

第百八十六回国会
衆議院

厚生労働委員会 議 録 第 十 三 号

平成二十六年四月十八日(金曜日)

午前九時二分開議

出席委員

委員長 後藤 茂之君

理事 あべ 俊子君

理事 北村 茂男君

理事 丹羽 雄哉君

理事 上野ひろし君

理事 赤枝 恒雄君

小田原 潔君

勝沼 栄明君

小松 裕君

佐々木 紀君

新谷 正義君

田中 英之君

高島 修一君

武井 俊輔君

中川 俊直君

船橋 利実君

牧島かれん君

三ツ林裕巳君

盛山 正仁君

山下 貴司君

中根 康浩君

柚木 道義君

浦野 靖人君

重徳 和彦君

梶屋 敬悟君

井坂 信彦君

金子 恭之君

とかしきなおみ君

山井 和則君

古屋 範子君

今枝宗一郎君

大串 正樹君

金子 恵美君

古賀 篤君

白須賀貴樹君

田所 嘉徳君

田畑 裕明君

高橋ひなこ君

豊田真由子君

永山 文雄君

堀内 詔子君

松本 純君

村井 英樹君

八木 哲也君

大西 健介君

長妻 昭君

足立 康史君

清水鴻一郎君

興水 恵一君

中島 克仁君

高橋千鶴子君

議員

厚生労働大臣

厚生労働副大臣

厚生労働大臣政務官

厚生労働大臣政務官

政府参考人

(厚生労働省健康局長)

政府参考人

(厚生労働省職業安定局雇

用開発部長)

政府参考人

(厚生労働省雇用均等・児

童家庭局長)

政府参考人

(厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長)

政府参考人

(厚生労働省保険局長)

厚生労働委員会専門員

高橋千鶴子君

田村 憲久君

土屋 品子君

高島 修一君

赤石 清美君

佐藤 敏信君

内田 俊彦君

石井 淳子君

蒲原 基道君

木倉 敬之君

中尾 淳子君

委員の異動

四月十八日

辞任

大久保三代君

金子 恵美君

新谷 正義君

同日

辞任

佐々木 紀君

田所 嘉徳君

八木 哲也君

同日

辞任

小田原 潔君

勝沼 栄明君

同日

辞任

武井 俊輔君

補欠選任

八木 哲也君

佐々木 紀君

田所 嘉徳君

同日

補欠選任

金子 恵美君

小田原 潔君

勝沼 栄明君

同日

補欠選任

新谷 正義君

武井 俊輔君

補欠選任

盛山 正仁君

同日

辞任

盛山 正仁君

同日

辞任

牧島かれん君

同日

補欠選任

大久保三代君

同日

四月十八日

介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案

(柚木道義君外五名提出、第百八十三回国会衆

法第二十七号)

は委員会の許可を得て撤回された。

同月十七日

安心して受けられる医療に関する請願(宮本岳

志君紹介)(第六七九号)

高度で危険性の高い医行為を看護師に実施させ

る制度の創設反対に関する請願(赤嶺政賢君紹

介)(第六八〇号)

同(塩川鉄也君紹介)(第七三三三号)

地域の景気回復に向け、中小事業所とそこで働

く労働者の社会保険料負担を引き下げることに

関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第六八一号)

同(塩川鉄也君紹介)(第六八二二号)

七十〜七十四歳の患者窓口負担一割の継続に関

する請願(赤嶺政賢君紹介)(第六八三三三)

同(宮本岳志君紹介)(第六八四四号)

社会保険拡充に関する請願(笠井亮君紹介)(第

六八五五号)

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)(第六八

六号)

同(畑浩治君紹介)(第六八七七号)

同(亀井静香君紹介)(第七〇四号)

同(畑浩治君紹介)(第七三四号)

同(篠原孝君紹介)(第七四六号)

同(小宮山泰子君紹介)(第七五九号)

同(黄川田徹君紹介)(第七九八号)

腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(金子

恵美君紹介)(第六八八号)

同(後藤斎君紹介)(第六八九号)

同(高木美智代君紹介)(第六九〇号)

同(長坂康正君紹介)(第六九一号)

同(前原誠司君紹介)(第六九二二号)

同(松本純君紹介)(第六九三三三)

同(御法川信英君紹介)(第六九四四号)

同(務台俊介君紹介)(第六九五五号)

同(遠藤利明君紹介)(第六九六六号)

同(梶山弘志君紹介)(第六九七七号)

同(工藤彰三君紹介)(第六九八八号)

同(田畑裕明君紹介)(第七〇九号)

同(永山文雄君紹介)(第七一〇号)

同(原田憲治君紹介)(第七一一号)

同(福山守君紹介)(第七一二二二)

同(山田賢司君紹介)(第七一三三三)

同(吉野正芳君紹介)(第七一四四号)

同(石関貴史君紹介)(第七一五五号)

同(石田祝稔君紹介)(第七一九九号)

同(うえの賢一郎君紹介)(第七二〇号)

同(門博文君紹介)(第七二一一二)

同(菅野さちこ君紹介)(第七二二二二)

同(近藤洋介君紹介)(第七二三三三)

同(左藤章君紹介)(第七二四四号)

同(佐田玄一郎君紹介)(第七二五五号)

同(齋藤健君紹介)(第七二六六号)

同(関芳弘君紹介)(第七二七七号)

同(田所嘉徳君紹介)(第七二七八号)

同(中川正春君紹介)(第七二九九号)

同(長島昭久君紹介)(第七三〇〇号)

同(額賀福志郎君紹介)(第七三一一号)

同(三木圭恵君紹介)(第七三二二二)

平成二十六年四月十八日

同井林辰憲君紹介(第七三五号)
同塩崎恭久君紹介(第七三六号)
同鈴木望君紹介(第七三七号)
同高木宏壽君紹介(第七三八号)
同中川俊直君紹介(第七三九号)
同中丸啓君紹介(第七四〇号)
同保岡興治君紹介(第七四一号)
同山井和則君紹介(第七四二号)
同浅尾慶一郎君紹介(第七四七号)
同井野俊郎君紹介(第七四八号)
同岩屋毅君紹介(第七四九号)
同大口善徳君紹介(第七五〇号)
同橋本岳君紹介(第七五一号)
同三原朝彦君紹介(第七五二号)
同鷲尾英一郎君紹介(第七五三号)
同大見正君紹介(第七六一号)
同穀田恵二君紹介(第七六二号)
同國場幸之助君紹介(第七六三号)
同白石徹君紹介(第七六四号)
同田嶋要君紹介(第七六五号)
同高市早苗君紹介(第七六六号)
同渡海紀三朗君紹介(第七六七号)
同中野洋昌君紹介(第七六八号)
同小林鷹之君紹介(第七六九号)
同助田重義君紹介(第七七〇号)
同藺浦健太郎君紹介(第七七一号)
同田野瀬太道君紹介(第七七二号)
同棚橋泰文君紹介(第七七三号)
同津島淳君紹介(第七七四号)
同松本剛明君紹介(第七七五号)
同武藤容治君紹介(第七七六号)
同盛山正仁君紹介(第七七七号)
同泉健太郎君紹介(第七七八号)
同黄川田徹君紹介(第七七九号)
同田中和徳君紹介(第七八〇号)
同武部新君紹介(第七八〇二号)
同藤井孝男君紹介(第七八〇三号)
同牧島かれん君紹介(第七八〇四号)
同松浪健太郎君紹介(第七八〇五号)

同(村上誠一郎君紹介(第八〇六号)
障害者の生きる権利を保障するヘルパー派遣制度に関する請願(上野ひろし君紹介(第七〇五号))
特定行為を診療の補助に拡大する法改正反対に関する請願(篠原孝君紹介(第七四五号))
同(高橋千鶴子君紹介(第七六九号))
憲法を生かし、安心の医療・介護を求めることに関する請願(志位和夫君紹介(第七六〇号))
は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件
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)
介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案(柚木道義君外五名提出 第百八十三回国会衆法第二七号)の撤回許可に関する件
地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案(内閣提出第二三三号)
介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案(中根康浩君外七名提出 衆法第一〇号)

○後藤委員長 これより会議を開きます。

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。

この際、お諮りいたします。

両案審査のため、本日、政府参考人として厚生労働省健康局長佐藤敏信君、職業安定局雇用開発部長内田俊彦君、雇用均等・児童家庭局長石井淳子君、社会・援護局障害保健福祉部長蒲原基道君、保険局長木倉敬之君の出席を求め、説明を聴取したいと存じますが、御異議ありませんか。

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。大西健介君。

○大西(健)委員 おはようございます。民主党の大西でございます。

きょうは、前回の委員会では山井委員が質問されました、顔マスク、鼻マスクを介した人工呼吸器を使っておられるALS患者の皆さんの、自己負担の上限千円の対象にならないという問題について、改めて御質問したいというふうに思います。

前回の委員会のちょうど昼の休憩のときに、傍聴に来られていたALS患者の皆さん、それから御家族の皆さんと私もお話をさせていただきました。皆さんも、顔マスク、鼻マスクも当然、この人工呼吸器等、ここに含まれるんだろうと思っていましたというのを言っておられました。

きょうは、当事者の方からメールでメッセージをいただいておりますので、まず、それを大臣にお聞きいただきたいというふうに思います。

私は二年前の一月に気管切開しました。その二年前の確定診断の時に、当時の主治医に、気管切開して人工呼吸器を使用する事を勧められました。入院中の担当医から「鼻マスクを使って、生活していく方法もあるよ」と言われました。

当時、私は普通にしゃべっていたし、まだ子どもが小学校二年と一年だったので、私自身、まだまだ、もつと子供達と話したいと言う気持ちが大きかったです。

その後呼吸が苦しくなり、呼吸の補助が必要になった時、当時は鼻マスクと気管切開とどちらを選んでも医療費無料で変わらなかったの、気管切開をして声を失うのではなく、私は子供と話が出来る「鼻マスク」を着けることを選びました。

鼻マスクは約二年間使い続けましたが、生きるための呼吸の補助として「鼻マスク」を着ける事を決める時に、医療費が無料だった事は、私の中で大きく影響していたと思います。

今国会で、気管切開して呼吸器を着けることと、鼻マスクで差をつける話が出ていますが、私の場合は、鼻マスクを着けた時、すでに二十四時間鼻マスクを着着していなければ呼吸が苦しく生きていけない状態でしたので、呼吸器を喉に着けるか、鼻に着けるかの差で、どうしても、「鼻マスク」が呼吸器とみなされないのか、わかりません。

今の私が生きて生活しているのは、今までの難病医療費の制度があったからです。もし今、私が呼吸器を着けて生きるかどうかを選択しないといけない、これから始まる新法の様な制度だったら、呼吸器を着ける事を諦め、今頃は、成長した娘の制服姿も息子の野球のユニフォーム姿も見ることができなかったかも知れません。

それくらい、医療費の補助がある事は、低所得者には、とても重要なことなのです。そして、どうか、鼻マスクを呼吸器から、切り離さないでください。呼吸器から、切り離さないでください。

こういうメールをいただきました。今、大臣、しっかりと聞いていただいたと思いますけれども、前回の山井委員の質問に対して、赤石政務官は、鼻マスク、顔マスクというのは取り外しが可能だからということをやられたんです。ただ、これは、大変失礼な言い方ですけれども、私は全く的外れだと思います。

というのは、今もお聞きいただいたように、鼻につけるか喉につけるか、この違いなんです。外せるという事も、その外すというのは、経口食をとるときとか、一時的に外すだけであって、二十四時間やはりつけていなきゃいけないんですよ。赤石政務官も、持続的に常時、生命維持装置を着けているということをおっしゃいますけれども、

ども、そういう点では、気管切開して呼吸器をつけている場合と、鼻マスク、顔マスクの場合は、何にも違いはないんです。専門医の方も言っておられます。専門医の方も、NPPVという鼻マスクとTPPVという気管切開による呼吸器、これを分けることには何の意味もない、こうおっしゃっているんです。

ただ、私も、鼻マスク、顔マスクといっても、正直、余り、初めはイメージができませんでした。きょう、皆さんのお手元に新聞の記事をお配りしているんですけども、ここに、ちよつと不鮮明かもしれませんが、鼻マスクをつけておられる写真というのが載っているんです。これを見た、これを軽症と言っているんでしょうか。私はそうは思わないです。

そして、この記事に出てくる男性、この方は、記事の後で「ごらんいただければわかるんですけども、気管切開という選択肢もある中で、あえて、顔マスクと息苦しさを緩和するためのモルヒネの投与、こういう選択肢もあるよということ、そちらを選ばれているんです。ですから、別に、気管切開していたら、そうなっていたんです。そういう意味では、重症度という意味では、全く変わらないんですね。

ですから、鼻マスク、顔マスクだから軽いんだ、だからこの上限千円の対象にはならないんだ、ということ、私はこれは全くおかしいのではないかと。

きょうも、雨が降っている中、朝から本当に大変な思いをして傍聴に来ていただいています。ここは、もう一度、田村大臣から、前回は政務官からの御答弁でしたけれども、この顔マスク、鼻マスクを介した人工呼吸器であっても、ALS患者の皆さんについて、これは上限千円の中に含めるんだ、あるいは、含めることについてこれから検討する、これぐらいどうして言えないのか、ぜひ御答弁いただきたいと思っています。

○田村国務大臣 人工呼吸器等を装着されておられる方々に関しては、定額での医療費助成という

形にしているわけでありまして。

その理由はなぜかといえ、やはり常時、生命を維持していくためにこれは必要であるということとで、例えば人工呼吸器のようなものですよね、こういうものを常に装着している、さらに、日常生活において著しく制限があるというようなところに着目して、これは一月千円という提案をさせていただいておるわけでありまして。

想定しておるのは、気管切開をされた後、人工呼吸器をつけられる方でありまして、末期の心不全のような形の中で、補助人工心臓、こういうようなものを装着されている方、こういう方を対象としておるわけでありまして。

政務官の方から、前回の委員会、鼻マスク、口マスクといふのは取り外しができるということ、対象に今考えていないというような答弁がございました。要は、常時、生命維持装置を持続的に装着するということ、なものと比較してどうなのだろうかという中で、取り外しができるということ、ここに着目して、常時、言うなれば、これは継続してというものに当たるのかどうかという中で、答弁であつたということであろうというふうに思っています。

ですから、こういう基準をもとに、今般、今のところそのような判断をさせていただいておるということでありまして。

○大西健委員 今、私が読み上げたメッセージを聞いていただいていたと思いますけれども、一時的に経口食をとるときに外すことはあつても、やはりこれはもう常時なんですよ。二十四時間つけていないと生きていけないんです。だから、これは常時、生命維持装置をつけていないと生きていけないという意味においては、先ほども言いましたけれども、鼻につけているか喉につけているか、この違いなんです。

仮に、私は今、常時とか持続的というところにこだわっておられるのは、恐らくですけれども、事務方にもちよつと内々聞いてみると、いや、鼻マスクみたいな人工呼吸器を使っている病

気というのはほかにもありますよ、だから、そこに波及していくのを官僚の皆さんとしては懸念をされているというところはあるんじゃないかというふうに思っています。

今言ったように、鼻につけるか喉につけるか、ALS患者の皆さんにとつては同じだと。ALS患者の皆さんにまずは限つての話でありますし、それから、例えば脊損だとか、確かに呼吸障害の方も鼻マスクを使うことがあるそうです。でも、これは本場に一時的なものです。

私たちが言っているのは、では、百歩譲つてというか、それがいろいろなところと波及するのを恐れられるということであるならば、例えば、一日何時間以上これを使っているということになれば、常時、持続的にと言えど、あるいは、毎日継続して鼻マスク、顔マスクを使用しなければ生死にかかわると医師が判断したときに限つて、これは千円の対象に含める、これなら可能じゃないですか。

そういう考え方もできるわけですから、私は、今の大臣の答弁を聞いて、せめて、そういう今私が申し上げた特定の場合に限つて、これは人工呼吸器と一緒に扱うということについても検討してみたいとなぜ言えないのか。それぐらいのあつたかい答弁があつていいんじゃないかというふうに思っているんです。

そして、こういう言い方はなんですけれども、今回の法改正で、山井委員も指摘されてしまったけれども、ALS患者の皆さんというのは、言い方は悪いですが、何も得るものというのではないんです。ですので、せめてこれぐらい認めてあげることができないんでしょうか。

前回の質疑の中で中根委員は、ALS患者の皆さんで人工呼吸器をつけている方が約千人だと言われました。私、きのう厚労省に、では、鼻マスク、顔マスクを使用されている方がどれぐらいいるのかということをお願いしたと言つたら、これはちよつとわからないという話なんです。恐らく、そうはいつても、鼻マスク、顔マスク

を使っているALS患者の皆さんを上限千円にしたとしても、これは大した財源じゃないですよ。この委員会でも何回もやつた入札不正の話、あの短期特別訓練事業、あれは約百五十億です。あれをやめましょう、国庫へ返納しましょう、百五十億出てくるんですよ。それに比べたら、何でこれぐらいのことができないのか。

大臣がここで今、すぐやりますとは言えなくても、今委員からの御指摘もいただいて、いろいろな条件をつけることも含めて、何とか、鼻マスク、顔マスクを使つておられる方であっても、常時、持続的ということに読める方については千円にしていくということも検討します、これぐらい、ぜひ言つていただきたい。

大臣、ぜひこれと言つてください。これはもう政治家としての田村大臣の御英断をいただきたいと思ひます。改めて、御答弁をお願いいたします。

○田村国務大臣 短期特別訓練事業の話は、その入札過程で非常に不適切なことがあつたことは申しわけないことでありまして、今、再入札、その後、これが応札がなかったものでありますから、次に向かつて、民間の方々が入札に参加いただけるような要件で再入札させていただこうと思つておりますが、これは、入札は不適切でありましたけれども、その事業に関しては、皆様方にもその必要性を認めておられる方々はおられるので、これ自身をやめるという話は別個にさせていただきたいというふうに思ひます。

これは本場に、職業経験のないような方々が今現状の中においてなかなか就職ができないという中において、しっかりと力をつけていただきたいながら就職に資する、そのような事業でありますから、我々は、必要性はあるというふうに考えている。これは別個の話で、切り離してお考えをいただきたいと思ひます。

その上で、先ほど来お話がございました、持続的に常時、生命維持装置をおつけいただいておりますということ、さらには、日常生活動作が著しく制限をされる、一つこういうような基準があるわけ

○田村国務大臣 症状の程度が一定であり、日常生活、社会生活に支障があるというのが基準であるわけであります。

それで、そういう意味では、厚生科学審議会のものと委員会、この中の専門家の方々に御判断をいただいて決定させていただいていくということではありますが、軽症度の方をどう見るかという話なんですけれども、おっしゃるとおり、症状の軽い方も一定の医療を受けられて重症化を防いでお

ますので、この重症度分類というのを考える場合に、単に軽症、重症、そういう線引きをするのはいかがなものかというふうに私は思っております。

続いて、トランジションの問題、前回取り上げさせていただきました。これはもう、平成十六年の法改正当時に宿題、検討課題になっていた、そして、当時の参議院厚生労働委員会の附帯決議にも明確に書いてあった、でも、何で今回また積み残

現在、医療費助成の対象になっている五十六疾患の中でも、十二疾患については重症度分類を勘案して認定をしているというところであります。今後、この法律の中で、症状の程度が重症度分類等で一定以上等であり、日常生活または社会生活に

でありますから、高額な医療が継続してかかる方、長期にかかる方ということで、三万三千三百あります。

比べて、これが何でできないのか。

今の答弁ですけれども、検討するということと、よろしいんですか。結局、今私が言つたように、例えば医師が、これは常時、持続的なものとみなしていいと言つた場合に限つてとか、あるいは、

支障がある者というふうを書いてあるんですけども、これを具体的にどのように考えるのか、この重症度というのを。当事者が納得できる客観的な基準というのを私は示していく必要があるというふうに思っていますけれども、この部分をお聞

三十円というような一つの基準、三割負担の場合は自己負担一万円を超えればという話になるわけでありますけれども、この基準を超える場合に関しては年間三カ月という形の中で、これは今回の医療費助成の中に入っていたら治療を受けて

一日、例えば二十四時間とは言わずとも、何時間以上は鼻マスク、顔マスクをつけていないと生きていけないという場合には含めることができるかどうかについて、検討するというところでいいですが、検討していただきたいんですけれども。

きしたいことと、あわせて、私、そもそも、この重症度分類という考え方そのものがどうなのかということ、違和感を持っています。

というのは、治療を続けることで症状が安定している、そういう方がいらつしやるんですね。で

いただくということにさせていただこうと
 考えておるわけであります。
 全てをこの中に入れるかどうかというのは、こ
 の制度は難病の定義の中においてやっておるわけ
 でありまして、その定義から離れるものに関して

ゼロ回答ではなくて、今おっしゃったように、専門家の意見を聞いてみたいということでありますけれども、これは私が言ったように、いろいろな条件をつけてであったとしても、鼻マスク、顔マスクはもうそれだけで、だめということじゃなく

も、治療をやめてしまえば一気に重症化してしまう。あるいは、前回、私、一型糖尿病の話をしたけれども、インシュリンを打っている、これは対症療法です。対症療法ですけれども、やめれば死ぬんです。あるいは、やめたり減らせば、失

はなかなかこの制度では対応できないというのは、それ以外の疾病に關しても同じようなことはあるわけで、輕症のときに治療を受けて重症化を防いでいただく。これは委員、いろいろな疾病があるわけで、それを全て難病で対応することはで

て、検討していただきたいと思うんですけども、検討するという御答弁でいいかどうかの御確認を。

○田村国務大臣 いずれにいたしましても、私はもちろん専門家ではありませんので、今委員が言

明したりとか人工透析になるということですけれども、大臣は前回、私の一型糖尿病に関する質問の答弁の中で、失明や人工透析になったら、これはいろいろなまた障害として認められますからという話をされていましたが、そうなつてか

きないということは御理解をいただけるといふ
うに思います。ですから、難病に対しての一定の
指定難病という基準をつくらせていただいておる
わけでありまして、ここは御理解をいただきたい
というふうに思います。

われたような観点を専門家の皆さんにお聞きをさせていたいただいて、その後、判断をしまいたいと考えております。

○大西健委員　ぜひ専門家にも聞いてくださいますように、専門家の医師の皆さん。先ほど私が言ったように、

らでは遅いんです。
軽症のうちに重症化しないようにする、このことが私は重要ではないかというふうに思いますけれども、この点についていかがお考えか、お答えをいただきたいと思います。

○大西(健)委員 私はやはり、そうはいっても、難病にもいろいろな種類があると思うんですね。先ほど言いましたように、対症療法的なものであるけれども、それがなければ重症化してしまう、あるいは生きていけないというものもあると思

○田村国務大臣　小児慢性特定疾患の方から難病の方の医療費助成という意味では、これは全てが入るわけではないということです。

ただ、一方で、指定難病の範囲も広げること、五十六疾病から三百、これを超える疾病数に向かつて今いろいろ御議論をいただいておるわけであります。ですから、そこで、一定程度の範囲の拡大の中で該当する方々はもちろん出てくるわけでありまして、ほかにも自立支援医療も受けるという方も出てこられると思います。

そういう意味からいたしますと、一方で自立支援事業等々を法律に明記して、例えば相談事業をやつてしつかりこれを強化しながら、あと、例えば日常生活の支援という意味で、レスパイトでありますとか、さらには交流事業でありますとか、さらには就職支援でありますとか、いろいろなメニューをそろえながら自立に向かつて御支援をしていくということはやるわけであります。

医療費助成というところに限って申し上げれば、これで打ちどめなのかというお話でございますが、前から申し上げておりますとおり、指定難病の範囲というものはこれで打ちどめではないわけでございます。これは四つの要件と二つの要件、合わせて六つの要件でございますけれども、これに該当をしていけば、これからは最終的には指定難病という道はあるわけでございます。これで指定難病の数が決まって、打ちどめというわけではございません。

でありますから、その範囲の中においてこのトランジションの問題が、一つずつ該当していくという可能性はあるわけでございますから、そういう意味からいたしますと、打ちどめという話ではないということでもあります。

○大西(健)委員 指定難病についてはまだ拡大する可能性がある、この件については、また後ほど改めてお聞きしたいと思っております。ただ、それでもやはり溝は、谷間は残っていくという意味においては、このトランジション問題の根本解決というのは図られないことだと思っております。

次に、医療体制のことについてお聞きしたいんです。

難病患者の皆さんが医療を受けることができる医療機関、これは、今の医療受給者証にその医療機関名が書いてある書いてない、それに関係なく、あるいは、数についても制限なく複数の医療機関が受けられるということが現状だということに聞いております。今後、この法改正後、難病患者の皆さんからは、例えば複数医療機関の利用が認められなくなるんじゃないかと、近くに指定医とか指定医療機関がない場合に、遠距離に通院しなきゃいけないんじゃないか、そんな心配の声があるんですけれども、この点についてはそういう心配はないんでしょうか、いかがでしょうか。

○土屋副大臣 難病法案においては、医療費助成の対象となる医療を提供する医療機関を、都道府県知事がその開設者の申請に基づき指定することとしております。

こうした医療の提供に当たっては、医療に関して一定の質が確保される指定医療機関において行われることが必要であり、また、良好な治療関係の継続や医療費の管理上の必要性から、受診する医療機関を指定医療機関の中から定めることとしております。

新たな難病の医療費助成制度においては、その運用において、医療機関が必要以上に制限されることなく、難病の患者が病状等にに応じて適切な医療機関で継続的に医療を受けられるよう、都道府県に対して適切に助言してまいりたいと考えております。

○大西(健)委員 今のお答えのように、過度に受診できる医療機関の制限が加わるというようなことがないように、ぜひしていただきたいというふうに思っております。

次に、先日の参考人質疑で、膠原病友の会の森さんが、膠原病専門医というのは少ないんだ、地域的にも非常に偏在をしているという話をされてました。

また、国立成育医療センターの五十嵐先生は、昔は亡くなってしまっていた先天性の心疾患患者

が、医学の進歩で助かるようになってきた、そういう中で、成人先天性心疾患という患者さんがふえてきた、やつと大人の循環器学会の中に成人先天性心疾患の外来というのをつくる動きが出てきたんだということを紹介されてました。

ただ、患者の皆さんあるいは家族の皆さんからは、心筋梗塞とか狭心症とか大人の心臓病と、先天性の心疾患というのは、同じ心臓病でもこれは全く違うんだと。ですから、大人の心臓病を診ている成人の循環器の先生には、やはり診られない。ですから、大人になっても小児科の先生に引き続き診てもらっているという、これが現実なんですというお話がありました。

今回の法案で、先ほど言ったように、なかなか専門医がいらない、あるいは今のうちに、引き続き小児の先生に診てもらっている、こういう医療体制、これをどのように確保していくつもりか、この点についてお答えいただきたいと思います。

○土屋副大臣 難病の診断や治療は、専門性が高いことから多くの診療科が携わる必要があり、難病にも対応できるには、高い専門性と経験を有する拠点病院を三次医療圏ごとに原則一カ所以上、それから、地域医療の推進や入院・療養施設を確保するための地域基幹病院を二次医療圏に一カ所程度確保していききたいと考えております。

特に、難病の診断は難しく、診断がつくまでに時間がかかることもあることから、拠点病院、国立高度専門医療研究センター、難病研究班、それぞれの分野の学会等が連携して、全国的な難病医療支援ネットワークを形成し、早期に正確な診断を行うことを目指すこととしております。

一方で、難病の日常診療については、医師の専門性と患者アクセスも考慮に入れつつ、拠点病院や地域基幹病院と連携して広く指定医療機関において対応できることを目指すため、治療ガイドラインを広く周知し、治療内容の均てん化を図っていききたいと考えております。

○大西(健)委員 今、お答えの中に医療アクセスというお話がありましたけれども、先ほどの先天

性心疾患の患者さんの医療費の表を見ても、通院費というのが結構かかっているんですね。今申し上げましたように、難病患者の皆さんの中には、県境を越えて通院をされる、こういうことも珍しくありません。

そういう中で、難病患者の皆さんからは、通院費、交通費、この助成というのができないのかというお声をよく聞くんですけれども、この点についてどういうお考えなのかというのをお聞きしたいのと、あわせて、例えば公共交通機関の運賃割引、障害手帳を持っていると公共交通機関の運賃割引なんかしてもらえるんですけども、同じように、難病手帳とか難病カード、こういうのを発行したらどうか、こういう議論があると聞いていますけれども、これについての厚労省のお考えをお聞きしたいと思っております。

○土屋副大臣 難病患者の方々からは、交通費等のさまざまな負担を抱えて大変厳しいという声も伺っております。

助成については、限りある財源を有効に活用するという観点から考えますと、なかなか、通院のための交通費を補助することは、今のところ考えておりません。

また、障害者手帳で設けられているような公共交通機関の運賃の割引等については、事業者に御協力いただくことが非常に大きい助けになると思っております。

なお、手帳制度とは異なりますが、難病患者データの登録を行った患者に対して、関連情報を付加した難病患者登録証明書を発行することを考えておりまして、患者が各種サービスを受ける際に活用できるようにするなど、検討していききたいと考えております。

○大西(健)委員 交通費の助成は難しいという話でしたけれども、公共交通機関の運賃割引、これは、また改めて、事業者の協力が必要ということでしたけれども、事業者にも厚労省からも働きかけていただきたというふうに思います。

先日の参考人質疑で、難病のことも支援全国

ネットワークの小林会長が、子供の難病の特徴としては、幼い兄弟がいると。ですから、例えば、入院中、受診中に廊下で居場所がなくて遊んでいる、だから、院内に保育施設というか、預かってもらえるような施設があるとありがたいみたいな、こんな話がありました。

また、子供の難病では、入院した場合には、親が長期間にわたって付き添う必要があります。親は何日も病院のソファで寝泊まりして、もう疲労こんぱいして、そのために心の余裕もなくなってしまうということもあるというふうに思います。

きょう、資料を一枚お配りしたんですが、資料の三枚目、これは、公益財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパン、あのマクドナルドさんが、実は世界じゅうでこういう施設を展開されている。日本でも、一人一日千円で病気の子供の家族が滞在できる施設というのを展開されています。

私は、これは大変素晴らしい取り組みではないかなというふうに思います。今申し上げたように、子供の難病については、幼い兄弟のケアとか、あるいは家族が長期間滞在できるこういう施設とか、こういう支援というのが私は大変重要ではないかというふうに思います。この点はいかがでしょうか。

○田村国務大臣 お子さんがおられて、家族の中で、通院等々を含めて非常に御苦労されておられるということに対しては、今回法律に明記をさせていただきます自立支援事業、この中で、都道府県の任意事業になりますけれども、介護者支援というのがございます。

これは、今言われたような通院等々に関する付き添い、こういうものに対する事業でございまして、こういうもので対応いたくという形になってこようというふうに思います。

特に、子供の場合、小児慢性疾病の場合は、そのようないろいろな御苦労もあらわれるということもございしますので、自己負担分を含めてであります。

すけれども、これは難病と比べて二分の一というような負担にしておるといふところの一つの理由、根拠にもなってくるわけでございます。そういうところにもしっかりと対応をさせていただかなきゃならぬというふうに考えております。

○大西(健)委員 私は、ぜひ、こういう取り組みをやられている民間の団体もあるということですから、こういう取り組みを側面から国も支援するというようなことも考えられるのではないかなというふうに思っております。

次に、再び参考人質疑のときの話であります。毎日新聞の記事を資料としてお配りしましたけれども、線維筋痛症友の会の橋本理事長、先日この委員会にお越しになって、意見陳述をしていただきました。大臣はその場にはいらつしやなかったたので、ぜひ聞いていたいただきたいですけれども、橋本理事長が次のように述べられました。忌憚なく話してよいというふうに言われましたので、言ってもよいでしょうか。私だけですね、この法案に反対しようとしているのは、法案が送られてきて、一ページ目を開いて、ショックで死にそうでした。なぜかという、希少、〇・一％と書いてあるわけです。私が言いたいのは、病名で区切らないでください。この病名だから難病指定にすると、これはだめだとか、そういうことは言わないでほしいというのが切実な願いなんです。どうしても、限定したいのであれば、この法案の名前の難病というところを希少難病に変えてください。

こうおっしゃったんです。私は、本当に切実な訴えだということに思いました。この希少という条件でどうしても区切るというならば、法案名を希少難病に変えればいいじゃないか、これはちよつと私は、聞いて、何と答えたらいいんだろうと。

大臣、この橋本理事長の、病名を希少難病に変えればいいじゃないか、この切実な訴えに、大臣はどうお答えになりますか。

○田村国務大臣 私は参考人のときに出席をしておりませんでしたので、直接はお聞きをしておりましたが、この記事は私も拝見をさせていただきました。また、どういふような御議論があったかというのは、簡略には話は聞かせていただきました。

今、希少という言葉をつけるべきであるというようなお話であったということでございますが、なかなか難しいんですけれども、難病の定義をまずしている中においてその希少性というものが入っているわけなので、今般の難病の定義の中にも入っているということでございます。これは四つの要件があるわけでありまして、もう委員も御承知のとおりであります。

でありますから、ここに希少難病というと、希少な疾病で四つの要件に関するものの希少という話になりますので、それは、希少難病という言葉をつけること自体はなかなか難しいというふうに思います。

これから、いろいろな、線維筋痛症も含めて、どのような範囲になるかという話になってくるんだというふうに思いますが、少なくとも四つの要件、さらには、指定難病の場合は、その希少性に関しても人口の〇・一％程度という要件と、それからもう一つ、客観的な診断基準というものが、これがあるわけでありまして、さらに、個別の施策に対して体系的なものがあろうというものです。そうなりますと、これは難病から外れるわけでありまして、その意味では、慢性の痛みに対する対策というものが、一方で今施策としてあるわけでありまして、そちらの方でいろいろな調査研究が進んでいておるといふこともあるわけでありまして、いずれにいたしましても、線維筋痛症が入るかどうかということに関しましては、これから、それぞれ要件を踏まえて、議論をいただくことになろうというふうに思います。

○大西(健)委員 私は、本当に文字どおり、希少難病と法案名を変えればいいじゃないかということとを言っているんじゃないかと、この訴え……(発

言する者あり)そうなんです、皮肉なんです。これまで言われて、それに対して、政治家として大臣が橋本さんに対してどうお答えするのかということをお聞きしているんです。

橋本さんは次のようにも言われています。

希少難病というのは五百あると、ずっと厚生労働省は言ってこられました。では、何で今回、三百なんです。何で五百全部対象にする、できるかどうかは別に、対象として検討するということと、五百になつていないんでしょうか。それはとても違和感を感じています。まず希少難病をやつて、これは橋本さんも否定されていないんです。まず希少難病からやる、それは否定していない。希少難病をやつて、それからもう一つ広い、全ての困っている病気の人、障害の人を助けていく方向であるというのであれば、私は少し待つつもりはありますけれども、現在のところ、そういう約束もされていまして、非常に今は反対しているわけです。

こうおっしゃっているんです。線維筋痛症の患者は約二百万人いるということになると、この希少性という条件からは対象にならない、また、障害者総合支援法の対象外でもある。でも、患者数が多くても、長期にわたつて生活に支障を来して、経済的にも困窮をしている人々、これを見捨てていいのか、これが橋本さんの訴えなんです。

そして、生きていく希望を失い、医療費が払えないために、治療や検査を控えたりして命を落とす者も出ている。線維筋痛症友の会で把握している中でも、四十一名の方が自殺をされている、十五名の方が突然死をされている、こういう事実があるわけです。

そこで、改めてお聞きしたいのは、先ほど、今後難病の範囲は拡大していくんだということをおっしゃっていましたけれども、その意味は、今後、希少性を含む要件を満たすものが出てきた場合には三百に追加していきますよという話なのか、それとも、橋本さんがおっしゃっているよう

に、今回は希少性ということですから、将来的にはそうじゃない方も含めて、対象にならなかつた方も含めて、将来にわたってはまた引き続き検討していくことなのか、そのどちらなのか、これを明確にお答えいただきたいと思ひます。

○田村国務大臣 五百というのは、難病で、今研究事業でやっている数であります。その中で、要は、今の基準をクリアするものは、判断をいただいて、これから指定難病になっていくということでありま。

なぜ希少性というものに焦点を絞るのか。これは、委員、前からもお聞きのとおり、一方で福祉の部分もありますが、研究事業であるということがある。でありますから、症例が少ないものに対して症例数を集める、そして治療。難病対策の究極は、まさに治療法等々を確立していくことでありま。

それでは、難病だけではありません。気の毒な方々はたくさんおられます。その方々を全てお救いしたいという気持ちは我々にもありますが、一方で、財政的な制約というものはあるわけでありまして、難病以外、線維筋痛症がどうなるかわかりませんが、ほかにもいろいろ、がんも含めて、長期的な治療をされる中でお苦しみの方々はあります。

どこかでは線を引かざるを得ない。それは我々もつらいですが、あなた方も与党を経験された中で、そのつらさは十分に御理解をいただいております。というふうに思ひます。

その中で、今回の難病の範囲の中に、これからは、基準をクリアするものがあれば、ただし、客観的な診断基準というものがなければ、そもそもどういふ診断をしてその病名に当てはめるのかという問題がありますから、そういう幾つかクリアしなさいいけない問題はありますけれども、それをクリアすれば、そのときには対象にしていくと

いうことになろうと思ひます。

○大西(健)委員 今のお答えだと、結局、今の条件をクリアしたものが三百に追加されていくかもしれないけれども、例えばこの線維筋痛症みたいなものは、希少性という条件がある限り入っていない、私は、このことを聞いて、今、橋本さんがどうお感じになるんだろかというふうにして御答弁を聞かせていた。だきました。

もう一つ、希少性ということについて最後に聞きをしたいと思ひます。

今言ったように、線維筋痛症は二百万人患者がいると言われていて、例え、丁寧な病型分類を行って、難治性タイプのものだけを切り出せば、数を絞れるんじゃないかみたいな、そういうことを言う人もいます。

また、ちよつと違うかもしれませんが、先日の参考人質疑で、膠原病の話、膠原病と総称されるものの中にも、全身性エリテマトーデスとかチャーグ・スト劳斯症候群とか、病名が実は何か細かく分かれていて、その中には、指定疾患もあれば、そうでないものもあるということですよ。

だから、仮に、こういうふうな病型分類を細分化して、それごとに名前をつけていけば、一見数が多いものも数を絞ることができるといふことが、もしこういう考え方が成り立つのであれば、これはある意味、病名自体も恣意性があるといふことが言えるんじゃないかというふうな思ひますけれども、こういう考え方というのは成り立ち得るんでしょうか。

○田村国務大臣 委員今おっしゃられましたように、膠原病というのは個別の疾病名ではないわけでありまして、総称であります。その中で、今委員言われたとおり、全身性のエリテマトーデス、それからベーチェット病などは、指定難病になる可能性は十分にあるわけでありま。

そういう意味からいいますと、これはもう今の難病の対象になっておりますので、そういう可能性は非常にあります。線維筋痛症

がどうかというのは、これは今研究をしておる最中でございますから、その研究をしていく中において、どのような成果が出てくるかということでございます。これは慢性的な痛みに対する対策という中においてやっておられる事業でございますから、その結果どのような調査結果が出てくるかということに関して、我々としては判断していかうということになろうと思ひます。

○大西(健)委員 私が聞いたことに対する答弁ではないんですが、つまり、私は、難治性のタイプだけ切り出すみたい、そういう考え方があるのかというところをお聞きしたんですけれども、時間になりました。

この法案については、難病患者の皆さんからは早期成立を望む声があります。一方で、皆さん、声を上げておられないですけれども、自分は負担増になるけれども、あるいは自分は何もプラスはないけれども、ほかの困っている人のためだからといって我慢しておられる方がいる。あるいは、今回の質疑でも明らかにしたように、確かに対象拡大するけれども、今度また難病患者の中に、指定対象になる人とならない人という新たな線が引かれる。そういうことを考えると、やはり私は非常に何とも言えない気持ちになります。

ですから、何度も言いますが、これで終わりということじゃなくて、これからはさらにい制度にするために検討を続けていく、このことを求めて、私の質問を終わらせていただきます。思ひます。

ありがとうございます。

○後藤委員長 次に、中根康浩君。

○中根(康)委員 民主党の中根康浩です。

昨年の臨時国会から続いているこの難病法案に対する議論、我が党としては私のこの時間で最後の質疑と重なることになりましたので、若干、今までの議論と重なることになりましたので、若干、今までの議論を進めてまいりたいと思ひます。

これまでの議論においても、消費税が上がり、生活全般のコストがアップしている状況であるに

もかわらず、低所得者の自己負担が引き上げられることや、ALSで人工呼吸器を装着している人たちの自己負担を引き上げるということについては、まだ私たちは、大臣の御答弁について納得できていないわけではあります。

大臣、特にALSの方を例に挙げますが、声を失いたくない、あるいは、大変大きな経済的な負担を伴う治療、療養生活ということになりますので、家族に迷惑をかけたくないという思いが交錯をされると聞いております。生きるためには人工呼吸器をつけなければならぬ、しかし、声を失いたくない、家族に迷惑をかけたくないという思いの中で、人工呼吸器をつけないという選択もあるわけでありま。

大臣、一つ、これは通告しておりませんが、私も、お尋ねさせていただきますが、人工呼吸器をつけていない方、これはALS患者さんの場合は必ずしも軽症ということは一般的に言えないと思ひますけれども、人工呼吸器をつけていない方で、例えば障害年金をもらって、年収が百万円程度です。そういうことになりま。

方々は、私がお配りした資料三になりますけれども、この自己負担限度額の表のところをいうと、これはどこに当てはまりますか。人工呼吸器をつけていない方で、障害年金しか収入がない方、これはどこに当てはまりますか。

○田村国務大臣 中根委員の提出資料の三ページでいいんですかね。

本人年収が八十万超ですから、低所得二、市町村民税非課税世帯ですね、それで、一般、高額かつ長期、この範疇に入つてこれらというふうに考えま。

○中根(康)委員 そういうことだと思ひます。つまりは、人工呼吸器をつけていないALS患者さんは、一般と分類されて、毎月五千円払うということになるわけでありま。一月当たり、障害年金だと、八万円とか九万円とかという月収ということになります。その中から、医療費だけ

で五千円、そして、先ほど大西委員からの話もありましたように、交通費、介護費、あるいは、病気がなったがゆえに必要な家のバリアフリー改修、車椅子、病気がなったがゆえに必要な衣料、それから、さまざまな衛生用品、おむつ代、こういったものがかかってくるわけでありまして、これは相当大きな、重い負担というふうには思いますよ。

そういったことを見たときに、今回の法案が成立した場合に、ALS患者さんにとつて、いいことは何かあるんですか。あれば、それをぜひここでPRしていただきたいと思ひます。

○田村国務大臣 ALSの患者の皆さんのみならず、今のこの範疇に入られる方、一般と、高額かつ長期という範疇でありますけれども、ここに入られる方々にはこの御負担をお願いすることになろうというふうに思ひます。

何がいいことがあるか。

これはもとより、調査研究という事業からスタートをいたしておるものであります。もちろん、一定の福祉的な意味合いはあるわけでありまして、そういう意味からいいますと、やはり、病態の解明、それから治療法、医薬品の開発、こういうところは大きなメリット、これからこれは、言うなれば法律にのつた義務的経費という範疇になりますから、症例を一定程度集めるのには、しっかりと予算というものはついでくるわけでありまして。

それから、拠点病院の整備でありますとか地域基幹病院の整備、こういう形の中において日々の治療等々を受けられる、こういう整備も進んでくる、このように考えるわけでありまして。

あとは、難病相談・支援センター、こういうものに関しまして、今まで以上に、しっかりと法律にのつて対応していくという形になってくるわけでありまして。

決して医療費助成だけがこの難病の対策ではないわけでありまして、そのようなさまざまな支援の強化の中において、究極は治療法また医薬品

等の開発、これによつて、根治すれば一番いいわけでありましてけれども、根治できないという形の中においては、その症状等々を抑える、または和らげる、改善させる、このような治療法や医薬品、こういったものの開発が進んでいくということが大変大きな我々としての目標であります。

○中根(康)委員 確かに、法律全体を見れば、さまざまな前進しているところもあるんだらうと思ひますけれども、しかし、今の大臣の御答弁でも、今ALSで苦しんでおられる方にとつては、結局、いいところがないという内容になつてしまふんですね。消費税だつて、将来の少子高齢社会の負担をみんなで分かち合ひましようということとを言つたつて、なかなか全ての国民の皆様には御理解がいた、たけない。それと同じようにと言つていいのかどうかわかりませんが、将来、難病医療体制がしっかりと整うかもしれないから、だから今、今の患者さんは、申しわけないけれども犠牲になつてくださるというふうなことを言つてい

にも等しい御答弁だつたと思ひます。せめてという言い方を我々させていた、だいておりますが、せめて、これほど重症の患者さんの医療費の自己負担であるとか、こういったものは今までどおり無料にしていくということに対して、決してこれは、ほかの制度と不公平であるとか国民の理解を得られないとか、そこに税金を投入するなというような声は上がつてこないだろうと私は考えさせていた、だいています。

特にALSさんは、進行が早い。だから、今は一般であつても、すぐに人工呼吸器をつける、鼻マスクをつけるということになるかもしれない。そういった進行の早い、大変重篤な状態の患者さんに、今、一般の五千円を毎月お願いするというのは、やはりおかしいと思ひます。納得できません。

しかも、御家庭の状況によつては、お子さんが学校に行つて学費がかかるかもしれない。場合によつては、親御さんの介護にお金がかかるかもしれない。こういったさまざまな生活実態をきちんと

と反映した難病対策、あるいは医療費の自己負担のあり方であつてほしいと重ねてお願いをさせていた、だきたいと思ひます。

病名にかかわらず医療費助成が行われるべきこと、病名によつて生活に困難を抱え、支援の必要な方には障害者総合支援法によるサービス、これも難病の枠にとられず利用できるようにされるべきこと、または、難病対策に地域間格差が生じないようにするべきこと、こういったことを、これまでの議論の中で、全ての政党の方々が、私たち民主主義も含めて求めてまいりました。しかしながら、これらの問題が、ほかの制度との公平性やバランスという理由で難病患者さんのお気持ちや御意見に十分寄り添つているとは言えない大臣の答弁が、残念ながらこれまで繰り返されてまいりました。

資料二、三というところ、先ほど使つたものも含めてなんです、二と三に関して質問をしてまいりたいと思ひます。これは先ほど冒頭に御質問したことと同じようなことで、先ほど大西議員が指摘したことにも重なりますけれども、指定難病であつて症状の程度が一定以下の人、つまりは軽症の患者さんは、特例で、月ごとの医療費総額が三万三千三百三十円を超える月が年間三回以上ある場合のみ医療費助成の対象とされております。

ここで何度も話が出ておりますように、薬を飲んで治療をして軽症を維持しているという方が多いわけですが、三万三千三百三十円を超える月が例えば年二回にとどまつた場合は医療費助成の対象とならず、年間を通すと、重症で医療費助成の対象となる方よりもむしろ負担が重くなつてしまふということになります。特に、低所得の方の場合、それが顕著になるわけでありまして。

繰り返しの質問になるかもしれませんが、この部分、これは何とかならないでしょうか。やはり軽症の方でも、医療費の多少にかかわらず、助成対象にすべきではないか。軽症の方と

いうか、重症でない方の医療費助成をなぜ打ち切るのかということについて、改めて大臣、御答弁をお願いいたします。

○田村国務大臣 まず、全ての方を救えるものなら何とかしたいという思いは、それは我々も厚生労働省でありますから持つております。しかし、限られた財源の中において、難病のみならず、ほかにも大変困つておられる方々はいっぱいおられます。

しかし、その中においては、医療保険制度の中で高額療養費という制度があり、多数該当という、その中で該当すれば高額療養費がさらに下がるといふような制度があるわけでありまして、日本の国の保険制度というのは、さまざまなお困りの方々に對してそれでお対応をしておるというのが現状であります。

それから離れて特別な制度という中で、いろいろな状況の中において医療費助成というのがさらにそこにあるわけでありまして、そういう意味では、日本の医療保険制度というものは、基本的に、非常に困つておられる方々に対しては、基本的における制度、たつて御認識は共通理解として持たせていただ、きたいと思ひます。

そして、難病というのは、その中において、研究開発、つまり非常に希少な疾患に対して、治療がなかなか症例が集まらずに研究が進まないというものに対して、どのように症例を集めていくか。ですから、先ほど線維筋痛症というものが、まだわかりませんが、これはまだ決まつたわけではありませんが、議論の中に出てくるというのは、そこで、多い病に對しては一定の症例が集まつて、そしてそこは研究が行われるであらうという部分。そして、これに對しては、慢性的痛みに對する対策というものがあつて、そちらの方向で、違つた体系の中であらういろいろな研究をされておられるという部分があるわけでありまして。

そして、希少なものに関して、一定の診断基準がつくものに関しては、もちろん研究のため、治療法を確立するためという意味合いもありまして

が、一方で、これはこのような形の中に入るわけでありまして、重い方々それから医療費が継続してかかる方々、こういう方々に対しては、一般の医療体系でのいろいろな保険の中における言わなければ上限というものをから離れて、さらに医療費を助成しようという制度になっているわけであり

ます。
ただ、様態だけ見れば、難病と同じように頻繁に医療費のかかる方が実は難病以外の方々にもおられるという実態もあるわけでありまして、その公平性でありますとか、いろいろなことを考えたときに、なかなか他の制度で、法律にのっとって、制度にのっとって、義務的経費で医療費を出しておるといふものの中において、無料というものはないという中において、そのバランスというものの、さすればそちらの方も無料というような話になってくれば、これはほとんど広

が、つていく。さらに、軽症者の中で医療費が継続してかからない方々、こういう方々まで広げていけば、その分だけやはり資金というものが、財源というものがかかってくる。
いろいろな意味で、本当は我々としてもいろいろな困った方々を助けたという思いはあるんです。ただ、そこは、残念ながら、限られた財源の中で、他の制度とのバランスの中というところ、これは念頭に入れざるを得ないという中で、今般、苦しみながらでありますけれども、それぞれ関係者の方々が検討会の中に入っていた、だいて、全くこれで問題ない、満足、と言わないけれども、ここら辺のところでお互いに我慢し合いながら、今度新しく範囲が大きく広がるんだからというところで一定の御理解をいただいたということでございます。

