

## 岡本の国会での答弁

177-衆-予算委員会第五分科会-1号 平成23年02月25日

○柴山分科員 自由民主党の柴山昌彦でございます。

ニュージーランドの震災被害者の救助状況が大変気がかりなんですけれども、今、日本では地域医療の連携の必要性が叫ばれる中で、これをどのように考えたらいいんでしょうか。

細川大臣にお伺いします。国策として、中規模以上の災害や感染症が発生した場合の地域医療連携について、どのように充実させようとしているんですか。また、テロについては考えておられるんでしょうか。

○岡本大臣政務官 まず、災害時やテロが起こった場合の医療については、被災した地域における医療機関や被災地外の医療機関が十分に連携を図っていくということが重要だと考えています。

このため、災害発生時等の医療の拠点となる災害拠点病院の整備や、災害時での活動に特化して訓練を受けた災害医療派遣チームの養成等、これはDMATでありますけれども、これを進めております。ちなみに、災害拠点病院は、二十三年一月一日現在で六百九カ所を指定しておりますし、また災害医療派遣チームは、二十三年一月一日現在で八百一チームが養成済みとなっております。

また、都道府県が定める医療計画では、災害拠点病院における診療など、災害時やテロが起こった場合における医療提供体制の確保に関する事項を記載するよう求めています。

さらに、新型インフルエンザ発生時の地域医療体制の整備については、新型インフルエンザ対策行動計画に基づき、都道府県に対し、新型インフルエンザ発生時に外来、入院を担う医療機関の整備を進めるよう要請するとともに、原則として、二次医療圏を単位として、地域医師会等の関係機関から成る対策会議を設置して、地域の実情に応じた医療体制の整備を推進するための支援等を行っています。

いずれにいたしましても、都道府県や関係府省としっかり連携しながら、災害医療体制等の確保に取り組んでいく必要があるというふうに認識をしております。

○柴山分科員 体制を整備しても、実際に一たび事が起きたときにきちんと機能しなければ、絵にかいたもちに終わってしまうわけですよ。

ですので、お伺いしたいのは、実際にそういった災害や感染症が発生した場合の訓練、これがどのような状況になっているのか、また課題がどのような形で認識をされているのか、ぜひお伺いしたいと思います。また、今、訓練が夜できていないというような御指摘を地元で受けるんですけれども、これについてもぜひ実情を紹介していただけたらと思うんですが。

○岡本大臣政務官 災害時の医療に関する訓練といたしましては、災害派遣医療チームが参加して、毎年九月一日に実施される政府総合防災訓練において、被災した患者を被災地外の医療機関に搬送する訓練のほか、全国八つの地方ブロックごとに、これも年一回でありますけれども、訓練を実施しております。

また、各自治体においても、災害派遣医療チームや地域の医療機関が参加して、災害時の医療に関する訓練が適宜実施されていると承知はしておりますけれども、今委員御指摘の、夜間に行っているかということをお伺いすると、各自治体が行っているところについては承知をいたしませんし、先ほどの政府が行っているいわゆる訓練においては、残念ながら、夜間に実施をしているということではありません。

災害時への対応を高めるためには、こうした訓練を通じて対応能力を不断に高めていくこと

が課題と考えておりました、引き続き、災害派遣医療チームの養成に取り組むほか、災害時の医療に関する訓練の充実、委員がおっしゃるような点も、我々としてしっかり受けとめながら図っていく必要があるというふうに考えております。

○柴山分科員 ぜひ、しっかりと今後とも検討を続けていただきたいと思います。

続きまして、看護職員の問題について伺います。

今私の手元にあるのが第七次の埼玉県看護職員需給見通しというペーパーなんです。平成二十三年でいいますと、病院や診療所など需要側の数ということで、常勤で換算すると四万九千八百四十七名、一方、供給側は、同じく常勤換算をすると四万八千九百十七名、差し引きで九百二十九名の人手不足ということになっております。

そして、これが平成二十七年の見通しということになりますと、需要数が常勤換算で五万五千六百二十六名、そして供給側が五万四千五百三十六名で、差し引き千八十九名の人手不足ということでありまして、かなり需給が逼迫しているという実態がおわかりいただけるかと思えます。

こういった需給のアンバランスと、それから医療機関や地域による看護職員の偏在、こういった問題について、原因が一体どういうところにあるのか、そしてどのように今後の見通しというものを立てておられるのでしょうか。

○岡本大臣政務官 昨年十二月に公表した第七次看護職員需給見通しによれば、供給見通しの需要見通しに対する割合が、平成二十三年には九六%、平成二十七年には九九%となっております。委員御指摘の同様の数字を見ますと、平成二十三年ですと、全国は、百四十万四千三百人の需要数に対して供給が百三十四万八千三百人、これで九六%であります。また、二十七年は百五十万九百人の需要数に対して供給数が百四十八万六千人、これで九九%、こういうような見通しになっておりました、全国規模ではかなりの程度満たされる見通しとなっているところであります。

しかし、個々の地域や施設類型ごとに見れば、看護職員が偏在し、なお不足感のある医療現場があるなど、こういった指摘もありまして、その原因といたしましては、就労条件や勤務環境など、さまざまな要因が複合的に影響していると考えられます。

今後、医療現場の特性に応じた確保対策のためのデータ集積を図るとともに、国、地方公共団体、病院開設者等の関係者が協力をいたしまして、地域や施設類型に応じたきめの細かい確保対策を講じていく必要があると考えています。

また、そういった看護職員の確保対策といたしましては、看護師等学校養成所の運営費補助等のいわゆる養成促進、また、子育て中の看護師等の離職を防止するための院内保育所への支援や、新人看護職員の早期離職を防ぐための新人看護職員研修への支援等、定着促進とともに、ナースバンクにおける求人・求職情報の提供、就職あっせんなどの再就職支援などのさまざまな施策に取り組んでいく必要があるかと思っております。

今後とも、こうした対策を総合的に実施しつつ、引き続き看護職員の養成確保のために対策を強化していく、こういったことが必要であろうというふうに考えております。

○柴山分科員 ぜひ、役所の縦割りとならないように、今御説明いただいたように、連携をしっかりと厚生労働省ととって進めていっていただきたいと思います。

ただ、例えば養成所の充実一つとっても、実際にこれを実習する機関がしっかりと確保されていないと、絵にかいたもちとかいうか、うまく養成が進んでいかないということもあると思うんですけれども、その受け入れ機関ということについてはどのように考えておられるのでしょうか。

○岡本大臣政務官 今御指摘がありました看護師養成所の設置に当たっては、あわせて、病院や訪問看護ステーションなど、学生の実習場所を確保することが必要だと考えています。講義そして学内演習とあわせて必要な実習場所でありますけれども、近年、看護職員の養成数が増加して

