考えております。

○山井委員　まさに好ましくない、そういう意味では、これは小児救急に限らず日本全国の救急病院が同様の状況に、まさに労働事象の責任者である労働大臣が好ましくないと言われている状況にあるわけですね。だから今、崩壊しかかっているわけなんです。

それで、労安衛法の審議の際に、厚生労働省は次のように答弁しているわけですね。疲労を感じなくて申し出がなくても、必要な面接指導を行うように指導をしていきたいというふうに答弁をされていて、努力義務規定となっているわけであります。

患者にしても、必死になってその病院に行った、ところが、出てきたお医者さんもまさに睡眠不足でふらふらであったと。私も行ったことのある病院では、夜間に救急の患者さんが来た、そうしたら、三十分ぐらい仮眠したお医者さんが、患者さんが来られましたよといって起こされるわけなんですね。それが何度も晩にあるわけです。

こういう状況で、翌日の勤務も前日の勤務もしているというのは、非常に患者さんにとっても苦しいと思うんですが、こうした医師の異常な労働時間を許容している事業者である病院については、きちんと労働安全衛生法上の指導をすべきだと考えます。四月一日からこの改正法が施行されたわけですから、川崎大臣、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣　個々の一つ一つの案件を調べながら、そのような対応をその職にある者が行うことになります。

○山井委員　当然、これは指導をする対象になるわけですよね。

そこで、このような指導をするときに、要は面接指導の対象にその労働者、ここで言うと病院の医師がなるかどうかを判断するに当たっては、事業者が労働時間を当然把握していないと面接指導が必要かどうかということも判断できないわけですから、ついては、病院はそこで働いている医師の労働時間を把握している、あるいは把握せねばならないと考えますが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣　まず、面接指導でございますけれども、病院、診療所等は、その所属する医師の時間外労働が月百時間を超える場合には、本人の申し出があれば医師による面接指導等を行わなければならない、この点については、本年三月、関係団体へ周知をいたしました。

当然、医療機関においても、働く医師の労働時間について適正に把握する必要があると考えております。

○山井委員　当然、労働時間は適正に把握する必要があるという答弁をいただきました。

次に、労働基準法関係に関連してお聞きしたいと思います。

救急医療現場において、夜間、いわゆる宿直で勤務をされているケースも多いわけです。今回の二十七病院の実態調査におきましても、夜勤できっちりとやっているのは、二十七病院中六病院だけなわけですね、四ページにありますように。

そこで、確認をしたいと思います。

労働基準局長からの通達によりますと、宿日直勤務というのは、病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度または短時間の業務のみが行われている場合であって、医療機関では診療行為を行わない休日及び夜間勤務についてのことである、それを宿日直勤務として扱う、こう書かれているわけですね。要は、病室の定時巡回とか、ごく軽度、短時間の業務についてであります。

しかし、この小児救急の実態を見てみると、五ページを見ていただいたらわかりますように、労働条件がましと言われている二十七の小児救急の拠点病院ですら、十五人とか二十人ぐらいは平均は診ているわけなんですね。これを宿直で診ているケースもあるわけです。ということは、明らかに今の労働基準局長の通達と違っていると

思うんです。

そこで、宿直という勤務でありながら、これだけ、十五人、二十人の実際の医療行為を行っている、こういう場合は労働基準法違反になるのか。あるいは、違反にならないためには、どういう条件があれば違反になりませんか。

○川崎国務大臣　まず、医師の宿日直の許可基準、通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること、夜間に従事する業務は、特殊の措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務に限ること、夜間に十分睡眠がとり得ることとなっております。

一方で、宿日直の許可を受けていた場合においては、夜間に昼間と同様の仕事を行ったときは、この許可基準に反することになります。

一方で、今、例外はあるのかというお話でございます。時間外労働に関する協定、三六協定を締結し、割り増し賃金が支払われていれば、直ちに労働基準法違反となるとは言えないものであります。

○山井委員　今の答弁にありましたように、宿直では、それこそ、十分睡眠がとれて、昼間の診療と同じような診療をやってはならないとなっているわけですね。そうでないと違反になる。しかし、例外が三六協定を結んで割り増し賃金を払っているということです。

それでは、お聞きします。二十七拠点病院のうち、三六協定を結んでいる病院はどこでしょうか。

○川崎国務大臣　労働基準法第百五条は、労働基準監督官に守秘義務を課しております。事業場から知り得た情報については公表しないという前提に立って、三六協定届等各種届を義務づけております。したがって、知り得た情報を今この場で開示するということは、御容赦賜りたいと思います。