もちろん、十分に満足されておられないというのは我々も認識をいたしておりますけれども、このような事情の中で今般法律を提出させていた、だいておるといふことでございます。

○中根(厚)委員 今の大臣の御答弁は、私は、大臣の苦しいお立場の中での本音がはいま見えた、

本音というか本音の気持ちがかいま見えたような気がいたします。本当はというふうな強調しておられたわけでありまして、お互いに我慢し合いながらというふうなことでありますけれども、本当はというところではない、これは、担当の局長さんであっても、あるいは課長さんであっても、そういう厚生労働省の担当の職員の方々が、むしろ我々よりも場合によっては当事者の方々が、切実な声を聞いておられる、受けとめておられるというふうな思いをいたします。

ですから、本当は救いたいたんだ、だから、それは役所だけではできない、例えば、財務省がお金をつけない、ほかの制度との公平性だということ、を言い張るのであれば、そこは大臣が政治家として闘ってほしいという局長さんや課長さんだ、これは思っています。お互いに我慢を合せてということでは、政治家が、あるいは行政が我慢をするのは、これはしなきゃいけないと思います。例えば、月額千円の負担で千人の人工呼吸器をつけた方々の負担を計算すれば、年間一千万円ちよつと。これは、国会議員を一人減らせば、厚労省の役人一人減らせば、全くそれとイコールとは言いませんけれども、考え方、物の見方としてそういう額であるわけでありまして。

そのことによつて救える命があるとすれば、そのことを理由に国会議員の定数を削減したつていいじゃないですか。大臣にここで闘ってもらうというのを国民は期待しているし、私は、厚労省の職員の皆さんだつて、大臣はまさに我々よりもつとこの厚労分野で働いてきた、活躍してきた経歴の長い大臣なわけでありまして、そこを、財務省と闘ってもらえるということ、を期待しての一年半ということであつたんだらうと思ひます。

次に、これまでの答弁でも、根治に至る新薬の開発はそう簡単にはいかない、今も大臣は、ここが大事なところだし、そこにこれから力を注いでいくというふうな御答弁もあつたわけでありまして、けれども、それぞれの難病ごとの専門医を養成すること、実際ににはかなり難しい、容易なことではないというふうな思いをいたします。

その意味でも、難病患者さんの生活の支援を医療だけでなく介護や福祉の観点から行うということが、これまでも多くの議員からたびたび指摘をされてまいりましたが、極めて重要だということとは明らかであります。しかし、法案は必ずしもそうはなっておりません。

資料四を御参照いただければと思います。神経難病ジストニアの方から教えていただいたものでありますけれども、「患者の悩みは？」ということ、これ線が引く張つてあるところをごらんいただければいいわけなんです。神経難病ジストニアの方々の生活ぶり、医療以外にも、先ほどのALSの方と同じです。生活に大変さまざまな負担を強いられつていく。しかし、障害福祉サービスは利用できない。

また、例えば、これまでの話にもありましたけれども、慢性疲労症候群の方は、原因不明、治療法未確立、診断基準はある。しかし、患者数が〇・一％を超えるため医療費助成は受けられないし、障害福祉サービスも利用できないという現状となつております。

資料五、二〇一一年改正の障害者基本法では、「その他の心身の機能の障害」ということで、難病の方々が含まれることになりました。二〇一三年の障害者総合支援法の成立で、難病が障害福祉サービスの対象となりました。ただし、このとき、今もそうなんです。難病ヘルパー事業と同じ範囲ということで、百三十だけが対象になつていくということでございます。そして、今回は見直しを図り、対象範囲を拡大する。

病気の人は皆さんそうだと思いますけれども、特に難病の方は、自力で病院に行くこと自体が大変な負担である。場合によっては、医者に行つた後、寝込んでしまうということにもなりかねない。日常生活の、入浴だとか、掃除だとか、洗濯

とか、ごみ出しだとか、料理、こういう普通の家事でさえ、困難や苦痛を伴うこともある。

資料六、これは前回も指摘をさせていただいて、厚労省につくつてもらつたものでございまして、けれども、ここにありますように、難病の方で介護保険の要支援認定を受けている人もいらっしゃる。こういう介護が必要ない状況に備えて、これは介護保険の話になりますけれども、介護保険料を国民の皆さんは払つてきたということでございます。

こういう日常生活を支える要支援、ホームヘルプサービスなど、これを、保険料を納めてもらった国民の皆様方の期待に反する形で保険の対象外にしてしまふ、いわゆる要支援切りが、今回の介護保険の見直し法案の中で提示をされているわけでありまして、これは私は、国民との契約違反だと考えさせていたいております。特に難病の方々なんかはそうだと思いますが、専門的なケアが受けられるとして介護保険料を払つてきた。しかし、それが受けられなくなる。特に難病の方々は、そういった病気を十分理解した上での専門的なケアが必要で、とてもボランティアの方々では対応しきれないということになるんだらうと思ひます。

医療費助成がない人でも、せめて専門的で適切な福祉や介護で対応してもらいたいと思つて国民の皆様に対して、大臣はどうお考えになるかということでありまして、資料七、これは、今までの大臣の御答弁の議事録を添付させていただきました。

七のところで、大臣は、まず、指定難病、難病指定されているもの、これと、今福祉サービスを受けられる範囲というものは、連動しているわけではありませんとお答えになつております。ただ、ただということ、その検討の過程において、指定難病が決まれば、それを検討した上で福祉サービスの多寡といひますか必要性、これにに応じて受けられる範囲を決めていくわけでありまして、自動的に連動しているわけではありませ

と、重ねて、連動しているわけではないということとをまず御答弁いただいております。

しかし、質疑を重ねていくと、下の段の方になります。五十六疾患、これを今回三百ぐらいに広げるわけですね。医療支援という意味からすると、これが決まるのがまず前提です。やはり決まったものを見て、それから、どれぐらいのところなのかということを検討することによってございまして、だんだん連動というトーンが強くなつてきているわけでありまして。

七の二の方に行くと、客観的な診断基準が確立されていまして、そもそも難病という中において範囲を決められませんか、それは絶対外せないわけでありまして。

その後は、診断基準もない、しかし、どうも状態は不安定だ、これはサーピスを受けるを得ないというものは、さすがにこの範囲には入ってこれない、まずは客観的な診断基準というものをしっかりと確立していただいたものが対象となるということになる。

下の段ですが、病名がなきゃ決まらない、そこは外せないわけでありまして、病名がなきゃ決まりませんが、その病名で決まった人の中に入る人に入らない人がいる、病名がないのに状態だけで入るといことはまずあり得ないということでありまして、病名があった上で、その状態を見させていたでいて、福祉サーピスの範囲に入る、入らないということを決めるということになります。

一番最初に聞いた大臣の答弁では、おつ、これは期待が持てるというふうに一瞬思ったわけでありまして、やはり大臣の御答弁は医療費助成と福祉の対象は連動するということで、これはまさに難病患者さんの実態に添っていかないということだと思ひます。

資料八、これは新聞記事になりますけれども、ここで線を引いたところをまたごらんいただければと思ひます。

障害者総合支援法は、今後、程度区分から支援

区分へと見直されていくわけでありまして。つまりは医療モデルから社会モデルへと転換をして、年齢とか病態とか重篤度とか、こういったものにかかわらず支援の必要性が判断されていくという方向に変わっていくわけでありまして、この障害者総合支援法の見直しの方向性と、今回の難病法案における福祉サーピスの範囲ということに、すれ違いといいますかギャップが生じないようにしていただきたいと思います。

これは重ねてということになりますけれども、難病の障害福祉サーピスの利用できる対象範囲というものは、病名にかかわらず、支援の必要性に応じてその範囲を決めていくと御答弁をいただくことはできませんでしょうか。

○田村国務大臣 委員のお気持ちはよくわかるんです。私も同じ立場で、その席から野党として質問を何度もさせていただきまして。野党でありまして、与党のときもそうなんですけれども、いろいろな団体と接しさせていただいて、いろいろな要望をお聞かせいただきました。何とかしなきゃならぬという思いの中で、本当にお困りの方々の声を行政に伝えなきゃならぬ、そういう気持ちで何度も質問をさせていただきまして。でありますから、委員のお気持ちはよくわかります。

一方で、与党、政府に入れば特にでありますけれども、やはりいろいろなバランスというのはどうしてもある。それは例えば、きょう、このとき、この団体からいろいろな御要望を聞いたから何とかしよう、しかし、それをやれば、他の方々もやはり同じように、何とかしてくれという声は世の中にはたくさんあるわけでありまして、それを全て何とかしようとするれば、結果的には国家として財政的に動きがとれないという話にもなってくるわけでありまして、そこがつかいところであるわけでありまして。

でありますから、きょう委員がALSの患者の皆様方のお気持ちを伝えにいられたということ、私は、その切実なお気持ちというのは本当に真摯に受けとめさせていただきなかならぬとい

うふうに思っております。

そんな中において、今の御質問であります、病名を限るな、いいじゃないかというような御質問であります。しかし、これは、市町村などの現場に混乱を生じさせることなく確実に実施してもらうためには、給付対象を明確にする必要がある、こういうことがあるわけでありまして。ですから、病名を外して福祉サーピスを受けるといわけにはなかなかいかない。これは、お気持ちはわかります。わかりますけれども、客観的な診断基準がないと、その病名に当てはまるかどうかかわからない。そして、病名が明確じゃないと、これはどういうものを対象にしていかわからない。これはどうしても外せないところでありまして、立場が変われば、こういうお答えしかできない。そして、このお答えは、民主党政権のときに、民主党の政務官がお答えにいられた答弁であります。

でありますから、お互いにそこは、そちらの立場、こちらの立場、それぞれの思いの中で、行政と立法、そういうかかわりがあるわけでありまして、やはり何らかの基準をつくらなきゃならぬという中で、つらい答弁をさせていただかざるを得ないことをお許しいただきたいというふうに思ひます。

○中根(康)委員 全部外せというわけではなくて、医療費助成と連動するところをせめて外すというか、そこにこだわらないでほしいと。

資料のページ目の、外側の「難病」という枠の中で、病名のあるなしにかかわらず、まあ病名がありますよね、その広い範囲の方の枠の中で、しかも、全ての方にということではなくて、ちゃんと認定手続をして、それで障害福祉サーピスの支援が必要だという程度区分が出た方、難病の方であっても、場合によっては出ない方もあるかもしれない、出る方に対しては、ぜひサーピスが利用できるようにしていただきたいということを申し上げていくところでございまして、大臣、お手を挙げていただきましたので、ぜひ。

○田村国務大臣 私が申し上げたのは、自動的に連動はしないということとをこの間申し上げました。

しかし、この医療費助成の枠、指定難病という枠の中に入ってくるもの、そういうものに対しては、これは参考にするわけでありまして。これも、同じように、病名と診断基準がありますが、人口の〇・一程度というように希少性という問題があります。ですから、福祉サーピスとは若干違う部分もあるわけでありまして、ここにあるものを自動的にそのまま使うという話ではないですが、やはりこういうものを参考にさせていただいて、福祉サーピスが必要な、そういう状況はどういう状況かというような観点も含めながら決めさせていただくこととさせていただきます。

ですから、私は、自動的に連動しないということとそういう思いの中で申し上げたわけでありまして、全く一緒になるというように申し上げたのであるわけではないということと申し上げたのが前回の答弁でございまして、そういうふうにご理解いただければありがたいと思ひます。

○中根(康)委員 この法案が成立した後、自治体を含めていろいろな作業が進んでいく中で、今の大臣の御答弁のようなことを、大臣は国会の質問に対する答弁で、自動的に連動するわけではないときちゃんと答弁しているというように紹介するということか、何か文章の中に書き込むということか、そういったような形で周知をしていただいて、自治体の方々にも、大臣の答弁に沿ったさまざまな仕事をしていただきたいということをきょうは期待しておきたいと思ひます。

次に、資料の九というところになります。これは、難しい漢字でございまして、皆さんは御存じだと思いますが、多発性嚢胞腎という、これも腎臓の難病でございまして。我が国の患者は三万人程度だということでございまして。これも、医療費助成の対象にしてもらいたいという御要望が出されておるわけでございます。

この多発性嚢胞腎という病気の中に、ADPK

Dという症状があるそうでございます。これは東京都では既に難病指定されていることとございしますが、国としては難病指定されていないということでしょうか。確認です。

○赤石大臣政務官 今の中根委員御指摘の多発性嚢胞腎、この疾病は、両側の腎臓に嚢胞が無数に生じ、徐々に腎機能が低下してくる疾病であります。

多分、委員の皆さんも余りよく理解していないと思いますので具体的に言いますと、この発病の機構は、遺伝子異常はわかっているが、病態はまだ不明であります。また、治療法については、根治的治療法はまだありません。食事療法等、進行例では透析療法をやっている。それから、希少性については、患者数は不明ですけれども、今委員御指摘のように、約三万人程度との報告もあります。現在、厚生労働省の研究班がこれを精査中であります。それから、長期の療養に関しましては、徐々に腎機能が低下していき透析療法が必要となるので、長期療養が必要であるということとあります。客観的な診断基準につきましては、多くは家族歴があり、CT、超音波検査、MRI等で両側の腎臓に多発する嚢胞を認める、このようになっています。

現在、医療費助成の対象となる指定難病につきましては、法案成立後、第三者的な委員会において、難病医療に係る見識を有する先生方に御議論をいただくこととしておりまして、多発性嚢胞腎が指定されるか否かについては今後検討されることになる、このように思います。

○中根(康)委員 これは既に東京都からは医療費が助成されているということですか。

○赤石大臣政務官 東京都においては、難病指定されていて、医療費助成されているということとす。

○中根(康)委員 ということであれば、当然、東京は財政力が強いわけでありますけれども、しかし、東京に住んでいる方だけが救われる、助成される、神奈川や愛知や京都に住んでいたら助成の

対象にならないということであってはいけなないと思います。東京が認めるぐらいでありますので、助成の必要性が認められるという基準をクリアしているということと考えていいんだらうと思いたすので、今回、ぜひ国として医療費助成の対象にしたいということをお願いいたします。

次に、資料十になりますが、今度はコケイン症候群、百万人に二人程度の希少難病だそうです。早発早老症の一つで、発症の仕組みや症状の違いの原因は不明だということのようでございます。日本コケイン症候群ネットワークの方によりまして、ネットワーク設立以降、十八年間で十九人の子供さんがお亡くなりになっておられて、その平均年齢は十六・五歳ということをお願いしております。多くの診療科にかかる必要があつて、子供のころに発症するので、若い親には経済的な負担が大きい難病だということでございます。

十六・五歳、十六歳半でお亡くなりになつてしまふ、短い人生を精いっぱい輝いていただきたいと思ひますけれども、その短い人生の中において、日本に生まれてよかったというふうと思つてもらえる、もちろん、将来、根治ができる医療法やあるいは薬が開発されればそれが一番いいんですけれども、そうなる、今の現状ではそういうふうには願わざるを得ませんが、これは医療費助成の対象になりそうですか。いかがでしょうか。

○赤石大臣政務官 コケイン症の前に、先ほどの多発性嚢胞腎の件ですけれども、東京都が医療費助成をしているかどうかについてはまだ確認できていないということですので、訂正させていただきます。

このコケイン症候群も大変珍しい病気でございまして、これは早老症、要するに、早く、ドッグイヤーといえますけれども、それぐらいのスピードで年をとつていく、そういう一種でありまして、遺伝子の異常で神経が障害され、進行性に重度の精神運動発達遅延、それから腎不全、運動不全を呈する疾病であります。

具体的には、発病の機構については、原因遺伝

子については特定されているんですけれども、病態がわからない。それから、治療法については、根治的な治療がなく、進行予防の治療もない、対症療法でしか今はありません。希少性については、本邦で約七十名程度ということでございます。

それから、長期の療養につきましては、日光過敏症、聴力障害、視力障害、精神運動発達障害が生後半年から徐々に現れ、長期の療養を必要とする。それから、客観的な診断基準について、海外の診断基準をもとに厚生労働省研究班が今検討しているところであります。

先ほどの疾病と同じように、医療費助成の対象となる指定難病につきましては、法案成立後、第三者的な委員会において、難病医療に係る見識を有する委員会のメンバーに御議論いただくということで、今この場では、検討するというレベルにとどめさせていただきたいと思ひます。

○中根(康)委員 次に、資料の十一というところから質問を進めてまいりたいと思ひます。

難病指定医というものが、仮称でありますけれども、指定をされる。この難病指定医はどのような基準で認定されるのか。

その資料によると、その横にかかりつけ医のお医者様があられますけれども、かかりつけ医と難病指定医との区別はどのようなものになるのか、そして、難病指定医が地域間格差なく確保されるのかということについて聞きたいと思ひます。

○赤石大臣政務官 今回の難病法案においては、医療費助成を受けるために、難病指定医が書く診断書を求めることにしております。

難病は早期に正確な診断を行うのが重要なことから、指定医については、難病等に係る医療に関し専門性を有する医師として専門医資格を取得している医師、または一定の基準を満たした研修を受講した医師等を指定することを考えております。

厚生労働省としては、医師の専門性と患者の方々のアクセスも考慮に入れつつ、いずれの地域においても難病患者が治療を受けることができる

よう、難病指定医を確保したいというふうな考えております。

このため、できる限り多くのドクターに対し、難病に対して必要な知識を習得してもらひまして、指定医としての活動をしていただけたらうよう、学会や医師会などの関係団体と連携して、この体制の充実、かかりつけ医も含めて図つていきたい、このように思つております。

○中根(康)委員 お尋ねしたことの中で、難病指定医とかかりつけ医との違いというのはどのようなものか、改めて御答弁いただけないでしょうか。

○赤石大臣政務官 かかりつけ医というのは、自分の一番アクセスしやすいところにそのドクターがいるわけです。ただ、では、その人がかなり専門性を持つていられるかと必ずしもそうじゃないわけでありまして、そのかかりつけ医と専門医、指定医との間の連携を必ずとらせていただく、そういうふうなネットワークをこれから関係団体も含めて構築させていただく、このように考えています。

○中根(康)委員 かかりつけ医が難病指定医になるということもありますか。

○赤石大臣政務官 先ほど言いましたように、研修等を受けてなれば、それは当然なるわけでございます。

○中根(康)委員 難病指定医の専門性というのはどのようなものであるかということについてお尋ねしたいのですが、例えば、先ほどから御紹介申し上げております多発性嚢胞腎とかコケイン症候群とかジストニアとか、いろいろの病気があつて、一つ一つの病気のことを詳しく知るだけでもなかなか大変なことだと思いますが、難病全体について専門性があるということになるのかどうなのかということなんです。

例えば、これはコケイン症候群の専門のお医者様とか、そういうふうになるのか、どんなふうになるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 こういう希少疾患の場合は、

必ずしも各地域に専門医がいるわけではありませんが、一応、学会が中心となつて、学会の方から専門医の指定をしてもらつて、各地方に基幹病院がありますので、その基幹病院にはそういう専門医の方を置いて、基幹病院とその他の二次医療圏、三次医療圏、そしてかかりつけ医。かかりつけ医の場合はふだんからかかつている、そのネットワークを連携して、例えば年に一回なら年に一回、専門医にちゃんと診てもらふ、そのような体制でやつていく、このようになっております。

○中根(康)委員 やはり、その地域ごとにあらゆる難病に対応できるような指定医やかかりつけ医がいらずにやるといふことは、なかなか現実問題としては不可能だといふことだと思ひますね。年に一回といふことになつて、病気を抱えながら遠くまで出向いていつて診察をしてもらふといふこと自体が、やはり難病患者さんにとつては大変な御苦労だと思ひますし、また、経済的な状況から見ても負担も重いといふことになりまふ。先ほど大西委員が指摘をしましたように、交通費に対する支援といふものも、やはりこれから検討をすべきだといふふうに思ひます。

それで、地域間格差なく難病指定医が確保されることとは、どういふ状況ができればいいか、どれぐらい難病指定医さんが確保されれば地域間格差なく確保されたといふことになるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 まだ具体的な体制ができていないことではありませんが、今後、医療提供体制の整備については、昨年十二月に取りまとめられました難病対策委員会の報告書において、診断や治療に多くの診療科がかかわる必要がある難病に対応するため、都道府県は、新・難病医療拠点病院を三次医療圏ごとに原則一カ所以上、それから、地域医療の推進や入院・療養施設確保のため、難病医療地域基幹病院を二次医療圏に一カ所程度指定するといふことで、その下に専門医、かかりつけ医といふような枠組みをつくつて、こ

れからしつかりとしたネットワークをつくつていきたいと思ひます。

○中根(康)委員 お医者様にとつても、信頼される難病指定医になるといふことは相当御苦労の多いことだと思ひます。やはり、かなりのインセンティブが与えられるといふか、待遇、処遇というものが確保されなければ、難病指定医になつてもうことがなかなか難しいんじゃないかといふふうに思ひます。

また、資料十一のような、こういった全体の難病医療体制といふものは本当にできるのか。こういう絵を描いて、こういうふうなことをしますから、自己負担の引き上げも我慢してくださいといふことになつてしまつてはいけないわけでありまして、これは本当にできるのかといふことなんですね。

いつまでに、全医療圏といひますが、全都道府県といひますが、この絵に描かれたようなものが構築されるのか、その目標年度といふか目標年は、いつに定めておられるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 この基本方針につきましては、審議会や患者団体の意見を聞いた上で策定することとしておりまして、法案成立後、速やかに作成に着手し、可能な限り早期に定めたいといふふうに考えております。

この基本方針に基づいて、新たな医療費助成における対象疾病や受給者数の増加、指定医の指定状況を含む制度の運用状況を確認しながら、できるだけ速やかに適切な医療提供体制を構築したい、このように考えております。

○中根(康)委員 法案が提出されていて、患者さんの自己負担の引き上げが伴つていふわけでありまふので、この体制ができないうと、うそだといふことになつてしまひます。

速やかにといふのは何年なんですか。速やかにといふことは、普通にいつたら、一年や二年だとは思ひません。しかし、五年ぐらいではこういう体制ができる見込みがあるから、この法案が提出をされたといふことじゃないんでしょうか。何年

ですか。大体何年ぐらいだといふことを御答弁いただかないかと思ひます。

○赤石大臣政務官 お答えします。

今委員指摘のように、確かにそのとおりだと思ひ思つておりましたが、これからいろいろな、第三者委員会等で疾病も確定されていくわけですから、おおむね、見直しについては五年程度といふふうに考えておりますので、少なくともそれまでにはこういう体制をしっかりと組んでいきたい、こういうふうな思つています。

○中根(康)委員 五年たつてこういう体制が十分確立していなかつたら、自己負担の引き上げは撤回をしていただいて、もとに戻していただくといふお約束をしていただいたものと理解をさせていただきます。

資料十二の方に移らせていただきたいと思います。

難病データといふものを登録するといふこととございまして、このデータの信頼性とか、あるいは個人情報保護の保護といふことについてはどのように考えておられるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 この新たな医療費助成制度においては、申請時に提出された診断書の内容をデータベースに集積いたしまして、難病の調査研究に役立てることとしております。

難病データの信頼性については、指定医が医療費助成に係る診断書を患者に交付する際に、あわせて難病患者データの登録を行ふようにすることと、データの入力率を向上させ、精度の高い登録が可能となると考えております。

また、難病データの信頼性が確保できるよう、指定医に対して登録制度の意義などについて周知を徹底するとともに、今後の研究の進み方なども踏まえた上で、データ収集のあり方について引き続き検討してまいりたい、このように思つています。

○中根(康)委員 社会参加を支援する療養生活支援事業といふものがあつて、これは都道府県事業で、裁量的経費で国が二分の一補助できるという

ものでありますが、これも、地域間格差なく行われるようになりますか。

○赤石大臣政務官 お答えいたします。

難病相談・支援センター事業等の療養生活環境整備事業につきましては、難病法案において、国は、予算の範囲内において、都道府県が負担する費用の二分の一以内を補助することができるとしております。

本事業については、これまで法律の根拠のない予算事業でありましたけれども、今回、法律に位置づけることと、その予算を充実にすることとしており、都道府県に超過負担が発生しないよう、また地域の格差が生じないよう、必要な予算の確保並びに事業運営を支援する取り組みに努めてまいりたい、このように思つております。

○中根(康)委員 次に、大都市特例であるとか、あるいは、資料十三にあるような、保健所のところに書いてあるんですが、難病対策地域協議会を設置する、こういったことによつて自治体に新たな負担が課せられるといふか、必要になつてくるといふこととございまして。

例えば大都市特例といふこととていうと、平成三十年度から、都道府県が行つていた事務を指定都市に移すといふこととございまして。

これは、例えば、私の住んでいる愛知県名古屋市の場合、医療費の助成額が約十六億円で、そのうちの半分の八億一千万円程度を、これからは、県ではなく、名古屋市が負担をするといふことと変わるようであります。

そういうことと、あるいは、市町村においても、先ほどの難病対策地域協議会を設置すれば、当然、新たな費用が必要になつてくるといふこととございまして、こういった自治体負担が生じるといふことに対して、国からの財政支援などは行われるのでしょうか。

○赤石大臣政務官 今回の御指摘の大都市特例ですけれども、今委員おっしゃられましたように、平成三十年度以降に指定都市が医療費助成等を行うこととしておりますが、実施に当たつては、関係

省庁と連携して必要な予算の確保に努めてまいりたい、このように考えております。

また、難病対策地域協議会につきましては、医療や福祉など関係機関等の連携により、患者の方への支援体制の整備を図ることとしておりまして、厚生労働省としては、協議会の運営が円滑にされるように必要な支援をしていきたい、このように考えております。

○中根(康)委員 大都市特例の方の御答弁なんです、関係省庁と連携してということだと、何か、今の段階ではまだ支援するかどうかよくわからない、場合によっては政令指定都市に負担がそのまゝのしかかってくるような二アンスが含まれているような気がしたんですが、どうなんですか、これは。厚生労働省が責任を持つてということとは言えないでしょうか。

○赤石大臣政務官 これは、財務省と総務省ときちつと連携しながら、厚生労働省としても、責任を持つてまで言えるかどうかわかりませんが、けれども、しっかりと対応していきたい、このように思っています。

○中根(康)委員 難病相談・支援センターにおいては、障害年金ということにも丁寧、適切に対応してもらえないといけないというふうに考えますけれども、この年金相談体制というものを難病相談・支援センターできちんとつくっていただくとお約束をしていただけかもしれません。

○赤石大臣政務官 御指摘の難病相談・支援センターにつきましては、患者からの相談に幅広く応じて、相談内容に応じて、他の社会保障制度に係る相談センターの紹介等を適切に行えるよう支援していきたいと考えております。

このため、難病相談・支援センターの相談員の研修を行うとともに、御指摘の障害年金の相談については、関係部局と連携しながら対応していきたい、このように思っております。

○中根(康)委員 難病患者というだけで雇用が拒否されるということは、障害者雇用促進法の違反となるということを確認させていただきたいと思

います、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 改正障害者雇用促進法に該当する難病のある障害者の方々、この方々に関しましては、当然、差別禁止ということでございますので、そういうような形で差別があるとすれば、これは法律違反ということでありまして、また、合理的な配慮義務もあるわけでございますので、適切に対応していただくということになります。

○中根(康)委員 時間が来ましたので、最後に、これは見直しは五年後ということになっておりますが、五年に至る前、経過措置の間にも自己負担がふえるという方もたくさんいらっしゃるわけでありまして、五年後の見直しでは余りにも遅過ぎるということで、随時、必要に応じて見直す、一年一年見直しを図っていくということが必要だと思ひます。そのことをお話し申し上げまして、きょうの質問を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。

本日まで、本日に毎回難病の問題に質問に立たせていただきました、私自身、さまざまな議論をさせていただく中で気づくこともありました。質問に先立ちまして、ちよつと通告の前に一点、けさ方から大臣がいろいろ大変苦しい胸のうちをおつしやっていることについてお伺いをしたいというふうに思ひます。

限られた財源で全ての患者さんを救うということとは、これはやはりできないという苦しい財政事情がある、一方で、本日に困っている人には可能な限り医療費の助成をできるところまでしていきたい、これは、大きな政府という考え方であろうが、小さな政府という我々のような考え方であろうが、本日に困っている人にはということについては、恐らくこの部屋全員、一致できる部分なのではないかと思うわけであります。

問題は、この本日に困っている人というのをどのような物差しで、線引きと言ったらあれですけども、優先順位をつけていくのか、こういうと

きに、この間議論してまいりましたが、患者数が少ない病気にかかっているとすれば、それは困った人なのか、患者数がふえたら、それは困った人ではないのか、医療費助成の対象から外れていいのか、こういう議論をしてまいりましたし、あるいは、人工呼吸器の形によって線引きをされるのが、本日に困った人かどうかという線引きとして正しいのか、こういうふうな疑問に思うわけであります。

本法案は、医療費助成の対象が結果的に拡大を見込まれますから、私は、一歩前進と高く評価をしております。しかし、この制度の設計思想自体には、やはりこの間の議論でたいなる疑問を持つているところです。

医療費助成の対象を無制限に広げてください、こういう話を私はするつもりはありません。限られた財源を使う、この優先順位をきちんと決めていく、この根本的なルールをやはりそろそろ変える必要があるのではないですかという議論をこの間させていただいたこともございました。

例えば、治療法がわからず、とにかく治療費が一生かかるんだという病気、さらには、それが非常に高額であり続けることが見込まれる、そして三点目には、それを払うだけの資力がない、生活実態、経済状況が非常に厳しい、例えば、シンブルにこういう三要件で医療費の助成を行く行くはしていく、今の高額療養費制度の強化版のような形で医療費助成をすることについて、大臣のお考えを伺いたいというふうに思ひます。

○田村国務大臣 それはなかなか難しいんですよ。例えば、病気の発症機構がわかっているとしても、なかなか根治しない方々もおられます。治療法があつても、その治療法が、要するに、病気の進行に応じて、根治しない、もしくは症状を十分に軽くできない、こういう病気もあるわけで、難病と言われるもの以外にもさまざまな病気の体系があります。

その方々を全て例えば無料にするというような話になると、これは、そういうものに対しての物

差しの基準をどこに置くかという中において、かなり国民的な大変な議論になるんだろうと思ひます。多分、そこで線を引いたときには、線から漏れた方々は、なぜ我々はお話にもなるのでありましよう。

そういうような、どこかには線を引かなきゃいけないという大変つらい中において、この難病事業というのは、そもそもが、発症機構がわからずに治療法もない、症状も重い、そういう方々に対してどうやって対応するんだということで、調査研究を中心にした事業としてスタートをしているわけでありまして。

でありますから、まず、発症機構がわからない、治療法が確立しない、しかも長期にわたつて療養が必要である、そこに希少性というものを入れることによって、症例数を集めるためには医療費助成が必要ですよねというような概念のもとにやり始めておるという部分があるものでありますから、そこからその希少性というものをなくすという話になってくると、そもそも、もとの発想というものから離れていくわけであります、そうすると、さらに広げていくと、さらにそこにまた次の線引きをつくらなきゃいけない。

ですから、非常にづらい中でこの事業というものが徐々に広がつてきて、福祉的な意味合いというものの、初めの少ない疾患数から五十六疾患にきて、さらに今回は三百というところに来ていられるわけなので、そういう意味では、これからこの三百はふえていくのであろう。もちろん、抜けていくものがあつてくれれば、これはうれしい話で、治療法が確立されて、それによって患者の方々が救われていく、これが究極の我々の目的であるわけでありまして、しかしながら、三百でとめるというわけでもないわけでありまして、それが急速に広がらないからためだというお叱りの声があるのは我々も十分にわかつておりますが、しかし、そのようないろいろな制約の中で、何とかさらに福祉的な意味合いというものが、要件をクリアする中で新たな難病が指定難病として

入っていくという中においては、今回の制度というものは、新たなような色彩、そして財源的な安定性というものも含めて担保をしている法律であるということでございますので、一歩前進とも言つただけなのかも知れませんが、しかし、少なくとも前には歩んでおる、そのような法案だということに御理解をいただければありがたいと思います。

○井坂委員 私ももちろん、皆さんを無料に、こんなことは無理だということはよくわかっております。パイを広げてくださいますし、言えないのであれば、そのパイの切り方をやはりもう少し本質的な部分に変えていかなければならないというつもりで聞かせていただきます。

私がやはり一番納得がいかないのが、希少性という要件であります。希少性のお話をすると、必ずお答えに入ってくるのが、そもそも制度の成り立ちで、研究のために症例を集める、数が少ない病気の方を、医療費助成の制度を使ってちゃんと来ていただけてデータをとっていく、こういう話であります。

そういうお話があったので、ちよつと通告の順番を変えますが、五番目ぐらいですかね、制度本来の目的である研究、難病の治療法を確立するということについて伺いたいと思いますが、その一番基礎的な話として、難病患者のデータ登録率は、現状までどのようになつておりますでしょうか。

○赤石大臣政務官 お答え申し上げます。
現在の難病患者のデータ収集は、主治医が作成した診断書を都道府県がシステムに登録する、このようになつております。
診断書の中には医学的に高度な内容が含まれること等から、都道府県によるデータの入力率は必ずしも高いものではございません。現在、平成二十四年十月三十日時点で、全国の平均入力率は約六〇％というふうになつております。

○井坂委員 私、いつも通告の際には、ここだけ大臣にお願いします、それ以外はお任せいたします。

ますと。実はこの問題は大臣にお願いをしていたんですが、やはり相当、要はお答えいただきたい内容だったのかなというふうにかがうわけであります。
データの登録率が六割である、私は、やはりこの数字に衝撃を受けます。研究のため、そのために医療費助成があるんだ、だから希少性要件は絶対外せないんだ、こういう説明を受けてまいりましたが、そのデータ登録をするために、医療費助成という仕組みを使って患者さんに来ていただいていた、こういう話が根底から崩れる、とてつもなくひどい話ではないかと思うわけであります。

このデータ登録という、まさに研究の入り口の部分を思つていた。現場の研究者の方は一生懸命やつておられると思います。ただ、政府として、この制度を回す中で、難病の研究という医療費助成制度本来の目的に対して、大臣、本気で取り組んでいただと言えるところか、お伺いをいたします。

○田村国務大臣 今回の制度に関して申し上げれば、そういう点の反省もあるわけでありまして、指定医の方に、まず、診断結果を出す前に診断書を提出するという形の中において、その指定医の方々がつくった診断書がないとそもそも医療費助成というものに入らないという形でありまして、その上で、その診断書をもとにデータ登録をお願いしていくという話であります。

お医者様の中には高齢者の方々もおられて、なかなかデータ等々を入力できない。これは実は、電子カルテ、レセプト、こういうときも同じような議論があつたわけでありまして、高齢者の方々に限っては、なかなかパソコンをいじれない、コンピュータをいじれないという方々がおられるので、なかなか義務化は難しいわけでありまして、ただ、ここは、おっしゃられるとおり、検討して、何としてもお願いしていきたいというふうに思つております。

ただ、一方で、患者側の方も、データを提供してほしくない、そういう方もおられるわけでありまして、そこに関しては、一定の理由がある場合には、プライバシーの問題もございしますので、データを提出したくないということもあるうと思ひますけれども、理由なくデータを提供いただけないという場合に限っては、これは、制度自体がそのような成り立ちでもございしますので、理由なくデータを提出せずに医療費助成というふうな形は避けていただくように、こちらの方から対応させていたいただきたいというふうに思います。

○井坂委員 大臣、今のお答えで、制度そのものがそのような成り立ちでもございしますというふうな話じゃないと思うんですよ、本当に。そんな軽い話だったら希少性要件をさつと外してくださいよ。そんな話じゃないと思うんですよ。研究のためにとつて始めた制度だから、希少性要件は絶対に外せませんと言つておられるわけじゃないですか。ところが、その研究の、もう当たり前の、一番土台のところ、そもそもデータ登録さえされない現状。しかも、今回改められるというふうには私何一つお聞きませんが、しかし四十年ですよ。四十年間こういう状況を放置してきて、よく研究目的だから希少性要件がどうこうと言えたものだというふうには、私は非常に強い憤りを持つております。

重ねて伺いますが、こんなものはお願ひベースではないというのが私の考え方でありまして。制度の趣旨の根本でありますから、義務化をするべきだと思ひますが、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 なかなか、諸々の事情で義務化は難しいんだと思ひます。
例えば、理由をおっしゃらずに受けられる方に対して、医療費助成をやめるということが本当にできるかどうか、こういう問題もあります。お医者様に関しては、なるべくデータ登録していただくようにお願いしますが、事実上できないようなお医者様もおられないというわけではないわけでありまして、そこをどういうふうなデータ登録を

お願いしていくか、これはちよつと工夫をしなければならないやなぬと思ひます。
義務化というのはなかなか難しいわけでありまして、今、六〇％、決して高い数字ではありません。ただ、その六〇％のデータは、治療方法の確立や薬をつくるのに役立っていることは事実でありますから、全くなかつたということから比べればそれは意味があつたというふうに思ひますが、六〇という数字を限りなく一〇〇に近づけるように、今回新しい法律にのつとつた事業になるわけでありまして、その中で対応してまいりたいというふうに思ひます。

○井坂委員 研究目的ということでもう一点お伺いをしたいと思います。いわゆる日本版NIH設立ということで、それに先駆けて、難病関連予算が百一億円、こういうふうな聞いております。しかし、これは金額の面では例年並みと言える、全くもつて何かが伸びたという金額ではありません。

今回、日本版NIHが設立されることによつて、難病医療費助成事業の本来の目的である治療法の確立に何か大きく近づくんではないかという見通しがあるかどうか、大臣にお伺いをいたします。

○田村国務大臣 もちろん、今までも、それぞれ研究をしていただく中において現場では努力をいただいていたわけですから、今までも、今までも、ただだからというふうな話ではないわけでありまして。
今般の、日本版NIHと我々はもう呼ばないようになつていくわけでありまして、この日本医療研究開発機構を中心とする、その上部組織として、その健康・医療戦略推進本部というのがあるわけでありまして、ここが司令塔になるわけでありまして、その中に九つのプロジェクトを組んでおりまして、そのうちに難病克服プロジェクトと位置づけをしつかりさせていただきます。

そんな中において、難病に関しても、そちらの方にいく予算、これは今まで厚生労働省予算と文

科省予算に分かれていたわけでありすけれども、それぞれ一元化してここに持つてくるわけでありまして、そこで約九十三億円という形で、厚生省から八十三億円、文科省から十億円という形でありますが、そこでしっかりと目標を持つてこれを有効に研究に使って行く、もしくは配分をしていくということとをさせていた、いただきます。

あわせて、残り十八億、これは厚生労働省の中で、疫学的な部分でありますとか、診断基準等々に関するものでありますとか、また診療のガイドライン、こういうものに関して有効にこの予算を活用させていただいて、難病患者の皆様方に資する、そのような研究等々を進めるように努力してまいりたいと考えております。

○井坂委員 続いて、先日に続きまして、難病患者の就労問題について伺います。

先日、質問通告なく伺いをいたしましたので、本日は通告の上伺いますが、いわゆる障害者雇用促進法の法定雇用率について、難病患者百万人を加えると、この法定雇用率が何%上昇すると見込まれるか、参考人に伺います。

○内田政府参考人 お答えいたします。

法定雇用率の算出でございますが、法定雇用率の算出には、常用労働者である障害者の数と失業者である障害者の数が必要でございます。先生からは難病患者の総数のお話がございましたが、障害者と難病患者の総数からは法定雇用率を算出することができないものでございますので、御理解を賜りたいと思います。

○井坂委員 続きまして、大臣に伺いますが、前回の大臣答弁でこういうふうにおっしゃっていただきます。精神障害者が法定雇用率の対象に入ったばかりで、難病患者の雇用についてはまだ企業のノウハウや環境整備が十分でなく、時期尚早と考える、こういう大臣の御答弁でありました。

しかし、実際に企業で働いている難病患者も今は多いわけで、一体、大臣はどのようなデータや根拠に基づいて、精神障害者はもう入れるけれども難病患者はまだ時期尚早なんだとおっしゃった

のか、お伺いをしたいと思います。

○田村国務大臣 難病患者が働いておられる職場があれば、それは難病患者の方々のそれぞれの日常生活における状態にもよるのでありますけれども、それは非常に理解をいただいております企業でございますので、そういう企業がふえてくることは大変うれしいことであります。

しかし、まだまだ多くの企業が難病患者の方々を雇い入れているわけではないわけでありまして、そもそも、難病があるかどうかということを確認されて雇っているかどうかということも、我々もよく分析ができておりません。

そんな中で、先回私が申し上げたのは、精神障害者の方々の法定雇用率への算入というのは、実は、今まで長年そういう議論をしてきたわけでありまして、何度か何度かどうするんだという御議論をいたした中において、長年かかってやっと先般の改正の中でこれを導入させていただきまして、ただ、一方で、法定雇用率の中に算入するのは平成三十年四月からの話でございます。この間は、それとは別に、一・八から二％に法定雇用率を上げたわけでありまして、

ですから、そのときのいろいろな御議論、これは労働政策審議会で御議論いただいたわけでありまして、やはり一定期間あけないと、それは上げればかりだかという御意見があつて、なかなか話が、いろいろと議論のあつた中において平成三十年四月からということになったわけでありまして、そのときの議論でも難病患者の方々の御議論はあつたんですが、やはり労働政策審議会の中においてもこれはまだ時期尚早であるという御議論をいただく中において、前回の私の答弁があつたというふうな御理解をいただければありがたいと思います。

○井坂委員 労働政策審議会の議論はわかるんですが、私は、やはり精神障害者と同じく平成三十年四月に向けて今から準備をすれば、十分に企業側の環境整備とか理解は進むと考える立場であります。

一体、何に本当にそれほど時間がかかるのか。議論の経緯とか、精神障害者の方の方が随分長くやっているんだというお答えでありましたけれども、経緯の長い短いはあるにしても、実際に難病患者の就労問題を本気で一歩前に進めようとしたときに、一体、二〇一八年までにそんなに何か時間がかかるようなことがあるのかどうか、大臣にお伺いをしたいと思います。

○田村国務大臣 障害者の方々の皆様に對する雇用義務制度であります。これは、もう強制的に、達していないところに関しましては納付金を納めていただく、そしてそれを障害者雇用に使うという話になっておるわけでありまして、本来、採用は自由です。誰を採用するかというのはそれぞれの企業の判断で決められることであります。その採用の自由というものを、これは制約をかける法律であります。かなり厳しい、きつい法律であります。

当然のごとく、率というものが出てくるわけでありまして、今、二％というお話が出ましたが、まだ精神障害者の方々を入れた法定雇用率がどれくらいになるかも出ておりません。これから、これは三十年に向かつて出ていくわけでありまして、

さらに、難病の皆様方、これも、どこまで入れるかということがあつてありまして、なかなか難しい。範囲によつては何百万人という話になつてくるわけでありまして、すると、それだけまた法定雇用率が上がるわけでありまして、つまり、企業の自由な企業活動を制約するわけでありまして、

ただし、一方で、それが社会的要請として必要であるというように長年かけて御議論いただく中で、労使ともに、また三者構成の中で、労働政策審議会というところで、そろそろ、では準備もできたし、やろうか、いろいろな制約もあるけれども、事業主側も、一歩我々も踏み出そうという話の中で御議論が決まってくるわけでございます。そういう意味からいたしますと、それ

ぞれの理解感といいますか、理解の度合いといいますか、そういうものも含めてやはり醸成されてこないとなかなか難しいというのが実のところでございます。そういう意味で、すぐにというのがなかなか難しいということでもあります。

○井坂委員 今回、精神障害者の方、三百五十万人と俗に言われ、難病患者の方、百万人、あるいは対象拡大されても百五十万人ということだったと思ひます。

そんな中で、私、大臣に最後にお伺いしたいのは、では、難病患者のうち働ける方は何人で、そのうち実際に今も働いている方は何人なのか、そして、どのようにそういう方は企業と折り合いをつけてやつていくのか。あるいは、働けるのに失業している方は何人なのか、それは、なぜ就職を、なぜ就職できないのか。

難病患者の就労を政府が真剣に考えるのであれば、こうした基礎的な調査を今すぐ始めるべきだと考えますが、大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 数はつかないんですが、現在、障害者手帳を所持しておられない難病患者の方々に対して、疾病の種類や症状の程度、こういうもの、就労の困難性というものがなければ対象になつてこないわけでありまして、障害をお持ちの方々もおられるわけでありまして、やはり、障害をお持ちの方々も、就労の困難性というものがあるから障害者という形の中で法定雇用率の中に入つてくるものでありますから、その部分を、どの程度なのかということをお案するような形で、今、独立行政法人高齢・障害・求職者、言うところとまた怒られる機構でありますけれども、この機構において研究をしていただいております。このこととしまして、これは二六年度までという期限のもとで研究をいたしております。

一応そのような対応はさせていただいておるわけでありまして、なかなか、これを全部、どれくらいいるかというのを調べるのは難しいわけでございますので、その点に関しては、我々、今数字は持つておりません。

○井坂委員 別にJEDDが嫌いなわけではなくて、できレース入札をするのは悪いけれども、そういう研究をしていただけるなら大いにやっていただきたいという立場であります。

難しい難しいと、本当に根拠を持っておっしゃっているのか、やればわかることではないかなというふうには私は思いますから、そこはぜひ、本当に予断なくやっていただきたいというふうに思います。

時間がありますので、もう少し伺いをいたします。

就労に関して、現場でこういう声を聞いてまいりました。

今、受給者証と登録証というものがあつた。症状が少し軽くなつてくると、医療費の受給者証ではなく登録証に一時的に戻る、こういう仕組みと伺っておりますが、この登録証というものを

持つてハローワークに行くとなかなか難病扱いをされないような対応を受けるんだ、こういう話を聞いてまいりました。

現場のささやかなアイデアとしては、これは登録証という名前がそもそも誤解を与えるのではないか、あなた、本当に難病なんですかみたいなことになつてしまうようなので、難病認定証というように名前を変えて、しかも、その意味をきちんとハローワークの全ての職員さんに周知すべきではないか、こういうことでありますが、現場のことですから、参考人にお伺いをいたします。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

議員の御質問にありましたように、現行の特定疾患治療研究事業におきましても、症状が改善して、著しい制限を受けないで日常生活を営むことができる、こういうふうな判断された方は軽快者というふうにしていただければいいけれども、こういう方には、受給はしていないわけですから、医療受給者証にかえまして特定疾患登録者証というものを交付することとしております。

御質問にありましたように、登録者証という名前だと、なかなか、本当に難病なんですかという

ようなこともあるんだらうということでお聞きしました。

新たな医療費助成制度においては難病患者データの登録を行うということで、ここまで御答弁も申し上げてきましたけれども、そういう方でデータ登録を行った患者に対しては、関連情報を付加して、ちよつと名前が今も似てしまうんですけれども、難病患者登録証というものを発行するということとしております。

これは、私もとしては難病患者であることを証明する証明書だということに考えてはおりますけれども、今御指摘のように、患者さんが就労相談などの各種サービスを受けられるときに、これだけではないかなかなか難病患者さんということでお認めいただけないケースがあるということでしたら、まずは、ハローワークも含めた関係機関に、こういう登録証明書というものの意味を理解していただくように努めます。

そういう形で、引き続き、難病患者さんの就労も含めた生活支援が進むように努力してまいりたいと考えております。

○井坂委員 時間があるので、もう一点伺います。

この間議論になつております線維筋痛症の患者さん、参考人のおっしゃるには、二百万人いて重症者だけでも十五万人、こういう話でありました。しかし、同じ病名だったら重症者もそうでない方も患者数としてカウントをされて、合算をされてしまつて、この場合であれば、線維筋痛症の患者さんは二百万人いるから希少性要件にはかからないのだ、こういうことになつてしまふんだというふうな事前に担当の方からは伺つております。

それならば逆に、症状の重い場合のみ病名をつけることで患者数を少なく数えることが技術的に可能ではないかなというふうな思ふわけでありますが、実際、今の指定難病の中で、こういう、症状の重い場合のみ病名をつけて患者数を結果的に少なくカウントされているような難病の例はない

のか、参考人に伺います。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

今の御質問は、現行の制度の中で、症状の重いもの、重いグループと申しますか、重いものだけを取り出して、これを限定して病名をつけることで患者数が少なく数えられているような難病の例がないのか、医療費助成の対象となつていないものはないのかという御質問だろうと思ひます。

議員の御質問を正しく理解してお答えをしようかどうかかわかりませんが、思い当たるものがあるとする、難治性肝臓のうちの劇症肝臓とか、あるいは重症急性性肺炎というのがある、あるんだけれども、これは私どもの理解としては、一般の肺炎や急性性肺炎とは異なる病態とか、当然ですけれども診断、こういったものがある、異なる病態に着目してこういう区分をしようというふうな理解をしております。

○井坂委員 この劇症肝臓や重症急性性肺炎、これも、異なる病態とおっしゃいましたけれども、多分、非常に曖昧な状況ではないかなと実際は思ひます。ゆめゆめ、こうした病気が今回の新しい見直しのときに、いや、これも肝臓の重いものだと

理由に指定から外れるなどという逆のこと、そういうことを意図して質問したわけではないですから、そのことはお願いをしたいと思ひます。

本場にいろいろ議論をいたしました、とにかく、限られた財源でどういう優先順位づけをしていくか、その中で、私は、この希少性ということに関しては本場に一考の余地があると思つておりますので、そのことだけ再度申し上げて、私の質問を終わりたいと思ひます。

