

衆議院

厚生労働委員会議録 第三十三号

平成二十七年八月五日(水曜日)

午前八時四十六分開議

出席委員

委員長 渡辺 博道君

理事 赤枝 恒雄君 理事 後藤 茂之君
理事 高鳥 修一君 理事 とかしきなおみ君
理事 松野 博一君 理事 西村智奈美君
理事 浦野 靖人君 理事 古屋 範子君
理事 青山 周平君 理事 井上 貴博君
理事 岩田 和親君 理事 大岡 敏孝君
理事 大串 正樹君 理事 大西 英男君
理事 加藤 鮎子君 理事 神山 佐市君
理事 木村 弥生君 理事 熊田 裕通君
理事 小松 裕君 理事 白須賀貴樹君
理事 新谷 正義君 理事 田中 英之君
理事 田畑 裕明君 理事 武井 俊輔君
理事 武部 新君 理事 谷川 とむ君
理事 豊田真由子君 理事 中川 俊直君
理事 長尾 敬君 理事 丹羽 雄哉君
理事 橋本 岳君 理事 比嘉奈津美君
理事 堀内 詔子君 理事 松本 秀樹君
理事 松本 純君 理事 宮川 典子君
理事 三ッ林裕巳君 理事 村井 英樹君
理事 宮路 拓馬君 理事 阿部 知子君
理事 八木 哲也君 理事 小宮山泰子君
理事 大西 健介君 理事 長妻 昭君
理事 中島 克仁君 理事 足立 康史君
理事 山井 和則君 理事 牧 義夫君
理事 井坂 信彦君 理事 興水 恵一君
理事 伊佐 進一君 理事 高橋千鶴子君
理事 角田 秀穂君
理事 堀内 昭文君

厚生労働大臣
厚生労働副大臣

塩崎 恭久君
永岡 桂子君

第一類第七号

厚生労働委員会議録第三十三号

平成二十七年八月五日

厚生労働副大臣 山本 香苗君

厚生労働大臣政務官 橋本 岳君

厚生労働大臣政務官 高階恵美子君

政府参考人 木下 賢志君

政府参考人 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局次長

政府参考人 厚生労働省大臣官房審議官

政府参考人 厚生労働省大臣官房審議官

政府参考人 厚生労働省医政局長

政府参考人 厚生労働省社会・援護局

政府参考人 障害保健福祉部長

政府参考人 厚生労働省老健局長

政府参考人 厚生労働省保険局長

参考人 厚生労働委員会専門員

委員の異動

八月三日

辞任

中野 洋昌君

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

辞任

青山 周平君

井上 貴博君

岩田 和親君

神山 佐市君

武井 俊輔君

武部 新君

宮路 拓馬君

小宮山泰子君

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

六六一号)

ウイルス性肝炎患者に対する医療費助成の拡充

に関する意見書(福岡県北九州市議会(第三六六

二号)

ウイルス性肝炎患者に対する医療費助成の拡充

を求める意見書(岐阜県土岐市議会(第三六六

三号)

ウイルス性肝炎による肝硬変・肝がん患者に対

する医療費助成等を求める意見書(静岡県議会

(第三六六四号)

ウイルス性肝炎患者に対する医療費助成の拡充

を求める意見書(広島県尾道市議会(第三六六

五号)

ウイルス性肝炎患者に対する医療費助成の拡充

を求める意見書(熊本県菊池市議会(第三六六

六号)

介護報酬の見直し等に関する意見書(北海道議

会(第三六六七号)

介護保険制度の現行水準維持と「新しい総合事

業」の移行にかかる意見書(北海道古平町議会

(第三六六八号)

介護報酬の再改定を求める意見書(北海道中富

良町議会(第三六六九号)

介護報酬の再改定を求める意見書(北海道美深

町議会(第三六七〇号)

介護保険制度の現行水準維持と「新しい総合事

業」の移行にかかる意見書(北海道斜里町議会

(第三六七一号)

神奈川県最低賃金改定等に関する意見書(神奈

川県相模原市議会(第三六七二号)

神奈川県最低賃金改定等に関する意見書(神奈

川県横須賀市議会(第三六七三三三)

神奈川県最低賃金改定等に関する意見書(神奈

川県小田原市議会(第三六七四号)

神奈川県最低賃金改定等に関する意見書(神

奈川県大和市議会（第三六七五号） 神奈川県最低賃金改定等を求める意見書（神奈川県伊勢原市議会）（第三六七六号） 神奈川県最低賃金改定等に関する意見書（神奈川県綾瀬市議会）（第三六七七号） 看護職員の勤務環境の改善を求める意見書（静岡県袋井市議会）（第三六七八号） 看護職員の勤務環境の改善を求める意見書（静岡県裾野市議会）（第三六七九号） 「協同労働の協同組合法（仮称）」の速やかな制定を求める意見書（福岡県豊前市議会）（第三六八〇号） 群馬大学医学部附属病院における重粒子線治療等の早期再開を求める意見書（前橋市議会）（第三六八一号） 軽度外傷性脳損傷にかかわる周知及び労災認定基準の改正などを要請する意見書（沖縄県沖縄市議会）（第三六八二号） 公契約法制定など公共工事における建設労働者の適正な労働条件の確保に関する意見書（宮崎県綾町議会）（第三六八三号） 厚生年金制度の適正化に関する意見書（静岡県）（第三六八四号） 国民健康保険への国庫負担減額調整措置の見直しを求める意見書（宇都宮市議会）（第三六八五号） 国民皆保険制度の恒久的堅持等に関する意見書（佐賀県議会）（第三六八六号） 個人情報流出問題に係る万全な対応を求める意見書（新潟県議会）（第三六八七号） 子ども等の医療費に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（石川県議会）（第三六八八号） 子ども等の医療費助成制度の拡充などにつながる地方単独事業に係る国民健康保険の減額調整措置の見直しを求める意見書（長野市議会）（第三六八九号） 子どもの医療費窓口無料化等につながる地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求	める意見書（長野県上田市議会）（第三六九〇号） 子ども等に係る医療費助成と国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（奈良県議会）（第三六九一号） 子どもの医療費の無料化を国として行うことを求める意見書（愛媛県東温市議会）（第三六九二号） 雇用安定を求める意見書（北海道安平町議会）（第三六九三号） 雇用の安定を求める意見書（新潟県新発田市議会）（第三六九四号） 雇用の安定と労働環境の改善を求める意見書（静岡県議会）（第三六九五号） 雇用の安定を求める意見書（三重県議会）（第三六九六号） サービス付き高齢者向け住宅制度の運営適正化を求める意見書（静岡県議会）（第三六九七号） 最低賃金の改定等に関する意見書（神奈川県川崎市議会）（第三六九八号） 子宮頸がん予防ワクチンの副反応への対応を求める意見書（北海道恵庭市議会）（第三六九九号） 子宮頸がん予防ワクチンの副反応被害者に対する救済を求める意見書（千葉県市川市議会）（第三七〇〇号） 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（那覇市議会）（第三七〇一号） 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（沖縄県名護市議会）（第三七〇二号） 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（沖縄県沖縄市議会）（第三七〇三号） 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（沖縄県豊見城市議会）（第三七〇四号） 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（沖縄県うるま市議会）（第三七〇五号）	子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応被害の早期解決を求める意見書（沖縄県南城市議会）（第三七〇六号） 持続可能な国民健康保険制度の構築を求める意見書（兵庫県議会）（第三七〇七号） 社会福祉施設等施設整備補助金に係る国庫補助協議案件に対する補助金の確実な交付を求める意見書（宮城県議会）（第三七〇八号） 障がい者の訪問系サービスにかかる国庫補助金の費用負担に関する意見書（東京都江東区議会）（第三七〇九号） 障害者の訪問系サービスに係る国庫補助金の削減等に関する意見書（東京都練馬区議会）（第三七一〇号） 障害者雇用対策の充実についての意見書（愛知県議会）（第三七一一号） 小児臓器移植環境の更なる進展を求める意見書（千葉県流山市議会）（第三七一二号） 将来の地域医療の安定を求める意見書（長野県議会）（第三七一三号） 生活困窮者自立支援法の事業推進と任意事業の財源拡充を求める意見書（山梨県議会）（第三七一四号） 地域経済の再生めざし、最低賃金の大幅に引き上げと中小企業支援強化を求める意見書（京都府宇治市議会）（第三七一五号） 地域の実情に応じた医療提供体制の確保を求める意見書（徳島県議会）（第三七一六号） 地方単独事業に係る国民健康保険の減額調整措置の見直しを求める意見書（北海道旭川市議会）（第三七一七号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める要望意見書（北海道苫小牧市議会）（第三七一八号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（北海道恵庭市議会）（第三七一九号） 地方自治体の医療費助成制度における現物給付導入に係る国庫負担金削減の撤廃を求める意見書（岩手県葛巻町議会）（第三七二〇号）	地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（福島県議会）（第三七二一号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（水戸市議会）（第三七二二号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（前橋市議会）（第三七二三号） 地方単独事業に係る国民健康保険国庫負担金の減額調整措置等について検討を求める意見書（さいたま市議会）（第三七二四号） 地方単独事業に係る国民健康保険の国庫負担の減額措置の見直しを求める意見書（埼玉県川口市議会）（第三七二五号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（埼玉県所沢市議会）（第三七二六号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（埼玉県上尾市議会）（第三七二七号） 地方単独事業に係る国民健康保険国庫負担金の減額調整措置の見直しを求める意見書（千葉県松戸市議会）（第三七二八号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（東京都足立区議会）（第三七二九号） 地方単独事業に係る国民健康保険の国庫負担金減額調整措置の見直しを求める意見書（神奈川県川崎市議会）（第三七三〇号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（金沢市議会）（第三七三一号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（石川県七尾市議会）（第三七三二号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（長野県伊那市議会）（第三七三三号） 地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書（長野県安曇野市議会）（第三七三四号）
--	--	---	---

地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(静岡県伊東市議会)(第三七三五号)
地方単独事業に係る国民健康保険の国庫負担調整措置の見直し等についての意見書(愛知県議会)(第三七三六号)
地方単独事業に係る国民健康保険の国庫負担の減額調整措置の見直し等を求める意見書(名古屋市議会)(第三七三七号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直し及び子ども等に係る医療の支援策の総合的な検討を求める意見書(愛知県豊橋市議会)(第三七三八号)
地方単独事業に係る国民健康保険の国庫負担減額調整措置の廃止を求める意見書(愛知県豊田市議会)(第三七三九号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(三重県名張市議会)(第三七四〇号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(滋賀県甲賀市議会)(第三七四一号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(大阪府摂津市議会)(第三七四二号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(大阪府泉南市議会)(第三七四三号)
地方単独事業に係る国民健康保険の減額調整措置の見直しを求める意見書(大阪府大阪狭山市議会)(第三七四四号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(大阪府阪南市議会)(第三七四五号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の廃止も含めた見直しを求める意見書(兵庫県議会)(第三七四六号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(和歌山県議会)(第三七四七号)

地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(鳥取県議会)(第三七四八号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(松江市議会)(第三七四九号)
地方単独事業に係る国民健康保険の減額調整措置の見直しを求める意見書(岡山県倉敷市議会)(第三七五〇号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(山口県宇部市議会)(第三七五一号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(香川県議会)(第三七五二号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(福岡県大牟田市議会)(第三七五三号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(長崎県諫早市議会)(第三七五五号)
地方単独事業に係る国保の減額調整措置の見直しを求める意見書(宮崎県議会)(第三七五六号)
地方単独事業に係る国民健康保険の減額調整措置の見直しを求める意見書(宮崎市議会)(第三七五七号)
地方単独事業に係る国保の国庫負担の減額調整措置の見直しを求める意見書(鹿児島県議会)(第三七五八号)
中東呼吸器症候群(MERS)対策の強化を求める意見書(富山県魚津市議会)(第三七五九号)
ドクターヘリの安定的な事業継続に対する支援を求める意見書(静岡県伊東市議会)(第三七六〇号)
ドクターヘリの導入・運航に対する支援の拡充を求める意見書(愛媛県議会)(第三七六一号)
難病対策の充実等に関する意見書(兵庫県尼崎市議会)(第三七六二号)
難病対策の充実等を求める意見書(兵庫県川西市議会)(第三七六三号)

市議会(第三七六三号)
入院中の重度障害者等への支援充実を求める意見書(埼玉県議会)(第三七六四号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(北海道帯広市議会)(第三七六五号)
認知症への取組みの充実強化に関する要望意見書(北海道苫小牧市議会)(第三七六六号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(北海道恵庭市議会)(第三七六七号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(北海道新ひだか町議会)(第三七六八号)
認知症への取組みの充実・強化に関する意見書(宮城県議会)(第三七六九号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(秋田市議会)(第三七七〇号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(福島県議会)(第三七七一号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(水戸市議会)(第三七七二号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(前橋市議会)(第三七七三号)
認知症への取組みの充実強化を求める意見書(埼玉県議会)(第三七七四号)
認知症に対する取組の充実強化を求める意見書(さいたま市議会)(第三七七五号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(埼玉県上尾市議会)(第三七七六号)
認知症への取組みの充実強化を求める意見書(東京都足立区議会)(第三七七七号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(東京都葛飾区議会)(第三七七八号)
認知症への取組の充実強化に関する意見書(神奈川県川崎市議会)(第三七七九号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(富山県議会)(第三七八〇号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(石川県議会)(第三七八一号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(金沢市議会)(第三七八二号)

認知症への取組みの充実強化に関する意見書(石川県七尾市議会)(第三七八三号)
認知症への総合的な取組を求める意見書(長野県議会)(第三七八四号)
認知症への取組みの充実強化を求める意見書(長野県上田市議会)(第三七八五号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(岐阜市議会)(第三七八六号)
認知症への取組みの充実強化を求める意見書(静岡県議会)(第三七八七号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(静岡県伊東市議会)(第三七八八号)
認知症への取組の充実強化に関する意見書(三重県名張市議会)(第三七八九号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(大阪府阪南市議会)(第三八九〇号)
認知症への取組みの充実強化を求める意見書(兵庫県議会)(第三八九一号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(奈良県大和高田市議会)(第三八九二号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(和歌山県議会)(第三八九三号)
認知症への取組の充実強化に関する意見書(広島県三次市議会)(第三八九四号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(香川県議会)(第三八九五号)
認知症への取組の充実強化に関する意見書(福岡県議会)(第三八九六号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(福岡県大牟田市議会)(第三八九七号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(長崎県議会)(第三八九八号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(長崎市議会)(第三八九九号)
認知症への取組みの充実強化に関する意見書(熊本県議会)(第三九〇〇号)
認知症への取組の充実強化に関する意見書(宮崎県議会)(第三九〇一号)
年金情報流出の全容解明と再発防止を求める意

見書(東京都武蔵野市議会(第三八〇二号)) 年金情報流出への対策と再発防止を求める意見書(福岡市議会(第三八〇三号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(茨城県日立市議会(第三八〇四号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(茨城県つくば市議会(第三八〇五号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(茨城県潮来市議会(第三八〇六号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(新潟県三条市議会(第三八〇七号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(新潟県新発田市議会(第三八〇八号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(新潟県五泉市議会(第三八〇九号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用に関する意見書(新潟県佐渡市議会(第三八一〇号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(新潟県胎内市議会(第三八一一号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(福井県越前市議会(第三八一二号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県飯田市議会(第三八一四号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県須坂市議会(第三八一五号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県伊那市議会(第三八一六号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県駒ヶ根市議会(第三八一七号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県塩尻市議会(第三八一八号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県佐久市議会(第三八一九号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県東御市議会(第三八二〇号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県阿南町議会(第三八二一号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県喬木村議会(第三八二二号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県朝日村議会(第三八二三号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(長野県山ノ内町議会(第三八二四号)) 年金積立金の適正運用の確保についての意見書(愛知県尾張旭市議会(第三八二五号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用等に関する意見書(三重県議会議(第三八二六号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用等に関する意見書(三重県松阪市議会(第三八二七号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用を求める意見書(三重県桑名市議会(第三八二八号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用等に関する意見書(三重県鈴鹿市議会(第三八二九号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用に関する意見書(三重県名張市議会(第三八三〇号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用を求める意見書(京都府福知山市議会(第三八三一号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用を求める意見書(京都府綾部市議会(第三八三二号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(京都府宇治市議会(第三八三三号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用を求める意見書(京都府城陽市議会(第三八三四号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(京都府八幡市議会(第三八三五号)) 年金積立金の確実な運用に関する意見書(京都府京田辺市議会(第三八三六号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(兵庫県丹波市議会(第三八三七号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(奈良県大和高田市議会(第三八三八号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(広島県呉市議会(第三八三九号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用を求める意見書(広島県竹原市議会(第三八四〇号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(広島県福山市議会(第三八四一号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(広島県三次市議会(第三八四二号)) 年金積立金の被保険者利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(広島県庄原市議会(第三八四三号)) 年金積立金の専ら被保険者の利益のための安全かつ確実な運用に関する意見書(広島県東広島市議会(第三八四四号)) 年金積立金の安全かつ確実な運用を求める意見書(山口県岩国市議会(第三八四五号))	年金積立金の安全かつ確実な運用を求める意見書(山口県光市議会(第三八四六号)) 働き過ぎの防止と良質な雇用の確立を求める意見書(新潟県粟島浦村議会(第三八四七号)) 働き過ぎの防止と良質な雇用の確立を求める意見書(岡山県新庄村議会(第三八四八号)) 働き過ぎの防止と良質な雇用の確立を求める意見書(広島県尾道市議会(第三八四九号)) 働き過ぎの防止と良質な雇用の確立を求める意見書(広島県三次市議会(第三八五〇号)) 働き過ぎの防止と良質な雇用の確立を求める意見書(広島県北広島町議会(第三八五一号)) 東日本大震災津波の被災者の医療費窓口負担、介護保険サービス利用者負担等の免除の継続を求める意見書(岩手県議会(第三八五二号)) 富士医療圏の地域医療・福祉の充実に関する意見書(静岡県富士宮市議会(第三八五三三三三)) 富士医療圏の地域医療・福祉の充実に関する意見書(静岡県富士市議会(第三八五四四四四)) 平成二十七年地域別最低賃金改正等についての意見書(島根県議会(第三八五五五五五)) 保険により良い歯科医療の実現を求める意見書(鳥取県議会(第三八五六六六六)) 粒子線治療の推進に関する意見書(名古屋市中区議会(第三八五七七七七)) 労働者派遣法改正案、労働基準法改正案の撤回を求める意見書(北海道根室市議会(第三八五八八八八)) 労働基準法及び労働者派遣法の「改正」に反対する意見書(青森県今別町議会(第三八五九九九九)) 労働者派遣法等の改正による規制緩和を行わないことを求める意見書(岩手県議会(第三八六〇〇〇〇)) 労働者派遣法改正案、労働基準法改正案の撤回を求める意見書(岩手県一関市議会(第三八六一一一一)) 労働者派遣法改正案、労働基準法改正案の撤回を求める意見書(宮城県気仙沼市議会(第三八六二二二二))
---	---

労働者派遣法・労働基準法改正法案の撤回を求める意見書(京都府福知山市議会)(第三八六三号)

労働者派遣法改正案及び労働基準法改正案の慎重審議を求める意見書(広島県庄原市議会)(第三八六四号)

労働者派遣法改正案、労働基準法改正案の撤回を求める意見書(福岡県嘉麻市議会)(第三八六五号)

労働法制度の規制強化と安定雇用の確立を求める意見書(熊本県玉名市議会)(第三八六六号)

労働法制度の規制強化と安定雇用の確立を求める意見書(熊本県宇土市議会)(第三八六七号)

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

参考人出頭要求に関する件

医療法の一部を改正する法律案(内閣提出第六八号)

確定拠出年金法等の一部を改正する法律案(内閣提出第七〇号)

○渡辺委員長 これより会議を開きます。内閣提出、医療法の一部を改正する法律案を議題といたします。

この際、お諮りいたします。

本案審査のため、本日、参考人として独立行政法人都市再生機構理事瀬良智機君の出席を求め、意見を聴取し、また、政府参考人として内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局次長木下賢志君、厚生労働省大臣官房審議官牛尾光宏君、医政局長二川一男君、社会・援護局障害保健福祉部長藤井康弘君、老健局長三浦公嗣君、保険局長唐澤剛君の出席を求め、説明を聴取したいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○渡辺委員長 御異議なしと認めます。よって、

そのように決しました。

○渡辺委員長 これより質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。足立康史君。

○足立委員 おはようございます。維新の党の足立康史でございます。

生まれてから一番速いスピードで走ってまいりました。失礼しました、遅くなりまして。

きょうは、医療法ということで、大変重要な法案であります。私は、塩崎大臣のお仕事はほぼ九〇％支持しておりますが、医療法だけは反対という立場であります。

その考え方をきょうはお伝えしながらまた質問させていただきます。

その前提として、これまでも医療法は累次の改正がございまして、事務方で結構ですから、いわゆる議論がございまして、経過措置型医療法の現状。

私がよく耳にするのは、結局、持ち分ありの医療法人が新設をできなくなったために、マーケットで、経過措置型、持ち分ありの医療法人が売り買いが非常に活発になっている、こう仄聞をするわけですが、その辺、もし実態をおつかみであれば御紹介いただきたいと思います。

○二川政府参考人 経過措置型医療法人という御指摘でございますけれども、医療法人につきましては、平成十八年の改正によりまして、従来、持ち分ありの医療法人が認められておったわけでございますけれども、その改正以降は、新しい法人につきましては持ち分なし医療法人になったというところがございます。現時点におきましては、従来の経過措置型医療法人が約四万法人ございます。新しい医療法人につきましては九千五百ぐらいということで、約二割が新しい持ち分なし法人ということでございます。

また、持ち分あり法人の持ち分の譲渡とか売買とかそういうことにつきましては、実態につきましましては私も承知していないところでございます。

す。

○足立委員 実態ですからしっかりと掌握をしていただきたいと思います。今、八割という御紹介をいただきました。

これは私の一つの見方ですが、もともと医療法人については、釈迦に説法であります。持ち分ありが基本だったわけですね。配当はしてはいけないが、持ち分があるもので、例えば解散するときは分配するというか、こういうことができて、それを、いわゆる規制改革を求めるサイドから、株式会社の参入を求めるサイドから、それは事実上営利じゃないか、事実上今の医療法人は営利なんだから株式会社だっていいじゃないかという突っ込みを長らく入れ続けられて、その規制改革サイドからの突っ込みが耐えかねた厚生労働省及び関連の団体が、たまりかねて株式会社から距離をとる形でできたのが持ち分なし原則。

中心は持ち分ありだった医療法人が、中心は持ち分なしなんだ、こういう改正が平成十八年になされたわけでありまして、私はこれはもう大いなるフィクションだと思っています。

したがって、その八割の持ち分あり、経過措置型医療法人というふうに銘打っています。この経過措置はいつごろ終わりますか。

○二川政府参考人 従来、平成十八年改正までには、特に期限の定めはございませんで、できるだけ持ち分なし法人に移行していただくような移行措置とか、そういったものの措置は講じておるところでございますけれども、特に期限というものがございます。

○足立委員 期限を定めません。では、局長、何かインセンティブはありますか。

○二川政府参考人 持ち分あり医療法人の場合ですと、その持ち分、出資をした人が持ち分を持つていうことでございますので、出資者がお亡くなりになった場合に相続といったような問題が発生するわけでございます。そういったことにつきまして、持ち分なし法人であれば持ち分が

ございませんので、そういった相続税といったものがないわけでございます。

そういったことで、相続の場合にそういった課税関係が生じないようにするといったようなメリットがあるわけでございますが、そういった意味で、持ち分あり法人から持ち分なし法人へ進めていただきたいというふうに考えているところでございます。

○足立委員 今御紹介があったとおりでありまして、経過措置とは名ばかりで、相続が一つの契機だなんというのはふざけた話で、大臣、これは恐らく大臣が平成十八年当時大臣であればこんなしょうもない改正はしなかった、こう私は確信をしておりますが、実は今回の医療法改正にあつても、この経過措置型医療法人、これが大きく影を落としております。

例えば、これはずっと私もこの委員会でも要望し続けてきたことでありますが、もともと医療法には合併規定はあるが分割規定がない、いつの時代の話をしているんだ、こういう話をずっと申し上げてきたわけで、その中で分割規定を入れるようにしていただいているわけですが、どうも、私もびっくりしたんですが、八割を占めるこの経過措置型医療法人は分割規定が適用されないというふうに理解をしています。

これはちょっとさすがに、八割を占める持ち分ありの医療法人、つい最近までそれが原則であったそのマーケット、医療界で中核を占める、八割を占める経過措置型医療法人、持ち分ありの医療法人が分割規定の対象ではない。まず、局長、これは事実ですか。

○二川政府参考人 今回提出しております医療法の一部改正法案におきましては、医療法人の分割の規定を盛り込んでおるところでございます。この分割の規定の対象につきましては、今先生御指摘のとおり、持ち分なし法人について可能とするものでございます。

○足立委員 大臣、これはさすがに大臣も改めて認識を、今私が僭越ながら指摘を申し上げたわ

けですが、これはやはり安全保障の法案と同じように維新の主張を受け入れていただいて、主張といつても初めて今主張していますけれども、ちよつと修正した方がいいんじゃないでしょうか。

○塩崎国務大臣 今回、持ち分ありからなしに平成十八年の改正で変わったということも受けてなんですが、先生と今回の法案との考え方が必ずしも合っていないというのは、やはり営利を医療で認めるかどうかというところで、それについての規制をすればいいじゃないかというのがたしか足立先生のお考えだったというふうに思うわけがあります。

特に、今回、分割規定の問題についてお話をいただきました。

医療法人の分割については、従来の合併とか事業譲渡といった方法に加えて、可能とすること、今回の法律では経営の選択肢をふやすものとして、医療法人の分割については、医療法人のうちで社会医療法人それから特定医療法人については、分割上の優遇措置が講じられている法人であつて、分割を認めると分割上の優遇措置によつて蓄積された資産が当該法人から流出することなどを踏まえて、分割を行うことはできないということにして、医療法人の分割については、平成十八年の改正で医療法人の非営利性が徹底をされた際に経過措置として残っているものであつて、今般の制度改正の対象となつていないということですが、

結局、とどのつまりは、営利性を認めるかどうかということで、今回私も提案をしているのは、非営利性を追求するという前提で今回の法律も成り立っているということでごいまして、私も今回御提案申し上げている法律全体は、多分、足立先生もこれは一歩前進だと思つていながら、一部やはり認められないところがあるわけで、反対だと冒頭から珍しくおっしゃるわけがありますので、ここからはひとつ継続審議で

もつて、一歩前進でありますから、今の営利性を認めるか認めないかということについて少し先生と考える必要も合っていないということなので、ぜひ、そのところは少し留保して、今回の法案には賛成をいただければありがたいなというふうに思つておられます。

○足立委員 御指摘のとおり、医療法全体の、例えばこうやってガバナンスを強化する、大きな方向は賛成です。でも、その具体的な条文、内容、これはもう九割反対です。

今なぜ私がこだわつておられるかというと、これはぜひ委員の皆さんも、またこれからはぜひ御一緒に仕事をしたいと思つておられますので御理解をいただきたいと思います。繰り返して申し上げますが、医療と介護というのをやはり私はいつも念頭に置いておられます。

浦野理事ともよく社会福祉法人の話で意見交換させていたんですが、結局、日本は社会保険制度、皆保険制度を入れておられるわけですね。医療は、もともと営利であつた世界を、医療保険ということで八割以上公的なお金を入れておられる。介護も、措置であつたけれども介護保険を入れた。同じように社会保険なんですよ。公的な保険料で賄い、出口のところは民間の事業者、民間の医療サービス、民間の介護サービスでやつておられるという意味で、介護と医療は、かつて出自は違ふけど、今は全く同じタイプの保険制度のもとにあるわけですね。そして、きょうはもう時間がありませんので、通告はさせていただきますが余り質問しません、十八年に持ち分なしを原則としたときに、社会医療法人というのをつくつておられます。先ほど大臣から税制の話も一言言及をいただきましたが、医療法人は法人税を払つておられます。でも、無税の医療法人をつくつたんですね。これが社会医療法人です。だから、今、社会福祉法人にちよつとパラレルにあるのは社会医療法人なんです。無税なんです。それ以外のところは、介護は営利も入つておられるわけですね。であれば、本来、医療も一定の営利性は私は認めてもよかつたと思つておられます。

ところが、先ほど冒頭申し上げたように、規制改革サイドからの突き上げが余りに厳しいものですから、これではもう厚生労働省も言いわけが立たないということで、規制改革の要望を受け入れるかわりに、株式会社法の参入を受け入れるかわりに、根本の考え方をより営利から遠いところに、非営利性の徹底という形でやつたわけですね。

でも、それは明らかに、医療、介護、例えば、きょう後でまた出てきますが、地域包括ケアという、地域で関係事業者が連携しながら少子高齢化時代の地域の福祉、医療、介護をしっかりと支えていこうという考え方に真つ向から反対をされている。いや、医療は特別だ。こういうことになつておられるわけでありまして、私は大変危惧をしておられるわけがあります。

十一月一日に我が党代表選挙がございまして、誰が代表に立候補するかわかりませんが、その候補者には、これはこういう方向で変えるというところをしっかりと、党内の選挙であります、私に出るという声も一部にございまして、もし私が出れば、しっかりと自公政権との間合いを整えまして、自公と維新がしっかりと切磋琢磨をしていけるような、同じ方向で。

ちよつとこれで何か議院内閣制の話をしちゃいけません、やはりこれからの二大政党は、全く別の方向を向いて、政権交代で左から右、右から左というようにおられるようではいけません。しっかりと同じ方向を向いた二つの政党がその政策をめぐつて切磋琢磨するよう、そういう二大政党をつくつていく。既に大阪ではそうなつておられます。今、大阪にほとんど維新と自公以外の政党は、幾らかいらつちやいます、大阪ではもう既に自公と維新の二大政党でありまして、我々は、ちよつと何の委員会かわからなくなつてしまひますが、自公と同じ方向で切磋琢磨する。

そういう意味では、今回の医療法、まあ社会福祉法は賛成をいたしました、この医療のあり方はもう全く、これは多分、塩崎大臣と私が公開討論をすれば、国民の皆様は、足立が正しい、こ

う言つと確信をされているわけがあります。

例えば、今回の法案、ガバナンスの強化ということで話が出ておられます、例えば会計基準。

これは私が経済産業省にいたときから、小泉改革のときに、実は、学校法人会計基準もある、社会福祉法人会計基準もある、なぜか医療法人会計基準だけなかったんですね。ないんですよ。では、徳洲会グループの名前を挙げてはいけません、巨大な医療グループも含めて、既存の医療界は一体どういふ会計基準で監査を受けているのか。これは調べますと、もうほとんど零細中小企業並みの税務会計をやつておられるだけなんです。とんでもないガバナンス状況にあつたわけでありまして、私が経済産業省のときに、手前みそながら、厚生労働省にそれこそ横やりを入れて、会計基準がないとは何事かということ、小泉さんの医療構造改革のパッケージの中に検討すると入れていただいたんです。

でも、検討すると入れていただいてから、もう失念しましたが大変な年月がたつて、ようやく先般、二十六年かに四病協が医療法人会計基準をおつくりくださったというところでありまして、この医療法人会計基準、今回の医療法改正で、全ての医療法人、八割以上の財源が国民の血税と保険料で賄われているこの医療界であります、全ての医療法人に医療法人会計基準が適用されるということですのでよろしいですね。

○二川政府参考人 今回提出をしております医療法の一部改正におきましても、医療法人について一定の会計基準を適用するといった内容を盛り込んでおられます、これにつきましては、社会的に影響が大きい一定規模以上の医療法人に対して適用を義務づけるといったことを内容とするものでございます。

従来につきましては、先生御指摘のとおり、医療法人の会計につきましては、一般に公正妥当と認められる会計の慣行に従つておられておられ、病院団体の定めた医療法人会計基準を活用するように指導という形で、通知で指導というふう

にしております。それを、今回の改正法によりまして、一定規模以上の医療法人につきまして法的義務づけをする、そういったことを盛り込んでいるところでございます。

○足立委員 局長の想定で、大体何割ぐらいの医療法人になりますか。

○二川政府参考人 具体的には、この法律が成立をさせていただいた後に具体的な基準を定めていくということになるわけでございますけれども、これにつきましては、小規模医療法人についての配慮とか、あるいは社会的な影響があるような法人というのはどういった範囲かといったことにつきまして考慮をしていくことが必要だろうと思っております。

また、関係の一般社団法人あるいは公益社団法人、そういったような団体についてどういったことが義務づけをされているかといったことも参考しながら、総合的に検討をしてみたいというふうに考えているところでございます。

○足立委員 局長が御担当ではありませんが、社会福祉法人は、社会福祉法人会計基準、今おっしゃったように、裾切りをして適用しなくていいという形に、同じようになっていますか。

○二川政府参考人 社会福祉法人における会計処理につきましては、この二十七年四月から、経過措置期間を設けた上ではありますけれども、全ての社会福祉法人に対して適用しているものというふうに承知をしております。

○足立委員 隣の局でそういうことをやっておきながら、なぜ医政局はそれができないんですか。

○二川政府参考人 医療法人につきましては、医療法人はさまざま多数ございまして、一人の医師がやっている診療所、その医療法人化しているといった医療法人も多数あるわけでございます。そういった法人につきましては会計基準を適用してまいります。事務負担や費用負担も相当程度かかりますし、また、小規模な医療法人につきましましては社会的な影響も小さいというふうに見込まれるわけございまして、そういった小規模医

療法人に対する配慮ということも必要だろうというふうに考えているところでございます。

○足立委員 私、もう本当に、大臣、これはおかしいと思うんです。

そもそも、一人のお医者さんがやっている地域の診療所、診療所と言うのかどうかわかりませんが、法人成りさせているんですね、無理やり。昭和何年か忘れましたが、一人の医師の医療法人をむしろ推奨して、そういう制度をつくって、みんな法人になりなさい、こうなって、何でもかんでも法人化しているわけです。私の地元でも、もう自分も年だし法人はいかかなものかと思っているんだけれども、もう法人成りしちゃっているものなというふうなお医者さんたくさんいらっしゃいます。

大体、法人になるということは、その法人としての器を活用して、例えば隣に会社をつくって、そこでのいろいろな取引をしながら処理をしているんですよ、税務処理しているわけです。法人にした方が税制上メリットがあるから、デメリットよりもメリットがあるから、みんな法人成りしているんですよ。いいところだけとって、そして、いや会計は知りませんと。そんなことがありますが、大臣。私は全くとおかしと思うんですね。小規模だということだたら法人成りさせなければいいんですよ。それで、全ての社会福祉法人が社会福祉法人会計基準を適用しているのであれば、全ての医療法人が適用する。

今、会社にあっても、中小企業庁が、中小企業がしっかりと、中小企業の会計のあり方ということでもう十何年も前から精力的に研究会を開催して、その透明性を高めるように努めてきているんですね。それは事業承継の問題もあります。

だから、皆さんの世界、医療の世界だけが独特の世界をいまだに維持して、この医療法改正にあっても同じなんです。これは、特別の団体か何か言うことを聞かぬとかそういうことですか、大臣。大臣、お願いします。

○塩崎国務大臣 私は、自民党で会計小委員会と

いうのをつくりまして、会計小委員長というのをずっとやっていたんですが、私も今回、これは金ではないというのを見て、どうかなというふうな正直思ったところであります。

一つは、税の扱いは社会福祉法人や学校法人と医療法人というのは全く異なっていて、というか、むしろ逆に、社会福祉法人がいかにも税制で恩恵をこう受けているかというぐらい、固定資産税も払わなくていいということですから。それに対して、医療法人は、法人税も都道府県民税も市町村民税も事業税も固定資産税も、全部払うということになっている。普通の中小企業と同じなんですね。

中小企業は、実は、中小企業の会計基準があるというながら、税理士会と公認会計士会が別々につくったり、義務化もされていないと思います。これは使っても使わなくてもいいということになっていて。しかし、あつた方がやはりいいじゃないかということでもあります。

したがって、そうすると医療法人の場合に、法人成りということ、今、法人成りさせなきゃいいという話ですが、実は中小企業庁の所管である中小企業の中にも個人事業主というのがいて、これは法人成りしていないわけですね、青色申告会。実は、法人成りした方がずっと恩典があつて、退職金もみんな積み立てられるということ、この間、中退共と小規模企業共済を、たしか三人でしたか、ちよつと人数は忘れましたが、青色申告会に初めて設けることができて、それまでなかったんですね。そのくらい、ですから法人成りするのをと得をするという相対的に有利になるというのは、ややいびつな形になっているんじゃないかと私も思っていて、むしろ青色申告をしている個人事業主という形で十分やっていけるようにしておけばいいわけであらうと思うわけでありすけれども、これは実は相続の問題でも非常に苦労するわけなんです。

何が言いたいかというと、そういうようなことで、中小企業がみんなやっているかという、そうでもないし、法人成りしなくてもいいのにして

いるところもあるし、日本ぐらい株式会社が多い国はないのであつて、それをどう考えるのかというのはいちよつと考えなきゃいかぬなと思っています。

したがって、そうはいいながら、医療は、先生おっしゃるように、公的な仕事をやっていただいで国民の命と健康を守ってもらおうという、公益のために働いていただいているということは間違いないことでもありますので、今回はこれでとりあえず、急に小規模のところをやるものいろいろお声もあつたようなので、そういうことかということ、足立先生と同じような気持ちを持っていて、今回はこれでいいじゃないかということ、お願いをしようというふうな思っているわけ、将来課題として、今どきですから会計ソフトなんというのはそんなに難しくないわけであつて、それをきちつと組み込むようにすれば統一したものでできないことはないかと私は個人的には思っています。

したがって、将来的な課題として、今先生御指摘のような、会計基準を統一的に、一人の診療所でも簡便にちゃんとできるように、簡便にというのは別にツーバージョンつくれという意味じゃなくて、やれるようにしたらどうかというふうには思いますので、将来課題として先生の問題意識を受けとめていきたいというふうに思います。

○足立委員 大臣が会計のプロであることをちよつと失念してしまつて、うかつに攻めてしまいましたが、問題意識はもう十分御理解をいただいていると思います。

私は、とにかく、医療界は八割以上が公的なお金で回っている世界でありますから、最低でも会社並みのガバナンス、これを求めているかと思つています。

最後に、もう時間が参りましたが、地域医療連携推進法人。これは介護会社、営利会社がメンバーになれません。それから、出資をするときに一〇〇%の子会社しかつくれません。事実上、これは、地域包括ケアのインフラというよりは、特定

の医療グループが地域でドミナントになっているって、既存のせつかく参入していただいている営利の株式会社とかを排除していく、むしろ地域包括ケアをゆがめる制度になっていると指摘せざるを得ません。

もし弁明がありましたら大臣からおっしゃっていただいて、私からの質問を終わりたいと思います。

○塩崎国務大臣 地域医療連携推進法人は、病院などの医療機関を開設する医療法人等の非営利法人を参加法人とするともに、介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を参加法人として加えるということに今回したわけでありますが、これは、医療においては非営利性を堅持するというのが必要であつて、地域医療連携推進法人全体の非営利性を確保するために、株式会社については参加を今回は御遠慮いただくということにしたわけでございます。

地域医療連携推進法人制度というのは、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するために、医療機関の機能の分担、連携に資するように、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として設けるというものであつて、医療と介護双方のサービスを一体的に提供できることから、地域包括ケアシステムについても、本法人制度によつて構築が促されるというふうに思っているわけでございます。

今お話がございましたけれども、都道府県知事や、あるいは地域医療連携推進評議会というのがつくられますので、地域医療連携推進法人の運営をチェックすることによつて、単に特定の医療グループにメリットを与えて、先生御指摘のような囲い込みをしようというようなことを促進するものではないというふうに考えているところでございます。

○足立委員 以上で終わります。ありがとうございます。

○渡辺委員長 次に、井坂信彦君。

○井坂委員 おはようございます。維新の党の井

坂信彦です。

先ほど足立議員から、何か党代表選に向けての思いや公約まで聞かせていただいて、実は、維新の党は、アメリカ大統領選型と言われる、八月末までに党員登録された一般党員の方は国会議員、地方議員と全く同じ一人一票で代表選ができるという、非常にチャレンジングな制度の代表選を予定しております。

ただし、足立議員には一つハードルがありまして、立候補には国会議員五人、地方議員三十人の推薦人が要するというところで、私も推薦人になれたらよかったんですけど、実は選挙管理副委員長になつてしまったので、足立さんの推薦人にはなりたくてもなれないなと思ひながら聞いていたところであります。

さて、足立議員の質問を引き継ぎまして、今回の法案、私もやはり同じ問題意識を持っております。一つは、会計監査の適用対象が非常に少ない範囲にとどまるのではないかと問題意識、それからもう一つは、いわゆる非営利ホールディングと言われているグループ化のルールが、株式会社が排除された、非常に限定された、自由度の低い中途半端な制度になつていられないか、こういう問題意識を持っているわけでありまして。

まず、会計監査のところからお伺いをいたします。先ほど足立議員も少し聞かれましたが、今回の外部監査の義務づけの対象、これは医療法人全体の何割ぐらいに義務づけることを目指しておられるのか。これはぜひ政治家としての大臣にお伺いをしたいというふうに思います。

○塩崎国務大臣 外部監査などを義務づける一定規模以上の医療法人については、債権者保護の観点から債務額、負債額ですね、それと、医療サービスの提供の量の観点から事業収益額、これを基準として検討することを考えておりまして、対象となる法人数については、医療機関の経営実態により違いがございますので一概には言えないところでございますけれども、仮に年間五十億円の収入、負債であれば、一般的に大病院とされる病床

数三百床程度の病院であると認識をしております。て、病床数三百床以上の病院は五百七十病院と、法人開設の病院の一割程度というふうになつていくところでございます。

外部監査等の対象とする法人のより具体的な範囲につきましては、追つて省令で決めるということになつておりますが、小規模医療法人の事務負担とか費用負担や他法人との整合性等を総合的に考慮して検討していかなければならないのかなというふうに思っております。

今、病院の数からいって約一割と申し上げました。これは本来、では病床数ベースで見たらどうなのかというのが当然持ち上がる疑問であつて、聞きまして、そこらについて私も関心を持っておりまして、結果としてどの程度の病床数をカバーしていることになるのかということに改めて調べてみたいというふうに思っているところでございます。

○井坂委員 本日、後ほど議論いたしますが、医療法人のうち八割以上、恐らく八四％ぐらいが持ち分あり医療法人のままであることであつて、この持ち分あり医療法人が果たして本当に、非営利法人というふうに言い切つて、株式会社と明確な線引き、取り扱いを分けることにどこまで妥当性があるのか、こういう疑問や問題意識を持っているわけでありまして。

大臣がおっしゃった、負債の規模とかあるいは事業、売り上げの規模だけで線引きをするのではなくて、まさに持ち分あり医療法人であっても非営利法人なんだということであれば、その非営利性あるいは一部公益性というものが担保するための会計監査、ディスクロージャーでなければいけないというふうに思います。

ですから、先ほどの答弁で大臣が、中小企業との比較で、中小企業も会計基準が曖昧で義務づけもないんだ、だから小規模な医療法人もというようなことをおっしゃいましたけれども、私は、そういう問題ではない、非営利ということであれば

非営利というだけの、当然、営利企業よりもさらに厳しい公開の基準でなければおかしいというふうに思うわけでありまして、その点はいかがでしょうか。

○塩崎国務大臣 それはさつき足立先生にお答え申し上げたとおり、今回こういう整理でとりあえずスタートをしますが、私は、会計基準にしても、今おっしゃったような非営利性あるいは公益性、このことを考えてみると、どうやるかは別にして、今後の検討課題としてそちらの方向に進んでいくべきじゃないかなというふうに考えているところでございます。

○井坂委員 二問目にお伺いをしようとしておりました、こういう今回仮に外部監査の義務づけの対象外となつてしまった小規模な法人についても、何らか別途、より公開性を増す手だてが必要ではないかと通告をしておりましたが、今の御答弁以上のものはないと思ひますので、こは飛ばさせていただきますというふうに思います。

もう一点、この医療法人の会計のいわゆる厳密さに関連しまして、今回の法改正で、役員と特殊関係がある事業者、営利事業者との取引状況を知事に報告する。これは、いわゆる医療法人の理事、役員の方々が、あるいはその御家族が、例えば株式会社を横につくりまして、そこで医療関連のサービスをする株式会社をつくつて、そして医療法人とその株式会社が取引をしました、ここで余りにもこの株式会社ばかりをもうけさせるような取引があれば、これは医療法人の利益が株式会社にとんどんどんどん移つて、そして株式会社の利益となつて自由に個人に使えてしまう、あるいは配当もできてしまう、こういうことを防ぐための手だてが追加をされたというふうに思います。

