

衆議院 第百七十四回国会 厚生労働委員会 議 録 第十 三 号

平成二十二年三月三十一日(水曜日)

午前九時開議

出席委員

委員長 藤村 修君
理事 青木 愛君 理事 石森 久嗣君
理事 内山 晃君 理事 黒田 雄君
理事 中根 康浩君 理事 大村 秀章君
理事 加藤 勝信君 理事 古屋 範子君
理事 相原 史乃君 理事 大西 健介君
岡本 英子君 菊田真紀子君
郡 和子君 齊藤 進君
園田 康博君 田名部匡代君
田中美絵子君 長尾 敬君
仁木 博文君 初鹿 明博君
樋口 俊一君 福田衣里子君
藤田 一枝君 細川 律夫君
三宅 雪子君 水野 智彦君
宮崎 岳志君 室井 秀子君
山口 和之君 山崎 摩耶君
山井 和則君 あべ 俊子君
菅原 一秀君 田村 憲久君
武部 勤君 橋 慶一郎君
棚橋 泰文君 長勢 甚遠君
松浪 健太君 松本 純君
坂口 力君 高橋千鶴子君
阿部 知子君 柿澤 未途君

厚生労働大臣 長妻 昭君
厚生労働副大臣 細川 律夫君
厚生労働副大臣 長浜 博行君
厚生労働大臣政務官 山井 和則君
厚生労働大臣政務官 足立 信也君
政府参考人 磯田 文雄君
(文部科学省研究振興局長)
厚生労働委員会専門員 佐藤 治君

委員の異動

三月三十一日

辞任

西村 康稔君
江田 憲司君

補欠選任

橋 慶一郎君
柿澤 未途君

同日

辞任

橋 慶一郎君
柿澤 未途君

補欠選任

西村 康稔君
江田 憲司君

三月三十日

国民健康保険に係る国庫支出金減額算定措置制度の廃止等に関する陳情書(愛知県豊橋市今橋町一大沢初男(第八六号))
子ども医療費助成制度の創設に関する陳情書(静岡県磐田市国府台三の一八木啓仁(第八七号))
後期高齢者医療制度の廃止等に関する陳情書(福岡県飯塚市上三緒三三七の八吉武繁外百五十一名(第八八号))
社会的セーフティネットの拡充に関する陳情書(静岡県葵区追手町九の六浜井卓男外六名(第八九号))

労働者派遣法の抜本改正を求めることに関する陳情書外二件(京都市中京区富小路通丸太町下ル村井豊明外二名(第九〇号))
同日
医療提供体制の拡充に関する意見書(栃木県栃木市議会(第三一八六号))
ウイルス性肝炎患者の救済に関する意見書(鹿児島県阿久根市議会(第三一八七号))
[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(北海道知内町議会(第三一八八号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(北海道寿都町議会(第三一八九号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(北海道遠軽町議会(第三一九〇号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(北海道士幌町議会(第三一九一号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(北海道池田町議会(第三一九二号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(秋田県男鹿市議会(第三一九三号))

[協同労働の協同組合法]の速やかな制定を求める意見書(山梨県中央市議会(第三一九四号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定に関する意見書(山梨県身延町議会(第三一九五号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(奈良県広陵町議会(第三一九六号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(鹿児島県阿久根市議会(第三一九七号))

[協同労働の協同組合法(仮称)]の速やかな制定を求める意見書(鹿兒島県阿久根市議会(第三一九八号))

後期高齢者医療制度に関する要望意見書(北海道士幌町議会(第三一九九号))
子ども手当の全額国庫負担を求める意見書(宮城県栗原市議会(第三二〇〇号))
子ども手当財源の地方負担に反対する意見書(山形県飯豊町議会(第三二〇一号))

雇用対策の拡充を求める意見書(栃木県栃木市議会(第三二〇二号))

子ども手当から学校給食費等義務教育に必要な費用を差し引くことについての意見書(山梨県中央市議会(第三二〇三号))

高齢者への肺炎球菌予防接種の公費助成等に関する意見書(長野県御代田町議会(第三二〇四号))

後期高齢者医療制度の廃止を求める意見書(長野県南箕輪村議会(第三二〇五号))

後期高齢者医療制度の即時廃止を求める意見書(長野県大桑村議会(第三二〇六号))

子ども手当の一部について間接給付を求める意見書(愛媛県四国中央市議会(第三二〇七号))

国民健康保険財政への国庫負担割合を医療費総額の四五%に戻すことを求める意見書(熊本県山都町議会(第三二〇八号))

細菌性髄膜炎から子どもたちを守るワクチンの早期定期接種化等に関する意見書(秋田県八峰町議会(第三二〇九号))

三百五十万人のウイルス性肝炎患者の救済に関する意見書(鹿児島県日置市議会(第三二一〇号))

歯科診療の保険給付範囲の拡大・充実を求める意見書(岩手県陸前高田市議会(第三二一一号))

子宮頸がん予防ワクチンの接種に対する助成を求める意見書(長野県議会(第三二一二号))

市町村国保の改善を求める意見書(長野県山形村議会(第三二一四号))
子宮頸がん予防ワクチンに関する意見書(愛知県東海市議会(第三二一五号))
社会的セーフティネットの拡充に関する意見書(福島県田村市議会(第三二一六号))

社会的セーフティネットの拡充に関する意見書
 (福島県鏡石町議会(第三二一七号))
 社会的セーフティネットの拡充に関する意見書
 (福島県矢野町議会(第三二一八号))
 社会的セーフティネットの拡充に関する意見書
 (栃木県栃木市議会(第三二一九号))
 戦没者の遺骨収集の完遂を求める意見書(北海道北竜町議会(第三二二〇号))
 前期高齢者財政調整制度等の見直しを求める意見書(那覇市議会(第三二二二号))
 前期高齢者財政調整制度等の見直しを求める意見書(沖縄県浦添市議会(第三二二二号))
 誰もが安心して受けられる医療・介護保険制度の確立を求める意見書(山形県遊佐町議会(第三二二三号))
 ヒブワクチン及び肺炎球菌ワクチン(七価)の早期定期予防接種化等を求める意見書(長野県御代田町議会(第三二二四号))
 父子家庭と母子家庭がともに「ひとり親家庭」として平等に支援を受けられるよう対策を求める意見書(宮城県七ヶ浜町議会(第三二二五号))
 平成二十二年度の年金を減額せず、無年金・低年金者への生活保障措置を求める意見書(長野県大桑村議会(第三二二六号))
 保育制度改革に関する意見書(北海道知内町議会(第三二二七号))
 保育制度改革に関する意見書(北海道奥尻町議会(第三二二八号))
 保育制度改革に関する意見書(北海道寿都町議会(第三二二九号))
 保育制度改革に関する意見書(北海道池田町議会(第三二三〇号))
 保育制度改革に関する意見書(宮城県多賀城市議会(第三三二二号))
 は本委員会に参考送付された。

康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第二八号)
 厚生労働関係の基本施策に関する件
 ○藤村委員長 これより会議を開きます。
 厚生労働関係の基本施策に関する件について調査を進めます。
 この際、お諮りいたします。
 本件調査のため、本日、政府参考人として文部科学省研究振興局長磯田文雄君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。
 (「異議なし」と呼ぶ者あり)
 ○藤村委員長 御異議なしと認めます。よつて、そのように決しました。
 ○藤村委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。菅原一秀君。
 ○菅原委員 きょうは、一般質疑ということで時間をちようだいたいたしました。自民党の菅原一秀でございます。
 まず、少子化対策、子育て支援についてお伺いしたいと思っております。
 世界一の長寿国家になった我が国日本、今最も喫緊の課題はこの課題であると認識をいたしております。私自身、練馬の区議会議員、また東京都議会議員を経て国会にやってきましたけれども、一貫して地方自治の現場で少子化対策に取り組んできたところでございます。そうした中で、やはりこの根本の政策の確立は国政にあるところ、なんかも改めて今認識をいたしているところでもあります。
 二〇〇八年、御案内のとおり、出生率は一・三七。これは徐々に上がってきたものの、いわば世界の水準から見ればまだまだ最低水準にありません。また、働く女性の七割が結婚、出産を機に退職をしている。こういう現実もあるわけでありまして、まさに、そういう意味ではこの状況の中で

あらゆる手だてを打っていかねばいけない。しかし、そこで今民主党政権が一丁目一番地としてやったことは、今回の子ども手当であったわけでありまして。
 法案が通った後も、いろいろと議論がございました。最終的にあつた話の中で一つ、子供の居住要件がない。日本に住む外国人の親が母国にいる子供の方も受給することになることによつて、言ってみれば、国家のバランスシートを考えると、いわば次代の日本の子供たちが背負う借金が外国人や外国の所得あるいは資産になりかねない、こういう構図が成り立ってしまう悲喜劇があるわけでありまして。
 実際、このところ、各自自治体からは悲鳴が届いております。子供がいるんだけど、お金も入らるんですけど、片言の日本語でやってくる外国人。日本語が全くしゃべれなくて、紙に、子ども手当ちょうだいという外国人。あるいは、児童手当の駆け込みで、また支給開始になっていないのにまずはタッチしなければいけない、こういうことで自治体の窓口は大変な混乱を来しているということ、ここでもう大臣もよく御案内だと思っております。
 いわば、こうしたいろいろな論点を残したまま衆参で見切り発車をしてしまった、まさに禍根を残す大きな問題だと言わざるを得ません。
 また、子ども手当は財政面から見ても大変大きな問題を抱えているわけでありまして。
 資料にお配りをいたしました。山岡民主党国対委員長が、子ども手当を通せば民主党政権の支持率が戻るんだ、こう言っておたわけでありましてけれども、御案内のとおり、下の支持率。日経新聞は、法案が通った次の土日に一気に七ポイントも下がっております。六月に支給されればまた上がると言われかねませんが、こういう問題ではないであらう。
 しかも、法案が通った直後の二十六日には、長期金利の指標であります十年債の利回りが一気に

一・三八五%に上がった。これは四カ月半ぶりの高水準であつたわけですね。
 二十七日に発表した内閣府の調査においても、この二ページ目にありますけれども、日本が悪い方向に向かっている分野はこの分野かという問いに關しまして、国の財政。今までは高齢化だとか景気だとかいうことが一番、二番に來ていたのが、国民全体的に国の財政が危ないんだという認識を、言ってみればマーケットだけじゃなくて国民の意識の中にそういう認識が高まつてきたということ。これはやはり、子ども手当を通したことは非常に大きな要因の一つではないか、こんなふうには私はとらえております。逆に言つてみれば、民主党の目玉政策であるこの子ども手当が、まさに後世に禍根を残しかねない、理念なき、財源なき、単なるばらまき政策であるということを国民自身が喝破しているということにほかならないのではないかと思つております。
 そこで、この子ども手当について一つだけ伺います。
 仙谷大臣が、財源確保ができた場合でも、一部は学校給食費あるいは保育所整備に充当すべきという発言をしています。長妻大臣は、先般、私の質問に対して、来年度以降は二万六千円を前提として、こういう答弁をされておりますが、仙谷大臣とのこの差異について民主党政権はどういうふうになつていっているのか、この点、ただしておきたいと思つております。
 ○長妻国務大臣 この仙谷大臣の発言を私はすべて承知しているわけではありませぬけれども、給食費の扱い等についての発言もございました。これは、総理からも御指示がございました。平成二十三年度の検討課題になつているところであります。平成二十二年度においては、これは自治体にも、子ども手当の趣旨を受給される方に徹底して、給食費に充てるということも奨励をしていく、こういう取り組みを強化していくということでありまして、詳細な制度設計は平成二十三年度からであります。

本日の会議に付した案件
 政府参考人出席要求に関する件
 医療保険制度の安定的運営を図るための国民健

法律の根本として、この子ども手当については、ほかの債務の引き落とし、天引き等が、差し引いた支給というの法律で禁止されている、こういうようなこともあり、全体で二十三年度の制度設計の中で、検討課題として我々としては考えていることとあります。

○菅原委員 郵政の問題もそうなんですけれども、あるいは普天間もそうですけれども、同じ閣内で右行ったり左行ったりして、そのたびに国民が、どうなっているんだというクエスチョンマークを投げかけている。この問題も、いわば財源がない中で見切り発車をしてしまつて、しかも、来年については、今お答えのように、本当にどういう方向になるかわからない。これが今の民主党政権の現実なのではないかな。政治と金の問題もありましたけれども、やはりこういう迷走が今の支持率低下につながっている。一番困るのは国民である、改めてこのことを指摘しておきます。

三枚目の資料を見ていただきたいんですが、これは、日本、アメリカ、ドイツ、フランス、イギリス、スウェーデンのGDPにおける国民負担率の所得の比率をあらわしております。一番左の日本と比べて、子ども手当を完全実施した場合、いわば一割弱の現金給付がふえるということになります。

言ってみれば、日本の場合、現金給付がさらに膨らむということであるわけですが、一つ前の資料で御案内のとおり、やはり保育所を初めとする現物給付に対する要望というのは物すごく強いこととはもう御案内のとおりであります。

行ったり来たりしますが、資料の四ページ目に、これは自分でいろいろとまとめてみました。保育サービスの種類、認可保育園、認可外保育施設、認定こども園、保育園の預かり保育、保育ママ、病後児保育室、ファミリーサポートセンター、ベビーシッター等々、保育というところ、現物給付というところ、これだけいろいろ種類があります。このほかにも、自治体独自で取り組んでいるものもあるんだと思います。

こうした中で、現金、お金をもらうよりも、こうした行政サービスをやはり強く望んでいるという国民の実態があるのではないかと。その中で、私は、きょうは保育所の整備についてお尋ねをしたと思います。

三月二十五日、厚生労働省が二〇〇九年十月現在の保育所の待機児童数を発表しました。これは四万六千人余であります。過去最多であります。

去年、この発表は三月六日だったんですね。何で下旬じゃなくて下旬、三月二十五日。折しもこの二十五日は参議院で子ども手当が通つた日でありまして、これは偶然といえはそこまでなんでもしようけれども、言ってみれば子ども手当が通るまで、四万六千人も待機児童がいる、現物給付が必要なんだ、そういう国民の見方を、そでにしようとしたのかどうかわかりませんが、これはあえて質問いたしません、この辺は指摘しておきたい。

問題は、この四万六千人の待機児童、これはもう御案内のとおり、認可保育園に申し込みをしている、そして入れない方々の数であります。今、団塊ジュニア世代が出産適齢期を迎えていることは御案内のとおりですが、潜在的には、全国で入りたいという方が八十万から百万人ぐらいいるのではないかと。

地方の方からすれば、うちの方の保育園はちよどいいよとか足りているよという声もあるかもしれない。確かに、東京、神奈川、千葉、埼玉あるいは大阪、愛知等々の首都圏にこうした傾向が強いことも事実だと思えます。しかし、先ほど申し上げたように、働く女性の七割が出産を機に仕事をやめてしまつていて、もう一回働きたいという方も、その中で約半分ぐらいはいる。こういう声にこたえていくためには、保育所の整備はどうしても必要だ、こう思っております。

最後の五枚目の資料を見ていただきたいのですが、これは内閣府の世論調査、去年の二月でございませう。

これを見て、問いの二ということに、多少の負担増を伴つたとしても諸外国に見られる保育サービスや育児休業制度の充実などによる仕事と家庭の両立支援策を導入してほしいかどうかという問いに対して、(ア)と(イ)合わせて九割の方が導入してほしいと答えております。

また、その下の、少子化対策で期待する政策は何かということに関して、家庭と仕事の両立の支援と働き方の見直しの促進、これも六割近い。それで、妊娠と出産の支援、こうした政策に関しても、何と二七%が一気に倍に膨れ上がつております。五年間で、二七%が五四・六%に膨れ上がつていて、また、一番下の、子育てのための安心、安全な環境整備、これは保育所の整備等をいうんですが、これはやはり一〇%ぐらいふえていくわけでありませう。

先般、この委員会の参考人質疑で、三重県松阪市の山中市長さんが、子ども手当の満額支給に必要な経費で保育園を毎年二十五園ずつつくれる、こうおっしゃつていました。

保育所の利用者からしても、子ども手当の支給で、言ってみれば保育料が高い認可外保育園に通わせているお子さんの家庭については確かに負担の軽減になるけれども、保育料の安い認可保育園をもっとふやしてほしい、その方がメリットが大きいんだ、こういう声が非常に多いわけですね。

そうした中で、政府は、一月に子ども・子育てビジョンということで、二〇一四年度末までに認可保育園の定員を二十六万人ふやすと数値目標を掲げて、言ってみれば、子ども手当だけじゃありません、現物給付も頑張りますよ、こういう姿勢を示しているわけなんです、毎年五万人という保育所の整備、この財源はどこから出てくるのかなというところ、具体的な工程について、今どう制度設計しているのか、この具体策をちよつと示してほしいんですが、大臣。

○長妻国務大臣 少子化の流れを変えるためには、子ども手当などの現金支給と保育サービスなどの現物支給、そしてワーク・ライフ・バランス

ス、この三つが適切に整備されるということでありまして、我々、現物給付の方もきちつと目標を立てなければならぬ。

これは、いつもいつも申し上げておりますけれども、子供に関する予算は後回しにされがちだということ、子ども手当も目標を掲げ、そして現物サービスも、今おっしゃつていただいたように平成二十六年までの目標値を掲げ、保育サービスについては一年間に五万人ずつ定数をふやしていくということ、二十二年についてはその初年度でございまして、二十二年の予算、成立をいいただきましたけれども、約三千五百三十四億円を保育所運営費、保育所整備に对应したものを確保して、これによって、初年度についても受け入れ児童数五万人増加分の予算というのを立てさせていただいているところであります。

そして、今後は、毎年毎年五万人増強ということを我々は考えておりますので、それに見合う財源を予算編成の中で確保していくということ、取り組んでおります。

将来の財源でございまして、けれども、事業の優先順位をきちつと見直していく、天下り法人等々への支出も厳しく見直していく、そして消費税以外の税制あるいは保険料等で改革すべきものがあれば改革をしていくということで、財源を予算編成の過程で生み出していきたいというふうに考えております。

○菅原委員 三千五百三十四億というのは、通年、これまでの政権でもほぼ確保してきた予算だと思つてます。

また、今レトリックがあつて、消費税を上げることができないか言わないで、消費税以外の税制の改正をするというふうな話、言ってみれば非常にやさしいですよ。これだけお金がなくて財源が厳しい、そんな中で子ども手当を出してしまつた。したがって、財布にはほとんど残つていないわけですよ。それを考えたら、子ども手当と現物給付の比較論議というものがもつと必要、だつたのではないかと私は思つてます。

例えば、東京二十三区で定員百人の保育所を建設するとしますと、約二億円と言われております。もちろん、このほかに毎年運営費に二億円ぐらいかかっているという現実があります。ことし、子ども手当一万三千円、二兆三千億円出すことになりました。先ほど申し上げたように、潜在的な保育所の待機児童が百万人ぐらいいる。ということは、今計算すると、二億、百万人ということ、大体二兆円あれば建設整備はできるんですね。経団連の試算でも、やはり百万人の潜在的な待機児童の解消をするには一兆九千億円あれば何とかカバーできる、こんな話もあります。

御案内のとおり、保育所をつくっても、ああ、できた、今までなかったから申し込まなかったけれども、できたなら今度も申し込んでみよう、うちも申し込んでみよう、言ってみれば保育所の整備自体がまた掘り起こしにつながってしまつて、整備しても追いつかない。イタチごつこの状況が特に首都圏では見られるわけでありまして、結局、ちまちまとやっておつたのでは、とてもこれは追いつかない。

したがって、私は、この二十六万人では百万人にとっても対応できないから、子ども手当を来年からやめて保育所整備に回した方がまだ国民の要望にはこたえられるのではないかな、こんなふうに思っておりますが、いづれにしても、現物給付に対するプライオリティーを高めるということが国民のニーズである、このことは申し上げておきたい、こう思っております。

もちろん、このほかにも都市と地方の偏在の問題やら、都市部の中にも足りてるところと不足している部分という問題もある。また、自治体に登録をしている保育士の有資格者の数が全国で九十六万人いらっしゃる、ところが実際に働いているのは三十五万人しかない、その方々の再チャレンジをどうやっていくか。もちろん、それは保育所自体を整備しなければ供給もできないことはわかっておりますが、あるいは、〇歳―二歳の利

用者が非常に多い。こうしたいわゆる定員の問題等々も含めて、今後いろいろと議論をしていかなければいけない、こう思っておりますので、また次回以降、議論をしていきたいと思っております。次に、出産育児一時金、いわゆる直接支払い制度についてお尋ねをしたいと思います。二〇〇八年八月に、当時の外添厚生労働大臣が、お金の心配をしないで健診を受けて、分娩費用も出る制度をということで、去年の十月からこの直接支払いの制度がスタートしたわけでありま

す。いろいろな課題がありました。したがって、半年間、本格実施の猶予をしたということでありまして、さらにこの四月から一年間延ばすということになったことも理解をいたしております。言ってみれば、この制度ができたことによつて、出産する妊婦さんとその家族にとつての経済的負担は極めて軽減をされたんだと思ひます。しかしながら、その一方で、そのことに主眼を置いて、あるいはそのことを急いだ余り、これは前政権の我々も反省しなければいけないと思うんですが、言ってみれば産科医や助産師、助産所、こういう現場の声を大きく吸い上げてこなかったという現状があるんだと思ひます。

日本産婦人科医学会の調査におきましても、新制度に移行した病院は九五%、診療所は八〇%、東京は六〇%、これはいろいろ事情があると思ひます。しかし一方で、七〇%の医療機関、あるいは助産師、助産所が経営への大きなマイナスを指摘しているわけでありま

す。特に、小さな産科医、助産所、言ってみればおばあちゃん一人でやっている助産所なんかもあつて、例えばこういうところで直接支払いが行われて、保険からの一時金の支払いが最長で二カ月以上おくれる、職員の給与を払つたり、あるいはもろもろの経費のお金がない、結局、運転資金を借りなければいけない。

確かに、福祉医療機構で融資をしている。しかしながら、実際に融資が出るかどうかかわからない。今現在も、三百四件申し込んでいて、ペンディングになっているのが半分ぐらいいあるんですね。あるいは、断られているところもある。そういうところは、親族に借りたり、あるいは中小公庫に借りたり、独法の方から申し込んだだけけれども、余りにもハードルが高くて全然おられない。その分、また一カ月、二カ月たつてしまつた。こんなような状態の中で、結局、正規の職員を非正規にしたりアルバイトにしなければいけない、あるいは、この前も新聞に出ていましたけれども、出産費用そのものを上げなければいけない。こんなようないろいろな混乱が出てきていることが現実なんだと思ひます。

しかし、言ってみれば、何で、国の制度を変更して、わざわざ利息をかけて、それが〇・何%だとしても、お金を借りてまで運営しなきゃいかぬのだ、やはりこの声にこたえていくのが政治なのではないかな。ずばり、これを無利子にする考えはないのか、あるいは利子を一〇〇%補給するよ

うな手だてではないのか、この点についてお尋ねをします。○長妻国務大臣 今の、出産費用の直接支払い制度でございます。私も、政権交代して厚生労働省に参りまして、いろいろびつくりしたことがあるわけでありま

す。けれども、これも前政権から、十月からそのままこの制度を全面的に進めるといふことについて、いろいろの声があるにもかかわらず、かなり強力で進めるといふことで、これについていろいろの方々と相談をしまして、猶予というのを急

いで進めたいところでありま

す。連設けさせていただいたところでありま

す。そして、今も触れていただきまし

たけれども、あすからこの貸出金利も、これまで一・一%だったものを〇・八%に下げる。無担保融資の限度額も、これまで三千万円だったものを限度額を撤廃する。あるいは、保証人をとらない融資制度を新たに創設する。これまでは一名以上の保証人がおりましたので、それを保証人をとらないというような措置などで、できる限り診療所、病院の方々の負担を軽減するといふことで取り組んでいるところであります。

この制度は、もちろん一番重要なのは、出産をされる方々の負担軽減ということが最も重要であります。したがって、それを担う診療所、病院が疲弊をしまつてはこれは元も子もありませんので、今はぎりぎりそういう措置をとらせていただき、かつ、猶予の期間も来年の三月末まで延長するといふような措置をとつているところであります。

○菅原委員 先ほど申し上げたように、いろいろな条件緩和をしていただきました。しかし、実際に一人で助産所で頑張っている高齢のおばあちゃん、書類も書かなきゃだめだ、申請もしなきゃいかぬ、片つ方で、急にやつてきた分娩の状況に立ち会わなければいけない、こういう現状があるんです。やはり、光を当てるべきところに光を当てなければならぬ、このことは改めて申し上げておきたい。したがって、もしお金を借りるとすれば、無利子でやるくらいのことをやらないととてもカバーできないのではないかな、こう思っています。また、この制度を仮に続ける場合、申請してから支払いまで二カ月かかる問題、先ほども指摘を申し上げました。例えば一つの案ですけれども、産科医療補償制度の対象となるのが妊娠二十二週目なんです、この二十二週を過ぎた時点で妊婦さんから保険者に届け出、申請を出してもらつて、入院をした後、出産をしたと同時に医療機関にお金が振り込まれるという制度設計、これであればいいのでは

ないかな。つまり、二回に分けたりするというのは、あくまでも保険の今のサイクルを踏襲しているわけでありまして、今申し上げたような形にできはしないか。大臣、どうでしょうか。

○長妻国務大臣 今、ある意味では出産後直ちに申請というよりは、妊娠二十二週を過ぎた時点であらかじめ申請というお話でございますけれども、今後、今の御提案も含めて、出産育児一時金制度について議論する場を設けて、直接支払い制度の現状、課題、平成二十三年以降の制度のあり方について、これは検討していきたいというふうに思います。

