

第二百四回国会参議院厚生労働委員会会議録第十一号

令和三年四月二十二日(木曜日)
午前十時三十四分開会

委員の異動

四月二十日

辞任

石川 大我君

補欠選任

福島みずほ君

出席者は左のとおり。

委員長

小川 克巳君

理事

石田 昌宏君

自見はなこ君

石橋 通宏君

矢倉 克夫君

足立 信也君

衛藤 晟一君

こやり隆史君

島村 大君

そのだ修光君

羽生田 俊君

藤井 基之君

古川 俊治君

本田 顕子君

三原じゅん子君

打越さく良君

川田 龍平君

田島麻衣子君

福島みずほ君

塩田 博昭君

山本 博司君

東 徹君

梅村 聡君

田村 まみ君

国務大臣

厚生労働大臣

倉林 明子君

田村 憲久君

副大臣

総務副大臣

熊田 裕通君

山本 博司君

大臣政務官

厚生労働大臣政務官

大隈 和英君

事務局側

常任委員会専門員

松川 るい君

政府参考人

内閣官房内閣審議官

吉岡 成子君

内閣官房内閣審議官

梶尾 雅宏君

内閣官房内閣審議官

河村 直樹君

総務省大臣官房審議官

内山 博之君

消防庁審議官

渡邊 輝君

外務省大臣官房参事官

五味 裕一君

文部科学省大臣官房審議官

安東 義雄君

文部科学省大臣官房審議官

森田 正信君

厚生労働省大臣官房総括審議官

川中 文治君

厚生労働省大臣官房高年齢・障害者雇用開発審議官

山田 雅彦君

厚生労働省大臣官房年金管理審議官

達谷庸野君

厚生労働省医政局長

日原 知己君

厚生労働省健康局長

正林 督章君

厚生労働省医薬・生活衛生局長

鎌田 光明君

厚生労働省労働基準局長

吉永 和生君

厚生労働省子ども家庭局長

渡辺由美子君

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

赤澤 公省君

厚生労働省保険局長

濱谷 浩樹君

厚生労働省政策統括官

鈴木英二郎君

経済産業省大臣官房審議官

岩城 宏幸君

本日の会議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件

○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、衆議院送付)

○参考人の出席要求に関する件

○委員長(小川克巳君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。

昨日までに、石川大我君が委員を辞任され、その補欠として福島みずほ君が選任されました。

○委員長(小川克巳君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

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の審査のため、本日の委員会に、理事会協議のとおり、厚生労働省医政局長迫井正深君外十

九名を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取することに御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○委員長(小川克巳君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(小川克巳君) 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

まず、政府から趣旨説明を聴取いたします。田村厚生労働大臣。

○国務大臣(田村憲久君) ただいま議題となりました良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案につきまして、その提案の理由及び内容の概要を御説明いたします。

今後とも、人口減少、高齢化の進展等に伴う人口構造や医療需要の変化が見込まれ、また、新興感染症等への備えと対応が一層求められる中、医師の働き方改革と地域医療の確保の両立、医療専門職が自らの能力を生かし、より能動的に対応できる取組の推進、新興感染症等にも対応した医療計画の策定や地域医療構想の実現等を通じて、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していくため、この法律案を提出いたしました。

以下、この法律案の内容につきまして、その概要を御説明いたします。

第一に、令和六年四月の医師に対する時間外労働の上限規制の適用の開始に向け、提供する医療の性質上、勤務する医師が長時間労働となる医療機関を都道府県知事が指定する制度を創設し、当該指定を受けた医療機関の管理者は医師の労働時間の短縮及び健康確保のための措置を実施するこ

ととしています。

第二に、診療放射線技師等について、専門性の活用の観点から、その業務範囲を拡大するとともに、医師及び歯科医師について、資質向上の観点から、養成課程の見直しを行うこととしています。

第三に、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提供体制に関する事項を追加するとともに、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援を行うこととしています。

第四に、外来医療の機能の明確化及び連携の推進のため、医療資源を重点的に活用する外来医療等についての報告制度を創設することとしています。

第五に、持分の定めのない医療法人への移行計画の認定制度の期限を令和五年九月三十日までとすることとしています。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、令和六年四月一日としています。

以上が、この法律案の提案の理由及びその内容の概要でございます。

御審議の上、速やかに可決していただくことをお願いいたします。

○委員長（小川克巳君） 以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

これより質疑に入ります。

質疑のある方は順次御発言願います。

○川田龍平君 立憲民主党の川田龍平です。会派を代表して質問させていただきます。

先日の委員会で同僚の福島委員も取り上げておりましたが、沖縄本島南部の土砂採取について、遺骨の問題ですが、戦没者の遺骨が含まれている可能性のある沖縄本島南部の土砂の採取について、この法案の前に質問させていただきます。

この件については、先週、沖縄県議会が、そして那覇市議会や南城市議会など、もう沖縄県内の各議会ではこれは辺野古の新基地建設の埋立土砂を埋立てに使用しないよう求める意見書が次々に採択をされているところです。

一方で、政府は、新基地建設の変更承認後に、埋立てに使う土砂をどこから調達するか現時点で確定していないと繰り返し答弁をしています。昨日の本会議でもそうでした。確かに、現時点では公式に確定していない状況にあるのかもしれませんが、しかし、各議会が、議会上がってきているこれらの意見は、この熾烈な沖縄戦を体験した現地の方々の心情を反映したものであつて、看過することは決して許されません。

また、政府は、せめてこれらの意見や沖縄の県民感情を十分に尊重して受け止め、今後の手続についてはこうした土砂を用いないという意見を踏まえて行うと答弁すべきと考えますが、もう一歩踏み込んだ答弁をお願いしたいと思いますが。

○大臣政務官（松川るい君） お答えいたします。

現在沖縄県で審査中の変更申請承認書に、申請書におきましては、変更承認後の埋立てに使用する土砂の調達の候補地として沖縄本島の南部地区が変更申請承認書の添付図書の中に記載されているところでございます。これは、調査業務を受注した業者が沖縄県内で採石業者に対して広くアンケート調査を行い、県内で出荷することが可能であると採石業者から回答を得た場所を取りまとめたものです。

変更承認後の埋立てに使用する土砂の調達先は工事の実施段階で決まるものであり、県内と県外のどちらから調達するかも含め現時点では確定しておりません。

さきの大戦において凄惨な地上戦を経験した沖縄では、今もなお厚生労働省と沖縄県で役割を分担して戦没者の御遺骨の収集が進められています。

御指摘の様々な意見書にも述べられている御遺骨の問題は大変重要であると考えていることから、こうしたことも踏まえて土砂の調達については今後しっかりと検討をしてまいります。

○川田龍平君 この間もその同じ答弁だったんですけど、是非、しっかりと検討した結果を是非教えてくださいいただきたいんですが。

○大臣政務官（松川るい君） 繰り返しで恐縮ですが、変更承認後の埋立てに使用する土砂の調達先は工事の実施段階で決まるものであり、南部地区から調達するかも含め現時点で確定しておりません。

その上で、現時点において様々な情報の収集、整理を行っている段階であり、検討内容についてお答えすることは差し控えていただきます。

○川田龍平君 繰り返しは是非もう結構です。

是非県民感情をこれ十分に尊重して受け止めた上で、やっぱりこの今後の手続についてこうした土砂を用いないという意見を是非これ言っていた方がいいんですけども。

○大臣政務官（松川るい君） 沖縄は、さきの大戦において凄惨な地上戦を経験し、そして多くの尊い命が失われ、沖縄の地は焦土と化しました。我々としては、沖縄の人々の筆舌に尽くし難い困難と癒えることのない深い悲しみ、これらを胸に刻みながら、戦争の惨禍を二度と繰り返してはならないと考えております。

その上で、変更承認後の土砂の調達先は決まっておりますが、このような歴史のある沖縄において御遺骨の問題は大変重要であると考えていることから、こうしたことも踏まえて土砂の調達については今後しっかりと検討してまいります。

○川田龍平君 同じ答弁は要りませんので、是非松川さん本人の言葉で、是非この問題については是非しっかりと、感情に訴えるこの意見書をやっぱりしっかりと県民感情を十分に尊重して受け止めていただきたいと思うんですが、受け止めていただきたいと思いますか。

○大臣政務官（松川るい君） 先生おっしゃられたとおり、私としても、本当にこの沖縄の問題、大変悲しい歴史のある沖縄でございますので、この御遺骨の問題は大変重要だと思っております。おりますが、現時点におきまして、まさに沖縄県当局において変更申請書の審査をされている最中でございます。この土砂の調達先は工事を実施する

時点で決まるものでございまして、現時点にお

ては、県内、県外を含めて場所については決まっていないところでございます。

○川田龍平君 だから、そこを一つ踏み込んで答弁していただきたいんですが。

やっぱり、この決まっていないということではなくて、実際にここに、そこは調達先の一つであるということが、もう今民間業者が先に採掘してしまっているんですね。そういったことを踏まえて、やっぱりここはもう、決まっていないということじゃ、その前の段階でもう動き始めてしまっているということから、この範囲の指定から外していただくということを是非していただけないでしょうか。

○大臣政務官（松川るい君） お答えいたします。

沖縄本島の南部地区においては、防衛省が変更承認申請書を提出する前から元々事業者によって鉱山事業が営まれてきたものと承知しております。

沖縄本部、南部における採石業者と沖縄防衛当局との間では土砂の調達等に係る契約関係は存在しておらず、現在採石業者が南部で行っている採掘は沖縄防衛局が契約したものでございませ

ん。個々の民間業者がそれぞれの考えで行っている経済活動について防衛省としてコメントする立場にもございません。

その上で、変更承認後の埋立てに使用する土砂の調達先は工事の実施段階で決まることとなり、県内と県外のどちらを調達とするかも含め現時点では確定しておりません。

○川田龍平君 同じ答弁要らないので、是非この、やっぱり是非沖縄県民のこの感情にやっぱり是非寄り添った答弁していただきたいんですが、是非分固さも取れてきたかと思うんですが、是非本間に、松川政務官ですので、やはり是非その政務官としてやっぱりしっかりと発言していただきたいと思

いますね。是非沖縄県民の感情にしっかりと寄り添った答弁していただきたいんですが、よろしく

○大臣政務官(松川るい君) これでも精いっぱい寄り添っているつもりなんですけれども、なかなか分かっていただけないかと思えますけれども、防衛省としてもこの御遺骨の収集の問題、大変大事だと考えています。

ただ、繰り返しになりますけれども、現在沖縄県において変更申請書は審査をしていただいている最中であります。その上で、工事をする時点におきまして決定する問題について、現在は確定していないということしか申し上げられないことは御理解いただきたいと思います。

○川田龍平君 大変ちよつと残念です。本当にしつかりこれ、沖縄の人たち、もうこれ与野党関係ないんですね、沖縄の県民感情、やつぱりしつかり寄り添ってやっていただきたいということを一つお願いして、じゃ、終わります。

政務官、退室していただいて結構です。

○委員長(小川克巳君) 松川政務官は御退室いただいて結構です。

○川田龍平君 では次に、法案の方に入りたいと思うんですが、東京女子医大病院の医師百人以上が退職したと報じられていますが、まさにこの医師の働き方改革の影響で辞めたということのようですが、御存じでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) お答えいたします。お尋ねの件についてでございます。都内大学病院において百人を超える医師の退職者が発生した事実として一部報道があったものと承知をいたしております。

これを受けて、現在、文部科学省とも連携をいたしまして、報道にあった大学病院に対し事実関係を確認しているところでございます。現時点では、出向、派遣を含め、今年に限らず例年百人以上の入退職者がいるとのごさいますけれども、いずれにいたしましても、事実関係の確認と精査を進めてまいりたいと考えております。

第七部

厚生労働委員会会議録第十一号 令和三年四月二十二日【参議院】

ますが、労働契約法で禁じられているこれ不利益変更に当たるとはならないでしょうか。

○政府参考人(吉永和生君) 個別の事案につきましてはお答えを差し控えさせていただきますが、労働契約法上、労働条件を不利益に変更する場合、これは不利益でない場合も同様でございますが、原則といたしまして労使双方の合意が必要でございます。

また、就業規則によりまして労働条件変更することは可能でございますが、この場合におきましても労使の合意というものが前提でございますまして、労使で合意することなく就業規則の変更によりまして労働条件を不利益に変更する場合につきましては、労働契約法の規定に照らして合理的な変更でなければならず、変更後の就業規則を労働者に周知しなければならないというのが法律上の規定となっております。

○川田龍平君 次に、医療機関における勤務医の働き方管理職と管理監督者について伺います。労働基準法四十一条二号では、管理監督者に該当すれば、労働基準法上の労働時間、休息、休日に関する規定が適用されます。本法律案では病院勤務医の新たな時間外上限規制を導入するとしていますが、病院勤務医についても、労働基準法上の管理監督者に当たる場合は時間外労働の上限規制は適用除外になるということでしょうか。また、病院管理職である勤務医が管理監督者に当たるかどうかの判断要素は、一般の労働者である場合と変わらないと考えてよいでしょうか。

○政府参考人(吉永和生君) 委員御指摘のとおり、労働基準法におきましては、いわゆる管理監督者につきまして、労働基準法四十一条におきまして、労働時間、休憩及び休日に関する規定を適用しないこととされておりまして、このような方につきましては、時間外労働やその上限に関する規定は適用されないものとなっております。これは、病院に勤務する医師が管理監督者に該当する場合も同様でございます。

この判断要素でございますけれども、管理監督者につきましては、労働時間等に関する規定の枠を超えて活動することが要請されざるを得ない重要な職務と責任を有し、現実の勤務態様も労働時間等の規制になじまないような立場にあることから、労働時間規制の適用を除外しているものでございます。

このため、管理監督者の範囲につきましては、職務内容、責任と権限、勤務態様や賃金等の待遇面に着目し、実態に基づいて判断されるものでございます。したがって、職制上の役職名等によつてのみ判断されるわけではございません。このような判断要素につきましては、病院に勤務する医師につきましても変わるものではないと考えてございます。

○川田龍平君 これは一般労働者と変わらないということでしょうか。

○政府参考人(吉永和生君) 御指摘のとおりでございます。

○川田龍平君 こうした医療法上の監督者、労働基準法とは別に、医療法では医療機関には管理者が置かれており、例えば医療法第十五条では、勤務する医師その他の従業者を監督し、その業務遂行に欠けることがないよう必要な注意をしなければならぬとされています。こうした医療法上の管理職、管理者というのは一般的にどのようなポジションの方を指すのでしょうか。また、労働基準法上の管理監督者との違いについても伺います。

○政府参考人(迫井正深君) 医療法上、医療機関は医療が適切に提供されるよう医師又は歯科医師である管理者を置かなければならないこととしております。この管理者には、看護師等の医療従事者への監督や法令上求められる衛生水準、安全の確保などの責務が課されておりまして、医療機関を統一的に運営管理する観点から一人であることが望ましいといたしております。

先ほども御答弁ございましたけれども、医療法上の管理者と労働基準法上のいわゆる管理監督者

とは、その役割、対象者が異なっているということでございます。

○川田龍平君 この医療機関では、一般的な役職である管理職、労働基準法の管理監督者に加えて、医療法上の管理者と、似たような言葉が存在します。

一般企業でも労働基準法上の管理監督者を考慮した管理職の職務設定がされることは希有であり、まして医療機関では、医師はほかの職員から先生と呼ばれ、尊敬を集める別格扱いのような雰囲気もあります。また、医師が大学病院の医局から地域の病院に派遣される際などにも、外科部長、外科第二部長などといった肩書が付いた待遇となることが多いと聞いています。

医療機関において、勤務医が、労働基準法上の労働者としての実態を備えているにもかかわらず、曖昧な管理職であるという外形をもって労働基準法上の管理監督者として違法に時間外・休日労働をするなどの事例が生じやすい注視することなどが必要と考えますが、厚生省の見解を伺います。

○政府参考人(迫井正深君) 医師の働き方改革を進めるために、医療機関の経営管理層と、それから現場で働く医師の双方に対しまして、今回の働き方改革の内容でございすとか、そもそもの労働関係法令の内容を丁寧に周知をし、意識改革を進めていくということが非常に重要でありまして、今議員御指摘の点もその中に含まれるものと思っております。

このため、医療機関の経営管理者に対しましては、全国の病院長に向けたトップマネジメント研修の開催などを通じて、今回の働き方改革に関しまして管理監督者の定義を含めた労働関係法令の基礎的な内容の周知を図っておりまして、また、現場の勤務医に対しましては、どういった発信を行っていくことが効果的かといったことを、当事者である勤務医、あるいは情報発信の知見を持つ有識者を交えまして今後検討会を開催し、検討していくことといたしております。

○川田龍平君 次に、管理監督者である医師の勤務実態について伺います。

厚労省は、平成二十八年度に医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査を行っており、調査対象数は全国の医師約十万人と、初めての大規模全国調査とされました。その後も、令和元年度にも同様の調査が行われたと承知しています。これらの調査は医師の働き方改革の検討にとつても非常に重要な役割を果たしたわけですが、この調査には労働基準法上の管理監督者に当たる医師は含まれているのでしょうか。含まれている場合、管理監督者の労働時間がどれくらいか把握していますでしょうか。

例えば、外科部長が外科内の人事権を持っていたり外科の代表として病院の経営に関与したりといった管理監督者の側面もある一方、自らも外来診療や手術を行うなど一般の勤務医と同じような働き方をする場合もあると思います。場合によっては、医師が足りないことでかなりの業務を負担していることも十分に考えられます。

先日の本会議質疑の際に、過労の末に自死された小児科の中原医師について触れました。中原医師は部長代行という立場であったため、管理監督者とはやや違うかと思いますが、小児科の責任者としての病院の経営のプレッシャーや退職した勤務医の穴埋めのための業務過多などで追い詰められたといった点は管理監督者にも通じるところがあると思います。

管理監督者があるものの、やむなく業務過多や管理下にある医師の不足の穴埋めのために長時間労働となっている場合でも、管理監督者として時間外労働の上限規制は掛からないままにしているのでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） まず、御質問の点でございませうけれども、御指摘の調査に関しましては、労働基準法上の管理監督者に当たる医師かどうかを問わず調査の対象といたしております。

ただし、この調査票の中で労働基準法上の管理監督者に当たるか否かについての質問項目は設け

ておりませんで、管理監督者に当たる医師の労働時間の状態について切り分けて把握をしているわけではございません。

○川田龍平君 その管理監督者としての時間外労働の上限規制、掛からないままでもいいのかということについてはいかがでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） これは働き方改革の検討会の報告書におきましても、その連続勤務時間制限などの健康確保措置について労働基準法上の管理監督者に当たるような者も対象と想定をされておりまして、その後の医師の働き方改革の推進に関する検討会においても、この考え方を前提に、管理監督者に当たる医師についても特別、あつ、特段の区別をすることなく検討を行つて、同じような対策を講じるという趣旨でござい

ます。今回の改正法案においては、管理監督者に当たる医師も含めまして、医師が長時間労働となる医療機関においては、当該医師の労働時間短縮に計画的に取り組むとともに、連続勤務時間制限等の健康確保措置を実施することとしておりまして、全ての勤務医が健康に働き続けることのできる環境を目指して医師の働き方改革を進めてまいりたいというふうに考えております。

○川田龍平君 この医師の働き方改革に関する検討会の報告書では、追加的健康確保措置を講ずるよう医療機関の管理者に義務付け等することが考えられ、労働基準法上の管理監督者に当たるような者も当該措置の対象と想定されるとあります。

この検討会や、その後の医師の働き方改革の推進に関する検討会では、どの程度、労働基準法上の監督者に当たる場合の勤務状況や対応についてどの程度議論されたのか、また、本法律案では、医療の安全性や持続可能性の観点からも、管理監督者が長時間労働となる場合の対応策について本法律案ではどのように手当てされているのでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） これは先ほどの繰り返しになってしまうかもしれませんが、今回の改正

法では、今申し上げましたとおり、管理監督者に当たる医師も含めまして健康確保措置あるいは連続時間勤務制限などの実施を時短計画に計画的に取り組むことで実施することになっておりますので、その点については特に区別をすることなく働き方改革の対象として推進をさせていきたいというのが考え方でございます。

○川田龍平君 これは、本法律案においてしっかりと手当てされているということでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 繰り返しになります

が、そのとおりだと私どもとしては提案させていただきますいております。

○川田龍平君 それでは、管理監督者のやっぱり労働時間についても適正になるよう、やっぱりしっかりとこれ周知徹底の方をお願いしたいと思

います。

本法律案では、医療機関がB水準に指定された場合、当該医療機関に所属する全ての医師の業務に適用されるのではなく、指定される事由となった業務に従事する医師のみ適用されます。そして、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるかについて、この三六協定締結時に特定するとしています。

今お配りしている資料であります

が、この三六協定の書式というのを見ると、臨時的に限度時間を超えて労働させることができる場合、業務の種類、労働者の数、時間数などを記載するようになっています。しかし、記入例などを見ても、そこまで詳細ではなく、氏名なども特定はされていません。

また、三六協定の通常の運用では、労働者の数に変更が生じて

も逐一修正することはないと聞いています。医師自身が三六協定の締結に直接関わっていれば別かと思いますが、自分はB水準の適用になると思っていなかったが実は適用になっていたなどといったことが起こるのではないのでしょうか。

三六協定の記載だけでは心もとなく、労務管理

の徹底のためにも、誰のどの業務がB水準に該当し、どれだけの上限時間になるかが具体的に特定され、容易に確認できるような仕組みが必要と考えますが、その点についてはどのように考えているのでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 今委員御指摘の時短計画、あつ、失礼いたしました、医師労働時間短縮計画の策定に係る内容でございませうけれども、この当該計画の策定に当たりましては、御指摘のように時間、労働時間を適切に把握することが当然必要になりますので、長時間労働を行う個々の医師を特定をいたしまして当該医師の労働時間短縮に係る計画を策定することや、長時間労働が恒常的となっている診療科に限定をいたしまして診療科単位で策定することなどの取組の例、これをガイドラインとして医師労働時間短縮計画策定ガイドラインにおいてお示しをしております。

それから、医師の働き方改革を進めるに当たりましては、医師自身がB水準の対象医師であることとをしっかりと認識をしていただくことが必要、これは委員御指摘のとおりでございませう。医師自身が自ら労働時間を把握をする、そして働き方改革を自主的に取り組むことが求められるわけでございますので、そういった観点から、先ほども御答弁いたしました

が、現場で働く医師に対して今後検討会を開催いたしまして、どういった形で情報発信をすることがより効果的なのか、こういったことに関しまして、当事者である勤務医あるいは情報発信の知見を持つ有識者を交えまして検討していくことといたしております。私どもといたしましては、様々な機会を通じて今回改正の趣旨、内容、労働関係法規の丁寧な周知に努めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 さらに、医師の時間外・休日労働の状況を日頃から可視化することが労働時間の短縮につながるかと考えます。

例えば、病院内のシステムでそれぞれの医師の時間外・休日労働のこれまでの時間数を見て、この案件は別の医師にお願いしようとか、周囲も案

件を調整することなども可能になるのではないのでしょうか。勤務時間、時間外・休日労働の見える化といった勤怠管理の在り方について、見解を伺います。

○政府参考人（迫井正深君） 管理者は、労働時間を把握をし、タスクシェアなどを通じて長時間労働となつていく医師の負担を軽減していくことが求められ、それから先ほども議論となつておりますけれども、医師自身も自ら取り組むということが必要でございます。

御指摘の労働時間の見える化は取組を進める上で一つの方法であるというふうに認識をいたしております一方で、個々の医師の労働時間について本人や管理者以外にどこまで共有できるのかにつきましては、個人のプライバシーの問題も含め整理する必要があるというふうに考えております。

○川田龍平君 一般的には、医師を含む全職員を対象に一つの三六協定が締結されると思います。医師の時間外労働規制が特殊であるため、医師と医師以外の職員を別途に協定することも考えられますが、その場合でも、協定の労働者代表は医師の過半数代表ではなく、全職員の過半数代表であることが必要とされています。

医療機関の職員構成を考えると、医師だけで過半数を代表するような状況は考えにくく、結局忙しいことを理由に人任せになる、また任せられたほかの職員も医師にとつての適正な三六協定の内容が分からないため医療機関に言われるがままの三六協定になつてしまう懸念もあると思いますが、この点についてどのように考えていますでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） これ先ほどから御答弁申し上げておりますとおり、まずは個々の医師の認識といたしますか、意識改革を進めていくことがまず基本的に非常に重要だと考えております。その上で、御指摘の三六協定でございますけれども、各医療機関の時間外労働の実態を踏まえて、労使で十分に協議して締結いただくことが必要になります。

これ、働き方に関する平成三十年二月にまとめた検討会におきましても、自己点検を盛り込んで適切な締結を呼びかけてきたところでございまして、これは先ほどからずっと申し上げておりますとおり、まずは現場の勤務医に對しましてどのような発信を行っていくことでこういったことについての認識、あるいは努力、失礼しました、取組を推進していくのかということについて、今後検討会を開催しながら検討させていただきたいというふうに考えてございます。

それから、三六協定の取扱いについて、仮に是正が必要な病院に對しましては、都道府県の医師勤務環境改善支援センターにおいて継続的にフォローアップ対応を実施しておると承知をいたしております。厚生労働省といたしまして、引き続き医療機関に對しましては三六協定の適切な締結について働きかけてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 この追加的健康確保措置は医療法で定めているため、その実施状況について医療法第二十五条の一項、第一項に規定する立入検査の中で確認することとされています。立入検査は全医療機関に對して原則毎年一回実施されており、最低年一回、各医療機関において時間外労働時間に應じた面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置が適切に実施されているかを確認し、必要に応じて指導、改善命令を行うこととされています。

一方で、医師の時間外労働規制については労働基準法で定められるものであり、三六協定違反状況などは医療法第二十五条第一項の立入検査の対象外とされます。しかし、医師の働き方の推進に関する検討会の中間取りまとめにおいても、立入検査の中で労働関係法令違反につながるおそれのある状況を発見する場合も考えられるとあるように、時間外労働規制と追加的健康確保措置は密接に関係しております。

一般的に、労働基準監督署の対応は相談ベースとされており、労働者が、労働者側が労働基準法

違反となる事実とその根拠となるしつかりとした証拠を準備しなければ労働基準監督署の対応は期待できないと言われております。ただでさえ長時間労働で多忙な医師が労働基準監督署に相談するのは現実的でないことを考えれば、医療法に基づく定期的な立入検査に労働基準監督署が同行して、積極的に三六協定を始めとする労働関係法令の遵守状況を確認していくことも必要と考えますが、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人（迫井正深君） 今委員言及されましたけれども、まず都道府県、これは医事法制に關して、それから労働基準監督署、労働基準監督機関、これは労働基準関係法令に關しまして、それぞれ当該法令の趣旨、目的の達成を図るための監督指導を行っているということでございます。

その上で、都道府県については、具体的に申し上げますと、今委員御説明ありましたが、医療法に基づく定期的な立入検査で医療機関に義務付けられる追加的、今回の場合の内容については、追加的健康確保措置の実施状況のほか、労働時間の短縮計画に基づく取組の実施状況について必要な指導を行っているいただくこととなります。

こうした指導に当たって、当該医療機関における医師の時間外労働の状況も確認することになります。仮に労働基準関係法令違反につながるおそれのあるような状況が確認された場合には、まずは医療勤務環境改善支援センターと連携をいたしまして支援を行うということが必要でございませう。それでも改善が見込まれない場合には、都道府県労働局へ情報を共有するなど必要な連携を取ることといたしてございませう。

○川田龍平君 労働基準局長、どうですか。

○政府参考人（吉永和生君） 労働基準監督署におきます監督指導につきましては、医療機関に限らずあらゆる業種の事業場に對して計画的に実施しているところでございます。そういう、その中で、また各種情報から賃金不払、あるいは労働時間、長時間労働があると考えられる事業場に對しましては監督指導を実施しているところでござい

ます。

医政局長からも御答弁ありましたけれども、今後とも都道府県と労働基準監督署で情報共有するなどによりまして必要な連携を取ることにによりまして、医療機関で働く方の法定労働時間、法定労働条件の履行確保を図ってまいりたいと考えてございます。

○川田龍平君 この本法律案では、勤務する医師をやむを得ず長時間従事させる必要のある医療機関を都道府県知事が指定する制度を新たに創設することとしています。

指定申請を行う際に、医療機関は申請書と併せて労働時間短縮計画案を提出しなければならぬとされていますが、この労働時間短縮計画案の作成に当たっては、医療機関に勤務する医師その他関係者の意見を聴く必要があるとされていますが、その具体的な意見聴取の在り方については、詳細は決まっていないと承知しています。

例えば、三六協定は、労働者の過半数で組織する労働組合若しくは労働者の過半数を代表する者と書面による協定を結ばないとされていますが、今回のような形で意見を聴取することを想定されているのでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） お尋ねの医師の労働時間短縮計画の作成、これは先ほども御説明しましたけれども、医師労働時間短縮計画策定ガイドラインを示しております。

この中で、勤務医を対象とした説明会を開催をし、計画の内容及びその進捗状況について意見交換の場を設けることが望ましいというふうに記載をさせていただいております。

その意見聴取先といたしましては、労働組合ももちろんございますけれども、それに限らず、各医療機関において現場の医師が参画しやすいような工夫をしていただきたいというふうに考えております。具体的な取組例などにつきましては、医師労働時間短縮計画策定ガイドラインの周知などを通じて医療機関に伝えていくことといたし

ております。

○川田龍平君 また、法律上ではこの意見を聴くにとどまっていることから、意見を聴いただけで計画に反映されないという点も考えられますが、この点について厚労省の見解を伺います。

○政府参考人(迫井正深君) 医師の働き方改革、これは医師のみならず、看護師、薬剤師、事務職員など幅広い医療スタッフの協力がないと達成できません。一連の過程を定めて継続的に自主的に取り組むことが有効であるというふうに考えられることから、先ほどから申し上げておりますガイドラインにおいても、医師を含む各職種が参加する合議体で議論をし、対象医師に対して計画内容を説明をし意見交換するなどの手順を含むことが期待されているというふうに示してございます。

こうした複数の職種が参加する合議体で計画策定、検討、検討しながら作成することで計画の実効性が担保するとういうふうに考えておりますし、管理者がこうしたプロセスを通じて対象医師の意見を反映させることにもつながるとういうふうに考えております。

実効性のあるこういった計画の策定に向けまして、これは引き続き都道府県の医師勤務環境改善支援センターなどを通じて、このポイントなどについても適切に周知してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 原則年九百六十時間、月百時間未満を上限とするいわゆるA水準については、労働時間短縮計画作成の義務はありません。しかし、A水準であっても過労死水準ぎりぎりの上限であることを考えれば、B水準、C水準と同様に時間外労働の短縮に向けた取組を進める必要があることに変わりはありません。また、複数の水準の医師が存在する医療機関であれば、結果として医療機関全体で時間外労働の短縮に向けた取組を考えることとなり、全ての水準において計画を作る方が効率的に取組を進めることができるのではないのでしょうか。

