

衆議院予算委員会第五分科会議事録抜粋

第1号 平成26年2月26日(水曜日)

本分科会は平成二十六年二月二十四日(月曜日)委員会において、設置することにした。

二月二十五日

本分科員は委員長の指名で、次のとおり選任された。

菅原 一秀君	関 芳弘君
原田 義昭君	松本 純君
長妻 昭君	重徳 和彦君
伊佐 進一君	

二月二十五日

松本純君が委員長の指名で、主査に選任された。

平成二十六年二月二十六日(水曜日)

午前九時開議

出席分科員

主査 松本 純君	
大岡 敏孝君	清水 誠一君
白須賀貴樹君	菅原 一秀君
瀬戸 隆一君	関 芳弘君
田中 英之君	高木 宏壽君
永山 文雄君	原田 義昭君
長妻 昭君	岩永 裕貴君
小熊 慎司君	坂元 大輔君
重徳 和彦君	松田 学君

伊佐 進一君 國重 徹君
中野 洋昌君
兼務 大西 健介君 兼務 田嶋 要君
兼務 三日月大造君 兼務 山井 和則君
兼務 三谷 英弘君 兼務 小池 政就君
兼務 佐々木憲昭君

.....

厚生労働大臣	田村 憲久君
内閣府副大臣	西村 康稔君
文部科学副大臣	櫻田 義孝君
厚生労働副大臣	佐藤 茂樹君
厚生労働副大臣	土屋 品子君
厚生労働大臣政務官	高鳥 修一君
厚生労働大臣政務官	赤石 清美君
国土交通大臣政務官	中原 八一君

政府参考人

(以下省略)

○松田分科員 日本維新の会の松田学でございます。

私は、どちらかというとならぬので、田村厚労大臣には多分初めての質問になると思いますが、よろしく願いいたします。

経済財政分野といいましても、私、実は財務省にいたときに大変変わった出向ポストがありまして、東京医科歯科大学の教授という出向ポストがございまして、そちらに二年間おりました際に、いろいろと病院経営とかそちらにも少しかわったこともございまして、当時から医療問題にはいろいろな意味で発言するようにもなりました。

その中で、今、医療財源の問題とか、日本は、財政は厳しいけれども、御案内のように、金融資産を莫大に民間は持っている、それをどうやってうまく医療システムの中で活用していくとか、あるいは、そういった議論をしていく中で、やはり究極的には地域医療ですね。

病院というのは、ホスピタルというのは個々の病院じゃなくて、やはり地域そのものがホスピタルになるという時代も早く日本で実現しなければいけないという問題意識で、私も地域医療の振興に個人的にかかわってきまして、そういった意味で、実は、その中で、地域でシームレスな医療サービス、さらには福祉までつながった社会保障、そういったものをどうやって提供していくかということの活動もしてまいりました。

実は、きょうはドクターヘリのことだけを質問するつもりだったんですが、おととい、私の同志の、まさに在宅医療にかかわっている事業者の方と、それから一緒に議論してきたお医者さん、若いお医者さんなんですが、私の方に真っ青になって来まして、今回の診療報酬の改定について、ちょっと通告の順番と違うんですが、先にそっちの方を御質問させていただければと思います。

今回、政府は地域医療・介護確保法案というのを提出しているわけですがけれども、今回の診療報酬改定の中で、話を聞いてみると、入院中心から地域医療へという考え方がうたわれているというふうに認識していますが、本当にそんなのかなと疑われる事例がありましたので、それをちょっと取り上げさせていただきます。

今回の改定で、要するにサービスつきの高齢者向け住宅とか、あるいは有料老人ホームとか、そういった医療サービスのついた集合住宅、それに向けた訪問診療について同一建物という項目が新設されて、従前より報酬が大幅に引き下げられる、四分の一ぐらいになったという話がございます、これで在宅医療に関連する関係者の方々は非常に大きな打撃を受けるという声が出ております。

要するに、こうなってくると、二十四時間医療サービスつきの有料老人ホームとか、あるいはグループホームとか、高齢者向け集合住宅に対するいわゆる在宅医療サービスの担い手の医師がなかなか集まらなくなってしまう、現実にはこの事業を続けるのは非常に困難になっていくということで、また、こういった住宅を提供しているハウスメーカーの方からも、こういうサービスをつけるという約束をしていたのに、これが十分できなくなるというのは約束違反になってしまうということで、結構波紋を呼んでいるといたしますか、そういった話を聞きまして、これはちょっと放置できないなということがありました。

