

あと、延命だとかそういうのを、例えば、もういいよというときには家族がどのような治療を望むかというのはあるんだと思いますが、基本的には、よくあるいろんな延命治療、延命した後には回復するというような、そういう可能性がある場合には、医師の判断においていろんな治療をやられるんであろうというふうに私は理解いたしております。

も、そのところの理解が、十分に理解できていないですけれども、少なくとも応招義務というのは、正当な理由がないときに、診療を、したいという者に対して断れないというような話でありますので、あらかじめＡＣＰで決まったものを医師がやるということ、その中において、例えば延命治療というものを望んでいないという場合に、それを行わないということは、それは患者本人の意思に基づいた対応ということでございますので、応招義務というよりは、平素からそういう意思の伝達の下にそういう治療を受けられるというような、そういう認識であります。

○津村委員 今、大臣 お人柄だなと思うんですけれども、必ずしも、応招義務と人生の終末期の生命倫理の問題、尊厳死の問題、理解が十分でないというふうに謙虚な言い方をされましたけれども、実は、私、今回、この応招義務の議論が働き方改革の文脈から光が当たった、これは大変重要なことではあるんですけども、元々、この応招義務が戦後の日本の医療において果たしてきた役割や意味合いをもう少し幅広く見たときには、これは働き方改革の文脈だけで議論しては、やはり必ずしも十分でなくて、生命倫理の問題全般、あるいは尊厳死の問題も議論の大きな視野に入れない

今、コロナワクチンのことが大変な国家的テーマですけれども、短期的にはもちろんそのとおりで、私たちもサポートしていきたくんですが、中長期の視点に少し視座を上げてみますと、HPVワクチンの国際的な評価の高まりの一方で、日本の現場対応というのが、最近いろいろ動いているんですけれども、更に進めていく余地があるのではないかと、そういう問題意識でございます。

昨年秋に、ニュージーランド・ジャナル・オブ・メディスンというんですか、スウェーデンで実施されたH P Vワクチンの接種の有無と浸潤性子宮頸がん発生に関する追跡調査についての論文というものが発表されまして、大変話題になりました。

厚労省としては、過去、平成二十五年三月二十八日、矢島健康局長が、子宮頸がんそのものを予防するエビデンスは今のところないという趣旨の答弁をしていますが、少し状況が変わってきたように思うんですけれども、大臣の認識、いかがでしょうか。

○田村国務大臣　そのときの大臣は私だったと思うんですけれども、以前はまだ、子宮頸がんワクチンを打ってから効果が出るまでに世界的にやはり一定時間かかる、効果といえますか、統計的に効果が出るという、結果が出ると言った方がいいのかも分かりませんけれども、時間がかかるということ、なかなか、子宮頸がん自体を防いでいるという効果自体はすぐには分からないということでありましたので、その前段階である前がん病変、これを予防する、こういう効果はあるのではないかというようなことが言われていたわけであります。

言われたとおり、昨年十月ですかね、公表されたスウェーデンの研究論文であります、ここで

言われるとおり、もうあれから年数がたつてきておりますので、子宮頸がんがそれによつてどれぐらい減つてきておるか、打つていない方々と打っている方々との間で有意差が出てくるというような、そういう研究結果が徐々に出てきているものというふうに認識いたしております。

○津村委員 このHPVワクチンの接種の積極的勧奨が、一時的に差し控え、そして速やかに今後のことについて検討するということだったはずなんです。もう七年半がたっているわけですね。

今回の論文のほかに、ワクチンの有効性、安全性に関する様々な、今おっしゃられました、初

期の段階であったり、あるいは浸潤性のがんであったり、様々な前向きな評価が研究成果として上がってきている中で、本来であればこうした論文について、いわゆる副反応検討部会ですか、そうした現場で議論を積み重ねていくべき段階になっていると思うんですが、仄聞するに、部会では今、コロナで大変だということはあると思いますけれども、ちよつとこの議論がなかなか今追いついていないというようなことも仄聞しております。

これは加速していくべきテーマだと思いますが、今の検討状況を大臣はどう御覧になっていいますか。

○田村国務大臣 平成二十五年に定期接種化をした当時、私が大臣でした。その後、様々な症状が出ました。出ましたといいますが、報告されました。実際問題、非常に重篤といいますが、体を動かさなくなるような、そういうお子さんが報告をされる中で、接種勧奨、これは審議会にお諮りする中で、接種勧奨を一時的に中断をしているわけでありました。

その後、また、いろんな研究等々調査をやった結果、そういう症状のお子さんが一定程度、接種

そういう状況の中で、それぞれ接種対象者年齢の対象者に対して、そういうようなリーフレットで、もちろん有効性というのでも十分にお伝えをさせていただいておりますし、リスクというものもお伝えをさせていただいて、御理解をいただけるながら、そういうものが、子宮頸がんワクチンというものがあるんだ、これを打てばこういう効果があるけれども、こういうリスクもあるんだということをしっかりと伝えをさせていただきながら、定期接種でありますから、これを進めていっておるといような状況であります。

○津村委員 もう一つ前向きな動きとして、昨年夏に九価のＨＰＶワクチンの薬事承認ということがございました。今年二月から販売が始まっていると思いますが、今後、公費助成の見通しはどうなっているのでしょうか。

○田村国務大臣 言われるとおり、昨年七月薬事承認を行って、本年二月に製造販売会社より販売がスタートしておるということであります。

当然、これは薬事承認を得ておりますので、有効性、安全性というものは確認をされているわけですが、定期接種に向かつては費用対効果、これも見ていかなければならないわけでありまして、今、審議会において評価を行っていく必要があるということで昨年八月から検討を始めて

いるところでありまして、感染症、国立感染症研究所、ここでファクトシート、これを作成を依頼したところであります。今後、このファクトシートにのっとって審議会で十分に御議論いただいた上で最終的には判断をいただくということになっております。

○津村委員 ファクトシートが大分集まってきたるんじゃないかという時期だと思ふんですけども、いかがですか。

○田村国務大臣 次のワクチン評価に関する小委員会、ここでこのファクトシート等々を報告できるという形になっております。

○津村委員 是非、前向きに進めてください。あとコロナ対策の一時支援金の話を少し経産省の方とさせてください。

もう既に申請開始から、鳴り物入りの申請入りから二週間たつたわけですけども、申請件数として給付件数が大変伸び悩んでいるというふうな仄聞をしております。昨年の持続化給付金と比べて、かなり、一桁どころか二桁この申請が伸び悩んでいるというふうな受け止めているんですが、数字を確認させていただきたいと思ふます。

受付開始から二週間たちましたが、二週間時点の申請件数、給付件数は、持続化給付金と今回の一時支援金でどのような違いがありますか。数字を教えてください。

○長坂副大臣 お答え申し上げます。持続化給付金につきましては、昨年五月一日に申請受付を開始いたしまして、開始二週間後の五月十五日時点で、約九十六万五千件の申請を受け付け、約十三万五千件の給付を行ったところでございます。

一時支援金につきましては、三月八日に申請受付を開始いたしまして、開始二週間後の三月二十二日時点で、約二万件の申請を受け付け、約五千件の給付を行った次第であります。

困難な状況に直面している事業者の皆様迅速かつ適切に一時支援金をお届けできるよう、引き

続き全力を尽くしてまいりたいと考えております。

○津村委員 四十八分の一ということになるわけで、大変なことですけども、ちょっとこれ、それだけ見ていきたいと思ふます。

持続化給付金の、これは昨年の五月からです。付が三月十五日で一応一通り終わっていると思うんですけども、現時点、最新の申請件数、給付件数はどういふ数字になっているのか。

そして、持続化給付金は、今回のこの十一都県の緊急事態宣言対象地域ということとは関係なく、当時、全国対象地域でしたから、全国一律、同じ条件で給付されているものと承知しておりますけれども、申請者の地域的な分布の偏りといったものは見られているんでしょうか。

○長坂副大臣 お答え申し上げます。

コロナ禍におきまして厳しい経済環境に置かれる中小・小規模事業者等の事業継続を支えるべく、昨年来持続化給付金を実施したところ、三月二十三日まで、この三月二十三日でございますが、約四百四十一万五千件の申請を受け付け、約四百二十四万件をお届けいたしました。

持続化給付金においては、申請時に本社所在地を御入力いただいているところでございますが、地域を問わず迅速かつ簡潔な手続で給付を行うものであり、申請時において地域ごとに集計を行っておらず、現時点で示すことはできません。

申請データにつきましては、分析に適した形となっていないために、地域別の集計には追加データ分析作業が必要でございますが、こうした作業は本来の給付業務とは異なる作業であるため、その一方でまた、持続化給付金の委託事業者が現在、一時支援金事業の執行に従事しております。まず一時支援金の一日も早い支給に注力することとしたいと考えております。

しかしながら、御指摘のとおり、持続化給付金についての地域に着目した分析は、今後の政策検

討においても重要な情報となり得ると考えております。今後、準備が整えば、地域別のデータについても取りまとめ集計したいと考えております。

○津村委員 これに対して一時支援金の方は、全国一律と必ずしも言えない制度設計になっております。

具体的に申し上げますと、緊急事態宣言の対象地域であるのかどうか、そして、そうした地域との取引が一定のウェイトを占めているのかどうかというところで、申請の二つの要件となっております。さらに、そこには事前確認制度等の前回にはなかったハードルが様々あることが、今回、二週間時点四十八分の一しかこの申請が来ていない一つの背景になっていると思ふます。

経産省には最後の質問にしますけれども、この一時支援金について、例えば、三つ私はカテゴリーがあると思ふんですけども、緊急事態宣言発令地域である十一都府県、そして、今回、更に、特に影響が多いという形で経産省がお認めになっている二十一都府県、そしてそれ以外の県という三つの区分にした場合、この支援対象となり得る中小企業者数というのはどういった分布になっているんでしょうか。どのぐらいこれはカバレッジがあるかという質問です。

○長坂副大臣 お答え申し上げます。一時支援金につきましては、業種や所在地を問わずに、緊急事態宣言に伴う飲食店の時短営業又は外出自粛等の影響を受けまして、本年一月から三月において、前年若しくは前々年の同月比で売上げが五〇%以上減少していることなどを給付要件といたしております。

一方、個々の事業者によつては緊急事態宣言に伴う影響の度合いが異なるため、給付対象となると想定される事業者数を地域別にお示しすることは困難でございます。

その上で申し上げますと、直接関係がある数字ではございませんけれども、例えば二〇一六年の経済センサス活動調査によりますと、各地域区分

に所属する中小企業数、全国三百五十八万者の内訳でございますが、第一に、緊急事態宣言地域十一都府県、百八十五・二万者、第二に、V-R-E-S-A-Sによります二十一都府県、百十三万者、第三に、その他の県、十五県でございますが、五十九・六万者となっております。

なお、委員御指摘のV-R-E-S-A-S等の統計データにおいて、宣言対象地域内からの旅行者の割合が五割以上の基準については、保存書類の簡素化のための基準でございまして、給付要件そのものではございません。

したがって、委員御指摘の、一の緊急事態宣言地域十一都府県や、二の特に影響の大きい地域、V-R-E-S-A-Sによります二十一都府県以外の地域の事業者においても、例えば、顧客台帳や自ら実施した顧客調査の結果を保存書類とした上で、給付要件に該当する場合は申請いただくことも可能でございます。

○津村委員 経産省への質問はこれで終わりたいと思ふますけれども、この一時支援金の申請が持続化給付金に比べて大変遅れている、二%にも届いていないということは、様々な方から御意見をいただいております。ただでさえ、二百万円だった前回に比べて六十万円という形で給付額が少なくもかわらず、事前確認制度が設けられて、しかも、その制度も朝令暮改されている、あるいは謝金が極めて少ない。

こういった中で、本当にこの制度が機能しているのか。あるいは、各自治体から支援をいただいている方々が対象から外される等の様々凸凹のある制度になっていることというのは、先ほどおっしゃられた、この三つのカテゴリーの特に五十九万者については対象になりにくいということも含めて、非常にハードルの高い制度になっているのではないかと思います。

四十七都道府県、地域の数字も今後チェックをしていただけないかというのを先ほど御答弁いただきましたので、今後とも、この数字についてはフォローアップさせていただきたいと思ふます。

こちらは厚労委員会ですので、また別の場で議論させていただきます。

最後に、野党提出のコロナ対応医療従事者等慰労金法案について、提出者の方に二つのポイントから伺わせていただきたいと思います。

このタイミングで慰労金を支給すること、昨年一定の実績があるわけですが、今回、この第三波後のタイミングという意義と、その対象範囲について工夫をされていると思うんですが、少し御説明いただきたいと思っています。

○尾辻議員 私の方から、このタイミングで慰労金を支給することの意義についてお答えを申し上げます。

第一波に係る対応では、令和二年度第二次補正予算により、医療機関、介護、障害福祉サービス事業所等に勤務して患者、利用者と接する者を対象に慰労金が支給されました。

しかし、第二波以降、新型コロナウイルスの感染者が増加し、その対応が長期化する中で、再び緊急事態宣言が発出される事となり、現場で働く環境は過酷さを増しております。

加えて、昨春以降、医療従事者の方々は、強い緊張状態が続く中、私生活においても自粛を求められ、心身の疲労はもう限界に達しています。

また、政府の新型コロナウイルス対応従事者慰労金の対象期間は昨年の六月末までであり、昨年七月以降に新たに新型コロナウイルス感染症の患者等に対応した場合は二十万円の慰労金支給の対象とはならず、昨年七月以降に働き始めた方は五万円の慰労金支給されないという不公平感も存在するところではあります。

この間、政府は予備費を使って、新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業を実施し、医療機関に対して医療従事者の人件費を補助していますが、処遇改善に結びつくということが担保されておらず、対象地域も限られているという状況です。

こうした状況を踏まえて、一刻も早く、新型コロナウイルス感染症の患者等に対応している医療

従事者等に再び二十万円の慰労金を支給するとともに、昨年七月以降に働き始めた医療従事者等にも五万円又は十万円の慰労金を支給すべきであると考えております。

○早稲田議員 慰労金の支給対象範囲についてお答えいたします。

本法案においては、医療及び介護、保育、その他の福祉サービスといった継続して提供される必要のある業務に従事している者が、新型コロナウイルス感染症の感染防止措置を講じつつ、感染症にかかった場合に重症化となるおそれが高い患者、高齢者等と接触することにより、心身の負担を受けつつも強い使命感を持ち当該業務に従事していること等に鑑みて、慰労金を支給することとしております。

このため、本法案による慰労金は、政府による慰労金の対象となっていた医療、介護、障害福祉の現場で働く医療従事者、職員の方々のみならず、薬局薬剤師、医療の提供に密接に関連する業務の従事者に加えて、保育園、幼稚園、学童保育など子ども・子育て支援施設の現場で働いている方々、いわゆるエッセンシャルワーカーと呼ばれる方々を含め、広く対象とすることとしております。

以上です。

○津村委員 ありがとうございます。終わります。

○とかしき委員長 次に、中島克仁君。

○中島委員 立憲民主党の中島克仁でございます。

医療法等改正案の質疑でございますが、この法案は、医師の働き方改革、また地域医療構想に関連する内容を一括にされておりますが、現在、新型コロナウイルス感染症の現状は、緊急事態宣言が二十一日に全面解除されたものの、一日また週当たりの感染者数は、下げ止まりというよりは増加傾向、また、実効再生産数も都市部を中心に一を上回っておるということ、また、前回のときも質問いたしました、変異株は感染力が高い、確

率が高い、一方で致死率も高いという報告が出てくるということから、予断を許さない、いわゆる第四波への懸念が高まっているという状況だと思っております。

医療体制の強化、また病床の確保が喫緊の課題となっており、コロナの感染拡大長期化により浮き彫りとなった課題を精査して、今後の地域の医療体制をどのように構築していくのか、浮き彫りになった課題は、たくさんあります。そういったことの再検討が必要だ。

一方で、一昨年九月、秋に名指しされた、再編のために名指しされた公的病院四二四リスト、その後追加されて四三六リストになっておりますけれども、私の地元も七病院がリストに指摘されている中で、感染当初から、コロナ患者を受け入れる受け入れない以前に、真つ先に発熱外来を設けたり、また、近隣の介護施設の感染対策に奔走したり、こういった状況、まだまだ先が見通せない状況の中で、まず、この四二四リストを撤回をして、そしてゼロベースから再検討するということが必要だと強く申し上げておきたいと思っております。

そういった趣旨に基づいた医療法修正案を我々は用意しております、お示しをすることになっておりますので、今、短い時間ではありますが、我々の修正案を政府・与党には真摯に受け止めていただきたいと強く申し上げておきたいと思っております。

今お示したように、緊急事態宣言は解除はされたものの、分科会の尾身会長もおっしゃっているのとおり、これまでの感染対策、延長線上ではなかなか難しいという懸念も示されております。一年以上となる新型コロナウイルス感染症の現状で、多くの国民が疲弊をしております。

ワクチン接種も始まっておるわけであり、前回も私、指摘をいたしました、この局面を大きく打開していくためには、やはり治療薬、治療方針、標準医療の確立だと。前回、大臣も答弁で、私は、一月の自宅療養患者さんが三万人を超

えたとき、二度とこのような状況を招いてはいけないと、その問題意識は共有されておるといこととで、その中にも、標準医療の確立が求められると大臣も答弁をされておりました。

私は、決して平時の新薬に対する承認プロセスをすつ飛ばせと言っているわけではないんです。平時での承認プロセスを踏まれば、やはり、ワクチン同様、治療方針の確立も周回遅れになってしまうということから、既存薬、私は、我が国が医療先進国として培ってきたいわゆる経験医学、経験医学イコール私は安全性と言っているわけであり、まずけれども、新型コロナウイルス感染症治療方針の確立に、この経験医学、我が国の培ってきた経験医学を最大限発揮するべきだ。その象徴が、大村智博士が開発された、四十年前から年間三億人に投与されているイベルメクチンというところで質問をさせていただきましました。

私自身は、長くこのイベルメクチンに携わっておるというか、よく知っておりますので、間違いない、私、コロナ、これは抗ウイルス作用だけではなくて、いわゆるサイトカインストーム、比較的若い方がラッシュで病状が変化する、この抗炎症作用というものの数年前から有効性に関して研究成果が出ておるということでありまして、こういった観点から、イベルメクチンを代表に、既存薬、治療方針の確立を急ぐべきだ。

そして、その一つのポイントが、医薬品副作用被害者救済制度の対象となるかどうか。医師が判断して使える、使えと大臣は度々答弁されますが、いわゆる判断し出す医師の免責、これを担保するということが今後ポイントになってくるというところで、前回質疑で、イベルメクチンに関して、現在、適応外使用が可能であり、保険給付の対象となることは確認をさせていただきました。

一方で、今言ったポイントである副作用被害者救済制度の対象とはならないと大臣は明確に御答弁されましたが、間違いないですね。うなずいていただければいいです。間違いないですね、間違いない。いいです、まだ質問していないから。

それを踏まえて、私は、一般論として、適応外とはいえ保険適用を認めながら、副作用による健康被害が発生した場合には当事者間で解決せよと。これは、患者保護の観点からも欠けるし、また、一つの診療行為が保険適用かつ自由診療とも捉えられるような状況になっているということからは、保険診療に対する信頼も害するというふうには思います。

ここで質問します、事務方に。参考人に質問いたしますが、過去に医薬品の適応外使用によって生じた副作用による健康被害について、医薬品等副作用健康被害救済制度の対象となった例が存在するの、全くないのか、お答えいただきたいと思います。

○鎌田政府参考人 お答え申し上げます。

今先生の御指摘が、適応外使用であってもこの被害救済制度の対象となった例があるか否かという点については、対象になった例はございます。○中島委員 あるということでございます。大臣は、救済制度の対象にはならないと明確に答えたということ、これは大臣の答弁が違うということでしょうか。

○鎌田政府参考人 適応外使用の薬を使った場合における医薬品副作用被害救済制度の関係でございますが、医薬品副作用被害救済制度につきましては、適正に使用された承認医薬品の副作用が救済対象ということでございまして、それは個々に救済の可否を判断するものでございます。

適正使用の判断は、基本的には承認された範囲の使用が原則でございますけれども、例外的に、その範囲を超える適応外使用であっても、その個別の事例に照らしまして、現在の医学、薬学の学問水準に照らし、総合的な見地から適正な使用かどうかを判断するわけでございます。

これまで適応外使用であっても適正使用として認められているものにつきましては、一定のエビデンスに基づきまして治療法として推奨され、実際に医療の現場において広く使用され、治療効果も認められているような使用方法、いわゆる医

学、薬学的に公知であるというような場合でございます。

なお、現時点におきまして、イベルメクチンなどの承認外の適応外につきましては、用法、用量の問題、あるいは、異なっていること、あるいは安全性や有効性が確認されていないということも踏まえますと、これまでの解釈に照らしますと適正使用とは言えないというふうな考えであるところでございます。

○中島委員 イベルメクチンに関してというよりは、私は前回も、保険給付の対象になる。一方で、副作用の救済制度、これは、今事務方が説明しましたけれども、大臣にちゃんと説明しておかないと。例外はあるわけですよ。イベルメクチンに関してはと今答弁されましたが、ちゃんと、先ほども言ったように肝の部分です、東京都がイベルメクチンに関しては治療にも協力しています。そして、東京都医師会も、もし一月のような状況、現在でもそうですが、在宅患者さんにイベルメクチンを配付しようとして、要するに、あのよ

うな事態を絶対招いてはいけないということ、強く、その場合、医師の判断であります、免責を求めているという、免責するべきだと私は思っています。

そういう観点で、資料の七枚目でございますが、今例外があると云った、これは平成二十九年の検討会での資料であります、双極性障害、ラモトリギンという薬、適応外で、その後、救済制度の対象となったものであります。今少しお答えいただきましたが、医学的に知られており、不適正とまでは言えないということになっていま

す。加えて、資料の八枚目でございますが、これはPMDAのウェブサイトに掲載されているQ&Aであります。適正な使用とは、原則的には医薬品等の容器あるいは添付文書に記載されている用法、用量及び使用上の注意に従って使用されることが基本となる、個別の事例については、現在の医学、薬学の学問水準に照らし、総合的な見地

から判断されますと記述されています。

また、資料の五枚目、これは厚生労働省のウェブサイトに掲載され、厚生労働省医薬・生活衛生局とクレジットをされており、また、医薬品・医療機器等安全情報、ナンバー三百四十七でございます。六枚目のページの赤線の部分でございますが、医薬品等の副作用によると疑われる健康被害が生じて、適正な使用ができなかった場合、救済制度による救済ができないことがあります。一方、ここで、適応外使用の場合であっても、ガイドラインに記載されているなど医療現場で広く知られるものは救済対象となる場合もあります。今参考人からも少し触れられておりましたけれども。

そして、資料の一枚目から四枚目、いわゆる今回のCOVID-19に対する診療の手引、いわゆるここに示されているガイドラインに値するものだと思います。二枚目は、トシリズマブ、これもメイド・イン・ジャパンの薬。そして三枚目、ファビピラビル、これはアビガンですね。アビガン、これもメイド・イン・ジャパンの薬。そして、四枚目のその他の薬剤例というところにイベルメクチンも入っております。

全部で十一種類がこの診療の手引に入っており、ということで、先ほど、用法、用量のことも鑑みて、イベルメクチンは救済制度には対象になり得ないというようなお答えがありました。ここに示されている十一種類の中で、いわゆる安全性、先ほど冒頭にも言いましたが、イベルメクチンは、四十年間、年間三億人、科学的根拠、先ほど承認プロセスをすつ飛ばせと言っているわけではないと言いましたが、二十七年の国、四十四の研究で研究成果が出ているわけです。しかも、菅総理が、イベルメクチンに関しては、我が国にとつて極めて重要な薬で、最大限支援するという話をされているわけです。

新型コロナウイルス感染症診療の手引に、今お示した、記載されている医薬品のうち、既に別

の適応症で、イベルメクチンも疥癬、糞線虫症で既に我が国で保険適用になっている。このような薬事承認されたものについては、本来の適応症に対する用量、用法であれば安全性が確認されておる。とするならば、医師が診療の手引記載の医薬品を本来の用法、イベルメクチンは、今回のコロナ、治療をやっているのは疥癬と同じ用量です。同じ用量で世界の各国からも有効性が報告されておるということでありまして、それと同じ用量、用法に従ってコロナ患者への適応外使用をしたような場合には、全く無計画な適応外使用とするのではなくて、ある程度の適正性が確保された使用と考えるべきではないかと私は考えます。

コロナ禍という非常事態であって、特に軽症者向けの治療薬がない中で、このような適応外使用には、医薬品副作用被害救済制度の対象と認める余地が私はあるのではないかと。

加えて、医師による、先ほど言った東京都ですね、コロナ患者の命を救うための取組を支援するのが本来国の責任であって、万が一副作用により生じた患者の健康被害救済を広く認めるために、少なくとも対象とすることを全否定するのは、私は、いかがなものか。むしろ、イベルメクチンに関しては、繰り返しですが、安全性が確立されているわけでありまして、安全性が確立されているわけでありまして、幾ら正常の承認プロセスを踏んでも、我が国の過去の薬害、イレッサもそうだったかもしれないが、安全性の問題が出てくる。そういうことを鑑みれば、積極的に対象に加える、菅総理の言葉をかりれば最大限支援していくと言っているわけですから、加えていくべきだと私は考えますが、大臣の見解を伺いたいと思

います。○鎌田政府参考人 先ほど来御指摘のありました救済制度についての可能性とか、適正な使用ではないかという御指摘でございますけれども、先ほど御答弁申し上げましたように、適正な使用とは、用法、用量、使用上の注意に従った使用を基本といたしまして、個別の事例について、現在の

医学、薬学の学問水準に照らしまして総合的な見地から判断しておりますし、先ほど申し上げましたように、医学、薬学的に公知の考え方と申しますのは、海外で承認されていること、あるいは、求められる効能、効果の科学的根拠が証明されていると同時に、その効能、効果が臨床現場で広く受け入れられることなども考慮されているところでございます。

先生の資料にございましたラモトリギンにつきましては、まさに資料の下の方に書いてございまして、効果が医学、薬学的に知られており、不適正とまで言えないという判断をされたということでございまして、具体的には、学会などで使う方などにつきましても詳細に定められるとか、そういったガイドラインがあったということでございます。

他方、イベルメクチンの研究開発の支援でございますが、御案内のとおり、AMEDの研究費で四億円の研究予算を支援しておりますし、さらに、治験におきましても、やりやすいようなやり方については、医師主導治験を担当する医師と相談しながら進めているところでございます。

○中島委員 大臣に答弁を求めたんです。これは、事務方はそう答えるしかないんです、ないんだと思います。

救済制度に関して、先ほど言いましたが、東京都医師会は腹をくくって、自宅で、薬も出されない、医者にも診られない、その途中経過の中で亡くなるような方が二度と出てはいけません。ましてや、私も対応しましたが、やはり、今回の新型コロナウイルス感染症、この局面を変えていくためには、冒頭にも言いましたが、我が国は医療先進国として培ってきたわけですから、これでワクチンも治療薬も周回遅れ、これでは医療先進国とは言えません。

そして、菅総理が最大限支援すると言いますが、前回、具体的なことも残念ながら示されませんでした。我々は、特例承認の特例、我が国で万が一ウィ

ルスが発生して、海外に頼っている場合ではありません。万が一、変異株も含めて、今回は武漢発祥ということですが、そういう場合のことも想定しながら、特例承認の特例、若しくは既存薬の承認プロセスの迅速化を図るための特例規定、こういった法改正を議員立法で考えております。むしろ、私たちは、菅総理が応援するつもりで、だつてそう言っているわけですから、最大限支援する。そういったものを用意しておりますので、是非、菅総理の意思を厚労省がやらないというなら我々がお示ししますので、是非その際には間違いなく受け止めていただけると確信をしておりますが、大臣、一言お願いいたします。

