

◇この議事速報は、正規の会議録が発行されるまでの間、審議の参考に供するための未定稿版で、一般への公開用ではありません。

◇後刻速記録を調査して処置することとされた発言、理事会で協議することとされた発言等は、原発言のまま掲載しています。

◇今後、訂正、削除が行われる場合がありますので、審議の際の引用に当たっては正規の会議録と受け取られることのないようお願いいたします。

午後一時開議

○武田主査 休憩前に引き続き会議を開きます。厚生労働省所管について審査を行います。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。大島章宏君。

○大島分科員 民進党の大島章宏でございます。

決算行政監視委員会、この分科会に質問の時間をいただきましたので、地域の実態等を踏まえながら、厚生労働関係、今回は、特に認知症対策を中心に質問させていただきます。

この問題については、もう大臣も御承知のとおり、高齢化社会の現状の中で、五人に一人が認知症患者、認知症を患っているという統計もございます。私も調べさせていただきましたが、二〇一二年には四百六十二万人と言われていましたが、二〇二五年には一・五倍の七百万人を超えるだろう、よくこの数値が指摘をされているところであ

りますが、認知症というのが地域社会に対して大変大きな影響を与え始めております。

私の知人で、前回もちょっと御紹介申し上げましたが、非常に優秀な小児科のお医者さんだったんですが、今、若年認知症ということで入院しております。彼が経営していた病院は閉院をいたしました。それから、定年退職して、奥さんとゆつくりこれから人生を楽しもうと言っていた方がおられました。奥さんが認知症になりました。結局、家庭内で生活することが難しくなりましたが、うので施設を探して入院措置になりましたが、月十七万円の措置費がかかるということで、生活が非常に厳しくなったという指摘をいただいております。そういうことから、この認知症というのが地域社会の中に、大変大きな影響を与えているもの一つになってまいりました。

そこで、認知症患者数の推移と今後の予測、それから厚生労働省としてどのような対応をこれまでしてこられたのか、このことについて、最初にお伺いしたいと思います。

○蒲原政府参考人 お答え申し上げます。

認知症の方の人数でございますけれども、先ほど委員からお話ございました平成二十四年には四百六十二万人、これが団塊の世代が七十五歳以上になります平成三十七年には約七百万人になると推計をいたしております。この問題については社会全体で取り組みを進めていく必要があるというふうに考えております。

これを受けまして、平成二十七年一月に厚生労働省だけではなく関係省庁が共同して取り組むた

めの認知症施策推進総合戦略、これは略称して新オレンジプランと申しておりますけれども、これを策定いたしました。認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らしていくことができる社会の実現に向けた取り組みを推進しているところでございます。このプランの中では、七本の柱を定めております。例えば、認知症の容体に応じた適宜適切な医療、介護等の提供、あるいは認知症の研究開発、さらには認知症の人を含む高齢者に優しい地域づくりの推進など、七つの柱に基づいて推進をしているところでございます。

こうしたプランを踏まえまして、平成二十九年度予算においても、例えば広域での見守りのネットワークを構築する、さらには認知症の御本人の方が集う、そうした取り組みを普及させる、さらには成年後見制度の利用促進のための相談機関やネットワークを構築する、こうしたことに必要な経費を計上しているところであります。

今後とも、御本人や御家族の方々の意見を十分聞きながら、政府一丸となって施策を推進していきたいというふうに考えております。

○大島分科員 基本的に、この方針はお伺いをいたしました。オレンジプラン、それを実行することが大事でありまして、結局、予算はどのくらいこの間増強されているのかということも大変大事でありまして、予算についてはどういった形で推移してきたのか、ちょっとお伺いしたいと思います。

○蒲原政府参考人 これの予算は幾つかのパター

ンがございます。とりわけ予防関係の研究開発の
関係の予算、これは現在約八・八億円ということ
でございまして、対前年度比で〇・二億円増とい
うことになってございます。

これは研究開発でございすけれども、あと幾
つか、例えば地域でいろいろな取り組みがござい
ます。認知症のための地域推進員を置いていろ
いな連携事業を行いますとか、あるいは認知症
サポーターの養成ということで、認知症について
知識、理解を持ってもらっていろいろな支援をす
る。これは、実は市町村が行う事業に対する支援
ということになってございまして、市町村全体に
対するそうした地域支援事業の支援について約一
千五百億円やっておりますけれども、その内数と
いうことで認知症関係も対応している、という
状況でございす。

