

衆議院

厚生労働委員会議録 第九号

平成二十六年四月九日(水曜日)

午前九時十八分開議

出席委員

委員長 後藤 茂之君

理事 金子 恭之君 理事 北村 茂男君

理事 とかしきなおみ君 理事 丹羽 雄哉君

理事 松本 純君 理事 山井 和則君

理事 上野ひろし君 理事 古屋 範子君

赤枝 恒雄君 池田 道孝君

今枝宗一郎君 岩田 和親君

大串 正樹君 鬼木 誠君

金子 恵美君 神山 佐市君

小松 裕君 古賀 篤君

白須賀貴樹君 新谷 正義君

助田 重義君 瀬戸 隆一君

田中 英之君 田畑 裕明君

高島 修一君 高橋ひなこ君

武井 俊輔君 津島 淳君

豊田真由子君 中川 俊直君

永山 文雄君 船橋 利実君

堀内 詔子君 三ッ林裕巳君

宮崎 政久君 村井 英樹君

山下 貴司君 大西 健介君

中根 康浩君 長妻 昭君

柚木 道義君 足立 康史君

浦野 靖人君 清水鴻一郎君

重徳 和彦君 興水 恵一君

榊屋 敬悟君 中島 克仁君

井坂 信彦君 高橋千鶴子君

阿部 知子君

厚生労働大臣 田村 憲久君

内閣府副大臣 岡田 広君

総務副大臣 関口 昌一君

厚生労働副大臣 佐藤 茂樹君

厚生労働副大臣

文部科学大臣政務官

厚生労働大臣政務官

国土交通大臣政務官

政府参考人 (内閣官房日本経済再生総合事務局次長)

政府参考人 (内閣府政策統括官)

政府参考人 (法務省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

土屋 品子君

上野 通子君

高島 修一君

赤石 清美君

中原 八一君

赤石 浩一君

石井 裕晶君

杵渕 正巳君

義本 博司君

山脇 良雄君

永山 賀久君

原 徳壽君

佐藤 敏信君

今別府敏雄君

杉浦 信平君

石井 淳子君

岡田 太造君

原 勝則君

木倉 敬之君

香取 照幸君

政府参考人 (国土交通省大臣官房建設 吉田 光市君)

流通政策審議官

参考人 (年金積立金管理運用独立 行政法人理事長)

厚生労働委員会専門員

委員の異動

四月九日

辞任

あべ 俊子君

大久保三代君

村井 英樹君

山下 貴司君

池田 道孝君

武井 俊輔君

岩田 和親君

瀬戸 隆一君

武井 俊輔君

鬼木 誠君

宮崎 政久君

鬼木 誠君

津島 淳君

村井 英樹君

鬼木 誠君

宮崎 政久君

山下 貴司君

助田 重義君

神山 佐市君

あべ 俊子君

大久保三代君

同

同日

四月八日

難病の患者に対する医療等に関する法律案(内閣提出第二四号)

児童福祉法の一部を改正する法律案(内閣提出第二五号)

同月七日

憲法二十五条に基づく権利としての福祉実現に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第四八四号)

同(笠井亮君紹介)(第四八五号)

同(穀田恵二君紹介)(第四八六号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第四八七号)

同(志位和夫君紹介)(第四八八号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四八九号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第四九〇号)

同(宮本岳志君紹介)(第四九一号)

憲法を生かし将来に希望の持てる年金を求めることに関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第四九二号)

同(笠井亮君紹介)(第四九三号)

同(穀田恵二君紹介)(第四九四号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第四九五号)

同(志位和夫君紹介)(第四九六号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四九七号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第四九八号)

同(宮本岳志君紹介)(第四九九号)

安全・安心の医療・介護の実現と夜勤改善・大幅増員に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第五〇〇号)

同(笠井亮君紹介)(第五〇一号)

同(穀田恵二君紹介)(第五〇二号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第五〇三号)

同(志位和夫君紹介)(第五〇四号)

同(塩川鉄也君紹介)(第五〇五号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第五〇六号)

同(宮本岳志君紹介)(第五〇七号)

同(小泉龍司君紹介)(第五〇八号)

同(吉川元君紹介)(第五〇九号)

同(高橋千鶴子君紹介)(第五一〇号)

同(小川淳也君紹介)(第五一一号)

同(近藤洋介君紹介)(第五一二号)

平成二十六年四月九日

内閣提出、独立行政法人医薬基盤研究所法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案に対する質疑は、去る四日に終局いたしました。

これより討論に入るのでありますが、その申し出がありませんので、直ちに採決に入ります。

内閣提出、独立行政法人医薬基盤研究所法の一部を改正する法律案について採決いたします。

本案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○後藤委員長 起立多数。よつて、本案は原案のとおり可決すべきものと決しました。

お諮りいたします。

ただいま議決いたしました法律案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○後藤委員長 御異議なしと認めます。よつて、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○後藤委員長 厚生労働関係の基本施策に関する件についての調査を進めます。

この際、お諮りいたします。

本件調査のため、本日、参考人として年金積立金管理運用独立行政法人理事長三谷隆博君の出席を求め、意見を聴取し、また、政府参考人として内閣官房日本経済再生総合事務局次長赤石浩一君、内閣府政策統括官石井裕晶君、法務省大臣官房審議官杵渚正巳君、文部科学省大臣官房審議官義本博司君、大臣官房審議官山脇良雄君、大臣官房審議官永山賀久君、厚生労働省医政局長原徳壽君、健康局長佐藤敏信君、医薬食品局長今別府敏雄君、職業能力開発局長杉浦信平君、雇用均等・児童家庭局長石井淳子君、社会・援護局長岡田太造君、老健局長原勝則君、保険局長木倉敬之君、年金局長香取照幸君、国土交通省大臣官房建設流

通政策審議官吉田光市君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○後藤委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○後藤委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。高橋千鶴子君。

○高橋(千)委員 日本共産党の高橋千鶴子です。

本日は、各党理事、委員の皆さんに質問順序で御配慮いただきましたこと、お礼を申し上げます。

早速ですけれども、資料の一枚目を見ていただきますと思います。

四月五日の毎日新聞であります。四月四日の経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議で、安倍総理が外国人労働者の受け入れ拡大を指示したとあります。建設産業の人手不足に対する対応と、また、見出しに大きくあるように、女性就労促進のための家事援助などが話題に上っております。

この議論は、たどっていきますと、一月二十日の産業競争力会議の中で、成長戦略進化のための今後の検討方針において、「日本社会の内なるグローバル化」、こういう表現で、「外国人受入環境の整備・技能実習制度の見直し」が挙げられていると承知しております。

そこで、今配っている記事の中にアンダーラインを引いて、大臣の発言も一部載っておりますが、正確を期すためにも大臣自身から述べていただきたいと思えますけれども、こうした外国人労働者の受け入れについて、どのような立場でいらっしゃるのか、伺いたいと思えます。

○田村国務大臣 外国人の労働者を受け入れるという議論の中で、幾つか注意しなければならぬ問題があるわけでありまして、

一つは、今、アベノミクス等々、経済がある程度回復する中において、失業率が低下し、有効求

人倍率が上がっております。それに合わせて、働く方々の賃金も上昇傾向であるわけでありまして、そういうような状況の中で、外国人材を入れることによって、日本人の賃金上昇、これがとまったり、下がったりというようになると、こういうことは防がなきゃならぬということ。

それから、日本人がその業種につかなくなってしまうては意味がないわけでありまして、そこはちゃんと配慮しながら検討しなきゃならぬということ。

さらに申し上げれば、外国人の労働者の方々に安く使うというのは問題があるわけでありまして、日本人と同等、賃金、それから労働時間、労働条件などが同じであるというようなことを申し上げたわけでありまして、

その上で、建設業の労働者不足というような問題がございまして、これに限っては、四月四日、建設分野における外国人材の活用に係る緊急措置、これが取りまとめられたところでありまして、特定活動という形で、これを一定数受け入れよう。一応、これも、一定の制約の中で受け入れるという話であります。

これに関して、もちろんこれは、二〇二〇年東京オリンピック・パラリンピックまでの一応暫定措置ということでありますが、団体と連携しながら、人権の問題というのが日本は言われておりますので、技能実習制度等々を利用する場合に、やはり、外国人の方々の人権、賃金、こういうものにもちゃんと注意を払っていかなきゃならないねというふうなお話でございました。

家事援助の話でありますけれども、これに関しては、ちょっと私も、ニーズがどこにあるのかというのがよく理解できていないものでありますから、ニーズも含めて検討をしていく必要がある、このような発言をさせていただいた次第であります。

○高橋(千)委員 アベノミクスの評価に関して、そこは全然違うわけでありましてけれども、基

てはいけないのだ、賃金引き下げのばねになってはいけない、そういう認識であることは、まさに一致するのかなと思っているんです。

まして、後で議論しますけれども、家事援助がここで出てくるというの、やはり今、子育ての方たちが場所がないとか、あるいは介護で休職しなければならぬというときに、その中でこういう議論が出てくるというのは、明らかに安上がりな労働力というふうな認識があるのかなというところを指摘せざるを得ない。そこに大臣も一定の思いがあつてお答えいただいたのではないかと思っております。

そこで、この会議では、民間議員からは、これまで、高度人材は受け入れ、あるいは単純労働は受け入れないという二分法で議論してきたけれども、それでは必要な人材を確保できない、こういう意見が出たと言っております。ずっとそういう議論はされてきたわけですが、そうすると、あくまでも技術移転という目的だった技能実習制度の建前が、明らかに、労働力不足を補う単純労働という、私たち、よく本音と建前という表現をしますけれども、本音そのものではないか、そういうふうに戻そうというのが議論の実態ではないのかなというふうな思っているわけなんです。

そこで、資料の三枚目に、今大臣がおっしゃった緊急措置の中身について資料をつけておきました。二〇二〇年東京オリンピック・パラリンピックまでの期限措置として取り組む緊急措置だと言っているわけなんです。

左を見ますと、これまでの技能実習制度の最大三年という枠組みなんですけれども、それを、新たな人材活用としては、三年の後の二年の延長、つまり五年にするということ。あるいは、一旦帰国をして、さらに戻ってきて二年ないし三年の雇用契約を結ぶことを認めるということで、これは何かちょっとクローリング制度によく似ているなと思っているわけなんです。

あるいは、これまでは、上にありますけれども、業種ごとの監理団体による監査などと、それ

から技能実習制度推進事業実施機関、いわゆるJITCO、一者応札で、これはJED以上いろいろな歴史があるわけなんです、問題があるわけですが、こういう単純な仕組みだったものに対して、国交省による元請企業による下請企業への指導の徹底など、監理が強まるということを示していると思っております。

そこで、まず法務省に聞きますけれども、技能実習制度は、〇九年の入管法改正によって、一年目から労働者という扱いで大きく変わったわけでありまして、ここでは特定活動ということで認めるということなんですけれども、そういう整理でいんでしょうか。きちんと法改正をするなり、国会での審議を経てやるべきではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○杵渕政府参考人 お答えいたします。

御指摘の緊急措置は、出入国管理難民認定法で定められた在留資格の一類型でございまして特定活動という在留資格による対応を想定しているところとございまして、この点はただいま厚労大臣からも御説明があったところでございまして、この特定活動の在留資格は、我が国の社会経済情勢の変化等により、あらかじめ定められた活動類型のいずれにも該当しない活動を行う外国人の上陸、在留を認める必要がある場合に、臨機に応変できるようにするため設けられたものでございまして。

御指摘の措置は、建設産業における技能労働者の減少が続いており、復興事業のさらなる加速や、東京オリンピック・パラリンピック関連施設整備などによって人材がより枯渇するおそれがあるという現状に鑑み、時限的な緊急措置として行うものであり、受け入れ開始後の我が国の社会経済情勢の変化等にも臨機応変に対応する必要があると考えております。

そのため、今般の建設分野における外国人材の活用については、先生が御指摘いただいた技能実習ということではなくて、特定活動の在留資格で対応するというのが適当と考えているところで

でございます。

○高橋(千)委員 特定活動を法務大臣が認めれば、臨機応変に延長することができるとは思いますが。

それで、今、技能実習制度ではなくてとあえて答弁をされましたけれども、しかし、活用するのはこの修了生を使うわけですから、それは違う話です。よというのでは済まないと思うんですね。私はやはり、緊急措置だからといって、人手不足対策に技能実習制度の応用をするべきではない、このように思っております。

資料の二枚目にもついておりますけれども、日経新聞の二月五日付の指摘の中で、国交省は四万人から五万人労働者は必要というコメントを紹介しております。一方で、建設関係の技能実習生の申請者数は、平成二十四年度で四千五百九十五人、大体毎年この程度の幅なんですね、建設業に入るという方は。最も多いのが中国で、三千二百五十三人ですね。

これまでに修了した実習生という点でいうと、一万五千人程度かなと思うんです。そういう中で、一体どれだけの外国人の活用を期待されているのか、国交省に。

○吉田政府参考人 お答え申し上げます。

今回の建設分野におきます外国人材の活用に関する緊急措置は、復興事業のさらなる加速を図りつつ、二〇二〇年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けて増大する建設需要に的確に対応するため、まずは国内人材の確保に最大限努めるということの基本とした上で、大会の成功に万全を期すということが重要との観点から、即戦力となる外国人材を時限で受け入れることが関係関係会議で取りまとめられたものでございます。

また、治安への影響ですとか、人権問題などを懸念する声もございまして、今回は特別の監理体制を新たに構築して、関係省庁との連携のもと、適切に対応していくこととしてござい

ます。お尋ねの、どれだけの外国人の活用が期待され

るかにについてでございます。

足元、技能労働者は、この数年、被災地の復興事業の本格化等により、一旦離職した人が再び建設現場に戻りつつございます。平成二十二年の三百三十一万人を底に、平成二十五年には三百三十八万人まで回復してございます。

まずは、これら国内人材の確保に最大限努めることとしてございますけれども、あらかじめ受け入れの目標数を定めるものではございませんが、これまでの対象者である技能実習生の現在の在留数ですとか、過去の修了者の人数からいたしまして、六年間で延べ七万人程度を想定しているところでございます。

○高橋(千)委員 もちろん国内人材の活用を最大限努力するとおっしゃったわけですが、その割には、六年間に延べ七万人という数字は、やはりこのデータを見ても過大評価ではないかと思っております。しかも即戦力と、本当にそういうことが言えるのかと思うんですね。

一応説明していることは、技能実習制度を修了した方、三年以上の制度を修了しているのので一定の力があるんだ、即戦力なんだということをおっしゃっているんだと思うんです。それが本当にきちんと働いていれば、それはいいと思うんです。

だったら、母国での技能を生かした就労状況、実際にどのくらいあるんでしょうか。また、母国で本当に活躍しているんだとしたら、その人をわざわざ、また日本に帰ってこいよ、オリンピックのために帰ってこいよということ自体が、制度の趣旨からいってもおかしいと思います。いかがですか。簡潔にお願いします。

○吉田政府参考人 建設分野の技能実習を終えて帰国した修了者は、累計でこれまで約五万人程度というふうに考えてございます。このうち現在も建設関連の業務に従事していると考えられる方々は、公益財団法人国際研修協力機構や建設分野の実習生を受け入れております監理団体のデータを参考にいたしますと、そのうち四割程度が引き続

いて建設関連の業務に従事されているというふうに考えます。そういたしますと、二万人程度が現在も母国の方で建設関係の業務についておられるのかなというふうに思っております。

このうち、どの程度の方が今回の緊急措置によって再入国されているのかについて、現段階で見積もることは困難でございますけれども、帰国した技能実習修了者を受け入れたといった専門工事業者の声なども現実でございます。賃金などの雇用条件によるところもあるかと思われましても、一定程度の再入国を期待できるものというふうに考えてございます。

○高橋(千)委員 今、二〇一二年のJITCOの調査などを引いてお答えになったと思うんです。四割の方が、実際に母国に帰って就労している。だけれども、それは、アンケートに答えた方、実際にやっている人からのデータなんですよ。回収率は一七％ですから、これは、割り戻していくと、八％しか実態はないわけです。そういう数字をきちんと言わなければならないと思うし、その八％の限られて頑張っている人たちは、日本に帰ってこいよということ自体がやはりおかしいだろうと重ねて指摘をしなければならないと思うんです。

それで、十分な技能を身につけまいままの労働やそれによる労災なども心配されますが、実態把握と対策はどうなっているか、厚労省に伺います。

○杉浦政府参考人 技能実習の労働災害の発生状況でございますけれども、平成二十三年度に労働災害に遭われた技能実習生の方は九百九十三人です。ございまして、うち死亡者が五名でございます。

厚生労働省としましては、技能実習生に対する事故・疾病防止対策事業というのをやっております。平成二十六年度予算におきましては、安全衛生アドバイザーですとかメンタルヘルスアドバイザーといった専門家による巡回指導の相談件数を、前年度四百件から、約二・五倍の一千件に増加をさせますとともに、技能実習生へのメンタル

ヘルスに係る周知啓発のためのパンフレットを作成いたしました。実習実施機関ですとか監理団体及び技能実習生に配付をするなどの対策をとっておるところでございます。

こういった取り組みによりまして、労働災害の防止に努めてまいりたいと思っております。

○高橋(千)委員 労災の実態をよくつかんでいただくいなと思っております。

労働局が送検した案件の中にも、漏電による感電死というふうな事故がございました。技能実習実施機関に対する監督指導、二千七百七十六事業場のうち、八割で何らかの労基法違反が見つかるというわけですが、その五割近くが労働安全衛生法に関する案件で、突出しているわけですね。このこと自体を非常に重く見なければならぬいかと思うんです。

技能実習生問題に取り組んできた教授らのメンバーが指摘をしているのは、今度の建設分野で活用するという問題では、やはり実習生と対象業種のマッチングというのが本場に機能するかということを中心配されているんです。

例えば、地震が少ないとされるベトナムでは、鉄筋とか鉄骨を用いた建築物がほとんど少ないんですね。比較的高層のビルでも、鉄骨すら用いず、中抜きレンガを積み上げるというふうなことが普通だと言っています。そういう現場と日本の現場、逆に耐震化が強められる現場なわけですから、やはり、十分な研修もないままの現場作業では、しかも言語の壁もあるということで、労災の頻度も高まる、こういう指摘もありますけれども、重ねて伺いたいと思います。

○杉浦政府参考人 国際研修協力機構の方で、労働関係法令の遵守も含めた巡回指導を年間一万件ほどやっておりますが、そういった中で法の違反がありますれば、労働基準監督署へ通報するなど関係機関に連絡するなどして、その適正化の取り組みに努めておるところでございます。

もちろん、そういった安全衛生上の違反が五割程度あるということも我々承知しておりますの

で、こういった取り組みも含めて、十分に組み込んでまいりたいというふうに思っております。

○高橋千一委員　やはり突き詰めれば単純労働なのかということ、外国出稼ぎという表現をされている方もいらっしゃるし、そういうことを本当に言わざるを得ないと思うんです。

この資料の最初の新聞の書き出しに、甘利大臣の記者会見で述べている言葉、アンダーラインを引いておきましたけれども、「人口減少の中、（人材が）足りないところについて、外国人も働いてもらうことは結構なことだ」ということ、こういうふうに述べていることなんですね。なので、やはり、もともと技能移転という外国人技能実習制度の根幹をなすというのをいざ考えたいというふうには思わないと思うんですが、内閣府に伺います。

○石井裕政府参考人　お答えいたします。

技能実習制度は、議員御指摘のように、我が国で開発され、培われた技能などの開発途上国などへの移転を図りまして、それらの国々の経済発展を担う人づくりに寄与することを目的とする制度でございます。このような技能移転を目的とする外国人技能実習制度の根幹をなすという考えはございません。

なお、四月四日の経済財政諮問会議、産業競争力会議の合同会議の後の甘利大臣の記者会見における発言は、介護分野におきまして、EPAに基づく受け入れ、あるいは介護福祉士などの資格取得者に対する就労目的の在留許可に関する議論があるということに関連した質問を受けてのものでございまして、技能移転を目的とする外国人技能実習制度の根幹をなすという趣旨の発言ではないと認識してございます。

○高橋千一委員　根幹をなすものではないという話でした。

ただ、私自身は、そもそも実習制度を廃止すべきだという議論も日弁連などからは出ているわけですので、そもそもこの制度自体が問題なのに、この制度を拡大して単純労働にまで広げるという

ことは、最低でもあつてはならないという立場で議論をしています。

それで、ちよつと時間の節約で一問飛ばして、大臣に伺いたいと思うんですけれども、つい三月十日にも、金沢地裁で、研修中に労働者として働かされて不当な理由で解雇させられたという二十五歳の中国人の実習生が、就労先の北日本電子を訴えた裁判がありまして、メーカーと監視団体に三百十萬円の支払いを命じる判決が出ました。入国時よりパスポートを取り上げられ、通帳も渡されず、携帯電話やパソコンは使用禁止、元同僚と会ったことだけで、もう既に会社の外の人間だということ、規則違反ということで強制帰国をさせられる、そういう問題だったんですね。

こういう事実というのはこの間も何度もあつたわけなんです。まさに人権を侵すような問題が絶えず起こっている。そういうこともあつて、昨年四月、総務省の行政評価局からは、「従業員規模が小さく、外国人従業員に対する依存度が高い事業所においては、改善を要するような行為が多く、技能実習生が単純労働力として雇用されやすい環境にあることが危惧される」という指摘を受けています。

また、資料の四枚目につけてるのは、厚労省の資料の中でもそもそもちゃんと書いているわけなんですけれども、米国籍省の人身取引報告書、これは昨年ですけれども、その中でも、「日本政府は技能実習制度における強制労働の存在を正式に認知しておらず、本制度の悪用から技能実習生を保護するための効果的な管理・措置が不足している」、強制労働の存在、こういう大変厳しい指摘がされているんですね。

本間に、こういうことをどう受けとめているのか。また、こうした中で技能実習制度の延長ですとか介護などの対象の拡大はするべきではないと思いますが、大臣に伺います。

○田村国務大臣　技能実習生の皆さんも労働基準法は当然適用されるわけでありまして、そのような意味では、適切に我々としては実態というものを確認しながら、問題があれば対応していくかなきゃならぬというふうに思っております。

直近で、今ほど来お話がずっとございました国際研修協力機構、JITCOが実施した巡回指導、一万六百七十一件のうち、九千八百七十七件で改善指導を実施しているということ、これは平成二十四年度です。同じ平成二十四年、監督指導実施事業場数二千七百七十六件中、違反事業場数が二百九十六件、さらに、平成二十四年に法務省が不正行為として通知した機関数が百九十七機関となっておりまして、そのような意味から、適正化が必要となることが多いというふうに我々も認識いたしております。

JITCOが巡回指導をさせていただいております。その中でいろいろな指導をいただいておりますけれども、悪質なものにしましては行政当局にも御連絡をいただくわけでありまして、それに対して労働基準監督署は、もちろん都道府県労働局も含めて、監督指導しながら、悪質なものは正指導をするわけでありまして、さらに、ひどいというものに関しては送検までするわけでありまして、母国語の電話相談、この窓口の設置等々をやる中において、それぞれ技能実習生の方々がいろいろな問題がある場合に対応ができるような形をとりながら、この部分は重要なところでございます。今、広げる、広げないという話もありましたけれども、実際問題、今も技能実習制度はあるわけですので、ここは強化をしていきながら、やはりしっかりと技能実習生の方々の人権も守っていかなければならない、そのようなことに関しまして、我々は労働行政という立場からしっかりと対応してまいりたいと考えております。

○高橋千一委員　今の状況についてしっかりと指導していくことというのは、当然なんだと思うんです。それぞれ、言葉の壁ですとか、私が以前質問したときは、訴えているのに、訴えた先の被告側の通知が出てくるというふうな全く不正常な状態とか、さまざまの中で、やはり支援する団体や弁護士さんや教授や、いろいろな方々の中でこうしたことが表面化をされていて、一定の指導強化というのがされてきたという歴史があつたのではないかと、このように思っております。

それで、介護の問題について一言だけ質問したいんですけれども、産業競争力会議の中でも、主査である武田薬品の長谷川閑史氏などは、「実習生を受け入れて介護人材を育成することは、技能実習の趣旨にも合致していることから、前向きに検討すべきである」というふうに述べているんですね。

つまり、EPAとの関係でいいますと、当然、国家試験の合格率という目標が求められ、それが大変な難関であるということが言われているわけですね。そうすると、技能実習だから実習そのものの、国家資格そのものがゴールではないというのか、そういう形で、使いやすいいよという議論、そこから出てきてしまうと、やはり違うのではないかと、このように思いますが、大臣、一言。

○田村国務大臣　介護に限らず、技能実習制度というのは、まず、単純労働作業ではないということが前提であるわけでありまして、その上で、その国でやはりなかなか習得困難、不可能、こういうようなものに関するものであり、一方で、日本の国内で学んだ技能というものを母国で生かしていただく、さらに申し上げれば、公的な評価システムがちゃんとできている、これが必要であるというふうに思います。

そういうふうなところを鑑みながら、それぞれのものに対して、それが技能実習制度にそぐうか、そぐわないか、このような判断から、制度の中に入れるか、入れないか、こういうことを検討してまいりたいと考えております。

○高橋千一委員　時間の関係で、最後の質問をします。

本間に、そうはいっても、資料につけたように、例えば法務省の出入国管理基本計画などで

も、専門的、技術的分野に属しない外国人の受け入れ問題、こういうことを検討するというふうに書いてあるんですね。やはり単純労働への拡大ということが、今せっかく大臣もおっしゃったけれども、議論されているということは、非常に不安を持っています。

特に、もう一つだけ懸念を言いますと、原発労働者に拡大をしないのかという指摘があります。アイム・ジャパン、中小企業国際人材育成事業団が、ベトナムで原発をつくるというのに合わせて技術者の養成事業に乗り出す、これを技能実習制度を活用して六千人の受け入れを検討している、こういう議論も、既に二〇一一年の七月三日、報道されている。そういう議論もあるわけですね。

これだと、今本当に原発の収束作業の現場で、深刻な事故、死亡事故も先日ありました。そういうことが議論されている中で、こうした安易な拡大というのはあつてはならないと思いますが、一言伺いたいと思います。

○田村国務大臣 今言われました二〇一一年七月三日、産経新聞の記事だというふうに思いますが、申しわけないんですが、法務省それからJTCCOに確認したんですけれども、事実関係が我々もつかめていないような状況でございます。事実関係がつかめ次第、我々としては、どういうようなものなのか、それを判断しなければならぬというふうに思っておりますけれども、今のところ事実関係はつかめていないということでございます。

○高橋(千)委員 意見も聞きたかったんですが、次の機会にしたいと思えます。

○後藤委員長 次に、今枝宗一郎君。

○今枝委員 おはようございます。自由民主党の今枝宗一郎です。

かよろしく願いました。

このたび、医療・介護サービス提供体制改革について、都道府県を主体とした新たな財政制度が創設されたことは、大変すばらしいと思います。私、おとし初当選をさせていただきまして、

初めに取り組んだのが地域医療再生基金でございます。地域医療を再生させる、これは私が国会議員を目指した原点であり、そのための有効な政策手法である地域医療再生基金、これは大きく花開かせたい政策でありました。これまで補正予算で行われていたものが、こうして消費税財源によるきちんとした財政的な裏づけの中で進化するということは、大変喜ばしいことだと感じております。いまだに医師不足また医療崩壊の危機に直面をしている全国の各地域にとつても、大きな朗報です。本当に感謝をしております。

しかし、この問題には一つ大きな問題がありました。それは、地域医療というのは民間の医療機関に大きく依存しているにもかかわらず、この基金の交付対象が公的医療機関に集中をしているということなんです。

この問題を改めるべく、前回、私が質問させていただいたときに、赤石政務官より、新たな財政制度では民間の医療機関に対する支援も公平に配分されるあり方を検討して、都道府県に周知していくというような御答弁をいただきました。

これを受けまして、新たな財政制度では、都道府県が作成する計画に公と民の比率を明記するというところでございますが、民間の比率が低い状況を放置されないようにどのような策を講じるのか、お考えをお聞かせください。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。新たな財政支援制度では、医療介護総合確保推進法案において、まず、国が総合確保方針を定める際に、公正性及び透明性の確保に関する基本的な事項を定めることとされており、

また、都道府県が都道府県計画を作成するときは、あらかじめ、市町村長、医療または介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、診療

または調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体等の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めることとなっております。

さらに、交付要綱において、次のような条件を付していきたくて考えております。

まず一つに、官民に公平に配分することとし、都道府県計画において、公的、民間の割合、額を明示し、当該割合についての経緯や理由、それに對する都道府県の見解を付することとすること、また、官民を問わない幅広い地域の関係者から意見を聴取することなどを定めたいと考えております。

これらの措置により、新たな基金の活用にあつては、公正性、透明性が確保されるように努めてまいりたいと考えております。

○今枝委員 ありがとうございます。民間もぜひ、計画の策定段階から意見を言いやすい環境づくりに御尽力いただきたいと思います。

新たな財政支援制度について、もう一つお聞きいたします。

対象事業例が示されておりますけれども、医療団体、医療機関が示された事業以外を提案してきた場合、これは認められるのでしょうか。

例えば、非常にやはりニーズが高い、重要性が高い救急医療、また歯科医療や看護師不足対策も幅広く行っていくことが必要だと思いますし、また、地域医療支援センターの運営が例示に挙がっておりますけれども、それだけではなく、やはり僻地、これは非常に大変な状況でございますので、僻地医療の支援に当制度が使えるようにする必要があると思えますが、いかがでしょうか。

○赤石大臣政務官 おはようございます。今枝委員にお答えいたします。

保、養成のための事業を行うことを想定しております。都道府県に対しては、地域包括ケアの推進のために特に必要と考えられる事業について、事業例としてお示ししております。

都道府県が計画を作成する際には、関係団体や医療機関等の意見を反映させるための必要例にかかわらず、基金の目的に沿った事業提案が可能となっております。

なお、僻地医療に関しましては、へき地医療支援機構運営事業やへき地医療拠点病院運営事業等の国庫補助により支援を行っている事業については、基金の目的に沿うものであれば、都道府県計画に位置づけることが、新たな財政支援制度を活用することが可能であると考えております。

以上です。

○今枝委員 ありがとうございます。本日にすばらしい御答弁をいただいたと思っております。ぜひとも、今までの事業があつたところは使えないというふうなことではなくて、全体で幅広く見ていただくような御努力をいただければ、このように考えております。

それでは、続きまして、控除対象外消費税問題についてお聞きをいたします。

この問題は、このまま放置すれば、医療崩壊、地域医療の崩壊を加速するおそれがありまして、それは、とりもなおさず、地域住民の命を危険にさらすということにもなつてまいるかと思えます。

前回も質問をさせていただきましたところ、消費税が一〇%になったときの対応として、田村大臣は、決して医療機関に迷惑のかからないような制度をつくらなくてはならないというふうな、非常にすばらしい御答弁をいただきました。大変ありがたく、強い思いを感じられたわけでございます。

このような中で、四月一日に消費税が八%に上がり、年末には一〇%を安倍総理が判断をされれば、来年の秋には消費税は一〇%となつてまい

わけでございます。あと一年半であります。時間がありません。時間切れになって十分な検討ができず、これまでどおりの対応ということであつては、大臣のおっしゃる医療機関に迷惑のからない制度、こういうふうなことは言えなくなつてしまふと思ひますが、検討を急ぐ必要があると考へておりますが、厚労省としてどのようにお考えでしょうか。よろしく願ひします。

○土屋副大臣 医療に係る消費税のあり方については、診療報酬等の医療保険制度における手当のやり方、課税化、非課税還付制度の導入など、さまざまな御意見があるわけですが、いづれにしても、税制基本改革法において、医療に係る課税のあり方については引き続き検討することとされておりました、引き続き、与党の議論の状況等を踏まえつつ検討していくことになると思ひます。

ただ、今枝委員が今おっしゃつたように、昨年十月に田村大臣が、医療機関の御意見を聞きながら、一方で患者の御意見も聞きながら、決して医療機関に迷惑のからないような制度をつくつていかなければならないと思つており、よりよい方向へ進めてまいりたい旨を答弁していますが、今後、こうした思いも持つて、関係者の意見を聞きながら進めてまいりたいと思ひます。

○今枝委員 ありがとうございます。

非常に思いが伝わってくる御答弁を本場にありがたいと思つております。ほかの関係者の皆様にも、急ぎ検討を進めながら、先ほどおっしゃつていただいたような思いを強くしていただいて、ぜひこの議論に進んでいただければ、このように思つております。

それでは、続きまして、特定健診につきまして質問をさせていただきます。

現在、医療費は毎年一兆円超のペースでふえ続けており、二〇二五年には、団塊の世代が七十五歳以上になつていくということでございまして、医療費、こういったものが一層ふえてまいります。

一方で、平均寿命も延び、現在よりも四、五年は長生きされていくだろうというような予想も出ておりました、やはり超高齢社会に対応して、医療、社会保障をしっかりと守つて、堅調に維持をしていくためには、健診を含む予防医学、予防医療の推進こそ、まさに最も力を入れなくてはならないと思つております。

そういった中で、日本再興戦略の中で、こういったことにも触れられております。健康、福祉のみならず、医療費の適正化、健康な高齢者もたらす経済効果など、こういった観点から適切な判断だと思つておりますけれども、そのような中で、早期発見、早期治療、そして生活習慣の改善を目指す観点から、特定健診は何としてでも一層推進をしていくべきだと思ひます。さらに、この特定健診に、新たな知見が得られたものに關してはやはり検査項目としてふやしていく、拡大をしていく、こういう流れも必要かと思つております。

例えば、その一つに歯科健診が挙げられます。デンソーの健康保険組合が七万人を十五年追跡するという非常に大規模な調査を行いましたけれども、歯科健診を行うと年間の医療費が減少するというデータが出ております。

そのような中で、ことしに關しましては、歯科保健サービス効果検証事業、こういったものも始まつており、政府として、この歯科健診の有用性をしっかりと本格的に検証し始めるという流れもできているかと思ひます。自民党のＪ－ファイルにも、特定健診に歯科健診を入れていくということが書いてありますので、やはり、特定健診の次期実施計画に向けて、ぜひ前向きに検討を進めながら考えていただきたい、こう思つておりますけれども、いかがでございましょうか。

そして、もう一つ、眼底検査を挙げさせていただきたいと思ひます。糖尿病によりまして、糖尿病性の網膜症となり失明をする方は毎年約三千人とも言われております。そして、日本社会全体が視覚障害によつて

失つているコストというのは八兆八千億という莫大なものであるというデータもありまして、そして、これらは、やはり早期診断そして生活習慣の改善によつて防げるものであります。