○とかしき委員長 田村厚生労働大臣、申合せの時間が経過しておりますので、答弁は簡潔にお願いします。

○田村国務大臣 このイベルメクチンは、御承知のとおり、まだ評価が定まっていけないという中で、今、医師主導治験をやっていたいただいております。

安全性のことをおっしゃられますけれども、そもそも、用量どうだというのは、それは医師の御判断でやられるわけでありまして、医師主導治験は別にいたしまして、適応外使用というのはそういうものです。

ですから、今までの用量で仮に三億人大丈夫でも、オーストラリアの研究所の中のいろいろな試験においては百倍ぐらいを使ったというような事例も去年四月に出てきておるわけでありまして、そういう意味では、安全性というものは十分確認できているかどうか分からないということ。

それから、有効性自体に関しては、先ほど申し上げました、まだ評価が定まっていない。もちろん、効いているというような、そういう研究機関もあれば、効果がなかったと言っているところもあります。ですから、今、医師主導治験をやっていたら、救済制度は、基本的に製薬メーカーが資金を出していただいておりますので、そういう

意味では、公知、まず効くであろうということいろいろと社会の中また医療関係者の中で認識として十分にお持ちいただいているというものが対象で、特例という話を先ほど局長がしました。更に申し上げれば、特例承認の話もありました。が、特例承認は、御承知のとおり、海外で承認されている、日本と同等の言うなれば薬事当局を持っているような、そういうような国で要するに承認されているものに対して日本の中において特例でやるわけでありまして、そういうことも御理解をいただきながら、医薬品の安全性と有効性というものをしっかりと我々は審査させていただきたいというふうに思っております。

○中島委員 もう終わりますけれども、だつたら、こんな診療の手引で、こうやって薬、そして大臣は、使ってもいい、使えます使えますと言っておいて、でも、使った後は、後はそっちの責任でやってくださいなんていうことは、本来、東京都腹をくくってやっているわけですから、それを支援して、そして免責を担保するのが国の責任だということを強く申し上げて、質問を終わります。

○とかしき委員長 次に、安藤、高夫君。

○安藤(高)委員 自由民主党の安藤高夫でございます。

本日は、質問の機会、ありがとうございます。まず最初に、今回の法案における議論のベースとなっておりまして、その後、それを踏まえて今回の法案についての質問をさせていただきます。

では、第一問ですけれども、クラスターの支援の問題でございます。全国的に病院におけるクラスターが頻発しております。都内においても、都内は大体六百五十病棟ぐらいありますが、そのうち何と百四十病棟がクラスターを起こしている。この二、三日でも、二病院ぐらい、また増えました。クラスターは今や全ての病院において他人事ではない、そう

思っています。クラスターが発生すると、保健所より一定期間新規の入院を止めなければならないというような命令が来ます。そうしますと、病院の経営としても非常に大きな打撃を被ります。クラスターが発生した病院に対する支援策としては、ゾーニング等しながらコロナの患者さんの入院をさせる場合、重点医療機関とみなして、これに関しては支援金の対象になったことに関しては、非常にこれは評価できると思っています。

しかし一方、複数の病棟にわたってクラスターが発生した場合、要するに様々な病棟で陽性の患者さんが出てしまった場合、これは支援金では大変難しい、厳しい実態もあるようです。

それで、私の方で、クラスターが発生した病院さんに対して、申し訳ないんですけども、ちよつと何病院か電話をして、実際どれぐらい厳しいのかということを開いてみました。

そのところ、大規模な急性期病院においては、一か月当たり九億五千万です、約十億円。これは一か月じゃ済まないですから、早くても三か月ぐらひは入院を止めなければいけませんから、そうすると、三か月だと三十億円。この時点でどう病院の経営はアウトになってしまうような状況だと思えます。次に、ある中規模のリハビリテーション病院においては、一か月当たり一億円。ある大型の慢性期の病院でも一か月当たりやはり一億円の損失が出るということで、大変厳しい状況に見えてきます。

今後、第四波を想定していかなければならない中で、コロナ患者さんを受け入れていない病院についても、ポストコロナの患者さんの受け入れとか、コロナ患者の受け入れ病床の設定に、勇気を持って積極的に取り組んでいかなければならないと思っております。そういうことも含めて、今後ともクラスターが発生した場合に、しっかりとした支援が必要ではないか、そして、自信を持ってコロナの患者さんを受け入れるというような体制づくりが必要ではないかと思っております。

今後の方針について、厚生労働省の見解をお聞

かせいたいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○山本副大臣 新型コロナウイルス患者を受け入れる医療機関が、そのことによって損失を被ることがないよう、しっかりと支援をしていくことが大変重要であると考えている次第でございます。

医療機関の前年度からの減少額、これを試算をしますと、昨年四月から十一月までの九か月間で、全体で一・三兆円の減収でございます。

これに對しまして、これまで、院内等での感染防止の対策に關します補助を含めまして、医療機関支援として四・六兆円の予算、これが計上されている次第でございます。クラスターが発生した場合には、一般の医療機関でも重点医療機関の病床確保料の補助対象とすることとしている次第でございます。

また、労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入する場合の保険料、これも一部補助することによりまして、手厚い支援、これを実施をしている次第でございます。

また、診療報酬というに關しまして、コロナ患者の診療について大幅な引上げ、さらには、令和三年度予算案におきましても、特例的な対応ということで、外来診療また入院診療等の際の一定の加算、これも行うこととしている次第でございます。

来年度におきましても、こうしたクラスターが発生した場合の支援、これを引き続き実施をしてまいりたいと思ひます。

なお、これらの支援によりまして、新型コロナウイルス患者を受け入れる医療機関が実質的に損失を被ることがないようにしておりますけれども、これらの支援を受けても、結果としてなお損失が生じた医療機関がある場合におきましては、どのような対応ができるか、これは引き続き検討してまいります。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。様々なメニューがあるのは大変すばらしいこと

と思っておりますけれども、さっきのように、大型のクラスターを起こしてしまつた医療機関に關してはまたしっかりと支援をお願いしたいとともに、ポストコロナの患者さんを受けている病院にも更に支援をいただきたいと思っております。ありがとうございます。

次に、二問目に行きますけれども、コロナの外来支援に關してです。

これは一昨日、参議院の厚生労働委員会で自見はなこ先生も同様の質問をされたと思ひておりますけれども、先般、コロナウイルスとインフルエンザ対応ということで、外来診療への支援をする枠組みが整備されました。コロナとインフル、両方とも発生したら大変なことになるといふこと、その対応でございますけれども。

一方、その支援の仕組みが三月三十一日で終了すると聞いております。この支援の仕組みは、インフルエンザの流行を抑えるのに有効であつたとともに、それ以上に、地域の開業医におけるコロナ患者さんの抽出と初期治療へ大きく貢献をいたしました。

私がちよつと聞いた話では、特に福井県、福井県の医師会長の池端会長に聞いたんですけれども、何と、びっくりしたんですけれども、初発の陽性者の全例が開業医によってピクアップされたといふことで、これは本当に偉大なことだと思ひています。このようなケースも踏まえて、福井県医師会を始めとして幾つかの地域からも要望が出ています。

今後、変異株の対応も地域の診療所等で行うことが必要になってくると思ひておりますけれども、今後の外来診療における支援の枠組みについて、その予定も含めてお教えいただければ幸いです。よろしくお願ひします。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

新型コロナウイルスへの対応におきまして、発熱患者等の適切な相談、診療、検査が提供されるためにも、診療・検査医療機関の体制を確保すること、これは議員御指摘のとおり非常に重要だと考えて

おります。

御質問の中にありましたインフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業でございますけれども、昨年九月に、インフルエンザ流行の規模が予測できない中で、新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行も想定をいたしまして、多数の発熱患者が生じて適切に検査を受けられるよう財政支援を実施をしたといふことでございますけれども、これも議員御指摘のとおり、例年のようなインフルエンザの流行は実際にはなく、流行の想定時期も過ぎていきつたことから、この事業については予定どおり今年度末で終了するといふことでございます。

その上ででございますけれども、各都道府県には次の感染拡大時に備えまして四月以降も現在の相談、外来診療体制を維持するようお願いいたしております。第三次補正予算による診療・検査医療機関に対する感染拡大防止等の補助、これは今年度の未実行分もあるようでございますので、これについて来年度も活用するといふこととさせていただきます。

それから、診療報酬におきましても、診療・検査医療機関を含めまして、令和三年度予算案における特例的な対応といたしまして、外来診療等の際に一定の加算を算定できることといたしております。これらによりまして、国民の皆様に必要な相談、外来診療体制を確保できるよう、引き続きしっかりと取り組んでまいりたいと思ひております。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。

本日にこのインフル、コロナの仕組みが功を奏したと思ひますけれども、様々な受入れには経費がかかりますので、今局長さんの方でお話がありましたけれども、様々なまた支援で、半額分でもいいですけれども、あれば非常に元氣が出るというお話も聞いておりますので、よろしくお願ひします。

コロナの抑え込みという意味では、ワクチン接

種についても非常に期待をされておりますけれども、ワクチン接種の仕組みについてちよつと困つたことがありまして、例えば、大学病院を中心としている基本型の病院ですけれども、ある大学病院でワクチンが余つた場合、地域の他の大学病院に流せないといふような仕組みがございます。そうなる、ワクチンが無駄になつて、効率的な接種ができないといふような困つたことが起きております。

もう一つ、また加えて、ワクチン接種の順番ですけれども、普通の順番だと、医療従事者が接種が完了してから次に行くわけですが、医療従事者の接種が完了していきないうちに次の段階に行つてしまふ逆転現象が起こりつたといふ懸念があります。例えば、四月から高齢者の施設でもワクチン接種が行われる予定ですが、そうした場合、まだ医療従事者、特にお医者さんがワクチン接種を終わつていないといふような形で、逆転現象が起きていくことが想定されます。そのようなことがないよう、これはある程度自治体において采配もあるようですけれども、当初とは異なつた順番で現場が混乱する想定もありますので、是非とも方針に誤解がないようお願いいたします。

では、次の質問に移らせていただきますと思ひます。三問目、ここから法案についての質問をさせていただきますと思ひます。

医師の働き方改革でございますけれども、これに關しては、地域の医療は大学病院からの医師の派遣によつて支えられています。これは日勤帯とか、当直もそうですけれども、そして、この医師の働き方改革を進めることで、大学病院が地域の医師を引き揚げるのではないかといふような懸念が現場から起きております。

そこで、大学病院から医師の派遣を加味した連携B水準という枠組みが織り込まれていますが、これは大変評価することですけれども、そのこと、に關して、大学病院にその趣旨をしつかりと周知して、適切に指定申請をしていただくことが必要

だと思っています。この制度が、枠組みが絵に描いた餅にならないように、どのように取り組んでいくのか、厚労省の方の見解をお聞きしたいと思っています。よろしく願います。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

医師に対する時間外労働の上限規制の適用に伴いまして、大学病院等から医師の引揚げによって地域医療が崩壊することがあってはならないというふうに考えております。

このため、地域で必要とされる医師の派遣が継続され、地域医療が守られるよう、議員御指摘の連携B水準というのを設定をいたしまして、大学病院等から医師の派遣について、地域医療提供体制の確保の観点から必要と認められる場合には、当該医師について、通算して年千八百六十時間の時間外・休日労働の上限を認めることといたしております。

大学病院が地域医療を支える医師の派遣に重要な役割を担っていることを踏まえまして、大学病院において連携B水準の指定の申請が適切に行われますように、文部科学省や全国医学部長病院長会議などと連携をしながら、連携B水準の趣旨でありますとか内容等につきまして丁寧に周知をしてまいりたいというふうに考えております。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。是非、全大学病院が連携B水準に手を挙げるように、よろしく願いたいと思っております。

次に、第四問目ですけれども、各医療関係職種

の専門性の活用に関してです。医師だけでなくも行える行為をタスクシフトしていくことは非常に重要で、今後もしつかりと進めていく必要があると思っておりますけれども、しかし、現場では、まだまだ少ないのではないかと、医師の仕事の三分の一ぐらい他の職種に渡してもいいのではないかと話も出ているように聞いております。

これまでの取組をもっともって大胆に進めるためにはどのようなお考えか、ちょっと厚労省にお

聞きしたいと思えます。よろしく願います。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

議員御指摘のとおり、医師の労働時間の短縮を進めていくためには、他の医療専門職種へのタスクシフトあるいはタスクシェアの推進が重要でございまして、本法案におきましては、現行制度下でのタスクシフトインクを最大限推進しつつ、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を生かしまして、より能動的に対応できる仕組みを整えるために、診療放射線技師などの四資格について改正を行いまして、業務範囲の拡大等を行うことといたしております。

それから、現行法令上も実施可能なタスクシフト、タスクシェアを更に推進していく観点から、各職種が可能な業務の範囲の明確化を行うとともに、好事例について、そのプロセスや費用対効果も含めて収集、分析を行って、周知を図ることといたしております。

それとともに、看護師の特定行為研修制度について、研修修了者を対象とした研究によりまして、医師や看護師の勤務時間の短縮等の効果が示されておりました、こういった研究結果や現場での活用事例、これはシンポジウムでございまして、かウェブサイトの場で周知をいたしております。

それから、平成三十一年四月には、研修内容の見直しとカリキュラムの効率化により研修時間数の短縮を図るとともに、外科などの一定の領域でニーズの高い特定行為のパッケージ化、これを可能とするなどによりまして、受講しやすくするための制度改正を行ったところでございまして、こういった取組によりまして、直近一年間で特定行為研修修了者は前年比四八%増と急速に増加をいたしております、今後更に、特定行為研修修了者の活動の効果に関する知見を更に周知をすること、引き続き特定行為研修修了者の活用を推進してまいりたいと考えております。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。特定看護師の活用というのは非常に重要だと思っております。特に急性期においては、結構基準がしっかりしています。慢性期においては、多少その基準をハードルを下げてもいいのではないかとというような現場の意見もありますので、どうかまたそこら辺の検討もよろしく願いたいと思っております。

アメリカでは、医師の卒後医学教育認可評議会と題しまして、ACGMEという仕組みがあります。これは私も、以前から、この仕組みを日本版のものをつくった方がいいのではないかと思っております。こういうのをつくることによって、医師の教育に大きな貢献をして、またこれは、最終的には働き方や労働の領域においても貢献するものと考えています。

日本においても、このような海外の事例を参考にしまして、しっかりとした医療従事者の教育と、公正な医師の国家試験の実施、そして働き方が行えるように、これまで以上に力を入れて進めてほしいと思っております。

では次に、五問目の質問ですけれども、これは地域の実情に応じた医療提供体制の確保ということとでございます。

現在、医療計画の記載事項に新興感染症を追加するということ、すなわち五疾病六事業にしようというものですけれども、これに関して、是非ともゾーニングの議論も進めてほしいと思っております。

ゾーニングに関しては、医療関係の議員の先生方とも勉強会を行っているところでございますけれども、その中で、特に、新しく病院を建てる場合とそれからリニューアルの場合において、どのような基準を設けていくかが大きなポイントになつてくると思います。

例えば、新しく病院を造る場合は、これは職員の食堂とか休憩室、これが感染源になってクラスターを起しておりますけれども、この要件も重要であり、またさらに、既存の病院においては、パンデミック時にゾーニングが展開できるよ

う国からの支援も検討すべきだと考えております。

この一つに関しては、厚労省ではゾーニングに對してどのような考えでいるのかということ、加えて、これからの仕組みを構築していく上で、公的・公立病院の医療機関だけでなく民間医療機関においても検討されるべきではないか、これがいわゆるイコールフットインクの考え方ですけれども、それを含めて、厚生労働省の見解はいかがでしょうか。よろしく願います。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

まず、ゾーニングの考え方でございまして、今般の新型コロナウイルス感染症対応におきまして、病床確保に当たりましては、感染している方と感染していない方ができる限り交わらないというふうなことで、時間的、空間的な分離を行い、いわゆるゾーニングを行いつつ、これは既存の一般病床を活用することが有効だということが様々な知見から明らかになっております。

今回の対応において得られたこのような知見を踏まえまして、今回提出させていただいております改正法案におきましては、新興感染症等の発生にあらかじめ備える観点から、医療計画の記載事項に新興感染症等の対応を追記することといたしておるところであります、具体的な記載項目といたしまして、このゾーニングを始めとした一般病床等の確保などの内容を定めることを想定をいたしております、今後詳細な検討を進めていきたいと考えております。

それから、都道府県が定める医療計画に基づきまして、公立・公的、民間の別でございまして、か、それから新設、既存の別とか問わず、各医療機関等において実効的な取組を進められるよう、ゾーニングの取組状況を含めまして、今般の新型コロナウイルス対応で得られた知見を整理あるいは周知するなど、必要な支援について検討していきたいと考えております。

○安藤(高)委員 そのような計画があるというこ

とで、大変うれしく思っています。

最後のゾーニングにおいては、エビデンスに基づいた建築設計のガイドラインとか、あとハード面の整備に対する補助というものが実際問題必要になってくると思いますので、また引き続きよろしくお願いしたいと思います。

では、最後の質問になりました。これも、地域の実情に応じた医療提供体制の確保ということでございます。

医療計画に定める医療提供体制において、新興感染症に対応できる病床の確保が重要となっております。今回のコロナにおいては、東京においては、第三波のときに、一月七日でしょうか、何と最大一日二千五百二十件を超えたということで大きなショックだったんですけども、今後、万が一、これも東京都医師会の副会長の猪口正孝先生が言っていますけれども、もしかししたら、この二五二〇を超える可能性が非常に強くなっている、自分ではほぼ超えるのではないかというような確信を持っているぐらいの話をされるんですけども、もしそのようになってしまった場合、重点医療機関が満員になってしまう。

そうした場合、少しよくなった陽性患者さんも転院をさせることが必要になってくるんじゃないかということとともに、今ある退院基準を満たさない状態での患者さんの転院も検討する必要があるかと思っています。

医療計画の中における新興感染症等の部分において、陽性患者そして陰性患者の転院についてどのように定めていくのか厚労省の見解をお伺いしたいとともに、また、感染症に対応できる病床の在り方について、今回のコロナの例を踏まえると、コロナ用の病床を拡大することはいいことなんですけれども、その代わり、一般の、普通の患者さんの診療にも影響してきてしまう、縮小になってしまう可能性があります。

このことを踏まえて、既存の一般病床を感染症病床に効率的に切り替えることができるような病床の在り方が必要ではないか。すなわち、病床の

拡大ではなくて、病床転化というような仕組みづくりも今後整えていく必要があるのではないかと考えておりますけれども、これに関して厚労省の御意見を伺いたいと思います。

よろしくお願いします。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

今般の新型コロナウイルス感染症の対応におきましては、医療機関の役割をいたしまして、重症者に対応する高度な医療機関、それから中等症患者に対応する地域の中核的な医療機関、それから回復後の患者に対応する後方支援医療機関など、各病院がその機能に応じた役割を果たしていただいております。これは委員御指摘のとおり、効率的に受入れ体制を確保するために医療機関の間の役割分担と連携が重要だという認識をいたしております。

それから、先ほどの御答弁にも触れましたけれども、病床確保に当たりまして、感染防止のためのゾーニングの実施でございますとかマンパワーの配置の工夫によりまして既存の一般病床を活用することが有効であるということを、改めて知見として明らかになってございます。

こうしたことを踏まえつつ、医療計画における具体的な記載項目をいたしまして、新興感染症等の感染拡大時に病床の確保などを機動的に講じるためどのような対策が必要なのかということになりますけれども、受入れの候補となる医療機関を

始めといたしまして、地域の医療機関における役割分担や患者の状態に応じた円滑な転院など、医療機関間の連携の在り方、それから感染症患者の受入れに活用しやすいゾーニングなどの実施に配慮いたしました一般病床の確保、こういったことを内容として定めることと想定をいたしております。今後、こういったことを詳細に検討を進めてまいりたいというふうに考えております。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。

また、患者さんの搬送ということも非常に重要になってくると思います。今回のコロナの件、ま

だ終息しているわけではありませんけれども、しっかりと踏まえて、未来の新型の感染症にしっかりと対応をしていくべきだと思いますので、しっかりとまたそのところをよろしく願いたいと思います。

これで私の質問を終わりたいと思います。どうもありがとうございます。

○とかしき委員長 この際、暫時休憩いたします。

○とかしき委員長 この際、暫時休憩いたします。

午前十時十六分休憩

午前十時四十一分開議

○とかしき委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。長妻昭君。

○長妻委員 長妻昭でございます。よろしくお願いをいたします。

この法案は、地域医療構想を税制面あるいは財政面で支援する、こういうような側面もある法案でございます。やはり、一番重要なのは、今回、本当に手痛い教訓を我が日本は得たと思うんですね。つまり、助かる命が助からない、入院すべき方が入院できないという事態が、一月含めて、我がこの近代国家日本で起こってしまった、それで命を落とした方を多く発生させてしまったというの、これは、厚労委員会のメンバー全員のみならず、厚生労働省を含めて、やはり、全国会議

員、当事者が大きな反省をしなきゃいけない。これは戦後でも非常に大きな出来事、痛恨の出来事が起こったというふうな、強い強い、やはり教訓をかみしめていかないといけない。

今回、第四波も起こる可能性もあります。というところで、今回、医療構想ですね、地域医療構想。非常に私に気がなおりますのは、コロナの前、分析でそのまま突っ走っているということで、あれだけコロナの教訓で、公立・公的病院の位置づけが大変重かった、こういうことがあるにもかかわらず、いまだに、コロナの前に作られた四二四

リスト、それがブラッシュアップされたんでしょ、ちよっと修正も含め、間違いも含めて、今は四百三十六医療機関のリスト、これは全て公的、公立病院、医療機関等でございます。狙い撃ちじゃないでしょうか、公立あるいは公的医療機関を。何であの教訓が生かされていないのかということなんでございます。

これは、さっき四二四リストと申し上げましたが、四二四リストから引いた、削除されたものと増えたもの、全てこれは公立・公的病院でございますが、十九病院増えたというふうに聞いておりますが、十九病院増やした、つまり、再検証リスト、リストラしないというふうな公立・公的病院の国が作ったリスト、十九病院増えましたが、その中で、コロナの受入れ可能病院というのは何病院ぐらいあるんですか。この十九病院の名前はマル秘になっているようでございますが、教えていただければと思います。

○田村国務大臣 十九病院に関しましては、名前は公表してないというふうな存じておりますが、十九という数字はお示しをさせていただきます。

この中で、新型コロナウイルス感染症患者受入れ可能な医療機関は十三病院であります。そのうち受入れ実績を有する医療機関は九病院。さらに、十九病院のうち感染症指定医療機関が四病院入っております。

○長妻委員 これは、追加した十九病院でも、十三病院がコロナ受入れ可能じゃないですか。追加したうちの七割がコロナ受入れ可能病院ということ、しかも、四二四リストを公表したら大騒ぎになって、地方から反発を食らったから、今度は、それを改善した、ああ、改善はしてないです、ね、同じ基準で、凸凹、ミスも含めて修正した四三六リストは、一切公表しないと。公表できないような再検証リストであれば、それは撤回する必要があるんじゃないかなというふうに思うわけでございます。

何で、追加した十九医療機関、公立・公的病

院、七割がコロナ受入れ可能であるにもかかわらず、それをターゲットにしちゃうんですかね。これはちょっと信じられないわけでございます。

厚労省にはちよっと、ずっと既定の、既存の固定観念があるんじゃないかということで心配しているんですが、つまり、民間病院が日本の医療は優るんだ、あくまで民間病院が主役で、それに補完するのが公的・公立病院だ、足らざることを補うのが公立・公的病院だ、こういう意識がまだ非常に強いんじゃないかと思っています。

現に、今回、四三六リスト、四三六病院のリストは全て公立・公的病院であるということなんですが、これは田村大臣にお伺いするんですが、私は民間だって再編が必要などころはいっぱいあると思いますよ。何で民間のこういうリスト、再編をしてくださいというリストを作らないんですか。民間もいずれば作るんですか。

○田村国務大臣 元々、新公立病院改革ガイドラインでありますとか骨太の基本方針で、民間の代替できないところ、これをしっかり担っていたらこうと。例えば、災害でありますとか救急のようなど探算部門でありますとか、特殊部門、専門的なものでありますとか、こういうものに関して、やはり主に公的・公立病院は担っていたらこういう基本的考え方があるのは事実であります。

その上で、公立・公的病院、名前が挙がったところと。これは初め名前を挙げたんですが、なぜその後名前を挙げなかったかというと、名前を挙げる必要がなかったから。にもかかわらず名前を全国的に公表したものでありますから、これに関して、そうあるべきではないということで、そこに、その地域に伝わればいいだけの話なので、地域医療構想ですから、そういうことにしたんですけれども。

そもそも、全部なくなるわけではなくて、急性期の病床がその中で若干なくなるということでございますので、何か医療機関がなくなるというようないふうに思います。

そして、民間の方にも、実績の方はちゃんとお渡しをいたしておりますので、それを基に要は地域医療構想を各都道府県、二次医療圏内でお作りをいただいていくわけでありまして、公的医療機関のみならず民間も、その病床の利用がどういう状況であるか、そういうことを含めて、いろいろと再編に向かって御協力をいただく、御努力をいただく、こういうことでございますから、公的医療機関の情報、それから民間医療機関の情報、こういうものを踏まえて、協議会の方で御議論をいた

だいておりますこととあります。

○長妻委員 長々と答弁されましたけれども、全然答えていないじゃないですか。(田村国務大臣「答えていないじゃない」と呼ぶ)答えていないじゃないですか。何で民間が入っていないんだということなんです。

この経緯、皆さん御存じですかね。田村大臣はよく御存じだと思いますが、地域医療構想は、まず、二〇一七年の三月に策定が済んだんですね。策定しました、都道府県で。その構想に基づいて、全国に地域医療構想調整会議というのが設置されました。大体三百三十九会議あります。そこで相当医療機関を巻き込んで議論したんですよ。どういうふうな再編するのか、どういうふうな役割、機能強化をするのか。これは再編だけじゃないですからね。財務省は過剰な病床の適正化、適正化と言っていますが、それだけじゃないんですよ。今回の目標は、それプラス、切れ目のない提供体制の構築と、二つなんです。目標は。地方自治体は真面目に調整会議で議論した。それで提出をして、それが二〇一八年の末頃、結論が出たわけですよ、ほとんどの調整会議で。

ところが、予期しないことが起こったんですね。どういうことかという、厚生労働省がそれをひっくり返した、駄目だと。私は後ろにいろんな団体の存在があったと思うんですが、駄目だとひっくり返して、再検証しなさいということ、それで四二四リストが出たわけですよ。さっき、田村大臣、十九病院は公表する必要は

ない、地域が分かっているじゃないんだと。じゃ、何で四二四病院は公表しちゃうんですか。地域が分かっているじゃないんだと。何か矛盾がありますよね。

だから、私が聞きたいのは、質問に的確に答えていたじゃないんですが、これは別に、公立を狙い撃ちしちゃ駄目なんですよ。もしやるのであれば、民間。そうすると、民間の再検証リスト、こういうのもいずれ出すんですか、出さないんですか。

○田村国務大臣 民間も診療の実績等々は各都道府県に出しておりますので、それも踏まえて、それ

ももし各都道府県に情報開示のあれがあれば各都道府県の責任において開示はされるんじゃないですか、それは出してあります。

それから、これは諮問会議の方で御議論をいただいた中において、十分にまだこれでは言うなれば再編に向かって疑義があるのではないかと御指摘をいただいて、結果的にはこういうものをしました。当初、名前を公表したということで大変お叱りをいただきました。橋本副大臣がたしか全国にお呼びに回られたというふうに記憶いたしておりますが、我々、実は当時、与党の、私は大臣じゃなかったんですけど、それに対して、やはり、名前まで全国的に出す必要はないんじゃないか、その都道府県で分かっていけばいい話であるので、都道府県の内においてそういう議論をなされるべきであって、全国的に開示する必要はないということとございましたので、与党からも疑義が出まして、結果的に、次に向かって、今回は名前を出さなかったということとあります。

