

○羽生田俊君 自由民主党の羽生田でございます。よろしく願いました。

まず初めに、今回の医療保険制度改革とは別な話でございますけれども、まず、この度起こりました群馬大学附属病院の不祥事につきまして、国民の皆様は、医療に対する信頼を損ねるというような問題を起こしてしまったことにつきまして、全く遺憾であると同時に、実は私の地元病院でもあり、私もこの大学病院に勤務をしていたというところでもありまして、医師として、国民の皆様方に心からまずお呼びを申し上げたいというふうに思う次第であります。

このような問題が起きました背景には、大学病院の医師が、あるいは病院の中での他の医局との競合など、手術の業績を上げなければならないというような状況や、大学病院自体が研究費等を含めて自分で稼がなければならないというような状況が起こっているわけでございまして、これが根底にあるということ、大変これ自体が問題であるというふうにも思っているところであります。まず、そのような状況をつくってしまった医療政策に対して、政府にも大きな責任があるというふうに思っているところであります。

大学病院というのは、医師をつくり育て、そして医学教育という重要な学生の学びの場であって、実習の場であり、それと同時に、地元の中核病院

として地元の患者さんの臨床の場であり、また研究の場でもあります。それぞれは全て関連を持って十分な連携が必要でありますけれども、今回の事件はまさに大学自体のガバナンスのなさ、この機能が全く働いていないということが原因であるというふうにも考えております。

全国各地の大学病院あるいは中核病院等であるような不祥事が起きているということにつきましては、医学、医療に対する国民の信頼を取り戻すためにも、政府のしっかりとした対応、対処を是非よろしく願いたいというふうにまずもってお願いをしておきます。

それでは質問をさせていただきますけれども、まずジェネリック、いわゆる後発医薬品のことでございますけれども、政府は後発医薬品の使用促進を行っておりますが、ジェネリックの安定供給品質における問題点が大変危惧されるところであります。安定供給、品質確保のための環境整備はどのようにお考えかをお聞かせいただきたいというふうに思います。

後発医薬品には、海外の原材料、海外からの輸入製品なども多く含まれておりまして、その環境整備を整えないまま使用促進をすることは、保険財政の支出抑制効果はあってもかもしれませんけれども、いわゆる経済的、財政的観点のみで、国民の安全や安心というものがおざなりになった使用促進

ではないかということをお心配しているわけでございます。また、この安定供給、品質管理を含めた環境整備には、小さい企業から大きな企業まで数千と言われるジェネリックのメーカーがあるわけでございます。その辺の再編、規模の確保というものも必要ではないかというふうに考えているところでございます。

また、ジェネリックと同じようにバイオシミラーというものを扱っているということで、これが全くジェネリックと同じような位置付けというふうに思えるわけでございますけれども、これはいわゆるジェネリックと違って、バイオシミラーの場合には先発品と同一品とは言えないものもあるわけでございます。こういったものにも非常に大変危惧するところでございまして、その辺も是非考えていただきたいということでございますが、この辺の安全性、安定供給について御意見をいただければというふうに思います。よろしく願います。

○政府参考人(二川一男君) 後発医薬品の安定供給の件につきましてお答え申し上げます。

後発医薬品の使用促進を図るためには、その安定供給に關しまして保険医療機関、保険薬局、また患者の皆様方の信頼の確保、向上させていくことが極めて重要であるというふうに考えているところでございます。

この安定供給に関しましては、そういった支障が生じたいわゆる品切れ品目、こういったものは過去に比べますと減少はしてきておりますけれども、依然として品切れとなる品目が生じているといった状況にございます。

「委員長退席、理事福岡資麿君着席」

平成二十五年の四月に策定いたしました後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ、このロードマップにおきましては、安定供給に支障が生じた事例があった場合には、新規の薬価収載希望書を受け付けないなどの対応方針を示しているところでございまして、こういった取組を通じてまして後発医薬品の安定供給を図り、その上で使用促進を図ってまいりたいというふうに考えているところでございます。