○山井委員　ほかの聞き方をします。二十七のうち、幾つ三六協定を結んでいるか。あるいは、もっとストレートに聞きます。すべて労働基準法に合致しているんですか。そのことだったら答えられるでしょう。

○川崎国務大臣　一つ一つどうだというお答えは、今申し上げたようにお許しを賜りたいと思います。やっている数、やっていない数、逆算になりますからね。やっている数幾つといえば、やらない数幾つになりますので、その数の公表については御理解を賜りたいと思います。

○山井委員　それは全部結んでいるんじゃないんですか。労働基準法に全部合致しているということでいいですか。そこはちょっと明確に答弁してくださいよ。

○川崎国務大臣　これは正直、一つ一つの事業場に入って、そして労働基準監督署の人間が調査をし、そして認定をしていかなければなりませんから、そこまでの調査資料ではありませんから。今、これが三六協定をきちっと組んで、もとに行われたか、一方で、百時間以上の労働の実態があったとか、宿日直の実態があったとか、これは個々の事案をこれから個別に労働基準監督署がチェックした上でないと、なかなか事実関係を申し上げられない。

○山井委員　いや、ここが重要なところなんですが、要は、労基法違反になっているかどうかもチェックしないとわからないということなんですよね。

私は、何もこの二十七拠点病院をやり玉に上げて批判しているわけじゃないんです。これは最初にも申し上げましたように、中小の救急をやっている病院よりはるかにいい病院なんですよ、この二十七、国からの補助金が出ている拠点病院ですから。それですら、こういう平均八十時間、百時間を上回っているという状況があるわけなんです。

まさにこれは、チェックしないとわからない。繰り返しになりますが、私はこの二十七が悪いから調査しろと言っているんじゃないんです。やはり、先ほどの水原郷病院においても、あるいは産婦人科の問題においても、すべての医療の問題で、この勤務条件の過酷さが医療現場を崩壊させているという問題になっているんですから。

大臣、この二十七病院が本当に労働基準法に合致しているかどうか、やはりこれは調べてみるべきじゃないでしょうか。そうしないと、労働大臣である川崎大臣もわからないと言ってしまったら、まさに日本じゅうだれもわからないわけであって、では、だれが救急をやっているお医者さんの労働条件を守るのか。現場の方々は、本当にもう燃え尽きてしまったといってやめられる方が多くて、御存じのように開業医ブームが起こっているわけなんですね。

そこで、もし労働基準法はちゃんと守られているんだということを言うのであれば、やはり一度調査をして、ちゃんと守られていますということを公表すべきだと思いますが、大臣、いかがですか。

○川崎国務大臣　今、知り得た情報を公表することは御勘弁願いたいと申し上げました。

これは、基本的には事業場と労働基準監督署の信頼関係の中でやっていく、そして、基本的使命である監督指導等を通じて法違反の是正を図り、労働者の労働条件の確保を図っていくことが任務でございますから、そうした趣旨に沿いながら順々にやらせていただくということでございます。

○山井委員　私がこだわりますのは、ここが今の医療崩壊の根幹の問題なんですよ、ここをきっちりしないと。若いお医者さんたちがなぜ産科や小児科を今敬遠しているかというのは、労働条件が悪い、それを、ふらふらになって、夜間でも子供や妊婦の方を診ねばならない。それで、もしちょっとでもミスがあったら、訴訟になったり、先ほどの話もあったように、逮捕されたりもしかねない。国が守ってくれないんだったら、もうやっていられないという状況になりつつあるわけです。

そこで、ほかの聞き方をします。

ということは、三六協定を結んでいても、時間外で割り増し賃金を払わないと労基法違反になるということですね。

○川崎国務大臣　二つの案件、三六協定を締結することと割り増し賃金を払うこと、この二つが要件でございます。

○山井委員　先ほどの労安衛法での労働時間の把握が必要という答弁と結びつけて、改めて大臣に確認します。

医療現場において、医師の労働時間把握が必要であって、労働時間把握をした上できちんと時間外の割り増し賃金を払わねばならない、それでよろしいですね、大臣。答弁お願いします。

