

第193回国会 厚生労働委員会 第19号 議事録(抄)

平成二十九年五月二十五日(木曜日) 午前十時開会

○自見はなこ君 こんにちは。自民党の自見はなこです。よろしくお願ひいたします。

今日は、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案についての質問の機会を与えていただきまして、誠にありがとうございます。

介護保険法は、皆様御存じのとおり、二十年前の一九九七年に成立をいたしまして、二〇〇〇年から施行されております。一九六〇年代に日本で高齢者福祉政策が始まりまして、七〇年代に老人医療費の無料化、そして八〇年代には社会的入院や寝たきりなどの老人を取り巻く医療の問題が社会的な問題として扱われるようになり、無料だった老人医療費に一定額の負担を導入をいたしました。その頃に、高齢者のための施設が必要だということで、ゴールドプランの下、まず施設の方を重点的に整備をいたしまして、同時に、移行しまして、一九九〇年に新ゴールドプランで在宅での介護の充実というふうに徐々にシフトをまいりました。

高齢者の介護に関しましては、介護保険成立前には福祉と医療というものが分かれており、それぞれの所管により、サービスの実施主体でありますとか申込みの方法でありますとか、あるいは施設である、それから給付の在り方なども制度としては分かれておりました。当時、福祉の側には、施設として特別養護老人施設、事業としてはホームヘルプサービスやデイサービスなどがあり、医療の側には、事業として訪問介護やデイケアがあり、施設としては老人保健施設、療養型病床や一般病院などがありました。ただ、その二つの分野、どうしても福祉と医療ということでそれぞれに分かれている、そして分かれているがゆえの課題ということもあったから、是非統合して解決していこうという機運の下で二十年前に介護保険法が成立をいたしました。

このときにはドイツを参考にしたと言われております。このドイツには、家族に対するケアの概念というものが介護の仕組みに取り入れられておりました。当時も議論に十分にあったということは承知しておりますが、二十年を経た今、さきの、今までの先輩方の質問にもありましたように、家族に対してのケアというもの、先輩方訴えられておりましたが、私も実は全く同感であります。導入をした二十年前までは、まだ社会構造としては、多くの家庭では、御主人がいて専業主婦がいてという構造でございました。日本は、このような背景から、税の仕組みもそして社会保障の仕組みも含めて良妻賢母型であると言われております。

ただ、この二十年の、特にこの十年間の間でございますが、いわゆる家庭の形というものだけを見ても、生涯独身の方も増えておられますし、また家庭を持った場合においても、世帯の平均所得、特に若年層の世帯の平均所得も落ちておまして、全体としてはやはり所得の二層分化が進んでいること、また女性の就業率が上昇していることなど様々な事柄を考えますと、我々の今携わっております社会の仕組みづくりということに関しましては、これらの時代の変化に残念ながら追いついていない部分が多々あるので

はないかなというふうに感じております。

保育の場面でも同じでありますけれども、介護の場面でも、家族や女性に対する負担というものは引き続き現実的には求められているという状況の中で苦しんでおられる方々が大変多くおられます。介護離職がゼロだということを目指だということ掲げてくださってはおりますが、一方で在宅介護や医療の推進というものをうたっておられます。

私は、これら二つに関して言葉に応じた施策の実行が必要であると思ひますし、それらへの答えが、例えば家族への負担を軽減させていくような給付の在り方や多職種連携をより推進していく形でのアウトリーチの実際の在り方、また晩婚化、初めてお子さんを産む年齢の上昇等から育児と介護のダブルケアということなどもございますので、これらに対して家族ということ一つのキーワードとして対応していくことが急務であるというふうに思っております。

今回の法改正の主目的でございます介護と医療の連携を深めることや、あるいは地域包括ケアを更に深化させるということは今何より必要なことではもちろんございますけれども、医療と介護という領域だけではなく、社会保障や税といった観点から、今の家庭の形の多様性や社会のありのままの姿を見て、利用者のみならず家族に対してのケアというものは是非今後見直して行ってほしいというふうに思っております。

