

## 感染症法改正案

○高木真理君 立憲・市民の高木真理です。

感染症法改正案について伺います。

二〇二〇年、この新型コロナウイルス感染症の発生段階から県議会で現場の対応を見てきたその立場でお聞きをしておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

まず、前提として、この改正案の受け止めですけれども、私は、この改正は、第八波以降の当該感染症への対応に役立つというより、今回の経験を踏まえて実際やってきたことだが、法に規定がなかったことを書いておこう、そして次の未知なる感染症で役立つよう規定を整えておこうという側面が強いと思っています。

既に新型コロナ感染症への対応としては、法の整備がない中、現場レベルで様々な対応が都道府県等でなされてきています。自治体ごとにそれぞれ地域資源に合わせた工夫を積み重ね、それぞれの対処方法をつくり上げてきているわけで、これを一律に法案にまとめようとするとうしろ難しい側面もあったのではないかと思いつつ改正案を見ておりました。自治体によっては、もう独自の工夫でもっとうまい仕組みつくってたのに、今回の改正案で体制を変えざるを得ない部分も出てきたというところもあるのではないかと考えています。

さて、その上で、全国的に災害級の危機管理が必要な感染症対策と地方分権について伺います。

感染症への対応においては、地域に合わせた取組が極めて重要という地方自治の側面と、国難ともいべき状況で、国の号令一下、対応しなければならない中央集権的側面がせめぎ合う状況となります。全国的災害級の危機管理が必要な事態であれば、基本は中央集権的に国が指示を出していく場面だと思えます。しかし、その実務を進めるに当たっては、まさに全国一律ではなく、地域の実情に合わせた進め方をする必要があります。こうした一般的なほかの事務とは異なる構造が感染症にはあることをまず基本にしなければならないと思えます。

そこで、まず地方衛生研究所の位置付けについて伺いますが、今述べました構造を背骨としてしっかり捉えれば、感染症法における地方衛生研究所は、法に定義をし、予算を手当てをせねばならぬものと思えます。しかし、改正法案の書きぶりはぼんやりしています。衆議院での答弁によれば、分権一括法の際の勧告で、自治体の持つ施設に対して国が口出しをすることはいけないと言われたから表向きははっきり書けないのですという説明がありますけれども、やはり納得はいきません。分権一括法の議論の中で、まとめて自治体の施設だからという理由だけなんです。

当時の勧告を出した皆さんが、今回のような全国的災害級の感染症が起きたときのことをしっかり考えた上で地方衛生研究所についてジャッジしたとは思えません。であれば、変えるべきです。ここはしっかり地衛研を法的に位置付け、予算もしっかり付けるという基本方針とすべきだと思いますが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) この地方分権推進委員会の勧告が出されたのは平成九年でありますから、当然、そのときにこの新型コロナの感染拡大はなかったというのはそのとおりであります。

他方、地方衛生研究所については、国の感染症危機に柔軟にかつ十分に対応できるようにするため、各自治体の責任の下、地域の実情に合わせて、工夫しながら計画的に整備をしていく、このことは変わることはないと思います。そして、そうした意味において、この勧告は引き続き尊重すべきものというふうに認識をしております。

そうした下で、今般の改正案では、保健所設置自治体に対し、試験検査や調査研究など、地方衛生研究所が感染症対策で担う機能を確保するために必要な体制整備や他自治体との連携等の責務、これを課す規定を設けたところがあります。また、連携協議会の設置、予防計画の策定により、自治体同士が連携をしながら、必要な検査体制を平時のうちから計画的に整備する仕組みも盛り込んだわけがあります。さらに、地方衛生研究所の体制整備の在り方について、地域保健法に基づく基本指針、関係通知等の中での技術的な助言として示すことにしております。自治体の計画的な体制整備を後押しをしていきたいと考えております。

○高木真理君 変えないということのようですけれども、どうしても建前で、もう自治体の担当ですとすると、国がお金をしっかりと付けなくなるという心配があるんです。衛生研究所もこれを心配しています。地方衛生研究所の位置付けについては、衆議院の附帯決議も大切に、しっかり見直しをしていただきたいと思います。

