

## 岡本の国会での答弁

177-衆-厚生労働委員会-4号 平成23年03月09日

○高橋(千)委員 ちょっと、通告しているにもかかわらず、答えない。これは別に、職員を呼んできて聞いているわけではないわけですよ。政務官に聞いているわけですね、答弁する立場の方に、小林さんではなくて岡本政務官に。なぜこれが答えられないんですか。いや、もういいです、小林さんには聞いておりませんので。これは岡本さんに聞いているんです。岡本さん、立てないんですか。いいです、小林さんに立ってもらう必要はありません。大臣に伺います。では、岡本さん。

○岡本大臣政務官 いや、私、別に立てないわけではないんです。ただ、調査が今進んでいる最中ですから、一部だけお話をするというのはどうかということもあり、先ほどのような話をしたところではありますが、重ねての御質問でありますから私の点だけお答えをさせていただきますと、私の場合は、この文案については承知をしておりますので、こういった報道があってから事実関係を事務方から聞いたということですよ。

○柿澤委員 みんなの党の柿澤未途でございます。

私は、がん対策についてまずお伺いをしたいと思います。

一昨年、私自身が食道がんで父を亡くしました。そのときに、実は、二十四時間の末期のみとりをさせていただいて、さまざまに感じさせていただいたことがございます。それを踏まえてきょうは御質問も申し上げてまいりたいと思っております。

まず、がん診療拠点病院、がん拠点病院のあり方についてお伺いをしたいと思います。

まず、事実をしっかり踏まえたいと思っておりますが、がん拠点病院、全国でがん診療のまさに拠点、地域医療機関との連携拠点ともなる病院でありますけれども、今現在、全国で幾つあるということになっているのでしょうか。

○岡本大臣政務官 現在、平成二十二年度においては、全国で三百七十七カ所の医療機関をがん診療連携拠点病院として指定をしているところでありますが、二十三年二月十日の検討会において十一カ所が新たに追加されて、本年四月より三百八十八カ所になる予定でございます。

---

○柿澤委員 全国で三百八十八カ所ということになる。がん対策基本法を受けて、こうした指定が数多く進められてきたということがわかります。これは一見、がん対策が非常に急ピッチで進められてきたあかしだというふうにも見られるんですけども、一方で、きょうお配りをした資料をごらんいただきたいと思います。

これは、去年の週刊文春に掲載をされたがん拠点病院のランキングです。厚生労働省の現況報告から一つ一つデータをピックアップして、独自に集計をしてまとめられたものであります。これは、ワースト三十、ベスト三十と書いてありますけれども、ベスト、ワーストという表現はいかがかと思えますけれども、実態がどうなっているのか。厚労省の発表の仕方も非常にわかりにくくて、不親切なんです。これを一つ一つピックアップして集計をした、大変な労作だというふうに思います。

これを見ると、がん拠点病院というのは驚くほどの格差があるんですね。例えば、ワースト三十のところを見ると、肺がんの手術、手術は手術数によって技術が上がるということが言われていますので、肺がんの手術がゼロというところがワースト三十の中で十七カ所もある。ほかにもさまざまな、五大がんの手術が症例ゼロ、こういうところが見受けられます。

また、放射線の治療医がいない、また腫瘍内科医がいない、病理医がいない、立派な装置、医療機器はそろっているけれども医師はいない、こういう状況になっている拠点病院が大変多いわ

けです。

いわば、仏つくって魂が入っていない、にもかかわらず、がん拠点病院というふうにな乗っている。そう聞けば、患者さんとすれば、そこに行けばきちんとした医療が受けられる、そう思ってそこにかかるわけです。しかし、そういう実態になっていない。これは逆に、三百八十八施設、これだけの数を指定を急いできたツケが回っている、こういうふうにも思いますけれども、こうした進め方が果たして妥当であるかどうか、厚生労働省としての見解をお伺いしたいと思います。

〔委員長退席、郡委員長代理着席〕

○岡本大臣政務官 先生御指摘のように、がん診療連携拠点病院のレベルに差が存在しているということは事実だと思います。

一方で、余り長く答えてはいけなかもしれませんが、先ほど先生が御指摘になられた重要な点で、中途半端に手術をするよりは、きちっと技術のある病院で集中をして治療していくということも必要だろうと思います。