事前に関係者からの意見聴取とかしたのかどうか、また、なぜこういうこと

が突然決定されたのか、まず、厚労大臣、その点についてお伺いしたいと思います。

○田村国務大臣 これはたしか、逆の方向から、予算委員会でしたか、質問を受けましたと思います。

新聞報道なんかでも御存じかも知れませんが、特定施設、有料老人ホームでありますとか、サービスつき高齢者住宅でありますとか、軽費老人ホームでありますとか、こういうような施設、住まいのような形で住まわれている施設であります、特養とか老健とは違うわけでありますけれども、こういうところにたくさんおられますから、要は、医者に施設を紹介して、手数料ビジネスみたいなことが行われているということが報道ベースで載りました。報道以外でもそういう情報は以前からキャッチされて、田村大臣、危ないよ、これは診療報酬を食い物にするよというようなことを言われる議員の先生方もおられました。

事実、いろいろと調べてみますと、そういう事例もありまして、何十人かおられる施設でありますから、ぼぼっと診られて、短時間のうちに、言い方は悪いんですが荒稼ぎをされるような、そういう形態がある。しかも、それを手数料としてバックしているというような、そういう報道もあるわけでありまして、これは非常に、このままでいくと変なモデルができてしまう。

今委員がおっしゃられたみたいに、何かあったときに来るというのは、これは往診でございますから、別の診療報酬があります。今言っております訪問診療というのは、定期的に健康状態を確認しに来る、そういうような形の中で診断をするんですね。ですから、正直申し上げて、もし夜中に何かあるときには往診の点数をとっていただければ、十分に点数を強化もさせていただいておりますので、そのような形で対応していただきたいというふうに思うわけであります。

そもそも、住まいの中にお住まいになられている方々は、本来、外来に行っていた方々もたくさんいるんです。つまり、お元気な方々もおられるわけでありまして、特養だとか老健というような感じではないわけでございます。そこに付随したいろいろなサービスはあるにいたしましても、住まいのかわりに住まれておられるわけであります。

ですから、そういう意味では、外来という意味からいたしますと、例えば、主治医機能を強化するというのを今般もいろいろと我々も対応させていただき、それから、何かあったときのための後方支援病院というものを整備する、それから、機能強化型の訪問看護ステーション、こういうものにも、今回、診療報酬改定でいろいろと対応させていただいておるということでございますから、そういうようなものをお使いいただきながら医療をお受けいただく、こういうことが大前提である中であります。

関係者ともいろいろ話をさせていただいて、これで結構だと言われる関係者の方々もおられるわけですが、確かに、言われるとおり、大きな変化でございますので、これからも丁寧に、それぞれ関係者の方々のお話をお聞かせさせていただいて、これで本当に訪問診療が必要な方々が来てもらえないという話になると、これは大変でございますから、場合によっては、見直しも含めて検討はさせていただきます。

なぜ今般このような形になったかということ、実はそういうような背景があつて、どうも、犯罪とまでは言いませんけれども、かなり怪しい事例があつて、報道ベースで流され、国会でもいろいろな御指摘をいただく中において、今般のような改定をさせていただいた。させていただいたというよりは、中医協の中で関係者で御議論をいただいて、その方針にのっとって決定をさせていただいたということでもあります。

○松田分科員 今のような不適正事例があるということは、私も承知しております。ただ、私自身がそういった方々のところに実際に訪ねていきまして、実際、集合住宅で訪問診療をしている現場も見せていただいたんですが、かなり住民のニーズにきっちりと応えているんですね。やっている方々も非常に志が高いですし、また、若いお医者さんで開業医の方も、ぜひ自分もそういうことをやりたいという方がどんどん参入してくださっているというものが、これをやると成り立たなくなってしまうという現実もやはりあるようなんですね。

ですから、不正があれば、不正は不正としてきちっと摘発していくということは必要だと思いますけれども、根っこからこれができなくなってしまうということについては、もうちょっと御配慮をいただいた方がいいんじゃないかなろうかという感じがしないでもありません。

これは本当かどうかあれなんですけど、一部には、やはり外来患者がどうも在

宅に流れているという開業医側からの非常に大きな不満もあるという話も一部に漏れ伝わってきて、まさに新しいビジネスに対しては、いろいろな既得権益の壁というものができる一つの例ではないかというふうな感じもしないでもないんですが、大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 我々、医療はビジネスとは考えていないので、そこはちょっと委員と認識が違うのかもわかりませんが、実は、私も心配しているのは、いろいろな声があって、実際問題、医療が提供されないと困るんですよね。