これらの観点から、A水準であっても労働時間短縮計画を作成し、労働時間の短縮に向けた取組を推進すべきと、促進すべきと考えますが、厚労省の見解を伺います。

○政府参考人(迫井正深君) これは、委員御指摘の特例水準の対象となる医療機関に策定を義務付けておりますこの計画でございますけれども、これは取組の項目の記載のほかに、前年度の医師の時間外労働のこれは実績、時間数を記載をする、それから改善状況を各医療機関において毎年検証していくためのものでございますので、実際の労働時間の短縮を実現していくため非常に有効な手段だとういうふうにまず認識いたしております。

その上ででございますけれども、A水準の医療機関につきましても、医師が健康で働き続けることができる環境を整備するのは非常に重要でございます。労働時間短縮計画の活用を含めまして働き方改革に取り組んでいただけるように関係者に丁寧の説明していきたいと考えております。

○川田龍平君 それではちょっと、総務省来ていただいているので、ちょっと順番を飛ばして、救急電話相談について六番に、七番かな、六番について行きます。

続いて、救急電話相談、いわゆるシャープ七一九について伺います。シャープ七一九とは、急な病気やけがで病院、診療所に行くか救急車を呼ぶか迷ったときなどに、電話で専門スタッフが症状を聞き取って、緊急性や受診の必要性、症状に応じた医療機関についてアドバイスを受けられる電話相談窓口と承知しています。特に夜間、休日に医療機関が閉まっている場合や外出先で医療機関に関する知見がない場合などでもこのシャープ七一九をダイヤルするだけで相談できることや、不要な救急車の要請を防ぎ、真に救急車を必要とする国民の救急車の利用促進も期待できます。しかし、当該事業は令和二年の十月一日時点で全国十七か所で展開されているのみであり、全国規模であるとは言い難い状況です。

この事業の全国拡大は、国民の安心で安全な医

療のかかり方に大きく資するものと考えますが、この全国展開がなかなか広がらない理由について総務省に伺います。

○政府参考人(五味裕一君) 消防庁といたしましても、救急安心センター事業、シャープ七一九を早期に全国展開することが重要であると考えておりまして、ただし、現在のところ、御指摘のとおり実施しているのが十七地域、人口カバー率で四六％という状況でございます。

このため、昨年度、有識者による検討会を開催いたしましたし、全国展開の実現に向けた課題の抽出やその具体的な解決方策について検討を行いました。この中では、全国展開の実現に向けた課題として、事業の実施効果を分析し明確化することが必要である、都道府県と市町村、衛生部局と消防部局など関係者間での適切な役割分担や連携を図ることが必要である、地域で選択された実施主体に生ずる財政負担に対して実効性ある適切な財政措置が必要であるといった論点が浮き彫りになったところでございます。

こうした検討会における議論等を踏まえまして、消防庁におきましては、事業実施を通じて得られる効果を再整理いたしますとともに、事業の全国展開の実現に向けては、とりわけ都道府県のリーダーシップが必要となることから、管内全域での事業の早期実施に向けて関係者と連携して積極的に取り組むよう、先月末に技術的助言を行ったところでございます。

また、財政措置につきましては、都道府県が実施主体となる例が増えきていることを踏まえまして、従前の市町村に対する普通交付税措置を見直しまして、今年度からは都道府県又は市町村の財政負担に対して特別交付税措置を講ずることとしたところでございます。

今後とも、全国展開の早期実現に向けまして、未実施地域における検討が加速するように全力を挙げて取り組んでまいりたいと存じます。

○川田龍平君 私も救急車呼ぶかどうか迷ったときに使ったことあるんですけど、そのときは呼ん

だ方がいいですということではさせていただきますんですが、是非この早期の全国展開となるよう引き続き取組をお願いしたいと思います。

一方で、実際にシャープ七一九を利用した国民からの評判を調べてみると、適切な対応を受けられなかったとの声も少なからずあります。例えば、早朝に体調を崩して電話したもの、何度掛けてもつながらずに結局家族の車で病院に向かうことになったとか、その電話がつかまらないケースが年間八千件を上回る自治体もあったという報道もあります。

有事の際に電話がつかなくなったり、紹介された病院が実際は対応していなかったりする事態が発生すると、多発すると、このシャープ七一九の信用を失ってしまうのではないかと、せっかく有用な制度が有名無実化してしまうのではないかと考えます。シャープ七一九の利用者に対しフォローアップを行うなどして対応を改善する必要があると考えますが、総務省、厚労省、それぞ

れの見解を伺います。

○政府参考人(五味裕一君) 御指摘のとおり、シャープ七一九に携わる相談員の電話対応も含めまして、事業の質の向上につきましては不断に取り組んでいくべき課題であるとういうふうに認識しております。

このため、消防庁では、令和元年度でございますが、有識者検討会を通じてまして、シャープ七一九利用者等からの意見に対する対応につきまして検討を行いました。その中で、利用者等から寄せられた御意見につきましては適切に情報共有を図った上で、事業の調査分析や対応策の検討など必要な対応につなげるように具体的な対応手順を策定して、通知によりましてお示ししたところでございます。

また、今年度は、本事業の質の向上に向けまして、効果的な事業運営等に資するように新たに導入運用マニュアルを作成するというのに取り組んで、取り組もうとしておりまして、相談員の教育、研修体制の更なる充実にもつなげていくこと

としております。

今後とも、利用者の声を踏まえながら、サービスの向上が図られますように取り組んでまいりたいと存じます。

○政府参考人（迫井正深君） 今ほどの総務省からの答弁も含めまして、私どももいたしまして連携をいたしまして、シャープ七一九につきましては救急車の適正利用でございまして救急医療機関の受診の適正化などに有効であると考えておりまして、消防行政と医療行政との間で協調した対応が当然必要になりますので、密接な連携を図ってまいりたいというふうに考えてござい

す。

○川田龍平君 これ夜間に、例えば乳児が体調が悪くなつて救急車を呼ぶか迷つたというときに、このまま状態がどうなるかというのが分からないときに相談をしたところ、夜間救急に行つた方がよいと、しばらく状態が続くようなら夜間救急に行つた方がよいということで、結局その後受診したところ、選定療養費だけでも九千円を請求されたという事例もあります。

選定療養費が大病院志向を抑制するための手段であることは理解しますが、こうした状況で救急車を呼ばずにシャープ七一九の指示に従つて紹介された病院をやむを得ず受診する場合まで請求されるというのは制度の趣旨になじまないのではないでしようか。これについてはいかがでしようか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。

保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のために、かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者につきましては、御指摘のとおり一定額以上の定額負担を求めることができることとされております。

この定額負担につきましては、まず救急の患者さん等緊急その他やむを得ない事情がある場合については、これは徴収を行うことは認められておりません。また、救急医療事業における休日、夜

間の受診の患者さんなど正当な理由がある場合ににつきましては徴収を求めなくてもよいこととされておりまして、実際の徴収につきましては、医療機関におきまして個別の患者さんごとに判断する仕組みとなっております。

御指摘のように、シャープ七一九に相談をいたしまして、そのアドバイスに応じまして医療機関を選択した場合に、患者さんがその大病院を選択した場合に、この定額負担の対象となり得ることは必ずしもシャープ七一九の趣旨に反するものではないと考えておりますけれども、実際に徴収するかどうかににつきましては、先ほども申し上げましたとおり、医療機関におきまして、これは徴収できないケースに該当するのか、あるいは休日、夜間の受診患者さんなど徴収しなくてもよいケースになるかどうかなどにつきまして、個別の患者さんごとに判断しているということとござい

ます。

○川田龍平君 是非、この制度の普及と改善を是非厚労省にお願いしたいと思ひます。

ちよつと、次に、持分の定めのない医療法人への移行について伺ひます。

平成十九年の医療法改正により、医療法人の非営利性を徹底し医療を安定的に継続させる観点から、出資持分のある医療法人の新設はできなくなりました。既存の出資持分のある医療法人については、いわゆる経過措置医療法人として当面の間存続することとされてい

ます。伺ひたいのは、ここで言われている当面の間とはいつ頃、あるいはどういった状態になるまでを予定しているんでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 御答弁申し上げますが、持分という出資者の財産権を放棄することの難しさがある中で、既存の持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行するに当たっては自主的な移行を原則とする必要がございますので、移行の最終的な期限、これを一律に設定いたしているわけではございません。

○川田龍平君 この法律案では、持分の定めのない医療法人の移行計画認定制度の期限を令和五年

の九月三十日まで延長するとしてい

ます。しかし、平成二十九年にも三年間の延長を行つており、期限延長が繰り返されているのが現状です。期限を延長するのみでは、これまでと同様、持分の定めのない医療法人への移行が進まないのではないかと考えますが、このような短期の期限設定とする意図は何でしょうか。移行が進まない理由及び移行を促すためには何が必要と考えるかについて、厚労省の見解を伺ひます。

○政府参考人（迫井正深君） できるだけ迅速な持分なし医療法人への移行を促す観点で、今般この制度、認定制度を令和五年九月三十日まで、この期限を区切って延長するという趣旨でござい

ます。

ただ一方で、持分ありの医療法人から持分なしの医療法人に移行するに当たりましては、これは全

ての出資者がその持分を放棄する必要がありますので、こうした持分という財産権を放棄するという難しさがござい

ますので、厚生労働省といたしましては、持分なしの医療法人への移行の必要性について周知を努め

つつ、この制度の利用をした移行促進に引き続き取り組んでいきたいというような考え方でござい

ます。

○川田龍平君 時間ですので終わりますが、大臣、一言だけ。

シャープ七一九、是非、制度の普及と改善、是非お願いしたいと思ひますが、いかがでしようか。一言でお願いします。

○川田龍平君 ありがとうございます。

終わります。ありがとうございました。

○福島みずほ君 立憲・社民共同会派の福島みずほです。

まず冒頭、今日、理事懇談会が大変紛糾をいたしました。これは、日雇で、日々雇用で看護師さんを福祉の現場に派遣することができるといふことについての問題です。

何が問題か。規制改革会議がなぜこの団体を信用し、どういうやり取りがあり、どうしてこういう決定があつたか、全く分からないからです。出された書面はのり弁というよりのりしかないので、読んで、読めるのは、よろしくお願いします、以上です、ありがとうございます、これしかないんです。これだつたら議論が全く分からないじゃないですか。国会を本当に軽視しないでほしい。こんなのを出す神経が実は分かりません。

例えば、この規制改革会議の中に出席した人の名前もフルネームを隠しているんですね。林田さん、下の名前が分かりません。でも、この人たちはメンテールにお座りいただく方なんですよ。メンテールに座つて発言をしている。しかし、どんな発言してどんなやり取りがあるのか、ヒアリングも分からないんですよ。これは二〇一八年の十月三十日のヒアリング、十一月十二日曜日、議事概要とあるんですが、その項目すらありません。

やはり変だと思ふのは、十一月二十八日に厚生労働省が、いや、こんなこと認めたら、日々派遣で看護師さん認めたら過重労働になるから駄目だつて慎重意見出しているんですが、何とこの協会は厚生労働省に対する反論文書を十一月二十八日に出しているんですね。つまり、事前に厚生労働省の反対意見を手し、私は、寄つてたかつて寄つてたかつて規制改革会議の中で厚生労働省のこの慎重意見を潰すために議論をしていたんじゃないかとすら実は思ひます。だから知りたいんです。

小泉構造改革、竹中平蔵さんラインで新自由主義が吹き荒れて、派遣法がどんどんどんどん改悪されてきました。だから問題です。派遣の問題もそうだし、それから看護師さんたちの労働条件もそうですし、福祉や医療の現場を守らなくちゃいけない、これもあります。

大臣、こんなのり弁とかのりしか出さない、この規制改革会議がこのような状況だと、私たちはこの厚生労働委員会で審議ができません。厚生労働省の管轄ではなく、当初は厚生労働省は反対をしていたわけですが、これ、ちゃんと内閣府に言ってくださいよ。

○国務大臣(田村憲久君) ちょっと、何を申し上げればいいんでしょうか。

○福島みずほ君 この厚生労働委員会がきっちり行われるように規制改革会議は協力をするように。だって、これヒアリングとかそういうの議論している議事要旨、隠す必要ないじゃないですか。何にも分かんないんですよ。何で隠すんですか。隠す理由ないですよ。議論の過程を明らかにしてください。

ですから、厚生労働省としても、この厚生労働委員会、協力してほしいと言ってくださいよ。

○国務大臣(田村憲久君) 我々厚生労働省は、今国会にも重要法案をこの参議院の厚生労働委員会にもお諮りをしておるわけでありまして、議事がスムーズに運営いただくようによろしくお願いいたしたいというふうに思っております。

○福島みずほ君 内閣府に言ってくださいよ。

だって、厚生労働省の良心、少しは信用していただきますよ。だって、初め反対していたんですよ。反対だったんですもの。それが筋じゃないですか。厚生労働省の立場だったら、日々雇用、看護師さんの福祉現場の派遣、反対でしょう。この慎重を見たときに、あっ、やっぱり厚生労働省には良心があるんだと本当に思いましたよ。だから頑張ってほしいんですよ。

というかですね、ここは厚生労働委員会です。規制改革会議、内閣府のこういうのを、のり弁な

らぬのりを、のりだけしか出さないという、弁当じゃない、のりしか出てこない。ありがとうございますしか読めないんですよ。以上です、よろしくお願いします、こんなの本当に国会を愚弄をするものですよ。是非、ちょっと立場が違うかもしれないですが、是非協力してくれるように、協力してくれるように、よろしくお願いいたします。

では次に、ワクチンについてお聞きをいたします。

ファイザー社にワクチンの要請を電話会談で総理が行ったというのに、実は衝撃を受けています。何で日本で電話しなかったの、何で直接会えなかったの、なぜアメリカで電話なの。この結果、めどが立ったと言っていますが、違うでしょう。石橋さんのこの間の火曜日の質問で明らかになったように、合意文書ないんですよ。そして、外務省のホームページにも協議を進めるとしかないんですよ。協議を進めると合意の成立は月とスッポンです。全く違うものです。合意などないんですよ。

で、また次の疑問が湧きます。なぜこの時点でファイザー社のCEOにワクチンの供給を頼まなくちゃいけないのか。足りていないんですか。

○国務大臣(田村憲久君) 足りていないといいますが、ファイザー社とは一億四千四百万回の契約をもう既にしております。この一億四千四百万回は、当然のごとく二回打ちということが前提でございいますから、人数分でいくとこれの二分の一ということであります。

一方で、そのほかに、例えばモデルナ社、この契約をやっております。これは五千万回だったと思いますが、それから、アストラゼネカ社、こことも一億二千万回分をやっております。

そういう趣旨の中で、ファイザー、いろんな形で今はファイザーで提供、接種体制組んでおりますので、そういう意味では、比較的地方自治体もファイザーワクチンというのに関しては接種体制というものが、これがしやすくなっているという事実があるということはありません。

そういう中において、安定的に国民の皆様方、また日本に在住をいただいておりますそれぞれの方々に、必要な方々にワクチンをしっかりと確保するというところで、今回総理が、CEO、ファイザーのCEOと、ちょうどアメリカに行った機会がございましたので、そこで電話会談をさせていただくということでございました。もちろん、本当は会えれば一番よかったのかもしれませんが、場所がそれぞれ違いますので、そういう形の中で電話会談と、電話会談になったというふうに私はお聞きをいたしております。

○福島みずほ君 なぜ日本で電話しないんですか、一刻も争うんだつたら。全く意味が不明です。

総理が電話会談で言わなくちゃいけない。でもね、今、大臣は、アストラゼネカともう一つあり、そしてファイザーがあつて、ファイザーだと言うけれど、ファイザーに供給うんと頼んだら、だぶつくじゃないですか。計算合わなくなりますよ。どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) いずれにいたしまして、承認されているのがまだ今はファイザーだけでございまして、アストラゼネカ、モデルナは今審査中であります。

でありますから、そういう意味では承認されているものをしっかりと確保していくということは一つの方法であると思いますし、それから、これはアメリカ、訪米に総理がされるときに、いろんな調整の中で、それこそ先方の意向等々も踏まえた上で今回このような形で電話会談ということでございまして、決して一方的にこちらからという

意味ではなくて、それぞれそれまでいろいろなファイザーとはいろんな話合ひしておりますから、その中に、これを機にということ電話会談になったというふうにお聞きをいたしております。

詳細に関しましては、申し訳ありません、ちよつとこれはそれぞれまだ契約まで行っていない話でございまして、詳細についてはお答えす

ることはできないということは御了解いただきましたというふうに思います。

○福島みずほ君 アストラゼネカとモデルナ社は、承認、今承認の審査中ですね。この状況を教えてください。

それから、アストラゼネカとモデルナ社については契約は完了しているんですね。

○国務大臣(田村憲久君) アストラゼネカが二月の三日、あつ、五日にこれが申請が出てまいりました。モデルナ社が三月の五日に申請が出てきたということでもあります。

アストラゼネカ社も、国内データの方はもう国内の方にやつてまいりまして今審査をいたしております、国内の治験データですね。それから、モデルナ社に関しては、五月に国内での治験データ、臨床試験のデータが国内の方に返つてきまして、そこで最終的な審査を、国内データをするというふうに、今のところそういう予定でございまして、契約に関しましては、もう既に一応契約は結んでおることでもあります。

○福島みずほ君 審査はいつ完了する予定ですか。時間のめどを教えてください。

○国務大臣(田村憲久君) ちょっとそれは、もう委員も御承知だと思えますけれども、PMDAで安全性、有効性を今審査している最中でございまして、私がここでいつですというようなことを言うとは結論ありきになるわけでありまして、それ審査の信頼性を失うことになります。

なるべく早くということ優先的にやっているのは事実でありますけれども、そこは安全性と有効性をしっかりと確認できなければ承認できないわけでございますので、今PMDAでしっかりと対応いただいているわけでありまして。

○福島みずほ君 つまり、アストラゼネカとそれからモデルナ社については審査中であると、売買契約は終了して買うことになって契約終わっているけれども審査中であると、で、審査の結果どうなるかわからないし、そのめども言えない。ということ、国民は何となく三社から売買契約は

終わって、もうワクチンは確保できたと思っているわけですが、まだ審査中だから、それはいつになるか分からないわけです。それから、私やつぱり順番が逆だと思うのは、審査が終わってから売買契約でしょう。

お聞きします。審査がもし通らなかったら、この売買契約書、どうなるんですか。

○国務大臣(田村憲久君) 一応承認されること前提でございますので、承認されなければそれは契約自体は、どういう条項が入っていたかはちよつと今つぶさに確認できませんけれども、基本的に、基本的な契約というものは成り立たない。ただし、審査通らなかった場合の条項が若干あったかも分かりません、それちよつとそれは確認させて、あつ、それも言えませんので、申し訳ありません。

いづれにいたしましても、契約の内容は言えないということでございますので、申し訳ございません。危ない危ない、済みませんでして。

○福島みずほ君 審査が通らなかったら売買契約がなしになるのか、いや、審査が通っても通らなくとも売買契約書なりある種のお金が発生するのか、国民の税金ですから大きな問題ですよ。しかも審査中でしょう。めども言えないわけでしょう。で、ちゃんと審査することになれば、ワクチン三社から供給が完了したなんて言えないんですよ。だから総理は取りあえずファイザーのCEOに電話したんでしょう。ということは、そろつてないんですよ。めど付いてないということですよ。

○国務大臣(田村憲久君) 総理からも一応九月にめどが付いたというふうな発言があつたというふうに私も記憶をいたしております。

何をもつてめどが付いたかというのは、それは現物が今承認されてあるという話ではないことは確かでありまして、承認は過程であります。今やつている最中、最中、過程、道のりですね。(発言する者あり)えつ、合意、いやいやいや、今審査やつているものでしょう。(発言する者あり)

うん、それは今審査の過程でありますので、早急に結論が出てくる、まあ結論が出てくるというか、今予断持つて申し上げられませんが、承認をされる方向に向かつて今審査をいただいておりますのであります。もちろん、予断がありまさんの、そこは安全性、有効性はしっかり見ていただくということであります。

そんな中で、九月に向かつて、九月に向かつて総理としては確保ができるめどが立つたというような、そういうおっしゃり方をされたんだというふうに思います。

○福島みずほ君 ファイザー社の中で合意書がないんですよ。

それで、更に疑問点です。アストラゼネカとそれからモデルナ社は契約を終了している、審査中である。で、もしこれ審査が認められれば、その三社で合計数つて考えていたのに、ファイザー社の合意がもし仮に成立したらダブりますよね。二回分以上のワクチンが大量に来るわけですが、どうするんですよ。

○国務大臣(田村憲久君) 契約のことなので、過程のことを、過程つていいですか、内容を申し上げるわけにいきませんけれども、いづれにいたしましても、今世界中でワクチンを確保し合ひになつていきます。アメリカは自国民の数倍たしか確保しているというような話もございしますが、いっ何どきどういことが起こるか分かりません。そういう中において、例えば、もし、こういうことが起こつたから国民の皆様方分のワクチンが供給できませんというようなことが起これば国民の皆様方の健康が守れないわけでありますから、そういう意味では、国としてはいろんなことを想定しながらワクチンというものは確保をしていくということであろうと思ひますし、変異株やいろんなこと今起こつております。どうい状況が起これるか分かりません。様々なことを想定しながら、我々としてはワクチンの確保に今進んでおるということであります。

○福島みずほ君 東京オリンピック・パラリン

ピックにおける医療従事者の体制について教えてください。

○政府参考人(河村直樹君) お答えいたします。

安全、安心なオリパラ東京大会の実現に向け、地域医療に支障を生じさせずに必要な医療体制を確保することは極めて重要であると考えております。

現在、大会組織委員会におきまして、参画いただく医療スタッフの方々の個々の事情をきめ細かく把握し、医療機関、競技団体等の御意見を丁寧に向ひながら、必要な医療スタッフの精査を行っている状況にあると承知しております。

その上で、個々に必要な医療スタッフの確保に当たりましては、選手のコンディションに日頃から精通しておりますスポーツドクター等が所属する国内競技団体を始め、大学協病院、医師会、看護協会等に丁寧に説明を行いながら、働きかけを行つているところと承知しております。

国といたしましても、引き続き、東京都、組織委員会等としっかりと連携を図りつつ、後押しをさせていただきますと考えております。

○福島みずほ君 確保のめどは付いたんですか。

○政府参考人(河村直樹君) 現在、働きかけを行つているところであります。

その中にありまして、先般、海外からの観客の方を受け入れないという方針を定めたところでありますが、そちらの方は医療体制を緩和する方向に働くものだと考えております。

○福島みずほ君 このコロナ禍の中で医療体制、できるのかと本当に思つています。働きかけを行つていられることですが、めどが立つているという話にはなつていないんですよ。これは本当に問題だということにも思つています。

それで、今朝、ワクチン進捗フォローアップ野党合同チームのヒアリングに出席をしました。第五回目です。米国科学者連盟シニアフェロー、感染症専門家のエリック・フエイグルディン博士と直接話を、長いことみんなで話を聞き、質疑応答がありました。

驚いたのは、やはり変異株の感染力が極めて非常に高いということ。それから、変異株が果たしてこのファイザーとモデルナとアストラゼネカで効くのかどうかということについて、かなり区々なんですね。つまり、南アフリカの変異株、それからインドの変異株、それからブラジルの変異株など、実はこの今までファイザーも含めたのは武漢のコロナを前提にしているもので、かなりやつぱり、その効くのかどうかというのは、効かないわけではないけれど、かなり落ちるところもかなりあるという説明でした。また、子供に対する感染力が大きいというのも特色ですが、変異株、本当にどんどん増え、日本の変異株もできるかもしれないと言われるぐらい今危機的な状況です。

ですから、ワクチンを二回打てばかなり効くけれど、だからといって万全ではない。変異株に効く場合、効かない場合がある。それから、二回打つたからといって完璧ではないんですよ。

大臣、これ、しかも日本はこのワクチン接種が遅れている。医療従事者もまだ一五％しかない。医療従事者は自分はまだワクチン打つていないにもかかわらず高齢者に対してワクチン接種しなくちゃいけない。ワクチン二回打つたら大丈夫というわけでもなく、免疫力が完璧だということもない。この事態をどう考えますか。

○国務大臣(田村憲久君) 私、本当に日本の国民の皆様方には改めて感謝を申し上げなきゃいけないと思つておりますのは、感謝を申し上げなきゃいけないと思つておりますのは、英国が今アストラゼネカのワクチン中心に一回以上打つた方五〇％ぐらいであります。英国が年末年始、年始、五、六万人まで新規感染者、一日行つたのが、今大体移動平均二千五百人ぐらいまで減つています。もちろんいろんな理由、ロックダウンしたこともありまして、ワクチンが全てとは言いませんが、近くでフランスが三万人、ドイツも二万人近く今新規感染者がいますから、その中でそこまで抑え込んでいるというのは、これはワクチンの効果というのはある程度あるんであろうと私

は思っております。

その人数というのは、実は日本の国、人口で見ると、今の日本の状況ぐらいなんですよね。日本はワクチンまだ進んでいないのに、国民の皆様方が大変な御努力をいただく中で、それぐらいの感染でと言ったら怒られるんですが、今大変でありますけれども、欧州で抑え込んでいるイギリス並みの感染という状況であります。

だからこそ、これ以上感染を増やしちゃいけないということ、より強い対応をしなきゃならないということですが、結果的に申し上げれば、どこの世界でも今その変異株に対するワクチンはないわけでありまして、日本だけこれから打つワクチンも含めて変異株のワクチンがないんではなくて、世界中ない中で、今それに向かって、このコロナという大変厄介な疾病に向かって世界中が闘わなきゃいけないわけでありまして。

そういう意味で、やはり我が国としては、そうはいえどもワクチン、それは変異株にはどれだけの効果があるかどうかというお話もありましたが、一定の効果はあるんだと思います。このワクチンを早く接種をいただき、今このワクチンが少ない中でこの感染者数でありますから、ワクチンを打てば更にこのコロナウイルスというものを私は抑え込めるのではないかと、そういう期待をいたしております。

いずれにいたしましても、新たな変異株ができれば、当然それに対していろんなまた医療提供、医療の進歩もありますでしょうから、新たなワクチンも生まれてくるかも分かりません。そういうものがある時点においては、また国民の皆様方の健康を守るべくどのような対応をしていくかということは、これは政府を挙げて検討して、その上で必要なものがあればこれはしっかりと確保しながら、国民の皆様方の健康をお守りをしていきたいというふうに考えております。

○福島みずほ君 いや、ワクチン接種が極めて世界の中でも遅れている状況で感謝と言われても、それずれていますよ。

それから、まさに変異株がどんどんできる中で、ワクチン接種そのものが遅れることで、もうずれていつてしまっているという問題もあります。

オリンピックで世界中の変異株が本当に日本に集中するんじゃないかという問題も含め、さっきも医療体制は働きかけているという状況で、そして大臣、やはりこれ、大阪も含め感染症が東京も広がりが、緊急事態宣言という事態で、やはりこれは政府の後手後手、そして進んでいないという、極めて問題だと思えます。

次に、医師の働き方改革についてですが、医師の数について、足りているとお考えでしょうか。それから、医学部の人数を減らそうとしている一方で、新設の医学部も創設をしています。これは矛盾ではないでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 医師数の認識をお尋ねがございましたけれども、全体として勤務医が充足しているか否かにつきましては、個々の医療機関における診療状況でございましてとか医療機関の役割によって状況が大きく異なるので、一概にお答えすることは基本的には困難であろうと思えます。

平成二十年度より、医師養成数については、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠、これによりまして段階的に医学部定数を臨時に増員してきたことによりまして、現在、全国レベルでは医師数は毎年三千五百人から四人ずつ増加をいたしております、将来的には供給過剰になるのではないかとというふうに見込んでおります。

このような認識の下で、中長期的な観点から医学部の定数というのは検討することが必要ではないかと考えておりますけれども、一方で、今も触れましたが、地域の偏在、あるいは医師、診療科の偏在という是正の観点から一定の取組が必要でございまして、御指摘の医学部の新設につきまして、これは二〇一六年に医学部医学科が新設をされました東北医科薬科大学につきましては、東北六県全体の医師不足の解消を目的として設立した

ものでございまして、定員の半数以上を卒後東北六県内で従事を要件としている地域枠がございまして、二〇一七年に医学部医学科が新設されました国際医療福祉大学につきましては、国際的な医療人材の育成を目的に新設されておりますので、一般の臨床医養成確保を主たる目的とする既存の医学部とは異なるというふうに認識をいたしております。

○福島みずほ君 医師はやはり過重労働の中で、やはり数を増やすことは私は必要だと思います。自治医大、大変いろんなお医者さんを輩出していると思いますが、定員増をすべきだと考えますが、いかがですか。

○政府参考人(渡邊輝君) お答えいたします。自治医科大学は、へき地等の医療を担う医師の養成を図るため、全都道府県が共同で設立した私立大学でございまして。

自治医大の医学部の定員につきましては、地方の医師不足に対応するため、これまで都道府県の御意見等を踏まえながら、所管省の認可の下で順次増やしてきたところでございます。具体的には、平成二十年度には一学年百名の定員から十名を増員、それから二十一年度には更に三名、それから二十四年度には更に十名増員いたしました。結果といたしまして平成二十九年年度には全学年で定員百二十三名の体制となつてるところでございまして。

今後の定員に関しましては、自治医科大学といたしましては、現在の定員は令和三年度までとされていることから、今後とも都道府県の意向等を踏まえつつ対応していくとこのことでございまして。

このように、自治医科大学の定員につきましては、都道府県や所管省の意向等も踏まえた大学の運営事項に関わるものでございますけれども、総務省といたしましては、公立病院も含めた地域における医療提供体制の確保に関わる事柄であることから、自治医科大学との意見交換等を通じて把握いたしました意向につきましては必要に応じ関

係省にお伝えしてまいりたいと考えてございます。

○福島みずほ君 医学部における女性受験生への差別の問題が大変大きな問題になりました。

二〇一八年、医学部医学科の入学者選抜における公正確保等に関する緊急調査最終まとめもあり、聖マリアンナ医科大学に関しては、二〇二〇年度、認証評価等の結果により聖マリアンナ医科大学の評価結果について不適合とし、それから、私立大学経営費補助金の五〇％減額など様々なことを文科省はやっておりますが、この医学部の女性の受験生への差別をなくすために今後どう取り組むか、教えてください。