ただ、今現在、いろいろ御指摘がありますけれども、約九割の医療機関においては既に実施をされて定着しつつあるということで、申請方法などを変更すると関係者の理解を得られるかどうか、こういうようなことも考えなければならぬということもございますが、全体のこの制度自体について猶予ということをせざるを得なくなっておりますので、検討の場をつくって検討していきたいと思っております。

○菅原委員 大臣の検討にもいい検討があるのかなと今思つたんですが、ぜひお願いをしたい。

ただし、九割やっていると話ではないんですけど、九割やっていると、八割診療所がやっていると、七割がいわば困っているんだ、この現状に対応する施策が必要だということであります。

先ほど御答弁にもあったように、結局、暫定措置で始めたこの制度が猶予を一年間延長というところは、いわば緊急避難的な状況に今なっているわけですよ。したがって、この制度をしっかりと根本から、現場の声を聞いて改めて議論をしてほしい、こう唱えておきます。

話をかえます。
民主党のマニフェストに、子ども手当の上に、出産時に十五万円の時金を払うと書いてあったんですね。これは子ども手当よりも上だから、プライオリティーが高いのかな。インデックス二

〇〇九年にも、四十二万円を五十五万円にする。この積算根拠は何なのかなというのが一点。それと、御案内のとおり、出産費用というのは正常分娩の場合、自由診療でありまして、これは地域差、あるいは施設の違いなどからいろいろなケースがあるんだと思います。東京で四十二万では少ないのではないかと、地方で五十五万だったら逆に余っちゃう、こんな状況もある。

こうした中で、助産師においても、もうちょっと安い分娩費用で取り扱えるところもあるわけなんですけれども、単純に、四十二万を今支給している、五十五万ということは、十三万円です。年間の子供は平均百十万人生まれている。そうすると、千四百億円のお金が必要になる。「国からの助成を加え」という文言が入っているんですけれども、これは国の方で出すとすれば、この予算財源、どうなっているのか。

それともう一点。先ほどの子ども・子育てビジョン、この中にはこの五十五万の引き上げというのはいらないんですけれども、どうなっているんでしょうか。

○長妻国務大臣 この五十五万円という数字については、これは平成十八年の調査研究というのがございまして、これによってそういう数字を出させていたというところであります。

これについては、財団法人子ども未来財団、子育て家庭の経済状況に関する調査研究というものでございまして、詳細の費用があつて、足し算すると五十四万一千八百二十六円という調査があつて、明細もあるわけでございます。

そして、この件については、今御指摘いただいた子ども・子育てビジョン、これはこしの一、二十九日に閣議決定いたしましたけれども、その中にも、「安心して妊娠・出産できるように」という項目で「妊婦健診や出産に係る経済的負担の軽減」がございまして、その中で我々としては今の目標に向かって努力をしていくということであります。

○菅原委員 ちょっと話がまた違うんですけれども

も、私は、出産に関しては、いわゆる正常分娩であるのが異常分娩であろうが、全面保険適用すべきではないかな。確かに、四十二万でフィックスしてやったら都会なんか大変ですから、これは段階をつけてでも。

子供が生まれると、どうでした、母子ともに健康だったという言葉がよくあるじゃないですか。命がけで母親は子供を産む、子供も何か新しい生命になろうとして努力をする。まさにその中に結果論として正常だったか異常だったかというようになことが出てくるとするならば、私はやはり出産費用というのは全面保険適用にすべきじゃないかと個人的に思っております。

この点は、多分大臣に聞いても余りいい答えがないかもしれないので、足立政務官、どうでしょうか。

○足立大臣政務官 お答えいたします。

突然の御指名ですが、実は、これは意見交換会というのが平成二十年十一月二十七日に行われておりまして、有識者の方々に集まっていたので、これはまさに伯仲しているような状況で、全体の意見としては、保険適用すべきというのが多いという認識ではないと思っております。

それから、一点だけ。議員おわかりのように、直接支払い制度、要するにこれは出産育児一時金であつて、妊婦さんに払うもの。それが、正常であつたか病気があつたかによつて医療機関がかわるということなんです。それをあらかじめ前から特定はできない、出産した後じゃないとわからないというのがこの直接支払い制度の根本的な大きな疑問点だと私は思つております。

○菅原委員 それはまた議論を深めていきたいと思つております。
ドラッグラグ、ワクチンラグについてお尋ねをしたいと思つております。

私の父親も、また祖父も、ともにがんで亡くしました。したがって、私も若いときからがんの治療やがんの検診、あるいは、国会議員になつて

議連のメンバーとしても努めてきたところであります。

三年前、ちょうど自分が二期生のときに、NPO法人でブーゲンビアという、女性のがんの患者さんたちが主体となつて、乳がんや子宮がん、子宮頸がんあるいは卵巣がん、こうした問題に取り組んでいく法人と御縁をいただきました。

そこで改めてドラッグラグ、ワクチンラグの問題にかかわりを持つたわけなんですけれども、例えば、そういう皆さんの声で、やはり、海外でエビデンスがあるにもかかわらず、日本ではほかの部分でがんが承認されていない、あるいは、がんによつては承認されないで適応外だから、治療薬を使えないで苦しんでいる患者さんがたくさんいる、こういう実態があります。

がんで苦しむ患者にぜひ薬を与えてほしい、あるいは、救われる命を見殺しにしないでほしい、こういう切実な声。そういう意味では、本当に今まで、薬の問題に関して言えば、もつと救える命があつたのではないかと、強くそのことを今思つております。

このドラッグラグの例としては、これまでも議論がありました。例えば乳がんの治療薬についてはラパチニブという薬、これは大変有名であります。これは二〇〇七年にアメリカで承認をされて、ヨーロッパでも二〇〇八年、二〇〇八年十二月時点で、世界の六十五の国、地域で承認されて使用されているわけなんです。日本の場合、ようやく去年、二〇〇九年の四月に承認、使用という運びになつたことは御案内のとおりだと思います。

でも、これは、アメリカが二〇〇七年です。それから三年というタイムラグだったので、まだこれは今の現状からいっていい方なんだと思うんですね。例えばドキシソリンなんという薬は、二〇〇六年にエイズのカポジ肉腫に効果があるということとで承認されたわけなんですけれども、世界的に見れば、当時から卵巣がんにも効果が認められていた。したがって、一九九九年にアメリカで、

ところが日本ではようやく去年、十年後に承認をされたわけでありまして、卵巣がんの患者さんにとつては、外国で承認をされているにもかかわらず、目の前にその薬があったにもかかわらず使えなかった、承認されないで保険適用等がされなかったという事は、まさにこの間に命を落とした方もいるとするならば、この辺の、ある意味では我々の責任も含めて、政治的不作為です。この点について、よく議論しなければいけないと思います。

ワクチンについても、例えば髄膜炎のワクチン、Hibワクチンというのが大変有名でありまして、フランスでは一九九二年に承認されました。その後、一九九八年にWHOが各国の乳児への定期接種を勧告して、その後、百を超える国、地域で承認、使用されてきたわけでありまして、ところが、日本はフランスからおくれること十六年、おとしに承認をされた。

言ってみれば、アメリカ、ヨーロッパだけじゃなくて、アジア、アフリカという新興国、ある意味では後進の国々で、定期接種をして細菌性の髄膜炎がある意味では制圧したにもかかわらず、日本だけがその恩恵にあずかれなくて先般まで来てしまった。言ってみれば、医薬品、ワクチンのアクセスということに関しては、本当に日本は後進国に位置づけをしているのではないかと。

私も、三年前、厚生労働大臣政務官の際に、この問題に取り組んでまいりました。医薬品産業を、世界最高水準の医薬品を日本国民あるいは世界の皆さんに提供したい、あるいは日本の経済の牽引役にしていく、そういう意味では、医薬品の日本先行開発や日本参加の世界同時開発ということを訴えてきたわけでありまして、言ってみれば、治験環境の整備、承認審査の迅速化、これが今最も求められていることは論をまたないわけでありまして。

ところが、今までも、また今般も、今もそんなんですが、言ってみれば、この分野、非常に小回りに終わってしまった。

まず、治験の環境整備について言えば、二〇〇七年に新たな治験活性化五カ年計画というものを策定いたしました。ことしはちょうどこの中間年なんだと思うんですが、従来から、日本の治験は、質がよくない、コストが高い、スピードが遅い。牛どん屋と全く逆で、うまい、安い、早い、逆なんです。いわば、改善の兆しは確かに見えてきてはいる、しかし、せつかく世界に冠たる製薬企業等の存在がありながら、治験あるいは承認の環境整備は行われていない。

例えば韓国では、治験に関して、三千床から四千床の大変大きな大規模病院を治験の拠点として、効率的な治験を実施しているわけなんです。国家プロジェクトとしての取り組みを行っている。ところが、日本の場合、数多くの病院や診療所を対象に、患者さんを集め、分散してこの治験をやっている。非常に非効率的だ。

ところが、日本の製薬会社、納税力は年間四億円、これは他産業から比べても非常に大きい。問題は、スピードとコストをどうやって今後にかしていくのかということなんです。このドラッグラグの問題、あるいは、まとめて聞いちゃいますが、治験の医療機関を新たに設置したり、一、二カ所に大規模にまとめる、こういうことが大事ではないかと。

あわせて、承認審査体制についても、今のこのPMDA、年間八十の治療薬の承認申請がされ、七十ほど承認をされております。多くの治療薬やあるいはワクチンの審査を待っているわけでありまして、今までの議論にもあったように、確かに定員、人員の確保も大事なんだけれども、その承認を審査する質の向上といえますか環境の向上というものが非常に重要になってくる。言ってみれば、私は、審査の質の向上のために、PMDAと大学、医療機関、あるいは製薬会社の研究開発部門の人材等、いわゆる形式的でない、実質的に、定期的に、きちつと、同時に情報交換あるいは研究を進めるといふ基盤整備をすべきではないか、このことを申し上げておきたいんです。

以上、二点についてお尋ねをします。

○長妻国務大臣 今のるるおっしゃられた問題意識は、私も同感する部分が多いわけでございます。例えば、平成十六年、世界の売り上げ上位八十製品を調べると、そのうち日本で販売されている六十製品を比較すると、日本では販売までに約四年かかる。最も期間の短いアメリカでは約一・五年ということでありまして、その差は二・五年の差があるということで、この差をまずは埋めていく、ゼロにしていこうというのを目標にしているところでもあります。

そして、何がネックになっているのかということとでございますが、今御指摘いただいたように、一つは、やはり治験について、ほかの国に比べてその体制がなかなか整わない。韓国の取り組みも紹介いただきましたけれども、そこが一つ大きなポイントであるということ。

あとは、承認審査の手順の透明化、あるいは体制の強化ということでは、この独立行政法人PMDAの審査人員を平成十九年度から三年間で百十二人から三百四十八人に増強するとか、ガイドラインの策定で審査基準の明確化、国際共同治験を含むすべての治験相談にタイムリーに対応するなどありますが、やはり大きな問題は治験の体制整備ということでございます。

今後、治験のための中核病院十カ所、治験のための拠点医療機関三十カ所ということを設定して取り組んでいくところがございますけれども、さらに、連携医療機関を含めた人材の育成とか、あるいは臨床研究の企画立案、その力を強化するなど、治験、臨床研究の体制整備を強化していきたいというふうな考えでございます。

○菅原委員 その答弁だと私の質問をなぞっているだけのお話であって、いかに大胆にやるか、具体的にぜひ今度、次回示してほしい。あわせて、やはりこのドラッグラグ、ワクチンラグの問題は、提供側だけじゃなくて、患者の側、患者の目線に立つてしっかり取り組むということをぜひ銘記していただきたい。

最後になりますが、障害者自立支援法について、一点お話をしておきます。この法律は、障害を持つ方々が地域で暮らせるように、なるべく施設から地域に出て自分のチャンスを拡充できるように、そういうことで、三障害を一元化したり、あるいは先般も、私ども去年、利用者負担を応益から実質応能負担にするとか、障害者の範囲及び程度、区分の名称変更やう、あるいは障害児の支援の強化といったことを改正案に盛り込んだんですが、残念ながら、これは廃案になってしまいました。

ところが、民主党は、今の支援法を廃止にするということ先にあるべきで、結局、この半年間、何にも取り組んでいない。内閣府にある推進会議、あるかもしれない。しかし、この前、私は出たんだというようなこの前の議論もありました。初めて出たかのような、言ってみれば、厚生労働省はもつとさちつとこれに取り組みべきではないか、改めてこう思うんですね。いろいろな問題が起きてきていることも事実として、やはりそこをいかに改善するか。

特に、私は、障害を持つ子供たちが、いわゆる新生児のマススクリーニング検査あるいは乳幼児健診を受けて、なるべく早く、幼少期に障害を発見する。治療や療育をすれば、健常児と同じように育つ。

私の地元にも、聴こえとことばの教室という難聴児の子供たちの保育園、施設があるんですが、本当に、ゼロ歳、一歳で話せない子が卒園の式典のときなんか見事な歌を歌ったり、あるいはお芝居をしたり、いろいろとやるのを見ると、やはりいかに乳幼児の療育ということが大事かということを改めて感じております。

しかし、そんな通園施設にとつても、結局、月額払いが日払いになってしまつて経営が厳しくなつたとか、これは我々の改正案には盛り込みませんでした。しかし、今もって、団体から声を聞くと、そういう声もある。あるいは、今言ったよ

うな教室でいうと、雙学校の、小学校の幼稚部に通っているんですが、そこは文科省の所管なものだから、いわゆる厚生労働省の分野から非常に切り離されて、実際に障害児としての療育の部分が非常に乏しい。赤ちゃんのたつこ一つ違つてきて、こんなような実態、声もあります。

ぜひ、この障害者自立支援法、私は、今の法をいかに改正するかという議論を与野党でこれからやつて、廃止先がありきで今何にもやつていない状況から、早く皆さんの声を聞いてほしい、このことを最後に訴えて、終わりたいと思います。

以上です。

○藤村委員長 次に、阿部知子君。

○阿部委員 社会民主党の阿部知子です。本日は、参議院でも同じ時刻に質疑が行われておりますために御答弁者の予定が少し立ちまませんでしたので、改めまして、通告いたしました質問の順番を少し変えさせていただきます。

冒頭、介護保険について伺います。長浜副大臣にお願いを……(発言する者あり)山井さんが残つていただきました。では、山井さんと参ります。

いわゆる介護保険については、先週既に法案一部見直しは通つておりますが、もともとこれは大変に根本的な論議が必要などと思つております。特に、施設系の福祉と在宅、これはどっちがどっちというものではなくて、両方相伴わないと、とても高齢社会をハッピーに生きることができないという現実がございます。

その中で、まず施設系福祉について、特に介護施設、特別養護老人ホーム等々と呼ばれているものについてお尋ねをいたします。

既にさきの政権で、二〇〇六年度から八年度にかけて三方計画、これは第三次三方計画というのを立てて施設整備に取り組んでこられましたのが、実は、第三次計画においても、達成度はなかなかでございます。

資料の、おめくりいただきまして二ページ目でございますが、ここには、三次計画においては、

当初十一・五万床の予定であったところが八・一万床。なお、介護関連の施設といたしましては、特養から介護専用型特定施設までいろいろメニューがございますが、とりあえず全体として見ると、三次計画は目的の達成の七割であつたというところであります。

一方、これは厚生労働省に伺いますと、三次計画は七割なんだけれども、一次からずっと見てくると、累積数で九十一・六万床あるんだから九六%は満たしたんだというふうにもお答えであります。私は、そういう認識を厚生労働省が持たれたら、私には大変問題が大きいのと思つております。

山井さんにお伺いいたしますが、これからこのような施設整備について、まず、どのようにお考えであるか、不足と認識しておられるのかどうか、端的にお願ひいたします。

○山井大臣政務官 阿部委員、御質問ありがとうございます。端的に答弁をいたしますと、私は、介護施設は大幅に不足をしていると残念ながら認識をいたしております。これは、四十二万人、今入居希望者がおられますけれども、その中でも特に、在宅で要介護四、五で待機をされている方が六・七万人おられます。もちろん、それ以外の方々でも深刻な方々が多いと思つております。そして、阿部委員御指摘の、三期の計画が七十一%しか達成できなかった、このことも非常に深刻に私たちはとらえております。

では、なぜ七十一%しか達成できなかったのかということに関しましては、これは達成できていない都道府県を見ますと、京都、東京、千葉、滋賀、神奈川県等であり、首都圏や近畿圏という都市部が中心であります。その理由としては、人材の確保がしにくいとか、基盤整備のための補助が不十分だとか、収支が成り立ちにくいとか、地価が高くて土地確保が困難であるというような声を聞いております。

その反省に立ちまして、今回は、まず介護職員の人質上げについては、処遇交付金で今九割の事業

所で一・五万引き上げということで実施をいたしております。また、補助が不十分であるということに関しましては、二十一年度補正において、補助単価のアップ、通常一床当たり二百万円であったものを三百五十万円に上げ、また、開設準備の費用もプラスアルファして小規模特養への支援をふやしておりますし、また、地価が高いという点に関しましては、二十一年度補正で、これは定期借地権一時金の補助を最大四分の一まで引き上げたところでもあります。

やはり、これから本当に、もちろん施設だけがすべてとは思いませんが、在宅と施設と、願わくば利用者がやはり選べるように、そのためには在宅ととも施設整備も必要であり、スピードアップをせねばならないと認識しております。

○阿部委員 ありがとうございます。施設は、地域において、いろいろな介護サービスや地域の介護力を高めていくための拠点にもなるところでございますから、ぜひその点について、今山井さんの御答弁のように進めていたいただきたい。せんだつての審議の中で、三年間で十六万人施設系をふやすということでありましたが、その内訳等々はまだ明確でないという、これは大臣の御答弁でありましたが、もう待たないです。これは地域に戻れば実感されることと思つております。ぜひ。

特に、御高齢になつて、御家族がどなたか介護できればいいのですが、そのときに御高齢者自身が家族に申しわけないという気持ちになられたり、肩身を狭く思われることもあるわけです。これは、今山井さんがおっしゃつたように、選べる体制に持つていくということが第一と思つております。次いで、今度は在宅系の介護についてお伺いいたします。

在宅系の介護ですと、同居者がいるとなかなか生活支援、生活援助が受けたいということ、これは前に、山井さんが野党であつたころ、よく御質問に取り上げておられました。そして、同居の家族を理由にした、そうした生活支援の出し渋

りは問題があるのだぞということ、実は、山井政務官がなさつたんだと思つてますが、介護保険についてちよつとしたお知らせ、こういう「ちよつとしたご案内」というのは出していただいたんですけれども、ちよつとした御案内ではちよつともどうもしないような事態がございます。

実は、これはお手元の資料三ページ目に、見ていただければわかりますが、なぜ同居の家族が求められるとなかなか生活援助が受けたいかということ、ここに厚生労働省の通達、三種類がございます。

これは、老計第十号と書いてある一番上のものは、老人福祉計画課長による通達、通称老計第十号です。ここには「利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われる」と。そうすると、御本人はおひとり暮らし、あるいは御家族がいても障害、疾病などでできませんよということ、これを言っているわけです。同じように、厚生労働省の告示第三十六号の第二の二、これも、これだけが「障害、疾病がない場合であつても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」と。すなわち、だれかがいたら、やむを得ない理由を申し立て、申し述べないと生活援助は受けられない。

これは、介護の社会化と言つてきたこと、あるいは介護保険はだれのためであるか。第一は、御本人のためであるわけです。政権もかわつたこと、すし、こういう通達行政を見直して、これは全部廃止していただきたいんですけれども、新たな、さつきおっしゃつた、本当に御本人が必要とするものを受けられる。その趣旨が伝わるような、そもそもこういうものが行政ベースで流れると、ちよつとした御通知ではちよつともどうもできないんだと思つてますが、この点について山井さんの御答弁をお願いします。

○山井大臣政務官 阿部委員、御指摘ありがとうございます。私も、非常に共感するところが多いわけであり

もちろん、同居者がいるときも一〇〇%オーケーというふうに、全面オーケーというわけにはいきませんが、阿部委員が御指摘されるように、やはり介護保険の理念とはそもそも何だったのか。それは、介護の社会化であり、家族構成にかかわらず適切、必要なサービスを受けられる、そして望めば在宅で暮らすことができる、在宅重視というのが十年前の介護保険の理念であつたわけですから、ところが、同居家族がいるということで一律にサービスを制限して、その結果、施設に入りたいという人がふえてしまつたら、これは本末転倒であるというふうに思つております。

昨年の十二月に、第一歩、この「案内」を出して、同居している家族がいるということで、機械的にホームヘルプなどのサービスをストップ、利用できないようにしてはならないという通知を出させていただきました。この通知は反響がかなりありまして、これで助かつたという声も多々寄せられております。そこで私も改めて感じましたが、ということ、残念ながら、今まで本当に一律に、同居者がいるということでホームヘルプなどが受けられないという事態が全国で起こつていた箇所があつたということなんです。

それで、これは介護保険の根幹にかかわる問題だと私は思つておりまして、もちろん、介護保険は地方分権の試金石と言われておりまして、保険者である市町村に多くの権限があるのは当然だとは思いますが、しかしもう一歩、先ほど申し上げました、介護保険の根本理念ということ徹底する意味では、ある程度、こういうサービスは全国津々浦々、最低限、介護保険料を払っている人は受けられるんですよというミニマムがないと、やはり最後の安心感は得られないというふうに思つております。

その意味では、もちろん、御夫妻で住んでおられて、お連れ合いの方が元気なのに、その人が家事をサポートしてその人の分までホームヘルパーが来てくれというのは、これはさすがに行き過ぎであります、やはり基本的には、日中独居であれ、

もう少し、原則としては同居家族がいてもサービスが必要であれば受けられる、そのような判断は現場のケアマネに今まで以上に任せていくという方向が、本当に在宅重視というのであれば必要ではないかと私は考えております。

○阿部委員 山井政務官の思いはよくわかりますから、私は、通達行政から、この通達自身をやめたらどうかと。

坂口元厚生労働大臣がおられますが、例えば在外に居住しておられる方が長年被爆者として認められなかつたんですね。これを変えるために、坂口大臣、随分御苦労なさいました。

でも、それ自身は、通達の方がおかしいんですね。おかしいものは変えなくちゃ。新政権なんだから、御答弁求めず、よくわかつていると思いますから、お願いします。

次は、この前も山井政務官の御答弁ありましたが、介護保険、十年たちました。そして、介護保険は、今や、はつきり言つてやらずぼつたり保険じゃなく呼ばれているような、保険料だけ取られてサービスない、さっきの、家族いたら使えない、何のために保険料を払っているんだという国民の不信まで生じている。でも、私も、やはり介護の社会化と言つたし、何とかこの制度で本当に介護をきちんと権利として受けてほしいと願つてやつていくわけです。

十年たつたところで見直しをしよう、介護ビジョンというのを出すというふうに山井さんはおっしゃいました。そのときに、先ほど内閣府での、障害者自立支援法の廃止に当たつての障がい者制度改革推進会議のことをお取り上げでありましたが、あれと同じように、あの会議は、確かに御指摘の、会議は踊る、されど進まずとなつてはいけませんが、あの会議のいい点というのは、当事者をきちんと入れて、そして御意見を改めて聞いて、障害者施策の根幹を見直そうとしている点なんだと私は思います。

この介護ビジョンの策定に当たつても、これまでは、いろいろな審議会、分科会の中にお声を聞かされたに呼んだりしてありますが、山井さんが目指す、あるいはこの政権が目指す介護ビジョンの策定に当たつて、ぜひそういう、例えば認知症の御家族をお持ちの方もメンバーに入れ、施設系サービスをやっておられる方からも聞き、本当に根本的な見直しをしていただきたいです。当事者を含めてメンバーとした会議を持つべきではないか。どうでしょう、山井さん。

○山井大臣政務官 阿部委員、御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおり、介護保険十年目の折り返し点、見直しの中で最も重要なのは、やはり当事者の声、利用者の声を反映することだと思つております。

反省するとすると、やはり今までの審議会というのには、もちろんある程度当事者の代表も入つておられましたけれども、少し少な過ぎたのではないかとこの反省もありますので、今までのそういう審議会等に当事者の声をもつとふやすことや、また、長妻大臣も過去二回、介護現場に行つて実習もされた生の声も聞いてこられました。

私たちもできるだけ利用者や現場の声を生に聞くように心がけたいと思つたし、そういう方法の一つとして、阿部委員が御指摘のような会議というものもあるのかなと思つたが、とにかく現場の声をより多く反映するためにどうするか、検討をさせていただきますと思つた。

○阿部委員 ありがとうございます。

続いて、足立政務官にお願いをいたします。まず一問目は、臨床研修の問題についてお伺いをいたします。

足立政務官は、この間、インフルエンザ対策も含めて大変多忙な任務を担われて御活躍であります、私として特に頑張つていただきたいのはこの臨床研修問題であります。

あつた臨床研修が、当時は八割が大学、二割がそれ以外でありましたが、一つは義務化すること、そして、民間の病院も含めていろいろな各施設が、自分たちがこういう研修をしたいからということで研修指定病院という資格を取つて、研修プログラムして研修医たちに提供して、自分たちの診療というものを伝えていくという大きな取り組み、転換点があつたと私は思います。

そして、これも五年目に当たつて見直しが必要だろうということで、平成二十年の九月、あり方検討会が開かれ、以降六回、そしてその後は見直し審議会が開かれ、二十一年四月から四回というふうになつて見直されておるのですが、何か、どこか違う方向に行つてしまふような危機感を私は覚えます。

これもまた政権交代がございました折ですから、ぜひ足立さんにお伺いをしたいのですが、何が私にとつて奇異か、違和感かという、研修医の偏在、簡単に言えば、都市に集中する、過疎に行かないなどがあり、あるいは、大病院が医師を配置する能力を低下させたからと、需給バランスの面からの見直しが大変に前面に出て、そもそも研修は、その医師がどんな医師として能力を持つて育つていくか、モチベーションも含めて、そうした医師の医療内容についてのものであると思つた。主客転倒した見直しになつてると私は思ふますので、この点についてのお考え。