そこでお伺いをいたしますが、役員と特殊関係がある事業者との取引状況を知事に報告する、報告するところまでは今回法律で定められましたが、報告をされても、その取引関係、では一体何を超えたらその取引関係はおかしいということになるのか。何らかの線引き、あるいは問題の有無

の判断基準が当然あるというふうに思いますが、その点をお伺いしたいと思います。

○塩崎国務大臣 先ほどのちよつと追加ですが、小規模の医療法人、つまり監査の対象じゃないところにつきましては、今、貸借対照表などを都道府県には届け出を必ずしなければいけないということになっている上に、請求に応じて閲覧をさせなければいけないということもあって、その点では透明性を担保しているということは言えるわけですので、そのことだけちよつとつけ足しておきたいと思います。

今お話がありました特殊の関係がある事業者の話でありますけれども、役員と特殊の関係がある事業者につきましては、いわゆるメディカルサービス法人などと呼ばれていますが、これとの取引状況の報告内容につきましては、医療法人の経営の透明化、適正化を図る観点から、事業者の名称、所在地、事業内容、それから医療法人と事業者との関係、取引内容と金額などをしっかりと報告していただくということになります。

報告された内容につきましてどうチェックするのかということですが、その取引内容が市場価格と比較をして相当高額であったりする場合、あるいは、現行の医療法で禁止している実質的な配当と見られるような値決めをしているような取引などに該当する場合には、当然、これは都道府県知事の指導監督の対象となるものでございまして、絶えず都道府県が監督者としてウオッチをしていかなければならないということになってくるわけでございます。

○井坂委員 いわゆる一般的な価格より高い値段で関連法人から物を買っていたら、その分余分なお金を意図的にその法人につけかえているだけだ、あるいは利益と連動したような値決めの契約はだめだ、こういうお答えだったと思えます。

ちよつと参考人に細かいことをお伺いしたいと思うんですが、例えばコンサルティング業務、普通に世の中にたくさんありますけれども、その中で、いわゆる成功報酬型でコンサルティング料を

払うようなコンサルティング会社も非常に多いというふうに思いますが、そういう真つ当な、世間一般でも普通にある、しかも決して高過ぎない、そういうコンサルティング契約、いわゆる成功報酬型のコンサルティング契約をメディカルサービス会社とすることについては、これはもう明確に抵触するという考え方になるんでしょうか。

○二川政府参考人 今回盛り込んでおります規制の対象となりますのは、取引の内容につきましての規制はございませんで、医療法人の役員と特殊な関係のある会社についての取引、その取引につきましては、小規模なものとか、あるいは医療法人から見ても、一部の取引をそこやっているとすることを検討する必要があるかと思っておりますが、一定規模以上だとか、シェアがそことかはかり契約しているといったものは今回の報告対象になるものというふうに考えているところでございまして、そういった意味で、コンサルティング契約を結んでいるといった場合にございしても、今回の報告の対象になり得る、役員との特殊関係がある場合にはなり得るというふうに考えてございます。

その際の、こういった場合が指導監督の基準になるかということにつきましては、先ほど大臣から御答弁申し上げたとおりでございます。

○井坂委員 一般論は大臣がおっしゃったとおりで、具体的なことなので参考人にお伺いしたんですが、

病院の役員さんの関係者がコンサルティング会社をつくりました、世間一般の相場で成功報酬型のコンサルティング契約を結びました、その場合は、当然それは報告されるんですけども、報告を受けた側として、これは問題があるという判断になるんでしょうか。

○二川政府参考人 そういったコンサルティング契約そのものにつきましては、それ自体で違法ということとはございせんけれども、その契約内容につきまして、例えば、これは全く例えばでござい

ますけれども、医療機関の売り上げに連動するような形の成功報酬といったようなことでありますと、いわば配当しているのと実質的には同じというふうに見られるケースもあり得るのではないかと考えるわけでございまして、成功報酬のつけ方、それににつきましてどういった形によるのかといったところでございまして、その辺につきましては、都道府県におきまして適切に監督をしていく必要があるものというふうに考えております。

○井坂委員 余りはつきりお答えにならなかつたんですけれども、私は、これまでの過去の議事録も見ますと、要は売り上げとか利益に連動したような払い方はだめだということではないかなと思つていたので、当然、普通では当たり前の成功報酬型、売り上げや利益に連動したコンサルティング契約がありますけれども、こういう関係、医療法人とメディカルサービス会社、特殊な関係の法人との間でそういう契約はだめだというお答えになるのかと思つていたんですけれども、必ずしもそうではないということですか。

○二川政府参考人 説明がちよつと十分でなかつたかもしれませんが、医療法人の売り上げに連動するような契約というのは、いわば配当とみなされるケースがございしますので、そういったようなものは、医療法で禁止するものであるということとを前提にした監督がなされるものというふうに御答弁申し上げたところでございます。

○井坂委員 持ち分あり法人ということで、最高裁判所の判例でも幾つか出ておりますが、この持ち分ありの医療法人が果たして本当に非営利法人と言ひ切れるのかということになりますと、やはり最後は、法人を解散するときは財産が出資者に割り振られてしまう、個人の持ち物になつてしまふということ、毎年の配当は近いにしても、最終的には結局全部どさつと配当に近いような形で出資割合に応じてされてしまふということ、これは本当に非営利と言ひ切れるのかということ、かつとこれまでもこの委員会でも議論になつて

それに加えて、持ち分あり法人が今世の中の八割以上ですから、実質持ち分あり法人のことを議論しなければいけないと思ひますが、持ち分あり法人で最後は結局配当に近い形で分配をされてしまふ。いわゆる株式のような、毎年の利益を毎年随時配当することは禁じられているけれども、でも、メディカルサービス会社というのを横に置いて、そこと取引をしていけば、事実上法人のお金と個人のお金に帰属する形で、個人のお金がか、いわゆる営利の株式会社の方にお金が行つてしまふ。そこへのお金の出し方も、今回報告までは義務づけられましたが、しかし明確な線引きがない。

さつき、なかなかはっきりおっしゃいませんが、利益連動型は絶対だめなのかというと、どうもそうでもないような御答弁をされております。何か、そういう原則に従つて都道府県の方で判断をするということ。

それはもう絶対だめだということなんですか。利益に連動するような値づけの契約は、あらゆるものがだめだということですか。

○二川政府参考人 ちよつと答弁が十分でなかつたかと思ひますが、売り上げに連動するような契約というのは、実質的な配当、禁止されている配当とみなされるという場合があるということとでございしますので、禁止される取引になるということがあり得るというふうに御答弁申し上げたところでございます。

○井坂委員 この期に及んで、最後、あり得ると終わるあたりがもう全く、さっきの答弁と何が変わったのかよくわかりません。

そういうことで、まさにこの基準がいま一つよくわからないんです。いわゆる非営利であるところの持ち分あり医療法人から営利の株式会社、しかも同じ親族で経営しているような会社に、どんだんだんお金が行く。その間を報告しても、では、どこから先が違法で、どこから先が合法かというのがいま一つよくわからない、こういう状況であります。

大臣に、今のやりとり、最後は持ち分で分配される、しかも、毎年、事実上、配当ではないけれどもお金をどんどん営利会社の方に流し得る、こういう全体の状況について、私はおかしいのではないかとこのように思いますが、いかがですか。

○塩崎国務大臣 大原則は、医療法第五十四条の「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない。」ということだったわけですが、また、これからは、十八年に持ち分ありというのは認められないということになったのは、やはりこういうようなことも背景にあったことだろう。つまり、こういうものがありながら、今お話しのような形で、実質的な配当と見られるようなことがあるということがあったがゆえに、これからは持ち分なしでいくということになったというふうに思っています。

ただ、今までのが残っているというのが八割というところなので、問題がそこにあることはそのとおりでありますし、だからこそ、今回、メディカルサービス法人についての報告を求めることにしたわけでありました。

そこで、基準はつきりしていないじゃないかというお話がございました。これは、恐らく税務署で、利益というのは何かというときに、経費として認めるか認めないか、いろいろなことがあつて、毎日これを議論しているというのが多分税務署だろうと思うんです。したがって、明快な、ここから上はだめよ、ここから下はいよいよみたいな話ではなかなかないと思います。

したがって、先ほど答弁がはつきりしないじゃないかというお話がございましたが、それは、原則としては、利益に連動するようなものは実質的な配当と見られる可能性が高いんですよということを言っているわけで、しかし、個別の仕組み方によつてはそうじゃないものもあるかも知れないという意味で言っているんだと思う。

おっしゃるように、なかなか難しいことはよくわかりますが、しかし、実質的な配当と見るか見

ないかというのは、当然、行政が判断をする。つまり、税であれば税務署が判断をして、それに対して不服があれば不服審判に持ち込むということになるわけですから、当然、このことも、何しろ非営利性を保つてもらいたいという政策メッセージを今回はつきりメディカルサービス法人についても出すということで明確にし、そして、それは都道府県がこれまで以上に意識をして運用に万全を期すということをやってもらわなきゃいけないというふうに思っているところでございます。

○井坂委員 これまで議論してきた内容は、私は、こういうメディカルサービス会社はおかしいじゃないかと、なくせとか言っている立場ではなくて、むしろ、持ち分ありがほとんどまだ現存していて、しかも、そこからさらに、メディカルサービス会社というもののさえつくれば、事実上、毎年、正当な範囲でという範囲でしようけれども、お金が流れる。

こういうところまで現状認められているわけで、別に医療法違反とか税法違反ということではなくて、なおかつそこまでは、持ち分ありで、しかもメディカルサービス会社を横に持っている持ち分あり医療法人がそれでも非営利だといって、一方で、株式会社は営利だから絶対仲間に入れませんよという、ここの線引きの妥当性が本当にあるのかという議論を今からしたいというふうに思っています。

今回、株式会社を、いわゆるホールディングカンパニーに参画する社員として、いわゆる子法人として参画させることを認めないということになつておりますが、その理由は何かでしょうか。

○塩崎国務大臣 株式会社を入れる入れないというこの是非の問題でござりますが、医療においては、非営利性を堅持することが原則ということになつております。これは、利潤を最大化する株式会社は、必ずしも患者に必要な医療を提供しないおそれがあるということなどが理由だというふうに思っています。

今回の地域医療連携推進法人制度は、地域の医

療機関を開設する複数の法人が医療機能の分担及び業務の連携を推進するものでござりますので、これに参加する法人についても非営利性を堅持することが求められるものであつて、営利法人は参加できないということとしているところでござります。

○井坂委員 先ほどまで議論してきた持ち分あり医療法人、しかもメディカルサービス会社を横に置いていた持ち分あり医療法人、これは非営利だ、株式会社は営利だ、こういう線引きで、株式会社は絶対に参画をさせません、こういう法律になつていくわけでありまして。

株式会社は、子会社ですよ、別にホールディング会社全体がそんな営利になつていいわけではないですから、そんなことは全く望みませんが、非営利のホールディング会社の下に一つ株式会社がある下がることで、一体どういう問題が起こるんでしょうか。

○二川政府参考人 医療法人につきましては、今大臣が御答弁申し上げたとおり、利潤を最大化する株式会社が患者に必要な医療を提供しないおそれなどといったことで、非営利性の確保を図っているところでございます。

連携法人につきましても、そういった医療を提供する、非営利で医療を提供する医療機関の連合体というような形のものでございます。そこへ仮に株式会社が入ってきたということになりますと、その株式会社の意思によつて、いわば医療機関経営の基本方針、そういったようなものにつきましてもこの連携法人で決定をするということがあり得るわけでございますので、そういった連携法人の意思決定を通じて医療機関経営に株式会社

の意思が反映されるおそれがあるといったような観点から、今回の地域医療連携推進法人制度におきましては、株式会社の参加は認めないといった内容にしておるところでございます。

○井坂委員 ホールディング会社の親会社は完全に非営利法人で、しかも、地域の評議会なんかもつくつて公益性も担保する仕組みに今回なつてい

るわけです。

そういうホールディング会社の子会社の一つに株式会社があるだけで、要は議決権一、そこに営利会社の議決権が入ること、そんなに全体が営利に汚染をされてしまふんでしょいか。

○二川政府参考人 確かに、議決権の数でいえば実際にどういったことかということとはござりますが、いざいざ非営利の法人に営利性を持った形の方が、いわばそういった基本方針を議論する場に参加をするということであれば、その経営方針について一定の影響を及ぼすことがあり得るというふうな考え方に立ちまして、今回、営利法人につきましても参加できないというふうにしていくところでございます。

○井坂委員 この親法人は社団ですから、親法人の経営方針はどこまでいっても非営利に、徹底的に非営利な経営、運営方針を親法人は持つわけですから、それに賛同した子法人が参画する仕組みに今回なるはずですよ。もし、そこに株式会社が入つて、非営利の親法人と全く違う、営利営利の意見ばかり言つて逆らつた場合は、これは普通に除名の手続などいろいろあるというふうに思うんですけども、株式会社が一個ぶら下がることで、親法人の非営利性というのはそんなに損なわれるものなんでしょうか。

○二川政府参考人 一つのところがどうかといった定量的なことではなくて、連携法人につきましても、非営利で医療を行っている者が今後の医療連携を進めていくための連携をする法人ということでございますので、そこに参加法人という形で直接参加していただくのは、同じような考え方で医療機関をやっている、あるいは介護をやっている、そういったところに参加していただくというものでございまして、それ以外の、いろいろなサービスがあり得ると思うんですけども、そういったものにつきましても、参加法人という形ではなくて、別の形で医療連携推進法人にかかわっていくといったことはあり得るものというふうに承知をしております。

○井坂委員 ちょっと大臣にお伺いをしたいんですけれども、実は今回、株式会社の子法人としての参画は禁止をされました。一方で、株式会社に対して親法人が出資をするということは認められることになっています。ただし、それは一〇〇%出資でなければだめだ、こういうことであります。

私なんかは、逆に、親法人がある株式会社に一〇〇%出資をしたら、親法人としてこの出資したお金は大事ですから、この株式会社の経営はむしろ親法人にとって大事な問題になってくると思います。親法人が出資した株式会社の浮き沈みを親法人がむしろ気にし出すことだってあるんじゃないか、そこに、逆に営利的な判断が親法人に入ってきたりしないか、それと比べて、子法人に株式が入ることの影響と一体どっちがどうなんだという気もするんです。

親法人が株式会社に一〇〇%出資ができる、その場合は非営利性がしっかりと堅持できる、しかし、子法人に株式会社が入ると途端にホールディング全体の非営利性が心配になってくる、だから入れないんだ、こういうことなのかなというふうに思うんですけれども、出資はできる、けれども子法人には入れない、この整合性についてはどういう整理になるんでしょうか。

○塩崎国務大臣 今の御指摘に関連する疑問というのはいろいろあり得て、これは先生も事前レクでもお取り上げをいただいたと聞いておりますけれども、例えば、子法人に一〇〇%出資でないとだめだというのはなぜかという問題もあります。そこにも象徴的に考え方があらわれているんだらうと思います。非営利法人というのは利益を上げないのかといったら、そんなことはないのであって、利益は医療法人でも出るときは出るわけであって、それは収支の差の問題というだけなんです。それで、一〇〇%に今回限定をしたというのは、例えば五〇%、外の、新しい連携法人以外の株主がいた場合ということですけども……（井坂委員「そこはよくわかってるんです」と呼ぶ）ですから、そういうところに、他の株主への流出と

いうのが問題なので、そのグループの中から、今回の概念はこういったグループ全体は非営利ですから、この非営利性が、たとえ利益が出た場合に外に出ていかないようにしていくための手だてとして、こういう形での一〇〇%出資という形にしている。

そこに株式会社が入ってきて、ですから、外の、連携法人外の株主がいる場合については、この連携法人の便益を受けて利益を上げたものが今度別な株主に出ていくことになるわけでありまして、それは今回の考えているコンセプトから外れるのではないかとということで、厳密な形での一〇〇%出資までは認めるけれども、それ以外はとりあえず認めないスタートをしようということと考えたということでございます。

○井坂委員 もう時間ですので最後に一言申し上げますが、今の大臣の御説明ですと、それは、子法人、医療法人の横についているメディカルサービス会社を通じて、要は、まさに子法人の医療法人がグループで得た便益がまたこの法人を通じて結局出ていってしまうという同じ話になると思いますから、私は、今の話は余り整合性がないのではないかなというふうに思います。

きょう、もう時間がこれだけで終わりで少し議論もきょうだけということなので、もう少しまた一般質問なども使って議論をさせていただきますというふうに思います。

どうもありがとうございます。

○渡辺委員 次に、興水恵一君。

○興水委員 公明党の興水恵一でございます。

本日は、質問の機会をお与えいただきまして、ありがとうございます。

医療法の一部を改正する法律案につきまして質問をさせていただきます。

本法案は、地域における医療介護の総合確保法、いわゆるプログラム法にのっとり、法案が提出されたものでございます。本改正案では、先ほど来ございましたように、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保に向けて、新たに、医

療機関相互の連携による機能の分担及び連携を進めながらの地域医療連携推進法人の認定制度を創設することが一つ、またもう一つは、医療法人の経営の透明性の確保とガバナンスの強化などを進める、そういった二つの大きな論点があるわけでございます。

初めに、この地域医療連携推進法人に関しましてまず伺わせていただきます。

この地域医療連携推進法人制度の創設の一つの目的が、まさに、地域の医療機関同士が互いの役割分担を明確にしながら、そして連携をしていくことによって、切れ目のない医療を効率的かつ効果的に地域住民に提供する体制を整備することであると認識をしております。

現在、都道府県において地域医療構想の策定を進め、患者の容体に合わせて高度急性期、急性期、そして回復期、慢性期の医療が適切に提供できる体制の整備に取り組んでいるところであると思います。ここで、特に、高度急性期や急性期が大きく膨れ上がってしまったという現状の中にあつて、回復期病床、そのバランスをどのようにとっていくのか、これが各現場での大きな課題であると考えております。

本改正案では、地域医療連携推進法人の設立により、病床特例等も活用して、一般病床や療養病床などの病床を、法人内の医療機関で、地域の基準病床に縛られずに移動することが可能となり、また診療科の統廃合も可能となります。私は、地域医療構想を実現する一つの手段としてこの法人の設立は大変有効であると考えているんですけれども、そこで大臣に質問をさせていただきます。

この地域医療連携推進法人内の病院間で、病床の移転や診療科の統廃合など、需要に応じた医療提供体制を整える上でどのような手続が必要なのか、また、高度急性期病床を回復期病床に転換するなど、病院の機能を再編する際の利害調整はどのように進められると考えているのか、できる限り具体的にお答え願えますでしょうか。

○塩崎国務大臣 地域医療連携推進法人の参加法人の病院同士の間で、病床の融通とか診療科の統廃合などを行う際の手続が発生する可能性があるわけですが、事前に参加法人間で病床融通等の方針を十分に調整を行っておくということ、それから地域医療連携推進法人、参加法人のそれぞれの社員総会等で意思決定を行って、病床の融通の場合には都道府県の許可を得るといったものになると思うわけがあります。

今の制度でいきますと、二次医療圏の中で特定の病院が病床をふやすということは認められないわけでありまして、今回、グループの中で、ふえるところもありませんけれども減るところがあつてネットでチャラということであれば、これは認められるということになるのが新しい今回の制度を活用することによって出るメリットであるわけでありまして、今申し上げたような手続をとることそれが可能になり得るということなので、今までよりもはるかにフレキシブルな病床の機能分化、今おっしゃったようなことができるということなんです。

また、病院の機能を再編する際には、十分に参加法人間の調整を行うことが必要であつて、あわせて、医者それから看護師の再配置、医療機器の共同利用、カルテの共有、それから共同研修、資金の貸し付けなど、グループ内の経営資源の有効活用を行うことも利害調整の一助になり、これがセットで初めて、病床をグループの中で、例えばこちらは百ふやすけれども別な病院で百減らすのでこれでオーケーということになれば、今までのように、どこでもやはり過剰なところはふやしちゃいけないということになっていきますが、それがネットでチャラであればできるということになるので、それをきっちり組織内で、新しいグループの中で調整ができるようにし、もちろん県とも調整をするということだと思えます。

○興水委員 ありがとうございます。まさに病床の機能分化、どうやって利害調整をしていくのかということ、病床がフレキシブル

に、またいろいろ動かせることは今よくわかりまして、その上で、資金の貸し付け等、あと医療機器の共同利用という形で、どこでどういった機器を導入してそれをどう使うかということでその利害調整もできるのかなと。

その上で、もう一つ、今お話がありましたとおり、医師や看護師の法人内での派遣、法人内ですけれどもそれぞれの医師や看護師がそれぞれの医療機関に属している、しかし、その中でも違う医療機関に派遣をすることによって、その医療機関の負担のある程度を軽減しながら医療行為ができるような、そういった結構フレキシブルな形でのいろいろなやり方を法人内でよく相談をして合意をとっていく、そのやり方で調整がつく、そういうふうにつめたいと思うんですが、それでよろしいんでしょうか。うなずいていただいておりますので、ありがとうございます。

では、そういう形で、私も、やはり調整をどうやっていくのか非常に難しい、そこをしつかり話し合いの中で進められるということは確認できましたので、これが病院の機能分化と連携の一つの手段として有効に活用されることを期待したいと思います。ありがとうございます。

続きまして、地域包括ケアシステム構築における地域医療連携推進法人の活用について確認をさせていただきますと思います。

この法人は、地域の病院、診療所などの医療法人、場合によっては介護事業所などの非営利法人を含め、それを代表する職員が社員としてそこに参画をしていく、そして、法人として統一的な役割分担と連携のあり方を決定しながら、一人一人の医療や生活の安心を守るきめ細かいサービスを地域住民に提供をする。この法人の活用に関して、これはまさに、住みなれた地域で、地域住民に対して安心な住まいを確保しながら、切れ目のない医療、介護、生活支援サービスを提供する、地域包括ケアシステムの多職種連携の一つのモデルにもなるかな、このように考えるわけでございます。

この地域医療連携推進法人と、また、法人の出席による関連事業の展開も考えられるわけで、このことにより、医療保険や介護保険だけでは賄えない多様なサービスの提供なども含め、食生活も含めた健康の維持管理また生活習慣病の予防、そして緊急の入院から、リハビリ、在宅医療、また、みとり、そこまで切れ目のない生活支援が提供できる、そういった体制がつけられるのではないかと期待されるわけでございます。

ここで、私も現場を歩いていて、非常に大事なことは、幾らそういう仕組みをつくっても、受ける地域住民がそこにどうつながるか、またそれがどう判断して求めているのか、こういったことが大きな課題になっているんだと思います。まさに、日ごろから地域住民に、さまざまな相談を受けながら、あるいは情報を提供しながら、また状況を把握して適切なサービスを促す環境の整備というものがあるわけで、幾ら団体をつくっても、システムをつくっても、それが住民にきち々と伝わって、そしてうまくつながってこなければだめなんだと。

そこで質問なんですけれども、常日ごろから地域住民に寄り添い、交流を図りながら、一人一人の健康管理などを進めたり、支援が必要になったときに適切なサービスに迅速につなげる相談支援事業の展開、これは地域包括ケアシステムの構築のためにも、地域医療連携推進法人の設立にあわせて積極的に、そういったものもしっかりと整えるように支援するべきだ、このように考えますが、見解をお聞かせ願えますでしょうか。

○二川政府参考人 先生ただいま御指摘のように、健康管理から診療あるいは在宅療養、みとりまで、切れ目のないサービスを提供すること、これが重要になってくるわけでございます。

この地域医療連携推進法人におきましては、医療事業を行う非営利法人のみならず、介護事業を行う非営利法人も参加できるというふうになっておるわけでございまして、そういった意味で、さまざまな相談への対応あるいは健康診断も行えるというところでございますので、医療保険とか介護

保険とかそういった内容に縛られずに、さまざまな相談を行っていくことが可能な仕組みだというふうに私どもは考えているところでございます。

こういった仕組みが円滑に機能していくためには、地域住民の方と、地域医療連携推進法人あるいはその参加法人、そういったところが相談に乗れるような関係をふだんから築いていくといったことが重要であるというふうに考えられるところでございまして、この法律が成立いたしましたならば、施行に向けた制度の周知を行う際には、御指摘の点も十分踏まえて対応してまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○興水委員 どうもありがとうございます。

これは今、地域包括ケアシステムという観点で確認をさせていただいたんですけれども、まさに、高齢者だけではなくて難病の方とか、あるいは障害のある方なんかも、いろいろな形で包括的な相談を受けながらきちとした医療につなげたり、また生活支援サービスをしっかりと提供できるような、そういった仕組みづくりというのが今後大事になるのかなと。私は、まさに地域包括コンシェルジュ、そういう形の、そういったサービスが現場に根づくことによつて、その住民がより安心してさまざまなサービスを受けられる、そういった環境になるのかなというふうに思っております。

続きまして、この地域医療連携推進法人へのケアマネの配置、そういう観点でお伺いいたします。

ここで、個人個人の介護サービスのプランを設定するケアマネさんについて、現在は、主に一つの法人に所属して、比較的、法人内の事業を中心にプランを立てる傾向があるとも言われておりますが、今回の地域医療連携推進法人へケアマネさんを配置することによつて、サービス利用者にとつて幅広い事業者の選択肢の中でより適切なサービスが受けられる、そういったメリットがあるのではないかとというふうに感じるわけですが、その点についての見解を伺います。

○三浦政府参考人 地域医療連携推進法人におきましては、医療機関を開設する法人に加えて、介

護事業などを実施する非営利法人が参加することも認められることとなっております。介護支援専門員、いわゆるケアマネジャーを配置する居宅介護支援事業を運営することも可能であると考えております。

ケアマネジャーは、利用者の状況に応じて適切な居宅介護サービス計画を作成する際には、公正中立性の観点から、計画にサービスを位置づけるに当たって、地域のさまざまな法人、事業者が提供する介護サービスの中から検討することになると考えております。

地域医療連携推進法人の参加法人に属するケアマネジャーにつきましては、各参加法人が提供する介護サービスをよく把握していると考えられます。計画の策定に当たっては、これらのサービスも選択肢として幅広く地域の介護サービスを検討できるメリットが生まれることもあると考えております。

○興水委員 どうもありがとうございます。

まさに地域包括ケアシステム、病院完結型から地域完結型、そういう形で今目指していると思うんです。

病院完結型というのは、どちらかというと、我々地域の生活者、なかなか医療とか介護の知識がない中で、病院にお任せしていけば全て病院で見ていただける、そういった病院完結型から、今度、地域完結になると、自分でさまざまなサービスを選択して、そして家族と連携をとりながら、また地域のサービスと連携をとって、どうやって自分の家族を自分たちで守っていくのか、どちらかというと自己判断が必要になってくる。

しかし、地域住民はそこまで情報もなければ知識もない可能性があるし、ましてや核家族になったときに相談する相手もないケースがある中で、幅広い形での相談を受けてくれて、そしてその相談に対してさまざまな情報を提供して、安心して地域で、現場で、医療と介護が切れ目なく受けられる、そういった体制づくり、これがなければ、幾らシステムをつくっても現場ではなかなか

活用できないのではないかと、このように感じるわけ、その点ぜひしっかりと、その辺を視野に入れないながら推進をしていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、地域医療連携推進法人の活用のあり方については今確認をさせていただいたんですけれども、一方、地域医療機関の法人への参画は強制されるものではなく、地域の医療機関の個々の考えを尊重している、それは当然のことであると思います。

例えば、広い地域からの患者を受け入れている専門性の高い病院や、個別の方針に沿って業務を続けたい診療所など、地域医療連携推進法人に参画しない医療機関もあると思います。

この地域医療連携推進法人に参画しない地域内の診療所などが不当に不利益をこうむることはないと考えておりますが、その上で、地域医療連携推進法人は、地域の医療機関等の参画のあり方によっては地域の医療や介護サービスを統括するような場合もあるのではないかと。また、医薬品や医療・介護用品の共同購入など、出資法人において多額の取引が生じることもあり、一つ一つの連携や事業が適切に進められることが必要であると考えます。

そこで、本法案においては、新法人の運営のあり方に対して、地域医療連携推進評議会を設置し、地域医療連携推進法人の事業運営等については評議会からの意見を尊重するとしております。この地域医療連携推進評議会の構成員はどのようなものか、また、評議会においてはどのような観点からの監視が求められていると考えるのか、お聞かせください。

さらにもう一つ、済みません、評議会とは別に、許可・監督者である都道府県は新法人の運営にどのように関与していくのかもあわせてお聞かせ願えますでしょうか。よろしくお願いいたします。

【委員長退席、高島委員長代理着席】
○永岡副大臣 興水委員にお答えいたします。
先生おっしゃいますように、地域医療連携推進

法人の運営に当たりましては、法人内に地域関係者で構成いたします評議会を設置いたしまして、法人の業務の評価を行うことなど法人運営に地域関係者の意見を反映する仕組みを設けております。

この評議会は、地域の中の医療または介護を受ける立場にある方、そして医師会など診療に関する学識経験者の団体の方、そして学識経験を有する方などによりまして構成をされております。法人に対します意見具申ですとか、あとは、評価の実施といった役目も果たしていただくということになっております。

先ほどの先生の、知事ですね、監督権限のあります都道府県の知事が、地域の推進法人につきまして、非営利性が確保されていること、地域医療構想と整合性がとれていること、それから地域医療連携推進法人に参加をする希望のある者が不当に参加を拒まれるなど、社員資格の得喪に関して不当に差別的な扱いをしていないことなどについて確認するとともに、また、必要に応じて報告徴収、それから立入検査などもできる仕組みを設けております。

適切に運用したいと考えておる次第でございます。

○興水委員 どうもありがとうございます。

この地域医療連携推進法人、適切に活用されて、地域の医療、また、そういったさまざまな介護等が地域住民の方にとってしっかりと適切に提供できるように、そういう期待をしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、医療法人の経営の透明性の確保に関して質問をさせていただきたいと思っております。

先ほどの井坂委員の質問ともかぶるところもあるかと思いますが、確認の意味で質問させていただきたいと思っております。

地域住民にとって、病気になるたときに受け入れてもらえる病院が近くにあることは非常に大切なことであります。その病院には、健全な経営のもと、安定的に医療を提供し続けることが求めら

れておるわけでございます。地域におけるかけがえのない施設である病院の経営状態を公認会計士が適切にチェックし報告することは、病院の存続の安定を担保する意味で大切なことであると考えてるわけでございます。

そこで、本法案において、一定規模以上の医療法人について公認会計士による外部監査を義務づけることとなっておりますが、この一定規模とは具体的にどのような目安で定められるのか、また、対象となる医療法人の数はどの程度になると考えているのか、お聞かせ願えますでしょうか。

○二川政府参考人 今回の法案の内容で、外部監査等を義務づける一定規模以上の医療法人、これは具体的に厚生労働省令で今後定めるところになるわけでございますけれども、債権者保護の観点から、負債額といったことも一つの基準になろうかと思っておりますし、医療サービスの提供量の観点から、事業収益額ということも一つの観点になろうかと考えております。そういった点から検討していくことを考えているところでございます。

具体的な負債額あるいは事業収益額につきましては、小規模医療法人の負担といったことにも配慮する必要があるものというふうに考えているところでございます。

現在のところ、負債百億円以上の医療法人については外部監査の導入が望ましいというふうに通知をしておるところでございますけれども、例えば、税法上の取り扱いが医療法人と同じになっております株式会社あるいは一般社団法人では、負債額は二百億円以上、こういうふうになっておるわけでございます。

また一方、公益社団、財団法人では、負債五十億円以上、こういうふうになってございまして、社会福祉法人につきましても、審議会におきまして、収益十億円以上または負債額二十億円以上とすることが適当だ、こういった提言が行われているということも承知しております。ただ、これらの法人につきましましては、医療法人と比べまして

公益性が特に高く、また非課税法人とされているということにも留意が必要だろうというふうに考えているところでございます。

具体的には今後の検討になるわけでございますけれども、それからまた、医療機関の経営実態により違いがありますので一概には言えませんが、仮に年間五十億円程度の収入、負債といったことを想定いたしますと、一般的には大病院とされます病床数三百程度の病院が該当するものというふうに認識をしておりますので、病床数三百以上の病院は約五百七十ほどございまして、医療法人開設の病院のおよそ一割程度が該当するものと考えてございます。

具体的には、外部監査等の対象法人につきましては、今後、小規模医療法人の負担あるいは他法人との整合性等を考慮いたしまして、総合的に検討してまいりたいと考えておるところでございます。

【高島委員長代理退席、委員長着席】

○興水委員 どうもありがとうございます。

そしてもう一つ、役員と特殊な関係にある事業者との取引の状況報告書についても確認をさせていただきたいと思っております。

確認の意味で、役員と特殊な関係というのはどのような関係を示すのか、どのような内容の報告を求めるのか、また、適正な取引が行われているかどうかの判断基準はどのようなのか、不正があったときの罰則はどのようなになっているのか、お聞かせ願えますでしょうか。よろしくお願いいたします。

○二川政府参考人 今回の医療法改正法案におきまして、メディカルサービス法人を含めまして、いわゆる医療法人の役員と特殊の関係のある事業者の取引につきましては、毎年度、一定の様式に沿って、都道府県知事に届け出をしていただくというところを盛り込んでおるわけでございます。報告の対象となる事業者の基準でございましてけれども、事業者の役員と医療法人の役員が親族関係にあるといったことが一つの基準になると考え

ておりますし、また、事業者と医療法人の取引額の絶対額が多い、あるいは取引額について医療法人の事業費に占める割合が高い、そういったようなことが基準になるものというふうに考えておりまして、具体的などころにつきましては今後検討してまいりたいと考えております。

また、報告内容につきましては、事業者の名称、所在地、医療法人と事業者との関係、取引内容、金額等を報告いただくことを検討しておるところでございます。

また、報告された内容につきましては、その取引内容が市場価格と比較して相当高額である場合には、現行の医療法で禁止している実質的な配当に該当する場合があり得るということでございまして、この場合には都道府県知事の指導監督の対象となりますし、また、法人の理事等につきましては、二十万円以下の過料でございますけれども、罰則規定の対象にもなり得るということでございます。

○興水委員 どうもありがとうございます。

確認なんですけれども、親族の事業者とのある程度大きな規模の取引があったとしても、適正な価格、そういった取引であれば問題がないと考えていいの、よろしく願いたいと思います。

○二川政府参考人 一定の関係のある法人との取引については、全都道府県の方に報告はいただいておりますけれども、その取引の全てが違法であるとかそういったものではございませんで、そういった報告を端緒にして都道府県の方が監督をしていく、こういった仕組みを想定しているわけでございます。

○興水委員 どうもありがとうございます。

もう一つ聞かせていただきますが、社会医療法人の認定についてお伺いをいたします。

社会医療法人の認定については、厚生省の省令で定める基準に適合することが必要であるというふうにされておりますが、今回の改正は、二つの県にまたがる、県境で事業を展開する医療法人では、一方の県内の事業所で基準を満たして、

一方では満たしていないケースがある場合に、一方の県で基準を満たしていれば、別の県の施設も社会医療法人として認められるようになる、こういう改正であると思います。

そこで、この社会医療法人の認定において、主として今回の改正が必要になるのか、具体的に事例をお聞かせ願えますでしょうか。

○二川政府参考人 社会医療法人は、救急医療あるいは災害時における医療など、いわゆる不採算な医療等々、公益性の高い医療を行う場合に、医療法人の中から一定の要件を満たす場合に都道府県知事が認定をする、こういった仕組みのものでございます。

社会医療法人の認定の要件の具体といったところで申し上げますと、救急医療について申し上げますと、夜間、休日の救急自動車等による搬送件数が年間七百五十件以上、こういったふうな具体的な要件が定まっているものでございます。それとあわせて、役員につきましては、親族等の関係者が三分の一を超えていない、こういった要件もございまして。

そういった中にありまして、親族要件ではなくて、医療の事業の方の要件でございますけれども、救急医療等の事業のそういった基準については、現在の法律におきましては、一つの都道府県内で医療機関を営んでいるだけであれば、もちろんそれでその基準を満たせばいいわけですが、二県で医療経営をやっているといった場合には、そのどちらの県でも、今申し上げましたような、救急搬送件数が七百五十件以上といったことを満たすことが必要だということが現在の法律の定めでございます。

今回の改正におきましては、県境をまたいで、病院は片方にあるけれども、片方は診療所しかないような県におきましては、片方の診療所しかしたような救急搬送件数の件数を満たすということが現実には困難でございますので、そういった

ようなケースにつきましても、社会医療法人としての使命は果たしているわけでございますので、そういった診療所につきましても、隣接の県でやっている場合に、十分な連携が図られて一体的な運営が行われているといったような場合におきましては、社会医療法人の認定要件を満たすものというふうな扱いをできるようにしようといった内容のものでございます。

○興水委員 どうもありがとうございます。

今回の改正により、地域医療連携推進法人、これが適切に機能して、地域医療のしつかりとした連携、また適切な医療を住民に提供できる体制の整備が進むことを期待申し上げます。

以上で質問を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○渡辺委員長 次に、牧義夫君。

○牧委員 牧義夫でございます。

既に維新の党同僚議員が二名も質問をしておりますけれども、私は、特に今回の法改正の一番の、地域医療連携推進法人制度について質問をさせていただきたいと思っております。

地域医療あるいは地域包括ケア、こういった言葉がこの永田町で飛び交うようになって久しくなると思いますが、ちょっと原点に返って、地域というのは一体どういうものをイメージすればいいの、きちっと共通認識のもとで議論をしたいと思っておりますので、その辺のイメージから教えていただきたいと思います。

私も、今、東京にいたるときは文京区に住んでおります。前の仕事の関係とか、昔仕えた代議士が、当時、文京区が選挙区だったものですから、そのまま文京区に居を構えております。文京区というところは、日医大、順天堂病院、東京医科大学、東大病院と、特定機能病院が四つもあるわけ、そのほか、都立駒込、都立大塚と、本当に病院のたくさん林立する、非常に恵まれた、ある意味恵まれた地域かもしれません。

そうはいいいながら、そういう中で救急車であらう回しにされて亡くなる人がいたり、本当に改め

て地域というものをもう一回考え直さないと、医療圏という言葉もありますけれども、例えば特定機能病院について見ても、参議院の定数じゃありませんけれども、各県に一つしかないようなところもたくさんあります。参議院は一人もいなくなる県も今度発生しましたけれども、特定機能病院も、複数あるところと、最低でも一つはあるんですね、今は。

ただ、こういったものを中心とした一つの大きなエリアで捉えればいいのか、あるいは、大きな総合病院を頂点とする一つのピラミッドの中のそれぞれの面で捉えるのか、ちよつとこの辺の認識からきちつとしないと私はこの地域医療について語れないと思っておりますので、まずその基本的な認識から教えていただきたいと思います。

○永岡副大臣 先生の住んでいらっしゃるところが随分と特定機能病院がたくさんあって、随分都会は違うなと思う地方出身の議員でございます。きょうのお話ですと、地域医療連携推進法人、これにつきましてお話しさせていただきましたと思います。地域医療構想を達成するための一つの選択肢といたしまして、地域の医療機関の機能の分担ですとか、また業務の連携、これを推進することを目的としております。

この法人が連携を推進する地域につきましては、地域医療構想の構想区域、すなわち、一般に言う二次医療圏になりますけれども、これを考慮して定めることとしております。

ただし、先生がおっしゃいますように、東京と地方、また違うとは思いますが、地理的な状況ですとか交通事情、それから医療機関の所在地などの影響によりまして、地域医療構想の区域と一致しない場合というものがあります。都道府県を越える場合もございまして、そういう場合には、地域医療構想との整合性に配慮をいたしまして、適当と認める場合には、医療連携推進区域として認定ができることとなっております。

また、連携のイメージでございますけれども、地域の状況によりましてさまざまな連携のあり方

が考えられます。例えば、地域の中核的な病院とその周辺にあります小規模な診療所とのネットワークの法人化によりまして、医療機関と介護施設ですとか、あとは高齢者住宅の連携の強化が図られるというふうに考えられますし、また、地域の複数の総合病院、これらの法人化によりまして、医師の再配置によりまして診療内容の重点化というものが図られるというふうに考えております。

○牧委員 ちよつとわかつたようなわからないような感じがございます。面で捉えてよろしいわけですか。

今回の法改正でいうと、地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を参加法人として加えることができるわけですから、も、やはり大きな病院が中心になってその医療圏というものが一つの地域というものを形成するわけですから、ともすると、病院、医療機関というものは、やはりある意味排他的な部分もあると思います。学問ですとかいろいろなことがあると思うんですけれども、加えることができるということとは加えないこともできるわけで、その面の中で、果たしてきちつとしたものが構築できるのかどうかというところがちよつと私は不安もあるんですけれども、その部分はきちつと担保されるんでしょうか。

もしよければ、事務方からでもお聞かせいただきたいと思ひます。

○二川政府参考人 地域医療連携推進法人の地域要件でございすけれども、これはただいま副大臣が御答弁申し上げたとおり、現在策定をしております都道府県の地域医療構想の区域、この範囲を一応原則とする。地域医療構想区域につきましては、私どもはガイドラインを示しております。従来の二次医療圏を原則とするというふうに示しておるところでございす。したがって、二次医療圏の範囲内の医療機関が連携をしていくというのを原則とするというものでございす。しかしながら、地域医療構想におきましては、

今後、二次医療圏よりももう少し狭い範囲を定めようというところもあるかもしれませんし、それから少しはみ出して考えるといった場合もあるのかと思ひますので、必ずしも一致するわけでもないかなというふうに考えるところもございす。

また、それから、地域医療構想区域を原則としつつも、実際の患者さんの行動から見ると、都道府県をまたいで患者さんがたくさん来るといったような地域もあり得るということもございまして、そういった場合には、そういったところの医療機関が連携をしていくということもあり得ないわけではないというふうに考えておりますので、そういったような場合については、はみ出した場合でも地域医療連携法人として認定できるケースといったものはあり得るんだらうというふうに考えているところもございまして、具体的な地域での医療、介護のニーズに即した形で認定といったものが必要にならうかというふうに考えているところもございす。

○牧委員 ごめんなさい、今のお話はそれはそれでわかつたんですが、私が申し上げたのは、二次医療圏の中で、ここに組み込まれない可能性のあるところ、排除される可能性のある医療機関というのでも当然出てくると考えてよろしいんでしょうか。

○二川政府参考人 ただいま申し上げましたような範囲の中で医療機関が連携をしていく仕組みというのがこの連携法人の仕組みでございすけれども、あくまで、ここに参加するしないは各医療機関の任意で参加するかしないかといったことではございすので、参加するところもあれば、参加しないところもあるということもございす。

そういったことにつきまして、逆に、参加しないのに排除されることはあつてはならないといったことにつきましても、今回の規定におきましては不当な差別はしてはならないといったようなことも盛り込んでございすし、反対に、こういったものが入らないとなかなか地域全体が見られせんといったことがあると思ひますので、そう

いったことにつきましては、直接参加されない場合であつても、評議会といったものを連携法人の中に設けることにしておりますので、全体として、その地域の医療、介護の全体を見ていくような法人として運営されていくものと期待しているところでございす。

○牧委員 わかりました。

それと、恐らくもう既に質問が出ているかと思うんですけれども、この参加法人の要件ですが、介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を加えることができるかとあります。この構築に資する事業というのは、かなり広範にいろいろなものと考えられると思うんですけれども、なぜこれを非営利法人に限らなければならないのか。恐らく先ほども質問が出たと思ひます。親法人がきちつと非営利の理念を持ってきたとした体制をとつていけば、一つ、二つあるいはあつても、そういった全体の趣旨は損なわれないんじゃないかという趣旨の話もあつたと思ひます。

例えば、介護タクシーなんという仕事もございすよね、移動支援をする。こういったものも地域医療においては非常に重要なプレーヤーの一つだと思ひます。タクシー会社というのは言うまでもなく営利企業なわけですから、こういったものはここには参画できないという理解でよろしいんでしょうか。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人の参加法人としては、あくまで医療機関あるいは介護事業を行う非営利法人ということでございす。

しかしながら、それ以外の医療に関連するサービスあるいは介護に関連するサービス等々あるわけではございまして、そういったものを営利法人、株式会社などが提供しているといったケースもあろうかと思ひます。

そういったケースにつきましては、参加法人というところではなくて、またいろいろな連携の仕方があつたわけではございまして、この地域医療連携法

人について、参加法人という形ではない形でのかわりの仕方があり得るものというふうに考えておりまして、そういったことも想定をした規定を盛り込んでいくところもございす。

○牧委員 私の質問は、今、二川さんがおっしゃつた意味はわかるんですが、なぜ参加法人になれないのか、なぜこの参加法人のカテゴリーから排除されるのかという、その理由をお聞きしているんです。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人につきましては、医療機関の連携、それと介護の連携、これをメインにしておりまして、医療機関と介護の連携を図るということで、医療につきましては非営利法人が経営するというのが医療法の原則でございすので、その原則を守る範囲内で参加法人という形をとつたものでございまして、それが地域医療連携法人のいわゆる参加法人の構成員ということもございす。

