

第二百四回国会 厚生労働委員会 議 録 第九号

令和三年四月七日(水曜日)

午前九時開議

出席委員

委員長 とかしきなおみ君

理事 大岡 敏孝君 理事 門 博文君

理事 菅原 一秀君 理事 長尾 敬君

理事 橋本 岳君 理事 中島 克仁君

理事 長妻 昭君 理事 伊佐 進一君

青山 周平君 安藤 高夫君

安藤 裕君 上野 宏史君

尾身 朝子君 大串 正樹君

大隈 和英君 加藤 寛治君

金子万寿夫君 木村 哲也君

木村 弥生君 国光あやの君

小島 敏文君 後藤田正純君

高村 正夫君 佐藤 明男君

塩崎 恭久君 繁本 護君

杉田 水脈君 田畑 裕明君

武井 俊輔君 百武 公親君

藤原 崇君 古田 圭一君

宮崎 政久君 八木 哲也君

山田 美樹君 渡辺 孝一君

稲富 修二君 尾辻かな子君

大島 敦君 川内 博史君

白石 洋一君 津村 啓介君

西村智奈美君 山川百合子君

山井 和則君 吉田 統彦君

早稲田夕季君 高木美智代君

榎屋 敬悟君 宮本 徹君

青山 雅幸君 高井 崇志君

厚生労働大臣

内閣府副大臣

文部科学副大臣

厚生労働副大臣

田村 憲久君

藤井比早之君

丹羽 秀樹君

三原じゅん子君

厚生労働副大臣

文部科学大臣政務官

厚生労働大臣政務官

厚生労働大臣政務官

政府参考人 (内閣府大臣官房審議官)

政府参考人 (総務省大臣官房審議官)

政府参考人 (総務省大臣官房審議官)

政府参考人 (法務省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

山本 博司君

鰐淵 洋子君

大隈 和英君

こやり隆史君

難波 健太君

渡邊 輝君

岩佐 哲也君

保坂 和人君

塩見みづ枝君

川中 文治君

塩崎 正晴君

合田 哲雄君

山田 雅彦君

浅沼 一成君

迫井 正深君

正林 督章君

鎌田 光明君

吉永 和生君

赤澤 公省君

政府参考人 (厚生労働省保険局長)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

政府参考人 (厚生労働省政策統括官)

濱谷 浩樹君

鈴木英二郎君

尾身 茂君

吉川美由紀君

委員の異動

四月七日

青 山 周平君

木 村 次郎君

国光あやの君

小島 敏文君

後藤 茂之君

田畑 裕明君

武井 俊輔君

白石 洋一君

安藤 裕君

杉田 水脈君

古田 圭一君

金子万寿夫君

藤原 崇君

加藤 寛治君

宮崎 政久君

吉田 統彦君

補欠選任

安藤 裕君

田畑 裕明君

八木 哲也君

尾身 朝子君

後藤 茂之君

国光あやの君

武井 俊輔君

白石 洋一君

補欠選任

木村 次郎君

小島 敏文君

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件

参考人出頭要求に関する件

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(内閣提出第一七号)

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(中島克仁君外七名提出、衆法第一号)

〇とかしき委員長 これより会議を開きます。

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これに対する中島克仁君外一名提出の修正案並びに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及び修正案を議題といたします。

この際、お諮りいたします。

両案及び修正案審査のため、本日、参考人として独立行政法人地域医療機能推進機構理事長尾身茂君の出席を求め、意見を聴取し、また、政府参考人として内閣府大臣官房審議官難波健太君、総務省大臣官房審議官渡邊輝君、法務省大臣官房審議官塩見みづ枝君、大臣官房審議官川中文治君、大臣官房審議官塩崎正晴君、科学技術・学術政策局長山田雅彦君、大臣官房生活衛生・食品安全審議官浅沼一成君、医政局長迫井正深君、健康局長正林督章君、医薬・生活衛生局長鎌田光明君、労働基準局長吉永和生君、社会・援護局障害保健福祉部長赤澤公省君、保険局長濱谷浩樹君の出席を求め、説明を聴取したいと存じますが、御異議ありませんでしょうか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○とかしき委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○とかしき委員長 質疑の申出がありますので、順次これを許します。国光あやのさん。

○国光委員 茨城六区選出の衆議院議員の国光あやのでございます。

本日は、質問の機会をいただきまして、大変ありがとうございます。

まずもって、厚生労働省、田村大臣、そして三原副大臣、こやり政務官、そして今日いらつしやる皆様方、本当に多忙の中、本法案の取りまとめ、そして審議をこなされていることを、心からまず敬意を表したいと思います。

ただ、国民の今の一番の関心は、今、コロナの第四波が大阪で、今日、大阪の委員長も、そしてまた先生方の中に大阪が御地元の方もいらつしやいますけれども、三人もいらつしやいますね、たくさんいらつしやと思うんですけれども、なかなか、また第三波のような混乱になったらどうしようということが一番国民にとっては不安だと思います。

本法案も、もちろん医師の働き方改革もありますが、少しそれは先の話なので、一番この法案の中でやはり重要なことというのは、医療計画の中に感染症を位置づける。これは、たしか新型コロナウイルスの流行のときもこの議論はあったと思いますが、そのときはペンディングになりましたけれども、今まさに法律改正によってしっかり感染症も位置づけるということは非常に意義があることだと思います。

ただ、医療計画、計画は計画です、計画というのは実行されないと思いがちです。足下のコロナの感染状況、第三波のときに何が起ったか。私の地元もそうでしたし、先生方の御地元もそうだったと思いますが、計画は確かに、昨年、病床を幾つ用意する、出ていました。ステージ1、2、3、4に合わせてどうする、出ていま

した。国民はそれを見て安心を多分できたと思いますが、実際は、なかなか病床が空かなくて本当に困りました。やはり有事のときに大きなことというのは、計画が計画倒れに終わらないことだと思います。

私も、今でも、先週もコロナを受けて重点医療機関で外来をやらせていただいたんですが、やはり、その院長先生から中堅や若手の先生がみんな言うんですね、また第三波のように、その病院は重点医療機関です、患者さんを受けています。でも、彼らが困っていたのは、ほかの病院が診てくれない。うなずいていらつしやいますけれども、そして、本来受けるという計画を出していた病院が、いろいろな理由をつけて拒否権を発動しま

す。主な論点は三つあるんだと思うんですね。患者さんが増えたときに、大阪はまさにそうだと思います。どの病院がコロナの患者さんを主でファーストコール的にまず受けるんですか。プライオリティーの問題。これは、みんな大体お見合いです。大臣の御地元はそうでもないかもしれませんが、多くのところではそうなんじゃないですか。

それで、大体皆さんは言うんですね。あの病院だつて診てないじゃないか、国光先生、あの病院に言ってくださないと。私は、茨城だけじゃなくて、たくさん、去年から、病院からそういうレスキューコールや、はつきり言つてクレームですね、いただいております。その意思決定を誰がやるんでしょうか。

医療法は、そして医師法は、都道府県の主体性に委ねる。それはいいことだと思います。ただ、それは平時のときは意味があると思います。ただ、実際に有事が起つています。去年そしてこの一月の状況はどうだったでしょうか、先生方。なかなか決まらない。

是非お願いしたいことは三つ。まず、やはり公立・公的病院から体制は考えてみるんじゃないんですかね。市立病院、県立病院、先生方の御地元はどれぐらいエフォート、努

力されていらつしやるでしょうか。いや、している病院もあると思いますが、その意思決定はすぐできたでしょうか。

そして二つ目。大学病院があります。大学病院は特定機能病院です。確かにがんの患者さんもうらつしやる、免疫不全の方もいらつしやる。でも、第四波、ステージ4クラスになつてくると、やはり大病院だつて協力していただかなきゃいけない。

そして三つ目に、民間病院も、特に下り患者とよく最近言いますけれども、回復基調にある患者さんはやはり受けてほしい。

この三つなんじゃないかと思ひます。ここで、まず厚生労働省にお伺いしますけれども、一番冒頭の、公立病院や公的病院、具体的には言

いませけれども、大阪でもまさにそれを期待されている声があられるんじゃないでしょうか。それらの病院によつての特殊事情がない限り、コロナの患者さんが、今、病床稼働率が大阪で八〇パーを超えている、特に重症の患者さん。一体その人たちの命を誰が守るんでしょうか。それは都道府県任せでいいんでしょうか。都道府県はそれほど医療機関に強く言えるんでしょうか。それはやはり、国のもう少し力強い方針、プリンスブルが要るんじゃないかと私自身は思ひますが、いかがでしょう。

○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、まずは、これまで都道府県で確保していただいた病床、これにつきまして、考え方といたしまして、患者を受け入れる場面で、医療従事者の確保の調整でございますとか、一般医療との両立を図る、こういったことを都道府県を中心にやつていただいておりますけれども、受入れが難しいという実態がございましたし、それから、確保病床として計上されていても、都道府県と医療機関で実際に認識が違つておりまして、即応病床として利用できなかったというような実態がございました。

こういった点から、必ずしも患者が確実に受け

入れていただけなかったという場合があつたことも踏まえまして、三月末に事務連絡を改めて発出をさせていただいております。

それは、各都道府県に対して、改めて、医療機関との間で、既に確保しているコロナ病床が確実に機能する、そういったことであるかの点検をお願いする。

それから、即応病床というのはこういうことなんだということを、具体的に申し上げますと、医療従事者それから設備の確保、ゾーニング、こういったことでコロナの患者の受入れに必要な設備が完了して、すぐにコロナ患者を受け入れることができる病床であるというようなことを認識を共有していただきたい。

それから、これは先ほど委員御指摘のとおりであります。重症者は大病院を始めた高度な医療機関で、それから、中等症者は地域の中核的な、これは公立、公的が主になつていて、ケースが多いと思ひますけれども、医療機関で対応する、あるいは、後方支援の病床について民間医療機関にしっかりと支援をしていただく。

こういった地域における医療機関の役割分担、連携の徹底、こういったことを行うことで、確実にコロナ患者を受け入れていただけるような体制構築を都道府県にお願ひするというふうにしておりまして、こうした点を事務連絡で明確に記述するとともに、都道府県に対して、複数回、ウェブの会議などを使って周知あるいは対話を行っているところがございます。今後とも、都道府県から相談があつた場合には、国からも公的医療機関を含めた医療機関に対して働きかけを行うといったことも含めまして、個別の事情に応じて協力をしてきたところでございまして、引き続き、こういった対応を、都道府県の担当者や密に連携を取りながら、体制を構築してまいりたいと考えています。

○国光委員 ありがとうございます。御努力を本当に感謝申し上げます。是非、働きかけが、その事務連絡が、今、迫井局長がおつしやつた内容が

実効性を持つようにしていただきたいと思ひます。

お願いベースでどこまで医療機関は動くんでしょうか。それが今本当に問いただされていると思ひますので、都道府県知事が、最後、要請という伝家の宝刀もありますが、なかなかこれは勇気が要ることです。一部のキャラ立ちをされていらっしゃる都道府県知事さん以外は非常に勇気が要ることです。それを国が後押しをしつかりしていただきたいというふうには私と思ひます。

続きまして、大学病院の件、これは、ちよつと是非、なかなか事態は深刻だと思ひます、文科省にお伺いをしたいと思ひます。

○川中政府参考人 お答えいたします。

新型コロナウイルス感染症への対応におきましては、大学病院は、重症患者の治療を中心としまして、最後のとりでとしての役割を果たすとともに、感染症の流行下におきましても、他疾患に対する高度医療を継続的に提供するという重要な役割を果たしているところでございます。

コロナ患者の受入れ等につきましては、各地域で都道府県が中心となり調整が行われているものと承知しておりますが、特にコロナ患者の受入れにつきましては、文科省は、これまでも累次にわたり、大学病院に対しまして、地方自治体と連携して取組をいただくよう要請をしてきたところでございます。

文科省省としてしましては、大学病院における取組状況の確認を行うとともに、大学病院が新型コロナウイルス感染症対策に取り組むよう、引き続きしつかり対応してまいります。

○国光委員 ありがとうございます。是非、先ほどの厚労省さんの答弁と同じように、実効性がある形をお願いしたいと思ひます。

一点ちよつと耳障りなことを申し上げますと、文科省さんの御努力で、都道府県から文科省に要望があるときには、その都道府県の××大学に事務連絡で要請をお願いをするということは承知しています。

ただ、都道府県の気持ちになつてください。都道府県にとつて大学というのは、医師派遣をしてもらっている。県立病院だつて市民病院だつて医師派遣をしてもらっているんですね。それを、チクつたような形で、文科省から大学病院長に来た通知が、都道府県から、××県から文科省に要請があつて、それに基づいてあなたの方にお伺いをすると書かれちゃう。そういうふうになつていきますよ、今そういうルール、それはちよつと実効性がない。都道府県はすごく嫌がります。そういう地域の状況をやはり配慮していただきたいなと思ひます。

都道府県が言いましたと書く必要があるんですかね、通知に。都道府県が知つていふということ、地域みんなが、医師会だつて周りの病院だつてみんな困つていふんです。その県民だつて困つていふんです。それを、都道府県がとか厚労省がとか言っている言い訳じゃないと思ひます。それはしつかり各大学病院に、ステージが上がつたら、やはり医療は総力戦なんじゃないんですか。きちんと、大学の自治を貴ぶのも分かりますが、言うべきことは言つていただきたい、そういう文科省になつていただきたいと思ひます。

続きまして、地元の具体的な例で、再編統合が必要な公立・公的病院、この委員会でも何度も議論に上がつています。実際、私自身も公立・公的病院の再編や統合は必要だと思ひます。今日は余り深掘りするのには控えますけれども、やはり有事で、皆さん、国民のみんなが思つていふ、何でもなんにすぐ医療逼迫するんだというその背景は、脆弱過ぎる医療体制にあります。

それは、言つてみたら、急性期病院、高度じゃなくて、そのちよつと下の急性期病院がなかなか乱立していたり、やはり、いわゆる中小病院の機能が同じような機能で乱立している状況、先生方の御地元にも必ず一つはあるはず。それはやはり何とかしていき、しつかり体制を整えていくというのは必要だと思ひます。

○国光委員 ありがとうございます。
しっかりと硬軟取り交せて、締めるところは締め、きめ細やかに見るところはきめ細やかにしていただいて、しっかりと取り組んでいただきたいと思っています。

続きまして、厚生労働省自体の改革。

大臣ももうずいとおられますけれども、大臣、長年、大臣職、本当にお疲れさまでございます。多分、数え切れないくらいいろいろなことがあったのではないかと。最近もありましたし、一回目の大臣の御就任のときもいろいろあったわけですが、何でこれほどいろいろ起こるんでしょうか。ということ、私自身も一応厚生労働省に十二年お世話になった身として本當に思います。

国民目線から見ても、社保庁問題、それもアンビリーバブルな状況だったわけですが、最近起るいろいろなことも、やはり社会的に見るとアンビリーバブルです。これは何で起るのかということ、やはりマネジメントをもうちょっと考えていただく必要があるんじゃないかと思えます。

大臣にお尋ねするのは大変恐縮なので、まず、担当は、中の職員はどう考えているんですかというところを私は是非聞いてみたいと思います。

まず、厚生労働省の業務量は年々増えていきますね、いや、本當に大変だと思えます。もう本當に馬車馬のように働かれて、子供の顔も家族の顔もほとんど見ないまま、多分去年過ごされたという状況かと思えます。野党の皆様も、先生方ももうずい

ていただいておりますけれども、その中で、厚生労働省の職員はやはりマンパワーの問題と、あと、人だけじゃないですよ、マンパワーと、その人をいかに持ち味を生かしながらガバナンスを取っていくかという、つまり量と質の問題、これを厚生労働省自身がどう捉えて今おられますか。

○山田政府参考人 お答えいたします。

最近ですと、厚生労働省の職員五人以上の会食、老健局事案、国会に提出させていただいた法案の条

文、参考資料の誤り等、ありました。まずは、深くおわび申し上げます。

会食事案については、感染症対策として多くの方々に我慢を強いている厚生労働省において、職員の気の緩みからそういった問題が起きて、国民の皆様の信頼を裏切ることになったと思います。

法案誤りについては、引用誤りがないかとか条文と新旧対照表が一致しているかというのを個別に確認する機会を明示的に設けていなかったことが原因だと認識しております。

これらの事実を踏まえて、職員一人一人が厚生労働省職員として自覚を持つことを徹底していくとともに、議員御指摘の省内の職員の体制についても、業務の状況に応じて適切に対応していけるよう見直しを図っていきたく思っております。

御指摘のマンパワーの問題でありますけれども、厚生労働省においては、新型コロナウイルスへの対応を始め、業務量が增大している状況を踏まえて増員要求を行い、令和三年度、特に議員の御指摘いただいているのは本省の内部部局だと思いますが、その定員は前年度と比べて百四十七人の定員増となっております。

業務の合理化、効率化を一方で図りつつも、厚生労働行政が適切に実施できるよう、必要な職員の確保に努めてまいりたいと思えます。

○国光委員 ありがとうございます。
もう少し今の点を具体的に確認していききたいと思えます。

例えば、さつき迫井局長に答えていただいた病床確保は今大変だと思えます。例えば、今まで平素では、この病床確保、医療体制あたりは何人でやっておられて、現在は、この有事でこれほどの騒ぎになっているわけですが、今、何人に対応されていますか。

○山田政府参考人 お答えいたします。
ちよつと具体的な数字は持ち合わせていませんが、コロナ対策ということでは、省内にコロナ本部を別途設けて、その多くの人は、今、厚生労働省の二階の講堂に各局から人を集めて、コロナと

は直接関係ない部局からも人をそちらに投入して対応しておりますので、中心となる健康局とか医政局の職員だけでやる形ではなくて、一つ二つの局が新しくできたぐらいの体制でもって対応しておるところであります。

○国光委員 ありがとうございます。

審議官、その人数は、今この第四波で国民がこれほど心配されている中で足りると審議官は考えておられますか。

○山田政府参考人 お答えいたします。

ちよつと感覚的な物の言い方になってしましますが、正しく、コロナの問題が始まってから一年以上の時間が流れていて、各局から、コロナに直接関係ない部局においても通常の業務は回っているという中で、コロナという非常に難局に対応できる人間をそれぞれの局から出していたらいい対応しておりますけれども、そういう、ほとんどバーンアウトするようなことがないように、職員の入替え等も行いつつ、何とかこの難局を乗り切っていくというふうに考えております。

○国光委員 ありがとうございます。

審議官、今の御答弁だと、ぎりぎり足りていますが、今この間に聞かせるんですけれども、であれば、国民がこれほど厚生労働省に期待している逼迫問題は遅延なく対応できるよねと。政策というのは、やはり国民が期待できるレベルまで対応できないと意味がないんだと思えます。厚生労働省がぎりぎりできると思っているその思いは、国民に通じているんでしょうか。

そこは、国民が求めるレベル、速さや正確さ、大阪がこれだけ今困っています、大阪府民は不安です。私は大阪が地元じゃないですけども、代弁して申し上げます。その中で、しっかりと厚生労働省が対応を大阪府を助けていけるという、そういうアウトプット、アウトカムの部分の満たされるように、是非マンパワーとそのガバナンスを考えたいただきたいと思えます。

そして、もう一つ、国会対応が負担だというお声強いわけですが、これは是非お伺いしたいと

思うんですが、二日前ルール、質問通告の二日前ルールが一番ポトルネックということがいろいろな厚生労働省の様々な提言で共通して出ています。私も、長妻先生が大臣でいらつしたときに、若手チームという中で厚生労働省改革を提言させていただいたことがあるんですが、そのときにもやはり二日前ルールの話というのが非常に大きく出たことがあると思えます。

今、二日前ルール、どれぐらい守られているでしょうか。

○山田政府参考人 お答えいたします。

先生御指摘の質問通告については、通告の形態等が様々であって、一概にお答えすることは難しいんですが、今国会の衆議院の厚生労働委員会において、開催日の前々日までにおおむね三割程度、前日正午までに合わせて半数程度の議員の先生方から、確定した要旨、質問通告というよりは要旨の御連絡をいただいているという状況でございます。

厚生労働省としても、自己努力として、スカイプやZoomなどを利用したオンラインレクの実施、これは先生方の御協力も得てという話になりますが、国会答弁審査の効率化、答弁印刷部数の削減等、厚生労働省として自身でできる効率化に取り組んで、引き続き厚生労働省内の働き方改革を進めてまいりたいと思えます。

○国光委員 ありがとうございます。

審議官はおっしゃりにくいかと思えますので、私が代弁させていただきますと、やはり、厚生労働省の中の改革は絶対必要ですが、外部要因はいかんともし難いんだと思えます。

二日前ルールの話は、先ほど、前日正午までに五割ということは、残り五割はまだその後ということですよ。ここは是非、私が申し上げるのは恐縮ですけども、やはりオール霞が関アンド永田町で、しっかりと厚生労働省が国民の期待にかてるような、そんな政策を出していただく環境整備というのには是非連携してやっていく必要があると思えますので、私も、ライフワークの一つがこの厚生

省改革でありますので、しっかりと取り組んでいきたいというふうに思います。

続きまして、話題は変わりますが、三原副大臣、お世話になります。昨年、三原副大臣が座長で、そして私が事務局長で取り組まされていたこと、コロナの患者さんやそして事業者の方にネット上で誹謗中傷、やはり大変な状況がありました。今でもそれが変わらず、去年よりはましになっても続いている状況。

去年一緒に取り組まされていたで、発信者、それを書き込んだ方の情報が特定しやすくなるような法改正や、法律以外にもいろいろ普及啓発に効果的に取り組んでいくという事は一応進んではいるんですが、まだやはり深刻な問題が残っています。

この点につきまして、改めて意気込みを伺わせていただきたいと思います。

○三原副大臣 国光委員には、党のPTで同じ思いで取り組まされていたしまして、そのときも御尽力をいただきましたことに心から敬意を表したいと思っています。

インターネット上の誹謗中傷ということでありますが、一方的な差別やそうした中傷というのは私は決して許されるべきものではないと強く感じているところであります。

厚労省といたしまして、医療従事者を始め、感染者やその周囲の方々に対しての差別、偏見の解消を図ることを目的としたプロジェクト、「広がれありがたの輪」というのを推し進めさせていただいている、そしてこの取組を強化しているところでございます。

いずれにいたしまして、関係省庁とも連携しながら、コロナ感染者等に対する偏見や差別の解消に向けた情報発信や、あるいは、ネット上の誹謗中傷で今もまだ苦しんでいらっしゃる方が大勢いらっしゃると思います、そういう方々にしっかりと寄り添いながら、そういうことを、こうした犯罪をなくしていくように全力を尽くしてまいりたいと思っております。

○国光委員 ありがとうございます。温かくも強いリーダーシップに、去年から本当に私も励みをいただいて、提言を取りまとめさせていただきました。

その中で、法務省さんに最後にお伺いしたいんですが、ネット上で誹謗中傷を受けました、死ね、殺すぞとか、たくさん仮に書かれたとします。そのときに、それが、一応それは有罪だということになって処罰を受けるときに、今、例えば侮辱罪ですと一万円以下の科料でしかないです。実際に、昨年、木村花さん、ちょうど去年の今ぐらいの時期にお亡くなりになりました。つい先々週に東京地検から東京地裁に話が来て、それで、実際に命令されたのが、その書いた加害者に対してやはり九千円の科料でした。

あれほどの事件があつて、死ねとか殺すぞとか、数十回、百回とか書かれて、それで命を落とされ、明らかに人権侵害なわけです。刑法は明治の時代から変わっていないですよ。その頃はネットはなかったけれども、今だったら集団リンチ状態です。議員は皆さんメンタルが強い方が多いかもしれませんが、やはり病みます。

これは、そのまま、このままでいいんでしょうか。法制審議会、四月と九月に開催されますよね。去年からお願ひしていますけれども、この誹謗中傷による刑事罰、是非、今の令和の時代、SNSがこれだけはやっている時代に、明治の時代じゃないんですから、しっかりと早く見直していただきたい。具体的には、是非、九月の法制審にかけていただいて、早く法改正、この努力をしていただきたいと改めて思いますけれども、御意見を伺ひさせていただきます。

○とかしき委員長 保坂法務省大臣官房審議官、申合せの時間が来ておりますので、簡潔にお願いいたします。

○保坂政府参考人 刑事法上の対応の必要性については十分認識をいたしております。

現在、侮辱罪の法定刑につきまして、立法事実としての様々な調査を行っておるところでございます。

ます。例えば表現の自由との関係ですとか名誉毀損罪との関係、様々、法的にも検討しなきゃいけないことがまだあるわけですが、必要性については十分認識いたしておりますので、いつの法制審に諮問するかという時期を、今確たるものを申し上げることはなかなか難しいわけですが、法務省といたしましては、法定刑の在り方についてしっかりと検討を進めてまいりたいというふうな思っておるところでございます。

○国光委員 ありがとうございます。しっかりとお願いいたします。

以上です。ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、長妻昭君。

○長妻委員 おはようございます。立憲民主党の長妻昭でございます。

今、ちよつと自民党の方の今の質問を聞いて気になる点があつたんですが、ちよつと事実誤認が、余り国会の仕組みにまだ、全部を御存じじゃないんだと思うので、そういうふうな思われるのも無理ないんですけれども、例えば、質問通告の問題ですね。

例えば、ちよつと前回のこの厚生労働委員会、これは金曜日に開かれましたけれども、金曜日の委員会が決まったのはいつだったのかということなんです。金曜日の委員会が決まったのは、前の日の木曜日の、例の本会議が終わった後に理事會を開くということで、前日の正午より後に委員會の開催が決まったわけですね。

我々野党は、こぞつて、そんなもの、二日前ルールだろう、あるいは少なくとも前の日の昼だろうということ、もう翌週、そんな翌日やるんじゃないくて、翌週の定例日の水曜日、今日ですね、今日にすればいいじゃないかということ、強く理事會で要請したんですよ。

ところが、与党が、どうしてもあした開きたいんだと。いや、駄目だと、また野党のせいになっちゃうじゃないかと、通告が遅いのは野党、野党といつて。だから、駄目だと言ったわけですよ。

ところが、誰とは言いませんけれども、相当強硬に、あしたじゃないと駄目なんだということで強く言われて、我々は反対しても、最後採決されたら理事會で、我々は拒否できないんですよ。そういうような事情で、先週金曜日、開かれているんですね。

だから、私、気になるのは、何でもかんでも何か野党が質問が遅いから、霞が関は大変で、法案もミスしちゃったと。こういうような、ちよつと、別に事実を御存じなくて言っているのならこれはしょうがないんですけども、そこら辺、よくよく与党も反省していただきたいということも強く思います。

その関連で、ちよつと気になったのが、この前テレビを見ていましたら、NHKの。自民党の国会議員がテレビに出て、ちよつと今、前段でそういう自民党の方が質問したので、この話題を言うつもりはなかったんですけども申し上げなければならなかったんですが、自民党の国会議員が、法案ミスについての話題で、法案ミス、これは霞が関の皆さんが忙しかつたんだ、霞が関の負担を減らすことが重要だ、例えば国会の質問通告の早期化というふうなことをおっしゃっていたんですね。

もちろん、我々野党も早期に質問を通告するということは心がけなきゃいけない、これは我々もそういうふうにしなきゃいけないわけでありまして、ただ、紙である程度通告しても詳細に聞いくる場合があるんですよ、皆さんのところにも。つまり、この紙だけじゃ、もつと細かく教えてくださいます。前の日に聞かれてそれを答えたら、通告は前の日の夕方だったとか言われた議員もいるんですよ。

だから、通告したら細かく向こうから聞いてくるということもありますし、NHKのテレビを見ていた話に戻りますけれども、そういう法案ミスは、国会の質問通告の早期化、これもやらなきゃいけない、霞が関の負担を減らすことなんだというところで、何か野党の質問に、非常に問題だとい

うようなニュアンスでおっしゃられた、そういうふうには印象を受けたんですが。

これは、もちろん我々も反省すべきところは反省しなきゃいけないんですけど、でも、厚労省にお伺いしますけれども、例の特措法の法案のミスとか、あるいはいろいろな法案のミスがありましたけれども、これは国会が開会前の作業のミスなんじゃないですか。

○田村国務大臣 済みません、通告いたしたいなかったものでありますので。今のお話は、細かくは事務方を呼んでいただくと一番分かりやすいと思うんですが、いろいろな準備の段階で、国会前の部分も当然あったというふうに思います。

○長妻委員 今も通告という話があったんですが、だって、感染症法の問題については大臣だつてすぐ分かるじゃないですか。一月二十二日でしたっけ、国会開会。そのときに閣議決定されたんじゃないですか。ということは、作業は国会の前じゃないですか。

ですから、質問通告について、もう一つ、こういう問題があるんですよ。

大臣によつては、質問通告、野党は今日は何を質問するんだ、どんな質問なんだ、俺が恥をかきちゃうだろうということ、詳細に聞いてていいと言つて指示する大臣もいるんですよ。それで、官僚の方が聞いて、聞き回つて、分厚い答弁書を作つて、また作り直したとか、そういうこともあるので、いろいろな問題、もちろん与野党共に、あるいは霞が関の仕事のやり方も含めて問題に取り組まなきゃいけないんですが、一方的に野党の質問が遅いから云々かんぬんというのは、ちよつとこれはフェアな議論じゃないなと。

むしろ、政治家の口利き、はつきり言えば、政治家の役所に対する口利きまがいのことについて忙殺される官僚もたくさんおられますし、あるいは、首相官邸に本部が乱立しているんですよ、何とか本部。その会議のたびに、かなりの資料を作る、作られる、忙殺される。あるいは、上司が地方で講演会をするときに、講演会の資料を

作つてくれ、もつとちゃんとしたのを作れと。いろいろなことがありますので、あるいは、全員待機ということもやっている省庁があるらしいんですが、これも、別に役所にいなくても連絡が取れるような形で、そういうようなこともやるとか、いろいろな工夫がありますので、是非そういうことも踏まえた上で、いずれにしても、私は、厚生労働省は人数が何しろ絶対的に不足している。これは定員法の上限を取つ払うなり、あるいはほかの省庁と差配するなり、やはり、その上に立つ大臣、総理大臣がちゃんと手当てしないと国家の危機に対応できない、こういうことをもうずっと前から言われているのになかなか進まないということ、是非よろしくお願いをいたします。

ちよつと五分以上この件に使つてしまいましたけれども、重要なことですので、よろしく願いをいたします。是非理解をしていただきたいと思ひます。

今回の法案に入りますけれども、今回の法案に関連して通知が出たんですね。大臣にお伺いしますが、昨年一月十七日付で厚生労働省から各都道府県に対して発出した具体的対応方針の再検証に関する通知。再検証対象医療機関、全国四百三十六の医療機関ですけれども、このリストについて、都道府県や医療現場に再編統合などの結論を強制するものではないとの理解でよいか確認をしたいので、お願いします。

○田村国務大臣 正確に申し上げます。都道府県宛ての「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」。これは令和二年一月十七日でありまして、この発出の本旨でありまして、地域医療構想会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させるということを目的としていること。御指摘のリストは、各医療機関の役割や必要な病床数、再編統合など、病床の機能分化、連携等の方向性を機械的に決めるものではないこと。地域医療構想調整会議において再検証を経た上で合意を得る際には、国による分

析結果だけでは判断できない診療領域や、また地域の実情に関する知見を補いながら議論を尽くしていただきたいということであり、再検証をいただくことはお願いしつつも、再編統合などの結論を強制するものではないということであります。各都道府県においては既に当該通知を踏まえた対応に着手している状況と承知しており、今後の具体的なスケジュールについては、医療関係者や自治体の皆様が今般のコロナ対応に全力を尽くしていただいているという状況も十分に配慮しながら検討することといたしております。

厚生労働省としては、各地域において、今般の新型コロナウイルス対応の状況などを踏まえつつ、住民に必要な質の高い医療を効率的に不足なく提供できるかという視点で御議論をいただきたいというふうに考えているところであります。

○長妻委員 今の大臣の答弁の中で、今回の二六六リスト、これは再度検証いただくことはお願いしつつも、再編統合などの結論を強制するものではない、こういうふうにおっしゃいましたね、今、これは是非、疑心暗鬼に地方自治体もなっておりますので、大臣はそういうふうにございますので、現場でちよつと違う動きもあるようございしますので、そうならないように是非お願いをした

そして次に、資料の二ページ目を御覧いただきまして、これは国会図書館に最新のデータで調べたいただいて、改めて日本の公立病院は少ないんだなと思ひました。国立もこれは含んでいるんですね、イギリスはほとんど国立ですから。この濃い青は主要国の公立病院の比率でございまして、日本は、この日本、アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ、イタリアの中では最低パーセント。アメリカは自由診療の国ですから、ちよつとなかなか比較できないんですが。

つまり、今回、コロナの教訓は、なかなかガバナンスが利かない。都道府県も利かない、国も利かない。つまり、日本は民間病院の比率が非常に高過ぎて、しかも、尾身先生もおっしゃいました

けれども、その民間病院の中でも経営主体がいろいろな各種種類がいっぱいある、公立もいろいろな種類があるというように、ガバナンスが利かなかった一つの原因で、やはり、公立病院というのが今回見直されるきっかけになればいいなと私も思っているんで、ガバナンスを利かすためにですね。

そういう意味では、大臣、今回の地域医療構想で、私は、このままいくと、公立・公的病院の比率は、あるいは数も含めて、下がるという方向に間違いなくいくと思うんですが、それはそうなるわけじゃないよ、むしろ、公立・公的病院の比率や数が増えることだつてあるんだよ、一概に決めていくわけではないんだよというように、ことをもし答弁いただければ。

○田村国務大臣 以前から申し上げておりますとおり、これは医療ニーズがどれくらいあるか、需要それから供給というものをどう考えていくかというところであります。各地域で、高度急性期、急性期、回復期、また療養といいますが、そういうような病床ですね、これを最適に配分をいただきたい。これをやらないと、実は、患者が減つておりますから、またその疾病が減つてきますので、各医療機関も運営が非常に厳しくなってくるという実情もあるわけでありまして、それをそれぞれ、二次医療圏なら二次医療圏の中でどのように配分していただくかということ。それから、今言われたような地域の事情もありますから、そういう事情も勘案した上で、どのような体制を組むかというのはそれぞれの地域で考えをいただくこととございまして、一概にこうである、どうであるというのではなくて、それぞれの地域において、それぞれの必要な医療提供の能力というものを、二〇二五年に向かって計画をお作りをいただくということとあります。こちらが決めたつていくというわけではございません。

○長妻委員 今の仕組みや四三六リストがあるままに進むと、間違いなく公立・公的病院の比率も下がるし、数も減るといふのは間違いなことだ

と、このグラフがどんどん、濃いブルーが下になるというのは間違いないことだと思えますので、一概にというようなことで、そうなるわけでもないというふうにおっしゃいましたけれども、言うだけじゃなくて、現場も含めて、もう一度公立・公的病院の役割の見直しというような観点も是非お願いをしたいということを申し上げておきます。

そしてもう一点は、医療崩壊のみならず生活崩壊の問題でありますけれども、非正規雇用の方の賃金が相当減っている、あるいは雇用が損なわれているという問題がありますが、その中で、今朝も報道がございましたけれども、厚労省のホームページを見ますと、ちっちゃく、賃金構造基本統計調査が変更になったと。

ちょっと私もびっくりしたんですけれども、今までは短時間労働者等の中に、もちろんお医者さんなんかは入っていませんでしたけれども、お医者さんの時給が幾らぐらいなんでしょうか、相当ですよ。当然、一万とかですか。少なくとも三千円以上ですよ、そんなものじゃないと。何しろ、今までは三千円以上は除外していたんです。三千円以上の短時間労働者は除外していたんですが、突如として去年の統計からお医者さんも含めると。

そうすると、時給が、これはびっくりしました。先月末に公表されたんですが、時給の平均が千四百十四円、二〇二〇年は、前年比二三%もアップしたと。前年が千四百八十八円ですから、ああ、すごいな、去年一年間、意外に何かコロナの影響で、もう余りないのかな、こんなアップしたのかと思いきや、昨年は時給三千円以上の人は除外している、ちょっと特別な職業だから。ところが、お医者さんもと入れて、こんなにかさ上げしちゃったと。

ところが、これは統計法違反なんじゃないですか。統計法では、基幹統計の変更は総務大臣の承認を受けねばならない、つまり申請しなきゃいけないんですね。これは、法令違反の疑いがあるということではないんですか。

○田村国務大臣 総務大臣の諮問でありますけれども、これは、調査計画に記載されている事項の変更、これがあつた場合ということでございまして、今般のことは集計要件の変更ということでございまして、総務大臣への諮問は、これはしていない、しなくてもいい事項であるという判断がございました。

いずれにいたしましても、急に変わったのは、これは確かに、統計というのは継続性でありますので、今委員がおっしゃられたような、そういう誤解を招いてもいけないものでありますから、これは五年分遡って公表をさせていただくということでありまして、そういうことを配慮させていただきながら、統計の継続性というものはしっかりと担っていきたいというふうに思っております。

今、統計法の違反ではないかということなことであります。事務方の方に確認すると、そのようなことではないというふうな話を聞いておりますが、これは総務省の方に確認させていただきたいというふうに思います。

○長妻委員 総務省サイドでは、これは申請すべき案件だと言っているということも聞いていますので、大丈夫ですかね、今の答弁。（田村国務大臣「確認します」と呼ぶ）いや、確認するということ、もう問題ないという答弁をされているので、これは是非、二〇二〇年のデータ、前の計算のデータも出してください。出ていないんですよ。是非お願いをいたします。統計問題、大騒ぎになりましたよね、少し前に。法令違反があれば、きちっと今の大臣の答弁も訂正して、どこかで教えてください。

そして、もう一つは、国産のワクチンの件でございまして、これは、日本の国産ワクチンはなかなか進んでいないということで、三ページ目もございまして、少なくとも一回接種した人の割合はOECD三十七か国中三十六番目というところでございまして、あるいは、世界各国におきましても相当接種者の比率というものが低くなっております。

りまして、百九位というデータも出ております。日本は先進国にもかかわらず、非常に少ない。そして、国産ワクチンについても、四ページにございまして、今この四つの国産メーカーが頑張っておりますが、コロナワクチンで。ただ、補助金なんか本当にちよつとなんですかね。こういうところに、兆単位とは言いませんけれども、こんな数十億とかの補助金で、我が日本の国産ワクチン、大丈夫なのかということで、今、日本はワクチン敗戦とも言われておりますし、今、ロシア、中国が、ワクチン外交ということで、海外にどんどん、ロシアのスプートニクを含めて、ワクチンを提供しているということで、これは安全保障上も大変重要なテーマになるということでもあります。

私も、いずれ、十年前も問題意識を持つて、国産の四社、これは新型インフルエンザですが、ワクチンの新しい株ができたら半年でワクチンをばつと作れる、こういう国産の四社を選んで相当育成を始めたわけですが、それも途中で自民党政権になって、尻切れトンボになったのではないでしようか。

一ページ目でもございますけれども、これは、私が大をさせていたときに、その当時の足立政務官や官僚の皆さんの発案で、新型インフルエンザが一段落したときに、当時、尾身先生も、あるいは岡部先生も加わっていたので、四十人を超える専門家と約七回討議しました。そして、本当に教訓がいつぱいありましたので、十年前、新型インフルエンザのパンデミックが起こりましたので、それをまとめたもの、分厚いものがあります。これは今も厚労省のホームページに載っておりますけれども。

その中でも、国産ワクチンの生産体制の強化、米国のCDCなどを参考に新たな機関をつくるべきとか、PCR検査を含めた検査体制の強化とか、いろいろな、医療体制の強化、あらかじめの人、物、金の支援とか、医療従事者が死亡とか後遺症等の場合の補償とか、発熱センター等の設置

時に誤解を与えない名称とか、相当十年前苦労しましたので、こういう教訓をまとめたんですが、これが自民党政権に引き継がれていないんですね。

ホットラインも、当時、教訓でした。国、地方、医師会、医療関係者等とのホットラインのあらかじめの確認ということ。これを自民党が引き継いできちつとやっていたらいいれば、相当違っていたんじゃないか。我々の政権のときも、この中の法制化は辛うじて実現しました、民主党政権で。ただ、その後、時間切れになって、これは自民党政権に引き継ぐわけですが、それをなかなかやっていただけなかったということもあります。

やはり、国産ワクチンの育成ということで、厚生労働省がワクチン、メーカー担当なんです、これは田村大臣、やはり、私も思いますのは、厚生労働省は、どちらかというと、非常に優秀な役所ですけども、規制を主にするような機能が強いところで、産業を育成するというのはちょっと苦手なんです、と思うんです。そういう意味では、厚生労働省がワクチンのメガファーマをつくっていくとか国産ワクチンを振興するというのはなかなかこれは無理があるので、ちよつと新しい他省庁も含めたチームをつくって、やはり多元的にこれをやっていくかないと、なかなか国産ワクチンは、いつまでたってもしよばしよばで終わっちゃう。

