

第二百四回国 参議院厚生労働委員会 會議録第十五号

令和三年五月十三日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

五月十二日

島村 大君

補欠選任
舞立 昇治君

五月十三日

舞立 昇治君

補欠選任
三浦 靖君

出席者は左のとおり。

委員長
理事

小川 克巳君

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

委員

衛藤 晟一君

こやり隆史君

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

舞立 昇治君

三浦 靖君

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

国務大臣

厚生労働大臣

大臣政務官

厚生労働大臣政務官

事務局側

常任委員会専門員

政府参考人

内閣官房内閣審議官

内閣官房内閣審議官

文部科学省大臣官房審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省医薬・生活衛生局長

厚生労働省労働基準局長

厚生労働省職業安定局長

厚生労働省子ども家庭局長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

厚生労働省保険局長

山本 博司君

東 徹君

梅村 聡君

田村 まみ君

倉林 明子君

田村 憲久君

こやり隆史君

吉岡 成子君

河村 直樹君

内山 博之君

川中 文治君

迫井 正深君

正林 督章君

鎌田 光明君

吉永 和生君

田中 誠二君

渡辺由美子君

赤澤 公省君

濱谷 浩樹君

○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)

○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、島村大君が委員を辞任され、その補欠として舞立昇治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し、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。
○田島麻衣子君 ありがとうございます。立憲民主・社民の田島麻衣子です。本日は、質問の機会にだけたこと、深く感謝いたします。

まず冒頭、ワクチン接種について伺いたいと思います。私自身は、供給量、それから打ち手の確保、そして予約システム、これらが今非常に障害となつ

ているのではないかという認識を持っておりま
す。まず最初に、供給量について伺いたいと思いま
す。

新聞報道等ではゴールデンウィーク明けにワクチンを送る量を必ず増やしていくというふうにおっしゃっていますが、実際ゴールデンウィーク明けになった今、どの量が、ワクチンの量が自治体に配送されているのか、教えていただきたいと思

います。
○政府参考人(正林督章君) お答えします。

五月の連休明けに配送されるワクチンについては、医療従事者向けについては、五月三日の週に千二百箱、それから今週、五月十日の週です、それには二千二百箱、合計三千四百箱です。それから、高齢者向けについては、今週と来週五月十七日の週の間で一万六千箱になります。それから、それ以前に配送されたワクチンについては、医療従事者向けが五千三百二十二箱、それから高齢者向けが六千八百四十一箱であります。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。この箱数を全て計算すると、必要な医療従事者、また高齢者に七月末までに全て二回打ちをできる量を完了するという理解でよろしいですか。

○政府参考人(正林督章君) 先ほど申し上げたのは五月の十七日までの一万六千箱ですので、六月までのということであれば、更に二週間後にまた一万三千とか、何回かそれを繰り返すわけですが、その合計で六月末までには高齢者分に相当する、あるいはそれ以上の供給量が確保できるということでありま

す。
○田島麻衣子君 高齢者向けも確保できると。医療従事者の二回打ちの分も必ず全て、日本全国確保できるという理解でよろしいですか。

○政府参考人(正林督章君) 医療従事者分につ

本日の会議に付した案件

では五月の十日の週の、先ほど申し上げた箱で、これで自治体が想定している四百八十万だったと思いますけど、その分はカバーできると思っています。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

次に、各自治体で起こっております接種予約システムの大混乱について伺いたいと思います。

今日は、IT総合戦略室から参考人の方いらしてくださって、どうもありがとうございます。

これはもう連日、新聞またテレビ報道等で接種の予約ができないと、私の地元名古屋でも予約ができないということに非常に言われておりますが、幾らワクチンが届けられたとしても、予約ができなかったら高齢者の方は打てないので、この問題をどのように解決していくつもりかどうか、お聞かせいただきたいと思います。

○政府参考人(内山博之君) お答えいたします。

新型コロナウイルスのワクチン接種の予約に関するシステムは、地域の実情に応じて、各自治体において導入が進められているものと承知しております。

一方、私ども内閣官房情報通信技術総合戦略室、IT室におきましては、デジタル・ガバメント実行計画に基づきまして、予防接種を含む自治体の健康管理事務を始めた基幹業務につきまして、デジタル庁として今後構築予定のガバメントクラウドを活用する案をお示ししております。

ガバメントクラウドの活用検討に当たっては、自治体とも意見交換を行っていくこととしてございまして、自治体との対話を通じて、関係省庁とも連携をしつつ、ITシステムに関する御要請、お求めがあれば、技術的な助言や御協力のできることはございません。

○田島麻衣子君 今、日本各地の自治体で起こっていることはもう混乱の極みだと思っております。

要請があれば助けていきたいとおっしゃいましたが、それはもう要請を待っている前にブッシュ型でどんどんどんどん出ていって、本当に予約システムがダウンしている自治体を助けていく

べきであると私自身は思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(内山博之君) 自治体のそのシステム、様々だと思っております。先ほど申しましたように、自治体との意見交換、対話を行っていきまうので、その中で対応できることを検討してまいりたいと思っております。

○田島麻衣子君 もうちょっと一歩欲しいですね。

すごい皆さん見ていらつしやると思いますが、新聞報道、それからテレビ報道で、予約自体ができないと。電話自体も回線がもう混乱していて、電話すらも掛けられなくて受けられないということが起こっている中で、政府の答弁がこんなに緩やかなもので私はいいかとすごく思います。

もうちょっと積極的に進んでいって自治体の予約システムを助けるという、こういう意気込み、どうでしょうか。もう一回お願いします、答弁。

○政府参考人(内山博之君) まさに自治体のその予約システムにおける課題、まさに様々だと思えます。ITシステムに関するものもあればそうでない部分もあると思えますので、ITシステムに関することについては、先ほどの御答弁の繰り返しになりますけれども、自治体との意見交換を今後進めていきますので、その中で対応をさせていただきます。

○田島麻衣子君 このワクチンの予約システムが稼働しないと、日本全国の高齢者はワクチンを受けることができないです。

厚生労働省に伺いたいんですが、厚生労働省は、この自治体のワクチン予約システムは非常にワクチン接種を完了する上では大事だと思いが、厚生労働省がこの自治体の予約システムに対して持っている思いですとか責任というのをどのように感じていらつしやるんでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) こうやって一度に高齢者の方々が予約を申し込まれると混乱を生じることもあるということ、今までも、例えばその接種券、予約券でありますけれども、こういうもの

をお出しになるときに、エリア別でありますとか、それから、まあ高齢者の中でも年齢の違いがありますから、年齢別に配達いただいて順次やるような方法もあるということはお示しをしてきたわけでありませうけれども、そういうことをやられているところもあると思いますが、一斉に出されて非常に混乱を生じておられるところもあるというふうにご認識いただいております。

いずれにいたしましても、これ、例えばサーバー等々が非常に混み合ってしまったって予約ができないというようなこともありませうから、そういうシステムの増強も含めてこれは費用の負担は、合理的に必要なものは我々支援をさせていただきますので、しっかりと必要な投資をしていただくならばしていただくと。

あわせて、今もうこういうような問題に関しては、自治体サポートチームというのをつくっております。これは各都道府県に対応してつくらせていただいておりますので、そこに御連絡いただければ必要な助言、場合によってはIT室の方にもつなげるということも含めて窓口になっていきたいというふうにご考えております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

皆さんこのやり取りを聞いていらつしやると思うので、厚生労働省の自治体サポートチームに連絡すれば、自治体のワクチン接種予約システムで混乱が生じている場合に助けてもらえる、この理解でよろしいですか。もう一回答弁お願いします。

○国務大臣(田村憲久君) 直接その人たちが出張っていつて何かするということとはなかなか難しいということとは御理解ください。

この方々も実は、各都道府県から御出向いたたいてパイプ役になっていただいている、厚生労働省の役人だけだと自治体の現状は分からないということ、わざわざお越しをいただいている方々を中心でございますので、ただ、その中でお話を聞かせをいただいて、いろんな問題点があれば、その解決のためにこちらの方も努力をさせていただきます。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。是非、IT総合戦略室と協力しながら、この自治体の予約システムの混乱、解消していただきたいと思っております。

次です。

高齢者の接種が始まっておりますが、記入漏れが相次いでいると各新聞報道出ております。VRSという、河野システムと昔呼ばれておりましたシステムが非常に煩雑で記入しづらいと。また、タブレットを皆さん自治体に配って、私も予算委員会でも質問させていただきましたが、接種券を読み込むのにピン트가合わない、使いにくく、分かりにくい残念なシステムだという声が出ております。

IT総合戦略室の方に伺いたいと思います。この問題どのように対処していくべきか、お考えの方、よろしく願います。

○政府参考人(内山博之君) お答えいたします。ワクチン接種記録システム、VRSにつきましては、四月十二日の高齢者接種の開始に合わせて運用を開始して、これまで大きな不具合なく運用されておまして、一昨日までの累計で五十万六千六百八回の接種記録を入力いただいております。

VRSによりまして、従来の予防接種台帳であれば個人の接種記録が反映されるまでに二、三か月要する程度、二、三か月程度要するところを、早ければその翌日に自治体で状況把握をできるというところでございます。また、接種会場から診療票を回収して、後ほど一括してVRSに入力を行う運用を行っている自治体もございまして、こうした自治体における接種記録は順次反映されているというふうにご承知をさせていただきます。

先ほどピン트가合にくいというふうなお話もございましたので、そうしたことにつきまして、今般、端末を固定するための台を配付することを、配付することとしまして、あわせて、読み取りやすくする方法を動画や画像入りのマニュアルで自治体に周知するところを行っております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。全体の母数はもう三百万人以上になるので物すごく少ないパーセンテージだと思んですが、人の命というのは本当にやはり重いものだと思います。

情報公開の在り方も含めまして、やはり私は、ワクチン接種は個人の意思だと思えますし、その意思決定を行うためには十分な情報が必要だと思えます。効果もしっかりお伝えし、それから副反応の事例が今これだけ出ているということも国民の皆さんにしっかりと説明をして、その上で受けていただくということが必要だと思えますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(正林督章君) とても大事な視点だと思えますので、そこは、昨日あつたように、副反応部会ですね、審議会ですけれど、そういったところに集まった情報はできるだけちゃんと評価できるように出して、その内容についてはまたホームページで公開したりとか、可能な限り効果だとか副反応については情報発信をしていきたいと思っています。

ちなみに、また誤解があるとあれなんですけど、こうして数字をそのまま出しているんですけど、例えば今回のあれも副反応疑い報告と、疑いという言葉をあえて使っています。もちろん、疑種後に起きたいろんな事象をとにかく因果関係はそんなに問わずにどんどん報告を上げていただくような仕組みですので、必ずしもこの数字が因果関係ありというふうに誤解されないようにという注意もしないとイケないかなと思っています。

それから、先ほどの調査についても、アンケート調査以外にきちんと、大体、今二週に一回ぐらいのペースで副反応検討部会ちゃんと開いて評価もしていますし、それから、同じような調査ですけど、医療従事者に対しては先行接種と称して二万人対象に情報を集めて、これも副反応検討部会で公開していますし、様々な方法で情報発信をしているところですよ。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。昨日のレクの段階でも厚労省の皆さんは非常に誠実にこ

の数というのを私に教えてくださっていて、私はすごく感謝しています。

もちろん、どういふふうの説明していくのかというのには細心の注意が必要ですし、国民の皆さんに疑念は、本当に過度に恐れさせてしまってもいけないですけれども、しっかりとそれを伝えていくということが大事なのではないかと思っております。ありがとうございます。

次に、医療法の審議に移らせていただきたいと思えます。地域医療構想、やはり私、これは問題であると思えます。

具体的対応方針の策定期限ですね。今コロナ禍で非常に病床、医療崩壊が起こっている中でこの話を進めてしまつていいのかという観点から、具体的対応方針の策定期限、これを厚労省が出すのはいつであるのか、お答えいただきたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) これ、昨年十二月でありますけれども、医療計画の見直しに関する検討会、ここで取りまとめられた報告書なんですけれども、この中で、非常に各医療機関、今コロナ対応、若しくはコロナを対応していない、いたっていない医療機関も様々な環境の変化の中で大変忙しくしていただいております。今具体的なこれをお出しいただくのはやはり大変な御負担を強いるであろうということでございます。今、いつまでにといいことは申ししておりません。

でありますから、ちよつといつになるかというのはこのコロナの状況を見ながらという形になりますけれども、今求めているわけではございませんが、一方で、それぞれの自治体、都道府県では、自分のところのコロナの状況等も見合わせながらいろんな再編計画は進められておられるわけでありまして、それに対してはこちらも適切な対応をしていき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。この策定期限というのは今持っていないという

ことですが、突然ぱつと、じゃ、出してくださいとなって、また自治体がわあつとなるといふことは避けたいと思えます。

しっかりと、自治体の皆さんを驚かせるような形ではなくて、前もつた期限というのをしっかりと事前に伝えていくという理解でよろしいでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 一方、二〇二五年地域医療構想というものは、一つの節目、よく言われますけれども、団塊の世代の方々が全員七十五歳、高齢者になられる、後期高齢者になられるというところを一つ、その後まだ二〇四〇年とかいろいろあるんですけれども、そういう意味では、そこまではある程度その対応をしておいたかなきゃならないので、そこをめどにはしていただかなきゃならないわけですが、ただ一方で、今すぐにといいことではありませんけれども、そういう先を見ながら大体のところというものをいい時期にはちゃんとお伝えをさせていただかなければならないというふうに思っております。今あえてそれを出すと、やはりコロナ禍の下で大変な御負担になられるということでございまして、いつ出すかは検討させていただいて、言われるとおり、ちゃんと一定の時期を確保した上でお伝えをさせていただくことをいたしましたというふうに思っております。

○田島麻衣子君 二〇二五年という期限ありきで今お話しされているなということをすごく感じました。我々は、この地域医療構想、やはり一旦立ち止まって考えるべきであると強く考えておりまして、やはりこの二〇二五年の期限ありきで、策定期限というのはまだ出していないけれども、もしかししたらそれに合わせて出さなきゃいけないから出すときには出すという形では、やはり自治体の皆さん混乱するのではないかなと思えます。

この地域医療構想なんですけれども、病床機能の再編に伴いまして、職場で、今の職場で働き続けられなくなる人がいるのではないかと、こう

いった心配の声が各地から出ております。こうした方々に対して国はどのようにフォローしていくのか、そのお考えをお聞かせいただきたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 基本的に統廃合という形になれば、例えば公的医療機関、まあ民間も含めてですけれども、幾つかの医療機関が一つになる、二つになるというようなことはあります。

しかし、公的医療機関、お示しさせていただいたものを、データも含めて病床をその地域全体でどれぐらい必要かという中において、今までの診療実績等々を踏まえ、二〇二五年等々の高齢者の数でありますとか医療の需要、こういうものを踏まえた上でお出しをさせていただいているわけでありまして、その公的医療機関自体が、名前が入つていても、なくなるというわけではないわけでありまして、一方で、今非常に医療人材不足がないという、どこの科もそういうようなお声があるわけでございますので、そこは各医療機関で、病床等々が仮に削減になつても、その中において十分な対応をいただく。

