

○梅村聡君 是非その戦略をきっちり立てて実行に移していただきたいと思います。

引き続きまして、この社会保障制度改革推進法案の附則の第二条に生活保護制度の見直しというのが入っております。

私、与党側の生活保護ワーキングチームの今座長をさせていただいております、秋に向けての生活支援戦略、これの党側の考え方を今まとめているところであります。

先般も、六月十三日のこの予算委員会で質問をさせていただきましたが、生活保護費の約半分は医療扶助費であります。その中で私が指摘させていただいたのは、この不当な医療あるいは不正請求を行った生活保護の指定医療機関、この取消しの基準が全く具体的ではないということを御指摘させていただきました。当時、小宮山大臣からの答弁は、その具体的な要件をきちっと定めていくと、こういう御答弁をいただいたわけではありますが、私は、悪いことをした医療機関は当然取り消されるということもあるんだと思いますが、その要件を決めるだけではなくて、生活保護の指定医療機関の取消しが行われれば、それに連動して保険医療機関の、あるいは保険医の処分まで連動するような仕組み、こういう仕組みを導入しなければ効果が上がらないのではないかなと考えておりますが、厚生労働省の見解をお伺いいたします。

○副大臣（辻泰弘君） 梅村委員からかねてより御指摘をいただいております医療機関による医療扶助の不正に対して厳しく対処する必要があると、この問題意識につきましては厚生労働省としても共有をするところでございます。

この医療扶助につきましては、生活保護の指定医療機関に係る規定では、健康保険法等に比べまして指定取消し要件等が具体的に定められていないなどが問題点として指摘されているところでございます。このようなことから、先ほどお話ございましたように、今年秋を目途に生活支援戦略を策定をいたしまして、生活保護制度の見直しを行うことにしているわけですが、その中におきまして、生活保護の指定医療機関に対する指導の強化や指定の在り方等の見直しなど、医療扶助の適正化対策につきまして検討し、対処していきたいと考えております。

また、あわせて、生活保護法上の指定医療機関の取消処分を健康保険法上の保険医療機関の取消処分に影響させるかどうかにつきましては、法的、制度的な課題等につきまして検討が必要であると、このように考えております。

○梅村聡君 そこは是非検討していただいて、積極的に導入を目指していただきたいと考えております。

それでは、修正案提出者の長妻さんにお聞きしたいと思います。後期高齢者医療制度についてであります。

この社会保障制度改革推進法案の六条四号には、この後期高齢者医療制度は国民会議において検討し、結論を得ることと、こう書かれております。

先日も、野党の方の質疑の中で、後期高齢者医療制度に対する不満はほとんど聞こえてこない、定着していると、こういうやり取りが当委員会で行われました。このやり取りだけ聞いていると、後期高齢者医療制度は導入のときから何も変わらず今の定着になっているということを言われていることになるかと思うんですが、二〇〇九年の政権交代以降、この後期高齢者医療制度というものの中身がどのように改革をされたのか、少なくともそれによって高齢者の方からの不満がなくなったのか、当時、厚生労働大臣を務めておられました長妻さんからこの点について御説明をいただきたいと思っております。

○衆議院議員（長妻昭君） お答えをいたします。

まず、政権交代後、二〇一〇年の四月から、十七項目にわたる後期高齢者だけ、七十五歳以上だけの診療報酬はこれ全廃をいたしました。これは、後期高齢者医療制度が導入されるとセットで導入された診療報酬体系でございます。

例えば、七十五歳以上の方だけ入院が長引くと病院に入る収入が減っていくと、七十五歳以上の方は早めに病院を出てほしいという、そういう圧力が高まっていくと、これも七十五以上だけということはやめましたし、あるいは後期高齢者終末期相談支援料ということで、これも随分批判がございましたけれども、七十五歳以上の方だけは終末期、つまりお亡くなりになるまでの過程をお医者さんあるいは関係者と議論すると報酬が付くということで、ある意味では早めにその医療を打ち切る圧力になるんじゃないかと、なぜ七十五以上だけなんだということで、これも廃止をいたしましたし、あるいはいわゆるマルメといいまして、七十五歳以上の方だけが一回ごとに定額の診療がお医者さんに付くということで、どんなに治療をしてもしなくても一定の金額というようなこともあり、診療やあるいは診断が抑制されるんじゃないかと、何で七十五以上だけなんだというようなこと等々、十七項目の七十五以上だけに着目した診療報酬がありましたけれども、これについてはまず全廃をいたしました。そして、今度はその制度自身についても、今関係者と議論をして、それを廃止をして国保を広域化するというところで今取り組んでいるところであります。

○梅村聡君 要するに、医療を受ける高齢者の方、七十五歳以上の方から見れば、少なくとも医療を受けるときに差別をされるような仕組みというものは全てなくなったんだと。ですから、そのところは解決したので、これから保険制度についての議論を進めていくと、こういうことだと思いますので、その分についてはしっかり取り組んだということ

是非御理解をいただきたいなと思っております。

それでは、引き続きまして修正案提出者の長妻さんにお聞きしますが、この今回の一体改革の中では医療、介護の充実策、二〇二五年の医療、介護のサービス提供体制についても述べられています。この内容について具体的に御説明をお願いいたします。