おり、実習施設の確保は重要な課題の一つとなっております。

厚生労働省といたしましては、看護学生の実習に協力していただける施設がふえますよう、看護師等養成所の運営に対する支援において、実習施設への謝金等を盛り込むとともに、患者やその家族など、看護学生の実習に対する理解や、また、協力を求めるためのパンフレットによる啓発など、実習を受け入れる施設の確保に取り組んでいるところでございます。

いわゆる数がどうなのかということについては承知をしていないということになっております。

○柴山分科員 あと、今、介護と医療の境目という問題が大変、療養病床の問題とか、いろいろあるんですけども、ホームヘルパーなどの介護従事者が医療的行為をどこまでできるんだということがこの人手不足解消について大きなポイントとなってくるのかなというように私は思うんですけども、これについて一体どういう検討がなされているのか。また、そういった介護従事者に対する医療サイドからの研修の充実、こういうことについて一体どういう対策が打たれているのか、お聞かせいただきたいと思います。

○岡本大臣政務官 ホームヘルパー等介護職員によるたんの吸引や経管栄養の取り扱いについては、在宅や特別養護老人ホーム、特別支援学校において、当面のやむを得ず必要な措置として、運用によって認めてきたところでございます。

しかしながら、こうした運用については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、また、グループホーム、有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないかな等の課題が指摘をされてまいりました。

このため、今般の介護保険法改正とあわせて、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が医療職との連携のもとにたんの吸引等の行為を実施できるよう、法律の改正案を今国会に提出する予定でございます。

その際、教育、研修の具体的内容については、現在実施している試行事業の検証結果等を踏まえて検討していくということになろうかというふうに考えております。

○柴山分科員 特定健診は保険者が実施をするんですよね。それで、これまでの都道府県の基本健診の場合には、今大臣がおっしゃったように、がん検診と一緒にやらせるということもできるわけですけども、今御指摘のように、それがうまくできない、レントゲンを撮らないということになると、そもそも、サービスが落ちて、当初の予定である予防医学のしっかりとしたスクリーニングということに逆行する結果が出てきてしまいかねないと私は思うんですよ。それをぜひしっかりとした形で改善をしていただきたい。

それと、今、実施率の話もありましたけれども、きちんと受診勧奨を行っていただかなければいけないというように思っているんですけども、どうですか。何か補足することがあれば。

○岡本大臣政務官 御指摘のように、保険者の種別ごとに特定健診の受診率に差があるというのは事実でございまして、組合健保が六三・三、共済組合が六五・四、市町村国保が三一・四%、それぞれこのような実施率になっております。

そういった中、いわゆる被用者については、特定健診と同じ項目の事業主健診を職場で受診できる、こういったことが一つパーセンテージが高い理由としても考えられるわけでありまして、いわゆる市町村国保における課題についても、委員からもまた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思っております。

また、いわゆる市町村との連携、先ほどお話がありました、レントゲンの例もそうでありまして、基本健康診査とレントゲンを項目として含むがん検診は、ともに市町村が実施主体となっていたため、両者の同時実施がかつては行われやすかったということでありました。

平成二十年度より、特定健診は医療保険者が、また、がん検診は市町村が実施主体となり、地域住民のがん検診と特定健診の受診の利便性の向上と受診促進のために、都道府県、市町村、

医療保険者等で連携、連絡調整を図り、がん検診と特定健診の同時実施を推進していくというようなところでございまして、そういった意味でも、委員のいろいろな御指摘もまたいただきたいというふうに思います。

---

○平野副大臣 この分科会の議論におきましては、今御指摘にあったような、既存の薬局の経営に関する影響等々についての定量的な分析まで行っているわけではございません。

いずれにせよ、この提案につきましては、今の制度に対して、インターネット販売の解禁というのがどういった便利があるのか、またどういった問題があるのか、こういったことを総合的に判断して、この取り扱いにつきましては、先ほど申しましたように、厚生労働省と私どもの協議の中でその方向性が打ち出されるものだ、そのように思っております。

なお、かかりつけの薬剤師を決め、店舗で相談しながら医薬品を購入したいというニーズは大きいと考えてございまして、セルフメディケーションの拠点としての地域の薬局は、今後も重要であると私どもも認識をしております。

○岡本大臣政務官 今委員御指摘のような、既存薬局の経営に与える影響ももちろんインターネット販売を解禁することで考えられるわけですが、厚生労働省といたしましては、国民の健康と安全を守る観点から、一般用医薬品の販売に関し、リスクの程度に応じて専門家が関与し、適切な情報提供等がなされる仕組みを定着させることが重要だというふうに考えています。

また、ユニバーサルサービスが崩壊するおそれはないのかということでもありますけれども、これも、厚生労働省といたしましては、今後とも、国民が一般用医薬品を適切に選択し、適正に使用されていくように努めていかなければならないというふうに考えているところでございます。

---

○泉主査 岡本厚生労働大臣政務官、簡潔にお願いします。

○岡本大臣政務官 通常の保険薬局においても、先ほど割合が低いと言われました、二十四点の調剤基本料にまで引き下げるといふことにすると、その経営を継続することができるのかどうか、また、複数の医療機関を受診している患者の処方の一元的管理を適切に行えるかどうかなどについて、慎重な検討を行う必要があるというふうに考えております。

---

○福島(伸)分科員 民主党・無所属クラブの福島伸享でございます。

本日、予算委員会の分科会に質疑の機会を与えていただきました。予算委員長を初めとする理事の皆さん、同僚議員の皆様方にまずもって感謝をしたいと思います。

きょうは、長丁場の分科会の一日はさまの与党議員の仲間の質問でございますので、ぜひ気楽な気持ちで、しかしながら、心を込めた、地元の皆さん方の思いを込めた質問をさせていただきたいと思っておりますので、真摯な御答弁をお願いしたいと思っております。

先週末、私の地元であります茨城県筑西市、筑波山の裏あたりの広大な農村地帯でございませぬけれども、そこにおきまして、前の筑西市民病院の院長先生である古谷政一先生の送る会というものが開かれました。十二月一日に六十一歳の若さで古谷先生はお亡くなりになったわけでございますけれども、昭和六十年以降二十七年間、合併前はこの町は下館市といったんですけども、旧下館市民病院に勤められ、平成十年以降十二年間、院長先生として貴重なこの地域の二次医療機関である市民病院を支えてこられた先生でありまして、六十一歳という若き生涯を閉じたことに大勢の市民が涙をもって惜しんだ、そうしたお別れ会でございました。

この茨城県の筑西地区というのは、茨城県自身、人口当たりの医師数は常に全国ワーストワンかワーストツー。全国平均が人口十万人当たり二百十七・五人に対して、この筑西・下妻医療圏は、