○羽生田俊君 ありがとうございます。是非、国民のための推進ということを根底に考えていただきたい……（発言する者あり）あ、もう一つ。お願いいたします。

○政府参考人（神田裕二君） 後発医薬品の品質確保の点についてでございますけれども、まず、承認審査に当たりまして、有効成分の含量ですとか不純物等の規格、一定の品質を担保するための安全性等について確認をしているところでございます。また、先発品と後発品をヒトに投与して、時間の経過とともに有効成分が血液中にどの程度

含まれているか等を比較した生物学的同等性等のデータに基づいて同等性の評価を行って承認をしているところでございます。

それから、バイオ医薬品については、分子構造が巨大であって、全く同じ立体構造のものを製造することは困難だということでございますので、今申し上げたような点に加えて、治験を実施して、有効性等について先行バイオ医薬品との比較による評価を行った上で承認をしているところでございます。

また、製造工程の段階では、先ほども御指摘ございました海外の製造所につきましても、製造・品質管理の基準に適合していることをPMDA又は都道府県が承認審査のとき、またその後五年ごとに必要に応じて実地調査を行って確認しているところでございます。

それから、承認後の品質確保につきましては、平成二十年度から国立医薬品食品衛生研究所にジエネリック医薬品品質情報検討会を設置いたしまして、科学的な分析評価をして、その結果をホームページ等で公表しているところでございます。

さらに、市中で実際に売られている後発医薬品の品質確保につきましては、都道府県等による一斉監視指導の一環として、卸から医薬品の提供を受けて溶出試験等を実施して、その品質の確認を行っているところでございます。

○羽生田俊君 是非、患者さんたちが大変困ってしまう場合もあるので、その辺を十分注意した上で使用促進をしていただきたいというふうに考えるところでございます。

続きまして、本日資料を出させていただきました。りますけれども、資料が三枚ございますけれども、これは、いわゆる医療機関の費用構造、あるいは輸入品等々そういった医薬品等々の問題、それから物価、賃金と診療報酬との関係のグラフでございます。

最初の一番の資料を見ていただきますと、医療機関の費用構造というものがあられるわけですけれども、この一番左の二〇〇〇年から一番右の二〇一二年までを比べますと、人件費が五〇・二%から四六・九%と約三ポイント減少しているというのと、それに対して、その下のグレーの部分でございまして、これは医薬品・医療材料費というところで、二五・七%から二八・六%にこれも約三ポイント増加をしているということでございまして、この辺をどのようにお考えいただくかということは大変重要なポイントになると思っておりますけれども。

医療において非常に雇用誘発効果というものが高いというものは、これは厚生労働省としても十分認めているお話だと思っておりますけれども、にもかかわらず、この人件費比率が減ってきていると

いうことが非常に問題ではないかというふうに思うわけでございます。それに比してやはり医療材料あるいは薬剤等々、こういうったものが増えてきているということ、この辺が非常に問題であるというふうに考えているところでございました。

その結果、物価や賃金が皆上がっている中で診療報酬はこのまま横ばいの状態にあるというのが現状でございますので、これだけやはり、賃金が上昇しているのは医療機関の職員の賃金も当然入っているわけですから、それだけ賃金に占める割合が増えているはずなのに全体から見ると減っているということがあるわけでございます。まさに地域の雇用促進あるいは人材確保、経済効果というものが医療においてはかなり重要なポイントになるということで、まさに政府が推し進めている地方創生、この一番重要な中心課題になっているのではないかとこのように考えるわけでございます。

この人件費をしっかりと手当てすることこそが本来、本当の意味での地方創生あるいは医療費適正化ではないかというふうに考えるわけでございます。大臣よりこの点につきまして是非御答弁いただきたいと思っております。

○国務大臣（塩崎恭久君） 今先生から人件費の問題についてお話がございましたが、それと同時に、薬剤費、医療機関の費用構造、この推移を資

料を共にしてお話しをいただいたわけでございます。

〔理事福岡資麿君退席、委員長着席〕

近年、医療の高度化あるいは高齢化などの進展によりまして、薬剤費それから医療材料費の伸びが相対的に大きくなっていることは事実でございます。今日お配りをいただいている二枚目にも輸入の金額の推移というのがございますが、これも相対的に大きくなる要因の一つになっているんだらうと思っております。そういう意味では、薬価とそれから材料価格については市場実勢価格に依じた見直しを行う一方で、イノベーションを適切に評価することともまた同時に重要なことだというふうに思っているところでございます。