それで、株式会社が参加法人ということでも入りますと、先ほど来御答弁申し上げておるとおり、医療機関経営の基本方針を地域連携推進法人で議論をし決定していくといったことが想定されるわけではございまして、そういった議論の中に営利法人の考え方が入ってくるということは、医療機関経営の非営利性といったこととなじまないというふうに考えたところでございす。

○牧委員 これはどこまで行つても平行線だと思ひますので、これ以上は申し上げませんけれども、いづれにしても、医療と介護の連携という観点からすれば、やはり非営利にこだわっていると本当の意味での連携ということがきちつと実現できないと私は思ひますので、いづれこの辺の見直しというのを考えていただければと思ひわけでありま

す。

これからちよつとお話ししますけれども、老人の残薬の問題、この委員会でも取り上げられたと思ひますけれども、高齢者のお薬の飲み残しですね。

これが、日本薬剤師会が調べたところ、ちよつ

と前のデータですけれども、患者の約四割に飲み残し等があつて、一人当たり月約三千二百円が服用されていないことが判明した。これはかなり前のデータですけれども、年間五百億ぐらいの薬が無駄になつてゐる。この辺をきちつと管理することができれば、医療費の抑制にもつとつながるであらうし、またいろいろな、薬の誤飲等による事故も未然に防げる。

このことについてのいろいろな対応というのは当然あらうかと思ひます。

例えば、ケアマネジャーからのいろいろな情報提供等があつて、薬剤師がそこに駆けつけてこういったことを指導するというような事例もございませうけれども、そういった意味でいうと、薬局というのは地域医療連携のある意味一つの重要なプレイヤーだと思ふんですね。

この老人の残薬の問題に厚労省としてはどのように取り組んでいるのか、簡単にちよつとお聞かせいただきたいと思います。

○永岡副大臣 残薬の問題につきましては、医療費の適正化というだけではなくて、やはり薬物療法の安全性であるとか、また有効性の向上の点から大変重要であると考えております。

残薬解消に向けた取り組みにつきましては、薬局薬剤師が飲み残しのあるなしを確認いたしまして、処方医と連携をとつて患者さんに必要な指導などを行うこととしておりまして、その改善を図つてきているところであります。

残薬を減らすということですが、医療の質の向上と効率化を図るために、骨太の方針二〇一五も踏まえまして、服用薬を一元的に継続的に管理をするといったかかりつけ薬局の取り組みを推進いたしまして、地域の薬局薬剤師の活躍を促すための方策について検討を進めてまいりたいと考えております。

○牧委員 まさに、かかりつけ薬局、この地域医療の連携の中の本当に必要欠くべからざる重要なプレイヤーだと思ふんですね。

何が言いたいかというと、申し上げるまでもな

く薬局というのは営利企業なわけで、今回この枠組みからは排除されるグループに入るわけですが、それでも、その辺のところをどうお考えなのか、もう一回ちよつとお聞かせをいただきたいんです。

○二川政府参考人 地域医療連携推進法人の参加法人というのにつきましましては、医療機関を経営する法人を主たる参加法人としているわけでございます。それは、医療機関経営者ということでございますので、非営利というところが確保されているということでございます。さらに、介護事業者のうちの非営利法人も参加法人としてできるというふうにしておるわけでございまして、医療機関経営の機能分化とか連携とか、そういったことをメインの連携の内容といたしまして連携法人をつくれる、こういうふうにしておるわけでございます。

さらに、医療、介護の連携はそれだけか、こういった御指摘かと思ひます。それに關しまして、当然ながら地域でいろいろな関連のサービスを行う方々がいらつしやるわけでございまして、そういったような方々につきましましては、地域医療連携推進評議会といったものをこの連携法人の中につくりまして、いろいろな基本方針を立てていく際に意見具申をしていくことができる、こういった規定を盛り込んでいくわけでございます。

最終的なこの法人の決定権は確かに参加法人が社員総会で決定していく、こういった仕組みではございますけれども、一定のかかわりをそういった関連のところを持つていたいて、地域のそういった意見を酌み取りながら、この連携推進法人においていろいろな方針を決定していただくといったことを想定しているものでございまして。

○牧委員 考え方としてはよくわかります。ただ、そう言つてしまつと、結局、地域医療の評議会があつて、そこで決めるんだから、では今回の法人というのは一体何なんだと。今回の立法事実というか、これをしなきゃならない意味がだんだんわからなくなつてくるんですね。

関、介護の事業所、さつき申し上げたような介護タクシーやら、あるいは薬局やら、本当にみんなが連携して初めて成り立つものなんです。

ちよつと話がそれますけれども、私の地元の愛知県に藤田保健衛生大学があつて、藤田保健衛生大学病院があります。

私、このお話をしたら、もうそんなものはとくにやっていますよという話の中で、近所のURの団地とも連携をして、URの協力も得ながら、やはり住むところというのは大事ですから、これから訪問診療、訪問看護に切りかえていこうというのであれば、それはやはり病院から利便性のあるところで、しっかりと目の行き届く、そういった住まいも必要だということで、URとも連携していると聞きます。

だから、そういった意味では、非常に広い範囲で地域医療の担い手というのは存在しているわけで、そこら辺にも思いをいたさなければ、今回、何のためにこの法律をつくるのかと思ふわけですね。

せつかくURにも来ていただいていますので、その辺の、これから高齢社会を迎える中で、高齢社会向けの町づくり、どんなコンセプトを持つて、どんな取り組みをしているのか、ちよつとお聞かせをいただきたいと思ひます。

○瀬良参考人 お答え申し上げます。

URでは現在、多様な世代が生きていくとして暮らし続けられる住まい、町づくりを目指しまして、若者から子育て世帯、そして高齢者世帯など多様な世帯が共生するミクスドコミュニティづくり、そして、住みなれた地域で最期まで暮らし続けることができる住まい環境づくりを進めております。

そうした中で、超高齢社会における地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療、それから看護、介護、そういったサービスなどを受けやすい生活環境整備を支援すべく、地方公共団体等と連携いたしまして、UR団地における地域の医療福祉拠点の形成に取り組んでおります。

具体的には、団地内のスペースを活用いたしまして、地域に不足する医療福祉施設などの誘致を進めておるところでございます。

昨年度は、地元の自治体の理解が得られました二十三団地におきまして拠点の形成に着手いたしました。今年度は新たに二十団地程度において着手する予定でございます。平成三十二年度までに百団地程度において地域の医療福祉拠点の形成に向けて取り組んでまいります。

○牧委員 ありがとうございます。

一つの例示としてきょうはURにもおいでいただいたわけですが、本当に、世の中のさまざまな分野で地域医療というものがしっかりと支えをされているんだという観点で、もうちよつと有機的に結びつきができるような、せつかく立法するだけの意味を持たせた制度をつくつていただきたいということをお願いしておきたいと思ひます。今後の課題としてお考えをいただきたいと思ひます。

この非営利に限定するということについては非常に疑問を抱いたままですけれども、これ以上お話ししても平行線なのでこの辺にしておきます。

次に移ります。

地域包括ケアなんですけれども、政府の方でこの六月にまとめたベッド数の削減目標というのが、今、医療現場にいろいろな波紋を投げかけているように聞いております。

そもそも、地域包括ケアといひながら、医療費抑制が初めにありきじゃないかという感じが私は拭えません。病床を削減すれば医療費が削減できる、そして病床を削減するためには何らかの一つの考え方、概念が必要で、その概念が地域包括ケアシステムじゃないかと。

初めに医療費抑制ありきじゃないかというふうには私は感じざるを得ないんですけれども、どのような考え方に基づいてベッド数を減らすのか、政府としての考え方を聞かせたいと思ひます。

○塩崎国務大臣 病床削減先にありきという考えで私どもは今の医療政策をやるうとしていたわけでは無いということをまず申し上げておきたいと思うわけでございます。

地域医療構想では、全ての患者がその状態に応じたふさわしい医療、介護が適切な場所を受けていただけるように、病院の機能分化、連携を進めて、切れ目のない医療、介護の提供体制を構築しよう、こういうことでございまして、医療費削減とか病床削減をアブリオリの目的としているわけでは決していないわけでございます。

地域の医療構想、これを三年以内ということとでスタートしておりますけれども、この実現と地域包括ケアシステムの構築というのは同時に進めていくものであって、両者は決して矛盾するものではないというふうに考えているわけでございます。まして、やはり個人個人のそれぞれの置かれた状況あるいは抱えた病気などの医療ニーズに沿った形で、どう再編をしていくかということから考えれば、どうやっていかなければいけないというふうに思うわけでございます。

もちろん、別途、これからの高齢化の中で医療費の伸びをどう、言ってみれば持続可能なものにしていくかということは、同時に考えなきゃいけないことだというふうに思っております。

○牧委員 まあ、理屈はどのようにならなくとものだと思うんですけども、今の大臣の答弁はそんな感じがいたします。

いずれにしても、アブリオリにそういう規定があるわけじゃないとおっしゃいましたけれども、二十万人、ベッド数を減らすという言葉が初めにありきなんですね。

実際に、なぜ最初に地域という概念が私が聞いたかという、面を捉えるのか人口割りでいくのか、これは政府の考え方からすると、人口十万人に対して何床とか、あくまでもそういう観点からベッド数を減らすという計画であるようでありまして、それこそ、今度の参議院の定数見直しじゃないですけども、本当に地方ほどベッド数

が減らされていくことに結果としてなるわけですね、これからの方向性でいくと。

同じ政府が、まち・ひと・しごと創生基本方針に、東京圏などの高齢者の地方移住を促すことをこの方針に盛り込んだということはもう既に報道されておりますけれども、地方の病床が減らされる中で老人をどんどん地方に移住させようというのは、同じ政府内で矛盾をした政策だと言わざるを得ないと思っております。地方の財政の問題等々いろいろ意見はありますけれども、そもそも高齢者をどうやって地方に移住を促そうとしているのか、まずそこから聞かせをいただきたいと思っております。

○木下政府参考人 高齢者の地方移住に関するお尋ねでございますけれども、今先生おっしゃいましたように、東京圏を初めとします大都市の高齢者、あるいは地方の高齢者であっても、健康なうちからみずからの希望に応じて地方あるいは町中に移り住む、そして、地域社会において健康でアクティブな生活を送りたいという高齢者の希望の実現を図るために、内閣官房に日本版CCRC構想有識者会議というものを設置して、今検討を進めております。

これは、アメリカで先行的に、モデル的にこういった取り組みをやっております、それを参考にして議論を進めておりますけれども、検討に当たりまして、内閣官房は昨年の八月に調査を行いました、特に東京在住者に対して調査をいたしましたけれども、五十代の男性の方の大体半分ぐらいの方、あるいは五十代の女性、六十代の方の三割ぐらいが地方への移住の意向を示しております。

こういった希望を踏まえまして、有識者会議におきまして、移住希望者に対する情報提供、事前相談、あるいはマッチングの仕組みですとか、あるいは一定期間お試し居住をしたり、あるいは二地域の居住という形で、地域にどういった形でなじんでいけるか、こういった支援のあり方につきまして検討を進めておりまして、おおむね八月

末ぐらいをめどに中間報告をまとめまして、年内を目途に最終的なまとめに向けて議論を深めていくところでございます。

○牧委員 これはいろいろ問題があると思えます。現役時代、都会で納税をして、保険料を払って負担をしてきた人たちが、老後、給付を受ける段階になって地方に移るといふことになったときの財政調整の問題もあるでしょうし、課題はたくさんあると思えますけれども、きょうはその話はしません。

きょうは、ベッド数を削減していくということと移住を促すということの整合性について、大臣、どうお考えでしょうか。これではまるで、ベッドを捨て山じゃないですか。どうなんでしょうか。

○塩崎国務大臣 地域医療構想における将来の病床数というのは、地域ごとに高齢化の進展の状況を織り込みながら、今後、病床の機能分化、連携を進めることを前提に、将来の客観的な医療需要を推計して、そして、この医療需要に対応する必要病床数として推計をするというものでございまして、医療費削減や、先ほど申し上げたように、病床削減を目的としたものではないということであって、今後、二〇二五年までの間に、地方創生の取り組みや社会的な要因などによって特段の人口移動等が確実に見込まれる場合には、その状況等を踏まえて、都道府県において地域医療構想の病床推計を再度行うなどしていただきたいというふうに考えているわけでありまして。

今出ている試算というのは内閣官房が出したものでございまして、これは、ことしの三月に地域医療構想についてのガイドラインというのを厚労省が出しましたけれども、それにとつとて、言ってみれば試算をしたということであって、実際は、各都道府県がそれぞれ地域医療構想をつくっていくって、その地域に合ったものは現実にはどういふものかということをつくっていくわけでありまして、それをどう積み上げていくかということですがこれからの医療構想になっていくということ

あります。

それをもとに、実際にどうしていくのかということ、地方に協議会も設けて御議論いただくということでありまして、決して二十万床削減ということが初めからあるということでもございませぬし、高齢者で慢性期の方がどういふ住み方をすべきかということについて、これからまたいろいろと知恵を絞っていかねばいけないという状況ではないかというふうに思います。

○牧委員 現実に即した地域医療構想に基づいてこれから計画を進めていくということでありまして、けれども、それはよくわかります。

ただ、実際に、一つは、在宅医療そのものをきちっと充実させないまま病床数を減らしてもらっては困るということ。そしてもう一つは、このベッド数の約八割が民間の病院だと聞いております。これは、病院にとつては、やはりベッド数というのは一つの既得権益じゃないか、これを崩していくというのは私は容易なことじゃないと思うんですけれども、厚労省としては、これをどういふ形で崩していくかとしているのか、そして、これからの、それを補うだけの、きちっと現実にかバーでできるだけの地域医療というものをどういふふうに構築していくのか、そこを最後にお聞かせいただきたいと思っております。

○二川政府参考人 地域医療構想の実現に向けては、各民間病院も含めまして、二次医療圏ごとに設置する医療構想調整会議、法律上は「協議の場」、こういうふうに書いてございますけれども、そういう場におきまして医療機関相互の協議を行い、自主的に、その地域でその医療機関がどういった役割を担っていくのかといったことを相談し、考えていくべきでございまして、こういうことを想定しているわけでございます。

その際に、必要ないろいろな資金があるかと思えます。そういった部分につきましては、地域医療介護総合確保基金、こういったものをお使いいただくまじり機能分化、連携に係る事業を進めていただく、こういったような形で個々の医療機関

の取り組みを促していくことによつて地域医療構想の実現といったことを図つてまいりたいというふうに考えております。

○牧委員 そこはしっかりとやっていただきたいと思ひます。

もうほとんど時間がないんですけれども、一つだけ。

そういった医療費抑制が先にありきじゃないかと私が申し上げたのは、もう一つには、介護型療養病床、これをどんな老健施設などに転換していくという方針がございますけれども、事実上この介護型の四割ぐらいの方が死亡をもつて退院するということな現実があるということも聞いております。つまりは、こういう人たちが在宅にしておつて本当に大丈夫なのかという現実の中で、介護型療養病床を将来的にはなくすという方向で考えているようでありましてけれども、本当にこれでいいのかどうなのか。

例えば、こういう重篤な人を在宅にすると、訪問診療、訪問看護等々で、病床で面倒を見るよりもさらにお金がかかることになるんじゃないかと思ひます。いかと思ひますけれども、その辺、いかがでしょうか。

○三浦政府参考人 介護療養病床のお尋ねでございますが、平成二十六年度に行った調査によりますと、介護療養病床は、他の介護保険施設と比較いたしまして、重篤な身体疾患を有する重度要介護高齢者の長期療養を担っているということとともに、喀たんの吸引、経管栄養などの医療措置を高頻度で実施する施設としての機能を担っているということが明らかになりました。地域においてこれらの機能をどのように確保するのが課題であると考えております。

こうした医療と介護のニーズをあわせ持つ高齢者が増加していく中で、介護療養病床を含めまして、療養病床の今後のあり方につきまして、七月十日に設置しました療養病床の在り方等に関する検討会で具体的な改革の選択肢の整理を行つてまいりたいと考えているところでございます。

○牧委員 時間が来たので終わりますけれども、そうやって、今お話があつたように、どんな新たな課題というのがよくよく調べる出てくるんですね。だから、そこはもう本当に日々きちっと研究しながら、これからの地域医療について考えていただきたいということを最後に申し上げます。

ありがとうございます。

○渡辺委員長 次に、豊田真由子君。

○豊田委員 自由民主党の豊田真由子でございます。本日は、医療法改正ということで、法改正の論点、そして地域医療の課題等につきまして伺ひをしたいと思います。既にほかの先生方から出た論点もございしますが、重複も含めて伺つてまいりたいと思ひます。

今回の地域医療連携推進法人でございますが、非営利法人がグループを形成いたしまして、都道府県が認定をし、地域への信用力、またブランド力等を育む制度であるというふうに認識をしております。また、グループ法人間での資金貸し付けや病床の融通などを行い、また介護サービスを行う事業者に対する出資など、柔軟な対応をすることによりまして、高齢化の進展する我が国において、地域医療構想、また地域包括ケアシステムの実現に向けた役割をしっかりと果たしていける仕組みにしていきたいというふうに思ひます。

ただ、一方で、身近なかかりつけ医としてのこれまでの実績や経験、また誇りのもとで、独立して地域医療を引き続き支えていきたいという御希望も多いわけでありまして、グループ化を推進するというようにも見受けられる今回の法改正でありまして、やはりそれぞれの多様性というものもこれは許容しなくてはいいかと思ひます。

また、医療は特に情報の非対称性が大きいと思ひます。そして、日本は、国民皆保険制度のもとで、保険証がありますれば患者の方が希望する医療機関にかかれます。こうした中で、こうしたグループのブランド力などで、医療の質よりもそ

うしたもので医療機関を選択するということも十分に考えられます。こうしたことを踏まえまして、今回のグループ法人に参加することを望まない地域の医療機関が、この新制度によりまして不利をこうむるといったようなことが私はあつてはならないと思ひます。そうしたことに付いて制度上の仕組みも設けられていくというふうに向つておりますが、改めて御見解を伺ひたいと思ひます。

○永岡副大臣 地域医療連携推進法人を活用するメリットでございますが、この法人が本部機能を果たしまして、急性期そして回復期、それから在宅医療機関等のグループ内の医療機関の医療機能の分化、連携を推進するために、医師、看護師さんの柔軟な配置が可能になると考えております。

また、医薬品、医療機器の共同購入、こういう経営効率の向上などが期待されるという、このように、地域で切れ目のない医療を受ける体制が整備されるものと考えております。

一方、この法人に参加するか否かにかかわらず、地域の医療におきましては、急速な高齢化に伴ひまして、身近なかかりつけ医の役割は大変重要になつてきておりまして、その普及、定着を進めていくところでございます。高齢化が進展をいたしまして、治す医療から、治して、そして支える医療が求められております中で、この法人制度は、法人間の連携を図りまして、患者が地域で医療サービスなどを切れ目なく受けることができるようにするものでございまして、患者の困い込みというふうなものをを行うものではございません。

地域で医療を提供する際には、地域のかかりつけ医とも紹介そして逆紹介、こういうことを行うことによりまして、適切に連携をしながら、地域医療構想の実現に向けた医療の提供体制が整備されるべきだと考えております。

○豊田委員 ありがとうございます。ぜひ、地域の実情また現状、歴史に即した運用をお願いしたいというふうに思ひます。

今、御答弁の中で、地域医療構想のお話がござ

いました。先ほど来お話が出ておりますけれども、今回公表されました二〇二五年の病床数推計結果につきまして、さまざまな報道、十五万から二十万床の削減というようなことも報道されたこともあり、現場の医療機関の方々、また患者や御家族の方から不安の声が上がつております。すぐに病床を削減しなければならぬのか、あるいは、現在療養病床に入院している患者さんが追い出されるのではないかと、そういった声が見受けられます。

こうしたことは、本日はきちんと御説明をする。例えば、地域医療構想は今後十年をかけて病床機能の分化、連携を進めながら調整していくものでありますし、こうした分化と連携によりまして、全ての必要とされる患者の方々にその状態に即した医療、介護を切れ目なく提供していくというところのためであります。そういった目的がしっかりと伝わっていないようなところもございします。

こうした不安をしっかりと取り除いていくために、現場の医療機関また国民の皆様へのしっかりとした説明が必要だと思ひますが、御見解をお伺ひいたします。

○三浦政府参考人 先生御指摘の推計は、内閣官房の専門調査会が、私も厚生労働省が出しましたガイドラインに基づきまして、一定の仮定を置いてマクロな推計を行ったものでございまして、具体的な地域医療構想は、都道府県がこの二十七年四月から策定に入つたものでございまして、地域の実情を踏まえたより詳細な推計を行った上で二〇二五年の医療体制を構築していくていただくもの、これが地域医療構想なわけでございます。

そういった場合には、二〇二五年に向けて、これからの病院がどういった機能を果たしていくかといったようなことが各地域において協議をされ、それぞれの医療機関において具体的な方向性が出てくるものと考えているわけでございします。そういった場合には、先ほど御答弁申し上げましたけれども、地域医療介護総合確保基金の活用などもしていただきながら、在宅医療や介護

施設等の整備も図りながら、そういった形で進めていくものでございまして、現在入院中の患者の方を追い出すということはないわけでございします。

今後、厚生労働省といたしましては、地域医療構想を策定する都道府県とも十分連携をいたしまして、地域医療構想の趣旨につきまして十分丁寧に説明をし、患者や住民の皆さんの理解が得られるように努めてまいりたいと考えております。

○豊田委員 新たな政策を導入するときには、それがきちんと国民の間に、またその現場の方々に浸透をして、正しい理解のもとに、国民の皆様のために資する形で運用していただきたいというふうに思います。

一問飛ばしまして、外部監査の件をお伺いしたいと思ひます。

先ほど大臣から、会計の御専門家としての御答弁もあつたところでございますが、今回の財務諸表の外部監査等の対象となる医療法人の範囲につきまして、私自身は、やはりその規制の目的に照らして、それぞれの果たす社会的影響あるいは規模、そういったことに応じて規制の内容が変わるということとは通常あり得ることだというふうに思っています。

もちろん、今回の医療法人の経営の透明性の確保、これは必須の課題であります。また、今回、社会福祉法人にも同様のものが導入されております。ただ、一方で、医療法人は、全国で約五万余りあるうち、八割以上が小規模な、常勤医師一人のいわゆる一人医師医療法人であります。

こうした法人が公認会計士に対して監査を依頼する、その事務負担や費用、こういったことを考慮する必要があると思ひます。また、この規制を導入する目的であります社会的な影響の違い、あるいは他法人との整合性、そういったことを踏まえますと、こうした小規模法人への負担を考慮した基準というふうにしていただく必要があると思ひます。

ましての具体的基準や対象法人数をどのようにお考えでありますのか、改めてお伺いしたいと思ひます。

○二川政府参考人 今回の改正法案におきましては、医療法人につきましては外部監査等を義務づける規定を盛り込んであるわけでございますが、これにつきましては、一定規模以上のものとするといった形で盛り込んであるところでございます。その基準でございますけれども、債権者保護の観点から負債額、あるいは医療サービスの提供量の観点から事業収益額、そういったことを基準として検討していくことを考えているわけでございます。

また、委員御指摘のとおり、具体的な負債額あるいは事業収益額につきましては、小規模医療法人の費用負担あるいは事務負担等にも配慮する必要があります。というふうに考えているところでございます。

現在のところ、負債百億円以上の医療法人については外部監査が望ましいというふうに通知をしておるわけでございますけれども、税法上の取り扱いが医療法人と同様の株式会社あるいは一般社団法人におきましては、負債額が二百億円以上というふうに、少し高い基準になっているわけでございます。

また、公益社団・財団法人では負債五十億円以上というふうになってございますし、社会福祉法人におきましては、審議会で、収益十億円以上、負債額二十億円以上が適当、こういった議論があるというふうには承知をしております。しかしながら、これらの法人は、医療法人に比べて公益性が特に高く、非課税法人となつていく、こういった差があるということも留意していただくことが必要だろうというふうに考えています。

対象となる法人がどのくらいになるかということでございますけれども、これにつきましては、医療機関の経営実態により違いがありますので一概に申し上げられませんが、仮に年間五十億円の収入、負債ということを基準に考えますと、

一般的に大病院とされる病床数三百床程度の病院が該当するものというふうに認識をしております。また、病床数三百以上の病院は約五百七十病院ございまして、医療法人開設の病院の一割程度が該当するということになるものでございます。

いずれにいたしましても、外部監査等の対象とする法人の範囲につきましては、小規模医療法人の負担、あるいは他法人との整合性等々を総合的に考慮して検討してまいりたいと考えておるところでございます。

○豊田委員 ぜひ御配慮をよろしくお願いいたします。

医療機関、これは社会保障全体でございますが、やはりそのもとになる財源がしっかりと確保されなければ国民の安心、安定は図れないところでございします。

今月末から、概算要求を皮切りに来年度の予算編成作業が本格化するというふうに認識しておりますが、骨太の方針二〇一五におきましても、過去三年間の社会保障関係費の実質的な伸び、これは一・五兆円程度ということで、こういったものを目安にしていくというふうになつたところでございします。これまでのデフレ基調にあつた過去三年と、物価また賃金等の伸びが予想されるこれからの三年間を果たして同じく考えることが妥当であるかという問題がございします。

医療機関、これは介護も同じでございますが、そのサービスを提供するために要する費用というのは、物価や賃金が上昇すれば、当然それに伴つて上がります。これに見合う報酬の引き上げがなければ、医療や介護の機関は適切な経営を維持できません。そして、国民は必要な医療や介護を受けることができなくなるといふ大きな問題が生じます。

もちろん、社会保障制度全体の持続可能性を確保するためには、効率化や制度改革に全力で取り組む、でき得る限りかかる費用の増加を抑えることは必須でございます。ただ、削減ありきではないというふうに私は思ひます。効率化、重点

化、その双方をしっかりと一つ一つ考えていって、政策の積み上げであるべきだというふうに思ひます。

例えば、かかりつけ医の充実によりまして、また保険制度、機能分化を進めまして、重複受診や薬の飲み残し、あるいは軽症での大病院での受診による業務の停滞、また、待ち時間の増加、こういったことをしっかりと一つ一つ、論点を解決していく、こういった努力は必要であります。ただ、一方で、やはり先ほど申し上げたような、重点化すべきところは重点化をしていただかなければなりません。

来年度予算要求、また診療報酬改定に当たりまして、必要な財源の確保を含め、ぜひ全力で頑張つていただきたいということを、御見解をお伺いしたいと思ひます。

○永岡副大臣 平成二十八年度予算は、経済・財政再生計画の初年度の予算でございます。改革の第一歩となるものと思つております。しかしながら、診療報酬改定を含めまして、来年度の社会保障関係費の確保につきましては、年末までの予算編成過程でしっかりと検討してまいります。

○豊田委員 ありがとうございます。

私どもも、効率化にも、また国民の声を踏まえた重点化、社会保障全体の将来像も踏まえて、しっかりと働いてまいりたいと思ひますので、どうぞよろしく願ひいたします。

次に、医療・介護分野における研究開発や技術革新、こういった推進についてお伺いをいたしたいと思ひます。

創業や、またIPS、再生医療、そしてICT、ロボット、パワースーツなど、これは民間ベースで行われているものも含めまして、さまざまな研究開発や技術革新によりまして、医療や介護、福祉の現場では、これまで救えなかつた命が救えるようになる、治らなかつた病が治せるようになる、そしてまた、パワースーツができれば、サージスを提供する方の介護の負担が減るといったことによつて、元気な高齢者の方が例えば介護現場

で活躍ができるようになって裾野が広がる、また効率的かつ効果的なサービス提供が可能になる、こういったさまざまなことが考えられるわけであります。

ただ、一方で、我が国では、産官学の連携やベンチャーの活用などによった、シーズを育ててしっかりと花を開かせるということが必ずしもうまくいっていないという現状がございます。

こうしたことも踏まえて、このたび政府の方に健康・医療戦略本部やAMEDが始動いたしました、今後の展開が大いに期待をされるところでありますが、国民の生命と健康を守り、そして我が国の産業を振興するといった重要な国益を実現していくために、こうした研究開発や技術革新に対する国としての戦略をお伺いしたいと思います。

○永岡副大臣 先生からは、研究開発や技術革新の促進に関する厚生労働省の戦略ということをお聞きいただきました。

政府といたしましては、昨年の健康・医療戦略推進法ですとか、あとは独立行政法人日本医療研究開発機構法に基づきまして、ことし四月、AMEDを設立するとともに、健康・医療戦略に基づきます産学官の連携強化、そして基礎から実用化までの一貫した研究開発支援を進めているところでございます。

厚生労働省といたしましても、医療法に基づき承認されました臨床研究中核病院等について、基礎研究成果の実用化につなげるように、文部科学省と連携をいたしまして、拠点としての整備などを進めているところでございます。

今後とも、医療・介護分野の革新的な研究開発と、その成果の円滑な実用化が進みますように、政府一丸となって支援を推進してまいります。

○豊田委員 ありがとうございます。ぜひよろしくお願いいたします。

技術革新と人材の需給について、少々疑問がございます。

独立行政法人の労働政策研究・研修機構によりますれば、二〇三〇年の医療・福祉産業の労働力

需給推計、これは経済成長や労働参加の進展がよいによって幅がございますが、約九百万人から九百六十万人だというふうに推計されております。

一方で、二〇三〇年の産業全体の労働人口というのとは、同じ推計では、それぞれ五千四百五十万人から六千百万人という幅の中でこれも推計をされております。

そうしますと、全労働人口の約六分の一の方が二〇三〇年には医療・福祉産業に従事しているという推計なんです、私は、これは現実的ではないのではないかとこのように考えております。

やはり、多様な産業に対して人材が必要であるということ、また、先ほど申し上げたような技術革新等によりましてサービス提供者の裾野を広げるといった側面もありますし、サービスの効率化がこの推計には入っていないというような現状もあると思います。

将来的な医療・介護人材の需給と現実とが乖離しないように、今から医療や介護従事者の養成の調和をとって進めていく必要があるというふうに考えております。

もちろん、今現在、現場で汗を流されている方々の処遇の改善や労働環境の整備を行うこと、これは必要でございますが、将来的な見込み、あるいは人材育成が今の現実と将来推計と大きく乖離をしよう、これは、現実になったときに困るということがあると思いますので、そのあたりのお考え、具体策をお伺いしたいと思います。

○二川政府参考人 医療・介護従事者の人材確保の将来見通し、需給のことでございますけれども、これにつきましては、今後高齢人口が増加する中でどのくらい必要となるのかということにつきまして把握していくことが重要と認識をしております。

その過程におきましては、委員御指摘のように、技術革新の進展があれば将来的な医療・介護分野の労働力確保にも資するものというふうに考えるところでございます。

まず、医療提供体制の関係で、医療従事者の確保対策についてでございますけれども、この点に

つきましては、先ほど来御答弁申し上げております地域医療構想によりましては、病床推計が変わってくるものというふうに考えてございまして、地域医療構想を前提とした将来の医療従事者の需給について検討していくというふうにしておるところでございます。

また、介護人材につきましては、今後、介護ニーズの量的拡大と多様化、高度化等を踏まえて、需給推計を三年ごとに見直し、人材確保策を講じていくことにしているわけでございます。

こういった医療・介護従事者の需給推計に当たっては、御指摘の技術の進展あるいは環境の変化等に配慮した医療・介護従事者の需給推計、こういったものを考えていく必要があり、そういったものを前提に、確保対策につきましても取り組んでまいらなければならないというふうに考えているところでございます。

○豊田委員 ありがとうございます。

今、地域医療の現場におきましていろいろ心配されておりますのが、やはり新興感染症でございます。エボラ出血熱やMERS、新型インフルエンザなどの新興感染症の脅威、これは衰えることがございませぬ。これに対しては、国内の健康危機管理体制を整えていく、これはもちろん、最も必要なことでございます。

それとともに、これは人道的支援の問題ではなく、我が国と国民を守る、その波及を防止するという意味、また、これは人類全体の脅威でございますので、国際社会の一員として世界の安全を守るためにも、積極的な貢献をしていくということが我が国に求められているというふうに思っています。

また、これは危機が起こつてからいろいろ慌てては仕方ない。もちろん、国内の体制を平時から、新型インフルを受けての特別立法ができましたけれども、それとともに、流行国において、脆弱な保健システム、これを強化しなければなりません。

日本と全く違いまして、例えば西アフリカなどを見ますれば、地域に医療機関、お医者さんなん

というものが存在しない、あるいはどこに誰が住んでいるか政府が全くわからないという状況もあります。そうした中でこうした新興感染症が起きても、対応するすべがないというのが地域の現状であるわけです。

こうした中で、この分野は、我が国が国際問題の中でイニシアチブを発揮できる、数少ない分野だというふうに私は思っております。日本は世界一の長寿国でありますし、世界に誇る国民皆保険システム、医療システムを持っております。そして、実際に、こうしたソフト、ハードとともに結果を出している、アウトカムがあります。こうした国際社会からの信頼も非常にこの分野は厚うございます。

いわゆるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、日本の国民皆保険制度をこうした諸国に導入していくこと、これがまずもって健康危機への最も大事な対策というふうに私は考えております。

そしてまた、それは同時に、日本の医療機器や医薬品、病院、インフラ、こういったものをその国に輸出していくということ、地域の、世界の生命と健康の増進に大いに役立つとともに、我が国の産業の振興にも大いに寄与する可能性があるという分野であります。

塩崎大臣がイニシアチブをとられて、この六月に「保健医療二〇三五」というのを策定されたというふうに存じておりますけれども、来年は伊勢志摩サミット、また神戸の保健大臣会合も開かれます。我が国が、これまでの知見を生かし、そして国際社会においてイニシアチブをとっていったこと、私はこのために積極的な戦略をとるべきだと考えますが、お考えを伺いたいと思います。

○永岡副大臣 豊田先生、大臣がいなくて大変申しわけないと思うのですが、私がお答えさせていただきます。

本日に、先生が今おっしゃいましたように、新興国などでエボラ出血熱が発生したときに大変大きな問題になりました。それに向かひまして、

日本での新興感染症に対する国内の医療体制を確保するためには、これまで、感染症法に基づきます専門医療機関の整備、これは大体の県にこの医療機関がございすけれども、まだ数県、この医療機関がないところがございますので、この整備を進めております。

また、地方自治体での患者の搬送体制、この確保などに取り組んでいるところでございます。

また、国際的にも、先ほど先生おっしゃいましたように、来年の伊勢志摩サミットの開催などを通じて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現などにできる限り貢献を行ってまいりたいと考えております。

さらに、我が国は、国民皆保険のもとで、世界最高レベルの健康寿命とそれから保健医療水準を達成しております。こうした経験を生かしまして、新興国そして途上国の公的保険制度の整備を支援するとともに、我が国が持つております医療技術、これを新興国また途上国の医療従事者に学んでもらうということで、日本の医療の国際展開をパッケージで進めていくことが重要であると考えております。

このような取り組みを通じて、当該国の健康増大に貢献するとともに、また日本にとりましては、医薬品ですとか医療機器などの医療の関連産業の国際展開を支援してまいりたいと考えております。

○豊田委員 よろしくお願いいたします。

私もジュネーブでWHOとともに仕事をしておりまして、やはりこの分野での日本への信頼は非常に厚いということを実感いたしました。単にお金を出すだけではなくて、それがきちんとした日本のプレゼンス、国益にもかなっていくことが、私は日本国民への責任でもあると思っておりますし、また、国際社会の一員として、世界の人々を救うということは必須であるというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

ただ、非常に人材が不足しているという大きな課題がございます。グローバルヘルスに寄与で

きる人材、ルールづくりやガバナンスに貢献できる、それがどういふことかというのをそもそも学んで実体験としてわかっておられる方が非常に少のうございます。また、感染症や危機管理の専門家も少ないという問題もございす。

こうしたことのために、欧米型のパブリックヘルススクールをきちんと日本でも浸透させていく、根づくようにしていく、あるいは、国際機関を初めとするさまざまな場面において邦人の方が活躍できる仕組みをきちんと整えていく、非常にこれはアンダーレブと言われる状態にございまして、日本の国が国益を実現するためには、やはり人が送り込まれていなければ達成できませんので、これも国を挙げてやらなくてはいいけないというふうに思います。

また、人材のリボルビングドア、横文字が多くて申しわけありませんが、海外に出たら出っ放しではなくて、ちゃんと知見を国内でも生かしてぐるぐる回していける、そういうのは、これは日本の雇用全体の問題で、決してグローバルヘルスの問題だけではないんですが、人材がきちんと回っていく仕組みにはなりたてない。民間に行ったり、政と官に行ったり、あるいはフィールドに出たりということが、きちんと有用な人材にそうやって働いていただけるようにしていかないとけないというふうに思います。

次に、済みません、一番最後の問いに行きます。八月でございます。ことしは戦後七十年ということでございます。戦没者の遺骨収容帰還事業についてお願いをしたいというふうに思います。御遺族の高齢化も進む中で、海外に眠る御遺骨を一日も早く祖国にお迎えできるよう、私はこの事業を強力に進めていくべきだと考えておりまして、私も党の特命委員会の一員として、議員立法の準備を進めてまいったところでございす。各党の先生方の御協力もいただきまして、ぜひ早期成立を実現したいというふうに思っております。政府といたしましても、ぜひ、予算や人員の増

強、また関係国の公文書館での情報収集など、実際、そしてそれを踏まえた機動的な遺骨収容帰還事業を強力に推し進めていただきたい。戦後七十年、もう時間が無いということでございますので、ぜひよろしくお願いしたいと思っております。御見解を伺います。

○橋本大臣政務官 戦没者の御遺骨の収容は、国の重要な責務でございます。御指摘どおり、戦後七十年が経過をしたのがことしということでございまして、御遺族が高齢化する中、一柱でも多くの御遺骨を早期に可能な限り収容できるように、私どもとしても、本年から三年間、情報収集に集中的に取り組むなど、遺骨収集帰還事業をさらに推進してまいりたいと考えております。

○豊田委員 ぜひよろしくお願いいたします。

時間がないので、端的に。

障害者医療と福祉につきまして、グループホームが非常に御要望が多うございます。私の地元は、障害をお持ちの方の親御さんが会をつくって施設運営しているケースが非常に多くて、その方たちが営利目的ではないわけでありまして。そういった方が、グループホーム、今回、七十億円の予算に対して、二百十億円の申請が、全体で、障害関係の整備費、上がってきていて、大きく削られて、やはり個々の方が削られてしまったそうでありまして、もちろん、予算上の制約は仕方のないことではあります。これはやはり、これからの障害福祉のあり方を考えるときに、私は、グループホームは非常に重要であると思っておりますので、こういった予算の確保をまたお願いしたい。

そしてまた、精神障害者の方の数が非常にふえております。平成二十三年の患者調査では三百二十万人、これは認知症も含めます。そして、患者数も、平成十一年からの十年間で約一・五倍、二百四十万人から三百二十三万人になりました。また、うつ病などの気分障害も四十四万人から百四十万人と、急速にふえているところがございます。これは、日本の人口構造から考えると非常に大きな問題であります。

こうしたうつ病の予防などのメンタルヘルス対策、また認知症政策、そしてやはり、適切に医療を受けられる、そして現場での多職種チームによる訪問、アウトリーチ、また、精神病院の長期入院の問題、あるいは救急体制の整備など、そしてまた障害福祉サービスを初めとした支援、また、地域住民の方の不安に添えていく、こうした総合的な障害政策を進めていくことが共生社会の実現の観点から重要と考えますが、お取り組みについてお伺いしたいと思います。時間、済みません。

○藤井政府参考人 まず、先生御指摘のように、障害を有する方が地域で安心して生活を送れるように、グループホームなどの居住の場でございますとかあるいは日中活動の場を確保することは大変重要な課題であると認識をしております。

こうしたいわば基盤整備に必要な経費につきましては、今後とも、各自自治体において整備が着実に進められるように、引き続き予算の確保に努めてまいりたいと考えております。

また、精神障害者についての御指摘がございました。

これも先生御指摘のとおり、精神疾患の患者数はふえてございますし、精神疾患を患った方が地域で安心して生活できるようにすることはますます重要な課題となっております。

今後とも、精神障害者の地域生活支援の充実を図るために、保健医療、福祉、就労などの支援に総合的に取り組んでまいりたいと考えております。

○豊田委員 終わります。ありがとうございました。

○渡辺委員長 次に、比嘉奈津美君。

○比嘉委員 自由民主党の比嘉奈津美でございます。よろしくお願いいたします。

非常に暑い日々が続いております。今、世間は夏休み、子供たちは夏休みでございますが、私は非常に夏休みを感じる場面は、実は飛行機の中なんです。今まで、子供たちの泣き声であつたり、お話の声、にぎやかな声が聞こえなかつたの

が、夏休みに入りますと非常に多くなります。

そして、着陸のときに子供たちが泣くんですよ。やはり耳がふわふわふわとして泣く。このときにミルクを上げた飲み物を上げると、耳管が開いて、子供たちは泣かなくて済むんじゃないかな。これをほっておきますと、風邪がみよるときなどは航空性の中耳炎とかになると言われておりまして、そういう広報も我々の仕事なのかなと思いつながら、飛行機に乗って夏休みを横目で見てるところでございまして、厚生委員会は夏休みなしで頑張っていくことだと思ひます。

それでは、医療法の一部を改正する法律案について質問させていただきたいと思ひます。

医療法は、昭和二十三年、国民の健康の保持に寄与することを目的として、病院の施設基準などを定めることを最初に制定され、その後の幾つかの改正を経て、医療法人制度なども創設されたという経緯があります。

現在の急速な高齢化に伴う今回の法改正と私は考えておりますが、医療、介護を提供する現場から、あるいは医療、介護を受ける側から、両方の側から、これまでの先生方の質問と非常にかぶるところもございまして、基本的なところを質問させていただきます。

私も医療をやっておりますと、高齢化の例を一つ挙げさせていただくと、ある特養で、百五歳のおばあちゃんがいらつしやいます。その方はすごくしっかりされていて、お話ししていてクリアでいらして、そうしたら、そこにいるのも娘だと。娘さんは八十八歳。同じ特養にいらつしやいます。そして、そのお孫さんがもう六十代半ば。

もう誰が誰を、医療の現場に付き添ひ、医療を施すか、そして、誰が誰を介護していくかという、この高齢化の現状というものは非常に厳しいものが今差し迫ってきているのだなと現場では感じておりますが、この高齢化の進展や医療の高度化を背景に、医療、介護のサービスの需要は今後ますますふえていくことが見込まれており、これから、医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築

が求められております。

そのような状況のもと、本法律案において、医療法人以外にも、地方自治体あるいは独立行政法人が設置する公的病院、学校法人を初めとする大学病院等も参加できるこの地域医療連携推進法人制度を創設する趣旨を改めて伺ひたいと思ひます。

○永岡副大臣 お答えいたします。

急速に高齢化が進展する中で、患者さんの状態に応じた適切な医療を効率的に提供して、そして住みなれた地域で、それもまた継続して生活できるように、医療機関の機能の分化ですとか連携を進めて地域医療構想を達成するということですが、あとは地域包括ケアシステム、これを構築するということですが、先生おっしゃいますように大変重要なこととございまして。

こうした中で、競争ばかりではなくて、やはり協調を進めまして、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するために、医療機関の機能の分担、連携に資するように、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度というものを設けるというものでございまして。

○比嘉委員 住みなれた地域で医療、介護、予防、そして生活支援、一括的に提供される地域包括ケアシステムは必須であると思ひます。

大都会においては七十五歳以上の人口は急増します。そして町村に行きますと七十五歳以上は増加しますけれども人口は減少する、この地域差その特性に対応するための趣旨の法案と考えますが、この法人制度の効果として、実際に地域医療構想の達成や地域包括ケアの実現、具体的にどういうことができるようになるのか、お尋ねしたいと思ひます。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人制度でございまして、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として提案をしているわけでございます。複数の医療法人等が一般社団法人である地域医療連携推進法人の社員となつて、その地域医療連携推進法人で定める統一的な方針のもとで、人、物、あるいはお金の一体的な運営によってその地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供しよう、そういった仕組みでございまして。

具体的には、病院等に関する業務に関して連携を推進しようというものでございまして、さらに具体的には、診療科の再編、あるいは医師等の共同研修、それから医薬品等の共同購入、あるいは救急患者の受け入れルールを医療機関が話し合つて決めていく、こういったようなこともあり得る。それから、参加法人の連携によりまして、在宅医療の充実、こういったことが考えられるところでございまして。それからまた、資金面におきましては、資金の貸し付けができるといったようなことで、資金融通を可能とする仕組みを設けておりますし、それから、地域医療構想の達成に必要な病床の融通、一方を減らして一方をふやすといったようなこともしやすくなる、そういった仕組みを設けているところでございまして。