その中で、これはちよつと私も驚いたんですが、私もよく御指導いただいている石井先生、東大の教授の記事が出ています。七ページでございまして、けれども、東京新聞の一面トップに出ました。「ワクチン開発遅れた日本 三年前に治験直前国算出さず」ということで、この先生はmRNAワクチンをMERS用にずつと作っておられて、それで、五年計画で受けた仕事で、当時、独立行政法人医療基盤研究所、基盤研が二〇一六年から毎年一億円ずつ予算をつけていたんです。これが、本当は五年計画なのに、二〇一八年度を最

後に止まっちゃった、三年しかやらずに止まっちゃった、ゼロになった。このゼロになった予算書もつけておきますが、これは非常にひどい話で、五ページ目でございますが、これはゼロになっちゃっているわけですね、このラインマーカーを引いているところが。

それで、ちゃんとこのmRNAワクチンを続けていけば、例えば、第三共で、今、治験薬で難航していますけれども、もしこの研究がきちっとつれていたら、コロナ対応のワクチンについてももっと早くできたんじゃないか、こういうことも言われておまして、なぜこれ、一億、こういう何か細かいことで切っちゃうのかということ、これは反省はありますか。

○田村国務大臣 これは、緊急感染症対応体制強化事業というものの一環でありまして、研究法人であります基盤研、医薬基盤・健康・栄養研究所、この運営費交付金を用いてやっている事業であります。

まず、これの、ウイルス感染者数がやはり少なくて治験が困難である、治験ができない。要するに、治験しなきゃなりませんから。感染者がほとんどいないわけですね。そういう意味では治験困難であるということで、結果的に、この研究よりかは、希少疾患の創薬や、新薬創出を加速する人工知能の開発などのほかの感染症の研究、こちらの方に移っていくということで、この研究を、三年、二十八年度から三十三年度までやっているわけですが、令和元年度、平成三十一年度でありますけれども、ここで、先ほど言った希少疾患の創薬、これを優先するというところで、この研究を取りやめたというふうにお聞きをいたしております。

○長妻委員 随分私が聞いているのと違いますね。治験はきちっとできる、ただし、一億じゃ足りないの若干増額要求した、そうしたら、増額するのならもう駄目だということで切られたというふうなことも聞いております。治験はできるんですよ、これ。ちょっと、役所の資料、答弁書が

間違っているんじゃないかと思えますけれども。ですから、こういう、もつとワクチンについて、国産ワクチンですね、自民党政権は何か後ろ向きですね。もつと国産ワクチンについて、安全保障の問題もありますから、一厚労省の一部局に任せるんじゃないかと、国家としてもつと予算もあるいは人員も幅広くつけていた、だいたいということ、強くお願いを申し上げます。

次に、これも自治体から相当いろいろ問合せがある案件なんです、先日、早稲田議員も質問した件なんです、ファイザーのワクチンを運搬するとき、小口で運搬するときに、冷蔵か冷凍かということなんです、田村大臣も、前回の、先週の金曜日ですが、できれば冷凍で運んでいただく、これが一番いいと答弁されておられて、大幅な振動があれば効力を失う可能性がある、こういうふうに答弁されました。

大幅な振動というのは、これは今、自治体から私にも相当問合せが来ていまして、大幅な振動があれば効力を失うというのは、もし振動で効力を失ったら自治体の責任になるわけですね。説明会でも厚労省は、いやいや、運搬は自治体の責任です、こういうことを明確におっしゃられているので、自治体は相当今神経質になっているんですよ。

この大幅な振動があれば効力を失うというのは、どの程度の振動なのか。実際、日本で、このぐらいの振動なら大丈夫だとか、そういうチェックはしているんでしょうか。

○田村国務大臣 これは、自治体から小分けをされたという要望がたくさん出てまいりました。そういうものの中で、ファイザーと相談をし、他国でもこういう通知が出ているということ、ございますが、本来は冷凍で移送した方がいい、これはもうそのとおりなんですけれども、致し方ない場合、どうしても小分けしなければならぬ場合、そういう要望がある場合には、振動を注意していただきながらこれを移送していただくことは差し支えないであろう、こういう御返答を

いただいた、ファイザーからありますけれども、こういうことであります。

ただ、その後、もう委員も御承知でしょうけれども、マイナス十五度からマイナス二十五度の冷凍でこれは移送してもいい、品質が劣化しないというような、そういうファイザーからの報告がございましたので、今、都道府県に対して、もう、また市町村に対して、もう、そういうような報告をさせていた、おるということでございます。

○長妻委員 これは都道府県は相当、都道府県というか市区町村ですね。今度、六十五歳未満の方は市区町村ですから、相当混乱しています。

今おっしゃったように、初めは冷凍だと、その次は冷蔵でもいいと、二度から八度、プラスですね、いいと、その次はマイナス十五度からマイナス二十五度、これは三月中旬の自治体説明会であって、初め冷蔵で考えていたところが、今度冷凍に切り替える、でも、どうしようか迷っている。こういう、今自治体が大変混乱しているわけでございます。

結局、先ほど本来冷凍とおっしゃって、しかも、保冷バッグですか、これを四万個配付された、大体七億圓ぐらいの。この保冷バッグというのは、これは冷蔵用ですよ。

○田村国務大臣 先ほど申し上げましたけれども、小分けの要望があった、その時点で方法論としては冷蔵しかないわけですね、冷蔵しか。冷凍でマイナス七十度近くで移送するというのは、事実上、ファイザーから来る、ファイザーが管理しているところは、それはそのような体制で来ますけれども、小分けをして配るといのは無理ですよ。

しかし、一方で、自治体からそういう要望がある中で、ファイザーとお話をさせていただいて、冷蔵も致し方ないということで、そのためには保冷バッグが必要であるということでございますので、そういう意味で、そういうようなオペレーションも考えてはいたということでもあります。

ただ、その後、初めはマイナス十五からマイナス二十五度なんという話はなかったわけですから、ファイザーでそれもいいという話がありましたので、そういう話が出てきたところで、これは、それも移送して使えますよということを、ファイザーからそういうことが後ほど出てきたから、それでお伝えさせていただきました。

この冷蔵バッグは、保冷バッグは、基本的に冷蔵ですけれども、マイナス二十五度等々、十五度からマイナス二十五度で保管できるような、そういう保冷剤があれば使えないことはないというふうにお聞きいたしておりますが、しかし、そういう保冷剤というものを確保しなきゃなりませんから、なかなかそういう保冷剤自体がないので、そういう意味では、それぞれの自治体の御努力という話になるというふうに考えております。

○長妻委員 非常によく分らないです、今の答弁も。

私もファイザーにも昨日直接伺いをしました、一定の地位の方に。それと、自治体も一日、責任ある自治体の方に、ファイザーのコールセンター、医療、自治体向けに詳細に確認していただきますけれども、ちょっと今の話と違う話も出ていますので、混乱しているんですね、自治体も。

冷蔵で、この保冷バッグ、小分けで配るのは冷蔵でないと無理なんだ、こういうふうにおっしゃいましたけれども、冷凍で小分けで配るといこともできるんじゃないですか。冒頭、小分けで配るのは冷蔵でないと無理だとおっしゃったから。

この保冷バッグを配ったというのはどういうメッセージになるかというと、自治体にとつては、このデバッグフリーザーがあるところに、四つとか五つ、幾つか数量を決めて保冷バッグを配っているわけですが、これは冷蔵でいいんだという形で受け取って、厚労省の説明もそうだったから。ファイザーに問い合わせると、いやいや、なかなかそれだと難しいというふうな話もあつて。

じゃ、振動はどのぐらいの振動なんだ、車の振

動で大丈夫なのかと。じゃ、舗装した道、山道、舗装じゃないところもいっぱいあるけれどもどうなんだというのは、分からないわけですよ、誰も。

これは、是非一度、私は、何しろ冷凍でやってくださいというふうにアナウンスを切り替える必要があるんじゃないかなというふうに思いますし、もし冷蔵でどうしてもというのであれば、やはり政府として、日本として実証実験を、このぐらいの舗装されてない砂利道であればこうだとか、本当に大きな大変なことでない限り冷蔵でも大丈夫なんだとか。

つまり、自治体が恐れているのは、揺れたとき、効果がなくなるとき、自治体の責任になっちゃうわけですよ、厚労省の責任じゃなくて、ファイザーの責任じゃなくて。そういうようなことを恐れているので、是非大臣、一度、この実証実験、どのぐらいの振動で二度から八度の場合には耐え得るのかというようなことを、ファイザーともしっかりと連絡を取り合いながら、再度明確に確認して、文書を出していただませんか。いかがですか。

○田村国務大臣 これは、ファイザーの、一応、説明書、掲載されている資料の中にもちゃんと書いてあるですよ。要は、マイナス九十度から六十度、マイナス十五度からマイナス二十五度、それから二度から八度、三つの温度帯でということ、必要なワクチンの品質管理ということを書いてあるということですから、何か今委員はファイザーに聞いたら駄目だったというふうなお話があったということですが、駄目だとは言っていないということは御理解をいただきたいということでもあります。

その上で、振動という話でありますから、それはやはり、保存期間、保存だけなら五日間はいいいわけでありすけれども、当然、長時間の移送ということになれば、いろいろな振動、またそういうようなことのリスクもありますから、そういうものは余りそぐっていないということ、基本的

には三時間ぐらいで移送いただきたいというようなお願いをいたしておるわけでありす。

でありますから、基本的にそんなに遠い、小分けの移動、移動といいますが、小分けで持つていくところは考えていないわけ、離島なんかは別になつてくると思いますけれども。

そういう意味からいいますと、明確にどういう基準だということ、じゃ、どの道をどれぐらいで走つたらどれぐらいの振動があるかというのは、多分舗装の質によつて違つてまいりますし、なかなかそこまでは示せないと思いますので、一般的に、常識的に、それほど振動があるような乗り物、よくバイク便なんかはおやめいただきたいというお願いをさせていただいておりますけれども、一般的に輸送するような車であれば、舗装している道ならば、短時間であればそれでいいということ、我々としてはお願いをさせていただいております。

○長妻委員 私が言っているのは、政府が保冷バッグを配つて、冷蔵でも大丈夫みたいな、同じ文脈で、冷凍と。そういうような形で地方が受け取つてしまっている。

ファイザーに聞くと、政府が言っている以上に、やむを得ない場合とか、本当に特に事情がある場合とか、相当政府よりも厳しめに言っているんですよ。

それで、どこまで揺れて大丈夫なのかという、なかなかデータはないというふうなこともおっしゃつておられるので、これ、委員長、重大なことであります。

もし、揺れが一定程度以上で、東京みたいに舗装の道ばかりじゃないわけですよ、地方で、全国で打つわけですから。その場合、自治体の責任にならないように、ワクチンが無駄にならないように。

つまり、ファイザーと厚労省がきちつと、その揺れの問題、冷蔵問題。冷凍が、私は、もうちよつと強く冷凍ということを原則進める必要があると思うんですが。

ただ、政府が情報をたくさん持っていますので、是非この委員会に、まず、ファイザーときちつと議論をして、冷蔵の場合は、どういう場合は冷蔵なのかを了解するのか。そして、冷蔵の場合の揺れですね。揺れはそういう場合許容されて、どういう場合は駄目なのか。

それと、かつ、政府として、日本政府として揺れの実験を、このぐらいの揺れならばこうだったとか、その実証実験を、PMDAとかどこか分かりますけれども、そこでするというふうな、この二点について、是非委員会に諮りたいと思いますので、委員長、どうですか。

○とかしき委員長 この件につきましては、理事会で協議させていただきます。

○長妻委員 是非お願いします。

最後に、今日、文科省、来られておられますけれども、変異株が相当猛威を振るつております。小学生の感染者数として小学生のクラスターについて、データがあればお示しいただければと。

○塩見政府参考人 お答え申し上げます。昨年六月一日から十二月三十一日までに文部科学省に報告が上がりました小学生の感染者数は二千二百七十七人、一月一日から二月二十八日までは二千七百二十六人となっております。これを単純計算いたしますと、昨年六月一日から十二月三十一日までは一月当たり三百六十九・五人、一月一日から二月二十八日までは一月当たり千三百六十三人となっております。

また、昨年六月一日から十二月三十一日までに文科省に報告がございました複数の感染者が確認された事例の件数でございますが、これは百四十四件、一月一日から二月二十八日までは百十五件となっております。これを単純計算いたしますと、昨年六月一日から十二月三十一日までは一月当たり二十四件、一月一日から二月二十八日までは一月当たり五十七・五件となっております。

○長妻委員 変異株が十歳未満に急速に広がっております。大臣、ワクチンは、今、十二歳から十五歳はファイザーが治験をして、日本でも恐らく、

いずれ認可、承認されるでしょう。しかし、十一歳未満はないんですよ。

是非大臣、国産ワクチン、出遅れましたけれども、十一歳未満を特化して徹底的に支援するというところで、全庁を挙げて、国を挙げてそういう対策を取っていただきたいんですが、最後、御答弁、御決意、お願いします。

○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、簡潔にお願いいたします。

○田村国務大臣 国産ワクチンは国産ワクチンで今開発いただいておりますので、治験にも入つていただいておりますので、これはこれでしっかり支援してまいります。

それから、六か月以上十一歳までの方々に関しては、ファイザーがこれも治験をしておるということ、その進捗の報告、公表をこの間されたばかりであります、三月三十一日。

こういうものをしっかりと注視しつつ、その取扱いというか、言うなれば、日本の国に対していろいろな形でデータをいただくような形になってまいりますれば、PMDAの方でしっかりと対応させていただいた上で、安全性というものをしっかりと確保できれば、効果もそうでありますけれども、審議会でも議論をいただいた上で対応させていただきたいというふうに思っております。

○長妻委員 是非、国産ワクチン、もちろんファイザーに頼るのもいいんですけども、国産ワクチンを、コロナで、特化した、十一歳以下とか。本当にそういうことについて、もつと、ちよつと厚労省、与党も、一厚労省だけじゃなくて、国家プロジェクトでやってもらわないか困ると思っております。

それを申し上げて、質問を終わります。よろしくをお願いします。

○とかしき委員長 次に、吉田統彦君。

○吉田（統彦）委員 立憲民主党の吉田統彦でございます。今日は、貴重な時間をいただきまして、ありが

とうございます。

まず冒頭、先ほどの長妻委員のお話を聞かせていただいています、RNAは、大臣も御承知だと思えますけれども、私も、ノーザンプロット、イン・サイチュー・ハイブリダイゼーション、RT-PCR、自分でやってみましたから分かりますけれども、本当にRNAはもういんですよ。RNAseというものがもうここにもあふれていて、RNAseに触れるとRNAはあつという間にゼロになります。なので、思っているよりRNAは本当に繊細ですので、先ほどの長妻委員の議論を聞いています、やはり無効なものを打つては本当にいけないので、そこは冒頭、大臣はよくお分かりだと思えますが、私からもお願いをして、質問に入りたいと思えます。

三月二日の医師の働き方改革に関して質問してまいります、三月二日の衆議院予算委員会における共産党の宮本委員の質疑において、大臣は、医学部定員の削減について発言をされてい

た。その中で、地域枠と診療科の枠のことも言及されていましてですね。医学部の定員削減を決めたということですが、一方で医師の働き方改革を進めると。さきの予算委員会、田村大臣は、医師を育てるのには八年から十年かかって、二〇二九年、需給が均衡する、それで二〇二三年がターニングポイントであるという趣旨の答弁をされていたと思えます。

今回の医療法の改正案では、医師の働き方改革が盛り込まれているわけですが、このように、医学部定員を直近で削減することによって本当に医師の働き方改革が実現できるか、そういったことも念頭に置きながら、質問をさせていただきたいと思えます。

まず、大臣、地域枠を維持すると予算委員会ですべておられますね。今の地域偏在を考えると、この地域枠の堅持ということは、これは当然一定程度評価をさせていただきたいと思えます。しかし、地域枠は、大臣、大学ごとにその運用とか強

制力が千差万別なんです。真に強い強制力を持つ地域枠ということにしないと、地域医療を守るという点では意味を成さない可能性が、大臣、あるわけです。例えば、自治医大というのは義務年限がありますね。自治医大の義務年限に強制力を増した形にする必要が一定程度あるのではないかとありますが、地域枠の趣旨と強制力について、大臣自身がどのようにお考えになるかを簡潔に御答弁いただければと思えます。

○田村国務大臣 今までも地域枠を、ある意味、自由にとは言いませんけれども、緩く扱ってこれているところもあつたので、そこは、地域枠はそういうものじゃないですよということを改めて大学の方にはお伝えをさせていただいたというところもございました、経緯をいたしましては、

今は、地域枠でしっかりと地域に残っていたきたい、一部は奨学金なんかを使っていたたい、残っていたかなければお返しをいただくなどというような運用もしておりますけれども、それぞれ入学するときに、ちゃんと大学の方から、地域枠というのはこういうものであるということと同時に、一方で、地域枠に縛られて、自分の医師としてのキャリアが壊れてしまふ、そういうことを恐れられては困りますので、キャリア形成はちゃんとそういうプログラムを作つてやる。

例えば、それによつて、留学も含めて、途中で何かあつた場合には、その地域で従事されることも一時的に停止することは、これはあり得るというふうなことも含めて、しっかりと御説明をいただきたいながら、自分の医師としてのキャリアを形成する上において、地域枠に入つていただいた上で、一定期間地域に残つていただくこと自体のメリット、前回の改正でもメリットもつくつたわけでございます。

こういうことも十分に理解をいただく中で、残つていただけるような努力をしていくということとは必要でありますし、地域枠というものも含めて、地対協等々で、それぞれ必要な地域といひますか地方に対して、その県の中において配分をい

ただくということもございしますから、地域枠での社会的な役割といひますか担つておる意味の重さ、そういうことも含めて、御理解をいただきたいながら御入学をいただき、そして学んでいただくということが必要であるというふうに考えております。

○吉田(統)委員 大臣おっしゃるとおりですよね。本当にその意義を、すぐいい、すばらしい社会貢献でもあるわけですから、そこはやはり、もう入学時の、セレクションする段階で相当しっかりと伝えて、御入学いただく。

ただ、大臣、キャリアが壊れちゃうとおっしゃいましたけれども、例えば自治医大の十年の義務年限を守つても、キャリアは壊れませんよ。留学という話もおっしゃいましたけれども、留学は別に、医者になつて十年後からまたすればいいわけですし、そこはやはり、本当にそういうルール、国家戦略としてやるんだつたら強い覚悟を持つてやつていただかないといけないし。

大臣、それで、この地域枠で入学する学生さんと、全国から、いわゆるもうちょっと厳しいセレクションで入ってくる学生さんと、学力の差が随分とあるんですね。ここに關しては、大臣、どういうふうにお考えになります。このまま放置していいですか。これはちゃんとレクしてありますよ。

○田村国務大臣 個別具体的に、どれぐらい学力の差があるかということをつぶさに申し上げるわけにもいかないわけでありますが、そういう声は以前からいろいろとあるから、正式なルートではなくて、お聞きをすることはございました。

やはり、それでなりやすいという話では困る、一方で、やはり地域枠というものを維持しなきゃいけないという問題はあるわけでありまして。でありますから、どの枠であろうが、枠でなからうが、やはりしっかりとした学力をつけていただいて、卒業するときには、また医師国家試験を受けるときには、しっかりと能力の下で、一定の質を担保していくということが大事でございしますか

ら、それは学校を挙げてやつていただかなければならないというふうにご考えております。

○吉田(統)委員 大臣、国家試験は基本的なベイスの学力というより勤勉さが大事になる試験ですので、なかなかそこでセレクションは難しいとは思ふんですけれども、分かりました。

自治医大について伺いたいと思ひます。

三月十六日に発表となつた医師国家試験では、自治医大は九年連続で合格者一〇〇％を達成しているとの報道で拝見しました。すばらしいですね。大学のホームページには、全国都道府県ごとに選ばれた学生さんが集い、地域医療を担う総合臨床医を養成する大学ですと明確に書かれていますね。そのような、地域医療を志す学生を導き、かつ、高い合格率を維持している大学の関係者には深い敬意を私からも表します。

しかし、実際のところ、義務年限の本質というのは、一定期間、出身の都道府県の指定する医療機関での勤務により学費の返還が免除されるという中等度の地域枠と私は考えますが、本当に過疎地域を含む地域医療を守りたいのであれば、この義務年限をもうちょっと厳格に義務化する必要があると思ひますが、総務省、いかがですか。

○渡邊政府参考人 お答え申し上げます。自治医科大学は、僻地等の医療を担う医師の養成を図るために、私立学校法に基づき、全都道府県が共同で設置した私立大学でございします。

この大学の学生は修学資金の貸与を受けて学ぶことになりまして、この修学資金につきましては、卒業後、原則九年间、僻地等の医療機関で勤務することによりまして返済が免除されることとなつておることを承知してございします。

そして、この期間中に勤務を離れた場合には、修学資金に加えて、この資金に一〇％を乗じた額を大学に返済することとされてございします。

また、これはソフト面の話になりますが、卒業生、大学、自治体との連携強化によりまして、学内に卒後指導委員会、そして各都道府県に学外卒後指導委員会を設置するなど、義務年限履行中の卒

業生の様々な相談等に対する体制が構築されているところでございます。

○吉田(統)委員 全然真面目に答えていない。聞いていることに答えてくださいよ。そんなことは分かっているんですよ。

義務年限を厳しく運用したらどうかと言っているんですよ。国家戦略でやったわけですよ、この自治医大というのは。そして、今回、今のようなコロナにおいても、この自治医大出身の医者がもう本当に過疎地域で頑張ってくれているんですよ。だから、やはり、決まったものはちゃんと守らせるように厳格化したらどうかと私は聞いているので、全く違うことを答えられても、これは時間の無駄遣いですよ。ちゃんと答えてください。

○渡邊政府参考人 お答えいたします。

卒業生が僻地等で義務年限を含めまして一定期間勤務することを確保するということは、建学の精神やミッションを踏まえ、自治医科大学と都道府県において検討されるものということでございますけれども、今回の議員の御指摘は、地域医療における自治医科大学の担う役割の重要性に御理解あつてのものと受け止めておりますので、今回の委員の御指摘は自治医科大学に伝えたいというふうに考えてございます。

○吉田(統)委員 ありがとうございます。

審議官、お金を返せばいいという問題じゃないですからね、本当にこれは。医師を一人育てるということは本当に大変なことです、しっかりとやってください。

逆に、医師の地域偏在を抜本的に是正するためには、自治医大は本当に重要なんです。だから、私は自治医大を本当に応援をしておりますからね。

その中で、定員は今、百二十三人ですね。これを、過疎地域を含む必要な枠に関して、もちろん自治体等との協議が当然必要になると思うんですが、思い切って国家戦略として、本来は、新設医大をつくるより、こういった自治医大の定員を二倍とか、思い切って本当にやるんだつたら五倍、

六倍とか、そういった形で定員を増やすべきだと私は考えますが……(発言する者あり)応援の声もいただきました、各委員から。これはどうですか。本当に真面目に考えた方がいいですよ。自治医大の定員を増やすことは、人口が減ろうが医師の需給バランスがどうなるかが絶対に有効ですから、どうですか。

○とかしき委員長 筆記を止めてください。
〔速記中止〕
○とかしき委員長 筆記を起してください。

渡邊総務省大臣官房審議官
○渡邊政府参考人 自治医科大学につきましては、先ほども申し上げましたとおり、全都道府県が共同で設立、設置した私立大学でございます。定員につきましては、その大学の運営のこともございまして、医療政策といった観点からの検討も必要になってくるものというふうに考えてございます。

○吉田(統)委員 総務省、しっかりとってください。私、二倍から六倍という数字までレクで言っていますから、なぜお答えに最初なれないか、びっくりしました。

逆に、じゃ、今そういったお話ですが、田村大臣、どうですか、これ。自治医大、国家戦略として、やはり指揮を握るのは厚生労働省ですから。

○田村国務大臣 先ほども申しましたけれども、医師の需給というものを考えた上で、今、地域枠も含めて医学部の定員をどうしていくかということとを議論しているわけでありまして、その枠全体の中で自治医科大学がどうなんだというのは、それは検討はしないといけないと思いますが、自治医科大学自体に関しては我が省の所管ではございませんので、これはちょっとコメントのしようがないということとは御理解いただきたいというふうに思います。

○吉田(統)委員 普通の地域枠じゃないですからね、大臣、自治医大は。本当に医師がいないところの診療をやってくれているので、別枠、特出しなんです。だから、ここを今のような大臣の答

弁になるような縦割りじゃないけんじやないですか、大臣。ですから、ここは是非、田村大臣、すばらしい大臣が今いらつしやるわけですから、首をかしげていますが、私も尊敬していますから、リーダーシップを取ってやってくださいよ、大臣、本当に。お願いをします、ここで。

じゃ、次に行きますが、厚生労働省が打ち出した今回の医学部定員の削減ですが、じゃ、そもそも新設医大の開設なんか必要なかったんじゃないですか。

二〇一六年四月に、東北薬科大学が医学部を設置して、東北医科薬科大学になりましたね。翌年の二〇一七年四月には、国際医療福祉大学に医学部が新設されました。まだ卒業生は出ていませんよね。そこで将来的な医学部の定員削減ということだと、何のために、大臣、新設医大をおつくりになられたんでしょうか。

○田村国務大臣 東北医科薬科大学は、東北が非常に医師が少ない、偏在があるという話の中で、これは地域からの御要望だったというふうに記憶しておりますけれども、地域に残る医師というものを確保していただきたいということであつたというふうに思います。でありますから、卒業生のうち過半は東北に残っていた、だくというふうな、そういう計画であつたというふうに思います。

それから、これは千葉でしたつて、国際医療福祉大学だと思えますけれども、これに関しては、たしか国際保健といいますが、そういうような意味で役立つ、そういう医師を養成するというところで、海外からもたしか生徒さんを募集されて、国際的に活躍できる、もちろん国内の学生の方々も、多分海外で活躍されるということを基本的認識を持たれた方々が入学をされてきているというふうに考えておりますので、そういう意味では、特殊性という中において認められたというふうに記憶いたしております。

○吉田(統)委員 いや、その御説明では十分な理由にはなりません。でも、大臣、千葉大御卒業ですから、千葉の大学、忘れないであげて、ださい

ね、千葉大御卒業ですから。

大臣、それじゃ話は無理ですよ。だって、東日本全体が少ないんですよ、医学部が。例えば、この関東圏だって、埼玉なんて医師が一番少ないじゃないですか。だから、全然それは理由にならないですよ、東北。東北地方に医師が少ない、ほかだって医師が少ないところはいっぱいあつて、そうだったら、埼玉の方が少ないから、埼玉に医学部を一個つくった方がよっぽどリーズナブルですよ。

もう一個、さっきの海外の話もありましたが、逆に今、大臣、日本の学生さんが、医学部が難しい過ぎることもあるとは思いますが、海外の、東欧なんかの医学部に行つてEUの医師免許を取つて、日本にまた戻つてきて日本の医師免許を受けるとか、そういうふうにならんとグローバルな形になっていきますよね、私もアメリカにおりましたし。

そういった中で、やはりちょっと理由が無理筋だし、合理的だと思えないですよ。これはやはり税金の無駄遣いだと思われのが普通ですよ。だって、卒業生が出ていないのに、大臣が予算委員会でも医学部定員を削減すると言っちゃっているわけですから。

これは大臣ちよつと、今おつしやるのは役所が作った答弁なので、多分、大臣は分かっているしやると思いますが、私の話の趣旨を。本当に、大臣、もう一回真面目に、本当に医師や現場の医師からも大臣はすぐ期待されているんですよ。そういった中で、本当に、今大臣がお話になった理由が、すぐリーズナブルで、莫大な税金を使つて二校つくつて、かつそれで医学部を削減する、という、これは合理的に、今の大臣の御説明で通ると思えますか、本当に。

○田村国務大臣 委員も御承知のとおりだと思いますけれども、医学部の定員枠、各大学、地域枠というように形も含めて増やしたんですよ、これは医師が足りないということ。それを増やして、今も三千五百人から四千人、毎年医師が増え

ていると思います。

それで、これからも継続して、今のままだと増えていくわけですね。どこかでやはり需給が一致するわけで、それが今、二〇二七年、大体OECDの平均、十万人当たり何人という話ですよ、二百九十五人かな、という話だったと思うんですが、そういう中において、二〇二九年にどうも日本は、今の推計でいくとこれが需給が均衡するであろうという御報告をいただいた。その上で、今、三千五百人から四千人増えているものを、これを全部なくすというわけじゃなくて、どれくらいまでやればいいのか。

今、いろんな推計で、働き方改革やいろんなことがございいますから、そういうことも含めて推計しているわけなので、その上で、今からいろいろな関係者と話をしっかりと詰めるが、最終的に決めていくという話なので、元々あった定員枠を減らすというわけじゃございませんので、それは御理解いただきたいというふうに思います。

○吉田(統)委員 大臣、申し訳ないんですけども、それは数だけ見ちゃっているんですけど、数字だけ、医師の。診療科だとか、開業医と勤務医、アカデミアの医師のバランスとか、そういうことを考えずに、数だけ見てやっているから、それは大臣、ミスリードしますよ。需給バランスを数字だけでやっちゃ駄目ですよ。だって、その後の動向で、診療科、あと勤務医、アカデミア。勤務医、アカデミアは、大臣、これからはもっと減りますよ、今のままだと。そういう議論をこの後していきますので。

大臣、ちょっと、大臣は本当に聡明な方なので、もうちょっとそこを逆に提言を、そういう需給の分科会に今私が申し上げているところを問いかけてくださいよ、そこは大丈夫かと、診療科の偏在。一番バランスとしてこれから危うくなるのが、大臣、アカデミア、勤務医、開業医のバランスですよ、数だけで見ちゃ駄目なんです。

だから、この需給のどうのこうのと大臣は本当にしよつちゅうおっしゃるけれども、そこは、大

臣、数だけのトリックでだまされている可能性があるから、気をつけてください。

次に行きます。

田村大臣は、また、診療科の枠をつくる予算委員会でおっしゃっていますね。診療科の枠を設けるということは、これは本当にもう日本の医療界ではある意味パンドラの箱ですよ、大臣。

我が国は自由開業制ですし、自由標榜制ですね。勤務医と開業医のバランスを取ることは、現状の法律ではできないですね。また、その中で各診療科の定員制を設けるということは、医学部定員を減らすのであれば、かなり重要な問題として今後起こってくる可能性があるんですが。

まず聞きたいのは、大臣の発言というのは、現在の自由標榜制をやめるということなのか。イエスカノーカだけで答えてください。

○田村国務大臣 外科医に、外科医が今までずっと内科を診てきた人に、それは内科を診ちゃ駄目よなんて言うつもりは全くないわけで、それはやっていただければいいと思います、やる能力があれば。

それと前半、診療科の偏在があるというのは、まさに私が今言っていることなので、それをなくしてただ単に需給だけ見ているわけではございませんし、元々、前回の大臣のときに、ちょうど専門医機構がいよいよ動き出すというときに、あえて私、専門医機構、タブーだったんですけども、あなた方が診療科をちゃんと調整してもらわないことには日本の医療は偏在が直りませんよということも、大臣としては本来言っているじゃないか。大臣としては本来言っているじゃないか。大臣としては本来言っているじゃないか。

ですから、それも含めた上で、これから専門医をいろいろと育てていく中において、都道府県でありますとか、その中の診療科等々、それぞれ研修で受け入れていくわけでありまして。そのときのシーリング枠というものをしっかりとおつくりをいただいて、そして、専門医というものの、必要な方々をお育ていただきたい。これは、私が前回大

臣をやっているときよりは、様々な医療関係者の方々は理解はかなりしていただいているんだというふうに思います。

ですから、そういうところを共通の理解をいただながらしっかりと進めていきたい。余り強引にやりますと、これまたハレーションが起きますから、そこはしっかりと御理解をいただきたいながら進めてまいりたいというふうに思っております。

○吉田(統)委員 大臣、ありがとうございます。イエスカノーだったんですけれども、大分丁寧に説明いただきまして、ありがとうございます。

ちよつと確認ですけれども、自由標榜制は、だから、大臣がおっしゃったように、このまま維持されるということですよ。さっき、外科の先生が内科をやろうが、能力があれば大丈夫だとおっしゃっていただきましたが、例えば中島先生、内科医ですけれども、明日から産婦人科医をやってもいいわけですよ、能力があれば。大丈夫ですよ、分かりました。

それで、大臣、診療科のことはよく大臣御理解いただいていることは今御開陳いただいたので分かりましたが、診療科の枠を仮にうまくつくれたとしても、アカデミア、勤務医、開業医のバランスが取れない場合に関しては、今も大分バランス悪くなっていますよね。先生の御地元も、郡部、松阪とか、あちらの方を含みますよね。地方の総合病院から特定の診療科が姿を消す可能性が高いと思います、このままやっちゃうと。医師を減らして、開業医、勤務医、アカデミアの数のバランスを取らずに診療科の枠だけ決めていったと仮定した場合。例えば精神科とかは、今、大分、だから姿を消していますよね。精神科、皮膚科、耳鼻科、眼科等は可能性はあるんですが、それで大丈夫だとお考えになりますか。

○田村国務大臣 これは、言われるとおり、勤務医と開業医の方々のバランスというのはよくお話を聞く中で、じゃ、なぜ開業されたんですか、いろんな理由があります。

その中の一つは、やはり勤務医が非常に、ある

一定年齢を超えてくると厳しい、働き方が。若い頃は、それでいろんなことを学びながらモチベーションを持ってやれてきたけれども、一定年齢になつてくるとそのモチベーションを維持できるだけの働き方ではないというような御意見、これも一つであります。

そういう意味も含めて、やはり勤務医の方々の働き方を変えなきゃいけないということで今般の法律になつてきておるわけでありまして、長時間労働をしつかりどう是正していくか。その中で、やはり人間らしい働き方をしていかなきゃならぬわけでありまして、そうなってくれば、そうやっておつしやられている方は、勤務医としてやりがいのある仕事にそのまま就きたいという方々も残つてこれらと思ひますので、これも一つの方法であろうというふうに思っております。

○吉田(統)委員 おつしやるとおりの部分もあるんですが、大臣、違いますよ。勤務医を辞める理由は金銭面が大きいんです、給与。給与がやはり足りない、開業医になつた方がやはり世帯としての暮らし方がよくなるということ、一生勤務医をやりたいと思ひついても、大体そうですよ。

私の知り合いの外科医なんかでも、娘さんがフィギュアスケートをやるから、もう開業するか、そんなのばかりですよ、本当に。実際に、臍臓がんとか、肝胆膵の有名な、すごいすばらしい外科医が……(発言する者あり)ごめんなさい。娘さんがフィギュアスケートをやりたいから、そのお金が捻出できないから、もう開業するか、よくある話。ごめんなさい、私の言い方がちよつと悪かつたです、そういう話です。要は、金銭的な理由で、本当に、勤務医を一生続けるのを断念される方は、大臣、すごく多いです。

それで、大臣、もしあれだったたら、アンケートとかを取られるといいですよ。働き方改革だけで全くこれは解決をされません。

私はもうずっとこれを言っていますけれども、なかなか厚生労働省さん、医者の給料を上げるの

が嫌なのか、本当にこれは、やはりその働きに応じた収入。だって、アメリカと日本というのは全然違いますよ。アメリカだと、例えばフェローを終えると、大体四千万ぐらいいもらえますよ、四千万。日本の国会議員の給与の倍ですよ、単純には比べられませんけれども。でも、先生、一般的に医師は、MDは全て給与は高いですよ、どの科でも。トップクラスだと、大学の教授が、私がいたジョンズ・ホプキンスだと、やはり一億はもっていますよね、最低一億ですよ。

そういったことで、やはりちゃんと、その辺、もう一回待遇改善をしっかりとやっていかないと、要は、大臣、一生勤務医をやってくれる医師というのは本当に国家の宝でもあると思いますよ、中核病院で。それは、働き方よりも、年齢が上がってくると働き方は楽になるんですよ、部長とかになると。研修医のときほど、研修医というのはもう本当に、我々も寝ずに二日、三日、役所の皆さんと一緒に、働きますから。そこをしっかりと考えていただきたいこと。

あと、さっきシーリングの話を読みましたけれども、シーリング、専門医制度や各診療科に、ある程度、やはりそれは独自性を持って、プロフェッショナルオートノミーで任せようと思うんですけども、アメリカは結構成績で決まっちゃうんですけど、成績とインタビュ。USMLEの特にステップワンの点数が大事で、あと、インタビュでどれほど自分が魅力的な人材かということをしつかりアピールして、それはもういろんな、門地、家柄も実はアメリカはかなり関係あります。

大臣、例えば適性、枠が決まっちゃった場合に、何をもって適性として、診療科、各医師を当てはめていくとお考えなんですか、大臣は。全部もう、これはあれですか、専門医制度にお任せですか。

○田村国務大臣　そこは専門性の中でやられている話でありますので、我々が一定の方向性といえますか考え方はおしをさせていただいております。

すけれども、中の評価等々に関して我々が口を挟む、特に大臣が口を挟むという話ではないというふうに考えております。

○吉田(統)委員　じゃ、お任せということですね。はい、分かりました。

そこで、文部科学省、鰐淵政務官に来ていただいています、ちよつとこれは一問だけ、この前の続きで、確認させていただきます。

内閣委員会で、アカデミア、勤務医、そして研究医の待遇改善とか経費の控除の問題を取り上げました。そのときに、ちよつとちゃんと大臣政務官にお答えいただけなかった、審議官も、ちゃんとレク、通告しておいたにもかかわらずお答えがなかった。ポストク問題の待遇改善の問題です。

簡単に申し上げますね、もう一度繰り返します。学協会とかにいつぱい入っているわけですよ、研究者は。これは、国内、国際学会、様々あって、旅費等、参加費なんかは科研費が出すことが結構されるんですけども、年会費がかなりやはり重い負担になっていて、この年会費は、国際学会だろうが、全ての学会が全部科研費から拠出することは可能ですね。簡潔に。

○鰐淵大臣政務官　お答えいたします。

国際学会の年会費を科研費から支出することにつきましては、当該学会の活動に参加することが科研費の研究の遂行に必要であるならば、支出が可能でございます。

○吉田(統)委員　ありがとうございます。

じゃ、政務官、ちよつとお願ひですけれども、繰り返しになりますが、一言答えてほしいんですけども、これは逆に、科研費がない若手研究者だと、控除とかにやはりしてあげた方がいいと思うんですけど、税制上の。そういったことを文科省は財務省さんと折衝していただくような、そういったお心積もりはないですか。この前、内閣委員会では、かなり与党の先生方も賛同していただきましたけれども。

○鰐淵大臣政務官　御質問ありがとうございます。

す。

今後とも、研究者の負担軽減に総合的に取り組んでいきたいと思っております。本日の委員の御指摘も踏まえまして、政府におきまして、ほかの特定支出控除との関係やバランスといった論点の整理などを踏まえて、しっかりと検討していきたいと思っております。

○吉田(統)委員　文科省の方にはお伝えしたんですけども、昔、与党時代に、鈴木寛副大臣が、私、同じ質問をししたら、答弁で、特定控除になりますという答弁をしちゃっているんですよ、実は。そうしたら、後でどうも財務省から何か言われちゃったみたいで。議事録に明確に残っていませんからね。いい答弁だと思つてみんな拍手していたら、実はちよつと違ったなんてがっかりしたので、是非ここは実現、政務官、ちよつと頑張つて。

田村大臣に引き続き行きますが、我が国もアカデミアの医師を増やすという議論をさっきしたじゃないですか。その中で、やはり欧米並みに、国公立大学でも各診療科に、チエアマン制度、主任教授制度にして、複数の教授が存在できる形にした方がいいと思います。そうすると、大学というのは、不文律で、一旦教授になると一生その大学にいられるんですよ、自分が辞めたいと思うまで。ただ、准教授とか助教、講師だと、いつか、どこかにおまへは行けと言われて、人事異動にのせられる。それで開業しちゃったりなんということがあるので。

一生勤務医を続けるためには、現実的に、国公立大学で、やはり万年助教とか、万年准教授ですね、今だと。雇用で残るのは不可能なので、私立だと第一教授から第五教授までいたりとかそういう形もあると思うので、ここが国公立と私立の大きな相違点になっていて、今の時代の国公立大学の医学部の飛躍を妨げる原因にもなっているの、こういったチエアマン制度を導入して大学の人的充実を図るべきだと思ひます。

これは大臣じゃなくて文科省ですかね。ごめん

なさい。じゃ、文科省、どうぞ。

○鰐淵大臣政務官　お答えいたします。国立大学の教員数やその職員構成を含む人事計画につきましては、各大学がその教育研究機能の維持向上の観点から踏まえて自主的に取り決めるものとされております。