いわゆるライナック等の設備がありながら常勤医師がいないんじゃないかという御指摘もありますし、実質、現在、二次医療圏で、がん診療拠点病院がある地域、ない地域がありまして、ない地域がまだあと百十八カ所、二次医療圏で残っています。

この残っているところをどうしていくのかという意味で、三月四日に、第十八回のがん対策推進協議会の中で、「がん診療連携拠点病院等の今後の役割等について」という文書が出されまして、その中では、現在の医療圏の中で、まだ拠点病院が整備されていない地域をどうしていくか、そして、当該地域で例外的に指定をすることも含めて、さらなる検討をすることを求められています。そういったことも踏まえつつ、今御指摘の点をどのように改善していくかということを考えていかなければならないと思っています。

そもそも、都道府県から推薦をいただいているこういった病院のあり方、全国一律というのはなかなか難しいと思いますけれども、充実を図る意味においても、補助を行うなどして指定を行っているところをございまして、また委員からもいろいろな御意見をいただきたいと思っています。

○柿澤委員 今の御答弁を聞いておりますと、二次医療圏で拠点病院がないところが百十八ある、それについてどうしていくかという議論をしているんだ、これからまだ拠点病院をふやして、総計でいうと五百弱になるんでしょうか、そうした体制を整えることが完成形だ、こういうふうな考え方であるかのようにも聞こえました。

こういう形で全国にひとしくがん医療の提供体制を整える、いわゆる均てん化ということでこうした施策が進められてきたわけですがけれども、しかし、この実態を見ると、事実上、これは言葉で言うとなんですけれども、言ってしまうと名ばかりの拠点病院に物すごいお金が投ぜられている、こういうことにもなっているんじゃないかというふうに思います。

この拠点病院に対して財政補助としてどのぐらいの額が今投じられているのか、確かめたいと思います。

○岡本大臣政務官 冒頭、もし少しお話をしたことに違いがあったら申しわけないんですが、先ほどお話をしましたのは、どういう病院ががん診療連携拠点病院のあり方なのかということについて、がん対策推進協議会において集中審議を行っているところでありまして、今後、必要に応じて指定要件を見直すということも考えています。

なお、予算におきまして、今、がん診療連携拠点病院機能強化事業としては、都道府県拠点病院には二千万円、それから地域拠点病院に対しましては千四百万円、こういったお金を予定しているところであります。

〔郡委員長代理退席、委員長着席〕

○柿澤委員 総額は幾らですか。

○岡本大臣政務官 強化のためではなくて、総額ということですね。

総額ですと、二十三年度予算案については、事業費総額が五十四億五千万円、それから国費ベースで、これは独立行政法人それから国立大学法人では十分の十であります、都道府県立や民間病院等においては二分の一でありますので、国費ベースでは三十四億三千万円ということになります。

○柿澤委員 正直、三百八十八カ所も拠点病院は要らない、五十カ所、百カ所でいいんだ、こういうふうにする専門家も多いわけなんです。こうした形で拠点病院を全国につくっていく、そして、施設は立派、立派な放射線機器も調っているけれどもお医者さんがいない、こういう状態のものをつくっていくというのは、事実上、高速道路や空港と同じで、うちの県にも、うちの地方にも欲しい、こういうたぐいの、言ってしまうと、これは言葉を悪く言えばある種のばらまきで、内実に乏しいがん拠点病院が患者を集めることによって、よりよい医療を受ける機会をその患者さんは失ってしまう、こういうリスクさえあるというふうにするんです。

難しい先端的ながん医療の拠点は選択と集中を進めて、均てん化をすべきであるとするならば、これは例えば地域で最期を迎えたい、こういう場合の緩和ケアの医療の体制であるとか、こうしたものについては均てん化、全国でひとしくケア、医療を受けられる体制を整えていく、こうした考え方にやはり考え方を再編成していく必要があると思いますけれども、御見解を伺います。

○岡本大臣政務官 したがって、指定要件を見直していくということの議論をしているところでもありますし、先ほど示された資料にもありますように、できないにもかかわらず、むやみにやるのではなくて、手術についても、きちとした経験と知見のある施設で行っていくということが、まさにこういった手術症例数にもあらわれているということであろうかというふうに思います。