そのワーストワンの茨城県の中でも九十五・八人。全国平均二百十七・五に対して九十五・八ですから、医師数が半分以下という大変な医療過疎にある地域でございます。特に、県内で、心疾患、脳血管疾患と言われる急性期の脳梗塞、心筋梗塞という患者さんが亡くなられるワーストワンの地域でございまして、これは救急医療が崩壊しているという現状によるものでございます。

この地域には、地域のそうした救急医療を受け入れる病院というのは、民間の病院二つと、この筑西市民病院そして県西病院という二つの公立病院の四つが中核的医療機関でありますけれども、前政権のもとでの相次ぐ医療制度の改革あるいは地方自治制度の改革によりまして、こうした中核病院が衰退をしている状況にございます。

隣に栃木県がありまして、そちらの方には自治医大の病院や独協医大の病院というものがございまして、救急車が大挙して県境を越えて栃木に行くというような状況になっておりまして、既にもう自治医大病院の二二%の救急の患者は茨城県から来ているという現状にございます。栃木の地元紙では、栃木の地元の患者さんが入れない、茨城県から来るなというような記事すら出るような、医療崩壊にあると言ってもいいような地域におきまして、古谷先生は、二十七年間この市民病院を守り続け、特に十二年間は病院長として御苦労されてきたわけでありまして。

この市民病院は、平成十四年、常勤のお医者さんが二十三人いました。ところが、平成二十一年には七人、これは臨床研修医制度の見直しなどによる医師の引き揚げがあったわけでございますが、七人に減ってしまい、病床数も百七十三床あったのが六十床に減ってしまった、三分の一になってしまった。産科は休診、小児科や脳神経外科は非常勤のお医者さんが週一回来るだけでございますから、到底、緊急の手術などを受けられる状況にないという状況でございます。

一方、経営の方は、累積赤字が大体三十億円、毎年七億円ずつを一般会計から繰り入れるということで、市の行政当局から見ればお荷物だということで、民間移譲というのが検討されました。しかし、これが民間移譲されると二次医療機関としての役割をこの地域で果たす病院がなくなるということで、市民の反対も盛り上がり、市長選で民間移譲を掲げた自民党推薦の候補が破れ、市長が交代することによって今辛うじて守られているということでもあります。

決してこれは、院長先生が怠っていたからこのように経営の状況が悪化したというわけではありません。この市民病院は、地方公営企業法の全部適用でなく一部適用でございまして、院長先生には人事権も経営権の大部分もないという状況の中で、私自身、よく携帯でお話をしたり、時には酒を酌み交わしながらいろいろなお話をお伺いしてきましたけれども、週休一日もない状況、院長みずからが宿直に立つという状況、さらに、新しいお医者さんのリクルートのために全国を駆け回るという状況でありまして、同僚のお医者さんの弔辞で、まさに先生は戦死であったというような表現もされるほど働いていたという状況でございます。

まず、この地域のそうした医療崩壊というのは、まさにプロである岡本政務官、どのようなところに原因があるとお考えになっているかというのをお聞きしたいとともに、地方自治のプロであります逢坂政務官に、この自治体病院の衰退の原因はどこにあると認識されているのか、それぞれお答えいただけますとありがたく思います。

○岡本大臣政務官 今、茨城県の筑西・下妻医療圏の状況、また筑西市民病院で院長先生が大変御尽力されたお話を伺っておりました。

本当に、私自身も病院で働いていて、まさに、日々どのように患者さんに満足していただき、そしてしっかり医療をするかということ、奮闘したことを思い出したわけでもありますけれども、そういった地域医療をしっかり支えていく中核病院というもの、これがなかなか今機能しないということが各で見られます。

理由は幾つもあるとは思いますが、それぞれの地域独特の事情もあると思います。医師の数が足りない、また偏在をしている、こういった指摘もありますし、看護師も同様の指摘もあります。また、患者さんが求めるニーズも年々高くなっていくということもありまして、すべての病院ですべての医療が完結するというのがなかなか難しいというのも実情としてあるわけでもあります。

そういった中で、厚生労働省、また後ほど総務省も答えられると思いますけれども、やはり政府が一丸となってこういった課題に取り組んでいくということは非常に重要だというふうに認識をしておりますし、この二十三年度予算でも、また既に成立をさせていただきました二十二年度補正予算におきましても、こういった地域の医療をしっかり支えていく、こういったものを盛り込んでおりますので、ぜひそういった御理解を国民の皆様にも持っていただきたい。そして、希望を持って地域医療に取り組む、こういった皆さん方にしっかりメッセージを届けていく、政権交代をした意義を感じていただけるように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。

○福島(伸)分科員 ありがとうございます。

赤字の割合が減ったり、経営形態の見直しが進んでいるということで、私は、その見かけ上の数値上は確かに改善の方向に向かっていることは評価したいと思っております。

しかしながら、医療現場から見ると実際に崩壊は進んでいるのが現状でありまして、先ほどの筑西の市民病院の例で見ましたように、ベッド数の削減とか診療科目の削減、不採算な医療の撤退ということをやることによっても、経営というのは見かけは改善するんです。

でも、先ほど逢坂政務官がおっしゃったように、公立病院、二次医療機関の役割、あるいは三次医療機関の役割というのは、それだけで済まないという面があるわけがございますし、地方交付税の措置というの、これは非常に手厚く、しかもこの政権になってからさらに手厚くなっていることはありがたいことではあります。これも実際は、一律と言ったら失礼ですが、機械的に算定されるものでありまして、実際のその地域の医療圏の医療レベルの向上という点から見たら、私は、まだまだ不十分、あるいは視点が欠けているのだと思います。それは、総務省が悪いということじゃなくて、総務省はまさに自治体病院の経営の観点という外形的なものから支援をし、かつ、厚生労働省は地域の医療提供のシステムの問題から支援するという、視点の違いによるものだというふうに私は理解をいたします。

そうした中、厚生省の方でも、平成二十一年度補正予算で地域医療再生基金というものを創設しまして、この筑西・下妻医療圏も一カ所二十五億円の対象となっております。しかしながら、この二十五億円というお金ではなかなか、例えば、二つある公立病院を統合して、新しい、もっと機能的な、お医者さんが来たくなくなるような病院を建てるということになれば、まだまだ不十分でございます。

平成二十二年度の補正予算では、地域医療再生臨時特例交付金というのが創設をされまして、ベースで十五億円に加えて、加算措置を含めて最大百二十億円交付するというところでございますので、このぐらいの措置があればかなりその地域の医療圏の医療再生には大きな助けになるものであると思っておりますけれども、平成二十一年度で基金をつくり、二十二年で交付金をつくり、これは一体何が違うのでしょうか。