これはお願いでございますけれども、目の前の課題に対して、今これが必要だ、あれが必要だということ考えていかれると思うんですけども、自分たちが今までどのようなやり方でやってきたかというような、今までのやり方からのみ解を導き出そうとするというのには私は限界が来ているんだろうと思っております。厚生労働省の皆様は大変多くの業務を抱えてくださっておりますけれども、是非、将来どういふ日本の社会であるかということ、将来に目的地を見出していただいて、そこから逆算してこういうような政策が必要だからということで、人々の気持ちに寄り添った上で二歩先を見た行政というものを是非今後推進して行っていただきたいというふうに考えております。

さて、本日は、地域包括ケアシステムの深化、推進といったところから、まず医療と介護の連携についての質問をさせていただきます。

一問目の質問でございます。これまで様々議論を深めてこられたとは思ひますけれども、この度の法案では、介護療養病床について、特に介護保険病床のものに関しましては今後六年間廃止が延長されたものの、新たな選択肢として介護医療院が提示をされました。

質問ですが、大臣にお伺いをいたします。介護医療院につきましてでございますけれども、介護療養病床を持つ医療機関などは、具体的な基準そして報酬を見た上で実際に移行できるかを見極めていくことになってくると思っておりますが、介護医療院の基準それから報酬につきましてはどのような方向性で考えているのか、大臣のお考えをお伺いできたらと思ひます。

○**国務大臣（塩崎恭久君）** いろいろな経緯があって、今回、介護医療院を設けることによって介護療養病床、これをなくしていこうと、こういうことでございますが、今般の制度改正では、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象といたしまして、日常的な医学管理やみとりやターミナルケアなどの医療機能と、そして一方、生活をする場としての生活施設、こういう機能を両方兼ね備えているという施設としての介護医療院というのを新たに創設をしようということにさせていただいております。

お尋ねの、介護医療院の基準あるいは報酬などが見えないとなかなか今療養病床をお持ちの医療機関などが腹が決まらなないと、こういうことだと思いますが、療養病床の在り方等に関する特別部会の取りまとめにおきましては、現行の介護療養病床相当の機能を持つ類型と老人保健施設相当以上の機能を持つ類型とを二つ設けるということ、そして、床面積の基準として入所者一人当たり八平方メートル以上とすることなどを御提言がございました。

これらを踏まえて、介護医療院のより具体的な基準、報酬等につきましては、これは、平成三十年度介護報酬改定に向けて、社会保障審議会介護給付費分科会、ここにおいて議論を深めてお示しをし、そしてお選びをいただくようにしたいと考えておりますので、よろしくお願いをいたしたいと思っております。

○**自見はなこ君** 大臣、ありがとうございます。

是非皆様に御理解いただきたいなと思っておりますのは、介護療養病床についてでありますけれども、確かに様々な流れの中で廃止ということから今回廃止延長ということになっておりますけれども、実は、この介護と医療をどうベストミックスさせるかという観点から、本当に質の担保された医療を提供しながらも同時に介護も提供したいという、大変熱心に取り組んでこられた医療従事者の方々がおられます。そういった声を今回丁寧に拾い上げた上で新しいこの介護医療院というものを創設を提案してくださっていると思っておりますけれども、是非、こういった気持ちで介護療養病床に携わってきた大勢の関係者がいるということをお伝えしておきたいと思っております。

また、大臣の言葉にもございました介護医療院の床面積についてであります。

療養病床の部会の報告では八平米とされておりますが、現在の療養病床の床面積の基準は六・四平米となっております。療養病床から介護医療院に移行する際でございますが、床面積に関する特例を私は設けるべきだと思っております。川合先生とちょっと質問かぶるかもしれませんが、お答えいただければと思います。

○**政府参考人（蒲原基道君）** お答え申し上げます。

現行の介護療養病床から老人保健施設等への転換の際の支援策におきましては、大規模改修までの間は床面積を八平方メートルではなく六・四平方メートル以上で可とする経過措置というのが設けられているところでございます。このことを踏まえまして、今お尋ねのございました介護医療院への転換につきましても同様の支援策を設けることを含めて、平成三十年度介護報酬改定に向け、先ほど話が出ました介護給