先生の御意見も踏まえつつ、こういったがん対策推進協議会の議論を見守っていきたいと思います。

○柿澤委員 では、緩和ケアのことについてお伺いをします。

まず、緩和ケア病棟の病床数についてお伺いをしたいと思います。

私の父も、最終的には緩和ケアの病棟で他界をしていきました。癌研究会有明病院の緩和ケア病棟で、一昨年の一月の二十七日でしたけれども、旅立っていきましたが、大変行き届いた、また麻薬等による痛みのコントロールができて、本当に幸せな最期を迎えることができたな、こういうふうに思っております。

しかしながら、日本は、この緩和ケアの病棟の病床数が全く不十分だという現状にある。まず、数字として、この緩和ケア病床がどれだけ全国に今存在をしているのか、これをお伺いしたいと思います。

○岡本大臣政務官 直近と言われても、大変申しわけありません、二十一年七月一日現在の数字しかございません。全国で、緩和ケア病棟の届け出状況につきましては、病床数で四千四十二、医療機関数では二百七施設ということでございます。十九年以降、少しずつではありますけれども、ふえてきているという状況でもあります。

○柿澤委員 今言った、医療リソースのどういう配分をしていくかということについて、このまま緩和ケアの病床、病棟をふやしていくという、その方向性だけでは追いつかないのではないかと、こういうことを副大臣おっしゃいましたけれども、この件については、もう少し具体的な考えをお示しいただければと思います。

○岡本大臣政務官 緩和ケアをどこで行うかというのは、必ずしも病院に限らないというふうには

思いますし、在宅で最期を迎えたいという方もいらっしゃるというのもまた事実でありまして、全員分というわけにはなかなか現実的にもいかないという面もあります。

したがって、がん患者に対する緩和ケアについては、現時点では、治療の初期段階から療養の場所を問わずに患者さんの状態に応じて提供されることが重要ということ、がん対策基本計画、これは平成十九年策定でありますけれども、こちらの中で示しております。

緩和ケアについては、都道府県が策定する医療計画、これは平成二十年から二十四年が現行の期間でありますけれども、こちらにおいて、緩和ケアの実施状況に関する指標として、緩和ケアチームを設置する医療機関数などにより緩和ケアに関する現状を把握し、地域の実情に応じた目標を設定するように求めています、例えば京都府でありますと、二十年三月策定のいわゆる医療計画で、緩和ケア病床の数を十九年は五十床であったものを二十四年には百床にしたい、こういう目標を掲げてやっております。

先ほどお話をしましたけれども、緩和ケア病床の充実、在宅緩和ケア、それから外来でも緩和ケアをできるように、こういうようなさまざまな、冒頭お話をしましたけれども、療養の場所を問わずに患者さんのサイドに立った緩和ケアのあり方というのは考えていかなければいけないというふうに考えています。

○柿澤委員 言葉ではそういうことになるんでしょうけれども、現実にはなかなか進捗しない、こういう状況でもあるのではないかなと思います。

拠点病院についても、緩和ケアの病棟がないというところが大多数に上っている。これは、場所ではなくてケアを行うことが大事だということで、緩和ケアの医療チームをつくるということは拠点病院の指定の前提になっているわけです。

しかし、諏訪中央病院の鎌田実医師の御発言を引用しますと、形だけの緩和医療チームをつくっただけで、実質的に緩和医療を行っていない病院がある、私の病院には全国からがん難民となりかけた患者さんが来ますけれども、みんな拠点病院から流れてきた人たちです、経営の観点だけで、拠点病院の資格を取っただけで、こういう緩和ケア医療を本当に実施しているとは言えない、拠点病院の役割を果たしていない、こういうことを鎌田先生はおっしゃっております。

これではいけないというふうに思いますので、これからの御善処、お取り組みをお願いしたいというふうに思います。

在宅の緩和ケアのお話が出ました。日本の在宅死亡率は諸外国に比べると非常に低いということが言われています。スウェーデンが五一%、オランダが三一%、フランスが二四%に対して、日本は一三%というふうに在宅で亡くなる率が言われている。私、実感ベースでいうともっと低いんじゃないかというふうに思うんです。一三%よりもさらに低くて、病院で亡くなる方が圧倒的に多いということが今の日本の現実ではないかというふうに思います。

そして、私も二年前に、本当に二十四時間、三百六十五日、末期がんの食道がんの患者を、私の父親ですが、見て、最後は、胃を取って食道につなげる胃管の手術をしまして、胃がないので物を食べられなくなったので、腸にチューブを入れて、腸瘻というところからモルヒネも入れ、栄養も入れということを一三回必ずやらせていただきました。また、体をふいたりもしましたし、排せつの介助もしました。