どうも本場にありがとうございました。

○後藤委員長 次に、高橋千鶴子君。

○高橋(千)委員 日本共産党の高橋千鶴子です。前回の続きを少しやりたいと思ひます。障害福祉サービスについてであります。

障害者総合支援法で新たに該当になった百三十疾患と関係リウマチについては、手帳がなくても

障害福祉サービスを受けられるわけですが、その際、使うのは、他の障害者と同じ障害程度区分を使ひます。

ただし、難病の特性を踏まえた認定をということ、厚生省は、難病患者等に対する障害程度区分についてマニュアルをつくつています。

それが資料の一枚目であります。このアンダーラインは、私がつけたのではなくて厚生省がつけたものでございます。「難病の特性」難病には、症状の変化が毎日ある、日によつて変化が大きい等の特徴に加え、進行性の症状を有する、大きな周期でよくなつたり悪化したりするという難病特有の症状が見られます。これは、つけてありませんが、調査もありまして、症状の変化が毎日あると答えた方が実に四一・二%もあるわけですね。

そういう特徴を踏まえて、これは、疾患群ごとに、血液系疾患、免疫系疾患、内分泌系疾患、代謝系疾患などなど、大きくくくつて分類をして、どういう特徴があるのかということを示してゐるものであります。

また、二枚目、これは大字の部分がありますね。ここは網かけをしていたんですが、コピーしたらくわからなくなつてしまつてゐるんですけども、少し読みたいたと思ひますね。「難病患者等は、障害が固定している身体障害者と違い、症状が変化したり、進行する等の特徴があるため、それらを踏まえ認定調査を行う必要があるため、特に、症状が変化(重くなつたり軽くなつたり)する場合、「症状がより重度の状態」(「障害程度区分」の認定が必要な状態)と考え、市町村審査会で検討するために必要な情報である、症状がより重度の状態を詳細に聞き取る事が重要になります。」と書いてあります。

私は、これは非常に大事だと思つてゐるんですね。厚生省が、こういうことに気をつけなさいとわざわざ書いてくださつてゐる。

これまで参考人からも直接お話があつたと思ひますが、症状が変化しやすい、疲れやすいなどの特徴があるのに、たまたま認定のときには張り

切って元氣だった、そういうふうなことを捉えるのではなく、それは一断面でしかないのだ、そういう特徴なんだよということを捉えて、重度の状態こそが一番必要な状態なんだということを踏まえなさいということを言っているわけですね。

これは、指定難病に限らなくても、共通したものでないでしょうか。また、最初に紹介したように、疾患群という捉え方というのは、これもまさに共通したものではないのか。このマニュアルを踏まえれば、病名によらずに、認定区分によって必要な障害福祉サービスを受けてもよいのではないかと、まさに、重度の状態が目にある、このことを評価するというのができるのではないかと。いかがでしょうか。

○蒲原政府参考人 お答え申し上げます。

先生のお話にありまして、認定のマニュアルというものを難病患者等についてつくっているということでございます。

これは総合支援法の全体の支給決定にかかわることでございますので、少し説明いたしますと、具体的な法の対象者が決まった後、その人に対してどのような支給をするかというプロセスに入っていくわけですね。そのプロセスの過程で、本人に、言ってみればどういうサービスが必要か、あるいはそのサービスについてどういう形で報酬をつけていくのか、こういうことを決めていく過程で、先ほど話が出ました支援区分というのを決めていくということで、支援区分はほぼ支給決定プロセスの中で使う、こういう整理になっておるものでございます。

また、この支援区分をつくる過程でも、最初に障害者の対象が決まっています、それとの関係でつくっている、こういう関係になっているわけでございます。

そういった意味でいうと、やはり、そうした対象が決まった上でつくっている支援区分自体を、それをベースに全ての状況に対して適用していくというところはなかなか難しいんじゃないかというふうに考えておりまして、これは法律がもとと

サービス給付法であるという性格がございますので、そこは支給対象を明確にするという必要性がございますので、これまでも御説明しているところ、きちっと個別の疾患名で決めていくということが大事だというふうな考えでおります。それをベースに、具体的な範囲についてはこれから検討していきたいというふうに考えております。

○高橋千一委員 もちろん答えはわかっているんですが、私が言いたいのは、これまで述べてきた議論というのは全く無体なことを言っているわけではないのと、それから、手がかりがないわけでもないのだということの一つとして挙げさせていただきます。

シンブルな問いをしますけれども、最初に私が紹介したように、疾患群でそれぞれ特徴があるという考え方、それから、非常に毎日症状が変わる、こうした難病ならではの特徵、こういう点では、診断基準があるなにかかわらず難病全体として共通する、そういう認識は間違いないでしょうか。

○蒲原政府参考人 お答え申し上げます。

先ほど申しましたとおり、この総合支援法の支給体制というのは、対象がきちっと決まった後、その人に対して必要な支援を行っていく、こういうことでございます。必要な支援を行う過程で、今お話がございました障害支援区分というのを活用するというところでございます。

こういう支給決定のプロセスにおいても、先生お話がございましたとおり、個々具体的ないろいろな状況とか、このマニュアルに書いてあるようなことをきちっと踏まえて支給区分をきちっと出していただく、こういうことが必要だというふうに認識をいたしております。

○高橋千一委員 そんなことを聞いているんじゃないんです。何回も言ったでしょう、シンブルな問いなんです。

これは佐藤局長に聞きたいと思えます。私が言っていることが間違っているでしょうか。つまり、やれ、やれという議論をまず切り離して、今

のいわゆる疾患群という考え方で、血液系、免疫系、代謝系というような大きなグループがあるということ、また、非常に変化がしやすいという難病ならではの特徵ということは、それはある意味、全体に共通するものがあるよね、そこだけを聞いているんです。どうですか。

○蒲原政府参考人 先生お話がございましたとおり、個々の疾患が、難病については非常に変化しやすいんだとか、なかなか従来の障害と違う特性があるということは私も私どもも認識をいたしております。

そのために、今回、昨年の四月に難病を対象にしたときに、単純に従来のいわば認定のマニュアルというところでやってみようよとくなくないんじゃないかということで、この認定マニュアルを昨年つくった、こういうことでございます。

その意味でいうと、まさにおっしゃっているように、疾患にそういう特性があるということは私も私どもも全く認識をしております。このように、私どもも全く認識をしております。このように、私どもも全く認識をしております。

○高橋千一委員 ようやとお認めいただいたと思うんですね。

やはり、話の取っかかりというか、一つ一つ見ていかないと、結論が、とにかく、やれ、やれと言われるからそれを認められないという話ではなくて、事実を積み上げていくということが大事なのではないかなと思っております。

その上で、ちよつと通告してないんですが、大臣、一言、感想を含めて伺いたいんですけれども、前回もお話をいたしました。それで、例えばネットに質問を見てくださったCFSの患者さんなどは、本当に症状が重ければ入院さえできない、そういう訴えもあるわけですね。仮に医療助成があったとしても、専門外来が近くにない、そういう困難を抱える患者さんにとって、対症療法ではあるけれども訪問介護ですとか同行支援とか、本当に必須なんだということを訴えられているわけですね。やはりそこをちゃんと見ないと、全体の枠があるから、不公平だからという理由を排除すれば、それこそ不公平では

ないのかということなんです。

資料の三枚目に、今の特定疾患を受けている患者さんたちの平均発症年齢をつけておきました。本当に若くして発症していますよね。平均発症年齢が四十一歳なんですね。見ていただければわかるように、十代、二十代の方がかなりいらつしやるわけなんです。

さつき中根さんが、難病患者の中の介護認定は三・七%いらつしやる、そういうことを言っていましたよね。だけれども、四十歳を過ぎないと、そもそも介護に入れないじゃないですか、特定疾病になったとしても。だから、そういうどこにも拾われない若い方たちが、今ここで大変な思いをしているんだということなんです。社会経験を積み機会さえなく、生涯にわたって闘病生活を送ることに変わらぬ。そこに線引きをしてはならないと思うんですね。

これまで、日本の障害者福祉法における身体障害者の定義というのは、内部障害も含めて、固定と永続性が条件だったと思います。これは何回も障害の問題を質問したときに、いやいや、固定していないからとかという答弁があったわけですよ。だけれども、これが、さつきから議論しているように、難病患者を適用するに当たって、変化をする人もこの障害者福祉法の中に入るということが初めて今回行われたわけですよ。

このことを、日本難病・疾病団体協議会の伊藤建雄会長の言葉をかりれば、難病も障害者福祉の対象になるということは、障害の固定と継続ではなくても対象とするということとなったわけですね。まさに日本の障害者福祉の根本にかかわる大変革だということにおつしやっています。私、本当にそうだと思うんですね。ぜひ柔軟な対応を求めたい。ぜひ検討していただきたい。

大臣、もう一言、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 先般の改正で、難病の方々も障害福祉サービスの範囲に入ることによって、サービスを御利用いただけるようになったわけでありまして。ただ、一方で、病名というものとそれから

診断基準というものは、その対象者を確定していくためにはどうしても必要な部分であります。

その上で、それぞれの状況に応じて必要なサービスを受けていただくわけでありまして、少なくとも、総合支援法に基づく給付に関しては、これは法律にのっとった事業でございますし、義務的経費になっておりますから、予算がないとかあるとかではなくて、しっかりと受けていただけたらいいところでございますので、そのような形で、必要のある方が認定をいただけて、その上でサービスを受けながら生活をしていただけたらというように形になっておるわけであります。

○高橋(千)委員 大臣にこの問題を通告していなかったで、ちよつと前回と同じ答弁だなという気がします。

しかし、手がかかるがあるんだということ、もちろん病名はあるわけですね。ただ、そこに診断基準、つまり指定難病医療費助成の基準とリンクさせているところに無理があるのであって、それを突破する手がかりとしてこういう考え方があるじゃないかということを引き上げさせていたいただきましたので、まだ決まったわけではないです、ぜひ検討いただきたいと思ひます。

そこで、次に、今少し話題になったわけですが、難病の医療費助成は義務的経費となつて、長年の課題でありました自治体の超過負担、これがなくなつたことは評価したいと思ひます。

ただ、先ほども議論がありましたけれども、療養生活環境整備事業についてはできる規定となっているのはなぜでしょうか。同じように義務的経費にすべきだと思ひますが、どうでしょうか。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

今御質問の中にもありましたように、医療費助成につきましても、指定難病ということで一定の要件を満たし、また、個々の患者さんにおきましても、その指定難病の要件に合致する患者さんに対しては医療費の助成をするということですから、日本全国にお住まいの患者さんにとってみると、公平に医療費助成という仕組みの恩恵を受け

ていただく必要があるということで対応しております。

一方、今御質問のありました療養生活環境整備事業ですが、今般の新しい法律の中には二十八条ということで位置づけられておりまして、現在も行われております難病相談・支援センター事業などを、今申し上げましたように法律上にきちつと位置づけて、しかも、財政的な支援を行うことができるということで明記をしているところでございます。

ここに關して、なぜできる規定なのかということとでございます。今も多少申し上げましたけれども、医療費助成と異なりまして、こちらの難病相談・支援センター事業を含む療養生活環境整備事業につきましても、自治体における実態の差異、あるいは、重点的に行うべき領域がそれぞれ自治体によつて違つたところという想定のもとに、義務的な規定とはしておりません。

例えば、例示を挙げますと、この療養生活環境整備事業の中には、特定疾患医療従事者研修事業といった研修事業を設けているんですが、人的あるいは医療機関のような箱、箱といひますが、施設の資源が必ずしも十分でないようなところでは、こうした特定疾患医療従事者研修事業のようなものに重点を置いていくこともあるでしょうし、また、そうでないところもあるだろうということ、自主性あるいは地域の実態に応じた対応ということ、柔軟に対応していただくようにということとでございます。

しかし、それにしても、法律に位置づける事業ということでございますから、各地域でこうした療養生活の支援が充実していくようにということ、厚生労働省としても、これから法律に基づいて基本方針を定めていくわけですが、その中において、都道府県、自治体に対しても、取り組みのあり方について明確に示していきたいと思ひます。

○高橋(千)委員 私は、この研修事業にしても、あるいは相談事業にしても、これは本当地域の

格差を取り除いて充実していかなければ、たとえ特定疾患が指定難病になつて広がつたとしても、全然知らない、自分の病名が何かということにたどり着くまでに何年もかかつていくというのが一般的なわけですから、そこにたどり着けないわけですね。そういう意味でも重要だと思ひます。

資料の四枚目に、都道府県の難病相談・支援センターの相談件数、これは補助金ベースなんですけれども、資料をつけておきました。非常に格差が大きいわけですね。

また、下の方を見ていただくと、これはお金と件数でやつておるんですけど、ゼロ円から百万円未満のところもあるというのには非常に小さいわけ、千葉県が、難病医療協力病院が九カ所あつて、相談を受けていて、こういう核になるところがあるところというのは非常に有利なんだなと思つたんですが、六千三百九十九件ですね。大臣の地元三重が三千三百七十二件、総理の地元山口は四十九件と、非常に開きが大きいわけであります。

こういうのを誰が担つておるかということ、次のページの資料を見ていただければおわかりのように、やはり患者団体が頑張つて受けてくださつておるわけですね。患者団体に委託しているのが二十三自治体、医療機関等が十一、都道府県直営は十三にすぎないわけでありまして。やはりここを、予算の範囲内という中で奨励するだけではなかなか進まないんじゃないかと思ひますけれども、もう一声お願いします。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

ただいま御指摘いただきましたように、現行の難病相談・支援センター事業につきましても、相談件数とか実施形態に地域ごとに違いがあるというところは確かに認識をしております。

先ほどの答弁の繰り返しになりますけれども、今般の難病法案につきましては、当該事業を、予算事業から法律の事業ということで位置づけ直し、国が財政的支援を行うことができるというこ

とを明記したところでございます。

平成二十六年度の予算においても、もう既に予算を見直して、難病相談員の人件費などを充実させたところでございますし、またこれまでも、先ほどからお話がありますように、必要な知識と基礎技術を習得するための研修事業を行つてきたところでございます。

先ほどの答弁の繰り返しになりますけれども、今後、法律成立後、基本方針をお示しするわけですから、その基本方針の内容等々とも関連をしまして、こうした難病相談・支援センター事業を含めて、充実していくようにということで努めてまいりたいと思ひます。

○高橋(千)委員 本場に頑張つていただきたいと思ひます。

そこで、大臣に伺ひますが、もともこの難病対策というのは、自治体独自の難病助成、さまざま、取り上げている疾患に違いがありますけれども、そういうところから始まつて、都道府県の難病連なんかで結成されてきて、全国団体になつてきたという歴史もありますよね。また、長く超過負担をしてきた。

そういう中で、今後、都道府県がやはり独自の支援策というのを維持したい、あるいは拡充したい、こういう場合について、例えば交付税措置ですとか、何らかの支援をしていく必要があるかなと思ひますが、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 今般の法律で、医療費助成に關しましては、これは法律にのつとつて義務的経費化して二分の一を見えるということですから、超過負担というものはこれではなくなるわけであります。

今おつしやられた難病相談・支援センター事業、さらには療養生活環境整備事業、こういうものに關しまして申し上げれば、これは、それぞれ、地方でそれぞれの必要性に応じてやられるわけでありまして、法律にこれも法定事業として二分の一補助というように形で位置づけた。ただ、これは予算事業であるわけでありまして、でも、こ

これは規定したこと自体は意味があると思います。というのは、なくならないわけでありますから。位置づけていなければ、いつなくなるかわからないという話でございまして、そういう意味では意味があるんだと思います。

それぞれの地方で独自にいろいろな事業をやられておられるわけでありますけれども、そこはやはり地方のそれぞれの状況がありまして、それを一律に国が何らかししながら地方交付税で見るといのはなかなか難しいわけございまして、そこはひとつ御理解をいただきながら、今般、法律でしっかりと書き込んだ事業等々、それぞれの自治体で対応していただく中において、難病患者の方々が日々生活する上においてしっかりと環境を整えていただきたい、このように考えております。

○高橋(千)委員 これは私、言いなりに気をつけて言ったつもりですけども、国が何々をやれと言えと言っているわけではないんです。もともと自治体が独自にやってきたものを支援したらどうかと言っているだけですから、義務的経費になったからあとではできないというふうになったら残念だなという思いで述べたわけでありまして。

それから、療養生活支援事業については、もともと超過負担がありません。だって、予算の範囲内となるわけですから。結局そうなっちゃうわけなんです。そこを本当によく見て支援をしていただきたいなと思っております。

難病対策委員会の中でも、長野県の福祉部局の参考人が、五十六疾患以外に頑張って独自支援している、上乗せしているところがあるから、そこを拾ってほしいと述べていらつしやいます。それがみんな今回なるかというのはまだまだ難しいところがありますので、そういうことに、やはりせつかく頑張ってきた県独自のものには支援していくということをお願いしたいと思います。

次に、小児慢性特定疾患においては、小児慢性特定疾患医療費の支給に要する費用及び小児慢性特定疾病児童等自立支援事業に要する費用、これ

がどちらも大人の難病とは違って義務的経費になったのはなぜでしょうか。

○石井政府参考人 小児慢性特定疾病児童については、児童の健全育成という児童福祉法の趣旨に鑑みまして、医療費助成のみならず、相談支援等の地域におけるさまざまな支援を組み合わせ、安定的に支援していくことが大変必要だということに思っております。

このため、小児慢性特定疾病児童等に対する相談支援等につきましては、消費税財源を充てた安定的な仕組みとして構築をいたしまして、都道府県に実施義務を課し、国としてはその二分の一を負担することとしております。

なお、小児慢性特定疾病の医療費でございますが、現行の裁量の補助金においても国は二分の一補助としておりまして、これに倣っているということでございます。

○高橋(千)委員 安定的と強調されたわけですが、では、その実績はどうなっているのでしょうか。今示したような都道府県ごとのデータというのはないということでありましたけれども、いかがでしょうか。

○石井政府参考人 お答え申し上げます。

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業はこれから創設しようとするものでございまして、そういう意味で実績はないものでございまして、また都道府県のデータもないというのは、そういう意味では御理解いただけるものと思っております。

○高橋(千)委員 わかつて聞いて聞いているのに、そういう答えはないと思うんです。

ですから、今やっていることを参考に新しいこの自立支援事業に行くわけですが、結局、療育相談ですとか、やるわけですが、その実績というのはあるわけじゃないですか。それをもう少し、余りにも不親切な答弁だと思えます。

○石井政府参考人 大変失礼いたしました。多分、趣旨をうまく読み取れなかったのだと思います。確かに、今現在、療育指導事業あるいは巡回相

談事業、小児慢性特定疾患児ピアカウンセリング事業などを行っているところでございまして、平成二十四年度の実績で申し上げますと、まず療育指導事業でございまして、実施回数としては三千四百四十七回となっております。また、巡回相談事業でございまして、実施回数として九百十一回、そしてピアカウンセリング事業でございまして、これも実施回数として九百二十五回となっております。

○高橋(千)委員 ですから、これは、全国で丸めても、最大多くて九百回とか三千回とか、そのレベルなんですか。そこを本当に安定的に、そして義務的にしてやっていくんだとなつたら、相当の覚悟が必要であろうということ指摘をさせていただきます。

そこで、大臣に改めてのことなんですけれども、小児慢性特定疾患はもとも児童福祉法に位置づけられていたわけですから、児童の健全育成ということが目的だと思っております。そのために児童と家族を支援するという福祉的の目的があると思うんですが、その意義について改めて確認をしたいと思います。

○田村国務大臣 おっしゃられましたとおり、これは児童の健全育成というのが目的になつていて、その治療の確立でありますとか普及を図りながら、一方で、今申し上げましたような、患者、家庭の負担の軽減というのがあるわけでありまして。

しかしながら、現在の位置づけは、やはり治療研究事業という位置づけになっておるわけでありまして、福祉的要素はもちろんあるんですけども、位置づけがそうなつておるものでありますから、今般の法律改正の中において、しっかりと福祉的観点というものを明確にしていこうということとであります。

あわせて、今もお話がありましたけれども、安定性という部分で法定給付化をするわけでも前進であろうというふうに我々は思っております。

まして、いろいろな事業の中においても、先ほど話がありました自立支援事業も含めて、小児慢性特定疾患の患者の皆様方が日々生活される上において、環境整備というものを進めてまいりたい、このように考えております。

○高橋(千)委員 十五日の参考人質疑でも、NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク会長の小林信秋さんが、家族を支援することの重要性について述べておられました。

さつき大臣がおっしゃったように、確かに治療研究というところから始まったんだけど、予算だけでは、構造改革法によって毎年一〇％削られる、これではなくなってしまう、そういう中で、医療費助成を維持できるように児童福祉法に位置づけたという歴史的なこともおっしゃいました。逆に言うと、本当にこの医療費助成がなかりせばということだったのでないかなと思えます。

多くは兄弟がいる、また親がまだ若くて経済力がない、そういう中で本当にこの助成制度というのはありがたいし、半分でも、自己負担増だけれどもありがたいという控え目なことをおっしゃっていたけれども、しかし、そういう児童と家族の支援といったときに、医療費を半分にすればいいんだとか、食費も負担という整理で本当にいいんだとか、食事は治療の一環であつて、今までどおりで、なくていいのではないのでしょうか。財政影響額だつて大したものではないと思うんですが、いかがでしょうか。

○石井政府参考人 お答え申し上げます。

小児慢性特定疾病については、治療が長期にわたり、医療費の負担も高額となるため、児童の健全育成を目的として、患者そして家族の負担軽減を図る観点から、自己負担限度額を従来から難病医療費助成の二分の一といたしております。現時点において、これを変更する特段の事情変更もないと考えているところでございます。

また、食事療養費でございますが、そのみに着目するのではなくて、自己負担限度額の水準や

複数の患者がいる世帯での負担のあり方など、多様な観点から総合的に負担のあり方について検討が進められまして、費用の二分の一を自己負担することが適当とされたところでございます。

なお、食事療養費に係る費用でございますが、平成二十四年度の実績は、助成対象数が約十一万人で、約七・一億円となつております。

二十七年年度の助成対象数は十五万人と推計いたしております。このうち約十万人が食事療養費について全額公費負担の経過措置対象者で、約五万人が二分の一自己負担となる新規助成対象者と推計されることから、二十四年度の実績をもとに二十七年年度において食事療養費を全額公費負担した場合の財政影響を試算いたしますと、約二億円と推計をいたしております。

○高橋(千)委員 そうなんですよ。だから、その二億円、我々は、そこはいじやないかということ、修正案を出して、食費は今までどおりにしてほしいということをお願いしております。

今、まさか特段の理由がないという答弁になるとは思っていませんが、従来から子供は大人の二分の一と言っていて、それを要する特段の理由はないとおっしゃったんですが、委員会の中では、結局、私が言ったように、児童と家族の経済的支援ということを考えたら、やはりふやさない方がいいんじゃないかという意見と、いやいや、もう少しふやした方がいいんじゃないかという意見、両方あって、中をとって二分の一になったんでしょう。そういうことなわけで、やはり、もつと実態に合わせてまだまだ検討していく必要があるのではないかと、経過措置の間に、ぜひ上げない道を選んでいただきたいと思っております。

それで、大臣に改めて伺いたいんです。小児慢性特定疾患治療研究事業の受給者であった成人に対する調査を、前回、大臣が紹介されました。仕事をしている方は五四％いるんだと。特

に障害なしという方が六割というデータもあります。これを捉えて、大臣は十一日の委員会、自立して就労しておたり日常生活を営んでおたりされる方々は比較的多いと述べられました。確かに半分は働いているんだけれども、半分は働いていないということを見るかということが一つあるんです。

小児慢性疾患の場合、発病が一番多いのはゼロ歳なんです。ゼロ歳に発病している。だから、まさに生涯にわたって病氣とつき合わなきゃならない。そういう中で、登録者数というのが一番多いのは実は十代の前半で、そこから若干減っていきますよね。そういう意味で、治療に効果があつた方たちがそこに数字としてあらわれてきているのかなと。だから、実際にはずっと続いている人のことは、やはり実態としては同じなんですよ。

そういう意味で、小児のときに、医療費助成で低所得者はゼロ円だった、食費は自己負担なし、こうやって支えてきたことが、治療の面でも効果があつたし、成人になつてからも一定の日常生活に支障がないという人も、そういうふうなこともあると言えないかなと思つてます。

ですから、今回、負担がふえることで治療に結びつかない、そういう患者がいてはならないというところで、改めて伺いたいと思つてます。

○田村国務大臣 小児慢性特定疾患の方々が、今まで医療費の助成を受けながら、また一方で、それだけではなくて、相談支援でありますとか日常生活の用具の給付、こういうものを含め、さらには教育でありますとか就労、こういう種々の支援を受けながら、今委員がおっしゃられたように、半分の方々が自立をされて就労にもつかれておられる、こういう現状がある。これは、そのような小児慢性疾患への支援というものがあればこそという部分は、私はやはり理由としてあるんだろうというふうな思ひます。

今般、そういう流れの中において、先ほど来言っておりますとおり、非常に不安定な予算事業

を法定給付化するというにさせていたいただき、他の自立支援の事業もさらに強化をしていこうというところであります。

法定給付化をするということになると、これも何度何度も申し上げていて恐縮なんですけれども、一定のバランスをとらざるを得ないということと、あるわけでございまして、その中において、もちろん、自己負担の上限、これはそれぞれ負担能力に応じて差はつけさせていただいておるわけであります。

さらには、今ほど来お話があつたとおり、食事療養、これを二分の一、これは一般の保険の給付の中においての二分の一という形になつておるわけでございます。この二分の一というものも含めて、無料にすればいいのではないかと、このことをおっしゃられるのであらうと思つてますが、なかなか、これは制度の中においてのバランスということがございまして、いろいろと勘案をして、福祉的な色合いも強めていくわけでございますけれども、対象の拡大ということも含めまして、どうか御理解をいただければありがたいというふうに思ひます。

○高橋(千)委員 同じ答弁ではあつたんですが、小児慢性の医療費助成や総合的な支援があればこそ今こうして頑張っているということからまず出発点にして、検討を進めていただきたい、このように思ひます。

それで、二つまとめて次に伺いたいと思ひます。

今紹介した小林さんのお子さんの場合は、百人程度の患者さんだという極めて少ない疾患であつたということで、小児慢性特定疾患の場合には、物すごく少ないという特徴もあるわけですよ。その反面、やはり希少性を条件としない、現行でも幅広い概念を持っています。これは、今回の法改正に当たつてどのように整理をするのか。それから、トランジションの問題はずっと議論されてきたわけですけども、今ある疾患のデータ、これを成人期にリンクさせるということが非

常に重要な課題となつておりますが、どのように進めるのか。

○石井政府参考人 社会保障審議会の専門委員会の報告では、これまでの小児慢性特定疾患の考え方を踏まえまして、まず一つとして、慢性に経過する疾患であること、二つ目として、生命を長期にわたつて脅かす疾患であること、三つ目でございますが、症状や治療が長期にわたつて生活の質を低下させる疾患であること、そして四つ目でございます。長期にわたつて高額な医療費の負担が続く疾患であることを考慮して選定することが適切であるとされたところでございます。

これを踏まえまして、この法案の第六条の二第一項に規定を設けておりますが、そこで、「小児慢性特定疾患とは、児童又は児童以外の満二十歳に満たない者が当該疾病にかかつていることにより、長期にわたつて療養を必要とし、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」と定義しているものでございます。希少性の要件は入っていないものでございます。

そして、もう一つのお尋ねでございますけれども、データの関係でございます。

現在の小児慢性特定疾患治療研究事業におきましては、治療研究に活用するため、患者の各種検査値等のデータの登録管理を行つておりますが、効率的、効果的に治療研究を進めるため、今年度、新たなデータベースの構築を図ることとしております。

新たなデータベースの構築に当たりましては、御指摘のような観点、これも踏まえまして、小児慢性特定疾患の登録データについては、先行してデータベースの構築を進めている難病の登録データと登録項目を合わせるなど、円滑にリンクする仕組みとして開発を進めていきたい、かように考えております。

○高橋(千)委員 円滑にリンクしてということでありましたが、今の難病の分野では、資料の六枚

目、これは時間の関係でこは問いにしませんが、特定期間調査解析システム入力率ということで、これも物すごい格差があります。

やはり、データベース化しなきゃいけないんですけれども、紙媒体を本場に原始的な手作業で入力しているところを今やらなきゃいけない。これは本場に大変なことで、これを均てん化するというの大きな課題であろう。ただ、私は、そういうことを思い切って今やろうとしているときだからこそ、トランジションの課題も本場に解決するチャンスではなかったかな、こういうふうに思っております。

難病対策委員会の中で小慢のことを議論して、全体として、成人期と一体として議論していこうということ始めた。それが今度の法案の中にはなかったことはすく残念だなということに指摘しなければならぬと思っております。

それで、小児のがんや心臓病、糖尿病などは、やはり成人になれば対象とならない可能性が大きいわけですね、がん疾患患者は物すごい多いじゃないかということ。しかし、小児のときに発症するということの意味は、だからこそ難病なのであり、特別の困難さ、違いというのがあるわけですね。そこを本場に反映させていくべきだと思いますが、いかがでしょうか。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

これまでの議論の中で、今回の難病法案の位置づけ、あるいは、希少な疾病とか難病の要件はどういうものかというのは御説明もいたしましたし、同時に、医療費助成の目的が何であるのかということについても御説明をいたしましたので、もうこれ以上申しませんが。

今ありましたように、小児のがんとか心臓病とか糖尿病など、本場に細かく見えますと、確かにそれぞれの細かな違いというのは出てくるんだらうとは思いますが、今般こういう形で法案を考えていく中で、がんや心臓病、糖尿病など、ある程度の患者さんがおられて、そして別個の施策体系が一定程度構築されているものについて

では、今般の難病対策の枠内とはせず、難病の方には、これまで御説明いたしましたように、要件に合致するものということで考えております。

いずれにしても、こういう疾患が対象になっているのか、あるいは小児の特定疾病との整合性をどうとるかということについても、法案成立後に速やかに設立して検討していただくであろう第三者委員会の中で御議論いただくことになると思っております。

○高橋千二委員 いっぱい時間をいただいたと思つたら、やはり問いをいっぱい残してしまっていて、申しわけないんですが、最後、ちよつと丸めて、まとめて質問させていただきたいと思っております。

大臣にも聞いていた、だいたいなんですけれども、大臣は、これまでトランジションの質問を受けたときに、指定難病も範囲が広がるからそこで拾えるんじゃないかということ、自立支援医療で見るとということもあるんじゃないか、そういうふうにおっしゃっていました。

ただ、今も特定疾患は五十六あるんですが、そのうち小慢と重複している疾患数はたつた十五しかないんです。しかも、その十五は、まさしく細かく見ていきますと一桁とか二桁、せいぜい十人とか、その程度の極めて希少な疾患しか重複していないんです。あとの圧倒的に小慢で多い疾病は実はダブっていないんです。

そうすると、これがいきなり、広げたからといってうんとこの関係が変わるというふうには考えにくい。まして、糖尿病などは生活習慣病だと言われているわけですよ。そこを今からちゃんと考えないといけないのではないかと。そこをちゃんと受けとめていただきたいということ。

その上で、私がきょう通告していたのは、例えば日常生活用具、これも、二十になつたら全部、医療費助成もないしこつちもないというんじゃないかと、ここをこう支援していくことを考えてもいいのではないかと。あるいは、二十四時間つけなければならぬインスリンポンプ、一型糖尿

病ですね、これなどをやはりせめて人工透析並みの支援にするとか、そういう形で、少しソフトウェアングというのでしょうか、一緒に考えるべきじゃないか。どうでしょうか。

○木倉政府参考人 インスリンポンプの部分で簡単に答え申し上げます。

今の人工透析等、これは高額療養費の制度の中で上限を一万円に抑えている仕組みのものでございますが、これは約三十年前、昭和五十九年に健康保険法の改正で、被保険者本人の自己負担が、十割から九割というときに、人工透析あるいは血友病という具体的な疾患について御議論が国会で行われまして、このようなものについては、高額療養費の仕組みはあるんだけども例外的に負担を軽減するということが合意をされ、それが盛り込まれておるものでございます。その後、血友病患者の関係で、抗ウイルス剤が投与されている後天性免疫不全症候群の方も入っております。

この対象の議論につきましては、その後も医療保険部会等で議論はありましたが、やはり医療保険の考え方は、疾病でなかなか区分、差をつけにくいということが原理原則であるということと、それから、医療保険財政が極めて厳しい中で、保険者等の合意がなかなか得られないという状況で、その後、追加はなされてないという状況でございます。

○石井政府参考人 お答え申し上げます。

委員、先ほど五十六疾患のうちわずかに十五というふうにおっしゃいましたが、小慢の方から考えましたら、五百十四疾患のうち百を超える疾患が今重複しているということでございます。現状はそういうのはおっしゃるとおりでございます。

しかしながら、今回、これまでとは違ひまして、安定財源を得て疾病対象は拡大していく、五十六から三百になるということが予定をされているわけでございます。これはそこで打ちだめというわけではなくて、今後の可能性も秘めた、そういう位置づけ、条件を満たした場合には追加されていくという枠組みが、しかも安定的なものと

してできた。そういう意味では、相応の改善が図られていくというふうに私も受けとめておりますし、また、そういう方向で対応していくというのをまず原則として考えたいというふうに思っております。

また、あわせまして、自立支援事業についても新たに法定化され、しかも負担金化されておりますので、これについてもしつかり、子供を支えていくという観点から取り組んでいきたい、かように考えております。

○高橋千二委員 終わります。言いたいことは討論であります。

○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。

午後零時六分休憩

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。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。維新の質問時間に珍しく民主党の先生が二人いらつしやるということで、ありがたく存じます。

足立が出てくると、またあの非営利何とかというテーマかということですけれども、きょうは法案審議ですので、しつかり難病法案について質問をさせていただきます。

何日も法案に関する審議を続けていただいておりますが、私は難病については初めて時間をいただきました。もともと私は医師でもありませんので、難病については、正直、最初、ハードルがあるというか、なかなか、やはり病名も、ふだん私は聞きなれないものが多うございますし、同僚の医師の議員等に中心にやっていたきたいということで控えておつたんですが、いろいろ質疑を聞いていまして、失礼ながら、これは改めて大事だなと思ひまして、私も三十分だけいただいて、重

復するところもあるんですが、幾つか確認をさせていただきたいと思ひます。

民主党さんとつたに意見は合わないんですが、難病対策については、ところどころちよつと違和感、例えば財源の問題とかいろいろ大臣もおつちやつていられるところについては、うんつと思ふところもあります。ただ、御主張の多くは、非常にそうだなと思ふ部分が多くて、多分、あまたある政策の中で、この難病だけだと思ひますけれども。

加えて、先ほど結いの党の井坂委員も非常に大事なポイントを質疑されて、私、感銘をいたしました。井坂議員とはいろいろな会でも御一緒させていただいていまして、できれば将来一緒にと思ひていまして、またよろしくお願ひします。

大臣、私がなぜ民主党の方々とこの点については意見が比較的好うかなと思ふかという、やはり難病というのは誰でもなるかもしれない、要は原因がわからないわけですから、あした私が、あるAという難病、Bという難病にかかるかもしれない、わからないわけですね。原因がわからないから、わからない。

こういうテーマというのは、私も一年強、厚生労働委員会で仕事をさせていただいていますが、いわゆる厚生行政とか、こういう行政の分野の中でも最も、公益性という言葉がちよつとよくわからないんですけれども、税金を投入する合理性とか、そういう合理性が高い分野だと思ひていまして、その一点で、やはりそうだなと思ふ部分が多かつたと思ふんです。

大臣、この点、要は難病対策は、原因が不明、それから治療方法が確立されていない、そういうことを踏まえると、大臣が所管されているさまざまな政策分野の中でも、税金を投入するというか、あるいは公益性が高いとか、そういう政策の必要性、これが最も強く、説得力があるというか、合理的に説明できる分野だと思ひますが、改めて大臣の難病対策についての御認識をお伺い

できればと思ひます。

○田村国務大臣 原因がわからない、そして治療法が確立されていないわけでありまして、希少性があるかないかではいろいろと御議論が分かれるところもありますけれども、基本的には、非常に治療が困難、それを研究開発していかないと、しかも、希少疾患の一つには、なぜ希少というものが入っているかという、これは研究開発もなかなかやってみられないですよ。

なぜかという、製薬会社が薬をつくらうと思つても、インセンティブが余り働かないというのがある。そういう意味では、希少疾患に対して、いろいろな難病という範囲の中において支援をしていくというのは、そういう部分も実はあるわけでありまして、こういうところには税金を使つていくということで、医療保険以外に医療費助成をする。

ただ、それだけじゃありません。自立支援医療という分野も同じような分野。そして、境目があつて不公平じゃないかというお叱りをいただく分野には、ほかにも、肝炎もそうでありまして、いろいろな分野があります。そういう分野では、それを全て、全員、どこまでというので、いつも財源やいろいろなものの中で我々も苦しんでおるわけでごさいます。そういう意味では、難病だけという話じゃありません。あまたそのような分野がこの厚生労働の分野ではあるというふう

に認識いたしております。

○足立委員 大臣はあまたとおっしゃいますが、あまたある行政分野の中でも、ここだけだとは言いません。特に税金を投入するに値する、合理的な説明ができる、そういう分野の一つであると、私は質疑をお聞きする中で改めてそういう思いを深めているわけでありまして。

なぜ、私が、難病は特に申し上げるかという、大臣が、きょう、いろいろな質疑の中で、ほかの制度とのバランスということをおっしゃいました。ちよつとこれは通告していないと思ひますが、例えば自己負担を入れていることについて

は、さっきのいろいろな質疑でも、この分野は、あるグループの方については、やはり自己負担がきついんじゃないかという議論がずつとあります。

特に、ちよつと通告ベースにもう一回話を戻すと、ある学者の方が、難病患者の医療負担については生涯ベースで考えるべきだ、こういう指摘をされています。

経済産業研究所というところに所属されている方ですが、その方は経済学者ですから、いわゆる論理、ロジックで考えると、この難病という分野は、もともと、必ずしも大きな対象があるわけではない、かつ、誰でも難病になる可能性が否定されない、かつ、その負担は、例えば平均在院日数なんかで見ると三カ月とかいろいろな数字がありますが、難病の方は、もし治療の方法が見つからなければ一生その負担をしていくわけですね。その生涯ベースの負担ということをやや自己負担は重いんじゃないか、こういう指摘をされている方がいらつちやいます。

私は、経済学者というのは、必ずしも、どうかと思ふこともありまして、いわゆるロジックで突き詰めるという意味では、非常に傾聴に値する意見だと思ひます。この意見について、これは局長でも結構です、よろしくお願ひします。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

御質問の中にありましたように、難病は、根治療法がない、発症、発病のメカニズムが明らかでない、そして、希少な疾病、長期の療養を必要とするものということが要件になっております。この長期の療養ということと根治療法がない等々を総合的に勘案すると、やはり医療費の負担も大きいだろうというふうな想定をしているわけでございます。

今御紹介のありました経済学者の御発表の中でも、通常の疾病の患者さんと同じ基準で負担の水準を議論することには極めて慎重な態度で、生涯を通じて医療費がかかるんだという生涯ベースで考える必要があるんだ、こういう御指摘をいただ

いているんだろうと思ひます。そういうこともありまして、今回の難病法案を議論するに当たりまして、他の制度、医療費の助成制度等々と比較をするというプロセスを踏んでまいりました。

まず、通常の疾病であります。保険制度の中で高額療養費制度があり、また、高額療養費制度の中には、一年のうちに何回も何回も高額が続くようだったら多数該当という制度があります。同一の御世帯の中に同じように高額療養費を持つていらつちやる方だったら世帯合算がある。こういうことで、自己負担の額が、通常の疾病であつても一定の額以上にならないようにということを設定をされているわけでございます。

ですから、今般の難病対策における負担それから上限を考えていく上でも、こういった一般の疾病の高額な場合の仕組み、そして、その過程では、高齢者の高額療養費というのを参考に、一旦は難病対策委員会でも御提示があり、公表もして、御意見を頂戴するというプロセスであつたわけ

です。その過程で、高齢者の高額療養費ということでは相当に負担が大きい、それから低所得者についてはどうなんだ、それから、これまでの御議論があつておりますけれども、ALSで気管切開をして人工呼吸器を使つていられるような方、そういう方についての自己負担というのはどうなんだ、これまで無料であつたというふうな、そういうことがありましたので、今般のような形で、所得区分とそれから病状の程度、長期かどうかというものを総合的に勘案した上限の設定というものをさせていただいたということで、話をもとに戻しますが、難病患者の医療費負担は生涯ベースで考えるべきという思想的な部分は、十分に盛り込まれているのではないかと、十分に考えます。

○足立委員 この自己負担の問題は、るる、何度も各委員の方から指摘もありましたので、もうこれ以上繰り返しませんし、また、生涯ベースとい

う考え方について、私の方から改めて指摘を申し上げ、今、佐藤局長の方から、踏まえているつもりだという御答弁がありました。

私は、高齢者の高額療養費制度も勘案しながらという御答弁がありました。厚生労働省としては当然精緻に議論を尽くしてこられた結果だと思えますが、先ほど関係の委員と昼に話をしていて、近い将来、この自己負担のところにいつてはやはり改めて検討を深めたい、こういう思いを共有していたところでもあります。

もう一つ、きょう私が、素人ならではの言うところと変な言い方ですが、きょう何度か出ています希少性の話ですね。これは、ぜひもう一度、私の立場から大臣あるいは佐藤局長にお聞きをしたいと思っています。

これは大臣には通告していません。大臣にはぜひ一つ通告外でちよつと御答弁いただけたらと思うんですが、虹がありますね、虹が。これは何色ですか。例えば小学校のとき、クレヨンで虹を描くとき、大体何色で描いていたか、描いていないかな。

○田村国務大臣 厳密に言えば、どれをどの色だということに言うのか、濃淡はあるんでしょうけれども、普通は七色という話でございすよ。ね。

○足立委員 まさに私も、小学生のとき、余り虹は描かなかつたんですけど、周りで描いている子たちは七色が多かったです。日本は七色で、それは学校教育で七色になっている、なっていたか、なっているかだそうで、学校教育の影響が非常に大きい、この物の本には書いてあります。

グローバルに言うと、ヨーロッパではもともと五だつたんですけど、それを、ニュートンが、五より七の方が縁起がいいとか、いい数字だということ、二つ加えて七色ということ整理をしていった歴史がある。一方で、もつとアフリカとかいろいろ見ると、アフリカのある国では、小学生がクレヨンで描くと三色なんだそうです。当然、科学的には、これは無限にあるわけですね。どこかに線があるわけではないわけですね。

私がなぜ虹の話をしたか、もうおわかりだと思えますが、私は、まさに委員の先生方の質疑を聞いていて、いまだに、ずつと何日も聞く側に回って聞いていましたけれども、大臣の御答弁、副大臣の御答弁、局長の御答弁を伺っていても結局わからなかつたのは、誰がそれを決めているんですか、その概念、病名というのを。

言語学という学問がありますね。言語学の世界で、認知するというのは、認知があつて名前があるんじゃないんです、名前がつくから認知できるんです。だから、言語学の世界では、名前がつく前は、とにかくのつべらとしてるんです。でも、これは赤だ、これは黒だ、これは人間だ、これは机だという、名前がつくから机だと認知する。だから、認知と名前というのは、認知が先なんじゃなくて名前が先なんだという議論は、非常にポピュラーな議論なんです。佐藤局長、言っていることはおわかりいただけますね。

難病の定義には、原因がわからないとかいろいろなことが書いてある。難病の定義、第一条に書いてあるその定義にもかかわらず、なぜ病名が一意に決まるんですか、局長。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。なかなか難しい御質問をいただいたように思います。

おっしゃるとおりでございまして、長い長い医学、医療の歴史を見ても、病名をつける。そして、そのつけた病名が、AさんがA大学病院で言っている病名と、BさんがB大学病院で言っている病名が一緒なのか、また、日本で何とか病という、山本病とか田中病とかいう名前がついたときに、それがヨーロッパで言う何々病と一緒に、のかどうかということ、歴史的には常に検討されて、見直されたり、意見の交換があつたりしたわけですね。

最近になりますと、やはり病名というものは統一しなければいけないということで、例えば、高血圧の基準などもそうですし、糖尿病の基準などもそうですし、人種差というものもあるものの、

世界的にもこの病名というのは通用するのかわどうなのか、世界では何と言っているのかというのを常に学者さんたちが考えながらやっているといることが言えると思います。

一般論で言うと、やはり近年は、そうした形で、国際学会ないしは今インターネットだとか、もちろん、最近話題になっておりますランセットだとか、ネイチャーだとか、あるいはセルだとか、そういった雑誌に載る過程で、病名というものの、あるいは病態の概念というものについて一定の合意が得られていく、そういう形になっています。

では、難病の場合はどうかといいますと、もと、昭和四十七年にスタートして以来、研究班の大きな作業の一つは疾患の概念をはつきりさせること、言いかえれば、疾患がどういうものである、病名が妥当であるか。そして、もうちよつとを御検討いただき、日本全国で申しますか、日本全体を通じてコンセンサスの得られる病名であるかどうかということに心を砕いてきたと思われま。

したがって、きょうはお見えになっていませんけれども、河野正美先生の御質問の中にもありましたけれども、医学部やあるいは国家試験の出題の際にも、厚生労働省の研究班の決めた基準に合致しているかどうか、この病名がついたときにこの診断基準というのが合致しているのかどうかとか、どういう診断基準が加わればこの病と判断しているのかどうかというのがある意味、国家試験や医学教育の中での重要な一つの柱であつたというふうに見えていいと思います。

そういう意味では、御質問に正確に答えていないかも知れませんが、難病の研究班というのは、繰り返しますが、疾患概念をはつきりさせ、疾患概念に合うような診断基準をつくっていくという作業が、この何十年にも及ぶ研究の中心のポイントだつたと思います。そうやって疾患基準を決めることによって、では、A先生の言う

この患者さんとB先生の言うこの患者さんは一緒だなということでデータが集まる。集まったデータをもとに、では、こういう治療基準でどうだろうかとか、あるいは、もう少し細かく見てみると違う疾患を同じものと理解していたんじゃないか、こういう議論が深まってくる、こういう経緯だつたと思います。

したがって、まとめて申し上げますと、実際に病気を診断する難治性疾患克服研究事業の中の先生方、もちろん、その外側におられる学会、そして、さらには海外の先生方、こうした方との間の意見の集約によって今は比較的ユニバーサルな形で疾患名がついていっている、こういうふうな理解をしております。

○足立委員 今、一般の疾病と難病と、ちよつと分けて解説いただいたと思うんですが、一般の疾病はグローバルなコミュニケーションがそれなりにある。でも、難病もある、どつちですか。

○佐藤政府参考人 これも一般論で答えしますと、高血圧だとか、糖尿病だとか、がんだとかいうことになりましたと、人種差はあるものの、ある程度、学者の数も多うございす、患者さんの数も多うございすので、コンセンサスは比較的得られやすくなっているんじゃないかと思えます。

それに対して、これまでの議論の中でもありましたが、難病というものに、こういう形で患者のデータベースをつくり、さらに医療費助成をし、さらには、社会環境あるいは就労支援まで含めて総合的に対応している制度というのは、余り多くはないようございす。

どちらかというと諸外国は、基本的にはオーファンドラッグ、すなわち、希少性疾患に対する医薬品、医療機器の開発の促進を進めるという程度にとどまっておりますので、こういう疾患概念でやりましようとか、全く同じシステムで疾患概念の決め方をやっているかどうかは、ちよつと私も存じ上げません。恐らくは、オーファンドラッグなんかの議論をするときに、私どもも参考にす

るし、そういう中で疾患の名前というものはある程度決まっていけるものだろうと思います。

○足立委員 今おっしゃったのは、どちらかというと難病対策が、日本はこういう形をとっているけれども、当然、諸外国ではそもそもそういうたてつけではないというお話ですけども、さつき私が申し上げた名前と認知というもつとベースのところで言うと、難病の概念というのは、グローバルに、リファリーというか、相互にコミュニティがあるのか。例えば難病の名前も、検索すると、大体英語名も出てきますよね。そういう意味では、それはグローバルに収れんした概念だと考えていいんですか。

○佐藤政府参考人 我が国で、今般の新法の中で今回整理しました難病の定義に近いもの、要件に近いもの、それから医療費助成の対象となる要件、これと世界とを比較しますと、違うところもたくさんあるだろうと思います。

ただ、個々の疾患について見ますと、今般、とりわけ医療費助成として認めていることとしているものについては、疾患の概念がはつきりしている、疾患の基準ないしは診断基準に準ずるようなものがあるものというところで、ある程度最初は限定していることというふうに考えますから、そういった疾患については、言うまでもありませんけれども、本邦においては診断基準も疾患の概念も決まっております。そうしたものは、ほとんどのものがヨーロッパやアメリカでもそういう疾患概念として認知されているものばかりだということふうに理解をしております。

○足立委員 きつとそうだろうなというか、先ほども局長がおっしゃったように、インターネットもあり、こういう時代ですから、情報はすぐに共有される、学会もいろいろ、先生方は頻りに、海外、学会にも参加をされて情報をシェアされている、私はそういう実態に当然あると思うんですね。

すると、特に今回の法案が福祉的側面のみならず研究開発の側面もあるとすれば、その研究コ

ミュニティーでの活動が大事なので、例えば希少性といえども、本邦においてという国内の患者数だけでカウントしていること自体が、そもそも非常に論理的にどうなんだろう、こう思うわけですけども、これは、世界の研究コミュニティの中でどれくらいそれが、日本がそうやって助成しているのか、そういう詰めというか、これはどうなっているんですか。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

正直申し上げまして、私も、最近国外で難病というものの、本邦で言うところの難病に相当する疾患をヨーロッパ諸国やアメリカの諸国、政府はもちろんのこと、学会、それからコミュニティ、医療機関、そういったところが、どの程度の認識で、我々と同じような思い、哲学で取り組んでおられるのかというのには承知はしませんけれども、私も報告を受けているところないしは文献等で見る限りは、基本的には彼らは、政策的にはオーファンドラッグという視点で、企業を促すという仕組みですし、あとは基本的にはアカデミアの世界にお任せをしているというところではないかと思えます。