付費分科会において適切に議論をしていきたいと、このように考えております。

○自見はなこ君 まず制度をつくられるとおっしゃっておりますから、しっかりと移行を希望する機関が移行できるような配慮を是非お願いしたいと思っております。

また、皆様御承知のとおりでありまして、消費税の増税というものが先送りされておきまして、十分な社会保障の財源が確保されていないのが現状であります。また、医療機関におきましては、御存じの方の方が多くかと思いますが、消費税の部分というのは損税として医療機関が負担をしている状態がずっと続いております。その中で、人、人件費ですね、人に掛ける費用というのをぎりぎりのところで捻出しているというのが現状であります。

その中で、今後、働き方改革を含めて、より働いている方に今よりは本当に働きやすい職場を提供するというので、ここは、人件費というのはなかなか削ることができない部分であります。こういった状況の中で医療機関は経営しておりますので、介護療養病床の移行に当たりましても改修工事というものはやはり費用を伴います。その体力がある医療機関というのは実は多くはないと思っておりますので、くれぐれもよろしくお願いたします。

そしてまた、床面積に関しましては二つの考え方があるのかなというふうに思っております。

都会で密集しているような住宅事情のところと、それからまた、地方では大変広々と土地があって、大きな家に三世同居で住んでいるというような、こんな地域があります。それぞれではやはり広さに対する考え方も全く違っておりますので、面積基準に関しては、もちろん入居者の方の、利用者の方の安全性を担保したということが大前提にはなりますけれども、それぞれの地域の実情というもののある程度考慮に入れて幅を持たせたものにするというのも今後の検討材料の一つかなと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

さて、次の質問に移ります。

介護療養病床の医療についてであります。

基本的に、介護療養病床の医療については介護報酬の中で評価されていますが、包括報酬とされております。今後、様々な医療のニーズが必要な人ということが増えてくると考えられますので、これらが的確に対応できるようにするためにもきめ細やかな報酬設定が必要であるというふうに考えますが、いかがでしょうか。

○政府参考人（蒲原基道君） 今お話がございました介護療養病床の果たしている医療の関係でございます。現在でも非常に重要な機能を果たしているというところでございます。そうした機能については引き続きそういう機能も果たすし、一方で、介護医療院という受皿もできたので、そちらの方に移るところもあるというふうに思います。

いずれにしても、そうしたところにおける医療の機能というのがしっかり発揮されて、必要な医療が利

利用者の方々に提供されるということが極めて大事でございます。そういった意味では、全体を含めて、平成三十年度の介護報酬改定に向けて適切に検討してまいりたいというふうに考えております。

○自見はなこ君 今局長が、必要な医療という言葉を言っていただきましたけれども、医療といいましても、実は、御承知のように様々なことを指します。例えば、乾燥性の湿疹があるのでクリームを処方しようというのもこれも医療的な処置でございますし、あるいは、少し尿が出づらいので導尿しようというのももちろん医療処置でございます。また、軽い胃腸炎になったときに脱水になることがよくありますけれども、点滴、輸液をしようというのもこれも医療であります。

また、恐らく一番、私が働いておりましたのは一般病院でありますけれども、総合病院でありますけれども、勤務医として働いておまして、救急患者さんというのを受け入れるときという観点から見ますと、やはり一番多いのは、施設からの受診のパターンとしては誤嚥性肺炎などの感染症による発熱というのが一番多いというふうに感じております。どうしても寝たきりのままの姿勢が多いので横になっておりますし、それから、ごっくんする力、嚥下の機能が落ちておりますので、口の中にいる口腔内のばい菌、細菌が気管の方に入りやすくなりますので、誤嚥性の肺炎になることがよくあります。

この肺炎に対して採血やレントゲンといったものがいわゆる必要な検査でございます、治療といたしましては抗生剤などの点滴ということになっております。順調に抗生剤が反応した場合というのは、大体十日間、幅はありますけれども、十日間ぐらいの加療で落ち着く場合が一番多いのではないかと思いますけれども、今の現状ですと、その間よくありますのが、やはり総合病院などで、救急車で搬送されて急性期の肺炎という診断で、DPCも一番高いところで算定をされるということが現実的にはあります。