○長妻委員 全然答えていないんですね、質問に。(発言する者あり)いや、答えていないですよ、これ。与党、何を言っているんですか。いや、答えていないんだ。何で、再検証リスト、自治体病院だけ、つまり公立・公的病院だけなんだというふうな聞いているわけです。そういうのを、リストを出したと言いますけれども、そ

れはデータですよ。再検証ということで位置づけたものじゃないですよ、民間のは。ターゲットにして、この四百三十六公立・公的病院のリストを出して、もう一回、不十分だからちゃんとやれというふうな指示を、なぜ公立・公的病院だけにするのかということなんです。

さっき、骨太の方針の話がありました、経済財政諮問会議。これで、八ページ、配付資料ですけれども、二〇一五年比で二〇二五年は急性期のベッドを三割削減すると。この計画は今も生きています。

○田村国務大臣 まず、最初に申し上げましたけれども、基本的な考え方として、民間で代替できないような必要性のあるもの、これに関しては公的の医療機関に担っていただくという前提があります。ですから、そのようなものをお出しをさせていただいておりますが、後段の話に入りますけれども、その上で、何でしたっけ、ちよっと申し上げない。三割削減、ごめんなさい。(長妻委員「ひえい。余計なことを言うからです。初めから答えればいい」と呼ぶ)済みません。

三割削減の話でありますけれども、これは御承知のとおり、まず、人口構成、構造が変わります。人口がまず減っていくのと、高齢者が一定程度その中において割合を示す、その中において、当然、急性期というものが一定程度必要なくなっていく。その代わりに、高齢者が増えますから、回復期のベッドが必要である。先ほど切れ目のないと言われたのは、そういうことなんです。

その意味からいいますと、一定程度これは、レセプトデータ、ナショナルデータベース、NDBデータ等々、それから病床のいろんな利用量、利用率みたいなものをしっかりとデータを、病床報告を各自自治体からいただいた上で、各都道府県が公表したものを集計して三割減という形になっておりますので、それは基本として今回も継続しておりますけれども、改めて申し上げますけれども、その上で、今、再検証いただいておりますので、それぞれの二次医療圏ごとの御議論をいただ

いて、都道府県でまわっていただいております。ただ、都道府県でまわっていただくというところであります。

○長妻委員 いやいや、だから、再検証してまわって、二〇一八年の末に結論が出たんです。地方の調整会議で。駄目だとひっくり返したんじゃないですか、厚生労働省が。まあ、いろんな団体があったと思います、裏に。

今おっしゃったように、地方自治体から三割カットの要請、資料が上がってきたというのは、これは人口比で、単純な機械的計算で上がってきただけで、地方自治体からは、調整会議で二〇一八年末頃、三割なんて上がってきていないですよ。だからけしからぬということです。

つまり、この骨太会議の結論ありきで地方にやれというふうに言っているその押しつけが、コロナの今回大きな教訓があった後にも変わらずに、暴走列車が止まらない、こういう状況だと私は心配をしております。

例えば、再編、リストラリストに出ている四百三十六の公的・公立病院で、ちよつと見ると、例えば診療の実績が少なく、一定以下ですね、それと類似、近所に、近くに同じような診療科がある、近くの定義は全国一律で車で二十分なんですよ、車で二十分。

ところが、私も知事さんという話しました、自治体の方とも話しました。例えば、北海道と新潟は、普通のときは車で二十分だけれども、雪が降ったら二十分で行けない、こんな一律でやるのはおかしいんじゃないかと。こういうような意見も出ているんですよ。どう思います、それは。

○田村国務大臣 検討資料としてはお渡ししましたけれども、そのままこれをお決めいただくのではなくて、今ほど来委員もおっしゃられました、コロナ禍という状況もございします。次に向かつて、コロナが仮に収まったとしても、新興感染症の再び大拡大があるかも分かりません。そういうことも踏まえた上で、次に向かつてこれをお出しいただくということであるわけでございますし。

一方で、人口構成が変われば、ベッドを持つていけば、その医療機関は逆に経営上厳しくなるといふ現状があることも御理解をいただく中において、そこで適切に良質な医療が提供できるのは、その地域においてどのような病床の配分をしていくのか、それぞれ種類において、そういうことも踏まえてお考えをいただくということで、今検討をいただいております。

○長妻委員 これは与党の方もちよつとだまされちゃ駄目ですよ。

単なる目安のリストじゃないんですよ。目安のリストならいいですよ、こういうリストありますよ、参考にしてくれと。そうじゃないんですよ、経緯を見ると。

政府はそういう説明をしているんですよ、いやいや、これは別に守らなくてもいいんですよ、外ではですね。ところが、自治体に対してはそうじゃない。つまり、これは再編要請リストになっちゃっているわけですよ、過去の経緯を見ると。実際そうですよ。

それで、この四百三十六リストを分析しますと、コロナ受入れ可能な病院が六割もあるんですね。もつと言え、公立病院というのはどういう役割を果たしたかというのはもう田村大臣もよく御存じだと思いますが、全国のこのリスト以外も含めた公立、公的、民間病院というのを分けると、コロナ受入れ可能な病院は、公立全体の七割、公的病院の八割。ところが、民間はいろんな事情はありますけれども二割なんですよ。ほとんどの病院が実際に受入れ実績があるということと、構想区域人口の十万人未満が、公立・公的病院は八割なんですね、受入れ可能なところが。

つまり、大臣も今いみじくもおっしゃいました、民間の代替です。代替機能が公立・公的病院。私、その発想をちよつと一旦よく考えた方がいいと思います、その発想を続けるのを。本当に代替なのかと。

過去の経緯、もうよく御存じだと思いますが、一九五九年、厚生労働省が医療保障委員会という

ところで最終答申を出しました、我が日本の医療の体制を決める最終答申。これは、欧米諸国の例を見るに、病院の主力は公的医療機関が占めている、公的な資本による医療への要請が強くなっているということで、公的医療機関への期待を膨らませて、公的医療機関をもつと増やさないかぬという国の方針が決まったんですよ。

ところが、その後、ある医師会、日本医師会の大家の方が医師会長になって、すさまじい政治力があった、一九六三年の医療制度調査会の最終答申でそれがひっくり返されて、公的・公立じゃない、民間が主体なんだ、こういう方針に大きく転換したということが現状としてあって、それが今も脈々と、私は別に批判するつもりはありませんが、当時はそういう判断も是とされたんですよ。

ただ、今、今回コロナの状況を見て、ヨーロッパ各国に比べて圧倒的に公的・公立病院が少ないんですよ、比率が。それでガバナンスがなかなかできないという大きな問題が起ったわけじゃないですか。

それにもかかわらず、この方針を撤回しないと。四三六リストは、コロナの実績が全く、全く反映をされておられませんし、あるいは在宅介護との接続機能、これも全く反映されていませんし。知事さんともいろいろ話すと、今回いろいろ見えてきたと。例えば介護が必要な認知症の方がコロナになったときに、これは急性期のベッドの中に入院しても、そこで介護を、ノウハウを持った看護師さんもない、受入れが。慢性期のベッドならあるんだけど。つまり、急性期であり慢性期である、そういうような、コロナで急性期なんだけれども、ただ、慢性期的な、介護の機能を持った急性期のベッドや病床が必要なんだ、こういう評価もしてほしいという意見も、直接知事さんから私も話を聞いたりしていますので。

ですから、こういう単純な、コロナの前の基準で分けた四三六リスト、これは撤回していただかないと、この法案の審議というのはできないです

よ。これを前提にこの法律を通せといったって、私は、ちよつとこれは、今後の日本の危機管理対応医療、責任を持って下さい。撤回してくれませんか。

○田村国務大臣 これは先ほど申し上げましたが、NDBのデータですね、これと、それから病床報告、それから将来に向かっての人口の推計、こういうものから医療の需要量というものを算出して、必要なものはこうであるというのを機械的に出したものであります。でありますから、あくまでも参考資料でございますので、このとおりやっていたかきやならないというものではないということとはもう何度も申し上げておるわけで、そこにコロナ禍のことも含めて考えていただいております。委員の言われているように、これじゃないいけないということを申し上げておるわけじゃない、あくまでも参考資料だということに御理解いただければありがたいと思います。

○長妻委員 今のは本当に建前ですよ。これは気をつけなきゃいけないんですよ。これは、違ふんですよ。だから、一回結論が出たけれども、駄目だということでのリストが出てきて、さっき冒頭質問しましたけれども、急性期のベッド三割削減の方針は変わっていないんですよ。そのターゲットに公的・公立病院がなっているというところなんです。私も、全く全否定しませんが、多過ぎる。これは私も認めます、いろんな理由がありまされども、それはいろいろな機能強化、選択と集中をしなきゃいけない、それは思います。

ただ、コロナの実績をきちんと見た後に、そういうリストを作るなら作って、民間と一緒に合わせたリストを作って国のガイドラインを示してもいいと思いますよ。ただ、今コロナのさなか、しかもコロナが全く反映されていないリストで三割削減しろ、どうだと。これは余りにもひどいんじゃないですか。

今回の法案はあめです。税制の優遇とか補助金をつけるからどんなやつてねと。あめだけ方針が間違っているのに、この国会で審議しろというのは余りに失礼じゃないかと。非常に強く大臣には抗議をして、これは撤回しないといけないと思いますよ、コロナの後に作り直さないといけないを強く申し上げます。お願いしますよ、本当に。命が懸かっていますからね。

次に参りますが、もう一つ、同じような医療の関係ですけれども、配付資料の一枚目ですね、これはコロナ室を作っていたんですが、実際の療養者数、政府が見積もったものが大きく外れてしまったと。東京では実際、見積りの三倍、首都圏ですね、ほとんど三倍を超えています。大体三倍ぐらい。千葉は三倍を超えました。

田村大臣、何でもかんでも勘弁な療養者数、最大療養者数を出してしまっただけ。これは改善して、田村大臣に質問は、今後、第四波を見据えて最大療養者数、これを出すつもりというのはありませんか、もうちょっと正しい数字として。

○田村国務大臣 三月から五月の昨年の感染の実績からこういうような推計をして、これを秋口、夏から秋に向かって、各自治体からいただいたデータで整備してくださということにいたしました。

やはり、秋冬といいますが冬場の感染拡大というのは、これは北半球は、ヨーロッパでも、御承知のとおり、ちょっと春先とは比べ物にならないスピード、量と数という形でありまして、これは我々も素直に反省して、元々こういう飛沫系の感染症は、確かに冬場は感染拡大するリスクというものには言われていたわけでありまして。これは世界的に、我々も状況を見ながら、つまり、今般のヨーロッパ等々の拡大の状況も見ながら、次に向かって、五月中にこれを見直すということまで今やっていますが、五月中だと間に合わない可能性もあるかも分かりません、いつ何とき、何が起るか分かりませんので。四月にも、また感染拡大、これは起こさないように我々は最大限努力し

ますけれども、まさかのことも考えた上で、ダブルトラックで各都道府県には医療提供体制の整備をお願いをいたしております。

○長妻委員 最悪の見積りというのは本当に最悪にしてもらわないと。最悪の見積りを楽観的な前提を置いてちやんとすよ、はっきり言え。そういうことはもうやめていただきたい。本当に最悪のものを出していただきたいと思います。

次に、心配な変異株でございますが、年代別の、大体十歳に区切って、どれだけの比率で感染があるのかということ、厚生省に調べていただきまして、変異ウイルスは、今までの通常のコロナ全体に比べると、例えば十歳未満の占める比率は何倍ぐらい違うんですか。

○田村国務大臣 令和三年三月十七日時点ですけれども、新型コロナウイルス陽性者のうち十歳未満が占める割合、これは二・九％でありました。一方で、三月十六日時点の変異株の確認数においては、十歳未満が占める割合は一四・六％と、非常に多く見えますが、一方で、数が少ない中で、子供のコミュニケーションでの確認事例も多いため、一概に、これをもって子供の感染が感染力があるとかということ、まだ評価を世界的にされているわけではありませんが、事実の数字としてはそういう数字であります。

○長妻委員 この三ページにありますが、これを見ると五倍も高いじゃないですか。変異株は非常に、年代を十歳で区切ると、一番高いのが四十代の一六・五％。その次に十歳未満が高い、一四・六％。これはちゃんと、まだ分かりませんが、分析していませんじゃなくて、本当に感染力が強いのか。あるいは発症率、あるいは致死率、いろいろ言われていますから。

十六歳未満のワクチンはないんでしょ、これ。接種しないんでしょ。大丈夫なんですか。大丈夫なんですかね。(田村国務大臣)世界的にないんですよと呼ぶいや、世界がそうだからそうだって、日本じゃないですか。危機管理を

ちゃんとしていただきたい。いかがですか、十六歳未満のワクチン。

○田村国務大臣 世界的に、十六歳未満に接種というものが認められているワクチンがないわけでありまして、そういう意味では、今いろんなところでそういうことをやっているというのは報道では聞いておりますけれども、しっかりと情報収集しながら、十六歳未満のワクチン、接種ができるワクチンが承認されれば、それは我々もいたしましてもどうすべきかというのは真剣に考えてまいりたいというふうに考えております。

○長妻委員 これは先手を打って、国産のワクチンで、やはり十六歳未満で接種の治験をするとか、そういう、日本は出遅れているわけですから、ここでやはり、役割分担じゃないですけども、ちゃんとその存在意義を示さないとけないと思いますよ。世界がそうだからそうなんだというんじゃなくて。

それで、四ページ。これをちょっと作っていただきまして、これも気になるんですが、アナフィラキシーの副反応でございしますけれども、これは、当然、専門家のブライトン分類、世界的なブライトン分類の一、二、三に分類されたものがアナフィラキシーだと日本国ではなっているようにございします。その分類におけるアナフィラキシーを調べていただきましたら、それでも、米国民も同じ分類です、相当高いんですよ。十倍以上なんです。

これは、田村大臣、大丈夫なんですかね。どういう対応を今後いたしますか。

○田村国務大臣 国産でということでありまして、国産のワクチンは今、四つ、五つ走っておりますので、この開発を何とか早めていただくように我々も支援していきたいと思いますが、日本の国で治験ができない、ヨーロッパに比べて感染が圧倒的に少ないわけでありまして、そこが最大、やはりちょっと難しいところでありまして。海外で日本のワクチンが治験できる環境というものもある程度整えなきゃならぬというような課題はある

というふうに思います。感染が多い国ですね。その上で、今言われた、これは審議会でお諮りをいたしました、結果、言われるとおり、ブライトン分類でやつても、三月九日まで、これで十万七千五百五十八回接種で、ブライトン分類で分類して、事例七ということで、百万分の六十五という数字であります。

これは、一般的に今まで言われていたアメリカのワクチン、イギリス等々ですと百万分の五だとか二十という数字が出ておりますので高く見えるんですが、一方で、最近米国で公表された文献では、同じ医療従事者、これに打った、今、日本は医療従事者でありますから、その結果でいいますと、アメリカは百万回当たり二百七十回、同じブライトン分類であります、こういう数字が出てきておりまして、審議会の評価では、発生率等々、日本の方が低いんですが、同程度であるというよう

な御評価をいただいております。いずれにいたしましても、これから注視して、我々としては、しっかりと確認した上で国民の皆さんに情報をお伝えをさせていただきたいと思っております。

○長妻委員 いや、この四ページ目は厚生省に作っていただいた資料なんです。これで十倍あるというのはちゃんと分析をさせていただきたい、今度の金曜日もあると思います。

最後に大臣に申し上げたいのは、解除してしまいましたね、緊急事態宣言をこの前の日曜日に。私は、東京選出の国会議員として大変心配です。解除すべきじゃなかったと思います。十一日間連続で一週間の平均が前の週の週間より伸びたんです。増えているんですよ、どんどん新規感染者が。それで、年度末、年始で、お花見とか歓迎会、相手が出ている。これは私は、大変なことになるなればいけない。何でもここで解除してしまつたのか、大臣が体を張って止めなかったのか、私は不思議でたまりません。

大臣、これは政治責任は取れるんですか。もし相当な第四波が起って、感染が拡大をして、ワ

い。しかし、一方で、給付したんですが、その分ボーナスを減らされたというような話がありました。意味ないじゃないか、こういうお叱りもいただきました。

だから、医療機関に全面的に資金を入れて、そうならないようにという形で、そして、今般、四・六兆円、最終的にはこれは包括支援交付金という形で入れて、かなりこれも執行も進んできておりますが、併せて、それではこの拡大局面に対応をいただく医療関係者の方々、従事者の方々に十分ではないだろうということ、これは国が直接、二千七百億円だったと思いますけれども、コロナ対応の病床確保料、これは人件費で三分の二使わなきゃならないということでお渡しをいたしました。

そのような趣旨の対応の中で、本当に大変な思いをされた方々に対してしっかりと我々としては報いてまいりたいというふうに考えております。

○川内委員 田村大臣は型どりの御答弁をされたんですけれども、四・六兆円のうち医療機関にまで直接執行されている予算というのは、その四・六兆円のうちどのぐらいになるのか。これは質問通告していないんですけれども、正林さん、分かりますか。分からないでしょう。分かるんだったら教えてください。四・六兆円のうち直接医療機関にまで、あるいは執行されている金額。

○田村国務大臣 一・八兆円しか交付申請があつて、一・七兆円交付決定して、一・五兆円交付済みだったというふうに記憶いたしております。そういうことであります。

○川内委員 四・六兆円のうち一・五兆円交付済みであると。三兆円まだ交付されていないわけですね。

いろいろな事業のメニューがあるので、このくそ忙しい中で書類を書くのは大変なんです、事務方も、病院の。

だから、こういう緊急事態でもう大変な状況の中で、この事業をしたらかうしますよ、この事業をしたらかうしますよ、それは平時の発想なんです。

す。こういう緊急事態においては、ばらまく。戦争映画であるじゃないですか、補給とか支援はヘリコプターで物資をばあつと落とすというのが正しい補給、支援であつて、こういうことをしたら食料を補給しますからね、そういうことをしたら食料を支援しますからねとか、そんなことを緊急事態にやっている場合ではない。だから、働いている方にも慰労金をばんと支給して、感謝するよ、頑張つてねということがあるのではないかと、いうことを私たちは、多分、与党の先生方もみんなそう思っていると思うんです。誰も反応しないけれども。思っていないの。思っているよね。

だから、委員長、これをみんなで採決して、採決すれば政府は支給しなきゃいけなくなるんだから、法律というものはそういうものですから、是非そうしていただけるように委員長の御高配をお願いをしておきたいというふうに思います。

では、山井先生、ありがとうございます。

次に、医療法等の改正案についてお尋ねをいたします。

医療法等改正案でございすけれども、医師養成課程の医学生に対して、共用試験に合格した医学生は、医師法七条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するための医療を行うことができるというふうに変えるということでありすけれども、医師免許のない医学生が医療を行つて、そのときに事故とかあるいは医療過誤が起きた場合、その責任は誰が取るのかということを教えていただきたいと思ひます。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

診療契約は患者と医療機関の間で締結をされるものでございすので、医学生に関しまして、医師の場合と同様に、医療事故が起つた場合は診療全体を通じての民事上の責任の所在、これは一義的には医療機関にあると考えられます。また、個別の行為についての不法行為、この責任は、法的には、医師、医学生、両方に生じ得るものでございす。

こうしたことを踏まえまして、医師法に係る改正案の具体的な内容について検討を行いました。医道審議会の医師分科会におきまして、診療参加型臨床実習の中で一定の侵襲的な医行為を行う場合、医学生を保護する観点から、賠償責任保険等への加入は推奨されるべきというふうになされているところでございす。

○川内委員 民事上は医療機関、そしてまた刑事的な部分に関してはその時々によるよという、大変医学生がかわいそうになるような答弁だったというふうに思ふんですが。

そこで、改正案では、医学生が、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために、政令で定めるものを除く医療を行うことができるというふうな定めてございすけれども、政令でこの仕事はやつちや駄目というふうな定める医療というのはどういうものを想定していらつしやるのかというのを教えてください。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

臨床実習においては、医師の指導監督を前提といたしまして、個々の学生の習熟度等に応じて実施される行為を医師が判断するというのを想定いたしておりますけれども、例えば、処方箋の交付により患者が受領した薬剤につきましては、医療施設外で使用され、その薬用効果の発現時点において指導医の直接の監視下になつたことから、万一、処方箋に過誤があつた場合には、危険の回避や損害の回避ができず、重大な事故を招きかねないということとございす。

また、処方箋に基づき調剤を行う薬剤師は、処方箋に疑わしい点があるときにはその処方箋を交付した医師に確認をすることが義務づけられておりますけれども、処方箋を交付した者が医学生の場合、適切に確認作業が対応できないというおそれがございます。

こうしたことから、現時点では、臨床実習で医学生が行うことができない行為として、処方箋の交付を政令で規定することを想定いたしております。

○川内委員 今までは、昨日、厚労省の御担当の方に聞くと、グレイゾーンで、実際にはもう指導医の下で医学生はこういうことをしているんですよという御説明だった。それを法的にきちつと規定しますということなんですけれども、現場は今物すごく忙しいので、医学生を人手不足の解消のために使うというふうなことがあつてはならないんだらうというふうな思つたりするんですけれども、これまで、そういうグレイゾーンの中で行われてきたことに関して、事故とか医療過誤などの報告みたいなものは厚労省は把握していらつしやるんでしょいか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

これまで、違法性阻却事由に該当するという形で医学生が臨床実習において医行為を行つてきたところとございすけれども、医療法に基づく医療事故情報収集等事業におきまして、医師免許を有しない医学生による医療安全事案の情報についての報告は受けておりません。それから、文部科学省においても、大学から医療事故に関する報告を受けたことはございせん、医学生の臨床実習による医療事故等は承知していないということとございす。

この診療参加型の臨床実習の充実を図るためには、医療安全への配慮は重要でございまして、今回の法改正により、指導体制等の充実を図るとともに、医学生の質の担保とその医行為について法的に位置づけることとしていふものでございす。

○川内委員 是非、政令で医学生がしちやいけな行為について定めるといふことになつておりますので、それは医道審議会できつかりと議論される、その上で定めるといふことでよろしいですか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

御指摘のとおり、これは、先ほどのような事例があるかということで御説明をさせていただきましたけれども、そのことも含めまして、しつ

り有識者に御相談しながら検討を進めてまいりたいと考えております。

○川内委員 それから、この医療法の改正で、持分の定めのない医療法人への移行計画認定制度が三年延長される、令和五年九月三十日まで延長されるということでありませうけれども、これまでの移行計画認定により、相続税、贈与税が、医療法人設立に参画したファウンダーに対して、納税の猶予あるいは免除の優遇措置を受けた件数というのが六百件ぐらいいろというふう聞いておりますが、これまでの免税額、件数についても正確に教えていただきたいというふうに思います。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

これまで、医療法人の非営利性の徹底や安定的な経営確保の観点から、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行の促進に取り組みでまいりましたけれども、この持分という出資者の財産権を放棄することの難しさがある中で、持分なし医療法人へ移行するという場合には、税制上の負担を軽減するために、委員今御指摘ございましたけれども、出資者に相続が発生したときに相続人に課税されるいわゆる相続税、それから、出資者の一人が放棄したときにはほかの出資者に課税される贈与税の猶予、免除措置を平成二十六年十月に創設いたしましたところでございます。

こうしたリスクに対応した本制度でございますけれども、議員御指摘のとおり、これまで六百七十三の医療法人が認定を受けまして、三月二十三日の時点で既に四百七十一の医療法人が持分なしに移行しております。

国税の統計によりますと、平成二十六年十月から平成三十年末までの納税猶予の適用実績でございますけれども、相続税につきましては約五十三億円、それから贈与税につきましては約十四億円と承知をいたしております。

○川内委員 安定的な医療法人の経営というために必要なものなのかもしれないのだからというふうに思いますが、租税特別措置について、他の様々な法人等との公平公正性というものにも十分

留意をして制度を運用していただきたいということをお願いしておきたいと思っております。

引き続き、ちょっとワクチンのことをお尋ねいたします。

実は、私は、厚生労働省のホームページで現状までのアナフィラキシーのことを見ようかなと思つて昨日見たら、三月十二日の副反応検討部会に報告されて以降、アナフィラキシーのことが全く更新されていないんですよ。

現状までの、昨日までの時点で結構ですから、アナフィラキシー疑いで全国から報告のあった件数を教えていただきたいと思っております。

○正林政府参考人 お答えします。

まず、接種の回数ですけれども、昨日三月二十三日午後五時の時点で接種実績は、千九百六十三の施設で六十九万九千二百二十六人、このうち三万一千七百五十六人は二回目の接種です。

アナフィラキシーですけれども、三月九日までアナフィラキシーとして報告された、十七件あります。それは三月十二日に開催した審議会において専門家に御評価いただきましたが、アナフィラキシーに該当する事例は七件、アナフィラキシーに該当しない事例は一件、現時点では情報が不足しており評価不能とされた事例は九件でありました。

三月十日以降に報告された事例については、順次、三月二十六日、今週の日曜日ですけれども、そこで行われる次の審議会などで専門家に御評価していただいた上で、速やかに公表してまいりたいと考えております。

○川内委員 三月十日以降のことについては答えませんが、言いません、審議会に報告するから待つていこうということなんですけれども、審議会には行政の中で情報のやり取りはされるでしょうけれども、国会から聞かされたときに、事実を聞かれたときに答えませんというの法的根拠はないと思ふんですけれども、何か法的根拠はありますか、答えないことの。

○正林政府参考人 お答えします。

副反応の評価は、個々の事例について一件一件公表してということよりも、ある一定期間における接種者数に対する副反応疑い報告の傾向を評価して、その後の対応を検討、決定していくものだというふうに考えています。

専門家の評価を待たずに公表することについては、伝え方によっては誤った印象を与えてしまうとか、あるいは新型コロナワクチンといった新しい事象は誤解や風評を生じさせやすいことがあるため、公表に当たっては、正確な情報をもつてしっかりとした中身を担保する必要がある、こういったことも審議会でも御指摘いただいたところでありました。

なお、こうした対応、一件一件毎回公表するのはなく、審議会に合わせて公表というのは、実は二〇〇九年の新型インフルエンザのときも大体同じような考えで対応しておりました。

○川内委員 私は法的根拠を聞いたんですけれども、それについては何法の何条にこう書いてあるというふうに端的にお答えいただければよろしいんですけれども、それについては言及がなかったというところですね。

リスクコミュニケーションの要諦は、事実をありのままに提示することであるというのがイロハのイであつて、いや、正確な情報を伝えなければなりませんから、ちゃんと評価してからですとか、そういうことを言っているから信頼がなくなつていくんですよ。ということを申し上げておきたいというふうに思います。

その三月十二日の副反応部会に報告された死亡例一例ですね、この方の死亡の原因というのは何だったんですか。

○正林政府参考人 たしか、くも膜下出血だったと思います。

○とかしき委員長 答弁、時間がかかりますか。じゃ、一度止めてください。

○とかしき委員長 〔速記中止〕では、筆記を再開してください。

正林健康局長。○正林政府参考人 死因はくも膜下出血と推定され、報告医によれば、因果関係は評価不能とされております。

ただ、専門家によれば、くも膜下出血はこうした年代の方に比較的起こりやすい疾患であり、偶発的な事例かもしれないとのことでありました。○川内委員 くも膜下出血ではないかということ医師は判断したが、最終的には検視が行われて、検視の結果は、死因は不明であるというのが正しい答弁ですよ。正しい答弁。違いますか。事務方、正林さんにちゃんと教えてあげてよ。

○とかしき委員長 じゃ、筆記を止めてください。

〔速記中止〕○とかしき委員長 じゃ、筆記を起してください。

正林健康局長。○正林政府参考人 検視の結果はまだ出ていないと承知しております。

○川内委員 この副反応部会に報告された紙には、「検視は行われたが、結果は不明であった。」結果は不明であつたという事実として書いてありますよ。じゃ、この紙もうそだということですか。まだ分かっていないと書かなきゃいけないんじゃないんですか。