○大畠分科員 後ほど、またこの市町村の支援に
ついてはお伺いしたいと思います。

ここで、実は認知症を診ているお医者さんから、
いろいろ私も伺っておるんですが、このような指
摘がされておりますので御披露しながら、この対
応についてお伺いしたいと思います。

認知症では、アルツハイマー型、レビー小体型、
ピック病とも言われる前頭側頭型、それから脳血
管性の四大病型が有名です。さらに、これがいろ
いろ混合した形も最近では出てきているそうであ
ります。多くの医師は知識が十分ではなく、誤
診するケースが後を絶たないという指摘もされて
います。

この薬は四つの分類があるそうですが、厚生労

働省が定めた増量規定というのがあり、医師はこ
の規定に従い、服薬後、なぜか一定期間が過ぎる
と増量しなければならぬと考えていて、増量し
ない場合、保険審査が通らず、薬代を医療機関が
自腹で負担しなければならぬ。

しかし、増量を続けると、徘徊する、暴れるな
どの認知症の周辺症状が悪化する、または副作用
が強く出るケースが多々あり、例えばアリセプト
は非常にすぐれた薬であります。穏やかなアル
ツハイマー型の患者さんなら症状の進行をおくら
せることができます。しかし、怒りっぽいアルツ
ハイマー型の患者さんに増量すると、より攻撃的
になり、人格が壊れてしまうことさえある、こう
いう指摘もございす。したがって、治療する医
師は、規定に従い、患者さんの体重や状況を考慮
せず、増量処方を行ってしまいがちです。

要するに、患者の状況を見て最適な薬の量を提
供するのが患者さんのためではないかということ
で、こういう指摘を昨年の二月の予算委員会の分
科会でも指摘させていただきましたが、その後、
こういう現場のお医者さんの意見を反映した形で
厚生労働省が六月に通達を出しまして、患者さん
の状況によつて薬を増量しなくてもいい、減量し
てもいい、そういう通達を出したんですけれども
この通達の内容が地域の医療機関に十分周知され
ていないとの指摘も受けております。

今後の対処方針についてお伺いします。

○鈴木（康）政府参考人 認知症治療薬の規定用
量未満の処方に関する査定についてお尋ねがござ
いました。

御指摘のように、認知症治療薬については、患
者の方の症状等により、添付文書に定められた用
量未満で処方される場合というのがございす。
この場合のレセプトの審査につきまして、御指摘
のように、二十八年六月に、審査支払い機関に対
し、一律に査定を行うのではなく、診療報酬明細
書の指摘欄に記載されている投与の理由等も参考
に、個々の症例に応じて医学的に判断するよう事
務連絡を發出したところでございす。

ただし、御指摘のような事態もあるということ
でございすので、この事務連絡の内容がいかに
適切に支払い機関それから医療機関に行き渡るか
ということのさらなる周知について、どのような
方法が考えられるかということをしつかりと検討
していきたいというふうに思っております。

○大畠分科員 今御答弁がございましたが、これ
が周知徹底されないと、結局、お医者さんとして
は増量規定に従ってしまつて、疑いもせずに増量
処方を行い、そうすると、患者さんの状況はよく
なるどころか悪化したり、怒りっぽくなったり、
幻覚が出たりする。周辺症状の悪化に対応するた
め、さらに薬を投与すると、患者さんはほとんど
が寝たきりになってしまふケースが多い。施設と
しては手のかからない状態となるので、これがよ
いと言えるのだろうか、そういう指摘もされてお
ります。

そこで、今御指摘がありました。私もこの一
年間、いろいろこの状況を把握させていただいて
まいりましたが、このところがどうもみそなん
ですね。この六月にせつかく、増量規定に従わな

くていいんですよ。要するに、大きな体格の方に対する薬の量と、少し体重が少ない方に対する薬の量というのは当然違ってしかるべきなんです。が、一律に増量しなければならぬという方針も、多分いろいろな知見からそういう方針を出したと思うんですが、その実例として、そういう現場のお医者さんから上がってきているんですから、それをせっかくな六月に出したんですが、どうもまだ十分に通知されていない。