また、施設に入っておられる方の立場からいたしますと、やはり変化というものに大変敏感であります。今までのスタッフ、スタッフに囲まれて日々のケアをしてもらうということも非常に大事でありますし、また、急性期病棟では、御承知のようにアラームが鳴っていたりいろんなモニターが付いておりますので、若い方が入院しても、ICUシンドロームといいますけれども、ちょっと譫妄が起きたりいらしたり、普通じゃないような言動をされるような方もおられます。

ですから、総合的に考えますと、医療ということの幅はもちろんあるわけでありまして、幅のある医療の部分のこの幅に関してでありますけれども、私はこの医療保険の外出しのことというものに関しましては、いろんなことをさっき申し上げた、繰り返しますけれども、肺炎に関して同じ治療でありますので、高齢者の心理的そして身体的な負担からも考え、そして医療費の負担適正化という観点、そして救急現場の負担感ということ、この三つのことから考えまして、是非介護現場における医療というものの給付の在り方には見直しをしてほしいと思っておりますし、蒲原局長がおっしゃっていただきましたような三十年のダブル改定というものもございますので、期待をしているところであります。どうぞよろしくお願いをいたします。

また、付け加えますと、介護医療院のことから少し離れますけれども、日本の行政の仕組みづくりとい

うことに関しましては、おおよその場合でありますけれども、様々な場面、恐らく厚生労働行政以外もだと思っておりますけれども、施設と結び付いていることが多くあると思っております。例えば、保育園でも保育とそれから病児保育というのを分けておりますし、これは施設ごと分けております。ただ、ヨーロッパでは子供は風邪を引くものだという大前提がありますので、保育園の園長が看護師の資格を持っていないといけないということを定めているところもありますし、あえて病児保育ということで施設ごと切り分けていない国も大変多くございます。

日本は何かと施設ごと切り分けるのが好きな国なんですけれども、そろそろ私たち日本も、人的資源もそれから財源ももう限られてきておりまして、二十年前、三十年前の日本ではもうございませんので、丸ごとということをやったってくださっておりますから、そういった観点からも社会保障全体の見直しをしてくださることを願っております。よろしくお願いたします。

それでは、次の質問に移ります。

全国には八百近い地区医師会、地区の医師会というものがございます。大変興味深いのですが、それぞれの地区医師会には必ず歴史がございます。長いと百年以上の歴史がございます。そして、それが必ずしも行政の区分と一緒にないんですけれども、実はその歴史の方が古いから一緒にないということが多々あります。例えば、京都の西陣とかもそうですけれども、自分たちの長年守ってきたエリアがあると、そっちの方を優先して医師会活動が今も行われている。非常に患者様、利用者や医療従事者、そして行政の方と顔が見える関係というのが構築されている地区医師会というのが実は大変多くございます。

私自身、全国を回らせていただく中で、この地域包括ケアというものを考えますと、この地域の中で顔が見える関係が構築されているような地域力のあるところというのは既に地域包括ケアの土台ができ上がっているなと思っております。これかなり地域差があるんですけれども、やはり一番難しいのが顔が見える関係の構築から始めなければいけない地域というのが難しいなというふうに思っております。

その中で、この地域包括ケアを今後どうやって進めていくかという話ですけれども、私の感覚からいいますと、地域を丸ごと病棟に例えて機能させてくださると大変に有り難いなと思っております。

といいますのは、御承知のとおり、医師は診断とそれから治療方針を決めることはできるんですけれども、それ以外のことは本当に何も一人ではできません。病棟でも、入院していただきますと、ナースステーションがあつて、看護師の皆様いろんな処置をしていただいて、それから事務の仕事はクラークさんがいてくださいますし、それから、入院した方が退院に向けてどのような支援をしようかというときは、入院して早々からソーシャルワーカーさんにも助けていただきます。また、リハビリに関しましては理学療法士の方にしていただくといった具合で、病棟というふうに考えますと、そこだけでも既に多職種連携であります。