○川崎国務大臣　それで結構でございます。

○山井委員　しかし、この資料の三ページにもありますように、十四、医師の宿直時の診療従事時間を把握している病院の割合、八・七％。二十三の病院のうち二つしか、宿直時間中、何時間実際に診療をやっているか把握していない。ほかのデータでは、平均して十五人から二十人の患者を診ているというのがあるわけですよね。

ということは、大臣、この二十三病院中二つの病院しか宿直時の診療時間を把握していないということは、たとえ三六協定を結んでいても労基法違反になるということですか。

○川崎国務大臣　割り増し賃金を払っているとすれば、どういう形で払っているかという実態が、例えば自主申告でやっているか事業所側がきちっとチェックしているか、どちらの形でやっているかはわかりませんけれども、自主申告でやっているということになれば、支払われているということになろうかと思います。

○山井委員　時間を把握しないとだめなんじゃないですかと言っているわけですね、把握していないとここに書いてあるわけですから。

そうしたら、大臣にこういう実態があるから要望したいと思います、労働時間を把握して割り増し賃金を払わねばならない、この二つが条件だということですので。ところが、それがなかなか守られていない実態があるわけです。大臣、このことをきっちり通達を出していただけますか、日本の病院に。労働時間を把握して、そしてきっちりと割り増し賃金を払わないと労基法違反になりますということを、通達を出してもらえますか。出せるでしょう、大臣、今の答弁どおりですよ。

○川崎国務大臣　労安法については、通達は既に出しております。

それから、もちろん個別指導という形で我々は取り組んでいかなきゃならないということでございます。

○山井委員　いや、私が言っているのは、今それが守られていない現状があるから、今医療崩壊が起こっている、その危機感の中で、改めてやはり厚生労働省から、労働時間を把握して時間外の割り増し賃金をきっちり払わないとだめですよということを通達で出すべきじゃないですか。それぐらいのことをやらないとだめだと思いますが、大臣。

○川崎国務大臣　今ずっと議論してまいりました三六協定問題については、当時十三年四月になります、さかのぼって通達は出しております。

そして、通達だけですべて済むかという話になりますので、個別の指導を一つ一つしてまいりますとお答え申

し上げている。通達は出しています。
○山井委員　結局、その通達を出しても今の状況になっているから、改めて通達を出してやらないとだめだと私は思います。そういうことを強く望みます。
　それで、この問題でやはり出てくるのは、宿直でこれだけ多くの患者さんを診ているということですから、提案でありますけれども、今回、政府案の中では、地域医療計画を策定してその中で小児医療も位置づけられているわけですけれども、その際に、小児救急に関しては、夜間は夜勤とし、三交代などシフト勤務とするということをやはり明記する。
　そのようにしていかないと、今も話を聞いていてわかると思いますが、月平均百時間を上回っている、かつ、夜間も宿直といいながら十分に寝ることができなくて、三十二時間連続勤務が月に何回もある。そういう状況では、今の小児救急のみならず、救急医療体制というのはもう長続きできないです。患者さんも安心して医療にかかれないんです。
　そういう意味では、やはりここは、基本的に宿直でもこれだけの患者さんを診ているという実態が出てきた以上は、大臣おっしゃったように、宿直というのは昼間のような業務をやったらだめです、十分寝られないとだめなんです。その実態にもう合っていないんですよね、救急の現場が。ですから、原則夜勤にするというふうにすべきだと思いますが、大臣、いかがでしょうか。
○川崎国務大臣　小児医療の現状と問題意識、それは同じような意識を持っております。集約化を図っていかなければならない。しかし、一方で、それぞれ地域の事情があって、現実に行われている医療行為もある。そうしたものを考えながら都道府県において集約化を進めてほしい。
　しかし、私の地元の市でいえば、両方ともの市が持ちたいといって、なかなか県の指導どおりいかないというのも実態でございます。そういった意味では、やはり都道府県がしっかり地域と話し合いをしながら小児医療の集約化を進めていかなければならない。
　そして、数字で見ていただいたとおり、私ども、同じ感想を持ちました。十人以上の医師がいるところについては割合労働体系がそろってきているな、しかし、医師数の少ないところについては、その数字を見る限り、かなり厳しい実態になっておる。したがって、集約化というのが一番大事である、このように認識いたしております。
○山井委員　これは夜勤にするというようなことにしないと、安心感を持って働き続けられないんです。四割の小児科医が女性なんですよね。それを多くの方が途中で、やはりこの労働条件じゃやっていけないということで、勤務医をやめたり、開業に走ったり、また医師自体をしばらく休んだりされているわけです。やはりこれは厚生労働省が、今の宿直という名のもとに三十二時間連続勤務を月に何回もさせる、こういう現状を変える、そういう決断をしないと、今のこの医療崩壊、小児や産科の問題、これは解決できませんよ。今おっしゃったように都道府県に任せます、それじゃ無理ですよ、余りにも無責任です。
　次に、それと関連して、産婦人科のことに行きたいと思います。
　このことに関してはきょうも何度か質問や議論が出ております。二月十八日に、残念なことですが、福島県立大野病院で産婦人科の医師が逮捕されてしまった。患者さんは、お母さんはお亡くなりになられたので心からお悔やみを申し上げますが、このことに関しても、一人きりで本当にその地域の産婦人科を支えて献身的にやってこられた、その方が、本当にやはり医療というのは残念ながら一〇〇％確実ということはないわけであります、そのときから一年以上たってから逮捕をされてしまった。
　このことに関しては、先日も、仙谷議員、鴨下議員、公明党の渡辺議員、社民党の阿部議員を初めとして、川崎大臣のところに産婦人科の医師の方々と要望にも行かれたわけであります。陳情書も六千五百二十人の方が、周産期医療の崩壊をくい止める会というのをつくって、危機的な状況になっているわけであります。
　この三つあるうちの一つの要望項目に、周産期医療にかかわる産科医、小児科医の過酷な勤務条件の改善というのが入っているわけですね。こういう過酷な勤務条件を放置しておいて、それで、残念ながらこういう事故が起こったら逮捕された、こういうことで、現場で働いておられる医師というのが本当にもつのか。私の知り合いのある研修医の女医さんはこう言っていました。産婦人科を志望していた、でも、この福島県の事件を見て、もう自信がなくなって産婦人科を自分はあきらめたということを言っていました。