再度これを、例えば茨城県の医師会の会長さんを私はよく存じ上げているんですが、日本医師会としてもそれを取り上げて、これを周知徹底するようにしようじゃないかという会議が行われました。医師会としても一生懸命努力をしようとやっているんですが、厚生労働省としても、原型を厚生労働省は持っているんですから、やはり責任があるわけですね。だから、十分じゃないというんですから、さらに何かの形で前線で頑張っている医師に伝わるような工夫をすべきだと思うんです。もうちょっと工夫をしていただきたいと思うんですが、何か工夫はありませんか。

○鈴木（康） 政府参考人 先ほどもお答えさせていただきましたが、昨年六月に出しました審査支払い機関に対する通知でございますけれども、末端のお医者様に届くようにするためには、そういうことが必ずできるかどうかは難しいところがあるかもしれません。疑義解釈通知というのがございます。これはほとんどのお医者様が見ておられますので、こういうものの中にきちんと規定をするという方法が一つ考えられるかと思えます。

○大島分科員 もう一つは、私もしお医者さんだったら、なぜ増量しないか、レセプトの中に多分備考欄もあるんだと思うんですが、ここに、患者の体重とかそういうものを配慮して増量しないんですとちよつと添え書きをすれば、審査機関でもそれを認めて、よしとする。そうじゃなければ、レセプトが通らないと、私が聞いているのは、結局、お医者さんの自腹でその薬代は充当しなきゃならない。ここところが問題だということですよ。

ですから、レセプトの書き方なんかは私工夫が必要なんじゃないかと思うんですが、この件についてはいかがですか。

○鈴木（康） 政府参考人 御指摘の点は確かにもつともだと思えます。

今、通知の中では、審査支払い機関に対して、いわゆるレセプト、診療報酬明細書の摘要欄に記載される投与の理由等も参考にとりうふうに書いてありますから、もう少し、書いていただくことの工夫ですとか査定の仕方の工夫について考えてみたいと思えます。

ありがとうございます。

○大島分科員 今、御答弁を何点かいただきましたが、それを全国のお医者さんにくまなく通知することと、そして、要するに患者本位の薬量を調合、提供するのが一番患者のためになるんだということをぜひ徹底していただきたいということをお願いしておきたいと思えます。

それから、もう一つの要望がありまして、前もちよつと申し上げたと思うんですが、今三ミリグ

ラムの薬が多いんですが、割線が入っていないために割るのがなかなか大変だ。例えば、四ミリグラムにするというときは、今度は三ミリグラムをペンチかなんかで割らないとならないわけですよ。これはちよつと使いづらいなだという意見がありますから、一ミリグラムの認知症薬をぜひ市場に出してほしい。

これは製薬会社との関係もあるでしょうけれども、やはり患者の方から、あるいは前線の医者の方からすると、そういう薬が必要だという話になっていきますが、これについてはどういうふうな対処方針をしているか、お伺いしたいと思います。

○武田政府参考人 ただいま御指摘がありましたアリセプトの場合につきましては、アルツハイマー型認知症に対する用法、用量は、通常、成人には一日一回三ミリグラムから開始し、一、二週間後に五ミリグラムに増量と、今御指摘ありましたように、こういう増量規定になっておりまして、三ミリから開始し、五ミリに増量ということで、錠剤につきましては三ミリ、五ミリ、十ミリグラムというようなことになっておりまして、御指摘のように、用量の微調整が非常に難しいという御指摘というふうな理解をしております。

一方、現在発売されておりますアリセプトにつきましては、細粒剤というものも承認をされておりますので、用量の微調整についてはこの細粒剤の活用ということも一応可能にはなっているということでございます。

ただし、一ミリグラムの錠剤も含めて、用量調整用の製剤に対して、臨床の先生方、医療上の必

要性が非常に高いことでありますれば、製薬企業の方でもこの剤型の追加を検討することになるものと考えておりますので、相談があった場合には私どもとしても適切に対応してまいりたいというふうに考えております。

○大畠分科員 今のお話は粉薬ですよね、結局、わかりやすく言えば。粉薬を一ミリグラム調合するといったって、くしゃみでもすれば飛んじやうような感じですから、非常に扱いづらいんだと私は思うんですね。

