

第二百一十一回国
参議院厚生労働委員会会議録第七号

令和五年四月二十日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

四月十三日

辞任

神谷 政幸君

補欠選任

磯崎 仁彦君

四月十四日

辞任

磯崎 仁彦君

補欠選任

神谷 政幸君

四月十七日

辞任

石橋 通宏君

補欠選任

勝部 賢志君

四月十八日

辞任

生稲 晃子君

補欠選任

北村 経夫君

星 北斗君

有村 治子君

勝部 賢志君

石橋 通宏君

若松 謙維君

横山 信一君

四月十九日

辞任

有村 治子君

補欠選任

星 北斗君

北村 経夫君

生稲 晃子君

石橋 通宏君

石垣のりこ君

横山 信一君

若松 謙維君

四月二十日

辞任

生稲 晃子君

補欠選任

長谷川英晴君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

山田 宏君

こやり隆史君

島村 大君

比嘉奈津美君

委員

川田 龍平君
山本 香苗君

生稲 晃子君

石田 昌宏君

神谷 政幸君

友納 理緒君

羽生田 俊君

長谷川英晴君

藤井 一博君

星 北斗君

本田 顕子君

石垣のりこ君

打越さく良君

高木 真理君

窪田 哲也君

若松 謙維君

東 徹君

松野 明美君

田村 まみ君

芳賀 道也君

倉林 明子君

天畠 大輔君

加藤 勝信君

和田 義明君

伊佐 進一君

自見はなこ君

小野田紀美君

佐伯 道子君

政府参考人

こども家庭庁長

官官房審議官

厚生労働省医政

局長

厚生労働省健康

局長

厚生労働省労働

基準局長

厚生労働省社会・援護局長

厚生労働省老健

局長

厚生労働省保険

局長

厚生労働省政策

統括官

防衛省大臣官房

衛生監

黒瀬 敏文君

榎本健太郎君

佐原 康之君

鈴木英二郎君

川又 竹男君

大西 証史君

伊原 和人君

中村 博治君

鈴木 健彦君

本日の会議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件

○全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○参考人の出席要求に関する件

○委員長(山田宏君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。

昨日までに、石橋通宏君が委員を辞任され、その補欠として石垣のりこ君が選任されました。

○委員長(山田宏君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の審査のため、本日の委員会に、理事会協議のと

おり、厚生労働省保険局長伊原和人君外八名を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取することに御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(山田宏君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(山田宏君) 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

まず、政府から趣旨説明を聴取いたします。加藤厚生労働大臣。

○国務大臣(加藤勝信君) ただいま議題となりました全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険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。

本格的な少子高齢化、人口減少時代を迎える中で、人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、全ての世代が公平に支え合い、持続可能な社会保障制度を構築することが重要です。こうした状況を踏まえ、給付と負担のバランスを確保しつつ、全ての世代が能力に応じて社会保障制度を公平に支え合う仕組みを構築するとともに、地域において質の高い医療及び介護サービスを効率的かつ効果的に提供し、社会保障制度の持続可能性を高めることを通じて、全ての世代が安心して生活することができる全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築することを目的として、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、子ども・子育て支援の拡充を図るため、出産育児一時金に係る費用の一部について、後期高齢者医療制度が支援する仕組みを導入する

とともに、国民健康保険の保険料について、産後後期間における被保険者の保険料を免除し、その免除相当額を公費で支援する制度を設けます。

第二に、高齢者の医療を全世代で公平に支え合うため、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の設定方法について、後期高齢者一人当たりの保険料と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金の伸び率が同じとなるように見直します。

また、前期高齢者に係る医療給付費等を保険者間で調整する仕組みについて、被用者保険者において報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行うとともに、健康保険組合に対する交付金事業への財政支援の導入や、後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行うこととします。

第三に、医療保険制度の基盤強化等を図るため、都道府県医療費適正化計画の記載事項を充実し、計画の目標設定に際しては、医療及び介護サービスを効果的かつ効率的に組み合わせた提供等の重要性に留意することとともに、都道府県ごとに保険者協議会を措置として計画の策定、評価に関与する仕組み等を導入します。

また、都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間の法定化等を行うとともに、経過措置として存続する退職者医療制度について、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止することとします。

第四に、医療及び介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化を図るため、かかりつけ医機能について、国民への情報提供を強化するとともに、かかりつけ医機能の報告を踏まえて地域におけるかかりつけ医機能確保するために必要な事項について協議を行い、当該協議の結果を踏まえて医療や介護の各種計画に反映することとします。

また、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集及び提供等を行う事業を一体的に実施するとともに、医療法人及び介護サービス事業者の経営情報に係るデータベースの整備や、地域医療連携推進法人制度において一定

の要件の下で個人立の病院等が参加できる仕組みの導入、出資持分の定めのある医療法人が、出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度に係る期限の延長等を行うこととします。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、令和六年四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、速やかに可決いただくことをお願いをいたします。

○委員長(山田宏君) 以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

これより質疑に入ります。

質疑のある方は順次御発言願います。

○石田昌宏君 おはようございます。自由民主党の石田昌宏です。

今回のこの全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案、非常に大きなタイトルの法律ですけども、高齢化とか少子化とか人口減少とか、社会の大きな流れを捉えて、かつ都度変わっていく社会情勢にも応じて、安定的な社会保障制度の運営ができる、持続できる、そういうふうな政策を見直していくことは、確かに政治の大きな使命だと思います。国民の命や暮らしを守るために不可欠なのが社会保障制度であって、今後、ますますこの重要度は増してくると思います。

このように重要な全世代に対応する持続可能な社会保障制度について、今国会の参議院の厚生労働委員会での一番最初の質問なので、各論は同僚議員に譲るとして、私は大局的な質問をしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、今回の法改正につきましては、前回、令和三年に法改正したんですけど、その附則の二条に、施策の実施状況を検証した上で、総合的な検討を行い、必要な法改正をすると定められていることを受けて、今回は法改正になりました。です

から、前回の法改正の後に政府は全世代型社会保障構築会議を設置して、議論を続けて、昨年末、令和四年十二月にその報告書をまとめ、今回の法改正に至っているわけです。

ちなみに、前回、令和三年の法改正も同じような流れがありまして、平成二十四年になるんですけど、議員立法で社会保障改革推進法というのを成立させました。それに基づいて設置された社会保障制度改革国民会議、この報告を踏まえた上で、平成二十五年度に持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律ができました。

つまり、社会保障制度の見直しというのは、そのときそのときの社会情勢とかトピックスに合わせて行われるものではなくて、時間軸の中で一貫して続けられていくことが重要であって、これからもうこういった法律改正が体系的に続けていくといったものだと思っています。

ですから、今回の改正の附則にももう既に今回の法改正の方針が埋め込まれていて、附則二条なんですけど、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その検討結果に基づいて所要の措置を講じると書いています。ですから、もう既に今回の法律案は、既に今回の法改正にもらんで作られているといったものになると思います。

今回、本会議でも、倉林さんからも、多分、高木さんからも、束ねの話が出たと思います。確かにこの法律、束ねが結構多いんですね。束ねに関しては議論する余地はあると思うんですけども、特にこの社会保障の法律に関連しては全体のパッケージでやっぱり考えるべきであって、それも、今回の単発でまたまたくさんの法律を束ねたんじゃなくて、歴史の時間軸の中で全体を持続可能としてどう捉えるかという観点だと思うので、今回はこういう見直しの仕方はよかったのか

なというふうには思っています。ほかの法律とは若干千位置付けが違うというふうに私は考えています。

さて、この附則の内容を見ると、前回、令和三年のものと比較すると、前は総合的な検討の結果に基づいて見直す、つまり今回見直すところなんですけれども、今回の附則見ると結構細かいんですね。次回については、経済社会情勢の変化、社会の要請に対応して、受益と負担の均衡が取れたという形で具体的な表現が使われていますが、これを意味するか、まず聞きたいというふうに思います。よろしく願います。

○政府参考人(中村博治君) お答えを申し上げます。

本法案は、全世代型社会保障構築会議での議論等を踏まえ、出産育児一時金に関し、後期高齢者を含めて医療保険制度全体で支える仕組みを導入するなど、全世代型社会保障を構築するための改革を盛り込んでおりまして、御指摘の検討規定につきましても、今委員お触れになりましたけれども、構築会議が昨年十二月に取りまとめた報告書に基づき、更なる改革を着実に進めるために設けているものでございます。

附則の記載が具体的に意味するところについてのお尋ねでございますけれども、報告書でも、社会保障制度を取り巻く様々な状況に触れ、それを踏まえた対応の必要性について指摘があるところでございます。

具体的には、例えば、高齢者の増加、現役世代の減少という人口動態の変化やデジタル技術の進展などといった経済社会情勢の変化でございますとか、医療・介護分野等におけるDXの推進などによって必要なときに必要なサービスを提供するなどといった社会の要請に対応していくことなどでございまして、そうしたことを念頭に置いているところでございます。

また、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度の確立を図るという点につきましては、増加する社会保障給付について、負担能力に応じて全ての

世代で公平に支え合う仕組みを強化するとともに、給付と負担のバランスを確保していく必要があるとの指摘も踏まえてのものでございます。

○石田昌宏 ありがとうございます。

確かに、人口動態ですとか技術の変化ですとか、とても重要な社会の変化で、これを踏まえて議論することはもちろん必要だと思いますが、どっちかというところ、もうちょっと時間軸長くして広く考えていかないと、社会保障制度一つ構築すると、やっぱりそれが安定的に提供されて安定するまでは、やっぱり二十年、三十年、四十年って長い期間が掛かります。もつと先までの議論ができないかという意味では、今回じゃなくて前回の附則の方が、総合的な検討結果に基づいてとありますから、総合性高いような気がするんですね。むしろ、今回は範囲狭まったかなという印象を受けました。まあ必ずしもそうじゃないとは思いますが、やっぱり広い議論が必要だということ、ちょっとお話をさせてもらいたいと思います。

社会保障は、まさしく人が生きることから暮らすことを支える最も根本的な政策であると思っています。また、その人が生きるとか暮らすというのは、何となく観念として、理屈としてあるものではなくて、喜びとか苦しみとか、ある意味いろんな喜怒哀楽とか、そういうことが含まれた上で、そこをちゃんと意識して議論をしなければならぬ、理屈だけの世界ではないと思います。しかも、かなり個別具体的な議論も必要になるというふうにも思っています。ですから、リアル感がとても大事な思いを持っています。

今日の前にいる子供たちを見ると、子供は子供で子供政策だということでも家庭庁つくって、それはそれでいいんですけども、子供たち何歳ぐらいまで生きるのがかなんて、それが社会保障全部ですから、思うと、多分、二〇〇〇年代に生まれている子供たちは、寿命も延びていますので、特に女性が長いんですけど、多分今の子供たちは、半分以上が二一〇〇年をリアルに見る

んだと思いますよ。僕からしたら、二一〇〇年って何かSFの世界に感じるんですけど、多分そのとき生きているんですね。

僕たちが今、社会保障で課題にしている二〇二五年問題はほぼ大分見えてつありますけど、今、二〇三五若しくは二〇四〇年問題とか言っていますけど、これ、彼女たちからすると、多分人生の前半の話であって、後半部分って全く議論されていないし、見えていない。そこがやっぱり将来の不安にもつながっているかもしれないですね。

ですから、例えば、少子化の議論をするときも、かなり先も見て考えなきゃ駄目で、彼女たちが一生をどう生きていくのかということを見ながら議論はしてもいいんだと思います。これは確かに架空の議論になるかもしれませんが、こういった思考というのはやっぱり要るんだと思います。

そのために、未来を展望すると、特にやっぱり少子高齢化というのはとても大事なんですけど、これはなつてほしくないし、ならない手もありまうに努力することが大事で、その主眼に置いているんですけど、人口減少というのが大きなテーマになつてきて、やっぱり止めたい思いはあるんですけど、同時に、今あるあらゆる人口推計見ても、二一〇〇年まで見ると、一つも増えている推計というのはないんですね。

ある意味、人口が減少した社会を想定して、そこで生きる人であっても幸福を追求することができ、また幸福を感じながら生きることができ、そのための社会保障とは何かということを議論しても面白いんだと思います。そういったダイナミックな議論があったらいいなというふうに思います。

ある意味で、人口が増加する時代から人口が減少する時代と行くと、社会の方向性は全く逆で、百八十度変わってきますので、今我々、議論している全員は、人口増加の時代に生きてきて、増加の時代につくった仕組みで生きています。そう

じゃなくて、減少するとは何か、多分新しい概念をつくっていく必要があつて、そういった議論をして、また新しい未来図をつくっていくことが逆に今の子供たちに対しては必要じゃないかなというふうにも思っています。

そういうダイナミックな議論、是非したいんですけど、私は若い頃に、二十代の頃なんですけど、介護保険制度ができたときにちょっと立ち会ったことがありまして、当時は、医療でいっただけで、介護保険制度が提供されるような制度が当たり前だったんですけど、そうじゃないよと、患者さんや利用者さんの自己決定に基づいて制度をつくりましようというふうな概念チェンジを図った法律が介護保険だと思っています。その議論はとてもダイナミックでした。私からすると、かなりエキサイティングでした。

私もあの当時、職能団体の政策を担当している職員でありましたけれども、本当にこの議論の末端の方で厚生労働省の官僚たちとディスカッションさせてもらつて、また協力して、例えば介護保険の身体拘束禁止の規定、これ入れるとき、かなり一緒にやらせてもらいました。非常に難しく、たけれども、それができたときには、あつ、将来、医療現場で変わってくるんじゃないかっていう、こういった実感、感触を持ちながら胸躍らせるような体験をしました。

ところが、今の政府や、もちろん我々自身を見ると、そういう日々のことじゃなくて、日々の業務とか各論の議論が非常に多くなつてしまつて、なかなか概念を超える議論というのはできなくなっている感じがします。官僚の人たちも、本当、日々の業務をこなすのが精いっぱいという感じが見受けられてしまつています。もうもちろん我々の国会の対応とかもとても大変なんじゃないかと思えますけれども、そういうことをやっぱりみんな乗り越えながら、社会保障の未来を業務の分担の担当を超えてディスカッションをする、そんな場面があつたらいいなというふう

思っています。

大臣にも、是非、御感想で構わないんですけど、お伺いしたいんですけども、厚生労働省の中でももつと自由闊達な、活発な議論ができればいいなというふうに思いますけれども、大臣、お感じのことがあれば、よろしく願います。

○国務大臣（加藤勝信君） 石田委員から今お話がありました。

戦後だけ振り返っても、やはり随分社会情勢が変わり、そしてその中で、先ほど皆保険制度のお話もありましたが、その後でいえば、最近でいえば、介護保険制度を始め様々な制度が、また新しく、あるいは大きく見直しをするという形で導入をされ、あるいは変更されてきた、こういう歴史があつたと思います。

これから先行きも、その通常の推計でいえば、むしろこの二十年間は高齢者が増えてきていると、もちろん生産年齢人口も減っていますけれども、これから先二十年間というのは、むしろ高齢者の伸びはそれほど多くない中で、生産年齢人口が大きく減少するということも指摘をされています。

でも、それも二十年ぐらい先。更にそこから先、ですから今の二十代、十代の皆さん方がまさに活躍する時代というのはそこから先になるわけでありまして、そういった展望あるいはイメージを持ちながら、しかし、足下は今大きく変更していますから、それに対しては一つ一つ答えを出していく。しかし、その答えも一定程度先も見据えた中で当然議論していくことは必要だと思っています。

厚生労働省の中でももちろん議論していくことが必要だと思いますが、社会保障制度、少子化については、もう本当に子供さんの声を聞きましようというところで今議論をしていますけれども、何も少子化対策だけではなく、幅広くこの国を、経済を、生活を支えるのが、子育て施策だけではなくて、医療、年金、介護含めた社会保障制度でありますから、それについては年代を超えた幅広い議

論をしつかり行っていくという御指摘、そのとおりだというふうに思います。

○石田昌宏君 ありがとうございます。

是非、またそんな議論も、今日は時間ないのでできないんですけども、是非進めていきたいと思っています。

一つちょっと提案、私見を提示したいと思います。

超高齢社会って今は言うんですけども、高齢者っていうのは、よくよく見てみると最近の言葉ですね。明治時代から新聞を一回検索してみただけですけど、高齢者っていう言葉が出るのは、そもそも年に数回しかずつとなかったです。一九七〇年代に入ってからよく高齢者という言葉がはじめてきて、八〇年代から一気に増えていきます。

よくよく、我々は六十五歳が高齢者と言っていますけど、法律見ると、法律上の定義というのはないですね、ないですね。なので、一般的に六十五歳と言われているだけです。ですから、その一般的な言葉に合わせて、介護保険の第一号被保険者が六十五歳以上とか、年金の支給開始年齢の原則が六十五歳以上とか、そうなっているだけの話であります。それに伴って、企業では定年というのが決められている、これが今の社会の構造です。

高齢者の定義も、しかも一貫していなくて、変わってきます。日本の国勢調査を振り返ってみると、昭和三十五年までは六十歳以上を老年人口と呼んでいた。それ以降、六十五歳になったのは昭和四十年からになります。まあ最近といえは最近のことになります。

ですから、これを変えなきゃいけないっていう議論も確かにあって、日本老年医学会の方では、提案としては最近あったんですけど、六十五から七十四を准高齢者、七十五から八十九を高齢者、九十以上を超高齢者といったらどうかと、こんな提言があったりするんですね。いろいろと考えてみるのも面白いかもしれません。

調べてみると、そもそも六十五歳以上というの

は、戦後の一九五六年の国連の報告で、当時の欧米先進国の水準を見て仮に呼んだ数字であります。そのときに、ちなみに日本人の平均寿命は六十五でした。つまり、日本人の平均寿命のところが高齢者として国連が言ったという、こんなものです。その寿命が今八十五に近づいてきていて、でも、その高齢者の定義は六十五のまま。

ここが問題で、そもそも定義そのものが現在の感覚からずれていることが様々な問題を生み出しているんじゃないかというふうに考えることもできます。むしろ、寿命が延びても定義を変えないので高齢化が問題になったという考えもできるんじゃないかと思います。

もつと遡ると面白くて、江戸時代まで遡ると、藩の多くで、幕臣の隠居年齢は七十歳以上と決められていました。もうはるかに平均寿命を超えたところに置いているんですね。もう年齢という概念じゃないんだと思います。

つまり、高齢者の定義とか、あとはそれに伴う隠居とか定年とか、そういった数字っていうのは、もはや年齢で考えることがひよつとしたおかしいんじゃないかというふうに最近では思っています。むしろ、状態、例えば、もうここで働けないから隠居せよっていう、働けないという状態であるとか、そういったもので考えると一つ分かります。いやしいのかもしれない。現に、例えば田舎の方へ行ったら農家見ると、八十歳でも元気に働いています。この方を高齢者と呼ぶべきかどうかっていうのは考えるべきだと思います。

ですから、しかも、年齢っていうのは、人は年を取れば取るほど、若い八十代もいけば年寄りじみた五十代もいて、人の差って広がっていくのに、何で平均値で取るんだ。ここ自体が余り意味がないので、この際、思い切って高齢者の定義を年齢じゃなくて状態で考えるという、また違う世界が見えるかもしれない。

例えば、介護保険で要支援以上になったら高齢者と。逆に言えば、介護保険で見ると、六十五歳以上で要支援以上の人は二三%しかなくて、七

七%が自立です。でしたら、その方が社会で働けるとか、社会で活躍できる社会をつくると、高齢者の率、一気に下がるわけです。

むしろ、そういった考えで、六十五歳以上で元気な高齢者、若者、分かりませんが、こういった方々が社会で活躍できる仕組みをつくれれば、それに伴って、働き場所もできる、人手不足も解消される、税収は増える、年金は要らなくなる、様々な問題が解決できる可能性もあります。

つまり、年齢を基準じゃなくて、状態を基準にするということを考えて、一つの判断と思うんですね。もちろん、今すぐやれとか、これが正しいとかは言いませんけども、こういった議論をしていくことは非常に意味があるんじゃないかというふうに思いますので、また、もし御感想でもあれば、よろしくお願いします。

○国務大臣(加藤勝信君) 委員御指摘のように、高齢者の定義、一般として定義があるわけではなくて、お話があったように、それぞれの法律によって決められているところがございます。

また、その個体差もありますし、それからこの間の平均年齢がまさに延びてきている、そして、たしか文科省の体力測定でしかたね、あの結果を見ると、十年間で五歳若返ったとか、そういった指摘も行われて、実際、私も小さい頃の私の年齢っていうのはもう相当高齢者っていう感じだったんですけど、まあ今私もこうやって仕事をさせていただいている。随分変わってきているというふうに思いますんで、そうした状況も踏まえながらそれぞれ制度をつくっていくことが非常に大事だと思います。

例えば、年金について言うと、よく支給開始年齢は六十五ということですが、六十歳から七十五歳までそれぞれの人に応じて選択できるというところで、それも一つの弾力的な対応だというふうに思っておりますので、そういった要素も入れながら、それから他方で、いわゆる健康長寿、健康寿命の延伸ということも、我々、政策の大きな課題として取り上げているところではございます。

す。また、そうした皆さんが一緒になって生活できる地域共生社会ということも言わせていただいております。

そういった意味において、誰もがより長く元気で活躍できる、こういう状況をどうつくっていくのか、引き続き議論をさせていただき、そして、それに基づいて具体的な施策を進めていきたいというふうに考えています。

○石田昌宏君 そうなんですすよね、本当にそんな議論だというふうに思います。

確かに、個別個別の政策を一個一個見たりとか、例えば労働の政策だと、インクルーシブの話ですとか見ても、やはり同じ方向を向いている感じはします。なので、やっぱり年齢だけで考えないで、状態を見ながら、誰もが活躍できる社会を目指すということがとても重要だと思います。

こういう観点になると、実は社会保障の課題というのは、もちろん財源の問題もたくさんあるんですけど、むしろ六十五歳以上の元気な方がどうやって働ける社会をつくるかとか、そういった労働の議論とかをもっと中心に置いていくとか、また、障害があっても、ADLが下がっても働けるような職場をつくるにはどうしたらいいかといった、そういった議論をもっと中心に置いていった方が実は未来の展望が開けるんじゃないかなというふうにも思います。また、こういった議論も是非、全世代型の社会保障の中で積極的に行っていくたいと思います。

時間が来ましたので今日はここで終わりますけれども、また幾つか提案をしたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○星北斗君 自由民主党の星北斗でございます。本日、三十分時間をいただきましたので、みっちりやらせていただきましたと思います。

まず、今回の法改正の意義と今後の議論の必要性の認識について伺います。

全世代対応型の社会保障制度の構築、この言葉を聞きますと、医療提供の分野だけを考えると、

妊娠期 出産、小児医療から終末期医療につながる一連の医療体制、これを想像します。

今回の法律案においては、出産一時金の額と負担の見直し、高齢者の医療と介護の一体的な提供体制の構築が示されていますが、ほかの世代へのメッセージは十分ではないかと思っております。

一方で、地域完結型の医療・介護提供体制のため、かかりつけ医療機能が発揮される制度整備、各種計画に基づく連携した取組、医療・介護情報基盤整備等によって構築を目指すとしています
が、条文に示されているのは主に高齢者に関するものです。

今後今回の法改正が施行されることによつて、本来の意味で、今、石田委員の方からもありましたけれども、全世代対応型の社会保障の在り方についてどのような議論が進むことを想定あるいは期待をされているのか、大臣の所感をお聞きしたいと思います。

○國務大臣(加藤勝信君) もうよく言うことですけれども、本格的な少子高齢化、人口減少時代を迎える中で、全世代の負担、現役世代の負担の上昇の抑制を図りつつ給付と負担のバランスを確保し、全ての世代が能力に応じて社会保障制度を公平に支え合う仕組みの構築、これが重要ということとで、今回の法案では、例えば、子育て世代に対する支援は出産育児一時金の大幅な増額、また、現役世代に關してもその負担が伸びないような対

応を、高齢者医療を全世代で公平に支え合うという観点からの見直し、また、被用者保険における、これは世代間というか世代内の負担の調整ということではありますが、そうした対応も行わせていただいて、全ての国民が負担能力に応じて支え合い、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障がバランスよく提供される仕組みを強化するとしたところであります。

また、もう申し上げるまでもなく、治す医療から治し支える医療への流れの中で、また地域によって状況もいろいろ変わってくるわけでありま

す。そうした中で、それに応じた医療・介護提供体制を実現していく、その一つがかりつけ医機能ということで、今回提案をさせていただきま

また、医療と介護の連携という意味においては、デジタル技術の活用を促進し、質の高い医療・介護サービスが地域において効率的、効果的に提供することを目指しております。

こうしたことを通じて、高齢者という御指摘ありましたが、だけではなく、国民、患者一人一人が受けるサービスの向上に資するものと考えております。

先ほと石田委員ともお話がありましたけれども、本法案の附則の検討規定がございます。これも踏まえながら、さらに、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について、これは不斷に議論していく必要があるというふうに考えております。この検討規定にのっとった検討もしっかりと取り組む中で、全世代型対応の持続可能な社会保障制度の構築を更に図っていきたいと考えています。

○星北斗君　ありがとうございます。

今、給付と負担という話でございますが、やっぱり給付の内容というものをもうちよつと深めていくという議論も必要だろうと思います。

次に、かかりつけ医機能の定義、都道府県知事への報告と確認、報告の要求と是正について質問します。

かかりつけ医の定義が曖昧であるとの議論や発熱時やワクチンの接種を断られたという患者の声を背景にあると解説されていますけれども、実際には医療法の省令に既に規定されていた文言と全く同じ定義が改正医療法の条文に位置付けられました。身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能と定義され、患者の選択に資する事項を都道府県知事に報告しなければならぬとされました。

その上で、かかりつけ医機能の確保に必要な病院又は診療所はかかりつけ医機能報告対象病院等

と位置付けられ、このうち、一定の継続的な医療を要する者に対する言わば一定のかかりつけ医療機能の確保のため、管理者が一定の機能を持つ可否をまず報告し、これを持っていると報告する場合には、条文中に示される機能の有無及びその内容について併せて報告することとされています。

そこで、質問をします。

この前段のかかりつけ医の機能の確保及び後段の一定のかかりつけ医機能の確保、このいずれも都道府県知事の責務であり、そのために必要な報告を医療機関等の管理者が一定の条件の下に行うものと考えてよいか、端的にお答えください。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今後、高齢化の進展に伴いまして地域医療の担い手の確保が困難になります中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携をしながらかりつけ医機能を確保するよう促すということが重要であるというふうに考えてございます。

このため、本法案におきましては、地域で確保していく必要があるかかりつけ医機能につきまして各医療機関から報告をいただくということとしておりまして、これらを踏まえ、都道府県を中心とした地域の関係者の協議の場で必要な機能を確保する具体的な方策を検討し、公表するといった制度を設けるということとしてまいります。

地域における医療提供体制の確保につきまして、これまで都道府県が策定した医療計画に基づき地域の実情に応じた取組を進めてきているところでございます。かかりつけ医機能につきましても、こうした取組と併せて、地域ごとに機能の確保に向けて取り組むこととなるというふうに考えているところでございます。

なお、報告対象の範囲や報告の方法などにつきましては省令で定めることとしておりますが、医療機関の負担にも配慮しながら、今後、有識者などの御意見をお聞きをして検討していきたいというふうに考えているところでございます。

○星北斗君　ありがとうございます。

要は、みんなで協議するけれども、最終責任は都道府県知事にあるというふうに認識をしておりますし、今のお答えもそうだったと思います。

この報告をさせて、協議をさせて、その上で必要なものについて、あるいは不足しているものについて議論をする、その最初のスタート地点になるのがこの報告制度だというふうに認識しております。そして、この管理者がこの報告をどんなふうにしていくのかということ、報告をしやすい環境というものが必要だろうと思っています。

そして、先ほど前段と後段と申し上げましたが、まずはかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が、前段あるいは後段、これは一定の機能を持つということですけれども、報告をしなかったりは正に応じなかつたりした場合には、最終的には一定の罰則というものにもつながってまいります。この報告が適切に行われるためには、医療機関等の管理者が、そもそも前段の報告対象病院となつてゐるか、あるいは後段の報告をすべき内容や必要性、これを認識することが必須だと思ひます。

全ての医療機関の管理者が、自らの医療機関に前段、後段それぞれに報告義務があるか否か、これを認識するための方策、これ具体的にどのよう
にお考えなのか、お示ししたいと思いま
す。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

ただいま委員から御指摘がございましたように、この法案におきましては、地域の医療機関が自らの有するかかりつけ医療機能を都道府県に報告をするということとしてございまして、かかりつけ医療機能報告対象病院などの管理者が報告を行わなかった場合などには都道府県から当該医療機関に対して報告を行うことを命じることができ、また、その命令に違反した場合には過料を科すといったような仕組みとしていただいております。

こうした報告の義務履行を確保するための措置、これは、これまでの病床機能報告やあるいは外来機能報告におきましても同じような仕組みとしてきたところでございますが、まずは、今委員御指摘のように、こういった仕組みであるということと地域の医療機関の皆様によく制度周知をして、そして、地域のかかりつけ医療機能の確保に向けた御協力をいただくということが重要だということを考えております。

特に、今回のかかりつけ医療機能の報告におきましては、無床診療所を含めたより幅広い医療機関の皆様が対象となってくるということでございまして、対象の医療機関に対して、より丁寧に対応していくということが重要だということふうに考えています。

このため、この法案が成立いたしました場合には、その施行に当たって、報告対象となる医療機関の範囲について、これは有識者などの御意見を踏まえて、明確になりますように省令に定め、また、都道府県や関係団体を通じて医療機関の皆様に丁寧な周知を行うと。そして、報告の方法などにつきましても、既存の報告制度の内容を踏まえながら医療機関の御負担にも配慮をするといったようなことなどで、地域のかかりつけ医療機能の確保の状況を正確に把握をして、地域における協議が適切に行われるようにしていきたいというふうに考えているところでございます。

○星北斗君 ありがとうございます。

これ、今までの報告制度とはやっぱりちよつと違ってくるんだらうと思います。本当に多くの医療機関が自らの機能というものを見直し、そして、政省令で定められるのを見直しても、それに合致するかどうか考える、そのための支援をするという話でしたけれども、かなり丁寧にやらないと私はうまくいかないと思いますので、是非ともそこは気を引き締めてやっていただきたいと思ひます。

それでは、次に、地域医療総合確保法における総合確保方針と医療計画の基本方針との関係につ

いて質問させていただきたいと思ひます。

これ、何度読んでもよく分からないんですけども、総確法には総合確保方針というのがあつて、これに即して、医療法においては医療提供体制の確保を図るための基本方針を定めて、そして都道府県が医療計画を作っていく。その医療計画に書き込むべき項目として、かかりつけ医療機能の確保に関する基本的な事項、これが法律で追加されるという形になっています。

一方で、今申し上げたとおり、総確法においては総合確保方針というのが示されておりまして、これに基づいて、またこれ別の計画です、都道府県計画と市町村計画、それぞれの策定が規定されておりまして、かかりつけ医療機能についてもこの中に盛り込むということになるんだらうと思ひます。

これ、二つの方針の関係、これ本当に分かりにくいんですけども、それぞれに策定される計画、これも様々ございますけれども、その関係性について、説明すると長くなるかもしれませんが、できたら簡潔に教えていただきたいと思ひます。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律におきましては、国が総合確保方針を定め、地域における医療、介護を総合的に確保するための基本的な方針をお示しをするということとしておりまして、これを踏まえて、国において医療提供体制に関する基本方針と介護保険制度に関する基本方針を定めるということになってございます。

このうち、医療提供体制につきましては、国が医療法の基本方針においてより具体的な医療提供体制の確保を図るための考え方を定めた上で、各都道府県において、この基本方針を踏まえて、地域の実情に応じてその都道府県の医療計画を定める、地域における医療提供体制の確保を図るための数値目標などを設定するというものとしてござ

います。

こうした中で、本法案におきましては、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、治す医療から治し支える医療を実現していくために、これまでの地域医療構想の取組や地域包括ケアの構築を更に進めていく中で、かかりつけ医療機能が発揮される制度整備を進める必要があるというふうに考えてございます。