次に、同じ構造で苦勞をした検査について伺います。

資料一を御覽をいただきたいと思いますが、一週間ごとのこれまでの検査が、公的なものでどのくらい行われて、民間ではどのように検査が行われたか、そのグラフです。

振り返ると、最初の一年ぐらいですね、特に民間検査機関が充実してくるまで、検査不足への国民の不満が渦巻き、一方で、衛生研究所職員は死にそうになりながら検査に当たるといった現実がありました。衆議院で参考人として意見を述べられた国立感染症研究所脇田所長によれば、発生時には感染研が検査法を開発、地衛研に配付、技術検証を実施し、地衛研も検査法を検証して担当する、そして、検査ニーズの拡大の必要があればコマーシャルラボへ拡大、移行することになり、この流れを流行拡大時にもスムーズに進めることが重要とのことでした。

しかし、今回は決してスムーズではありませんでした。コマーシャルラボへの拡大判断も遅かったです。また、二〇二〇年六月定例会でPCR検査機器の増設補正予算を通した都道府県議会は多かったと思いますが、その時点で、国がどういう方針の下、どこまで衛生研究所に検査を担当させようとしているのか見えませんでした。これでは、どういう性能のPCR検査機器を買うべきかの判断も現場では難しいものになります。手動なのか全自動なのか、どのぐらいの検体を担当してほしいと思っているのか。

今後の、コロナもそうですけれども、次の未知なる感染症にとっても極めて重要な検査をめぐる体制整備には、国がビジョンをしっかりと持って、ビジョンの中のどのステップを今実施しているのかを示していくことが重要だと思いますが、大臣の見解を伺います。

○国務大臣(加藤勝信君) 今般の新型コロナの対応をしたときのことを思い出しても、まず、こうしたPCR検査体制そのものの、どういう、体制そのものができていなかった。そして、その中で感染研、そして地衛研の御努力にいただいて、まずその能力を立ち上げて、そしてそれを民間に広げていった。しかし、その過程においても、実は検査の、何と申しますか、試液、試薬等がないとか、それから実際機器を入れたくても、もう機器は世界で取りっこしていてなかなか入ってこない、こういったことがあったわけでございますので。

そうしたことを踏まえて、今回の感染症の枠組みにおいて、都道府県等が定める予防計画の整備の在り方を示すために、国において基本指針を策定をすることとしておりますが、次の感染症危機に備えるためには、改正案において国が定める基本指針や都道府県等が定める予防計画の記載事項、この充実を図っております。

具体的には、都道府県に加え、保健所設置市、特別区が検査の実施件数と検査体制に関する具体的な数値目標を含めた予防計画を作成することとし、平時から検査体制の整備を行うこと。また、都道府県に対して、地方衛生研究所の体制整備等の責務を課し、特に発生初期の検査体制を確保すること。都道府県等と民間検査機関等の間で協定を締結し、感染症発生時における検査の実施能力を確保することとしたところであります。

また、感染症発生時において、先ほど申し上げたようなPCR検査試薬や検査キット等の物資が不足するということがあったわけでありましたが、そういった場合には、国が事業者に対して生産、輸入の促進や出荷調整の要請を行うことを可能とするという法律上の手当てもさせていただいたところであります。

こうした仕組みを通じて、次の感染症危機に対して、この検査体制、これをしっかりとつくり上げていきたいと考えております。

○高木真理君 今回の経験は生きているということのようでありましてけれども、やはりどの段階でコマーシャルラボへの、民間ですね、活用を促していくのかとか、今どの位置で何をやっているのかということが地方自治体にもしっかり分かるような、国民にもしっかり分かるような状態で運営をしていただきたいと思います。

次に、今回の改正案に盛り込まれた協定に基づく病床確保措置、流行初期医療確保措置の財政的手当てについて伺います。

今回、これらの一部費用を都道府県も負担することに決まっていますが、やはり災害級に危機管理が必要な感染症においては、今般の新型コロナウイルス対応でなされたように全額国費で対応すべきと考えます。税金の手足が縛られている地方自治体に、これほどの不測の事態に対応できる財政的余裕はありません。

改正案で、お金がない地方にどう負担させるのかと思いましたが、特別に地方債を発行できるように検討しますという注釈がありました。今回は、国は今、自治体に普通に地方交付税も満額配れないから臨時財政対策債で肩代わり借金をさせているわけです。それなのに、本来の責任分担でいけば国が全額負担すべきものを地方に負担させるのは間違っていると思います。御見解を伺います。