○岡本大臣政務官 二十一年度の補正予算における地域医療再生基金の方は、特定の二次医療圏を対象として、地域の医師確保、救急医療の確保など、その地域における医療の課題を解決するという意味で、まさに今言われました筑西・下妻医療圏においても、二十五億のお金で、先ほどの筑西市民病院、県西総合病院を含む、それ以外の協和中央病院、また城西病院ですか、この病院と連携をしていく、いわゆる地域医療の再構築に支援をしているところであります。

一方、今回、二十二年度の補正予算におきまして、これから実施をしていこうと思っております地域医療再生基金は、都道府県全域をカバーする高度専門医療機関の整備拡充のみならず、これらの医療機関と連携をする地域の医療機関の機能強化を図ることにより、地域の医療の底上げを図るということを目的としています。したがって、茨城県の場合には、二十一年度の場合にはもう一カ所、茨城県地域医療再生計画の中では、水戸、日立、常陸太田・ひたちなか医療圏におけますいわゆる地域医療体制の整備についても二十五億円のお金が出ています。

県全体でのネットワークと、こういった地域ごとの重点的な課題というのはまた違ってくるんだろう

というふうに理解をしています。

○福島(伸)分科員 これは、二十一年度補正の基金の方で対象になった事業というのは、今年度の補正予算の特例交付金は対象にならないと考えてよろしいのでしょうか。

○岡本大臣政務官 基本的には、二十一年度補正による地域医療再生基金を活用する際の都道府県等の負担分の軽減を図ることにこういった例えば二十二年度補正予算の基金を用いるということになりますと、単なる負担のつけかえということになって、これはちょっと不相当だということになります。

しかしながら、いわゆるこれにまた機能を加えて充実を図るようなものにしていくというふうにしていただければ、この充実分というところには交付の対象になるというふうに理解をしていただきたいと思えます。

○福島(伸)分科員 前向きな答弁、ありがとうございます。

一方、この地域医療再生臨時特例交付金の方には、例えば交付の要件として、基金を交付する施設整備・設備整備事業については、基金交付額に加えて都道府県や事業者が二分の一を目途に負担することが望ましいという条件があるとか、あるいは、五十億円超の申請の場合には、二億円以上の基金が交付される医療機関全体で原則として一〇%以上の病床削減を行うというようなさまざまな条件が加えられておるんですけれども、これはなぜでしょうか。

○岡本大臣政務官 基金をどういふところに交付するかというのは非常に難しく、交付要件を決めるというのは、どうしても、漏れるところが出てくると、特に際どかったりすると、何でおれのところはだめなんだという声が出てくるというのは、どういった基金でも同じであります。

したがって、できるだけやはり地域の医療の再生計画を充実したものをつくってもらいたいという思いもありますし、また、それに当たっては、やはりいわゆる医療機関の機能分化と連携を促進するという観点が重要だというふうに考えていますし、各都道府県において医療機関の統合再編を伴う整備などの場合には、そういった努力に対しての評価をしていこうというふうに考えております。

いろいろ御意見はあろうかとは思いますが、ぜひ、こういった条件を踏まえた上で、それぞれの都道府県においてすばらしい計画をつくっていただきたいというふうに考えています。

○福島(伸)分科員 いろいろ財務省との協議もあるでしょうし、こうした交付金や基金の交付の要綱を決めるのは難しいというのは、かつて行政にいた私も理解はするんですが、ただ、二十一年のときには二十二年にこういう交付金ができるというのわからなかったわけですね。我が政権では、まさに一括交付金という議論も行って、なるべくそうしたお金の使い道というのは地方の自主性に任せようというようなことを言っております。あるいは、ベッド数を一〇%削減するのが原則ですよということになると、例えば地域の中核医療機関で、先ほど逢坂政務官がおっしゃったように、不採算な医療こそ公立病院がやるんだ、それを確立することによって地域医療圏をしっかりとさせていくんだというような計画を立てることに、やはりそこは矛盾する面も出てくると思うんです。

我々の政権は、今までの政権とは違うのは、まさに政治主導というのは、血の通ったお金の使い道をするという意味では、先ほど岡本政務官から前向きな答弁をいただきましたけれども、いろいろな要件はあると思いますけれども、地域がどのような思いでその計画をつくっているかということをしっかり見て、柔軟な対応をぜひともお願いしたいと思えます。

どうしても役所の窓口のレベルになると細かいことを言いがちです。はじくためだとあら探しのようになって、おまえら、ちゃんとやっていないじゃないかということも言いがちです。ただ、地元も、例えば複数公立病院があるのであれば、その経営を一つにまとめるとか、あるいは人件費などの見直しを行うとか、さまざまな経営努力は必要であると思えます。プロの経営者を連れてくるとか、さまざまな努力を見た上で、ぜひとも柔軟な措置を行っていただきたいと思っております。



○岡本大臣政務官 そういう意味でいいますと、これまでのいわゆる施設整備、それから設備の整備事業にかかわる事業者等の負担については、大体一律三分の二とか二分の一とかいうのがあって、これがある意味官僚がつくる要綱なんですね。

これに対して、最初これもそういう話がありました。それで、いろいろ政務三役で相談をする中で、今回は、基金の交付額に加えて、都道府県経費、事業者負担を上乗せした事業規模とすることが望ましいと考えているというところまで、ある意味丸くなっているということも御理解をいただいた上で、ぜひ地元で、こういったこれまでの交付要件をまさに見直しているということも御理解をいただきたいというふうに思っています。

○福島(伸)分科員 前向きな御答弁、ありがとうございます。

また、医師不足の問題に対応しまして、今年度予算案では、臨床研修指導医確保事業というのが新規事業として要求をされております。この事業は、医師不足の中小病院と都市部の中核病院に対して指導医の手当等について助成をすることによりまして医師不足地域での臨床研修を促進するというところでありますけれども、中核病院というのは全国で百六十一あるというふうに伺っておりますけれども、例えば茨城県では、霞ヶ浦のそばにある東京医科大学茨城医療センターの一方所しかございません。実際に、例えば先ほどの筑西市民病院ということになりますと、中核病院を探すのが非常に困難である。その医師確保というのが自治体の首長や院長にすべてのしかかっているわけでございますけれども、そうした地域の人たちだけの努力ではどうしようもないというところもございます。

ぜひ、私はここは、都道府県や自治体あるいは現場の病院の院長先生にお任せするだけではなく、もうちょっと心のこもった、国がある程度、一步前に出た、丁寧な医師のマッチングというか、そういったシステムをつくっていただきたいと考えるのですが、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 二十三年度予算、地域医療の拡充に向けて幾つかの事業を盛り込んでおりますが、今御指摘の、例えばいわゆる臨床研修指導医確保事業の補助対象となる病院についても、今御指摘の茨城県などの実情などを見ますと、医師不足地域の中小病院でも大学病院や中核病院と連携しておれば補助の対象となり得るというふうに解釈をしております、茨城県内の中小病院も補助の対象となる可能性があります。