かかりつけ医療機能の確保につきましては、まさに今、先ほど申し上げた、地域における医療提供体制に係る具体的な事項ということになってまいりますことから、医療法上の基本方針、医療計画に定めるべきものということで規定するということとしたところでございます。

それから、総合確保方針の関係で、計画の話が先ほど委員からも御指摘ございました。これにつきましては、都道府県、市町村、これ、医療・介護総合確保法の、先ほど冒頭申し上げた総合確保方針に即して、年度ごとに当該地域における医療、介護の総合的な確保のために実施をする事業に関する計画を作成することができるということになっておりまして、市町村計画を作成するに当たっては、かかりつけ医療機能報告に関する地域の協議の場における協議結果を考慮するというふうにしているところでございます。

私ども、大体そういうような関係にあるというところで御理解賜れば有り難いというふうに思っております。

○星北斗君 短くしろと言つてごめんなさい。ありがとうございます。

要は、類似とは言いませんけれども、役割が違つて、別々に作業を進めて計画を作る、一方は五年に一回の見直し、一方は毎年というふうなことで、非常に事務の煩雑さというのは地域の方からとても多く聞きます。特に、市町村あるいは都道府県によつてそれぞれ力が違つていたり、人数が違つていたり、様々ありますので、非常に困つていてという声を聞いています。

それで、地方自治体の計画疲れ、ちよつと言葉が悪いかもしれませんが、もうこれも計画、あれも計画というふうな計画を書かされると、もう困つちゃうと、結局、計画を作ってくれる人にお金出して頼んで、似たような計画が日本中にあると。まあそんなことが指摘されるこの計画疲れの背景、これについて、そしてその解決策については是非議論をさせていただきたいと思ひます。これは、大臣にしっかりと答えていただきたいと思ひます。

この法律案によつて、今の、ございました都道府県及び市町村計画、医療法では医療計画、介護保険法では都道府県介護保険事業支援計画、市町村にも介護保険事業計画、さらには医療費適正化計画、これいろいろあつて、本当に、私も医師会の役員やっていますと、いろいろな会に呼ばれまして、今日は何の計画というふうなことを聞かなくてはいけないうらい本当に大変な状況にございまして。この莫大な作業、必要になります。これを安易に外部に委託するということは、私はあつてはならないというふうな思つております。

この自治体において策定するとされる社会保障分野、ほかにもいっぱいあるんです、実は。たくさん計画について、今後、整理統合、これをやる必要が私はあるんじゃないかと思つております。それについて大臣の所感をお示しいただきたいと思ひます。

○国務大臣(加藤勝信君) 委員御指摘のように、都道府県は、医療法に基づくまず医療計画の策定をお願いしておりますけれども、それ以外に、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく都道府県医療費適正計画など、社会保障分野における様々な計画を策定することにしております。

昨年開催された地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会合同会議において、都道府県から、委員御指摘のように、様々な、そして似たような計画をそれぞれ作らなきゃならない、こういった指摘があつたわけでありまして、まあ似たようなか、重複するという意味であります、こ

の会議での議論を踏まえ、昨年十二月に閣議決定された令和四年の地方からの提案等に関する対応方針において、都道府県が策定するがん対策推進計画、また都道府県の循環器病対策推進計画について、医療計画等の政策的に関連の深い他の計画と一体のものとして策定することが可能であることを明確化し、都道府県に令和四年度中に通知するとされ、この閣議決定を受けて、本年三月三十一日に都道府県に対し事務連絡を発出したところであります。なお、この会議においての議論で整理された中では、医療計画と関連の深い計画としては、全部で医療計画以外十七の計画が挙げられていたところでございます。

今後、本事務連絡の内容について、厚生省、厚生労働省が実施する都道府県の担当者向けの研修会で改めて周知するなど、引き続き都道府県の計画策定に関する作業負担に配慮していきたいと考えておりますし、既に各都道府県においてこうした取組も進めていただいております。医療計画と都道府県の医療費適正計画を一体的に策定するなどの取組が進んでいるところでございます。

今申し上げた二つだけにとどまることなく、一体的にやっている、あるいは、規模によっても、都道府県等の規模によっても状況違うんだらうと思いますが、そうした取組、好事例、こういうたものを我々もしっかり集めながら、こうした、できる限り都道府県の負担を減少しながら、大事なことはしっかりやっていただくという方向に対して、更に我々としても取り組めることはしっかりやっていきたいと考えています。

○星北斗君 ありがとうございます。

十七というのは私も知らなかったのでびっくりしましたけれども、この本場に計画策定、これで、今都道府県の計画の話が出ましたが、基礎自治体にとつては更に状況は悪いです。本場に少ない人数でやられている。あるいは、市町村ごとにあるいは都道府県ごとに総合計画というのがあって、今度上位計画があつて、その整合性がどうなっているんだとか、改定の時期がどうなっているんだ、本場に現場は苦労をしているところでは取り組んでいただきたいですし、できるだけ早くに取り組んで、今度新しくまた増えるわけですから、取り組んでいただきたいと思います。

地域医療構想調整会議なども機能していないというふうな、こういう指摘もありますし、かかりつけ医の、この今回定義されますかかりつけ医療機能の確保に係る協議、これをまたやれということですから、またそれに基づいて計画を作れということになりますから、確かに、計画を作つて何が不足しているかということを含めながら認識する、これとつても大事なことでありますし、それを目標として力を含め合わせるためにも何かそういうお題目みたいなのは必要だろうと思えますけれども、計画策定の努力に見合ったものになっているかどうか、効用があるのかどうか、そういうことを大切に考えなきゃいけないですし、計画策定のプロセスを効率化するためにも、先ほど研修会のお話もございました。地方自治体の自主性はもちろん尊重しつつ、それぞれの対応力の違いがあるといううことも大臣お認めいただきたいと思います。

国による適時適切な支援がやはり必要だと思えますが、大臣、もしお答えいただけるのであればお答えいただきたいと思います。

○国務大臣(加藤勝信君) ちよつと先ほど重複をしていますが、既にこういった動きが始まっています。ですから、まずはそれぞれの都道府県において今こういう事例があるというたことを我々も集めさせていただいて、それをそれ以外の自治体に提供するというにとどまらず、さらに、一体的に運営をして、一体的に計画を策定するような環境をどうやってつくつた方がいいのか、これについて我々も更に検討を深めていきたいと考えています。

○星北斗君 ありがとうございます。

本場に報告に始まり、それを精査して、どんなものがあるかという協議をして、計画を策定し、それをみんなが共有して、こういう医療を目指していこうというときのやっぱり手引が余りたくさんあると、どれを見ているのか分からないということになりかねません。是非とも積極的にこの点は取り組んでいただきたいですし、できるだけ早くに取り組んで、今度新しくまた増えるわけですから、取り組んでいただきたいと思います。

そして、この法律に今度書き加えられることになり、管理者による説明というのがございます。我々医療現場におきましては、この説明と同意という言葉を使つてまいりましたけれども、患者さんに適切な医療情報をお伝え、そして、その後、これからの治療方針その他について説明をして、同意、納得をいただいた上で患者さんの協力も受け、もつて医療に取り組む、これは一定程度私は現場に定着しつつあるというふうには思っています。

この改正案の中に、かかりつけ医療機能のうち、継続的な医療を要する者に対する外来医療を提供するに当たつて、特に必要な場合であつて、患者又はその家族から求めがあつたときは、適切な説明が行われるように努めなければならないという文言が追加されます。

医療法においては、既に、医師がなすべき医療を受ける者に対する説明と理解、あるいは病院等の管理者が入院時に診療を担当する医師による患者又は家族への書面の作成と交付、説明という規定があります。

これらの説明と、ここで新たに規定したこのかかりつけ医療機能のうち云々ということの説明、この違い、あるいは関係性、そして、もしできれば、あえてここになぜこの項目に限つて説明に努めなければならないかということを書き加えたのか、その趣旨について大臣にお答えいただきたいと思います。

そしてもう一つ、この患者又は家族の求めがあつた場合というのは我々の中でも時々議論になります。本人は、患者に知らせたくないというような病名であつたりすることもありますので、患者さんが意思表示ができないということは別ですが、我々の現場ではまず患者さんに説明をするということが一般的でありまして、家族に対する説明をどういうふうにするのかというふうな

本人の同意を得て家族に説明するというのが通例であります。

そこに、これ、又はということで、家族が求めたら説明しなきゃいけないということになります。が、これ、正当な理由がない限りと書いてあります。家族の求めが患者の意向に沿わない場合、それは正当な理由になり得るのか、これも併せてお尋ねします。

○国務大臣(加藤勝信君) まず、現在の医療法では、医師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めることとしている。したがって、その医療の関係者全員が、一般、幅広い医療について説明をするというのがこの規定であります。

その上で、入院や助産に際しては、医療機関等の管理者に対して、治療等に関する計画や緊急時の連絡先等の具体的な事項を患者又は家族に適切に説明する。したがって、入院や助産に限っているというのが今の規定であります。

今後、慢性疾患を有する高齢者の更なる増加が見込まれる中で、継続的な医療を要する患者が医療に関する計画や必要なときに相談できる医療機関の連絡先などを把握していることは重要と考えており、この法案では、先ほど申し上げた、今の医療法の現行の入院や助産に関する規定に加えて、外来あるいは在宅医療の提供についても、かかりつけ医の確保に係る体制を有する医療機関が、継続的な医療を必要とする者に対して在宅医療を提供する場合など、説明が特に必要な場合であつて、患者又は家族が希望する際には、正当な理由がある場合を除き、治療に関する計画等について電磁的方法等による説明を努めるという規定をあえて、こうして、今申し上げた事由を踏まえて設けたということでもあります。

その上で、患者の自己決定権を重視するインフォームド・コンセプトの理念を踏まえると、医療の提供に当たっては、患者が家族への説明を望まない場合、原則として家族に診療情報等の説明

を行うべきではないと考えております。条文でも、今委員おっしゃっていただいたように、患者又はと書いて、正当な理由がある場合を除きということでもあります。

これまでも、診療情報の提供に関する指針の策定というのがございまして、その中においては、患者の自己決定権を重視するインフォームド・コンセプトの理念に基づき医療を推進するため、患者の求めに応じて原則として医療記録を開示すべきであるという基本的な考え方が示され、また、医療従事者は、患者の同意を得ずに患者以外の者に対し診療情報の提供を行うことは、医療従事者の守秘義務に反し、法律上の規定がある場合を除き認められないことに留意しなければならないということも申し上げているわけで、それを踏まえて、先ほども申し上げた、患者が家族への説明を望まない場合は原則として家族に診療情報等の説明を行うべきではないと考えているところであります。

このような場合は、かかりつけ医機能の確保に対する体制を有する医療機関の説明についても、家族には説明を行わない正当な理由に該当するという整理をさせていただいております。

○星北斗君 明確にお答えをいただきまして、ありがとうございます。

まさに、ここだけ患者又は家族というところが出てきます。これは、一般的に考えれば、長期の療養をする、そして家族の協力も必要、あるいは在宅での医療ということを前提に考えれば、家族に対してどういうことが起こり得るのか、あるいは連絡先その他必要なことを提供するということは大事なのかもしれませんけれども、この医療の信頼関係がこういう規定あるいは誤った運用などによって損じることがないように、みんなで力を合わせなければいけないのではないかとということに改めて感じました。

先ほど申し上げたとおり、様々な報告、これをみんなでまずは中身をチェックして、みんなで相談し、足りない中身についてしっかりと医療をど

うやって増やしていくのかという議論をして、計画に定める、しかし、これは、実際に医療の過疎地域においては本当に難しい課題であります。ここにあってIT云々ということが書いてございませうが、やはり、今後様々な、医師が少ない場所あるいは中山間地域、そこでかかりつけ医を含め、機能を含めてしっかりとした医療が提供される仕組みをつくっていく、これは我が国の本当にとっても大きな課題の一つだというふうに思っております。

今後、この今回の法改正が、患者と家族、あるいは医師と患者、この信頼関係をより深いものにする、そして医療提供体制が、皆さんにとつて、特に、私は、やっぱり中山間地域の本当に医療過疎の地域においてもしっかりとした医療が受けられるような、そんな仕組みづくりにつなげていく、あるいはその議論がこれからも続いていくこと、そのことを願って、私の質問を終えます。

○高木真理君 立憲民主・社民の高木真理です。通告に従って質問をさせていただきます。

昨日、本会議場でも質問をさせていただきましたけれども、先ほど石田委員の御質問の中にありましたように、まさに私は、大きな時間軸あるいは人口減少局面、こういつたことにも対応し得る、是非、このパッケージでいけばしばらく安心だというような大きな枠組みを考え直すときに来ているのではないかという思いも込めて昨日の質問はさせていただきました。

なかなか、手直しという意味では今回の法案の意味も理解するところはありませんけれども、なかなかこの手直し手直しで来て、どこまで大丈夫なのか分からないという不安に国民がさいなまれ続けるということのマイナスをそろそろしっかりと見直さなければいけない時期に来ているのではないかとこのように思います。その視点に立った上でですけれども、細かいところに入って本日は伺いたいと思います。

まず最初に、健康保険制度の持続性における問題点について伺います。

細かいところに入ってというふうに申し上げたところで制度全体のところで伺って申し訳ないんですが、今回行われた改正については、いろいろ支え合いの仕組み、世代間でもですけども、被用者保険の中での費用分担あるいは公費の割合のところ、どこには公費を入れるなど工夫もされた点も見受けられるんですが、いわゆる健康保険制度全体を考えた場合にどのような点が課題と捉えているか、改めて伺いたいと思います。

○政府参考人伊原和人君 お答えいたします。

二〇二五年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となる、また、全国的に見ますと二〇四〇年頃をピークに高齢者人口がまだ増え続けると、こういう状況がございます。そうしますと、増加する高齢者の医療費に對しまして、現役世代が負担する高齢者医療制度への支援金、これは引き続き増加することが見込まれております。こうした高齢者への医療費の対処というのが大きな課題だと考えております。

こうした中で、健康保険、特に被用者保険の現状を踏まえまして、例えば令和三年度決算見込みにおいて五割を超える健康保険組合が赤字となるなど、健康保険組合を取り巻く状況が厳しくなっております。また、健康保険組合と一口に申し上げても、それぞれ財政状況異なりまして、自主自律が前提であるんですけれども、健康保険組合間で見ますと、二倍を大きく超える保険料率の格差が生じているところでございます。

こういう状況でございますので、やはり現役世代の負担上昇を抑制するとともに、被用者保険における負担能力に応じた格差の是正をし、健康保険組合の持続可能性の向上を図っていくと、こういうことが課題ではないかと考えております。

○高木真理君 健康保険組合間のいろいろな格差の是正というのは、それぞれの組合が存続するのが今厳しくなってますところも出ていることを考えると必要なことなんです、保険とい

う仕組み自体はリスクを皆で分散し合って負担を支え合おうという仕組みなわけですから、リスク分散という考え方がいくと、分母は広い方が支え合いの仕組みとしては持続可能性があるというように一般論として考えるわけです。

そう考えたときに、被用者保険というのは、これ本当、戦後というか、制度をつくつてくる中で、税を納める仕組みについてもそうですけれども、日本の場合には、会社がやってくれることにしたら効率的にきちんと納めてもらえるよねということでは会社をやつてもらふことにした、こういう流れから来ているんだと思いますけれども、健康保険なども、それぞれの会社、働いている場所ごとにとつていうような成り立ちで来ているところがあつて、今まで一定それでやつてこられた部分はあるかとは思ふんですけれども。

分母の大きさというところから考えたら、それぞれでやつていくことの厳しさというのでも出てきているのではないかとこういう思いも抱くわけでありまして、リスク分散から考えた分母の大きさということについてどのようにお考えか、伺います。

○政府参考人伊原和人君 お答えいたします。

健康保険制度においては、保険者が今分立して存在しております。こうした分立していることに伴いまして、メリットとしましては、給付に見合った保険料率の設定、あるいは医療費の適正化、保険事業の効率的な実施など、それぞれが保険者機能を自主的に、あるいは自律的に発揮できると、そういう点でメリットがあるということ、従来、健康保険組合の制度が設けられ、公的医療保険制度において重要な役割を果たしてきております。

こうしたメリットがございしますが、他方、大きくして、規模を大きくするとありますと財政的に安定するところがございますが、逆に、そうなりますと、今度は、先ほどのメリットの部分をどう考えるかということになろうかと思ひます。こうした中で、現行の制度では、保険者間の

格差が大きい場合にはその間を調整するという仕組みが設けられておりまして、今日に至っております。

我々としては、国民皆保険という仕組みの中で、それぞれの自主・自律性というものを大事にしていく、さはさりながら、保険者間で過大な格差が生じてしまうと、これは公平性の観点からも適切ではないということで、両者のバランスを考えながら制度運営していくことが重要ではないかと、このように考えてございます。

○高木真理君 それぞれの健康保険組合さんも、なるべく自分の組合の中で病気になる人を少なくして保険運営がうまくいくように、本当に工夫されながら日々努力されているかと思えますので、バランスというお話ありましたけれども、持続可能性を考えながら、その調整というものも是非考えつつ進めていただければと思います。

次に、国保の運営において都道府県のグリップをより強めている点について伺います。

国保に関しては、市町村が保険者であるところから、まさにリスク分散の考え方で分母を広げなければいけないという財政安定の考え方から、都道府県も保険者に加えるという改正が行われております。

そうした中で、とはいっても、先ほど御提起した問題と同じようなことがあるわけで、市町村によつてどのくらい公費を入れているかという度合いも違えば、どのくらい保険料の支払が必要な市町村民がいるかという、被保険者がいるかというところでも変わってきますけれども、保険料が高い高いがあつて、安いところの市町村にお住まいの方からすれば、都道府県でなるべくリスクを分散して、それで払う保険料は同じ、広く薄く分担しながらいくのがいいよと言われても、低い保険料が高い方に統一されるのは困るというのはとてもよく分かります。

その気持ちがよく分かるからこそ、今回、保険料水準統一加速化プラン(仮称)というものを実現していきたいという方向でありますけれども、都

道府県でこれが統一できているところというのはまだ数が少ないかと思えます。

非常に、これ進めていこうとすると困難が大きくて、なかなか私は実現が見通せないのではないかとこのふうに思っているんですが、これを実現させていく具体的な道筋をどのようにお考えか、伺います。

○政府参考人(伊原和人君) 国民健康保険につきましまして、先ほど先生からも御紹介いただきましたように、平成三十年度の制度改革において、財政の安定化をしつかり図っていくということから、都道府県と市町村が共同で運営すると、こういう仕組みに変えまして、都道府県単位での保険料水準の統一に向けた取組を進めることといったしました。

そして、令和三年度の制度改革におきまして、都道府県が定める国保運営方針の必須記載事項として、保険料水準の平準化に関する事項、これを位置付けておりまして、来年度から施行される予定でございます。

さらに、今回の法案では、この保険料水準の統一に向けた取組を加速化をするという観点から、また、この国保運営方針の必須記載事項として、事務の標準化、広域化の推進に関する事項、これを追加することとしたしております。

こうした都道府県の取組を支援するために、今回、保険料水準の統一の意義や課題の解決事例等を整理した保険料水準統一加速化プラン、これを国として年内に策定したいと考えてございます。

今後、都道府県と市町村がこの加速化プラン等を活用いただいて地域の実情に応じてよく議論をしていただき、住民など関係者の理解を得ながら、各地域において保険料水準の統一に向けた取組を加速化できるよう応援していきたいと、このように考えてございます。

○高木真理君 現場の困難さをどのように乗り越えられるかは、今の御発言を聞いていても、なかなか実際は大変なんだろうなというふうに思わざるを得ない部分はあるんですが、最終的には、公

費を入れているものが多いところなどは、税という意味で市町村に対する恩恵というか、そういう部分も出てくるわけですから、そうした全体の仕組みを皆さんに御理解いただくつてすごく難しいんですけれども、丁寧に説明をする中でこちらの方向に持っていくというのを是非頑張っていたいただきたいと思えます。

次に、かかりつけ医機能について伺います。

これ、昨日の私の質問の中でも、このままいくと全国統一のかかりつけ医リストができて終わってしまふんではないかというふうに申し上げましたが、改めて昨日の答弁とか今までのやり取りとか伺っていても、厚労省というか、国としてかかりつけ医にどのような人がいるのか全部知りたいんだろなとか、あとは、それをやってくれるのかかりつけ医なるものがどのくらいいるのかを都道府県に把握させて、うまくいっていない地域については都道府県ちゃんとしつかりやれよということに言える体制をつくりたいんだなということとは分かるんですけども、どのくらい、今そのかかりつけ医機能というものが見えていないことによつて問題が生じているのかというはいま一つよく分からないんですね。

現実としても、昔、ちよつと昔は風邪引いても大病院に行く人がいるという問題がありましたけれども、これはもう今、選定療養費というものが入つて、大病院に最初に行こうとするとお金が掛かつてしまふというような問題であつたりがあるので余り行かないようになっていきますし、皆さんやつぱり病気になるたときにわざわざ長い時間掛けて待ち時間の多い大病院に行くかという、基本的な行動パターンとしては身近な診療所にかかつているというのが実態だと思うので、何が一体問題で、わざわざかかりつけ医機能というものを今回の法案に書き込まなければいけないのかがいま一つ見えない部分があります。

現在の地域医療、地域の診療体制をどのように捉え、何が問題で、どう変えようとしているのか、今かかりつけ医はどういうところが足りてい

ないというふうに考えていらつしやるのか、伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今委員から御指摘ございましたが、今回の法案を制定する考え方ということになってくるかと思っております。

今後、複数の慢性疾患や、あるいは医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の方々、これが今後更に増加してくるだろうというふうに見込まれております。またさらに、生産年齢人口が急減すること、地域医療の担い手の確保もなかなか難しくなっております中で、地域によつて人口構造の変化というのも大きく異なってくるところでございます。

そういったことに対応しながら、今後、治す医療から治し支える医療を実現するというためには、これまでの地域医療構想の取組やあるいは地域包括ケアの構築を更に進めていく中で、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要があるというふうに考えているところでございます。

このため、今回私どもの御審議をお願いしております法案におきましては、国民、患者がかかりつけ医を、かかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるように医療機能情報提供制度による情報提供を強化をする、そういったこととともに、医療機関に対してその機能の報告を求め、都道府県がその体制を有することを確認、公表して、それらを踏まえて、都道府県と地域の関係者との協議の場において必要な機能を確保する具体的方策を検討し、公表するといったような制度を設けることを提案させていただいております。

こうした制度整備を進めることによりまして、国民、患者の皆様がそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようにするということともに、医療機関がかかりつけ医機能の内容を強化をし、地域において必要なかかりつけ医機能の確保が進

んで、結果として国民、患者一人一人が受ける医療サービスの向上に資するということを狙いとしているというものでございます。

○高木真理君 御説明はそういうことなんだろうと思うんですけども、実際に、何となく今の御説明って、国のところから見て、頭で考えると、足りないところがあるのか探せるようにしましうみたいなことになっているんですけど、地で暮らしている人は、そこにそういうかかりつけ医機能のものがなくて困ったら、困っているって地域から声も上がるし、ここにそういう診療所が欲しいみたいなことになっていくわけですね。

開業するお医者さんの方も、今、マーケットメカニズムという言い方が該当するかどうか分かりませんが、やっぱり、それこそ余り診療所もないような地域に一つ診療所ができていていい場合には、診てくださる診療科目もかなり広く診てくださるお医者さんがそこにいらっしゃるって、逆に、密度濃く診療所があるようなところではかなり特化した診療機能を持ったクリニックが出てくるなど、そういう、地域に必要とされるものがそこにあるようになるというので現状が成り立っていると思うんです。

もちろん、先ほど中山間地域のことを御心配という星先生からの御指摘もあって、そういったところの足りないところというものが絶対出てきたりしているわけがありますけれども、このかかりつけ機能というのが見える化したことで、そこにお医者さん来てほしいというのは、そんなリストを作らなくても現場からは声が上がってくるし、だからといって、なかなかそこにお医者さんが開業してくるかどうかというところは難しかったりするんですけども、それで、その診療所に、じゃ、ちょっと診療科目、もう少しこれまで診てくださるいねとかつてもしお願いができるのであれば、リスト作らなくても、地域でその診療所をお願いすると思うんですけど、どうでしょうかね。

○政府参考人 榎本健太郎君 今委員御指摘ございましたように、まさにその地域において抱える

課題というのは、それぞれの地域によって恐ろしくかなり違いがいろいろあるというふうに思います。今回、このかかりつけ医機能の報告をいただくという仕組みをつくらせていただきましたのは、まさにその地域によって当然いろいろな違いはあるわけですが、いろいろとこれから必要となってくるかかりつけ医機能、先ほど、今回の法案の中でも、日常の医療を総合的かつ継続的にやる機能とか、あるいは時間外の時間帯で対応できるような機能とか、あるいは入院、入退院のときの支援とか、あるいは住宅において必要なサービスを提供する、医療を提供する機能とか、いろいろなさういった機能が中身としては想定されておりまして、また、そのニーズということも当然地域によって異なってくるだろうということでございます。

そういったものを、まず今回、各医療機関から御報告をいただいて、地域、その地域においてどのようなサービスが今提供されているのか、その地域においてそれが果たして将来をにらんだときに足りているのか足りないのかといったことも含めて関係者で御議論を、御覧をいただいで、その上で御議論をいただき、さらにその上で、じゃ、どうやってその足りないものがあつたときにはそういったものを整えていくのかといったことを議論していただく一つの材料ということになつてくるかと考えております。

そういったその議論のプロセスをたどることで必要なサービスの提供が確保されるようにしていくということを狙いとして、こういったものを御提案させていただいておりますので、そういったものだというふうに御理解いただければ有り難いというふうに考えてございます。

○高木真理君 やっぱり何う限り、データを集めるという以上のことはないんだなというふうに思ふんですが。

それこそデータを作ったからには、足りないと思つたところを、相談とかじゃなくて、もう厚労省が厚労省の力で、ここ足りない、診療所を引つ

張つてくれるとかというのがあるんだつたらしいんですけど、多分そういうことでもないと思うので、まあ余り弊害もないかもしれないですけど、これによって何かが進むかという、先ほどの医療と介護の連携とか、病診連携や退院してきたときのどうか、いろいろさういうのが必要になるの分かりますけど、こういうのも、今まで地域包括ケアシステムで、ケアプラン、その人を支えるケアプランをどう作るかというケア会議なども、現場の人集まって作るかと、現場ではそれぞれ行われてきていることがあると思います。病診連携も、連携病床などが確保されている病院も地域にはいっぱいあります。

もちろん、そういうのがうまくいっていないところのための今回やろうとしていることだというのは理解できますが、余り大きく変わるための制度ではないなということを確認して、次の予防医療の難しさについて伺います。

予防医療ということにもこのかかりつけ医機能というのは役立てたいという思いはあるのかなというふうな思いでこの法案、最初見させていただきましたけれども、予防医療というのはとても難しいものだなというふうに感じています。

というのは、やはり、かかりつけ医を持った方がいいですよというふうに言われても、若くて健康で全く体に異常を感じない人が、かかりつけ医持つて、そこに生活習慣病にならないように通つてくださいつて言われても、まあ行かないわけですよ。

早めにならうした異常のサインを発見して、生活を変えて、悪くなつて、本当に病気になるっちゃう手前で止めましょうというのであれば、やっぱりそれは健康診断をしつかり受けていただくようにする、で、その後の治療につながっていくというこの連携は必要なんですけれども、その手前で、元気なのに一年に一回は近くのクリニックに行つてねと言われてもさういふことにはならないと思うので、予防医療を充実させていくということであれば、むしろ、健康診断を受けて

もらうであるとか、生活習慣病ということについてのそもその知識をもつと普及していくことへの啓発を頑張るとか、そういう方が有効ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今委員から御指摘がありましたこの制度整備に当たりましては、もう先ほど来申し上げておりますように、国民、患者がそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようにする、そして、医療機関がかかりつけ医機能の内容を強化をして、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するということを目的とするものでございまして、患者の受療行動に対して介入をするということを設定するものではございません。

その上で、今御指摘があつたその生活習慣病予防とかあるいは慢性疾患への対応ということで、これは、地域の実情に応じて各医療機関が機能や専門性に応じて連携をするということは、今御指摘があつたように重要だというふうに考えてございます。

そして、あと、健康な方に対する支援ということとでございますが、かかりつけ医機能報告のここは対象とはしてございませけれども、医療機関のみならず、先ほど御指摘があつたような、健康診断とかあるいは啓発とかいったようなお話もございまして、都道府県や市町村、医療保険者などなど、関係者が様々な取組を行っているところでございまして。地域における適切な役割分担の下で、引き続き必要なサービスの確保に取り組むということを取り組んでまいりたいと思つております。

○高木真理君 次にいきたいと思ひます。

今回、医療や介護のデータベース化というものが行われておりまして、医療法人、介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等ということが入っています。いろんなことがデジタル化してきているので、こうしたものもデジタル化をして情報として持つておきたいという気持ちは理解がで

この法案におきましては、今委員御紹介いただきましたように、医療法人などの経営情報をこれからの政策などに活用することを目的といたしまして、医療法人が開設する病院、診療所ごとに、また介護サービス事業者が運営する事業所、施設ごとに、毎年度の決算終了後に収益や費用の内容など経営情報の報告を求めるほか、任意で職種別の給与の情報について報告を求めることとし、これらを蓄積したデータベースを構築するということとしてございます。

○高木真理君 これまでも、各医療法人、介護事業者なども都道府県に行っていた報告もあろうかと思えますけれども、そここの違いみたいなところももう少し御説明いただいてもよろしいですか。

第七部

厚生労働委員会会議録第七号

令和五年四月二十日
【参議院】

○高木真理君 この分析結果というものは、いろんな面で医療の体制を考えると、医療政策、あるいは、介護事業者からも来るので、そうした介護事業、サービスといったものを国民にどう提供していくかという政策を立案していくときのいろんな参考になったり、パンデミックがあったりしたときのいろんな体制を取っていくのにこうしたデータが活用されていくということかと思えますので、こちらのデータについては有効活用されることを期待したいと思います。

医療費というものは、なかなか高齢化していくことで病気になる方も多いので医療費が膨らんでいくという側面もあります。そのほかにも、新しい薬や新たな治療技術が出てくると、こうしたことにお金がかかるので医療費がまた上がっていくという側面もあります。

○政府参考人（伊原和人君） お答えいたします。

【参議院】

そうした中で、今回法案の中でも提出させていただいておりますけれども、令和六年から第四期医療費適正化計画、これを実施していくことになるわけですけれども、今回、その実効性を確保する観点から、この法案では、都道府県ごとに保険者協議会を必置として、都道府県の医療費適正化計画の策定のみならず、計画終了後の実績評価にも関与する仕組みを導入することとして、ございます。

そうした議論を保険者協議会という形で健保組合間で協議、連携しながら取り組んでいくということは非常に重要な取組だと考えておりまして、今回、こういう必置というふうにさせていただいてございます。

また、内容面でおきましては、第四期計画で

また、新たな目標としましては、抗菌薬の処方

以上申し上げましたように、第四期の医療費適正化計画では、保険者協議会などが都道府県単位で活発に動いていただくことでより実効的な取組を進めていきたいと、このように考えてございます。

これ やった方がいんですけど、なかなかこれで、地域ごとにそんなに特性の差ってあつて、細かく見て注意していけば適正化というのはかなり効果が出るものなのでしょうか。

なぜ不可欠かと申しますと、やはり保険者だけ

○高木真理君 当事者の方に入っていた

○高木真理君 当事者の方に入っていた

だと、当事者意識の中から、皆さんにより危機感という適正化をしたいという思いが広がっていくということかなというふうに思いますので、その効果についても私も注視し続けていきたいというふうに思います。

