

(第七部)
國第百八十五回
參議院厚生勞働委員會會議錄第十号

國第百八十五回
會

平成二十五年十二月三日(火曜日)
午前十時六分開会

委員の異動
十一月一日

十一月三日 浜田 昌良君 若松 譲

出席者は左のとおり。

理事

委員

○委員長(石井みどり君) この際、申し上げます。民主党 新緑風会所属委員の出席が得られておりませんので、出席を要請いたしたいと存じます。しばらくお待ちください。

速記を止めてください。

〔午前十時七分速記中止〕

○委員長(石井みどり君) 速記を起としてください。

民主党 新緑風会所属委員に対し出席を要請いたしましたが、出席を得ることができませんでしたので、やむを得ず議事を進めます。

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律案を議題といたします。

まず、発議者の高階恵美子君から趣旨説明を聴取いたします。高階恵美子君。

○高階恵美子君 ただいま議題となりました中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律案につきまして、自由民主党、公明党、みんなの党、日本共産党及び社会民主党・護憲連合を代表し、その提案の理由及び内容の概要を御説明申し上げます。

中国残留邦人等の配偶者は、残留邦人の祖国に帰りたいという願いを受け止め、日本に骨を埋める決意で、帰国する残留邦人とと共に来日されました。帰国後も、言葉の壁や慣れないと生活習慣の中、残留邦人と労苦を共にされてきました。その間、政府において、帰国後の定着促進のための日本語教育等の支援、平成六年の議員立法による中國残留邦人等支援法に基づく支援、さらに、平成十九年以降は、改正中国残留邦人等支援法に基づき、満額の老齢基礎年金の支給や生活保護の基準

門家による議論ができるよう、資料の準備、整理に取り組んでいるところでございます。先ほど委員の御質問の中にもありましたように、今月中には改めて積極的な接種勧奨の再開の是非について専門家に御審議をいただきたいと考えております。

○川田龍平君 十月二十八日の厚生科学審議会の検討部会では、副反応の三割以上が意識消失や視力障害といった重篤な症例だったとして、接種の勧奨中止を正面継続すると決めております。これがひっくり返るようなことはないと思いますが、是非とも慎重な判断をお願いしたいと思います。

私はかねてから、予防接種より検診、そして性感染症を含む性教育の必要性を訴えてきました。これがひっくり返るようなことはないと思いますが、是非とも慎重な判断をお願いしたいと思います。

○小池晃君 登録金件について、医療機関については手数料などの支援を行うという理解でよろしくお願いします。

質問を終わります。

ありがとうございます。

（拍手）

C型肝炎ウイルス抗体検査を導入したり、このように、地域がん登録が大阪府においてはがん対策に有効に活用されてきたと考へております。

○東徹君 このがんの登録推進法に関連する予算として、導入当初としては予算見込額は六・九億円であり、また、実際に運用が開始される平成二十八年度の予算見込額は二十三・二億円というふうに聞いております。それぞれ内訳はどうなつているのか。そしてまた、従前より大阪ではがん登録の推進に力を入れてきましたけれども、この費用については地方交付税で一定程度対処されています。各自治体のがん登録に係る負担は、この法案が成立することによって軽減されるのかどうか、お聞きしたいと思います。

○大臣政務官(赤石清美君) お答えいたします。

地域がん登録事業に係る経費については、地方交付税により財政措置をしているところであります。その具体的な支出金額及び使途については各自治体の判断に委ねられているため、詳細については把握しておりませんけれども、がん登録推進法案が成立、施行された場合には、生存確認情報の収集及び全国がん登録情報との整合について国御質問がございましたので、その部分をお答えをいたします。

具体的には、まず国立がん研究センターの人件費などのランニングコストとして一億四千万円、都道府県による情報の整理等のための人件費として八・五億円、それから医療機関との調整あるいはデータ提供の審査に係る事業費として一億円、全国のがん診療連携拠点病院に対する支援として九・七億円、それから、これもお話ししましたけれど、その他の病院及び診療所に対する支援として一・五億円を見込んでおります。

○東徹君 今回、予算も伴うことでありますし、がんの治療の質の向上につながるかどうかといふものをしっかりと検証していくいただきたいと思います。

○福島みずほ君 社民党的福島みずほです。

私も国会の家族とがんのあの議員連盟に属しております。親ががんで亡くなったり、最近も親類ががんで亡くなってしまったんですが、ここにいらつしやる全ての皆さんも、多くの皆さんも、身近にがんで亡くなつた家族がいるという方も多いと思います。ですから、こういうがん登録が推進され、がんで苦しむ人たちへの支援が少しでも進むようにと思いますし、尾辻先生、古川先生始め大変努力をされていることにも心から敬意を表します。

ところで、このがん登録に関しては、患者の皆さんたちが非常にやはり推進してほしいと頑張ってきたわけですが、懸念というか問題点も、非常に悪用される問題点が生ずるということについてもチェックをやる必要があると私自身は思つて、その観点からかかわってきました。というのは、ある個人ががんにかかっているか、どんながんにかかっているかという、それはとてもセンシティブ情報であつて、万が一その個人情報が漏れればそれは非常に打撃になるわけですし、それから製薬会社や生命保険会社に例えばとつてみれば、誰ががんにかかっているかというセンシティティ情報は、一番欲しい情報というか、大変これは貴重な、最も実は取りたい情報というかになります。

○政府参考人(佐藤敏信君) 経費の内訳についても、その観点からかかわってきました。というのは、ある個人ががんにかかっているか、どんながんにかかっているかという、それはとてもセンシティブ情報であつて、万が一その個人情報が漏れればそれは非常に打撃になるわけですし、それから製薬会社や生命保険会社に例えばとつてみれば、誰ががんにかかっているかというセンシティティ情報は、一番欲しい情報というか、大変これは貴重な、最も実は取りたい情報というかになります。

○政府参考人(佐藤敏信君) お答えをいたしました。ところでも、このがん登録に関しては、患者の皆さんたちが非常にやはり推進してほしいと頑張ってきたわけですが、懸念というか問題点も、非常に悪用される問題点が生ずるということについてもチェックをやる必要があると私自身は思つて、その観点からかかわってきました。というのは、ある個人ががんにかかっているか、どんながんにかかっているかという、それはとてもセンシティブ情報であつて、万が一その個人情報が漏れればそれは非常に打撃になるわけですし、それから製薬会社や生命保険会社に例えばとつてみれば、誰ががんにかかっているかというセンシティティ情報は、一番欲しい情報というか、大変これは貴重な、最も実は取りたい情報というかになります。

○政府参考人(佐藤敏信君) お答えをいたしました。ところでも、このがん登録に関しては、患者の皆さんたちが非常にやはり推進してほしいと頑張ってきたわけですが、懸念というか問題点も、非常に悪用される問題点が生ずるということについてもチェックをやる必要があると私自身は思つて、その観点からかかわってきました。というのは、ある個人ががんにかかっているか、どんながんにかかっているかという、それはとてもセンシティブ情報であつて、万が一その個人情報が漏れればそれは非常に打撃になるわけですし、それから製薬会社や生命保険会社に例えばとつてみれば、誰ががんにかかっているかというセンシティティ情報は、一番欲しい情報というか、大変これは貴重な、最も実は取りたい情報というかになります。

○委員長(石井みどり君) 次に、がん登録等の推進に関する法律案を議題といたします。まず、発議者の尾辻秀久君から趣旨説明を聴取いたします。尾辻秀久君。

○委員長(石井みどり君) 本日の調査はこの程度にとどめます。

○委員長(石井みどり君) 次に、がん登録等の推進に関する法律案を議題といたします。まず、発議者の尾辻秀久君から趣旨説明を聴取いたします。尾辻秀久君。

○委員長(石井みどり君) ただいま議題となりましたがん登録等の推進に関する法律案について、これまでにこの情報にアクセスできる職員の資格を厳格にする、こういうことによつてます大本での個人情報の保護を図つてまいりたいと存ります。したがつて、適切にシステム設計を行つとともに、この情報にアクセスできる職員の資格を厳格にする、こういうことによつてます大本での個人情報の保護を図つてまいりたいと存ります。

また、恐らくこの全国がん登録情報については一般の研究者による利用も行われると考えますけれども、ここで情報の悪用などを防ぐために必要な措置を講じている、こうした要件を踏まえた研究者、こういう方にのみ情報提供をするということで、厳格な要件が法案のなかで規定されています。この要件が法案の中取り込まれる予定と、こういうふうに聞いております。

○福島みずほ君 がん登録は、一般的な、抽象的な、罹患率やどういう人がその後どうなつてというデータも大事だと思つうですが、小児がんやあるいは数の少ない場合、例えば小児がんなど親御さんはやっぱり情報を取りたいと、どこにアクセスしたらいいかというような話を多く聞くんですが、そういうサポートみたいなことはできるようになるんでしょうか。

○政府参考人(佐藤敏信君) 一義的には、がん登録は、この全国がん登録情報につきましてはがんの罹患率を見るということになりますので、例えば御本人様が自分の情報はどうなのかなということを見るということは基本的にはできないことになつておりますが、それはそれといたしまして、小児がんとか希少がんについて、どういう形でデータを取りそれをサポートに結び付けていくかということはまた別途検討をしたいと考へております。

○福島みずほ君 今、子供たちががんになつたときには、国民の疾病による死亡の最大の原因となつていて、その命及び健康にとって重大な問題となつております。

こうした中、国民の生活習慣とがんとの相関関係を明らかにするため、健康増進法第十六条の努力義務規定に基づき、全ての都道府県において、地域がん登録事業が実施されているところです。しかしながら、各都道府県のがん登録の精度にはつきがあり、全国の罹患率は二十五府県の、五年生存率は七府県の登録情報を用いて推計しているのが現状です。また、医療施設のがん診療評価を目的とした院内がん登録についても、更なる充実が求められております。

そこで、本法律案は、平成十八年に成立したがん対策基本法の趣旨にのつとり、全国がん登録の実施、全国がん登録情報等の利用、提供、保護等のほか、院内がん登録等の推進に関する事項を定め、あわせて、がん登録等により得られた情報の活用について定めることにより、がん医療及びがん検診の質の向上、がんの予防の推進その他のが

たいと思うのであります。

これまでも都道府県は、医療計画を作成するなど、多くの施策を通じて医療提供体制の整備についてきたと思います。そこで、本法案において示された医療提供体制及びそれに関連する分野での今後の都道府県の果たす役割についてまずお伺いしたいと思います。

○國務大臣（田村憲久君） 医療法第一条の三に
は、国と地方公共団体は、国民に対しまして良質
かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保さ
れるよう努めなければならないと、このように明記
されているわけであります。国においてはその
基本的な考え方、方針を定めるということでござ
いまして、その国の基本的な方針、これにのつ
つて、都道府県がそれぞれ地域の実情をいろいろ
と勘案しながら都道府県の医療計画を作つてい
くわけであります。

そのよな形の中で地域の医療扶助体制といふものがしっかりと計画的に整備をされていくわけでありますけれども、今般の国民会議等々の御報告をいただいてこれから法律を改正をしていくわけであります。が、医療提供体制、例えば病床の機能の分化、連携等々を進めていかなければならぬわけでありまして、国は財政的ないろんな支援、また技術的にもいろんな支援をしてまいりますけれども、国と都道府県がそれぞれ役割分担をしながらこれから新しい医療の提供体制といふものの整備に向かって進んでいかなければならぬ力しながら施策を進めてまいりたい、このように考えております。

○滝沢求君　ただいま医療提供体制につきましては答弁をいたしました。

それでは伺いますが、国保の保険者機能についてはいかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） これも御承知のとおり、国民会議の中で、財政的な主体として都道府県、ここに役割を期待するというような御意見があつたわけであります。保険者をどうするんだ

と、都道府県にするのかというような御議論があるわけであります。一方で、例えば市町村が担つてきた役割というものは当然あるわけでありまして、賦課徴収をしてきておるわけがありますが、このような作業などをどのようにこれから市町村がも責任を持つて担つていただけるのかという問題、それから、保健事業、健康づくり事業、こういうものも市町村が担つてきた役割というのは非常に大きいわけでございまして、ここもやはり市町村にはこれからも期待されるところは大きいわけであります。でありますから、その財政的な主體としての都道府県の役割というものは当然のごとく期待をするわけでありますが、あわせて、今言つたような市町村の役割というもの、これも重要でございますので、これから体制をつくつていく中において、これは都道府県と市町村の間でもいろいろと御議論をいただいて、それぞれ相互調整をしながら新しい形というものを議論の中で考えてまいりたい、このように思つております。

○滝沢求君　ありがとうございます。

実際の医療現場では、先ほど私、ドクターヘリの話をいたしましたが、このドクターヘリに集められる救急医療だけではなくて、一般医療そしてまた慢性医療等、様々な医療を必要とするまた病気の患者さんがおられます。そういう方々に適切な医療を、患者さんが住み慣れた地域で生活を送れることができる地域完結型、この言葉は昨日、島村委員や宮武教授の質疑にもございましたが、この地域完結型医療を提供していく必要があると思うんです。そのためには、患者さんににとって不利益にならないように配慮しつつ、先ほど病床機能の分化、連携を図ることが重要という話をございました。そこで、病床機能の分化や連携を進めるための具体的な方法について伺いたいと思ひます。

○政府参考人(原徳壽君)　お答え申上げます。

病床の機能の分化、連携につきましては、まず医療機関が都道府県にそれぞれ持つている病床機能を報告する制度をまず設けます。これを受けま

して、都道府県が把握された医療機能の現状等を活用して、地域ごとに、将来、その地域で必要な医療がどのようなものか、どのようになるべきかということを地域医療ビジョンとして策定することになります。これに際しましては、医療機関の自主性を尊重しつつ、地域の医療ニーズを踏まえたバランスの取れた医療機能の分化、連携を進めていくこととしております。

また、社会保障制度改革国民会議の報告書で地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならないこととしております。

したがいまして、こうした観点から、現在、社会保険審議会医療部会では、医療機関の自主的・実現のための実効的な手法についても御議論をいただいているところでございます。

病床の機能分化、連携が促進されるよう適切な取組を行ってまいりたいと考えております。
○滝沢求君 ありがとうございます。

していくには、やはり地域の医療機能を、現状をしっかりと把握して医療の需要の将来の推計を行う必要があります。

地域医療ビジョンでは、二〇一五年の医療需要と目指すべき医療提供体制を実現するための施策などがその具体的な内容として想定されておりますが、そういう意味で、本法案により示されることとなるこの地域医療のビジョンが、今後の地域における地域体制の整備を進めていく

上で非常に重要なポイントになると思うんです。一方、これまで都道府県ごとに医療計画が示されており、様々な情報を手に入れることができます。

とつてどのようなメリットをもたらすか、そしてまた、地域医療のビジョンを実現するための方策のうち、新たに創設する財政支援で対応可能なものは具体的にどういうものがあるのか、伺います。

御指摘のとおり、地域医療ビジョンにつきましては、都道府県が病床機能報告制度により把握される医療機能の現状、それから地域の医療需要の将来推計、これらを活用して二次医療圏等ごとに各医療機能の将来の必要量などを含む地域の医療提供体制の将来の構想を示すという考え方に基づいて検討を進めているところでございます。

この上で、この地域医療ビジョンを策定するメリットに關しましては、地域の住民にとって、例えれば地域の医療提供体制が将来どうなっていくかを把握することができること、また、地域医療ビジョンに従つて地域の医療提供体制が再構築されることによつて、地域の実情に応じたバランスの取れた医療機能の分化、連携が推進され、疾病等の状態に合つた適切な医療やりハビリなどを受け受けることができるようになることなどが挙げられると思います。

てのお尋ねでございますが、本法案第四条第四項第一号ハにおいて、地域医療ビジョンに基づく病床の機能の分化及び連携等を推進するため新たな財政支援制度の創設について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとされております。

いて、新たな財政支援の仕組みは消費税増収分を活用して設けることとし、医療機関の施設や設備の整備だけでなく、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とする柔軟なものとするか、そういうようなことについて検討を進めているところです。

に対する支援についても適切に行つてまいりたいと考えております。

○滝沢求君 これまで伺いましたように、医療提供体制について検討を進める上では、やはり何といつても地方自治体などの役割が大きく、その理解をいたぐことが非常に重要な私たるのあります。

そこで伺いますが、全国知事会など地方団体との協議、調整はどのような状況になつてているのか、伺います。

○政府参考人(原徳壽君) 御指摘のとおり、地域での医療提供体制のお話でございますので、地方の団体との十分な話し合ひが非常に重要なだというふうに認識しております。

先ほどから申し上げております、この議論をしております社会保障審議会医療部会におきましては、全国知事会、全国市長会、全国町村会に所属する委員が構成員となつております。実際に実務を担つた自治体の立場から建設的な御意見をいただき、議論をさせていただいております。また、都道府県とも緊密に協議を重ねてきていたるところでございます。

現在御審議いただいている法案におきましても、病床の機能分化などの医療提供体制の改革につきましては、地方自治に重要な影響を及ぼすものでありますので、地方団体と十分に協議を行い、その理解を得ることを目指す旨を明示的に規定しているところでございます。地方団体の御意見を伺いながら、今後ともこの医療部会において具体的な改正内容を取りまとめていきたいと考えております。

○滝沢求君 ありがとうございます。

次に、地域における医師確保について伺いたいと思います。

これも元青森県でございますが、私どもの青森県では、医師が学ぶ環境、そして医師が働く環境、医師が学び、働く環境を整えるために、県と市町村、大学がそれぞれ連携し、支援のネットワークを取り組んでいく、医師確保のためのグランド

デザインを取り組んでまいりました。その地道な取組を進めてきているわけですが、しかしながら、平成二十二年の報告では、医療施設に従事する医師数について、人口十万対医師数でござりますが、全国平均で二百九人となつておりますが、青森県は百八十一・四人であります。地

方の取組だけではどうしようもない部分がございまして、本法案の一層の取組の推進が期待されるところであります。

そこで伺いますが、地域における医師確保のため具体的にどのような措置を講じていくのか、伺います。

○政府参考人(原徳壽君) 医師確保対策、非常に重要な課題だと思っております。

委員の御出身の青森県ですけれども、今御指摘のように、平成二十二年度では人口十万対百八十二・四ということで、全国下から六番目でございます。さらに、その過去を遡りましても、常に四位とか五位とか非常に低いところで来ている。ただ、実数としては六年前に比べまして人口十万対で二十程度は増えていますが、順位的にはそのような状況になつております。

医師確保対策につきましては、御承知のように、平成二十年度から文部科学省と連携いたしまして、医学部定員を現在まで千四百十六人増員してきております。平成二十五年度は過去最大の九千四十一人となつているところでございます。青森県におきまして医学部としては、弘前大学の医学部のみでございますが、これが、従来百人の定員のところ、平成二十五年には百二十七名、二十七名の増員となつております。

○滝沢求君 ありがとうございます。

次に、地域における医師確保について伺いたいと思います。

これも元青森県でございますが、私どもの青森県では、医師が学ぶ環境、そして医師が働く環境、医師が学び、働く環境を整えるために、県と市町村、大学がそれぞれ連携し、支援のネットワークを取り組んでいく、医師確保のためのグランド

また一方、都道府県が行う医師確保対策に対する支援でございますが、地域医療再生基金などで支援を行つているところでございます。例えば、青森県におきましては、地域枠の医学生に対する修学資金の貸与、また弘前大学医学部に寄附講座を設置し、西北五地域の中核病院である、五所川原市にあります西北中央病院へ医師を派遣するございまして、本法案の一層の取組を行つていただいているところでございます。

さらに、例えば地域枠などで卒業した方々の医師の育成ということも必要でありますので、専門医の取得など、キャリア形成の支援と一体的に地域の医師不足病院への医師派遣などの支援を行います地域医療支援センターの設置を進めております。青森県では平成二十三年四月に設置をしていただきまして、運営費に対する国庫補助も行つているところであります。

青森県におきます地域医療支援センターの実績としまして、医師派遣いたしましては、県内医療機関に、実数としては六十三名であります。そのうち修学資金貸与者などを含めて派遣をしております。そういう中で、引き続きこれらの医師確保対策の充実に努めたいと考えております。

そこで、医療と介護の連携を進めていく上で具体的な方策について伺います。

○政府参考人(原徳壽君) 医療と介護の連携については非常に重要なことであると考えております。国民の方々が病気を抱えても、自宅などの住み慣れた生活の場で療養し自分らしい生活を続けるためには、地域における医療、介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行える体制を構築することが必要だと思います。

このため、現在、医療・介護従事者の多職種協働による在宅チーム医療を担う人材を育成するための研修、また多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整備などを進めているところでございます。

また、今後は、この医療・介護サービスを一

す。
とすることで、看護学部とかあるいは理学療法とか作業療法とか、そういうことを一体的にチーフとして育てる、そういうふうな学部であつてほしいと、このように思つております。

○滝沢求君 政務官 ありがとうございます。
次に、地域包括ケアシステム、これ、昨日の宮武教授、参考人の言葉を借りますと、地域ぐるみの支え合い、このシステムについて伺います。これも青森県でございますが、保健、医療、福祉サービスを切れ目なく適切に提供する包括ケアシステムの仕組みをつくることにいち早くから青森県は取り組んでまいりました。そして今回、この法案で地域包括ケアシステムという言葉が法律上初めて今回定義されたことは、私にとっては感無量なことであります。例えば、脳卒中で倒れた方が病院に入院し、リハビリを行い、そして退院し、自宅へ戻つて在宅医療そして在宅介護を利用する、又は施設を利用するといった場面を考えましても、今後の高齢化の進展に対応した地域包括システムの構築は、やはり医療と介護が密接に連携していくことが最も重要であると私は考えます。

的に整備するため、都道府県が策定いたします医療計画と介護保険事業支援計画、これを一体的、強い整合性を持った形で策定していくこととしております。また、地域における医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置付けて市町村が主体となり取り組むことなどについて現在検討を進めているところでございます。

この医療と介護の連携を進めるに当たりまして、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要でありますことから、市町村が主体となって地区の医師会などと協働して推進していくことが重要であるとも指摘されています。

この上で、都道府県の役割としては、地域包括ケアの主体となる市町村の取組を支援するためには、人材育成の研修や広域における自治体や医療機関の調整などを担つていただくことが必要であると考えているところでございます。

○滝沢求君 今回私は、現場目線、地方の視点で質問をいたしました。現場の声、地方の声をしっかりと酌んでいただき、この法案が地域の医療体制の構築に十分な役割を果たすことができますように、そしてしっかりと魂のこもったものにしていただきたいと、そう考えるものであります。

そこで、最後に大臣の本法案への決意のほどを伺つて、質問を終わりたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 今法案は、いずれにいたしましても、これから社会保障制度をいろいろな部分で改革をしていかなければならぬわけであります。国民会議の報告書の中でも、今委員がおっしゃられましたとおり、病院完結型から地域完結型へと移り変わっていく、そこに地域包括ケアという新たな、法案に明記されたような考え方方が入つてくる、すると、当然のこと、医療だけではなくて介護、予防でありますとか、生活支援でありますから住まい、こういうことも考えていかなければならぬわけでございまして、そのようなものをやはり国民の皆様方に御理解をまずいた

だくという意味からいたしますと、この部分だけではないんですけれども、今般のこの法律で一定の指向性をお示しをさせていただいて、それがどのようなプロセスで進んでいくかということをやはり御理解をいたくだくということは大変重要なことであろうというふうに思つております。

是非ともこの法案、成立をさせていただいて、國民の方々に御理解をいたりますように我々は努めてまいりますので、よろしくお願ひをいたしたいと思います。

○大沼みづほ君 自由民主党の大沼みづほでございます。本日は質問の機会を与えていただき、ありがとうございます。本日は質問の機会を与えていただき、ありがとうございました。

今法案の質問に入らせていただく前に、最初に

○大沼みづほ君 視察をさせていただきます。この法案の質問に入らせていただく前に、最初に定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律案が自民党の総務会で了承されました。賛同する政党と共同で国会に提出することになりそうであります。この法案は、カジノを含む複合型リゾート施設の整備を政府に促すことになっております。

○大沼みづほ君 依存症による悲しい事件や事故がございました。アルコールや薬物依存と比べ、行政や医療機関の組織的な体制整備がまだまだ不十分であるように感じます。

○国務大臣(田村憲久君) この法案の贊否に限らず、國を挙げてこのギャンブル依存症に苦しむ方々への取組を一層深めてまいるべきだと思いますが、大臣の御見解をお聞かせいただければと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 今ギャンブル依存症のお話がありましたけれども、全般的に、薬物やアルコールも含めて、依存症というものは適切に治療してまた支援していくことは回復可能であるわけでありますけれども、なかなかそのような体制が整っていないということでございますので、

昨年十一月でありますけれども、有識者や当事者の方々に入つていただいた検討会、これを始めまして、本年三月に一定の方向性を示す報告書を提出をいただきました。

報告書の中身は、一つは、やはり依存症の方々が気軽に相談できる、そういう体制をしっかりとつくること、それから医療機関、さらには行政、そして自助団体、こういうところの連携体制をしっかりと組んでいくということ、さらに依存症の方々が治療できる医療体制、こういうものの整備を進めていくということ、そしてまた回復プログラムなるものを整備をしていく、こういうことも重要であると、そしてまた家族や御本人がやはり支援をしていただけるようそういう人がやはり支援をしていただけるようそういう人が五つの柱を御提言をいたしました。

もちろん、今議論をいろいろとやつていただきております議員立法に関しましては、これは我々といたしましては反対するものではないわけですがどうぞ

いたわけであります。

もちろん、今議論をいろいろとやつていただきております議員立法に関しましては、これは我々といたしましては反対するものではないわけですがどうぞ

いたわけであります。

もちろん、今議論をいろいろとやつていただき

ております議員立法に関しましては、これは我々といたしましては反対するものではないわけですがどうぞ

いたわけであります。

環境整備というものがうたわれております。特にこの上段で意図されておりますのは、人口の高齢化が急速に進展する中で、長寿を実現することが重要であることに鑑み、個人が自助努力を喚起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入ということがうたわれております。

若者の自助自立に関しましては、その他以下の如き、持てる力を最大限に発揮して生きることができます。国民会議の報告書においても、自助、共助、公助の概念のところに、私が読んだ限り、若者の自助自立という概念は強くは強調されていないのかなというふうに感じました。

しかしながら、やはり持続可能な社会保障制度を確立していくためには、まずは若者、壮年層のしっかりと働くことのできる環境を整備していくことが最も肝要であると思いますが、大臣のお考

えを伺わせていただければと思います。

○国務大臣(田村憲久君) やはり若い方が生き

生きと社会で頑張る姿、そういう社会でなければ健全でないわけでありまして、特に新卒で就職につまずかれると、こういう方々自体がその後なかなか普通のルートに戻れないといいますか、非正規雇用として正規雇用になかなか入つていけない

といつ今現状があります。今、既卒三年までは新卒として扱つていただくように企業にもお願い

をいたしておりまして、そういう意味で、新卒応援ハローワークというものを今我々進めて

いつております。ここでジョブサポーターの方々にいろいろと若者に対して支援をしていただきな

がら、新卒者の方々が就職できるような、そんなお手伝いをいたしております。

あわせて、フリーターの方々に対しても、わかも

のハローワーク、それからわかもの支援コーナー

というものの、これを展開いたしておりまして、わ

かものハローワークは全国に三か所、それから支

四分の一以上おられるという実態にござりますし、中でも社会的自立に向けたコミュニケーションの訓練なども実施をしておりますので、この事業によりまして相当数の方々がカバーされておるのではないかというふうに考えております。

〔理事古川俊治君退席、委員長着席〕

いざれにしましても、こうした方々が社会的、経済的に自立し、我が国社会の支え手となつていただくことは大変重要なふうに認識しておりますので、今後とも、この地域若者サポートステーション事業によりまして、こうした無業の方々の職業的自立支援に努めてまいりたいというふうに考えております。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。この問題、先ほどのギャンブル依存症と同じように、やはり家族の方々にとつても非常に悩みが多い分野であると思います。家族を含めたそうした支援も考えいただければと思います。ありがとうございます。