ですから、これはそういうお医者さんからの声もありますので、要望がありましたらというんです。私のところには要望は来ていません。ぜひ医師会ともよく話をさせていただいて、そういうものがあれば、製薬会社の方も採算もあるんでしょうけれども、やはりベースは患者本位で物事を考える、要するに国民がベースなんです。厚生労働省とかお医者さんとかみんな、製薬会社もあるけれども、やはり一番は患者本位の治療方針で薬を提供できないかということを考えて、ぜひ対処するように要望しておきます。

それから次に、実は認知症の、お医者さんからの声なんです。これは私もよくわからなかったんですが、最近、地域包括診療加算というシステムが数年前からできました。認知症と生活習慣病を一括して引き受ける開業医の動きを評価するもので、ようやく時代が変わってきたなと最初は思いました。

しかし、ふたをあけてみると、常勤医が二人以上いること、二十四時間対応の薬局と連携してい

ること、こういう二条件がついていて、結局、一般の開業医にはお医者さんは一人しかいませんから、地域の方でなかなか二十四時間開業している薬局というのもないんですね、そういう意味では、せっかくこの地域包括診療加算という仕組みが投入されたんだけど、開業医にとっては非常に、やれと言われても、手足を縛られて何かやれというのと同じで、ここところがハードルが高過ぎる。

だから、常勤医二名以上いること、それから二十四時間対応の薬局と連携していること、この二つの条件というのはどうして必要なんですか。このことについてお伺いしたいと思います。

○鈴木（康）政府参考人 地域包括診療料の算定要件についてお尋ねがございました。

この診療料は、いわゆるかかりつけ医機能の観点から、診療所のお医者さんが生活習慣病や認知症を有する患者さんに対して継続的かつ総合的に医療や健康管理を行うというものでございます。

実は、平成二十八年度の診療改定では、もともと常勤医師の要件が三名であったものを二名に緩和することとがございました。また、認知症そのものに対応したような診療料というのもつくったということでございます。

ただ、おっしゃるように、この地域包括診療料もしくは認知症の地域包括診療料でございますが、三つの要件全てを満たさないといけないということになっております。これは、お医者さんの二名という数、それから在宅療養支援診療所であるということ、それから時間外の加算をとっていること、

いう、この三つ全てを満たすということですから、なかなか地域では三つとも満たすというのは難しいということでございます。

実は、二十八年のときに、地域包括診療加算というものをつくりました。これは、再診療の上に、全てを満たさなくても、点数はちよつと低いですが、三つのうちどれかを満たせば加算するというものをつくりましたので、こういうことも含めて、団塊の世代が七十五歳以上となる二〇二五年に向けて、大事な認知症の問題について対応していきたいと思っておりますし、対応までの間、関係者の御意見もよく聞いて診療報酬改定をしたいというふうに思っております。

○大畠分科員 先ほど、冒頭に、これから患者数が一・五倍ふえて、二〇二五年には七百万人を超えるという話なんです。今の状況では、お医者さんが二人いる町医者というのはいないんです。地域のお医者さんがやはり対応できるような対象じゃなければ、大病院とか中核病院とか、そういう大手術をするところじゃなくて、認知症患者の人が地域の病院に行つて、先生、何か最近、私はおかしいんです。ということで、安心して診察を受けることができるような環境をつくる必要だと思っております。

そこで大臣、時々大臣にも質問しますので、これは、せっかく地域包括診療加算というシステムがあつて、どなたか大臣をちよつとサポートしてあげてください。

これだけ町の中にたくさん認知症の人がふえ始めた場合には、今のいわゆる地域包括診療加算

これが地域の町医者にとっては大事な仕組みだなということなんですが、医者が二人いなければだめだとか、二十四時間開業している薬局と連携しなければならぬということじゃなくて、要するに、私が聞いている町医者の人の話では、相談業務なんです。まず、ぐあいがおかしいなどという人の話をよく聞くこと、これが非常に大事なんです。

したがって、この地域包括診療加算システムの要件を少し、先ほど局長もよく地域の話を聞いて対応しますと言っていたんですが、認知症対策の一つのキーステーションが町医者だと思わんです。だから、ぜひ大臣の方からも、よく連携して、町医者が活躍できるような環境をつくっていただきたいと思いますが、大臣の御決意をお伺いしたいと思います。