こういう経験をした感想として言えば、やはり最期まで家で過ごすというのが患者にとっても家族にとっても間違いなく理想的だと思うんです。在宅で最期まで暮らすというそのための基盤が今の時点では全く不足をしている、こういう状況だと思います。

現時点で、解決の方向性として、がん医療均てん化、こういうこととも関係して、現在の体制で地域の医療機関がこうした在宅医療を担う、こういうことが目指されていると思いますけれども、しかし、在宅医療のケアのあり方を機能分化していかなければいけない、こういうことを考えると、例えば地域のすべての医療機関にこうした在宅の緩和ケア医療に取り組んでもらうということが果たして正しい方向性なのかというと、私は若干疑問もあるというふうに思うんです。

末期がんの患者を在宅で診たい、こういう診療所はわずか5%とかそこらしか意向としてはない。こういう状況の中で、在宅緩和ケアを皆さん、やりなさいよ、診療報酬で色をつけましたよ、こういうことで果たして本当に患者のための、末期がんの日々を過ごすための医療が、ケアが進むんだらうか、こういうふうにも思います。

そういう意味で、提供する医療の内容によって在宅医療機関を整理して、そしてそれに見合った供給体制を整える。特にがんの末期の場合は、期間が短くて、近い将来に死を迎えることになることがほとんどだという意味で、通常の在宅医療とはやはりかなり種類の違う、そうしたものののではないかと思うんです。

そういう意味で、各地域にがん在宅医療のかなめとなる在宅医療機関、緩和ケア診療所といましようか、それを置いて、そこを中心にしてチームを形成して、そして在宅緩和ケアの供給体制が整うように国として整備をしていく、こうした考え方が必要になってくると思いますけれども、御見解をお伺いいたします。

○岡本大臣政務官 御指摘いただきましたように、在宅で最期を迎えるというのは、なかなか日本で、現状、さまざまな観点で難しいというところはあるかと思えます。特に終末期のがん患者さんの場合には、さまざまな対応が必要になることもあり、また、御家族の協力も必要になってまいります。

そういった中、どのようにいわゆる在宅における緩和ケアを含めた医療を提供していくかということとはテーマでありまして、先ほどお話をしましたがん診療連携拠点病院等において、医師に対して在宅緩和ケアを含めた研修を行うとか、二十三年度予算では、在宅医療提供体制の整備拡充を図るために、医療と介護を包括的に提供する拠点を設けて、多職種連携を促進するためのモデル事業の実施等に必要な経費を計上したところではございますけれども、こういったこととあわせて、やはり国民の皆様方の御理解を進めていくということもあわせてやっていかなければ、最終的には、予算をつけただけでは、また研修をするだけでは、先生御指摘のような環境整備は進んでいかないだろうというふうに認識はしています。

---

○加藤(勝)委員 よく皆さん方は政務三役、政務三役と言っていますが、違うんですね。大臣に報告がなければだめなんですね。皆さんはいつも、政務三役でお決めになるとおっしゃる。違うんですか。

だから、本件は政務三役には上がっているんですよ、きのう確認したように。少なくとも発出する段階では。だから、一体何が問題なんですかと。では、それは政務三役の中の問題じゃないですか。何でそれを下のレベルまで落とすんですか。何で一般の、次官以下の問題にするんですか。大臣、いかがですか。政務三役の問題じゃないんですか。

○岡本大臣政務官 名前が出ましたので。

きのうお話ししましたように、私は、この課長通知が発出される前に相談は受けました。したがって、そのときの相談でも、私が決裁するものではないというような話もそのとき聞いています。したがって、そういった発出をするということについて承知をしていたのは事実ではありますが、政務三役の中で最終的に決裁をすとか決めるというのは、当然私が決めるものだという認識ではないというのは御理解をいただきたいと思えます。

そういう意味では、それぞれのいろいろな課題がありまして、すべて大臣ということはないとは思いますが、しかし、そういったいわゆる政務三役の中で分担をしつつも、重要な案件についてきちっと大臣に相談をするという必要はあったのではないかと私は今感じています。

そういう意味では、こういった課題について、きっちりと私自身も大臣に私から言うことがなかったということをもって、私自身もみずからの給料を自主返納するというふうに行っているところでありまして、そういう意味において、皆様方の御理解を今回の処分についても得たいというふうに考えています。