○政府参考人(佐原康之君) お答えいたします。

まず、感染症法では、感染症の蔓延防止等に係る措置の実施主体を、感染症に関し専門性を有する保健所がある都道府県等を基本としております。その上で、費用負担については、当該措置を実施した者が支弁するということとしておりまして、さらに、その一部を国が補助又は負担するという、こういうふうな枠組みになっております。

今般の改正案では、都道府県による病床確保等のための医療機関等との協定の仕組みを規定しておりまして、これに関する費用については新たに都道府県の負担が御指摘のように生じることになります。

その上で、現行の感染症法の財政支援規定の多くは、国の補助あるいは負担割合が二分の一であるところ、今般の協定に基づく措置に関する費用につきましては、国の補助割合を四分の三としております。さらに、地方公共団体等の声も踏まえまして、九月二日の新型コロナウイルス感染症対策政府対策本部では、これは、次期通常国会への提出を目指す新型インフルエンザ等特別措置法の改正法案におきまして、先ほど御指摘ありました地方公共団体が感染症拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例措置の創設を含め必要な措置を検討するとされたところでございます。

これらを踏まえまして、厚生労働省としても、関係省庁と連携しながら、地方公共団体が感染症の蔓延防止に全力で取り組むことができるよう、地方公共団体の財政負担を軽減する必要な措置について検討してまいりたいと考えております。

○高木真理君 やっぱり、その主体が都道府県だから都道府県が費用を持つのが原則であるというところからお話始まりましたけれども、違うんですよ。

これはもう、災害級の感染症が来ているというときには、それは実務は都道府県がやらなければいけないかもしれないけれども、それに対応できるだけの財政の部分というのは、やはりこれは、全国で感染症というのは問題になるわけですから、国がしっかりとそこの部分を見ないと、地方は、これで借金してもいいですよって言われますけど、臨時財政対策債など国から強制的にさせられている借金もあります。そして、その上に、通貨発行権もないのに、地方債、こういうのをどんどんやっていったら、本当に地方は大変なことになってしまいます。やはり、ここは全額国費でやるべきものだと思っています。

次に行きます。公立・公的医療機関の果たす役割の義務付けをめぐって伺います。

今回の改正案では、公立・公的医療機関等への感染症発生、蔓延時に担うべき医療提供を義務付けることが盛り込まれています。まず、これら公的医療機関が今回の新型コロナウイルスへの対応で果たしてきた役割について、参考人に伺います。評価を伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

これまでの新型コロナの対応におきましては、公立・公的医療機関等と民間医療機関が、それぞれの役割や機能に応じて病床確保等に関する都道府県や国からの要請を可能な限り受け止めていただいて、お応えをいただいたとい

うふうに承知しているところでございます。

その中でも、新型コロナウイルス患者を受け入れる重点医療機関につきましては、全病院のうち約二割、二割弱程度でございます公立・公的医療機関等がこの重点医療機関の約半数を占めるという状況であったりしたところでございます。そういう意味で、公立・公的医療機関等はしっかりとその役割を果たしてこられたというふうに考えているところでございます。

また、人材の派遣という側面から見ましても、感染が拡大している地域の医療機関等に対して、広域的な応援派遣について、特に公立・公的病院などを中心に御協力をいただいております、公立・公的医療機関には御尽力をいただいたというふうに承知しているところでございます。

○高木真理君 公立・公的医療機関がしっかりと役割を果たしてきたという今御答弁をいただいたかと思えますけれども、しかし、その公立・公的医療機関が我が国ではむしろ少ないのではないかとこのように思っています。

資料二ということでお示しもさせていただきましたけれども、日本はこの公立・公的医療機関の割合が二割ということで、そこに掲載されている諸外国と比べても極めて少ないという状況です。

今回のような感染症を経験して、公的医療機関の必要性が再認識された中、公的医療機関の病床数が少ないという御認識があたりか、伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

我が国の病床数につきましては、二〇二一年の医療施設調査によりますと、病院の病床数のうち、国立及び公立・公的医療機関等が占める病床数の割合につきましては約三割となっているところでございまして、民間の病院等は七割を占めるという状況になってございます。

いずれにいたしましても、厚生労働省といたしましては、中長期的な人口構造の変化や地域の医療ニーズに応じた医療提供体制を構築する上で、医療機関の間の役割分担や連携は重要であると考えてございます。