もう一つ新しい概念として、LITSという概念が最近言われております。これはリビング・トウギヤザー・シングルというものの略で、三十四代、四十代で、これは仕事がある有職者であります。が、未婚で両親と同居している方々を指します。以前は、パパ活シングルと言われ少しネガティブなとらえ方をされてきましたが、最近このLITSというのは肯定的な意味で、子供、親にとって、双方にとつてメリットがあるというふうに言われております。

しかし、未婚者が親元にいるというのは非常に居心地が良く、私自身もそうでしたが、晩婚化の一つの要因になつてゐるようにも感じます。すなわち、少子化にますます歯止めが掛からないという状況の一つの背景にもなつてゐるんではないかと思います。

法案にも、就職、結婚そして出産、そういう流れの中で切れ目のない支援をすべきというふうに述べられています。まあ結婚というのは個人の

自由でございますので、国がどうこうと言うことはないかもしませんが、結婚は非常に重要であると思います。政府として、この結婚に對する取組等、もし何かあればお聞かせいただければと思います。

○政府参考人(岩瀬豊君) 少子化対策への取組につきましては、本年六月の少子化社会対策会議で決定されました少子化危機突破のための緊急対策におきましても、子育て支援、働き方改革の一層の強化に加えまして、結婚、妊娠、出産支援につきましても対策の柱として打ち出されているところでございます。

結婚、妊娠、出産支援につきましては、緊急対策の趣旨を踏まえまして引き続き検討してまいりたいと存じます。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。様々な施策の趣旨を踏まえまして引き続き検討してまいりたいと存じます。

さて、子ども・子育て支援新制度に私自身大きな期待を持つていると同時に、子育てを家族だけではなく地域で支援していくことはこれから日々社会を形成する上でも非常に重要なと感じています。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。様々なこれから新しい施策が出てくるものと御期待申し上げます。

さて、子ども・子育て支援新制度に私自身大きな期待を持つていると同時に、子育てを家族だけではなく地域で支援していくことはこれから日々社会を形成する上でも非常に重要なと感じています。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。様々な施策の趣旨を踏まえまして引き続き検討してまいりたいと存じます。

さて、子ども・子育て支援新制度に私自身大きな期待を持つていると同時に、子育てを家族だけではなく地域で支援していくことはこれから日々社会を形成する上でも非常に重要なと感じています。

を補完する意味でも非常に重要であると思いますが、なかなか周知徹底されていないような気がいたします。

私自身、市役所で、出産後すぐに保健師さんから困ったことがあつたらいつでも電話くださいという御案内はいたしましたが、このファミリー・サポート事業というのは、自分自身でネットで探して、ああ、こういう事業があるんだなと、いうのを初めて知りました。窓口で、産んでからすぐですと、この登録というのもなかなか受けないお母さん方もたくさんいると思います。早い段階からこれを母子手帳と一緒に周知するとか、そういう工夫も必要かなと思いますが、政府の御見解をお聞かせいただければと思います。

○副大臣(土屋品子君) ファミリー・サポート・センター事業、本当に今核家族の中で子育てが大変、そして、どつつかといふと、本当にかゆいところに手が届くような、ちょっとと買物に行くとき預かつてもらうとか、短時間でも預かつてもらう、こういうのが一番大事かなと私も思つております。

そういう中で、今依頼会員数が三十八万人、これは平成二十三年度末の現在でございますけれども、それに、反対に提供者です、提供会員数が十三万人、両方の会員となつている者が四万人といふ、この数字から見ると差がありますから、やはりもう少し依頼に対しても提供者が必要なのかなということを感じます。

それから、今委員がおっしゃったように、子供を産んだ直後にこういう事業があるということ周知されていないということ、これは非常に重要なポイントだと思います。更に徹底して、やっぱり子育てをまさに始めようとするお母さんたちに、こういうファミリー・サポート・センター事業を周知していくことを今後とも厚生労働省としてもいろいろな側面から頑張っていきたいと思います。

この事業の実施主体である各市町村において提供会員の確保に今努めさせていただいているわけですけれども、厚生労働省いたしましても、担い手環境づくりに努めていきたいと思っております。

である提供会員の確保は重要なと考えておりますので、リーフレットの配布等も更にしっかりと進めていきたいと思います。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。

私も、それまで余り市役所は行つたことがないわけですが、出産を契機に何度も通う、また病院でママさん学級なども受ける機会があります。

かつたわけですが、出産を契機に何度も通う、また、そういうたところに少しパンフレット等が

あるだけでも十分周知が徹底していくのかなと思つております。今後なお一層の取組の方をよろしくお願いいたします。

さて、国では、認定こども園への移行を促していく方向性を目指しております。この移行期に認定こども園に就職される方、勤める方は保育士の資格だけで保育教諭となります。認定こども園でなくして保育園への勤める保育士はそのままの名称であります。この移行期に資格が同じなのに勤め定こども園に就職される方、勤める方は保育士の資格だけで保育教諭となります。認定こども園でないよう配慮が必要のよう感じますが、この移行期五年間において、保育士の資格か幼稚園教諭かどちらか一方であつても保育教諭というふうな名称になることに関しても、政府の御見解をお聞かせいただければと思います。

○副大臣(土屋品子君) 保育所に勤務する保育士の処遇については、今後、幼保連携認定こども園を開設することによって、両方の資格を、配置される職員は保育士資格と幼稚園教諭免許状の両方を有する保育教諭というのが位置付けられておりまして、現在両方の資格、免許の併有の促進を図つておるところでございます。

その移行期の中、やはり保育士だけの資格を持つている方と差がでてくるということの中でも、

今後、保育士等の処遇改善については、平成二十四年度補正予算において臨時特例事業を実施したところであります。新制度においても処遇改善は大変重要な課題だと認識しております。子ど

も・子育て会議等で議論をしていただいておりま

すが、保育士等が意欲を持つて働くことができる環境づくりに努めていきたいと思っております。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。免許が併用で持っている方は七割以上ということをもござりますし、これをもっと高めていく取組をおこなっていただければと思います。

また、最近では、本当に正規保育士という立場で働く方が非常に少なくなり、統計上も三十万人の常勤、七万人の非常勤という統計だけで、この三十五万人のうち、どのくらいの方が正規で、どのくらいの方が常勤であるが雇用形態は契約や臨時職員かというような数字が出ておりません。保育士不足は保育士の待遇が良くないことに起因して待機児童問題の足かせともなっています。今後なお一層の待遇改善に取り組んでいただければと思います。

またさらには、保育園の運営費などについて、現

場から、短時間利用の子供が多くなる保育所については、全体的に減収になり運営が不安定化するのではないかという声が出ております。こうした利用時間によって、給付が直接になることにようならぬか事業運営がうまくいかないというような保育所が出てくると、結局はこの待機児童の問題も解消されないということになります。

事業運営に支障がない給付設定が必要と考えます、政府のお考えをお聞かせいただければと思います。

○副大臣(土屋品子君) 子ども・子育て支援新制度について、本格施行に向け、内閣府に設置された子ども・子育て会議において各種の基準などをについて精力的に検討いただいております。それと併せて、保育所など新制度の対象となる各種施設、事業の公定価格についても検討を進めているところでございます。ちょうど移行期ですので、皆さん大変、よく分からないので心配の声が出ています。

公定価格の具体的な金額については、最終的に平成二十七年度予算編成を経て決定していくことになっていますが、新制度への移行に際しては、消費税財源を充当することにより、保育の量の拡充を図るだけでなく、保育の質の改善を図ること

としております。

国としては、新制度を円滑に施行するため、国の一 定める公定価格の骨格や仮単価を早期に固め、二十六年度の早い時期にお示しできるよう議論を進めていきたいと思っております。

また、こうした子ども・子育て会議における議論の状況はインターネット動画配信を行っていますので、地方自治体に対しても繰り返し説明会を開催し、必要な情報を提供しているところであります。もし不安な方がいましたら是非インターネットのこの動画配信を見てください、最新の情報をお伝えいただいて、しっかりとやっていく

ます。もし不安な方がいましたら是非インターネットのこの動画配信を見てください、最新の情報をお伝えいただいて、しっかりとやっていく

産に資するという見直しの趣旨を踏まえつつ、利用する方等に混乱を招かないよう適切な移行措置を講じることが必要とされています。

厚生労働省としては、これを踏まえ、対象年齢の見直しについては、現在治療を受けている方々に配慮いたしまして実施まで一定の期間を置く予定とする一方で、四十歳未満で新たに助成を受ける方については、来年度から前倒しで助成回数、助成期間の見直しを行い、本人の実情に応じた治療を可能とする方針としております。

最大限に助成を受ける方たちが受けやすいよう形にしていきたいと思います。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。私も地元に戻つてそのままお伝えし、また政府の取組についてもしっかりと発信してまいりたいと思います。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。政府の方としてこの不妊治療の問題に対しても真摯に取り組まれることを大変やり難く思いました。また、この回数を増やすといったことに関しては是非とも早い段階から着手いただければと思います。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。政府の方としてこの不妊治療の問題に対しても真摯に取り組まれることを大変やり難く思いました。また、この回数を増やすといったことに関しては是非とも早い段階から着手いただければと思います。

○大沼みずほ君 ありがとうございます。これまで質問を終わります。ありがとうございます。

たので、やむを得ず議事を進めます。

休憩前に引き続き、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を議題とし、質疑を行います。

○長沢広明君 公明党の長沢広明でございます。質疑のある方は順次御発言願います。

民主党政権のときに後期高齢者医療制度を廃止するという政策を掲げて、民主党政権で高齢者医療制度改革会議という会議を設置をされました。そこで後期高齢者医療制度を廃止した後の新たな制度について最終の案が取りまとめられたのが平成二十二年の十二月、つまり今から三年前の十二月でございました。

その後、民主党政権では、二十四年一月に閣議決定した、つまり去年の二月ですが、閣議決定した社会保障・税一体改革大綱の中で、平成二十四年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する、こうしておりました。

これがだけの、三年以上掛けてその期間内に法案を法制化すべき、あるいは手直しすべきという主張と実態はなかなか一つにならなかつたというございます。

そこで、政府に改めて伺つておきます。

政府としては、現行の高齢者医療制度について、その改革の必要性も含めて、現在どのような

午後一時一分開会

○委員長(石井みどり君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

この際、申し上げます。

民主党・新緑風会所属委員の出席が得られておりませんので、出席を要請したいと存じます。しばらくお待ちください。

速記を止めください。

(午後一時一分速記中止)

○委員長(石井みどり君) 速記を起こしてください。

民主党・新緑風会所属委員に対し出席を要請いたしましたが、出席を得ることができませんでした

午後一時一分開会

○委員長(石井みどり君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

この際、申し上げます。

民主党・新緑風会所属委員の出席が得られておりませんので、出席を要請したいと存じます。しばらくお待ちください。

速記を止めください。

(午後一時十二分速記開始)

○委員長(石井みどり君) 速記を起こしてください。

民主党・新緑風会所属委員に対し出席を要請いたしましたが、出席を得ることができませんでした

認識を持っているか、示していただきたいと思います。

○大臣政務官(赤石清美君) 長沢委員の御指摘の

ように、民主党政権時代、一体改革大綱に基づき

まして、後期高齢者医療制度廃止に向けて検討、

調整が行われたわけですけれども、全国知事会を

始めとする関係者の合意が得られませんでした。

ということで、なかなか実現しなかったというこ

とであります。

現行の医療保険制度では、高齢者の医療費を社会全体で支える観点から、七十五歳以上の高齢者

について現役世代からの支援金と公費で約九割を

賄い、六十五歳から七十四歳の高齢者については

被用者保険と国保の間で保険者間の財政調整を行

うといった仕組みを取っております。

社会保障制度改革国民会議報告書では、後期高

齢者医療制度について、現在では十分定着してい

るところから、現行制度を基本としながら必要な改善を行っていくことが適当とされております。

このプログラム法案では、この考え方方に立つて、高齢者医療制度の在り方について、医療保険制度改正の実施状況等を踏まえ、必要に応じ見直しに向けた検討を行っており、関係方面的意見も勘案しながら、持続可能な医療保険制度の構築に向けて検討を行っていきたいと考えております。

以上です。

○長沢広明君 現行の制度を基準にして必要な手直しはしつかり議論をして進めていく、その考え方でいいと思います。高齢者医療制度については定着をしてきておりますし、ただ、現場の様々な課題は私たち政治家として一つ一つ酌み取りながら改革をしていくことが必要だというふうに思います。

社会状況の変化に対応して医療提供体制を見直していくことはこれ非常に重要な課題でありまして、今回も議論になつておりますが、病床機能報告制度とか地域医療ビジョンの策定と、こ

ういう課題がございます。特に、医療提供体制の主張的な役割を果たすのは都道府県ということになりますので、地域の医療機関の協力をきちんと確保できるような実効性のある手段を講ずるといふことが重要だと思います。国はそのための環境整備をきちんとすべきだと思います。

さらに、患者本位の地域医療、こういうことを実現するためにも、打つべき手をきちんと打ついく必要があります。地域の医療機関のいろいろな協力を得ることも大事。そして、医療だけではなく、様々な職種の方々にもサポートしてもらって在宅療養が継続できるような多職種協働チーム医療体制、こういったことを検討する必要があると思います。

○政府参考人(原徳壽君) お答え申し上げます。

患者本位の在宅療養を実現するためには、様々な専門職がチームとなって在宅療養患者やその家族を支援する体制を構築することが重要であると考えます。このため、平成二十四年度及び二十五年度において、都道府県の事業として多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業を行っているところでございます。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなどがお互いの専門的知識を生かしながら議論し理解を深めることにより医療と介護の連携を促進することで、多様なニーズを持つ在宅療養中の患者に対する質の高い在宅医療・介護を提供できる人材を育成する研修を実施しております。

また、現在、社会保障審議会医療部会におきまして、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を一体的または強いつなぎを持った形で策定することなどを、医療と介護が一体となって地域に密着して、日々かかりつけのお医者さんがいるということを把握した上で、いざというときにはかかりつけのお医者さんとのところへ搬送するというようなことも検討する必要があります。

社会状況の変化に対応して医療提供体制を見直していくことはこれ非常に重要な課題であります。

○長沢広明君 御指摘のとおり、救急

りたいと思つております。

○長沢広明君 しっかりと進めていただきたいといふふうに思います。どこまでも在宅で療養を受けられる方々のために何ができるかということですね。

それでつかりチーム医療が進んでいくことを期待したいというふうに思います。

次に、救命救急の問題、一つ指摘したいと思います。

実際にするためにも、打つべき手をきちんと打ついく必要があります。地域の医療機関のいろいろな協力を得ることも大事。そして、医療だけではなく、様々な専門職の方々にもサポートしてもらって在宅療養が継続できるような多職種協働チーム医療体制、こういったことを検討する必要があると思います。

○政府参考人(原徳壽君) お答え申し上げます。

患者本位の在宅療養を実現するためには、様々な専門職がチームとなって在宅療養患者やその家族を支援する体制を構築することが重要であると考えます。このため、平成二十四年度及び二十五年度において、都道府県の事業として多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業を行っているところです。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなどがお互いの専門的知識を生かしながら議論し理解を深めることにより医療と介護の連携を促進することで、多様なニーズを持つ在宅療養中の患者に対する質の高い在宅医療・介護を提供できる人材を育成する研修を実施しております。

また、現在、社会保障審議会医療部会におきまして、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を一体的または強いつなぎを持った形で策定することなどを、医療と介護が一体となって地域に密着して、日々かかりつけのお医者さんがいるということを把握した上で、いざというときにはかかりつけのお医者さんとのところへ搬送するというようなことも検討する必要があります。

社会状況の変化に対応して医療提供体制を見直していくことはこれ非常に重要な課題であります。

○長沢広明君 御指摘のとおり、救急

す。とりわけ高齢者の軽症、中等症の搬送件数は、平成十二年の百十六万人から、直近でいきまことにあります。

○長沢広明君 しっかりと進めていただきたいといふふうに思います。どこまでも在宅で療養を受けられる方々のために何ができるかということですね。

それでつかりチーム医療が進んでいくことを期待したいというふうに思います。

次に、救命救急の問題、一つ指摘したいと思います。

実際にするためにも、打つべき手をきちんと打ついく必要があります。地域の医療機関のいろいろな協力を得ることも大事。そして、医療だけではなく、様々な専門職の方々にもサポートしてもらって在宅療養が継続できるような多職種協働チーム医療体制、こういったことを検討する必要があると思います。

○政府参考人(原徳壽君) お答え申し上げます。

患者本位の在宅療養を実現するためには、様々な専門職がチームとなって在宅療養患者やその家族を支援する体制を構築することが重要であると考えます。このため、平成二十四年度及び二十五年度において、都道府県の事業として多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業を行っているところです。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなどがお互いの専門的知識を生かしながら議論し理解を深めることにより医療と介護の連携を促進することで、多様なニーズを持つ在宅療養中の患者に対する質の高い在宅医療・介護を提供できる人材を育成する研修を実施しております。

また、現在、社会保障審議会医療部会におきまして、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を一体的または強いつなぎを持った形で策定することなどを、医療と介護が一体となって地域に密着して、日々かかりつけのお医者さんがいるということを把握した上で、いざというときにはかかりつけのお医者さんとのところへ搬送するというようなことも検討する必要があります。

社会状況の変化に対応して医療提供体制を見直していくことはこれ非常に重要な課題であります。

○長沢広明君 御指摘のとおり、救急

いづれにしましても、高齢者を含む在宅療養者の病状急変時の対応について、在宅医療を進めていく中でも大きな課題であると考えておりますので、御指摘の点も踏まえまして、今後とも必要な体制の整備に努めていきたいと考えております。

○長沢広明君 救急医療情報・キット、これ地方自治体で一生懸命高齢の方の家庭に配付するというようなことをされていところ随分あります。いろいろ声を聞きますと、それを受け、ちゃんと書いて、冷蔵庫に入れておくというようなことをされて、非常に安心にもつながっておりますし、地方自治体としてはそのキットを各家庭に配る作業を一生懸命やっているわけですけれども、それがプラス搬送のシステムとか、そういうことについてもやっぱり国もしっかりと押さえをして、いざというときに安心してかかりつけのお医者さんに行けるように、搬送できるような体制をつくつてもらいたいと思います。救急病院に一回運び込まれて処置をしたとしても、結局かかりつけのお医者さんのところへ毎回戻されるのですから、そこをしっかりといく必要だと思います。

この法案の第四条十項それから十一項で、難病対策の新制度の確立のための法案が来年の通常国会に提出されるという見通しになつております。現在、厚生労働省の難病対策委員会で制度の詳細について詰めの議論がなされていて、この委員会でも様々な議論が行われております。新たな制度における医療費助成の自己負担上限額、これについて厚生労働省が先日この委員会でも具体的な額の案を示されました。当初の案が医療保険の高額療養費制度における高齢者の外来の限度額を参考にしたもので、世帯の年収に応じてゼロ円から最大四万四千四百円という三区分、これを、その後、所得区分を六区分とする案が示されました。ところが、これについても、高額な医療費が続く難病患者にとってはこの自己負担、非常に重い

ということ、あるいは、この上限額を決めるに当たって、医療保険ではなくて例えれば障害者の自立支援、これを参考にすべきであるといふような声で、御指摘の点も踏まえまして、今後とも必要な体制の整備に努めていきたいと考えております。

（）

この点について、先日、新聞報道にも出ておりましたが、負担増を修正する、上限額を引き下げて最大で月二万円程度にするというような報道が出ております。十二月上旬に難病対策委員会が開かれるというふうに聞いておりますし、最終案が示さることについて難病患者の方々は固唾をのんで見守っているというふうに思います。

現時点での自己負担上限額等についてどういえ方針で臨んでいるのか、見解を伺いたいと思います。

（）

○大臣政務官（赤石清美君） 今の長沢先生御指摘の新たな難病の医療費助成制度の自己負担上限額については、患者団体や与党からの御意見を伺つてもらいたいと思います。救急病院に一回運び込まれて処置をしたとしても、結局かかりつけのお医者さんのところへ毎回戻されるものですから、

（）

そこをしっかりといく必要だと思います。

○大臣政務官（赤石清美君） 今の長沢先生御指摘の新たな難病の医療費助成制度の自己負担上限額については、患者団体や与党からの御意見を伺つてもらいたいと思います。救急病院に一回運び込まれて処置をしたとしても、結局かかりつけのお医者さんのところへ毎回戻されるものですから、

（）

そこをしっかりといく必要だと思います。

このため、自己負担上限額については、障害者の自立支援医療の水準も考慮して検討することとして、また、高額な治療を長期にわたり継続しなければならないような重症な患者や、軽症者であつていても長期にわたって医療費が掛かる患者の方々について、一段の軽減策を検討していくことが必要ではないかと考えております。

（）

そこで、再生医療等製品の副反応被害、現状どういうような把握をされているか。今後、この副反応の方針性について、再生医療等製品に係る副反応被害を救済するような制度をきちんと考へるべきであるという声もありますし、その方向性で考へているというような話も伺つておりますが、どういう取組をしていくつもりか、考え方を示してください」と思いました。

○副大臣（土屋品子君） 再生医療等製品については、既に二品目が承認されています。一つは培養表皮製品、ジエイスと言われるもので、これまでに六十八件の不具合症例が報告されておりました。それからもう一つが培養軟骨製品、ジャングル、負担についてやつぱり最大限の配慮をしっかりとこのように考えております。

（）

○長沢広明君 難病患者等からも、いわゆる障害者の自立支援の枠組みに合わせた検討をしてください」とこのように考えております。

（）

今回の法改正を受けて、今後、再生医療等製品の実用化が促進されることが期待されておりますが、承認審査に当たつての安全性の確認や市販後の使用成績の収集と評価を行うための調査の実施など、安全対策にも徹底して取り組んでまいりました。

（）

また、再生医療等製品による健康被害については、従来、医療機器であったものは副作用被害救濟制度の対象外となつておりましたが、今回の改正において、全ての製品について副作用被害救濟制度と感染等被害救済制度の対象としてまいります。個別の事案の救済制度の対象としていくといふふうに思います。

（）

次に、再生医療の製品に関する問題を確認したいと思います。

先日、この委員会でも審議を行つた薬事法の改正、あるいは再生医療等安全性確保法が無事成立をいたしまして、今後の再生医療に関連した技術の向上、あるいは製品化の促進ということが期待をされております。iPS細胞を始めとして再生医療には大きな可能性があり、期待が高まっています。

（）

今回の法改正においても、iPS細胞などを使用した再生医療等製品について新たな定義がなされて、製品化に向けたルールづくりが進められております。その一方で、再生医療等製品の副反応については、患者団体や与党からの御意見を伺つてはいるところであります。なかなか負担増が厳しいとの意見もいただいているところでございま

す。

（）

このため、自己負担上限額については、障害者の自立支援医療の水準も考慮して検討することとして、また、高額な治療を長期にわたり継続しなければならないような重症な患者や、軽症者であつていても長期にわたって医療費が掛かる患者の方々について、一段の軽減策を検討していくことが必要ではないかと考えております。

（）

そこで、再生医療等製品の副反応被害、現状どういうような把握をされているか。今後、この副反応の方針性について、再生医療等製品に係る副反応被害を救済するような制度をきちんと考へるべきであるという声もありますし、その方向性で考へているというような話も伺つておりますが、どういう取組をしていくつもりか、考え方を示してください」と思いました。

（）

○副大臣（土屋品子君） 再生医療等製品については、既に二品目が承認されています。一つは培養表皮製品、ジエイスと言われるもので、これまでに六十八件の不具合症例が報告されておりました。それからもう一つが培養軟骨製品、ジャングル、これは現時点で不具合症例の報告はありません。

（）

今回の法改正を受けて、今後、再生医療等製品の実用化が促進されることが期待されておりますが、承認審査に当たつての安全性の確認や市販後の使用成績の収集と評価を行うための調査の実施など、安全対策にも徹底して取り組んでまいりました。

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

（）

のも十分に勘案しながら、市町村の意向も踏まえつつ慎重に見直しを進めていくという、進め方の一つの心構えですね、ここをしっかりと持つ必要があるというふうに思いますが、大臣の見解を伺いたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 地域包括ケアシステム、これは、今委員がおっしゃられたとおり、やはり地域がそれぞれ独自にそれぞれの状況を勘案していくんな体制を整えていかなければなりません。そのような意味では、この法案でもいろいろ議論されております自助も大事でありますし、共助も大事でありますし、公助も大事であります。しかし、互助という考え方もそこに入れていく中においていろんな助け合いもしていかなければならぬんであろうというふうに思います。今言わされた地域支援事業の方にその予防給付を回していくということに関して、地域支援事業をこれは切るんじゃないかというような話をいただいている。これはもう財源は今までどおり介護保険から使うということです。そこから財源の心配をしていただくということはないわけでありますけれども、一方で、それぞれの地域においてそれを地域支援事業に移していく中において、十分に対応できるところとできないところがあります。このではないか、こういう御心配もいただきております。

一方で、今の介護保険のメニューでいきますと、本来それぞれの地域事情がござりますから、特に軽度な高齢者の方々に関しては、いろんな多様なサービスを本当は受けたいにもかかわらず介護保険のメニューの中で画一的なサービスしか受けられないというような不満があることも事実でございまして、そのような意味からいたしますと、我々いたしました、まずはガイドライン等々でどのような形で地域支援事業の中身を整備していくか、こういうものも示していかなければなりません。そういうふうに思っておりますし、もちろん施行期間が大切でございますから移行期間等々をしっかりと取つて、その中において既存の事業者等々も十分に対応していただけるような介護予防・生活支援サービス、こういうものを提供いたるべきような体制を取つていただく必要もあるうございます。そのうえで、そのような体制になつてくれば、それは今元気でいろいろ議論されておりますが、それは今元気であります。

○長沢広明君 今大臣のおっしゃったとおりです。大臣のおっしゃったとおりでござります。そこで、大臣のやり方を、やつぱり地域とよく話し合いながら、よく調整しながら進めていくようにお願いしたいんです。要するに、介護のことについて言えば、介護保険での市町村の役割というのは非常に大きいです。その市町村の間に非常に格差も大きくなっています。しかもしませんが、国からの押し付けにならないようにならぬいきゃいけないと思うんですよ。もちろん、一番大事なことは、介護を受ける方々の暮らし、生活を安心にしていくことが大事なので、それに向けてやつぱり市町村ともよく話し合ひながら、市町村あるいは都道府県ともよく話しあつて進めていくことが必要だと思うんです。

○長沢広明君 今二十九条の中のその他に規定がこの二十九条に置かれています。ただし、この二十九条の書きぶりを見ると、その協議事項が第四条に置かれているんです。この第四条には医療制度しか書かれていないんです。介護と書いていないんですね。つまり、介護の問題については市町村や地方自治体と協議できないのか、この二十九条と四条の関係で医療制度しか協議ができないのか、そういうことも含めて、こういう書きぶりについて、理由と併せて考え方をはつきり示してもらいたいと思います。

等々も十分に対応していただけるような介護予防・生活支援サービス、こういうものを提供いたるべきような体制を取つていただく必要もあるうございます。そのうえで、そのようなことになつてくれるか、それは今元気であります。

○政府参考人(原徳壽君) 御指摘のとおり、地方において、今度はそのサービスを提供する主体も高齢者、元気な高齢者の方々がやつていただくというようなことになつてくれれば、それは今元気であります。

○政府参考人(原徳壽君) 御指摘のとおり、地方において重要な政策課題について地方と連携して施策を推進していくことは大変重要だと認識しております。

○政府参考人(原徳壽君) 御指摘のとおり、地方において重要な政策課題について地方と連携して施策を推進していくことは大変重要だと認識しております。

書かれていないんです。介護と書いていないんですね。つまり、介護の問題については市町村や地方と話し合うということになつていているというふうにちゃんと読めると、こういうふうに今答弁をいただきましたので、確認させていただきました。