ただ、我が国においては、昭和四十七年以来、独特の発想である、希少な疾患で、こういう言い方をしているかわかりませんが、必ずしも光が十分当たりにくいような疾患について、患者さんを集めて、しかも、今何度かお答えもいたしましたけれども、きちんとした診断基準に基づいた疾患概念に基づいて集めたデータを分析することによって、我が国でも、我が国初の新しい治験とか、ひいては治療法などが開発できるのではないかとこの視点で努力をしているというのがこれまでの経過だと思えます。

○足立委員 大臣、私がきょう改めて指摘申し上げているのを御理解いただけたと思いますけれども、やはり研究ということだと、グローバルな研究コミュニティが当然あるわけですから、日本がその視点で政策を講じることの費用対効

果、そういう議論は本当は必ずあつて、むしろ、グローバルな研究をもし促進するのであれば、当該疾病に関する、まあ難病ですね、当該疾病に関するグローバルな研究動向というか、そういうものを必ず視野に入れざるを得ない、私はそう思います。

そう思う立場からいうと、ずっと議論があつた、そもそも、研究の側面もいけれども、福祉的側面でも整理を貫徹していった方が難病対策としてはわかりやすいんじゃないかというのを、私は、今、そういう研究というのがグローバルだということを踏まえると、野党の皆さんというか、きょう質疑で幾つかあつたそういう指摘に、私も賛成だなという論拠の一つになるかな、こう思っているわけでありまして。

法律にも、三条において、研究体制、国際的な連携ということがうたわれています。今、もう既にお答えいただいた部分もあるかもしれませんが、簡潔に結構です、それは今どうなっているか、簡潔に現状を教えてください。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

簡潔にというお話でもありましたが、今の御質問の中で幾つかありましたので、少し答えさせていただきます。

これまでお話をまいりましたように、難病というのは、遺伝的と言えらるかどうかかわかりませんが、遺伝子の異常のようなことで起こっている病気が多いのも事実でございます。そうすると、人種差というものがありますから、諸外国がどうであれ、日本でもどうか。日本人ないしは、日本人の中でも多種多様な遺伝子があるようですから、地域性があるのかどうかというようなことも含めて、きつとデータをとっていく必要があるだろうと思えます。

そういう診断基準のつとつた、きつとしたデータができて初めて、今度は国際的に比較ができるということになってまいりまして、日本人やアジア人に固有の難病なんじゃないかと、あるいは逆なんじゃないかということもわかつてくる

と思います。

そうしたことで、今般、これまでに議論の中にもありましたように、正確なデータの収集とその分析がきつとできることで国際的な比較もできるし、また、そういう中で、今先生の御質問にありましたように、国際連携もできていくんじゃないかと思えます。

○足立委員 もう時間が参りましたので終わりますが、今申し上げたように、あるいは今、佐藤局長からあつたお話を踏まえると、厚生省の研究班で疾病の特定をすつとやってこられた歴史があるわけですけども、そのコミュニティ、厚生省の研究班のある種のグループが、まさに救済されるかどうかの谷をつくつたりしている現状がある中で、やはり厚生省の、まさに行政の研究班の取り組みが本場に重い、名前のつけ方というのがいかに人の生活を左右しているかということに思いを持っていただいて、またこの難病対策を強化していただくと、きょうお願い申し上げて、私の質問を終わります。

ありがとうございました。

○後藤委員長 次に、清水鴻一郎君。

○清水(鴻)委員 日本維新の会の清水鴻一郎で

す。きょうは、三十分間とちよつと短いですが、質問の方、よろしくお願ひしたいと思ひます。

きょう一定の報告がいただけるということで、難病とは少しかけ離れるんですけども、きょう午前中にも、この予算があればと難病対策ができるんじゃないかという話もあつたくらいでありますけれども、いわゆる独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構、JEDDです。

何か一定の調査報告がきょう出るとかいうふうな前回お伺ひしたので、大臣の方で、今調査と、それから、この間、不調に終わりましたよね、不調に終わって、今後新しくつくっていくのを、今、受け皿をつくるための工夫をしているということ、はつきり言えば、もう時間がほとんど

きて、消費税増税のある意味での切り札といいますが、離職者対策のものでありますから、やるなら早くやらなければ意味がないということですが、それでも、現状どうなっていますか。お知らせください。

○田村国務大臣 きょう理事会の方に報告させていただいた内容であります。三月十九日の理事懇談会におきまして、調査に一月は要する旨を報告させていただいたところでありますが、現在、厚生労働省監察本部における外部専門員の指導のもと、収集した資料の分析や、それを補充するための聞き取りを行う等、徹底的な調査を実施しているところであります。

今現在、調査途中でございますが、その検証作業に時間を要しており、二十一日の週以降もその検証に費やさざるを得ないという状況でございます。また、検証作業に並行して、外部専門員に報告書案を作成していただいている状況でありまして、外部専門員のお考えに従い、連休明け早々に監察本部を開催して取りまとめることを予定しておりますという内容を、きょう理事会に報告させていただきました。

○清水(鴻)委員 まだ原因究明については道半ばということですね。

いわば原因がまだはっきりわからないけれども、あるいは実態調査はまだ不明だけれども、また別途、その受け皿をつくるための、この間、不調に終わった、だけれども何とかこの事業を大臣としてはやらなきゃいかぬという思いで、今、その作業はどのような形で進めていらっしゃるんでしょうか。

○田村国務大臣 三月二十四日から四月の七日までの間に、公平性を確保するために前回の公示内容で入札を募集しましたが、残念ながら応募されるところがなかったということでありまして、今、再々入札の準備をいたしております。

具体的にこれから内容は結めますが、まず、全国一律というところ、いろいろとお聞きをいたしますと、ここがかなり難しいということでありま

すので、幾つかに、ブロック別に分けさせていただいて、発注をさせていただきたいと思っております。それから、キャリアコンサルティングと訓練の認定作業、これが利益相反になるのではないかと、そういうような御指摘もいただきましたので、ここは分けて発注をさせていただきたいというふうに思っております。

いろいろとお話をお聞きする中で、幾つか、民間の方々がとりやすいような、そういう要件に変えさせていただいて、早急に再々入札をさせていただきたいと考えております。

○清水(鴻)委員 大臣のお気持ちはすぐわかるんですけど、今、はっきり言えば、まだ原因の究明も、明確にはなかなかにない。この形で、厚労省の方もまた次の入札に向けて、はっきり言えば受け皿をつくるために、ブロック別にしようとか、今工夫をなさっている。

だけれども、いわば、またこれは公募でとお考えなのかどうかちよつとわかりませんけれども、もし公募でやるのであれば、ブロック別にすることも、例えば近畿なら近畿で、これを受け取れるところとはどこかなと当たりをつけるわけにもいかない。あらかじめ聞くことは、またネゴになつてしまう。でも、今度やつて、結構工夫して分割

発注というふうな形で入札をされたけれども、ある場所はあるけれどもある場所はないというところもある。そうなる、ますます、この事業をこしやつて本当に意味があるのかなというところにもなつてきます。

また、そんなことのないように、やはり、全国を何ブロックかに分けたところに受け皿があるようにちゃんと工夫しようということになると、大臣はこの前も、仕事熱心とはいえず、厚労省の方がこの事業を成功させるために、どうもJEDDぐらしいか全国でやれるところはないなということ、そこある程度、ほかもあるかもしれないけれども、最低でもそこは入札に参加してもらつて、受け皿として最低限一つは確保しておかなければいけないなという思いもあつてかどうか、そ

ういうことでされた。

今度も、そういうことで同じような形でされたら、厚労省の方も、やはり大臣の思いもあるの、何とかこの事業を、受け皿をつくらうと努力される、努力された結果が、また同じ、原因究明もはつきりしない中でまたやられれば、まさに厚労省の方の生首がまたそれで飛んでしまつたり、一生涯のところに非常に傷がつく。

もし私がそういう立場にあれば、やはり一生懸命、何とか事業が成功するために、そういう受け皿になるようなところ、どこか当たりがないかなと考えるでしょう。一生懸命私がやつて、だけれども、やり過ぎたということに傷つけば、私の家族も、家内も大変悲しむだろうな。

原因もはつきりしない中で今進められているというところに、私は非常に違和感を感じます。すけれども、大臣、今度やつてそういうことになつたら、厚労省の人もかわいそうじゃないですか。どうですか。だつて、受け皿を探さなければ、この事業はできないわけでしょう。

○田村国務大臣 一生懸命仕事をやること、やつてはいけないことをやるのとは、これは違うわけでありまして、それは、一生懸命やる中において、やつてはいけないことをやらずに、やることはできるわけでありまして。ですから、そこはやはり、幾ら目的は正しくても手段を選ばないというの、ちよつとこれは問題があるんだらうというふうに思います。

その上でありますが、この問題は、大変な不適切な入札行為があつたわけであつて、入札だけではない、公示から始まつての話なんですけれども、それはそれで、担当者は入れかえまじつたので、今、そこにかかわつた方々は、この担当にはおりません。

そしてまた、一方で、いろいろな、この委員会の場合でも、これは必要な事業であるというふうなお話もいただいております。まして、事業としてこれが無駄な事業、たとは我々は思っております。

そしてまた、入札という形で、もし高齢・障害・求職者機構に参加をいただくということになると、これは一方の当事者でありますから、まだ高障求機構がいいか悪いかというのは我々わかりませんけれども、これが入札にかかわるという話になると、それは事件の真相もわかつていないのにどういふことだという話になりますから、それもう参加はいただかない。というよりは、高障求機構の方から入札という制度には参加しないというお話をいただいておりますから、そこは事件の真相とまた違つた中において、必要な事業に対してちゃんとした入札をやらせていただきたい、こう思っております。

では、次、とれなかつたらどうするんだと。我々はとつていた、だくように最大限努力いたしますが、これはまた原点に戻らなきゃいけない話だと思います。

もともと、何度もお話ししておりますが、一般競争入札できるものは全部一般競争入札にしようという流れがありました。しかし、できない、随意契約のものに関してどうするんだというときに、民主党政権下で、随意契約も全部、企画競争型の入札でやるうということでも踏み出されました。それを私は否定はしません。民主党の皆さんは民主党の皆さんで、何とかその中においても競争原理を働かせて、公平な、オープンな中で、とれる能力のあるところがとつたらいいじゃないかというおつもりだつたんだと思います。そういう

大きな実験をやられた、壮大かどうかわかりませんが、結果、一者応札というのが非常に多い。これは、委員が示せという資料で、六〇％以上が一者応札であつた。しかし、一者応札だからといって、ではすぐに特命で出すのはいいかどうか。私はすぐに特命だとは思いませんので、ですから、今般、この事業は企画競争入札をもう少し続けさせていたいただきたいと思つています。

しかし、それでもとれないところ、いや、とれるところもあるかもわかりません。しかし、プ

ロツクによつては力のある企業がなくて、とれないようなことがあれば、そのときにはどうあるべきか。何度も何度も同じことをやっておつても、これはちがひが明かれないわけでありまして、その場合には、やはり企画競争入札にそぐわない側面もあつたのではないかと、いふに我々も判断する局面もあるかも知れません。そのときには、特命で、やれるところをお願いするということもあるのかもわかりません。

しかし、今はまだそういう段階ではなくて、まずは民間がとりやすいような条件にしてみ、そして民間のところにこれを落札していただいて、この仕事をしっかりとやつていただきたい、こういう思いであります。

○清水(鴻)委員 わかりました。

ただ、大臣も、今、私もこの間取り寄せさせていた資料をお示しいたしましたけれども、現実的に六〇%以上一者入札ということは、そういう意味での競争原理が実際には働いていないということになる。

その現実はいち早く受けとめた上で、言葉が、随意契約というとか悪いようですけれども、決してそうではなくて、やれると判断できるところに、きちつとした、透明性の高い、そして費用もきちつと説明ができる、そういうものでやるのが、僕はこの結果として出てきたのではないかな。

もちろん大臣は、今もまだこの方法でということをおっしゃいますけれども、これはやはり、今年度の予算で組んだもので、今年度でその事業をしつかりと、消費税も上がった中で、離職者に対する政策ですから、時間的余裕はないわけですね。

だから、もちろん順を踏んでやられていくわけですが、やはり急いでやるべきことに対しては、今まで、残念ながら二十二年、二十三年、二十四年と、ずっと一者入札の率が上がつていゐるんですよ、実は。下がつてきたのなら、まだこれは努力の余地もあるのかなということですね。

も、明らかに上がつていゐるものに対してまだチャレンジするというよりは、僕は、どこかで、やはりしつかりした決断を政治家としてしていただきたい、何もきちつとした手続をとれば、公募しなければ不平等とか、そういうことでは全くないと思ひますよ。

その辺は、やはり大臣の政治家としての決断と、どこかのタイミングが非常に大事だと思うので、そこはしつかりお願いしたいと思ひます。お気持ちにはよくわかつていますので、お願いしておきます。

もうあと、難病のことを質問する時間がなくなるので、それはまた結果を報告していただいたときにしつかりとやつていきたいと思ひますけれども、余り、厚労省の方も一生懸命やつた、もちろん、大臣からいへば一生懸命というのには限度があるんだというわけですが、一生懸命やればやるほど、ある意味で頑張り過ぎるんですよ。だから、そのところを、その人たちが決して本意でないのに傷ついていくということは、僕は、何か有能な人が傷ついていくということは非常に耐えられないことでもありますので、ぜひとも大臣の決断というのを早い段階でして、今回もこの事業はことしはやらずに、来年しつかり構築してやるのなら、それも一つの大きな決断だと思ひます。

次の質問に入らせていただきます。
難病対策、僕は、難病の、いろいろな皆さんとの議論、ほかの委員の方の質問もずっと聞いていて、この法律で、いい法律で前へ進んでいるし、もちろん、これは今回成立していただかないといけないうふうに思ひますけれども、何か変だなというふうに思つていたんですよ。やつと、さつき、質問するやつと前に気がついてたんですよ。

この法律は、やはりちよつと無理が、というのは、法律自体に余りにも大きな目的を二つ入れ込んでいゐるから、そこに無理があるんだなというふうになちよつと気がつきました。

それは、一つは、ある意味で、難病というものを、あるいは小児慢性特定疾患に対して、いゝわば福祉的な意味合い、つまり、難病の方々や小児の慢性疾患の方々に、治療費もかかるし、しよつちゅう病院にも行かないといけないし、入院もしなければいけない、ずっと抱えていくものだから、やはり、医療費助成を含めて、あるいは関連の生活支援を含めて福祉を充実させよう、そういう政策が一方であります。

一方で、なぜ希少な、例えば人口の〇・一%を超えたら難病であつてもこの難病には入らないのかというと、希少なもので、希少疾患だから、やはり統計的にもなかなか集まらないし、進歩させていくために、そういうもののデータをとるためにも、学術的なものを根拠にするために、余り大きなたくさんの中の中には入らないんだというような説明もあります。つまり、学問的に難病あるいは小児慢性特定疾患を説明していく、そして治療法を確立していく。

この両方をこの法律は願つていゐるわけですね。そうすると、やはり難病でも、本来的に言へば、最大多数の最大幸福ということからいへば、たくさんいゝつしやる難病の病気の方々をまずはお救いするのが、いわば筋からいって当たり前、常識的には、だけれども、数が多いとこれには入らない。それは、ある意味で学術的な意味もあるんで、大きな、二百万人いるような病気というものは入らない。

これは、この法律の目的が余りにも二つのものを追求している余り、相反するところがあるんだな、僕はそういうふうな思ひました。だから、何かおかしいな、数が多い人が助けられない。何で、数が多い人こそ助けられない、もちろん、少ない人を助けるのも当然だけれども、まずは多い人から取り組むのが普通は常識でしょう。それが何か守られない、そこがおかしいな。なぜかという、少ない病気はやはり数も少ないし、全国的統計もとるためにやるんですよ。

その辺、大臣、僕の言つていゐることはちよつと変ですか。
○田村国務大臣 いや、変ではないんですけど、もう一つ大きな視点は、やはり財政の問題です。

それは、今まで予算事業をやつてきて、超過負担が都道府県に生じていた。これはまさに、予算事業で予算がない。それは、大きい固まりといひますか、疾病数、患者の方々がおられる、そういうものをどんどん、入れられれば入れた方がいいのは決まつていゐるわけでありまして、そうすれば当然のごとく予算がパンクする。つまり、五十六疾患というのはなぜ徐々にしか広がつてこなかつたのかというのは、そこに大きな一つの問題点があつたんだと思ひます。

ですから、その超過負担も含めて、今回は、消費税の導入を機に一定の予算をしつかり確保して、それで一定の範囲を広げようということであるわけですが、かといつて、これを全てまでなかなか広げられないという問題点もあるわけがあります。

もちろんそれだけではありません。先ほど委員がおつしやられたような、やはり希少な疾患研究という意味からすれば、一定程度の患者の数というものは一つの理由、理屈といひますか、対象になつてくるという部分もあるわけですが、財政というの、一つ大きな制約であることも事実であります。

○清水(鴻)委員 確かに、財政ということをおつしやればまさにそうなんですけれども、もしも財政的な意味があるんだということであれば、僕はやはり、難病の方は多くても入れて、ただ、それは重症度を大事にして幅広く入れて、だけれども軽症の方には、まあ、もちろん、例えば、きょう資料をつけさせていただきましたけれども、これは、午前中にも実は同じものを民主党の大西委員も出されていゐると思ひます。この間来ていた、た、「難病 区別しない」という資料。午前中も同じものををつけていた、たいたので、ダブつてしまつたんですけれども、ここで僕はアン

ガイドラインを引かせていただきました。助成の条件を満たさない疾患であっても、原因不明で治療困難な病であることには変わりはありません。その思いから、重症疾患患者への支援を病名で線引きしないでくださいという声。

また、線を引きましたけれども、患者数が国内人口の〇・一％、約十二万人程度以下であることが盛り込まれている、そうすると、線維筋痛症の患者さんは二百万人、こんなにたくさんいる患者さんが逆に漏れてしまうのは何か極めておかしいな、違和感があるというのは、これはまさに僕もそうだなと思います。

それから、真ん中の辺でも線を引きましたけれども、数は多くても難病は難病、見捨てられることに違和感を感じますと。本当に自分がその病気だったら、そんな気がすると思います。予算もあるだろう。だけれども、たまたまなつた難病が、数が多い難病になってしまった、だから、予算の都合もあって、その中に加えてもらえないんだ、これはやはり極めておかしい話だなと思うと思います。

また、ほかにも、ここにも線を引きましたけれども、患者数が二十四万から三十万人と言われた筋痛性脳脊髄炎の患者さんも同様ということであります。この患者さんの四分の一は寝たきりの重症になる。そういう方々も入ってこられない。

これは、確かに大臣おっしゃるように、予算もあるし、そうだけれども、その当事者にすればかなり違和感のあることであることは、もう間違いないことだというふうに思います。だから、ぜひ、むしろ幅広く入れて、そして、むしろ重症な人から。

今度、例えば、話はかわりますけれども、介護の方でも、特養に入れるのは介護度四と五だというふうに決められました。つまり、やはり重症者から救う。窓口は、やはり大きく難病に広げて、そして、少なくとも予算があるんだつたら重い人から救っていく、これが普通の考え方だと思えます。いかがですか。

○田村国務大臣 どういう意味でおっしゃっているか、ちよつと私、理解できていなかったんですが、今の財源の中でそれをやれば、今入っている方々が抜ける、つまり、軽い方々が抜けるという話になるのかもしれないと思いますが、果たしてそれが理解を得られるかどうか、それはまたいろいろ御意見があられるというふうに思います。

それから、難病は確かに原因もわからない大変な病気ではありますが、これは法定給付ではありませぬけれども、例えば肝炎の方々、これも肝炎対策で助成をやっています。ただし、これも、肝硬変、肝がんの方々は出ない。患者会の方々の御意見は、何で我々に出ないんだということ、前政権から引き続いて、我々、いろいろなお叱りもいただいております。

こういうものが結構いろいろなところにあるわけでありまして、難病は確かに気の毒であると思えますけれども、では、難病だけが本当に気の毒か。それは、いろいろな気の毒な方々がおられる中において、それぞれどこかに線を引かなきゃならぬという苦しみを我々も感じながら、いろいろな政策を打つておる。

財源を何に使うかということになれば、これはまたいろいろな政党で、いろいろな考え方が違ってくるんだろうというふうに思いますが、今、現政権の中において、我が厚生労働省が財務省というところと折衝しながら、いろいろな予算を獲得して事業をやっていく中において、これは、患者団体ともいろいろとお話をさせていただく中で、今般の消費税に関する難病対策予算というもののに対して、このような形で使わせていただくというようなことで、本法のお願いをさせていただいているわけであります。

○清水（鴻）委員 大臣おっしゃられるように、私の意味はそうなんです。それは確かに、今認められているものを幅広くして、重症者からということになれば、軽症者の人が落ちるかもしれないとおっしゃいましたけれども、そうなんです。それはやむを得ないと思うんです。

つまり、重症者から救うということをやはりやっていかないと、たまたまその病名が指定された人たちは軽症者まで結構救われるけれども、入らなかつたら重症者でも救われないというのは、やはり極めて不自然だと僕は申し上げている。そういう意味です。

だから、そういう意味で、私は、これから一番大切なのは、この法律ができて上がつて、恐らく、指定されなかつた難病の方々が、やはり大きな期待を裏切られたという感じになると思うので、その人たちに對する施策をこれからどうしていくのか、大きな課題になってくるだろうと思います。その辺のところは、この三百あるいは六百と言われている病氣から漏れたとしても、やはりそれに対して常に今後もウオッチをして、必要があれば加えていく、あるいはまた、見直しについても検討していくということにぜひ温かい目を注いでいただきたいなということを私からお願ひしたいと思ひます。

それから、次に、時間が迫ってきましたので、小児慢性特定疾患で、今回、法制化して一番いいことというのは、やはり、補助金制度というようなものから、確実な、義務的経費といえますか、法律できちつと設定されたものになったことだと思います。

その中で、小児慢性特定疾患、相談支援でありますとか情報提供、助言、関係機関との連絡調整、こういうものは必須事業になっていきます。そのほかに、任意事業とかいうのがありまして、都道府県で実施するということですが、このことも、レスパイトとかワークシヨップとか、職場体験、就労支援等、そういうものについて、必須事業と任意事業については、どのような形で、きちつと担保できるのかどうか、ちよつと教えていただきたいと思ひます。

○石井政府参考人 お答え申し上げます。議員が御指摘のように、今般、法律の中に小児慢性特定疾病児童等自立支援事業というのを位置づけたところでございます。地域の資源を活用し

て、児童や家族の状況に応じたきめ細かな支援が行われるよう、まず、地域の実情に応じた事業展開を可能とする仕組み、こういうコンセプトでございます。

その中で、まず必須事業でございますが、小児慢性特定疾病にかかっている児童、家族等に対して必要な情報提供、助言等を行う相談支援事業、これはどの自治体においても共通して必ずやっていたとくということでございますが、やはり地域事情があるわけでございます。

それから、患児さんあるいは家族さんの置かれた状況、ニーズの違い、あるいは地域のサポート状況、地域資源の状況、その辺がございまして、家族、患者のニーズ、地域の関係者の意見を聞きながら、都道府県等において、患者の自立支援に資する事業を検討して、その中で選んで実施していただくというものでございます。もちろん、全部お選びいただくことも可能であるわけでございます。

具体的に、先ほど議員がおっしゃいましたレスパイトとか、相互交流の機会だとか、あるいは職場体験、さらには学習支援など、お子さんにとっては大変重要なものでございますが、そういう患者の自立支援のために必要な事業を盛り込んでおりまして、これは負担金という形で位置づけておりますので、やはり負担金という形では、お金は必ずついてくるという形で、しつかりとした財政基盤のもとに展開していただきたいということでございます。

○清水（鴻）委員 そうすると、予算もきちつと手当てをして、都道府県で、その事業を地域事情に合わせてやっていただく。

それと、地域地域で、難病支援センターというのが各都道府県にあるというふうにお聞きしています。ただ、難病支援センターというのは、いろいろな形があるようでありまして、一応、各都道府県にある。

それで、これも、これからも中心的な、こういう難病対策をしつかりしていくという話を少し聞

いているんですけども、これに対しては、NP
○みたいたいものもあるし、いろいろな形があるとい
うことですが、この難病支援センターの位
置づけみたいなものはどんなふうになっている
か、お教えいただきたいと思ひます。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

難病相談・支援センターは、難病患者さんたち
の療養生活の質の向上あるいは維持ということに
支援することを目的とする施設でございます。ま
ざまな悩みとか不安を訴える難病患者さんにと
つて大変重要なものでありまして、そのため、
これまでも予算事業として運用しておりました。
今回の難病法案においては、さらなる療養生活
の質の維持向上という観点から意義があるとい
うことで、法律上にも位置づけることに、午前十
中の議論にもありましたように、国が財政的支援を
行うことができる旨明記したところでございま
す。

今御質問がありましたように、各都道府県の難
病相談・支援センターと一言で言ひましても、ま
ざまな態様があるようであり、また、単純に集
計をしてみても、都道府県間で地域差のよう
なものもあるのも事実のようでございます。ま
た、今般、法律に位置づけたこと、その中でさ
らに必要知識と技術習得のための研修事業など
を実施することとしておりまして、これまで以上
に充実していただくよう、国も都道府県と協力
しながら努めてまいりたいと思ひます。

○清水(鴻)委員 そういふものが各地域にある
ようであるけれども、かなり組織力の違いが、各
都道府県の難病支援センターには、生い立ちも
成り立ちも違うということですので、やはり各
地域で格差があつては困りますので、今局長が
おっしゃつたような支援、そしてどの難病支援
センターもやはり一定のレベルを保つていただ
い、しっかりと難病支援センターになるように
いうことをぜひやっていただきたいと思ひます。
私、この難病の法律で、先ほど申しましたけ
れども、やはり福祉の面とこれから研究をしてい

というところが一番大事になると思ひます。ま
た、最後、研究について。

これからしていく研究の方法、厚生省でもや
るんだ、だけれども、何か、日本版NIHでもや
るんだ、そういうのがあつたので、最後、研究に
対して取り組みはどうしかりやるかだけ一つお
答えをいただいて、終わりたいと思ひます。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

これまでも、研究につきましては、難病性疾患
克服研究事業ということで実施をまいりまし
たけれども、平成二十六年年度の予算におきま
して、今回の難病法案に先立ちまして充実をま
して、とりわけ、今議論をいただいております日
本医療研究開発機構、その役割分担。

とりわけ医療研究開発機構におきましては、各
省庁との連携のもと、研究のさらなる推進、そ
れからリーダーシップを発揮していただくと思
ひます。そうした中でやっていきます。また、
私どもの方でも、政策的な研究、先ほどから
何度か議論になっております。診断基準を決め
ていくとか、あるいは疾患概念を考えていくとい
うような政策的な部分も必要ですから、そういう
構と、それから私ども厚生労働省の独自の機能
等、役割分担をしながら、一層の研究の充実に
努めてまいります。

○清水(鴻)委員 ありがとうございます。

ぜひ、難病が克服されるようにということに頑
張つていただきたいと思います。どうもありが
とうございました。

○後藤委員長 次に、重徳和彦君。

○重徳委員 日本維新の会の重徳和彦でござい
ます。

難病に関する法案について質問させていただきます。
まず最初に、難病にはいわゆる四つの要件があ
るといふことで、一つ目が発病の機構が不明、二
つ目が治療方法が確立していない、三つ目が希
少な疾病であること、そして四つ目が長期療養の
必要性があるということ、この委員会で何度もい

ろいろなやりとりがなされてきたところでござ
います。この三つ目の希少性の要件、〇・一％
つきまして少し質問をさせていただきますと思
ひます。

今申し上げました四つの要件のうち、特に難
病が指定される際の要件であります。〇・一％
という具体的な数字が出てくるのはこの希少性
というところだけだと認識しております。実際
は、これから省令で定めるということですが、一
体どのような議論を経て〇・一％と定めること
となつたのか、この点について解説をお願いし
ます。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

議員のお話の中にありましたように、難病法案
におきましては、希少な疾病であるということ
を、調査研究とか患者支援等の対象となる難
病の要件というふうに決めております。ま
た、経緯につきましては、御存じのように、厚
生省の中に置かれた審議会、難病対策委員会
などで御議論をいただきまして、その中でも、
どういふふうに決めていくのがいいかというこ
とに御議論をいただいた、プロセスはそういう
ことになりました。

では、実際にはどういふふうに決めていくの
かということですが、一つは、先ほどから何度
かお話をしておりますように、診断基準のよう
なもの、また別な言葉で言うと客観的な指標に
よるもの、そういうものが確立しているかどう
か。あわせて、そのときに、議員の御質問の中
にありました、患者数が人口の〇・一％程度
以下ということ、御提示をいただいたというこ
とであります。

人口の〇・一％程度以下という理由は、なか
に難しゅうございますが、一つは、諸外国の例
を参考にしたところでございます。これもこれ
までの議論の中で、二度御説明したかもしれ
ませんが、アメリカの場合ですと、患者数が
二十万人未満、これは人口に当てはめると
〇・〇七％未満になるんだそうですけれども、
そういう例がある。それから、ヨーロッパの
場合は、患者数が人口一万人に五人以下、人

口ですと〇・〇五％未満というふうなことに
なつております。

これも、御質問の中で、それは難病対策じゃ
ないでしようという御質問をいただいたことも
あつたんですけども、それはそのとおりでござ
いまして、難病対策そのものではなくて、オー
フアン ドラッグという言葉でこれまで御説明
をまいりました。希少な難病性疾患に対する
医薬品や医療機器等の開発を促進するための
希少疾病の定義でございます。それと、それ
が、繰り返しになりますが、アメリカで人口
の〇・〇七、欧州で人口の〇・〇五というこ
とです。

そういったことを勘案し、さらには、現行五
十六疾患としております医療費助成の対象疾
患のこれまでの経緯とか実態、こういうこと
を総合的に勘案しまして、我が国独自の基準
として〇・一％程度というところでございま
す。パーセント程度の中には、もう少し幅
広く柔軟にこれを捉えていくというものであ
ります。

○重徳委員 ありがとうございます。

もう一つ、この〇・一％程度以下に該当す
るかどうかということについては、今後、数字
の調査を行つて判断する必要があると思ひ
ますが、どのようにこの調査というものを
行うのでしょうか。

○佐藤政府参考人 例えば、ある疾患が指定
難病だ、こうしますと、まあ指定難病にし
ようとしていいわけですが、これからなる、
あるいはもうなつた、どちらでもいいわけ
ですけれども、患者数がどのくらいかとい
うことは、いろいろな方法があります。

一般論で申しますと、日本全体でやつて
おります患者調査というのがありますから、
そういうものでおおよその概況を知ることが
できます。

それから、歴史的に、とりわけ指定難病
になるようなものというのは、どこかの大学
の附属病院であるとか、この研究所の先生
が、ある意味ライフワーク風に御研究をなさ
つていて、データを集めていく、その過程で、
先ほどの話にもありま

したけれども、学会に出席すると、同じような病
気、病態を研究していらっしゃる先生がいるとい
うことで、学会や学会発表を通じてお仲間が集
まってく、そういう経緯を持っていたと思いま
す。

そういう中で、昭和四十七年に難病対策要綱が
できまして、むしろ、もつと国が積極的に研究を
進めて、患者さんを集めてくださいというような
ことでやっております。

したがって、今の五十六については、確か
に、これまで御議論ありましたように、患者さん
のデータベースへの記入率と申しますか登録率と
いいますか、悪いというようなお話もありました
けれども、それはそれとして、患者さんベースな
いはこれまでの長い長い経験の中で、患者さん
の数というのは一定程度把握をされておりました。
それがある。

それから、指定難病にこれからなる、ないし
は、指定難病にはならないけれども、いわゆる普
通の難病として研究を進めていくという班でも、
やはりまずは、診断基準とあわせて、患者さんの
数がどれくらいありますかとというのが、私どもが
学者の先生方や研究所の先生に最初に投げかけ
る質問になります。ですから、先生方も、常に患
者さんの数がどのくらいになるかということは念
頭に置いて、もつとわかるならば、年齢階級別に
のくらいいますか、性別はどうですか、先ほど御
質問の中にもありましたけれども、発症年齢はい
つぐらいですか、予後はどうですか、こういった
ことがある程度そろって初めて難病としての研究
や対策が進み、さらには指定難病としての指定に
もつながるんだらうと思います。

いずれにしても、そういう形で、患者さんの登
録ないしは患者数の予測、推測というものがやは
り難病対策の一つの最初のステップであるという
ことは申していいのではないかと思います。

○重徳委員 ありがとうございます。
今回のこの指定難病、法案の第五条一項で定義
がされておまして、まず、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
人数未満であるかどうかということなんですが、こ
こが本邦に客観的な数値になっている、ここだ
けがすごく際立っているという印象です。

逆に言うと、今局長からの御答弁の中だと、唯
一絶対の基準とは言い切れない、〇・一％がそう
だとは言い切れない、また、〇・一％未満になる
のかどうかという調査の方法も、絶対な、客観
的な調査方法であるとは言い切れない、そういう印
象を受けたわけですが、その割には少し数字に
引つ張られ過ぎているような指定難病の要件だな
という感覚でございます。

それで、ちよつと違う観点の質問をさせていた
だきたいのですが、日本では、国民皆保険とフ
リーアクセスというものが完備されておりますの
で、どんな重たい病気の方であつても必要な医療
を受けられるという建前になっております。ただ
し、そこは、やはり財政といましようか、個人
個人の経済的な負担に耐えられるかどうかという
ことが実際に医療にかかれるかどうかのもう一つ
大きな要素でありまして、それをカバーするため
の制度もさまざま用意されていると考えておりま
す。

典型的には、高額療養費制度というのがありま
すね。自己負担が過重なものにならないように、
自己負担限度額を八万五千元プラスアルファとい
う感じで、医療費百万円の三割負担という、通常
だと三十万とかかっちゃうんですが、実際には計
算すると八万七千四百三十円で済む、こういうシ
ステムがございます。

ここでちよつと質問なんですけれども、今回、
指定難病になるかどうかによつて大きいのが、や
はり医療費の負担をどれだけ軽減してもらえるか
ということが極めて大きなところだと思つてい
ますが、今五十六疾病あるのが三百にふえるとい
うことで、自分の病気がこの三百の中に入るんだら
うな、入ってほしいなと多くの皆さんが思ってい
るわけでございます。

実際入らなかつたらどうしようかというよう

ことなんです、そういう中で、高額療養費の今
申し上げました八万円という水準の特例としまし
て、高額長期疾病というものが昭和五十九年に創
設されて、これは、主に人工透析と血友病の
患者さんに対しては、自己負担限度額は月一万円
とされております。

実際に、私の地元でも、親しくしている方の中
には透析の患者さんが大勢見えます。この制度で
助かっている方が大勢お見えになります。全国で
透析患者は三十万人いらっしゃるということ、こ
この特例に該当するかどうかという要件は、私が
聞いているのは二つの要件があつて、一つは、費用
が著しく高額な治療として厚生労働大臣が定める
治療を要すること、それからもう一つが、その治
療を著しく長期間、ほとんど一生にわたつて継続
しなければならぬ、この二点が要件になつて、
人工透析や血友病が上限一万円という特例になつ
ているということなんです。

これは専門の方に聞かなくていい話なん
ですが、今申し上げましたこの二つの要件だけ
だつたら、かなりいろいろな病気が実際には該当
しそうなものがあると思つて、まず、なぜこ
の上限は一万円という金額になっているのかとい
うこと、もう一つは、人工透析と血友病、あと
は血液製剤に起因するHIV感染症という方が少
しお見えになるということですが、なぜここに限
定されているのでしょうか。その制度の内容とい
うか趣旨について御説明をお願いします。

○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、医療保険制度の中で高額
療養費制度が設けられております。所得に応じて
自己負担を月々一定の上限まで抑えようという
ことでありまして、この高額療養費制度は、新し
い予算では、来年一月から、低所得者にも配慮し
ながら上限額をさらにきめ細かく設定し直そうと
いうことで準備をしておるところでございます。
今の御指摘の部分につきましては、三十年前、
昭和五十九年に健康保険法の改正で、被用者保険
の方、それまで本人は十割給付でございました

が、これを一割の負担をしていただくというこ
とで、その改正をするときの議論の中で高額療養
費の改善ということも指摘がありました。多数回
該当といまして、一月単位ではなくて、直近一
年間で例えば四回以上その限度を超えるようなと
きにはさらに下げようということで、そういう仕
組みもそのとき導入されたものでもございます。

そのとき同時に、疾病を挙げまして、今先生が
御指摘のように、著しく高額な治療を長期間ほ
んど一生の間必要とするような疾病があるではな
いかというものとして、具体的な疾病名で議論が
交わされました。血友病と人工透析の患者さん
というところでございました。こういう方々につい
ては特段の措置が必要ではないかということで、国
会の中の審議の結果として、これを高額療養費制
度に反映させるべきという御指摘があり、法律成
立後、政令でございしますが、高額療養費の仕組
みに取り込んでおるところでございます。

現在も、一つには人工腎臓、そういう治療法と
疾病を押さえておりますので、人工腎臓をしてい
る慢性腎不全患者さん、血漿分画製剤を投与され
ている血友病患者さん、それから、血友病はその
後、その中でHIVウイルスに感染されるという
あの製剤の問題がありましたので、抗ウイルス剤
を使用されている後天性の免疫不全患者さんが追
加をされておりますけれども、これが該当するも
のとして定められております。

その後も、先生御指摘のように、概念的にはこ
れに当たるものがあるではないかという御指摘が
ございました。審議会の場でもそういうことを審
議していただいた経緯がございますけれども、一
つには、やはりこれは非常に特例的なものである
、原理原則としては、所得に応じての負担のレ
ベルということをどういう患者さんであつても一
定で定めている医療保険の制度からして、疾病ご
とにこれを変えるということとは極めて難しいで
はないかという保険者さん等の御指摘、それか
ら、医療保険制度の財政がますます厳しさを加え
ておつたという中で、なかなか新しいものに対し

ての保険者等の合意が得られていないということ、今日までこれ以上の追加は行われていないという状況にあるというのが現状でございます。

○重徳委員 一言で言えば、余り理屈じやない部分もあった、国会の審議の中で決まったというような経緯もあったんだと思います。

それから、財政的な制約というのは、先ほどの清水鴻一郎議員に対する田村大臣のお話でもありましたけれども、それを言われてしまうとどうもそれまでという感じもしてしまうんですが、そうはいっても、日本も財政難といいつつ、やはり無駄な歳出というのは私はまだまだ幾らでもあると思います。そういうところに大変厳しく当たるべきだと私は思っておりますし、財源を捻出することを通じてできるだけ多くの、これは本当に御本人の責任でも何でもありませんから、生まれながら、あるいは人生の途中で難病にかかれた方々は、できる限り助けていくというのが政治の基本姿勢だと思えます。

国会の中で、主にその二つの、血友病と透析だけがまず昭和五十九年から上限一億円という制度がスタートしたということでありまして、けれども、これと今回の難病の制度との整合性はまた別のロジックだとは思いますが、根幹的な部分は共通するところがあると思しますので、できるだけ多くの方々に救済が必要があると考えております。

そういう中で、具体的には、この間、民主党の大西健介議員からも指摘のありました一型糖尿病というのがあります。インシュリン注射を毎日四回打たなければ生命に危険が及ぶほどの、非常に重たい難病であると思っております。

先ほど清水議員からも線維筋痛症の例が上げられて、重症度とか、あるいは一型糖尿病のような、この医療を、インシュリン注射をためてしまえば本当に生命にかかわる、こういうものについて、やはり、冒頭から申し上げておきます四つの要件の中でも、とりわけ優先順位を上げるとか、少しそういった要素も加味していかねばならな

いんじゃないかなと思うんですね。

財政的な制約があるというのは一般論としてはわかりませんが、財政というのはもつと大きな話ですから、その中の資源配分として、何も厚生労働省のこの部分の予算の中の優先順位だけじゃなくて、全体の、もつと数十兆円という規模の予算の中の財源配分ということまで考えれば、財政的に厳しいからということだけで必ずしもここは塞いでしまうような議論ではないと思うんですけれども、こうした、命にかかわる病気がどうか、重症度といったものについて、田村大臣、重要な判断尺度と捉えるべきじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 命にかかわる病は難病だけではありません。いろいろな病があります。大変おつらい中で日々過ごされておられる、そういう状況は我々も理解しておるわけでありまして、できる限りの支援というものを、それはいろいろな形でありますけれども、制度の中で日本の国はつくってきた、そういう歴史もあります。

今言われた高額療養費制度も、多数該当というような制度があつて、多数、年間のうちに高額医療費上限までいく場合には、さらにその上限が低くなるというような制度があるわけでありまして、そういうのは、今までのいろいろな病のために苦難な日々を送られておられる方々に対して、なるべく負担を少なくしていく、そういう中において生まれてきた制度であるわけでありまして。

一方で、それぞれの疾患、疾病、これは今までの歴史的な体系といえますが経緯がありまして、例えば糖尿病一つとりまして、これに関して今もいろいろな事業をやらせていただいております。

例えば、まずは早期に発見して早期治療ということでございますから、受診勧奨をしながら、早くから治療していただいて、重症化、まあ、まずは糖尿病になることを予防していただく、血糖値が高い方々にはそういう予防をしていただく。その上で、糖尿病になった場合に、今度は、腎疾患重症化予防戦略研究というような形で、なるべく

重症化しないようなことをいろいろ研究しながら、それを、実践事業というのがございますから、その実践事業の中で、実際問題、人工透析等々の導入をなるべく避けていく、そういうような事業もやってきておるわけでありまして。

また、がんでもありますとか感染症も、それぞれの法律のもとに、いろいろな対策、それは相談事業もそうでありまして、医療提供体制をしっかりと確立、こういうこともやってきておるわけでありまして。

でありますから、それぞれ、いろいろな命にかかわる対策はいろいろな方法でやってきておるわけでありまして、この難病という部分に関しては、その中において、研究開発でありますとか医療提供でありますとか情報提供でありますとか、そういういろいろなツールの中において、一つ、医療費の助成というものが入っておるわけでありまして。

そういう意味からいいますと、医療費の助成のない、そういうような疾病、それで命にかかわるような疾病もあるわけでございますので、命にかかわるだけで特別抜き出して何らかの医療助成というものををつくっていくというのは、日本の国の中においては今までの、また、そういうことをした場合の財政的な影響はどうなのかということも我々も検証したことがありませんし、命にかかわる病はありとあらゆるものがあるわけでございますので、そういう意味では、委員のお気持ちにはわかるのでありますけれども、そこだけ取り出して何らかのことは行うというのはなかなか難しいのではないかと、保険者の理解も必要だということもございまして、なかなか難しいのではないかと、こんなふうに感じております。

○重徳委員 そこだけ取り出すというか、やはり個別の病気、症状、病状ごとにしっかりとよくよく検証していくという必要はあると思しますので、一概に、命にかかわるものは全部救うよとか、そういうやり方というのはもちろん荒っぽいかもしれませんが。

それを言えば、希少性ということについても、○・一％、程度と倍じゃないか、ということですが、○・二％だと倍じゃないか、ということとは、○・一％程度じゃないんじゃないか。それは少しぐらい幅はあるかもしれませんが、いわば希少性という点では極めて一律なルール化になつていないんじゃないかと思う一方で、重症度とか、もうちょっと口語的に言うか命にかかわるような病気かどうかということについては、一概に言えないとかそういうようなことで、少し、今の御答弁では、何というんですかね、希少性の方が大事だ

ちよつと揚げ足をとるようで恐縮なんですけれども、希少性は必要だ、それは財政的な制約もある、それから法の趣旨、難病という定義からしても希少性は必要だ、だけれども、重症度とか、生命にかかわるかどうかというのは何とも言えない、難しい話ですね、そういうふうには聞かれますけれども、少なくとも、一型糖尿病のような、医療を安定的に受けられさえすれば、というか、逆に、医療を安定的に受けられなくなつたら命を守れなくなるかもしれない、こんな病気の場合に、○・一％より上だ下だというようなことをもつて、アブリオリに、定量的な基準にはまらなからといって指定難病から外すべきではないんじゃないかというのが私の考えなんです、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 繰り返しになりますけれども、○・一というものが必ず○・一ではないというのは委員のおっしゃるとおりであります。一方、何らかの基準を示さないと、よくわかりませんけれども希少性ですといったときに、では何が希少性なんだということに今度はなつてくるわけでありまして、それは海外のオーファン開発等々の事例も見ながら、○・一という数字を一つの基準として置いた。ただ、程度でありますから、それは幅はあるという局長の答弁であつたわけでありまして、それぞれの疾患で、これは入れてほしい、どう

だというのはそれぞれあると思います。しかし、どこかにやはり線を引かざるを得ないというのが、この制度のある意味限界でもあるわけであります。

これは難病だけではないです。これは難病の制度ですけれども、私も特に、今はもう大臣をやっているなかにお会いできないんですが、野党の議員をやっているときには、また与党の議員をやっているときもそうでありました、いろいろな方々、いろいろな団体の方々、そのお話を聞きすると、本当にお気の毒な方々なんです。そういう方々を何とかお助けできればということで私もこういう厚生労働という仕事をやってきているわけなんですけれども、その力の限界ですかね。そういうものを感じながら日々仕事をしております。

○重徳委員 本日に非常に難しい事柄であることは、恐らく、大臣はもとより委員共通の思いだと思います。厚生労働委員会での問題に取り組んでいる全ての皆さんの共通する思いだと思います。しかし、難しいからこそ前を向いて取り組んでいかなければならないと思っております。

時間もあと少しですので、今は一型糖尿病の話を申し上げましたが、もう一つ、この患者さんの親御さんの言葉をかりれば、直ちに命を失うわけではない、しかし、本当に重い障害であつて、家族からすれば、人生を背負った非常に長い闘いである、こういう種類の障害あるいは難病というものもまたある。

私は、アンジェルマン症候群という病気のお子さんを持つ親御さんからいろいろ話を伺いましたけれども、その中で一点、これは、病気になるのは障害のある子を持つ親に共通することだと思っておりますが、例えば、小さいころから診てくれてきたお医者さんも、いつかは患者さんより先に引退をしたり、お亡くなりになったりします。それから、小児科医として診てくれたお医者さんも、患者さんが大人になればもう自分の仕事じゃなくなるといふふうに、いつかなくなってしまうとき

が来る。さらに言うと、親は先に亡くなる、あるいは老いるということ、なかなか子供たちの面倒を見ることができない。こういうことがたくさんあります。

アンジェルマン症候群に関して言えば、これは一九六五年にイギリスで発見された病気でありまして、また、そういう意味では歴史の浅い病気だと言ふこともできると思います。

アンジェルマン症候群の場合は、信号の色を御本人が判断できないとか、あるいは、足元に注意を払えないからいろいろなものにつまずきやすくなるとか、場合によっては、なぜか洗面器に顔を突っ込んだままお亡くなりになっている、そういう発作を起こす、そういうこともあるというふうな聞いておりまして、これを、我が子がそのような病気のときに他者に委ねることはなかなか難しいと思います。不安で不安でならないと思っております。

まして、自分の子供が大きくなって高齢者という域に達したときに一体どういう状況になるのか、全く情報もない、ほかの例もない。これがやはり難病の大きな、本当に数少ないがゆえの特徴だと思っております。先ほどは命にかかわる病のお話をしましたが、そういうものではないものについても、そうした情報が著しく不足しているのが難病の問題だと思っております。

こうした患者さん、あるいは、今のところ難病患者とは言えない範疇かもしれないが、例えば障害者としての手帳を持つておられる方、そういう方々の高齢化に伴う課題をどのように認識されているか、大臣の御答弁をお願いいたします。

○田村国務大臣 日々、日常生活等々で、親自身がお子への支援をすることができなくなった、こういうような場合のことをいろいろな方々が悩まれているんだと思っております。

これは、障害もそういうところがあるわけでありまして、親亡き後、子供をどうするんだ、こういうことを日々悩まれている、それでも障害の方はサービスがだんだん今強化されてきておるとこ

ろがありますので、それに対して、地域で生活をしていただきたいいろいろなサービスを受け、言うなれば人生を何とか元気に全ういただく、こういうような制度はでき上がっています。ですが、まだまだ足りないところがあります。

難病に関しても、その状態像でいろいろなサービスがやはり受けられるわけでありまして、もちろん、お年をとられれば介護の施設ということもあるでありまして、医療サービスが必要ならば、例えば療養病床等々において過ごされることもあらうと思っております。そしてまた、障害に該当されるという方であれば、グループホーム、ケアホームという方々なこともありますし、また、入所型の施設の中において日々お過ごしになられて、必要なサービスを受けられるということもあらうと思っております。

ただ、この間、中島委員からもお話がありましたが、それぞれのさまざまな間でなかなかうまく、制度が違うものでありますから、ここで使えればうまくいくのになというふうなお話もございました。こういうものに関しましては、基本的には地方の部分だとは思いますが、どうすればその制度の間でうまくそういうものが使っているかというところも含めて、やはり国としても一定の検討はしなきゃならないなというふうに思っています。

いづれにいたしましても、それぞれ、難病の方々にいたしましても障害者の方々にいたしましても、高齢者になつてもしっかりと生活ができる、地域で暮らせるというふうな、我々はいろいろな準備をしていかなきゃならぬわけでありまして、使い勝手のいい制度というものを検討していかなきゃならぬ、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。終わります。

○後藤委員長 次に、中島克仁君。

○中島委員 みんなの党の中島克仁です。

朝からの審議でお疲れだとは思いますが、三日間、難病、あと小児慢性疾患、この法案について、参考人質疑を挟みまして審議をされてまいり

ました。前回、私、先ほども言っていたように、その他の制度との連携、制度というものが一体誰のためにあるのかという観点からいきますと、やはり必要な方が必要な支援を受けられると。一方で、財源の問題があつたりさまざまな課題があることは、今回の審議の中でも、私も、課題ではありながら、厚生労働省、大臣も含めて認識をされておるんだなというところは感じました。

