

次に、大畠章宏君。

○大畠分科員 民主党の大畠章宏でございます。

きょうは、認知症対策と、地域におけるお医者さん不足の課題について質問をさせていただきます。

まず最初に認知症対策ですが、実は、私の知人が医者をやっております、小児科の医者として一生懸命頑張っておりました。しかし、ちょうど六、七年前から、診察が難しい、こういうことになって病院は閉院をいたしました。それが認知症ということで医療活動ができない、こういうことで、今、彼自身も病院に入っているところであります。

この認知症というのが、非常に地域社会の中で大きな問題といたしますか、課題として広がっております。したがって、認知症対策は今どのような状況にあるのか、こういうことを全体的に把握するために質問をさせていただきます。

ちょうど去年の十一月の十四日と十五日に、「NHKスペシャル」で「認知症革命」という番組がありましたので、それを録画しておいて、私も拝見をいたしました。さらには、ちょうど二、三年前だったと思いますが、茨城県の笠間市立病院の白土医師の講演を伺いました。

この二つから言えることは、認知症というのは、早くそれを把握して対策すれば治るんだということです。白土医師の話でありましたし、「NHKスペシャル」の方でも、アメリカ、日本でもかなり研究が進んできて、そういう症状を回復させたり軽くしたりすることもできるんだ、こういうことでございました。

したがって、日本においてはどのような状況に今あるのかということをお伺いいたします。

そこで、認知症患者のこれまでの推移といたしますか傾向、それから、今後どういうふうになるのか、十年後には大体七百万人になるのではないかと、こういうことも言われておりますが、まず最初に、厚生労働省としてどのような事実把握をしているのか、伺います。

○三浦政府参考人 認知症の患者さんの人数あるいはこれからの推移というお尋ねでございますが、我が国における認知症の方の数ということになりますと、平成二十

四年の段階で約四百六十二万人、六十五歳以上の人口の約七人に一人と推計されているところがございます。

この数でございますけれども、今の発生の状況が仮におおむね変わらないと考えますと、高齢化が進展していく中で、数としてはさらに増加が見込まれておりまして、平成三十七年には約七百万人前後と推計されているところがございます。これは、六十五歳以上人口の約五人に一人ということでございます。

○大畠分科員 ただいまのお話を伺いますと、これから、六十五歳以上の方については、おおむね五人に一人ぐらいが認知症ということになるだろう、七百万人という話も出されました。

これにどう対応するかですが、実は、二〇一二年度にオレンジプランというものを政府の方で決定し、それを推進し始めた。この中身は、相談窓口とかあるいはお医者さんのネットワークですとかあるいはまた地域における支援策とか、こういうところが加わっていたわけでありまして、特に私が注目するのは、そういうときにはどうしたらいいのかという対策のためのガイドラインとか、若年性認知症支援のハンドブックですとか、認知症初期集中支援チームの設置だとか、こういうところを政府は当時やろうとしていたわけですが、ここら辺も含めて、現在どのような状況にあるのか、お伺いします。

○三浦政府参考人 今御指摘ございましたように、新オレンジプランに基づいて、さまざまな基盤の整備が進み始めたということがございます。

まず、平成二十四年に策定したオレンジプラン、これでは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住みなれた地域のよい環境で暮らし続けることができるよう、平成二十五年度からの五年間の具体的な計画を定めていたところがございます。

オレンジプランで掲げました主な施策の進捗状況でございますが、平成二十六年年度末時点で、認知症サポーターにつきましては約六百十一万人、認知症初期集中支援チームにつきましては四十一市町村、認知症地域支援推進員につきましては二百十七の市町村、認知症介護実践者研修修了者につきましては約二十万人、それぞれ養成、配置されていたところがございます。

このほかにも、若年性認知症支援ハンドブックや認知症ケアパス、認知症の薬物治療に関するガイドラインにつきましては、都道府県、市町村に配布などを行っておりまして、これを通じて、地域包括支援センターなどの相談支援機関や、かかりつけ医な

どの医療機関などの地域で支援に携わる方々に活用されているものと考えております。

○大畠分科員 ただいま新オレンジプランについての説明がありましたが、その前にオレンジプランというのがあったと思うんですね。

今のお話で新オレンジプランとして今動いていることはよく理解しますが、当時のオレンジプランでいいますと、おおよそ新オレンジプランの中身と同じような内容でありませんが、例えば、認知症と認定された場合の対策のガイドラインとかそれから若年性認知症支援のハンドブックだとか、要するに、周りの家族がどうしたらいいんだろうということを知るためにこういうハンドブックというのは非常に有効だろうと思うんですが、こちら辺については具体的に今どういう状況になっているのか、お伺いしたいと思います。