具体的には、公私立十七病院のうち十三病院が補助の対象となるところでありまして、筑波大学附属病院と連携をしている十二病院ということでありまして、御質問の時間の関係もありましようから資料は後ほど届けさせますけれども、そういったところで、十二病院が対象になってくるわけでありまして、また、先ほどお話がありました筑西市民病院と県西総合病院を新しく新中核病院としていくわけでありまして、こういった病院もそういった連携をとっていただくなどの方策をとれば当然こういったものに入ってくるというふうな理解をいただければと思います。

○福島(伸)分科員 コンクリートから人へというキャッチフレーズはいろいろな議論がありますけれども、私は、これは国民に対して響くキャッチフレーズであったというふうに思っております。

かつ、もう忘れかけてしまったかもしれない政治主導の意味というのは、いたずらに総理大臣が軽い言葉を繰り返されることだけではなく、これまでお役所仕事のように縦割りでやっていたことを壊すこと、あるいは、しゃくし定規だったことを現場の実態に合わせて政務三役の皆さん方に柔軟に判断していただくことが本当の意味での政治主導であるというふうに私は思っております。

そうしたときに当たって、地域医療の再生に当たっては、公立病院の再生というのはやはり核だと思わなければならない。公立病院になるとどうしても、総務省と厚労省、あるいは大学が絡むと文部科学省という、いろいろな役所が絡む話となっております。

現場は、やむにやまれず、亡くなった古谷先生のように、まさに戦死と表現されるほど不眠不休で働くことによって地域の医療を支えている方が大勢いらっしゃるわけです。また、自治体も、改革



を怠っているわけではなく、何とか経営形態を変え、整理統合を行って経営改善をしようと努力をしようとしております。

いろいろな人がいろいろな思いを持っているんですけれども、それが結びつかないという現状があると思いますので、私は、ぜひとも、地域の医療の崩壊につきましては、いろいろな役所が連携をすることによって、個々の補助金をばらばらばらばら交付するのではなく、総合的な対策を国が一步前に出て講じるような体制をとっていただくことをお願いしたいと思っておりますので、最後に、二人の政務官の方から御答弁をお願いしたいと思います。

○岡本大臣政務官 まさに医療崩壊と言われて久しい中、医療にかけるお金をふやそう、そして、疲弊をした社会保障、とりわけ医療、介護にしっかりとメッセージを伝えていこうというのが一つの我々の任務だったと思っております。

二十二年度の診療報酬改定を踏まえて、かなりの病院においてその経営環境が変わったという御評価もいただいております。十年ぶりのプラス改定でありました。また、全般的に言えば、きょうは介護のことは問われておりませんが、介護職員のいわゆる給与も、二十一年の政権交代前と政権交代後と比較すると、一万六千円程度上がっているというデータも出ています。

そうしたさまざまな事実をしっかりと皆様にもお知りをいただきつつ、とりわけ、最後に、国民の皆様方が期待をする医療、介護がしっかりと各地域で、どの地域でもその確立、またはネットワーク、こういったものが維持されるようにしていくということは大変重要だろうというふうに思っておりますし、きょう御質問いただきましたことをしっかりと踏まえて私も任に当たっていきたいというふうに考えております。

---

○藤田(憲)分科員 藤田憲彦でございます。

本日、分科会で質疑の機会をお与えいただきまして、委員長初め皆様に感謝を申し上げます。

本日、この分科会でお伺いしたいことに関しましては、都市部における医療の状況、それから、今医療崩壊が懸念されている点であります。

御存じのとおり、これは全国で起きていることでありますが、全国で医療機関、特に病院の数の減少は顕著でありますけれども、都市部においてこの現象がさらに顕著になっているという傾向があります。私の地元の大田区におきましては、この十年間で病院の数が三割減ってしまったという実績もありますし、昨年も大きな病院が二つ閉鎖するなど、まさに地域の医療の支えとなっている病院の数が減少していることに、地元の方々の大いなる不安を抱えているところであります。

その減少の理由を一つ一つ伺ってまいりますと、その多くは、やはり経済的な経営難の問題があるというふうに伺っております。東京、そして私の大田区のような都心部でありますと、土地代でありますとか人件費、その他もろもろ、病院を運営する主に固定費の部分が非常に重いということがありまして、現在の診療報酬体系の中では継続するのが非常に難しいという現場の声を、私は日ごろ、率直に伺っております。

この点であります、例えば国家公務員の給与であります、いわゆる地域間格差を配慮して、地域手当というものがあると伺っております。この地域手当という地域加算に関しましては、私の調べたところによりますと、一般職の職員の給与に関する法律第十一条の三、人事院規則九一四九、地域手当の項目の第二条及び第三条におきまして、東京都の特別区におきましては標準の報酬に対して一八%の加算が支給率とされております。

そうしますと、国家公務員に関してはこういった地域加算ということが行われておりますけれども、医療に関しては、同じサービスであったとして、これは提供する地域において価格を変えてはいけないということが現在の前提かと思っておりますが、しかし、それがために都市部における病院の経営難を引き起こし、そしてこれが医療崩壊につながるという実態があるのであれば、これは私の率直な質問でありますけれども、まず第一点目といたしまして、現在の診療報酬体系におきまして、現実の物価格差あるいは地域の格差を考慮した地域加算体系ということを行うべきではないかと思

ますが、この点、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 今、藤田委員から御質問いただきました。公務員の給与には地域間の格差があるんだと。実際、そこに暮らしてみえる方の給与水準や、また、さまざまな意味での差というのは、これは現に存在するんだらうと思います。一方、地方においては、都市部と違って交通費等が余分にかかるだとか、場合によっては、さまざまな地方ならではの余分な出費というのもまたあるんだらうと思います。

そういった地域の差をどのように埋めていくかというのは難しいところがありますが、現行の診療報酬においては、医業経費における地域差に配慮し、人事院規則で定める地域ごとに入院基本料等に加算を行う、いわゆる地域加算を行っています。先生の御地元の東京都特別区の場合でありますと十八点、これが一級地でありますけれども、そこから六級地の例えば北海道札幌市、長野県長野市等の三点というところまで、六段階に分けて加算をしているところでございます。

また、医師の人員配置基準を大幅に下回る保険医療機関には入院基本料を減算する措置を、僻地等では減算の程度を抑える特例を設けて、地域間格差に一定の配慮を行っています。