他方、医療従事者の人件費についてお話がございました。確かに、先生お話しのように、雇用誘発効果というのは極めてこの医療分野高いわけでございますが、医療機関の経営判断の中で決定をされてきているということを考えているわけでございます。厚生労働省としても、診療報酬改定の在り方につきまして、全体の物価、賃金の動向、あるいは医療機関の収支状況等も勘案して予算編成過程においてしっかりと検討してまいりたいというふうに思っております。

○羽生田俊君 ありがとうございます。
輸入が増えているというのは、やはり医療機器

等々も輸入製品が非常に多い、そして今、医療安全ということ考えたときにほとんどがドイツ製品になっているということで、その辺が非常に輸入超過の原因になっている。ですから、是非今おっしゃられたようなイノベーション、日本でそういった医療機器を作る、そういったことには是非研究を進めていただきたいというふうに思うところでございます。

次の質問に移させていただきます。

セルフメディケーションという言葉が今またに言われるようになりましたけれども、このセルフメディケーションの中心になるのが薬局というところでの健康ステーション事業というものがあるわけでございますけれども、この政策は、国民が受けやすい簡易な検査結果を通じて、御自分の受診への動機付け、あるいは自身の健康管理ということに資するというためのものであるというふうに思うわけでございます。

その中に、実は検体測定事業に該当しない類似事業というのがございまして、これは自己採血をするにもかかわらず検体測定事業に該当しない事業であるということ、これにとつてのガイドラインというもののから外れた状態、ガイドラインから対象外というふうになっているということでございます。これは、検体測定事業というのは、薬局で採血をし、その場で検査をして結果を出す

いうものですが、それに類似事業というのは、採血だけして検体を衛生検査所に送って、結果を送って返してよしたものについて受けた方に説明をするという事業なんですね。そこが大きな違いであるということなんですけれども、その辺が一般の方々、これを受ける方々にとっては全くこの違いが分かっていないというのが現状であろうというふうに思うわけでございます。

通知で、血液に起因する感染などを防止するため、ガイドラインに準じて取り扱われることが重要というふうに言っているわけですが、この簡易検査を受けようとする国民の方々には全く区別が付かない状態で行われておりまして、これこそが、その結果に基づいて国庫負担の軽減といえながら、実は国民負担を増大させているのではないかということが危惧されるわけでございます。

特に、一番大切なのは国民の生命と健康、安全と安全でありまして、被害を被るのは国民であります。このような重大な誤解を招かないためには国民に正しく理解するように指導すべきであり、また、この安易な判定、いわゆる判断、これが健康被害を及ぼす危惧があるということ、誤った自己判断あるいは医師でない者の診断まがいの行為や指導というものが行われますと疾患の重症化へつながるといことが懸念されるわけでございまして、その結果、結果的に医療費の増大につながる

るということは明白でありますので、その辺、十分お考えいただきたいというふうに思います。

また、この簡易検査のデータでございませけれども、これは誰がどこでどのように保管をされるのか、また管理をされるのかということが全く不明確でありまして、この医療データというのは重大な個人情報でありますから、これを含めまして今後のこういったものに対する対策などをお考えをお聞かせいただければというふうに思います。お願いいたします。

○政府参考人（二川一男君） 検体測定室に関してのお尋ねでございますが、まず、この自己採血検査サービスにつきまして検体測定室のガイドラインを昨年の四月に出したところでございます。

このガイドラインは、検体測定室におきまして直接検体を採取し、そこで検査をすると、こういったことを想定をしたガイドラインでございませけれども、また、そういった場合に該当しないですも考えられるわけでございますが、そういった分につきましては、昨年の十月でございませけれども、最初出しましたガイドラインに準じた取扱いをお願いをしますといったことを通知でお示しをしているところでございます。したがって、どちらでも同じガイドラインに沿って運営をしていただくといった方針でございませ。

いずれの場合につきましても、この検査結果につきましては事業者から利用者へ直接報告されるということでございます。その上で、利用者の方から診断等に関して質問があった場合でも、直接回答するということはせず、医療機関への受診勧奨をしていただくことが必要であるといったことをガイドラインに明記をしているところでございませ。この点につきまして、このガイドラインを適切に運用していただくように、事業者の方には趣旨を徹底してまいりたいと考えているところでございませ。

