

(別紙)

質問1：日本の医師・看護師などの医療従事者不足は深刻であり、とりわけ地方やへき地では、人材も集まりません。医療・介護は、人々が生きていく上で必要な社会的インフラであり、それが整わないために、住み続けることができないと人口が減っていく要因ともなっています。今回、コロナ禍が広がる中で、現在の「都市集中型社会」の脆弱性も明らかになりました。感染症対策の上からも、地方の人口を増やすための基盤づくりや産業を興していく「地方創生」が必要になっていると思いますが、どのようにお考えでしょうか。

質問2：農協が母体となって運営されている全国の厚生連病院は、医療法でも公的医療機関と位置づけられ、日赤、済生会と並んで、公的3病院とされています。この中でも人口の少ない地方自治体に多く存在しているのが厚生連病院です。貴党はこの厚生連病院の役割についてどのようにお考えですか。

質問3：国公立・公的医療機関を始めとして「へき地医療」や産科・小児科等の「不採算医療」を担う病院の運営は、単純に収支で判断されるべきものではないと考えます。また「不採算医療」とされる診療科があること自体、診療報酬が適正でないことを表しているのではないかと思います。貴党の診療報酬・介護報酬のあり方についてのお考えを聞かせて下さい。またコロナ禍で、感染症病床の不足や災害時医療の備えが課題になるとともに、病院収支の悪化が懸念されています。公的医療確保のための財政支援・補償についても考えを聞かせて下さい。

質問4：厚生連はJAグループの一員であり、農協法や同施行令などでの法的規制を受けています。その中でも特に経営上での負担が、農協法施行令29条に定める「固定比率」です。一般的な「固定比率」の数式と違って、分子・分母が逆で、固定負債等の数値も加わり、農水省の説明では、「長期固定適合率のようなもの」とされていますが、固定資本の額が大きい病院・施設では、経営指標としては意味がないものとして経営者団体である全厚連も全厚労も適用除外を主張し続けてきました。農水省交渉では、「政令」であるので農水省単独では変えられないと回答されていますが、貴党が政策として、厚生連に対する「固定比率」規制の適応除外について検討されることは可能でしょうか。

また協同組合として「員外利用率」規制（病院の場合、組合員の利用量と非組合員の利用量が100：100まで）の問題があります。当然、組合員の利用を前提に設立された協同組合として非組合員の利用が規制されていることは理解できますが、病院という公益性を考えれば、一概に規制されると地域医療の確保が不可能になります。その地域に厚生連病院しかないというところもあります。地域医療構想で病院・施設間の機能分担も考えられているなかで、現実的でない規制と考えます。この点についての考えをお聞かせ下さい。