そういった中で、私は、どうしても現場目線というか、実際に日ごろ、今までの経験の中でも直接かかわつてきた立場として、いろいろ思うこともございます。そんな中で、今回、難病対策というものが、長年懸案事項であつたところ、初めて法制化をされた。火曜日の参考人質疑の中でも、おおむね、スタートとして、第一歩として、今後の課題は残しつつも評価をしているという御意見もございました。私もその一人でござります。

希少性とか診断基準の問題、もちろん、それに当てはまらなくても苦しんでおられる方がまだまだたくさんおられることはもう十分理解された上で、第一歩として今回踏み出せたということは、遅かれという御意見もあるかもしれないが、一定の評価はできるのではないかなというふうに思うわけです。やはり完璧な制度というものはあり得ないと思っております。そういう意味では、今回スタートを切つて、さまざまな課題について、これから、実際の御家族や御本人、いろいろな方の御意見を聞く場をもつとたくさん設けて、運用を高めていく。

完璧な制度はなかなかできない。これはもう、今回の制度だけではなくて、さまざまな制度、完璧な制度というものはあり得ない。一方で、要するに、介護が必要な方が地域において必要なサービスを受けられるように、そこに制度間のはざまというものが出てきてしまう現実があります。制度を完璧にするというよりは、他制度との整合性というものをしっかりと見せつけていくということが、今後最も効率的でもあるのではないかなとい

うふうにも非常に感じます。

先日の参考人の質疑の中でも、私、重症度のことをお話しさせていただいて、今回、医療費助成の対象疾患が三百にふえる一方で、軽症の方は医療費助成を受けられなくなる。そういう意味で、この重症度判定、先ほどからも委員の方々から御質問ございましたが、もともと原因がはっきりしない、そして病状も不安定である、一般の検査ではなかなか重症度判定しづらいという中で、一つ、日常生活にどう支障が来ているのか。もちろん、命に直接かわるような御病状の方を重症度というのとはわかりやすいんですが、わかりやすいと言ったら大変失礼ですけども、ただ、一方で、長い経過の中で苦しまれる方、日常生活にどの程度支障が来ているのか、そういったものに関して、重症度の中にそういった意味を十分考慮していただけるようなものが必要ではないかというふうなこともお話しさせていただきました。

そうなりますと、参考人の質疑の中で、線維筋痛症の橋本さんという方がおられまして、今回の法案には私一人だけ反対の立場だというふうなお話を聞かせていただきました。これは恐らく、私も線維筋痛症の方を何人も診させていただいてありますが、多くの方が、今回の、希少性というか、あと診断基準というところで大変違和感を感じておられるのはわかります。

一週間前、私は、筋痛性脳脊髄炎症、一方で慢性疲労疾患と呼ばれてしまっておりまして、けれども、その方々の考える会というのにも参加をさせていただいて、私も医師でございまして、何度とも言われるのは、医師に病状を悪化させられた。これは当然だと思ふんです。原因がわからないというところで、やはり患者さんにとって、原因がわからないというのとは大変不安なことだと思ふんです。

例えば、私たちはよく例え話で言うんですが、ある程度の年齢になれば老眼になります。でも、皆さん、多くの方が、老眼というのは病気だという認識はないと思ふんですね。では耳鳴りはどう

でしようという話になると、皆さん不安で、何か脳に腫瘍があるんじゃないか、脳梗塞、脳出血じゃないかと思つて、不安になって耳鼻科へ行くわけですが、ただ、耳鼻科の先生、全てではないですが、ある程度加齢によつて、耳孔の狭さとか、形態学的なことでも耳鳴りが起きやすい方もいると。老眼は皆さん全然不安にならないのに、耳鳴りは大変不安になる。

その一方で、病気というのは、例えば風邪を引いた原因は何でしようと言われても、恐らくこの間寒い中で立っていたからだとか、疲れ過ぎかなというところで納得するわけですが、やはり原因がわからないというのは大変不安になる。それで病院に行つて、体が痛い、そして動けなくなつてきた。それに対して、検査したけれども異常ないよと。そういったことを繰り返すと、当然、精神的に病んでくるわけです。それで、何度か来たときに、症状が落ちつかない、そして向精神薬を出される。ひどい人は精神科の病棟に行かされる。結果、病状は悪化する。

そういったことを筋痛性脳脊髄炎の方々も多く言つていらつしやいましたし、線維筋痛症の方も、やはりその初期診断ですね。検査所見上異常がないから、あなた、気のせいだよと言われたときに、どうして何にもないのにこんなに痛いんだ、そんなことから精神的に病んでくる。一方で、やはり精神的な、あなた、気にし過ぎだよと言つたことが、本人にとつては、私はそうではないのにということから、だんだんだんだん病状が悪化する。

そういった意味でいきますと、やはり、難病にかかわらず、原因がはっきりしない疾患に対して、最前線で接する医療者に対する指導、考え方というのは大変重要なのではないかなと思ふに思ひます。

私は、がんの終末期医療、緩和ケアというのにかかわつておりますが、トータルペインというのがあります。全人的痛みですね。身体的な痛みはもちろん、社会的な痛み、そして心理的な痛み、

スピリチュアルペイン、四つの痛みのことをトータルペインといつて、がんにかかつて残念ながら終末期を迎え、実は、緩和ケアはスタートは初期診断から始まるわけですが、その方々が、身体的な痛みはもちろん、社会から受ける痛み、わかつていただけない心理的な痛み、私はどうしてこうなつてしまつたんだろうかという霊的な、スピリチュアル的な痛み。

難病疾患にかかわらず、そのようなことで悩まれているこの間の橋本さんのような方に対しては、やはり最前線で、幾らこうやつて財政的なことも含めて取り組まれても、実質、最前線で接する医療者、その方々に積極的な考え方をしていただかないとなかなかこの問題は解決できないんだろなというふうに、私は、実際にやつていても思ひます。

そういう意味で、先ほどの緩和ケアというトータルペイン的な、受診する、診療に際するガイドラインというか、そのようなものが今後必要なのではないか。これは今現在なかなか難しいかもしれませんが、やはりそういったものを今後作成していく、そのようなことが必要だと思うわけですが、何か御見解をいただきたいと思ひます。

○佐藤政府参考人 お答えをいたします。

今、がんの緩和ケアの例、それから線維筋痛症を御提示いただきました。痛みについてどう考えるかということでございます。

とりわけ、私自身も、参考人質疑のときには国会テレビを通じて橋本さんのお話を拝見しておりましたが、この線維筋痛症につきましても、議員はよく御存じのように、疾患の本態と申しますか病像といったようなもの、それから、では客観的にそれをどう判断するのか、橋本さんも痛みの程度みたいなことはおっしゃつていましたけれども、もう少しわかりやすい形で客観化する方法はあるのかどうなのか、それから痛みの性状とか、そのときに熱が出るのかどうなのかとか、ともかく複雑に分析をしていく必要があります。そういう意味では、研究は今後続けていただく必要があ

るんじゃないかと思ひます。

現在は、この難病という枠組みの中では必ずしも捉え切つておりませんけれども、痛みというもの、とりわけ慢性の痛みということに着目をいたしまして、平成二十一年度から、慢性の痛みに関する検討会というのを開催いたしまして、平成二十二年の九月には、その報告書というふうな形で提言を取りまとめたのであります。

提言を踏まえまして、平成二十三年度から、新たに慢性の痛み対策研究事業ということ立ち上げまして、いわゆる線維筋痛症でもいいんですけども、原因のいかに問はず、慢性の痛みがあるものに対して病態の解明とか治療法の開発とか、どんな疾患がそれに包含されるだろうというふうなことも含めまして今御検討をいただいております。平成二十四年度からは、からだの痛み相談・支援事業ということで、医療従事者への教育、患者への情報提供、相談体制の充実なども図つております。

また、先ほど申し上げました研究班が全国に十七カ所ぐらいの拠点を持っておりまして、そうしたところで、地域の核として、痛みの訴えに対して総合的に対応していくということで聞いております。総合的という意味は、神経内科の先生がいたり、精神科の先生がいたり、それ以外の、脳外科だったり、要するにマルチディシプリンというんでしょうか、多診療科による総合診療が行えるようなことも目指して頑張つていただいていると聞いております。

私どもも、難病という枠組みは難病という枠組みとして、慢性の痛みということで関係者の間でこういうものに対する認識が深まり、知識が深まり、そして研究開発が進むよう努力をしてまいりたいと考えております。

○中島委員 今おっしゃつていただいたように、多職種ですね。例えば緩和ケアの場合でいけば、そのトータルペインに対するアプローチというのは、例えば社会的に受ける、仕事をしている方が仕事になかなか復帰できない、そういう経済的な

問題に関して病院のソーシャルワーカー、ケースワーカーみたいな方が入っていたり、当然、結果的に精神的に病んでしまった場合には精神科の先生、そういう方がなかなか確保できない方には臨床心理士とか、いろいろな方々がそれぞれの痛みに対してアプローチをしていく。

ただ、やはり、その初期の段階、そういった方が来たときにそういう目線で見られるかどうかというのとは大変重要な問題でして、先ほども言ったように、慢性疲労症候群と言われてしまうと何となく、軽く、あなた、疲労だよというイメージを持ってしまわれがちですが、実際には炎症所見が解剖所見でもある、病態があるという方々に対して、その会の中でも言われました、やはり救われたのは医療者からの、大丈夫、安心しなさいとか、そういった言葉がけですね。

そういったものがなかなか今の臨床の中で、まあ医師というのは、きょうも先生方がおられるかもしれないが、自分たちがこうだと思ったことをなかなか広げられない、そういう職種でもあると思うんです。一方で、専門性を突き詰めていくという意味もあると思うんですが。

やはりこれは、今回のだけではないですが、臨床の最前線に立つ医師たちにもっと強い指導を発揮していかないと、余りに医師の自主性だけに任せていたら、先ほども取り組みの中で、さまざま、例えば重症度判定をする専門医、ただでさえ医師偏在のこの状況で、私のふるさとへ行けば内科医を確保するのがさへ難しい、そういう現状の中で、この難病をしつかり診てもらえる専門医を確保するのは大変なことだと思うんです。そうであれば、実際に開業している医師に対してもしっかりとこういう認識を持たせるような、日本医師会が何と云うか知りませんが、やはりここは強い指導力というものが大変重要だと思います。

先ほども言ったように、決して医師を、医師会を否定しているわけではないんですが、これだけこの厚生労働委員会でも今回問題になっているわけでは、それに対してしっかりと強い指導力を発

揮して、その対応をやる必要があるのではないかなということを言わせていただきたいと思います。

きょう、私も最後の質問者なので、私の話もちよつとさせていただければと思うわけですが、この難病のお話をすると、私は、医師になった一年目、研修医のときを非常に思い出します。そのとき、初めてではなかったですが、何人目かに担当したのが、難病の指定に入っておりませんが、家族性大腸ポリポシスという病気の、十八歳の大学に入ったばかりの子でした。

家族性大腸ポリポシスというのは遺伝性疾患です。常染色体優性遺伝ですから、一人の子供が生まれれば、ほぼ六〇から七〇%の確率、そして、二人の子供がいれば、間違いなく一人の子供は遺伝してしまふ。大腸全域にポリープができても、もっといくと小腸や胃にもポリープができちゃう。そして、好発は、その後、三十から四十歳でがん化する、そういう病気です。

もちろん、その子のお父さんも大腸ポリポシスだったわけなんです。その子は十五歳で発症して、私は十八歳で診させていただいたわけですが、もう十八歳のときには大腸全摘、大腸粘膜を全部取る手術。でも、直腸のところにもポリープがまた多く出始めたために、直腸を切除して人工肛門。その子の場合、胃にも小腸にもポリープがたくさんあります。

私は研修医で一年目でしたから、その子とよく接していて、話をしました。お父さんとも話をしました。そして、正直、その子のお父さんに、どうしてそういうことがわかっていながら子供を授けられなさいいけなかったかと。その子にも、同じような話ではないんですが、その子の夢はという話をしますと、私は将来、ちゃんと結婚して、子供を育てて、仕事にもつきたいんだと。

正直、そういう話を聞きますと、ううんと思わざるを得ないわけですが、その理由は、きつと、私が子供を産める時代、そのときには、医療や薬学、新しい治療方法が見つかっているかもしれない

いと。お父さんもやはりそういう思いで、子供を育てていこうと決心をして、お子さんを授かった。でも、残念ながら、その時代、今からもう二十数年前になりますけれども、今現在でもその治療は見つかっていないことなんです。

ですから、先日も、日本版NIH、私どもは内閣委員会の方でも反対をしましたが、そして、この厚生労働委員会では、厚労所管の二独法についても反対をさせていただきました。

これは、私も、日本版NIHとも呼ばないというような話になっておりましたが、大変期待していたわけです。先ほどの私の最初に診た患者さんの例からいけば、もしかしら二十年後、十年後には、この家族性大腸ポリポシス、遺伝性疾患ですけれども、治療方法が見つかったんじゃないか、そういう思いで、その子のお父さんもお子さんを授かって、でも、結果的にはまたなつてしまった。そして、間違いなくがんになるわけです。それがわかっていながら、子供をつくりたいと。その一明の光というのは、やはり創薬や新しい治療方法をもっと進めていただきたい、難病の方、多くの方がそういう思いだと思ふんです。そういった部分に光を見出して、日ごろ、苦しい中、頑張っておられる。

恐らく、日本版NIHとも呼ばないというふうになつてはいるんですが、私どもが反対した理由は、先ほどちよつと言いましたが、私たちにもつと総合的な、本場に本場アメリカのNIHに負けないような、要するに、文科、厚労、経産省、その研究から開発、そして出口戦略まで。さっきの遺伝病ということであればIPS細胞ということになるんですが、STAP細胞は今このような状況になつてしましました。

ですが、日本の研究分野はすぐれていると言われてはいるわけですから、そういう子たちがまだまだたくさんいると思うんです、そういう子たちのためにしっかりと、従来の厚労省の難病研究予算、今後、日本医療研究開発機構に移っていくということになると思います。先ほどからもありま

した希少性疾患もそうなんですが、成果の出そうな研究ばかりに資金がつかまされて、実用化が遠いものは冷遇されないようにしてもらいたい。そして、新しくできる、私は、もう日本版NIHと呼びたいではなくて、NIHとしつかり名づけて、そういう子たちの、そして難病に苦しむ方々の本場に光となるような、そういったものにぜひしていただきたい。

厚生労働省 所管の一人でございます田村大臣、私の話はおいておいたとしても、そういう難病に苦しむ方々のためのまさに光だと思ふんです。ぜひしっかりとしたものにしていただきたいと思います。御決意について、御見解をいただきたいと思ふいます。

○田村国務大臣 まあ、日本版NIHと呼ばなくなつてしまったものでありますから。とはいえども、いろいろなもの、いろいろな薬、それこそ日本発と言われるようなものを含めて、こういうものを研究開発していこうという意味では、そこは思いは同じであります。

日本医療研究開発機構という形ではありますが、先ほど申し上げたんですが、その上に、全閣僚が入っております健康・医療戦略推進本部というのをつくつて、これは閣僚が責任を持ちながら、どのような方向で日本の医療研究というものを進めていくか。

今まで、ともすれば、基礎研究でいいものがあつても、それが商品化できないというようなところが弱い。よく我々も聞いたのは、例えばハーセプチンにしてもザイコリにしても、それからグリベックにしても、そういうものもがもし日本でうまく育てれば日本発なんということもあり得たのではないかと云うような話もお聞きするわけでありまして、目ききから、さらには出口戦略から、知財の管理の支援から、また企業との連携から、いろいろなものをこの新しい機構の中で支援していけるような、そんな体制をとっていききたいと思ひます。

あわせて、ここは研究機関を持っていま

が、日本の中においてこれからやはり、臨床研究という意味では、中核病院をしつかりと育てていく必要があると思つていますし、今まで早期、探索型の臨床試験拠点というような形で整備してまいりましたファースト・イン・ヒューマンに関しまして、試験に關しまして、もつともつと日本の国がどんな行つていけるような環境もつくつていかなきゃならぬというふうに思つております。

そういうことも含めて、世界標準の研究ができるような体制も含めて、難病の患者の方々の期待するそういう薬、こういうところにもしつかりと研究予算が回るような形で、この新しい機構というものが、そして新しい本部というものが、これを運営していかなければならないというふうに思つております。

難病克服プロジェクトというの、九大プロジェクトのうちの一つにしっかりと位置づけております。そんな中において頑張つてまいりたい、このように考えております。

○中島委員 私どもが反対した理由は、最初うたつていた日本版NIH、昨年の日本再興戦略でうたつていたわけですが、内容を見ますと、やはり私の目には、新たな独法を一つつくるための何かお飾り的なものになつちゃうんじゃないか、ほかにも同じような機関がある中で、この新しいものがどれだけ特化したものなのか。やはり、難病に苦しむ方、小児慢性疾患に苦しむ親御さんにとつて大変期待の星というか、高いと思います。ぜひ、田村大臣には中心になつていただいて、決してそういうことではない、大きく育てていただきたいというふうに思います。

時間もあれですが、資料の一枚目、重症心身障害者を取り巻く現状ということで、これも質問しようと思つていたんですが、在宅志向が強いということですね。NICUの整備に關して、一方では、重心の子供たち、この統計を見ますと、施設志向というよりは在宅志向が高い。約八〇%の親御さんがやはり御自宅で見ていきたいと。

ただ、一方で、そのレスパイト機能を果たせる整備が難しいというふうにも言われておりまして、これは資料二、三なんです。先日の参考人質疑で、NPO法人難病のこども支援全国ネットワークの会長の小林参考人が来られました。実は、私の地元山梨県白州町というところで、「難病患者施設へ支援の輪」ということで、難病患者さんが御家族で宿泊できる、そういった施設をつくられました。

私も、今後、できるだけかかわりを持つて御支援していきたいというふうには思つてはいるわけですが、これまで前回の質問に戻つてしまふかもしれないですね。地域で住む方々にとつて、これは重心的なものであつても、慢性疾患、難病の方であつても、がんの末期の方にしても、やはり必要なものをつつかりと地域の資源として使えるように。

私は、医療、福祉に従事している人間ですから、現場の話をよく聞きます。例えばデイサービスで、富山型デイサービスというのを、大臣、御存じですか。わからないですか。きょうは資料として出してないんですが、デイサービスを特設で始めたんですね、富山県が発祥なんですけれども。要するに、障害を持つ子供も高齢者も、さまざまな人たちが一つでデイでやろうと。それが、特区以外でも自治体の判断でできるようになつていきます。

まさに、そういったものが各地に点在するようになることが、障害者の支援、そして、難病の方や小児慢性疾患、がんの終末期の方に対して、先ほど言つた、広く、制度間のはざまを埋めるという施設となる。

ただ、残念ながら、その施設はだんだんちよつと立ち行かなくなつてきている。原因は、要するに、自宅を改修してやつていくわけですが、例えば障害であれば、施設基準というのがあります。高齢者、デイサービスであれば、例えば十人の定員であれば何平米、どこどこに入り口がなければいけない。その制度を全部満たさなきゃいけないということになります。そうなつてくると、やは

りなかなか難しくなつてきちゃう。これは、今回のあれではないですが、例えば待機児童の問題ですね。私は、そういう今抱えている厚生行政の中での課題については、一つのくくりというわけにはなかなかいかないと思います。ただ、そこをうまく自治体の判断で、待機児童解消のために、各地にたくさんふえた介護施設、デイサービスに保育所を併設させるとか、一方で、難病対策のためのレスパイトを果たすのであればショートステイ機能を果たすもの、要するに、障害の部分と介護を組み合わせる形、待機児童ゼロを目指す形と介護を組み合わせる形、いろいろなパターンを自治体の裁量でやつた場合に、まさにボトムアップで、そこに関しては制度の枠を少し緩める。そのことによつて、それぞれ横縦割りではなくて、そういったことができるのではないかとこのように思います。

先日からの質疑の中で、私、ちよつとお手紙をいただいたので、それを読ませていただきます。私の知り合いのお子さんで、重度の小児疾患で身体障害者のお子様、やつと自宅介護になり、家を全面リフォームし、これからはママが四六時中介護になります。市の福祉課に行き、借りられるものは何でも借りたい、使える制度は何でも使いたい、医療費も自分たちの生活も大変になるからということ、市の福祉課に行きました。

その後、連絡が入り、聞いてください、車椅子一つ貸し出してくれない。大人のはありますが子供のはない、御自分で購入してくださいね、あなたのお子様は規定に載つていないので、市の対応はできません、他に相談してくださいといわれました。

これから、脳に障害を持つて足も動かない我が子を命ある限り精いっぱい介護していかねばならない彼女のことを思うと、同じ子を持つ母として何かできることはないかというふうに思いました。行政は結局何もしてくれず、何でも規定に沿つてと言ふばかり。心はないのでしょうか。私にで

きることを、知り合いに声をかけ、そして、私は彼女に小児用の車椅子をプレゼントしました。本当に必要なことに予算を組んで、本当にちゃんと国民と向かい合う行政、国会であつていただきたい。

こういうお手紙をいただきました。まさに、先ほど冒頭にも言つたように、制度というものが一体誰のためにあるのか。もちろん、財源の問題はあります。しかし、難病であれ、さまざまな疾患であれ、地域で支えていくためには、いろいろな組み合わせの中で、それをボトムアップで、制度を国が認めていくということが今後必要なのではないかというふうに思っています。

冒頭にも言つたように、今回、初めて難病対策が法制化されたこと、スタートとして私は大変評価をさせていただいております。ただ、これはスタートにすぎないということで、今後、完璧な制度はなかなか難しいとは思いますが、ぜひ、制度横断的な、そして患者さんや利用者さんのためのよりよい制度づくりのために御尽力いただきたいと思ひます。

質問を終わります。

○後藤委員長 以上で両案に対する質疑は終局いたしました。

○後藤委員長 この際、両案に対し、とかしきなおみ君外五名から、自由民主党、民主党・無所属クラブ、日本維新の会、公明党、みんなの党及び結いの党の六派共同提案による修正案並びに高橋千鶴子君から、日本共産党提案による修正案がそれぞれ提出されております。

提出者より順次趣旨の説明を聴取いたします。大西健介君。

難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案

児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案

〔本号末尾に掲載〕

○大西(健)委員 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に対する修正案及び児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案につきまして、自由民主党、民主党、無所属クラブ、日本維新の会、公明党、みんなの党及び結いの党を代表し、その趣旨を御説明申し上げます。

両法律案に対する修正の要旨は、それぞれ、検討規定について、原案では「施行後五年」と定められております検討の用途を「施行後五年以内」に改めようとするものであります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げます。

○後藤委員長 次に、高橋千鶴子君。

難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案

児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案

正案

〔本号末尾に掲載〕

○高橋(千)委員 ただいま議題となりました日本共産党提出の難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案及び児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案について、趣旨を説明いたします。

難病対策に法的根拠を持たせ、義務的経費化することは、患者、関係者が待ち望んだものです。しかしながら、新たな制度は、低所得者、重症患者等への負担増、患者数や重症度によって線引きをされ支援から除外されること、小児慢性特定疾病の成人移行問題など、多くの問題を残しています。難病患者の多くは、生涯治療を継続しなければなりません。障害福祉の谷間に置かれ、家族に重い介護負担がかかっており、命の維持のため医療費以外にも多額の負担のしかかっています。

医療費助成は真正銘命綱であり、治療継続が困難になり、難病患者をさらに追い込むことがあってはなりません。

患者の皆さんは、議論の積み重ねの中で一致を勝ち取った、難病は、まれではあるが国民の中に一定の割合で発症する可能性のあるものであり、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指すとした基本認識、基本理念を高く評価しました。新たな制度をこの理念に一步でも近づけるために、修正案を提出するものです。

以下、修正案の骨子を説明いたします。

初めに、難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正です。

第一に、指定難病の範囲について、指定難病の定義から、患者数が本邦において厚生労働省令で定める人数に達しないとする規定は削除します。

第二に、難病患者にとって食事は治療の一環であり、食事療養費、生活療養費は自己負担上限に含めるものとしします。

第三に、難病に軽症という概念を持ち込むべきではなく、病状の程度にかかわらず、支給認定を受けられるようにするものとしします。

第四に、施行後五年を目途としている見直し時期を三年に前倒しするものです。

次に、児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正です。

第一に、難病と同様、食事療養費は自己負担上限に含めるものとしします。

第二に、成人移行の問題等積み残された課題は多く、施行後五年を目途としている見直し時期を三年に前倒しするものです。

以上、委員各位の御賛同をよろしくお願いいたします。

○後藤委員長 以上で各修正案の趣旨の説明は終了しました。

この際、高橋千鶴子君提出の両修正案について、国会法第五十七条の三の規定により、内閣の意見を聴取いたします。田村厚生労働大臣。

○田村国務大臣 衆議院議員高橋千鶴子君提出の難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案及び児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案につきましては、政府としては反対であります。

○後藤委員長 これより両案及び各修正案を一括して討論に入ります。

討論の申し出がありますので、順次これを許します。中根康浩君。

○中根(康)委員 中根康浩です。

私は、民主党・無所属クラブを代表し、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、児童福祉法の一部を改正する法律案に対して、賛成の立場から討論を行います。

難病や小児慢性難病の患者や御家族の皆さんは、長期の療養のみならず、医療費や通院のための交通費、衛生材料の費用などの経済的負担も強いられ、長期にわたって厳しい生活を送っております。

難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す理念や、創薬や新たな医療機器の開発などを含めた研究体制の強化及び難病の医療費助成の予算的義務的経費化と、限定的ではありながらも対象疾病の拡大などは、一定の前進として評価し、期待をいたします。

しかし、本二法案は、当事者の方々の問題を根本的に解決するものにはなっており、さまざまな問題を抱えています。

例えば、医療費の助成を受けていた小児慢性特定疾病の子供が成人となった後に医療費の助成を受けられないというトランジション問題が引き続き残っております。また、依然として医療費の助成を受けられない患者の方が残っております。

何よりも問題なのは、現在助成を受けている人については、医療費の自己負担がふえる人が多く出てしまい、患者やその家族がこれまで以上に重い負担を強いられる内容は、制度の後退とも言えるものです。

これらの問題の深刻さを考えれば、本二法案の施行後、できるだけ早く、新たな医療費助成制度のあり方について再検討する必要があります。

そのため、民主党は、本二法案に規定されている検討時期を五年から三年に前倒しをすることともに、難病については、検討すべき事項に、指定難病に限定されない難病その他これに類する疾病の患者に係る医療費助成の制度の導入、難病その他これに類する疾病の患者に係る医療費の自己負担のあり方を加えること、小児慢性特定疾病については、検討すべき事項に、小児慢性特定疾病に限定されない疾病児童等に係る医療費助成の制度の導入、疾病児童等が成人となった後も必要に応じ継続して医療及び自立支援を受けられるようにするための医療費助成等のあり方、疾病児童等に係る医療費の自己負担のあり方を加える内容の修正が必要だと考えました。

結果的には、検討時期について、「五年以内」とだけ修正されました。

障害福祉サービスの対象範囲なども含め、難病患者をめぐる課題は多く残るものの、難病対策が一步一歩前進していくことを期待し、本法案の早期成立を切望している患者、家族の皆さんの気持ちを大切に思い、民主党は、本二法案に賛成することといたしました。

最後に、民主党は、引き続き、難病や小児慢性疾病の患者や御家族の声を傾け、施策の拡充に取り組んでいく所存であることを申し上げ、賛成討論を終わります。(拍手)

○後藤委員長 次に、高橋千鶴子君。

○高橋(千)委員 私は、日本共産党を代表し、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討論を行います。

政府提出の両法案は、難病対策に法的根拠を持たせ、医療費助成制度と小児に対する自立支援事業を義務的経費化するものです。法制化による安定的な制度と対象疾患の大幅拡大は、患者、家族の積年の願いであり、その実現に踏み出すものと

平成二十六年四月十八日

して、賛成するものであります。六派共同提案の修正案についても賛成します。

一方で、新制度にはいまだ多くの課題があると言わざるを得ません。

第一に、難病は、まれではあるが国民の中に一定の割合で発症する可能性のあるものであり、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会を目指すとした基本認識、基本理念が法案には明示されていません。今後定める基本方針に明記すべきです。

第二に、厚労省が示した案では、新規認定者の負担が大幅に軽減される一方、既認定者の八六％が負担増になり、低所得者、重症者に新たな負担が生じます。

医療費以外にも重い負担を背負う患者、家族が治療を諦めることがないよう、さらなる軽減措置を求めるものです。

第三に、医療費助成の対象を人口比〇・一％程度以下とする基準についてです。

難病患者として同じ苦難を背負いながら、患者数が多いというだけで除外され、新たな格差を生み出すことがないよう、より広い疾患が選定される基準とすべきです。

第四に、重症度分類を満たす者を医療費助成の対象とする点です。

進行する難病に軽症はなく、通院、治療のためは、軽症者のデータ収集に支障を来し、ひいては難病克服の道を遠ざけることになりかねません。重症度分類設定は見直すべきです。

第五に、医療費助成の対象とならない方たちへの支援です。

医療費負担の抜本的な軽減のため、高額療養費制度の負担上限の大幅引き下げ等、難病、がん、慢性疾患等、長期に治療が必要な患者への対策を急ぐべきです。

寝たきりなど介護サービスがなければ暮らせない人たちを、障害でも難病でもないとして放置することとは許されません。障害福祉制度こそ、病名や障害名による線引きをなくし、谷間を解消すること

が必要であり、支援が必要な人全てが利用できるようにすべきです。

第六に、小児慢性疾患児の成人期移行の問題は積み残したままです。

二十歳を超えても、医療費助成、研究、教育、就労等、継続した支援体制の確立が必要です。

JPAの伊藤代表は、「二十年后に、どのような現実を迎え、この法律がどのような評価をいただくことになるのか、その評価を恐れつつ、私は今ここに立つております。」と陳述されました。患者、家族の皆様は、新たな制度に不安を抱えつつ、この機会に法制化を勝ち取り、医療費助成をより多くの疾患に広げなければと苦渋の思いでこの日を迎えているのではないのでしょうか。

この思いを真摯に受けとめ、難病、小児慢性疾患の新法制をスタート地点として、真に人として尊厳を持つて生きることを保障し得る制度が確立されることを求め、討論といたします。(拍手)

○後藤委員長 以上で討論は終局いたしました。

○後藤委員長 これより採決に入ります。初めに、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これに対する両修正案について採決いたします。

まず、高橋千鶴子君提出の修正案について採決いたします。

本修正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 起立少数。よって、本修正案は否決されました。

次に、とかしきなおみ君外五名提出の修正案について採決いたします。

本修正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 起立総員。よって、本修正案は可決されました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除く原案について採決いたします。

(賛成者起立)

○後藤委員長 起立総員。よって、本案は修正議決すべきものと決しました。

次に、内閣提出、児童福祉法の一部を改正する法律案及びこれに対する両修正案について採決いたします。

まず、高橋千鶴子君提出の修正案について採決いたします。

本修正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 起立少数。よって、本修正案は否決されました。

次に、とかしきなおみ君外五名提出の修正案について採決いたします。

本修正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 起立総員。よって、本修正案は可決されました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除く原案について採決いたします。

これに賛成の諸君の起立を求めます。

(賛成者起立)

○後藤委員長 起立総員。よって、本案は修正議決すべきものと決しました。

○後藤委員長 この際、両案に対し、とかしきなおみ君外六名から、自由民主党、民主党・無所属クラブ、日本維新の会、公明党、みんなの党、結いの党及び日本共産党の七派共同提案による附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。

提出者より趣旨の説明を聴取いたします。井坂信彦君。

○井坂委員 お疲れさまです。

私は、自由民主党、民主党・無所属クラブ、日本維新の会、公明党、みんなの党、結いの党及び日本共産党を代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。

案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

「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」に対する附帯決議(案)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一 指定難病の選定に当たって、診断基準の作成に係る研究状況等を踏まえて対応するとともに、疾病数の上限を設けることなく、医学、医療の進歩等を踏まえて、指定難病の要件に該当するものは対象とすること。また、

今後の指定難病の見直しに当たっては、患者数だけでなく、患者の治療状況や指定難病に指定された経緯等も考慮しつつ、慎重に検討すること。

二 新制度において大都市特例が規定された趣旨を踏まえ、指定都市が支弁する特定医療費の支給に要する費用が十分に確保されるよう必要な支援を行うこと。

また、指定都市に新たに生じる経費については、国の責任において適切な措置を講ずること。

三 難病患者及び長期にわたり疾病の療養を必要とする児童が地域において適切な医療を受けることができるよう、指定医療機関及び指定医師の指定に当たり地域間格差が生じないよう取り組みとともに、医療機関等のネットワーク等を通じた情報の共有を図ること。

四 療養生活環境整備事業等、義務的経費化されない事業について、地域間格差につながらないよう、地方自治体の負担に配慮すること。

五 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく障害福祉サービスの対象となる難病等の範囲については、難病対策における指定難病の拡大を踏まえつつ、支援の必要性等の観点から判断するものとする。

六 長期にわたり疾病の療養を必要とする児童が成人しても切れ目のない医療及び自立支援

が受けられるよう、指定難病の拡大、自立支援事業の取組促進を図るとともに、成人後の医療や成人に対する各種自立支援との連携強化に鋭意取り組むこと。

七 最大の難病対策は治療法の確立であり、難病の原因究明、治療法の研究開発に万全を期すこと。そのため、研究開発のための必要な予算の確保を行うこと。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げます。ありがとうございます。(拍手)

○後藤委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。採決いたします。

本動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○後藤委員長 起立総員。よって、両案に対し附帯決議を付することに決しました。

この際、田村厚生労働大臣から発言を求められておりますので、これを許します。田村厚生労働大臣。

○田村国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を十分に尊重いたしまして、努力いたす所存でございます。

○後藤委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました両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。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○後藤委員長 この際、お諮りいたします。

第百八十三回国会、柚木道義君外五名提出、介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案につ

きまして、提出者全員より撤回の申し出があります。これを許可するに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 次に、内閣提出、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案及び中根康浩君外七名提出、介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案の両案を議題といたします。

順次趣旨の説明を聴取いたします。田村厚生労働大臣。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案

〔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地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関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。

高齢化の進展に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービス地域において確保し、患者の早期の社会復帰を進めるとともに、高齢者が住み慣れた地域において継続的に生活できるようにしていくことが必要です。

このような状況を踏まえ、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、効率的かつ質の高い医療提供体制や、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療、介護の総合的な確保を推進するため、この法律案を提出した次第です。

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、厚生労働大臣が策定した基本的な方針を踏まえ、市町村等と連携、共同しながら、新たな基金を活用し、医療・介護サービスの提供体制の総合的、計画的な整備等を推進することといたしております。

第二に、地域での効率的かつ質の高い医療の確保に向けて、医療機能の分化、連携を推進するため、医療機関が病床の医療機能を都道府県知事に報告することとし、都道府県は、この報告制度等を活用し、各医療機能の必要量を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿である地域医療構想を策定することといたします。

また、医療機関相互の協議の場の設置や都道府県の役割強化など、地域医療構想の実現のための必要な措置を講ずることといたしております。

さらに、医療従事者の確保や医療機関における勤務環境の改善、看護師の研修制度の創設等のチーム医療の推進、医療事故に係る調査の仕組みの創設などにより、医療提供体制の整備を進めていくこととしております。

第三に、地域包括ケアシステムの構築に向け、介護保険制度において、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの充実等の措置を講ずるとともに、予防給付のうち通所介護と訪問介護について、市町村が地域の実情に応じて取り組むことができる地域支援事業に移行するなどの見直しを行うこととしております。

また、特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化することとしております。

さらに、介護保険制度の持続可能性を高めるため、低所得者の保険料の軽減強化、一定以上の所得を有する者の給付割合の見直し、補足給付の支給要件の見直し等を行うこととしております。

最後に、この法律案の施行期日は、一部を除き、公布の日としております。

以上が、この法律案の提案の理由及びその内容の概要です。

御審議の上、速やかに可決していただくことをお願いいたします。

以上でございます。

○後藤委員長 次に、中根康浩君。

介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案

〔本号末尾に掲載〕

○中根(康)議員 ただいま議題となりました介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案につきまして、民主党・無所属クラブ、みんなの党、結いの党、日本共産党、生活の党及び社会民主党・市民連合を代表して、その提案の理由及び内容の概要を御説明いたします。

今月から、消費税が八％にアップしました。にもかかわらず、介護報酬の賃金に関する部分は全く引き上げられないため、介護・障害福祉従事者の賃金は、今月から実質的に下がることになりました。本来、今回の消費税引き上げは社会保障充実のためであつたはずなのに、実質賃金が下がるのはおかしいのです。

まず、本法案の提案理由の説明です。

厚生労働省の調査でも、全産業の平均賃金が月額約三十二万五千円であるのに対し、ホームヘルパーは月額約二十一万円、福祉職員は月額約二十二万円にとどまり、月額で数万円から十万円程度も低い水準にあるのが現状です。

そうしたことも一因となつて、介護職、障害福祉職の離職率が高く、介護現場などの人材不足は、ますます深刻なものとなっております。

また、年間約十万人の労働者が、親の介護等を理由に仕事をやめざるを得ないという現状もあります。介護現場での人材不足は、こうした離職をさらにふやすことになり、労働者の働き方、さらには経済活動への影響は非常に大きなものになります。

本法案は、こうした現状を改善すべく、賃金改善のための措置を定めることにより、介護の現場

にすぐれた人材を確保し、高齢者等に対する支援の水準の向上を目的とするものです。

次に、本法案の主な内容を説明します。

第一に、都道府県知事は、賃金を改善するための措置を講ずる事業者等に対し、その申請に基づき、助成金を支給することについていたします。

支給の対象範囲は、平成二十四年度の介護報酬改定及び障害福祉サービス等の改定により導入された処遇改善加算と同範囲とします。助成金の支給により、一人につき、平均して、一月当たり一万円の賃金の引き上げがなされることを見込んでおります。

第二に、国は、都道府県に対し、助成金の費用の全額、そして事務の執行に要する費用を交付します。

第三に、この法律は、制度について見直しが行われ、すぐれた人材の確保に支障がなくなつたときは廃止します。

第四は、この法案が障害福祉従事者を対象としている理由です。

これまで、介護と障害福祉は、いつもセットで処遇改善されてきました。ところが、今回、政府は、来年四月の介護報酬の引き上げには言及していませんが、障害福祉の報酬引き上げは明言しております。

一般企業と異なり、この分野の収入は国などからの報酬がほとんどで、自助努力で稼ぐことはできないのです。だから、政府の判断で引き上げるほかはないのです。政府が決めれば処遇改善はできるのです。

また、介護と障害福祉をセットで引き上げるのでなければ、昨年成立した障害者差別解消法や批准した国連障害者権利条約の理念にも反するものとなります。

このような趣旨で、介護と障害福祉をセットで提案いたしました。

なお、この法律は、公布の日から起算して三月を超えない範囲内において政令で定める日から施行することといたします。

以上が、本法案の提案理由及び内容の概要であります。

大企業には、政府が法人税の減税をしてまで賃上げを要請したり、公共事業をふやすのに、政府自身が決めることのできる介護・障害福祉分野の処遇改善を放置しておくことは許されません。できるはずのことをやらないのは政治の怠慢です。

全ての国民が直面し得る介護や障害福祉分野の仕事は、一人一人の全ての人の命を、最後の瞬間まで、意味があり、かけがえのない存在として尊厳を守り、輝かせる、非常にたつと仕事です。弱い立場にありながら頑張っている人たちに支援する仕事に消費税が活用されることが、国民の願ひではないでしょうか。外国の方に頼る前に、我が国の介護・障害福祉分野で働く人たちに支援しようではありませんか。

国民の思いを国会全体で受けとめ、全ての国会議員が共有し、誰一人置き去りにせず、みんなで幸せになれる政治の実現を目指すことにおいては、全ての党の皆さんの思いは同じです。そのことは難病法案の審議で証明されております。

本法案につきまして、党派を超えて全ての議員の皆様方からの御賛同をいただけるものと信じております。人に寄り添い命を大切にすることに於いて見識を同じくする厚生労働委員の皆さん、ぜひ、みんなで一緒にこの法案を成立させ、介護・障害福祉分野で働く人たちに支援しようではありませんか。

どうぞ、御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

以上です。

○後藤委員長 以上で両案の趣旨の説明は終わりました。

次回、来る二十三日水曜日午前八時五十分理事會、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。

午後三時三十三分散会

難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案（かしきなおみ君外五名提出）

難病の患者に対する医療等に関する法律案の一部を次のように修正する。

附則第二条中「五年」を「五年以内」に改める。

児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案（かしきなおみ君外五名提出）

児童福祉法の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

附則第二条中「五年」を「五年以内」に改める。

難病の患者に対する医療等に関する法律案に対する修正案（高橋千鶴子君提出）

難病の患者に対する医療等に関する法律案の一部を次のように修正する。

第五条第一項中「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、かつ二を割り、同条第二項を次のように改める。

2 特定医療費の額は、一月につき、同一の月に受けた指定特定医療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同一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勘案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つては、百分の十）に相当する額を超えるとき

は、当該相当する額）を控除して得た額とする。

第六条第一項中「及びその病状の程度」を削る。

第七条第一項中「次の各号のいずれかに該当する場合であつて」を削り、同項各号を削る。

第十一条第一項第一号を削り、第二号を第一号とし、第三号を第二号とし、第四号を第三号とする。

第十二条中「健康保険法」の下に「（大正十一年法律第七十号）を加える。

附則第二条中「五年」を「三年」に改める。

附則第三条中第七項及び第八項を削り、第九項を第七項とし、第十項を第八項とし、同条第十一項中「第九項」を「第七項」に改め、同項を同条第九項とし、同条第十二項を同条第十項とする。

本修正の結果必要とする経費は、平成二十七年本修正の結果必要とする経費は、平成二十七年度において約六千三百億円の見込みである。

児童福祉法の一部を改正する法律案に対する修正案（高橋千鶴子君提出）

児童福祉法の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

第十九条の次に一款及び款名を加える改正規定のうち第十九条の二第二項中「次に掲げる額の合算額」を「同一の月に受けた指定小児慢性特定疾病医療支援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に係る小児慢性特定疾病児童等の治療状況又は身体の状態、当該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）第七條第一項に規定する支給認定を受けた指定難病（同法第五條第一項に規定する指定難病をいう。）の患者の数のその他の事情を勘案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

一 医療介護総合確保区域ごとの当該区域又は当該市町村の区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間

第四条第二項第二号ハ中「日常生活圏域又は当該市町村の区域において」を「地域における医療及び介護の総合的な確保のために」に改め、同号ハを同号ニとし、同号ロ中「日常生活圏域」を「医療介護総合確保区域」に改め、同号ロを同号ハとし、同号イ中「日常生活圏域」を「医療介護総合確保区域」に改め、同号イを同号ロとし、同号にイとして次のように加える。

イ 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域又は当該市町村の区域における居宅等における医療の提供に関する事業

第四条第二項第三号中「厚生労働省令で定める」を「地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な」に改め、同条第三項を次のように改める。

3 市町村は、市町村計画を作成するに当たっては、介護保険法第一百七十七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図らなければならない。

第四条第四項中「市町村整備計画」を、「市町村計画」に、「次条第一項の規定により当該市町村整備計画を厚生労働大臣に提出する場合を除き、都道府県にその写しを送付しなければならない」を「これを当該市町村の属する都道府県に提出しなければならない」に改め、同項を同条第五項とし、同条第三項の次に次の一項を加える。

4 市町村は、市町村計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者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ものとする。

第四条を第五条とし、同条の次に次の二条を

加える。

(基金)

第六条 都道府県が、都道府県計画に掲載された第四条第二項第二号に掲げる事業(第九条において「都道府県事業」という。)に要する経費の全部又は一部を支弁するため、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百四十一条の基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとする。

(財源の確保)

第七条 前条の基金の財源に充てるために、同条の規定により国が負担する費用については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成二十四年法律第六十八号)の施行により増加する消費税の収入をもつて充てるものとする。

第三条の次に次の一項を加える。

(都道府県計画)

第四条 都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に即して、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画(以下「都道府県計画」という。)を作成することができる。

2 都道府県計画において、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

一 医療介護総合確保区域(地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域をいう。以下同じ。)ことの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間

二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項

イ 地域における医療及び介護の総合的な

確保のための医療介護総合確保区域における居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。次条第二項第二号イにおいて同じ。)における医療の提供に関する事業(同条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同号イに掲げる事業を含む。)

ロ 公的介護施設等の整備に関する事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ロ及びハに掲げる事業を含む。)

ハ 医療従事者の確保に関する事業

二 介護従事者の確保に関する事業

ホ その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ニに掲げる事業を含む。)

三 その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な事項

3 都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。

4 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者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ものとする。

5 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の一部改正)

第二条 地域における医療及び介護の総合的な確

保の促進に関する法律の一部を次のように改正する。

第四条第二項第二号中ホをへとし、イからニまでをロからホまでとし、同号にイとして次のように加える。

イ 医療法第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(医療法の一部改正)

第三条 医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の一部を次のように改正する。

目次中「第三十条の三」の下に「第三十条の三の二」を加え、「第三節 医療従事者の確保等に関する施策等(第三十条の十一・第三十条の十三)」を「第三節 地域における病床の機能の分化及び連携の推進(第三十条の十二)る施策等(第三十条の十三)第三十条の二十」に、「第四節 公的医療機関」を「第五節 公的医療機関」に改める。

第一条の二第二項中「居宅等」の下に「(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)」を加え、「(以下「医療機能」という。)」を削る。

第四条第一項第一号中「医療従事者」の下に「(以下単に「医療従事者」という。)」を加える。

第六条の二に次の一項を加える。

3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に即し、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

第六条の五第一項第七号中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を削り、「これらの者を、当該医療従事者に改める。

第七条の二第一項及び第二項中「第三十条の四第二項第九号」を「第三十条の四第二項第十号」に改め、同条第三項中「第三十条の四第二項

第九号を「第三十条の四第二項第十号」に、「ないのに」を「なく」に、「探る」を「とる」に改める。

第十六条の二第一項第一号中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を削る。

第二十九条第三項第三号中「第二十四条第一項の下に」又は第三十条の十二第五項を加え、同条第四項第三号中「第二十四条第二項の下に」又は第三十条の十二第五項を加える。

第三十条の三第一項中「厚生労働大臣は」の下に、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第三條第一項に規定する総合確保方針に即して」を加え、「の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を（以下「医療提供体制」という。）の確保に」改め、同条第二項第四号中「医療機能を「医療提供施設の機能」に改め、同項第七号を同項第八号とし、同項第六号中「次条第一項」を「第三十条の四第一項」に改め、同号を同項第七号とし、同項第五号中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を削り、同号を同項第六号とし、同項第四号の次に次の一号を加える。

五 地域における病床の機能（病院又は診療所の病床において提供する患者の病状に応じた医療の内容をいう。以下同じ。）の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

第五章第一節中第三十条の三の次に次の一条を加える。

第三十条の三の二 厚生労働大臣は、前条第二項第五号に掲げる事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は第三十条の十二第一項に規定する病床機能報告対象病院等の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、同項の規定による報告の内容その他の必要な情報の提供を求めることができる。

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

る。

第三十条の四第二項第一号及び第二号中「事業」の下に「並びに居宅等における医療の確保」を加え、同項第三号中「医療機能を「医療提供施設の機能」に改め、同項第十一号を第十二号とし、第八号から第十号までを一号ずつ繰り下げ、同項第七号中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を削り、同号を同項第八号とし、同項第六号の次に次の一号を加える。

七 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項

第三十条の四第三項第一号中「医療機能」を「医療提供施設の機能」に改め、同条第四項第一号中「掲げる医療」の下に「若しくは居宅等における医療」を加え、同項第四号中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を削り、同条第五項中「第二項第九号及び第十号」を「第二項第十号及び第十一号」に、「同項第十一号」を「同項第十二号」に改め、同条第六項から第八項までの規定中「第二項第十一号」を「第二項第十二号」に改める。

第三十条の五中「医療機能」を「医療提供施設の機能」に改める。

第三十条の六を次のように改める。

第三十条の六 都道府県は、三年ごとに第三十条の四第二項第六号に掲げる事項及び次の各号に掲げる事項のうち同号に掲げる事項その他厚生労働省令で定める事項に関するもの（次項において「居宅等医療等事項」という。）について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。

一 第三十条の四第二項各号（第六号を除く。）に掲げる事項
二 医療計画に第三十条の四第三項各号に掲げる事項を定める場合にあっては、当該各号に掲げる事項
2 都道府県は、六年ごとに前項各号に掲げる事項（居宅等医療等事項を除く。）について、

調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。

第三十条の七中第三項を第四項とし、第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。

一 病院 病床の機能に及び、地域における病床の機能の分化及び連携の推進に協力し、地域において必要な医療を確保すること。

二 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。

イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。

ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。

ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

第三十条の十第一項中「整備」の下に、「地域における病床の機能の分化及び連携の推進」を加える。

第三十一条中「第三十条の十二第一項の規定により都道府県が定めた施策」を「地域医療対策」に改め、「実施」の下に「協力する」とともに、第三十条の十八の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し、第五章中第四節を第五節とする。

第三十条の十三中「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の」を「第三十条の十七第一項各号（第三号を除く。）に掲げる者及び」に、「前条第一項の規定により都道府県が定めた施策」を「地域医療対策」に改め、「協力するよう」の下に「努めるとともに、第三十条の十八の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力するよう」を加え、第五章第三節中同条を第三十条の二十一とし、同条の前に次の三條を加える。

第三十条の十八 都道府県知事は、前条第一項の規定により定めた施策（以下「地域医療対策」という。）を踏まえ、特に必要があると認めるときは、同項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師が不足している地域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

第三十条の十九 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

一 病院及び診療所における医師の確保の動向その他の地域において必要とされる医療の確保に関する調査及び分析を行うこと。

二 病院及び診療所の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の確保に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

三 就業を希望する医師、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学の医学部において医学を専攻する学生その他の関係者に対し、就業に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