また、この検査データ、これも個人情報に該当するわけでございまして、これにつきましては、個人情報保護法、あるいは臨床検査技師が関わる場合もございませるので、臨床検査技師法に基づく守秘義務の対象にもなるといったところでございませるので、利用者の同意を得ないで第三者に提供されるわけございませ、そういったことが当然適用されるわけございませ、そういった個人情報保護が必要だということございませ。

この点につきましても、ガイドラインに明記をしているところでございまして、この点、徹底されるように、事業者の方を引き続き指導していくように対応してまいりたいと考えているところでございませ。

○羽生田俊君 ガイドラインに書いてあることは

よく分かるんですけれども、それが本当にきちつとそれに基づいて実行されるかというところが非常に大切なところでありまして、今までも、例えば病院の患者さんのデータも簡単に流出していくということが毎日のように新聞にぎわしているわけですよ。

特に、今、インターネットで遺伝子情報まで簡単に手に入るということは、この遺伝子情報がどのように管理をされて、どのように日本中だけではなく海外にまで流れていくかということを考えたときには、非常に怖い。一番こういうデータを欲しがっているのは生命保険会社です。将来、この遺伝子を見たときに、あなたの遺伝子からは保険に入れませんよと、あなたの家系はがんですから入れませんよと言われることも起こり得るということですから、そのくらい大切に扱うということにしっかりと目を光らせていただきたい、これが要望でございますので、是非その点、よろしくお願いいたします。

それでは、次の質問に入らせていただきますけれども、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担についてということで、今、ある程度の大きさの病院、五百床以上とかいろいろ話がありますし、負担金も五千円とか一万円とか、まだ決まっていない段階でいろいろな話が飛び交っているところでございますけれども、この一定規模以

上の病院において、紹介状なしで受診した患者さんから定額負担をしていただくという制度が導入されるということでありまして、この仕組みの具体的な内容について、大臣はどのような方向で検討していくのか、その辺を是非お聞かせをいただきたいと思っております。

限られた医療資源の効率的な活用という意味では、地域における医療連携というものが非常に大事なわけでございまして、この限られた医療資源の効率的な活用、医療従事者の就業環境の改善や緊急、重篤な患者さんに必要な医療を適時提供するといった観点からは、外来機能分化に関する更なる対策や受皿となるかかりつけ医制度、これが非常に大切になるであろうというふうに考えているところでございまして、こういった機能分化に関して大臣のお考えをお聞かせいただければというふうに思います。お願いいたします。

○国務大臣（塩崎恭久君） まさに先生今御指摘のように、かかりつけ医と大病院の役割分担ということが一番大事なことでございまして、今回のこの外来機能の分化、連携の推進ということにつきましては、経済的な誘因だけで解決できる問題ではなくて、様々な取組が行われなければならないというふうに思っております。

このため、既に二十六年年度の診療報酬改定におきまして、複数の慢性疾患を有する患者に継続的

かつ全人的な医療を行う医療機関を評価するという取組を始めています。いわゆるかかりつけ医の機能の推進ということであろうかと思えます。

今回の措置は、このかかりつけ医と大病院に係る外来の機能分化を更に進めるといったための一つの方策として、紹介状なしで大病院を受診する方に一定の負担をお願いをするということにしているわけでありまして、こうした目的に照らしてみれば、定額負担の支払を求めるとしては、高度な医療機能を有する特定機能病院のほかに、例えば、かかりつけ医を支援する機能を有する大規模な地域医療支援病院を含めることも選択肢として考えられるのではないかとこのように思っております。

また、今回の制度の目的に照らして、緊急の場合などについては定額負担を求めることは適当ではないと考えているわけでありまして、具体的なケースとしては、救急車等で救急搬送されるなどの救急患者、これは適切ではないと。あるいは、地域に産科などの診療科、診療所が他になくて、大病院が外来診療を実質的に担っているというような診療科を受診する場合などを想定しているわけでありまして、近くは、例えば千葉県旭中央病院というのはもう周りに産科もない、そういうようなことで今申し上げたようなケースになっ