このように、文部科学省が個々の大学における常勤教員ポスト数を増減することが出来る仕組みとはなっておりませんが、文部科学省としましては、各大学がその判断で優秀な教員を確保すること、継続的、安定的に教育研究活動が実施できますよう、基盤的経費の確保にしっかりと取り組んでいきたいと思ひます。

○吉田(統)委員　政務官、残念なお答えですね。

じゃ、じゃんじゃん運営費交付金を出せばいいんじゃないですか。そうすると、教授は必然的に増えていきますよ。当然です、これは。

もう少し、もう時間がないので、貴重な話なので、これは医師の働き方改革にすぐ関係するんです。大学のアカデミアのポストが増えれば、これは全然違いますよ、本当に。臨床をたくさんやる教授、教育熱心、情報、IT関係に強い教授、そして研究を熱心にやる教授。そういった、これはアメリカなんかだと当たり前なんです。日本は本当に、研究、臨床、教育と、三足のわらじを履かせ過ぎなんです。だから世界との教育、勝てないんです。だから、チエアマン制度は絶対やった方がいい。

あとPhD。アメリカだと、純粋なMDがいて、MDプラスPhDという人がいて、純粋な医者じゃないPhD、この三者が有機的に連携を取って医学部研究というのはどんどん進むんですよ。はつきり言つて、純粋なPhDには、MDは同じことをやつても、やはり研究の質とかいろいろなものかなわない場合もある。

日本はスーパーマンみたいなすごい人もいるので、山中先生みたいなそういう人もいます。PhDのポストがないんですよ。例えば、私は、内科でも、医師の教授から、さつき言った複

数の教授の中にPhDの教授も入れた方がいいし、昨日レクで話した方が、一割程度と言っていて、これは解剖とかを全部入れて一割しかPhDのポストがないんですよ。もう終わりますので、まとめて。つまり、基礎医学だと、PhD、教授だけMDで、あとは全部PhDというところもありますので、臨床ではほとんどPhDは皆無なんです。

臨床の教室にPhDのポストをつくる、ないしはPhDの教授をどんどん入れていく、これをやらないと、日本の医学部教育は、少なくとも、最近話題に出るハーバードとかジョンズ・ホプキンスとか、ワクチン開発に入っているオックスフォード、こういうところとの競争には絶対勝てないんですけれども。政務官、大丈夫、聞いていますか。ちゃんとしっかり答弁くださいよ、これは。

○鰐淵大臣政務官 済みません、お答えいたします。医学分野におきましても、工学や情報学など医学以外のバックグラウンドを有する教員が、医学分野のポストで活躍することや医師免許を有する教員と連携することは、医学の更なる発展のためにも重要であり、文部科学省としまして、他分野との連携を促すための事業を実施しております。

文部科学省としましては、これらの取組を通じまして、引き続き、大学におけるPhD取得者の活躍促進の取組を促してまいりたいと思います。

○吉田(統)委員 まとめますが、もう一言だけ。本間に、欧米から優秀な学者が日本に戻ってきたときに困るのが、PhDを雇用するポストがないということなんです。ブレンサークキュレーション、文科省は頑張っていますよね。ブレンサークキュレーションをさせるためには、これを本当にやらなければならないので、またやりますので、これで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、西村智奈美さん。

○西村(智)委員 立憲民主党の西村智奈美です。昨日、参議院の厚生労働委員会で看護師の日雇

派遣についての議論があったと承知いたしております。昨日の今日で、なかなかまだ議事録を私も詳細には見られていないんですけれども、非常にこれは大きな問題だと思っています。

我が党の部会でも、ここ数回、集中的にヒアリングを行っておりますけれども、結論から申し上げると、経緯も非常に不透明なこの日雇派遣の解禁については、私は、やはり一旦止めて、そして実体をよく解明した上で改めて議論すべきではないかというふうに思っています。

昨日の質疑で、我が党の打越委員から、例の日雇派遣を解禁するために、例えば、規制改革ホットラインで提案してきた団体の、今NPO法人になっていくんですけれども、日本派遣看護師協会といいますが、これがホットラインに要請をしてきて、その後、それが厚生労働省が対応できないということで、一回はべしやと蹴っているんですけれども、その後、数か月後に、NPO法人としての認定を取得して、それでも一回今度は要請をしているんですよ。それを内閣府規制改革推進会議でしようか、こちらの方が取り上げて、それで厚生労働省に対して投げかけてきた。

当初は厚生労働省も非常に消極的でした、この看護師の日雇派遣の解禁については、ところが、数か月のうちに、どこでどうなったのか分からないんですけれども、アンケート調査などを行った結果、ニーズがあるということで労政審にかけて、労政審の方も、渋々だったけれども、これをオーケーとした経緯があります。

ところが、その要請をしてきた団体、NPO法人として東京都に登録もしておるようなんですけれども、昨日の打越委員の質疑で、書かれてい

る、記載されている住所に実は看板も出ていないし、電話番号も携帯の番号なんです。実体がよく分からない団体であるということが分かりました。

大臣は、この看護師の日雇派遣について、厚労省として労政審にかけたのは大臣でいらつしやるので、それはそれでまた後で議論させていただく

んだけれども、規制改革の要請をしてきたこのNPO法人が、こういう所在地、書かれている住所に実際には存在しない団体であったということ。大臣自身は御存じでしたか、昨日の質疑まで。

(委員長退席、大岡委員長代理着席)

○田村国務大臣 これは、ホットラインの方にそういう情報を入れてこられたということでありますので、規制改革会議の所管のところでございます。我々がその団体がどういう類いのものなのかということを調べるというふうなそういう役割を担っておりますので、そういう意味では、規制改革会議の方にお聞きをいただければありがたいというふうに思います。

なお、看護師の日雇派遣という話なんです、ちよつと誤解を招かないように、これは社会福祉施設でございますので、何もかも認めるというわけではなくて、社会福祉施設等々で働いておられる、例えば、看護師の配置基準が決まっておられる、その方が有休を取られたり病欠される場合、どうしても基準を満たせないような形になってくる、そのときにやはり看護師が必要だということ、そういうニーズがあったというふうな、そういう話は我々としてはお聞きをいたしておるということでございますから、一般的に日雇派遣を看護師で認めるということではないということだけははっきりと申し上げておかないといけないというふうに思います。

○西村(智)委員 丁寧に説明していただいてありがとうございます。

ですけれども、大臣自身は、この団体が、所在地に看板も出ていない、実際にあるかどうか分からない団体からの要請であったということは、昨日の質疑までは知らなかったということですね。

これは本間に不思議なんですけれども、一番最初に要請してきたときには、厚生労働省は、対応不可ということで、二〇一八年の七月に一回結論を出しています。それから、同じ年の十一月に、今度は規制改革推進会議の専門チーム会合で、NPO法人となった日本派遣看護師協会がヒアリン

グを行って、そのときから、どうも急に、なぜか推進の立場に厚生労働省はなっていくんですよ。

その後、介護施設ですとか社会福祉施設などにアンケートを取って、ニーズがあるということをもつて、これでいいですよというふうに変わっていくんですけれども、しかし、そのアンケート調査も、中身をよく見ると、実は、派遣で完全にウエルカムですよと言っている社会福祉施設などは本当に少ないですよ。基本的には、やはり直接雇用がいいというふうに皆さんおっしゃっている。

実際に、今、日雇じゃなくて、短期の派遣などもできるようにはなっているんですけれども、派遣をそういう形で短期でも活用している施設は全体の僅か数%、障害福祉の施設に至っては1%とかそれに満たないぐらいということ、ここで日雇まで解禁するということは本当にニーズがあったのかどうかということは私は大変疑問なんです。

あわせてなんですけれども、何で厚生労働省がこういうふうな数か月で反対だったという姿勢を変えてしまったのか。いいですよ、オーケーですよ、だから労政審にも諮問しないうというふうなどうして変わったのか。大臣、お答えできますでしょうか。

○田村国務大臣 それ自体、ちよつと通告いたしていないので、私というよりは事務方をお呼びしてお聞きをいただいた方が詳しい状況を御理解いただけるのではないかとこのように思いますが、お時間をいただけるのなら、担当に聞いて私がお答えをさせていただきますということはあるんだというふうには思います。

○西村(智)委員 今日、ちよつと私のミスで通告をできませんでした。なので、改めてここで通告を、では、いたしますね。通告をというか、大臣にお願しますね。

何でこの数か月の間で、対応不可という最初はそういう方針だったのに、数か月のうちに方針が

変わってしまったのか。

それから、対応不可としたときに、厚生労働省は大変もつともな懸念を示しております。つまり、こういうふうになっているんですね。看護師本人の過重負担を招くおそれがあり、その結果、医療安全に影響があるおそれがある。雇用管理により慎重な見極めが必要であり、日雇の派遣とすることは慎重に対応すべきである。こういうふうに言っていたんですよ。つまり、懸念がある。懸念があるということを言っているのは、役所用語で慎重に対応すべきであるというのは、これは反対ということですよ。

それであつたにもかかわらず何でこうなつたのか。当初示していた懸念はどういう理由で払拭されたのか。これは二一ズとは違う話です。二一ズがあるからやるというだけの話ではないはずで、懸念があるから反対していたというのが厚生労働省の姿勢だったはずで、その懸念がどういう理由で払拭されたのか、これも是非次のときには答弁をお願いしたいと思います。

あわせてなんですけれども、やはり、実体のない団体から要請があつてこういうふうに変わつてきたというのは、ちよつと私はいかなるものかなというふうに思うんですよ。

そもそも労働者派遣法というのは、これまでにも、大臣ともやりましたけれども、何度も改正があつて、すごく雇用の調整弁として事業主からは使われるということもあつた。もちろん、そうじゃない方もいらつしやるけれども、やはり、労働者派遣法についてたくさんの方の議論があつたからこそ、政省令一本でこういうふうに変なやつになってしまうのではなくて、本来的にやるのであれば、私は派遣法の改正だと思ふんですよ。特に、看護師の派遣ということになれば、まさに国民の命と安全に関わることだと思ふんです。ただ、今回は政令でやられたということまで来ちゃっておりますし、四月一日から一応この政令がスタートしているということになってい

元々の団体がどういう団体なのかということを経験から分らないと、厚生労働省としても、何を根拠にこの政令改正をしたのかというなかなか説明がでないんだと思ふんですよ。

なので、私たちもこれは引き続き求めていきますけれども、団体が実体があるのかどうか。ホームページを見て、会員の募集ができないんです。会員を集めるときに、何かクオカードを配つて会員募集するとうような、そういう書きぶりもあつたりしたんです。何か、本当にそういう団体からの要請でこういうことをやっていいんですかというふうに思ふんですよ。

だから、実体はつきりと分かるまでは、私たちも引き続き調査していきますけれども、厚生労働省やあるいは内閣府からもやっていただいて、それが分かるまではこの運用を一時止めるべきじゃないかというふうに思ふんですよ。大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 これは、規制改革で議論をされる中でのホットラインというものの位置づけが、私も、規制改革会議はどういう意識なのかというのは、我々と考え方が一致しているのかどうか、ちよつとよく分からないんですよ。多分、いろいろなお知恵をいただくという意味で、幅広くいろいろなところから、だからこそ、個人また団体を限らず、いろいろな御意見をいただくという話だったんだというふうに思ふんです。

そのいただいた意見をそのまま丸のみするといふよりは、その中で取捨選択して、これは必要、必要じゃないということ、それは規制改革会議の中でやはり判断をした上で御議論をなされたんだというふうには私に思ふんですが、いずれにいたしまして、その団体、日本派遣看護師協会、これがどうなのか、実体がないというお話も、私も昨日お話を初めてお聞きした話で、それ自体がどうなのか、本当にそうなのか、あるのかないのか、これは私は分からないわけでありま

す。いずれにいたしましても、そこは、我が省とい

うよりは、しっかりとその話を受けたところがそういうことを御確認をされる話であらうというふうに思ふんです。我々としては、規制改革の方からそういうお話をいただいて、そして、確かに少ないです。言われるとおり、それは常用の方がいいですよ、直接契約の方が。だって、必ず必要な看護師でありますから。いなければいろいろな意味で支障を来すわけありますので。でありますから、それは、必ず、直接契約されている方がいいのはいいんだらう。安定的でありますから、施設にとつても。

ただ、その中で、もし何かあつたときに、じゃ、そこをどのような形で、いなくなつた、今来れない看護師の方々の代わりをしていただけるんだということにおいての二一ズというものが一定程度あるということでありますのでスタートをいたしていただくわけでございますので、委員のおつしやられる意味はおつしやられる意味として受け止めますけれども、取りあえずスタートをさせていただいておりますので、しっかりと労働者の立場を守るということも対応させていただきなから運用させていただきたいというふうに思つております。

〔大岡委員長代理退席、委員長着席〕

○西村(智)委員 アンケート調査の中には、二一ズが増えているのではないかとことを回答する施設もある一方で、二一ズはないというふうに答えているところもあります。派遣で日雇で来ていたでくよりも、もつと別の方法を考えるというふうに言っているところもある。やはり、いざ、一度事件、事故などが起きてしまったときの責任の問題もありますし、やはり慎重に考えている施設の方が現実的には多い。

だって、現に今、短期間の派遣だけでも活用しているのはほんの数%ですよ。障害のところに至っては〇・何%とか一%ですよ。こんなところで二一ズがあつたというふうに言い切ること自体が私はちよつとおかしいというふうに思ふんです。大臣にお願いなんですけれども、実体がないと

いうことは昨日の質疑で初めて分かつた、その団体がどういう団体かというのは内閣府に任せている、内閣府からの要請だったので厚生労働省が検討したということなんですけれども、委員会でも、昨日の参議院でもそうですし、今日私がさせていたでいていいるのもそうなんですけれども、実体のない団体からあつた要請を基にこうやって規制緩和が行われているのではないかと懸念の声があつたということを内閣府に伝えていただいて、もう一回これは検討していただけないか。それで、もう一回、これはやはり実体があるまで、解明されるまで止めていただきたいと思ふんですよ。でも、それはどうですか。

○田村国務大臣 さつき申し上げましたけれども、実体があるかないかは私は分らないんですよ。要するに、昨日、質疑の中で委員がおつしやられた話でありますから、実際、本当に実体があるかどうか、たしか委員はそのとき、規制改革の方に確認してくれというふうなお話もあつたと思ふますから、そういう話の中で規制改革委員会の方に対応するんだというふうに思ふんです。

ただ、今般のものがどういう類いの中で規制改革会議で議論されたか。先ほども申し上げました、要するに、個人、団体問わずいろいろなところから幅広く議論をいただいた上で、そのいろいろないただいた知恵を規制改革委員会として必要かどうかを判断するというような仕組みであるのなら、規制改革委員会の中で、実体を把握するかどうか分かりませんけれども、やつた上でどうい判断をされるかという話だというふうに思ふます。

二一ズがなければこれは広がりない話だといふふうに思ふますが、一部二一ズがあつたとしても、そこはこでちゃんとルール化されております。これは健康管理という部分でしっかりと対応する。仕事の方はある程度限定的でございまして、いろいろなことができるというわけではございません。その中において雇用管理もしっかりとやっていく。

やはり、日々の日雇派遣ということになりますと、どうしても、委員が御心配されますように、いろいろな雇用管理がちゃんとできていないんじゃないかということで、労働者自体、不利益を被つてはいけませんから、その点は、しっかりと我々といまして、もチェックをさせていただきながら運用させていただきたいということであります。

○西村(智)委員 また引き続き質問したいと思いますが、今の大臣のお話を聞いていても私は思うんですけども、その規制改革ホットラインですか、例えば、私が個人でそこにこれをしてほしいというふうな持ち込んだときに、その意見も、じゃ、簡単に内閣府の中で議論されて、ああ、ニーズがあるねということであれば、それがそのまま緩和されていく、規制が改革されていくというふうな、何かすごく安易になっていくように私には受け止められるんですよ。

ところが、これはやはり労働者派遣法ですから、働く人たちの権利を守るためだけではなくて、事は看護職ですので、そこで、派遣されていった先でのお仕事で関わる人たちの命と健康にも関わることなので、ここはやはりもっと慎重に厚生労働省としては踏ん張らなきゃいけないんじゃないかというふうな私は思うんですよ。強くこれは申し上げておきたいと思います。

是非省内でもう一度検討していただいて、運用を、まずこの実体がどうかということが分かるまで止めるということをやらないと、何でもかんでも規制改革ホットラインで来たものがどんどんどんどん緩和されていくことになっていきかねませんから、そういうふうにならないように、この団体がどういうものなのかということ、を、実体に分かるまでは非止めていただきたい。強く要請をいたします。

それでは、医療法の方に入っていきたいと思いますが、私、今日は主に二つやりたいと思って参りました。

一つは、女性の医師の働き方についてです。

今回、改正案を見ましても、残念ながら、女性の医師の働き方に着目をした対応が取られていないというふうに見ざるを得ません。

これまで、平成三十一年には検討会が設置されておりますし、その中では、出産、育児期の女性など、時間制約のある医師が働きやすい環境を整える必要があるというふうな明記されています。この検討会は時間外労働規制についての検討をする中で、どういうふうな明示されている点で、やはりここはきちんと着目すべき点だったというふうな思うんですね。ところが、今回の法改正ではほとんど考慮されていない、何も考慮されていないというふうに見えます。

これは、どうでしょうか、大臣、この時間外労働規制について、やはり、女性の医師の働き方、働く環境を整備するという点について、もって考慮すべきだったというふうな思うんですけども、いかがですか。

○田村国務大臣 まず、働き方改革の中で、医師の長時間労働は正というのは、これはもう女性の働き方考慮そのものでもあるというふうな我々には思っておりますので、やはり、長時間労働となる女性のキャリア形成は非常に難しい。特に、出産、育児というライフイベントがありますので、そういうものを選択された女性の場合は、どうしても、キャリア形成上、いろんな問題がこの長時間労働はございます。これは、医師だけじゃなくて、他の経済社会でも同じでありますので、そういう意味では、長時間労働を是正することは非常に大きいというふうな思います。

それから、先ほどおっしゃられた医師の働き方改革に関する検討会、平成三十一年三月の部分では女性の医師の働き方の文言はあったわけでありましたが、今般ではないという、令和二年十二月でありますけれども、これは、平成三十一年のときに議論をして、結果的に、女性の医師の働き方の中にいろいろな問題点が指摘をされました、勤務環境を改善していかねばならぬであろうということ。

結果的に、その中でいろんな議論をされた中に、例えば、例えば病院内の保育でありますとか、それから育児のときの対応でありますとか、さらにはキャリアパスをどのように形成していくか、こういうようなところ。更に申し上げれば、男性の育児休業等々もしっかり取っていく、これは一般の社会も同じでありますけれども、そういうような問題等々が議論をされて、結果的に、そういうものを、地域医療介護総合確保基金、これを使いながら、先進的な取組でありますとか、また、女性医師のバンク、こういうものをしっかりと整備する中において、一度女性が病院等を辞められた後、今度、復帰されるときにいろんな支援等々をしていくというようなことももう始まり出しているところから、これは、今般の法律のみならず、更に進めて、女性の皆様方が医師として活躍できるように環境を整えていくということは、言われるとおり大事でありますから、もうこれは動き始めてきておることでもあります。

いずれにいたしましても、この法律が可決すれば、長時間労働も含めて是正されていく中において、女性が更に医療現場で活躍できるような環境整備というものが進んでいくというふうな考えております。

○西村(智)委員 今日資料でおつけしております幾つかのグラフは、字が小さくて見えませんが、厚生労働科学研究の中の幾つかの資料であります。

それを見ていただくと、もうこれは一目瞭然なんですけれども、まず、二十一と書いてあるページ、性別、子供の有無の別で過当たりの勤務時間というのを見ますと、女性で子供ありという方の勤務時間がやはり短くなっております。

これはもう本当に実態だと思っております。それで、先ほど大臣がいろいろおっしゃって、女性の医師が働きやすいような、例えば保育所の問題とかいろいろなおっしゃって、いたしたけれども、そのグラフの下を見ていただくと、女性医師の休職、離職の理由というふうな

なっているんですけども、やはり一番が出産とか子育てなんですよ。ここで離職される方が多い。

離職しなかった方もどうかといいますと、今度は右上のグラフなんですけれども、院内保育所、病院の中に院内保育所があつて、そこを利用したことがありますがどうかということでも聞きますと、院内保育所がないということも結構あつて、これは院内保育所を設置していくということ、を厚生労働省の方からいろいろ助成なりなんなりやっていただけて進めていただけたということなんだと思うんですけども、院内保育所を利用しないという内訳のところで見ますと、一番下のところに、利用制限があると書いてあるんですね。これは何かというと、職種による制限があると。つまり、医師は何か使いにくいという制限がどうもあるようだということがあります。

そもそも、その下のグラフを見ていただくと、育児休業を取らなかったという方の中で、育児休業の制度がなかったという理由が結構あるのもこれも衝撃的でして、育児休業の制度がないんじゃないかというわけではないですね。

そういう実態であるということ踏まえて、やはり、ちゃんと何をしていくかということ、をきちつきつと課題を挙げていって、一つ一つ進めていくということが必要んじゃないかというふうには私は思うんですよ。

それで、院内保育所の利用制限の話なんですけれども、やはり、どうも伺っていますと、女性の医師は使にくいというふうなことがあるようです。利用の時間の制限なのか、それともほかの理由なのか分かりませんが、そういった実態があるということで、厚生労働省も通知を一度出されています、通知は資料の三枚目の右の方にあるんですけども、これは院内保育等の推進についてということで令和元年に出されたものなんだと思うんですけども、医療機関に勤務する職種ごとの特殊性等々にも配慮し、院内保育等を必要とする職員ができる限り使用することが可能になるよう

十分な工夫を行うよう、管下の医療機関に促すことということで、自治体宛てに発出されているものなんですけれども、正直申し上げて、これを読んだだけでは、何というか、医師も使えますよというふうに、だから、医師が使えるようにしてくださいよというふうにはなかなか読めない分りにくい表現だと思うんですよ。

もうちょっと何か書きようがあるんじゃないかというふうに思いますけれども、大臣、いかがですか。

○田村国務大臣 この通知もそうなんです、これ以外にもいろいろな調査をやっているわけでありまして、やはり、管理的な役割を担っている医師、そういう方々に、女性のどのような状況であるかというように、今の保育所が使えるというようにも含めて、いろいろなヒアリング調査というふうなものをやっておるわけでありまして。

ある意味、拠点医療機関というものを各地域で選定して、女性が働きやすい環境というふうなものを進めていただいておりますけれども、そういう好事例等々もしつかりと紹介をさせていただきながら進めていかなきゃなりませんし、当然、そういうことをやっておられるところには財政的な支援ということも対応していかなくやらないということでもあります。

いずれにいたしましても、医療勤務環境改善支援センター、こういうものを、前回大臣のときに怒られた、たかさんの東ねた法律でつくらせていただいたわけでありまして、こういうものを使って、やはり、もし使えていないということであれば、そういうものに対して、院内保育等々がしつかりと女性医師も使えるような、そういうような支援というものをしていかなければならないというふうに思います。

○西村(智)委員 資料の一番最後から二ページ目と一番最後のページに、とにかく、妊娠、出産ということを経験する女性にとって、非常にやはりキヤリアアップなどもしにくいし、働き続けることが困難だという理由あるいは課題等々が、本

にああそのとおりだなと思うようなものがたくさんたくさん書かれています。

やはり、出産、育児、二十代とか三十代ですよね、その頃にちょうど、やはり医師としては、いろいろな専門医としての勉強もしていくし、先ほど吉田委員との話にもありましたけれども、いろんな分野に分かれていくという時期でもあり、本当にドクターにとつては大事な時期だと思うんですよ。その時期を出産や育児等々とちゃんと両立できるように、支援策をきちんと、要するに、今回の外側の話として何か予算事業でその時々だけやるのではなくて、きちんと厚労省の中で課題を整理して、それを一つ一つやっていく、何かそういう体制を取ることが私は必要じゃないかというふうに思う。そうでないと、女性活躍と言っても、じゃ、どうやって活躍すればいいんだいということです。

どうですか、厚労省の中でちゃんとそういう体制を取っていただきたいと思うんですけども、女性の医師の働き方あるいは就業の継続ということについて、これは通告しています。

○田村国務大臣 当然、需給推計の中でも女性の医師というものの役割が入っているわけなので、その推計の中での働き方をしていただかないと需給推計自体が成り立たないわけでありまして、そういう意味では、女性もしつかり活躍しただかなきゃならぬわけでありまして。

今言われた委員の問題点は、もう以前から指摘されている問題点でございます。あとは、医療現場とどのように我々がしつかりと連携をしながらそういう体制をつくっていっただけなのかということなんだというふうに思いますので、それぞれの担当部局がございますから、女性の活躍とい

いますか、女性医師がしつかり働いていただける環境をつくる。一方で、家庭の生活もあるわけでありまして、それとの両立というものが、ある意味、今回の長時間労働改革といえますか、長時間労働は正という意味の中においても大きな意味合いがあるわけでございますので、委員の御指摘

の点、しつかりと厚生労働省として対応してまいりたいというふうに考えます。

○西村(智)委員 医師の需給推計というふうには大臣はさつきおっしゃいましたけれども、先日の委員会でも宮本委員の方から、この推計がおかしいんじゃないかという話がありましたよね。女性の医師が伸びないような推計をあえてしているんじゃないかというふうに思うんですよ。

この間、過去数十年で遡ってみると、女性の医師の医学部の入学数も増えてきていて、医師国家試験の合格率も、合格者に占める女性の割合も増えているんだけれども、大体、ある数字になつて、今ずっと横ばい状態が続いているんですよ、きりもみ状態というのか。やはり、そのところを見直していくということも含めてやっていかないと、本当に女性にとつてやはり差別じゃないかということにはなっているんだと私は思うんですよ。

大学入試、医学部の入試における女性差別問題がありました。今日は文科省の政務官にも来ていただいたいるんですけども、あのとき幾つかの大学が医学部の入試で、女性やそれから浪人生、こういった方々を差別的に扱っていたというふうな指摘をされて、その後も、厚労省としては引き続きチェックはしてはいるんだらうと思うんですけども、今回、また新たに、聖マリアンナ医科大学が、大学基準協会というところから、今年の入試についてまた不適合である、今年の評価がまた不適合であるというふうに発表しています。本質的な問題を見直していないということなんですけれども、何で聖マリアンナ医科大学は本質的な問題を解決していないというふうに評価されているんですか。

○鰐淵大臣政務官 お答えいたします。今、委員の方からお話していただきました、去る三月二十六日に大学基準協会が公表しました二〇二〇年度認証評価等の結果によりますと、聖マリアンナ医科大学の評価結果につきましては不適合と判定をされたと承知をしております。

文部科学省としまして、これまでの対応でございますが、聖マリアンナ医科大学における医学部医学科入学者選抜への対応につきましては、第三者委員会の見解や統計学の専門家の見解に對しまして合理的に理由を説明できないことをもって、不適切な事案であるとのみなさざるを得ないと考えておりまして、大学自らは認めておりませんが、昨年十月に大学に対してその旨を伝達をしております。

また、併せまして、大学に對しまして、不適切であるとみなさざるを得ない入試が行われた原因を明らかにすること、また、公正かつ妥当な方法により適切な体制を整えて入学者選抜を行うこと、特に、性別や年齢等の属性により一律の取扱いの差異を設けないことを指導しております。

そして、このような状況を踏まえまして、令和二年度の聖マリアンナ医科大学に対する私立大学等経常費補助金は五〇％減額となっております。

当大学におきましては、こうした一連の指導や、また、この度の大学基準協会による評価結果を真摯に受け止めていただきたいと考えておりまして、また、文部科学省としまして、当大学におきまして適切な対応がなされるよう、引き続き促してまいります。

○西村(智)委員 厚労大臣、実態はまだこういうところがあるということですよ。

聖マリアンナ医科大学は、こういうふうな今回、大学基準協会の方でこういうふうな評価をしてもらったけれども、実際にほかのところはどうかというのもちろんとチェックをし続けたいと、二年前でしたかね、分かったときには、とにかく女性の受験生の点数が一斉に減らされていたということですから、これはもう明らかな差別をなくしていくということの先に、やはり医師の需給の、大臣の言葉をかりて言えばバランスというふうなものがあるわけで、やはりこれは非常に関連してくるテーマだというふうに思うんですよ。だから、女性の差別があつてはいけないということからしても、働きやすさ、あるいは需給バラ

ンスの見直しということとは、これはやはり厚労省としてきちんとやっていただかないと、引き続き指導し続けなければいけないことになると思いますので、是非是非よく改めてやっていただきたいというふうに思います。

続いて、宿日直のことについて伺いたいと思います。

私、ちよつと聞きますと、本来であれば宿日直でない勤務状態の方があえて宿日直扱いにさせられてというか、宿日直後の届出を労基署にして、それで、実はほとんど仮眠も取れないような状態で働いているんじゃないかというようなお話をいただきました。

現実的に、この宿日直は労基署に届け出ればできるということになっている、非常に簡単な仕組みのようなんですけれども、この中で医療機関での許可件数等はこういうふうになっているのでしょうか。

○田村国務大臣 許可労働者数なんですけれども、これは業種、職種ごとの許可件数は集計しております。でありますから、医療機関という範囲ではこれは今集計していないということでございますので、そういう意味では、ちよつと今現状は分からないということでもあります。

○西村(智)委員 そうですか。先日お願いしたときには、医療機関の宿日直許可の件数について、把握する方向で検討いたしますというふうに事務方の方から回答をいただいているんですけれども、じゃ、まだということですかね。是非それは引き続き把握していただきたいと思えます。

つまり、何かというと、次に質問しようと思っ

ていますか。

○田村国務大臣 個別の相談内容に関してはなかなか申し上げられないんですが、一般的にそういうような声というものがあってもおかしくないんだらうなというふうに思います。そういうようなもの等々が来れば、これは、相談等々来るわけでありますので、そういうところに關しては、医療機関に正の指導等々を対応させていただくということも十分にあるということでもあります。

○西村(智)委員 大臣、ちゃんと通告しているの

で、ちゃんと通告したのは把握しておられるんですかね。私、今のこともちゃんと通告しているんですよ。そうしたら、ほとんど仮眠が取れないという相談が実際にあったと、労基署に。それは個々個別の対応でやっているというふうにお答えはいただきました。なので、あるんだらうなと思

いますよ。あつたんですよ、相談があつたんですよ。そういうところが、せっかく通告しているのに、前回もそうでしたけれども、せっかく通告しているのに大臣のところまで話が行つていなくて、大臣が、あつたんだらうかと思ひますみたいな、そんな答弁をされるんじゃないか、委員会が質問する意味が。まあ、ちゃんとしてください。本当にちゃんとしてください。

私も聞いて、やはり仮眠が取れないという話があつたというふう聞いています。でも、本来は、宿日直の仕事というのは、宿日直というのは、そんな時間外労働の、通常の勤務の延長線みたいな感じであつてはいけないわけですよ。仮眠が取れないというのは、もうこれは宿日直の状況じゃなくて、完全に時間外労働の世界なんだというふうにいるんですよ。実態がどうなっているのかということ。

○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、御協力をお願いいたします。

○田村国務大臣 先ほども申し上げましたけれども、そういうような状況があれば相談等々いただくわけでございます。当然、そういうような相談等々をいただければ、これは調査等々をして是正指導をやるということはあることでござい

ますので、そのような対応ということをさせていただきます。○とかしき委員長 西村智奈美さん、申合せの時間が来ております。

○西村(智)委員 はい。

今回は医師の働き方改革ということなんですけれども、時間外労働として把握されない宿日直、実態は時間外労働なんだけれども、そうだと把握されない宿日直がもしこのまま放置されるということであれば法改正の意味は達成できないということでは申し上げて、終わります。

○とかしき委員長 次は、川内博史君。

○川内委員 委員長、御指名ありがとうございます。

大臣、よろしくお願ひを申し上げます。役所の皆様も御指導をよろしくお願ひ申し上げます。

今回の医療法等改正案は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するという目的だということに承つておりますけれども、百三十三万一千床の病床を、厚生労働省的には、二〇二五年に百十九万一千床にすることが良質かつ適切な医療を効率的に提供することにつながるのだということを目標に掲げていらっしゃるのだらうというふうに思いますが、ただ、この百十九万一千床という病床の目標数は、これはもう何回もこの委員会でご答弁をいただいていることでございますが、改めて確認させていただきま

す。地域医療構想の件で議員御質問だろうと思

す。高齢者が急増する二〇二五年、また、更なる高齢化の進展、現役世代の、急増による、労働力の制約が強いという二〇四〇年を見据えてということでございます。

二〇二五年における病床の必要量については、厚生労働省が示しました推計式を用いて、各地域の二〇二五年の人口構造と二〇一三年度の入院受療率を踏まえて推計を行ったものでございまして、新興感染症が発生した状況を想定して推計したものではありません。

○川内委員 最後の、新興感染症を想定してつくられたものではないということでございます、そこだけ答えればいいのであつて、長々と御答弁されるのは、私の時間を奪うという、非常にこれは私にとつては遺憾なことでございますので、ひとつ簡潔明瞭な御答弁をまずお願いをしておきたいというふうに思います。

それで、この百十九万一千床はコロナを想定してないんですよ、感染症を想定してないんですよというところでございまして、今回のコロナ禍を踏まれば、単に効率的というだけではなくて、今般、この医療法の中に、医療計画の中に感染症も位置づけようねということに、法律に書いてあるわけですから、今後の新興感染症等の感染拡大時における医療というものを想定したときに、より柔軟に、機動的に対応できる体制、効率的な体制というだけではなくて、より柔軟に、より機動的に対応できる体制も必要であるというふうには私は考えますが、いかがでしょうか。

○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、今般、新型コロナウイルス感染症の拡大では様々な医療提供体制に影響を生じましたけれども、局所的な病床数の不足でございますとか医療機関の連携の問題、課題がございました。

そういった意味で申し上げますと、議員御指摘

のとおり、今般の対応で特に有効だったのは、必要となる病床を確保するために、感染防止のためのゾーニングでありますとか、マンパワーの配置を工夫をする、そういったことで一般病床を活用するというのが実際に行われたし、それが有効だったということでもありますので、こうした課題を踏まえまして、今後の医療提供体制の在り方につきましては、新興感染症等の感染拡大時に対応可能な医療機関や病床の確保等、医療提供体制に

関して必要な対応が機動的に講じられるように、医療計画の記載事項に新興感染症等の感染拡大時における医療を追加するための、今回の医療法改正法案を提出し、御審議をいただいているところでございまして、今後とも、都道府県と緊密に連携をしながら、平時と新興感染症発生時のいずれにも弾力的で対応可能な医療提供体制の確保に努めてまいりたいと考えております。

○川内委員 今長々と御説明いただいたようなことが条文に反映されているのかというと、反映されていないわけですね。より柔軟に、機動的に、弾力的に対応できる体制をつくりましょうねということとは条文上は出ていない。考え方としてはそういう考え方だよ、だから感染症を医療計画に位置づけたんだよということなんだろうというふうに思いますが、そういう考え方というのは、具体的には、新興感染症等の感染拡大時に臨時の医療施設をつくることなども想定した上で今のようないしは御答弁になっているというふうに考えてよろしいでしょうか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。医療計画の具体的な記載事項、これは今後検討していくことに当然なるわけでありましかれども、受入れの候補となる医療機関を始めとしたその地域の医療機関における役割分担の在り方、それから先ほど申し上げましたゾーニングとか、一般病床を活用するに当たって、感染症に配慮したようなそういった整備といえますか、施設、そういったものを確保するというようなことでございすとか、あとマンパワーの問題、それと感染防

護具などの備蓄でありますとか院内感染の防止対策、こういったことでございす。

委員御指摘の臨時の医療施設、そういったものにつきましては、その必要性についても引き続き各地域で検討することも必要になろうと思っておりますので、いずれにいたしまして、今後、詳細な内容については検討させていただきたいと考えております。

○川内委員 より柔軟に、機動的に対応できる体制をつくっていくためには、医師とか看護師等の、病床だけではなくて、医療スタッフの人数にも余裕を持たせる、病床はもちろんのこと、医療スタッフの皆さんにも人数的に余裕を持たせるということが必要だと私は思いますけれども、厚生労働省さんはどう考えますか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。委員御指摘のとおり、感染症患者の受入れの場合には、マンパワー、すなわち、病床数のみが多く確保できていても実際には機能しづらいわけでありまして、マンパワーの確保が重要だということも踏まえて考えますと、弾力的な対応をするためには、病床数のみを確保するというよりも、むしろ、地域の医療需要に見合った病床数と、それからこれに応じた医療資源の配置、これを前提とした上で、医療機関の役割分担、連携を強化しながら、新興感染症発生時にも弾力的に対応可能な体制を構築する必要があると考えておりまして、医療計画に必要な事項について追加することで対応していきたいと考えております。

○川内委員 二〇二二年に、医療計画の中に感染症を位置づけるための基本的な考え方についてガイドラインを厚生労働省がお出しになられる予定であると。それを受けて各地域で医療計画を話し合われて、二〇二四年に新たな医療計画が確定をしていく。

そういう中で、今回コロナの対応について国立病院、公立病院、公的病院が非常に重要な役割を果たしたわけですが、この問題も大変この委員会話で話題になっていますけれども、再編のリストな

るもの、これは骨太方針的には、もう昨年の秋には再編統合についての結論を得るということになっていったというふうに思うんですけれども、コロナが起きて、通知でちよつと待ってねということにしてあるわけですから、骨太方針というのから、より柔軟に、機動的に対応できる体制をつくるためには、今局長さんが御答弁されたようなことを含めて、そしてまた、この再編のリストを作るに当たっては、コロナ禍における病院経営あるいはベッドの回し方などは全く考慮されていないわけですね、再編のリストを作るに当たっては。昨年の一月に四百三十六病院のリストができていますから。この一年間、昨年一年間の中で、公立病院、公的病院がどのような動きをしたのかということをごきちんとまず精査した上で、二〇二四年の医療計画に向けてみんな考えていくということが私は必要だと思えます。

そういうことを骨太方針にしっかりと書く、今年の骨太にしっかりと書くべきだというふうに私は思うんですけれども、大臣の御見解をいただきたいと思えます。

○田村国務大臣 骨太の方針でありますけれども、委員言われるとおり、毎年、地域医療構想を含む医療提供体制、この文言といいますが、こういうものが含まれておるわけでありまして、よくよく考えていかなきゃならないのは、平時と、有事という言い方がいいのかどうか分かりませんが、こういう感染症の拡大局面というのは、今コロナでありますから、もう一年以上続いておりますけれども、ずっと常にあるわけではない、常態化しているわけではないということを考えなきゃならない。

その中で、平時で、やはり医療費というのは診療報酬が中心でありますから、すると、これが余りかかり過ぎると今度はこれが保険料に跳ね返って個人の負担にも関わってくるということがありますので、ここは効率的な対応が必要になってくるわけでありまして、

しかしながら、今言われたとおり、有事のときにはそれでも対応できるようなマンパワーの配置等々を考えた上でどうしていくかということと、病床もそれに若干絡んでくるわけでありまして、そういうことを考えますと、今、実は、先ほどから言われております我が省が告示をしたものは、あくまでもこれは参考資料でございますので、こういったものも含めながら、コロナというものの、今、足下ありますから、また次の感染症もあるかも分かりませんので、それを想定しながら各地域地域でお考えをいただいたものというものが地域医療構想として各地域からいただけるのであろうというふうに思っておりますので、そういうような考え方というものをしっかりと骨太の方針に、盛り込むのは我々じゃなくて経済財政諮問会議でありますけれども、厚生労働省としても、現下のこういう状況を踏まえた上で、要望はしてまいりたいというふうに考えております。

○川内委員 次に、変異株のスクリーニング検査について教えていただきたいんですけれども、四十七都道府県の中で、変異株のPCR検査実施率、要するにスクリーニング検査が二〇〇%を超えている都道府県の数、それと、それがどの都道府県であるかというのを教えてください。

○正林政府参考人 お答えします。

自治体のスクリーニング検査の実施割合についてですけれども、現下の感染者数や過去の検体も検査していることに留意が必要ですが、三月二十二日から三月二十八日までの速報値によれば、十自治体が二〇〇%ないし二〇〇%を超える実施率となっております。

一〇〇%を超えるというのは、分母が一週間の感染者数であるのに対して、分子になる検体数は三月二十二日から二十八日までに限らず、過去の検体も含むためであります。

ちなみに、そうした自治体は十自治体、富山、石川、山梨、鳥取、島根、広島、高知、佐賀、大分、宮崎であります。

○川内委員 その大変優秀な自治体、また、四十

七都道府県の中でゲノム解析も自らできる自治体というのがあるというふうに聞いておりますけれども、それはどこの都道府県でしょうか。

○正林政府参考人 お答えします。

ゲノム解析については、現在、十の自治体の地方衛生研究所で独自にゲノム解析が可能と確認しており、その他の自治体では検体を国立感染症研究所に送付して解析を行っているということです。