やはりこの問題に対して、厚生労働省として、今後こういうことにならないようにどう取り組んでいくのか、大臣の決意をお聞かせください。

○川崎国務大臣　異状死の問題とそれから周産期医療の問題、少し切り分けなければならないだろうと。

福島の方々が、仙谷委員、鴨下委員とお見えになりました。阿部さんもいらっしゃって、そのときにお話を聞きましたのは、一つは、我々、周産期医療の集約化を図っている中でございました、こういうお話がございました。そういう意味では、医師が一人しかいないという病院においてハイリスクの分娩行為が行われるということは、やはり基本的には、他の病院へ移していかなきゃならない課題に整理をしていかなければならないんだろう。福島県でも、集約化に向けて動き出しているというのが一つでございました。

もう一つは、こうしたものに対して、医療というものと警察というものが直接つながってしまうということについてはどうであろうか。そこは前にも御答弁申し上げたように、こういう問題について第三者機関できちっとした調査といいますか、いろいろな形で検討していただいて、一つの結論を出していくというものがあった方がいいのではないか。

現実に、モデル事業として行わせていただいております。たしか今十四件やっておると思いますけれども、そうしたものを最終的に拡大していって、異状死という問題が出ましたときにそこへ届け出ていく、それによって医療や法曹界の専門の方々で御判断をいただく、こういうシステムをつくり上げていくことができないだろうかというのが大きな課題であり、一方で、余り時間をかけてもいかぬな、こういう認識もあります。そうしたものへ向かって、今、鋭意努力をさせていただいているところでございます。

いずれにせよ、今モデル事業の結果がそろそろいろいろな形で出てきておりますので、そうしたものも御議論をいただきながら、方向性は、皆さん方からいただいている御意見を大事にしながら進めていくつもりでございます。

○山井委員　これはやはり、この医療制度改革の審議の中で一定の解決策を出していかないとだめだと私は思います。これは本当に一気に、今こういう産婦人科あるいは救急医療体制の崩壊というのが始まっているわけです。それに対する解決策が国会審議の中で出なかったら、何のためにこれを審議しているかわからないわけですね。今回の政府案の中では、都道府県に任せて集約化を図ると、しかし、これはなかなか進まないわけです。やはり国が強力なリーダーシップをとらないとだめなんです。

そこで、この産婦人科の問題に関しましては、今おっしゃった拠点に集めるということと、やはり訴訟の問題が非常に多いわけですね。大体これは、医師全体の五％しか産婦人科医がいないのに、医療事故訴訟の三〇％以上が産婦人科関連であり、六倍以上のリスクになっているわけです。