もちろん、特定施設ですから、何十人かおられます。その中において、訪問診療が必要である方も複数人いる可能性はあるわけです。仮に九割は外来に行ける人であったとしても、一割おられれば、それだけで、例えば四十人ならば四人いるわけですよね。

一施設で複数人になれば点数が下がりますが、一人ならば点数は変わらないわけでありまして、それで、やれないということで、そこには行かないということになれば困るわけでありまして、そこは、実は、地区の医師会、しっかりそういうところには紹介をさせていただいて、行っていただける、こういうような体制を組まなきゃならぬなということで、そういう点は我々も配慮をしなければならぬなというふうに思っておりますが、ビジネスといいますと、これで、わっと行って網羅的にやって稼いでもらうというのは、ちょっと本来の趣旨じゃないものでありますから、そういうことを想定しているわけではないです。

もともと、なぜそういう点数をつけたかという、そういうような特定施設にも数人診に行っていた。だから、複数人、わあっと十人、二十人診ていただくというようなことを前提に考えた、そういう制度ではないわけでありまして、そこでどうも、網羅的に診て、わっと稼がれる方々が出てこられたので、それならばという形の中において、今回、こういう御提案を中医協でいただいたということでもあります。

○松田分科員 ビジネスと言うと語弊があるかもしれませんが、何事も経済的な裏づけがないと成り立たないという意味で申し上げたのでありまして、そういう不正事例があるというのは事実かもしれませんが、一方で、真面目にやっている人たちもいる。こういう人たちがやっている、そしてニーズに答えているところに対して、関係者からも意見をお聞きいただくというふう

に大臣がおっしゃっていただいたので、ぜひ、これからしっかりとお聞きいただいて、必要があれば、必要な措置をとっていただくようお願い申し上げます。よろしくお願ひいたします。

それでは、ドクターヘリの話にちょっと入らせていただきます。

国松元警察庁長官がNPOの救急ヘリ病院ネットワークの会長をされていますが、国松さんは私も非常に個人的にお世話になっているんですが、その国松さんは、狙撃事件のときに、すぐに病院に搬送されて一命を取りとめた、そのときの御経験から、残りの人生はドクターヘリの普及にささげると。大変志の高い方でいらっしやいまして、たまたま、ひよんな機会で、私も現役の役人だったときから知り合いになりまして、志が非常に同じなものですから、いろいろなところで意見交換をさせていただいております。

このドクターヘリは、言うまでもないことですが、救命率を向上させるとか、あるいは後遺症が激減するとか、いろいろな効果がある。あるいは広域の救急医療圏の確立にも貢献するだろう、あるいは医療機関の集約化の促進にも資するだろう、あるいは地域格差の是正にも資するだろう、いろいろな意味もあって、近年では、平成十九年に、議員立法でドクターヘリ特別措置法というものが成立して、これもあってどんどん普及をしているという実態はあるにはあるんです。

そのこの附則の第二項では、ドクターヘリを用いた救急医療の提供に要する費用のうち診療に要するものについて、この法律の施行後三年をめぐりとして、国は診療報酬の対象化も含めた検討を進めることと規定されておまして、お手元に配った資料にもございますように、超党派の議連もあって、この四のところにも、「検討を進めること。」これは平成二十四年の七月ですけれども、こういう決議も出されておりますが、どうも、検討を進めると法律にも書かれている、決議もなされているにもかかわらず、ほとんど検討された形跡がないのではないかという話があります。

現行では、国が半分ぐらい出して、残りを特別交付税ということで、かなりの部分を面倒見ているということで、財源面では国や自治体というところが主導権を握っている、そういうことになっているんですが、そういう状況では、病院側が自主的にドクターヘリが必要だと思ったときに導入する、いわゆる病院の判断で自主的な導入促進ということをやっていく上では、やはり診療報酬

の方がいいんじゃないかという議論もございます。

お手元の資料の二枚目のところを見ていただきますと、表がいろいろ出ていますが、真ん中の表をちょっと見ていただきますと、「主要国の救急拠点と配備密度」という表でございます。これは、後でも申し上げますが、十五分ルールという、半径五十キロ圏でカバーされている、拠点数掛ける半径五十キロという面積を国土面積で割ったものでございまして、これが一を超えると、ほぼ国土面積の全体がドクターヘリで十五分以内で来るということになるわけなんです。日本は〇・二と極めて低くて、高い国はドイツ、スイス、オーストリアという国々なんです。