○三浦政府参考人 先ほど実績として申し上げましたのは、オレンジプラン、民主党政権時に定められたオレンジプランに基づいて進捗してきた状況について御説明申し上げたところでございます。

その中で、今御指摘ございました若年性の認知症支援ハンドブック、認知症のケアパス、認知症の薬物治療に関するガイドラインなどにつきましては自治体に配布を行っているところでございまして、現場の例えば地域包括支援センターあるいはかかりつけ医、医療機関、こういうところで活用されているという認識をしております。

○大畠分科員 このハンドブック等を大いに活用はしなければならないと思うんですが、実は「NHKスペシャル」の中で、番組を見ておられますと、MCI、いわゆる軽度認知障害、こういう状況をいかにして把握するか、こういうことで、これを把握すれば正常に戻る人も進行をおくらせる人もいる、こういう話でありました。

したがって、私は、ハンドブック等を活用する、あるいは各企業においてもよく見て、物忘れが多くなってきたとかなんかというときにはどうなのか、これを診断するという機会を設けて、できるだけ本人も周りの人もその状況を把握することが私は大事だと思うんです。

この対策は、早歩きをすればいいとか、一日に一時間、週三日ぐらいは早歩きをすれば随分改善といいますか、それを防止したりなんかすることにつながると思うんですが、防止するための対策といいますか、それをどうやって一般国民に通知するか、こちら辺についてはどういう努力をされているか伺います。

○三浦政府参考人 御案内のとおり、認知症につきましては、いまだその病態の解明ということになりますと不十分な状態でございます、現時点では、根本的な治療薬あるいは予防法ということになりますと、十分な確立がなされていないという認識もございます。

一方で、御指摘ございましたように、運動ですとか口から食事をとる機能の向上、栄養の改善、社会交流、趣味の活動など、日常生活における取り組みが認知機能低下の予防につながる可能性が高いということがさまざまな論文などで示されているところでございます。

私ども厚生労働省といたしましては、これらの知見を踏まえまして、介護保険の地域支援事業という事業を活用いたしまして、住民主体の運営によるサロンや体操教室の開催など、地域の実情に応じて社会参加などの進展が見られるような取り組み、こういうものを推進していきたいと考えております。

また、研究ということも極めて重要な分野ではないかと考えておりますが、そのために、大規模な遺伝子解析、国際共同研究など、高品質で効率の高い追跡研究を全国に展開することや、発症前のいわゆる先制治療というようなものの可能性について追求すること、また、認知症の方々が研究への参加に際して容易に登録できるような仕組みを構築するなど、根本的な治療薬や効果的な症状の改善方法、有効な予防方法の研究開発を推進していきたいと考えているところでございます。

○大島分科員 先ほどの御答弁の中に含まれていたのかもしれませんが、改めて、早期診断というのは非常に大事だと思うんです。

それで、当時、オレンジプランの中では、平成二十四年から二十九年度までの間に、認知症の早期診断等を行う医療機関を五百カ所整備する、こういう目標が掲げられておりましたけれども、これについてはどういう状況なのか、再度お伺いしたいと思うんです。

○三浦政府参考人 今御指摘ございましたように、認知症は、早期に診断し、早期に対応していくということが極めて重要でございますが、その際には、医学的にもかなり専門的な知識ですとか技術が必要な場合がございます。

そのために、認知症疾患医療センターを整備するということで、目標を置いて整備しているところでございまして、現時点でおよそ三百余り、全国で三百三十六カ所の認知症疾患医療センターの整備が進められているところでございます。

○大島分科員 この認知症というのは、若年性認知症というものも広がり始めていて、職場での仕事ができなくなる、こういうことで大変大きな影響もありますので、できるだけ関係する企業とも連携をとって、早期にそういう状況を把握して復帰ができるように、「NHKスペシャル」の中では、早期に把握したので職場に復帰しました、こういう事例もありましたから、ぜひ力を入れてやっていただきたいということを要請しておきます。