○衆議院議員（長妻昭君） お答えをいたします。

在宅福祉ということで、（資料提示）ここにありますが、「自宅に居ながら医療、介護が受けられる社会へ」ということで、大体日本国の、中学校区という学区が全国ありますけれども、大体人口で割ると、約一万人ぐらいが平均の人口でございます。ここについて、日本国は病院でお亡くなりになる方々が全体の八割ということで、ヨーロッパ諸国では病院でお亡くなりになる方が半分の国もありまして、在宅福祉が日本は手薄いと、薄いということが課題でございました。

その意味で、今、政府・与党で二〇二五年ということで計画しておりますのは、グループホームを人口一万人当たり定員を十六人から三十七人分に増強するとか、小規模多機能という通いやあるいは泊まりのサービス、あるいは介護人材も増やす。あるいは今年四月から、ヨーロッパ諸国に遅ればせながら日本でもやっと二十四時間対応の定期巡回・随時の訪問看護・介護のサービスも始まったと。あるいはこの訪問看護のサービスについても、これを増強をさせるということで、複数の医師が在籍して、緊急往診とみとりの実績を有する医療機関についての評価も引き上げた。あるいは入院中の患者が在宅診療に円滑に移行できるように、外泊中や退院直後の訪問看護の評価の充実など、診療報酬をそういう方向に誘導させるようにいたしまして、何とか在宅福祉ということにも充実させていきたいと思っております。

○梅村聡君 私は両方進めていくべきだと思いますね。施設、医療、介護、それから病院ですね、それから在宅の問題、これを今回は高齢者が増えてくるという中で充実させていけないといけないと、そういう御答弁をいただきましたが、少し、一つ問題提起をさせていただきたいと思えます。

これから二〇二五年に向けて、お亡くなりになる方が非常に増えてまいります。当然、在宅でみとられる方、こういう方々も数としては増えてくる、そういう社会になってくるわけでありまして。そこで今、非常に問題になっているのが、医療従事者を中心として法解釈の誤解ということが広がってきています。

フリップをお願いします。こちら、医師法二十条という法律なんですけれども、この法律は、「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。」と、こういう法律であります。

厚労副大臣、この法律の意味を御説明いただきたいと思います。

○副大臣（辻泰弘君） 梅村委員御指摘いただきました医師法第二十条は、社会的に重要な証明書類となります死亡診断書が不正確なものとならないように、医師自らが診察しなければ死亡診断書を発行することができないことを規定しているものでございます。また、同条のただし書は、医師が診療中の患者について二十四時間以内に診察を行い診療中の疾患に関連して死亡したと判断できる場合には、改めて診察することなく死亡診断書を発行してよいことを認めるものでございます。

○梅村聡君 要するに、証明書を発行するときには必ず目の前で診察をなささいという話ですね、前半は。後半は、ただし、お亡くなりになるときというのは必ずしも目の前で、オンタイムで亡くなられるとは限りませんから、その場合は、今まで診察をしていた疾患で亡くなられた場合には、その場で診察ができなかったとしても死亡診断書を出してもいいと、こういう内容の法律なわけですね。

ところが、誤解というのは、今何が起こってきているかという、二十四時間以内に診察をしていなければ死亡診断書が書けないんだと、こういう誤解があるんですね。あるいは二十四時間以内に診察をしていなければ警察に届けなければいけないんだと、まあ異状死の場合は警察ですけれども、そういう誤解が広がっているんですが、確認をしますが、この解釈は誤りですよ。

○副大臣（辻泰弘君） 委員御指摘のとおり、一言で言えば誤解でございます。

診療中の患者が診療に係る疾病で死亡した場合には、医師が死亡の際に立ち会っておらず診察後二十四時間以上経過していた場合であっても、改めて診察を行うことにより死亡診断書を発行することができるものでございます。また、死体を改めて診察した際に異状があると認められる場合でなければ、警察署への届出の義務も生じないということでございます。したがって、御指摘の解釈は誤りでございます。

○梅村聡君 実は、この後の二十一条に、異状死は届けなければいけない、二十四時間以内という項目があるんです。ですから、それと勘違いをしておられる方が多いんですね。

これ、勘違いが起こっていると何が起こるかという、在宅ではみとりができないという話になるんです。警察がやってくるんです。みとりと警察はそもそも関係がなくて、異状死というのは、例えば頭を鈍器で殴られている跡があったりとか犯罪が疑われているもの、あるいは死因が不明の変死体である、こういったものが届出なわけですから、在宅みとりをこれから広げていくときにこういう誤解があると、亡くなるたびに家の前にパトカーがやってくると。そうすると、本当に家でみとることができるのかという誤解にもなりかねないのです。

ですから、この誤解を解くために、もう一度この正しい解釈を厚労省の方から全国の医療機関にきっちり通知をしていただきたいと思います、いかがでしょうか。

○副大臣（辻泰弘君） 今日まで、医師法第二十条の解釈につきましては、解釈通知を発出するほか、厚生労働省が毎年発行しております死亡診断書記入マニュアルに必要な事項を記載の上公表しているところがございます。しかしながら、この解釈通知も昭和二十四年に発出というようなことでもございます。御指摘も踏まえまして、医療現場で医師法第二十条の趣旨が正しく理解されるように改めて通知を出すなど、更なる周知を図りたいと考えております。

○梅村聡君 昭和二十四年って、今は平成二十四年ですから、是非早く急いで出していただきたいなと思います。…（以下略）