次に、低所得者の高齢者の住まい・生活支援事業について確認をさせていただきます。

○政府参考人(原徳壽君) 御指摘のとおり、地方において重要な政策課題について地方と連携して施策を推進していくことは大変重要だと認識しております。

○政府参考人(原勝則君) 厚生労働省としては、地域医療ビジョンの策定や地域の医師不足病院の医師を確保するための支援策など、都道府県が新たに重要な役割を担うことを探討していること、また、国保の運営につきましては、財政運営を始めとして都道府県が担うことを中心としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村とで適切な役割分担を図ることを検討することとしていること、これらは地方自治に重要な影響を及ぼすものであって、地方団体と十分に協議を行い、その理解を得ることを目指す旨をこの法案で明示的に規定したところがございます。

ただ、地方団体との協議規定の対象は、これら明示されている事項に限られるものではなく、介護保険制度も含め地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられる事項につきましても、御指摘の第二十九条の中に、その他第二章の措置のうち地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられるものを講じるに当たってはといふことで、地方団体との協議を実施して地方の理解を得ることを目指すこととされているところでございます。

○政府参考人(原勝則君) 厚生労働省としては、高齢者の方々が住み慣れた地域でいつまでも暮らしていくような地域包括ケアシステムといふものの構築を目指しております。

そういう中で、医療や介護などの在宅サービスの充実に加えまして、御指摘のように高齢者の地域生活の基盤としての住まい、この確保に向けた取組等を進めていくことが大変重要であると考えているところがございます。このために、全国で今七百万戸を上回る空き家があると言われておりますが、そういう状況の中で、社会資源としての空き家を活用する議員御指摘の低所得高齢者等住まい・生活支援事業を二十六年度に向けまして予算要求をさせていただいているところでございます。

た低廉な家賃の住まいの確保の支援ということ等に加えまして、見守りや日常的な生活相談等の生活支援、これをやはり組み合わせて提供してあげるということが大変大事でございまして、こうしたサービスを社会福祉法人やNPO法人などがモデル的に実施をする事業ということで考えております。住まいの確保に向けた取組の一つとして大変有効ではないかと考えているところでござります。

いずれにしましても、このモデル事業の具体的な内容等につきましては、現在財政当局と調整中でございまして、今後、予算編成過程を通じまして必要な予算の確保に努力していきたいと考えております。

○長沢広明君 ちょっと質問の順番を変えて、障害者福祉の問題をちょっとと一問お願いしたいと思います。

○長沢広明君 ちょっとと質問の順番を変えて、障害者福祉の問題をちょっとと一問お願いしたいと思うあります。

○長沢広明君 ちょっとと質問の順番を変えて、障害者福祉の問題をちょっとと一問お願いしたいと思

います。

グループホーム、特に障害者向けのグループホームをどう設置するかという課題がございまして、グループホームとケアホームをグループホームに一元化するという方向で今人員配置も含めて検討されているというふうに聞いておりますが、戸建てのグループホームを造るに当たっては、建築基準法とか消防法の規制がございます。もちろん防災上の規制は必要だとは思いますが、これがために例えば既にある戸建ての住宅を使つた、既存の戸建て住宅を使つたグループホームに整備するとかいうことがやっぱりしにくくなっているんですね。

グループホームは、国土交通省、これはもう国交省ですけれども、建築基準法上寄宿舎と定義をされています。寄宿舎というふうに定義をされ、既存の住宅を寄宿舎に転用する場合、防火対策が必要になり、通路は一・五メートル以上必要だと手すりは一・一メートル以上必要だとかといふわけです。すると、既存の戸建ての住宅であっても改装しなきゃならないとかいうことで非常に費用がかさんで、結果的にグループホームにしにくくなっています。

くなつていくという状況が生まれています。

これは、愛知県で大村知事が何か提案した案があります。これは、規制緩和で、寄宿舎並みの基

準を適用するのではなくて、障害者向けのグル

ープホームについては、広さにかかわらず、例え

ば個室に火災報知機を付けるとか、あるいは避難路

を確保するとか避難誘導訓練をすると、そ

うことによって安全を確保する、それによって戸

建ての既存の住宅をグループホームに使いやす

くする、こういう規制緩和の案を発表されています。

もちろん、これは厚生労働省だけできること

ではないというふうには思いますがそれでも、安全

性を守ることは大事ですが、障害者福祉を充実さ

せるために障害者向けのグループホームをどう増

やしていくか、その拡大をするために、今のように規制を緩めていることも含めて厚生労働省と

してこの課題にどう取り組むのか、その方針をお

伺いしたいと思います。

○副大臣(佐藤茂樹君) 今、長沢委員が御指摘さ

れました問題、私ども厚生労働省としても全く同

じ問題意識を持っております。

今質問の中でも述べられましたけれども、既存

の一般住宅を障害者のグループホーム、ケアホー

ムとして活用する際に、建築基準法や消防法の規

制によりまして、例えば廊下幅の拡張、今御指摘

されましたように、居室の床面積二百平米以上

の、超えるような、そういう階にするためには

一・六メートル以上の廊下が必要であるというこ

とであるとか、あるいは部屋と部屋の間仕切り

壁、これも準耐火構造にしないといけないという

ような、そういう大規模な改修が必要となつてく

るという、そういう大きな問題が生じているとい

う声が関係団体等から聞かせていただきおりま

して、グループホーム等の整備を進めていく上で

少なからず影響があるものと厚生労働省としても

考えております。

一方で、この建築基準法や消防法による規制は

われているものという点も承知しております。

この兼ね合いをどうするのかということがこのグ

ループホームの整備の推進とそして規制の在り方

をどのように考えるのかという点で非常に難しい

問題であると、そのように考えております。

それで、厚生労働省としては、今御指摘ありま

す。

議員が指摘されました愛知県、それ以外に既に福

島県や鳥取県でも運用や条例によって先駆的な取

組をされているところもございますので、そういう

うところも参考にしながら、国交省あるいは消防

庁など関係する機関とも連携しながら必要な対応

を検討してまいりたいと、そのように考えており

ます。

○長沢広明君 ありがとうございます。

この愛知県のこともそうですけれども、地域で

絞つて工夫をしているわけですね。それはなぜか

というと、そこまでしてでもやっぱりグループ

ホームが必要だとかというそのやつぱりニーズが

あるわけです。その障害者福祉を前進させてく

るためのニーズ一つ一つを、地域は大変苦労してそ

こに知恵を出して、国土交通省なりどこなりとい

うこのつくられた規制を突破するための知恵を一

生懸命絞つてやつているわけですから、厚生労働

省としてはそれを後押しできるような取組を是非

全力でお願いをしたいというふうに思います。

ちょっと質問の順番を変えて申し訳ございません

が、最後にもう一問だけ質問させていただきた

いと思っています。これ、介護支援のボランティ

アボイン制度でございます。

各地の自治体で、介護支援のボランティアをし

ていただく方にはポイントを付与すると、こうい

うことをしています。横浜とかそれから東京の稻

城市とか、各地で結構広がっております。これ

は、地域の元気な高齢者が要介護の方の話し相手

になつたり、あるいは片付けの手伝いをしたり、

そういうボランティアを行うとポイントがたまる

と。そのポイントを元に、交付金が支給されると

いう場合もあれば、別の形の自分へのサービスに

返つてくるという場合もあります。それは地域で

いろんなポイントをどう使うかいろんな工夫を

しております。これは、ボランティアに参加する

方法をどのように考へておられます。

そこで、厚生労働省としては、今御指摘ありま

す。

介護予防にも積極的に取り組むと、こういうよ

うなことをこの法案でもしっかりと書いています。

で、これに関連して、介護支援ボランティア制度

がまさに主体的な介護予防に資するものであります

ので、より広い地域への普及が求められると思

います。介護支援ボランティア制度の導入状況、

そして国としては、こういう介護支援ボランティ

アボイン制度に国としてもどう取り組んでいく

考え方を確認をしたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) お答えいたします。

ボランティア活動を始めとしまして、高齢者の

方々の社会参加を進めていくことは介護予防に

とっても大変重要なことであると考えております。

六十五歳以上の方が介護ボランティア活動をし

た場合にポイントを付与するいわゆる介護支援ボ

ランティアボイン制度でございますけれども、

高齢者の社会参加を推進する手法の一つであり、

現在、九十弱の地方自治体、平成二十四年度でご

ざいますけれども、九十弱の地方自治体で実施を

されているものと承知をしております。御指摘に

ございましたように、この事業の実施に当たりま

しては、介護保険制度の地域支援事業交付金を活

用することも可能となつております。

また、介護支援ボランティア制度以外にも、例

えば、市が中心となつて高齢者を対象に介護サ

ポートの養成や活動拠点の整備を行い、住民が

担当手として参加する介護予防教室や通いの場な

どをつくり出しているという地域もございます。

このように、支援を必要とする高齢者を元気な高齢者が支え、その高齢者の介護予防にもつながるような地域づくりの全国展開を介護支援ボランティア制度なども活用しながら図つてまいりたいと考えております。

○長沢広明君 じゃ、以上でこれで質問を終わります。ありがとうございました。

○委員長(石井みどり君) 委員の異動について御報告いたします。

本日、若松謙維君が委員を辞任され、その補欠として浜田昌良君が選任されました。

○川田龍平君 みんなの党の川田龍平です。

昨日に引き続き、社会保障制度改革プログラム法案に関連した事項について以下質問をいたしました。

時間に限りがありますので、ちょっと一番、二番を飛ばして三番目から、済みません、ちょっとお願いします。

先月、私は、日本ホームヘルパー協会中部ブロック研修会にパネリストとして出席するため奈良県を訪れました。今、介護業界は深刻な人材不足に陥っています。中でも訪問介護は、ヘルパーさんが一人で利用者の方のお宅に行くために、特に若い人の間では、施設で勤務するのと比べると一人で行くのに責任が重く、怖いという意識も背景にあるようです。事業所の経営者の方にとっては、求人を出してもなかなか応募者が来ないという悩みもあります。その結果、ホームヘルパーの高齢化が進んでおり、担い手の確保が急務となっています。

奈良県支部の皆さんからは、訪問介護の報酬の引上げや土日加算などの御意見、御要望をいたしましたが、報酬の引上げ以外にどのような方策で訪問介護の担い手確保を考えているのかをお尋ねいたします。

○政府参考人(原勝則君) 介護サービスにつきま

しては、今後、御指摘のように量的拡充とそのための人材確保が大変重要であると考えております。その中でも在宅介護を支える訪問介護員、ホームヘルパーの確保は重要な課題だと考えております。

そのためには、介護報酬改定による介護職員の処遇改善ということも大事でございますけれども、それ以外に、一つは、福祉人材センターやハローワークによるきめ細かいマッチングの強化、あるいは介護のイメージアップ等による若年層へのアピールなどのいわゆる参入促進を進めるという対策が必要だと思います。

また、介護の世界で生涯働き続けることができるように展望が持てるようなキャリアパスの確立や事業主のキャリアアップ支援による資質の向上ということも必要でございます。また、労働環境の改善などの環境改善ということを、そういったようなことを総合的に講じてきているところでございます。

また、今後、地域包括ケアの推進のため二十四時間対応サービス等の在宅サービスの充実を図っていくことが重要だと考えておりますが、そうした中では常勤で働く訪問介護員を増やしていくことも重要と考えておりますが、そうした中では常勤で働く訪問介護員を増やしていくこととも重要と考えておりますが、そうした中では常勤で働く訪問介護員を増やしていくことも重要と考えておりまして、引き続き必要な施策の実施に努めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 今年の四月からサービス提供責任者がヘルパー一級の資格を持つていなない事業所は一〇%の減算ということになつていますが、これは奈良県内のほとんどの訪問介護事業所は倒産してしまうとの御意見をいただきました。訪問介護事業所のサービス提供責任者の資格の実態について

供責任者は、介護福祉士や訪問介護員一級課程修了者を原則としております。

この実態でございますけれども、サービス提供責任者の人数につきましては、平成二十三年度介護サービス施設・事業所調査の結果でございます。

そのためには、介護報酬改定による介護職員の処遇改善ということで大事でございますけれども、それ以外に、一つは、福祉人材センターやハローワークによるきめ細かいマッチングの強化、修了者につきましては八千二百九十八人という実

情でございます。

○川田龍平君 これ、実態をしっかりと把握しているべきだと思いますが、そしてこのサービス提供責任者の要件を満たす事業所には加算をし、満たさない事業所は従来どおりペナルティーなしとすれば、要件を満たすサービス提供責任者は給

付に手当を加えることが可能となり、頑張って資格を取ったヘルパーの労働意欲も高まるではないかとの意見もいただきました。この考えについて大臣はどうのようにお考えでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 今局長からも話ありましたけれども、サービス提供責任者は、基本的に指定訪問介護に従事する者で、計画の作成でありますとか人の管理をやるという、言うなれば中核的な仕事をされておられる方があります。これ暫定的に二級の方に関してもその対象にしているわけであります。そのためには減算をしているわけであります。これを減算しなければ、逆に二級以上の方であればこれを加算にすればいいでありますけれど、これを考えるかという話なんだろうと思いますが、一方で、やっぱりめり張りといふか、これは重要な点なんですね。

やはりしっかりとある程度中核的な仕事が担えます。そういう能力を持つておられる方々になつていただくということは前提であろうというふうに思いますが、今この暫定的にやつっていること自体を当たり前とするというのは、やはりちょっと考え方としてはそぐっていないのかなというふうに思つてます。それでございまして、これからいろいろとこのように思つてます。

○政府参考人(原勝則君) 今お尋ねがございましたが、サービス提供責任者といいますものは、専ら指定訪問介護に従事する者で、訪問介護計画の作成や他の訪問介護員の管理などをを行う者であり、利用者四十人に對して一人以上配置すると、こういうルールになつております。その際、サービス提

介護報酬改定の見直しに入つていくわけでありますけれども、そこでその介護従事者の方々の待遇の改善全体をどう考えるかという議論の中でいろいろとこれは考えていつた方がいいのではないかというふうに思つております。

○川田龍平君 今回、要支援者に対する訪問介護と通所介護サービスを全国一律の介護保険の対象から切り離し市町村事業に移すという案が示されています。サービスの種類や料金も市町村に委ねることですが、市町村によつて財政状況や取組方の相違、サービス提供事業者の多寡があり、地域間格差が拡大する懸念があります。サービスの質が下がつてしまえば軽度の方が重症化しかねず、介護予防の実効性がなくなつてしまふのではないでしょうか。

市民福祉情報オフィス・ハスカップからも、今回の法案は要支援者への介護サービスを減らすとして、懸念や希望が全ての厚生労働委員の皆さんにも届いています。全国レベルで一定の水準を確保するための実施体制をどのように構築していくのか伺います。

○政府参考人(原勝則君) 独り暮らしの高齢者の方やあるいは認知症高齢者の方が急速に増加をしている中で、特に軽度者の方を中心に行生活支援ニーズが高まつてゐるわけでございます。こうした中で、市町村が地域づくりに取り組み、高齢者自身が担い手として積極的にサービスに参加し、支援を要する高齢者を支えるなど、高齢者の多様なニーズに対応する多様なサービスが地域で提供されるよう推進することが大事だと考えております。

このために、今回、要支援者の訪問介護、通所介護は、全国一律の定型的な予防給付から市町村が地域の実情に応じて実施する地域支援事業へと段階的に移行することを検討しているわけでございます。地域支援事業は介護保険制度の枠組みの中の制度であり、予防給付と同じ財源構成で市町村を支援するものであること、また市町村が円滑に事業を実施できるよう、ガイドラインの策定

しては、今後、御指摘のように量的拡充とその処遇改善ということも大事でございますけれども、それ以外に、一つは、福祉人材センターやハローワークによるきめ細かいマッチングの強化、修了者につきましては八千二百九十八人という実情でございます。

○川田龍平君 これ、実態をしっかりと把握しているべきだと思いますが、そしてこのサービス提供責任者の要件を満たす事業所には加算をし、満たさない事業所は従来どおりペナルティーなしとすれば、要件を満たすサービス提供責任者は給付に手当を加えることが可能となり、頑張って資格を取ったヘルパーの労働意欲も高まるではないかとの意見もいただきました。この考えについて大臣はどうのようにお考えでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 今局長からも話ありましたけれども、サービス提供責任者は、基本的に指定訪問介護に従事する者で、計画の作成でありますとか人の管理をやるという、言うなれば中核的な仕事をされておられる方があります。これ暫定的に二級の方に関してもその対象にしているわけであります。そのためには減算をしているわけであります。これを減算しなければ、逆に二級以上の方であればこれを加算にすればいいでありますけれど、これを考えるかという話なんだろうと思いますが、一方で、やっぱりめり張りといふか、これは重要な点なんですね。

やはりしっかりとある程度中核的な仕事が担えます。そういう能力を持つておられる方々になつていただくということは前提であろうというふうに思いますが、今この暫定的にやつっていること自体を当たり前とするというのは、やはりちょっと考え方としてはそぐっていないのかなというふうに思つてます。それでございまして、これからいろいろとこのように思つてます。

や好事例の提供等を通じて市町村を中心とする地域づくりの取組を支援することを検討しております。

さらに、移行に際しましては、市町村が地域の受皿確保に一定の時間が掛かるということも考えまして、既存の介護事業者も活用しながら体制整備することを検討しており、市町村が地域の実情に応じて事業へ移行できるように、よく市町村とも御相談をしながら円滑に進めていきたいと考えております。

○川田龍平君 介護保険は法律と介護報酬の改定のたびに複雑になり、制度施行当初に語られた高齢当事者の自己決定、自己選択の仕組みから遠ざかっているとの市民福祉情報オフィス・ハスカツの意見に私は賛成です。来年の法改正と再来年の報酬改定に向け、こういった市民団体や最前線の現場で働かれている方々の声にもっと耳を傾けて制度改革を設計していただきたいというふうに思います。

次に、在宅ALS療養者等に対するヘルパーによる医療的ケアについて伺います。

在宅ALSの療養者のたんの吸引や経管栄養を行なうことができるヘルパーを養成する喀痰吸引等研修事業、いわゆる第三号研修は、昨年の法改正により都道府県の事業として行われていますが、大臣、この在宅療養者の吸引や経管栄養等は、引き受けてくれるヘルパーの数は依然として足りていないのではないかと思う。いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 平成二十五年四月一日現在、ALSの患者の皆様方たち、こういう方々の喀痰吸引、つまり特定行為を行うことができると介護職員ということでございまして、この方々が、まず一つは今言われた二十四年度からスタートした三号研修、これにおいて六千八百十五人、それからそれ以前にもうその作業を担われておられまして、その後暫定的に資格を持つていてるといいますが、やれる方々、こういう方が、経過措置対象分の方々であります、六千八百五十八名

ということです、合わせて一万三千六百七十三名あります。それから併せて、これは特定の方々でありますけれども、不特定の方に関してこのようないふうに思います。

A LSの患者の皆様方が約九千人でございます

から、そう見ると人数はある程度いるということではございますが、複数で介護をやっていただいているという現状もございます。これから新たに

この特定行為業務従事者の方々の育成状況、これを注視しながら、これからもきめ細かく我々対応をしてまいりたいというふうに思っております。

○川田龍平君 そうおっしゃるんですけども、例えばこのALSの療養者が在宅療養を行うために一体何くらいのヘルパーが必要と、大臣、認識していますでしょうか。済みません、通告していいで恐縮ですけれども、お願いします。

○政府参考人(岡田太造君) 喀痰吸引を行なう介護職員の養成につきましては、介護職員によるたんの吸引などを必要とする方や研修の受講を希望する介護職員などがどの程度いるか、それから登録研修機関が実施する研究状況を踏まえまして、

○政府参考人(岡田太造君) もちろん、全ての方々がALSの方々に対応されているというふうには思っておりませんし、先ほども、十人というのは非常に多い人数でありますけれども、複数のヘルパーの方々が対応されておりますのでこの人数では十分ではないということですが、それは

よく分かっておるんですが、二十七年度から介護福祉士の国家試験の中にこの部分が盛り込まれてますので、そこからはある一定程度の対応できる方が誕生してくるんだろうというふうに思います。

いずれにいたしましても、なかなかそういう人物を図つていただくことが必要だというふうに考えてているところでございまして、国全体でそういうような計画を現状で持っているということではございません。

○川田龍平君 何人ぐらいだと思いますかといふことでお聞きしたんですねが。

○政府参考人(岡田太造君) それはちょっとと患者さんの状況にもよりますので、一概にちょっとと私は現在答弁できるような資料を持ってている状況じゃございません。

○川田龍平君 これは十人ぐらい必要だと言わ

それで、先ほどのALS患者九千人の八割が在宅として、仮に一人のヘルパーが四、五人の療養者を見ているとしても、この第三号研修修了者、先ほどおっしゃつていただいた六千八百十五人と経過措置の認定者六千八百五十八人、それから一号、二号と合わせて一万五千人のヘルパーといいう計算になります。

もちろん、この一号や二号の研修というのは、五十時間もの講義を受けたヘルパーさんが訪問介護サービスに携わっているということですけれども、大臣、これ一号、二号の研修を受けた人たちが今訪問介護サービスにかかわっていると、携わっているとお考えでどうですか。

○国務大臣(田村憲久君) もちろん、全ての方々がALSの方々に対応されているということですけれども、大臣、これ一号、二号の研修を受けた人たちが今訪問介護サービスにかかわっていると、携わっているとお考えでどうですか。

○政府参考人(岡田太造君) この事業は、平成二十四年度から実施が始まりましたが、この二県につきましても、二十五年四月以後、研修を修了している方がいるというふうな報告を受けておりまして、年度が終了した時点

五年の四月現在でゼロというようなことでございましたが、茨城県と徳島県の二県では二十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

でございますが、茨城県と徳島県の二県では二十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

でございましたが、茨城県と徳島県の二県では二十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

阪府で約一千四百万でございます。一方、茨城県、栃木県、東京都、福井県、長野県、兵庫県、徳島県、高知県、大分県、宮崎県及び沖縄県の十一都府県は、二十四年度の国庫補助実績がないというような状況でございます。

研修を修了された方は、大阪府、先ほど二十四年度の補助実績が最も多かつた大阪府で二百八十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

でございますが、茨城県と徳島県の二県では二十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

でございましたが、茨城県と徳島県の二県では二十九人、一方、これ平成二十五年の四月現在の時点

政の研修は無料だが数に限りがあり、登録研修事業者は有料で、料金はばらばらであるといった話があります。

いわゆる第三号研修事業については、都道府県から求められた金額だけ補助するのではなく、国としても、今後どのくらいの人数を研修させるべきか、国全体の計画や地域ごとの目標を示すなどして自治体間の格差を縮めるような助言や支援を行なるべきではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(岡田太造君) 喀たん吸引の職員の養成につきましては、介護職員などによる喀たん吸引を必要とする方、それから研修を希望する介護職員がどの程度いるのかとか、患者さんがどれくらいいらっしゃる、それから登録研修機関が実施する研修状況はどういうことであるかというようなことを踏まえて、やっぱり各都道府県で実情に応じて実施していくいただくことが必要だとうふうに思っています。

先ほど申し上げましたけれども、この事業そのものが平成二十四年度から始まっておりまして、現在、その実情を把握したのは二十五年の四月ということです、一年間の状況で今申し上げているところでございますので、まだ都道府県においては、二十四年度になかなかすぐには研修体制が整備できなくて時間が掛かっているというようなところもありますて、そういうところでも二十四年度中に研修そのものは開始はされているようですが、その実情を把握したのは二十五年の四月と

いうことで、一年間の状況で今申し上げているところでございますので、まだ都道府県においては、二十四年度になかなかすぐには研修体制が整備できなくて時間が掛かっているというような

ところでもありますて、そういうところでも二十四年度中に研修そのものは開始はされているようですが、その実情を把握したのは二十五年の四月と

いうことで、一年間の状況で今申し上げているところでございますので、まだ都道府県においては、二十四年度になかなかすぐには研修体制が整備できなくて時間が掛かっているというような視点から、その実施する研修に掛かる費用を補助することによりまして介護職員などを養成するための取組を促進するとともに、障害保健福祉関係主管課長会議などの全国会議におきまして、各都道府県に対しまして研修体制の整備、研修への積極的な取組についてお願ひして、都道府県と連携し

て喀たん吸引制度などの一層の定着を、普及を図つていきたいというふうに考えているところでございます。

○川田龍平君 それで、大臣、さきに御紹介したとおりに、在宅ALS療養者に対するヘルパーによる医療的ケアは進んでいないとの声が当事者から上がっていることは大臣も御理解いただけたかと思います。

そこで、是非厚労省として実態調査を行つていただきたいと思いますが、消費増税、自己負担増に将来不安を感じている在宅ALS療養者の皆さんに大臣から前向きな答弁をお願いします。

○国務大臣(田村憲久君) 自宅でALS療養者の方々でありますけれども、この医療ケアの実態、今お話をございました。これは、福祉医療機構からの助成で、ALS協会の方が二十三年度と二十四年度で調査をしていただきおりまして報告をいただいております。この中で、今言われた喀たん吸引、このような医療ケアは、微増はしている

が、しかしそれによって生活自体が改善をしておるところでは行かないというような、そのような報告をいただいております。

実際問題、この特定行為業務従事者の研修に関しましては、各自治体に対しましてどれぐらいやつていているかといふことに対しては報告をしていただくようになつておるわけでありますけれども、我々このALS協会の調査といふものをしっかりと分析した上で、これから、今まで足らないという部分に対してどのような対応をしていくのかということも踏まえて、いろいろと検討してまいりたいというふうに思っております。

文部科学省としましては、トウレット症候群を含め発達障害のある児童生徒を始めとする特別な教育的支援を必要とする児童生徒への対応について、御指摘のような、親のせいや家庭環境に原因があるというふうな認識は誤解があると承知しているところでございます。

第三号研修事業の修了者で例えば三年間で七人くらいのケアの実績を積んだ方は、第一号、第二号の研修の座学を免除し、学科試験の受験資格を認めていますが、是非御検討いただければと思います。

それで、最後に、発達障害者支援法におけるトウレット症候群の位置付けについて伺います。

チックと呼ばれる神経精神疾患群のうち、音声や行動の症状を主体とし慢性の経過をたどるものとトウレット症候群といいます。激しい運動チックに音声チック、さらには卑わいな言葉や罵倒言語を繰り返す汚言症など、チックの症状は相手に誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

知らずになかなか適切な治療を受けられなかつたり、保健所や福祉事務所でも発達障害ではないと誤解を生みやすく、周囲の理解がないと社会的に大変な不利益を被る神経障害です。医師が病名を

は親のしつけや家庭環境が理由といまだにお考えでしようか。

○国務大臣(田村憲久君) いえ、そうは思っておりません。これは脳機能の障害であるというふうな認識であります。

○川田龍平君 大臣、これは、深刻なのは専門家の誤解なんです。日本トウレット協会の副会長、神戸市看護大学の服部教授の調査では、何と大学教育での臨床心理専門書の九割でトウレット症候群は親のしつけや家庭環境が理由と誤った記載がいまだにそのままになっているとのことです。このことについて文科省はどのように考えているのでしょうか。

○政府参考人(中岡司君) 御指摘のトウレット症候群も含めました発達障害に関するところが、文科省の初等中等教育局の見解を伺います。学校の教員の理解が進みますよう、関係する部局とも連携しながら周知等について検討してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 これは文科省としても是非、小中学校の現場では、教員の無知から誤解で苦しむ子供が、家族がいるのを重々承知していながら、先生の養成カリキュラムの誤りをやっぱり正していかないといけないということをやっぱり是非認識していただいて、近年のこの研究結果によると、トウレット症候群は、虐待やしつけなどによる情緒障害ではなく、外傷や先天的な神経障害の一つとしてとらえ直すことが定着してきており、国際的には数年のうちに定義の変更があるやに聞いております。

○川田龍平君 これは、大臣、トウレット症候群の議連でヒアリングを行つていただきました。先日も発達障害の議連でヒアリングを行つていただきました。この法律は議員立法で成立をされました。この第二条の発達障害の定義においては、自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、そして注意欠陥多動性障害などだけが特記されている理由を政