今後とも、設置主体にかかわらず、地域における各医療機関の役割分担や連携を通じまして必要な地域の医療提供体制が確保されますように、都道府県と連携しながら取り組んでまいりたいと考えております。

○高木真理君 余りはっきり少ないとはおっしゃらないんですけれども、やっぱり少ないと私は思います。

そうした中でありますけれども、二〇一九年に厚労省が再編検討をということで、公立・公的四百二十四病院、後に四百三十六病院のリストを出されています。これについて伺います。

これまで国会でもリストの撤回を求める質問がなされてきていますけれども、新型コロナへの診療貢献の事実を受けてもなお、削減を求めているのではない、地域医療構想策定の参考としてもらうべく出したまでだと厚労省は引っ込めない姿勢を崩していません。

国という上の立ち位置から情報を出す側には分からないかもしれませんが、地域事情の考慮もせずに一律にリスト公表がされるということ自体、削減や再編が現下の国の意図と誰しもが思うわけですね。地域のために思って御参考資料を提供しましたというのは、私はたちが悪いと思います。大きなお世話になるわけですね。

地域医療構想は、国が法に基づいて策定を自治体に義務付けているものですが、構想をどうつくり、どう医療機関の役割分担を機能的に構築するかは、まさに都道府県の責務になってまいります。その原則からいって、自治体の側から構想策定に、役割分担の整理に必要なデータを下さいと依頼があったのなら個別に渡していただいても結構だと思います。そうではなくて、再編検討の材料にと全国一律のリストを公表することは、明らかに地方分権の観点から大間違いと考えますが、大臣、いかがですか。撤回を求めます。

○国務大臣(加藤勝信君) 地域医療構想をどう考えるかということだと思えます。中長期的な人口構造の変化や地域の医療ニーズに応じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指していかなきゃならない。特に、今のように、

まさに高齢化が進んでいく、あるいは生産年齢人口が減少していく、いろんなこうした状況を考えながら、地域においてこれからも限りある医療資源をどう活用しながら必要な医療を提供していくか、これは真剣に考えていかなきゃいけないというふうに思っております。

御指摘の再検証対象医療機関については、各医療機関の役割や病床数、再編統合の方向性をこれは機械的に決めるものではなく、地域における議論の活性化に資するよう、各医療機関の診療実績を分析したその結果をお示したものであります。

確かに、公表の仕方、突然出して大変それぞれの地域に混乱を引き起こした、これは我々反省しなきゃいけないというふうに思っておりますが、他方で、こうした資料も活用していただきながら、地域における議論をしっかりと進めていただきたいというふうに思っているところであります。

いずれにしても、都道府県が主体となって地域における本当に必要な医療提供体制を構築していただかなければなりません。引き続き、都道府県とも連携しながら、またその意見をお聞きして、様々な方法、例えば総合確保基金の活用などを通じてその取組が進んでいけるように、厚労省としても努力をしております。

○高木真理君 それぞれ有効な役割分担ができるように地域医療構想をつくってほしいという気持ちは分かります。でも、それをやって出してきたものが、その中で、この公立・公的医療機関は役割分担がどうなんですかねって、そこから出てくるんだったらまだ分かります。でも、一律に、役割分担がうまくいってそうなところまで含めて一律に出る。

埼玉県、私の住んでいる地域にも一つリストに載ったところありますけれども、埼玉県、病床は今足りないんです。そうした中でもリストに入ってきたから、もうこの病院どうなるのかって、建て替えもしたばかりなのに、もう地域はすごく不安になります。

これ、やっぱりリストの出し方に問題がありますので、地方自治の観点からいえば、こうしたリストは一律に出すのではなくて、そちらから、自治体の方から求めがあったら出すということにさせていただかなければいけないと思います。

次に行きます。

改正法案の実効性について伺います。

今回の改正案には、医療人材等の調整の仕組みの整備が盛り込まれています。実態としては、DMATやDPAT、自衛隊所属の看護師さんが、クラスター発生で逼迫している病院や地域に派遣されるということがありました。これらの対応を踏まえ法的に整備しておこうということと思われるので、この点は評価したいと思います。ただ、DMATの皆さんにしても、通常の医療の別枠で待機できるチームではありません。全国的に医療逼迫状況が広がる中では機能できなくなるのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

また、資料三を御覧をいただきたいと思いますが、国際比較をした際に、日本は、病床数が多いけれども働くお医者さんが少ないという状況であります。これがコロナでも、病床は確保されているが、診る医師、看護師がおらず入院させられなかったという問題にもつながりました。