しかし、この眼底検査というのは、現在、詳細項目ということになって、必須項目ではありません。糖尿病だけでなく、脂質異常とか高血圧とか、そういったものが全てそろつていないと検査対象とはならないということで、九五％が見逃されていくというようなデータもあります。

眼底検査は、私も実際、診療現場で行うことはありますけれども、非常に簡便な器具で行えます。現在、科研費で検査項目を見直す研究を行っているということでございしますが、コストが余りかからない眼底検査は、やはり必須項目もぜひとも考えていくべきだと思ひますけれども、いかがでございましょうか。あわせて御答弁をお願いいたします。

○赤石大臣政務官 今の特定健診の問題に入る前に、先ほど、僻地医療に關して、ちょっと私、言い間違ひをいたしましたので、訂正させていただきますと思ひます。

へき地医療支援機構運営事業やへき地医療拠点病院運営事業等の国庫補助により支援を行っている事業については、既存の補助事業を活用いたいただくということになっておりますので、それ以外に、基金の目的に沿うものであれば新たな財政支援を行うということで、訂正させていただきますと思ひます。

今議員から御指摘のありました、特定健診に新たな項目を追加することについては、生活習慣病との関連の中で、科学的な知見、データを集め、費用対効果なども含めて検討し、保険者の理解を得ることが必要であると思ひます。

現在、厚生労働省においては、厚生労働科学研究において、特定健診の項目の見直しに關する科学的な知見、データの検証を行っているところであります。また、眼底検査を含む新たな項目についても、その結果を踏まえて検討を進めていきたいと思ひます。

考へております。

なお、現在、眼底検査、心電図検査は、特定健診の結果、血糖、脂質、血圧等について一定の基準に該当した場合は、医師の判断において、追加的な項目とできるようになつております。

また、歯科健診については、まずは、紹介のあつた健保組合などに既に効果を上げている保険者の取り組みも参考にしながら、データヘルスとして、他の保険者にも保健事業の中で取り組みを進めていくことにしております。

先生御指摘のデンソーのデータを私も見ましたけれども、非常にすばらしい結果が出ていますので、それも参考にしながら、今後検討を進めていきたいと思ひます。

なお、歯科保健サービスを実施することにより、糖尿病の重症化予防等の効果を検証することで、疾病に応じた効果的なスクリーニングや歯科保健指導等のあり方を検討することとしております。

いづれにしても、厚生労働省としては、こうした取り組みを通じて、知見や実績のさらなる収集を図ることで、特定健診の項目について必要な見直しの検討を進めていきたい、このように考へております。

○今枝委員 ありがとうございます。

ぜひ、エビデンスを新たにどんどんつくつていきながら、検査項目の充実というところに頑張つていただければというふうに思つております。

そして、特定健診自体を考えたときに、保険者の負担が三分の二ありますので、保険者の合意形成というのはもちろん必要なのでありますけれども、予防や健診の促進というのは、これはまさに国策でありまして、社会保障を守つていくための、非常に非常に重要な、最も重要と言つても過言ではないファクターであるというふうに思つております。

このような観点から、やはり、保険者の財政収支にだけ注目するのではなくて、社会全体への影

響を鑑みて、広がりを持って、国ももつともつと支援を拡充していきながら推進をしていくべきだと考えますが、いかがでしょうか。

○赤石大臣政務官 今先生の御指摘の特定健診につきましては、国民の死因の約六割を占める生活習慣病を予防することを目的として実施しているものであります。実施率は、目標値と大きな開きが実はあります。平成二十年度で三八・九％、そして二十三年度でも四四・七％、まだ半分に満たっていません。この現状を何とか改善していく必要があるというふうに考えております。

今後とも、実施率の向上を図ることが重要であり、生活習慣病の予防との関係で、科学的な知見、データに基づき健診項目の見直しを検討することにあわせ、さらに、労働安全衛生法に基づき事業者が行う事業者健診に関するデータを保険者に円滑に提供することを促すため、事業者との連携の推進や、実施率の低い被用者保険の被扶養者に対して、魅力ある健診項目の追加や健診受診に係る利便性の向上、さらには、健康増進法に基づき市町村が行うがん検診等との連携の推進なども取り組んでおります。

これら特定健診の実施率向上に向けた取り組みや保健所の予防活動を通じて、国民の予防、健康づくりをさらに進めていきたい、このように考えております。

○今枝委員 ありがとうございます。

ぜひ御努力をいただきたい、このように思っております。

では、続きまして、再生医療についてお聞きをいたします。

再生医療は、これまで治療法がなかった患者さんにもっと希望を与える夢の治療法である、こういうふうな考えております。一方で、治療法の開発には莫大な時間とコストがかかることも事実であります。やはり、きちんと産業化をさせていかなくては製品等は実用化されませんし、それは、患者さんに再生医療を受けていただくことができないということでもあります。

そこで、安倍政権は、再生医療の産業化を加速するために大胆な制度改革に着手してございまして、昨年は関連する三法を成立させ、研究機関のみならず、産業界からも大きく評価をされているところだと思っております。特に、厚労省、経産省、文科省、三つの省が共同し、制度改革を進めるという点は大変素晴らしいと思っております。

再生医療を一層加速するために、改正薬事法について関連した質問をしたいと思っております。

改正薬事法では、再生医療並びに遺伝子治療に關しては、条件、期限付きの承認の導入が予定されている程度に限定された治療法には承認を与えて、市販段階にしっかりと有効性にかかわるデータを数年蓄積し、その後、正式な承認が与えられるという大きな改革であります。非常に画期的であります。

再生医療を迅速かつ安全に国民に届ける政策としてすばらしいものでありますが、この条件、期限付き承認中の治療法の保険収載の取り扱いはどういうふうになっておりますでしょうか。

条件、期限付き承認中の治療法には、さまざまな水準のものが出てくると思います。その中には、安全性はもろんでありますけれども、ほかのものとは比べられないから、なかなかすぐには完全承認とならないかもしれませんけれども、有効性が高くないんじゃないか、こういうふうなものも出てくる可能性が幾らでもあるわけでございますので、どのようにお考えか、御答弁をお願いいたします。

○木倉政府参考人 お答えを申し上げます。

我が国の医療保険制度でございますけれども、今、国民皆保険のもとで、必要かつ適切な医療技術、これは基本的に保険診療の取り扱いとするというところでございます。

今、保険導入するに際しましては、その研究開発を進められた成果、技術が、有効性、安全性の観点からも、適切に国民に提供してあげることがもう確立されている、あるいは広く国民の皆様

提供できる、どこの医療施設でもということが確立されているというふうなことの確認を、中医協の場で、保険者の皆様、医療提供者の皆様、御審議をいただいて、保険収載を決定するという仕組みでございます。

また、そういう段階までまだ至っていないけれども、一定の有効性、安全性が認められているものについては、安全な体制、あるいはきちっとした評価を進められるという医療機関のもとで、保険外併用というところでデータをとっていただいて、それを踏まえて、速やかな保険診療を検討する仕組みもとおるところでございます。

今御指摘の改正薬事法、この秋、施行が予定されているところでございますけれども、これまでの薬事承認の仕組み、これも、こういう条件つきでない仕組みももちろんあるわけでございます。そして、それとともに、再生医療製品で有効性がまだ推定にとどまるものについても早期に承認をする、こういう仕組みを両方取り入れたところでございまして。

この施行に向けては、私ども、保険の方の立場から、今回の改正の趣旨を踏まえまして、どういう形で保険への段階を進んでいただけるか、中医協においてしっかりと議論をいただきたいというふうな思っております。

○今枝委員 ありがとうございます。

やはり保険診療になつて初めて再生医療製品が広く使われることになると思えますし、開発コストが莫大ですので、特にベンチャー育成といった意味でも、企業体力が余りないわけでありまして、資金の回収を早期にしないと製品開発できない、続けられないといったこともあります。再生医療は国策でありますから、ぜひとも前向きな御検討をお願いできれば、このようにお願いを申し上げます。

そして、もう一つ再生医療について質問をします。医薬品、医療機器の承認では、PMDAが、薬事戦略相談制度やまた事前相談によって、早期の

段階からこういった企業の開発支援をしていると思えます。また、保険収載に関連したことについても事前に相談できる体制があるというふうな聞いております。

再生医療等製品についても同様に、保険収載についても、価格帯のイメージなどを事前から相談できる体制を構築することが必要だと考えますけれども、いかがでしょうか。

○(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

医薬品、医療機器につきましては、企業からの申し入れに対して、それぞれ、薬価算定基準あるいは特定保険医療材料価格算定基準に基づいて保険収載手続が進むわけでございます。それについて、事前の相談も受けているところでございます。

ただ、再生医療等製品につきましては、まだ製品がございませんし、保険上の、どういうような形で保険の取り扱いにするかということもまだ決まっておりますので、再生医療等製品の算定基準などが、そういう取り扱いが決まってくれば、先ほどの医薬品、医療機器と同様に、それに基づいた事前の相談を受けていきたいと考えております。

○今枝委員 ありがとうございます。

私の地元にも、日本で唯一、再生医療製品を扱っているJ-TECというベンチャー企業がございます。開発過程において、もっと早く保険収載についても議論やお話ができれば、やはりもっともつと伸ばすことができたろうというふうなお話もございまして、こういった分野に関しては、企業もやはり医療提供体制の一つであるという感覚で、できるだけ対応をしていただければ、そして、それが当然、日本の経済成長、富にもなっていくわけでございますし、雇用を拡大していくわけでございます。どうか前向きな御検討をお願いできればと思います。

さて、続きまして、かつて重症心身障害児施設と言われましたが、医療型障害児入所施設について質問したいと思っております。

重度の障害をお持ちの方が入所をして、治療と日常生活の指導を目的とする子供のための施設でございすけれども、やはり実際には、線がびしっと引けるわけではないということで、十八歳以上にも必要であるということで、障害者総合支援法で療養介護として入所できる施設となっております。

しかし、問題は、この対象者が、障害区分六では人工呼吸器をつけている方のみ、障害区分五では筋ジスト、そして重症心身障害のみとなっていることである。これは医療的ケアが濃密に必要であるということになっていて、そうでありすけれども、果たして本当にそうなのかというふうに疑問があります。

私が今も在宅医療で診療している患者さんで、先天性表皮水疱症という難病の患者さんがお見えであります。この病気は、皮膚にほんの少し刺激が加わっただけで水膨れができてしまうという病気で、水膨れという大したことがないように感じるかもしれませんが、服を着るとそれだけで全身水膨れになって、もうどうしようもなくなってしまうということでありすので、全身をガーゼ保護しております。毎日、何回もガーゼ交換が必要でありまして、やはり医療的ケアは非常に濃密です。

この方は、障害区分五であっても、筋ジストでもないです。知的障害もないので重症心身障害でもありませんでした。ゆえに、療養介護には当たらす、施設には入れないということになってしまっています。

このような方だけでなく、障害は人それぞれであります。疾患のみで医療的ケアが濃密かどうかというのは、やはり推しはかるというのは非常に難しいのかな。療養介護でも、医療型障害児施設に、例えば障害区分五以上の方はみんな入れる可能性がある、その中で医療的ケアが濃密かどうかを個人的に見ていく、そういうような対象の拡大が必要であると思います。

難病対策で今国会の法改正を行いますけれど

も、対象疾患が五十六から三百に一気に広がる、大変すばらしいことでありますので、この療養介護にも特段の配慮をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○佐藤副大臣 今枝委員の御質問にお答えいたします。

今御指摘の障害者総合支援法の療養介護でございすけれども、病院に長期入院する重度の障害者について、医療保険による医療の提供に上乗せして介護等を行うものでございまして、委員が今おっしゃいましたように、その対象者は今限られておりまして、三つのカテゴリーの方々でございす。

一つは筋ジストロフィー患者、二つ目が重症心身障害者、三つ目が、ALS患者等の、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者としておりまして、それぞれに応じて障害支援区分による条件を付しているところでございす。

この具体的な対象者の範囲でございすけれども、実は、平成十八年十月に療養介護の創設をしたわけでございすますが、その創設以前において、医療保険に上乗せして公費による支援を受けて国立病院等に入院、入所していた、そういう障害者の状況を踏まえたものでございまして、それによってこの対象者が大体決まっているという状況でございす。

それに加えて、今委員御指摘のように、特別な配慮をしてほしいというお話でしたが、対象となる疾患の拡大等については、やはり今、医療保険制度等との役割分担も踏まえまして、慎重に検討していく必要があるだろう、そのように考えております。

なお、今委員が御指摘された、在宅で診療されている表皮水疱症の方でございすけれども、この方は、平成二十五年四月から障害者総合支援法の障害者の範囲に難病患者も加えられたところでございまして、委員御指摘の表皮水疱症についても、障害者総合支援法におけるサービスを利用することがができる百三十疾患の中に含まれているこ

とから、在宅での生活も含めて、居宅介護等の障害福祉サービスを御活用いただくことができるもの、そのように考えております。

○今枝委員 ありがとうございます。

難病がこのような形で脚光を浴びて、今進もうとしております。この障害の部分にもやはり考えなくてはならないと思っておりますので、ぜひ、私も全力で応援いたしますので、お願いをしたいというふうに思っております。

では、続きまして、子ども・子育て支援新制度についてお聞きをしたいと思います。

人口減少、これは国の活力そのものを奪ってまいります。私も、将来への責任という意味でも、子育て世代としても、子育て政策には全力を傾注してまいりたい、こういう思いでありますけれども、その中で、現在、子ども・子育て支援新制度の詳細な検討が子ども・子育て会議で行われていると思ひます。

国会の附帯決議でございましたけれども、やはり十分な対策を行うのに必要な財源というのは、一・一兆円だということでありまして、しかし、その配分だけでなく、消費税財源で確実に出てくる〇・七兆円というところの配分も先般示されたというふうに聞き及んでおります。

しかし、やはり〇・七兆円では、新制度で計画されている子育ての量的拡大と質の改善、この二つ、双方をきちんと十分に進めていくことは不可能でありますので、あくまで一・一兆円の財源確保を目指していただきたいと考えておりますけれども、いかがでございましょうか。

やはり質の改善、非常に重要でございす。大都市以外の地方部におきましては、待機児童はならず、教育の質をいかに上げていくのかというのが重要であります。特に、幼稚園の先生や保育士は、全職種の平均よりも月十万円以上も給料が低くて、離職率も非常に高うございす。このような状況で、目の前の子供たちに全力を傾けることができるのか、教育、保育ができるのかというと、やはりかなり疑問でございすので、幼稚園

の先生の処遇改善、保育士の処遇改善、非常に重要であります。

このような問題に関して、あわせて御答弁いただければと思ひます。

○土屋副大臣 今枝委員がおっしゃったように、参議院の附帯決議においても、一兆円程度の財源が必要であり、政府は財源の確保に最大限努力するという旨盛り込まれているわけでございまして、これを受けて、昨年の六月に全閣僚で構成されております少子化社会対策会議において決定いたしました少子化危機突破のための緊急対策においても、二十九年までには確保する予定の〇・七兆円程度を含めて、一兆円程度の確保に努めることということは言われているわけでございす。

内閣府の子ども・子育て会議における議論においても、新制度の質の改善として、消費税増収分から充当される〇・七兆円の範囲では、保育士、幼稚園教諭について平均三割増の処遇改善、年間二日の代替保育士の配置による研修機会の確保等を盛り込んでいるわけですが、一兆円程度の財源を得た場合には、さらなる改善策として、平均五割増、年間五日の代替保育士の配置にまで拡充する方向で検討しているわけでございす。

政府としても、〇・三兆円超の財源を確保して、何としても子ども・子育て支援の充実を図っていくことが必要であると認識しております。今後、最大限、財源確保に努めてまいりたいと考えております。

○今枝委員 ありがとうございます。

最後に、医療崩壊という言葉が言われて久しゅうございすけれども、これを必ずしも絶対起こさせないという思いで、これから医療基本法という議論も進んでいると思ひます。私も学生時代から進めておりまして、これを全力でやっていきたいと思ひますので、また厚労省としてもぜひ御尽力、お助けいただければと思ひます。

以上です。終わります。ありがとうございます。

○後藤委員長 次に、古屋範子君。
○古屋(範)委員 おはようございます。公明党の古屋範子でございます。

私は、二〇〇三年初当選でございますが、その前に、神奈川県で、アレルギーに関する十四万人余りに対する調査を行いました。その中で、このアレルギー疾患、三人に一人から二人に一人に近づきつつある、あるいは、三人に二人は治療をしてもよくならなかった経験があるとか、三人に一人はどの医者に受診していいかわからないというような調査結果を持って国会に参りました。

きょうは、私自身の政策テーマでございますアレルギー疾患対策について質問してまいります。先日、文部科学省で、学校給食における食物アレルギー対応に関する調査協力者会議の最終報告を出されました。一昨年、平成二十四年の十二月でございますけれども、調布市で発生した、女子児童が、給食が原因とされる食物アレルギーの症状、アナフィラキシーショックで亡くなったという事件を受けまして、私たちが、これを一自治体、また学校への責任を押しつけるのではなく、国として対策をとるべきであるということを申し上げまして、学校給食における食物アレルギー対応に関する調査協力者会議というものが設置されました。その最終報告が、この三月、出てまいりました。

この報告書の中で、最終的な実施者というのは学校であるものの、学校単独の取り組みに全てを任せることは適当ではない、文部科学省、都道府県、市区町村教育委員会等においても、それぞれ立場で取り組みを進めて、学校のアレルギー対応を支援する体制が必要不可欠ということが強調をされております。

その中で、平成二十五年八月現在なんです、食物アレルギーを持つお子さん、これが四・五％というところで、平成十六年調査から一・七倍になっております。また、アナフィラキシーショックを起こしたことがあるという方が〇・五％で、同じく平成十六年に比べて三・六倍ということに

なっております。また、そのときに打つエビペンを持っている保持者が〇・三％ということで、非常に増加をしているという実態がございます。

一方、学校へ申し出があった児童生徒のうちで、学校生活管理指導表を、医師の診断書を提出したという割合が、食物アレルギーでは二〇・四％、アナフィラキシーでは三六・四％、エビペンを保持者三〇・三％、非常に低い割合でございます。

いろいろな理由があると思います。診断書を書いてもらうには費用がかかるということで、これは公明党の相模原の市議員が頑張られて、相模原市では、市独自で学校生活管理指導表について、診断書の発行手数料の公費負担を開始してございます。この千五百円から五千円程度かかる診断書はなかなか提出できないなど、理由があるんじゃないでしょうか。教師の方も、医師の診断書に基づかない、そういう保護者からの申し出に基づき給食の対応を迫られているという、非常に複雑な対応が必要ということで、教師の側も苦勞しているという実態がございます。

私たち公明党も強く主張いたしまして、学校でのガイドラインという非常にいいものができました。専門員がつくった、学校生活に即した、朝から、給食があり、体育の時間があり、またプールがあり、夏には林間学校があり、そういう児童生徒の生活に即したガイドラインというものができましたけれども、なかなか十分に徹底をされていません。また、先ほど申しましたように、この管理指導表も医師の診断が伴っていないものが多いというところでございます。

また、調布市の事件のときも、エビペンという注射を、これはすぐに接種をしなければいけないんですけども、教師の側もためらってしまったり。差し迫ったときの緊急対応ということ、このエビペンの注射に關しまして、消防機関との連携、これは小学校では二六・二％、中学校で一九・九％ということで、消防との連携も十分であるということで、ぜひとも、消防機関に

対して、学校給食におけるアレルギー対応について、さらなる協力を求めるべきだと思います。

また、調査結果によりますと、平成二十年から二十五年度の期間において、学校におけるエビペンの使用、四百八件ありました。この緊急時のエビペンの活用、理解が進んでいるとは思いますが、でも、緊急時の対応ということで教職員に単独で使用させるというのにも酷ではないかとの声もまだございます。

そこで、医師法の解釈に関する厚生労働省見解がございました。医師法違反にはならないという、これを周知徹底をさらに行っていたらいい、現場で教師の誰もがエビペンを扱えるように、この演習も取り入れた実践的な研修の実施をすべきだというふうに思います。文科省のお考えを伺います。

○永山政府参考人 御指摘ございましたとおり、文科省では、一昨年の事故を受けまして、昨年五月に有識者会議を立ち上げまして、再発防止のための検討を進めてまいりました。先日、その最終報告が出たところでございます。

この報告書におきましては、お話ありました学校生活管理指導表の使用を含めた、いわゆるガイドラインに基づく対応の徹底ですとか、教職員等の研修の充実、それから、児童生徒のアナフィラキシーショックのときの、緊急やむを得ない場合の厚労省見解ですね、居合わせた教職員が注射をしても医師法違反にならない、そういう見解を踏まえた適切な対応ですとか、あるいは、教育委員会と医療機関、消防、救急機関ですね、こういったところとの連携体制の構築、こういった提言がなされております。

文科省としては、この報告を踏まえて、三月二十六日付で各都道府県の教育委員会等に通知を出したところでありますけれども、今後、各教育委員会ですとか各学校において、アレルギー疾患に対する対応の充実が図られるように、さらに各種会議とか研修等の機会を通じて、特にエビペンの使用については大変重大な話ですので、こういったところも強調しながら、その徹底を図ってまいりたいというふうに考えております。

○古屋(範)委員 まず、通知を出されたということとあります。このガイドラインができてから一定期間がたっているわけですが、なかなか現場に徹底をされていないんですね。検証を行うにも、専門家が市町村にいるかといえ、なかなか難しいというふうに思います。そうした人材の確保、また、それを配置していくということもありまして、学校長、また現場の教諭、全ての教師たちがしっかりとこれを理解し、実践ができるようにしていただきたいと思っております。よろしく願います。

引き続き、栄養教諭について文科省にお伺いをいたします。

調査結果によりますと、アレルギー対応食を提供している調理場の整備、人員の配置については、未整備のまま対応しているというケースがあるということが明らかになっております。安心、安全な食物アレルギー対応をするために、調理場の施設設備の整備、また調理員、栄養教諭、学校栄養職員などの配置が課題であると思っております。

特に、アレルギーへの対応はもちろん、食の安全を含めて、食育の重要性が今増しております。肥満など、将来、生活習慣病にならないようにするために、個別に対応するために、学校教諭では栄養教諭の配置が理想だと思います。

文部科学省の参考資料によりますと、都道府県によって非常に格差があります。四十七都道府県で栄養教諭の配置率、平成二十五年四月一日現在ですけれども、最も高いのが鹿児島県でして、八六％配置をしております。最低が東京都で、約四％というところで、かなりの開きがございます。

この栄養教諭の配置、また採用基準というのは各都道府県に任されているわけなんです、文科省として、都道府県による非常に大きな格差の解消に向けて、各都道府県に栄養教諭の配置拡大を求めるべきではないかと思うんですが、いかがで

しよう。

○永山政府参考人 栄養教諭は平成十七年度に制度化されましたけれども、もう言うまでもありませんけれども、各学校の食育を推進する上での中核的な役割、それから、先ほどの食物アレルギー対応にも大変重要な役割を果たしております。その配置の拡大というのは、大変重要な課題でございます。

一方で、配置の状況ですけれども、今年度におきましては、全都道府県で合わせて約五千名が見込まれております。全体としては着実にふえていくんですけども、一方で、各都道府県別に見ますと大変な格差があるというのは御指摘のとおりでございます。

こういった状況を踏まえまして、文科省としては、栄養教諭の意義や役割について、教育委員会の担当者を集めた会議についての周知、これはもう従来から行っておりますが、さらに、配置が進んでいないところを個別に直接訪問をいたしましてお願いするといったこともやっておりまして、これも引き続きやっていきたいと思っております。

それから、学校栄養職員が栄養教諭の免許状を取得するための講習会への支援ですとか、あるいは、今年度からスタートいたします、地域と連携して食育を重点的に推進するモデル校を指定するスーパー食育スクール事業というのをスタートするわけですが、こういった中でも、栄養教諭の配置の成果を検証して、その必要性を広く周知する、そういった取り組みを進めて、栄養教諭の配置をさらに進めていきたいというふうに考えております。

○古屋(範)委員 さまざま御努力をされているようにありますが、自治体においては財政上の問題も大きいのかと思います。引き続き、栄養教諭の配置、さらなるお取り組みをお願いしたいと思っております。

次に、厚生労働省にお伺いをいたします。
学校におけるガイドラインができ上がりまし

て、私も、それを早く使用して、保育所でも同じものでしつかりやってほしいというふうに申し上げておりましたけれども、保育所は保育所で別につくるということでも、これも、保育所におけるアレルギー対応ガイドラインが完成をいたしました。しかし、やはりこれも同じように定着、徹底が必要かと思っております。この定着に向けた取り組みについてお伺いをしたいと思います。

○石井(淳)政府参考人 お答え申し上げます。
議員御指摘のように、厚生労働省におきましても平成二十三年三月に保育所におけるアレルギー対応ガイドラインを策定いたしました。自治体や関係団体、例えば保育団体とか、あるいは嘱託医への周知のために日本医師会とか小児科医学会等への協力要請をするなど、そういう形を通じて周知をしているところでございます。

保育所の職員に対するアレルギー講習会、これを累次にわたって実施をしたり、あるいは、厚生労働省のホームページ上にこのアレルギー対応ガイドラインを掲載し、かつ、その中でもエビペンの取り扱いも含めた動画が閲覧できるように、こういう形で公表しております。

さらに、保育現場でガイドラインがより使いやすくなるよう、先ほど御指摘ございましたエビペンについて、これは医師法上問題ないんだということも含めて、そのQアンドAを作成いたしましたして周知をするといったようなことを行っております。

こうした取り組みを通じて、アレルギー症状発生時に保育所が適切に対応できるように取り組んでいるところでございます。今後とも、このガイドラインの普及、定着にしっかりと取り組んでまいりたいと思っております。

○古屋(範)委員 文科省の方は立派な本になっているんですが、厚生労働省の方はそれは電子情報になつていて、それだけ費用がかかれないということなんだと思っておりますけれども、しつかり、さらなる普及徹底をお願いしたいというふうに思います。

次に、花粉症の治療についてお伺いをしたいと思います。

だんだん花粉症患者というものが増加をしております。まして、杉アレルギーを持つ人が非常に多い、一千五百万人以上とも言われております。また、杉だけではなくてヒノキとかシラカバ、また、兵庫県の六甲山周辺ではヤシヤブシという木による花粉のアレルギーが非常に大きな問題となっております。この中で、何についてお伺いをしたいと思います。

杉花粉症につきましては、有効性、安全性の評価がどうなされたのかということでお答えをいたします。

まず、有効性につきましては、日本人の杉花粉症患者二百四十一名に対して、本剤で症状が全くなかったあるいは軽くなったという方が百七十一例、率にして四四・四％でございます。それから、有効成分を含まないプラセボで同じく二百四十一例やりまして、こちらは六十一例、二五・三％の人が同じように全くなかったあるいは軽くなったということで、統計的に有意な差が認められるということで、今申しましたのは二シーズン続けて投与をした場合でございますが、有効性が認められております。

それから、安全性に關しましては、同じく、二百六十六例に投与いたしました二百十二例に有害事象が出ておりますが、プラセボ群でも二百六十五例で百八十九例ということで、そこは大差がない、また重篤な副作用は認められておらないということで、有効性、安全性ともに認められるという評価がされております。

ただ、先ほど御紹介がありましたように、だんだんならしていくという減感作療法でございますので、アナフィラキシーなどのリスクが否定できないということでございます。これは、承認をする際に条件をつけております。

具体的には、舌下投与による減感作療法に関する十分な知識、経験を持つ医師によってのみ処方、使用されるとともに、本剤のリスク等について十分に管理、説明できる医師、医療機関のもと

でできるということで、通院の手間が余りないということでも非常に期待をされております。

この治療薬の有効性、また安全性についてお伺いたします。また、これを保険適用にできないかどうか、この点についてもお伺いをしたいと思います。

○今別府政府参考人 私も六甲山周辺で育ちましたが、幸い杉だけの被害を今のところは受けております。

杉花粉症につきましては、有効性、安全性の評価がどうなされたのかということでお答えをいたします。

まず、有効性につきましては、日本人の杉花粉症患者二百四十一名に対して、本剤で症状が全くなかったあるいは軽くなったという方が百七十一例、率にして四四・四％でございます。それから、有効成分を含まないプラセボで同じく二百四十一例やりまして、こちらは六十一例、二五・三％の人が同じように全くなかったあるいは軽くなったということで、統計的に有意な差が認められるということで、今申しましたのは二シーズン続けて投与をした場合でございますが、有効性が認められております。

それから、安全性に關しましては、同じく、二百六十六例に投与いたしました二百十二例に有害事象が出ておりますが、プラセボ群でも二百六十五例で百八十九例ということで、そこは大差がない、また重篤な副作用は認められておらないということで、有効性、安全性ともに認められるという評価がされております。

ただ、先ほど御紹介がありましたように、だんだんならしていくという減感作療法でございますので、アナフィラキシーなどのリスクが否定できないということでございます。これは、承認をする際に条件をつけております。

具体的には、舌下投与による減感作療法に関する十分な知識、経験を持つ医師によってのみ処方、使用されるとともに、本剤のリスク等について十分に管理、説明できる医師、医療機関のもと

でのみ用いられ、薬局においては調剤前に当該医師、医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、製造販売に当たって必要な措置を講じるという条件に承認をしたものでございます。

○原(徳)政府参考人 保険収載関係についてお答えを申し上げます。

御質問の薬品につきましては、現在、保険収載に向けて事前の相談をしている段階でございます。現段階では正式な申請がなされていないという状況でございます。

○古屋(範)委員 安全性、有効性が認められるということでございます。さらに推進をしてほしいというふうに思っております。

今のは舌下免疫療法の薬の件でございますが、理化学研究所では、根本治療のための杉花粉症ワクチンを開発していると聞いております。アレルギー反応の原因となる杉花粉の主要な抗原たんばく質二種類に、抗体反応を抑える化学物質を遺伝的、工学的手法で融合させたもので、マウスの実験では効果が確認をされているということで、非常に期待をされております。このワクチンの研究、進捗状況についてお伺いをしたいと思っております。

○山脇政府参考人 理化学研究所におきましては、花粉症の治療に向けて、現在、二種類のワクチン開発の研究に取り組んでいるところでございます。

一つ目の研究は、強いアレルギー反応を引き起こさないよう処理した杉花粉ワクチンを投与することで、杉花粉症の治療を目指すものです。これは理化学研究所と鳥居薬品株式会社の共同研究によりまして、これまでに動物を用いた試験で薬効の確認に成功したと聞いております。また、同社において、工業化が可能かを判断するため、製造方法に関する技術開発が行われていると聞いております。

二つ目の研究は、アレルギー反応を抑制する物質を含む超小型カプセルをワクチンとして投与するというところで、花粉症だけでなく、食物アレルギー

アレルギー、初期ぜんそくの治療も目指すものでございます。これは理化学研究所独自の取り組みとして開発をしております。これまでに動物を用いた試験で薬効の確認に成功し、昨年、特許を申請した段階にあると聞いております。

○古屋(範)委員 ぜひ、この二種類のワクチン、実用化に向けて促進をしていただきたいというふうに思っています。

次に、アレルギー専門医の育成等に関してお伺いをしてまいります。

全国でアレルギー専門医は約三千人いると言われております。しかし、大都市部に集中をしております。アレルギー科という科を標榜していても、実際にガイドラインに沿った正しい治療をしているとは限らないというのが実情でございます。

全国どこにいても同水準のアレルギー疾患に対する治療が受けられる、このために、全国の一般医に対してアレルギー疾患のガイドラインを普及徹底させるということが必要ではないかと思っております。これに関して、厚労省の取り組みをお伺いします。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

今お話がありましたように、日本アレルギー学会のホームページなどを見ますと、御指摘のように、アレルギー専門医と言われる人は三千名を少し超えたぐらいでございます。しかも、その所在地を見ますと、首都圏とか近畿圏あるいは名古屋圏といったところに集中をしております。必ずしもこれで十分と言える状態にはございません。

アレルギーという形で標榜されている方、何らかの形で掲げていらっしゃる、診療するということとで掲げていらっしゃる方が七千人弱ということのようですが、これもやはり同じように大都市部に集中をしているという状況にあります。

そういうことから、私も、こうした専門医のみならず、技術を持ったかかりつけ医の育成が重要と考えておりまして、平成二十三年に取りまとめられました、厚生科学審議会の中のリウマ

チ・アレルギー対策委員会の報告書におきましても、今お話のありましたようなアレルギー疾患専門医の育成とか、かかりつけ医の育成、それに、診療ガイドラインの普及、改定ということも位置づけられておりまして、私も、こうした方向に沿いまして、関連する学会あるいは日本医師会等の関係団体と十分に連携をして、必要な対策を講じてまいりたいと考えています。

○古屋(範)委員 最後の質問になります。

公明党は、アレルギー疾患に関しまして一貫して取り組んでまいりました。二〇〇〇年には、千四百六十四万人という膨大な署名を提出いたしました。国立病院機構相模原病院に臨床研究センターが開設されました。また、二〇〇一年には、加工食品のアレルギー表示を義務化するということが実現をいたしました。

また、二〇〇五年、エビペンの食物アレルギー、薬物アレルギーへの適用拡大をし、また、食物アレルギー患者の入院による食物負荷試験というものが保険適用になりました。今まではそれがなかなかできなかったんですが、今では普通に保険適用でできるようになりました。また、学校の取り組みガイドラインというものもつくり、また、エビペンが救急救命士が使用できるということも、かなり長くかかりましたけれども、できるようになりました。

そして、二〇一〇年、アレルギー対策基本法を一度参議院に提出いたしました。以来四年がたっております。議員立法が成立しないままに至っております。また、この法律は、昨年五月、自民、公明両党で少し修正をいたしまして、衆議院にアレルギー疾患対策基本法として提出をいたしました。

地域における適切なアレルギー医療が受けられる体制整備が課題である。情報が少ないために適切な医療機関を選択できず、間違った民間療法で悪化をする場合もある。また、国民の約二人に一人が何らかのアレルギー疾患で悩まされている。花粉症を含めアレルギー鼻炎は国民の四割以

上、アトピー性皮膚炎が二割以上などと急増しているというところで、全国のどこに住んでも正しいアレルギーの治療が受けられるよう、また、学校などあらゆる場面で生活の質を高める支援が受けられる、こうした総合的なアレルギー疾患対策が求められております。

この基本法の中では、対策の大きな前進が期待できるということで、国に基本指針の策定を義務づけております。また、学校給食についても、教職員の研修機会の確保、また、家族や患者の相談体制の整備、アレルギーに詳しい医師や看護師、薬剤師らの医療従事者だけでなく、栄養士や調理師の育成も促す、予防体制をさらに整備強化する方針としておりまして、国の対策を総合的に進めていくとなっております。