府はどのように考えておりますでしょうか。

○政府参考人(岡田太造君) 一般論として、具体的な疾病などを法令で規定する場合には、医学的な進展による変更を想定いたしまして政令などに委任することが通常ではないかというふうに思いますが。その際、法律の対象となるものを定義を明確化する観点から、必要最小限の例示を行うということはよくあることだというふうに思っています。

その例示をどういう範囲で行うかにつきましては、それぞれの立法過程で検討、調整が行われるものだというふうに考へているところでございますが、御指摘のトゥレット症候群を発達障害者支援法でどう扱うかということをございますが、この法律は先生御指摘のように議員立法で提案されたものでござりますので、その過程でしかるべき検討が行われてそういう整理になつたものだといふふうに認識しているところでございます。

○川田龍平君 厚生労働省では、地方自治体への

説明や関係者への研修会などの場において、発達障害にはトゥレット症候群も含まれると特別に補足説明しているとのことです、なぜそのようにトゥレット症候群だけ追加して説明する必要があるんでしょうか。大臣、お願ひします。

○国務大臣(田村憲久君) 発達障害者支援法等々のいろんな施行する立場において、御説明するとさきにやはりトゥレット症候群は主な例として挙げさせていただくわけでございまして、まだまだ言われるとおり、医療関係者、福祉関係者にも十分認識されておられない方々もおられるというふうに我々も感じております。その中において、発達障害情報・支援センターのホームページでありますとか、あと、こちらの方でいろんなことを啓発していくために、ガイドブック等々そういうものでこのトゥレット症候群のことを紹介をさせていただきながらしっかりと啓発、普及を進めてまいりたい、このように考へております。

○川田龍平君 これ、わざわざ補足説明をする必要があるなら、法の第二条に明記しておけば済む

話だと思います。

尾辻会長の下、私も議連の副会長としてこの改正問題に引き続き取り組んでいます。

たいたいと思いますので、大臣、委員長を始め委員各位の方の御理解、御協力を心よりお願いして、私

の質問を終わります。

ありがとうございました。

○薬師寺みちよ君 みんなの党の薬師寺みちよでございます。よろしくお願ひいたします。

本日は、昨日質問させていただきました内容について追加質問をいたします。

今回の制度改正は、ファイナンスとデリバリー

両面からの改革です。

特に医療についてはデリバリーの改革が大きな特徴だと考へております。旧

態依然とした医療において、構造改革こそ持続可能な社会保障制度確立のためには欠かせないもの

になつてしまります。しかし、現場にとつては死

活問題なんです。昨日の参考人質疑の際にも申し

ましたとおりに、プロフェッショナルオートノ

ミーというものの任せておいてはどれだけ待つて

も実現はできません。昨日の質問を一つ一つ確認

たいと思います。

では、質問に移つてまいります。

医師不足

看護師不足について、対策、昨日お

答えをいたしました。では、何年までに医師、

看護師を何名養成しなければならないと試算され

ているのでしょうか、お答えください。

○政府参考人(原徳壽君) 当面、いわゆる団塊の

世代が後期高齢者になつてしまつて二〇二五年を当

ては二十九万人おります。これを二〇二五年

度、平成三十七年度には三十二ないし三十三万人

が必要とされているところでござります。また、

同じこの社会保障・税一体改革に際して行つた試

算では、看護職員数について、同じく平成二十四

年度は百四十五万人のところ、二〇二五年度、平

成三十七年度には百九十六万人から二百六万人が

必要とされています。差引きでいきますと、医

師の場合は三ないし四万人更に増、それから看護師の場合は約五十万人強の増が必要だというふうになつております。

〔委員長退席、理事古川俊治君着席〕

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

医師につきましては、医学部入学定員削減に関する経緯というものが文科省のホームページに載っております。昭和五十七年にも閣議決定で、そして平成九年度にも閣議決定で医学部定員の削減について取り組むとなされている。平成十八年度におきましても、総務、財務、文科、厚労の各大臣による認証書に、医学部の暫定的な定員増というものは医師不足が認められている都道府県に

対して行う、しかし、引き続き医学部定員の削減等に取り組むとなされているんです。

現在、私ども、今日も多くの委員の中の皆様方から質疑をいたしましたように、医学部の、まさに医師の不足に悩んでいる地域が多いと。今までのようなこのような迷走した政策では、将来に向かって新たな医療提供体制を描くことはできません。今回こそ、しっかりと計画に基づき医師の養成をお願いしたいと思います。

次の質問に移らせていただきます。

昨日も外科医の過重労働について質問をさせていただきました。外科医の過重労働というのは社会的にも現在問題となつております。この過重労働、昨日も私説明させていただきましたとおりに医療事故にもつながり、今回のプログラム法案の後に控えている医療法の改正においても大きな議論を巻き起こすことでしょう。

今でも勤務医の労働環境改善に様々な施策が行

われております。例えば、二十二年度診療報酬改

定では、手術、手技料の増額が行われました。そ

のため、大規模病院を中心とし、外科系診療科

は大幅增收となつてまいりました。しかし、昨日申しました調査におきましても、外科に特化した待遇改善を行つた病院は一〇%にすぎません。病

院全体の赤字の補填、あるいは外科医だけではなく医師全体の待遇改善に使用したという回答でございました。

外科医の過重労働改善のためには一体何が必要であるのか、更に回答をお願いをいたします。

○政府参考人(原徳壽君) 昨日、外科医を始めとした各医療機関における医師などの勤務環境改善に向けて診療報酬上の措置を講じてきたことなどに加えまして、医療法改正の検討の中で、勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組みの創設であるとか、あるいは労務管理、医療分野などの医療機関の勤務環境改善活動に対する支援体制を構築することなどについて検討しているとお答えいたところでございました。

具体的にさらにやつていくかといいますと、例えば看護職やその他のコメディカルスタッフなど職種間の役割分担の推進や、いわゆる医療クラークなどの活用、これは医師からその他の職種へ仕事を移していくということ、それから、例えば地域の医療機関の間の機能分担、これは病院間での仕事の分担といいますか、そういうようなこと、これなど、具体的な取組を個々の医療機関のニーズに応じて推進することでそれぞれの勤務医の負担軽減を進めていく必要があると考えております。

このために、こうした医療機関の取組を支援するためには、各都道府県に設置を検討しております、仮称でございますが、医療勤務環境支援センター、これなどを活用しながら、地域の医療関係者と連携した取組を進めていきたいと考えております。

さらに、勤務医の負担軽減のためには医師の偏在解消ということとも支援も必要となりますし、さらには、これらのためには地域の医師不足病院の医師確保等の支援を行う地域医療支援センターの設置、これなども活用していきたい、あるいは、診療科におきましては、新生児医療や産科などへの手当などの取組についても引き続き行つていただきたいと思っております。

いずれにしましても、外科医を含めた医療機関の勤務環境改善については様々な医療政策などを

適切に組み合わせた取組が必要と考えておりますが、次期通常国会に提出を目指しております医療法等改正案においても、医療機関における勤務環境改善や、あるいは地域医療支援センターの先ほど申しました機能の法律上の位置付けなども含めまして、さらに新たな財政支援も活用した医師確保等なども含めまして、勤務環境の改善対策の強化について進めていきたいと考えております。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

昨日も御紹介いたしました日本外科学会の要望書にもありますように、外科医の人数を増やすのではなく、やはり中間職種の創設、養成というものが外科医の軽減負担になるのではないかという御意見ございました。現在も中間職種について、先ほども御答弁いたしましたように、検討を進めているということをございますが、検討状況を報告していただけますでしょうか、お願ひいたします。

〔理事古川俊治君退席、委員長着席〕

○政府参考人(原徳壽君) まず、御質問の中間職種というのは、恐らくアメリカなどにおきます医師の指示を受けないで単独で一定の医療行為を行っていくナースプラクティショナーであるとか、あるいは特に病院の中などで医師の監督の中で術前術後管理でありますとか縫合するようなフィジシャンアシスタントなどが考えられるところでございますが、チーム医療の一環としてどのようにしていくかということを検討を始めました。

その中で、まずは看護師が資格法上行うことが可能な診療の補助の範囲内で從来よりも幅広い行為を行うことができるような枠組みについて、厚生労働省医政局内に設置した検討会であるチーム医療推進会議において、診療の補助のうちの実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもつて行う必要のある行為、これを特定行為として法令上明確化する、またこの特定行為について一定の手順に基づいて包括的な形で指示の下に看護師が行っていく、これ

がいわゆる医師が直接やる部分を看護師さんに一定程度やつていただける範囲を広げるという形で申しました機能の法律上の位置付けなどを含めまして、さらに新たな財政支援も活用した医師確保等なども含めまして、勤務環境の改善対策の強化について進めていきたいと考えております。

この中で、日本外科学会の要望書にも術前術後の管理等におけるいろいろな看護師の活用についても御提案をいただいておりまして、それらも含めた形で十分に検討いたしまして、今回取り上げた特定行為の中にもその外科学会からの要望の程度の部分は入っておりまして、そういう意味では外科医の負担軽減にもつながるのではないかというふうに考えております。

○薬師寺みちよ君

ありがとうございます。

がいわゆる医師が直接やる部分を看護師さんにいるのも位置付けられております。総合診療専門医は、定義としては、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾患と傷害等に対応する総合的な診療能力を有する医師の専門性ということで定義されています。

この数をどうするかという問題でござりますが、これは実は総合診療専門医のみならず、先ほど先生の御指摘の例えれば外科にしても、どれぐらいたる人数を育てていくか、実はこの専門医の中でどれぐらいの養成をするかという、それが実は大きなポイントになつてくると思います。

○薬師寺みちよ君

ありがとうございます。

この点につきましては、これからこの第三者機関においてそれぞれの必要性などを考えていたのですが、これは現行行なわれている医師臨床研修はどのようないくら育成していく必要があると試算されていくんでしょうか、教えてください。

○政府参考人(原徳壽君)

お答えいたします。

二十二年度の見直しに向けて、十六年度からになってくると考えられます。プライマリーケアを行なう医師と臓器別、疾患別の専門医といふものを行つて、専門医の枠をこの第三者機関に考えていただきたいというふうに考えているところでございます。

○薬師寺みちよ君

ありがとうございます。

では、現在行なわれている医師臨床研修はどのようないくら育成していく必要があると試算されていくんでしょうか、教えてください。

○政府参考人(原徳壽君)

現在の医師臨床研修制度は平成十六年度から開始されたわけでありま

す。

今回の病床機能分化の実現のために、病床の機能に合った医師の養成というものをポイントにして、専門医の枠をこの第三者機関に考えていただきたいというふうに考えているところでございます。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

では、現在行なわれている医師臨床研修はどのようないくら育成していく必要があると試算されていくんでしょうか、教えてください。

○政府参考人(原徳壽君)

現在の医師臨床研修制度は平成十六年度から開始されたわけでありま

す。

それ以前のいわゆる努力義務における臨床研修での問題点としては、臨床研修といいながら専門的な研修が中心となっている、したがつていわゆるプライマリーケアの研修が不十分ではないか、したがつて基本的な診療能力が修得されていないというような課題がそのときには指摘がございました。このため、医師法の改正を平成十二年に行なって、十六年度からこの新しい臨床研修制度におきましては、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかるはず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁にかかる負傷又は疾

病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを基本理念として実施しているところございます。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

では、内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科、地域医療の七診療科が必要であったにもかかわらず、なぜ平成二十一年度の研修から外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目となつてしまつたんでしょうか、その理由をお答えください。

○政府参考人(原徳壽君) お答えいたします。

二十二年度の見直しに向けて、十六年度からいろいろな研修の反省をいたしました。その中で、研修医の基本的な診療能力が向上したという効果、これは見られたわけですが、一方で、将来のキャリアなどにかかるらず多くの診療科での短期間の研修が一律に行なれたたどいうことで、研修医のモチベーションを損なつた、あるいは専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなるなどの指摘もあつたところでございまして、このため、二十二年度から研修に対する見直しにおきまして、研修医の将来のキャリアなどへ接続を図ること、また各病院の個性や工夫を生かした特色ある研修が可能となるようになんかのプログラムの弹性化をするという趣旨で行つたところでございます。

○薬師寺みちよ君

ありがとうございます。

今回、また見直しをいたしましたが、この見直しの過程の中におきまして、どの診療科を研修するかにつきましては、卒前教育、また新たな専門医の仕組みなど、それらの一連の医師を養成する仕組みなどの動向も踏まえながら、次回以降の見直しに向けて到達目標と一体的に見直すということが望ましいとされておりまして、およそ五年後に予定をしておりまして次の見直しに向けて、関係者の意見を伺いながらしっかりと検討していきたいと考えております。

更に質問を続けたいと思います。

いわゆるハードが整備されても、その中身のソフトというものの充実が図られなければ全く意味がないものだと考えます。

現在 医師の臨床研修制度というものは十年経過しようとしておりますが、臨床研修の必修化によつて地域の医師不足というものが顕在化をしてまいりました。そして、研修医が都市部に集中してまいりました。その結果、地域では医療の質が低下したまま、現在も事態に変化はありません。

今後、地域格差を解決するためにも、医師の研修の制度というものをどのような方向性で行つていくべきなのか、そのお考えをお聞かせいただきたいと思います。

○政府参考人(原徳壽君) 臨床研修制度は医師の基本的な診療能力の修得を目的とするものであります、地域の医師確保は近年の医療をめぐる主要課題でありまして、地域医療への配慮も必要であります。

実際問題、制度施行後、研修医が都市部に集中しやすいなどの御指摘もありました。したがいまして、前回の見直しの二十二年度からいわゆる研修の定員、募集定員につきまして、人口やそれぞれの大手の養成数であるとか地理的条件などを勘案して、都道府県ごとに上限を設けるということをしてまいりました。この結果、平成二十五年度には、都市部である六都府県以外の研修医の採用実績数が過去最大となつております。六都府県といひますのは、東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、そして福岡県、この六都府県での集中度は逆に言うと減つてきてるというのが実態でございます。

また、基本的な診療能力の向上、これが一番大きな点なんですが、これにつきましては、アンケートで自信を持つてできる、あるいは普通で昇してきているということからも、一定の効果が上がつてきていると考えております。

現在行われておりますこの制度の見直しの議論

の中で、現在の基本理念は重要であり堅持するべきものであるということ、それから一つ目には、

到達目標は人口構造や医療提供体制の変化などの観点から見直すべきだが、医学部での卒前教育、国家試験、それから研修があつてそれから専門研修へと、連続性に考慮して次回見直しに向けて別途到達目標は検討すべき、それから、研修医の地域的な適正配置を一層誘導する観点から、募集定員の設定方法を見直すべき、このようなことが指摘されまして、平成二十七年度から実施予定の見直し後の制度においては、これらの内容を含んだものとなる予定でございます。

今後とも、地域的な適正配置がより一層図られるように取り組んでまいりたいと思っております。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございました。

そもそも、医学部教育といふのは文科省、臨床教育は厚生省と、縦割り行政の中で一貫した教育システムといふものを持っていないことが問題だと思いますが、なぜ医療提供体制にマッチしない医療養成プログラムを描かないのか、お答えいただけますでしょうか。

○政府参考人(原徳壽君) お答えいたします。

先ほどから言いましたように、医師の養成といふのは、医学部で基本的に教育を受け、それから国家試験を受けて、研修をして、専門医の修練をする、こういう流れでいきます。その中で、確かに医学部の部分は文部科学省が担当するということがあります。この中で、例えは臨床研修制度の見直しにおいても、文部科学省の方にも御参加いただきながら議論を進めてきたところでございます。

また、臨床研修制度の在り方については、今後どのような医師を育成すべきかというのが一番大きな観点かと思ひますが、これは、医学部での様々な教育のカリキュラムの変更でありますとかあるいは診療参加型の実習の充実、これらの取組の差がありますので、そういう大学から

標準化などの状況とか、新たな専門医制度、後ろの方の専門医制度の仕組みの検討状況、これらを

も両方にらみながら、全体として一貫的な教育になります。

この結果によりまして、例えば重複受診、頻回受診等も適正にやつていただける、あるいは既に

糖尿病等が始まつておつても重症化を予防できるというふうなこと、さらには個々人のニーズに合わせた後発医薬品の使用もお勧めができるというようなこと、こういうふうなこと。今もこういう取組が一部の県で進められておりますが、こういう事例も紹介しながら、全ての保険者に計画を作つて取り組んでいただき、この取組を我々も進めていきたいと。そのために、国におきましても、我々も、全国のレセプトあるいは特定健診のデータを集積しておりますので、この結果をよく分析をして活用していただけるように提供していただきというふうに思つております。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。私のところにも多くの研究者の皆様方からそのビッグデータを活用したいという意見がございまして、是非、今後もそのビッグデータの活用につきまして検討を進めていただきたいと思ひます。

○政府参考人(木倉敬之君) 御指摘のよう、データに基づいて健康づくり、予防を進めていただく、大変大事なことだというふうに思つております。

今御審議いただいております法案におきましても、健康の維持増進、疾病の予防等を促進をして、これによる医療費抑制策を図るために、保険者を始めとする皆様がレセプト等を活用して保健事業等の推進をしていただくことが盛り込まれて、この規定を踏まえまして、健康保険組合あるいは市町村国保、こういうふうな保険者の皆さんのがセプトあるいは健診の結果の情報というものをきちんと分析をして、個人に合った取組を進めていただき効果を上げていただきたい、これをデー

タヘルス計画というふうに名付けまして推進をしていき、医療費適正化につなげることとしております。

この結果によりまして、例えば重複受診、頻回受診等も適正にやつていただける、あるいは既に糖尿病等が始まつておつても重症化を予防できるというふうなこと、さらには個々人のニーズに合わせた後発医薬品の使用もお勧めができるというようなこと、こういうふうなこと。今もこういう取組が一部の県で進められておりますが、こういう事例も紹介しながら、全ての保険者に計画を作つて取り組んでいただき、この取組を我々も進めていきたいと。そのために、国におきましても、我々も、全国のレセプトあるいは特定健診のデータを集積しておりますので、この結果をよく分析をして活用していただけるように提供していただきというふうに思つております。

○薬師寺みちよ君 ありがとうございます。私のところにも多くの研究者の皆様方からそのビッグデータを活用したいという意見がございまして、是非、今後もそのビッグデータの活用につきまして検討を進めていただきたいと思ひます。

○政府参考人(木倉敬之君) 御指摘のよう、データに基づいて健康づくり、予防を進めていただく、大変大事なことだというふうに思つております。

昨日も申しましたけれども、枝葉の改革では今回の検討事項も絵にかいたもち、机上の空論、意味のないものとなつてしまします。家でいえば、今回この改革は二階部分の改築だと思つております。二階部分が新しくなつたとしても、一階部分が制度疲労を起こしていたり機能していないようであれば、いつかは家が崩壊してしまうんです。まずは一階部分の強化、まさに医師の養成、看護師の養成、そして計画的な配置、図つていただきませ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。

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

ちょっと冒頭、雇用のことをお聞きをしたいとおもいますが、やっぱり社会保障の土台は雇用です。雇用の安定それ自体大事であるとともに、社

会保障の支え手を強化してまいります。

若者を使い捨てにするブラック企業対策、これは人間らしい雇用を実現する上でも待ったなしだと思いますが、昨日、ある新聞の報道で、厚労省がブラック企業対策として離職率を公表するというふうにされておりますが、どのような中身でしょうか、対象となる求人件数というのはどの程度なのでしょうか、お答えください。

○委員長(石井みどり君) 速記を止めてください。
〔速記中止〕

○委員長(石井みどり君) 速記を起こしてください。

○委員長(石井みどり君) 離職率の話ですか。離職率を公表することは言つていよいわけでありまして、大卒のハローワークの求人、これの中において離職者数、この枠を設けたということございまして、これは書く書かないはそれぞれの事業者の自由でございます。そのような意味でそのような枠をつくつたわけございまして、そこに書いていたただくだけで、それは求職する側からしてみれば、そのようなことに対するデータを出しておられる企業だというようなことを認識できるといふことでございまして、それはそれで大変意味のあることであるうといふうな思いの中でそのようないふうをつくつたわけあります。高校卒業の場合ももう既にあつたものでございまして、来年度から大学もこのような形で枠を導入するということございます。

○小池晃君 対象者数は十七万人から十八万人新たに増えるというふうに聞いているんですが。大臣が今御紹介された離職数ですね、私ども日本共産党が参議院に提出したブラック企業規制法案でも、これは職業安定法の改正で企業が採用者数と離職者数を公表することを盛り込んでおりまます。今度の厚労省の措置は我々の提案とも同じ方向ののだというふうにこれは受け止め、歓迎したいと思つてているんですね。

大臣に、このブラック企業規制法案、私ども出

しましたが、この中には、例えばサービス残業の

根絶、労働時間の上限規制など長時間労働的是正、パワーハラスメントの根絶などの課題を掲げております。この課題はやはり厚労省が掲げている政策方向とも私は一致しているといふうに考

えるんですが、大臣の政治家としての御見解を伺いたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) なかなかお答えしづらい部分ではありますけれども、御党の出された法律案、これに関しては承知をいたしておりますが、国会の中で御議論をいたぐ話であろうといふうに思います。

我々厚生労働省として、労働者の権利をしっかりと守るということは念頭に置きながらこれからも行政を続けてまいりたいというふうに思つております。

○小池晃君 いや、法案についてどうこうというとそれは言いにくいです。私は、そういう課題は、例えば今、私言いましたね、長時間労働是正、サービス残業根絶、パワーハラスメントの根絶、これは厚労省の目指している政策方向と一致するんではないですかといふうに聞いています。

○国務大臣(田村憲久君) いや、それは長時間労働というものは減らしていくなければならないといふうに思つておりますし、サービス残業なるものは、これは労働基準法で禁じられておるわけです。残業等々といふるものも減らしていくといふことは当然我々としては大変重要なことであろうと

いうふうに認識いたしております。

○小池晃君 私は、この中身、かなり多くの部分というのは厚労省が掲げている方向と一致する部分もあるといふうに思つております。

○小池晃君 対象者数は十七万人から十八万人新たに増えるというふうに聞いているんですが。大臣が今御紹介された離職数ですね、私ども日本共産党が参議院に提出したブラック企業規制法案でも、これは職業安定法の改正で企業が採用者数と離職者数を公表することを盛り込んでおりまます。今度の厚労省の措置は我々の提案とも同じ方向ののだというふうにこれは受け止め、歓迎したいと思つてているんですね。

大臣に、このブラック企業規制法案、私ども出

案に入ります。介護保険の問題です。

介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を掲げておりまして、要支援者の予防給付のうち、訪問介護と通所介護を新しい地域支援事業に移行させるといいます。しかし、新事業の内容は市町村の裁量、そして人

員基準、運営基準はありません。

要支援者の実態は一体どうか。北海道民医連が行った調査紹介しますと、例えば、要支援二で、肺がんの術後、両膝関節が人工関節という七十八歳の女性です。一人では階段昇降ができずに、週一回のデイサービスが唯一の外出の機会になつて、配食サービスを利用して何とか在宅生活を続いている。年金が減らされ、介護サービスも利用できなくなるのかと嘆きの声を上げていらっしゃいます。

○小池晃君 いや、法案についてどうこうといふとそれは言いにくいですから、私は、そういう

う課題は、例えば今、私言いましたね、長時間労働是正、サービス残業根絶、パワーハラスメントの根絶、これは厚労省の目指している政策方向と一致するんではないですかといふうに思つていています。

○国務大臣(田村憲久君) いや、それは長時間労働というものは減らしていくなければならないといふうに思つておりますし、サービス残業なるものは、これは労働基準法で禁じられておるわけです。残業等々といふるものも減らしていくといふことは当然我々としては大変重要なことであろうと

いうふうに認識いたしております。

○小池晃君 私は、この中身、かなり多くの部分

というのは厚労省が掲げている方向と一致する部分もあるといふうに思つております。

○小池晃君 その中において、医療系のサービスに関する議論もその中で

しては様々なニーズがあるということでありますし、画一的な介護保険サービスだけではなくて、各地域地域の事情に応じたきめ細かなサービスを

支援者への予防給付のうち、訪問介護と通所介護を新しい地域支援事業に移行させるといいます。ただけるような体制を取つていただくということ

でございまして、これに関しましてはガイドライ

ン等々を我々も示してまいりたいと思っておりますし、あわせて、好事例等々はこれは広めていく中において、そのような形のいろんな体制整備というものに努めていただきたいと、これはもちろん自治体に対して我々もしっかりと協力をさせていただきたいたいというふうに思つております。

いずれにいたしましても、これ、ケアマネジメントの中において必要なサービスを適切に対応できるよう形でプランを作つていただけるといふうに思つておりますし、あわせて、今までのサービス事業者もこれはそのまま継続することができるわけであります。移行期間も設けておるわけでございましてから、そういう中でしっかりと対応ができるよう体制整備をつくつていただくべく、我々も努力をしてまいりたいといふうに思つております。

○小池晃君 多様なニーズがあつて選択肢増えるといふふうに言うんだけれども、現行制度でも予防給付と地域支援事業、両方選べるわけですね。ところが、やっぱり多くの人が予防給付を選んでいるのは、保険給付として確実に専門家によるサービスを受けられるからだと思うんです。私は、選択肢を増やす、多様なサービス受けられる

ようにするというのであれば、従来の予防給付を続けたまま地域支援事業のメニューを増やせばいいと思うんですね。そういう改革が必要だと。

それから、地域の実情に合わせるといふうにおつしやいました。しかし、結局、要是、全国一律の基準をなくしてしまえば、予防給付に係る費用を抑制するということにこれは必ずなつていい。実際に、政府は、今回の制度改変によって予

サービスに關しましては、特に軽度の高齢者に関わるですね。

局長にお伺いします。

現行制度のままなら予防給付に係る給付費が五、六%で増えていくのを、結局今回の見直しで予防給付プラス新事業の給付費の伸び率を三から四%に抑え込むという試算されていますよね。結局、そのために新事業に掛ける予算にも上限を掛けしていくと、こういうことになるんじやありますか。これ、そういう事実を認めていただきたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) 私どもの考え方といったまでは、介護予防の機能強化を通じまして、認定を受けなくとも地域で暮らせるような高齢者を増やしていく、あるいは費用の効率化といふことを図っていきたい、将来に向けてですね、ということを考え、今回予防給付の地域診療への移行ということを提案をさせていただいているわけでございます。

その際に、御指摘のように上限という問題がございまして、現在の介護予防・日常生活支援総合事業におきましても上限は設定されておりまして、原則、介護保険事業計画の給付見込額の二%とされております。これは、厚生労働大臣の認定を受けたときは三%まで引き上げが可能という仕組みになつております。

新しい事業では、こうしたことも踏まえまして、新しい事業の上限につきましては、現行制度も踏まえながら、予防給付から事業に移行する分も貰えるように設定することを検討しております。

具体的には、当該市町村の予防給付から移行する訪問介護と通所介護や予防事業の合計額を基本にしながら、当該市町村の後期高齢者の伸び率等を勘案して設定した額というふうにする方向で現在検討をしているところでございます。

また、仮に市町村の事業費が上限を超える場合については、制度施行後の費用の状況等を見極めが必要もございますので、市町村からいろいろと御意見いただいているので、市町村の御意見もよく聞きながら、個別に判断する仕組みなどの

必要性についても併せて検討してまいりたいと考えているところでございます。

○小池晃君 しかしながら、いずれにしても保険が社会保障審議会の介護保険部会に示している文書を見ますと、例えば、柔軟な人員配置等により効率的な単価を設定する、あるいは付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせる、

に負担させるということにこういった形ではなつていかざるを得ないんじやありませんか。

○政府参考人(原勝則君) サービスの利用に当たりましては、その高齢者の方の状態像等を踏まえ、要支援のお宅にヘルパーが行つても、例えられたケアマネジメントによりまして、例えば専門職によるサービスが引き続き必要だと判断された利

用者に対しても、それらのサービスが提供されるということだと考えております。地域で提供される多様なサービスの内容に応じてサービス単価を設定することが重要だと思っておりませんけれども、専門職が必要なサービスを行なう場合には専門職の