○比嘉委員 病院の相互間の連携がうまくいくことによって、急性期病院の病床の融通や介護サービスを行う事業所も参加可能になる。医療、介護を受ける側にも大きなメリットとなると考えますが、地域医療連携推進法人が実施する地域の医療法人間の連携については、大規模な医療法人グループの連携とどういうふうになるか、お伺ひしたいと思ひます。

また、今回創設する地域医療連携推進法人に医療法人が参加することに伴う、その医療法人のメリットについてお伺ひしたいと思ひます。

○永岡副大臣 お答えいたします。現状のいわゆるグループ医療法人につきましましては、理事長の強い影響力のもとに連携を図つて、効率的なグループ運営を目指すというのがあるかと思ひます。しかしながら、これは必ずしも一定の地域における地域医療の充実を主たる目的とするものではないわけでございます。

そのところで、今回の法案では、このような現状の、今の状態ですね、グループ医療法人と異なりまして、参加法人の自律性を確保しながら、医療機関相互の機能の分担及び業務の連携を通じて、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として地域医療連携推進法人制度を創設するものでございまして。

具体的な効果といたしましては、例えば、グループ病院の特徴を生かして、グループ内の急性期、回復期、そして在宅医療機関などの病床機能の分化、連携、それからあとは、患者さんの情報の一元的把握によりまして円滑な退院支援をできるようにするなど、地域医療の充実を進めることができると思ひます。

さらに、グループ病院の一体的経営によりまして、医薬品の共同購入ですとか、医療機器の共同利用を実施できるなど、経営効率を向上させることができるといったメリットというものがあつておられます。

○比嘉委員 参加法人の自主性を尊重し、現行の二次医療圏を原則として法人のブランド力を上げるといふ、地域にとつては非常に大事なことでございまして、医薬品の共同購入、または経営の効率化が参加する法人にはあるということだと思ひます。また、グループ内での資金の有効活用もメリットとなるということとございまして。

また、それ以上に、患者さんの状態を連携病院あるいは介護施設で詳細に情報を共有できるというところが、直接医療、介護に携わる者、受ける側にとつても携わる側にとつても、利点になるものだと私は考えます。

さて、既存の医療法人の連携推進法人への参加は任意となっておりますが、地域医療の充実に資するように、今回創設される推進法人が普及することが望ましいと思ひます。

そこで、厚生労働省としては、普及に向けてどのような取り組みを検討しているのか、お伺ひしたいと思ひます。

○永岡副大臣 お答えいたします。地域医療連携推進法人制度、これは、先ほど御

説明申し上げたように、さまざまなメリットがございます。地域の医療機関、患者の置かれている状況などを踏まえながら、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として効果的に活用していただきたいと考えております。

この法案の成立後には、改正法案の内容の周知を図るために全国各地で説明会を開催するとともに、地域医療連携推進法人の設立後は、地域医療への好影響について全国に周知することを考えているところでございます。

○比嘉委員 税制の優遇措置など非常に説得力があると思います。丁寧な説明をもって、しっかりとした普及に向けて動いていただき、本法律案成立の際には有効活用を期待していきたいものではないかと考えております。

次にお尋ねしたいのは、これも今までの先生方がちよつとお尋ねしておりましたが、非営利性についてですが、地域医療連携推進法人制度の創設に当たって、医療における非営利性の確保は重要なものだと考えております。

そこで、この法人制度における非営利性を確保するためにどのような措置が講じられているのか、もう一度改めてお伺いしたいと思います。

○二川政府参考人 医療の非営利性の観点でございますけれども、営利法人が医療へ参入するという場合には、利益を上げる目的で診療が行われ、必ずしも患者さんに適切な医療が提供されないおそれがあるといったことから、医療につきましては、非営利性を確保することが医療法上原則となっているわけでございます。

今回新たに提案をしております地域医療連携推進法人につきましても、地域の医療機関を開設する複数の法人が医療機能の分担あるいは病院等の業務の連携を推進する、こういった目的で連携をするといったものでございます。

したがいまして、これに参加する法人につきましても、営利法人を除くというふうにしておるわけでございます。株式会社がこの法人の参加法人となつて法人の運営に關与することはない仕組み

みとしておるわけでございます。

さらに、地域医療連携推進法人は、法的には医療法人ではございませんで、一般社団法人ということになるわけでございますけれども、医療法人制度と同様に、この連携法人につきましても、営利法人の役職員の役員への就任の制限、あるいは剰余金の配当禁止、剰余財産の帰属先の制限、それから都道府県知事の立入検査の監督権限、こういった医療法人と同様の規定を規定することによりまして、この連携法人におきましても医療の非営利性を確保するといったこととしておるところでございます。

○比嘉委員 医療は国民の生命にかかわるものであるという医療法人の原点を、営利法人を除き、非営利性の徹底に努めていただきたいと考えています。

また、非営利性の確保とともに、地域医療の中心的担い手である医療法人については、経営の透明性や適正な運営の確保が求められます。

そこで、今回講じる医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化に関する取り組みに伴う効果とともに、小規模の医療法人の事務の負担への配慮についてお伺いしたいと思います。

○永岡副大臣 今回講じる取り組みは、医療法人が健全でかつ適切に業務運営を行うために、公益法人会計基準に準拠をいたしました会計基準の適用ですとか、あとは、他の非営利法人制度と同様に外部監査の導入、それから一般社団法人などと同様に計算書類の公告を一定規模以上の医療法人に義務づけるなどによりまして、医療法人の経営の透明化、適正化を進めることとしております。

この対象となります医療法人の範囲につきましては、医療法人につきましては、これは一人医師医療法人などの小規模の法人も含まれておりまして、仮に外部監査を導入しますと事務負担ですとか費用も相当程度かかるということや、私的に設立されております本場に小規模な医療法人は社会的影響も少ないことなどから、その対象は、社会的に影響が大きい一定規模以上の医療法人とする

ことを考えておりまして、御指摘のとおり、小規模の医療法人に配慮することとしております。

○比嘉委員 義務化をする部分、規定を整備する部分で、透明性の高い法人はしっかり守りながら、また、それを拡大するということは重要なことだと考えます。

それでは、本法案の活用の具体的な例として一つお尋ねしたいんです。

沖縄県は、離島が多いといった地理的な特殊性が存在しております。その中で、この地域医療連携推進法人制度が沖縄の地域医療にどのように貢献できるのかということをお尋ねしたいと思います。

例えば、今、沖縄本島というのがありまして、沖縄本島北部は非常に医療人不足で、医療の崩壊が危惧されているところでございます。この本島の左側に伊江島という小さい島がございます。その中で救急の患者さんが出ましたら、昼間はヘリで搬送することができるとは思いますが、夜は今まではずっと小さな漁船で患者さんを搬送しておりました。それが、今回、ちゃんとした緊急搬送船というものが整備されて非常に島の方たちは喜んでいらっしゃる状況なのですが、離島から本島まで患者さんを運んでも、それを受け入れてくれる救急病院がなかなかないというのが実態でございます。

今、北部の方には、公益社団法人の医師会病院、そして県立北部病院というのがございます。その統合が一番いいのではないかと案が浮上しておりますが、社団と県立の統合がかつて全国でも余りなかったようで、なかなかこの話が進まない状況でございますが、この法案が成立することによって、こういう状況を打破できるのかどうかというところを、厚労省の御見解をちよつと教えていただきたいと思います。

○橋本大臣政務官 答えをいたします。地域医療連携推進法人制度におきましては、切目のない医療を継続して提供するための統一的な方針のもと、人、物、お金の一体的運営により、

地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供することができると考えております。

ですから、離島が多い地域なら離島が多い地域なりの方針、どういうふうに関連をしていくかという方針を立てていただいて、あるいは、それは山間部だったり平野部だったり、いろいろな地域というのがあると思いますが、それぞれの地域を統一的に持っていきたい上で、関係する病院等がその方針にのつとつて連携を進めていく、そういうことによって良質かつ適切な医療の提供ということが可能になるということを私たちとしては想定をしているところでございます。

御質問いただいた点につきましてですけれども、この制度は、医療機関を開設する医療法人等が二法人以上参加すれば設立可能ということになっておりまして、地方自治体も公益社団法人も対象でございますので、御指摘のような事例であれば法人設立は可能でございます。

地域医療の課題を解決するためには、地域の実情に応じたさまざまな方法があると考えられますけれども、その一つとして地域医療連携推進法人制度が効果的であるという場合には、ぜひ当該法人制度の活用についても御検討いただきたい、このように考えております。

○比嘉委員 ありがとうございます。

ぜひ、この法案を成立させていただいて、沖縄北部の医療のために活用できたらいいなと考えております。県民の安定、安全な医療の確保はもろんのことでございますけれども、実は、沖縄県、今非常に観光のメッカにもなっております。これからユニバーサルスタジオの誘致とかいろいろのが出てくる予定でございます。そういう観光のインフラ整備の一つとしても、非常に重要なものであるのかと考えております。

それではもう一つ、ちよつと話は違いますが、地域包括ケアの推進に当たり、今、口腔ケアの重要性というのが非常に皆さんに御理解いただけてきたかなというところがございますが、歯科の在宅医療の充実を求められている中、本法案に関し

でも、歯科が参加することは想定されていらっしやるのか。また、歯科が参加する際に期待される役割としてはどういふものがあるのかをちょっとお尋ねさせていただきたいと思ひます。

○永岡副大臣 先生、齒医者さんでいらつしやいますから、相当これには、やはりぜひぜひという気持ちがおありかと思ひます。

地域医療連携推進法人につきましては、医療法人などの非営利法人を参加法人とするものでございまして、歯科医療を提供します非営利法人につきましては、地域医療連携推進法人に参加することができません。

高齢化の進展に伴ひまして、最近では、口腔ケアによつて誤嚥性の肺炎の発症の予防になることが知られるなど、口腔と全身の健康につきまして、この關係が広く指摘をされております。

齒医者さんの歯科医療を提供する非営利法人が地域医療連携推進法人に参加した場合には、ほかの参加法人との連携によりまして、在宅歯科医療の充実ですとか、あとは歯科と医療の連携ですね、これにさらに加へまして、患者さんにとつて大変大きなメリットがあるものと考えております。

○比嘉委員 現場で歯科医師は歯科医師としてやはり一生懸命頑張つておりますが、ほかの医療関係者との連携というものが非常に大事なのが現実でございます。この法案成立に伴ひ、また歯科医師の活躍する場面もふえてくるのかなと考えております。

今、大きなグループを一つとして地域に働きかけていくということが、地域の町づくりになり、活性化になり、たくさんの人たちを幸せにしていふということをお前提に、また私どももこれを支えていきたいと思つております。

ちよつと早くありますが、質問を終わらせていただきます。

○渡辺委員長 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。

午前十一時五十一分休憩

午後一時開議

○渡辺委員長 休憩前に引き続き會議を開きます。

質疑を続行いたします。阿部知子君。

○阿部委員 民主党の阿部知子です。

本日、私に頂戴いたしましたお時間は一時間三十五分、今まで未経験の分野、未踏の分野に入ります。

実は、本来は民主党のエース岡本さんが質問も分け持つていただくとところでございましたが、この夏の暑さでちよつと体調整はずというところで、その分も含めて、岡本さんほどシャープにできるかどうかかわりませんけれども、逆に、しっかりと、ゆつくり、私は、塩崎さんが厚生労働大臣になられて、今まで専門としておられた分野と、医療や介護、人間の生き死にかかわつたり、地域の生活、もつと言へば泥臭い分野も非常にあるわけで、喜びも悲しみも抱えた分野のことを知つていただきたく、そのような思いが伝わるような質疑をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

冒頭お伺ひいたします。

平成二十六年の一月二十日、産業競争力會議で、成長戦略進化のための今後の検討方針というのが出されまして、その中に「これまで成長産業と見做されてこなかつた分野の成長エンジンとしての育成」ということが掲げられており、そこに、今いろいろな形を変えて、ちよつと最初と違ふかなという形になつた地域医療連携推進法人なるものもとが、もともとは非営利ホールディングカンパニーという形で、むしろ、文字どおりここに言う、医療というのは成長産業ではなくて、どつちかというところのお金のかかる分野、費用の出いく分野、社会保障におもしろをつけている分野、重荷の分野と言われてきたものが、そうではなくて、ある意味では成長も大変可能性もあるし、地域を支えるという意味で現在の意味もあるし、この医

療というものを人の幸せにのつとつてどういふうに国内外で広めていくか、そこに日本の力を見ようという発想だったと私は実は思つておるのであります。

冒頭、とても抽象的なことに聞こえるかもしれませんが、塩崎大臣にとっては、医療という分野はどのようなものとお考えでありますでしょうか。一問目、お願いします。

○塩崎國務大臣 想定外の質問でびっくりしてしまいます。

言うまでもなく、我々、生まれてこの方、何度がなく病氣になつて、そのときに助けてくれるのがお医者さんというので、昔は自宅に先生が来てくれた、そういうときでありましたし、私の祖母は自宅で亡くなり、その前に七年間、脳卒中の後には母が介護しながらやつていた、そのときも往診をしてくれたのは私を診ていた先生、同じ先生が御近所から来て、また、そこのお嬢様は私の姉と同級生とか、そういうような、非常に身近で、なおかつ本當に苦しいときに助けてくれる、命を助けてくれる、そういう方がお医者さんということ、で、本當に先生と呼ぶにふさわしい人はやはりお医者さんだということに最初に思つたものでございします。

だんだんよわいを重ねながら、いろいろな経験を、そして政治家になつてからもずっと考えてきたことは、原点は何も変わらずに、社会保障、なかんずく医療というのがやはり一番身近な問題で、先ほど先生がおつしやつたように、まさに生きるか死ぬかという問題であつて、そういうことを決めるということは、誰しもがやはり健康で長生きをしたいということを考えれば、どうやって医療を發展させ、医療技術も向上させていくのかということをやることが政治の仕事でもあるなというふうに思ひ、また、病院や診療所や、いろいろな医療を受けるところが国民にとつても使いやす、アクセシヤブル、そして居心地がいいところでないといけないというふうな観点も考えてまいりました。

それと、最先端の医療がなければ最終的には一人一人の国民の医療もよくなるというのを考えれば、これは、日本版NIHといつて、今、AMEDというものができましたけれども、そういうような形で最先端の研究開発を医療分野で特にバックアップすることは極めて大事で、それは結果として経済にもプラスですけれども、何よりも一人一人の医療にとつて落とさなくてもいい命を拾えるかもわからない、そういうことが起き得るということでバックアップをしていかなければいけない、そんなふうにも多面的に考えてきたのが医療だといふふうに思ひます。

○阿部委員 大変優秀な先生の御答弁をいただきましたが、私は、今、塩崎大臣がお答えいただいたように、二面性を絶えず持つていふと思ひます。地域に密着し、人の生き死にに密着し支えるということと、そして同時に、産業競争力會議などで松山さんなどの御指摘にあるように、日本ももつとこの医療分野、医療産業分野と言つてまたちよつと意味も違つてきますが、医療分野で国際的にも仕事をできてもいいだろうという部分も、グリーン・ライフイノベーションという再生可能エネルギー分野と命の医療の分野というのは、これから世界じゅうどこでも必要とされております。

例えば、東南アジア諸国にいろいろ私も小児科医のころ支援に行きまして、その使う点滴の針一本、実は日本の方がいい性能なのに、ヨーロッパからのものがあるいはアメリカからのものが入つてきていて、日本より高くて、救える患者さんの数が限られる。そうだったら、アジアにおいては日本がもつと頑張れば、よいものを命のために伝えられるし、そういう意味の国際競争力もつけたいと私は実は思つてゐるものであります。

その私から見ると、最初の産業競争力會議で、成長産業とみなされてこなかつた分野である医療のところを何とか伸ばしましょうというお話が、日本再興戦略の平成二十六年六月二十四日の閣議決定に続いて、ある意味で、そのラインというのはこの閣議決定まではかなり意欲的な、国際的に

見て遜色のない、日本がよい医療を届けられる分野としてやっていけるんじゃないかと。全部が賛成じゃないですけども、そのやり方とかは別ですが、その視点ですね。医療というのは、単にお荷物じゃない、人の役に立つ、そして日本にとってはこれから国際的にも立ち向かっていかなきゃいけないということは、私はすごく前向きに実は評価しているんです。

そういう流れと、それ以降のさまざまな討議、医療法人の事業展開等に関する検討会等々を経て出てきたアウトプットは、実は、地域の医療の再編、機能分化のお手伝いとネットワークをつくりましょうというようなもので、当初掲げていた考え方と検討会を経た後のアウトプットというのは、先ほど申しました医療の持つ二面性の、どちらかというと地域に密着している生活や命を支えるという部分に九割九分以上のウエイトが置かれて、結局これは、思えば、一つの例えばあるホールディングカンパニーを考えたり、今言うところの医療連携推進法人というなりをつくっても、この二つをとるということは実はできない。

私は、二兎を追う者は一兎をも得ずとよく言いますが、これを何度読み返しても、あと省庁から御説明を受けても、言え、効率化を高めることで国際競争にも地域医療にもいいんですみたいな、わかったようなわからないようなことを言うんですけれども、塩崎大臣としては、今回のこの連携法人に一体何を求めておられるのか、これをちょっと明確にいただきたいんです。

と申しますのも、実は我が党の中でも、はっきり言って、こんなのできっこないね、だから放っておいてもいいねという人と、できっこないものをわざわざ大騒ぎしてつくるのは、何か、逆に言うところいろいろなよからぬものもくつついてくるかもしれないねというのと、いろいろ論議が、正直言って党内でもあります。

なぜそうなるかというと、きょう、質疑して、いろいろな問題点が出てくる前にもう採決なんですから、ぬえみしたいものが、何が何だかわから

ないと私は思うのです。

だから、今の段階で、塩崎大臣としては、この医療連携推進法人は一体何を指して、実現可能性はどうかということも含めて、大臣の思いをちょっと聞かせてください。

○塩崎国務大臣 正直、私も最初、まだ自民党の政調会長代理をやっているが、成長戦略で、さっき先生お触れになりました、最初に非営利ホールディングカンパニー型の法人制度を創設するというのが出てきたときに、メイヨー・クリニクというのは総理もダボス会議でお話をされたので、そういうことをイメージしているのかなというふうに思っていました。ということは、今先生おっしゃったように、かなり大きい組織を考えているのかなというふうに思っていました。

私も、去年の九月に厚生労働大臣になって、この問題について随分いろいろな人の意見を聞きました。そして、実際にこれを日本の中で提案をしている方々がどういう人がいるのかということについていろいろ聞きましたし、成長戦略をまとめた内閣府の方とも議論をしてみると、むしろ地域で、例えば岡山大学中心に考えておられるケースなどが典型ですけども、地域での医療連携というものを考えながら、よりよい、これから来る本格的な高齢社会の中での、効率的で、なおかつ効果のある、高度化された医療を提供する新しい仕組みとして、こういうような医療連携の仕組みが必要になるんじゃないかということ期待して提案をされている方々が多かったということがございました。

正直、私は、一体何のために、誰のためにこれやるんだということを役所の中で何度も二川局長に言って、多分困っていると思うんですけども、だんだん、地域医療構想をつくるということももう決まっていますし、これは県に責任を持つてやってもらわないといかぬということで今我々もいろいろ対話をしていますけれども、そういう新しい地域医療をつくり上げる際に役立つということはいけるならば、これは大変いいなというこ

とで。

先ほどの、大きなもので全国的なものを想定するならば、既に幾つか大きい医療のグループもあるわけでありまして、今の制度のもとで十分できるのかもわからない。しかし、メイヨー・クリニクもどうも最初は地域から始まっている。実際、ダボス会議でメイヨーの責任者にお会いをさせていただきました。先生もメイヨーにおられたことがあったというふうに聞いておりますけれども、そういうお話を聞いてみても、スタートはやはり地域でやっていくことが新しい医療の形としても大変重要だということがわかったので、今回、このような形に提案をさせていただいているというところでございます。

○阿部委員 塩崎大臣も私と同じように、一体これは何のためなんだ、ちょっとよくわからないなと思って局長に聞かれたということですので、あ、一緒だなと思っていて、私の場合は今もって、では地域医療構想にこれが役立つのかどうかというところの疑問がありますので、後ほどそれは質疑の中で明らかにさせていただきます。

せっかく塩崎大臣もダボス会議でメイヨー・クリニクの方にお会いになったということでもあり、私は、メイヨー・クリニクというものをもっとよく知っていたら、一面的ではなく、本当にクリニクが今や、今やというか常にと言った方がいいと思いますけれども、世界で一番患者さんの信頼を得て、また、ロチェスターという町は、全米で投票すると一番住みたい町のナンバーワンになる。サウザンドレイクといって非常に湖が多くて、大草原の中の、そして森と湖という、本当に素朴な環境の中。

しかし、なぜそこに世界じゅうの人が治療を求めて集まるのかということは日本のこれからにも参考になりますし、今回松山さんが出しになったものが経過の中で違ってきて、キャノンの松山さんですね、変わってきて、そして、私は、そのキャノンの松山さんのおっしゃることもまたメイヨーについて一面的であるなと思っておりました

ので、いい実践ですから、もっと深く学んでいたきたいんです。

今大臣がおっしゃったように、メイヨー・クリニクというのは、一八八三年にトルネード、竜巻があつて、被災したたくさんの人が出て、竜巻というのもアメリカに行つていて初めて経験しましたけれども、日本では、最近ちょっとあります。大草原でももうぐるぐる回つて、大牛も馬も家も全部巻き上げていくような大きな被害をもたらすもので、それに対して、二人の医師の兄弟が、地域住民を何とか救おうということで一八八九年に診療所のようなものをつくったところから発展していった。

そして、主には大草原十万人くらいの皆さんのケアをしてありますが、その中心になるメイヨー・クリニクは、この十万人の健康管理を、一人の患者さんが生まれてからお亡くなりになるまでの百年近い年月のカルテを全部保存して、そして、体に不都合なことが起こったその原因を後々突き詰めていく。

私のやっていた研究は、乳房にインプラントを入れた場合に、そのお乳を飲んだ赤ちゃんがその後知恵がおくれたりはいないかということが裁判になつていて、では、そのお母さんのカルテと赤ちゃんのカルテと全部ありますから、それを全部点検してアウトプットを見るといような、息の長い、しかし住民の健康管理に役立つ、そういうことをやってきた病院であります。

そして、いわゆる地域密着の部分と、国際的に後々発展していくんですけれども、海外の患者さんを受け入れるための病院機能というのは分けておりまして、地域密着型の方では、どなたでも、いつでも、誰でも、どこでもですけども、緊急時にも受け入れますよという本場に丁寧な診療と、その方が来られたら、ふだんはこの病院におかりでも、カルテがあつてレコードが残つて、何が健康に阻害要因であつたかが全部蓄積していくような病院であります。

私がそこに御縁をいただいたのは、実は、日本

の水俣病について、私の恩師であるドクター・カールランドという方が、日本で起きた水俣病は、あの地域のエリアの患者さん全部をフォローしないと、ここまで認定、ここまで認定とやっていても絶対に全貌が見えないから、カルテ管理、地域管理はこうやるんだということを見にいらつしやいと誘ってくださいます、私は留学の機会を得ました。

残念ながら、今もって水俣病についてはそういう疫学、地域疫学がなし遂げられていなくて、患者さんたちの足切りと認定の繰り返しをしております、日本にとっても患者さんにとっても、世界にとっても不幸と思っております。でも、そういう仕組み、地域を丸ごと支えて、その人の歴史を医療の面で支えて、記録に残して後世に役立たせる、原点はここにあるものであります。

そして、非常に患者さん思いですので、廊下ですれ違つても、スタッフには全員、メイ・アイ・ヘルプ・ユー、何かお困りですかと患者さんには言うことという教育が徹底しております、ペーシエントファースト、患者さんが第一、これを繰り返して繰り返し教育されるわけです。プラス臨床、研究、そして教育、この三本をきちんと持った上で質の高い人材を育成し、研究にも、海外からのいろいろな難病にも応えるということをやつて、もう百年以上がたちます。

私から見れば、原点は患者さんのため、そして地域の全体をよりよく見ていこうという精神が今を可能にしておりますので、確かに、これは非営利の事業体として、ある意味で松山さんのおっしゃる通りに、国際競争にも勝てるんだというふうなことをおっしゃって宣伝をしてくださつてありがたい一方、しかし、そのもとはどこにあるのかなというところももう少し深く見ていただくと、私は日本が学ぶ中身が出てくるように思っております。

ぜひ、この機会をいただきましたので、きょうは一時間三十五分ですの長い話をさせていいただきましたが、私は、医療というものの持つ可能性

と、そして絶えず忘れない原点というか、哲学といいますが、そういうものがマッチしないとアウトプットはよくならないということも思っておりますので、お伝えをしたいということでありました。また、同じように、松山さんの二〇一三年の十月三日の産業競争力会議に出された資料の中に、もう一つ、我が国のものとして、佐久総合病院を中心とする長野厚生連の例が引かれておりました。大臣のお手元の資料にお目通しただけると、下段が長野厚生連であります、この長野厚生連、佐久総合病院、これについて大臣はどれほど御存じであるか、また評価などはいかがか、お聞かせください。

○塩崎国務大臣 メイヨーにつきましては、総理がダボスでお話しになったときに、余り私は知らなかったのネットで随分調べて、先生から今お話を頂戴したような創成期の苦労の話も勉強させていただきました。

メイヨー・クリニクについては、目的は、一体化された治療法と教育と研究と先ほどお話があつたとおりで、最善の医療を提供するというところであります、さつきも先生からお話があつたように、やはり地域住民の健康管理というのが最初の原点というふうに思っています。

運営形態として、地域の中核病院を中心に、複数の医療機関が機能分化、連携して治療方法や研修などの統一化を図る、それから、共通のロゴの明示によつて地域の信頼を得て、質の高い医療を効率的に提供して、世界に誇るような医療機関を目指したというふうに聞いております。

ですから、今回の御提案申し上げている地域医療連携推進法人も、地域の医療機関が機能分化、連携を図るとともに、医療従事者の研修など、能力アップを図っていくということが大事であり、また共通の標準とか、もつと大事なものは先ほどのペーシエントファーストというか、患者と向き合う姿勢というか、そういうものも共通にしていこうことによつてよりよい医療を提供するということがメイヨー・クリニクの一つの大きな目的、成

果でもあつたのではないかと思います。

佐久の病院につきまして、実は、先生、私も一応、衆議院に最初にいたときも厚生委員会、参議院に移つても厚生委員会ですつとやってきた地味な厚生族でございます、ただ、ほかにいろいろな仕事もございまして、なかなか十分なことができなかったことは先生お察しのとおりでございます。

佐久につきましては、実は、亡くなられた今井先生と一緒に私は厚生委員会で視察に行ったこともございます。

長野県の厚生連佐久総合病院については、組合員とか地域住民が日々元気で生活できるようにという厚生連の使命を実現するために、一つの法人内において各医療機関の機能分化が図られて、医療機関の連携のあり方、このお配りをいただいた松山さんの資料でも、随分、「垂直統合により」というようなことが書いてございますが、国公立病院以上に公益機能を発揮しながら、厚生連が、病院と病院が連携をする中で医療を提供しているところ、このことをやってこられたことは私も存じ上げています、医療の連携のあり方のモデルの一つとして長野の厚生連というのは参考になるのかなというふうに思っています。

当時、病院に行つたときに、在宅と病院にいる先生がIT化で会話ができるように、お年寄りでも簡単に操作できるようなのを先駆的に使つておられて、やはり地域をどうするかということを中心によつていらつしやるんだなということを感じたのを覚えていてございまして。

いづれにしても、今回の法律をつくるに当たつても参考になる医療の連携ということかなというふうに思います。

○阿部委員 前者のメイヨー・クリニクが国際的に見てもトップレベルと評されるようになった背景という理由は、やはり臨床と教育と研究というものをきちんと携えて、臨床から研究に、研究からさらに新しい技術へと踏み出していった。ですから、残念ながら、今回の地域医療連携推進

法人のようなものはないかと思ひます。ありませんし、やはり最初の理念からはちよつと遠くなつていて私は思つております。

それからもう一方の、今挙げました長野の佐久総合病院は、今大臣もおっしゃつていただいたように、長野の厚生連、農協でしようか、JAの皆さんが経営的な一体性を持つていらっしゃるわけです。経営的な一体性を持つことはある種とても重要で、どこかの病院が少し経営的にへこんだりした場合に、経営的な一体性を持つていらっしゃるから、そこの資本からここに援助ができる。これが今回の、後ほどまた取り上げますが、地域医療連携推進法人では経営的な一体性は持たないわけですから、私はこれもまた中途半端だと思ひます。

国際競争に遜色ないような日本の医療を本当に世界に示せるもの、メイヨー・クリニクに学べば研究と臨床と教育です、これが一体となつて絶えずやつていかなきゃいけないし、もうちょっと地域を何とか統合して長野の厚生連のような仕事をしようと思へば、当然、その運営主体が経営的な同一性を持つていないとできないと私は思っています。

ですから、残念なことに、松山さんが例示した二つともが、残念なことと言つて私がキヤノンとかかかしらと思ひますが、そうではないのですが、言つていられる理念をとるのであればそのようなものであつたらうなと思ひますが、今回の地域連携の法人はこの経営的な一体性もありません。

そして、今井先生がおられたのは茅野ですが、長野の厚生連の佐久総合病院は、もともと若月先生という私の東大のもつとはるかな先輩が、地域医療、特に高血圧や脳卒中の多い地域で、どうやって患者さんたちにまず病院に来てもらおうかと思つて、往診から始めて、そして警戒心を解くためにお芝居などもやつたりして、訪ねる医療、往診ということをやつながら地域で信頼を得て、核となつて。

それで、大臣に見ていただくとわかるように、

今、佐久総合は、高度医療センターと、現病院は地域支援病院というふうに分けて、地域支援病院はいつでも受けられるよ。高度医療センターは、これからの国際的にも活躍してくださるかもしれませんが、何せここには教育と研究機能はなかなか携えられないのであります。私が尊敬する大変いい病院ですけれども、そこにおいても、経営的にはこれでお互いが助け合いながらやっていると形がとれても、当初の医療の国際競争という意味ではなかなか難しくかろうと正直言っています。だけれども、大変尊敬していますし、日本の医療の一つのモデルになると思っております。

大臣に次にお伺いしたいのは、いろいろな議論の果てにというか末にたどり着いた、医療法人の事業展開等に関する検討会でたどり着いた先が、二〇一三年の八月、社会保障制度改革国民会議の報告書にうたっていたところの、「地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図る」、すなわち、地域医療構想のためのものとして機能するかどうかという、いよいよどうもそこに落としたいから、それでいいかどうかというお話に移らせていただきます。

大臣のお手元の資料の二ページ目をあけていただきたいですが、ここには、これまで行われてきた医療法の改正と、その都度医療計画が見直されて、この地域にはどのくらい病床が必要である、あるいは、許可病床数がないから開設してはいけないなどの制限もあったものですが、一九八五年が一次の改正というか、医療法はもともと、できましたのは昭和二十三年ころであつたと思いますが、そのころから初めての改正が行われたのが一九八五年であります。

日本の医療は、先回り上げました社会福祉事業でもそうですが、本来は国がもっと前に出てやってくべきだったところ、戦後の混乱期、経済的にも大変だった中で、社会福祉については社会福祉法人、事業体がやり、医療については医療法人が、民間が頑張ってくれて支えられる。国公

立病院等々と民間という意味でいえば、民間が大変頑張ってきた分野であります。

そういう民間のいわゆる医療法人という仕組みをつくって、そこで非常利性を担保しながら、というのは、診療報酬と保険で払われますから、それは国民の姿を変えた税でもありますし、そういう中での法人の透明性、社会貢献を保たなきゃいけないということ、非常利性を専らに行つてきて、一次から六次までの改革があるわけです。

六次改革がいつせんだったの二〇一四年の医療介護総合確保法の中で打ち出されたものであります。もう直截に伺いたいのは、塩崎大臣は、これだけ医療法を何回かにわたって改正しながら、地域医療の計画や提供体制は果たしてうまくいっていると思うのか、いやいや、これはまだまだ大変だと思つておられるのか、この点についてお願いをします。

〇塩崎国務大臣 今の御質問の前に、先ほど先生、大事なことで、教育と研究とそれから地域医療と臨床、これが一体でないとけないということ、さつきも申し上げたように、今回のこの法律をつくるのに随分私も悩んで、一つ聞いたのは岡山大学のケースで、これは、岡山大学の医学部附属病院も一緒に入っていますので、いわゆる教育も研究も両方あつて、なおかつ、そこに市民病院とか労災病院とか日赤病院とか済生会とか、いろいろな形のものが連携をする。

そういう中で、本当に連携ができるならばそれはそれで意味もあるし、そういうモデルが今度は国際的にもまたレベルの高いものになれば使えるのかなというところで、まず第一歩ということで今回こういう形にして、けさほどは、何で営利法人の株式会社をぶら下げるのかという御指摘もいただいたわけですが、とりあえずはこの形でスタートしてみても、いろいろまた発展系を考えていくのかなというふうに考えているところでございます。

今、医療計画のお話を頂戴いたしました。医療計画は、今お話のあつた昭和六十年、一九

八五年の一次改正によつて、医療資源の地域偏在の是正を図るために導入をされたものであつて、これまで都道府県でおおむね五年ごとに見直しが行われてまいりました。

第五次計画以降、がん、あるいは脳卒中、小児医療、周産期医療、救急医療、さまざまな疾病や事業に応じた医療連携体制の構築を位置づけるということをやつてきて充実を図つてきました。いろいろな経緯があつたということも事実であつて、医療資源の偏在の是正につきましては、都道府県の人口当たりの病床数の差は一定程度縮小はしていると考えますけれども、小児医療あるいは周産期医療などでは医師不足の地域も今やそこそこあるということで、深刻な事態を迎えているところもあるのを私もつぶさに聞いているわけであります。

したがつて、今御質問あつたように、今日までやつてきて、これでどう評価するのかというときには、やはり引き続き取り組むべき課題は多々存在をしているということは認識をしなければならぬと思つております。

厚生労働省としては、都道府県が地域の実情に応じた医療供給体制をこれから地域医療構想を通じて構築する、それができるように必要な財政支援あるいは都道府県職員に対する研修などをやつていかなきゃいけないと思ひますけれども、ちょうど地域医療構想で、都道府県単位でそれぞれ独自のニーズに応じた新しい医療供給体制や医療体制を二〇二五年をまずは念頭に入れながらつくっていくという中で、さまざまな努力をまたさらにしていかなきゃいけないということではないかというふうに思ひます。

〇阿部委員 私も、自分自身が小児科医で、そして、ましてこの十五年国政に送つていただいているので、やつてまいりまして、一番難しいなと特に厚生労働分野の医療の分野で思つておりますのは、医療提供体制、それも地域という面を把握した医療提供体制というのは本当に答えがなかなか出ない。

六次に至る改定を重ねてきても、小児医療の不足、あるいはお産する場所がない。所によつては、例えば銚子の市立病院が一旦は破綻し、今再建にかかつていますが、市の財政を危うくしている。もろもろ、本当に病院という存在と地域という存在とをどのように組み合わせ、解けないパズルを解いたら、どうしたら人がそこで暮らせるかということについて、やはり一番厚生労働省にしっかり仕事をしてほしい分野であります。

であるにもかかわらずとあえて申し上げますが、そもそも第一次の医療法の改正が、今大臣のおっしゃつた、二次医療圏というものを定めてその中の病床の過不足を配置していくものでありましたが、それまで、どちらかというと、一県一医科大学が軌道に乗る以前というのは西側の方が病院が多くて、その実績のつとめて患者さんの必要数とかも算定したために、最初の算定数というのもしちゃんと現状を把握していなかった。どうすれば現状を把握できるかというノウハウがいまだにないんじゃないかなと私は思ひます。

この二次医療圏という考え方の現在のあり方、そして課題などについて、これは予告していませんが、医政局長、お願いします。

〇三川政府参考人 ただいま地域医療構想の策定を各都道府県においてしていただくわけでございまして、そういったことを推進していく観点から、この地域医療連携推進法人を各地域でその選択肢としてつくつていただくということを考えているわけでございます。

そういったことにおきまして、各地域でいろいろなパターンが想定されておるわけでございまして、この法案を提案いたしました以降は割合いろいろなところから照会がございまして、まだ具体的にどういうふうに進むかわかりませんが、いろいろな形で活用いただけるものではないかと考えております。

パターンといたしましては、病院と病棟の連携のパターン、それから病院と診療所の連携のパターン、いろいろなパターンが考えられるものと

いうふうと考えておられて、具体的には、今後、いろいろな御相談に応じてまいりたいというふう

に考えているところでございます。

○阿部委員 ごめんなさいね。急に聞いたから、質問と答えと違って、悪かったですね。二次医療

人口が少なくてもこれが一つの固まりだ、面積が広いけれどもこれが一つの固まりだ、こういったことで実態に合っていないわけなんですけれども、それが実際にはそうではなくて、いわゆる病床規制の単位として機能してきたといふようなことがあって、結果においてすごく大きな、人口が百五十万とか二百万とかある指定都市全体を一つの医療圏としていられるところあれば、もともと非常に小さなところもある、人口でいうと数万人ぐらゐる単位にした二次医療圏というものもあるといったようなところがございます。スタートした時点と、二次医療圏ということの意義が大分違ってきてしまっているところも多々あるのかなというふうに考えているところでございます。

私がそのように質問いたします理由は、一九六三年に、医療制度調査会というのがあって、その

高齢者まで、医療がなくなればその町も消えていきます。そういう極めて社会インフラの中の、社会的共通資本と宇沢弘文さんがおっしゃいましたが、まさにそれが医療であります。

塩崎大臣、私の問題意識は、今までの二次医療圏という考え方が既に形骸化して、これ以上病床規制の単位として使っても、実は本当の、先ほど大臣が繰り返してお話いただきました、地域で必要な人々の生活を支えるサービス提供に結びついていかない可能性が強いと思います。

そのときに、実はデータというのがやはり極めて大事で、データ自体は、例えば支払基金に行けば何億というデータがもうそろっているわけですが、まだ十分な分析がなされていないといふことがあって、この間、六月に、東大の渋谷先生を座長としてまとめた「保健医療二〇三五」でも、そういうところのデータ分析に基づいた地域医療のあり方についてもやらなきゃいけないと。

答申の中に、医療施設の配置の体系の適正化は、地域の実情と住民の医療事情に応じた分析を基礎とし、その積み重ねによって実施されるべきであり、地域保健調査会の設置が望まれるという答申があるんですよ。でも、私は鼻問にして、この十五年の間には、地域保健調査会、すなわち、地域の医療の実情、住民の医療事情などをベースにしたエビデンスベース分析はないし、その積み重ねによって実施されるべきであるという答申なんだけれども、そうならないんじゃないかなと思うんです。

でも、単に病床規制の手段としてだけやれば、地域住民の医療とかそこにある生活実態がみんな消えてしまうので、そういうことをこれから新たな視点で、逆に言うと、一次から六次まで重ねてきたこの医療法改正、そして医療計画についても、ある意味で視点を変えて見直していく。

そうなる、今先生御指摘のように、では、県庁職員の中で、医療がわかる、要するにお医者さんが何人いるんだと。私の地元では十人弱だと言っていました。今回、医療構想にかかわるであろう県庁、本庁にいるお医者さんは何人いるんですかと聞いたら、二人だと言っていました。おまけに、そちらにはかわからない部署におられたりするということがなると、いよいよもって人材育成というものも同時に地域でやっていかないと。

やはり地域で本当にニーズに合う医療モデルというものがつくられて、住民ニーズに応えられるようになれば、これは、これから高齢化を迎える海外の人々にも、こういうふうにする地域のこと、これを御提起できるようにもなるんじゃないかなというふうに思っています。ですから、今回の地域医療構想のつくり方というのはとても大事な、まず最初の一步をつくるものだというふうに思います。

今、まして、人口の都市への集中等、消滅集落とか言われて、人口動態は激しくというか動いていく。その中であって二次医療圏という概念がどのように役立つのか、あるいは、それは本当に何を意味しているのかわからない時代になってきていて、新たな視点が必要なのではないかと思つてのことです。どうでしょう。

二次医療圏が病床規制の手段になっちゃつていて、実情を見ていない。私は、ここが一番問題だし、ここが一番難しい。問題だから厚労省だけを責めようとは思いません。本当に難しいと思うのです。

それは、ちょうど時代は、いいか悪いかはまだ別途述べますが、さきの医療法改正において、国の責任以上に都道府県の責任を、病床区分を設けたりすることで県に重くしたということがあると思います。ところが、今まで県はそこまで綿密に地域を見てきたわけではありません。また、国も、今医政局長おっしゃったように、一応プランで計画で割り振って机上でつくるんだけれども、どう機能しているかについてはよく見えていない。

味で、日本の人口構成、少子高齢社会は世界一ですし、一方で、とてもありがたいことに医療保険制度、国民皆保険というのがあって、でも、保険があつて医療サービスがなければ、保険あつてサービスなし、やらざるばかりの保険になっちゃうので、非常にありがたい国民皆保険をこれも堅持しなきゃいけないし、それにのっとって上手に日本が高齢社会のモデルを示していく、そういう意味で、本当に今大臣のおっしゃったとおりだと思

○二川政府参考人 二次医療圏そのものに関しての認識というところでございます。

医療計画が昭和六十年からスタートしたときに、最も大きな意味づけとしては、この地域に必要な病床数は幾らか、こういった医療計画を立てる、その基本単位としての二次医療圏というものがつくられた、こういうふうな認識をしておるわけでございます。

全国三百余りの二次医療圏があるわけでございますけれども、その地域がそれぞれ、相当さまざまございまして、それが地域の実情に応じて、

○阿部委員 今がターニングポイントという意味で、日本の人口構成、少子高齢社会は世界一ですし、一方で、とてもありがたいことに医療保険制度、国民皆保険というのがあって、でも、保険があつて医療サービスがなければ、保険あつてサービスなし、やらざるばかりの保険になっちゃうので、非常にありがたい国民皆保険をこれも堅持しなきゃいけないし、それにのっとって上手に日本が高齢社会のモデルを示していく、そういう意味で、本当に今大臣のおっしゃったとおりだと思

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

支えているのは医療機関であります。子供から御

ますので、頑張っていたきたい。

その意味で、資料の三枚目を見ていただきたいんですが、地域医療構想というものが昨年の医療介護総合確保法の中で決められ、そして地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会というものがあわせて並行して走っている中で、今回つくられる地域医療連携推進法人は機能分化、連携を実効的に推進すると。病床機能の報告制度の運用が開始されたのが二十六年、そして地域医療構想の策定、今です、二十七年、そして医療機能による自主的な取り組みと相互の協議等による機能分化、連携の推進と三段流れてきて、さらにここに白丸があつて、ここをつかさどるためのものですかと私はきのう担当部署の方に聞いた、そうですというお答えでありました。

大臣、認識はそれでよろしいですか。今回の連携推進法人は主にこの白丸部分であると。

○塩崎国務大臣 今御指摘いただいたように、資料にあるように、順を追って新しい地域における医療の形というものをつくっていくというところでございますが、先ほども申し上げたように、今回の連携法人の言ってみれば目的の一つは、大事な一つは、地域医療構想を実現するためにもこれを使い得るということであり、また、地域包括ケアシステムというのを我々は同時に構築していかなきゃいけないわけでございますので、それにも資するものでなければならぬと思いますので、今回こういう形をつくらせていただいた。

今回の地域医療連携推進法人は、必ずしもみんなが金太郎あめのように同じ形になるわけではないわけで、どちらかというと過疎でつくられる、例えば診療所とよく連携をするとか、あるいは幾つかの病院を核に診療所と連携する、あるいは、先ほどの岡山のように割合大きな病院の連携がまずあつて、その後どういうふうに診療所が考えるかはその次に考えられることであるというようなこともあろうかと思ひます。

いずれにしても、それぞれ、地域医療構想、あるいは地域での新しい医療の形というものが新たな

な形で実現するために役立つように私たちは期待をしますし、これで全部うまくいくなんていう話では全くもろんないわけであつて、こういうものをおやりになる際には、そういうために資するものであることを我々は期待をしますし、今回の法律をつくるに当たっては、そういう形になることが実は地域医療構想にも貢献をするということも思つて導入するわけであります。

したがつて、先ほど申し上げたように、まずはスタートして、さらに改善する点は追つていろいろまた出てくるのではないかな、そんなふうに思うところでございます。

○阿部委員 私は、実はこのガイドラインに関する検討会に出されていることには二つの疑念があります。

一つは、先ほど大臣もおっしゃつていただきましたが、これから地域医療構想をつくる場合に、今までのような二次医療圏の考え方は、医療提供サイドからの考え方ではなくて、住民サイド、地域の実情サイドからの声を組み入れなきゃいけないという意味で、果たしてそれがどうできるか。