○塩崎国務大臣 先般、新しい医療のビジョンと、そのもとで、医療関係者、特に医師、看護師あるいは他の関係医療職種の人たちがどういうふうにかこれから働くかというビジョンが先週末とまりました、五十ページ以上になるこれからの医療ビジョンでありますけれども。

まさに、大きな要因はやはり高齢化であり、人口減少というのがありますし、お医者さんも実は高齢化するんですね。多死社会と言っていますけれども、お医者さんも多死社会に、お医者さんもおいでですけれども、なるのはもう目に見えているわけでありまして、そういうことを考えてみると、今の人数で認知症になられる方を前提に診療報酬も考えているということ、条件もいろいろ、

それは確実にやれるようにということで要件を課しているんだろうと思いますが、新しい時代になつて、お医者さんがなす役割と、それから看護師さんとかその他の医療職種の関係がある方々も含めて、役割分担もきつと出てくると思います。

したがって、今御指摘になった要件が本当に必要かどうかということも含めて、今後のあり方ということとは当然考えなきやいけませんし、認知症の薬の処方についてさつきお話がありました、それも、十分、今かかりつけ医と言っていますが、プライマリケアとして一番接する機会が多いのは地域の開業されているお医者さんでありますので、そういった方々への、余り重過ぎない要件をもつてする。

しかし、能力担保がないと、さつきの、要するに間違つた薬を処方するみたいなのがあつても困るので、そういうことを考えてみれば、今の加算のあり方などについても今後しっかり考えていかなきゃいけないんじゃないかというふうに私も思います。

○大畠分科員 大臣からも御答弁いただきましたが、局長さんもぜひ連携して、そういう町医者や認知症の方を十分にケアできるような環境をつくるように、さらに一歩進めて努力をしていただきたいということをお願いいたします。

これは、町医者の方からのつぶやきのものですが、新規の患者さんの物忘れ外来を毎日行っています、一般診療の合間に対応できるのは一日に一人ぐらいがやっとなんです。そして、既に予約は二カ月間ちになつていっています。日々、患者

さんといいますが、申し込んだ方にはがっかりさせてしまつていっています。初診の患者さんと家族からこれまでの経緯を聞き取り、長谷川式という記憶のテストを行い、検査結果や診断タイプ、今後の治療方針の説明をきちつと行おうとすると、一人やはり三十分かかっちゃうというんです。どう短くしても。しかし、風邪の患者さんは三分間で大体対処できるんですが、三十分間お医者さんが時間を使うのと、三分間の風邪の診察をするのと診療報酬が同じだというわけです。

そうすると、どうしても、開業医の方を考えると、後回しにしてしまう傾向があるので、このところは、このお医者さんはきちつと認知症の患者さんと向き合いたがらやっつけていきたいという話をしていきますが、ここの辺の熱心なお医者さんが十分な診療ができるように環境を整えていただきたいと思います、局長からも一度その件についてお伺いしたいと思います。

○鈴木（康）政府参考人 御指摘のように、認知症の患者さんは、家族と一緒に話を聞き、きちつとした治療方針を示すまで相当な時間がかかるというふうには認識をしております。

もちろん、再診料そのものは一緒でございますけれども、そういう相談支援に係るきちつとした相談支援料のものを手当てをさせていただいて、そういう地元できちつとやっておられるお医者さんがきちつとコストに見合った活動をしていただけるように、我々としても次の改定へ向けて努力したいと思います。

○大畠分科員 ぜひ、私もいろいろな事案について話を聞いたりなんかして相談に乗っていただきますが、時代が変わってきているんですよね。

だから、従来の積み上げた仕組みというのは非常に大事にしなければなりません、社会が変わり始めたら、それに対応する形で医療行政もやっておかないと、国民のための医療なんだけれどもともすると、組織のための医療になってしまう傾向もあります。私たちは、医療だったら患者さんの立場に立つてどう仕組みを変えようかということ、常にも局長にも求めておきますので、ぜひ今答弁いただいた形で、具体的に、町の開業医の人が積極的に認知症患者に向き合うことができるような環境づくりを強く求めておきます。