ているわけでございます。

これらの例外ケースについては、関係者の御意見をしっかりと聞きながら、具体的な詰めを行ってまいりたいというふうに思っておりますのでございます。

○羽生田俊君 ありがとうございます。

今の日本の公的医療保険の三本柱の一つはフリーアクセスということでございますから、そのフリーアクセスを、大病院にかかるときに自己負担を取って、そこに行くことを制限しようという目的も大きくあるわけでございます。それは機能分化のためということでございますけれども、そういったいわゆる医療保険の根本たるフリーアクセスを阻害するというには間違いないわけでございますから、そういったことも含めてきちんと考えていただきたいということ。

そしてまた、患者さんの状況によって救急車で運ぶ、あるいは産科等の問題で、近くにそういった診療所あるいは中小病院でもないというようなときには大病院でもそれを取らないと。

これは口で言うのは簡単ですけれども、どのように線を引くかということでもかなり違ってきます。その地域地域によっても線の引き方が違って来るだろうというふうに思うわけでございます。その辺の線の引き方、十分考慮した上で、あるいはその地域の意見を十分聞いた上でこの線を

しっかりと引いていただきたい。これは患者さんにとって不利益のないように線を引くということが重要なところでありますので、そういったことを是非これを進める上で考慮していただきたいというふうに思います。

次の質問に移らせていただきます。

患者申出療養についてでございますけれども、

これは患者さんからの申出療養では、保険収載に向けた実施計画の作成を医療機関に求めることというふうにされているわけでございますけれども、保険収載を目指すはするが保険適用に至らないという場合があるというふうに考えられるわけですね。

患者申出療養においては、保険収載を担保するための取組と、また、保険収載に至らなかった療養について、こういった場合があるわけで、これについてどう対処するのか、まずお聞かせいただきたいというふうに思います。

○副大臣（永岡桂子君） 患者申出療養についての御質問でございます。

先生おっしゃいますとおり、この患者申出療養につきましましては、保険収載に向けた工程表、ロードマップの作成などを医療機関に求めることとしております。また、保険収載に向けた状況などを把握するために、医療機関から国に対して少なくとも年に一回はこれ患者申出療養の実施

状況などを報告することとしております。

これは年に一回ではございますけれども、ロードマップどおりに進んでいない場合というのは追加的に報告を求めるほか、必要に応じて患者申出療養から除外することも含めて対応することとしております。

○羽生田俊君 ありがとうございます。

このいわゆる判断基準というのが日本でははっきりとした定量的な判断指標というものが無いというふうに思いますけれども、費用対効果、あるいは有効性に対して費用が大きい場合、こういったものが判断において保険収載をしないということも起こり得るだろうというふうに思うわけでございます。そのときの薬剤の取扱いがどうなるのかということも一つ不明確な点であります。

また、患者申出療養として引き続き扱えるものと、メーカー等からの交渉価格によって保険収載が可能になるというような場合もあると思っておりますけれども、そのような場合も含めてどう考えるのかお答えをいただきたいと思うわけでございますけれども。

また、患者さんからの申出療養だと称して、医師あるいは薬のメーカーあるいは医療機器会社から患者申出療養として申請をされてくるということも危惧される。これは申請のときに、これは患者さんからの申出ですよということ申請をされ

てくるけれども、実は薬メーカーあるいはその担当した医師あるいは医療機器メーカー等々がこれは患者申出療養でもっと続けてほしいなと思うときは、うまく作文をすれば患者申出療養として申請をするということも起こり得るわけでございまして、そういった点についても何か対処を考えているのかどうか。その二点についてお知らせをいただければと思います。

○副大臣（永岡桂子君） 患者申出療養につきましては、患者さんが治療内容などをしっかりと理解をいたしまして納得をした上で申請を行うことが必要でございます。かかりつけ医さんなどから、患者からの相談に応じて支援を行うことが重要であると考えているわけでございます。

また、国への申請に当たりまして、患者の申出によることを明らかにする書類、例えば患者さんの署名入りの申請書ですとか、あとは患者さんと臨床研究中核病院の面談記録ですとか、あとはインフォームド・コンセントの書類などを添付することを予定しております。