十の自治体ですけれども、北海道、札幌市、茨城県、群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、名古屋市、兵庫県、神戸市であります。

○川内委員 東京都などは、今、自らゲノム解析できるんだつたら、どんどんどんどんスクリーニングをすればいいと思うんですけどもね。東京都のスクリーニングの率というのはめっちゃめちゃ低いわけですよね。

東京都ではE484Kの変異株が流行しているのではないかとというふうに言われているんですけども、現在の変異株のスクリーニング検査ではN501Yの変異をスクリーニングすることはできるけれども、E484Kの変異株のスクリーニング検査はできない、現在のスクリーニング検査では、ということでしょうか。

○田村国務大臣 基本的に、スクリーニングで用います試薬等々、これはN501Yというものを見つけるものでありますが、見つけたものはゲノム解析をします、これはスクリーニングです。すると、E484K、これもゲノム解析すると分かってくるというのと、それから、それ以外にもゲノム解析をやっておりますので、そういうものの中で、陽性検体の中からゲノム解析でE484Kというものもある程度発見をされてきておるということであります。

○川内委員 だから、私が聞いたのは、現在のスクリーニング検査はN501Yの変異を検出するためのものであつて、E484Kの変異だけがあるウイルスについてはこのスクリーニング検査は反応しないということでしょうかということ。

聞いているんですよ。いやいや、大臣、ちよつと、事実関係だけだから。局長でいいです、事実関係だけだから。

○田村国務大臣 です。先ほどからそうやって申し上げているんですが、スクリーニングでは501Yとともに484Kが見つかることはありますけれども、それはその後のゲノム解析で。スクリーニング自体、484Kのみ、それを見つけているところでのスクリーニング検査というものは今のところはしていないということであります。

○川内委員 そこで、この変異株というのは本当に気をつけなきゃいけない。私は、スクリーニングの率をあらゆる変異株に対応してどんどんどんどん上げていく、この前も大臣は一〇〇%を目指すんだとおっしゃっていらつしたけれども、変異株のスクリーニング検査やゲノム解析で大学の協力というのもどんどん求めたい。今現在、既に協力をしている大学があるというふうに思いますけれども、その大学を教えてください。

○正林政府参考人 お答えします。国立感染症研究所や一部の自治体に加えて、各地でゲノム解析が可能な大学などが存在することを踏まえて、文部科学省との連名で、自治体と大学に対して、検査体制の整備に連携して取り組むよう要請したところであります。

こうしたゲノム解析を行っている大学の状況については、現在調査を実施しているところであります。まだ数字が上がってきておりません。

○川内委員 具体的な大学名はまだ分からないということですか。

○正林政府参考人 調査中ですので、まだ分かりません。

○川内委員 幾つの大学というのも分からないんですか。

○正林政府参考人 まだ調査中ですので、まだ分かりません。

○川内委員 大臣、変異株のリサーチというのは、スクリーニングではなくて、どういうふうには、感染が、変異株が広がっているかというのを調べる目標にするんじゃないかと、やはり封じ込めを目標にすべきである。

変異株というのは、やはりまだよく分からない、感染しやすいのかどうか。イギリス型は、N501Yは重症化しやすいとか感染しやすいとかいうふうにはWHOに言われている。E484Kはまだ分からないというふうな状況です。

しかし、きちんと見つけて、きちんと対応していくということが必要で、そういう意味で、大学や民間検査機関の協力を得て、PCR検査にしてもゲノム解析にしても、変異株の調査というのを一〇〇%、早急に一〇〇%にして対応していくべきと改めて申し上げたいというふうに思います。

○田村国務大臣 全てゲノム解析という、なかなかキヤパの問題が出てくると思います。

一方で、今大学の話がございました。これは今週中には集計してくる、それぞれ答えが返ってくるというところでございますので、今週中には大体答えが返ってきた上で、今週の終わりの来週か分かりませんが、集計の結果、お答えはできるというふうに、これは向こうにお聞きをしているものでありますから、そこは御理解いただきたいというふうに思うわけでありますけれども、しっかりとそれはまた、これは分かりましたら御報告させていただきますというふうに思います。

○川内委員 今週中にまとまるんだつたら、今日あたりはもう大学の数ぐらい分かっているんじゃないかなと、そのぐらい、正林さん、言ってもいいんじゃないかなと思うんですけどもね。

じゃ、分かりました。とにかく、これは大臣、しっかりと取り組んでいただきたいというふうにお願いをしておきたいというふうに思います。

次に、全く話題が変わりまして、私がどうか、国会でも決議をしていただいた、障害あるいは障害者の表記に使用される「害」の字について、

今国会には障害者差別解消法も提出をされているところがございますし、質問をさせていただきたいと思っております。

三月二十二日に開催された内閣府の障害者政策委員会、四人の当事者団体の代表の方々が障害のガイの字の表記について発言をされていらつしています。

中でも、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事長の岡田久美子さんは、このようにおっしゃっています。

私どもの会でも様々な考え方や意見があり、身近な精神障害者家族の会でも意見があります。多くの方は「害」に対し抵抗感がある方が多くいます。私自身は、命ある、尊厳のある人を表すことに、「害」は不快を覚えるのも、当事者や家族がいるのも事実、人を指し示す言葉である、「害」は使わない方がいい。そのためには、法律用語の見直しが必要ではないかというのが私の考えですと発言をされていらつしています。

内閣府に来ていただいています。このような発言があつたのは事実でしょうか。また、出席された委員の中で、「害」でいいですよ、それが、「害」がいいんだというふうに発言された委員はおられましたでしょうか。

○難波政府参考人 お答えします。

委員が御指摘をされた点につきましては、本年三月二十二日の障害者政策委員会の場における発言でございます。そういった、人を表す言葉に「害」はふさわしくないといった旨の発言をされた委員がおられたことは事実でございます。

また、様々な意見があるというふうなお話は幾つかございましたけれども、「害」がいいというふうに端的におっしゃった発言は、この委員会の場ではなかったというふうに承知しております。

○川内委員 そこで、今日、たかさんの委員の先生方あるいは委員長にも、あるいは私の勉強のために教えていただきたいんですけども、我が国の憲政史上、あるいは法令史上と言つてもいいかもしれませんが、人に対して障害という言葉

最初に使った法律は何という法律なんでしょう
か。そのとき使用した漢字は「害」だったの
でしょうか。教えていただきたいと思いま
す。

○赤澤政府参考人 お答えいたします。

お尋ねの、初めて人に対して障害という言葉
を用いた日本の法令につきまして、厚生労働省に
おいては、これまで日本国で公布された法令を網羅
的に全て把握しているわけではございません
で、承知していないところでございます。

○川内委員 私は今、政府に対して伺いをし
ているので、厚生労働省が網羅的に所管してい
ないで知りませんと言われても困っちゃうわけ
で。

ある学者さんの論文でいうと、一九二二年の朝
鮮管刑令第十条の障害というのが最初ではない
かという学者さんの論考がございます。このとき
の障害のガイの字は「碍」の字ということで、その学
者の先生が紹介をしていらつしやいました。

これは、大臣、改めて、政府として、国務大臣
として調べて御回答をいただくというお約束をい
ただいておきたいと思いますが、いかがでしょう
か。

○田村国務大臣 ちょっと私が、国務大臣とい
うことで、それを、委員の思われる……(川内委員
「政府の一員として」と呼ぶ)いや、だから、国務
大臣として、委員がおつしやられるものをここ
でお受けするということができるのか、権限がある
のかどうか。ちょっと立場上、各省庁に関わつて
くる話でございますので、にわかにはいかにして御
理解いただきたいと思えます。

○川内委員 そんな慎重な答弁をしなくても、国
務大臣なんですから、政府の一員として、調べ
て、じゃ、回答するからねというふうには、事実関
係を尋ねるだけですから。政府としての見解を尋
ねるなら担当が関係しますけれども、事実関係を
尋ねていただけですからね。まあ、この問題でや
り取りしてもしょうがないので、次に行きますけ
れども。

厚生労働省が、一九八一年の、障害に関する用語の

整理のための医師法等の一部を改正する法律とい
うのを作っていらつしやいます。この障害は「害」
を使っているわけですから、この「害」の字を使
う理由があつたのかということをお尋ねいた
したいと思えます。

○田村国務大臣 言われておられるのは、昭和五
十六年に公布された障害に関する用語の整理のた
めの医師法等の一部を改正する法律案ということ
だというふうに思いますが、このガイに「害」を用
いたというのは、今、先ほど委員言われた「碍」と
いうお話もありましたけれども、当用漢字にこれ
がないということで、それで「害」という字が採用
されたというふうに認識いたしております。

○川内委員 大臣、まさしく今大臣が御答弁にな
られた、当用漢字表に「害」があつて、「碍」は当用
漢字表、常用漢字表にないからと。それだけなん
です、理由は。

諸外国の中で、障害のガイの字に「害」という漢
字を使っている漢字圏の国は日本だけなんです
(発言する者あり)いやいや、でも、それは大きな
ことでしょう。言葉というものは、漢字というの
は、そもそも字の起源というのがあるわけですか
ら。そのことをきちんと考えないとい

「害」の字を使うことは嫌だよという方たちが一
定数いるということは、大臣も認識してい
らつしやいますよ。

○田村国務大臣 様々な御意見があるのは認識し
ております。そういう御意見があることも認識し
ております。

○川内委員 先ほど御紹介したように、国の障害
政策委員会という正式な場で、団体の代表の方
が、「害」を使うのは非常に傷つく人たちがいるん
だということをおつしやつていらつしやるわけ
です、正式な発言として。

そこで、大臣に、私は大臣に日本の歴史を変え
てほしいと思つてゐるわけですよ。「害」を平仮名
にするのは、法令上「碍」を使うのは内閣法制局長
官通知によつて制限されているけれども、平仮名

にするのは誰も制限できないんですから。「害」を
平仮名にするのは誰も制限できないんですよ。

不快に思う人が多く存在し、「害」の字を使用す
る積極的な理由がない。要するに、さつきおつ
しやつたじゃない、当用漢字表にあつただけで
からと。要するに、誰も説明できないんですよ、
「害」を使つてゐること、それこそ日本国政府
で。

これは、「がい」に変えるということ、厚生労働
大臣が一存でできることなんです。できるこ
となんです。田村大臣ができるんです。その
ことの御決断をちょっとここで御披露をいただき
たいというふうに思います。

○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、御協力をお願いい
たします。

○田村国務大臣 様々な御議論があると申し上げ
ました。うかんむりは嫌だけれども、どのガイが
いいという話もあります。そういう意味で、障害
者の皆様方、関係団体、国民の皆様方の世論の動
向も踏まえながらこれは検討していくべき課題で
あらうというふうに認識いたしております。

○川内委員 平仮名を使うのは制限はないんです
ね。だから、どの漢字を使うかはこれからゆつ
くりみんなで議論すればいいと思ひますけれども、
取りあへず、「害」は嫌だ、害虫の害だ、害毒の害
だというふうにおつしやつていらつしやる方たち
が、当事者の方たち、当事者団体の方たちがい
らつしやるということを考えれば、今、四十七都
道府県で、「がい」に開いている都道府県が十六あ
ります。県庁所在地ではもう既に、四十七都道府
県の県庁所在地のうち半数以上、二十五の県庁所
在地の自治体が「がい」に開いています。それは、
嫌だという人たちがいるからです。

そのことを厚生労働大臣に申し上げて、またこ
の議論は引き続きさせていただきたいというふう
に思ひます。

○とかしき委員長 午後一時から委員会を再開す
ることにします。

午後一時四分休憩

午後一時四分開議

○とかしき委員長 休憩前に引き続き会議を開き
ます。

この際、お諮りいたします。
両案及び修正案審査のため、本日、政府参考人
として総務省大臣官房審議官岩佐哲也君、厚生労働
省政策統括官鈴木英二郎君の出席を求め、説明
を聴取したいと存じますが、御異議ありません
か。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○とかしき委員長 御異議なしと認めます。よつ
て、そのように決しました。

○とかしき委員長 質疑を続行いたします。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。
先週に引き続き質問させていただきます。

ちょっと事前になんですが、少々腰を痛めてお
りまして、座つたり立つたり、ちょっとゆつくり
させていただけますので、御了承いただきたいと
思ひます。

いわゆる新型、いわゆるじやないですね、コロ
ナウイルス感染症、昨日、大阪で過去最多の七百
十九人ということ。また、兵庫は八割変異株に置
き換わり、大阪でもう七割置き換わつてゐると。
東京はまだ実態がよく分かりませんが、昨日、昭
和大学の先生に聞きました。入院されている方の
九割以上が変異株の方だということで、これは東
京においてはモニタリングの在り方がもっと徹底
されていけばもっと実態は変わつてくるのではな
いかということ。また、先ほど川内委員との質
疑、やはり、変異株に関して、政府、厚生労働省も、
緊張感が足りないなど。

もちろん、ウイルスは変異するものであります

から、しかし、この状況は、昨年から、やはり準備不足は否めませんし、これ、私は三月のときにも、英国の報告で、感染力が高まる、更に致死率が高まることは大変衝撃的だということ。事態として、これは兵庫県、私もコロナ対応をしている先生に聞きましたが、やはり、変異株で重症化された方、呼吸器からの離脱時間も長いし、そしてやはり重症化も、これは英国の報告に合致するような私は実態があると思います。

これは事実確認なんです、三月の十日でしたか、英国の医学誌に、英国株については致死率が高まっている。この報告、すぐに私は大臣に質問したと思いますけれども、英国での状況、この英国株、致死率が高いことに関して、大臣、英国の当局と何か情報交換等はされたんでしょうか。○田村国務大臣 直接私はやっておりません。何だつたら、後、担当にお聞きいただければいいと思います。

ただ、これは、専門家の方々も、英国株に関しては感染力が高い可能性があるということとはもう以前からおっしゃられておられて、もう早くから、これも尾身先生もおっしゃっておられましたけれども、早晩入れ替わるであろうというぐらいい、既存株に対して優位性があるということであるようであります。

今、委員が、東京がなかなか実態が分からないと言われましたが、大体、大阪と東京はスクリーニング二〇％で、同じぐらいやっています。その中で、大阪はもう過半になってきておりますが、東京は、これはゲノム解析をやっている中での話なので、なかなか全体はまだ、スクリーニングよりも少ないものでありますから分りづらいんですが、東京はどちらかというと501Yよりかは484Kの方に置き換わっている傾向があるのではないかと、そういう状況であります。

これは、宮城なんか484Kが多いというような話でございますので、いづれにいたしまして、501Yよりかは484Kは感染力という意

味からすると501Yほどはないのではないかと、いうふうな専門家の方々はおっしゃっておられますが、これからの注視しながら、しっかりと我々、対応してまいりたいというふうに考えております。

○中島委員 現状はそうかもしれません。これから、宮城の感染、変異株に関しては国内での変異とも言われている。これは、国内でどういう変異をしてくるか、非常に心配されますし、当初から懸念されていたことでありますので、緊張感を持って、モニタリング体制、しっかりと取っていただきたい。

そして、先週、私、尾身先生と質疑をさせていただきまして、現在の状況がいわゆる第四波に当たるのかという問いに対しては、一概に、第一波、第二波、これ、もっと細かく分けることもできるとは思いますが、やはり、国民の皆様、今どういった状況にあるのか。昨日も、大臣、ぶら下がり、危機感、お話しされておりましたが、大臣は、先週の金曜日の時点で、尾身先生、いわゆる第四波と言っている問題ない、全然問題ないという一方で、総理は、現段階は第四波ではない、こういう見解を五日の参議院決算委員会で示されています。

大臣は、現在の状況を第四波というふうに認識されておるのでしょうか。

○田村国務大臣 波というものの概念をどう捉えるかという話なんだと思いますが、この間の大きな波が一旦下がっていった、これはゼロにはなっていないから、一定のところで、全国、下がり切ったわけですね。そこから今、徐々に毎週増えていきますので、そういう意味からすると、波の起点をどこと見るかという話なんだと思います。総理がおっしゃられておられるのは、年末年始の大きな、こういうところにはまだ入っていないという話だと思いますし、尾身先生の話は、かといいいながら、下がったところから上がっていきけば、それはもう、尾身先生はそこをもつてして波とおっしゃっておられるという話であるので、そ

れほど両者に違いはないんだと思います。

私は、この閣議後記者会見で申し上げたのは、いづれにしても、増えていく今道程にあるわけでございますので、これが年末年始のような、大きく広がっていくということを想定していくと非常に危険であるので、今のうちになるべく強い措置を、東京においても、蔓延防止重点措置はしておりませんけれども、それでも強い対応というものをいろいろと検討いただいておりますし、実際問題、今いろいろな対応をいただいておりますのでありますが、そういうことを一つ一つ進めていって、大きな頂点になるべく行かないように努力していく必要があるというふうなことであります。

○中島委員 昨年のいわゆる第三波のとき、いわゆるGOTOトラベルキャンペーン始めそういったものをなかなか止めない。そしてやはり危機感の乏しさと認識の薄さ、これがいわゆる第三波のあの状況を生み出した、緊急事態に至ったわけでありましたが、私、もうこれは明らかに、そしてまた性質も全く異なる状況で、これはもう国民の皆様、別に不安をおおるわけではなく、やはり蔓延措置を取られている一方で、緊急事態よりも、じや、緩くていいのかとか、いろいろな疑問というか混乱を招いているわけですよ。

そうであれば、やはり、今は第四波、しかもその内容は変異株という、今後どういう状況になるか、もしかしたら致死率も高まるかもしれない、感染対策の更なる徹底を、そういったメッセージをする必要がある、不明瞭なままですとまた感染対策にも影響するということを指摘をさせていた

だきたいと思えます。一方、ワクチン接種に関しては、来週月曜日です、十二日に高齢者の優先接種が始まるということになっております。今お話ししましたが、これから、いわゆる第四波、しかも変異株、重症化ということが現実的なものとなれば、当然医療への負荷が増してくる。そして、接種体制を整えてそこへ行くはずの医師等も、それは目の前の患者さんに当たらないといけないということだと思

います。

新型コロナウイルス感染拡大に伴う医療への負荷が増した場合、ワクチン接種スケジュールに及ぼす影響、これについて、大臣、どのような御見解をお持ちになれるでしょうか。

○田村国務大臣 ワクチンを接種する行為自体、これは医師若しくは医師の指示に基づいた看護師という形になりますので、日本医師会中川会長を始め医療関係者にお願いをさせていただき、総理も中川会長とお会いいただきました。

あわせて、各都道府県の医師会の理事の方々、これは厚生労働省からお願いをさせていただく中において、接種体制をお組みをいただきたいと、基本的には市町村という話になりますけれども、お願いしております。

言われるとおり、感染拡大をする地域というのは医療が逼迫するわけでありまして、そういうところにおいて、例えば開業医の医師の先生方も、当然、自宅待機の方々、またホテルでの待機の方々が増えてくれば、それに対する健康観察を、今、委託をお願いしていただきたいということを国の方から申し上げておりますので、当然、そういう方々もいろいろと、ふだんの自らの診療所、開業医の先生方の行為、プラス、ワクチン、さらには健康観察というような形で、業務が非常に増えてくるわけでありまして、やはりこのワクチンの接種というのを考えた場合に、これは専門家の方々もおっしゃっておられますけれども、感染拡大をさせないということが非常に重要であるということでもあります。

でありますから、我々も今、緊張感を持って、感染拡大を防ぐために強い措置をとるということで、各自治体にもお願いをさせていただいておるわけでもあります。

○中島委員 私が聞いたのは、いわゆる感染拡大状況によつては、政府の示しているワクチン接種スケジュールが、そのスケジュールどおりにならないということも十分あり得るということですよ。

○田村国務大臣　ですから、それは各市町村で作りをいただくわけでございますから、国がどうのこうのというわけではなくて、今申し上げたとおり、それによって、その感染拡大したエリア、地域、そこにおいて、いろんな健康観察の方法はあると思いますよ。しかし、そういうものに、地域の医師会のワクチンを接種をお願いしている先生方に併せて業務がかかっていくと、そこは非常に過重になるということになりますから、各自自治体の計画と感染状況というものの兼ね合いになつてくるというふうに考えております。

○中島委員　私が言っているのは、いわゆる十二日から高齢者の優先接種が始まります。一方で、三月から始まった医療従事者への接種、まだ三割しか接種は終わっていないんです。

これはもう、もはや多少のだぶつきが出るのはしょうがないと思うんですが、まだ医療従事者が三割程度しか接種が終わっていない段階で、十二日から高齢者、本格的には四月の下旬と。これはあくまでも政府のスケジュール、既成事実づくりというふうには見えませんよ。

ですから、今後の感染拡大状況により、また供給の確保も含めてですけども、大事なのは接種を希望する方が安心に、安全に、円滑に打てることで、決して政府のスケジュール合わせに国民また地方自治体が翻弄されることがないように、また、医療従事者への負荷がかからないように十分に注意をしていただきたいと思います。

これも尾身先生と、前回のとき質問をいたしました、新型コロナウイルス感染症によって、我が国の医療提供体制の様々な課題が浮き彫りとなり、平時の医療計画に感染症対策の視点が抜け落ちていたことや、民間病院の比率が高く機動性に欠けたということ。私は、尾身先生に対しては、これは本大臣に質問しようと思つたんですが、尾身先生にまず御見解を伺いました。

私は、最も浮き彫りとなったのは、地域の医療を基盤として支えるいわゆるかかりつけ医機能の部分、プライマリークア機能と言った方がいいで

しょうか、この体制が抜け落ちていることが最も浮き彫りになっていっていると尾身先生に質問をさせていただき、尾身先生の御見解もお聞きしたところでありましたが、大臣に改めてお尋ねいたします。かかりつけ医又は総合診療的なプライマリークア機能を発揮する医療の不在という日本の医療体制の根本的な弱点が、新型コロナウイルス感染症で露呈していると私は考えますが、大臣の見解を伺います。

○田村国務大臣　診療・検査外来を担っていたんですからね、地域の医療機関には。約三万一千担つていただきました。そういう意味では大きな役割を、プライマリークアを担つておられる開業医の皆様方に対応いただいたということは事実であろうというふうに思います。

一方で、保健所が健康観察を行う、特に在宅等々で対応を感染拡大時にいただいた患者の方々に関して、ここに対して、一部の先進地域、自治体では、開業医の先生方がその役割を担われたということはありますけれども、多くのところはそうじゃなかったわけでありまして。

そういうところも我々も反省しながら、今度の感染拡大期が起こった場合には、そういうところでも地域の医療機関が、プライマリークアというわけではないのかも分かりませんが、コロナの場合は、もう分かっている話でありますから、そういう役割を担つていただくということを期待をさせていただいております。

○中島委員　私は、医療体制の中でそういうプライマリークア機能を発揮するようなかかりつけ医という、これは今、地域医療構想のことも、この医療体制の中で、この法案の中で議論になっておりますけれども、そもそも地域医療構想の中でも、このかかりつけ医機能という発想を位置づけられていないわけですよ。

改めて大臣にお尋ねいたしますが、大臣がおっしゃっている、例えば資料の三枚目、これは、「過度な受診控えは健康上のリスクを高めます」、コロナ禍での啓発であります、まず、かか

りつけ医に相談しましょう。そして、その次、四枚目でございますが、これは、後ほど、上手な医療のかかり方でお聞きしようかと思いましたが、ここでも、「気軽に相談できるかかりつけ医をもちましょ」と。これは度々、検査のときも、PCR検査がなかなか受けられない方がいると。これは受診の目安、誤解がなんということもありませんけれども、いわゆる困ったときにはいつでもかかりつけ医に、かかりつけ医にと。ワクチンに關しても、基礎疾患の方、まずは迷ったらかかりつけ医にと。かかりつけ医という言葉が氾濫しているわけでありまして、改めて、大臣にお尋ねいたします。

大臣も度々使われるこのかかりつけ医という言葉。資料には、二枚目ですね、かかりつけ医の定義と機能。これは、日本医師会と四病院団体協議会が、平成二十五年八月八日、これはこれで改めて出されたもので、一定の評価はするんですが、大臣が言うかかりつけ医というのは、ここに書いてあるかかりつけ医のことをおっしゃっているのか。大臣、どういう意味で使われているのか、確認したいと思ひます。

○田村国務大臣　かかりつけ医という意味合い、今委員がおっしゃった話でいうと、まず、今回のコロナに關してはなかなか難しかったのが、これは感染症、しかも指定感染症という話の中において、感染防護をしっかりとやっていただかなきゃならなかったというのが当初あって、そこで接触者・帰国者外来という形の中で検査という話になりました。

しかし、それは去年の秋ぐらいから、そこもすっかりやっていただきたなというところで、かかりつけ医機能という形で、要は、発熱した場合に、コロナかどうか分からない、もしかしたらインフルかも分からないけれどもまず行つていただくとしよう、そういう対応になったということでありまして、ここはここでもかかりつけ医機能が発揮したというふうに思います。

今般の地域医療構想の話も出ましたが、地域医療構想とかかりつけ医との関係というよりかは、

外来機能の明確化、連携という中でかかりつけ医機能というものを我々は発揮いただきたいたいというふうにも思つておられて、何でもいいたくてもう全部病院に行っちゃ、大きな病院に行っちゃうというのは、その病院にはその病院の本来の役割があるわけでありまして、まずは地域で、いつも健康管理も含めてやっていただいている、気軽にいろんな相談をさせていただいておるような医療機関、そこにまず外来で行つていただいて、その上で、その後必要があれば病院等々につないでいただく、そういう役割を発揮いただく。

総合診療専門医というのを実はこの専門医制度の中で、十九でしたつけ、コースの中で一つつくりましたが、この中の、多分、病院の総合診療、病院の中でのゲートキーパーという役割と、それから各地域地域でかかりつけというような形の中でいろんな形の入口をやつていただく、プライマリーの部分、これとはそれぞれ違うんだと思ひますけれども、そういう意味では、日本医師会が言われておるかかりつけ医というのは、そういうような各地域地域で開業医の皆様方が、健康管理も含めて、ふだんからいろんな相談に乗りながら対応していく、そういうような機能をおっしゃっておられるんだというふうに認識しております。

○中島委員　私は端的に、大臣のおっしゃるかかりつけ医は、ふだん度々出てくるかかりつけ医というのは、この日本医師会、四病院団体協議会、「かかりつけ医」とは(定義)、そしてその下に「かかりつけ医機能」と書いてある。大臣がおっしゃっているかかりつけ医は何を示すのかとお尋ねしたんですが、大臣が度々使われるかかりつけ医というのは、これを念頭に置いておるとのことではないんですか。

○田村国務大臣　かかりつけ医と、かかりつけ医機能というのは当然違うわけでありまして、かかりつけ医というのは、ここに日医がおっしゃっておられる。明確な定義、かかりつけ医というのは厚生労働省として持つておりません。ただ、日本

医師会がよくこういうふうな形の定義の中でおっしゃっておられるので、私が使っておるのは日本医師会の定義というのが基本的な考え方でありま

す。

○中島委員 資料の五枚目、見ていただきたいと思

うんですが、赤線が引つ張つてあります。今年二月八日に開催されました第七十八回社会保障審議会医療部会の議事録です。まさに今審議されている医療法改正案に対しての内容が議題とな

っているのですが、この審議会の中、委員の方から、このかかりつけ医に関して御発言が

ありました。

上の方、赤線が引つ張つてあるところですが、今、普通にかかりつけ医機能という言葉やかかりつけ医という言葉が使われているのですが、実は、かかりつけ医とは何で、かかりつけ医機能とは何か、医師会と我々三病院団体で一応提言を

していますけれども、これはあくまで提言であつて、かかりつけ医というものが決まっているわけでは

ありません、皆さん方の同一の考え方がないままにこの言葉を使うと、間違つた方向に誘導し

てしまうのではないかと心配しておりますと発言されております。私、全くそのとおりだと思いま

す。

この問いに対して、下の赤線のところでありま

すが、総務課長は、かかりつけ医なりかかりつけ医機能の議論が深まってくることを私どもとしては期待しております、現時点におきましては、

行政的な定義をどうするかということは、なかなか難しいかと思ひますと答えております。

前段の委員の方の御発言、御趣旨は私全く同感

でありますし、後段の総務課長の発言は大変曖昧さ、またちよつと無責任だなというふうに私は思

うわけでありますが、大臣も総務課長の発言と同じで、いわゆるかかりつけ医なりかかりつけ医機能の議論が深まってくることを私どもとして、大

臣としても期待はしており、現時点においては行政的な定義をつくるつもりはない、こういう、同

じような考えでよろしいんですか。

○田村国務大臣 かかりつけ医機能というのは、要するに、我々も申し上げておりますけれども、

各患者の方々が、ふだんからのいろんな健康管理等も含めて、いろんな対応をしていく中におい

て、要は、何かあつたときのプライマリで相談をしていただけるような機能というふうに認識いた

してあります。

かかりつけ医というのは、ちよつと我々としては定義を余り持っていないものでありますから、

これは日本医師会がおっしゃられておられることでありますので、その定義が日本医師会の考え方

であらうなという認識であります。

○中島委員 いや、これは、かかりつけ医を四病

院団体、医師会が示している、そして、あとかも、何かかかりつけ医は社会にたくさんいて、そ

ういう状況と思ひきや、一月、コロナはちよつと特殊事情だつたかも知れませんが、いざとい

うときに医師に診てもらえないどころか相談すらできない、こういう状況が浮き彫りになった。

本来であるならば、例えば検査の目安、また受診の目安もそうかもしれませんが、まずは、自分のことをよく知っている医師に相談をする、そこ

からいわゆるプライマリケアが始まってくる。

我が国にいわゆるプライマリ機能を持った、言葉を換えればかかりつけ医、かかりつけ医イコールプライマリケア機能を持った医者

だというのが、普通、一般的世界の常識だと思ひます。一番最後の資料に示してあるプライマリ

ケア、WHOの定義はそういう内容になっていま

す。

大臣、今回浮き彫りになった課題、私は最大の課題だと思ひますが、私はやはり、ここのかかり

つけ医、総合診療医と言つてもいいかも知れませ

んが、いわゆるプライマリケア機能を発揮する医師、これを我が国にちゃんと定着させて、その

上で、地域医療構想も含めてですが、その基盤が最も曖昧な状況であることが、私は、平時でも、

そしてこのコロナ禍でも大変問題だと思ひます。

私は、かかりつけ医、ちゃんと定義をして、ど

ういう役割を果たすものか、これは行政がしっかりと明確に示すべきだと思いますが、大臣の見解を伺

います。

○田村国務大臣 高齢者、東京はビル診なんかで

なかなか難しい部分もあるのかも分かりません、地域によつては、ただ、地域によつては、地方で

高齢者は、やはりかかりつけ医機能を発揮している医療機関、いつも行つて医療機関があつて、そ

こで一定程度のかかりつけ医機能というものを発揮をいただく。だから、地域包括ケア診療料などという

ような診療報酬上の一つの力ゲリは、そういうものを発揮いただいて、慢性疾患をしかりと、高

齢者に対して対応いただくという機能を発揮いただいていると思ひます。

ただ、今回、コロナはちよつと特別で、これが非常に高い感染性があつたということもありま

して、なかなかそれを発揮できなかったというのが当初あつたのは事実であります。

いづれにいたしましても、若い人を中心に、また都会を中心に、委員がおっしゃられるようなもの

のがない地域もあります。これは事実、我々もそういう声をお聞きすることはございますから、そ

ういうものに対してどうしていくかということ

は、これからの大きな課題であるというふうに認識しております。

○中島委員 いや、大臣、大臣に聞こうと思ひま

すが、大臣にかかりつけ医がおられるかどうか知りませんけれども、多分、ここにいる議員の方や

役所の方もそうですけれども、例えば我々であれば後援会長が医師会の方だつたりとか、気軽に何

かあればアクセスできるようなツールがあるんです。ただ、大臣今おっしゃつたように、一般の方

は、そんな気軽に相談できるかかりつけ医を持っている方はほとんどおられませんよ。

東京とか地域とかそういう話ではなくて、上手な医療のかかり方、これはデーモン閣下と迫井医

政局長も出られてキャンペーン、様々やられております。私、それを否定しませんが、上手な医療

のかかり方、これも大事だと思いますが、上手な医療の届け方が、私、今できていないと思ひん

です。

例えば、ワクチン。ワクチンのリスクコミュニ

ケーションが非常に大事だ、これはもう言うま

でもありませんが、本来なら、今御高齢の方、接

種が来週から始まるということですが、御高齢な

方ほど不安に思つていきますよ。やはり、基礎疾患

を持つているし、過去にアレルギーをした経験もあ

る、そのことを誰に一体相談したらいいの。簡

単にかかりつけ医と言つてもいいの。国民の皆様が思つて

いるのは、例えば、膝の痛みであれば整形外科のかかりつけ医、そして心臓病があ

れば内科のかかりつけ医、だけれども、いざとい

うとき、今回のワクチンや、コロナ禍で発熱を

したら、じゃ、一体誰にアクセスしたらいいんだ

と。

私が言つて

いるのかかりつけ医は、前に予算委員

会のときに、イギリスのGPに近いかどうかとい

う話をしましたが、これは資料の一番後ろに示

てあります。各国、かかりつけ医の制度化、家庭

医というものがあ

るわけです。イギリスは半世紀

以上の歴史があり

ますけれども、フランスもオラ

ンダも二〇〇〇年代に入つて、いわゆる人口構造

の、また疾病構造の変化に伴つて、このプライマ

リー機能ケア、プライマリ機能を発揮する部分

が非常に重要になつてくる。

先日

の尾身先生の答弁も、尾身先生、自治医大

の一期生、そういう地域医療の中で、やはりこの

総合診療を担う医師、この位置づけが我が国は

抜け落ちて

いる、そういう御発言だつたわけ

です。そういう問題意識。

それで、大臣は度々、緩やかなゲートキーパー

という言い方を

しますが、緩やかなゲートキーパーつて一体何ですか。御説明していただ

きたいと思ひ

ます。

○田村国務大臣 日本の国はフリーアクセスとい

うのは、もう委員よく御承知だと思ひます。その

中で、確かに、英国のようなGP制度、これは皮

膚科も眼科も全て、まずはそこがゲートキーパーになるのでありましょう。

ただ、日本の場合には開業医が細分化されており、これに関しては、言われるとおりかかりつけ医、それはもう、言うなれば整形のかかりつけ医であり、眼科ならば眼科のかかりつけ医、行きつけのお医者様、皮膚科もそうでありましようが、ただ、例えば慢性疾患でありますとか感染症、風邪だとかそういうような感染症、こういうものに関しては、これは内科と言った方がいいのかも分かりませんが、高齢者の方々は結構かかりつけのお医者様はおられて、そういうところでいろんな対応をされておられるという意味。私はそういうことを含めて、緩やかなゲートキーパーと。

イギリスが言っているみたいに明確に何もかもここというのではなくて、フリーアクセスの中で、また細分化されている専門的な開業医の中において、それぞれにおいているんな、自分の健康をふだんから診ていただいております方々。

これは高齢者というのが主になってまいります。それはなぜかというと、一番医療を受けられる方々でありますから。若い方々に対してそういうのがなかなかないというのは、これは確かに問題意識を持たなきゃいけないところ。それから、地域によつてはなかなかそういうものが見つけられないという地域もあると思います。そういう問題意識はしっかりと持ちながら、このかかりつけ医機能というものをしっかりと進めてまいりたいというふうに考えております。

○中島委員 その曖昧さが、私は、国民を混乱させている、そして、先ほどの医療審議会での委員の御発言、そして尾身先生の御発言でもそういうことを明確に言われていますし、私もそういう問題意識を持っています。

私、最後の、プライマリーケアのところにあります、これはもう我が国で浮き彫りになった、コロナでの最大の課題だと思います。かかりつけ医をやはり制度化するべき、私は日本版家庭医制

度と言っておりますが、この議論についてはまた引き続きさせていただきたいと思えます。

今日は質問を終わります。ありがとうございました。

○とかしき委員長 次に、尾辻かな子さん。

○尾辻委員 立憲民主党の尾辻かな子です。

まずは、やはり今喫緊の課題であります新型コロナウイルス感染症のことについてお伺いをしたいと思っています。

まず、田村大臣、今日お昼に、大阪は八百人を超える、八百人台後半の感染者。大阪で八百人を超えるのは初めてです。まず、この人数について、受け止めをお伺いしたいと思います。

○田村国務大臣 大阪は、急激な感染拡大をしております。蔓延防止重点策を打ちましたが、打った時点は、二週間前、約二週間前と言った方がいいかも知れない、数字でありまして、その効果はまだ表れるのは先でありますので、その間はまだ感染拡大する可能性は十分にあるという危機感の下で、医療提供体制でありますとかいろいろな対応を取っていただかなければならないということ、これは大阪府の方にもお願いをさせていただいておるような次第であります。

○尾辻委員 私は、このまま蔓延防止等重点措置の効果が表れるまで待っていていいのかという問題意識を持っております。

というのも、昨日も七百十九人でした。四月三日が六百六十六人ということで、本日に急激に増えてきております。大阪の重症病床ですけれども、使用率六六・五%なんです。実運用病床で見ると、もう既に運用率は昨日の時点で八六・

一%。軽症中等症病床も、使用率が四八・九%で、運用率で見ると五七・八%です。分科会が示した六つの指標でいくと、ステージ4の指標が定められている三つの指標全てにおいてステージ4なんです。ただ、ちょっと細かく置かれている重症病床の使用率だけステージ3なんです。ということ、これはほとんどどうステージ4になっていると大阪は言わざるを得ない状況だと思

います。

お隣の兵庫県も同じで、病床使用率が七二・三%、重症の病床使用率も六三・七%。特に神戸市は、病床使用率が九割、市内の医療機関での通常の入院や手術件数を制限しているということ、このままではいけない状況が生まれている。つまり、これはステージ4だ、もう感染爆発段階にあると判断すべきだと思いますが、田村大臣の御認識をお伺いしたいと思います。

○田村国務大臣 そういうことなので、蔓延防止重点措置を大阪も要望されて、国としても必要であらうと。

といいますのは、何を申し上げたいかというと、今とにかく、今の数字は二週間前ですから、何をやったら、これから蔓延防止重点措置の効果が出るまでは数日間あるわけですよ。その間は、要は、感染者は増えますから、結果的に、病床の確保、それからあと療養施設の確保、もし在宅という話になれば、そこに対しての健康観察、医療のしっかりとアクセス、こういうものをやっていただかないと、今更何をやってもこの何日間かは感染者は増えます、これはもう間違いない。今までやってきたことの結果ですから。

だから、そこはしっかりと、病床等々も含めて、患者の方々に対応できるようにするという対策を組んでいただかなきゃならぬということ、だからこそ、我々は、三月の二十四日でしたかね、四月にもそういう状況が全国的に広がるかも分からないので対応をお願いしたいという文書を出させていた。大阪でもその体制を今組んでいただきたことあると思いますが、もう一段頑張っていたら対応いただくと同時に、二週間後に向かっちゃったしとした感染防止策を今この足下で対策を講じていただく、これが大変重要なことだというふうに考えております。

○尾辻委員 蔓延防止等重点措置は四月五日からです、おとつからですから、これはもう全然間に合っていない状況です。これから増えていくということになると、やはり何らかの措置が必要

で、私はそれは緊急事態宣言だと思っております。

今日は尾身先生にも来ていただいております。まず、尾身先生にお伺いしたいと思いますが、大阪で今日の感染者数が八百人台後半だと、史上最高となりました。まず、先生の受け止めをお聞かせいただければと思います。

○尾身参考人 今委員がおっしゃるように、感染の報告数は増えていきますよね。私は、今ここで一番大事なことは、感染が拡大しているこの傾向をどうやって下方に転じることがかというに全力を注ぎたいと思います。

そういう意味では、私は、いわゆる去年二回目にやった緊急事態宣言と違って、もう少し更に、あのときは飲食店の時短ということを中心にしたけれども、今は感染源のクラスターが多様化していますから、いろいろなクラスターの感染源に近く、より直接的な介入をするということが必要だと思えます。

だから、緊急事態宣言が蔓延防止重点措置かということも大事ですけども、それよりも、今この大阪の状況を下方に転じさせるためには、今までもよりもっと感染源に近いところへの直接介入。そういう意味では、一つの例で私が申し上げたのは、例えば、飲食店の見回りだとか、飲食店のしっかりと感染源対策をやっているところ、そこを余り前はやっていないわけですよ。そういうことが今一番求められている。

もちろん、今やっていることが全然本心に駄目であれば、そういうことが分かれればもっと追加をしなくちゃいけないので、じゃ、追加することをやるのが本心に緊急事態宣言を出さなければいけないのかという議論は私はすべきで、ともかく今は、起きているこの状況を早く下方に転じさせるためにできることは全てやる、特に感染源に近いところでの介入を強くやるということが一番大事だと思えます。