それから、時間配分の関係から少し予定した質問は割愛するところがございますが、これについては御了承いただきたいと思えます。

そこで、認知症患者の家族に対する指導はどこが行うのか。いわゆる市町村が受け皿としてはかなり重要な役割を果たすと思えますが、ここに対する予算づけについても、先ほど一千五百億というお話もございましたが、こちら辺についての対応策についてお伺いしたいと思います。

○蒲原政府参考人 まず、家族に対する支援策でございませけれども、これは新オレンジプランの中でも、認知症の人の介護者への支援というのが一つの柱になってございます。

具体的な中身でございませけれども、例えば、認知症地域支援推進員という専門の方が相談に応じるといのが一つございませし、もう一つは、

複数の医療、介護の専門職がチームとなって御本人の家庭に伺っているいろいろな対応をする、これは初期集中支援チームと言っていますけれども、こういうチームをきちんと派遣するということ。さらには、これは最近広がっておりますけれども、認知症の人御本人だとかあるいは御家族の方が言ってみれば気軽に参加できるサロンのような場所、これはよく認知症カフェと言っていますけれども、そうしたものを普及していくこと、こうしたことを市町村において行っております、これを今後とも進めていくことでございます。

これのいろいろな財源でございませけれども、基本的には、話がございましたように、市町村の事業ということになってございます。これ自体は市町村の事業の中で、通常の介護のいろいろなサービスの給付とは別に、地域支援事業という枠組みがございまして、いろいろなメニューがございませ。その中にこれが入っているところでございませ。

こうしたものについては国として一定の支援をきちんと行っている、これは保険料財源も入った上でやっているんですけれども、この部分をやってございまして、平成二十九年に約一千五百億円、全体のその内数ということになってございませけれども、これを、こうした認知症が一つの大事な柱になってございませので、今後ともきちんと対応できるようにやっていきたいというふうに考えております。

○大畠分科員 ありがとうございます。私は住民を支える基礎的な組織というのは自治

体だと思っております。自治体も財政難で非常に苦八苦しているんですが、そういうところを勘案しながら、ぜひ、今御答弁いただいたような形で支援をしっかりとやる。

内数というのがちよつと気になるんですね。内数というところ、何でも押し込んでおいて、これでやっておいてくださいよと、ごそつとやるんだけれども、そこから必要なものを引いていくとだんだん足らなくなってしまうこともあるので、ぜひ明確に、そういう施策が行われるように、目配りをしていただきたいと思います。

それから、認知症といいますか、自動車の運転が非常に難しくなった、こういうことで、きょう国交省の方にも来ていただいていると思うんですが、これは一般的な自動車の免許証返納の対策ということでも結構ですが、これも医師会からの話がちよつと漏れ聞こえてきまして、もうそろそろ運転は控えた方がいいですよというんですが、自動車がなくならうちの方はもう行動ができないんだ、こういうことで、非常に患者さんもうしようかなと迷っているというんですが、この交通弱者対策について、国交省の現状についてお伺いします。

○松本政府参考人 お答えいたします。

高齢化が急速に進行する中、免許を返納した方も含め、高齢者が自家用車に依存しなくても安心して移動できるように、公共交通を初めとする地域の移動手段を確保することは大変重要であると認識しております。

このため、国土交通省では、地域の公共交通サ

ービスを確保するため、路線バス、コミュニティバスや乗り合いタクシーなどに対し補助しております。

また、地域公共交通活性化再生法に基づき、高齢者を含めた地域の関係者が協力して、地域の実情に合った移動手段を確保する取り組みを促進しております。

加えて、先般、高齢者の移動手段の確保に関する検討会を立ち上げたところでありまして、有識者の意見を踏まえつつ、引き続き、高齢者の移動手段の確保に努めてまいりたいと思えます。

○大畠分科員 交通基本法というのが制定されておりまして、国民は移動する権利がある、こういうことが保障されているわけですが、今の時代の変遷の中で、国交省だけではなかなか難しいかもしれないませんが、自治体、県や市町村と連携して、日本の国を戦後七十一年間支えてきたメンバーですから、その方々が移動手段を失うことがないように、さらに目配りしながら力を注いでいただきたいということをお願いしておきます。