四 医師に対し、医療に関する最新の知見及び技能に関する研修その他の能力の開発及び向上に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

平成二十六年四月十八日

第七十二条第三項中「第六條の十一第四項」の下に、「第三十條の十五第四項又は第三十條の

十九第五項を加える。

第七十五条の二の次に次の一条を加える。

第七十五条の三 第三十条の十二第五項の規定による命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処する。

第四条 医療法の一部を次のように改正する。

目次中「第三章 医療の安全の確保(第六条の九―第六条の十二)」を「第三章 医療の安全の確保(第一条―第二節 医療事故調査)」と改める。

「第一章 医療の安全の確保」の確保のための措置(第六条の九―第六条の十 査・支援センター)(第六条の十五―第六条の十七)に、「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

「第三十条の十一」を「第三十条の十二」に、「第三十条の十二」を「第三十条の十三」に、「第三十条の十三」を「第三十条の十四」に、「第三十条の十四」を「第三十条の十五」に、「第三十条の十五」を「第三十条の十六」に改める。

診療科名を有すること。

六 厚生労働省令で定める数以上の患者を入

院させるための施設を有すること。

七 その有する人員が第二十二条の三の規定に基づく厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。

八 第二十一条第一項第二号から第八号まで及び第十号から第十二号まで並びに第二十二条の三第二号、第五号及び第六号に規定する施設を有すること。

九 その施設の構造設備が第二十一条第一項及び第二十二条の三の規定に基づく厚生労働省令並びに同項の規定に基づく都道府県の条例で定める要件に適合するものであること。

十 前各号に掲げるもののほか、特定臨床研究の実施に関する厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。

2 厚生労働大臣は、前項の承認をするに当たっては、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

3 臨床研究中核病院でないものは、これに臨床研究中核病院又はこれに紛らわしい名称を称してはならない。

第三章中第六条の九の前に次の節名を付す。

第一節 医療の安全の確保のための措置

第三章中第六条の十二を第六条の十四とする。

第六条の十一第一項第一号及び第二号中「病院、診療所若しくは助産所」を「病院等」に改め、同項第三号中「病院、診療所又は助産所」を「病院等」に改め、同条を第六条の十三とする。第六条の十中「病院、診療所又は助産所」を「病院等」に改め、「管理者は」の下に、「前二条に規定するもののほか」を加え、同条を第六条の十二とする。

第六条の九の次に次の二条を加える。

第六条の十 病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、

医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が

当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

2 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他厚生労働省令で定める者(以下この章において単に「遺族」という。)に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

第六条の十一 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下この章において「医療事故調査」という。)を行わなければならない。

2 病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体(法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。)に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。

3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。

4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了し

たときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

5 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

第三章に次の一節を加える。

第二節 医療事故調査・支援センター
第六条の十五 厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人又は一般財団法人であつて、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、当該医療事故調査・支援センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。

3 医療事故調査・支援センターは、その名称、住所又は事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があつたときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

第六条の十六 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

一 第六条の十一第四項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。

二 第六条の十一第四項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の

整理及び分析の結果の報告を行うこと。

三 次条第一項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。

四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。

五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。

六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。

七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

第六条の十七 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は遺族から、当該医療事故について調査の依頼があつたときは、必要な調査を行うことができる。

2 医療事故調査・支援センターは、前項の調査について必要があると認めるときは、同項の管理者に対し、文書若しくは口頭による説明を求め、又は資料の提出その他必要な協力を求めることができる。

3 第一項の管理者は、医療事故調査・支援センターから前項の規定による求めがあつたときは、これを拒んではならない。

4 医療事故調査・支援センターは、第一項の管理者が第二項の規定による求めを拒んだときは、その旨を公表することができる。

5 医療事故調査・支援センターは、第一項の調査を終了したときは、その調査の結果を同項の管理者及び遺族に報告しなければならない。

第六条の十八 医療事故調査・支援センターは、第六条の十六各号に掲げる業務（以下「調査等業務」という。）を行うときは、その開始前に、調査等業務の実施方法に関する事項そ

の他の厚生労働省令で定める事項について調査等業務に関する規程（次項及び第六条の二十六第一項第三号において「業務規程」という。）を定め、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 厚生労働大臣は、前項の認可をした業務規程が調査等業務の適正かつ確実な実施上不適当となつたと認めるときは、当該業務規程を変更すべきことを命ずることができる。

第六条の十九 医療事故調査・支援センターは、毎事業年度、厚生労働省令で定めるところにより、調査等業務に関し事業計画書及び収支予算書を作成し、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 医療事故調査・支援センターは、厚生労働省令で定めるところにより、毎事業年度終了後、調査等業務に関し事業報告書及び収支決算書を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならない。

第六条の二十 医療事故調査・支援センターは、厚生労働大臣の許可を受けなければ、調査等業務の全部又は一部を休止し、又は廃止してはならない。

第六条の二十一 医療事故調査・支援センターの役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、調査等業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第六条の二十二 医療事故調査・支援センターは、調査等業務の一部を医療事故調査等支援団体に委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた医療事故調査等支援団体の役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第六条の二十三 医療事故調査・支援センターは、厚生労働省令で定めるところにより、帳簿を備え、調査等業務に関し厚生労働省令で定める事項を記載し、これを保存しなければならない。

第六条の二十四 厚生労働大臣は、調査等業務の適正な運営を確保するために必要があると認めるときは、医療事故調査・支援センターに対し、調査等業務若しくは資産の状況に關し必要な報告を命じ、又は当該職員に、医療事故調査・支援センターの事務所に立ち入り、調査等業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人に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。

第六条の二十五 厚生労働大臣は、この節の規定を施行するために必要な限度において、医療事故調査・支援センターに対し、調査等業務に關し監督上必要な命令をすることができ

る。

第六条の二十六 厚生労働大臣は、医療事故調査・支援センターが次の各号のいずれかに該当するときは、第六条の十五第一項の規定による指定（以下この条において「指定」という。）を取り消すことができる。

一 調査等業務を適正かつ確実に実施することができないと認められるとき。

二 指定に關し不正の行為があつたとき。

三 この節の規定若しくは当該規定に基づく命令若しくは処分違反したとき、又は第六条の十八第一項の認可を受けた業務規程によらないで調査等業務を行つたとき。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定を取り消したときは、その旨を公示しなければならない。

第六条の二十七 この節に規定するもののほか、医療事故調査・支援センターに關し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第七条第一項中「及び第二十七条を」、第二十七條及び第二十八條に改め、同条第五項中「前項」を第四項に改め、同項を同条第六項とし、同条第四項の次に次の一項を加える。

5 都道府県知事は、病院の開設の許可若しくは病床の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可又は診療所の病床の設置の許可若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請に対する許可には、当該申請に係る病床において、第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分（以下この項において「病床の機能区分」という。）のうち、当該申請に係る病院又は診療所の所在地を含む構想区域（第三十条の四第一項に規定する医療計画（以下この項及び次条において「医療計画」という。）において定める第三十条の四第二項第七号に規定する構想区域をいう。）における病床の機能区分に応じた既存の病床数が、医療計画において定める当該構想区域における同号イに規定する将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を提供することその他の医療計画において定める同号に規定する地域医療構想の達成の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める条件を付することができる。

第七条の二第二項中「第三十条の四第一項の規定により当該都道府県が定める医療計画（以下この条において単に「医療計画」という。）を「医療計画」に、「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十二号」に、「同条第五項」を「同条第六項」に改め、同条第二項及び第三項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十二号」に、「同条第五項」を「同条第六項」に改め、同条第四項中「第三十条の四第五項」を「第三十条の四第六項」に改め、同条第七項を同条第八項とし、同条第六項の次に次の一項を加える。

7 都道府県知事は、第三項の規定による命令をした場合において、当該命令を受けた病院

又は診療所の開設者又は管理者が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。

第十二条の三の次に次の一条を加える。

第十二条の四 臨床研究中核病院の開設者は、厚生労働省令の定めるところにより、業務に関する報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の報告書の内容を公表しなければならない。

第十六条の三の次に次の一条を加える。

第十六条の四 臨床研究中核病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない。

一 特定臨床研究に関する計画を立案し、及び実施すること。

二 他の病院又は診療所と共同して特定臨床研究を実施する場合にあつては、特定臨床研究の実施の主導的な役割を果たすこと。

三 他の病院又は診療所に對し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

四 特定臨床研究に関する研修を行うこと。

五 第二十二條の三第三号及び第四号に掲げる諸記録を体系的に管理すること。

六 その他厚生労働省令で定める事項

第十七条中「第六條の十」の下に「から第六條の十二まで」を加える。

第二十二條の二の次に次の一条を加える。

第二十二條の三 臨床研究中核病院は、第二十一條第一項（第一号及び第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。

一 厚生労働省令で定める員数の臨床研究に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者

二 集中治療室

三 診療及び臨床研究に関する諸記録
四 病院の管理及び運営に関する諸記録
五 第二十二條第四号から第八号までに掲げる施設

六 その他厚生労働省令で定める施設
第二十三條第一項中「前三條」を「第二十一條から前条まで」に、「基準を」を「基準は、」に改める。

第二十四條第二項中「特定機能病院」の下に「又は臨床研究中核病院（以下この節において「特定機能病院等」という。）を、」第二十二條の二の下に「又は第二十二條の三」を加える。

第二十五條第三項及び第四項中「特定機能病院」を「特定機能病院等」に改める。

第二十七條の次に次の一条を加える。

第二十七條の二 都道府県知事は、病院又は診療所の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、第七條第五項の規定により当該許可に付された条件に従わないときは、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に對し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従う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受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該勧告に係る措置をとらなかつたときは、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に對し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命ずることができる。

3 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、当該命令を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が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。

第二十九條第一項第一号及び第二号並びに第二項中「正当の理由がないのに」を「正当な理由がなく」に改め、同条第三項第三号中「第三十

條の十二第五項」を「第三十條の十三第五項」に改め、同項に次の三号を加える。

五 地域医療支援病院の開設者又は管理者が第七條の二第三項、第二十七條の二第二項又は第三十條の十五第六項の規定に基づく命令に違反したとき。

六 地域医療支援病院の開設者又は管理者が第三十條の十二第二項又は第三十條の十七の規定に基づく勧告に従わなかつたとき。

七 地域医療支援病院の開設者又は管理者が第三十條の十六第一項の規定に基づく指示に従わなかつたとき。

第二十九條第四項第三号中「第三十條の十二第五項」を「第三十條の十三第五項」に改め、同項に次の三号を加える。

五 特定機能病院の開設者又は管理者が第七條の二第三項、第二十七條の二第二項又は第三十條の十五第六項の規定に基づく命令に違反したとき。

六 特定機能病院の開設者又は管理者が第三十條の十二第二項又は第三十條の十七の規定に基づく勧告に従わなかつたとき。

七 特定機能病院の開設者又は管理者が第三十條の十六第一項の規定に基づく指示に従わなかつたとき。

四 臨床研究中核病院の管理者が第十六條の四の規定に違反したとき。
第三十條の三第二項中第八号を第九号とし、第五号から第七号までを一号ずつ繰り下げ、第四号の次に次の一号を加える。
五 第三十條の四第二項第七号に規定する地域医療構想に関する基本的な事項
第三十條の三の二中「前条第二項第五号」の下に「又は第六号」を加え、「第三十條の十二第一項」を「第三十條の十三第一項」に改める。
第三十條の四第二項中第十二号を第十四号とし、第七号から第十一号までを二号ずつ繰り下げ、第六号の次に次の二号を加える。
七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項
イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十條の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）
ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項
八 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
第三十條の四第十三項を同条第十五項とし、同条第十二項中「及び市町村」を「市町村に改め、（処理する。）の下に「地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百八十四條第一項の（を含む。）の下に「及び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）第五十七條の二第一項の保険者協議会」を加え、同項を同条第十四項とし、同条中第十一項を第

十三項とし、第十項を第十二項とし、第九項を第十一項とし、同条第八項中「第十三項」を「第十五項」に、「第二項第十二号」を「第二項第十四号」に改め、同項を同条第九項とし、同項の次に次の一項を加える。

10 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第四条第一項に規定する都道府県計画及び介護保険法第十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。

第三十条の四第七項中「第十三項」を「第十五項」に、「第二項第十二号」を「第二項第十四号」に改め、同項を同条第八項とし、同条第六項中「第二項第十二号」を「第二項第十四号」に改め、同項を同条第七項とし、同条第五項中「第二項第十号及び第十一号」を「第二項第十二号及び第十三号」に、「同項第十二号」を「同項第十四号」に改め、同項を同条第六項とし、同条第四項の次に次の一項を加える。

5 都道府県は、地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、第三十条の十三第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

第三十条の五中「医療保険者」の下に「第三十条の十四第一項において「医療保険者」という。」を加える。

第三十条の二十一中「第三十条の十七第一項各号」を「第三十条の二十三第一項各号」に、「第三十条の十八」を「第三十条の二十四」に改め、第五章第四節中同条を第三十条の二十七とし、第三十条の二十を第三十条の二十六とし、第三十条の十三から第三十条の十九までを六条ずつ繰り下げる。

第三十条の十二第一項中「区分」の下に「(以下

「病床の機能区分」という。)を加え、同項第一号中「機能」の下に「(以下「基準日病床機能」という。）」を加え、同項第二号中「次項において」を「以下」に改め、第五章第三節中同条を第三十条の十三とし、同条の次に次の五条を加える。

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

3 第七条第五項に規定する申請をした者は、当該申請に係る病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため、協議の場における協議に参加するよう都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

第三十条の十五 都道府県知事は、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合その他の厚生労働省令で定める場合において、当該報告をした病床機能報告対象病院等(以下

この条及び次条において「報告病院等」という。)の所在地を含む構想区域における病床機能報告対象病院等の病床の当該報告に係る基準日後病床機能に係る病床の機能区分に応じた数が、医療計画において定める当該構想区域における当該報告に係る基準日後病床機能に係る病床の機能区分に応じた将来の病床数の必要量に既に達しているときは、報告病院等の開設者又は管理者に対し、当該報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる理由その他の厚生労働省令で定める事項(以下この条において「理由等」という。)を記載した書面の提出を求めることができる。

2 都道府県知事は、前項の書面に記載された理由等が十分でないとき、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、協議の場における協議に参加するよう求めることができる。

3 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

4 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる。

5 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう努めなければならない。

6 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議の内容及び第四項の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、報告病院等(第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。)の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議

会の意見を聴いて、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能を当該報告に係る基準日後病床機能に変更しないことその他の必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

7 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する報告病院等について準用する。この場合において、前項中「命ずる」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

第三十条の十六 都道府県知事は、医療計画において定める地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、構想区域における病床機能報告対象病院等(第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。)の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床の機能区分のうち、当該構想区域等に係る構想区域における病床の機能区分に応じた既存の病床数が、医療計画において定める当該構想区域における将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を提供することその他の必要な措置をとるべきことを指示することができる。

2 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病床機能報告対象病院等について準用する。この場合において、前項中「指示する」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

第三十条の十七 都道府県知事は、第三十条の十五第七項において読み替えて準用する同条第六項又は前条第二項において読み替えて準用する同条第一項の規定による要請を受けた病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者

が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていないと認めるときは、当該病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告することができる。

第三十条の十八 都道府県知事は、第三十条の十五第六項の規定による命令、第三十条の十六第一項の規定による指示又は前条の規定による勧告をした場合において、当該命令、指示又は勧告を受けた病床機能報告対象病院等の開設者又は管理者が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。

第五章第二節第三十条の十一の次に次の一条を加える。

第三十条の十二 第七條の二第三項から第六項までの規定は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、同条第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病院、療養病床又は一般病床を有するものに限り、又は診療所（第七條第三項の許可を得て病床を設置するものに限り。）について準用する。この場合において、第七條の二第三項中「命ずる」とあるのは「要請する」と、同条第四項中「前三項」とあるのは「前項」と、病床数及び当該申請に係る病床数とあるのは「病床数」と、同条第五項中「第一項から第三項まで」とあり、及び同条第六項中「第一項若しくは第二項の規定により前条第一項から第三項までの許可を与えない処分をし、又は第三項」とあるのは「第三項」と、同項中「命令しよう」とあるのは「要請しよう」と読み替えるものとする。

2 都道府県知事は、前項において読み替えて準用する第七條の二第三項の規定による要請を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていないと認めるときは、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、都道府

県医療審議会の意見を聴いて、当該措置をとるべきことを勧告することができる。

3 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、当該勧告を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が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。

第三十一条中「第三十条の十八」を「第三十条の二十四」に改める。

第四十二条中「（昭和二十二年法律第六十七号）」を削る。

第七十二条第三項中「第六條の十一第四項を「第六條の十三第四項、第六條の二十一、第六條の二十二第二項」に、「第三十条の十五第四項又は第三十条の十九第五項を「第三十条の二十一第四項又は第三十条の二十五第五項」に改める。

第七十三条中「これを削り、同条第三号中「又は第二十九條第一項」を、「第二十九條第一項又は第三十条の十五第六項」に改める。

第七十三条の次に次の一条を加える。
第七十三条の二 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした医療事故調査・支援センターの役員又は職員は、三十万円以下の罰金に処する。

一 第六條の二十の許可を受けないうで、調査等業務の全部を廃止したとき。

二 第六條の二十三の規定による帳簿の記載をせず、虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。

三 第六條の二十四第一項の規定による報告を怠り、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。

第七十四条中「これを削り、同条第一号中「第四條の二第三項」の下に、「第四條の三第三項を、「第五号」の下に、「第二十二條の三第二号若しくは第五号」を加える。

第七十五条中「前二条を「第七十三条又は前

条」に改める。

第七十五条の三中「第三十条の十二第五項」を「第三十条の十三第五項」に改める。

（介護保険法の一部改正）

第五條 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の一部を次のように改正する。

目次中「第百十五條の四十八」を「第百十五條の四十九」に、「介護給付費審査委員会」を「介護給付費等審査委員会」に改める。

第七條第五項中「又は地域密着型介護予防防サービス」を若しくは「地域密着型介護予防防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五條の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。）」に改め、「地域密着型介護予防防サービス事業を行う者」の下に、「特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者」を加える。

第八條第二項中「第二十項及び第十三條第一項第二号」を「及び第二十項」に改め、同条第十二項中「次条第一項及び第十三項」を「次条第十項及び第十一項」に改め、同条第十四項中「いいの下に」「特定地域密着型サービス」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスをいふ」を加え、同条第二十一項中「特別養護老人ホームに入所する要介護者」の下に「（厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項及び第二十六項において同じ。）」を加え、同条第二十三項中「第百十五條の四十五第一項第五号」を「第百十五條の四十五第二項第三号」に改める。

第八條の二第一項中「介護予防訪問介護」及び「介護予防通所介護」を削り、同条第二項を削り、同条第三項中「居宅要支援者」を「要支援者であつて、居宅において支援を受けるもの（以下「居宅要支援者」という。）」に改め、「その介護予防の下に（（身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。以下同じ。）」を加え、同項を同条第二項とし、同条第四項を第三項とし、第五項を第四項とし、第六項を第五項とし、第七項を削り、第八項を第六項とし、第九項から第十三項までを二項ずつ繰り上げ、同条第十四項中「いいの下に」「特定地域密着型介護予防防サービス」とは、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護をいふ」を加え、同項を同条第十二項とし、同条第十五項を第十三項とし、第十六項を第十四項とし、第十七項を第十五項とし、同条第十八項中「地域密着型介護予防防サービス若しくはこれに相当するサービス」の下に、「特定介護予防・日常生活支援総合事業（市町村、第百十五條の四十五の三第一項に規定する指定事業者又は第百十五條の四十七第六項の受託者が行うものに限る。以下この項及び第三十二條第四項第二号において同じ。）」を、「指定地域密着型介護予防防サービス事業者の下に」「特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者」を加え、同項を同条第十六項とする。

第十三條第一項中「（以下この条において）を「（以下）に」「以下この条を」。以下この項及び次項」に改め、同項第二号を次のように改める。

二 特定施設

第十三條第三項中「住所持特例対象被保険者が」を「第一項の規定により同項に規定する当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とされた者又は前項の規定により同項各号に定める当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とされた者（以下「住所持特例適用被保険者」という。）」が

に改め、「所在する市町村」の下に「(以下「施設所在市町村」という。)を加え、「住所地域特例対象被保険者に」を「住所地域特例適用被保険者に」に改める。

第二十二条第一項中「できる」の下に「ほか、当該偽りその他不正の行為によつて受けた保険給付が第五十一条の三第一項の規定による特定入所者介護サービス費の支給 第五十一条の四第一項の規定による特例特定入所者介護サービス費の支給 第六十一条の三第一項の規定による特定入所者介護サービス費の支給又は第六十一条の四第一項の規定による特例特定入所者介護サービス費の支給であるときは、市町村は、厚生労働大臣の定める基準により、その者から当該偽りその他不正の行為によつて支給を受けた額の百分の二百に相当する額以下の金額を徴収することができる」を加える。

第二十四条の二第五項中「規定により」の下に「同項第一号又は第三号に掲げる」を加える。

第三十二条第四項第二号中「又は」を「若しくは」に改め、「指定地域密着型介護予防サービス」の下に「又は特定介護予防・日常生活支援総合事業」を加える。

第四十二条の二第一項中「当該市町村」の下に「(住所地域特例適用被保険者である要介護被保険者(以下「住所地域特例適用要介護被保険者」という。)に係る特定地域密着型サービスにあっては、施設所在市町村を含む。)」を加え、同条第四項中「市町村」を「市町村(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型サービス事業者から指定を受けた住所地域特例適用要介護被保険者に係る地域密着型介護サービス費(特定地域密着型サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」に改め、同条第八項中「により市町村」の下に「(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型サービス事業者から指定地域密着型サービスを受けた住所地域特例適用要介護被保険者に係る地域密着型介護サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」を加える。

サービス費(特定地域密着型サービスに係るものに限る。)の請求にあっては、施設所在市町村(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型サービス事業者から指定を受けた住所地域特例適用要介護被保険者に係る地域密着型介護サービス費(特定地域密着型サービスに係るものに限る。))の請求にあっては、施設所在市町村が定める」に改める。

第四十二条の三第二項中「により市町村」の下に「(施設所在市町村の長が同条第一項本文の指定をした指定地域密着型サービス事業者から指定地域密着型サービスを受けた住所地域特例適用要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める者に係る特例地域密着型介護サービス費(特定地域密着型サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」を加える。

第四十九条の次に次の一条を加える。

第四十九条の二 第一号被保険者であつて政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である要介護被保険者が受ける次の各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合において、これらの規定中「百分の九十」とあるのは、「百分の八十」とする。

一 居宅介護サービス費の支給 第四十一条第四項第一号及び第二号並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

二 特例居宅介護サービス費の支給 第四十二条第三項並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

三 地域密着型介護サービス費の支給 第四十二条の二第二項各号並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

四 特例地域密着型介護サービス費の支給 第四十二条の三第二項並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

一 項、第四項及び第六項

五 施設介護サービス費の支給 第四十八条第二項

六 特例施設介護サービス費の支給 前条第二項

七 居宅介護福祉用具購入費の支給 第四十条第三項、第四項及び第七項

八 居宅介護住宅改修費の支給 第四十五条第三項、第四項及び第七項

第五十条中「含む。」を含む。次項において同じ。に、「含む。若しくは」を含む。同項において同じ。若しくはに、「次の各号」を「前条各号」に改め、「場合」の下に「同条の規定により読み替えて適用する場合を除く。」を加え、同条各号を削り、同条に次の一項を加える。

2 市町村が、災害その他の厚生労働省令で定める特別の事情があることにより、居宅サービス、地域密着型サービス若しくは施設サービス又は住宅改修に必要な費用を負担することが困難であると認め、要介護被保険者が受ける前条各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合(同条の規定により読み替えて適用する場合に限る。))において、同条の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「百分の八十」とあるのは、「百分の八十を超え百分の百以下の範囲内において市町村が定めた割合」とする。

第五十一条の三第一項中「所得」の下に「及び資産」を加える。

第五十三条第一項中「介護予防通所介護」を削り、同条第二項第一号中「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所介護及び」を削る。

第五十四条第三項中「介護予防通所介護」を削る。

第五十四条の二第二項中「当該市町村」の下に「(住所地域特例適用被保険者である居宅要支援被保険者(以下「住所地域特例適用居宅要支援被保険者」という。))に係る特定地域密着型介護予防サービスにあっては、施設所在市町村を含む。)」を加え、同条第四項中「市町村」を「市町村(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型介護予防サービス事業者から指定地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護サービス費(特定地域密着型介護予防サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」に改め、同条第八項中「により市町村」の下に「(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型介護予防サービス事業者から指定地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」を加える。

第五十四條の二第二項中「当該市町村」の下に「(住所地域特例適用被保険者である居宅要支援被保険者(以下「住所地域特例適用居宅要支援被保険者」という。))に係る特定地域密着型介護予防サービスにあっては、施設所在市町村を含む。)」を加え、同条第四項中「市町村」を「市町村(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型介護予防サービス事業者から指定地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」に改め、同条第八項中「により市町村」の下に「(施設所在市町村の長が第一項本文の指定をした指定地域密着型介護予防サービス事業者から指定地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスを受けた住所地域特例適用居宅要支援被保険者に係る地域密着型介護予防サービスに係るものに限る。))の額にあっては、施設所在市町村」を加える。

第五十九條の次に次の一条を加える。

(一定以上の所得を有する第一号被保険者に係る介護予防サービス費等の額)

第五十九条の二 第一号被保険者であつて政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である居宅要支援被保険者が受ける次の各号に掲げる予防給付については、これらの規定中「百分の九十」とあるのは、「百分の八十」とする。

一 介護予防サービス費の支給 第五十三条第二項第一号及び第二号並びに第五十五条第一項、第四項及び第六項

二 特例介護予防サービス費の支給 第五十四条第三項並びに第五十五条第一項、第四項及び第六項

三 地域密着型介護予防サービス費の支給 第五十四条の二第二項第一号及び第二号並びに第五十五条第一項、第四項及び第六項

四 特例地域密着型介護予防サービス費の支給 第五十四条の三第二項並びに第五十五条第一項、第四項及び第六項

五 介護予防福祉用具購入費の支給 第五十六条第三項、第四項及び第七項

六 介護予防住宅改修費の支給 第五十七条第三項、第四項及び第七項

第六十条中「含む。」を「含む。次項において同じ。」に、「含む。」又は「含む。」を「含む。同項において同じ。」又は「次に、「次の各号」を「前条各号」に改め、「場合」の下に「(同条の規定により読み替えて適用する場合を除く。)」を加え、同条各号を削り、同条に次の一項を加える。

2 市町村が、災害その他の厚生労働省令で定める特別の事情があることにより、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス又は住宅改修に必要な費用を負担することが困難であると認めた居宅要支援被保険者が受ける前条各号に掲げる予防給付について当該各号に定める規定を適用する場合(同条の規定により読み替えて適用する場合に限る。)において

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

ては、同条の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「百分の八十」とあるのは、「百分の八十を超え百分の百以下の範囲内において市町村が定めた割合」とする。

第六十一条の三第三項中「所得」の下に「及び資産」を加える。

第六十八条第五項中「又はその被扶養者」を「若しくはその被扶養者又は船員保険の被保険者(船員保険法第二条第二項に規定する疾病任意継続被保険者を除く。若しくはその被扶養者)」に改める。

第六十九条第三項中「次項」の下に「及び第五項」を、「場合」の下に「(第四十九条の二又は第五十九条の二の規定により読み替えて適用する場合を除く。)」を加え、同条第四項を第五項とし、第三項の次に次の一項を加える。

4 第一項の規定により給付額減額等の記載を受けた要介護被保険者等が、当該記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額減額期間が経過するまでの間に利用した居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービス並びに行った住宅改修に係る前項各号に掲げる介護給付等について当該各号に定める規定を適用する場合(第四十九条の二又は第五十九条の二の規定により読み替えて適用する場合に限る。)においては、第四十九条の二又は第五十九条の二の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「百分の八十」とあるのは、「百分の七十」とする。

第六十九条の三十四第一項中「又は地域密着型介護予防サービス」を「若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業」に改め、同条に次の一項を加える。

3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他のその資質の向上を図るよう努めなければならない

第六十九条の三十八第二項中「第六十九条の三十四」を「第六十九条の三十四第一項又は第二項」に改める。

第六十九条の三十九第二項第一号中「第六十九条の三十四」を「第六十九条の三十四第一項若しくは第二項又は第六十九条の三十五」に改める。

第七十八条の二第二項中「市町村の行う」を「市町村が行う」に改め、「被保険者」の下に「(特定地域密着型サービスに係る指定にあつては、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしていない住所地特例適用要介護被保険者を含む。)」を加え、同条第七項中「又は」を「又は」に、「講じなければ」を「講ずるよう努めなければ」に改める。

第七十八条の十四第一項中「市町村の」を「市町村が」に改め、「被保険者」の下に「(特定地域密着型サービスに係る公募指定にあつては、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしていない住所地特例適用要介護被保険者を含む。)」を加える。

第百十五条の十二第一項中「市町村の」を「市町村が」に改め、「被保険者」の下に「(特定地域密着型介護予防サービスに係る指定にあつては、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしていない住所地特例適用居宅要支援被保険者を含む。)」を加え、同条第五項中「講じなければ」を「講ずるよう努めなければ」に改める。

第百十五条の二十二第一項中「市町村の」を「市町村が」に改め、「被保険者」の下に「(当該市町村が行う介護保険の住所地特例適用居宅要支援被保険者を除き、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしていない住所地特例適用居宅要支援被保険者を含む。)」を加える。

第百十五条の四十五第一項及び第二項を次のように改める。

市町村は、被保険者(当該市町村が行う介護保険の住所地特例適用被保険者を除き、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしていない住所地特例適用被保険者を含む。第三項第三号及び第百十五条の四十九を除き、以下この章において同じ。)の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従つて、地域支援事業として、次に掲げる事業(以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。)を行うものとする。

一 居宅要支援被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下「居宅要支援被保険者等」という。)に対して、次に掲げる事業を行う事業(以下「第一号事業」という。)

イ 居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、当該居宅要支援被保険者等の居宅において、厚生労働省令で定める基準に従つて、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援を行う事業(以下この項において「第一号訪問事業」という。)

ロ 居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める施設において、厚生労働省令で定める基準に従つて、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援又は機能訓練を行う事業(以下この項において「第一号通所事業」という。)

ハ 厚生労働省令で定める基準に従つて、介護予防サービス事業若しくは地域密着型介護予防サービス事業又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業と一体的に行われる場合に効果があると認められる居宅要支援被保険者等の地域における自立した日常生活の支援として厚生労働省

平成二十六年四月十八日

令で定めるものを行う事業(二)において「第一号生活支援事業」という。)

二 居宅要支援被保険者等(指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。)の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める基準に従って、その心身の状況、その置かれていた環境その他の状況に依りて、その選択に基づき、第一号訪問事業、第一号通所事業又は第一号生活支援事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業(以下「第一号介護予防支援事業」という。)

二 被保険者(第一号被保険者に限る。)の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業(介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業並びに第一号訪問事業及び第一号通所事業を除く。)

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となつた場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

- 一 被保険者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業
- 二 被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のために必要な援助を行う事業
- 三 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計

画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業(前号に掲げる事業を除く。)

五 被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業

六 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業

「介護予防・日常生活支援総合事業」に改め、「ほか」の下に、「厚生労働省令で定めるところにより」を加え、同項第三号中「被保険者」の下に「当該市町村の区域内に所在する住所持特別対象施設に入所等をして住居持特別適用被保険者を含む。」を加え、同条第四項中「運営の状況の下に、七十五歳以上の被保険者の数」を加え、同条第六項及び第七項を削る。

「介護予防・日常生活支援総合事業」の指針等第百十五条の四十五の二 厚生労働大臣は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業に關して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

2 市町村は、定期的に、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況について、調査、分

析及び評価を行うよう努めるとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(指定事業者による第一号事業の実施) 第百十五条の四十五の三 市町村は、第一号事業(第一号介護予防支援事業にあつては、居宅要支援被保険者に係るものに限る。)については、居宅要支援被保険者等が、当該市町村の長が指定する者(以下「指定事業者」という。)の当該指定に係る第一号事業を行う事業所により行われる当該第一号事業を利用した場合において、当該居宅要支援被保険者等に對し、第一号事業支給費を支給することにより行うことができる。

2 前項の第一号事業支給費(以下「第一号事業支給費」という。)の額は、第一号事業に要する費用の額を勘案して、厚生労働省令で定めるところにより算定する額とする。

3 居宅要支援被保険者等が、指定事業者の当該指定に係る第一号事業を行う事業所により行われる当該第一号事業を利用したときは、市町村は、当該居宅要支援被保険者等が当該指定事業者を支払うべき当該第一号事業に要した費用について、第一号事業支給費として当該居宅要支援被保険者等に対し支給すべき額の限度において、当該居宅要支援被保険者等に代わり、当該指定事業者を支払うことができる。

4 前項の規定による支払があつたときは、居宅要支援被保険者等に対し第一号事業支給費の支給があつたものとみなす。

5 市町村は、指定事業者から第一号事業支給費の請求があつたときは、厚生労働省令で定めるところにより審査した上、支払うものとする。

6 市町村は、前項の規定による審査及び支払に關する事務を連合会に委託することができる。

7 前項の規定による委託を受けた連合会は、当該委託をした市町村の同意を得て、厚生労働省令で定めるところにより、当該委託を受けた事務の一部を、営利を目的としない法人であつて厚生労働省令で定める要件に該當するものに委託することができる。

(租税その他の公課の禁止) 第百十五条の四十五の四 租税その他の公課は、第一号事業支給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。

(指定事業者の指定) 第百十五条の四十五の五 第百十五条の四十五の三第一項の指定(第百十五条の四十五の七第一項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第一号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第一号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があつた場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従つて適正に第一号事業を行うことができなかつたときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(指定の更新) 第百十五条の四十五の六 指定事業者の指定は、厚生労働省令で定める期間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。

2 前項の更新の申請があつた場合において、同項の期間(以下この条において「有効期間」という。)の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の指定事業者の指定は、有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

3 前項の場合において、指定事業者の指定の更新がされたときは、その有効期間は、従前の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

3 前項の場合において、指定事業者の指定の更新がされたときは、その有効期間は、従前の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

4 前条の規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。
(報告等)

第百十五條の四十五の七 市町村長は、第一号事業支給費の支給に關して必要があると認めるときは、指定事業者若しくは指定事業者であつた者若しくは当該第百十五條の四十五の三第一項の指定に係る事業所の従業員であつた者(以下この項において「指定事業者であつた者等」という。)に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、指定事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業員若しくは指定事業者であつた者等に対し出頭を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくは当該指定事業者の当該指定に係る事業所、事務所その他当該指定事業者が行う第一号事業に關係のある場所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第二十四條第三項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第四項の規定は前項の規定による権限について、それぞれ準用する。

(勧告、命令等)

第百十五條の四十五の八 市町村長は、指定事業者が、第百十五條の四十五第一項第一号イから二まで又は第百十五條の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準に従つて第一号事業を行つていないと認めるときは、当該指定事業者に対し、期限を定めて、これらの厚生労働省令で定める基準に従つて第一号事業を行うことを勧告することができる。

2 市町村長は、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事業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。

3 市町村長は、第一項の規定による勧告を受けた指定事業者が、正当な理由がなくてその勧告に係る措置をとらなかつたときは、当該

指定事業者に対し、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 市町村長は、前項の規定による命令をした場合においては、その旨を公示しなければならない。

(指定事業者の指定の取消し等)

第百十五條の四十五の九 市町村長は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定事業者に係る指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者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 指定事業者が、第百十五條の四十五第一項第一号イから二まで又は第百十五條の四十五の五第二項の厚生労働省令で定める基準に従つて第一号事業を行うことができなくなつたとき。

二 第一号事業支給費の請求に關し不正があつたとき。

三 指定事業者が、第百十五條の四十五の七第一項の規定により報告又は帳簿書類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。

四 指定事業者又は当該指定事業者の指定に係る事業所の従業員が、第百十五條の四十五の七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對して答弁せず、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、当該指定事業者の指定に係る事業所の従業員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、当該指定事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。

五 指定事業者が、不正の手段により指定事業者の指定を受けたとき。

六 前各号に掲げる場合のほか、指定事業者が、この法律その他国民の保健医療若しく

は福祉に關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。

七 前各号に掲げる場合のほか、指定事業者が、地域支援事業又は居宅サービス等に關し不正又は著しく不当な行為をしたとき。

(市町村の連絡調整等)

第百十五條の四十五の十 市町村は、第百十五條の四十五第二項第四号に掲げる事業の円滑な実施のために必要に關係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う第百十五條の四十五第二項第四号に掲げる事業の關係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う第百十五條の四十五第二項第四号に掲げる事業に關し、情報の提供その他市町村に對する必要な協力をすることができる。

(政令への委任)

第百十五條の四十五の十一 第百十五條の四十五から前条までに規定するもののほか、地域支援事業の実施に關し必要な事項は、政令で定める。

第百十五條の四十六第一項中「前条第一項第二号から第五号まで」を「第一号介護予防支援事業(居宅要支援被保険者に係るものを除く。)及び第百十五條の四十五第二項各号に改め、同条第三項中「次条第一項の下に「規定による」を、「受けた者」の下に「(第百十五條の四十五第二項第四号から第六号までに掲げる事業のみの委託を受けたものを除く。)を加え、同条中第九項を第十二項とし、第八項を第十一項とし、第七項を第八項とし、同項の次に次の二項を加える。

9 市町村は、定期的に、地域包括支援センターにおける事業の実施状況について、点検を行うよう努めるとともに、必要があると認めるときは、次条第一項の方針の変更その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

ない。

10 市町村は、地域包括支援センターが設置されたとき、その他厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該地域包括支援センターの事業の内容及び運営状況に關する情報を公表するよう努めなければならない。

第百十五條の四十六第六項中「高齢者の日常生活の支援に關する活動に携わるボランティア」を「被保険者の地域における自立した日常生活の支援又は要介護状態等となることの予防若しくは要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための事業を行う者」に改め、同項を同条第七項とし、同条中第五項を第六項とし、第四項を第五項とし、第三項の次に次の一項を加える。

4 地域包括支援センターの設置者は、自らその実施する事業の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、その実施する事業の質の向上に努めなければならない。

第百十五條の四十七第一項中「対し」の下に「厚生労働省令で定めるところにより」を加え、同条第二項中「包括的支援事業」の下に「(第百十五條の四十五第二項第四号から第六号までに掲げる事業を除く。)」を加え、同条第三項中「前条第六項及び第七項」を「前条第七項及び第八項」に改め、「第一項の」の下に「規定による」を加え、同条第四項を削り、同条第五項中「のうち第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業」を「(第一号介護予防支援事業にあつては、居宅要支援被保険者に係るものに限る。)」に、「当該各号に掲げる事業」を「当該介護予防・日常生活支援総合事業」に改め、「(同項第三号に掲げる事業に限る。)」を削り、同項を同条第四項とし、同条第六項中「第百十五條の四十五第二項第三号に掲げる事業」を「第一号介護予防支援事業」に、「その」を「当該委託を受けた」に改め、同項を同条第五項とし、同条第七項中

「第四項又は第五項」を「又は第四項に、「次項」を第八項、第百八十条第一項並びに第百八十一条第二項及び第三項に改め、同項を同条第六項とし、同項の次に次の一項を加える。

7 前項の規定による委託を受けた連合会は、当該委託をした市町村長の同意を得て、厚生労働省令で定めるところにより、当該委託を受けた事務の一部を、営利を目的としない法人であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものに委託することができる。

9 市町村は、第百十五条の四十五第三項各号に掲げる事業の全部又は一部について、老人福祉法第二十条の七の二第一項に規定する老人介護支援センターの設置者その他の当該市町村が適当と認める者に対し、その実施を委託することができる。

第六章中第百十五条の四十八を第百十五条の四十九とする。

第百十五条の四十七の次に次の一条を加える。

(会議)

第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体(以下この条において「関係者等」という。)により構成される会議(以下この条において「会議」という。)を置くように努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下この項において「支援対象被保険者」という。)への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要がある

と認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあつた場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

第百十六條第一項中「厚生労働大臣は」の下に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第三条第一項に規定する総合確保方針に即して」を加える。

第百十七條第三項第五号中「支援に関する事項」の下に「居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者に係る医療その他の」を加え、同号を同項第六号とし、同項中第四号を第五号とし、第三号を第四号とし、第二号の次に次の一号を加える。

三 介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計

第百十七條中第十項を第十一項とし、第七項から第九項までを一項ずつ繰り下げ、第六項の次に次の一項を加える。

7 市町村介護保険事業計画は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第五条第一項に規定する市町村計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。

第百十八條第三項に次の一号を加える。
五 第百十五條の四十五第二項第四号に掲げる事業に関する市町村相互間の連絡調整を行う事業に関する事項

第百十八條第七項を同条第八項とし、同条第六項中「医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画」を削り、「高齢者の居住の安定確保に関する法律の下に(平成十三年法律第二十六号)」を加え、同項を同条第七項とし、同条第五項の次に次の一項を加える。

6 都道府県介護保険事業支援計画は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第四条第一項に規定する都道府県計画及び医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。

第百二十二條の二第一項中「地域支援事業第百十五條の四十五第一項第一号に掲げる事業(介護予防・日常生活支援総合事業)を行う場合にあつては、当該介護予防・日常生活支援総合事業に限る。以下「介護予防等事業」という。」を「介護予防・日常生活支援総合事業」に、「百分の二十五」を「百分の二十」に改め、同条第二項中「介護予防等事業」を「介護予防・日常生活支援総合事業」に改め、同項を同条第四項とし、同条第一項の次に次の二項を加える。

2 国は、介護保険の財政の調整を行うため、市町村に対し、介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額について、第一号被保険者の年齢階級別の分布状況、第一号被保険者の所得の分布状況等を考慮して、政令で定めるところにより算定した額を交付する。

3 前項の規定により交付する額の総額は、各市町村の介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の総額の百分の五に相当する額とする。

第百二十三條第三項及び第百二十四條第三項中「介護予防等事業」を「介護予防・日常生活支援総合事業」に改める。

第百二十四條の次に次の二条を加える。
(市町村の特別会計への繰入れ等)
第百二十四條の二 市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者

について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課に基づき第一号被保険者に係る保険料につき減額した額の総額を基礎として政令で定めるところにより算定した額を介護保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

2 国は、政令で定めるところにより、前項の規定による繰入金金の二分の一に相当する額を負担する。

3 都道府県は、政令で定めるところにより、第一項の規定による繰入金金の四分の一に相当する額を負担する。

(住所地特例適用被保険者に係る地域支援事業に要する費用の負担金)
第百二十四條の三 市町村は、政令で定めるところにより、当該市町村が行う介護保険の住所地特例適用被保険者に対して、当該住所地特例対象施設の所在する施設所在市町村が行う地域支援事業に要する費用について、政令で定めるところにより算定した額を、地域支援事業に要する費用として負担するものとする。

第百二十六條第一項中「介護予防等事業」を「介護予防・日常生活支援総合事業」に、「介護予防等事業医療保険納付対象額」を「介護予防・日常生活支援総合事業医療保険納付対象額」に改める。

第百二十七條中「及び第百二十二條の二」を「第百二十二條の二及び第百二十四條の二」に改める。

第百二十八條中「第百二十三條の下に」及び「第百二十四條の二」を加える。

第百四十一條の見出し中「入所又は入居」を「入所等」に改め、同条第一項中「第十三條第一項又は第二項の規定の適用を受ける被保険者」を「住所地特例適用被保険者」に改める。

第百四十八條第二項中「第百二十二條の二」を「第百二十二條の二第一項、第二項及び第四項」

に改める。

第百五十二条及び第百五十三条中「介護予防等事業医療保険納付対象額」を「介護予防・日常生活支援総合事業医療保険納付対象額」に改める。

第百七十六条第一項第二号中「第百十五条の四十七第七項」を「第百十五条の四十五の三第六項の規定により市町村から委託を受けて行う第一号事業支給費の請求に関する審査及び支払並びに第百十五条の四十七第六項」に改め、同条第二項第三号中「第百十五条の四十七第七項」を「第百十五条の四十七第六項」に改める。

第十一章の章名を次のように改める。

第十一章 介護給付費等審査委員会

第百七十九条の見出しを「給付費等審査委員会」に改め、同条中「含む」の下に「並びに第百十五条の四十五の三第六項及び第百十五条の四十七第六項」を、「介護給付費請求書」の下に「及び介護予防・日常生活支援総合事業費請求書」を加え、「介護給付費審査委員会」を「介護給付費等審査委員会」に、「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員会」に改める。

第百八十条の見出しを「給付費等審査委員会の組織」に改め、同条第一項中「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員会」に、「及び次条第一項」を「並びに次条第一項及び第二項」に改め、「同じ」の下に「又は介護予防・日常生活支援総合事業担当者（指定事業者において第一号事業を担当する者又は受託者において介護予防・日常生活支援総合事業を担当する者をいう。第三項及び次条第二項において同じ）」を加え、同条第三項中「介護給付等対象サービス担当者」の下に「又は介護予防・日常生活支援総合事業担当者」を加える。

第百八十一条の見出しを「給付費等審査委員会の権限」に改め、同条第一項中「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員会」に改め、同条第三項を削り、同条第二項中「前項を「前二項」に、「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員

会」に改め、同項ただし書中「又は介護保険施設」を「介護保険施設、指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは指定介護予防支援事業者又は指定事業者若しくは受託者」に改め、「介護給付費請求書」の下に「若しくは介護予防・日常生活支援総合事業費請求書」を加え、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2 給付費等審査委員会は、介護給付費請求書又は介護予防・日常生活支援総合事業費請求書の審査を行うため必要があると認めるときは、市町村長の承認を得て、当該指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは指定介護予防支援事業者若しくは指定事業者若しくは受託者若しくは当該指定地域密着型サービスの事業、指定地域密着型介護予防サービスの事業若しくは指定介護予防支援の事業に係る事業所における介護給付等対象サービス担当者若しくは指定事業者若しくは受託者における介護予防・日常生活支援総合事業担当者に対して、出頭若しくは説明を求めることができる。

第百八十二条中「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員会」に改める。

第百八十二条の次に次の一条を加える。

（賦課決定の期間制限）

第百八十二条の二 保険料の賦課決定は、当該年度における最初の保険料の納期（この法律又はこれに基づく条例の規定により保険料を納付し、又は納入すべき期限をいい、当該納期後に保険料を課することができるとなつた場合にあつては、当該保険料を課することとなる）の日と起算して二年を経過した日以後において、す

ることができない。

第百二条第一項中「保険給付」の下に「地域支援事業」を加える。

第百二条第一項中「保険給付」の下に「地域支援事業」を加え、同条第二項中「若しくは第五十八条第一項を、第五十八条第一項若しくは第百十五条の四十五の三第一項」に改める。

第百二十五条第一項中「給付費審査委員会」を「給付費等審査委員会」に改め、「含む」の下に「第百十五条の四十五の三第七項若しくは第百十五条の四十七第七項」を加え、「若しくは第六十一条の三第七項」を「第六十一条の三第七項、第百十五条の四十五の三第五項若しくは第百十五条の四十七第六項」に、「職に」を「者で」に、「なしに」を「がなく」に改め、「行つた者」の下に「若しくは第一号事業を行う者」を加え、同条第二項中「又は第百十五条の四十六第七項」を「第百十五条の四十六第八項」に、「の規定」を「又は第百十五条の四十八第五項の規定」に改める。

附則第九条第一項ただし書中「入所又は入居（以下この条において「入所等」という。）」を「入所等」に改める。

附則に次の一条を加える。

（延滞金の割合の特例）

第百五十七条第一項に規定する延滞金の年十四・五パーセントの割合は、当分の間、同項の規定にかかわらず、各年の特例基準割合（租税特別措置法昭和三十三年法律第二十六号）第九十三条第二項に規定する特例基準割合をいう。以下この条において同じ。）が年七・二パーセントの割合に満たない場合には、その年中においては、当該特例基準割合に年七・三パーセントの割合を加算した割合とする。

第六条 介護保険法の一部を次のように改正する。

第八条第二項中「第二十項」を「第二十一項」に改め、同条第七項中「こと」の下に「利用定員が

厚生労働省令で定める数以上であるものに限

り、」を加え、同条第十一項中「第二十項」を「第二十一項」に改め、同条第十四項中「夜間対応型訪問介護」の下に「地域密着型通所介護」を加え、同条第二十七項を同条第二十八項とし、同条第二十三項から第二十六項までを一項ずつ繰り下げ、同条第二十二項中「夜間対応型訪問介護」の下に「地域密着型通所介護」を加え、同項を同条第二十三項とし、同条第二十一項中「第二十六項」を「第二十七項」に改め、同項を同条第二十二項とし、同条第二十項を第二十一項とし、第十七項から第十九項までを一項ずつ繰り下げ、第十六項の次に次の一項を加える。

17 この法律において「地域密着型通所介護」とは、居宅要介護者について、老人福祉法第五条の二第三項の厚生労働省令で定める施設又は同法第二十条の二に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（利用定員が第七項の厚生労働省令で定める数未満であるものに限り、認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。

第四十二条の二第一項中「費用」の下に「地域密着型通所介護」を加え、同条第二項第二号中「夜間対応型訪問介護」の下に「地域密着型通所介護」を、「費用」の下に「地域密着型通所介護及び」を加える。

第四十二条の三第二項中「費用」の下に「地域密着型通所介護」を加える。

第四十六条第一項中「都道府県知事」を「当該市町村の長又は他の市町村の長に改める。

第四十七条第一項第一号中「の都道府県」を「の市町村」に、「都道府県」を「当該市町村」に改め、同条第二項中「都道府県」を「市町村」に改める。

第五十九条第一項第一号中「市町村」を「当該市町村」に改める。

第七十九条第二項中「都道府県知事は」を「市町村長は」に改め、同項第一号及び第二号中「都道府県」を「市町村」に改め、同項第六号の二中「都道府県知事」を「市町村長」に改め、同条第三項中「都道府県」を「市町村」に改める。