人員配置を前提とした適切な単価を設定することが適当であろうと考えておりまして、国としてもガイドラインの策定などを通じて市町村の支援を検討していくことを考えています。

また、利用者負担についてのお尋ねがございましたけれども、これにつきましても、国が示すガイドライン等を踏まえながら、高齢者の多様なニーズを満たす多様なサービス内容に応じて市町村が設定する方向で検討しております。

したがいまして、状態像に応じたサービスがそれにおわしい費用で利用可能となるため、御指

するとか、あるいは利用料の負担が重過ぎてサービスの購入ができないといったようなことにはならないのではないかと考へております。

○小池晃君 しかしながら、大変それを危惧するわ

けですよ。

○國務大臣(田村憲久君) 先ほどから専門性があるから医療系サービスは残しましたということを大臣もおっしゃいましたけど、私は要支援者にこそ福祉サービスだつてやっぱり専門的視点が必要だというふうに思つります。これ、大事なんですよ。

例えば、要支援とされている人の中には、まだ認知症の診断が下つていなければ、その前兆が出ているような人だって少なくないわけです。

要支援者のお宅にヘルパーが行つても、例えれば頼んだ覚えはないというふうに入室拒否される

みたいだ、そういうことがあつたりする。そういう

中で、やはり専門知識と資格を持つている訪問

介護員が継続的にかかることは非常に大きな意味があるわけです。

また、要介護一と要支援二を行き来しているよ

うなそういう状態の人は、そのたびに担当のケア

マネジャーあるいはデイサービスの事業者が変わつてしまふ。しかし、そういう人を継続的にや

はり支援して重度化防止の役割を担つているのは

ヘルパーなわけです。

事例紹介すると、例えば東京都で、妻が八十六

歳、夫が九十二歳、老夫老妻です。妻は脳梗塞後

遺症で右半身麻痺と言語障害があつて、室内歩行

できるために要支援になつていて、夫は認知症

があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしま

うという状態だけど非該当です。これ、綱渡りな

んですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘル

パーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよ

うに頑張つている。認知症予備軍、老夫老妻、貧

困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に

方々がどのような形でこれから要支援のサービス

を受けていくか、生活支援を受けていくかとい

ことを考えた場合に、やはり多様な介護、要支援

といいますか、その受皿を今のうちからつくつて

いかなとい、一方で、支援する側の人員不足、こ

れにも対応ができるなくなつてくるわけでありま

で、多様な担当手といふものを育てていくとい

うことをやつていかなければならぬという側面も

あるわけでございます。

○小池晃君 しかしながら、委員がおっしゃられ

て、やはり全国基準、人員基準、運営基準をなくして裁量にしていけば、やはり低下する方向に、これは地方自治体の財政の問題もあるわけですから、大変それを危惧するわけですよ。

先ほどから専門性があるから医療系サービスは残しましたということを大臣もおっしゃいましたけど、私は要支援者にこそ福祉サービスだつてやっぱり専門的視点が必要だというふうに思つります。これ、大事なんですよ。

例えば、要支援とされている人の中には、まだ認知症の診断が下つていないけれども、その前兆が出ているような人だつて少なくないわけです。要支援者のお宅にヘルパーが行つても、例えれば頼んだ覚えはないというふうに入室拒否されるみたいだ、そういうことがあつたりする。そういう中で、やはり専門知識と資格を持つている訪問介護員が継続的にかかることは非常に大きな意味があるわけです。

また、要介護一と要支援二を行き来しているようなそういう状態の人は、そのたびに担当のケアマネジャーあるいはデイサービスの事業者が変わつてしまふ。しかし、そういう人を継続的にやはり支援して重度化防止の役割を担つているのはヘルパーなわけです。

事例紹介すると、例えば東京都で、妻が八十六歳、夫が九十二歳、老夫老妻です。妻は脳梗塞後遺症で右半身麻痺と言語障害があつて、室内歩行

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくかということを考えた場合に、やはり多様な介護、要支援といいますか、その受皿を今のうちからつくつていかなとい、一方で、支援する側の人員不足、これにも対応ができるなくなつてくるわけでありまして、多様な担当手といふものを育てていくといふことをやつていかなければならぬという側面もあるわけでございます。

○國務大臣(田村憲久君) 今般、この介護予防給付事業を生活支援事業の方に移すという、特に通所介護、訪問介護の部分でありますけれども、軽度な高齢者の方々の場合にはやはり多様なサービスを求められておられますし、一方で、そのよう付事業を生活支援事業の方に移すという、特に通所介護、訪問介護の部分でありますけれども、軽度な高齢者の方々の場合にはやはり多様なサービスを求めておられますし、一方で、そのよう

介護給付費の五・七%です。これを抑制したために重度化や認知症の症状が進んで介護給付全体を増やすような結果になつたら本末転倒だと思うんですね。私、こんなこと絶対あつちやいけないと。きちんとやはり専門職による保険給付で必要なサービスを福祉サービスも含めて継続をしていくと、これが必要だと思いますが、いかがですか。

大臣、要支援者に掛かっている費用というのは費用の節約につながると。私は本当にそのとおりだと思うんです。

大臣、要支援者に掛かっている費用というのは費用の節約につながると。私は本当にそのとおりだと思うんです。

○小池晃君 いや、私は、やはり全国基準、人員基準、運営基準をなくして裁量にしていけば、やはり低下する方向に、これは地方自治体の財政の問題もあるわけですから、大変それを危惧するわけですよ。

先ほどから専門性があるから医療系サービスは残しましたということを大臣もおっしゃいましたけど、私は要支援者にこそ福祉サービスだつてやっぱり専門的視点が必要だというふうに思つります。これ、大事なんですよ。

例えば、要支援とされている人の中には、まだ認知症の診断が下つていないけれども、その前兆が出ているような人だつて少なくないわけです。要支援者のお宅にヘルパーが行つても、例えれば頼んだ覚えはないというふうに入室拒否されるみたいだ、そういうことがあつたりする。そういう中で、やはり専門知識と資格を持つている訪問介護員が継続的にかかることは非常に大きな意味があるわけです。

また、要介護一と要支援二を行き来しているようなそういう状態の人は、そのたびに担当のケアマネジャーあるいはデイサービスの事業者が変わつてしまふ。しかし、そういう人を継続的にやはり支援して重度化防止の役割を担つているのはヘルパーなわけです。

事例紹介すると、例えば東京都で、妻が八十六歳、夫が九十二歳、老夫老妻です。妻は脳梗塞後遺症で右半身麻痺と言語障害があつて、室内歩行

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つっている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つっている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つっている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つっている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

できるために要支援になつていて、夫は認知症があつて、新聞勧説されると五紙も取つてしまふという状態だけど非該当です。これ、綱渡りなんんですけど、週三回、生活援助に行つて、ヘルパーが両方に目を配つて、どちらも入院しないよう頑張つっている。認知症予備軍、老夫老妻、貧困、本当に様々な問題が重なり合つて、本当に方々がどのような形でこれから要支援のサービスを受けていくか、生活支援を受けていくか

たような方々に対しサービスが落ちないよう、その対応は必要だというふうに思つておりますので、既存事業者も含めて、これからこの進め方、議論をしつかりやつてまいりたいというふうに思つております。

○小池晃君 そういうふうにしたいというのであれば、予防給付は予防給付の今まで維持した上で地域支援事業のメニューを増やしていくこととで多様なニーズにこたえていくことこそ私は現場の声にこたえる道だというふうに思います。やはりこのやり方、要支援者を予防給付から外すということについては撤回をしていただきたいといふふうに思います。

年金について伺います。

私どもは、国民の財産である年金積立金をマネーレースに投じることは、これは一貫して反対してまいりました。ところが、政府の有識者会議が、GPIFの運用資産における国内債券の比率を引き下げて投資対象を拡大すると、アクティイブ運用の比率を高めるという報告書を出していま

す。局長にお伺いしますが、年金というのは加入者の老後生活を支えるための大手な資金です。これを今まで以上のリスク運用にさらして大穴が空いたら、一体誰が一体どういう責任を取るんですか。

○政府参考人(香取照幸君) 年金の積立金に関しましては、委員も今お話をありましたように、厚生年金保険法、あるいはこの資金運用を行っている専門の法人であります独立行政法人、年金積立金管理運用独立行政法人法という法律の下で、専ら被保険者の利益のために効率的な運用を行つて書いてございます。

運用に関しましては、申し上げましたように、こういった法人に寄託をしているわけでございますが、それ今申し上げました法律の中で、年金積立金の運用に関しましては役職員の責任についての規定が置かれています。したがいまして、運用に関しましては損失が生じたりした場合に

おいて、法令に定められた義務の違反があるかと見れば、関係者については責任が問われるということがあります。

具体的には、役職員につきましては、全力でその職務を遂行する義務、それから秘密保持の義務

というものが課されておりまして、特に後者につきましては免職処分等を受けるという場合もございます。

それから、理事長及び理事に関しましては、受

託者責任を負つているということになります。

さらに、私ども厚生労働省で運用を担当している職員につきましても、同様に全力で職務を遂行する義務あるいは秘密保持義務というものが課されておりまして、後者について違反がある場合には懲戒処分ということになります。

なお、厚生労働大臣は、当然ながら年金制度全

体を所管するという立場において、積立金を含みまして年金制度全般について責任を負つてていると、そういう構成になつてございます。

○小池晃君 そういうふうにおっしゃるけれども今まで何兆円も大穴空けたときに誰も、誰一人責任取つていませんよ。それが今の実態なんですが、これを更に、リスク運用を更に強めるな

んでことは許されるのかと。

有識者会議の報告書は、パッシブ運用の比率を低めてアクティイブ運用の比率を高めるというふうに言つています。もう端的に、ちょっと時間ないので短く答弁していただきたいんですが、GPIFの国内株式、国外株式のパッシブ運用、アクティイブ運用について、直近七年間の超過収益率、

クの収益率に対してもだけ超過があるかと

ものを見たものでございますが、全体としてパッシブについては〇・〇八%のプラス、アクティイブが〇・三九%のマイナスということになつてござります。

外国株式につきましては、同じくパッシブが〇・〇五のプラス、アクティイブは〇・三一のマイナスということになつてございます。

○小池晃君 収益率を高めるためにアクティイブ運用の比率を高めるというけれども、結局過去七年間の、直近七年間の数字を見ると、パッシブ運用の収益率はプラスですがアクティイブ運用の収益率はマイナスなんです。すなわち、損になつてゐるわけですね。これは決してGPIFの特殊事情ではなくて、アメリカのプリンストン大学のマーキル教授が調査したアメリカにおける過去の二十年のアクティイブ運用の実績を見ても、全ての資産クラスにおいてアクティイブ運用の収益率はパッシブ運用を大きく下回っています。

結局、この今の報告書にあるようなリスク運用を強めアクティイブ運用を高めるという方向は、着実な収益を増やすという言い分と矛盾するんじゃないですか。

○政府参考人(香取照幸君) 御指摘のように、運用の状況は市況の環境によるものがあります。左右されることが大きいわけですが、同様のアセットクラスで外国債券がありますが、外国債券は実はパッシブが〇・〇一のマイナスでアクティイブが〇・四九のプラスということになつてございま

す。

○政府参考人(香取照幸君) 御指摘のように、運用の状況は市況の環境によるものがあります。左

右されることが大きいわけですが、同様のアセット

クラスで外国債券がありますが、外債券は実

際料は全体で二百八億でございますが、パッシブに係る部分が約三十一億、アクティイブに係る部分が百七十七億ということになつてございます。

○小池晃君 政府の有識者会議も認めていますけ

れども、アクティイブ運用の収益が上がらない一因に、やっぱりこの手数料、運用コストの高さがあ

るわけですね。この手数料は国民の年金保険料で払つてゐるわけですよ。

私は、大臣、今まで議論してきましたけれども、やっぱり国民から集めた年金保険料をマネー

ゲームに投じて、金融機関、証券会社、投資ブ

レー やへには手厚い報酬が払われていく、一方で、昨日も議論しましたけれども、年金額についてはマクロ経済スライドなどで削減、抑制していく、さらに支給開始年齢の先延ばしも検討されてい

る、こういうやり方で更に一層マネーレースに

と、経済状況が変化するという中で日本国の経済の成長の果実を確実に享受するという観点から運用の考え方について一定の見直しを行つてお

ることは、それはそれで合理的なことだと思つてお

ります。

もちろん、法律に定められた年金の法的な性格あるいは資金というものがまず前提にあります

で、それをあくまで基本にした上でこういつた考

え方で見直しを行ふということにならうかと思ひます。

○小池晃君 結局、何でアクティイブ運用、成績悪いか。株式、まあ債権はそうかもしません、しかし株は明らかに悪いですよ。

配付資料もあります。GPIFの運用受託機関及び資産管理機関への二〇一二年度の支払手数料、幾らですか。運用受託機関分のアクティイブ運用、パッシブ運用別に手数料それぞれ幾つか、数字だけお答えください。

○政府参考人(香取照幸君) GPIFの資産管理機関とか運用機関の手数料でございますが、総額で約二百二十二億円。これは手数料としては〇・〇二%ということで、世界最低水準でございます。このうちパッシブに係る部分、受託機関の手

数料は全体で二百八億でございますが、パッシブに係る部分が約三十一億、アクティイブに係る部分が百七十七億ということになつてございます。

○小池晃君 政府の有識者会議も認めていますけれども、アクティイブ運用の収益が上がらない一因に、やっぱりこの手数料、運用コストの高さがあ

るわけですね。この手数料は国民の年金保険料で払つてゐるわけですよ。

私は、大臣、今まで議論してきましたけれども、やっぱり国民から集めた年金保険料をマネー

ゲームに投じて、金融機関、証券会社、投資ブ

レー やへには手厚い報酬が払われていく、一方で、昨日も議論しましたけれども、年金額につい

てはマクロ経済スライドなどで削減、抑制してい

る、さらに支給開始年齢の先延ばしも検討されてい

る、こういうやり方で更に一層マネーレースに

年金を投じていくようなやり方は、私はきつぱり断念すべきだというふうに思いますが、大臣、いかがですか。

○國務大臣(田村憲久君) 現行、年金の積立金の運用利回りの目標、四・一%と言つておりますが、そんなに上がっておりません。この半年ぐらいいはアベノミクスの影響はあるわけであります。しかし、それほど毀損せずに、現状、今は逆に必要な積立金よりもプラスになっている。それはどういうことかというと、デフレで名目賃金が上がらない中でありましたから、それほど高い運用利回りを取らずとも、要是年金の積立金、毀損せずに済んできたということがあるわけあります。

しかし、これから名目賃金が上がってくるとなれば、やはりそれなりの運用利回りを目指さなければいけない。つまり、名目賃金とそれから取つた運用利回りとのスプレッド、ここが問題であるわけでございますので、それを確保するためにはいろんなポートフォリオの見直しをやらなきゃいけない、あります。その中において、一番リスクを最小化にできるようなものはどういうようないい言えば、ポートフォリオなんだというようなことを勘案するわけでありまして、その中のメニューリとして今般の会議の中でいろんなものを挙げていただいたということになります。

いずれにいたしましても、GPIFの中において必要な、これから年金の財政検証するわけでありますけれども、どれだけの運用利回りを目指すかということにおいて最低リスクを取つていただきようなポートフォリオをお考えをいただけるものというふうに考えております。

○小池晃君 私はやはりそ年の年金財政の政官財による食い潰しになるというふうに思います。やっぱりリスクマネーに投じる政策はこれは撤回をして、給付削減計画もやめて、本当に国民が信頼できる年金制度に切り替えるべきだと。今のよくなやの方をするとますます年金に対する不信、不安は高まるばかりだということを申し上げて、

質問を終ります。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日は、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案の中でも、今日も複数の委員の先生から質問が出ておりましたけれども、まず一つ目は、介護関係の人材確保のことについて質問をさせていただきます。

これまで、介護人材といふものはますます必要になってくるわけであります。幾ら持続可能な社会保障制度の確立を図ったとしても、人材不足であつてはそれを担う人たちがいないわけですから、これからの介護ということについて大変大きな問題になつてくると、いうふうに思つております。よく介護関係の現場の人たちからは介護職の人材不足とか人材確保が難しいという声を聞きますが、厚生労働省としてその実態調査というものをしたことがあるので、まずはお聞きしたいと思います。

○副大臣(佐藤茂樹君) 東委員の御質問にお答えをいたします。

政治の道を入られる前に介護施設職員もされていた経験もありなので、実態よく分かつた上で御質問だと思いますが、今介護人材の実態調査をされているのかどうかと、いうことですが、公益財團法人介護労働安定センターにおきまして、毎年、介護労働実態調査を実施しております。平成十四年から毎年この調査をしているわけでございます。

一番直近の平成二十四年度の調査結果では、全体では、適切というのが四二・〇%と一番多くあります。ですが、問題は、従業員の過不足の状況について、次いでやや不足が三四・二%だったわけでございますが、問題は、従業員の過不足の状況について、大いに不足、不足、やや不足、この全て三つを足した不足感があると、こう回答した事業所の割合が五七・四%でございました。

○東徹君 ありがとうございます。

不足と大いに不足というのが五七・四%ということでありますけれども、やはり介護人材が不足しているというふうに思つている施設というのは非常に多いというふうに思います。

そんな中で、まず給与のことについてお伺いしますが、介護職の平均給与というのはどちらがいいのか。例えば、特別養護老人ホームとか老人保健施設ではどうなのか。また、介護職の中でも訪問介護が非常に人材不足というようなことも聞きますけれども、訪問介護ではどうなのか。そして、介護保険が導入される以前と比較してどうなつかもちょっとお答えいただければと思います。

○政府参考人(原勝則君) 特養あるいは老健施設、訪問介護員別の介護職員の平均給与というお尋ねでございます。

平成二十四年度介護従事者待遇状況等調査結果によりますと、月給で常勤者の介護職員の平均給与額ということで、これには手当とか一時金を含んでおりますけれども、まず介護老人福祉施設で三十二万一千五百四十円、介護老人保健施設で二十八万七千三百七十円、訪問介護事業所で二十六万四千二百五十円となつてございます。

あわせてまして、これらのものについての介護保険制度導入前後の状況というお尋ねでございますけれども、大変申し訳ございませんが、データがなくてちょっと比較が難しくございます。

○東徹君 一度やつぱりその調査の資料を是非お渡しいたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) もちろん限られた範囲での調査ということでございますから、ある程度の代表性にはそれなりのあれがあるとは思いますが、それでも、一応私どもの方で調査をした数字でございますので、一つの結果ではないかということです。

○東徹君 一度やつぱりその調査の資料を是非お渡しいたいと思います。

次に、独立行政法人労働政策研究機構の調査によりますと、介護職の離職率といふのは産業全体の離職率と大きな差がなくなつてきてるといふふうにも報告もされております。給与水準などの待遇の問題や定着率の向上や質の確保のための介護職の人材育成の問題など、介護職の人材確保の観点から様々な問題が現在も存在しているというふうに考えております。

今後、高齢化社会の進展を踏まえて、政府としては地域包括ケアシステムの構築しているものとされておりますけれども、その構築のために必要な介護職の数は二〇二五年には二百三十二万人から二百四十四万人とも推計をされておりまして、一方で、現在の介護保険費用は、平成二十九年度予算ベースでは五一・二%が公費負担となつますけれども、介護職員で、これは賞与は含まず

所定内賃金、残業等の手当は含まない所定内賃金ということで、正規職員で月給の者の賃金といふことでござりますけれども、平成十七年がこれは二十一万二千二百円、それから平成二十四年が二十二万一千四百円というような状況、そういう統計はございます。

○東徹君 介護保険制度が導入される前というふうに申させていただきましたよね。全然その数字とは違うんですね。

ており、公費依存度は後期高齢者医療制度を上回る高い水準にあるというふうに思っております。財源が厳しい中ではあります、介護人材不足をどう解消していくのか、政府の見解をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 今委員おっしゃられましたとおり、二〇二五年に向かって介護職員が、大幅にこれは養成していかないといふことでございまして、百万人からの介護職員を増やしていくかなきやならぬ。先ほど地域支援事業の話をさせていただいたのも、実はそういうところの問題があつて、多様な扱い手といふものを、この扱い手のところを厚みを増していくかなといふかなか人材が不足してくるというところであります。

一つは、今、福祉人材センター、またハローワーク等々でマッチング、きめの細かなマッチングの強化といふものをしていくということをやつております。あわせて、やはり介護職というものに対してのイメージアップも図つていかなきやならぬだと思います。あわせて、やはりキャリアアップする、そういうような仕組みを取り入れていかなきやいけないと同時に、何といましても、キャリアパスの仕組みというものをしっかりとつくつていかない場合には、なかなか介護職の方々が自分の人生設計も含めて頭に浮かばないわけでありまして、そういう仕組みも今いろいろと考え、取り入れているところであります。

今言われました、あとは処遇改善ということであります、処遇改善交付金、こういうものを使つて今まで月給を上げてきたというような状況がございます。今や交付金の方からこれは介護保険の中に、報酬の中に入つておるわけでありますけれども、しかし、それだけではまだ十分ではないという認識も持つておりますので、更なる処遇改善といふことも含めてしまつかりと我々議論をしていかなきやなりませんし、あわせて、環境、職場環境の整備といふものもやはりやっていかなければならぬというふうに思つております。

とにかく、いろいろなことをやつていく中において介護人材を確保していかないことは、日本の介護、これ成り立たなくなつてくるわけでござりますので、ありとあらゆる施策をこれから講じてまいりたい、このように考えております。

○東徹君 ありがとうございます。

ただ、おつしやつてることとはやつぱりそういう話をさせていただいたのも、実はそういうところの問題があつて、多様な扱い手といふものを、この扱い手のところを厚みを増していくかなといふかなか人材が不足してくるというところであります。

本當に介護の現場では、排せつ介護、入浴介護、食事介護、これで大体一日の三分の二がその三大介護に当たつてゐるわけでありまして、その負担感とか、非常にきつい、汚い、感染症もかかるかもしれない危険な大変な仕事だというふうに思つております。ただ、そういう大変な仕事だけれども、やつぱり非常に高齢者を支えていく大事な仕事なんだというところのイメージをどうつくつしていくのかというのが非常に大事だといふふうに思つております。

それともう一つ、キャリアアップということがよく政務官からもこれまでに出ておりました。

○政府参考人(原勝則君) キャリアアップの制度というの、いまいち、いふことに思つておられます。

○東徹君 今の説明を聞いていますと、当然、どの職場でもやつぱりその人の経験年数であったりとかそんなんで給料というのをやつぱり上がりにくわけですから、特に給与の評価について目新しいようなものもありませんし、研修制度と新しいふうな地位制度みたないのがあるのか、どうぞきてるわけだけでして。

あと、非常に地位が上がるというふうにおつしやいましたけれども、地位というのは何か、どういうふうな地位制度みたないのがあるのか、ちょっとお聞かせいただきたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) 済みません、ちょっと

状況の原因としては、将来、若い方が就職をされいやわる、例えば我々ですと、何年かすると主になつて、その後、係長になつて、補佐になつて、課長になつて、そのことがいわゆる地位に付けて、そしてそのことがいわゆる地位に反映され、給与としてそれが支給を受けられるかと、そういうのが非常に見えにくいというのが一つやつぱり問題だらうと思つています。

とにかく、いろいろなことをやつていく中において介護人材を確保していかないことは、日本

をきちんと整備してもらうのは当然のことなんですが、それでも、やはりその方自身の研修の機会なんかを確保いたしまして、やはり技術、そういうものをちゃんと高めていただく、そういうことをやつぱりできないとやつぱりいけないんじやないか。それが、その技能、技術に応じて、経験に応じて地位が上がつてキャリアが上がっていだかないとやつぱりいけないんじやないか。

うにはそんなに思えませんし、それなりにこれまでマッチング作業も各都道府県とか人材センターとかでもやつてきたというふうに思つています。

うにはそんなに思えます。うまあマッチングは、私、そんなに今マッチングに一生懸命力を入れても効果が上がるというふうに一生懸命力を入れても効果が上がるというふうに思えます。

うまあマッチングは、私、そんなに今マッチング

をしましたが、実は、そういう研修の機会も、やつぱり事業所が小さいとなかなか研修を受けられないという実態がござりますので、そういう

ものもやはり併せて整備をしていくことが大事じやないかと考えております。

○東徹君 そうしましたら、今ありました介護職

のイメージアップ、キャリアアップ、それから處

遇改善、いつまでにそういうものを見直してお示しされるのか、是非お聞きしたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) 基本的には、私、二〇

二五年を当面の目標としておりますから、そこに向けて、先ほど大臣からもお話をありましたよう

に、多様な扱い手というような視点も含めまして

とにかく介護を支えていただく人材というものを確保していくことでございます。

○東徹君 そうしましたら、今ありました介護職

のイメージアップ、キャリアアップ、それから處

遇改善、いつまでにそういうものを見直してお示しされるのか、是非お聞きしたいと思います。

○政府参考人(原勝則君) 基本的には、私、二〇

二五年を当面の目標としておりますから、そこに

向けて、先ほど大臣からもお話をありましたよう

に、多様な扱い手というような視点も含めまして

とにかく介護を支えていただく人材といふうにしていくことですか、研修なりそういうのを通じて御本人の技能を高めていただく、それに応じた

給与を支払つていただいていると。例えばそういう

うようなこととか、研修なりそういうのを通じて御本人の技能を高めていただく、それに応じた

報酬でも介護福祉士の資格を持つつている方についてはそれなりの一定の評価をしているというよう

なことでございます。

例えば、その分かりやすい例としては、介護福

祉士という国家資格の制度がございまして、介護

福祉でも介護福祉士の資格を持つつている方についてはそれなりの一定の評価をしているというよう

なことでございます。

うまあマッチングは、私、そんなに今マッチング

のイメージアップ、キャリアアップ、それから處

遇改善、いつまでにそういうのを見直してお示しされるのか、是非お聞きしたいと思います。

いたします。

混合診療の全面解禁についてでありますけれども、厚生労働省としては、國民が一定の負担で必要な医療を受けられるのが皆保険の本質であるとか、医療は安全性が確認された保険診療が基本などとなり否定的な意見が多いようでありますけれども、患者にとってみれば、現在の制度では保険外の先進医療を受けると全額自己負担になるため、高額所得者のみが先進医療を使うことができないという仕組みになつておりますけれども、患者にとつてみると、混合診療の解禁によるというふうに思います。

また、医療の安全確保につきましては、よくこういったことも言われておりますけれども、本年十一月二十八日の規制改革会議におきまして、医療法人鉄蕉会亀田理事長からも述べられましたように、混合診療の禁止によって医療の安全を確保することに無理があり、逆に、保険診療ではないことによってほとんど野放しに近い状態になつている医療行為もあるようである。医療の安全性の確保は保険制度で規制するものではなく、医療における安全性を確保する義務を負う個々の医師の問題ではないかというような指摘もされております。

混合診療を全面解禁すれば患者が受けたい治療の選択肢も増えますし、また、リスクもあるかもしれないけれども、そこにはインフォームド・コンセントをしつかりと行って、患者が自己責任で選ばいいのではないかというふうに思っています。

○國務大臣(田村憲久君) 保険診療は、当然のごとく安全性というのが確保されなきやいけないわけであります。それに付随するというか、今いわゆる混合診療とおっしゃられましたけれども、どういう定義で混合診療ということをおっしゃつておられるのかちょっと私は分からんんですねども、やはり保険診療と併用するということに

なれば、一定程度の安全性、それから効果、これはある程度は確保されていないと、何もかも保険と同じ併用で使うということになれば、保険は御承知のとおり全ての國民が基本的には入つていただいて保険料を払つていただいておるものでありますから、そこのところはどうしても外せない点であるというふうに思います。