続けてもう一問お願いいたします。その中で当然出てきたものなのですが、いわゆる入院が三千名以上の病院でなければ研修指定をとれないということも、これもいかがなものかと思つた。足立政務官には、この間、厚労省の方でとられたパブリックコメント、パブコメで、どんな意見が最も多かつたか、そして、どうしてそういう意見になるのかについて。

前者は、そもそも医師の内容で見直す、評価したり、どう進むか。二点目は、勝手な三千名基準というものがどんどんひとり歩きしているのではないか、それについて寄せられたパブコメについ

てどうお思いか。お願いいたします。
○足立大臣政務官 基本的に、阿部委員がおっしゃること、私は同じ考えです。

そもそもこれを導入したのは、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけるということだったわけですね。

検証でやはり一番足りないのは、実際に研修した医師がその研修システム、そしてその病院をどう評価しているかという検証が一切なかったと思います。これは、来年度早急にアンケートを科研究費でやるようにしました。

ただし、平成十五年度と二十一年度を比べると、例えば大学病院での研修医の数が、五千九百人から三千五百人と二千三百人減っている。その分、市中病院に出たわけですけども、市中病院では、臨床研修病院が四百五十から千、それだけふえているのに、では指導する体制はどうなのかといった問題点はあると思います。

それから、パブコメの内容は、今資料がありますが、私、記憶の中で言いますと、やはり三千人という数の問題、それからCPCをやっている、そこら辺が大きかったような印象があります。

御案内のように、激変緩和措置をとっておりますし、これは五年以内に抜本的に見直すということも決めておりますので、議員の意見も十分聞きながら検討していきたいと思えます。

○阿部委員 パブコメは、四百七十件寄せられたうち、最も多い二百二十七件が、この三千人以上の根拠がわからないものがありました。

今、足立政務官がおっしゃったように、やはり医師の研修によって磨かれるべき能力、そして当初の理念は、プライマリケアで、いろいろな地域で本当にその地域の文化や伝統や社会そのものを把握するような研修をしてほしいということでありました。そこにあつて、例えば、三千人以上のところでは、もう将来はこの病院は研修病院になれないかのようなやり方で現状を過ごすことはよくないと私は思います。

もちろん、各病院、きちんとおのれを検証し、また国としても検証していかなきやいけないと思えますが、今、三千人を割るような病院がたしか幾つかございました。基幹型臨床研修病院のうち六十八病院がこの基準に引つかかる、いわゆる三千人は満たしていない。しかし、その病院それぞれの特徴のあることをやっているかもしれない。

医療は人間の営みを支えるものですから、ぜひ足立政務官には、今でも、もうこれでこの六十八病院は次の研修がとれないのかと思っております。この点については明確なメッセージ、激変緩和という点、もうそつちに向かつて方向は決まっているのだが、しばらくの間続けてあげるよというお目こぼし路線であります。そうではないんだらうと私は思います。

足立さんも大分で育つて、戸次という、私も何度も行きまされたけれども、文化的にも大変いい地域だと思います。そこにはその医療のよさもございまして、そういうものを体得してほしい、吸収してほしいという思いで研修がなされることを私は望みますので、ぜひこれは足立政務官でお取り組みをいただきたいと思えます。

引き続き、予定された質問がございますので、今の確認答弁を踏まえて次に行かせていただきます。

実は、移植医療の問題であります。これも昨年、ちょうど政権交代前に、新たに子供たちをドナーとする新臓器移植法が通りました。しかし、法案は通りましたが、その子供たちが、例えば脳死に至るまでの間十分な治療を受けられたか、あるいは虐待等々が除外できるかなど、まだまだ多く問題を含んでおります。

臓器移植については、大人であります。既に一九九九年から今日まで八十六人の脳死患者さんからの移植が行われたところでありまして、国の検証会議では五十五例しか検証が進んでおりません。実は、去年の三月からこの一年間は、全く検証がストップしております。法案の審議に忙しかつたということもあるかと思いますが、しかし、この検証会議は今後も続けられるんでしょうね、これで終わっちゃうんじゃないんでしょうかというのが一点。

それから、今後、子供たちがドナーとなる場合には、その検証会議には当然、小児の専門医あるいは虐待防止のためのさまざまな専門知識をお持ちで取り組んでおられる方を検証委員会メンバーに加えられることと思えます。その点についてお願いいたします。

○足立大臣政務官 検証が五十五で、報告書ができ上がっているのは四十八、そのうち公表しているというものは三十五になつていて、

さらに続けるのは当然でございますが、なおのこと、小児の方が入ってくるわけで、もつと検証が必要だらうと私は思っています。その専門の方々に当然入っていただくことが非常に重要だということに私は考えています。

○阿部委員 では、子供たちの脳死にならないための治療はどのように担保されるのかということ、お手元の資料を見ていただきたいと思えます。最後の資料になるかと思えますが、ここには、私が何度も取り上げました、日本の医療の中で小児の集中治療室はどのように整備されておるかということですね。

ここに挙げてございます二十九の施設は、おの、子供の医療においてはセンター的なものをやっておるところとして知られておりますが、しかし、この中でいわゆる小児集中治療室を重症、救急等も含めてやっておられるのは、まばらに書いてございます。ベッドにして、八十五床

プラスさまざまな患者さんの、例えば外科の手術後の子供たちと一緒にしても、合わせても全体で百八床しかない。すなわち、簡単に言うて、子供が重症の脳障害を持って入院されても治療ということが大変にはかどらない現状というの、ほぼ同じように続いているかと思えます。そして、先ほど足立さんがおっしゃった、そうした小児の専門医も当然入れていくんだということ

とでもありましたけれども、その前提として、まず、子供たちが十分に救命救急医療を受けられる現状というのが私は早急に成ってほしいとしかるべきだと。

そして、もつと言わせていただくと、今、大人で三百三十八カ所が提供病院になつていますが、その中には子供のための診療の能力を持ったところは大変に少のうございまして。この状態のままでは子供たちの臓器提供がされるということに懸念を抱いておりますが、この点についてお願いいたします。

○足立大臣政務官 確かに、三百三十八施設のうち、いわゆるPICU、小児集中治療室を有する施設というのは十四施設しかございません。これは、小児の脳死判定のところでは必ず必要かということ、また論が別だと思えます。私は、ミックスという形を考えていかなきゃいけないと思えます。

ただ、そこで問題点を共有するのは、小児の集中治療室というものをもつとしっかりしなきゃいけないという問題点につきましては共有いたしております。

○阿部委員 ミックスと言われると、何だかちよつとよくわからないのですが、端的に言うて、その場で治療に当たつておらず、脳死判定のためだけによそからお医者様が来られて、この子は脳死ですよと言われても、はつきり言つて御家族は受け入れたいと思えます。足立政務官がおっしゃるミックスの意味はちよつと私には理解できませんが、次の御答弁とあわせてでも結構です、お願いいたします。

最後の二問は、いわゆるナショナルセンター六カ所が独立行政法人化されました。六カ所について、二名の公募による理事長と、残る四名についてはそのまま、それまでの病院長などが理事長になられるという形で仮にスタートなさるんだと思えます。

しかし、皆様のお手元につけた資料の下から二枚目を見ていただきますと、さきに独法化された

国立病院機構等を見ますと、理事長は矢崎先生、医師でありますが、理事のところは全員、厚生労働省関係のOBが現職の出向でございませぬ。理事四名と副理事長が全員、厚生労働省関係者であります。

よもよも、これからできます独法、六カ所ございませぬが、私は、これはいかに何でもいびつだと思ひます。そもそも、民主党にあつては、天下り等々は認めない方針とも伺つております。

新たにできます六独立行政法人における理事、本来はスタート時点で選任すべきと思ひますが、されておられませんことも含めて、今後どのように進められるのかについて、最後にお願ひします。

○足立大臣政務官

問題は三つあつたと思ひます。

まずは、一つ。

昨年の鳩山内閣の閣議決定で、公務員のOBがポストについている理事については公募するとうふうな決めました。その結果、三月末現在で十七ポストを公募いたしましたけれども、公務員OBはゼロです。先ほど御指摘のあつた二名のところも、公務員OBではなくなるということですが、それから、ナショナルセンターはどうなるか。

これは四月一日に恐らく理事長から発表になるとうふうな思つておりますが、私のところに今入つてくる資料を思い出しますと、OBに関して、極めて少ないというか余りいなかつたという認識であります。それが二点目。

それから、三点目。先ほどのミックスの件、たと思ひます。

法的な脳死判定、これは、その医師を確保することとなつておりますが、そこに常勤であることとうふうなことはなつていない。それは議員とちよつと見解が違ふかも知れませぬが、私は確保できていけばいいとうふうな考へております。それが、その施設だけの常勤でということと条件は違ふとうふうな意味で、ミックスとうふうな言葉がちよつと使わせていただきました。

○阿部委員

治療過程にかかわらない医師の突然

の脳死判定というのを受け入れがたいと思ひます。終わります。

○藤村委員長

次に、三宅雪子君。

○三宅委員 民主党の三宅雪子でございませぬ。今日は、民主党・無所属クラブを代表いたしまして質問をさせていただきます。

今日は、限られた時間ですので、三点の課題について質問させていただきますので、よろしくお願ひ申し上げます。

先日、何げなく新聞を見ておりましたら、資料一にございませぬように、何と、ホームレスの知的障害者が三四%という驚くべき数字が目飛び込んでまいりました。実は、この件は私自身、大変気になつていたことでしたので、すぐに厚生労働省の方にお聞きしたところ、資料三に基づいて説明を受けたのですが、厚労省の統計では、ホームレスの中で知的障害者はおよそ一%ということでした。

さまざま調査方法がありますので、当然、数字に乖離はあると思ふんですけれども、余りにも数字に開きがあるのですが、一体どちらが正しい結果なのかと考えますと、厚労省の調査は、単に、障害手帳をあなた持っていますか、持っているませぬかとうふうな質問だった、そういうことで判断しているとお聞きしました。大変申しわけないんですけれども、こういった形だと正確な数字を全く把握できない、私はそのように思ひます。

特に、障害者を持つた方に関して、九四・六%の人が持つていないと答えたとありますけれども、なかなか本人が、特に知的障害者の方はそうなんですけれども、自分は障害者を持っていますと答えないんじゃないかと私は思ひます。

そしてもう一つ、常日ごろから疑問に思つて数字がございませぬ。厚生労働省から発表の障害者の人数は七百二十四万人となつていまして、内訳は、身体障害者がおよそ三百六十六万人、精神障害者がおよそ三百二十万人、そして知的障害者が

およそ五十五万人とうふうなことでございませぬ。

私は、率直に申し上げて、知的障害者が実際の、実際の数字とかけ離れているように感じてまいませぬ。現に、ホームレスの中の知的障害者はカウントに入つていないとお話も伺つております。ですから、少なくともその分は反映をされておられません。数字を把握するとうふうなことは、当然、実態調査の基本でありまして、対策を立てるにしても、正確に事態を見詰める力を持たなくては有効な対処法も見出しにくいと考えます。

まずは、ホームレスの知的障害者に対する調査の方法につきまして、妥当なのかどうか、福祉分野で私が尊敬してやまない山井政務官にぜひお聞きしたいと思ひます。決して足立政務官を尊敬してはいないわけではありませぬ。

(委員長退席、中根委員長代理着席)

○山井大臣政務官 御質問ありがとうございます。

一言で言いますと、療育手帳を持っていない知的障害者の方がかなりおられるのではないだろうかとうふうなことに尽きると思ふんです。私も、この間、障害者福祉をライフワークの一つとしておりますが、同様の問題意識を持っております。委員御指摘のように、実態を正確に把握してない、過小に把握している、対策も過小なものにしかなり得ないとうふうな問題点があると思ひます。

そして、御指摘の、三四%とうふうなことにしまして、新聞に取り上げられたわけでありませぬが、昨年末に東京池袋で臨床心理士の方々が知能指数の検査を行ったものであり、七〇未満とうふうなことで、この新聞報道にも出ておりますが、三四%であつたと。

これは調査方法が違うのですが、厚生労働省が行つた調査では、平成十五年の調査時に百名以上の報告のあつた自治体において、自治体職員などがホームレスの方々へ障害の有無や障害者手帳の有無について聞き取り調査を行つたら、五・四%であつたとうふうなことであります。これは調査の方法は違ふわけですが。

この新聞に取り上げられた調査によりませぬと、ホームレスの方の約六割がうつ病などの精神疾患を抱えている疑いも判明しているとうふうなことで、IQが四〇から四九の方は、家族や支援者と同居しなければ生活が難しい、五〇から六九の方は、金銭管理が難しく、行政や市民団体による社会的サポートが必要とうふうなにも指摘されております。

その意味では、この実態をどのようにして把握するとうふうな正確になるのかとうふうなことを検討してまいりたいと思ひます。

○三宅委員

どうもありがとうございます。

こちらにいらつしやいます諸先輩や、特に山井政務官も中心になりまして、平成十四年にホームレスの自立の支援等に関する特別措置法が制定されましたのは御承知おきのとおりでございます。厚労省の説明では、その結果、平成十五年に二万五千二百九十六人だつたホームレスの数が、せんだつて、直近の数字ですが、三月二十六日に公表されたことしの調査結果では一萬三千二百二十四人になつたこととであり、統計上は大幅に減少いたしました。

ただ、私は、この数字を果たして額面どおりにとつていかどうか、非常に戸惑ひました。リーマン・ショック以降の経済状況は低迷してまいませぬ。雇用情勢はいまだ厳しく、年末年始には派遣村もことしも設営されるような現状において、ホームレスが順調に減つてきています。これは喜ばしい結果ではあるんですが、調査結果がちよつと腑に落ちないところがございませぬ。

昨今、ネットカフェ難民など、いわゆるホームレスが新しい形態に変質しているのではないかと、いう可能性も考えられます。お伺ひしたところ、野外で生活している人をホームレスとうふうな呼ぶとうふうなことも教えていただきました。

既に法が施行されて八年になりますが、山井政務官は、御自身が携わりましたホームレス自立支援特別措置法を現在どのようになら総括され、どのようになら御評価されていますでしょうか。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答えを申し上げます。

やはり私の実感としても、ホームレスの方々が減っているはずはないかと思っております。

それはどうということかという点、ホームレスの方の定義をやはり広く変えていかざるを得ないだろう。具体的に言いますと、ネットカフェを転々とされている方々、また、ファストフード店で泊まっておられる方々、屋根のあるところには住んでおられるけれども、いわゆる定住するところがないという方はほとんどふえておられると思っております。

三宅委員御指摘のような問題意識も私たちが持っておりますので、来年度に、サンプル的ではありますが、ネットカフェにおられるような方々も含めた広い意味でのホームレスの方々の調査をしていきたいというふうに考えております。

そして、委員御指摘のように、私が議員になって初めて党の仕事をしたことの一つが、ホームレス自立支援チームの事務局長を、当時の鍵田節哉会長のもと、させていたいただきまして、ホームレス自立支援法を八年前につくってお手伝いをさせていただきました。この法律は平成二十四年の八月に十年を迎え、見直しになりますので、ぜひ三宅委員とも一緒にやりまして、もう少し広い意味でホームレスの方々とすることをとらえて、対策に取り組みたいと考えております。

○三宅委員 ありがとうございます。同じ認識を持っていただいていることに、本当にほっとします。

実は、今、山井政務官がおっしゃっていたとおり、この問題は、私たち全員が持っているホームレスに対する基本的な考え方の、認識のずれだと考えています。この二つの調査の開きの中にそれがあらわれてきていると思うんですけれども、ま

ず出発点として、なぜホームレスにならざるを得なかったのかという考え方から始まって、見直すべき時期に来たのではないかと思うようになります。

これはまだまだ推論の域を出ませんが、資料二にありまますように、ホームレスの方で、もちろん、御自身の意思でホームレスになられる方もいらっしゃると思います。しかし、表面では見にくいですが、かなり多くの方が何らかの知的障害ですとか発達障害、認知障害、精神障害を有している可能性があるのではないかと、そういった部分も考えられるのではないかと、そういうふうに思います。

つまりは、ホームレス状態にあるということは、いろいろなことを含めて、何らかの知的機能のハンディが大きな要因となっているのではないかと、そこところの研究調査をもっと国が真剣に進めていただきたいと本当に強く今は思っております。その意味では、専門家の方々が行った、ぼとむあつが研究会のこの調査、非常に衝撃的な数字でありまして、この数字は恐らく多くの方が知らんになって驚かれたことだと思っておりますが、これは画期的なことだったと私は高く評価しております。

ですから、そういう認識に立てば、それぞれの機能に応じた適切な支援が行われることによつて、いずれ地域社会に復帰していく道が開いていけるのではないかと、そのように考えもしております。

障害者福祉という観点からホームレスの問題を考えたときに、厚労省の従来の認識のままで本場にいいのかがどうか。鳩山政権は、すべての人に居場所のある社会を目指し、命の大切さを強調する民主党政権として、やはりもっと真剣に実態把握をして、認識を変えていくべきだと思っております。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答えを申し上げます。

一言で言いますと、ホームレスの方々の問題を、自己責任論だということで、怠け者ではないか、そういう考え方中心に対応をするということ

は問題があるのではないかと私は思っております。もちろん、一部勤労意欲が少ない方もおられ

ると思いますが、三宅委員御指摘のように、半数近い方が広い意味での障害をお持ちであるのではないかと。あるいは、先ほどの調査でも六割ぐらいの方がうつ病や精神疾患の疑いがあるのではないかと、そういう意味では、医療や障害者福祉という観点からも、三宅委員御指摘のように、ホームレスに対する支援を根本的に考え直していかなければならないのではないかと、そのためにまさに実態調査も必要であると思っております。

これは一言で言うと、ハウスレスではなく、ホームレスなんです。建物がないだけではない、家庭やつながりが切れてしまっているわけでありまして、私の尊敬するペール・アルビン・ハインソンというスウェーデン福祉国家建国の父は、一九三〇年代に国民の家構想というのを立てて、家族が守れない場合には、国家が父となり母となり、一人一人の国民を守っていくということをやっておられました。今こそ鳩山政権も、一人一人の居場所をつくっていく、そういう政権であるべきだと思っております。

○三宅委員 熱い御答弁、ありがとうございます。

時間がなくなりましたので、次に、最先端医療の話題に移りたいと思っております。

日本人の死亡原因のトップスリーは、がんが三〇%、心臓病が一六%、脳血管疾患一%となるわけですが、がんはおおむね年々増加しています。

私は群馬県で国会議員にならせたいたいたわけですが、このことに関心を感じたきっかけが、群馬大学で行われていた重粒子線治療でございます。これは大変すごいものだと思っております。

さきほど、いろいろ御説明を聞きまして、早急に見直しを行っていただきたいと思っております。

また日本では三方所のみ導入と聞いておりますが、大変な最先端医療だという話はいろいろなところから聞いております。

きょうは文科省の方に来ていた、聞いていますので、簡単にこの重粒子線治療について御説明を

させていただきます。

○磯田政府参考人 重粒子線治療とは、がん細胞に強い放射線を照射し死滅させる放射線治療の一種でございます。

重粒子線の場合、体のある特定の深さで線量のピークがあらわれるため、このピークを腫瘍に合わせることで、腫瘍のみをねらった放射線治療が可能となり、この結果、正常組織への影響を抑えることができます。また、重粒子線は細胞を破壊する力が強く、通常の放射線や陽子線に比べ、およそ二、三倍の威力があります。したがって、手術やこれまでの化学療法では治療困難ながんを治療することも可能となっております。

〔中根委員長代理退席、委員長着席〕

○三宅委員 ありがとうございます。

臨床例がまだ足りないということですが、確かに、群馬大学の放射線装置は、放射線医学総合研究所の小型実証機としての意義を持っているので、年間六百人から八百人の治療が可能と聞いております。臨床を重ねて、よい結果が得られれば、ぜひ保険適用をして多くのがん患者を救っていただきたい、そのように願っております。

そして、最後に、本当に時間がなくなりましたので、介護制度についてもお聞きします。

介護制度はスタートしてちょうど十年を迎えましたので、こしは見直しの時期になるわけでございます。

そして、私は、前回の質問のときに、長妻大臣に、福祉の分野のマニフェストの約束だけは、社会保障の分野のマニフェストの約束だけは、どんなことがあっても後退させはならないと、その御決意を聞かせていただきました。特に、介護の分野でのマニフェストの約束は重要なことだと思

上げるということをごさいます。

こうしたことを私も挙げさせていただいては、この財政難の中、こういうことを実行することは大変なことだと思っております。このスケジュール等をできたらお聞かせいただけますでしょうか。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答え申し上げます。

まず、四万円の前上げですが、昨年四月からの介護報酬の引き上げで約九千円、そして今回の交付金により一万五千円、合計二万四千円アップするのを見られておりますので、残り一万六千円。これは、交付金が二年後に切れますので、その残った期間の間に、介護報酬を引き上げるの交付金にするのか、どちらにするかはまだ決めておりませんが、そこでさらに引き上げて、四年以内にマニフェストの約束どおり、賃金四万円円引き上げを目指していきたいと考えております。

また、介護施設の整備も、先ほど阿部委員にも答弁させていただきましたように、本日にこれは相当本気でやらないと目標を達成できませんので、何が問題であるかということを押握しながら、必ずこの施設整備の目標も実現をしてみたいと考えております。

○三宅委員 ありがとうございます。

いづれにしても、何度も申し上げますが、民主党政権の大きな意義は社会福祉政策の大転換なものですから、そこにおいて、三役の皆様を先頭に、国民の信頼を勝ち得る厚労行政となりますよう、強くお願いをしておきたいと思っております。

時間が参りましたので、質問を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○藤村委員長 次に、水野智彦君。

○水野委員 民主党の水野智彦でございます。本日、初めての質問の時間をお与えいただきまして、大変ありがとうございます。民主党を代表して質問させていただきます。

昨年の末でございますけれども、平成二十二年保険点数改定におきまして、コンクリートから

人へという中におきまして、大変財政が厳しい中御尽力をいただきまして、十年ぶりの大幅な医療報酬改定をいただきました。大変ありがとうございます。

私は、昨年まで歯科診療の現場で地域医療を行ってきた者として、地域医療の現場の声として質問させていただきたいというふうに思っております。

まず、質問の第一でございますけれども、指導監査の問題でございます。

特に、集団的個別指導についての趣旨は、指導対象者となる高ポイント医療保険医に対して教育的観点から指導を実施し、医療保険に対する理解を一層深めることを主眼として行うということでございます。しかしながら、その高ポイントを理由ということに大変問題があるのではないかと、そういうことにおいて集団的個別指導が行われるということに問題があるのではないかとこのように常々感じておりました。

まず、平均点数が高いことが指導対象になる、その根拠がないということでございます。

確かに、高ポイントを上げていく方の中には不正な不当の方が多くおられることは、もちろん私も承知しているところでございます。ただ、機械的に一枚当たりの平均点の高いもの上位八％を集団的個別指導と呼び、次年度以降実績においても平均点が基準よりも下がらなかった場合には、集団的個別指導の翌々年度に個別指導を行うということでございますけれども、患者のために質の高い医療を行ったり、また、一人当たりの実日数がふえれば、平均点数が高くなるのは当たり前のごさいます。

また、今回の改定では、在宅医療の推進が特に取り上げられているということの中で在宅医療への関心が高まっている、そういう中で、在宅や障害者医療は高ポイントになります。そういうことによつて指導の対象になる可能性が高くなるという可能性がございます。そのために、指導監査を恐れて逆に医療や請求を控えてしまう萎縮診療とな

る可能性が高く、適切な医療が行われない。そういうことによつて、国民にとつてデメリットになる可能性があるのではないかとこのように考えております。

また、私の実体験からも、厚生局や技官によつて診療内容や法的解釈に違いがあることがあり、地域によつては指導が一律でないというような傾向が見られております。

額に汗し、地域住民のため日々患者と向き合っている医師が、このような心配をすることなく安心して診療ができるような御配慮をお願いしたいと思っております。足立政務官におかれましては、この辺の御見解をお伺いできたらというふうに考えております。

○足立大臣政務官 質問が多岐にわたったという印象がありますので、ちょっと整理してお答えいたします。

まずは、水野議員は、私とほぼ同年代で、長年歯科医療に携わってこられて、非常に厳しい環境であると思っておりますが、お疲れさまでございます。

そこで、まず、今の指導医療官のことについてなんですが、私は、議員がおっしゃったように個別に具体的にいくというのには当然必要なことなんです。その前の段階で、いわばスクリーニング的に網をかけるということ、それはある意味必要なのではなからうかという気がしております。その方々に対して集団的指導となるわけですが、その段階でやはり個別のこと、その段階を踏むことは私は必要だろうと思っております。

それから、指導医療官については、これは医師がなされているわけですが、公務員としてのルールといえますか、社会的な意味合いといえますか、やはり研修は必要だろうということ、これも研修についてはしっかりやっておりますし、その点の質を向上させるということも大事なことです。そのように、二点、考えております。

○水野委員 ありがとうございます。この問題につきましては、これからまた指導大

綱の見直し等ありますので、またその中でいろいろと民主党の独自の政策を入れていただけたらというふうに考えておる次第でございます。

続きましての質問でございます。

続きましては、ほかでも取り上げられているかと思っておりますが、海外からの歯科技工物の問題について、政務官にお伺いしたいというふうに考えております。

歯科医療技工物は、おそらく機能の回復のみならず、話すことや審美的要素など、社会的生活を営む上で重要な人工臓器として、長期にわたり口腔内に装着されているものであります。したがって、歯科医療技工物は、薬事法に規定されている材料基準に基づき、歯科技工法で定められた安全基準を満たした施設で、歯科医師、歯科技工士が安全と質の担保を図りながら作製しているものであります。