○尾辻委員 四月五日からそのようなことはされ

ているわけですが、本当にそれだけで感染の再拡大が止まるのかという部分が大きな議論になるかと思っています。

先生、受け止めの中で、今、大阪は八百人、田村大臣はこれから更に増えるだろうというふうに発言がありました。例えば大阪であれば、一体何人ぐらいまでこの感染者は、今は直接的なそういう飲食店への働きかけはありますけれども、広がると予測をされておられるでしょうか。

○尾身参考人 いわゆるシミュレーションということで何人というのは、いろいろな仮定を置いていろいろな計算はできますけれども、はつきりしていることは、今、先ほど大臣がおっしゃっていましたが、強い措置をやつて、今回の大阪も、変異株の影響は多少ある可能性は否定できませんけれども、私は、急激な拡大の主たる原因は、今のところ大阪は変異株じゃなくて人々の行動だと思っています。特に若い人を中心に、かなり、いわゆる元の生活に戻る、これは人々の自然の気持ちです。その反映だと思っております。

で、この蔓延防止の重点措置というのが、一般の、今自治体も非常にしっかりと知事を始めやっていただきますよね、そのメッセージがどれだけ大阪の人々に伝わるかによって、人々の行動、感染のリスクの高いような行動をどれだけ避けるか。そのことが一定程度効果があらは下がることは間違いないと思いますが、どのぐらいのスピードで下がるかは、これは、人々の行動と、あと、自治体のやる気、この二つの総和だと思います。

○尾辻委員 大阪は二月いっぱい緊急事態宣言が解除されております。四月五日からの蔓延防止等重点措置は、正直申し上げて、先生も多分人流とかを見ていただいているので御承知かと思いますが、余り減っている効果はなく、送迎会などが行われているという状況です。

これは、私は、もうリバウンド、先生がリバウンドを起こさないことが大事だとおっしゃっていましたが、リバウンドの感染再拡大、もうリバウンドしているんじゃないか、そういう状況

かと思うんですが、尾身先生はどのように捉えていらっしゃるでしょうか。

○尾身参考人 もうこれは、大阪の場合にはいわゆるリバウンドが起きていると思いますから、これを早く下方に転じることが重要だと思います。

○尾辻委員 今、先生は、行動の方が一番増えている状況ではないか。ただ、一方で、やはり、今、変異株のスクリーニング検査をすると、昨日ですかね、西村コロナ担当大臣も、兵庫県は八割が変異株に置き換わっている、大阪も七割が置き換わっている、そして、変異株は感染力が強くて、重症化、死亡するリスクが高くて、回復も遅いと言われていたわけですね。

先生が今おっしゃっていただいた飲食店への直接的な働きかけ、これと蔓延防止等重点措置で下方に本当に行くんだらうか。私は、緊急事態宣言という言葉、これがやはり人々の行動の変異を促すと思うんですね。蔓延等防止重点措置というのは、正直言つて、あつ、緊急事態宣言じゃないんだ、じゃ、大丈夫だねという人々の行動になつていくんですね。

なので、私は、やはりこれは、先生、科学者として、そして専門家として、ここは緊急事態宣言が必要ではないのか、蔓延防止等重点措置だけでは足りないんじゃないか、その辺りをもう一度先生の御意見をお聞かせください。

○尾身参考人 今回は蔓延防止重点措置は初めてですので、人々がどうこれを受け取るかわかりませんけれども、今までのいろいろな情報を分析しますと、比較的若い人たちは、いわゆる国や自治体の強い介入ですと、緊急事態宣言だったり蔓延防止重点措置だったたり、この単にお願いベースじゃなくて、国や自治体が汗をかいて意思を決定したという強いメッセージが実は若い年齢層には効く。一方、高齢者の方は、どちらかというと、そういう国や自治体の強い政策決定よりは、感染の数が増えていること自体を身につまされるところがありますね、それで効くという傾向があります。

したがって、今回は初めてなので、蔓延防止等重点措置というものがどういうイメージを一般の人、市民があれするかは分かりませんが、私の期待は、これは、今は、特に六月までの高齢者にワクチンが行くまでは、ここで本当に医療が逼迫すると困りますから、それはワクチンの接種にも影響しますから、これは、自治体、国も、言葉は違いますが、危険感を感じて、今委員おっしゃるけれども、危険感を感じて、今委員おっしゃるような変異株の問題があるので、今まで以上に、この六月までは懸命に何とかというメッセージを国や自治体が出すだけじゃなくて、いろいろな行動をするということ。

そうすれば一般の市民にも伝わると思うので、私は、今、言葉のイメージというのは確かに大事ですが、蔓延防止重点措置でも実は危機感を感じ前よりも強い危機感を持っていますので、そういうメッセージを我々みんなが、国、自治体、それから一般市民もそれを受け取って行動することが非常に今求められていると思います。

○尾辻委員 その尾身先生の危機感ができるだけ、特に蔓延防止等重点措置の地域に届くように、これは正直言つてやはり届いていない状況があるかと思っています。これは私たちも努力をしようという思いです。先生、ステージは、もうステージ4のところがほとんどの指標になつています。新たな指標も出されるということですから、その指標に基づいての提言を是非お願いしたいと思っています。

これ以上感染が広がった場合には、そういったことも、緊急事態宣言等も検討していただけないでしょうか。いかがでしょうか。

○尾身参考人 今委員がおっしゃった新しい考え方ですと、これはもう近日中に出そうと思っておりますが、我々の考えですと、

実際問題としては、事実としては、宮城だとか大阪はその考えが出る前に残念ながら感染が行つたので、蔓延防止重点措置を出した時期について早かったのか遅かったかという議論はあると思いますが、私は、なるべく早く、我々分科会の

こういう蔓延防止重点措置の肝という緊急事態宣言との違いは、緊急事態宣言というのは慎重に、抑制的に出すというのが私は法律の趣旨だと思ひますけれども、それに引き換え、蔓延防止重点措置というのは、むしろ機動的に、しかも先手を打つて出すということですから、そういうことが実際に行われるような提言を近々したいと思っています。

○尾辻委員 ありがとうございます。

本当に今大阪は危機的な状況、兵庫も危機的な状況だと思いますので、また先生には強いメッセージをしっかりと発していただければと思います。

尾身先生、お忙しいところありがとうございます。以上で先生への質問は終わりますので、御退席をお願いいたします。

今、コロナの話をしてまいりました。ちよつと変えまして、統計の話、今日の朝、長妻委員もされていまして、本日の朝の東京新聞でですが、賃金統計で短時間労働者の賃金の集計について大学教授や医師らを加えた、しかし、これを総務相に申請をしていなかったということが報じられていたわけですね。

たしか、午前中、大臣は違法性はないということをおっしゃったかと思うんですが、違法性がないということと問題がないということはまた別かと思ひますので、改めて、これは問題はないのか、違法性と問題がないのか、これは大臣が答弁されたことですので、大臣にお答えいただければと思います。

○田村国務大臣 私は、違法性はないとかではなくて、総務省に確認しますということをお願いしたので、確認していると思ひますので、事務方に答えさせます。

○鈴木政府参考人 お答え申し上げます。

午前中も大臣が御答弁いたしましたとおり、賃金構造基本統計調査におきまして、短時間労働者に係ります賃金の集計から、従来含めておりませんでした医師や大学教授などのうち、一時間当た

りの所定内給与額が著しく高い者を集計の対象から除外してありましたところ、令和二年の調査からこれを含めまして短時間労働者全体を集計対象としたものでございます。

これにつきまして、大臣の御指示もございましたので、改めて総務省にも確認したところ、統計法上におきましては、第九条第二項にある基幹統計の承認申請に当たりましては、集計事項は記載することとされておりますけれども、本件のようなこういった集計対象といった、集計方法や集計上の定義については記載を要しないと私どもも理解しておりますし、総務省にも確認しましたところ、そのとおりだということでございます。

したがって、統計法上も問題がございませんでしたし、この申請に当たりましての様式につきましても、これで問題がなかったと私どもは認識してございます。

○尾辻委員 問題はなかったということですけれども、例えば、元々統計委員長だった西村清彦政策研究大学院特別教授は、本来、本来というのは私が入れましたね、申請して統計委員会に諮問されるべきだったというふうに答えておられるわけですか。

逆に、総務省にお聞きいたしますけれども、じゃ、総務省としては、今回申請がなかったことについて、これは問題はない、そして、だから申請がなかったわけで、諮問もない、これについては別に構わないということなのか、お答えいただけますか。

○岩佐政府参考人 お答えいたします。

今、統計官の方からお話ございましたけれども、統計法では、賃金構造基本調査などの基幹統計調査、これを変更する場合には、総務大臣に、必要事項を記載した承認申請書、これを提出をしていただきます。軽微な事項を除きまして、統計委員会の審議を受けることというふうにされております。

具体的には、総務省が定めます様式に調査計画の変更事項を記載するという形を取っております。

て、細かい変更点を全て申請するという形にはなっております。

集計につきましては、集計事項、例えば、今回ありますと、短時間労働者と賃金、そういった集計をするというふうな申請ということでございまして、その集計方法ですとか細かい集計値の定義などについては元々申請事項とはなっておりませんので、そういったところについては、むしろ、統計利用者における誤解が生じないよう、実施者の方で十分な周知とか、そういったものをしていただくというふうに考えてございます。

以上でございます。

○尾辻委員 ということは、今の答えでいうと、統計法の第九条の四項かな、「総務大臣は、第一項の承認の申請があつたときは、統計委員会の意見を聴かなければならない。ただし、統計委員会が軽微な事項と認めるものについては、この限りでない。」つまり、これは軽微だったということでしょうか。

○岩佐政府参考人 軽微な事項だったということよりは、集計事項として御申請いただくのは、例えば短時間労働者掛ける賃金について集計をしますよということでございます。その中身の細かいところ、そういったものについては、公表のところで各府省の方できちっと御説明をいただくという事項になっている、そういう整理でございます。

○尾辻委員 私は、厚労省に任せるといような総務省のちよつと他人事的な、統計を預かる基幹統計が問題ないということになるのは、これは大問題だと思ひます。それであれば、この仕組みは一体どないなっているのやと言わざるを得ませんし、二〇一九年までは賃金千四百八十八円だったやつが、いきなり、大学教授や医師を入れて千四百十四円に、二二%上昇しているんですよ。これをもつて本当にこれでいいのかということ、先ほどどちよつと総務省の方が申し上げたように、それであれば、分かるようにちゃんとやらなければいけないと言っているんですね。

厚労省が今回出したものは、新しい基準に基づいての遡りはやっているんですね、新しい基準に基づいて。でも、やはり統計の公平性というのなから、この今までのやり方に基づいて二〇二〇年度はどうだったかというのが分からなければ、これはやはり分からないわけです。この旧基準に基づいた計算、これも出すべきじゃないですか。

○鈴木政府参考人 お答え申し上げます。

今回の集計方法の変更にあたりましては、令和二年の賃金の公表資料におきまして、まず、集計方法についてこういう形で変更になったと書いた上で、集計値を見る際に特に注意を要する点ということで特記したことで、集計対象から除いていた者について、短時間労働者全体を集計対象とすると注意をした上で、さらに、短時間労働者一時間当たりの賃金の推移につきましては、新集計の方法によりまして平成二十七年から令和元年まで五年分遡って、従来の公表値との差も含めてお示ししているところでございます。ここにつきましても、更に平成十八年まで遡りが可能でございますので、そういったところからも順次掲載していく予定でございます。利用者の利便性に配慮したいと考えてございます。

また、もし研究者の方で、従来の集計の方法で令和二年の数字が欲しいという方につきましては、統計法に基づいて申請いただければ、そういったものにつきましての集計も御要望に応じてできる格好になってございますので、そういったものも利用していただけたらと考えてございます。

○尾辻委員 統計法に基づいて研究者しか分からないということであれば、やはり年が替わったときの正確なあれが分からないと思うんです。旧方式の方もきちっと公表すべきだと思います。いかがですか。

○鈴木政府参考人 私ども厚生労働省において設けられました厚生労働統計の整備等に関する研究会の中のワーキンググループに諮りまして、令和二年以降の集計方法について、こちらが現時点では適切だということで導入したものでございませ

す。したがって、令和二年の数値については、この方法によってお出しすることが最も適切だと思ひます。

ただ、それについて、従来の接統性が統計としても重要になりますので、それについては現行の方式を遡ってお示するという形でお示ししているところでございます。

なお、先ほど、もし研究者の方で必要な方についてということにつきましては、先ほど申し上げたとおりでございますので、こうしたことによつて丁寧に対応してまいりたいと考えてございます。

○尾辻委員 同じ答えになっているんですけども、やましいところがないなら、旧方式のこれも出していただければ一目瞭然で違いが分かるわけですから、大臣、問題はないということですよ、ね、と言っておられるんですから、旧方式の方の時給も公表していただけないか。

学者が申請したときだけ数値を出しますじゃなくて、統計というのは、特にこれは基幹統計ですから、その方式を変えて千四百十四円というので見ても分からないわけです。千四百八十八円という二〇一九年までの計算方式で二〇二〇年の分も幾らなのかということは、すぐ計算できるはずですから、出していただけないでしょうか。

○田村国務大臣 今回の新たに三千円を超える時給の方々を集計の対象に入れた、医師でありますけれども、これ自体はワーキンググループでお決めになりましたことですから、これは妥当だということ委員も御理解いただいているんだと思ひます。

その上で、これは継続性、接統性を考えて五年まで遡ってお出ししています。さらに、平成十八年まで遡れます。ですから、それを見れば分かるわけで、もし仮に今までのを出し続けると、これはダブルトラックですと走って、またどこかで変えれば今度はトリプルトラックで走って、どんどんどんどんお示しする統計が増えてきちゃう、それこそそれを御利用される方は何のことか分か

らないという話でございますので、今回変わったというところで、これを出しすると同時に、その接続性も含めて、ちゃんと今までの数字とどういうふうな変化があるかというのは分かるような形でお出しをさせていただいているわけでありまして、そこは御理解をいただけるものというふうに考えております。

○尾辻委員 毎月勤労統計のときもそうでしたけれども、結局、計算方式を変えることで元々の計算が分からなくなるということが起こっているわけですから、これも同じようなことだというふうに思います。

です、私は今の答弁は納得していませんけれども、今日は医療法ということなので、また次のときにやってまいりたいと思います。

やとと医療法でございますけれども、まず、今回、我が党は修正案も併せて出させていたいただいて、今回の地域医療構想ではやはり足らざる部分があるということ、また、例えば、四二四、今四三六になりましたけれども、公立・公的病院の削減とか、感染症に対するやはり今までのやり方では駄目だということで、修正案を出させていただいているわけです。

この修正案においては、地域における病床機能の分化及び連携の推進の在り方に係る検討規定という検討規定と、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関する検討規定、二つの検討規定を設けたということですが、この二つの規定の違い、そして趣旨はどういったものなのか、お聞かせをいただければと思います。

○西村(智)委員 お答えいたします。

まず、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等に係る検討規定は、政府に対して、速やかに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた課題を十分に踏まえた地域医療構想の見直しを適切に行われるように、地域において必要な病床機能の在り方に特化して検討を求めるとでございます。

また、今後の後期高齢者の急増による医療、介

護のニーズに対応するためには、地域医療構想による病床機能の分化、連携を併せて、在宅医療や介護等の体制の整備も行うことが必要となっていくことから、政府に対して、地域医療構想の見直しに併せて、地域において必要となる介護等の提供体制の在り方も検討することを求めています。

一方、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関する検討規定は、政府に対して、平時と非常時の両方の課題を踏まえた地域における医療提供体制全体の在り方について検討を求める規定でございます。

そして、当該規定においては、検討すべき事項として、具体的に、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に係る調整の在り方、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正に係る調整の在り方、新興感染症が蔓延した場合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在り方などを挙げているところであり、私たちとしては、これらの事項が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とつて必要であると考えております。

また、特に、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた課題を踏まえまして、今後、新興感染症が蔓延した場合等において、患者の医療等を行った医療機関が赤字となったり、勤務する医療従事者の待遇が悪化しないようにするためのスキームについて検討していくことが重要であると考えております。

○尾辻委員 ありがとうございます。

やはり、地域医療構想をやるときに、どうしても医療だけになって、介護のことが置いてけぼりになっている。でも、併せてやはり介護の提供体制というのもセットにして考えていかないと地域にとつての最適解にならない、私はそう思いますので、是非この修正案を皆さん検討いただければというふうに思います。

今回はコロナ禍での地域医療構想の議論ということなんですけれども、そもそもなんです、や

はり病床再編の議論をするのであれば、今回、まだ渦中ではありませんけれども、やはりこのコロナによって病床がどのように、今も逼迫しておりますのであれなんですけれども、例えば第二波のときの逼迫、第三波のときの逼迫、こういったものをまず検証しなければ、なかなか新しい地域医療構想というところにはたどり着かないと思います。

なので、病床再編議論をする前に、やはりコロナ病床逼迫の検証をまずすべきだと思いますが、この優先順位について、大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 この年末年始の急激な感染拡大で生じたいろいろな問題というのは、もう既に、いろいろな問題自体は、分析といえますか、もう明白に分かっているわけでありまして、例えば、スピードが追いつかなかったという問題が一つあります。つまり、病床確保は昨年の十一月から厚生労働省が各都道府県にお願いを、フェーズを上げてくださったというお願いをいたしておりました。ただ、それ以上の感染拡大、つまり、専門家の方々も予想していなかったとおっしゃられるアドバイザーボードの先生方がおっしゃられるんですが、一週間、二週間で倍に新規感染者が増えていくというような問題がありました。でありますから、そういうスピードの問題が一つあると思います。

それからもう一つは、それに併せて、どこの病院のベッドに入っていたか、それとも療養施設なのか自宅なのかという調整機能、これがやはり目詰まりが起こつて、待機者という形でかなりの方々が出られたという問題もあります。あとは、重症者、中等症者、そして、回復された方でもまだ自宅に帰れない方々を受け入れる後方支援病院、これは、コロナ病院じゃなくて一般の病院がこの担当になっていただく。もう感染のおそれがないという方々でありますので、ここがうまくつなげていかなければ、どうも、本来もう退院してもいいんだけど、そこにずっとおら

れるがために病床を逼迫させた、こういう課題もある。つまり、役割分担をどうやって担っていたか。

それから、在宅でおられる方々に対しての健康観察、ここに関しても保健所の機能の問題がある。

というふうなことで、既にいろいろなことを検証する中においてこういうものも含めてこの地域医療計画の中に御勘案いただきたいということでございますので、もちろん、これからまたいろいろな課題の分析はしますけれども、まずは、今、今回のことを含めたいろいろな反省は一般の中にしっかりと入れさせていただくと同時に、地域医療構想の中も、当然、今コロナでこうなっていますから、それも踏まえた上で再度お考えをいただきたいということでございますので、今般の経験を踏まえた上で計画をお作りをいただけるものというふうに思っております。

○尾辻委員 検証するという答えはいただいております。

やはり私は、これをちゃんと検証してから病床再編議論をするべきだと思いますし、地域医療構想、次の地域医療計画は五疾病六事業ということになるわけですが、これは二〇二四年からの地域医療計画なんです。つまり、今は二〇二一年です、三年後ということになります。

本来、やはり、このコロナを受けてしっかりと地域医療構想をやつていかなきゃいけないくて、二〇二四年からちゃんとやりますでは、ちょっと私は遅いんじゃないかと思えます。ここについて、大臣、いかがでしょうか。

○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、御協力をお願いいたします。

○田村国務大臣 これも、国の基本方針を作つて指針を作つた上で、地域の指針をお作りいただきながら最終的に計画を作らなきゃいけないので、そういう意味では、今言われたようなコロナの対策は対策でしっかりと今足下のことをやつて

いただきますけれども、地域医療計画という意味からいたしますと、そういうプロセスを踏まなきゃいけないということもございまして、一定の期間が必要だということは御理解いただきたいというふうに思います。

○尾辻委員 やはり、時間がかかり過ぎるのと、公立・公的病院の位置づけというのをもう一度私はしっかりと、このコロナで果たした役割というのを見直して検証をもう一回やり直さなきゃいけないと思うんですね。本当はやはり、この四百三十六になったまずこの再編のところを撤回してからもう一回地域医療構想は議論すべきだということをお願いして、私の質疑を終わります。

ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、山川百合子さん。

○山川委員 立憲民主党・無所属の山川百合子です。

早速質問させていただきます。まずは、医療法等の一部改正についてです。

これまでも、また今日も繰り返し出ておりましたけれども、私も同様なんです、私の基本的スタンス、本会議の席で、代表質問でも述べさせていただきました。このコロナ禍で、ましてや第四波が懸念され、また変異株の感染拡大する中、こういうときに、医療逼迫が心配され、医療現場がコロナ対策に追われている中、医療スタッフの方々は過重なストレスの中で戦ってくださっているときに、病床削減とか再編の議論をすべきではないんじゃないか。

先ほど、尾辻議員も、また川内議員もありましたけれども、やはり、コロナの経験を、ちゃんと課題を整理して、それからもう一回改めて見直すということが必要なんじゃないか、また、公立・公的病院の再編というのは一度白紙に戻して、このコロナ禍で果たしている役割というものをしっかりと確認した上でやるべきではないかというふうに私も思っているわけでありまして。

しかし、ずっとこの議論というのは繰り返されていると思うんですが、大臣も、そういう面もある

けれども、そうはいっても人口減少という片側で現実もあるんだから、それはそれとしてやらなきゃいけないというようなことをずっとおっしゃっていられているわけでありまして。

そこで、まず確認しておきたいのは、何回か出てはおりますが、基準病床数を越えた計画が都道府県側から上げられてきたとき、うちはいろいろコロナの経験を踏まえてもうちょっと基準病床数よりも多くのベッド数が必要だというようなことが上がってきた場合は、それを認めるか。そして、そのことに対して、いわゆる予算的な措置もするのとかどうか、何か特例という制度もあるみたいなこともちょっとレクでは聞いたんですが、それども、その点について確認をしておきたいと思いま

す。

○田村国務大臣 基準病床数というのは、人口や入院受療率等々で機械的に出してくるわけでありまして、これは地域医療計画の中でお決めたただ数字であって、これにのっとって病床を調整していただくというようなことであります。

でありますから、地域医療構想というのは、言うなれば、二〇二五年、さらには二〇四〇年に向かってという話の中でお作りをいただきますので、地域医療計画以上のものを構想で足下お作りになられるということは、都道府県が地域医療計画を作られますので、基本的には余り考えられないことではないのかなというふうに思っております。

○山川委員 資料でもちょっとおつけしたんですけれども、自治体側から上がっている要望の中にも、資料一ですけれども、これは私の地元の埼玉県であります、最後のところに、「各県が確保した新型コロナウイルスの受入病床数に見合った病床数を基準病床数及び必要病床数に加算するなど、制度の弾力的な運用を図るよう要望いたします。」という、自治体からも上がっていますので、是非これはきちっと考慮していただきたいというふうに思っているわけでありまして。

時間も限られているので、あと三つほど医療法

改正について簡単に質問させていただきますが、これは今日の議論にもありましたけれども、コロナ対応ということで、一般病床を新興感染症のときには感染症対策に回していくというような調整をそれぞれの地域でやってほしいというような調整をそれぞれの地域でやってほしいということなんですね。今、今回、自宅療養とかホテル療養、隔離の一環としての自宅だったりホテルだったりということですが、これは今回いわば臨時的に取られた措置というふうに私は理解しているんですが、今回のコロナを経験して、今後新興感染症のときは、基本的に、軽症とか中等症の場合は、そういうホテルとか自宅ということは今後も対応としては行っていくのかどうか。つまり、一般病床をそういう人たちが埋めるかどうかということと連動して考えると思うんですね。そのところの確認をさせていただきます。

○田村国務大臣 新型のインフルエンザ、致死率の高いものを想定していた場合は、多分、医療機関に入っていたかどうかという話になるんじゃないかと思いますが、コロナというのは、症状が出ない感染者がかなりの割合、研究によると、半分おられるというような研究もあります、そういうような疾病であります。

ということとは、どういうことかという、新興感染症、二類感染症でございますので、そういう意味では、どこかで療養していただかないと、うつす可能性がございますから、判明した時点で、軽い方も含めて、どこかで療養いただくかなきゃいけない。その一つの考え方として、ホテルのようなどころで対応いただく。同時に、それがあ程度増えてまいり、感染者が増えてまいりますとホテルでは対応できないという形になってまいりますから、自宅待機というような形も起こってくるわけございまして、そういうものも地域医療計画の中で事細かく想定をしなきゃいけないのかも分かりません。

今般のようなことは今まで余り想定していなかったものであります、この新型コロナウイルス感染症のようなものは、でありますから、これは

新たな我々としては経験ということでございまして、これからのいろいろな計画を作る中で参考になってまいるといふふうに考えております。

○山川委員 ありがとうございます。

今回は今までに経験したことのない経験をしているということで、それを踏まえて計画をということなんです、やはり、それを踏まえるに当たっても、もう少しちゃんと収束をして、経験を積み重ねた上で整理して、そして計画に反映させていくということが大事じゃないかというふうに思っていることを再度指摘させていただきます。

それから、三つ目なんです、医療法の一部改正ですが、タスクシフト、タスクシフトについて一つ伺っておきたいというふうに思います。

これは、いろいろな技師をメインとした、技師の方が、医師や看護師が担っていた医療行為に当たるような部分も技師さんが担っていくようにする見直しだということに理解しています。

そして、この見直しに当たっては、その前に関係団体からもヒアリングをしているということと伺っているんですが、私もちょっと技師の方になどなのとお話を聞いてみたところ、そうはいっても、今までやってこなかったことを新たにやるとなると、自分もそんなに若いわけでもないし、今からそれを担うのも大変だというふうな、ちょっと、余り積極的ではないというふうな意見もございました。

例えば、造形剤の注入などもこの見直しの中ではタスクシフトの対象になっているわけですが、造形剤というのは非常に、私も自分で経験したこともあります、それなりのやはりリスクを伴うものでありますし、やはり、こういう行為を今までやられていなかった方がやるとなると、資格を取る前の方であれば、ちゃんとそこを研修して、資格の中に入ってくる、取るための条件として入ってくるでしょうし、資格を持っている方については、研修などをして十分対応していかなくちゃいけないと思うんですね。

しかし、必ずしもそれを皆ができるかどうかというちよつと心配もありますけれども、その辺についてどのように対応されているのか、伺っておきたいと思います。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

議員御指摘の、今般の法令改正により業務拡大をする、そういった団体も含めましてヒアリングを行っています。提案された業務をベースに議論を行って、合意が得られたものについて今回対応させていただくところでございますけれども、その検討会の中でも議論がありました。安全性を担保する観点から、今般の法令改正に合わせまして養成カリキュラムの見直しを行うこととしております。

診療放射線技師あるいは臨床検査技師については来年度から、それから臨床工学技士については再来年度から、養成機関において、法令改正に追加される業務に関する内容も含めたカリキュラムの下で学ぶことができるようにしております。

もう一つ議員が御指摘の、既に資格を取得された方、これにつきましても、見直し後の養成カリキュラムの下で学んでおられない場合につきまして、法令改正によつて追加される業務を実施するために、厚生労働大臣が指定する研修において必要な知識や技能を修得する必要があるというふうにしておりまして、この研修についても、関係職能団体の協力を得ながら、施行期日が本年予定しております十月一日までに開始できるように準備を進めてまいりたいというふうに考えております。

○山川委員 ちよつと時間も限られているので、どんどん行かせていただきますが、そして、もう一つは病床のことですが、慢性期の病床削減は、在宅医療を主として、その受皿となることが大前提となっています。

しかし、その在宅医療を担う医師や看護師、また、在宅医療と連動する介護の従事者の確保が非常に難しい状況が今ありますし、ましてや、このコロナ禍で更にその人材確保が難しくなっています。

す。外国人の方々の担い手も、なかなかそれも今は難しくなっているんじゃないかというふうに思っています。

この病床削減に当たつて、介護との連携についてはどのように、きちつと人の手配も含めて準備されているのかということをお伺いしたいと思います。

○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、高齢化に伴つて、慢性期の患者さんがおられます医療需要に対応するために、病床以外の対応が可能な方について、在宅医療、介護サービス、こういったことを考えていくことは非常に重要でございます。

各都道府県、これは医療計画において在宅医療の提供体制確保に関する事項を定めておりまして、これに基づいて体制整備を取り組んでいるというところでございますけれども、在宅医療等の提供体制の整備に当たりましては担い手の人材確保が非常に重要な論点になります。

私どもといたしましては、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域において在宅医療の普及に当たつている中心的な役割を果たす人材、この育成をするともに、地域医療介護総合確保基金を活用いたしまして、都道府県において在宅医療を担う人材育成に取り組む際の財政の支援を行つておるところでございます。

近年では、看護職員、あるいは理学療法士、作業療法士など、訪問看護ステーションにおける従事者数は大きく増加をしている状況にございますけれども、引き続き、国と都道府県が連携をしながら、こういった人材の確保に取り組んでまいりたいと考えております。

○山川委員 地域医療構想においては、病床とともに、やはり人の確保というのがとにかく大事なことです。この点も地域医療構想の中ではしっかりと現状、実情を見ていかなければいけないというふうに思っております。

それでは、続いて、ワクチン接種が停滞しているのがようやく動き出すんじゃないかということ

になっておりますので、この点について確認等を行つておきたいというふうに思います。

資料の二、これは厚労省の、四月二日時点で出されているスケジュールであります。

まず、確認なんです。これまでいろいろなところ、ワクチンの供給についてはいろいろな発表があったりとかしましたが、それがどんどん遅れて遅れてというところもありまして、自治体としては、準備をしていたんだけど、ワクチンの供給が遅れているので、接種券の発送を遅らせるとか、あるいは予約している集団接種会場の予約をもう一度見直すとか、いろいろな対応を迫られてきているわけでありまして。

なので、まず確認しておきたいのは、ちよつと時間もないので三つ伺つてしましますが、四月二日時点のこのスケジュール、これはもう確定で大丈夫ですねという、そのことを確認しておきたいというふうに思います。それから、五月十七日の週以降のスケジュールはここには出ておりませんが、それについては、いつぐらいに見通しが立つて、このようにお示しいただけるのか。それから、あわせて、これまで供給が遅れている、その遅れてきた原因を、簡単にいいですので、御説明をいただければと思います。

○藤井副大臣 お答えいたします。

現在承認されているファイザー社製のワクチンにつきましては、これは一月二十日にファイザー社と契約締結が行われ、二月十四日に薬事承認が行われたところということでございます。

これ以降、この後、ワクチンの供給につきましては、ファイザー社の生産力やEUの輸出透明性・承認メカニズムなど不確定要素がある中で、順次、確定した供給見通しをお示しさせていただいておるところでございます。

先ほど御質問いただきましたこちらの四月二日時点のものなんですけれども、まさしくそういう意味で、確定した供給見通しということで、四月二日時点のものをお示しさせていただいておるところでございます。

御質問の高齢者への優先接種につきましては、全国知事会、全国市長会及び全国町村会の緊急提言におきまして、段階的に接種範囲を広げ検証、改善を着実に進めるなど、ワクチン供給体制を踏まえた現実的なスケジュールの下、丁寧に進めてほしいという要望をいただいたところでございまして、こうした要望を踏まえまして、四月十二日から始まる高齢者への優先接種につきましては、四月五日の週、十二の週、十九の週と、順次配送されるワクチンの数量を徐々に広げまして、自治体において、配送、システム、会場運営等の段取りを丁寧に確認しながら進めていきたいというふうに、このように考えております。

なお、四月二十六日の週には全ての市区町村に一箱ずつ、合計千七百四十一箱をお届けすることに加えまして、四月二十六日から五月九日にかけて四千箱をお届けし、五月十日から二週間の合計で一万六千箱近くをお届けし、これまでで全国の高齢者のおよそ半分の方に一回接種していただける数量を配送させていただき、六月末までには全ての高齢者に二回接種していただける数量を配送する見込みというふうにしております。

いずれにいたしましても、一日でも早く希望する国民の皆様が安全で有効なワクチンをお届けしたいと考えておりまして、各自治体において円滑に接種が進むよう、緊密に連携しながら、全力で取り組んでまいりたいと思っております。

○山川委員 自治体側のワクチン接種の体制の整備は、自治体によつて度合いも、進み具合というのもあるでしょうけれども、結構、私、いろいろ話を伺うと、かなり早い段階から、地元の医師会などの協力を得て、接種体制をかなり整えてくださっている自治体もたくさんあります。

私、地元は越谷、草加というところですけども、もうしっかりと体制を整えてくださつて、あとはワクチンが来るのを待つばかりというような体制を整えてくださっています。

だからこそ、ワクチンの供給というのが非常に重要なわけでございますが、今日はちよつと、

じや、地元の方ですが、越谷方式というふうに言われておまして、ちょっとそれを紹介させていただきたいと思ひます。地元の接種体制がこれだけしっかりしているんですよというのを、是非大臣にもお伝えしたいなというふうに思ひます。

お配りしております資料の四で、これは私の事務所でイラスト化してみたもので、ちょっと細かいところ、どうやって書き込むとか、余りぐちゃぐちゃにならないように、でもということ、余り細かいところまでは書いていませんが、あと、ちょっと分かりにくい部分があれば申し訳ないとは思ひますが、これは越谷市の医療従事者向けのワクチン接種体制でございます。

この特徴は、基本型接種施設、これは四病院あるんですが、そもそも、元々その基本型の接種施設に指定されるはずであった、大臣も御存じかと思ひますが、秀峰会北辰病院さんが、越谷の医師会さんと協議をして、医師会さんに「ディープリーザー」を置く方がより迅速に越谷市内の医療従事者全員に、希望する従事者全員に接種する体制を整えられるということで、快くフリーザーの設置を医師会さんの方にということで、基本型の指定を医師会さんの方にしてもらう、秀峰会さんの御理解の中ということなんですね。

それで、通常は、国の方針というかは、基本型接種施設で集約的に医療従事者に打っていくというのが基本である、それはワクチンの無駄が出ないようにということもあるということで伺っています。越谷の場合、この医師会さんは基本型ですが、その医師会さんに連なる連携型、これが七十の市内の医療機関、クリニックとか診療所とか、手挙げ方式でやっていたら、六の倍数でちゃんと計画を一つ一つ立てて、本当に大変な作業ですが、それをしっかりとやって、それは去年の末にはもうしっかりとやって、それで、こういうふうにできますよということで、県の方で基本型の指定を受けた、その医師会の七十のクリニックは連携型というふうになったということなんです。

しかも、この特徴は、あくまでこれは医療従事者向けのワクチン接種体制ですけれども、これを経験すること、この医師会さんの基本型に連なる連携型の医療機関というのは、今度、高齢者を始めとする住民の方への接種の際に、これは、全てが全て、全部そのまま自動移行ということではないようですけれども、ほぼ、多くの医療機関がこの住民型の接種にも移行してくださるということで、医療従事者に接種をする、その経験を積み重ねることが出来る。未知の、未経験のワクチンですから、経験を積み重ねないと、やはり、幾らお医者さんでも、副反応に対する対応とか、そういうことに不安があるということでしたが、まず医療従事者に打って、その経験を積み重ねた上で一般の方に打つことが出来るということで、非常に安心、安全の接種体制が組めるということでございます。

これがざっくり言いますと越谷方式なわけですが、やはり、秀峰会さんの御理解と御協力、そして医師会さん、そして医師会さんに連なる先生方、診療所、クリニックの御協力があってこそなんです。でも、これがすぐ早い段階でできていた、そこにワクチンがなかなか供給されないということ、今、医療従事者も、ようやく先週第二弾が届いて、全体で一万人二千人ぐらいのところ、先週二千届いて、最初の一弾と合わせて四千、だから全体の三分の一ぐらいだということ、そもそもワクチンが供給されていけば三月いっぱいですべて打ち終わっていたんじゃないか、こうやってたくさん参加していただいているのですね。

ですので、こういう体制を組んでいただいていること、まず田村大臣、こういう自治体もありまして、一生懸命こういう接種体制を、協力の下、準備してくださっている自治体というのは、これは越谷方式ですが、それぞれ皆さん準備されていると思うんですね、御感想なりいただければというふうに思ひます。

○田村国務大臣 越谷方式ということで、これは

拝見させていただきました。非常に系統立って、分かりやすい体制を組んでいただいているなど。多分、越谷では、この方式が一番接種を合理的に進められる方式ということで、自治体それから関係者、いろいろな話合いの中で決めたんだというふうに思ひます。

まさに、こういうような形で、各地域で一番適した方法を、試行錯誤はあられると思ひますけれども、おつくりをいただくのが、今般、一番地域の住民の皆様方が安心して、しかも円滑に接種いただける体制となつてくると思ひますので、これをそのまま使える自治体もあれば使えない自治体もあると思ひますけれども、一つの事例として、しっかりと他の地域も学んでいただけるようなところがあれば、こういうものを使っていただければというふうに思っております。

○山川委員 ありがとうございます。是非、ほかの自治体にも御紹介いただければというふうに思ひます。これだけの体制を整えることができてると、最初の、その手前の質問にも関わるんですけども、やはりワクチンの供給がなされるということ、これは非常に重要でありまして、よろしければ田村大臣から供給に向けての御決意も併せていただければ、供給がスケジュールどおりなされるということ、滞りなくということ、もし所管が違ふということであっても、では、副大臣にお願いしたいと思います。

○藤井副大臣 供給ということでございますので、先ほど御質問いただいた、今御説明いただいたのは医療従事者等だと思います。医療従事者等につきましては、四月十二日から二週間、新たに二千四百箱を配送させていただいて、五月十日の週に二回接種分として一千箱程度を配送することによりまして、二月からの累計で約四百八万人分を超える数量の配送が完了する見込みとなっております。しっかりと配送に努めてまいりたいと思ひます。

○田村国務大臣 河野大臣と連携しながらしっかりとやりますが、本当に御迷惑をおかけするのは、今回、ワクチンが幾つか種類があつて、多分、ファイザーはディープリーザーを使いながらこういうやり方だと思ひます。一方、モデルナは、ディープリーザーといつてもまた違う種類でございますので、どこに設置するかということも含めて、体制をどうするか。さらに、アストラゼネカとなつてきますと、これは常温で保管という形になりますから、もつときめの細かい体制というものがあつたということ。

各自自治体、ファイザーはこういう形でいろいろとお知恵を出していただいておりますが、ほかのものもまたお知恵を絞っていただかなきゃならないということで大変申し訳なく思っておりますけれども、我々としては、早く承認ができれば、早くその供給体制を組んで、各自自治体に計画をお作りいただけるように努力してまいりたいというふうに考えております。

○山川委員 実際、本当に一生懸命やってくださつていて、国と自治体の信頼関係と連携と、しっかりと強めて進めていただければというふうに思ひます。それから、もう一点伺っておきたいんですが、この体制で進めていくに当たって、いろいろな資材とか、持ち出しという準備しているものがございます。

例えば、このイラストの中に、アナフィラキシーなどを含めた副反応が起きたときの対応の仕方の研修もしていますが、医師会の方で、アンビューバッグでしたっけ、それは商品名かもしれませんが、呼吸をサポートするような、こういうポンプのやつとかですね。このイラストでいうと「ワクチン供給を一元管理」という、中央の、こういうポンプの絵のところですけども。ですか、あるいは注射器ですね。注射器、医療従事者に六回打てるやつというのは、今般、第三弾のところでは配られますが、それをもう医師会独自で、単独で準備をして、購入をしてとか、あるい

は救急バッグなんかも用意したりとか、そういうことをやってくださっているわけです。

また、その配達、越谷の場合は七十の医療機関への配達も医師会が全部手配をしているんですが、こういったいわゆる経費、かかった経費ですね、これは確認ですが、十分の十きちつと補填される、これは市を通じて国に上がってくるでしょうけれども、補填をされるということを確認しておきたいと思えます。

○田村国務大臣 救急のバッグといいますが、多分アドレナリン注射でありますとか、あと、いろいろな配送、基幹型施設から連携型施設等々への配送にかかる経費でありますとか、あと、今、六回打ちの針、シリンジという話もございました。こういうものに関しましては、御用意いただければ、これは合理的に必要なものであるということでありますので、全額国庫負担にいたしますが、ただ、六回打てる針とシリンジは、これは国の方でも用意をさせていただく準備を今いたしておりますので、これは四月十二日以降、多分こういう針を配付することになってくると思えます。

このときに、自分のところで用意した部分は、もう申請いただくに、受け取っていただかないというような対応はお願いしたい、その分だけもうあるわけですから、余計に行った部分は、要は無駄になりますので、その分を差し引いた部分を配付要請いただければというふうに思っております。