○とかしき委員長 正林健康局長、申合せの時間が経過しておりますので、御協力をお願いいたします。

○正林政府参考人 その時点では、検視が行われつつあることは承知していましたが、その結果を聞いていないので不明であるというふうに記載したと思います。

○川内委員 いや、だから、この記述そのものにしても非常に正確なわけですよ。

だから、事実をありのままに伝える、事実をきちっと国民に提示するということが、国民的行事であるワクチン接種というものをスムーズに進めるための要諦なんですよ。そこをしっかりと厚労省

には理解していただいて、情報をコントロールして自分たちの思いどおりにしようなどということをやめゆめ思われないことを御提言申し上げて、私の質疑を終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、宮本徹君。

○宮本委員 日本共産党の宮本徹です。

長妻議員の続きを質問させていただきますが、今回のコロナで本当に多くの方が入院できずに命を落とすということになりました。やはり、この間、政府が進めてきた地域医療構想、公的・公立病院の整理縮小というのは間違いだったということが、私ははっきりしたと思いますよ。

今、再編統合、病床削減の検討を政府が迫っている四百三十六の公的・公立病院、コロナ患者を率先して受け入れてきた病院もたくさんあります。東京では、例えば済生会向島病院。私は地域の保健所長さんにお話を伺いましたので、大臣、聞いてください。

重点医療機関として、都立墨東病院と済生会向島病院が採算度外視で受けていた。済生会向島病院は、病棟は二つしかないのに一つをコロナ病棟にして、早い時期から救急、疑い患者も含めて受け入れてくれた。済生会を目指して医療圏から救急車が走っていく。民間医療機関が受け入れにくい介護度の高い方を積極的に受けて、文句一つ言わず、職員一人一人が使命感を持ってやってくれている。これにはかの病院も見習って受入れが広がった。リーダーになつてくれている。これまで、公的病院は民間と重複があれば減らすということこそ政府は目的にしていたが、公的・公立病院の合理化ではなく、医療需要が物すごく高まった危機において感染症医療に特化していただく担い手になるのが公的・公立病院だ。ある程度不採算でも病床は多めに持っていたかかないと、いざというときに稼働できない。こういう話を聞きました。

大臣もこういうお話を聞かれているんじゃないんですか。

○田村国務大臣 今、新型コロナウイルス感染症対応をいただいていますので、次に向かつて地域医療構想、これに関しては、いつまでにと、それは二〇二五年が最終年でありますから、それまでにはお作りをいただかなきゃならないんですが、例えば今年度中に、来年度中というようにことをお願いをいたしているわけではなくて、コロナとの状況を勘案して、それも踏まえた上でお作りをいただきたいとは申し上げております。

同時に、地域医療構想というのは平時の状況がどうであるかということ、つまり、その医療機関が経営していかなくなりませんので、余剰病床、余剰人員を抱えますと、当然のごとく、ニーズがないのに、これは経営ができなくなるわけでありまして、そういうことも踏まえてお作りをいただくと、そういうことを二次医療圏ごとにお話しをいただいております。

一方で、こういうような感染症の大拡大、こういうこと自体、やはり想定しなきゃいけない、コロナの後もこういうことは起こるかも分かりませんので。そこで今般も、この法律の中に書いてありますけれども、まさに地域医療計画の中において新たな、五事業の一つつ加えて、そういうような状況も踏まえた上で、二〇二四年、第八次の医療計画に向かって、こういうパンデミックの状況もその病床の中でどう対応するか、これは役割分担、機能の分担・連携、分画というようにお話でありますけれども、そういうものもいろいろお考えをいただきたいということでお出しをしておりますが、ただ、今のコロナに関してはそれでは間に合いませんので、五月までに、いや、五月までもパンデミックが起こるかも分からないから、四月中にも、ダブルトラックで、拡大した場合の対応もしっかりとお願いをいたしたいということ、今都道府県と議論をさせていただいてるところであります。

○宮本委員 大臣がおっしゃるように、コロナの後にもまたパンデミックが起こる可能性はあるわけですよ。そのときに誰が受けるんですか。それは

公的・公立病院抜きには考えられないわけじゃないですか。

なぜこの四百三十六のリストをいまだに撤回しないのか、これは全く理解できないんですよ。撤回しなきゃいけない理由はどこにあるんですか。ないですよ。

○田村国務大臣 これはデータに基づいて参考としてお渡しをしておりますので、これを基に、コロナ等々の状況を踏まえながら、これからのパンデミックが起こったときにどうするんだということも踏まえて、しかし一方で、医療経営はしていただかなきゃなりませんから、病院の経営は。そのときのこともお考えをいただかなきゃならないので、これは普通の状況に戻ったときにどういう状況になるかという意味でお示しをさせていただいておりますので、それを参考に各地域でお作りをいただくということになろうというふうに思います。

○宮本委員 地域にただデータを渡しているという話じゃないんですよ。この公的・公立病院の四百三十六というのは再検証を求め医療機関になつて、再検証を求めるともコロナの直前に出していますよね。一つ一つの医療機関に対して、迫るリストなんですよ。これは、病床削減を。当該医療機関でなければ担うことができない機能に重点化が図られているかについて分析を行った。だから、この点について、ちゃんとダウンサイジングについて検討してくださいというのを各病院に対して迫っているわけですよ。ただデータを出しているという話じゃないじゃないですか。

ですから、こういうダウンサイジングを求めているリスト自体は撤回すべきじゃないですかというところを申し上げているんですよ。

○田村国務大臣 それぞれ、高度急性期、一般急性期、それから回復期、それから慢性期等々、いろいろな病床の種類があるわけでありまして、今般、まさに代替能力があれば、それは民間がそこをしつかり担っていたら、代替できない部分を担っていたというふうな基本的な考え方は

ありますが、高度急性期の病床に関しては、常態でいくと、普通の状況、つまり、こういう感染症のパンデミックが起こらなければこれぐらいのニーズですよという下でお出しをしております。しかし、コロナ等々が起こった場合、重症患者者をどうするんだというふうな御議論もありますから、それも踏まえて、今、地域医療計画をいろいろと考えていただいております。

ただ、確保したときに、余りにも確保すると、今度は、通常時には、当然そこは急性期の病床としての十分な定数を確保できないということになりますから、そういうことも踏まえながら、どういうふうにご判断をその地域でいただくかということは今調整会議で御議論をください。ただし、期限に関しては、いつまでということではなくて、二〇二五年までにはお出しをいただくということになつておりますけれども、コロナの状況を見ながら、コロナの状況も勘案して、その上でお出しをくださいということをお願いいたしております。

○宮本委員 ですから、コロナの状況を勘案して地域で考えてくださいと言ったのなら、コロナの状況を勘案する前に出した病床削減のリストというのは全く間違いじゃないですか。撤回するしかないですよ、本当に。まだ審議、何回もありませんから、これは引き続きやりますので、撤回するまで終わらないと思えますよ、この審議は。

続いて、今日たくさん通告して、とても終わらない気になってきましたけれども、医師の働き方の問題について伺います。

B水準、C水準等は、時間外労働を千八百六十時間まで認めるということでありまして。年千八百六十時間超の時間外労働が可能な三六協定を現在結んでいる特定病院の数及び年九百六十時間超の時間外労働が可能な二六協定を結んでいる特定病院の数、ちよつと教えていただけますか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

三六協定は、各医療機関の時間外労働の実態を踏まえ、労使で十分に協議していただくことが必

要でございます。平成三十年二月、医師の働き方改革に関する検討会において取りまとめました医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組においても、三六協定の自己点検を盛り込みまして、適切な締結を呼びかけてきたところでございまして、お尋ねの年千八百六十時間超の時間外労働が可能な三六協定を締結している病院及び年九百六十時間超の時間外労働が可能な病院の数については把握しておりませんけれども、各都道府県の医療勤務環境改善センターによる調査によりますと、令和二年十二月末の時点において、回答のあった病院のうち約八五％に当たる約四千八百病院で三六協定が適正に取り扱われていたと承知をいたしております。

なお、三六協定の取扱いにつきましては是正が必要な病院に対しては、都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて継続的にフォローアップ対応を実施をいたしております。厚生労働省といたしましては、引き続き医療機関に対しまして三六協定の適切な締結について働きかけてまいりたいと考えております。

○宮本委員 三六協定の中身は把握していないはずはないんですけれども、全部届出があるわけですから。

ある学者の方が、山口大学の三隅先生という方が、病院羅針盤という雑誌で、特定機能病院、二〇一九年四月一日時点の、八十六ですかね、について三六協定を全部調べたと。千八百六十時間超というのは八十六の病院のうち二つだったということなんです。そうないわけですよ、千八百六十時間超の三六協定を結んでいるところは、それ以外に、九百六十時間超で千八百六十時間までの病院が四つあったということでありまして、ですから、ほとんどの病院は九百六十時間以下の特任機能病院ですよ。大学病院とかです。それから、労働時間が長いところですけども、三六協定は、多数は九百六十時間未満なんです。三六協定は、

ところが、この間、厚労省の検討会で出されて

いる資料では、病院常勤勤務医の約四割が年九百六十時間超働いている、一割が年千八百六十時間超の時間外・休日労働ということですから、これは三六協定違反が常態化しているということなんじゃないですか。

○吉永政府参考人 お答え申し上げます。

御指摘の検討会に提出いたしました資料につきましては、医師の勤務実態を把握するために労働時間等の調査を行って、病院常勤勤務医の約四割が九百六十時間を超えて、また、約一割が年千八百六十時間を超えて時間外・休日労働を行っているという結果が示されたものでございまして、この調査につきましては、三六協定との関係などについて問うたものではございませんので、三六協定違反の実態を把握するというものにはなっております。

労働基準監督署におきましては、三六協定に違反しているかどうかも含めまして、各種情報から、法違反が疑われる事業所に対しましては監督指導を行いまして、法違反が認められた場合につきましては必要な指導を行っているところでございます。

なお、令和元年の監督指導状況を見てまいりますと、労働時間に関する法違反でございします労働基準法第三十二条違反につきまして、全業種の平均違反率が二・四％となっておりますが、病院を含みます医療保健業につきましては、これは医師以外の者を含むものでございしますけれども、三三・五％となっております。少し高くなっているという状況でございます。

いずれにいたしましても、引き続き、各種情報から、法違反が疑われる事業所に対しましては監督指導を行いまして、法違反が認められた場合につきましては必要な指導を行ってまいりたいと考えてございます。

○宮本委員 全産業の中でも医療は違法残業が大変多いというのが今の話だったとは思いますが、それども、パーセントの報告がありましたけれども、じゃ、直近の年度で医師に違法残業をさせた

ということでは正勧告を出した医療機関の数、教えていただけますか。

○吉永政府参考人 お答え申し上げます。

令和元年において、法定の除外事由なく、医師、あるいは、これも医師以外の労働者の方も含めてという形になりますけれども、時間外労働を行わせたこととして、病院を含みます医療保健業の事業所に対しまして是正を勧告した件数は、五百四十三事業所となっております。

○宮本委員 ですから、現状は、三六協定というのは九百六十時間未満が多数だと。そういう下で違法残業が他の産業よりも大変医療の分野は多いということなわけですね。

そういう中で、今回は千八百六十時間まではいですすよというお墨付きを与えていくということになるわけですが、例えば、この千八百六十時間まで認めるB水準の対象となる医療機関というのはどれぐらいになるんですか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

B水準の対象となる医療機関につきましては、地域医療の観点から必須とされる機能に関しまして、三次救急医療機関等の一定の客観的な要件を整理をしております。これに該当する医療機関について、時間外労働の実態を踏まえると、合わせて約千五百程度と見込まれております。

○宮本委員 そういう千五百という数がB水準になつていくということを見ると、これから何が起るのか、この法改正をやっていくことによって、今、九百六十時間未満で結んでいる三六協定、そういう病院も、逆に、今回の法改正で、千八百六十時間、こまでは合法的に働いてもいいですよということ、今は違法だとされているものが、長時間残業を合法化して容認していく、こういうことになっていくんじゃないかと思うんですよ。

ですから、三六協定が、逆に、どんどんどんどん、医師の働き方を守るものじゃなくて、医師の長時間労働を合法化して容認していく方向に引き上げられていく、こういうことが起きるんじゃない

いんですか。

○田村国務大臣 この連携B、Bに関しては、二〇三五年までには、こういう千八百六十というような特例を、これを是正していくということと同時に、健康確保措置等々でありますとか、時短の計画を出さなきゃならないということでありまして、長いわけでありまして、それをずっと許容するわけではないということと同時に、制度としては、もう御承知のとおり、今は、今といった方がいいのかも分かりませんが、今は暫定措置でありますけれども、特別条項を結べば、六月、六月にわたっては、言うなれば、上限のない中で、特別条項ということがあったわけでありまして、それを今般はしっかりと上限を規制するということとでございします。以前よりかは制度的にはしっかりと、医療関係者、医師の方々の健康も考えながら、労働時間を上限を設定したということであろうと考えております。

○宮本委員 ちよっとそれは、今、現状の三六協定が例えば特定機能病院でどうかというお話をしましたけれども、千八百六十を超えて結んでいるところは、それは特定機能病院でも二つしかないわけですが、それはその二つからすれば規制になるかも分からないですけども、ほかのところからすれば、逆に、三六協定がどんどんどんどん時間を延ばす方向に変わっていくというのは、規制じゃないですよ、これは規制緩和になりかねないですよ。そこを本当に大変私は懸念しております。

最後、時間がないので一点だけ伺いたいと思いますが、医師の働き方改革を進める上でも、私は医師を増やさないといけないというふうに思っていますが、ところが、二〇二三年から医学部は定員削減というのを政府は出しております。その基になつている医師の需給推計、本会議でもお伺いしましたけれども、大変そのパラメーターの設定その他がおかしいんですよ。今日、資料を配っておりますけれども、男女比

率の設定について、医師の国家試験受験者の男女比は、男性六八、女性三二。これは、過去の直近九年間のデータの中央値を将来推計分はそのまま固定化して使うとなっているわけですね、三二%を。

でも、直近の医学部の女性の入学者は、この二年ぐらい見たら三七%ですよ、平均すれば。当然、医学部の不正入試も、男女差別がありまして、それが正されたというのがあります。さらに、世界的な傾向からいっても、女性の医師の比率はどんどん高まっているわけですね、日本でも間違いなくそうなっていくというふうに思います。

ところが、この低い過去の数値、しかも不正なことが行われた時代の数値を未来にわたって固定化して使う、こうやって必要な医師数を抑えていく人為的な操作がやられている。

それから、もう一枚、次のページに仕事量の推計というのも出ています。これを見たら、男性、女性それぞれ出ているわけですね、男性、三枚目に需給推計そのものを出していますけれども、労働時間についても、結局、需給バランスが取れますよ、二〇二九年に取れますよと言っていますけれども、その前提は、労働時間週六十時間だ、年間時間外労働九百六十時間だ。これを前提にしてやっているわけですよ。

私、こういうのは前提が間違っているもので、需給推計をやり直すべきだと思いますよ。長時間労働は前提にしない、女性はちゃんとジェンダー平等が進んでいく、こういう前提でやる。本会議で聞きましたけれども、本会議は、それは審議会で決めてもらったことだという話でしたけれども、大臣自身の認識は、こういう推計の数値の出方ではないかと思っていますか。

○とかしき委員長 田村厚生労働大臣、申合せの時間が経過しておりますので、答弁は簡潔にお願いします。

○田村国務大臣 私の勝手な推測のデータを基にやる方が問題であって、これは有識者の方々に

データをちゃんと見ていただきながら、推計されたデータでありますけれども、それを使ってやっていたいておりません。それも専門家の方々に見てやっていたいているわけ、そこは、私がどうだ、大臣がどう思っているからどうなんだと言われている、私は専門家じゃないんで、そこはちょっとお許しいただきたいというふうに思っています。

○宮本委員 だから、そういう逃げはまずいと思いますよ。だって、男女共同参画基本計画で女性の医師を増やすって書いてあるじゃないですか。○とかしき委員長 申合せの時間が経過しておりますので、よろしくお願いします。

○宮本委員 時間が来たので終わりますけれども、一点だけ、委員長にお願いします。

私、これは自分でちゃんとパラメーターを変えて試算したいんですよ。だけれども、厚労省が試算するための必要な計算式を出してくれないんです。これ、出していただけるよう、お諮りをお願いします。

○とかしき委員長 理事会で検討させていただきます。

○宮本委員 終わります。ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、青山雅幸君。

○青山(雅)委員 日本維新の会・無所属の会、青山雅幸でございます。

早速でございますけれども、質問に入らせていただきます。

まず、医師の働き方改革を図る現状の問題点は病院勤務医の長時間労働にあるということである、いいでしょうか、お伺いします。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられているという御指摘をいただいております。今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担が更に増加することが懸念されております。

これに對しまして、勤務医の労務管理の徹底でございますとか、健康確保措置の整備を行うことが医師の健康を確保し、ひいては、安全で質の高い医療を持続的に提供する体制を確保するために重要であるというふうに考えてございます。

○青山(雅)委員 今御答弁にありましたように、医師の自己犠牲的な長時間労働、これを是正しなければいけないということだと思いますけれども、その自己犠牲的な長時間労働をしなければいけないそのまた理由は、慢性的な病院勤務医不足ということでしょうか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

医師、これは特に病院の勤務医が長時間労働となる要因といたしまして様々考えられますけれども、医療機関内において職種間の業務分担が進まずに医師に業務が集中していること、でございますとか、一部の医療機関において労務管理が徹底されていないことなどが考えられると承知をいたしております。

それから、地域の医療提供体制における構造的な要因といたしましては、地域内の医療機関の機能分化、連携が十分に進んでおらず、効率的な医療提供体制となっていないこと、あるいは、地域間、診療科間で医師が偏在をしていること、それから、特定の医療機関の外に患者が集中をし、また、一部で必ずしも適切とは言えない救急車あるいは休日、夜間の救急の利用が行われていることなど、様々な要因があるというふうに考えております。

この法案に先立ちましてまとめられました検討会の中間取りまとめにおきまして、強い使命感の下に医の道を志し、地域の医療を支えている医師たちが、望まない形でその道を閉ざされることのないよう改革を進める必要があるとされておりまして、医師の偏在を是正し、地域で必要な医師を確保するためにも、勤務医の待遇、勤務環境の改善が重要であると考えておりまして、こうした点を踏まえまして、今回の改正法案で、医療機関内において、様々な医療専門職種のそれぞれが自

らの能力を発揮をいたしまして、より能動的に対応できるようにするためのタスクシフト、タスクシェアを進めるということと、医師が長時間労働となる医療機関に対して、二〇二四年四月の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向けて……(青山(雅)委員長、委員長)と呼ぶ。

○青山(雅)委員 私が聞いたことになぜ答えられないんですか。それで、時間が、私、十五分しかないんですよ。私が聞き出したのは、背景にあるのが慢性的な勤務医不足かどうかですよ。なぜ勤務医不足かどうかという質問について端的に答えられないんですか。

今のお話だと、いろんなこと、偏在とか云々かんぬんおっしゃるけれども、偏在だから不足しているわけでしょう。不足しているのかしていないのか、端的に答えてください。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

慢性的な勤務医不足ということでございますけれども、その勤務医不足かどうかも含めまして、先ほど御説明させていただいたような様々な要因が重なって長時間労働に至っている、そういうことを御説明させていただいたところでござい

○青山(雅)委員 過去の厚労省のデータなどを見ても、勤務医不足の事実はあるんじゃないですか、もう十年以上前から。

勤務医不足、病院会のアンケートでも、病院長はみんな勤務医が不足していると答えている。それを御承知ない、知らないんですか。知っているか知らないかだけを答えてください。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

医師の不足というのは、マクロで見るとミクロで見ると場合と様々でございますので、御指摘の……(青山(雅)委員)ごめんなさい、委員長と呼ぶ。

○とかしき委員長 今答弁中ですので、済みません、ちょっと聞いてください。

答弁を続けてください。

○迫井政府参考人 医師の不足かどうかは、マクロで見るとありますが、個々の医療機関なり地域なりによって、不足あるいは過剰になっているという様な状態がございますので、それを一概に、医師の不足、勤務医不足というふうな形で、イエス、ノーとお答えできるものではないと承知をいたしております。

○青山雅委員 今、野党の理事がおっしゃってくださっているように、質問に答えていないですよ。私、病院会のアンケート等で、勤務医が不足しているというふうに各病院長が答えている、それを知っているか知らないかと答えてくださいますか。今、全然違うことを答えているじゃないですか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

勤務医協会という、どの調査か私どもとしては存じ上げませんが、個々の病院長が勤務医が足りない、あるいは協会として足りないという御指摘があることは仄聞はしたことはございす。(青山雅委員「今、最後何と答えました」と呼ぶ)

○とかしき委員長 もう一度、正確にきちっとお願いします、最後の御答弁。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

個々の病院長でありますとか団体は様々ございますので、一部の団体でそういった指摘がされたということはお聞きをしたことはあると記憶をいたしております。

○青山雅委員 医政局長がまさか知らないとは思わない。病院会のアンケートをやったのも御存じないですか。そんなに古くない。今、一応記憶しているとおっしゃるから知っているはずですが、知らないはずがないんですね、勤務医が不足しているという実態を。不足していなければ、こんな九百六十時間とか千八百六十時間なんて問題になるわけじゃないですか。

そういう事実を認めないような姿勢というのが、厚労省の今までのいろんな行政に対する不信感につながっているんですよ。さっき問題となっ

たアナフィラキシーショックの話にしたって、それまで毎日出していたものを二週間に一度になって、急に小さくなっちゃった。どれだけそれで、ワクチン行政に対して新たな不信感が募っているのか。こんな簡単な問題くらい、承知しているのかしないかぐらい、ばつと答えればいいじゃないですか。

これは、急に今日、私、話を出したわけじゃなくて、先ほど宮本委員の方も同じような質問をされていましたけれども、私、令和二年十一月二十七日の当委員会でも、厚労省は医療従事者の需給に関する検討会というのをやっておられますけれども、ここでも、八月でも十一月でも、「医学部臨時定員増に係る方針について」ということで、将来的な医学部定員の減員に向けて、医師養成数の方針について検討する。

これは、基となるのは、恐らく平成三十年の六月十五日の閣議決定だと思えますけれども、今の新型コロナウイルスによる医療崩壊であるとか、あるいは感染症医師の不足であるとか、そういった議論、こういうのを全く無視して、先ほども指摘あったとおり、将来の需給予測、これも当たってにならないことは明らかですね。なぜかというところ、寿命が延びれば、その分だけ高齢者というのは医療に手間もかかるし、あるいは新しい医療技術が発達すれば、今の平均寿命だと、もしかしら、九十、九十五と、百歳にまで達するかもしれない。実際、百歳になつていらっしゃる方年齢って、物すごい増えているのは御承知のとおりだと思えますね。

そういう中で、勝手に需給予測をして減らすというふうなことを、今でも医師が足りないと言われているのに、ちよつとおかしんだと思うんですよ。こんな法制度だけいじつたって、そもそも足りない、医者が足りないからこれが起きているのであって、何でそこから目を背けるのか。誰に付度しているのかということ不思議でならないわけですね。

大臣が、私がさっき言った、十一月二十七日に何をお答えになっているかというと、「これから

の医療の需要を考えると、人口構成が変わってくるので、急性期よりも回復期というものをふやしていくべきだ」と。それはそれでいいかもしれない。その後で、「全体的に病床がある程度整理されてくれば、多分病床当たりの医師というものの数はもうちよつと上がってくると思います」と。病床当たりの数が増えたって、医師の絶対数が足りなければ、絶対的な病床数を減らせば、病床当たりの医師の数は増えるに決まっているんだから。ただ、病床が足りないから、今、需要逼迫だの医療崩壊だの言われているわけで。同じことが起きたら、間違いなく病床数を更に削るわけだから、医療崩壊になるに決まっているわけですよ。そう考えると、これはもう医師を増やすしかない。

ところが、そのときに大臣は何を言われたかというところ、比較的高学歴な方が多くて、そういうところ、人を余り、何といいますが、配置し続けること、本来ほかの産業分野でインベシジョンを起こすときに優秀な人材が行かないのではないかと、いうことを言われる方々もおられます、いろいろな形を考える上で、バランスというのが大事だというふうにも思います。さっきも言っているわけですよ。

だけれども、今の日本を見ると、緊急事態宣言や何かでほかの産業なんかは全部潰れてもいろいろの勢いで、医療体制を維持すると。その背景にあるのは病床数の不足と医師の不足なわけですよ。ここに手をつけないで、将来同じことが起きたときにバランスだ何だ言つてこの今の医師不足を放置していたら、同じことがもつとひどく起きるわけじゃないですか。欧米並みになつたら、今より十倍になつたらどうなるんですか。

大臣、この、法制度じゃなくて、きちんと医師の定員増についても正面から考えるしかないと思うんだけれども、それに関して御見解をお伺いしたいと思えます。

○田村国務大臣 ちよつと整理しますと、パンデミックの話と全体の通常医療の話は分けた方がいい

と思います。欧米は十倍ぐらい患者がいいますが、医師が人口当たり十倍いるわけではないので、若干多いぐらいの話です。

その上で、先ほど迫井さんが話して、ちよつとお叱りいただきましたけれども、必要なところに必要な医師が必要であつて、それは、地域で医師が足りないという部分もあれば、診療科で足りない。そこを今、初期研修、これと後期臨床研修の方で、要するに、ちゃんとそれを、後期の場合には専門医を育てるという意味合いの中に含めて、どう配分するかというのを、偏在がないように、これは今、いろんな形で対応させていただいていきます。

幾ら医師をつくっても、必要のない診療科、必要のない地域に医師がいてもこれは意味がないというのには委員も御承知だというふうに思いますので、そこをちゃんとやっていく。

その上で、今までもずっと増やしてきましたから、今から減らすというよりは、今ずっと増やしてきています、この増やし方をどうするんだという議論をいただいているわけでございますので、決して減らしていくという話ではない中において需給のバランスを考えているんだということ、御理解をいただきたいというふうに思います。

いずれにいたしましても、言いたいのは、パンデミックのときにはパンデミックのときの対応というものは、これは緊急でどうするかということを考えなきゃいけないと思います。一方で、長期的に見たときの医師の需給というものをどう考えるんだ、これはまた別の議論だというふうに思いますから、その点、いろんな、今データを提出している中において、審議会でも御議論をいただいておりますということでもあります。

○青山(雅)委員 そうしますと、私、去年の先ほど言った医師の需給に関する検討会や、先ほど申し上げた平成三十年の閣議決定からすると、二〇二二年度以降は将来的な医学部定員の減員に向けて検討するという話になっているんだけれども、

そうではないということです、今のお話だと。
○田村国務大臣 今、毎年四千人増えているという状況なんですね。御承知のように、医師は大体八年、十年、現場で出て活躍するのに時間がかかりますから、それと人口の構成を考えた上で、今まで増やしてきた医学部の定員枠、これをどうするんだという議論をする中において医師の需給を整えていこうということを今御議論いただいているということでもあります。

○青山雅委員 今の大臣の御答弁は、そのまま額面どおり受け取ると、減員するということが既定事実ではない、いろんなことを考えながらやっていくと。当然、今のコロナ禍であるとか、今の医療が、これだけ欧米に比べて少ないのにもかかわらず崩壊だの壊滅だの言われなければいけないような状況になっていることも踏まえて、きちんと検討していく、そういうことでよろしいですか。

○田村国務大臣 以前は欧米に比べて人口当たりの医師がかなり少なかった。多分、二・一人だとかという数字だったと思うんですが、それがかなり上がってきているのは事実で、欧米に近づきつつある。欧米とはヨーロッパのどの国だということもあるんですが、それは事実であります。そういうものもいろいろと勘案しながら、一方で人口が減ってきますから、もちろん人口構成も変わりますけれども、こういうものを併せてどれぐらいの医師が必要なんだ、それも十年ぐらいは育成に時間がかかるよねということを勘案しながら検討いただいております。