その下の「主要国の救急ヘリコプターの運航者と経費負担」で見ますと、これは医療保険でやっている国も結構ありまして、ドイツ、アメリカ、スイス、オーストリアといった国々で、どうも医療保険でやっている国ほど配備密度が高いという、これはたまたまなのか、その因果関係はあるのか、それは必ずしも明確ではありませんけれども。

いずれにしても、いわゆる診療報酬で負担するのは、診療報酬も財源が大変だという話も一方であるとは思いますが、ただ、このドクターヘリをやることによって、医療財政にも非常に大きな寄与をする。これを示しているのが、同じ資料の上の方にある、これは一つの試算ですけれども、ドクターヘリと救急車によってどういう効果があるか。ドクターヘリを使うと、入院日数とか入院点数も大幅に削減される。医療財政にとって大きく貢献するということでもあります。

今、日本は四十三機導入されている。これをドイツ並みの水準というか、全国をカバーすると八十機ぐらい必要になるらしいんですが、仮に全国で八十機ぐらい導入したところで、財政的にはそんなに大きな負担にはならないと言われているわけなんです。国民一人当たりで大体年間百三十円ぐらいだという説もありまして、これは財政的に見ても、診療報酬全体の〇・〇四%を超えないぐらいの金額で、診療報酬全体の財政効果もあるといったようなこともいろいろ勘案しますと、別に診療報酬で見てもいいんじゃないかという議論にも非常に正当性があるようにも思えるんです。

かつ、搬送費ですね、これも診療行為の一つなんだ、診療の不可欠の前提なので、それも含めて医療保険で面倒を見るべきではないかという、これも国松

会長も強い御意見をお持ちなんです、大臣のお考えをお聞かせいただければと思います。

○田村国務大臣 これは、私も議連の役員でございまして、国松理事長とも議論をしながら、確かに、ドクターヘリの搬送費まで含めて保険で見ればいいじゃないかという議論もしたんですけれども、やはりなかなか、保険者もいろいろな御議論がありまして、難しいということで、助成をしながら対応しておるということでもあります。

ただ、一方で、救急搬送の診療料に関しまして、これはもう保険に適用されておりまして、ここにありますような、今言われた附則第二項等々の検討も踏まえ、平成二十年には六百五十点だったものを千三百点に引き上げさせていただいたというか、こちらは要望しておった側なんですけれども、当時引き上げていただいたと言った方がいいのかもわかりませんが、そういう状況でありますし、また、新生児や乳幼児に対しての搬送の加算、これも手厚くいたしました。それから、三十分以上診療している場合、これに関しても加算をしたわけでありまして、そういう意味では、搬送時の診療を行った場合に対する対応というものはさせていただいておるわけでもあります。

あわせて、先ほど言いました、運営していくためには、格納する費用もかかりますし、それからメンテも要るわけでありまして、すごいお金がかかるんですね、これは。ですから、それに対しては助成というような形で対応させていただいておるということでございます。

言われますとおり、これがさらに必要なところにふえて、必要なところに全県配備されていけば、かなりの部分救われる命というものが確実になるんじゃないか、このように期待をいたしておるわけございまして、議連のメンバーの一人といたしましても、そういう思いの中で先生の御質問にお答えをさせていただきます。

○松田分科員 御案内のとおり、ヘリコプターのランニングコストが大体年間二億円ぐらいかかる、ここの部分なんですけれども、搬送費も含めていいんじゃないかという声でございますので、ぜひ御検討いただければというふうに思っております。

それから、ドクターヘリの配備について、ドクターヘリが一機体制の県にと

っては、重複要請があった場合に十分応えられない場合があるということもあるので、できれば複数機のドクターヘリが配備されるべきだと考えますが、この対策の一つとして、消防防災ヘリ、これはほぼ全ての都道府県に最低一機配備されているので、これをドクターヘリ的に活用していく、併用活用することで、そういった検討を厚労省としては、例えば消防庁に対して働きかけるというようなことは行ったことはあるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 お答え申し上げます。

私も、埼玉県の川越市に住んでおりまして、埼玉医大医療センターというのがありまして、そこへ行って、見てきました。

本当に、埼玉県は、地形が非常に高いところから低いところまでありまして、特に今回も雪害で問題になっていますけれども、雪の多い秩父地方で事故、災害等が起こった場合に、非常に貴重な輸送手段になっていると思っております。