ところが、海外技工物はこれらの基準が全く問われていないため、そのまま放置されれば、我が国の安全性と質が担保されている医療保険体制そのものが根底から崩れる可能性が否定できないと私は思っております。長妻厚生労働大臣も、海外技工物の具体的な基準策定、問題の背景にある構造的な問題の有無についての実態把握に努める旨の発言をされております。

また、今月九日付で日本歯科医師会から足立政務官あてに、海外への歯科技工物等の委託に関する日本歯科医師会の考え方というものが提出されていると聞いております。この文書によると、関係五団体が歯科技工物に関して厚生労働省と連携を図る旨の合意がなされたというふうに聞いております。

内容についてはここでは省略させていただきますが、その内容の中に、一部なんですが、民主党インデックス二〇〇九医療政策の提言に基づき、歯科補綴物のトレーサビリティの確保を構築するため所要の検討をする等、考えが示されているというふうに聞いております。

私も、歯科医師として、患者に対して安全、安心な歯科医療を提供するという観点から、今お話がありました歯科医師会の考え方を受けて、厚生労働省として取り組んでいく必要があるのではないかとこのように考えておりますが、この根本的な解決に向けて、今後どのような対応をお考えなのかということも足立政務官に御質問させていただきます。

○足立大臣政務官 数年前から民主党でも、歯科補綴物について、特に輸入物について、この材料についてかなり問題があるのではないかとこのように指摘は各委員がしてきました。そして今回、ベリリウムのことであつて、さらにその問題を深く検討しているということになるわけです。

基本的に、義歯などの歯科補綴物はオーダーメイドで作製される、そして歯科医師が海外に注文する場合は個人輸入するという仕組みになっているわけですが、今までどういふふうなことを厚生労働省としてやってきたかといふこと、使用材料の安全性に関する情報を患者さんに十分提供するように継続的に周知する。これは平成十七年以降でございます。それから第二に、国外における歯科補綴物の材料に関する分析や流通実態に関する研究を実施していきまして、ことしの五月にそれがまとまる予定でございます。

今後、先ほど御案内がありました私に対する要望のありました点も踏まえて、第一段階として、歯科医師が国外へ歯科補綴物の作製を委託する際に指示する内容、これは基準ですね、作製場所や使用材料等について基準を策定、周知する。これは、早ければきょう、これを出す予定です。それから二番目に、先ほどトレーサビリティの話がありました。十月末ぐらいを目途に、トレーサビリティが確保されるような、歯科医師が遵守すべき事項を、これまた策定して周知したい、そのように考えております。

○水野委員 ありがとうございます。

これは私のあくまでも私見というか思いなのでございますけれども、やはり海外技工物は薬事法

の医療品対象に、材料は薬事法基準に、そして作製については歯科技工法に準じた取り扱いにできるような希望をしておりますけれども、その辺の見通しについては、政務官、どのようにお考えでしょうか。

○足立大臣政務官 議員の意見も踏まえながら検討してまいります。

○水野委員 次に、皆様のところ資料を配らせていたのだと思っておりますけれども、私も現場でやらせてもらいまして、患者さんへの文書提供の問題について質問させていただきたいというふうに思います。

その資料にありますものが、私が歯科医療に携わっていたときの患者さんへの文書提供書類の一覧でございます。この文書提供が指導管理料の算定要件というふうになっておりますが、今の文書提供が非常に診療の負担になっているのではないかとこのように私は考えております。

確かに、患者さんに文書にて診療内容等を報告することは重要なことであるというふうには認識しております。しかし、その内容について細かい記載をするということが、非常に現場で、過重労働というのですか、大変な仕事となつていて、本来の診療時間を圧迫するようになっているか、診療を圧迫するような事態も起こっているのではないかとこのように思っております。

病院においては医療クラークというのが導入され、二〇〇八年の診療報酬改定では医師事務作業補助体制加算、施設基準が示され、そういう補助者には補助金というものが給付されているというふう聞いております。

文書提供を義務化するということは、もちろんそれは十分認識しておりますが、医療機関の事務負担を軽減できるような対応がこれらからぜひ必要だと思つております。特に、やはり患者さんを診るといふことが私たちの第一の仕事でありまして、もちろんカルテはドクターが書かなければいけないというの十分把握しておりますが、しかし、こういう書類につきましてはでき

ただその辺の軽減というものを図れないのか。それは単に病院だけでなく、診療所または介護施設等も含めまして、そういうような軽減ができないのかということも質問させていただいたというふうに思っております。

足立政務官の御所見をお伺いしたいというふうなことを考えております。

○足立大臣政務官 お答えいたします。

両面からお答えしたいと思います。今議員がおっしゃるような、確かに診療に十分時間を費やしたいということはそのとおりだと思います。しかし、私も経験上、歯医者さんの治療で、一体自分は何をされているのかよくわからないということもまた事実でございます。

そんな中で、議員が今おっしゃったのは、十八年の文書提供の算定要件だと思いますが、これは当時、相当反対意見もその後ありまして、二十年の改定で六項目についてはその算定要件から廃止をしております。内容はまた後でお伝えしたいと思います。もう御存じかもしれませんが、それから、三項目については、今まで月に一回であったのを三月に一回という形に改めたものもございまして。

また、別の観点からいいますと、今回の診療報酬改定に際して、情報提供の算定要件のことをどのように感じていらっしゃるか、患者さんに実態調査を行いました。その結果が、文書提供によつて歯科診療に対する満足度が高まったとお答えされた方七五%、歯科診療に対する安心感が増したとお答えになった方八二%というように、患者さん側からすれば、これは非常に評価が高いという面もまたございます。

それは、評価の高いもの、あるいは患者さんの納得という面から考えると必要な部分と、それが本来の診療行為の時間を割愛させてしまつていふという面から検討が必要だろう、私はそういうふうな認識しております。

○水野委員 足立政務官は今、両面からということでお話いただきました。確かに、患者さんに

そういう書面を出すということは、必要性は十分に感じております。ただ、そういうものにつきまは、これはどうしても医師が書かなくてはならないものかということにつきまして、やはりこれから少し御検討いただけたらと。カルテは、これは当然医師が書く話でございますが、こういうものに関しては、もしそういう介助者があつて、書けるものであれば、そういうところで出させていたいただけたら、私も、その分皆さんが診療に力が入るのではないかとこのように今考えておる次第でございます。

それらのものに向かひまして、これからぜひ民主主義の医療政策というものを強く打ち出していただけたらありがたいというふうなことを考えておる次第でございます。

今、私たち、特に歯科の世界におきましては、歯科のワーキングブアというものも発生してきています。実際、私もこの二十年間、開業医として働かせていただけて、毎年、年ごとに非常に厳しい状況になつていふものを肌身で感じております。

ぜひ、国民のために、我々歯科医師、そして医師の先生が安心して治療に専念できるような体制になつていただきたい、またつくつていただきたいということをお願いいたしまして、私の質問を終わらせていただきます。

○藤村委員長 次に、斉藤進君。

○斉藤進委員 民主党の斉藤進でございます。本日、厚生労働委員会での初めての質問となりますが、尊敬する足立政務官に對しまして質問でございますこと、まことに光榮でございます。

それでは、質問させていただきます。(発言する者あり)副大臣も、もちろん尊敬しております。取り上げるのは、慢性骨髄性白血病を初め、分子標的治療薬を使うさまざまな疾病における費用負担の軽減についてでございます。

がんの化学療法分野に新しい分子標的薬が續々と出現しまして、従来の抗がん剤の治療成績

を大きく凌駕する成果を上げております。慢性骨髄性白血病に対するグリベックは、第一選択肢の治療薬としての位置を確立しております。病状の消失などの寛解状態を長期にわたって維持できるのですが、その一方、効かなくなるといふ問題も新たにでてまいりました。

最近、この問題を解決する分子標的薬も新しく開発され、効果を上げております。一年前に薬価収載されたスプリセルはグリベックの百から三百倍ほど強力で、タシグナはグリベックより十から三十倍ほど強力。これらは、第二世代の分子標的薬と呼ばれます。

お配りさせていただいた資料にあるように、グリベックは一錠当たり三千二百円、今回の薬価改定により二千七百四十九円になりましたが、その後続くスプリセルは二十ミリグラムで三千八百九十七円、五十ミリグラムで九千二百四十四円、タシグナは一カプセルで四千六百七十七円、これらの長期服用のために、高額療養費の多数該当の適用を受けても毎月四万四千円の負担をせねばならず、年間五十三万円余りかかっているわけでございます。

問題は、場合によっては何十年もその支払いを患者さんが続けなければならぬことでありまして、十年で五百五十万円を超え、二十年では一千万円を超えるわけでございます。二十代で発症したら、一生のうちに数千万円かかり得ることもあるわけでございます。

以前は、慢性骨髄性白血病は発症から十年もたれば全員が亡くなる、インターフェロン治療により長期生存を維持してきた患者の方も少数ではあるが存在はしておりますが、とにかく大抵の患者さんがすぐに亡くなってしまう、治療費が高くて先のことまで考えることができなかった病気であります。

しかし、グリベックにより長く生きられることが実証されてきて、中断すると異常細胞が復活するので、多くの患者がほとんど一生の間治療することになり、先々の経済負担を悲観する声が以前

にも増して強まっております。グリベックは、慢性骨髄性白血病の患者にとつてやめることができない命綱であると同時に、不況の波が襲う中で、年間五十三万円の負担として、年収三百万円や四百万円の家計を圧迫し続ける薬ともなっているわけでございます。

そこで質問でございますが、慢性骨髄性白血病を初めGIST、消化管間質腫瘍など、その他の長期に高額な治療を必要とする疾病の患者の深刻な費用負担を軽減するために、グリベックを含む分子標的薬について、他国のように無料化もしくは低廉な費用負担に抑えるべきと考えるが、見解をお伺いします。

私も民主党の政策インデックスにおいては、難治性疾患対策の中において、「高額療養費制度に關し、白血病等、長期継続治療を要する患者の自己負担軽減を含め、検討を進めます。」とありますが、いかがでしょうか。

○足立大臣政務官 医療費の支払いというものは、自己負担が保険料、これは企業と家庭ということになります。今議員がおっしゃるように、私でもできればそうしたいと思っております。総理もそれから長妻大臣も、高額療養費制度について見直しが必要だというような答弁をされてきましたし、私もそう思います。

しかし、そんな中で、ではどこに負担を求めるかという議論は、まさにこれから私は国民的議論になつていくべきであると思っております。そんな中で、この高額療養費制度だけにとどまらず、難治性疾患に対する治療をどう扱っていくのかという検討チームを省内にも立ち上げましたし、これは広い範囲で、今までの、枠を決めてその枠の中にどの疾患が入つてというような決め方では、いづれ、五千から七千と言われている希少疾患すべてに対応することはできないわけですから、違つた枠組みを検討すべきであろう、そのように私は考えています。

○斉藤(進)委員 わかりました。

なかなか難しい問題というのは重々承知をしてるわけでございますが、他の諸国、イギリス、フランス、イタリア、韓国では、命にかかわる薬剤であるグリベック、分子標的薬については、公的保険が自己負担額すべてをカバーしております。患者負担が実質無料化されております。ドイツでも、低廉な費用負担に抑えられているわけでございます。

実は、先日、厚労省の保険局にあらかじめ聞きますと、今現在でさえ他国の状況がちよつとよくわからないという話だったんですね。これだけ以前から問題になっている話であるにもかかわらず、厚労省が調査すらしていないというのは一体どういうことなのかとお伝えしました。

大体、こういった患者負担が低廉もしくは無料化されているという国々では、やはり命にかかわる薬剤については国家がきちんと保障をしているわけでございますが、今現状、他国の状況についての程度把握されておられるのか、お伺いをしたいと思います。

○足立大臣政務官 グリベックに限定した形でよろしいでしょうか。(斉藤(進)委員)わかる範囲で結構です」と呼ぶ

それでは、まずは、各国によって、今薬価ということがございましたが、薬代も当然違います。それから保険制度で負担も違います。その二点についてお答えしなければいけないと思っております。まず薬代について、これは購買力平価で円換算で申しますと、日本が一月当たり三十七万五千、アメリカが約五十八万、ドイツが四十九万というふうに薬代は異なります。

そんな中で、では、患者さんの負担は年間はどうなるか。日本は高額療養費制度で十五万から五十三万、それからアメリカは五ドルからあるいは場合によっては全額負担、ドイツは基本的に公的保険でカバーするわけですが、どうも一〇〇の負担というふうになっているように、これは各国それぞれ、保険制度のありなし、あるいはその内

容によつてさまざまであるということでございます。しかし、今委員がおっしゃったように、アメリカの一部を除けば、日本よりも低額な自己負担になっている傾向にあると思えます。

○斉藤(進)委員 わかりました。ありがとうございます。

それで、まだまだ、患者の負担を軽減するため、患者さん御自身がなかなか、制度について知らないところもたくさんありまして、まず要望したいのが、高額療養費制度の世帯合算はもろんのこと、三カ月処方方の周知もすっかり行つてほしいということですが。

慢性骨髄性白血病の患者さんにとつて、三カ月処方方は、やはり経済的な負担から考えると非常に重要なことでございます。グリベックを三カ月処方すると、薬代が安くなります。毎月の購入ですと、年間、四万四千四百掛ける十二カ月で五十三万二千八百円なんです。一度に処方すると、これ割る三カ月分で十三万三千二百円になります。四十万円近く自己負担が軽減されるわけですね。お医者さんからそのことを案内されず、またインターネットなども使えない患者さんなどは、なかなか情報が入つてこず、非常に大きな負担を強いられるところもありません。

また、三カ月処方をお願いしても断られるという話も聞いております。転勤で住む場所が変わつたら三カ月処方をしてくれなかつたなどですね。最初のうちは病状の安定などを見なければならぬので三カ月処方できなくても仕方がないのかなとは思いますが、症状が安定してくれば三カ月処方でもいいのではないかとこの周知をぜひしていただきたいと思えます。

厚労省に聞きますと、三カ月処方方は別に違法でもないし基本的には制限はない、ただ、周知となる制度としての三カ月処方はないという、非常にあいまいな話になつてしまつております。

東大の医学研究所のチームが調べたところ、こういった疾病の患者の世帯総所得は、二〇〇八年には年収で四百万円に減少しております。しか

し、グリベックの自己負担は五十八万円近くと横ばいで、負担感が増加しているのは明らかで、すね。実際、約三〇%の患者が経済負担のためにグリベックの中止を考えたことがあり、その中の一〇%が実際にやめたという事です。つまり、金の切れ目が命の切れ目となるような形になっておりまして、画期的な新薬ができて、こういった社会制度が対応できていないためにその恩恵が患者さんへ還元されていない、そういった話になっております。

現在、こういった慢性骨髄性の白血病患者が一万二千人ほどいるという話でございしますが、経済的負担が治療の継続などにどう影響しているかについて、厚労省として実態調査に踏み出したいが、それについてはいかかでしょうかという事で、それから、この先、長期に高額な治療を必要とする疾病の患者の深刻な費用負担を、さらに自己負担限度額に上限を設けなければやはりこういった問題は解決しないと思っております、見解をお伺いします。

○足立大臣政務官 これまた、いろいろな内容がまずあったらと思うんですが、

そこで、大事なことは、たしか昨年だったと思うんですが、高額療養費制度というものが日本の医療保険の中にはあるんだという事の周知も余りされていないというか、国民の皆さんが理解していない。例えば、がんになったら何百万円かかりますと言われるけれども、これは高額療養費制度を使えばそれほどの負担ではない。よく仙谷大臣がおっしゃることで、自分も、自分は胃がんで胃全摘をやったけれども、医療費の支払いは二十万からなかった。それは高額療養費制度があるからであって、まず、このことの周知も基本的に大事なことで、昨年、徹底するようにというふうな指示はしました。

それから、長期処方件です。これはまさに、高額療養費制度に該当するようにするということが一点目、今の患者さんの視線からいけばそれが非常に大事だという指摘だったと思えます。

この件は、もちろんそのことを周知することは大事ですけれども、あくまでも私は、慢性骨髄性白血病もそうですが、処方というものは医師が判断でやるものです。医師にそのことを周知することは大事ですけれども、最終的には、いや、そんなに間をあけるとやはり危険であるとかいう判断もあるんだと思います。その期間について、最終判断は医師がやるものだ、そのように私は感じています。そして、周知は必要です。

それから、調査をどうやるかという御質問もございましたけれども、現時点では、全員の方を対象にやるというよりも、個別に情報を得ながら、そして検討していくという段階を今踏んでいるところなんです。

○斎藤進委員 それで、今のお話にも関連するんですが、高額療養費制度の多数該当の利用や三カ月処方をした場合でも、生活が圧迫されていて当座の薬がない方も多いわけではございません。いわば治療費の工面が問題となっております。

例えば、一時的にでも、一日三錠で百日分の三百錠を処方してもらうと二十八万円を超えるわけです。一日四錠八十四日分、三百三十六錠を購入するのに三十一万円を超える金額になるわけです。毎回、一時的とはいえ、この金額を家計からやりくりするのは本当に大変なこと聞いております。

そして、還付までは長い場合数カ月のタイムラグがありまして、貸付制度があるのも理解しておりますが、長期にわたると、やはり使い勝手を考えると現実的ではありません。ポーチンが出なかつたらどうしようという話にもなっております。高額療養費制度において、現在入院にしか認められていない限度額適用認定の申請をすれば、この先、オーファンドラッグなど高額で長期にわたる使用が認められる薬剤の利用の場合は、通院でも病院での窓口の支払いが自己負担限度額まで済むようにしたいと私は考えております。

このような通院に係る高額療養費の現物給付化の仕組みを制度としてつくるべきと考えております。

ですが、これについてはいかがでしょうか。購入の際に、最初から高額療養費で限度額以上の分について相殺できるようにならないかということでございます。

○足立大臣政務官 十分に大事な検討対象であるかと、まずは思います。

入院と外来でどう違うのかということの説明は必要かと思えます。

入院につきましては、これは受領委任払いというか、限度額だけ払えばいいことになっておるわけですが、これも、やはり入院医療というものについては、そのほとんどが一つの病院、一つの医療機関でということがある。

それに対して外来は、一つの医療機関だけということとは余りないことが多い。しかも、それを全部合わせて高額療養費に該当するかどうかというのは、名寄せをしなければいけないというわけです。現時点で手書きのレセプトで対応しているところ、それを限度額を超えているかどうかということも計算することもかなり困難だろうと思えますし、名寄せはもっと難しいと思えます。これは、電子レセプトというものがかなり普及してきまして、それも大事な検討課題の一つで、もつとわかりやすくなるのではないかと。課題としては認識しております。

○斎藤進委員 五、六、六、六の質問をちょっと一緒にやってみようと思っております。一つには、やはり国の高額長期疾病、特定疾病に係る高額療養費の支給の特例の対象に、患者団体さんからも強い御要望のある慢性骨髄性白血病その他長期継続治療を要する疾病を追加したいということとを、質問というか要望とともにさせていただきたいと思っております。と、特例制度の今の三疾病です。現物給付的な取り扱いがされている今の三疾病や難病の研究事業に指定されている、それから指定されていないものも含めたさまざまな疾病との関係について、高額療養費制度の今後について、今後どうしたいかと思っております。

○足立大臣政務官 今、特定疾病といいますが、いわゆる一百万円疾病というお話がございました。これは、人工腎臓、血液透析を行っている慢性腎不全あるいは血友病、後天性免疫不全症候群、この三疾患というふうになっていくわけですが、それから対象としてもらえないかという話と、それから高額療養費制度をどういうふうに見直すのかという二つの話だと思っております。

先ほどもお答えいたしましたけれども、枠を決めて、その枠に入る疾患をどう選定していくかというの、極めて難しい議論です。しかしながら、高額療養費制度につきましても、先ほど、総理として大臣の答弁も例に挙げましたけれども、これは公明党さんを初めとして、やはり自己負担の限度額はもつと引き下げるべきだ、特に中間所得層に対しては引き下げる、二段階あつてもいいのではないかと、こういった議論もございします。

これは、高額療養費制度だけにとまらず難治性疾患、先ほど五千から七千あると言われる希少疾患、これらに対応できる制度を設計する必要があります。私はそのように認識しておりますので、一体的に議論していきたい、そのように考えております。

○斎藤進委員 結局、難病も含めて線引きの不透明さに納得できない患者さんがいらつしやるのはやはり事実でありまして、透明性のある議論が必要なのは言うまでもありません。

長期にわたる高額な慢性疾患や難病について言えば、やはり高額療養費制度において相当な上限額の引き下げを行うことでしか公平性の担保はできないと思っております。そういった施策の方向性を具体的に問いたいと思っております。

それと、あともう一つは、これに関連して、造血幹細胞移植における合併症を減少させて移植後生存率の大幅な向上を実現するための未承認薬、適応外薬の早期保険適用について要望したいと思います。

ドナーが見つかり骨髄移植をしても、最初の一年以内に、三〇%の方が合併症でお亡くなりにな

ります。五年で生存率が半分くらい。医師にとつては、せつかく移植したのに患者さんが亡くなつていくのを見るのは本当に耐えられないとのことでした。適応外で使った過去の研究データでは、死亡率が数十%から半分くらいに下がるといふことがわかり、期待できる薬があるのだから、早く使えるようにしたいということでありました。

ミコフェノール酸モフェチルは既に臓器移植で使われており、ホスカルネットナトリウムもHIVの治療薬として保険適用がございませう。企業としては、既に承認が済んでいるにもかかわらず、この治療法のためとなると治験をまたやらなければならぬと、移植物関連の薬はオーファンなので企業側もつくりにくい。

保険適用に至る道筋にもいろいろありますが、データもたくさん集まっている中、やはり公知といった方法や高度医療評価制度などの利用も含めて、スピーディーに保険適用につなげてほしいと考えておりますが、見解をお伺いします。

最後、この二点についてお願いいたします。
○足立大臣政務官 今までも答弁でありましたように、未承認薬あるいは適応外薬の解消計算ということで、二年間で一千四百億相当を計算して、三百七十四品目、要望が集まりました。

そんな中で、今検討して、どこからやっていくのかということをやっている最中でございませう。この点も診療報酬議論になかなか出てこないのも残念なところではありますけれども、そんな中で、今委員御指摘のミコフェノール酸モフェチル、それからホスカルネットナトリウムというのを挙げられました。今その検討の中で、では、ほかにかわる治療法あるいは治療薬がないのか。そして、海外承認という話もありましたが、海外でもこれは適応と適応外というのがあるわけですね。その中で、今委員御指摘の二品目については、例えばアメリカ、イギリス、ドイツ、フランスにおいても適応につきましてもやはり限定的にされているということであつて、そのことが日本

で、公知申請の話は今されましたけれども、適応

が違つていて、適応が海外でも、主要国でもされてない。

そのことは検討会議のもちろん検討項目ではありますけれども、ちよつと認識が違うというの、繰り返して申しわけありませんけれども、日本でも適応外を解消しようとしている、そしてそれには海外での治験が必要である。しかし、海外でもそれは適応外として認められていない、未承認であるという状態であるということも認識していただきたいと思ひます。(斉藤進)委員「高額療養費制度の上限額の引き下げの方向については」と呼ぶ)

藤村委員長 斉藤君、聞いてください。
○斉藤進委員 済みません。
先ほどの高額療養費制度の上限額の引き下げについては、どのような具体的な考えを持っておられるでしょうか。

○足立大臣政務官 日本の国民皆保険の理念は、やはり経済的理由で受けられる医療に差があつてはいけない、格差があつてはいけない、まさにそのとおりでございませう。

先ほどお答えいたしましたように、高額療養費制度、一番負担の高いところはこの程度でいいの、かどうかという議論、そして、中間層の負担はこれで正しいの、だろ、中間層が非常に幅が広いという考え方で、二段階設けるべきではなからうか、あるいはもう一段階少ない額の部分も設けるべきではなからうか、さまざま議論がありませう。これは、高額療養費の検討とそして難治性疾患の治療の検討、あわせて今検討して、これから詰めていこうという段階で、現時点で私の方がこうしますというの、はなかなかに申し上げにくいところですね。

○斉藤進委員 ありがとうございます。
○藤村委員長 午後零時五分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。
午前十一時十九分休憩

午後零時五分開議
藤村委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。
○棚橋委員 自由民主党の棚橋泰文です。
長妻大臣に御質問いたします。
子ども手当の恒久的財源二・七兆円、五・四兆円、それぞれどこから出るのが、具体的な根拠をもう一度教えてください。
○長妻国務大臣 二十二年度については予算措置をいたしておりますけれども、二十三年以降の予算については、四大臣合意にもございませうけれども、平成二十三年の予算編成の過程でそれを議論していくことでもあります。

○棚橋委員 つまり、二十三年は恒久的財源がない、二十二年においても恒久的財源を措置していない、そういうことでよろしいですね。
○長妻国務大臣 二十三年以降の財源については、二十三年の予算編成の過程で議論をして決めていくということにしております。

○棚橋委員 二十二年も恒久的財源はないのではありませんか。その点をもう一度御答弁ください。
○長妻国務大臣 予算は単年度でつくるものでございまして、二十二年については予算措置をしております。私としては、二十三年以降について、その予算編成の中で議論をしていきたいというふうな考えでおります。

○棚橋委員 大臣、何で一万三千円、二兆七千億円の部分に関しては、二十二年に関しては恒久的財源の措置をいたしますと言えないんですか。
○長妻国務大臣 二十二年については、もちろん一年間の予算でありますので、それは予算措置をさせていただきます。二十三年以降については、これは二十三年の予算編成の中で議論をして決めていくということが基本的な考え方でありませう。