そこで、実は今、研究がなかなか大変だということではありますが、薬の開発も進んでいるという報道もスペシャルの中でも言っていました。現場の方から、認知症治療薬アリセプトの服用添付文書に、治療開始から二週間経過後にアリセプト五ミリグラムに増量しなければならない、こういう記載が当初あって、その後、平成二十二年三月に、お医者さんが状況を見てこれを減量、量を減らしていいですよ、こういう付記もされたというのであります。

実は、皆さんのところに参考資料をお渡しいたしました。去年の十一月二十二日の愛媛新聞の報道でございますが、全国の病院に、この少量投与に関してどうですかというお話を聞いたら、九の県で少量投与は認めず、こういうことで、国民健康保険団体連合会が診療報酬支払い請求を認めない査定をしたことがわかったというんですね。

そうなりますと、私が聞くところによると、一生懸命減量したんだけど、そんなレセプトはだめだということで却下されて、三百万ぐらいのお金は戻ってこなくて、結局病院でそれを負担しなければならなかった、こういう事例が伝わった。確かに、厚生労働省からの文書では、お医者さんの裁量で減らしてもいいですよ、こういうことが追記されたというのは存じ上げておりますが、どうもそれが徹底していないんじゃないか、したがって、これを徹底させるために何らかの方策が必要ではないですか、こういうお話が来ております。

この件について、現在どういう状況にあるのか、お伺いします。

○唐澤政府参考人 大島先生から御配付いただきました新聞の資料を拝見いたしましても、取り組んでいらっしゃる先生方は在宅医療などを熱心にやっていたいでいる先生方で、私ども承知をしている皆様でございます。

それで、このアリセプトの減量使用といいますか、普通はふやしてくる場合に査定されるということが多いんですけれども、少なくした場合も認めてくれという御要望でございます。

私どもの方も、こういう御報道もございましたし、先生の御指摘もございましたので、国保連合会、それから社会保険診療報酬支払基金、こちらの方の現場の審査委員会での扱いというものがどうなっているかということ、まず私どもの方でも調べてみたいと考えております。

これは、事務方が査定をしているわけではなくて、お医者さんと歯科医師さんのような専門家の先生方の委員会で査定をしておりますので、そちらで実際にどのような扱いにされているかということ、私どもできちんとまず把握をさせていただこうと考えております。

その上で、医学的、薬学的な、専門的な事柄もございますので、こちらの方は、その結果を踏まえながら、医薬局などとも相談してまいりたいと考えております。

○大島分科員 今の御答弁ですが、せっかく平成二十二年に、現場のお医者さんの裁量権といいますか、やはり増量すると副作用もあって、これは適さない、この患者には、一人一人の患者で随分状況が違うので増量する必要はない、こういう判断で減らしたという話なんです、そういうことでは薬代としてお金は払いませんよというのは、これは現場のお医者さんの裁量権というのを認めていないものになるんですね。

したがって、ここに「なお、症状により適宜減量する。」と書いてあるんだけど、これが守られていないじゃないかということで、確かに専門の方々かもしれないけれども、患者は直接見ていないわけですよ、レセプトしか見ていないんです。

だから、厚生労働省としては、こういう減量してもいいですよという通知をきちっと出すことが必要じゃないかと思いますが、再度、この件について整理をして答弁していただきたい。

○中垣政府参考人 今委員から御指摘がございましたように、「用法・用量」のところ、最初三ミリから始めて、一、二週間後に五ミリに増量する、さらに、高度な方には、五ミリで四週間以上経過後、十ミリに増量する、こうなっております、**「なお、症状により適宜減量する。」**ということになっております。

委員御指摘のとおり、副作用を見るというのは非常に重要なこととございますので、私どもとして、薬事当局としては、こういった副作用がどういうふうに出てくるかといったことについては今後とも注視していかなきゃいかぬというふうにしておるところとございます。

○大畠分科員 今後とも注視していかなければならないんじゃないじゃなくて、現実こういう、その用法について、なお、症状により減量するという何を何のために書いたのか。この時点で、現場のお医者さん、患者と向き合っている医者の裁量に任せると言ったんだから。レセプトの審査というのは大変あるわけですよ。一々その患者がどうかというのはわからないわけ。

ところが、現実、調べてみると、これは去年の十一月の時点で、あるというのは九県あるわけですよ。お医者さんの処方箋というかレセプトを認めていないということなんです。これでは何のために厚生労働省からそういう通達を出したかわからないじゃないですか。