第八十一条第一項から第三項までの規定中「都道府県」を「市町村」に改める。

第八十二条中「都道府県知事」を「市町村長」に改める。

第八十二条の二の見出し中「都道府県知事等」を「市町村長等」に改め、同条第一項中「都道府県知事又は」を削り、同条第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 都道府県知事は、同一の指定居宅介護支援事業者について二以上の市町村長が前項の規定による連絡調整又は援助を行う場合において、当該指定居宅介護支援事業者による第八十一条第五項に規定する便宜の提供が円滑に行われるため必要があると認めるときは、当該市町村長相互間の連絡調整又は当該指定居宅介護支援事業者に対する市町村の区域を超えた広域的な見地からの助言その他の援助を行うことができる。

第八十三条第一項中「都道府県知事又は」を削る。

第八十三条の二第一項中「都道府県知事」を「市町村長」に改め、同項第一号中「都道府県」を「市町村」に改め、同条第二項から第四項までの規定中「都道府県知事」を「市町村長」に改め、同条第五項中「市町村」を「市町村長」に改め、「指定居宅介護支援事業者」の下に「（他の市町村長が第四十六条第一項の指定をした者に限る。）」を加え、「指定に係る事業所の所在地の都道府県知事」を「他の市町村長」に改める。

第八十四条第一項中「都道府県知事」を「市町村長」に改め、同項第二号中「都道府県」を「市町村」に改め、同条第二項中「市町村」を「市町村長」に改め、「指定居宅介護支援事業者」の下に「（他の市町村長が第四十六条第一項の指定をし

た者に限る。）」を加え、「指定に係る事業所の所在地の都道府県知事」を「他の市町村長」に改める。

第八十五条中「都道府県知事」を「市町村長」に改める。

第百十五条の三十五第五項中「指定地域密着型サービス事業者」の下に「指定居宅介護支援事業者」を加え、同条第六項中「指定居宅介護支援事業者」を削り、同条第七項中「指定地域密着型サービス事業者」の下に「指定居宅介護支援事業者」を加える。

第百八十一条第一項中「指定居宅介護支援事業者及び」指定居宅介護支援の事業を削り、同条第二項中「指定地域密着型サービス事業者」の下に「指定居宅介護支援事業者」を、「指定地域密着型サービス」の下に「指定居宅介護支援の事業」を加え、同条第三項ただし書中「指定居宅介護支援事業者」を削り、「指定地域密着型サービス事業者」の下に「指定居宅介護支援事業者」を加える。

（健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとする）及び同法第二百六十六条の規定による改正前の介護保険法の一部改正

第七條 健康保険法等の一部を改正する法律平成十八年法律第八十三号附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二百六十六条の規定による改正前の介護保険法（以下「平成十八年改正前介護保険法」という。）の一部を次のように改正する。

第二十二條第一項中「できる」の下に「ほか、当該偽りその他の不正の行為によつて受けた保険給付が第五十一条の三第一項の規定による特定入所者介護サービス費の支給又は第五十一条の四第一項の規定による特例特定入所者介護サービス費の支給であるときは、市町村は、厚生労働大臣の定める基準により、その者から当該偽りその他の不正の行為によつて支給を受けた額の百分の二百に相当する額以下の金額を徴収する

ことができる」を加える。

第四十九條の次に次の一條を加える。
（一定以上の所得を有する第一号被保険者に係る居宅介護サービス費等の額）

第四十九條の二 第一号被保険者であつて政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である要介護被保険者が受ける次の各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合においては、これらの規定中「百分の九十」とあるのは、「百分の八十」とする。

一 居宅介護サービス費の支給 第四十一条第四項第一号及び第二号並びに第四十三条第二項、第四項及び第六項

二 特例居宅介護サービス費の支給 第四十条第二項並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

三 地域密着型介護サービス費の支給 第四十二条の二第二項各号並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

四 特例地域密着型介護サービス費の支給 第四十二条の三第二項並びに第四十三条第一項、第四項及び第六項

五 施設介護サービス費の支給 第四十八条第二項

六 特例施設介護サービス費の支給 前条第二項

七 居宅介護福祉用具購入費の支給 第四十条第三項、第四項及び第七項

八 居宅介護住宅改修費の支給 第四十五条第三項、第四項及び第七項

第五十条中「含む。」を「含む。次項において同じ。」に、「含む。若しくは」を「含む。同項において同じ。若しくは」に、「次の各号」を「前条各号」に改め、「場合」の下に「同条の規定により読み替えて適用する場合を除く。」を加え、同条各号を削り、同条に次の一項を加える。

2 市町村が、災害その他の厚生労働省令で定める特別の事情があることにより、居宅サービス、地域密着型サービス若しくは施設サービス又は住宅改修に必要な費用を負担することが困難であると認めた要介護被保険者が受ける前条各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合（同条の規定により読み替えて適用する場合に限る。）においては、同条の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「百分の八十」とあるのは、「百分の八十を超え百分の百以下の範囲内において市町村が定めた割合」とする。

第五十一条の三第一項中「所得」の下に「及び資産」を加える。

第六十九条第三項中「次項」の下に「及び第五項」を、「場合」の下に「第四十九条の二の規定により読み替えて適用する場合を除く。」を加え、同条第四項を第五項とし、第三項の次に次の一項を加える。

4 第一項の規定により給付額減額等の記載を受けた要介護被保険者等が、当該記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額減額期間が経過するまでの間に利用した居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービス並びに行つた住宅改修に係る前項各号に掲げる介護給付等について当該各号に定める規定を適用する場合（第四十九条の二の規定により読み替えて適用する場合に限る。）においては、同条の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「百分の八十」とあるのは、「百分の七十」とする。

第百七条第三項第五号中「支援に関する事項」の下に「居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者に係る医療その他の」を加え、同号を同項第六号とし、同項第四号を第五号とし、第三号を第四号とし、第二号の次に次の一項を加える。

三 介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援

事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計
第百七十七条第十項を第十一項とし、第七項から第九項までを一項ずつ繰り下げ、第六項の次に次の一項を加える。

7 市町村介護保険事業計画は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第五条第一項に規定する市町村計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。

第百十八条第七項を同条第八項とし、同条第六項中「医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画」を削り、同項を同条第七項とし、同条第五項の次に次の一項を加える。

6 都道府県介護保険事業支援計画は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第四条第一項に規定する都道府県計画及び医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。

(保健師助産師看護師法の一部改正)

第八条 保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三十三号)の一部を次のように改正する。

目次中「第四十二条の五」を「第四十二条の六」に改める。

第三十七条の次に次の三条を加える。

第三十七条の二 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

2 この条、次条及び第四十二条の四において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

一 特定行為 診療の補助であつて、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

二 手順書 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他の他人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう)であつて、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項が定められているものをいう。

三 特定行為区分 特定行為の区分であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。

四 特定行為研修 看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であつて、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。

五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であつて、厚生労働大臣が指定するものをいう。

3 厚生労働大臣は、前項第一号及び第四号の厚生労働省令を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

第三十七条の三 前条第二項第五号の規定による指定(以下この条及び次条において単に「指定」という。)は、特定行為研修を行うおとずる者の申請により行う。

2 厚生労働大臣は、前項の申請が、特定行為研修の業務を適正かつ確実に実施するために必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合しているときでなければ、指定をしてはならない。

3 厚生労働大臣は、指定研修機関が前項の厚生労働省令で定める基準に適合しなくなつた

と認めるとき、その他の厚生労働省令で定める場合に該当するときは、指定を取り消すことができる。

4 厚生労働大臣は、指定又は前項の規定による指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

第三十七条の四 前二条に規定するもののほか、指定に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第四章の二 第四十二条の五を第四十二条の六とし、第四十二条の四を第四十二条の五とし、同条の前に次の一条を加える。

第四十二条の四 厚生労働大臣は、特定行為研修の業務の適正な実施を確保するため必要があると認めるときは、指定研修機関に対し、その業務の状況に関し報告させ、又は当該職員に、指定研修機関に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人に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。

第四十四条の二 第二号中「第三十八条まで」を「第三十七条まで及び第三十八条に改める。」

第四十五条の二 中「第四十二条の三の規定に違反した」を「次の各号のいずれかに該当する」に改め、同条に次の各号を加える。

一 第四十二条の三の規定に違反した者

二 第四十二条の四第一項の規定による報告をせず、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、若しくは忌避した者

第十三条の七を第十三条の八とし、第十三条の六を第十三条の七とし、第十三条の五を第十三条の六とする。

第十三条の四の次に次の一条を加える。

第十三条の五 歯科衛生士は、その業務を行うに当たつては、歯科医師その他の歯科医療関係者との緊密な連携を図り、適正な歯科医療の確保に努めなければならない。

第十九条第一項中「第十三条の五」を「第十三条の六」に改める。

第二十条第二号中「第十三条の六」を「第十三条の七」に改める。

附則第二項を削り、附則第三項を附則第二項とし、附則第四項を附則第三項とする。

附則第五項中「附則第三項」を「附則第二項」に改め、同項を附則第四項とする。

附則第六項中「附則第三項」を「附則第二項」に改め、同項を附則第五項とする。

附則第七項中「附則第三項」を「附則第二項」に、「附則第四項及び第五項」を「附則第三項及び第四項」に改め、同項を附則第六項とする。

(生活保護法の一部改正)

第十条 生活保護法(昭和二十五年法律第四百四十号)の一部を次のように改正する。

第十五条の二 第一項中「第八号」を「第九号」に改め、「要支援者をいう」の下に「以下この項及び」を、「までに掲げる事項の範囲内において」の下に「行われ、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない居宅要支援被保険者等(同法第十五条の四十五第一項第一号に規定する居宅要支援被保険者等をいう)」に相当する者(要支援者を除く)に対して、第八号及び第九号に掲げる事項の範囲内において」を加え、同項第八号を同項第九号とし、同項第七号の次に次の一号を加える。

八 介護予防・日常生活支援(介護予防支援計画又は介護保険法第十五条の四十五第一項第一号二に規定する第一号介護予防支援事業による援助に相当する援助に基づき

7 第一項第八号に規定する介護予防・日常生活

第三十四条の二第二項中「及び介護予防福祉

第五十四条の二第一項中「又は特定介護予防

10

5 第四十九条の二第一項及び第三項の規定

一項及び第三項中「厚生労働大臣」とあるのは

た医療機関については厚生労働大臣が、都道

10

10

[illegible]

第十二条 生活保護法の一部を次のように改正す

第十五条の二第二項中「同条第十七項」を「同

10

第五十五条の三第二号から第四号まで、第八

別表第二に次のように加える。

第十九条第三項中「第八条第二十六項」を「第

第三十一条第四項中「第八條第二十一項」を

別表第二その事業として居宅介護を行う者又

診療放射線技師法の一部改正

第四条第一号中「第二十四条の二に規定する」

第二十四条の二の見出し中「検査」を「検査等」

る行為に改め、同条に次の各号を加える。

一 磁気共鳴画像診断装置その他の画像による診断を行うための装置であつて政令で定めるものを用いた検査(医師又は歯科医師の指示の下に行うものに限る。)を行うこと。

二 第二条第二項に規定する業務又は前号に規定する検査に関連する行為として厚生労働省令で定めるもの(医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。)を行うこと。

第二十六条第二項ただし書中「場合は」を「場合は、」に改め、同項第二号中「とき」の下に「(前号に掲げる場合を除く。)」を加え、同号を同項第三号とし、同項第一号の次に次の一号を加える。

二 多数の者の健康診断を一時に行う場合において、胸部エックス線検査(コンピュータ断層撮影装置を用いた検査を除く。)その他の厚生労働省令で定める検査のため百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射するとき。

(歯科技工士法の一部改正)

第十三条 歯科技工士法(昭和三十年法律第百六十八号)の一部を次のように改正する。

目次中「第二十七条の二」を削る。

第九条の次に次の十六条を加える。

(指定登録機関の指定)

第九条の二 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者(以下「指定登録機関」という。)に、歯科技工士の登録の実施及びこれに関連する事務(以下「登録事務」という。)を行わせることができる。

2 指定登録機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、登録事務を行うおとする者の申請により行う。

3 厚生労働大臣は、他に第一項の規定による指定を受けた者がなく、かつ、前項の申請が次の要件を満たしていると認めるときでなければ、指定登録機関の指定をしてはならない。

一 職員、設備、登録事務の実施の方法その他の事項についての登録事務の実施に関する計画が、登録事務の適正かつ確実な実施のために適切なものであること。

二 前号の登録事務の実施に関する計画の適正かつ確実な実施に必要な経理的及び技術的な基礎を有するものであること。

4 厚生労働大臣は、第二項の申請が次の各号のいずれかに該当するときは、指定登録機関の指定をしてはならない。

一 申請者が、一般社団法人又は一般財団法人以外の者であること。

二 申請者が、その行う登録事務以外の業務により登録事務を公正に実施することができないおそれがあること。

三 申請者が、第九条の十三の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者であること。

四 申請者の役員のうち、次のいずれかに該当する者があること。

イ この法律に違反して、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つた日から起算して二年を経過しない者

ロ 次条第二項の規定による命令により解任され、その解任の日から起算して二年を経過しない者

(指定登録機関の役員及び解任)

第九条の三 指定登録機関の役員及び解任は、厚生労働大臣の認可を受けなければ、その効力を生じない。

2 厚生労働大臣は、指定登録機関の役員が、この法律(この法律に基づく命令又は処分を含む。)若しくは第九条の五第一項に規定する登録事務規程に違反する行為をしたとき、又は登録事務に関し著しく不相当な行為をしたときは、指定登録機関に対し、当該役員

任を命ずることができる。

(事業計画の認可等)

第九条の四 指定登録機関は、毎事業年度、事業計画及び収支予算を作成し、当該事業年度の開始前に(第九条の二第一項の規定による指定を受けた日の属する事業年度にあつては、その指定を受けた後遅滞なく)、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 指定登録機関は、毎事業年度の経過後三月以内に、その事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならない。

(登録事務規程)

第九条の五 指定登録機関は、登録事務の開始前に、登録事務の実施に関する規程(以下「登録事務規程」という。)を定め、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 登録事務規程で定めるべき事項は、厚生労働省令で定める。

3 厚生労働大臣は、第一項の認可をした登録事務規程が登録事務の適正かつ確実な実施上不相当となつたと認めるときは、指定登録機関に対し、当該登録事務規程を変更すべきことを命ずることができる。

(規定の適用等)

第九条の六 指定登録機関が登録事務を行う場合における第五条及び第六条第二項(第八条第三項において準用する場合を含む。)の規定の適用については、第五条中「厚生労働省」とあるのは「指定登録機関」と、第六条第二項中「厚生労働大臣」とあるのは「指定登録機関」と、「免許を与えたときは、歯科技工士免許証(以下「免許証」という。)」とあるのは「前項の規定による登録をしたときは、当該登録に係る者に歯科技工士免許証明書」とする。

2 指定登録機関が登録事務を行う場合において、歯科技工士名簿に免許に関する事項の登録を受けようとする者又は歯科技工士免許証明書(以下「免許証明書」という。)の書換交付を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を指定登録機関に納付しなければならない。

3 前項の規定により指定登録機関に納められた手数料は、指定登録機関の収入とする。

(秘密保持義務等)

第九条の七 指定登録機関の役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、登録事務に關して知り得た秘密を漏らしてはならない。

2 登録事務に従事する指定登録機関の役員又は職員は、刑法(明治四十年法律第四十五号)その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

(帳簿の備付け等)

第九条の八 指定登録機関は、厚生労働省令で定めるところにより、帳簿を備え付け、これに登録事務に関する事項で厚生労働省令で定めるものを記載し、及びこれを保存しなければならない。

(監督命令)

第九条の九 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、指定登録機関に対し、登録事務に関し監督上必要な命令をすることができる。

(報告)

第九条の十 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要の限度において、厚生労働省令で定めるところにより、指定登録機関に対し、報告をさせることができる。

(立入検査)

第九条の十一 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要の限度において、当該職員に、指定登録機関の事務所に立ち入り、指定登録機関の帳簿、書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査を行う職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者にこれを提示しなければならない。

3 第一項に規定する権限は、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。

(登録事務の休廃止)

第九條の十二 指定登録機関は、厚生労働大臣の許可を受けなければ、登録事務の全部又は一部を休止し、又は廃止してはならない。

(指定の取消し等)

第九條の十三 厚生労働大臣は、指定登録機関が第九條の二第四項各号(第三号を除く。)のいずれかに該当するに至つたときは、その指定を取り消さなければならない。

2 厚生労働大臣は、指定登録機関が次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて登録事務の全部若しくは一部の停止を命ずることができ、

一 第九條の二第三項各号の要件を満たさなくなつたと認められるとき。

二 第九條の三第二項、第九條の五第三項又は第九條の九の規定による命令に違反したとき。

三 第九條の四又は前條の規定に違反したとき。

四 第九條の五第一項の認可を受けた登録事務規程によらないで登録事務を行つたとき。

五 次條第一項の条件に違反したとき。

(指定等の条件)

第九條の十四 第九條の二第一項、第九條の三第一項、第九條の四第一項、第九條の五第一項又は第九條の十二の規定による指定、認可又は許可には、条件を付し、及びこれを変更することができる。

2 前項の条件は、当該指定、認可又は許可に係る事項の確実な実施を図るため必要な最小限度のものに限り、かつ、当該指定、認可又

は許可を受ける者に不当な義務を課することとなるものであつてはならない。

(指定登録機関がした処分等に係る不服申立て)

第九條の十五 指定登録機関が行う登録事務に係る処分又はその不作為について不服がある者は、厚生労働大臣に対し、行政不服審査法(昭和三十七年法律第六十号)による審査請求をすることができる。

(厚生労働大臣による登録事務の実施等)

第九條の十六 厚生労働大臣は、指定登録機関の指定をしたときは、登録事務を行わないものとする。

2 厚生労働大臣は、指定登録機関が第九條の十二の規定による許可を受けて登録事務の全部若しくは一部を休止したとき、第九條の十三第二項の規定により指定登録機関に対し登録事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき、又は指定登録機関が天災その他の事由により登録事務の全部若しくは一部を実施することが困難となつた場合において必要があると認めるときは、登録事務の全部又は一部を自ら行うものとする。

(公告)
第九條の十七 厚生労働大臣は、次に掲げる場合には、その旨を官報に公示しなければならない。

一 第九條の二第一項の規定による指定をしたとき。

二 第九條の十二の規定による許可をしたとき。

三 第九條の十三の規定により指定を取り消し、又は登録事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき。

四 前條第二項の規定により登録事務の全部若しくは一部を自ら行うこととするとき、又は自ら行つていた登録事務の全部若しくは一部を行わないこととするとき。

第十條の見出しを「政令及び厚生労働省令へ

の委任」に改め、同条中「免許証」の下に「又は免許証明書を」を加え、「政令」を「政令で、第九條の十六第二項の規定により厚生労働大臣が登録事務の全部又は一部を行う場合における登録事務の引継ぎその他指定登録機関に必要事項は厚生労働省令」に改める。

第十二條第二項及び第三項を削る。
第十二條の次に次の一条を加える。

(歯科技工士試験委員)

第十二條の二 厚生労働大臣は、厚生労働省に置く歯科技工士試験委員(次項及び次条において「試験委員」という。)に、試験の問題の作成及び採点を行わせる。

2 試験委員に關し必要な事項は、政令で定める。
第十三條を次のように改める。

(不正行為の禁止)
第十三條 試験委員は、試験の問題の作成及び採点について、厳正を保持し、不正の行為のないようにしなければならない。

第十五條の見出しを「(試験の無効等)」に改め、同条中「試験」を「厚生労働大臣は、試験に」に、「ある者について」を「ある者に対して」に改め、同条後段を削り、同条に次の一項を加える。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による処分を受けた者に対し、期間を定めて試験を受けることができる。

第十五條の次に次の六條を加える。

(受験手数料)

第十五條の二 試験を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の受験手数料を国に納付しなければならない。

2 前項の受験手数料は、これを納付した者が試験を受けない場合においても、返還しない。

(指定試験機関の指定)

第十五條の三 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者(以下「指定試験機関」という。)に、試験の実施に關する事務(以下「試験事務」という。)を行わせることができる。

2 指定試験機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、試験事務を行おうとする者の申請により行う。

(指定試験機関の歯科技工士試験委員)
第十五條の四 指定試験機関は、試験の問題の作成及び採点を歯科技工士試験委員(次項及び第三項並びに次条並びに第十五條の七において読み替えて準用する第九條の三第二項及び第九條の七において「試験委員」という。)に行わせなければならない。

2 指定試験機関は、試験委員を選任しようとするときは、厚生労働省令で定める要件を備える者のうちから選任しなければならない。

3 指定試験機関は、試験委員を選任したときは、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。試験委員に変更があつたときも、同様とする。

第十五條の五 試験委員は、試験の問題の作成及び採点について、厳正を保持し、不正の行為のないようにしなければならない。

(受験の停止等)

第十五條の六 指定試験機関が試験事務を行う場合において、指定試験機関は、試験に關して不正の行為があつたときは、その不正行為に關係のある者に対しては、その受験を停止させることができる。

2 前項に定めるもののほか、指定試験機関が試験事務を行う場合における第十五條及び第十五條の二第一項の規定の適用については、第十五條第一項中「その受験を停止させ、又はその試験」とあるのは「その試験」と、同条第二項中「前項」とあるのは「前項又は第十五條の六第一項」と、第十五條の二第一項中「国」とあるのは「指定試験機関」とする。

3 前項の規定により読み替えて適用する第十

五条の二第一項の規定により指定試験機関に納められた受験手数料は、指定試験機関の収入とする。

(準用)

第十五条の七 第九条の二第三項及び第四項、第九条の三から第九条の五まで並びに第九条の七から第九条の十七までの規定は、指定試験機関について準用する。この場合において、第九条の二第三項中「第一項」とあり、並びに第九条の四第一項、第九条の十四第一項及び第九条の十七第一号中「第九条の二第一項」とあるのは「第十五条の三第一項」と、第九条の二第三項各号及び第四項第二号、第九条の七から第九条の九まで、第九条の十二（見出しを含む）、第九条の十五、第九条の十六（見出しを含む）並びに第九条の十七第三号及び第四号中「登録事務」とあるのは「試験事務」と、第九条の二第三項中「前項」とあるのは「同条第二項」と、同条第四項中「第二項の申請」とあるのは「第十五条の三第二項の申請」と、第九条の三の見出し中「役員」とあるのは「役員等」と、同条第二項及び第九条の七中「役員」とあるのは「役員（試験委員を含む。）」と、同項、第九条の五（見出しを含む）及び第九条の十三第二項第四号中「登録事務規程」とあるのは「試験事務規程」と、第九条の三第二項中「登録事務」とあるのは「試験事務」と、第九條の五第一項及び第三項並びに第九條の十三第二項中「登録事務」とあるのは「試験事務」と、同項第三号中「又は前条」とあるのは「前条又は第十五条の四」と、同項第四号中「登録事務」とあるのは「試験事務」と読み替えるものとする。

第十六条中「その他試験」を、「前条において読み替えて準用する第九条の十六第二項の規定により厚生労働大臣が試験事務の全部又は一部を行う場合における試験事務の引継ぎその他試験及び指定試験機関」に改める。

第二十七条の二を削り、第五章の二中第二十

七条の三を第二十七条の二とする。

第二十八条の次に次の二条を加える。

第二十八条の二 第九条の七第一項第十五条の七において準用する場合を含む。の規定に違反して、登録事務又は試験事務に關して知り得た秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第二十八条の三 第九条の十三第二項（第十五条の七において準用する場合を含む。）の規定による登録事務又は試験事務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした指定登録機関又は指定試験機関の役員又は職員は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第二十九条中「第十三条」の下に「又は第十五条の五を加え、故意若しくは重大な過失により事前に試験問題を漏らし、又は故意に」を削る。

第三十二条の次に次の一条を加える。

第三十二条の二 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定登録機関又は指定試験機関の役員又は職員は、三十万円以下の罰金に処する。

一 第九条の八第十五条の七において準用する場合を含む。の規定に違反して、帳簿を備え付けず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿に虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。

二 第九条の十（第十五条の七において準用する場合を含む。）の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。

三 第九条の十一第一項（第十五条の七において準用する場合を含む。）以下この号において（以下同じ。）の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

四 第九条の十二（第十五条の七において準用する場合を含む。）の許可を受けないで登

録事務又は試験事務の全部を廃止したとき。

第三十三条中「前条第三号」を「第三十二条第三号」に改める。

第十四条 臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）の一部を次のように改正する。

第十一条中「いう。」の下に「及び同条に規定する検査のための検体（血液を除く。）を採取する行為で政令で定めるもの（第二十条の二第一項において「検体採取」という。）を加える。

第二十条の二第一項中「採血」の下に「及び検体採取」を加え、「及び」を「並びに」に改める。

(国民健康保険法の一部改正)

第十五条 国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）の一部を次のように改正する。

第五十五条第一項中「第八條第二十五項」を「第八條第二十六項」に改める。

第一百十條の次に次の一条を加える。

（賦課決定の期間制限）

第一百十條の二 保険料の賦課決定は、当該年度における最初の保険料の納期（この法律又はこれに基づく条例の規定により保険料を納付し、又は納入すべき期限をいい、当該納期後に保険料を課することができるとなつた場合にあつては、当該保険料を課することができるとなつた日とする。）の翌日から起算して二年を経過した日以後においては、することができない。

第一百十六條の二第二項第六号中「（老人福祉法第二十九條第一項に規定する有料老人ホームであつて、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成十三年法律第二十六号）第五條第一項の登録を受けた高齢者向けの賃貸住宅であるもの（介護保険法第八條第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第四十一條第一項本文の指定を受けていない

ものに限る。）を削り、「同法第八條第二十四項」を「同法第二十五項」に改める。

附則第五條の二第二項中「第八條第二十一項」を「第八條第二十二項」に改める。

附則第十六條中「並びに第百五十九條」を「第百五十九條並びに附則第十三條の五の六」に改める。

(老人福祉法の一部改正)

第十六條 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）の一部を次のように改正する。

第五條の二第二項中「居宅介護サービス費」を「居宅介護サービス費若しくは」に改め、「若しくは介護予防訪問介護に係る介護予防サービス費」を削り、「供与する事業」の下に「又は同法第百十五條の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業（以下「第一号訪問事業」という。）であつて厚生労働省令で定めるもの」を加え、同条第三項中「居宅介護サービス費」の下に「地域密着型通所介護若しくは」を加え、「介護予防通所介護に係る介護予防サービス費」を削り、「供与する事業」の下に「又は同法第百十五條の四十五第一項第一号ロに規定する第一号通所事業（以下「第一号通所事業」という。）であつて厚生労働省令で定めるもの」を加え、同条第七項中「夜間対応型訪問介護」の下に「地域密着型通所介護」を加える。

第十條の三第一項中「介護予防支援」の下に「生活支援等（心身の状況の把握その他の六十五歳以上の者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。第十二條の三において同じ。）」を、「行う者」の下に「及び民生委員」を加える。

第十條の四第一項第一号中「夜間対応型訪問介護又は介護予防訪問介護を」若しくは夜間対応型訪問介護又は第一号訪問事業」に改め、同項第二号中「規定する通所介護」の下に「地域密着型通所介護」を加え、「介護予防通所介護

護又は」を「若しくは」に改め、「介護予防認知症対応型通所介護」の下に「又は第一号通所事業」を加える。

第十二条の二の次に次の一条を加える。

(生活支援等に関する情報の公表)

第十二条の三 市町村は、生活支援等を行う者から提供を受けた当該生活支援等を行う者が行う生活支援等の内容に関する情報その他の厚生労働省令で定める情報について、公表を行うよう努めなければならない。

第二十條の二の二中「居宅介護サービス費」の下に「地域密着型通所介護若しくは」を加え、「介護予防通所介護に係る介護予防サービス費」を削り、「支給に係る者」の下に「若しくは第一号通所事業であつて厚生労働省令で定めるものを利用する者」を加える。

第二十條の八第四項中「小規模多機能型居宅介護の下に」地域密着型通所介護」を加え、「介護予防訪問介護、介護予防通所介護」を削り、「を勘案を」並びに第一号訪問事業及び第一号通所事業の量の見込みを勘案に改める。

第二十一條の二の見出し中「給付」を「給付等」に改め、同条中「介護予防サービス又は」を「介護予防サービス若しくは」に、「受ける」を「受け、又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を利用する」に改める。

(歯科技工法の一部を改正する法律の一部改正第十七條 歯科技工法の一部を改正する法律(昭和五十七年法律第一号)の一部を次のように改正する。

附則第二條を次のように改める。

第二條 削除

(高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正第十八條 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)の一部を次のように改正する。

目次中「第百五十八條」を「第百五十七條の二」に改める。

第二十九條第一項中「第百五十五條の四十五第一項を」第百五十五條の四十五第一項及び第二項に改める。

第五十五條第一項第五号中「(老人福祉法第二十九條第一項に規定する有料老人ホームであつて、高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成十三年法律第二十六号)第五條第一項の登録を受けた高齢者向けの賃貸住宅であるもの(介護保険法第八條第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第四十一條第一項本文の指定を受けていないものに限る。を削く。を削り、同法第八條第二十四項を同法第二十五項に改める。

第百五十五條第一項中「次に掲げる」を「第七十條第四項(第七十四條第十項、第七十五條第七項、第七十六條第六項及び第七十八條第八項において準用する場合を含む。の規定により後期高齢者医療広域連合から委託を受けて行う療養の給付に要する費用並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費及び訪問看護療養費の請求に関する審査及び支払の」に改め、同項各号を削り、同法第二項中「前項各号に掲げる」を「前項に規定する」に改める。

第七章中第百五十八條の前に次の一条を加える。

(保険者協議会)

第百五十七條の二 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。

2 前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

一 特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整

二 保険者に対する必要な助言又は援助
三 医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

第百六十條の次に次の一条を加える。
(賦課決定の期間制限)
第百六十條の二 保険料の賦課決定は、当該年度における最初の保険料の納期(この法律又はこれに基づく条例の規定により保険料を納付し、又は納入すべき期限をい、当該納期後に保険料を課することができるとなつた場合にあつては、当該保険料を課することができるとなつた日とする。)の翌日から起算して二年を経過した日以後においては、することができない。

附則第二條中「第八條第二十四項を」第八條第二十五項に改める。

附則第十三條の五の次に次の一条を加える。
(延滞金の割合の特例)
第十三條の五の六 第四十五條第一項(第百二十四條及び附則第十條において準用する場合を含む。)に規定する延滞金の年十四・五パーセントの割合は、当分の間、同項の規定にかかわらず、各年の特例基準割合(租税特別措置法(昭和三十一年法律第二十六号)第九十三條第二項に規定する特例基準割合をいう。以下この条において同じ。)が年七・二パーセントの割合に満たない場合には、その年中においては、当該特例基準割合に年七・三パーセントの割合を加算した割合とする。

附則第十三條の六第一項中「第八條第二十一項を」第八條第二十二項に改める。
(健康保険法等の一部を改正する法律附則第三十八條の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第七條の規定による改正前の老人保健法の一部改正)
第十九條 健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号)附則第三十八條の

規定によりなおその効力を有するものとされた同法第七條の規定による改正前の老人保健法(昭和五十七年法律第八十号)附則第三十九條において「平成十八年改正前老人保健法」というの一部を次のように改正する。

第六十一條第一項中「割合」の下に「(各年の特例基準割合(租税特別措置法(昭和三十一年法律第二十六号)第九十三條第二項に規定する特例基準割合をいう。以下この項において同じ。)が年七・二パーセントの割合に満たない場合には、その年中においては、当該特例基準割合に年七・三パーセントの割合を加算した割合)」を加える。

(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第七十條の特例等に関する法律の一部改正)

第二十條 外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第七十條の特例等に関する法律(昭和六十二年法律第二十九号)の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第七十條の特例等に関する法律

題名の次に次の目次及び章名を付する。

目次

第一章 総則(第一條・第二條)

第二章 臨床修練(第三條―第二十一條の二)

第三章 臨床教授等(第二十一條の三―第二十一條の八)

第四章 雑則(第二十一條の九・第二十二條)

第五章 罰則(第二十三條―第二十九條)

附則

第一章 総則

第一條中「修得」の下に「若しくは教授又は医学若しくは歯科医学の研究」を加える。

第二條第四号中「厚生労働大臣の指定する病院以下この号において「指定病院」という。を「臨床修練病院等」に、「指定病院」を「臨床修練病院等」に、「当該指定病院を」当該臨床修練病院等」に改め、同条第十号中「認定を受け

たを「規定により選任された」に改め、同号を同条第十一号とし、同条第九号中「認定を受けた」を「規定により選任された」に改め、同号を同条第十号とし、同条第八号中「認定を受けた」を「規定により選任された」に改め、同号を同条第九号とし、同条第七号を第八号とし、第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号の次に次の一号を加える。

五 臨床修練病院等 厚生労働大臣が指定する病院又は診療所（診療所にあつては、厚生労働省令で定めるものに限る。）をいう。

第二条に次の四号を加える。

十二 臨床教授等 医療に関する知識及び技能の教授又は医学若しくは歯科医学の研究（業事法昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第一項に規定する医薬品及び同条第四項に規定する医療機器の研究開発を含む。以下同じ。）を目的として本邦に入学した外国医師又は外国歯科医師が、臨床教授等病院においてその外国において有する第四号イ又はロに掲げる資格に相当する資格の区分に応じ、同号イ又はロに定める業を行うことをいう。

十三 臨床教授等病院 高度かつ専門的な医療を提供する病院として厚生労働省令で定める病院のうち厚生労働大臣が指定する病院をいう。

十四 臨床教授等外国医師 第二十一条の三第一項の許可を受けた外国医師をいう。

十五 臨床教授等外国歯科医師 第二十一条の三第一項の許可を受けた外国歯科医師をいう。

第二条の次に次の章名を付する。

第二章 臨床修練

第三条第一項中「外国看護師等」の下に「次条第一項において「外国医師等」という。」を加え、同条第二項中「以下」の下に「この章において「基準」を「基準のいづれにも」に改め、同項第一号を次のように改める。

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

一次に掲げる者のいづれかに該当するのと。

イ 医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入学している者

ロ 医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入学しようとしている者

（出入国管理及び難民認定法（昭和二十六年政令第三百十九号）第七条の二第一項の規定により証明書が交付されている者その他の厚生労働省令で定める者に限る。）

第三条第二項第二号及び第三号中の「の区分を」に相当する資格の区分に改め、同項第四号を削り、同項第五号中「こと」の下に「当該者が患者に与えた損害を臨床修練病院等の開設者が当該者に代わり、又は当該者と連帯して賠償することとしている場合を除く。」を加え、同号を同項第四号とし、同条第八号中「許可」の下に「及び第六項の規定による許可の有効期間の更新」を加え、同項を同条第九項とし、同条中第七項を第八項とし、第六項を第七項とし、第五項の次に次の一項を加える。

6 厚生労働大臣は、正当な理由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、許可を受けた者の申請により、一回に限り、二年（外国看護師等にあつては、一年を限度として）その有効期間を更新することができる。

第四条第一項中「外国医師若しくは外国歯科医師又は外国看護師等」を「外国医師等」に改め、同条第二項中「臨床修練外国看護師等」の下に「（第八条第二号、第九条第一項及び第十七条において「臨床修練外国医師等」という。）」を加える。

第五条中「有効期間」の下に「（第三条第六項の規定により有効期間が更新された場合にあつては、当該更新後の有効期間）」を加え、「及び」を「及び」に改める。

第六条第二項第一号中「第五号」を「第四号」に

改め、同項第三号中「第三条第六項」を「第三条第七項」に改める。

第八条の見出しを「臨床修練指導医等の選任」に改め、同条中「厚生労働大臣は、その申請に基づき」を「臨床修練病院等の開設者は」に改め、「と認める」を削り、「臨床修練指導者の下に（次条第一項及び第十条において「臨床修練指導医等」という。）」を加え、「認定する」を「選任しなければならない」に改め、同条第二号中「第三条第二項第四号の厚生労働省令で定める外国語」を「その指導監督する臨床修練外国医師等が使用する言語」に改める。

第九条第一項中「臨床修練指導医若しくは臨床修練指導歯科医又は臨床修練指導者は、臨床修練外国医師若しくは臨床修練外国歯科医師又は臨床修練外国看護師等」を「臨床修練指導医等は、臨床修練外国医師等」に改める。

第十条の見出しを「臨床修練指導医等の解任」に改め、同条第一項中「厚生労働大臣は、臨床修練指導医若しくは臨床修練指導歯科医又は臨床修練指導者は」を「臨床修練指導医等は、臨床修練指導医等に、その認定を取り消すものとする」を「当該臨床修練指導医等を解任しなければならない」に改め、同項第一号中「認定」を「選任」に改め、同条第二項を削る。

第十一条第一項中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条に規定する臨床修練病院等（以下この項において「臨床修練病院等」という。）において同条第四号に規定する」に、「同法第二十五条」を「同法第六号」に、「病院」を「臨床修練病院等」に、「同法第二十六条」を「同条第七号」に改める。

第十二条第一項中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第三十一条の規定により厚生労働大臣の指定を受けた病院において」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条に規定する臨床修練病院等（以下この項において「臨床修練病院等」という。）において同条第四号に規定する」に、「同法第二十五条」を「同法第六号」に、「病院」を「臨床修練病院等」に、「同法第二十六条」を「同条第七号」に改める。

第十三条第一項中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第三十一条の規定により厚生労働大臣の指定を受けた病院において」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条に規定する臨床修練病院等（以下この項において「臨床修練病院等」という。）において同条第四号に規定する」に、「同法第二十五条」を「同法第六号」に、「病院」を「臨床修練病院等」に、「同法第二十六条」を「同条第七号」に改める。

第十四条第一項、第十五条並びに第十六条第三項、第五項及び第十項中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十四条」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条」に、「指定病院」を「臨床修練病院等」に改める。

定を受けた病院において」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条に規定する臨床修練病院等（以下この項において「臨床修練病院等」という。）において同条第四号に規定する」に、「病院」を「臨床修練病院等」に改める。

定を受けた病院において」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条に規定する臨床修練病院等（以下この項において「臨床修練病院等」という。）において同条第四号に規定する」に、「病院」を「臨床修練病院等」に改める。

第十四条第一項、第十五条並びに第十六条第三項、第五項及び第十項中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十四条」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十五条」に、「指定病院」を「臨床修練病院等」に改める。

第十八条及び第十九条中「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律（昭和六十二年法律第二十九号）」に改める。

第二十一条の次に次の一条、一章、章名及び一条を加える。

（厚生労働省令への委任）
第二十一条の二 この章に定めるもののほか、許可及び臨床修練病院等に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第三章 臨床教授等

（臨床教授等の許可）
第二十一条の三 外国医師又は外国歯科医師は、その外国において有する次の各号に掲げる資格に相当する資格の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める法律の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより厚生労働大臣の許可を受けて、臨床教授等を行うことができる。

一 医師 医師法第十七条

二 歯科医師 歯科医師法第十七条

2 厚生労働大臣は、前項の許可（以下この章

平成二十六年四月十八日

において「許可」という。を受けようとする者が次の各号に掲げる基準のいずれにも適合しているとき認めるときでなければ、許可を与えてはならない。

一 次に掲げる者のいずれかに該当すること。

イ 医療に関する知識及び技能の教授又は医学若しくは歯科医学の研究を目的として本邦に入国している者

ロ 医療に関する知識及び技能の教授又は医学若しくは歯科医学の研究を目的として本邦に入国しようとしている者 出入国管理及び難民認定法第七条の二第一項の規定により証明書が交付されている者その他の厚生労働省令で定める者に限る。

二 許可の申請に係る第二条第四号イ又はロに掲げる資格に相当する資格の区分に応じそれぞれ臨床教授等を行うのに必要な医学又は歯科医学に関する知識及び技能を有すること。

三 許可の申請に係る第二条第四号イ又はロに掲げる資格に相当する資格の区分に応じそれぞれ外国において当該資格を取得した後十年以上診療した経験を有すること。

四 患者に与えた損害を賠償する能力を有すること(当該患者が患者に与えた損害を臨床教授等病院の開設者が当該者に代わり、又は当該者と連帯して賠償することとしている場合を除く。)

(臨床教授等責任者の選任)

第二十一条の四 臨床教授等病院の開設者は、第二条第四号イ又はロに掲げる資格を有する者(医師法第七条の二第一項又は歯科医師法第七条の二第一項の規定による厚生労働大臣の命令を受けたものにあつては、それぞれ医師法第七条の二第二項又は歯科医師法第七条の二第二項の規定による登録を受けた者に限る。)であつて次の各号に掲げる基準に適合す

る者を臨床教授等責任者として選任しなければならない。

一 医学又は歯科医学に関する高度かつ専門的な知識及び技能を有すること。

二 臨床教授等外国医師又は臨床教授等外国歯科医師の受入れに関する業務を統括管理する者として必要な能力及び経験を有すること。

(臨床教授等責任者の解任)

第二十一条の五 臨床教授等病院の開設者は、臨床教授等責任者が次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、当該臨床教授等責任者を解任しなければならない。

一 当該選任に係る第二条第四号イ又はロに掲げる資格を有する者でなくなつたとき。

二 医師法第七条第二項第一号若しくは第二号又は歯科医師法第七条第二項第一号若しくは第二号に掲げる戒告又は業務の停止を命ぜられたとき。

(診療録の記載及び保存)

第二十一条の六 医師法第二十四条又は歯科医師法第二十三条の規定は、臨床教授等外国医師又は臨床教授等外国歯科医師について準用する。この場合において、医師法第二十四条第二項中「病院又は診療所に勤務する医師とあるのは、外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十三条第三号に規定する臨床教授等病院(以下この項において「臨床教授等病院」という。）」において同条第十四号に規定する臨床教授等外国医師と、「その病院又は診療所」とあるのは「その臨床教授等病院」と、歯科医師法第二十三条第二項中「病院又は診療所に勤務する歯科医師」とあるのは「外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律第二十三条第三号に規定する臨床教授等病院(以下この項において「臨床教授等病院」という。）」において同条第十二号に規定す

る臨床教授等を行う同条第十五号に規定する臨床教授等外国歯科医師と、「その病院又は診療所」とあるのは「その臨床教授等病院」と読み替えるものとする。

(準用)

第二十一条の七 第三条(第一項及び第二項を除く。及び)第四条から第七条までの規定は、許可について準用する。この場合において、第三条第三項中「前項各号」とあり、及び同条第四項中「第二項各号」とあるのは「第二十一条の三第二項各号」と、第四条第一項中「外国医師等」とあるのは「外国医師又は外国歯科医師」と、「臨床修練許可証」とあるのは「臨床教授等許可証」と、同条第二項中「臨床修練外国医師若しくは臨床修練外国歯科医師又は臨床修練外国看護師等」第八号第二号、第九号第一項及び第十七号において「臨床修練外国医師等」とあるのは「臨床教授等外国医師等」という。とあるのは「臨床教授等外国医師又は臨床教授等外国歯科医師と、臨床修練を」とあるのは「臨床教授等許可証」と、第五号中「第二条第四号イからロまで」とあるのは「第二条第四号イ又はロ」と、第六号第二項第一号中「第三条第二項第一号」とあるのは「第二十一条の三第二項第一号」と、第七号中「臨床修練許可証」とあるのは「臨床教授等許可証」と読み替えるものとする。

(厚生労働省令の委任)

第二十一条の八 この章に定めるもののほか、許可及び臨床教授等病院に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第四章 雑則

(報告の徴収及び立入検査)

第二十一条の九 厚生労働大臣は、臨床修練の適正な実施を確保するため必要があるとき認めるときは、臨床修練を実施している臨床修練病院等の開設者若しくは管理者に対し、臨床修練の実施の状況に関し報告を命じ、又は当該職員に、臨床修練を実施している臨床修練病院等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 厚生労働大臣は、臨床教授等の適正な実施を確保するため必要があるとき認めるときは、臨床教授等を実施している臨床教授等病院の開設者若しくは管理者に対し、臨床教授等の実施の状況に関し報告を命じ、又は当該職員に、臨床教授等を実施している臨床教授等病院に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

3 前二項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人にこれを提示しなければならない。

4 第一項及び第二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。

第二十二條中「許可を」を「次の各号に掲げる許可を」に、「第三条第二項第一号」を「当該各号に定める規定」に改め、同条に次の各号を加える。

一 第三条第一項の許可 同条第二項第一号第二項第一号の三第一項の許可 同条第二項第一号

第二十二條の次に次の章名を付する。

第五章 罰則

第二十三條の前の見出しを削る。

第二十五條第三項中「前二項」を「前三項」に改め、同項を同条第四項とし、同条中第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 第二十一条の七第二項において準用する第十七条の規定に違反して人の秘密を漏らした臨床教授等外国医師若しくは臨床教授等外国

歯科医師又はこれらであつた者は、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

第二十六条に次の一号を加える。

三 第二十一条の六において準用する医師法第二十四条又は歯科医師法第二十三条の規定に違反した者

(看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正)

第二十一条 看護師等の人材確保の促進に関する法律(平成四年法律第八十六号)の一部を次のように改正する。

目次中「第二十五条」を「第二十六条」に改める。

第二条第二項中「同法第四十一条第一項本文の指定に係る同法第八条第一項に規定する居宅サービス事業(同条第四項に規定する訪問看護を行う事業に限る。)」及び同法第五十三条第一項本文の指定に係る同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービス事業(同条第四項に規定する介護予防訪問看護を行う事業に限る。)」を「次に掲げる事業」に改め、同項に次の各号を加える。

一 介護保険法第四十一条第一項本文の指定に係る同法第八条第一項に規定する居宅サービス事業(同条第四項に規定する訪問看護を行う事業に限る。)

二 介護保険法第四十二条の二第一項本文の指定に係る同法第八条第十四項に規定する地域密着型サービス事業(次に掲げる事業を行うものに限る。)

イ 介護保険法第八条第十五項(第一号に係る部分に限る。)に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護

ロ 介護保険法第八条第二十二項に規定する複合型サービス(同条第四項に規定する訪問看護又は同条第十五項(第一号に係る部分に限る。)に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を組み合わせたことにより提供されるものに限る。)

第三 介護保険法第五十三条第一項本文の指定に係る同法第八条の二第二項に規定する介護予防サービス事業(同条第三項に規定する介護予防訪問看護を行う事業に限る。)

第十五条中第七号を第八号とし、第六号を第七号とし、第五号の次に次の一号を加える。

六 看護師等に対し、その就業の促進に関する情報の提供、相談その他の援助を行うこと。

第十六条の見出しを「(公共職業安定所等との連携)」に改め、同条中「都道府県センターは」の下に「地方公共団体を」、「公共職業安定所」の下に「その他の関係機関」を、「前条第五号」の下に「及び第六号」を加える。

第十六条の次に次の四号を加える。

(情報の提供の求め)

第十六条の二 都道府県センターは、都道府県その他の官公署に対し、第十五条第六号に掲げる業務を行うために必要な情報の提供を求めることができる。

(看護師等の届出等)

第十六条の三 看護師等は、病院等を離職した場合その他の厚生労働省令で定める場合には、住所、氏名その他の厚生労働省令で定める事項を、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県センターに届け出るよう努めなければならない。

二 看護師等は、前項の規定により届け出た事項に変更が生じた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県センターに届け出るよう努めなければならない。

三 病院等の開設者等その他厚生労働省令で定める者は、前二項の規定による届出が適切に行われるよう、必要な支援を行うよう努めるものとする。

(秘密保持義務)

して知り得た秘密を漏らしてはならない。(業務の委託)

第十六条の五 都道府県センターは、第十五条各号(第五号を除く。)に掲げる業務の一部を厚生労働省令で定める者に委託することができ、

二 前項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第二十二條中「第五項まで」の下に「第十六条の四を」、「第二十條」との下に「第十六条の四中「第十五条各号」とあるのは「第二十一条各号」とを加える。

第二十五条を第二十六条とし、第二十四条の前の見出しを削り、同条を第二十五条とする。

第二十三条の次に次の見出し及び一条を加える。

(罰則)

第二十四条 第十六条の四(第二十二條において準用する場合を含む。及び第十六條の五第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第二十二條 看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を次のように改正する。

第二条第二項中「第八條第二十七項を」第八條第二十八項」に改め、同項第二号口中「第八條第二十二項」を「第八條第二十三項」に改める。

(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部改正)

第二十三條 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十四号)の一部を次のように改正する。

附則第十條第一項中「新医療法第四十四條第四項」を「医療法第四十四條第五項」に改め、同條第二項中「新医療法第四十四條第四項」を「同條第五項」に、「につき医療法」を「につき同法」

に、「新医療法第五十條第四項」を「同法第五十條第四項」に改める。

附則第十條の次に次の八條を加える。

(新医療法人への円滑な移行)

第十條の二 政府は、地域において必要とされる医療を確保するため、経過措置医療法人(施行日前に設立された社団たる医療法人又は施行日前に医療法第四十四條第一項の規定による認可の申請をし、施行日以後に設立の認可を受けた社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者に関する規定を設けていないもの及び残余財産の帰属すべき者として同條第五項に規定する者以外の者を規定しているものをいう。次条及び附則第十條の四において同じ。の新医療法人(社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者として同法第四十四條第五項に規定する者を規定しているものをいう。以下同じ。への移行が促進されるよう必要な施策の推進に努めるものとする。

(移行計画の認定)

第十條の三 経過措置医療法人であつて、新医療法人への移行をしようとするものは、その移行に関する計画(以下「移行計画」という。)を作成し、これを厚生労働大臣に提出して、その移行計画が適当である旨の認定を受けることができる。

二 移行計画には、次に掲げる事項を記載しなければならない。

一 新医療法人であつて、次に掲げる医療法人のうち移行をしようとするもの

イ 医療法第四十二條の二第一項に規定する社会医療法人

ロ 特定の医療法人(租税特別措置法昭和三十一年法律第二十六号)第六十七條の二第一項の規定による国税庁長官の承認を受けた医療法人をいう。)