ここにございますのは医療審議会と市町村の意見を聞くということではありますが、先ほどの実態の分析というところとこれがどうかみ合つかどうかというところの疑念が一つと、プラス、今回、医療提供体制の責任の多くを、むしろ都道府県知事の権能を高める形で、逆に言うと病床再編や機能分化を図っていくというのがこのガイドライン全体の流れです。

見ていただきますと、資料の下の方に、「医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合は、要するに、このベッドを削りなさい、あるいはあいているからもうやめなさいなど、そういうのに言うことを聞かない医療機関側に対して、当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置に加えて、以下の措置を講ずる」と、病院の名前を公表したり、地域支援病院や特

定機能病院から取り消したり、各種補助金の交付をやめたりということ、正直言うと、ちょっとこれはかなりやり過ぎ、きつい、非常に上から目線だなと思ふんですね。

それだけの権能を都道府県知事に与えるということは、都道府県が十分その地域を知つていれば、まだしもですけれども、切り捨てられる住民が出るのではないかとこの疑念が私にはすごく強いわけなんです。そして、ましてその中で地域医療連携推進法人が機能分化の役割やあるいは連携推進を担わされるとしたら、果たしてこれは、その法人が何をしたいか以上に、全体の中の指揮命令系統というものに縛られると思ひます。

過剰な権限を与えて医療提供体制がうまくいくわけではなくて、先ほど来メイヨの例や佐久の例を挙げたのは、地域に密着して、地域の患者さんの受け皿をどうつくるかということに本来に必死に取り組んだ結果であります。

私は、例えば、先ほど大臣がおっしゃつたけれども、これから岡山大学が頑張られて法人をつくるのかもしれないが、大学病院です、もともとそういう地域密着で生まれてきたものではないところの問題がどう解消されるのかなというのを、余談ですが感じます。

うまく成功してくればいい、だけれども、本当に、ペーシエントファーストといいますが、患者さんのためにというところが理念化され、実践化され、継承されていなくて、どんな取り組みもうまくいかなければ、まして、患者さんたちの実態を、今、地域の実態を地域医療構想が必ずしも十分把握できていない。これはもう現実です、それから仕方ないとして、しかし、ここで強い権限、取り消しか、すごいですが、これを読むと、交付金や福祉医療機構の融資対象から外しちゃうんだから、そんなことまでやって強制力を持つてやっていくとも絶対にうまくいかなさう。

根絶やしでみんな消えちゃうんじゃないかと思ひますので、この点について御答弁お願いします。

○塩崎国務大臣 地域医療構想の実現というのが

大変大事であるわけでありまして、特に病床機能の分化、連携、これを強制的に進めるのではなくて、医療機関が地域医療構想調整会議、いわゆる協議の場と我々は呼んでいますが、この場で協議を行つて自主的に取り組むということがやはり自然だし、また、それを我々としても期待し、それが重要だというふうと考えているところでございます。

ただ、こうした協議の場だけでは病床の機能分化、連携がなかなか進まない場合もあるかというふうにも思ひますので、医療法においては、都道府県が医療機能に対して、不足する医療機能を担う要請や命令を最後には行うことができるということなどの権限を定めているわけであります。

都道府県知事がこれらの権限を行使するに当たっては、医療法上、都道府県の医療審議会、この御意見をしっかりと聞くといった一定の手続を経ることとなつておりまして、医療審議会の意見を無視することで都道府県が権限を行使するということは事実上困難なことになつていくわけになります。

都道府県がやはり県内の融和も図りながら、しかし、向かうべき政策目標を見定めて役割をしっかりと適切に果たして、病床の機能分化、連携を進めていただきたいというふうに思ひますし、厚労省としてもこれを応援してまいりたいと思ふわけであります。

今、医療の基金、毎年九百四億を活用していただいているわけですが、これは大きく三つにグループングされていることは先生も御存じのとおりで、一番最初の病床の機能分化、この部分についてやはり一番、長期的なことを考えると結果を出していただきたいところであるわけですが、誰しも医療機関側は、率先してこれを最初に自分から手を挙げようというのとはなかなか度胸が要ることではないかと、本音を聞くと、やはりなかなかちやうちよされていく方々も多い。

そういう中で、しかし、住民の医療ニーズに合っ

た医療供給体制をつくるというときに、この協議の場で議論をする際の、言ってみれば最後のとりでとして県知事がこういうような権限を持つていふということもバックにしながら、しかし、先ほどの医療審議会の御意見も聞かなければいけないという法律上の定めもあるわけでございますので、そういうことを考えてやっていただきたいという事です。

確かに、今お示しをいただいたものをそのまま読むと、えらい、随分強圧的なことだなというふうに思いますが、そういうことにはならないように話し合いをしっかりとやっていただいで、納得をしていただいた上で形を変えていくということが出来るのが一番よろしいのではないかと思います。

○阿部委員 私は、医療行政というのは、抑圧的というのか、権限を振りかざしてやっても絶対うまくいかない。というのは、医療をやる側も人間です、やる気がなくなったら終わりですから。これは一人の医者から始まって、病院という生き物もそうですが、本当に人間でもっているんですね。定められた規制でもっているわけではないのです。

ですから、こういうふうなやり方、権限をちらつかせておさめていこうというふうなやり方に医療行政が堕したら、結局、もうみんなやらない、患者さんがそこで大変に苦しむということになります。そして、こうした病床削減の結果、そこでの生存権が保障されなくなったという訴訟が起きたら、本当にこれは大変な、生存権がかかった問題ですので、やはり実態をつぶさに、つまびらかに見て、過剰な権限を振るわれないことが一番の厚生労働省としての基本スタンスだと思います。

私がなぜそんなことまで心配するかということ、次の資料四で見ていただきたいんですけど、これは、昨年の医療介護確保法のまたさかのぼること一年前から厚労省がたびたびお示ししている、二五年、平成三十七年の病床の絵姿です。今のシャンパングラス形からヤクルト形になる

と当時よく御説明がありました、七対一をシャンパングラスの一番上にして療養病床まで、こういう形をしているのを、これからは、三十七年、二〇二五年には、高度急性期病床十八万、一般急性期三十五万、亜急性期二十六万、長期療養二十八万、このほかに地域に密着した病床二十四万床をつくりましよう。これは繰り返して御利用されている厚労省の説明資料ですので、大臣もどこかでご覧になったことがあると思うんですね。

これを、全部病床を、では二〇二五年には幾つになるんだとすると、合計して計算すると百三十一万床なんです。

そして、下の段にお示ししてある資料は、ぜんだつて内閣官房の方から出された、二〇二五年の医療機能別必要病床数の推計結果なのですが、百十五から百十九万床。一割以上減つてしまふ。

こういうデータが内閣官房から出されて、厚労省として果たして、例えば高度急性期にしても十三万床、厚労省の予測では十八万床。急性期のところも、これは三十五で、こっちが四十・一で多いかなと思いますが、でも、内閣官房の方では急性期と亜急性期は一緒になって急性期になっていきますので、区分が少し違います。でも、全体の病床数で見て、自然増で推移すれば百五十二万床を百十五から百十九万床に減らしましようという内閣官房が試算しました。

実は、この試算というのは、高度急性期というのは何を意味するのと聞いたら、診療報酬で三千点以上の、患者さん一日三千点、三万円以上の治療を高度というんだ。今度は診療報酬で切るのか。その前は、七対一看護とか、看護の基準で切っていました。ところが、本当にこれで実態をあらわしているのか。あるいは、厚労省の、これから地域の実情を聞いて組み立てようという必要病床数とそこを来すのではないかと思います、大臣、どうですか。

○二川政府参考人 社会保障・税一体改革のときに行いました長期推計と、今回、内閣官房の専門調査会が公表した推計の違いでございます。

以前の社会保障・税一体改革のときの推計につきましては、高度急性期、一般急性期、それから、当時では亜急性期、回復期リハと呼んでおりました、そういった機能につきまして一定の案分をかきまして、かつまた、その入院日数につきまして、在院日数が平均的に将来は短縮できるであろう、こういったことを前提にして計算をしたものというふうな承知をしております。

一方、今回の内閣官房の専門調査会が公表した推計の方は、実は、私どもが各都道府県に地域医療構想を策定していただく際に使っていたガイドライン、そのガイドラインで明示した基準に従って計算をされているもの、こういうふうな承知をしております。

私どもの検討会でお示しをした地域医療構想のガイドラインにおきましては、先生御指摘のように、高度急性期、急性期、回復期、各機能については、医療資源投入量というものをベースに一定の基準をお示ししたところでございます。

具体的に、各DPCのデータ、DPCそのものは定額払いのものでございますけれども、実際にはどういった医療行為をしたかというものが全て登録されてございますので、入院一日目にどんな医療行為をしたか、それを点数換算すると何点になるのかということがわかります。そういったところを前提に、どういった医療行為をしているところが高度急性期なのか、どういった医療行為をしているところが急性期なのか、またどういったところが回復期なのかといったことにつきまして基準をお示したところでございまして、それが、高度急性期は御指摘のとおり三千点以上、急性期につきましては六百点から三千点、回復期は二百二十五点から六百点、こういうふうにお示しをしたわけでございます。

その基準に従いまして、将来の人口構造の変化を見込んで医療需要を見込んだ、こういったものでございます。それにさらに、病床利用率、いわゆる病床の回転率を考慮いたしまして、必要病床数を計算されたもの、こういうことでござい

す。したがって、各都道府県で計算をこれからされるわけでございまして、地域ごとに計算をされるわけでございまして、それと完全に一致するわけではございませんけれども、大まかなマクロなことで言えば、似たような数字というふうに承知をしていただいております。

○阿部委員 私は、それは詐欺みたいなものだと思います。局長、そして大臣、平成二十五年九月六日のこの審議の折に、地域に密着した病床、すぐ入院退院ができてとかいうのをここに設けますよと。それは患者さん、利用者側から見た機能でもあるんですね。そういう機能から、今は、金目の話で分析をしたところ、こうなりました。

結局、これは後ほど中島さんが詳しく質問してくださいますので私はこのさわりの部分しか言いませんが、わずか二年間で十五万床とか一挙に予測が減つちやうと、その中で、法人がつくられて連携、機能強化とか言っても、やはり一体何のためなの、誰に立脚して、国会の審議というのは何だったのということに私はなると思うんです。

病床の機能の見直しというの、一つの病院にとつては、ここが急性期、あるいは亜急性期とか、高度とか、そうやって届け出を出さなきゃいけないだけ実は小回りがきかなくなるんですね。患者さんの状態によっていろいろ融通もしているわけです。

でも、一応、この前の医療法の改正で、そういうふうにしましようね、役割、機能分担でこうやって考えてみたら百三十一万床くらいですよという目安が出されて、今度は、幾らかかったからというガイドラインで仕分けしたら、十五万床も二年間で減るわけないんだから。視点を変えれば、予測を変えれば簡単に一割以上減つちやうなんで、とても合意できないですね。その中で幾ら連携法人とか推進法人とか言われても、一体何をするためのものなのと思わざるを得ません。今大臣にこれを聞いてもまた医政局長の丁寧な

御答弁が繰り返されるだけならば要らないですから、こんなに、見方を変えたらそれだけ病床数が変わっちゃうような、エビデンスベースでない、了解のない議論をしているのかどうか、大臣、どうですか。

○塩崎国務大臣 まず第一に申し上げなきゃいけないのは、今先生が御指摘になつていらっしゃる二年間でこれだけどうして変わるんだという話と、それから医療連携法人の話とはまた別問題というふうな思っていますので、その点は少し切り離して御議論いただくとありがたいなというふうに思っています。

当時、二年前ですか、百三十一万床と言っていたものが、今回百十五から百十九万床程度になつたということですが、足元の認識が大幅に変わったということも一つ原因としてあります。今回は、先ほどお話し申し上げたように、ガイドラインの中で示された考え方のとつとて、内閣官房の専門調査会が言ってみれば機械的な試算を出してきているわけで、実際の病床がどうなるのかというのは、実際のニーズはそれぞれの都道府県でこれから議論の中で決め込んでいくこと

でございますので、この数字がひとり歩きをして、こうなるんだということを固定的にお考えいただくというのではややミスリーディングでございます。これは私も何度も言っていますけれども、あくまでも内閣官房の方で専門調査会がおやりになつた機械的な試算だということになります。

しかし、考え方はガイドラインののつとてい

るわけで、それはそれなりに、エビデンスベースという言葉がございましたが、考え方に基いて、医療ニーズはこういう方向に行くのではないかとということを申し上げている。

あるいは医療機関の中での扱いをどうするかということだけではなくて、もう少し広い意味で、言ってみれば、国民一人一人をどういうふうにしていくのが医療として、あるいは地域包括ケアシステムとして一番いいのかということを考える中でつくりに込んでいかなければいけない、これからの形だというふうに思っています。

今御指摘のように、短期間の間に何でこんなに大きく変わってしまうんだというお気持ちはよくわかると思いますが、今申し上げたような理由でこういう形に今なつていて、これから本格的な、各都道府県による、試算をまさに現実の数字としてつくり込んでいくという作業が始まっていくというふうに思っております。

○阿部委員 一言で言うのと深読みだというふうに言っているしやるんだと思うんですが、私は逆に、医療というものの本質を見ないからこんなことが出るんだと思うんですね。

例えばカテーテルの技術一つ、心臓カテーテルあるいは脳梗塞のための早期のカテーテル介入、その技術が提供されれば、当然そこでその技術を

受ける患者さんが発生してくるわけです。患者さんのためにイノベーションをどんどんしていかなきゃいけないし、それを、今までの何点何点で区切つて、この辺は高度急性期、この辺はとや

つたらこうなるに決まっています。医療の考え方というものの、冒頭私がなぜわざわざ長々しくメイヨのことを申し上げたかとい

つと、よりよい医療をどうやって革新していこうか、それをやる

るよ、そこから押し出していつて間違つたのが実は第一次医療計画なんです、必要病床数とかをつ

つていつて。でも、医療というのは日進月歩革新することが無駄でないのかいいことなのか、ここが考えの分かれ目です。本

当に、昔だったら、十年前にはなかったこと、二十年前にはなかつたことが現実

に可能だし、日常に可能になっていつて、それが人の命を支えるためのいい改革なんだと私は思

います。厚労省にあつては、ぜひ、人の命を支え、その人のQOLをよくしていくことが第一です

から、間違つても、医政局長、この分析はちよつといただけません。私の時間ではこ

こまでで終わらせませんが、指摘をさせていただきます。

あつて、百床の病院のケースワーカーさんに四十床の病院のケースワーカーをやれと言われても、その方は、ケースワーカーさんとしての給与をもらっている百床の方については責任があるし、雇用関係があるし、労働契約もしているわけ

です。でも、それ以外はしていないわけ

です。そんな

に人の簡単な融通とかは絶対できない。だから、それゆえに私は、この医療連携推進法人というのは、経営一本もない、先ほど井坂さんたちが言っていた株式会社との関係も、何が営利かということも不透明、何のためにこんなものをつくるのか

が本当に見えない、わからない。それゆえに、先ほどの、見方によつて二年で十五万床も減っちゃう病院削減の手段にされてはたまらないし、手段にしようと思つても残念ながらないかもしれない

ませんが、人の移動というのは極めて難しいものだ

と大臣にはぜひ認識していただきたいです。これは病院を運営したことのある人ならみんな思っています。自分のところの医師一人に本

当に継続してやつてもらふための努力。あなた、あしたからあつちへ行つてねと、せいぜい普

許されたのは大学医局でありました。本

当にこういう人の移動はできない。でき

ないことを前提に物を立てたらおかしくな

ります。大臣、何かあります

か。○塩崎国務大臣 実際、例えば大きな病院の、先

ほど話が

料がございしますが、これはかなりシンプルファイ
した形でお話をしているわけであって、先生おっ
しゃるように、お医者さん一人融通するにしても、
いろいろな条件をつけないと難しいということは
よくわかっておりますが、しかし、岡山に限らず、
それでもやりたい、やってみようという方々がお
られるというのを、幾つかのケースを私も現実
に会ってお話を聞きました。

そういう中で、ああ、なるほどということ、
今先生が御指摘になった問題点が極めて重たいと
いうことはそのとおりだというふうに思っている
わけでありまして、ただ、今、法案の中で、制度
上のメリットとして病床融通ができる、病院間で、
一つがプラス百床、もう一つがマイナス百床とい
うことが可能になるということは、二次医療圏と
いうものが問題があるということは多くの人が
思っていますけれども、いきなりこれを新しい形
に、百点満点のものを持ってくるというのはなか
なか難しいということを考えると、病床の融通が
できる、資金の貸し付けができる、人材育成、あ
るいは共同購入等々、いろいろやれることはある
ので、やれることからやっていける仕組みを御用
意するというのが、新しい可能性を模索する
方々にとって使えるということになっていけばあ
りがたいなというふうに思っているところでござ
います。

○阿部委員 ネットワークをしたり、お互い人材
を教育のために移動させたりということはあつて
いいと思いますが、そのためにこの法人がつくら
れるというのは、私はやはりちよつと目的と形態
が違うように思います。

そして、もつと言え、先ほど来申し上げます
ように、長野の厚生連がうまくいっているとする
ばそれは経営の一体性を持っているからであつ
て、経営の一体性のないところでお金が動くとい
うことは、共同購入ですら難しいと私は経験上思
います。私もグループ病院にいて、グループ病院
であればこそ、いろいろできること、できないこ
とがあつたように思いますので。

そして、大臣、私は、では今本当に、こんな法
人をつくるよりやらなきゃいけないことがあるん
じゃないのかと思つて、提案をいたします。

この地域医療構想というものが、一方で地域包
括ケア、地域を面として包括ケアをするというこ
ともあわせ目標としているのであれば、資料の八
をおめくりいただくと、ここに医療ソーシャル
ワーカーというものが紹介をされています。

医療ソーシャルワーカーは、大体、病院では地
域医療連携室というのをつくつて、そこに医療
ソーシャルワーカーを複数、多いところだと十
人くらい配置、少ないところで一人、二人、ない
ところではゼロというのがありますが、ソーシャル
ワーカーを配置して、その方の、例えば患者さん
が退院後どこかの病院に行きたいか、在宅をするに
は社会資源をどう使えるか、そばにバイスタン
ドして、寄り添つてケアと一緒に考えてくださる人
材であります。医療ソーシャルワーカーですね。

それで、医療ソーシャルワーカーがいなかった
場合、医療ソーシャルワーカーの支援の欠落によ
るリスクというのが下に書いてございますが、例
えば、急性期病院から緩和ケアというところに
移つたり介護保険に移つたり療養に移つたり回復
期リハに移つたりするときに、患者さん自身が納
得したり、自分が意欲を持つて次のステージに移
るといふことのサポートが大変難しくなります。
いわゆる、患者さんサイドは、追い出されたとい
うような表現が使われる、病院もこれ以上よくなら
ないから追い出しているんじゃないかと。

病院は一生懸命、その方が、例えばこれから残つ
た機能を生かしながらどこで療養していただく
かを、御本人の希望と御家族の支え手のお考えと、
どれが一番ベストミックスかというのを考えな
がらこういうお世話をしている職分であります。
ただし、例えば精神科ですと、精神保健福
祉士というものは病院に置くことが必須要件に
なっています。医療ソーシャルワーカーはそこま
ではいきません。良心的な病院が置いたり、ある
いは患者さんの転院を円滑にしたい病院が置いた

りということ、そしてそこに幾らかの加点はつ
いておりますが、私は、本当に地域医療連携を上
手にやりたいのであれば、こういう人材、コメディ
カルの人材をきちんと評価し、配置し、必要な人
材というふうに認めて、診療報酬上も評価を確定
すべきだと思います。大臣、いかがですか。

○塩崎国務大臣 今先生からお配りをいただいた
資料で、医療ソーシャルワーカーの機能が、病院
からスムーズな地域復帰にとつていかに大事かと
いうお話をいただいたわけでございます。

医療ソーシャルワーカーというのは、病院など
で、患者それから御家族の抱えるさまざまな問題
を聞いて、そして解決や、さまざまなニーズに応
えるというための調整をしてくださる、そういう
ことで重要な職種だということを今お話をいた
しました。

確かに、患者の療養中の相談援助とか、あるい
は退院、社会復帰、先々のことまで考えられない
患者さんにとっては、いろいろなケースを知つて
いる方がそうやって相談に乗ってくれるというの
は、保健、医療、福祉のシステムとしては極めて
大事だということは先生御指摘のとおりだとい
うふうに思っています。

特に、高齢者がふえていく、尾道方式なんとい
うのがございまして私も行つてまいりましたが、
あれも一つのやり方かと思いましたが、医
療の高度化も進む、患者、家族それぞれ高齢化を
して、なかなかスムーズに、ただ退院して戻れば
いいということではないケースがほとんどという
ことでありますので、医療ソーシャルワーカー自
体が大変ふえていることも、数字で見ても、平成
二十三年八千八百三十八人だったのが、二十五年
ですけれども、これは二年前ですが九千二百五十
三人で、かなりふえているということで、重要性
が増しているということだと思います。

評価をせよということでもございましたが、お聞
きをいたしますと、このソーシャルワーカーの中
で社会福祉士になつていらつしやる方がかなり多
いと聞いておりまして、社会福祉士の資格を取つ

ていらつしやる医療ソーシャルワーカーの割合と
いうのを見てみると、平成七年は一五%だったの
が、二十五年ですけれども、何と八六%が社会福
祉士の資格を取つていらつしやつて、社会福祉士
につきましてはいろいろな形で診療報酬上に評価
が行われているわけで、社会福祉士が配置をされ
ていれば点数がさらに加算されるというのがかな
りふえてきてございます。

ということを考えてみると、今先生のおっしゃ
った方向自体はそれとおりでございますし、實際に
そういう方向に行つていますが、医療ソーシャル
ワーカーという言葉ではないにせよ、実態として
そういう方向に行つていくわけでありまして、さ
らにまた一工夫ということであるならば、ぜひ
先生からお知恵を頂戴できればというふうに思
うところでございます。

○阿部委員 一九九七年に精神科領域では精神科
のソーシャルワーカーを必須条件としました、も
ちろん、ある病床数以上の。それは、患者さんた
ちを積極的に地域に帰して、帰した後の生活も一
緒に見られるようにという。

今、私どもの国が地域包括ケアとかいうときに、
当然、地域で療養する患者さんのことをどうコー
ディネートするかということが大きな眼目になつ
ていると思います。

私は、一つ一つの行為にソーシャルワーカーが
かわつたら加算という方式よりも、ある病床数
以上のところは必置、そしてここが大事なんです
けれども、患者さんたちに、自分の家族あるいは
御自分が次にどこに行こうというとき、そういう
ときはソーシャルワーカーさんに、地域医療連携
室に相談なさつたらいいんですよと言え体制を
つくつてあげていただきたいんですね。

私も地域で、多くの患者さんというのか、御家族
からも御相談を受けます、次どこへ行つたらいい
のと。そういうときに、あなたの今いる病院のソ
シャルワーカーさんに聞いてもらなさいと返せ
ることが、実は、症状もわかるし、家族もわか
るし、最もいい方法なんです。

最後に一つお示したのは、実は私は徳洲会グループにおりますので、ここにいるソーシャルワーカーさんたちの仕事をきょう御紹介したいと思ひます。

六十六病院中、今六十七になりましたが、五十五病院に百三十七名が配置されて、性別ソーシャルワーカーさんが介入した比率は女性の患者さんの方が多く、家族構成も、しない人とした人を見ると独居の人が多く、疾患別では脳疾患とか御高齢者が多いなどを、自分たちの業務を分析して、どんな役に立っているかということを表示したものです。

私は、別に自分の病院の宣伝をするためでなく、こういうことを見る化を、厚労省として、ソーシャルワーカーさんのあるなしで結果を評価して、そして設置する方向に置いていたきたいと思ひます。

最後に一つつけ加えますが、医療法人のガバナンスの強化やいろいろ会計的な透明性を上げることについては賛成ですが、法案全体の、推進法人については疑念が残るために、これは賛成できないということをお願い添えて、終わらせていただきます。

○渡辺委員長 次に、中島克仁君。

○中島委員 中島克仁です。

本日は、医療法の一部を改正する法律案の質疑でありまして、私も持ち時間、一時間二十分いただいております。今まで一番長い質疑でございますが、今回の法律案について質問させていただきます。くわけですけれども、私からは、地域医療構想、またそのガイドラインに沿った推計結果、人材確保の問題等について絡めながら質問をさせていただきますというふうに思ひます。

午前中からたびたび質疑もされておりました、重複するところもあるとは思ひますが、確認の意味も含めまして、そして、大臣、眠くならないように、できるだけ大臣に御質問をさせていただきたいというふうに思ひます。

本法案では、地域医療連携推進法人の認定制度、

医療法人の分割制度が明文化されたほか、医療法人の透明性を高めるために、一定規模以上の医療法人について、財務諸表などについて法定監査が規定をされたり、役員と関係がある事業者との取引を都道府県に報告させたりなどの内容が示されております。

まず、今回の法律案の柱の部分、私は柱の部分だと思っておりますが、地域医療連携推進法人制度の創設についてお尋ねをしたいと思います。

この法人制度、社会保障制度改革国民会議が平成二十五年に取りまとめた報告書において、医療法人制度について、法人間の合併や権利の移転などを速やかに行うことができるホールディングカンパニーの枠組みのようなものの必要性を指摘して、これを受けて、厚労省において、医療法人の事業展開等に関する検討会が設置をされました。

それと並行して、政府の諮問機関である産業競争力会議において、平成二十六年一月に取りまとめた成長戦略進化のための今後の検討方針の中で、今回の非営利ホールディングカンパニー型法人制度の創設が提案をされたわけですね。

そして、昨年の日本再興戦略において、この非営利ホールディングカンパニー創設の目的として、医療・介護サービスの効率化、高度化、地域包括ケアシステムの実現を掲げて、その名前も今回の地域医療連携推進法人と変わった。これもまだ仮称ということではありますが、これが本法案に至った経緯だと私は理解をしております。

前提として、これも重複する部分かもしれませんが、今回の改正案は、その柱ともなります地域医療連携推進法人、この経緯から、本当の、最大の目的は、医療・介護分野の連携なのか、それとも当初起点となった成長なのか、それとも効率性なのか。最大の目的、最大の目標というのはどこにあるんでしょうか。

○塩崎国務大臣 高齢化がどんどん進む中で、地域において質が高いそしてまた効率的な医療の提供体制を確保するために、医療機関の機能の分担

そしてまた連携に資するように、地域医療構想をこの三年間でつくっていただくことになっているわけでありまして、それを達成するための一つの選択肢として地域医療連携推進法人制度を設けるということにしたわけでありまして。

先ほど申し上げたように、最初は、一体何を一番の目的にするものとして成長戦略では提案をされたのかなというところをいろいろゼロベースで、私も、正直に言つて、考えさせていただきました。

いわゆるホールディングカンパニーというのは、ガバナンスとしては、ホールディングカンパニー自体が物事を、我々は一〇〇%子会社がぶら下がっているホールディングカンパニーというのを普通は想定するものですから、そうなる、意思統一がやはり、一〇〇%子会社の方は全部同じように、同じ認識を持つていけるというのが普通なわけでございますが、しかし、それをなかなか医療の世界でやるというのは難しいだろうなというふうに考え、そして、どういう方々が新しい法人を求めておられるのかということ、そしてまた、先ほど阿部先生からもお話がございました、総理も引用されたメイヨー・クリニックは、その真髄は何だったんだろうかというように、これを考えると、今回このような形で、これから大きく日本の医療が変わっていく。

そして、特にそれは地域で、国民健康保険も県単位になって、地域医療構想も県が中心となつて、そして病床の規制についても県が大きな役割を担うという、そういう地域医療の大きな変容の中で役割を果たす一つとしてこの地域医療連携推進法人を考へるということだと思ひます。

昨年一月のダボス会議では、安倍総理が、日本にもメイヨー・クリニックのようなホールディング・カンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきだから、制度を改めるようにと追加の指示をしましたと発言をされておりました、今般の地域医療連携推進法人については、その御発言を踏まえた上で、さらにさまざまな検討を加えて進めてきたものでございます。

昨年六月二十四日に閣議決定された日本再興戦略では、地域内の医療・介護サービス提供者の機能分化、連携を進め、サービスの効率化、高度化を図り、地域包括ケアを実現するため、「複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする」「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」を創設する」ということが成長戦略で書かれたわけでありまして。

地域医療連携推進法人は、こうした日本再興戦略も踏まえて検討してきたものでございまして、サービスの高度化そしてまた効率化を図る点で、結果として成長戦略にも資するという認識でございます。

メイヨー・クリニックとどういう関係なんだというところでございますが、地域医療連携推進法人も事業統合とは異なるわけでございますが、例えば、急性期や回復期などの機能の分化、連携を図るため、医療法人等の非営利法人等が参加した上で、医療連携推進方針に沿って医療従事者の研修、医薬品等の共同購入というのがあり得るわけでありまして、資金貸し付け等の業務を一体的に行うといったことを通じて、メイヨー・クリニックと同様の、複数の医療機関が地域で質の高い医療を効率的に提供するということを目指すものだということでございます。

したがって、先ほどもお話が、けさからあったように、株式会社をなぜぶら下げないんだということもございましたが、我々としては、やはり今回はあくまでも医療法の改正でもございまして、そこにあらわれていよう医療を中心に、しかし、もちろん社会福祉法人が関与する福祉に関しても一体的にいうことで、これは再興戦略にもありましたものでございまして、これは再興戦略にも医療を中心に案を立てさせていただいたということでございます。

○中島委員 今大臣の御答弁も聞かせていただきましたし、私の前の阿部委員の質疑のときにも、私の理解だと、当初、厚労省の医療法人の事業展

開等に関する検討会において、やはり今お話にあったメイヨー・クリニックやピッツバーグ大学医療センターのようなものを念頭に置いて、そこが起点にある。今大臣の御答弁の中にも、私は連携なのか効率化なのか成長なのかという三択みたいにして出したわけですが、今のお答えでいくと、順番からすると連携が一番で、結果、効率化が保て、あわよくば成長ということなのかなと、私の勝手な解釈ではありますがすけれども。

もう一度ちょっと確認なんです、先ほど言った、メイヨーはもとと地域医療、そういうところから発展をして、今海外に進出、進出という言い方がいいのかわかりませんが、私は行ったことがないですけれども、阿部委員から話を聞いていて、非常に、もしこのような展開できる大きな非営利のホールディングカンパニーができたなら、これはまた、それはそれで素晴らしいことなのかなという認識の中で、今回の地域医療連携推進法人、あわよくばと言ったら変なんです、起点はやはり、先ほど安倍総理のダボス会議の発言ということもありましたけれども、そこにその発想があるのかどうか。端的に、あるのかないのかでよろしいです。

○塩崎国務大臣 当然、連携をして医療機関が複数集まるわけでありますから、大規模化が進む。それも、医療そのものが大規模化することもあるんあり得るわけでありますから、総理が、メイヨー・クリニックのようなホールディングカンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきだから制度を考えた、こういうことを言ったことにも当然通ずるわけでありすけれども、中身があつて初めて何ばのものだということでございますので、やはり医療がよりよいものになるということが大事で、これからは、地域の医療がどうなるのか。

これは、海外でも、高齢化をどう乗り切っていくのか、高齢化がもたらす医療財政による国家財政の問題をどう乗り越えていくのかということ、日本がどう克服するかを注目しているという

話を前もしたと思ひますけれども、まさに地域でこういう形で効率化、高度化を図れる地域医療ができる新しい法人制度をつくり出すことによつて、高齢化を乗り切る一つの手だてにもなるというところであれば、国内の地域モデルが世界の中でも場合によつてはモデルとして使っていただけのようなものにもなるかも知れないということ、これは、国際的な貢献は国内の医療の改革や改善によつてもたらされるということ、つまり、国内と国際的な貢献が裏表になるということ、それは十分あり得ることだと思ひますし、むしろ国内でうまくいかないものが海外でうまくいくわけもない。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをこれから徹底していこうということ、広めようということをやっているときに、地域で今までもつといい医療ができるということが大事だということ、味において、先ほど幾つかの要素をお挙げいただきましたけれども、思いを込めて、それぞれの今回の制度をつくらせていただいているということだと思います。

○中島委員 今の御答弁で、またもとへ戻るかもしれませんが、要するに、まずこういう形のもの、日本をつくり、メイヨーも最初そうだったように、それをどううまく育てていくのか、要するに小さく産んで大きく育てる、その可能性は否定しないという御答弁なのかなというふうに思ひましたが、もとと、非営利型のホールディングカンパニー制度、議論されたのは二〇一三年の八月、第十九回の国民会議が最初だというふうに私は認識しております。それを産業競争力会議がアベノミクス、成長戦略の具体策の一つとして支持した。その結果、厚労省で、医療法人制度の事業展開、先ほどの検討会の設置が始まりました。そして、二〇一四年のダボス会議での安倍総理の発言。資料の一枚目になりますが、これは昨年六月の日本再興戦略改訂版に盛り込まれた文章であります。ここに書いてある内容でちよつと特徴的なものが、下の段の間ぐらいですが、意思決定方式に

係る高い自由度の確保、グループ全体での円滑な資金調達や余裕資金の効率的活用、さらには医療介護事業等を行う営利法人との緊密な連携等を可能とするため、今回、非営利ホールディングカンパニー型法人制度を創設する、そのような趣旨がこの再興戦略の中では言われているわけでありす。

今回提出された法案の中身、地域医療連携推進法人、これは、理事長は都道府県の許可が必要であつたり、評議会においては、地域関係者、これは恐らく医師会を想定しているんだと思ひますが、そこによる評議会の意見を尊重させたり、必ずしもここで当初言っていた自由度というものは高くない。

さらには、営利企業との関係の透明化、適正化。先ほどMS法人の話も出ましたが、適正化、透明化、そういうものとの透明性も規定されていたり、さまざま何回か繰り返される検討の結果このようになつたということであると思ひますが、随分さま変わりしたんだなというふうに思ひわけです。

御承知のとおり、先ほど阿部委員もお話をしていたように、メイヨー・クリニックやピッツバーグ大学医療センター、この特徴は、やはり事業統合とその自由度の高さ、そこから、地域から発展をして、現在では本当に、二百の病院や幾つもの介護事業所も取りまとめながら、海外にもその方式を進出させるようなものに成長したわけですね。

今回、当初やはりそういう内容であつたものが、一番肝である事業統合と自由度の高さ、これが抜き去られた今回の地域医療連携推進法人が、先ほど念頭にメイヨーのようなものがあるのかと聞いたのは、先ほど小さく産んで大きくと言ひましたが、その部分が欠けている今回の法人が、本当にそのような連携がとれ、さらには大きく育てられるのか、大変私は疑問に思ひわけです。

その辺に対して、大臣、御見解はいかがでしようか。

○塩崎国務大臣 先ほど申し上げたように、最初

に非営利ホールディングカンパニー型の法人制度というのを私が聞いたときには、まさに全国展開をしている病院のようなものをホールディングカンパニー方式でよりやりやすくするという意味かなというふうに思ひました。オーナーは一人だつたりするわけですから、そういうことがやりやすくなつて、自由度もかなりあるということ、それはそれでいいと思ひますが、そういうパターンではない地域医療の組み立て方というものもあつて、その際に使えるホールディングカンパニー方式というものを考えてみるとこういうことになるんではないのかというスタートとしての制度を今回御提示申し上げているというふうに思ひんです。

そういう意味においては、ぶら下がるものかどういうものがぶら下がるのかによつて、スムーズさというか意思統一の仕方、つまり、意思決定の難易度というのは構成員によつて随分変わつてしまひますから、それも千差万別だろうと思ひんです。

さつき申し上げたように、病院中心でいく、あるいは大きい病院中心でいくホールディングカンパニーと、中小の民間医療機関だけでいく場合と、診療所も含めていく場合、やはりそういうようなことがいろいろあつて、東京なんかはむしろ診療所とかあるいは地域の病院を連携していくというようなことも考えておられるようであります。

今回の制度の中で、例えば地域医療連携推進評議会という、地域関係者が入つて、その地域の言つてみればあるべき姿の医療を考えていただくが、意見具申をしていただくというような仕組みも入れているわけでございますので、どのような形で、地域医療構想の実現に資するような形で、皆の向いている目標に向かっていきやすいようになるかということにおいては、十分使うに足るだけの制度となり得るといふふうに私たちは思ひていて、ここからさらにどういふものを要素として加えるべきかということ、いろいろまたそれは出てくるんだろうと思ひます。また、世の中も変

わっていきますから、それはそれでどんどん変えていったらいいわけです。

それから、先ほどもちょっと出ましたけれども、データの分析力というの今飛躍的に急上昇して、データヘルスと呼ばれるようになってきて、それも保険者の役割というのがこれから極めて重要で、保険者のデータを見れば、人がどういうふうに動いているかというのは皆わかってしまうわけでありまして、そういうことを含めてやっていけば、かなりいろいろな形のパターンが出てくるのではないかなというふうに、私も期待を持って今回御提議を申し上げているということでございます。

○中島委員 私、先ほど言ったように、メイヨー・クリニックのようなものが本場にこの日本の日本の医療制度とか国民皆保険とかさまざまある中で、ちょっと、ハードルは非常に高いのかなと思ひながらも、やはり、ある意味そういった部分も必要になる。

もしそういうところに、先ほど起点が言った理由は、小さく産んで大きく育てるということですが、やはり、そうやってほしいという願いも個人的には込めながら、ただ、最大の特徴である事業統合という部分と、自由度が必ずしも高くない、そこが抜き去られたものがそこを目指すというのは余りにも、先ほど大臣も、これを最初に見たときに、これは一体、本当に誰のためのものかな。これは、大臣の答弁としては、何か立法事実があるのかどうか非常に疑わしくなってしまうんですが、そういう疑念を持つ。

今回、当初は成長戦略として安倍総理が政府の方針として掲げたものが、私は、その部分が欠けてしまったこと、そして、今回、この後質問を続けてまいります、地域医療構想の実現を目指す一つの選択肢ということでありまして、やはり、その最終目標というか、そこは大変気になるということで、前提として今話をさせていただきました。

あくまでも、今までの大臣の答弁をお聞きしますと、当初の発想にはあったメイヨーとかピッツバーグ大学医療センター、延長線上に、発展性、これからまさにそれを、なっていけばいいんだというところでありまして、当初の成長戦略としての部分は今回全く考えていないというふうにも……（塩崎国務大臣「そうじゃない」と呼ぶ）そうではないんです、そうではない、わかりました。

今回、やはり、先ほども言ったように、連携を一番に考えていくのか、効率性を一番に考えていくのか。これは、地域医療の現場のみならず、医療現場では常に、患者さん目線で物事を考えるのか、さらには効率性に着目するのか、患者さんに軸足を置くか必ずしも医療側にとっては効率性が保てなかったり、逆に、医療側の効率性を求めると患者さんのニーズに答えられなかったりと、常にそういう相互関係にあったりする医療現場の中に、先ほど言ったように、今、成長の分野も、いや、ないわけではないと。やはり、そうなる、一番は連携、そして効率、さらには、あわよくば成長という順番なのかな、そういうふうに見えるわけです。

改めて、先ほど言った、今回、そういう部分よりは、やはり今、地域医療構想、この四月から実際に始まって、各自自治体、各県での検討が始まっている段階ではあります、地域医療構想の実現を今後迎える時代において、これからの時代、先ほど大きく育てていくということも念頭に置いておるといふことでありましたが、今後の地域包括ケアシステムの構築のために、新しく創設されようとしている法人制度が不可欠なものだということに考えておられるのか。それとも、あくまでも一つの選択肢で、これもあるけれども、ほかにも盛り込みながらやっていくんだ、将来的には、先ほど言ったように、こういう法人、ホールディングカンパニーのようなものを地域包括ケアシステムの中でしっかりと埋め込んでいくんだと思っていられるのか。

○塩崎国務大臣 やはりそれは選択肢であって、

これがないとできないとかいう話ではもちろんないわけであって。

それから、先ほど、成長戦略と関係ないということですねと言われるから、いや、そうじゃない、そうじゃないと申し上げましたが、例えば岡山、これはホームページに出ているものですけれども、こんなことが書いてあるんですね。

岡山大学メディカルセンターということで、さっき申し上げたように、市民病院、労災病院、日赤病院、済生会病院、それから何とかセンターという、これは国のものでしょうか。（発言する者あり）岡山医療センター。これはどの……（発言する者あり）国病機構。厚生省だった。こういうところがぶら下がることになっておりまして、各病院のアイデンティティーを保ったまま、共通の理念のもとで一体的経営を行う日本初のモデルとなるメガホスピタル、こう書いてあるんですね。

だから、言ってみれば、地域型のメイヨー・クリニックと考えるべきことかなというふうに思いますので、そういう意味で、地域に根差した、メイヨー・クリニックと同じように、岡山の場合は、もう少し大きな病院が、初めからあるところがやるわけです。

もう一つ言わなきゃいけないのは、やはり中島先生、これはリーダーというのが大事であって、箱をつくったからうまくいくんだたらみんなうまくいくわけで、箱をつくったけれどもうまくいかないということが多いわけですね。ですから、箱はつくるけれども、あとはリーダーが頑張つてもらわないといけないので、そこところはみんなリーダーが出やすいような条件を整えていくということが大変だということに思うわけでございます。

○中島委員 今大臣がおっしゃったこと、箱という言い方はいかなものかなと思いますが、リーダーというものが非常に重要なのは私も認識しておりますし、この後、その人材確保のところであつたその辺についてはお話をさせていただきたいとい

うふうに思うわけです。

大臣も先ほど、私も最初この法案を見て、一体誰のためのものか、どういうふうになるのかという疑問を持たれたように、私も、先ほどから言っているように、これは本当に実現性があるのかな。その目的というか目標も、小さく産んで大きく育てるというのはいいですが、地域医療構想、その実現のための手段として、一体これは何を目標にされているのか。もちろん、先ほど言った、そうなるけれどもいいという言い方はできるわけですが、連携をして、今、岡山の例も出されましたが、別に、今でもやろうと思えば、やっていると

ころはあるわけですよ。それが多少やりやすくなるぐらいのことです、目新しいことは正直ないんです。

改めてお尋ねをいたしますが、今、岡山の例も出されました。今回の医療連携推進法人、これができることによって、今現在でいいですが、一体どのくらいの法人が参加すると見込んでおられるのか。この法人は先ほど効率化にも資するということでありまして、これは例えば、幾つかの法人が参加した場合、各診療所もしくは病院の効率性がどのぐらい確保されると考えていらっしゃるのか、厚生労働省にお尋ねいたします。

○二川政府参考人 この地域医療連携推進法人がどのくらい設立が見込まれるかということでございますけれども、これにつきましては、この法案を国会に提出した以降、いろいろなところから照会が多数来ているというのは事実でございますが、具体的にどういったところで設立までいくかということにつきましては、現時点では見込みを立てるのはいさし難しいかなというふうに思っております。

それから、実際にどういった業務を前提に法人を立てられるかということにつきましても、大きく分けますと、病院と病院が連携をし、診療科の再編をしたり、医師の共同研修をやったり、共同購入をやったりと、さまざまものが考えられるわけでありまして、また、それらを全部やる必要

があるわけではありませんが、その中のどれかを一つやるといった形もあります。

それから、病院を中心に診療所がみんな、多数参加をしていく、こういったようなパターンも想定されるわけでございます。そういったことにつきましても、いわば患者さんの紹介、逆紹介、また、カルテの共有化、そういったようなことが想定をされたりもするわけでございます。

そういったことによりましてさまざまな連携が進むものと考えておりますけれども、具体的に、経営の効率がどういふふうなことになるかということにつきましても試算につきましては、現時点では難しいというふうに考えているところでございます。

○中島委員 先ほども言ったように、別に、やろうと思えば今でもできる部分がたくさん入っているわけです。今、数十とおっしゃいましたが、しかも、政策効果というか、これによる効果、先ほど地域医療構想の手段の一つと言いましたが、この目標が非常に曖昧で、政策効果を今後どう判断していくのかなということも非常に疑問を持っています。

数十の法人が希望して、何かたくさん来ているみたいな言われ方をされましたけれども、そのために今回医療法を改正するのか、新しく法人を創設していくのか。今回の法人に参加することで、基準病床数の緩和が盛り込まれたり、税制上の若干の優遇が出たり、ある意味、これは御褒美みたいな感じになっている。

さらには、地域医療構想の手段の一つとは言いますが、この後その件について質問をしていくわけですが、実際に政策効果は、今後検討されて三年後に出される地域医療構想、まさに私は、早走りで六月の中旬に政府が出してしまったあの一割削減、それに合わせるため、これに入っていくけば基準病床規制も緩和して御褒美を上げるから、この枠に入って、政府がこのガイドラインを示して、六月の中旬に一割病床削減と出したものに当てはめていく。それがまさに政策効果というふう