各党の御賛同を得て、ぜひともこのアレルギー疾患対策基本法案を成立させたいんですけれども、この法案に対して大臣の御所見がございましたらお伺いをして、質問を終わりたいと思っております。

○田村国務大臣 古屋委員おっしゃれますとおり、二人に一人が何らかのアレルギーを持っておりますというふうなことが言われておりますが、私も、診断を受けたことはいないんですが、二十を過ぎたところから山芋がだめでございまして、食べると呼び困難になって寝込むんですね。多分アナフィラキシーか何かが起こっているんじゃないのかなと思うんですが、それ以来、もう食べなくなりました。そういうことで、アレルギーは怖いなという自覚もあるわけであります。

この議員立法に関して申し上げれば、ちょうど一番初め、あのとき私が野党部会長だったんですかね、そのときに、公明党の方からいただきました。党内調整をした記憶があります。当時は、アレルギーの定義はどういう定義なんだんという議論から始めたところでございます。そういうところも含めて、非常に煮詰まった中で国会にも提出いただいたというところでございます。

全体として、アレルギーということになれば、

我々も厚生科学審議会の方で報告書をいただいておりますが、この報告書をもとに、もとにいたしますが、内容としては、相談体制の確保でありますとか、それから、やはり研究ですね、こういうものに対してしっかりと力を入れていくというような話であるわけでありまして、そういうものを我々も受けながら今までアレルギー疾患対策を進めてきたわけでありまして。

この法案、成立をさせていただければ、ぜひとも、我々もいたしまして、関係省庁と協力をいたしましてしっかりとアレルギー対策を進めてまいりたい、このように考えております。

○古屋(範)委員 以上で質問を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○後藤委員長 次に、長妻昭君。

○長妻委員 民主党の長妻でございます。よろしくお願いをいたします。

まずは、年金積立金の運用について、引き続き質問をさせていただきたいと思っております。

国民の皆さんの国民年金の保険料、厚生年金の保険料、合わせて百二十兆円余りの虎の子の積立金がございますが、配付資料十一ページをごらんいただきますと、これはNHKのニュースで今月の二日に流れたニュースでございますが、「ベンチャー育成へ 年金積立金を投資も」、こういうニュースでございます。

それによりまして、「政府の産業競争力会議は、ことし六月をめどに新たな成長戦略を取りまとめることとしており、一日、これは四月一日であります」が、「ベンチャー企業の育成策を検討している分科会を開きました」というようなことで、る報道があるわけでございますが、この報道のもとになったのは、配付資料十二ページを見ていただきますと、四月一日に開かれた、政府の産業競争力会議の中にあるベンチャー企業育成検討分科会というように、分科会での議論なんです。

そこでやられた議論で、こういう議論がございました。これは資料に基づいたものであります。

が、十二ページですけれども、「社会を動かす大胆な制度改革の推進」ということで、「ベンチャーの飛躍の成長を実現するため、社会を動かす大胆な制度改革を推進し、新たな政策手段を大胆に集中投下する。(1)年金基金によるベンチャー投資の創設 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の運用方針の改革など、年金基金の投資ポートフォリオ変更によるリスク資金の抜本的な供給強化を図る。」ということが書いてあるんです。

私も、年金積立金の運用を、本当に被保険者の立場に立つて多様化していくというのを一概に否定するものじゃありませんが、議論の順番として、その議論から年金積立金を活用しようというの、どう考えても議論の順番として私は違和感があるんですが、大臣とGPIFの理事長、それぞれ同じ質問ですけれども、大臣や理事長は違和感を感じませんでしょうか。

○田村国務大臣 公的年金の積立金に関しましては、御承知のとおり、専ら被保険者の利益のために安全かつ効率的に運用しなければならぬわけでありまして。

御指摘のベンチャー投資に関して申し上げれば、これも含めて、要は、分散投資の中でリスクをいかに最小化するか、こういう話であります。目標の利回りを目指してリスクをどう最小化するか、これを含めて、GPIFで御判断を適切にいただくものだというふうに思います。

今のお話は、それは産業競争力会議のお話であるわけでございますが、我々は、今私が申し上げたような観点から、しっかりと分散投資の中でリスクを最小化していくことでございます。

○三谷参考人 お答えします。
今大臣もお話がありましたように、私どもの年金積立金の運用は、厚生年金法等に基づき、専ら被保険者の利益のために、長期的な観点から、安全かつ効率的に行うこととされております。
このため、私どもとしては、分散投資の考え方

を踏まえ、年金財政との整合性等を勘案した上で、これまで、リスク水準を国内債券並みのものとしつつ、年金財政上求められる実質的な運用利回り確保されるよう基本ポートフォリオを定め、これに従って運用してきているところであります。

私どもとしては、今後とも、年金積立金の運用の目的に照らして、安全かつ効率的に運用してまいりたいと思っております。

なお、産業競争力会議など政府における取り組みにつきましては、私どもとして所見を述べる立場にはないと考えておりますので、この点は御理解いただきたいと思います。

○長妻委員 ちよつとがっかりいたしました。違和感があるのかどうかという質問に対して、長いものには巻かれると言わなければならないといううな、我々だったらもうちよつと踏み込んだ答弁をしますよ、これは。

やはり最後に誰が守ってくれるかというと、厚生労働大臣なんです。そしてGPIFの理事長なんです。独法の理事長は、総理とか官邸とか、わあつととなると、それはなかなか風圧があるんですが、やはり大臣は関係ですから、堂々と、国民の代表ですから、それを代弁していただきたい。

違和感があるのかどうかということで、それにはお答えいただけないわけですが、私もベンチャー育成を否定するわけではもちろんありません。日本は欧米に比べて三分の一なんです。ベンチャーを立ち上げる若者が。ですから、それはそうなんですが、別の金を使つてやってくれと思うわけございまして、仮に、順番として、被保険者の利益を守るために分散投資でベンチャーファンドが本当に必要だ、そういう緻密な議論でそこに向かうというのなら、私、全面否定はしませんけれども、この議論のやり方はどう考えてもおかしいから、これは、大臣はちゃんと歯どめをかけるべきだと私は思っております。

十六ページにもありますけれども、これは年金の専門委員会でありまして、国内債券並みのリスクの維持ということもありますし、十七ページには、法律に書いてあるんですね、厚生年金保険法、国民年金保険法に、「専ら厚生年金保険の被保険者の利益のために、長期的な観点から、安全かつ効率的に行う」。今もおっしゃいましたけれども、これは法律に明記されております。

二十ページでは、資金運用担当の厚労省の方からもらった議事録であります。これは社会保障審議会の年金部会の発言抜粋で、宮本委員は、「国内債券並みのリスクというのは一つのベースとして堅持すべきであるということをお意見として申し上げたい」、正論をおっしゃっております。

二十二ページを見ていただくと、山口先生というこの年金部会の先生も、新聞の投書の中で、「運用リスクは国内債券と同程度の水準に抑えて、全体の配分を決める方法であり、現行の資産配分もこの考え方に拠っている」とおっしゃっております。

二十一ページには、これは日経新聞に出た記事でございますけれども、四月七日であります。GPIF、年金を運用する独法が、「日銀の追加緩和に合わせて、運用改革を発表する」という観測が出ています。市場では日銀が追加緩和を決めるのは、七月九月との見方が多い。同じ時期にGPIFが国債比率を下げ、株式比率を上げる資産配分の見直しを発表すれば、緩和効果が高まるからだ。もしこれが本筋だとしたら、完全に政府に利用されていますよ、GPIFの虎の子の金。

下には、「株式比率を1%上げれば、市場には一兆円が流れ込む。これはSMBIC日興証券のアナリストのコメントですけれども、「年末にかけて株価上昇が期待できる」と。そして、もつとも政府が六月に発表する成長戦略にGPIFの資産配分見直しを盛り込む意見もあるということで、まさに、今申し上げた、競争力会議で六月をめどにまとめる、その前提となる分科会での議論の話

が今出ているわけです。

まさか、六月にそんなことがまともなられて、はい、そうですかと厚生労働大臣もGPIF理事長もおっしゃるわけはないと信じておりますので、風圧と聞かされた必要があると思っております、これは厳重に申し上げておきたいと思っております。

そして次に、配付資料の最後のページであります、ちよつとテーマは変わりますが、自賠責に対する不正請求であります。

これは朝日新聞の三月二十二日の朝刊の記事であります。「自賠責 接骨院の請求急増」審査が、不正横行というふうな記事があるのをごいいますけれども、ちよつとお伺いするんですが、自賠責に対する不正請求の件数というのは大体どのぐらいでございますか。

○岡田副大臣 長妻委員の御質問にお答えをいたします。

不正な保険金請求につきましては、被害者側が保険会社をだます意思を持つていることから、正確な件数の把握には難しい面があることについて御理解をいただきたいと思ひます。

一方で、自賠責保険は、自動車の所有者から義務的に徴収した保険料を財源としていることを踏まえると、不正請求の防止等の徹底を図り、適切な支払いの確保を図っていくことは不可欠だと考えております。

金融庁といたしましては、この不正請求防止の取り組みを進める中で、不正請求件数の把握についても引き続き検討するよう保険会社を指導してまいりたいと考えております。

以上です。

○長妻委員 これは驚く答弁だと思ふんですね。政府として、自賠責保険、これは特別会計なんです、所管するのは国交省でありまして、政府の事業でもあるわけで、そこに対する不正請求が何件あるか、あらあらの概数もわからないというふうな御答弁だと思ふんです。

これは、今の朝日新聞によると、「接骨院によ

る自賠責への請求が増えた一因には交通事故患者を抱き込んでの不正・過剰請求がある。」という報道記事があつて、その後に、生後六カ月の乳児が腰の痛みを訴えたとして、歩行困難になったと診断したと。でも、生後六カ月という方はほとんど歩けるのかどうか。「川崎市の患者が四十キロ離れたさいたま市の接骨院に半年間、一日も欠かさず通院した」。そうした虚偽の疑いのある請求が増え、厳密な審査もないまま保険金が支払われている。この記事にはあります。

これについて、今、岡田副大臣から話がありました、不正請求が年間何件あるのかさっぱりわからないということなのか、概数はわかるのかというところをもう一回御答弁いただいて、もし全然わからないのであれば、やはり政府として把握する必要がありますと思うんですが、それは把握するように今後調査するというような御答弁をいただければと思ふんですが。

○岡田副大臣 再度のお尋ねであります、この不正請求につきましては、先ほど、正確な件数の把握には難しい面があるという答弁をさせていただきましたけれども、一方で、警察庁の統計による警察白書によりましては、保険金詐欺の摘発件数という数字は出ております。

そういうことで、しかし、これは交通事故に絡む保険金詐欺の摘発総件数であり、接骨院に対する摘発件数というのは公表されておりませんので、御理解を賜りたいと思ひます。

○長妻委員 自賠責に対する不正請求の件数が全然政府はわからない、調べるつもりもないと。これは三省にかかわると思ふんですね。厚生労働省、金融庁、国交省ということですが、金融庁が今代表してお答えいただいているんですけれども、ぜひ調べてください。おかしいんじゃないですか、さっぱりわからない、今後も調べない、把握しないというの。

○岡田副大臣 不正請求の件数につきましては、先ほども答弁をさせていただきましたように、不正請求防止の取り組みを進める中で、不正請求件

数の把握についても引き続き検討するよう保険会社を指導してまいりたいと答弁をさせていただきました。

本年、金融庁としても、昨年の十一月に日本損害保険協会が立ち上げました保険金不正請求防止対策勉強会にオブザーバーとして参加をしているところであり、本事務年度の保険会社向け監督方針におきまして、不正請求等による保険金支払いを排除するため、保険会社に対する管理態勢等の強化を求め、当該態勢等が機能しているか重点的に確認をすることとしております。

今後とも、関係省庁、関係機関と連携して、適切な保険金の支払いの確保に取り組んでまいりたいと考えております。

○長妻委員 これはぜひ調査をしていただきたい、件数を。

厚生大臣にお伺いするんですが、さつき申し上げましたように、この問題というのは厚労省、金融庁、国交省、三省にまたがる問題だと思ひますが、ぜひ、担当者でチームをつくつて、これに対してどういうふうに対応するのか、こういう検討会を立ち上げていただきたいと思ふんですが、厚生大臣、いかがでございますか。

○田村国務大臣 この件、新聞等々でも報道されておるわけでありまして、柔整師施術所で交通事故専門だとかというふうな表記、広告をされることと自体、これは実際問題、広告可能事項に該当していないわけでございますから、それはできないわけでございますので、全国都道府県の担当者を集めた会議で、しっかり指導するようにということをお願いいたしました。

これからの周知徹底をしっかりとやってまいりますが、数という意味からいいますと、そのような形で、指導をした数に関しては、こちらの方で把握できるように努力してまいりたいというふうな思ひます。

あわせて、関係省庁とどのような形で協力をするかということも検討いたしますけれども、まずは、各都道府県でしっかりと指導していただいで、

そういうことと自体だめだということを各施術所に御理解をいただくということが重要でございますので、そもそもそういう広告をしていなければ行かないわけでございますから、そのようなことを含めて対応してまいりたいと思ひます。

○長妻委員 これはぜひチームで対応していただきたいと思ひます。

次に参りますけれども、これはこの後、山井委員からも詳しく質問があると思ひますが、生活扶助基準に伴う低所得者に対する対策が縮小される、こういう問題であります。

生活保護を受けていない低所得者の皆さんに対するいろいろな優遇策、対策というのを国もあるいは地方自治体も数々行つておりますけれども、では低所得者を決める定義はどうするんだというふうに考えるときに、やはりそれは生活扶助の基準を一つの目安にしようかと。

所得の基準を、同じ基準を使う考え方もあるし、生活扶助基準の一・二倍以下の所得の人をこの制度では低所得者と定義しようとか、いろいろの考え方はあるんですが、低所得者対策を打つときは、一つの基準としては、やはり生活扶助基準というのを使うという考え方が妥当であるというところで、多くの制度が使つてゐるわけなんです。

そうすると、今回、生活扶助基準が下がつたことによつて、生活保護を受けていない、そういう低所得者対策の方の範囲もぐつと狭まるんじゃないのかというふうなことも、これは政府もおっしゃつていましたけれども、本意じゃない、こういうふうにおつしやつたわけでありまして、ところが、本意じゃないことが現実起こつていて、就学援助では確認をされました、それが起こつていて、同じような制度でそれが起こり得る、起こる可能性が今確認されているのは政府にお伺いすると就学援助だけなんですけれども、同じメカニズムでそれが起こり得るというのはどういう制度があるのかとお伺いをいたしますと、国の制度で十二あるということで、今、配付資料でお配り

しました。この後、山井委員からは政府の正式な資料もお配りする予定だと聞いておりますけれども、政府に確認すると、この配付資料の右に三角がついているものでありまして、十二ある。

保育所の保育料の減免に係る階層区分がある。そして、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業がある。そして、養育医療給付事業がある。そして、結核児童療育給付事業がある。そして、病児・病後児保育の利用料の減免がある。児童入所施設措置の徴収金がある。障害児入所支援の措置がある。国民健康保険・後期高齢者医療制度における一部負担金の減免に対する財政支援がある。自立支援医療の負担上限月額等の段階区分がある。そして、就学援助制度における学用品費等の支給がある。これは、カットされた方がいるというのが確認されたものでありますけれども、それと、幼稚園就園奨励費補助がある。そして、私立高等学校等授業料等減免があるということでございます。

そして、それ以外に、地方単独事業等というのが政府に確認すると四つあるということで、まず一つは、これは独法がやっているもので、八ページであります。災害共済給付の共済掛金の一部減免がある。もう一つは、これは地方で、高等学校等奨学金事業。そして、各大学、公立も含めて私立大学、大学ごとにやっている大学等授業料減免等がある。そして、地方単独でいうと、公営住宅の家賃減免がある。

こういうようなことが政府から出てまいりました。それで、影響が確認されたのは就学援助だけなんです。では、それぞれ、全体として、制度として何人抱えているのかというのを聞きますと、人数が多いのをちょっと申し上げますと、政府に確認すると、例えば、保育所の保育料の減免に係る階層区分については、全体で二百二十万人が対象になっている。かなり多いわけでありまして、全体で、

そしてあと、多少多いのが二ページ目の養育医

療給付事業で、これは二万五千七百七十九人が対象になっている。そして、三ページ目の病児、病後児の利用料の減免については、延べで五十二万人が対象になっている。その下の、児童入所施設措置の徴収金については四万六千人が対象になっている。そして、五ページの自立支援医療の負担上限月額等の階層区分は、全体でいうと八百八十八万件が対象になっているということでありまして、今申し上げた中には文科省もありますけれども、

まず、ちょっと文科省にお伺いいたします。上野政務官が来られておられますけれども、文科省、就学援助についてはどれだけが縮小されたのかというの、今月末にまとめて、調査するといふふうに聞いておりますけれども、文科省所管の今私が読み上げたほかの部類についても、今月末中に、何人が影響を受けるか調査いたしたいと思っております。いかがでございますか。

○上野大臣政務官 いただいた質問に対してですが、先ほど厚労関係の人数は長妻委員からお話ありましたが、文科省として、全体の人数は今のところ把握しておりますが、何人が影響を受けるかはいまだ不明であります。例えば特別支援教育就学奨励金につきましては、全体で約二十万人。幼稚園就園奨励費につきましては、全体で約九十五万六千人。私立学校等授業料減免におきましては、約二十七万人。

災害共済給付につきましては、制度の対象となる人数については、各自自治体により基準がさまざまありますので、現在、把握できない状況でございます。高等学校等奨学金の事業については、約十六万一千人。大学等授業料減免におきましては、制度の対象となる人数については、各大学により基準がさまざまであるため、現在のところ、把握していないという状況にあります。

現在のところ、これらの調査については、地方単独事業もありまして、それぞれ制度の趣旨や目的を踏まえて、まず、各地方自治体で判断していく必要があるものと考えております。このため、さまざまな機会を捉えて、政府の対応方針につい

て丁寧な説明をした上で、適切に御判断、御対応いただくよう依頼しているところであり、現在のところ、調査しようという考えはないところでございます。

○長妻委員 調査する考えはないということなんです。就学援助は調査するんですか、何人がカットされたか。いつまでですか。

○上野大臣政務官 就学援助については、文科省としては、平成二十六年の進捗保護の認定基準の状況について現時点では把握しておりませんが、各市町村の平成二十六年の進捗保護の認定基準の引き下げの有無を含め、基準がどのように運用されているのかの実態を早急に把握する予定でございます。

具体的なスケジュールとしては、今週中にも都道府県経由で各市町村に対して調査を実施し、四月中には回答を得ることとしており、結果を取りまとめ、五月中ごろをめどとして公表することでございます。

また、この結果を踏まえつつ、引き続き、各市町村に対して、政府の対応方針に基づき適切に御判断いただくよう依頼してまいりたいと思っております。

○長妻委員 そうであれば、文科省で、このリストにありますように、就学援助以外で、国の制度でいえばあと三つあるわけですね、地方単独じゃなくて。それはちゃんとやってください。同じスケジュールでやっていただきたいと思うんですが、いかがですか。

○上野大臣政務官 国の対応しているものに対して、特別支援、それから幼稚園、私立学校等に対しては、現在、きちんとした形で支援をしていると思われまますので、報道を含めて、新たな問題の情報が出た場合における調査を含む対応については、関係省庁と協議しながら適切に対応したいと考えているところでございます。

○長妻委員 報道等、朝日新聞に出てはれちゃったから、就学援助は、まあ、やらなきゃいけない。ただ、ほかはまだそういうのがないので、

そうならないように折っていて、ならなければいいなど。

これは本当に、それをカットされる立場になっている危険性があるわけで、先ほど三件と言いましたけれども、文科省で、国の制度で影響を受ける可能性があるのは、就学援助を除くと二件でありまして、幼稚園の補助では、おっしゃったように九十五万人ということですね、全体でいえばですよ。あるいは、私立高等学校の授業料等の減免でいうと二十七万人、全体でいえば。

上野政務官、別に原稿をもう読まないで、原稿を読んでいただくんだつたら局長を呼ぶわけですから、我々も。やはり政治家として、これは調査して、変わらなかった、よかったということであればいいんですけども、就学援助もずっと同じ答弁だったんですよ、去年も。いやいや、そんなもの調査しない、お願いしているから大丈夫大丈夫だ。それで大丈夫じゃなかったわけ、ぜひこの二つについても調査を、今即断できなくても、調査を検討するということをぜひ答弁いただきたいんですが。

○上野大臣政務官 御指摘はごもっともだと思います。文科省ばかりでなく、各関係省庁ときちんとした形の相談する場をつくりまして、検討してまいりたいと思っております。

○長妻委員 ぜひ就学援助と同じスケジュールでお願いしたいと思います。

そして、田村大臣の厚労省はもつと数が多いわけでございますので、田村大臣にも、厚労省として調査を、これは国の制度としてありますので、同じようなスケジュールで、五月中旬ぐらいに公表できるようなスケジュールで各自自治体に調査するということをおっしゃっていただきたいと思うんですが。

○田村国務大臣 就学援助は、ルーチンで調査をやられているんですね。その中で、今回は部分を取り出して、こういうこともあったので早目に出されるということなんだろうというふうに思いま

す。

私も、この間、新聞に載られたところ、ちょっと個人的にも関係あるところを確認しました。そうしたら、一応そういう基準だけれども、独自に、漏れる方々に關してはちゃんと今までどおり対応する、そういう措置も考えられておられるようですね。ですから、あの新聞に載っていることが全てではないことだと思います。

それは、地方単独事業というものはそういうものでございまして、それぞれの自治体が自治体の判断でやる。つまり、子供に対するいろいろな支援は、別途、いろいろなことを新しく入れたりなんかしたりもするわけでありまして、そういうような中において、バランスも考えられながら、それは各自自治体が御判断をされるわけにございまして、ですから、以前から言っているとおり、それぞれの基準も、それぞれの自治体によって違うんです。その中において、この生活扶助を利用されているところもあるわけでありまして、そういうところは、基準がそれぞれ違う、一・二もあれば一・三もあるということでもありますから、そこは総合的に各自自治体が、各自自治体もやはり子供たちに対する支援ということは考えられておられるはずでありますから、それは地方自治でございまして、その中でバランスを考えられて、どのような判断をされるかということだと思います。

ただ、我々は、その点に關しましては、昨年から、この生活扶助に対しては配慮していただきたというお願いをさせてきていただいたわけでありまして、

あわせて、今言われたのは国の補助金が入っている部分だというふうに思いますが、これに対しても、今委員がおっしゃられた部分というのは、それぞれの自治体が、それぞれの裁量でいろいろなことをやられるわけでありまして、国から一応お金が入っている制度の中においても、やられるわけでありまして。

そこに關して、その自由裁量に關しては、国もその点は認めますよという部分で御判断をされ

て、基準をつくられているわけでありまして、これに關しても、地単と同じような判断のもとで、各自自治体が独自の判断でやられているわけにございまして、我々は、それに対して、生活扶助に關して、これは基準が変わらないようにというお願いをさせてきていただいたわけでありまして、重ねて申し上げれば、一番多いのは、昨年おっしゃられたとおり、地方住民税の非課税限度額、この話であります。ここは変わらなかったわけにございまして、以前、長妻先生または山井先生等、民主党の先生方が言われた、すごい数、影響があるじゃないかという部分に關しましては、これは影響がなかったということでありまして、

味では、その一番消費性向が高い方の支出を削っちゃって、それで消費を下支えできるのかどうか。

すると、これは問題ですよ。意図と違うものが起こったら、やはり対策を講じるということは必要なのであります。

去年は、いや、そういう影響が起こらないように万全を期すというようなことをおっしゃって、今度、影響が起こった、いやいや、それは地方の裁量で、地方の事業ですから、国は補助金が出ているけれども、これからは頼むし、地方の住民税の基準は変わらなかったの数はそんなに多くないんだらうから、余り細かいことを言うなというような趣旨に聞こえるわけですが、では調べてください、少ないのであれば、これは多いのかわからないわけですよ、大臣も、

例え、ある市に聞いてみました。市に聞いたのは、地方の単独の事業で、かつ生活扶助水準に連動するものは例えば何が有りますかということでお伺いしました。

〇長妻委員 冷たいですね、それは。国交省、国交省の範疇の、住宅関係の減免制度について調査していただけないですか、地方単独でやっているものについて。いかがですか。

大臣としては、去年言っていたことは、これは意図はしない、政府が意図して生活保護は下げたけれども、連動して下げるというのは望んでないんだ、そういう趣旨の答弁をされておられて、それで、調査するというのは責務だと思いますよ。

ある市ですけれども、三世代同居等支援事業があります、その市では、あと、子ども医療費助成制度があります、母子家庭等医療費助成があります、一時預かり事業、特定保育事業があります、地下水汚染に係る浄水器設置費補助金交付制度があります、市営住宅使用料の減免制度があります、民間賃貸住宅入居支援補助制度があります、指定自転車駐輪場の整理に要する費用の減免があります、公共下水道受益者負担金減免があります、水洗便所改造特別助成があります、育英資金があります、こういうふうにおっしゃられているわけですね。

〇長妻委員 これは、生活扶助基準に連動する考え方の自治体もあるんですよ、家賃の補助について。

心で望みを言っていて世の中がそういうふうに変われば、それはメルヘンの世界でいいんですけども、実際そうなるっていかんのか確認するというのはやはり政治の責任で、これはもう一つ、マクロ経済的にいっても、低所得者の方が貯蓄に回るお金は少ないんですよ。消費性向が高いということなんです。一時的なお金であっても、限界消費性向が高いんですね。そういう意

そうすると、厚労省が震源地となって、生活扶助水準だけを下げるといふに意図をしたけれども、かなり大きい影響が全国に広がっていると

最後に、厚労大臣に、地方単独の事業で厚労省マターのものについてはぜひ調査していただきたいと思うんです。地方単独の、今、私が読み上げ

たような中で厚労省マターのは。これはいかがですか。

○田村国務大臣 今般は、ある意味、この生活扶助基準、物価との調整はありますけれども、変動幅が大きいということもあって、影響が大だということがあるというところもあって、影響が大きいということはあるんですが、今までも扶助基準が下がったことはいくつかあるんですが、そのときには、こういうことをお願いしたことはあります。ですから、今回、我々は、そういう中において各自自治体においてをさせていただいたわけでありまして。

地方単独事業、先ほどの、国が入っている中において裁量性がある部分もそうなんです。これは地方がそれぞれお考えになられるんです。地方は、これだけをもつていて、言うなれば子供対策をやっているわけじゃありません。いろいろなことをやられています。そのバランスの中で、地方が独自に自主的な判断においてなされるわけでありまして、昨年の私の答弁も、その中においてはできる限りお願いしていく、ただし、それは地方自治ですからという発言はさせていただいておつたはずであります。その中において、我々はこれからお願いをさせていただくということでありまして。

○長妻委員 時間が参りましたけれども、今御答弁いただきましたが、でも、現状を把握するというのは重要だと思います。自治体は財政が厳しいから、今回のこういう水準に合わせて縮小するという選択もあるかもしれないけれども、では、消費税が上がるのに、どれだけの低所得者が、どれだけ、どういう状況になっているのか把握する義務は、どう考えてもありません。政府に。

これは、かなり、私はこの安倍内閣の姿勢というのが明確になるんじゃないかというテーマだと思えますので、格差を是正するということは、国の安定につながって、社会の安定につながって、多くの方の能力を発揮できる基盤をつくることにつながるという問題意識を持っていたらいい、

もつと真剣に取り組んでいただきたいと思います。

○後藤委員長 次に、山井和則君。

○山井委員 三十五分間質問をさせていただきます。

まず最初に、文科省からお越しをいただいているんですが、きょう、朝の理事会で配付資料がございました。その配付資料というのは、きょう二つ、私のもともとの配付資料と、朝の理事会で配付された文部省と厚生労働省からの連動の資料であります。この一番最後のページに、文科省初等中等教育局児童生徒課から、今回、影響の調査を行うというペーパーが出てまいりました。「四月中にも回答を得ること」としたい。「五月中旬にもその結果を公表すること」としたい。」

一つ、義本審議官に確認をしたいんですが、今回の見直しによつて、今まで就学援助を受けていたけれども、今後、今年度から受けられなくなる方が何人か。それとともに、今まで受けていた方はちょっとさすがに切るのはかわいそうです。うね、ただ、新規の人は今回基準が変わるから当然だめになりますよということと、二パターンあると思うんです。その両方がわかるように調査していただきたいと思います。いかがでしょうか。

○義本政府参考人 今回お示ししました調査につきましては、通常、就学援助の実態調査については例年やっておりますけれども、それを影響の部分について切り出して、取り出して調査させていただくものでございます。

文科省におきましては、特に国の国庫補助を出しています。要保護の部分につきましては、二十五年度当初、要保護として就学支援を受けていた者については、引き続き要保護として国庫補助の対象とするということとしております。あわせて、新たに対象になる者につきましても、平成二十五年度当初の基準に対象となる者として、国庫補助の対象にするというところを考慮しているところ

でございます。

文科省としては、このような制度の趣旨について改めて周知したいと思っております。

なお、調査につきましては、その様式については今検討しているところでございますけれども、その中におきまして、特に基準の引き下げの有無だけではなくて、生活保護以外に、例えば市町村民税の非課税世帯かどうかということについての基準を併用したところもございまして、その状況。それから、基準を下げた場合においても影響が出ないような認定を行っているというふうな自治体もございまして、その辺のところ。あるいは、その影響をどれだけ自治体として認識しているかということもございまして。継続部分も含めまして、あわせて検討させていただきたいと思っております。

○山井委員 このたび早急に文科省がこういう実態調査をしてくださることは非常に感謝をしております。

これは、昨年、子ども貧困対策法が成立をいたしましたけれども、やはり就学援助は、学用品、給食費、林間学校、修学旅行、クラブ活動、こういう補助でありますから、今までもらっていた補助が急になくなったら、修学旅行は数万円補助が出たわけですから、これがなくなったら修学旅行に行けなくなってしまうとか、そんなことになったらもう大変なことになるわけで、切られた人からすると、切られるなんて聞いてないよ、どうしてなのということになってしまうわけですね。ぜひとも文科省においては丁寧な調査をしていただいて、私の願いは、まさにこういうふうな早急に文科省が調査をしてくださること自体が一つの市町村に対するメッセージになって、確かにこれは外れちゃうんだけれども外さないように教育委員会が救おうとか、外そうかどうか検討していただけれどもやはりやめておこうとか、そういういい効果が出てくると思います。

何よりも、来年度も生活扶助基準の引き下げがありますから、これを放置していたら、ことし悩んでいたところも、例えば、横浜市も下げるんだったら、では私たちも下げようかみたいな、一歩間違えるとそういう議論にもなりかねませんから、これはやはりしっかりとここでブレーキをかけていかねばならないと思っております。

それで、田村大臣、ちょっとお聞きしたいんですが、田村大臣との質疑の中で、きょうは議事録もお配りをさせていただきましたが、例えば、私の分厚い資料の九ページ、私は田村大臣に四月十二日の予算委員会分科会で、一般の低所得者は削らないで、なぜ生活保護の人だけ削るんですかという質問をしたんですね。線を引いたところなんです。それに対して田村大臣は、「なぜデフレの部分は今適正化したか」というと、それは、ずっとデフレ部分に関して対応してこなかったからですね、だから下げるという話になった。これは生活扶助基準のこと。「しかし、一般の低所得者の方々は当然収入が減っているわけでありまして、デフレに伴って。」こうおっしゃっているんです。

今の長妻議員の質問の続きですが、確認したいんですが、田村大臣が厚生労働大臣として生活扶助基準を引き下げた趣旨、意図は、生保の受給者だけの基準を下げる意図だったのか、それとも生保以外の低所得者の方々に影響が及ぶことも意図していたのか、そこはどちらですか。

○田村国務大臣 趣旨がちよっとわからないんですが、生保の場合は、生活扶助というものに対して見直しをさせていただきました。その他の方々の収入は、これはそれぞれの仕事場での労使の関係によつて決まってくるわけでありまして、そこまでは我々としては手の出しようがないというところでありまして。

○山井委員 ということは、生活保護以外の低所得者に対する切り下げ等が起こることについては、田村大臣としては考えていなかったということですか。

○田村国務大臣 生活保護制度は、生活保護に認定された方々に対して保護をする、生活扶助や医

療扶助やいろいろなものを出すわけでありまして、ありますから、その見直し、生活扶助はさせていただきます。

生活保護に認定されていない低所得者の方々、もちろん、最低賃金の引き上げであるとか、そういう努力はしてまいりましたから、賃金が上がるような努力は我々はしてまいりましたが、その方々の収入に直接我々国が何らかの制度で補填をするとか、また引き下げるとか、そういうことはできないわけでございますので、そこは、社会全般景気をよくする中で収入がふえるような努力はしてまいりましたけれども、そのような形で収入がふえていただければというようなことであります。

○山井委員 田村大臣の答弁はちょっととんちんかんなんです、だから、一般の低所得者まで、田村大臣が想定していなかったところまではねているんじゃないかという議論を私たちはしているわけです。

例えば、私の配付資料一ページ目、佐賀新聞の調査。これは二十の市町を調査されたわけですね。それによると、ここに書いてありますように、九つの市町で生活扶助基準の引き下げに連動して下がってしまうんです。九つ、残念ながら、これは二十分の九です。

それで、どういう取り組みを田村大臣や文科省がしてくださったか。それなりに取り組みはしていただいたんです。その取り組みの資料を配付してございます。

順番に見ていきましょう。配付資料の十二ページに、まずは厚労省事務次官通知、去年の五月十六日。生活扶助基準の見直しにおいては、これに伴い、他制度に影響が生じる可能性が指摘されていることから、政府ではできる限り影響が及ばないようにするために、全閣僚で対応方針を確認しており、各自治体におかれましてはこの政府の対応方針の趣旨を御理解いただいた上で、適切に御判断、御対応いただきますように。もう一つは、九月三日にも、同趣旨のお願いが再度なされてお

ります。

そして、十三ページに行きますと、次は文科省さんです。文科省も三回通知を出していただいております。同じ趣旨でございます。政府ではできる限り影響が及ばないようにするため云々かんぬん、準要保護者に対する就学援助については、各市町村に対し、こうした国の取り組みを説明するとともに、その取り組みの趣旨を理解した上で御判断をいただきたい。

そして、十四ページ、こう書いてあるわけですね。厚生労働省から文部科学省に対して次官通知の趣旨を各地方自治体関係部に周知するよう依頼がありました、次官通知を確認していただいた上で適切に御判断、御対応いただけるよう周知をお願いします。