○棚橋委員 なぜそんなにしつこく、二十二年において恒久的財源措置を半額についてはして

おりますという答弁をお避けになるんですか。二十二年の一万三千円、二兆七千億については恒久的財源措置をしておりますと御答弁いただけませうか。
○長妻国務大臣 恒久的財源というのがどういう意味で言われているのかというのがありますけれども、これは、日本は単年度予算主義でございまして、二十二年については予算をきちつとつけている、そして、二十三年以降については二十三年の予算編成の中で議論をしていくということを申し上げているところでもあります。

○棚橋委員 つまり、やっぱり財源の裏づけのない、六月に、参議院選挙の前に一万三千円ばらまきという、ばらまきなんではないですか。
では、長妻国務大臣に御質問いたしますが、昨日、閣僚懇談会が開かれた中で、いわゆる郵貯に対する預け入れ限度額が原則二千万円まで引き上げられる、こういう決定を、最終的に総理一任のもとでなされたと聞いておりますが、長妻国務大臣は、何かこの点について、この懇談会において御発言をなさいましたか。
○長妻国務大臣 私は発言をしております。

○棚橋委員 長妻国務大臣は、何のために郵貯の預け入れ限度額を、簡保もありますが、もう郵貯に話をわかりやすく絞ります。何のために郵貯の預け入れ限度額を二千万円にするというふうにお考えですか。
○長妻国務大臣 これは政令事項だと聞いております。これについては、私の所管外でございませうので、答弁は差し控えたいと思ひます。
○棚橋委員 いいですか。きのう、海外出張中の閣僚を除く全閣僚が集まったのは何のためなんですか。まず、国務大臣としてお答えください。それから、これから申し上げますが、これは実は、あなたの所管に物すごく大きな影響をしてくる話なんです。もう一度お答えください。何のために郵貯の預け入れ限度額を二千万円まで引き上

げるとお考えか。

○長妻国務大臣 これはさまざまな理由があると思えますけれども、その場で議論がありましたのは、一つは、郵便局のユニバーサルサービスを維持する。全国で一律の最低限度のサービスを維持するという責務がほかの金融機関と違って課されているということにみても、今の一千万円ということでは、そういう意味ではそこで生み出される利益が出ないのではないのかというような議論があつて、引き上げ議論が進められているというふうに承知をしております。

○棚橋委員 違ふんではないですかね。

先ほど大臣の御答弁にあつたように、せめて平成二十二年度分、二兆七千億円、一万三千円の子ども手当については、無駄見直し、行政刷新等でこういう恒久的財源が出ましたという御答弁があるかと思つたら、絶対にその話は、恒久的財源の話はしない。これはまさに大臣、正直に、その辺はわかっているんですよ。財源がないでばらまくんでしょ。

国債が今信用を失いつつあつて、個人が買わなくなっているんですよ。国債が民主党のばらまき政権で紙切れになりつつあるんですよ。その紙切れになりつつある国債を郵貯のマネーで引き受けさせる、そういうことじゃないですか。つまり、ばらまき政策の破綻を少しでも見えないようにするために今回二千万円にしたらんじやありませんか。

長妻国務大臣の御答弁を求めます。

○長妻国務大臣 私自身は、そうではないと承知をしております。

○棚橋委員 では逆に、今、国債が信用を失いつつある。このようならばまき政権で、あしたから始まる来年度予算は、大ざっぱに言えば、三十七兆の税収で、四十四兆の国債で、九十二兆の一般会計。このような財政では、昭和二十一年以来の、税収よりも国債が多いという財政を民主党政権下で組んだ。これに対して、国民はこの国の国債は本当に大丈夫なんだろうかと不安が全く

ないとお思いですか。

○長妻国務大臣 この内閣では、そういう御不安を与えてはいけないということで、中期財政フレームというところで、そこで一定の道筋を示していこうというふうに考えているところでありまして、

○棚橋委員 では、その一定の道筋の概略をお示しくだけさい。

○長妻国務大臣 これは御存じのように、政府として六月にまとめるということに鋭意取り組んでいるところでありまして、

○棚橋委員 本当に取りまとめられるんですね、具体的なシナリオを持った形で。特に、鳩山政権は、三月までとか五月までとか六月までというのが全然信用できない政権ですから、国民はだれも信用しないと思つてますよ。

もう一度伺いますが、長妻大臣の認識として、これだけの無差別ならばまき政策をやつて、国民が国債に対する信用を失いつつあるのではないかと、この国の財政に対する信用を失いつつあるのではないかと、そういう認識はありませんか。

○長妻国務大臣 この子ども手当については、無差別ならばまき政策ではありません。これまで後回しにされてきた子育てに関する予算について、一定のGDPの比率でそれを確保していこう。現金支給にしても、先進国で日本は非常に低いわけでありまして、それについて御了解をいたさなく、私もこれまで答弁してきたつもりであります。

ただ、今おっしゃられたように、それは、財政に対する国の信頼が揺らいでいけないということもございまして、これについては政府として、中期財政フレームを含めて、そういう問題についての対応策を今後お示ししていくということでありまして、

○棚橋委員 まず第一に、後世、子供や孫たちに大きなツケを残しているという罪の意識は全くないことが残念でございます。その上で、子ども手当は無差別ならばまきでな

いというならば、短く二問、質問いたします。

第一に、生計監護要件を満たせば、海外にいる子供十人、例えば長妻さんが、実子であるが養子であるが、そもそも養子にしていなくても、生計監護要件を満たせば子ども手当が出る場合があるんじゃないですか。

第二に、この不正受給に心配される、海外に子供がいるという証明に関して、外国語の訳は申請者、お金を受けている本人が責任を持つて訳するというふうには大臣は御答弁されましたが、それで不正受給は防げるんですか。

以上、二点をお願いいたします。

○長妻国務大臣 外国人の皆様への支給については、もうこの場でも御説明をしておりますところでありまして、三十年前からずっとそういう形で、児童手当という形で支払われていたというところで、平成二十三年の制度設計の中でお子さんの居住要件も含める方向でこれを議論していくということにしております。二十二年度につきましては、あす以降速やかに自治体に通知を出して、自治体の御意見も聞いた上で、今検討しておりますけれども、確認の厳格化ということに努めていきたいというふうに考えております。

○棚橋委員 第一の質問にははぐらかして答えていませんし、第二の質問には全く答えていません。もう一度御答弁願います。

長妻さんが仮に海外に、養子であろうと実子であろうと、そもそも養子も含めて子でなくても、十人生計監護要件を満たせる子供を養育していた場合には、子ども手当は絶対に出ないんですか、出るケースもあるんですか。出るケースがあるのかどうか、まずお答えください。

第二に、本人が外国語訳を自分でやつて、その責任で申請する、このような制度設計で不正受給の温床にならないんですか。

この二点、答えていませんからお答えください。

は今後の対応窓口も設けるようにしておりますので、それは不明なものがあればチェックできるような体制を取り組んでいくということでありまして、

外国人のお子さんの要件でございましてけれども、監護要件と生計を同じくするというような要件がございまして、今言われた案件について、これは日本に来る前にその母国できちつとその方と同居をしている、そしてかつ、日本に来られた後も同居をするということが大前提になるというふうなことを考えております。

○棚橋委員 最後の、日本に来られた後も同居をするという意味は、もうちよつと正確にお答えください。

○長妻国務大臣 日本に来る前に海外でそのお子さんと一緒に住んでおられ、日本に来て、そして日本から母国に帰国した後もその方々と基本的には住む、こういう一つの前提があるわけでありまして、

○棚橋委員 私はあえて長妻さんと申し上げたのは、では、大臣が海外で同居をされていて、日本に来られた場合はどうなりますか。また、養子、実子でない場合でも、十人でも二十人でも今の要件を満たしたら出るんですか。一万三千円、十人だつたら十三万円、二十人だつたら二十六万円、毎月、日本国民の税金で、借金が多いの国で出るのでしょうか。出るのか出ないのか、お答えください。

○長妻国務大臣 これは、要件を厳密に確認するということが必要でございますけれども、常識的に、二十人も何十人も養子という形で、本当にそれがそうなのか確認できない限り、それは支給されなれないと思つてます。

○棚橋委員 まず委員長、大臣に誠意ある答弁を求めてください。今何度も質問しているんです。答弁が返ってきていません。委員長、お願いいたします。

委員長、あなた、中立公正な委員長でしよう。うなずいていらつしやるじゃないですか。では、

大臣に注意してくださいよ。何度同じ質問をしても、こう答弁が返ってきていないんですから。
○藤村委員長 棚橋君、では、もう一度質問してください。

○棚橋委員 三回目に、同じ質問をします。

子供でなくても、長妻さんが養育監護要件を満たしている外国人の子供がいたら、子ども手当は出るんですか、十人でも二十人でも。月十三万円、月二十六万円。要は、養子、実子はもちろんですが、養子、実子でなくても生計監護要件さえ満たせばお金が出るんじゃないですか。

民主党のやじを飛ばしている皆さん方は全然法律を理解していないでしょうが、それを聞いています。お答えください。

○長妻国務大臣 それは出ないと思います。

○棚橋委員 生計監護要件を満たしても、養子、実子でなければ一切子ども手当は出ないんですね、この法律上。今そう答弁されましたね。よろしいですね。

○長妻国務大臣 今言われたのは、何か仮定の話として私ということを出されていたので、その私が日本にいながら、海外にお子さんが、あるいは養子がいるということは、その方とこれまでも住んでいないわけでありまして、それは出ないということをお申し上げたわけです。

○棚橋委員 そういってはぐらかすような、本質に答えない答弁はやめてください。

要は、長妻さんが海外に住んでいたときに子供を十人養育していた。そこで日本に帰ってきた。その子は長妻さんの子でもないし養子でもない。しかし、きちんと生計監護要件を満たして養育している。そのケースにおいては、十人であろうと二十人であろうと出るんじゃないですか。十人だったら十三万円が毎月、二十人だったら毎月二十六万円が日本国民の税金で、イエス、ノーでお答えください。

○長妻国務大臣 通常、そういうケースがどの程度想定できるのかわかりませんが、その場合は、日本国籍の人がそういう形で、海外で養子

かあるいは何か不明確な形でそういうようなことをされておられるということになりますと、基本的には、これは厳格に確認をすることになりまして、これは厳格に確認をすることができなければそれは支給されないというふうになると思います。

○棚橋委員 当たり前のことじゃないですか。

ちよっと、もう一度、きちんと答弁するように言ってください。全然答弁していません。もう何分やっているかわかりませんが、全く答弁が返ってきていません。

委員長、速記をとめてください。藤村委員長、強行採決ばかりせずに速記をとめてください。速記をとめてください、時間ももつたいたないです。委員長、速記をとめてください。

○藤村委員長 長妻大臣にもう一度答えていただきます。

長妻大臣。
○長妻国務大臣 今の、要件というのは、具体的に、日本国籍の人物が海外に行つて子供のな方と住んでいる。どういうような要件かというのをもう一回教えていただければと思います。

○棚橋委員 私は、子ども手当法案が成立して、当然、お互いこの法案を全部知っているという前提で話をしているんですよ。

そもそも、日本国籍であろうと外国籍であろうと、合法的に一年以上日本に滞在する方であれば、その方が海外に、実子でなくても養子でなくても、生計監護要件を満たせば、十人であろうと二十人であろうと、子ども手当は出るんですよ、この制度設計では。あなたが心が広くて、海外で二十人養育している。生計監護要件を満たしている。その場合においては二十六万円出るんじゃないですか、それが日本国民の財政が厳しい中で、税金でという本質的な質問なんです。

その理解能力が長妻さんに低いことまで私の責任にされては困ります。どうかお答えください。

○長妻国務大臣 監護という要件と生計を一にするという要件でございませうけれども、それは、海外でその方々ときちんと暮らしている。一緒に住

んでいて、生計を一にするということが続いている、その途中に日本に来る、そして帰つてもまたその方々と住むということであろうかと思えますけれども、それに関しては、何十人もの養子が養子でないか不明な方とずっと暮らしているということになりますと、これは当然、書類の確認としないが必要になります。その書類の確認とできない場合については支給されないというふうにして上げていくところであります。

○棚橋委員 では、書類の確認ができたら支給されるんですね。

○長妻国務大臣 それは厳格化でございまして、書類を確認するわけでありませうけれども、養子が養子でないかわからない形で二十何人ということ、常識的に考えられないのではないかと思

います。

○棚橋委員 そんなことはないでしょう。まず、海外で子どもさんのところはたくさんありますよ。それから、何よりも、これはお金を国から、不正受給なのか不正受給なのか、取つていく話ですから、そういう人間は平気で考えますよ、そういうこと。

それとも、長妻さんの考える法律というのは、みんなが常識を守ることと前提で考えているんですか。だったら、法律要らないんですよ、それをさせないために罰則を設けてやっていますよ。それなのに、常識的に考えられないんですよ、そういう非常識な者が出てきたらどうするんですか。お答えください。

○長妻国務大臣 今の御質問で、そういうお金を非常識な人がというようなお話がございましたけれども、これは、そういうお金の目的で実態と違うということになりますと、この法律の中にも、十三条で「偽りその他不正の手段により子ども手当の支給を受けた者は、三年以下の懲役又は三十万円以下の罰金」ということがありますので、これについて厳しくチェックをするということであり

ます。まずこの点、現場も知らない、不正受給の問題も全く想像力がない、こういう行政のやり方に強く憤りを覚え、そして何よりも、最終的に、この民主党のばらまき政策で破綻しかけているこの国の財政を、郵貯のマネーを二千万円にして国債を無理やり引き受けさせる。これは二重の意味で毒まんじゅうですよ。最後、子供たちが払うんですから。その点について強く反省を求めます。

大臣、何か御答弁ありますか。

○長妻国務大臣 今、このお金がカモになるみたいな話がありましたけれども、もちろんそういうことはあつてはなりませんので、不正があつた場合は、本当に厳格に取り締まっていきたい。これまでは書類の確認なども統一がされていなくて、書類の確認を統一化して、不正に対しては厳しく対応していきたいと思つてます。

○棚橋委員 不正受給は絶対なされると言っているんですよ。しかも、大臣自身が、書類に関しては、例えば翻訳は本人の責任でと言つたじゃないですか、この間、この委員会で。本人の責任でやらせたら、不正受給者は当然都合のいいように変

○棚橋委員 だが、どうやって。

○長妻国務大臣 ですから、今、地方自治体とも協議をして、そしてその中で、書類厳格化の通知を出すとともに、厚生労働省にも今後対応の窓口を設ける。あるいは外務省とも連携をとる、あるいは出入国管理の法務省とも今話しております。協議をしておりますので、その厳格化もこの間で対応していきたいと思つてます。

○棚橋委員 大変残念なことに、大臣から全く誠意ある答弁がございません。

過ちは改むるにということをもう一度思い出してください。これで間違いなく日本国民の税金がカモにされるんですよ。長妻大臣、あなたのせいでは日本国民がカモにされるんですよ。やっぱりそれはおかしいですよ。もう一回、過ちは改むるにばばかることなかつたことを考えてください。

○棚橋委員 だが、どうやって。

○長妻国務大臣 今、このお金がカモになるみたいな話がありましたけれども、もちろんそういうことはあつてはなりませんので、不正があつた場合は、本当に厳格に取り締まっていきたい。これまでは書類の確認なども統一がされていなくて、書類の確認を統一化して、不正に対しては厳しく対応していきたいと思つてます。

○棚橋委員 不正受給は絶対なされると言っているんですよ。しかも、大臣自身が、書類に関しては、例えば翻訳は本人の責任でと言つたじゃないですか、この間、この委員会で。本人の責任でやらせたら、不正受給者は当然都合のいいように変

えてきますよ。そのチエックを全部、市、町の役場で、村の役場でできるんですか。

大臣、もう一度御答弁ください。

○長妻国務大臣 今、通知、そして書類確認の厳格化というのは検討中でございますけれども、その途中過程ではございますが、今の翻訳については、これまでは、日本語の翻訳書というのは御本人が出してもいいようなことになっておりましてけれども、今後については、日本国内に居住する翻訳者に翻訳を求めらう、その方の署名捺印及び連絡先の記載を求めるとともに、市町村から照会した場合は必要な対応を求めるということで、翻訳についても改善をしていくということであり

○棚橋委員 ちよつと待つて下さい。大臣、この間の答弁と違うじゃないですか。この間は、本人の責任で訳すと言ったじゃないですか。今は日本国内にいる別の者に翻訳してもらおうと言ったんですか。では、変わったんですか。前回は間違っていたんです。撤回して謝罪されるんですか、前回の答弁は。

○長妻国務大臣 これは、きょうの時点までは今申し上げたような、御本人が翻訳をしてもいいし、それを添付するということになっていたわけでございますけれども、今後の対応として、今申し上げたようなことを予定しているということであり

○棚橋委員 つまり、今ここで変わったんですね。

過ちを改むるにはばかるとなれど私は言いました、こんないいかげんな制度設計というか、要は、何も考えていなかったんじゃないですか。もうちよつときちんと考えて、本当にこれは不正受給の力モにされます。そのときあなた責任をとれるんでしょうか。このことをまず強く申し上げます。

第二点、先般、雇用保険法等の一部を改正する法律案がこの委員会で議論されました。改めて、この不正受給という、子ども手当の税金が力モに

される問題と同時に、もう一点聞きたいのは、雇用保険二事業に関して保険料を上げますね。

長妻大臣、お答えください。

○長妻国務大臣 これについては弾力条項というのがございまして、これが引き下げる料率となるところではありますけれども、今回はその弾力条項を発動しないということで、結果的には上がるということになります。

これについては、雇用二事業の中で雇用調整助成金など今大きな支出がされておりますので、労使の代表の方々についても労働政策審議会の場で合意をいただいで、これについてもお願いをしていこうというふうな考えているところであり

○棚橋委員 だから増税ですね、この部分は。よろしいですね。保険料ですけれども、強制的に徴収する分には増税じゃないですか。広い意味での増税ということではよろしいですか。

○長妻国務大臣 保険料の負担がふえるということではございません。

○棚橋委員 この雇用保険二事業、雇調金の話もありましたが、それだけですか。ほかには事業をやつていないんですか。

○長妻国務大臣 二事業といいますが、雇用安定事業、雇用調整助成金、あるいは能力開発事業ということで職業訓練、こういうものもろものがなされております。

○棚橋委員 そこに出ているお金のうち、一番わかりやすい例をお伺いいたしますが、これは質問通告をしておりますのでお答えください。

それらの事業をやつている独立行政法人、公益法人が幾つあつて、いや、もうちよつと絞りますよ。

では、いわゆる天下り独立行政法人、公益法人、厚生労働省の職員が天下りしている公益法人や独立行政法人は、合計幾つ独立行政法人、公益法人が仕事をまず一次的に受けているところ、それからその金額はお幾らでございませうか。

○長妻国務大臣 これについても調べてみました

ところ、雇用保険二事業の中から天下りがある法人へ支出している金額の実績が平成二十年度で約一千七百六十四億円、法人数が三十一法人、OBの役員数が五十五人というところであります。

○棚橋委員 今の長妻大臣の答弁と同じような平仄で、平成二十年度においては幾ら支出される予定で、どれだけなのか、お答えください。

○長妻国務大臣 二十年度につきましては、今、二十年度で申し上げましたのは、これは契約もございまして、競争あるいは企画競争の契約でどこが受注するかということで、二十年度、まだ、どこが受注者、そこが受注者になるかどうか、不明な点もございまして、まずは補助金ということだけで予算化されたものを申し上げます、まず、公益法人への支出の予定でございまして、平成二十年度の予算では九十三億円であり、これは二十一年度の当初予算に比べて、当初予算は百二十五億円でしたから、三十二億円削減しております。

そして、独立行政法人への支出については、二十年度予算で、これは四つございまして、雇用・能力開発機構、高齢・障害者雇用支援機構、労働政策研究・研修機構、勤労者退職金共済機構でございますが、四つ合せて、二十年度予算千二百四十五億円ということで、二十一年度当初予算に比べて三百二十一億円削減いたしました。

○棚橋委員 いいですか。今、千七百六十四億円、それから二十年度においても、企画競争入札の部分を除いて一千億を大きく超えるお金をいわゆる天下り行政法人、公益法人に出すと言っているんです。

この予算、削る余地はあるんじゃないですか。ここを削つていけば、千分の〇・五上げる必要はなかつたんじゃないですか。それなのに、その検討を十分にしないで、中小企業の事業主や零細事業主には、負担とあえて言いません、増税させて、それで天下りを維持するんですか。あなた、本当に長妻さんなんですか。お答えください。

○長妻国務大臣 これは、今まで我々も削るよ

う、野党時代指摘をしておりましたけれども、確かに箱物については、スパウザ小田原等々はなくなりましてけれども、さらに経費を見直すということ、今、独立行政法人では三百二十一億円削り込んだわけでございます。

そして、今、雇用二事業のお話でございまして、これも総務省からも勧告を受けているところでございます、その後につきましては、いろいろな事業が廃止をされて、政権交代後につきましても、高齢者の職業紹介の事業も全部廃止をいたしました。一見、高齢者の職業紹介は必要だ、名前だけだと思えますけれども、それはもうハローワークでもやっている事業が非常にダブつていて、必要性が低い、利用者も少ないというような事業は不断に見直していくことでもあります。

○棚橋委員 今まで長妻さんが言っていたこととちよつと違いませんか。政権交代したんだから、こんなものゼロベースで見直せばいいじゃないですか。天下り独立行政法人、公益法人に対する予算をまずゼロベースで見直す。基本的に全部入札ですよ。

しかも、長妻さんはさつき、意図的にかどうかはわかりませんが、企画競争入札という話がありました、これは御存じでしょう。企画競争入札というのは、入札という形式をとりながら、天下り公益法人が独法しかとれないようになってい

るんです。そこしか入札できないか、あるいは、形式上ほかが入札しても、その公益法人、独法に必ずお金が行くようになってい

るんです。そういうところは見直さないと。この二点、もう一度お答えください。

○長妻国務大臣 例えば、高齢・障害者雇用支援機構は随意契約ですと契約がなされていましてけれども、政権交代後、これを一般競争入札にするということもいたしましたし、それぞれの独立行政法人における天下りの理事の問題についても、公募をするということ、今回、基本的には民間の方々に

もしております。

これは不十分だという御指摘があれば、それはまだまだ削減する努力が足りないというおしかりだとも思いますので、これについては不断の見直し、その努力をしていきたい。省内にも省内事業仕分けというグループをつくって、不断の見直しをしていこうというふうな決めております。

○棚橋委員 今、大臣の方から随契を一般入札に変えたという話ですから、それでは、政権交代後、随契ないし企画競争入札を一般入札に変えた、あえてそちらの土俵に乗ります、金額を教えてください。

○長妻国務大臣 これは今突然のお尋ねでございますので、これは調べて、棚橋委員のところ、あるいはこちらの理事の皆様のところへ届けさせるようにいたします。

○棚橋委員 何で今私がそういう質問をしたかわかりますか。要は、大臣はわかっていますやっていますので、厚生労働省の官僚は、一部の企画競争入札や随契を一般入札に変えた部分だけつまみ食いして、こやりましたと言いますが、全体の部分はブラックボックスなんです。

今のような、こういう例もありますと言わなければ、そもそも大臣は、厚生労働省の部下に、では全体の中で随契が一般入札になったのはどれだけなのかという質問をするのがあなたの仕事じゃないんですか。こういうケースもありますと言ったら、ではこれは氷山の一角なのか、それともみんなこうやっているのかと言うのがまさに不断の行革に対する姿勢じゃないですか。それが感じられないじゃないですか。そう思われませんか。大臣、御答弁お願いします。

○長妻国務大臣 全行革の姿勢がないというのは私はそうではなくて、天下りの問題というのは非常に大きな懸案事項でございます。この政権では、一定の、自動的に天下りするようなポストについては公募をすること、民間の方も広くその能力を発揮していただく場をつくっていくこと、そして入札あるいは調達の見

直しをするというようなことにも取り組んでおります。我々としても、そういう努力をして、今回も独立行政法人三百二十一億円、これは二事業から出ているお金だけでございますけれども、それを削減したということでもあります。

○棚橋委員 それでは、また長妻大臣の今のお話に乗りましょう。

独立行政法人か公益法人か、ちよつと主語を明確にされませんでした。公募をするという形を排除するおっしゃいましたが、では、公募の結果、官僚OBが選ばれたケースの割合はおおむね、大ざっぱで結構ですから、何割で、民間の全く霞が関に関係のない方が選ばれたケースは、民主党政権になって厚生労働省関係では何割でしょうか。

これは突然の質問ですが、大臣が今自分で、公募をしてこれだけ変えていますと言っているんですから、基礎的なそれぐらいの数字は入っていると思いますので、お答えください。

○長妻国務大臣 厚生労働省分につきましては、昨日、公募の結果を発表いたしましたけれども、理事についてはすべて民間の方でございます。官僚の方はおりません。

○棚橋委員 何人公募して何人選ばれたのか、教えてください。

○長妻国務大臣 昨日の発表でございますけれども、八つの厚生労働省の独立行政法人のうち十七ポストを公募いたしました。そのうち、民間の方が十四ポスト、そして、適任者なしということで、二ポストについてはそのポスト自体を廃止いたしました。そして、一ポストは再公募いたしました。そして、公務員のOBの方はゼロポストとなっております。

○棚橋委員 今おっしゃった独法には、役員以外の顧問あるいは職員という形で厚生労働省のOBはいないんでしょうか。当然、あれだけ行革を熱心にやられてきた長妻大臣ですから、そこもチェックしていると思われませんか、第一点、そ