その上で、問題は今、保険外併用療養というのがあるんですけど、条件は、今言つた一定の効果、有効性と一定の安全性なんですが、あわせて、将来保険収載を目指すものという考え方にして立っています。これはなぜかというと、そもそも、もう保険には収載するつもりはないけど、高いままこの医療技術でやつていただく方、これ受けているただく方だけでもうければいいんだというようないふた考へ方の医療を併用療養に入れてしまつと、当然これ高いといふことが前提になつておりますから、高いものを、一部の方々がそれを受けながら給付することというのは、やはりこれは公平性に欠けるんであろうという考へ方であります。

将来まだ目指すのならともかく、将来も目指さないような医療行為に全ての方々が入つている保険から給付することというのは、やはりこれは公平性に欠けるんであらうといふことになります。これは、全ての國民が入つている保険において、これが実施していくといふことは非常に難しいといふふうに思ひます。そういうことをしていけば、やはり医療費といふのはただでさえ、今でも、毎年一兆円ずつ上がつていくわけであります。それで、そうなつていけば、また更に保険料を上げるとか税金を上げざるを得ないとか、そういうふうになつてくるといふに思つておりまして、そしてまた混合診療を認めていくことによって新しい高額医療を取り入れて、日本の保険診療がやはり世界の医療の進歩、どんどん進んでいくといふふうに思ひますし、そういつた観点からも混合診療といふのは必要じゃないのかといふふうに思つておるんですが、いかがでしようか。

○國務大臣(田村憲久君) 確かに、再生医療も含めて非常に高いといいますか、高額なこれから新しい医療というものが確立されてくると思います。しかし、それを保険収載することを目指すのであるならば、先ほど申し上げたような先進医療という枠の中で保険外併用療養というものができるわけであります。当然のごとく医療の技術進歩ができるわけでありまして、そのような制度を今拡充をしてきておりまして、例えば抗がん剤に関しては、これは新薬に対して早く併用療養がしましては、これは新薬に対してもこれは保険と併用ができるわけであります。当然のごとく医療の技術進歩でありますから、そのような高い医療行為もやがてはある程度金額が下がつていく。下がつてかかる費用対効果といふのを考えて、保険に収載できるということになれば、それは国民全般が保険診療として受けられるわけでありますから、そのような形の中では我々は新しい医療等々に関してどのように取り込んでいくかということをこれから検討してまいりたいといふふうに思つておられます。

○東徹君 是非、そういう保険外診療、併用診療を含めてしっかりと進んでいくように取組を是非お願いしたいと思います。

質問の方を終わさせていただきます。

○東徹君 そうすれば、保険外診療の拡充は行つていいということですね。

私は、今回のこの混合診療のことについてありますけれども、今、規制改革会議の方でも、大臣おつしやいましたように、いろいろと議論を承知のとおり全ての國民が基本的には入つていただいて保険料を払つていただいておるものでありますから、そこのところはどうしても外せない点であるというふうに思います。

その上で、問題は今、保険外併用療養というのがあるんですけど、条件は、今言つた一定の効果、有効性と一定の安全性なんですが、あわせて、将来保険収載を目指すものという考え方にして立っています。これはなぜかというと、そもそも、もう保険には収載するつもりはないけど、高いままこの医療技術でやつていただく方、これ受けているただく方だけでもうければいいんだといふことから、高いものを、一部の方々がそれを受けながら給付することというのは、やはりこれは公平性に欠けるんであらうといふことになります。これは、全ての國民が入つている保険において、これが実施していくといふことは非常に難しいといふふうに思ひます。そういうことをしていけば、やはり医療費といふのはただでさえ、今でも、毎年一兆円ずつ上がつていくわけであります。それで、そうなつていけば、また更に保険料を上げるとか税金を上げざるを得ないとか、そういうふうになつてくるといふに思つておりまして、そしてまた混合診療を認めていくことによって新しい高額医療を取り入れて、日本の保険診療がやはり世界の医療の進歩、どんどん進んでいくといふふうに思ひますし、そういつた観点からも混合診療といふのは必要じゃないのかといふふうに思つておるんですが、いかがでしようか。

○國務大臣(田村憲久君) 確かに、再生医療も含めて非常に高いといいますか、高額なこれから新しい医療というものが確立されてくると思います。しかし、それを保険収載することを目指すのであるならば、先ほど申し上げたような先進医療という枠の中で保険外併用療養といふものができるわけであります。当然のごとく医療の技術進歩ができるわけであります。当然のごとく医療の技術進歩でありますから、そのような高い医療行為もやがてはある程度金額が下がつていく。下がつてかかる費用対効果といふのを考えて、保険に収載できるということになれば、それは国民全般が保険診療として受けられるわけでありますから、そのような形の中では我々は新しい医療等々に関してどのように取り込んでいくかということをこれから検討してまいりたいといふふうに思つておられます。

具体的にこの充実につきましては、〇・七兆円が待機児童の解消などの子ども・子育て支援の充

実、〇・七兆円程度、それから医療・介護サービスの提供体制の改革、医療・介護保険制度の改革、難病に係る制度の確立というような医療・介護分野に一・五兆円程度、それから年金制度の改善につきまして〇・六兆円程度ということで、合計で約二・八兆円程度をネットで充実分に充てることとしているところでございます。

なお、一体改革のメニューに含まれております重点化、効率化を実施した場合には、その削減分を財源として社会保障のグロスの充実額を増やすことができるものであると考えております。

また、安定化についてでございますが、安定化につきましては、基礎年金国庫負担の二分の一の引上げに三・二兆円程度、後代への負担のツケ回しの軽減に七・三兆円程度、消費税率の引上げに伴う社会保障四経費の増に〇・八兆円程度を充てることを考えているところでございます。

○福島みずほ君 これは先日も質問して、回答ができるものであります。

また、安定化についてでございますが、安定化につきましては、基礎年金国庫負担の二分の一の引上げに三・二兆円程度、後代への負担のツケ回しの軽減に七・三兆円程度、消費税率の引上げに伴う社会保障四経費の増に〇・八兆円程度を充てることを考えているところでございます。

○福島みずほ君 これは先日も質問して、回答ができるものであります。

同じなわけですが、この間、赤字国債の解消、また、確かにツケ回しの部分をこれに充てるということなんですが、先日も書いたように、社会

保障の充実は二・八兆円だけなんです。二十八条には消費税を充てるというふうに書いてあって、実際、社会保障の充実は一部であるというのはやはり違のではないか。

つまり、今回議論されているプログラム法案では、抑制あるいは重点化がとても前面に出ている、消費税を上げたから社会保障が充実するという感覚はないんですよ、だって、充実のためには二・八兆円しか使わないわけですから。これは看板に偽りありと、消費税の使用の仕方については問題があるというふうに思います。それはやっぱり違うと。十四兆円の使い道については今後も問題を言つていかたいというふうに思います。

第四条、医療制度のところですが、「原則として」全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として」と書いてあります。「原則として」というのになつと引っかかるて、国民皆保険は日本は維持をするということがもうあるわけですか

ら、「原則として」という言葉は要らないんじやないですか。

○政府参考人(木倉敬之君) この第四条でござい

ますが、これは社会保障改革推進法のときからの規定を受けているものでございます。国民皆保険

制度で運営しておりますけれども、生活保護を受けられる方、これは適用除外でございますので、それを正確に記載しているものというふうに理

解をしております。

〔委員長退席、理事古川俊治君着席〕

○福島みずほ君 「原則として」と書いてあると、例外としてというのをじや何か考へているのかというふうに思います。むしろ「原則として」

という言葉は削除して、「全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として」とするのが妥当ではないでしょうか。

混合診療に關して規制改革会議が最近も意見を

出しました。全ての国民が加入する仕組みを維持する、国民皆保険制度は維持する、混合診療の拡充は認めないということによるらしいですか。

○國務大臣(田村憲久君) 混合診療じゃありませんから。今の現行制度の中で混合診療はありません、拡大も何もありませんから。混合診療はやりませんなどということでおぞろいですか。

○國務大臣(田村憲久君) ですから、本来その病床に入る入らないというのがあるわけであります

て、例えば高度急性期の病床の中にそうではない方々がおられれば、それは当然のことく、本来のニーズもかなえられないわけでありますので、そ

ういうものを、例えば一般急性期なら一般急性期でありますとか、さらには回復リハでありますとか療養期、こういうようなところの方の病床に移

していくわけでありますね。それは必要数という

のはある程度これからいろんな議論の中で出てま

ると思いますから。ただし、ここは連携してい

ますと、今言われたみたいに行くところがなくなりってしまうという話になりますから、ちゃんとした急性期の受皿というのも確保しつつ、一方で、がんの方々も、仮に末期がんであられたとし

ても自宅ででき得る限り生活したいんだと言われり違うと。十四兆円の使い道については今後も問題を言つていかたいというふうに思います。

第四条、医療制度のところですが、「原則として」全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として」と書いてあります。「原則として」というのになつと引っかかるて、国民皆保険は日本は維持をするということがもうあるわけですか

でございます。

○福島みずほ君 病床の機能の分化、どういう病床があるのか情報を集めて、どういうふうに有効に使っていくかは大事だと思います。しかし、入院しているがんの身内やいろんなところと話を聞くと、やはりある一定の時間がたてば、もうあなたは治る見込みがありませんから出ていくってくださいというふうに言われると。そうしますと、そ

れで本人ががっくりしてやつぱり亡くなってしま

うとか。つまり、長期間入院をできるだけさせないという、診療報酬のことがありますので、この病床の機能の分化というのが社会的入院を防ぐと

いう意味ではないけれども、逆に今病院でどんど

んやつぱり余命幾ばくか、もう治療の見込みがあ

りませんから出ていくってくださいと言われるよう

な現状、これについてはどうお考えでしようか。

○國務大臣(田村憲久君) ですから、本来その病

床に入る入らないというのがあるわけであります

て、例えば高度急性期の病床の中にそうでない方々がおられれば、それは当然のことく、本来のニーズもかなえられないわけでありますので、そ

ういうものを、例えば一般急性期なら一般急性期でありますとか、さらには回復リハでありますとか療養期、こういうようなところの方の病床に移

していくわけでありますね。それは必要数という

のはある程度これからいろんな議論の中で出てま

ると思いますから。ただし、ここは連携してい

ますと、今言われたみたいに行くところがなく

なりてしまうという話になりますから、ちゃんと

した急性期の受皿というのも確保しつつ、一方

で、がんの方々も、仮に末期がんであられたとし

ても自宅ででき得る限り生活したいんだと言われ

り違うと。十四兆円の使い道については今後も問題を言つていかたいというふうに思います。

第四条、医療制度のところですが、「原則として」全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として」と書いてあります。「原則として」というのになつと引っかかるて、国民皆保険は日本は維持をするということがもうあるわけですか

○福島みずほ君 しかし、もう大分がんやいろんなものがひどくなつて、途中で退院してくださいと言われる負担もよく聞いておりますので、その点は是非よろしくお願いします。

次に、同じ条文の四項の一の二なんですが、「医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し」、これは具体的にどういうことで

しょうか。

○政府参考人(原徳壽君) 今現在、医療法人間の合併等について議論がされております。これは、

例えば地域の中でも様々な医療機関がある中で、医療の連携を取るときに法人として統合してやっていくとか、そういうようなことが求められている

院面がございます。そういう中で、例えば医療法人間の合併のルールをどうしていくかとか、ある

今は、例えば今言われておりますのは、医療法人が海外に事業を展開しようとすることもござります。

○福島みずほ君 厚生労働省は、中小の病院の合併及び統合を進めるという立場でしようか。

○福島みずほ君 今ほど申しましたように、医療法人の簡単に言いますと吸収合併を進め

ていくということではなくして、地域の中で連携をしながら医療を提供していただくということが主眼であります。その中で医療法人同士で合併を

する場合等がございますので、そういうものもルール化していくということを考えているところ

でございます。

○福島みずほ君 これは、市町村合併ではありますけれども、合併やこういうものが進むと、やはり患者の皆さんにとって不便になることもあります

ので、これが今後どう展開していくのか問題だ

といふうに思います。

医療制度のところも問題ですが、次に介護の部

分についてお聞きをいたします。

この間、効率化、重点化という部分はコストダ

ウンだという衝撃的な答弁があつたんですが、この介護の部分の第五条の一項の二の「前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し」、これは今議論中の要支援と要介護を分けるという考え方なんですね。

○国務大臣(田村憲久君) 重点化、効率化の話でありますけれども、コストカットではあります。そこを重点化……

○福島みずほ君 ダウン。

○国務大臣(田村憲久君) あつ、ダウンではあります。重点化、効率化した部分を、これは要するに質を落とさずに重点化、効率化した部分を充実の方にちゃんと付けるわけでございますので、それだけコストダウンしてもうそれだけ社会保障はお金を使わないということではないので、その点だけは御理解をいただきますようにお願ひいたします。

○政府参考人(唐澤剛君) 介護のこの要支援のところの条文につきましては、これは地域包括ケアシステムの構築によりまして特に予防給付を見直して地域支援事業に移行していくこうということをまだ今、現在介護保険部会で検討されている部分に該当するものでございます。

〔理事古川俊治君退席 委員長着席〕

○福島みずほ君 今の答弁で、先ほども同僚議員からありましたが、要支援と要介護を分けることについては民主党も問題ありというふうに考えております。要支援の段階でしっかりとやるが、要介護を減らすことにもなりますし、一番最初の段階からのケアというのが必要で、これを分離することは介護保険の制度のかなりの部分が減殺されるというふうに思つております。

先ほどの大臣の答弁なんですが、社会保障制度一体改革に伴う所要額は、機能の充実、プラス分と重点化、効率化、マイナス分を差し引いて見積りを出しております、おっしゃるとおりです。財政審では、重点化、効率化の成果は未知数なので機能の充実を先行させるなど言われているわけで

す。ですから、先ほどの大臣の答弁は、重点化、効率化ばかり言つてゐるのではなくて、プラス分方向に振り向けるのだからコストダウンだけではないよということなんですが、この間の質問は、

効率化と重点化とは何かと聞いたら、コストダウン。だから、そのとおりなんですよ。そして、この法案の問題点は、機能の充実という言葉が本当に余りないわけです、機能の充実が、機能の充実が余りなくて効率化、重点化があるということ、これが問題だということなんです。

ですから、やはりコストダウンと、こちらに充てるということでいえば、マイナスの面が強調されているというのがこの法案の問題点だというふうに思つております。ですから、効率化、重点化及び機能の充実で、機能の充実するというならいいんです。でも、そうでないというのと、この間も効率化、重点化とは何かといつたらコストダウンと言われたので、衝撃的な答弁で問題だというふうに思ひます。

では、四号、「特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し」、これは何ですか。

○政府参考人(唐澤剛君) これは、ちょっとと老健局いなくて恐縮ですが、介護保険の施設の入所者の方につきまして、現在は資産については勘案をしないで所得によつて見ていくわけございますけれども、補足給付ということで食費それから光熱水費相当の生活に関連する部分でございますけれども、この補足給付の支給につきまして、新たに資産を勘案することを検討することについて現在在介護保険部会で検討していくだいと考へております。

○福島みずほ君 やっぱり負担増なんですね。三号の「一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し」というのは、利用料の一割負担化ということによろしいですね。

○政府参考人(唐澤剛君) これは、利用者負担につきまして、現在一定程度以上の所得のある方、医療機能の充実を先行させるなど言われてゐるわけで

これをどこにするかということについては御議論がいろいろあるわけござりますけれども、今御指摘いただきましたように、一定以上の所得のある、相対的に負担能力のある方につきましては二割負担をしていただくことについて検討をしていただいているということでございます。

○福島みずほ君 五号の「介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し」というのも負担増の話です。

○政府参考人(唐澤剛君) これは、介護保険法に基づく特別養護老人ホームへの入所を御希望する方につきまして、重度の方について重点化をしていくということについて検討しているものでございます。

○福島みずほ君 重度の方について検討するということは、それ以外の者については支給の対象をしないということの検討ですよね。

○政府参考人(唐澤剛君) これは原則的に重度の方に重点化をしていくことでございまして、それ以外の方についても特養以外での生活が著しく困難であるという場合には、市町村の関与の下で特例的に入所を認めるというふうに理解をしております。

○福島みずほ君 結局、例外を除いては重度でなければ特養老人ホームに入れないという仕組みをつくると。つまり、私が質問をしました二、三、四、五の部分はいずれも負担増なんですね。ですから、負担増か、あるいは入りにくくなるし使いにくくなるという部分なんですよ。いや、ほかの人がありやすくなるとも言えるが、重度でなければ入れないという点では使い勝手が困難になると、ということなんですよ。

ということは、ここに書いてあるものは、いずれも負担増かその仕組みを使うことが排除されるということになるわけで、この方向は今の審議会で議論されていることとパラレルなんですが、非常に問題があるということについては御議論されております。

○大臣政務官(赤石清美君) 福島委員にお答えいたします。

今のお概要でありますけれども、国民会議の報告書でも指摘されていますとおり、高齢化的進展や疾病構造の変化に対応し、国民負担の動向にも留意しつつ、患者が住み慣れた地域で生活を送るための地域完結型の医療を確保することが必要と考えております。

諸外国に比べ人口当たり病床数が多いわけでありますけれども、病床当たり職員数が少ない日本の現状を踏まえると、病床の機能に応じて人的、物的資源を集中投入し、入院医療全体の機能強化や回復機能を持つ病床の整備を図り、早期の家庭復帰、社会復帰を実現し、退院後の受皿となる在宅医療、在宅介護を充実させるとともに、これらの連携を図ることにより、患者が住み慣れた地域で必要な医療を効率的かつ効果的に受けることができます。

○福島みずほ君 重度の方について検討するときの連携を図ることにより、患者が住み慣れた地域で必要な医療を効率的かつ効果的に受け取れる体制の整備というふうに考えております。

御審議いただいている法案においても、地域の医療ニーズに対応するための質の高い医療提供体制や、今後の高齢化の進展に対応した地域包括ケアシステムを構築するための様々な検討事項を盛り込んでいるところであります。

例えば、具体的な施策として、病床機能の分化、連携については、医療機関が都道府県に病床機能を報告する制度を設け、都道府県が病床機能報告制度により把握される医療機能の現状等を活用して地域ごとに地域医療ビジョンを策定し、地域の医療ニーズを踏まえたバランスの取れた医療機能の分化、連携を進めていくことを検討しております。

このように、今般の医療提供体制の改革は、患者の状態に応じた適切な医療を地域で行うことを目指すものであり、単に効率を図ることのみを目的とするものではありません。

○福島みずほ君 医療機能の分化とはどういうこ

とですか。

○政府参考人(原徳壽君) 先ほども御答弁いたしましたように、例えば急性期の患者を診る機能とか、あるいは急性期の後の回復期の状態にある患者を診る機能とか、あるいは長期に療養が必要な方々を診る慢性期の機能であるとか、そういうことを考えております。

○福島みずほ君 厚生労働省は、かかりつけ医みたいな制度を推進していくという考えはここに込められていますか。

○政府参考人(原徳壽君) かかりつけ医機能といふのは、主として外来の患者さんを中心に考えるということです。いまして、今言いましたのは入院機能の分化ということで考えておられます。

もちろん、それはかかりつけ医を持っておられるということは何かの病気を持つておられます。そういう患者さんがもし急変した場合は当然入院が必要になりますので、そういうときに適切なところに連携をしながら入院していくだけ医制度を推進することは重要なことだと考えております。

○福島みずほ君 かかりつけ医の制度をどう定義付けるかというのもありますが、逆にがちがちにそれがないと病院にかかるといつてなりますと、適切な医療をダイレクトに取れないということにもなりかねないので、この機能の分化とかそういう意味ではないということでおろしいですか。

○国務大臣(田村憲久君) 本来、比較的高度な医療を提供されるような病院機能、比較的大きな病院等です。よほどのところに關しては、やうしても行えなくなってしまうという問題点があるということから、今現状、やはりそのような

病院に関しましては、初診、再診に関しましては紹介状等々を持っていていただき、ない場合に閲しては何らかのことを考えていかなければならぬというような御議論をいただいておるようになります。

○福島みずほ君 消費税増税により、医療サービスを受ける人々、介護サービスを受ける人々が現状と比べて被る負担の増減がどうなると想定をしていますか。

○大臣政務官(赤石清美君) 現在御審議いただいているプログラム法案では、負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきとされた社会保障制度

までの医療費の患者負担の見直し、一定以上の所得のある方の介護保険の利用者負担の見直し等の給付の見直しといった内容を掲げているところであります。

○大臣政務官(赤石清美君) 現在御審議いただいているプログラム法案では、負担能力に応じて負

なことが入っているのは、それぞれ健康づくりをしっかりとやつていただいて、予防等々も含めてそれを

これが御努力をいたく中においての環境整備

という意味合いの中にこのような言葉が入っています。

もう一つは、介護保険の第一号被保険者の保険料の負担軽減、これは対象約五百万人であります。もう一つは、後期高齢者医療制度の低所得者の保険料の負担軽減、これは対象約五百万人であります。もう一つは、介護保険の第一号被保険者の保険料負担に係る低所得者の負担の軽減、これは九百五十万人対象者であります。ま

た、高額医療費について所得区分を細分化し、所得が相対的に低い方の自己負担限度額を引き下げ

る、これは対象者が四千六十万人おります。これらを講じることとしており、保険料の軽減拡大や

患者負担の引下げを通じて所得の低い方に配慮して

いるところであります。

このように、消費税引上げに伴う社会保障制度の充実分を低所得者対策に充てることにより、国民の安心できる医療・介護制度を構築していく

このように思つております。

○福島みずほ君 後日また細かい数字をいただきますが、今の数字をざっと聞くだけでも、消費税増税により、いわゆる低所得者の人たちに負担が非常に増えると。その分を社会保障で相当見

なづかなければいけないという部分について、本当にそれがうまく所得再分配機能を含めてやれるのかど

うか、こちらとしてもきちんと検証していきたいと思つています。

最後に、この間も質問しましたが、二条で「自助・自立のための環境整備等」として公助がなくなりました。社会保障制度が持つ公助という考え方から自己責任、自助の考え方を前面に押し出し、社会保障制度が持つ所得再分配機能を抑制しようとしているのではないか、社会保障の権利性をどう考えているか、政治家田村大臣にお聞きをいたします。

○国務大臣(田村憲久君) ここで自助というようなことが入っているのは、それぞれ健康づくりをしっかりとやつていただいて、予防等々も含めてそれを

これが御努力をいたく中においての環境整備

という意味合いの中にこのような言葉が入っています。

もう一つは、重症化しないで済むというのは国民にとっても幸せなことでござりますから、そのようなた

め幸せなことでござりますから、そのようなた

め幸せなことでござりますから、そのようなた

め幸せなことでござりますから、しっかりと申し上げておきます。済みません。

○福島みずほ君 自分で自分の健康に気を付けていたいと思うのは通常の人の考へることであつて、当たり前のことだつたら書いてくださいよ。当たり前のことだつたら、自助でなく公助、共助をきつと書いていただきたい、それが法律でしよう

いうことを申し上げ、質問を終ります。

○委員長(石井みどり君) 時間を改めて、改正する法律案

一、薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

○委員長(石井みどり君) ただいまから厚生労働委員会を開いています。

休憩前に引き続き、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を議題として質疑を行います。

他に御発言もなさうですから、質疑は終局いたします。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時八分散会

十二月二日本委員会に左の案件が付託された。

一、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住

める。

第一条中第四項を第五項とし、第三項を第四項とし、第二項の次に次の二項を加える。

3 この法律において「特定配偶者」とは、第十三条第二項に規定する特定中国残留邦人等が永住帰國する前から継続して当該特定中国残留邦人等の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事實上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、同項に規定する特定中国残留邦人等以外の者に限りる。)である者をいう。

第四条第一項中「中国残留邦人等」の下に「及び特定配偶者」を加える。

第五条中「及び永住帰國後」を「並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者」に改める。

第十四条第一項中「配偶者(婚姻の届出をしていないが、事實上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。)」を「特定配偶者」に改め、同条第三項中「配偶者特定中国残留邦人等以外の者に限りないが、事實上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。」を「特定配偶者」に改め、同条第五項中「当たっては、特定中国残留邦人等」の下に「及び特定配偶者」を加え、「かんがみ」を「鑑み」に、「その配偶者」を「特定配偶者」に改める。

第十八条中「第十四条第四項」の下に「第十五条第三項において準用する場合を含む。」を加え、「かんがみ」を「鑑み」に、「その配偶者」を「特定配偶者」に改める。

第十九条とし、第十七条を第十八条とし、同条を第十九条とし、第十七条を第十八条规定により改めたものとし、第十六条を第十七条とする。

第十五条中「及び支援給付」を「支援給付及び配偶者支援金」に改め、同条を第十六条とし、第十四条の次に次の二項を加える。

(配偶者支援金の支給)

第十五条 この法律による配偶者支援金の支給は、前条第三項の規定により支援給付を受ける権利を有する特定配偶者に対する行うものとする。

2 配偶者支援金は、月を単位として支給するものとし、その月額は、国民年金法第二十七条本文に規定する老齢基礎年金の額(同法第二十七条规定により改定し

れる。)

第七部 厚生労働委員会会議録第十号 平成二十五年十二月三日 【参議院】

た同法第二十七条に規定する改定率を乗じて得たものに限る。)を十二で除して得た額に三分の一を乗じた額とする。

3 前条第四項、第五項及び第七項の規定は、配偶者支援金の支給について準用する。

4 国は、政令で定めるところにより、市町村及び都道府県が弁済した配偶者支援金の支給に要する費用を負担しなければならない。

5 前各項に定めるもののほか、配偶者支援金の支給に必要な事項は、厚生労働省令で定める。

附 則

第一条 この法律は、平成二十六年十月一日から施行する。

(支援給付の実施に関する経過措置)

第二条 この法律の施行の際現に、この法律による改正前の中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の自立の支援に関する法律(以下「旧法」という。)第十四条第一項の規定により同項の支援給付を受けている特定中国残留邦人等(旧法第十三条第二項に規定する特定中国残留邦人等をいう。以下同じ。)であつて、その者の属する世帯にその者の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事實上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、特定配偶者(この法律による改正後の中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成十九年法律第百一十七号)附則第四条第一項の規定により同項の支援給付を受ける権利を有する施行前死亡者の配偶者(同項に規定する施行前死亡者の配偶者をいう。)であつて、当該死亡の時において特定配偶者に該当するものには、新法第十五条第一項の配偶者支援金を支給するものとする。

2 平成二十六年度において、国民年金法等の一部を改正する法律(平成十六年法律第百四号)附則第七条の二の規定により読み替えられた同法第七条第一項に規定する場合においては、新法第十五条第二項の規定の適用については、同項中「国民年金法第二十七条本文に規定する老齢基礎年金の額(同法第二十七条の三又は第二十七条の五の規定により改定した同法第二十七条に規定する改定率)を乗じて得たものに限る。」とあるのは、「国民年金法等の一部を改正する法律(平成十六年法律第百四号)附則第七

とされた支援給付を受けている特定中国残留邦人等であつて、その者の属する世帯にその者の配偶者があるものが死亡した場合において、当該特定中国残留邦人等の死亡後も当該配偶者の属する世帯の収入の額(厚生労働省令で定める額を除く。)が当該配偶者(当該世帯に厚生労働省令で定める者があるときは、その者を含む。)について生活保護法(昭和二十五年法律第百四十四号)第八条第一項の基準により算出した額に比して継続して不足するときは、当該世帯に他の特定中国残留邦人等がある場合を除き、新法第十四条第三項の規定にかかるわらず、当該配偶者に對して、厚生労働省令で定めるところにより、同条第一項の支援給付を行うものとする。ただし、当該配偶者が当該死亡後に婚姻したとき(婚姻の届出をしていないが、事實上婚姻関係と同様の事情にある者となつたときを含む。)は、この限りでない。

(配偶者支援金の支給に関する経過措置)

第三条 中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成十九年法律第百一十七号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律第十四条第四項」の下に「第十五条第三項において準用する場合を含む。」を加え、同表中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成十九年法律第百一十七号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」を改め、「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」に改める。

(地方税法の一部改正)

第五条 地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の一部を次のように改正する。

第六号 第七十二条の二十三第二項第二号中「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」を「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改め、「若しくはサービス」の下に「若しくは中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」に改める。