災害救助と同様に、パンデミック時に十分対応できるだけの医療従事者数を常時抱えておけないというのは理解します。しかし、それにしても、通常の医療でも医師の働き方改革を法改正で検討しなければならなかった日本があります。そもそもの医師数、看護師数の充足を図らないと、今般の改正法でDMATなどの人材派遣でカバーしようとしても、その実効性が担保されないということにならないでしょうか、伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

二点お尋ねがあったかなというふうに思っております。

まず、医療人材派遣の仕組みについての御質問についてでございます。

新型コロナの感染症の対応におきまして、医療人材の派遣につきましては、これまで広域派遣を含む人材確保に関

する仕組みやルールがなかったといったことで、実行上、厚生労働省関係の病院から広域派遣をするといったことで対応してまいりましたが、それに偏っていたといったような課題があったところでございます。

このため、今般の改正案におきましては、あらかじめ、委員からちょっと御紹介ございましたが、人材派遣に関して協定を締結をして、まずは県内で人材の融通を行うということとしておりまして、その上で、都道府県内だけで人材確保が難しいといったような場合には、都道府県が他の都道府県に直接応援を求めることに加えまして、その都道府県が他の都道府県に比べて医療の逼迫が認められるといったような場合には、厚生労働大臣に対して他の都道府県からの医療人材の派遣を求めることができるといったような仕組みを規定することで、感染症発生、蔓延時において迅速かつ広域にわたって医療人材の派遣について調整を行うということとしております。

こうした仕組みを通じまして、あらかじめ感染症の発生、蔓延時の役割分担を明らかにするとともに、人材の広域派遣について国と都道府県の役割や派遣の要件を明確化することで、迅速かつ機動的な人材派遣が可能になるというふうに考えているところでございます。

加えまして、できる限りやはり多くの方に感染症の対応をしていただけるようにするということが大事でございますので、平時からのその感染症対応人材の確保、育成が重要と考えてございます。現在も講習会や看護職員の養成研修を行っているほか、診療報酬においては、令和四年度の診療報酬改定で新設いたしました感染対策向上加算一におきまして、感染症対策の経験を有する医師や、あるいは研修を修了した看護師を含む感染制御チームを設置するといったことを要件としているところでございます。

こうした様々な措置を講じることによって、人材を含めて医療資源には限りがある中においても感染症対応ができる医療機関や人材の裾野拡大が図られるようになるということから、感染拡大時においても対応できる体制を構築できるように取り組んでまいりたいというふうに考えております。

それから二点目、平時の医師や看護師の数につきましてもお尋ねを頂戴いたしました。

我が国の医療提供体制を構築していく上では、やはり将来の医療需要を見据えた上で医療従事者の確保を行うということが重要な課題だというふうに考えてございます。

医師の確保につきましては、平成二十年度から、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠を中心に、医学部定員を段階的、臨時的に増員してきておりまして、医師数は毎年約三千五百人から四千人増加してきているところでございます。

直近の需給推計によりますと、医師数が増える一方で人口が減少していくということから、将来的には供給過剰となることを見込まれる一方で、医師の地域や診療科偏在もありますことから、今後の医師養成数の方針につきましては、自治体等の御意見もよく丁寧にお伺いしながら議論を進めていきたいというふうに考えております。

また、看護職員につきましては、就業者数が令和二年で約百七十三万人となっております、この十二年間で約三十三万人増加しているところでございます。今後も、看護師等養成所や病院内保育所の運営に対する財政支援など、新規養成、復職支援、定着促進のこの三つを三本柱にした取組を進めていきたいというふうに考えております。

厚生労働省といたしましては、自治体等の御意見を丁寧にお聞きをしながら、医師や看護職員を始めとした医療従事者の確保に取り組んでまいりたいと考えております。

○高木真理君 お医者さんすぐ増やしたからといって、教育課程も何年も掛かりますし、すぐに増えないというのは分かります。また、人口推計を見なければいけないというのも分かりますけれども、感染症下では、患者さん、動くことをしてはいけないということになって、都道府県内で医療を完結しなければなりませんけれども、埼玉県の医師数は、人口当たりで東京の半分しかいないわけです。この中で医療を賄うというのは本当に大変なこと。でも、偏在ではない。というのは、東京だって一生懸命やっても逼迫しているから。やっぱり、圧倒的にお医者さんの数が足りないという現状があると思いますので、是非そここのところの検討をよろしくお願いしたいと思います。