こんな中で、一つこれは、さまざまな方々が今要望されているのが無過失補償制度であります。裁判になって白黒はっきりつけないとお金が出ないというようなことでは、やはり医師の方々も、裁判には時間がかかりますから、訴えられたら安心して医療ができなくなってしまうんですよね。くたくたになって医療をやって、それで本当に幾ら頑張っても時にはうまくいかないことがある、そのときに訴えられる。こういう状況を放置して小児科や産婦人科を推進するといっても、それは無理なわけなんです。その部分のリスクはやはり公的な無過失補償制度をつくっていく。

そういう意味で、労働条件の整備とともに、小児科や産婦人科のお医者さん方をある意味で安心させる、こういう無過失補償制度の検討、大臣、いかがでしょうか。

○赤松副大臣　私の方からお答えさせていただきます。

今山井委員が御指摘をなさった、無過失補償制度をつくるべきじゃないか、そういうお声が強いということは十分に承知をいたしております。

この周産期医療にかかわる紛争解決が円滑に図られることは極めて重要なことであり、今回の医療法改正でも、医療事故事例が発生した場合などには、患者等からの相談に応じて、必要な情報提供や助言を行う医療安全支援センターを制度化することにしております。

今の御指摘の点につきましては、一つは補償の前提となる事実関係等をだれがどのように認定をするのか、もう一つは補償の財源をどのように確保するのか、この認定の仕方、そして財源の問題というふうな課題があると

いうことは十分御承知のことだろうと思います。

また、医療事故の事実関係の認定といった課題に関しましては、現在、患者、家族と医療機関が事実に基づいて十分に話し合い、早期の紛争解決に資することを期待して、診療行為に関連した死亡を対象に、中立的な立場で原因究明を行うモデル事業を実施しているところでございます。

厚生労働省としましては、モデル事業の実施を通して課題の整理を行うとともに、患者に対する諸外国の補償制度の研究により、検討に必要な資料の収集及び整理を行ってまいりたい、こんなふうに考えておるところでございます。

○山井委員　この産婦人科医療の問題も本当に党を挙げて、私たちはこの間、これから議論していきたいと思いますし、まさにこういう制度を具体的につくるというような方向性をやはり審議の中で出していく、そうしないと、審議の意味もないと思います。

そこで、川崎大臣に実はたってのお願いがあります。

というのは、ぜひ、先ほどもどなたかおっしゃいましたが、私たち民主党も、小児や産婦人科医療だけがこれはひどいとはもちろん思っていません。私たちがこの法案を出している理由は、矛盾や問題点が集約されているがんや小児科の問題を通じて、今の日本の医療をよくしていきたい、底上げをしていきたい、そういう思いなんですね。残念ながら、最もそういう矛盾が集約されている、過酷な労働条件と言われている小児科の病院、産婦人科の病院、川崎大臣、ぜひこの産婦人科の病院と小児科の病院に一度足を運んでいただきたいと思うんです。唐突なお願いですが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣　産婦人科の病院は私の地元の後援会長でございますので、一カ月に一遍ぐらいはお邪魔させていただいております。

○山井委員　小児科はどうですか。

○川崎国務大臣　小児科は相手の後援会長でございますけれども、小児科の救急というのは時間があれば見たいと思います。

ただ、正直言って、私、月曜から金曜まで、朝から晩まで、委員会の審議、本会議等でなかなか時間がとれない。ぜひ時間をおつくりいただいて、行かせていただきたいと思っております。

○山井委員　まさにそこなんです。大臣今まさに、毎日詰まっているとおっしゃっていますが、小児科のお医者さんは昼間勤務をして夜中も寝ずに宿直して診療しているんですよ。ですから、それは、今、昼間大臣のお仕事があっても、晩行かれたらいいじゃないですか。翌日の勤務に差しさわると思われるでしょう。でも、笑われますが、そういう状況になっているわけですよ。ふらふらになってから翌日の診療をまたしないとだめなわけですよ。こういう過酷な状況になっているわけです。（発言する者あり）まさにそうでしょう。今も声がありましたけれども、そういうふらふらになった状態で急患が来たらどうするのか。