次に、新薬あるいは新たな治療技術、こういうことで医療費増が出てくるという要素について伺います。

こういうことで、これはどの部分を保険適用のものとして認めていくかというのと関連してくるかと思うんですが、オブジーボでしたっけ、とても治療効果は高いけれども薬価がとても高いので、その治療患者さんが一人出るとかなり保険財政に影響を及ぼすというようなこともありました。

でも、一方では、それだけの有効な治療薬が出てきているのにそれが使えないのかという問題はまた別の問題として出てくるので、世界の医療技術がどんどん上がっていけばいくほど、その恩恵を国民全体にちゃんと受けられるようにしようと思うと、この保険財政が厳しくなっていくということとのせめぎ合いになってくるかと思えます。

国民のためには入った方がいいんだけれども、それで保険財政やっていくとすると、もうどんどん高齢者も増えていく中で、国民の手に負える、保険財政で手に負える保険制度であり続けることができるのか、医療費は国民が払える範囲で収まるのかという疑問があるんですが、この点についていかがでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

先生が御指摘のように、近年、非常に高額でありますけれども画期的な医薬品が医療現場に続々と導入されてございます。こうした中で、やはり医療保険財政という面からすると、そうしたものをどうやって取り入れることができるかと悩んでいるわけですが、同時に、でも国民の立場からすれば画期的なものを一日も早く使いたいと、そういう思いもございまして、その両立を図っていくということとは極めて重要な課題だと考えてござ

います。

そうした中で、我々どういうふうにしてこの問題に対処しているかと申しますと、例えば、非常に画期的な医薬品が出たと、でも最初は患者数は数十人でしたというとき非常に高い値段が付きまだけれども、それがもう新しい、例えばオブジーボの場合もそうですが、この、この適用が例えば新しいがんにも効くことが分かったと、こういうふうにして患者数が増えた場合には、値段を引き下げる形で、市場拡大再算定と呼びますけれども、値段を下げるようなこういう仕組みを設けておりますし、また、既存の治療と比較して費用対効果がどうなるかという費用対効果評価というのの導入してございまして。これは、一回薬価が決まったものも、何年かデータが蓄積すると、その効能、効果をもう一度評価して値段を再検証すると、こういう仕組みも入れてございまして。

こうした様々な取組をする中で、新しい画期的な医薬品を評価しなきゃいけないという問題とやっぱり国民の皆様は医薬品を届けると、この両方のバランスを取る、その形、その取組を今後ともやっていきたいというふうに考えてございまして。

○高木真理君 ありがとうございます。

では、次の質問に移りたいというふうに思いますが、次の質問に移りたいというふうに思いますが、今回の法改正でも、持続可能な形をなるべく模索する中でどういう体制をしていった方がいいのかということをしている体制をしているわけでありましてけれども、その中で介護人材というのは欠かさないものであります。もう介護人材の確保というのはずっと課題ですので、いろんなところでいろんな議論がされてきて、対策としてもいろんな手を打っていただいている。

介護職員の処遇改善、あるいは多様な人材の確保、育成のためのメニュー、離職防止、定着促進、生産性向上という意味からどういことをやるかという施策、介護職の魅力向上もしなきゃいけないということをやってきたこと、あと外国人

材の受入れ、環境整備、様々な手を打ちながら対応していただいているというのは理解をしているんですけど、とはいえ、ここからこれだけの人口減少が進み、これだけ働き手の確保が厳しくなっていく現状を目の当たりにすると、どこの職場でも働き手が足りないわけですから、さらに、この介護人材を魅力的なものにして人材を確保するというのは極めて難しい課題になってくるかと思えます。

そうすると、やっぱり決め手は処遇改善、ここすごく大きいわけで、段階的に、いただいている資料だと、月額平均は、最初の平成二十一年度の取組から比べると七・五万円、一人当たり改善するという努力もしてきていただいているというのは把握しているんですけど、これでも足りないという処遇改善について、もうこれは保険料の負担にも限界がありますから、公費をより多く入れているいただくということでしか改善できないのではないかとこのように思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今委員御指摘のように、介護人材、これからしっかりと確保していかなくちゃならない。そうした中で、他方で生産年齢人口減少していく中でどうやっていくのか、また、そもそも介護人材も不足がもう続いてきております。

そうした中で、処遇改善いろいろやらせてきていただいておりますし、今般の処遇改善の成果といたしますが、どういう影響、これもしっかりと分析をしながら、令和六年度の介護報酬改定、これ年末に向けて議論いたしますけれども、そういったところでもしっかりと検証を、議論をしていきたいと思っておりますし、また、公的価格評価検討委員会との中間整理が出ておりますが、それも踏まえ、費用の使途の見える化を行いながら、介護の現場で働く方々の処遇改善、それだけじゃなくて、やっぱり業務の効率化とかいろんな総合的な施策、これしっかり進んでいきたいと思っております。

その中で、今、介護報酬におけるその公費負担割合の話がございました。歴史を遡ると、元々、保険制度ではなくて、いわゆる国費でやっていた老人福祉制度という形で運用されていたわけですが、年々介護ニーズが増大する中で、従来のやり方では、いわゆる公費による措置制度では対応が限界だということで、いろんな議論を経て今日の介護保険制度が導入をされ、そして保険料、公費でそれぞれ五割を負担する仕組みになっているところでもあります。

保険制度ということもございまして、その公費負担割合は五割を超えて引き上げることについてはなかなか課題が多くあるのではないかとこのように考えておりますけれども、しかし、この介護保険制度は非常に大事な制度であることはもう御指摘のとおりであります。

こうした制度を不断に、今回も様々な見直しといたしますが、改善策を法案の中にも盛り込ませていただいておりますけれども、こうしたことも通じながら、持続可能なものとして、また、介護保険二一三のある方にしっかりとそうした介護保険サービスが届くように努力をしていきたいと思っております。

○高木真理君 ありがとうございます。

時間になったので、終わります。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良です。

質問通告はしていませんが、昨日、四月十九日、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボードが開催されました。そこでは、新規感染者数は全国的に緩やかに増加しており、五月の大型連休明けに感染が拡大することがあり得ると分析がなされたとのこと。政府は、新型コロナウイルスの感染症、感染法上の分類を五月八日から季節性インフルエンザと同じ五類に引き下げることを決めています。まさにこのタイミングで感染拡大が予測されています。

専門学会の協同隆字座長や東北大学の押谷仁教授ら四人の専門家がまとめられた新型コロナウイルス

イルス感染症のこれまでの疫学と今後想定される伝播動態によれば、対策の緩和が進む中で、現在、感染者数が増加に転じる地域が増えてきていて、今後、第九波が起きる可能性が高いとされています。新型コロナウイルスへの感染によって獲得した免疫を持つ人は現状で三二・一％と割合が低いことなどから、第九波は第八波より大きな規模になる可能性がありそうです。

五類移行後に第九波というような感染爆発などの事情変更が起こった際、政府として取り得る対策について大臣にお伺いします。

○国務大臣(加藤勝信君) まず、今後の状況認識でありますが、昨日のアドバイザリーボードの中心は今お話をいただいたところでございますし、過去二年を振り返りましても、年度替わりによる接触機会の増加などによって四月初めあるいは五月の連休明けに感染が拡大し、その後、一旦減少し、そしてまた夏に向けて感染の拡大というのがこれまで見られたところでございます。

また、昨日のアドバイザリーボードでは、今お話がありましたように、第九波の可能性が高いこと、また大きな波になる可能性も残されている、前提として、なかなか正確に予測するのは困難だという前提ではありますけれども、こうした御指摘もいただきました。

今後特段の事情がない限りは新型コロナウイルス感染症を五類感染症に位置付けることとしておりまして、最終的には今月中にも判断をさせていただきますということになりましたが、しかし、その場合においても、新型コロナウイルス感染症そのものがなくなるわけではありませんで、それに対する対策をしっかりと講じていく必要があるというふうに考えております。

特に、オミクロン株に移行した中で、感染力が大変強いことから感染者数が増加をし、結果として基礎疾患の悪化等により亡くなられる高齢者が多くなるという傾向になっております。そうした重症化リスクのある高齢者に重点を置いた対応を行うこととし、感染拡大が生じても必要な医療が

提供されるよう取り組んでいきたいと思っております。

具体的には、発熱外来については、これはまた移行していくわけでありませけれども、発熱外来においても、受入れ医療機関、入院の医療機関においてもその拡大を図るべくいろんな施策を講じていく、さらに、入院調整においても、これから基本的には医療機関間の入院調整となるわけでありますが、それを支援をしていく、しかし、一遍にいかない場合には、都道府県がやることに對しても当面そうした措置が継続できるようにしていく等の措置を行うことによって、これから感染が拡大し、入院者が増えるといったこと、そうしたことも想定しながら進めていきたい。

今、移行計画の策定を各都道府県にお願いをしておりますので、それを出していただいて、そうしたものを見ながら、各都道府県とよく連携しながら対応していきたいと考えています。

○打越さく良君 感染者数や死者数、お亡くなりになられる方を共に最大限減らしていただくことが国の責務であると考えます。もうあのときに感染症上の、感染法上の分類を引き下げなければよかったというふうに国民が、何というか、後で思うことがないように、是非、政府におかれては、不断の監視と今後の対策について遺漏なきを期していただきたいとお願い申し上げます。

それでは、通告いたしました質問に移らせていただきます。

本日は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の審議です。十二月の障害者総合支援法案などの改正案が束ね法案とされた際も、私は本会議にて、立法院を軽んずるものと申し上げました。それが、またも十一本もの束ね法案ということに誠に遺憾です。それはやっぱり、御理解するという石田委員の発言もありましたけれども、私はちよっと御理解できないということを改めて申し上げます。

そして、改めて、この法案の全世代型とはいか

なる意味なんでしょうか。そもそも社会保障制度は、イギリスのペラレッジ報告の昔より、揺り籠から墓場までということになっているわけですね。なぜ、あえて全世代型という用語を使うのでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) まず、年齢に関わりなく全ての国民がその能力に応じて支え合う、そしてそれぞれの人生のステージにおいて必要な保障がバランスよく提供される、こういった意味で、全世代型対応型、ごめんなさい、全世代対応型ということを使わせていただいているところであります。

○打越さく良君 ちよっと、はい、質問を続けませぬ。(発言する者あり)いや、関係する質問ですの。

自民政権となった二〇一三年の社会保障制度改革国民会議の報告書において、全世代型の社会保障とは、全ての世代を対象とし、全ての世代が相互に支え合う仕組みとされています。そこでは、負担を年齢別から負担能力別に切り替えることが提案されています。

この間の高齢者への負担増ということは、こうしたトレン드의延長線上にあると解してよろしいのでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今お話がありました社会保障制度改革国民会議報告書で、負担能力に応じて全ての世代で公平に支え合う仕組みを早急に強化するとされたことを踏まえ、これまでいろいろな見直しを進めてきたところであります。

本法案でも、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、年齢に関わりなく全ての国民がその能力に応じて社会保障制度を公平に支え合う、こういった仕組みにしていって、それが基本コンセプトであります。

○打越さく良君 問題は改革の内実なんですよね。負担能力別というのは、経済成長期であれば効果が大きいでしょうけれども、人口減少、今まさにそうだけれども、人口減少など縮小再生産

の局面では、サービス低下につながります。負担能力別は改革の手法とは言えないのです。

全世代型よりも、持続可能な社会保障制度の構築に重きがあるのではないのでしょうか。そう疑わざるを得ません。今後の更なる少子化、高齢化に向けて、制度の存続そのものが自己目的化しているのではないのでしょうか。こうした批判に本改正は応えていると言えるのでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 先ほど申し上げましたけれども、その負担能力に応じて支え合うと同時に、それぞれのステージに必要な社会保障サービスを提供していくということ、これは両方が必要であります。

今回の法案でも、例えば、子供、子育て世代への支援を拡充するため、出産育児一時金の大幅な増額などを行うことにしております。また、現役世代の負担の上昇を抑制するため、健康保険組合に対する、企業の賃上げ努力を促進する形で健康保険組合に対する既存の支援を見直すとともに更なる支援を行うこと、さらには、医療、介護を受ける高齢者等を支えるため、医療、介護の連携機能やかかりつけ医機能の制度化を含む医療・介護提供体制の基盤の強化、こういったことも進めているところでございますので、まさに大事なことは、それぞれの状況状況に、社会が変わっていく中に応じて必要なサービスを提供し、そして、それに関してそれぞれの能力に応じて支え合っていく、そのバランスを取りながら必要な社会保障制度を構築していくことが必要、大事だというふうに考えています。

○打越さく良君 建前ではそうおっしゃっていたけれども、結局、財政的な均衡を優先されてしまっているのではないかとこの不安が広がっているように思っていますね。たとえ制度が財政的に均衡して存続し得たとしても、加入者である国民に対するサービスが満たされないのであれば、その使命は果たせないわけです。既に年金制度がハッピータイヤメントの受皿になっていないと、健康保険制度がこれ受診抑制をむしろもたらすと、

介護保険制度が、家族の美風というか、そういうものの名の下に老老介護等を強いることを内包しているような状況にあります。これでは、制度が存続しても、手術は成功したけれども患者は死んだというような受益者不在の状況になりかねないわけですね。

今後の我が国の羅針盤となるべき社会保障制度全体の制度設計が示されなければなりません。今後の社会保障制度改革には、財政均衡優先ではなく、制度そのものの目的に沿った改革が必要ではないでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） 何のために社会保障制度があるのかということがすごく大事だと思います。ですから、社会保障制度が仮に要らないというのであれば、社会保険料というのもあるて徴収する必要はないわけでありますから、むしろ、やはりそこにはそうした二一ズに対応してどういう形で特に共助あるいは公助といった仕組みを取り込んでいくのか、そして、その中でそれをどういう形でそれぞれの方に負担をお願いするのか。それは、社会保険の方式もあります、公費の方式もあります、それから一部自己負担をお願いしている。

こういった組合せで今やっているわけでありますので、委員おっしゃるように、財政が均衡さえしていればそれでいいというわけではなくて、やはりそのときの、時々二一ズ、あるいは、これからの社会の変動に応じた仕組みをつくり上げていく。そして、しかしそれを、やっぱりもう一つは持続可能なものでなければならぬわけでありますから、その両面から我々はしっかり議論をしていく必要がある。今回も、そうした観点に立つて提案をさせていただいているわけであります。

○打越さく良君 これは本当に、まず、何というんでしょね、財政的なところを優先されるのではなくて、是非、厚生労働省に頑張っていたいただきたいという趣旨で質問させていただきまして、受け止めていただければというふうに思います。

法案名で更に問題なのは、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の改正案となっていることです。

来年は、三年に一度の介護保険制度の見直しの年です。これまで、介護保険法の改正に当たっては、三年を一期とする介護保険事業計画期間の見直しに合わせる形で介護保険部会において制度改正等に関する検討が行われてきました。

今般の改正に際しましても、介護保険部会で議論が行われ、昨年十二月に介護保険制度の見直しに関する意見が取りまとめられました。この意見では、介護情報の利活用の推進、地域包括支援センターの体制整備の取組等が提言されており、改正案にも反映されています。

しかし、介護保険における給付と負担に関する提言は見送られました。一号保険料負担の在り方、利用者負担割合が二割となる一定以上所得の判断基準については次期、つまり第九期計画に向けて、二〇二三年夏、今年の夏ですけれども、今年の夏までに結論を得るとされ、多床室の室料負担については、介護給付費分科会において議論し、検討を行い、結論を得るとされました。

その一方で、前回改正時からの引き続きの検討課題であったケアマネジメントに関する給付の在り方など、給付と負担の見直しに関する事項のほとんどは、二〇二七年度からの、次の次の制度改正まで結論が先送りされてしまいました。

このような給付と負担に関する議論をほとんど先送りするという結論に至った経過を大臣に伺います。あわせて、それが望ましいことなのかについても伺います。

○国務大臣（加藤勝信君） まず、この法案、先ほど三年に一回、介護関係の法案を提出しておりますが、今回も、より質の高い介護サービスの提供を可能とするため、介護サービス利用者の情報を本人や関係者が電子的に共有できる介護情報基盤を整備することなど、重要な改正事項を盛り込ませていただいたところであります。

御質問の介護保険制度の給付と負担の論点につ

いては、社会保障審議会介護保険部会において、昨年の秋以降、四回にわたって御議論いただきました。この中では、制度の持続可能性を確保するために積極的に見直しを行うべきという意見がある一方で、長期間介護サービスは利用されるものである、そういったことを踏まえて慎重な検討を図るべきという、様々な御意見を頂戴し、その結果、昨年十二月の介護保険部会の意見書において、利用者負担が二割負担となる所得の判断基準、一号保険料負担の在り方、介護老人保健施設等の多床室の室料負担、これについては令和六年度から開始する第九期介護保険事業計画に向けて議論を得ることが適当、また、それ以外の論点についても令和九年度からの第十期介護保険事業計画の開始までに結論を得ることが、出すことが適当とされたところであります。

こうした介護保険部会での議論を我々もしつかり受け止めて、これにのっとってそれぞれ、この六年度から開始する第九期介護事業計画、あるいはその次の計画の開始、その時期を念頭に置きながら結論を得ていきたいというふうに考えています。

○打越さく良君 どうも介護がどんどんと後回しにされていまいかという、介護保険についての検討が後回しされていまいかということが心配で伺っております。

介護保険制度は、常に政治によって翻弄されてきた歴史があります。この制度は元々、自社き連立政権時に与党主導で法案化がなされていた経緯がございます。連立政権の合意となった介護システムの創設は、法案提出が予想された百三十六通常国会では国会閉会までにまとまらず、ついには提出されませんでした。反対していたのは、介護の社会化が日本の美風、家制度的なものの美風といましようか、そうしたものに反するとした方とか、あるいは総選挙を前にして新たな負担を避けようとする自民党の政治家の方々でした。

介護保険法等三法案は、九十六年十一月、百三十九臨時国会にて提出されましたが、百四十通常国

会、百四十一臨時国会と、実に三国会、一年以上の審議、衆参両院にわたる修正を経て、九十七年十二月九日、衆議院本会議においてようやく可決成立するに至りました。

介護保険制度は二〇〇〇年四月にスタートしました。しかし、当時の自自公政権によって、いきなり半年間にわたる保険料凍結等、その後、一年間の保険料半額の期間が設けられ、ようやく二〇〇一年の十月から保険料の支払が全額支払となりました。それまで大変な努力を積み重ねて介護保険制度の準備作業を行ってきた自治体、また新しい制度に不安と期待を持っていた国民に対し、不信と混乱を与えてしまいました。

このとき、政府の特別対策として、不足する財源に一兆円ものばらまきが行われました。保険給付のみを先行させたことにより、半年間は保険料を支払わずにサービスが受給できることになり、保険制度としてのスタートにはなりませんでした。

また、保険者にとっては、サービス開始時に加え、徴収開始時及び軽減措置が終了した時点にも新たな業務が課されることになり、市町村や医療保険者に大きな混乱が持ち込まれました。

さらに、このとき、要介護度が高い高齢者を在宅介護している同居家族に支給される家族介護慰労金が導入されたことにより、これを選べば、保険料は払いながらも、介護保険の給付を受けることができなくなってしまうました。これでは単なる人頭税であり、保険制度としての権利性に重大な欠陥が生じたのです。これは今に至る老老介護の要因でもあります。この制度は保険原理に反するものではないでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） 今委員おっしゃったように、この介護保険制度、本当に大変な議論が重ねられ今日にわたるわけであります。元々、たしかドイツの保険制度、介護保険制度を参考にしながら、先進国の中でも本当に比較的新しい形、先んじて日本がこの制度を確立してきた。

しかし、今振り返ってみると、この介護保険制

度というのは非常に、今の高齢化の中で、それぞ
れの皆さんの、高齢者はもとよりであります、
家族、生活を支える大きな制度だというふうな認
識をしております。

その上で、今、家族介護慰労金のお話ござい
ました。そもそもこの介護保険制度ができたとき
も、介護を担う家族に現金を給付することにつ
いていろんな議論がありました。しかし、最終的に
それは、介護を家族が担うことを固定化する等の
懸念が、意見があり、導入が認められ、さらに、
令和元年十二月においても介護保険部会におい
て、そうしたものを導入、現金給付については導
入することは適当でないということで、これを私
ども踏まえながら進めさせていただいております。

その上で、家族介護慰労金でありますけれど
も、これは一年間介護サービスを利用せずに介護
を行った結果として支給される、こういった仕組
みであります。家族介護者を対象とした介護の知
識、技術の研修、介護者同士の交流会の開催な
どといった、介護、家族介護者を支援するた
めの事業の一つとして、地域の実情に応じ、市町村
の判断で実施を行っていたというものでありま
す。

したがって、これ自体が家族の介護への対価と
して支払われるものではなく、介護保険制度の理
念に反するもの、また、先ほど申し上げてきた介
護保険制度における、先ほど申し上げた議論に反
するものではないというふうな認識をしていま
す。

○打越さく良君 その点は今後議論していき
たいと思います。

いま一度、この法案の名称にこだわりたいで
す。この介護保険法の改正は三年ごとに行われ
ていますが、お配りしていただいた参考資料のと
おり、前回から介護の文字が消えています。介護
保険法が協役になっていると考えざるを得ませ
ん。政府が介護保険法を軽んじている証左では
ないでしょうか。

○政府参考人(大西証史君) お答え申し上げ
ます。

二〇二〇年、前回の改正から法案名に介護が
け落ちているがなぜかというお問い合わせと思
います。

二〇二〇年の改正でございますけれども、地
域共生社会の実現のために、地域住民の複雑化、
複合化した支援ニーズに対応していくため、包括
的な福祉サービスの提供体制、これは重層的な支
援体制、重層的支援体制と申しておりますけれど
も、これを整備していくという観点から行われた
改正でございます。もちろん介護保険の制度も
この主要な柱の一つでございますけれども、
あわせて、より基盤となります社会福祉法など
の制度がございます。そういうものと併せての改
正が盛り込まれたものでございます。

今申し上げましたように、改正の一番ベ
ースとなる主要な部分が社会福祉法の改正でござ
いまして、法律名といたしましては、地域共生
社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正
する法律とされたところでございます。

また、今般の法案につきましても、もうる
大臣からも御答弁いただいておりますけれども、
世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築
するためということで、医療保険制度と医療、
介護の提供体制を総合的連携を更に強化して
いくために改正していくものでございます。

その内容に鑑みまして、全世代対応型の
持続可能な社会保障制度を構築するための健康
保険法等の一部を改正する法律案とさせていた
だいてございまして、もちろん介護につきま
しても重要な要素として含まれているところで
ございまして、御理解をいただければと思
います。

○打越さく良君 ちょっと御理解してない
んです。

介護保険制度が政治に翻弄されてきた歴史を
振り返ってきましたけれども、今回の改正にも
また政治の横やりが入っていると云わざるを得
ません。

ん。

厚労省は昨年未だに給付と負担の見直しにつ
いて結論を出すつもりでしたが、与党から後
期高齢者医療制度の負担増と介護保険の負担
増が重なることに配慮すべきとの意見があ
ったことが踏まえられたと伝えられています。
大臣は審議会の意見を具現化したとだけと答
弁なされるかもしれませんが、今年中という
わささる衆議院総選挙の前には与党が負担
増を嫌ったということ、厚生労働記者会、
厚生日比谷クラブでは公知の事実です。今
度も介護保険法改正が与党の選挙の都合で
先送りしたことは強く指摘しておきます。

こうした改革の先送りによって、改めて改
正法案が提出されるのを伺います。その時期
は、次期臨時国会でなければ二〇二四年度改
正に間に合わないと思いますが、いかがで
しょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 介護保険制度見
直しについて、これは先ほど申し上げまし
た、三年を一期として介護保険事業計画の
サイクルに合わせ、社会保障審議会介護保
険部会において議論を行い、介護保険部会
の意見を踏まえ、法改正が必要事項につ
いては、必要に応じ関連性の強い他の法
改正とも併せて国会に提出をさせて議論
をいただき、成立を図っていただくと
ころでございます。

本法案においても、先ほど申し上げまし
たように、令和六年度から始まる第九期
介護保険事業計画の計画期間に向けて、
昨年十二月に取りまとめられた介護保
険部会の意見書を踏まえて、法改正が
必要事項について介護保険法の改正案
として盛り込んでいっております。

これから先のお話ございました。現時
点で将来のことを具体的に申し上げるこ
とはなかなか難しいところではありま
すが、基本的には、三年に一期とする
介護保険事業計画、これを作っている
わけでありまして、そのサイクルに合
わせて制度の見直しに関する議論を行
うことになるというふうに考えていま
す。

○打越さく良君 厚生労働省にお
いては、是非政

治に横やりを入れられないように頑張
っていただきたいと、これもエールです。

それで、ちょっと順番変えさせて
いただきます。かかりつけ医機能につ
いてまず伺います。

かかりつけ医機能とは、医療機関の
機能として、身近な地域における日常
的な診療、疾病の予防のための措置
その他の医療の提供を行う機能との
説明です。引つかるんですね。か
かりつけ医とかかりつけ医機能とは
どう違うのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お
答え申し上げます。

今委員御紹介いただきましたように、
この法案におきましては、医療法に
かかりつけ医機能について、医療機
関の機能ということで、今委員お
話いただきましたように、身近な地
域における日常的な診療、疾病の予
防のための措置その他の医療の提供
を行う機能といった規定で定義する
ということにしております。

このかかりつけ医、一方で、今委員
お話にありましたかかりつけ医でござ
いしますが、これはこの法案では規定
することとしてございせんが、一般
的には、日頃からかかっている身近
な医師や医療機関を指しているもの
というふうな承知しております。厚
生労働省としても、各種施策の推
進に当たって、こうした一般的な用
語という形で使用させていただいて
いるという状況でございます。

○打越さく良君 規定なさって
いないんですよ。それで分らないん
です。

患者に対してはどのように説明
なさるんですか。お願いします。

○政府参考人(榎本健太郎君) お
答え申し上げます。

今の医療法、現行の医療法にお
きましては、医師その他の医療の担
い手は、医療を提供するに当たり、
適切な説明を行い、医療を受ける
者の理解を得るよう努めることと
しているほか、入院や助産に際
しては、医療機関などの管理者に
対して、治療などに関する計画
や緊急時の連絡先など

の具体的な事項を患者又は家族に適切に説明するように求めているところでございます。

今後、慢性疾患を有する高齢者の更なる増加が見込まれる中で、継続的な医療を要する患者が治療に関する計画や必要なときに相談ができる医療機関の連絡先などを把握をしているということが重要になるといふふうに考えてございます。このため、この法案におきましては、現行の規定に加えまして、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有する医療機関は、継続的な医療を必要とする者に対し在宅医療を提供する場合など、説明が特に必要な場合であつて、患者又は家族が希望する際には、正当な理由がある場合を除き、治療に関する計画等について電磁的方法などによる説明に努めるということとしてございます。

こういったことによつて、国民、患者お一人お一人が受ける医療サービスの向上につながつてまいるといふふうに考えているところでござい

す。

○打越さく良君 やはり今の御説明だと、患者側にとつて今までとどう違うのかがまだ分かりにくいんですね。

衆議院での答弁では、患者の医療へのアクセス制限や、かかりつけ医を一人だけ登録するいわゆる登録制を導入するものではないということでしたが、これも非常に分かりにくいんですね。患者側にとつてはむしろ登録制の方がはつきりして分かりやすく、望ましいのではないのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今回、このかかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たりましては、今お話ありました登録制を含めて様々な議論が行われたといふふうに承知をしております。財政制度審議会の方からいろいろ御意見があったところでございます。

私ども厚生労働省といたしましては、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たりまして、そうした議論も踏まえて社会保障審議会の医療部会などにおいて御議論いただいたところでござい

ます。その際、認定・登録制度に関しましては、医療機関の選択権は患者側にあるという現時点での国民にとつての当たり前の意識に照らして抵抗感が強い、また、既存の医師養成制度はかかりつけ医の登録を前提にした教育にはなっていないといったような御意見があったところでござい

ます。

その上で、政府としては、全世代型社会保障構築会議の報告書において、必要なときに迅速に必要な医療を受けられることをフリーアクセスの考え方といふふうにした上で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じ、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきであるといふふうにされたことを受けまして、この法案におきましては、患者の受

療行動への介入については特段規定せず、患者の医療へのアクセス制限につながらないようなものといふふうにしてございまして、まずはこの内容に沿つて、地域におけるかかりつけ医機能の確保を図つていきたいといふふうに考えているところ

でございます。

○打越さく良君 今までの厚生労働省の説明でも、何か混乱を招いているかなと思われるところ

がございます。

コロナ禍で設置された厚生労働省の公式ウェブサイトで「上手な医療のかかり方」に「jp」には、現在も、健康に不安があるときは、まずかかりつけ医、かかりつけ歯科医に相談しよう」と書かれています。患者がかかりつけ医だと思つて相談したところ、医者の側があなただのかかりつけ

医ではないと言ふ事案が頻発し、混乱を呼びました。このかかりつけ医とは何だったのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

先ほどもちよつとお答え申し上げましたけれども、今回私ども御審議をお願いしております法案におきましては、かかりつけ医については特段定義をしてございません。また、これまでも法令上定

義というのは明らかにないものでござい

ますが、一般的には、日頃からかかっている身近な医師や医療機関を指しているものといふふうに承知しております。今御指摘がありました「上手な医療のかかり方」も含めて、厚生労働省としても、各種施策の推進に当たつて、こうした一般的な用語という形で使用させていただいているといふものでございます。

そういう意味で、この用語としては、医師、医療機関含む一般的な用語だといふふうに御理解をいただければ有り難いといふふうに考えているところでございます。

○打越さく良君 そうした説明でしたけれども、そういった説明、定義が、定義というか、意味合いが異なるものをいろいろとばらつかせていると本当に分かりにくいというふう

に思われます。

ちよつと時間がないので六番の方に行きますけれども、結局、かかりつけ医機能として、かかりつけ医の概念が示されないということが国民に分かりづら

いではないでしょうか。

様々な用語があるわけですね。家庭医とかプライマリケアドクターとか、総合診療医、主治医とか、どのような違いがあるのでしょうか。かかりつけ医との違いは何でしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) 今委員から幾つか、今委員から幾つか用語の例を挙げて御指摘がござい

ました。それらにつきましてはいずれも法令上でその定義が明らかにされた用語ではないといふふうに承知しております。かかりつけ医という用語についても、本法案では、先ほど来申し上げておりますように、規定することにはしてござい

ません。

今委員お話あつた幾つかの用語につきましては、これまでも非常に多様な意味合いで用いられている実態があるといふふうに承知をしております。家庭医とかプライマリケアドクターとか、あるいは総合診療医とか主治医といったような用語と、かかりつけ医という用語とのその違いや関係性について定まった考え方があるわけでは

ないといふふうに認識しているところでございます。

○打越さく良君 かかりつけ医とは、家庭医構想を嫌う日本医師会の側から提案されたものです。日本の開業医は専門医としてのプライドが非常に高く、プライマリケアを担ういわゆるホームドクターのような立場を一段低く見る傾向にあつたこの指摘もござい

ます。

関西大学の一圓光彌名誉教授は、次のように指摘しておられます。当時日本医師会の会長は武見太郎氏であつたが、医師会が開業医の利害を守る立場から、供給体制の整備は自由開業制を基本とするべきで、また診療報酬は出来高払でなければならぬと主張していた、そしてイギリスの医療保障制度については、日本にはなじまない社会主義医療であるとし、自由な受診を規制する家庭医制度とその人頭報酬制度を徹底して批判するようになった、以来日本では家庭医も人頭報酬も禁句になつてしまつた。

今に至るも、自由開業、フリーアクセスを阻害するとの日本医師会の懸念に引きずられ、生煮えの議論のまま法律に盛り込もうとしたことに無理があるのではないのでしょうか。

こうしたことが、衆議院の審議における加藤厚労大臣の、この法案では患者の受療行動への介入について規定するものではなく、また、患者の医療のアクセス制限を行おうとするものではないことから、法律上、かかりつけ医やかかりつけ医療機関といった用語を定義する必要はないと考え、実際、法案にはそうした定義を行つていないといふことでありますとの答弁につながっているのではないのでしょうか。これは日本医師会におもねり過ぎではないのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) ちよつと御説明申し上げたいと思います。