十五ページ。これは、二月二十六日、ことしですね。最後の、もう一回、再度のお願いということで、子ども貧困対策法ができました、子どもの貧困対策の推進に関する法律が施行されたことも踏まえ、就学援助の取り組みがより一層充実していくよう、各市町村教育委員会に対して、御指導願いますと。充実するようというお願いが行っているわけですね。

ところが、今の佐賀の見たように、充実するどころか、下げるというところが二十市町のうち九出ているわけです。

ついでに申し上げますと、民主党でも今調査をしております。五ページ目を見てください。その資料によりますと、中野区では、既に就学援助制度の基準を変更済みということで、中学生七十八人、小学生百三十人ほどに影響、そういう回答が民主党の調査では来ております。そして、府中市では、約一割弱の方が対象外にと来ております。それで、田村大臣にお伺いしたいんです。

田村大臣なりに文科省と協力して頑張られたんでしょ。ただ、二十市町のうち、佐賀県だけの、佐賀新聞の調査しかありませんが、九市町は連動させてしまっているということなんです、この数、割合、予想より多かったんですか、少な

かったんですか、田村大臣の思いとしては。

○田村国務大臣 もう一度申し上げますけれども、生活扶助額は今回で初めて下がったわけではありません。今までも下がっております。そのときは連動したんだというふうに思っています。ただ、今般は、いろいろなことを鑑みて、影響をなるべく与えたくないということがありましたので、各自治体にお願いをさせていただきまして、今も申し上げたとおり、今委員もおっしゃられました、何度も何度も丁寧によったねと。そのとおりなんです。何度も何度もお願いをさせていただきまして。

先般新聞に載った一自治体、私も確認しましたら、一応基準では漏れるけれども、しかし、漏れた方々はちゃんと特別に救うように手だてをしております、こういう話でございました。ちゃんとやっていると、やっておられるところもあるんです。

これは地方自治でございますから、ここはもう十分に委員も、地域主権を言われてきた政党でございますから、御理解いただいております。地城は地域でそれぞれいろいろな施策をやつて、例えば子供対策をやられておられるわけでありまして。そこも鑑みて、我々のいろいろなお願い、これも含めた上で、それぞれの自治体で、他にもいろいろな施策を打っておられるのでありましよう、そのバランスも含めて考えられて、今般そのような形で引き下げたというところもあるかもわかりません。しかし、ほかのところでは上がっている部分があるかもわかりませんから。それは、それぞれ地域には議会がありますし、住民の方々が選んでおられる議会でありまして。それぞれの施策というものを地域地域で考えになられておられる。

私は、地域分権という意味、これを否定するものではないから、それに対して無理やり国がどうせという制度ではないんです、地城単独事業というのは、地方がみずから、だから、やることもあるんですよ、生活扶助基準に関係

なくやめることもあるんです。ことしやめたものがあるかも知れない。そういうものもあるんです。そこは、総合的にやはり自治体がそれぞれ考えておられる。

ただ、我々はその中で、子供のことがありますからと、いろいろなことを含めてお願いいたしますというのを丁寧な態度でいただいたわけでございます。

でありますから、それぞれの自治体でいろいろな判断をされて、最終的にいろいろな決定をなされておるんだと思います。重ねて、この部分は、やはり影響がなるべくないようにということで我々はお願いをさせていただきますし、昨年おっしゃられました、一番影響が大きいのは住民税の非課税限度額です。ここは何としてもということで、総務省ともいろいろと話し合いをさせていただいて、種々のいろいろな理由、いろいろなことを分析する中において、今般は変えなかつた。

でありますから、一番大きな基準であるものは変わらなかつたという努力もしながら、とにかく昨年申し上げたような趣旨のことを徹底すべく、各自治体も含めてお願いをさせていただいておるといふことであります。

○山井委員 いや、田村大臣の言いわけは聞きたくないんです。政治は結果責任ですから、頑張った頑張ったじゃないんです。結局、これだけ連動してしまっているじゃないですか。

だから、私はやはり非常にこれは問題だと思えます。まあ、今回、実態調査をされるんですよ。だから、私が言いたいのは、責任を持ってないことはするなということなんです。結局、田村大臣が言いたいのは、グリップできないということでしょう。そのことは何度も指摘したじゃないですか。そのときに田村大臣は、できるだけ影響を受けないようにする、受けないようにすると言ったけれども、結局、できなかったじゃないですか。だから、そういう意味では、私はこれは非常に深刻な問題だと思っております。

それと、田村大臣、これは五月中旬にも調査結果が出ると思いますが、これだけ連動のケースが出ていて、おっしゃったように、もしかしたら最後救済されるところもあるかもしれませんが、救済されないところも出てくる危険性はあります。

例えば、機械的に計算すると、二十市町のうち九、四五％。それで、報道によれば、中野区は三千二百人中二百人外れるかもしれない。これを機械的に足し合わせるのと三％ぐらいで、百四十万人の三％というと、数万人の方々がもしかしたら外れる危険性があるかもしれないわけですね。

こういうことが明らかにになっているにもかかわらず、来年もまた生活保護を下げる。さらにこれはほとんどどんどんどん広がっていきますよ。先ほど、救済されるところもあるかもしれないとおっしゃったけれども、ことしだけは救済されるかもしれないけれども、二年、三年やったら、地方自治体も財政が厳しいから、なかなか救済できないです。

田村大臣、こうなったら、来年の生活扶助の引き下げ、この方針、もう一回だけだけの影響が及ぶかというところをしっかりと実態調査して精査するまではその方針は凍結すべきだと思いますが、いかがですか。

○田村国務大臣 毎年、消費等々、物価も含めて勘案して、それと今般の見直しとの間でどういうような関係になるかということで見直しますが、今までも下げたことはあります。今委員のおっしゃる話からすれば、それならば、もう絶対に生活扶助は下げられないという話ですよ。そうですね。

だって、基準が変われば必ず連動するものがあるって、それを連動しないようにと我々はお願いをしてきたわけです。しかし、その中において、各自自治体は、それぞれの自分の自治体の施策とのバランスを考へて、みずからの意思で、単独事業ですよ、これを基準を見直したりするわけですよ。それに連動するというのは、我々が連動してくださいとお願している数値ではないんです。

それぞれの自治体がある基準に使っている。とすれば、これはもう生活扶助の基準は見直せない。それはちょっと本末転倒だと私は思いますよ。そういう議論じゃないと思いますよ。

だから、そういうときに影響が出ることに對して、我々は影響が出ないようにお願いをなるべくさせていたということ、昨年も私はそういう答弁をさせていただいたわけでありまして。

でありますから、各自自治体のいろいろな影響、それを調べるというお話であります。ほかにいろいろの施策を、子供に對してもやってもらえるわけでありまして、それとのバランスの中で各自自治体は今回の決定をなされておられる。これはまさに地方自治でございまして、やはりそれぞれの地方自治の意思は尊重しながら、我々は影響が出ないようにさらなるお願いをさせていただきたいというふうに思います。

○山井委員 一つのポイントは、お願いする、お願いするという答弁をされたけれども、お願いには十分な効力がないということが残念ながら明らかになったわけです。だから、そのお願いしますという答弁ではもう通用しないんですよ。

それで、結局、私たちは、自民党は、生活保護の基準を引き下げるとこれだけいろいろなところにはねるといふことに気づかずに、安易に下げられたというふうな理解をしております。

今更から、田村大臣、下げたことがあったとおっしゃっていますが、三年間かけてこれだけ大幅に下げるのは史上初です。史上初。だから、私たちは、そんなことをやったら生活保護以外の人にもはねますよ、どれだけはねるかをチェックしてからでないか、こんなことをやったら大変なことになりますよと言ったのに、そのとおりになったわけですね。

例えば、この七ページの八尾市。これはもう昨年からの話であります。中学校では、就学援助、修学旅行費五万五千七百円、そして小学校、二万六千円。今まで実費だったのを切り下げていて、私はこれははっきり言って問題があるのでは

ないかと思っておりますが、このように、かなりの額なんですよ。これが受けられなくなったら、本当に修学旅行や林間学校に行けなくなる子供が出るかもしれない。これは非常に深刻です。

このようなことについて、申しわけないけれども、私ははっきり言って、この問題、地方自治体も文科省もどちらかといえば被害者だと思っております。今更で物差しにしていた生活保護基準を結局厚生労働省がいじつたから、それに連動することになってしまったわけですよ。そういう問題があるわけですね。

田村大臣、これに関連してお聞きしますが、先ほど長妻議員から質問がありましたA市のケース、これはもとと深刻で、地方単独事業でやっていて、先ほどの長妻議員の話にありましたように、このグラフを見ていただければわかりますけれども、これによると、子ども医療費助成制度、母子家庭等医療費助成、延長保育事業、特定保育事業、育英資金、こういうものも連動して切られる可能性がある。

これは、私、話が違ふと思ひますよ。生活保護だけ切ると、ほかの低所得者に関しては影響が出ないようになると言っている、影響出まくりじゃないですか、一つ一つの事業。影響出まくりの上に、どれだけ影響が出るかは、先ほど長妻議員とのやりとりを聞いていたら、影響は調査しません。そんな無責任な話はないと思ひます。

これを引き金を引いたのは、田村大臣、あなたなんですよ、残念ながら。田村大臣が下げたせいで、全国の自治体の低所得者対策、医療対策が引き下げられる危険性、千七百の自治体で多分かなりの数に及びますよ。これは何千人ですか、何万人ですか、もしかして影響が及ぶ低所得世帯は、やはりそのことを調査して、何千人に及ん

じゃった、あるいは何万人に及んじゃった、これだったら来年の引き下げはちょっと考えないだめだよと普通考えませんか。これは保育料の減免にもかかわるわけですよ。これについて、田村大臣、サンプル調査で結構ですよ、幾つかの自治

体を調査すべきではないか。

私、先ほどの答弁ですごく怖いなと思つたのは、いや、報道されたら調査しますとかね。国会が泣きますよ、そんなことを言っていたら。まず率先垂範して国会で審議して、実態を把握して、子供の貧困の問題など苦しむ家庭がないことを、未然に防ぐ、そのために私たちは国会を開いているんでしよう。

ぜひ、サンプル調査でいいですから、幾つかの自治体を調査してもらえませんか。

○田村国務大臣 議論を整理したいと思うんですが、今回の生活扶助基準の見直しで、国が地方自治体にいろいろな助成等々で減らしたということはありません。ですから、地方に行っているお金は、生活扶助の基準を変えない基準で行っているわけなんです。その中において各自自治体がいかに判断をされるわけでありまして、我が方が財政的に厳しい状況をつくつた、国がつくつたという状況ではありません。

その上で、この八尾市の場合は、よく読んでください、「今回就学援助制度につきましては、今後も継続可能な制度とするために大阪府各市町村の状況や本市の財政状況を踏まえ見直しました。」生活扶助基準じゃないんですよ。

こういう話ですから、それぞれの自治体が、それぞれの財政状況でありますとか他の子供に對する施策でありますとか、いろいろなことを判断されて、バランスの上でいろいろな基準を変えられる。これは、生活扶助基準が変わらなくても基準を変えられることはあるわけでありまして、そもそも、地方単独事業自体をやめられることもあれば、新しくつくることもあるんですよ。我々は、その中において、影響をなるべく与えたくないというところがあるから、お願いをしてまいりました。

重ねて申し上げますけれども、国から、この扶助基準が下がったからといって、いろいろな助成の金額が下がったということはないわけでありまして、その中において、各自自治体それぞれの

地域で子供たちのことを考えながら、いろいろな施策を打たれる中においてのバランスということもあるわけでございますが、そこまでは我々も物は申せませんが、ただ、我々の思いというものものは各自治体においてお願いをさせていただいておることとであります。

○山井委員 田村大臣の理解は間違っているんですよ。この八尾市のケースも、おっしゃるような生活扶助基準が引き下げられなくても、財政が厳しいから引き下げている自治体が多いんですよ。いんわんや生活扶助基準が引き下げられたら、もつと引き下げるところがふえるに決まっているじゃないですか。そのことを私は言っているわけなんです。

田村大臣、きょう理事会で出てきた資料では、十二ぐらいの制度、もう一つの分厚い、理事会の配付資料ですね、ありました。それによると、就学援助のみならず保育料の免除に係る階層区分も、一部の自治体の裁量の余地があるというふうな黒丸がついております。つまり、国が財政的なものを変えなくても、今回の生活扶助基準を変えたことによって不利益をこうむる方が出る可能性がある制度が、この黒丸です。

たくさんあります。保育料の免除、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業、養育医療給付事業、結核児童療育給付事業、病児・病後児保育の利用料の免除。めちゃくちゃいろいろなところにはねる危険性があるんです。

田村大臣に教えてほしいんですが、この保育料の免除については、ここに「生活保護受給世帯等」と入っております。これは、一部の自治体の裁量によってどうなる可能性があるんですか。

○田村国務大臣 国が示しております基準は守られます。その上で、各自治体それぞれ、先ほど申し上げておりますような地方単独事業的に、この中においてさらに基準を決めて優遇をするというものでございますので、各地方自治体の判断は、どういう基準にするかは地方自治体がお決めになられる話だと思います。それを国が認めてお

るといふ話であります。

先ほど来申し上げておりますけれども、委員の話も聞いていますと、どうも最後は中央集権で全部やれというふうにししか聞えないうですね。生活扶助というものと地方の単独事業というものは本来違うんですよ。国の責任において、生活扶助というものは、基準は決めていくんです。地方単独事業は、地方がそれぞれの御判断でやるんです。これをたまたまこの基準を使われておるといふだけの話であつて、それを一律に全部いじるなという話になれば、全て中央集権で、何もかも国がやると。

しかし、それは皆様方がおっしゃっておられたこととは違うんじゃないですか。地方は地方で信用できる、地方もそれぞれ首長さんを初めみんな選挙で選ばれてくるから、それは地方に任せようというのが皆さんの考えであつて、我々は、そのために、こういうことがあるから、こういうこととで気をつけてください、お願いしますという御意見は申し上げておりますが、それをもとに地方がそれぞれ、いろいろな施策とあわせて、バランスも含めていろいろな判断をされるということまでは、我々は強制はできない。

強制はできないけれども、お願いはさせていただいておるといふことでございますので、これからも丁寧をお願いをさせていただいてまいりたいと思います。

○山井委員 貧しい自治体においても、やはり最低限のしつかりとした低所得者支援、子供の貧困対策を守っていくというのが、私は厚生労働大臣の仕事だと思ひます。今みたいな、地方自治体に任せていくというふうなことだけでは、社会保障は守っていきません。

それで、改めてお聞きしますが、ということでは、田村大臣、保育料の免除が、今回の生活扶助基準の見直しによつて、今まで免除を受けられていた方が、もしかしら市町村の判断で受けられなくなる方が発生する可能性があるということですか。

○田村国務大臣 これは生活扶助基準を変えんとか変えないとかではなくて、地方の判断でお決めになることとありますから、地方が判断されれば、生活扶助基準関係なしにそういうことは起こると思ひます。もつとふえる可能性もあると思ひます。ですから、それは地方の判断ですから、優遇する人たちのふやすかふやさないか、こういうこととあります。

ただ、我々は、今回の生活扶助基準を変えることによってこれが動くことがないようなお願いはさせていただいておるわけでありまして、それも含めて、各自治体の御判断、それによつて、生活扶助があるうがなからうが、基準が変わるうがかわるまいが、それぞれの御判断でそれはやられることとあらうと思ひます。

○山井委員 これは重要なところで、その市町村が、生活扶助基準を参考として、その一・一倍とか、一・〇倍とか、一・五倍にしている場合もあるかもしれませんから、そういう意味では、今回の生活扶助基準の引き下げによつて保育料の免除が受けられなくなる人が出てくる可能性はあるということですか。

○田村国務大臣 正直申し上げまして、今申し上げたとおりでありまして、各自治体が、生活扶助基準が変わるうがかわるまいが、それぞれの判断で変えられますが、国としては財源はしつかり確保しておりますので、ちゃんと、変えなかった場合には変えなかっただけのお金は用意をさせていただいております。

○山井委員 本当に私は無責任な答弁だと思ひます。今回の生活扶助基準の引き下げによつて、保育料の免除から外れる子供が出る可能性があるわけですよ。何人いるのか、調査するのが当然だと私は思ひます。私は非常に冷たい答弁だと思ひます。

もう時間がありませんので、最後に一問、似たような話を聞かせてもらいたいと思ひますが、今回、准保育士なるものを成長戦略として考えていると。とんでもないと私は思ひます。ただでさ

え保育士は人手不足で、そして賃金引き上げが大事故だと党派を超えて言っているときに、准保育士という新しい資格を設けるなんというところは、逆に保育士という重要な仕事を軽視しているし、質の改善に逆行する。

六月めどに成長戦略に盛り込む検討というのはされているんですか。ぜひこういう検討はやめていただきたいと思ひます。田村大臣、いかがですか。

○田村国務大臣 これは、先般の四月四日の産業競争力会議、私も出席をさせていただきました。御議論をさせていただきました。

提案者の方と御議論させていただいたんですが、保育所の配置基準等々に入れるという話ではなくて、このような形で、例えば子育て経験者であった方が一定の研修を受けて、保育に対していろいろなお手伝いができる。だから、そういう意味では、ヘルパー的な役割で入るということはあるのではないかとというような御意見でありまして、配置基準、これによつて保育士のかわりに配置基準の中に入れる、そんな意図はないといううな、そのような御発言でございました。

○山井委員 でも、これは、同様に配置基準に入れる入れないというのが根本的な問題じゃないかと、子供のお世話をされる方はしつかりとした教育と訓練を受けた方がやるというのが、保育の質の担保に私は重要だと思ひております。

田村大臣、そうしたら、この准保育士の検討に私は大反対ですが、田村大臣は賛成なんですか、もしかして。

○田村国務大臣 ちょっと何を意図しておっしゃられているのかよくわからないんですが、准保育士とかいう名前とか、それは名前はどうでもいいんです。資格をつくつてどうのこうのとかいうのはなくて、要は、子育て経験のある方が研修を受けていただいて、いろいろなところで活躍されるということはあると。いいのであらう。そこにちゃんとした資格を持った方がおられたりして、そのお手伝いでやる分にはいいと思ひます

し、手厚くいろいろな方がおられた方が、いろいろな意味ではいいのであります。

ただ、保育所等々、いろいろな基準があります、人員配置の。これは国で最低基準を決めておりますから、そこには入れないわけでありまして、今よりも基準を守った上で一定研修をされた方々がお手伝いに入るといのは、それは別に問題は無いのであろう。研修もやっていただくことが前提ではあろうと思えますけれども。

それが国家資格だとかそういう話ではないので、名称がどうかとかという話じゃなくて、そういう子育て経験のある方々が研修を受けて社会に役立とうという気持ちは、それは非常に崇高なことだというふうに思います。

○山井委員 いや、今、子ども・子育ての議論をしているのは、しっかりとこれから職員の人員配置基準を引き上げようという話をしていくわけですね。今回 財源がないからなかなか引き上げられないとかという議論をしながら、またこういう保育士を出してやるということ、私は質の改善にとってはよくはないと思っております。しっかりと職員の人員配置を引き上げるところが本丸じゃないですか。

だから、私は、そういう質の改善のところをしっかりと守っていくのが田村大臣であって、安易なこういう規制緩和というものはとめていくのが田村大臣の役目だというふうに思います。しっかりと、職員の人員配置基準引き上げ、それをやっていくという決意を最後に述べてください。

○田村国務大臣 大変重要なポイントだと思います。もちろん財源というものがありませんけれども、できる限り、人員配置、これは質の向上という意味もございますから、我々としては対応してまいりたい、このように考えております。

○山井委員 もう時間が来ましたので終わりますが、この准保育士の問題とか、介護に外国人を活用するとか、要支援の方をボランティアに任せるとか、本当になし崩し的に介護や保育の質を低下させる、こういう流れは、私たちは何としてもと

めていかねばならないと思っております。以上、終わります。

○後藤委員長 午後一時から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時九分休憩

午後一時開議

○後藤委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。重徳和彦君。

○重徳委員 本日もありがとうございます。日本維新の会の重徳和彦です。よろしく願いいたします。

きょうは、前回の質問の少し続編として、改めて、認知症や介護職員による胃腸につきまして質疑を深めていきたいと思います。

まず、認知症の要介護度についてですけれども、前回の質疑では、認知症の要介護度が適切に判定されていないケース、つまり軽過ぎるんじゃないか、実際にはもっとも手がかる方に対しては軽過ぎる、一次判定、二次判定の仕方を改善すべきではないか、このような指摘をさせていただきました。大臣からも、認定調査員の研修を行って能力レベルを上げられるようにというような話もございました。また、原局長からは、一次判定の結果が二次判定において一三・五％変更されている、こういった数字もいただきました。

ただ、二次判定というものの、別に現場での判断ではなくて、だから実態をどこまで反映しているかという、やはり書類審査であることには違いないわけですから、実情と乖離するケースが出ているんだと思われま。

前回、局長の御答弁では、各都道府県で具体的にどのような認定の状況にあるのかの情報収集をしながら、きちんとした認定調査ができるように努力してまいりたいと。

具体的に、その後、役所の方に問い合わせをいたしましたところ、昨年、八月からこの三月ま

で五十の自治体を訪問して、介護認定審査会において情報を得た上で、現場ニーズを踏まえて助言を行ってきたというような一応の簡単な資料をいただいたんですけれども、実際にこうした、昨年度あるいはその前でもいんですけれども、情報収集の結果、認知症の介護認定について課題をどのように把握しておられますでしょうか。

○原(勝)政府参考人 お答えを申し上げます。

今お話ございました要介護認定審査の二次判定でございますけれども、介護認定審査会におきまして、認知症の方の状況なども勘案しながら、認定調査員や主治医が把握している申請者固有の介護の必要量を加味した上で、要介護度を判定する、今そういった仕組みになっております。

私どもの方として、今お話にもありましたように、実際、自治体まで訪問をいたしまして、いろいろ聞き取った中から具体的に問題意識として持つておりますことを申し上げます。例えば介護認定審査会からは、認定調査員が記載する特記事項の記載内容が不十分な事例がある、認知症の方などの介護の必要量の判定に困難な場合があるというようなこと、あるいは認定調査員からは、申請者の状況はさまざまであることから、基本調査の調査項目が七十四項目ございますが、その選択肢を選ぶ際に迷うことがある、こういったような意見が寄せられております。

私どもとしては、このような現場の意見を踏まえながら、認定調査員に対する研修等を実施するとともに、先ほど言いました事例で申し上げます。一つは、介護認定審査会において求められている特記事項に記載する場合の視点、こういったところを記載した方がいいんじゃないか、そういったことを助言したり、あるいは、基本調査項目の選択に迷った際には、その趣旨がわかるように特記事項に認定調査員の方に具体的に記載していただく、こういったことで、介護認定審査会において改めて判断ができるような状況をつくっていただくというようなことについて周知徹底をしております。

いずれにしましても、現場のニーズを踏まえてから適切な判定が行われるように努力をしていきたいと考えます。

○重徳委員 いろいろと御尽力はいただいていると思うんです。今おっしゃるのは、調査員側、つまり保険者側であり、市町村側から見た改善点ということになると思うんですが、やはりどこまでいっても、現場の介護の事業者、あるいは介護職員、そして御本人、御家族がどう感じておられるか、こういう直接的な声にも耳を傾けなければならぬと思います。

制度的には、区分変更の申請ということ、身体状況が悪くなったりよくなったり、いろいろあるのではと思いますが、私は、この点について、つまり被保険者側から市町村に対して、要介護状態の区分の変更の申請、これが、今ずっと申し上げているような、認知症、もともと本当は大変なんだという観点から、どのような形で保険者側に伝わっているか、行政側に伝わっているか、ここにもっともつと細心の注意を払っていかねばならないんじゃないかと思っております。

あるいは不服申し立てという形式のときもあると思いますが、ここでお尋ねいたしますけれども、現場からの区分変更の申請、不服申し立て、これは、件数とか内容とか、それに対する行政側の対応というのは、どのような状況にありますでしょうか。特に、認知症の要介護度という観点から、いかがでしょうか。

○原(勝)政府参考人 御指摘のとおり、認知症の方の場合には、認知症の、例えば行動・心理症状が出てくるのと出ていないのと、いろいろございますので、調査時点でそういうものが十分に把握できるかというところについては、難しい面もあるわけがございます。

お尋ねの不服申し立てでございますけれども、これについては、要介護認定等の保険者の行った行政処分に対する場合には、都道府県に設置されております介護保険審査会に審査請求ができ

る、こういうふうな仕組みになっております。

その実績でございますが、平成二十四年度の都道府県からの報告によりますと、介護保険審査会のうち要介護認定関係では、年間で、審査請求件数が二百五十八件、取り下げ件数が七十五件、裁決件数は百八十一件でございます。

残念ながら、認知症というふうに特定して調べておりませんので、この中で認知症関係はどのくらいかというのはいずれも、いずれにしても、全体としては、百八十一件の裁決が行われています。この内訳としては、その結果、却下が十件、認容、不服申し立てを認めるというものが七十件、そして棄却が百一件という状況でございます。

また、要介護度認定の区分の変更申請でございますけれども、これは、そういう状態区分に該当しなくなったときには、市町村にその変更申請ができる、今、仕組みでございます。

この実績でございますが、平成二十四年度の保険者から報告を受けている要介護認定データをもとに集計をいたしますと、要介護認定に関する申請件数全体は約五百五十万件であり、このうち区分変更申請の件数は約三十八万件でございます。この三十八万件の内訳については、具体的な数字を今把握しておりませんが、このうち多くの者が変更申請を認められているのではないかと、いうふうに考えております。

○重徳委員 件数は把握されているんですけれども、ただ、内訳として、今申し上げている認知症の方がそのうちどれほどかということは、全く把握されていないことでございます。

この問題は、やはり、もともととちゃんと把握することに努めていかなければ、現場の声というのがつかみ切れないだと思ひます。今度、新たな医療介護の法案を機に、特養に入れる基準も原則要介護度三以上ということになるわけですし、そういう状況の中で、要介護度が一や二というふうにいえば不当に判定されてしまった方にとっては、非常にづらい状況になると思ひます。

ですので、結局、特養なら割と安価ですけれども、グループホームなどはやはり費用としても余計にかかるということで、でも、費用のかかるところを選ばざるを得ないとか、いろいろなふぐあいが生じてくると思ひます。

このような結果、実際に必要な介護を受けられない状態、あるいは要介護者が、一言で言えば行き場がなくなる、こういう状況になりかねないと思ひますが、この点、大臣はどのように御認識されておりますでしょうか。

○田村国務大臣 特別養護老人ホームでありますけれども、今般提出させていただいておる法律の中では、要介護度三以上というのが原則とさせていただきます。

これは、委員も御承知のとおり、重度で認知が入っておられる方が多くて、待機者も多い。ですから、やはりそういう意味では、そういう重い方々に対する機能に特化をしていく、こういう必要がある。もちろん、軽い方々もおられるわけでありまして、要介護度が一、二の方々も。しかし、要介護度が一、二以上に、三、四、五というようなかたの中で、認知症も入られて大変だという方々もたくさんおられるわけでありまして、まずそちらに優先をするべきであろう。

もちろん、一、二であつても、必要な方、例えば、認知症が重くて見守りだとか介護が常時必要な方は、特例で入れるようになっておるわけでありまして、特例で入れるようになっておるわけでありまして、例えば在宅で定期巡回・随時対応型訪問サービスでありますとか、それから、泊まりでありますとか、通いでありますとか、訪問、これを中心の小規模多機能居宅介護、こういうものを受けていた方々ながら、さらに申し上げれば、サ高住もありますし、そのような対応もあれば、軽費老人ホームや養護老人ホームという対応もあると思ひます。

あわせて、今進めておりますのが、空き家を利用した、これは比較的低所得者の方々に対しまして、そのような住宅を、集めるといいますか、そ

ういふものをひとつ提供する中において、訪問介護でいろいろな対応をしていく、こういうことも考えておるわけでありまして。

特養をどんどんつくっていくというのも、確かに、ないとは言いませんけれども、しかし、それにはお金もかかるわけでございます。一定程度必要なのは整備してまいります。そこはいろいろとバランスを考えながら、今委員が御心配をいただいております点、住まいの点に關しても、いろいろな対応を今進めておる、このような次第であります。

○重徳委員 ここは大臣にちょっとお願いしておきたいんですけれども、今私が申し上げておるものは、要介護度が本来は三以上のものに、うまくそれが判定されずに一、二以下になってしまつておるという方を適正化、改善しなくちゃいけない、判定の自身を改善しなくちゃいけない、この努力がまだまだ不足しているのではないかと、いうことであります。

ですから、先ほど局長から、不服申し立てであるいは区分変更の申請の内訳がよくわからないとか、そういう状況があるのをやはりもっと改善して、内容もきちんと把握をして、だから、本當の意味で要介護度三以上なんだ、あるいは二以下なんだというそのラインも、より適切な線引きをするための改善をしていただきたいということが一つ。

もう一つは、今のところの厚労省の資料を拝見する限り、確かに、大臣が言われるように、認知症高齢者であつて、常時の見守り、介護が必要な場合は、要介護一、二であつても入所を認める場合があると言ひますが、その例として並んでいるのが、家族等による虐待が深刻でありとか、そういうケースに類するぐらい、かなり例外的なケースだということにも見られるわけなんです。

ですから、今の二点目については、これからしっかりと検討していただければと思ひますが、一点目、先ほど局長から、内訳がよくわから

ないということについては、ぜひ、きちんと内訳についても把握をしていただきたいと思ひますけれども、大臣、お願いします。

○田村国務大臣 認定審査の質を上げるということは当然でありまして、全国一律でしっかりした審査ができるような、そんな研修は以前からやつておるというお話はさせていただいたというふうには思ひます。

あわせて、一、二、三、まあ、三以上は全員特養というわけじゃないんですよ。三以上であつても在宅で対応される方もおられるわけでありまして、その中において、仮に一、二であつたとしても、例えば見守りだとか、言うなれば介護を常時やらなきゃならない、どうしてもそういうような症状であるというような場合は、それは特例で特養等々に入れるわけでございますので、その基準もしっかりと我々お示しをさせていただかなきゃならぬというふうに思つております。

重ねて、どうしてもばらつきがありますから、特に認知症の場合はそのときとときで状態が違うものでありますから、要介護認定が低く出るといふような、そういうお声は以前から聞いておるわけでございます。そこも含めてしっかりと認定が、審査ができるように、さらに精度を高めるような努力はしてまいりたい、このように考えております。

○重徳委員 区分変更申請の内訳についてもきちんと把握をしていくというふうな受けとめてよろしいですね、今おっしゃつたのは。その内訳は厚労省として把握をしていない、区分変更の申請が三十八万件あるということなんです。それがどういふ内容か、認知症にかかわるものなのかどうかということまで把握されていないということだったんです。先ほど局長が言われたのは。

○原(勝)政府参考人 今、要介護認定を受けている方の八割が、認知症でいえば自立度が一年以上の方、二以上で六割ということで、大部分の方が実は認知症を持つておられるというふうなことでご

ございます。

そういう中で、私ども、市町村の方から一定の仕組みの中でこういったデータをいただいているので、どこまで認知症かどうかということとされるのか、市町村の事務負担の問題もございまして、ちよつとそこは検討させていただいて、いずれにしましても、大事な御指摘だと思いますので、公正公平な認定制度になりますように努力をしていきたいと思ひます。

○重徳委員 ぜひお願いをいたします。

次に、特養入所は今五十二万人の方が待機状態だと言われているんですけども、特養に入所する際の申し込みといふでしょうか、それは役所が余りかわつていないというのが現状でござい

す。つまり、全く、その特養ごとに要介護者あるいはその家族の方々とやりとりをして、入所させてほしいんだけれども、それはできるよ、できないよ、ちよつと待つてということとを個別にやつておられるということですから、非常に、まあ負担が大きいと言つて簡単なんです、本来急いで入所していただくべき方が、必ずしも適正に入所できていない状況がやはり多い。何年も待つてい

ない方々もいらっしゃる。それが、待たされても優先順位が低い方々ばかりという方がないのかもしれないが、優先順位が客観的に見て高いと思われる方々でそういう状態になっている。それはなぜなら、御家族とか御本人がなかなか努力が足りないとい

うのか、努力が伝わらないというんですか、そういうことに委ねられてしまつていふような状況、どのぐらい、多いのか少ないのか定量的にはわかりませんが、そういう声もござい

ます。行政として、この特養入所についてどうかかわるべきだと思ひます。○原勝政府参考人 お答え申し上げます。

特別養護老人ホームの入所に当たります選考基準というんでしょうか、これについては、私ども厚生労働省の省令で一定の考え方を示しております、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案

し、入所のサービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならぬ、これが基本的な考え方です。

これを実行するために、行政側も一定のかかりをしをしなければいけないというのとはそのとおりでございまして、具体的には、一つは、入所判定委員会における入所基準をつくる際に、透明かつ公平な運用を図る観点から、関係自治体と関係団体が協議をして、具体的な指針を共同で作成しな

いというのが一点ござい

ます。また、入所の判断主体である施設、これは御指摘のとおり施設が最終的には判断するわけでござい

ますけれども、この入所指針に従ひまして、要介護度や家族の状況などを勘案して入所を決定する際は、入所判定委員会を設けるわけでござい

ますけれども、入所の決定はその合議を経るということとござい

ます。この入所判定委員会の委員には、当該施設の職員等に加えまして、施設職員以外の者が参加することが望ましいといふふうに私どもは指導して

おりました。例えば、行政の担当者が委員として参加しているような例もござい

ます。さらに、当該委員会の協議内容につきまして、施設は、記録した上で二年間保存をし、市町村または都道府県から必要に応じて求めが

あつた際には、提出をするというようにもしてござい

ます。

○重徳委員 わかりました。この点については、私も現場の実情をもうちよつといろいろと声を聞いた上で、改めて、必要に応じて質疑をさせていただきますかと思ひ

ます。次に、これも前回議論させていただいたんですが、いわゆる老健ですね。老健が本来の復帰機能を果たしていないのではないか、この点につきま

しては大臣もお認めになられたと思ひます。ただ、前回ちよつと議論がまだ十分でなかつたのは、その原因についてどのようにお考えかといふことな

ります。つまり、実際、復帰機能というものが十分果たされていないので、介護報酬改定の中で少し評価を変えたら、在宅復帰率はちよつと上がった、在

所日数はちよつと短くなった、こういう効果が少し出ていて、それは改善だと思ひます。ただ、いきなり追いつくというわけにもなかなかいか

ないという話があつたり、あるいは、長期化したらみても認めようという場面に必要になるので、

みとりにいくといふような方向性があつたりして、いづれにしても、前は、審議会で今後あるべき役割を議論していき

たい

な、そういう答弁で終わつてしまつたんです。実際、やはり、やるべきリハビリテーション、これは法律上義務づけられているわけですから、これがきちんと適正に行われているのかい