ただ、どうしてもその中で人員を整理しなければならぬというようなことがあれば、それに対してのいろんな対応をしなきゃなりませんから、例えば、早期退職でありますとか、また、別の医療機関の再雇用ということも起こってくるであろうと思えますが、そういうことも含めて財政的な支援をしっかりとやっていくということも、今般もこの法律の中で基金の中にそれを盛り込むというふうな形をさせていただいておられるわけでございますので、基本的には、医療人材自体が足りない中でありまして、その医療機関の中であるような対応いただくということもありますが、どうしてもという場合であったとしても、多分その地域の中ではほかの医療機関でやはりお仕事はあるわけでございます。

逆に言うと、回復期の病床等々を増やすところ、こういうところは当然医療人材が足りないわけでありまして、これは、急性期は減らしますけ

れども、回復期は大幅に増やしていかないとこれからの高齢化社会に対応できないということ、回復病床をしっかりと増やす中においてそちらの方に人材が移るみたいなことも含めて対応をいただくという形になってようというふうに思っています。

○田島麻衣子君 長年公的病院で働いてきた方々が急にその再編成に伴って仕事をもし失った場合、そんなに簡単に違うところで仕事をしようとかできないと思うんですね。

もうちょっと今これも聞いていらつしやると思うので答弁いただきたい、誠実に答弁いただきたいんですけど、もし早期退職になってしまった場合又は再就職が必要になってしまった場合、こうした方々が出た場合、国はどのように支援されていきますか。

○国務大臣(田村憲久君) 今申し上げましたように、基本的には、病床が減るところもあれば増えるところもありますから、必要になる人材、例えば回復期を増やすところはそちらの方の人材が必要になってきます。一方で、その医療機関の中で差配いただくというのが基本になります。

でも、どうしてもということもあるかも分かりません。そういう場合も含めて、いろんな形での財政的な支援という意味からいたしますと、そのための再編支援でございますので、そういうものも含めながら対応をいただくという形になってようというふうに思います。

○田島麻衣子君 いろいろな形の財政支援というのはどういった形の、いいですか、大臣、いろいろな形の財政支援というのは、早期退職しなければならぬ、転職しなければならぬ方々に対してどのよう形、いろいろな形とおっしゃいましたが、どのような形の財政支援、今、国としてお考えになっていらっしゃるでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 今回のこの地域医療介護総合確保基金、ここにおいても、そうならないことを我々としては基本的には望むわけでありませうけれども、どうしても大幅な再編があつて、早

期退職等々で上乗せの退職金という話になれば、基金はその中の対応という意味では財政支援の対象になっておるということであります。

○田島麻衣子君 今、大臣、答弁ありがとうございます。

上乗せをしていくと、早期退職になった場合に退職金の上乗せを国がしていくというふうにおっしゃったという理解、(発言する者あり)基金が、基金がしていくという形で、分かりました。基金がしていくという答弁をいただきました。ありがとうございます。

この地域医療構想ですが、対象になった公的・公立病院というのは非常に、地方の、遠いへき地のようなところにたくさんあつて、それで地域の医療を支えている病院というのが多くあると思うんです。病院自体は統廃合で減らさない、病床なんだということをおっしゃいますが、これを本当に進めていく上で、やはり大都市に人口が集中していく、ここには病院がないから、住みにくいか、やっぱりもう大都市の方がいいやと都市に集中、人口がしていくということはないでしょうか。もしそれがあつたら、これは国が掲げている大都市一極集中の是正、これと必ずしも両立しないのではないかと思っておりますが、大臣の御見解、伺いたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 基本的に、サービスの質を落として医療が受けられないという状況をつくるのが今回の地域医療構想全般ではないわけでありまして、将来、その医療のニーズというのはどういふものであるかということと必ずしも量的に測つた上で、もちろん地域の事情がありまして、その診療領域がどうか地理的要因であるとか、そういうものを勘案して、そこで話し合つていただながら、必要な医療というものをご供給していただく体制をこの地域医療構想の中でつくつていただく。

であります、例えば、そんなに本来要らない急性期、若しくは急性期にいたままその病床で回復をしていただかなきゃならないというものを、急性期の枠組みはこれぐらい、本来、その後、回復した後、回復期で入院いただく、まあ高齢者の場合は特にそが長くなるわけでありましてから、その病床を、ちゃんとその機能を持つているものをこれから提供、提供という供給してこつたということでございますので、そういう意味では、医療が受けられなくなつたから出ていく、若しくはそれによって人がいなくなつて過疎が余計に進むというよりは、在宅でのいろんな医療を提供しなきゃいけないということも高齢社会の中には入つてきますから、様々な新たな医療ニーズというものがそこに入つてまいりますので、それに対しての人材というものは確保していかなければならぬというふうに考えております。

○田島麻衣子君 この地域医療構想を推進する上で、どんな場所でも、従来、これまでの医療の質というものは下がることはない、それをしっかりと国も担保していくという理解でよろしいですか。

○国務大臣(田村憲久君) 遠隔医療等々、過疎地等々ではそういうものも含めて対応せざるを得ないという部分もこれから出てくるかも分かりませんが、ただ、医療という意味からすると、これはあくまでもその質を落とすという意味ではなくて、より適した質を担保するということを前提に組んでいたということでございますので、決して財政ありきで質を落とすというところが今回の主眼ではないということ、これはもうそのとおりであります。

○田島麻衣子君 主眼でないということと同時に、これが実際に行われた場合に、医療の質が必ず絶対に落とされることはないということを国がしっかりと担保していただくという理解でよろしいですか。

○国務大臣(田村憲久君) つくつていただくのはこれは都道府県及び自治体でございますので、そこでそうならないようにちゃんとやつていただかないと、国が全部事細かく見てこれは質落ちます

ねというのは、これ事情は地域じゃないと分かりませんが、それを出していただくということでありまして、あくまでもこれつくるのは主体は自治体でございますから、国がこれをつくれと行って命令するわけでも何でもございませんで、それぞれの地域で話し合つていただいて、うちがこういうやり方をやつていきたいということにつくつていただく。

逆に言うと、何と申しますか、オーバーサービスの供給になつてしまつと今度医療機関がもたなくなつてしまつと、報酬が入つてきませんから。そういうことになりますので、そこを適正に対応いただくというのが今回の地域医療構想であります。

○田島麻衣子君 前回の質問でも私は御指摘させていただきましたが、必ずしも自治体の方々は我々のものであるとは考えていらつしやらないですよ。国からもウリスト来ちゃつたし、このためにやらなきゃいけないと思つていらつしやるので、メッセージ発信、引き続きしっかりとやつていただきたいなと思います。

次に、医師人口の需給バランスについて伺いたいと思います。

この委員会でも、倉林委員や梅村委員の質問に対して、OECD平均にマッチする、これに追い付くから大丈夫だということをおっしゃつていますが、OECD諸国と比べて我が国というのはかなり人口の高齢化が進んでおります。高齢化すれば必ず医療に頼らなければならぬ割合といたつても増えてくるわけで、これ、OECD諸国の中で平均とマッチするかマッチしないかという単純に議論をしてしまつていいのだろうかという懸念を持っておりますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 数値の問題です。私の方から御答弁させていただきます。

OECD平均医師数、これは一つの目安でございます。いづれにしても、高齢化が進む我が国において需要に見合った医師の確保、医療提供体制、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

ね、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

ね、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

ね、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

ね、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

ね、先ほど大臣答弁させていただいておりますが

これはもう以前から私も、もちろん尾身先生もおっしゃっておられるんですが、早晩は変異株に置き換わっていくであろう、特にN501Yというイギリス、英国株でありませけれども、これに置き換わっていくであろうということでありましたので、いよいよ感染拡大、今いたしておりましたから、そういう状況の中で置き換わったという状況なんであるというふうに考えております。

○福島みずほ君 感染力が強い、子供たちにもこの変異株は感染力が非常に強いという報道もあります。変異株をここまでやはり蔓延させたというのは政治の責任だと強く思っております。ですから、これに対する対応について、政府が強く対応してくださるよう求めてまいります。

医療法の改正法案、改悪法案と言いたいです。三つある、とりわけあると思えます。一つは、公立病院、公的病院統廃合を前提にしていること、二つ目は、病床の削減に関して、いまだ百八十五億円掛けて病床削減しようとしていること、三点目、医師などの働き方改革においてまさに過労死ラインを突破していること、医療体制を脆弱、弱くしていくという点で極めて問題だと思います。

今日は病床の削減について主に聞きたいんですが、今日の質疑を聞いていて、公立病院、公的病院統廃合、四百六十四のリスト、撤回していただきたい。いかがですか、大臣。

○国務大臣(田村憲久君) これ何度も申し上げているんですけども、決してこのとおりにやっておりますというものでなく、要は何かの指標、これ機械的に出したものなんです。機械的に出した指標がないと基準がなくて、それを見ただ上で、だからこのとおりにやっております。先ほども申し上げましたけれども、地理的な要因もあれば多分その診療科、この診療領域のいろんな問題もあって、そういうものをその各自自治体、地域で話をさせていただく。あくまでもこれは基本的な考え方は、その公的病院というのは、民間病院がやらないようなそ

う災害医療でありますとか救急でありますとか、そういうようなものを担っていたらいいと、地域の中で担うところがいいわけでありませうから、そういうものを、まあ不採算部門も含めて対応いただくというものを、それから、もっと専門的でなかなか大きな病院しかやれないようなそういう専門領域の医療、こういうものも担っていたらいいという話になると思えますが、そういうものをやつぱりやってください。

ほかに民間病院がやれることはそれは民間病院にやっていたらいいというように前提でお示ししています。結果、その地域で、もう民間病院ですよ、仮に、もう続けるつもりがないと、だから民間病院自体が病床を閉めるということになれば、当然必要な病床というのはそこになきやなりませんから、それは公立病院が、公的病院がそれを担っていただければいい話であって、そこは地域でお話をいただければいい話であって、そここれぐらいの医療ニーズがあつて、それに対してこれぐらいの供給量がありますよということをお示ししているわけでありませう。そういう意味では決して、公的医療機関を必ず削減と、その病床を削減しようというんじゃない、全体のその地域の中でお考えくださいというふうな一つの指標としてお出しをさせていただいておるといふこととであります。

○福島みずほ君 単なる指標だとおっしゃるけれども、これで自治体はごりごり強制されているんです。これ、離島も入っているし、いろんな病院も本当にたくさん入っています。

先ほど、地域の医療の質を落とさないと言ったけれども、人口移動、今まさに起きていますよ。北海道で、ある地域で住めない、膠原病の専門科医がいらない、旭川が札幌に行くしかない。全国でそのこと起きているんです。離島だって、これ公立病院、公的病院入っているじゃないですか。大臣、単なる指標でしかないというふうにおっしゃってくださるので、これ参考資料で、まあどこかで参考にしたらいけれど、自治体はこれ全

く縛られないということではないですか。

○国務大臣(田村憲久君) まあ参考資料なんですけど、なぜこういうものを出さざるを得ないかというところ、冒頭から申し上げておりますが、例えばその医療、地域において、もうその公立病院行くしかない。でも、それでもニーズが減るから、減るから病床を減らすべきだということを今回お出しをしたとしますよ、一例としてですよ。いや、うちはもっと病床を抱えたいんだと抱えていただくのと何が起るかというところ、そこ人を張り付けて、それで提供体制を維持しようとする。ところが、ニーズがないですから、それに対して診療報酬入ってきませんので、それを税金で穴埋めをしていただかないとその病院は維持できないということになるわけでありませう。それでもいいと、住民の方々が、我々税金高く払ってでもふだん使われない医療を確保するんだというんならば、それは、その住民の方々の選んだ首長さんを中心とする考え方だと思えます。

しかし一方で、やっぱり税金は上げたくない。いろんな思いがありますから、やはり必要なものを必要な提供体制の下で提供いただく、そして質を落とさないようにしていく、こういうことが大事でございます。そういう意味での我々としては参考資料をお出しをしたわけでありませう。あとはそれを基に住民の方々、それから地域の医療機関、まあ公立病院だけじゃないところもありませうから、そういうところと話し合っているだけであつて、そういうのが今回のものではないですか。

○福島みずほ君 撤回していただきたいと強く求めますが、これ参考資料にしかすぎないということであれば、参考資料だと自治体に言つていただきたい。参考資料だということでは参考にするだけであつて、だから、もうこの四百六十四のリストは単なる参考資料でしかなくてということをもっとクリアにして、ください。棚上げではないんです。

○政府参考人(迫井正深君) 今の取扱いについて

御答弁させていただきますと、都道府県にお示しをしております指針でありますとか事務連絡等々の中で申し上げますのは、厚生労働省が行った分析は、あくまで現状で把握可能データを用的手法にとどまると、それを、先ほど大臣御答弁そのものでございませう、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割、それから必要な病床数、病床の機能分化、連携の方向性、こういったものを決めていただきたい。

ですが、それを機械的に決めるのではないということと、ございませう、あくまで地域の調整会議において、分析結果だけでは判断し得ない地域の実情に関する知見を補いながら議論を尽くしていただきたい、これが基本的な考え方でございませう。

○福島みずほ君 議論を別にしないでいいという自治体があつてもいいということですよ。参考資料程度であるということですよ。いや、実は、厚生労働省がこういうことを出すこと地域医療を壊しているんです。公立病院、公的病院を壊してどうするんですか。このことをやっぱり強く申し上げたいと思えます。

今回において、コロナ禍でも病床削減している。配付資料をお示ししております。

二〇二〇年二月末からの一年間で二万八千八百八床も病床が削減をされております。これは、感染症は二増えしておりますが、結核病床は百七十五減っております。陰圧ですから、これは残してコロナ対策にすべきですが、驚くべきことに、この一年間、病床削減、二万八千八百八床もありません。大阪では、二〇二〇年一月から二〇二一年一月までのコロナ災害期に五百六十九床も削減されております。

こうした削減、厚生労働省、適切と考えますか。○政府参考人(迫井正深君) 今御紹介いただきました病床、全国について言いますと、前年比較、二〇二一年二月時点で減少しておる数値、二万八千八百八床、大阪についても御紹介いただきました

た、これ五百六十九床でございますけれども、これ病院についてももう少し見させていただきますと、その減少数の大宗というのは療養病床でございます。まして、全国について申し上げますと、一万四千四百八十九、これは療養病床が減少しております。それ以外の一般病床では二千六百六十五です。大阪では、五百八十四床の療養病床が減少して、それ以外につきましては一般病床等含めて十五床増えております。

したがって、この地域医療構想における、こういった、失礼しました、この病床の変化につきましては、療養病床の減少というものについてどう考えるかということになりますけれども、それは介護医療院への転換も含まれておりまして、これは、言ってみれば、将来の地域医療ニーズに適切に対応して、それを踏まえた地域包括ケアシステムとしての構築、こういった取組が進展しているというふうにも私どもとしては考えております。

○福島みずほ君 病床逼迫で入院する病院がない、自宅療養で亡くなっている、一度もかからずに亡くなっている、これが現状です。医療崩壊とやわれていきます。

病床をこの一年間に二万以上削減して、これが妥当なんでしょうか。結核病床は百七十五、そして一般病床は六百四十七、一般診療所は三千六百九十七減っていますよ。ベッドがないんですよ、入院すべきベッドがないんですよ。これ妥当ですか、このコロナ禍で。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