かかりつけ医機能という用語自体につきましては、元々、平成二十五年の社会保障制度改革国民会議の報告書においても用いられております。また、同年、日本医師会・四病院団体協議会合同提

言におきまして両団体としての定義が提唱されているということ、この用語によってこれまで様々な議論が積み重ねられてきたというふうに承知をしております。

こうした中で、これまで厚生労働省といたしましても、省令におきまして、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談などを行う医療機関の機能をかかりつけ医機能というふうに規定をいたしまして、これを有する医療機関から都道府県への報告を求め、医療機能情報提供制度によります国民、患者への情報提供を進めてきたところでございます。

また、昨年十二月には、全世代型社会保障構築会議の報告書におきまして、必要ときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方の下で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきであるというふうにされたところでございます。

今般、複数の慢性疾患や、あるいは医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加に合わせて地域医療の担い手の確保が困難になる中で、身近な地域における医療機関の役割が重要になるということでございますので、こうした議論の経緯や、あるいは施策の取組状況も踏まえて、本法案においては、医療法にかかりつけ医機能という言葉により規定するということとしたものでございまして、これ自体が特段の、特定の団体に配慮をしてこういった形にしたというものでは決してございません。

○打越さく良君 時間がございませんので、最後の質問ですけれども、やっぱり、かかりつけ医機能のこの議論に最も不足しているのは何とお考えですかということをお大臣に伺いたかったんですけど、それは、私から答えてしまうと、患者ですよね。患者に関する議論がないと。医療提供側の在り方のみが議論され、肝腎の患者のためのかかりつけ医の議論はなされていません。説明を伺っても、患者にとって何がメリットになるか分からない。

いと。それはなぜかという、医療提供側のみの議論に終始しているからです。

機能ということに着目するのであれば、まず患者の病歴等をポータル化することが先決ではないでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今後、いわゆる医療DXの取組として、オンライン資格確認などシステムのネットワークを拡充をして、必要な保健医療情報を医療機関などの間で全国的に効率的かつ効果的に共有、交換できる全国医療情報プラットフォームを創設することによってでございます。

医療部会、社会保障審議会の医療部会におきましても、かかりつけ医機能を発揮される制度整備を進めるに当たっては、医療分野のDXに関しまして、PHRやオンライン資格確認の活用など、情報基盤の整備に係る重要性についても御指摘があったところでございます。

この法案におきましては、国民、患者の皆様がかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できますように、医療機能情報提供制度による情報提供を強化するとともに、医療機関に対して機能の報告を求め、都道府県と地域の関係者との協議の場で必要な機能を確保する具体的方策を検討するということとしてございまして、こうした仕組みの具体的な運用を検討するに当たりましては、今委員から御指摘ございました情報基盤の活用の観点も含めて、有識者などの御意見も踏まえて検討していきたいというふうに考えているところでございます。

○打越さく良君 生煮えの議論を小出しにするのではなくて、患者本位の医療制度改革を望みまして、質問終わります。

質問たくさん残してしまつて申し訳ございません。○委員長(山田宏君) 午後一時三十分再開することし、休憩いたします。

午後零時十六分休憩

午後一時三十分開会

○委員長(山田宏君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

休憩前に引き続き、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○若松謙維君 公明党の若松謙維です。

全世代型社会保障健康保険法、大変幅広いテーマでありますけれども、最初に出産・子育て応援交付金から入らせていただきます。

資料の一、これが出産・子育て応援交付金の全体図であります。そして、資料二が令和四年度補正予算における出産・子育て応援交付金のいわゆる説明であります、これが、出産・子育て応援交付金が令和五年九月末までの内容でございます。そして、資料三が令和五年度当初予算案に計上しました出産・子育て応援交付金ということ、令和五年十月以降の半年分と、こういう資料であります、これは公明党がずっと提案をさせていただいたものでございます。

そして、これ昨年の、この制度で昨年の四月から給付が開始しております、この出産・子育て応援交付金には伴走型相談支援とまた出産・子育て応援ギフトがありまして、それぞれ現時点の対象人数は何人なのか、また、この同交付金の制度化に向けた、いわゆる恒久財源も含めた制度化に向けた取組もお尋ねをいたします。

○副大臣(和田義明君) お答え申し上げます。

出産・子育て応援交付金については令和四年度補正予算において創設したものであり、一年間におけるそれぞれの対象者数は、出産応援ギフトが約八十七万人、そして子育て応援ギフトが約八十一万人の、合計約百六十八万人を想定してございます。

出産応援ギフト及び子育て応援ギフトにおける

現時点の対象者数は把握しておりませんが、本年一月以降、約九割の市町村で開始されており、出産・子育て応援ギフトの交付、伴走型相談支援が進んでいるところでございます。

今後、より子育て家庭のニーズに寄り添った対応ができるよう、今年度、地方自治体の実施状況や創意工夫の取組事例の収集等を行う調査研究を実施し、本事業の課題を分析、整理する予定でございます。

また、去る三月三十一日に取りまとめましたことも、子育て政策の強化に関する試案におきましては出産・子育て応援交付金の制度化等の検討を盛り込んでおりますが、今後、こうした調査研究の結果も踏まえつつ検討を進めてまいります。

○若松謙維君 それでは、この出産に対する保険給付に関しまして、諸外国の制度がどうなっているのか。例えば、日本のように一時金で支給しているのか、あるいは現物給付となっているのか。ちなみに、私事ではありますが、実は長男がシアトルで生まれまして、これは私的保険、個人保険ですから、三入院と、あと子供がジョーンス、黄痘ですか、で二百万掛かりました。おかげさまで、アメリカと日本の保険で何とかカバーできた。イギリス、実は長女が生まれまして、これ全くフリー、ミルク手当も出るんですね。

それぞれ国で違つたと思うんですけども、是非、どういうふうになっているのか、概要をお願いいたします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。出産に関する公的な支援制度においては、各国医療制度によってそれぞれ異なっていると承知しております。

例えば、今先生からも御紹介ございました民間医療保険を基本とするアメリカでは、分娩に関する保険給付も民間保険が中心となつているため、施設によって出産費用が異なるほか、保険給付の額も加入する保険によって異なっております。

一方で、公費で運営されているオーストラリア、これはイギリスにも近い制度なんですけど

も、公的なメデイケア制度の下で、公立医療機関において出産費用は基本無料とされており、しかし、追加的なサービスについては自費となっております。民間医療機関で出産した場合に

は自費での負担というふうに承知しております。また、社会保険方式であるドイツでは、出産に

関わる最低限必要な項目を公的医療保険の給付範囲としており、個室代や規定以上の超音波検査などは自費での負担となっていると承知してございます。

○若松謙維君 そうすると、何か日本はやっぱりドイツに近いという感じですね。

そうすると、次、資料四なんですけれども、ちよつとこれからなかなか複雑になってきますので、今日はいったい資料を使いながら質問を進めていきたいと思っています。

この資料四でありますけど、いわゆる今回の見直しの一つのテーマであります出産育児一時金の増額に併せた、同時に、この出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入ということで、ちよつと八万引き上げて五十万円になるわけでありまして、そのうちの、ちよつとこの五十万のところを見ていただきますと、後期高齢者、百三十億増ということで、ここに対して様々な議論があるわけでありまして、そして、それは六百三十億円増という増額の一部を後期高齢者に負担していただくということで、批判、また懸念もあるわけでありまして。

これを、大体、対象者が後期高齢者、百三十億の対象者二千万人おりますので、大体一人当たり年六百円ですか、ということでありまして、これにつきまして、この本法案では、後期高齢者医療制度から出産育児一時金を支援する制度が創設されるということで、高齢者からどのような意見があるのか、それについてお尋ねをいたします。

○政府参考人(伊原和人君) 今回の制度改正では、子育てを社会全体で支援する観点から、出産育児一時金を大幅に引き上げまして、あわせまし

て、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に要する費用の一部を支援する仕組みを導入することとしております。

昨年秋にこうした仕組みについて議論を行いました社会保険審議会医療保険部会では、高齢者を代表する委員から、全世代型社会保障という観点からは後期高齢者医療制度からの支援は当然で受け入れざるを得ないだろうが、出産育児一時金の効果についてはしっかり調べるべきという御意見がございました。また、別の高齢者を代表する委員からは、後期高齢者は低年金者、低所得者の比率が高く、生活に必要な支出が圧迫されている現状があると、こういう懸念の声もございました。

今回の制度改正につきましては、こうした御意見も踏まえまして、出産育児一時金の大幅な増額と併せて出産費用の見える化を抜本的に強化するとともに、高齢者に新たな御負担をお願いするに当たりましては、一律に、全員に一律の御負担をお願いするのではなく、低所得の方々の負担増が生じないよう負担能力に応じた負担とすること、また、出産育児一時金に対する後期高齢者からの支援対象額を二分の一にするなど、激変緩和措置を講ずることとしております。

○若松謙維君 この何で百三十億かということでありまして、私が説明しちゃいますけど、結局、令和六年度ですか、の保険料で全体が二十四・四兆円に見積もられるのに対して、後期高齢者の負担額が一・七兆円、ということは七％と。

ですから、全体の七％掛けて、あつ、四千億ですね、増えますと全部で四千億必要になりますので、その七％掛ける二百八十億、しかし、それではなくて、二分の一に抑えていただいで百三十億にしたと。そういう理解でいいですね。

それでは、当然、今また世の中で議論になっているのがいわゆる便乗値上げという話であります。

ちよつと資料五を見ていただきますと、これは、厚生労働省の保険局保険課長から公益社団法人日本産婦人科医会会長殿ということで、出産費

用等の分かりやすい公表についてといういわゆる通達であります。

ここで見ていただきますと、とにかく各産婦人科医療機関におきまして分娩料金の改定を行う場合には、相当の周知期間を設けて、料金改定内容とか改定時期ですか、改定の理由等を自院のホームページ又は院内の見やすい場所にしっかりと案内して、リーフレット等の配布等によつて適切に周知してほしいと、そういう依頼の文書でありまして、いよいよ見える化ですか、のための、来年、令和六年四月を目途に出産費用の見える化が実施されると、こうなっておりますけれども。

そうすると、現在、たしか出産一時金は直接支払制度ですか、これが導入されていると思うんですけども、当然、妊婦の窓口負担軽減というところで大変重要な仕組みでありますので、これが今後五十万になつても、この制度はどうなるのか、お尋ねをいたします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。出産育児一時金の支給につきましては、従前は、出産した方が医療機関等の窓口で一度出産費用を全額負担していただいた上で、その後、事後的に御本人から保険者に出産育児一時金を請求して受け取っていただく、こういう仕組みでございました。

それでは経済的負担、一時的に立て替えなければいけないとか、あるいは申請者の事務負担があるものから、これを軽減するため、平成二十一年十月以降、医療機関などが本人に代わって保険者に直接請求することを可能とする直接支払制度を実施しております、現在、出産した方の九割を超える方々がこの制度を御利用いただいております。

今月から出産育児一時金を五十万円に引き上げたところでございますけれども、この直接支払制度の運用は従来どおり継続すると、このように考えております。

○若松謙維君 そういうことで、本人負担は、本人の支払はなくても大丈夫だということですね。

はい、確認できました。

それでは、次の資料六を見ていただきます。これ、ちよつと数字がいろいろと並んで、ちよつと説明させていただきますと、まず、結局、今、日本の保険制度、いわゆる健康保険、さらに共済組合等、健康保険にも協会けんぽと組合健保とあつて、それにさらに国保、そして後期高齢者医療制度と、これは大変、先ほどのほかの委員の方も取り上げられました。

まず、経常支出の後期高齢者支援金を見ていただくと、合計が六・五兆円、これが上の経常収入の後期高齢者交付金ということで財源となつて六・三兆円となります。さらに、次の、後ほどの質問に関わつてきますので説明させていただきますと、この経常支出の前期高齢者納付金ですか、合計三・六兆円、これは、経常収入の、下から三番目です。前期高齢者交付金ということで三・六兆円。こういうふうに、それぞれの付け替えというんですかね、相互協力ということで、負担というんですかね、そういう制度になっております。

そして、特に後期高齢者医療制度、右端を見ていただきたいんですが、まずは、その国庫負担、都道府県、市町村、いわゆる公費ですね、これがいわゆる後期高齢者医療制度の半分と、五割と。

さらに、先ほどのいわゆる現役世代の健康保険等から来た支援金が四割、そして七十五歳以上の御本人負担が一割と。こういうことで、基本的には現役世代が九割実は支援をしていると、こういう現状でありますから、今日の議論とは違うんですけど、やはり現在の制度を維持するためには、現役世代をいかに、確保つて言い方は変なんですけれども、しっかりとちよつと見据えて対応しなければいけないと、これが大事なんです。それは置いておいてですね。

これにつきまして、資料七ですか、実は八、九とあるんですけども、ちよつとファイリングが悪くてちよつと皆さんに御迷惑掛けちゃうんですけど、まず資料七なんですけれども、これは、後

期高齢者負担率の見直しによりまして、後期高齢者の保険料負担が八百二十億円増えるわけであります。えっ、何だということに恐らく世の中いつとき騒然としたと思うんですけど、やっぱりこれは何のために行うかということで、先ほど言いましたように、その四割、現役負担をしていただくために、やはり現役世代の負担も、軽減も同時に考えなくちゃいけないと、それが今回の全世代型という制度改正になっていくわけでありますけれども。

この八百二十億円の後期高齢者負担という、一人当たり単純に考えますと、先ほど、二千万人ですの、年間四千円ということでありますけれども、この趣旨を是非、丁寧に、また資料八、九ありますので活用しながら、ちょっと御説明をいただきましたんですけど、よろしくお願いいたします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

二〇二五年までに団塊の世代が全て後期高齢者となる中、後期高齢者の医療費の約四割を負担している現役世代の負担上昇を抑制していく、それは非常に重要な課題でございまして、やはりこの負担能力に応じて全世代で増加する医療費を公平に支え合う仕組み、これが重要だと考えてございます。

本法案では、平成二十年の後期高齢者医療制度の創設以来、後期高齢者の保険料率の伸びが一・二倍であるのに対して、現役世代が負担する支援金の伸びが一・七倍と、高齢者の保険料よりも現役世代の支援金の伸びが大きく上回っていることを踏まえまして、介護保険を参考に、後期高齢者一人当たりの保険料と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金の伸び率が同じとなるように見直しをするということでございます。

この制度改正によりまして、令和六年度から高齢者に新たな御負担をお願いするに当たりましては、全員に一律の負担をお願いするのではなく、低所得の方々の負担増が生じないよう負担能力に応じた負担とするとともに、出産育児一時金に対

する後期高齢者からの支援対象額を二分の一とするなど、激変緩和措置を講ずることとしております。

こうしたことによりまして、均等割保険料の目が賦課される約六割の低所得の方々には、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、その上の所得の約一二％の方々についても、令和六年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとしてございます。

こうした制度改正の趣旨や内容につきまして、激変緩和措置を含めまして、被保険者お一人お一人へお知らせをお送りするなど、丁寧な周知、広報に取り組んでまいりたいと考えております。

○若松謙維君 今の局長の説明をちょっと資料八でもう一度おさらいをいたしますと、結局、後期高齢者の約六割の、ここで六一％の方であります、ここは負担増が生じないと。あわせて、令和六年、本当は別の資料をお配りすればよかったんですけど、令和六年から、収入四百万ですね、報酬四百万以上の方は月額増加が千七百十円、そして令和七年度から収入二百万以上の方が月三百三十円上がる、こういう激変緩和ということですね。

これに対してどう考えるかなんですけど、やはりこの全体の制度改革は私どもはやつぱり必要ではないかと思っております、今丁寧に説明をしていただいた次第でございます。

そして、この資料九なんですけど、今回の高齢者負担率の見直しということで、先ほど局長もお話ししました、いわゆる介護保険制度を活用して現役世代と高齢者世代の伸び率を一緒にすると、こういう改正だと思んですけど、じゃ、結局、今回の制度改正全体で後期高齢者の負担はトータルで幾ら増えるのか、これが一点。二つ目は、負担能力に応じた負担を高齢者をお願いするに当たり、今後、所得がある程度ある後期高齢者の人数が減少してくるんじゃないかと。そうすると、今度制度の持続可能性が危ぶまれると懸念するわ

けであります、どのようにこの持続可能性を確保していくのか、お尋ねいたします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

まず、今回の制度改正におきましては、先ほど御説明させていただきましたけれども、まず、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度から支援をいただくと、これが令和六年度ベースで百三十億円。それから、高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う観点から、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合、これを見直すこととしておりまして、これで八百二十億円。これで全体としてまして、令和六年度の推計で約九百五十億円の追加の御負担をお願いすると考えてございます。

この高齢者の方々からの御負担でございますけれども、所得にかかわらず低所得者の方にも御負担いただく定額部分と、年収百五十万以上の方に所得に応じて負担していただく定率部分、これによって賦課しておりますが、今回の制度改正によりまして、令和六年度から高齢者に新たな御負担をお願いするに当たりまして、先ほどちょっと御紹介させていただきましたが、一律の負担ではなくて、低所得の方々には負担増が生じないように配慮した負担としてございます。

それからもう一つ、今後どうなるのかという御指摘でございました。平成二十年から、平成二十年にこの後期高齢者医療制度創設されましたが、それ以降の所得の状況を見ますと、後期高齢者の一人当たり所得はこの間約六％の伸びが見られていくところであり、今回新たな御負担をいただく方々の割合が低下するということは、そういう傾向は見られておりません。

ただ、そうでありながらも、今後とも、こうした高齢者の所得の状況を踏まえつつ、負担能力に応じた負担という今回の改正の考え方を維持しながら、今後とも医療保険制度、後期高齢者医療制度の持続可能性の確保に努めてまいりたいと考えております。

○若松謙維君 この後期高齢者に実は関わる話で

ありますけれども、マイナンバーカードと健康保険証の一体化が今進んでおります。そして、高齢者、そのために当然高齢者への配慮が必要と、こういうことでございます。この健康保険証の廃止、これが法案あるわけでありまして、当然、保険料を滞納されている方に対して一旦窓口で自己負担をお願いする資格証明書、この仕組みを償還払いにする旨の通知に置き換えることが定められております。

この資格証明書がありますが、現在、後期高齢者医療では原則として発行しない運用方針、いわゆる現在ゼロですね、ということになっておりますが、高齢者は医療の必要性が大変高いということに鑑みますれば、健康保険証や資格証明書の廃止後もこの方針を維持すべきではないでしょうか。厚生労働大臣、お尋ねをいたします。

○国務大臣(加藤勝信君) 国会で現在御審議いただいているマイナンバー法等の一部改正法案では、特別の事情がないにもかかわらず長期にわたる保険料を滞納している場合に資格証明書の交付を行う現行の規定に代えて、償還払いとなる特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行う規定を整備することとしております。

他方、後期高齢者医療制度においては、これまで、高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることのないよう資格証明書についてきめ細かな収納対策を講じ、保険料納付につき、十分な収入などがあるにもかかわらず保険料を納付しない悪質な場合に限って対象とするという運用を徹底してきたところであります。

健康保険証や資格証明書の廃止後においても、後期高齢者医療におけるこうした方針、これは維持していくというふうに考えております。

○若松謙維君 実際、前期高齢者より若い方々というんですか、その方々のいわゆる資格証明書が発行されている数、いわゆる未納者ですね、が九万九千人ということで、実は、そのお一人でしょう、私のところにも大変取立てが厳しいと、そういう話がありまして、先ほど特段の事情という

ことなんで、そこは現場の配慮分かります、それはまた違う機会に議論したいと思えます。いづれにしても、当然財源確保のためにはしっかり徴収する、しかし特段の配慮も必要ということ、そこは是非、人道的な立場を重視しながら、資格証明発行者の方に対する配慮もお願いしたいと思えます。

それでは、医療保険制度の基盤強化についてお尋ねをいたします。

この本法案におきましては、都道府県ごとに保険者協議会を必置するとして、いわゆる都道府県医療費適正化計画の策定、評価に関する仕組みを導入するという制度になっておりますが、この趣旨ですか、背景、必要性についてお尋ねをいたします。

○副大臣(伊佐進一君) 今後、高齢化が更に進展していく中で、この医療保険制度の持続可能性を高めていくというために医療費の適正化は重要な課題だというふうに認識をしております、地域の実情に応じ、実効的な取組を進めていただきたいというふうに思っております。

令和六年度、二〇二四年度から第四期医療費適正化計画が始まりますが、この計画の実効性を確保するという観点から、この法案においては、都道府県ごとに保険者協議会を必置といたしまして、この都道府県の医療費適正化計画の策定のみならず、計画終了時の実績評価にも関与するという仕組みを導入させていただいて、PDCAサイクルを回していくという点、そしてまた、この保険者協議会に医療関係者が参画するということも引き続き促進をいたしまして、都道府県が医療保険者、また医療関係者と連携をして、地域のそれぞれの実情を踏まえまして、実効的な取組を推進する体制を構築してまいりたいというふうに思っております。

○若松謙維君 このいわゆる策定、評価、評価です、非常に重要なんですけど、以前ですと、例えば介護保険の監査ですか、各県によってかなりばらつきがあると、個人の個性が出て、ちよ

と勘違いしていて、ちよと監査が厳し過ぎるという、ひどいというんですね、そういうのは聞きました。最近聞かないんで、改善していると思えます。

是非、この制度もそういうふうにはばらつきがないように、ちゃんとこの評価する人たちのやっばり教育というんですか、そこもしっかり担保していただきたいと思えます。

それでは、資料の十ですか、に触れたいと思えますけど、まず、なぜ、そのいわゆる前期財政調整制度ですか、ということ、こういうときしか聞かない言葉だと思えますけれども、なぜ保険間で調整が必要なのかということ、さっき資料六でも皆さんに説明させていただきましたが、ある意味で、財源があつち行ったりこつち行ったりしているという、これが調整制度であります。

それが今回は、現役世代でお互いに調整しているということ、特に、協会けんぽが九百七十億減つて、健保組合六百億というふうにほかにお願いをすると、こういうことであります、その必要性、また、効果についてお尋ねをいたします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。今御質問ございました前期高齢者の調整制度ですけれども、これは六十五歳から七十四歳までの前期高齢者の医療給付について、高齢者が各保険者に偏在しているというに伴うこの負担の不均衡を現役世代の中です正するために設けられている制度で、現在は頭数、人数に応じた財政調整を行っております。

一方、現状では、いわゆる健保組合間で保険料率が二倍を大きく超える状況、格差が生じてございます。こうした格差を是正する観点から、今回、被用者保険者間では、報酬水準に応じた調整、いわゆる報酬調整ですけれども、それを三分の一程度の費用について導入することとした次第でございます。

この報酬調整の導入は、被用者保険者間の保険料負担の格差を是正し、現役世代の保険料負担をより公平なものとしていくという仕組みでございます。

まして、今回、併せて提案させていただいております様々な改革と併せまして、全ての世代が能力に応じて社会保障制度を公平に支え合う仕組みの構築、その一環であると考えてございます。

○若松謙維君 じゃ、局長、もし、分かると思うんですけど、何で三分の一だったんでしたっけ。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。まず、各医療保険者が自主自律で運営していくということからすると、全面的に調整するとなると、やっばりその自主・自律性との関係で、いろいろその兼ね合いの問題というのがございまして。そうした中で、今回、医療保険部会等で議論していく中で、今回、三分の一という形で皆さん合意された地点がその水準だったということでございまして。

○若松謙維君 そういう議論の中で結果としてなったわけですね。はい、受け止めます。

それでは、次の質問です、この前期財政調整制度を導入することによって当然健保組合の負担が増加しているわけですが、これは関係者の合意が得られているのか、そして、今回の制度改革に際して行われる健保組合への、たしか国費ですか、支援があつたと思うんですけど、それはどういう趣旨でどういうものなのか、お答えください。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。前期財政調整における報酬調整の導入の趣旨は先ほど申し上げたとおりでございますが、結果的に、負担が減少する健康保険組合がある一方、負担が増加する健保組合もある、こういうことになりまして。

今回の制度改革では、この報酬調整の導入以外にも、出産育児一時金の費用を高齢者を含む全世代で支え合う仕組みを導入する、それから、現役世代の負担上昇を抑制するために後期高齢者医療制度における高齢者保険料負担割合の見直しを行う、そしてもう一つ、後でも詳しく申し上げますが、健康保険組合に対して国費による更なる支援を行うと、こういう対策を全体として行うことと

しております。

これらをトータルで見ますと健康保険組合全体としての負担は減少すると見込んでおります、こうした改正の趣旨につきましては健康保険組合を含めた関係者にも御理解いただいて、この制度改正の内容について成案が得られたと、このように理解してございます。

そして、お尋ねがありました健康保険組合に対する支援につきましては、現役世代への負担をできる限り抑制するという観点から、令和六年度から国費による支援を約四百三十億円追加するとしております。

具体的には三つございまして、一つは拠出金負担が過大となる健康保険組合に対する財政支援の拡充、これを、国費百億円を追加いたします。それから、健康保険組合の高額医療費交付金事業に対する財政支援の制度化と、これは国費百億円を新たに補助します。それから、前期財政調整による負担の割合、伸びに着目した高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充、これは国費二百三十億円を追加するということとしてございます。

○若松謙維君 理解いたしました。

次に、かかりつけ医ですか、について質問をいたしますが、先ほど打越委員に同じ質問をしていただきましたので、ちよと違った観点から、もし答えられればお答えいただきたいんですが、やはりこのかかりつけ医という、例えばイギリスですか、GP、ゼネラルプラクティションというんですね、いわゆる登録制度、若しくは、諸外国では、いわゆる登録制とフリーアクセスというんです、日本はフリーアクセスだと思っております、これどっちが主流になっているのか、分かる範囲で結構ですので、お答え願います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

いわゆる登録制度、そういう中にどういったものを考えるかによつてはまた捉え方というのは恐らく違ってくるかと思いますが、欧米主要国で見ますと、例えばイギリスあるいはフランス、ドイ

ツといった国においては登録制といったような仕組みが法令上定められているというふうにも承知をしております。一方で、いわゆるOECD諸国全体で見ますと、必ずしもそれが義務付けられている国が多いと言えるかどうかというのは一概にはなかなか言いづらいという状況ではないかというふうに思っております。

いずれにいたしましても、諸外国と日本とで考えますと、やはり、そもそも前提となる医療提供体制の在り方、また、その医療提供をしていたべくその主体の歴史的な経過というのかなり違っているのは正直あるかと思えます。また、その国によつては、医療保険財政を持っているのか、あるいはもう自由主義でやっているのかといったようなその仕組み、ファイナンスの仕組み自体もかなり違つておるといったような経過がある中で、なかなか一概にこれがいいのか悪いのか、言わば国際的に見て、だから日本というふうには、なかなか言えるようなものにはなりにくいんではないかというふうに考えているところでござい

ます。

○若松謙維君 いわゆるかかりつけ医というのは、今日はお医者さん、また看護師の方と薬剤師さんいっぱいいらっしゃる中で何かちよつと聞きにくいんですけど、要は、利用する国民、患者さんですか、そして、かかりやすいと。また、お医者さんも、かかりつけ医っていうんですか、方も、その患者さんのことをよく分かっているのと、お互いに、何というんですか、メリットがある

と。

そういう理解がかかりつけ医という理解は間違っていないでしょうか。

○政府参考人 榎本健太郎君 いわゆるかかりつけ医というのは、相互に患者さんとお医者さんとの間で信頼関係があるというのが前提として、日頃、その先生あるいはその医療機関にかかつているということが成り立つ、そういう関係が成り立っていることでかかりつけ医関係があるというふうに一般的には考えられているというふう

思っております。

そういう意味で、かかりつけ医というのは、今回、法律上の、私どもの御提案しております法案の中には特段定義はしておりませんが、一般的には、そういう意味で日頃からかかっている身近な医師や医療機関というふうに御理解いただければ有り難いというふうに思つてございます。

○若松謙維君 それで、改めて確認ですけど、今、先ほどいわゆる登録制という御意見もありましたけど、いわゆるOECDだと決してメジャーではないと、そういう理解でいいんですか。

○政府参考人(榎本健太郎君) 必ずしもこのいわゆる登録制をしている国がかなりの割合を占めているという形ではないんではないかというふう

に理解しているところでございます。

○若松謙維君 それでは、いわゆるかかりつけ医なんですけど、ちよつと資料十二を見ていただきますと、医師会の中にあるような会があつて、ちよつと門外漢にとつては分かりにくいんですが、この総合診療専門医という制度がありまして、これもかかりつけ医としての役割を担うということで、私の、ちよつと勉強したんですけれども、特にオランダとかデンマークとかですか、こういう総合診療専門医。一般に、GPよりも今は国内のクリニックの経営の方はやっぱり専門化しておりまして、ちよつと、やっぱり医学勉強すればするほど専門化せざるを得ないと、だけど全体感も見なくちゃいけないという、何というんですかね、近視眼と遠視眼の間の正視眼というんです

か、やっぱりこういう観点から総合診療専門医というの、私は重要じゃないかと思つておりまして、是非、この総合診療専門医の今養成の現状というんですか、また今後の期待について、厚生労働省、どのようにお考えになるのか、お尋ねします。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。今委員から御指摘ございました総合診療専門医でございますが、非常に幅広い領域の研修などを

行つておられまして、総合的な診療能力を有する医師ということで、日本専門医機構によつて令和三年度から専門医ということで認定されてきているものでございます。現在、これまでに約三百名が認定されているというふうに承知しているところでございます。

この総合診療専門医につきましては、他の領域別専門医やあるいは他職種の方々と連携して多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供するということが期待をされておりました、厚生労働省といたしましても、日本専門医機構に対して、総合診療専門医の研修における指導医の養成などを支援する事業を実施をしてきているという状況でござい

ます。

○若松謙維君 それで、こういう総合診療専門医という方がいらつしやると。お医者さんが更に三年間、この研修プログラムありますが、三年以上でたしか十七項目ぐらいですか、勉強されるという大変な御負担だと思ふんですが、でも、そうやることによって全体感見えると。当然かかりつけ医的な機能もありますので、ある意味で、この患者さんは、じゃ、ここに行つたらいいんじゃないかと、交通整理というんですか、が恐らく適切にできると思ふんです。

そうすると、当然患者さんも、よく、失礼ですけど、たらい回しとか言われますけど、いろんな病院に行つたりして分からないということが避けられて、かつ効果的に専門医に紹介できるので、結果的には、オランダ等ではかなり、この総合診療専門医ですか、のような方を活用して医療費の削減につながつたといういろんな論文見ているんですけど、それについてはいかがでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今回私どもが御提案もさせていただいております法案におきましては、国民の、患者さんがそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようなことと、それから医療機関がかりつけ医機能の内容を強化をして、地域において必

要なかかりつけ医機能を確保するということを目指しているものでございまして、患者の受療行動に介入することは予定しておりませんことから、特段そのかかりつけ医といったものについて規定を設けておりません。

このため、今、こういったものを入れる、総合診療医なんかを入れることで医療費削減効果はどうかといったお尋ねいただきましたけれども、なかなかそういったことについてはお答えすることは難しいという点に御理解を賜れば有り難いというふうに思つてございます。

○若松謙維君 分かりました。私も引き続きちよつと研究してみたいと思います。

次に、医療法人、また介護サービス事業者の経営情報のデータベースに関して、当然これが今整備されると、例えば今回のコロナに、パンデミックにおきましても、例えば医療機関に対して、各医療機関に幾ら支給すべきかなんかのはつきり言つてデータがなくて、財政状態も分からなかった。そういった反省から恐らく今回のこの医療法人、介護サービスの事業者の経営情報のデータベース化と、こういう流れになつたと思うんですけど、当然それには、この報告する、先ほど、事業者の又は医療法人の負担が大変だと思ふんですが、その報告書の負担軽減、これもしつかり考慮すべきではないかと考えますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