地域の特性を踏まえた診療報酬の設定については、各地の医療機関の経営状態を把握する中で、中央社会保険医療協議会において適切に御検討いただきたい、そのように考えているところでございます。

○藤田(憲)分科員 ありがとうございます。

入院基本料に関しまして、地域加算があるところに関しましては了解いたしました。

しかしながら、同時に、今、都市部に限らず病院で行われていることは、やはり入院の日数を削減するべしという診療報酬体系になっているのもまた事実かと思えます。したがって、入院基本料における地域加算においては、なかなか、それで病院の経営を賄うことが難しいという状況にありますので、やはりここが一つの要点なんだらうと私自身は考えております。

一方で、入院基本料だけではなくて、例えば、介護報酬の体系でいえば、東京都特別区に関しましては七%の地域加算ということで、診療報酬全体、あるいは介護報酬全体に対する地域加算という考え方そのものは否定されていないというふうに理解しております。

そうしますと、診療報酬において、一部の部分、入院基本料において地域加算というものが設定されているということに関しましては理解したんですが、全体の診療報酬体系の中で、これはまさに中医協等々を含めて、こういった考え方をなるべく取り入れていただけるよう、私としては政治主導でぜひ御検討いただきたいと思えますが、この点、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 先ほどもお話をしました、地域の特性を踏まえて診療報酬設定をしているところはあるわけでありましたが、各地の医療機関の経営状態というものをやはり見ていかなきゃいけないんだらうと思います。

御指摘のように、大田区は物価が高いという一方、例えば人の確保、看護職員また医師等の確保が比較的、僻地、離島に比べると、しやすいというメリットもあると思えます。そういう意味では、例えば、いわゆる病院の医師、看護師の配置基準を満たすということが、地方の僻地に比べると、よりたやすいということになるのかと。だから、そういったことも勘案しながら、最終的に経営状態がどうなっているかということ把握していく、こういったことの中で、本当に大きな、とても看過しがたい差があるのかどうかということを見ながら判断をしていくということになるかと思えます。

先生からそういう御意見をいただいたこと、私もしっかり受けとめて、これからのこういった医療経営のあり方についての注目点にしていきたいと思っています。

○藤田(憲)分科員 岡本政務官、ありがとうございます。ぜひ、そういった気持ちをお酌み取りいただいて、御検討いただければというふうに思います。

といいますのは、やはり、都市部において医療機関たる病院が減少していくということは、とりもな

おさず入院病床の病床数が減少していくということにつながります。特に今、都市部において、もちろん入院病床数といっても、これも一概に物事を言うことはできませんで、急性期もあれば介護療養の病床もあるという中で、さまざまな病床があります。とりわけ、今、大田区におきまして、介護療養に関しても一つ大きなテーマとなっております。

もちろん、介護療養病床の削減というものが打ち出されたのは前政権下での話であります。現在三十八万病床あるうちの介護療養、医療二十五万床、介護十三万床と伺っておりますが、これを、私たち民主党政権を打ち立ててから、この削減計画というものに関しては凍結をする、いわゆる廃止を凍結するというところ、これは我々の政権の一つの成果として決定した大きな前進だと思っております。

しかし、現場で従事している、介護療養の病院を経営している先生方にお伺いいたしますと、廃止という方針を凍結したところまではいいんだけれども、しかしながら、では、これから恒久的措置としてどのような方向に向かっていくのかということについての方針のめどが立っていないのではないか、先が見えていないのではないかと懸念の声を大きく伺います。

といいますのも、現在、実際に病院を経営されている方々は、先が見えないのであれば、やはり移行にも一定の期間もかかりますし、コストもかかるということから、あらかじめ、では今のうちに介護療養病床から一般病床の病床に変えてしまおうかというような形で、廃止の方針が凍結されているにもかかわらず、現実としては療養病床が減少しているということを私自身、目の当たりにしております。

そうしますと、我々がせっかく廃止の方針というものを凍結したことの結果が伴わないというようなことになっては、我々としては目的が達成できないということを懸念しているわけであります。

したがって、私といたしましては、やはり、療養病床従事者に対して継続を促す強いメッセージが政府から必要ではないかと考えております。すなわち、療養病床確保のため、療養病床の廃止というものを凍結した上で、どのような恒久的制度設計をするのかについての具体的な方針の明示がそろそろ求められているのではないかと考えますが、この点、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 私も、療養病床の廃止が医療制度改革の中で打ち出されたときには、やや唐突感を持って受けとめたことは事実であります。しかしながら、いわゆる介護療養病床の中で、真に医療が必要な方、また介護が必要な方、そして、どういうサービスが必要な方が見えるのかということ少し把握していく必要はあるんだろうなというところは感じておまして、今回、我々といたしましては、いわゆる転換期限を六年延長するということを考えているところなわけです。

この六年というのは、ある意味、いろいろ議論はありました。介護療養病床については、介護保険の改定が三年ごとですから、三年でもいいんじゃないかという声、また、医療のいわゆる診療報酬の方は二年ごとの改定でありますから、四年でもいいんじゃないかという声、こういった声もあるわけでありますね。

しかし、医療も介護もまた同時改定になるのは六年先ということもあり、また、その間に、今お話をしました介護報酬の改定が一回来る、また医療の方の診療報酬の改定は二回来る、こういうようなことでありますと、その間に段階を踏んで少しずつそのあり方を見ていくこともできるのではないかとこの観点もあり、今回、六年という数字をお示しをさせていただこうと。

近々、国会に提出をさせていただき予定でございますけれども、こういったいわゆる介護療養病床のあり方については、ぜひ与党の方でも御議論をいただいて、国民の皆様方に真に必要な医療、介護提供体制のあり方、それは在宅も含め、そしてもちろん病院、介護施設も含め、どのような体系がいいのか、ぜひ皆さんで、この六年という期間をしっかりと使ってビジョンを描いていただきたい。そういった意味で、どうか藤田委員にもこの議論に御参加をいただきたいと思っております。

○藤田(憲)分科員 ありがとうございます。

私もこういった議論には積極的にかかわってまいりたいと思いますし、介護療養に関しましては、やはり介護という観点と医療という観点の両方がありますので、それぞれの、どちらかの制度設計をいじるだけでは解決できない、ある意味、非常に複雑な問題であるという点については私も理解をしております。

その意味で、介護と医療の両方の見直しの期間ということを含めて六年の転換期間を設けるということ、その道筋自体には私自身、理解を示したいというふうに思いますが、今せっかく、政権といたしましては税と社会保障の一体改革ということを総理も強く打ち出しておられまして、まさに今、これはもう介護療養の問題だけではないと思っております。