コロナの対応に関しまして、必要な病床、それから症状によりましては宿泊療養、自宅等、いろいろな対応を考える必要があると思います。

今御紹介しました療養病床を大宗とするような減少、この療養病床につきましては、例えばコロナの患者さん、急性期の患者さんを入院させていただきます、入院治療するという点で申し上げますと、マンパワーの配置とか、それから様々な施設

について必ずしも適切ではない場合が基本的に多かろうと思われまます。

したがって、必要な病床、コロナについて、特に重症者とか、それから感染管理が必要な中等症につきましては、一般的にはICUあるいは中等症のための急性期医療のための病床でございますので、そういった観点から総合的に判断する必要がありますものと考えております。

○福島みずほ君 感染症病床二つしか、二床しか増えていないですよ。そして、結核病床は減っているんですよ。結核病床は陰圧だから使えるじゃないですか。

何が言いたいかというと、病床がない、病床がない、病床逼迫していると言われている中で、この一年間で二万以上病床削減して適切だったという厚生労働省の感覚が分からないんですよ。みんな入院できずに自宅で死んでいるんですよ。みんな入院するのはちょっと言い過ぎですね、自宅で亡くなっている方がいらつしやると。入院できないんですよ。入院すれば治療受けられたかもしれないが、治療受けられなくて亡くなっている。これは、明確に間違っていると思えますよ。国民の皆さんは、この一年間のコロナ禍の大変な中で、二万幾つ病床削減してきたと胸を張る厚生労働省、一体何なんだと思う思いますよ。

次に、新型コロナウイルス感染症患者の療養状況及び入院患者受入れ病床数に関する調査結果、二〇二一年五月五日、入院患者数の割合が大変これは低いという、これを見ていただくと、図の二ですが、全国合計で二四％、そして東京は三二、大阪は一〇％ですよ、一〇％。PCR陽性者数のうち入院患者数一〇％ですよ。これでいいんですよ。入院できていないんですよ。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘の五月五日の状況、これを踏まえて、翌日開催されました五月六日のアドバイザリーボードにおいてこの点については評価なされておりました、医療提供体制について非常に厳しい状況が継続をしている、必要な医療を受けていただく体制を守るために新規感

染者数を減少させることが必須である、あるいは、その新規感染者数は直近では減少の動きが見られるけれども非常に高い水準であり、報告の遅れも懸念され、少なくとも五月中旬までの推移に注視が必要といった評価がなされております。それから、それから一週間たった五月十二日のアドバイザリーボードにおきましても同じような評価でございます。

これ、議員御指摘、御紹介いただきました、入院率一〇％程度ということでございますので、引き続き強い警戒感を持って対処すべきであるというところは御指摘のとおりでありまして、こういった厳しい状況にある大阪府の重症者病床確保、そういった一連の病床確保を進めていくために、国といたしましても、例えば、その財政支援としては重症者病床一床当たり最大千九百五十万円の緊急支援を行っておりますほか、国から医療機関に対しては病床確保を直接働きかけるでありますとか、あるいは関係省庁の協力を得まして、各省所管の医療機関に対しては重症患者の対応が可能な看護士などの派遣、これを要請いたしましたり、順次、大阪コロナ重症センターへの派遣調整を行っている。

それから、五月十一日までは約百五十名の看護師等が派遣可能である旨、各関係省庁の医療機関等から回答を得ておりました、実際、そのうち約百三十名を府内の医療機関等へ派遣する調整も完了しておるところでございます。こういった順次の看護士派遣、あるいは病床の確保だけではなくて、宿泊療養の確保、パルスオキシメーターの確保、あるいは健康観察の業務委託、往診、オンライン診療の活用、こういったことも行っているところでございます。必要に応じては引き続き大阪府と連携して取り組んでまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 今頃そうやって、おかしいと思えますよ。病床削減やってきて、今回の法案も病床削減を促進するんですよ。今から対応しますとか言って、頑張りますとか言っているけれども、

この数字を生んだのは厚生労働省の政治の結果じゃないですか。病床削減したからこうなってきたんじゃないですか。

全体、日本全体でも入院患者数二四％です。大阪は一〇％ですよ。一割の人しか入院できていない。大阪府は自宅療養者数は六五％ですよ。入院できないんですよ。これから医師を派遣する、看護士派遣すると言っているけれど、この厚生労働省の失策の結果じゃないですか。政策間違っていますよ。このすさまじい数字見てくださいよ。入院できないんですよ。一割しか入院できない。おかしいじゃないですか。で、この国会で病床削減を促進する法案を議論する。とんでもないと思います。

次に、緊急事態宣言の対象となった都道府県は元々病床数が、もちろん都道府県ということもありませんが、元々病床数が削減され、病床数、医療関係者数が明確に不足しているんじゃないですか。次の図三、図四を見てください。明らかに、ワーストということであろうと、この病床の状況が、人口十万人病床数が、ワーストが神奈川県、埼玉、愛知、東京、千葉ですね。そして、人口十万人病院病床数、感染症病床のワーストファイブが神奈川県、大阪、千葉、愛知、兵庫です。

まさに、緊急事態宣言出さざるを得ない、医療崩壊じゃないか。病床が足りない、入院できない。まさにここが、病床数が足りない、感染症病床が足りない、その結果じゃないですか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

まず、厚生労働省といたしまして、各地域において、先ほどからずっと議論いただいておりますけれども、地域の医療需要に合った体制を構築する、それぞれの実情を踏まえながらあるべき姿の医療提供体制へ向けて取り組んでいるというのがまず前提でございます。

その上で、緊急事態宣言の発令は、対象となる地域の感染動向など様々な要因を総合的に勘案して決定されるものでございまして、それぞれの地

域における医療提供体制の状況を示す病床数でございませうか医療従事者数とは直接には関係がないものと考えております。それから、例えば緊急事態宣言を発令されております都府県につきまして、特に病床数あるいは医師数が少ないというふうには考えておりません。

○福島みずほ君 緊急事態宣言を出さざるを得なかったところが病床が逼迫しているじゃないですか。大阪の逼迫具合ってすさまじい状況ですよ。これは、やっぱり病床数を削減することは間違いないと思っております。

次に、保健師の数も削減となっておりますが、図で見ていただくと、図の五、緊急事態宣言対象都県における状況です。

例えば、保健師数で全国平均は人口十万人当たり四十一・九人なんです、東京都は二十八・四、大阪は二十五・九、神奈川県は二十三・五。大変低いですね。保健師数、削減してきた、これが極めてこの緊急事態宣言対象都県におけるある種の状況だと思っております、いかがですか。

○政府参考人(正林督章君) 保健所における保健師さんについて、設置主体である保健所設置自治体の判断によって、地域の実情を踏まえながら必要な体制を確保していただいていると考えております。国としても各自治体の実情に応じた地方財政措置を講じて、保健所における保健師の数は十四、五年前と比較するとむしろ増加傾向にあります。十四、五年前という平成十八年度、例えば、全国では七千五百七十六人だったものが平成三十年度末では八千五百十六人になっております。それから、御指摘の地域でどうかという点ですが、一言で言うと、特定の地域で大きく保健師が減少している状況は見られません。例えば、東京都、平成十八年度で八百六十六人のところが平成三十年度は千六十九人、それから埼玉は百五十一人が二百六十六人、千葉は二百四十人が二百七十八人、神奈川県は五百五十一人が七百八十八人、大阪も三百八十九人が四百四十六人と、御指摘の地域については保健師はむしろ増加していると思われる

おります。

○福島みずほ君 この図の五の緊急事態宣言対象都県における状況ですが、その医療費に関して、緊急事態宣言対象都県において医療費が全国平均よりも低いんですね。結局、これを見ると、病床が少なかつたり保健師数が人口当たり少なかつたり、それから、救急自動車数の台数が全国平均は五だけけれども、東京は二・五とか低いために国民の医療費が低いと。つまり、医療抑制につながっているのではないかとこのように思っています。

これは、もちろん都府県から、大都会だからというところもあるかもしれませんが、やはりいろんな医療インフラを削ってきたことがやっぱりこの緊急事態宣言にもつながっていると思えます。それで、今回の医療機能の分化、連携に必要な病床削減支援の配付資料の最後ですが、これを見て非常に問題だと思えます。消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援について、病床数を削減すればするほど給付額が増える、病院側が病床削減を推し進めることになる。

これを見ていただくと、結局その五〇%未満は百四十万円、ほとんどどどん上がって九〇%以上は何と二百二十八万円です。ですから、この左の方の図を見ていただくと、病床を二十五削減すると百八十二万四千円掛ける二十五ですから、四千五百六十万円なわけですね。次、病床を五つ削減する。今度、九〇%以上のところだと急に単価が跳ね上がって、病床数が、二百二十八万円になるから、掛ける五で千四百四十万円になります。

何が言いたいかというと、五〇%以下よりも、どどん上がって九〇%以上、九〇%以上で五床削減するとお金がこれだけ入ってくるんですよ。でも、病床って、八割を超え、八割切つたらというか、八割以上になると、もう八〇%、八五、九〇、九五、もうあり得ないじゃないですか。少し余力がないと、もうばんばんで、医療崩壊だと言われている。なのに、九〇%以上、つまり、もつ

とやれ、もつとやれ、もつとやれ、一〇〇%近くに九〇%以上を超えて一〇〇%まで努力したら、例えば、値段がばんと単価が上がって、一床につき二百二十八万円ですよ、一番高くなるんですよ。でも、こうやって、いや、八〇%では足りない、九五までやれと、九五%まで満床にしろと。余力はもう五%しかない、それまで頑張れと。単価が、削れば削るほどどどん、満床に近くなればなるほど単価が高くなるんですよ。これ、おかしくないですか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

委員御指摘、御質問のその病床機能再編支援給付金の言ってみれば単価設定も含めた考え方、これについての御質問だろうと理解いたしております。

この事業でございませうけれども、地域での関係者間の合意を踏まえて必要とされる病床機能の再編支援ということでございますので、その具体的な支援額といたしましては、再編あるいは統合に伴って減少する病床数、これについて必要な費用なり支援をするわけでありますけれども、そのときには、当然、その一床当たりそれぞれで病床稼働率が違いますと、それに伴って支援すべき金額は変えて考えるべきであるという考え方に基づくものであります。病床稼働率に応じて設定した一床当たりの単価を乗ずることによって算定をいたしております。

先ほど御紹介いただいたその病床の数が増えればというよりも、それは一床当たりの単価が稼働率に伴って変動するというのを、考え方が反映されるものであります。この一床当たりの単価、これは病床機能の再編とか統合を進める際に生じる雇用でありますとか、あるいは債務の承継など、今までの補助金では対応できない課題を一定程度支援するという観点から、様々な数値、平均的な医療収益でございませうとか平均的な経常利益率、そういったものを勘案する際に稼働率を参考に設定したというのが考え方でございます。

○福島みずほ君 おかしいですよ。何で病床削減なのか。しかも、一〇〇%に近くなればなるほど単価が高くなる、もう満床にしろと。満床にしろとやっていたら、医療崩壊、今、生んでいるじゃないですか。入院できないんですよ。大阪、一〇%ですよ、入院できる人。これを強力に押し進める厚生労働省って、明確に間違っていると思いませんか。

なぜ今、病床削減を税金使ってやるのか。病院は消費税で大変です。末端価格、転嫁できない、診療報酬でしかできないから、どこかの公立病院もどこもまさに、スーツ買う、医療機器買う、消費税一〇%で大変です。今度は消費税使って病床削減、こんなブラックジョークないと思いませんか。病床削減、やめるべきじゃないですか。

国民は今、このコロナ禍の中で病床削減、厚生労働省が消費税使ってやると聞いたらひっくり返ると思いませんか。どうですか。

○政府参考人(迫井正深君) 先ほど御紹介もいたしましたこの病床機能再編支援事業でございませうけれども、単にこれは病床削減を目的としたわけではございませんで、将来の需要に合わせた体制構築、そういったことを地域の合意に基づいて、病床数の言ってみれば再編でありますとか統合に対する支援でございませう。

こういったその地域のニーズに対応すること、これを安定した財源を確保した上で実施をするということは重要な施策と考えております。実際、令和二年度には約七割の都道府県から御要望をいただいておりますし、関係団体からも本事業の継続に関するお声をいただいております。地域をございまして、今回の改正法案によりまして、地域医療介護総合確保基金に位置付けまして、引き続き、病床機能分化、連携に関する地域での議論が進められている医療機関、地域に対してしっかりと支援を進めていく、これは基本的な考え方でございます。

○福島みずほ君 だから、オリンピックと一緒

で、やめられない、止まらない、かっぱえびせんじゃないけれど、病床削減と決めたら、このコロナ禍だろうが何だろうが、お金使って、百九十五億円使って満床にしろと。それを促進するというのは、今のコロナ禍の中、間違っていると思いませんよ。入院すらできないで自宅で亡くなって、治療を受けられないで亡くなっている人がいる中で、何で病床削減なのか。明確に間違っていると思います。

日本病院団体協議会が、全ての病院に対する適切な支援策が必要であるとして、経済財政諮問会議において病院団体代表が意見を述べる機会を設けてほしいと要望していることについての厚労省の見解はいかがですか。

○政府参考人(迫井正深君) お答えいたします。

地域の医療提供体制、これ、地域全体として面で支えていくべきものでありまして、それを維持確保するための取組支援を進めていく、これは重要だというまず認識でございます。その上で、これまでコロナ対応を行っていない医療機関に対する支援も含めまして四・六兆円の予算を措置をいたしておりますまして、医療機関、薬局等への感染拡大防止等の支援の補助等を行っております。

診療報酬におきましても、昨年度から、新型コロナ患者の診療について大幅な引上げでございます。また、後方医療機関の確保支援、それから小児診療等に対する診療報酬上の評価を行っておりますし、今年の四月から、入院診療や外来診療、薬局での調剤等に対し一定の加算を算定できるといふふうに行っております。

引き続き、こういった形で国民の皆様に必要な地域医療を確保できるよう、必要な支援にしっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 経口中絶薬についてお聞きをいたします。

年末には承認予定との報道もありますが、医師の処方箋により個人が自宅で使用するのか、どのような扱いになるのか、教えてください。

○政府参考人(鎌田光明君) 御指摘のございませ

たいわゆる経口中絶薬のうち、ミフェプリストン、それからミソプロストールにつきまして、現在、開発している企業におきまして、治験、追加的な試験をしているところでございます。したがって、今後、企業から薬事申請されましたら、御指摘のような安全管理の方策をどうするか、必要か否かも含めて適切に審査を行うということでございます。今後、それを踏まえて保険承認、適用なども考えていくことになるかと思っております。

○福島みずほ君 保険適用、どうなりますか。

○政府参考人(鎌田光明君) 薬事承認された場合、中医協におきまして議論するわけでございますが、経口中絶薬につきましては、胎児の死亡などによる流産など、治療上、中絶が必要な場合につきましては保険適用となりますが、単に経済的理由による場合など、疾病に対する治療に該当しない場合には保険適用にならないということを考えております。