の点をお答えください。

第二に、厚生労働省所管の公益法人の方はいかがでしょうか。それとも、これは、建前として公益法人は民間だから公募はさせないということでしょうか。

この二点、お答えください。

○長妻国務大臣 まず、公益法人につきましても一定の、例えば五代連続で天下りが続いているポスト等要件を決めて、そういうものについては公募しております。

そして、では、今は公募の人数だけでも、現在、実数としてそれぞれの独立行政法人に何人OBがいるのかということでありませぬけれども、これも突然のお尋ねでございますので、それはいらつしやいますので、それについても理事の皆さんと棚橋委員に資料を提出します。

ただ、これはまだ任期が途中の方でもございませぬので、これについても任期の途中でやめていただくことができるのか、いろいろなございませぬので、基本的には、任期が来て、それが再任するかしんかというタイミングで公募をして、今回、この公募の部分については今申し上げたような結論となつたわけでありませぬ。

○棚橋委員 今の件は、厚生労働省が所管する公益法人全般という御答弁でよろしいでしょうか。

○長妻国務大臣 当然、すべての公益法人を公募するということではありませぬけれども、今私が申し上げた、五代続いて同じ厚生労働省からOBが天下る指定席ポストを保有しているすべての厚生労働省所管の公益法人ということでありませぬ。

○棚橋委員 この問題については、さらに次の機会に質問をさせていただきます。もう一点、派遣事業法の改正についてお伺いいたします。

に理解をしております。

しかし、今般政府から提出されます派遣事業法の改正で、本場に派遣で働いている方々は正社員になれるのでしょうか。なれるとしたら、この法改正で一体だけの方が正社員になれるのか。まず、どれだけの方が正社員になれるのかというシミュレーション、人数、大ざっぱで結構ですから、その点と、なぜそれが言えるのか、そのシミュレーションの大ざっぱな構成、これをお答えください。通告はしてあります。

○長妻国務大臣 この派遣法の改正につきましては、これまで行き過ぎた労働の規制緩和が行われたというようなことがございましたので、登録派遣の禁止、そして製造業派遣の原則禁止というような対応をさせていただき、派遣労働者の仕事の権利を確保していくこととございませぬ。

その措置をすることによって規制の対象となる派遣労働者の数は約四十四万人になるといふふうに考えておりますけれども、その方々が、何人が正社員に移行するか否かというのは我々は試算をしておりませぬけれども、できる限り多くの方が正社員となるということで、これ以外の正社員化を促進する政策と組み合わせ、そういう方々に正社員化の道を進めていきたいというふうにご考慮しております。

○棚橋委員 法案を出すに当たって、その程度のシミュレーションもしていないんですか。この法が出ることによって、全くこの法律の目的とは逆に、派遣で働いていた方がまさに派遣切りに遭うような可能性はないんですか。せつかく派遣で働いている方々を守ろうと、その点は一緒ですが、この法律では逆効果になりませんか。今、こういう点をきちんとシミュレーションしてやるのがあなたの方の仕事じゃないですか。もう一度、その点、御答弁ください。

○長妻国務大臣 まず、労働のこういう規制緩和をして、私は、行き過ぎた規制緩和をした自民党に本場に大きな責任があつて、その後、それをきちつとやはり対応するというところで我々はこうい

う派遣の方に対する法案を検討しているというところでございまして、まず反省というのもしていた
だきたいというふうにも思います。
その中で、正社員に採用される……(発言する
者あり)

○藤村委員長 静粛に願います。

○長妻国務大臣 何人の方が雇用されるかどうか
というの、その時々、景気、雇用情勢にもよる
ため、我々としては、正確な予測というのはい
ないところでありまして。

○棚橋委員 まず、委員長に御注意申し上げます。
委員長、委員長に御注意申し上げます。

民主党の議員からやじが出たときには静粛にと
言わずに、自民党議員だけ注意するのは不公平
じゃありませんか。中立公正にお願いたしま
す。三月十二日の子ども手当の強行採決とい
い、とても中立公正な委員長の態度とは思え
ません。

そこで、もう一度、長妻大臣に申し上げます
が、その自民が自民がと言うのを、もうそろ
そろ卒業したらどうですか。

その上で私は、今厚生労働大臣にあるあなたに
聞きたいのは、派遣で働いている方々の立場を強
くして、社会全体として守る、その上で経済を活
性化しなきゃいけないでしょう。この法律でか
えって、彼らの立場あるいは彼らの仕事を失うよ
うなことになるませんか。中小企業がもうやっ
ていけなくて、海外に行ってしまう、廃業するとい
うことになりませんか。

当たり前ですが、政治は結果を出すのが仕事な
んですよ。それなのに、とりあえず自民党の規制
緩和に対して我々は守る法律を出しましたからそ
れでいいんですじゃなくて、命を守るといなが
ら守っていないのが鳩山政権じゃないですか。

どうか、その点もう一度、どういふシミュレ
ーションでこの法律を出せば、どれだけの人が派遣
社員から正社員になって、一方で、中小零細企業
を中心にきちんと経済活動がやれるのか、お答え
ください。

○長妻国務大臣 これについては、まず、登録型

派遣の原則禁止、製造業派遣の原則禁止というの
は、公布の日から三年以内の政令で定める日とい
うことでございまして、その間にいろいろ我々も
現状を見て、そして正社員化する政策、雇用政策
もございまして、それを十分働かせて、派遣の
方が失業にならないように、あるいは直接雇用に
なるように転換をしていきたいというふうにも考
えております。

○棚橋委員 この問題、さらに追及してまいりま
すし、先ほど申し上げた、雇用保険二事業の天下
り等を中心とした、実は増税をして中小企業や零
細事業主に負担を上げながら、厚生労働官僚OB
のところだけが太っている、この問題は厳しく追
及していきます。

その上で、もう一度最後に申し上げます。
子ども手当で、国家財政が、三十七兆円の税収
で、四十四兆円の国債で、九十二兆の一般会計と
いうことは、年収三百七十万人が四百四十万
をサラ金で借金している計算ですよ。ボーナスが
もし四月月出るサラリーマンであれば、月収二十
三万円少しのサラリーマンが四百四十万円をサラ
金で借金してもちますか。だからこそ、今、国債
がもう個人で売れなくなっている。それをごまか
すために郵貯の預け入れ限度額を二千万円に上げ
る。

こういう、国のこと、子供のこと、孫のことを
考えないような政策は、ぜひやめていただきたい
です。その点を強く申し上げて、私の質問を終わ
らせていただきます。

○藤村委員長 次に、古屋範子君。

○古屋範子委員 公明党の古屋範子でございま
す。

きょうは、私がこれまで取り組んでまいりまし
たうつ対策を中心に質問をしてみたいです。
その前に二問、ほかのテーマで質問をしてみ
たいです。

まず、がん対策の推進についてお伺いをしてま
います。
公明党が精力的に取り組んでまいりました、が

ん対策基本法に基づきますが、がん対策推進基本計画
は、五年が一つの目標となっておりまして、この目
標達成への取り組みを確実に進めるためには、五
年間何もしないで、五年たつのを待ってしまうとい
う姿勢ではなく、どこまで進んでいるのかとい
うことを確認するために中間報告を行うべきと考
えております。

そこで、平成二十年十月二日の本会議におきま
して、前代表が、がん対策推進基本計画ではがん
死亡を二〇%減らす目標を掲げており、その着実
な実行が不可欠である、特にがん検診の受診率五
〇%への取り組みは重要であり、国民の生命を守
るがん対策を確実なものとするために、できるだ
け早期の計画の中間報告を義務づけ、進捗状況を
確認することを提案する、このように述べており
ます。

当時、舛添厚生労働大臣は、厚生労働省とい
ましては、平成十九年六月に閣議決定されまし
たが、がん対策推進基本計画に定める目標等を確実
に達成するため、本基本計画の進捗状況を把握する
ことが極めて重要であると考えております。基本
計画の進捗状況につきましては、来年度末を目途
に中間報告を行いたいと思う、このようにお約束
をいただいております。

新政権になりましたけれども、この方針は引き
継がれているというふうにお考えしております。
そこで、長妻大臣、がん対策推進基本計画の中
間報告は、いつ、どのような形で出されるのか、
これについてまずお伺いいたします。

○長妻国務大臣 今おっしゃられた、がん対策推
進基本計画の中間報告をすることになっていて
ございまして、これについて、こと
しの三月十一日にがん対策推進協議会がございま
して、その中で、中間報告というのが、もう少し
議論が必要ではないかというふうな提起がなされ
ました。

ただ、中間報告ですから、余り延ばすこともい
けないというところで、ことしの五月から六月ご
ろ、議論をまとめて、その中間報告というのを公

表したいというふうにお考えしております。
○古屋範子委員 もう少しかかるといふことで
ございまして、ぜひ早急に中間報告を出したい
ございまして、それに基づいてさらに、その後半の
五カ年のうちの残りの期間についての対策をしつ
かりと講じていただきたい、このように思います
ので、何とぞよろしくお願いたします。

それからもう一つ、訪問看護事業における人員
基準の見直しについてお伺いいたします。

高齢化が進む中で、在宅医療のなかでありま
す訪問看護、介護の役割がますます重要になっ
てきていると思っております。

私も、何年前ですが、東京都内で訪問医療を
行っていたら、川越先生と、半日往診に同行
させていただいたことがございます。やはり病院
ではなく在宅で医療を受けた、あるいは末期が
んの方も、最期を迎えたいという方もいらつし
やいまして、病院ではない、さまざまな患者ある
いは家族との深いきずなもつくりながら、在宅医
療の必要性を非常に感じてまいりました。

私も、当選当初から在宅ケアに励む家族のサ
ポートに取り組み、全国に活動を広げる訪問ボ
ランティアナースの会、キャンパスの菅原代表か
ら、訪問ボランティアについて何度もお話を伺
ってまいりました。

看護師が自分でできる範囲で家族介護者に一時
的な休息を提供する有償ボランティア団体であり
まして、利用者本位で相談に応じており、規則の
谷間を埋めていく、介護現場のニーズにしっかり
とこたえているというのがこのキャンパスの活動
であります。

菅原代表は、一般市民の方やナースの方からの
賛同やSOSの声を聞きながら、日本じゅうに星
降るほどの訪問看護ステーションをということ
を掲げまして、平成二十年十一月に開業看護師を育
てる会を設立し、今日まで活動されております。

特定看護師に医療行為を許可する話、あるいは
ヘルパーに医療行為を許可する話、そしてナ
ースプラクティシオナーの話など、ナースの仕事

そのもの見直しが大きな話題となっておりまして、特定看護師に関しては大きな進歩と考えております。しかし、課題はたくさん残されておると考えております。

看護師不足が叫ばれておりますけれども、子育てで一人家庭に入ったナースも、子供が保育所、幼稚園から戻るまでの時間を利用して訪問看護に従事しよう、こういう方もいらっしゃるかと思っております。こうした資格を持ちながら看護現場で業務できない、いわゆる潜在ナースを有効な在宅看護の担い手として、その活用と再教育のあり方を早急に検討すべきと考えております。

また、高齢者も障害者も子供も安心して地域社会で過ごしていくためには、訪問看護事業所の普及が必要不可欠であります。看護師も一人で開業できる、この一人開業というのが認められますと、例えば小学校区に二つ程度の看護ステーションを整えれば、看護師同士の看護連携ができるので、一人でも何とか対応が可能なのではないかと考えております。

訪問看護事業所数が充足するための施策として、ぜひ訪問看護の人員配置基準である二・五人を見直して、一人でも事業所が開設できるように、このことをお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○長妻国務大臣 今、古屋委員が言われたお気持ちというのは同感でありまして、訪問介護だけじゃなくて、やはり、看護師さんが夜も訪問できるように体制というので初めて安心して在宅介護ということができるようではないかと思っております。

ただ、今現状を見ますと、小規模な事業所ほど訪問看護ステーションは経営状態が悪くて、やはり、夜間、緊急時の対応ができないというふうなときもあって、サービスを安定的に供給できているとはなかなか言いがたい。ただ、数が足りないというのもよくわかるのでございます。

は確保した上で、できる限り今後とも、地域包括ケアシステム、二十四時間、三百六十五日が最終目標でございますけれども、その構築を目指している途中でございますので、今よりも小規模化を推進するというのは、サービスの安定的供給という面から非常に難しいと考えております。この地域包括ケアシステムを充実するという観点から取り組んでいきたいと思っております。

○古屋(範)委員 公明党で昨年行いました介護総点検で、七万七千人の方々街頭でアンケート調査を行いましたけれども、その中で、自分が高齢になって介護が必要になったとき、どこで受けたいかという質問をいたしました。そうしましたら、介護施設、それから在宅、これがほぼ同数でありまして、病院というのは非常に少なかったわけなんです。

在宅における介護は当然でありますけれども、やはりそこに看護、医療、そしてリハビリ、こうしたものも含めて、在宅での二十四時間、三百六十五日のそうしたケアが受けられるような体制が必要なのではないか、このように考えております。そのために、この二・五人の配置基準は工夫をしていけばできるのではないかと、私はそのように思っておりますので、ぜひ今後も前向きな検討をお願いしたいということを再度要望しておきたいと思っております。

次に、きょうのテーマであります、うつ病対策について伺ってまいります。抑うつなどの症状が続く、これは躁うつ病も含めまして、うつ病患者数が初めて百万人を超えたということが、昨年十二月の厚労省が実施している患者調査でわかりました。また、きょうの新聞でありますけれども、内閣府が初めて統合調査を行ったところであります。厚生労働省が人口動態統計、あるいは警察庁が自殺統計をそれぞれ集計しているんですが、初めて両省庁のデータを集約し分析したということでもあります。自殺者は三月の月曜日が一番多い、危険であるというような記事も出ております。こうした自殺の原因も、うつで

あることが非常に多いということも指摘をされております。

この患者調査によりますと、うつ病が大半を占める気分障害の患者数は、平成八年に四十三万三千人、平成十一年には四十四万一千人、ほぼ横ばいでいたけれども、十四年から七十一万一千人と急増いたしました。今回の平成二十年調査では百四万一千人に達しております。この十年足らずで二・四倍に急増したというわけです。

このうつ病で最も懸念されますのが、先ほど申しました自殺との関係であります。自殺の動機として最も多いのが健康問題であり、このうち、うつ病を理由とするのが最も多いことが問題となっております。

こうした国民の生命を守るために、私たち公明党では、平成二十年四月、党内にうつ対策のワーキングチームを設置いたしました。そこで、関係団体、また専門家とも意見交換を重ねまして、同年七月、うつ対策の具体案を政府に提言いたしました。

提言では、うつ病の早期発見、早期治療の推進へ医師の診断能力の向上、また、患者の専門医受診率を五割以上に引き上げる。現在、二五％という低い率になっております。治療における精神療法の拡充強化、労災の休業補償など安心して治療に専念できる社会づくり、患者の社会復帰のプログラムを整備し、社会復帰を実現する。こうしたものを骨子といたします十七項目の対策を、子供のうつ対策もあわせて、うつ対策を提言いたしまして積極的に推進をしております。

このうつ病対策を考える上で大事なことは、第一に、うつ病の早期発見、早期治療であります。治療がおくれればおくれるほど回復率も低くなる。そのためには、かかりつけ医が的確にうつ病を診断して、専門医につなげていくということが重要だと思っております。やはり、最初に行くのは内科医であつたりするわけです。厚労省は、うつ病の早期対応の中心的役割を果たす人材を育成する、かかりつけの医師等のうつ

病等の精神疾患の診断技術の向上を目指して、平成二十年度から、かかりつけ医うつ病対応力向上研修というものを実施されております。自治体によつては研修を実施されていないところもあると聞いております。まずこの現状について伺いたいと思います。

また、どこに行つても的確な診断が受けられるよう、自治体間の格差を生まないためにも、こうした自治体へは厚労省から研修実施をしっかりと働きかけていただきたい、このように思います。これについて伺いたいと思います。

○山井大臣政務官 古屋委員、御質問ありがとうございます。公明党のうつ対策ワーキングチームの座長としてうつ対策に御尽力されておられます古屋委員に敬意を表したいと思います。

厚生労働省でも、現在、自殺対策、そしてうつ病対策の検討会をつくりまして、とにかく自殺の大きな原因となっているこのうつ病対策に取り組ませていただいております。

今御質問をいただきました、かかりつけ医うつ病対応力向上研修についてであります。古屋委員御指摘のように、早期に発見して適切な治療を受けるといことが一番重要であるにもかかわらず、かかりつけ医の方の中にまだうつ病に対する理解が不十分ということがございます。そこで、平成二十年度には、四十の都道府県と指定都市がこのうつ病対応力向上研修を行いました。平成二十一年度には、六十五の都道府県・指定都市というふうに入っております。

ただ、古屋委員御指摘のように、まだまだ未実施などところがありますので、格差がつくとこれは問題ですので、今後とも全国の会議等を通じて働きかけを図ってまいりたいと思っております。

○古屋(範)委員 二十一年度で六十五都道府県・政令市ということでありまして。今後、自治体間で、熱心なところ、そうでないところ、開きがあるとありますので、ぜひ、未実施のところは当然早急に実施をするよう働きかけていただきたいと

いうふうにして思っております。

このうつ病でありますけれども、これは無作為に選んだ四千人余りを対象として面接調査を行った調査でございます。これはWHO国際共同研究の日本での調査によりまして、うつ病の生涯有病率、一生のうち一度治療が必要な状態になる人の割合が六・三％ということで、十五、六人に一人くらいの割合でうつ病が発生することでありまして、いわば国民病というふうに見えるのではないかと思っております。

それから、うつ病の患者さんは女性の方が多いんですね。二対一の割合で女性の方が多い。経済界の方とも意見交換した折には、非常に女性に元気がだ、この事実は余り御認識がなかったのですが、産後であるとか更年期とかそういった要因もあると思っております。こうした国民にとつて非常に大きな問題、これがうつ病であります。ぜひ、国としても総力を挙げて対策に取り組んでいただきたい、このように思っているわけです。

次に、子供のうつ対策についてお伺いしてまいります。

かつては、子供はうつ病がないというふうに言われていた時代もあるそうです。まだ知能も未発達だし、そういう子供はうつにはならないという学説があったそうなんです。そんなことはなくて、世界的に見ましても、約五％の子供が治療が必要なうつ病にかかっているそうです。十八歳までの子供は二〇％が、いずれかの時期で治療が必要なうつ状態になっていると言われております。

私たちも、日本医科大学精神医学教室の斎藤卓弥先生に、子供のうつについていろいろ伺いました。子供のうつはなぜ深刻なのかというふうに言いますと、大人でしたら、自分で病院に行こう、そう思えるかもしれないのですが、子供の場合にはみずからそういうこともしにくいということもありますし、また、大人の場合には、もとの水準に戻れば、復職、仕事に復帰するということになるので、子供は、失った時間と場所の両

方を取り戻してやっとならぬ子供と同じようになるといふことでして、その点、大人の回復よりもはるかに難しいと言われております。

特に、学校に行けなかったというようなことになりまして、その影響が生涯残ってしまうということでありまして、また、子供のうつは、大人と出方も症状も違うというふうに言われておりますし、また、治療方法も大人とは違う面がある、このようにおっしゃっています。しかし、こうした子供のうつの確に診断できる専門医というのは非常に少ないわけでありまして、早急な育成が求められております。

厚生省は、平成十八年三月に、子どもの心の診療の養成に関する検討会平成十七年度報告書を発表しまして、子供の心の診療医の養成確保に向けた取り組みが進むことが期待されております。そこで、この子供の心の診療に専門的に携わる医師の育成、これに関しての御意見を伺いたいと思っております。

○山井大臣政務官 古屋委員、御質問ありがとうございます。

子供の心の問題に対応できる医師の養成は非常に急務だというふうな思っております。実際、生活保護の母子家庭には、お子さんうつ症状の方が多い、お母さんにもうつ症状の方が多いという結果も出ておりますし、またDV被害、また児童虐待の被害のお母さん、お子さんにもやはりうつ症状が出ています。大人のうつももちろん深刻であります。お子さんの場合はそれが不登校につながる、そして人生設計が立たなくなってしまうというところで、まさにこれは大人の責任として取り組む必要があると思っております。

今御指摘の思春期精神保健対策専門研修事業を今実施しておりますが、平成二十一年度までに千人を超える医師がこの研修を受講しているところがあります。

また、うつ病に関しては、これまで内科医等に行つてまいりました、先ほど答弁しましたかかりつけ医うつ病対応力向上研修事業についても、平

成二十二年度からは小児科医なども対象に追加しておりますので、かかりつけ医の方々のみならず、小児科医の方々にもこのような心の問題への対応をこれから取り組んでいただきたいと思っております。

○古屋(範)委員 今、政務官から御答弁いただきましたけれども、この平成二十年から実施しておりましたかかりつけ医うつ病対応力向上研修、来年度からは小児科医も含めてくださるということでございます。これは非常にありがたいというふうにして思っております。

やはり、子供の様子がおかしい、学校に行きたくないなどありましたら、まず最初に行くのは小児科医であると思っております。ですので、この小児科医が、そうした専門医につなげる必要がある、そのように判断できるかどうかということがその先への大きな治療のステップになると思っております。この小児科医の研修もぜひ、地域格差が出ませんよう、全国での実施をしていただきたいと思っております。

今後は、この子供のうつ対策に対する啓蒙と教育が重要になってくるのではないかと思っております。ぜひ厚生労働省は文部科学省と連携をして、こうした子供の心の問題への対応についての研修を養護教諭も含めてやっていくべきだ、このように思いますが、この点はいかがでしょうか。

○山井大臣政務官 古屋委員、御質問ありがとうございます。

先日、文部科学委員会でも、公明党の池坊保子先生から御指摘をいただきました。本当にこの心の苦しみを負っているお子さんたちに対しては、これは医療のみならず学校現場での対応も非常に重要だと思っておりますので、これからの連携をしっかりと取り組んでまいりたいと思っております。

○古屋(範)委員 ぜひ省庁の壁を越えて、子供のためにこのところは文科省と連携して、養護教諭もこの研修に含められるようよろしくお願いいたします。そのことを強く要望しておきたいと思

それから、認知行動療法についてお伺いしてまいります。

私たちのワーキングチームで沖繩に参りまして、沖繩県にありますが認知行動療法を実践している、そして画期的な成果を上げております総合精神保健福祉センターに参りました。また、精神医療の現場で注目される認知行動療法の日本における第一人者であると言われております慶応大学の野先生からもヒアリングを行いました。

そこで、私たちの提言でも、治療における精神療法の拡充強化というものを訴えてまいりました。今回の診療報酬改定におきまして、認知行動療法の評価が新設されたということでありまして、この意義は非常に大きいというふうな評価をいたしております。

しかしながら、診療報酬では評価が今回新設されたんですが、実際、この認知行動療法を行える専門家が非常に少ないというのが現実であります。この認知行動療法を受けたいという方がたくさんいらっしゃるんですが、こちらにもいろいろと連絡を下さるんですが、一体どの機関でどんな専門的な治療が行われているのかというような情報が余らないというのが現状であります。そこで、視察をした沖繩に、関東の方がわざわざ行って、それで治療をしたい、こういう方もいらっしゃいました。

沖繩では、デイケアというプログラムをつくってまして、週一回、精神保健センターに参ります。そこで認知行動療法を受けて、あとはホームワークといつて、自宅に帰るなり、あるいはお仕事をしている方もいるかもしれませんが、あとはホームワークをやつて、それを身につけていくというプログラムで、実際、このプログラムを修了して仕事に復帰されているという方が非常に多くいらっしゃるんですね。効果があるというふう

に伺っております。

この認知行動療法を行う専門医の育成が急がれます。専門医の育成について御所見をお伺いしたいと思います。

○山井大臣政務官 古屋委員、御質問ありがとうございます。

今御指摘のように、この認知行動療法というのは非常に効果も上がっております。古屋委員からの御要望も受けまして、平成二十二年の診療報酬改定では、初めて、診療報酬上四百二十点という報酬を新設させていただきました。そして、厚生労働省では、平成二十一年度に専門家向けのマニュアルを作成したほか、平成二十二年には、認知行動療法を普及させるために、国立精神・神経医療研究センターにおいて、認知行動療法を積極的に医師の養成のための研修を初めて実施する予定であります。

これからの、これらの取り組みを通じて、認知行動療法を行うことのできる専門家の養成を図ってまいりたいと思っております。

さらに加えまして、先ほど御質問をいただきました、養護教諭等が思春期精神保健対策専門研修事業を受けられるようにということについても、現在でも、医療従事者だけではなく養護教諭等の学校関係者の参加も可能となっておりますが、さらにこれから、養護教諭の参加について都道府県等に呼びかけてまいりたいと思っております。最後にちよつと一点だけ、答弁の訂正があります。

先ほど、最初、かかりつけ医うつ病対応力向上研修、二十年度が四十万所で、二十一年度が六十五万所と言いましたが、申しわけありません、五十一万所の間違いでございました。訂正させていただきます。

○古屋(範)委員 ありがとうございます。こうした専門医の育成は非常に急務であると思っております。

そこで、先ほども触れましたけれども、問題なのが、日本の中では二五%の方しか医療機関を受診していない。

これは、いろいろな理由があるかと思ひます。いろいろ調査をしてみますと、何とか自力で治るのではないかと思つたとか、あるいは、自然に治

ると思つた、このように答えていらつしやる方も多いですし、また、職場の中でほかの人に知られてはまずい、いろいろな理由があるかと思ひますが、ともかく受診をしていく方の比率が非常に低いというのが我が国の特徴であります。早期診断と適切な治療が欠かせないというわけで、受診率の向上が非常に大きな課題であると思つております。

そこで、イギリスにおきましては、軽症を含めれば六人に一人がうつ病とか不安障害に悩んでいられると言われております。ここでは、国を挙げて心の病に悩む人を一人でも減らそうという取り組みが行われているようです。