○政府参考人(森田正信君) お答え申し上げます。

今御指摘いただきましたように、平成三十年度の入学者選抜において不適切な事案又は不適切である可能性が高い事案と指摘した大学につきましては、令和元年度に訪問調査を含めたフォローアップ調査を実施した上で、聖マリアンナ医科大学も含めて平成三十一年度の入試においては改善がなされたということを確認しているところでございます。

さらに、昨年十一月には、平成三十一年度及び令和二年度の入学者選抜の開示状況に関するフォローアップとして、各大学の男女別合格率、これらの公表を文部科学省としてしたところでございまして。

今後、令和三年度入学者選抜以降につきましても、毎年度、医学部医学科の男女別の受験者数、合格者数については調査し、公表してまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 面接などで女子学生あるいは多浪、たくさん浪人している人などを差別的に取り扱うと、実は面接の過程でということもありまして、是非、差別などないようしっかりと取り組んでいただきたいと思えます。

公立病院、公的病院、再編、統廃合についてお聞きをいたします。

四百三十六ですが、これは車で二十分ぐらゐのところに同種の病院がある、あるいは診療実績を見てこのリストが拳がったわけですけども、一つ一つ調べました。八丈島つてこの公立病院以外ないんですよ。奥尻島つてこの公立病院以外ないんですよ。いろんなところで診療実績がないと言われても、実際は病院なくなったら死ねといふのかという声も上がっています。

もう一つ、車で二十分行けるところに同種の病院があるということですが、その公立病院なくしてしまつたら、そこに行くのに一時間半掛かつていた人は二時間掛かるかもしれない。この二十分が命、本当にいろんなところから来ることになっている。

地域で公立病院、公的病院が役割を果たしていること、このリスト、本当に正しいんですか。

○政府参考人(迫井正深君) 今般の再検証に当たつての分析方法の中で、これは有識者のワーキンググループにおいて意見を踏まえながら検討したものでございますけれども、これは、地域における前提といたしまして、議論の活性化の観点から国において把握可能データを用いて行つたということでございます。

それから、個々の医療機関の在り方について、いろんな病院がカバーする地域の広域性とかその地理的条件、これございますけれども、一つの目安といいますか、考え方の条件の一つとして、地域の実情の情報としてそれも踏まえて分析を行つたということでございまして、そういった観点からしつかり地域で御議論をいただくための情報提供であつたリストであるということで御理解いただけたらと考えております。

○福島みずほ君 単なる状況提供だったら、このリストをもう回収して撤回したらどうですか。地域医療を考えるのに、なぜ公立病院、公的病院だけターゲットにしたんですか。民間病院も含めて、民間病院なんか数が多いですから、それをちゃんとやらずに、なぜ公立病院、公的病院だけをターゲットにしたのかというのは全く理解ができません。

感染症病床の六割を持つているのは公立病院であり、重要な拠点となっています。また、へき地医療、小児科、産科、救急など、大切な役割を公立病院は担つています。総務省は公立病院を守る施策を推進すべきではないですか。

○副大臣(熊田裕通君) お答えいたします。

公立病院は、地域医療の確保のため、過疎地などにおける医療や感染症、救急、周産期などの不採算医療の提供など、重要な役割を担つていると認識しております。

そのため、総務省といたしましては、人口減少や少子高齢化が進む中で、公、民の適切な役割分担の下、持続可能な医療、地域医療体制を確保するため、平成二十七年三月に新公立病院改革ガイドラインを示し、地方公共団体に対し、公立病院の経営の効率化や再編・ネットワーク化などの経営改革に取り組むよう要請したところでございます。

今後とも、総務省といたしまして、感染症対策も含めた地域医療の持続可能性の確保に向けた公立病院の取組が進むよう、適切に支援してまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 総務省、しつかり公立病院、公的病院、支援してくれるようにお願いをいたします。

厚生労働省、コロナ禍で公立病院、公的病院がどのような役割を果たしているのか検証したんでしょうか。特に、リストに拳がつている病院が受入れ病院となつていふところがたくさんあります。感染拡大した場合の想定など、詳細な分析をしたんでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 今般の新型コロナウイルス感染症対応では、公立・公的医療機関を始めまして多くの医療機関において受入れ、一般患者への対応など、様々な役割を果たしていただいております。こうした中で、公立、公的、民間を問わず、これは重症者に対する高度な医療機関とか、あるいは中等症に対する中核的な医療機関、

あるいは回復後の患者さんに対する後方支援など、それぞれの病院がその機能に応じた役割を果たしていただいております。地域における病床機能の分化、連携の重要性を改めて感じたところでございます。

そういったことを踏まえて、昨年一月にお示しをしました公立・公的医療機関の診療実績の分析結果につきましては、あくまで地域の議論の活性化のために行つていただくものでございますし、それから、個々の病院の在り方につきましては、各地域においてお示した分析結果を参考としつつ、今後の新型コロナウイルスの感染状況を踏まえつつ、しつかりと御議論いただくことが重要であるというふうに認識をいたしております。

○福島みずほ君 端的にお聞きをします。民間病院頑張つています。でも、公立病院、公的病院は、このコロナ禍の中で、感染者をたくさん引き受けて、六割やつているんですよ。この役割をどう考えますか。このコロナ禍の中で、まだ公立病院、公的病院、再編、統廃合、このリストの維持をするんですか。

○国務大臣(田村憲久君) コロナ禍、これ感染症が拡大している状況下であります。通常の医療の状況とは違う状況が今あるわけで、通常の医療を今の状況というわけにはなかなかいかない、これはもう委員も御理解をいただけるというふうに思います。

となるならば、通常のときと、それからこのような感染症が拡大したときと、それをどのような形で対応しているかというのをつくらなきゃいけないというのが、実は今般この法律の中にもありますけれども、地域医療構想のみならず、地域医療計画であるわけでありまして、この地域医療計画の中において今般これ盛り込ませていたかどうかということにいたしました。五事業をこれ六事業にさせていただくということであります。

一方で、地域医療構想は平時のことを考えているものでありまして、先ほど言われました公立病院のリスト、これに関してはあくまでも機械的に

お示しをさせていただきました。このとおりに行つていただくということではありません。特にコロナという状況もありますから、今までよりも状況変わつていると思います。そういうものも含めて、地域であくまでも参考にさせていただきながら、これは実は民間にも、全く同じものじゃありませんけれども、リストはお渡しをいたしております。

問題は、ちよつとこの公立の方は全国に向かつて開示しちゃつたものでありますから、これはお叱りいただきました。これは厚生労働省も当時副大臣が各地域回つてそのおわびをさせていただいたと思いますが、全国に向かつて開示したものでありますからこれは問題であつて、本来その地域だけで分かつていれればいい話だったんですけども、そこに関してはおわびを申し上げますが、民間にもよく似たものはお渡しさせていただいております。それぞれの医療機関がどのような役割を今担つているか、そして将来どのような形になるかという医療の需給をお示しをさせていただいたものであります。

もちろん、公立病院の中において民間で代替できるものがあれば民間でお願いしたいという数字ではあります。その地域で、いや、公立が担うべきだということを決められれば、それは公立がお担いになられればいいわけでありまして、話合いをしていただいて、これからの医療の需要、それから供給、さらには医療人材もありません。そこにコロナというような感染症がまた来るかも分からないということも含めてこれから検討をいただきたいということでもあります。

○福島みずほ君 機械的にやつて申し訳なかった、機械的なものだと言つけれど、これを機械的に出したことで激震が走つたり、本当にこの病院どうなるのかとなつていふんですよ。そして、これで本当にみんな不安に思つたり大変していて、この四百三十六は撤回をすべきだといふふうに思っています。おわびをしなくちゃいけないものだったから撤回すればいいじゃないですか。いみじくも今

大臣おっしゃったように、今コロナ禍です。感染症がいつ、コロナじゃなくてもまた起きるかもしれない。その意味では、公立病院、公的病院、拠点としてやっぱり必要だというふうに思っています。

ところで、厚労省に改めてお聞きをいたします。

今までに廃止、統合となった公立病院や、それから独立行政法人になった自治体もあります。大阪は独立行政法人にしましたし、東京も公立病院を独立行政法人化すると決めています。それらの病院に関する影響の検証をすべきではないですか。

○政府参考人(迫井正深君) お答えします。

一般に、自治体において公立病院や独立行政法人を廃止あるいは統合する際には、地域の医療需要の状況でございまして、ほかの医療機関の状況等を踏まえながら、当該公立病院の在り方について地域住民への説明も含めまして事前に十分に検討された結果として行われるものでございまして、廃止、統合後は、近隣自治体も含めた他の医療機関、統合後の医療機関等において必要な医療が提供されているものというふうに私どもとしては認識をいたしております。厚生労働省においては、各都道府県において策定された医療計画の進捗管理を通じて地域医療が適切に提供されているかを把握をいたしております。

御指摘の個別事例につきまして、廃止、統合による影響の検証につきましては、各地域において地域の実情でございまして、各地域においてなどを十分に考慮して進められるべきものでございます。国は検証を行うような立場ではないというふうに考えておりますけれども、一方で、地域において医療機関の分化、連携の取組を進める上で、各地域における取組の実例を把握、整理することは重要と考えておりますので、そういった意味での必要な取組は進めてまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 民営化したり廃止をしたり独立

行政法人化したことで、今回のコロナ禍で大変な状況が起きたんじゃないですか。今までの検証、これやるべきだというふうに思います。

それで、二〇二〇年十月五日、去年、総務省が出しております。厚生労働省から、具体的対応方針の再検証等の期限について、医政局長通知において、二〇一九年度中、医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも二〇二〇年秋頃までとされた再検証等の期限も含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、改めて整理の上お示しすることとすると厚生労働省がしたこと、これを踏まえて、総務省は、地方財政審議会が令和二年、去年の九月二十九日に取りまとめた中で、現行の新公立病院改革ガイドラインの改定等を含む同ガイドラインの取扱いについて改めて再検討すべきであるとしております。

つまり、去年の九月二十九日ですが、公立病院改革については総務省は、公立病院改革を適切に進めていくためには、地域医療構想全体の方向性も考慮するとともに、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、公立病院が地域において担うべき役割などについて、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえて再検証する必要があると考えられる、そのため、現行の新公立病院改革ガイドラインの改定等を含む同ガイドラインの取扱いについて改めて再検討すべきである。そのとおりだと思いますよ。コロナ禍の中で公立病院が果たす役割を十分考えて再検討すべきだ。総務省、公立病院、公的病院、守ってください。いよ、このコロナ禍、感染症の中から。是非、厚生労働省に四百三十六のリストを撤回すべきだと言ってください。どうですか。

○政府参考人(渡邊輝君) お答えいたします。

公立病院は、地域における医療の提供に重要な役割を担っております。その一方で、これまで新公立病院改革ガイドラインに沿って対応を進めてきたということでございます。それにつきましては、今後の取扱いにつきましては、厚生労働省における新型コロナウイルス感染症への対応を踏ま

えた地域医療構想の考え方、進め方も勘案する必要がありますと考えておりますことから、厚生労働省も参加している地域医療確保に関する国と地方の協議の場の議論の状況なども踏まえて対応しているところでございます。

○福島みずほ君 総務省は再検討すべきだと言っているんですよ。こっちが正しいじゃないですか。

なぜ、医療を管轄する厚生労働省で、公立病院、公的病院四百三十六のリストをいまだに撤回しないんですか。おかしいですよ。今回の法案も、病床削減にお金を付ける。おかしいですよ。どこも病院逼迫している、緊急医療体制宣言やっている中で病床削減に税金使うという法案、国民唖然としますよ。

方向が間違っているとして申し上げ、私の質問を終わります。

○田島麻衣子君 立憲民主・社民の田島麻衣子です。本日は質問の機会、どうもありがとうございます。

私も、冒頭、この理事会協議案件になりました日本派遣看護師協会、この報告について強く抗議申し上げたいと思います。

質問が三十四分も遅れました、本当にもう前代未聞だと思います。内容を拝見しますと、やっぱり物すごいのり弁なんですね。九九%のり弁になっておりまして、やはり情報を出さないと、今の政府の姿勢、本当にこれは大きな問題で、民主主義の後退だと思えます。内閣府に強く強く抗議をしたいと思えます。

質問に入らせていただきます。まず初めに、新型コロナウイルス感染症のワクチン接種について伺いたいと思います。

私も、この菅首相の電話会談、これ遅過ぎると思います。二月十四日に厚労省はファイザーの正式に薬事承認認出ています。その直後に電話するべきなんです。二か月も遅れている、本当に遅いと思います。

これについて私質問しようと思って、昨日通告

のレクをしたんですけども、河野大臣がこの契約問題についてまだだということを答弁されているんですよね、記者会見で。なので河野さんのところに聞こう、聞けばいいんだと思って考えていたところ、厚労省の方が、いやいや違いますと、ワクチンの契約は田村大臣なんですということを訂正されるんですよね。で、河野さんなのか田村さんなのか、私よく分からないなと思ったんです。

こういったところにこそ、やはり混乱が生じ、ワクチンの供給が遅れていく原因の一つになるのかなと思うんですが、まず田村大臣に、首をかしげていらつしやる田村大臣にお聞きしたいと思っています。

河野さんと田村大臣、この役割分担は本当に今大丈夫ですか。契約の担当はどこなんでしようか。

○国務大臣(田村憲久君) 明確に役割分担しております。契約は私です。それから副反応とか、そういう副反応報告等、こういうものの対応は我々、私であります。それからワクチンの薬事承認、これも当然厚生労働省ということであり

ます。一方で、ワクチンの接種の計画でありますとか、自治体で体制整備をします、こういうものの責任者はこれは河野太郎大臣であり、また広報、リスクコミュニケーション、こういうものも河野太郎大臣であります。

ですから、接種がどうなっているか、今体制がどうなっているかというのは河野さんの担当であり、一方で、これからまた契約をするというようなこと、副反応が出てきたけどこの副反応はどうなんだと、これはどういうような状況なんだというようなことは私ということでありまして、まあよく言いますと、ロジは河野さんで、どちらかというと政策面は私だというふうな形であり

ます。○田島麻衣子君 ロジの担当である河野大臣が契約はまだだというふうにおっしゃっていますから

ね。本当に私はすごく混乱したんですが。

このワクチンの接種について派生する課題として、一点、厚労大臣にお聞きしたいと思っています。

一部報道で、ファイザーの依頼を受け、厚生労働省の局長や次官クラスの官僚を都内の料理店などでコンサルティング会社が接待していたということが報道されていますが、これは事実ですか。

○国務大臣(田村憲久君) 済みません、ちよつと通告いただいていないんですが、私も昨日、記者さんからそんな話がありますという話ですけど、全く我々関知しておりません。

○田島麻衣子君 ワクチンは私は国内のワクチンをきちつと開発すべきだったと思っています。日本のワクチンをもってワクチン外交を展開するべきだったと思っていますんですね。

この一番大事なこと一六年から一八年頃にかけて、もし本当に厚生労働省の局長や次官クラスの方々がファイザーの依頼を受けて接待されていたと、本当にもしそれが事実であつたら、これは私、本当に大問題だと思っています。きちつと厚労省内で調査をして、その結果を教えていただきたいというふうに思っております。

次に、この法案の審議に移りたいと思います。まず最初に、今回この法案、いいですか、大臣、いいですか、はい、束ね法案として提出されております。我が党の吉川沙織議員が第二百一回国会参議院本会議で束ね法案の趣旨について質問されておまして、菅国務大臣、当時、菅大臣がこうおっしゃっています。政策の統一性、法案の趣旨、目的の共通性、また法案の条項の関連性が認められるときには、これは束ね法案として提出していいと。

束ね法案出されますと、我々国会議員、国民からの負託を得てこの場におりますけれども、法案の一つ一つに対して意思表示を出すことができないんです。これ、本当に国会議員の表決権を侵害する行為に、可能性もあるというふうに考えているんですが、今回、この医療法等の一部を改正する

る法律案ですね、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援、そして医師の働き方改革、これが束ねられているんですね。これは本当に目的は共通性はあるんじゃないか。なぜこれが束ねられているのか、お聞きしたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) お答えいたします。

委員既に御言及いただいておりますけれども、まず基本的考え方、複数の法案の一本化は、一般的に、法案に盛り込まれた政策が統一的なものであること、その結果として法案の趣旨、目的が一つであると認められること、それから、内容的に法案の条項が相互に関連を有している一つの体系を形成していることと認められること、そして、原則として一つの委員会の所管に属する範囲内にあるということが基準でございます。

今回の医療法等改正法案につきましては、今般、改正を予定しております各法律におけるいずれの改正項目につきましても、これは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ものでございまして、各法律における改正項目の趣旨、目的の一つであるということでございます。それから、医療法等の改正条項と相互関連性を有するものでございます。また、これ、いずれの法律の改正も厚生労働委員会の所管に属するものでございますので、法制的な検討の結果、先ほど申し上げました基準を満たしているということで提出をさせていただいているという認識でございます。

○田島麻衣子君 地域医療構想で本当に病院が四百三十六医療機関、本当に統合されたら、お医者さん方、非常に負荷が掛かかると思うんですね。それと、この医師の働き方、どうやって負荷を減らしていくかということを議論するというのは、私は非常に違和感が個人的にあります。これ束ねられて、私自身のこの賛否の表決の機会というのも失われているということに対して、非常に私自身というのは苦しい思いを持っていると思います。

私自身は地域医療構想に対して非常に問題意識

を持っています。これまで政府はいろんなことをおっしゃってまして、田村厚労大臣も三月十八日、衆議院の本会議、我が党山川議員の質問に答えておられるところで、これはもうこれを強制しているわけではないと、地域の合意に基づいて進める必要もあると考えているということをおっしゃっています。いろいろ過去の国会の議事録も当たってみました。これ、安倍総理大臣も当時ここにいられて、足立議員が質問されておりますけれども、これやめるべきじゃないかということに対して、六月ですね、医療提供体制の議論を地方自治体と連携して進めていきたいと考えておりますというふうに内閣総理大臣、安倍首相がお答えになっています。

これ、厚労省にお聞きしたいんですが、どこまでこの地方自治体の方々と協議をしてきたのか、その実績について伺いたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 地域医療構想の実現に向けた取組につきましては、地方自治体、それから住民の代表からの御意見を伺いながら検討するということは、これ御指摘のとおり重要でございます。

地域医療確保に関する国と地方の協議、これは先ほどの審議の場でも総務省の方からお話ありましたが、そういった協議の場でございますとか、社会保障審議会において地方自治体の代表者から御意見をいただく、あるいは社会保障審議会や医療計画の見直し等に関する検討会においても患者、住民の立場を代表する方から御意見をいただいております。このように形で行き続き様々な立場からの御意見も拝聴しながら議論を進めてまいりたいと考えております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

令和二年八月三十一日、全国知事会社会保障常任委員会からこのような意見書出ております。感染症などの危機的事象が発生しても、住民が安心して医療を受けることができる体制を確保するため、地域に必要な医療の供給量を再検証し、政策に反映すること。これ知事がおっしゃっています

ね、鳥取県知事。

私、地元の愛知県でどのような議論が行われてきたのかということも調べてみました。愛知県では、令和三年二月一日ですね、今年に入って、愛知県地域医療構想推進委員会で議事録、議論がされて議事録が出ております。これ、ちゃんと全部、一言一句皆さん出していますよ。この内閣府ののり弁とは全く大きな違いだと思いましたけれども。

そこは、たくさんさんの議論が行われた中で、病院の院長や理事長の方々、こうおっしゃっているんです。地域医療構想調整会議で協議しなければならぬ事案については国が大体基準を決めていると。これ、大臣がおっしゃっていた、地方自治体の合意に基づいて進める必要もあると、この言っていることと全く真逆なことを言っているわけですよ、ね、この病院の現場の理事長の方々が。国の最低の基準であるぎりぎりのところを協議するよ。うな会議ではなかったはずなんです、地域が自主的に協議を進める方向を皆さんに理解していただきと訴えているわけですよ。これは今年の二月一日ですよ。国レベルは自治体の皆さんの意見を聞きながら進めるとおっしゃっているが、今年に入って理事長の方が、いやいや、国がほとんど決めているんだと、我々の意見も聞いてほしいんだと。これは、なぜならば自分たちの医療を自分たちがつくるからだということを一心に訴えているわけですね。

本当に、厚労省の方にお聞きします。自治体の方々の意見、聞いていらつしやいますか。

○国務大臣(田村憲久君) もうこの国会の場で、もう衆議院でも何度も申し上げておりますので、これはあくまでも我々は基準を出しております。基準といいますが、こういうようなデータですね。

これ、何でかという、そもそも人口が減る、高齢化が進む、こういう中において、医療ニーズが変わってきます。当然、若い方が多ければ急性期、しかも、手術して治れば家に帰って会社に戻

るという方が多いわけでありますが、高齢者の場合は一定期間、手術した後もやはり回復期、これが必要になってきます。回復期のベッドが必要になってくる、そういう病床の転換をお願いしたいと。つまり、ニーズに合わせて転換をしていくわけでありまして、その中で、ベッド数も一定程度、今の需給で見ると減っていくだろうと。これ、そのまま残すと何が起こるかという、それに合わせて人の配置やいろんなことをしますと、多分、最終的に医療機関は経営成り立たないと思います。それが心配なものでありますから、こういうような状況。

ただ、そこにはこの数字だけじゃなくてほかにもいろんな要素がありますから、地域の、そこはその地域のいろんな要素も踏まえておつくりをいただきたい。ただ、やはり経営はそれぞれの、それは民間も、それから公的医療機関も、それぞれのやっぱり経営主体の責任でありますから、そこはそれぞれに責任を持っていただきながら地域医療構想というものをとおつくりをいただきたいというお願いをさせていただいておるわけであります。

○田島麻衣子君 この自治体の方々の意見を聞きながら進めていくというこの精神が全く伝わっていないと思うんですね。

地域の中で御当地医療を提供する体制をつくりたいというふうに訴えているわけですよ。それを、国がこのリストを使ってやってくれということとを言われて、国の、これ、そうじゃなくて、本当に国の最低の基準でやらざるを得ないということとを言っているわけですよ。もうちょっときちつとメッセージ発信した方がいいんじゃないかと思うんですね。

厚生省にお聞きしたいと思います。

このリストに挙がっております四百三十六医療機関の中で、実際に新型コロナ患者を受け入れている病院、どれだけあるんでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 令和三年一月三十一日までに、これはG－MISという御案内のシス

テムでございませけれども、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム、報告のあった再検証対象医療機関四百二医療機関のうち、これまで二百五十医療機関で受入れ可能と報告がございまして、そのうちの七六％に当たる百九十医療機関で受入れ実績がございませ。

○田島麻衣子君 四百三十医療機関のうち百十一医療機関でコロナの患者を受け入れているんですね。これ、本当に統合しちゃっていいんでしょうか。どうですか。

○国務大臣（田村憲久君） まず、なくなるとかではなくて、まず病床がその中でどうだということ地域で話をさせていただく。その上で、もし統合ということがあれば統合もあるかも分かりません。でも、それは何か、先ほどの質問もその公的医療機関がなくなるみたいな話になっちゃうんですが、別になくそうというリストでも何でもないわけで、病床数がこれぐらいというようなお話を基準としてお示しをしているわけでありまして、そこは地域でそういうお話し合いをしていただいて、例えばこの今回の言われたような感染症、コロナ以外もこれから起こるかも分かりません。そういうことも踏まえながら、もちろん、常にそれを常態化してベッドを抱えておれば平時に多分これ経営成り立たなくなりますから、そこはどうフレキシブルにそれを使うんだというのは、それは地域医療計画の中において対応いただくものであります。それも踏まえた上でのまず土台といえますか、枠組みをどうするかというのが地域医療構想ですから、コロナみたいな経験も踏まえていただくながらそれぞれの地域で考えをいただきたいということでありませ。

○田島麻衣子君 意思決定するには情報が必要だと思っております。

この病院の再編統合、まあ病床というふうにおつしやいましたけれども、この成功例、また失敗例、こうしたものというのを国はきちっと提示されているんでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 再編統合に当たりま

して、先ほども御説明させていただきましたが、地域の関係者の間で実情を踏まえながら検討を進めて合意形成をされるということでございますけれども、その内容は地域の状況によって当然様々でございます。ですので、一概にこれが成功とかこれが失敗とか、そういった評価はちよつと行うことは難しいと思いますが、その上で、地域で医療機能の分化、連携の取組、これを進める上では、他の地域においてどういうこともやっているのかという取組の実例というのは重要な参考資料に当然なります。

したがいまして、これまでも都道府県担当者を対象とした研修会においてはそういった事例の情報提供は行ってきたところでございまして、これは、引き続き各都道府県を通じてそういった情報を整理をいたしまして提供を続けていきたいと考えております。

○田島麻衣子君 いろいろな今この新型コロナも含めまして要素が加わってきているというふうにおつしやっていますけれども、これ、期限の延長や見直しの検討というのはされないんでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） これは、一定のスケジュールをお示しをしながら対応をお願いしてきただけでありますけれども、これは、これまでの御議論の中でもございましたが、実際現場ではコロナウイルスの拡大も見られている地域もございませので、過去お示しをしました様々な期限については基本的に今後見直しをするということ、引き続き現場の状況でございませとと感染の対応の状況を踏まえて考えてまいりたいというふうにご考えております。

○田島麻衣子君 期限を見直ししていかれるということですね。大丈夫ですね。

○政府参考人（迫井正深君） 御答弁申し上げませ。

御指摘の期限というのが何を指しているのかにもよりますけれども、例えば、過去、骨太の方針等で一定の期限をお示しをしてスケジュールを組

んでおります。それはコロナの前でございませので、コロナの前にお示しをした期限につきましては、これは各自自治体今後感染の拡大の状況等を踏まえて改めてお示しをするというふうに申し上げております。

一方で、様々な情報提供の中に、例えば二〇二五年でありますとか、様々な数字の処理をお示しをしている内容、これについては、一旦お示ししている内容についてそれを改めてと、そういう趣旨ではございませんで、これまでお示しをしたコロナの前の作業スケジュールについては改めてお示しをすると、そういう趣旨でございませ。

○田島麻衣子君 この地域医療構想の実行を終える期限というのは二〇二五年の七月末だというふうに昨日伺いました。この期限というのは変えなというごことですか。

○政府参考人（迫井正深君） 御答弁申し上げます。

その期限については変更ございません。

○田島麻衣子君 期限の延長してほしいという声はありますし、この議事録見えていますと、期限がいつかすらも分からないというふうにおつしやっているんですね。まだ国から教えてもらっていないというところを書かれていますので、きちつと、じゃ、何の期限は延長し、何の期限は動かさないのかということときちつとコミュニケーションしていただきたいなと思ひます。

今後、地域で議論をする中で、例えば病床数等の医療提供体制について内容を変更しようと思つた場合、どのような手続を経ればそれが最終の事案になるんでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） これは、都道府県に對しまして、通じまして各医療機関に地域医療構想を踏まえた具体的な対応方針を策定した上で、これは地域医療構想調整会議の場で合意を得るということになっておるわけでございますので、一旦策定した後に見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議するということを求めています。

○田島麻衣子君 分かりました。ありがとうございます。

次に、聖マリアンナ医科大学が大学基準協会に今年の入試について再度不適合であるという評価をされた理由について伺いたいと思います。

今日は文科省から参考人の方来ていらっしゃるんですけど、なぜこのような調整が大学で起こるというふうに考えられているのか、ちよつと御意見伺いたいと思います。なぜ女子学生というのはほかの男子学生よりも低い点数を調整の部分で付けられてしまうのか。なぜかとお考えですか。

○政府参考人（森田正信君） お答えを申し上げます。

医学部医学科におけます不適切な入試の事案が起きたことを受けて、その後、全国医学部長病院長会議の大学医学部入学試験制度検討小委員会が、平成三十年十一月に、大学医学部入学試験制度に関する規範という文書を公表しております。

ね。男性も、これ四浪以上すると半減以下の点数になつてしまつていて、これ男性も怒つていいんだらうと私思うんですけども、大学院卒、社会人になつてしまつてもうゼロ点だと、女性はもうマイナス八十点だということで、一体これは何なんだらうと私は思うんですね。

お医者様が地域で果たしている役割を考えたら、新卒で医大に受かる秀才ではなくて、社会の苦勞やいろいろな挫折を乗り越えた、そうした学びの中で医療を志す人間こそが我々の本当に役に立つ医者として活躍されるんじゃないかと私自身は思うんですが、本当に残念です、これ。

しっかりと文科省の方には、この問題、引き続き追つていただいて、もう来年は不適合は維持されない、そういったぐらいの意気込みをお願いしたいと思うんですが、最後に意気込みだけお聞きさせていただけますか。

○政府参考人（森田正信君） このことにつきまして、文部科学省としては、もう再三にわたりまして、不適切であるとみなさざるを得ないような入試が行われた原因を明らかにし、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、特に性別等の属性により一律の取扱いの差異を設けるというようなことは不適切であるということを指導を続けております。引き続き、そのような対応を求めてまいりたいと考えております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

これ以上の質問は文科省の方にはないので、委員長の御配役で御退席していただいてください。

○委員長（小川克巳君） 森田審議官におかれては御退室いただいて結構です。

○田島麻衣子君 女性医師の頼もしさというのは、やっぱり女性にとつてみたら物すごく大きいものです。私は、産婦人科で子供を産むときには女性医師がいるかということを確認して、その方にお世話になつています。婦人科検診するときには必ず女性の先生にお願いしているんです。

この委員会の中で女性少ないですけども、国

民は半分が女性ですし、こういうことを思つていらっしゃる女性の方でたくさんいると思うんですね。決して、女性は結婚して子供を産んだら辞めてしまうから、もう医学部に入れなくていいんだという考えは絶対にいいと思います。むしろ、どうやって女性医師がキャリアを続けていけるのか、これについて知恵を絞るべきだと私自身は強く強く思っています。

厚労省の方に、参考人で構いませんが、お尋ねしたいんですけども、院内保育所、これ日本でどれだけ整備されているのか、お答えいただけますか。

○政府参考人（迫井正深君） お答え申し上げます。

全国における病院の院内保育実施状況、これ平成二十九年年度の医療施設調査でございますけれども、五六・二％で未実施でございます。

○田島麻衣子君 半数以上が未実施なんですよね。女性を入試で落とすんじゃないかと、私はこういうところに力を割くべきだつてすごく思います。やっぱり、子供がいると仕事がつつてもしにくいので、院内保育所があると助かるんだらうなと思つていらっしゃる方たくさんいらっしゃると思うんですね。

衆議院の厚労委員会、西村智奈美議員が育休制度について質問をしています。育休制度ないところが多いんだ、取れないというのはそもそも制度がないからだというふうなことを御指摘されていますけれども、厚労省は育休制度を規定しない医療機関の割合、これについて把握されていらっしゃるんですか。