○福島みずほ君 諸外国では、まさにイギリス、フランス、オランダ、スウェーデンなど、無料です。これが、だから、自由診療になるのか、あるいは幾らになるのかというのも極めて大きいことだと思います。

経口中絶薬は、妊娠を維持させる黄体ホルモンの働きを抑制する作用のミフェプリストンと、子宮を縮小させる作用のミソプロストールという二種類の薬剤を併用することが推奨されております。日本では、ミフェプリストンは一切認可されておらず、ミソプロストールは、胃潰瘍、十二指腸潰瘍の治療薬、サイトテック、薬価一錠約三十三円として認可されております。中絶や流産に対する適応は認められておりません。妊婦への使用は禁止であり、適応外使用もしないよう注意喚起されております。

この一錠三十三円、サイトテック、これの適応拡大という方法もあり得るんじゃないですか。

○政府参考人(鎌田光明君) 先ほど申し上げましたように、現在、この薬、開発試験中でございます

すので、企業がどういった申請するかによって薬事承認の内容も変わってきますし、それを踏まえて保険適用を考えていくということでございます。

その上で、保険適用になった場合の価格についてでございますが、いろいろお考え方ございますけれども、これにつきましても、先ほど申し上げましたような承認申請の内容、承認の内容などによって、今後、中医協等で議論していくということになるかと思っております。

○福島みずほ君 国際産婦人科連合は、ミソプロストール、サイトテックですね、単独での安全な中絶、流産のレジユメを公開しております。まさに、人工妊娠中絶に関する国際産婦人科連合の声明が出されております。

これは日本の産婦人科学会ももちろん所属しておるわけですが、この国際産婦人科連合は、安全な人工妊娠中絶へのアクセスを含むリプロダクティブオートノミー、性や生殖に関する自己決定権は基本的人権であり、どのような状況でも侵害されるべきではないものだと考えます。人工妊娠中絶は一刻を争う重要な医療サービスであり、女性や女子の希望に沿って、安全性、プライバシー、尊厳を最優先にして提供されるべきものであると。で、国際産婦人科連合は、全ての政府に対し、安全な人工妊娠中絶へのアクセスを妨げる障壁を取り除き、COVID-19の流行期間中もその後も、全ての女子と女性が安全な妊娠中絶を利用できるようにすることを求めますとしております。

つまり、中絶薬の認可、そしてそれが極めて安価であること、それからここで、まさに遠隔診療、この人工妊娠中絶に関する国際産婦人科連合の声明の中では、アクセス性の向上として遠隔医療などを非常に奨励しております。いかがですか。

○政府参考人(鎌田光明君) いろいろ御指摘ございました。

も、先ほど、この薬が保険適用された場合の価格については今後御議論だということを申し上げましたけど、保険適用されない場合の人工妊娠中絶への公的助成につきましては、御指摘のような生命の尊重ですとか自己決定権、様々な御意見があることですか、あるいは倫理観とか道徳とも深く関係する難しい問題なので、国民各層にて議論が深まることかまず重要ではないかと考えております。

それから、遠隔診療ということでございます。遠隔診療そのものについても医療という観点から御議論が必要かと思っておりますが、この当該経口中絶薬、ミフェプリストンなりミソプロストールにつきましては、やはり投薬管理をどうしていくかということがございます。先生おっしゃるように、初めミフェプロストールで妊娠を停止させて、それからミソプロストールで女性の胎内にあるものを外に出すというときの健康管理ですとか、そのことも含めて、今後、申請側の企業の考えを踏まえまして決めていくことになるかと考えております。

○福島みずほ君 是非、この国際産婦人科連合が提起しているように、日本の女性が安心、安全でアクセス可能で安価なその中絶薬を手にするということができないという状況を本当に変えていきたいというふうな思っております。

母体保護法の中で、中絶をするのに配偶者の要件が必要です。このことについていろんな人と議論をいたしました。

つまり、二人で話し合っただけで決めるということでもないんですよ。夫が反対したら中絶ができない。夫が反対したら出産を強要されるんですよ。妻はゼロ、夫が一〇ですよ、同意権持っているんだから。これだと女性は、自分が出産したくない、自分の人生にとって物すごい大変になると思っただとしても、夫の同意がなければ中絶できないんですよ。

これって、中絶拒絶権、そして出産強要権を夫が持つということじゃないですか。これって、リ

プロダクティブライツ・アンド・ヘルス、全く女性にないと思いますが、いかがですか。

○政府参考人(渡辺由美子君) 御指摘の母体保護法の規定でございますけれども、御指摘のような、一方で、そのリプロダクティブヘルス・ライツといいますが、女性の自己決定権という問題もございますが、一方で、また胎児の生命尊重というもう一つの大きな課題もございます。

そういう中で、この問題については様々な御意見が国民の間で存在していると思っておりますので、先般、レイプの場合ですとかあるいはDVの場合については解釈を示させていただきましたが、やはりこの配偶者の同意ということについて見直すということには慎重な対応が必要であろうと思っております。

○福島みずほ君 胎児の生命尊重、関係ないですよ。関係ないというのは、夫が同意権を持つというこの問題なんですよ。妻が決めるのではなく、夫の同意がなければ中絶ができない、夫が判断権を持つということで、同意しなければ出産を強要されるということですから、ここを問題にしているわけです。夫と妻の間の問題じゃないですか。夫が何で出産を強要できるのか。これ、極めて問題だと思えますよ。だって、産むのは女性なわけですから。

これは、母体保護法の中の配偶者要件は撤廃すべきだというふうに強く申し上げますし、政府が是非やってくれるように、場合によっては議員立法で取り組むべきことだというふうに思っております。

で、オリンピック、パラリンピックは中止すべきだということ強く申し上げておりますが、残念ながら、この委員会にオリンピック、パラリンピックのその委員会の方が来ていただけないんですよ。政府に聞いても、そのことは自分たちが関与していないと言っていますが、私は、この契約書を見るにつけ、一体損害賠償がどうなるのか、是非教えていただきたい。中止をすることを決定できるのはIOCしかできません。日本政府は要

望、くらいしかできないわけですね。

そうすると、中止決定を持たない日本は損害賠償、補償の対象にはならないと考えますが、いかがですか。

○政府参考人(河村直樹君) お答えいたします。

委員の御指摘は大会都市契約に係ることでありますが、IOC、東京都、JOC及び組織委員会の中で締結された契約でございます。個々の内容、適用関係、解釈につきましては、政府としてコメントを差し控えたいと思っております。

○福島みずほ君 じゃ、これについて誰が回答してくれるんですか。

○政府参考人(河村直樹君) 繰り返しになって恐縮でございますが、政府としてはコメントを差し控えたいと思っております。

○福島みずほ君 中身が分からないんですよ。誰が責任を負うのか、重要じゃないですか。だって、最終的には税金で填補、税金でやるんですよ。最終的に組織委員会の中のお金の出入りって私たちが分からないんですよ。

じゃ、一つお聞きします。

日本でたかさんのスポンサーがこれにコミットしています。大会が中止される、IOCが決定した場合、このスポンサーに対してお金を返却するんですか、それともこれは寄附で返さなくていいんですか。

○政府参考人(河村直樹君) お答えいたします。

開催都市契約においては、IOCに対する請求の補償及び権利放棄といった条項がございます。委員御指摘のような事項に係ることもこの中で記載があるというふうには承知しておりますが、いずれにせよ、その適用関係、解釈等については、契約当事者でない政府といたしましてはコメントを差し控えたいと思っております。

○福島みずほ君 ブラックボックスなんですよ。莫大な国税と都民の税金が使われていて、ブラックボックスですよ。

ボランティアを募集するのをパソナが請け負っています。一体、パソナの取り分、契約書で幾ら

ですかと聞いても、国民だから教えられないと言われる。そして、この組織委員会の中には、公務員も入っているけれども、電通含めたかさんの民間人が入っている。ブラックボックスですよ。

国会の中で、この巨額のお金のこと、あるいは中止した場合、中止しない場合、無観客の場合、チケットの払戻しの件、とりわけ中止した場合の様々な補償、賠償が起り得るのか起り得ないのか。日本は中止の決定権者ではないから私は払わなくていいと頑張るべきだというふうにいると思いますが、このように極めて重大な問題に関してブラックボックスなんですよ。

委員長、これでは審議になりませんので、オリンピック組織委員会、事務局含めきちつと説明できる人を、このコロナ対策も含めて聞きたいです。から呼んでくださるようお願いいたします。

○委員長(小川克己君) 後刻理事会で協議いたします。

○福島みずほ君 時間ですので終わります。

○川田龍平君 立憲民主党の川田龍平です。

質問に入らせていただきます。

患者が外来機能の情報を十分に得られない、国民の大病院志向により一部の医療機関に外来患者が集中しているなどの課題が生じていることなどから、本法律案において、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する外来機能報告制度を創設することとしています。この制度の創設により、悪性腫瘍手術の前後の外来など、医療資源を重点的に活用する外来が地域で明確化され、外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減などが期待されています。

一方で、外来機能の連携を推進していくのであれば、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関から、かかりつけ医療機関を担う医療機関への逆紹介についても併せて進めていく必要があるのではないのでしょうか。

逆紹介の状況の分析などを行い、逆紹介が適切に進むよう支援していく必要があると考えますが、厚労省の見解を伺います。

○政府参考人(迫井正深君) お答えいたします。

今回の医療法改正案におきまして、外来機能の明確化と連携を進めるため、議員今御紹介いただきましたが、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関を明確化することといたしております。これは、地域における患者の流れを円滑にする観点から、紹介患者への外来を基本といたしてございまして、患者の状態が落ち着いたら、逆に地域のかかりつけ医療機関を担う医療機関に戻す役割を担う医療機関を明確化するものでございまして、これは御指摘の趣旨に沿ったものになるものと考えております。

それから、今後、地域医療の担い手や患者の立場からの意見などを伺いながら、紹介、逆紹介の状況の分析について検討することといたしてございまして、その上で、外来機能の明確化、連携に向けた地域の協議の場で、こういった場で議論に当たって参考となるデータを提供するなど、地域における紹介、逆紹介が進むように取組を進めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 国民が上手に医療に関わるためには、身近で相談しやすいかかりつけ医の存在は重要であると考えます。

かかりつけ医とは、日本医師会によると、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要ときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師であると定義されています。また、かかりつけ医療機関としては、地域住民との信頼関係の構築、在宅医療の推進、分かりやすい情報の提供などが挙げられています。

しかし、これは日本医師会による定義であり、厚労省による見解は示されてはいないかと承知していただければ、厚労省が責任を持って進めるべきと考えますが、なぜ厚労省はかかりつけ医とは何かということを積極的に示していないのでしょうか。また、かかりつけ医が地域において担うべき役割を早急に整理する必要があると考えますが、厚労省

の見解を伺います。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

かかりつけ医の捉え方につきましては、現時点での臨床の現場において関係者の意見が多様でありますほか、地域の状況や患者像などによりましてかかりつけ医の在り方についても現時点では相当幅があるものと考えております。こうした状況も踏まえまして、かかりつけ医は制度として位置付けられているものではなく、また法的な定義を設定されているものでもございません。

他方、このような現場の状況がある一方で、高齢化が進展をいたしまして、複数の慢性疾患を有する高齢者が今後も増加する社会構造の変化も踏まえまして、厚生労働省といたしましては、予防や生活全般に対する視点も含めた継続的、診療科横断的な患者の診療とともに、患者の状態に応じた必要があれば他の医療機関に紹介する機能が重要であると考えております。このような機能をかかりつけ医機能と捉えて、その普及に取り組みしております。

そして、このような観点から、今年度は、かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業を実施をいたしまして、かかりつけ医機能を発揮している事例の収集、好事例の横展開などを行いながら、実際に提供されておりますかかりつけ医の役割の整理に向け臨床の現場とともに取り組むことといたしております。今後とも、患者が身近な地域で状態に応じて適切な医療が受けられるよう、地域におけるかかりつけ医機能の強化に向けて取組を進めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 新型コロナウイルス感染症は、日本の病院機能について多くの課題を突き付けています。

例えば、先月の二十七日に行われた参考人質疑では、医療機関同士の連携の重要性が指摘されました。全国医学部長病院長会議の山本参考人によれば、周囲の医療機関の病床稼働率や受入れ状況

が不透明だと、自分の病院が損をすることを避けようとして病床を余り使わないようにするといった事例が生じるとのことでした。しかし、各病院の状況がリアルタイムで把握できるようにしたところ、情報共有の効果が表れ、医療関係者は皆頑張っていることが見えたとおっしゃっていました。

また、同じく参考人として出席した猪口全日本病院協会会長も、「病院」という専門雑誌の中で、医療機関同士の情報共有ができれば感染症対応は無理だとおっしゃっています。その上で、ICTの展開を視野に入れた検討をしなければならぬと指摘されています。

新型コロナウイルス感染症に対応するために、また今後の医療提供体制を円滑にするためにも、リアルタイムで各医療機関の病床稼働状況などを病院同士が直接把握できるシステムの構築が不可欠と考えますが、厚生大臣の認識を伺います。また、各医療機関の病床稼働状況だけでなく、ICTを積極的に導入することで医療機関同士の連携の効果的な促進が見込まれると考えますが、この点についても厚生大臣の見解を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) まず、前段でありますけれども、そういう意味で、我々、GIMSというシステム、これを昨年稼働させて、コロナ対応という形で、どのような形で今患者の方々が入っている、これ、医療資材等々必要なものもこれに登録いただければ、厚生労働省が把握してこれをプッシュ型で対応できるというような組織にも、仕組みにもしてありますので、こういうものをつくらせていただきました。

まだ十二分には活用できていないというところもございますし、いろんな入力項目を増やせという意見、それから余り増やすと煩雑になるという意見、いろんな意見がございますので、我々、いろんな意見聞きながら、より良いものにしていきたいというふうに思っています。

あわせて、ICT全体を更に推し進めるべきだ

ということ、これも昨年六月だったと思いますけれども、データヘルス集中改革プランというものを厚生労働省で策定をいたしました。一つは、今進めておりまして、若干期間が延びているんですけども、オンライン資格証明といいますか、マイナンバーカードを使って被保険者であるということ証明するというような仕組み、それから、そのみならず、例えば御本人が了解の上で自らの診療データ等を、これを自らのいろんな健康管理に使っていく。例えば、手術歴でありまして、それをいろいろなレポートデータ等々も含めて、これを要するに、薬剤、薬ですね、薬等々の使用にこういうデータを生かしていくこと、こういうことも進めていく。

それからもう一つは、電子カルテ、これの標準化、標準化といってもそれぞれ日本の場合、ベンダーがばらばらで各医療機関違うものでありますから、必要な、まあ必須のデータに関してはこの国の基準に合わせてくださいということ、各ベンダーに今お願いをしております、それで使えるものにして、つまり互換性を持たせるようにしようということを考えておりますけれども。

そういうことを含めて、例えば、診療の情報報告というふうなものでありますとか、あと、生活習慣病のそういうデータの、検査のデータでありますとか、そういうものをしっかりと共有できるような形でICTを利用していきこうというふうなことを今進めている最中でございまして、日本、なかなかこのICTをうまく使ってこなかったというところでデータ共有できませんが、一方でセンシティブな情報もございまして、御本人等々の確認も取らなきゃいけない非常に使いづらい部分もあります。