○青山雅委員 玉虫色といいますが、ちょっとよく分からない、結論がよく分からないけれども、少なくとも減員ありきという話ではないというふうには受け取っております。

その上で、ちょっと時間がなくなりましたので、問題提起ということにさせていただきますけれども。
当然、医師の偏在、おっしゃっているように、過疎地域、少ないわけですね、明らかに少ない。

それから、開業抑制がないということで、日本の場合には、幾ら医師が増えていても、こういうときに本当に一線に立っていただける病院の臨床医の方が少ない、そういう問題があるわけで、そういったところにもやはり厚労省にきちんと手をつけていただかないと、国民のために医療にならないというところを問題提起させていただいて、またそれは次の機会に譲らせていただきます。ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、高井崇志君。

○高井委員 国民民主党・無所属クラブの高井でございます。

今日はちょっと十分しかありませんので、本日は医療確保計画の骨太なところを大臣と議論したかったんですが、余り中途半端になりそうなので、来週もまたまった時間をいただければいいので、ちょっとその話は飛ばして、今日、内閣官房から、忙しい中、渡邊審議官に来ていただいているので、ちょっとこのPCRのモニタリング検査の話をもっと聞きたいと思っています。

これは、五つの柱の中の一つに、一日一万件、予算額九十億円ということなんですけれども、これはなぜ一日一万件しか、そして予算額九十億円は本分に、これだけ今、もう何兆円という損害が出ていて、経済損失が出ていて、飲食店の時短協力金にも兆単位のお金がかかっている中で、九十億なんて本分に微々たるものですから、何倍にも上げてもっとこれをやるべきだと思いますが、何かこれができない障害というのがあるんでしょうか。

○渡邊政府参考人 お答えいたします。

モニタリング検査につきましては、一か月ほど前からスタートしたところでございまして、まずは一日一万件というのを目指して努力をしているところでございます。

その後は、その過程を見ながら、感染状況ですとか検査機関の状況ですとか、あるいは保健所の負荷ですとかワクチンの状況とか、そういうことを踏まえながら件数をまた検討してまいりたいと思います。

思いますけれども。
実は、私も、実際にやってみて気づいたことは、まず、検査機関の側が、容量といいますか、キャパシティに余裕があっても、例えば、タイミングが合わない、ほかの検査と重なっちゃっているとか、あるいは病院の検査と重なりどうして、有症状の方の検査をやはり優先されるものか、あるいは地域的なバランスみたいなものもございまして、なかなか、実際に調整をしてみると、検査機関、難しい部分もございまして。数字ではちょっと分からない部分もございまして。

もう一つは、この受ける方なんですけれども、これは本分に、実際に担当してみても意外だったんですけれども、無料で無症状の方に検査を受けていただくということで、ホームページでも希望者を募集はしているんですけど、無料なのにやはり希望される方が少ないんですね。これを実際聞いてみますと、やはり、無症状なので、わざわざ検査をして、万一陽性になってしまったときに休まなきゃいけないとか、いろんな問題がありまして、なかなかちょっと協力の得にくい部分がございます。

ですから、そういう部分をよく反省をして、分析をして、様々な機関の御指導を仰ぎながら、御協力を仰ぎながら改善してまいりたいというふうに思っております。

○高井委員 予算額の問題ではないし、やる意思はあるんだというふうに受け止めたので、是非、反省していかないと分析していただいて、やはり、国民の皆さんへの周知を、もっと分かっている、国民の皆さんへも大事だと思うし、あと、検査側の体制という話もありました。これは厚労省だと思いませんか、何でもこれを厚労省はやっていないのかという気もしますが、そこはよく内閣官房と連携していただいて、とにかく、やはりこれを増やすということで、相対今、テレビなんかを見ていても、やはりこれはもっと増やすべきだ、何でもやらないう論調です、是非これをしっかりとやっていただきたいと思います。

それから、続いて、同じモニタリング検査ですけれども、これは今、スポット方式をやるということなんですけれども、これも評判はよくないんですね。町じゅうの人をつかまえて何かやるということも、なかなかつかまらないし、つかまっても何か、どこに行っちゃつかまらないような。そんなやり方よりも、これもテレビなんかで専門家が結構言っていますけれども、やはり的を絞って、クラスターが発生しそうな場所に絞って重点的にやるのか、そういう工夫をすべきじゃないかと思いますが、いかがですか。

○渡邊政府参考人 お答えいたします。

御指摘のとおり、スポット型というのは、例えば駅前とか繁華街にのぼりを立てて、それで通りかかった方に、今は唾液PCRキットをお配りしているんですけども、実際は、なかなか足を止めて、説明をして同意書を書いてもらうので、なかなか受け取ってもらえないとか、受け取ってもらっても、実際に唾液を入れて送り返してくれる人が少ないという問題が、正直なところございます。

そこで、我々としては、スポット型ではなくて、むしろ、団体採取型といいますか、事業所、要は学校とか会社とかそういうところで、団体で取っていただく。そうしますと、委員御指摘のように、ある程度確率の高そうなお話です。過去にクラスターが発生した場所ですとか、少しリスクの高そうなお話です。そういうところをお願いすることができるかと思っております。そういう方式を検討してまいりたいというふうに思っております。

○高井委員 学校とか会社とかいう話も出ましたので、やはりこれは全県を挙げて、それぞれ文科省とか経産省とか、もちろん厚労省もですけども、是非そこをやっていただきたいなということをお願いをしております。

続いて、これは国民民主党がかなり強く打ち出して、近々提言も出させていたんですけども、頻回抗原検査という、非常に回数多く、アメ

リカなんかだともう一ドルでできる、百円程度でできるという、もちろん精度は圧倒的にPCR検査よりは劣るわけですが、それでも広く捕捉できるという意味では、これを気軽にやってもらえるような体制をつくればまさにゲームチェンジャーになるんじゃないかと玉木代表なんかも言っていますが、これを是非やるべきだと思いますけれども、いかがですか。

○正林政府参考人 お答えします。

新型コロナウイルスの検査については、感染が疑われる方など検査が必要な方が、より迅速、スムーズに検査を受けられるようにするとともに、濃厚接触者に加え、感染拡大防止の必要がある場合には広く検査を受けられるようにすることが重要と考えています。

特に、医療機関、高齢者施設等の入院、入所者は重症化リスクが高ことから、感染者が多数発生している地域等において、その期間症状がない方も含め、勤務する方などを対象に、一回に限らず定期的に検査を実施することが重要と考えています。

また、検査方法について、実施者が状況に応じて適切に選択していただくことが重要であり、議員御指摘の抗原検査のうち、例えば抗原簡易キットについては、専用の機材が不要で、簡易、迅速に検査を行えますが、排出するウイルス量が少ない場合には感染していても結果が陰性となる場合があることから、無症状者への検査として使用することには十分な注意が必要と考えています。

こうしたことを踏まえ、抗原簡易キットについては、地域の医療機関における発熱患者等への対応や、PCR検査、抗原定量検査で対応することが困難な場合に、一定の要件の下で、主に感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において御活用いただきたいと考えております。

○高井委員 いや、それではやはり大きな効果を得られないので、これは本当に政治決断だと思いますけれどもね、役所はそういう答弁かもしれない

せんけれども。これは是非、次回、大臣とも議論させていただきたいと思えます。

それでは、最後の質問かもしれませんが、もう一つ、下水処理場の下水に含まれるコロナウイルスのPCR検査をやるべきという意見も結構専門家の中からも出ておりますけれども、これはいかがでしょうか。

○正林政府参考人 お答えします。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況を早期に検知することは重要と認識しており、例えばオーストラリアなどの諸外国において、下水中の新型コロナウイルスをモニタリングすることで地域の感染状況の推定や再感染の早期把握に役立てる研究などが行われていることは承知しております。

厚生労働省では、国立感染症研究所において下水からの新型コロナウイルス検出方法について検討を進めており、現状としては、下水検体のうち沈殿物で効率的に新型コロナウイルスを検出できることが分かっている反面、感染者数が少ないことから、下水中のウイルス濃度から感染者数を推定することは現状では困難であるといったことが分かっております。

引き続き、関係機関とも連携しながら、監視体制の強化に活用することが可能かどうかも含めて検討してまいりたいと考えております。

○高井委員 平時ならそういう役所的な発想でもいいのかもしれませんが、やはりこれはもう本場に非常事態ですから、これは是非、大臣、政治的な決断で、今日はもう問いませんけれども、次回以降、これは国民民主党玉木代表も強く言っているテーマですので、しっかりと議論していきたいと思えますので、よろしく願います。

○とかしき委員長 午後一時から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時三十分休憩

午後一時開議

○とかしき委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

午前中に引き続き、内閣提出、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案及び中島克仁君外七名提出、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等を慰労するための給付金の支給に関する法律案の両案を議題といたします。

本日は、両案審査のため、参考人として、公益社団法人日本医師会副会長今村聡君、城西大学経営学部教授伊関友伸君、学習院大学経済学部教授遠藤久夫君、NPO法人医療制度研究会副理事長本田宏君、一般社団法人日本医療法人協会会長加納繁照君、以上の五名の方々に御出席をいただいております。

この際、参考人の方々に一言御挨拶を申し上げます。

本日は、御多用のところ本委員会に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。それぞれの立場から忌憚のない御意見をお述べいただき、審査の参考にしたいと存じますので、よろしくをお願い申し上げます。

次に、議事の順序について申し上げます。

最初に、参考人の方々から御意見をそれぞれ十分以内でお述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

なお、発言する際はその都度委員長の許可を受けることになっております。また、参考人は委員に対して質疑をすることができないことになっておりますので、あらかじめ御承知おき願いたいと存じます。

それでは、まず今村参考人をお願いいたします。

○今村参考人 日本医師会で副会長を務めております今村聡と申します。この度は、大変貴重な機会にお招きをいただきまして、誠にありがとうございます。

今回の法律案に対する日本医師会の考え方につ

いて述べさせていただきますので、資料を御覧になりながら聞いていただければと思います。ページは右下に振ってありますので、それを御参考にいただければと思います。

まず、ページをめくっていただいて、一ページでございます。医師の働き方改革、医療法についてです。

医療法の改正で、医師の働き方を地域医療とのバランスを見ながら改革していくことになった点は評価できる点だと思っております。医師の厳しい勤務環境の改善、日本医師会ももう十年以上にわたって勤務医の健康支援ということで委員会を設けておりましたけれども、勤務環境の改善は長年の課題であって、医師の労働時間短縮への取組や健康確保策の推進は非常に重要な施策だと考えております。

一方、二〇二四年四月施行というスケジュールがあることで拙速に進めていくということは、地域医療の混乱を招きかねない。特に、現在のコロナ禍において、現場が医師の働き方改革に取り組める状況であるのかどうかということを、足下をしっかりと確認しながら進めていただくことが重要だと思っております。

医師の労働時間短縮計画を調査する評価機能と、臨床従事六年目以降の医師の高度技能の認定を取り扱う特定高度技能の審査組織というものは、地域医療の確保や医療の質の維持と進歩にとって大変重要なものでございます。持続的、安定的に業務が遂行できるように体制整備を進めていく必要があると思っております。

働き方の新制度を早期に幅広く浸透させる必要があると思っております。ここ四年、こういう議論をずっとしてまいりましたけれども、まだまだ、なかなか医療現場に十分浸透しているというふうには思えません。特に、大学病院と基幹病院に対しては、派遣医師の引揚げで地域医療に影響が出ないよう、早期に詳細に周知を図っていただきたいというふうに考えております。

二ページ目、医療関係職種の業務範囲の見直し

についてでございます。

タスクシフト・シェアについては、新たな職種
の創設ということではなくて、既に認められて
いる業務の着実な実施が基本だと思えます。また、
タスクシフト・シェアを受ける側の医療関係職種
に対する支援というものも非常に重要な要素でござ
います。

今回の法改正による業務の拡大については、医
療安全の観点から、相当程度の教育そして研修体
制とメディカルコントロールが必須であります。
あわせて、需給の見通しに基づく養成の視点も重
要だと思えます。

医師養成課程の見直しにつきましては、いわゆ
るスチューデントドクターに関する制度創設など
の今回の改正概要は、日本医師会としても長年提
唱してきたものでございます。医療安全と国民の
医療への信頼を守るために、CBT、OSCEの
不断の改善と診療参加型臨床実習の充実を求めた
いと思えます。

ページをめくっていただきましたまして、三ページ、
地域医療構想の実現に向けた医療機関の再編支援
でございます。

病床機能再編支援事業の対象地域、医療機関の
選定や執行に当たりましては、それが当事者だけ
ではなく、地域の関係者間の十分な協議と合意に
基づいて行われることが実際の運用においても担
保されることを求めたいと思えます。

都道府県行政や病床機能再編補助金申請者
は、交付条件を満たしている場合であっても、地
域医療構想調整会議や医療審議会等の場において
十分かつ丁寧な説明を行い、関係者の理解を得る
よう努めることを求めたいと思えます。

四ページです。新興感染症等の感染拡大時に
ける医療提供体制の確保に関する事項の医療計画
への位置づけです。

平時から有事に備え、新興・再興感染症の感染
拡大や災害等にも強い医療提供体制を構築すべ
きと思えます。

日本医師会として、医療計画におけるいわゆる

五疾病五事業に新興・再興感染症対策を速やかに
追加することを求めてまいりました。新型コロナウイルス
ウィルス感染症の感染拡大で強く認識されたこと
り、新興・再興感染症による医療崩壊を防ぐため
には、感染症法上の予防計画だけではなく、感染
症への対応と通常の医療が両立し得る医療提供体
制を整備していくことが肝要だと考えておりま
す。

本規定の施行日、この案は、次期医療計画に合
わせて二〇二四年四月一日であります。現行の
厚生労働省基本方針等への追加により、施行に先
立って必要な医療提供体制を構築していくことが
必要だと考えております。

ページをめくっていただきましたまして、五ペー
ジです。外来医療機能の明確化と連携でございます。

都道府県が、地域の医療機関の中から、医療資
源を重点的に活用する外来を、地域で基幹的に担
う医療機関として明確化することとなります。そ
の際に、地域における協議の場において、各医療
機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、ま
た、地域における必要な調整を行うことを十分に
担保していただきたいと思えます。

また、上記の機能を担う医療機関は、紹介外来
だけではなく、状態が落ち着いたら逆紹介によつ
て再診患者を地域に戻す役割も担うべきだと考え
ます。その促進策は、地域の関係者にとっても納
得が得られるものとすべきであります。

外来機能報告の対象となる有床診療所は、地域
に密着した医療施設として限られたマンパワーで
現在運営をされております。そのため、外来機能
報告の有床診療所への適用に当たりましては、時
期、報告事項等の設定や丁寧な説明について特に
配慮を求めたいと考えております。

最後に、改正法案と今後の対応について意見を
申し上げたいと思えます。六ページです。

各地の医療現場は、本主に、日本を、地域を見
ますと様々な状況にあります。公か民か、あるい
は施設の大小や機能にかかわらず、新型コロナウイルス
イルス感染症への対応に大変な尽力をしております。

す。今回の制度改正は、そうした現場の苦勞に報
い、支えとなるものでなければならぬと考えま
す。

大規模な制度改革は想定外の問題を生じやす
い、また、硬直的な制度運用がなされれば現場に
不安や混乱を招きかねません。今回の医療法等改
正法の施行に際しては、政省令、告示、そして関
係通知等による具体的な制度設計を含め、地域の
実情に応じ、かつ柔軟に運用されることを求めた
いと思えます。

また、国や地方公共団体に対して、地域の
不安惹起や混乱の発生を未然に防ぐためにも、現
場に対して丁寧かつ詳細な説明を求めたいと思
います。

今回の医療法改正による制度改革を確実に進め
ていくためには様々な財政的な支援も必要でござ
いますので、この点をお願いして、私からの意見
とさせていただきます。

どうも御清聴ありがとうございました。（拍手）
〇とかしき委員長 ありがとうございます。

次に、伊関参考人をお願いいたします。

〇伊関参考人 城西大学経営学部教授の伊関友伸
と申します。これから参考人としての意見陳述を
させていただきます。

まず、資料は、要旨をお手元にお配りしてあり
ます。私の経歴と研究内容について説明させて
いただきます。

元埼玉県庁の事務職員を十七年しております。
た。県立精神医療センターなど、自治体病院で勤
務した経験もございします。大学教員として勤務後
は、地域医療に関する研究を行っております。二
〇〇六年に夕張市の医療再生に取り組んで以来、
全国で自治体病院とか公的病院を中心とした地域
医療再生の仕事だとか研究をさせていただいてお
ります。最近では、自治体病院、公的病院の統合
再編について複数例関わらせていただいております。
その上で、今回の法案についての意見を陳述さ

せていただきます。

地域医療の研究者としては、今回の内閣提出第
一七号、良質かつ適切な医療を効果的に提供する
体制の確保を推進するための医療法等の一部を改
正する法律案は、医師の長時間労働等の状況に鑑
み、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制
の確保を推進するため、医師の労働時間の短縮、
健康確保のための制度の創設、各医療関係職種の
業務範囲の見直し等の措置を講ずるほか、新型コ
ロナウィルスの蔓延を踏まえ、都道府県の医療計
画に感染症の項目を盛り込むほか、地域医療構想
の実現に向けた医療機関の取組に関する支援の仕
組みの強化の措置などを行った積極的な法改正で
あると、全体としては評価しております。

医療法改正の、医師の労働時間の短縮及び健康
確保のための制度の創設等に関する事項について
は、二〇二四年の医師への労働時間の上限規制導
入に向けて、病院現場で医療を継続するため、特
定地域医療提供機関、連携型特定地域医療提供機
関、技能向上集中研修機関、特定高度技能研修機
関の制度が創設されたことと理解しております。病院
現場の実情を踏まえた現実的な対応として、評価
をしております。

特に、医師数が少ない過疎地の医療機関では、
機械的な医師への労働時間の上限規制の導入は地
域医療の崩壊を招きかねない心配をしております。

特定地域医療提供機関の、地域において当該病
院及び診療所以外で提供することが困難な医療、
及び、連携型特定医療提供機関の医師の派遣、こ
れは、いわゆる医科大学からの医師派遣が対象と
思われますが、制度の創設は、過疎地の医療機関
にとって現在の医療を継続する上で妥当な措置と
考えます。

と言いつつ、過酷な医師の長時間勤務の現状を
考えると、医師の長時間労働の抑制を行う様々な
取組が国、都道府県、医科大学、地域の医療機関
等で行われることを期待しております。

医療法第三十条の四第二項の医療計画の記載事

項の見直しに関する事項の改正について意見を述べます。

新型コロナウイルスの蔓延を踏まえ、都道府県が医療機関において定めるものとされている事項として新興感染症を入れることにつきましては、当然の措置であると考えます。

その上で、都道府県の医療計画において感染症の記載をする場合は、既存の感染症指定医療機関の在り方についての議論が必要となります。国におかれましては、新型コロナウイルスの蔓延を踏まえた新たな感染症指定医療機関の指定の在り方についての指針が示されることが必要と考えます。

医師法の一部改正の臨床実習に関する事項において、共用試験に合格した医学生を、臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具現すべき知識及び技能の修得のために医療をするることができることについて意見を述べます。

単なる知識だけではなく、早い時期から現場の医療を実践できることは、医師としてのキャリアデザインとして意義があると考えます。

私も僻地の病院を数多く訪問させていただいておりますけれども、医学生さんが実習、研修をされる姿を拝見したことがあります。医学生さんにとっても貴重な経験だなということを常々感じております。

放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法及び救命救急士法の一部改正について意見を述べます。

チーム医療の実現、医師の働き方改革の観点から、医療技術職や救急救命士の業務の拡大を行うことについては評価をするものです。

特に、新型コロナウイルスの今回の蔓延に対する病院の対応として、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士などの医療技術職の皆さんの活躍は目をみはるものでした。是非この流れを続けていっていただきたいというふうに思っています。

最後に、地域における医療及び介護の総合的な

確保の促進に関する法律の一部改正について意見を述べます。

まず、意見の前提として、私は、自治体病院や公的病院の統合再編が必要な場合があるという立場に立ちます。反対ではありません。統合再編して病院の規模を大きくして研修体制を充実させ、医師や看護師の集まる病院、救急などの対応力を強化することは必要であると考えます。

麻生内閣のときのリーマン・ショックの経済対策で地域医療再生基金というのがございました。これはその後の民主党政権のときにも拡充されております。全国に地域医療再生基金の交付を受けて統合再編した成功事例が多数存在します。私が関わった例でも、兵庫県の加古川中央市民病院、石川県の加賀市医療センター、茨城県の茨城県西部メディカルセンターなどがございます。また、どの病院も勤務する医師が増加し、医療提供能力が向上しております。

今回、新型コロナウイルスの対応も、数多く患者を受けたのは四百床から五百床程度の病床の多い病院でした。病床が多く、医師やスタッフが多数在籍した病院では、多くの患者を受けることができましたのは事実だと思います。新型コロナウイルスの経験を踏まれば、都市部の自治体の病院で統合再編することは合理的と考えています。

ただし、中規模の病院を統合して拠点病院をつくれば終わりではなく、周辺病院との機能強化、連携強化が必要と考えます。

当然、民間病院も今回の医療でちゃんと貢献されております。本場に頑張っておられたと思います。そういう連携をちゃんとしていくことが物すごく重要だと思っております。

その一方、二〇一九年九月二十六日の地域医療に関するワーキンググループに示された、二〇二五年の地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の再検証要請、四百二十四機関、後に四百三十六機関については、全国一律で急性期病院の診療実績下位三三％で線を引いたため、僻地の中小病院が数多く対象とされたことなど、問題が多いと考え

ています。

そもそも、地域医療構想の議論に感染症に関しては議論がなされていません。厚生労働省の調べでも、再検証要請四百三十六機関のうち二百五十機関が新型コロナウイルスの患者受入れ可能機関であり、うち百九十一機関が実際に患者を受け入れたとされています。

現在、厚生労働省が進めている重点支援区域という制度がありますけれども、これは、再検証要請の一律の強制改革方式ではなくて、手挙げ方式になっており、病院や地方自治体の実情に合わせており、一定の評価ができます。

新型コロナウイルスの蔓延を踏まえて、再検証要請については凍結をし、新たに新興感染症を踏まえた地域医療構想の議論を進めるべきと考えます。

その上で、法案についての意見について、第四条第二項の都道府県計画においておむね定める事項として、地域医療構想の達成に向けた医療機関の運営の支援に関する事項を追加することについては、明文が示されることは意義があると思います。さらに、事業について全額負担するということは評価するものです。ただし、無駄遣いがないようにすることは重要だと考えております。

第十一条の二の再編計画の認定については、再編統合については当然再編計画が必要と考えます。ただし、三の認定の基準について、一から三の基準については同意いたしますが、実際の統合再編の事例では、現場で働く職員や地域住民の意見が反映されずに、一方的に行政が統合再編を進めていく場合があります。職員や地域住民の意見を反映して再編計画が策定されることを要件とするべきと考えます。

最後に、衆法第一号、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等を慰労するための給付金の支給に関する法律案についての意見を述べます。

医療従事者等に給付金の支給を行うことは評価できるものです。特に保育所だとか学童保育従事

者等に拡大することを評価します。さらに、病院について言うなら、病院はいろいろな委託業者さんとか直接雇用でない方が数多く勤務しています。一応、十日以上の勤務という基準はあります。支給漏れがないようには是非御配慮いただければなというふうに思います。

以上で終わります。(拍手)

○とかしき委員長 ありがとうございます。

次に、遠藤参考人をお願いいたします。

○遠藤参考人 学習院大学の遠藤でございます。本日は、このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

私は、現在、厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会と医療計画の見直し等に関する検討会という、今回の法律改正と関連をする検討会の座長をしておりますので、本日は、各検討会における議論の簡単な経緯及び最後にはこの改正法案についての私の意見を述べさせていただきます。

まず、医師の働き方改革でございますが、もう既にかなり御議論がございましたけれども、私どもが行っております医師の働き方改革の推進に関する検討会というのは何かと申しますと、その前の検討会、医師の働き方改革に関する検討会というのがありまして、そこで基本的な方針が決まりまして、それを実際に実行するためにどのような細部の手続が必要かということを検討した検討会でございます。これは十一回にわたって行われました。かなり細かなところの議論も行ったわけでありまして。

基本的にこの方針は、医師の労働時間の短縮あるいは医師の健康確保という問題と、地域の医療体制をどう維持するかという問題、そのバランスをどう取るかということが基本方針なわけでありまして、この具体的な仕組みについて様々な議論をしたわけでございます。

具体的には、地域医療を守るための、医師の長時間労働を一定程度認めるいわゆる特例水準というものがあられるわけですが、その指定の仕組

みをどうするかとか、第三者の評価の在り方をどうするかとか、あるいは、医師の健康を守るための健康確保措置としての面接指導の具体的な方法であるとか、インターバル規制の在り方はどうあるべきとか、かなり細かな話をさせていただいたということでもあります。

委員の中には、かなり多方のステークホルダーの委員が入っておられまして、非常に現場の意見、あるいは少し大所高所からの意見等々が、随分議論されました。できるだけ、これは医療現場で円滑に運用されないことには話になりませんので、特に私としましては、医師である委員もおられましたので、そういう現場のことをよく御存じの方の意見を丁寧聞くなど努めたつもりでございます。

また、地域医療との関係でいえば、現在の地域医療は副業とか兼業を行う医師によって支えられているという現状がございますので、医師を派遣する大学病院等におきましては時間短縮、時短を進めていただくわけでありませうけれども、今、地域に副業、兼業をしなければ地域医療が支えられないということ、やむを得ずこの水準を超えた時間外労働が必要となる場合もありますので、それに対しては連携B水準という特例の措置をつくるというような形で、そういう対応をさせていただいたわけでもあります。

労働時間の短縮につきましては、委員の間でも様々な意見がございました。もっと厳しくするべきだという意見と、逆に余りにも厳し過ぎるという御意見もありましたけれども、様々な検討を経まして、結果的に、医師の労働時間の短縮と地域医療の体制の両立を図るという制度案にまとまったと私も考えております。

しかし、現在の勤務医の長時間労働という慣行は長い時間をかけて形成されてきたものでありますので、また医療システム自体がこのことを前提につくられているという面もありますから、これを実際に実行させるためには医療現場において正しく理解されなければなりません。医師そのもの

が自らの働き方を改善していこうという強い意識を持つことができる環境が整備されない、なかなか進まないということもあります。そういうこともありますので、そのことも報告書には書かせていただいたわけでありまして。政府におきましては、この改革の趣旨であるとか内容を丁寧に現場に伝えていってほしいと思うわけでありまして。

また、新型コロナウイルス感染症が流行している中、医師の働き方改革を進めていくことについての御意見、様々な御意見があることも承知しておりますが、その上で、検討会としましては、感染症の蔓延時であっても、医師の健康確保と地域医療提供体制の確保の両立を果たせるような社会の実現を目指して、医師の働き方改革を引き続き推進していくべきであるという基本方針は変わらないうこと、そのように取りまとめをしております。

次に、医療計画の見直しに関する検討会でございます。

ここでは二つのことを議論しておるわけでありまして、これは、新型コロナウイルスの感染症を踏まえた医療計画、地域医療構想の在り方というテーマで、そのテーマで昨年の十月以降検討を続けてきて、報告書を作っております。

今般の新型コロナウイルスの感染症の拡大につきましては、我が国の医療提供体制に様々な影響を及ぼしまして、様々な課題があることも浮き彫りになったわけでありまして。これは御承知でございますけれども、病床、人材の、局所的ではありますけれども、不足が発生しました。また、感染症対応に対する医療機関の役割分担であるとか連携であるとか、このような体制が未整備である。また、マスクなどの感染防護具であるとか人工呼吸器などの医療用物資の不足、こういった、ほかに

いろいろなあるわけでありませうけれども、そういう問題が浮き彫りになりましたので、その対応をしなければならぬということであつたわけでありませうけれども、その中でどのように対応するかということで、今後は医療計画の中で新興