是非、この地域包括ケアというのは、地方が丸ごと病棟だという感覚でありますので、今回の医療と介護連携、非常に大事であります。そういった多職種連携といった概念、これを真ん中に置いていただき

たいというふうに思っております。

それでは、質問に入ります。

今後でございますが、先ほど私なりの地域包括ケアに対する所感を述べたところでございますけれども、厚生労働省は介護と医療の連携を深めるために、今後具体的にどう取り組んでいこうと考えておられるのか、お考えをお聞かせください。

○政府参考人（蒲原基道君） お答え申し上げます。

平成二十六年の介護保険法改正に伴いまして、これは市町村が実施する地域支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業というのを位置付けております。こうした中で、在宅医療と介護の連携を推進してきているところでございます。

具体的な中身でございますけれども、まず市町村が地域の医療、介護の関係者と連携しながら、地域の医療、介護の資源を把握すること、そして在宅医療・介護連携の課題を抽出し対応策を検討すること、このような二つをまず基礎とした上で、幾つかの具体的な取組をしているところでございます。

一つは、医療、介護の関係者の研修を通じて、先ほど先生のお話にもございましたけれども、顔の見える関係を構築していくということ。また、情報共有ツールの整備など、情報の共有を支援すること。さらには、連携の調整や情報提供による相談支援というのをやっていくこと。さらに、これは在宅医療・介護に関しまして住民の方々に普及啓発ということをきちっとやっていくこと。このようなことに取り組むということにしているところでございます。

これらの市町村が行います在宅医療・介護関係者の連携を支援する取組につきましては、平成三十年四月には全ての市町村で実施いただくということにしているところでございます。

○自見はなこ君 是非、我が事・丸ごとという精神でお願いしたいというふうに思っております。

続いて、関連でございますけれども、今回の法案では、地域で医療と介護の連携体制の構築を推進するために都道府県における市町村に対して支援が盛り込まれている、先ほどの局長答弁にもございましたが、具体的にはどのような支援を想定しているのか、教えてください。

○政府参考人（蒲原基道君） 今回の法案におきましては、都道府県が市町村支援に努めることを法律上位置付けるということにしております。

具体的な中身でございますけれども、都道府県が市町村に対しまして、一つは医療や介護に関するデータを収集、分析していくこと、さらに、在宅医療・介護連携に関する相談を担う人材を育成すること、また、在宅医療・介護連携推進事業を行うに当たって医師会等関係団体との調整を行うこと、このような支援に取り組んでいただくといったことを予定しております。

厚生労働省といたしましても、都道府県による市町村支援等を明確にした自治体向けの手引を示すこと

などによりまして、市町村における在宅医療と介護の連携の推進に資する取組というのが充実されるように、しっかり国としても取り組んでいきたいというふうに思っています。

○**自見はなこ君** ありがとうございます。

是非、地域医療構想というものは、これは県が策定していくものですが、そこでの整合性というものを連携を深めていくようにお願いしたいと思います。

また、局長の答弁にもありましたけれども、本当に今、自治体の職員が大変だなというふうに思います。特に市町村の方の業務というのの負担というものを私は大変心配しております。また、ただの業務ということではなく、第一線で実際に給付ができるかどうかといった調整も含めまして、非常に精神的にも多くのストレスを抱えながら業務も抱えるということになっておりますので、私どもが、厚生労働省、特に塩崎大臣を中心に働き方改革ということを進めてくださっておりますけれども、是非、厚労省丸ごと、行政丸ごとという観点で、地方自治体への業務の効率化ということについてプロジェクトチームでも是非つくっていただきまして、どのようにこの業務の負担を軽減するかということもみんなで丸ごと考えていただきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

次の質問に移ります。

医療と介護の連携というものを推進するためには、ケアマネさん、ケアマネジャーさんの医療に対する理解というものも同時に促進していくことも大変重要なことと考えておりますが、今後どのように取り組んでいかれるか、お考えをお聞かせください。