あと、申し上げれば、そういうものを研究に使っていくときにはどうすればいいかということ、法律をお作りをいただきましたが、あれは一定の範囲の話でございますので、こういうものをどうしていくべきかというもつと大きな議論というのも、今、実は各党でいろんな御議論をいた

いているようでございますので、全体として、こういうような医療情報の全体をどう取り扱っていくかという非常にセンシティブな問題でもありますけれども、医療をより効率的に、しかも国民の皆様方が使い勝手がいいように、自分の健康を守るためにどう使っていくかと、こういう大きな課題にもこれから皆様方のいろんな御意見をいただきながら取り組んでいかなければならないというふうに考えております。

○川田龍平君 個人情報取扱いについては、本当に大変極めて重要な扱いをしなければいけないということ、本当に慎重に扱っていただきたいという一方で、やっぱりしっかりと病院間の連携など、やっぱり是非、そういった病床の数など、そういったことはもつと見える化して、リアルタイムにちゃんと対応できるようにしていただきたいなと思っております。

GIMSについては、自見政務官のときにできたから自見政務官の名前から取ったんじゃないかという話も雑誌にありましたけど、同じく、それは冗談ですが、同じく雑誌の中で、猪口全日病会長は、急性期を脱したコロナ患者を中小病院が受け入れることで急性期に対応する病院のベッドを少しでも空けるといった連携の必要性も指摘されています。

この問題は後方支援病院の整備の必要性としてこれまでかなり指摘されてきましたが、現在は十分な連携が進んでいるんでしょうか。厚生大臣に伺います。

○国務大臣(田村憲久君) 後方支援病院という意味では、やはり例えば重症病床で治療いただいていたそういうコロナ患者の方が、もうコロナを、コロナの症状がなくなつて完治しているんだけれども、やはり高齢者となると、なかなか自宅に復帰できない、しづら、そういうような期間、やはりどこかの後方支援病院で受けていただかなきゃならないということでありまして、こうすればコロナ病床をもつと効率的に使えるということ、ございまして、これはこの年末年始の感染

拡大期に我々もいろいろとやはり学ぶところがあ
る中において、そういう体制を組んでいただきた
いということで、診療報酬自体も加算を、これ全
ての加算入ると多分六倍から、また今回更に上
げて三百点を付けさせていただきまますけれど、
結構な点数を付けさせていただいて、誘導という
か、やはりコロナがかかるおそれはないと言われ
ても、なかなかコロナであった患者の方々を受け入
れるためには医療機関もいろんな体制の準備が要
りますので、そういう部分の費用も含めて報酬の
方で対応させていただいております。

その重症化した方を一定程度に中重症に
移す場合には、これはなかなか搬送というよりか
は同じ医療機関でやっていただく体制が一番いい
のかも分かりません。本言言と、そこでです
ね、そこでコロナが治った後の一般病床に一旦置
いていただいて、それから他の医療機関に移した
方が本当は受け入れられる側の医療機関は受
けやすいのかも分かりませんが、なかなかそこま
ではまだ体制を整備いただくというわけにはいき
ませんが、そういうことも含めて、これから、地
域医療構想もそうでありますが、いよいよ地域医
療計画等々の策定に向かっての時期が近づいてお
りますので、そこで、五疾病六事業の中でこの新
たなるコロナというもの、まあコロナといいま
すか、新興感染症でありますけれども、こういう
ものの感染拡大期の対応ということはどうしてい
くかということも考えていかなきゃなりませんの
で、いろんな今回新型コロナウイルス感染症で
我々経験したことをその中にも生かせるように、
これからいろんな検討に入ってまいりたいという
ふうにも思っております。

○川田龍平君 コロナだけではなく、新型感染症
に対する対策のためにも、更なる病院間の連携を
進めるようお願いいたします。

本法律案において、診療放射線技師、臨床検査
技師、臨床工学技士の業務範囲について法改正を
行い、タスクシフト・シェアを行うに当たって
は、既にこれらの資格を有している方については

研修を通じて、また今後これらの職業に就く方に
対しては教育課程を通じて新たな技術を習得して
もらう必要があります。

こうした研修や教育については、医療事故を防
ぐ観点から丁寧に時間を掛けて行う必要があると
考えますが、政府の見解を伺います。また、研修
等の具体的な内容及び時間数はどの程度を想定し
ているのか、厚労省に伺います。

○政府参考人(迫井正深君) まず、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、法令改正と併せまして養成力
リキユラムの見直しを行うとともに、既に資格を
取得された方につきましては、今回追加される業
務を実施するための要件といたしまして、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
いたしております。

この研修については、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すけれ
ども、その内容につきましては、今回追加される
業務を行うために必要な知識と技術についての基
礎研修と実技研修とすることを想定をいたしてお
ります。

また、時間数につきましては、診療放射線技師
と臨床検査技師につきましては十八時間程度、そ
れから臨床工学技士につきましては二十八時間程
度の研修とすることを想定をいたしております。

○川田龍平君 タスクシフト・シェアの推進は、
医師の働き方改革にも資すると期待されていま
す。しかし、その一方で、タスクシフト・シェア
を受ける側の業務負担が増大するのではないかと
の懸念の声もあります。働き方改革を進めるため
の取組が長時間労働を招いてしまつては、本末転
倒と言わざるを得ません。

タスクシフト・シェアを進めていくに当たって
は、タスクシフト・シェアを受ける側の過重な負
担が掛からないよう留意する必要があると考えま
すが、厚労大臣の見解を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) 確かに、新たな仕事

というものを受けていただくといえますか、対応
いただく、まあ今もいろんな形で対応いただい
ているんですけども、そういう意味では言われ
るような御心配な点もあります。一方で、それぞ
れの組織の皆様方とお話しさせていただきま
す。と、やはり前向きにいろんな役割を担っていき
たいというような大変心強い言葉もいただいで
おります。

一定の要件ということで研修を受けていただく
ということですが、これに関しては、基礎
的なものに関してはもうこれ全てオンラインでや
れるようにしようというふうにも考えておりま
すし、実際問題、実技のことにしても、まあ実技
自体はなかなかそのオンラインというわけにいき
ませんが、それに付随している部分に関してはこ
れはもう極力オンラインで対応できるようにしよ
うということを考えておりますので、なるべく、
実際問題、仕事をしていたりながら研修を受け
ていただくということになりますから、御負担の
掛らないような、そんな工夫、努力はしてまい
りたいというふうにも考えております。

○川田龍平君 医師の働き方改革に関する検討会
の報告書では、B水準を千八百六十時間に設定す
るに当たって、この水準は、現状において年間三
千時間近い時間外労働をしている医師もいる中
で、その労働時間を週二十時間分、基礎的な項目
から特定行為研修修了看護師の活用まで幅広いタ
スクシフト・シェアリングなどによって削減して初めて実現
できるものであるとされました。そして、労働時
間短縮を強力に進めていくためのタスクシフト・
シェアの検討会が立ち上げられ、そこでの検討結
果が本法律案にも含まれています。

また、政府は、最新の推計に基づき、医師需給
は二〇二九年頃に均衡すると説明しています。医
師の働き方改革に関する検討会の報告書の段階で
は、医師需給は二〇二八年頃に均衡すると推計さ
れ、その前提として、労働時間を年間時間外労働
九百六十時間に相当する週六十時間程度に制限

し、七%のタスクシフト・シェアを実現した場合と
仮定されておりました。

今回の医師の働き方改革を進めるために検討さ
れたタスクシフト・シェアは、法改正に限らず、
政省令の改正あるいは現行制度の運用を整理する
ことなどで対応できるものもあると聞いていま
す。

そこで伺いたいのは、こうした一連のタスクシ
フト・シェアの検討結果を全て行った場合、週二
十時間分の労働時間を短縮するものとなつてい
るのでしょうか。また、医師の需給を二〇二八年あ
るいは二〇二九年に均衡させるための七%のタ
スクシフト・シェアを実現できる内容となつてい
るのでしょうか。それぞれについて厚労大臣の見解を
伺います。

○国務大臣(田村憲久君) なかなか、私も初めて
見たときに本当にこれちゃんとできるのかなとい
う心配を持ったわけですが、一応いろんな
取組等々の事例がありまして、例えばこれ、さつ
き言われた診療放射線技師でありますとか臨床検
査技師、臨床工学技士等々のみならず看護師の皆
様方々によって出てくる事例では、心臓血管外科
に二名の特定行為研修修了生を配置した結果、医
師一人当たりの年間平均勤務時間が四百四十五時
間短縮した、週約九時間短縮したというような事
例もあるようであります。

いずれにしても、これ全体で見ると、タスクシ
フトで約七時間、今言った特定行為研修看護師で
すね、皆様方で七時間、それからあとは、診療科
偏在の是正というのも入っている、これが六
時間と、全体で二十時間ということを見ておるよ
うであります。

これのみならず、例えばICUでありますとか、もち
ろろタスクシフトの中には、やはり医療クラーク
的な者も、これは事務の方を入れていただいで医
師の仕事が減らしていこうということも入つてお
るわけでありまして、全体として、これはタイム

スタディーの場合は二十時間、こういうふうに出してありますけれども、全体としてやはり医師の働き方というものを考えていかなければならないと思っておりますので、総合的な観点からいような対応を我々としても各医療機関の方にはアドバイスしていかなきゃならないというふうな考えております。

○川田龍平君 これ実現できたとしても、時間外労働三千時間の医師がぎりぎり千八百六十時間に収まるようになる、また二〇二九年の医師需給均衡においてもA水準の上限ぎりぎり、ほぼ過労死水準なわけです。

十分でないとなつたとこの時間外労働三千時間の医師をB水準に収めることは難しくなるわけですし、それだけでなく、医師需給が均衡するの遅れ、二〇三五年のB水準開始は絵に描いた餅になると考えますが、これについて厚労大臣、見解いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 非常に難しいというか、我々こうやって申し上げておりますから、二〇三五年に向かつて、やはり九百六十時間に向かつて対応していかなくちゃならないと考えておりますが、そんな簡単なことではないことは確かでありまして、今の現状、千八百六十にするのもこれなかなか大変であるわけでありまして、更にそこから九百六十でありますから。

ただ一方で、そういうような環境にしていかなないと、やはり医療現場でこれから頑張ろうという方々がもう医療現場に来てもらえない。特に、医師の方々は今まで本当に非常に過重労働の中で献身的に対応いただいてまいりましたけれども、やはり余力にも働き過ぎの中で、社会の構造、世の中の意識変わってくる中で貴重な人材がお越しいただけないということになってまいりますので、これはやはり国挙げて、医療機関等々と連携しながら、二〇三五年に向かつてこれが実現できるように努力をしていかなければならないと思っております。

○川田龍平君 このタスクシフト・シエアをされ

る側も看護師のように人数が不足していることや負担が増えることを考えれば、既存の関係職種へのタスクシフト・シエアだけでは限界があるのではないかと思えます。

医師の働き方改革に関する検討会の報告書では、更なるタスクシフト・シエアの推進に向けて現行の資格制度を前提としたものに加え、将来的には、いわゆるナースプラクティショナーなど、従来の役割分担を変えていく制度的対応を検討していくべきとの指摘があったとあります。

また、タスクシフトの検討会の報告書では、ナースプラクティショナーのような新たな職種を創設することで医師の負担が軽減されると思われることから、今すぐ実現可能というわけにはいかないかもしれないが、長期的に検討を続けてほしいという意見が出されたこととあります。

これらの報告書では、指摘があったとか、といった意見が出されたら随分弱い書きぶりの印象があり、消極的にも取れます。なぜこのような書きぶりになっているのか、厚労省に伺います。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。委員今御指摘の、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シエアの推進に関する検討会、ここで医師の時間外労働の上限規制が適用される二〇二四年に向けて、現行制度の下で可能なタスクシフト・シエア、これを最大限推進するとともに、法令改正が必要な業務のタスクシフト・シエアについても、安全性の担保等の観点を踏まえ、異論のないところから進めるという考え方の下で議論を進めてきたということでございます。

御指摘のナースプラクティショナーのような新たな職種の創設につきまして、これは今議員御指摘ありましたが、ナースプラクティショナーのような新たな職種の創設を長期的に検討してほしいという意見がある、それはそのとおりなのでございますけれども、その一方で、まずは、特定行為研修制度を推進をいたしまして問題点を洗い出し

てから議論すべきという意見があったこともこれまで事実でございますので、その取りまとめにおきましては、こうした意見の御紹介にとどめさせていただきますというのがこの報告書の取扱いでございます。

○川田龍平君 検討会でも新たな職種の検討を求めている声が出ていますので、速やかに検討すべきと思えます。その上で、新たな職種で真っ先に思い付くのが、ナースプラクティショナーとフィジシャンアシスタントです。

両者の概要と違いについて厚労省はどのように認識しているのか説明いただくとともに、これまでこの二つについて先ほどの二つの検討会以外でも検討したことがあれば、その経緯について伺います。

○政府参考人(迫井正深君) まず、違いでございます。米国におけるナースプラクティショナー、これはNPと俗に呼びますがけれども、これは看護系大学院において高度な教育や臨床トレーニングを受けた看護師が一定の裁量権と責任を持って診断、治療、処方等を行うことができる専門職種であるというふうな私どもとしては認識をしております。

それからあと、米国におけるフィジシャンアシスタント、これはPAと俗に呼ばれますけれども、これは、医師の監督の下、手術の助手でございますとか手術の術後の管理等を行う職種であるというふうな私どもとしては理解いたしております。両者の違いにつきましては、厚生労働科学研究の報告によりまして、NP、ナースプラクティショナーは、バックグラウンドを看護に置き、専門分野別の教育を受けた専門職であり、患者のニーズに細かに、細やかに応えるための医療行為を行うほか、開業権も有するなど、比較的独立して職務を行うことが可能なという位置付けでございますが、その一方で、PA、フィジシャンアシスタントは、養成コースにおいて手技、それから手術手技等の教育を受けた医師の監督下に置

かれた助手であるということが掲げられております。

そして、その検討の経緯等でございますけれども、ナースプラクティショナー及びフィジシャンアシスタントにつきまして、二つの検討会以外につきましては、平成二十一年から二十二年にかけて行われましたチーム医療の推進に関する検討会、それから平成二十二年から二十五年にかけて行われたチーム医療推進会議、それから平成二十八年から二十九年にかけて行われました新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョンの検討会において取り上げられております。これらの検討会における議論の概略でございますけれども、チーム医療の推進に関する検討会において、特定行為を行う看護師とは異なる性格を有することから基本的な論点について慎重な検討が必要であるとされまして、その後のチーム医療推進会議におきましては、主に現在の特定行為研修制度創設に係る議論が行われましたけれども、その中で特定行為を行う看護師とNPとの違い等について委員の先生方から御意見をいただいたというところでございます。

そして、フィジシャンアシスタント、PAの議論の経緯といたしましては、チーム医療の推進に関する検討会において、外科医をめぐる様々な課題の一環として引き続き検討することが望まれるとされまして、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、ここにおきましては、PAの創設について重要な選択肢として検討すべきであるとの意見がまとめられた、こういう経緯でございます。