○政府参考人（迫井正深君） お答え申し上げます。

育児休業、これは労働者から取得要件を満たした上で申出があれば、事業所における制度の有無にかかわらず取得されなければならないものでございますけれども、御指摘の育休制度を規定していない医療機関の割合は把握をしてございませ

なお、医療機関よりも広範囲の医療、福祉の分野、これにつきましての育休制度の規定、済みません、育児休業制度の規定のない事業所は一五・九％でございます。

○田島麻衣子君 これは把握されてないんですね。本当に、大臣にも聞いていただきたいんですが、我々は育休制度を規定していない医療機関の割合を把握してないです。なぜならば、これは法律で決まっているから当たり前なんだという性善説に立っているんですよ。ただ、実際見てみますと、育休制度がないから育休を取れないという女性医師の方々たくさんいらっしゃいます。これ、どうですか、大臣の御決断で育児休業制度がない病院、これ調べていきませんか、どうですか。

○国務大臣（田村憲久君） 育児休業は取らせなきゃならないので、ないというのがちよつと、そもそもそういうことがあつてはならないということだというふうに思いますが……（発言する者あり）調べてないというか、育休制度がない、ないというか、取らせてないということなのか、ちよつとそれはそれでまた法律の趣旨に違反しますので。ちよつとにわかに、取つた実績があるかないかということなのか、それとも制度としてないという意味……（発言する者あり）ない。まあちよつと調べてないんですけど、まあちよつとどいういう調べ方があるのか検討してみたいというふうに思います。

○田島麻衣子君 しっかりとやっぱり、問題というのは調べてないからそのまま問題として残つていくということというのは多々あるので、やっぱり国としてしっかりと確認していくべきだと思います。いかがですか。

○国務大臣（田村憲久君） ちよつと確認しました。就業規則なんかには育休というものが書いてないというふうな基準でこれは取つているという話らしいですが、書いてあるうとなかろうと育休は申請があれば取らせなきゃなりませんので、そういう意味では取らせていないというのが果たして

ちよつと分かるのか分からないのか、どういような調査の仕方があるのか、ちよつと検討はしてみたいと思います。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

女性医師で子供を産んだ後育休が取れないという方々の声を聞いてみるですとか、その数を把握するいろんな方法があると思いますので、しっかりと取り組んでいただきたいと思っております。

次に、ワクチンの問題に戻らせていただきますし、実際にワクチンを打つ方々の拡大ですね、これについて伺いたいと思っております。

下村政調会長が党の会合で、ワクチン接種について、自治体によっては医療関係者の協力が十分でなくて今年いっぱいの場合によっては来年末まで掛かるんじゃないかという指摘をされています。日本、本当に今ワクチン接種遅れていますよ。菅

総理のワクチンの電話も遅いと思いましたけれども、医療関係者が十分集まらないんじゃないか、こういった指摘も本当に自民党内の与党の皆さんから出ているわけですね。これ、来年の春まで掛かるんじゃないかということ言われていて、厚労省の皆さんというのは、いつまでにやるかということとは絶対にお答えになっていないです。

この医療関係者の協力ということにつきまして、大臣は薬剤師の方々を、違えますね、歯科医師の方々を対象に入れていくことを報道に出ていましたけれども、これ薬剤師の方々を対象に入れることは考えてないでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘のとおり、歯科医師による注射の実施については検討を行うというところで、今調整いたしております。

一方で、人体への侵襲を伴う行為を行うことがない薬剤師さんにつきましては、現行法上認められていないワクチン接種のための注射の行っていたことは考えておりませんで、注射器への薬剤の充填でございますとか、医師や看護師等でなくとも現行法上実施可能な業務について薬剤師の専門性を生かしていただくなど、他の医療関係者に御協力をお願いする取組の中で進めているところ

でございます。

○田島麻衣子君 私の一番最後の任地が南アフリカだったんですけども、息子の予防接種をするのに薬剤師の方、薬局に行つて、そこに小さなお部屋があるんですね。そこで息子に予防接種をやつてもらつたという経験があるんですが、海外では薬剤師の方々、今もうワクチン接種に、打っていますね。実際にその中に入っています。イギリスではボランティアの方々も打つということをやっている。

本当にこれ、人がいなくてワクチン接種の時期が遅れた、これを厚労省として受け入れるということはありますか。

○国務大臣(田村憲久君) そのワクチン接種が遅れたというか、今ワクチンがまず供給されているのが限られていますから、幾ら接種体制を組んでも、それは物がなければなかなか進まないという現状がある。これは今、河野大臣の下で、五月連休明けからかなりのペースでワクチンが入ってくるというような今体制を組んでいたというふうにすから、これから進んでくるんだというふうに我々も思っております。その意味で、各自自治体に今体制整備をしていただいております。

ワクチンを打つという意味からすると、医師若しくは医師の指示の下で看護師等がやっていたくわけでありまして、そういう意味では、今、例えば潜在看護師の皆様方等々に関しましてもしろんなお声掛けをさせていただいたり、それから離島やへき地等々に関してはこれは看護師の派遣というような形、さらに、今回のこのワクチンの接種に関してであります、これに限つてでありますけれども、これも看護師の皆様方を派遣ということとを、これ各自自治体の方から要望がございましたので、これをやらせていただくということで、今検討、最終段階にきております。

そこに歯科医師の皆様方も、これは医師の指示の下ではありますけれども、一定の研修等々をやつていただいて、打つていただくことができるかどうかというものを今検討を始めるということ

でございます。

いずれにいたしましても、これからでございますので、それに向かつてしっかりと、まだ今高齢者がいいよいよ始まつたばかりでございますから、急激にワクチン供給が増えてまいりますと体制を整えていかなきゃなりませんから、それに向かつての今準備を各自自治体と協力をさせていただきますながら進めているという段階でございますから、遅滞なく打てるように、我々としては体制を整備してまいりたいというふうに考えております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

医師の今、日本の数は三十一万人と。歯科医師は十万人なんです。薬剤師の方々、二十四万人です。本当にこの薬剤師の方々を御協力いただく必要があるのかないのか。本当に自信があるならば、もちろんお医者さんとそれから看護師さんでやつていただくのが一番ですよ。でも、この今非常時において本当にそんな悠長なことを言つていられるのかなというのは思いますけれども。

医学生の方はどうですか。共用試験受かった方々は、しっかりと勉強されて、もう次は臨床だといつていらっしゃる方々が医師の指導の下にワクチン接種を打つていく、この可能性についてお答えいただけますか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

医学生の臨床実習を念頭に置かれているんだらうと思いますけれども、大学医学部のカリキュラムの下で医師として必要な知識や技能を学ぶことを目的として、指導医の下で、指導医の指導監督の下で取り組むというのが臨床実習でございますので、集団接種の会場における人材確保策として、ワクチン接種を行うための注射、これ医学生にやつていただくというのは、当方としては考えておりません。

○田島麻衣子君 私、システムのこともずっと追つていましたけれども、例えばワクチン接種を追うV―SYSという契約は、もう春、来年の春

までの契約で結ばれているんですね。これ、もう厚労省の方々は絶対に言わないですけれども、来年の春まで必要なんだということをもう暗に明示しているようなものじゃないかなというふうに思つたりもするんですが。

日本は本当に遅れています。ワクチン接種。本当にあらゆる知恵を集約して、国として本当に、自治体の方々に責任を丸投げするんじゃないかと、速やかにワクチン接種が地元で行えるようにお願いしたいと思つて、私の質問を終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○委員長(小川克巳君) 午後一時三十分再開することとし、休憩いたします。

午後零時三十四分休憩

午後一時三十分開会

○委員長(小川克巳君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

休憩前に引き続き、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を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○自見はなこ君 ありがとうございます。自由民主党・国民の自見はなこでございます。どうぞよろしく願ひいたします。

本日は、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ついて質問させていただきます。

その前でありまして、これは質問ではございせんが、この間、コロナの感染症が拡大をしております。そして、今再び緊急事態宣言を迎えようとしておりますが、今朝も実は医療関係の団体の皆様と意見交換しておりました。

やはり減収に苦しんでいるという声がございます、特にクラスターが発生してしまうと、その

後、重点医療機関という機能を負うことによって財政的な支援も得られるわけでありますけれども、そこに至るまでの事務的な手続が整うまでの間は当然出ないわけでありまして、これがかなり自治体によっても差があるんだということで、やはりこれが続いていると、正直なところ、そのクラスターが発生すると減収直結だという感覚がやはり経営者の中にあるということで、これは後方支援病院を今、後方支援の病床を確保すること、大きな今、正直言えばボトルネックになっていると思うんですけども、ここはもうクラスターが起きた場合にはもう概算払をするとか、何らか次の手を正直考えていただかないと、なかなかこの局面、今仮に緊急事態宣言を出したとしても、二週間また耐えなければいけませんので、下がってくるまで、是非、今までには考えておられなかったかもしれないけど、こういう抜本的なことも考えていただけたらと思っております。

また、今日、大隈先生に先にその御質問させていただいた後に、地域医療構想について私もちょっと触れさせて後ほどいただきたいと思っております。

それでは、まず一問目でございますけれども、今回の法案審査、医師の働き方改革ということであります。

現在、皆様も御案内のとおりでありますけれども、医学部生、新入生、特に、これはもう約四割が女性だということがあります。そして、若い世代のこの女性医師が妊娠、出産を経て、子育てをしながらも医師としてのキャリアというものをしっかりと継続できるようにするためには、私はもうここは抜本的な勤務環境改善、就労支援を行う必要があると思っております。また、それは同時に男性医師も子育てに参画できるということでありまして、これ非常に重要でございます。

その一環としての院内保育、院内病児保育の整備、こういったものが急務である、あるいは院内学童とか院内塾ということを提供しているところもあります、こういう子供たちの環境を急務と

してそろえていただきたい。そして、ドクターは一年、二年で異動するというのも多いということから、いろんな制度が利用できないというお声もあります。また、病院によってはローカルルールで職種ごとに使える仕組み使えない仕組みというのがある、なかなか女医さんは、そういう意味では、ある程度収入があつたりもする、それから勤続年数も少ないということで、実際の制度を利用できないことがあるということはよく御承知おきいただければと思います。

資料を準備してまいりましたが、四ページ、資料の四と五を、ちょっと今日資料の順番が行った来たりいたしますけれども、資料の四と五を御覧ください。

この資料の四でありますけれども、これは北海道のとある中核都市の病院十に対して、調べましたところ、院内保育を二十四時間で行っている。大体二千万円の持ち出しということになってございます。ほかの大病院等を見ても、大体皆さん三千万円ぐらいの持ち出しというのが一番多いと思います。

そして、その次のページをおめくりいただきますと、好事例というのもちよつと御紹介しようと思っております。これは藤田医科大学の事例でありますけれども、藤田医科大学は昭和五十八年に十二時間の夜勤交代制というものを導入したときに、多くの職員が結婚、出産をしたことをきっかけに退職してしまつた。それを一つの契機として、職場環境改善委員会というものを設置しております。これによって、女性が結婚、出産、育児に心配、関係なく安心して働いていただけるように取り組んでいるということですが、人事的なポイント、この改善委員会の委員長は看護部長で副院長の方が務めていて、ドクターじゃないということが一番ポイントだと言っております。また、副委員長が、この委員会の副委員長は医師ということでありました。このように、このところに書いてございますように、これは二十時間、三十時間というところの常勤契約ということになってお

ります。

また、藤田医科大学では、産前産後休暇、育児休暇を取得する職員への研修といったものを充実させたりとか、あるいは夜勤や延長や突然の呼出しなどに合わせて子供さんを預かっていただける多様な勤務体系に合わせた保育の整備というものも行っているところでもございます。

そこで、大隈政務官に是非お尋ねいたしたいこととでございますけれども、こういった女性医師の支援、これから何より重要になってくると思えます。院内保育、病児保育、院内学童や週四十時間未満の常勤契約の普及など、どのように進めていくのか、民間病院、大学等それぞれの勤務形態に鑑みた制度について、是非問題意識も併せて教えていただければと思います。

○大臣政務官(大隈和英君) 御質問ありがとうございます。

自見先生の、本当に女性医師として、また議員として、この医師の働き方改革にわたる御貢献に改めて敬意を表したいと思えます。

お尋ねの女性医師のみならず、全ての医師がキャリアとライフイベントを両立させて、医師として使命感を果たし、しっかりと活躍していただく環境を整備するということは、医師の働き方改革を進める上でも、あるいは我が国の医療においても必須の課題と認識しております。

医師が勤務を継続しながら、育児期、学童期における子供の育児を安心して行うためには、社会全体、また医療機関や現場の管理的役割を担う医師等の全てが子育てと仕事の両立に対する理解を持つ、なかなかそうはいっても難しいところではあります、やっぱりしっかりとしたカルチャールをしっかりとやったり持つことだということに考えております。

具体的には、御指摘の院内保育、これ全病院でアンケートを取りますと、院内保育を実施しているのが四三・八%となっております。先生御指摘のように、実際は女性医師、やっぱり短い勤務とということがあったり収入面もあつて、看護師さん

どうしても優先になつてしまつていてという現実あるかもしれませんけれども、その整備、また、病児保育環境の整備、産休、育児後の復職支援体制の整備や、復職後の多様なキャリアパスの提示というものが必要だというふうに考えております。

私も元々おりました心臓血管外科の医局が、本当に長い歴史の中で何百人の医局員を輩出しているんですが、二〇一三年から心臓血管外科女性医師の会というのをつくりまして、今六名が何と心臓血管外科で今活躍しておられるということで、キャリアパス相談支援というものを非常に充実させているというふうに聞いて、私も大変驚いたこととございました。

子育てを女性だけの問題とせず、男性育児取得を含めた医療機関全体の意識改革の推進などが必要というふうに考えております。

厚労省としましては、院内保育整備等へのこうした環境整備に關しまして、地域医療介護総合確保基金の活用ですとか、あるいは先進的な取組です、行っている医療機関に女性医療職等キャリア支援モデル推進医療機関として位置付けまして普及啓発のための必要経費を補助したり、あるいは復職を希望する女性医師に対する女性医師バンク事業、女性医師バンク事業等を実施しております、都道府県医療勤務環境改善センターによる支援と併せて子育て世代の医師に対する支援を引き続き実施してまいりたいというふうに考えております。

○自見はなこ君 ありがとうございます。是非、財政措置、お願いいたします。一病院、二、三千万の赤字出しながら二十四時間院内保育を抱えているという現状を早く変えていただかなければ、経営者の方々が二十四時間保育をしようという決断に至りません。結果、泣き寝入りしているのは女性であります。是非こは覚悟を持って予算請求していただきたいと思っておりますので、何とぞよろしく願ひいたします。

また、通称使用も、これローカルルールがたく

さんありまして、医師の場合は、結婚、離婚のときに大変不便をしておりますので、是非、通称使用の拡大ですね、これもお願いをしたいと思います。

では、大隈政務官はこれで退席をしていただいで結構でございます。

○委員長(小川克巳君) 大隈政務官については御退室いただいで結構です。

○自見はなこ君 タスクシフト・シェアリングの推進において、次の質問でございますけれども、仮にこの法案が成立をした後でございますが、これを確実に実施していただくことが非常に重要だと考えております。

今回その大きな役割を担っていただくのが、臨床工学技士、救急救命士、臨床検査技師、そして、診療放射線技師の皆様でございます。この研修をしっかりと行つて実績を出していくことが非常に重要と考えますが、ここについてはいかがお考えでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

今般、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士について、法改正によりましてその業務範囲の拡大等を御審議をお願いして行うこととしておりますけれども、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士につきまして、法改正に合わせて養成カリキュラムの見直しを行うとともに、既に資格を取得した方につきましては、今回追加される業務を実施するため要件として、厚生労働大臣が指定する研修の受講を義務付けることとしております。

この研修につきましては、関係職能団体の協力も得ながら、施行期日の本年十月一日までに開始できるよう準備を進めているところでございまして、また、救急救命士につきましては、従前の病院前に加えまして、新たに医療機関の救急外来において従前と同様の救命救急処置を行うことを可能とすることとしておりますけれども、救急外来における救命救急処置の実施については勤務する

医療機関が実施する院内研修の受講を義務付けることとしたしておりますので、今後、研修の詳細について検討していくこととしております。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

しっかりと現場で、この度の法案で提案されている医療行為を、まず医療安全の下で確実に実施していただけるような研修体制をそれぞれの団体の皆様にはつくつていただき、結果としてタスクシフト・シェアリングが確実に進むということを願っておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。

続きまして、三問目でございますけれども、今回の医師の働き方改革を進める上で、特に若い医師が集团的に所属する大病院において適切な労務管理、残業時間代を含めた適切な賃金の支払というものが行われ、安心して研究や教育や臨床に励んでいただく環境をつくるということは必須であると思つてございます。

現在、これは厚生労働省の資料ですけれども、年間の時間外労働、これが千八百六十時間を超えると推定される医師がいる医療機関というのは、病院全体では二七％、大病院では約八八％、救命救急の機能を有する病院の八四％、救急機能を有する病院は三四％という、大病院は八八％、非常に高い値でございます。今年に入りましてから全国医学部長病院長会議が主催で行つた緊急説明会、ここでは、基本的なまずは労務管理についての説明ですとか、昨年の暮れに新たに提示され取りまとめられた連携B、こういったものの周知を行ったというふうに伺つております。

今回の仕組みは、皆様も御案内のとおり、自分たちの病院はしっかりと労務管理をやつていまして、よということ初めて自分たちは連携BなりCなりに手挙げできますという、そういう仕組みでございますので、そもその管理というものをしたいだいていいるということが大前提になつております。

ですから、大病院では、今後、労務管理の、本当にきちんとやつていのか、契約は結ばれて

いるのか等々の洗い出しですとか、人件費は本当に適切に払われているのか、こういったことを総点検を行つていただき、必要な人件費の確保を確実に行うということが二〇二四年までに求められています。評価を受けて指定するというプロセスですの、実質一年半の間にこれらをやらなければいけないというタイムスケジュールだということは我々の共通認識としてここでお示ししておきたいと思ひます。

一方で、この診療自体の対価は厚労省で、大病院での給与、教員としての給与、これは文科省だというふうに通つておりますが、両省庁が今まで以上強い連携と、そして田村大臣を始めとした、萩生田大臣を始めとした強烈な政治的なりーダーシップというのがなければこの改革は進むことができないんだと思つております。

そこで、それぞれ厚労省と文科省に御質問でございます。

医師の働き方改革の大病院特有の課題について、厚生労働省と文科省でより公式の検討の場合、この設置が必要ではないかと思ひますが、いかがでしょうか。また、あつ、済みません、そのままだつてでございますが、あつ、じゃ、一旦ここで切ります。どうぞ、済みません。

○政府参考人(迫井正深君) 申し訳ございません。

委員御指摘の大病院は、地域医療確保の観点で重要な役割を担つているとともに、医学及び医療の発展のための研究や、医学生と若手医師に対する教育など、診療以外にも重要な役割を担つておりまして、これを同一の医師が担うことも多いことから、労働時間の短縮は、診療のみならず、研究、教育に影響を与える可能性がございます。

こうしたことを踏まえまして、医師の働き方改革推進に関する検討会の中間取りまとめにおきまして、大病院における特有の課題については文部科学省と厚生労働省が連携して検討の場を設ける必要があるとされたところでございます。

厚生労働省といたしましても、大病院における働き方改革につきましては文部科学省と連携して進めることが重要と認識をいたしてございまして、検討の場の具体的な在り方につきましては、全国医学部長病院長会議の御意見も伺いながら検討してまいりたいというふうに考えております。

○政府参考人(川中文治君) 医師の働き方改革は、長時間労働を是正し、医師の健康確保とワーク・ライフ・バランスを図る上で重要であり、大病院においても取組を推進することが必要であると考えてございます。

文部科学省といたしましては、働き方改革に対する大病院関係者の理解が深まるよう、厚生労働省や全国医学部長病院長会議と連携した医師の働き方改革緊急セミナーにおきまして説明や意見交換を行うなど、大病院における特有の課題について検討を開始したところでございます。

引き続き、厚労省と協力し、適切な労務管理が行われるよう大病院関係者への説明を行い、全国医学部長病院長会議を交え、大病院における働き方改革の特有の課題について検討を進めてまいりたいと考えてございます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

そういうお言葉をいただいた後で恐縮ですが、でも、資料の三を御覧ください。

これは、私立医科大学協会から御了解を得てお示ししているものでございまして、正会員が二十九ございまして、今回のコロナで令和二年度の夏そして冬の賞与が減額支給となつた実際の名前を書いてございます。十三大学と、そしてめくつていただきますと十四大学でございます。厚生労働省、様々な支援をしていただいております。厚生労働省、結果はこれでありまして。

これの中で、あと一年半の中で人件費の洗い出しをしながら働き方改革をしなければいけないというところで、ここに対しては、文科省、もう一度、いまだ、文科省御自身が自分たちが責任の主体者として予算要求なりをAJMCとしてしっかり話し合つて財務省にしていかなければいけないと

いう立場でございますけれども、その覚悟をお示しく下さい。

○政府参考人(川中文治君) 文部科学省では、厚生省とも協力し、全国医学部長病院長会議を交え、大学病院における働き方改革の特有の課題について検討を進めるとともに、各大学病院の取組や要望も踏まえつつ、今後の支援の在り方についてしっかり検討してまいります。

○自見はなこ君 大変申し訳ないんですけども、今検討するタイミングはもうないんだと思っています。あと一年半以内に基本的には多くの病院が認定を受けて、そして次のステージに進んで、二〇二四年からの罰則開始ですから、今年の夏の概算要求に入っていないものを四月からいただけなのであれば、来年の四月からの人事に反映させられないと思うんですが、もう一度お答えください。

○政府参考人(川中文治君) 財政支援も含めまして、必要となる支援の在り方についてしっかりと検討し、検討してまいりたいと考えています。

○自見はなこ君 心から応援をしております。

また、午前中に川田委員からも御指摘あったと思いますけれども、とある大学病院で、これは医師の、国が進める医師の働き方改革に合わせて、研究日に医師の外勤を当てる慣例を三月末で廃止するというところで、これが結果として給与が下がって退職者が出たという、これはあくまで報道がございました。事実関係は確認中ということですが、こういったときにこそ、例えば労働組合に入っていない医師であれば総合労働相談コーナーというところがございますし、そういったところにも行けることですか、当たり前のように普通の労働者が知っていることを、医師は自分をまず労働者だと思っていないことがほとんどですから、入口からそれは文科省も丁寧に教えてあげなければいけないと思いますので、何とかよろしく願いたいと思います。

それでは、次の質問でございます。資料の一と二として八を、ちよつと飛んで申し訳ありませ

んが、御覧いただきたいと思います。

この資料の一、これは、令和二年の一月から二月にかけて文部科学省の医学教育課が実施したもので、そして翌一年後に再び実施していただいたものであります。この働き方改革を進めるに当たって不安になっていることは何ですかと八十一大病院に答えたところ、資料一のところの三ページ目になりますけれども、やはり地域医療への影響が懸念されるというところが非常に多かった。そして、資料二の二ページ目でございますけれども、の七のところであります。これは、地域への医師派遣に支障が生じるおそれがあるというのが六十五病院、八十一大学のうちあったということです。

今回の医師の働き方の施策が地域医療に及ぼす影響が、これは地方自治体を預かる、地方自治体を預かる都道府県、市町村においても非常に重要な問題となってくると思っております。現在行われている地域医療確保に関する国と地方の協議の場、私は、ここは今皆さんが会議をしてくださっているのは承知をしております。その中でも、資料四に示しておりますけれども、さんだつての四月の五日には、ワクチンのことの人材の要望も同様にでありますけど、地域医療構想についても一言書かれてございます。

今後、この法律が通った後でありますけれども、これ田村大臣にお伺いしたいんでありますが、これは総務省がこの国と地方の協議の場というものは運営しているかと思いますが、改めて、今回の法律が通った後に、医師の働き方についてもこの場で私はこれは審議をしていく必要があると思っておりますが、それについて、先に総務省の御意見、そして田村大臣、そして文科省も入っていただきたいと思っておりますので文科省の御意見を伺えたらと思います。

○政府参考人(渡邊輝君) お答えいたします。

これまでの協議の場におきましては、議員の提出資料の資料八にもございますけれども、地方側から医師の働き方改革により地域における医師の

確保に影響があるのではないかとといった意見が既に出されているところでございます。

こうした中で、今回の制度改正の地域医療への影響につきましては重要な論点であると考えておりますが、今後の協議の場の開催につきましては、新型コロナウイルス感染症の状況や、地方三団体、厚生労働省及び文部科学省の意向なども踏まえ、連携を図りつつ検討してまいりたいと考えてございます。

○国務大臣(田村憲久君) 委員おっしゃれますとおり、この医師の働き方改革と地域医療の体制の確保というもの、これも非常に連携して両立していかなきゃいけないということでもあります。医師の働き方改革推進検討会でもこの部分は言われておるわけであります、我々は注視していか

なきゃならぬというふうに思っておりますが、今総務省からも話ありましたけれども、この国と地方との検討の場ですね、あつ、協議の場ですね、ここにおいて、言われるとおりコロナという状況もございしますので、それも踏まえた上で、やはり働き方改革の部分もしっかりと各省、関係省庁、関わりながら議論していかなければならないというふうに考えております。

○政府参考人(川中文治君) 地域医療確保に関する国と地方の協議の場につきましては、二〇二五年の地域医療構想の実現に向け、医療偏在対策、医療従事者の働き方改革も含めまして三位一体で推進するに当たり、文部科学省としても第四回の医師偏在対策の議論において参画しているところでございます。

引き続き、大学病院を所管する文部科学省といったしまして、医師の働き方改革について議論がなされる場合にはしっかりと対応してまいりたいと考えております。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

これはやはり厚生労働省と総務省と文科省の三省庁の連携が何より大事だと思っております、大変言いづらいと思うんですが、やはり厚生労働省からこのことはしっかりと議題として提案

していただき、そこに文科省もしっかり自ら参画していただいて、三者で合わせて御協議をいただきたいと強く思います。

先ほど福島先生の、委員からも、それから田島先生からもお話があったと思いますが、地域医療構想、今数は違いますが、当時四百二十四だったと思いますが、発表されて、大きな衝撃を全国に与えております。これは私の地元でいえば北九州の療育センター、たつた一つしかない療育センター、子供たちが、おうちにも帰れない子たちもたくさんいますけれども、この療育センターも実は挙がったわけでありです。

大臣含め皆様は大変簡単におっしゃいます、これはあくまで参考にと。ところが、地元ではそれは大変重たく受け止められていて、特に保護者の方々がどれだけ不安になっていると思っているんでしょうか。こういうことをやってしまっているんですね、平気です。ですから、地域で話し合うのは当然だけれども、何で療育センター入れたんですか。こういうことをやっているとおみんなが混乱するんです。ですから、地域医療構想は大事だし、進めなければいけないし、これをやらざるを得ないというのは分かりますし、人口減になればおのずと病床は減っていくんだと思いますけれども、そのやり方については十分に現場とコミュニケーションを取って、誤解のないように進めていただきたい。

また、今コロナということで一時ボストボーンしていただいているとは承知しておりますけれども、この議論が再開するときには是非前回の反省を踏まえてしっかりと丁寧な説明の下でやっていただくように、これは私からもお願いをしたいと思っておりますので、よろしく願います。

さて、次の質問でございますが、スケジュールトドクターの法制化について御質問をさせていただきます。

資料の七を御覧いただければと思います。これは、医師養成の過程から医師偏在是正を求

める議員連盟、これ自民党で河村建夫先生が会長でありますけれども、二〇一七年の十一月から活動をさせていただいております。これ、元々、私が平成十六年のいわゆる初期の臨床研修の開始のときに医師になりました、大変な混乱でございました。今でも覚えておりますけど、医学部六年生になっても厚生労働省から一向にマッチングの説明がなくて、本当に大変な医学部六年生時代を実は送ったということがあります。そういう経験を持っていて、私は医師として十年以上勤めて国会に送っていただきましたけれども、やはり厚労省と文科省の連携が本当にこの間なかったんだということも国会に来て分かったということでこの議連をつくらせていただきました。

この目的は、幾つか書いてございますが、まず一、これは今回法制化をされますけれども、いわゆる門田レポート、これは前川レポートから引き継いだものでありますけれども、リバイズしたものであります、これを法制化するというところであります。このことにも、医学部の五、六の卒前実習に対してしっかりと違法性の阻却をしてこなかったんですね、二十五年、二十八年。私は、とても時間が掛かり過ぎではないかと思っております。私たちのキャリアデザインの時間を返していただきたい。医学部の五年生、六年生のときに医療実習ができなかったのは、法律があつたなんて知りませんでした。ですから、今回初めて、二十八年掛かってこの門田レポートというものが法律で改正をされるということは喜ばしいんですが、厚生労働省はしっかりと、当事者の医学部生たちがいるんだと、その子たちの一人一人のキャリアパスを預かっているんだという自覚の下に、必要な改革は遅延なく行っていたいただきたいと思っております。

また、さらに、この重要なポイントがございまして、それは二のところに書いています国家試験の在り方というところであります。医学部を卒業された方は御案内のとおりかと思えますけれども、多くの私立医科大学では国家試験のために予

備校の講師を雇うんですね。そして、ビデオを見たり、過去問をひたすら解く、ひたすらもう受験生みたいな、医学部生の六年生の後半は特にそういう時間を費やされていて、私はそれは健全ではないと思っております。本来はCBTできちんとこれはもう資格を与えるわけですから、ある意味、今回は特に。ですから、その後の二年間というのはしっかりと病棟での実習をしていただくための時間に確保してあげてほしいと切に願います。

それは、女性医師がやはり四割ということでありまして、私は早く妊娠可能な年齢に妊娠させてあげたいと、御希望があればですね。ですから、皆さん男性ばかりが多いので、政策をつくる方々への回すということを義務化しようとか様々な義務を課すという発想になるんですが、女性医師という視点が全く入っていないんですね。ですから、女性医師にとつての半年間、二十四歳の辺りの半年間って大事なんですね。ここは是非無駄にしてほしくないと思えますので、国家試験そのものも私は変えていく必要があるんだと思っております。

特に、このCBTは文科省の担当でありまして、国家試験は厚労省です。この初期研修が始まった平成十六年の後に共用試験が始まっております。連携が取れていなかったのも事実だと思いますが、今般、ようやく法律でCBTが公的な役割を与えられるということでもありますので、この医師国家試験の在り方、これをシームレスに見直すべきだという観点からお考えを伺いたい。

また、これ厚労省と文科省、それぞれでありますけれども、医師国家試験とCBTの今後の連携についても併せてお答えください。

○政府参考人(迫井正深君) 医師国家試験の在り方につきましては、医道審議会の下に医師国家試験改善検討部会を置きまして、おおむね五年に一度検討しております。直近では令和二年十一月に報告書を取りまとめたところでございます。