さまざま、年金に関してもそうでありますし、医療全体に関してもそうであります。この社会保障がどういう道筋になっていくのかということは、我々がはっきりとしたメッセージ、そして成案を得るといことは、国民に対しての新たな大きなメッセージだと思っておりますし、これがいかに具体的な内容になっているかということが、実際の医療の現場で働いている人たちにとっては非常に大きなメッセージになってくるかと思っております。

そこで一点、私として確認いたしたいのは、六月に税と社会保障の一体改革の中で新たな案を示すということ総理自身が非常に強調して訴えておられるわけでありまして、先ほどの介護療養病床の方針についても、これは先ほど岡本政務官が国会でなるべく早い段階でということをおっしゃいました。これもこの六月の税と社会保障の一体改革の中に当然入ってくるのであろうと思っておりますが、この点が入ってくるのかどうかについて確認をしたいと思います。

○岡本大臣政務官 病床のあり方ということは、当然検討していかなければいけないテーマだろうと思っております。

病院、病床の役割分担を進める中で、急性期医療の機能を強化して、リハビリ、在宅医療などの充実、連携を図ることにより、継ぎ目のない医療提供体制を構築していくという観点を重視する中で、社会保障と税の一体改革という大きな枠組みの議論の中でこういった介護療養病床のあり方についても議論はなされるものと思っておりますが、いずれにしましても、六年という、新たな法律で皆様をお願いをする期限をしっかりと踏まえた上で結論を出していかなければいけないんだらうと思っております。

○藤田(憲)分科員 ありがとうございます。ぜひお願い申し上げます。

というのは、これはもう言わずもがなの話であります。やはり慢性期医療に関しての病床の削減というのが進んでしまいますと、結果的に、これは全体の入院医療の中でバランスを欠いてしまうこととなります。そういったしますと、結果的には、一般病床の中で、これは慢性期医療も含めて、どんどんどんどん病床の奪い合いという現象がやはり起きてきてしまう。そうしますと、本当に必要な急性期の入院患者に対して、必要なベッド数が確保できない。

これは医療全体の系を破壊してしまうことになると思っておりますので、やはり今求められているのは出口医療の充実であり、そうすることによって、急性期、回復期、そして慢性期の医療へと、まさに岡本政務官がおっしゃいましたとおり、継ぎ目のない医療体系をバランスよく構築していくこと、これは都市に限らず全地域において必要と考えておりますので、この点の充実をお願いする次第であります。

これに関連してであります。まさに急性期、回復期、慢性期と、今現在の入院の病床でいいますと、急性期にどうしても滞留しがちである。高齢者が急性期で運び込まれてしまうと慢性期につながりやすくなる。これはこういう場ではなかなか言いにくいですが、そうすると、なかなか急性期の入院病床があかなくなるという問題が生じます。

それがために、今、都市部において救急車のたらい回しの問題が起きておられて、例えば、いわゆる産婦人科における急性期のたらい回しの痛ましい事件が都立墨東病院等々でありましたが、現実のたらい回しは、これは産科の問題、周産期の問題だけではなくて、こういったいわゆる高齢

者の急性期の受け入れの問題もその根っこにはあると私は理解をしており、この問題については早急な手だてが必要であろうと思っております。

ここで一つ、これは私からの一つの提案であるのですが、やはり急性期というものは一つの入院医療の中ですべての医療の入り口になっているわけでありましてけれども、特に高齢者に関する急性期であれば、例えば認知症を併発している患者さんが、いわゆる嚥下、飲み込む上において間違えて飲み込んでしまう、誤嚥が発生する。こういったものに関しては、単純に急性期医療だけで解決するかというところではなくて、介護も伴った形の回復期につなげていく機能を伴った病院でなければ、しっかりとした医療、回復措置がとれないのではないかという問題意識を私は持っております。

したがって、高齢者向けの介護機能を伴った救急病院というものを、自治体の取り組みであれどこの取り組みであれ、何とか実現できないか。これは、逆に私が医療の専門家ではないがゆえに、率直な発想として考える次第であります。

こういった高齢者向けの、例えば介護機能を伴った救急病院というものを制度設計するのは可能なのかどうか。すなわち、こういった取り組みを行うことは可能かどうかということをお自身、ぜひ考えてみたいというふうに思いますし、特に高齢者に多い認知症と併発した場合において、これがきちんと適切にできるような病院の充実というものが図られれば、これは新たな急性期の患者の受け入れ口として非常に重宝されるのではないかと思うのですが、こういった取り組みが可能かどうかについて教えていただければと思います。

○岡本大臣政務官 どういった疾患で急性期の病気になられるかということにもよりましようし、先ほどお話になった、合併症はどういったものがあるのかということにもよると思います。一概には言えませんけれども、合併症の中には、受け入れ可能病院に限られるという合併症もあると思います。今話題にはなりませんでしたが、例えば、透析が定期的に必要な患者さんがほかの合併症で入院を求められる場合には透析が可能な病院を必然的に探すということになるでしょう。

そういう意味で、合併症がある場合には、受け入れに少し複雑な、また困難な事例が出てくるものもあるかとは思いますが、今、介護という観点でお話をしますと、一般的な介護、例えば食事や排せつといったような介護等であれば、病院においては看護職員が、こういったさまざまな診療補助とあわせて日常の看護も行っているわけでありまして、介護がなければ病院において入院療養ができないかという、必ずしもそうではないというふうに考えます。

したがって、委員が今御提案をいただきましたお話は、今この場で初めて伺いましたので、もう少し、看護では無理で介護でなければいけない、そういったポイントがあるのかないのかも含め、また改めて御提示をいただくと、より具体的な議論に入れるのかなというふうに思っております。

○藤田(憲)分科員 ありがとうございます。

まさにこういったところを出発点として議論を深めていきたいというふうに思いますし、看護、介護の切り分けに関しても、資格制度の切り分けの問題もあれば、実際に介護の必要性あるいは介護の専門性の問題も当然出てくるかと思えます。そういう意味では、これは正解がまだない分野かもしれないかもしれません。しかし、こういった、ある意味どんどんどんどん医療が機能分化をしてきた歴史を持っている中で、これから求められている医療というものは、逆にこの機能分化したものを統合していく働きも必要になってくるのではないかと。

それにおける取り組みということに関しましては、地域的なさまざまな事情もあるでしょうし、さまざまな病院の受け入れの体制の問題もあると思っております。しかし、私としては、まず何といたしても、この取り組みに関しては、例えば先進的な自治体があった場合に、こういった取り組みを行うことができるのであれば、それを妨げないような制度になっていることが大事かと思っております。

といいますのも、我々の医療に関する政策も、例えば平成二十二年度補正予算あるいは平成二十三年度予算を見ても、自治体における支援となっている医療に関する政策が多いという点に私