2 この法律の施行の際現に旧法第十四条第三項の規定により同条第一項の支援給付を受けていた配偶者に対する当該支援給付については、なお従前の例による。

3 第一条の規定によりなお従前の例によること

の二の規定により読み替えられた同法附則第七条の規定により読み替えられてなおその効力を有するものとされた同法第一条の規定による改正前の国民年金法第二十七条本文に規定する老齢基礎年金の額」とする。

(地方自治法の一部改正)

第四条 地方自治法(昭和二十一年法律第六十七号)の一部を次のように改正する。

別表第一 中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の自立の支援に関する法律(平成六年法律第三十号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」を「中国残留邦人等の円滑な帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改め、別表中国

第十四条第四項の下に「第十五条第三項において準用する場合を含む。」を加え、同表中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成十九年法律第百一十七号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」を改め、「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」に改める。

(地方税法の一部改正)

第五条 地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の一部を次のように改正する。

第六号 第七十二条の二十三第二項第二号中「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」を「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改め、「若しくはサービス」の下に「若しくは中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」に改める。

2 この法律の施行の際現に旧法第十四条第三項の規定により同条第一項の支援給付を受けていた配偶者に対する当該支援給付については、なお従前の例による。

3 第一条の規定によりなお従前の例によること

の二の規定により読み替えられた同法附則第七条の規定により読み替えられてなおその効力を有するものとされた同法第一条の規定による改正前の国民年金法第二十七条本文に規定する老齢基礎年金の額」とする。

別表第一 中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律(平成六年法律第三十号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」を「中国残留邦人等の円滑な帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改め、別表中国

第十四条第四項の下に「第十五条第三項において準用する場合を含む。」を加え、同表中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成十九年法律第百一十七号)の項中「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」を改め、「中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰國した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第十四条第四項」に改める。

(地方税法の一部改正)

第五条 地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の一部を次のように改正する。

第六号 第七十二条の二十三第二項第二号中「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」を「又は中国残留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改め、「若しくはサービス」の下に「若しくは中国残留邦人等の円滑な帰國の促進及び永住帰國後の中立の支援に関する法律」に改める。

2 この法律の施行の際現に旧法第十四条第三項の規定により同条第一項の支援給付を受けていた配偶者に対する当該支援給付については、なお従前の例による。

3 第一条の規定によりなお従前の例によること

第二章 全国がん登録
第一節 全国がん登録データベースの整備
(第五条)

第二節 情報の収集、記録及び保存等(第六条
第一項第十六条)

第三節 情報の利用及び提供(第十七条第一項第
二十二条)

第四節 権限及び事務の委任(第二十三条第一項
第二十四条)

第五節 情報の保護等(第二十五条第一項第
八条)

第六節 雜則(第二十九条第一項第
四十五条)

第三章 院内がん登録等の推進(第四十三条)

第四章 がん登録等の情報の活用(第四十六条
第一項第十八条)

第五章 雜則(第四十九条第一項第
五十五条)

第六章 罰則(第五十二条第一項第
六十条)

附則
第一章 総則
(目的)

第一条 この法律は、がんが国民の疾病による死

亡の最大の原因となつてゐる等がんが国民の生

命及び健康にとって重大な問題となつてゐる現

状に鑑み、がん対策基本法(平成十八年法律第

九十八号)の趣旨にのつとり、がん医療の質の

向上等(がん医療及びがん検診(以下「がん医療

等」という。)の質の向上並びにがんの予防の推

進をいう。以下同じ)、国民に対するがん、がん

医療等及びがんの予防についての情報提供の

充実その他のがん対策を科学的知見に基づき実

施するため、全国がん登録の実施並びにこれに

係る情報の利用及び提供、保護等について定め

るとともに、院内がん登録等の推進に関する事

項を定め、あわせて、がん登録等により得られ

た情報の活用について定めることにより、がん

の罹患、診療、転帰等の状況の把握及び分析そ

の他のがんに係る調査研究を推進し、もつてがん対策の一層の充実に資することを目的とする。

る。

第二条 この法律において「がん」とは、悪性新生物その他の政令で定める疾病をいう。

第三条 この法律において「全国がん登録」とは、国及び都道府県による利用及び提供の用に供するため、この法律の定めるところにより、国が国内におけるがんの罹患、診療、転帰等に関する情報を電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したものという。以下同じ。)に記録し、及び保存することをいう。

第四条 この法律において「院内がん登録」とは、がん医療の提供を行ふ病院において、そのがん医療の状況を適確に把握するため、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、及び保存することをいう。

第五条 この法律において「がんに係る調査研究」とは、がん、がん医療等及びがんの予防に関する統計の作成その他の調査研究(匿名化を行つた情報を当該調査研究の成果として自ら利用し、又は提供することを含む。)をいう。

第六条 この法律において「全国がん登録データベ

ース」とは、第五条第一項の規定により整備されるデータベースをいう。

第七条 この法律において「全国がん登録情報」とは、全国がん登録データベースに記録された第五条

第一項に規定する登録情報(匿名化が行われてないものに限り、次章第二節及び第三節の規定により利用し、又は提供される場合を含む。)をいう。

第八条 この法律において「都道府県がん情報」とは、全国がん登録情報のうち、これを利用しようとする都道府県の名称が第五条第一項第二号の情

報として記録されたがん及び当該都道府県の区

域内の第六条第一項に規定する病院等から届出

がされたがんに係る情報(匿名化が行われていないものに限り、次章第二節及び第三節の規定により利用し、又は提供される場合を含む。)を

により利用し、又は提供される場合を含む。)を

に適正な取扱いが求められる情報であることに

鑑み、がん登録及びがん診療情報の収集に係るがんに罹患した者に関する情報は、厳格に保護されなければならない。

(関係者相互の連携及び協力)

第四条 国、都道府県、市町村、病院及び診療所の開設者及び管理者並びに前条第四項に規定する情報の提供を受ける研究者は、同条の基本理

念の実現を図るため、相互に連携を図りながら協力しなければならない。

第五节 全国がん登録データベースの整備

第一条 全国がん登録データベースの整備

第二条 厚生労働大臣は、次節の定めるところに

より収集される情報に基づき、原発性のがんごとに、登録情報(次に掲げる情報及び附属情報

をいう。次節において同じ。)並びに第五条第一項の規定により匿名化を行つた情報並びに第

二十二条第五項及び第六項の規定により記録することとなる情報を記録し、及び保存するデータベースを整備しなければならない。

第三条 全国がん登録については、これが病院におけるがん医療の分析及び評価等を通じてその質の向上に資するものであることに鑑み、全国がん登録を通じて必要な情報が確実に得られるよう十分な配慮がなされるとともに、その普及及び

登録を経て必要な情報が確実に得られるよう十分な配慮がなされなければならない。

第四条 がん対策の充実のために、全国がん登録の実施のほか、がんの診療の状況を適確に把握することが必要であることに鑑み、院内がん登録により得られる情報その他のがんの診療に関する詳細な情報(以下「がん診療情報」という。)の収集が図られなければならない。

第五条 全国がん登録データベースに記録により得られた情報については、これらががん患者の診療等を通じて得られる貴重な情報であることに鑑み、民間によるものを含めがんに係る調査研究のために十分に活用されるとともに、その

結果ががん患者及びその家族をはじめとする國民に還元されなければならない。

第六条 当該がんの発見の経緯に関し厚生労働省令で定める事項

第七条 当該がんの治療の内容に関し厚生労働省令で定める事項

第八条 当該がんの診断又は治療を行つた病院又は

			診療所に関する厚生労働省令で定める事項
九	当該がんに罹患した者の生存確認情報(生存しているか死亡したかの別及び生存を確認した直近の日として厚生労働省令で定める日(死亡)を確認した場合にあつては、その死亡の日及びその死亡の原因に関し厚生労働省令で定める事項)をいう。(以下同じ。)		
十	その他厚生労働省令で定める事項		
2	前項の「附属性情報」とは、次条第一項に規定する病院等から同項の規定による届出(同項の厚生労働省令で定める期間を経過した後に行われる同項に規定する届出対象情報の届出(その届け出る情報についてがんに係る調査研究における有用性が認められないものとして政令で定める届出を除く。)を含む。同条第二項及び第五項並びに第七条第一項を除き、以下この章において単に「届出」という。)がされた次条第一項に規定する届出対象情報をいう。		
3	第一項のデータベースの整備に当たっては、同一人の複数の原発性のがんの把握が容易となるようにするものとする。		
	第二節 情報の収集、記録及び保存等 (病院等による届出)		
第六条	病院又は次項の規定により指定された診療所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、原発性のがんについて、当該病院等における初回の診断が行われたとき(転移又は再発の段階で当該病院等における初回の診断が行われた場合を含む。)は、厚生労働省令で定める期間内に、その診療の過程で得られた当該原発性のがんに関する次に掲げる情報(以下「届出対象情報」といふ。)を当該病院等の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。		
一	当該がんに罹患した者の氏名、性別、生年月日及び住所		
二	当該病院等の名称その他当該病院等に関する日		
三	当該がんの診断日として厚生労働省令で定める日		
	四 当該がんの種類に関する厚生労働省令で定める事項		
五	当該がんの進行度に関する厚生労働省令で定める事項		
六	当該がんに罹患した者の死亡を確認した場合にあつては、その死亡の日		
七	当該病院等が行つた当該がんの治療の内容に関する厚生労働省令で定める事項		
八	当該がんに罹患した者の死亡を確認した場合にあつては、その死亡の日		
九	その他厚生労働省令で定める事項		
2	都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、その開設者の同意を得て、当該都道府県の区域内の診療所のうち、届出対象情報の届出を行う診療所を指定する。		
3	都道府県知事は、前項の規定による指定を行つたときは、診療に関する学識経験者の団体の協力を求めることができる。		
4	第二項の規定により指定された診療所は、そこの指定を辞退することができる。		
5	都道府県知事は、第一項の規定により指定された診療所の管理者が第一項の規定による届出を行うことが不適当であると認めるときは、その指定を取り消すことができる。		
	（届出の勧告等）		
第七条	都道府県知事は、病院の管理者が前条第一項の規定による審査等のための調査		
2	厚生労働大臣は、前項の規定による審査及び整理を行うに当たっては、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報を利用することができる。		
	（厚生労働大臣による審査等のための調査）		
第十一条	厚生労働大臣は、前条第一項の規定による審査及び整理を行うに当たって、がんに罹患者の氏名、がんの種類その他の厚生労働省令で定める事項に関する調査を行う必要があると認めるときは、その旨を関係都道府県知事に通知するものとする。		
	（死亡者情報票との照合及びその結果の記録）		
第十二条	厚生労働大臣は、全国がん登録情報（第八条第一項の規定により都道府県知事から提出された都道府県整理情報のうち、まだ全国がん登録データベースに記録されていない情報）を含む。以下「全国がん登録情報等」という。）を前条第三項の規定により提出された死亡者情報票に記載され、又は記載された情報により厚生労働大臣が新たに把握したがんに関する第五条第一項の規定により全国がん登録データベースに記録されるべき登録情報をいう。第十四条において同じ。）を全国がん登録データベースに記録しなければならない。		
3	都道府県知事は、前項の規定により第一項の保健所の長から提出された死亡者情報票を審査し、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。		
2	前項の保健所の長は、同項の規定により市町村長から提出された死亡者情報票を審査し、これを都道府県知事に提出しなければならない。		
	（死亡者情報票の作成及び提出）		
第十三条	市町村長・地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の規定都市にあつては、区長とする。次項において同じ。)は、戸籍法(昭和二十二年法律第二百二十四号)による死亡の届書その他の関係書類に基づいて、死亡者情報票(死亡した者に関する氏名、性別、生年月日、死亡の日、死亡の原因、死亡診断書の作成に係る病院又は診療所の名称及び所在地その他に記録されるべき登録情報以下この章において「都道府県整理情報」という。)を厚生労働大臣に提出しなければならない。		
2	前項の規定による照合は、がんに係る調査研究のためにがんに罹患した者が生存しているか死亡したかの別を調査する必要があると認めら		

れる期間として政令で定める期間が経過した全

国がん登録情報等については、死亡者情報票のうち、がんの罹患に関する情報が記録され、又は記載されているものとだけ行うものとする。

(死亡者情報票との照合のための調査)

第十三条 厚生労働大臣は、前条の照合を行うに当たって、がんに罹患した者の氏名、がんの種類その他の厚生労働省令で定める事項に関する

調査を行う必要があると認めるときは、その旨を関係都道府県知事に通知するものとする。

第二十条第二項の規定は、前項の規定による通知を受けた都道府県知事について準用する。

(死亡者新規がん情報に関する通知)

第十四条 厚生労働大臣は、死亡者新規がん情報が判明したときは、その死亡者情報票に係る死亡診断書の作成に係る病院又は診療所の所在地の都道府県知事その他厚生労働省令で定める都道府県知事に対し、その旨並びに当該病院又は診療所の名称及び所在地その他の厚生労働省令で定める事項を通知するものとする。

(全国がん登録データベースにおける全国がん登録情報の保存及び匿名化)

第十五条 厚生労働大臣は、全国がん登録データベースにおける全国がん登録情報については、がんに係る調査研究のためにがんに罹患した者の識別ができる状態で保存する必要があると認められる期間として政令で定める期間保存するとともに、当該期間を経過した後においては政令で定める期間内にその匿名化を行わなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による匿名化を行おうとするときは、あらかじめ、審議会等(国家行政組織法(昭和二十三年法律第百二十号)第八条に規定する機関をいう。)で政令で定めるものの意見を聽かなければならぬ。

3 前項に規定する審議会等の構成員には、がんに係る調査研究のための予防に係る個人情報を保護する学識経験のある者とする。

(都道府県がん情報による利用等)

第十八条 都道府県知事は、当該都道府県のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、当該都道府県に係る学識経験のある者及び個人情報の保護する学識経験のある者が含まれるものとする。

(協力の要請)

第十六条 都道府県知事及び第十一条第一項の保健所の長は、この節の規定の施行のため必要があると認めるときは、市町村、病院等の管理者

との他の関係者に対し、資料の提出、説明その他の協力を求めることができる。

第三節 情報の利用及び提供

(厚生労働大臣による利用等)

第十七条 厚生労働大臣は、国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データ

ベースを用いて、全国がん登録情報又は特定匿名化情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。ただし、当該利用又は提供によって、その情報により識別をすることは

を不当に侵害するおそれがあると認められることは、この限りでない。

二条第一項に規定する独立行政法人をいう。

二条第一項に規定する独立行政法人から国

一 国の他の行政機関及び独立行政法人(独立行政法人通則法平成十一年法律第百三号)第

二条第一項に規定する独立行政法人をいう。

二条第一項に規定する独立行政法人から国

のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は国

の行政機関若しくは独立行政法人と共同して

当該がんに係る調査研究を行う者

三 前号に掲げる者に準ずる者として当該市町村の長が定める者

四 市町村長は、第一項第三号の規定により同項第一号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、前号に掲げる者に準ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

二 都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に准ずる者を定め、又は同項の規定による利用若しくは提供を行おうとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

三 前号に掲げる者に准ずる者として当該都道府県知事が定める者

四 都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

二 都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

三 前号に掲げる者に准ずる者として当該都道府県知事が定める者

四 都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。この場合においては、前条第一項ただし書の規定を準用する。

一 当該都道府県が設立した地方独立行政法人

二 当該都道府県の区域内の市町村若しくは当該市町村が設立した地方独立行政法人から当該市町村のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は当該市町村若しくは当該都道府県が設立した地方独立行政法人と共同して当該がんに係る調査研究を行う者

三 前号に掲げる者に準ずる者として当該市町村の長が定める者

四 都道府県知事は、前項の規定による提供を行おうとするときは、あらかじめ、前号に掲げる者に準ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

二 都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第一号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

三 市町村長は、第一項第三号の規定により同項第一号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、前号に掲げる者に準ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

四 前項に規定する審議会その他の合議制の機関の委員その他の構成員には、がん、がん医療等又はがんの予防に関する学識経験のある者及び個人情報の保護に関する学識経験のある者が含まれるものとする。

二 前号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

三 市町村長は、第一項第三号の規定により同項第一号に掲げる者に准ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、前号に掲げる者に準ずる者を定めようとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

四 前項に規定する審議会その他の合議制の機関の委員その他の構成員には、がん、がん医療等又はがんの予防に関する学識経験のある者及び個人情報の保護に関する学識経験のある者が含まれるものとする。

第二十一条 厚生労働大臣は、都道府県知事又は

市町村その他のがんに係る調査研究における有用性が認められる情報を保有する者として政令で定める者から得られた届出対象情報以外のがんの罹患、診療、転帰等に関する情報この章において「都道府県がんデータベース」(以下いう。)を整備しようとするとき又は都道府県がんデータベースに記録し、及び保存する情報の対象範囲を拡大しようとするときは、あらかじめ、第十八条第二項に規定する審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。ただし、都道府県がんデータベースに記録し、及び保存しようとする情報が、都道府県におけるがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために利用されることが想定される情報として政令で定める情報である場合は、この限りでない。

3 都道府県知事は、都道府県がんデータベースにおいて保存する都道府県がん情報について、第十五条第一項の規定によりこれに相当する全国がん登録情報の匿名化が行われなければならない期日までに匿名化を行い、又は消去しなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定による匿名化を行おうとするときは、あらかじめ、第十八条第二項に規定する審議会その他の合議制の機関の意見を聽かなければならない。

5 都道府県がんデータベースを整備した場合における第十八条第一項、第十九条第一項、第二十条並びに前条第八項及び第九項の規定の適用については、第十八条第一項中「全国がん登録データベース」とあるのは「全国がん登録データベース又は第二十二条第一項に規定する都道府県がんデータベース」と、「特定匿名化情報」とあるのは「特定匿名化情報若しくは第二十二条第三項の規定により匿名化を行った情報」と、「全国がん登録情報若しくは第二十二条第三項の規定により匿名化を行った情報」と、「全国がん登録情報」の規定による提供を行おうとするときに係る部分を除く。」に規定する権限及び事務の提供の決定を除く。」並びに同条第五項、第六項及び第七項(同条第一項から第三項までの規定による提供を行おうとするときに係る部分を除く。)に規定する権限及び事務(全国がん登録情報の提供の決定及び当該提供を行おうとするときにおける意見の聽取を除く。)、第二十一条第一項から第四項までに規定する権限及び事務(全国がん登録情報の提供の決定を除く。)並びに第十五条第一項及び第二項に規定する権限及び事務

2 「厚生労働大臣の権限及び事務の委任」
第三条 次に掲げる厚生労働大臣の権限及び事務は、独立行政法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)に行われるものとする。
一 第五条第一項、第八条第一項、第九条、第十条、第十二条第一項、第十三条、第十四条並びに第十五条第一項及び第二項に規定する権限及び事務

第三条(厚生労働大臣の権限及び事務の委任)

2 「都道府県の権限及び事務の委任」
第二十三条 次に掲げる厚生労働大臣の権限及び事務は、独立行政法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」と、第一項から第三項までの規定による提供、第四項の規定による匿名化若しくは提供又は第五項の規定による匿名化とあるのは「第四項の規定による匿名化若しくは提供又は第五項の規定による匿名化」と、第五項の規定による匿名化と、「第十五条第二項に規定する審議会等」とあるのは「特定匿名化情報又は同条第三項の規定により匿名化を行った情報」とする。

第四節 権限及び事務の委任

2 「都道府県の設置する保健所の長並びに前条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四項、次条、第十八条第六項、第二十九条第六項及び第三十九条第一項において同じ。」は、第二節及び第三節の規定による事務を行うに当たっては、都道府県がん情報(当該都道府県の区域内の病院等から届出がされた届出対象情報及び都道府県整理情報のうち、まだ全国がん登録データベースに記録されていない情報を含む。以下「都道府県がん情報等」という。)及びその匿名化を行った情報並びに死亡者情報票に記録され、又は記載された情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

2 「都道府県知事(都道府県の設置する保健所の長並びに前条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四項、次条、第十八条第六項、第二十九条第六項及び第三十九条第一項において同じ。)は、第二節及び第三節の規定による事務を行うに当たっては、都道府県がん情報(当該都道府県の区域内の病院等から届出がされた届出対象情報及び都道府県整理情報のうち、まだ全国がん登録データベースに記録されていない情報を含む。以下「都道府県がん情報等」という。)及びその匿名化を行った情報並びに死亡者情報票に記録され、又は記載された情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

3 市町村長(第十一条第一項に規定する指定都市の区長及び同項に規定する市又は特別区の設置する保健所の長を含む。次項、次条、第二十八条第六項、第二十九条第六項及び第三十九条第二項において同じ。)は、第十一条第一項及び第二項の規定による事務を行うに当たっては、死亡者情報票に記録され、又は記載される情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

2 「都道府県の権限及び事務の委任」
第二十五条 厚生労働大臣及び国立がん研究センターは、第一節から第三節までの規定による事務を行うに当たっては、全国がん登録情報等及びその匿名化を行った情報並びに死亡者情報票に記録され、又は記載された情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

2 「国等による全国がん登録情報等の適切な管理等」
第五節 情報の保護等

2 「都道府県知事とあるのは、「関係都道府県知事から第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者」とする。

2 「都道府県の設置する保健所の長並びに前条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四項、次条、第十八条第六項、第二十九条第六項及び第三十九条第一項において同じ。」は、第二節及び第三節の規定による事務を行うに当たっては、都道府県がん情報(当該都道府県の区域内の病院等から届出がされた届出対象情報及び都道府県整理情報のうち、まだ全国がん登録データベースに記録されていない情報を含む。以下「都道府県がん情報等」という。)及びその匿名化を行った情報並びに死亡者情報票に記録され、又は記載された情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

3 市町村長(第十一条第一項に規定する指定都市の区長及び同項に規定する市又は特別区の設置する保健所の長を含む。次項、次条、第二十八条第六項、第二十九条第六項及び第三十九条第二項において同じ。)は、第十一条第一項及び第二項の規定による事務を行うに当たっては、死亡者情報票に記録され、又は記載される情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

<p>4 第一項の規定は厚生労働大臣又は国立がん研究センターから同項に規定する情報の取扱いに関する事務の委託(二以上の段階にわたる委託を含む。以下この節において同じ。)を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について、第二項の規定は都道府県知事から同項に規定する情報の取扱いに関する事務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について、それぞれ準用する。</p>
<p>5 第二十四条第一項の規定により第二節及び第三節の規定による都道府県がん情報等の取扱いの事務の委任があつた場合における当該委任に係る事務に從事する者又は從事していた者は、都道府県がん情報等に関するがんの罹患等の秘密その他のその事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p>
<p>6 厚生労働大臣若しくは国立がん研究センター、都道府県知事又は市町村長から第一節から第三節までの規定による全国がん登録情報等の取扱いの事務に従事する者は、これらの職にあつた者は、その事務に従事する者又は死亡者情報等又は死亡者情報票に記載され、若しくは記載された情報の取扱いに関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。</p> <p>7 病院等において届出に関する業務に従事する者は又は従事していた者は、その業務に関して知り得た届出対象情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。</p> <p>(全国等による全国がん登録情報等の保有等の制限)</p>
<p>8 第二十七条 厚生労働省、国立がん研究センター、都道府県(第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。)及び市町村は、全国がん登録情報等若しくは都道府県がん情報等若しくはこれらの情報の匿名化を行つた情報又は死亡者情報票に記載され、若しくは記載された情報の取扱いの事務に従事する厚生労働省の職員若しくは職員であつた者又は国立がん研究センターの役員若しくは職員若しくは記載された情報について、全国がん登録データベースにおいて保存する場合又は都道府県がんデータベースにおいて保存する場合を除き、第二節及び第三節の規定による利用又は提供(国立がん研究センター、都道府県又は市町</p> <p>9 第二十八条 第一節から第三節までの規定による全国がん登録情報等の取扱いの事務に従事する者は、その職にあつた者は、その事務に従事する者又は死亡者情報等又は死亡者情報票に記載され、若しくは記載された情報の取扱いに関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。</p> <p>10 第二十九条 第一節から第三節までの規定による全国がん登録情報等若しくはその匿名化が行われた情報又は死亡者情報票に記載され、若しくは記載された情報の取扱いの事務に従事する市町村の職員又は職員であつた者は、その事務に従事する者又は死亡者情報等又は死亡者情報票に記載され、又は記載された情報の取扱いの事務に従事する市町村の職員又は職員であつた者は、その事務に従事して知り得た全国がん登録情報等の取扱いの事務に従事する者の職員等の秘密保持義務)</p>

規定による都道府県がん情報又はその匿名化が行われた情報の提供の事務の一部を第二十四条第一項の規定により委任する場合であつて、地方自治法第二百一十七条の規定に基づきこれら

の情報の提供に係る手数料を徴収する場合においては、当該委任を受けた者からこれらの情報の提供を受けようとする者に、条例で定めるところにより、当該手数料を当該委任を受けた者へ納めさせ、その收入とすることができる。(施行の状況の公表等)

第四十二条 厚生労働大臣は、国立がん研究センター及び都道府県知事に対し、この章の規定の施行の状況について報告を求めることができる。

2 厚生労働大臣は、毎年度、前項の報告その他この章の規定の施行の状況に関する事項を取りまとめ、その概要を公表するものとする。(厚生労働大臣への委任)

第四十三条 この章に定めるものほか、全国がん登録データベースへの記録の方法その他この章の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第三章 院内がん登録等の推進

(院内がん登録の推進)

第四十四条 専門的ながん医療の提供を行う病院その他の地域におけるがん医療の確保について重要な役割を担う病院の開設者及び管理者は、厚生労働大臣が定める指針に即して院内がん登録を実施するよう努めるものとする。

2 国は、前項の院内がん登録の実施に必要な体制の整備を推進するため、必要な財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。3 都道府県は、第一項の院内がん登録の実施に必要な体制の整備を推進するため、必要な財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。(がん診療情報の収集等のための体制整備)

第四十五条 国は、がん医療の提供を行つ病院及び診療所の協力を得てがん診療情報を収集し、

これを分析する体制を整備するために必要な措置を講ずるものとする。

第四章 がん登録等の情報の活用

(国及び地方公共団体による活用)

第四十六条 国及び都道府県は、全国がん登録及びがん診療情報の収集により得られた情報を利用

して得られた知見を、幅広く収集し、当該情報を利用して自ら行つたがんに係る調査研究により得られた知見と併せて、がん対策の充実を図るために活用するものとする。

2 国及び都道府県は、前項に規定する知見に基づき、がん医療の提供を行う病院及び診療所に對し、その提供するがん医療の分析及び評価に資する情報その他のがん医療の質の向上に資する情報を提供するものとする。

3 国及び都道府県は、第一項の情報を利用して作成した統計その他同項に規定する知見について、国民が理解しやすく、かつ、がん患者のがんの治療方法の選択に資する形で公表するよう努めるとともに、これらを活用したがん患者及びその家族その他国民に対する相談支援を推進するためには必要な施策を講ずるものとする。

4 市町村は、第十九条第一項及び第二十一条第二項の規定により提供を受けた全国がん登録情報、都道府県がん情報等を活用して、その行うがん検診の質の向上その他のがん対策の充実に努めるものとする。(病院及び診療所による活用)

第四十七条 がん医療の提供を行つ病院及び診療所の管理者は、当該病院及び診療所に係るがん診療情報、第二十条の規定により提供を受けた情報、前項の情報等を活用して、がん及びその家族に対してがん及びがん医療について適切な情報の提供を行うよう努めるとともに、その提供するがん医療の分析及び評価等を通じたその質の向上に努めるものとする。

(研究者による活用)第四十八条 全国がん登録及びがん診療情報の収集により得られた情報の提供を受けた研究者は

は、その行うがんに係る調査研究を通じて、がん医療の質の向上等に貢献するよう努めるものとする。

第五章 雜則

(人材の育成)