に厚労省は考えているんじゃないかと私は思ってしまうわけです。

これは資料の二枚目になりますが、これは先ほど阿部委員も出されました。医療連携推進法人創設の効果、メリットというところで、このようなイメージ、ポンチ絵を出されておられるわけですが、先ほど阿部委員も言ったように、これはまさに、私も、当然ながら、机上の空論、実際にこのようになるには到底思えないわけです。今の地域医療の現場や現状、または地域医療構想から今後の地域における医療体制のあり方、それぞれの観点から、今回の医療連携推進法人なるものがそのような課題に本当に必要になるのかどうか。

その前に、この後質問すると言いましたが、まだまだ棚上げにされたままで、解決しなければいけないことが先送りされて、解決していない問題が多々あるわけです。例えば、介護療養病床の問題であり、有床診療所の問題であり、ずっと私が質問している、枠だけは決めたはいいけれども、その中身、介護人材の不足、一方では在宅医療を担う医師の確保、そのめどは全く立っていないわけです。

今回の医療連携推進法人制度について二枚目、その趣旨であります、上の方に書いてあります。医療機関相互の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、これは何度とも言われておりますが、医療連携推進法人の認定制度を創設する、これによって、ここが非常に気になるんですが、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するというふうに興味として言われておるわけですが、この文言についてもちょっと確認をしておきたいところなんです。

改めて質問しますが、この法人制度の創設によって、今言った、「競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。」とあるわけですが、私、本来逆なんじゃないかなと。競争から協調に変えることでどうして効率化になるのか。本来は、医療分野のみならず、

競争することで実質的にはそれぞれの質を高めようという力が働くのではないかとこのように思うわけですが、この件についていかがでしょうか。

ているんだということが患者さん、地域の皆さんからもみんなわかる、こういったようなメリットによって、より連携が進みやすくなるというふうな効果があるものというふうに考えているところでございます。

○二川政府参考人 地域医療構想実現のための一つの選択肢ということでございまして、医療機関で完結できる医療ということで、もう高齢化を迎えてなっているわけございまして、地域全体で治し支える医療、こういったことを実現していくということが地域医療構想でございまして、その地域医療構想を実現していく際には、医療機関がその役割を認識し、ほかの医療機関と連携をしていくということが重要になってくるというわけでございます。

そういうためには、任意の形で、医療機関同士が相談をしていろいろな形の役割分担をしていく、こういったことはもちろんあり得るわけでございますけれども、しかしながら、法人という形を立てて、それでもって永続的な連携体制を構築するということの方が、より話も、必ず、強固に、進めやすい、こういったようなケースもあろうかということでございます。

それからまた、任意の協議会、そういったことでありますと、患者さんから見ると、ここが連携しているということが非常に見えにくいこともあるわけでございます。現に、先ほど出てくるメイヨー・クリニクでございますけれども、メイヨー・クリニクの場合には、もともと経営統合していない段階であつてもどもメイヨー・クリニクというふうにな乗っておつて、患者さんから見ると、ここのお医者さんはメイヨーの先生だ、そうすると、ここにかかると、いざとなつたらあつちの大病院が紹介してもらえんだということがわかる、こういった効果があるというふうに承知もしております。

そういったことが、今回のこの地域医療連携推進法人の場合にも、地域連携推進法人ということの名乗ることができるといふことを今回の医療法に規定をしております、ここが連携をし

○中島委員 先ほど阿部委員も御指摘をしたように、まさにそれは、理想的かもしれませんが、本当にそういう、それぞれの病院や診療所もそうかもしれませんが、経営主体が違う、そんな中で法人を名乗ったり、それぞれのコンセプトを持っていく中で、そこは、簡単におっしゃいますが、これを持ち越えるには大変なハードルが出てくることは、先ほど答弁もいただいている、阿部委員のときにしてるので、この件については、そこは御指摘をさせていただきます。

今回、小さい町を含んだ二次医療圏において、資源が少ない場所において、その効率性のためにはやはり協調というところが重要な点だということに厚労省からも説明を受けていたわけですが、やはり協調という大変イメージはいいんですけども、これはちょっとがった見方になってしまふと言われるのかもしれないんですが、このやり方だと、ますます、さつき患者さん中心と言いましたが、逆に患者さん中心というよりは、事業者、病院中心、今回は法人中心と言ったらいよいよか、そういう医療体制になりかねない。

これはまた資料の二枚目に戻りますが、この真ん中に書いてある、病床機能分化、連携によって、急性期病院は過剰から適正化、回復期病院は不足から充実、在宅医療機関は不足から充実というふうになっているわけなんです。

ただ、このめり張りと言つてはなんです、患者さん側からいくと、法人側から見たら、全体的に見たらそういう配置になっていくんですけど、これは病院内でも多々あることなわけです。例えば、急性期病床、術後の方も含めて、いる方が、ある時期になってベッドがいっぱいになる、本来は急性期病床にいなさなければいけない方

例えば在宅医療。このボンチ絵を見ていきますと、再編されて、設立後に医師三人の診療所があったり、医師四人の四十床の、これは慢性期病床なものでしょうか、そういうものがあつたときに、この法人内でそれぞれのつけ回しというか、そういうことが懸念される。例えば、慢性期にいた病院の患者さんが、そろそろ病床はいっぱいになる、在宅の部分があいているから在宅へ戻りなさいとか、患者さんはそういう環境にもないにもかかわらず、例えばもう一点は、この法人内で、どこでこの法人内の病院がベッドがあき過ぎている、回転率が悪いといったら、そういうふうにつけ回しをしていくということが実際に可能になってしまふ。

例えば私の選挙区、倉敷の方は、倉敷中央病院、川崎医大という二つの病院があつて、その大きな病院があつて、その周りの病院がある意味回復期を担つて、それが診療所と連携して、そういう形が倉敷ではできているんですが、岡山というのは全国的な総合病院がいっぱいあるので、要するに、それぞれの総合病院がそれぞれ手薄になりかねない。要は、岡山でも、やはり医師が足りないとかか。そういう話は出てくるし、こうした総合病院でも各診療科の先生方をどうそれぞれ確保しようかというところで苦勞しているというような現状がある、ということがございます。

ですから、今回、岡大さんが先ほど大臣が紹介したような構想を出されたわけですけども、そういうことを通じて、それぞれの専門特化みたいなのことをすることで、患者さんが、要するに、こういう病気になった人はこっちの方に行こう、ああいう病気になった人はこっちの方に行こうということを、そして、それぞれの病院が、ちゃんと専門性と機能を持った病院として分化をしながら、連携をしながらやっていくということが、岡山でそういう話が出たきっかけだということに思っております。

になつてしまふのではないか。言いかえると、この法人、組みかえ、枠組みを決めて、患者さん中心から事業者中心、病院界の談合を公認するような、ちよつと言ひ過ぎかもしれませんが、そのような仕組みとはなつていないのかどうか。さらには、それをチェックするための方式は何か考えていらつしやるのか。お尋ねをしたいと思います。

○橋本大臣政務官　先ほどちよつと岡山の話が出ておりまして、選挙区的に言う私の隣になりますが、近くで、要するに、なぜそういう話があつたのかということはある意味知つている者として、こ

例えば私の選挙区、倉敷の方は、倉敷中央病院、川崎医大という二つの病院があつて、その大きな病院があつて、その周りの病院がある意味回復期を担つて、それが診療所と連携して、そういう形が倉敷ではできているんですが、岡山というのは全国的な総合病院がいっぱいあるので、要するに、それぞれの総合病院がそれぞれ手薄になりかねない

い。要は、岡山でも、やはり医師が足りないといか
そういう話は出てくるし、こうした総合病院でも
各診療科の先生方をどうそれぞれ確保しようかと
いうことで苦勞しているというような現状がある
ということがございます。

ですから、今回、岡大さんが先ほど大臣が紹介したような構想を出されたわけですけども、そういうことを通じて、それぞれの専門特化みたいなのことをすることで、患者さんが、要するに、こういう病気になった人はこっちの方に行こう、ああいう病気になった人はこっちの方に行こうということを、そして、それぞれの病院が、ちゃんと専門性と機能を持った病院として分化をしながら、連携をしながらやっていくということが、岡山でそういう話が出たきっかけだということに思っております。

ですから、先ほど中島委員から、患者さんのつけかえになるのではないかと御指摘がございました。私どもとしては、今回の法人をして連携していたでなくことで、逆を言えば、ある病床があくということがあれば、例えば、足りない診療科の病床があるというときに、その病床の方をきちんと患者さんの状況に合わせてやりくりができるようにしよう。今、病院間でのそうした病床のやりくりというのはできませんが、それが、今回、法人として参加をしていただいて、あるそういう方針に従って病床というものの融通を都道府県が

私はこの法人が、今回の地域医療構想の選択肢、実現するための選択肢の一つということが今回最大の表看板になっているんだというふうには思うわけですが、前々回の質疑で大臣にもお尋ねをしました。まさに昨年の地域医療介護確保推進法の中で、病床機能の報告、そのデータをもとにガイドラインが作成されて、そのようなデータをもとに、まさにこの四月から各都道府県で検討、三年間をかけて地域の実情を反映させた地域医療構想を策定することになっていた。

まさにその検討が始まったばかりの時期、資料の四枚目ではありますが、「病床十年後一割削減 政府目標 医療費抑制、在宅推進」という見出しで大きく出されたわけです。この発表は、本来に、この時期になぜこのような政府目標を発表するのかということで、私は大臣に質問させていただいたわけです。

この結果を見ると、全国で二割以上病床削減とされたところは二十七県、私の地元の山梨は二五％で、全体の九千二百床から二千三百床削減。二千三百床というと、山梨県内においては病院十、二十なくならせないと達成できない数字になってしまうわけです。一番大きな病院で六百床でありますから、五十床以下の公立病院が多い県内において、やはりそういった現実をだっと出されてしまったことは、各自自治体、非常にショックを受けていたというふうに私は指摘させていただいたわ

理由は、この発表があつて、二週間前、私は、地元の地域医療支援センターの先生、私の先輩でもありますので、話を聞きました。そうしますと、七月の中旬に、病床機能報告のデータ、さらにはガイドライン、厚生労働省から説明に來られて、そしてデータツールをDVDで渡され、それで算出すると、やはり全く同じ数字が出る。医務課の担当の方は、この数字、このデータ、さらには説明を聞いて、やはりこの数字に沿つて努力するしかないというふうにお答えになつていたそうです。

大臣の地元の愛媛県はどうかわかりませんが、少なくとも私の地元、間接的に聞いた話ではあります。六月中旬に、まだ検討会も一度も開いていない自治体がある中で、この政府目標をだっと出してしまった。さらには、それから約一カ月置いた後、データツールとさまざまなデータをさらに厚労省から説明に来て、そのとおり算出したら同じような数字が出てしまう。やはりこういうふうにするしかない、むしろこういう数字に合わせるように我々が努力しなきゃいけないんじゃないかというふうな発想になっていることは、私は多くの自治体がそのように受けていていると思います。すが、大臣、改めて、いかがでしょうか。

○塩崎國務大臣　先ほども少し阿部先生との間で議論がございましたけれども、御指摘のこの病床推計は、前も申し上げたとおり、内閣官房の専門調査会、もう御存じのとおりでありますけれど

も、医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会というところが、厚生労働省が取りまとめたガイドラインなどに基づいて一定の仮定を置いて行ったものであって、今後、都道府県が地域の医療構想を策定する中で改めて推計をしていくということであって、今申し上げたように、一定の仮定を置いて行っていくということでございますので、それぞれどういう仮定を置こうかというの、現実には何が起きているのかを知っているそれぞれの地域、各都道府県、これが現実を踏まえて推計をしていただけるというふうに思っているわけであります。

この地域医療構想における将来の病床数は、地域ごとに、例えば人口の変動とか高齢化の進展とか、状況を織り込みながら、今後、病床の機能分化、連携を進めることを前提に、将来の客観的な医療需要と、この医療需要に対応する必要病床数として推計するものだというふうに思うわけですが、もちろん、患者の行動というのいろいろな前提を置き得るわけでございますし、もちろん、これまでのパターンで考えるということも十分あるわけでありまして、それぞれ都道府県によつて数字は少しずつ変わっていくのではないかとこのように思っております。

したがって、将来、人口が減少する地域では医療需要は減少する、そして必要病床数が現在よりも少なく算出されて、人口が増加する地域では逆に必要病床数が多くなるということでございますので、将来の客観的な医療ニーズに基づくということでございますので、そのニーズをどう見通すか、これがそれぞれの、今の二次医療圏がベースではございますけれども、医療機関の例えば移転とか、いろいろな形でまた行動パターンも変わりますので、全ての患者がその状態に応じた適切な医療を受けられる切れ目のない医療供給体制を構築するために、都道府県それぞれが力を上げ、私ども厚労省もできる限りの支援をしていきたいというふうに思います。

○中島委員 私は、やはり前々回の質疑のときに

は、先ほど、午前中、牧委員からも質問がありましたように、それと前後して東京圏からの高齢者の地方移住ということも、まち・ひと・しごとの方針の中で閣議決定をした、そういう、政府はどうであれ、やはり厚労省としてしっかりとグリップを握って、今発表すべきでないこととそうであること、その辺はしっかりと判断すべきだということ、その辺も指摘させていただいたわけですが、今、二次医療圏の話も出ましたが、先ほど、医政局長も本場に正直に阿部委員のときにおっしゃっておりましたが、全国三百近くある二次医療圏がこの病床推計の手段となつてしまつていて、本当に実態を把握しているのかという、本当に素直な話を聞いて、私ちょっとびつくりしたんです。

そういうことであれば、今回の地域医療構想、地域の実情をどう判断していくかということの中で、私は、医師として山梨県のある二次医療圏の中で地域医療をやっている医者です。さらに、私は、東日本大震災のときに、医療支援で、震災直後、十日目ですか、東北のある町に入りました。そこで在宅に取り残された方々の、そのときにケアマネさん等と行つて訪問診療に当たつていたわけですが、そのとき、ちょっとびつくりしたことがあります。

その町では市立病院が非常に根差していて、ストリートに言うと、在宅医療なんかは全く今までなかったところなんです。国はもちろん、今、住みなれた地域で、住みなれた御自宅ということとを大前提にされておりますが、その町においては、生まれるのもその病院、町の病院、そして亡くなるのもその病院だというような認識を持つています。その方々を無理やり在宅に戻す必要はやはりないわけです。

さらには、先ほど阿部委員のときにも話がありました、私の医療圏、きょうは長野の先生、後藤先生とか小松先生もいらっしゃいますが、隣は佐久、さらには諏訪地域、密接した八ヶ岳広域的な部分であるわけですが、先ほど若月先生の話も出ました。佐久総合がもとと取り組んだ農村医療、

そういったものに関しては、やはりこれは医療側が患者さんに押しつけるのではなくて、その文化とか、さらには、農村医療というのは、例えば、農業をやっている方は朝早い、そうであれば、例えば胃カメラをやるのであれば、本来は胃カメラの時間は八時半からだということ、朝の五時でいいじゃないかといつて、医療側が体制を合わせていったりとか、いろいろな手法を使つて患者さんに受診を促したりとか、その手段として往診もあつたということなわけです。

諏訪地域においても、私の一番近い長野の病院は富士見高原病院。今、富士見高原医療福祉センターと名前が変わつたかもしれませんが、ほんの十五年の間に、井上院長がいて、三人だった医師、今では約三十人ぐらいになった。

それは、逆に言うと、我々の方が体制、さつき杵と言いましたが、いいものをつくるというよりは、やはりその地域地域による、先ほどの東北のある町であれば、もともとこの病院を中心に、おぎやあと生まれ、そして病氣にかかれればこの病院にかかり、そして最期も、俺はここで死ぬんだという文化がしっかりと根差している地域もあれば、一方では、佐久総合が果たしてきた農村医療の原点であるように、医療側が合わせていく。

まさに、今回の地域医療構想は、今後迎える時代、私も、何度も言うようですが、効率化が決してだめだなんて言っていないんです。ただ、そんな中で、三年間かけて、こういう実情の中で、地域がどういう成り立ちで来て、どういう現状にあるのかをまず見るのが先だったんじゃないか。逆に言うと、先ほどの佐久や諏訪とか富士見とか、ある東北の県みたくに、そこの中からの発想が生まれてくるんじゃないか。

今回、足かせ、大臣はそうはならないとおっしゃいましたが、その前にこのような数字が出てしまつたことによつて、各自自治体の医務課、これに取り組まれる方々は、先ほどの私の聞いた話ではないですが、ここに合わせる努力をしなきゃいけないんじゃないか、そういうふうに発想されてい

る方が少なくともあるのではないかと。大臣にも前々回答弁をいただいておりますが、そうはならないと言ふんなら、やはりしっかりとその趣旨をもう一度丁寧に各自治体に向けて説明する必要があるんだというふうに思います。大臣の御見解をいただきたいと思ひます。

〔高島委員長代理退席、委員長着席〕

○塩崎国務大臣 先ほど申し上げたように、内閣官房が出したのはあくまでも前提を置いて試算をした数字でございますから、それはそれとして、専門調査会のやつた試算ということで、あくまでも、これはそれぞれの都道府県が医療事情を踏まえた上で、先生今おっしゃつたとおり、みずから目で、みずからの頭で考えていただいて、そして皆さんと御一緒に、関係者が集まつて議論した上で、十年先の、二〇二五年の医療供給体制の姿というものを描いていただく、こういうことだろうと思ひます。

決して、内閣官房が出した数字が、これで終わり、そしてまた、やり方ももう決まつているんだとおっしゃいますけれども、そんなことは必ずしも決まつているわけではないというふうに思ひますので、まさにそれぞれの都道府県の力の見せどころというか、どういう構想を、将来に向かって、十年先を描くかということでございますので、ぜひそこところは、柔軟な御議論を賜つて、現実的な見通しを立てていただいた上で、それに向けて、確保基金などを活用して、変わっていくように御努力を賜ればありがたいなというふうに思ひます。

○中島委員 私は、じかに地域医療支援センターの副センター長、地域医療支援センターといへば、まさに、地域医療構想の中、今後迎える時代の中で、私の地元であれば県内に、どういう状況になつていくのか、さまざまなデータをもとに医師の配置とかそういうのを決めていくセンターにおいて、私が聞いたのは、そのための、もちろん厚生労働省からデータは来る、昨年の病床機能報告やDPCデータ等、それに鑑みたツールのようなも

のは出されているけれども、実際、本当に、そこに関与するための勤務実態調査とか医師の実態調査、さらには三師実態調査、医師、薬剤師、看護師ですか、あと医療需要予測データ、年齢別の疾病状況、これは当たり前ですが、地域の専門医の数、どういふ状況なのか、我々が欲しいデータが実はなかなか出てこないんだと。

私は、そういう話を聞くと、今回あのタイミングで一割削減を発表し、さらに、今回はそれとは連動してないかもしれないませんが、地域医療構想の実現を目指すための今回の法人制度ができた、総枠を決めて、手段というふうに阿部委員も先ほどおっしゃいましたが、結果的には、自分たちにとつて都合のいいデータは出して、そして出さない部分で枠を決めて、そういうできレースになつていんじゃないかということを大変危惧いたします。

そういったことの中で、私がなぜそういったところにこだわるかというと、今回示された地域医療構想、これは今、検討会が始まつていっているわけですが、ガイドラインも、前提となるデータにも随分問題があるんじゃないかというふうに私は思っているからなんです。

そうすると、今、一つの指標というふうに言われましたが、このデータが非常に、ガイドラインを含めて出された算出結果が、もし前提が違つたしたら、例えば今回の新しい法人制度も、それを実現するためといつても、間違つたものを実現するような法人ではいけないわけでして、そういったことからいくと、やはりこのガイドラインについて、そして示された推計、データについて、ちよつと質問を続けさせていただきたいというふうに思います。

これは資料の五枚目になりますが、「二〇二五年の医療機能別必要病床数の推計結果」、二〇一三年において、百三十四万七千床のベッドのうち、一般病床約百万床、療養病床が約三十四万床となつています。これを、病床機能報告、DPCデータなどで分析した結果、高度急性期十九万床、急

性期五十八万床、回復期十二万床、慢性期三十五万床としております。

これを、地域医療構想ガイドラインに従つて、一定の仮定のもと、機能分化しなかった場合、百五十二万床となるのが、機能分化した場合、百十五万から百十九万床となるといふふうになつてい

るわけです。さらに、機能分化した病床の割合が示されているわけですが、私が大変気になるのは、この割合別の右側にある数字ですね。「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」のところ、この数字は二十九万から三十三万人程度とされておるわけですが、確認できれば、この数字を出された根拠と、現在この部分に当たる方々はどのくらいいると考えていらっしゃるんでしょうか。

〇二川政府参考人 まず、内閣官房の推計の前提でございすけれども、これは、厚生労働省が各都道府県にお示しをしたガイドライン、これを一定の仮定を置いてマクロに推計したということでございます。

その際には、高度急性期というのはどういったところを指すのか、急性期はどういったところを指すのかということにつきましては、医療資源投入量という、いわば患者さんがどういった医療を受けているのかということ、基準をお示して、その患者さんが何人その地域にいるのかということとを前提にして計算をしたもの、こういうこととでございます。その上で、こういった高度急性期、急性期、回復期の必要ベッド数が算定された。

さらに、慢性期の部分につきましては、これにつきましては、そういった医療資源投入量という形ではなくて、各地域、各県ごとにおける現在の療養病床の地域差をなくしていくということを私どもはガイドラインでお示したところでござい

ます。そのガイドラインにも当然幅がございまして、その幅の中でどういった考え方を県でとるかというところによって差が出てまいりますので、この内

閣官房の推計も各県がどうとるかによつて慢性期の必要病床数が幅で示されている、その結果、このぐらゐが病院で医療を受けることが必要であろうと考えられる人の数だ、こういうふうな推計されたといふふうに承知をしているわけでございます。

その上で、しかしながら、そういった方々以外の方が医療ニーズがないのかということではなくて、医療ニーズがある方々がもともと高齢化の進展を見込んで百五十二万人ぐらゐいらつたというところで、そこを引いたとしますとこういった三十万人前後、これがまた慢性期のベッド数などのぐらゐに推計するかによつて差が出るということとで、こういった形になつていっているわけでございます。

この部分につきましては、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に一定の医療サービスの需要のある患者さんの数だ、こういうふうな推計されておるわけでございます。それに基づきまして、私どももいたしましては、厚生労働省におきましては、この七月から、慢性期の医療ニーズのあり方につきましては、こういったものが必要になるのかということにつきまして、選択肢の議論をしようということとで、既に検討会を立ち上げたところでございまして、こういった方々に対する対応につきまして検討を始めたところでござい

ます。〇中島委員 質問とはちよつと関係のないところで、先ほどから六月に出された一割削減の報告が内閣官房、内閣官房とおっしゃいますが、あれは現実には厚労省の統計課が出されたものですよ。厚労省は把握しているわけですよ。何か、あたかも内閣官房が勝手に推計して出されて我々はちよつと迷惑しているんですみたいな言い方というよりは、グリップがきいていなかったと私は言いました。これはもともと厚労省が知つていた数字をグリップがきかなくて内閣官房が勝手に発表しちゃつたということですから、その辺は余り、何か、我々じゃなく内閣官房がみたいな言い

方はちよつとやめた方がいいんじゃないかなといふふうに思います。

ちよつと本題からずれましたが、この数字については、これは、資料の六にある推計結果の前提にいうところの太枠の三つ目のところでありまして、「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」とされ、「四つの医療機能に分類されない医療資源投入量が百七十五点未満の一般病床の患者数、療養病床の入院患者のうち医療区分一の七〇％に相当する患者数及び療養病床の入院受療率の地域差解消分に相当する患者数の合計」とされているわけですが、医療区分一の七〇％を在宅を含めた病院外で診られるとした根拠はどこにあるんでしょうか。

〇二川政府参考人 先ほど申し上げましたように、高度急性期、急性期、回復期につきましては、医療資源投入量という基準によつて必要量を算定するといふガイドラインをお示したところでございまして、それによつて計算すると先ほどのような数字になるといふことと承知をしております。

一方、慢性期につきましては、ガイドラインを策定する検討会で議論があつたわけでございますけれども、今、慢性期の療養病床に入院されている患者さんのうち、医療区分一、医療区分二、三と三段階ございすけれども、そのうち一番軽い医療区分一というふうな患者さんのうちのおよそ七割につきましては、病状が安定しており、退院は可能ではないか、今、こういった調査があるといふたようなことが病院団体等からは示されたといふたようなことの議論を踏まえまして、こういった医療区分一の患者さんのうちの七割につきましては、在宅医療、介護施設等に対応することが可能ではないか、こういった前提を置いて計算されたものといふふうに承知をしております。

〇中島委員 この前提で、二〇一三年ベースで療養病床とされている方を慢性期に分けて、二〇二五年推計だと約三十万人から三十三万人の方々が

医療施設以外で診られるという推計、ある計算式で、ここで細かくは言いませんが。私は、この回復期、慢性期、この区別というのは非常に難しい。

なぜかという、例えば、ここにも書いてある、「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療」と書いてあるわけですが、一方で、では、介護施設、老健、特養、グループホームを含めて、この後ちょっと時間もなくなってきたのであれですが、例えば医療費、これは高知県が有名で、別に高知の方を責めているわけではありませんが、医療費が高い高知県。では、その一方で、介護施設の病床数はどうなっているのかという、高知は一位であります、老健や特養は全国下位になっている。そういったこと、介護施設との混合性を加味していないわけですね。

そういった中で、この推計、さらには在宅医療に戻せる方、この後、後段質問しようと思ったんですが、ある推計では二十九万、ほぼこれに一致する推計を出しているわけですよ。

そうすると、この数字、非常に無責任な数字と私は言わざるを得ないということです。

ちょっと、また一点確認ですが、療養病床、二〇一三年ベースと二〇二五年ベース、この慢性期の部分、現在の医療療養と介護療養、これは混合した状況なんでしょうか。

〇二川府参考人 医療療養病床、介護療養病床、どちらも含んだ数字というふうに承知しております。

〇中島委員 これは言うまでもありませんが、療養病床は、平成十八年に廃止の決定になり、その後なかなか再編が進まず、二十三年ですかに、六年間の経過措置を経て、現状では平成二十九年に廃止予定というふうに私は理解しております。

確認ですが、平成二十九年をもって廃止の予定に変わりがいいのか、さらには、確かに、平成十八年以降、数は減りましたが、約七万床残っている介護療養、再編が進まなかった、また進まない理由はなぜなのか、お尋ねします。

〇三浦府参考人 介護療養病床につきましては、現在の制度上は、二十九年度末をもって廃止という方針に変わっております。

それから、介護療養病床の転換が進まなかった、あるいは進んでいない理由ということでございますけれども、平成二十六年度に行った調査によりますと、転換の意思決定や転換について検討していないと回答した施設の割合は約半分ということでございます、その理由として、今後の報酬水準及び政策動向を見て判断したいというようなこと、地域における介護療養病床のニーズが高いためというようなこと、現在入院している患者の転院先、受け入れ先を見つけることが困難なためというような、さまざまな理由があったと理解しております。

〇中島委員 二十九年に廃止する目標はあくまでも変えていないということですが、私もそういうふうに認識してはいたんですが、この四月の介護報酬の改定では、介護療養病床を従来の介護療養と機能強化型療養とにまた大別をいたしました。

介護療養に入院されている方は医療区分の一角ほとんどだということですが、現状では、略たん吸引はもうろん、胃瘻の方、さらには気管切開されている方も入っております。そういう状況の中で、廃止と決め、さらには二〇二五年ベースで組み込んでおるということの中で、その方向性が、二十九年はまだ時間があるからということなのか。

先ほど、なぜかということに、今後の方向性を見定めると。私は、もうこの原因は明らかで、受け皿がないからです。行き場がないからやめようにもやめられないんですよ。

そういったことの中で、今回、二〇二五年にそのことを盛り込み、一方で、介護施設、本当は、そういう医療ニーズの高い介護療養の方は老健というそもその目標だったのではないんですか、厚労省とすれば、それが、政策実現ができていない、結果、介護療養の方向性が全く定まっていな

い。そして今回、四月の報酬改定から機能強化型介護療養病床です。また複雑化させてしまっている。こんな現状なんじゃないかというふうに思うんです。

これも、先ほど言ったように、今回まだまだ課題があって、その方向性をしっかりと見定めなければいけない中でこのような曖昧な数字を出している部分がある。

もう一点、ちょっと確認のためにお尋ねをいたしますが、この病床機能、今回、分化されて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうにされておりますが、一般病床、療養病床も含めて、トータルベッドの中で有床診療所のベッド数は入っているのか、入っているとすればどのぐらい勘案されているのか、お尋ねします。

〇二川府参考人 有床診療所につきましても、病院と同じように、このデータの中に含まれているものでございます。

〇中島委員 では、これも確認ですが、現在、有床診療所は、もちろん診療報酬上も医療法上も格差があります。格差と言っているのかどうかかわかりませんが、診療報酬も随分病院とは違う。医療法上も違います。

二〇二五年ベース、これはあくまでも機能分化ということ、急性期、回復期、もちろん、有床診療所の中でも、急性期のベッドでやっているところもあれば慢性期もあると思います。あくまでもその整合性はとらないのか、それとも、機能分化を重視して、診療報酬上さらには医療法上も整合性をとっていくつもりなのか、お尋ねします。

〇二川府参考人 二〇二五年の分につきましては、病院と有床診療所を区別せずに、患者さんの行われた医療に着目することで、患者の状態で診療の実態を勘案して今回のガイドラインをお示ししておりますので、その区分はしておらないところでございます。

〇中島委員 一時間二十分というのはもったあるかと思っただけですが、私、三十六問ぐらい通告をされていて、済みません、今まで一時間が最

高だったんですが、そんなことを言う前に話せという話になるかもしれませんが、大分はしよって話をしております。

実情は、有床診療所が果たす役割、今十万床ぐらいまだあるわけですね。休眠している有床診療所のベッドもあって、さらに、有床診療所のデータを見ると、今後どういう方向性でやっていけばいいか。

先ほどの介護療養もそうなんです。受け皿がない、だから七万床以降再編が進まない。本来は、その役割は、たてつけ上、老健がやるはずだったのが、老健はある意味特養化してしまった。そういう、私は、今までの見通しが非常に甘い結果が今に至っているんだというふうなことを指摘させていただきたいと思っています。

もう時間もないので、ちょっと手前みな話でございまして、資料の二十二枚目、変な顔をして写っている写真、これは私です。これは地元の新聞、二十一年ですね。私が平成十六年に建てた診療所はまさに有床診療所で、十一床の一般病床で、九床の介護療養があったわけです。

私は、在宅医療をやっていく中で、先ほど言ったように、資料の最後の方です、二十四枚目、「病院と診療所の垣根、越えて」医師スクラムと。私もこの中に入っていたわけですが、今回の医療連携推進法人、これは、各地域のやり方というのとはさまざまあって、私の診療所では、もちろん在宅医療を中心にやっていて、一般病床を患者さんのレスパイト、特に医療ニーズの高い方、さらには介護療養も、ほかでは診られないと言ったらちよつと言いはれ失礼かもしれませんが、気管切開されている方であり、胃瘻やそういったものはもちろんですが、そういう方たちを積極的に受けて、それなりの役割を果たしてきたと思います。

結果、在宅死さらには診療所での入院死含めて年間百人ぐらい、これは北杜市の中であれば十分の一に当たるんです。それぐらい、別に亡くなる数を競う病院というのはいかなるものかと思いますが、そういう在宅医療との整合性からいけば、

確かにこれはこれからのニーズに合うというふう
に確信をしていたところですが、まさに、平成十
八年、介護療養の廃止の方向が出て、私はこの翌
年に介護療養ベッドを閉鎖したわけです。

同時に、一般病床も、残念ながら、有床診療所
の入院基本料というものが非常に低い設定の中
で、確かに、これからの地域のニーズ、しっかり
合いそうです。

さらには、この最後のページにあるように、こ
こは本場に、北杜市という私の地元は、町村合併
で市立の病院が二つと市立の診療所が二つ、そう
いう状況の中で、ここで一緒にチームを組んだ医
者は、市立病院の、診療所の医師であり、一方で
は共立系の医師であり、私は全く個人の医師であ
り、そういう仲間としっかりとグループができた
わけです。そして、私の診療所をセミオープンど
ころか完全オープンにして、その医師が診ている
患者を入院させた。

でも、実際に、先ほども言ったように、百人ぐ
らいの方を年間みとることもできた。最期、まさ
に地域完結型でやることができたにもかかわら
ず、残念ながら、三年で閉鎖を余儀なくされてし
まった。

そして、翌年どうなったかというところ、それまで
一般診療所をやり、介護療養もやり、そこはショ
ートとしてよく使っていたわけですが、経営はもう
赤字でした。でも、病床をやめて、これはいいも
のだと思いつながら、経営が成り立たなくてやめ
たら、何と、やめただけで経営は黒字に転換する
んです。私は、まさにこういうのを政策のミスマッ
チと言っているんじゃないかと。

私、先ほど、地域医療構想の中で、上からかぶ
せるのではなくて、地域でやっていることを逆に
国が認めていくんだ、そういうあり方が本来シス
テムとしてきて、地域がやっていることに自由度
を高めながら、地域の実情に合ったことをできる
のはまさに地元の医療者なわけですから、そう
いったシステム、そういう考え方がこれからの時
代に非常に大事だと思いますし、そのことを非常

に危惧しています。

そして、きょうはちょっともう時間も過ぎてし
まったのであれですが、まさに私は、こういう経
験から、これから人材確保と、先ほど大臣もリー
ダーが必要だとおっしゃいましたが、佐久総合で
あり諏訪であり富士見であって、そういうリー
ダーが自然発生的にどこから来るわけじゃない
んですよ。つまり出さなきゃいけないんです。そ
ういうことの努力が本場に今やられているのかど
うか。

私は、家庭医の存在、家庭医制度創設というの
は、私が政治家になった最大の目的です。そうい
うようなことが置き去りにされながら、枠だけを
決めて、さらには、今回の医療連携推進法人、そ
の目標もあやふやな現状の中で……

○渡辺委員長 中島君に申し上げます。

既に持ち時間が過ぎておりますので、質疑の終
局をお願いいたします。

○中島委員 今回の法案には賛成できないという
ことを言わせていただいた、質問を終わります。
ありがとうございました。

○渡辺委員長 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。

お二人の経験ある医師の発言に非常に感銘を受
けておりましたが、私、医師でもありませんし、
お話をしているといつも質問を最後に残していま
いますので、きょうは、先週の質疑で残したところ
から始めたいと思います。

これはしかし、関係があるんですね、今回の法
案に。社会福祉法の審議で通告していたものの、
時間切れでできなかった問題であります。

まず伺いますのは、昨年成立した医療介護総合
法に基づく新しい総合事業、これがこし四月か
ら始まっておりますけれども、こしの実施状況、
また、三年後、これは完全実施になると思います
が、予定自治体などがどうなっているのか。まだ
未定だとか検討中の自治体などがあると思います
けれども、どのように対応していくのか、伺いま
す。

○三浦政府参考人 要支援者の方々への訪問介護
や通所介護につきましては、高齢者の多様なニ
ーズに対応するため、全国一律の基準に基づくサ
ービスから、地域の実情に応じて市町村が実施でき
るよう、こしの四月から、地域支援事業の総合
事業へ移行しつつあるところでございます。今年
度は百十四の保険者が総合事業を実施予定と承知
しているところでございます。

その際、地域での多様なサービスの整備など、
地域の支え合いの体制づくりの推進には一定の時
間を要すると考えられますことから、円滑な事業
実施のために、法律上、平成二十九年三月末まで
実施の猶予期間を設けておまして、平成二十九
年四月からは、全ての市町村で総合事業を実施し
ていただくこととなっております。

国といたしまして、市町村が総合事業に取り組
む際の参考とするガイドラインをお示しすると
ともに、移行に向けた市町村職員を対象としたセミ
ナーを開催するなど、市町村の取り組みを支援し
ているところでございます。

引き続き、総合事業の円滑な実施に向けた支援
を積極的に行ってまいりたいと考えております。

○高橋(千)委員 今、平成二十九年の四月からは
全てとお話をされましたけれども、資料の一枚目
につけておいたんですが、二十七年中では、保険
者数が全国千五百七十九のうち、まだ百十四であ
ると。四月から始められたのは、まだ七十八にす
ぎないわけですね。二十九年の四月に始めるの
が圧倒的に多くて、千六十九。でも、それでも、
まだ未定あるいは検討中の保険者が百十九残って
いる。

だから、今のお答えは、当然やることになって
いるんだというお話なわけですが、それを
どうするんですかというのを聞いたわけなん
です。

○三浦政府参考人 市町村の皆様方、職員の皆様
方に対しては、さまざまな機会を設けて、この総
合事業への移行について、できるだけ早く取り組
みを進めていただくようにお話を申し上げている

ところでございます。

あわせて、先ほどセミナーと申しましたけれど
も、既に先行している自治体や、あるいは総合事
業を導入するに当たってのコツなども含めて、い
ろいろな情報提供をしているところでございま
す。

今後とも、そのような努力を引き続き続けてま
いりたいと考えているところでございます。

○高橋(千)委員 資料の二枚目に、自治体ごと
の、都道府県別実施予定保険者数というのをにつ
けたんですが、まだゼロがいっぱいあるん
です。そして、一番多くても大分の十だ、つま
り、二桁にもいかないのが実態である。だから、
我々、要支援外じゃないかと、さまざまな指
摘をしたわけですが、やはりそれはかなり
無理があつたのではないかと思っております。そ
れを、特段の決め手もない中で、とにかく二十
九年の四月には始めるんだと言っているというこ
とを、まず、一つ大きな問題ではないかと指摘を
したいと思うんですね。

その上で、資料の一枚目の下の絵を見ていた
きたいんですが、多様な主体による生活
支援・介護予防サービスの重層的な提供」とい
うことで、高齢者の在宅生活を支えるため、ボラ
ンティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同
組合等の多様な事業主体による重層的な生活支
援、介護予防サービスの提供体制の構築を支援す
るんだということ、家事援助とか、交流サロ
ンだとか、声かけだとか、配食だとかというイメ
ジの絵があつて、主体があるわけですね。

そうすると、これは、まさに先週、社会福祉法
を採決したわけですが、社会福祉法人が、
この中で重要な担い手として期待されていると
いうことですね。どういふふうなことを期待し
ているのか。

○三浦政府参考人 おひとり暮らしの高齢者や認
知症の高齢者の方々などが増加しております。生
活支援ニーズの高まりが見込まれているわけでご

ざいまして、配食や見守りなどの多様な生活支援サービスの提供体制を構築するということが重要と認識しております。

地域における生活支援や介護予防サービスの充実につきましては、市町村が中心となつて、元気な高齢者を初め、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、今御指摘ございました社会福祉法人、そしてそのほかNPO法人や社会福祉協議会などの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築していくことが重要でございます。

地域の実情に応じて支え合いの体制づくりを構築していくという観点から、社会福祉法人も多様なサービスの提供主体の一つとしてこうした役割を担っていただきたいと考えているところでございます。

○高橋(千)委員 そうすると、先週随分議論いたしました、社会福祉法人の責務規定というものを設けて、無料または低額の地域公益活動を責務とするということが言われたわけですね。その一環として社会福祉法人に担わせるということをお願いしているのかというのを言いたいのですが。

○三浦政府参考人 総合事業は、それぞれのサービスに応じて、これは介護保険の財源を使って、サービスを提供に際した報酬といましようか対価をお払いするという仕組みでございます。例えば、社会福祉法人が介護予防・生活支援サービスにおいて何らかの活動やあるいはサービスを提供したということになれば、一般的には介護保険の財源からその費用を払うというのがルールではないかと考えているところでございます。

○高橋(千)委員 これはまず、要支援外という議論をしたときに、何度も当時の田村大臣が、予算は介護保険の予算と同じなんだから、介護保険の仕組みの中ではないけれども、予算はそこから出ているんだから同じなんだということをおっしゃった。今、総合事業は対価を支払うんだからとおっしゃった。だけれども、同じじゃないですよ。明らかに違うでしょう。

だって、これは、介護予防・生活支援サービスというのは、例えば通所型サービスであれば、A、B、Cとタイプ分けされていて、雇用労働者によるサービスだが人員基準を緩和しているパターン、ボランティアが主体のパターン、あるいは専門職にお願いするけれども独自基準である、要するに人件費は出さない。そういうことで、料金だつて、自治体がボランティアを使うかあるいは専門職を使うかによつて全然違うわけですよ。そもそも、介護保険でいうと利用料一割負担、これを下回ることが条件になっている。

だから、社会福祉法人を指定事業者として受け皿になつていってもらつても、結果としてこれは低額の、いわゆる介護保険のサービスで本来ならやっていた仕事とほとんど同じ仕事をやらせることになる、理論的にはそうなりません。

○三浦政府参考人 この介護予防・生活支援サービスは、先ほど申し上げたとおり、多様な主体による多様なサービスの提供ということになります。したがって、サービスの種類も、それぞれの自治体の実情に応じて、また提供主体の実情に応じて多様なものが出てくるだろうと考えております。そのサービスの内容にふさわしい対価を介護保険の財源からお払いするというのが、それぞれの市町村としての役割ということになろうと考えております。

○高橋(千)委員 答えになっていないでしょう。だから、先週あれだけ議論したんです、無料、低額の地域公益活動を責務規定にした。今言つたのは、介護保険よりも利用料を安くしろというのが至上命題なんですよ。それを担い手の一人として考えているということは、やはりそういう責務規定もあることだし、サービス料は前より安くなるけれども、それも一つだよということに理論的になるじゃないですかと言っています。

○三浦政府参考人 サービスのありようにつきましては、それぞれの法人の状況によりまして異なるものもあるかと思いますが、一般的なお話としては、先ほど来申し上げていますように、

それぞれのサービスの内容に応じてそれぞれの自治体からお払いするというのがルールだということとございまして、無料、低額ですとか、さまざまな社会福祉法人としての自主的な動きというのはあるかと思いますが、介護保険の制度といましては、先ほど来の、同じようなサービスの内容に対する評価ということになろうと考えております。

○高橋(千)委員 これは実は大臣に通告しているんですね。

それで、私、社会福祉法人は援護局長でしょうと言つたら、いや、大臣に通告しているからおりませんと言つて、きょういらしてないんですね。だつたら、大臣に答えてもらうしかありません。

○塩崎国務大臣 もう言うまでもなく、社会福祉法人は、社会福祉法に列挙されている社会福祉事業のほかに、地域の幅広い福祉ニーズに対応する公益事業を行う法人として社会福祉法に位置づけられている法人であるわけでありまして、今回の改正案では、全ての社会福祉法人につきまして、地域における公益的な取り組みの実施を今先生御指摘のように責務として位置づけておるわけで、幅広い地域の福祉ニーズに対応していくことが期待をされているということでございます。

この場合、地域における公益的な取り組みは、社会福祉法人が地域の福祉ニーズに応じて自主的に創意を凝らして実施をしていくことを期待しているものであつて、あらかじめ特定の事業の受け皿となることを想定しているものではないわけでありです。

地域における公益的な取り組みというのは、無料または低額の料金によりまして、既存の制度の対象とならない福祉サービス等に対応していくものであつて、介護保険制度における市町村の総合事業や生活困窮者自立支援法の任意事業を市町村の委託を受けて実施すること自体、地域における公益的な取り組みに該当するものではないというふうに思います。

○高橋(千)委員 結論としては、否定されなかつたということだと思ひます。

つまり、それは自主的という言葉が間に入っているんで、最初からこれをやる決めていないだけなんだ。そうでしょう。いろいろあるんですから。既存の制度ではないメニューというのはいろいろある。そういうものに地域公益活動というものを責務として書いたから、これは自主的にやっていたかと思ひます。

から私たちは社会福祉法を、政務官、手を振つて否定をしておりますが、そういう意味だと思ひます。私たちは到底賛成できなかった。

本当はそれを最後に一言言いたかつたわけですが、それでも、まだ法案は通つておりませんので、これから引き続き、ぜひこの部分は削除なり廃案なりをしていただきたいということを言いたいと思ひます。

これが後でちよつともう一度出てきますので、続けていきたいと思ひますが、次に、川上の病床機能再編について質問をいたします。

先ほど来、中島委員が病床一割削減問題を指摘されております。四枚目同じ資料をつけてあるんですけれども、これは、朝日新聞は「病床一割削減可能」と書いているんですが、ほかの新聞は、「病院ベッド二十万床削減」と書いているのもあれば、四十一道府県に病床削減要請など見出しが躍つたわけでありです。

これは、まさに今回の法案の審議に最も関係があるなと思つて機会を待つていたわけでありすけれども、この記事のリードを読みますと、「政府は十五日、二〇二五年に全国の入院ベッド数を十六万一千二百万床削減できるとする目標を発表した。」なので、一割程度という見出しなんだと思つて、朝日はこれを日本地図に落としてるわけですから、バックデータは五枚目についております。

ただ、これは注意しなければならぬのは、ちよつと細かくて大変恐縮なんですけれども、パターンはA、B、Cと三種類あるわけなんです。だから、一つではないんだけれども、それを