今後、先生御指摘のようなことを防止する方策も含めまして、患者さんがしっかりと理解、納得した上で申請を行うようにしてまいりたいと考えております。

○羽生田俊君 ありがとうございます。

先進医療の今までの申請に対しては六か月とい

う期間をもって調査をして、本当に効果、安全性についてしっかりとした担保の下に行っていたということでございますけれども、こういった長い期間、これは六週間以内というのが原則ということでございますので、先進医療の方に出さずにこちらでやってしまおうかというふうに考えるメーカーも出てくる危険があるということも是非御考慮をいただきたいというふうに思うわけでありますし、患者さんにとりましては、医師がこの治療は効くぞと言えば、ほとんど一〇〇%の患者さんは、じゃ是非それをお願いしますよ、それにサインしますよという形になるわけでございますから、私が立場として言うのは非常に言いづらい面でありまして、医師の全てが善人というわけではありませぬので、こういったことも起こり得るということとは是非頭に入れた状態で今後の、私が悪い医者というわけじゃないですよ、そういったことを是非考慮に入れた上で制度設計もしていただきたいし、十分監視をしていただきたいというふうをお願いするわけです。

ありがとうございます。これはもう要望でございますので、その点、よろしくお願いいたします。

最後の質問をさせていただきたいと思っておりますけれども、今、医療費適正化の中によく出てくる言葉に平均在院日数の減少ということが出てくるわ

けでございますけれども、医療費適正化ということと、在院日数を減らすことで本当に医療費が抑えられるのかどうか、この辺を十分にお考えいただきたいというふうに思うわけでありますけれども。

中医協で以前、いわゆる在院日数を減らした場合には再診が増えた、再入院が増えたという結果が出ていますね。これは明らかにしているわけでございまして、早く退院をさせたためにしっかりと治らずに再入院をしたという患者さんが随分増えたということが結果として出ているわけでございますので、そういうことを含めて、在院日数をただただ減らせということが本当に医療費の抑制効果になっているのかどうかということが非常に大変疑われるところでございます。

今、在院日数を減らすということが特定機能病院等々の条件になっているわけでございますので、病院とするとまあこの辺で退院していただくかということも考えるわけでございますけれども、そのときにはドレーンを付けたままとか点滴したまま、あるいは酸素吸入したままに退院をさせられるということが起こるわけでございまして、それが本当に適正な医療なのかどうかということは大変危惧するわけでございます。

特に、アメリカなどは非常に入院日数が短い、在院日数が短い。これは理由がはっきりしている。

入院費が高いからです。その代わりに病院の目の前にホテルがずらつとできていくわけですよ。入院をしないでホテルに泊まって病院に通うわけです。これはもうアメリカの実態はそうですから、そういったことによる在院日数の短縮に合わせる日本が同じことをやるべきなのかどうかということをもう一度是非お考えをいただきたいというふうに思うわけでございます。本当に患者さんのために思っているのかどうかということでお考えをいただきたいというふうに思っております。

また、この在院日数というのは病気によっても随分違うはずであります。私、病院関係の方に、病気によって必要な在院日数というのがどれだけ違うのかというものを、そういうのを病気である程度出せるのではないかとということで依頼をしたことがあるんですけども、残念ながらまだ出ておりませんが、それは病気によっても違いますし、手術をしたかしないか、あるいは手術の状況、いわゆる病気の進行具合、それによって、手術の結果によっても当然在院日数も違ってくるわけでございますし、手術をしなくても治療内容によって必ず在院日数というのは違ってくるわけで、同じ薬を使っても副作用が起きれば在院日数は長くなるわけですね。

それぞれ状況が違う中で、単純に平均在院日数ということ、本当にそういったものをいろいろ

なことへの指標として使うことが正しいのかどうかということ、これを改めて根本的にお考えをいただきたいというふうに思うわけでございます。そういったものを、これから先も、是非、こういった在院日数というものを続けて考えるのであれば、どれだけの要素、条件があるのかということも考えた上でこの辺を、在院日数として使用するというところをお考えいただきたいというふうに思うわけでございます。その辺につきまして、厚労省の御意見をお聞かせいただければというふうに思っています。