自身、気がつきました。そうしますと、国政において医療をどのようによくしようと考えているかということについてメッセージを發したとしても、これを自治体側がきちんと受けとめていただいて、そして自治体の中でそういった取り組みをきちんと行っていただかないと、最終的に必要な人に必要な施策が投じられる結果を伴わないのではないかと、このところは私は問題意識として持っております。

その点に関連してであります、平成二十二年度補正予算、これはさきの臨時国会で成立したものでありますけれども、この中の厚生労働省所管予算におきまして、高度専門医療、救急医療等の整備拡充等を目的として、各都道府県の地域医療再生基金に二千百億円の交付金措置を講じているということがあります。これはまさに、いわゆる医療の充実を、自治体における交付金措置をもってこれを拡充していくということを求めているわけであろうと思いますが、ここにおきまして、地域医療再生計画というものを各自治体がつくっていく。

ということであれば、これはもう本当に確認事項であります、まさに看護、介護、これはさまざまな制度の切り分けの問題もありますけれども、例えば急性期の医療においても、介護を伴うようなもの、看護を伴うようなものという付加的なもの、プラスアルファをしていくものに関しても、どんどん各自治体が地域医療再生計画の中で対象として、積極的に打ち出してもらおうということで方針としてよいかどうか、この点だけ確認できればと思います。

○岡本大臣政務官 今回の地域医療再生交付金には、交付要件というものを決め、既に都道府県あてにお知らせをしております。したがって、その要件をごらんいただいて、合致するようなものであれば、当然、今回の平成二十二年度補正予算の地域医療再生基金の対象になってくるんだということでもあります。

救急救命センターの整備拡充やこれに連携する医療機関の機能強化などを目的としているのがこの基金でありまして、各都道府県が地域の医療課題に対応するために必要と認めた場合には、それぞれのケースにもよりますけれども、地域医療再生交付金、適用がなされる要件を満たしていれば対象となるということでもあります。

ぜひ、そういった地域の医療をどうしていくのかということに自治体も積極的にアイデアを絞り、また、そういう意味では、国政でまさにじかにそういった情報を得た各議員の先生が地元での地域医療再生のあり方に提言を發していく、こういった姿も私はあり得るんじゃないかというふうには考えています。

---

○郡主査代理 質疑時間が経過しておりますので、御協力を願いたいと思います。

○岡本大臣政務官 今御提案の話であります、いわゆるデータの閲覧の仕組みについては、その目的や活用するデータの内容等の具体的な制度設計に即して制度上問題があるか否かを考えていく必要があります。

一般論としましては、保険者が被保険者と地域医療を結ぶ独自のシステム設計を行い、被保険者サービスの向上の観点から問診や既往歴、診療録等のデータを各医療機関が閲覧できる仕組みをつくることについては、個人情報等の法制上の課題をクリアできれば、国民健康保険法上、特段の問題はない。また、地域の医療機関間において個人の了解を得た上で診療録等の閲覧を行えるようにすることは、医療機関間の連携の促進や患者への適切な医療提供体制の整備に資するものであり、制度上、特段の問題はないと考えられます。-----

○山口(和)分科員 民主党の山口和之と申します。どうぞよろしく申し上げます。

初めに、ニュージーランドの地震につきましては、ぜひとも我が国は全力でニュージーランドの地震に対して対応していただけるよう、よろしく願い申し上げます。

そこで、事前通告がない話なんですけれども、もしお答えできたらなんです、ニュージーランド

の地震もそうですが、我が国も地震の国であります。そういったときに、病院がかなり老朽化していて、耐震構造の問題はかなり大きな問題で、現状では、改築しようと思ってもなかなかできないところがあると思います。

そういったときに、これから、先ほど来質問が出ている医療のあり方、病床数のあり方もあるでしょうし、病院の形態も変わってくると思うんですけれども、そういったビジョンを踏まえた上に、もちろん医療提供体制を踏まえた上でいろいろなものが進んでいくんだと思いますけれども、耐震構造の問題も同時に並行してあるものですから、それについて、もし何かございましたら教えていただければと思います。よろしくお願いします。

〔郡主査代理退席、主査着席〕

○岡本大臣政務官 具体的ないろいろなアイデアがもしおありであれば、また厚生労働省の方にお問い合わせをいただければと思いますが、一般論からいえば、二十二年度の補正予算で成立をしました地域医療再生交付金は、そういった老朽化した病院であったとしても、その病院が統合をして、地域医療で新しいネットワークを持つ三次医療圏の位置づけを持ってやっていっていただく、こういうような話になってくれば、そのほかの交付要件等を満たすということになってくればその対象になってくるでしょうし、個別の事例においてどういったことが考えられ得るかというのは具体的なケースによると思いますので、それにつきましては、また追って御連絡をいただければと思います。

○山口(和)分科員 ありがとうございます。

その下の方に在宅復帰についてと書いてあるんですけれども、二十四ページになりますが、在宅復帰のプログラムというのはやはりなかなかなくて、これはしっかりとつくっていかなくちゃいけないと思います。

それから、フランスの在宅入院というのがあるんですけれども、フランスの在宅入院は、在宅においても入院していたときと同じような機能を地域で持ちましょうということなんですね。それによって、入院の重装備のところについてはしっかりと治療を行い、その継続として地域で行うということ、これはいいシステムだなというふうに思うんです。

岡本政務官さんはお医者さんですのでおわかりだと思いますけれども、例えば、入院されている方が遠くから来ているものですから、通うのが大変だからもうちょっと入院してしましようなんという、こういうのは結構たくさんあると思うんですね。必要な資源を必要なだけ有効に活用するというふうに考えたときには、やはりいろいろな受け皿のシステムを考えていかなくちゃいけないと思うんですが、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 今の御指摘は、いわゆる病床をどのようにこれから考えていくか、一般病床それから療養病床をどう考えていくかということにもなると思います。

医療、介護にわたって継ぎ目なくサービスが提供していけるようにしていくことは必要ですし、今御指摘のように、さまざまな事情で、社会的入院と言われていたものでありますけれども、こういった形で入院を継続するというようなことではなくて、その人にふさわしい介護のサービス、また、先ほどからお話があります重度化しないための取り組み等を通じて、やはり個人個人に適したサービスを提供していく環境を整えるというのが重要だと思います。

今般、我々が国会に御審議をお願いしようと思っております介護保険法の一部改正の中でも、介護療養型病床の転換期限を六年延長するという事、そしてその中で議論をしていこうというふうに考えておりますので、ぜひそういった場でも、先ほどお話がありましたけれども、先生の御持論をしっかりと展開していただいて、それを御期待されている方もたくさん見えますと思いますから、この六年間というのを有効に使っていく、そんなふうになりたいというふうに思っています。