第四十九条 国及び都道府県は、がん登録に関する事務又は業務に從事する人材の確保及び資質の向上のため、必要な研修その他の措置を講ずるよう努めなければならない。

第五十条 厚生労働大臣は、次に掲げる場合には、あらかじめ、第十五条第二項に規定する審議会等の意見を聽かなければならない。

一 第二条第一項、第十五条第一項、第二十二条第一項第二号及び第二項、第二十七条並びに第三十二条の政令の制定又は改廃の立案をしようとする場合

二 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条(生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る)の厚生労働省令の制定又は改廃をしようとする場合

三 第三十四条に規定する者その事務又は業務に関して知り得た同条に規定する情報(匿名化が行われていない情報に限る)を名前又は第五十五条第二十八条第七項の規定に違反して届出対象情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らした者は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

四 第五十六条第三十八条第二項又は第三項の規定による命令に違反した者は、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第五十七条 第三十四条に規定する者が、その事務又は業務に関して知り得た同条に規定する情報(匿名化が行われていない情報を除く)を自己又は第三者の不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用したときは、五十万円以下の罰金に処する。

第五十八条 第三十六条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をした者は、三十万円以下の罰金に処する。

第五十九条 第五十二条から第五十五条まで及び第五十七条の罪は、日本国外においてこれらの罪を犯した者にも適用する。

第六十条 法人(法人でない団体で代表者又は管

理人の定めのあるものを含む。以下この項にお

第五十三条 第二十八条第五項又は第六項の規定に違反して秘密(全国がん登録情報等又は都道府県がん情報等に関するがんの罹患等の秘密を除く)を漏らした者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第五十四条 次の各号に掲げる者が、当該各号に定める情報を自己又は第三者の不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用したときは、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

一 第二十九条第一項から第五項までに規定する者その事務に関して知り得た当該各項に規定する情報

二 第二十九条第六項に規定する者その業務に関して知り得た同項において準用する同条第一項、第三項又は第五項に規定する情報

三 第三十四条に規定する者その事務又は業務に関して知り得た同条に規定する情報(匿名化が行われていない情報に限る)

第五十五条 第二十八条第七項の規定に違反して届出対象情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らした者は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第五十六条 第三十八条第二項又は第三項の規定による命令に違反した者は、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第五十七条 第三十四条に規定する者が、その事務又は業務に関して知り得た同条に規定する情報(匿名化が行われていない情報を除く)を自己又は第三者の不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用したときは、五十万円以下の罰金に処する。

第五十八条 第三十六条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をした者は、三十万円以下の罰金に処する。

第五十九条 第五十二条から第五十五条まで及び第五十七条の罪は、日本国外においてこれらの罪を犯した者にも適用する。

いて同じ。)の代表者若しくは管理人又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して、第五十六条又は第五十八条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、各本条の罰金刑を科する。

2 法人でない団体について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人が、その訴訟行為につき法人でない団体を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

附 则

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、附則第三条及び第八条の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第二条 この法律の施行の日(以下この項及び次条において「施行日」という。)前に開始されたがんによる調査研究として政令で定めるものが、その規模その他の事情を勘案して、施行日後に、その対象とされている者(施行日前から対象とされている者その他これに準ずる者として政令で定める者に限る。)の第二十一条第三項第四号又は第八項第四号の同意を得ることが当該がんに係る調査研究の円滑な遂行に支障を及ぼすものと認められる場合として政令で定める場合に該当するものである場合において、当該対象とされている者について、これらの同意に代わる措置として厚生労働大臣が定める指針に従つた措置が講じられているときは、当該がんに係る調査研究を行う者が同第三項又は第八項の規定による提供の求めを行つた場合における当該対象とされている者に係る全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供については、同第三項第四号又は第八項第四号の規定は、適用しない。

2 厚生労働大臣は、前項の政令の制定若しくは

改廢の立案をし、又は同項の指針を定め、若しくは変更しようとするときは、あらかじめ、第十五条第二項に規定する審議会等の意見を聽かなければならぬ。(準備行為)

第三条 厚生労働大臣は、次に掲げる場合には、施行日前においても、第十五条第二項に規定する審議会等の意見を聞くことができる。

一 第二条第一項、第十五条第一項、第二十二条第一項及び第二項、第二十七条、第三十二条並びに前条第一項の政令の制定の立

案をしようとするとき。

二 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条、生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)の厚生労働省令の制定をしようとするとき。

三 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条、生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)の厚生労働省令の制定をしようとするとき。

四 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条、生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)の厚生労働省令の制定をしようとするとき。

五 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条、生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)の厚生労働省令の制定をしようとするとき。

六 第五条第一項第四号から第七号まで、第九号(死亡の原因に関する事項を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)及び第十号、第六条第一項第四号から第七号まで及び第九号、第十七条第一項第三号並びに第二十条、生存確認情報を定める厚生労働省令に係る部分に限る。)の厚生労働省令の制定をしようとするとき。

(土地収用法の一部改正)

第七条 土地収用法(昭和二十六年法律第二百十九号)の一部を次のようにより改正する。

八条第一項、第十条第二項(第十三条第二項において準用する場合を含む。)及び第十一条の規定により同項第二号に掲げる者に準ずる者を定めようとするときは、施行日前においても、同

条第二項に規定する審議会その他の合議制の機関の意見を聽くことができる。

(政令への委任)

第九条 この附則に定めるものほか、この法律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定めようとするときは、施行日前においても、同

条第三十四条の三中「第十三条第一号」を「第十三条第一項第一号」に改める。

(政令への委任)

第十条 この法律の施行に伴い必要となる経費は、平年

度約二十三億二千万円の見込みである。

十一 薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律案

(薬事法の一部改正)

十二 薬事法(昭和三十五年法律第百四十五号)の一部を次のように改正する。

第十三条第一項中「区長。」の下に「次項、」を、「第十条」の下に「第三十八条第一項において準

して、この法律の施行の状況等を勘査して必要があると認めるときは、全国がん登録のための情報の収集の方法、全国がん登録情報の利用及び提供の在り方その他のがん登録等に関する施策について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律の一部改正)

第十五条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第十六条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第十七条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第十八条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第十九条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十一条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十二条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十三条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十四条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十五条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十六条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十七条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十八条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第二十九条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十一条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十二条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十三条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十四条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十五条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十六条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十七条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十八条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第三十九条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第四十条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第四十一条 地方自治法の一部を次のように改正する。

第四十二条 地方自治法の一部を次のように改正する。

2 国立がん研究センターは、前項の業務のほか、がん登録等の推進に関する法律(平成二十五年法律第百四十五号)の規定に基づき、全国がん登録の実施に関する事務を行つ。

第十三条に次の二項を加える。

十三條第一項第一号に改める。

第十四条第一項中「第十三条第一号」を「第

二十三条第一項第一号」に改める。

第十五条第一項第一号に改める。

第十六条第一項第一号に改める。

第十七条第一項第一号に改める。

第十八条第一項第一号に改める。

第十九条第一項第一号に改める。

第二十条第一項第一号に改める。

第二十一条第一項第一号に改める。

第二十二条第一項第一号に改める。

第二十三条第一項第一号に改める。

第二十四条第一項第一号に改める。

第二十五条第一項第一号に改める。

第二十六条第一項第一号に改める。

第二十七条第一項第一号に改める。

第二十八条第一項第一号に改める。

第二十九条第一項第一号に改める。

第三十条第一項第一号に改める。

第三十一条第一項第一号に改める。

第三十二条第一項第一号に改める。

第三十三条第一項第一号に改める。

第三十四条第一項第一号に改める。

第三十五条第一項第一号に改める。

第三十六条第一項第一号に改める。

第一十五条第一号中「一般用医薬品(医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであつて、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要の選択により使用されることが目的とされているものをいう。以下同じ。)」を「要指導医薬品(第四条第五項第四号に規定する要指導医薬品をいう。以下同じ。)又は一般用医薬品」に改める。

第二十六条第一項中「区長」の下に「次項及び」を加え、同条第一項中「前項」を「第一項」に改め、同項第二号中「第三十六条の四第二項の登録を受けた者(以下「登録販売者」という。)」を「登録販売者」に改め、「授与の」の下に「業務を行ふ」を加え、同項を同条第四項とし、同条第一項の次に次の二項を加える。

2 前項の許可を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を記載した申請書をその店舗の所在地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 氏名又は名称及び住所並びに法人にあつては、その代表者の氏名

二 その店舗の名称及び所在地

三 その店舗の構造設備の概要

四 その店舗において医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要

五 法人にあつては、店舗販売業者(店舗販売の業務を行う役員の氏名)

六 その他厚生労働省令で定める事項

3 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

一 その店舗の平面図

二 第二十八条第一項の規定によりその店舗をその指定する者に実地に管理させる場合にあつては、その指定する者の氏名及び住所を記載した書類

三 第一項の許可を受けようとする者及び前号の者以外にその店舗において薬事に関する

る実務に従事する薬剤師又は登録販売者をいう。以下同じ。)を置く場合にあつては、その薬剤師又は登録販売者の氏名及び住所を記載した書類

四 その店舗において販売し、又は授与する医薬品の要指導医薬品及び一般用医薬品に係る厚生労働省令で定める区分を記載した書類

五 その店舗においてその店舗以外の場所にいる者に対して一般用医薬品を販売し、又は授与する場合にあつては、その者との間の通信手段その他の厚生労働省令で定める事項を記載した書類

六 その他厚生労働省令で定める書類

第二十七条中「店舗販売業の許可を受けた者(以下「店舗販売業者」という。)は、一般用医薬品以外の医薬品」を「店舗販売業者は、薬局医薬品(第四条第五項第三号に規定する薬局医薬品の管理の方法)」を「次に掲げる事項」に改め、同項に次の各号を加える。

一 店舗における医薬品の管理の実施方法に関する事項

二 店舗における医薬品の販売又は授与の実施方法(その店舗においてその店舗以外の場所にいる者に対して一般用医薬品を販売し、又は授与する場合におけるその者との間の通信手段に応じた当該実施方法を含む。)に関する事項

三 店舗における医薬品の販売又は授与の実施方法(その店舗においてその店舗以外の場所にいる者に対して一般用医薬品を販売し、又は授与する場合におけるその者との間の通信手段に応じた当該実施方法を含む。)に関する事項

4 薬局開設者又は店舗販売業者は、前項の規定による情報の提供を行わせるに当たつては、当該薬剤師又は登録販売者に、あらかじめ、第二類医薬品を使用しようとする者の年齢、他の薬剤又は医薬品の使用の状況その他

で定める方法により表示したものと含む。)を加え、「その適正な使用のために」を削り、同項に次のたゞし書を加える。

ただし、薬剤師等に販売し、又は授与するときは、この限りでない。

(第四条第五項第二号に規定する登録販売者をいう。以下同じ。)を置く場合にあつては、その薬剤師又は登録販売者の氏名及び住所を記載した書類

第三十六条の六第五項中「前各項」の下に「(第一項ただし書及び第三項ただし書を除く。)」を加え、「第一項及び第二項中「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「薬局

「第一項本文及び第三項本文中」に、「第一項から第三項までの規定中」を「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「に」に「同項」を「第五項」に、「読み替える」を、「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「区域」と、「医薬品の販売又は授与」とあるのは「医薬品の配置販売」と読み替えるに改め、同項を同条第七項とし、同条第四項中「医薬品」を「第一類医薬品」に改め、「場合」の下に「(第一類医薬品が適正に使用されると認められる場合に限る。)」を加え、同項を同条第六項とし、同条第三項中「店舗販売業者は」の下に「一般用医薬品の適正な使用のため」を、「により」の下に「その薬局又は店舗において」を加え、「をして、その適正な使用のために」を「に」に改め、同項を同条第五項とし、同条第二項中「その薬局又は店舗において」を「第二類医薬品の適正な使用のため」に改め、「により」の下に「その薬局又は店舗において」を「に」に改め、同項に次のたゞし書を加える。

たゞし、薬剤師等に販売し、又は授与するときは、この限りでない。

第三十六条の六見出しを「(一般用医薬品に関する情報提供等)」に改め、同条第一項中「その薬局又は店舗において」を「第一類医薬品の適正な使用のため」に改め、「により」の下に「その薬局又は店舗において」を「に」に改め、同項に次のたゞし書を加える。

第三十六条第一号中「一般用医薬品(医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであつて、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要の選択により使用されることが目的とされているものをいう。以下同じ。)」を「要指導医薬品(第四条第五項第四号に規定する要指導医薬品をいう。以下同じ。)又は一般用医薬品」に改める。

第二十六条の六第五項中「前各項」の下に「(第一項ただし書及び第三項ただし書を除く。)」を加え、「第一項及び第二項中「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「薬局

「第一項本文及び第三項本文中」に、「第一項から第三項までの規定中」を「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「に」に「同項」を「第五項」に、「読み替える」を、「薬局又は店舗」とあるのは「業務に係る都道府県の区域」と、「区域」と、「医薬品の販売又は授与」とあるのは「医薬品の配置販売」と読み替えるに改め、同項を同条第七項とし、同条第四項中「医薬品」を「第一類医薬品」に改め、「場合」の下に「(第一類医薬品が適正に使用されると認められる場合に限る。)」を加え、同項を同条第六項とし、同条第三項中「店舗販売業者は」の下に「一般用医薬品の適正な使用のため」を、「により」の下に「その薬局又は店舗において」を加え、「をして、その適正な使用のために」を「に」に改め、同項を同条第五項とし、同条第二項中「その薬局又は店舗において」を「第二類医薬品の適正な使用のため」に改め、「により」の下に「その薬局又は店舗において」を「に」に改め、同項に次のたゞし書を加える。

たゞし、薬剤師等に販売し、又は授与するときは、この限りでない。

第三十六条の六第二項を同条第三項とし、同項の次に次の二項を加える。

4 薬局開設者又は店舗販売業者は、前項の規定による情報の提供を行わせるに当たつては、当該薬剤師又は登録販売者に、あらかじめ、第二類医薬品を使用しようとする者の年齢、他の薬剤又は医薬品の使用の状況その他

の厚生労働省令で定める事項を確認させるよう努めなければならない。

第三十六条の六第一項の次に次の二項を加える。

2 薬局開設者又は店舗販売業者は、前項の規定による情報の提供を行わせるに当たつては、当該薬剤師に、あらかじめ、第一類医薬品を使用しようとする者の年齢、他の薬剤又は医薬品の使用の状況その他の厚生労働省令で定める事項を確認させなければならない。

第三十六条の六を第三十六条の十とし、第三十六条の三から第三十六条の五までを四条ずつ繰り下げ、第三十六条の二の次に次の四条を加える。

(薬局医薬品の販売に従事する者等)

第三十六条の三 薬局開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、薬局医薬品につき、薬剤師に販売させ、又は授与させなければならない。

2 薬局開設者は、薬局医薬品を使用しようとする者以外の者に対する正当な理由なく、薬局医薬品を販売させ、又は授与させなければならない。

3 薬局開設者、製造業者若しくは販売業者、医師、歯科医師若しくは獣医師又は病院、診療所若しくは飼育動物診療施設の開設者(以下「薬剤師等」という。)に販売し、又は授与するときは、この限りでない。

(薬局医薬品に関する情報提供及び指導等)

第三十六条の四 薬局開設者は、薬局医薬品の適正な使用のため、薬局医薬品を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定める

ところにより、その薬局において医薬品の販売又は授与に従事する薬剤師に、対面により、厚生労働省令で定める事項を記載した書面(当該事項が電磁的記録に記録されているときは、当該電磁的記録に記録された事項を含む)を用いて必要な情報を提供させ、

第七十五条第一項中「第二十六条第二項第三号」を「第二十六条第四項第三号」に改める。

第七十六条中「第四条第二項」を「第四条第四項」に、「名あて人」を「名宛人」に改める。

第七十六条の四中「もの」の下に「以下この条及び」を加え、「又は販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列しては」を「所持し、購入し、若しくは譲り受け、又は医療等の用途以外の用途に使用しては」に改める。

第八十条中第五項を第六項とし、第四項を第五項とし、第三項の次に次の一項を加える。

4 薬局開設者が当該薬局における設備及び器具をもつて医薬品を製造し、その医薬品を当該薬局において販売し、又は授与する場合については、政令で、第三章、第四章及び第五章の規定の一部の適用を除外し、その他必要な特例を定めることができる。

第八十三条第一項中「第三十六条の六第一項（同条第五項において）」を「第九条の三第一項、第二項及び第四項、第三十六条の十第一項及び第二項（同条第七項においてこれらの規定を）、第七条第三項を次項、第七条第三項に改め、「及び第十二条」の下に「（第三十八条第一項において準用する場合を含む。）」を加え、「第八条の二第一項」を「同条第三項第四号イ中「医薬品の薬局医薬品、要指導医薬品及び一般用医薬品」とあり、並びに同号ロ、第二十五条第二号、第二十六条第三号、第二十九条の二第一項第二号、第三十一条、第三十六条の九（見出しを含む。）、第三十六条の十の見出し、同条第五項及び第七項並びに第五十七条の二第三項中「一般用医薬品」とあるのは「医薬品」と、第八条の二第一項に改め、「飼育者」との下に「、第九条第一項第二号中「一般用医薬品（第四条第五項第五号に規定する一般用医薬品をいう。以下同じ。）とあるのは「医薬品」とを加え、「販売する」を「販売し、又は授与する」に、「一般用医薬品（医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであつて

て、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているものをいう。以下同じ。）とあるのは「医薬品」と、同条第二号、第三十一条、第三十六条の五（見出しを含む。）、第三十六条の六第三項及び第五項並びに第五項第六号に規定する要指導医薬品をいう。以下同じ。）又は「（第二十八条第三項）に「第三十六条の四第四号中「医薬品の要指導医薬品及び一般用医薬品」とあるのは「医薬品」と、第三十六条の八第一項に、「第三十六条の五第二号」を「第三十六条の九第二号」に、「第三十六条の六第二項を「第三十六条の十第三項及び第四項」に改め、「、第三十八条中準用する。この場合において、第十条中「都道府県知事」と

あるのは、「都道府県知事（店舗販売業にあつては、その店舗の所在地が第二十六条第一項に規定する保健所を設置する市又は特別区の区域にあっては、市長又は区長」と読み替えるものとする。」とあるのは「準用する。」と改め、「及第十二条」の下に「（第三十八条第一項）に改め、「及び第十二条」の下に「、若しくは」を削り、「处方せん医薬品」を「处方箋医薬品」に、「处方せんの」を「处方箋の」に、「第五十条第六号」を「第五十条第七号」に、「第三十六条の七第一項」に、「同条第三項」を「第三十六条の七第一項」に、「同条第十号」を「同条第十一号」に、「の処方せん」を「の処方箋」に、「同条第十一号」を「同条第十二号」に、「、第五十七条の二第二項」を「、第五十七条の二第三項」に改める。

第二条 薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）の一部を次のように改正する。

第二十五条の二の見出しを「（情報の提供及び指導）に改め、同条中「薬剤師は」の下に「、調剤した薬剤の適正な使用のため」を削り、「調剤した薬剤の適正な使用のため」を加え、「提供しなければ」を「提供し、及び必要な薬学的の知識に基づく指導を行わなければ」に改める。

第二条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 附則第三条、第十一条、第十二条及び第十六条の規定 公布の日

第二条 この法律の施行の日（以下「施行日」といふ。）前にされた第一条の規定による改正前の薬事法（以下「旧法」という。）第四条第一項又は第二十六条第一項の許可の申請であつて、この法律の施行の際許可をするかどうかの処分がされていないものについての許可又は不許可の処分については、なお従前の例による。

第三条 厚生労働大臣は、施行日前においても、第一条の規定による改正後の薬事法（以下「新法」という。）第四条第五項第四号の規定の例により、要指導医薬品（同号に規定する要指導医薬品をいう。以下同じ。）の指定を受けることができる。この場合において、その指定を受けた者は「若しくは」を「若しくは」に、「若しくは」を「、又は」に改め、「陳列した者」の下に「に限る。」を加える。

（要指導医薬品の指定に関する経過措置）

第二条 この法律の施行の日（以下「施行日」とい

う。）前にされた第一条の規定による改正前の薬

事法（以下「旧法」という。）第四条第一項又は第二十六条第一項の許可の申請であつて、この法

律の施行の際許可をするかどうかの処分がされ

ていないものについての許可又は不許可の処分

については、なお従前の例による。

（薬局開設等の許可の申請に関する経過措置）

第二条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 附則第三条、第十一条、第十二条及び第十六条の規定 公布の日

第二条 この法律の施行の際現に旧法第二十六条第一項の許可を受けている者（附則第二条の規定によりなお従前の例によることとされた同項の許可を受けた者を含む。）は、新法第二十六条第一項の許可を受けたものとみなす。この場合において、当該許可に係る新法第二十四条第二項に規定する期間は、旧法第二十四条第二項に規定する期間の残存期間とする。

（要指導医薬品に関する情報提供等に関する経

を同項第一号とし、同項第四号イ中「第十四条第八項第一号」を「第十一条第八項」に改め、同号を同項第三号とし、同項第五号を同項第四号とする」に改め、同法第五条第三号の改正規定中、「同号ニ中「覚せい剤を「覚醒剤」に改め」及び「同号口中「禁錮」を「禁錮」に改め」を削除、同法第七条第一項の改正規定を次のように改め同。

第七条第一項中〔第四条第五項第一号に規定する薬局開設者をいう。以下同じ。〕を削る。

第一条中薬事法第七条第一項の改正規定の次に次のように加える。

第九条第一項第二号中「第四条第五項第五号」を「第四条第五項第四号」に改める。

八号中「第十四条第六項」の下に「同条第九項（第十九条の二）第五項において準用する場合を含む。」及び「を加え、同項第十四号」に改め、「第二十三条の二十五第六項」の下に「同条第九項（第二十三条の三十七第五項において準用する場合を含む。）及び「を、「規定を」の下に「同条第十一項（第二十三条の二の十七第五項において準用する場合を含む。）及び「を加え、同法第八十条の改正規定中「同条第五項」を「同条第六項中」に、「同条第八項」を「同条第九項」に、「同条第四項中」を「同条第五項中」に、「同条第七項」とし、「同条第八項」とし、同条第四項中「第五章」を「第七章」に改め、同項を同条第七項とし」に改め、同法第八十三条第一項の改正規定中「市」の下に「、第四条第五項第五号」を「第四条第五項第四号」に「を加え、「同条第七項」を「同条第七項」に、「」であるのは「医薬品」と「」を「第四条第五項第四号」に、「」とあり、並びに「」を「第四条第五項第三号」に改め、「「ものとする。」を「ものとする」に「準用

する。」を「準用する」に削り、「同条第十一号」を「同条第十一号」を「同条第十一号」に、「同条第十一号」を「同条第十一号」に改め、「の処方せん」を「の処方箋」に削り、「同条第十一号」を「同条第十三号」に改め、同法第八十三条の二の第一項の改正規定中「第八十三条の二の第一項」の下に「第四条第五項第二号」を「第四条第五項第二号」に「」を加え、「」「とあるのは「ならぬい。」を「とあるのは「ならない」に」を削り、同法第六十九条の改正規定中「若しくは第八十条第一項」の下に「若しくは第四項」を、「から第三項まで」の下に「若しくは第七項」を加え、「及び「第三項まで」を、「第三項まで」及び「第二項（第四十条第一項）に、「第四十条の七」を「第四十条の七第一項」に、「若しくは第七十七条の五第三項」を「第三項」を、「第七十七条の五第三項」に改め、「第五項若しくは第六項」の下に「若しくは第八十条第四項」を、「第六十八条の二十一第二項、第五項若しくは第八項」の下に「若しくは第八十条第七項」を加え、同法第七十五条の二の改正規定中「再生医療等製品」に改め」の下に「同項第五号中「法令」の下に「で政令で定めるもの」を加え」を加え、同法第七十六条の改正規定中「名あて人」を「名宛人」に削り、同法第六十八条の改正規定中「第一二十三条の二の二十三第一項又は第二十三条の二十五第二項」を「若しくは第二十三条の二の二十三第一項」に、「医療機器」を「若しくは医療機器」に改め、同法第八章を第十章とし、同章の次に「一章を加える」改正規定(第六十八条の二に係る部分に限る。)中「外国特例医薬品等承認取得者、外国特例医療機器等承認取得者若しくは外国特例再生医療等製品承認取得者」を「外国特例医薬品等特別承認取得者、外国製造医療機器等特別承認取得者若しくは外国製造再生医療等製品特別承認取得者」に改め、同法第五十五条の改正規定中「第十三号を第十四号」を「第十四号を第十五号」に、「第十二号を第十三号」とし、第十一号を第十二号とし、同条第十号中「処方せん」を「処方箋」に改

め、同号を同条第十一号とし、同条中第九号を第十号とし、第八号を第九号とし、同条第七号」を「第九号から第十三号までを一号ずつ繰り下げ、同条第八号」に、「同条第八号」を「同条第九号」に、「同条第六号」を「同条第七号」に、「七 第四十一条第三項の規定によりその基準が定められた体外診断用医薬品にあつては、その基準において直接の容器又は直接の被包に記載するよう定められた事項」を「八 第四十一条第三項の規定によりその基準が定められた体外診断用医薬品にあつては、その基準において直接の容器又は直接の被包に記載するよう定められた事項」に改め、同法第五十二条の改正

規定中「第五十二条の見出し中添附文書等」を「添付文書等」に改め、「第五十二条の前の見出しを削り、同条に見出しとして「添付文書等の記載事項」を付し」に改め、同法第五十三条の改正規定中「第五十三条」を「第五十三条に見出」として「(記載方法)」を付し、同条に改め、

同法第五十六条、第六十条及び第六十二条の改正規定中「第五十条第七号」を「第五十条第八号」に改め、同法第五章の章名の改正規定の次に次のように加える。

を「第四条第五項第二号」に改める。

条第五項第一号」を「第四条第五項第一号」に改め、同条第四項第三号に改め、同改正規定の次に次のように加える。

第二十七条中「第四条第五項第三号」を「第四条第五項第一号」に改める。

第三十一条第一項第一号及び第三十四条第二項第一号中「今まで」を「へまで」に改める。
第一条のうち、薬事法第三十六条の三第一項第一号の改正規定中「第三十六条の三第一項第

「一号」を「第三十六条の七第一項第一号」に改め、同法第三十六条の四第三項の改正規定中「第三十六条の四第三項」を「第三十六条の八第三項」に改め、同法第四十条の改正規定中「加える」を「加え、「賃貸業」を「貸与業」に改める」に改め、同法第五章に一節を加える改正規定中「第四十条の七に係る部分に限る」中「第十条」を「(第一項各号を除く)、第十条第一項」に「医薬品の試験検査の実施方法」を「次に掲げる事項」に改め、「とあるのは、「の下に「再生医療等製品の販売業の営業所における」を加え、「の方法」を「の実施方法」に改め、第四十条の七に次の一項を加える。

2 前項に規定するもののほか、必要な技術的読替えは、政令で定める。

附則第一条ただし書中「第一百一条」を「第二百二条」に改める。

附則第四十五条中「第四条第二項」を「第四条第四項」に改める。

附則第九十一条中「第八十条第四項」を「第八十条第五項」に、「第八十条第七項」を「第八十条第八項」に改める。

附則第一百一条を附則第一百二条とし、附則第九十七条から第一百条までを「一条ずつ繰り下げ、附則第九十六条中「中「賃貸業」を「貸与業」に改め、同法」を「及び」に改め、「準用する。」を「準用する」に、「を削り、同条を附則第九十七条」とし、附則第九十三条から第九十五条までを「一条ずつ繰り下げ、附則第九十二条の次に次の一条を加える。

(薬事法の一部を改正する法律の一部改正)

第九十三条 薬事法の一部を改正する法律(平成十八年法律第六十九号)の一部を次のよう

に改正する。

附則第七条第一項中「薬事法」を「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。)」に改め、同条第二項中「同項中「薬事法」を「同

項中「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。)」に、「とあるのは「薬事法」を「とあるのは「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号)」に改める。
附則第九条及び第十一条中「薬事法」及び「同法」を「医薬品医療機器等法」に改める。

平成二十五年十一月二十四日印刷

平成二十五年十一月二十五日発行

参議院事務局

印刷者

国立印刷局

〇