それで、これは一ページに戻りますが、百時間以上の時間外の労働を小児科医の方々はされている、二十代の方々が。それで、体力、健康への不安、翌日業務への影響、七二％の方が限界、大変疲れると言っておられる。

繰り返しになります。きょうの最初から言ったように、百時間以上というのは過労死の危険ラインで労安衛法の指導対象になっているわけです。本来お医者さんが大丈夫ですかと聞く、聞かれる側がお医者さんになっているわけです。これで小児救急体制が、大臣、持続可能だと思われますか。大臣、いかがですか。

○川崎国務大臣　これは先ほどから申し上げているとおり、そうした認識のもとで集約化を図らなければならないと申し上げているんです。

ただ、現実問題として、よく私の地域の問題を出しますけれども、県やまた三重医大の方から集約化を図れという御提案があっても、各市の市長さんや議会の方々は自分の市にどうしても小児医療はなきゃならないというお立場になって、残念ながら両方に分かれた形の中で集約化できないままある。

したがって、それを説得していくという我々の努力、これは県が中心になりながら、努力があるんです。ですから、そういうものを踏まえながら、目指す方向は一緒でございますけれども、あした一挙にできるかと言われたら、それは少しずつ、一歩ずつ皆さん方を説得しながらやっていかなきゃならない。目指す方向は全く一緒でございますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○山井委員　政府のやり方ではますます事態は、小児救急は危機的な状況になっている、そして、今回のような都道府県任せでは、この形は、まさに今大臣も認められたように、なかなか進まないんですよ。だから、私たち民主党は、危機的な状況だということで小児救急緊急推進法案を出して、システム化とともに、不採算と言われる部分に一般の税の部分や診療報酬部分をもっと大幅に入れて、もっと国が力を入れてやっていかないと、今の政府案の都道府県任せではだめだということの思いを込めてこの法案をつくっているわけです。

それで、この法案の中では、先ほども言いましたように、基本的には夜勤にする、こういうことをしないと医療事故のない安心して受けられる小児救急医療体制が、維持可能な体制がつくれないということなんです。ぜひとも、単に都道府県任せにするのではなくて、大臣の決断をお願いしたいと思います。

次に、医療費推計の話に移ります。

私の資料の最後のページ、十三ページ。時間にも限りがありますから、簡単に申し上げますが、医療の伸び率とそして年金の伸び率が比較してあります。年金の伸び率は一九九五年から二五年まで三十年間ずっと下がっている。しかし、皆さん、この資料を見て不思議なことに、医療費の伸びだけは二〇〇四年を境にぐんと上がることになっているんですね。

私たち民主党は、二〇二五年に五十六兆円に医療給付費がなるのはうそがあるんじゃないか、過大じゃないかということを言っていますが、こうグラフにしてみると、年金は高齢化の効果が一番反映されているんでしょう、何で年金とパラレルではなくて、医療費だけこんな急にはね上がるという推計を出しているんですか。

このことも非常に問題がある。わざとたくさん医療費がかかるといって、こういう医療崩壊の現状を無視した医療抑制一辺倒の法案を出してきている。でも、その医療費はこれだけかかるというのも、このグラフを見れば、明らかに非常に不可解な、作為的な推計ではないかと思うわけです。

それで、実際、その中でお伺いしますが、二点であります。

平成九年の制度改正効果を見るに当たって、制度改正の影響のあった期間を平成九年四月から平成十年三月ととっているが、実際に改正が行われたのは平成九年九月からである。なのに、なぜ四月から影響があった期間としてとっているのか。

それと、平成十八年の六十五歳から七十四歳までの認定障害者を百万人ととっているわけですけれども、資料にもらっている年齢階級別加入者及び一人当たりの医療費、このタイトルの資料をもとにしてこの推計をされたということを確認したいと思いますが、いかがでしょうか。

○赤松副大臣　今御指摘の点の、いわゆる平成九年の健康保険法改正の実施が九月であったのに、四月から直後の期間にしたのはなぜかということでございますが、医療費の将来見通しに用いる一人当たりの医療費の伸びにつきましては、過去の実績をもとに今算出しているところでございますけれども、いわば自然体の伸びを見込むためには、過去の制度改正による影響を除外する必要がございます。この制度改正の影響につきましては、制度改正が行われた直後の期間における実績の伸び率から、制度改正の影響がないと考えられる期間における実績の伸び率を控除することにより算定をしたというわけでございます。