○山川委員 そこまで十分まだ確保できているわけじゃないので、無駄になるということは、それが配付される以前に使う方が調達できたということだというふうには思えます。

是非、本当に連携して、自治体は接種体制の整備を一生懸命やってくださっていますし、御協力いただいていますので、国との連携をよろしくお願ひいたします。

それでは、ちょっと時間が限られています、あともう一つ、三番目として、国産開発ワクチンの重要性と課題について伺っておきたいというふう

うに思います。

少し考え方をお話しさせていただきたいんですが、今回の新型コロナウイルス感染症がこれまでの感染症と異なるのは、先進国を直撃したことにあるのだらうと私は思っています。これまでの感染症の多くが、これまでといつても長い歴史という意味よりも近年ということでありまして、多くが途上国で発生し、移動の自由はあるものの、感染地域外への感染拡大のスピードが緩やかであった。先進国による様々な援助によるいろいろな介入が、ある程度感染拡大を封じ込めたり、ワクチンを開発する時間が稼げたりしたというふうに思っています。

しかし、今回の場合は、まず先進国で感染爆発し、事実上、先進国、特に欧米諸国の社会的介入が感染拡大のスピードを緩めることができず、結果的にワクチンだけが頼りの網となったのではないかと。だからこそ、通常よりもずっと早く、一年で開発をするとかということに至ったんじゃないかなというふうに思っています。

我が国は、ワクチン開発、今回できていないわけでありまして、創薬力、薬を作る力があり、優れたボテンシャルを有するわけでありまして、国産開発ワクチンをもっと早く開発、製造していれば、国民の生命をいわゆる輸入ワクチンの供給体制に依拠する必要はなかった。また、もっと積極的に、世界のグローバルヘルスにより積極的に貢献することができたのではないかなというふうに思っています。

どうしたら、次に、今回は今回ですが、次なる新しい感染症が発生した場合に、我が国がワクチン供給国でなくワクチン供給国になれるかという問題意識を持っておりまして、そういう問題意識から質問をさせていただきます。

まず最初に、我が国のワクチン開発の現状、これは新型コロナウイルス対応のワクチンの開発の現状について簡単に伺っておきたいと思えます。

○正林政府参考人 お答えします。
国内の主なワクチン開発の進捗については、複

数の会社で臨床試験が開始されており、直近では三月二十二日に国内の製薬企業二社が人の臨床試験に入ったところであると承知しております。

国産ワクチンの実用可能時期について予断を持ってお答えすることは難しいですが、開発が成功した後、速やかに大規模生産が可能となるよう、令和二年度第二次補正予算において生産体制の整備への補助を行っているところであります。国内での開発、生産の基盤整備を引き続き後押ししてまいりたいと考えております。

○山川委員 では、ちょっと私も資料を用意させていただいて、これは資料三となっておりますけれども、こうやって見える化すると、どれぐらい、世界の中でのどの辺りにいるかということがよく分かると思うんですけれども。

なぜ後れを取ってしまったのかという原因についてなんですけれども、一つは、というか極めて根本的には、そもそも平時から基礎研究分野に対する支援が、がんなどの治療薬に対することはすぐやられているんだけれども、感染症ワクチン開発に対する認識の低さが原因だと指摘する、そういう声がございます。先日、専門家のお話も伺う機会があったんですけれども、平時からの基礎研究基盤を構築しておくことができていないことが原因だというふうに指摘をされていました。

それで、私たちは、感染症というのはこれまでもなかったわけじゃないですが、これほどの世界を巻き込む感染症を、我が事として迫られるような感染症を近年経験していないので、危機意識が欠けていたのではないかと。つまり、やはりいかに平時が大事かということを今回突きつけられているのではないかなというふうに思っています。

ですので、私はそう思っているんですが、時間が来ましたので、その原因についてどう政府として、厚労省として分析をされているか、伺っておきたいと思えます。

○とかしき委員長 田村厚生労働大臣、申合せの時間が来ておりますので、御協力をお願いいたします。

○田村国務大臣 一つは、先ほども長妻委員の御質問だったと思えますけれども、新型インフルエンザのときの政府の行動計画等々を踏まえた上で準備という話がありました。

鶏卵ワクチンでありますとか細胞培養ワクチン、こういうものはいろんな形で準備しておったんですが、やはり、今回の場合、メッセンジャーRNAでありますとかウイルスベクターでありますとか、そういう最新の技術を持ったもの、これはエボラでありますとかSARS等々の経験で欧米は開発に着手をしておられました。ノウハウが蓄積しておると。こういうものが比較的早くワクチンの開発につながったんだと思えます。

我が国も、今般のこの経験で、今現状、メッセンジャーRNA、それからDNAワクチンでありますとかウイルスベクターワクチン等々、こういうものを一応開発を今しておりますので、こういう経験がうまくいけば次につながってくると思えます。

いずれにいたしましても、今般もいろんな形でこの新型コロナウイルスに対して支援いたしておりますので、こういうものの、生産設備等々も含めて次に生かせるように、しっかりと各企業と連携してまいりたいというふうに考えております。

○山川委員 いつまた新たな新興感染症が起こるのか分かりませんが、やはり日本は、国内の、国民の命を守ることと国際貢献ということとで、その力を持っている国だと思っております、是非よろしくお願いをいたします。

ありがとうございます。

○とかしき委員長 次に、山井和則君。
○山井委員 これから三十数分質問をさせていただきます。

医療法ということですが、大阪も感染者がまた急増しております、医療崩壊、医療現場を守るという意味でも、コロナ対策の質問を中心にさせていただきます。

まず、お忙しい中、尾身分科会長にお越しをいただいております。

先ほど尾辻委員からも質問があったのかもしれませんが、最新の数字では、大阪府は今日は八百人台の後半という新規の感染者ということであります。この数字を見ると、もう蔓延防止措置ということではなくて、緊急事態宣言が必要なんではないか。当然、大阪府では過去最大の感染者数であり、兵庫、大阪、これは変異株が猛威を振るっておりです。

大阪では、蔓延防止措置というよりも緊急事態宣言が必要なんではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○尾身参考人 お答えいたします。

感染者報告者数はこれからもう少し増えると思います。効果が出てくるのは、先ほど大臣のお話にもありましたけれども、しばらくたつてからですから、しばらく新規の感染者数は増えると思いますが。

私は、緊急事態宣言を出すのか、あるいは蔓延防止措置なのかという議論は当然多くの人々の関心事項だと思いますけれども、一番大事なのは、今何をやるかということです。緊急事態宣言を出しても、できることはある程度限られていて、恐らく外出自粛だとか、違うことは、休業要請というようなものと、あとは医師への参加のというような限られているところの部分で、もちろん、蔓延防止措置をやってもなかなか効果が上がらないということが早晩分かれば、一体なぜかというのを議論すべきで、一体今、では何が足りないのか、その足りないものを、緊急事態宣言を出さなくちゃいけないのかということですから、

例えば、人々の流れ、人の流れもまだ十分下がっていませんよね。こういうことに対しては、もっと徹底的に知事やあるいは官が発信すべきだし、あとは、これはよく言われますけれども、

人々の行動変容というのは、国のあるいは自治体のリーダーのやる気を見ているので、そういうこともしつかりと、言葉だけじゃなくて、実際に今の必要な感染対策を、難しいんだけど実行するという決意と結果を見せる姿があれば、私は、これが、そのことがないと、宣言を出すか蔓延防止措置ということだけに議論が行くよりは、今やるべきことはもう分かっているわけですから、そこについて徹底的に。

もちろん、可能性としては、この蔓延防止措置が十分でないということがありますよね。そうしたら、更に強い対策というのが本場に緊急事態宣言なのか、今の目標は何か足りないのかというのを、もうこれは委員おっしゃる通りに、その可能性はありますので、それについてしつかりとか、これは時間をかけるという意味じゃないですけども、分析をする必要があつて、何が足りないのか分かればそれを追加でやるということだと私は思います。

○山井委員 いや、これは、申し訳ないですけども、後手後手になっていくような気がするんですけども、様子を見ている間にどんどん感染拡大しているわけです。

これは、今日で八百人台後半、昨日より百数十人超えています、増えています。ということは、下手すれば、あしたかあさつてには大阪は千人を超える危険性もゼロではないと思うんですね。

では、尾身会長、これは、大阪で、一日、新規感染者、千人を超えたら、さすがに緊急事態宣言ということになりますか。

○尾身参考人 これは、大阪の方の医療供給体制の準備というのは今懸命にやっていたいていいると思いますが、これが、今のままの感染者が、効果が出てくるのは、二週間後、たというのは委員も御承知のとおりで、そこまで耐えられるかどうかということですよ。

感染症が、実は、我々が今一番見ているのは、報告者数を今見ていますけれども、実際に感染しているのがいつ起きていくかというのを見ると、そ

うすると、蔓延防止重点措置を出した後に、どのぐらい例えば人流が減っているとか、飲食店の接触、あるいは人々の行動、このことが非常に重要ですよ。そのことは、そんなに長くかかるとは思いません、その傾向を知るのには。

そういうことで、蔓延防止重点措置というのが、どんなに知事あるいは市長が頑張っても、あるいは政治家の先生が頑張っても、ちつとも効果が上がらなくて、言ってみれば、人々の行動に変化が起きないということであれば、強い対策ということだと思えますが、実際に大阪の蔓延防止措置の発出が早かつたかどうかという議論は当然ありますよね。

そのことは私はあると思いますけれども、今そのことを議論しても、今起きていることはあれなので、実際にやるべきことをやって、いろんな人流だとかいろんな指標は、ある程度、傾向はすぐに分かりますから、そういうことで、ちつともこれが改善する傾向が見えないということであれば、更に強い措置で、それが緊急事態宣言なのか、そうなのは原因によると思いますが、もちろん可能性としてはそういうこともあるんじゃないかと私は思います。

○山井委員 先日、ここで議論したときに、効果は二週間ぐらい、蔓延防止措置、かかるかもしれないから、四月に入つて、今後、二、三週間様子を見て、緊急事態宣言が必要なのかどうかを見極めたいという答弁を尾身会長からいただきました。

しかし、私は、それではもう遅過ぎると思うんです。これは本場に、事は急を要します。一歩間違つと、今日、大阪も医療緊急事態宣言を発令するということ、医療崩壊の危機なんです。二週間も三週間も待つていられます。

尾身会長、緊急事態宣言に移行するかどうかなのか、変異株が増えているこの大阪などで、大体何日ぐらいのスパンで決めねばならないと思えますか。

○尾身参考人 それは、今、不確定要素がありま

すよね。大阪の人々がどういふふうに行動変容、人々の行動ですよ、感染のリスクを取る行動ができるかというのは、ちつとまだ分かりませんよね。

それで、やはり大事なことは、今、大阪の方でも、国のいろんな要請に依って、病床の確保というのを最大限やるうとしていますよね。今の感染状況が、これがどのぐらい、どういふふうが続くかによつて、スピードが、これからの人々の行動で違いますよね。それを見て、恐らく二週間ぐらい後にそこまですべていっちゃうということが分かつた時点では、強い対策を打たなくちゃいけないというのが基本的な考えだと思えます。

なぜかという、効果が出るのには二週間かかりますから、今の状況が、感染の拡大のカーブがある程度想像ができますよね。それは、ある程度、指標を見ると分かるので、そのカーブというものを想定すると、それが二週間ぐらい続くともう大阪がいろいろ医療の逼迫等、いわゆる一般診療に影響ができるということが明らかになつた時点で、私は、かなり今より強い対策を打つべきというのとは当然のことだと思えます。

○山井委員 ですから、その二週間後の医療の逼迫合いがめどがつくのは、あと何日後ぐらいですか。二週間後ということでは当然な気がします。二週間後、それは大体、二、三日なんですか、四、五日なんですか。いかがですか。

○尾身参考人 はつきり何日かとは分かりませんが、それは、今我々も国のレベルで、それから市の方も、大阪の方も、いろんな指標を使って、今回の蔓延防止重点措置がどういふインパクトを起こすかどうかということは比較的早く分かると思えますから、その分かつた時点でいるんことを判断するということになるんだと思っております。何日かということとはちつと、人々の行動が、どうするかというのはまだ不確定要素ですよ。それについては私もはつきり分かりませんが、なるべく早くそうした傾向、今回の重点措置の効果がどういふふうを表れ、反映しそうなのかという

ことは、ある程度推測が、そんな二週間待たなくともつくと思えますので、そうしたところで判断するべきだと思います。

○山井委員 私はなぜこういう質問をするのかというと、申し訳ないですけども、あらゆる点で後手後手になっていると思うんです。

例えば、大阪のこの蔓延防止措置も、先週もこの場で尾身会長と議論をしましたけれども、最初の時点で、この大阪の蔓延防止措置が出る一週間前の時点で、尾身会長は私に対しても、大阪は蔓延防止措置を検討すべきじゃないかということをおっしゃっていたんです。でも、政府が慎重で、一週間遅らせたんです。私がこだわっているのはそこなんです。結局、遅いんですよ。結局、尾身会長やお医者さんの方々が、そろそろ危ないと。蔓延防止措置というのは、そもそも先手に打つものではない。でも、明らかに後手後手になっているんですよ、蔓延防止措置が。

この次、緊急事態宣言を出すのが後手後手になったら、私も京都に住んでいますけれども、関西全体、また東京にも飛び火しかねない。非常に深刻な事態です。申し訳ないけれども、今までが後手後手だから、もうその後手後手は許されないんじゃないかということ言っているんです。

聞きづらいですけども、尾身会長にお聞きします。大阪の蔓延防止措置、やはり、そもそも出すのが遅かったんじゃないですか。

○尾身参考人 私は、今回は、蔓延防止重点措置というのは初めての試みですよ。そういう意味で、いろんな意見があると思います。

それで、緊急事態宣言と蔓延防止重点措置の違いは、緊急事態宣言というのは、もうこれは私権の制限が強いので、慎重に、抑制的にやるべきものだと思えますけれども、この重点措置というのは、それに比べて、特徴としては、私は、機動的に先手を打つてやる、そういうのが今回、法律の趣旨だと思うので、そういう意味では、大阪から、これからのリバウンドが起きる県は多くあると思うので、なるべく先手を打つてやるという

のが今回の重点措置の精神ですので、是非そうしたことを実行していただければと思います。

もう一度この場で申し上げますけれども、そういう新たなステージの考え方とか、蔓延防止重点措置等々をどういうような状況で発出すべきかという考えを、私たち、近日中に、前回八月に出したものを少し改定する形でなるべく早く出したいと思っています。

○山井委員 いや、そこが理解できないんです。私たち、法案審議していたときも、蔓延防止措置というのは先手先手に出すんだと聞いていたけれども、全く先手じゃないですか。明らかに後手後手です、これは。

今、新しい指標を近日中に提言するということをおっしゃいましたが、例えば入院率が二五％以下になったら最も深刻とか、新たなこういう指標を近日中に発表されるんじゃないかというふうなことも漏れ聞いておりますけれども、例えば、差し支えない範囲で、どういうふうな新しい指標というものを検討されているんですか。

○尾身参考人 それは、どんな議論かは会議が開いて最終的に決まると思えますけれども、私は、この一年、二回の緊急事態宣言、特に去年のものを含めて、やはり一つ、その指標というものの、テクニカルな指標ということもそうですけども、国と自治体、それから我々専門家も含めて、今の状況の判断ですよ、今ステージはどうなっているのか、あるいは緊急事態宣言を出すべきか、あるいは重点措置を出すべきかという判断に対する共通な認識がなかったというのが、私は、一つのテクニカルな指標をどう使うかということと同時に、非常に重要な問題があったと思います。

そういうことも含めて、近日中に出す考え方には、そういう今申し上げた課題に対してどう取り組むべきかについても我々の考えをはっきりと明確にしたいと思っています。

○山井委員 昨日、西村大臣は、首都圏や京都や奈良というものについても、今後の感染の拡大や医療の逼迫度合いを勘案して、蔓延防止措置を検

討する必要があるという発言をされました。これも本日に、今日また大幅に大阪も増えているわけですから、奈良、京都は隣なわけですから。ということ、これは京都や奈良にも蔓延防止措置、検討すべきだと尾身会長は思われますか。

○田村国務大臣 今日、アドバイザリーボードを開きます。明日また、夕刻、委員会の後にありますけれども、分科会を開きます。そこでもいろんな御議論をいただけるんだというふうに思います、専門家の皆様方の。

○尾身参考人 それは、状況次第によってはそういうことも当然可能性はあると思います。

難しいのは、今尾身会長がおっしゃったとおり、二週間ぐらい前の数字が今、現実、足下に出ている。ですから、ある意味、感染者はまだ当中で、医療提供体制をしっかりと確保する、在宅も含めて対応する、こういう準備を今お願いしておりますが、あわせて、高齢者施設等々にこれをクラスターとして持ち込まない。ですから、ここに関しては、定期的、頻回に検査をやっていたきたい。大阪もこれは頻回にやるとおっしゃっていたので、大阪もこれは頻回にやるとおっしゃっていたので、高齢者、特に、施設等々に入りますと、そこで重症化のリスクが高まりますので、こういうことも重要だと思えます。

○山井委員 いや、これは、最後の最後に出すのが緊急事態宣言、先手先手で出すのが蔓延防止措置だったらまだ分かりますよ。ところが、肝腎の蔓延防止措置が後手後手になっているんです。今、三時の最新の数字が東京から発表されましたが、五百五十五人。とうとう、これは五百五十五人ということで、五百人を上回りました。

緊急事態宣言、蔓延防止重点措置、それぞれあります。中身は若干違いますが、法的拘束力ということからすると、お店等々に時短営業をお願いする、若しくは、緊急事態の場合は休業要請もできるという、その違いはあると思います。ただ、それほど大きな違いがないという言い方は変かも分かりませんが、日本、海外、外にみれば、家から出て、要するに、外に出ればそれに対して罰金を科すというふうな、そういう法体系になつておりません。つまり、何が言いたいかというと、国民の皆様方に納得感、理解をしていただいて、共感を得て、じゃ、行動を自粛しようと思つていただかなければ、海外のように、無理やりひつ捕まえてお金を払わせるということではないという、そういう体制です。ですから、そこが、どの時点で出せば一番御理解いただけるのか。

○尾身参考人 おっしゃる通りに、今までは、蔓延防止重点措置とか緊急事態宣言というのは、基本的に国や自治体が判断するものです。我々は指標を作った立場ですから、指標を作った人が自分で判断するということは、これはブレイヤーとアンパイアが一緒になるようなものですか。そういうことで、私も、指標は作ったけれども、どうすべきかという判断は、特に緊急事態宣言、それから今回の蔓延防止措置も、言っていないわけですが、そうしたことで、今こういうふうになんなん感染が全国に広がっているの、そうしたことに對しても、なるべく早く、時間を使わないで考えをまとめたいたいと思つています。

○山井委員 田村大臣もこの問題については本当に危機感を持つておられると思うんですが、これはもう、どう考えたって東京も増えるでしょう。変異株も増えるでしょう。先手の蔓延防止措置とこのであれば、田村大臣、東京はもう蔓延防止措置、都知事さんの判断を待つということじゃないですか。やはり国が主導してでも検討すべきじゃないですか。田村大臣、いかがですか。

一番我々が難しいなと思ったのは、東京の緊急事態の最後の二週間でありまして、緊急事態宣言が出ているのに人流が増え、感染者が増え

ました。そういう意味からすると、緊急事態宣言を出しているからもうそれで無条件に人流が減る、感染が減るというような状況じゃない中で、どうやって御理解いただくか。

それは、要は、半分以上が御理解いただいたんじや駄目なんです。その残りの何割か、そこが動かれると、そこがまた媒介をしますので、そういう意味からすると、そこも含めてなるべく多くの方々が共感をいだいて、よし、今、これならば我々は我慢しようと思っていただく。

つまり、私権の制限をお願いすることですから、かなり国民の皆様方にはおつらいことなんですけれども、そこはご納得、どこで納得いただいて共感いただけるんだということを専門家の皆様方とも話し合いながら対応を考えてまいりたいというふうに思います。

○山井委員 私、田村大臣の今の説明は違うと思います。緊急事態宣言と蔓延防止措置、それほど変わらないことは全くないです。国民の受けるメッセージは、緊急事態宣言が出ない、蔓延防止措置でとどまっているということは、まだそれほど緊急事態じゃないんだという受け止めになるんですよ。だから、本当に深刻だったら緊急事態宣言を出さないと、国民には伝わらないんです。

尾身会長 前回も議論しましたが、私、不思議でならないんです。大阪は、第三波のときより今、はるかに変異株で深刻でしょう、事態は、うなずいておられますが。第三波の一月よりもはるかに感染者数も増えて事態は深刻なのに、なぜ一月は緊急事態宣言で、今はそれよりも緩い国民から見られている蔓延防止措置なんですか。それで国民に危機感伝わるんですか。いかがですか。

○尾身参考人 委員がおっしゃるように、言葉の持つイメージというのは私も大変大事だと思います。緊急事態宣言と蔓延防止重点措置では、言葉の持つ、片っ方は緊急という言葉が入っているわけですね。そのことが大事で、人々の感じる、政府の思いとは別に人々がどう感じるかということが重要なことだと私は、そこは委員と全く一緒

です。言葉の重み、どう一般の人が感じるかということが非常に重要。

私は、それと同時に、一体何をやるのが今の、大阪も、委員おっしゃるように、感染者はこれからも増えると思います、報告ベースは。ただ、新たな感染は減ることを期待していますよ。ね。ここは報告ベースと感染は違いますから、新たな感染は減る可能性がある、それを期待してやっていますけれども。

そういう中で、実は、今回は県を越えての移動、自粛移動も、これは大阪の知事は十分言っているわけですね。あとは、今、休暇中のもので、非常にこういうことで感染が広がるというのは、緊急事態宣言を出してもなかなか全部を止めるわけにはいかないのです、このことはもう事実として、今こういう時期ですから、みんなが生活に戻りたいという気分になっているということも事実だと思えますけれども。

だからこそ余計に、強いメッセージと同時に、具体的に、蔓延防止措置と言っただけじゃなくて、何をやるかということで、例えば、飲食でのいろんな、しっかりと飲食店が感染対策をやっていたかどうか、それから、東京の場合なんかも、カラオケなんというところで、そういうところのかなり増えているので、そういうことをどうやってしっかりとやるか。あるいは、高齢者施設での感染が増えている。もう具体的なことが分かっているの

で、そうした具体的なことをしっかりとやるということも非常にイメージと同時に重要で、それがまだ不十分だという点は私はあると思います。

それについてはしっかりと、高齢者施設なんかで今盛んにあれでなければ、まだまだ私は不十分だと思えますし、飲食店のガイドラインというようなことはずっと言われているけれども、実行されていないところが多いということですね。そういうようなところで、やるべきことをやらな

いというところがかかり私は問題だと思つので、そこをはっきりとものと集中的に、国も自治体も、あるいは、一緒にいろんな関係者も巻き込んで、

で、そういうメッセージで、今非常に危機的なんだ、このまあいくと大阪のベッドも大変なことになる。あるいは東京も同じようなことですね。そういうようなメッセージを具体的に、単に蔓延防止重点措置というような言葉じゃなくて、一体何をすべきかという、そうすればどういう効果がある、なぜ今感染が広がっているかということのメッセージがまだ足りないと思います。それをしっかりとやること。

だから、私も申し上げているのは、今回、感染の、クラスターの感染源が多くなっているわけですね。前は飲食店だけで。いろんなところで起きていて、例えば東京なんかでいえば、飲食店以外に、コンパだとかオーブンングセレモニー、一部の工場、一部の学校、そういうところで感染が起きていたことはほぼ明らかなので、一般的にただ言葉で言っている、その感染源をいかに早く見つけてやるということに全力を集中すべきであり、私は思っています。

ということ、やるべきことをしっかりと実施するということも、緊急事態宣言を出すか出さないかという、東京においても、私は蔓延防止措置を出すか出さないかをもう議論を始めるべき、委員と一緒にすけれども、議論だけじゃなくて、今やるべきことをまずはやることが私はまだ不十分だと思えます。

○山井委員 尾身会長のおっしゃることも分らないではないんですけれども、やはり、国民に一番緊急事態だと伝わるのは、緊急事態宣言を出すことしかないと思えます。緊急だ緊急だと言いつつ、でも緊急事態宣言は出しません、蔓延防止措置だということでは伝わらないし、また、いろんなやるべきことはあるんですけど、言いがら、いつまでたっても蔓延防止措置を出さないんであれば、それは国民には伝わらないと思えます。

それで、私、この東京の五百五十五人で危機感を持っているのは、このE474Kですね。変異

株、東京で蔓延している。(発言する者あり)Eの484Kですね。これについて、この変異株、やはり感染力が強いんじゃないか、あるいはワクチンの効果が下がる危険性があるんじゃないかということ、非常に心配しています。尾身会長、いかがですか。

○尾身参考人 おっしゃる、いわゆるイギリス株と違って、この484というのは、実は仙台でもこれがほとんどだったんですね。これが、いわゆる大阪と関東以北とちよつと違う様相が。

恐らく多くの方が、何でイギリス株、501が大阪で多くて東京で少ないというようなことで、これは全くまだサイエントフィク的な結論は出ていませんが、私は、一つの仮説としてこんなふうな個人的には。これは、アドバイザリーボードとか分科会で正式に議論したわけじゃない。私はこんなふうな今のところ仮説として考えているのは、大阪の場合には、かなり感染が下火になりましたね。そこに、恐らく501が入ったんですね。少ないところに入ってから、いわゆるこれが、感染力はわあつと。ところが、東京の場合にはもうベースが多かったの、そこに行つたので、なかなか大阪ほどイギリス株が急にはと思

います。

それから、委員がおっしゃっている484の話は、これは501に比べてまだいろんなことが分かっているんで、確かに484のミノ酸にいろいろ抗原性の問題だとかいう変化があるんですけど、これが一体どういうふうなことで感染性あるいは重症化あるいは免疫ということがまだ分かっていないので。ただ、これについてはしっかりとモニタリングする必要があるんです。

私が申し上げたいのは、今、変異株の変異ということが非常に社会的な関心になってますけれども、ウイルスは常に変化しているんですね。今話題になっていない変異というのはもうほかでも起きています可能性があるんで、そういう意味で、変異そのものに余り驚くというよりも、一体その変異株がどういう感染をしていて、感染力が強い

ものが見つかつた場合にはどうしてそれを早く見つけて封じ込めるといふことも非常に重要なので、モニタリングと同時に感染対策と、これは両輪ということが非常に重要だと思つて、484の方もいろんなことを今研究して、これが実態がどういふことなのか、だんだんと分かつてくると思ひます。

○山井委員 これだけE484Kが広がっているといふことは、感染力も強いんじゃないかといふふうな気がしてなりません。ついでに、第三波では死者が七千四百人も出てしまつたんですね、七千四百人。しかし、変異株が今広がっている第四波においては七千四百人を上回る死者が出る危険性といふのがあるんじゃないでしょうか。尾身会長、いかがですか。

○尾身参考人 委員おっしゃる通りに、可能性はあると思ひます。

それで、当然、変異株があると感染力が強くなつて、今まで以上に深刻な状況が起り得ると思ひますけれども、今回の蔓延防止措置を、例えば宮城県なんか、実は、宮城県も先ほど申し上げました484といふものがあつて、それで、今感染が恐らく少し、蔓延防止措置あるいは時短なんかの要請で、宮城の方は少しづつ感染が下火になりつつ、そういう兆候が見えていますので、私は、今回、大阪も含めて、蔓延防止措置を使つた県の努力、これが我が国の試金石になると思うので、これからが非常に重要な時期に今差しかけていると思ひます。

○山井委員 時間が来ましたので終わりますが、今、尾身会長から、第四波は、もしかしたらこの七千四百人という第三波を超える死者になるのかもしれないと。

一日、二日の判断が遅れたら、本当にそれによつて死者が増えかねないですね。かつ、それによつてコロナが長期化し、経済的な打撃も長期的には大きくなつてしまふんです。そういう意味では、今の後手後手の対策では極めて問題だといふことを強く申し上げて、質問を終わります。

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。

法案について質問しますが、まず無給医の問題です。

コロナ患者の診療でも、大病院で無給医の方々が診療に当たつていられるという報道がたくさん出ています。今日は資料をお配りしておりますけれども、二〇一九年から文科省も無給医の実態調査を行つて、昨年二月までは大学側から改善した、こういう報告があつたわけですが、実際には解決してないわけでありまして。

文科省も繰り返し通知を出して、今日配つていられるように二月にも新たな通知を出したわけですが、なぜ何度も通知を出さざるを得ない事態になつていられるのでしょうか。

〔委員長退席、橋本委員長代理着席〕

○川中政府参考人 お答えいたします。

無給医問題につきましては、平成三十一年一月に国公私立全ての大病院に對しまして、診療行為を行つていられるにもかかわらず給与が支給されない事案が生じないよう、自己点検を求めまして、昨年二月までに各大学で必要な改善の取組を行つたと承知してございます。

また、新型コロナウイルス感染症対応では、大学院生等も診療に当たることから、診療に当たる大学院生等についても雇用契約を締結し、賃金を支払うよう、各大病院に對して指導してきたところでございます。

しかしながら、診療行為を行つた大学院生に對しまして賃金の支払いがなされてないといふことと、今年一月に大病院が労働基準監督署の是正勧告を受ける事案が報道されたことから、二月一日付で通知をするともに、全国の病院長が参加いたします全国医学部長病院長会議において再度周知を行いました。

文科科学省といたしましては、賃金の支払い等につきまして適切な労務管理が行われるよう、引き続き指導してまいります。

○宮本委員 周知は何回も何回もしたわけですが、けれども、なかなか解決してないわけですね。これは、やはり労基署がこの無給医の問題で全国の大病院に監督に入らなさいといふじゃないかと思ひますが、いかがですか。

○吉永政府参考人 お答え申し上げます。

大病院の医療現場で診療行為を行つていられるにもかかわらず給与してないわゆる無給医の問題につきまして、今ほど文科科学省からも答弁をいたしましたけれども、各大学は不適切な取扱いを今後改めるといふような調査結果が出ています。文科科学省において、各大学に對しまして適正な雇用、労務管理に取り組むよう通知を出し、各大学の改善方策の履行状況の確認及び精査状況の確認を行つた上で、本年二月にも改めて周知徹底を行つていられるという状況と承知してございます。

給与が支払われていなかった医師がいたことは極めて遺憾でございますし、こうしたことがないよう、文科科学省において適切に対応いたしたいところだといふふうに考えてございます。

厚生労働省といたしましては、労働者から労働基準法違反につきまして申告等があつた場合につきましては、状況を確認した上で、適切な指導を行つてまいりたいと考えております。

○宮本委員 労働者から訴えがあつた場合は当然それは指導に入る、監督に入るのは当たり前の話なわけで、何回も何回も何回も通知を出して、大学自身が改善したといふ報告を出していただかないで、実態は直つていないわけですよ。今回また同じように通知を出したから、これは改善されますよといふ保証はどこにもないと思ひます。それはやはり労基署がしかるべき役割を果たす必要があるんじゃないんですか。大臣、いかがですか。

○田村国務大臣 これはやはり、そのような事案があるということで相談若しくは申出があれば、これに関しては、もちろん場合にもよりますが、ただけれども、基本的には、そういう訴えがあれば

それに対して適切に対応させていただき、指導、是正していくこととあります。

○宮本委員 勇気がある方はこうやって申し出て訴えるわけですが、大病院の中で大学院生の立場というのは強い立場じゃないわけですよ。ドクターが取れるのかどうかといふことを考えた場合に、なかなか自ら声を上げにくいといふことがあつて、これはなかなか解決してないんだといふふうに思ふんですね。

ですから、そこは、やはり待ちじゃなくて、これだけ報道もあつて、これだけ報道が出ていられるわけですよ、無給医、無給でやられていられるといふのがあつて、どうですか、ちゃんと調べ、先に労基署として、どうですか、ちゃんと調べに入るといふのが必要なんじゃないですかといふことを申し上げていられるんです。

○田村国務大臣 通知を何度も出すという形で促してきているわけで、御承知のとおり、監督署自体は、警察権を持つていて、非常に強い権限を持つていられるところでもあります。それが何の違法の蓋然性もなくどこかどこか入つていくといふのは、これはやはり、権力といひますか力を持つていられる組織としては控えなければならぬ。しかし、一方で、違反の疑いがある場合にはその権限を使つてでも不正を正していかなきゃならないという形でもありますから、私はやはり、そういうお訴えがある場合にしっかりと是正指導をしていくということが必要であらうといふふうに思ひます。

○宮本委員 疑いが濃厚な場合は当然、告発があつた場合は入るわけですが、別にそれ以外でも、労基署は定期監督もやつていられるわけじゃないですか。順繰りに回つて監督しているわけですから、その一環として、じゃ、今、無給医の問題も報道もあるからしっかりと回りましようといふことを私はやればよいといふことを提案しているわけですよ。これ以上言つてもなかなか答弁が変わらないので、大変残念なわけでありま

あわせて、無給医から有給にしたけれども、最低賃金ぎりぎりというものしか出していないケースもあるわけですね。同一労働同一賃金の原則からしたらこれはおかしいと思いますので、その点は、是非、まともな賃金水準にするように啓発指導をしていただきたいと思います。その点はどうか。

○田村国務大臣 当然、労働法制上、労働者に当たる場合、指揮監督等々、これは労働法上の指揮監督でありますが、そういう場合に関しては、これは均等・均衡待遇ということでございますので、正規でない場合であったとしても、職務等々含めて、人材活用の仕組みも含めてでありますけれども、当然、研修生でありますから、研修生といえますか、大学院生でありますから、そこは若干人材活用の仕組みが違ふだろうと思いますが、それでも、これにのっとった上で均等・均衡待遇をしていかなければならぬということでありまして、そこはしっかりと我々としては伝えてまいりたいというふうに思います。

○宮本委員 伝えていくということですから、何らかの通知を出していただけたらいいことだと思います。

次に、今日議論がありましたけれども、医師、看護師の宿日直の許可の問題についてお伺いしますが、二〇一九年七月一日に局長の通達で「医師、看護師等の宿日直許可基準について」が出されたわけですが、実際にどれぐらい守られているのか、実態というのはどうつかんでいるんでしょうか。

○吉永政府参考人 お答え申し上げます。

委員御指摘のとおりでございますけれども、医師や看護師の宿日直業務につきまして、許可基準につきましては、令和元年の七月に新たに通知を发出いたしました。従来のものよりも医療機関に特化したようなものを、宿日直中に従事できる業務の具体例などを示しながら、一つの診療機関の中でも診療科や職種ごとに許可が取得できることを明確化するなど、細目を示したところでございます。

す。
労働基準監督署に労働基準法に基づきます宿日直許可の申請があった場合につきましては、申請内容が許可基準に合致しているかにつきまして実地調査するなどによりまして確認を行った上で、許可基準に合致しない場合につきましては許可を行っていないというものでございます。

厚生労働省におきましては、これまで、都道府県の医師会等と連携しながら、全国で宿日直の取扱いも含めまして労働時間等の説明会を開催して、丁寧に説明を行っているところでございます。

また、各都道府県に設置されました医療勤務環境改善支援センターにおきましては、労務管理の取組に関する各医療機関の導入状況に応じまして訪問等によりまして個別支援を行うなど、医療機関において適切な労務管理がなされるよう支援を行っているところでございまして、この中でも宿日直の取扱いにつきまして周知啓発を行っているところでございます。

こうした状況でございますけれども、今後とも、宿日直に関しまして、働く方から労働基準関係法令の違反があるとして労働基準監督署に相談や申告があった場合につきましては、監督指導を実施して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 実態をしっかりとつかんでいただきたいと思います。二、三次救急を行う病院や、あるいは急性期病院が宿日直許可を取っているケースというのは少なくないというのは聞いております。救急患者の受入れや重症患者の治療というのは二十四時間体制であって、これらに責任を持つている医師というのは、やはり宿日直ではなく時間外労働にしっかりといかなくやいけないというところだと思えますけれども、その点はそのとおりですね。

○吉永政府参考人 委員御指摘のとおり、救急対応をしていらっしゃるドクターなどが宿日直対応

ができるかという、なかなか難しい面もあるうかと思いますが、宿日直の許可につきましては、診療科あるいは職種ごとに取ることが可能となっております。そういう意味で、そういう救急を持った病院におきましても、他の診療科等宿日直を行うということは可能であると思っております。

○宮本委員 しっかりと現場の実態をつかんで対応していただきたいと思います。

それからあと、次ですけれども、前回の質疑で、今回、千八百六十時間までの長時間残業を容認する、こういうことになれば、医療機関の三六協定がそのまでの長時間残業があるのを追認していく、現状を追認していく、こういう方向で変わる危険があるということを述べました。まさにそのことを示す調査研究の結果が、今日資料をお配りしておりますけれども、「病院羅針盤」の今年の四月一日号に出ました。

前回紹介した三隅さんという方は、今度、大学が変わって、宇部フロンティア大学というところに変わられたそうですが、国立病院機構とJCHOと労災病院の二百三十病院の三六協定について、二〇一七年と二〇二〇年を比較したら、年九百六十時間以上の残業、過労死ライン以上を認める三六協定が、それまでの六・一％から三〇・九％に増えていたということでありまして、まさに私が懸念していることが起きているわけですが、この点について大臣の所見はあるでしょうか。

〔橋本委員長代理退席、委員長着席〕

○田村国務大臣 国立病院機構におきましても、時短をしっかりとやっていただかなきゃならぬということで、タスクシフト・シェアリング等々を進めていただいております。そういう意味では、労働時間を短縮する方向で御努力をいただかなければ

ばならないということは、これは当然のことです。

ちなみに、今委員おっしゃられました調査であります。私も、これは詳細を把握しております。この数字についてはちょっとコメントのしようがないということでございますが、いずれにいたしましても、この法律の趣旨というものは、御承知のとおり、勤務医も含め、労働時間を短縮していくためのものであり、上限設定も、別に上限全部をそこまでやってくさいというわけじゃなくて、それ以内に収めてなるべく短くしてくださいということでございます。これからはそのような形で各医療機関に対してはしっかりと我々としてはお伝えをさせていただきたいというふうに考えております。

○宮本委員 詳細を把握していないと言いましたけれども、私、通告でちゃんと、この「病院羅針盤」のここに出ていますよと。今日雑誌もありませんけれども、二百三十病院全部、詳細に情報開示して、先生がどれだけ三六協定の時間が延びているのかというのをやられていきますので、そういう答弁はないかなと思いたしたけれども、いずれにしても、やはり、千八百六十時間までいいですよというの、本当に現状をどんどんどんどん追認していくことにならねえかと大変危惧しております。

先ほどタスクシフトというお話もありましたけれども、医師の負担軽減を進めていかなきゃいけない。同時に、前回から申し上げていますけれども、やはり私は、医師をもっとしっかりと増やしていく、これが欠かせないと思います。

先日、参考人質疑がありました。二〇二三年度からの医学部定員削減をしていいのかと本田公述人がおっしゃっておられました。十三万人不足というので、ここにいた委員の方はみんな十三万人というのが頭にこびりつくぐらい何回も強調がありました。

また、医療法人協会の加納会長からは、医師不足を実感しているのが病院の現場、需給のもう一

度の再検討が必要、こういう発言がありました。

また、医師会の今村副会長からも、需給推計について、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、しっかりとした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発言がありました。

医師不足だ、需給推計をちゃんと実態に合わせ見直してほしい、こういう相次いで発言について、大臣の受け止めをお伺いしたいと思っております。

○田村国務大臣 これは、医師の需給推計検討会の中の分科会で、専門家の方々にいろいろと推計いただいたわけであります。

OECD諸国と平均を比べて少ないという話もございましたが、二〇二七年には同レベルになり、二九年には言うなれば供給が必要を上回るというように推計になっております。

もちろん、先ほども中島議員と議論させていただいた中で、医師の数だけで全てというわけではなくて、診療科の偏在でありますとか地域性の偏在をどう解消するか、こういうことも進めていかなきゃいけませんし、勤務医と開業医、こういうバランスもあると思います。

勤務医の方々により残っていただくためには、報酬の話もございましたけれども、やはり労働時間というものの、今のような過重な労働時間ですとか、例えば救急でありますとか外科でありますとか、いろいろな部分、産婦人科はちよつとまた違った理由かも知れませんが、そういうものに対して、どうしても勤務医として残っていただけないというようなことがございます。

そういうことも含めて、今般、労働時間等々をしつかりと上限を定める上、今までは上限がないような三六協定特別条項が結ばれたわけでありますから、そうではなくて、上限をしつかり定めた上で、更にそこから減らしていくというようなことをしつかり我々は念頭に置きながら、この医師の需給というものの、しっかりと質のいい医療提供が

できるように我々としては進めてまいりたい。

ただ、まだこれは増えていきますから、三千五百人から四千人毎年医師が増えているということもどうか御理解をいただき、以前よりも枠を増やしたというのが今続いている中において、それをどうしていくのかという議論であるということはどううか御理解をいただきたいというふうに思っています。