次に、入院勧告書について伺います。今回の感染症法改正案にはこのことは入っていません。しかし、改正が必要ではないかと思うので、伺ってまいりたいと思います。

資料の四を御覧をいただきたいと思いますが、これは入院勧告書、そして入院延長勧告書であります。名前は伏せてありますけれども、これ、今年の八月にコロナで亡くなった私の父宛てに送られてきたものです。コロナでの入院を経験された方はこの書類も御存じかもしれませんが、入院勧告書、入院延長勧告書、入院すると、全員にこれが送られることになっています。感染症法十九条、二十条に規定されています。

文面は普通に見えますけれども、問題は日付なんです。この文書は、父の死後三週間以上たってから送られてきました。この勧告書の日付、八月十六日の約一か月後です。配達の問題ではありません。さいたま市が同封した添え状の肩には九月十三日の日付がありました。送付遅れをわびる一文もなく、パルスオキシメーターが送られていれば返してくれと書いてありました。怒りが沸きました。

なぜこんなことになったのか、市議さんに確認してもらおうと、第七波で手が回らず送付が遅れたが、どうしても書面で送らなければならないと法律で決まっているので死後となっても送ったとのことでありました。とてつもなく人手が逼迫している中で、亡くなった人に不要な文書を送る事務はなくしてしかるべきですし、受け取る側にも失礼極まりないことです。でも、法はそれをやれと言っています。国会に来てからこの件のヒアリングをしていくと、入院という行動の自由を奪う人権侵害行為になるので、罰則もあるし、書面で通知することが何としても必要だとの説明でした。

そこでお聞きしますが、勧告に従わない人には勧告書を出す必要があるかもしれませんが、制度の趣旨を鑑みるに、同意して入院している人にまで出すのは不要と思いますが、いかがでしょうか。参考人、お答えください。

○政府参考人(佐原康之君) お答えいたします。

感染症法上の入院勧告につきましては、当該勧告を受ける者に対して書面により通知しなければならないというふうにされております。この趣旨は、入院が身体の拘束を伴う行為であることを踏まえて、人権尊重の観点から、手厚い手続保障、別の言葉で言いますと適正な手続の担保となりますが、これを設けたものでございます。このため、御指摘の同意して入院した方も含めて、入院勧告を書面により通知する必要があると考えております。

ただし、入院すべき方に対して勧告や措置を実施すべき差し迫った必要がある場合にはこの限りでないとしてされておりまして、送付が事後になるケースがあるものと承知しております。

○高木真理君 今、いかに人権上大事だから書面にするかというお話ありましたけど、本人が目にはできないと意味がないんだと思うんです。でも、この文書、入院した後に本人住所に郵送されます。本人は家にいません、入院していますから。逆に、絶対に本人は受け取れない、読めないんです。おかしくないですか。

罰則もあるから書面という紙で出すことが必要という説明もありましたけれども、これこそ紙ではなく本人の携帯にデジタルで送付するとか、もし紙にこだわるなら、入院先の枕元に届くようにする必要があるのではないのでしょうか。コロナ受入れ病床を持つ病院に大きく掲示する案もあるかもしれません。

本人に届かなくてもいいという姿勢は、それだけ書面で交付することが人権上大事だと言いながら、人権なんか軽いと内心で自白しているようなものです。大臣の御見解を伺います。

○国務大臣(加藤勝信君) 書面で交付する理由は、先ほど局長から申し上げたように、入院が身体の拘束を伴う行為であることを踏まえて、まさに手続的な適正さを確保する、担保する、こうしたもので求められたということでございますので、今の場合は大変失礼があったというふうに思いますけれども、事後、事前じゃなくても、事後においても一応そうしたことをしっかりやっておくということが必要だということだと思えます。

その上で、今お話がありました、そのデジタルで代わることができるのかどうかと、こういったことは、ちょっとこれが今すぐにできるかどうかで、私、今答弁できませんけれども、政府全体をDX進めておりますから、そういったことでどういうことができるのか、こういったことは考えていかなきゃいけないんだろうと思います。

○高木真理君 是非、実効性が持てるような改革をしていただきたいと思います。  
終わります。