感染症の対応をしていこう、そういう流れで対応させていただきまして。

元々、先ほどもお話ありましたけれども、これは厚生科学審議会の感染症部会において感染予防の視点から様々な対策が取られていたわけでありませうけれども、今回の感染が一般病院等々にまで拡大をしていくものですから、医療計画の中でも議論しなければならぬということになりました。これで、一つの新しい事業として感染症対策というものを医療計画の中に、取り組むことにしたわけでありませう。

感染症対策として医療計画に対する内容については、実はまだ細かくは決まっております。これは第八次から始まることでありますので、まだ細かくは決めておりませうけれども、引き続き様々なこれから感染症対策を検証していくことになつていくと思っております。そういう知見も踏まえて引き続き検討していくこととなつております。

ただ、検討会におきましては、一応大きな枠組みだけはつくっております。それは、平時からの取組とそれから感染時拡大の取組と二つに分けまして、それぞれについて必要であろうと思われるような事例は例示としては書いてございまして。

例えば、平時からの取組の例としましては、感染拡大に対応可能な医療機関、病床等の確保、あるいは感染拡大時を想定した専門人材の確保、あるいは医療機関における感染防護具などの備蓄、その他幾つかありますけれども、そういうような、ある意味当然の話でありますけれども、そういう内容が書かれております。今後、これはまた検討されていくことになると思っております。

一方で、実は、医療計画の中に地域医療構想というものが入っております。地域医療構想と新型コロナウイルス感染症の拡大との関係ということについても議論は行われました。

結論から申し上げますと、大変大きな感染症の拡大であつたわけですが、一方で、地域医療構想を進めなければいけなかつた理由というのは、我が国の人口構成の大きな変化ですね。都市

部を中心にこれから急速に後期高齢者が増える、地方は急速に人口減少が起きる、この二つの大きな流れの中で医療提供体制をどう変えていくのかということが基本であつたわけでありませうので、その前提は基本的には崩れていないという考え方で、その意味から、地域医療構想につきましては各地で今後も進められていくということが重要である、こういう視点は変わりないということでありませう。

したがって、少し整理をさせていただきますと、今後の感染症対策につきましては医療計画の中で議論をしていくという形になります。と同時に、地域医療構想は、そのような感染症対策の下で順々と進めていっていただきたい、こういうような考え方のひとつとまとめさせていただきます。

ただ、そうはいいまして、この地域医療構想のスケジュールといいますが工程のようなものがあるわけですが、これは現在、地域医療構想の検討会議も、恐らく各地域によつては余り進んでいないわけですね。これは、コロナ対応が精いっぱいということでありませう。こういうことでもあるものから、この工程やスケジュールをどう考えるかということで、余り、感染拡大が大いなか中で、工程を明確にするべきではないという御意見もございませう。

そこで、検討会としましては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定について検討することが適当であるというふうにとめております。そういう意味で、スケジュール、工程については柔軟性を持たせているということでありませう。

最後に、外来機能のことでございます。外来機能の明確化、連携につきましては、先ほど申し上げました医療計画の見直し等に関する検討会では議論しておるわけでありませう。

これまで、入院医療につきましては議論や取組

が進んでおります。また、入院の機能をどのように分けるかというような議論も随分されてきたわけですが、一方で、外来についてはそれをやっていなかったということがあります。

外来の医療につきましても、地域でデータに基づいて協議する枠組みということもそれなりに重要であろうし、あるいは地域住民に外来の機能を知らしめるという仕組みも非常に重要であろうということでありまして、しかも、最近では、外来といたしまして、外来化学療法に代表されるように、非常に高度で専門性の高い医療も外来で受けることができるようになっておるものから、地域における医療提供体制を協議する上で、入院医療だけではなくて、外来医療、特に高度で専門的な機能を持つ外来医療も併せて議論をするということとは合理性があるのではないかと、このように考えまして、外来機能の報告について検討をしたわけでありまして。

入院医療の報告制度というのは既にあるわけでありまして、同様に、外来機能に関する報告制度、これが創設されて、報告されたデータに基づいて、地域での外来機能の明確化あるいは連携といったような協議が行われる素材ができれば、非常に意味のあることだ、このように考えております。

以上、これまでの検討会の流れを簡潔に申し上げましたけれども、今回の改正法案につきましては、これまでの検討会の議論の結果が反映されたものだというふうに私は認識しております。評価すべき内容だと考えております。

（拍手）

○とかしき委員長 ありがとうございます。

次に、本田参考人をお願いいたします。

○本田参考人 NPO法人医療制度研究会の本田と申します。

今日は、大変貴重な機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

実は、私、二十年近く日本の医師不足と医療崩

壊の問題を訴えてまいりまして、やはり国民の方々に日本の医療の現実を知ってもらわなくちゃいけないと思つて、もう千五百回以上講演しているんですよ、全国で。

ところが、変わらない。今回も、世界一、欧米より比べて少ない患者数なのに、日本の医療が崩壊した、瓦解した。何でなんでしょう。私は、正しい診断がついていないと思います、医者の的に言え。

なぜ日本の医療が崩壊したのか。そのことを今日お話ししたいと思います。

実は、私は忘れられない一日があります。二〇〇八年四月十二日。医療現場の危機打開と再建を目指す国会議員、超党派の国会議員、その場面にいらした方もここにいらつしやいますね。二〇〇八年四月十二日、私は、これで日本の医療崩壊がよくなるに違いない、再建されるんじゃないかと思つていました。ところが、残念ながら、今回は医療崩壊です。

二〇一五年には「本当の医療崩壊はこれからやってくる」と、あと、今年の二月には「日本の医療崩壊をくい止める 日本を安心して生きられる国にするために」と、実は医療崩壊と書いた本を四冊出しているんですね。けれども、止まらなかった。

今日は、なぜ止まらなかったのかということをごとお話ししたいと思います。

今日は、十六枚の図を持っていますので、私、ページと図の番号、間違えて言うかもしれない。私が言う数字はこの図の番号でございますので、これを御覧ください。

まず、そういうふうなことで、日本の、今回の働き方改革含めて、医師数その他がどうなのかというところで、二番目の方で、医師数と、あとはタスクシフトについて主にお話をしたいと思えます。

それでは、まず三番目の図でございます、二ページ目です。

まず、医師も余り知らないんですけれども、世

界で医学部定員を決めている国というのは少ないんですよ。先生方、御存じでしょうか。日本、カナダ、イギリス及びニュージーランドです。というところは、逆に言えば、医師不足を引き起こしているんですよ。ところが、何でこんな医師不足なのかということとです。

その下の図、四番目を御覧ください。

国会議員の先生方の中にも、日本は医学部定員を二〇〇八年に増やしたはずだから、OECD並みに医師が増えていくはずだと思つていらつしやの方も多いいと思います。この四番目の図を御覧ください。二〇一八年で、今、世界の、OECD平均と比べて、日本は何と十三万人不足しているんですよ。十三万人。これが医師不足の原因なんですね。

この詳細は、またちよつと図を御覧いただきたいんですけれども、十三万人不足している日本で二〇二三年度から医学部定員削減するということになったんですよ。

私がなぜこのようにハイテンションで話しているかというところは御理解いただけたと思います。五番目の図を御覧ください。

これは、私が十年前に毎日新聞に書いた、「私の社会保障論」という連載をしていたときに書いた記事です。十年前に既に、日本の感染症学会は、日本には本来は感染症専門医が三千人から四千人必要だと。ところが、千人ぐらいいいかなかったんですね、十年前。

去年の一月は千五百人ですよ、皆さん。三千人から四千人必要なのが、千五百人なんですよ。ですから、感染症指定医療機関でも感染症専門医がいなくて、びっくりするような状況が日本では起きています。だけれども、このことがほとんどメディアで報道されていないんですよ。その下、御覧ください、六番目。

これは集中治療医。新型コロナウイルスで重症患者さんにはECMO、人工肺の治療をされている、皆さん御存じだと思います。そういう重症者を診る人も、日本では集中治療医学会によれば二千六百五十人足りないんですね。それはそうです、十三万人足りないんですよ。

ところが、ここで特筆すべきは、ドイツは集中治療医が八千人いるんですよ、皆さん。日本は千八百五十人しかいないんですよ。ドイツ並みに必要だとすると、一万人足りないんですよ、日本は。それはそうです、十三万人足りないんですよ。

これは、感染症だけじゃない、集中治療医だけじゃない、救急その他全て足りないんですよ。だから、医師の働き方改革で守れないんですよ。守れるわけありません、十三万人足りないんですよ。ちよつとしつこいですが、今日はせっかくの機会ですから、ちゃんとお話ししたいと思えます。

次、七番目、御覧ください。

その私の懸念が、ここに当たっています。日本の働き方改革に出たデータ、日本の二十万人の勤務医の調査で、何と四割、八万人が過労死ライン以上なんです。皆さん。そのうちの二割、二万人が過労死ラインの倍を超えているんですよ、二倍超えているんですよ。

これが日本の現実で、二三年度から医学部定員削減するんですよ、大丈夫なんですかと私は聞きたい、誰も答えてくれないけれども。今日は、そういう意味ではやりがいがあるんですね。やはり国会議員の先生がこれを知らないんじゃないでしょうか、もうないわけですから、まあ、御存じだとは思いますが。

その下、八番目の図を御覧ください。これはよく言う全国各地域当たりの人口当たりの医師数です。日本は、先ほど言いましたけれども、しつこいですが、十三万人足りないんですよ、日本が一番多い徳島も、京都も高知もOECDの平均に達していないんですよ、皆さん御存

じですか。一番多い県でもOECDの平均、日本は世界一の高齢社会ですよ。OECDより多くて罰は当たらないんですよ。それより十三万人足りないんですよ。

そして、この首都三県を御覧ください、首都三県。東京はまだいいですけども、医師が少ないでしょう。だから首都三県が、緊急事態宣言、解除できないんですよ。ちなみに、今日はスライドを用意していませんけれども、首都三県は、医師だけじゃない、ベッド数も看護師も少ないです。一極集中でそうなっちゃったんです。だから緊急事態条項、解除できなくて、経済がどうするんだと。ベッドだけ用意しても、皆さん、ベッドは自動的に治療してくれないんですよ。医師が看護師がいなければ無理なんです。そうですよ。ちよつと妙なテンションになって申し訳ありません。せつかくの国会審議が、申し訳ありません。

九番目、御覧ください。

ところが、日本は、済みません、前の八番目で、日本の医師数がOECD並みに要するとすると、四十六万人ぐらい必要なんです。よろしいですか。

ところが、次の図を御覧ください。

厚生労働省の医療従事者の需給検討会ですと、OECD並みに今要すると四十六万人なのに、不思議なことに、三十六万から三十七万人で需給が満たすということになっているんですよ。これはおかしいでしょう。四十六万人なのに、三十六から三十七万人。

何でか。それは十番目、御覧ください。

済みません。ちよつと今日は真面目にやる予定だったんですけども、いつも一般の方を相手に話しているものから、本当はもっと駄じやれを入れたりして楽しくやっているんですよ。けれども、ちよつと今日はかなり真面目にやっています。

十番目、御覧ください。

十番目、これは私、びつくりしたんですけれど

も、これは世界の医師数のデータです。一番下の赤い線、日本の人口当たり医師数。上の赤い線、加重平均、世界の国々。その上に一つ星がありますね、横に赤い線は入っていませんけれども、これは単純平均です。OECDはずつと単純平均を使ってきたんです。

単純平均というのは、その脇にちよつと解説が書いてありますけれども、各国の人口当たり医師数を足して、その国の数で割るのが単純ね。加重平均というのは、世界の国の人口と世界の国の医師数を出すんですよ。医療体制が違ふところである出し方をして意味があると思いますか、皆さん。加重平均。

だから、私はこんなのはおかしいと、講演会ではオレレンジュース平均と言っているんですけども。いいですね、済みません。やはり駄目でした。言わない方がよかったです。加重平均。

十一番目、御覧ください。

十一番目、これが今日の肝です、スライド。十一番目のスライドの上、これは世界の人口当たり医師数。よろしいですか。OECD、日本は低いですが、びりの方ですね。その人口当たり医師数の伸びを見てください。これもびりでしょう、日本。その下、この十一番目の下の図が今日私が一番強調したいところですよ。これは世界の人口当たり医学部卒業生数、世界最低。そして、右を見てください、伸びていないでしょう。

一年、ある年のOECDの数だけ見て、十年後にそこに追いつくかといつても意味ないでしょう、世界は増やしているんだから。医療が進歩すれば医者は必要なんです、皆さん。だから、世界でも医学部卒業生数が増えている日本で二三年度から医学部定員削減するんですよ。それで医師の働き方なんか、できるわけないでしょう。

そして、十二番目。

「医師不足を放置すると」、これが私、長年訴えたいことです。まず、①感染症や大災害時の医療崩壊、そして経済崩壊。皆さん、今回、医療が崩壊すると経済が崩壊するということはもう分

かったわけですね。医療は命の安全保障だけじゃなくて、経済の安全保障でもあるんです。ここをちゃんとしておかないと、国の安全保障を考えるんだったら医療もちゃんとしないと、駄目よ、駄目駄目というやつなんです。

済みません。だんだん普通の調子が出てまいりました。申し訳ありません、ちよつと真面目にやります。

十三番目。

じゃ、どうしたらいいのだ。タスクシフトをしつかりする。これはちよつと時間が、もうそろそろ時間があれですからあれですけども、フィジシャンアシスタントとか、この上の十三番目は、アメリカではいろいろな職種があるということです、日本と違って。

十四番目を御覧ください。

私はフィジシャンアシスタント導入を訴えているんですけども、この十四番目の下のグラフを御覧ください。アメリカでは、日本にいないような、医師と一緒に働くようなフィジシャンアシスタントがいて、何とこの十年で八万人から十二万人になっていきます。今、日本はタスクシフトをいろいろな多職種とか特定看護師さんでお願いしようとしているけれども、皆さん、日本は看護師さんとも少ないんですよ、その少ない看護師さんにもこの多職種連携をやるのは、無理よ、無理です。十五番目、御覧ください。

これは、そのタスクシフトでどんなことをやっているか。

最後です。

この最後のスライドが、是非御覧いただきたい。これはOECDの医師数ですね。ここに星印で、今言ったフィジシャンアシスタントを導入している国を並べておきました。ドイツ、オーストラリア、オランダ、ニュージーランド、イスラエル、アイルランド、イギリス、カナダ、アメリカ。

ドイツは、OECDの中で、G7で一番医師数が多い国が、十年前にフィジシャンアシスタント

を導入しています。日本はまだ導入していません。これで、医学部定員削減して実効性あるタスクシフトの人数を増やさなかったら駄目でしょう。

本当に皆さん、なぜ加重平均を使って、医師数を、医師不足を矮小化しているのか、何の目的なのか、是非皆さん検証してほしい。日本の一番の問題は、問題が起きたときにしつかり検証しないからですよ。もう一回、何回でも同じ過ちを繰り返すんですよ。

ということで、今日私も講演の駄じやれの過ちを繰り返してしまいましたけれども、取りあえずこれで終わります。どうもありがとうございます。（拍手）

○とかしき委員長 ありがとうございます。次に、加納参考人 日本医療法人協会の加納でございます。

この度は、このような貴重な機会をいただき、感謝申し上げます。また、コロナ禍におきまして、病院等に非常に多くの支援をいただきましたこと、改めて厚く御礼申し上げます。また、医療従事者に対するワクチンの接種に関しまして、着実に進めていただいております。重ねて御礼申し上げます。私も、三月八日に第一回の接種をしていただきました。感謝申し上げます。

それでは、説明に入らせていただきたいと思います。本田参考人のようにちよつと軽快にやりたいんですが、私の立場というのは医療法人協会ということで、民間病院の立場で発言をさせていただきます。

昨今、少し民間病院に関しているんな批判があったかと思いますが、それは間違いであるというところを是非とも認識していただくための話と、今回の法案が通ればそれがどういう状況を招く危険があるかということを少し述べさせていただきます。それでは、説明に入ります。

私の主張であります二ページを御覧になつていただきたいと思います。二・三・四・八・七・六の法則についてです。これは、日本の医療を分かりやすく理解していただくためにつくった、私の説明用の造語でございます。公的は病院救の二割、病床救の三割、救急搬送受入れ数の四割を占めております。それに対して、民間は病院救の八割、病床救の七割、救急搬送の六割を占めているということでございます。

さらに、診療所を考えますと、診療所はほぼ十割近くは民間でございます。まさしく日本の医療というものは民間で成り立っているということがこれで分かっていただけるかと思ひます。

ただし、これを見ますと、公的は二割、三割の割に救急が四割やっているやないか、公的の方がしつかりやっていると人じゃないかということと誤解されるかと思ひますが、実は、この民間のうちの八割、七割の中には慢性期や精神科の専門病院が入っております。ちょうど急性期のベッド数で比較しますと、公と民がちょうど四対六、ベッド数とは救急搬送数の受入れは比例しますので、このとおりだと認識していただきたいと思ひます。

次に、三ページを見ていただきたいと思ひます。

民間と公的の優位を都道府県別に比べたものでございます。これをどう見るかということですが、これは実は、救急搬送受入れ数の割合が民間で何%受けているかということを示しております。五〇%以上受け入れているところが民間優位の都道府県とさせていただいております。二十一の都道府県でございます。逆に、公的が頑張っているところが二十六の県でございます。

これを見ていただくと分かりますと思ひますが、実は、民間優位の都道府県、埼玉、福岡、東京、大阪などにおきましては、民間が七割から八割、救急車の受入れのシェアを取っております。民間優位の都道府県の人口が実は日本の人口の三分の二、総人口の六六%を占めていることが分かつて

いただけるかと思ひます。逆に、公的優位なところは人口の三分の一、総人口の三四%でございます。

これを見ていただくと、ほとんどの大都市は民間が優位で頑張っているということが分かるかと思ひます。御出席の先生方の御出身の都道府県を見ていただければ、どちらであるかということも認識していただけるかと思ひます。

また、コロナの発生の状況を見て、色分けを実はさせていただいております。緊急事態宣言の十一の都道府県のうち九つは、この民間優位なところでありました。救急搬送受入れの民間が七割から八割近くを占めているところがほとんどでございました。

このことは非常に重要なことでございます。コロナがはやったところが、実は民間が優位であったというところであります。これが実は幸ひしております。実は、医療崩壊、日本は起こったのかというところで、いわゆる欧米で起こったような医療崩壊は起こっておりません。その大きな要因になります。

二十ページの資料でまず見ていただきますと、これは大阪府下のデータです。当初はすぐに、私の病院はすぐにコロナ対応をしたわけでありますが、ほとんどの多くの民間病院はコロナの受入れができませんでした。それは、コロナの受入れができなかった理由として、当然のことですが、三月、四月といった状況では、マスク、消毒薬すらない、防護服の代わりにポリ袋で防護服を作った、そういう時期でありました。それでコロナの患者さんを受け入れれば、たちまち欧米で起こったごとく、院内感染、クラスター発生、医療崩壊、感染拡大が実際に起こったと思っております。

民間病院の多くは、その時点ではコロナの受入れができなくて、一般の救急の受入れに専従した病院が多かったと私は認識しております。コロナ禍において、例えば大阪ですと、昨年の四月の大阪市内の救急搬送は一万五千件でした。一昨年の

搬送数は二万件ですので二五%減っていたわけですが、一万五千台の救急車の搬送受入れに関しましては、問題なく受入れができていたわけであります。そのうちコロナの患者さんといえますと、約一割にも満たないわけであります。ということは、残りの一万三千数百件の救急車に関しましては、コロナ以外のふだんの救急搬送患者だったわけであります。

さらに、大阪ですと、通常、救急車の民間救急病院の受入れは七三%となっておりますが、大阪市内の公立病院は、コロナの受入れを始めるのと同じ時に救急をストップしました。恐らく、二〇二〇年度の民間比率は更に上がり、八割から九割近く民間で受入れをしたと推測されております。そのことが、実は急性期医療の崩壊を防ぎ、地域医療を守ったという実態であります。

このような形に、先ほど見ていただいたように、コロナに感染した地域で、大阪以外でもそれぞれの民間病院が活躍し、そのことで、ふだんの一般救急患者さんの受入れが維持されたということでもあります。そういう意味では、日本の医療崩壊、急性期の医療崩壊というのが現実的になかったということでもあります。

ただし、第一波、第二波に関しましては、このように大きな民間バッシングが起こらなかったんですが、第三波に関しましては、季節的な影響もありまして大きな波になりました。重症者も増える状況になりました。しかし、コロナ禍においては日本で起こったのは実際の医療崩壊というものではなく、海外で起こった医療崩壊というものはなく、重症者等のコロナ受入れ病床の逼迫ということでありました。

これに関しましては、先ほど見ていただいた二十ページにありますように、民間病院の割合は、四月からPPEがそろい、先生方の御努力で支援金が交付されるようになり、見ていただいたとおり、直線的に四月から上昇しているかと思ひます。民間病院は、経営がやはり自分でやらなきゃいけないということもありまして、判断が済み次

第、協力できる病院はしっかりと協力していったという表れだと思っております。しかしながら、コロナ重症患者さんの病床利用がやはり九割近くまで上昇したことから、医療崩壊が叫ばれたのではないかと理解しております。

繰り返しになりますが、日本は最後まで医療崩壊はしなかったということを繰り返して申し上げたいと思ひます。実は、欧米の急性期というものは過度に集約され、いわゆる巨艦主義、でかい病院、大きい病院が急性期を担うということになっております。そこにコロナの患者さんが入ってきたわけですから、たちまち、瞬時に医療現場が感染の原因となり、感染が拡大し、日本より発生率、九割と急性期の病院が崩壊したわけですから、いきなり大きな感染が広まった結果として、一桁、二桁感染数も増えたかと考えております。

そういう意味では、今回、民間病院は、コロナを診る病院、またこれは公立病院も含めて、コロナを診る病院とコロナを診なかった病院も含めてしつかりと地域医療を守ったからこそ、医療崩壊は実際には起こらなかったということを認識していただきたいと思っております。これが実は、私はファクターXじゃないかと思っております。これと、介護施設の面会謝絶を含めてやったのが、日本で医療崩壊を大きく招かなかつた大きな原因だと思っております。

次に、今後の必要な医療であります。集約化した方がよい医療と、先ほども申しましたように、欧米は、集約化し過ぎて、巨艦主義、戦艦大和級の病院でない駄目だという理論につながりました。巨大化した病院しか急性期を担えなくしたために、コロナで一気に潰れたわけであります。

五ページを見ていただきたいと思ひます。実は、本来、集約化した方がよい医療と、分散化した方がよい医療があります。これはやはり、区別して扱うことによって、巨大な病院を都道府県内に幾つも造るというようなことを避けていただきたと思っております。

集約化した方がよい医療というものは何かとい
いますと、小児、周産期、三次救急、それにがん
治療の方が入るかと思っております。

全てのがんじゃないんですが、多くのがんは、
集約化した形での手術、がん手術の集約化とい
うのは必要かとは思いますが、ただし、がんも、い
ゆる化学療法等で継続的に診なきゃいけない場合
はそういう必要はないわけでありまして、

それとは別に、今後の増えていく我々の日本の
医療の一番の問題は高齢者医療だと認識してあり
ます。

高齢者医療というものは、骨折、脳卒中、心不
全というものが主なものであります、これは実
は二次救急で全て診れます。いわゆる民間の二次
救急で十分こなせているわけでありまして、

そういう意味で、今後、人口密度の高い大都会
においては、点でなくて面で二次救急はしっかり
受けていくということが大事だと思っております
し、逆に、地方においては、どうしても、集約化
した点で受けるという体制づくり、オンリーワン
になってしましますが、そういうこともあり得る
かと思っております。そういった形の地域での体
制の区別をしなきゃいけないということが必要か
と思っております。

実は、これは私の勝手な言葉でつくっています
輪廻転床。実は、これからの高齢者の方が病気に
なりまして、転床のシヨウは実はベッドでござい
ます、いわゆる、治療して、リハビリをして、在
宅に戻る、これの繰り返しを輪廻転床とさせてい
ただいております。人生百年時代、これから何回
か輪廻転床を繰り返していただいて、人生を楽し
く全うしていただくのが我々の役目じゃないかな
と思っております。

そういう意味で、我々の役目としまして、二次
救急というものをしっかりと守っていくというこ
とが大事だと思っておりますし、そこに図を足し
ていただいておりますが、今後高齢者が増えるこ
ろは実は民間病院が救急を支えているところであ
りますので、そういった形で我々はしっかりと

やっていきたいと思っております。

今後、その二次救急を守るに当たって、七ペー
ジを今度御覧になっていただきたいと思えます。

これも大阪の例であります。重立った救急病院
がこの中に記載されているわけでありまして、実
は、そこに明記されていますように、当直の体
制、四割近くは大学からの、等の副業によるもの
でございまして、

今回、先ほどから話が出ています連携Bとい
うものがつくられております。連携Bというのは、
大学等から供給をシステムのできるようなとい
う形でつくられたと私どもは認識しております。

以前の議論中は、先生方のお手元にあるほかの
資料だと思んですが、公式の資料では、今、連
携BとBが同じ緑色になっているんですが、我々
協議しているときは、ずっと、A水準という濃い
ブルーに近い淡いブルーで書かれていたんです
が、どういう訳か、法案化の時点で途端に、Bと
連携Bが同じ色になって表現されております。私
はそれは非常に問題だと思っております。私
は、今後、先ほどから申しました、大都会にお
いて守っている民間病院の礎である大学からの労
働力の供給という面では、今後、連携Bを主体に
しっかりと守っていただくことこそ、今後の高齢
者医療を維持していく大事な礎だと考えてありま
す。

その点を踏まえて、今後の法案の中で、そう
いった意味での連携Bの取扱いに関して、先生
方、是非とも御理解いただいて、御協力をお願い
しまして、私からの説明とさせていただきます。
御清聴ありがとうございます。（拍手）

〇とかしき委員長 ありがとうございます。
以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わしま
した。

〇とかしき委員長 これより参考人に対する質疑
を行います。
質疑の申出がありますので、順次これを許しま
す。繁本護君。

〇繁本委員 ありがとうございます。自由民主党
の繁本護でございます。

今日は、参考人の先生方には、お忙しい中、厚
生労働委員会に出ていただきまして、貴重な
御意見を賜りました。本場にありがとうございます。
感謝申し上げます。また、コロナ禍におい
て、それぞれの立場で、この終息に向けて、今
後の医療体制に向けて御尽力いただいていること
にも敬意と感謝をまますもって申し上げます。

今日は十分しかありません。限られた時間でこ
ざいますので、全ての先生方に御質問は当たらな
いかと思いますが、この点はまずもって御了承い
ただきたいと思えます。

コロナ禍における今回の法改正の議論でありま
すから、平時における地域の医療体制、医療計画
と、そして有事におけるそれと、両方議論してい
かないといけないわけでありまして、このタイミ
ングでの法案審議でありますから、論点がたくさ
んある中ですが、やはり感染症対策を中心に順次
質問していきたいと思えます。

新興感染症が発生して、それに対応するべく、
今回、医療計画の中に一つ新たな事項が盛り込ま
れたわけでありまして、今回、一年間の経験を
ずっと振り返って、見ておりましたら、やはり、
コロナ対応をしていただいている医療機関とそう
でない医療機関と、それぞれに御尽力いただい
て、御発言もございました。

実際、人が足りているか、病床が足りている
か、医療機器が足りているか、あと患者はどう
なっているかと、様々な状況が時々刻々と変わっ
ていく中で、対応病院と非対応病院との間でいろ
いろ混乱があった一年でもあったかと思うんでき
ね。

それを、そうさせないために、今回、新たな計
画事項として新興感染症が起きたときの備えを
やっていくと思うわけでありまして、今回の計
画作りにおいては、単に、感染者が出てきた、そ
してそれがまた広がっていった、それに対してき