この法案におきましては、今委員御指摘ございましたように、医療法人などの経営情報をこれからの政策などに活用するというのを目的といたしまして、医療法人が開設する病院、診療所ごとに、また介護サービス事業者が運営する事業所、施設ごとに毎年度の決算終了後に収益や費用の内容など経営情報の報告を求めるほか、任意で職種別の給与の情報につきましても報告を求めることといたしまして、これらを蓄積したデータベースを構築するというところとしてございます。今委員から御指摘ございましたように、こ

いったそのデータベースを作るに当たって、医療法人、介護事業者から経営情報などの報告をいただく必要がございますが、その際に、今御意見ございましたように、報告に係る負担について考慮をするということもやはり必要であるというふうに考えてございます。

このため、インターネットによる医療機関などの情報支援システム、いわゆるG－MISでございますが、これを活用するなど可能な限り効率化を図るということ、それから、既存の調査で把握可能な項目につきましてはその情報を活用するなどして、可能な範囲で医療法人などの負担軽減にも取り組むこととしていきたいと考えております。

今後とも、関係団体などの御協力もいただきながら、報告の仕組みをよく検討してまいりたいと考えているところでございます。

○若松謙維君 局長、質問通告していませんですが、もし分かれば結構なんですが、いわゆるG－MIS、コロナのときもいろんな、HER－SYSとかいろんなアプリありましたよね。いろんな試行錯誤がありましたけど、今はデジタル庁ができていますので、非常に横断的にですか、効率的にそういうデジタル、新たな仕組み、システム又はアプリ等を導入していると思うんですけど、このG－MISもデジタル庁との連携というんでしょうか、それはされているんでしょうか。分かれば結構です。

○政府参考人（榎本健太郎君） 済みません、G－MISの設計とか運用自体は、ちょっと私どもは、医政局で担当しているものでございせんが、当然こういったG－MISのシステム、これはデジタル庁も当然絡んでくる部分もあるかと思えますので、必要に応じて適宜連携をしながら取り組んでいるというふうに考えているところでございます。

○若松謙維君 特に厚生労働省は、もう国民生活というんですか、健康、もう人生そのものに深く関わって様々な場面場面のサービス提供していま

すので、当然、いわゆるITですか、活用は大事になってくるからこそ、さらに、デジタル庁との連携は常に意識をしながら、効率的なかつ高度な、そして一人一人に寄り添ったサービスの提供というんですか、につながるように期待をしたいと思っています。

それで、最後の質問になるんですけども、地域医療連携推進法人についてお尋ねをいたします。

今回は、この推進法人が、理事長替わると大変な手続があるとか、そういうかなり事務的な簡素化が目的と思うんですけど、私はちょっと違った観点から質問させていただきたいんですが。

この地域医療連携推進法人ですか、これは原則として、構想区域というんですか、いろんな区域があると思うんですけど、この構想区域と、これを単位として設立しているということでありまして、現在、この構想区域は全国で三百九十九あると伺っております。

その上で、この法人の現在の設立状況と期待される効果についてどのように認識しているか、お尋ねをいたします。

○政府参考人（榎本健太郎君） 地域医療連携推進法人でございますが、地域の医療機関相互間の機能の分化、連携を推進をいたしまして、質の高い医療を効率的に提供するということを目的とした制度でございます。令和五年一月一日現在で三十三法人が設立されているという状況にございます。

この地域医療連携推進法人の具体的な取組といたしましては、病床の融通なども活用した医療機能の分化、連携、それから医療従事者の人事交流、また共同購入や共同研修といったことなどが行われておりまして、医療資源の有効活用やスケールメリットを生かした経営効率の向上といったような効果が期待できるというふうに考えているところでございます。

また、この法案におきましては、これまで医療機関等を開設する医療法人のみが参加できたもの

を、先ほど委員にも御紹介いただきましたが、個人立の医療機関等も参加できる仕組みを設けるなどの見直しをしております。これによって地域医療連携推進法人の活用が促進され、地域において質の高い医療を効率的に提供するための医療機能の分化、連携及び医療資源の有効活用の促進が期待されるというふうに考えているところでございます。

○若松謙維君 これは私の個人的考え方なんですけど、やはり、とにかく医療費の財源、大変、確保に今恐らく大変だと思います。もう実感として分かります。大臣、御苦勞さまで。

それと併せて、何というんですか、結局、日本は、私立の病院というんですか、クリニックもそうでしょうけど、ある意味で、私立病院が何となく、病院改革というんですか、効率化も含めてやりたいと思っていないから、隣で私立の中核的な病院がどんと出ると。地域連携がはつきり言ってできていない、そういう意味でのコスト増。さらに、例えばCTとかMRIとか、大変高度な医療機器ですか、というのが恐らく日本、世界で、恐らく普通の世界、先進国の十倍ぐらいあるんじゃないですか。大変失礼な言い方なんですけど、農家の方も、一つのお米を作るに当たってフルセツト、農機のフルセツトをやる、当然減価償却費が掛かるわけです。

そういうコスト増も含めて、やっぱり今人口減少になって、特に私、強調したいのは、紹介したいのは、日本海ヘルスケアネットワークという、山形県なんですけれども、ここは、栗谷代表理事という方が、二〇一八年の四月発足して、非常にこの地域の連携というものを進めております。

というのは、この日本海ヘルスケアネットワークですけど、いわゆる県立のたしか日本海病院ですか、それと市立の酒田病院、それぞれ同じ医療サービスをしている、共に長期療養のベッドがある、と、で、共に赤字だと。それを、これではまずい

ということ、先ほどの栗谷代表理事がいろいろと努力をして、いろんなところを駆け回って、そ

して、地方の独立行政法人という形で県立と市立を合併して、それで長期療養は旧市立の酒田病院に、それで急性期は県立にというふうに整理をして、今大変効率的になったと。

これで実は終わらないのがこの日本海ヘルスケアネットワークのすばらしいところなんです。というのは、御存じのように、もう山形もそうなんですけど、上の秋田は人口減少率日本一、二番目が青森ですけど、山形も当然漏れなくそうですよね。

ということで、この改革をしてもまだ足りない、と、もつと改革しなくちゃいけないというすごく危機意識があつて、今回、日本海ヘルスケアネットワークをつくって、医師会はもとより、歯科医師会、また薬剤師、さらには社協等、社会福祉法人等入れてやっているんですけど、結果的にまだ三十幾つしかない。

やっぱりもつと厚生労働省踏み込んでいいんじゃないか、また踏み込むべきじゃないかと、そう思うんですけど、いかがですか。

○政府参考人（榎本健太郎君） お答え申し上げます。

先ほど御紹介しましたように、この地域医療連携推進法人の取組としては、いろいろと、医療機能の分化、連携でありますとか、あるいは医療従事者の人事交流とか共同購入や共同研修といったような、いろいろそのメリットは恐らくあるというふうに思っております。

これは、やはりその地域地域の事情に応じてどういったことをその地域において目指していきたいのか。関係の皆様、医療機関はいろいろな主体が当然あるわけですけども、そういった方々が、地域においていろいろと議論を重ねた上で、どういった形で今後持っていきたいかということはある程度共通認識を持ちながら、こういった取組をひとつ活用していただくということがやり方ではないかなというふうに思っております。

もちろん、いろいろ、まだ三十三という御指摘ございましたけれども、いろいろその取組事例は実際出てきているところでもございますの

で、こういったものを、私ども、引き続きよく関係者の皆様にも改めて周知をさせていただきながら、それぞれの地域にふさわしいやり方で地域の医療提供体制の効率化、機能分化、連携といったものが進むように取り組んでまいりたいというふうに考えております。

○若松謙維君 是非、この地域医療連携推進法人、まさに少子高齢加速化の私は救済の切り札だと思っております。

実際に、この日本海ヘルスケアネット、隣のエリア、どこか言いませんけど、全く関心ないんですね。非常に残念です。なかなか広がりにくいと思います。ですから、もっと踏み込んでいただきたいということ要望して、質問を終わります。

ありがとうございます。

○委員長(山田宏君) この際、委員の異動について御報告いたします。

本日、生稲兒子君が委員を辞任され、その補欠として長谷川英晴君が選任されました。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日から、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案ということで審議に、委員会質疑に入っていくわけですが、前回の委員会でもちよつと言わせていただきましたし、昨日の本会議でも総理に聞かせていただいたんですけども、本当にどんだんとどんとやっぱり税金と社会保障料が上がっていく。

この三十年間というのは、前も言わせていただいたように、GDPが上がらない、賃金が上がらない、成長率は低下してきた、そして、その中で少子高齢化、人口減少社会、これはもうずっと言われていたことですよ。三十年前からもう言われていた話でありまして、これにやっぱり本気で対応してこなかった、少子化対策をやってこなかった。だから、こういう状況になってきた。

人口減少でいいですよ、年間、今七十五万人、徳島県一県がすっぱりとなくなるような、それぐらいの人口減少社会になってきている。出生数は八十万人を切る状況と、こういう状況なわけでありますから、この三十年間、もう本当にこれ、私はこれ政治の怠慢の結果だというふうに思いますし、これは別に与党だけの話ではなくて、野党も、やっぱりここにおける全員、全ての責任だというふうに思っておりますが、加藤大臣はやっぱりそういう認識があるのかどうか、お伺いしたいと思います。

○国務大臣(加藤勝信君) この三十年間、経済を見ると、デフレが長引き、企業による賃金が必要しも引き上げてこれなかった、また結果として消費者による支出も抑制されていく、そして人口も高齢化していく、こうした悪循環の中で賃金が伸び悩んできたということはあるというふうに思います。

政府としてもこれまで、最低賃金の引上げや同一労働同一賃金の徹底、希望する非正規雇用の方の正規化の支援、こうした取組を実施してきたところであります。雇用者で見ると、二〇一三年に比べて二〇二〇年には四百七十四万人の増加も見られたところであります。

また、社会保障のお話がありました。確かに国民負担率が上がりましたが、しかし、そこによって提供されてきた、例えば先ほど議論があった介護保険サービスとか、いろんなサービスも一方では充実をしてきているということでありますから、そこは、負担と同時にこういう社会保障が行われてきたかということもよく見ながら、我々、検証していかなくやいけないというふうには思っているところでございます。

さらに、持続的な賃上げを図る必要がある、これは共通の認識だと思います。そのために、リスキリングによる能力向上支援、また、職務に求められるスキルが適正に評価され賃金に反映される職務給の確立、成長分野への円滑な労働移動、この三位一体の労働市場改革を進めることによつ

て、構造的に賃金が上がっていく、こういう社会をつくっていききたいというふうに考えております。

○東徹君 いや、僕が聞いているのは、この三十年間、やっぱり上がってこなかった。

介護保険だけを取り上げれば、たしか二〇〇〇年から始まりましたから、その介護保険制度が始まったことによつて、多少、多少というか、介護保険がなかったとしても、デイサービスもあれば、そのときの時代だって特別養護老人ホームも老人保健施設もあったわけです。

契約という形では非常に質の向上にはつながってきたかもしれませんが、ただ、やっぱり保険料とかそれから税金、消費税もそうですけれども、これはもう確実に上がってきた。やっぱり、その少子化対策にこれまで、これまで、これまでですね、やっぱりこなかったということが、しつかりと取り組んでこなかったということが政治の怠慢じゃないんですかとお聞きしているんですけど。

○国務大臣(加藤勝信君) いや、消費税も本当にいろんな議論があつて、当時、私も野党ではありましたが、消費税、併せて社会保障制度改革、こういったことも打ち出させていたでいて、そして、その一部については、少子化の対応もこの間図り、先般、幼稚園や保育園の三歳から五歳の無償化等の支援も行ってきたわけでありまして、また、待機児童解消もいろいろと御批判、御指摘もいただきました。多くの方々の御努力をいただく中で、まだ一部には待機児童が残っている地域もありますけれども、かなりの地域では待機児童の解消も図られてきている。

こうした、先ほどから申し上げているように、賃金が上がってきていないと、それは我々も十分認識をしておりますけれども、しかし、その間に全ても止まっていたわけではなくて、いろんな今申し上げたような努力はなされてきた。ただ、結果的に、今の数字を見ると、委員御指摘のように、

残念ながら、他国と比べて賃金が上がっていない、あるいは少子化が更に進んでいる。こうしたことはしつかりと受け止めて、今般も賃金の構造的な引上げへの対応、また少子化に対する対応を今打ち出させていただいている、こういったことをしつかりと取り組ませていただきたいと考えています。

○東徹君 結果から見ればということですけども、そのとおりなんです。やっぱり、結果責任とよく言いますよね。やっぱり、結果見れば良くなつてない、結果が出てないわけですよ。やっぱり今まで努力はいろいろやってきたのは分かっています。やっぱり誰も努力してないということは言いませんし、やっぱり努力はやってきたのは分かるけれども、結果が出てこなかったということは、私は、やっぱりこれは政治の責任であり、政治の怠慢であつたというふうに思います。

そんな中で、今、物価高もあつて非常に、国民の生活は非常に厳しくなつてきているというふうに思いますし、そんな中でやはり、政治がやっぱり信頼されないといけないというふうに思うわけですね。

この間ずっといろいろと言われてきておりますが、国会議員に支払われている文書通信交通滞在費、今は名前が変わつて、調査研究広報滞在費でしかね、というふうに名前が変わりましたけれども、これ月百万円もらつていて、もらつたまま、何の何に使つたのかというのは公表しなくていいと。

さつき、この法案にも出ていますけれども、出座費用の見える化というのがありましたけれども、そういったところでは見える化はやっている。本当はやっぱり、政治家こそ見える化をしていくべきだというふうに思うわけですね。

これ本当に、大臣なんかはもうずっとこれ御存じだと思しますので、維新はこれ、もう当初からこの文通費百万円は自分たちのホームページで全て領収書を付けて公開しているわけでありまして、やっぱりこういつた、やっぱり僕は、

政治家って非常に、だんだん尊敬もされてきてないと思いますし、信頼されてないというふうに思うんだけど、何かテレビドラマ見ていても、何か政治家は悪いことをしているみたいな、そういうドラマが多いわけですね。

せてこれ、自分たちのこの百万円の使い道ぐらひは公表すべきだと思うんですが、これ、加藤大臣、そう思いませんか。

○国務大臣(加藤勝信) その、大臣そう思いませんかという、もうこれまで総理もお答えさせていただいておりますように、まさにいわゆるこの文書交通費に関しては各党各会派で御議論をいただいておりますので、政府としてお答えする立場にはないということでございます。

○東徹君 政府としてはお答えする立場にはないというのを分かっているながら、こうやって聞かせていただいているんですね。

やっぱりこれはもう本当に、大臣が、ずっと大臣やっているわけではないと思いますので、また国会議員の方に戻られることもあるわけだと思いますので、そういったときには是非こういったことの改革を、加藤元大臣になるのか分かりませんが、けれども、議員としてまた是非取り組んでいただきたいというふうに思います。

続いて、法案の名称についてなんですけれども、この法案、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築すると、これ、もう本当にすごい大きな名前を付けていただいているわけですね。この法案ができれば、全世代対応型で持続可能になるというふうに思わすようなタイトルになっているわけですね。けれども、これ私は、全然これは骨抜きになっていて、大事な部分がもう先送りになっているんじゃないかやっぱり思えないわけですね。

この全世代対応型ということですが、これ、具体的に、これ、政府の全世代型社会保障構築会議の清家座長も言っていますけれども、年齢にかかわらず能力に応じて負担をし、そして必要

に応じて給付を受けるというふうなこれ発言されておりますけれども、この法案にもある、これ全世代対応型とは具体的にどのような意味なのか、改めてお聞きしたいと思います。

○国務大臣(加藤勝信) 全世代型というのは今まさに委員がおっしゃった部分であります。

それを踏まえて、今回の法案では、子育て世代を支援するという観点で、出産育児一時金の大幅な増額を行うこと、また、高齢者世代を全世代で公平に支え合い、特に現役世代の負担の抑制を図るということから、後期高齢者一人当たりの保険料と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金の伸び率を同じようにする。また、世代間、世代内というこの調整を図る、負担能力に応じた負担を行うという観点から、前期高齢者の医療給付を保険者間で財政調整する前期財政調整について、報酬水準に応じた調整を導入すること。

こういったことを今回法案の中に盛り込ませていただき、全ての国民が負担能力に応じて支え合い、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障がバランスよく行われる仕組みということになります。

今、主に負担面の話もさせていただきましたけれど、あわせて、支出面においても、先ほどの出産一時金の大幅な増額を含めて、そうした中身も盛り込ませていただいているところでございます。

○東徹君 そのバランスというふうにおっしゃるわけですが、じゃ、これ、後期高齢者、高齢者になればなるほど確かに医療費がどんどんと増えていくわけですが、その負担、能力に合わせて負担をするというんですけれども、本来、これ能力に合わせてというんだったら、私はやっぱり、収入とかじゃなくて、収入とかではなくて、本来やっぱり資産で見えないかと、やっぱりお金持っている人は持っているわけですよ。

持っている人は持っているわけ、やっぱりそういった人たちの資産も考慮してやっていくべき

ではないのかというふうに思うんですが、これは今回の法案ではなかなかできないですが、これ、加藤大臣、これそういうふうには思いませんか、将来的には。

○国務大臣(加藤勝信) まさに負担といたしたときに、フロー、所得とそれから資産と両方あるんだろうと思いますし、また所得も、雇用に伴う所得と金融所得というのがあるんだと思います。そういったところをどうそれぞれの負担を求めているのか、これまでも議論はしてきているところであります。

委員御指摘のように、これからは主として稼いだ所得だけを中心に負担を求めていくということに限定しているわけではなくて、幅広く負担を求めて、負担をいろいろ検討していくということは必要だと思っておりますが、他方で、それをどう把握するかとか、実際、いざ制度を入れようと思えば、そういったことも当然併せて議論をしていかなきゃいけないんだろうというふうに思っています。

○東徹君 是非、早く、やっぱりそのフローとストック、ストックですよ、そこからやっぱり取ることも考えていかないと、今のままではやっぱり限界があるなというふうに思います。

続いて、以前に、二〇一八年度の社会保障給付費を基準として二〇四〇年度の社会保障給付費がどうなるかという見通しを示していただきました。これ二〇一八年ですから、もうやっぱり五十年たっているんですね。二〇一八年度に百二十一兆円だった、社会保障給付費の方ですけど、二〇二五年度には社会保障費が百四十兆円、そして二〇四〇年度には百九十兆円というふうな見通しが見えられたわけなんです、今回のコロナ禍のこともあって、当時想定していなかったことも生じていると思うんですね。

これ、試算の前提がこれ大きく変わったんではないのかなと思ったりするわけですが、前の試算から五年たっておりますので、年金も五年ごとに見直しておりますので、これ社会保障給付費の見

通しについて見直しをしてはどうかと思います。が、大臣、この点はいかがでしょうか。

○副大臣(伊佐進一君) こうした見直しを示すということは非常に重要な意義あるものだということに思っております。社会保障給付や、あるいは負担の姿を幅広く共有すると、そしてまた、その議論の素材を提供するという重要な意義があるというふうに思っております。

ただ、前回もそうですが、これ厚労省のみではありませんで、四省庁で共同でやらせていただいた作業でありまして、また、このコロナ禍で推計に必要な基礎データの更新が今後ろ倒しになっていると、出そろっていないという事情もございいます。例えば、将来推計人口については通常より今年遅れておりまして、そしてまた経済前提、長期のものでございますが、これも二〇二四年公表予定というふうになっております。

現時点で明確なスケジュール感、この見直しについて持ち合わせているわけではございませんが、この作成に必要な基礎データの更新予定も、これも踏まえながら、作成時期を見極めてまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 作成時期を見極めるということは、見直しをするということですね。

○副大臣(伊佐進一君) 先ほど、冒頭申し上げましたように、こうした推計は非常に意義のあるものだというふうに思っておりますので、データを、出た状況を見ながら検討してまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 見直しするってさっきおっしゃったんじゃないかなと思ったんですけど、隣の加藤大臣はうなずいてはるので、加藤大臣からお答えいただければ有り難いです。

○国務大臣(加藤勝信) これまでも、こういった試算、試算というが見直しですかね、それをお示しをさせていただいているところではございますので、今、伊佐副大臣からありました、やはり見直しをするためには足下のか先行きのデータがなければできませんので、まずそうしたデータを

しっかりと集めていくということ。そして、専門家からもいろんなお話を聞く必要もあるかと思いますが、それらを通じて、それぞれの状況の中で必要な見通しというものを示させていただきたいと思っています。

○東徹君 是非見直しをしていただいて、やっぱり示していく、みんなですっぱりそれを見るところが大事、情報の共有ですよ、すぐく大事だと思えますので、お願いしたいと思えます。

続いて、この法案の中で、持続可能な社会保障制度ということで、社会保障制度の持続可能についてこれ触れられておりますけれども、保険料の引上げは、これ、持続可能にはなるものの、国民の生活がこれ更に厳しくなっていくわけですね。給付と負担のバランスを取りつつ保険料の引上げをどこまでやっていくのかというのは、本当にこれ大きな問題です。

我々としては、もう本当に一回、こういうことをやる前に、一度やつぱり徹底した行政改革で歳出の削減をしるよという思いなんですけれども、先ほどの見直しによると、給付費の増加に伴って保険料も、市町村国保が月七千四百円から二〇四〇年度には八千四百円に増えて、介護も、一号保険料で五千九百円から二〇四〇年には、月ですけれどもね、九千二百円に上がるというふうなことです。

これ、合わせると月四千二百円の増になるわけですが、この見直しでも非常に厳しいものがあるんですが、ここから更に保険料の引上げが検討していくことになるのかどうか、お聞きしたいと思えます。

○国務大臣(加藤勝信君) ここからというのは、今のお話は、多分二〇一八年から二〇四〇年にかけての数字をおっしゃられたというふうに思いますが、これは、将来的には高齢者人口が頭打ちになることなども踏まえたものとなっておりますが、実際の保険料がどうなるかについては、人口変動のみならず、経済、雇用、給付単価の伸び率、そういったものの影響を受けるため、相当程

度幅を持つて考えていく必要があるかと思っております。

国民健康保険については、被保険者の年齢構成が高く、無職や非正規雇用の労働者など、所得水準が低い被保険者が増加している等の構造的な課題があります。給付費の五割を公費で負担することに加えて、保険料負担の軽減を図るため、低所得者への保険料軽減制度など、様々な取組もこの間行ってきたところでございます。

また、介護保険についても、保険料を公費でそれぞれ五割を負担する仕組みとした上で、六十五歳以上の介護保険料については、その負担が過重なものとならないよう被保険者の所得に応じた設定とするとともに、低所得者への負担軽減措置を実施するなど、こうした細かな対応をしてきております。

医療保険、介護保険は、基本的には被保険者への給付に伴い必要となる財源を保険料で賄う仕組みでありますから、高齢化により一人当たりの給付が増えていくと見込まれておる中で、今回の改正では、高齢者と現役世代の負担の在り方の見直しなど、必要な改正を行うこととしたところであります。

今後、そうした動向の中で、今申し上げました様々な工夫といえましょうか、配慮も行ってまいりました、そういったものも行いながら、制度の安定を図り、そして必要な医療保険サービスが提供できる、こういう制度を維持していきたいというふうに考えております。

○東徹君 でも、その割には、今回の法案は非常に何か先送り、余り変わらないのかなというふうな法案、だなというふうに思うわけです。

今日、石田議員からもありましたけれども、明治大学の金子教授は、平均余命から、一九六〇年の六十五歳は二〇一〇年の七十四・八歳に等しいというふうにしております。一九六〇年六十五歳の男性の平均余命が十一・六年だったのに対し、二〇一〇年では十八・七年で考えると、二〇一七年の七十四・八歳に等しいというふうなことを

言っておりますが、我が国の高齢者というのは、他の先進国と比べても労働力が、労働力率が高くて就業意欲も高いというふうになされております。六十五歳以上の方が希望に応じて働いていた

き、社会保障制度を支える側に回ってもらうこと、これ非常に大きなことで、制度の持続可能性をこれ高めていくことになるわけですけれども、これ厚労省として、健康保険だけではなくて、年金や介護、雇用なども含めて、六十五歳から高齢者とする仕組みを、これも将来的にやつぱり見直していったらどうかというふうに思いますが、この点についてはいかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 午前中もこうした議論があつたというふうな記憶をしておりますけれども、確かに、高齢者の方の体力が向上し、そして実際に平均寿命あるいは平均余命も延びているところでもあります。

また、他国と比べて高齢者の働いている率も高いというのは日本の特徴なんだろうと思っておりますが、そういった意味で、これから、もう年齢ということではなくて、その人の体調の状況等々に応じて働く、あるいは活躍できる、こういう社会、あるいは仕組みにしていけることが非常に大事だというふうに思っております。

高齢者の定義については、もう先ほども申し上げたように、一律に定義があるわけではなく、個別の法律や制度で決められているところであります。今お話が、また、それぞれに社会環境や前提条件の変化などに応じて、そうした法律ごとにその年齢をどうするかというものは検討していくべきものというふうに考えているところであります。

同時に、六十五歳以上でも就業ができる機会をどう獲得していくのか、あるいは健康寿命の延伸を図っていくのか、あわせて、地域共生社会の実現、こういったことも取組を進めることによつて、誰もがより長く元気で活躍できる、こういう社会を目指していきたいと考えています。

○東徹君 働いている人というのは本当元気です

よね。やつぱり健康な人ほど働いているなというふうに思うわけで、やつぱりそういう仕組みをつくっていかないと、日本の将来つてやつぱり明るくならないなと思うわけです。

加藤大臣なんかは本当に、僕は年齢を知りませんが、さつきもそこでちょっとうわさ話してしましたけれども、階段を四階まで、ここまで上がつてこられるわけです。(発言する者あり) あつ、十階まで上がるんですか。それは失礼いたしました。

ということは、僕よりもお元気な方だということが本当よく分かるんですけれども、そういうお元気な方をやつぱりどんどんどんどん増やしていくということが大事だと思えますので、是非こういうことはやつぱり早く検討すべきだと思います。

続いて、ちよつと細かいところで、介護情報基盤の整備についてお伺いをさせていただきます。

介護情報等の電子的に閲覧できる情報基盤を設置することです。私はこれ理解はできるんですが、大事だなというふうには思ってますけれども。その中でも、利用者もその情報を閲覧できるということ、これなかなか踏み込んだなと思うわけですが、これ、利用者も情報を閲覧できることにしたということで、実際には、介護を使っている利用者さんがどんな情報を閲覧できるのか、この点についてお伺いさせていただきたいと思えます。

○政府参考人(大西証史君) お答えいたします。

本法案では、介護サービス利用者の情報を介護事業所等の関係者が電子的に共有できる介護情報基盤、これを整備することとしてございます。

共有する介護情報につきましては、例えば、要介護認定の情報、レセプト情報、ケアプラン、LIFEに関する情報、これ具体には、利用者さんの身体機能ですとかADL、認知機能等の情報などを主に想定しておりますが、その具体的な範囲などにつきましては、介護情報利活用ワーキンググループにおいて今検討を進めているところで

ございます。

また、介護サービスの利用者さんが閲覧する方法といたしましてはマイナポータルなどを想定をしておりますが、利用者さんが、自身の身体機能ですとか、認知機能等を含みます介護情報を閲覧されることで、より積極的に重度化防止などに取組んでいただけるようになると、そういったことが期待されると考えております。

引き続き、利用者、介護事業者など関係の皆様
の御意見も伺いながら、具体的な運用につきま
して検討してまいりたいと考えております。

○東徹君 何かちよっと、全然中が煮詰まってい
ないなというふうに思うわけですね。よくそんな
状況でこの法案を出してきたと本当思うわけ
ですけれども、おっしゃられたように、自身の自立
支援とか重度化防止の取組につながりますかね、
これは、それがどうつながるのか、ちよっと教え
ていただきたいと思います。

○政府参考人(大西証史君) こういったデータ
で、今まで御自身がどういうＡＤＬの状態だった
か、その間に受けられた治療は、医療情報とも連
携いたしましたので、治療だったり介護、ケアだ
ったり、リハビリも含みます、そういったものの推
移というか経過を御覧になって、これ御本人だけ
が御覧になるというよりは、ケアマネさんだっ
たり介護に携わられている方と一緒に御覧になる
ようなこともあるでしょうし、そういった中で、
ああいうことをやってこういうふうに良くなっ
てきたねとか、最近ちよっと具合悪いけど、やっ
ぱりここはこういうふうにやり方改善してみよう
かみたいなことを相談されたり、そういうふうな
全体のいろんなやり取りの中で活用していただ
けるということが考えられるのではないかと
思っております。

また、具体的には、更に専門家の皆さんの御
検討をいただきますながら検討していきたいと思
っております。

○東徹君 自分のＡＤＬが向上したとか、そう
いうのは自分が一番分かっているわけで、一々
マイ

ナポータルで、パソコンで見て過去はどうやっ
たかなとかって、そんな見ながらやる人って僕
はまあいないと思いますよ。逆に、何か知るこ
とによって、えっ、僕、こういう認知症でこん
なことになっていたのとか、例えば、いや、非
常に物取られ妄想が激しくてとか、そんなこ
とが書いてあったとか、いや、これは違うや
んととか、何かそういったトラブルにも多分
なりかねないこともあるのかなと思ったりも
します。

利用者本人が見られるというのは、まあ確
かに踏み込んだ、評価もできる場所もある
と思うんですけども、ただ、じゃ、実際にど
うなのかなというふうには思います。その効
果がどうなのかなというのとはちよっとよく
分からないなと私は思いますね。

これ、介護基盤の整備する上で、これ情
報を適切に入力していかなければいけないわけ
ですけれども、これ、介護事業者等の情報
の入力はこれ誰がどのような形で入力して
いくのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(大西証史君) ありがとうございます。
お答え申し上げます。

先ほど、どのような情報を入力するか、入
力いただくかということで例は申し上げまし
たけれども、例えば、要介護認定情報、レセ
プト情報、ケアプラン、ＬＩＦＥ情報など
でございまして、それぞれ介護情報を作成さ
れる方がおられます。そういった主体ごと
に入力いただくことになるかと考えておりま
す。例えば、要介護認定情報ですと自治体、
レセプト情報やＬＩＦＥ情報は介護事業所
さん、ケアプランにつきましては居宅介護
支援事業所、すなわちケアマネ事業所さん
などによって入力をしていただき、共有を
することになるということを考えておりま
す。

○政府参考人(大西証史君) 更新、それぞれに、
こういった情報につきましては、要介護認定
ですとか、様々な状態なりケースによって一
年ごととか、もう少し長い期間を置いていい
よとか、様々なタイミングがございまして、
レセプトですと基本的には毎月単位という
ことになると思いますし、ケアプランはまた
もう少し長いスパンでということになると思
います。ＬＩＦＥ情報は今のところレセ
プトと連動して提出をいただくようなタイ
ミングになっておりますけれども、そういった
それぞれのおのずから作成していただくタイ
ミングがございまして、それを提出いただく
ことで基本的には入力ができるような形、負
担が極力少ない形でシステムとしては構築し
ていくことになるのかなと考えております。

○東徹君 そうしたら、これ、法案の資料に
ですけれども、これ自治体に期待される効果
についてなんですけれども、自立支援、重
度化防止の取組の状況等を把握しという
ふうな記載されておりますけれども、自立
支援、重度化防止の観点、まあこれはこれ
で大変大事な観点だとは思いますが、自治
体としてどのような情報をこれ把握するこ
とができるのか、この自立支援、重度化防
止の観点というのは。

○政府参考人(大西証史君) お答えいたしま
す。

この介護情報基盤の整備によりまして、自
治体さんは保険者に当たるわけございま
して、例えばケアプランですとかＬＩＦＥ
などに係る情報を得ることが可能になると
想定をいたしております。

これらの情報が自治体に共有されることで、
御自分の所管されているといえますが、管
内の被保険者、利用者さんが受けておられ
るサービスの実態を把握して、地域のニ
ーズに基づいた介護保険事業計画を策定
して、それをローリングすること、そうい
う中で、そういうのを見直していくこと
に活用いただくことも可能になっていくん
ではないかと考えております。