○**政府参考人（蒲原基道君）** 今後、重度の方、あるいは医療の必要性が高い利用者の方の増加が見込まれる中、話がございましたケアマネジャーが利用者の方々の医療ニーズを踏まえてケアマネジメントを行えるようにしていくといったことが重要であるというふうに認識をいたしております。

このため、昨年度からケアマネジャーの研修を大幅に見直してございまして、医療の理解を深めるための内容を大幅に拡充をしております。具体的に少し申しますと、脳血管疾患や認知症などの特性や療養上の留意点、その疾患患者に起こりやすい課題を踏まえた支援の手法を具体的な事例を活用しながら研修すること、あるいは、ケアマネジメントを行う際の医療との連携における留意点や情報共有する内容などについても、これも事例を活用しながら研修すること、こうしたようなことなどを新たにこの研修の中に盛り込んでいるというところでございます。この研修でございまして、ケアマネジャーの資格取得のとき、あるいは五年ごとの更新のときに受講が義務付けられているということでございます。

こうした研修を着実に実施していくことで、ケアマネジャーの方々の医療に関する理解の促進や、それを通じて利用者一人一人の医療ニーズを踏まえたケアマネジメントの推進に取り組んでまいりたいと考えております。

○**自見はなこ君** ありがとうございます。是非しっかりとした取組をしていただきたいというふうに思います。

特に、これからは一層の高齢化ということが前面になっていきますので、どうしても人間ですので、生まれてきた以上、生老病死と、生まれてきて、病気になって、老いて、病気になって、逆のこともありますし、事故のこともありますけれども、最後には死を迎えるわけであります。その過程で医療というものの知識はケアマネさんにも大変大きく必要性というものはのしかかってくると思います。

私自身は、また付け加えて申しますと、文系の大学を出た後に医学部に行った人間でございますけれども、今地方を回っておりますと、社会人を一回経験して、それで介護の世界に飛び込んでいきたいという方も大変多くございます。また、地元の医師会の先生方は准看護師の養成ということに大変熱心にしてくださっておりますけれども、私の、先ほども触れましたけれども、保育の領域も是非、この医療あるいは看護のケアという概念をしっかりと学んだ上で子供に当たってほしいという思いも持っております。

この丸ごとという観点におきましては、あらゆる医療職の方々が生き生きと働けるような現場ももちろん大事ですし、ケアマネさんのような介護職、福祉職の方にも医療の知識を是非、全てとはもちろん申しませんけれども、適切なケアができる医療の知識の習得ということと一緒にやっていきたいと思っておりますので、御指導いただければと思います。

続きましての質問でございます。続きましてはみとりに関してであります。

現在でございますけれども、在宅でのみとりの加算ということに関しましては、みとりに向けて今までいろんな診療を行ってきた医療機関ということではなく、あくまで最後にみとった医療機関というものが算定をすることになっております。複数の医療機関が連携してみとりに対応した場合は、このみとりに至るプロセスも評価していくことが今後ますます在宅でのみとりというものを推進していく上では必要かと思っておりますが、このみとり加算というものを連携医療機関の中で分け合うということは可能なんではないでしょうか。

○**政府参考人（鈴木康裕君）** 医療機関による在宅におけるみとりに対する診療報酬上の評価について御質問ございました。

御指摘のとおり、在宅におけるみとりに関しましてはみとりに至るプロセスも評価しておりまして、一つは、死亡前の二週間の間に二回以上の訪問診療を行った場合には在宅ターミナルケア加算、それからもう一つは、療養上の不安等の解消のために十分な説明を行った上で、死亡の日に訪問診療等を行って患者をみとった場合にはみとり加算を算定することが可能でございます。

これらの診療報酬は、患者に対して、原則といたしましては在宅医療を担当しております一つの医療機関が算定することとしておりますけれども、例えば複数の医療機関が連携してみとりに対応された場合には、医療機関同士の合議によって診療報酬を分け合うということが可能でございます。

医療資源が限られているという現状の中で地域での医療機関が連携するということは極めて重要である

というふうに思っております、地域医療機関の連携という視点も踏まえて、在宅医療の評価の在り方については、関係者の御意見もしっかりと伺いながら、来年の診療報酬改定に向けて努力をしたいというふうに思っております。