ハ 基金拠出型医療法人(その定款に基金(社団たる医療法人に拠出された金銭そ

に、「新医療法第五十條第四項」を「同法第五十條第四項」に改める。

附則第十條の次に次の八條を加える。

(新医療法人への円滑な移行)

第十條の二 政府は、地域において必要とされる医療を確保するため、経過措置医療法人(施行日前に設立された社団たる医療法人又は施行日前に医療法第四十四條第一項の規定による認可の申請をし、施行日以後に設立の認可を受けた社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者に関する規定を設けていないもの及び残余財産の帰属すべき者として同條第五項に規定する者以外の者を規定しているものをいう。次条及び附則第十條の四において同じ。の新医療法人(社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者として同法第四十四條第五項に規定する者を規定しているものをいう。以下同じ。への移行が促進されるよう必要な施策の推進に努めるものとする。

(移行計画の認定)

第十條の三 経過措置医療法人であつて、新医療法人への移行をしようとするものは、その移行に関する計画(以下「移行計画」という。)を作成し、これを厚生労働大臣に提出して、その移行計画が適当である旨の認定を受けることができる。

二 移行計画には、次に掲げる事項を記載しなければならない。

一 新医療法人であつて、次に掲げる医療法人のうち移行をしようとするもの

イ 医療法第四十二條の二第一項に規定する社会医療法人

ロ 特定の医療法人(租税特別措置法昭和三十一年法律第二十六号)第六十七條の二第一項の規定による国税庁長官の承認を受けた医療法人をいう。)

ハ 基金拠出型医療法人(その定款に基金(社団たる医療法人に拠出された金銭そ

に、「新医療法第五十條第四項」を「同法第五十條第四項」に改める。

附則第十條の次に次の八條を加える。

(新医療法人への円滑な移行)

第十條の二 政府は、地域において必要とされる医療を確保するため、経過措置医療法人(施行日前に設立された社団たる医療法人又は施行日前に医療法第四十四條第一項の規定による認可の申請をし、施行日以後に設立の認可を受けた社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者に関する規定を設けていないもの及び残余財産の帰属すべき者として同條第五項に規定する者以外の者を規定しているものをいう。次条及び附則第十條の四において同じ。の新医療法人(社団たる医療法人であつて、その定款に残余財産の帰属すべき者として同法第四十四條第五項に規定する者を規定しているものをいう。以下同じ。への移行が促進されるよう必要な施策の推進に努めるものとする。

(移行計画の認定)

第十條の三 経過措置医療法人であつて、新医療法人への移行をしようとするものは、その移行に関する計画(以下「移行計画」という。)を作成し、これを厚生労働大臣に提出して、その移行計画が適当である旨の認定を受けることができる。

二 移行計画には、次に掲げる事項を記載しなければならない。

一 新医療法人であつて、次に掲げる医療法人のうち移行をしようとするもの

イ 医療法第四十二條の二第一項に規定する社会医療法人

ロ 特定の医療法人(租税特別措置法昭和三十一年法律第二十六号)第六十七條の二第一項の規定による国税庁長官の承認を受けた医療法人をいう。)

ハ 基金拠出型医療法人(その定款に基金(社団たる医療法人に拠出された金銭そ

他の財産であつて、当該社団たる医療法人が当該拠出をした者に対して返還義務（金銭以外の財産については、当該拠出した時の当該財産の価額に相当する金銭の返還義務）を負うものをいう。）を引き受ける者の募集をすることができ旨を定めた医療法人をいう。）

二 イからハまでに掲げる医療法人以外の医療法人

二 移行に向けた取組の内容

三 移行に向けた検討の体制

四 移行の期限

五 その他厚生労働省令で定める事項

3 移行計画には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

一定款

二 出資者名簿（各出資者の氏名又は名称及び住所、出資額並びに持分（定款の定めるところにより、出資額に応じて払戻し又は残余財産の分配を受ける権利をいう。）の放棄の見込みを記載した書類をいう。）

三 その他厚生労働省令で定める書類

4 厚生労働大臣は、第一項の認定の申請があつた場合において、その移行計画が次の各号のいずれにも適合するものであると認めるときは、その認定をするものとする。

一 移行計画が当該申請に係る経過措置医療法人の社員総会において議決されたものであること。

二 移行計画が新医療法人への移行をするために有効かつ適切なものであること。

三 移行計画に記載された第二項第四号の移行の期限が第一項の認定の日から起算して三年を超えない範囲内のものであること。

5 第一項の認定は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成二十六年法律第 号）附則第一条第二号に掲げる規定の施行の日から起算して三年を経過する日ま

での間に限り行うことができる。

（移行計画の変更等）

第十条の四 前条第一項の規定による移行計画の認定を受けた経過措置医療法人（以下「認定医療法人」という。）は、当該認定に係る移行計画を変更しようとするときは、厚生労働大臣の認定を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、認定医療法人が前条第一項の認定に係る移行計画（前項の認定があつたときは、その変更後のもの。以下「認定移行計画」という。）に従つて新医療法人への移行に向けた取組を行つていないと認めるとき、その他厚生労働省令で定めるときは、その認定を取り消すことができる。

3 厚生労働大臣は、認定医療法人が認定移行計画に記載された前条第二項第四号の移行の期限までに新医療法人にならなかつたときは、その認定を取り消すものとする。

4 前二項の規定により認定を取り消された経過措置医療法人は、更に前条第一項の認定を受けることができない。

5 前条第四項の規定は、第一項の認定について準用する。

（提出期限の特例）

第十条の五 認定医療法人については、医療法第五十二条第一項中「三月以内」とあるのは、「六月以内」とする。

（認定の失効）

第十条の六 認定医療法人が新医療法人になつたときは、当該認定医療法人が受けた附則第十条の三第一項の認定（附則第十条の四第一項の認定を含む。）は、その効力を失う。

（援助）

第十条の七 政府は、認定医療法人に対し、認定移行計画の達成のために必要な助言、指導、資金の融通のあつせんその他の援助を行うよう努めるものとする。

（報告）

第十条の八 認定医療法人は、厚生労働省令で

定めるところにより、認定移行計画の実施状況について厚生労働大臣に報告しなければならない。

（権限の委任）

第十条の九 附則第十条の三及び第十条の四並びに前条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。

（社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の一部改正）

第二十四条 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（平成十九年法律第百二十五号）の一部を次のように改正する。

附則第一条中「平成二十七年四月一日」を「平成二十八年四月一日」に改める。

附則

（施行期日）

第一条 この法律は、公布の日又は平成二十六年四月一日のいずれか遅い日から施行する。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 第十二条中診療放射線技師法第二十六条第二項の改正規定及び第二十四条の規定並びに次条並びに附則第七条、第十三条ただし書、第十八条、第二十条第一項ただし書、第二十一条、第二十五条、第二十九条、第三十一条、第六十一条、第六十二条、第六十四条、第六十七条、第七十一条及び第七十二条の規定 公布の日

二 第三条の規定（医療法第三十条の三第一項の改正規定（「厚生労働大臣は」の下に、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第三

条第一項に規定する総合確保方針に即して」を加える部分に限る。）を除く。）並びに第二

条及び第二十三条の規定並びに附則第八条第一項及び第三項、第三十二条第二項、第四十条、第四十五条、第五十三条並びに第六十九条の規定 平成二十六年十月一日

三 第二条の規定、第四条の規定（第五号に掲げる改正規定を除く。）、第五条のうち、介護保険法の目次の改正規定、同法第七条第五項、第八条、第八条の二、第十三条、第二十四条の二第五項、第三十二条第四項、第四十二条の二、第四十二条の三第二項、第五十三条、第五十四条第三項、第五十八条第一項、第五十四条の三第二項、第六十九条の三十四、第六十八條の三十八第二項、第六十九條の三十九第二項、第七十八條の二、第七十八條の十四第一項、第百十五條の十二、第百十五條の二十二第一項及び第百十五條の四十五の改正規定、同法第百十五條の四十五の次に十條を加える改正規定、同法第百十五條の四十六及び第百十五條の四十七の改正規定、同法第六章中同法第百十五條の四十八を同法第百十五條の四十九とし、同法第百十五條の四十七の次に一條を加える改正規定、同法第百十七條、第百十八條、第百二十二條の二、第百二十三條第三項及び第百二十四條第三項の改正規定、同法第百二十四條の次に二條を加える改正規定、同法第百二十六條第一項、第百二十七條、第百二十八條、第百四十一条の見出し及び同条第一項、第百四十八條第二項、第百五十二條及び第百五十三條並びに第百七十六條の改正規定、同法第十一章の章名の改正規定、同法第百七十九條から第百八十二条までの改正規定、同法第二百條の次に一條を加える改正規定、同法第二百二條第一項、第二百三条及び第二百五條並びに附則第九条第一項ただし書の改正規定並びに同法附則に一條を加える改正規定、第七條の規定（次号に掲げる改正規定を除く。）、第九條及び第十條の規定、第十二條の規定（第一号に掲げる改正規

2 この法律の施行の日前に旧整備法第四条第一項に規定する市町村整備計画に掲載された同条第二項第二号に掲げる事業により整備される施設については、旧整備法第七条及び第八条の規定は、同日以後においても、なおその効力を有する。

第四条 医療機関の施設及び設備の整備に関する事業で、第四条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の医療法(以下「第三号新医療法」という。)第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想が同条第一項の規定により定められ、又は第三号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画において定められるまでの間に、第一条の規定による改正後の地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(以下この条において「新医療介護総合確保法」という。)第三十条第一項に規定する総合確保方針に基づき、都道府県が地域における医療の確保のために必要があるとして、新医療介護総合確保法第四十条第一項に規定する都道府県計画において定めるものについては、当該事業を新医療介護総合確保法第六十条に規定する都道府県事業とみなして、新医療介護総合確保法の規定を適用する。(医療法の一部改正に伴う経過措置)

第五条 附則第一条第三号に掲げる規定の施行の際現に臨床研究中核病院という名称を使用している者については、第三号新医療法第四十条の第三項の規定は、同号に掲げる規定の施行後六月間は、適用しない。

第六条 第五号新医療法第六十条の十及び第六十条の十一の規定は、附則第一条第五号に掲げる規定の施行の日(次条及び附則第二十八条において「第五号施行日」という。)以後の死亡又は死産について適用する。

第七条 第五号新医療法第六十条の十五第一項の規定による指定及びこれに関し必要な手続その他の行為は、第五号施行日においても、同項並びに第五号新医療法第六十条の十八及び第六十条の

十九第一項の規定の例により行うことができる。

第八条 附則第一条第二号に掲げる規定の施行の日(以下この条及び附則第四十条において「第二号施行日」という。)前に第三号の規定(同号に掲げる改正規定に限る。)による改正前の医療法(以下この条において「第二号旧医療法」という。)第三十条の四第一項の規定により定められ、又は第二号旧医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画は、第二号施行日から平成二十七年三月三十一日までの間当該医療計画が第三号の規定(同号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の医療法(以下この条において「第二号新医療法」という。)第三十条の六の規定により変更され、又は医療計画が第二号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められた場合には、第二号新医療法第三十条の六の規定により変更され、又は同項の規定により定められるまでの間は、第二号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、又は第二号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画とみなす。

2 附則第一条第三号に掲げる規定の施行の日(以下「第三号施行日」という。)前に第二号旧医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、若しくは第二号旧医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画又は第二号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、若しくは第二号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画は、第三号施行日から平成三十三年三月三十一日までの間(当該医療計画が第三号新医療法第三十条の六の規定により変更され、又は医療計画が第三号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められた場合には、第三号新医療法第三十条の六の規定により変更され、又は同項の規定により定められるまでの間は、第三号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、又は第三号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画

とみなす。

3 第二号施行日から平成三十年三月三十一日までの間に定められ、又は変更された医療計画に於いての第二号新医療法第三十条の六の規定の適用については、同条第一項中「三年」とあり、及び同条第二項中「六年」とあるのは、「五年」とする。

4 第三号新医療法第七十五条、第七十六条の二第七項、第二十七条の二、第二十九条第三項第五号から第七号まで及び第四項第五号から第七号まで、第三十条の十二、第三十条の十四から第三十条の十八まで並びに第七十三条第三号(第三号新医療法第三十条の十五第六項に係る部分に限る。)の規定は、医療計画が第三号新医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、又は第三号新医療法第三十条の六の規定により変更されるまでの間は、適用しない。(地域密着型介護老人福祉施設等に関する経過措置)

第九条 第三号施行日の前日において介護保険法第八十二条第一項に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は同法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護老人福祉施設(以下この条において「地域密着型介護老人福祉施設等」という。)に入所し、第五条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正前の介護保険法(以下「第三号旧介護保険法」という。)第四十二条の二第一項の地域密着型介護サービス費又は第三号旧介護保険法第四十八条第一項の施設介護サービス費を受けた要介護被保険者(以下「要介護旧入所者」という。)については、第三号施行日以後引き続き当該地域密着型介護老人福祉施設等に入所している間当該地域密着型介護老人福祉施設等に係る介護保険法第七十八條の十又は第九十二条第一項の規定による指定の取消しその他やむを得ない理由により、当該地域密着型介護老人福祉施設等に継続して一以上の他の地域密着型介護老人福祉施設等に入所した要介護旧入所者にあつては、当該

一以上の他の地域密着型介護老人福祉施設等に継続して入所している間を含む。は、第五条の規定(同号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の介護保険法(以下「第三号新介護保険法」という。)第八十二条第一項又は第二十六項の要介護者である要介護被保険者とみなして、第三号新介護保険法第四十二条の二及び第四十八条の規定を適用する。(介護予防サービスに係る保険給付に関する経過措置)

第十条 第三号施行日(附則第十四条第一項の場合にあつては、同項に規定する当該特定市町村の同項の条例で定める日の翌日)前に行われた第三号旧介護保険法第八十二条第二項に規定する介護予防訪問介護(以下「介護予防訪問介護」という。)及び同条第七項に規定する介護予防通所介護(以下「介護予防通所介護」という。)に係る第三号旧介護保険法の規定による保険給付については、なお従前の例による。

第十一条 第三号施行日の前日(附則第十四条第一項の場合にあつては、同項に規定する当該特定市町村の同項の条例で定める日)において介護保険法第十九条第一項に規定する要支援認定を受けていた被保険者その他の厚生労働省令で定める者に対する第三号新介護保険法の規定による保険給付については、当該要支援認定の有効期間(介護保険法第三十三条第一項に規定する有効期間をいう。)の末日その他の平成三十年三月三十一日までの間において厚生労働省令で定める日までの間は、第三号新介護保険法第八十二条の二第一項、第五十三条第一項及び第二項並びに第五十四条第三項の規定は適用せず、第三号旧介護保険法第八十二条の二第一項、第二項及び第七項、第五十三条第一項及び第二項並びに第五十四条第三項の規定は、なおその効力を有する。

(住所特例対象被保険者に関する経過措置)
第十二条 第三号新介護保険法第十三条第一項の

規定は、第三号施行日以後に同項第二号に掲げる特定施設に該当する施設に入居することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる同項に規定する住所持特例対象被保険者であつて、当該施設に入居をした際、当該施設が所在する市町村(特別区を含む。以下同じ。)以外の市町村の区域内に住所を有していたと認められるものについて適用し、第三号施行日前に当該施設に入居することにより当該施設の所在する場所に変更したと認め

れる者については、なお従前の例による。
(介護予防・日常生活支援総合事業等に関する経過措置)
第十三条 第三号施行日の前日において次の表の上欄に掲げる事業を行う者であつた者は、第三号施行日において同表の下欄に定める指定を受けたものとみなす。ただし、当該者が第三号施行日の前日までに、厚生労働省令で定めるところにより別段の申出をしたときは、この限りでない。

第三号旧介護保険法第五十三条第一項本文の指定を受けている介護予防訪問介護の事業を行う者	第三号新介護保険法第五十五条第一項第一号イの第一号訪問事業に係る第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第一項の指定事業者の指定
第三号旧介護保険法第五十三条第一項本文の指定を受けている介護予防通所介護の事業を行う者	第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第一項の指定事業者の指定
第三号旧介護保険法第五十八条第一項の指定を受けている介護予防支援の事業を行う者	第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第一項の指定事業者の指定

第十四条 第三号施行日前に市町村が第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業及び同号ハに規定する第一号生活支援事業を実施する者の確保が困難であることその他の事情により第三号施行日から同項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業を行うことが困難であると認めてその旨を当該市町村の条例で定める場合にあつては、第三号施行日以後第三号施行日から平成二十九年三月三十一日までの間において当該市町村(以下この項、次項及び附則第三十条において「特定市町村」という。)の当該条例で定める日までの間は、当該特定市町村が行う第三号新介護保険法の規定による地域支援事業については、第三号新介護保

険法第五十五条の四十五の三第一項、第五十五条の四十五の三第二項、第五十五条の四十五の三(同条第一項の指定に係る部分を除く。)、第五十五条の四十五の四、第五十五条の四十五の七、第五十五条の四十五の八、第五十五条の四十六の第一項、第一号介護予防支援事業に係る部分に限る。)、第五十五条の四十七の四項から第七項まで及び第九項、第二百二十二条の二、第二百二十三条第三項、第二百二十四条第三項、第二百五十二条並びに第二百五十三条の規定は適用せず、第三号旧介護保険法第五十五条の四十五の三第一項(第一号及び第二号に係る部分に限る。)、第二項及び第七項、第二百五十二条の四十七の四項から第七項まで、第二百二十二条の二、第二百二十三条第三項、第二百二十四条第

三項、第二百二十六条第一項、第二百五十二条並びに第二百五十三条の規定は、なおその効力を有する。

2 前項の場合において、特定市町村が行う介護保険の被保険者(当該特定市町村の区域内に所在する第三号新介護保険法第十三条第一項に規定する住所持特例対象施設に入所し、又は入居する他の市町村が行う介護保険の同条第三項に規定する住所持特例適用被保険者を含む。)に対する第三号新介護保険法の規定による保険給付については、当該特定市町村の条例で定める日までの間は、第三号新介護保険法第八條の二第一項、第五十三条第一項及び第二項並びに第五十四条第三項の規定は適用せず、第三号旧介護保険法第八條の二第一項、第二項及び第七項、第五十三条第一項及び第二項並びに第五十四条第三項の規定は、なおその効力を有する。

3 第三号施行日前に市町村が第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第二項第四号に掲げる事業を実施する医療に関する専門的知識を有する者の確保が困難であることその他の事情により第三号施行日から当該事業を行うことが困難であると認めてその旨を当該市町村の条例で定める場合にあつては、第三号施行日以後第三号施行日から平成三十年三月三十一日までの間において当該市町村の当該条例で定める日までの間は、当該市町村が行う第三号新介護保険法の規定による地域支援事業については、同項(同号に掲げる部分に限る。))及び第三号新介護保険法第五十五条の四十五の十の規定は、適用しない。

4 第三号施行日前に市町村が第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第二項第五号に掲げる事業を実施する者の確保が困難であることその他の事情により第三号施行日から当該事業を行うことが困難であると認めてその旨を当該市町村の条例で定める場合にあつては、第三号施行日以後第三号施行日から平成三十年三月三十一日

までの間において当該市町村の当該条例で定める日までの間は、当該市町村が行う第三号新介護保険法の規定による地域支援事業については、同項(同号に掲げる部分に限る。))の規定は、適用しない。

5 第三号施行日前に市町村が第三号新介護保険法第五十五条の四十五の三第六号に掲げる事業を実施する保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者の確保が困難であることその他の事情により第三号施行日から当該事業を行うことが困難であると認めてその旨を当該市町村の条例で定める場合にあつては、第三号施行日以後第三号施行日から平成三十年三月三十一日までの間において当該市町村の当該条例で定める日までの間は、当該市町村が行う第三号新介護保険法の規定による地域支援事業については、同項(同号に掲げる部分に限る。))の規定は、適用しない。

(調整交付金等に関する経過措置)
第十五条 平成二十七年年度から平成二十九年度までの各年度においては、第三号新介護保険法第二百二十二条第二項中「調整交付金」とあるのは「調整交付金及び次条第二項の規定に基づき交付する額」と、「同じ。」とあるのは「同じ。」並びに介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額」と、同条第三項中「調整交付金」とあるのは「調整交付金及び次条第二項の規定に基づき交付する額」と、「費用の額」とあるのは「費用の額並びに介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額」とする。

2 平成二十七年年度から平成二十九年度までの各年度においては、第三号新介護保険法第二百二十二条の二第三項の規定は適用しない。
(賦課決定の期間制限に関する経過措置)
第十六条 第三号新介護保険法第二百二条の二の規定は、第三号施行日以後に同条の納期が到来する保険料について適用し、第三号施行日前に当該納期に相当する期限が到来した保険料については、なお従前の例による。

(延滞金の割合の特例に関する経過措置)

第十七条 第三号新介護保険法附則第十一条の規定は、介護保険法第五十七條第一項に規定する延滞金のうち第三号施行日以後の期間に対応するものについて適用し、当該延滞金のうち第三号施行日以前の期間に対応するものについては、なお従前の例による。

(準備行為)

第十八条 第三号新介護保険法の施行のために必要な条例の制定又は改正その他の行為は、第三号施行日前においても行うことができる。

(保険給付に関する経過措置)

第十九条 附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日(以下「第四号施行日」という。)前に行われた第五条の規定(附則第一条第四号に掲げる改正規定に限る。)による改正前の介護保険法(以下「第四号旧介護保険法」という。)の規定による居宅サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型サービス(これに相当するサービスを含む。)、施設サービス、介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。))又は住宅改修に係る保険給付については、なお従前の例による。

2 第四号施行日前に行われた第四号旧介護保険法の規定による特定介護サービス又は特定介護予防サービスに係る特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費、特定入所者介護予防サービス費又は特例特定入所者介護予防サービス費の支給については、なお従前の例による。

3 第四号施行日前にした偽りその他不正の行為により第四号旧介護保険法の規定による特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費、特定入所者介護予防サービス費又は特例特定入所者介護予防サービス費の支給を受けた者からのその給付の価額の全部又は一部の徴収については、なお従前の例による。

(地域密着型通所介護に関する経過措置)

第二十条 附則第一条第六号に掲げる規定の施行の際現に介護保険法第四十一条第一項本文の規定を受けている通所介護(利用定員が第六条の規定(同号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の介護保険法(以下「第六号新介護保険法」という。))第八号第七項の厚生労働省令で定める数未満であるものに限る。次項において同じ。)

の事業を行う者は、同号に掲げる規定の施行の日(以下「第六号施行日」という。)において当該事業を行う事業所の所在地の市町村第六号施行日の前日において当該市町村以外の市町村(以下この項において「他の市町村」という。)が行う介護保険の被保険者が当該事業を行う者が行う通所介護を利用してした場合にあつては、当該他の市町村を含む。の長から第六号新介護保険法第八号第七項に規定する地域密着型通所介護に係る第六号新介護保険法第四十二条の二第一項本文の指定を受けたものとみなす。ただし、当該事業を行う者が第六号施行日の前日までに、厚生労働省令で定めるところにより別段の申出をしたときは、この限りでない。

2 前項の規定により第六号新介護保険法第八号第七項に規定する地域密着型通所介護に係る第六号新介護保険法第四十二条の二第一項本文の指定を受けたものとみなされる通所介護の事業を行う者については、介護保険法第四十一条第一項本文の指定は、第六号施行日にその効力を失う。

第二十一条 第六号施行日から起算して一年を超えない期間内において第六号新介護保険法第七十八号の二第四項第一号並びに第七十八号の四第一項及び第二項に規定する市町村の条例(地域密着型通所介護に係る部分に限る。)が制定施行されるまでの間は、第六号新介護保険法第七十八号の二第五項及び第七十八号の四第三項に規定する厚生労働省令で定める基準をもつて、当該市町村の条例で定められた基準とみなす。

(準備行為)

第二十二条 第六号新介護保険法の施行のために

必要な条例の制定又は改正、介護保険法第七十八号の二の規定による第六号新介護保険法第四十二条の二第一項本文の指定の手續(地域密着型通所介護に係るものに限る。))その他の行為は、第六号施行日前においても行うことができる。

(居宅介護支援事業に関する経過措置)

第二十三条 附則第一条第七号に掲げる規定の施行の日(以下「第七号施行日」という。)から起算して一年を超えない期間内において第六号の規定(同号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の介護保険法(以下「第七号新介護保険法」という。))第四十七号第一項第一号、第七十九号第二項第一号並びに第八十一号第一項及び第二項に規定する市町村の条例が制定施行されるまでの間は、第七号施行日の前日において第六号の規定(附則第一条第七号に掲げる改正規定に限る。))による改正前の介護保険法(以下「第七号旧介護保険法」という。))第四十七号第一項第一号、第七十九号第二項第一号、第七十九号第二項第一号並びに第八十一号第一項及び第二項に規定する都道府県の条例で定められていた基準をもつて、当該市町村の条例で定められた基準とみなす。

第二十四条 第七号施行日前に第七号旧介護保険法の規定により都道府県知事がした指定等の処分その他の行為(以下この条において「処分等の行為」という。))又は第七号施行日前に第七号旧介護保険法の規定により都道府県知事に対してされた指定等の申請その他の行為(以下この条において「申請等の行為」という。))で、第七号施行日以後において市町村長が処理し、又は管理し、及び執行することとなる事務に係るものは、第七号施行日以後においては、市町村長のした処分等の行為又は市町村長に対してされた申請等の行為とみなす。

(準備行為)

第二十五条 第七号新介護保険法の施行のために必要な条例の制定又は改正その他の行為は、第七号施行日前においても行うことができる。

(平成十八年改正前介護保険法の一部改正に伴う経過措置)

第二十六条 第四号施行日前に行われた第七号の規定(附則第一条第四号に掲げる改正規定に限る。))による改正前の平成十八年改正前介護保険法(次項及び第三項において「旧平成十八年改正前介護保険法」という。))の規定による施設サービスに係る保険給付については、なお従前の例による。

2 第四号施行日前に行われた旧平成十八年改正前介護保険法の規定による特定介護サービスに係る特定入所者介護サービス費又は特例特定入所者介護サービス費の支給については、なお従前の例による。

3 第四号施行日前にした偽りその他不正の行為により旧平成十八年改正前介護保険法の規定による特定入所者介護サービス費又は特例特定入所者介護サービス費の支給を受けた者からのその給付の価額の全部又は一部の徴収については、なお従前の例による。

(保健師助産師看護師法の一部改正に伴う経過措置)

第二十七条 附則第一条第五号に掲げる規定の施行の際現に看護師免許を受けている者及び同号に掲げる規定の施行前に看護師免許の申請を行った者であつて同号に掲げる規定の施行後に看護師免許を受けたものについては、第八号の規定による改正後の保健師助産師看護師法(次条及び附則第二十九条において「新保助看法」という。))第三十七条の二第一項の規定は、同号に掲げる規定の施行後五年間は、適用しない。

第二十八条 新保助看法第三十七条の三第一項の規定による指定を受けようとする者は、第五号施行日前においても、その申請を行うことができる。

第二十九条 政府は、医師又は歯科医師の指示の下に、新保助看法第三十七条の二第二項第二号に規定する手順書によらないで行われる同項第

一号に規定する特定行為が看護師により適切に行われるよう、医師、歯科医師、看護師その他の関係者に対して同項第四号に規定する特定行為研修の制度の趣旨が当該行為を妨げるものではないことの内容の周知その他の必要な措置を講ずるものとする。

(生活保護法の一部改正に伴う経過措置)

第三十条 第三号施行日の前日(附則第十四条第一項の場合にあつては、当該特定市町村の同項の条例で定める日)において被保護者(生活保護法第六条第一項に規定する被保護者をいう。次項において同じ。)であつて附則第十一条に規定する者に相当する者であつた者に対する介護扶助については、同条の厚生労働省令で定める日までの間は、第十条の規定による改正後の生活保護法次項及び次条において「新生活保護法」という。第十五条の二第一項、第五項及び第七項の規定にかかわらず、なお従前の例による。

2 附則第十四条第一項の場合において特定市町村の区域内に居住地(居住地がないか、又は明らかでない場合にあつては、現在地)を有する被保護者に対する介護扶助については、当該特定市町村の同項の条例で定める日までの間は、新生活保護法第十五条の二第一項、第五項及び第七項の規定にかかわらず、なお従前の例による。

第三十一条 新生活保護法第五十四条の二第一項の指定(介護予防・日常生活支援事業に係る指定に限る。)の系統その他の行為は、第三号施行日前においても行うことができる。

(臨床検査技師等に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第三十二条 附則第一条第三号に掲げる規定の施行の際現に臨床検査技師の免許を受けている者及び同号に掲げる規定の施行前に臨床検査技師国家試験に合格した者であつて同号に掲げる規定の施行後に臨床検査技師の免許を受けたものは、第十四条の規定による改正後の臨床検査技

師等に関する法律第十一条に規定する検体採取を行うものとするときは、あらかじめ、厚生労働大臣が指定する研修を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、第三号施行日前においても、前項の指定をすることができる。

(国民健康保険法の一部改正に伴う経過措置)

第三十三条 第十五条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の国民健康保険法(以下「新国保法」という。第百十条の二の規定は、第三号施行日以後に同条の納期が到来する保険料について適用し、第三号施行日前に当該納期に相当する期限が到来した保険料については、なお従前の例による。

第三十四条 新国保法第百六条の二第一項第六号の規定(入居に係る部分に限る。)は、第三号施行日以後に同号に掲げる特定施設に該当する施設に入居することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる国民健康保険の被保険者であつて、当該施設に入居をした際、当該施設が所在する市町村以外の市町村の区域内に住所を有していたと認められるものについて適用し、第三号施行日前に当該施設に入居することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる者については、なお従前の例による。

第三十五条 新国保法附則第十六条において準用する第十八条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律(以下「新高齢者医療確保法」という。附則第十三条の五の六の規定は、第十五条の規定による改正前の国民健康保険法附則第十六条において準用する高齢者の医療の確保に関する法律第四十五条第一項に規定する延滞金(以下この条において「第三号施行日前延滞金」という。)のうち第三号施行日以後の期間に

第三十三条 第十五条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の国民健康保険法(以下「新国保法」という。第百十条の二の規定は、第三号施行日以後に同条の納期が到来する保険料について適用し、第三号施行日前に当該納期に相当する期限が到来した保険料については、なお従前の例による。

用し、第三号施行日前延滞金のうち第三号施行日前の期間に対応するものについては、なお従前の例による。

(高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第三十六条 新高齢者医療確保法第五十五条第一項第五号の規定(入居に係る部分に限る。)は、第三号施行日以後に同号に掲げる特定施設に該当する施設に入居することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる後期高齢者医療の被保険者であつて、当該施設に入居をした際、当該施設が所在する後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有していたと認められるものについて適用し、第三号施行日前に当該施設に入居することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる者については、なお従前の例による。

第三十七条 新高齢者医療確保法第六十条の二の規定は、第三号施行日以後に同条の納期が到来する保険料について適用し、第三号施行日前に当該納期に相当する期限が到来した保険料については、なお従前の例による。

第三十八条 新高齢者医療確保法附則第十三条の五の六の規定は、高齢者の医療の確保に関する法律第四十五条第一項(同法第百二十四条及び附則第十条において準用する場合を含む。)に規定する延滞金のうち第三号施行日以後の期間に対応するものについて適用し、当該延滞金のうち第三号施行日前の期間に対応するものについては、なお従前の例による。

(平成十八年改正前老人保健法の一部改正に伴う経過措置)

第三十九条 第十九条の規定による改正後の平成十八年改正前老人保健法(以下この条において「新平成十八年改正前老人保健法」という。第六十一条第一項の規定は、第十九条の規定による改正前の平成十八年改正前老人保健法第六十一

条第一項に規定する延滞金(以下この条において「第三号施行日前延滞金」という。)のうち第三号施行日以後の期間に対応するもの及び新平成十八年改正前老人保健法第六十一条第一項に規定する延滞金について適用し、第三号施行日前延滞金のうち第三号施行日前の期間に対応するものについては、なお従前の例による。

(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第七十条の特例等に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第四十条 第二号施行日の前日において第二十条の規定による改正前の外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第七十条の特例等に関する法律第八十条の規定による認定を受けていた者は、第二号施行日において第二十条の規定による改正後の外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第七十条の特例等に関する法律第八十条の規定により選任されたものとみなす。

(看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第四十一条 附則第一条第五号に掲げる規定の施行の際現に業務に従事していない看護師等の人材確保の促進に関する法律第二条第一項に規定する看護師等は、同号に掲げる規定の施行後速やかに、第二十一条の規定による改正後の看護師等の人材確保の促進に関する法律第十六条の三第一項の規定の例により届け出るよう努めなければならない。

(健康保険法の一部改正)

第四十二条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の一部を次のように改正する。

第八十八条第一項中「第八十八条第二十七項」を「第八十八条第二十八項」に改める。
第九十八条第一項中「第八十八条第二十五項」を「第八十八条第二十六項」に改める。
(船員保険法等の一部改正)
第四十三条 次に掲げる法律の規定中「第八十八条第二十五項」を「第八十八条第二十六項」に改める。

一 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)第八十二条第一項

二 国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第二百二十八号)第五十九条第一項

三 地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第五十二号)第六十一条第一項

(地方自治法の一部改正)

第四十四号 地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)の一部を次のように改正する。

別表第一生活保護法(昭和二十五年法律第四十四号)の項第一号中「第五十五条の二」を「第五項並びに第五十五条の二」に改め、同項第二号中「及び第五十五条第二項」を「並びに第五十四号の二第五項及び第五十五条第二項」に、「第五十四号の二第四項及び第五十五条第二項」を「第五十四号の二第四項及び第五項並びに第五十五号第二項」に、「第五十五号の二」を「第五項並びに第五十五号の二」に改め、同表齒科技工士法(昭和三十年法律第六十八号)の項及び齒科技工法の一部を改正する法律(昭和五十七年法律第一号)の項を削る。

(地域保健法の一部改正)

第四十五号 地域保健法(昭和二十二年法律第一号)の一部を次のように改正する。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第九号」を「第三十条の四第二項第十号」に改める。

第四十六号 地域保健法の一部を次のように改正する。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第五号第二項中「第三十条の四第二項第十号」を「第三十条の四第二項第十一号」に改める。

第四十八号 死体解剖保存法(昭和二十四年法律第二百四号)の一部を次のように改正する。

第十七号第一項中「若しくは特定機能病院を」を「特定機能病院若しくは臨床研究核病院に」改める。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正)

第四十九号 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第二百二十三号)の一部を次のように改正する。

第三十三号の五中「第八号第二十三項」を「第八号第二十四項」に改める。

(国有財産特別措置法の一部改正)

第五十号 国有財産特別措置法の一部を次のように改正する。

第二号第二項第四号口中「居室サービス」の下に「地域密着型通所介護若しくは」を加え、「介護予防通所介護若しくは」を削り、「又は介護予防認知症対応型通所介護」を「介護予防認知症対応型通所介護」に改め、「対する地域密着型介護予防サービス」の下に「又は同法第五十五号の四十五第一項第一号に規定する第一号通所事業であつて老人福祉法第二十号の二に規定する厚生労働省令で定めるもの」を加える。

(印紙税法の一部改正)

第五十一号 印紙税法(昭和四十二年法律第二十三号)の一部を次のように改正する。

別表第三の文書名の欄中「第百五十五号第一項第一号(国保連合会の業務に掲げる)」を「第百五十五号第一項(国保連合会の業務の規定による)」に改める。

(登録免許税法の一部改正)

第五十二号 登録免許税法の一部を次のように改正する。

別表第一第三十二号(イ)中「義肢装具士又は齒科技工士」を「又は義肢装具士」に改め、同号(ハ)の次に次のように加える。

(十)の二 齒科技工士法(昭和三十年法律第六十八号)による齒科技工士名簿にする登録

イ 齒科技工士法第六号第一項(登録)の齒科技工士の登録

ロ 登録事項の変更の登録

別表第三の二十四の項の第三欄の第二号中「第八号第二十七項」を「第八号第二十八項」に改める。

(沖繩の復帰に伴う特別措置に関する法律の一部改正)

第五十三号 沖繩の復帰に伴う特別措置に関する法律(昭和四十六年法律第二百二十九号)の一部を次のように改正する。

第百条第六項中「及び第七号」を削り、「並びに」を「及び」に改める。

(沖繩振興開発金融公庫法及び独立行政法人福祉医療機構法の一部改正)

第五十四号 次に掲げる法律の規定中「介護予防サービス事業(同条第四項)」を「介護予防サービス事業(同条第三項)」に改める。

一 沖繩振興開発金融公庫法(昭和四十七年法律第三十一号)第十九号第二項第四号の二

二 独立行政法人福祉医療機構法(平成十四年法律第六十六号)第十二号第一項第三号

(地価税法等の一部改正)

第五十五号 次に掲げる法律の規定中「第八号第二十七項」を「第八号第二十八項」に改める。

一 地価税法(平成三年法律第六十九号)別表第一第五号

二 独立行政法人地域医療機能推進機構法(平成十七年法律第七十一号)第三号

三 東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律(平成二十三年法律第四十号)第四十八号第二項

(介護保険法施行法の一部改正)

第五十六号 介護保険法施行法(平成九年法律第二百二十四号)の一部を次のように改正する。

第十三号第一項中「第八号第二十四項」を「第八号第二十五項」に改める。

(構造改革特別区域法の一部改正)

第五十七号 構造改革特別区域法(平成十四年法律第八十九号)の一部を次のように改正する。

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

登録件数 一件につき九千円

する法律の一部改正

第六十条 道州制特別区域における広域行政の推進に関する法律(平成十八年法律第百十六号)の一部を次のように改正する。

第十二条第三項中「第八条第二十一項」を「第八条第二十二項」に、「同条第二十六項」を「同条第二十七項」に、「同条第二十七項」を「同条第二十八項」に改める。

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部改正)

第六十一条 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成二十三年法律第七十二号)の一部を次のように改正する。

附則第十二条中「平成二十七年三月三十一日」を「平成二十八年三月三十一日」に改める。

附則第十三条第一項中「平成二十七年四月一日」を「平成二十八年四月一日」に改め、同条第二項中「平成二十七年四月一日から平成二十七年三月三十一日まで」を「平成二十八年四月一日から平成二十八年三月三十一日まで」に改める。

附則第十四条第三項中「平成二十七年三月三十一日」を「平成二十八年三月三十一日」に改める。

(公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部改正)

第六十二条 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律(平成二十四年法律第六十二号)の一部を次のように改正する。

第二十七条のうち高齢者の医療の確保に関する法律附則第十三条の七を同法附則第十三条の十一とし、同法附則第十三条の六を同法附則第十三条の十とし、同法附則第十三条の五の五の次に見出し及び四条を加える改正規定中「附則第十三条の十とし」の下に、「附則第十三条の五の六を附則第十三条の九の二とし」を加える。

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

第二十八条のうち介護保険法附則に二条を加える改正規定中「附則に次の」を「附則第十一條を附則第十三条とし、附則第十條の次に次の見出し及び」に、「介護予防等事業医療保険納付対象額」を「介護予防・日常生活支援総合事業医療保険納付対象額」に改める。

附則第五十二条の四の次に次の一条を加える。

第五十二条の五 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成二十六年法律第 号)附則第十四条第一項の場合にあつては、第五号施行日から同項に規定する当該特定市町村の同項の条例で定める日までの間は、当該特定市町村が行う介護保険法の規定による地域支援事業については、改正後介護保険法附則第十一条第二項及び第十二条第二項中「介護予防・日常生活支援総合事業医療保険納付対象額」とあるのは、「介護予防等事業医療保険納付対象額」とする。

附則第五十九条中国民健康保険法附則第二十一条の三第三項の改正規定の前に次のように加える。

附則第十六条中「附則第十三条の五の六を」

「附則第十三条の九の二」に改める。

(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関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の一部改正)

第六十三条 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関する法律の一部を改正する法律(平成二十四年法律第六十七号)の一部を次のように改正する。

第十条のうち地方財政法第十条に一号を加える改正規定中「三十一」を「三十二」に改める。

(年金生活者支援給付金の支給に関する法律の一部改正)

平成二十六年四月十八日

第六十四条 年金生活者支援給付金の支給に関する法律(平成二十四年法律第百二二号)の一部を次のように改正する。

附則第二十一条のうち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(平成二十五年法律第二十七号)別表第二の改正規定中「介護保険給付関係情報」を「介護保険給付等関係情報」に改める。

(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一部改正)

第六十五条 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。

別表第一の六十八の項中「支給」の下に、「地域支援事業の実施」を加える。

別表第二の二の項中「保険給付の支給」の下に「地域支援事業の実施」を加え、「介護保険給付関係情報」を「介護保険給付等関係情報」に改め、同表の二の項から四の項まで、六の項、十六の項、三十の項、三十三の項、三十九の項、四十二の項、五十六の二の項、五十八の項、六十一の項、六十二の項、八十の項、八十七の項及び九十の項中「介護保険給付関係情報」を「介護保険給付等関係情報」に改め、同表の九十三の項中「保険給付の支給」の下に「又は地域支援事業の実施」を加え、同表の九十四の項中「支給」の下に「地域支援事業の実施」を加え、「介護保険給付関係情報」を「介護保険給付等関係情報」に改める。

(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)

第六十六条 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(同表の五の二十四の項の次に次のように加える改正規定(同表の四の二十四の項に係る部分に限る。中「支給」の下に「同法第百十五条の四十五第一項の地域支援事業の実施」を加える。

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

のように加える改正規定(同表の五の二十四の項に係る部分に限る。及び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(同表の四の二十四の項に係る部分に限る。中「支給」の下に「同法第百十五条の四十五第一項の地域支援事業の実施」を加える。

(薬事法等の一部を改正する法律の一部改正)

第六十七条 薬事法等の一部を改正する法律(平成二十五年法律第八十四号)の一部を次のように改正する。

附則第八十二条に次の一号を加える。

四 外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(昭和六十二年法律第二十九号)第二条第十二号(生活困窮者自立支援法の一部改正)

第六十八条 生活困窮者自立支援法(平成二十五年法律第百五号)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に一号を加える改正規定中「三十二」を「三十三」に改める。

附則第六条第一項中「三十二」を「三十三」に、「三十一」を「三十二」に改め、同条第二項中「三十一」を「三十二」に、「三十二」を「三十三」に改める。

(国家戦略特別区域法の一部改正)

第六十九条 国家戦略特別区域法(平成二十五年法律第百七号)の一部を次のように改正する。

第十四条第一項中「同条第二項第十一号」を「同条第二項第十二号」に改める。

第七十条 国家戦略特別区域法の一部を次のように改正する。

第十四条第一項中「第三十条の四第十三項」を「第三十条の四第十五項」に、「同条第二項第十二号」を「同条第二項第十四号」に改める。

(罰則の適用に関する経過措置)

第七十一条 この法律(附則第一条各号に掲げる規定にあつては、当該規定。以下この条において同じ。)の施行前にした行為並びにこの附則の

七

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及びこの附則の規定によりなお効力を有す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対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(政令への委任)

第七十二条 附則第三条から第四十一条まで及び前条に定めるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

理 由

地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、必要な医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律の所要の整備等を行う必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案

介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案

目次

第一章 総則(第一条・第二条)	介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給(第三条―第六条)
第二章 介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給(第三条―第六条)	雑則(第七條―第九條)
第三章 雑則(第七條―第九條)	罰則(第十條)
第四章 罰則(第十條)	

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢により心身の機能が低下した高齢者等が安心して暮らすことができ、並びに障害者及び障害児が自立した日常生活及び社会生活を営むことができる社会を実現するために介護・障害福祉従事者が重要な役割を担っているにもかかわらず、その賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水

準にある現状等に鑑み、介護・障害福祉従事者の賃金の改善のための特別の措置を定めることにより、優れた人材を確保し、もって高齢者等並びに障害者及び障害児に対する支援の水準の向上に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「介護・障害福祉事業者等」とは、次に掲げる者をいう。

- 一 介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者、同法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者、同法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護老人福祉施設の開設者、同法第九十四条第二項に規定する介護老人保健施設の開設者、同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者及び同法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者並びに同法第四十二条第一項第二号に規定する基準該当居宅サービスを行う事業所の設置者及び同法第五十四条第一項第二号に規定する基準該当介護予防サービスを行う事業所の設置者
- 二 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号)第二十九条第一項に規定する指定障害福祉サービス事業者及び同項に規定する指定障害者支援施設(設置者並びに同法第三十条第一項第二号イに規定する基準該当事業所の設置者及び同号ロに規定する基準該当施設の設置者)
- 三 児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)第二十一条の五の三第一項に規定する指定障害児通所支援事業者及び同法第二十四条の二第一項に規定する指定障害児入所施設の設置者並びに同法第二十一条の五の四第一項第二号に規定する基準該当通所支援を行う事業所の設置者
- 四 前三号に掲げる者のほか、これらの者に類

する者として政令で定めるもの

- 2 この法律において「介護・障害福祉従事者」とは、介護・障害福祉事業者等の従業者であつて専ら当該介護・障害福祉事業者等が行う介護保険法の保険給付に係る保健医療サービス又は福祉サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービス、児童福祉法第六条の二第一項に規定する障害児通所支援又は同法第七條第二項に規定する障害児入所支援その他の保健医療サービス又は福祉サービスのうち政令で定めるものに従事するものとして政令で定めるものをいう。

第二章 介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給

第三条 都道府県知事は、介護・障害福祉従事者の賃金を改善するための措置を講ずる介護・障害福祉事業者等に対し、その申請に基づき、当該措置に要する費用に充てるための助成金以下「介護・障害福祉従事者処遇改善助成金」という。を支給する。

2 介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給の要件、額、申請の方法その他介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給に関し必要な事項は、政令で定める。

3 前項の額は、加齢により心身の機能が低下した高齢者等が安心して暮らすことができ、並びに障害者及び障害児が自立した日常生活及び社会生活を営むことができる社会を実現するために介護・障害福祉従事者が重要な役割を担っていること並びに介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的負担の大きいものであることを踏まえるとともに、介護・障害福祉従事者が従事する業務の種類、介護・障害福祉事業者等における介護・障害福祉従事者の職責等に応じた処遇の体系、他の業種に属する事業に従事する者の平均的な賃金水準等を勘案して定められるものとする。

(介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支払に関する事務の委託等)

第四条 都道府県知事は、介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支払に関する事務を国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)第四十五條第五項に規定する国民健康保険団体連合会(以下この条において「連合会」という。)に委託することができる。

2 連合会は、国民健康保険法その他の法律の規定による業務のほか、前項の規定により都道府県知事から委託を受けて行う介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支払に関する業務を行う。

3 介護保険法第百七十七條、第百七十八條及び第百九十八條の規定は、連合会が前項の規定により行う業務について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。(不正利得の徴収)

第五条 偽りその他不正の手段により介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給を受けた者があるときは、都道府県知事は、国税徴収の例により、その者から、その支給を受けた介護・障害福祉従事者処遇改善助成金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 前項の規定による徴収金の先取特権の順位は、国税及び地方税に次ぐものとする。

(交付金)

第六条 国は、介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給に要する費用の全額に相当する金額を都道府県に交付する。

2 国は、毎年度、予算の範囲内で、介護・障害福祉従事者処遇改善助成金に関する事務の執行に要する費用に相当する金額を都道府県に交付する。

第三章 雑則

(報告等)

第七条 都道府県知事は、この法律の施行に必要な限度において、介護・障害福祉事業者等若し

くは介護・障害福祉事業者等であつた者若しくは当該介護・障害福祉事業者等の従業者であつた者(以下この項において「介護・障害福祉事業者等であつた者等」という。)に対し、報告若しくは帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、介護・障害福祉事業者等若しくは当該介護・障害福祉事業者等の従業者若しくは介護・障害福祉事業者等であつた者等に対して質問を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該介護・障害福祉事業者等の事業所若しくは施設、事務所その他その業務に係るのある場所に立ち入り、その帳簿書類その他の物件を検査させることができる。 2 前項の規定による質問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、関係者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。 (事務の区分) 第八条 第三条第一項、第五条第一項及び前条第一項の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二条第九項第一号に規定する第一号法定受託事務とする。 (厚生労働省令への委任) 第九条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のため必要な事項は、厚生労働省令で定める。	第四章 罰則 第十条 第七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對して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者は、三十万円以下の罰金に処する。 2 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関し、前項の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、同項の刑を科する。 附則 (施行期日) 第一条 この法律は、公布の日から起算して三月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。 (この法律の廃止) 第二条 この法律は、介護保険制度並びに障害者及び障害児に対する支援に係る制度について見直しが行われ、介護・障害福祉従事者に関し、優れた人材の確保に支障がなくなつたときは、廃止するものとする。 (地方自治法の一部改正) 第三条 地方自治法の一部を次のように改正する。 別表第一に次のように加える。	八十九号)の一部を次のように改正する。 別表第一第二十号の十四の次に次の一号を加える。 二十の十四の二 介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法(平成二十六年法律第 号) 理由 加齢により心身の機能が低下した高齢者等が安心して暮らすことができ、並びに障害者及び障害児が自立した日常生活及び社会生活を営むことができる社会を実現するために介護・障害福祉従事者が重要な役割を担っているにもかかわらず、その賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にある現状等に鑑み、介護・障害福祉従事者に優れた人材を確保し、もって高齢者等並びに障害者及び障害児に対する支援の水準の向上に資するため、介護・障害福祉従事者の賃金の改善のための特別の措置を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。 本案施行に要する経費 本案施行に要する経費としては、平年度約千四百七十億円の見込みである。
(地方財政法の一部改正) 第四条 地方財政法(昭和二十三年法律第九号)の一部を次のように改正する。 第十条第十三号の次に次の一号を加える。	介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法(平成二十六年法律第 号) 第三条第一項、第五条第一項及び第七条第一項の規定により都道府県が処理することとされている事務	十三の二 介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の支給に要する経費 (社会保険労務士法の一部改正) 第五条 社会保険労務士法(昭和四十三年法律第 号)

平成二十六年五月二十三日印刷

平成二十六年五月二十六日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

K