これも慶応の大野先生から伺つたものなんです。イギリスの精神療法家養成計画に関して、これは新聞にも掲載をされているんですが、一部を紹介させていただきますというふうな思つております。

これは、うつ病や不安障害で苦しんでいる患者さんの治療の中で、エビデンスの出ている精神療法を受けられるかどうかに関して、イギリス内に存在する地域格差を解消する目的で、ブレア政権時代に計画をされたということ。それが、国家的なプロジェクトとして現在のブラウン政権にも引き継がれて、実際に今、動き始めているようなんです。

二〇〇八年から、心理療法を希望するすべてのうつ病と不安障害患者に国が治療を提供する心理療法アクセス改善、IAPTプログラムを導入いたしました。現場での治療は無料です。一回五十分、不安を感じる原因やその対処法などを心理士と話し合っている。

従来は、うつ病や不安障害の患者のうち、治療を受けているのは四分の一にとどまっていたそうです。臨床心理士の不足が理由で、治療を受けるために平均一年半も待たなければいけなかった。これがイギリスの現状だったそうです。

そこで、イギリス保健省の計画では、三年間で約三百四十六億円を投じて、心理士三千六百

人を養成する、新たに九十万人が治療を受け、半数が回復すると試算されているそうです。新聞のこの金額とはちよつと違うんですが、イギリス保健省の出しているペーパーを見ますと、この金額だというふうな思ひます。四回から二十回の心理療法と、それから栄養指導などの生活支援も組み合わせまして、抗うつ薬などの薬は原則使用しないそうです。

心理士の養成費用と、治療によりうつ病患者が回復して就労不能給付金の支出が減つた場合の費用対効果が、イギリスにおいて心の病による損失は約一兆八千億円、非常に多額であります。日本では恐らく、人口比からいっても、これより多いと推計されます。生産性の向上なども考えれば、いわゆるおつりが来るというわけでありませう。

そこで、政府の自殺対策強化月間も本日で最終となりまして、厚労省の自殺・うつ対策プロジェクトチームでは、近く今後の対応の方向性が提示される予定のことです。腰を据えた政策立案が期待をされております。国家レベルで、メンタルヘルス対策に予算を投じて、国民が心身ともに健康な状態を確保できるよう努めるべきである。これは、本人にとつても、家族にとつてもそうであり、国にとつても、こうした費用対効果の面でもそうであるべきだと思います。

うつ病に伴う経済的損失が一兆円とも言われる我が国において、イギリスのIAPTの成果を確認した上で、薬を原則使わないこの心理療法、認知行動療法を希望するすべてのうつ病の患者の方々に提供するために、治療体制を考えるべきだと思ひますけれども、これについての御所見をお伺ひいたします。

○長妻国務大臣 今、古屋委員御指摘のように、私も、イギリスについては非常に注目をしております。

まず、一つは、今もお触れになりましたけれども、うつ病は、患者さん、家族が大変御苦労をされておられますが、これは不謹慎かどうかはわかりませんが、経済的損失の金額というのを

イギリスは公表したということで、国民的に、ああ、これだけの損失があれば、やはり一定の財政措置をしてそれに対応する必要がある、こういう意識醸成をしたというふうな承知しております。今、厚生労働省内でも、日本国におけるうつ病についての経済的損失額を算出するようにしております。

そして、今おつしやられたように、やはり抗うつ剤などの薬だけではなくて、今言われた認知行動療法、簡単に言うところ、コンサルタントという方が再発率が低いというのはイギリスでも言われておりました、やはり日本国も、薬中心の治療から今言われた認知行動療法に転換しなきゃいけないというふうな考えております。

そこで、あしたからの新しい診療報酬でも、四百二十点、一点十円でありますから一日につき四千二百円ということでありまして、これについてはもつとふやすべきだという御意見もありませんが、今までついでにない認知行動療法について新しく診療報酬をつけさせていたたいということでありませう。

今、毎日毎日、一日平均九十人の方が自殺をされておられて、先進七カ国では人口当たりの自殺率は一番多いということになっておりますので、ソーシャルワーカー等も含めて、認知行動療法の充実について、今後、何らかの目標を定められたいかということを検討していきたいと思ひます。

○古屋(範)委員 この損失額を厚労省としてこれから試算されるということでもありますが、一人一人の国民の心の健康、そして家族のために、ぜひこうした認知行動療法、専門家の育成、そして推進をお願いしたいというふうな思ひます。ありがとうございます。

次に、相談、カウンセリング等の資格を持った方々の人材活用についてお伺ひをしてみたいと思います。こうした心の病、また自殺、過労死に係る専門家の資格というのは非常に多くの種類があり

ます。私も、今回調べてみて、知らなかったものもありました。

認知行動療法にはその専門家が必要ですけれども、どうしても医師、看護師など絶対数が不足しておりまして、その対応ができないというのが現状ではないかと思っております。私は、うつ病や精神疾患に至るその前段階で、治療が必要だと精神科に行くその前段階で、これを見きわめた上で、心理士などの医療心理技術者等の資格を持った方々の活用をもっと考えてもよいのではないかと考えております。

例えば、心の問題や悩みに関して話を聞いて寄り添う、こうすることによって心のケアができる。やはり対話が重要であると考えております。だれもがつかうことがあったときに心のうちを話せる相手、以前は地域にそういう世話をやいてくれる人がいたんでしょうが、この時代にはなかなかそういうわけにもまいりません。例えば民間資格の精神対話士、この存在が注目されております。

きょうの天声人語にも少しその関連のことが出ております。これは、池田小の殺傷事件がありまして、そのときに娘さんを亡くされた方なんです。この方が、精神対話士に出会うことによつて笑顔が戻ってきた、心が持ち直した、このようなことがきょうちよつと記事に出ておりました。精神対話士というのは、メンタルケアの養成講座を修了して、厳正な選考を経て、メンタルケア協会に登録をされている心のケアの専門職であります。

また、福井市の教育委員会では、小学校のカウンセラー配置事業を独自に立ち上げまして、精神対話士をスクールカウンセラーに採用して、広く生徒のストレス、悩みに対応して、気軽に相談できる環境をつくっているそうです。いじめや不登校などの重大な問題につながる芽を事前に摘み取っていくということで、実際、精神対話士が派遣されている学校では確実に不登校増加に歯どめがかかっているという報告をいただいております。

また、ハローワーク金沢にも、昨年十二月、職業、住宅、生活支援の総合窓口、ワンストップサービスに初めてブースを設けるなど、失業者の心を支える役割を担っていたそうです。

これは、石川県では、精神対話士を活用して、三月にお寺で行ったようなんですが、本年二月から三月にかけて三回、悩みを抱える人たちの相談に無料で応じております。これは県の自殺防止対策の補助金認定事業で行われております。こうした取り組みが全国に広がってほしい、このように期待しております。

いじめに遭ったり引きこもっている子供や青年、肉体的な重い病気にかかって精神的に参っている病人、虚脱感、孤独感を強く感じてふさぎ込んでいる高齢者、病人やお年寄りを介護、看病し続けている家族、精神的に疲れ切っている人など、心の健康の維持というのは非常に大きな課題でありまして、依頼に応じて出向いてくれる、対話を通じて心の病をいやして生きる希望と勇気を持つてもらおう、こうした精神対話士の重要性は非常に強まっていると思われまふ。

そこで、国としても、臨床心理士あるいは精神対話士など、メンタルヘルスに関連する資格を持った人材の活用をもっと図るべきと思ひます。この点についてお伺いをいたします。

○長妻国務大臣 あした、四月一日、厚生労働省の入省式ということで、新人の心理職の職員も厚生労働省は採用しているところでありまして、そういう心理職の知恵も出して、チームで今のうつ対策に取り組むということが重要だと思ひます。

まず、二十二年度からは、その研修を強化していこうということで、国立精神・神経医療研究センターにおいて、二十二年度、来月から、臨床心理技術者、精神保健福祉士などを対象として、順次研修を実施していこうというふうに考えております。

あとは、今おっしゃられたような精神対話士という方も、これはメンタルケア協会で今八百人おられるし、臨床心理士は一万九千八百三十人がお

られますので、そういう方々が先ほどの療法にどれだけの従事していただけるのか、あるいはこれら把握もした上で、先ほどの研修強化も含めたチームの対応というのでも検討していきたいと思ひます。

○古屋(範)委員 厚生労働省にもそうした専門家が入省してこれられるということでありまして、ぜひそういう方々の御意見も生かして、こうした分野の方々の活躍できる場を広げていただきたいと思ひます。

最後の質問になります。私も、今回こうしたさまざまな厚労省での取り組みを伺うにつけ、非常に多岐にまたがっているということを感じました。精神衛生、医療のみならず、労働安全とか職業安定、非常に多くの部局にまたがっている問題だということを再認識いたしました。

そこで、私たちの総合うつ対策の提言におきまして、健康保険の傷病手当の活用拡大、あるいは安心して治療ができるような労災保険の休業補償、障害者手帳取得の促進などを訴えてまいりました。

うつ病患者にとつては、生活していける経済力があるうち、この傷病手当が支払われている間は何とか自殺を思いとどまることができる傾向があるとも伺いました。ですから、経済的な支援は本当に重要でありまして、自己負担一割で自立支援医療にかかれる対象であるということも周知をしていくことが大事です。精神障害者保健福祉手帳を取得できれば税金の軽減等も設けられているということ、こうしたことを知らない方々も非常に多いわけでありまして、経済的支援として活用できるものは現行法でもいろいろありますし、それを使っていたらいいというふうにも思っております。

そこで、患者が安心して治療に専念できるような、うつ病になったときは、このようにたくさん支援が既にあるのだということをごさんに知っ

ていただく必要があるというふうにも思っております。

そこで、それぞれの部局ではいろいろなものをつくっていらっしゃるようなんですが、各部局にわたる多くの支援策を一つにまとめたものが欲しいと思っております。これを見れば一目瞭然、うつ病患者さんの支援策がわかるというようなパンフレットをぜひ作成していただきたいと思ひますが、この点、いかがでしょうか。

○長妻国務大臣 厚生労働省のホームページに「心の健康」というコーナーをつくりまして、それを、今ホームページ全体の見直しをしておりますので、さらに見やすくする。そして、今のパンフレットについては、我々検討していきたいと思ひます。

恐らく、そのうつ病の方の中で一定の要件があれば障害年金というのが受給できるということも多くの方が御存じないのではないかと、あと、今おっしゃられた障害者自立支援法に基づく医療なども恐らく多くの方が御存じないのではないかと、これについては、これだけ多くの方が今うつということになっておりますので、広報をさらに強化していきたいというふうにも考え、そういう方々がいらつしやる場所なども見定めて、効果的な広報に取り組んでいきたいと思ひます。

○古屋(範)委員 こうしたパンフレットの作成も前向きに御検討をいただけたらいいことですので、さらなるうつ対策を求めまして、質問を終わらせていただきます。

○藤村委員長 内閣提出、医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。趣旨の説明を聴取いたします。長妻厚生労働大臣。

医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案

(本号末尾に掲載)

○長妻国務大臣 たいま議題となりました医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案について、その提案の理由及び内容の概要を御説明申し上げます。

我が国の医療保険制度においては、現在、各医療保険者の財政状況が非常に厳しくなっております。その背景としては、経済状況の悪化により被保険者の収入が落ち込んでいること、高齢化等により医療費が増加していることが主に挙げられます。

また、市町村国民健康保険に対して講じている財政支援措置が平成二十一年度末で期限切れを迎えます。さらに、後期高齢者医療制度において被用者保険の被扶養者であった方に対する保険料の軽減措置も、多くの方について適用期限が切れることとなります。

したがって、このままでは、市町村国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療制度それぞれの平成二十二年以降の保険料の大幅な上昇が見込まれるところであります。このため、医療保険制度の安定的な運営を図るとともに、現下の厳しい経済状況の中で、できる限り保険料の上昇を抑制するために必要な財政支援措置等を講ずることとしております。

以下、この法律案の主な内容について御説明申し上げます。

第一に、国民健康保険制度においては、その財政基盤の強化を図るため、所得の少ない方の数に応じて市町村を支援する制度や、高額な医療費に對し国及び都道府県が補助する事業を継続することとしております。

また、一定額以上の高額な医療費の負担を市町村が共有する事業について、都道府県の権限と責

任の強化を図った上で継続することとしております。あわせて、国民健康保険事業の運営の広域化や財政の安定化を推進するため、都道府県が市町村に対する支援の方針を策定できるようにすることとしております。

また、保険料の滞納により世帯主に被保険者資格証明書を交付する場合、子供が安心して医療を受けることができるよう、中学生以下だけでなく、高校生世代にも、六カ月の短期被保険者証を交付することとしております。

第二に、健康保険制度においては、協会けんぽに対する国庫補助率について、平成二十四年度までの間は、従来の一三%から一六・四%に引き上げることとしております。

また、平成二十四年度までの間は、毎事業年度における財政均衡の特例を設けることとしております。あわせて、被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金について、平成二十四年度までの間、その額の三分の一を、従来の加入者割から改め、いわゆる総報酬割とすることとしております。

なお、協会けんぽに対する国庫補助率については、その財政状況等を勘案し、平成二十四年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずることとしております。第三に、後期高齢者医療制度においては、被用者保険の被扶養者であった方に対する保険料の軽減措置について、当分の間、延長することとしております。

あわせて、都道府県に設置する財政安定化基金について、当分の間、これを取り崩して保険料率の増加を抑制するために充てることができるようにすることとしております。

最後に、この法律の施行期日については、平成二十二年四月一日としております。

ただし、高校生世代に対する短期被保険者証の交付や協会けんぽに対する国庫補助率、後期高齢

者支援金に関する規定については、平成二十二年七月一日から施行することとしております。以上が、この法律案の提案理由及びその内容の概要であります。

何とぞ、御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

○藤村委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

次回は、来る四月二日金曜日午前九時二十分理事會、午前九時三十分委員會を開會することとし、本日は、これにて散會いたします。

午後一時四十六分散會

医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案

国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)の一部を次のように改正する。

第一条 国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)の一部を次のように改正する。

目次中「指定市町村の安定化計画第六十八条の二」を「広域化等支援方針(第六十八条の二、第六十八条の三)」に改める。

第六十六条第六号中「被扶養者」を「被扶養者」に改め、同号ただし書を削り、同条第八号中「高齢者の医療の確保に関する法律」の下に「昭和五十七年法律第八十号」を加える。

第九條第三項中「第六十三條の二」の下に「第六十八條の二第二項第四号」を加え、同條第六項中「十五歳を十八歳に改め、同條第九項中「すべての」を削り、「ともに、」の下に、当該被保険者に係る」を加え、同條第十項中「除く。」及び「限る。」の下に「及びその世帯に属する被保険者」を加え、同項に次のただし書を加える。

ただし、十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者が属する世帯の世帯主又はその世帯に属する被保険者の被保

険者証について六月未満の特別の有効期間を定める場合においては、当該者に係る被保険者証の特別の有効期間は、六月以上としなければならない。

第九條第十一項中「被保険者」の下に「同項ただし書に規定する場合における当該世帯に属する十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者その他」を加える。

第十二條を次のように改める。

第十二條 削除

第二十二條中「国民年金法」を「及びその世帯に属する被保険者、国民年金法」に改め、「除く。」の下に、「世帯の世帯主」とあるのは「世帯の組合員」とを加える。

第五十八條に次の一項を加える。

3 保険者は、第一項の保険給付及び前項の傷病手当金の支払に関する事務を国民健康保険団体連合會に委託することができる。

第四章の二を次のように改める。

第四章の二 広域化等支援方針 (広域化等支援方針) 第六十八條の二 都道府県は、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するための当該都道府県内の市町村に対する支援の方針(以下「広域化等支援方針」という。)を定めることができる。

2 広域化等支援方針においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化の推進に関する基本的な事項

二 国民健康保険の現況及び将来の見通し
三 前号の現況及び将来の見通しを勘案して、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化の推進において都道府県が果たすべき役割
四 国民健康保険事業に係る事務の共同実施、医療に要する費用の適正化、保険料の納付状況の改善その他の国民健康保険事業

の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を図るための具体的な施策

五 前号に掲げる施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

六 前各号に掲げるもののほか、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するため都道府県が必要と認める事項

3 都道府県は、当該都道府県内の市町村のうち、その医療に要する費用の額について厚生労働省令で定めるところにより被保険者の数及び年齢階層別の分布状況その他の事情を勘案してもなお著しく多額であると認められるものがある場合には、その定める広域化等支援方針において前項第四号に掲げる事項として医療に要する費用の適正化その他の必要な措置を定めるよう努めるものとする。

4 都道府県は、広域化等支援方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村の意見を聴かなければならない。

5 都道府県は、広域化等支援方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるものとする。

6 市町村は、国民健康保険事業の運営に当たっては、広域化等支援方針を尊重するよう努めるものとする。

7 都道府県は、広域化等支援方針の作成及び広域化等支援方針に定める施策の実施に関して必要があると認めるときは、国民健康保険団体連合会その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

(広域化等支援基金)
第六十八條の三 都道府県は、広域化等支援方針の作成、広域化等支援方針に定める施策の実施その他国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化に資する事業に必要な費用に充てるため、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百四十一條の基金として、広域化等支援基金を設ける

ことができる。
第七十條第一項中「支給に要する費用並びに」を「支給に要する費用第七十二條第一項及び第七十條において「療養の給付等に要する費用」という。並びに」に改め、同條第三項から第五項までを削る。

第七十二條第二項第一号中「から前々年度の基準超過費用額の総額を控除した額」を削る。
第七十二條の二に次の一項を加える。

3 都道府県調整交付金の交付は、広域化等支援方針(都道府県が広域化等支援方針に定める施策を実施するため地方自治法第二百四十五條の四第一項の規定による勧告をした場合にあつては、広域化等支援方針及び当該勧告の内容)との整合性を確保するように努めるものとする。
第七十二條の四を削り、第七十二條の五を第七十二條の四とする。

第七十三條第一項中「療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用」を「療養の給付等に要する費用」に改める。
第七十四條中「第七十二條の四第二項、第七十二條の五」を「第七十二條の四」に改める。
第七十五條中「第七十二條の四第二項及び第七十二條の五」を「及び第七十二條の四」に改める。

第七十五條の二を削る。
第七十七條及び第七十八條を削り、第七十九條を第七十七條とし、第七十九條の二を第七十九條とし、第七十九條の三を第七十九條とする。

第七十九條の四中「この法律の規定により都道府県が処理することとされている事務(第七十二條の二第一項、第七十五條、第七十五條の二及び第七章の規定により処理することとされている事務並びに第十章の規定により処理する

こととされている事務のうち市町村及び連合会に係るものを除く。）」を「第十七條第一項及び第三項、第二十七條第三項において準用する場合を含む。」、第二十四條の四、第二十四條の五、第二十五條第一項、第二十七條第二項及び第四項、第三十二條第二項、第三十二條の二第二項、第三十二條の七第一項及び第二項(同條第二項において準用する場合を含む。)、第三十二條の十二、第四十一條第一項(第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の三第三項において準用する場合を含む。)、及び第二項(第四十五條の二第四項、第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の三第三項において準用する場合を含む。)、第四十五條第三項並びに第四十五條の二第一項及び第五十二條(これらの規定を第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の二第二項及び第三項の二並びに第五十四條の二の三第一項及び第三項(これらの規定を第五十四條の三第二項において準用する場合を含む。)、第八十條第一項、第八十八條並びに第八十九條第一項の規定により都道府県が処理することとされている事務、第六六條第一項、第七七條及び第七十八條の規定により都道府県が処理することとされている事務のうち組合に係るもの並びに第七十四條、附則第十六條において準用する高齢者の医療の確保に関する法律第四十四條第四項及び第三十四條第二項並びに附則第十九條において準用する同法第五十二條第一項及び第三項の規定により都道府県が処理することとされている事務)」に改め、同條を第七十九條の二とする。

附則第六條中「その日が月の初日であるときは、その日の属する月」を削る。
附則第七條第三項ただし書中「被用者保険等保険者を「退職被保険者等所属市町村」に、「以下同じ」を「以下この項において同じ」に改め、

同條第四項を削る。
附則第九條第一項中「以下同じ」を「第七十二條の三第一項において同じ」に改め、「同條第三項第一号イ(1)中「被保険者」とあるのは「一般被保険者」と、同号イ(2)及びロ並びに同項第二号イ(2)及びロ並びに同條第五項第一号中「被保険者の数」とあるのは「一般被保険者の数」と、同項第二号中「被保険者の総数」とあるのは「一般被保険者の総数」と、同項第四号及びロを削り、同條第二項中「附則第七條第四項の規定により厚生労働大臣が定める組合に」を「次條第三項の規定により厚生労働大臣が定める組合に」に、「附則第七條第四項」を「附則第十條第三項」に、「附則第十條第一項」を「同條第一項」に改める。

附則第十條に次の一項を加える。
3 第一項の被用者保険等保険者は、健康保険法の規定による保険者、船員保険法の規定による保険者、第六六條第三号に規定する共済組合、日本私立学校振興・共済事業団及び健康保険法第三條第一項第八号の規定による承認を受けて同法の被保険者とならない者を組合員とする組合であつて厚生労働大臣が定めるものとする。
附則第二十一條第一項中「その日が月の初日であるときは、その日の属する月」を削り、同條第五項を同條第六項とし、同條第四項の次に次の一項を加える。

5 第三項第二号及び前項第二号に規定する調整対象基準額は、当該年度の概算調整対象基準額(高齢者の医療の確保に関する法律第三十四條第三項に規定する概算調整対象基準額をいう。以下この項において同じ)とする。ただし、当該年度の前々年度の概算調整対象基準額が当該年度の前々年度の確定調整対象基準額(同法第三十五條第三項に規定する確定調整対象基準額をいう。以下この項において同じ)を超えるときは、当該年度の概算調整対象基準額からその超える額とその超える

同條第四項を削る。
附則第九條第一項中「以下同じ」を「第七十二條の三第一項において同じ」に改め、「同條第三項第一号イ(1)中「被保険者」とあるのは「一般被保険者」と、同号イ(2)及びロ並びに同項第二号イ(2)及びロ並びに同條第五項第一号中「被保険者の数」とあるのは「一般被保険者の数」と、同項第二号中「被保険者の総数」とあるのは「一般被保険者の総数」と、同項第四号及びロを削り、同條第二項中「附則第七條第四項の規定により厚生労働大臣が定める組合に」を「次條第三項の規定により厚生労働大臣が定める組合に」に、「附則第七條第四項」を「附則第十條第三項」に、「附則第十條第一項」を「同條第一項」に改める。

額に係る調整対象基準調整金額(当該年度の
前々年度におけるすべての特定健康保険組合
に係る概算調整対象基準額と確定調整対象基
準額との過不足額につき生ずる利子その他の
事情を勘案して厚生労働省令で定めるところ
により各特定健康保険組合ごとに算定される
額をいう。以下この項において同じ。)との合
計額を控除して得た額とするものとし、当該
年度の前々年度の概算調整対象基準額が当該
年度の前々年度の確定調整対象基準額に満た
ないときは、当該年度の概算調整対象基準額
にその満たない額とその満たない額に係る調
整対象基準調整金額との合計額を加算して得
た額とする。

附則第二十一条の次に次の一条を加える。

第二十一条の二 平成二十二年から平成二十
四年度までの各年度の概算療養給付費等拠出
金の額及び確定療養給付費等拠出金の額につ
いての前条第三項及び第四項の規定の適用に
ついては、同条第三項第二号中「が負担する
後期高齢者支援金」とあるのは「に係る後期高
齢者支援金(当該特定健康保険組合に高齢者
の医療の確保に関する法律附則第十四条の三
及び第十四条の四の規定の適用がないものと
して同法第一百九条の規定を適用する)とし
たならば同条第一項の規定により算定されるこ
ととなるものをいう。次項第二号において同
じ。」と、同条第四項第二号中「が負担した」
とあるのは「に係る」とする。

2 平成二十二年及び平成二十三年の各年
度における前条第五項の規定の適用について
は、同項中「第三十四条第三項に規定する概
算調整対象基準額をいう。以下この項におい
て同じ」とあるのは「附則第十三条の二第三号
及び第四号に掲げる額の合計額をいう」と、
「前々年度の概算調整対象基準額」とあるのは
「前々年度の概算調整対象基準額(同法第三十
四条第三項に規定する概算調整対象基準額を
いう。)」と、「ときは、当該年度の概算調整対

象基準額」とあるのは「ときは、当該年度の概
算調整対象基準額(同法附則第十三条の二第
三号及び第四号に掲げる額の合計額をい
う。)」と、「概算調整対象基準額」とあるのは
「概算調整対象基準額(同法第三十四条第三
項に規定する概算調整対象基準額をいう。)
」とする。

3 平成二十四年度における前条第五項の規定
の適用については、同項中「第三十四条第三
項に規定する概算調整対象基準額」とあるの
は「附則第十三条の二第三号及び第四号に掲
げる額の合計額」と、「第三十五条第三項に規
定する確定調整対象基準額」とあるのは附則
第十三条の三第三号及び第四号に掲げる額の
合計額」とする。

附則第二十二條中「前条第三項第二号」を「附
則第二十一条第三項第二号」に改め、同条の次
に次の一条を加える。

(組合に対する補助の特例)
第二十二條の二 平成二十二年から平成二十
四年度までの各年度における第七十三条第二
項の規定の適用については、同項中「補助の
割合」とあるのは、「補助の割合及び組合の財
政力」とする。

附則第二十四條中「平成十八年度から平成二
十一年度まで」を「平成二十二年から平成二十
五年度まで」に改める。

附則第二十五條中「平成二十年及び平成二
十一年度」を「平成二十二年から平成二十五
年度までの各年度」に改める。

附則第二十六條第一項中「平成十八年度から
平成二十一年度まで」を「平成二十二年から平
成二十五年まで」に改め、同項第一号中「政令
で定める額の下に(第三項の規定により都道
府県が特別の額を定めた場合には、その額)」を
加え、同条第二項中「政令の定めるところ」を
「政令で定める方法(同項第一号に掲げる交付金
を交付する事業について、次項の規定により都
道府県が特別の方法を定めた場合には、その方