ないのか、そういうあたりも含めて、この実態をどのように認識して、復帰率が低い原因をどのように捉えておられるか、これについて御答弁をお願い

いたします。○原勝政府参考人 介護老人保健施設でござい

ますが、御案内のように、在宅復帰、在宅療養支援のための地域の拠点となる施設である、これが私どもの基本的な考え方

でござい

ます。

結果的に、なかなか退所ができないというよう

な方

もふえてきているのも、また一方で事実でござ

います。

この理由でござい

ますけれども、一つは、高齢者の状態というものが個々人によつてやはりさ

まざまざとござい

ますので、当初はリハビリをして短期間で退所できると見込んでいたものが、場合に

よつてはなかなか計画どおりいかないというケ

ー

スもあるかと思ひ

ます。それから、やはり背景には、高齢化の進展と入

所者の平均要介護度が実際非常に上昇しているとい

ふようなこともあるのではないかと

思ひます。さらに言えば、私どもは、地域包括ケアシステムという

ことを目指して、地域の中で、在宅サ

ービス

があるいは入所サービス、入所サ

ービスも、老健施設あるいは特別養護老人ホーム、こ

ういったようなものを計画的に整備していきたい、

ニーズに応じて整備していきたいと思ひ

ますけれども、地域によつては、やはりなかなかさうい

うサービスが十分に整っていないところがあるかと思ひ

ます。

例えば、ある地域では、老健施設はあるけれども在宅サ

ービスが十分でなかつたり、あるいは特養もない、

そういう中で、どうしても在宅では介護ができないよ

うなケースが出たときに、やむを得ず老健施設に入所

させるというふうなことも実際に

にはやはりあるだろう。それがいいという意

味ではなくて、やはりあるし、それはやむを得ないこ

とでは

ないか。そういう状況の結果として、議員の御指摘のよ

うな状

態が現実にはあるということとござ

います。

私どもとしては、老健施設の本来あるべき役割、こ

ういふものを目指しながら、一方で、地域での要介護

ニーズにどうきちんと応えていくか、そういうことも、

やはり現実的な対応としてやむを得ないところがある

のかと思ひます。○重徳委員 現実を見るとやむを得ないとい

うこ

とを言つていたら話が進みませんので、やはり、これは今度の法案の中身でもありますので、これ

についてはまたさらに深めていきたいと思ひ

ます。

とにかく原因をはつきり特定させていかなければ対策の打ちようもないし、あるいは法律上の位置

づけを変えていくということをしてい

かなくちやい

けないかもしれないし、そういうことなしに、後追いで、現状追認みたいな形で、本

当に現

場も混乱している状況がありますので、この議論はさらにしていきたいと思ひ

ます。次に、前回、胃腸、経管栄養につ

きまして、介護職員がもつとできるようにするべきではないか

という

ことを申し上げました。そして、平成二十三年の法改正で、一応、法律上は、形上は風穴があ

いて

いるということではござい

ますが、やは

り

三

二

一

第

一

類

第

七

号

厚

生

勞

働

委

員

会

議

録

第

九

号

平

成

二

十

六

年

四

月

九

日

第

一

類

第

七

号

り、教育研修をしっかりと受けなきゃいけないとか、医療関係者との連携体制をきっちりとしなきゃいけない、それはそうなんですけれども、ちよつと程度物かなというふうに思うんですよね。

この辺、ちよつと詳細を議論していきたいと思うんですが、まず、基本的なこととして、胃瘻を実施できる登録特定行為事業者というのがあらずなんです、その数は現時点で幾つあるんでしょうか。

○岡田政府参考人 御指摘の制度は、平成二十四年の四月一日から施行されているものでございますが、直近の数字は、実は平成二十五年四月一日、施行から一年後でございますが、胃瘻または腸瘻による経管栄養の特定行為を実施できます登録特定行為事業者数は、全国で八千三百五十三事業所でございます。

○重徳委員 事業所数だけを見ると、かなりあるように見えます。

これは、いろいろと要件をクリアした事業所が八千以上あるということなんです、法律あるいはそれに基づく厚生労働省令で、かなり細かい、さまざまな文書をつくらなきゃいけない。組織内部規程、組織図をつくったり、医療機関との連携を文書化しなきゃいけない、計画書をつくらなきゃいけない、報告書もつくらなきゃいけない、業務方法書もつくらなきゃいけない。

ちよつと過度な、過度というか、ちよつと程度物だと私が申し上げたのはそういうことで、実際のどのぐらいのものをつくらなきゃいけないのかにもよると思うんですけれども、この辺が現場に大きな負担になっているという感覚はありではないですか。

○岡田政府参考人 胃瘻などは医行為であるために、安全確保の観点から、適切な医療的コントロールのもとに行われることが重要だと考えております。安全性を確保するための教育であるとか研修を受けた介護職員などが、医師、看護師などの医療関係者との十分な連携を図るための措置を

講じた上で行っていたことが求められているというふうに考えております。

このため、医療関係者との連携確保の観点から、各種の文書の作成を義務づけさせていただいてます。これは、具体的には、事業所におきまして、胃瘻などの業務に関する関係者の役割分担を明確化するとともに、具体的な業務内容を文書化して関係者が認識を共有することで、安全かつ適正な提供体制の確保を図るために必要だということでございます。

さらに具体的に申しますと、例えば、日々の胃瘻による経管栄養そのものは介護職員が行うにしても、やはり定期的に医師または看護師さんによる診察みたいなものを行っていただくことが必要だと思っております、そういう方がどういう形でやるのかということを経営計画として立てていただく、それから、実施の状況を医師に御報告いただくとか、あとは、病態が急変したときにどういような対応をするのかというようにことをやはり文書として関係者、事業所として共有するというような体制が必要だということでございます。

で、そういう観点から、必要な文書の作成を義務づけさせていただいてるところでございます。○重徳委員 趣旨はもうわかるんですけれども、そこは現場でどの程度の負担感かということ、ちよつと主観的、抽象的な質問だったので、何とも答えようがなかったのかもしれない。

それ以上に、事業所というよりは、医行為と位置づけられている胃瘻を実施する介護の職員さんが、実際に、研修を何人受けて、その研修を受けた方が、胃瘻の流動食を注入するというんですか、そういうことを実施した事例というのはどのぐらいあるのか、この点、把握をされておりますでしょうか。

○岡田政府参考人 平成二十五年四月一日現在で、略たん吸引と胃瘻などの研修を修了した認定特定行為業務従事者は、八千三百九十九人となっております。

このうち、実際に胃瘻などの医行為を行っている

者の数については、把握をしてございません。○重徳委員 実際に行われているかどうか把握されていないということですが、それをやっているという話を、私の地元だけでもありませんが、余り聞かないんですけれども、これから広がっていくのかもしれない。

この研修というの、五十時間研修を受けなきゃいけないということ、ぱつと聞いただけでも、かなりなものだと思えます。もちろん、必要な知識とか実習はやらなきゃいけない、これは当たり前のことだとは思いますが、けれども、たまた今の仕組みだと、胃瘻と略たん吸引、いわゆる両方とも研修を受けなきゃいけない、両方とも演習をやらなきゃいけない。そういうことで、セツトでやらなきゃいけないものだから、こういう五十時間という時間になるんです。

略たん吸引だけを取り上げれば、それが十九時間。それから経管栄養、いわゆる胃瘻の実施については十八時間。パーツ、パーツで見れば、そんな五十時間なんという膨大な時間をとらないのではないのか。それから、演習の回数もかなりあります。そういったことも軽減できるのではないかと考えられますし、さらに言いますと、胃瘻による経管栄養というのは、御家族であればできるというルールなんですね。

事前にいただいた資料によりますと、家族が経管栄養を行うというのは、本来、形式的に当てはめると医師法七条違反になるところを、違法性が阻却されますというわけですね。

その理由は三つあって、家族である患者の治療を目的としたことであること。でも、これは介護職員だって、家族ではないけれども、患者の治療を目的としたものであるのは間違いないです。

二つ目は、医師が家族に対して十分な教育を行っていること。これも程度物で、御家族が五十時間研修を受けているとは思えませんので、そういうことではなからうということだと思います。

さらに三つ目は、家族が行うことによる危険の発生よりも、患者の負担軽減による利益が大きいこと。これも、リスクといえればリスクもあるのかもしれないんですが、当然ながら必要な行為でありますので、どちらが優先されるかというと、これは言わずもがなであります。

こういった要件を満たしているから、家族は胃瘻による経管栄養ができるんだということなんです、でも、業としてやるからという理由で、物すごくハードルが上がっているように見えるんですけれども、このあたりも含めまして、どうお考えですか。五十時間ばつちり受けるということとは適切なんでしょうか。

○岡田政府参考人 御指摘の研修の内容につきましては、医療・介護関係者から成ります検討会におきまして、どういう形の研修が適当なのかというところのあり方について御議論をさせていただいた後、試行的な事業を実施して定められたものでございます。

研修の内容は、たんの吸引であるとか経管栄養の安全な実施の方法、それから、消化器系器官の解剖学的な理解、感染予防や救急蘇生などを含んでおりまして、医療の予備知識のない介護職員が、初歩的な医学知識なども含めて学習するためには必要な時間であるというふうに考えているところでございます。

○重徳委員 御答弁はそうなるんだと思うんですが、大臣にちよつと伺いたいんですけれども、こういったことがなかなか進まない。どんどん進んでいるというふうには見えないからこういうことを言うわけなんですけれども、この胃瘻というのが一つのネックになって、なかなか、在宅で面倒を見ることができない御家庭においても、当然、介護施設に入所させたいと思っても、胃瘻というところで受け入れられないとか、そういう問題が実際にあって、ですから、結局、これまた行き場のない介護難民という形になってくること、要因の一つだと思うんです。

こういった胃瘻の取り扱いについて、介護職員

の胃瘻という医行為、これの取り扱いについても含めて、大臣の御見解をいただきたいと思ひます。

○田村国務大臣 これは長い経緯がございますので、今言われたとおり、家族は違法性を阻却するというところでやれていたわけであります。それに對して、なぜ介護職員がでないんだというような声がずっとありまして、ではというので、関係団体ともいろいろと調整をつけて、法律改正をさせていたわけで、二十四年度からスタートをいたしておるわけであります。

五十時間というのが長いんじゃないかという御意見もありますが、一方では、家族が生活の中で対応しておる部分と、やはり業としてやることとをなれば、これはそれなりの安全性をしつかり確保しないことには、いろいろと問題が起こってくるわけであります。そこでやはり一定程度の研修は必要であらうということになるのであらうと思ひます。

今、このような胃瘻や経管栄養、それから喀たん吸引等々の問題があつて、施設が受け入れづらいというような声があるというのは、一定程度我々もそういう認識はあるわけであります。それはまさに、医療的ケアができる人がいないからでありますので、やはり研修等々、これは都道府県がやつておりますけれども、これに対して国からしつかり助成を出すでありますとか、それから、そもそも都道府県に、しつかりとこういうものを体制整備していただきたい、研修もやつていただきたい、こういうお願いもさせていただいております。

まだ八千四百人程度、これは二十四年度でありますけれども、とはいいますけれども、これをどんどん広げていって、やはり、やれる方がおられないと、それはどうしたつて、施設側だって何かあったときのごきいさすので心配だということでごきいさすから、機会をふやして、ぜひともそういうことができる介護福祉士の方を養成していく、これは我々はしつかりと対応してまい

りたい、このように考えております。

○重徳委員 ありがとうございます。非常に前向きな御答弁をいただきました。どんなに広げていくという大臣の決意もいただきました。

最後に、看護師に関連した質問をさせていただきます。

看護職員、これは今、看護職員ですから保健師、助産師、正看、准看、合わせて百五十万人、これを二百万人に、今から二〇二五年に向けて五十万人ふやすという目標が掲げられているはずで

ところが、現在、非常に看護師さんの数が不足しておりますが、政府も取り組んでいることは存じておりますが、やはり労働力の需要と供給の関係で、かなり高い給料を出さないと、特に民間病院は看護師さんが来てくれない、こういう厳しい現実には直面しております。

やはり看護師さんも、公立病院の方が何となく、ブランドでしかうか何でしようか、いろいろ福利厚生も含めて手厚いところも多いので、公立病院志向が高かったりなんかして、そういう意味で、同じ病院でも官と民との間で、かなり人の集まりやすさ、集まりにくさというのが、格差が出てきているというふうに私は受けとめております。

結局、それは看護師さんの配置基準、七対一とか十五対一とか、あれは、診療報酬をきちんともらうためには看護師の数をきちんと配置しなきゃいけない、ひとえにこれにかかっているわけなので、いだけだけ給料が、相場が上がつてきても、それを払わなきゃ病院自体が成り立たない、こういう非常に厳しい状況に今民間病院は置かれていて、そういう病院が多いと私は受けとめております。

このような民間の病院の経営あるいは経営環境につきましても、看護師の確保という観点からも、ここはぜひ大臣にも、民間病院の意義、地域における民間病院の存在意義と看護師の確保、そう

いった面からコメントをいただければと思ひます。

○田村国務大臣 日本の場合、民間病院の方が数も病床数も圧倒的に多いので、民間病院がなければ日本の医療は成り立たぬわけであります。

看護師不足に関しては、絶対的な数というのもあるんですが、それ自体は海外と比べて余り遜色ないわけでありまして、病床数の多さというのが一つだと思ひますが、七対一看護を進めてまいりました。思つた以上にふえまして、今、三十六万床、こういう状況でございます。

やはりこれは、重症性でありますとか、あと、救急性というものが重い、こういうものに関して本来は対応するべきであつたわけであります。我々が思つた以上にふえてしまったということもございまして、この要件はしつかりと見直していかなきゃならぬということで、今般の診療報酬改定に入つたわけであります。

あわせて、受け皿も必要でございますから、これは、地域包括ケア病床という形の中において、十三対一という中においてこれに評価をしつかりやつていくという中で、誘導もしていこうというふうに考えております。

あわせて、七十二時間の残業時間を超します。これは月の平均でありますけれども、減算になるんですが、なかなか今すぐというわけにはいかないものでありますから、三カ月ぐらい猶予期間を見て対応しながら、誘導していこうということを考えております。

看護師の問題に関しては、いろいろな問題があります。

ただ、これも、それこそ、医療の現場の勤務環境改善をこの法律の中に入れていただいております。あと、ナースセンターで復職支援でありますとか、さらに届け出制度、これも法律の中に入れていただいております。

こういうことをやりながら、しつかりと看護師の確保ができるように、また、復職もしていただくような環境を整えていく、離職の防止も進め

ていく、こういうことを総合的にやりながら、五十万人という数字をしつかりと確保してまいりたい、このように考えております。

○重徳委員 終わります。ありがとうございます。

○後藤委員長 次に、足立康史君。

○足立委員 日本維新の会の足立康史でございます。

きょうは、皆様方の御期待にもかかわらず、小泉政務官はお呼びをしております。私も若干反省するところがありまして、とにかく、非営利ホールディングにこだわりの見せまして、毎回このテーマを取り上げたものですから、結果的に小泉政務官に毎回おいでをいただいた。

最近、廊下とかでもよく小泉政務官が駆け寄つてござられて、足立先生、文科省は頑張っているんですよとかですね、非営利ホールディングについて。いろいろお氣遣ひをいただいているものですが、から、大変申しわけないと思ひまして、きょうは、とにかく、同じように赤石次長にはお越しをいただいておりますので、相も変わらずこのテーマを、できればもう一回、きょうでもう最後、諦めようかなと。最後のチャンスをお願いしたいというふうに思つて、赤石次長、ぜひよろしくお願ひ申し上げます。

午前中に、生活扶助の話、大臣もお疲れさまでございました。午前中あの民主党との審議を見ていても、大臣も大変だと思ひまして、私のこの質疑はちょっと休憩をさせていただいて結構です。原医政局長にじっくりお伺いをして、通告は局長にしか入れていませんので、小泉政務官とあわせて、大臣もちよつとゆつくりしていただければと思ひます。もし御意見があれば、いつでも挙手をいただきたいと思います。

私も、自分がこの場で確認をさせていただいてることをもう一回、棚卸しというか整理をしていくわけで。まず、冒頭申し上げておくと、徳洲会の話はま

た別途やりますので、きょうはやりません。

私がこの持ち分にこだわっているのは、やはり、医療法人の経営者の方々、お医者さんは、皆さん、持ち分をお持ちなんですね、多くの医療法人は。だから、厚生労働行政が今進んでいる方向、あるいは、今度、地域の立法で、持ち分なしへの移行を促進するような規定も入っているわけでありまして、要は財産権に係る大変大きな政策だと思っています。

その政策は、もちろん今に始まったわけではなくて、平成十八年から、非営利性の徹底ということとで明確化をされてきていることは承知をしているわけですが、一方で、いわゆる地域包括ケア。地域包括ケアに参加をする主体を見ると、当然いろいろな、介護関係あるいはその介護関係の会社、営利企業もたくさん入ってくるわけですね。だから、そういう、地域において、医療保険、介護保険を背景とするさまざまな営利を含む主体が、連携をしながらサービスを提供していくに当たって、今、介護の分野は社会福祉法人と営利企業等が一定の規律の中で仕事をされているわけですが、医療については、プレーヤーであるところの医療法人が、軒並み、それは持ち分なしにいくんだということですから、本当に。本当にそれではないのかという、どうしてもその違和感だけは拭えないところに、産業競争力会議が、いや、ホールディングだと言ってこられたわけですね。

私はそれを聞いて、非営利ホールディングとは何だということ、いろいろ拝見をしたわけですね。前回の、四月二日でしたか、この場での質疑では、私は、非営利ホールディングの中のホールディングに注目をして、私たちの常識でホールディングというと、基本的には所有をするという理解だったものですから、所有をするんだからホールディングでしよう。それだったら、持ち分をなくす方向じゃなくて、むしろ、持ち分と議決権をリンクさせる方向に行かないとおかしいじゃないかということをごで騒いでいたわけ

であります。

しかし、それに対しては、厚生労働省もそうですが、小泉政務官あるいは赤石次長の方から、いやいや、所有しなくてもいいんです、議決権に割って入れればいいんです。だから、議決権を相互に、入れ子のようになることによって、意思を伝え、また、ホールディングからも意思を伝えることができる、そういう説明なので、まあそうか、すると、そうだなということ、半分以上納得をしているわけでありまして。

しかし、そもそも、では非営利とは何だということ、非営利ホールディング、産業競争力会議の提案の中で、非営利というふうに来たわけですね。

それで、実は、また固有名詞を出す怒られるかもしれないが、赤石次長のところに鈴木補佐という方がいらつしやいます。厚生労働省から出向されている方でありまして、ちよつと鈴木君と

言って、私の部屋に来ていただいて、非営利ホールディングとは何ですかということを改めて聞いたわけですね。

まあ、納得をしたわけですね。また、役人に弱いというか、補佐クラスに来ていただくとは非常に会話が弾みますね。ああ、そうかと。

そこで納得した非営利ホールディングの本質は、要すれば、非営利というものをホールディングレベルで実現するから、その内部関係については、内部についてはちよつと規制緩和してよ。規制緩和という言葉がいかにかわかりませんが、内部の規律については、非営利ホールディングの目的に照らして必要なことであれば、多少そこは考えてもいいよ、こういう制度なんですよということ、ああ、そうかと。わかつていうように、今までわかつていなかったんだということ、初めてわかつたわけでありまして。

次長、大体そういうことでよろしいですね。一応、鈴木補佐から聞いていますが、それでいいということ、一言だけ聞きますか。

○赤石政府参考人 お答えさせていただきます。

全く、うちの補佐の申し上げたとおりでございます。

○足立委員 そうすると、結局、医療法人であれ非営利ホールディングであれ、目的に照らしていろいろ規制がなっていくわけですから、なるほど。もうこれで話は終わっちゃうわけですね。

そもそも、では非営利とは何だということを考えてみたわけですね。すると、厚生労働省も長い、十年ぐらいこの話をやっていますね。これもきのう、厚生労働省の事務方においてをいただいて、十年前からあるこの非営利の議論というのは、要は配当禁止の議論は、これはもう終わっている話なのか、十年前の話をやると恥ずかしいから、終わっているなら終わっていると教えてくれと。すると、黙っているわけですね。だから、終わっていないのかと思つて、きょうはここにきてしまつたんです。

もし、医政局長の方からお話をいただいて、これは決着している話であれば、いただいている時間を使わずに終わるかもしれませんので、次の方はぜひ準備をしておいていただきたいと思うんですね。

これは、要すれば、医政局長、配当禁止ということで、いろいろなものをつくっています。一方で、十年前に、規制改革会議と当時の榮烟課長との間でやりとりが残っています。そのときには、規制改革会議側は、これは配当といつても資金調達コストなんだから、銀行から借り入れたときの利子を、金利を払うのと何が違うんだという議論をしていました。そのときの榮烟課長の答えは議事録がありますが、今、厚生労働省あるいは医政局は、この問い、すなわち、いわゆる配当規制と、いわゆる配当規制をしている一方で医療法人が銀行からお金を借りて金利を払っている、これはどう区別がつくんだという質問をすると、どうお答えになりますか。

○田村国務大臣 終わると申しわけないので、ちよつと先に訂正させていただきます。先ほど重徳議員に対して、私、残業と言いまし

たが、夜勤七十二時間でございますので、訂正をさせていただきます。看護のところですね。済みません。

その上で、今の話であるならば、借り入れはあくまでも元本も含めて返すわけでありまして、そのための利息という話です。一方、出資の場合は、要はそれは返すものではないわけで、利益を分配するわけでございますので、利益を分配するという意味からすれば、これはコストではございませぬので、これはやはり非営利法人としてはそぐわないという話であります。

○足立委員 ごめんなさい、ちよつとよくわからなかつたんですが。医政局長、もう一度お願いいたします。

○原(徳)政府参考人 お答えを申し上げます。

医療法人は、それぞれ病院なり診療所なり経営されております。その中で、例えば医療を行う上で必要な物品、薬もそうですけれども、そういうものを購入するために必要な経費というのは当然生じるわけでありまして、あるいは、機械を購入するときに例えば借金をするというところもあるでしょう。

そういうような正常な、真つ当なといいますか、通常のそういう行為の中で、売り手側は商売で売るので、利益がそこへ生じるのは当然でありますので、そういう意味において、通常の商行為の中で行われている分については構わない。例えば銀行からお金を借りて利息を払うというの、これは当然であろうと思います。

ただ、それが異常に、通常の金利よりも高く誰から借りて、トイチじゃないですけども、非常に高い利息をそこへ払っているというふうなことがあれば、これは配当に該当するというふうにかえるのではないかと思います。

○足立委員 大臣が、銀行への金利は利益の分配ではないんだ、こうおっしゃいましたが、そこをちよつと局長にも確認したかつたんです。

あくまでも、利益からその金利が支払われるという点においては私は変わらないと思う、利益の

分配ということではそれは変わらないと思います。こつちから申し上げると、それは、利益にリンクをしている、利益が大きければその利益の分配も膨らむ、その利益運動しているのが問題だということなのか、何が問題なんですか。要は、銀行への金利だつて剰余金の中から払っていますよね。同じですよね、それは。何が違うのか、局長の方がいいかなと思つて局長に振つたんですが、ちよつと、先に局長、やりましょう。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

金利というのは、それぞれの状況によつて定まってくるものだと思います。その中で、当然ながら、利息を払うためにはお金がないと払えないわけですから、先生のおっしゃるような、剰余金というものが何かありませんけれども、経費として払つていくということは可能だと思います。当然だろうと思います。

その中で、金利について、当然ながら、先ほど言いましたように、状況によつては変わり得るものではないかもしれませんが、それが通常の関係の中で、例えば著しく高率で利息を払っているとか、そういうことがあるならば、五十四条に基づく剰余金の配当に該当するのではないかというふうに判断することだと思ひます。

○田村国務大臣 病院は非課税ですからあれなんですけれども、まあ、非課税ではないですけれども、要するに企業ではありませんから当然会計は違ふわけでありまして、これは返済するわけですからコストであります。これは返済するわけです。返済するための利息であるわけであつて、利息は当然のごとく経費として払われるわけでありまして、そういう意味からすると、返すものに対する経費、つまり借り入れコストに對する経費というふうな話です。

一方で、出資、株式というのは、これは返さないことが前提です。基本的には、出資ですから、それに対して利益が出たものを分配するという意味でありますから、それは利益の分配であるわけでありまして、あくまでも何かをするために

借り入れたコストとしての払う利息とは、当然意味合いは違つてくるわけでありまして。

○足立委員 大臣がおっしゃりたい気持ちはわかりますが、これは、いわゆる金融の基本的な、今や金融技術も発達してしまつて、昔みたいに、銀行借り入れと、資本、株式、いわゆるエクイティファイナンスという二つがあるわけじゃなくて、非常に多様な金融手法が出てきている。だからこそ私は、医療法は何を規制しているのかというのを聞いています。

当時の規制改革会議の話でも、榮畑課長が、いやいや、配当も利子もお金が医療の外に流出している点においては一緒だ、こう答えています。何が違うんだ、もう一度、局長、お願いします。

その前に、私が申し上げているのは、先ほどから局長は、通常の相場というから外れるとだめなんだという話をしていますが、それならそれじゃないんだ、そこが問題、どつちですか。

要すれば、通常の医療法人がかかわらないような、マーケットで行われている何かの相場観から外れると、それは利益供与だというふうな立論をしていくのか、あるいは剰余金運動型の配当に問題があるのか、どつちですか。

○原(徳)政府参考人 端的に言う、やはり両方問題が生じるのではないかというふうに思ひます。

先ほど、利子として当然お金は外へ出ていく、これは確かでありまして、それはコストとして必要なものというふうに考えるべきだろうと思ひます。それに対して、事業活動をした後で出てきた剰余金、これを分配するというのとは本質的には違ふのではないかというふうに思ひますけれども。

○足立委員 これも本当に金融の基礎になるので申しわけないですけれども、配当は、もうそれは資金調達コストです。配当も資金調達コストです。ただ、調達する資金の種類が違ふわけですね。間接金融、直接金融、エクイティファイナンス

ス、デットファイナンス、いろいろな金融手法があります。私は、医政局が、あるいは厚生労働省が、この非営利ということで一体何を、では、もうちよつと結論を先取りして言えば、私も諸外国の例をいろいろ調べてみたんです。諸外国で非営利ということについてどういう整理をしているのか、ざつと調べてみました。

例えばイギリスなんかでよくあるのは、要すれば、配当制限しているんですね。例えばイギリスなんかでは、イングランド銀行の金利を基準として、利率の上限規制をすることによってお金の流出を防いでいるわけですね。すなわち、法人の種類によつて参入規制をしているんじゃないんです。

今も、特養をどうするということが新聞でもばつと出ています。いろいろな別の場所でも議論しています。そのときも、なぜ特養は社会福祉法人しかできないのかと問われたときに、やはり厚生省は答えに窮しているわけですね。

そのときに、では、何かと言えば、それは、社会福祉法人は地域貢献をするんです、慈善事業をするんです、地域貢献をするから無税なんです。結局、行為規制しているわけですね。わかりますか。要すれば、株式会社か医療法人かという法人の種類別に参入規制をしているんじゃないかと、行為規制しているんです。

配当も行為です。要すれば、一定の利率以上の金利でお金を外に流出させると、それは過度の流出だというふうな認定をして、それは営利だろうということをやっている例が英米ではあるということを確認しまして、その方が私はしっくりくるんです。

だから、医療法で株式会社、要すれば、もう医療法人なんてなくしても、行為規制の体系だけつくればそれでいいんじゃないか。なぜ、医療法人なる法人種別をつくつて、やってもいいこと、悪いことをいろいろ書いていくんだ。それを書いていくと、マーケットで金融技術が発達すればするほど、また、これはいいか、これはあかんか

という議論になるわけですね。

条文にあるのは、配当規制だけです。配当規制があつて、そういう事実上の剰余金の分配に当たるものはだめということで、いろいろなものを例示として挙げていく、これが今の医政局の医療法人の行政なんです。

それは、もうマーケットについていけないわけですね。常に何か新しい課題が出てくるわけですね。例えば、医療法人が、病院の経営が悪化をした、もう倒れそうだとすれば、銀行借り入れの金利は上がりますね。何%以上になったら、それは医政局の相場から外れるんですか、医政局長。

○原(徳)政府参考人 期待されているお答えだと思ひますけれども、個々の状況によつて違ふと思ひますので、絶対値としては幾らというふうには申し上げられないと思ひます。

○足立委員 では、局長、そういう個々の事案を日々監督されているわけですね。従前から、例えばMS法人の話で私が申し上げたときに、それは、当該MS法人との取引についても、市場取引等から見ても適切な価格を超えた取引があれば、監督行政、厚生省の指導監督を通じて是正していくんだ、これが厚生省の今の立場です。

すると、適用するのは個々の事例ですけれども、厚生省は物差しを持つてなありませんね。医療法人が行うあらゆる取引について、このあたりであれば一般の市場取引等から見ても妥当であるという判断をする、その物差しを厚生省は持っているんですか。

○原(徳)政府参考人 例えば、何とかについての基準という形では持つておりませんが、やはりそれぞれの、例えば医薬品の購入なら購入ということについての相場観というものは当然あるということだと思ひます。

○田村国務大臣 足立委員は、今、金利の話を読みましたけれども、それは、病院運営が悪くなるから金利が上がるという話であつて、経営がいいのに市中の金利よりも高い金利を払えば、それはやはりおかしいという話であるわけでありまし

て、逆に言えば、悪くなつて金利を上げ過ぎると、今度は返済できませんから倒れる、そこはあのずと決まつてくるわけであります。

一方で、株式等々の利益の分配の場合は、利益を出せば出すほど分配できるわけですね。だから、そこは明確にやはり違うのであらうと思ひます。

○足立委員 まさに、先ほど原局長にも伺つたのはその点で、では、利益連動型の分配に問題があるのか。今、大臣はそうおっしゃつた。局長、そうですね。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

例えば、運営に当たりまして、建物を借りる、そのリース料が収入に応じて幾ら幾らとなるような、連動するものはいけないというようなところは、私どもの指導の中でも言っているところがございます。

○足立委員 大臣がおっしゃつたように、今でも、例えば建物を流動化してリースバックするときに、いわゆる利益連動型の組成、ストラクチャーを組むわけですが、それは指導して排除している、こういうことですか。それは、あらゆる取引について、今大臣がおっしゃつた利益連動はだめなんだということで、要すれば、配当規制というものは、利益連動はだめなんだということで排除している。それから、加えて、先ほど話があつたように、世間の相場から離れているとだめ。

この二つが基準だということでもいいですか。二つですね。利益連動と世間の相場、この二つですか。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

例えば、具体的に申し上げますと、先ほども言いましたが、土地や建物の借料について、借料が医療機関の収入の一定割合とするというようなことはだめだというふうに明確に言っている、これは、だから、連動型の場合であります。そのほか、先ほど大臣からも申し上げましたけれども、絶対値としてやはりおかしいというものもあるわけ

でございますから、それは両方であらうかというふうに思ひます。

○足立委員 ありがとうございます。

明確になることに意義がありますので、これは二つだということをおっしゃつていただきました。

赤石次長、申しわけないんですが、ぜひ、何か期待して聞いているわけじゃないので、虚心坦懐に御答弁いただけたらいいんですが、今ずっと非営利の議論をしていました。産業競争力会議で非営利ホールディングの議論をされているこの非営利も、ほぼ同じと考えていいでしょうか。

○赤石政府参考人 お答えします。

産業競争力会議において昨年十月に増田議員から提案があつたときには、社員等の要件の中で、現在、医療法人の基準においては、医療法人の社員は自然人に限られて、法人は社員となれないこととされているけれども、非営利団体であれば社員となることを認めてはどうかという提案がなされております。

この趣旨は、基本的には、医療につきましましては非営利を大原則としていたるという大きな考え方に沿つていられるものと考えられることですから、その後、我々の中で議論した際にも、これについては異論が出ることなく、そのまま総理の検討方針に載つておるといふことでございまして、引き続きこういった考え方に基づいて議論をしていきたい、そのように思つております。

○足立委員 ありがとうございます。

医療政策において非営利という整理がされているので、それを引き継いでいる、こういうことですね。

私はあと十分もないので、今おっしゃつていただいたことはそれで結構かと思うんです。明確になつたので、それで結構なんです。すると、これから医療界もそれで仕切つていく、それから、非営利ホールディングも、検討途上だと思ひますが、それを実現していくということなので、更間いで私がどうしてもやはり確認させていただきた

いのは、まず、ホールディングの話はちよつと置いておいて、医療法人なんです。

医療法人制度というのは、今大臣がおっしゃつた、医政局長がおっしゃつた二つの要件で非営利性が担保できれば、それは、要は行為規制としてその二つの基準をかぶせれば、それで、端的に言ふと、株式会社のいうか、要すれば、配当するなと言つていられるわけじゃないわけですよ。利益連動の配当はだめだ、それから、世間の相場から離れるとだめだ、こう言つていられるだけですから。株式会社であつても、その二つの基準を満たせば、医療を、すなわち病院経営等をすることは理屈上可能になる、そう思ひますが、いかがですか。

○田村国務大臣 今も持ち分のある医療法人はあるわけでありまして、見た目は株式を持つていふのと同じでありますけれども、要は、ですから、配当があつてはだめだ、配当として出してはだめだということであらうと思ひます。

○足立委員 いやいや、大臣、配当はだめだと法律に書いてあるんだけれども、よくわからないので、それは何なんだ、その配当はだめだということの意味は何なんだということをきょうここでやつてきたわけですか。

それを分解すると、要すれば、利益連動型の分配はだめだし、世間の相場から大きく離れるとだめだというふうに分解したわけですか。すると、その条件を満たせば病院経営に支障ないですね、こう言つていられるわけですか。

○田村国務大臣 出資に対する取り分としてお金をバックするということはだめだということでありまして。出資に対する取り分として、上がった収益に対してバックすることはだめだということでもあります。

○原(徳)政府参考人 大臣のお答えの繰返しになるわけですが、先ほどから言つておりますのは、事業活動をするための通常のコストとしての金銭のやりとりの中で、異常な、非常に高値で物品を購入するとか、あるいは利息を高くするとか、そういうことはいけないということを言つて

いるのであつて、全体的な、残つた中の剰余金の配当という部分については、これは決して認められないということでございます。

○足立委員 ぜひ、これは余りやつてもあれですけども、要すれば、銀行からお金を借りる、いわゆるデットファイナンスと言われますけれども、それから、株式で、いわゆるエクイティファイナンス、これは両方とも資金調達コストに変わりはしないんです。でも、ある種の報い方が違ふわけですね。銀行は、要は、病院が倒れようといふと、とにかく担保をとつて、利息をつけて返せ、こう言うわけですか。ところが、エクイティファイナンスで資金を提供した者は、仮にその事業がボシヤれば、全部バアになるというリスクを背負つて資金提供している。