厚生労働省関係の最後の質問にいたします。これはけさ追加をしたものですから、多分準備はされていないと思うんですが、実は、私のところに、お医者さんとかスタッフが不足するために、立派な病院があるんだけど、半分しか使っていないとか、そういうところがあるという話が出て、大畠さん、せっかく立派な病院も機械もそろっているのに、これは地方の方ですよ、これではもったいないんじゃないか、何とか施設がフルに活動できるようにな体制をつくるべきじゃないかと。

かと。

これは、実は病院なんか非常に立派な施設があるんだけど、そのお医者さんが高齢化のために閉院するというと、全部取り壊されてしまうというのを私は見ているわけですが、こちら、日本全体の病院施設と、医師とかスタッフの不足のために半分しか使っていないような病院というのはどのくらいあるのかとか、それから、これをどういうふうな形で活用して地域の医療の受け皿にするのかとか、こういうことについて、きょうは突然質問してもお答えいただけないかもしれないですが、これを調べて、そして現状をまず把握するということをぜひやっていただきたいと思えますが、これはどなたが。では、お願いします。

○神田政府参考人 現在、病院のベッドが十分使われていないのではないかと御指摘かというふうに思っております。

実は、入院患者全体の動向で申しますと、患者調査の推計によりますと、六十五歳以上の入院患者さんはふえているわけですが、六十五歳未満では減少していることから、入院患者全体の患者数は平成二十年から減少している傾向にございます。そういうことから、一般病床の病床利用率というところで申しますと、平成十四年には八〇%であったものが、直近の平成二十六年では七五%に低下しております。また、療養病床でも、平成十四年には九四%であったものが、平成二十六年では九〇%に低下しているということがございます。

したがって、地域によりましては、既に人口が減少していること等もございまして、医療需

要がピークアウトしている地域もあることもまた事実でございまして。

この原因としては二つあるというふうに考えておりまして、一つは、こうした地域で求められている医療の機能に今の医療供給体制が見合っていないという点があるのではないかとこのように思っております。

この点につきましては、団塊の世代が二〇二五年に後期高齢者になりますので、そのときに地域の人口構成がどう変化するか、患者数、また疾病構造がどのように変化するかといったデータに基づきまして、二〇二五年の病床の必要量、これを急性期、回復期、慢性期といった機能ごとに推計をするという地域医療構想というのを平成二十年度に策定をいたしております。

今後、効率的な医療提供体制に向けまして、こういった機能分化を進めていく必要があるというふうに考えております。

また一方で、御指摘のように、医師等が十分確保できていないことから使えていないという点があることも確かだというふうに考えております。

この点につきましては、医学部の定員についてかなり増員をいたしております、平成二十年から、直近で申しますと、平成二十九年年度にかけまして千七百九十五人、直近ですと、九千四百二十人の医学部定員といたしまして、増員をいたしております。特に、その中では、特定の地域ですとか、産婦人科とか小児科など、医者が足りない地域や診療科で勤務していただくことを条件にした地域枠の医学部生を中心に増員を図ってきている

ところでございます。

また、各都道府県に地域医療センターというのを設置いたしました。個々の病院ごとの医師不足の状況を調査、分析いたしました。医者が足りない病院に対して、この地域枠の医師を活用いたしました。派遣、調整を行うといった取り組みを行っております。平成二十三年から行っておりますけれども、これは直近の平成二十八年四月までの間で申しますと、四千五百三十人の派遣、あつせんを行っております。

したがって、効率的な医療提供体制をつくるべく、地域で必要な医師が確保できるように、こうした取り組みを進めていくという両面で取り組みを進めてまいりたいというふうに考えております。

○大畠分科員 私の地元の病院、高萩の方の病院なんです。立派な病院が、今から十五年ぐらい前にできたんですね。しかし、半分は電気が消えているんですよ。それはなぜかというと、お医者さんがいないからだ。看護師さんもちろん不足です。だから、大きな大病院ができたんですけども、半分しか機能していないのが病院をつくってからずっとなんです。

だから、今、ベッドについては徐々に減少しているんですけども、グロスでやるとそうよつと詳しくいかなないと、実態と違う形に受けとめちゃうので、ぜひ個々の地域の実態をもうちよつと詳しく調べてもらいたいということ。