法)に改め、同条第五項を同条第六項とし、同
条第四項を同条第五項とし、同条第三項中「前
項」を「第二項」に改め、同項を同条第四項と
し、同条第二項の次に次の一項を加える。

3 都道府県は、必要があると認めるときは、
第一項第一号に掲げる交付金を交付する事業
について、政令で定める基準に従い、広域化
等支援方針において、第六十八条の二第二項
第四号に掲げる国民健康保険の財政の安定化
を図るための具体的な施策として、第一項第
一号の政令で定める額又は前項の政令で定め
る方法に代えて、特別の額又は特別の方法を
定めることができる。

附則第二十七條中「平成十九年度から平成二
十一年度まで」を「平成二十二年から平成二十
五年度まで」に、「前条第四項」を「前条第五項」
に改める。

附則第二十八條中「健康保険法等の一部を改
正する法律(平成十八年法律第八十三号)の施行
後における」を削り、「平成二十一年度」を平成
二十五年に改める。

(健康保険法の一部改正)
第二条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の
一部を次のように改正する。

第七条の二十八第二項中「決算報告書(以下
この条及び第二百七条の二第四号に
おいて)を加える。

第七条の二十九第一項中「及び事業報告書等」
を、「事業報告書(会計に関する部分に限る。)及
び決算報告書」に改める。

第六十條第一項中「千分の百」を「千分の百
二十」に改める。

第六十條第一項中「又は協会を」と、協会に
改め、「ならない場合」の下に「又は解散により
消滅した健康保険組合の権利を第二十六條第四
項の規定により承継した場合であつて当該健康
保険組合の保険料等未収のものに係るものが
あるとき」を加える。
附則第五條の次に次の一条を加える。

(国庫補助の特例)
第五條の二 平成二十二年から平成二十四
年度までの間は、第五百三十三條第一項中「給付
費割合(同法第三十四條第一項第一号及び第
二号に掲げる額の合計額に対する同項第一号
に掲げる額の割合をいう。以下この条及び次
条において同じ。)」とあるのは「同法附則第十
三条の四第一項第一号から第三号までに掲げ
る額の合計額に対する同法附則第十三条の二
第一号に規定する調整対象給付費見込額(以
下この条において「調整対象給付費見込額」と
いう。))に同条第三号に規定する概算加入者調
整率を乗じて得た額から調整対象給付費見込
額を控除した額(当該額が零を下回る場合に
は、零とする。の割合」と、「に給付費割合を
乗じて得た額」とあるのは「を基準として政令
で定める額」と、附則第四條の四の規定によ
り読み替えられた第五百三十三條第二項中
「高齢者の医療の確保に関する法律の規定
に係るものを除く。）」及び同法附則第七條第一
項に規定する病床転換支援金(日雇特別被保
険者に係るものを除く。))並びに」とあるのは
「の納付に要する費用の額に高齢者の医療の
確保に関する法律附則第十三條の四第一項第
一号から第三号までに掲げる額の合計額に対
する同項第一号及び第二号に掲げる額の合計
額から、調整対象給付費見込額に同法附則第
十三條の二第三号に規定する概算加入者調整
率を乗じて得た額から調整対象給付費見込額
を控除した額を控除した額(当該額が零を下
回る場合には、零とする。の割合を乗じて得
た額並びに同法の規定による後期高齢者支
援金(日雇特別被保険者に係るものを除く。))の
納付に要する費用の額に同法附則第十四條の
三第一項第一号及び第二号に掲げる額の合計
額に対する同項第一号に掲げる額の割合を乗
じて得た額並びに同法附則第七條第一項に規
定する病床転換支援金(日雇特別被保険者に

保るものを除く。)及び「当該前期高齢者納付金の額に給付費割合を乗じて得た額を除き、前期高齢者交付金」とあるのは「前期高齢者交付金」と、当該額に給付費割合を乗じて得た額」とあるのは「前項の政令で定める額」と、第百五十四条第一項中「費用の額に給付費割合」とあるのは「費用の額に給付費割合(高齢者の医療の確保に関する法律第三十四条第一号及び第二号に掲げる額の合計額)に対する同項第一号に掲げる額の割合をいう。以下この条において同じ。」と、前条中「千分の百三十二」とあるのは「千分の百六十四」とする。

附則第八条の二の次に次の一条を加える。
(都道府県単位保険料率の算定の特例等)

第八条の三 平成二十二年度から平成二十四年度までの間は、第百六十条第三項第三号中「並びに健康保険事業の事務の執行に要する費用及び次条の規定による準備金の積立ての予定額(第百五十一条の規定による国庫負担金の額を除く。）」とあるのは、「健康保険事業の事務の執行に要する費用及び次条の規定による準備金の積立ての予定額(第百五十一条の規定による国庫負担金の額を除く。）」並びに第七条の三十一の規定による短期借入金金の償還に要する費用の額に充てるものとして政令で定める額」と、同条第五項中「二年」とは、翌事業年度以降の五年間とあるのは「平成二十二年度から平成二十四年度までの間、毎事業年度の開始前に(平成二十二年度にあつては、当該年度開始後速やかに)、当該事業年度から平成二十四年度までの間(当該事業年度が平成二十四年度の場合にあつては、当該事業年度)」とする。

(高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正)
第三条 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)の一部を次のように改正する。
附則第十三条の次に次の五条を加える。

(平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る前期高齢者交付金の額の算定の特例)

第十三条の二 平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者(国民健康保険法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者をいう。以下同じ。)に係る第三十三条第一項の概算前期高齢者交付金の額は、第三十四条第一項の規定にかかわらず、第一号に掲げる額から第三号に掲げる額を控除した額と第二号に掲げる額から第四号に掲げる額を控除した額に三分の二を乗じて得た額との合計額(当該合計額が零を下回る場合には、零とする。)とする。

一 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る第三十四条第一項第一号の調整対象給付費見込額と附則第八条の規定により算定される病床転換支援金の額に当該各年度における当該被用者保険等保険者である加入者の見込数の割合を基礎として被用者保険等保険者ごとに算定される率(次号において「前期高齢者加入見込率」という。)を乗じて得た額との合計額(第三号及び附則第十三条の四第一項第一号において「調整対象給付費見込額等」という。)

二 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る附則第十四条の三第一項第一号の概算加入者割後期高齢者支援金額に前期高齢者加入見込率を乗じて得た額(第四号及び附則第十三条の四第一項第二号において「前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額」という。)

三 調整対象給付費見込額等に係る概算調整対象基準額(当該被用者保険等保険者に係る調整対象給付費見込額等に当該各年度における概算加入者調整率(第三十四条第三項の概算加入者調整率をいう。次号において同じ。)を乗じて得た額をいう。附則第十

三条の四第一項第一号において同じ。)

四 前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額(当該被用者保険等保険者に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に概算加入者調整率を乗じて得た額をいう。附則第十三条の四第一項第二号及び第三項において同じ。)

第十三条の三 平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る第三十三条第一項の確定前期高齢者交付金の額は、第三十五条第一項の規定にかかわらず、第一号に掲げる額から第三号に掲げる額を控除した額と第二号に掲げる額から第四号に掲げる額を控除した額に三分の二を乗じて得た額との合計額(当該合計額が零を下回る場合には、零とする。)とする。

一 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る第三十五条第一項第一号の調整対象給付費額と附則第八条の規定により算定される病床転換支援金の額に当該各年度における当該被用者保険等保険者である加入者の数に対する前期高齢者である加入者の数の割合を基礎として被用者保険等保険者ごとに算定される率(次号において「前期高齢者加入率」という。)を乗じて得た額との合計額(第三号及び附則第十三条の五第一項第一号において「調整対象給付費額等」という。)

二 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る附則第十四条の四第一項第一号の確定加入者割後期高齢者支援金額に前期高齢者加入率を乗じて得た額(第四号及び附則第十三条の五第一項第二号において「前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額」という。)

三 調整対象給付費額等に係る確定調整対象基準額(当該被用者保険等保険者に係る調整対象給付費額等に当該各年度における確

定加入者調整率(第三十五条第三項の確定加入者調整率をいう。次号において同じ。))を乗じて得た額をいう。附則第十三条の五第一項第一号において同じ。)

四 前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額(当該被用者保険等保険者に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に確定加入者調整率を乗じて得た額をいう。附則第十三条の五第一項第二号及び第三項において同じ。)

(平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る前期高齢者納付金の額の算定の特例)

第十三条の四 平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る第三十八条第一項第一号の負担調整前概算前期高齢者納付金相当額は、同条第二項の規定にかかわらず、第一号から第三号までに掲げる額(特定健康保険組合(健康保険法附則第三条第一項に規定する特定健康保険組合をいう。以下同じ。))にあつては、第一号から第四号までに掲げる額の合計額(第一号及び第二号に掲げる額の合計額が零を下回る場合には、第三号に掲げる額(特定健康保険組合にあつては、同号及び第四号に掲げる額の合計額)とする。)

一 調整対象給付費見込額等に係る概算調整対象基準額から調整対象給付費見込額等を控除して得た額

二 前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額から前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額を控除して得た額(第四項第一号において「後期高齢者支援金に係る概算加入者割前期高齢者納付金額」という。)

三 後期高齢者支援金に係る概算総報酬割前期高齢者納付金額

四 特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額に三分の一を乗じて得た額

2 前項第三号の後期高齢者支援金に係る概算総報酬割前期高齢者納付金額は、当該各年度における当該被用者保険等保険者の国民健康保険法附則第十二条第一項に規定する標準報酬総額(以下「標準報酬総額」という。)の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額(以下「標準報酬総額の見込額」という。)に納付金概算拠出率を乗じて得た額とする。

3 第一項第四号の特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額は、当該各年度における当該特定健康保険組合に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額に、厚生労働省令で定めるところにより算定される当該各年度における当該特定健康保険組合に係る加入者の見込数に対する特例退職被保険者等(国民健康保険法附則第二十一条第一項に規定する特例退職被保険者及びその被扶養者)をいう。以下同じである加入者の見込数の割合を基礎として特定健康保険組合ごとに算定される率を乗じて得た額とする。

4 第二項の納付金概算拠出率は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号に掲げる合計額から第二号及び第三号に掲げる合計額の合計額を控除した額に三分の一を乗じて得た額を、当該各年度における各被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額の合計額で除して得た率とする。

一 各被用者保険等保険者(第一項第一号及び第二号に掲げる額の合計額が零を下回る被用者保険等保険者を除く。)に係る後期高齢者支援金に係る概算加入者割前期高齢者納付金額の合計額

二 各特定健康保険組合に係る第一項第四号の特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の概算額に係る概算調整対象基準額の合計額

三 附則第十三条の二の規定により算定される額が零を上回る被用者保険等保険者に係る同条第二号に掲げる額から同条第四号に掲げる額を控除した額の合計額

第十三条の五 平成二十二年から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る第三十九条第一項第一号の負担調整前確定前期高齢者納付金相当額は、同条第二項の規定にかかわらず、第一号から第三号までに掲げる額(特定健康保険組合にあつては、第一号から第四号までに掲げる額)の合計額、第一号及び第二号に掲げる額の合計額が零を下回る場合には、第三号に掲げる額(特定健康保険組合にあつては、同号及び第四号に掲げる額の合計額)とする。

一 調整対象給付費額等に係る確定調整対象基準額から調整対象給付費額等を控除して得た額

二 前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額から前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額を控除して得た額(第四項第一号において「後期高齢者支援金に係る確定加入者割前期高齢者納付金額」という。)に三分の二を乗じて得た額

三 後期高齢者支援金に係る確定総報酬割前期高齢者納付金額

四 特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額に三分の一を乗じて得た額

3 第一項第四号の特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額は、当該各年度における当該特定健康保険組合に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額に、厚生労働省令で定めるところにより算定される当該各年度における当該特定健康保険組合に係る加入者の数に対する特例退職被保険者等である加入者の数の割合を基礎として特定健康保険組合ごとに算定される率を乗じて得た額とする。

4 第二項の納付金確定拠出率は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号に掲げる合計額から第二号及び第三号に掲げる合計額の合計額を控除した額に三分の一を乗じて得た額を、当該各年度における各被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額で除して得た率とする。

一 各被用者保険等保険者(第一項第一号及び第二号に掲げる額の合計額が零を下回る被用者保険等保険者を除く。)に係る後期高齢者支援金に係る概算加入者割前期高齢者納付金額の合計額

二 各特定健康保険組合に係る第一項第四号の特例退職被保険者等に係る前期高齢者に係る加入者割後期高齢者支援金の確定額に係る確定調整対象基準額の合計額

三 附則第十三条の三の規定により算定される額が零を上回る被用者保険等保険者に係る同条第二号に掲げる額から同条第四号に掲げる額を控除した額の合計額
(市町村の特別会計への繰入れ等の特例)
第十三条の六 当分の間、第九十九条第二項の規定の適用については、同項中「同条各号に掲げる場合のいずれかに該当するに至つた日の属する月以後二年を経過する月までの間に限り、条例の」とあるのは、「条例の」とする。

附則第十四条の次に次の三条を加える。
(財政安定化基金の特例)
第十四条の二 都道府県は、当分の間、第六十六条第一項の規定にかかわらず、政令で定めるところにより、後期高齢者医療広域連合に対して保険料率の増加の抑制を図るための交付金を交付する事業に必要な費用に、財政安定化基金を充てることができる。
(平成二十二年から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の算定の特例)
第十四条の三 平成二十二年から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る第九十九条第一項の概算後期高齢者支援金の額は、第九十九条第一項の規定にかかわらず、第一号及び第二号に掲げる額(特定健康保険組合にあつては、第一号から第三号までに掲げる額の合計額)とする。

一 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る第九十九条第一項の規定により算定される概算後期高齢者支援金の額(以下この条において「概算加入者割後期高齢者支援金額」という。)に三分の二を乗じて得た額

二 概算総報酬割後期高齢者支援金額

三 特例退職被保険者等に係る概算加入者割後期高齢者支援金額に三分の一を乗じて得た額

2 前項第二号の概算総報酬割後期高齢者支援金額は、当該各年度における当該被用者保険等保険者の標準報酬総額の見込額に支援金概算拠出率を乗じて得た額とする。

3 第一項第三号の特例退職被保険者等に係る概算加入者割後期高齢者支援金額は、当該特定健康保険組合に係る概算加入者割後期高齢者支援金額に、厚生労働省令で定めるところにより算定される当該各年度における当該特定健康保険組合に係る加入者の見込数に対する特例退職被保険者等である加入者の見込数

の割合を基礎として特定健康保険組合ごとに算定される率を乗じて得た額とする。

4 第二項の支援金概算拠出率は、厚生労働省令で定めるところにより、各被用者保険等保険者の概算加入者割後期高齢者支援金額の合計額から各特定健康保険組合における第一項第三号の特例退職被保険者等に係る概算加入者割後期高齢者支援金額の合計額を控除した額に三分の一を乗じて得た額を、当該各年度における各被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額の合計額で除して得た率とする。

第十四条の四 平成二十二年度から平成二十四年度までの各年度の被用者保険等保険者に係る第九十九条第一項の確定後期高齢者支援金の額は、第二百一十一条第一項の規定にかかわらず、第一号及び第二号に掲げる額(特定健康保険組合にあつては、第一号から第三号までに掲げる額)の合計額とする。

一 当該各年度における当該被用者保険等保険者に係る第九十九条第一項の規定により算定される確定後期高齢者支援金の額(以下この条において「確定加入者割後期高齢者支援金額」という。)に三分の二を乗じて得た額

二 確定総報酬割後期高齢者支援金額
三 特例退職被保険者等に係る確定加入者割後期高齢者支援金額に三分の一を乗じて得た額
2 前項第二号の確定総報酬割後期高齢者支援金額は、当該各年度における当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に支援金確定拠出率を乗じて得た額とする。

3 第一項第三号の特例退職被保険者等に係る確定加入者割後期高齢者支援金額は、当該特定健康保険組合に係る確定加入者割後期高齢者支援金額に、厚生労働省令で定めるところにより算定される当該各年度における当該特

定健康保険組合に係る加入者の数に対する特例退職被保険者等である加入者の数の割合を基礎として特定健康保険組合ごとに算定される率を乗じて得た額とする。

4 第二項の支援金確定拠出率は、厚生労働省令で定めるところにより、各被用者保険等保険者の確定加入者割後期高齢者支援金額の合計額から各特定健康保険組合における第一項第三号の特例退職被保険者等に係る確定加入者割後期高齢者支援金額の合計額を控除した額に三分の一を乗じて得た額を、当該各年度における各被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の合計額で除して得た率とする。

(健康保険法等の一部を改正する法律の一部改正) 第四条 健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号)の一部を次のように改正する。

附則第三十一条中「起算して五年間」を「平成三十年三月三十一日までの間」に改める。

附則 (施行期日) 第一条 この法律は、平成二十二年四月一日から施行する。ただし、第一条中国民健康保険法第九十九条第六項、第十項及び第十一項の改正規定、同法第二十二條の改正規定、同法附則第二十一条の次に一条を加える改正規定、同法附則第十二條の改正規定並びに同条の次に一条を加える改正規定、第二条中健康保険法附則第五条の次に一条を加える改正規定並びに第三条中高齢者の医療の確保に関する法律附則第十三條の次に五条を加える改正規定(同法附則第十四條の六に係る部分を除く。)及び同法附則第十四條の二に係る部分を除く。)並びに附則第七條から第十七條までの規定は、同年七月一日から施行する。

(検討)

第二条 政府は、第二条の規定による改正後の健康保険法(以下「改正後健康保険法」という。)附則第五條及び第五條の二(国庫補助率に係る部分に限る。)の規定について、全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十四年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。

(国民健康保険法の一部改正に伴う経過措置) 第三条 この法律の施行の際現に行われている第一条の規定による改正前の国民健康保険法(以下「改正前国保法」という。)第十二條の規定による協議については、なお従前の例による。

第四条 平成二十年度から平成二十二年度までの各年度につき改正前国保法第六十八條の二第一項の規定により指定を受けた市町村については、同条第三項から第六項まで並びに改正前国保法第七十條第三項から第五項まで、第七十二條の四、第七十八條及び附則第九條第一項の規定(これらの規定に基づく命令の規定を含む)は、なおその効力を有する。この場合において、改正前国保法第七十條第五項第二号中「すべての市町村の被保険者の総数に対する当該前

期高齢被保険者の総数の割合」とあるのは、「すべての被保険者(高齢者の医療の確保に関する法律第七條第二項に規定する被保険者をいう。)に係る同条第三項に規定する加入者の総数に対する同法第三十二條第一項に規定する前期高齢者である加入者の総数の割合」とする。

第五条 第一条の規定による改正後の国民健康保険法(以下「改正後国保法」という。)第七十二條第二項及び第七十二條の二第二項の規定は、平成二十五年以後の年度の調整交付金及び都道府県調整交付金について適用し、平成二十四年度以前の年度の調整交付金及び都道府県調整交付金については、なお従前の例による。

第六条 この法律の施行の際現に存する改正前国保法第七十五條の二の規定による広域化等支援基金は、改正後国保法第六十八條の三の規定による広域化等支援基金とみなす。

(健康保険法の一部改正に伴う経過措置) 第七条 平成二十二年度における改正後健康保険法附則第五條の二の規定により読み替えられた改正後健康保険法附則第五條及び改正後健康保険法附則第五條の二の規定により読み替えられた改正後健康保険法第五十三條第一項の規定により補助する額は、同項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において改正後健康保険法附則第五條の二の規定の適用がないものとして改正後健康保険法附則第五條の規定により読み替えられた改正後健康保険法第五十三條第一項の規定を適用するものとする。

第八条 平成二十二年度における改正後健康保険法附則第五條の二の規定により読み替えられた改正後健康保険法附則第四條の四の規定により読み替えられた改正後健康保険法第五十三條第二項の規定により補助する額は、同項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において改正後健康保険法附則第五條の二の規定の適用がないものとして改正後健康保険法附則第四條の四の規定により読み替えられた改正後健康保険法第五十三條第二項の規定を適用するものとする。

第九条 平成二十二年度における改正後健康保険法附則第五條の二の規定により読み替えられた改正後健康保険法附則第五條及び改正後健康保険法附則第五條の二の規定により読み替えられた改正後健康保険法第五十四條第一項の規定により補助する額は、同項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同

年度において改正後健保法附則第五条の二の規定の適用がないものとして改正後健保法附則第五条の規定により読み替えられた改正後健保法第百五十四條第一項の規定を適用することとならば同項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。
(高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第十条 平成二十一年度以前の年度の被用者保険等保険者(改正後国保法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者をいう。以下同じ)に係る概算前期高齢者交付金及び確定前期高齢者交付金、概算前期高齢者納付金及び確定前期高齢者納付金並びに概算後期高齢者支援金及び確定後期高齢者支援金については、なお従前の例による。

第十一条 平成二十二年度の被用者保険等保険者に係る概算前期高齢者交付金の額は、第三条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律(以下「改正後高齢者医療確保法」という。)附則第十三条の二の規定にかかわらず、同条の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において同条の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第三十四條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。

第十二条 平成二十二年度の被用者保険等保険者に係る確定前期高齢者交付金の額は、改正後高齢者医療確保法附則第十三条の三の規定にかかわらず、同条の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において同条の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第三十五條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。

に係る概算前期高齢者納付金の額は、改正後高齢者医療確保法第三十八條第一項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において改正後高齢者医療確保法附則第十三条の四の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第三十八條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。

第十四条 平成二十二年度の被用者保険等保険者に係る確定前期高齢者納付金の額は、改正後高齢者医療確保法第三十九條第一項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において改正後高齢者医療確保法附則第十三条の五の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第三十九條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。

第十五条 平成二十二年度の被用者保険等保険者に係る概算後期高齢者支援金の額は、改正後高齢者医療確保法附則第十四条の三第一項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において同条の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第二十條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。

第十六条 平成二十二年度の被用者保険等保険者に係る確定後期高齢者支援金の額は、改正後高齢者医療確保法附則第十四条の四第一項の規定にかかわらず、同項の規定により算定される額の十二分の八に相当する額と同年度において同条の規定の適用がないものとして改正後高齢者医療確保法第二十一條の規定を当該被用者保険等保険者に適用することとならば同条第一項

の規定により算定されることとなる額の十二分の四に相当する額との合計額とする。
第十七条 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第百二十九号)による社会保険診療報酬支払基金は、附則第一条ただし書に規定する規定の施行後遅滞なく、平成二十二年年度における各被用者保険等保険者に係る前期高齢者交付金及び前期高齢者納付金並びに後期高齢者支援金(次項において「前期高齢者交付金等」という。)の額を変更し、当該変更後の額をそれぞれ
2 改正後高齢者医療確保法第四十二條第三項及び第四十三條第三項並びに第百二十四條において

て準用する第四十三條第三項の規定は、前項の規定により前期高齢者交付金等の額の変更がされた場合について、それぞれ準用する。
(船員保険法の一部改正)
第十八條 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)の一部を次のように改正する。
第十條中「第七條の二十八第二項」の下に「及び第七條の二十九第一項」を加える。
(地方自治法の一部改正)
第十九條 地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)の一部を次のように改正する。
別表第一 国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)の項を次のように改める。

国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)

第十七條第一項及び第三項(第二十七條第三項において準用する場合を含む。)、第二十四條の四、第二十四條の五、第二十五條第一項、第二十七條第二項及び第四項、第三十二條第二項、第三十二條の二第二項、第三十二條の七第一項及び第二項(同条第三項において準用する場合を含む。)、第三十二條の十二、第四十一條第一項(第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の三第二項において準用する場合を含む。)、及び第二項(第四十五條の二第四項、第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の三第二項を含む。)、第四十五條第三項並びに第四十五條の二第一項及び第五項(これらの規定を第五十二條第六項、第五十二條の二第三項、第五十三條第三項及び第五十四條の三第二項において準用する場合を含む。)、第五十四條の二の二並びに第五十四條の二の三第一項及び第三項(これらの規定を第五十四條の三第二項において準用する場合を含む。)、第八十條第一項、第八十八條並びに第八十九條第一項の規定により都道府県が処理することとされている事務、第百六條第一項、第百七條及び第百八條の規定により都道府県が処理することとされている事務のうち組合に係るもの並びに第百十四條、附則第十六條において準用する高齢者の医療の確保に関する法律第四十四條第四項及び第百三十四條第二項並びに附則第十九條において準用する同法第百五十二條第一項及び第三項の規定により都道府県が処理することとされている事務

(地方財政法の一部改正)

第二十条 地方財政法(昭和二十三年法律第九号)の一部を次のように改正する。

第三十七条中「平成十八年度から平成二十一年度まで」を「平成二十二年度から平成二十五年まで」に改める。

(住民基本台帳法の一部を改正する法律の一部改正)

第二十一条 住民基本台帳法の一部を改正する法律(平成二十一年法律第七十七号)の一部を次のように改正する。

附則第十三条のうち国民健康保険法第九条第十二項の改正規定及び附則第十四条中「第九条第十二項」を「第九条第十四項」に改める。

(政令への委任)

第二十二条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

理由

医療保険制度の安定的運営を図るため、都道府県による国民健康保険事業の運営の広域化等を推進するための市町村に対する支援の方針の策定、国民健康保険の財政基盤の強化、全国健康保険協会管掌健康保険に係る国庫補助率の見直し、後期高齢者医療の保険料に係る負担軽減等の措置を講ずる必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

第一類第七号

厚生労働委員会議録第十三号

平成二十二年三月三十一日

平成二十二年四月八日印刷

平成二十二年四月九日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

K