あと、私は青森県の八戸の出身なものですから、八戸市民病院もドクターヘリが置いてありまして、これが今、青森県は二機体制になりまして、青森県全体をカバーできて、そういう意味では、本当にこのドクターヘリのありがたみというのをよく実感しているところであります。

そこで、厚生労働省としても、ドクターヘリのみならず、必要に応じて、消防の防災ヘリ、現在七十五機あるそうでもありますけれども、これも活用して、傷病者の搬送を効果的に進めることが重要だというふうに考えております。

これを踏まえた上で、消防庁の調べによると、消防防災ヘリについては、平成二十四年度における救急出動が三千二百四十六件と、全出動の五割以上となっております。必要に応じて、医師の同乗のもとで消防防災ヘリの活用が図られていると認識しております。

また、厚生労働省としては、ドクターヘリの要請が重複した場合等に備え、ドクターヘリ及び消防防災ヘリの要請を受ける窓口を一本化し、一体的かつ効率的な運用をしている事例を情報提供するなどの取り組みを行っているところであります。

引き続き、消防庁とも協力しながら、より効果的な傷病者の搬送が進められ

るよう、取り組んでまいりたいと思っております。

以上でございます。

○松田分科員 わかりました。

レスポンスタイムという言葉がありますが、救急要請の通知を受けてから治療を開始するまでの時間でありまして、ドイツでは十五分ルールとして各州で法制化されているということでもあります。

これは、救急車でありますと、時速五十キロで走っても一時間を要するのが五十キロでありますけれども、時速二百キロのドクターヘリですと、十五分で飛んでいける、それだけ救命率が上がるということで、ドイツでは法制化されているということなんです。これをルール化すれば、半径五十キロメートルでコンパスを回したときにカバーできない圏域があれば、そこはドクターヘリをふやさなければいけないということになってくるわけですね。

どの地域の住民であっても同等の医療サービスを受けるのは住民の権利であるという考え方は、多分、このドイツのルールが背景にあるんじゃないかと思われるんですが、これは、実は、イギリスでは八分ということなんです。イタリアでは、都市部は八分、山間部では二十分。アメリカのシアトルでは、現場到着七分以内、いわゆる最初の段階の診療の終了が七分以内、病院搬送七分以内というのがルールになっている。

こういうふうに、各国でルール化が進んでいるんですが、日本でも同じようにこういった十五分ルールのようなものを法制化すれば、計画的なドクターヘリの推進、あるいは、住民にとって自分が安心できるかどうかという点もはっきりしてくるわけなので、いろいろな意味で効果があると思いますけれども、この点について、大臣、いかがでしょうか。

○赤石大臣政務官 続けてお答え申し上げます。

適切かつ迅速な救急患者の搬送、受け入れを行うため、厚生労働省としては、消防庁とともに平成二十一年に消防法を改正し、各都道府県において、傷病者の状況に応じて適切な医療を提供できる医療機関リストの策定等を内容とする実施基準を策定し、これに基づいた救急患者の搬送、受け入れがなされるよう

に取り組んでいるところであります。

救急患者の搬送、受け入れ手段の一つでありますドクターヘリの運航について、日本航空医療学会による平成二十四年度の調査では、ドクターヘリ要請から現場着陸までは平均十六分であると承知しております。

また、ドクターヘリのさらなる迅速な出動を進めるため、昨年十一月には、災害時などの緊急時において、消防機関からの依頼を待つことなく、迅速にドクターヘリを現場に着陸させることができるよう、運用の改善を図ったところでもあります。

○松田分科員　ちなみに、十五分ルールを適用しますと、日本では現状四十三機なんですけど、これが実は七十八機必要だということになるそうですので、できればこの点の御検討をしていただければというふうに要望を申し上げます。

それから、今も災害のときの話が出ましたが、東日本大震災のときにはドクターヘリが大変大活躍をしたということで、一大戦力となっているということでございまして、その際にも、自衛隊のヘリとか消防防災ヘリと一体となって救助活動に当たったと認識しております。

ところが、国が定める防災基本計画にはドクターヘリについての記載がない。いずれ近い将来に首都直下地震とか東南海大地震とかいろいろなことが予想される中で、やはりドクターヘリを防災基本計画に位置づけて、それを例えば防災業務計画とか地域防災計画にブレイクダウンしていくといったようなことが必要ではないか。