だから、平成十五年に規制改革会議と厚生労働省ですつとやつていた議論もその議論で、要すれば、いづれも資金調達コストに変わりはしないだろう。だから、それを分解して、きょうは利益連動という言い方をしているわけですか。なぜならば、普通に考えれば、それは資金調達コストに変わりはしないからなんです。大臣、どうぞ。

○田村国務大臣 見方の問題だと思つていまして、お金を集めるという見方からすればそうなのかも知れませんが、要するに、出資するというのは会社と一体であるわけでありまして、支配権も一定程度持つわけでありまして。そういうものが、要は、利益というものの、残つたものに対して分配してはいけないというものと、外からお金を貸す人がその対価として利息を得るというものは、これは別である。

これは見方によつて違うわけでありまして、非営利というのは、そういう考え方のもとに、お金を出した出資者に関してお金を分配するのはだめだということであらうと思ひます。

○足立委員 私がこの議論にこだわつていのは、介護の世界で営利企業がどんどん参入している現実において、医療、介護、福祉という地域包括ケアというものをつくつていくときに、介護分

野には明らかに営利の企業が入って活動している、ところが、医療の世界は全て、医業を担うのは医療法人等々ですから、あまねくそれは持ち分を返上してください、基本はそうです。これがロジックとして本当に成立するのかという議論を、医療が医療だけで考えていた時代は、余りこ

う議論をしても、議論が応酬して終わりで仕方ないんだけど、これから地域包括ケアという議論をするに当たっては、この議論をちゃんと決着させておかないと、医療、介護の連携といったときに話が途中で頓挫するんじゃないかということ

を心配しているわけです。もう時間がないので、赤石次長、これは申しわけない、議論が必ずしもクリアじゃないかもしれない

ませんが、非営利ホールディング、医療の非営利を多少引く張つてきているということですが、冒頭の話に戻ります。

全体でその非営利性を確保されていれば、私は、この非営利ホールディングの内部関係については相当自由度が高くていい、要は、外へのお金の流出を、今ずっと議論したような意味で、このホールディングカンパニーの外への流出をとめる

ことができれば、内部関係については事実上規律づけをするまでもない、こう思っているんですが、出てくる資料、これは厚生省の紙かな、いわゆるイメージというのが出ていますね、こういう紙を見ると、極めて固的な仕組みになっている

んです。要は、この中に営利法人は入らない、営利法人に関与できるとすれば、それは出資することだけだという極めて固的なイメージになっています。私は、もっと自由度の高い内部規律でいい、こう思っていますが、最後、その御意見を伺って、質問を終わりたいと思います。

活用の方などは、ある程度融通性をきかせてもいいのではないかと議論が現在なされているところでございまして、そういった考え方に基づいて、引き続き検討していきたいと思っております。

○足立委員 ありがとうございます。
○後藤委員長 次に、阿部知子君。
○阿部(知)委員 阿部知子です。
本日は、この国会初めての質問になります。そして、きょうは、みんなの党の中島先生初め、委員の皆さんに御好意でお時間を頂戴いたしました。よろしくお願いいたします。

せつかく与えていただきました時間ですので、今、喫緊というか、私にとつて大変懸念している子供たちの健康にかかわる事案を二点、お尋ね申し上げたいと思います。

一点は、いわゆる俗称子宮頸がんワクチンについてであります。

私は、ことして小児科医になってから四十年たちますけれども、この俗称子宮頸がんワクチンほどに予防接種行政を揺るがした事案はないように思います。今、厚生労働省の方でも審議会等を設けられて、六月からは積極的勧奨が中止になっ

ているけれども、さてどうするかを検討しておりますけれども、私が思うに、もうこのままでは恐らくお母さんもお子さん方も到底受け入れられないような迷路に入り込んでしまったのではないかなと思いますので、この迷路を打開して

くべく、私は田村大臣のリーダーシップを求め、きょう、一問目をお尋ねいたします。

ワクチン行政で一番大事なものは、正しい情報の伝達と、そして、どんなワクチンも、実際にやってみないとと言うと失礼ですが、やってわ

かってくる副反応などもあり、それらに誠実に対処して不安を取り除いていく、こうしたフィードバック、相互関係が一番肝要であると思います。そこで、私がなぜいわれる子宮頸がんワクチン

子宮頸がんを、なつちや困るな、予防できるんだなと思ってしまう。

せんだって、自民党の赤枝先生がすぐ的確にいい質問をしてくださったんですけれども、田村大臣はあの佐藤さんとの応答の中におられましてでしょうか。もしおられたら私の方で

ちよつと繰り返させていただけますが、おられたかしら。覚えていておいてくださる方がたいです

が、赤枝先生は産婦人科のお医者さんです。ヒトパピローマウイルス感染症、性感染症を主にする感染症、このパピローマウイルスを予防する、ないしは軽症化するためのワクチンである

ということ、医学界の中ではある程度共通認識になつていてところですが、果たしてそれががんをどの程度予防するか、あるいは、がんにならない

というふうには言われていいものであるのかどうかということであります。

大臣は、私と御一緒のときにもB型肝炎の問題を熱心に行っていたいただきましたが、B型肝炎も、そのウイルスが遷延、長く肝臓の中にいることによつて慢性炎症を起こし、約一、二%の人が肝が

んになつていきます。肝細胞がんになつていきます。だけれども、私たちがお子さんたちに肝炎ウイルスワクチンを打つときには、決して肝がんワクチンとは言わない。肝炎ウイルスワクチン、B型

肝炎ウイルスワクチンと言つて、感染の防御やあるいは慢性的な感染に至らせないためのものというふうには言つて、しかし、これが肝がんになる率という、大変高いものであります。

ピローマウイルスワクチンという名称が普及する

ように周知徹底をしていただきたいが、いかがで

しょう。

○田村国務大臣 子宮頸がんの全ての原因が、我

が国においてHPVの16、18型ではないことは確

かでありまして、統計的に見ると、五〇%から七

〇%であるということであります。

そして、子宮頸がんワクチンと言うと怒られる

んでしようけれども、このワクチンを接種しますと、HPV16、18型の感染を防ぐことができます、これはほぼ防ぐことができる。そしてあわせて、前がん病変に

そうなる、ここで明らかで、お互い理解、納得できるのは、ヒトパピローマウイルス感染症に対するワクチン。ワクチンというのは、よく聞いていただきたいですけれども、抗体価が上がったからといって、予防できるかどうかかわらないです。インフルエンザワクチンを何回打ってもインフルエンザは予防できない。これは、抗体価が上がることとそれを予防するというこの間にまたギャップがあるんです。

ただ、何らかの作用はしているということで、ワクチンの意味は、感染予防、感染軽症化くらいのとこで抑え、さらに、大臣もおっしゃったように、これから先何年かフォローしなければ、果たして前がん状態ががんになるのか、わからないわけです。その時点でのお母さんたちのインフォメーション、情報だから、正しくあってほしいと思うわけです。

ちなみに、大臣も御存じだと思いますけれども、子宮頸がんワクチンという言い方をするのは、前回も申しましたけれども、日本だけの話です。日本だけ。どこの国でもヒトパピローマウイルスワクチンで、ガーダシルはサーバリックスに比べて対象は四型、一方は二型。あくまでも、ワクチンは、子宮頸がんワクチンではなくて、ヒトパピローマウイルス感染に対するワクチンである。どうでしょう。

では、なぜ我が国だけ子宮頸がんワクチンと言われるのか、それについて大臣はどうお考えでしょうか。

○田村国務大臣 委員も御承知のとおり、サーバリックスに関しては、二十から二十五歳の女性一千四十名を対象に国内で臨床試験した結果、ヒトパピローマウイルス16型と18型の六カ月の持続感染を一〇〇%予防することができた。これは、実際問題、臨床試験の中でこういうことが出てきておることは確かだというふうに思います。

B型肝炎ウイルスの場合は、B型肝炎になるわけですね、肝硬変にもなるというので、わかりやすいわけですが、このHPVの場合は、尖

圭コンジローマとかいろいろありますけれども、ほかにはないとは言いませんけれども、どうしてもイメージとして子宮頸がんというものが一番来るわけでありまして、どうしてもこういう名前が、たしか僕の記憶だと、これ自体を承認する前から、承認する前からというか、定期接種化する前からこういう呼び方をしておいたのではないのかというように記憶するわけがあります。やはりそれだけ、当時から唯一防げるがんというようにな触れ込みがあったことは、いまだに、私が議員をやっておるときから、大臣をやっておるときからの記憶にあるわけでありまして、そういう期待の中でこういう名前になってきたのかなというふうには思います。

あわせて、やはり我々は、これで一〇〇%防げるわけではないということはしっかりと伝えていくと同時に、前がん病変も、そこから進まない場合もあります、進む場合もある。もちろん、前がん病変状態なしに、そのままがんになることも全くないわけではないのであろうということでございます。これは、我々がずっとこれを定期接種化を目指していたときに、いろいろな研究者の方々と勉強をする中においてそういうことをしっかりと学びながら、その学んだことも含めて、ちゃんと情報としては伝えていかなければならないのであろうなというふうに思います。

○阿部(知)委員 私も、もちろん若い女性たちの子宮頸がんが起らないことを願いますし、その思いは大臣と一緒にすけれども、それでもなお、やはり名は体をあらわすと申しまして、非常にお母さんたちがどう受けとめるかということと、ちょっと違ってきてしまっていると思はれます。その不安たるや物すごく大きい。

そして、大臣もおっしゃいましたが、性感染だから今男の子たちにもこの俗称子宮頸がんワクチンを打とうという治験が始まっていますが、男の子は子宮頸がんにはなりませんし、性感染症ですし、やはり感染に対するワクチンだということを明確にして、それも主には性感染に対するワクチン

んだ、そういうことが伝わる方がもつと大事だとも私は思います。

いみじくも大臣がおっしゃったように、これは導入前から、なぜか俗称で子宮頸がんワクチンと騒がれておりました。先ほど申しました、肝がんワクチンとは騒がれず、しかし、実際に肝がんの大きな理由を占めながら、いまだに対応できていないというのが逆にB型肝炎ワクチンでありまして、それは、やはり物の実体を正しく伝えながら、そこからどうなるか、どうならないかをフォローしていくというのが私は正しい情報提供のあり方だと思えます。

そして、今大臣がおっしゃったように、導入時にも、ちょっと急がれたがゆえに問題があると私は思います。この俗称子宮頸がんワクチンの審査過程を私も今から振り返ってみると、こういう問題があったんじゃないかなと思うことが幾つもあるので、きょうは担当部署とやりとりをさせていたきたいと思います。

実は、皆さんのお手元に出してある資料は、サーバリックス有害事象集計と申しまして、サーバリックスを打ったときに起きた有害事象、これは、医師なりお母さんなりが報告して有害事象として取り上げられたもの、それをさらに厚生労働省が集計して、有害事象として集めたものの集計であります。

有害事象が即副作用ではなくて、副反応ではなくて、もちろん、その中にはワクチンと関連性がある明らかなものもあるわけですが、しかし、一般的に、ワクチンを接種したときの有害事象、何か違うことが起こってしまうことの多さや深刻さは、やはり、それを受ける方たちに対して不安やどうなんだろうという気持ちを抱かせるということとで、出させていただきました。

実に有害事象が多い。それも、厚生労働省が集めて区分されたものを、さらに、これは東海大学の公衆衛生をやっておられた堺春美先生がこうした分類をして、例えば、致命的ないし重篤な有害事象、慢性疾患の発症、自己免疫疾患の発症、臨

床的に重要な症状、あるいは比較的軽症だけれども問題というように、全部抜き出して御自身で分類をしてくださいました。そうしたら、こんなにあるわと。よく言われる失神、意識消失は六百九十九。これは、この場合は六百九十九人でありまして、一人の方が幾つかの症状を持っている方がおられるので、千七百八人ではなくて、有害事象が千七百八人を分類した。これまでの予防接種の中では届けられないような、見られなかったような数の多さであります。

そこで佐藤さんにお伺いいたしますが、このサーバリックスの導入に対して、実は、メーカーは、国内治験、国内臨床実験を進めていたところ、厚生労働省の方から申請者に対して、本件の審査を迅速かつ適正に進めるために、国内で進めていた臨床試験をこれまでの海外での試験と合わせて、ブリッジして、その海外の治験を一部利用して国内治験を早くやりなさいということを厚生労働省が言われました。これは許可申請書に書いてあります。

そして、メーカーとしては何をやったかという、実は、もう承認されているんだからたくさん事例を調べたんだらうと思いきや、アメリカでは、一万八千人余りを九千人、九千人と分けて、先ほど大臣のおっしゃった前がん状態がどうか、打った群と打たない群でどうかを調べました。日本は、それに対して、約千人調べた。正直言うと八百何人です。これを半々に分けて、そこに、サーバリックスを打った人にはウイルスがどのくらいいるかないか、打たなかった人にはいるかないかという例を、両方分けてやりました。治験数というか実験数としてはやはり少なくなりました。

欧米の実験を一部取り入れて、それとブリッジしてやる。そして、内容も違うわけです。内容の違うことをやったわけです。日本では、ウイルスがいるかないか。アメリカの一万八千は、前がん状態があるかないか。本当はこれはマッチしてやられないと正しい治験にはならないのですけれど

ども。

その治験の中でお伺いをしたいと思います。せんだつて、赤枝さんの御質問に対して佐藤さんは、筋注だから痛いんだとまた繰り返して言われました。覚えていらつしやるかな。でも、お手元の二枚目の資料をあけていただきますと、実は、この二枚目には、この治験という臨床試験自身は、両方とも筋注のものを比べて痛みを比較しているんですね。片方はA型肝炎ワクチン、これも筋注なんです。そしてサバックス、これも筋注なんです。そうすると、筋注だから痛いじゃないんですかね。この点、どうですか。なぜこのサバックスは痛みの事案が多いのか。

例えば、特定局所症状、注射疼痛などを比較して、お手元を見ていただくと、HAV群というのがA型肝炎ワクチンです。片方の本剤群というのがサバックスです。そうすると、局所の疼痛も二倍ぐらい違うんですね。局所は、サバックスでは九・二とか八・八とか、とにかく痛い。だけれども、A型肝炎の場合は四・二から五・六、大体半分なんです。

このデータを見て、なぜこのサバックスが強い局所疼痛を持つか、どう考えられたんでしょう。

○佐藤政府参考人 国内臨床試験のデータです。で本当は私の所管ではないんですが、このデータを見て物を言え、こういうことでございましたので、お答えをしたいと思います。

確かに、このHAVと本剤とは両方ともに筋注でございますので、HAVに比べても痛いじゃないかというお話だろうと思います。ただし、きょう、突然この資料が出てきましたので、では皮下注の場合の痛みの出現頻度はどうかというのをちょっとお示しできませんけれども、確かに、HAVと比べると本剤が高いのかもしれないけれども、皮下注に比べると明らかに痛みの頻度が大きいというのは、副反応検討部会などでも指摘されているところでございます。

○阿部知委員 そんなの答弁になっていないで

しょう。皮下注よりは痛いと思つていますよ。なぜ同じ筋注同士で痛いんですか。倍ですよ。みんな痛がります。もし担当じゃないなら、明確に答えられる人、いると思つていますよ。

なぜこのワクチンは痛いのか。筋注だからというだけではないんですよ。その一つとつても、まだまだ説明責任が果たされていない。患者さんが痛いと思うから痛いと言つていっている中で、そうじゃなくて、皆さんがやった臨床試験の中でも、同じ筋注同士のものを並べて打つても明らかに痛いんですよ。

どうですか。どなたか答えられる方で結構です。

○今別府政府参考人 直接、先生の御質問にお答えすることにならないかもしれませんが、臨床試験についての御質問でございましたので、その部分についてお答えをいたします。

先ほど、例数が少ないのではないかと御指摘もありましたが、一応八百例、日本ではやつておりまして、両方比較をいたしまして、確かに、重度の筋痛が対照群に比較して本群で多かったというところはございます。

ただ、審査報告書によりまして、それは、接種回数の増加に伴う発現率の上昇が特に見られなかったこと、それから、筋痛の平均持続期間が本剤で二・八日、対照群で二・三日であったということで、留意すべき点ではあるが、特段の問題とはならないと考えるということで、審査の結果、承認をされたということになってございます。

○阿部(知)委員 こんな前に戻ることを今さら言いたくないですが、皆さんのお出しになった臨床試験の認可をされるときの文章には、「本剤は、新規アジュバント成分を含有すること、昆虫細胞をタンパク質発現細胞とする本邦初の遺伝子組換え製剤であることから、安全性に係る情報製製造販売後調査等の中でも引き続き収集され、適切に情報提供される必要がある」と。要するに、新しいアジュバントを使つて、水酸化アルミニウムの懸濁液と、そしてもう一つ、ムコ多糖類を入れ

て、初めてなんです。

この液が他の液と違うアジュバントを使つていて痛いということだつてあり得るし、消えたかどうかというのも二日とか三日しか見ていなくて、今大変に問題になっているのは、皆さんがフォーした七日とかじゃなくて、あるいは二十八日じゃなくて、後々に影響が及んでいるということもあるわけです。

私は今、局所の痛みだけを問題にしましたが、こういう事象を見たら、なぜだろう、なぜかしらと思わないと安全性は担保されませんし、皆さん自身が、新しいものを使っているんだから、これから何が起るか、どうなるかよく見なくちゃねと書いた上で承認をしているわけです。

今言つた、新しいアジュバント、それから観察期間が短い。そして、私は本場にびつくりしましたが、この認可に至るまで一体どれくらいの回数使われていたかという、六百八十万回数なんですね。今既にもう日本では、接種してから九百万回数、三百万人。すなわち、認可する以前よりも以降の方が圧倒的に多い使用数になったんですよ。そうすると、認可までにわからなかったことと、あるいはどうしてだろうなと思つていたことを知る今は最もいいチャンス、副反応をつかまえてきちんと検証していくチャンスなんですね。果たしてそういう検証がなされたか。

ここでちょっと二つくらい飛ばして大臣に伺いたいと思いますが、各自自治体は、子宮頸がん問題で大変に親御さんの不安が強いということで、自治体のアンケートというのを、鎌倉市を初めとして、現在、恐らく、結果が出た市町村が六、また取り組み中のところを合わせると十くらいあると思うんです。接種された方にアンケートをして、どのような症状がありましたか、あるいは相談を受けて、大丈夫ですよとかいう作業を自治体が行つておられます。大臣のお手元には、市議会の議長会のお申し込みで、きちんと、接種をされた方の実態、全例の調査をしてほしいという要望書も上がつております。今は、間に立たされた自治

体が本場に困つて、調査をしています。

大臣、私がもう全部はしよつて言いましたが、この認可過程も含めて、まだ何が起るか見えてきましようという、簡単に言えばそういうワクチンであります。それはいたし方ないかもしれない。でも、私はもっと慎重がよかったと思つて、始まつてしまつてもう既に三百万人。しかし、有害事象がたくさん報告される。そうであれば、虚懐に、全体、もうやつた方はわかつているんですから、三百万人、コホートといいますが、そういう集団を把握しているわけですが、その調査を自治体に協力してやつていただくことと、プラス、自治体の相談窓口についてきちんと予算づけなりなんなりをしていただくこと、この二点、いかがでしょう。

○田村国務大臣 昨年の五月に患者の方々の団体が幾つかの症例をお持ちいただいて、六月から厚生科学審議会御議論をいただきました。そのときに、積極的な勧奨は一時中断をいたしております。

その後、いろいろとこちらも症例を集めてまして、二千三百二十、これは本場に幅広いです。軽い副反応、また副反応なのかどうなのか因果関係がわからないものも含めてお集めをさせていただいて、それを分析させていただきました。

もちろん、治療されておられる先生もお越しをいただき、また一方で、治療をしているところにもお伺いをさせていただいて、いろいろな調査研究をさせていただきました。また、海外からも症例をいろいろと集めて、海外の文献等々も含めて調査をいたしました。御承知のとおり、海外では百力国以上が使われている、そういうようなワクチンであります。

我々としては、接種者全員の調査という話なんです。まず、かなりの症例を集めていろいろと分析はしておるということ。それから、もう打つてから大分たつておりますので、そういう意味では、過去の記憶を確認する調査というのが、医学的に判断がどうかという問題。さらには、

それだけのことをやろうと思えますと、これはかなりの物理的な調査の量になってくるわけであります。

そういうことを考えますと、今まで集めたものを含めて、今現在、厚生科学審議会で御議論をいただいておりますので、ここではもう海外のいろいろなものを分析をいただいております。その上で、最終的な御判断、まだこれは今議論をしておる最中でありまして、もちろん、副反応だとおっしゃっておられる方々、こういう方々のいろいろな状況等々も拝見させていただいておりますので、これから最終的な御判断をされていかれるのであらうと。その御判断をいただいた上で、我々といまして、どうすべきかということを決してまいりたい、こういうふうに考えております。

○阿部(知)委員 私の指摘したいのは、その手法は限界があるということなんです。

それで、大臣、日本は国民皆保険制度で、非常に医療の情報が、ある意味で集めやすいんです。打った方をつかまやすい。自治体は全部リストを持つているんです。日本しかできないんです。氷山の一角のように上がってくるものをつまんでいって見るのは、本当の疫学とは言わないんです。全体に何が起ったか。そして、症状が消えていけばそれはいいことなものですから、別に、その抜け落ちが起きてても、そこは問題がないです。むしろ、長く続いて苦しむような事案がどうなのかということとちゃんとフォローしてこそ、この予防接種の意義を説くことができると私は思います。

予算づけも、今、各自治体、自分でやっているんですから、それを思えば、大臣の英断でできないことはないということ指摘して、終わらせていただきます。

○後藤委員長 次に、井坂信彦君。

○井坂委員 結いの党の井坂信彦です。本日は、大きく四点お伺いをいたします。

まず一点目は、前回に引き続きまして、就活サイトへの行き過ぎの問題についてであります。

前回の委員会で、インターネット上の就活サイトが、学生に、就職したいという申込書、このエントリーを大量に出すようにあり過ぎていて、ではないかという問題を指摘いたしました。実際、就活サイトにログインしますと、あなたは百八十一件エントリーを出しましたが、あなたは似た同期はさらにたくさん出していますよと、こういう駆けつこのような図が出されて、あるいは、一度に百社同時にエントリー送信できるボタンが大きく配置されていたり、やり過ぎではないか、こういうことが散見されるわけでありまして。

私は、地方議員時代から、かれこれ十年以上、学生さんをインターンとして受け入れてまいりました。相談事をいろいろ受けるんですが、悩み相談のトップは、一つは恋愛、それから二つ目にやはり就活なんです。この二つは、どちらも人生を変えざるを得ない問題で、また、両者の相性、こういう問題で非常に似ている悩みでもあるんですが、この恋愛と就活、一つだけ決定的に違うところがあります。

恋愛も、もちろん、片っ端から一人でも多くの気に入った異性に声をかけていけば、恋人ができる可能性は理論的には高まるわけでありまして、しかし、現実の世界でそんなことをすれば、あの人は節操のない人だということ悪い評判が立つてしましますから、当然、そういうことは誰もしないわけでありまして。

ところが、就活の場合には、そのような歯どめがなく、なおかつ、昔ははがきでやっていた物理的制約があったところが、今はパソコンやスマホのワンクリックで百社にエントリーが実際に出てしまします。こういう技術の進歩も相まって、その結果、学生は同期に負けないように一社でも多くのエントリーを出さざるを得ない。そして、企業も、大量のエントリーが来るから、学生を短期間で審査、面接せざるを得ない。密度のいわば薄い、不毛な出会いがふえて、両者とも疲れてきて

いるのが現状ではないかというふうに考えます。そこでお伺いをいたしますが、現代の就活の根本的な問題は、他人より多くエントリーを出した学生の方が内定を得られる可能性が高まり、あるいは、他社より多くエントリーを集めた企業の方がよい学生を採用できる可能性が高まる、こういうエントリーが多いほど得になるというインセンティブ構造に現代の就活の根本的な問題があるのではないかと考えるわけでありまして、この点について、大臣の見解を伺います。

○田村国務大臣 難しい論点ですね。

といいますのは、確かにいっぱい集まった方が有利だということに見えるのかわかりませんが、多分、企業にしてみれば、多く集まってきたら、ちゃんとした審査ができないわけなので、本当に有為な人材が採れるのかどうか。ですから、例えば出身大学で、もうその時点で切っちゃうみたいなの、そんなことがささやかれている現状もあるわけでありまして、ですから、本当にそれが有利なのか。

一方で、エントリーする側も、何ら目的意識を持たずに一斉にエントリーすることが本当に有利なのかという、私は、有利じゃないのではないのか。やはり、ターゲットを絞った企業に対してどのようなアプローチをするかという方が有利に働くのではないかと。また、自分自身、やりたい仕事という目標をしっかりとターゲットとして据えながら活動された方が有利ではないのかなと、古い人間だからそう思うのかもわかりませんが、どうも、そこが今、そういう風潮になっているというところに私は問題があるのではないのかなというふうに思います。

○井坂委員 確かに、おっしゃる通りに、一義的には風潮ということなんですけれども、もう少し、私はこの問題を結構いろいろな方と議論、研究した結果、単なる風潮、世の中の雰囲気ではなく、やはりこういうインセンティブ構造、動機づけの構造があるのではないかなというふうに今考えが至っているわけです。

確かに企業側は、たくさん来ることが必ずしもメリットではない、そういう企業も今ふえてきて、だからこそ、この間のドワンゴみたいな、もう二千五百二十五円取つてもエントリーを減らして、本気のエントリーだけの密度を上げていこう、こういう企業が出てきているわけでありまして。

一方の学生側は、もちろん絞った方がうまくいく、これは私も同じ考えなんです、その絞ったということが結局相手の企業には現状なかなか就活サイト上では伝わらないですから、やはり絞ったふりをしつつ多く出さざるを得ないというのが多くの学生さんの現状ではないかなというふうに思っています。

こういった、多く出した方がやはり内定をもらえる率が高んだらいつて統計上高まる、こういうインセンティブ構造を崩すために、例えばではあります、こういう仕組みはどうか。

この学生は現在何社にエントリーを出している、こういう情報をちゃんと就活サイトが企業側にあわせて送る。つまり、エントリーを出している父母の数もきちんと企業側に情報提供していく。この学生は、百社出したうちの一人があなたの会社へのエントリーですよ、この学生は、三十社出した上の一があなたの会社へのエントリーですよ。

こういった情報は、企業にとっても、まさに大臣がおっしゃったように、非常に有益な指標になるでしょうし、学生の側にとっても、エントリーを絞って、あなただけですよ、こういう明快なアピールにもなるかなというふうに思うわけでありまして、こうした、提出エントリーを絞った学生や絞った企業が得をするという要素をつくり出すために、厚生労働省としてどこまでできるか、助言あるいは指導、規制、こういったことを行ないかどうかということについて、重ねて大臣に伺います。

○田村国務大臣 学生さんが幾つの企業にエントリーしているかという情報がエントリーするたび

に流れるというのは、一番初めの企業にエントリしたら一番初めの一人になるわけですね、それは。一つの会社ですよね。(井坂委員)ただ、ずっと情報はアップデイト、同期されていくと呼ぶ)アップデイトして、全ての、どういうシステムにするのかちよつと私はよくわからないんですが。

順次エントリはふえていくでありましょうから、一度アクセスしたものを、継続して情報を更新していくというシステムがどういうものかちよつと私は頭の中に浮かびませんが、ただ、それ以前に、御本人がそれでもいいと言うのならば成り立つのかもわかりませんが、個人情報問題がありますので、なかなかちよつと難しいのではないのかなと。

逆に、企業側が自主的に開示する、うちはどれぐらいエントリが来ていますよというものは、それはいいのでありましようけれども、エントリした人が自分の意思に反して幾つエントリしていますよということを開示できる仕組みというのは、個人情報問題から、多分なかなか難しいんだらうと思います。

○井坂委員 今大臣がおっしゃったできない理由は、当然、我々も事前に議論をしていて、その辺は、最終的には、学生さん自身がそういった表示を望むか望まないか、ワンチェック入れるか入れないかというようなやり方もあると思うんですね。

そこは、そんなことをそもそも誰も望まないんだつたら、この就活サイトの問題自体が実は世の中に存在しないということですから、私はもうそれで構わないですけれども、やはり、前回ごらんいただいたように、問題はあると思うんですよ。しかも、望んでいない形で拍車がかけられていると思いますから、そのインセンティブ構造につくさびを打つ仕組みを、できれば業界が自主的に取り入れてくれればいいと思いますけれども、ただ、そういったことを指導助言できるお立場にありますから、そういったことはどうかというふ

うにお尋ねをした次第です。

もし、コメントがあれば。

○田村国務大臣 この議論を、前回ときよう、二回やらせていただいているわけですが、委員が前回この問題意識を持っていたということは大変大きいことであつて、結果、私も、就活生も含めていろいろと調査をさせていただいて、どういう意見があるか聞きたいというふうに申し上げました。その調査をさせていただきたいと思ひます。

その結果、問題点、問題意識というものがしつかりと明確化してくれば、そのときには、強制は無理でありましようから、どのような形で依頼等々を含めてやっていくのかというのは、今の時点ではなかなか申し上げられないことでありましようけれども、問題意識が整理された中において、それが本当に大きな問題であらうということであれば、それは対応をさせていただきたいというふうに思ひます。

○井坂委員 ありがとうございます。続きまして、大きな二点目で、管理柔道整復師ということについてお伺いをいたします。

地元で、私、地域回りとか国会の活動報告とかをして、幾つかいろいろ問題意識をいただいているわけですが、柔道整復では、施術管理者という、保険のレセプト請求ができる柔道整復師を一人置くことで、普通の保険診療とお金の流れを同じように、自己負担分だけをお客様にお支払いいただく受領委任というやり方があります。

そこで、これは参考人にお伺ひいたしますが、柔道整復師の施術に係る療養費について、受領委任の取扱規程という書類がありますけれども、この六番の中に、複数の施術所の施術管理者になる場合は、各施術所に勤務する曜日と時間を明確にすること、こういう規定があります。

ところが、これは複数経営しておられる方の話であつて、単一の診療所をやっておられる方についてこれはもう全く当てはまらないんだとい

う、事前に事務方からそういうお話はいただいているんですが、どうもこの規定をもつて、単一の施術所の管理者まで勤務日時を記録、報告するようにならざるを得ない例が現場であるというふうに聞いております。

実際、この六の規定をもつて、そのような指導、運用があり得るのか、参考人にお伺ひをいたします。

○木倉政府参考人 お答え申し上げます。

先生御指摘のように、医療保険におきます柔道整復師の支払い、療養費でございますけれども、これは、施術者の方と地方の厚生局長あるいは都道府県知事、この間で協定を結んでいただいております。実際に医療費ですから本当は患者さんに支払うところなんですけれども、患者さんからの委任を受けて、施術された施術の方が保険給付をかわつて受け取る、受領委任ということでございます。ですから、患者さんは一部負担金だけで済むということでございます。

この支払いの仕組みを適正にやっていただくという観点から、今先生に御指摘いただきました協定のルールを定めておまして、それに基づいてきちんとやっていただく。その場合に、施術所の管理者を定めていただきまして、受領委任、この請求を出されるものについては責任を持つていただきたい、適正にやっていただきたいということでございます。

ですので、原則は一カ所の施術所の管理をしてくださいということなんです、やむを得ず複数やられるとき、これは本当に管理ができますかということ、日時とかを記載していただくということにしております。

今先生御指摘のように、それを超えて、一つのところだけを管理しているのに細かく日時等を確認しながら指導するということ、これは、我々はそういうふうなことを、指導に当たる地方厚生局等には指導はしていませんので、行き過ぎの点があれば、よく正していきたいというふうに思っております。

○井坂委員 もう一点、重ねて伺ひます。

ということであれば、開業中、もちろん管理者でありますから全くそこに来ないとかは大問題でありますけれども、基本的には毎日そこに来て、ちゃんと全体を管理している。ただ、日によつては、風邪でお休みするとか、あるいは早退するとか、おかれて現場に入るとか、こういうことは別に、ずつという間しかいゆる保険適用のようなことはできない、そんなことは一切ないという理解でよろしいでしょうか。

○木倉政府参考人 お答えをいたします。

この管理者の方、協定において受領委任、保険の請求の方について責任を負つていただきたい、管理をしていただきたいということをお願いするわけでございますので、やはり管理上支障がない形、できる限りその施術所で目が届く形で勤務をいただきたいというふうに思ひますけれども、やむを得ず、それは当然にはかの都合でそこを外されることもあるわけですから、そのときの管理、請求書について確認ができる体制をとっておくとかいうふうなことをやっていただきたい。

ずつと同じ時間帯に絶対に行ける、物理的にそこに顔が出せないということとちよつと困るかと思ひますけれども、やはりそれは実態に合せて、全体の施術の状況の管理ができる体制を現実的にとつていただければいいというふうに指導してまいりたいと思つております。

○井坂委員 ありがとうございます。

もう一点、ちよつと地元の方からの問題意識で、キャリア形成促進助成金ということについてであります。これは、中小企業の事業主が社員さんに能力開発の研修プログラムを受けさせる際に、その研修経費またはその研修時間中の従業員の賃金の一部を助成する制度であります。

参考人にお伺ひいたしますが、この研修内容とそれから研修対象、いわば管理職向けの研修をちゃんと管理職の方々に提供する、こういうセットで講座をやっている場合に、キャリア形成促進助成金の対象となるのか否かの審査、これが都道

府県ごとに労働局の判断が分かれる例がある、現場では分かれている例があると聞くわけでありませんが、そんな可能性があるのか。同じ制度で、同じ講座で、同じ受講対象で申請を出しているのに、大阪ではこれが通ったけれども兵庫県では通らない、こういうことが実際あるようなんです、そういうことがあり得るのかどうか、お伺いをいたします。

○杉浦政府参考人 キャリア形成促進助成金の助成対象となる訓練につきましては、支給要領を定めておりまして、これに基づいて全国的に統一した運用を行っているところでございます。

助成の対象としては、労働者の職務に関連した知識を習得させるための訓練ということが大きな要件であるわけでございますけれども、例えば、労働者の属性、さつき委員のおっしゃいましたように、管理者向けの訓練であるのかどうか、あるいは職務と訓練の内容の関連のぐあい等につきましては、ケース・バイ・ケースで個々の事案についてそれぞれの労働局で判断が行われるわけでございます。一見同様に見えるような事案についても、場合によっては、異なる労働局で、例えば対象となる労働者の範囲の認定について異なる判断が起り得るということはあるわけでございます。