ちつとやっていくということだけではなくて、
もちろん、通常で、コロナ禍なかりせば、しっか
りと病院に通うことのできたコロナではない医療
に対しては、良質かつすばらしい医療サービスを
提供していかなくてはならないわけでありませ
んが、実際、この一年、かなりの受診抑制が起き
たんですね。

したがって、感染症への対応をするともに
に、平時であるかのように有事においてもしっか
りと医療サービスを受けてもらうための、救急医
療もそうだし、急性期もそうだし、そして慢性期
も回復期も、全ての医療をなるべく平準化してい
くためには、感染症に対応している病院とそうで
ない病院との間で医療資源の融通、あるいは患者
さんの融通みたいなものがあればいいよねという
ことは誰しもが分かっているんです。ところが、
現実はそのようじゃなかった。それはそうです、初め
てのことですから。世界的なパンデミックであり
ますからね、そうならなかった。

もう一つは、今日、午前中の審議の中で安藤高
夫先生が明らかにしていただいたんですが、受診
抑制が起きた結果、我が国で、四月から十二月の
間で一・三兆円の医療機関における収入減が実際
起きたわけですよ。これは今、病院、医療界全体
の経営も圧迫して、感染症対応もありまして、
経営面で、医療崩壊とまでは言いませんが、
経営面でごく医療機関がそれぞれの立場で厳し
い状況にあるわけですね。

したがって、これからパンデミックを考え
たときの医療計画を考えると、経営もしっ
かり考えながら、医療資源と患者さんをお互に融
通させていかなあかん、こういうことが大事かと
思うんですが、この点について、やはり課題もた
くさんあると思いますので、今日開陳できなかつ
た部分も含めて、今村先生と、民間病院の経営
に、その観点から、加納先生に御所見をお伺いし
たいと思えます。

〇今村参考人 御質問、ありがとうございます。

まずは、日本医師会も、安心して国民の方に受診していただけるように、当初は本当に医療機関側も、マスクも手袋もアルコールもPPEもない状況の中で発熱患者を診るというような状況がございましたし、患者さんにも不安がありましたけれども、先生から御指摘のように時々刻々と状況は変わって、そういう物資も十分にあるということと、安心して医療機関を受診していただける体制ということで、安心マークというようなものも発行させていただいて、患者さんに安心を与えるというのを努力してまいりました。

それから、オンライン診療も、従来は平時の医療ということで挙げられておりましたけれども、対面でもなく、一定の医療、安全と信頼の下に行えるオンライン診療については進めていくというような取組をされたということはございます。

そうはいいつつ、安藤先生のお話、午前中、聞いておりませんけれども、四月から十二月までの間は相当に受診抑制、これも診療科によって相当に差があったということもございますけれども、皆様方、先生方のお力で様々な補助金や診療報酬の改正をしていただいて、これは、流行の二波、三波、四波と、その時期にもよってまた随分変わるわけですが、それはかなりの部分補填をさせていただいたというふうには思います。

診療報酬は、御存じのとおり、その行為を行えば自動的にお金が入ってくるものでありますけれども、補助金については大変に申請が大変で、私も実際に、いろんな発熱外来等の診療を行うに当たって、本当に四つも五つもITを活用しているんな申請をしなきゃいけない、それも、なおかつ、支払いとか振り込みも非常に遅れるような状況にございますので、そういった簡素化とか手続の簡便化、あるいは、自治体のお金と国のお金みたいな話になりますと、なかなかスムーズに医療機関にお金が来ないということもありますので、こういったものについては、全額国庫からスムーズに補助金をいただけるような仕組みをつくっていただくと、安心して医療機関が経営がで

きるかというふうに思っておりますので、是非ともその点もお願い申し上げますというふうに思っております。

お答えになったかどうかちょっと分かりませんが、けれども、よろしく願います。

○加納参考人 御質問、ありがとうございます。

我々三病協として、この度のコロナ禍で四回公表させていただきまして、やはり、一度目は、五月の十八日に出させていただいた四月の我々の病院団体における集計における状況では、コロナを受けた病院が非常に厳しい状態、二〇%近いダウンから始まり、それぞれ、コロナを受けていない病院までのマイナスの状況を提示させていただきまして、それを今まで四回提示させていただきまして、まだまだやはり厳しい状況が続いております。

先ほど今村参考人がおっしゃいましたように、支援金というものが今随時入ってきております。冒頭にちよっとお礼を申し上げたのは、コロナを受けた病院、特に重点医療機関等には空床補償等でしっかりと支援金を今補給していただいております。この点にしましては、三病協で出たデータでもかなり改善はしていますけれども、まだマイナスの状況が続いているというデータを出させていただいているかと思っております。

今後の補助金の執行状況によつては好転するのかもしれないことを期待しておりますが、これは是非とも検証していただいて、コロナを診た病院がマイナスではないかということ、私、ちよつど首脳に御面談いただいたときにもそういうお言葉をいただきましたけれども、そういう形で、是非ともお願いしたいと思っております。先ほど申し上げましたように、コロナを受けなかった病院も、必死でコロナの院内感染を防ぎながら入院患者さんを守り、職員を守りながら医療に携わつて、救急医療を守つて、地域医療を守つたということも是非とも評価していただいて、その点に関するまた支援金等の考慮を是非ともお願いしたい

と思います。

その点にしましては、少し、皆さん方、やはり、コロナを受けた病院に対する評価は非常にいただいているんですが、コロナを受けなかった病院も、先ほど申しましたように、日本を守れたのは、そういった皆さん方、公も民も必死になつて頑張つた、そういう姿で我々日本の医療崩壊を招かずに済んだと思っておりますので、是非ともその点にしまして、支援金の方、また御考慮いただければと思っております。

○繁本委員 ありがとうございます。

コロナがかなりの負荷をかけている中で補助金申請が乗つかれば働き方改革の逆行ですから、ちゃんとしないといけないと思います。

あと、もう時間が来たのでこれで終わらないといけませんので、まだまだ聞きたいことはたくさんあったんですが、これで質問を終わります。ありがとうございます。

○中島委員 次は、中島克仁君。

本日は、五人の参考人に御出席をいただきました。大変お忙しい中御出席をいただきましたことに、心から感謝を申し上げます。また、それぞれの立場での陳述、大変参考になりました。今後の法案審議に生かしていきたいと思っております。

短い時間でございますので、全ての参考人の皆様に御質問できないことを御容赦を願いたいと思っております。

私からは、この改正案の中身は、医師の働き方、また地域の医療体制の在り方等、かなり多岐にわたる内容でありまして、ポイントを絞つて、地域の医療体制の部分につきまして御質問させていただきますかと思っております。

まず、伊関参考人にお尋ねをさせていただきますかと思っております。

法案について本日に丁寧にお答えいただいていたわけですが、お答えいただいた中で地域の医療構想、地域の医療体制についての部分につ

きまして、新型コロナウイルスの蔓延を踏まえて、再検証要請、これは一昨年九月、リストアアップ、リスト化された四百二十四、後に四百三十六病院、機関ということになります。これにつきましては凍結をし、また、新たに新興感染症を踏まえた地域医療構想の議論を進めるべきとおっしゃっていただきました。

非常に全体の中でポリウムが少なかったの、一度、リスト化された四百三十六機関についてはある意味白紙化して、その上で改めて議論を進めるべきということだとも書いてあるわけですが、この理由についてもう少し詳しく丁寧なお答えをいただければと思います。

○伊関参考人 お答えさせていただきます。

確認ですけれども、私は、地域医療構想自体について否定しているわけではない。逆に、今の新興感染症、新型コロナウイルスの蔓延を考えると、病院間の連携は必要だということに考えています。

例えば、ECMOなんかは高度急性期病院、中等症ぐらいの方は、軽症の方は地域の急性期病院、検査だとか診断等は地域の開業医の先生、この連携が今回の新型コロナで物すごく重要になった。これは、自治体だとか公的、民間を問わず、医療機関同士の連携、まさに医療界が一丸となつて対応することが必要で、そのための議論のツールとしては、地域医療構想ないし地域での調整会議の役割というのは大きいと思っております。新型コロナウイルスを踏まえれば、役割は逆に高まってきているかなと思っております。

ただし、この四百二十四の病院の再検証要請というのは急性期の視点で一律で基準を作りまして、そうすると、本当に山奥の唯一の病院はどうしようという話なんですよ。例えば離島、利尻島とか奥尻島の病院、再検証しないと言いますけれども、その離島に一つしかないんですよ。その病院をどう見直すのかということ自体、やはり理屈にない。

一方で、都市部はもうちょっと再編して感染症の対応ができるような、感染症の専門医の方が活

躍するには、ある程度の病床の規模が必要ですが、だからこそ、都市部を対象として統合再編を検討するべきなんだけれども、そつちは、逆に言えば三分の一の基準外ですから、対象外なんですね。リストを見ていて、私も全国あちらこちらの病院に行っています。相場観があるんですね。その相場観に全然合わなかったもので、これは問題だというふうに思っています。

僻地の病院、いっぱいあります。一生懸命少ないスタッフで頑張っておられます院長先生、看護師さん、その人たちの働く誇りを傷つける、将来の不安をかき立てるような、そういう指摘の仕方をしたので、厚労省の担当の方等のいろいろな思いはあったんだと思いますけれども、もう一回、今回の状況を踏まえて、ちゃんと新興感染症のものを踏まえて議論をし直すことが必要かと考えております。

以上です。

○中島委員 ありがとうございます。

地域の実情を踏まえながら、さらに、コロナの現状を踏まえてというお答えで、もう少し議論したいんですけれども、時間がございませんので、もう一問。

先ほどの陳述の中で、この統合再編に関しまして、職員や地域住民の意見を反映して再編計画が策定されることを要件とするべきであると述べられておりましたが、ここについても、この理由についてもう少し詳しく御説明をいただければと思います。

○伊関参考人 特に、自治体病院、公的病院、国立病院も含めて公的性質のある病院を統合再編する場合、まさに地域に根差すというか、自治体病院はまさに地域立の病院ですので、住民の方々、職員の方々、やはり影響は大きいんですね。いろいろな事例を見ると、行政が一方的に、職員の、働く人たちのことを考えずに統合再編を進めて、結局、大量退職したり反対運動が起きて、そのまま先へ進まなかったりすることが結構あります。

結局は、情報をちゃんと公開して、住民や職員の意見をちゃんと反映して、だけれども、この地域の医療を残すためにはぎりぎり統合が必要なんだと泣いて統合するぐらいの話じゃないと、地域医療なんか残せないです。そうやってこれまで統合してきた病院は、本当に血みどろの経験をしなから、結局、統合して医師が集まる、看護師が集まる病院になって、やはり苦労したけれども一生懸命やってよかったと。

ちょうど退任されますけれども、静岡県の袋井市長さん、掛川市と中東遠総合医療センターという五百床の病院をつくったんですね、もう大反対運動が起きました。そのときに、でも、地域にとって必要だということと統合した。この前、会議に出たときに、本当に苦労したけれども、この統合をして、病院、医療が提供できる、新型コロナウイルスの患者さんに対応できる、苦労してよかったというふうにつくづく言われていました。やはりそういう地域の関係者の努力に基づいて地域の医療というのは存続できますので、是非、地域の意見、住民の意見、職員の意見を反映させるような仕組みに、統合再編をする場合でも計画に位置づけていただければというふうに思います。

○中島委員 ありがとうございます。

地域医療構想そのものの、私もそうなんです、地域医療体制の在り方、これは将来を見据えて鋭意やはり議論して、そしてビジョンを描いていくというところは全くそのとおりだと思います。

しかし、一昨年九月の四二四リスト公表の際に、それぞれの地域、今日、橋本先生もいらっしゃいますけれども、あれを公表したことで、私の地元は山梨県北杜市というところで、市町村合併して、今、市立病院が二つ、その二つともリスト公表、名指しされている状況で、やはり地域の住民の方となかなか理解が進めない、そして県も指導力を発揮できない。非常に悩ましい極めて本質的なお話だった、そのように思います。時間もございませんが、本田参考人に一点お聞

きさせていただきます。

先ほど冒頭に、今回のコロナを踏まえて、欧米に比べて我が国は圧倒的に感染者数が少ない、一方でベッド数は逆に圧倒的に多い我が国で、なぜ医療逼迫の状況、これにさらされなければいけないのか。極めてこれも本質的なことでございまして、こういう状況を招いたここそが本場に議論しなければならぬこと。今日、本田参考人は働き方の部分、医師不足の部分でございまして、医療体制の部分で、今回なぜ我が国は医療逼迫を引き起こしたのか、課題について御意見をいただければと思います。

○本田参考人 ありがとうございます。

先ほどもちよつと申しましたけれども、やはり、私、しっかりと検証をする最高のチャンスだと思えます。なぜ日本が医療が崩壊というような状況になったのか。先ほど、一番最後に言う予定だったんですけれども、我々医者の中では、小医は病を医し、中医は人を医し、大医は国を医すという言葉があります。やはり先生方は大医です。国を医す。先生方がやはり、本当になぜ感染者数が相対的に少ない日本で医療が崩壊したというのをしっかりと検証して、今までの日本の医療の在り方自体を全体を見直す。厚生労働委員会の先生方は大医ですから、是非よろしくお願いいたします。

ありがとうございます。

○中島委員 全ての参考人に質問できませんで、申し訳ございませんでした。

ありがとうございます。

○伊佐委員 公明党の伊佐進一君。

五人の参考人の皆さんには、それぞれの立場から貴重な御意見をありがとうございます。早速質問させていただきますが、まず加納参考人に伺いたいと思います。

今朝、この医療法の議論をこの委員会ですべていただいたときに、政府の方の答弁では、民間で代替できないところを公立病院でやるんだ、例え

ば災害とか救急とかという話がありました。でも、今の加納参考人の話を伺うと、いや、代替どころか、民間が今頑張っているんだというお話でした。大阪なんかは特にそうだということでありましたが、私も地元が大阪ですので、民間の病院がいかに頑張っていたかというところを見たいというふうに思っています。

その上で、今回、五疾病五事業に感染症対策というのを盛り込んでいく、つまり、感染症への対応と通常医療の両立というのを考えていくわけですが、その中で、遠藤参考人の方からも、まだどうやって決めていくか細かくは決まっていますが、この話がございました。でも、この決め方が私は非常に大事だというふうに思っております。

加納参考人の方から、民間医療機関が誤解されたこともあった。確かに、大阪の行政のやり方を見ていますと、一定の、例えば法人の在り方だけで線を引いてみたとか、病床数だけで協力要請を出してみたりとか、何で医療機関、民間は頑張らないんだみたいな雰囲気も少しあったのは非常に残念でありましたが、だから、そういう一定の基準で客観的に切るんじゃないかと、もう少し、例えば、今回、こうして感染症対策、どういうときにどういう役割を担うかというときには丁寧な議論が必要だというふうに思いますが、思うところをお述べいただければと思います。

○加納参考人 ありがとうございます。

我々民間病院が非常に頑張ったということを御理解いただけて、本当にうれしく思っております。

実は、三病協という病院団体でコロナの発症するの頃をお願いしたことがあります。都道府県ごとに一か所コロナの専門病院をつくってくれ、それはできた公立病院でお願いしたい。その公立病院の拠点化した病院の患者さんに関しましては周りの民間病院がしっかりと受け入れをするので、ともかく拠点病院を一か所つくって、そこからスタートしようということを申し上げました。

これらの議論を、今後、六事業のときにそういう感染拠点病院をつくるかどうかということ、今回、重点医療機関には民間病院も非常にたくさん参加しております。そういった形で感染協力病院のシステムをつくるか。これは非常に大事なことですし、そのシステムを維持するのにまたコストがかかります。民間病院は一切そういった補助金というものが交付されませんので、なかなか厳しい状況下ではありますが、今回も、非常に協力的に、積極的に参加した病院にしましては、そういったことなしに、医療の本體、人を助けるという形で参加した病院も多々あったかと思えます。

そうはいっても、先ほどの繰り返しになります、いわゆる経営が成り立つようにシステムのにつくっていただければ、民間病院は喜んで、医療に関しては日本の医療を守っている自負がありますので、頑張っていきたいと思っております。

○伊佐委員 ありがとうございます。

次に、遠藤参考人に伺いたいと思います。

地域医療構想の中で、今回、急性期、高度急性期の病床を三割削減していく必要があるというのが今朝の議論、これは維持されるんだというような議論が今朝も委員会でもございました。

恐らく、人口構造の変化、あるいは高齢者が増えていくので、回復期あるいはリハビリの病床がより必要になってくるという観点で、方向性は十分私も理解をしているつもりであります。具体的に様々な数字、要素を、データを入れて客観的にはじき出した数字だという認識でありますが、ただ、やはり私は、現場を回っていますと、どうしても現場の感覚は、私は都市部に今いますので、いやいや、やはり急性期は足りませんよ、逼迫していますよという声も依然伺っています。

そういう意味では、この三割削減というもののデータからはじき出したものと現場の感覚の違いをどう理解すればいいんだろうというも悩んでいます。

そこは、将来の構想だからいずれそうなるんですよという話なのか、それとも本来必要な要素が何か漏れているのか、あるいは地域域域の特殊性をもっと考えなきゃいけないのか。さっき本田参考人から医師不足という点もあるんじゃないかというところをおっしゃっていただきましたが、この辺の御意見をいただければというふうに思います。

○遠藤参考人 ありがとうございます。

必要病床数に合わせて現在の病床数を再編していくという話ではありますが、その中で急性期の病床を減らしていくという流れではあるけれども、なかなか、急性期のニーズはそこそこあるのではないかと、その他もろもろの理由で急性期の病床が減らない、それは一体何が原因なのかということだと思えます。

その中で、幾つかあるかと思いますが、基本的には、急性期の必要病床数、つまり、必要病床数の算定はどうやってやったかと申しますと、これは、ある時期、入院している患者さんで、一日当たりの診療報酬の点数がある水準よりも非常に高い人たちを急性期医療で入院しているとみなして、その人たちの年齢と性を、二〇二五年ではどのくらいになるかということが予測されていますから、それで将来のそのタイプの人たちの数を出して、それを病床稼働率で割り戻したというような形で出しているわけがあります。

ですから、私は、個人的に言えば、あくまでも、そういう意味ではまだまだ改善をしなければいけないところはあるのだからというふうには思うところであります。

先ほど申し上げましたように、かなり急性期のな治療を外れるようなことも出てきておりまして、様々な変化、技術的な変化もありますし、それから地域の問題もあります。それから、そもそも急性期というものは何なのか、回復期は何なのかというところは明確にはまだなっていないわけでありまして、それらも含めて今後は議論されたいかなければならないだろうというふうに思います。

ます。ただ、かなり地域医療構想が進んでも、急性期の減少という問題、急性期のシフトという問題がなかなか進んでいないということ、今のよう議論があるわけでありまして、今後、恐らくいろんな議論が進んでいくのではないかと私は個人的には思っております。

よろしゅうございましょうか。

○伊佐委員 ありがとうございます。

次に、今村参考人に伺いたいと思います。

本田参考人の意見にあったPA、NPについて、ちょっと伺いたいと思うんですが、というのは、今回のタスクシフティング、医師の業務だけではなく、ほかの職種にシフトできるものはお願いしようというところでありますが、ただ、これは、業務全体の効率化がされないかと、単に業務のつけ替えだけで終わってしまう、つまり、そのまま移管されるだけであれば、病院全体の業務量は変わりませんので、しわ寄せする場所が替わっていくだけじゃないかというふうに思っております。そういう意味では、PAとかというのは本当に大事な取組かなと私は聞いて思ったんですが、今村参考人の御意見をいただきたいと思えます。

○今村参考人 御質問ありがとうございます。

先ほど、冒頭、私の意見の中にも述べさせていただいておりますけれども、日本医師会の考え方としては、まず、今いらっしゃる方たち、いろんな様々な職種の方たちいろいろな活動をしていただきたいということが前提であります。ただ、その際に、先生おっしゃるような、医療に対する全体の負荷量が変わらなければ、ただのつけ替えに終わるのではないかとのお話も、それはそれでもっともお話だと思います。

私どもも医師の働き方改革のときに厚労省の中で意見を申し上げたのは、やはり国民の医療の受け方、つまり、医療に対する様々なニーズというんですかね、あるいは国民のデマンドというのが、本当に医療を必要としている方たちの負荷だけではなく、例えば、医師に対する説明を求め

るときに、会社に勤めているから日曜日に説明しろとか、様々な、個別のことを言うといういろいろありますけれども、やはり上手な国民の医療の受け方ということいろいろ御検討いただいた上で、その全体量の中でどのように配分していくか。その配分については、やはり院内のマネジメントというのが非常に重要で、今まで医療機関はそういったマネジメントを専門に行うような人材もいらつしやなかったという中で、今回、厚労省の中では、いわゆる医療管理者に対するマネジメント研修を徹底して行うというようなこともあり、そういうことをしながら、やはりいろいろな全体的な役割というのを担っていただきたいということをお願いしています。

もし新たな職種をつくるとなると、相当の養成の時間がかかりますので、それから、今、人口減少の中で若い人たちの人口が減っている中で、適性な方たちがどのくらいの割合でどういう職に就くのかという、これは医療だけではなく全体的な日本社会の在り方にも関わってまいりますので、まずは、今ある職種の方たちの能力をより発揮しやすい環境をつくっていただきたいということをお願いしています。

○伊佐委員 ありがとうございます。

時間になりました。本日は、最後、PAについて養成をどうするかというのも本田参考人に駄じゃれを交えて回答していただきました。ありがとうございました。これで終わります。

○宮本委員 日本共産党の宮本徹です。

今日は、五人の参考人の皆様、大変お忙しい中、貴重な御意見を賜りまして、ありがとうございます。

五人の参考人の皆さんにお伺いをいたします。今朝も大臣と議論したんですけれども、今回の新型コロナで、これまで政府が進めようとしてき

た地域医療構想で病床を削減していく、あるいは、公的・公立病院、今、四百三十六のリストを出して病床削減の検討を迫っているわけですが、これも、こういうやり方でもいいのかという議論を朝させていただきました。

やはり今後もパンデミックは繰り返されるでしょうし、そのことを考えても、医療提供体制には、やはり、平時時、通常時から一定の余力といえますか余裕というのか、そういうのがなきゃいけないんじゃないか。そして、公的・公立病院は、今回、本当に採算度外視でいち早く受け入れたということを新型コロナウイルスの患者についてやっていただいたわけですから、このリストを撤回をなかなか大臣はしてくれないですね。一回撤回してくれたらいいのに、さっき凍結という話もありましたけれども、凍結していただきたいというふうに思っているんですけども、新型コロナウイルスのことを踏まえて、地域医療構想と公的・公立病院のリストの問題について皆さんはどうお考えなのか、五人の参考人の皆さんにお伺いしたいと思います。

○今村参考人 地域医療構想そのものについては、先ほど遠藤委員からお話があったように、一定程度やはり進めていかなきゃいけないものだと思いますけれども、強制的に削減するということではなくて、やはりそれぞれの地域の事情がございしますので、しっかりと地域で議論していただいて、あるべき姿に収れんしていくという形が望ましいというのが日本医師会の基本的な立場であります。

四百三十六の公的な病院については、あくまで一定の仮定を置いた上で挙げられているものなので、先ほど御意見ございましたように、それぞれの地域でまず議論していただいた上で、これはもう絶対に必要なものだと言えはそれで存続をされるということになるという理解をしておりますので、まずは議論していただくという一つのきっかけということで御理解いただければ私は思っております。

以上です。
○伊関参考人 私の意見は何回もお話ししています。基本、感染症に対しては、やはり自治体病院は効果的だと思います。

結局、財政の観点で見れば、例えば今回の新型コロナウイルスの補助金、これは、国の予算が、一次補正、二次補正、予備費の充用、だんだんだんだん、時間がかかって来るんですね。そのときに、感染症というのはすぐつと患者さんが増えますから、そのときに対応できるのは、やはり診療報酬だけじゃなくて、地方財源を組み合わせることでできる自治体病院が先駆的に行うのは、これは合理的だと考えています、感情的な問題じゃなくて。

一番最初に対応するのは、ふだんから公的財源が入っている自治体病院また公的病院等が真っ先に対応する。その後、ある程度めどがついてきたら、ちゃんとしたいいわゆる財政制度がついてきますので、全体に広げていくというのが予算制度と感染症の機能を考えると一番合理的であろうと思います。

当然、今回の事例を見ても、自治体病院だけでなく、全部対応できないですね。兵庫県さんはかなり自治体病院が多くて対応できたんです。でも、三次では民間病院のお力をかりなきゃできませんし、逆に民間病院が頑張っている地域もあるんですよ。全ての県を分析すると、やはり県によって全然違います。その地域性をもって議論することが必要だろう。

その点で、今村先生が言われたような地域での議論を、調整会議等で感染症の医療機関の在り方について、病床の在り方について議論することは意義があると思っております。

○遠藤参考人 まず、ある程度医療制度に余力を持たせることが必要なのではないかという御発言があつて、これは恐らく、地域医療構想の必要病床数を考えるときの考え方にそういうものが必要なのではないかというお話だというふうに思っています。

す。確かに、余力を持たせるということは重要なことだと思っております。

ただ一方で、平時において余力を持つということとは、コストであつたり様々な負担が当然生ずるわけでありまして。これは災害医療でも同じようなことが言えるわけなものですから、どこまで社会的に負担ができるかというレベルの話になるので、それはおのずから制約が出てくるだろうというふうに思っております。

どちらかというと、病床の問題というよりも、医療計画の方で感染蔓延時の対応をしようということでも今回は整理がされているわけでありましてけれども、いずれにしても、地元、地域の中の議論の中で感染対策も含めて地域医療構想の審議が行われるということとは当然必要なことだというふうに思っております。

それから、リストにつきましては、これは私の理解ではあくまでも参考という位置づけであつたというふうに理解をしているわけなんですけれども、病院をターゲットにして何でもしなればいけないというレベルのものではなくて、ある一定の計算式の下ではじき出したものであつたわけでありまして、その出し方については今後検討する必要がありますけれども、今後はあくまでも私はあれは参考までにとりょうな意味合いだったという理解をしております。

以上でございます。

○本田参考人 地域医療構想に関しては、先ほど来申し上げているように、三十三万人の医師数で、OECD並みなら四十六万人要するということを抜きに話をすると、ボタンのかけ違いの議論になるんですね。皆さん、ジグソーパズルをちよつと思つてください。ジグソーパズルで、四分の一パズルがないのをあちこちあちこち移したら全部埋まると思いませんか。無理ですね。百年やつても無理なんです。それは、ジグソーパズルで四分の一ない状態ですから、私からすれば、今の地域医療構想とい

うのは、ベッド数を減らして医師不足をちよつと軽く見せるようにしたいんじゃないかという気さえします。本当にそういうふうな気がしてしうがありません。

私の友人で、北海道の士別病院の院長がいます。もう本当に過労死ラインぎりぎり働いているんですよ。だけれども、事業管理者だからあな、たは働き方改革にはなじまないと言われて、今日も先ほどすごく寂しいメールが参りました。私が、彼が過労死する前にどうにかしなくちゃいけません、皆さん。北海道で病院を見直したら、本当に行くところはないですよ。雪も降るし、JR北海道もどどん路線縮小していますから。十三万人不足ということだけ忘れずに進めていただきたいと思っています。

ありがとうございます。

○加納参考人 先ほど申し上げさせていただきましたとおり、やはり公立病院がまず受けるというシステムは非常に大事だと思っております。それはなぜかといいますと、公立病院は潰れません。今も、潰そうとして、四百幾つかの病院があつたのが、こういう議論の中できなかな整理ができないというのが現状だと思ひます。

経済的にも、例えば、先ほど兵庫県の例が出ましたが、県立病院と公立病院を維持するのに、大体、毎年四百数十億のお金が、税金が組み込まれております。いわゆる公立病院への繰入金というのは総務省から八千数百億円のお金が毎年出されておまして、一ベッド一万二千元、毎日出ているようなカウントになっております。