○川田龍平君 この米国の歴史遡ると、一九六五年のベトナム戦争から帰還した衛生兵に大学での教育と臨床トレーニングを与え、医師の監督の下、医師の助手として雇用したのがPAの始まりであるということで、本当に日本の医師会みたいな状況なのかなと思うんですけれども。

本間に、厚労省は、これまでの質疑の中でも、二〇二二年では医師は不足していると認めていま

す。しかし、医師を増やすには十年近く掛かり、二〇二九年には需給が均衡することを考えると、医学部の定員は増やすことが現実的でないと申すています。

そうすると、やはりタスクシフト・シェアが鍵を握るわけですが、例えば米国では、フィジシャンアシスタントは、大学卒業後、メディカルスクール及び提携病院で、修士課程である二、三年間のフィジシャンアシスタント養成コースを修了すればなることができます。ナースプラクティシヨナーは、看護師免許の取得後、看護系大学院での養成コース教育を二年間受けて修士号を取得すれば国家資格を取得する試験に臨むことができ、看護師以外の学士号を持つ者向けの養成コースも存在します。

ナースプラクティシヨナーもフィジシャンアシスタントを目指すのは、看護師など臨床経験を有する人も多いのは事実ですが、門戸は広く開かれています。医師の助手的な存在として、医師自身の過重労働緩和やチーム医療の要としての役割が期待されています。

二〇二九年には医師の需給が均衡するので、今からフィジシャンアシスタント等の検討を開始しても医師の過重労働緩和の即効性にはならないという指摘もありますが、しかし、需給が均衡しても、そこで想定される医師の働き方が一般労働者の過重労働基準すれすれであることを考えれば、中長期的な視点からもフィジシャンアシスタントやナースプラクティシヨナーを養成するためのメディカルスクールの制度及び資格の創設に取り組みむべきと考えますが、厚労大臣と文科省の見解を伺います。

○**国務大臣(田村憲久君)** ナースプラクティシヨナーに関しては、今、検討会で長期的に検討をしてほしいという御意見がある一方、それこそ、特定行為自体やれる看護師の方々の養成数、先般も御質問ありましたけれども、まだ十分に養成できていないという状況がございまして、これをまずしっかりとやるべきであるという御意見

もあるわけでありまして。

フィジシャンアシスタントにいたしましたも、ナースプラクティシヨナーは日看協の中ではそういうようなカテゴリーをつくっているという研修ややっていただいているんだというふうに思いますけれども、全体として制度がアメリカと日本では違いますが、どういふところを担っていただくんだというのことは、一応考え方はここで今局長の方から話ありましたけど、そこまで精緻に詰めていかなきゃなりません。

それから、それから養成課程ですから、カリキュラム作って、その上で試験か何か作ってやって、その後、世に出てきて、ちゃんと社会的にその医療の現場で機能が十分に果たせるまでにまた数年掛かるというのを考えると、やはりちょっと、医師の不足に対して、医師不足に対してこれを今どうするというのはちょっと、医師の養成にも時間掛かりますけど、こちらの新制度をつくるのにもかなり時間が掛かってくると思っております。それにすぐに間に合うというものではないので、そろそろ考えるのであるならば、日本の医療全体のとこで考えるかという中において位置付けていくというべきものであるだろうかと、私はそのように認識いたしております。

いずれにいたしましても、医師の方は今も三千五百名から四千名、毎年増加をいたしておりますので、このような中において、医師の需給といふものをしっかりと均衡させる中において必要な診療科に必要な医師を養成していく、また地域偏在をどのように是正していくか、こういうことをやっていかなきゃならぬというふうにご考えております。

○**政府参考人(川中文治君)** お答えいたします。議員御指摘でございましたナースプラクティシヨナーとフィジシャンアシスタントにつきましては、例えば看護師であれば、厚生労働省が指定する研修機関におけます特定行為研修を修了した者が一定の診療の補助を行えるという制度がある

ということは承知してございます。

一方で、ナースプラクティシヨナー等の制度化及び国家資格としての整備をすることにつきましては、厚生労働省において検討されるべきものと承知しており、文部科学省といたしましては、厚生労働省の検討を踏まえて協力をしてまいりたいと考えてございます。

○**川田龍平君** このナースプラクティシヨナーやフィジシャンアシスタントを養成するためのメディカルスクールの必要性について質問しましたが、医師の養成のメディカルスクールについても伺います。

政府は、平成二十三年十二月にメディカルスクール導入に係る論点整理をしています。しかし、その後の動きは鈍く、結論には至っていないようですが、これはなぜでしょうか。また、今後、今も検討は続いているのでしょうか。文科省に伺います。

○**政府参考人(川中文治君)** お答えいたします。

議員御指摘のとおり、平成二十三年年度に実施されました今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会におきまして、メディカルスクールにつきましては、医師不足の解消や多様な人材の確保という観点からヒアリングの中で提案がございました。検討した経緯がございまして。

その際、制度の導入までに時間を要するということや、二重の養成制度が併存することによる現場の混乱、六年制課程と同じ、同様の専門的能力が確保できるかどうかという、疑問であるということなど、医療関係者や団体の間に慎重な意見がございました。

文部科学省といたしましては、社会における人材ニーズを踏まえて、厚生労働省と連携しつつ、関係団体からの御意見も伺いながら医師養成に取り組んでいきたいと考えてございます。

○**川田龍平君** この医師の養成課程については、医学部に入るといふその進路決定が十代半ばになされ、医学部に入ったら医師という職業に進むわけです。本委員会の質疑でも、地元の優秀な人材

が医学部に行ってしまうことが問題であると、厚生労働大臣の答弁もありました。偏差値が高い学生に進学校の実績を積むための進路指導や、医学部に何校、何人入った高校は優秀だとかいう風潮もあり、それらは是正も必要ですが、医師になる道が大学医学部入学に限られていることも影響しているのではないのでしょうか。

本法律案の衆議院での審議の出席した本田参考人も、高卒の時点で本人に医師の適性があるかどうかを判断させるのは酷であることや、優秀と言われる医師の中にももう少し別な職業を選択した方が本人にも患者さんのためにもよかったのではと感じる人もいるといったことから、より適性がある人を選抜し、臨床教育を充実させるために、日本でもメディカルスクールを既存の医学部と並立する形で導入することを提唱しています。

また、一旦違う進路を選択したけれども、医師になりたいという人は少なからずいます。そういう方には、今も学士編入という制度はありますが、しかしそれでは、養成に十年掛かると言われているところ、二、三年程度の短縮にしかありません。米国の型でメディカルスクールであれば、四年で一人前の医師になると言われています。

医師のメディカルスクール導入に向けた検討をするべきと考えますが、改めて厚労大臣及び文科省の見解を伺います。

○**国務大臣(田村憲久君)** 今、文科省の方から在り方に関する検討会の話ございましたけれども、やはり日本の場合には、医学部という道があつて、それともう一つできるということ自体、やはりいろんな混乱が生じる可能性もありますし、そもそもちょっとアメリカとはやっぱり全体的に医師の養成も含めて体制が違うということもあると思えます。

医療関係者からお聞きすると、やはりなかなか慎重な意見が多いなというのが私の実感でもございまして、今現状として医学部の定員枠を増やしてきておりますから、その中で医師はしっかりと養成をさせていただきたいというふうにご

おりますし、今も言われるとおり、自ら途中で、大学へ行っていて、医の道に入りたいといつて医学部に入り直されるという方もおられますから、決して十八歳で必ず道を決めているというわけではございませんので、私もそんな友人何人かおられますので、今あるこの制度の下においてそれぞれが医の道を目指していただければというふうに思っております。

○政府参考人(川中文治君) 先ほど御答弁させていただきましたが、かなり慎重な意見が多かったわけでございます。先ほども申しましたが、社会における人材のニーズに踏まえまして、厚生労働省と連携しつつ、関係団体からの御意見を伺いながら医師養成に取り組んでまいりたいと考えてございます。

○川田龍平君 医師の需給バランスを考えるとメデイカルコースは現実的ではないとの声もありませんが、医師の資格を生かして臨床以外で活躍する道も十分にあり得ますので、現に我々のすぐ身近なところでは、国会議員ですとか厚生省の医系技官ですとか、活躍しています。研究者やコンサルティング業界、弁護士、介護分野の産業、さらには国際保健分野など、もう様々活躍の場があります。

厚生省は医師の供給過剰の懸念を強調されますが、医師免許を持った人が必ずしも医師としてずっと活動しなければならぬわけではなく、むしろ医学の知識を生かした多様な活躍が期待されていると考えますが、厚生大臣の見解を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) それはそのとおりだと思います。これからそういう分野へどれぐらいの方が行くかというのなかなか推計するの難しいんですが、ただ、今回の推計に関しては、臨床と臨床以外に分けて一応推計いたしておりますので、そういう意味では、言われた研究分野でありますとか産業、また医療、製薬業務、こういうものに行かれる方々、さらには国際分野等々、こういうものの方々も一応推計の中に入れておいて

ただいで需給ということを出させていただいております。

医師としての資格を持ちながらいろいろな分野で御活躍いただく、こういうことは大変重要だというふうにご考えております。

○川田龍平君 ところで、厚生大臣が衆議院の質疑の際に、医師を養成するのにならぬ国としてはお金を、公費を使っているものでありますから、そういう意味からいたしますと、やはり医師というものはそれなりに計画的に、今までも定員枠というものを議論してきたわけでありましてと答弁されております。

医師一人の養成にどの程度の費用が掛かっているという認識か、厚生大臣に伺います。

○国務大臣(田村憲久君) なかなか、国公立もあれば私学もございまして。それぞれに国の方から費用というものを、一部出ているわけでありまして。なかなか難しいわけでありまして、一般の学部と比べると、もちろん教員もそうでありまして、それから施設設備、そういうものも非常に多額を掛けておられますので、そういう意味では多額の費用が掛かっているというふうに思います。

これ、一応事例であります。産業医科大学について申し上げますが、六年間で一人当たり約九百万円掛かっているということでありまして。また、自治医科大学では、六年間で一人当たり二千三百万円ぐらい掛かっているということ、あともう一つ、これ、学生一人当たり一年間の医学教育費を、これ日本私立医科大学協会の調べでありますけれども、この調べでは、一人当たり一千九百十五万円掛かっているということでございます。

そういう意味では、やはり国として医師を養成するということは非常に重要であるというふうな認識の下に、費用を掛けてでもやはりしっかりと医師を育てるというか、世に輩出をさせていこうという考えの下でこのような対応をいたしておるものというふうにご認識いただいております。

○川田龍平君 ちよっと時間ですので一問飛ばし

ますが、具体的な額は把握していることではございますが、具体的な額は把握していることでは、具体的な額はちよっと分からないと思っております。ほかに養成に費用が掛かる学部があると思っておりますが、そういった養成費用に係る、他学部と比較してもなお医学部には供給過剰を抑えるための規制をするほどの多額の公費が投入されているのか、文科省に伺います。

○政府参考人(川中文治君) 先ほど厚生労働大臣から御答弁がありました。文科省も把握しているものとして、医学部教育に係ります養成費用につきましては、日本私立医科大学協会の調査で、一年間約一千九百万円であるということは承知してございます。

さらに、医学部以外の学部における養成費用につきましては、学部ごとの費用に関する調査について把握してございまして、単純に医学部における養成費用と比較することはできないということになってございまして。

○川田龍平君 いや、是非、こういった議論のために必要だと思っておりますので、今後は是非把握していただきたいと思っております。

実際、日経メデイカル誌でも、根拠の薄い高額養成費で減私奉公は強制などと取り上げられています。日経メデイカルのこの記事にもありますけれども、医師の養成費用が医師需給の議論に結び付くのであればデータに基づいた政策決定をお願いしたいと思っておりますが、厚生大臣、いかがでしょうか。文科省。

○国務大臣(田村憲久君) 文科省とやらないとなかなか我が省だけでは対応できないので、相談させていただきます。一方、私だけの意見ではなくて、これ医師需給分科会の中においても、医師養成に多額の公費が用いられていることを含め、医師の供給過剰となった場合の課題も踏まえて議論をいただいております。このことでは、やはりそういう認識がそれぞれ有識者の中にはあることだと思っておりますが、具体的ななところでございますから、文科省と相

談をしてまいりたいというふうに思います。

○政府参考人(川中文治君) 令和五年度以降の医学部定員の高さを含む供給、供給方針につきましては、先ほどの厚生労働大臣の答弁ございましたが、医師の養成費用のみではなくて、有識者の助言を踏まえて行われた医師需要の推計とか医師偏在指標のデータを踏まえつつ、現在、厚生労働省の有識者会議において議論されていると承知しているところでございます。

○川田龍平君 今法律案は、この医師の働き方や医師の養成の在り方を考えさせられる内容です。高校でトップであるから、東大理三に受かるから医師になる、医師一人の養成に一億円掛かるから医師はとにかく辞めるな、出産、育児は後回しにして、とにかく働けといった風潮をなくして、真に地域の医師、医療に真摯に向き合いたい医師を養成するとともに、医師数を余裕のあるものとして、無理なく働けることが重要と考えます。

また、医師だけにまた介護も含めて医療も担わせていく西洋医学的なこの一辺倒の医療ではなく、教育による生活の改善など、メンタルヘルスも含めて多職種の連携を進めることが医師の働き方改革のためにも、制度、この統合医療などを進めるなど制度設計を改めることも求めて、質問を終わりたいと思っております。

○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。

午後零時二分休憩

午後一時三十分再開
○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。

として三浦靖君が選任されました。

○委員長(小川克己君) 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。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。今日も、医療法の質疑の後、採決ということをお願いしておりますが、やはりちょっとコロナを先に質疑をさせていただきたいと思っております。

やはりこのコロナなんですけれども、九割が変異株になってきたというふうなことでありますし、そしてまた重症者の数がこれはずっと右肩上がりということで、これが本当に深刻でございますまして、先ほど、報道見ておられますと、今日、厚生労働省の発表した重症者の数が千二百四十人ということで報道がされております。死者数も、昨日は百二十三名ですかね、ということで死者数も非常に多いということで、非常に深刻であります。この変異株が九割ということでありますから、これはやっぱりワクチンを一日でも早く、一人でも多くに届けていくということをやったり全力でやっついていかなくてはならないというふうに思います。

ただ、また報道見ておられますも、町長がワクチンを接種した、それがどうなのかというふうなことで報道もありますが、私はやっぱり厚生労働大臣には早くワクチンを接種していただきたいなと思えますね、田村大臣には。それはもうやっぱり厚生労働省のトップですから、今回のやっぱり厚生労働省がこのコロナ対策の司令塔でもあるわけですから、もちろん西村大臣もおられますけれども、やっぱりそういった方々には国会議員よりもいち早く打っていただきたいというふうに思います。