この平成九年度改正に関しましては、制度改正の施行は九月ではございましたけれども、法案提出時点では平成九年五月施行を予定していたということ、また、五月の施行を前提に制度改正の内容を早くから報道されていた、いわゆるアナウンス効果というものがあったという点から、毎月の医療費の伸びの実績を見ますと、明らかに四月以降の伸び率が低下した、こんなふうなことが指摘できるわけでございます。

このように、平成九年の改正につきましては、四月からの制度改正の影響が出ていたために、平成九年四月からの一年間の伸び率を用いた、こういうことでございます。

それから、後段の部分でございますけれども、六十五歳から七十四歳の障害認定者数は、平成十八年度で百万人と見込んでいるところでございますけれども、これについては、現在、平成十四年の制度改正により、老人保健の対象年齢が七十歳から七十五歳に段階的に引き上げられているために、七十歳代前半の障害認定者の実績値を把握することができないことから、推計を行っているものでございます。

具体的には、老人保健の実績から得られる六十五から六十九歳の障害認定者の皆さんの数をもとにしまして、介護保険の七十歳代前半の要介護認定率の実績が六十歳代後半に比べて高くなっていることを反映させて推計を

したものでございます。
○山井委員　もう質問は終わりますが、最後に申し上げたいと思います。
　川崎大臣、小児救急医療について、考える方向性はそう変わらないとおっしゃいましたが、やはりこれは労働条件を、夜間を宿直ではなくて夜勤としていく、それで安心して働ける、医療事故のリスクの少ない体制をつくっていく、やはりそこをきっちりとやるということを民主党の小児医療緊急推進法案には書いてありまして、やはりそういう決断がぜひとも必要であります。
　さらに、先ほど、労働時間を調べて割り増し賃金を払うようにきっちりすべきだと言いましたが、これは何も私は病院をつぶせと言っているわけじゃありません。こんなことを言うと、そんなんじゃ病院はつぶれると思われるかもしれませんが、もちろんその分、もっと診療報酬をつけるなり、そういう救急病院に公費を入れるなりして、そこの割り増し賃金が正規に支えられるようにしていかねばならないと思います。
　本当は、産婦人科や小児科のお医者さんが不足しているわけですよね、特に勤務医が。このことをふやしていくということもきっちりやっていかないと、都道府県に任せて集約化、集約化と言うだけの政府案では、やはり事態は深刻化していく一方であります。
　国会議員の最大の使命は国民の命を守ることでありまして、私たち民主党は、恐ろしい危機意識、ことしが医療崩壊の元年になる、このまま政府案が通ったら、そういう意識を持っております。
　十一月にイギリスに行きましたが、イギリスの厚生省の官僚から言われました。ブレア首相が医療費抑制政策から転じて、医療を立て直すために五年間で一・五倍に医療費をふやすことをした。その結果、年間の医療費のＧＤＰ当たりのパーセンテージは日本を抜いた。日本七・八％、イギリスは七・五％だったけれども、イギリスはもう九％に上がっているわけですね。しかし、長年医療費抑制でやってきたことを立て直すためには、五年やってもまだまだうまくいかない。
　なぜか。一番の根本は医療現場のモラルなんです。今まで日本の医療を支えていたのは、多くの医師の方が本当に献身的にやってこられたんです。しかし、こういう過酷な、過労死ラインのところで働くのが当たり前、そういう状況になって、もうもたなくなってきているわけですよ。言ってはなんですけれども、過労死ラインで必死になって現場で支えてこられた病院の現場の方々を、厚生労働省は今見捨てようとしているんですよ。
　やはりそういう方を支えていく、そして、安心して患者さんが医療にかかれる体制をつくっていく、それこそが本当の医療改革なのに、その改革の方向が見えないだけじゃなくて、まず医療費を抑制していこう、そして具体的なことは都道府県に任せよう、これでは医療崩壊を加速するだけではないでしょうか。
　この審議を通じて、こういう国民の命を守るということに関しましては、私は党派は関係ないと思っております。じっくり建設的な審議、議論を重ねていって、税金をいただいて議論しているわけですから、この審議の中で、今言ったような医療崩壊の、僻地の医療、産婦人科、救急、麻酔科、外科、あらゆる医療の問題点の解決策を、医師不足の問題も含めてしっかり道筋を出していく、そういう建設的な議論をしたいということを心からお願い申し上げまして、私の質問を終わります。
　ありがとうございました。