この報告書におきましては、一貫した医師養成への取組が進む中で、医学生がより集中して診療参加型の臨床実習に取り組める環境を構築する重要性が増しており、医師国家試験の出題基準を可能な限り臨床実習における経験を評価する内容に絞るよう見直しを行うことが妥当とされております。今後、具体的な出題基準の検討は医師国家試験出題基準の改定部会において行うこととしておりますけれども、これに先立ちまして、研究班において専門家による検討を行っているところでございます。

また、前述の報告書でございますけれども、技能及び態度を評価する試験でございますOSCEと呼ばれている共用試験でありますけれども、医師国家試験への導入については、平成十七年度より実施されているブレイクニカルワークシツプ、これ、ブレイクOSCEと呼んでおりますけれども、臨床実習前のOSCEの実施状況及びこれを将来的なポストCCOSCE、クリニカルワークシツプの後の、臨床実習後のOSCEの成熟状況を見極めて判断を行うべきであるというふうにされております。

今般のこの法改正、これは共用試験の公的化、いわゆるスチューデントドクターによる医業の法制化でございますけれども、によりまして臨床実習の充実が期待されているところでございますので、国家試験の在り方につきましても、一連の改革の成果を見極めながら、引き続き審議会などにおきまして検討を行ってまいりたいと考えております。

○政府参考人(川中文治君) 先生、大変申し訳ございません。ちょっと事前の通告が文科省にございませんでしたので、私が今言えるところは、今後とも厚労省と引き続き連携を強化してまいりたいと考えてございます。済みません。

○自見はなこ君 それは大変失礼をいたしました。是非連携して頑張っていたきたいと思えます。

また、迫井局長も言っていましたけれども

も、この重要性というのは、何にも増して私一つ強調したい、強調したいことがありますけれども、それは、いつからそれをやるんだという年限の目安を是非示してほしいと。今回、私は、五年後にはやるならやると示してほしいと何度も何度も正直なところお願いをしてきました。なぜかといいますが、それは予見可能性があるということが医学部生にとって非常に重要だからです。自分の国家試験が突然変えられても困りますし、自分のライフパスが突然変わるようなことが起こっても困ります。

医学部生は本当に、皆さんもよくお分かりだと思えますけれども、本当に真面目に勉強するんですね。本当に真面目に朝から晩までずっと勉強するんです。で、九割が通る試験、まあ一〇%が落ちると言えますけれども、そのために本当に追い詰められたように勉強しています。その国家試験の内容が変わるというような話は、是非これは医学部生のために早く年限を示していただくことという、これ大事ですので、検討しますと言つて、前川レポート、門田レポート、二十八年待ちましたけれど、二十八年待ったら、妊娠可能な女性が多くなかなかそれがもう達成しないということでもありますので、予見可能性を女性は持たたいので、是非ここは何とぞよろしく願いたいと思います。

ちょっと気持ちが入ってしまいましたけれども、それでは最後の質問でございます。

この資料七の議連の方ですね、実は、最後の四番目の目的というものがございまして。

これは何かといいますと、我々はこのシームレス、ツー・プラス・ツーをシームレスにした上で、ですから、国家試験も抜本的に改革した上でということなので、五年後か十年後か分かりませんが、是非、この地域医療の定義を今見直していただく検討会が、研究班が立ち上がったと聞いておりますけれども、今ではただのへき地と、へき地に行くということになっておりますが、そうではない、もう少し中核の病院も含めた

地域医療ということが私は地域医療を学ぶ上では非常にそこも一つの大きな勉強になるフィールドだと思っておりますが、この地域医療というものを再定義した上で、かつ国家試験と言われるものを見直した上でという前提がありますが、このざるざるすると前倒しにできる部分の半年間、これを是非地方研修の半年義務化というのを将来考えていただきたいと強く思っております。

これは資料の六と九を御覧いただければ、このそれぞれの知事会からの要望というものも出てきておるわけであります。是非これは知事からの要望もございまして、厚生労働省には是非御検討いただきたいと思います。

厚生労働省と総務省に、お答えください。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

臨床研修制度、これは定期的に見直しを行っております。地域医療研修は、令和二年度からへき地、離島若しくは許可病床数二百未満、二百床未満の病院又は診療所を選択して四週以上ということになってございます。

御提案の地域医療研修半年間の義務付けでございますけれども、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において研修の質の担保や研修を受ける立場からの視点について御意見出されておりますけれども、これ、現時点では、臨床研修医にのみという形で長期間の地域医療研修を課すことには課題があるという認識がございます。

しかしながら、まずは、地域医療研修の在り方について、研究班において地域における研修の目的、意義、これを再度整理をいたしまして、地域、期間、研修内容、それから指導医の配置等について調査等を行うことになっておりますので、今般の法改正によりまして臨床実習が充実をいたしました。卒前教育と臨床教育の連携が進むことで、基本的な臨床能力、診療能力の修得が早期に可能になる取組が促進されるということが期待されます。

したがいまして、地域医療研修の在り方につき

ましては、一連の改革の成果、これ効果を見極めながら、引き続き審議会等において検討して行つて、検討してまいりたいと考えております。

○政府参考人(渡邊輝君) お答えいたします。

地域医療研修の充実につきましては、先ほども申し上げた協議の場におきまして、地方三団体から、地域医療研修の期間延長など一定期間の地域医療従事を義務付けるべきといった意見出されているところがございます。また、議員の提出資料の資料六でございます。こうした要望書についても、我々も承知しているところでございます。

総務省といたしましては、持続可能な地域医療体制の確保のために地域における医師の確保は重要と考えてございまして、こうした地方の声は重く受け止めてございまして、地域医療研修の在り方につきましては、今後厚生労働省において検討されるものと承知してございまして。

○自見はなこ君 人口減少、私たちの思っているよりのスピードで進んでまいりますので、十年後の日本を救うためには是非御検討を前に進めていただけたらと思います。

ありがとうございます。

○塩田博昭君 公明党の塩田博昭でございます。

今日は、まず、女性医師の働き方改革についてお伺いをしたいと思います。

先ほど自見先生からも御指摘がありましたけれども、医師の働き方改革を進める上で何が大事かといえ、やはり女性医師にとって働きやすい環境づくりが急務であると、私もこのように思っています。

現在、医師全体に占める女性医師の割合はもう二割を超えておりますし、先ほど話があったとおり、医学部入学者の中でももう三割を超えて四割というような、そういうお話もあります。医師全体の中でやはりこれからも女性医師が増加していくことは当然もう間違いないわけでありまして、特に医師不足が指摘される産科とか小児科に、女性医師の割合が高い傾向にありますし、産

科、小児科に限らず女性医師が安心して出産、子育てできる環境の整備が医師不足解消にもつながるのではないかと、このように考えております。

また、仕事と生活の調和、ワーク・ライフ・バランスへの関心が高まっておりまして、育児をしながら就業を継続したり、出産や子育てなどで休職した際に復職できる環境整備や、多様で柔軟な働き方の実現が求められております。具体的に、出産や育児を希望する女性が安心して出産や育児に臨めるように、休日や夜間を含めて院内保育または病児保育の体制整備を始め、短時間勤務制度であるとか当直、時間外勤務の免除とか在宅勤務制度などをしっかり充実させてほしいという声は私のところにも多く届いております。

こういう女性医師の負担を軽減をして、家庭生活との両立をしっかりと推進をして、職場復帰しやすい、また復帰支援プログラムの運用なども必要だと、このように考えております。充実に向けてどのように取り組もうとされているのか、厚生労働省の見解をお伺いしたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

現在、医師の約五分の一、それから医学生の場合三分の一が女性でございまして、特に女性医師については妊娠、出産等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があるというふうに承知をいたしております。

そうした状況の要因の一つといたしまして、女性医師が働きにくい職場環境、例えば、妊娠中の勤務負担を軽減させるような働き方の選択肢が用意をされていない、産休取得後の復職支援体制が十分でないといったことがあることから、女性医師が安心してその道を歩めるよう、長時間労働、長時間労働の削減や、ライフステージを通じて働きやすい環境の整備等を行うことといたしております。具体的には、医師の働き方改革に合わせまして、女性医師に対し復職支援から継続した勤務の支援を行うモデル事業でございまして、それから就業希望者に医療機関あるいは再研修先の

紹介などを行う女性医師バンク事業を実施するとともに、病院内の保育所の設置、運営に対する財政支援、これにつきまして引き続き行っていくこととしたいと思っております。

○塩田博昭君 今局長から御答弁いただきましたけれども、やはり女性医師が本当にしっかりと働きやすい環境づくりをこれからはしっかりとお願いをしたいと、このように要望をしておきたいと思っております。

その上で、育児期や学童期の子供を持つ医師の労働環境や支援体制の充実、単に女性医師に対する支援策だけではなくて、育児に関しては男女が共に育児に責任を持つという意識改革と、さらには社会全体で分担するという環境づくりが当然重要だと、このように考えております。

先日の育児・介護休業法でも議論をしたところでありましてけれども、医師だけでなく、どの職業分野であっても男女を問わず育児期の子供を持つ親の働き方については労働環境の整備や社会的意識の醸成など様々な支援体制が必要であると、このように思います。

その上で、医師の働き方改革に話を戻しますと、育児期に加えて学童期の子供を持つ医師の労働環境の整備や支援策についても、同じように女性医師だけでなく男女を問わずそれぞれのライフイベントに応じた働き方がやはり重要であると、このように思います。

子育てに対する社会的意識の変革と醸成、それに伴う医師の労働環境の整備にはまだまだ多くの課題があると、このように私も感じております。その上で、その取組の強化について、まず田村大臣の決意をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 委員おっしゃられますとおり、男女限らずライフイベントあるわけでありまして、一方、キャリアを形成していかなきゃならないと。これ両立していかないと、生きがいを持って医療現場で働けないという形になってまいると思います。

そういう意味では、先ほど大隈委員も、ああ、

政務官も話ありましたけれども、まず管理職的な医師、よく一般の職でもイクボスなんて言いますけど、ここがしっかりと認識いただかないとそういう環境はつくれないわけでありまして、そこに対するいろんな意味での意識改革も必要であろうと思います。

あわせて、男女限らずと今お話がありました、育児期、もちろんそれこそ子育て期等、全体通じてしっかりとした対応をしていかなきゃならぬのですが、例えば先ほどお話がありました病児、病後児、それから院内での保育、こういうものを一応総合確保基金等々で財政的支援をさせていただいております。

さらには、女性の場合は特に一旦どうしても子育てのときに離れちゃうという場合に、もう一度医療現場に復帰するときのいろんな再研修でありますとか、さらには今度医療現場に戻る、本当に戻るときなどの医療機関というようなことも含めたいろんなマッチング等々、これ女性医師バンク等々でそういうような支援等々をやっておるわけでありまして、また男性の育休もしっかり取る、それだけじゃないんですが、医療勤務支援、支援センター等々、こういうセンターでいろんな支援といえますかアドバイス、しっかりと対応していくということ。

いずれにいたしましても、職場の環境をしっかりと変えつつ男女共にやりがいを持って働けるような、そんな医療現場というものが必要であろうと思いますし、先ほどお話がございました。そういう中で、どうしても男性が今までは多い職場でありますから、女性が医師としてしっかりと頑張っていたことが日本の医療というものをしっかりと支えをこれからいただけるというふうに思っております。ますます御活躍をいただけるような環境整備、これは長時間労働の是正というところに最終的には関わってくると思いますけれども、進めてまいって、まいらなければならぬというふうに考えております。

○塩田博昭君 今大臣が言われたことが具体的に

本当に前に進んでいくように期待をしたいと、このように思います。

医師の働き方改革は、全ての人が医療を受ける可能性を考えれば、国民全体、社会全体で考える課題でもありますし、必要なときに適切な医療を受けられる体制を維持しながらも、患者が大病院ばかりを頼らず身近な地域の診療所などで安心して受診できる体制整備が必要であると、このように思います。

休日や夜間の受診の在り方も含めて早急な対応が求められていると、私もそう思うんですが、一方で、患者の視点からいえば、医師の働き方改革によってこんな不安もあるというふうに聞くわけですね。例えば、夜間や緊急時に受入れ病院が少なくなったり長時間待たされるんじゃないかと、がんになってもすぐに手術を受けられず検査や処置の待ち時間が長くなってしまふんじゃないかと、過疎地の病院では派遣される医師が減少してしまつて医療崩壊の危機に陥るんじゃないかと、こういう心配もあるわけです、一方で。

そういう中で、医師不足の解消、医師の働き方改革を進める中で、地域を問わず国民が安心して必要なときに適切な医療機関を受診できる体制の整備が必要と、このように考えておりますが、厚労大臣の見解をお伺いいたします。

○国務大臣(田村憲久君) 先ほど来議論の中で出ておる話でありますけれども、働き方改革はしっかりとやっていかなきゃなりません、それによつて地域医療の提供体制というものを確保できないといけないことになっておるわけでありまして、もちろん、医療というものの、需給の見込みというものがありますから、それに向けて地域医療構想、また医師の働き方改革を進めていく中ではあります、一方、今言われた救急医療でありますとか専門的な医療、こういうものが供給されないということになればこれは安心できないわけ

でございますので、そこまで含めた上でしっかりと各地域で計画をお作りをいただくということが大変重要だというふうに思います。

あわせて、過疎地域等々、また診療科の偏在等々もあるわけでありまして、そういう意味からいたしますと、地域枠等々、これ医学部等々でおつくりをいただきながら、そこで医師を養成いただいた上で、例えば地域医療対策協議会等々のいろんな差配の下で各地域に医師を派遣いただく、医師を供給をいただくといいますが、そういう体制もつくつていかなきゃなりませんし、一方で、専門医の養成においても、各診療科のいろんな偏在という問題もありますから、こういうものをキャップ等々を使いながらしっかりと各地域に必要な診療科の医師を養成をいただくということも進めてまいらなければならぬというふうに考えております。

○塩田博昭君 次に、かかりつけ医の定義とかかりつけ医機能の現状について確認をさせていただきたいと思ひます。

というのも、日本医師会の資料によりますと、かかりつけ医の有無についての調査では、高齢者は八割近くかかりつけ医がいると、このようにおっしゃっている一方で、二十代では二一％、三十代で三四％、四十代で四四％にとどまつておりまして、多くの人はかかりつけ医がいないと、このように言っている実態も一方であるわけですね。

そこで、かかりつけ医機能の強化と、新たに設けられる医療資源を重点的に活用する外来というものが、それぞれ何を指して、どう関連して地域医療の充実につながっていくのか、田村大臣にお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) かかりつけ医機能、なかなか、これ法律用語ではないので概念的に我々も国民の皆様方にそこをお伝えするところなかなか難しいわけでありまして、ヨーロッパのG.P.制度のように本当にゲートキーパーといえますかそういう状況ではなくて、日本の場合はそれぞれの

開業医も診療科ごとに分かれているということもあります。

そういう意味では、なかなかこれお伝えするのが難しいんですが、ただ、慢性疾患をお持ちで、高齢者の方々増えてまいりますと、やはりふだんから診療をしていただく、また健康管理していただくというようなそんな、かかりつけ医機能と言っていますけれども、そういう医療機関が必要でございます。そういうところにまずはいろんな形で御相談をいただく、診療いただく、その上でより必要な医療ということで、ここでは医療資源を重点的に活用する外来と言っておりますけれども、そういうような医療機関に御紹介をいただいてそこでまた必要な医療を受けていただく、場合によってはまたそこからかかりつけ医の方に戻つてこられる、こういうような形で必要な医療を適切に受けていただく。

一方で、それによつて、ここで言っております医療資源を重点的に活用する外来機能を持つておられる医療機関にしましては、例えば今まで初診が外来で来られていた方が一定程度減るわけでありまして、そういう意味ではそこでの待ち時間等々もある意味緩和できますし、また、そこで外来によつていろんな形で時間が取られておられる医師の方々もより専門的な治療ができるということでございます。

いずれにいたしましても、そのような形で連携、分化していく中で、機能の分化していく中において適切な医療を住民の方々に提供いただければ有り難いというふうに考えております。

○塩田博昭君 次に、海外に住む日本人へのワクチン接種についてお伺いしたいと思います。

報道によりますと、発展途上国などに限らず、先進国であってもなかなか海外に住む日本人へのワクチン接種が滞っている場合に、日本に一時帰国して、羽田空港とか成田とかですね、その周辺の施設などで接種を行うようにするというような報道もあるわけですね。

そういう中で、具体的にどこまで決まっている

のか、答えられる範囲でお答えいただきたいと思っています。

○政府参考人(安東義雄君) お答え申し上げます。

海外在留邦人の安心、安全確保は外務省の最も重要な責務の一つであり、引き続き、世界各国、地域において新型コロナウイルスが拡大する中、その重要性は更に高まっているものと考えております。

新型コロナウイルス感染症に対するワクチンに関しては、接種の状況や体制、医療事情、保障制度、日本が承認済みのワクチンの接種の可否等、国によって様々な状況がございます。こうした中、在留先におけるワクチン接種に懸念等を有する海外在留邦人が一時帰国時に接種を希望する場合、日本国内に住民票を有さない在留邦人は市町村でワクチン接種を受けることができない、こうした場合に接種を受けられる体制を国が責任を持って構築すべく、まさに関係省庁において検討が進められているところでございます。

対象となる人数については、一時帰国時における日本でのワクチン接種を希望する海外在留邦人がどの程度おられるか在外公館等を通じて把握に努め、しっかりと対応していきたいと考えております。

接種開始時期や周知の方法などを含め、詳細については現在関係省庁で検討を行っているところであり、具体的な対応が固まり次第お知らせする予定です。

○塩田博昭君 まだ現状ではしっかりと決まっていないということは分かっておりますけれども、やはりワクチン接種を海外で打てるめどが全くないような国もありますし、非常に不安に思っておりますしやる方がいる。やはりそういう人たちに寄り添って、そういう人たちの心配、不安に対してしっかりと応えられるように、一刻も早い検討をお願いしたいと、このように思います。

最後に、海外から帰国する邦人に重度障害がある場合なんですけれども、例えば二週間の待機といっても、ホテルとかウィークリーマンションで

待機するというのが困難な場合もあるわけですが、でも、何かサポートする支援があるのかどうか、お伺いしたいと思います。

○副大臣(山本博司君) 現在、検疫におきましては、新型コロナウイルスの水際対策の一環として、全ての入国者に対して出国前七十二時間以内の検査証明の提出を求めるとともに、空港等におきます検査を実施し、検査結果が陰性であっても入国後十四日間の自宅等での待機や公共交通機関の不利用等を求めている次第でございます。

委員御指摘の重度の障害のある邦人の方が帰国された場合におきましても同様に十四日間の自宅等の待機となるために、その期間においても必要な支援が行われることが重要と考えております。

お尋ねの支援策につきましては、例えば障害福祉サービスの一つとして、重度の障害のある方の居宅等を訪問して入浴、排せつ及び食事等の介護等を行う重度訪問介護がございます。これをホテルやウィークリーマンションを使用して待機する場合の支援策として御利用いただくことが考えられる次第でございます。

実際にこの重度訪問介護を利用いただくに当たりましては、市町村による支給決定を受ける必要があります。また、対応可能なサービス事業所を見付ける必要もございますから、帰国前に十分な時間的余裕を持ち、サービス利用に向けた事前調整を、支給決定を行うべき市町村やサービスを提供する重度訪問介護事業者等も交え、入念に行っていたことが望ましいと考えております。

○塩田博昭君 時間が参りましたので、以上で終わります。

ありがとうございます。

○矢倉克夫君 公明党の矢倉克夫です。よろしくお願ひいたします。

今日は、医療法等改正案に関する質疑でございます。

まず、法案について。本法案では、二〇二四年の第八次医療計画から、都道府県が作成をする医療計画の記載事項として、新興や再興感染症等の

医療というのがこれ記載をされることになっております。ただ、このコロナの状況下、もっと早くにというような声も一部あるというふうにも理解もしているところではありますが、この点、今年度から始まっている第八期の介護保険事業計画では、いわゆる基本指針として災害や感染症対策に係る体制整備というのが、これ既に盛り込まれているわけであります。

こうした介護保険事業計画とある意味歩調を合わせるという形で、第七次医療計画の後半三年の医療計画に、通知などで来年度から五事業に並立した形で新興感染症等を記載するなど、そういうふうにすべきだという御意見もあるわけでありますが、まず、これについての厚生労働省の意見をお伺いしたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘のとおり、介護保険事業に係る基本的な指針において、介護事業所については、感染症対策としての研修、訓練の実施、あるいは関係機関等が連携した支援体制の構築等を求めているところでございます。

一方の医療機関については、でございますけれども、現行制度では、医療法に基づく院内感染対策のための指針策定や研修実施とともに、感染症法に基づく都道府県での感染症患者に対する医療提供体制構築を含めた予防計画策定が求められておりますけれども、一般の医療計画への新興感染症対応の追加では、新型コロナウイルス対応により得られた知見を踏まえまして、感染者、感染症患者の受入れ体制と一般の医療提供体制の両立を図るため、平時からどのように備え、感染拡大時にどのように対応するかを定めるものでございます。

御指摘の医療計画の記載事項に新興感染症等対応を追加する時期でございますけれども、国において基本方針等の策定に当たり足下の新型コロナウイルス感染症対応に関する課題整理が必要となるということ、あるいは都道府県においても足下の感染症対応に全力を尽くしていただいている中で、計画策定に当たり必要となる業務の負荷を最小限とする観点等も踏まえまして、次期、第八次

の計画策定時とすることとしたしておりますけれども、一部の自治体、都道府県では、現行の第七次医療計画の中、中間見直しに合わせまして、一般の対応により得られた知見を踏まえまして、感染拡大時における受入れ体制の確保でございますとか、感染拡大時に備えた人材育成、確保などの内容を盛り込む見直しを行っているとの承知をいたしております。計画策定年でございます二〇二三年度に先立ちまして積極的に計画策定の準備に取り組む都道府県に対しましては、国としても必要な支援を行ってまいりたいと考えております。

○矢倉克夫君 介護保険事業計画の部分には、該当する形としては、医療法であったり感染症法というような話を踏まえた、踏まえた上で、今ほど、計画策定年である二〇二〇年度に先立ち積極的に活動している都道府県に対しての支援ということも話もあつたところであります。

それで、大臣にお伺いしたいんですが、今局長からも話があつた二〇二三年度に先立つて積極的に計画策定準備をしている都道府県に対しては国としてどのように支援をされるのか。

あわせて、一昨日の質疑で、私、大臣に質問するに当たりまして、その前に、この病床確保というところでは感染症の専門医の必要性というのも言及させていただいたところであります。この点、県によりましては、県内の専門医とかを指導医として専門医がいらない医療機関などにも派遣するなどの取組も行っているところもあるわけでありますが、こういった取組に対しての評価と支援の在り方について、大臣から答弁をいただければと思います。

○国務大臣(田村憲久君) まず、二〇二三年に先立つてということでありまして、これ、今も局長から話がありましたが、今般、この新型コロナウイルス感染症ということであるんことを我々は知見として学んだわけでありまして。そういうものを技術的にしっかりと情報をお伝えすると。それぞれ、何といいますが、この感染状況違つておりました、大変な勢いで広がったところ、そうで

なかったところ、いろいろありますから、そういうような広がつたところのいろんな情報等々、こういうものをしっかりと伝えをさせていただくということは非常に重要であろうと思います。

それから、あわせてこれ、これから策定していく中において、当然のごとく、これも今回の中でまさに学んだことなんですけれども、ゾーニングをしやすい、そういう一般病床というものをしっかりと確保していくことの重要性、それから人の配置といいますが、そういうものも今回学んだわけでありまして、そういうこともしっかりとお伝えしながら、今言われた感染管理の専門家、こういう方々をしっかりと養成していくこと重要だというふうに思います。

一つは、これは積極的疫学調査等々にも関わってくる部分なんですけれども、FETP、これ感染研で実地疫学専門家養成コースというのがございますけれども、こういうところからいろんな人たちが地域に行かれたり、地域から学びに來られたりいたしております。

あわせて、今回のコロナの状況の中でも、介護施設等々でクラスターが出たときに、各都道府県で感染管理の専門家を確保、養成いただいて、そういうところに派遣をお願いしたいというふうなことを、これを通知を出させていただいておりました。そういう意味では、そういう感染管理の専門家の方々、こういう方々の養成も、これは学会等々とも連携しながらしっかりと進めていくということ等々を御支援をしてみたいというふうに考えております。

○矢倉克夫君 是非、それぞれの都道府県でもまた専門医を県内の病院に派遣するとかという計画もされているところもあります。そういうところの支援も改めて考えていただきたいというふうに思います。

ちよつと一問飛ばしまして、その後、この法案の関係で、医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト・シェア、今回実施をされます。これによれば、医師の業務量の削減などにもつながるわ

けであります。例えば、この職種が業務拡大する中で、これらの業務の拡大の部分において、安全第一の遂行のために、座学だけでなく、シミュレーターなどを使った技術の習得などの研修も必要だと思われませんが、それに対しての方向性についてと、あわせて、今回こういうふうなタスクシフト・シェアが実施されたことになった場合、診療を受ける患者側の意識の問題というのがあります。こういった方々に対しての患者側の理解と啓発が必要と思われませんが、これについての厚労省の見解をいただきたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 今回の改正で、診療放射線技師、それから臨床検査技師、それから臨床工学技士につきましては、法改正に合わせまして養成カリキュラムの見直しを行うとともに、既に資格を取得した者などにつきまして、今回追加される業務を実施するための要件として、厚生労働大臣が指定する研修の受講を義務付けることとしておりまして、この研修について関係団体の協力を得ながら準備を進めているところでございますけれども、見直し後の養成カリキュラム及び研修のいずれにおいても、座学のみではなくて、シミュレーターなどを用いた実技の研修を含めて行うことを予定をいたしております。

それから、救命救急士につきましては、救急外來における救命救急処置の実施について、勤務する医療機関が実施する院内研修の受講を義務付けることといたしておりますので、今後、こういった研修の詳細について御指摘も踏まえて検討してみたいと考えております。

それから、タスクシフトの関連で、医療を受ける患者さんが医療は多職種によるチーム医療で構成されているところを理解をいただくことは非常に重要だというのは御指摘のとおりだろうと思っております。

この点、厚生労働省では、医療のかかり方普及促進事業といたしまして、医療のかかり方に関する国民の具体的な行動変容につなげるために、医療の上手なかかり方に関する情報発信、これを始

めております。例えばこうした機会を通じまして、医療機関におけるチーム医療やタスクシフト・シェアの取組を患者側の御理解を得る形で促進してまいりたいと考えております。

○矢倉克夫君 よろしく願います。

では、一旦ちよつと法案を離れて、一つ是非検討いただきたいことがありますので質問したいと思います。

それは、流産、死産した母親の方を是非母子保健の産後健診の対象にという部分であります。

近年、晩婚化とか晩産化という中で不妊に悩んでいる方もいらっしゃるわけですが、特に日本における妊娠満十二週以後の死産の数というのが年間二万人に上っている。こういうような方々の悲嘆のプロセスというのは、不安だったり、うつだったり、PTSDになったり、場合によっては夫婦関係にも影響するなど、本当に多くの問題が指摘されていて、一年以上続くということも試算されているわけでありまして。これはもう本当に本當につらい、つらいことだと思います。特に奥様の方は本當につらい経験をされるというふうに思っているところであります。

日本助産学会は、エビデンスに基づく助産ガイドライン、妊娠期・分娩期・産褥期二〇二〇においても、こういった死産を含む周産期喪失へのケアの創出、強化が進められているわけでありまして、私、最近気付いてちよつと驚いたんですけれど、この母子保健医療対策総合支援事業における産婦健診、診査事業に、これ対象にこういう死産とかされた方の母親というのがこれ明確には入っていない形になっておりまして、私、要綱見たんですが、産後二週間、産後一か月など出産後間もない時期の産婦とされている。これだけでは読み取れないわけでありまして。

厚労省の委託事業が本年三月に公表されたわけですが、その中での実態調査で、本當に死産、流産されたお母様方の大変さ、浮き彫りになっている。もうこれを個人事として相談したいのかというところから悩まれて本當に苦しめら

ている方がいる、こういう方を置き去りにしないようにどうすればいいかというのをやはり考えなければいけないと思います。

是非こういった方々もこの産後健診の対象として心理社会的なケアのための整備体制、国は図っていただきたいというふうに思います。厚生労働省の見解をいただきたいと思います。

○政府参考人(渡辺由美子君) 御指摘ございましたように、死産や流産を経験された方についての心理的なケアというのは非常に重要だと思っております。

厚労省としても、これまで都道府県に設置をされました不妊専門相談センターにおいてこういった流産や死産などについての心理的な相談も実施してきたところでございますが、御指摘ございました産後の健診、これにつきましては流産や死産を経験した場合も対象になるということ、これまでQ&Aなどでは示してきましたが、御指摘のとおり実施要綱の中できちっと明確にうたっていないかったということもございますので、これは死産等による産後うつなどのリスクもあるということもございまして、明確に産後健診の対象となることを示したいと思っておりますし、また、令和三年度からは、不妊症・不育症支援ネットワーク事業というところで、医療機関あるいは様々な当事者団体等も含めた協議会でこういった方々へのグリーフケアを含めた支援の充実を図ることとしておりますので、こういった対応をしっかりと進めていきたいと考えております。

○矢倉克夫君 補助事業ですので、要綱に入っていないと、自治体としても判断の中でこれを対象から外してしまったというような事例もたくさんあったかというふうに思います。今までの事前の相談を受けて、入れていただくというふうに明言いただきましたので、本當にありがとうございまして。是非徹底して、速やかによりしくお願いしたいと思います。

最後に、大臣にお伺いしたいと思いますが、もう一つ、公明党も提案いたしましたして、三月十六日

に閣議決定して実現をいたしました低所得の子育て世帯に対する特別給付金、こちら、一人親世帯に対しては早ければ今週中にも自治体によっては給付、支給されるわけですが、一人親以外の子育て世帯に対してのこの給付金につきましては、これは非早期にスケジュールを示していただきたい、もうそれでできるだけ簡素な手続で給付を受ける仕組みというふうにしていただきたいというふうに思っております。

大臣に、今後の事業の見通しについてお伺いをしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 一人親以外の子育て世帯に対してといいますか、特別給付金についてでありますけれども、これ、来週、四月の二十七日に都道府県、各自自治体に国の検討案、これお示しをしたいなというふうに思っております。

今委員言われたとおり、手間が掛かるという部分もございまして、できれば既存情報を活用して何とかならないかということで、できる限りでありますけれども、児童手当でありますとか特別児童扶養手当、こういうものの情報を活用して、申請不要で何とかこういうものを支給できないかと考えております。