○自見はなこ君 合議ができるということで確認させていただきました。ありがとうございます。

実際、医療機関の在宅でくださっている先生方、様々なパターンがありまして、普通に一人で外来診療をしていながら、三十年、開業歴長いとやはり患者さんも亡くなってまいります、やっぱり最期は先生がいいよということで、昼間の時間を利用して往診に行き、そしてだんだんその方がいろいろな経過の中で死を迎えるときに当たっては、夜だったら駆け付けられるけど、外来診療中ですと、それこそ地方に行きますと、冬場ですと百人、二百人のカルテが並ぶ中、外来止めておみとりにということが行けないときに、やはり隣の医療機関ですとか連携しているところに頼んだりするというのも現実的にはございますので、まだまだ課題は多い分野、それから様々な議論が出てくる分野かなと思っておりますけれども、あえてここで、みとりについての加算ということの質問をさせていただきました。

続きまして、この地域包括ケアを進めていく、それから介護も在宅も進めていくということの議論の流れの中でございますけれども、救急についての質問をさせていただきたいと思えます。

近年、救急車による救急搬送というものの数が増えているというふうに伺っておりますが、その内訳について教えてください。

○政府参考人（猿渡知之君） お答え申し上げます。

平成二十七年の救急出動件数は、十年前、平成十七年と比較いたしまして、約五百二十八万件から約六百六万件と約七十八万件増加してございます。また、救急搬送人員を見ても、四百九十六万人から約五百四十八万人と五十二万人増加しており、いずれも過去最多となっております。

救急搬送人員の内訳を見ますと、全体に占めます六十五歳以上の人員は、十年前と比較して、約二百二十万人から三百十万人と九十万人増加しており、また全体に占める六十五歳以上の者の割合も四四・四％から五六・七％に増加しておりまして、高齢化の進行が救急搬送の増加の大きな要因であると考えられます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

救急搬送が増えているということ、その中でも特にやはり高齢者の搬送が増えているということをお教えいただきました。

続きまして、三問まとめでの質問になりますけれども、この増大する救急要請の中で、本当の三次救、いわゆる交通外傷でありますとか、あるいは心筋梗塞や動脈解離、本当に一刻を争うものを三次救といいますけれども、この三次救急とそれから緩やかな救急、例えば施設からの発熱とかそういったものもあり

ますし、ちょっと吐き気がするようだという事で救急車をもちろん使われる方おられるんですけども、これら三次救とそれからこういった緩やかな救急というものの搬送を、今後、現場がこのままですと恐らくバンクしてしまうかなという懸念もありますので、適切に区別していく必要があるというふうに感じております。

ただ、それは簡単なことでは全然ございませんで、地域の人口規模により状況も異なりますし、対応も異なってくると思っておりますので、この点については消防庁がどのようにお考えかということもお伺いしたいと思っておりますし、また、救命救急の医療に関してですけれども、地域の関係者が連携していく対応というものが大変必要であると思っておりますが、これにいかにもメディカルコントロールを利かせていくのかというのも一つの視点となっております。また、そのときには、救急車はやはり消防庁でありますので、消防庁との連携も非常に重要だと思っております。どのように連携していくのか、そのお考えをお伺いできたらと思います。よろしく申し上げます。

○政府参考人（猿渡知之君） お答え申し上げます。

傷病者の搬送につきましては、都道府県ごとに、消防機関、医療機関等から成る協議会の意見を聞きまして、傷病者の搬送等に係る実施基準が定めてございます。地域の実情に応じて緊急性や専門性などを踏まえて分類された搬送先の医療機関のリスト等に基づきまして救急活動が実施されているということでありまして。

なお、救急搬送者に占めます軽症者の割合についてでございますが、平成二十七年の統計では、東京や政令指定都市の大都市にあつては五三・三％、その他の地域では四七・三％となつておりまして、地域にかかわらず、いずれも約五割を占めるという状態になってございます。