○宮本委員 その増加のペースを再来年から落としていいのか、そこへの懸念の声が相次いで医療関係者、病院関係者から上がっているということなんですね。しかも、この需給推計のパラメーター自体がおかしいというのを私は何度も申し上げているわけです。

女性については三二%で頭打ちということで需給推計のパラメーターを使っているわけですが、資料の三ページ目を見ていただきたいんですけども、これはOECDの統計から出したんですけど、三十五歳までの医師に占める女性医師の比率で、大半の国は、三十五歳以下で見ると、男性、女性で見れば、医師は女性の方が多いんですね。ほとんどの国が女性の方が多いです。ほんの数か国だけです、半分を切っているのは、その中でも最低なのは日本の三三・六四%ということなんです。三割台は、あと、韓国の三七・五八。韓国は伸び続けていますよね。少し前まで日本より比率は少なかったですけども、伸び続けているということなんです。

なぜ日本は女性医師が少ないのか、世界ではなぜ女性の医師が増えているのか、この辺については大臣はどういう認識をお持ちなんですか。

○田村国務大臣 世界で女性の医師が増えている国がある分析というのは私もなかなかやっておりませんので、お答えしづらいんですが、日本で女性医師が少ないというのは、日本の国の中で管理職が少ないというのと似通った部分だと思えます。

キャリア形成していくのに、長時間労働を前提に働かないとキャリアというものを積んでいけない

い、そういう社会、これは一般的に日本の、今の新興のITなんかは別なのかも知れませんが、今でも、伝統的な企業はこういう傾向が、全てとは言いません、傾向があるんだというふうに思っています。

でありますから、医師の場合も同じように、長時間労働ということ前提に、特に若いときにはそういうもので今までずっと続けてきている。すると、女性は両立支援できない。子供を産み育てようという選択をされる女性にとっては非常に厳しい選択になるわけでありまして、ほかにも、女性性は男性と違って、特有の生理的ないろいろな症状という現象があります。男性よりもそういう意味では、長時間労働に対してはつらいお立場があるんだというふうに思います。

そういうことも含めて、まずは長時間労働というものを、これは医療の世界も、それからそれ以外の社会においても実現していかないことには女性の活躍というものが進んでいかないということと、今般は医療でありますけれども、全体として、労働時間短縮、この改革というものはそういうような目的も一つ大きくあるわけでございます。しっかりと、この法律を通す中において、女性の医師等々が活躍をいただけるような環境をつくってまいりたいというふうに考えております。

○宮本委員 医療現場の長時間労働解消というのは、一つ大きな、やらなきゃいけないといいますが、女性の比率が上がっていく上でも非常に大事なことだと思えます。

医療現場全体の労働時間が本当は短くなっているかきやいけません。女性医師といふのは、御存じだと思いますけれども、パートナールはかなりの比率で男性の医師です。家に帰ってこないわけですね。ワンオペ育児をやっている人が本当に多いですよ。私も知り合いの女性の医者なんか話を伺いしても、そういう状況なわけですよ。ワンオペ育児しながらも、自分も医者として頑張りたいけれども、子供もお受験も含めてちゃんとやりたい、こういう人が多いという話も

聞いているわけですね。

そういうことから考えても、また医師の需給推計の話に戻りますけれども、医師の需給推計も、結局、九百六十時間までは残業していいですよというのが前提ですよ、あるいは七百二十時間のケースもありますけれども、いずれにしても長時間残業が前提で需給推計をやっているんですよ。それで、医師数を合わせていこう、医学部の定員も減らしていこう、こういうことをやっていたら、お医者さんの世界でのジェンダー平等というのなかなか進んでいかないというふうに思いますよ。

田村大臣としては、当然、お医者さんの世界でも、ジェンダー平等、諸外国と同じようにフィフティ・フィフティ、これは普通そういうふうになつていくべきものなんだろうな、そういうお考えはあるわけですね。

○田村国務大臣 医療の世界だけではなくて、日本の国全体、そもそも、男性、女性ということを考えて場合に、同じように社会で同じようなポジションで活躍いただけるような、そんな環境をつくらなきゃならないというふうに思いますが、国全体のマクロの経済を考えても、これだけこれから生産年齢人口が減っていく中において、女性も活躍される意欲のある方々にはより活躍できる環境をつくっていくかなければ、日本の国自体がやはり世界的に埋没していくと私は思っております。でありますから、もちろん医療の世界もそうでありますが、他の世界においても、少なくとも男性と同等程度に活躍できるような場、そして活躍できるような方々、人数、そういうものがどんどんどんどん社会の中で頑張っていただけのような社会をつくっていく、環境をつくっていくというのが厚生労働省の大きな役割の一つだというふうに考えております。

○宮本委員 大臣がそういう立場に立たれているのであれば、需給推計の問題に戻りますけれども、やはり、女性のパーセントを低いところで固定化してしまうものを前提にした需給推計でい

いんですか。長時間残業が前提の需給推計でいいんですか。こはもう少し、あるべき姿に向かっている需給推計というのをもう一度やるように、大臣としての考え方を是非指示をしていただきたいと思うんですよ、こは。

私はいろいろな数値を出してもらって自分で計算しようと思ったんですけれども、どうしても出してもらえない数値もあるということが分かってまして、労働時間がどれくらい短くなるのかという計算をする際に、実は、一万人ぐらいのお医者さんの労働時間がどれくらい実際に短くなるのかというのは、あの計算に、需給推計の中に入れ込んであるというんですね。それは、一万人分は出せない、そういう前提でないので出せない。まあ、出してもらっても、一万人分は私はとてもできないですから。

そうすると、やはりこれは、本来、もうちょっとあるべきパラメーターを使つての需給推計というのを、是非、大臣、御指示いただきたいんですけれども。

○田村国務大臣 私の思いといいますか、厚生労働省の思いもそうなんでしょうけれども、それはそれでありますが、いろいろなことを推計するのには、実態として思いの数字を入れるというわけにはいかないわけでありまして、そこは中立公正に専門家の方々が分科会で御判断をいただく中においてのやはり推計を使わないと、大臣の思いで全ての政策が決まってしまうのでは、これは国民の皆様方は安心できないということでありまして、そこは専門的知見を入れていただく。

ただ、実態として本当に大きく変わってくるということになれば、これは政策に大きな影響が出てまいりますので、そのときには、実態が変わつてくればまた計画の見直しということは当然あるわけございまして、そういうような中において、我々としては、実態としてしっかりと困らないような対応をとっていくことであります。

○宮本委員 実態でいっても、女性、先日もお

話ししましたけれども、医学部の入学率は今三七パーまで上がっているんですよ、直近でいえば、三二パーを使い続ける、未来にわたって。実態からしてもおかしいですよということを申し上げているわけですよ。首をかしげる話じゃないと思いますよ、これは。お分かりなんだから、是非直していただきたいと思っています。

それから、次の問題に行きますが、最大の今回の法案の問題は病床削減の問題であります。

今回のコロナ禍でも、コロナ患者を受け入れるために一般病床を減らせば、本当に手術の数も抑制しなきゃいけない、救急車で搬送しようと思つても、一時間、二時間、あるいはもっと多くの時間、搬送先が見つからない、こういうことがあったわけですね。

あるいは、専門科の外來もなかなか予約が取れない。私の地元でも、健診で便の潜血があった、でも、専門科の外來がなかなか取れなかった、やつと取れたところが、たまたま身内の不幸があつて更に延びましたら、また取りにくくて、取れて行ったら、大腸がんでかなり進行していた、こういうこともあるわけですね。

やはり、コロナ患者が増えれば、感染症が増えれば、一般医療をなかなか制約するということになるわけでありまして。そうすると、やはり今回の経験を踏まえれば、感染症のときに国民の命を守ろうと思つたら、平時にやはり一定の余力がなきゃいけない、医療提供体制に余力がなきゃいけないということだと思ふんですよ。その認識が大臣にあるのか、この点をお伺いしたいと思ひます。

○田村国務大臣 委員がおっしゃっておられる余力というのがどういうものなのか、ちよつとよく分からないんですが、今般、地域医療計画を、五事業を六事業に見直して、感染症が拡大したときの対応も計画の中に盛り込んでいただくというのは、まさに、感染症が拡大したときに、ベッドだけじゃなくて、どう人員を配置するか、これがやりくりできないければ対応できないわけでありまして

から、そういうことも念頭に置きながらお作りをいただくということになると思ひます。

一方で、過剰な余裕があつた場合に何が起るかという、当然、平時の医療において診療報酬が得られなくなるわけでありまして、それは医療機関として成り立たなくなるわけでありまして。

そういうことも踏まえた上で、それぞれの地域でこれは検討いただくということでございますから、我々としては、その地域で十分に成り立ち得る医療ということであれば、それはそのような地域医療計画をお出しをいただければいいわけでございますので、いずれにいたしましても、それぞれの二次医療圏での最適な答えというものを導き出していただくながら申請をいただければありがたいというふうに思ひます。

○宮本委員 よく、感染拡大時には機動的に対処しますということを言われるわけですが、機動的に対処しようと思つたら、どこかに余力がない限りは機動的に対処できないじゃないですか。ぎりぎり、かつかつでやっていたら、今の方針でいえば、病床を削減して、病床を削減すれば人も減るわけですから、そういうことをやつていいたら、今まで以上に、いざパンデミックが起きたときには一般医療を縮小せざるを得なくなるわけですね。

では、機動的に対処するために一体どこに余力をつくらうというお考えなんですか。

○田村国務大臣 いろいろなこと、一つが解ではないと思ひます。長時間労働は正もそうでありまして、なるべく労働時間を減らしていけばその分の余力が生まれるわけで、緊急時に対しては、若干労働時間が延びるかも知れませんが、対応できますし、そのためには、タスクシフト、タスクシェアリング、看護師も更に今よりも、特定行為等々、いろいろな役割を担っていただき、その看護師が担っていただいている役割を他の職種が担っていただくということも一つであります。

それから、外來機能の明確化というのも、地域

によつては、今、病院等々で一般外來、初診外來を受けていただいております。その人員をもう少し、入院、手術、いろいろなところに回していただく中において、外來機能の明確化、連携という形の中で余力を生じさせていく、こういうことも一つであらうと思ひます。

いずれにいたしましても、先ほど来申し上げておりますとおり、必要以上の余力というものを持った場合には、当然これは運営ができないという話になってまいりますし、もしそれで無理に需要をつくるなんというような話が、以前はありました、今はもう多分ないと思ひますが、そういうことになれば、それはそのまま保険料等々に跳ね返ってくるわけでございますので、そういうような面から考えても、合理的な最適な医療というものをそれぞれの二次医療圏で考えていただく中において、今回の、特に勤務医に関しては長時間労働は正というものをその中にしっかりと組み込み、言われておられます女性の活躍推進というものもその中にしっかりと組み込んでいく必要があるというふうに思つております。

○宮本委員 必要以上の余力というのは何を指しているのかよく分からないんですけれども、今は最低限の余力も足りないというのが第三波で東京が体験したことでもありますし、恐らく今大阪が直面している問題だというふうに思ふんですよ。なおかつ、地域医療構想で病床を削減していく、病床を急性期から回復期などに転換していくというのをやれば、当然これに合せて人も減っていくわけですよ、今の仕組みでいけば。

ちよつと数を教えてほしいんですけれども、今日は資料もお配りしておりますけれども、地域医療構想における二〇二五年の病床の必要量に合せて病床転換が仮になされた場合、平成二十八年度の病床機能報告の値でいいんですけれども、病床当たりの看護師数の中央値を機械的に当てはめれば、二〇一八年度病床機能報告時と比べて、二〇二五年には対応する看護師さんの数はどれくらい減りますか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

議員御指摘の、二〇二五年における病床の必要量の推計に合わせて病床機能の転換を進めた場合の看護師数への影響、これにつきまして、病床機能報告において同一の機能を報告する病床の中でも、機能によりましては、医療機関によって看護師の配置量が違う、様々であるということと、急性期病床を担う病床から回復期を担う病床に転換する場合の配置変更について、実情に応じた様々でございますので、一概に評価、計算することはできないものと考えておりますけれども、議員御指定のとおり、二〇一六年、平成二十八年病床機能報告における病床機能別の病床一床当たり、これは議員配付の資料にあります看護師数の中央値、高度急性期〇・七六六、急性期〇・五三三、回復期〇・三六六、慢性期〇・一九九を用いまして機械的に当てはめますと、病床機能報告における二〇一八年七月時点の病床機能別の病床数に乗じた場合、合計約五十五万人、都道府県において算出した二〇二五年における病床必要量の推計に乗じた場合、合計数は約五十万人となり、後者の方が五万人少ない結果となっております。

○宮本委員 五十五万人が五十万人ということで、一割ぐらい、看護師さん五万人が減るという話なわけですね。ですから、今日の朝からの議論でも、感染症対策のときに、ベッドだけじゃなくてマンパワーが大事だと。マンパワーの余力というものは、急性期から回復期や、あるいは慢性期だ、こうなれば、当然、配置基準が看護師さんは違うわけですからマンパワーがなくなっていくわけですよ。そういうことを進めていって、いざパンデミックのときに大丈夫なのかと思います。

あともう一点、数字を教えたいただきたいんですけれども、二〇二〇年度の病床機能再編支援補助金のうち、個々の病院において病床数を適正化する取組に対する支援が百四十医療機関に対して五十一億円、こういう答弁がありましたけれども、これにより病床は何床削減されるのか。うち、公的・公立病院は何床か。また、複数の病院

を統合する取組に対する支援、十二医療機関に対して十億円という答弁がありました。この十二医療機関が関わる統合計画では、統合前の病床は総計何床で、統合後の病床は総計何床になる計画でしょうか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

令和二年度の病床機能再編支援事業に関しまして、個々の病院において病床数を適正化する取組に対する支援について支給対象となった病床数、これは二千六百九十八床、そのうち公立・公的医療機関は九百八十二床でございます。

それから、複数の病院を統合する取組に対する支援について申請のあった関係医療機関における統合前の総病床数は二千二百四十八床、統合後の総病床数は千七百六十二床、そのうち公立・公的医療機関は千六百五十五床から千六百八十八床でございます。

○宮本委員 病床を公的・公立病院だけでも九百八十二床、全体で二千六百九十八床が病床削減の方では減る、統合の方でも全体で五百床ぐらい減るということが二〇二〇年度の補助金でなされたわけですね。

二一年度の予算、百九十五億円についておりますが、これでは最大何床、病床削減が可能なんでしょうか。

○迫井政府参考人 御答弁申し上げます。

病床機能再編支援事業、これは、議員御指摘の点、御存じの点だろうと思いますが、個々の病院における病床数を適正化する取組に対する支援と、複数の病院を統合する取組に対する支援、双方を申請することが可能であるということでございます。

それから、病床数の適正化に対する支援のほかにも、医療機関の統合の際に課題となる借入金に対する支援を含んでおります。

それから、これも御案内だと思いますが、病床稼働率に応じて支給の単価が変動するということがございますので、病床機能の再編や医療機関の統合に伴って支給対象となる病床数の最大値、こ

れをお示しすることは困難であるというふうに理解いたしております。

○宮本委員 普通に考えれば、六十億で三千床ぐらい削っているわけですから、二百億ならその三倍ぐらいは削減されるんじゃないかなというふうに思いますが、それだけ病床が減れば、それだけマンパワーも減っていくことになるわけですよ。

それで、最後ですけれども、やはり、公的・公立病院の四百三十六の再編統合、再検証を求めるリスト、これ、大臣は単なる参考資料だということを書いてきました。ですけれども、長妻さんから何度も繰り返しありましたように、これは通知とセットになっているわけですね。

私も改めて今日資料でお配りしておりますけれども、資料の四ページ目から五、六とありますけれども、これはもう明確に、「都道府県から要請を受けた再検証対象医療機関は、以下①②③について検討を行い、その結果を反映した具体的対応方針について、地域医療構想調整会議において、再検証を経た上で合意を得ること」ということが書いてあって、①、②、③の中で機能縮小や機能廃止、こういうことが書かれているわけですよ。

これは単なる参考資料じゃないですよ。これは参考資料だなんて、そんな居直りをせずに、いかげんな曖昧なことを言わずに、これは単なる参考資料だというなら、これは撤回してください。これは撤回しないと、今、時間が終了いたしました。来ちゃったんだけれども、終わるわけにいかないというのが私の心情ですよ。撤回してください。

○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、簡潔な答弁をお願いいたします。

○田村国務大臣 撤回しろと言われてもなかなか難しいわけでありまして、あくまでもこれは機械的に計算したものでございますので、ちょっと今その前文のところが見当たりますけれども、前提は、こういうものがないと、逆に言うお客観的

な指標がないわけで、自分のところの地域でどう考えていくかというのが分からないわけでありまして。

そういう意味では、参考資料としてこういう機械的に計算したものを outputs をさせていただいて、地域の実情、それぞれ診療の状況も違うでありまして、それから、そういうものを判断した上でそれぞれでお作りをいただきたいということでございますから、あくまでもこれは参考資料ということでございますので、有効に活用いただければありがたいというふうに思います。

○宮本委員 全く納得できない答弁であります。

パンデミックのこと、今回の経験を踏まえたから、公的・公立病院はしっかりとその役割をこれから果たしていただかなければならないということがはっきりしたんです。そのことを考慮にも入れずに公的・公立病院を名指しで縮小していく、そのための法案は認められないということをお願い申し上げます。

○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。

本日も、大変貴重な時間、ありがとうございます。早速ですが、まず医療法のことについて質問いたします。

先ほど来、医師の需給推計についての議論があったわけですが。私もそのことについて疑問を持っております。

というのは、医師の養成といえますか医学部の定員、これは、昭和三十五年頃から、人口十万人当たり百五十人、これは欧米を目標にしているんだと思うんですが、増やしていくと。昭和四十八年、閣議決定で無医大県の解消構想が立てられた。それで、ずっと増えてきたわけですね。これが、資料の一を御覧いただくと、こういう形で、最初の頃は増やしていった、ずっと一九八〇年くらいまで。

昭和五十六年に琉球大学の医学部が開設されて、昭和六十一年、だからこの表だと一九八〇年

の翌年ですけれども、全国の医師が一割過剰とされて一〇％削減しなければということが言われ始めたようです。医学部定員がこの頃は八千三百人前後だったのが、今までずっと増やしてきたのが、削減が開始された。これが、平成十二年には七千六百九十五人まで減っていったようです。

そうしたところ、平成十八年には、これは二〇〇六年ですから、これで見ると二〇〇五年の七千六百九十五人の頃だと思ふんですけれども、やはり、医師の需給検討会で、このときどういう需要と供給が見込まれたかという、何と二〇二二年、つまり来年ですね、需要と供給が均衡される、こういう予測が立てられたわけです。

このときには医師不足だったわけですね。この頃は多分、一番医療が、例えば救急車が、本当に東京都なんか二時間もたらい回しになるとか、そういう時期だったと思います。

さすがにこれはまずいだろうということで、これは非常に英断だったと思いますけれども、平成二十年の六月に骨太の方針二〇〇八年で医師の増員が決められて、そこから医師が順調に増やされて、令和元年度には九千五百五人ですかね、医学部の定員、増えてきた。

そうしたところ、今度は平成三十年の閣議決定、これは経済財政運営と改革の基本方針二〇一八ですけれども、これも話題となっていて、二〇二〇年、二年についてはおおむね維持ですけれども、二年からは、需給推計などをした上で、状況に配慮しつつ、医学部の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と、今度は一転してまた減らすという話になってしまったわけです。

それが、配付資料二を御覧いただきたいんですけど、これは前回も私の方でちょっと指摘させていただいた病院会のアンケートです。

病院会のアンケートで、何をもちて医師不足とするのかとの意見もありますが、ここでは、自院の医療機能の維持に必要な勤務医についてお聞きします。勤務医が不足していると答えた人が四

〇・九％、やや不足していると答えた病院が四六・七％で、九割近くが不足していると言っているわけですよ。これは去年の話です。充足しているというのは僅か一割にすぎないわけですね。

こうして見ると、やはりまだ医師不足は解消されていない。先ほどの申し上げた平成十八年の医師の需給推計は大間違いであったということが言えるわけです。

去年、今年と新たな要素が加わったのは皆さん御承知のとおりで、このコロナのパンデミックで、医療崩壊、これが起きると。日本医師会の会長なんかまさに先頭に立って、医療崩壊、医療崩壊、果ては医療壊滅とまで言われている。御承知のとおり、勤務医の皆さん、第一線で、一番病院で重症者などを診ていただいている方は、過重負担、これが言われている、これも否定されない事実だと思います。

ところが、それにもかかわらず、これは私、非常に残念、びっくりしましたのは、資料三の一と二、裏表ですけれども、結局のところ、これだけの事実が生じたのにもかかわらず、資料三の二、裏面を見ていただくと、偏在対策を行う前提の下、総医師数を抑えていくということであるから、偏在対策がどの程度進んだのかという検証を行いながら地域枠についての議論を進めていくのがよいではないかと。結局、総医師数を抑えていくという方針は全然変わっていないわけですね。

これは本当に国民の理解が得られるのか。これだけ飲食業、その他のサービス業を犠牲にして、医療崩壊してしまうから全ての行動を抑制してくださいと。自殺者が例えば子供なんかで前年度に比べて大変増えている。そういう多大な犠牲を払いながら、医療を守るためにということ、ここまで国民に我慢をお願いしておきながら、一方で、今足りないのに、確実ではないことが明らかで、需給推計でもって減らしていく。こんなこといいのだからと誰もが考えるはずなんです。例えば、需給推計は、先ほど共産党の宮本先生

が言われていたとおり、まず、基礎となる計算式がよく分からぬ上に、例えば、寿命がこれからもまた順調に増えて、平均余命といいますが、亡くなる方が九十を超えてくる。そんなことになれば、当然ながら医療の需要は極端に増えていくわけですね。ここから人口も高齢化するわけですから、高齢者層がますます増大するわけですから。

そこで、政府参考人というふうに通告は最初させていただきましたが、時間の関係上、大臣にまとめてお答えいただきたいんですけれども、こんなふうに右往左往、当てにならない将来予測に基づいて医師の増減をするのではなくて、現状を重視して、地域、専門科目、勤務医、開業医の偏在も問題となっていて、さらに勤務医が不足しているのは明らかになっていく。これを是正するための強制力、例えば開業規制とかが取れないのであれば、絶対数を増やすしかないと思うんですね。増えれば、当然勤務医だって増えていくわけですか。

例えば、開業しても食っていきえないと思えば病院に入らざるを得ないわけですね。あるいは、地方大学の定員を増やしていく。こういう形を取るべきではないかと現状を踏まえれば思うんですが、大臣の御所見をお伺いしたいと思います。

○田村国務大臣 高齢者は一定増えていきます。しかし一方で、人口自体は減っていくわけであります。そんな中で、医療需要というものを推計をいたしております。

もちろんこれは感染症が大幅に拡大したというようなものを、ただ、これは常態化をすれば当然その中に入ってくると思います。コロナのような感染症が毎年毎年起こって、ずっとこのような需要があるということになれば、それは入れざるを得ないんじゃないでしょうか、今のところ、常態といえます。通常はそうではないということ、そこを念頭に置いてやはり需要を考えますと、人がいるということ、医療保険でございまして、これが保険制度じゃないのであれば、御自由に、必要

な方に必要なお金を払っていただいていた医療を受けていただければいいので、そこは自由の選考の下にやっていただければいいんですが。保険となりますと、その方々が何とか生きていくためには診療報酬を上げなきゃならない。すると、それはそのまま保険料等々に跳ね返る、また自己負担に跳ね返りますから、そういう、ちよつと半分公的経済みたいな中において日本の保険制度といえます。か、保険制度というものは成り立っているわけがあります。すると、やはりそこは適正配分をしていかなきゃならない。

ただ、減らすわけではなくて、まずは需給が一致するまで、これは増やし方を多分緩めていくというふうな形。

しかも、問題なのは、医師の養成というのは、必要だからといって一年、二年でできるわけではなくて、委員も御承知のとおり、八年から十年かかるという、今やってやっとならば、十年後であります。十年後であつたらこれは二十年後になるわけでありますから、そこまで含めてこれは需給推計を出さなければならぬということであります。

ただ、もちろん状況が変われば、そのときにはまた新たな計画という話になるとは思いますが、今そういうような先のことを考える中においての医学部の定員枠をどうしていくかということ、御議論をいただいているということであります。

○青山（雅）委員 今ちよつと驚くべき答弁、本音はそこだろうなと思うわけですが、保険制度であっても、それは別に、医療者の平均年収を維持するために我々は国民皆保険制度を維持しているわけじゃないわけですね。

例えば開業医の方が二倍になったとして、需要といいますが、患者の数が変わらなければ、開業医の売上げが半分になるだけの話ですね。これが、今の日本の普通の労働者のように非常に低い賃金であるならば、半分にすればそれは大変切ない。でも、御承知のとおり、今、開業医の年収というの恐らく一千万を軽く超えているわけだ

ね。そういう方たちの年収を所得保障するために医師を増やすのは駄目なんだという答弁なんだと思うんです、今の話だと。

それからもう一つは、医師を増やすのに八年、十年かかるのであれば、減らしてしまつたらそれこそ大変ですよ。今足りるかどうかわからない、現に足りていないのに、ここから減らして、ああ、やはり足りなかったというときに、増えるのは八年後です。これは駄目なわけだから、それはちよつと違うんじゃないかと思うんですけれども。そこだけちよつと、短くで結構ですけれども。

○田村国務大臣 需給推計は、これは開業医をやっているわけじゃなくて勤務医も含めてやっておりますので、勤務医自体も余つてしまつということが起こってくる。もちろんそれは、診療科でありますとか地域偏在というものはこの中にしつかり組み入れながら、どういふふうな養成していくかということは考えなきゃなりません。

それから、ちよつと何をあれしているのか分からないんですが、例えば、医師でも要らなければそれはもう失職させればいいんだ、もうそんなに要らないんだからという御意見だったのかも分かりませんけれども、これは、医師を養成するのにかなり国としてはお金を、公費を使っているものでありますから、そういう意味からいいますと、やはり医師というものはそれなりに計画的に、今までも定員枠というものは議論をしてきたわけでありまして、もちろん、これは減らすんじゃないで、まだ増えていきますから、増え方をどうするんだという議論をしているので、減らすという議論ではなく、まだ定員枠は以前よりかは増えておりますから、医師はまだ増えていくのを、どれぐらいの増やし方にしながら、需給をどこでマッチングさせるんだということを、これからしつかりと、これは推計でありますけれども、検討した上で決めていかなきゃならないということであります。

○青山(雅)委員 水かけ論になりますので、こ

でやめておきますが。
例えば、医師の年収が減つたとしても失職にはならないわけですよ、お医者さんって。我々も弁護士で、例えばいきなり司法試験改革で弁護士の数を三倍増にされました。だけれども、誰も失職はしていないわけですよ。年収が下がっただけです。みんなひとしく貧しくなつただけですよ。

それと同じことなわけですから、何も、私は、今足りないことが分かつているのに、そこで、将来推計でもって、私が分からないのは、厚労省で医師の数が増えていると国民の医療費は増えると思つていらっしゃる。調べてみると、二十年か三十年前の事務次官の方がそんなことを言っているものだから、みんなそう思っているんだけれども、そうじゃないわけですよ。競争があれば普通は下がるんです、価格は。今は価格を、弁護士がそうでしたけれども、人数制限していれば上がるんですよ、競争制限していれば。だから、何でも、医師の数を維持する、あるいは若干多いと医療費が増えると思うのか、そこがちよつとよく分からない。

今日、ちよつと時間がもつたないので、この議論はこの辺にしておきますけれども、またこれはちよつと続けて議論させていただきます。

次に、抗原検査についてお話を聞きます。前回、私との質疑で、大臣は、抗原検査で唾液はないと言われた。それは必ずしも間違いじゃないですけれども、それは定性検査にもありません。ただし、抗原定量検査には唾液検査もあつて、これは配付資料の四をつけておきましたけれども、このルミパルスというのは唾液でできる抗原検査です。なので、正確にというためだけの話ですけれども、ここについては前回の答弁をちよつと御訂正いただきたいんですけれども、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 抗原検査には定量と定性がありまして、おっしゃられるとおり、定量検査、これは、日本の今、検疫をやつておるのはこのルミパルス、定量検査をやっておりますので。

ただ、あのときは介護施設という話でございまして、ここで簡易に使えるものとなると、これは定性のキット、抗原検査キットということ。で、今、厚生労働省が推奨しておりますのはこれでございます。もちろん定量検査も一つだと思ひますが、施設等々、設備が結構要りますので、PCRでも今十分に、同じような時間で出てくるようなものもありますから、そういうものを利用したいながら、どちらを使つていただくかという形の中において対応いただければありがたいということでございます。言われるとおり、定量検査の方は、これは唾液でも、今検疫で、空港などでやっております。

○青山(雅)委員 ありがとうございます。

それで、更に進むと、実は定性検査の方でも承認のものが幾つか出ていまして、中にはCE、ヨーロッパの指令に、ヨーロッパコンフォミティーですか、EU指令に適合した、そういう認証を受けているものもあるんですね。それを見ると、カタログデータですけれども、感度が九五%、これは陽性率ですね、陽性率に関わるもの、特異度が九八・七八%と、PCR検査と大差がないようなものも出ていまして、これは、すごくやはり役に立つと思うんですね。

なぜかというと、簡単にできて、すぐに結果が判明する。防疫上の目的では時間がかかっちゃうと余り意味がないものですから、これはすごくいいと思うんですけれども、こういった製品の承認を急いでもらいたいと思うんですけれども、この点について大臣の御見解をお伺いしたいと思ひます。

○田村国務大臣 申請が出てくれば、しつかりと審査した上で、承認できるかどうかという判断をさせていただきたいというふうに通つております。

○青山(雅)委員 それで、私も申請が出ているかと思つたら、出ていないんですね。これは国として必要なものだと思うので、やはり厚労省の方が、それはもちろん民間がやることではあります

けれども、防疫上必要であれば、ちよつと積極的に動いていただきたいと思つていますので、是非検討してください。それはまた次回やらさせていただきます。

それから、高齢者施設対策、これも物すごい重要だと思ひます。前回の質疑後に、新聞が二紙、私の質疑に関連するというわけではないですけれども、大きく取り上げております。

まず、朝日の方ですね。これは資料の五と六を御覧いただけると、「高齢者施設の感染二波までの五倍」と。多くの方が高齢者施設で亡くなつていられるわけ。これは五倍というんですから、物すごい話ですよ。そして、裏面を見ると、「高齢者施設対策置き去り 進まなかつた定期検査」と。まさに私が指摘させていただいているとおりのことを言っているわけです。

私は、迅速抗原検査を、しかも頻回にというのは、こたわるのは、これは医学的な裏づけもあるわけですよ。

その前に、ちよつと今、朝日の記事を少し紹介させていたと、高齢者施設で二人以上が感染した集団感染は千百七十六件、医療機関で九百九十二件。昨年十月末までの累計と比べて、高齢者施設で五倍、医療機関で三倍です。増えているんです。増えているところを抑えないと。もしかししたら、これを抑えていたら、第三波、第四波だのというのはなかったかもしれないですね。五倍ですから、何せ。

しかも、非常に大きいのは、東京都で一から三月に亡くなった千百人の感染経路を集計すると、何と六割近くが高齢者施設、医療機関。大阪府でも同様の傾向。つまり、死者、重症者、下手すれば六割、ここを抑えれば減るんですよ。これをやらなくで、何で、私、飲食店の見回りなんという話になるのか。尾身先生、今日も言っていましたけれども、見回るんだつたら高齢者施設ですよ、これだつたら。

そこで、お伺いしたいんですけれども、まず政府に聞きたいんですけれども、同じ期間、全国死

者のうち何割が高齢者施設で、何割が医療機関で亡くなっているのか。全国が分かなければ自治体だけでもいいですけれども、お答えください。

○正林政府参考人 お尋ねの全国のデータは網羅的に把握していないのでお答えできないんですけども、大阪府、そこは公表してまして、時点はちよつと違います、昨年の十月十日から三月二十六日にかけての死亡者、全体で九百四十三名、そのうち高齢者施設が二百七十三、障害者施設が一、医療施設が二百七十三、合計で五百一十一で、パーセンテージでいうと五四％ということですよ。

○青山(雅)委員 今答えられたとおりで、半分なんです。ここをシャットアウトするのが先決に決まっているじゃないですか。

しかも、ちよつと許せないのが、データを把握していないんです。厚生省は、私、全国の自治体の分を教えてください、分らないと。今、一生懸命、分かる分、実は数字は上がってきている、今集計していると。これは多分、一昨日の昼頃言ったんだけど、まだ集計が終わっていないから出てこないという話なんです。(発言する者あり)そうなんです。一番重要なところが分からずに、何でこれで防疫対策をやれるのか。

私は、それで、疑問があるんです。尾身先生もすごく頑張っておられるのは分かるけれども、こういうところをきちんと指示してもらわなければ、このところ、尾身先生、一生懸命、飲食店の見回り、飲食店の見回りと、飲食店永久閉鎖だなどとまで言われている。そんなこと言って飲食店を潰すよりは、できることがあるじゃないですか。何でそれを調べないのが全く分からない。

更に話を進めると、実はこれは簡単に抑えられるんです。尾身先生は先日の私の質疑で、高齢者施設の検査というものはこれは当然頻回にやった方がいい、絶対にこれはいいです、一か月に一遍やるよりも一週間に一遍、二週間に一遍、頻度を多くした方がこれは有効であることは間違いないです。これはそのとおりなんです。

添付資料の七を見ていただくと分かるんですけども、これはサイエンスの姉妹誌に載ったもので、査読済みの論文です。ですから、非常に権威がある。これを見ると、これは、いかに集団感染を防止していくのか、防疫上の観点からシミュレーションしたものですけれども、この図にあるのは、集団スクリーニングレジメンの有効性は頻度に依存すると。つまり、集団スクリーニングの計画は頻度が多い方がいいという話なんです。これを見ると、毎日やれば一〇〇％防止できる、三日に一度でもこれは九割近く、八〇％を超える数字で防止できるわけです。

つまり、先ほど言ったような簡単な、唾液でもいいです、あるいは鼻腔検査でもいいです。大臣に教えてもらいましたけれども、鼻咽頭ではないので、今の検査キットは自分で鼻にこうやって綿棒を突っ込んでこしこしと五回やればいいだけですので、別に唾液でなくても鼻腔検査でいいと思います。それが一千万だったか、もう既に生産されているというわけです。それを使って三日に一遍やれば八割、九割方防げる。つまり、死亡者が半減できるわけです。

何でこれをやらないのか、こつちが優先順位が先だと思うんですけれども、尾身先生はそれはいかがですか。

○尾身参考人 二点申し上げたいと思います。委員の高齢施設での検査を重点的にやるということは、前も申し上げたとおり、私は大賛成で、これについては、我々もかなり前から国にこのことをやってくれという事で、今回も、飲食店の見回りばかりが強調されているが、実はもう高齢者施設のことは前から言っているから、今回のパッケージにも、明らかに高齢施設への検査というのは重大、重要、プライオリティーに入っている、これは飲食店のこと二者択一じゃなくて両方必要だということだと思えます。

それから二つ目の、今のサイエンティフィックのペーパーの話ですけれども、これは結論から言いますと、高齢施設、抗原キットですとね、先生

がおっしゃっているのは。これは、もうこれは繰り返しませぬけれども、利点があります。利点がありますから、ただし、欠点というかPCRと違う側面もあるので、これはうまく使うことが必要で、ポイントには私は四つぐらいあると思います。基本的には、抗原検査というのは有症状者にやるのが有効、これはもういいですよ。と同時に、それから、無症状者にやる場合には、やはり事前確率が高い集団に用いるべきだと思います。それから、高齢者施設に用いる場合は、どちらかといえばやはり感染者が発生したところを中心にやる方が有効。

それから、最後、いわゆるスクリーニングの話です。ね。感染者が出ていないスクリーニングというものは、私は、特に感染が進行している、全く感染がないところでやるのは有効じゃないので、感染がもう既に進行しているところの高齢者施設にやることは効率的で、そのときには頻回にやるということが効果。

そのときは、できればPCR検査と併せることも重要だし、頻回の度合いというのはキャパシティによる。ただ、今、抗原検査キットはたくさんあるので、私は今言ったような条件で、感染者は出てこないのに、感染が進行している地域の高齢施設には頻回に抗原キットをやって、PCRでそのリミテーションを補足するというのが一番いい考えだと私は思っております。

○青山(雅)委員 さすが尾身先生だと思えます。おっしゃるとおりだと思います。

PCR検査、例えば、一週間に一遍組み合わせる、その間は抗原検査で補う。抗原検査は、先ほども申し上げたとおり精度が高いのも出ておりますので、それから、どの程度のウイルス量があれば出てくるのかという話もあるので、先生、多分その辺を意識されていると思います。

この論文、またお時間があれば目を通していただきたいと思うんですけれども、この論文にはウイルス量はどのくらいあるとどういう検査が有効

なんだということ、それを見ると、やはり頻度が優先されるというふうなこの論文は、私の読むところによると見れるんです。

それで、この資料の、見ていただくと分かるんですけども、赤線を引いておるんですけども、アクセス可能性、頻度及びサンプル採取から結果回答までの時間を優先すべきである、検出の分析限界は二次的である、こういうものになっているのですから、または是非、先生、これをお読みいただいて、場合によってはまた議論をさせていただきます。

あと、方法としては、今言ったように、別に私も抗原検査だけにこだわるわけではなくて、とにかく頻回検査でもってよりよい方法を見つけていって、日本において最大の発生源、実はスウェーデンも同じだったわけですね。スウェーデンは一時死者が多かった。あれはなぜかという、高齢者施設でみんな亡くなってしまった。そこで、反省して、高齢者施設に対策を徹底させたら死者が激減したんです。多分大臣も御承知だと思っております。ですから、私はやはり、より確実で有効なことを取るのがいいかと思っております。

驚いたのが、資料の八、九を御覧ください。日本経済新聞、非常にいいコロナ関係の分析をいつも出しています。よその新聞がどうしても情緒的であまりがちなものに比べて、日経はいつもいいのを出しますので、これを見ると驚くような結果が出ています。高齢者施設の職員への検査実績は自治体によって差があると。随分差があるわけです。最高の京都府は八六・二で、大阪は残念ながら四四・〇です。

これを並べ換えたものが資料九です。これは本当は厚労省のデータで全国でやりたかったんですけども、これはまだ出ないというので、今日のところは出せません。今日中くらいなら出せそうなので、いただけるという話を聞いているので、そうしたらまたやりませうけれども。一番多いのが京都で八六、次は東京七三、福岡が七二です。

札幌医科大学がすごいいいデータベースを出してくれているものですから、それでやってみると、成績のいい京都や福岡、京都が一番いいわけです、一番です、福岡は三番です、東京は二番です。これは資料十を見ていただくと、重症者が少ないんですよ、やはり。成績が残念ながら悪い兵庫や大阪、埼玉は、重症者が多くなっているわけですね。これは、やはり相関関係は明らかだと思っ

うんですね。だから、医療の逼迫を防ぐとともに、死亡率を下げていただければ、私はやはりポイントは高齢者施設への検査だと思っ。しかも、尾身先生も今日も同意いただいたとおり、頻回の検査だと思っ。けれども、

そこで大臣にお伺いしたいんですけれども、これは提案です。これを見ると、三日ごととやると、それから、できれば感染が分かったときに、大臣の間おっしゃった、二週間休まなきゃいけないんですよとおっしゃった。それは、確かに施設にとつて切ない、そこに対する支援体制も整える。その上で、今の状況ではどうしようもないので、厚労省にどういうふうな実態で検査しているかをきちんと全国的に調査してもらいたい。この三つでかなり感染による医療の逼迫度は変わると思っ。ですので、それに関して大臣の御答弁をいただきたいと思っ。

○田村国務大臣 クラスタも含めて、各介護施設等々、何かあった場合には従事者の方々が休まなきゃならないということで、そのときのヘルプ体制といいますか、そういうものを、今、四十七都道府県全部おつくりいただいております。

ただ、どれぐらい、今のところ見ておりますと、それほど介護施設で、従事者の方々に感染者が出ていないことは余りないんですけれども、まとまって出た場合にその都道府県で対応できるかどうかというのは、ちよつとその人数によつて変わってくると思っますが、取りあえずそういう体制を組んでいただいております。それと、状況に関して、これは今お願いをし