とはいえども、なかなかこれ、検討いろいろしなきゃいけないところもございまして。都道府県、あつ、ごめんなさい、関係府庁、府省、それから自治体等々と連携をしながら、令和二年のこれ所得情報であります、これが判明した後にできる限り早くこれ対応してまいりたい、支給ができるようにというふうに考えております。

○矢倉克夫君 四月二十七日に現行案をお示しいただくというふうに明言を初めてしていただいたというふうに思います。ありがとうございます。

特別定額給付金のと きなどもやはり申請した後の給付の遅れというものがあり、やはり、すぐに届くためには申請がない形が可能であればできればいいということで、いろいろ今検討をされて、工夫もされているかというふうに思います。デジタル庁の創設というのもあり、そういった環境整

備のこともしっかりと各省と連携しながら、是非必要なところにしつかりと行き渡る、そのような体制組みを大臣のリーダーシップでは是非進めていただきたいというふうに思いますので、どうぞよろしく願ひ申し上げます。

私からは以上でございます。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日から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ということでありますが、医師の働き方改革というのがメインだということでありますけれども、ちよつとその質疑に入る前に、先に緊急事態宣言、新型コロナウイルスのことに ついて質疑をさせていただきたいと思ひます。

大阪府の状況が非常に厳しいということも皆さ んもよく御存じだと思います。大阪の二十日の時点で重症患者用の病床運用率が九九・二％ということなんです。実は、これとは別に、六十人の重症患者が軽症、中等症の患者用の病床で治療を受けているということで、もう重症患者用の病床があふれているという状況なんですね。これに伴つて軽症、中等症等の患者用の病床運用率が七九・九％、もう八〇％という状況であります。

連日最多更新ということで、昨日、大阪が千二百四十二人、兵庫が五百六十三人、京都が百二十八人、東京が八百四十三人という状況であります、非常に深刻なのは、大阪市の消防局の方でも、新型コロナウイルスの患者を搬送する際に、現場到着から病院に向けて出発するまでに一時間以上掛かったケースというのは先週で二百七十件もあつたということなんです。それだけなかなか、もう病院に送りたいけれどもなかなか送れないという状況が続いているということです。

先週から緊急事態宣言をもう出さなきゃいけないというふうなことが大阪府の知事も言っております。菅総理が恐らくアメリカから帰ってきたらすぐに緊急事態宣言が出されるのかなというふうに思っておりますが、これ、大阪府が要請を正式に決定したのが二十日の火曜日なんです。

でも、今日になつてもまだこの緊急事態宣言が発出されないという状況なわけです。

これ、なぜこれ大阪府が要請しているのに今日になつてもこの緊急事態宣言が発出されないのか、まずお聞きしたいと思ひます。

○政府参考人(梶尾雅宏君) 大阪府の状況につきましては、四月二十日の厚労省のアドバイザリーボードでも、繁華街の夜間滞留人口の減少傾向が見られ、新規陽性者数につきましても増加率は低下しているものの、増加が続いていると、医療提供体制や公衆衛生体制が大変厳しい状況になつて

いるなどと分析されておまして、連休を控える中で感染を減らすには、飲食の場面に對する対策というのを徹底とともに、変異株の感染者が増加する中、人の流れを抑制するなど対策を強化していく必要があると考えておりますけれども、こうした中で、今御指摘のありましたとおり、二十日の日に大阪府から政府に對しまして大阪府を対象区域とする緊急事態宣言を発出するというところについての検討する要請をいただいたところです。

現在取り組んでおります飲食店に對する二十時までの営業時間短縮要請に加えて、具体的に何を強化すべきか、大阪府と緊密に連携しつつ、感染状況あるいは病床の状況、また、昨年の春あるいは今年の一月、三月の緊急事態宣言時の経験、あるいは変異株の感染力の強さなど勘案して、対策の強化について詳細な詰め、これを専門家の意見も聞きながら詰めているところでございまして、迅速に對應していきたいというふうに考えてございます。

○東徹君 いや、それはちよつと、要請があつたらすぐに対応していくという、その状況がまだ病床が余裕があるとかそういう状況だったら分かるんです。でも、病床がもう本当に余裕のない中で、もうあふれている状況で、自宅で亡くなられる方も結構多い状況がこれ続いているわけですね。

その中で、やはりまん延防止の状況を見ながらとか、そういう状況では今ないというふう

ますが、その認識ありますか。

○政府参考人(梶尾雅宏君) 大阪府ともよく連携、緊密に連絡取り合いながら、具体的にどういった業種にどういった要請をしていくのか、そういうことも含めて今専門家等の意見も聞きながら検討しているところでございます。

○東徹君 要するに、どういふところに要請を掛けるか、そこであるいふ時間が掛かっているという認識ですか。

○政府参考人(梶尾雅宏君) いかにこういった大型連休というのが近づいてくる中でどのようにして感染を抑えていくのかということにつきましては、より集中的な強い対策、どのようなものにしていくのかについて検討していると、検討、調整しております。迅速に對應していきたいというふう

に思っております。

○東徹君 でも、やっぱり、それにしてもやっぱり時間掛かり過ぎです。火曜日に要請して金曜日ということですから、恐らくあしたには緊急事態宣言の発令になると思うんですけれども、非常にやっぱり時間掛かり過ぎだということを言わせていただきたいと思ひます。

大阪のまん延防止重点措置で飲食店に午後八時までの時間短縮を要請しておつて、夜の繁華街の人出なんですけれども、梅田では二割ぐらい減つてきているんですね。感染の拡大は歯止めが掛からないという状況です。同じ日にまん延防止等重点措置を実施された宮城県の場合を見ますと、宮城県の方はこれ感染が収束する方向に來ているわけですね。

これ、感染の広がる大阪や兵庫と宮城の違い、これどのように分析しているのか、お伺いしたいと思ひます。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。アドバイザリーボード、四月の二十日に開かれたアドバイザリーボードの結果ですけれども、今、大阪の状況は先ほど梶尾審議官が答弁申し上げたとおりですが、加えて、関西圏では変異株、特にN501Yですね、への置き換わりが進み、

感染拡大が継続していると、大阪、兵庫だけでなく周辺自治体でも感染者数の増加が継続し、変異株による感染者数の急速な増加に注意が必要であるというような評価、分析がなされています。

一方、宮城県ですけれど、直近の感染状況について同じアドバイザーボードの中で、三月末以降、新規感染者数は減少に転じ、全世代で減少している、二十時以降の夜間人流の低下に伴い新規感染者数が減少してきたが、二十時までの人流は増加傾向にあり、今後の動向には注意が必要と、そういった分析、評価がなされています。

宮城県において新規感染者数が減少傾向にあるのは、四月の五日のまん延防止等重点措置発令以前の三月中旬から人流が低下していた影響もあるのではないかと考えられますが、さらに、まあ確定的なこととはなかなか言えませんが、この大阪、兵庫との違いとして変異株、特にN501Yですね、その影響もその一つと考えられるのではないかと。

いずれにしても、引き続き、地域の感染状況についてはアドバイザーボード等も活用しながら分析、評価を行ってまいりたいと考えております。

○東徹君 変異株のN501Yがというふうなことでありますが、確かに今までは全然違うなと。これまでは小学校の子どもさんはやっぱり発症しなかったんですけど今回は発症しているとか、本当に今まではちよつと違う状況にあるというふうに思います。

緊急事態宣言が出されると休業要請がこれできるようにする必要がありますけれども、これ対象として今検討されているのが飲食店、百貨店、テーマパーク、感染の可能性の高い場所や人の流れを生んでしまう場所ということでありますけれども、そういった意味で、これパチンコ店とか映画館など人が集まる場所も、まあほかにもありますけれども、そういった施設にも休業要請出すというふうなことを考えているのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(梶尾雅宏君) 現在、各知事からの要請も踏まえまして具体的な方策を検討している段階でございますので、現時点において予断を持たずお答えは差し控えたいと思っておりますけれども、例えば、大阪府の吉村知事からは、緊急事態宣言を発出した場合の措置として、飲食店については休業要請と、あと酒類提供の自粛を組み合わせる三パターンを言及されております。また、あわせて、大規模な商業施設あるいは遊興施設といった飲食店以外の施設への休業要請というのも検討しているというふうに言及されていると承知しております。

その上で、変異株の感染者が増加する中、大型連休という機会を捉えて感染を減らしていくというこのためにどのような強い集中的な対策を取っていくのか、具体的にどういった業種にどういった要請を行っていくのかにつきまして、専門家の意見も聞きながら対策の在り方について検討を急いでいるところでございます。

○東徹君 尾身会長も言っていましたけれども、最初の緊急事態宣言よりもやっぱり厳しいものを出さなきゃいけないというふうなことも発言をされておりました。今回の状況見ていたら、確かにそういったところがあるというふうに思いますので、是非早くその辺について検討していただきたいと思えます。

続きまして、コロナの病床の確保についてお伺いしたいと思います。

今国会で感染症法の改正を行って、厚生労働大臣及び知事による医療機関に対する勧告と医療機関名の公表の仕組みがこれ新たに作られました。

先月、四月十五日は、奈良県が全国で初めて県内の全七十五病院に対して感染症法に基づく要請を行って、民間病院も含む十四病院三十三床が要請に応じてくれたという報道がありました。大阪でも、これ府内の医療機関に要請を行っており、今後要請を受けた病院が正当な理由なく要請に応じなければ勧告と病院名の公表をすることがこれできるようになるわけでありまして、病床の逼迫

はこれ非常に厳しくて、大阪では本来入院できるような症状のコロナの患者が入院できない、また重症者用のベッドも足りない、重症者を中等症の病床で対応しているという状況であります。

感染症法上、これ大臣にも医療機関に対する勧告ができる権限がありますが、大臣はコロナ対応病床確保のために医療機関に対して勧告をする考えがあるのかどうか、お伺いしたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 感染症法十六条の二ということですが、緊急の必要がある場合とはいうことで、これに関しては要請、勧告、従わない場合といえますが正当な理由がない場合には公表というふうな形になっております。これは、都道府県知事、それから厚労大臣という形でありまして、まずは、これやはり地域を無視していいいいますか、それ飛び越えてというわけにはいきませんから、よく府県と、いろいろと都道府県と連絡取り合いながらやらせていただきたいというふうに思っております。

いずれにいたしましても、初めはこれはやはり要請といえますが、協力を要請するということところからのスタートでございますので、その上で、都道府県といるいろいろと連携を取りながら、どのような対応をしていくかということと考えてまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 これは当然都道府県を飛び越えてということはないというのはよく分かっています。それはもうみんな分かっている話でございます。都道府県知事も要請を行っている、しかしなかなかそれに応じてもらえない、非常に危機的な状況になった、そういったときには厚生労働大臣として勧告をするということが、おつもりがあるのかどうか、そういった場合にはですね、緊急的な場合には、そこをお聞きしているんですけど。

○国務大臣(田村憲久君) いずれにしても、今もいろんな形をお願いをさせていただいております。厚生労働省がいろいろとお願いするところはお願ひいたしておりますし、あくまでこれ、要請して、そしてそれに正当な理由がなく、要は勧告

してそれでも正当な理由がなくという場合には公表という話であります。確保できない場合は意味がないので、これはこの権限を発動したときにちゃんと確保できるということが前提になっておりますから、そこは、まあ府の場合は府ですね、府とよく我々としては連携をさせていただきなから対応するというであります。

○東徹君 府と連携も当然だと思いますので。それでもなかなか確保できないときには大臣がやっぱり勧告するということ、そのつもりはあるんですかと。もうそれも全部前提の上でなんですけれども。

○国務大臣(田村憲久君) 法律はそうなっておりますが、要は確保できないければ、幾らこれ言ったって確保できないけりや意味がない話なので、無理に言っても、確保できないところをお願いしてもこれは仕方がない話でありまして、それぞれの医療機関には医療機関の事情がありますから、そういうものを勘案しながら今要請をしていくということでございます。

今、協力要請いろいろしておりますので、そういうものを見ながらしっかりと対応してまいりたいということでありまして、いずれにいたしましても府とは連携してまいりますので、その点は、私がここであれをするこれをすると仮定で言うこと自体がまたいろんな形で御迷惑を掛けることになりまして、あくまでも府といるいろいろと連携しながら対応してまいりたいというふうに考えております。

○東徹君 法律と。法律上はなっている、だから、法律上はなっているから、大臣がやっぱりいざというときにはしますよということをは非確認をさせていただいたかったなというふうに思っているわけですね。

実際にはなかなか確保できなかったという、それは大臣のおっしゃるとおりですけれども、やはり確保できるにもかかわらずやれないという場合もやっぱりあるわけだと思えますので、そういったときにはやっぱりやるんだということを是非

言っていたきたかったなと思いますね。何か冷たいような御答弁だなというふうに思いました。続いて、新型インフルエンザ等対策特別措置法では、三十一条で、都道府県知事が医師等に対してコロナ患者に医療を行うよう要請や指示ができてという非常に強い権限を知事に与える規定がありますけれども、この規定は、厚労省のガイドラインで、都道府県知事による通常の協力依頼のみでは医療の確保ができないような場合に検討することとされております。

実際にベッドがあっても、医師や看護師が足りないために、病床として機能せず、コロナ患者の受入れ数を抑えざるを得ない状況が全国で起こっており、コロナ患者への対応のために医療従事者を確保することは喫緊の課題であります。感染症法の要請と勧告を行っても医師等が確保できない場合は、この特措法三十一条の要請や指示ができてと解釈できるのかどうか、この点についての確認をさせていただきたいと思っています。

○国務大臣(田村憲久君) これももう何度も委員と議論しておりますし、私だけじゃないんだと思いますけれども、特措法第三十一条であります。病原性が非常に高い場合、そして極めて緊急性の高い状況が想定されております。病原性が非常に高いという意味からいたしますと、なかなかコロナというのは、非常に病原性が高いかというとなかなかそう言いづらいところもあります。

基本的には、エボラでありますとかああいうものを想定しており、あとは非常に病原性の高い新型インフルエンザ、こういうものなんだろうというふうには私は思っておりますが、これ特措法でありますから基本的には新型インフルエンザだと思ひますけれども、そういうような病原性を想定をしておるということでございますから、なかなかこのコロナ、まあコロナもこれからどうなるかわかりませんので一概には物が言えませんが、今現状、この特措法三十一条を使えるかどうかという、なかなか難しいのではないかと思います。ような我々は感じを持っております。

○東徹君 非常に、今回のコロナの状況を見ると、やっぱり毒性が強くなってきたなという感覚があります。本当、お元氣だった方が突然亡くなられたというようなことが起こっておりますので、やっぱりそういう状況もあるということを是非御認識いただきたいと思っています。

続いて、今回の法案の方に入らせていただいたと思いますけれども、勤務医の長時間労働というものがこれ問題となってきたわけですから、でも、その中で、また医師の健康確保、そしてまた長時間労働によって医療ミス、こういったものがやっぱりなくなすということも非常に大事だというふうに思います。

勤務医の確保についてであります。今回の法案でも医師の長時間労働対策がこれ盛り込まれておりますけれども、勤務医は平均して何年ぐらい同じ病院で勤めているのか、お伺いしたいと思っています。

○政府参考人(鈴木英二郎君) 令和二年賃金構造基本統計調査によりますと、一般労働者でございす医師の勤続年数は七・一年となっております。

○東徹君 ちょっと余りもう時間がありませんが、非常に短いという中で、やはり開業医と比べたときに勤務医の方が非常に年取等も低いということもよく言われます。

たまたま、これ二〇一九年三月の毎日新聞ですけれども、「働かせ過ぎの勤務医 開業医との格差をただせ」というような報道が出ております。今回の法案もそうなんです。法案なんですけれども、過労死ラインは年九百六十時間というふうにされておって、二倍近い残業時間をこれ認めることになる。少ない医師が多数の患者を診ている病院は多くて、若手医師を中心に長時間残業は常態化していると、残業時間を厳しく規制すると診療体制が崩れるとの懸念が現場に強いことが背景にある。病院の勤務医が不足しているのは開業医に比べて仕事がついの待遇が良くないからである、決まった時間だけ働いて往診をしない開

業医は多いと、勤務医が過労死ラインを超えて残業しても年収はこうした開業医よりもはるかに低い、専門的な医療技術を身に付けた医師が病院を去るのはそのためだというふうなことが書かれておるわけであります。

平均して一般病院の勤務医の年収は一千五百万ですけれども、開業医の医師の方は年収三千五百万程度と、これは令和元年の医療経済実態調査報告でそのように出てきております。

こういった開業医と勤務医のバランス、これ考え直す必要があるというふうに思いますが、我が国の民間の医療機関、これ八割であることから、診療報酬の改定が一番効果を発揮すると思ひます。勤務医が増えるように診療報酬を見直してはどうかと考えますが、厚労省の見解をお伺いしたいと思っています。

○国務大臣(田村憲久君) 一概になかなか言えない、勤務医は給与所得で、開業医の場合はそうじゃない場合もございまして、そもそも自分がリスク抱えて開業されて、上屋を建てられて医療機関、医療行為をされている開業医の方々もおられます。もちろん、親の病院を、病院というか医院を継がれた方もおられますから一概に言えませんが、いろんな形で形態は違ひますので一概に比べられないとは思ひますが、ただ言えますのは、勤務医もいろんな例えば研修会等々出ていただいていると思ひますけれども、確かに開業医、見ておりますと、通常、常勤勤務医の場合で大体九百六十時間超が四百、あつ、ごめんなさい、四割おられると、年間でありますが。そして、千八百六十時間超も一割いるということでありますから、こういう長時間労働を是正しないことには、確かに言われるとおり、もう体がもたない、一定の年齢になるとということで、じゃ、開業をしようか、親のところへ戻ろうか、こういうことがあるというの私は私もよくお聞きをいたします。

診療報酬体系を変えんというよりは、やはりしっかりと長時間労働を是正していくというのが私は一番重要ではないのかなと思ひますが、そういうことをしっかりと支援していくという意味からでは、救急等々の回数等々、こういうものに着目しまして診療報酬を付けさせていただいたりでありますとか、そこまでは行かないにしても、一定程度救急医療等々を対応いただいているところに関しましては医療総合確保基金等々で対応させていただきます。いろいろな対応をさせていただきますながら医療機関に対しての支援をさせていただきます。ということであります。

○東徹君 なかなか、大臣がそう言っている限りはこの問題なかなか解消されないんじゃないのかなというふうに思ひます。

診療報酬体系の見直しというのは、これずっと言われてきている話でありますので、是非これ続けて質問させていただきたいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

これで質問を終わりにします。ありがとうございます。

○梅村聡君 日本維新の会の梅村聡です。本日は医療法の改正が質疑の中心ですけれども、一問だけ新型コロナウイルス感染症について質問をさせていただきます。

今、非常に変異株の割合が増えてきたと、特に関西地方はほぼ変異株に入れ替わったんじゃないかと、そういう報道がなされているんですが、そうしますと、今、濃厚接触者の基準というのがあります。これ、前回も、地域によってその基準がちよつとばらつきがあるんじゃないかという、そういう議論もありましたけれども、これ変異株が仮に感染力が非常に強いということになりましたら、その濃厚接触者を追いかけるときにどの基準で濃厚接触者にするかの基準も感染力によって当然変わってくるんじゃないかと。その見直しというのはいま既に始められているのか、これから特に東京も変異株が増えてきたときにはこの濃厚接触者の基準、これを変える計画があるのかどうか、教えてください。

○政府参考人(正林晋章君) 濃厚接触者の定義については、国立感染症研究所が作成している新型

コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領において示されております。この実施要領については、その時々々の知見を踏まえ、随時実施要領の見直しを行っており、昨年四月二十一日に最終の更新を行っています。

変異株について、現在、国立感染症研究所を中心に国内外の様々な情報を収集しているところであり、引き続き科学的知見を積み上げてまいりますが、今現時点でその基準の見直しというのは行っていないが、知見が積み上がった結果として、必要であれば基準の見直しということもあり得るかなと思っています。

○梅村聡君 もう早急に検討を始めていただきたいと思いますが、前の変異株のスクリーニング検査のときもそうでしたけど、完全に入れ替わって流行が終わってしまった後に検討して基準が変わっても何の意味もないと思いますので、もう既に今のリアルタイムの知見を早急に検討していただきたいなと、これはもう強く要望をしておきたいと思っています。よろしくお願いいたします。

それでは、医療法の中身についての質疑に入りたいと思いますが、午前中の議論にもあつたんですけれども、まず、これ前提として、今回、勤務医の労働環境を改善していくということで、時間外労働の上限を付けるとか、あるいはそもそも三六協定というものがどういうものなのかというのが医療機関でも余り認知されていないとか、そういうことをしっかりと正していこうということですから、私はこれは一歩前進だと、こういうことをしっかりと定めていくことは非常に大事なことで、思っておりますけれども、そもそもやっぱり医師不足というものがあるのかどうかという問題は当然あると思います。もし仮に医師不足がなければ、これ雇用の数をしっかりと確保すれば、当然その労働基準の中身を満たすことも簡単なわけですから、まずこの医師不足がそもそもあるのかどうかなんです。

これまで過去にもいろいろ議論をしてきたんで

すが、どうも厚労省として公式に今医師不足だと断言したような議事録って余りないんですよ。大抵答弁は、今足りないところもあるけれども、地域偏在とか診療科偏在があつて、でもしばらくすると需給バランスが取れてきて将来は過剰になる可能性もありますという、そういう答弁が多いんですけれども、これ、まず現時点でどうなのかということを確認したいと思うんです。

これ、例えば仮に介護士は今不足していますかという質問をしたら、恐らく気持ちよく不足していますと返ってくると思うんですよ。それ、言いますか、介護施設の種類によって、特養と老健と有料老人ホームとサ高住があつて、施設によって偏在がありますとか、地域によって偏在があります。将来高齢者の方が人口動態が変わったらひよっとすると過剰になるかもしれませんと、こういう答弁って多分ないと思うんですけど、なぜか医師の話になつてくるとその答弁になつてくるので。

まず今日お聞きしたいのは、現時点の話で結構です、現時点でばんとこの二〇二一年で切ったときに、今は医師不足なのか、適正なのか過剰なのかと、まずこれを教えていただきたいと思えます。もし過剰になるんだつたら、もう一つ、過剰になるんだつたら、いつ頃から過剰になるのかということもこれ併せて教えていただきたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 今委員が言われたとおり、地域において、また診療科で医師不足がある、ミスマッチが起こっているという話はよくあるわけでありまして、全体として言うところ、もう御承知のとおりだと思えますけれども、これ平成二十年からやはり医師が足りないのではないかと、いうことで医学部の定員枠を増やしていますから、地域枠というもので増やす、増やす中で、大体年間三千五百人から四人ずつ増えているということは事実なので、足りないということ前提で今養成をしてきています。

ただ、御承知のとおり、これ八年だとか一定期

間、医師の場合は養成年数が掛かりますので、今年やって来年増えるという話ではないということ前提に、その需給部会、分科会で御議論いただいた上で、大体二〇二七年ぐらいにOECDの平均、人口当たりの平均指数、これに追い付くであろうと、二〇二九年には需給がマッチするであろうというところでございますので、そこから逆算して、先ほど言いました十年、八年ぐらい掛かるということで、どうしていくのかということこれから議論して決めていくということでございます。

いきなり全てのこの枠を減らすというよりは、増えていく中でどうやってそれをなだらかにしていきながら最終的に需給をマッチングさせるのかというところが、地域によっていろいろ違いますし、もちろん診療科がありますから、医師だけ養成していればいいという話じゃございませんので、そこら辺のところをうまく合わせていかなきゃいけないというところがまた一方で難しいところでありまして、現状は足りないということが増やしているということは、これは今の現状であらうと思います。

○梅村聡君 だから、現状では、医師不足と言うかどうかは別にしても、医師は足りない状況だと。

これ、机の上で考えることも大事なんですけど、実際の需給バランスを見たときに、例えば医師の方が就職先がないとか、定員がもうなくてなかなかその地域で働けないとか、そういう話余り聞いたことないわけですよ。あるいは、病院の中で医師の早期退職をちよつと募集しますから応募してください、これも余りないので、やっぱり現状から見てどうなのかということ、私はそれきっちり把握してもらうことが大事かなと思います。

そうすると、もう一問お聞きするんですが、そうすると、二〇二九年を超えると、ちよつと言葉は正しいかどうか分かりませんが、医師過剰になる可能性があるということだと思えますが、

じゃ、これ医師が過剰になった場合、厚生労働省としてはどういう問題が起きると考えておられるのか、どういう政策が困難になると考えているのか、それもちよつと教えていただきたいと思えます。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

これは医師需給分科会、今後の医師の需給に関する検討会でもいろんな有識者の方々に御議論いただいている中で指摘をされていることでございますけれども、諸外国の例なんかも参考にしながら、仮に医師の供給過剰が起きた場合にどんなことが生じるのかということ指摘いただいております。

一つには臨床経験の減少等によります医師の質の低下でございますとか、あるいは、これは医療、医師ということではないかもしれませんが、十八歳以下の人口減少、これは現に進みつつあるわけでありまして、他の産業での人材不足が生じると、こういったことが課題として指摘をされているということでございます。

○梅村聡君 医師が、医師が多過ぎて医師の技術が下がるっていうのは、僕はちよつとそれ違うんじゃないかなと思うんですね。逆に、逆に人数が増えるから競争が激しくなつて、ええかどうか知りませんよ、競争が激しくなつてきちつとした技術の人じゃないと働けないという状況になるから、私は技術が上がる可能性も当然あると思えます。

それから、今三十一万人ぐらいですね、医師が大体三十一万人、二万人ぐらいで、じゃ、それが増えて例えば三十五万人とか四十万人になったからといって、ほかの産業に影響を及ぼすほどの人数じゃ私はないんじゃないかなと思います。むしろ、この医師の勤務環境を改善してこういう労働条件を整えるとするればですよ、整えるとするればですよ、まあいいかどうか別にして、ちよつとその余裕がある状態で、雇う側がまあかなり余裕を持って雇えるねという形を取れた方が私は医師の

労働環境は明らかに良くなると思うんですけども。もし、もしよつとこの話、私の考え方というか論理がもしおかしかったらおかしいよと言っていたらいいんですけど、大臣、どうですかね。

○国務大臣(田村憲久君) 一定程度、その研修といますか、そういう場をつくっているわけですよ、その専門医にしても。そういうものが限られてくる、きますから、そういう意味では研修の場がなくなつて、まあそういうあぶれた方々の医療技術がという話なんだと思います。

一方で、確かに医師自体がそんな年間数十万人も生まれている子供の何割には達しないと思いますが、これはよく我々、まあ自分の地元の方である話なんです。有能な人材が医師を目指すことによって、例えばもつと理学や工学等々でいろんな技術革新をしていくような方々が医師に取られていくというような、そういう教育現場で嘆く方々はおられます。

ですから、そういう意味も含めて、優秀な人材が医師に流れることによっていろんな経済成長、発展の場を失っているのではないかというようにすることも声としてはあるのは事実だというふうに思います。

○梅村聡君 何か、医師のことを褒めているのか何か、何しているのか分からないんですよ。

要するに、優秀だからどうだという話は、それは需給バランスとは違う話であつて、いや、それやったらね、理科系だけじゃなくて文科系からでも医学部行けるようにするとかです。いろんな工夫はあるわけで、私が今日言いたいのは、勤務医の労働環境を改善するということに、まずそのベースとなる医師の数ですね、これを十分に確保しておくということが医師の労働条件を良くすることに非常に効果が高いんじゃないかという問題提起をしていますので、またこれよつと機会がありましたらこれ議論をしたいと思えます。ちよつと、ほかの産業に影響が起きるとかほかの

分野から取つてくるという話はちよつと今回の話とは違うんじゃないかなと思いますので、それはまた後日、後日ですね、ゆつくりさせていただきたいと思えます。

その全体像の話、絶対数の話もそうなんですが、今日は是非皆さんと一緒に考えたいことは、この主治医という言葉は何なのかということ。ちよつと一緒に考えたいと思うんですね。

この主治医という言葉はよく聞くんですけど、みんないろんな意味があると思うんですね。例えば、自分のかかりつけのクリニックの先生を主治医と呼ぶこともあれば、入院したときにですね、入院したときに自分の担当医になった方を主治医と呼ぶ場合もあるんですけども、大臣、入院とかされたことはありませんか。余り御自身はないですかね。(発言する者あり)あります。じゃ、そのときのことをちよつと思ひ出していただいたいと思ひ思うんですけど。

例えば、じゃ、手術をされたとしますね。例えば、じゃ、金曜日に手術をしたとしましょう。その後、三連休だったと。土曜日、日曜日、月曜日は病院が休みだったと。でも、手術した翌日なるわけですね。そのときに、勤務条件からいえば土日祝日は休みですから、労働条件からいえば主治医が次現れるのは火曜日なんです。手術が金曜日に終わつて、土、日、月と主治医が来ないと。月曜日にどうでしたかと来たときには、もう既に御飯も食べて歩いていて退院しようかなと思ひている状態だったと、こういう場合もありますよね。

あるいは、主治医の中には、そうはいつでも金曜日に来たんだから、あつ、手術したんだから、土曜日はちよつと顔見てみようかなと、おしっこが出てくるかなと、傷口どうかと、そう思ひ顔を出してくれる主治医さんもおられるかもしれません。こういうタイプがあると思ひますね。

労働基準法的に言えば、多分前者の方がきつちり守っているんだと思ひますけど、じゃ、患者さんの立場でいっただうなのかなという、こういう

う問題が一つあります。

じゃ、例えば入院の受け持つっている患者さんが今度急変したときどうするのかと。病院から電話掛かつてきて、誰々さんがどうも体調が悪いみたいで意識がなくなつたみたいですよ。そのときに、主治医つて何かというのと、一つの方法は、当直の先生いるだろうと、当直の先生に診てもらつておいてくれというの、これも一つの方法だと思ひますけど、それだつたらすぐ検査しておいてくれと、俺、今からちよつと子供の運動会の途中だけど抜けて病院へ行くわと、これも主治医なんです。

あるいは、残念ながら、ちよつと縁起でもないですけど、お亡くなりになつたのと、仮にですね、日曜日に亡くなられたと。そのときに、A先生は、いや、まあ自分はもう今日勤務外だから、お見送りはもう当直の先生にやつておいてもらつてくれと、これもやり方です。だけど、中には、まあ自分の受け持つた患者さんだし、今まで長いこと診てきたから、ちよつとお見送りまではしようかと思ひつて病院へ駆け付けてくる、これも主治医と。この主治医二人は、恐らく相当人気は変わると思ひますね。人気という言い方は変ですけども、患者さんと御家族から見たら相当変わると思ひます。