このため、急な病気やけがの際に一一九番通報をするかどうか迷う住民の方が電話で相談できる救急安心センター事業、いわゆるシャープ七一一九でございますが、の全国展開を推進していますとともに、スマートフォンなどから緊急性を判断できる全国版救急受診アプリ、いわゆるＱ助というものの提供も開始したところであります。

また、転院搬送につきましては、緊急性の乏しい場合にはいわゆる病院救急車や患者等搬送事業者等に活用するなど、地域の実情に応じて転送、搬送ルールを定めるよう厚生労働省と連名で通知しているところでもあります。

いずれにいたしましても、消防庁といたしましては、救急車の適正利用の推進は極めて重要なこととございますので、厚生労働省始め関係機関と引き続き連携を強化してまいりたいと思つています。

○政府参考人（神田裕二君） メディカルコントロールをどのように利かせていくのかというお話でございますけれども、傷病者の救命率ですとか予後の向上のために、救急救命士など救急隊員が行う救急救命処置等の質を医学的に保障することを目的といたしまして、医療機関、医師会、消防機関、行政機関の四者

で構成いたしますメディカルコントロール協議会というのが、現在、全国の都道府県単位に加えまして二百四十三の地域単位に設置されているところでございます。

先生御指摘のとおり、地域によって実情が異なりますことから、地域に応じた関係者の連携をどのように図るかといった点について、個々の事例ごとの検証なども行いながら、救急搬送体制、救急医療体制の整備に生かすという役割をこの協議会は負っているところでございます。

地域によりましては、この協議会に高齢者の施設ですとか介護事業者、それから自治会、民生委員、社会福祉協議会などの幅広い関係者が加わりまして、あらかじめ本人や高齢者の施設が御家族と話し合いをしまして、持病ですとかかかりつけの病院、医療に関する希望、できるだけ救命、延命措置をしてほしいのかどうか、なるべく自然に見守ってほしいのかといった希望などを一枚の紙にまとめて整理をいたしまして冷蔵庫等に貼っておくことによって、救急隊員が駆け付けたときにそれを持ちまして医療機関に連絡を取る、あるいは、搬送したときに医療機関に示すことによって円滑な搬送等につながっているという事例がございます。

このような地域包括ケアの構築に資するメディカルコントロール協議会の運営協議が地域で進むよう、厚生労働省としても、消防庁、都道府県と連携しながら助言等に努めてまいりたいというふうに考えております。

それから、消防庁との連携ということで申しますと、全国のメディカルコントロール協議会の連絡会というのを開催いたしまして、好事例等を全国的に共有するとか課題の整理をするといったことでございまして、消防庁が行っております救急業務のあり方に関する検討会に私どもの方からオブザーバーで参加しておりますので、今後ともしっかりと連携を図っていきたいというふうに考えております。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

救急に関する実情とか、あるいは対策というものは、大都市、それから政令指定都市規模、中核都市、それから本当に過疎地といった大きく四つに分かれるのかなと思っておりますが、それぞれに對しまして、例えば御指摘いただきましたような病院救急車あるいはメディカルコントロールの利いた民間救急の在り方というものもありますし、それから、八王子の八高連というのが大変有名でありますけれども、顔の見える関係を構築して、高齢者がどのように搬送されるのが一番適切かということ地域で構築しているところもありますので、是非、こういった観点からも、救急医療、消防庁と厚労省で連携を深めてやっていただきたいと思っております。

最後はもう質問はいたしませんで、コメントだけにいたしますけれども、私自身は、この医療と介護の分野において、顔の見える関係の構築も非常に大切ではありますけれども、医療のICTというものもこれらの連携をより深めていくんだらうというふうに考えております。HPKIというものの資格証というものが適切に普及されるということは、私は極めて鍵になってくると思っておりますし、それから、医療ICTを取り巻く安全という意味では安全機構を創出する必要もあると思っております。また、医療機器

を適切に管理するためには臨床工学技士などの非常にメカに強い方々も一緒に参画していただくことも必要になってくるかと思えます。

いずれにいたしましても、これからしっかりと我々医療界と介護と福祉の業界で頑張っていきたいと思えますので、御指導いただきますよう、お願いいたします。

質問を終わります。