ただ、いずれにしても、そういったことが極力ないように、斉一的な運用に努めているところではございます。

○井坂委員 場合によっては都道府県ごとに判断が分かれ得るという御答弁でありましたが、重ねてお伺いいたします。

ある都道府県で助成対象となった研修プログラムが別の都道府県では助成対象とならなかった場合、こうした矛盾解消はどういう手続があるのでしょうか。

○杉浦政府参考人 もし仮にそういった事例が生じて、異なる労働局において判断が異なるという事象が生じた場合、申請者等からの申請等で話が上ってきた場合、疑義が生じた場合ですけれ

ども、関係する労働局の間でその取り扱いについて調整をするといったようなことをしておりますし、場合によっては、また全国にまたがるような事例であるならば、厚生労働省本省の方で、その事案を受けまして検討して、支給要領に基づく取り扱いの場合によっては改めて全国に示すといったような形で、統一的な運用を図っているところでございます。

いずれにしても、そういった訓練の審査内容を確認して、適正な運用に努めていきたいと思っております。

○井坂委員 ありがとうございます。

最後に、年金積立金の運用について伺います。来年十月に被用者年金の一元化が行われます。運用資産百二十八兆円の厚生年金、七・八兆円の国家公務員共済、十七・五兆円の地方公務員共済、それから三・六兆円の私立学校教職員私学共済、この四つの年金が一つになり、合わせる運用資産は百六十兆円近くなる、巨額の運用資産。ところが、保険料の徴収や給付の事務は四つの団体を分けたまま行い、そして積立金の運用も四者それぞれ分けて行う、こういうことであります。

公務員共済は国内債券がほとんどの大変手がたない運用で、私個人的には何かここだけ手がたくてずるいなと思っておったわけですが、ただ、分けて運用するとはいえず、今後は、積立金基本方針とモデルポートフォリオというものを四大臣そろって定めて、同じようなルールで四つを運用していくと。これでもし仮に公務員共済だけが積立金を上手にふやせた場合、どうなるのか。別にここだけが得をするということはもちろんなく、その運用の損得は全部ならして、支払われる年金は四つの年金で全て平等にする、こういう話であります。

ここまでお伺いすると、なおさら私わからないのは、だったらやはり運用は一つにまとめてやったらどうか、分ける理由が一体何があるのかというふうに思うわけですが、大臣の御見解を

伺います。

○田村国務大臣 今までは、この積立金もそれぞれ運用方針が違っていたわけですが、今言われたとおり、モデルポートフォリオという形で基本的には同じような形で運用していく、ポートフォリオでは同じような形で運用していく、こういう話であります。

これはもとより、自公政権のときに被用者年金の一元化の準備に入りまして、その後政権交代があつて、民主党政権のときに法律を成立させたという案件でありまして、長い経緯がございます。今も、私学共済、これは事業団でありますけれども、それから地共済、国共済のそれぞれの組合、こういうところは医療保険を持っております、この保険料の徴収とそれから給付をやっているわけでございます。そういう意味では、事務局機能をしっかりと持っておられるということもござります。

これは我々が法律を通したわけではないので我々が調整したわけではないんですが、被用者年金の一元化をするときに、それぞれ年金の積立金、積立金は二階部分だけじゃなくて三階部分の積立金もあるんですね、これは形を変えて残りますので、それも含めて運用を残す、事務局機能は残っていますから、残すという話になったわけでありまして、その流れの中で現在に至っておりますということでもあります。

○井坂委員 分けるというルールは、残っている理由は、今、過去の経緯ということで御説明をいたしましたが、分けたままにしておくメリットがあるのかということについてお伺いをいたします。

○田村国務大臣 これは、それぞれ分けてやっておりますから、そういう意味ではシステムも違いますしオペレーションも違うわけでありまして、そういうもののリスクに対して対応できるのと、それはどうなんだという御意見もあるかも知れませんが、モデルポートフォリオは一緒であつても、運用する内容は当然銘柄を含めて変わるわけ

でありまして、そういう意味では、運用のリスク分散というの、地共済、国共済、私学共済、それなりの規模を持っていますので、ある意味、リスク分散という意味では意味があるのであるというふうな考えです。

○井坂委員 過去の質疑でも、特にメリットの御説明となると、リスク分散論ぐらいいしか出てこないわけですね。そこを私は大変怪しいと思つていて、リスク分散は関係ないと思つています。

だって、もし本当にそうだとしたら、GPIFは何で分けて運用しなかったんですかという話です。あれだって、百二十八兆円あるんだから、五つ六つに分けて運用するのが当然だ。でも、そんなことはもちろん誰もしないです。分けることだって、もともと、次にお伺いしますけれども、民間で七十五のファンドにGPIFだつて分けて運用している、あるいは国内、国外で株式、債券と大きく四つに分けて、十分リスク分散を主体がして、システムとか運用方法まで変えて分散するんだ、そんな理屈が成り立つんだから、GPIFだって、まさにそういうシステムと運用メンバーを変えた、四つ五つのファンドに分けてやるべきだという話になりますし、なかなかそこは説明がつかない部分じゃないかなと思ひます。

○田村国務大臣 今一つのを四つに分けると、それはいろいろな事務的な経費もかかりますし、いろいろな問題もあるんだと思ひますが、今までは、他の事務等々をやっているその機関でそのまま行うということでありまして、そういう意味では、リスク分散という意味と、それにかかる費用対効果みたいな話をした場合に、それなりに意味があるのではないかと。これを申し上げたわけでありまして。

○井坂委員 大臣が本当に心底そう思つておられるか私は大変疑問であります、ちよつと時間もあるんで、次に参ります。

今度、年金積立金を株式で運用する問題点について。

午前中も、ややハイリスクとかミドルリスクとか、そういう投資先、どうなんだという議論がありましたけれども、厚生年金、株の自主運用はできずに、投資一任契約という形で民間に投じている。これが、委託先が今、三十社、七十五ファンドあるということであります。

パッシブ運用というのは、銘柄は選べない、べたっと全部買うという買い方でありますけれども、アクティブ運用というのを買ってあって、民間の委託先が個別銘柄を独自に選んで買う、ここに年金運用主体側は口出しはできないわけであります。これを買えとかこれを売れとかできないわけでありまして、しかし、民間が買ったものを、この銘柄は今だけ買ってあるんですねということと事後に知ることとはもちろんできる仕組みになっております。

そこでお伺いいたしますが、こういう株式のアクティブ運用を年金運用主体が行うと、例えば、端的な例で、製薬会社の株の割合がファンドの中で非常にふえた場合に、厚生省は監督官庁としての役割もあります。一方で、年金運用の責任、そして資産をふやさなければいけない、年金運用主体としての厚生省もあります。これは純粋に利益相反になっていないかなというふうに思うわけでありまして、監督官庁としての厚生省と、年金運用、ふやさなければいけない責任ある立場としての厚生省の、この利益相反の問題について大臣の見解を伺います。

○田村国務大臣 利益相反の防止は当然重要であるわけでありまして、厚生年金保険法において、関係者のコンプライアンス、これに関して徹底する規定があるわけでありまして、これに尽きるわけでありまして、厚生労働省の運用担当職員に関しましては、全力を挙げてその職務を遂行しなければならぬ義務でありまして、当然のごとく秘密保持義務があるわけでありまして、こういうところできっちり担保する、これに違反すれば当然罰則があるわけでありまして、それから、GPIFの職員に関しましては、や

はり同様の義務が課されているほか、当然のごとく善管注意義務もあるわけでありまして、あわせて忠実義務が課されているわけでありまして、さらには、このような形で利益相反が行われないような一応仕組みができておるので、こういうものをしっかり守りながらコンプライアンスというものを維持していきたいというふうに考えております。

○井坂委員 この監督先の会社あるいは業界の株はもういつそのこと買わない、こういう規制は考えられませんか。

○田村国務大臣 そのこと自体が株価に影響を与えるものにもなるかわかりませんが、今申し上げたように、当然、そこで利益相反が起これば、また、これは大問題であるわけですので、そのようなことが起こらないように、もちろん、監督しておる者と運用しておる者が同じ役所ではあります、しておる者が同じ人ではない、部署が同じではないわけでごさいます、そこはしっかりとファイアウォールをつくって、問題が起これないような形で我々は対応してまいりたいと考えております。

○井坂委員 まさに今大臣が一言目におっしゃった、そんなことをしたらその業界の株価に影響があると。私が次にお伺いしようと思っているのは、この点なんです。

巨額の前金の積立金です。こういった総額百六十兆にもなるのかという年金の積立金、しかも、今後、国内債券の割合は減らして、そして株式の割合をふやしていく、こういう大きな方向づけもされている。一方で、この巨額の運用資金ですけれども、どういう運用方針をとるかということ、先ほど申し上げた基本方針とかポートフォリオ、要は、国民に情報公開をしながらやらなければいけない。これが年金運用の難しいところだと思います。

巨額のお金を、しかも、一定どんな割合で買いますという情報公開をしながら株式市場で運用していくと、これは、まさに大臣がおっしゃったよ

うに、株式市場を方向づけてしまうおそれがないですか。そのことについて、最後にお伺いをいたします。

○田村国務大臣 この保険料は強制的に国民の皆様方からいただいておりますので、その運用内容を一定程度国民の皆様方に開示するということは、これは必要なことだというふうに思います。その上で、やはり市場をゆがめるようなことはしてはならないわけでごさいますので、そこは我々も細心の注意をしておるかなきゃならぬわけでありまして、いづれにいたしましても、GPIFの具体的な投資行動、これに関しましては個々には公表していかないわけでごさいます、あくまでも年一回、業務概況に関して報告をさせていただいております。

ちなみに、ポートフォリオ等々に関しましては、これはやはり海外の年金運用機関等々も運用方針として示しておるわけでごさいますので、そのような意味では、国際的に見ても、一定の制約の中で対応しておるということになるというふうに思います。

○井坂委員 情報公開するなという趣旨では全くなくて、すべきなんです。ただ、情報公開をしている、しかも、巨額の運用資金を持っているブレイヤーが、手先の細かいところは見えなくても、大体今後どっちの方向に向かっているのか、こういうところまでは市場にオープンにされてしまふ。今、実際、債券はこれからお金が抜かれていくんだ、株式に入っていくんだ、こういうことがもう既に市場には出ているわけですから、方向づけの問題というものは結構あるのではないかな。

この問題は、また年金に絡めて引き続き議論をしていきたいというふうに思います。以上です。ありがとうございます。

○後藤委員長 次に、内閣提出、難病の患者に対する医療等に関する法律案及び児童福祉法の一部を改正する法律案の両案を議題といたします。田村厚生労働大臣。

難病の患者に対する医療等に関する法律案
児童福祉法の一部を改正する法律案
〔本号末尾に掲載〕

○田村国務大臣 ただいま議題となりました難病の患者に対する医療等に関する法律案及び児童福祉法の一部を改正する法律案について、その提案の理由及び内容の概要を説明いたします。まず、難病の患者に対する医療等に関する法律案について申し上げます。

難病対策については、これまで約四十年にわたる予算事業として推進してきましたが、医療費助成の対象となる疾病が限られていることや、都道府県に超過負担が発生していることなど、さまざまな課題を抱えています。

このため、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に基づく措置として、基本方針の策定、公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立、調査研究の推進等の措置を講ずることとし、この法律案を提出いたしました。

以下、この法律案の内容について、その概要を説明いたします。

第一に、難病の患者に対する医療等は、難病の克服を目指し、難病の患者の社会参加の機会が確保され、難病の患者が地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することができるよう、総合的に行わなければならないことを基本理念としています。また、国は、難病対策の基本的な方向等について基本方針を定めることといたしております。

第二に、難病のうち患者数が一定数に達しない疾病を指定難病に指定するとともに、都道府県は、指定難病の患者が、指定医療機関からその医療を受けた場合には、医療費を支給することとい

たしております。

第三に、国は、難病の原因や治療方法等の調査研究を推進するとともに、その成果を積極的に研究者や医師等に提供することとしています。また、都道府県は、療養生活環境整備事業として、難病の患者の相談に応じる事業等を行うことができることとしております。

第四に、国は、医療費の支給に要する費用の二分の一を負担するとともに、療養生活環境整備事業に要する費用の二分の一以内を補助することができることとしております。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、平成二十七年一月一日としております。

次に、児童福祉法の一部を改正する法律案について申し上げます。

小児慢性特定疾病の児童等に関する施策については、医療費助成について、安定的な財源の仕組みとなっていないこと、小児慢性特定疾病の児童等の自立支援の充実等が求められていることなどの課題を抱えています。

このため、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に基づく措置として、公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立等の措置を講ずることとし、この法律案を提出いたしました。

以下、この法律案の内容について、その概要を説明いたします。

第一に、都道府県は、小児慢性特定疾病の児童等が、都道府県知事が指定する医療機関からその医療を受けた場合には、医療費を支給することとしています。

第二に、都道府県は、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業として、小児慢性特定疾病の児童等とその家族等に対し、相談支援事業を行うとともに、地域の関係機関や小児慢性特定疾病の児童等及びその家族等の意見を聞いて、小児慢性特定疾病の児童等の自立を支援するさまざまな事業を行うことができることとしています。

第三に、国は、長期にわたり疾病の療養を必要とする児童等の健全な育成に資する調査研究を推進するとともに、その成果を研究者や医師等に提供することとします。また、厚生労働大臣は、長期にわたり疾病の療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本方針を定めることとしています。

第四に、国は、医療費の支給及び小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施に要する費用の二分の一を負担することとしています。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、平成二十七年一月一日としております。

以上が、二法案の提案理由及びその内容の概要であります。

御審議の上、速やかに可決していただくことをお願い申し上げます。

以上でございます。

○後藤委員長 以上で両案の趣旨の説明は終わりました。

○後藤委員長 この際、参考人出頭要求に関する件についてお諮りいたします。

両案審査のため、来る十五日火曜日前午九時、参考人の出席を求め、意見を聴取することとし、その人選等につきましても、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと称する者あり〕

○後藤委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

次回は、来る十一日金曜日前午八時五十分理事会、午前九時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後三時二十四分散会

難病の患者に対する医療等に関する法律案
難病の患者に対する医療等に関する法律

目次
第一章 総則(第一条—第三条)
第二章 基本方針(第四条)

第三章 医療

第一節 特定医療費の支給(第五条—第十三条)

第二節 指定医療機関(第十四条—第二十六条)

第四章 調査及び研究(第二十七条)

第五章 療養生活環境整備事業(第二十八条—第二十九条)

第六章 費用(第三十条—第三十一条)

第七章 雑則(第三十二条—第四十二条)

第八章 罰則(第四十三条—第四十七条)

附則

第一章 総則

第一条 この法律は、難病(発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であつて、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とするものとなるものをいう。以下同じ。)の患者に対する医療その他難病に関する施策(以下「難病の患者に対する医療等」という。)に関し必要な事項を定めることにより、難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保及び難病の患者の療養生活の質の維持向上を図り、もつて国民保健の向上を図ることを目的とする。

(基本理念)

第二条 難病の患者に対する医療等は、難病の克服を目指し、難病の患者がその社会参加の機会が確保されること及び地域社会において尊敬を保持しつつ他の人々と共生することを妨げられないことを旨として、難病の特性に応じて、社会福祉その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に行われなければならない。

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、難病に関する情報の収集、整理及び提供並びに教育活動、広報活動等を通じて難病に関する正しい知識の普及を図るよう、相互に連携を図りつつ、必要な施策を講ずるよう努めなければならない。

2 国及び都道府県は、難病の患者に対する医療に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、難病の患者が良質かつ適切な医療を受けられるよう、相互に連携を図りつつ、必要な施策を講ずるよう努めなければならない。

3 国は、難病に関する調査及び研究並びに難病の患者に対する医療のための医薬品及び医療機器の研究開発の推進を図るための体制を整備し、国際的な連携を確保するよう努めるとともに、地方公共団体に対し前二項の責務が十分に果たされるように必要な技術的及び財政的援助を与えることに努めなければならない。

第二章 基本方針

第四条 厚生労働大臣は、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針(以下「基本方針」という。)を定めなければならない。

2 基本方針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

一 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方向

二 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

三 難病の患者に対する医療に関する人材の養成に関する事項

四 難病に関する調査及び研究に関する事項

五 難病の患者に対する医療のための医薬品及び医療機器に関する研究開発の推進に関する事項

六 難病の患者の療養生活の環境整備に関する事項

七 難病の患者に対する医療等と難病の患者に対する福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策その他の関連する施策との連携に関する事項

八 その他難病の患者に対する医療等の推進に関する重要事項

3 厚生労働大臣は、少なくとも五年ごとに基本方針に再検討を加え、必要があると認めるとき

は、これを変更するものとする。

4 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するとともに、厚生科学審議会の意見を聴かなければならない。

5 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

6 厚生労働大臣は、基本方針の策定のため必要があると認めるときは、医療機関その他の関係者に対し、資料の提出その他必要な協力を求めることができる。

第三章 医療

第一節 特定医療費の支給

(特定医療費の支給)

第五条 都道府県は、支給認定(第七条第一項に規定する支給認定をいう。以下この条及び次条において同じ。)を受けた指定難病(難病のうち、当該難病の患者数が本邦において厚生労働省令で定める人数に達せず、かつ、当該難病の診断に客観的な指標による一定の基準が定まっていることその他の厚生労働省令で定める要件を満たすものである)であつて、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するものをいう。以下同じ。

の患者が、支給認定の有効期間(第九条に規定する支給認定の有効期間をいう。第七条第四項において同じ。)内において、特定医療(支給認定を受けた指定難病の患者に対し、都道府県知事が指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)が行う医療であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。以下同じ。)のうち、同条第三項の規定により定められた指定医療機関から受けるものであつて当該支給認定に係る指定難病に係るもの(以下「指定特定医療」という。))を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該支給認定を受けた指定難病の患者又は

その保護者(児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)第六条に規定する保護者をいう。以下同じ。)に対し、当該指定特定医療に要した費用について、特定医療費を支給する。

2 特定医療費の額は、一月につき、第一号に掲げる額(当該指定特定医療に食事療養(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第二項第一号に規定する食事療養をいう。以下この項において同じ。)が含まれるときは、当該額及び第二号に掲げる額の合算額、当該指定特定医療に生活療養(同条第二項第二号に規定する生活療養をいう。以下この項において同じ。)が含まれるときは、当該額及び第三号に掲げる額の合算額)とする。

一 同一の月に受けた指定特定医療(食事療養及び生活療養を除く。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、当該支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者の家計の負担能力、当該支給認定を受けた指定難病の患者の治療状況、当該支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者との世帯に属する他の支給認定を受けた指定難病の患者及び児童福祉法第十九条の三第三項に規定する医療費支給認定に係る同法第六条の二第一項に規定する小児慢性特定疾病児童等の数その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が当該算定した額の百分の二十(当該支給認定を受けた指定難病の患者が高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第五十条及び第五十一条の規定による後期高齢者医療の被保険者であつて、同法第六十七条第一項第一号に掲げる場合に該当する場合その他政令で定める場合にあっては、百分の十)に相当する額を超えるときは、当該相当する額を控除して得た額

二 当該指定特定医療(食事療養に限る。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、健康保険法第

八十五条第二項に規定する食事療養標準負担額、支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額を控除した額

三 当該指定特定医療(生活療養に限る。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、健康保険法第八十五条の二第二項に規定する生活療養標準負担額、支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額を控除した額

3 前項に規定する療養に要する費用の額の算定方法の例によることできないとき、及びこれによることを適当としないときの特定医療に要する費用の額の算定方法は、厚生労働大臣の定めるところによる。

(申請)

第六条 支給認定を受けようとする指定難病の患者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の定める医師(以下「指定医」という。)の診断書(指定難病の患者が指定難病にかかっていること及びその病状の程度を証する書面として厚生労働省令で定めるものをいう。)を添えて、その居住地の都道府県に申請をしなければならない。

2 指定医の指定の手続その他指定医に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(支給認定等)

第七条 都道府県は、前条第一項の申請に係る指定難病の患者が、次の各号のいずれかに該当する場合であつて特定医療を受ける必要があるときは、支給認定を行うものとする。

一 その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度であるとき。

二 その治療状況その他の事情を勘案して政令で定める基準に該当するとき。

2 都道府県は、前条第一項の申請があつた場合において、支給認定をしないこととするとき

(申請の形式上の要件に適合しない場合として厚生労働省令で定める場合を除く。)は、あらかじめ、次条第一項に規定する指定難病審査会に当該申請に係る指定難病の患者について支給認定をしないことに関し審査を求めなければならない。

3 都道府県は、支給認定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、指定医療機関の中から、当該支給認定を受けた指定難病の患者が特定医療を受けるものを定めるものとする。

4 都道府県は、支給認定をしたときは、支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者(以下「支給認定患者等」という。)に対し、厚生労働省令で定めるところにより、支給認定の有効期間、前項の規定により定められた指定医療機関の名称その他の厚生労働省令で定める事項を記載した医療受給者証(以下「医療受給者証」という。)を交付しなければならない。

5 支給認定は、その申請のあつた日に遡ってその効力を生ずる。

6 指定特定医療を受けようとする支給認定患者等は、厚生労働省令で定めるところにより、第三項の規定により定められた指定医療機関に医療受給者証を提示して指定特定医療を受けるものとする。ただし、緊急の場合その他やむを得ない事由のある場合については、医療受給者証を提示することを要しない。

7 支給認定を受けた指定難病の患者が第三項の規定により定められた指定医療機関から指定特定医療を受けたとき(当該支給認定患者等が当該指定医療機関に医療受給者証を提示したときに限る。)、都道府県は、当該支給認定患者等が当該指定医療機関に支払うべき当該指定特定医療に要した費用について、特定医療費として当該支給認定患者等に支給すべき額の限度において、当該支給認定患者等に代わり、当該指定医療機関に支払うことができる。

8 前項の規定による支払があつたときは、当該支給認定患者等に対し、特定医療費の支給が

あつたものとみなす。

(指定難病審査会)

第八条 前条第二項の規定による審査を行わせるため、都道府県に、指定難病審査会を置く。

2 指定難病審査会の委員は、指定難病に関し学識経験を有する者(指定医である者に限る。)のうちから、都道府県知事が任命する。

3 委員の任期は、二年とする。

4 この法律に定めるもののほか、指定難病審査会に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(支給認定の有効期間)

第九条 支給認定は、厚生労働省令で定める期間(以下この節において「支給認定の有効期間」という。)内に限り、その効力を有する。

(支給認定の変更)

第十条 支給認定患者等は、現に受けている支給認定に係る第七条第三項の規定により定められた指定医療機関その他の厚生労働省令で定める事項を変更する必要があるときは、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県に対し、当該支給認定の変更の申請をすることができ、

2 都道府県は、前項の申請又は職権により、支給認定患者等につき、同項の厚生労働省令で定める事項を変更する必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、支給認定の変更の認定を行うことができる。この場合において、都道府県は、当該支給認定患者等に対し、医療受給者証の提出を求めるものとする。

3 都道府県は、前項の支給認定の変更の認定を行ったときは、医療受給者証に当該変更の認定に係る事項を記載し、これを返還するものとする。

(支給認定の取消し)

第十一条 支給認定を行った都道府県は、次に掲げる場合には、当該支給認定を取り消すことができる。

一 支給認定を受けた患者が、第七条第一項各

号のいずれにも該当しなくなったと認めるとき。

二 支給認定患者等が、支給認定の有効期間内に、当該都道府県以外の都道府県の区域内に居住地を有するに至つたと認めるとき。

三 支給認定患者等が、正当な理由がなく、第三十五条第一項又は第三十六条第一項の規定による命令に応じないとき。

四 その他政令で定めるとき。

2 前項の規定により支給認定の取消しを行った都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、当該取消しに係る支給認定患者等に対し、医療受給者証の返還を求めるものとする。

(他の法令による給付との調整)

第十二条 特定医療費の支給は、当該指定難病の患者に対する医療につき、健康保険法の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付であつて政令で定めるもののうち特定医療費の支給に相当するものを受けることができるときは、政令で定める限度において、当該政令で定める給付以外の給付であつて国又は地方公共団体の負担において特定医療費の支給に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。

(厚生労働省令への委任)

第十三条 この節に定めるもののほか、特定医療費の支給に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第二節 指定医療機関

(指定医療機関の指定)

第十四条 第五条第一項の規定による指定医療機関の指定(以下この節において「指定医療機関の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、病院若しくは診療所(これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。以下同じ。)又は薬局の開設者の申請により行う。

2 都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するとき、指定医療機関の指定をしてはならない。

一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

二 申請者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

三 申請者が、第二十三条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成五年法律第八十八号)第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該取消しが、指定医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文の規定による指定医療機関の指定の取消しに該当しないこととする。ことが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

四 申請者が、第二十三条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日第六号において「通知日」という。)から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第二十条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退に

ついて相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

五 申請者が、第二十一条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第二十三条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六 第四号に規定する期間内に第二十条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前六十日以内に当該申出に係る法人(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)の役員等又は当該申出に係る法人でない者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 申請者が、前項の申請前五年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

八 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

九 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

3 都道府県知事は、第一項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するとき、指定医療機関の指定をしないことができる。

一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は厚生労働省令で定める事業所若しくは施設でないとき。 二 当該申請に係る病院若しくは診療所若しくは薬局又は申請者が、特定医療費の支給に関し診療又は調剤の内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第十八条の規定による指導又は第二十二条第一項の規定による勧告を受けたものであるとき。 三 申請者が、第二十二条第三項の規定による命令に従わないものであるとき。 四 前三号に掲げる場合のほか、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、指定医療機関として著しく不適当と認めるものであるとき。	いとき、及びこれによることを適当としないときの診療方針は、厚生労働大臣が定めるところによる。 (都道府県知事の指導) 第十八条 指定医療機関は、特定医療の実施に関し、都道府県知事の指導を受けなければならない。 (変更の届出) 第十九条 指定医療機関は、当該指定医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。	命ぜられてこれに従わず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、都道府県知事は、当該指定医療機関に対する特定医療費の支払を一時差し止めることができる。 (勧告、命令等) 第二十二条 都道府県知事は、指定医療機関が、第十六条又は第十七条の規定に従って特定医療を行っていないと認めるときは、当該指定医療機関の開設者に対し、期限を定めて、第十六条又は第十七条の規定を遵守すべきことを勧告することができる。 2 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、その勧告を受けた指定医療機関の開設者が、同項の期限内にこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。	五 指定医療機関が、第二十一条第一項の規定により報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。 六 指定医療機関の開設者又は従業者が、第二十一条第一項の規定により出頭を求められてこれに 응ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定医療機関の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定医療機関の開設者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
(指定の更新) 第十五条 指定医療機関の指定は、六年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。 2 健康保険法第六十八條第二項の規定は、前項の指定医療機関の指定の更新について準用する。この場合において、同条第二項中「保険医療機関(第六十五條第二項の病院及び診療所を除く。又は保険薬局」とあるのは「難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定医療機関」と、「前項」とあるのは「同法第十五条第一項」と、「同条第一項」とあるのは「同法第十四条第一項」と読み替えるものとする。	(報告等) 第二十一条 都道府県知事は、特定医療の実施に関し必要があると認めるときは、指定医療機関若しくは指定医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者であつた者(以下この項において「開設者であつた者等」という。)に対し報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、指定医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者(開設者であつた者等を含む。)に対し出頭を求め、又は当該職員に、関係者に対し質問させ、若しくは指定医療機関について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。	3 都道府県知事は、第一項の規定による勧告を受けた指定医療機関の開設者が、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、当該指定医療機関の開設者に対し、期限を定めて、その勧告に係る措置をとるべきことを命ずることができる。 4 都道府県知事は、前項の規定による命令をしたときは、その旨を公示しなければならない。(指定の取消し等) 第二十三条 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定医療機関に係る指定医療機関の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定医療機関の指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。	七 指定医療機関が、不正の手段により指定医療機関の指定を受けたとき。 八 前各号に掲げる場合のほか、指定医療機関が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分違反したとき。 九 前各号に掲げる場合のほか、指定医療機関が、特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。 十 指定医療機関が法人である場合において、その役員等のうちに指定医療機関の指定の取消し又は指定医療機関の指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以上に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるに至ったとき。 十一 指定医療機関が法人でない場合において、その管理者が指定医療機関の指定の取消し又は指定医療機関の指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以上に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるに至ったとき。
(指定医療機関の責務) 第十六条 指定医療機関は、厚生労働省令で定めるところにより、良質かつ適切な特定医療を行わなければならない。 (診療方針) 第十七条 指定医療機関の診療方針は、健康保険の診療方針の例による。 2 前項に規定する診療方針によることができない	2 前項の規定による質問又は検査を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。 3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。 4 指定医療機関が、正当な理由がなく、第一項の規定による報告若しくは提出若しくは提示を	一 指定医療機関が、第十四条第二項第一号、第二号、第八号又は第九号のいずれかに該当するに至ったとき。 二 指定医療機関が、第十四条第三項各号のいずれかに該当するに至ったとき。 三 指定医療機関が、第十六条又は第十七条の規定に違反したとき。 四 特定医療費の請求に関し不正があつたと	(公示) 第二十四条 都道府県知事は、次に掲げる場合には、その旨を公示しなければならない。

一 指定医療機関の指定をしたとき。

二 第十九条の規定による届出(同条の厚生労働省令で定める事項の変更に係るものを除く。)があつたとき。

三 第二十条の規定による指定医療機関の指定の辞退があつたとき。

四 前条の規定により指定医療機関の指定を取り消したとき。

(特定医療費の審査及び支払)

第二十五条 都道府県知事は、指定医療機関の診療内容及び特定医療費の請求を随時審査し、かつ、指定医療機関が第七条第七項の規定によつて請求することができる特定医療費の額を決定することができる。

2 指定医療機関は、都道府県知事が行う前項の決定に従わなければならない。

3 都道府県知事は、第一項の規定により指定医療機関が請求することができる特定医療費の額を決定するに当たっては、社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百二十九号)に定める審査委員会、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)に定める国民健康保険診療報酬審査委員会その他政令で定める医療に関する審査機関の意見を聴かなければならない。

4 都道府県は、指定医療機関に対する特定医療費の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会その他厚生労働省令で定める者に委託することができる。

5 前各項に定めるもののほか、特定医療費の請求に關し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

6 第一項の規定による特定医療費の額の決定については、行政不服審査法(昭和二十七年法律第六十号)による不服申立てをすることができない。

(厚生労働省令への委任)

第二十六条 この節に定めるもののほか、指定医療機関に關し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

める。

第四章 調査及び研究

第二十七条 国は、難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図るための基盤となる難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進するものとする。

2 国は、前項に規定する調査及び研究の推進に当たっては、小児慢性特定疾病(児童福祉法第六条の二に規定する小児慢性特定疾病をいう。)の治療方法その他同法第二十一条の四第一項に規定する疾病児童等の健全な育成に資する調査及び研究との適切な連携を図るよう留意するものとする。

3 厚生労働大臣は、第一項に規定する調査及び研究の成果を適切な方法により難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を行う者、医師、難病の患者及びその家族その他の関係者に対して積極的に提供するものとする。

4 厚生労働大臣は、前項の規定により第一項に規定する調査及び研究の成果を提供するに当たっては、個人情報保護の保護に留意しなければならない。

第五章 療養生活環境整備事業

(療養生活環境整備事業)

第二十八条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、療養生活環境整備事業として、次に掲げる事業を行うことができる。

一 難病の患者の療養生活に関する各般の問題につき、難病の患者及びその家族その他の関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業

二 難病の患者に対する保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者又はこれらの者に對し必要な指導を行う者を育成する事業

三 適切な医療の確保の観点から厚生労働省令で定める基準に照らして訪問看護 難病の患者に對し、その者の居宅において看護師その

他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。以下この号において同じ。)を受けることが必要と認められる難病の患者につき、厚生労働省令で定めるところにより、訪問看護を行う事業

2 都道府県は、医療機関その他の厚生労働省令で定める者に対し、前項第一号に掲げる事業の全部又は一部を委託することができる。

3 第一項の規定により同項第一号に掲げる事業を行う都道府県及び前項の規定による委託を受けて当該委託に係る事業を実施する者は、同号に掲げる事業及び当該委託に係る事業の効果的な実施のために、指定医療機関その他の関係者との連携に努めなければならない。

4 第二項の規定による委託を受けて当該委託に係る事業を実施する者その者が法人である場合にあつては、その役員若しくはその職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事業に關して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(難病相談支援センター)

第二十九条 難病相談支援センターは、前条第一項第一号に掲げる事業を実施し、難病の患者の療養生活の質の維持向上を支援することを目的とする施設とする。

2 前条第一項第一号に掲げる事業を行う都道府県は、難病相談支援センターを設置することができる。

3 前条第二項の規定による委託を受けた者は、当該委託に係る事業を実施するため、厚生労働省令で定めるところにより、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、難病相談支援センターを設置することができる。

第六章 費用

(都道府県の支弁)

第三十条 次に掲げる費用は、都道府県の支弁とする。

一 特定医療費の支給に要する費用

二 療養生活環境整備事業に要する費用

(国の負担及び補助)

第三十一条 国は、政令で定めるところにより、前条の規定により都道府県が支弁する費用のうち、同条第一号に掲げる費用の百分の五十を負担する。

2 国は、予算の範囲内において、政令で定めるところにより、前条の規定により都道府県が支弁する費用のうち、同条第二号に掲げる費用の百分の五十以内を補助することができる。

第七章 雑則

(難病対策地域協議会)

第三十二条 都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、単独で又は共同して、難病の患者への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに難病の患者及びその家族並びに難病の患者に対する医療又は難病の患者の福祉、教育若しくは雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者(次項において「関係機関等」という。)により構成される難病対策地域協議会(以下「協議会」という。)を置くように努めるものとする。

2 協議会は、関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における難病の患者への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

3 協議会の事務に従事する者又は当該者であつた者は、正当な理由がなく、協議会の事務に關して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(協議会の定める事項)

第三十三条 前条に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に關し必要な事項は、協議会が定める。

(不正利得の徴収)

第三十四条 都道府県は、偽りその他不正の手段により特定医療費の支給を受けた者があるとき

は、その者から、その特定医療費の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 都道府県は、指定医療機関が、偽りその他不正の行為により特定医療費の支給を受けたときは、当該指定医療機関に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に百分の四十を乗じて得た額を支払わせることができる。

3 前二項の規定による徴収金は、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百三十一条の三第三項に規定する法律で定める歳入とする。

（報告等）

第三十五条 都道府県は、特定医療費の支給に關して必要があると認めるときは、指定難病の患者、その保護者若しくは配偶者若しくはその患者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらの者であつた者に対し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

2 第二十一条第二項の規定は前項の規定による質問について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