○東徹君 ちよっと分かりにくいですが、
自立支援、重度化防止の取組にどうい
うふうな、何がこれに資するんですか
ね。

○政府参考人(大西証史君) 自立支援、重
度化防止、大きな意味で、介護保険を利
用していただくことで、御本人の生活、暮
らしを自立、なるたけ自立して暮らしを
立てていただくということでもございま
すし、その中で重度化、より重度化しな
いように取り組んでいただくということ
でございまして。

例えば、先ほど申し上げましたけど、リ
ハビリテーションやっていたら、基本的
には御本人と事業者さん、関係者の取組、
医療機関なども含まれるかもしれませんが、
そういった関係者の取組になると思いま
すけれども、自治体はリハビリテーシ
ョンの推進事業なども関係者を連携
する体制をつくって取り組んだりもして
おりますので、そういう取組のやり方を改
善するようなきっかけになったりするこ
ともあるのではないかと。

ちよっと抽象的な申し上げ方になりま
すが、今後、専門家の検討などの中でより
具体化していければというふうに考えて
おります。

○東徹君 まあ、ちよっと余り、中身が
余りよく把握されていないというのが何
となく分かりますけれども。

これ、介護情報基盤の整備にこれ予算
というのとはどれぐらい見てはるんです
か。

○政府参考人(大西証史君) お答えいた
します。

現在、介護情報基盤を用いて共有する具
体的な情報の範囲など、まさに自治体、
介護事業者等の関係者の御意見も伺い
ながら検討を進めているところでござい
ます。よって、具体的に必要額につ
きましては、経費といいますが、予算の
額にございまして、そういった内容です
とか、そもそも構築してまいります仕組
み、基盤の仕組みなどに応じてまた定
まるところがあるかと考えております。

ＩＦＥ情報など既にデータベース化している情報もありますことから、今般の情報基盤の整備に当たりましては、それらの各種データベースを連携、活用しながら構築することなども含めて、できる限り効率的に整備が行えるように検討してまいりたいと考えておりますが、具体的に今幾らというようなことは申し上げることはできないと思っております。

○東徹君 余り時間がないんであれなんですけれども、これ、この法律の施行日はいつですか。

○政府参考人（大西証史君） この情報基盤の整備に係る規定につきましては、この法律、可決、成立いただきました暁には、その公布の日から起算いたしまして四年以内の政令で定める日というふうに規定をさせていただいているところでございます。

○東徹君 四年ってえらい先ですよ。四年先のね、四年先のことを、で、まだ検討していないのがいろいろある。今これ法律出さなあかん話ですかみたいな話ですよ、これ。四年後言うたらもうえらい先の話で、もう。もうちょっと、こういうのをもうやめていただきたいなと思いますよね。もうそれだったら、もうちょっと中身煮詰めて、もうちょっとね、来年でも全然間に合う話ですよ。もうちょっと、どういう考え方で今これ出さなきゃいけないのか、本当に納得がいきません。

もう、ただ、本当に分からないことばっかりなので、ちょっと余りこればかりやっていては時間なくなっていくしますので次に進めたいと思いますが、次に、介護サービス事業所等における生産性の向上であるんですけども、介護サービス現場でこれ生産性の向上というのは、この言葉聞いてはっと分かる人というのはなかなかないと思うんです。

介護現場における生産性の向上というのは具体的にはどういうことか、まずこれ説明していただきたいと思います。

○政府参考人（大西証史君） 介護現場におきます生産性向上でございますけれども、何年も前から

いわゆるガイドラインというものを整備いたしましたして、普及啓発取り組んでいるところでございます。

様々な中身が盛り込まれているところですが、典型的、代表的なもので申し上げますと、例えば、介護ロボットやＩＣＴなどのテクノロジーを活用いたしまして業務の改善、効率化などを進めることによりまして、職員の皆さん、極めて負担感が多い業務でもございますが、そういう業務負担の軽減を図りますとともに、そういう業務の改善、効率化によりましてまた新たな時間も生み出されるわけでございますけれども、そういったものを直接的な介護ケアに更に充てていただくことでサービスの質の向上にも充てていただく、ないし、様々な経費の効率化などにもつなげていただくといったようなことが例えば考えているところでございます。

そのほか、直接業務、間接業務の役割分担をより整理していくことで、例えば、いわゆる介護助手と申し上げておりますけれども、そういう方々により活躍をいただくことで同様の効果につなげていくといったようなことも例示として考えているところでございます。

○東徹君 介護ロボットについてまだにありません、僕が思う介護ロボットはね。僕が思う介護ロボットというのは、入浴介護とか食事介護とか、それから排せつ介護ね、こういったところ、これができる介護ロボットというのは今のところないわけですか。これが一番、介護者の中では一番負担が重たいわけですか。

さっき言われたＩＣＴとかは、センサーとかそういうものが使って、見回りの巡回が多少行かなくても済むようになったとかはあるかもしれません。タブレットとかいうのは、入力は、それは紙なのかタブレットでやるのかというところの部分だと思っておりますけれども、その例えば記録、入力のところというのと、どれぐらいこれは時間が短縮されるというふうに考えてはるのか、教えていただきたいと思えます。

○政府参考人（大西証史君） 今手元に具体的な数字、データは持ち合わせておりませんが、いまでも、本当に端的な例でございますけれども、いわゆる音声記録、音声でもう入力、記録ができるようなものをインカムとかスマホなんかで導入いたしましたして、話すことでもうそれが記録に入力できる、しかもいろんな記録に同時に入力できるみたいなソフトがもう今、現実、実現しております。そういうものを活用することで、相当、利用者さんのケアをしながら、その手を止めることなく随時記録も並行して行えるようになるというふうなものももう用いられる、用いることができるようになっております。

また、そういう導入支援の補助金なども用意をさせていただいて、どんどん活用の数も増えておりますけれども、そういったもので相当の時間短縮になるといったことは一例として申し上げます。

○東徹君 確かに、記録の部分で音声で入力とか、それはもう病院でもそういうのが出てきていますので、それは大いにどんどん活用していただいたら僕はいいと思うんですけども、ただ、これ法律に書かないあかん話ですかみたいなですね、こう思うわけですね。

これ、法案資料には、これは地域単位でモデル事業の育成や取組の伝播等を推進していくという、必要があるというふうにあるんですけども、これ、都道府県というよりかは、やっぱり市町村単位でまず取り組むべき話だと思っておりますけれども、違いますかね。

○政府参考人（大西証史君） ちょっとやや長めの答弁になるかもしれませんが、お許しください。早く申し上げます。

介護現場におきまして、より多くの事業所さんにこうした生産性向上の取組を普及させるためには、発信力のあるモデル的な事業所さん、地域で育成というか、生まれていただき育ていただくというのが大事でございます。で、それを周辺に伝播していただくということでございます。

れ、自治体が主導して、地域の福祉関係者のもとより、経済界、雇用や教育などの関係者連携しながら、地域全体で推進していただく必要があると考えております。

このため、自治体も、大きいところはありますが、小さいところも多々ございます。やはり、都道府県に對しまして、現場の生産性向上に資する取組を促す努力義務という形でそれを願いますとともに、これ、以前より予算におきまして生産性向上に資する様々な支援メニューを用意しております。この五年度予算におきまして、これを一括として取り扱い、ワンストップ型の事業者相談窓口を各都道府県に設置するための予算を計上させていただいているところでございます。

そういったことで、小規模な市町村も多いことですので、ある程度広域的な視点や体制から行っていたことが望ましいこと、これまでも地域医療介護総合確保基金、消費税財源で設けておりますけど、これ都道府県を主体として実施を、そういう基金を活用して生産性向上の取組も実施をしてきたといったような経緯もございますので、都道府県を取組の中心として位置付けたものではございますが、先生御指摘のように、市町村における取組も大変重要でございます。

本改正では、市町村の介護保険事業計画におきましても生産性向上に資する取組を任意的記載事項に加える改正を行うこととしておりまして、こうした施策などを通じて、介護現場で働く方々、生産性向上、業務負担の軽減通じまして、より自信と誇りを持って働いていただくことができるように引き続き取り組んでまいりたいと考えております。

○東徹君 もう時間ですので、僕は、市町村長もやっぱり市町村長がしっかりとやっていく、やる気がなかったらいけないというふうに思います。質問できなかったことが幾つかありました。本

当に申し訳ありません。以上で質問を終わります。ありがとうございます。

した。

○芳賀道也君 質問をさせていただきます。

昨日の本会議質問で、国民健康保険の保険料の計算で均等割という計算があり、未就学児はこの均等割が半額に免除されるといふ猶予があるんですけども、小学生以上の子供が多ければ多いほど国民健康保険の保険料が高くなる。一方、これに対して、健康保険組合、保険料も、協会けんぽの保険料も、子供のいるいないに関係なく、また、いる場合でも子供の人数に関係なく保険料は同じだと指摘をさせていただきました。

確かに、国民健康保険の保険料は市町村の国保の財源なので、保険料収入が減ることを心配する市町村もあると思いますが、異次元の少子化対策と言うのであれば、ここは少子化対策として子供の均等割免除にかじを切るべきだと考えています。

試算、試みの計算でも、昨日の質問でも示しましたけれども、同じ収入でも協会けんぽの一・七倍の保険料を負担しなければいけないというケースである。現実には、余りに高い保険料で、保険料の滞納も無視できない状況も出てきております。

ここは、子供に係る均等割は全てなくすべきだと思いますが、そこまでやはりできないのであれば、昨日の大臣のお答えの中でも、実際に医療を受ける人数ということもあるのだということでしたので、子供に係る均等割は、自ら医療を受ける頭割りとしての費用、医療分と、後期高齢者医療を支える支援分に分かれていきます。少なくとも、この後期高齢者の医療を支える支援分だけでも、全く収入のない子供の国民健康保険の保険料の均等割、この分だけでも免除できないものでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

国民健康保険の保険料につきましては、子供も含めた全ての被保険者が給付を受ける対価として、現在、後期高齢者支援金分を含めて御負担をいただいているものとございます。

御負担いただくに当たりましては、所得の低い世帯には応益割保険料を最大で七割軽減する措置を講じるとともに、昨年度からは、未就学児の医療費の自己負担が二割とされていることなどを踏まえまして、後期高齢者支援金分を含む未就学児の均等割保険料について一律半額に軽減する措置を講じているところでございます。

先生からの御提案、後期高齢者支援金分だけでも均等割保険料の軽減措置の拡大という話でございましたけれども、やはり財源確保等の課題がございますまして、慎重に検討する必要があると、このように考えてございます。

○芳賀道也君 現実には、サービスを受ける側ではこれだけの負担に対して平等でない部分が現実に見れているということですので、少なくとも、後期高齢者医療を支える支援分だけでもこれは減免していただけないかと思いますが、大臣、どうですか。この支援分の減免に対して一言だけでもいただけませんか。

○国務大臣(加藤勝信君) その普通の被用者保険も、その子供のある世帯ということにおいては委員おっしゃるとおりかもしれません、全体ではその分負担をしているということですから、その保険料全体で勘案しているわけですから。

したがって、国保だけそこを外すというのは必ずしも合理的なのかなという感じを聞かせて、一つは聞かせていただきました。もちろん、その子供に対する対応というのはこれからいろいろ考えていかなきゃならないんだと思いますが、そういった問題、また、今局長から申し上げた財源確保の問題、こういった問題を考えていかなきゃならないというふうに思います。

○芳賀道也君 是非、異次元の少子化対策というのであれば、こうした問題、負担に実際にはばらつきがある子供のいる世帯、特に国民健康保険では負担が多くなっているという現実はあると思います。ここはしっかりと取り組んでいただきたいと思っています。

次に、おとし、二〇二一年十二月に、財政制

度等審議会から出された令和四年度予算の編成等に係る建議では、かかりつけ医機能の要件を法制上明確化した上で、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けることなど示されていきました。

このかかりつけ医機能は、特定の診療科の一人あるいは一か所の医師、医療機関に限定されるものではなく、同じ患者についても複数の医師、医療機関がかかりつけ医機能を持つという理解でよいのでしょうか。一人の患者について一人の医師、一か所の医療機関がかかりつけ医として認定や登録されるものではなく、これに伴って、かかりつけ医機能に係る診療報酬、診療情報提供料I、連携強化診療情報提供料、機能強化加算、地域包括診療料、地域包括診療加算のいずれも患者一人に対して一人の医師、一つの医療機関しか算定できないものではなく、複数の医療機関が算定できるという理解でよいのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今回御提案申し上げております法案におきましては、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医の機能の内容を強化をし、地域において必要なかかりつけ医機能を確保すること、かかりつけ医機能が発揮されるにつなげるために、かかりつけ医機能が算定される制度整備を行うことを御提案申し上げます。患者の受療行動自体への介入について否定しているものではございません。

したがって、これまで患者が複数の医療機関から継続的な医療の提供を受けておられるような場合には、日頃から身近にあって、いつも受診しておられる医師ということ、いわゆるかかりつけ医を複数持つということも想定されるところでございますが、この法案はそのような状況に特段の影響を及ぼす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。

それから、委員から診療報酬についてのお尋ねもございました。例えば、先ほど挙げられた中で

機能強化加算というのがございましたけれども、これ、外来医療における適切な役割分担を図って、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価するという観点から、地域包括診療加算などの届出等の要件を満たす医療機関につきまして、初診料を算定する場合の加算八十点をやっているといったような加算でございます。こういった加算につきましては、一人の患者について複数の医療機関が算定するということも可能な形になってございます。また、そのほか幾つか御指摘ございましたけれども、そういったものにつきましても同様な取扱いというふうに御理解いただければ幸いです。

○芳賀道也君 この突然出てきたかかりつけ医機能、この委員会の中でも、今その目的がちよっと分らないという声が午前中の質疑からも出ておりますけれども。

あと、診療報酬を減らすためにつくったというような制度ではないということでもよろしいのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今回のこの私ども提案しておりますのは、あくまでも医療提供体制をどう、より患者さん、国民の皆さんが利用しやすい形に持っていくかという観点で整備をしていきたいというものでございます。そういう意味で、今回こういった新しい仕組みをつくって、じゃ、診療報酬の取扱いをどうするかということにつきましては、現時点で具体的にこういう方向でということを決定的にしているものではないです。これから必要に応じて中央社会保険医療協議会、中医協などで御議論いただくような話になってくるのではないかとこのように考えているところでございます。

○芳賀道也君 今のお答えは、将来そういうことになることを否定するわけではないという趣旨でよろしいのでしょうか。

それからもう一つは、私も、内科のかかりつけ医もいます、眼科のかかりつけ医もいます。それから、知り合いのアドバイスもあって、やっぱり各家庭に精神科のかかりつけ医だつてなきや駄目なんだというので、心のクリニックのかかりつけ医もいるんですが、そういういろんなかかりつけ医には引き続きかかれるし、その報酬が減らされないし、それから、その方がいいのだという認識でいいんでしょうか。将来的には変更するというようなことがないのか、それから、かかりつけ医というのはいろんな診療科であつていいのだというところなのか、そこを教えてください。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

現在でも、診療報酬においては、かかりつけ医機能的なものを評価することから、先ほど話が出ていた機能強化加算、ほかに様々な、地域包括診療料等ございます。

そういう意味で、既にかかりつけ医機能的な評価は診療報酬でございしますけれども、今回、新たにこの医療法で、かかりつけ医機能の強化という形で新しい提案が出てきておりますので、具体的に

に、今後その新しい提案について具体化されていった後に、それを診療報酬でどうするかという話について議論するということはあり得ると思っておりますが、さつき医政局長が申し上げたよう

に、具体的にどういう方向でどうするかみたいなのは、まだそもそも医療法の方の枠組み自身からでございいますので、その上で判断していくことになるのではないかと考えております。

○芳賀道也君　まだ詳しいことは見えないんだけど、法律だけ先が変わると、ここが分からなくなってくるんですが、この辺はどういう必要性で今回こうなったんですか。

○政府参考人(伊原和人君) 診療報酬というものは、基本的に新しく、診療報酬が先にあつて物を決めるのではないので、やはり医療提供体制の現場でこういう仕組みができて上がる、それを診療報酬でどう評価するかというのは後から付いてくるものですので、今申し上げたような段取りになる

と考えております。

○芳賀達也君 本当にかかりつけ医というのは必要なものですし、これは前向きな部分が随分ある改正だと思いますが、そうしたことが結局、出るものを抑える方向に進まないようにだけはしっかりとお願いをしたいと思います。

次に、本法案は新型コロナウイルスの感染拡大が始まって二年がたった後の法改正でもあります。新型コロナウイルスを受けて、次の社会保障を立て直すための法律かと個人的には期待をしていたんですが、新型コロナウイルスを受けての反省が余りにもこの法案に反映されていないように見えます。

学習院大学経済学部で医療経済学が御専門の鈴木木巨教授も、「医療崩壊 真犯人は誰だ」という本の中で、医療改革の好機を見逃すなと訴えています。今後も続くウイズコロナの時代にも感染の波が何度も起き、このままでは同じ失敗が繰り返されるでしょう、これまでの犠牲を無にしないためにも、我々はここでしっかりと対策を考え、医療提供体制に対する改革を実行していかなければなりませんとお書きになっています。

まず指摘したいのが、地域医療構想の見直しで、特に新型コロナウイルス医療に率先して尽力した公立・公的病院の統合や再編は見直すべきではないでしょうか。公立、公的の整理統合計画について

は、この鈴木亘教授も 現在のコロナ禍の中では完全に真目に出た政策と言えると思えます。

地域医療構想のうち、特に公立病院、公的病院の再編を見直すべきだと考えますが、大臣の御見

解はいかがでしようか。

○国務大臣(加藤勝信君)　まず一つは、一般の感
染症法の改正で、そうした体制を一つ組んでいく
ということを出させていただきました。また、今

委員から地域医療構想のお話がありました。新型コロナ対応では、公立、公的と同時に、民間においても、多くの医療機関でその機能に応じて感染症患者の受入れ、一般患者への対応など、役割を果たしていただいたところがございます。

今後の新興感染症については、今申し上げたよ

うな形で、その設置主体にかかわらず、その機能、役割にに応じて、都道府県と締結した協定に基づき医療を提供していただく仕組みをつくらせていただきました。

他方で、地域医療構想は、中長期的な人口構造の変化に伴う地域の医療ニーズに応じて、これは病床の削減や統廃合ありきじゃなくて、どういう形で病床機能の分化、連携により、質の高い、そして効率的な医療提供体制を確保するかというものであります。今回の新型コロナ対応を通じて明らかになった地域の医療機関の役割分担等の課題にも対応していく必要があると考えております。

厚労省としては、都道府県の御意見を伺いながら、地域医療構想、これは着実に進めていかなければならないと考えており、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる二〇四〇年頃を視野に入れつつ、新型コロナ対応を通じて顕在化した課題を含めて中長期的な課題について整理をし、新たな地域医療構想の策定に向けた検討も進めていきたいというふうに考えております。

○芳賀道也君　大臣からも、決して統廃合ありきではないんだと、コロナの状況を見て、地域がこういうものが欲しいんだというんだしたらそれをサポートするということをいつもお答えいただいていたんですが、そのこと自体はいいんですが、そうした地域がそれを選択したら、それをしっかりと金銭的にも国がバックアップしていただくことを求めます。

さらに、この質問にあったような学者の指摘です。ね、公立・公的病院の整理統合が新型コロナウイルスの感染の治療にマイナスになったという御指摘については、厚労省としてはどうお考えになっているでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君)　ちよつと今委員が御指摘になった具体例について、詳細についてはちよつと承知はしてございませんけれども、私どもとしては、コロナ対応においては、もちろん重点医療機関を中心としてつう大変多くの医療機関に御協力をいただいで、国民の皆様に必要な体制を

提供することが可能になったというふうを考えて
ございます。

それはそれとしつつ、一方で、平時における医療をどう効率化するかということとはやはり重要な課題でございますので、先ほど大臣答弁させていだきましたように、しっかりとやはり将来のことをにらみながら、地域において各医療機関の経営判断をしていただきつつ取り組んでいくということが重要でございますので、引き続き中長期的課題についてもよく整理をさせていただきながら、今後とも取り組んでまいりたいというふうに考えております。

○芳賀道也君　日本どこに住んでいてもしつかりとした医療が受けられるというのは基本だと思えますので、引き続き、特に地方の公的・公立病院の問題、取り組んでいただきたいと思います。

次に新型コロナの治療や感染拡大対策として、各地の自衛隊病院の皆さんに大変御尽力をいただきました。ダイヤモンド・プリンセス号のコロナ患者の受け入れや大規模接種施設など、場面で大活躍だったと思います。しかし、この自衛隊病院の整理統合が既に二〇〇九年に決定された。昨年三月には、別府や舞鶴、佐世保、三沢など、自衛隊六病院が廃止されています。

ウィズコロナとして各地での感染症対策を進めるためにも、自衛隊病院の再編の方針というものも見直すべきではないかと考えるんですが、防衛省の見解を伺いたいと思います。

○大臣政務官(小野田紀美君) 自衛隊病院の拠点化、高機能化は、限られた人材と医療資源を集中し、効率的かつ質の高い医療体制の確立を図るべく推進しているものです。この一環として令和三年度末に六個の自衛隊病院を廃止しましたけれども、引き続き、診療所として医官等を配置するなども、任務に必要な診療機能を維持しております。感染症対策は政府全体で取り組むべきものでございまして、防衛省・自衛隊としては、必要に応じて、適時適切に対応してまいりたいと思っております。

○芳賀道也君 今回も、突然の大規模接種の協力などには国民を代表して感謝も申し上げたいですが、こうした自衛隊の医療体制の強化というのもし引き続き必要だと思いますので、よろしく願いをいたします。

新型インフルエンザ特措法の枠組みも影響して、新型コロナウイルスの各種対策は各都道府県に具体的な対応が任せられ、各都道府県のリーダーの取組が感染対策の良しあしにつながった面があります。

ただ、病院の立場からすれば、ふだん地方厚生局の監査を受けたり、厚生労働省の事務連絡や補助金、中医協の決定などに左右されたりして、厚生労働省との関わりはありますが、都道府県とは五、六年に一度の医療計画の策定のと看以外には接点はないというところも多かったと言われます。それゆえ、新型コロナウイルスの感染拡大の初期に都道府県が各病院に協力を求めても、各病院の対応が消極的だったという指摘があります。

本法案では、医療費適正化計画での都道府県の役割を大きくしているのは確かですが、適正化計画のための保険者協議会は、都道府県の医療部局の担当者がその地域内の病院の各代表者とやり取りするような場ではありません。

今後、再び新型コロナウイルスの再度の感染拡大やほかの感染症の拡大があり得ることを考えたら、厚生労働省は、各都道府県に権限と予算を大胆に移し、都道府県中心に医療連携を進める仕組みをつくらなければならぬのではないのでしょうか。厚生大臣、御見解を伺います。

○国務大臣(加藤勝信君) 新興感染症の発生、蔓延時における医療提供体制については、昨年の感染症法の改正で、都道府県が予防計画、医療計画に沿ってあらかじめ医療機関と協定を締結する仕組みを法定したところであります。この協定の履行に要する費用については、一定の財政支援を行うこととしており、協定締結に、あつ、してあります。

なお、感染症の、改正前の感染症法に基づく財政支援の多くは国の補助割合が二分の一であります

したが、都道府県と協定を締結した医療機関が新興感染症の発生、蔓延時に実施する措置に関する費用については、国の補助割合は四分の三としたところでもございます。

また、昨年の感染症法の改正により、都道府県が保健所設置市区や地域の医療関係者等から構成される都道府県連携協議会を立ち上げ、平時から感染症の発生、蔓延時における入院調整の方法や情報共有の在り方等を協議することを通じて相互の連携を強化する仕組みも設けたところであります。

さらに、緊急時における迅速な入院調整を可能とするため、感染症の発生、蔓延時における入院勧告、措置について、都道府県から保健所設置市区等への指示権限なども創設したところであります。

こうした取組により、今後の新興感染症に備えた医療提供体制を構築していきたいと考えております。

○芳賀道也君 是非、都道府県と各医療機関の連携も進めていただきたいと思ひます。

学習院大学経済学部で医療経済学が御専門の、先ほども紹介した鈴木木巨教授の書かれた「医療崩壊 真犯人は誰だ」によれば、新型コロナウイルスで医療崩壊が起こった原因として、連携不足、そうしたことがあったということを紹介しましたけれども、日本の医療はフリーアクセスで、保険証一枚でどの医療機関でも受診できます。それ、病院からすればお互いがライバルということにもなる。だから、ほつておくとか病院間の連携ができません。

ところで、新型コロナウイルスの治療は、経済学で言う規模の利益が働くもので、病床数が多い大きな病院にスタッフを集中させて、重症患者も集めて治療することがベストだと言われています。そこで、大きな病院に新型コロナウイルス患者を集中させるには、新型コロナウイルス疑いの重症の患者を大型の病院に集める上りと、急性期の治療が終わつて急場をしのいだ患者さんを中小の病院に移す下りがうまく

進まなければならない、これがうまく回らないと、コロナ治療が特に必要な重症患者に治療が行き届かないで医療崩壊に至つてしまう。ふだんから大規模病院と中小病院との間で医療連携ができていないところでは、新型コロナウイルスでのこの上り下りの回転がうまくいかず、医療崩壊に至つたと鈴木教授は指摘しています。

本法案では、かかりつけ医機能の報告による地域の協議の仕組みや医療、介護の連携については触れていますが、新型コロナウイルスで問題が明るみになつた大規模病院と中小病院の連携不足については何も触れていないように見えるのですが、厚生大臣の御見解を伺ひます。

○国務大臣(加藤勝信君) 今御指摘ございました患者の重症度に応じた対応、あるいはコロナ病床確保のための後方支援などを含めた医療機関間の役割分担、連携、これ大変大事な視点だということに思つております。

こうした課題を踏まえて、感染症の発生、蔓延時における医療提供体制については、改正感染症法に基づき、都道府県が医療機関と平時に協議を行い、各医療機関の機能や役割に応じて協定を締結することとしております。これにより、感染症医療を担う医療機関をあらかじめ適切に確保していくということでもあります。

さらに、この法案そのもの、今回提出させていただいている法案は感染症対応を主眼にしたものではありませんが、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情やその機能、専門性に応じて他の医療機関とも連携し、かかりつけ医機能を発揮するよう促すことが重要と考えており、かかりつけ医機能の報告などを通じて、適切な紹介を含めた医療機関間の必要な連携を進めることで、感染症発生、蔓延時における連携にも資するものと考えております。

○芳賀道也君 加藤大臣、ありがとうございます。

失礼しました。小野田政務官はお忙しいでしょうから、是非、御退席いただいて結構でございます

す。済みません。

○委員長(山田宏君) 小野田大臣政務官には御退室をいただいて結構でございます。

○芳賀道也君 大阪府のように保健所を整理統合したところは新型コロナウイルス治療で大変な目に遭つたとし、和歌山県のように保健所の整理統合をそれほど進めなかつたところは、仁坂前知事や優れた保健行政のスタッフの努力もあつて、医療崩壊には至らなかつたと聞いております。

本法案では保健所のことについても何も触れられていないように見えますが、ウイズコロナの時代にあつて、次の感染症対策のため、全国的に保健所の拡充を進める必要があるのではないかと、大臣の御見解を伺ひます。

○国務大臣(加藤勝信君) 次の新興・再興感染症に備えるため、平時から計画的に保健所の体制を整備していくということは、今回のコロナへの対応も踏まえて必要なことと考えております。

昨年十二月に成立しました改正感染症法では、各自治体が保健所の体制整備を含めた予防計画を策定し、計画的に体制強化を進めることとしております。さらに、予防計画の実効性を高めるため、各保健所において、有事の際の人員体制の構築や業務効率化の取組などを盛り込んだ健康危機対処計画を作成していただくこととしています。

加えて、自治体における保健所の人員確保を支援するため、今年度、保健所において感染症対応業務に従事する保健師数を四百五十名、保健師以外の職員も百五十名増員するために必要な地方財政措置を講じることとしております。

こうした取組により、感染症有事の保健所業務が逼迫することのないように、また、そうした中において保健所が求められている機能がしっかりと発揮していただけるよう、各自治体による体制整備を支援してまいります。

○芳賀道也君 是非、今回のコロナ、また九波ではないかなんというとも言われて非常に心配ですけれども、この今回のコロナの対応をしつかりと科学的にも検証して、保健所の必要な機能強化

あるいは増員、進めていただきたいと思います。

次に、医療、福祉、介護も同じなんです。放課後児童クラブ、学童保育では、一時的な待遇改善ではなく、抜本的な報酬の値上げが必要です。なぜなら、一時的な待遇改善だと、求人情報をハローワークに出す際、一時的なプラスでは給料として求人票に書けないために、資格があるにもかかわらず、ほかの求人に対して非常に給料が低く見劣りしてしまうんですね。ですから、まずまず人材確保に、人材難に拍車が掛かっている。

臨時加算では人材確保にはつながりませんので、臨時加算では人材確保につながらないので、継続した補助の上乗せと継続した待遇改善、この待遇改善、値上げなどが必要だと考えますが、こども家庭庁の御見解を伺います。

○政府参考人(黒瀬敏文君) お答えいたします。

放課後児童クラブにつきましては、こども家庭庁におきまして、地域で適切に運営ができるように、実施主体である市区町村に対する財政支援を行っているところでございます。

放課後児童クラブの職員の処遇改善につきましては、令和三年度補正予算の放課後児童支援員等処遇改善臨時特例事業において、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として収入を三％引き上げるための措置を行い、令和四年度、令和五年度予算においても当該事業を継続して盛り込んでいくところでございます。このほか、十八時半を超えて開所する放課後児童クラブの職員の賃金改善等に必要な経費の補助、また勤務年数等に応じた処遇改善事業等についても継続して行っているところでございまして、人材確保の観点からも、引き続き、放課後児童クラブの職員の処遇改善に努めてまいりたいと考えております。

○芳賀道也君 これは予算ですから、じゃ、来年度もこの予算が付くのかということを知ると、それは予算は成立しないと言えませんが、駄目だということではベースアップにつながりにくい。やっぱり求人票にそれを当てにした基準の給料を書けないという部分があるんですが、これはどう

ですか。

○政府参考人(黒瀬敏文君) お答えいたします。

放課後児童支援員の処遇改善事業は、臨時的な加算というわけではなくて、賃上げ効果が継続されることを前提とした事業でございまして、基本給や毎月支払われる手当に反映することを要件としております。

今後とも、当該補助事業の趣旨を理解の上、職員の処遇改善に努めていただけるように、自治体に対して事業の活用を促してまいりたいと考えております。

○芳賀道也君 ならば、いわゆる臨時的な措置ではなくて、報酬自体を上げるのが筋なのではないか。そうすれば、しっかりとベースアップにも反映されて求人票にも書けるんですよ。これ、どうなんでしょうか。

○政府参考人(黒瀬敏文君) 繰り返しになりますが、けれども、これが臨時的にならないように、基本給や毎月支払われる手当に反映することを要件とすることによって処遇改善にしっかりとつながるように、自治体に事業の活用を促してまいりたいと思いますし、また、この趣旨をしっかりと理解していただけるように我々としては説明を尽くしてまいりたいと考えております。

○芳賀道也君 やはり報酬のしつかりとした改定がないと抜本解決にならないんだと、本当に現場は困っているんだということを指摘して、次の質問に参ります。

こども家庭庁の皆さんはこれで御退席いただきたい結構でございます。お取り計らいください。

○委員長(山田宏君) 黒瀬審議官には御退室いただいて構いません。

○芳賀道也君 次に、配付資料の二ページを御覧いただきたいと思いますが、昨年度の補正予算で、団体経由産業保健活動推進助成金として、商工会議所など中小企業・小規模事業者の団体が五十人未満の事業所の産業保健を進める場合に補助をする仕組みがスタートし、今年度の当初予算でも計上されています。

労働安全衛生法に基づく産業保健を進める場合、五十人以上の従業員がいる職場では産業医を選定するよう、選任するよう法定化されていて、保健指導や面接、聴取などもできる限り産業医が行うことに厚生労働省として通知を出していると聞いています。