民間病院がその分もいただければ、もしかしたら堂々と経営的なものも安心していけるかなと思ひますけれども、そういつたいろいろな経済的な理由もしっかりと考慮していただければ、いろいろな対処の方法が考えられるんじゃないかなと思ひます。

さつき聞いておりました、四百二十四の病院のうち二百の病院がやはりコロナの患者さんを公立病院で受けなかつたということでありまして、

それは、規模の問題か何か、いろいろな検証をしないことには最終的な整理に関しては結論が出ないんじゃないかなと、私、その件に関しましてはそう思っております。

○宮本委員 ありがとうございます。

四百三十六のリストは参考だというふうに政府は説明するんですけども、通知は出ているんですけども、一つ一つの病院、ちゃんと病床削減の検討をしてくださという通知は出ているんですけども、それはただの参考データじゃない状態になっているんですね。

あと、最後にお伺いしたいんですけども、本田参考人がおっしゃった医師不足について、今村参考人と加納参考人に、どうお考えか、お伺いしたいと思います。

○今村参考人 医師不足という現状の現場で、やはり全国で今、医師が不足しているということは間違いない事実だと思います。

ただし、医療需要の問題と、それから日本の若い人たちの人数の問題と、それから医師を養成するのの時間と費用がかかるといようなこともございまして、私どもは一定の仮定を置いて国の検討会で医師の需給というものを議論してきた。これは仮定ですので、当然、仮定が間違っていれば違った数字になるということはあると思います。

したがって、足下は足下でちゃんと需給を確認しながら、今の偏在、これは地域や診療科の偏在をそのままにして、また、今の若い人たちのいわゆる考え方、いわゆる自由診療に行かれる先生たちが物すごく多い状況になっている中で、ただ医師を養成すれば現場の社会保険診療に関わる地域医療を担うような医師が増えてくるということも、これもなかなかはっきり見通せないということですので、しっかりと現場のデータに基づいて折々にきちんと議論をしていって、それを修正していくということが重要だというふうに考えています。

○加納参考人 ありがとうございます。

病院団体としましては、一貫してやはり医師不足は申し上げております。勤務医がやはりなかなか充足している状態ではないと我々は認識しております。この先、先ほど今村参考人におっしゃいましたけれども、もう一度需給の再検証をしていただいて、いろいろな意味で今医師の状況は変わってきております、その中でどれだけ要るのかどうか、もう一度再検討が必要じゃないかなと思っております。

民間病院に医師というものを供給するためには、例えば紹介会社という形で我々は今お願いするんですけども、年俸の二割、三割は当たり前で取っていかれます。数百万円の紹介料が要るという形になります。それが大阪でさえそういう状況でありますので、いわんや全国でということになりますと、まだまだ、医師不足というものが、先ほどおっしゃっていただいた十三万人、まさしくそれを実感しているのが我々病院現場だと認識しております。

○宮本委員 ありがとうございます。

時間になりましたので、終わります。

○とかしき委員長 次に、青山雅幸君。

○青山(雅)委員 日本維新の会・無所属の会、青山雅幸でございます。

本日、大変ためになる議論、各参考人の方からお聞きして、大変ありがとうございます。

まず、これは質疑というよりは、聞いていて大変共感したところでございますけれども、加納参考人のお話の中にあった、統合に適したものと統合に適していないものがある、統合に適したものとしては、産科とか、小児とか、がんとか、あるいは救命救急に関わるもの、そして、地域医療といいますが、これからの高齢者社会、老人医療については輪廻転床という言葉、これはまさに、そういうすみ分けといえますか、一律に統合再編を進めるのではなくて、その医療に合った、適したやり方をするというのは大変すばらしい考え方だなと思っております。

恐縮ながら、私、弁護士をやっています、特に民事訴訟、医療過誤訴訟をよくやっています、皆様にも迷惑をかけているわけですけども、その経験からいって、やはり一つの問題としては、専門医とかスタッフがそろっていないところで残念ながらそういう医療事故が発生しやすい。しかも、なかなかその状況だと手を出してはいけないような治療についておやりになるものだから大変なことになる。むしろそのくらいだったら、交通機関があるわけですから、地域に非常に集約された、専門医もスタッフもそろったところが一つぽんとある、特になんなどは慢性期でもあるわけですから、知識のある専門医の方が十分な化学療法、あるいは手術の技術を持った方がおやりになるというのが非常に合理的だなと常日頃思っているところでございますので、大変共感をさせていただきます。ありがとうございます。

その上で、次に質問の方に入るわけですけども、少し話が変わりまして、コロナの治療に関しても、やはり加納先生にお伺いしたいんですけども、先生がお作りになった、この二十の図ですね、二十ページといいますが二十の図。これを見ると、先生が大変民間病院が悪いというふうに言われたりして憤慨されている、そのお気持ち、大変分かるわけです。

ただし、一方、これを見ると、十二月の終わりにくらは三〇％ぐらいの病院が受け入れていた、民間がですね。ちょうどこの頃、病床数不足が、私、実はずっと夏の頃から病床数をもっと拡大するべきだということを田村厚労大臣にずっと言っているんですけど、それがなかなか進まない中で、実際にも進んでおらず、そのときにちょうど医師会の団体のトップの方が、医療崩壊、医療減と訴えられたものから、やはりちよっと国民的な反発があったという事情があったかと思えます。私は、春先に、先生おっしゃったように、P P

Eとかが不足している中で、それはやれというのは無理な話だったと思うんですけども、だんだんコロナの実態も分かって、感染防御のやり方も分かって、いろいろなことが整備された中で、なぜ増えないのかなというのを非常に疑問に思っていたんですけども、先生のグラフが大変参考になったのは、十二月の末から期せずとぐっと右肩上がりです。三〇％だったものが、今現在一六％も上がって四六％になっているわけですね。これは、どういうことで十二月の末から急激に上がったのか。あるいは、これを全国といいますが、これからの広げるためには、どういう工夫を政策的に取ったらいいのか。是非教えていただきたいと思えます。

○加納参考人 ありがとうございます。

もう一つ、二十一ページですが、患者さんの実際の数の推移も図と一緒に入れていただきました。間違いないかと。それを覚えていただくと、間違いない第三波に合わせた民間病院も数が増えているということが御理解いただけるかと思えます。右肩上がりです。割合的にはきゅつと上がっているかもしれないけれども、絶対数自身の数で見てもいいんですけども、僕は十月から、やはり先生がおっしゃっていただいたように、P P Eがそろい、繰入金等の支援金もある程度準備ができた段階で判断していった民間病院が参加しているという。これは実際に入っている患者さんの絶対数の数なので、間違いない数だと私認識しております。

この十一月の三十日、これは、確かに十月の末というのは、大阪は実は大きな山が先につくりましたので、その山に対応するのに足らなくなつたというのが一つあったかと思えますけれども、僕は、民間病院は確かにいろいろな意味で経営的な判断をしなきゃいけないという大きなものがございます。我々民間病院ですから、企業と同じように、残念ですが、二期赤字を出せば銀行さんからきつい目で見られ、三期赤字であれば場合

によつては潰れなきやいけないという形でありま
す。先ほどから申していますように、片や公立病
院というのは、非常にちゃんとした経営的な支え
があつてやつている病院であります。

ですから、先ほどから申し上げましたように、
公立病院がやはりしっかりと取つていただくこと
があつて、それから、我々、そういったしつかり
としたバックアップをしていただければ随時参加
し、今回は、当初はもちろん先生おっしゃるよう
にPPEが不足という形で非常に厳しい状況が続
きましたので、これで参加しておれば、欧米と同
じように一瞬で急性期の医療分野が崩壊し、まさ
しく、そこから更なる拡大がもつと起こつたん
じやないかなと思つております。そういう意味で
は、民間が判断して、ある程度制限しながらス
タートしたというのが、結果的には地域医療を、
状況で守つたという形であります。

元々、コロナの患者さん一に対して、先ほどか
ら言つています救急車で考えますと、その十倍は
普通の、ふだんの一般の救急がございました。そ
れに関して、やはり地域で守つていく病院が多い
のと、やはり中小の病院、民間病院は規模が二百
床以下がほとんどです。そういった規模で
ゾーニングするのは非常な手間がかかります。
そういった形で遅れがあつたと推測されますの
で、そういった考慮の中でも、やはりちゃんと右
上がりです。上がつていったという事実があるか
ないことを是非とも認識していただいて、今後
は、やはり経済的なバックもしつかりと、大阪で
もやつていただいていますから、そういった形で
保障していただければ、我々、しっかりとした形
で取組ができるんじゃないかと認識しております。

○青山(雅)委員 おっしゃるように、経済的バツ
クアップ、あるいは防衛等がきちんと行き届
く、そういったことは国の責任だと思ひますの
で、是非私どももその旨政府にも提言したいと思
ひます。ありがとうございます。

時間がありませんから、あと、今村参考人に

お伺いしたいんですけれども。

私も、今日、午前中、実は田村厚労大臣と、働
き方改革は両輪である、やはり医師の絶対数が本
田先生おっしゃるようには足りていないの、幾ら
法規制だけ変えていってもそれは到底不可能じゃ
ないかというふうな話をさせていただきました。
ちよつとびびりしたのが、医政局長が、勤務
医不足、先生は先ほどきちんと勤務医が足りない
とおっしゃつていただいたのを、言葉を濁して、
二度も三度も認めなかつたものですから、そこで
大変な時間を浪費してしまつたんですけれども、
その前提はまず間違いない、病院会のアンケート
でも九割近い病院の方が足りないとおっしゃつて
いるわけですから。

その上で、先生は、仮定が間違つていれば変わ
るかもしれないけれども、やはりいろいろな諸要
素を考えると、医師数を増やすことに必ずしも医
師会として前向きではないかのようなお話だつた
と思ひます。

しかしながら、おっしゃる通りに、例えば最近、
がんの自由診療であるとか、いろいろなところ
に確かに増やしても流れていくという部分はあ
るかと思ひます。

しかし、よく例えを出ささせていただいて恐縮な
んですが、私、弁護士なんですけれども、弁護士
は、あるときから、七百人前後だつたのがいきな
り二千人にほんと増やされて、三倍です。あつ
という間に裁判所のない中小都市とか僻地にまで
行き渡るようになったんですね。

やはりそれは絶対数が増えれば、幾らそういう
ところにこぼれ落ちる、先生が言つていらっしゃる
自由診療にこぼれ落ちるところがあつたとして
も、充足されるのは間違いないと思ひます。そ
の点について、ちよつと最後に御意見を伺ひし
たいと思ひます。

○今村参考人 御質問ありがとうございます。
最後のお話、トリクルダウンみたいな多分お話
なんだと思ひますけれども、これは構造的にや
はりいろいろな問題があると思ひます。

例えば、今の医学部の進学者というのは、圧倒
的に都市部の進学校から行つていく。高校の進路
指導でも、東京大学じゃなくて医学部に行けみた
いなことを勧めるような高校もある。

そういう中で、ただ単に数を増やせばそれが地
域に行き渡る、それも全ての診療科、今は非常に
医療も細分化しておりますので、その細分化その
ものが余りよくないということで、総合的に診療
できるというふうな意味での、いろいろな診療科
の今は専門医制度というのが新しく始まつてい
るわけですから、そうであつても、そういった
専門医の方たちをどのように全体に地域に満遍な
く行き渡るようにしていくのかとか、様々な課題
があります。

先生も御存じのとおり、医師も一人前の医師に
なるためには十年以上かかります。したがつて、
その先の十年後の日本の地域の医療事情がどう
なつていくのかということも考えなければならま
せん。今の現状で不足があるから、それじゃ
どんどん増やせばいいんだ。

例えば、人口が私のときには二百二十万人、一
学年、おりました。今の医学部だつたら私は受か
らないんじゃないかと思ひますが、今は偏差値が
高くなつていく。つまり、百万人の一学年の数字
で、更に我々などの何倍も医師を養成するとい
うことが、日本全体の社会の中でそれが本当に望
ましいのかどうか。

もちろん、医療は社会的な共通資本として非常
に重要なものではありますけれども、日本社会と
いうのは別に医療だけでやつていくわけではない
ので、全体的な様々な要素を見ながらやる必要が
ある。

私は、専門職を増やすということは非常に慎重
であるべきだと思つていて、先生は今、弁護士を
増やして、それは正解だつたというふうにおつ
しやつたように思ひますけれども、弁護士もそう
です。あるいは薬剤師さんもそうですし、公認
会計士さんもそうですし、やはり専門職が不足し
ているからといって単純に増やしていけばいいと

いうことではないので、きちんと足下を見なが
ら、きちんとそのときのエビデンスに基づいて、
その折々に見直していくべき必要がある。現状と
しては、今はああいう厚労省の数字になつてい
るということで、我々は申し上げるところで
す。

ですから、絶対に増やすとかそういうことを
言つていくわけではないんですけれども、きちん
とした、その仮定が正しいかどうかということも
検証しながらやつていただきたいということを申
し上げています。

○青山(雅)委員 日本医師会のトップの方が、医
療は日本で最も重要な産業だと言つたとか言わな
いとかいう話もござります。私は、やはり重要だ
と思つていますし、足りなければ増やすのはやは
り優先課題だと思つています。是非その点の御検
討はしていただきたいと思ひます。

本日はありがとうございます。

○高井委員 国民民主党・無所属クラブの高井で
ございます。

今日は、五人の先生方、本当にありがとうございます。
この医療法、あるいは十年、二十年先を見据え
た医療のことについても是非アドバイスをいただ
きたいところなんです。今、国民の皆さんが一
番知りたいのは、やはりこのコロナ感染対策をど
うやって終息し、とりわけ病院の医療逼迫、これ
をどう解消するかということじゃないかと思ひ
ます。そのことについて時間が許せば全員、五人
の方からちよつと御見解を伺ひたいと思ひます
が、まず最初に加納参考人から伺ひたいんです

というの、私はずっと厚労省に質問してい
るんですけれども、病院に対する補助金ですね。こ
れが、非常に使い勝手が悪いんじゃないか。よう
やく千九百五十万円というのが年末に出ましたけ
れども、それでも、この間調べたらまだ半分しか
使われていないんですね、余つていくんです。

これはやはり、専門家からも、コロナ患者を診るのに結構特化してしまっていて、でも、コロナ患者一人診るのに三、四床空けなきゃいけない、そういうような、赤字補填とか減収補填とかいう言い方もありますけれども、そういうことにもっと使えるようにしたら、もっと民間でも進むんだけれどもなという意見。あるいは、お医者さんとか看護師さんのやはり数が、絶対数が足りないのは問題なんですけれども、しかし、それでも、コロナ患者を診てくれる方には例えば二倍給料を払うとか、スウェーデンなんかそうしているのと同じで、民間病院でも、そういう予算の使い方をすれば、私は民間病院ももっと引き受けていただければ、私に思っているけれども、その辺り、いかがでしょうか。

○加納参考人 ありがとうございます。

確かに、民間病院で、私も実は四月からコロナを受けております。最初は三床で受けまして、最終的に十九床、さらに、一月になり、要請があり、一床増やして二十床まで増やしました。最大十八名の方が入れられましたし、中等症、軽症であります。第三波はほとんどが中等症以上で、それも高齢の方が入ってこられます。そういう形で入院なさってくるわけですし、本当に急変なさいました。当院でも何人かの方が亡くなっておりますし、また、重症病院の方からも患者さんが、いわゆるみとりで預かってくれという形で、当院でもみとりをさせていただいたことがあります。そういう形での対応でありましたが、そういう、患者さんが多い時期と、また少ない時期と、そこを病棟単位でやりますと、その病棟の看護師さん、もう本当に医療従事者というのはすばらしくて、患者さんがいればしっかりとどんなことがあっても対応するというところで対応できるんですが、実は、こういうふうになんか減ってきますと空いてくる、そういうふうな間断がどうしてもあるわけなんです。そこをやはり、その病棟だけじゃなくて、その病棟を支えるには、先ほども言いましたように、

に、病院全体で支えなきゃいけないで、コロナを診る看護師さんだけじゃなくて、コロナを診るに当たっては病院全体で動かさなきゃいけない。

だから、コロナを診ない職員と、コロナを診る職員との差をつけるかどうかとか、いろいろな微妙な問題がありますし、逆に、減ってくるのまたちょっと、そちらの方がどうなのかなという、これは非常に難しいんですが、民間病院で職員を維持するという面とかけ合わせながら、一生懸命、今、民間病院は対応しなきゃいけないということなんです。

これが、先ほどから言いますが、公立病院になりますと、やはり公務員であります。公務員でありますし、実は、民間病院と公務員の看護師さんとの給与差も、やはり、多分年俸で百万単位で違うかなというところで我々は認識しております。

そういう意味では、先ほどから申しましたように、まずは公立病院でしっかりと受ける病院をつくって、それから我々もいろいろ工夫をしながら、ただ中で、我々もいろいろ工夫をしながら、職員に納得してもらって、日本のために、地域医療のためにという形で全力を尽くしますが、やはりそういう結末がどうしても出てきます。

そういう意味で、民間病院で幾つかの、発言の中であったかと思うんですが、なかなか取組が難しいところもあります。その分は、必ず民間病院は地域医療を守っているという意味で、救急とかそういう面ではもう全力で戦ってきたと認識しております。そういう組合せがなかなか難しいというところは是非とも御理解いただきたいかなと思っております。

○高井委員 ありがとうございます。

同じ質問を、それでは今村参考人と本田参考人、病院経営ということも関わるので。それ以外でも、もし何か、例えばPCR検査をもっと増やすべきだとか、ワクチンをこうすべきとか、そういう提案もあったらそれでも結構でございます。何かいい解決策を。

それでは、本田さんと、その後、今村さん、それぞれお願いします。

○本田参考人 ありがとうございます。

言いたかったことがあるんですけど、何でも、何で日本の病院が赤字なのか。

先ほど、日本は医学部の数を国が決めてると言いましたね。診療報酬点数も国が決めてるんですよ。日本の診療報酬点数は、欧米の半分ぐらいになってるんですよ。

皆さん、胃の内視鏡を受けたことがある方はいらっしゃるでしょう。日本で胃の内視鏡は一万一千四百円、ドイツは三万八千円、アメリカは八万七千円。こんなに安くしたのはいったいどうしてか、言っているんですけど。

これじゃ、元々赤字にならないんですよ。だから、民間がいいとか悪いとか、公立が悪いじゃない、元々赤字にならないわけ。だから、全国の公立・公的病院がやはり繰入金を入れないとやっていけないんですよ。安過ぎるからなんです。

一方、日本は、診療報酬が世界の半分以下なのに、薬剤とか、結構高いものもあるんですよ。これも国が決めているの。

ちょっと、今日は立場上、これ以上は避けられませんが、やはり医療費をちゃんと見直ししないと駄目。公立と民間病院を分断しちゃ駄目です。よろしくお願いします。

○今村参考人 コロナ全般についてということでは、医師は、医療機関は、それぞれの立場で、直接コロナを診る医療機関もあれば、コロナを診る予定はなくても結果的にコロナを診ることになる場合もありますし、常に緊張感を持って診療しているということでございます。

公や私を超えて、あるいは病院と診療所を超えて、やはり連携をしっかりと取りながら、国民のために、コロナの対策のためにどのようにするか。

例えば、コロナの患者が増えますと、病院だけで重症の患者あるいは中等症の患者を診るこ

とができなくて、ホテル療養や在宅療養をする方たちも相当増えてくるわけですし、我々は日本医師会として、会員もたくさん診療所の医師がいまです。で、そういった地域の中でどうやってコロナの患者さんを守っていかなくていいか、そういう体制づくりも非常に重要だと思っております。

そのために、国もパルスオキシメーターの機器をたくさん御用意をいただいたり、あるいは様々なオンラインの診療を活用しながら、そういった方たちを守っていく体制をしっかりとつくりたいというふうに思っていますし、財源的には、本当に、何度もいろいろな先生がおっしゃっているように、しっかりと病院経営が成り立つような形で、診療報酬そして支援金等も併せて守っていただけるようにお願いしたいというふうに思っています。

○高井委員 それでは、伊関先生と遠藤先生にも、あと多分一分ずつぐらいしかありませんけれども、それぞれお答えいただけたら。コロナ対策全般について何かアドバイスがありましたら、お願いします。

○伊関参考人 コロナ対策、今のやつは、いわゆる新型コロナウイルスについては、第四波が来るかもしれないんですけど、かなり対応策はできつつあって、あとは病床を確保して、医療者の体制をいかに整えるか。これが整ってきたかなという感じはしています。

重要なのは、次の新しい新興感染症に対しての準備をどうするかということが重要だと思っています。私は、病院の個室化、全室個室でもいいと思っております。いわゆる感染症の外来の動線の分離、やはり病床の規模は上げることが必要だろうと。

次の感染症がどういふものか分かりません。ただ、確実に何か起きてきます。そのための準備のための議論をすべきですし、それが地域医療構想でもやはり議論していくべきかなというふうには思っております。

以上です。

○遠藤参考人 ありがとうございます。

私自身は医療の関係者ではありませんけれども、たまたま、私的なことを申し上げますと、娘が救急医で、大病院でまさに新型コロナウイルスの患者さんをずっと診ていたという経緯もありまして、いろいろと話は聞いておるわけですが、

大変、私、重要だと思っておりますのは、今、非常にこれだけ大きな感染症が日本で起きたわけですから、この検証を大規模にきっちりやるということで、これを使って今後の医療政策に反映させていく、それも、小規模にあちこちからやるというよりも、言ってみれば国会レベルできっちりやるぐらいな、そのことは是非やらなければならないだろうと。こういう、ある意味、言葉は悪いかもしれませんが、大きな社会実験でもあるわけでありまして、そこを是非進めるべきだ、それが非常に重要なことだというふうに思っております。

以上でございます。

○高井委員 大変有用な、有益な、貴重なアドバイスをいただき、ありがとうございます。ちよつと医療法とは直接関係なかったかもしれませんが、大変、国民が今知りたいテーマだったと思いますので、本当に感謝をいたします。

今日は本当にありがとうございます。

○とかしき委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

この際、参考人の方々に一言御挨拶を申し上げます。

参考人の方々には、貴重な御意見をお述べいただきまして、誠にありがとうございます。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。(拍手)

参考人の皆様は御退席いただいて結構でございます。ありがとうございます。

○とかしき委員長 この際、内閣提出、良質かつ

適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対し、中島克仁君外一名から、立憲民主党・無所属提出者より趣旨の説明を聴取いたします。中島克仁君。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する修正案
〔本号末尾に掲載〕

○中島委員 ただいま議題となりました良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する修正案につきまして、提出者を代表して、その趣旨を御説明申し上げます。

厚生労働省は地域医療構想の実現に向けて、公立・公的医療機関等を名指しした上で、具体的な対応方針の再検証を求めてきました。厚生労働省は新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、再検証の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、改めて整理の上で示すとしていますが、いまだに具体的な方針を示していません。こうした状況の中、政府案では、地域医療構想の実現に向け、自主的な病床削減等を行う医療機関に対し、財政支援を実施することとしています。公立・公的医療機関等を狙い撃ちにした四百三十六の再検証対象医療機関のリストを撤回もせず、地域医療構想全体の方針を示さないままこの事業を実施すべきではないと考えます。また、地域医療構想そのものを否定するわけではありませんが、新型コロナウイルス感染症の第四波も懸念される現状に鑑みれば、今行うべきことは病床削減ではなく病床確保であり、新型コロナウイルス感染症の影響により、経営が苦しい医療機関に対して支援を行うことです。

今般の新型コロナウイルス感染症は、医療提供体制に関する様々な課題を浮き彫りにしました

が、まずはこうした課題を踏まえた上で、地域医療構想、医師の偏在の是正など、地域の医療提供体制の在り方を再検討していく必要があると考えます。

こうした認識の下、よりよい医療提供体制を構築できるよう、本修正案を提出いたしました。

次に、本修正案の主な内容について御説明申し上げます。

第一に、政府案のうち、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援の措置を一旦白紙に戻すため、当該支援に係る改正規定を削ること。

第二に、政府は、速やかに、地域医療構想について、新型コロナウイルス感染症の蔓延又はそのおそれにより生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえた見直しを適切に行われるよう、地域における病床の機能の分化及び連携の推進の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする規定を追加すること。

第三に、政府は、新型コロナウイルス感染症の蔓延又はそのおそれにより生じた医療提供体制に係る課題をも十分に踏まえ、地域の医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正等に係る調整の在り方、その蔓延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症が蔓延し、又はそのおそれがあるとき等における医療提供施設に対する財政上の支援及び医療従事者の適切な処遇の確保の在り方その他地域における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に必要事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする規定を追加すること。

第四に、政府は、速やかに、令和二年二月以後の医療提供施設の経営状況について調査し、その結果に基づいて医療提供施設に対する財政上の支援のために必要な措置を講ずるものとする規定を追加すること。

追加すること。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げます。

○とかしき委員長 以上で修正案の趣旨の説明は終わりました。

次回は、来る三十一日水曜日午前八時四十五分理事会、午前九時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後三時十分散会

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する修正案

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

第十三条中地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律目次の改正規定、同法第四条第二項第二号の改正規定、同法第六条の改正規定、同法第二章の次に一章を加える改正規定及び同法第三十五条第一項の改正規定を削る。

附則第一条第二号を削り、同条第三号を同条第二号とし、同条第四号中「並びに第十三条中地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律附則第一条の二第二項の改正規定及び同条を同法附則第一条の三とし、同法附則第一条の次に一条を加える改正規定」を「及び第十三条の規定に、一及び第九条の規定、附則第二十五条中地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和二年法律第五十二号）第七條のうち地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律附則第一条の二第二項及び第二項の改正規定の改正規定並びに附則第二十六条を「第九条、第二十五条及び第二十六条」に改め、同号を同条第三号とし、同条中第五号から第八号までを一号ずつ繰り上げる。

附則第二条の見出しを「（検討等）」に改め、同条

中「政府は」の下に「前三項に定めるもののほか」を加え、「この条を」この項に改め、同条を同条第四項とし、同条に第一項から第三項までとして次の三項を加える。

政府は、速やかに、地域医療構想(医療法第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想をいう。)について、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))である感染症をいう。第三項において同じ。)のまん延又はそのおそれにより生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえた見直しが適切に行われるよう、地域における病床の機能の分化及び連携の推進の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 政府は、前項の検討と併せて、地域において必要となる介護等の提供の体制の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

3 政府は、新型コロナウイルス感染症のまん延又はそのおそれにより生じた医療提供体制に係る課題をも十分に踏まえ、地域の医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正等に係る調整の在り方、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延し、又はそのおそれがあるとき等における医療提供施設に対する財政上の支援及び医療従事者の適切な処遇の確保の在り方その他地域における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に關し必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

附則第二条に次の一項を加える。

5 政府は、速やかに、令和二年二月以後の医療提供施設の経営状況について調査し、その結果

に基づいて医療提供施設に対する財政上の支援のために必要な措置を講ずるものとする。

附則第三条第一項中「第五号新医療法」を「第四号新医療法」に、「附則第一条第五号」を「附則第一条第四号」に、「第五号施行日」を「第四号施行日」に改め、同条第二項及び第三項中「第五号施行日」を「第四号施行日」に、「第五号新医療法」を「第四号新医療法」に改める。

附則第二十五条中「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律の一部を」を「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和二年法律第五十二号)の一部を」に改める。

附則第二十五条中地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律第七条のうち地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に關する法律目次の改正規定の改正規定、同法第三十五条第一項の改正規定の改正規定、同法第十六条を同法第十七条とし、同法第十二条から第十五条までを一条ずつ繰り下げる改正規定の次に次のように加える改正規定及び同法第三章を同法第四章とし、同法第二章の次に一章を加える改正規定の改正規定を削る。

附則第二十六条中「附則第一条第四号」を「附則第一条第三号」に改め、「(地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律第七条のうち地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に關する法律附則第一条の二第一項及び第二項の改正規定の改正規定に限る。)」を削る。

令和三年四月十五日印刷

令和三年四月十六日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

C