それから、これは厚生労働大臣、突然ですが、

昔、私たちが学生時代は、みんな大学で、おまえはあそこへ行け、おまえはここに行け、はい、わかりましたと言って、教授の指摘に従っているところなどに行つて、大体お医者さんは、地域に満遍なくかどうかわかりませんが、いたんですよ。ところが、途中からお医者さんの希望によって六本木の病院とか東京の病院とか、そういう生活上最適な地域のところ集中して、地域の方の病院を希望するお医者さんが少なくなつたという

これは、大臣、もう一回、お医者さんの配置については全体的に見直しをして、税金を投入してお医者さんを育てていることも事実ですから、もう一度、卒業してから十年間ぐらいは、個人の自由もあるかもしれませんが、全体を考えて、やはり、この病院に五年とか十年行つてほしいという仕組みに転換しないと、いつまでも地域の、地方都市の医師不足というのは解消できないんじゃないかと思うんです。

自治体の方では、一人一千万とか二千万とか自治体が予算を組んで、ここに来てくれたらこれだけの予算をつけますからぜひ来てくださとお医者さんに来てもらう算段まで一生懸命しているんですよ。これは、このまま自然の姿でいいということにはならないと思うので、厚生労働大臣のもとにそういう検討会があるのかどうかわかりませんが、一度、これはもう十五年か二十年前から続けている話なので、少し検討してもらいたいと思います。大臣、いかがでしょうか。

○塩崎国務大臣 これは、先ほど申し上げた医療ビジョンと働き方のビジョンを検討する中で、初

めて大規模な調査をお医者さんに対してやりました。十万人に対して発送して、返ってきたのは一万六千ですけれども、一万六千というのは、実はサンプルとしてはすごく大きいもので、全国、稚内から宮古島まで回答が参りました。

いろいろ分析をしてみますと、お医者さんで若い人たちは地方に行つてもいいと思つていらっしゃる方が結構多い。たしか四割ぐらいは行つてもいいなと。ただ、条件が一定程度そろわないと行きづらいなと思つていらつしやるということがわかりました。

したがって、今、大畠先生おっしゃったように、昔は、事実上強制的におまえはここに行けみたいなことで、大学から言われて行くみたいなきがしばしば行われてきて、それでうまくいって来たという側面もあつたわけでありまして、最近はそのような形では、なかなかそう簡単ではないということとであります。

今おっしゃるように、医師がおられないという、医師の偏在と医師の過疎が大変な問題になつていて、まさに地方創生と言っていますけれども、医療がなければその地域は生きていけないということとがだんだん明らかになってきていますので、ただ一方で、いろいろな形があつて、例えば、医療法人で、チームで、過疎の地域に当番で一人は必ず行つて、その診療所を見たいなことをやつていらつしやる場所が私の松山にもあります。百キロぐらい離れたところに毎日行つて、一泊してまた帰ってくるという先生が五、六人いて、それで順番に回つていくことであれば、あえてそこに住まないでも行ける地域もある。ただ、

住まなきや行けないところもあるでしょうから、そういうところも、例えば一週間の当番で回っていくとか、いろいろなことがあり得るということもだんだんわかってきました。

やはりお医者さんも、皆さん、家族もおられますから、家族のことも考えてみると、やはり柔軟な働き方ができないといけないのかもわからないので、そういうことをしっかりこれから検討していこうということに、この一万六千人の先生方からいただいたアンケートをもとに、今後どうするかを考えていく、そういう検討の場は、私は、個人的にも設けた方がいいのではないかと、医師偏在の解消の仕方ということを正面から取り上げた検討会というのは今まで余りなかったやに聞いておりますので、その辺は前向きに、今御提案もいただきましたので、考えていきたいなというふうに思います。

○大畠分科員 今の御指摘といいますが、現状を検討していくという話ですが、私は、個人の自由というのがありますよね、あそこに行きたい、ここに行きたいと。ただ、国民から税金で支援してもらって一人前の医者になったんですから、自分の意思というのもあるかもしれませんが、やはり卒業して五年間ぐらいは、嫌だかどうかかわからなけれども、国民が求めているということ、ぜひ大臣の、何とかという赴任命令ではないけれども、何かそういう仕組みでも考えないとなかなか解決しないかなと思います、今の大臣のつくられた検討会の中で、そういうことも含めて、ぜひ現状の問題を解決するように努力していただきたい、

こういうことを申し上げて、厚生労働省関係の質問は終わります。ありがとうございました。