三月十七日の厚生労働委員会では、鈴木労働基準局長の御答弁で、産業医ではない医師が関与することを認めていました。また、資料を見ると分かるように、産業歯科医ではない歯科医師、保健師ではない看護師の関与も認めております。

労働安全衛生法上、五十人以上の従業員のいる職場では産業医を選任して産業保健を進めるようになっていくことなどから、この団体経由産業保健活動推進助成金の制度でもできる限り産業医や産業歯科医、保健師を中心に産業保健を担うようにすべきではないでしょうか。いかがでしょうか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) お答え申し上げます。

まず、労働安全衛生法の関係で御説明いたしますと、まず、事業者に対して、健康診断結果の意見聴取や長時間労働者等に対します面接指導や意見聴取を義務付けておりますけれども、これらの医師が行うとされております。

また、健康診断結果に基づきます保健指導を事業者の努力義務としておりますけれども、これにつきましても医師又は保健師が行うこととされておりまして、特に産業医と書いてはおりません。これ、なぜかと申しますと、この産業医の選任義務がありますのは基本五十人以上の事業場でございまして、それ未満の事業場に対しましてはこれらの義務が掛かってまいりますので、これは医師と書いてありまして、産業医とは書いてないということでございます。

しかしながら、こういったものにつきまして専門的知識を持っております産業医が行うということとは、これは非常に望ましいことでございますので、私どもといたしましては、産業医の選任義務

のある事業場におきましては、労働者個人ごとの健康状態や作業内容、作業環境についてより詳細に把握し得る立場の産業医が行うことが適当である、また、産業医の選任義務がない事業場におきましては、産業医の要件を備えた医師等の、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師が行うことが適当であるとしておりまして、これまでも指針等において周知をしておるところでございます。

御指摘いただきました団体経由産業保健活動推進助成金でございますけれども、これは中小企業等の産業保健活動を支援する趣旨の助成金でございますので、まさに同じようなことが当てはまりまして、同様の考え方で産業医などが健康診断結果の意見聴取等を行うことが望ましい旨、これ利用者に対して周知をしていきたいと考えてございます。

○芳賀道也君 こういうことになると、産業医というのは一定の様々な専門知識もありですし、しかも企業に対しても必要なことは言える立場だと思っておりますが、そうしたことが弱くなるということと起きてくるのではないのでしょうか。いかがでしょうか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) 私どもとしましては、やはりそういった専門家でございます産業医がいることが望ましいということでございますけれども、繰り返しになりますけれども、五十人未満規模の事業場におきましては産業医の選任が義務ではないという状況でございますので、まずは産業医ではない医師も含めましてこの産業保健活動をしっかりとやっていただくと、こういうことが重要なかなと思っておりますので、こういうこの助成金につきましては、この法律の体系と合わせまして産業医以外の者も活用いただくということでございますけれども、やはりその産業医の活用が望ましいということにつきましては、繰り返しになりますけれども、周知をしてまいりたいと考えてございます。

○芳賀道也君 望ましいんだけど、取り方に

よっては諦めてしまっているというふうにも取られなくもないわけで、これはやっぱり中小企業の、特にやっぱり中小企業ほど健康管理というのは悪くなりがちですから、一番ここが大事なところだと私は思うんです。

そういった面で、やっぱりなくてもいいんだ、義務ではないからと言われてしまうとますます後退してしまうのではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) まず、この中小の産業保健活動におきましては、こうした産業医が選任されていないところも含めまして、こういったその法律の義務をしっかりと果たしていただく、また、この助成金でのメニューにもございいますように、法律以外の部分でも、いろいろとその医師なり保健師なりの御意見を聴取いたしまして、産業保健進めていただくところがありますんで、そういったところをまずしっかりとやっていただくということが大事かと思っております。

○芳賀道也君 団体経由産業保健活動推進助成金制度では、労働安全衛生法に基づかない健康相談や職場環境改善などのメニューもあります。労働安全衛生法に基づかない健康相談や職場環境改善では、その内容がどのようなものを対象にするのか、もしかしたら必ずしも産業保健にそぐわないものまでこの事業の対象となってしまう心配というのではないのでしょうか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) 私どもといたしましては、これの、助成金の支給も含めまして、全体として小規模事業場に対して産業保健の活動の支援を行っているところでございます。

そういった周知啓発も含めましてこの助成金の運用も図ってまいりたいと思っておりますし、そういったその先生御懸念のような、全然関係ないようなところに使われるということがないように、しっかりとこの助成金の支給なり周知なりをしてまいりたいと考えてございます。

○芳賀道也君 ありがとうございます。
命を守るというのはやっぱり加藤厚労大臣の一

番の責務ですし、労働についても、職場の健康も守るというのも、やはり厚生労働省の一番の責務だと思えます。

このところ、何か認定ビジネスのようなもので、企業の健康何とか認定企業というようなシステムができたとして、何かこれが、健康ビジネスがほかの省庁で行われているような印象を受けるところもあるんですが、少なくとも職場で命を守ることはやっぱり厚生労働省の務めだと思えますので、加藤大臣、この辺、職場の健康を守るということは我が省がしっかりとやりますということを一言言っていただけではないですかね。

○国務大臣(加藤勝信君) 我が省がというか、国を挙げてその職場の健康を守っていくということが必要で、多分、今委員おっしゃったのは健康経営の関係で、これたしか経産省等がやっておられるというふうには認識をしておりますが、我々今お話があった労働安全衛生ということの法律を持っているわけでありますし、そこでしっかりとした環境、働くための環境を整備し、その下で安全に働いていただける環境を、状況をつくっていくということ、これは私たちの責務だということふうに思っておりますんで、もちろん連携できるところはしっかりと連携しながら、その所期の目的を達成していきたいと思えます。

○芳賀道也君 是非、職場の安全も含めて、国民の健康、命もどうぞよろしく願います。
以上で終わります。

○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。
後期高齢者の負担能力について質疑したいと思えます。

既に昨年十月から、後期高齢者の医療費窓口負担の二割ということで始まっております。対象は、単身で年収二百万円、二人世帯で三百二十万円以上と。大臣は、本会議でも聞きましたところ、受診抑制招かないようにしているという答弁がありました。しかし、実態として届いている声は、受診を控えるか生活費を削って対応していると、こういう実態あるんですね。

改めて確認したいと思えます。負担能力があるとした根拠は何でしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) 申し上げます。

昨年十月から施行しました後期高齢者の二割負担の窓口負担につきまして、その対象範囲につきましては、現在、課税所得二十八万円以上で、かつ、単身者の場合には年収二百万円以上、夫婦の場合には年収合計三百二十万円以上の方としてございます。

この範囲は、まず課税所得で見ますと、後期高齢者のうち、所得上位三〇％以上であるということとでございます。また、収入で見ますと、四十年間平均的な収入で厚生年金を納めてきた方の年金額、これが百八十七万円でございますから、これを超える水準であるということ踏まえて設定したものでございます。

実際、当時のこれを決める際の議論としては、平成三十年の家計調査の個票データに基づいて分析すると、こうした方々には収支に一定のプラスが見込まれることなど、高齢者の負担能力や生活状況を踏まえて設定したと考えてございいます。

○倉林明子君 資料の一と二ということで今日用意させていただいておりますので、御覧いただければと思えます。

二割負担導入の際に、先ほど紹介あったとおり、社会保障審議会医療保険部会に示されたモデルの収支というのを一番右に付けています。そして、年収ベースの数字で、これ、単身のところでいうと十三万円の黒字、一番下、になると。さらに、夫婦二人の世帯だと三十六万円の黒字という、こういう数字が社会保障審議会で示されて議論になっているんですね。これ、根拠にしたと思うんですね。しかし、この家計調査から抽出したサンプルというのの特性というのは開示されていないんです。どういうサンプルを取ったかというのは分からぬのですよ。

家計調査の方は、真ん中の数字を入れております。これは家計調査なんです、これ見ますと、

月額ベースで、単身、一番下、これ月額になるので、九千四百二円、夫婦のみでいうと一万八千五百二十五円。これ、両方赤字なんですね。年収換算すると、単身で十一万円の赤、夫婦のみで二十二万円を超える赤字というふうになるんですね。

一番左の数字は何かというと、日本高齢期運動連絡会が、二割負担となる、二割負担になるという人たちの百六十七人の実態を詳細にアンケートで聞き取りしながらまとめたものなんですね。

これ、一番左の欄の特徴を見えますと、介護保険の利用、ここがすごく大きいんですよ。これは、実は家計調査にも部会に示した資料にも出てこないんです。これが非常に重たいということがよく出ています。これで、実態、実態を反映して取り集めてみると、単身では月額十万円の赤字で、夫婦で十八万円も赤字になると、こういう数字が出てきている、データが出てきているんですね。

政府の提出したデータというのが、実態との乖離、本当大きいという実感、実感反映した数字でもあるなと思うんですね。

二割負担となった人たちの実態を、実態を踏まえた、よろしいか、実態を踏まえた負担能力の検証と、こういうものが必要じゃないかと思うんです。いかがでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。
先ほど先生が資料で示された六十五歳単身無職世帯、これ家計調査の分析だと思えます。それから、それも、夫婦もお示しいただいていますけれども、これ赤字になっておりますが、これは低所得な方から高所得な方まで含めた全ての高齢者世帯の平均値でございます。

ただ、例えば二〇一九年の全国家計行動調査を見ますと、六十五歳以上の高齢者世帯の家計については、低所得者世帯は赤字となっておりますけれども、平均以上の所得のある方については黒字となっております。

ここでお示したのはまさに全ての世帯を平均した数字でございまして、結果がこうなっている

る。我々がお示しています、平成三十年のときにお示したこの七十五歳以上単身モデル、あるいは次のページにあります夫婦モデル、これは年収二百万円の階層の方のデータに基づいて推計したものでございまして、先ほど先生が御紹介いただきましたように、年収二百万円の単身モデルでしたら十三万円が黒字、七十五歳以上夫婦モデルと、年収三百二十万円では三十六万円の黒字と、こういうことになっていたこととでございます。

○倉林明子君 いや、実際に介護保険を使っている人たちのところでいうと物すごい赤字になっているというのが、改めてこの高齢期運動連絡会がした調査で見えてきたんです。そういう部分が全く検証結果では出てきてないので、そういう部分で実態反映した再検証が私やるんじゃないかと言っているんです。

二〇一四年に介護保険の利用料の二割負担導入の際も、年間六十万円の負担能力があると、あのときは田村大臣だったかと思いますが、そういう、実際には三十五万円の赤字であるということとを認めて、負担能力の根拠を撤回したという経過あるんです。撤回したんだけど、そのまま二割負担はやっちゃったんですけれども。

私は、改めて、こういう負担能力の判断という場合、今の部会に、社会保障審議会の医療保険部会に提出された資料というのは再検証ができないサンプルになっているんです。サンプルをそちらでやっているの、サンプルを作っているのはそちらなので。だから、再検証が、第三者も含めて検証可能なデータの開示というのは私は求められると思う。そういうことしないで、説明責任を果たしたって言えないと思うんです。

後期高齢者の保険料について、能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直しというもので、三枚目に資料を入れております。

これ、真ん中の、下のところに額が入っているところありますけれども、これ二百十一万円を超えると緩和措置がないんですよ。このボーダー

ぎりぎりのところというのはすごく負担が上がるということになると思うんですけれども、この傾斜が付いているところですけども、傾斜の中間点で一体どのぐらいの負担になるのかというのは分からないんです。

年収でいうと、二百十一万を超えてすぐの二百二十万円あるのは三百万円、上限まで行くまでの間のところですね、ここでの負担というのは一体どのぐらいの引上げになるのか、御説明を。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

後期高齢者における、後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加、いわゆる自然増も反映して二年に一度引き上げておりまして、今回の制度改正による影響を合わせた令和六、七年度の保険料でございますが、年収二百二十万円の方については月額九千三百四十円になると見ております。このうち、制度改正に伴う追加の御負担は月額で四百六十円程度と見込んでおります。また、年収三百万円の方については月額一万一千五百二十円になると見込んでおりまして、制度改正に伴う追加の御負担は月額五百七十円程度と推計してございます。

○倉林明子君 負担能力を超えた介護保険料の二割負担に加えて、後期高齢者の窓口負担の二倍化ということが既に始まっていて、そして、更に加えて保険料の引上げと、どんどんどんどん負担増えているんですよ。

年金は実質的に下がるという中で、電気代、これ、オール電化にしている高齢者世帯というのの少ないんですよ、火事危ないから言うてですね。この電気代というのは物すごい値上がりしています。物価高は、本当にこの間の引上げというのは、生活厳しく圧迫しているという中で、実質的な収入というのは、高齢者のところ、年金生活者のところに行ったら、物すごく悪化しているという声、届いております。

公平な負担と言ってますよね、政府は。公平な負担と言いますが、公費負担はこれ減らし続けているというのが実態ですよ。高齢者の暮らしに

追い打ちを掛けるというような値上げというのはやるべきではないと強く申し上げたい。

そこで次に、後期高齢者の短期証について質問します。

後期高齢者の保険料滞納者に対する資格証明書の問題について質疑ありましたけれども、滞納者というのは、先ほど答弁にもあったようにゼロなんですけれど、あつ、滞納者は、資格証明書の発行はゼロなんですけれども、滞納者に対して短期保険証は交付されております。

そこで確認ですけれども、滞納者の人数、それから短期保険証の交付人数、で、短期証の交付の比率ですね、滞納者に対して、これ、二〇一〇年、二〇二一年の比較でどうなっているのか、数字でお答えください。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

まず、数字の比較ですけど、二〇一〇年と、直近の実績が二〇二〇年なので、二〇二〇年でお答えさせていただきます。

後期高齢者医療制度における滞納被保険者数は、二〇一〇年度におきましては二十八万五千二百七十九人でございました。二〇二〇年度においては十九万四千九百二十九人ということで、この間に九万人、約三二％減少してございます。

それから、短期被保険者証の交付者数は、二〇一〇年度においては二万五千五百五十人、二万五千五百五十人、二〇二〇年度においては二万五千五百八人ということで、この間に約千人、約五％減少してございます。

滞納被保険者数に対する短期被保険者証の交付者数の割合ですけれども、二〇一〇年度においては七・六％、二〇二〇年度においては一〇・五％となっております。これは、この間に滞納被保険者数が約三二％減少し、滞納被保険者数、交付者数が約五％減少したことに伴ってこういう変化が起きたと考えております。

○倉林明子君 滞納者は減っているんですけども、短期証の発行ということと比率は上がっているというふうに今の数字だと思っております。

ね。

後期高齢者医療制度において資格証明書の交付実績がないのはなぜなのか。先ほど若干紹介ありましたが、改めて確認をさせていただきます。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

後期高齢者医療制度においては、現在、法律上、保険料を納付することができない特別な事情がないにもかかわらず長期にわたり保険料を滞納している方に対しては、保険証を返還を求め、資格証明書を交付することで、医療費を一旦窓口で全額負担いただく仕組みが設けられております。

しかしながら、後期高齢者医療制度におきましては、これまで、高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることがないように、資格証明書につきましても、きめ細かな収納対策を講じ、保険料の納付につき、十分な収入などがあるにもかかわらず保険料を納付しない悪質な場合に限り対象とする運用を徹底しております。先ほど御紹介いただきましたように、制度創設以来、資格証明書の交付実績はないと承知しております。

○倉林明子君 これは留意点について通知も出されておまして、その中では、機械的に行われることにより、高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることのないように求めているんです。高齢者に対してはやっぱり医療を受ける機会ということをしっかりと、損なってはいけないということで趣旨徹底されてゼロになってきたわけですね。

この通知では、仮に資格証明書を交付した場合、医療費の全額を一時的に負担することが困難となり、必要な医療を受ける機会が損なわれるおそれがあると認められる場合、資格証明書の対象外とする特別な事情に該当するということが明記されているんです。

保険証廃止に当たってもこの考え方は維持されるということですよしいですか。

○政府参考人(伊原和人君) 先ほど大臣からも御答弁させていただきましたけれども、こうした今

まで後期高齢者医療制度において運用してきた、高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることがないよう、資格証明書について、きめ細かな取納対策を講じ、保険料の納付につき、十分な収入等があるにもかかわらず保険料を納付しない悪質な場合に限り対象とする運用を徹底してきたと、こういうことにつきましては、今回、健康保険証や資格証明書廃止後においても、引き続きこの方針は維持していくものだと考えてございます。

○倉林明子君 いや、方針は維持するというのはさっきも確認できたんですけども、短期証も、これ今度のマイナンバー法の改定で、マイナンバー法によつて短期証も廃止ということになるんですよね。そこが大変懸念されているところで、国保法と同様に、こういう短期証が廃止、資格証明書は元々出していないけれども、短期証も廃止するということになる、現在二万人が交付受けて、医療を受ける機会を確保できているんですけど、そういう人たちが全員特別療養の対象となつて、償還払いということになったら、これは考え方維持されたいと思ふんですけども、これ、大臣、どうですか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今回のその制度の見直しによつて、これまで、短期被保険者証というのを発行と、資格証明書、これ発行というんですか、交付というか、二つあるわけがあります。

この短期被保険者証については、健康保険証に特別の有効期間を設定したものであるため、来年秋に健康保険証を廃止することに伴つて併せて廃止がされると。また、特別の事情がないにもかかわらず長期にわたり保険料を滞納していた場合に、資格証明書の交付を行う現行の規定に代えて、償還払いとなる特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行う規定を整備するというところでありますから、端的に申し上げれば、短期被保険者証も資格証明書も、自体はなくなるわけであります。

その上で、法律上、特別療養費の支給に変更す

る旨の事前通知を行う際の要件として、保険者が保険料の納付の勧奨や相談等の取組を行うことを明確に位置付け、これにより滞納者との十分な接触の機会の確保を図ることとしております。保険料滞納者への納付の勧奨等の運用については、引き続き、この短期被保険者証の交付時に実施してきたと同様に行っていくこと、これは自治体にしつかり周知と徹底を図っていきたいと考えております。

○委員長(山田宏君) 倉林明子君。

○国務大臣(加藤勝信君) それから、ごめんなさい、さらに、特別療養費の支給の関係については、先ほど局長から答弁し、また先ほど私自身が答弁したように、これまでと同じ方針で臨むということであります。

○倉林明子君 請求をすると、滞納していますよと、だから、このままだったら十割負担ということになるからつていう通知を送つてその保険料の支払を勧奨すると、こういう仕組みは分かるんですけども、短期証がなくなつてしまうので、その場合、何をもちつて、この期限を切つた、これまで受診の機会を担保してきたものをどうやつて保障するのかつていう具体的な中身は示されてないので、そこはどうなんですか。

○政府参考人(伊原和人君) 具体的な取扱いについては今後お示ししてまいりますけれども、先ほど大臣から御説明いたしましたように、今回、短期被保険者証が廃止されることになりましたけれども、法律上の要件として、新たに、保険者が保険料の納付の勧奨や相談等の取組を行うことを明確に位置付けて、これによつて滞納者との十分な接触の機会を確保するとしております。この扱いにつきましては、まさに今、短期被保険者証で地方自治体を実際やつている運用、これらと同様にやつていくことを今考えておりまして、それを自治体に周知徹底していきたいと考えてござい

○倉林明子君 検討はこれからだけでも、短期証については、同様の機能を持つたものを発行を自

治体にもらうということになるのかなつて今話聞いていて思つたんですけども、違うんですか。いや、理由よく分からない。

○政府参考人(伊原和人君) まず、短期被保険者証を廃止いたします。

ただ、今、短期被保険者証の発行したときに、行つていて、保険者がですね、現場で納付勧奨、納付相談、様々な試みをその短期被保険者証で使うときやつておりますが、こうしたことを、同じようなことをやつていこうということを考えてござい

とが指摘されました。大臣、認識はいかがですか。

○国務大臣(加藤勝信君) その感染症の症状が明らかでない段階から日常的な診療を行っているかかりつけ医に感染症の対応を行うこと、これを一律に求めることはなかなか難しく、実際、発熱外来等ですね、そういったところで受診をお願いをしていたわけでありまして、患者が平時に受診している医療機関がその発熱外来、例えばなければ、そこではその医療を受ける、その感染症に係る医療を受けることは必ずしもできないということになるわけであり

ます。

○倉林明子君 いや、肝腎なのは、滞納の事実があつても短期証を、とりわけ後期高齢者については受診の機会を損なうことがあつてはならないということですよ。ところが、そこ

このため、感染症法、蔓延時における医療提供体制については、昨年成立をしていた改定感染症法に基づいて、都道府県が医療機関と平時に協議を行い、各医療機関の機能や役割に応じて協定を締結することとし、感染症医療を担う医療機関をあらかじめ適切に確保していくということ

あります。

また、患者からの相談に応じ、感染症医療を行うことが可能な適切な受診先の案内に努めるなど、医療機関同士が適切に連携する仕組みも含め、感染症発生、蔓延時においても医療が必要な国民が確実に必要な医療を受けられるようにしていきたいと考えており、また、この法案では、感染症対応に主眼を置いているものではありませんが、かかりつけ医療機関報告などを通じて、かかりつけ医療機関に関する情報提供の強化や適切な紹介を含めた医療機関間の必要な連携を進めることによつて、こうした感染時、感染症発生あるいは蔓延時における連携等に資するものと考えております。

○倉林明子君 コロナ禍の当初、感染症法の仕組み上、やつぱり受けられないと、フリーアクセスに一定の制限が生じるって当然のことだつたと思うんですけど、オミクロン株も感染力強いというままです。受けれないという医療機関が、外来等が残るということは当然のことだと思ふん

です。

コロナ禍で医療が逼迫した要因の一つとして、このかかりつけ医制度がなかったというよう

本法案で創設されるかかりつけ医療機能報告制度の運用についていいますと、資料入れておきましたけれども、これは厚労省の資料なんですけれども、イメージとしてこういうものが出ていますね。これ、マル・ベケということになっていて、マル・ベケの数に応じて医療機関の評価を差別、区別するようなことがあってはならないというふうに思うんですね。診療報酬上の評価に活用されることもないということで、これは確認できますか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今委員御指摘がありましたように、この法案におきましては、地域の医療機関が自ら有するかかりつけ医療機能を都道府県に報告をして、都道府県においては、報告を受けた機能に係る体制を有しているかを確認をし、地域の関係者の協議の場に報告するとともに公表するということとしてございます。

この確認につきましては、幅広い情報提供や関係者の協議に向けて、機能の現状を客観性が担保された形で確に把握をする観点から、都道府県が医療機関からの報告内容を事務的に確認するものでございまして、法律上の効果として医療機関の権利や義務に直接的に影響を与えるものではございませんで、確認されたその機能の数に応じて医療機関を差別、区別するものではないということとでございます。

また、この本案により、法案によりまして、知事による確認を受けた医療機関に係る診療報酬上の取扱いにつきましては、現時点において診療報酬としての対応の方向性を決定したものではありませんで、今後、社会保障審議会医療部会等における検討も踏まえて、必要に応じて中医協において御議論いただくものと考えているところでございます。

○倉林明子君 かかりつけ医だけで医療提供体制が本当に前進するかといったら、やっぱりね、コロナ経験して、医療は、入院も含め医療提供体制

をどうやって底上げしていくかと、そういう強化の方向にかじを切らないといけないということは最後申し上げて、終わります。

○天畠大輔君 れいわ新選組の天畠大輔です。育児のリアリティーが欠如した異次元の少子化対策について質問します。代読お願いします。

こども家庭庁の長官就任を知らせる新聞記事の中で、長官が、異次元の少子化対策の試案を作成するに当たり、国連人権委員会の委員長として世界人権宣言を起草したエレノア・ルーズベルト氏の言葉を心の中で唱えておられたとの紹介がありました。

自見政務官に伺います。

異次元の少子化対策にも、世界人権宣言に掲げられているあらゆる人の権利を守る観点は引き継がれているのでしょうか。

○大臣政務官(自見はなこ君) お答えいたします。

本年四月に施行されましたこども基本法では、日本国憲法及び児童の権利に関する条約の精神にのっとりまして、全ての子供が、心身の状況、置かれている環境等にかかわらず、その権利の擁護が図られ、将来にわたって幸福な生活を送ることができる社会の実現を目指すことが掲げられています。また、加えて、子供政策の基本理念といたしまして、こども基本法の中に、全ての子供について、個人として尊重され、その基本的人権が保障されるとともに、差別的取扱いを受けることがないようにすることが掲げられております。

こども基本法に基づきまして、少子化対策を含みます子供政策を着実に実行してまいりたいと存じます。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

(速記中止)

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 こども家庭庁の意識と政権の意識に随分違いがありますね。代読お願いします。

全世代型社会保障法案、そして少子化対策を議

論するに当たり、まず現政権の女性や障害者、同性愛者など社会的マイノリティーへの偏った意識を改める必要があります。子供の誕生や女性の出産を社会の生産性を向上させるための一つの行為や労働力の駒としか捉えていない政治家や官僚の差別発言は後を絶ちません。そうした意識を変革することから始めなければならない日本の現状を非常に残念に思います。

男女が結婚しないことを少子化の諸悪の根源のように捉え、そこに社会の中に根強く存在する性的マイノリティーへの偏見を利用して同性婚の法制化を阻む、それだけでは飽き足らず、同性愛者には生産性がない、隣に住むのも嫌だという発言を行い、一人一人の人間の存在を根本から否定する差別を岸田政権は扇動してきました。

女性や障害者、同性愛者などの人権を擁護する法的義務は国にあります。社会的マイノリティーの権利をないがしろにする差別意識のはびこる国では、安心して子供を産み育てることはできません。性的マイノリティーに対する差別意識にとどまらず、現在もなお優生手術裁判への上告をし続ける国の姿勢等は、障害を持つ子供の誕生を歓迎する国ではないことを裏付ける象徴的な事象です。

異次元の少子化対策を講ずるに当たっては、社会的マイノリティーの存在や日常のリアリティーが置き去りになってはいけません。例えば、高度な医療的ケアを必要とする赤ちゃんの在宅ケアや保護者への産後ケアなどの支援プログラムは、異次元の少子化対策にメニューとして組み込まれていますか。自見政務官、お答えください。

○大臣政務官(自見はなこ君) ありがとうございます。

障害児や医療的ケアを必要とする乳児への在宅ケアにつきましては、居宅訪問型児童発達支援によりまして、障害児の居宅を訪問いたしまして、日常生活における基本的な動作の支援や知識技能の付与、その他必要な支援というものを行っているところであります。

また一方で、産後ケア事業におきましては、出産後の産婦に対する保健指導や育児指導等を行うものでありまして、産後ケアを通じて医療的ケア児を、必要とする児を把握した場合には、子育て世代包括支援センター等の関係機関と適切に連携し、支援をつなげているところであります。

また、産後ケア事業では、宿泊やデイサービスのほか、居宅に訪問して支援を行うことも可能となっておりまして、医療的ケアを必要とする乳児の母親が産後ケアの利用を希望する場合には、妊婦、あつ、産婦や乳児の状況に応じまして柔軟に実施をされているところでもあります。

三月末にお示しをいたしました試案におきましては、産後ケア事業の実施体制の強化等を行うといたしておりますが、引き続き、障害児や医療的ケア児の母親、お母様たちも含めまして、検討をしつかりと進めてまいります。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

(速記中止)

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 確実に進めてください。家事支援などの充実も必要です。代読お願いします。通告なしになります。自見政務官に伺います。

資料を御覧ください。

レスパイトケアの制度化や、資料にあるチャイルド・ケモ・ハウスのような病院と在宅の中間施設など、高度な医療的ケアを必要とする赤ちゃんや子供を育てる保護者とその家族が安心して療養できる環境整備が必要です。また、ワンオペ育児や交代なき付添いへの支援にも着目すべきです。医療的ケアを必要とする子供と家族が安心して療養や療育を受けることができる事業への助成拡充が今後必要だと思えます。是非御検討いただけないでしょうか。自見政務官、お答えください。

○大臣政務官(自見はなこ君) 御質問ありがとうございます。

こども政策の新たな推進体制に関する基本方針におきまして、関係省庁と連携しながら、小児が

ん患児等が家族や友人等と安心して過ごすことができる環境の整備について検討を進めるとされたことを踏まえまして、内閣官房こども家庭庁設立準備室の段階から、我々は、子供ホスピスの検討に関する関係省庁の連絡会議というものを設置をいたしまして、検討を今までも進めてまいりました。

この連絡会議におきましては、現地の視察や関係者のヒアリングなども踏まえまして、先月になりますが、子供ホスピスやそれに関連した支援についての実態や課題を整理した中間取りまとめを行ったところでもございます。

四月以降になりますが、こども家庭庁ができてからはその取組を引き継いでおりまして、今年度より、子供ホスピスに関する実態調査を踏まえた類型整理等を行う調査研究を開始することとしているところであります。

重たい疾患を持つ子供や家族や友人などと安心して過ごせることができる環境の整備は非常に重要であると考えておりまして、こうした環境整備は、福祉や保健のほか、医療、教育など様々な分野にまたがる検討が必要であることから、引き続き、厚生労働省、文部科学省など関係省庁とも緊密に連携しながら、こども家庭庁でリーダーシップを取ってしっかりと検討を進めてまいりたいと存じます。

○委員長（山田宏君） 速記を止めてください。

（速記中止）

○委員長（山田宏君） 速記を起してください。

○天畠大輔君 是非進めてください。代読お願いします。

さて、今月から出産育児支援一時金が四十二万円から五十万円に増額されています。通常、一部の出産方法を除き、出産に関わる費用は医療保険の適用がされておらず、自費診療です。請求金額は各産院で自由に定められています。出産に掛かる費用が最も高額な東京都の平均請求額は、平成二十八年でも約六十二万円です。一時金で八万円の増額がなされたとしても、十二万以上の自己負担

担が家計に強いられています。

そもそも、出産育児支援一時金は、産前産後の出産と育児に関わる費用を公費でフォローする目的があります。にもかかわらず、実際には、一時金の総額が出産費用として産院へ支払われるため、現実的には産後の育児に掛かる費用は残りません。僅か八万円の増額では、産前産後の家計の負担を軽減する目的は果たせていません。

通告なしになりますが、加藤大臣に伺います。出産費用以外に、産後すぐの育児に必要なものにはどのようなものがありますか。

○国務大臣（加藤勝信君） 様々、出産直後ということでお話がありましたから、まさに産着や、その子供が着たり、あるいはおむつとか、あるいは哺乳瓶とかいろんな子供用の必要な、何といたすか、器具というんでしょうか、そういったものも必要だと思いますし、また、場合によっては、出産されたお母さんが少し休むためのレスパイトに掛かる費用等、様々な費用が必要なんだろうというふうに考えております。

先ほど出産一時金の話ありましたが、当初、おっしゃるように、出産一時金の、出産育児一時金でありましたけれども、この議論、ずっとこれを引き上げる中においては、現時点では出産費用、これを踏まえてこの金額を算定させていただいているところでございます。

○天畠大輔君 ありがとうございます。

産後すぐの育児に備え、多くの家庭が赤ちゃんが生まれる前に、おっしゃられていたように、産着におむつ、搾乳器、母乳パッド、授乳クッションにベビー布団、ベビーカーなど、たくさんのお品を用意されます。

こちらも通告なしになりますが、大臣、赤ちゃんが生まれ、産院からの退院時に使用しなければならぬ新生児用のチャイルドシートの価格を御存じでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） 申し訳ございません、もう二、三十年前になりますので余り記憶にないですけど、ただ数万円単位以上のものだったとい

うふうに記憶をしております。

○委員長（山田宏君） 速記を止めてください。

（速記中止）

○委員長（山田宏君） 速記を起してください。

○天畠大輔君 育児のリアルティをきちんと踏まえてください。代読お願いします。

新生児用のチャイルドシートは一般的には二万円から七万円はします。外出時のベビーカー、乗車時のチャイルドシートは体の成長に合わせて買い換える必要があり、新生児用、乳幼児用、ジュニアシートと、最低でも三台必要となります。どれも赤ちゃんや子供の生命維持に欠かすことのできない必需品です。

それらを踏まえると、出産育児支援一時金を大幅に拡充し、産前から既に始まっている育児の準備や産後の育児に安心して使っていただけるよう施策を講ずる必要があると考えますが、大臣の考えをお聞かせください。