したがって、やはりお医者さんを信頼して、一人一人症状が違うから、この患者には一番これがいいかなということで処方している。レセプトを審査する人は、それは一々わからないんですよ。ですから、減量したとしてもこれをよしとするということ、もう一度改めて厚生労働省はきちっと通知することが必要だと私は思うんですが、注視するなんという中途半端な話だからこうなっちゃうんですよ。再度、答弁を願います。

○唐澤政府参考人 このアリセプトの用量をどう使うかというのは、先生御指摘のように医学的な判断があって、さらに、原則として、適宜、増減量といいますか減量することが認められているという添付文書になっておりまして、これは平成二十二年に変更されているわけでございますので、先ほどの実態を把握するのとあわせまして、支払基金とそれから国保連合会の方に、アリセプトの用法、用量についてはこういうふうになっている、その変更についての周知というものがどのぐらい徹底しているかということ、これをきちんと把握して、よく理解をしていただくということについては、私どもの方から審査の団体の方にきちんと通知をさせていただきたいと考えております。

○大畠分科員 大臣、せっかく厚生労働省としてこういうものを明らかにしながら、実は私のおふくろも、昔、薬を多量に投与したためにどんどん病状が悪化したことがあるんです。それで、ある病院から転院させて、その薬をやめたところ、症状が回復したという実例を持っています。

したがって、お医者さんが処方した処方箋に従って、医者は患者に責任を持ってやっているわけなんですよ。そのレセプトをチェックするところが、これは増量していないからだめだ、認められない、こういうことで現場のお医者さんも混乱しているというので、この薬も、少量にすればそれだけ安く済むわけですよ、一言で言えば。

だから、現場の医師をもうちょっと信頼して、今局長からも答弁ありましたが、ちゃんとこの通達に従ってレセプトの審査をするように、こういうことを再度大臣からも指示してもらいたいと思いますが、大臣の答弁を求めます。

○塩崎国務大臣 私も、いろいろな医療関係者、特に医師から、特に認知症の御専門の医師からもお話を何人か聞いたことがございまして、まず第一に、認知症については、必ずしもまだ医学の観点からしっかりと確立した判断ができていない部分がある、それもかなりあるということを聞いていて、そういう意味で、新オレンジプランを含め、オレンジプランを受けて、今回、オール政府の国家戦略にしましたが、その中での研究がいかに大事かということを示しているわけでありまして。

したがって、私は医学の門外漢ではありますが、認知症にも幾つかのタイプがある、そのときに誤った処方をしてかえって悪くなるという、今の先生の御経験と同じことを私も聞いたことがございます。

ということは、今答弁が少しかみ合っていないというのがございましたが、こういうところについては、最先端の、最善の知見を持って今判断をして、統一的に考えるということを考え、そしてそれを決め込むということをやっているといけなないと思いません。

ですから、もちろん関係学会の御議論もしっかりと聞いて、今先生から受けた御指摘をどういうふうにしていくことが本当は一番望ましいのかということを決めていかなきゃいけないというふうに思いますので、早急にこれについては対処してまいりたいというふうに思います。

○大畠分科員 大臣からも御答弁いただきましたが、前線の医者をもうちょっと信頼してもらいたいんですね。お医者さんは、一人一人の患者を本当に親身になって、どうしたらいいかなと考えながら治療をしているんです。

確かに、大臣がおっしゃるように、まだ認知症の実態解明は難しいんですが、それでも、現在ある知見の中でどうしたらいいかと最善の努力をしていますので、前線で頑張っているお医者さんが戸惑わないような形のレセプトの審査ということになるように、先ほど答弁いただきましたが、もう一度全国を調べて、そして適切に対応するようにしますという答弁がありましたよね、そういうふうにぜひやっていただきたいと思えます。

それでは、次の質問に入ります。

次の質問は、実は、いろいろなことを私も考えたのでございますが、過日、私も地域のいろいろな人のお話を伺いましたが、やはり大臣、地域医療を担うお医者さんが不足して、各自治体とも、少ない財源の中でもお金を出して一生懸命お医者さんを確保する、こういうことをやっているわけでございます。