ちよつとPCR検査のことについて、まずこれから質問をさせていただきたいと思いますが、非

常に町じゅうでPCR検査がこれができるようになってきておまして、特に民間のPCR検査ですね、新型コロナPCR検査センターということ、新橋とか新宿とかでは結構有名で、人が大変並んでいるというふうな報道もありました。それだけではありませんで、薬局行ってもPCR検査売ってあります、これはかなりの数があるんじゃないのかなというふうに思っております。通信販売というかネットでもやっぱり購入もできますし、かなりの数が広まっています、じゃ、そのPCR検査は一体どうなっているのかなというふうに思うわけですが、このPCR検査の数そのもの、民間ですね、そういった民間の数そのものとか陽性者数とか、こういったものの把握というものを厚生労働省の方でしているのかどうか、伺いたいと思っております。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。お尋ねの数なんですけれども、都道府県に対して、自費検査のみを提供するような検査機関における検査件数と陽性数の報告を求めているところではございます。ただ、この報告、検査機関にとっては任意の協力という形になりますので、今幾つかの自治体から報告は上がり始めているところですが、ちょうどそれを精査しているところで

感染状況が厳しい現状において、自治体や検査機関の本報告に係る負担を十分考慮する必要があると思いますが、引き続き、自治体や検査機関の検査件数等の報告への協力は求めているというふうには考えております。

○東徹君 これはやっぱり今早急に求めていかないと、やっぱりこれ今拡大しているときで一番気になるのは、やっぱりその検査数もそうなんですけれども、そこで陽性者が判明したときに、その陽性者の方々がきちんと医療機関につながっているのかどうかということが非常にやっぱり心配なわけですね。

その陽性者数がどうなっているのかということ、これ保健所にもそういう結果が行くような仕

組みになっているのか、なっていないんだたらこれ今後どうしていくのか、是非お聞きしたいというふうに思います。

○国務大臣(田村憲久君) 自費検査でございますけれども、それやはりニーズに合わせて民間が検査機能を整備してきたという状況があります。以前も申し上げましたけれども、厚生労働省のホームページの中で、民間検査やられている、自費検査やられているところを、これを一覧をオープンデータという形でお示しする中で、そこでちゃんと提携医療機関等々を持っていたら、何かあったときにはちゃんとその医療機関の方に、まあ何かというときでなければ、必ず診てもらおう、そういうような対応をするようにという形で、このオープンデータの中ではそういうふうになっております。

医師がそれを確認すれば、これは医師は届け出なければならぬとなっておりまして、医師が確認してちゃんと診断すれば、その結果、本当に陽性だったらそれは届け出ることには制度上なっておりますので、そこまで行けばまあ医師は守っていただけますから、必ず対応いただけるというふうに思うんですが、今も局長から話がありましたとおり、自費検査ですから、そこは強制権はないわけでありまして。

一方、検査をしている民間の検査会社、こういうところには、感染症法上でありましてけれども、要請ができるというふうにはいたしました。先の改正の中に、これは医療機関のその病床をしっかりと確保していただくという意味での要請と同じような、あの一連の項目のところに入れさせていたいただいているんですけれども、これ要請できるようにいたしました。要請をした場合、間かなければ当然勧告になって、勧告でも合理的な理由がなければこれは公表というところまで行くようになりまして。

ですから、要請の中でちゃんと、言うなれば誓約書を取っていただいで、その上で何かあったら

きには提携医療機関につないでいただくというふうな、こういうことを要請いたしておりますので、基本的には、合理的にちゃんと対応していただかなければ一定の公表というような事態があるというところまでは、まあ罰則ではありませんけれども、今回の法改正の中では入れさせていただいております。

最後は個人になりますから、そのそれぞれの個人の方々にちゃんと対応いただけるように、各検査機関の方に今このような形で要請、お願いをさせていただいて、対応をいただくべく我々としてもいろんなお願いをさせていただいておるところでございます。

○東徹君 ありがとうございます。ただ、やっぱり実態がしっかりと把握できるような仕組みにしていけないと、やっぱり個人任せだどこまで本当に医療機関に行ってくれているのか分からないという状況があると思っております。ここはやっぱり今後検討していく必要があるのかなというふうに思います。

是非この点につきましても、やっぱり今後こういうことがまた起こったら大変ですけれども、やっぱり大事なところかなというふうに思いますので、是非お願いいたします。

続いて、ワクチンについて伺いたいと思っておりますが、全国知事会の緊急提言が先日ありました。ワクチンの接種を円滑に進めるために、一般接種分も含めた具体的な供給のスケジュールですね、配分量、確定日、確定の日付で提示を求めて、可及的速やかに示してくれというふうな要望がありました。

海外でのこのワクチン接種が進んで経済活動が再開されるニュースがこれ報じておまして、我が国でいつになったらこれワクチンが打てるのかというのは、一般の人向けには非常にこれ不満が高まっているところだというふうに思います。

自治体でのこの接種の担い手確保に関わるために少しづつでも供給スケジュールを自治体に示してあげないと、やっぱり大事だというふうに思い

ますので、これいつ頃示していただけるのか、この点についてお伺いしたいと思います。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。

全国知事会を始め自治体の皆様から以前より供給スケジュールの見直しなどの確定した情報の迅速な供給について御要望をいただいていたところでございます。

このため、今般、新型コロナウイルス等の供給量、時期の見見性を高め、自治体により実務的な接種計画を立てることができるよう基本配分計画を作成し、六月最終週までに配送するワクチンについて、各都道府県、市町村へ最低限分配できるワクチン量と時期をお知らせしたところでございます。

また、具体的な配送日については、ワクチン分量の確定後、ワクチンの配送量、配送先等に依りてファイザー社が計画を策定し、各基本型接種施設に通知されることとなっておりますが、可能な限り配送日を早くお知らせできるよう、ファイザー社などと調整を行ってきたところでございます。

引き続き、接種体制を構築していただいている自治体の皆様に情報をできるだけ早く提供できるよう努めてまいりたいと考えております。

○東徹君 是非とも、ワクチンをやつぱり早急に始めていくためには、やつぱりスケジュール感が自治体の方で把握できないことにはその段取りというのがなかなかできないというふうに思いますので、早急に配送日も含めてファイザー社の方にもやつぱりその点のことをしっかりとやっていただくように指示をしていただきたいというふうに思います。

続きまして、今後、ワクチンの供給量がこれ多くなってきた場合に、接種場所によつてはこれ余つてしまふということも考えられますけれども、そうした場合、廃棄しなくて済むように、接種券の送付を受けていない人への接種も行うことも含めて、これどういった方針で臨むのか、この点についてもお伺いしたいと思います。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。

接種の予約のキャンセルなどによつてワクチンが余つた場合の対応については、各自自治体で可能な限り工夫していただくようお願いしてきたところでございます。

厚生労働省からは、自治体説明会とか自治体向けの手引きにおいて、医療従事者等とかそれから高齢者施設等に入所している高齢者への優先接種の局面においては、接種日当日にキャンセルなどが生じた場合、例えば自施設や近隣の施設等で接種可能な医療従事者などを集めるとか、それからそのほかの方への接種の局面においては、例えば当日キャンセルが生じた場合に備えて、市町村のコールセンターや医療機関で予約を受ける際に予約日以外で来訪可能な日にちをあらかじめ聴取しておき、キャンセルが出たタイミングで電話などで来訪を呼びかける等の対応が考えられることを既にお示しをしております。なお、その際、感染拡大防止等の観点から、予約なしで希望者が殺到するようないことがないように、各自自治体で御対応いただきたいと考えております。

いずれにしても、貴重なワクチンが無駄なく使用していただけるよう、適正な接種を担保しつつ、自治体の実情に合わせて接種を進めていただくことを考えております。

○東徹君 今日報道で二十代、三十代の方もコロナで亡くなられたというふうな報道がありました。ですから、六十五歳以下の方であっても、やはり接種券が今なくても、もう打てるような状況にあるんなら柔軟に対応していくということを是非、お示しをしておられるということでありすが、なかなか現場ではそういった質問もやつぱり受けることもありまして、また徹底していただくというふうなふうに思います。

続きまして、法案のこの医療法のことについて入つていかせていただきたいと思つています。また時間がありましたら、もう一度コロナのことに戻りたいと思つていますが、勤務医の働き方改革についてであります。

勤務医の長時間労働、今回も時間外労働の上限規制を入れることになつたわけですが、まあそれは働き方改革ということですが、令和二年度の診療報酬改定において勤務医の働き方改革のために百二十六億円の負担がこれされていいますが、これはどういったことに充てたのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

令和二年度診療報酬改定におきましては、過酷な勤務環境となつております地域の救急医療体制におきまして一定の実績を有する医療機関につきまして、適切な労務管理を実施するために地域医療体制確保加算という加算を新設いたしました。この加算でございますけれども、具体的には、救急搬送件数が年間二千件以上で、かつ病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する、整備するものとして届け出た保険医療機関に入院している患者さんにつきまして、入院初日に限り五百二十点を所定点数に加算すると、こういう仕組みでございます。

○東徹君 じや、それによつてこの勤務医の働き方改革が進んだのかどうか、この点についてお伺いしたいと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

この令和二年度診療報酬改定について、結果検証に係る特別調査を実施いたしました。その特別調査の実施の中で、この加算を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関につきまして、勤務時間の実態についても調査をいたしました。その結果でございますけれども、まず、一か月間の一人当たりの平均勤務時間につきましては、令和元年十月と令和二年十月を比較いたしました。この時間につきましては、地域医療確保加算の届出の有無で大きな差は見られなかった、差は基本的に見られませんでした。

一方で、医療機関における一年前と比較した勤務時間の変化につきまして、医師に、個別に医師にも調査をいたしました。その結果でございますけれども、短くなったと回答した医師の割合が、

届出の施設におきましては一四・六％、それから届けていない施設におきましては一〇・九％ということ、やや届出をした医療機関の方が短くなった人の割合が多くなつております。

また、この加算を届け出る施設と届けない施設で医師の負担軽減策が実施されているかどうかということについても調べましたけれども、おおむねその加算を届け出ている施設の方が高い傾向でございます。例えば、当直翌日の業務内容の軽減策を実施しているかどうかということにつきましては、届出ありの施設が六六・七％、なしの施設が二七・九％ございました。医療事務作業補助者の外来への配置につきまして、届出ありの施設では八七・九％、届出なしの施設では五一・三％という状況でございます。

そういう意味では、まだ勤務時間の実態が大きく変化するところまでは行つていませんけれども、加算によりまして業務内容の時間を短縮するための取組は多くされていると、こういう結果でございます。

○東徹君 一割程度ということ、余り変わつていないなというふうな感じはいたします。また、これについてはまたしっかりと把握をしていきたいというふうに思いますので、よろしく願ひいたします。

また次に、公立また公的な病院についてであります。今、午前中からも地域医療構想のことについていろいろと議論がありました。私は、公立病院の再編リストを出したということにつきましては一定評価をさせていただきます。私としては一定評価をさせていただきます。何か資料、たたき台というものがなかったら議論というのがやつぱり始まらないわけでありまして、非常に厚生労働省もいろんな批判はあつたかと思つていますが、出すことによつてのやつぱり議論が始まつてきたというふうに思つています。それは一定評価をさせていただきます。

その四百二十四の公立病院のこのリストが出たわけでありまして、この含まれる四百三十六病院

のうちなんですけれども、この病院の中で新型コロナウイルス患者を受け入れている病院、これがどれくらいあるのか、お伺いをさせていただきたいと思っております。

○政府参考人(迫井正深君) お尋ねのその受入れ実績のある病院、四百三十六のうちでございます。令和三年三月三十一日までに、これはG-M I Sで報告のあった再検証対象医療機関、これは四百二病院、四百二医療機関がG-M I Sで報告がございました。そのうち、これまでに二百七十二の医療機関で受入れ可能との報告がありまして、そのうち七三%に当たる百九十八が実際に受け入れた実績があるということでございます。

○東徹君 これ非常にどうしてと、こう思うわけなんですけれども、公的な病院ですと、まあ公立・公的病院ですから、本来こういったコロナの患者を是非ともこれ受け入れていただきたい病院だというふうに思うわけですね。それが全体のこれ半分以上というのは、じゃ、これ民間病院はなかなか受け入れてくれないですよ、やっぱりなかなか、これはやっぱり民間病院は小さいところもありません。公立・公的病院で半分以上というのはこれは非常に少ないんじゃないかというふうに思うんですが、これはどうしてそうなっているのかということについてはいかがですか。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。公立・公的医療機関と申し上げても様々な役割がございます。その公的・公立医療機関、元々の言ってみれば含まれている医療機関の役割が様々なケースの場合と、あるいはかなり中山間地域で当該医療機関しかないようなケースにつきましては、事実上その幅広い診療を担っている、あるいは公立・公的の中でも、例えば重症心身障害のそういった専門診療をやっているようなケースの場合もございます。

ということですので、公立・公的に期待される役割、一定の役割は規定しておりますし、その役

割は幅広いものがございますけれども、必ずしも全てがコロナの患者さんを受け入れる、現時点でコロナの連携体制の中で位置付けられている役割は様々ございますので、一概にこの数字だけでも十分、不十分ということについての評価はなかなか慎重にやらねばならないのではないかなというふうにご考えております。

○東徹君 まあそれは一定の役割があるんですけども、やっぱりこれだけ今感染者が出て病院に入院できないという状況があるわけですよ。それで自宅で亡くなっているというふうな状況があるわけですよ。だから、奈良県とか、まあ大阪府もそうですけれども、勧告をして病床数を増やしていくということをやったりしているわけですね。

今、非常に全国的にもう増えてきている中で、やっぱり半分以上しか、公的な病院が半分以上しか受け入れていないというのは、その数字上ではあります。やっぱり少ないんじゃないかというふうに思います。是非やっぱりそういったところを精査して、やはり受け入れてくれる、ここだったら受け入れてくれるのに、何で受け入れてくれないんだという病院には是非受け入れをやっぱり要請していくべきだというふうに思います。いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 県立のいろんな医療機関等々ありますが、今、県立の病院等々は、いろんなところの再編をそれぞれの都道府県のいろんな政策の中でやっておりまして、言うなれば、県立であるけど規模はそれほど大きくないような医療機関もあるのも事実であります。そういうところは、なかなかコロナの患者を診ると、他の医療を診ておりますから、感染防護の観点から難しいというふうなこともあります。それからまた、コロナは受け入れていただかなくても、先ほどの後方支援病院のような役割も果たしていただいているところも、まあつぶさには調べてありませんけど、多分あられると思います。

これ、三月三十一日の数字でしたけれども、そ

の後、やはり感染が今、全国的に拡大をしております。我々、三月の二十四日、二十四日でしたかね、要はこれからの、次のコロナの流行に向かつて医療体制を各都道府県整備していただきたいというお願いをさせていただきまして、これ、五月いっぱいという話なんです。もうこの四月のことある程度我々も予見しておりましたので、四月にも感染拡大が起こることも含めて、五月は最終形でいいけれども、それまでもう感染拡大することを含めてダブルトラックで整備を進めてくださいと、こういうお願いをいたしております。

でありますから、ここから更に、言われるとおり、今まではコロナの受入れをしていなかったようなところも当然病床を増やしてもらわなきゃいけませんので、お願いに多分、各自自治体、都道府県ではしていただいているんだらうと思っております。ちよつとまだ集計で上がってきておりませんが、ちよつとまだ集計で上がってきておられるか分かりませんが、これはちよつと一定期間間いただいで、またG-M I S等々で、調べさせていただきますというふうに思います。