また、同時に、大規模災害時にドクターヘリを統一的、機動的に運営していくということも大事だと思いますが、これについての指揮命令系統といいますか、消防防災ヘリの場合は消防組織法に基づいて消防庁長官が出動指令をするという体制ができているようなのですが、これについても、ドクターヘリも同様な法的な仕組みが必要ではないかというふうにも思われるんですが、いかがでしょうか。

○田村国務大臣　今の御議論をお聞きしておりますが、当時、ここが問題だったなというのをいろいろと思い出しながら、懐かしい思いで聞かせていただいております。

まだ、夜が運航できない、そういう問題もありまして、なかなか難しい課題はたくさん残っておりますが、今のお話、東日本大震災で、十六機のドクターヘリで百四十名搬送をしたということで、大活躍をしたわけでありましたが、今まで、こういうような大規模な災害のときにドクターヘリの運航をすること、これに対してのルールというものも何もなかったわけでありまして。

そこで、昨年十一月、国の要請で各都道府県に対して、ドクターヘリを出していただけるような、そういう派遣要請ができるようにいたしました。何か起こったときに、防災担当の方から、我々の方もその中の一員として入るわけでありまして、そしてその中において、必要であれば厚生労働省の方から各都道府県の方に要請をさせていただき、そのような形にさせていただくということでございます。

○**松田分科員** 議連にいらっしゃるということでございますので、私の話は十分御承知のことだと思いますが、そのときの決議の内容が必ずしもまだ、いまだに十分実現されていない。超党派の決議がちゃんと政府側で実行されているかどうかという点がいろいろ問題になっているということでございますので、その論点として、もう一つ、ドクターヘリパイロットの確保につきまして御質問させていただきたいと思っております。

日本は、御案内のように少子化、高齢化の進展で、将来ドクターヘリのパイロットの需要に供給が追いつかないのではないかと、そういう懸念がなされているわけですが、今、議連の決議でも、「ドクターヘリの安全な運航の確保のために、ドクターヘリ従事者の育成・確保に対して、国は必要な支援を行うこと。」という決議が五番というところでなされているんですけども、現時点での検討状況についてお聞かせいただければと思います。

○**赤石大臣政務官** またお答えさせていただきます。

ドクターヘリの操縦士の養成、確保につきましては、これまで各運航事業者を中心に取り組んでいただいておりますが、このほか、防衛省の再就職支援により、退職した自衛官がドクターヘリ操縦士として再就職しており、また、国土交通省による、民間運航事業者が実施する養成への技術的な支援が行われていると承知しております。

また、ドクターヘリの医療従事者の養成、育成につきましては、厚生労働省として、平成二十二年度から、ドクターヘリに搭乗する医師、看護師に対し、ドクターヘリ従事者研修を開催し、医療提供にかかわる安全管理について講義を実施しております。

厚生労働省としては、引き続き関係省庁とも協力しながら、ドクターヘリの安定的かつ効果的な運用が図られるように御支援をしてみたいと思っております。

○松田分科員 私がドクターヘリの問題をあえて取り上げましたのは、例えばスイスなんかでは、いわゆる民間の寄附によって賄われている部分が非常にある。年間三十フランですか、年間で三千円ぐらいですね、その寄附をした人が人口の三〇%ぐらいいて、そういった方々は無償で提供を受けられる。

こういった、いろいろ民間の志というものをうまく医療システムに活用すると、いわゆる個人金融資産の大半を高齢者が持っているわけですし、それを、死んだ後天国に持っていけるわけじゃないわけですから、地域のため、あるいは地域の救命率を上げるためにこういうものを出していこうという方は、たくさん日本にもいらっしゃると思うんです。

そういった意味で、これを医療保険の対象にして、そして自己負担分について、そういったいわゆるパブリックな仕組みをつくって、そういった方々の志で賄われる部分をつくっていくのが、これからの医療の財源を確保していく上でも非常に重要な一つのモデルになるんじゃないか。非常にドクターヘリというのはわかりやすいと思うんですよね。そういった観点もちょっとございましたものですから、きょう質問させていただきました。

これから、いろいろな意味で、法案も出されているようですし、地域医療ということ、これに対して地域の資源をどうやって活用していくかという、いろいろなモデルを日本でつくっていかなければいけないと思いますので、厚労大臣もぜひいろいろな面でのお知恵を出していただければと思います。

以上でございます。どうもありがとうございました。