でも、主治医という言葉が何を指すかによつて、労働基準的にはそうなんだけれども、もう一つの顔はやつぱり個人事業としての顔があるわけですよ。雇用契約ではこれは労働者という扱いで、今回の検討会の一番冒頭でも、医師は労働者なんです。かという問いかけに対して、座長の方は、これは労働者として話を進めてくださいと。これは今回のことではないと思ひます。だけど、主治医というのがある限りは、今申し上げた後者の働きをすることが医師としての個人事業としての考え方としては非常に優秀だという見方もできるわけなんです。

この二つの顔があるんだけれども、今回は労働条件を良くしていく、過労死を防ぐ、長時間労働

を防ぐから、後者の話には少し目をつぶつて前者の話をとにかく整理をしていこうということが、私は今回の医療法改正のいろいろな基準作りだったんじゃないかなと思ひます。

ですから、究極に勤務医の労働環境を改善しようと思ひば、この主治医制をどうしていくのか。今までと同じように主治医という概念を見付けて、決めて、それをしていくとくれというものを残していくのか、それとも主治医制というものも見直していくのかという話を、そこを最終的には結論というか整理をしていかないと、この問題というのは非常に混乱を生むと思うんですけども。

この主治医という言葉が行政用語としてあるのかということが一つと、それからこの主治医制度というものが今後見直していく考えがあるのかどうかと、これも教えていただきたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) 入院した経験あるんですが、盲腸でございまして、三日か四日ですた覚えがありますので、そんなに主治医の方がしよつちゅうお顔出しいただいた記憶もないんですけども。

これ、言われるとおり、これ党で議論したときでもこの議論はありまして、結局、主治医という下ですつとその方にいろんな対応しておつたんではこれは長時間労働は正できないわけで、このICTがこれだけ進んでいるときに、しつかりとその院内の合意形成ができて、複数主治医制とかいろんな対応ができればもつと働き方が変えられるわけでありまして。

そういう意味では、やはり院長を始めその病院の考え方というものが一番重要なので、この人は何かすごい評判はいいけど、この人は非常に自分が働き方改革やつていたからということではなかなか医療機関として成り立つていかないということがありますから、そこはやつぱり医療機関として院長等々がそういう方針を出されてしつかりやつていくことが我々は有効だというふうに思ひています。

ですから、トップマネジメント研修等々でも、そういうようなちゃんと主治医を複数制にしているような院長さんを招いて、そこでいろんな考え方を勉強していただいたり研修していただいたり、そういうことをやる中において、こういう主治医というような概念、今までは、今までにある概念を、まあいろんな考え方があから強制はできませんけれども、しかし、進めていくというのは、どうしても長時間労働になる勤務医という形からすれば、我々厚生労働省としてはそういうやり方も是非とも一つ取り入れていただきたいというような考え方であります。

○梅村聡君 ただ、厚生労働省として基本的にはどう考えるのかというのは、やっぱりモデルケースで示していくということ、私は必要だと思えますよ。それ病院の差配ですと言っただけだったら、それは当然動かないわけでして、やっぱりそれを厚労省としてどう考えていくのかと。主治医というものをこれからも日本の良き文化にしていけるのか。それとも、そういうものではなくて、例えばさっきの日曜日の話も、じゃ、のぞきに来なかったとしても、当直の先生が平日と同じようにその人のことを力バーするというやり方もあるんです。ただし、そのときにはもう宿直許可という考え方からは外れてきて、時間外割増し賃金を払ってでも、土日でも平日と同じような対応を別の先生によってやるんだよという考え方にも跳ね返ってくるんですよ。今だったら、土日は宿直許可ということで、見回りだけで宿直料で、これで収めますよという話が、主治医制がなくなるということとはそこに跳ねてくるんですよ。いや、それはまた後でゆっくり考えてください。必ずそうなってくるんですよ。

だから、この主治医の問題というのは、どこまでこれを厚労省として医師、医療の進め方として維持をしていくのかということを整理をしないと、ほかの話にも跳ねてきますから、そのことは今回の医療法改正の中では非、これで終わりではなくて、この先にまだ医療の提供の在り方という

のをしっかり考えていく必要があるということを示し上げておきたいと思えます。それからもう一つ、タスクシフトのことなんですけれども、ほかの業種にも医行為を一定で認めるというものがありますけれども、ちよつと復習シリーズみたいになりますけれども、また。

十年以上前に、やっぱり医師の書類作業が非常に多いということで、いわゆる医療クラークを置けば診療報酬でそれを手当てするということ、そういう診療報酬ができたんですけれども、やっぱりこれなかなか進んでいないのも事実なんです。何でかと思つて、いろいろ、どんな書類があるのかなと思つて見てみますと、やっぱり幾ら医療クラークを置いて、その書類の必要性とか書く中身というものを検討しないと労働時間というのはやっぱり減つていかないわけなんです。

例えば、一番多いのは何かというと、介護保険における主治医意見書、また名前出てきましたけど、主治医意見書というのがあるわけなんです。だから、行政用語じゃないのかも知れないけど、こういうところに主治医つてやっぱり出てくるわけなんです。ところが、我々からすれば、これ介護保険の意見書というのは主治医よりももつと分かっている人いっぱいいるでしょうと。まあ主治医が書くのがええかどうかという話ですね。もつといけば、介護保険の主治医意見書というのは本当に要るのかとか、そういう話も当然出てくるわけなんです。生活保護でもそうなんです。生活保護の医療要否意見書というのがあるんです。これ、医者じゃないと書かれへんということを言われていますけど、だけど、医療が必要だと目の前に来ている人の医療の必要性を書いてくれというの、これもどつちかという福祉事務所か行政の人が書いてくれと思うわけなんです。

つまり、書類の必要性とか中身とか、本当に医師じゃないと書けないのかという、この議論もやらないと、医療クラークを置けば時間が節約できるとか労働時間が確保できるとかということには

ならないので、こういう書類の、本当に医師じゃないと駄目なのかと、あるいはその書類の必要性というのはあるのかどうかと、こういう検討というのも同時にやっていただきたいんですけど、そういう認識というのはおありでしょうか。

○国務大臣〔田村憲久君〕 これ、朝、これで実は役所でこれがクラークでできるのかという話を検討して、結果的に、実際診療しているわけではないんですけど、いろいろ調査等々のリスト見て、内容見て、医師が意見書、主治医が書かなきゃならないと、その状況を見てですね。これは医師しか、いや、書くことすればできないわけですよ、ね、その医師というものに言うなれば意見を求めているわけでありますから。多分、生活保護もそうだと思うんですよ。そこはクラークがやることは無理で、もしやるのであれば二つあって、一つは名前だとか、別にその症状等々を診なくていい、判断しなくていいという部分はまあ確かにクラークで書けるけど、そのためにクラーク雇つていてどうなるのかなと。あと、医師が横で口で言つたものを書くということはあるかも知れませんが、まあクラークの使い方はそういう使い方がいいだねというふうな話をしております、考えさせられるところが多いなと。

ただ、これ自体が本当に医師がやらなきゃいけないかどうかというのは、ちよつとここでは私が軽々に言える話ではございませんので、まあ制度の根幹とまでは言いませんけど、今までそういう立て付けでやってきておりますから、急に制度を変えらるということ自体は、それに対する弊害もよく分析しなきゃなりませんので、今こゝでは申し上げられませんが、言われるとおり、こういうものにクラークを使うというのは余り効率的ではないというふうに思います。

○梅村聡君 時間が来たので終わりますけれども、今回の医療法改正そのものは、やっぱりきちつとルールを決めるという面では一歩進んでこれは非常に大事なかなと思います、今日申し上げたようなこと、一部なんですけれども、

こういう根本的なことも同時に見直していかないと、本当の意味での勤務医の労働改善にはつながらないということを申し上げたくてお訴えをさせていただきましたので、またよろしくお願ひをしたいと思います。

以上です。ありがとうございます。

〔委員長退席、理事石田昌宏君着席〕

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみです。今日はよろしくお願ひいたします。

まず、閣法の質問に入る前に、私も、明日、緊急事態宣言の発令の国会報告があるかどうかというような報道も流れておりまして、大変多くの百貨店やショッピングセンターで働いている労働者の人たちからお声をいただいております、どうしてもこれは今日質問に立つのにこのことに触れないわけにはいかないというふうに思っています、少しお時間を頂戴したいというふうに思っています。

もう御案内のとおり、報道でもう本当に広がっていますけれども、大阪、東京、そして兵庫、そしてもしかしたら京都もというようなことで、緊急事態宣言の再発令、しかもこれまで以上に強い要請をしなければならないというような発言があり、その中の休業要請をする業態、施設の中に大型商業施設や百貨店というようなところもこれまでと違つて挙がつてくるようになっております。それを見てのそういう声、私のところへ来た声だというふうに思っておりますし、報道もそうですし、業界団体にも確かめましたけど、日本百貨店協会や日本ショッピングセンター協会もそろつてこの営業の継続についての要望をそれぞれ都市に出しているというふうに聞いております。

その中で、今日は済みません、経産省の方に来ていただきました。まだ発令はされるかどうか出ていませんし、どのような業態に要請が出るかということも明らかになつておりませんが、もし、去年も同じような状況での休業ありましたので、もしここで新たに百貨店や商業施設への休業

要請出たとき、この影響ですね、経済効果ということですね、経営、会社経営、そして従業員の雇用、消費の経済効果、このことについて分析や予測などされているんでしょうか。

○政府参考人(岩城宏幸君) お答え申し上げます。

現在、緊急事態宣言の発出の要請が自治体から政府に寄せられておりますけれども、政府としての対応や具体的な感染対策の内容につきましては現在内閣官房において検討されているというふうに承知しております。現段階で休業要請等がなされた場合の状況についてお答えすることは難しい状況でございますので、その点御理解いただきたいと思います。

他方、昨年の四月から五月にかけてまして緊急事態宣言が発出された際には、百貨店の売上高は前年同期比で七割程度、そしてショッピングセン

ターにつきましては六割から七割程度減少したというふう聞いておるところでございます。

また、先ほど委員からお話ありましたけれども、百貨店業界やショッピングセンター業界からは、今回の緊急事態宣言の検討に当たりまして、大規模商業施設の厳しい経営状況等を踏まえて対応してほしいといった声が上がっているというふうに承知しております。

経済産業省といたしまして、大規模商業施設の経営状況等をしつかりと注視してまいりたいというふうに考えております。

○田村まみ君 飲食店への休業要請が出たときにもいろんな報道ありましたけれども、要はそのような取引業者等々の影響も、百貨店、非常に大きくなります。特に、昨年のもう夏からアパレル関係の産業についてはもう既に倒産や早期退職などももう正社員も含めて始まっている、そういうようなメーカー、企業がいわゆるその百貨店へ出店をしております、要はその百貨店の売上げが、今ほどありました、要は前年比の三〇%とか四〇%しか上がらなかったという中で、退店も相当進んでいて、その結果が今言ったアパレ

ル産業の早期退職につながっているという状態です。

もちろん、感染で人が健康を害するというところ、そこを守るという意味での議論も必要かというふうに思いますが、もう一つ、厚生労働省の中で議論していただきたいのは、やはり雇用や生活に困って自殺をしまっている人たちが多くなっている、経済を止めることの中の雇用への影響、ここを是非私は考えていただきたいというふうに思っており、今日、経産省の方にその経済の影響というところを是非、出るかどうかは分からないけど、もう知事からは要請来ているわけなので、それをしたらどのような影響が出るか、それはすぐ答えられるようにきちつと準備していただきたいんですけれども、いかがでしょうか、経済産業省。

○政府参考人(岩城宏幸君) お答え申し上げます。

今まさに対策の切身等々を議論されていることとございますので、それを踏まえましてしっかりと検討を進めるということになろうかと思っております。

○田村まみ君 今日内閣府にも来ていただいて

おります。今、私が質問したとおりなんですが、要は、この休業要請、もちろん感染を止めるということの視点もあると思いますが、経済への影響という点も私は加味すべきだというふうに考えているんですけれども、その点、休業要請するときなどには関係省庁との連携はされるんでしょうか。

○政府参考人(梶尾雅宏君) 現在、各知事からの要請も踏まえまして具体的な方策を検討している段階ですので、現時点において予断を持ったお答えはできないのですが、連休を控え、また変異株の感染者が増加する中で、感染を減らす中でどのような強い集中的な対策を取るのか、具体的にどういった業種にどういった要請を行っているのかにつきまして、御指摘のとおり、関係する

省庁、そして都府県ともよく連携しつつ、専門家の意見も聞きながら、対策の在り方について、また対策の内容に応じた必要となる支援策の在り方について検討を急いでいるところでございます。

○田村まみ君 事業モデルの問題もあるかもしれませんが、百貨店で全国に店舗を出しているようなところや商業施設もそうなんですが、今回緊急事態宣言の対象地域になるようなところがどうしても売上げや利益の基幹を、基幹店舗になっているわけなんです。

なので、そうじゃない要は店舗、地域の店舗にも影響があるということですし、また、実際に声としていただいているのが、もう四月の二十八からはゴールデンウィークのお客様に向けてということで、例えば北海道の物産展の開催予定してまして、そこにまた本当に中小の、個人での出店される予定の方々はもう既に準備をされていて、その納品の商品もどうするんだって、それを百貨店に全部補償してくれるのかみたいな連絡も既に入り始めている。そんな状態で、今、彼らは、どのような結論を出されるのかというふうに見ていきます。

その中で、田村大臣、私、以前より飲食店の休業要請や時短の話のときにも必ず話聞いてました。ガイドライン遵守しているのに、なぜ休まなければいけないのか。今回、百貨店や商業施設で働いている人たちから言われました。クラスター発生していますか、クラスター発生しているのか、私たちガイドラインを守っているのに、そしてクラスターも発生していないのに、なぜここでの緊急事態宣言の中でこの休業要請の対象になるのか。一切理解ができないというふうな声をいただいております。ただ、どこの誰がと言ってしまうと、やっぱりその感染でお亡くなりになる方たちもいらつしやるわけなので、ここまでストリートに皆さん言えませんか、表立って。でも、私はそのような声を、そのような声だというふうに受け止めました。

これ、ガイドライン遵守して感染防止対策を

行っているところ、営業継続できないんでしょうか。

(理事石田昌宏君退席、委員長着席)

○国務大臣(田村憲久君) 今いろんな案を提案されているというのは我々も承知をいたしております。大阪の方でありますけれども、言われたとおり、飲食店も三つのパターンでいろいろとどうするかということを検討されておられるということとありますし、ショッピングモール、遊興施設、そして商業施設、こういうところに関しても、今委員が言われたようにいろんな検討がなされております。

それぞれの飲食店も含めてガイドラインのつとめているような御対応いただいているわけでありまして、本当に心からそれに関しては感謝を申し上げるわけですが、この議論はいつも本当に悩ましい議論で、私、衆議院の厚生委員会でも、緊急事態宣言出す出さない、そのときに何をしようというときにいつも申し上げておいたのは、実はコロナで失われる、健康を害するののも命であります。

一方で、我々厚生労働省は雇用も守らなきゃいけないし、また、仕事を失う、いろんなそれによつて社会影響が出る、もつと言えはそれだけではなくて、ふだんの生活を制約される中において、いろんなストレスのみならず、いろんな家庭の環境変わる中で健康を害されたり、またいろんな問題が起こったりと、それによつて苦しまれる方々もおられる。そういうものも含めて実は厚生労働省は全て受け止めて物事を考えなければならぬんですと、そういう苦しい立場である中で物を申し上げるんですというふうなことを申し上げておったわけでありまして。

まさに委員がおっしゃられるところは、この感染を抑えるという意味では分かるけど、じゃ、エビデンスはどうなんだと。これ、アドバイザリーボードでも御議論をいただいたんですが、もうここまで感染が広がってくると、人が集まる、人流というものをもう防がなきゃいけない、そこにエ

ビデンスがあるかどうかということはありますが、そこに人が集まってくることによって次の行動がよりリスクの高いところに行ってしまう、そういうものをどう防ぐかというところまで考えなければならぬのではないかと。

つまり、人流を減らすというところまで考えなければならぬのではないかと。そのような言い御評価もいただいておりますが、なかなか本当に私も、委員のおっしゃられるとおり、悩ましい中で、これからどうしていくのかといよいよ検討をしておる最中でありましても、厳しい最終的には決断をしないのかということに來ておるということでありまして、今予断を持って何も申し上げられないわけでございますので、それは申し訳ないと思いますが、そういう委員のようなお声があるということ、これをしっかりと私は胸に秘めながら、最終的にいような判断に向かって動いていかなければならないというふうに思っております。

○田村まみ君 誠意を持ってお答えいただいているというのは受け止めています。

ただ、本当にガイドライン、私、常に触れてきたんですけれども、小売業の業界団体が出しているガイドラインについては十三団体がまとまって作ったもので、しかも、一、二、三、四、五、四回改訂しているんです、一回出してから四回。一番直近は令和三年度の一月六日にも改訂しているんです。そして、ほかのガイドラインにはないんですけれども、誰が監修したかということまでわざわざちゃんと記載して、どのようなエビデンスを持っている人たちがこのガイドラインを監修したか、そこまで対策をしているところがある。今回の要望書につながっているという意味だといふふうに私は思っております。

ここまでガイドラインをきちっと業界団体として出して、そしてそれを中で徹底させるというようないふことも含めていけば、先ほど言ったクラスターが出ていないということを評価していただきたいというふうに思います。

また、前回の厚生労働委員会の中では、今いらつしやらないですけど、古川委員もその県をまとぐというところに科学的な根拠はあるのかと。そして、足立委員がおっしゃいましたけれども、感染研の中で発表会の中で飲食をしたということ、何が悪かったんだ、何が感染の原因だったのかということが、今もう皆さん気合と根性でみんな何と頑張りましたよということなので、何かお酒が出たことが悪いというふうに結論付けられましたけど、お酒が出たことが私は感染の原因とかになるというふうには思わないです。そこのお酒の飲み方だといふふうには思いませんので、そこはやっぱりエビデンス持って、厚生労働省は何か感染を止める行動なのかということと言っていたかと思ひます。

百貨店も、例えば時間単位で、はい、入館の人数を制限するとか、そのような工夫の仕方あるだろうと言っています。飲食店だって、時短するからみんなそのときにラストオーダーまでに一気に頼んで一気にしゃべって帰るということになるんだというふうなことが出ていますので、是非その辺を考えていただいて、先ほど言った命、暮らしを守るということも是非御検討いただきたいと思います。

その上で、やっぱり皆さん言われるのが、この状況が変われば、今、一部、雇用調整助成金の特例が解除になっていっていますけれども、こどもも一度、さっき言った取引先も含めていけば緊急事態でないところも相当影響があるということ、そして期間もどうなるか分からないということであれば、状況を踏まえて検討の余地があるのか、今、一旦六月までと言っているのが六月で終わるのか、そこだけお考え、お話しただけないでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) まだ何も、緊急事態宣言も出ているわけでも何でもございませぬので、今現状は、もう御承知のとおり、まん延防止等重点措置を行っている地域に関しては、ここは本来はこれ五月、六月は段階的に今の特例から緩まっ

ていきますが、この地域に関しては、要請を受けているという医療、あつ、ごめんなさい、商業施設に関しましては、飲食店でありまして、今、そこは今までどおり大企業も中小企業も十分の十、一万五千元という形の中で対応いたしますし、それから、そのエリアにおいては、売上げが前年若しくは前々年で三か月平均三割以上下がっている、こういうところに関しては十分の十と、これは大企業も含めてということでありまして、それを、仮に緊急事態宣言が発令されればどうするんだというふうなことにしまして、まだ今は緊急事態宣言を出していませんので、どうかお許しをいただきますようお願いいたします。

○田村まみ君 状況が変われば検討の余地は出てくるということですか。

○国務大臣(田村憲久君) 今ちょっと予断を持って、まだ緊急事態宣言も発令もいたしておりませんので、今は予断を持ってここで話しすることはいふふに思ひます。これは御理解をいただきたいといふふうに思ひます。

○田村まみ君 それ、今の時点での現実だといふふうに思ひますので、これでこの議論は終わりたいと思ひますけれども、是非、今日例に出しました百貨店やショッピングセンターだけではなく、やはりそれに伴って多くの人たちの雇用に影響があり、その生活に影響があるということも是非検討する中身としては置いていただきたいといふふうに思ひますので、よろしくお願ひします。

それでは、済みません、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の審議、済みません、お時間たくさん先ほどいただいてしまいました。が、質問に入りたいと思ひます。

済みません、その前に、内閣府と経済産業省の方は、もう質問がないので、退室いただいて結構です。

○委員長(小川克巳君) 内閣官房梶尾内閣審議官及び経済産業省岩城審議官については御退席いただいて結構です。

○田村まみ君 済みません、それでは、質問に入ります。まず最初に、医師の働き方改革、長時間労働の是正についてということで質問をしたいというふうに思ひます。

まず、私も、先ほど梅村委員が質問されたんですけど、私も、少し単純な質問もしたいなというふうな思ひでいて、多くの周りの人たちから聞かれる疑問なんですけれども、周りの国民の、健康な国民の人たちの多くは、お医者さんって足りないのというのが実は正直な感覚です。周りを見ると、フリーアクセスという私たちのこの持てる医療制度のすばらしさのおかげなのか分からないですが、困ったと思ったときに、平日であれば大体、まあへき地で、本当のへき地、離島でなければ、都心部、特に都心部であれば診療所があるという中でいくと、お医者さんって足りないのといふふうな感覚を持っている方も実はいるというのも私は一つだといふふうな思ひます。

私がお伺ひしたいのは、今回の法案の議論の質的対象者になる過重労働を余儀なくされている医師といふのはいわゆる病院勤務医で、その長時間労働の是正に向けての議論だということと合っているでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 今回の改正法案、これは、議員御指摘のとおり、主に病院勤務医を対象にその労働時間短縮でございますとか健康確保の取組を推進するためのものでございます。

○田村まみ君 ありがとうございます。

そうすると、もう一つ、先ほども梅村委員が質問されているんですけど、改めて聞くんですけど、医師の絶対数というのは不足をしているのか。私も今日これ聞きたかったんです。不足しているといふのであれば本当に拡充の話なければいけないんですけど、私もどの議論を見ていてもはつきり何か足りないといふふうなストレートに答えていらつしやるような場面を見たことがないので、済みません、重なるかもしれませんが、医師は不足しているんでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

これは、委員今お話をしましたが、先ほどの質疑の中でも厚生労働大臣、田村厚生労働大臣の方で、現在その医師数を増やしているという実態、それから定数の問題からしますと医師が不足しているという認識の下で対応しているというのを改めて確認をしていただいたところでございます。

その上ででございますけれども、勤務医、今回の法改正の対象、先ほどの御質問にもございましたが、勤務医に関するお話でございますので、この後御質問あるかもしれませんが、様々な勤務医の長時間労働、これを是正するための取組として今回法案の提出をさせていただいておりますけれども、その長時間労働の要因について、医師数の不足、有無というよりも、現場の勤務状況でございますとか、この委員会で御審議いただいておりますけれども、労務管理が徹底されていないとか、そういったことの関連で捉えるべきでございますが、一概に勤務医自体の数について、それが足りている足りていないという議論と、先ほど大臣が総括をさせていただきました医師、医師数全体の概況としての不足感というのは必ずしも連動するものではないというふうに認識をいたしております。

○田村まみ君 なのでどうだったんだろうというのが正直なやっぱり感想になるんですね。

本会議の質問のときにもさせていただきましたけど、診療科ごとや地域ごと、そして病院と診療所間の医師の偏在みたいなことが問題として取り扱われているんですけども、なかなか医師の絶対数みたいなことが、足りている足りていないというところをストレートに話に聞くことがないというふうに思っていて私も聞かせていただきまして、先ほどの梅村委員の質疑の中で大分明らかになったんじゃないかなというふうに私は考え、聞いておりました。

それで、やっぱり働き方改革をするときに、私

も民間企業にいましたけれども、長時間労働、いわゆるあとはサービス残業みたいなことをどうやってなくすかという議論をするときに、やはり私は、済みません、小売業でしたが、そのお店を、どのような商品をどのようにして販売している、しかもどのような時間帯でやっていくか、要は経営計画がないと、要はどのようなサービスを提供していくかということが決まらないと、そもそもそこにいる人たちの人員や労働時間みたいなことは決まっていかなければなりません。

そういう中で、今言ったみたいにそれぞれに課題があつて、それぞれにまだ今取組が進んでいるんですけどいうわけなので、適正な何か労働時間が分からないんじゃないかというふうに疑問に立つたときに、今回の時間外労働の上限の水準が、よく言われますが、人間である医師の健康確保が最大の目的ということ言いながらも過労死ラインとされる九百六十時間の二倍近くの一千八百六十時間というのが水準で上限数値として設けられました。この一千八百六十時間の根拠はどこにあるんでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

まず、御答弁の前提といたしまして、これは上限でございますので、上限の規制の設定をどういう形で数字として千八百六十時間を設定したのかということでございます。

これは、病院勤務医の時間外労働、これは調査をいたしまして、上位一〇％が年間千八百六十時間を超えていたという実態がございます。これを踏まえまして、医療関係者のみならず、学識経験者あるいは労働者を代表する団体も参画した検討会をこれ開催したわけでございますけれども、その議論を重ねまして、こうした著しい長時間労働を是正していく必要があるという観点で設定をいたしているということでございます。

これは、長時間労働の是正を進めて、医師が健康に働き続けることができるようにということ

で、やむを得ず長時間労働を認める医師の対象範囲を限定をした上で連続勤務時間の制限等の健康確保措置を実施するということといたしておるところでございます。さらに、この特例水準は将来的には解消していくことを目標としておりまして、この目標の達成に向けまして、医療の現場における労働時間の短縮の取組が進むよう必要な支援を行うという考え方でございます。

○田村まみ君 済みません、これはストレートな通告していないんですけれども、じゃ、この間、要は、相当特例な千八百六十というふうにおっしゃったのでお伺いするんですけど、じゃ、もう一つ間にこれぐらいという、その九百六十時間とその千八百六十時間に、間に何か基準を設けるとか、そういう議論は一切なかったんでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

これ、検討会の議論の御紹介にとどめることになるのかもしれませんが、千八百六十時間というのは先ほど申し上げましたとおり実態と、一方で、現在これは地域医療を担うべく医師の実態として働いておられる姿でございますので、これを、九百六十時間というのは他の分野の労働者の上限規制に並ぶ形で設定されているものであります。いきなりそういった時間を設定いたしましたが、現実の問題として医療の提供に大きな支障が生じ得るということでございましたので、その考え方をどう整理するのかというのが基本でございます。その間に中間的なというアイデア自身は委員としてお持ちの方はおられたのかもしれませんが、最終的にそれを取りまとめて審議会といいますか検討会の結論として記載するような形にはなっていないと承知をいたしております。

○田村まみ君 ありがとうございます。

千八百六十時間、相当な特例だというふうな私は数値だというふうに思っています。

ただ、先ほど言った地域医療を担うべく役割をお持ちの方だったり、現実にはこれだけ働いて

ているという中で、代替がすぐに何かがあるというわけじゃない中での本当に多くの議論がある中で設定されたという数値だということは、私自身も、審議会と分科会のあの議事録の量を見て、とても後から入ってきて私が何かを言うような議論ではないぐらいに議論されたということは認識しています。ただ、やっぱり千八百六十働いていいんだというふうになっては私はいけないというふうに思っております。そのための健康管理措置だということに思っています。

そのときに、次の質問なんですけれども、今日は資料一でお配りしたんですけども、B、連携B、C水準の指定に当たったの基本的な流れというところで、時間短縮の計画の作成をしてということで、最後三六協定結び業務開始というふうな流れで、いわゆる世の中の民間企業でも労働時間の改善していくときにやるような流れだなというふうに見ていたんですけども、そのときに、下の方に、間に、都道府県勤務環境改善センター(含む)というふうに書いてありました。この勤務環境改善支援センターというのが私は何かこう相談に乗ってチェックをしていくのかなというふうに見えましたので、重要な役割を果たしているセンターなんではないかということ、このセンターについてお伺いをしたいと思います。

本部、地方の運営体制、予算や人員についてお伺いします。

○政府参考人(迫井正深君) これ、医療法に基づき、平成二十六年十月一日より、勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援するための機関ということでございまして、平成二十九年三月までに全ての都道府県において設置をされておりますが、この医療勤務環境改善支援センターは、医療、医療経営と、それから労務管理に関するアドバイザーが配置をされておりまして、都道府県からの報告によりますと、医療経営アドバイザーについては一人から十人、それから労務管理アドバイザーについては一人から八人をそれぞれ配置しているというふうに承知をいたしております。

それから、医療勤務環境改善センターの予算でございますけれども、労務管理に関するアドバイザード分については約六億円を厚生労働省予算として確保しております、各都道府県において地域医療介護総合確保基金を活用して予算額を計上いたしております。それから、都道府県ごとではおおよそ約七百万円から約四千四百万円の予算となっているというふうに承知をいたしております。

○田村まみ君 ありがとうございます。

ホームページで様々な事業をされているやに見えるように、実は厚生労働省の出された通知だったりとか審議会のもを本部のホームページはそのまま貼り付けてあるだけだったり、あとは個人での労働環境をチェックするような、何でしょう、アンケートに答えれば自分はどういうことを勤務状態のとき、勤務しているときに気を付けなきゃいけないかみたいなものはあるんですけれども、相当アドバイスも定型的なもので、これをどれだけの人が使っているのか、もう正直、訪問数とかも聞きたいなというふうには思ったんですけれども。

この令和二年度の調べによると、このアドバイザードによる医療機関への訪問支援の実施しているところ、四十七都道府県中四八・九％と、半分の都道府県にも満たない状態だということを見ましたけれども、この訪問の直接的な支援ができる状態の、その都道府県の、何でしょう、この拠点があるということの強みが生かされていないんじゃないかというふうに見えたりするんですけれども、こちらについてはいかがでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) この医療勤務環境改善支援センターの活動内容でございますけれども、制度等の周知から勤務環境改善に係るPDCAサイクルに基づきまして組織的かつ継続的な取組への支援など様々な実態はございまして、内容については都道府県によってかなり異なるというのが実態でございます。

御指摘の四八・九％という数字でございます。

けれども、これ、勤務環境改善に係るPDCAサイクルに基づく組織的かつ継続的な取組に対する支援として行っているという割合でございます。都道府県からの報告によりまして、制度周知や単発での支援等を含めまして、約九割の都道府県において訪問支援を実施しているという実態があると承知をいたしております。