この地域医療を担う医者不足対策については、厚生労働省としてもいろいろやっていると思うんですけれども、抜本対策が必要じゃないか。一々自治体が、お金を準備しますから来てください、こういうことでいいのか、こういう声も上がっておりますが、これについての厚生労働省としての基本的な考え方を伺いたしたいと思います。

○神田政府参考人 先生御指摘の医師不足対策についてでございますけれども、これまで、都道府県の特定の地域等での勤務を条件といたします地域枠を活用いたしまして医学部定員を増加してきているところでございます。平成十九年に七千六百二十五人であったものを二十八年には九千二百六十二人ということで、千六百三十七人、大学十六校分に相当する増員をしているところでございます。

それからまた、地域の個々の病院の不足の状況を調査分析いたしまして、個別の病院への医師派遣を行います地域医療支援センターというものを医療法を改正いたしまして位置づけまして、これに対する財政支援などを行ってきているところでございます。

それから、抜本的な対策ということについてでございますけれども、現在、都道府県で地域医療構想ということで、二〇二五年に向けまして、各地域の急性期ですとか回復期、慢性期といった病床がどれぐらい要るのかという構想を今つくっていただいております。

骨太の方針二〇一五におきまして、こうした地域医療構想との整合性の確保でございますとか地域間偏在等の是正などの観点を踏まえて、医師、看護職員の需給について検討するというふうにされたところでございます。

昨年十二月から、医療従事者の需給に関する検討会というものを設けまして、医師につきましては医師需給分科会というものを立ち上げておりまして、その中で、医師の中長期の需給推計を行うとか、あるいは医師の地域偏在、診療科偏在の是正策について検討するということになってございます。

今後、この分科会での議論を踏まえまして、先生御指摘のありました医師の地域偏在とか診療科偏在の問題について効果的な対策を講じていきたいというふうに考えております。

○大畠分科員 これは大きな課題であります、地域の方は行きたくない、行きたいところにお医者さんは行くんだというこのルールが、大臣、やはり何か私はおかしいような感じがするんですよ。国も、一生懸命、税金まで投入してお医者さんを育てているわけなので、医者の資格を取ったら五年間ぐらいは国が指定するところに勤務しなさい、このくらいのルールを私は決めるべきじゃないかと思うんですが、塩崎大臣はどういうふうにお考えでしょうか。

○塩崎国務大臣 昨年、たしか十一月だったと思いますが、私、稚内に参りました。これは自民党の会で講演をするために行ったんですけれども、そのときにあわせて、その地域、宗谷地区というそうであります、市町村長さん全員集まって、一つだけ陳情したい、何かといったら医師不足。

要は、大体、国民保険病院というのが一つあって、お医者さん一人、そんな町がずらっと並んでいるんですね。島も、利尻島などがありまして、そこなどは、救急のときにはドクターヘリが夜は飛ばないので自衛隊に来てもらう。ところが、自衛隊はお医者さんに乗っけてきませんから、一人乗って北海道の方に行く。そうすると、こっちの救急体制がもう島ではもたない。

そういうことでありまして、今答弁を申し上げたようなことで、全体としてどうかということも大事でありますけれども、それぞれの地域がどうなっているかということは、やはり医療がなければ地域は壊死していくという、そんな感じを私はこの間持ちました。

去年、「保健医療二〇三五」というのを、二十年先の保健医療体制はどうあるべきかという提言をいただきましたが、その中にも、今先生が御指摘になったような、一定程度はやはり義務的にこの地域にちゃんと行ってもらうというような仕組みを考えていかなきゃいけないんじゃないだろうか、そういう提言もいただいております。

これから、医療従事者の需給に関する検討会をするわけでもありますけれども、私は、今のような実情、そしてまた、製薬産業などを含めたところへの医師の存在というものが日本は圧倒的に少ないわけで、そうすると、産業競争力としてもいかがなものか。あるいは、これから医療ビジョンを各都道府県ごとにつくっていきますけれども、判断できるほどのお医者さんが、あるいは公衆衛生の専門家がそれだけ各都道府県にいるかという、必ずしも私は足りているとはとても思えない状況であります。

そういうことを考えてみると、総合的に医師の需給を考えるということが大事で、何よりも大事なのは、地域は医療がなければ成り立っていかないということを踏まえた上でのあり方を考えていくべきかなというふうに思っています。

○大畠分科員 終わります。よろしくお願ひします。

○秋元主査 これにて大畠章宏君の質疑は終了いたしました。