たということだと思ひます。

一つの例で記事になっていたということは一つあるかと思えます。

それで、社会保障制度改革推進本部の下に設置された医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会の第一次報告、この中で具体的な数字が出された。それを総括したのが、先ほど来出ている、病床の機能をどういうふうに分けるか、二〇二五年の姿というのがこの六枚目の資料。先ほど来、中島委員がやっていること、そこまでは一緒です。それで、病床機能を四つのカテゴリーに分け、現状、六年後の姿、二〇二五年の姿を報告してもらう病床機能報告制度をもとに、レセプトデータによる実際の医療動向、受療率などを分析して出されたデータであります。

私は、この問題を何度も質問してきました。ぱつと気がついたのは、やはりこれは地図に落としてしまうと、東北では宮城を除いて二割以上三割未満の削減なわけです。東京、神奈川、大阪などの都市部では、むしろベッドをふやす必要があるというふうになっている。

これは、大臣、覚えていらつしやると思うんですが、昨年十月の地方創生特でも質問をいたしました。

医療資源が少なく過疎化が進んでいる県ほど逆にベッドが大きく削減されて、医療資源が集中している都市部でさらにふやす方向にならないか。つまり、どういう意味かというと、現状を機械的にデータ化してしまうと、医師不足で病床を閉鎖せざるを得ないところが、結局、病床がないから、使っていないんだから要らないねというふうになったり、その町に診療科がないために地方から都市部へ通院している場合、そこで足りちゃっているということになってしまう。そういうふうなデータ化の仕方をする、要するに、資源がないところはどんどんなくなっていく、過疎化にどんどん拍車がかかるということになるよという指摘をしたわけです。

このとき、私は、あの広い北海道が、全国の平均と比べて、十万人当たりの医師数が札幌と旭川

の医療圏だけで全国並みの平均になる、要するに平均を引き上げているんですね、だけれども、ほかの医療圏は全部平均以下で、一番下の宗谷は九十・八人で全国平均の半分以下だ、こういうことが現状追認されてしまったら大変じゃないかという質問をしたわけです。

そのとき、塩崎大臣は、私の質問意図を捉まえていただきました。例えば札幌と旭川だけに患者さんが行っているという現状を前提にやるということであると、それは間違ったことになると答えてくださいました。私は、まさに我が意を得たりと思ったわけでありました。

そこで、今回の報告を見て、改めて大臣の認識を伺いたいと思います。

○塩崎国務大臣 御指摘の病床推計は、もう何度も申し上げているとおり、内閣官房の調査会が、厚労省が取りまとめたガイドラインに基づいて、一定の仮定を置いて計算をしたということでございます。

地域医療構想における将来の病床数は、地域ごとに人口の変動や高齢化の進展の状況を織り込みながら、今後、病床の機能分化、連携を進めることを前提に、将来の客観的な医療需要と、その医療需要に対する必要病床数として推計するものであると思います。したがって、将来、人口が減少する地域では、医療需要が減少するので必要病床数が現在よりも少なく算出される、一方で、人口が増加する地域では、必要病床数が多く算出されることになるということだと思います。

将来の客観的な医療ニーズに基づいて、全ての患者がその状態に応じた適切な医療を受けられるというのがこの医療構想の原点の問題意識でございます。切れない医療提供体制を構築するためには、患者の移動なども含めてよく現実を見た上で地域地域の医療構想をつくっていただいて、それに見合った医療供給体制というものを構築していくということが大事ではないかというふうに思います。

○高橋(千)委員 地域ごとということ、意を含

んで答弁していただいたと思うんですけど、日本地図に落とした県ごとでもやはりちよつと差が出ちゃったなというのを思うと、県の中だともっとリアルに出ますよね。今の、北海道の中における旭川と札幌のように出ちゃうわけですよね。

それをどういうふうに整理するかといったときに、やはり客観的な数字に頼らざるを得なくなっちゃうわけですね。本来は、この病床機能報告制度というのは、都道府県が報告をまとめて、自分たちで地域医療構想をつくるという話だったわけですね。だけれども、事務負担が大きいといった言葉を捉えて、みずほ総研に丸投げをしちゃった。それが中央にばつとデータが来て、今お返しをする段階なわけでしょう。そうすると、そのお返しされたものを見て、実際に地域の特徴を踏まえながらやっていくというのはなかなか厳しい。やはり、既に出てくる指標、ガイドラインに頼らざるを得なくなる。

内閣官房のデータだって、結局は厚労省のガイドラインに頼って試算したものですから、そこを、今の趣旨をどう入れ込んでいくかというのを伺いたいと思うんです。

○二川政府参考人 具体で都道府県が地域医療構想を立てるわけでございますけれども、地域医療構想区域ごとに立てる、こういうことでござい

まず、これまで申し上げているように、地域医療構想区域は、二次医療圏をベースとはいいたしませんが、必ず二次医療圏と合わせなければいけないわけではなく、その地域の患者さんの受療動向をよく勘案していただいて、二次医療圏と違った区域にしていたということも十分あり得るわけでございます。

また、現在の患者さんがこの医療機関にかかっているか、このデータはあるわけですが、それが、便利だから隣のところへ行っちゃったのか、いや、そうじゃなくて、自分のところに医療機関がないので隣までわざわざ行っ

るんだというようなケースの場合に、それを現状追認するのかもしれないのかという部分につきまして、都道府県の政策判断といったところでございまして、そういった部分の需要見込みということにつきましては、地域医療構想を立てる段階で各都道府県の構想策定会議において検討いただきたいところでございます。

○高橋(千)委員 今、このデータを出した専門調査会の報告書の中に、どういうふうに書いているかというところ、いいことも若干あると思います。

例えば、「現在、二次医療圏間や都道府県間で患者の流入が見られるが、今回の医療提供体制改革により、急性期、回復期及び慢性期の医療機能については、適切な構想区域の設定を前提に、基本的には、当該構想区域の住民の医療ニーズを当該区域の医療機関で対応する「自己完結」をできるだけ目指すことが望ましい。」現状を全て追認することになってはならず、地域差の是正をはじめとして、病床の機能分化や効率化を着実に進める必要がある。」

この機能分化や効率化の方は別として、住民のニーズを大切にすること、自己完結であること、現状追認ではなく、やはり住民のニーズを大切に

してやっていくというこの思想は私はとても大事だと思えますが、それはいいです。

○二川政府参考人 先ほど御答弁申し上げましたとおり、患者さんの受療行動につきまして、それとよく考えるのか、いや、それではいけないんだと考えるのかにつきましては一つの政策判断が入るものだというふうに考えておりまして、各都道府県におきまして、その実態を十分精査し、地域医療構想に反映させていただきたいと考えております。

○高橋(千)委員 結局、県任せになっちゃうわけですね。国がこうやって数字を示しておきながら、指標を示しておきながら、いろいろあっても、内閣官房もここまで言っているねと言っているにもかかわらず、それは県が判断することですと、うと、どうしたって県が出された数字を飛び越え

るようなことはできないだろうと指摘しなければならぬと思います。

それで、実は、自己完結というのは重要だけれども、自己完結できなければ医療圏を広げることだつてありだという議論をしてきたわけですよ。だから、さつきから言っているように、ここになくて隣の医療圏に行っている、では、それ自体を医療圏にしちゃいましょう、そういう議論もされているわけで、それでは全然私は納得がいかないわけです。

全国で最も入院数の少ない長野県を目指すというのが、三バタンのうち最も小さい目標なんです。でも、慢性期病床を二〇二五年までに二十四万二千床に減らすというもので、そういうスパンでこの目標が立てられている。その受け皿として、在宅型の地域包括ケアがセットで体制を整える必要に迫られているのではないかと思います。

そこで、いよいよ、地域医療構想の中心的担い手が地域医療連携推進法人だと思えますけれども、地域医療構想との関係はどう法文上整理されているのか。簡潔に。

○二川政府参考人 地域医療連携推進法人は、先ほど来御答弁申し上げているとおり、地域医療構想を達成するための選択肢と位置づけているわけでございます。

具体的な改正医療法案の規定に即して申し上げますと、医療法案の第七十条の二第三項におきまして、地域医療連携推進法人は医療連携推進区域というものを定めて、自分たちがどの範囲の区域で連携をするのかということで区域を定めるわけでございますが、その医療連携推進区域は、構想区域、いわゆる県の定める地域医療構想区域を考慮して定めなければならない、こういった規定がございます。

また、同様に七十条の三第二項で、都道府県知事は、地域医療連携推進法人を医療連携推進認定するに当たっては、地域医療構想との整合性に配慮するということが規定されているところでござ

います。

○高橋(千)委員 ことし二月の「地域医療連携推進法人制度の創設及び医療法人制度の見直しについて」の報告の中で、非営利新型法人の参加法人の範囲について、今おっしゃった、「事業地域範囲内における病院、診療所又は介護老人保健施設を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須」、こっちは必須として、もう一つは、「非営利新型法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、事業地域範囲内で介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業のみを行う非営利法人について参加法人とすることができ」と、できるといふような規定になっているんです。

先ほど来議論しているように、川上から川下へということでは、本来だと介護事業が入らないと完結しないという理屈になるんじゃないかなと思います。これはどのように考えていらっしゃるのか。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人におきましては、御指摘のとおり、医療機関を開設する医療法人等の参加は必須ということでございますが、介護事業等を行う非営利法人は加えることができるということで、任意というふうになっているわけでございます。

これは、地域医療連携推進法人制度創設の趣旨が、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供することを目的にしているわけでありまして、法文上も、病院等の業務に関して連携を行うということを目的にしているというところを書いてあるといたことでございまして、医療を中心とした介護まで視野に入れる、こういった制度といたものでございます。

○高橋(千)委員 相当苦しい答弁だと思ふんですね。

医療法だから介護事業者のことを義務規定みたには書けなかったというのが単なる理由じゃないかなと思ふんですけれども、ただ、七十条の七には、地域医療連携推進法人は、地域医療構想の

達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすように努めなければならないと、これは責務規定になっているわけですよ。これは当然、社会福祉法人の参加を期待している、してもらわないと思うんですよ。

そうしたら、どうするんでしょうか。例えば、出資して介護事業所をつくったりするんでしょうかね。それとも貸し付けとか、何らかの資金援助などで取り込むということが念頭にあるんでしょうか。

○二川政府参考人 地域医療連携推進法人は、確かに地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う法人も参加法人とすることが可能ということとございまして、地域医療構想の達成とともに、地域包括ケアシステムの構築にも資することができると法人制度であるというふうに考えておるところでございます。

したがって、社会福祉法人に限らず、介護事業その他の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人が参加するといったこともあり得るわけでございます。

しかしながら、参加をするという方法と、それから、法人内で評議会というものがございまして、評議会の中でそういったことを視野に入れながら連携を推進していくという方法もあるのかということでございます。

また、地域医療連携推進法人につきまして、参加法人間で資金融通ができるというふうになっているわけでございますけれども、医療法人間におきましてはそういうふうにと考えてございまして、社会福祉法人改革に鑑み、資金融通の対象から除外する方向で検討していくものと考えているところでございます。

○高橋(千)委員 わかりました。資金融通はしない。

その上で、社会福祉法人に限らず非営利の事業者ということもありますという、だんだん、もつ

とまったく対象はちっちゃくなっちゃうかなと思ふんですよ。

それで、もともと、昨年の日本再興戦略において、地域包括ケアを実現するため、複数の医療法人や社会福祉法人等を傘下に置く非営利ホールディングカンパニー型法人制度の創設が求められていた。地域包括ケアをやるためにやるのに、これは任意ですからとかそういうことを言っている場合じゃないと思うし、それだと本当に、大臣自身が認めているように、何のためなのかということになるわけですよ。

そうすると、全国社会福祉法人経営者協議会調査によれば、会員法人六千八百七十三法人中、約半数の三千四百六十九法人が単数施設法人なんです。つまり、一法人一施設の小規模法人。これは、なかなか、二次医療圏を網羅するサービスというのは厳しいと思うんですよ。だから社会福祉法人改革の中に規模拡大まで書かれている、そういうことに全部リンクしていつちやうのかなというのが一つと、それから、二〇一三年の社会保障制度改革国民会議報告書や日本再興戦略などでも、今言ったように社会福祉法人の規模拡大が求められるとしている。

そういうことを考えたときに、施設数の割合という、社会福祉法人が四割強、営利法人も四割強なわけですよ。そうすると、ほとんど同じくらいの力関係になっている。それを、だんだん、地域包括ケア、要するに今の参加法人の中に営利法人も入れざるを得なくなるんじゃないか、そういうことになるのかなと思いますが、いかがでしょうか。

○二川政府参考人 先ほど御答弁申し上げましたとおり、地域医療連携推進法人につきましては、参加法人として参加をし、連携をより強固にしていくといった形での参加の仕方もございますけれども、評議会といったようなところに参加をすることで、その地域の面的な医療、介護全体を視野に入れた連携について一定の発言をさせていただく、こういった方法もあるわけでございます。

こういった方法をとるかにつきましては、それぞ
れの地域医療連携推進法人の関係者の中で十分相
談をいただいた上で法人を設立いただくことが適
当なのではないかと考えております。

○高橋(千)委員 参加をしなくても意見を言える
からというそれは物すごい詭弁じゃないですか。

だって、参加をしたって、それぞれの法人がやり
たいことを、御意見を伺わなきゃいけないわけ
ですよね、地域連携法人に御意見を伺わないと決
められない、そういう関係なわけですよね。本当に、
地域から、当事者の居場所づくりという要求から
発してつくり上げてきた社会福祉法人にとって、
この連携法人と地域包括ケアの関係というのは、
どうなっていくのかというのが非常に危惧される
ところだなと思うんですね。

それで、例えば、仮に社会福祉法人が参加する
として、医療法人と連携推進法人と、あるいは社
員間の関係というのは、基本的に各一つの議決権
とあるわけですよね。だけれども、例外規定があ
る。規模の大きさなどにやはり影響される、発言
力にやはり差をつけられる、そういうことになら
ないでしょうか。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人
につきましては、原則としては一社員一議決権、
すなわち参加法人一つについて一議決権というこ
とを原則とはいたしておりますけれども、定款で
別段の定めをすることは可能であるというふう
にしております。

これは公益法人制度においても同様の仕組みで
ございますけれども、その際、定款で別の定めを
することはできるわけでありまして、医療
機関の連携を図るという目的に照らし、不当に差
別的な取り扱い、あるところだけは不当に差別を
する、こういったような定款の定めは無効という
ことになるわけでございます。

また、参加する法人、社員でございますけれど
も、社員が提供をした金銭等に応じて議決権の数
を変えろといったようなこととしてはいけない、
こういったことを規定してあるところございま

す。

○高橋(千)委員 してはいけないと今例示したの
は二つしかない、イトロだけなんですよね。そう
すると、それ以外は認められちゃうということに
なるんでしょうか。

○二川政府参考人 参加する医療機関に、確かに
大きな病院もあれば、小さな診療所といったこと
もあろうかと思っております。その点につきましては、
参加者、関係者の中で定款をおつくりいただく際
に、例えば医療機関の病床数等を総合的に考慮し
て議決権の数を異ならせるといったような取り決
めをすることは可能であるというふうに考えてお
ります。

○高橋(千)委員 今おっしゃいましたね、病床数
の違いで取り決めることは可能であると。これ
で力のあるなしが、発言力のあるなしが変わって
くるということがやはり懸念されると当然指摘せ
ざるを得ないと思っております。

まして、先ほど来言っている社会福祉法人との
関係なども、本当に一施設しかない法人がどう
なっていくのか。発言力もなかなかないという中
で、本来自分たちが持っていた理念という関係が
どうなるのかなというのを、本当に懸念ばかり
が広がるということになるかと思っております。

それで、今度は医療法人の話になりますけれど
も、地域医療連携推進法人に参加するかは任意で
ある。だけれども、同一の医療圏の中で、要する
に、連携法人の中に入った法人と、そうでない医
療法人の競合をどう整理していくのかというこ
と。

ちよつと時間の関係で二つ言います。

先ほど阿部委員も御紹介いただいたんですけれ
ども、都道府県知事には、自主的な取り組みだけ
では機能分化が進まない場合、ペナルティーを行
う権限があるわけですよね、指導する権限がある。
これとの関係なんですよ。

当然、一つの医療圏の中に、連携法人と、そう
じゃない、連携法人に入らない法人がある。そう
すると、協議の場が一番決定権があると思うんで

すよね。知事にも権限がある。さつき紹介してい
た補助と融資の部分は、多分削除されています、
今回の中には入っていないけれども、医療機関の
公表などという形で厳しくペナルティーがありま
す。

そういう中で、実際はどうなんだろうと。協議
の場が本当に回っていくのか。あるいは、参加す
るようには誘導策があるのか。つまり、地域医療
護総合確保基金などを活用すれば参加せざるを得
なくなっちゃうとか、要するに、参加しないでな
かなか基金はないよね、そういうふうなことに
なりかねないと思ひますが、いかがでしょうか。

○二川政府参考人 今回の地域医療連携推進法人
におきましては、その区域内で医療機関を経営し
ている場合でありまして、参加はあくまで任意
ということでございます。したがって、その
地域におきまして、地域医療連携推進法人に参
加する法人と参加しない法人の双方が存在する
といったことになるわけでございます。

そういったことを前提に紹介、逆紹介等が行わ
れるわけでございますけれども、そういったこと
につきまして、地域の住民の方も参加をする、先
ほど来申し上げている評議会というものがこの連
携法人にございますので、そういった中で、医療
機関が公平に扱われるように、そういったことを
期待しているところでございます。

それからもう一点、県の方の権限が、地域医療
連携推進法人に参加しないときにはそういった権
限が行使されるのではないかと、こういった御懸念
でございますけれども、県の方の病床削減の要請
こういった規定があるわけでございますけれども、
これにつきましては、地域医療構想と反する
かどうかということが基準でございますので、地
域医療連携推進法人に参加するかどうか、こう
いった基準ではございませんので、参加しない医
療法人が参加しないというだけをもって不利にな
ることはないというふうに考えております。

○高橋(千)委員 参加するかどうかペナル
ティーになるわけじゃないでしょうか。そんなことを聞

くわけじゃないですよ。そうじゃなくて、全体として
このくらいの目標だとしたときに、連携法人は自
分たちの中で融通してこまめに減らしますと例え
ば決めたでしょう、こっちは、いや、私たちは参
加しません、減らしませんとなったら、当然そ
ちがだめだという話になりませんか。

○二川政府参考人 地域医療構想を実現していく
という過程におきまして、病床機能ごとに、この
地域ではこの機能の部分が何床ぐらい必要か、こ
ういったところがあるわけでございます。そう
いったことを目指していく上で、都道府県の方と
してはいろいろな協議の場を通じてそういったこ
とを実現していくわけでございますけれども、最
終的に、医療法の規定という権限も最終的なもの
としては定められているところでございます。

そういったときに、例えば、ある医療機能が、
非常に多い機能があるんだけれども、その多い機
能の方をさらに増床しようというふうな医療機関
が出る場合には、そういった規定が最終的に、で
きるだけ発動しないで実現していくことがいいわ
けですけれども、そういった逆のことをされる場
合には、そういった規定の発動ということもあり
得ないわけではないということでございます。

したがって、先ほど申し上げましたように、
参加するかどうかということとかかわりはないこ
とだということに考えております。

○高橋(千)委員 それはわかっていると云ってい
るのに、何でもかきしをするんですか。

結局、ほとんど機能しそうなないなど。最終的
には協議の場をやらざるを得ないんだからという
ことを、なぜかなというふうに思っちゃうんです
ね。

それで、なぜかなと思つたときに、やはり決定
的に違うのは、知事が命令できるのは国公立病院
なわけですよね。そもそも、非営利ホールデー
ン・カンパニーをやつたらと最初にお話しされた松
山さんだって、最初の一番の狙いは実は国公立病
院なんだと言っている。それぞれに住民の運動が
あり、守ってほしいという運動があり、それでな

なかなか減らすことができないんだ、そこにやはり強制力をかけていくというのが一つの狙いなのかというふうに思っておりますが、どうお考えでしょうか。

○二川政府参考人 地域医療構想の実現におきましては、公立病院あるいは国立系病院、そういった公的な病院の統合を前提にするものではございませんで、あくまで各医療機関が、協議の場において自分のところの医療機関がどういった医療機能を担っていくべきかということを相談して、自主的な取り組みを進めるというのが、これが第一でございます。それと違う方向へ進むような医療機関がある場合には都道府県がそういった権限があるということでございまして、現状を維持することに關しての特別な権限があるわけではないということでございます。

○高橋(千)委員 現状を維持する、そんな質問はしていませんけれども、何でそういう答弁になるんだらうね。国公立病院をなかなか機能再編ができないからというのを、これを最初に言っている人が狙いだと言っている、やはりそこがあるんだという指摘をしたんです、私は。何でそういう答弁になるのかというのがよくわからない。

これから先は、もう時間も残り少ないので大臣に答えていただきたいんです。

結局、さっきから聞いていますと、あくまでも自主的なんだ、任意なんだ、県が決めるんだと言っていて、それどころか、内閣官房が出したんだと言っている、厚労省は何の責任もないかのように言っているわけなんですよ。

そんなはずがないでしょうということで、資料の最後のページについておきましたが、経済財政諮問会議、五月二十六日に塩崎大臣が提出した資料です。

「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」という、もつと資料はいっぱいあるわけですけども、そういうテーマの資料の中に、重点改革事項として、「地域包括ケアシステムの構築・医療介

護サービス体制の改革」となっていて、「質が高く、効率的な医療提供体制」とあり、「地域医療構想の策定支援、医療費適正化計画の前倒し・加速化」、これはわざわざ赤線で囲んである。それも、二〇一八年度改定で、もう間もなくであるにもかかわらず、それさえも待てないということ、前倒しをすると言っているわけですよ。

だったら、やはり厚労省として、それは上にせつつかれたということは言えるけれども、結局、やると言っているわけじゃないですか、前倒しで。そうなたら、当然のことながら、さっきから自主的だとかいろいろ言っている数字だつてやらざるを得ない、そういう立場で、大臣、言っているんじゃないんでしょうか。

○塩崎国務大臣 地域医療構想は、今後の高齢化が本格的に進んでいく中で、全ての患者がその状態に応じた適切な医療を受けられるということと、将来の患者の医療需要とそれに対応する必要な病床数をそれぞれ都道府県で推計してもらって病床の機能分化、連携を進める、こういうものがございます。

国においては、都道府県が地域医療構想を策定するに当たりまして十分な支援を行っていくということが必要であると考えておいて、地域医療介護総合確保基金への財政支援を実施するほか、本年三月には地域医療構想策定のガイドラインを各都道府県にお示しを既に行っているわけでありまして、あわせて、都道府県の担当者に対する研修会を実施してきているわけでございます。

さきの医療保険制度改革の中で見直しがなされました医療費適正化計画につきましては、このようない地域医療構想を踏まえて都道府県の医療費の目標を定めることとしているほか、地域医療構想の策定を行った都道府県は、速やかに医療費適正化計画の見直しを行うこととしているところでございます。国としても、今年度中に医療費適正化基本方針の策定や必要なデータの提供等の支援を行うこととしておるところでございます。

御指摘の諮問会議では、このように、都道府県

が質の高い効率的な医療提供体制の構築を進めることができるように、国としてもしっかりとできることは前倒して実施していくことを述べたものであつて、医療費抑制先にあるようなものではないでございます。

○高橋(千)委員 済みません、大臣、それはこれから言う質問の最後の問いですけれども、二つをまとめて答弁されちゃったわけですが、でも、やはりそういうことなんだろうというのが何となく伝わったのかと思うんです。

この資料の中に、「病床機能の再編、地域差の縮小」と、ちっちゃくして申しわけないんですが、こうやって書いていますよね。さっきから議論している、これはAパターンなわけですね。最小は長野県だと。そこに、ずっと分布をしている大きなところも縮めていって、目標を、そこに照準を合わせて、そこから逆算をしてベッドを削減しようというふうなことをやってきたのが今までの議論だったということなわけです。

それで、同じ日の、この五月二十六日の民間議員の論点整理ペーパーでは、「インセンティブ改革」と称して、先ほどの人口推計を用いた二〇二五年までの病床の過不足について、「介護も含め、基金の配分、診療報酬、都道府県の機能強化」、今議論してきたこと全部です、「等によって、早期対応を図るべき」と迫っています。

特に、民間議員の新浪氏は、大臣のペーパーを受けて、大臣の報告を受けて、医療費適正化計画の改定前倒しをぜひとも実現してほしい、医療費の抑制については、地域間の格差を半減する目標をぜひ立てて、二〇一八年度、二〇二〇年度に向けて実効が上がるようにしていただきたい、そうすると、私の試算ではそれだけでも一兆円弱、八千億円程度の抑制ができると。それだけでですよ。だから、薬価とかそういうのは、またそのほかにあるわけですよ。

そういうことを言われて、前倒ししますと言わざるを得ない、そういう中で今出てきている問題なんだ、そうすると結局、民間議員の発言に押さ

れ、医療費抑制ありきとなつていてのではないか、これが問いだったわけですが、大臣、もう一回どうですか。

○塩崎国務大臣 実際、地域差があるということは間違いないことであつて、医療費を持続可能なものにして、なおかつそれぞれの地域が地域の医療を決められるように、これから医療構想をつくっていくことをやっていく。

そういう中で、それぞれの地域の持続可能ではないかもわからないというところについてはやはり直していかないと、その地域で、これから国民健康保険も市町村単位じゃなくて県単位になつていくわけですから、そういう意味では、当然そういった改革はやっていかなきゃいけないわけで、これは県によつていろいろな跋扈性がある、努力をしないといけないということになりますけれども、しかし、それは結果として自分たちの負担というものはねてくる話でもございまして、そういう意味で、改革は前倒していくということ、それなりにやはり大事なことでありますので、しっかりとやっていかなければならないというふうに思います。

○高橋(千)委員 例えば、その議論の中で、さつき地域包括の話をしましたけれども、介護の軽度者の生活援助等は保険給付の対象から外す、また、通所介護などのその他支援は自治体事業で実施する枠組みに全面的に移行すべきだ。

だから、今だつて、随分議論して残したものがあつたわけですよ、それも全部外しちゃえと言っている。そうすると、その次に来るのは、介護度一、二を外す、そういう議論かなということさ。現場ではすごく懸念が広がっているんですよ。そうやって抑制が迫られている中で今の改革なんだということで、しっかりと、やはりそこに、わかりましたというわけにはいかないという頑張りをしていただきたいと思っております。

それで、先ほど来議論になつてきているメイヨー・クリニクのようなホールディング型医療法人、総理が昨年一月のダボス会議で宣言したわけだ

けれども、先ほど阿部委員が丁寧に紹介していただいたんですが、今回の法案はそれとは大分離れていると思うんですね。

これはやはり、医師会も、非営利ホールディングカンパニー型法人については、医療を営利産業として成長させたいという意図が明らかであり、全く認められない、そういう発言もしており、ストリートにはいかなかったんだらう、だからこそ、対極の非営利型ということで、かなり今回は抑制的な提案になったのかなと思っているんです。

だけれども、結局、向かうところは、さつき向かうのかどうかという議論がちょっとありましたけれども、私はやはり向かうんじゃないかなというイメージを持っております。

みずほ銀行産業調査部の昨年のレポートによると、やはり、このホールディング型法人のモデルとされる米国のIHNについては、医療費高騰に伴う保険者の管理強化とかニーズの多様化とか医療サービスの機能分化などが進む中で、M&Aにより、同一地域内の病院や開業医、介護施設などの異なる機能を統合し、急性期医療から外来、在宅、介護等のケアサイクルを一体的に提供するIHN化が進んだと。傘下に、非営利の病院、介護施設等に加え、営利の関連法人や保険会社も保有している。

ですから、日本と違って、公的保険がないし混在しているわけですね。アメリカの場合は民間保険と混在しているし、州によっても制度も違う。そういう中で、要するに保険会社がホールディングと一緒に参加しているという中で、何というんでしょか、このみずほの表現をかりれば、それ自体が特区のようなものだという表現をしている。だから、そのまま同じ仕組みを日本に導入することは難しいという表現をされていて、私もそ

うだなというふうに思っていますね。
やはり、イメージとしては特区だ。だけれども、そういうことを日本も競争力会議の議論などで目指しているんじゃないのかということ。結局、さつきから、私、医療費抑制ではないかと言って

きましたけれども、それは裏表の関係で、医療費抑制の裏表は結局産業化なわけですね。公的分野の産業化ということで、もって医療の市場化を進めたいということは大臣自身が諮問会議の場で言っているわけですね。

だから、今度の法案が、まだまだ一気にはないけれども、その途上のものになるのではないのかということをお心配するわけですが、どのよう

にお考えでしょうか。
○塩崎国務大臣　ダボス会議で総理が言及したメイヨー・クリニクにつきましては、先ほど来お話があったように、約百の医療機関が一体的に運営されて、地域で質の高い医療を効率的に提供する体制を構築した。

私どもは、今回、この連携法人を考えるに当たって、やはり日本の中で、それも地域で、質の高い医療を効率的に提供する体制を構築する一つの手段として考え得るのではないかとということで御提案を申し上げているということだというふうに思っています。

それで、今、産業化ということのみならずから言っているのではないかとということをおっしゃっていますが、それは必ずしも、午前中にも少し御意見がございましたけれども、この連携法人においても株式会社をその中に一つ二つぶら下げてもいいんじゃないか、こういう御意見もあるわけでありますけれども、私どもは、医療を中心に考えている今回の連携法人については、やはり非営利性を堅持するというのが必要であって、地域医療連携推進法人全体の非営利性を確保するために、株式会社については参加できないということとしているわけですね。

なおかつ、しかし、産業化と言っていることについては、それは、医療のど真ん中ではないところについては産業化をできるところについて産業化をして効率化を図り、よって、よりよい医療が提供できるようにすべきではないかと。もちろん製薬産業などはその典型であるわけですし、医療機器も同じ、そういうことを申し上げているので、

決して医療の産業化ということ自体を言っているわけではございませんので、誤解のないようにお願いをいたしたいと思います。

○高橋千一委員　これで終わりますが、大臣がおっしゃったそのど真ん中の部分ですね。結局、公的医療の部分がどんどん小さくなる議論が進んできて、それが結局、受け皿としての市場化が広がっているということを強く指摘して、終わりたいと思います。

○渡辺委員長　以上で本案に対する質疑は終局いたしました。

○渡辺委員長　これより討論に入ります。
討論の申し出がありますので、順次これを許します。足立康史君。

○足立委員　私は、維新の党を代表し、医療法の一部を改正する法律案について、反対の立場から討論を行います。
本法律案は、医療法人制度の見直しや地域医療連携推進法人の創設を主な内容とするものであります。その趣旨については理解できる部分はあるものの、改正の内容は不十分であり、賛成することができません。

以下、反対の主な理由を述べます。
第一に、医療法人制度の見直しが極めて中途半端であることであります。
医療法人の事業活動は、その大部分が社会保険料や国民の税金といった公的な資金で賄われているのは周知のとおりであります。経営の透明性を高めることは理の当然であり、医療法人に対する信頼性の確保に必要不可欠であります。

今回、ようやく医療法人の会計基準の適用が法律上明記されることとなりました。しかしながら、会計基準が適用される医療法人の範囲は、一定規模以上の法人にとどまっています。社会福祉法人制度においては、全ての法人を会計基準の適用対象としていることから、なぜ医療法人についてのみ適用範囲を限定するのか、理解できません。

反対する第二の理由は、持ち分あり医療法人を

医療法人の分割制度の対象としないことであります。

分割制度は、我が党が以前から強く主張していたことであり、その導入を心待ちにしておりました。しかしながら、分割制度の対象から、現在の医療法人の大宗、約八割を占める持ち分あり医療法人を外すのでは、せっかくの分割制度も活用できないのではないのでしょうか。

そもそも、持ち分なし医療法人を原則とし、持ち分あり医療法人を経過措置型医療法人とする建前にこだわること自体が間違っています。

反対する第三の理由は、今回創設する地域医療連携推進法人制度が地域包括ケアの実現につながらないことでもあります。

地域医療連携推進法人の参加法人として、営利法人は参加できないこととなっています。介護事業の担い手である営利法人の力をかりることができない制度では、地域包括ケアの実現に疑問符を投げかけざるを得ません。

さらに、地域医療連携推進法人から介護サービス等を行う事業者への出資についても、その出資先を一〇〇%子会社に限る方針となっています。これでは、一部の特定の医療グループに出資先が限定され、ひいては、グループ内での関連事業者やサービス利用者の囲い込みといったマイナスの結果を生み出すこととなるのではないのでしょうか。

政府が旗を振る地域医療連携推進法人制度の創設は、地域包括ケアを実現するどころか、破壊しかねない制度となると懸念せざるを得ません。

以上のとおり、本法律案における医療法人制度の見直しは明らかに不十分な内容であり、地域医療連携推進法人制度についても、創設の理念と内容が矛盾しており、全く評価することができない旨を申し上げて、私の反対討論といたします。(拍手)

○渡辺委員長　次に、堀内照文君。

○堀内(照)委員　私は、日本共産党を代表し、医療法の一部改正案に反対の討論を行います。
政府の目指す医療、介護の一体的改革は、川上

から川下まで、医療も介護もそぎ落とし、自助、共助、慈善的な社会福祉事業に置きかえるものであり、本法案は、その手段となる新型法人を創設するものにほかなりません。

第一に、地域医療連携推進法人は、主要病院を傘下に組み込むことで一体的に運営し、地域医療構想実現のために、病床数や診療科の再編、縮小やそれに伴う医師、看護師等の人材移動を行い、医療提供体制の改善を促進しようとするものである。

社会保障制度改革推進本部に設置された専門調査会は、一割以上の病床を削減し、二〇二五年、百十五万から百十九万床とする推計を示し、地域医療構想はこれを踏まえて策定し、病床機能報告制度の機能別病床数が推計値に収れんしていくよう取り組みを進めるべきだとしています。

この推計に基づき、強引な病床削減、再編が行われれば、入院日数の大幅短縮で患者追い出しが加速しかねません。また、診療科の再編、高度医療機器や医師、看護師等の重点化など、集中、効率化が進めば、二次医療圏が広域にわたる地域では、住民が通える範囲に必要な診療科、医師が存在しない事態を一層進めることとなります。

第二に、本法案は、地域包括ケアシステム推進のため、社会福祉法人等を社員とすることができるとしています。

地域包括ケアを掲げた医療介護総合法は、要支援外しを初め、地域での公的介護給付を大幅に後退させました。生活支援を地域の互助に依拠する制度変更を行いました。担い手確保の展望はありません。

本法案は、大規模医療法人を中心として、川上から川下までネットワーク化を図るとともに、社会福祉法の改定により公益的活動を責務とする社会福祉法人などを取り込み、制度外のサービスを担わせることで受け皿にしようとするものにほかなりません。

政府が目指す地域包括ケアは、抑制、削減される医療提供体制の代替でありながら、公的介護保

障として体制整備するものではありません。

第三に、地域医療連携推進法人は、病院経営が可能であり、参加法人の運営に大きな影響を持つにもかかわらず、理事長は医師でなくてよいとされていること、関連事業であれば株式会社への出資が可能であること、議決権について、原則各一個としながら、定款で定めれば病床数等で差をつけることも可能であり、一部大規模法人による実効支配が排除されないことなどは、医療の営利産業化への火種となるものであり重大です。

給付費削減を前提にした連携、再編では、医療、介護をめぐる危機的状況は解決されず、逆に矛盾が深まるだけです。病院、施設、地域で必要な医療、介護を保障する体制の確立を求め、討論とします。(拍手)

○渡辺委員長 以上で討論は終局いたしました。

○渡辺委員長 これより採決に入ります。内閣提出、医療法の一部を改正する法律案について採決いたします。

本안에賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○渡辺委員長 起立多数。よって、本案は原案のとおり可決すべきものと決しました。

お諮りいたします。

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

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○渡辺委員長 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〕

○渡辺委員長 次に、内閣提出、確定拠出年金法等の一部を改正する法律案を議題といたします。趣旨の説明を聴取いたします。塩崎厚生労働大臣。

確定拠出年金法等の一部を改正する法律案
〔本号末尾に掲載〕

○塩崎国務大臣 ただいま議題となりました確定拠出年金法等の一部を改正する法律案につきまして、その提案の理由及び内容の概要を御説明いたします。

我が国の企業年金制度等は、確定拠出年金法及び確定給付企業年金法のいわゆる企業年金二法の成立から十有余りが経過するとともに、長らく企業年金制度の中心的な役割を担ってきた厚生年金基金制度の抜本的な見直しが行われるなど、これを取り巻く状況は大きく変化いたしました。また、働き方の多様化を初め社会経済構造も大きく変化しつつあります。

公的年金と相まって国民生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的としている企業年金制度等について、こうした変化に対応し、その普及及び拡大を図るとともに、老後に向けた個人の自助努力を行う環境を整備することを目的とした所要の措置を講ずるため、この法律案を提出いたしました。

以下、この法律案の内容につきまして、その概要を御説明いたします。

第一に、企業年金の普及及び拡大を図るため、従業員数が百人以下の中小企業を対象として、設立手続等を大幅に簡素化した簡易型確定拠出年金制度と、個人型確定拠出年金に加入する従業員の掛金に追加して事業主が掛金を拠出することを可能とする個人型確定拠出年金への小規模事業主掛金納付制度を創設することとしています。また、現行では月単位となっていた掛金の拠出規制単位について、年単位に見直すこととしています。

第二に、個人型確定拠出年金について、国民年金の第三号被保険者、企業年金加入者及び公務員等共済加入者の加入を可能するとともに、確定拠出年金から確定給付企業年金等への年金資産の持ち運びを可能とすることとしています。

第三に、確定拠出年金の運用について、加入者の運用商品の適切な選択に資するため、継続的な投資教育の実施を事業主の努力義務とすることと、運用商品数の上限の設定等の措置を講ずることとしています。また、あらかじめ定められた運用商品に関する規定の整備を行うとともに、当該運用商品の分散投資効果が期待できる商品設定を促す措置を講ずることとしています。

以上のほか、企業年金の手続の簡素化、国民年金基金連合会の広報業務の追加等を行うこととしています。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、平成二十九年一月一日としています。以上が、この法律案の提案の理由及びその内容の概要でございます。

御審議の上、速やかに可決していただくことをお願いいたします。

○渡辺委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後五時十一分散会

確定拠出年金法等の一部を改正する法律案

確定拠出年金法等の一部を改正する法律案

（確定拠出年金法の一部改正）

第一条 確定拠出年金法（平成十三年法律第八十八号）の一部を次のように改正する。

第四十八条の二の見出しを「情報収集等業務及び資料提供等業務の委託」に改め、同条中「いう」の下に「及び企業型年金加入者等による運用の指図に資するために資産の運用に関する基礎的な資料の提供その他の必要な措置に係る業務（以下「資料提供等業務」という。）」を加える。

第四十八条の三及び第四十八条の四中「情報収集等業務」の下に「及び資料提供等業務」を加える。

第四十八条の五中「情報収集等業務」の下に「又は資料提供等業務」を加える。

附則第三条第一項各号列記以外の部分中「次の各号」の下に「(第四号厚生年金被保険者である場合にあつては、第三号を除く。)」を、「掲げる者」の下に「(同項第一号に掲げる者である場合にあつては、第四号厚生年金被保険者を除く。)」を加える。

第二条 確定拠出年金法の一部を次のように改正する。

第二条第六項中「の被保険者」を「の被保険者をいい、第一号等厚生年金被保険者」とは、厚生年金保険の被保険者のうち「に改め、」に限る。」を削る。

第三条第一項及び第三項第六号中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改め、同項第七号中「算定方法」の下に「その他その拠出」を加え、同項第七号の二中「拠出する」を「拠出することができ」を定める」に改め、同号の次に次の一号を加える。

七の三 企業型年金加入者が掛金を拠出することができ、当該企業型年金加入者が個人型年金加入者となることを定めることと定めるときは、その旨

第四条第一項第二号及び第三項中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改め、同条に次の二項を加える。

4 事業主は、厚生労働省令で定めるところにより、企業型年金規約を実施事業所ごとに備え置き、その使用する第一号等厚生年金被保険者の求めに応じ、これを閲覧させなければならない。

5 厚生労働大臣は、前条第三項第七号の三に掲げる事項を定めた規約について同条第一項の承認をしたときは、厚生労働省令で定める事項を連合会に通知しなければならない。

を「第一号等厚生年金被保険者」に改め、同条第四項中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に、「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改め、(含む。と)の下に、同条第五項中「について」とあるのは、「について当該事項に係る」とを加える。

第九条及び第十条第三号中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改める。

第十一条中「さらに」を「更に」に改め、同条第四号中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改める。

第十九条第一項中「企業型年金加入者期間の計算の基礎となる各月につき」を「政令で定めるところにより、年一回以上、定期的に」に改め、同条第三項中「企業型年金加入者期間の計算の基礎となる各月につき」を「政令で定める基準に従い」に改め、「により」の下に「年一回以上、定期的に」を加える。

第二十条中「係る」の下に「一年間の」を、「同じ」の下に「の総額」を加え、「一月につき」を「一年間に」に、「額の」を「額の総額」に改める。

第二十一条第一項及び第二十一条の二第一項中「毎月」を削り、「翌月末日」を「企業型年金規約で定める日」に改める。

第二十一条の三第一項中「前月分の」及び「(当該企業型年金加入者がその実施事業所に使用されなくなった場合においては、前月分及びその月分の企業型年金加入者掛金」を削る。

第三十三条第一項中「者」の下に、「厚生労働省令で定めるところにより」を加える。

第四十六条第一項中「厚生年金保険の被保険者」を「第一号等厚生年金被保険者」に改め、同条第三項中「及び第三項」を、「第三項及び第五項」に改める。

第五十五条第二項第四号中「方法」の下に「その他その拠出」を加え、同項第六号中「第七十

三条の二」の下に「及び第百十三条第一項」を加える。

第六十二条第一項第一号中「者」を「者以下これらの者を「保険料免除者」という。」を「に改め、同項第二号中「企業型年金加入者」の下に「(企業型年金規約において第三条第三項第七号の三に掲げる事項を定めた企業型年金に係るものを除く。)」を加え、「第三項第九号」を「第三項第七号」に、「企業年金等対象者」を「企業型年金等対象者」に改め、同項に次の一号を加える。

三 国民年金法第七條第一項第三号に規定する第三号被保険者

第六十二条第三項中「第六号」を「第五号」に改め、同項第四号を削り、同項第五号を同項第四号とし、同項第六号中「国民年金法第八十九條第一項(第二号に係る部分に限る。」、第九十條第一項若しくは第九十條の三第一項の規定により同法の保険料を納付することを要しないものとされたとき、又は同法第九十條の二第一項から第三項までの規定によりその一部の額につき同法の保険料を納付することを要しないものとされた」を「保険料免除者となつた」に改め、同号を同項第五号とし、同項第七号を同項第六号とし、同項第八号を削り、同項第九号中「企業年金等対象者」を「企業型年金等対象者」に改め、同号を同項第七号とする。

第六十四条第一項中「第五号」を「第四号」に改める。

第六十八条第一項中「個人型年金加入者期間の計算の基礎となる各月につき」を「政令で定めるところにより、年一回以上、定期的に」に改め、同条第二項を削り、同条第三項を同条第二項とする。

第六十九条中「個人型年金加入者掛金の額は」を「一年間の個人型年金加入者掛金の額の総額は」に、「一月につき」を「一年間に」に改め、「額の」の下に「総額の」を加え、「又は第二号加入者」を、「第二号加入者」に改め、「同じ」。

の下に「又は第三号加入者(個人型年金加入者であつて、同項第三号に掲げるものをいう。)」を加える。

第七十条第一項中「毎月の」を削る。

第七十一条第一項中「前月分の」及び「(第二号加入者がその事業所又は船舶に使用されなくなった場合においては、前月分及びその月分の個人型年金加入者掛金」を削る。

第七十九条第一項中「第百三十七條の二十三」を「第百三十七條の十二第二項中「及び国民年金基金制度」とあるのは「並びに国民年金基金制度及び確定拠出年金制度」と、同法第百三十七條の十五第二項第四号中「国民年金基金制度」とあるのは「国民年金基金制度及び確定拠出年金制度」と、同法第百三十七條の二十三」に改める。

第百三十三條第一項中「個人型年金加入者又は受給権者」を「企業型年金運用指図者、個人型年金加入者、個人型年金運用指図者又は連合会移換者(当該企業型年金又は個人型年金に個人別管理資産がある者に限る。)」に、「(受給権者」を「(企業型年金運用指図者であつて当該企業型年金に個人別管理資産があるもの」に、「受給権を裁定した者」を「企業型年金の企業型記録関連運営管理機関等」に改める。