て、申請もいただいておりますので、それを見てくれば、どの地域がどれぐらいの検査率かというのは分かってくると思っ。

今まで、これは去年の九月ぐらいから、私、大臣就任からずつとお願いをしてきました。なかなか進まなかった、これはいろいろ理由があると思っ。

先ほど言った、何かあった場合に、従事者の方々、マンパワーがという問題もあれば、出れば、当然濃厚接触者まで二週間御自宅待機というお話になりますから、本当に、そういうことも含めて、事業者の方々は従事者の方々に御理解をいただいてやらなきゃならない。強制的に、従事者はみんなやつてくれと言つたつて、なかなかつらい部分です。ね、はつきり言ひまして。検査を無理やりやらせるといふのは、私権の制限とは言いませんけれども、本人の本来自由ですから。もちろん、蓋然性が高い場合は行政検査で無理にでもやつていただきますけれども。そういうような非常に難しい瀬戸際の中で実は御協力をいただい

ておつたんだろうな。ただ、感染拡大しましたから、皆さんがそれだけにやはりもうやらなきゃいけないという御意識をお持ちいただく中において、この三月そして四月からは、かなりの施設の皆様方が御協力をいただけるようになってきた。これは大変な御努力を施設の皆様方、それから自治体、併せて従事者の方々もしていただいているということでありまして、改めて感謝申し上げますが、更に多くの方々が検査いただけるように努力をしてまいりたいというふうに思っ。

○青山雅委員 大変恐縮ながら、できない言い訳を並べられたなと思っ。ずつと、もう一年たつてできていないんだつたら、やり方が悪いわけですよ、頼み方とか。

尾身先生がおっしゃる通りに、行けばいいわけですよ、厚労省の職員なりなんなりが、どのくらいやっていますか。それを、飲食店なんか、いきなり緊急事態宣言で、全店閉店ですよ。そう

いうようなことをさせておきながら、重症者、死者を量産していると言つていいような、これを見ると、今、現状そうなっているわけですから。実際にそうじゃないですか。実際に私は……（発言する者あり）何が失礼なんですか。飲食店が量産しているんですか、では。

○とかしき委員長 御静粛にお願いします。

質問を続けてください。

○青山（雅）委員 この状況をほつておいたら亡くなる方が多く出るわけですよ、六割出ているわけですよ。私はそれを変えたいから一生懸命言っているんです。外野からうるさいんですよ、それが、自分はそういうことに真剣に検討しているのか、ですよ。こういう数字、誰が拾つてきていると思つていらっしゃるんですか。私は毎日のようにこういう数字を研究して、政府の足りないところがあるから、一生懸命提言しているんです。過去を責めているのではなくて、どうしたら日本において感染が減るのか、どうしたら苦しむ人が減るのかということをやっているわけですよ。

今の話はそういうことなので、またやらせていただきます。

そして、最後に一つ。今、変異株の陽性者、特に関西圏では物すごい増えています、御承知のとおり。報道によれば、兵庫県ではもう八割くらいが変異株だと。

実は、私、兵庫県の医師会のある幹部の方とお話をして、一番困っているのが、今、厚労省の方で前に出した通知で、原則入院だと、変異株の方は、それは無症候者でも軽症者でもそうだと。実は、聞きまして、四月の一日に、都道府県

の状況によつてそうしなくていいよとされているように思っ。けれども、どうもそこで徹底されていない。しかも、退院基準がPCRで二回陰性というのがそのままだ。だから、入院者の逼迫はそこに原因があるというふうにも、現場からはこういう声が上がっているわけですよ。

ですから、これは早急に見直していただきたいんですけれども、大臣の見解をお願いします。

○田村国務大臣 三月の三十一日だつたと思っ。ですけれども、変異株N501Yの方であります。これに関しては、感染者の方々に対して自宅療養でもいいと。今までは個室の病院という話でありました。あわせて、同部屋でも結構であります、そういうような事務連絡を出しました。

今言われた退院基準、これに関しては、今の従来株でいきますと、発症から十日間たつていれば、回復してから七十二時間たつていれば検査なしで出られるんですが、このN501Yはまだウイルス量がどうも多いというふうな、そういう専門家の方々、しかも長く持続するというふうな、そういう御評価もいただいておりますが、まだこれは詳細、分析できておりませんので、どれぐらいの期間、ウイルスを持つて人にうつす能力があるのかというのがちよつと分からないものでありますから、それを今いろいろと御評価いただいている、なるべく早く退院基準の方も見直しをさせていただきたいというふうに思っ。

○青山（雅）委員 是非、現場のために、今おっしゃつたような客観的な見直し、よろしくお願ひします。

どうも今日はありがとうございました。尾身先生もありがとうございました。

○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。

今日も七時間の審議ということで、いよいよあと三十分となりました。お疲れさまでござい

ます。この時間になると随分空席が目立ちますけれども、三十分後には採決ですけれども大丈夫ですかね。ちよつと一言、他党のことですけれども申し上げておきたいと思っ。

それと、ちよつと、これも質問に入る前に、今日の午前中あつた質疑で、質問通告が遅いという話がありましたけれども、先ほど、お昼の理事会でもこれは議題になったんですが、ちよつとこれは厚労省の職員の皆さんにも是非聞いていただき

たい、あるいは多くの国民の皆さんに知っていた
だきたいので私からも申し上げておきますが、先
週金曜日にこの厚労委員会が開かれたのが決まっ
たのは、前日の木曜日の五時の理事懇談会でし
た。

我々、小さな会派は全くやるかどうか分から
ず、質問もあるかないか分からないし、時間も何
分か分かりませんが、それでも、私なんかは厚労
省に迷惑をかけないかと思つて午前中のうち
に、質問通告という形ではルール上できないの
で、勉強会みたいな形で、私はこんなことを考
えていますみたいなことを言ってお伝えする、そ
のくらいいろいろ工夫しながらやっていますので、
是非、これを何か野党批判みたいに使うのはや
めたいです。あとは、やはり、通告がありま
すから、せめて、前日の日のお昼までに委員
会が決まらなかつたらもう開かないというルー
ルを私は与野党で決めるべきだと思います。そう
しないと、やはり通告がどうしても遅くなりま
すから。

それと、もう一つ申し上げたいのは、私は官僚
出身で、総務省で十三年働いてきましたけれど
も、十三年、ほとんど忙しくて、大体毎月残業は
百時間、二百時間は当たり前で、一番多いときは
三百時間やつたこともあります。ただ、国会対応
で遅くなったというのはほとんど記憶にないで
す。それだけ、国会なんか関係なく忙しいん
です、霞が関は。

国会で官僚が忙しいというのは、私は逆に、官
僚の皆さんに失礼で、ほかのことでみんな忙し
いんですから、そんな理由だけじゃない。もちろ
ん、国会で特定の部署の方は忙しいかもしれな
いけれども、その他大多数の人は国会に関係な
く忙しいので、やはり、でも、その働き方改革
はやらなきゃいけないので、それを何か国会の
せいにするのは、すごく矮小化して、木を見て
森を見ずになりますから、是非、そういう理
由じゃなく霞が関は恒常的に忙しいので、大
臣には率先して働き方改革をやつていただ
きたいと思つています。

それでは、質問に入りますが、今日、尾身先
生にお忙しい中、私、今日初めて尾身先生に質
問させていただきますけれども、今まで何度も
厚労省にもいろんな提案をしてくるんですけ
れども、なかなか我々野党が言つても実現し
ないで、私は、尾身先生に言つていただきた
ら厚労省も動くんじゃないかと。あるいは、尾
身先生の発言というのは世間が注目してい
ますから、やはり世論の力で、今の検査の問
題なんかもうどうでも、私は厚労省にやはり
変わつていっていただかなきゃいけないと思
うので、そういう意味でも尾身先生に今日お
越しいただきました。

基本的な質問で、もう何度も答弁されてい
るかもしれませんが、私は今日、病床逼迫、こ
れがやはり何よりも、先ほど青山委員がおつ
しやるように、時短要請とかして飲食店とかに
本当に、あるいは多くの国民の皆さんに、物
すごいお金をかけて、苦勞をかけているわけ
ですけれども、やはりその最大の理由は病床
が逼迫するから、やはり、緊急事態宣言や
蔓延防止措置を出さなきゃいけない。この
病床逼迫を何とか、そのために、逆に言え
ば、ありとあらゆる資源を投入して、私はこ
の医療逼迫を解消するべきだと考えるん
ですが、尾身先生が考えるこの病床逼迫の
原因はどのように分析されていますか。

〇尾身参考人 日本はいわゆる医療逼迫とい
うのは、様々な理由があると思つて、基本的
には、私は、日本の医療関係者は本
当に頑張つていただいているんですけ
れども、そもそも本質的に日本の場合は、
医療計画という中で感染症とい
うものを、ほかのがんや救急医療とは異
なつて、それほど優先順位を上げてや
つてこなかったという、感染症は大体、
結核とかハンセン病ということ以外、
そういう歴史的な背景があつたことは
間違いないと思つています。

そういう中で、日本の医療制度のた
てつけといふのは、いつ来るかも分
からないパンデミックのようなものに
ベッド数がある程度多く確保してい

くという余裕というものを持つような
仕組みにこそなつていなかったとい
うのは、これは現実だと思つています。

そういう中で、よく委員御存じの
医師数の数、特に感染症のプロなん
というの、感染症というの、はちよ
つと特殊な世界で、今、がんと
か生活習慣病に社会の関心が向
かつていたということもあつたと思
つています。そういうところで、十
分な養成をしてこなかった。

それから、もう一つ重要なことは、
日本の医療の場合には、やはり、七
割、八割が民間の機関で、一部の
いわゆる公的機関、独立行政法人
なにかは国との関係が非常に近い
ので、国の影響力というのを行使
しやすい関係にありますよね。とこ
ろが、一般医療機関ではそうで
ない。

そういう日本の制度のそもそもの
問題があつて、そういう中で、今
回、パンデミックというこ
とで急激な感染があつて、医療の
逼迫というのが話題になるような
状態になつたんだと私は考
えています。

〇高井委員 ありがとうございます。改
めて勉強になりました。

一つは、やはり、医師の数の話
が出ました。これは今すぐできる問
題じゃないので、やはり中長
期的に、今後、医師の数を増や
していくということは考えな
きゃいけないと思つています。

もう一つの民間病院が多いとい
うことは、これは私はやはりや
りようがあるんじゃないかなと。つ
まり、民間ですから、経営に、も
うからないとやはりなかなかや
れない、民間企業ですからね。そ
こがあるわけで、そうすると、や
はり、コロナの患者さんを受け
入れていただくというインセン
ティブをもつと民間企業に与え
るという方法が私はあるんじや
ないかと思つています。

そこで、ちよつと厚労省に聞
きたいんですけれども、今、中規
模、二百から四百床ぐらいの民
間病院でコロナ患者を受け入
れている病院の割合、その最新
の数字を教えてください。か
ねますか。

令和三年一月十日までに、いわゆる
GIMS、これは病院の情報シ
ステムであります、GIMSで報
告のあつた全医療機関のうち急
性期病床を有する医療機関、こ
こにおいて、二百床以上四百床未
満の民間病院、これは四百二十
ございませうけれども、そのうち
約五十一％に当たる二百十五
の民間病院においてコロナ患者
の受入れが行われているという
ことでございます。

〇高井委員 一月十日の数字を
今この場で言うんですよ、最新
の数字は通告しているのに。取
つていないんですよ。さつきの
青山委員の質問でもそうすけ
れども、やはり、こういう辺り
からしつかりしないと私はい
けないと思つています。それで
は、やはり多くの民間病院がな
かなか受け入れない理由を、ち
よつと私が言つてもあれな
ので、いろいろ新聞記事など
を集めてきました。

これは、慈恵医大の大木教授が、
この方は菅総理にも直接会わ
れて進言して、菅総理は、いい
話を聞いたなんということを記
者に答えていますけれども、こ
うおつしやっています。医療も
経済活動なので、インセン
ティブがあれば誘導されま
す、逆に、国難だからと民間
病院が赤字覚悟で手を挙げれば、
経営者としての責任が問われ
かねません。そうですね。要は、
一千五百万円といった一時金
だけでは、経済合理性がある
ようにお金を出す必要がありま
す。

あるいは、一月十四日の東京新
聞ですが、民間で受入れが進ま
ない理由について、経営病院で
クラスターを経験した平成医
療福祉グループ代表の武久医師
は、コロナの患者さんを診るの
は通常の何倍も手がかかる上、
他の手術や診療もできなくなり
赤字になる、院内感染のリス
クも抱えると説明する。

あるいは、一月十八日の産経新
聞。これは社説ですけれども、
民間病院が受入れに慎重なのは、
収益悪化で経営が立ち行か
なくなる懸念があるからだ
と。

それから、これは読売新聞。二
月十五日ですが、大阪市内に
ある約二百床の病床を持つ民
間病

院の担当者は、患者を受け入れるには大規模改修が必要になる、補助があっても経営への負担が大きいと説明する。

二月四日、同じく日経新聞ですが、ある医師は、コロナ患者を受け入れるよりは外科手術を一件やった方が経営にはプラスと内情を明かす。

三月三日、日経新聞。政府は、受入れを促すために診療報酬を上乗せし、空床確保料などの補助金を用意、一床確保につき最大一千九百五十万円を出す措置も追加した、それでも病院側は、クラスターが起きたときの減収を補い切れないと見ています。

こういうことなんですね。

鳴り物入りで、去年の十二月二十五日、予備費から一千九百五十万円の、これで大臣は随分もう賄えているとおっしゃいますけれども、やはり、今新聞の記事にあったように、何かあったときに、クラスターが起きたら本当に病院は潰れちゃうわけですよ。そのくらいの危機感とかなかなか手を挙げるのは難しい、周りの病院の様子を見合っているなんというところがあると、やはりその部分の経営に差し支えないというところで、私は、幾らお金がかかる、幾らといっても、一時協力金に三兆円使っているんですよ、時短要請に。そのお金に比べればはるかに安い金額でこの病床逼迫を、私は八割ある民間病院に手を挙げていただくことは可能だと思っただけでも、これは厚労省に幾ら聞いてもいい返事は来ないんですけれども、尾身会長はどのように思われますか。

○尾身参事 人は、民間の病院で一部、コロナ患者さんを受け入れるのに少しちゅうちょするのは、三つの理由があると思います。

一つは、やはり経済的なインセンティブ。それから、やはり、余りふだんこういう感染症を診ていないところに、医療安全といいますが、感染症対策に必ずしも経験がないということ。それから、あとは人の問題ですよ、人が、仮にベッドを確保しても、それを診る人がなかなかすぐには、今、みんな医師不足ということになってい

る。そういうことが一つの背景にあると思います。

そういう中で、私もたまたま病院の運営に携わっているもので、いろいろ話す機会がありますけれども、今回の国からの医療機関への経済的な支援というのは、これはかなりあったと思います。

それで、平均的に言うと、これだけ大変なことで、患者さんも受診を控えますよね、例えば健康診断なんというのも控える。そういう中で、全体に減っていますけれども、トータルとしては何とか、いわゆる収支、PLがプラマイでいく、病院全体でというふうには私は理解しています。

ただし、コロナ患者さんを受け入れないところは、やはり受け入れた病院にどうしても手厚く支援が行きますので、病院の、各病院ごとを見ると凹凸があるということであるので、そういうことで、経済支援は非常に重要だと思います。

○高井委員 質問の前に言えばよかったんですけども、この千九百五十万円の補助金は、実は六割しか使われていないんですよ、用意した予算額の。何か四月以降も延長すると昨日発表したと報道で見ましたけれども。

要は、やはりちょっと使い勝手が悪いというか、いろいろよく見ると、やはりコロナ患者を受け入れた場合に限定され過ぎていて、例えば、さっきの大本教授も、コロナ患者一人、一床空けるのに三、四床のベッドを潰さなきゃいけないとか、フロア全体を潰さなきゃならないとか、病棟丸ごととか、いろいろな形があるわけで、そういうところまでフォローする補助金を私はつくってもいいんじゃないかと。一番いいのは、クラスターが起こったときのことで補償する、

そこまでやれば完璧だと思いますけれども、ここは私はお金をけちるところじゃないと思いますけれども、大臣、いかがですか。

○田村国務大臣 一千九百五十万は、これは重症者であります。しかも、蔓延防止重点措置でありますとか緊急事態宣言の地域でありますして、そう

いうところに関してはこういうような対応をしました。これは、患者を受け入れる前から手を挙げていただければお出しをする、ただし受け入れてもらわなきゃ困るという話でありますから、そういう類のお金で、しかも、人件費に三分の一使うという話なんです、これは本から、根っこから使えるふうになっておりますので、そういう意味では非常に使い勝手がいいというふうな、そういう御評価をいただいています。

それから、いろんなことで、フロア等々に関しても、コロナの患者を受け入れられるとほかのところが使えないという話もありましたので、これは空床確保等々で対応する。これも、受入れ重点化病院は非常に、これは割増しといいますが、高い金額です、クラスターが出た場合には、それも言わなければ空床確保という形で対応という形に途中からさせていたという形ですというものが多分伝わっていないところに大きな私は問題があると思います。

でありますから、もうこれは去年の十一月頃から厚労省の中で御相談をいただける窓口をつくって事細かくお伝えしているんですが、そこにそういう窓口があるということも伝わっていないとおっしゃられるとおり、そこに幾らお金があつたって、それにアクセスできなければ意味がない話でございますので、しっかりと我々としては御理解いただけるように広報の方にも励んでまいりたいというふうに考えております。

○高井委員 一般国民の皆さんへの給付金とかから伝わらないというケースもあり得るでしょうけれども、病院ですからね。もう数も限られますしね。

あと、やはり、大臣はいつもそう説明されて、まあ厚労省からそういう説明を聞いているんでしょうけれども、やはり結果ですよ。結果六割しか使われていないことと、あと、結果的に病床逼迫が解消されていないじゃないですか。それでまた大阪が今大変なことになって、やはり最大の理

由は病床逼迫で、結局、緊急事態宣言を出さなきゃならないかもしれないことですから、やはりどこかにネックがあつて、私は、そのネットワークの、やはり八割の民間病院が進んで手を挙げなくなる、ある意味、もうすごい、びつくりするぐらいな大盤振る舞いをして、そんな周知なんかしなくても、みんな、うわさで、おお、これは手を挙げようぜとなるぐらいの財政措置を一度やってみる。それでやってもやはり駄目だったというならもう一度手を考えなきゃならないですけれども、私は、一番手っ取り早くできるのは、これは法律も変えなくていいし、補助金の要綱を変えるだけでいい、そこは何とか、せめて、十二月二十五日です、六割しか使われていないんだから、もうちょっと広げてみるということ是非考えていただきたいなと思います。

もう一つ、尾身先生がさっき言われた、やはり医師不足というか、やはりコロナ患者を診るのは大変ですから、いろんなリスクもあるし。

ところが、じゃ、コロナ患者を診た医師や看護師の去年の冬のボーナスはどうなっていたかというところ、何と四割の方がボーナスが減らされているんですね。これは、病院関連三団体が四千四百十施設で調査して、全体では三八・一％が減っていた。ところが、コロナ患者を受け入れた病院に限って見ると四三・三％と。逆に、まあ、どつちもどつちですけども、四割の方が、やはりこれだけ今医療が大変だと言っている中で、給料、ボーナスが減らされていると。

これはやはり深刻な問題で、スウェーデンなんかは二倍の給料をコロナ患者を診ている方には支払っているというのを聞いたことがありますけれども、やはり、これも、大盤振る舞いだと思われても、私は二倍、何かテレビ番組では十倍ぐらい出したらとコメントで言っている人もいますけれども、十倍とは言いませんけれども、せめて二倍出すぐらいの、やはりここを考えると、この病床逼迫を何とかして、もうあらゆる資源を投入してそれを解消するんだということが、私は一

番今やるべきことだと思いますが、これも、大臣に聞いても余りいい答えが返ってこないの、まずは尾身理事長、お願いします。

○尾身参考人 日本の医療従事者の献身的な頑張りと、努力は、必ずしも私はお金のためだけにやっているとは思えません。しかし、今多くの医療従事者の人は、仕事が終わっても、ほかに、友人に会うこと、もちろんお酒を飲むなんてことは今控えているし、そういう意味ではかなり精神的なストレスがずっとかかっていると思います。そういう意味では、お金のために働いているわけではないですけれども、お金は今までも少し多くもらえているということになれば、多少の納得感はあると思います。

そういう中で、実は、今回も国の方がいろんな、病院へ行く場合もあるし、医療従事者のいわゆる危険手当とかいろいろな慰労金という形で入っているということ、多くの医療従事者に伝わっていると思いますけれども、これが二倍、今までの給料の、いわゆる手取りという意味で二倍になっているかというと、そこまで多分ついていないと思うんですけれども、私は、医療従事者に経済的な、いわゆる医療の安全とか病床を確保すると同時に、そうした人に、経済的に少しでも報われるような支援というのはこれからも重要だと思えます。

○高井委員 ありがとうございます。
尾身先生がおっしゃるように、お金だけじゃないと思うんですね。いろんな様々な理由で、やはり受け入れるのは厳しい。だけれども、だからこそ、微々たる、何か一・二倍に増やしましたとかそんなことじゃなくて、やはり私は二倍とか、この際、このコロナの期間だけです。しかもコロナの患者を受け入れた病院の、そのお医者さん、看護師さんに対しては、二倍払うぐらいのことを思い切ってやって、何としてもこの医療逼迫を私は防ぐ、これは財務省のオーケーも出なきやでないから軽々には答えられないでしょうけれども、是非、大臣としてはやりたいんだという決意

をいただけませんか。

○田村国務大臣 この、やはり賞与といえますかポリーナスの状況が、本当に、非常にコロナで頑張っていたにしている医療関係者にこういう状況というのはよろしくないかと我々も思っている中で、これは、十二月というよりかはその前の状況でこのポリーナスが決まってくるわけなので、やはり十月、十一月の状況は非常に厳しかったんだろう。

だからこそ、こういうような給付の方法がありますよ、交付金でこういうのがありますよということ、年々年初、先ほど来言っておりますよ、幾つかあります、実は、先ほどの一千九百五十万だけじゃなくて幾つかあるんですが、そういうものをしつかり対応して、やはり医療機関がそれなりに収益が上がってこないとそれは出せませんので、そういう意味で何とかならないかという形の対応でございまして、決して、役人から私が聞いたんじゃないで、私の方から指示を出してつくらせた制度でございまして、その点は御理解をいただきますようお願いいたします。

○高井委員 ですから、この病床逼迫、医療確保、病床確保の補助金と、この今の人件費の話、一度是非試算してみたいです。どのくらいかかるのか。私の感じだと、多分一兆円とか、多くても二兆円とか、そのくらいでできるなら、やはり、時短協力金に三兆円、四兆円払っている人々に苦勞をかけるよりも、病院に一兆円、二兆円つぎ込んで、それで医療逼迫がなくなれば、それで経済が回っていきけるようになれば、それが私は一番いいと思うので、お金の使い道をやはり間違えていると思いますから、是非一度試算をしてみたいのだと思います。

それでは、もう一つ、これも大きな問題なんですけれども、今日は文科省、文科副大臣に来ていただいていますけれども、これは私、先日驚いたんですけれども、国公立大学の病院でコロナの重

症患者を受け入れている率というのは、病床数の僅か四％だと。重症用のベッドに限っても一五％だと。

これは、幾ら何でもやはり、国公立の大学病院、それぞれの地域の核な高度な医療、いろいろ理由はこの後文科大臣も言うんでしょうけれども、やはりこれは、要請もしているそうだけれども、もっと強く、副大臣が直接病院に電話してお願いするぐらいのことをやっていただきたいと思えますけれども、いかがですか。

○丹羽副大臣 お答えいたします。
大学病院は、地域の医療の最後のとりでとして、重症患者を始めとする新型コロナウイルス感染症患者の治療を行うとともに、感染症流行下におきましても、他の疾患を有する患者等に対する高度医療を継続的に提供いたしております。

委員おっしゃるとおり、四月二日のときの答弁で答えました、国公立大学の病院の重症患者の受け入れ率は四％でございまして。本年三月二十六日時点の中等症以下を含む確保病床は四千二百七十六に対して、重症患者の受け入れ率が四十二人の割合でございまして、重症患者向けの確保病床二百七十六に対する受け入れ率は一五％と相なるわけでございまして。

このコロナ患者の受け入れにつきましては、各地域の都道府県で中心となって調整が行われているものというふうには承知いたしております。文部科学省といたしまして、これまで累次にわたり都道府県等に協力を要請してまいりましたが、三月三十一日付で、改めて、都道府県と緊密に連携し、あらかじめ感染症急増時の緊急的な患者対応方針を明確にするなど、地域における医療提供体制の整備に最大限の取組をいただくように要請しており、大学病院が都道府県からの地域における医療提供体制の整備に向けた要請に可能な限りお応えできるように、個別大学に協力要請を行うなど、きめ細かく対応していきたいと思っております。

○高井委員 これは多くの国民は納得いただけな

いと思えますが、尾身会長にも是非、ちょっと尾身会長から、もっとやれと強く言っていた方がいいんですけれども、いかがですか。国公立大学の病院が四％しかコロナ患者を受け入れていないというのを聞かれて、どう思われますか。

○尾身参考人 各大学病院というのは特定機能病院で、高度なことをするというところで、期待されているのでありますけれども、同時に、今こういう困難ですから、いろんな困難なところは、今みんな、一般の市民もみんな頑張っているわけですね。そういう意味では、国立大学も、いろんな困難はあると思いますけれども、できるだけコロナ患者の受け入れ、重症患者ですね、というのに努力していただきたいというのは、私は個人的にそう思います。

○高井委員 ありがとうございます。
丹羽副大臣、是非、よく受け止めていただきたいと思います。あと三分しかありませんけれども、どうぞ御退席ください。

それでは、あと二問、二問になると思いますが、今度はPCRモニタリング検査の話をお聞きしたいと思えます。

これは、緊急事態宣言解除のときの五つの柱の目玉政策であったわけですが、これも驚いたんですけれども、一日一万件を目標にやると聞いていたのが、先日、内閣委員会でも聞いた、何とまだ、二週間やって一・一万件です。一日千件もやれていない。

これは、ちょっと今日は内閣官房は呼んでいないんですけれども、尾身会長、これもちょっとやはり幾ら何でも、一日一万件とあのとき大々的に記者会見でも、尾身会長も同席されて、総理の記者会見で言ったのが、二週間で一・一万件しかできていないんです。これはやはり、もっとやれと尾身会長から言っていただけじゃないか。

○尾身参考人 先ほどの高齢者施設もそうですけれども、リスクの高いところの検査というのは今は非常に重要ですので、一日最低一万件みたいなところにすぐに、これはやはり私は、国がしっかりと

りとチームを組んで、やろうと思つたらできない数ではないので、是非集中的に全力を挙げてチームをあれてやつてもらいたいと思います。

○高井委員 是非、分科会とか諮問委員会でも取り上げていただきたいと思ひますし、厚労省も内閣官房もなかなか協力が得られないと言ふんですね。そうかもしれません。確かに、検査を受けたくないという国民が予想以上に多いというのは分かります。

ですけれども、さつき大臣も、強制はできないと。強制は確かにできないでしょうけれども、もっとお願いというか、PR、もっとモニタリング検査とか、あるいは、さつき青山委員も言つていた頻回の抗原検査、これは、アメリカなんかだと、一ドルで、百円でできる。それは確かに精度は落ちますけれども、ただ、アメリカのコロナ大の研究チームが発表した研究では、検査は精度よりも頻度が大切だ、そういう結論が出る研究を十一月二十日にサイエンスアドバンズというところで発表したりもしていますので。

私は、さつき尾身会長も、やはり頻回の抗原定性検査、簡易な、簡易キットによる検査ももっと活用すべきだというふうにおつしやつていただきましたけれども、改めて、尾身会長、是非この検査の数を増やすということに対して、尾身会長のお考えをもう一度お聞かせください。

○尾身参考人 お答えします。

検査は、むやみにやるといふよりも、やはり事前確率の高いところは、無症状者も含めて焦点を合わせてやるということが感染対策上非常に有効だということが分かつていますから、是非検査のキャパシティ、随分上がつてきましたけれども、更なる努力をお願いしたいと思ひます。

○高井委員 最後、大臣からもこの検査について、改めて決意をお聞かせください。

○田村国務大臣 いつも申し上げておりますけれども、やはり計画的、戦略的にやらなきゃいけないというふうに思ひます。

今、尾身先生おつしやられたように、蓋然性が

高いところをやつていくというのは非常に重要であります。

行政検査という意味からすると、それは、行政検査ですからやつていただかなきゃ困りますので、そういう立場ですが、なかなか微妙なところがある中で行政検査をやっておりますので、御理解もいただかなきゃやつていかなきゃならぬというところがあるということはお理解をいただきましたが、しっかりと理解をいただけて、PRしながら、より多くの検査を進めてまいりたいというふう

に考えております。

○高井委員 本日にPRと理解をいただくということが一番大事だと思いますので、是非よろしくお願ひします。

どうもありがとうございます。

○とかしき委員長 以上で、たゞいま議題となつております両案及び修正案中、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これに対する中島克仁君外一名提出の修正案に対する質疑は終局いたしました。

○とかしき委員長 これより原案及び修正案を一括して討論に入ります。

討論の申出がありますので、順次これを許します。早稲田夕季さん。

○早稲田委員 私は、立憲民主党・無所属を代表し、我が党提出の修正案に賛成、政府提出の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て反対の立場から討論を行います。

政府提出案に反対する理由は、地域医療構想に關して、政府の対応や法案の規定に問題があるためです。

公立・公的医療機関等を名指した上で、具体的に対応方針の再検証を求めてきた厚生労働省は、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、地域医療構想に關する取組の進め方

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。

一方で、本法案には、病床の削減等を行った医療機関に財政支援を実施する病床機能再編支援事業を地域医療介護総合確保基金に位置づけることが盛り込まれています。

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、病床機能再編支援事業を行うべきではありません。コロナ禍の今、病床機能再編支援事業を実施して病床の削減を促進すべきではないからです。

そのため、立憲民主党は、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援に係る規定を削除することや、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て見直したための検討規定を追加すること、診療科の偏在の是正等に係る検討規定を追加することなどを盛り込んだ修正案を提出いたしました。

しかし、与党から本修正案に対して納得できる回答はなく、このままでは、新型コロナウイルスの感染拡大で生じた課題を踏まえない安易な病床削減が行われることが懸念されますので、政府提出法案に反対いたします。

最後に、野党提出の議員立法について一言申し上げます。

昨春以降、医療従事者等の方々は、旅行や外食を自粛し、強い緊張状態が一年以上続き、ストレスは長期化し、心身の疲労は限界に達しています。一刻も早く、新型コロナウイルスの患者に対応している医療従事者に二度目の、そして、保育士、幼稚園や学童保育の先生にも慰労金を支給すべきです。

立憲民主党は、国民の命と健康を守るため、医療従事者の慰労金の再支給、収入の減った全ての医療機関への経済的支援など、医療現場の支援に全力を挙げて取り組む所存であることを申し上げ、討論を終わります。(拍手)

○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。

立憲提出の修正案に賛成、政府案に対して反対の討論を行います。

政府法案の最大の問題は、病床機能再編支援事業を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、全額国庫負担で病床削減を加速化する点にあります。

新型コロナウイルスパンデミックは、我が国の医療提供体制の脆弱さを浮き彫りにしました。多くの方が入院できず、自宅で亡くなる方も相次ぎました。一般医療にも深刻な影響が出ています。

新感染症に対応するためには、平時から医療提供体制に余力があることが必要です。コロナ前の発想で、急性期病床三割、二十万床の削減を進めれば、マンパワーも縮小し、いざというときの機動的な対応が一層困難になります。しかも、政府が病床削減、再編統合を名指しで迫っているのは、公立・公的病院です。

今回のパンデミックでは、多くの公立・公的病院が、当初から、採算を度外視して新型コロナウイルス患者の受入れの先頭に立つてきました。感染症対策の最前線の保健所長からも、公立・公的病院の縮小方針については見直しを求める声が上がっています。

本委員会の参考人質疑で、伊関公述人より、新型コロナウイルス対応は、地方財源を組み合わせたことができる自治体病院等が先駆的に行うのは合理的だと考えていますとの指摘がありました。病床削減の検討を迫る公立・公的四百三十六病院のリストと通知の撤回を改めて強く求めるものであります。

また、本法案は、医師の長時間労働の規制をするといいますが、時間外労働の上限は、過労死ラインの二倍、年千八百六十時間です。これでは健康が守れません。

本法案の参考人質疑でも、本田宏公述人より、地域医療を守り、医師の長時間労働をなくすためには、OECD平均並みの人口比医師数を目指して医師数を増やすことが必要との見解が強調され

ています。

政府法案の最大の問題は、病床機能再編支援事業を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、全額国庫負担で病床削減を加速化する点にあります。

新型コロナウイルスパンデミックは、我が国の医療提供体制の脆弱さを浮き彫りにしました。多くの方が入院できず、自宅で亡くなる方も相次ぎました。一般医療にも深刻な影響が出ています。

新感染症に対応するためには、平時から医療提供体制に余力があることが必要です。コロナ前の発想で、急性期病床三割、二十万床の削減を進めれば、マンパワーも縮小し、いざというときの機動的な対応が一層困難になります。しかも、政府が病床削減、再編統合を名指しで迫っているのは、公立・公的病院です。

今回のパンデミックでは、多くの公立・公的病院が、当初から、採算を度外視して新型コロナウイルス患者の受入れの先頭に立つてきました。感染症対策の最前線の保健所長からも、公立・公的病院の縮小方針については見直しを求める声が上がっています。

本委員会の参考人質疑で、伊関公述人より、新型コロナウイルス対応は、地方財源を組み合わせたことができる自治体病院等が先駆的に行うのは合理的だと考えていますとの指摘がありました。病床削減の検討を迫る公立・公的四百三十六病院のリストと通知の撤回を改めて強く求めるものであります。

また、本法案は、医師の長時間労働の規制をするといいますが、時間外労働の上限は、過労死ラインの二倍、年千八百六十時間です。これでは健康が守れません。

本法案の参考人質疑でも、本田宏公述人より、地域医療を守り、医師の長時間労働をなくすためには、OECD平均並みの人口比医師数を目指して医師数を増やすことが必要との見解が強調され

ています。

政府法案の最大の問題は、病床機能再編支援事業を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、全額国庫負担で病床削減を加速化する点にあります。

新型コロナウイルスパンデミックは、我が国の医療提供体制の脆弱さを浮き彫りにしました。多くの方が入院できず、自宅で亡くなる方も相次ぎました。一般医療にも深刻な影響が出ています。

新感染症に対応するためには、平時から医療提供体制に余力があることが必要です。コロナ前の発想で、急性期病床三割、二十万床の削減を進めれば、マンパワーも縮小し、いざというときの機動的な対応が一層困難になります。しかも、政府が病床削減、再編統合を名指しで迫っているのは、公立・公的病院です。

今回のパンデミックでは、多くの公立・公的病院が、当初から、採算を度外視して新型コロナウイルス患者の受入れの先頭に立つてきました。感染症対策の最前線の保健所長からも、公立・公的病院の縮小方針については見直しを求める声が上がっています。

ました。加納法人医療協会会長からも、医師不足を実感しているのが病院の現場、需給のもう一度の再検討が必要との指摘がありました。

医師のワーク・ライフ・バランス、ジェンダー平等を進める立場に立ち、医療の高度化が進む実態を踏まえて、医師の需給推計をやり直すことを求めます。

そして、二〇二三年度からの医学部定員削減を撤回し、医師、看護師の抜本的増員と確保へ政策を転換すべきことを求め、討論を終わります。

○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・無所属の会の青山雅幸でございます。

私は、会派を代表して、政府提出の医療法等の一部を改正する法律案に対し、賛成の立場から討論をいたします。

総論的には賛成の立場ではございますが、法を改正するのみでは十分な政策的効果を発揮するとは考えられないことから、医師の働き方改革に付随する問題点について提案をさせていただきます。

勤務医の長時間労働など、過酷な労働実態を改善するために法律の整備が必要なのは否定しませんが、それだけで過酷な実態が改善するわけではないことは言うまでもありません。

なぜ勤務医が長時間労働となるか。それは言うまでもなく、人手が不足しているからです。

日本病院会が行った二〇一九年度アンケート調査報告書によれば、勤務医が不足していると答えた病院が、不足している、やや不足しているを合わせて八七・六％に及んでいます。そして、その原因は、絶対数の不足と、絶対数の不足と地域偏在・診療科偏在という回答を合わせて四九・四％という回答です。近年の医学部定員の増加によって徐々に改善している傾向は見られるものの、まだまだ足りていないことは明らかです。

そして、この新型コロナウイルスで病院勤務医不足の状況にあることは、日本医師会会長が

度々医療崩壊を口にし、医療壊滅とまで口にされているところに表れています。第一線の病院勤務医に対し増援が必要なのは医師会も認めざるを得ないところでしょう。

一方で、この状況で厚労省が進めているのは医学部定員の減員です。感染症パンデミックを具体的に予見していなかった平成三十年において、閣議決定で、二〇二〇年度、二〇二一年度については暫定的に医学部定員を維持するとしつつ、将来的な医学部定員の減員に向けて検討するとされています。いまだ勤務医不足が解消されず、しかも

コロナ禍で医療の脆弱性が露呈したにもかかわらず、令和二年も医師の需給検討会では減員の方向性が維持されています。不確かな需給予測によるものではなく、現実を改善する必要がある以上、方針を改めるべきです。

ほかにも指摘すべき点がありますが、重要なこの点について、病院、勤務医そして国民のために、既得権益におもねることなく改めるべきことを提言した上で、本法案についての賛成討論いたします。

○とかしき委員長 以上で討論は終局いたしました。

○とかしき委員長 これより採決に入ります。

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これに対する修正案について採決いたします。

まず、中島克仁君外一名提出の修正案について採決いたします。

本修正案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○とかしき委員長 起立少数。よって、本修正案は否決されました。

次に、原案について採決いたします。

〔賛成者起立〕

○とかしき委員長 起立多数。よって、本法案は原

案のとおり可決すべきものと決しました。

○とかしき委員長 この際、本案に対し、大岡敏孝君外四名から、自由民主党・無所属の会、立憲民主党・無所属、公明党、日本維新の会・無所属の会及び国民民主党・無所属クラブの五党派共同提案による附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。

提出者より趣旨の説明を聴取いたします。稲富修二君。

○稲富委員 ただいま議題となりました附帯決議案につきまして、提出者を代表して、その趣旨を御説明申し上げます。

案文の朗読により趣旨の説明に代えさせていただきます。

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附帯決議

(案)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一 医療機関に勤務する医師に対する時間外労働の上限規制の適用に当たっては、大学病院等が地域の医療機関から医師を引き揚げることなどにより、地域の医療提供体制に影響を及ぼすことがないよう、特定労務管理対象機関の指定制度の趣旨を周知徹底するとともに、地域の医療提供体制の確保のために必要な支援を行うこと。

二 医師の夜間勤務、特に、第二次救急医療機関や急性期病院における夜間勤務については、通常の勤務時間と同態様の業務を行う場合には時間外労働として扱うなど、労働時間の適切な管理が必要な旨を周知徹底するとともに、交代制勤務を導入する等により、夜間勤務の負担軽減を図る医療機関に対し、必要な支援を行うこと。

三 医師の労働時間短縮を着実に進めるために、現行制度下におけるタスクシフトやタス

クシエアの普及を推進するとともに、全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるよう、更なるタスクシフトやタスクシエアについて必要な検討を行うこと。

四 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内のマネジメント改革を進めるため、医療機関の管理者、中間管理職の医師等に対し、労働法に関する研修・教育を推進すること。

五 医療機関における医師の時間外労働・休日労働に対する割増賃金の支払状況や、健康確保措置の実施状況などの実態を踏まえ、医療機関が労働法制を遵守しつつ、医師、看護師等の医療従事者確保のために、診療報酬における対応も含め、医療機関への財政支援措置を講ずること。

六 医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に即した技能習得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

七 出産・育児期の女性医師をはじめとする子育て世代の医療従事者が、仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

八 地域医療構想については、各地域において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域包括ケアの観点も含めた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し、その結果を踏まえて、必要な取組を進めること。また、検討に当たっては、地域の様々な設置主体の医療機関の参画を促すこと。

九 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、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関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こと。

十 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等に伴い医療機関が厳しい経営状況に置かれていることに鑑み、医療機関の経営状況について速やかに把握し、その状況等を踏まえ、医療機関に対し財政上の支援等必要な措置を講ずること。また、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た場合等において医療提供体制の確保を図るため、医療機関及び医療関係者に対する支援その他の必要な措置の在り方を検討すること。

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 以上で趣旨の説明は終わりました。

採決いたします。

本動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○とかしき委員長 起立総員。よって、本案に対し附帯決議を付することに決しました。

この際、田村厚生労働大臣から発言を求められておりますので、これを許します。田村厚生労働大臣。

○田村国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を十分尊重いたしまして努力してまいります。

○とかしき委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました法律案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○とかしき委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○とかしき委員長 次回は、来る九日金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。

午後五時二十四分散会

令和三年五月二十一日印刷

令和三年五月二十四日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

U