○東徹君 是非、そういったことが迅速に分かるような仕組みを構築していただいているんだというふうに思うんですけども、是非それを見ていただいで、やはり、ここはやっぱり受け入れてくれるんじゃないかと、受け入れるべき病院だというふうに判断するようなところには、是非受け入れたいということを要請していただきたいと思っております。

非常に大阪も今、感染拡大がまだまだ収まるような様子にはありません、残念ながら。死者数も五十人前後がやっぱり続いております。そんな中でも、民間病院でももう丸々、病棟一個丸々コロナの受入れをさせていただいている病院もあります。小さな病院でももうコロナを受け入れていただいでいる病院もあるわけでありまして、やはり公的病院がまず受け入れてくれなかつたら民間病院もやっぱりなかなか受け入れてくれないというふうに思いますので、是非ともそう

いった対応をお願いしていきたいと思っております。以上で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した。

○梅村聡君 日本維新の会の梅村聡です。おとこの質問のちよつと続きになるかと思うんですが、最初にインドの変異株について、これ昨日もWHOから一定の発表があったというふうにお聞きしていますし、それから報道では、インド在住の日本人の女性の方がお亡くなりになったり、あるいは百人近く感染者も出ているというお話がありますけれども、改めて、現時点でこのインド変異株について、臨床上の特徴ですね、もしこれ現時点で厚労省で分かっていることがありましたら、教えていただきたいと思っております。

○政府参考人(正林晋章君) お答えします。インドで最初に検出された変異株Bの1・617ですけれども、ちよつと昨日、国立感染症研究所において、まず、英国で最初に検出された変異株Bの1・1・7と同程度に感染性が高い可能性が、あること、それから、懸念される変異株、いわゆるバリアント・オブ・コンサーンですね、VOCに位置付け、監視体制の強化を行うこと、それから、治療薬、抗体医薬の効果をも弱めることや中和抗体に影響を与える可能性が示唆されていることなどの評価、分析がなされたところであります。

○梅村聡君 日本人に対してどれぐらいの影響があるかということも、これも厚労省としては是非急いで調べていただきたいなというふうに思います。というのは、万が一今のワクチンが効果が若干減弱されるというふうなものになってきましたら、これまた新たな対策を考えないといけませんし、効くのであれば、これ今ワクチンを打っている最中ですから、できるだけこの入ってくるスピードを先延ばしできれば、そのうち日本人が皆ワクチン打って迎撃態勢ができるわけですから、いずれにしても、特徴をしっかりと把握することと迎撃態勢ができるまでの時間をできるだけ引き延

ども、今、高齢者の方が各地で予約が始まっています。中にはちょっとネットの作業が難しいというところもあるんじゃないかと思うんですが、今日一つお尋ねしたいのは認知症の方です。この認知症の高齢者の方は、ワクチンをまづ打つという自己決定をどのようにしていくのか。もちろん施設だった施設の職員さんとか、あるいは成年後見人が付いておられたらその方とかいろいろあり方があると思うんですけど、特にひとり暮らしの方を含めて認知症の方のワクチンの自己決定。

それからもう一つは、役所側から、自治体側からすれば、打たないから予約をしないでいいのか、あるいは認知症の方なのでそういうことができないから予約をしてきていいのか。これも見分けがなかなか付かないので、改めて、今日は認知症という話をしましたけれども、そういう方々のワクチン接種というのは、これどのように対応を考慮しておられるのか、教えてください。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。

新型コロナウイルスの接種については接種対象となる皆様に対しては、これまでお話しして通り、対象者が接種を希望する場合に接種を行うこととしております。

御指摘の認知症の高齢者などで意思確認を行うことが難しい場合についても、それぞれの状況に応じて、かかりつけ医など日頃から身近で寄り添っていらっしゃる方々の協力を得て、本人の意思、接種の意向を丁寧に酌み取るなどにより本人の意思確認を行っていただき、また、意思は確認できるものの身体的事情等で自署ができない場合には、意思を確認した方による代筆を行っていただくことも可能であるといった旨を周知しているところでございます。

引き続き、対象者が円滑に接種を受けることができるよう必要な取組を進めてまいりたいと考えております。

○梅村聡君 現時点ではこれが正解という、一番効果的というやり方って僕はなかなか難しいと思

うんですね、皆がかかりつけ医を登録されているかどうか分かりませんので。だから、こういう問題があるんだということだけは是非厚労省としてはしっかり認識をしていただいております。うふううに思います。

それでは、法案の前身の方に入らせていただきます。今日、今日は大学病院の勤務する医師についてお伺いをしたいと思います。

前回の参考人質疑の中で、山本参考人の方に、私は、大学病院の勤務医師というのはこれなかなか雇用が複雑だと。一つは大学病院で働く臨床医としての契約と、それから、授業をするとか、あるいは研究で論文を書く指導をするとか、この場合は医学系研究科というところに所属をしている。だから二つの場所で働いている。さらに外勤というのがありますから、トータルでの労働時間をどう把握するのかということになってくる。これ誰が一義的に労働を管理する責任があるのかと。病院長なのか研究科長なのか、あるいは誰かそういう専任の方を置くのかとか。それから、タイムカードを打つにしても、大学病院の中だけのタイムカードでいいのか、ログインの記録も含めて学部の方で働く時間をどうしていくのか、そう考えていくとなかなか管理は難しい。参考人の方からはこれから検討をしますという話なんですけど、やっぱり厚生労働省として、こういう基本的な考え方で労働時間を管理するんだというのをやっぱり用意しないと、八十幾つの大

学と大学病院でこれも好き勝手なことが行われる可能性もありますので、改めてこの考え方を教えていただきたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 労働基準法では、労働時間、休日、深夜業等について使用者に義務を課しております。使用者はこうした義務を履行するために労働時間を適正に管理する義務を有しているということでございますけれども、この場合の労働基準法における使用者とは事業主のみを指すものではございませんで、労働基準法上の義務についての履行の責任者であり、事業運営の実

態に即して決定される使用者が労働時間を適正に管理することになるということでございます。

この使用者による大学病院勤務医の適正な労働管理が徹底されるような措置をいたしまして、厚生労働省をいたしましては、労働時間短縮計画策定ガイドラインでございますとか、評価センターによる評価に関するガイドライン等の中で労働管理の方法等について盛り込むこととしております。ほか、改正法に基づいて作成することとなっております。医師の労働時間短縮等に関する大臣指針においても、使用者たる医療機関に対する推奨事項として適切な労働管理の実施等に関する事項を盛り込むこととしていたしております。これらを活用しながら医師の働き方改革の趣旨や目的について丁寧な周知に努めてまいりたいと考えております。

○梅村聡君 そうすると、結局、そのどっちがどうするかということ、その大学の状況次第ということでもよろしいですか。

○政府参考人(迫井正深君) 繰り返しの答弁になりますけれども、その使用者に関しましては、先ほど御説明したとおり、その事業運営の実態に即して決定するというのが基本でございます。その使用者がどのような形で管理をするのかについては、これ実務の問題もありますけれども、よく分かっていたらただけるような周知、これについてはしっかりとやらせていただく、そういうことでございます。

○梅村聡君 非常に複雑ですし、例えば、動物実験をしているから動物舎に入っているときというのはもう誰も見ていないような状況ですし、ですから、そういった意味でいえば非常に管理が難しい組織なんだということ、これも是非考えていただきたいというふうに思います。

それからもう一つは、同じ山本参考人にもう一つお聞きしたんですけれども、大学病院におられる多くの医師の中には大学院生という身分があります。今回、大学院生の医師の方はこの働き方改革のこういう規制の対象かという御質問をしたと

きに、ちょっと私の認識が悪かったのかもかもしれませんが、大学院生は学生なのでちょっとそれの外側じゃないかみたいな印象を私は受けたんですけども、私は、決してそうじゃなくて、もちろん研究心で大学院で研究されている方も多いんですけども、やはり医局の命令で、この時期になったら大学院に帰ってきなさいと、帰ってくると、病院の診療もしてください、学生の指導もしてくださいという、まあちょっと言い方は悪いですけど、労働力として医局に戻ってきているという方も実際には多々ありますので、ですから、大学院生だから今回のこの働き方改革とはちょっと、何というか、当てはまらないんだという話は、それは私は実際には通らないんじゃないかと。

〔委員長退席、理事目見はな君着席〕

あるいは、学生だったら、じゃ、何ほでも働かせていいのかということにもつながりかねないもので、この大学院生が今回この働き方改革の中でどのような位置付けになっているのかと、このことも教えてくださいたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 御答弁申し上げます。

医師の働き方改革、これ具体化する労働基準法でございますとか医療法の適用に関しましては、大学院生であるかどうかにかかわらず、労働者として診療に従事する医師を対象とするものでございます。

そして、その労働者に該当するかどうかにつきましては、これもまた大学院生か否かではなくて、あくまで業務に関する指揮監督の有無など、個々の働き方の実態を総合的に勘案して判断されるというのが基本的な考え方でございます。

○梅村聡君 逆に大学側にきちんとそのことを周知しておかないと、例えば自己研さんという時間を大学院生なんだからやるのは当然だろうという話になったら、やっぱりおかしくなるわけなんです。だから、やっぱりそれは労働者としてのこれは時間なんだということをはっきり言わないと、要するに、この今のままでいったら、大学院

生の研修とかそれから研究会への参加とか、それは学生としての本分だろうと言われてしまうと、これ労働時間に入ってこなくなりそうです。ですから、この辺りを、今おっしゃった考え方なんだということもこれしっかり伝えていただくということをお願いしたいと思います。

〔理事自見はなこ君退席、委員長着席〕

それからもう一つは、タスクシフティングの話なんですけれども、今回、タスクシフティングは、実施するためには法令改正が必要な業務について検討会で検討した。ですから、いろんなタスクシフティングがあるんだけど、法律改正が必要なものについて今回はしたことなんです。この検討会の中で、じゃ、法律改正をしなくてもタスクシフティングとして医師の働き方改革に資するものかというものは具体的にどういふものがあったのかというのを教えてくださいたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会におきましては、現行制度の下で実施可能な業務のうち特に推進するものとしたしまして、検査等の説明と同意、それから各種書類の書きとか仮の作成、そして診察前の予診などの業務が挙げられているところでございまして、これらの法改正を行わずとも既に実施できる業務につきましては、実施可能な業務として通知を发出することに追加しまして、その導入あるいは推進のプロセスについて、費用対効果の評価のようなものも含めまして好事例を収集、分析をいたしまして周知することにより、タスクシフト・シェアの推進に努めてまいりたいと考えております。

○梅村聡君 そういふ好事例といいますが、こういうことができるということをご厚労省でもまとめて、是非ちょっと医療機関に分かるようにしていただきたいと思うんですね。

私の経験上、例えば長時間というか、なかなか休めないなと思ったことが、入院患者さん、例えばおられるとしますよね、その御家族への説明と

いふのがあるんですね。やっぱりそういう方は御家族が平日は働いておられたり、親戚一同全てが説明を聞くためには土曜日か日曜日じゃないと先生の説明が聞けない。そのときに、いや、土日は、これは休みだから説明をやめまうと言った。いや、東京からも北海道からも、息子、三男もやってくるのに、ここはどうなっているんだ。そういうときに、チーム医療だったら、例えば主治医じゃない先生が同じカルテを見て、こういう状況ですと、治療方針としてはこういうのを選んでくださいというの、それはできますけれども、これ前も言いましたけど、主治医制だったら、年末年始だったら全員そろうとか、あるいは余り不適切なことかもしれないが、お亡くなりになるときも、もうすぐ亡くなられまうと言っても、いや、もう遠いから、とにかく週末まで頑張るようにしてくれと。いや、そういうわけにはいかぬやろと思うわけですね。

だから、もう一つは、法律じゃなくて、やっぱりそういう文化ですよ。こういうことはチーム医療の中でやってほしいんだというようにことをしっかりとつくっていくということは非常に大事じゃないかなというふうに思います。

最後なんですけれども、今回、医師の働き方改革というのは、主に病院が大きな種目ではなかったかなというふうなふうに思っています。診療所はどうなんだという話があります。もちろん診療所と病院とは全然業務が違うかと思うんですが、今、地域包括ケアを進める中で、入院医療から在宅へと、これはもう大きな流れになってきていると思います。

ただ、問題は、在宅の場合は、診療所のドクターが二十四時間三百六十五日体制でこれをカバーすると。そのために診療報酬上は在医総管ですとか管理料というものが設定されています。でも、現実的にはこれ、診療所の先生は事業主に当たるから二十四時間三百六十五日電話も受けて当たり前なんだということをしてしまうと、これはやっぱり回らないわけですよ。最近でした

らドクターを雇う診療所も出てきていますから、そこがやっぱりオンコールといって、電話を持って、土曜日でも日曜日でも夜中でも、急変があったら電話を受けると。

このオンコールというものも、病院では一定の方向性が出てきています。裁判なんかでもありましたが、でも、オンコールも病棟の指示でやる時には労働時間に入る可能性もあるけれども、自分たちでやっているものについてはそれは入るかどうかわからないとか、まあいろいろその裁判例はあるんですけども、これ、病院と診療所を分断することって私は余りいいことじゃないと思っております。

やっぱりこの二十四時間三百六十五日、地域包括ケアの中でされる医師の働き方、これをどう考えていくのか。それから、事業主側だからまあ健康を多少害しても、頑張っても労働法制に入らないんだというの、これもやっぱり私は地域包括ケアを本当に広めていくためには足かせになるんじゃないかなと思っております。こういう点については厚労省として今どう考えておられるのか、教えていただきたいと思っております。

○政府参考人(迫井正深君) 議員御指摘のとおり、地域包括ケアの提供を推進するためには、在宅療養支援診療所のような常時連絡が取れるような身近な診療所の果たす役割、これが極めて重要であるというふうに認識をいたしております。

こういったその地域密着型の診療を実現するということは、先ほど委員も言及されましたけれども、複数人、二人以上の複数人の勤務でありますとか連携体制を構築すること、まあ病院との連携も含めてでございます。こういった働き方改革に資する取組が重要でございます。

具体的なその施策といたしましては、地域医療介護総合確保基金において、こういった先ほど御説明しましたような連携体制を構築する場合は支援でございますとか、委員先ほど言及いただきましたけれども、診療報酬の中で、在宅医療を担当する医師の場合に、複数の医師の配置について

もより高い評価を診療所、訪問診療等に行っているというふうなことも行っておりますので、そういった取組を通じて、在宅診療所の医師も含めまして全ての勤務医が健康で働き続けられるような環境を目指して、医師の働き方改革の推進に資するような取組を引き続き行ってまいりたいと考えております。

○梅村聡君 そのこともこれからの課題としては是非考えていただきたいと思っております。

というのは、診療所の院長であっても、法人から見たら雇うということだから、やっぱり労働者性というのはあるんですよ。だから、こういうことも含めて、働き方改革、この法律がしっかり施行されたとしても後も更に議論が必要だということをおし上げて、私からの質問を終わります。

ありがとうございます。
○委員長(小川克巳君) 暫時休憩いたします。
午後二時二十三分休憩

(休憩後開会に至らなかった)