附則第三条第一項中「(第四号厚生年金被保険者である場合にあつては、第三号を除く。)」及び「又は継続個人型年金運用指図者(企業型年金加入者の資格を喪失した後、企業型年金運用指図者又は個人型年金加入者の資格を取得することなく第六十四条第二項の申出をし(第八十三條第一項の規定により個人別管理資産が連合会に移換された後に当該申出をした場合を含む。)、かつ、継続して個人型年金運用指図者である者(当該申出をしたときから継続して第六十二條第一項各号に掲げる者(同項第二号に掲げる者である場合にあつては、第四号厚生年金被保険者を除く。))に該当している者に限る。))であつて、当該申出をした日から起算して二年を

経過したものを用いる。第六号において同じ。）であつて、第四号から第七号までのいずれにも該当するものを削り、同項第一号中「六十歳未満」を「保険料免除者」に改め、同項中第二号及び第三号を削り、第四号を第二号とし、第五号を第三号とし、同項第六号中「継続個人型年金運用指図者にあつては、継続個人型年金運用指図者となつた日」を削り、同号を同項第四号とし、同項第七号を同項第五号とする。

第三条 確定拠出年金法の一部を次のように改正する。

目次中「第五十四条の三」を「第五十四条の六」に改める。

第三条第三項第一号中「事業主」の下に「次項及び第五項、」を、「第四十七条第五号」の下に「第五十四条の五、第五十五条第二項第四号の二」を加え、「及び第七十八条」を「並びに第七十八条」に改め、同項第二号の次に次の一号を加える。

二の二 第五項に規定する簡易企業型年金を実施する場合にあつては、その旨

第三条第三項第八号の次に次の二号を加える。

八の二 第二十三条の二第一項の規定により指定運用方法を提示することとする場合にあつては、指定運用方法の提示に関する事項

八の三 第二十六条第一項の規定により運用の方法を除外することとする場合にあつては、除外に係る手続に関する事項

第三条に次の三項を加える。

4 第二項の承認を受けようとする厚生年金適用事業所の事業主は、厚生労働省令で定めるところにより、当該承認に係る申請書に、次に掲げる書類（当該事業主が運営管理業務の全部を行う場合にあっては、第四号に掲げる書類を除く。）を添付して、厚生労働大臣に提出しなければならない。

一 実施する企業型年金に係る規約

二 第一項の同意を得たことを証する書類

三 実施事業所に使用される第一号等厚生年金被保険者が企業型年金加入者となることについて一定の資格を定める場合であつて、当該実施事業所において確定給付企業年金（確定給付企業年金法（平成十三年法律第五十号）第二条第一項に規定する確定給付企業年金をいう。以下同じ。）又は退職手当制度を実施しているときは、当該確定給付企業年金及び退職手当制度が適用される者の範囲についての書類

四 運営管理業務の委託に係る契約書

五 第八号第二項に規定する資産管理契約の契約書

六 その他厚生労働省令で定める書類

5 厚生年金適用事業所の事業主が次に掲げる要件に適合する企業型年金（第十九条第二項及び第二十三条第一項において「簡易企業型年金」という。）について、第一項の承認を受けようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、前項第三号から第五号までに掲げる書類及び同項第六号に掲げる書類（厚生労働省令で定める書類に限る。）の添付を省略することができる。

一 実施事業所に使用される全ての第一号等厚生年金被保険者（厚生労働省令で定める者を除く。）が実施する企業型年金の企業型年金加入者の資格を有すること。

二 実施する企業型年金の企業型年金加入者の資格を有する者の数が百人以下であること。

三 その他厚生労働省令で定める要件

6 前各項に定めるもののほか、企業型年金に係る規約の承認に関し必要な事項は、政令で定める。

第四条第一項第二号中「にあつては」を「であつて、当該実施事業所において確定給付企業年金又は退職手当制度を実施しているときは」に改め、「当該実施事業所において実施されて

いる」及び「（確定給付企業年金法（平成十三年法律第五十号）第二条第一項に規定する確定給付企業年金をいう。以下同じ。）を削り、同項第四号中「又は」を「及び」に改め、「第二十三条第一項」の下に「及び第二項」を加える。

第七号第四項中「前三項」を「前各項」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 事業主は、第一項の規定により確定拠出年金運営管理機関に運営管理業務の全部又は一部を委託した場合（第二項の規定により再委託した場合を含む。）は、少なくとも五年ごとに、運営管理業務の実施に関する評価を行い、運営管理業務の委託について検討を加え、必要があるとき、確定拠出年金運営管理機関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。

第十九条第二項中「ところにより算定した額」を「もの」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、簡易企業型年金に係る事業主掛金の額については、政令で定める基準に従い企業型年金規約で定める額とする。

第二十二條第一項中「措置を」の下に「継続的に」を加え、同条第二項中「、継続的に実施する」とともに「を削る。

第二十三条第一項中「を企業型年金規約で定めるところに従つて少なくとも三以上選定し」を「次条第一項において「対象運用方法」という。）を、企業型年金加入者等による適切な運用の方法の選択に資するための上限として政令で定める数以下で、かつ、三以上（簡易企業型年金を実施する事業主から委託を受けて運用関連業務を行う確定拠出年金運営管理機関（運用関連業務を行う簡易企業型年金を実施する事業主を含む。）にあつては、二以上）で選定し、企業型年金規約で定めるところにより」に改め、同項後段を削り、同条第二項中「前項の」を「前

二項の規定により」に改め、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 前項の規定による運用の方法の選定は、その運用から生ずると見込まれる収益の率、収益の変動の可能性その他の収益の性質が類似していないことその他の政令で定める基準に従つて行われなければならない。

第二十三条の次に次の一条を加える。

（指定運用方法の選定）

第二十三条の二 企業型運用関連運営管理機関等は、企業型年金規約で定めるところにより、前条第一項の規定により提示する運用の方法のほか、対象運用方法のうちから一の運用の方法を選定し、企業型年金加入者に提示することができる。

2 前項の規定により選定した運用の方法（以下「指定運用方法」という。）は、長期的な観点から、物価その他の経済事情の変動により生ずる損失に備え、収益の確保を図るためのものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものでなければならない。

3 前条第三項の規定は、第一項の規定により指定運用方法を選定する場合について準用する。

第二十四条中「前条第一項」を「第二十三条第一項」に、「次条第一項」を「第二十五条第一項」に改め、同条の次に次の一条を加える。

（指定運用方法に係る情報の提供）

第二十四条の二 企業型運用関連運営管理機関等は、第二十三条の二第一項の規定により指定運用方法を選定し、提示した場合は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項に係る情報を企業型年金加入者に提供しなければならない。

一 指定運用方法に関する利益の見込み及び損失の可能性

二 指定運用方法を選定した理由

三 第二十五条の二第二項の事項

四 その他厚生労働省令で定める事項

第二十五条第二項中「運用の指図」の下に「(以下この章において単に「運用の指図」という。)」を加え、「提示運用方法」を「第二十三条第一項の規定により提示された運用の方法(第二十三条の二第一項の規定により指定運用方法が提示された場合にあっては、当該指定運用方法を含む。以下この条において同じ。)(第二十六条第一項において「提示運用方法」という。)」に、「方法を」を「運用の方法を」に改め、同条第三項中「第一項の運用」を「運用」に改め、「同項の」を削り、同条の次に次の一条を加える。

(指定運用方法が提示されている場合の運用の指図の特例)

第二十五条の二 次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日から起算して三月以上で企業年金規約で定める期間(次項において「特定期間」という。)を経過してもなお企業型記録関連連運管理機関等が企業年金加入者から運用の指図を受けないときは、当該企業型記録関連連運管理機関等は、同項の事項及び当該指定運用方法を当該企業年金加入者に通知しなければならぬ。

一 第二十三条の二第一項の規定により指定運用方法が提示されている場合であつて、企業年金加入者がその資格を取得したとき、その後最初に事業主掛金又は企業年金加入者掛金(次号及び第三項において「事業主掛金等」という。)の納付が行われた日

二 企業年金加入者がその資格を取得している場合であつて、第二十三条の二第一項の規定により指定運用方法が提示されたとき、その後最初に事業主掛金等の納付が行われた日

2 前項の規定による通知を受けた企業年金加入者が特定期間を経過した日から二週間以上で企業年金規約で定める期間(次項において「猶予期間」という。)を経過してもなお

運用の指図を行わないときは、当該企業年金加入者は、当該通知に係る指定運用方法を選択し、かつ、当該指定運用方法にその未指図個人別管理資産の全額を充てる運用の指図を行ったものとみなす。

3 前項の「未指図個人別管理資産」とは、個人別管理資産のうち、第一項の規定による通知に係る猶予期間が終了する日までに運用の指図が行われていないもの及び同日後に納付される事業主掛金等について運用の指図が行われていないものをいう。

第二十六条中「から運用の方法を除外しようとするときは」の下に、「企業年金規約で定めるところにより」を加え、「前条第一項の」を削り、「の同意を」を「(以下この条において「除外運用方法指図者」という。)(所在が明らかでない者を除く。の三分の二以上の同意を)」に改め、同条に次の三項を加える。

2 企業型運用関連連運管理機関等は、企業年金規約で定めるところにより、除外運用方法指図者に前項の同意を得るための通知をした日から三週間以上で企業年金規約で定める期間を経過してもなお除外運用方法指図者から同意又は不同意の意思表示を受けなかった場合は、当該除外運用方法指図者は同項の同意をしたものとみなすことができる。この場合において、当該通知には、その旨を記載しなければならない。

3 企業型運用関連連運管理機関等は、第一項の規定により運用の方法を除外したときは、その旨を除外運用方法指図者に通知しなければならない。

4 企業型運用関連連運管理機関等は、除外運用方法指図者の所在が明らかでないため前項の通知をすることができないときは、同項の通知に代えて、当該運用の方法が除外された旨を公告しなければならない。

第五十四条の三中「前二条」を「第五十四条から前条まで」に改め、「脱退一時金相当額等」

の下に「並びに確定給付企業年金の資産管理運用機関等及び機構への個人別管理資産を加え、第二章第八節中同条を第五十四条の六とし、第五十四条の二の次に次の三條を加える。(他の制度の資産等の移換があつた場合の運用の指図の特例)」

第五十四条の三 第五十四条第一項又は前条第一項の規定により移換される資産又は脱退一時金相当額等がある場合における第二十五条の二の規定の適用については、同条第三項中「及び同日後」とあるのは、「同日後」と、「を」とあるのは「及び同日後に第五十四条第一項又は第五十四条の二第一項の規定により移換される資産又は脱退一時金相当額等について運用の指図が行われていないものをいう」とする。

(確定給付企業年金の加入者となつた者の個人別管理資産の移換)

第五十四条の四 企業年金の企業年金加入者であつた者(当該企業年金に個人別管理資産がある者に限る。)は、確定給付企業年金の加入者の資格を取得した場合であつて、当該確定給付企業年金の規約において、あらかじめ、当該企業年金の資産管理機関からその個人別管理資産の移換を受けることができる旨が定められているときは、当該企業年金の資産管理機関にその個人別管理資産の移換を申し出ることができる。

2 企業年金の資産管理機関は、前項の規定による申出があつたときは、当該確定給付企業年金の資産管理運用機関等(確定給付企業年金法第三十条第三項に規定する資産管理運用機関等)をいう。以下同じ。に当該申出をした者の個人別管理資産を移換するものとする。

(退職金共済契約の被共済者となつた者等の個人別管理資産の移換)

第五十四条の五 実施事業所の事業主が会社法(平成十七年法律第八十六号)その他の法律

の規定による合併、会社分割その他の行為として厚生労働省令で定める行為(以下この条において「合併等」という。)をした場合であつて、当該合併等に係る事業主が、当該合併等により企業年金の企業年金加入者の資格を喪失した者を中小企業退職金共済法第二条第七項に規定する被共済者として同条第三項に規定する退職金共済契約を締結するとき、当該事業主は、当該企業年金加入者であつた者の同意を得て、当該企業年金の資産管理機関に独立行政法人勤労者退職金共済機構(次条において「機構」という。)への当該同意を得た企業年金加入者であつた者の個人別管理資産の移換を申し出ることができる。

第五十五条第二項第四号の次に次の一号を加える。

四の二 中小事業主(企業年金及び確定給付企業年金を実施していない厚生年金適用事業所の事業主であつて、その使用する第一号厚生年金被保険者の数が百人以下のものをいう。以下この章において同じ。)が第六十八条の二第一項の規定により掛金を拠出することを定める場合にあつては、当該掛金の額の決定又は変更の方法その他その拠出に関する事項

第五十五条第二項第五号の次に次の二号を加える。

五の二 第七十三条において準用する第二十条の二第一項の規定により指定運用方法を提示することとする場合にあつては、指定運用方法の提示に関する事項

五の三 第七十三条において準用する第二十条の二第一項の規定により運用の方法を除外することとする場合にあつては、除外に係る手続に関する事項

第五十五条第二項第六号中「個人年金加入者又は」を「の資格を取得した者又は個人年金加入者若しくは」に改め、「の資格を取得

した者」を削る。

第五十六条第一項第二号中「又は」を「及び」に改め、「第二十三条第一項」の下に「及び第二項」を加える。

第六十八条の次に次の一条を加える。

(中小事業主掛金)

第六十八条の二 中小事業主は、その使用する第一号厚生年金被保険者である個人型年金加入者が前条第一項の規定により掛金を拠出する場合(第七十条第二項の規定により当該中小事業主を介して納付を行う場合に限る。)は、当該第一号厚生年金被保険者の過半数で組織する労働組合があるときは当該労働組合、当該第一号厚生年金被保険者の過半数で組織する労働組合がないときは当該第一号厚生年金被保険者の過半数を代表する者の同意を得て、政令で定めるところにより、年一回以上、定期的に、掛金を拠出することができる。

2 中小事業主は、前項の規定による掛金(以下「中小事業主掛金」という。)を拠出する場合においては、中小事業主掛金の拠出の対象となる者について、一定の資格を定めることができる。この場合において、中小事業主は、同項の同意を得なければならない。

3 中小事業主が前項の資格を定める場合にあっては、当該資格は、特定の者について不当に差別的なものであってはならない。

4 中小事業主掛金の額は、個人型年金規約で定めるところにより、中小事業主が決定し、又は変更する。

5 中小事業主は、前項の規定により中小事業主掛金の額を決定し、若しくは変更したとき、又は中小事業主掛金を拠出しないこととなつたときは、厚生労働省令で定めるところにより、中小事業主掛金の拠出の対象となる者に通知しなければならない。

6 中小事業主が中小事業主掛金を拠出するときは、あらかじめ、厚生労働省令で定めると

ころにより、その名称、住所その他厚生労働省令で定める事項を厚生労働大臣及び連合会に届け出なければならない。

7 前項の規定による届出をした中小事業主は、その届け出た事項に変更があつたとき、中小事業主掛金を拠出しないこととなつたときその他厚生労働省令で定めるときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を厚生労働大臣及び連合会に届け出なければならない。

第六十九条中「一年間の個人型年金加入者掛金の額」の下に「(中小事業主が中小事業主掛金を拠出する場合にあっては、個人型年金加入者掛金の額と中小事業主掛金の額との合計額。以下この条において同じ。)」を加える。

第七十条の次に次の一条を加える。

(中小事業主掛金の納付)

第七十条の二 中小事業主は、第六十八条の二第一項の規定により中小事業主掛金を拠出するときは、個人型年金規約で定めるところにより、連合会に納付するものとする。

2 前条第四項の規定は、連合会が前項の規定により中小事業主掛金の納付を受けた場合について準用する。

第七十一条第一項中「前条第二項」を「第七十条第二項」に改める。

第七十四条の二第三項を削り、同条の次に次の三条を加える。

(脱退一時金相当額等の移換があつた場合の運用の指図の特例)

第七十四条の三 第二十五条の二の規定は、前条第一項の規定により移換される脱退一時金相当額等がある場合について準用する。この場合において、第二十五条の二第三項中「納付される事業主掛金等」とあるのは、「第七十四条の二第一項の規定により移換される脱退一時金相当額等」と読み替えるものとする。

(確定給付企業年金の加入者となつた者の個

人別管理資産の移換)

第七十四条の四 個人型年金に個人別管理資産がある者は、確定給付企業年金の加入者の資格を取得した場合であつて、当該確定給付企業年金の規約において、あらかじめ、連合会からその個人別管理資産の移換を受けることができる旨が定められているときは、連合会にその個人別管理資産の移換を申し出ることができる。

2 連合会は、前項の規定による申出があつたときは、当該確定給付企業年金の資産管理運用機関等に当該申出をした者の個人別管理資産を移換するものとする。

(政令への委任)

第七十四条の五 前三条に定めるもののほか、連合会への脱退一時金相当額等及び確定給付企業年金の資産管理運用機関等への個人別管理資産の移換に関し必要な事項は、政令で定める。

第八十条第一項中「の資格を取得した」の下に「場合において、甲企業型年金の企業型記録関連運営管理機関等に対し、その個人別管理資産の移換を申し出た」を加え、「それぞれ」を削り、「当該資格を取得した」を「当該申出をした」に改め、同項第一号中「(乙企業型年金の障害給付金の受給権を有する者並びに第三号及び第四号に掲げる者を除く。)」を削り、同項第二号中「(個人型年金の障害給付金の受給権を有する者及び第四号に掲げる者を除く。)」を「又は個人型年金運用指図者」に改め、同項第三号及び第四号を削り、同条第二項を次のように改める。

2 前項第一号に掲げる者(企業型年金の障害給付金の受給権を有する者を除く。)が甲企業型年金の企業型年金加入者の資格を取得した場合であつて、乙企業型年金の企業型年金加入者の資格を喪失した日が属する月の翌月から起算して六月を経過してもなお乙企業型年金に個人別管理資産があるときは、乙企業型年金の資産管理機関は、当該個人別管理資産を甲企業型年金の資産管理機関に移換するものとする。

年金の資産管理機関は、当該個人別管理資産を甲企業型年金の資産管理機関に移換するものとする。

第八十条第三項中「前二項」を「前三項」に改め、同項を同条第四項とし、同条第二項の次に次の一項を加える。

3 第八十三条第一項の規定によりその個人別管理資産が連合会に移換された者(個人型年金に個人別管理資産がある者に限り、個人型年金加入者及び個人型年金運用指図者を除く。)が甲企業型年金の企業型年金加入者の資格を取得したときは、連合会は、当該資格を取得した者の個人別管理資産を甲企業型年金の資産管理機関に移換するものとする。

第八十二条を削る。

第八十一条の見出しを「(個人型年金加入者となつた者等の個人別管理資産の移換)」に改め、同条第一項中「限り、当該企業型年金の障害給付金の受給権を有する者を除く。が」を「限る。」が連合会に対し、その個人別管理資産の移換の申出をした場合であつて、当該移換の申出と同時に、「の申出」を「若しくは第六十四条第二項の規定による申出」に、「ときは」を「とき、又は個人型年金加入者若しくは個人型年金運用指図者であるときは」に改め、同条第二項を削り、同条第三項中「前二項」を「前項」に改め、同項を同条第二項とし、同条を第八十二条とし、同条の次に次の一条を加える。

(個人型年金加入者となつた者等の個人別管理資産の移換があつた場合の運用の指図の特例)

第八十二条の二 第二十五条の二の規定は、前条第一項の規定により移換される個人型年金加入者の個人別管理資産がある場合について準用する。この場合において、第二十五条の二第三項中「納付される事業主掛金等」とあるのは、「第八十二条第一項の規定により移換される個人別管理資産」と読み替えるものとする。

第八十条の次に次の一条を加える。
(企業型年金加入者となった者の個人別管理資産の移換があつた場合の運用の指図の特例)

第八十一条 前条第一項から第三項までの規定により移換される個人別管理資産がある場合における第二十五条の二の規定の適用については、同条第三項中「及び同日後」とあるのは、「同日後」と、「をいう」とあるのは「及び同日後に第八十条第一項から第三項までの規定により移換される個人別管理資産について運用の指図が行われていないもの」とする。

第八十三条第一項第一号中「前三条」を「第五十四条の四、第八十条若しくは第八十二条又は中小企業退職金共済法第三十一条の三」に改め、「企業型年金運用指図者」の下に「及び次号に掲げる者」を加え、同項第二号中「前三条」を「当該企業型年金が終了した日が属する月の翌月から起算して六月以内に第五十四条の四、第八十条若しくは第八十二条又は中小企業退職金共済法第三十一条の三」に改める。

第八十四条第一項中「第八十条から前条まで」を「第五十四条の四、第八十条、第八十二条若しくは前条又は中小企業退職金共済法第三十一条の三」に改める。

第九十七条中「第二十二條」を「第二十二條第一項」に改める。

第九十九条第二項中「確定拠出年金運営管理機関は、」の下に「第七條第一項若しくは第六十条第一項の規定による委託又は第七條第二項若しくは第六十条第三項の規定による再委託を受けた。」を加える。

第二百二十三條第七號を同條第九號とし、同條第六號中「第八十條第三項、第八十一條第三項」を「第八十條第四項」に改め、同號を同條第八號とし、同條第二號から第五號までを二號ずつ繰り下げ、同條第一號の次に次の二號を加える。

二 第二十六條第三項（第七十三條において準用する場合を含む。）の規定に違反して、通知をしない者

三 第二十六條第四項（第七十三條において準用する場合を含む。）の規定に違反して、公告を怠り、又は虚偽の公告をした者

（確定給付企業年金法の一部改正）
第四條 確定給付企業年金法（平成十三年法律第五十號）の一部を次のように改正する。

目次中「確定給付企業年金から確定拠出年金への移行等（第八十二條の二、第八十二條の三）」を「確定給付企業年金と確定拠出年金との間の移行等（第八十二條の二、第八十二條の五）」に改める。

第四條第一號中「第八十二條の二第四項及び第五項」を「第八十二條の二第六項及び第七項、第八十二條の四第一項」に改める。

第五十六條第三項中「第十七條第一項」の下に「又は第三十一條の四第一項」を、「独立行政法人勤労者退職金共済機構」の下に「（第八十二條の四第一項及び第八十二條の五第一項において「機構」という。）を加え、「同項」を「同法第十七條第一項」に改め、「引渡し」の下に「又は同法第三十一條の四第一項に規定する解約手当金に相当する額の移換」を加え、「当該」を「これらの」に改める。

第七十八條の次に次の一条を加える。
（確定給付企業年金を実施している事業主が二以上である場合等の実施事業所の減少の特例）

第七十八條の二 確定給付企業年金を実施している事業主が二以上である場合又は基金が二以上の事業主により設立された場合において、事業主等が一の事業主の実施事業所の全てを減少せようとする場合であつて次に掲げる要件を満たすときは、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働大臣の承認（確定給付企業年金が基金型企業年金である場合にあっては、認可）を受けて、当該実施事業所

を減少させることができる。

一 減少せようとする実施事業所の事業主が確定給付企業年金を継続することが困難であると認められること。

二 基金の場合にあっては、基金の加入者の数が、当該実施事業所を減少させた後においても、第十二條第一項第四号（基金を共同して設立している場合にあっては、同項第五号）の政令で定める数以上であるか、又は当該数以上となることが見込まれること。

三 当該実施事業所の減少に伴い他の実施事業所の事業主の掛金が増加することとなる場合にあっては、規約において、当該減少に係る実施事業所の事業主が、当該増加する額に相当する額として厚生労働省令で定める計算方法のうち当該規約で定めるものにより算定した額を、掛金として一括して提出する旨を定めていること。

第七十九條第一項中「認可」の下に「。以下この項において同じ。」を加え、同項に次のただし書を加える。

ただし、当該加入者等の同意を得た場合には、厚生労働大臣の承認を受けずに、当該同意を得た加入者等に係る当該権利義務の移転を申し出ることができる。

第七十九條第二項中「前項の」を「前項本文の規定による」に、「厚生労働大臣」を「厚生労働大臣」に、「同項」を「同項本文」に、「承継する」を「承継し、同項ただし書の規定による申出があつたときは移転確定給付企業年金の加入者等の同意を得て、同項ただし書の権利義務を承継する」に改める。

第八十一條の二第一項中「当該加入者の資格を喪失した日において当該確定給付企業年金の事業主等が支給する老齢給付金の受給権を有する者を除く。」であつて、政令で定めるところにより計算したその者の当該確定給付企業年金の加入者であつた期間が政令で定める期間に満

たないもの」を「規約で定める脱退一時金を受けるための要件を満たす場合に限る。」に改める。

第九章の章名を次のように改める。

第九章 確定給付企業年金と確定拠出年金との間の移行等

第八十二條の二第二項中「第四項」を「第六項」に改め、同条第二項中「以外の者」の下に「（以下この条において「移換加入者以外の加入者」という。）を加え、同条第三項中「同意」の下に「及び移換加入者以外の加入者の同意」を加え、同条第五項を同条第七項とし、同条第四項中「第八十二條の二第四項」を「第八十二條の二第六項」に改め、同項を同条第六項とし、同条第三項の次に次の二項を加える。

4 第一項の規定による積立金の移換に伴いその使用される加入者の全てが移換加入者以外の加入者である実施事業所の事業主の掛金が増加しない場合として厚生労働省令で定める場合には、第二項の規定にかかわらず、その使用される加入者の全てが移換加入者以外の加入者である実施事業所については、当該移換加入者以外の加入者の同意を要しない。

5 事業主等は、第一項の規定によりその資産管理運用機関等が積立金の一部を移換したときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該積立金を移換した者に係る給付の支給に関する義務を免れる。

第九章に次の二條を加える。

（確定給付企業年金から独立行政法人勤労者退職金共済機構への積立金等の移換）

第八十二條の四 実施事業所の事業主が会社法（平成十七年法律第八十六號）その他の法律の規定による合併、会社分割その他の行為として厚生労働省令で定める行為（以下この項において「合併等」という。）をした場合であつて、当該合併等に係る事業主が、当該合併等により確定給付企業年金の加入者の資格を喪失した者を中小企業退職金共済法第二條第七

十條第一項ただし書及び第二項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる前項の規定による通算後の掛金納付月数の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 十一月以下 当該移換を受けた日の属する月の翌月から当該被共済者が退職した日の属する月までの期間につき、当該残余の額の対し、政令で定める利率に厚生労働大臣が定める利率を加えた利率の複利による

計算をして得た元利合計額（当該移換を受けた日の属する月に当該被共済者が退職したときは、当該残余の額。次号において「計算後残余額」という。）

二十二月以上 第十條第二項の規定により

算定した額に計算後残余額を加算した額
前項の残余の額を有する退職金共済契約が
解除されたときにおける解約手当金の額は、
第十六条第三項の規定にかかわらず、前項の
規定の例により計算して得た額とする。
第一項の規定による申出に従ひ移換額の移

換を機構が受けたときは、機構は、その旨を当該事業主に通知するものとし、当該事業主は、その旨を当該移換額に係る被共済者となつた者に通知しなければならない。

第一項及び前項の規定は、確定給付企業年金又は企業型年金を実施していた事業主が、

その雇用する加入者であつた者又は企業型年金加入者であつた者を被共済者として退職金共済契約を確定給付企業年金法第八十二条の四第一項又は確定拠出年金法第五十四条の五の規定による申出をする前から締結している場合について準用する。この場合において、第一項及び前項中「被共済者となつた」とあるのは、「被共済者である」と読み替へるものとするほか、必要な技術的読替へは、政令で定める。

前項の規定により読み替へて準用する第一項の規定による申出に従ひ移換額の移換を機

構が受けた退職金共済契約の被共済者が退職したときにおける退職金の額は、第十条第一項ただし書及び第二項の規定にかかわらず、第一項の移換を受けなかつたものとみなして同条第一項ただし書及び第二項の規定により算定した退職金の額に、当該移換を受けた日の属する月の翌月から当該被共済者が退職した日の属する月までの期間につき、当該移換額に対し、政令で定める利率に厚生労働大臣が定める利率を加えた利率の複利による計算をして得た元利合計額（当該移換を受けた日の属する月に当該被共済者が退職したときは、当該移換額）を加算した額とする。

8 第六項の規定により読み替えて準用する第一項の規定による申出に従い移換額の移換を機構が受けた退職金共済契約が解除されたときにおける解約手当金の額は、第十六条第三項の規定にかかわらず、前項の規定の例により計算して得た額とする。

9 第二十九条第一項若しくは第二項、第三十条第二項又は前条第三項若しくは第七項の規定の適用を受ける被共済者が、第一項（第六項の規定により読み替えて準用する場合を含む。）の規定による申出に従い機構が移換を受けた移換額に係る退職金共済契約の被共済者である場合における退職金の額は、第十条第一項ただし書及び第二項、第二十九条第一項及び第二項、第三十条第二項、前条第三項及び第七項並びに第三項及び第七項の規定にかかわらず、第二十九条第一項若しくは第二項、第三十条第二項又は前条第三項若しくは第七項の規定により算定される退職金の額に政令で定める額を加算した額とするほか、退職金等の額の算定に關し必要な事項は、政令で定める。

（資産管理運用機関等への解約手当金に相当する額の移換等）

第三十一条の四 共済契約者が会社法（平成十七年法律第八十六号）その他の法律の規定に

よる合併、会社分割その他の行為として厚生労働省令で定める行為（以下この項において「合併等」という。）をした場合であつて、当該合併等により退職金共済契約が第八条第三項第一号の規定に基づき解除された被共済者を加入者とする確定給付企業年金又は企業型年金加入者とする企業型年金を実施するときは、機構は、当該共済契約者が当該被共済者の同意を得て厚生労働省令で定めるところにより行う確定給付企業年金又は企業型年金（厚生労働省令で定めるものに限る。）への解約手当金に相当する額の移換に關する申出に基づき、資産管理運用機関等又は資産管理機関に当該同意を得た被共済者に係る解約手当金に相当する額を移換するものとする。

2 前項の規定による申出があつた場合においては、機構は、第十六条第一項の規定にかかわらず、当該被共済者に解約手当金を支給しないものとする。

3 機構は、第一項の規定による申出に係る被共済者について次に掲げる事由が生じたときは、前項の規定にかかわらず、当該被共済者に解約手当金を支給する。
一 第一項の規定による申出に係る確定給付企業年金又は確定拠出年金が実施される前に退職又は死亡したとき。
二 前号に掲げるときのほか、厚生労働省令で定める事由が生じたとき。

第七十五条の二第六項中（平成十七年法律第八十六号）を削る。

（公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部改正）

第六条 公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第六十三号）の一部を次のように改正する。

附則第五条第三項の表改正後確定給付企業年金法第八十八条の項の次に次のように加える。

確定拠出年金法第三条第四項第三号		以下同じ。）	
確定拠出年金法第四条第一項第二号	確定給付企業年金	確定給付企業年金、存続厚生年金基金	以下同じ。）、公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第六十三号。以下「平成二十五年改正法」という。）附則第三条第十一号に規定する存続厚生年金基金（以下「存続厚生年金基金」という。）
	当該確定給付企業年金	当該確定給付企業年金、存続厚生年金基金	

附則第五条第三項の表改正後確定拠出年金法第四十一条第二号の項を次のように改める。	
確定拠出年金法第四十一条第二号	確定給付企業年金、存続厚生年金基金

附則第五条第三項の表改正後確定拠出年金法第五十四条の二第二項の項の次に次のように加える。	
確定拠出年金法第五十五条第二項第四号の二	及び確定給付企業年金、確定給付企業年金及び存続厚生年金基金

附則第五条第三項の表改正後確定拠出年金法第六十二条第一項第一号の項を削る。
附則第四十条第八項中「改正後確定拠出年金法」を「確定拠出年金法」に改め、「同じ。」の下に「及び資料提供等業務（同法第四十八条の二に規定する資料提供等業務をいう。次条第三号において同じ。）」を加える。
附則第四十一条第三号中「情報収集等業務」の下に「及び資料提供等業務」を加える。
（国民年金法の一部改正）
第七條 国民年金法（昭和三十四年法律第四百四十一号）の一部を次のように改正する。

目次中「第七款 解散及び清算（第百三十五条―第百三十七條の二の四）」を	
第七款 解散及び清算	第八款 合併及び分割
第一目 合併（第百三十七條の三の七―第百三十七條の三の十二）	第二目 分割（第百三十七條の三の十三―第百三十七條の三の十六）
第三目 雑則（第百三十七條の四―第百三十七條の四の三）	

算（第百三十五条―第百三十七條の二の四）
に、「第百三十七條の二の五―第百三十七條の三の十七」を加える。
「第百三十七條の三の十三―第百三十七條の三の十六」を「第百三十七條の四―第百三十七條の四の三」に改める。

第百三十八条の二第一項中「一の」を「一（第百三十七条の三の規定による吸収合併後存続する地域型基金にあつては、一以上）の」に改める。

第百二十四条第二項ただし書中「三分の一」の下に「（第百三十七条の三の規定による吸収合併によりその地区を全国とした地域型基金にあつては、二分の一）を加え、」年金に関する「基金の業務の適正な運営に必要な」に改める。

第百二十八条第三項中「金融機関」の下に「金融機関の信託業務の兼営等に関する法律（昭和十八年法律第四十三号）第一条第一項の認可を受けた金融機関をいう。以下同じ。）」を加える。

第百三十三条中「年金について」の下に「、第二十一条の二の規定は、基金が支給する年金及び一時金について」を、「基金」との下に「、第二十一条の二中「支払うべき年金給付」とあるのは「支払うべき一時金」と「年金給付の支払金」とあるのは「一時金の支払金」とを加える。

第十章第二節第一款中第百三十七条の四を第百三十七条の四の三とし、第百三十七条の三を第百三十七条の四の二とし、第百三十七条の二の五を第百三十七条の四とする。

第十章第一節に次の一款を加える。

第八款 合併及び分割

第一目 合併

第百三十七条の三 基金は、厚生労働大臣の認可を受けて、他の基金と吸収合併（基金が他の基金とする合併であつて、合併により消滅する基金の権利義務の全部を合併後存続する基金に承継させるものをいう。以下この目において同じ。）をすることができる。ただし、地域型基金と職能型基金との吸収合併については、その地区が全国である地域型基金が次条に規定する吸収合併存続基金となる場合を除き、これを行うことができない。

2 合併をする基金は、吸収合併契約を締結しなければならない。

第百三十七条の三の二 基金が吸収合併をする場合には、吸収合併契約において、吸収合併後存続する基金（第百三十七条の三の六及び第百三十七条の三の十五第一項において「吸収合併存続基金」という。）及び吸収合併により消滅する基金（第百三十七条の三の六及び同項において「吸収合併消滅基金」という。）の名称及び主たる事務所の所在地その他厚生労働省令で定める事項を定めなければならない。

第百三十七条の三の三 基金は、吸収合併契約について代議員会において代議員の定数の三分の二以上の多数により議決しなければならない。

第百三十七条の三の四 基金は、前条の代議員会の議決があつたときは、その議決があつた日（次項において「議決日」という。）から二週間以内に、財産目録及び貸借対照表を作成しなければならない。

2 基金は、議決日から第百三十七条の三第一項の認可を受ける日までの間、前項の規定により作成した財産目録及び貸借対照表を主たる事務所に備え置き、その債権者から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、これを閲覧に供しなければならない。

第百三十七条の三の五 基金は、前条第一項の期間内に、その債権者に対し、異議があれば一定の期間内に述べるべき旨を公告し、かつ、知れている債権者に対しては、各別にこれを催告しなければならない。ただし、その期間は、二月を下ることができない。

2 債権者が前項の期間内に吸収合併に対して異議を述べなかつたときは、吸収合併を承認したものとみなす。

3 債権者が異議を述べたときは、基金は、これに弁済をし、若しくは相当の担保を提供し、又はその債権者に弁済を受けさせることを目的として信託会社若しくは信託業務を営む金融機関に相当の財産を信託しなければならない。

い。ただし、吸収合併をしてもその債権者を害するおそれがないときは、この限りでない。

第二目 分割

第百三十七条の三の七 基金は、職能型基金が、その事業に関して有する権利義務であつて次項に規定する吸収分割承継基金となる地域型基金の地区に係るものを当該地域型基金に承継させる場合に限り、厚生労働大臣の認可を受けて、吸収分割（基金がその事業に関して有する権利義務の全部又は一部を分割後他の基金に承継させることをいう。以下同じ。）をすることができる。

2 吸収分割をする基金（以下「吸収分割基金」という。）は、当該基金がその事業に関して有する権利義務の全部又は一部を当該基金から承継する基金（以下「吸収分割承継基金」という。）との間で、吸収分割契約を締結しなければならない。

第百三十七条の三の八 基金が吸収分割をする場合には、吸収分割契約において、次に掲げる事項を定めなければならない。

一 吸収分割基金及び吸収分割承継基金の名称及び主たる事務所の所在地

二 吸収分割承継基金が吸収分割により吸収分割基金から承継する資産、債務、雇用契約その他の権利義務に関する事項

三 前二号に掲げる事項のほか、厚生労働省令で定める事項

第百三十七条の三の九 基金は、吸収分割契約について代議員会において代議員の定数の三分の二以上の多数により議決しなければならない。

第百三十七条の三の十 基金は、前条の代議員会の議決があつたときは、その議決があつた日（次項において「議決日」という。）から二週間以内に、財産目録及び貸借対照表を作成

しなければならない。

2 基金は、議決日から第百三十七条の三の七第一項の認可を受ける日までの間、前項の規定により作成した財産目録及び貸借対照表を主たる事務所に備え置き、その債権者から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、これを閲覧に供しなければならない。

第百三十七条の三の十一 基金は、前条第一項の期間内に、その債権者に対し、異議があれば一定の期間内に述べるべき旨を公告し、かつ、知れている債権者に対しては、各別にこれを催告しなければならない。ただし、その期間は、二月を下ることができない。

2 債権者が前項の期間内に吸収分割に対して異議を述べなかつたときは、吸収分割を承認したものとみなす。

3 債権者が異議を述べたときは、基金は、これに弁済をし、若しくは相当の担保を提供し、又はその債権者に弁済を受けさせることを目的として信託会社若しくは信託業務を営む金融機関に相当の財産を信託しなければならない。ただし、吸収分割をしてもその債権者を害するおそれがないときは、この限りでない。

第百三十七条の三の十二 吸収分割承継基金は、吸収分割契約の定めに従い、第百三十七条の三の七第一項の認可を受けた日に、吸収分割基金の権利義務を承継する。

2 前項の規定にかかわらず、吸収分割基金の債権者であつて、前条第一項の規定による各別の催告を受けなかつたものは、吸収分割契約において吸収分割後に吸収分割基金に対して債務の履行を請求することができないものとされている場合であつても、吸収分割基金に対して、吸収分割基金が第百三十七条の三の七第一項の認可を受けた日に有していた財産の価額を限度として、当該債務の履行を請求することができる。

3 第一項の規定にかかわらず、吸収分割基金

の債権者であつて、前条第一項の規定による各別の催告を受けなかつたものは、吸収分割契約において吸収分割後に吸収分割承継基金に對して債務の履行を請求することができないものとされている場合であつても、吸収分割承継基金に對して、その承継した財産の価額を限度として、当該債務の履行を請求することができる。

第三目 雜則

第三百三十七條の三の十三 会社分割に伴う労働契約の承継等に関する法律（平成十二年法律第三十三号）第二条から第八号まで（第二条第三項各号及び第四条第三項各号を除く。）及び商法等の一部を改正する法律（平成十二年法律第九十号）附則第五条第一項の規定は、前目の規定により吸収分割基金が吸収分割をする場合について準用する。この場合において、会社分割に伴う労働契約の承継等に関する法律第二条第一項及び第二項中「承継会社等」とあるのは「承継基金」と、同項中「分割会社」とあるのは「分割基金」と、同条第三項中「次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に定める」とあるのは「国民年金法（昭和三十四年法律第四十一号）第三百三十七條の三の十第一項に規定する議決日から起算して、二週間を経過する」と、同法第三条から第八号まで（第四条第三項を除く。）の規定中「分割会社」とあるのは「分割基金」と、「承継会社等」とあるのは「承継基金」と、同法第四条第三項中「次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に」とあるのは「国民年金法第三百三十七條の三の七第一項の認可を受ける日の前日までの日で分割基金が」と読み替えるものとするほか、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第三百三十七條の三の十四 民法第三百九十八條の九第三項から第五項まで並びに第三百九十八條の十第一項及び第二項の規定は、前目の規定により吸収分割基金が吸収分割をする場

合について準用する。この場合において、同法第三百九十八條の九第三項中「前二項」とあるのは、「国民年金法（昭和三十四年法律第四十一号）第三百三十七條の三の十四において準用する次条第一項又は第二項」と読み替えるものとする。

第三百三十七條の三の十五 吸収合併存続基金が、第三百三十七條の三の六の規定により権利義務を承継したときは、吸収合併存続基金に年金の支給に関する義務が承継された者の吸収合併消滅基金の加入員期間は、吸収合併存続基金の加入員期間とみなす。

2 吸収分割承継基金が、第三百三十七條の三の十二第一項の規定により権利義務を承継したときは、吸収分割承継基金に年金の支給に関する義務が承継された者の吸収分割基金の加入員期間は、吸収分割承継基金の加入員期間とみなす。

第三百三十七條の三の十六 この款に定めるもののほか、基金の合併及び分割に関し必要な事項は、政令で定める。

第三百三十七條の十第三項に次のただし書を加える。

ただし、特別の事情があるときは、規約で定めるところにより、会員である基金の理事長の過半数の同意を得て、連合会の業務の適正な運営及び国民年金基金制度の適切な運用に必要な学識経験を有する者のうちから、理事長が委嘱することを妨げない。

第三百三十七條の十二第二項ただし書中「年金に関する」を「連合会の業務の適正な運営及び国民年金基金制度の適切な運用に必要な」に改める。

第三百三十七條の十五第二項第二号中「ことその他基金の行う事業の健全な発展を図るために必要な事業であつて政令で定めるもの」を「事業」に改め、同項に次の二号を加える。

三 基金への助言又は指導を行う事業その他の基金の行う事業の健全な発展を図るもの

として政令で定める事業

四 国民年金基金制度についての啓発活動及び広報活動を行う事業

第三百三十七條の二十一第一項中「が支給する年金について」の下に、「第二十一条の二の規定は、連合会が支給する年金及び一時金についてを、連合会」との下に、「第二十一条の二中「支払うべき年金給付」とあるのは「支払うべき一時金」と、「年金給付の支払金」とあるのは「一時金の支払金」とを加える。

第四百四十六條第三号を同条第四号とし、同条第二号を同条第三号とし、同条第一号の次に次の二号を加える。

二 第三百三十七條の三の四第二項又は第三百三十七條の三の十第二項の規定に違反して、書類を備へ置かず、その書類に記載すべき事項を記載せず、若しくは虚偽の記載をし、又はこれらの規定による閲覧を拒んだとき。

第四百四十八條中「第三百三十七條の四第二項を「第三百三十七條の四の三第二項」に改める。附則第五条第十二項中「同項第二号に掲げる者に限る。次項」を「同項第一号に掲げる者を除く。第十四項」に改め、同条第十三項中「第三百三十七條の二の五」を「第三百三十七條の四」に、「附則第五条第十三項」を「附則第五条第十四項」に改め、同項を同条第十四項とし、同条第十二項の次に次の一項を加える。

13 第一項の規定による被保険者（同項第三号に掲げる者に限る。）は、第三百三十七條第一項の規定にかかわらず、その者が住所を有していた地区に係る地域型基金又はその者が加入していた職能型基金に申し出て、地域型基金又は職能型基金の加入員となることができる。この場合における第三百六条第一項及び第二項並びに第三百三十七條第三項の規定の適用については、第三百六条第一項中「有する者」とあるのは「有する者及び有していた者」と、同条第二項中「従事する者」とあるのは

「従事する者及び従事していた者」と、第三百三十七條第三項第二号中「地域型基金の加入員」とあるのは「地域型基金の加入員（附則第五条第十三項の規定により加入員となつた者を除く。）」と、「職能型基金の加入員」とあるのは「職能型基金の加入員（同項の規定により加入員となつた者を除く。）とする。

附則

（施行期日）

第一条 この法律は、平成二十九年一月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 附則第九条の規定 公布の日

二 第一条の規定、第四条中確定給付企業年金法第七十八條の次に一条を加える改正規定並びに同法第七十九條及び第八十二條の二の改正規定並びに第六中公益的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律附則第四十條第八項及び第四十一條第三号の改正規定並びに附則第八条の規定 平成二十七年十月一日

三 第三条の規定、第四条の規定（前号に掲げる改正規定を除く）、第五条の規定並びに第六中公益的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律附則第五條第三項の表改正後確定給付企業年金法第八十八條の項の次に一項を加える改正規定、同表改正後確定給付企業年金法第四條第一項第一号の項を改める改正規定及び同表改正後確定給付企業年金法第五十四條の二第二項の項の次に一項を加える改正規定並びに附則第四条から第六号までの規定 公布の日から起算して二年を超えない範囲内において政令で定める日

（検討）

第一条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この条において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認

平成二十七年八月二十五日印刷

平成二十七年八月二十六日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

P