厚生労働省では、医療機関における働き方改革を推進するに当たりまして、これ勤改センターというが、勤務環境改善支援センターの訪問などによる個別支援を行うことを推進するためにこのセンターに向けた研修等の充実を図っていくほか、全ての病院を対象に労務管理状況の調査を実施をいたしまして、その結果を各都道府県のセンターと共有をすることで個別の病院のフォローアップを行う取組を開始をいたしております。

本年度からは、さらに、年間を通じて毎月一回程度の医療機関に対する個別支援を実施するセンターを後押しする事業も支援することといたしております。このような取組を通じてセンターの活動の活性化や支援の質の向上を引き続き図ってまいりたいと考えております。

○田村まみ君 じゃ、今、研修などをしてもっと充実させていくということだったんですが、この運営、都道府県の中での運営、直営が二十五で、委託が二十二と、この設置形態が分かれていますね。請け負っている団体もそれぞれ全く性質の違うものだというふうには私は認識をしています。

この辺のこのメリット、デメリット、そして一律に研修していくということでき言ったそれぞれの都道府県での勤務改善みたいなことが進むという辺りの認識を、メリット、デメリット含めてお答えいただければと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 今御指摘のとおり、医療法に基づくこの設置でございますけれども、形態に、都道府県自らが事業を行うという直営型と、外部に委託をするという委託型、双方がございまして。

経営形態、あつ、失礼しました。設置形態のメリット、デメリット、これについて一概にお答えするというのはなかなか難しいわけでありまして、けれども、例えば直営型でございますと都道府県内の他の部門との連携が当然取りやすいという点がございまして。それから、委託型には専属の職員が確保しやすいというメリットもございまして、それぞれその特質があるかと思っておりますけれども、いずれにいたしましても、その形態のいかんによらず、私どももいたしましてはセンターの活動の活性化、支援の質の向上に取り組んでまいりたいと考えております。

○田村まみ君 このセンターが、じゃ、どういう役割なんだということ、今回のB、連携B、C水準に当たって。

先ほどの資料に戻っていただきますと、オレンジで、都道府県と、勤務センターも含むということとで、ことやり取りをするんですが、また、その下に、意見を聴取ということ、都道府県医療審議会というところで、米印、実質的な議論は医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定、またその下の米印も、協議会において協議ということ、間に都道府県入りつつ、そしてセンターも入りつつなんですが、結局は医療審議会というふうに書いています。これ、間にある意味あるんです。

○政府参考人(迫井正深君) お答えをいたします。

この指定に当たりましては審議会の意見を聴いてということでございますけれども、実際、今日も幾つか御説明をさせていただきましたけれども、センターが各医療機関の実情に応じた取組を支援をするということが必要でありますので、その支援を審議会直接、当然行うこともございまして、一定程度そういった実情を踏まえて、様々な状況に合わせたアドバイスなり支援を行っていくということが重要だろうというふうと考えております。

それからあと、この特例水準の指定をする場合には、都道府県とは更に独立をした第三者の評価が必要になってまいります。そういった意味でも、都道府県から離れた更に第三者の組織、これが医療機関の勤務環境評価センターというふうになるわけでありまして、そういった評価も必要になってまいります。

これらのことを合わせまして、トータルで医療機関を支援するというところから、こういった仕組みが医療機関の実質的な取組の改善につながるのではないかとこの辺りで考えてございます。

○田村まみ君 今もう一個センターが出てきました。今回の法律で創設される医療機関勤務環境評価センター。もうセンターの名前が違うことから、もう私、最初気付かなかったです。

今言った今回創設される医療機関勤務環境評価センター、それは、この私が今日資料一で示したものの中にはこの辺りで登場するものなんですか。

○政府参考人(迫井正深君) お答え申し上げます。

これ、いただいた資料で申し上げますと、上の方に帯で医療機関というふうを書いてございまして。その下に都道府県とあつて、間に矢印が行ったり来たりしておりますが、その真ん中に評価機能と書いてございます。こちらを担う、役割を担うのがこのセンターということになります。

○田村まみ君 具体的にどのような方がこのセンター担われるんですか。

○政府参考人(迫井正深君) お答え申し上げます。

基本的には、やっぱり医療の特に労働基準関係の法制度も含めてということになりますので、社労士さんを中心としたそういう専門性を発揮できるメンバーを想定いたしております。

○田村まみ君 その社労士の団体にこの最初に言った方の環境改善支援センターの委託をしている県も、都道府県もあるというふうに私認識しているんですけれども、これほぼ同じ、何でしよ

う、役割みたいなことになりませんか。重複するんじゃないかと。

済みません、この質問、通告していないですけど、今の議論をして私本当に疑問に思ったので、素直に質問させていただきます。何が違うのかがちょっと分からないんですけれども、違いと、結果的に同じような人たちにその新しく創設される勤務環境評価センターの方が担われるということになるんじゃないですか。

○政府参考人（迫井正深君） 御答弁申し上げます。

この図の中にその評価に係るセンター、名称書いてございませぬ、環境評価センターということでございます。

これは、一般論でも多分分かっていただける部分あると思っておりますのは、対象とする対応の本身とか、あるいはそのサポートの中身はあくまで勤務医の労働環境をいかに改善をするのか、そういった取組をどうしていくのかということなので、本来その見るべきコンテンツの中身について、おっしゃるとおり同じような部分を見えるということになります。

ただ、役割が圧倒的に違いまして、この評価センターの方は、結局その地域の医療の中でその当該医療機関が果たす役割を踏まえながら、結局その医療機関において求められる機能が一体どういう機能で、だからこういう診療をしなければいけない、したがってこういう労働環境がどうしても必要になるとか、あるいはもつとここの労働環境を変えられるとか、そういう取組が必要になるわけでありまして、その取組が十分なのか十分じゃないのか、特にそのそういった取組を全くしていないでいきなりこの特例の時間外労働を認めてほしいという医療機関に対してそういったことを認めることは非常に適切ではないので、そういったことを評価をする立場のものがその評価センターの方でありますけれども、支援する側は、同じようなもちろん内容でありますけれども、あくまでその取組を医療機関に対して支援をする

いうことですので、言ってみればその目線と役割は全く違うわけでありまして、その点については、その仕組み分かりますかというのかもしれないので周知徹底はしっかりやっていきたいと思っておりますけれども、基本的な立て付けはそのようになっているということでございます。

○田村まみ君 田村大臣、通告していないんですけれども、聞いていいですか。

今、私聞いて、本当に別々で必要なのかなと思いました。都道府県が直接やっている改善支援センターの方もありますけど、ここをきちっと拡充させて、本当に要るのであれば拡充させて、地域医療構想調整会議で、地域で、面でどのような医療が必要で、どんな医者、医師の方たちがどこに必要なのかということをごさから情報を取って、実際の勤務の支援をしながらきちっと評価もできるというふうにすればいいというふうに思うんですけれども、わざわざこれ二つ要るんですか。まだ、令和六年の施行なので、まだ止めれると思うんですけど、いかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） 田村委員と目が合ってしまったものですから、突然答えなきゃいけないりました。

なかなか難しいのは、この医療勤務環境改善支援センターは、どちらかというと医療機関の、まあ味方と言っちゃ変ですけども、そこを支援をしていく、こういうのどうしたらいいんだろうというときに、こうやってたできますよみたいなことを支援をしていく役割だと思えます。もちろん、この勤務環境評価センターができるまでは、多分、いろんなことを相談すると、評価といいですか、こういう部分駄目ですよみたいなこともやってくれたんだと思いますが、そこにその独立した評価センターをつくることによって、もう少し客観的な目でこれが機能するようにしようという狙いだと思えます。

これがちゃんと動かなかつたら、委員の言われるとおり、じゃ、もう勤務環境改善支援センターでやりやいいじゃんという話になりますので、そ

うならないように、客観的な立場から評価をいただいた上で、それに対して支援をしていけるような、そういう仕組みになるように我々としても努力してまいりたいというふうに思います。

○田村まみ君 一緒にやれないんですか、本当に。そこは検討なかったんですか。こうやって機関を増やすことで、本来の労働時間、適正な労働時間をきちっと見極めるというところ、そこへ持っていく目的でいけば私は一緒だというふうに思っていますので、是非、何でしようね、計画を出すことが手間が掛かって、そこがだんだんおざなりになることが一番私は良くないというふうに思いますので、簡素化するという視点でもいかがでしょうか。

○政府参考人（迫井正深君） 御答弁申し上げます。

この点、非常に大事な点だと思います。検討会の中でも、これかなりの時間を割いて議論された論点です。報告書でも、そこはやっぱり機能として分離をして、ちゃんと体制を整えるべきであるという結論に至っています。

なぜそうなるかといいますと、やはり二つ三つ視点があるんですが、一つは、先ほど申し上げましたとおり、個々の医療機関でしっかりとその勤務環境の改善を本当にやっているのかやっていないのか、やった上で地域医療を守るためにどうしても必要なんだという場合に特例的に認めるということでございますので、その部分を見極めるためには、先ほど大臣申し上げましたが、それを支援する立場の評価と、本当にやっているのかとチェックする立場は、やはりそこは、利害相反ではないですが、やはり少し対立すべき部分がございます。

もう一つは、これ、都道府県の行政が兼ねるという議論も当初はございましたが、例えば県立の病院も含めまして様々な設置主体でございます。それから、もつと言いますと、県の地域医療構想も含めた県の医療提供体制のそもそも設計なり取組が十分なのかどうなのかという視点も必要だとい

うことが指摘として受けましたので、そういった点からも都道府県からも独立する必要がある。

これらを合わせましてこういった仕組みが最終的に提案されたということでございますので、引き続き、委員の御指摘も含めて、しっかりと現場に御理解いただけるような取組を進めていきたいと考えております。

○田村まみ君 勤務環境改善支援センターは地域の医師会の方々が担っている場合もあるわけなんですよね。だから、独立した言いながらも、結局その地域の近しい関係者の人がそれぞれに、何でしょう、所属するみたいなことがあり得るんじゃないかなということも、もう一つ私、今の話を聞いていて多少懸念を持ちましたので、是非、今、本来の目的はということはお話いただいたと思いますし、その目的は理解しているんですけども、数、チェックをしなければいけない異常なその千八百六十時間という時間をありきにしたためにということでの何重にものチェックのためなのかもしれないんですが、そのチェックのせいで機能しなくなるということは是非避けていただきたいということを申し述べたいと思います。

あと四分しかなくなりましたので、済みません、地域医療構想について。本会議で質問もしましたけれども、これ、私自身は四百三十六のリストを出して議論をするということ自体は必要だというふうに考えています。実際に私、先ほど言ったフリーアクセス含めてこの医療保険体制を守っていくこうと思つたときに、今後の地域の医療をきちつと考えていくというところでの目安という意味では、その出し方だったりとかタイミングだったりとか、様々な問題はあったかもしれませんが、私も、私、この活性化を図るために出したといった発言も一定理解しています。

ただ、その地域の方々と議論していると言っているんですよ。じゃ、なぜこれ出さなきゃいけないんつかというのを私、聞きたいんです。お願いします。

○政府参考人（迫井正深君） 御指摘いただきまし

たこの公立・公的医療機関等についての新公立病院改革ガイドラインでございすとか、あるいは経済財政運営の改革の基本方針二〇一八におきまして、これ、公的医療機関、救急、災害などの不採算・特殊部門など、民間では担えない政策医療に重点化すべきという公的医療機関の役割を踏まえまして、この地域医療構想、二〇一七年度と二〇一八年の二年間で集中的に検討するというところで取組をしました。

しかしながら、地域での議論の状況や全国的な検討結果を見ましたところ、様々な集計をいたしました結果といたしまして、十分な議論が行われていない懸念があるということが示されましたので、そういう経緯を踏まえまして、地域において議論の活性化の観点から、国において診療実績の分析結果をお示しをしたという経緯でございす。

○田村まみ君 その地域での十分な議論がされていなかった、その十分なところややはり地域との温度差、そして認識のずれが出てきて、今回の病床というところが、病床の再編、病床削減、そして病院の再編みたいなところに一步踏み込んだ議論になっていなかったのではないかと、うふうに私自身思っております。

是非、私自身は、本会議でも申し上げましたけれども、民間の病院のデータは出されたというふうに思っていますけれども、それを一緒に議論するという考え方、そして、それを一緒に議論するかということも両方出さなければ、本当の意味で踏み込んだ議論にならないというふうに思っています。やはり、地域の皆様はなくなる議論しかされていないと感じています。このなくなることで次に何が私たちに医療体制として享受できるのかとか、どのような持続可能性があるのかということが見えない。そこはやはり民間病院を含めてやっていくべきだということを申し上げて、質問を終わりたいと思います。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

看護師の日雇派遣という重大な規制緩和に至った、なぜ必要だったのかというところの入口での説明に大変疑義が生じています。これ、終わった後に改めて説明ということになっておりますが、徹底した説明、十分な意思決定過程が分かるような資料を求めているということを改めて重ねて表明しておきたい。これ法案の審議にも関わる問題だという認識も併せて表明しておきたいと思っております。

そこで、厚労省のクラスターの問題についてです。今日いただきました資料によりますと、更に二名増えまして三十六名になっているという報告でして。前回議論したときに、いち早く検査掛けられるようにするべきだという質問をいたしましたので、委員長の方からも行政検査できないのかという指摘もありました。

そこで、改めて、現在の行政検査の運用の範囲でもいち早く職場単位、フロア単位のPCR検査、これできないかと思うんです。クラスターの発生が懸念される場合、どの範囲まで行政検査が必要か、これ判断するのは保健所長及び首長という立て付けになっております。つまり、霞が関で感染者が発生した場合、千代田区長、千代田保健所長、これ必要と認めれば現状でも行政検査広く行うことは可能ではないか。確認です。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。行政検査については、感染が疑われる方など検査が必要と判断される方がより迅速、スムーズに検査を受けられるようにすることが重要であり、濃厚接触者に加え、感染拡大の防止が必要である場合には広く検査するよう、都道府県等に対して事務連絡やQアンドAでお示しをしています。行政検査については、実施主体は都道府県等とされているところであり、個別具体的な事例について保健所において適切に判断いただいているものと考えております。

○倉林明子君 去年の八月十八日の事務連絡、そしてQアンドAの改訂ということになっていま

す。これ、これを見る限りできるという規定ではないのかということなんです。今度の老健局クラスターの場合でもできるんじゃないのかと確認、イエスカノーかだ。

○国務大臣(田村憲久君) これ、ですから、千代田区、保健所、これがするように判断をされればできるということであります。

○倉林明子君 だから、今の枠組みでもできるという仕組みはあるんです。

重大だと思ふのは、これ、検査の判断遅れると大規模になるんですよ、クラスターは。それが霞が関でそういうこと起ればこの国の行政機能が止まりかねない、そういう問題なんです。

つまり、これ、感染者が判明すれば広範囲な検査は今でも行政検査の仕組みがあると。これ活用できるようにしようと思つたら、迅速にしようと思つたら、千代田区と事前に調整もするとか、行政検査としての持分ありますから、地方自治体にも、その分どうするかとか、ちよつと踏み込んで早く、頭悩ませている場合じゃないので、早くできる方向性というのを示していただきたいと思うんです。どうです。

○国務大臣(田村憲久君) お答えしたと思うんですが、要するに千代田区が、まあ保健所も含めて、判断いただければこれはやれるということであります。こちらからやってくれと言ふのは、これはなかなか、一事業所、要するに厚生労働省も一事業所で、言われるとおり、霞が関という意味では国民の皆様方のいろんな仕事をやっておるわけでございますから、ここが大規模クラスターを起せばこれは国民生活にいろんな意味でサービスの低下を招くと、おっしゃられる意味はそのとおりだというふうに思いますが、ただ、かといつて、今、厚生労働省だけが霞が関で特別、我が省とはいつて言うことはなかなか難しい。

ただ一方で、そういうような観点もございすから、このようなことが起こった場合、どの範囲で、また費用はどうすべきかというのは、今これ

ちよつと検討をさせていただいております。

○倉林明子君 いや、厚生労働省だけ特別扱いにせいなという話じゃないんですよ。こういうことが起こったということで、これを広げないと、そのためにいち早く事前の検討必要だということですから、早急に結論を持って、こういうこと二度と起こらないようにすべきだということを申し上げておきたい。厚労省の責任だということですよ。

法案です。法案は、病床削減のための病床機能再編支援補助金、これ法定化するというものです。二〇年から既に、名称違いますけれど、同様のものが実施された。そういう補助金の内示額で見ますと、これ六十億六千万円、既に出ています。これ、都道府県から申請された病床数は、これ使つて三千七十床と本会議で答弁がありました。

これ、単独で病床削減する場合は、許可病床数の変更を申請と同時に提出するというものになっております。要件です。つまり、既に病床削減が実施されているということになりますよね。

三千七十床のうち単独病床は何床か。そして、そのうち現状でコロナ受入れ実績があった、こういう医療機関はどれだけあります。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘の令和二年度の病床機能再編支援事業におきまして支給対象となった病床数、これは三千七十床、委員御指摘のとおりです。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の対象となった病床数、これは二千六百九十八床でございす。

なお、申請のあった医療機関のうち、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ実績のある医療機関数、これについては把握をいたしております。

○倉林明子君 二〇年度の大阪、兵庫、京都、これ補助金の内示額はそれぞれ幾らになっているか。そして、申請された単独型の病床数、これ何床か。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘の令和二年度

病床機能再編支援事業における内示額、これ、大阪府は二億二千九百万円、それから兵庫県は一億四千四百万円、京都府は二億二千八百万円でございます。

それから、三府県の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の対象となった病院数でございますけれども、これは本来国から明らかにするべきものではございませんという認識でございます。ただ、大阪府及び兵庫県については既に各ホームページにおいて公表されておりますので、それを申し上げますと、大阪府の支援対象病床数は百二十三床、それから兵庫県の支援対象病床数は七十九床のようでございます。それから、京都府につきましては、現時点でホームページへの掲載もございませんし、公表されておりません。

以上でございます。

○倉林明子君　そういう数になるんですね。

医療提供体制が深刻な逼迫状況にある中で病床削減を進めた、これが病床機能再編支援補助金、令和二年度、名前違いますけれども、ほかからないということを描きたい。コロナの受入れ病床の確保を求めているわけですね、第三波。感染拡大地域の病床までこれ削減していたと、令和二年度で、そういう話なんですね。どういふことかと思うわけです。

さらにですよ、この補助金は稼働率の高い病床ほど補助単価引き上げているんですね。そうやってまで病床削減をこの時期に誘導すると、私、本当に何事かと思っているんです。明確な説明を求めたい。

○国務大臣(田村憲久君)　これ以前もって、これ衆議院で申し上げたのか、中長期的な試算において医療の需給状況というものを考えた上でどのような形がいいのかというものを示しをさせていただいた、参考資料であります、こういうことであります。

一方で、言うなれば、その中で今当然のごとく利用されているわけですね。利用されていければ

それだけの収益が上がっているということであります。それが将来その利用料が減っていくということになりますから、いろんな意味で、負債もあるでありましょうし、人を雇っておられるということもございいます。いろんなことを考えた場合に、やはりその収益というものをある程度確保できるということを前提にしないと、それは、それに対して病床転換をされないわけでございますので、そういう意味では、今はこの需要がありますけど、将来なくなるといふことを考えた場合に転換をいただくということで、そういう補助金をもつてインセンティブといいますか支援をさせていただくということでございます。

一方で、今こういうコロナの状況でありますから、それはそれとしてまた今別の形で、どのような形で病床を確保しようかということは今我々も最大限の支援をさせていただきながら、マンパワーも含めて御支援といえますか差配、協力をさせていただいておるといふことでございます。

○倉林明子君　要は、減らす方にも補助金打って、つくってくれ言うてそこにも大きい補助金打つてと、物すごい矛盾したことやつてるん違つかということを言いたいんです。

今年度、百九十五億円です、この補助金、病床削減のための補助金。令和二年度ベースで平均単価で換算しますと、これ一万床規模になるんですよ。一万床規模ですよ。二百床規模の病院やったら全国で五十か所に相当するんですよ。

これ、病床削減というのは医師や看護師の人員体制にも連動してきます。この一万床規模の影響はどの程度出るだろうかと。これ見ますと、病院報告によれば、一般病院百床当たりの医師は十六人です。そして、看護師は五十八人です。一万床なら、医師で千六百人、看護師で五千八百人、こういう規模で影響が出るということになるんじゃないでしょうか。

全国的な感染拡大期に私はやることかと思えます。病床削減の法定化など到底認められないと思う。コメントどうですか。

○国務大臣(田村憲久君)　ですから、これ、地域医療構想で地域でお話をしていた上です、それでこのような形で医療提供体制を考えようということでご合意をされたもので、そこで手をお挙げをいただいて、そのために支援としてお出しをさせていただいておりますということでありますから、もちろん手を挙げていただかなければこのような形で資金の支援は行きませんし、あくまでも合意がなければそのような形で進まないということでございますから、これからの医療の需給を考えたと上で、もちろんその地域の特性がありますから、そこも踏まえていただいた上での計画にのつとて我々はそれをおつくりをいただく支援をさせていただいておると。ちなみに、都道府県の七割がこのような形で要望をいただいておりますことでもあります。

○倉林明子君　将来について需給のバランス変わっていくから減らしていくんだと。減らしていく、将来に向かってだけど、今やることですか。それは将来に向かってだつてこれ減らすということに我々同意できないけれども、今、今病床削減ということでアクセル踏むときですかということですよ。本当やるべきじゃないということを重ねて言いたい。

コロナの感染拡大を踏まえ、医療計画に新たに新興感染症の感染拡大時の医療提供体制の確保と、こういう事項を位置付けるといふことになりました。大臣は、感染症拡大時に機動的に対応可能な体制を構築すると、こういう答弁でした。

二十万床の削減ありきというのは地域医療構想だと私は受け止めているんですけども、この構想とどのように両立するのか、御説明いただきたい。

○国務大臣(田村憲久君)　要は、今回もいろんなことを我々は知見として得たわけでありまして、やはりゾーニング等々をやつて一般病床をコロナ病床にしっかりと対応できるようにしていくような、していくためには元からやつぱりそういう体制組んでいなければならないということ。それが

らもう一つは、マンパワーというものが非常に重要でございますから、そういう場合、起こった場合に専門的な医療者も含めてマンパワーをしつかり確保できるような体制を取っておくこと。

こういうことでございますから、それはそれで、今回、地域医療計画の中にも第八次でそういうようなものを新たに盛り込みますけれども、そういうようなふだんの体制と、有事の体制つて言い方がいいのか分かりませんが、感染症が拡大したときの対応と、これを両にらみで体制、対応していきまないと、今の状況ですうと、まあ平時もということになると、これまで平時のとき人が、人も病床も十分にこれは収益を上げられないという形になりますから。そういう意味では……(発言する者あり)いや、診療報酬では……診療報酬も含めて今この状況で対応させていただいておりますので。

いかに、平時のときの状況であつたとしても、このような体制、このような対応、つまり感染症が延びて、増えたときに、その体制の中で新たな機動的な動き方ができるかというような計画を作るといふことが非常に重要であり、今般もまさにそれを目指して、この四月も感染拡大してくる可能性があるから、そのときの対応をお願いをさせていただき、今感染状況増えていますから、そういうところに関して、スピードがもうどうしても間に合わなかつた大阪に関しては国が挙げて、医療人材もいろんな形でお貸しをさせていただきながら、皆様方のお力をお貸しをいただいて、今対応をさせていただいておりますことでもあります。

○倉林明子君　いや、感染拡大防止のためのゾーニングの実施やマンパワーの配置の工夫せいという話ですよ。これ、だから現行の平時の体制の使い方を変えて対応できるようにという話ですよ。そんなことできるのかと思うんですよ。私。

これ、既存の一般病床を活用することが有効であるという知見が明らかになっているという答弁もされているんですね。その知見の根拠というの

は一体何でしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これは、令和二年十二月に報告書がございますが、これ検討会の報告書です。新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方報告書ということで、具体的には、一般病床を活用した感染症患者への対応に関し、個々の医療機関におけるゾーニング等の院内感染防止策やマンパワー確保等の取組等々ということでございます。

○倉林明子君 うちの部屋からもその知見って何なのと求めてたら、資料でお渡ししたペーパー出てきたんですね。今の説明なんだと思うんです。

これ、平時の体制ということであれば、一番左側ですよ、平時、感染症病床プラス一般病床、療養病床ということになります。そして、感染発生初期の対応ということであると、マンパワー活用でやりなさい。これ、ちっちゃい影響でしか出ていないけど、一般病床や療養病床がこれダウンさせないと基本対応できないですよ。で、この感染拡大時の対応、まさに今ですよ、まさに今どうなっているかという、一般医療のところの枠がこの知見でも下がっているんです。つまり、コロナ対応の部分は一般医療、療養を縮小して対応するということになるというのが出てきた知見だったんですよ。出てきた知見を見ればそうだと私は受け止めました。

こういうやり方をして今どうなっているのかというと、いや、もっと工夫できるところあるかもしれない、一般医療への大きな支障が今出て大問題なわけですよ。手術の延期とか、先ほどもお話あったけど、救急が一時、三時間という話もあった。待機して運ぶ先が見付からないというような現状が出ている。この平時の医療提供体制を前提にすれば、感染拡大期の対応ということに一般医療へのしわ寄せは私避けられない話になるんじゃないかということを申し上げているんですね。

これ、そもそも受入れ医療機関に対してヒアリングはやられたのいつだったかといいますと、昨年の十一月です。つまり、第三波の医療崩壊の前をやっているんですね。で、想定していなかった第三波が来て、医療、要は病床確保が求められたけれども、確保し切れないで医療崩壊、救急崩壊、そして自宅で亡くならざるを得ない、命の選別だというような事態にまでなったんですよ。事態はこのヒアリングやって出てきたときと随分変わっているんじゃないですかと、平時で対応できるキャパというのは。そこを見極めないと、私は本当に医療崩壊、この新興感染症への対応ということができるといふふうに見えてこないんですよ。そこを言いたい。

日本で、何でもですよ、何でもこんな医療、三波のときに起こったような、そして今、四波、大阪で起こっているような医療崩壊、救急崩壊、そして命の選別と、こんなことが何で起こるのか、改めて聞いておきたいと思う。

○国務大臣(田村憲久君) 一般医療と両立しながら体制をつくっていくたいというのが、実は今般も、この三月の二十四日でしたっけね、出させていただった事務連絡、通知では、五月でそういう体制をつくってくださというふうをお願いしました。

ただ、私も、その五月までにもう一度波が、何波とは言いませんが、波が来る可能性が十分にありますので、そこは四月中にも緊急の対応が、これは言われるとおり一般医療を一定程度お止めをいただいてでも、命に支障を来さない、なるべく

後に回しても、まあいいとは言いませんけれども、影響の少ないものはそのような形をお願いしますということ、今がまさにそういう、大阪を中心にしていう状況だと思います。

ヨーロッパは、アメリカもいつとき、まあ今もそうかな、なんです、更にもっと一般医療を止められて大変な対応をされて、結果的に自宅での対応者が多いものでありますから、それで大変な状況になっておるといふことで、これは人口当たり日本よりも感染者数がそれこそ十倍とか、もつ

とというような状況でありますから。

ですから、そこまで行くと、もう本当に一般医療を完全に止めなきゃいけないというようなものに近い状況になるわけでありまして、そういうものを避けるためには感染者をなるべく増やさないということでありまして、決してヨーロッパと比べて今、日本の人口当たりの数が多いというわけではありませんが、しかし、早めに緊急事態宣言を出させていたでいて、そうならないようにということでも今も議論をさせていただいておるわけでございます、あくまでも平時から、例えばヨーロッパで一般医療も止めないような完全な医療をやると思うだけの医療提供体制を組むと、それは平時のときにもたなくなってしまうということになるわけでございますから、我々としては、平時のときに持続可能な医療提供体制というものをしっかりとこれは維持しながら、有事のときにはその中において十分に対応できるように体制を組んでいただきたい。そして一方で、感染の方の拡大はなるべくその中で収められるような形でいろんな努力を国民の皆様方にもお願いしながら進めてまいりたい。もちろん、うまくいく場合いかない場合あると思いますが、しっかりと我々としては責任持ってそれに対応していきたいというふうにも思っております。

○倉林明子君 そもそも、平時の医療提供体制が余りにも脆弱だったというのが私はコロナで本当はつきり見えてきたと。現場の声ですよ。大体ですね、九割の病床を埋めないと採算が取れないという診療報酬体制ですよ。ぎりぎりの看護師の配置基準ですよ。これで、このキャパで有事対応なんということには余りにも無理があるから、感染者数が桁違いに少ないのに医療崩壊みたいなことが起こってきているということにもなっているんじゃないかということは指摘したい。私、こういうぎりぎりの体制で、ぎりぎりの体制にしてきたということの責任が極めて重大だということをお願いと思うんですね。

コロナのような新興感染症に対応するには、病

床も人員も余りにも不足していることは明らかだと思うんです。病床削減ありきということ、ありきの地域医療構想というのは一旦凍結すると。そして、病院削減の補助金ということについてもうやっぱり凍結、今、最低でも凍結、もう廃止すべきだと思いますが、凍結して、新たな地域医療構想というのをこういうパンデミックのときにやるべきじゃない。落ち着いて考え直すべきだ。最後、答弁いかがですか。

○国務大臣(田村憲久君) まず、支援に関しては、やはり各都道府県から御要望がありますので、これを止めるということになると、またそちらの方でいろんな問題が起こります。これはお許しをいただきたいというふうに思います。

それから、地域医療構想に関しては、一応、二〇二五年という形ではございます。もちろん、二〇二五年で終わりにくいので、その後も累次これは見直しをしていかなきゃいけないものであります。それに向かっては、今計画を作ってください

といつても、今準備やっていたでいてる最中であります、もちろん動けるところは動いていただいでいいわけでありますけれども、コロナの対応でそれだけのやっぱりマンパワーが割けないという地域もございいますから、そこに関しては、今計画を作る、そのいろんな過程をいつときお止めをいただいたり、また、もう一回見直しを掛けていただいたり、いろんなことをしていただいているわけでありまして、それは地域の事情において様々なことがあろうと思っております、厚生労働省もいろんなお手伝いをさせていただきたいというふうにも思っております。

○倉林明子君 そもそもその見直しが要るんだと思うんです、パンデミックを経験して。やっぱり、こういう時期に一緒に病床削減ということを進めるなんていうことはきっぱり考え直した方がいいと、コロナが終わってから新たな医療の在り方考えるべきだと、これは尾身会長の意見でもあるということを最後申し上げて、終わります。

○委員長（小川克巳君） 本日の質疑はこの程度にとどめます。

○委員長（小川克巳君） 参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

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の審査のため、参考人の出席を求め、その意見を聴取することに御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○委員長（小川克巳君） 御異議ないと認めます。

なお、その日時及び人選等につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○委員長（小川克巳君） 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時三十七分散会