○政府参考人（唐澤剛君） 在院日数の、先生から様々な御指摘をいただきました。

我が国の直近の国民医療費で申しますと、平成二十四年度の国民医療費、六千億円余り増えているわけでございますが、そのうちの約六割はやはり入院医療費の増ということで、これは少子高齢化を反映しているわけでございますけれども、入院医療の適正化ということは重要な課題であると考えております。

その上で、先生からただいま御指摘がございましたけれども、我が国の場合の医療費適正化計画で設けております平均在院日数の目標、これは当初が平成十八年の、これは厚生労働省の病院報告の数字ですけれども、三十二・二日というものを、平成二十四年度の、五年目の最終年度には二十

九・八日まで縮まってきたわけでございます。

ただし、この数値というのは、一般病床、いわゆる急性期の病床だけではなくて、療養病床ということで慢性期の数字が入っておりますので、それをどういうふうに考えるかということは実は大きな課題でございます。

この第一期計画を作った時点では、その辺のそれぞれの適正な入院日数というものをどう考えるか、あるいは病床数をどう考えるかというようなことについての判断の枠組みがございませんでした。そういう問題がございまして、第二期の現在の計画でもそこまで至っておりませんので、これは二十九年度の目標、二十八・六日というような目標を設定しております。

ただし、この日本の三十二日という療養病床ではなくて、急性期の例えば病床ということで見てもまいりますと、これ二〇〇九年でございますのでちよつと古くて恐縮なんですけど、日本は大体十八日くらいというような状況でございます。ドイツ、フランスは、ドイツは七・五日、急性期はですね、フランスは五・二日、アメリカではもう五・四日ということ、非常に短いような状況がございまして、先ほど先生御指摘していただいたような状況もアメリカでは指摘をされております。

それで、私どもの方は在院日数というものをどう評価をしていくか。例えば、縮まっていけば、

一日当たりの診療密度というものはこれは高くなつていきますので、単純に縮まつた分だけ費用が削減されるというわけではもちろんございません。それから、患者さんの方から申しますと、先生のお話のように、例えばある種の、私が言っているわけではありませんけど、御指摘の中に、未完のまま退院をしているんじゃないかと、入院が終わらないまま、そうすると再入院が増えてしまうというような御指摘もございます。これは中医協でも御議論がありました。資料の見方についての御議論がございました。

そういうことを考えますと、やはり入院のところだけではなくて、在宅やあるいはかかりつけの入院する前の先生と、そういうところがつながっていないと結局、単に日数を短縮するだけでは駄目ではないかということ、地域包括ケアシステムというものをつくっていくことが必要だということ指摘されているわけでございます。

それから、入院の問題につきましても、単純に全部を平均をするというようなことではなくて、やっぱり急性期の病床はどのぐらい必要なのか、回復期はどうなのか、そして慢性期はどうなのか、あるいは在宅まで視野に入れてどうなのかということ、それから、それぞれの病院の経営者の皆さんの考え方というものを把握するということが病床機能報告制度ができていくわけでございます。

すが、やっぱりそういう実際の経営に携わっているあるいは診療をされている皆さんの御意見というものを反映をして、平均在院日数というものを考えていく必要があると思っております。

現在のようないくつかの単純な指標だけではなかなか入院の現状というものをきちんと把握することは難しい面もございますので、先生が今御指摘いただきました様々な要素というものも踏まえながら検討させていただきたいと考えております。

○羽生田俊君 ありがとうございます。

是非、その点を十分考慮した上で在院日数というものを考えていただきたいというふうに思うわけでございます。また、特に慢性期と急性期と一緒にして平均在院日数という、これはもうまさに言語道断と言つてもいいぐらいな悪い考え方であるというふうに思うわけでございます。その辺を是非考えた上でこれを利用するのであれば利用するというところで、十分考慮していただきたい。

また、日本の文化というのは、退院をしたら翌日から仕事をする、これが日本の文化ですよ。それが、退院しても、一週間なり、ほかの何かでまた別な施設へ入院したり、在宅でもずっと治療し続けなきゃいけない。これは、今までの日本であれば入院をしていたという期間に入るわけですね。そういったものを十分考えた上でこれからもこの在院日数というものを考慮していただきたい。

ということをお願いして、質問を終わらせていただきます。

ありがとうございます。