（厚生労働大臣の特定医療費の支給に関する調査等）

第三十六条 厚生労働大臣は、特定医療費の支給に關して緊急の必要があると認めるときは、当該都道府県の知事との密接な連携の下に、当該特定医療費の支給に係る指定難病の患者若しくはその保護者又はこれらの者であつた者に対し、当該特定医療費の支給に係る特定医療の内容に關し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

2 厚生労働大臣は、特定医療費の支給に關して緊急の必要があると認めるときは、当該都道府県の知事との密接な連携の下に、特定医療を

行つた者若しくはこれを使用した者に対し、その行つた特定医療に關し、報告若しくは当該特定医療の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に關係者に対し質問させることができる。

3 第二十一条第二項の規定は前二項の規定による質問について、同条第三項の規定は前二項の規定による権限について準用する。

（資料の提供等）

第三十七条 都道府県は、特定医療費の支給に關して必要があると認めるときは、指定難病の患者、その保護者若しくは配偶者又はその患者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産又は収入の状況につき、官公署に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは指定難病の患者の雇用主その他の關係人に報告を求めることができる。

（受給権の保護）

第三十八条 特定医療費の支給を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない。

（租税その他の公課の禁止）

第三十九条 租税その他の公課は、特定医療費として支給を受けた金銭を標準として、課することができない。

（大都市の特例）

第四十条 この法律中都道府県が処理することとされている事務に關する規定で政令で定めるものは、地方自治法第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下この条において「指定都市」という。）においては、政令で定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に關する規定は、指定都市に關する規定として指定都市に適用があるものとする。

（権限の委任）

第四十一条 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、

地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

（実施規定）

第四十二条 この法律に特別の規定があるものを除くほか、この法律の実施のための手続その他その執行について必要な細則は、厚生労働省令で定める。

第八章 罰則

第四十三条 指定難病審査会の委員又はその委員であつた者が、正当な理由がなく、職務上知り得た秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第四十四条 第二十八条第四項又は第三十二条第三項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第四十五条 第三十六条第一項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者は、三十万円以下の罰金に処する。

第四十六条 第三十六条第二項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者は、十万円以下の過料に処する。

第四十七条 都道府県は、条例で、次の各号のいずれかに該当する者に対し十万円以下の過料を科する規定を設けることができる。

一 第十一条第二項の規定による医療受給者証の返還を求められてこれに応じない者

二 正当な理由がなく、第三十五条第一項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

ず、若しくは虚偽の答弁をした者

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は、平成二十七年一月一日から施行する。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、第七条（子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に關する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成二十四年法律第六十七号）第六十五条の改正規定に限る。）、第八条、第十二条及び第十三条の規定 公布の日
二 第四十条及び附則第四条の規定 平成三十四年四月一日

（検討）

第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ、特定医療費の支給に係る事務の実施主体の在り方その他の事項について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

（施行前の準備）

第三条 厚生労働大臣は、この法律の施行前においても、第四条の規定の例により、基本方針を定めることができる。この場合において、厚生労働大臣は、この法律の施行前においても、同条の規定の例により、これを公表することができる。

2 前項の規定により定められた基本方針は、この法律の施行の日（以下この条において「施行日」という。）において第四条の規定により定められたものとみなす。

3 厚生労働大臣は、この法律の施行前においても、第五条第一項の規定の例により、指定難病を指定することができる。

4 前項の規定により指定された指定難病は、施行日において第五条第一項の規定により指定されたものとみなす。

する医療等に関する法律第十二条に規定する他の支給に関する情報であつ

の法令による給
付の支給を行う
こととされてい
る者

て主務省令で定めるもの

(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の一部改正)

第十条 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(平成二十五年法律第二十八号)の一部を次のように改正する。

第十九条のうち住民基本台帳法(昭和四十二年法律第八十一号)別表第三の五の項の次に次のように加える改正規定中五の六の項の次に次のように加える。

五の七 都道府県知事

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第
号)による同法第五条第一項の特定医療費の支給に関する事務で
あつて総務省令で定めるもの

第十九条のうち住民基本台帳法別表第五第六
号の次に三号を加える改正規定中「三号」を「四
号」に改め、第六号の四の次に次の一号を加え
る。

六の五 難病の患者に対する医療等に関する
法律による同法第五条第一項の特定医療費
の支給に関する事務であつて総務省令で定
めるもの

(生活困窮者自立支援法の一部改正)

第十一条 生活困窮者自立支援法(平成二十五年
法律第五号)の一部を次のように改正する。

附則第五条のうち地方財政法第十条の改正規
定中「三十三」を「三十四」に改める。

附則第六条第一項中「三十三」を「三十四」に、
「三十二」を「三十三」に改め、同条第二項中「三
十二」を「三十三」に、「三十三」を「三十四」に改
める。

(厚生労働省設置法の一部改正)

第十二条 厚生労働省設置法(平成十一年法律第
九十七号)の一部を次のように改正する。

第八条第一項第四号中「及び生活衛生関係営
業の運営の適正化及び振興に関する法律を」、
生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関

する法律及び難病の患者に対する医療等に関す
る法律(平成二十六年法律第 号)に改め
る。
(政令への委任)
第十三条 この附則に定めるもののほか、この法
律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定め
る。

理 由

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(平成二十五年法律第百十
二号)に基づく措置として、難病の患者に対する
医療その他難病に関する施策に関し、基本方針の
策定、難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費
助成の制度の確立、難病の医療に関する調査及び
研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措
置を講ずる必要がある。これが、この法律案を提
出する理由である。

児童福祉法の一部を改正する法律案

児童福祉法の一部を改正する法律
児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)の
一部を次のように改正する。

目次中「第一節 療育の指導等(第十九条―第二十一条の五)」を

定疾病医療費の支給等

療費の支給(第十九条の二―第十九条の八)

病医療機関(第十九条の九―第十九条の二十一)

童等自立支援事業(第十九条の二十二)

第二十一条の三

第二十一条の五

に改める。

第六条中「保護者とは」の下に、「第十九条の三、
第五十七条の三第二項、第五十七条の三の三第二
項及び第五十七条の四第二項を除き」を加える。
第六条の二第三項中「指定医療機関」を「指定発
達支援医療機関」に改め、同条を第六条の二の二
とする。

第六条の次に次の一条を加える。

第六条の二 この法律で、小児慢性特定疾病と
は、児童又は児童以外の満二十歳に満たない者
(以下「児童等」という。)が当該疾病にかかつて
いることにより、長期にわたり療養を必要とし、
及びその生命に危険が及ぶおそれがあるものであ
つて、療養のために多額の費用を要するものとして
厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定
める疾病をいう。

この法律で、小児慢性特定疾病医療支援と
は、都道府県知事が指定する医療機関(以下「指
定小児慢性特定疾病医療機関」という。)に通
い、又は入院する小児慢性特定疾病にかかつて
いる児童等(政令で定めるものに限る。以下「小
児慢性特定疾病児童等」という。)であつて、当
該疾病の状態が当該小児慢性特定疾病ごとに厚

「第一節 療育の指導、小児慢性特

第一款 療育の指導(第十九条)

第二款 小児慢性特定疾病医療

第一款 小児慢性特定疾病医

第二款 指定小児慢性特定疾

第三款 小児慢性特定疾病児

第四款 療育の給付(第二十条―

第四款 雑則(第二十一条の四、

生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定
める程度であるものに対し行われる医療(当該
小児慢性特定疾病に係るものに限る。)をいう。
第七条第二項中「指定医療機関」を「指定発達支
援医療機関」に改める。
第二章第一節の節名を次のように改める。

第一節 療育の指導、小児慢性特定疾病

医療費の支給等

第二章第一節中第十九条の前に次の款名を付す
る。

第一款 療育の指導

第十九条の次に次の一款及び款名を加える。

第二款 小児慢性特定疾病医療費の支

給

第一目 小児慢性特定疾病医療費の

支給

第十九条の二 都道府県は、次条第三項に規定す
る医療費支給認定(以下この条において「医療費
支給認定」という。)に係る小児慢性特定疾病児
童等が、次条第六項に規定する医療費支給認定
の有効期間内において、指定小児慢性特定疾病
医療機関(同条第五項の規定により定められた

ものに限る。から当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援(以下「指定小児慢性特定疾病医療支援」という。)を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該小児慢性特定疾病児童等に係る同条第七項に規定する医療費支給認定保護者(次項において「医療費支給認定保護者」という。)に対し、当該指定小児慢性特定疾病医療支援に要した費用について、小児慢性特定疾病医療費を支給する。

小児慢性特定疾病医療費の額は、一月につき、次に掲げる額の合算額とする。

- 一 同一の月に受けた指定小児慢性特定疾病医療支援(食事療養(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第二項第一号に規定する食事療養をいう。第二十一条の五の二十八第二項及び第二十四条の二十二第二項において同じ。)を除く。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、当該医療費支給認定保護者の家計の負担能力、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の治療の状況又は身体の状態、当該医療費支給認定保護者同一の世帯に属する他の医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等及び難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第号)第七十一条に規定する支給認定を受けた指定難病(同法第五十一条に規定する指定難病をいう。)の患者の数その他の事情を勘酌して政令で定める額(当該政令で定める額が当該算定した額の百分の二十に相当する額を超えるときは、当該相当する額を控除して得た額

二 当該指定小児慢性特定疾病医療支援(食事療養に限る。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、健康保険法第八十五条第二項に規定する食事療養標準負担額、医療費支給認定保護者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額を控除した額

前項に規定する療養に要する費用の額の算定方法の例によることのできないとき、及びこれによることを適当としないときの小児慢性特定疾病医療支援に要する費用の額の算定方法は、厚生労働大臣の定めるところによる。

第十九条の三 小児慢性特定疾病児童等の保護者(小児慢性特定疾病児童等の親権を行う者、未成年後見人その他の者で、当該小児慢性特定疾病児童等を現に監護する者)をいう。以下この条、第五十七条の三第二項、第五十七条の三第二項及び第五十七条の四第二項において同じ。は、前条第一項の規定により小児慢性特定疾病医療費の支給を受けようとするときは、都道府県知事の定める医師(以下「指定医」という。)の診断書(小児慢性特定疾病児童等が小児慢性特定疾病にかかつており、かつ、当該小児慢性特定疾病の状態が第六条の二第二項に規定する厚生労働大臣が定める程度であることを証する書面として厚生労働省令で定めるものをいう。)を添えて、都道府県に申請しなければならない。

指定医の指定の手続その他指定医に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

都道府県は、第一項の申請に係る小児慢性特定疾病児童等が小児慢性特定疾病にかかつており、かつ、当該小児慢性特定疾病の状態が第六条の二第二項に規定する厚生労働大臣が定める程度であると認められる場合には、小児慢性特定疾病医療費を支給する旨の認定(以下「医療費支給認定」という。)を行うものとする。

都道府県は、第一項の申請があつた場合において、医療費支給認定をしないこととするとき(申請の形式上の要件に適合しない場合として厚生労働省令で定める場合を除く。)は、あらかじめ、次条第一項に規定する小児慢性特定疾病審査会に当該申請に係る小児慢性特定疾病児童等の保護者について医療費支給認定をしないことに関し審査を求めなければならない。

厚生労働省令で定めるところにより、指定小児慢性特定疾病医療機関の中から、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が小児慢性特定疾病医療支援を受けるものを定めるものとする。

医療費支給認定は、厚生労働省令で定める期間(次項及び第十九条の六第一項第二号において「医療費支給認定の有効期間」という。)内に限り、その効力を有する。

都道府県は、医療費支給認定をしたときは、当該医療費支給認定を受けた小児慢性特定疾病児童等の保護者(以下「医療費支給認定保護者」という。)に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医療費支給認定の有効期間を記載した医療費支給証(以下「医療費支給証」という。)を交付しなければならない。

医療費支給認定は、その申請のあつた日に遡つてその効力を生ずる。

指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする医療費支給認定保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、第五項の規定により定められた指定小児慢性特定疾病医療機関に医療費支給証を提示して指定小児慢性特定疾病医療支援を受けるものとする。ただし、緊急の場合その他やむを得ない事由のある場合については、医療費支給証を提示することを要しない。

医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が第五項の規定により定められた指定小児慢性特定疾病医療機関から指定小児慢性特定疾病医療支援を受けたときは(当該小児慢性特定疾病児童等に係る医療費支給認定保護者が当該指定小児慢性特定疾病医療機関に医療費支給証を提示したときに限る。)、都道府県は、当該医療費支給認定保護者が当該指定小児慢性特定疾病医療機関に支払うべき当該指定小児慢性特定疾病医療支援に要した費用について、小児慢性特定疾病医療費として当該医療費支給認定保護者に支給すべき額の限度において、当該医療費支給認定保護者に代わり、当該指定小児慢性特定

疾病医療機関に支払うことができる。

前項の規定による支払があつたときは、当該医療費支給認定保護者に対し、小児慢性特定疾病医療費の支給があつたものとみなす。

第十九条の四 前条第四項の規定による審査を行わせるため、都道府県は、小児慢性特定疾病審査会を置く。

小児慢性特定疾病審査会の委員は、小児慢性特定疾病に関し知見を有する医師その他の関係者のうちから、都道府県知事が任命する。

委員の任期は、二年とする。

この法律に定めるもののほか、小児慢性特定疾病審査会に必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第十九条の五 医療費支給認定保護者は、現に受けている医療費支給認定に係る第十九条の三第五項の規定により定められた指定小児慢性特定疾病医療機関その他の厚生労働省令で定める事項を変更する必要があるときは、都道府県に対し、当該医療費支給認定の変更の申請をすることができ。

都道府県は、前項の申請又は職権により、医療費支給認定保護者に対し、必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、医療費支給認定の変更の認定を行うことができる。この場合において、都道府県は、当該医療費支給認定保護者に対し医療費支給証の提出を求めるものとする。

都道府県は、前項の医療費支給認定の変更の認定を行ったときは、医療費支給証に当該変更の認定に係る事項を記載し、これを返還するものとする。

第十九条の六 医療費支給認定を行つた都道府県は、次に掲げる場合には、当該医療費支給認定を取り消すことができる。

一 医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が、その疾病の状態、治療の状況等からみて指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける必要がなくなつたと認めるとき。

二 医療費支給認定保護者が、医療費支給認定の有効期間内に、当該都道府県以外の都道府県の区域内に居住地を有するに至つたと認めるとき。

三 その他政令で定めるとき。

前項の規定により医療費支給認定の取消しを行つた都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、当該取消しに係る医療費支給認定保護者に対し、医療受給者証の返還を求めるものとする。

第十九条の七 小児慢性特定疾病医療費の支給は、当該小児慢性特定疾病の状態につき、健康保険法の規定による家族療養費その他の法令に基づく給付であつて政令で定めるもののうち小児慢性特定疾病医療費の支給に相当するものを受けることができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付以外の給付であつて国又は地方公共団体の負担において小児慢性特定疾病医療費の支給に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。

第十九条の八 この目に定めるもののほか、小児慢性特定疾病医療費の支給に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第二目 指定小児慢性特定疾病医療機関

第十九条の九 第六条の二第二項の指定（以下「指定小児慢性特定疾病医療機関の指定」という。）は、厚生労働省令で定めるところにより、病院若しくは診療所（これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。以下同じ。）又は薬局の開設者の申請があつたものについて行う。

都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するとき、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしない。

一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

二 申請者が、この法律その他国民の保健医療

若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

三 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

四 申請者が、第十九条の十八の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

五 申請者が、第十九条の十八の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日（第七号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第十九条の十五の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六 申請者が、第十九条の十六第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第十九条の十八の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うかどうかの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第十九条の十五の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 第五号に規定する期間内に第十九条の十五の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前六十日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 申請者が、前項の申請前五年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

九 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第八号までのいずれかに該当する

者であるとき。

都道府県知事は、第一項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしないことができる。

一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は厚生労働省令で定める事業所若しくは施設でないとき。

二 当該申請に係る病院若しくは診療所若しくは薬局又は申請者が、小児慢性特定疾病医療費の支給に関し診療又は調剤の内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第十九条の十三の規定による指導又は第十九条の十七第一項の規定による勧告を受けたものであるとき。

三 申請者が、第十九条の十七第三項の規定による命令に従わないものであるとき。

四 前三号に掲げる場合のほか、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、指定小児慢性特定疾病医療機関として著しく不適当と認めるものであるとき。

第十九条の十 指定小児慢性特定疾病医療機関の指定は、六年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によつて、その効力を失う。健康保険法第六十八条第二項の規定は、前項の更新について準用する。この場合において、第十九条の十一 指定小児慢性特定疾病医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援を行わなければならない。

第十九条の十二 指定小児慢性特定疾病医療機関の診療方針は、健康保険の診療方針の例による。

前項に規定する診療方針によることができな

いとき、及びこれによることを適当としないとき、の診療方針は、厚生労働大臣が定めるところ

による。

第十九条の十三 指定小児慢性特定疾病医療機関は、小児慢性特定疾病医療支援の実施に関し、都道府県知事の指導を受けなければならない。

第十九条の十四 指定小児慢性特定疾病医療機関は、当該指定に係る医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があつたときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

第十九条の十五 指定小児慢性特定疾病医療機関は、一月以上の予告期間を設けて、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退することができる。

第十九条の十六 都道府県知事は、小児慢性特定疾病医療支援の実施に関して必要があると認めるときは、指定小児慢性特定疾病医療機関若しくは指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者であつた者（以下この項において「開設者であつた者等」という。）に対し、報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者（開設者であつた者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に、関係者に対し質問させ、若しくは当該指定小児慢性特定疾病医療機関について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

前項の規定による質問又は検査を行う場合において、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

指定小児慢性特定疾病医療機関が、正当な理由がないのに、第一項の規定により報告若しくは提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定

による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、都道府県知事は、当該指定小児慢性特定疾病医療機関に対する小児慢性特定疾病医療費の支払を一時差し止めることができる。

第十九条の十七 都道府県知事は、指定小児慢性特定疾病医療機関が、第十九条の十一又は第十九条の十二の規定に従つて小児慢性特定疾病医療支援を行つていないと認めるときは、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者に対し、期限を定めて、第十九条の十一又は第十九条の十二の規定を遵守すべきことを勧告することができる。

都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、その勧告を受けた指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が、同項の期限内にこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

都道府県知事は、第一項の規定による勧告を受けた指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかつたときは、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者に対し、期限を定めて、その勧告に係る措置をとるべきことを命ずることができる。

都道府県知事は、前項の規定による命令をしたときは、その旨を公示しなければならない。

第十九条の十八 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定小児慢性特定疾病医療機関に係る指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

一 指定小児慢性特定疾病医療機関が、第十九条の九第二項第一号から第三号まで、第九号又は第十号のいずれかに該当するに至つたとき。

二 指定小児慢性特定疾病医療機関が、第十九条の九第三項各号のいずれかに該当するに至つたとき。

つたとき。

三 指定小児慢性特定疾病医療機関が、第十九条の十一又は第十九条の十二の規定に違反したとき。

四 小児慢性特定疾病医療費の請求に関し不正があつたとき。

五 指定小児慢性特定疾病医療機関が、第十九条の十六第一項の規定により報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。

六 指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者又は従業者が、第十九条の十六第一項の規定により出頭を求められてこれに 응ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。

七 指定小児慢性特定疾病医療機関が、不正の手段により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を受けたとき。

八 前各号に掲げる場合のほか、指定小児慢性特定疾病医療機関が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。

九 前各号に掲げる場合のほか、指定小児慢性特定疾病医療機関が、小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。

十 指定小児慢性特定疾病医療機関が法人である場合において、その役員等のうちに指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消し又は指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき。

き前五年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者があつたとき。

十一 指定小児慢性特定疾病医療機関が法人でない場合において、その管理者が指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消し又は指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるに至つたとき。

第十九条の十九 都道府県知事は、次に掲げる場合には、その旨を公示しなければならない。

一 指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしたとき。

二 第十九条の十四の規定による届出（同条の厚生労働省令で定める事項の変更に係るものを除く。）があつたとき。

三 第十九条の十五の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退があつたとき。

四 前条の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消したとき。

第十九条の二十 都道府県知事は、指定小児慢性特定疾病医療機関の診療内容及び小児慢性特定疾病医療費の請求を随時審査し、かつ、指定小児慢性特定疾病医療機関が第十九条の第三十項の規定によつて請求することができる小児慢性特定疾病医療費の額を決定することができる。

指定小児慢性特定疾病医療機関は、都道府県知事が行う前項の決定に従わなければならない。

都道府県知事は、第一項の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関が請求することができる小児慢性特定疾病医療費の額を決定するに当たつては、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百九号）に定める審査委員会、国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）に定める国民健康保険診療報酬審査委

員会その他政令で定める医療に関する審査機関の意見を聴かなければならない。

都道府県は、指定小児慢性特定疾病医療機関に対する小児慢性特定疾病医療費の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）その他厚生労働省令で定める者に委託することができ

る。
第一項の規定による小児慢性特定疾病医療費の額の決定については、行政不服審査法による不服申立てをすることができない。

第十九条の二十一 この目に定めるもののほか、指定小児慢性特定疾病医療機関に必要事項は、厚生労働省令で定める。

第三目 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

第十九条の二十二 都道府県は、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業として、小児慢性特定疾病児童等に対する医療及び小児慢性特定疾病児童等の福祉に関する各般の問題につき、小児慢性特定疾病児童等、その家族その他の関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、関係機関との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業を行うものとする。

都道府県は、前項に掲げる事業のほか、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。

一 小児慢性特定疾病児童等について、医療機関その他の場所において、一時的に預かり、必要な療養上の管理、日常生活上の世話その他の必要な支援を行う事業

二 小児慢性特定疾病児童等が相互の交流を行う機会の提供その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業

三 小児慢性特定疾病児童等に対し、雇用情報の提供その他の小児慢性特定疾病児童等の就職に関し必要な支援を行う事業

四 小児慢性特定疾病児童等を現に介護する者の支援のため必要な事業

五 その他小児慢性特定疾病児童等の自立の支援のため必要な事業

都道府県は、前項各号に掲げる事業を行うに当たっては、関係機関並びに小児慢性特定疾病児童等及びその家族その他の関係者の意見を聴くものとする。

前三項に規定するもののほか、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施に必要事項は、厚生労働省令で定める。

第三款 療育の給付

第二十条第一項中「骨関節結核その他の」を削る。

第二十一条の二を次のように改める。

第二十一条の二 第十九条の十二及び第十九条の二十の規定は、指定療育機関について準用する。この場合において、必要な技術的読替は、政令で定める。

第二十一条の三を削り、第二十一条の四を第二十一条の三とし、同条の次に次の款名及び一条を加える。

第四款 雑則

第二十一条の四 国は、小児慢性特定疾病の治療方法その他小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等（第三項及び次条において「疾病児童等」という。）の健全な育成に資する調査及び研究を推進するものとする。

国は、前項に規定する調査及び研究の推進に当たっては、難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第一条に規定する難病をいう。以下この項において同じ。）の患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図るための基盤となる難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究との適切な連携を図るよう留意するものとする。

厚生労働大臣は、第一項に規定する調査及び研究の成果を適切な方法により小児慢性特定疾病の治療方法その他疾病児童等の健全な育成に資する調査及び研究を行う者、医師、疾病児童等及びその家族その他の関係者に対して積極的に提供するためとする。

病の治療方法その他疾病児童等の健全な育成に資する調査及び研究を行う者、医師、疾病児童等及びその家族その他の関係者に対して積極的に提供するためとする。

厚生労働大臣は、前項の規定により第一項に規定する調査及び研究の成果を提供するに当たっては、個人情報保護の保護に留意しなければならない。

第二十一条の五を次のように改める。

第二十一条の五 厚生労働大臣は、良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援の実施その他の疾病児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

第二十一条の五の三第一項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第二十一条の五の十五第二項第六号中「（平成五年法律第八十八号）を削る。

第二十一条の五の十七第一項及び第二十一条の五の十八第一項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第二十一条の五の二十一第二項及び第三項を次のように改める。

前項の規定は、指定発達支援医療機関の設置者について準用する。この場合において、必要な技術的読替は、政令で定める。

第十九条の十六第二項の規定は第一項前項において準用する場合を含む。の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は第一項（前項において準用する場合を含む。）の規定による権限について準用する。

第二十一条の五の二十一第四項を削る。

第二十一条の五の二十二第一項及び第五項並びに第二十一条の五の二十五第二項第二号中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第二十一条の五の二十六第五項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九条の十六第二項」に改める。

第二十一条の五の二十八第二項中「健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第二項第一

号に規定する食事療養をいう。第二十四条の二十第二項において同じ。」を削る。

第二十一条の五の二十九を次のように改める。

第二十一条の五の二十九 第十九条の十二及び第十九条の二十の規定は指定障害児通所支援事業者等に対する肢体不自由児通所医療費の支給について、第二十一条の規定は指定障害児通所支援事業者等について、それぞれ準用する。この場合において、必要な技術的読替は、政令で定める。

第二十四条の二第一項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第二十四条の十五第二項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九条の十六第二項」に改める。

第二十四条の十六第一項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第二十四条の二十一を次のように改める。

第二十四条の二十一 第十九条の十二及び第十九条の二十の規定は指定障害児入所施設等に対する障害児入所医療費の支給について、第二十一条の規定は指定障害児入所施設等について、それぞれ準用する。この場合において、必要な技術的読替は、政令で定める。

第二十四条の三十四第二項及び第二十四条の三十九第五項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九条の十六第二項」に改める。

第二十七條第三項、第三十一條第三項、第三十三條の十及び第三十三條の十四第二項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第五十條第五号の二を次のように改める。

五の二 小児慢性特定疾病医療費の支給に要する費用

第五十條第五号の二の次に次の一号を加える。

五の三 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業に要する費用

第五十三條中「第五号の二」を削る。

第五十六條第八項中「第二項を〔又は第二項〕

に改め、「又は第五項の規定による費用の支払の命令」を削り、同条第九項中「又は第七項」を削り、同条第十項中「又は第七項」を削り、「第三項」を「又は第三項」に改め、同条第五項から第七項までを削る。

第五十七條の二第三項中「及び」その者から、その下に「小児慢性特定疾病医療費又はを加え、同項の次に次の一項を加える。

都道府県は、指定小児慢性特定疾病医療機関が、偽りその他不正の行為により小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたときは、当該指定小児慢性特定疾病医療機関に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に百分の四十を乗じて得た額を支払わせることができる。

第五十七條の三第三項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九條の十六第二項」に、「前二項」を「前二項」に改め、同条第一項の次に次の一項を加える。

都道府県は、小児慢性特定疾病医療費の支給に關して必要があると認めるときは、小児慢性特定疾病児童等の保護者若しくは小児慢性特定疾病児童等の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらの者であつた者に対し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

第五十七條の三の二第二項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九條の十六第二項」に改める。

第五十七條の三の三第五項中「第二十一条の五の二十一第二項」を「第十九條の十六第二項」に改め、同条第三項の次に次の一項を加える。

厚生労働大臣は、小児慢性特定疾病医療費の支給に關して緊急の必要があると認めるときは、当該都道府県の知事との密接な連携の下に、小児慢性特定疾病医療支援を行った者又はこれを使用した者に対し、その行つた小児慢性特定疾病医療支援に關し、報告若しくは当該小

児慢性特定疾病医療支援の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に關係者に対し質問させることができる。

第五十七條の三の三第一項の次に次の一項を加える。

厚生労働大臣は、小児慢性特定疾病医療費の支給に關して緊急の必要があると認めるときは、当該都道府県の知事との密接な連携の下に、当該小児慢性特定疾病医療費の支給に係る小児慢性特定疾病児童等の保護者又は小児慢性特定疾病児童等の保護者であつた者に対し、当該小児慢性特定疾病医療費の支給に係る小児慢性特定疾病医療支援の内容に關し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

都道府県は、小児慢性特定疾病医療費の支給に關して必要があると認めるときは、小児慢性特定疾病児童等の保護者又は小児慢性特定疾病児童等の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産又は収入の状況につき、官公署に對し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは小児慢性特定疾病児童等の保護者の雇用主その他の關係者に報告を求めることができる。

第五十七條の五第二項中「障害児通所給付費等」を「小児慢性特定疾病医療費、障害児通所給付費等」に改める。

第五十九條の五第一項中「第二十一条の四第一項」を「第十九條の十六第一項、第二十一条の三第一項」に改める。

第六十條の二第一項中「正当な理由なしに」を「正当な理由がないのに」に改め、同条に第一項として次の一項を加える。

小児慢性特定疾病審査会の委員又はその委員であつた者が、正当な理由がないのに、職務上知り得た小児慢性特定疾病医療支援を行った者

の業務上の秘密又は個人の秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第六十二條第四号中「理由がないのに」の下に「第十九條の十六第一項」を加え、「同条第四項」を「同条第三項まで」に改める。

第六十二條の五中「第五十七條の三の三第三項又は第四項」を「第五十七條の三の三第四項から第六項まで」に改める。

第六十二條の六第一号中「第二十四条の四第二項」を「第十九條の六第二項の規定による医療受給者証又は第二十四条の四第二項に改め、同条第二号中「第五十七條の三第二項」を「第五十七條の三第二項又は第三項」に改める。

附則
(施行期日)
第一条 この法律は、平成二十七年一月一日から施行する。ただし、附則第四条、第六条及び第七十一条の規定は、公布の日から施行する。

(検討)
第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後の児童福祉法(以下「新法」という。)の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第三条 この法律の施行の日(以下「施行日」という。)前に行われたこの法律による改正前の児童福祉法第二十一条の五の事業の実施に要する費用についての都道府県及び国庫の負担、同条に規定する医療の給付を行う場合における当該措置に要する費用に係る支払命令並びに当該費用についての本人又はその扶養義務者からの費用の徴収については、なお従前の例による。

(施行前の準備)
第四条 厚生労働大臣は、この法律の施行前においても、新法第六條の二第一項の規定の例によ

り、小児慢性特定疾病を定めることができる。
2 前項の規定により定められた小児慢性特定疾病は、施行日において新法第六條の二第一項の規定により定められたものとみなす。

3 厚生労働大臣は、この法律の施行前においても、新法第六條の二第二項の規定の例により、小児慢性特定疾病の状態の程度を定めることができる。

4 前項の規定により定められた小児慢性特定疾病の状態の程度は、施行日において新法第六條の二第二項の規定により定められたものとみなす。

5 都道府県知事は、この法律の施行前においても、新法第十九條の三第一項及び第二項の規定の例により、指定医の指定をすることができる。

6 前項の規定により指定された指定医は、施行日において新法第十九條の三第一項及び第二項の規定により指定されたものとみなす。

7 都道府県知事は、この法律の施行前においても、新法第十九條の四(第三項を除く。)の規定の例により、小児慢性特定疾病審査会を置くことができる。

8 前項の規定により置かれた小児慢性特定疾病審査会は、施行日において新法第十九條の四の規定により置かれたものとみなす。

9 第七項の規定により置かれた小児慢性特定疾病審査会の委員の任期は、新法第十九條の四第三項の規定にかかわらず、平成二十八年十二月三十一日までとする。

10 この法律を施行するために必要な条例の制定又は改正、新法第十九條の三の規定による医療費支給認定の手続、新法第十九條の九の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の手続その他の行為は、この法律の施行前においても行うことができる。

(罰則に關する経過措置)
第五条 この法律の施行前にした行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に

第十二条 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を次

のように改正する。

別表第一の七の項中「登録」の下に、「小児慢性特定疾病医療費」を加え、「医療の給付等の事

業若しくは「及び」若しくは「支払命令」を削る。

別表第二中十六の項を削り、十五の項を十六の項とし、十四の項を十五の項とし、同表の十

三の項中若しくはを又はに改め、又は費用の支払命令」を削り、同項を同表の十四の項とし、同表中十二の項を十三の項とし、十一の

項を十二の項とし、十の項を十一の項とし、同

表の九の項中、生活保護法による保護の実施若しくは就労自立給付金の支給に関する情報（以下「生活保護関係情報」という。）又は中国残留邦

人等支援給付等の支給に関する情報（以下「中国
残留邦人等支援給付等関係情報」という。）を
「生活保護関係情報又は中国残留邦人等支援給
付等関係情報」に改め、同項を同表の十の項と
し、同表の八の項の次に次のように加える。

福祉法第十九条の七に規定

七に規定する
法令による給
する他の法令による給付の支給
に関する情報であつて主務省令

支給を行うこと されている者	で定めるもの
府県知事等	生活保護法による保護の実施若

しくは就労自立給付金の支給に
関する情報（以下「生活保護関係
情報」という。）又は中国残留邦
人等支援給付等の支給に関する

情報（以下「中国残留邦人等支援 給付等関係情報」という。）で あつて主務省令で定めるもの	村長
地方税関係情報又は住民票関係 情報であつて主務省令で定める もの	

九 都道府県 知事	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療費の支給に関する事務であつて主務省令で定めるもの	児童福祉法第十九条の七に規定する他の法令による給付の支給を行うこととされている者	児童福祉法第十九条の七に規定する他の法令による給付の支給に関する情報であつて主務省令で定めるもの
都道府県知事等	生活保護法による保護の実施若しくは就労自立給付金の支給に関する情報(以下「生活保護関係情報」という。)又は中国残留邦人等支援給付等の支給に関する情報(以下「中国残留邦人等支援給付等関係情報」という。)であつて主務省令で定めるもの	市町村長	地方税関係情報又は住民票関係情報であつて主務省令で定めるもの

別表第二の二十六の項中「児童福祉法による」の下に「小児慢性特定疾病医療費」を加え、同表の五十六の二の項中「障害児入所支援」の下に「小児慢性特定疾病医療費の支給」を加え、同表の八十七の項中「児童福祉法による」の下に「小児慢性特定疾病医療費」を加える。

(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の一部改正)

第十三条 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(平成二十五年法律第二十八号)の一部を次のように改正する。

第十九条のうち住民基本台帳法別表第二の五の項の次に次のように加える改正規定(同表の五の四の項に係る部分に限る。)、同法別表第三の七の項の次に次のように加える改正規定(同表の七の二の項に係る部分に限る。)、同法別表第四の四の項の次に次のように加える改正規定(同表の四の四の項に係る部分に限る。)、及び同法別表第五第八号の次に二号を加える改正規定(同表第八号の二に係る部分に限る。中「登録」の下に「同法第十九条の二第一項の小児慢性特定疾病医療費の支給」を加え、「同法第二十一条の五の事業の実施」を削り、「同法第二十二項、第三項若しくは第七項」を「若しくは同条第二項若しくは第三項」に改め、「若しくは同条第五項の費用の支払命令」を削る。

理由

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(平成二十五年法律百十二号)に基づく措置として、小児慢性特定疾病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立等の措置を講ずる必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

平成二十六年四月三十日印刷

平成二十六年五月一日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

C