○国務大臣（加藤勝信君） 先ほど御説明しましたように、現在の出産育児一時金は、基本的に出産の費用を充当するという考え方のひとつで、今般も、平均的な標準費用を全て賄えるという、こうした判断で四十二万円を五十万円に引き上げたところでございます。

先ほどから、今委員からお話がありました、出産に向けてあるいは出産後に必要な費用等々については、今はこども家庭庁ということになりますけれども、それぞれ、妊娠の段階そして出産の段階で、一時金が支給され、一時金ないしそれに類似した対応がなされていくと、そういったものも活用していただけるというふうに承知をしております。

○委員長（山田宏君） 速記を止めてください。

（速記中止）

○委員長（山田宏君） 速記を起してください。

○天畠大輔君 出産費用は全額公費で賄い、一時金は育児に特化すべきです。代読お願いします。また、この法案では、出産費用の保険適用はさ

れません。それどころか、出産育児支援一時金の一部を七十五歳以上の後期高齢者が負担し、支出する立て付けです。

ところが、政府は、統一地方選挙が告示されるタイミングの三月三十一日に、少子化対策の試案として、こども・子育て政策の強化についてを発表しました。その中で、突如として出産費用の保険適用導入をおわす発言を始め、衆議院の質疑においても、令和八年度を目途に検討を進めると答弁されています。

これは一体どういうことでしょうか。後期高齢者へ負担を強いる法案を出しながら、一方では保険適用、財政支出するかのような情報をリークさせる。これは、この法案自体の不備を露呈するものであり、この法案は問題のある法案であると政府自らが言っているのと同じです。国民生活の根本に関わる社会保障の問題、ましてや、後期高齢者からの一部保険料の徴収など、税負担に関わる問題を選挙の道具に使うことは国民を愚弄するものです。

大臣に伺います。

そもそもなぜ出産はこれまで保険適用されてこなかったのか、そして、今後どのように検討を進めていくのか、簡潔に教えてください。

○国務大臣（加藤勝信君） 健康保険法上、出産は、疾病、負傷とは別の保険事故として位置付けられております。出産育児一時金として現金給付が行われてまいりました。これまでも幾度となく、出産を保険適用し現物給付とすることについて議論は行われてきたわけですが、関係者間での合意には至らず、現在に至っているところであります。

昨春秋、今回の医療保険制度改革に関し社会保障審議会医療保険部会において議論が行われた際には出産の保険適用に関する議論もあった中で、昨年末に取りまとめられた議論の整理では、出産費用については年々上昇しており地域差もあることから、引き続き、こうした状況を踏まえたより

詳細な出産費用の分析を行うとともに、出産費用の見える化の効果などを踏まえ、引上げ後三年を目途に、出産育児一時金の在り方について検討するべきとされておりました。

さらに、年頭に総理から、異次元の少子化対策に挑戦し、大胆に検討を進めるとの表明があり、また、国会審議などにおいて保険適用を検討すべきとの御指摘もいただいたことも踏まえ、出産費用の見える化を進め、その効果の検証を行った上で、次の段階の取組として、先般のたたき台、試案において、出産費用の保険適用の導入を含め出産に関する支援等の在り方について検討を行う旨を盛り込んだところであります。

○天畠大輔君 代読いたします。

現在、多くの出産は病院で取り扱われています。出産は疾病やけがではありませんが、輸液や心拍、血圧の管理など、医療行為の下で安全な出産環境が確保されています。これまでに出産が保険適用にならなかった歴史は、産婆さんや女性たちに伝承されてきた日本のお産文化への軽視、女性が行う助産行為や女性たちを医学の担い手として認めてこなかった歴史と通ずるものであり、大学の医学部入試における女性差別問題の根源のような気がしてなりません。

産前産後、育児の支援拡充と出産費用の抜本的な負担軽減は、少子化対策の両輪として推進しなければならぬ最も基本的な内容です。そこには、十分な財政措置を政府が講ずる必要があります。しかし、この法案では、国ではなく後期高齢者に財政支出を求めています。これは全く異次元な発想ではないでしょうか。

出産費用の保険適用の検討を進めるのであれば、出産育児支援一時金の一部負担について、年収百五十万円以上の後期高齢者に負担を強いられるのではなく、政府が財政出動し、補うべきです。大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 出産費用については、従前から、健康保険法において、疾病、負傷、死

亡と並び、医療保険の保険事故として規定され、医療保険において出産育児一時金として現金給付が行われてきたところでございます。

こうした経緯を踏まえて、今回の措置においても、もちろん通常の医療保険のみならず、さらにもうこうした少子化が進む中で幅広く負担をお願いをする、また、過去において、後期高齢者医療制度が始まる前においては、医療保険制度の中で後期、今という後期高齢者の皆さん方にも御負担をいただいた、こうしたことも踏まえて、その一部については後期高齢者医療制度で御負担をいただいているわけでありまして。ただ、全ての後期高齢者ではなくて、一定の所得のある方に対してお願いをし、また、その負担についても激変緩和を図ったところでございます。

そして、今後、保険の適用の議論、先ほど申し上げた、進んでいくわけでありませけれども、これまでの経緯を踏まえば、仮に保険適用を行ったとしても、引き続き保険料で賄っていくことが基本と考えております。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。○天畠大輔君 大臣、一か月十二万円弱で生活している後期高齢者の生活を想像して検討されたのですか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今回の改革により、均等割保険料のみが付加される年収百五十万円以下の約六割の低所得の方々には制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、さらに、その上の年収の約一二％の方々についても、令和六年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないようにしております。

平成三十年の家計調査の個票データを用いて、年収百五十万円より上位の所得者について分析した収支の状況、これも踏まえた上で、負担能力に応じた負担をお願いするという観点から、年収百五十万円以上の方を対象に今回の制度改正に

伴う負担をお願いすることとしたところであります。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 答えになっていません。一部のお金持ちの政治家や官僚の着想は要りません。代読をお願いします。

次に、この法案では、国民健康保険料の産前産後期間における減免措置が提案されていますが、その対象が出産をした女性に限定されています。出産、育児は女性に限定される行為ではなく、パートナーである多くの男性などの共同行為です。にもかかわらず、異次元の少子化対策では、出産をした者のパートナーや男性の姿がかき消されていることも大きな問題です。

女性の生きにくさ、男性の生きづらさ、子供の産み難さや育児のリアリティーに即し、あらゆるカップルが対等に出産、育児に関わることができるよう、子供の父親や保護者についても保険料の減免措置を講じるべきと考えますが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 子供が安心して産み育てることができる環境を整備していくことは重要な課題とし、本法案では、来年一月から、国民健康保険料の保険料について、出産する被保険者の産前産後期間に相当する四か月分の均等割保険料と所得割保険料を免除するとともに、その免除相当額を公費で支援することにより、子育て世帯の経済的負担の軽減や次世代育成支援を図ることとしております。

国保の産前産後の保険料免除については、出産する被保険者は産前産後期間に働くことができないなり直接家計に与える影響が大きいこと、国保には自営業の方や無職の方など様々な職、就業形態の方が加入しており、出産しない被保険者の産前産後期間の休業状況の把握が困難であること、既に産前産後の保険料免除制度を設けている被用

者保険や国民年金においても出産する被保険者個人を免除の対象としていること、これを踏まえて出産する被保険者の均等割保険料と所得割保険料を対象としたところであり、免除の対象者を拡大するということは考えてはおりません。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 全世代はおろか、全世帯にも対応できない法案ですね。育児のリアリティーを無視せず検討をしてください。

質疑を終わります。

○委員長(山田宏君) 本日の質疑はこの程度にとどめます。

○委員長(山田宏君) 参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の審査のため、参考人の出席を求め、その意見を聴取することに御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○委員長(山田宏君) 御異議ないと認めます。なお、その日時及び人選等につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○委員長(山田宏君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時四十三分散会

四月十四日本委員会に左の案件が付託された。

一、パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する請願(第八九六号)

一、安全・安心の医療・介護実現のため、人員増と処遇改善を求めることに関する請願(第

八九七号)

一、福祉職員的大幅な賃金の引上げと増員に関する請願(第八九八号)

一、全国一律最低賃金制度の実現に関する請願(第八九九号)

一、腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(第九〇〇号)(第九〇一号)(第九〇二号)

一、建設アスベスト被害給付金を改正し、建材企業が参加する補償基金制度の創設を求めることに関する請願(第九〇三号)

第八九六号 令和五年三月三十一日受理
パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する請願
請願者 長野市 織田史彦 外四百四名
紹介議員 杉尾 秀哉君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八九七号 令和五年三月三十一日受理
安全・安心の医療・介護実現のため、人員増と処遇改善を求めることに関する請願
請願者 長野市 深沢博 外九百九十九名
紹介議員 杉尾 秀哉君

この請願の趣旨は、第三五七号と同じである。

第八九八号 令和五年三月三十一日受理
福祉職員的大幅な賃金の引上げと増員に関する請願
請願者 長野県小諸市 成沢海士 外百九十九名
紹介議員 杉尾 秀哉君

この請願の趣旨は、第三六八号と同じである。

第八九九号 令和五年三月三十一日受理
全国一律最低賃金制度の実現に関する請願
請願者 群馬県太田市 白石崇行 外九百九十九名
紹介議員 杉尾 秀哉君

この請願の趣旨は、第三七四号と同じである。

第九〇〇号 令和五年三月三十一日受理
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願
請願者 大分県佐伯市 小野善太 外七十四名
紹介議員 古庄 玄知君

この請願の趣旨は、第五四三号と同じである。

第九〇一号 令和五年三月三十一日受理
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願
請願者 長野県岡谷市 松木良介 外千二百六十一名
紹介議員 杉尾 秀哉君

この請願の趣旨は、第五四三号と同じである。

第九〇二号 令和五年三月三十一日受理
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願
請願者 福岡市 仲田裕一 外千九百九十六名
紹介議員 河野 義博君

この請願の趣旨は、第五四三号と同じである。

第九〇三号 令和五年三月三十一日受理
建設アスベスト被害給付金を改正し、建材企業が参加する補償基金制度の創設を求めることに関する請願
請願者 埼玉県入間市 藤橋まどか 外二百二十九名
紹介議員 辻元 清美君

この請願の趣旨は、第八七九号と同じである。

四月十九日日本委員会に左の案件が付託された。
一、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律(健康保険法の一部改正)

第一条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の一部を次のように改正する。

第七条の二第三項中「及び同法」を「並びに同法」に、「後期高齢者支援金等」を「後期高齢者支援金、後期高齢者関係事務費拠出金及び出産育児関係事務費拠出金」に改める。

第百五十二条の次に次の五条を加える。

(出産育児交付金)

第百五十二条の二 出産育児一時金及び家族出産育児一時金(第百五十二条の四及び第百五十二条の五において「出産育児一時金等」という。)の支給に要する費用(第百一条の政令で定める金額に係る部分に限る。第百五十二条の四において同じ。)の一部については、政令で定めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十四条の四第一項の規定により基金が保険者に対して交付する出産育児交付金をもって充てる。

(出産育児交付金の額)

第百五十二条の三 前条に規定する出産育児交付金の額は、当該年度の概算出産育児交付金の額とする。ただし、前々年度の概算出産育児交付金の額が同年度の確定出産育児交付金の額を超えるときは、当該年度の概算出産育児交付金の額からその超える額とその超える額に係る出産育児交付調整金額との合計額を控除して得た額とするものとし、前々年度の概算出産育児交付金の額が同年度の確定出産育児交付金の額に満たないときは、当該年度の概算出産育児交付金の額にその満たない額とその満たない額に係る出産育児交付調整金額との合計額を加算して得た額とする。

2 前項ただし書の出産育児交付調整金額は、前々年度における高齢者の医療の確保に関する法律第七条第二項に規定する保険者（国民健康保険法の定めるところにより都道府県が当該都道府県内の市町村（特別区を含む。）とともに行う国民健康保険にあつては、都道府県）の全てに係る概算出産育児交付金の額と確定出産育児交付金の額との過不足額につき生ずる利子その他の事情を勘案して厚生労働省令で定めるところにより各保険者ごとに算定される額とする。

（概算出産育児交付金）

第百五十二条の四 前条第一項の概算出産育児交付金の額は、当該年度における当該保険者に係る出産育児一時金等の支給に要する費用の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定した額に同年度における高齢者の医療の確保に関する法律第二百二十四条の第三項の出産育児支援金率（次条において単に「出産育児支援金率」という。）を乗じて得た額とする。

（確定出産育児交付金）

第百五十二条の五 第百五十二条の第三項ただし書の確定出産育児交付金の額は、前々年度における当該保険者に係る出産育児一時金等の支給に要した費用（第百一条の政令で定める金額に係る部分に限る。）の額に同年度における出産育児支援金率を乗じて得た額とする。

（準用）

第百五十二条の六 高齢者の医療の確保に関する法律第四十一条及び第四十二条の規定は、出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第百五十三条中「高齢者の医療の確保に関する法律」を「（高齢者の医療の確保に関する法律第三十条第一項各号の調整対象給付費見込額（第一号及び次条第一項において「調整対象給付費見込額」という。）の三分の一に相当する額を除く。）、「同法」に、「給付費割合（同法第三十四条第一項第一号及び

第二号に掲げる額の合計額に対する同項第一号に掲げる額の割合をいう。以下この条及び次条において同じ。）を「同号に掲げる額の第二号に掲げる額に対する割合」に、「（給付費割合を乗じて得た額）を」を基準として政令で定める額」に改め、同条に次の各号を加える。

一 調整対象給付費見込額の三分の二に相当する額に高齢者の医療の確保に関する法律第三十四条第七項に規定する概算加入者調整率を乗じて得た額から調整対象給付費見込額の三分の二に相当する額を控除した額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）

二 高齢者の医療の確保に関する法律第三十八条第二項第一号イ及びロに掲げる額の合計額第百五十四条第一項中「費用の額に給付費割合」の下に「（調整対象給付費見込額及び高齢者の医療の確保に関する法律第三十四条第一項第一号イ(2)に規定する前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額に対する調整対象給付費見込額の割合をいう。以下この条において同じ。）」を加える。

第百六十条第三項第二号中「予想額（」の下に「第百五十二条の二に規定する出産育児交付金の額、」を加える。

第二百五条の四第二項中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

附則第二条第一項中「この条」の下に「及び次条」を加え、同条の次に次の一条を加える。

（国庫負担）

第二条の二 国は、政令で定めるところにより、連合会に対し、政令で定める組合に対する前条第一項の交付金の交付に要する費用について、予算の範囲内で、その一部を負担する。

附則第四条の二及び第四条の三を削る。

附則第四条の四中「前条の規定により読み替えられた」を削り、「及び国民健康保険法」とあるのは「並びに同法附則健康保険法」を「並びに同法」とあるのは「介護保険法」とあるのは「並びに同法附則第七条第一項に規定する病床転換支援金等（以下「病床転換支援金等」という。）、「介護保険法」に、「第百七十三条」を「及び第百七十三条」に、「病床転換支援金等、第百七十三条」を「病床転換支援金等及び第百七十三条」に、「次条」を「附則第五条」に、「第百五十五条第一項中「及び退職者給付拠出金」とあるのは「病床転換支援金等及び退職者給付拠出金」と、「を」第百五十五条第一項及

び」に、「〔及び退職者給付拠出金〕を「〔及び後期高齢者支援金等〕に、「〔病床転換支援金等及び退職者給付拠出金〕を「〔後期高齢者支援金等及び病床転換支援金等〕に、「〔第百六十条第十四項〕を「同条第十四項」に改め、同条を附則第四条の二とし、同条の次に次の一条を加える。

（令和六年度及び令和七年度の概算出産育児交付金及び確定出産育児交付金の額の算定の特例）

第四条の三 令和六年度及び令和七年度においては、第百五十二条の四及び第百五十二条の五中「〔同年度〕とあるのは、「〔の二分の一に相当する額に同年度〕とする。

附則第五条中「〔から附則第五条の四までの規定〕を削る。

附則第五条の三から第五条の六までを削る。

附則第五条の七中「〔附則第四条の四から第五条の二まで〕を「〔附則第四条の二及び第五条並びに前条〕に、「〔附則第四条の四の規定〕を「〔附則第四条の二の規定〕に、「〔附則第五条の二〕を「〔前条〕に改め、同条第一号中「〔国保法等一部改正法〕を「〔持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十七年法律第三十一号。次号ロにおいて「〔国保法等一部改正法〕という。）」に改め、同条第二号イを次のように改める。

イ 平成二十六年度末における協会の準備金の額及び平成二十六年度において独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法の一部を改正する法律（平成二十三年法律第七十三号）附則第五条の規定によりなお従前の例によることとされた同法による改正前の独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法（平成十七年法律第七十一号）第十五条第一項の規定により年金特別会計の健康勘定に納付された額を原資として平成二十七年途中で協会に対して交付された額の合算額

附則第五条の七第二号ロ中「〔納付額〕を「〔独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三十三号）第四十六条の二第二項から第三項まで及び独立行政法人地域医療機能推進機構法（平成十七年法律第七十一号）第十六条第二項の規定により年金特別会計の健康勘定に納付された額（次号において「〔納付額〕という。）」に改め、同条を附則第五条の三とし、附則第五条の八を附則第五条の四とする。

（船員保険法の一部改正）

第二条 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）の一部を次のように改正する。

第百十二条第二項中「〔及び同法〕を「〔並びに同法〕に、「〔後期高齢者支援金等（一）を「〔後期高齢者支援金、後期高齢者関係事務費拠出金及び出産育児関係事務費拠出金（一）に改め、同条の次に次の一条を加え

る。

（出産育児交付金）

第百十二条の二 出産育児一時金及び家族出産育児一時金の支給に要する費用（第七十三条第一項の政令で定める金額に係る部分に限る。）の一部については、政令で定めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十四条の四第一項の規定により社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（第百五十三条の十第一項において「〔基金〕という。）」が協会に対して交付する出産育児交付金をもつて充てる。

2 健康保険法第百五十二条の三から第百五十二条の五までの規定並びに高齢者の医療の確保に関する法律第四十一条及び第四十二条の規定は、出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替は、政令で定める。

第百十三条中「〔前条〕を「〔第百十二条〕に改める。

第百二十一条第二項第一号中「〔予想額〕の下に「〔（第百十二条の二第一項に規定する出産育児交付金の額を除く。）〕を加える。

第百五十三条の十第一項中「〔社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（附則第七条において「〔基金〕という。）」を「〔基金〕に改め、同条第二項中「〔及び法令〕を「〔法令〕に改め、「〔定めるもの〕の下に「〔並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区〕を加える。

附則第七条を削る。

附則第八条中「〔前条の規定により読み替えられた〕を削り、「〔及び国民健康保険法〕とあるのは「〔同法附則第七条第一項の規定による病床転換支援金等（以下「〔病床転換支援金等〕という。）」及び国民健康保険法〕を「〔並びに同法〕とあるのは「〔同法〕と、「〔介護保険法〕とあるのは「〔並びに同法附則第七条第一項の規定による病床転換支援金等（以下「〔病床転換支援金等〕という。）」、介護保険法〕に改め、「〔第百十四条第一項〕の下に「〔及び第百二十一条第二項第二号〕を加え、「〔及び退職者給付拠出金〕を「〔及び後期高齢者支援金等〕に改め、「〔病床転換支援金等及び退職者給付拠出金〕と、」を削り、「〔第百二十一条第二項第二号中「〔及び〕とあるのは「〔、病床転換支援金等及び〕を「〔、後期高齢者支援金等及び病床転換支援金等〕に、「〔第百二十一条第十項〕を「〔同条第十項〕に、「〔附則第七条〕を「〔第

二項第二号」に、「附則第八条」を「附則第七条の規定により読み替えられた第二項第二号」に改め、同条を附則第七条とし、同条の次に次の一条を加える。

（令和六年度及び令和七年度の出産育児交付金の特例）

第八条 令和六年度及び令和七年度においては、第百十二条の二第二項において準用する健康保険法第百五十二条の四及び第百五十二条の五中「[同年度]」とあるのは、「[の二分の一に相当する額に同年度]とする。」とする。

（国民健康保険法の一部改正）

第三条 国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）の一部を次のように改正する。

第七十二条第三項中「適正化」の下に「（以下「医療費適正化」という。）」を加える。

第七十二条の三の二の次に次の一条を加える。

第七十二条の三の三 市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、出産する予定の被保険者又は出産した被保険者について条例で定めるところにより行う保険料の減額賦課又は地方税法第七百三条の五第三項に規定する国民健康保険税の減額に基づき被保険者に係る保険料又は同法の規定による国民健康保険税につき減額した額の総額を基礎とし、国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令で定めるところにより算定した額を当該市町村の国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

2 国は、政令で定めるところにより、前項の規定による繰入金金の二分の一に相当する額を負担する。

3 都道府県は、政令で定めるところにより、第一項の規定による繰入金金の四分の一に相当する額を負担する。

第七十二条の四第一項中「及び」を、「第七十二条の三の二第一項及び」に改める。

第七十四条中「第七十二条の三の二第二項」の下に、「第七十二条の三の三第二項」を加える。

第七十五条中「第七十二条の三の二第三項」の下に、「第七十二条の三の三第三項」を加える。

第八十二条の二第三項第一号及び同条第四項中「医療に要する費用の適正化」を「医療費適正化」に改める。

第八十五条の二中「確保並びに」を「確保を通じて国民の保健医療の向上及び福祉の増進、」に改め、「増進」の下に「並びに医療費適正化」を加える。

第八十五条の三第三項中「増進」の下に「並びに医療費適正化」を加え、「事務」を「業務」に改める。

第百十三条の二第一項中「事項」の下に「被保険者の保険給付を受けた事由が第三者の行為によつて生じたものであることを確認するために必要な事項」を加える。

附則第九条第一項中「及び第七十二条の三の二第一項」を、「第七十二条の三の二第一項及び第七十二条の三の三第一項」に改める。

第四条 国民健康保険法の一部を次のように改正する。

第四条第三項中「第八十二条の二第二項第二号」を「並びに第八十二条の二第二項第二号」に、「附則第七条第一項第三号並びに第二十一条第三号及び第四項第三号」を「第六項」に改める。

第六十四条第三項中「組合」の下に「並びに市町村から委託を受けて前項の規定による事務を行う都道府県」を、「取得した」の下に「同項の」を加え、同項を同条第四項とし、同条第二項の次に次の一項を加える。

3 都道府県は、当該都道府県内の市町村による保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合として厚生労働省令で定める場合には、市町村から委託を受けて、当該市町村が第一項の規定により取得した同項の請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務の全部又は一部を行うことができる。

第六十四条に次の一項を加える。

5 国は、市町村から委託を受けて第三項の規定による事務を行う都道府県に対し、当該事務が円滑に実施されるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

第六十九条中「及び同法」を「並びに同法」に、「後期高齢者支援金等」を「後期高齢者支援金、後期高齢者関係事務費拠出金及び出産育児関係事務費拠出金」に、「並びに」を「、」に改め、「介護納付金」という。）の下に「並びに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）の規定による流行初期医療確保拠出金（以下「流行初期医療確保拠出金」という。）」を加える。

第七十条第一項中「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）の規定による」及び「（以下「流行初期医療確保拠出金」という。）」を削る。

第七十三条の次に次の一条を加える。

（出産育児交付金）

第七十三条の二 出産育児一時金の支給に要する費用（健康保険法第百一条の政令で定める金額（第五十八条第一項の規定に基づく条例又は規約で定める金額が、同法第百一条の政令で定める金額に満たないときは、当該条例又は規約で定める金額とする。）に係る部分に限る。）の一部については、政令で定めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十四条の四第一項の規定により支払基金が都道府県又は組合に対して交付する出産育児交付金をもつて充てる。

2 健康保険法第百五十二条の三から第百五十二条の五までの規定並びに高齢者の医療の確保に関する法律第四十一条及び第四十二条の規定は、出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第七十四条中「前条」を「第七十三条」に改める。

第七十八条中「（附則第十条第一項に規定する拠出金を除く。第九十一条第一項において同じ。）」を削る。

第八十二条の二第一項中「図るため」の下に「、おおむね六年ごとに」を加え、同条第二項に次の二号を加える。

五 都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために必要と認める事項

六 当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項
第八十二条の二第三項第一号及び第二号を削り、同項第三号を同項第一号とし、同項第四号中「前三号」を「前号」に改め、同号を同項第二号とし、同条中第四項を削り、第五項を第四項とし、第六項を第五項とし、同項の次に次の一項を加える。

6 都道府県は、おおむね三年ごとに、第二項各号に掲げる事項（第三項の規定により同項各号に掲げる事項を定めた場合にあつては、当該事項を含む。）について分析及び評価を行うよう努めるとともに、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営の確保及び当該都道府県の保険料の水準の平準化の推進その他国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施を図るため必要があると認めるときは、当該都道府県の都道府県国民健康保険運営方針を変更するものとする。

第八十五条の三第二項第二号中「第六十四条第三項」を「第六十四条第四項」に改め、「組合」の下に「並びに市町村から委託を受けて同条第三項の規定による事務を行う都道府県」を加える。

第百十三条の三第二項中「及び法令」を「、法令」に改め、「定めるもの」の下に「及び介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村」を加える。

第百十九条の二中「、附則第十六条において準用する高齢者の医療の確保に関する法律第四十四条第四項及び第百三十四条第二項並びに附則第十九条において準用する同法第百五十二条第一項及び第三項」を削る。

附則第六条から第八条までを削る。

附則第九条の見出し中「国の負担等」を「保険料の徴収」に改め、同条第一項を削り、同条第二項中「、附則第十条第一項の規定による拠出金」を削り、同項を同条とし、同条を附則第六条とする。

附則第十条から第二十一条の五までを削る。

附則第二十二条中「第六十九条中「及び」を「第六十九条中「並びに」に、「後期高齢者支援金等（を「後期高齢者支援金、後期高齢者関係事務費拠出金及び出産育児関係事務費拠出金（に、「後期高齢者支援金等」という。）及び」を「後期高齢者支援金等」という。）並びに」に改め、「（附則第九条第一項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）」を削り、「附則第九条第二項」を「前条」に改め、「と、附則第七条第一項第二号中「及び後期高齢者支援金」とあるのは「後期高齢者支援金及び病床転換支援金」と、附則第二十一条第三項第二号中「調整対象基準額」とあるのは「調整対象基準額」とあるのは「調整対象基準額及び当該特定健康保険組合が負担した病床転換支援金の合計額」と、同条第四項第二号中「調整対象基準額」とあるのは「調整対象基準額及び当該特定健康保険組合が負担した病床転換支援金の合計額」を削り、同条を附則第七条とし、附則第二十三条を附則第八条とし、附則第二十四条を附則第九条とし、同条の次に次の一条を加える。

（令和六年度及び令和七年度の出産育児交付金の特例）

第十条 令和六年度及び令和七年度においては、第七十三条の二第二項において準用する健康保険法第百五十二条の四中「額に」とあるのは「額の二分の一に相当する額に」と、同項において準用する同法第百五十二条の五中「の額に」とあるのは「の額として厚生労働省令で定めるところにより算定した額の二分の一に相当する額に」とする。

附則第二十五条を削る。

（地方税法の一部改正）

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

第七百三条の四第一項第一号中「及び同法」を「同法」に、「並びに」を「及び同法の規定による出産育児関係事務費拠出金並びに」に改め、同条第三項中「算定される」の下に「所得割額、」を加え、同項第二号二中「国民健康保険法」の下に「第七十三条の二第一項に規定する出産育児交付金を含み、同法」を加え、「及び第七十二条の三の二第一項」を「第七十二条の三の二第一項及び第七十二条の三の三第一項」に改め、同条第十二項中「算定される」の下に「所得割額、」を加え、同項第二号口中「及び第七十二条の三の二第一項」を「第七十二条の三の二第一項及び第七十二条の三の三第一項」に改め、同条第二十項中「算定される」の下に「所得割額、」を加え、同項第二号口中「及び第七十二条の三の二第一項」を「第七十二条の三の二第一項及び第七十二条の三の三第一項」に改める。

第七百三条の五に次の一項を加える。

3 市町村は、国民健康保険税の納税義務者又はその世帯に属する被保険者が出産する予定の場合又は出産した場合には、政令で定める基準に従い当該市町村の条例で定めるところにより、当該納税義務者に対して課する所得割額及び被保険者均等割額を減額するものとする。

附則第三十八条及び第三十八条の二を削り、附則第三十八条の三を附則第三十八条とする。

（高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正）

第六条 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）の一部を次のように改正する。

「第四款 保険者の

目次中「第四款 保険者の後期高齢者支援金等（第百十八条―第百二十四条）」を 第五款 後期高齢

第六款 雑則（第

後期高齢者支援金等（第百十八条―第百二十四条）

者医療広域連合の出産育児支援金等（第百二十四条の二―第百二十四条の八） に改める。

百二十四条の九）

第四条に次の一項を加える。

2 前項に規定する住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組においては、都道

府県は、当該都道府県における医療提供体制（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の第三項に規定する医療提供体制をいう。）の確保並びに当該都道府県及び当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）の国民健康保険事業の健全な運営を担う責務を有することに鑑み、保険者、第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合（第八条から第十六条まで及び第二十七条において「後期高齢者医療広域連合」という。）、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすものとする。

第六条中「（昭和二十三年法律第二百五号）」を削る。

第七条第二項中「（特別区を含む。以下同じ。）」を削る。

第八条第四項第一号及び第二号中「関し、」の下に「医療費適正化の推進のために」を加え、同項第四号中「第四十八条に規定する」及び「（以下この条から第十六条まで及び第二十七条において「後期高齢者医療広域連合」という。）」を削り、同項中第七号を第八号とし、第六号を第七号とし、同項第五号中「各都道府県の医療計画（医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）に基づく事業の実施による病床の機能（同法第三十条の三第二項第六号に規定する病床の機能をいう。以下同じ。）の分化及び連携の推進の成果、」を「前号に掲げる事項、第一号及び第二号の目標を達成するための」に、「第十一条第八項」を「第十一条第七項」に改め、同号を同項第六号とし、同項第四号の次に次の一号を加える。

五 各都道府県の医療計画（医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能（同法第三十条の三第二項第六号に規定する病床の機能をいう。以下同じ。）の分化及び連携の推進の成果に関する事項

第八条第五項中「推進」の下に「、医療法第六条の三第一項に規定するかかりつけ医機能（次条第四項において「かかりつけ医機能」という。）の確保」を、「取組」の下に「並びに国民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供」を加える。

第九条第二項を次のように改める。

2 都道府県医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項

三 当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施を踏まえ、計画の期間において見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果に関する事項

四 前号に掲げる事項並びに第一号及び第二号の目標を達成するための住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み（第十一条第四項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。）に関する事項

第九条第三項第一号及び第二号を削り、同項第三号中「前二号」を「前項第一号及び第二号」に改め、同号を同項第一号とし、同項第四号中「第一号」を「前項第一号」に改め、同号を同項第二号とし、同項中第五号を第三号とし、第六号を第四号とし、同条第四項中「前項第一号から第三号まで」を「第二項第一号及び第二号並びに前項第一号」に改め、「推進」の下に「、かかりつけ医療機能の確保」を、「取組」の下に「並びに住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供」を加え、同条第五項中「第三項第五号」を「第三項第三号」に改め、同条第七項中「（第百五十七条の二第一項の保険者協議会（以下この項及び第十項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）」を「及び第百五十七条の二第一項の保険者協議会（第十項及び第十二条第一項において「保険者協議会」という。）」に改め、同条第十項中「保険者協議会が組織されている」及び「当該保険者協議会を組織する」を削り、「において、当該」を「においては、」に改める。

第十一条第二項中「から第五項まで」を「及び第四項」に改め、同条第四項中「において、」の下に「第九条第二項第一号及び第二号の目標を達成できないと認める場合又は」を加え、「当該都道府県における医療提供体制（医療法第三十条の三第一項に規定する医療提供体制をいう。）の確保」を「当該要因の解消」に改め、同条中第五項を削り、第六項を第五項とし、第七項を第六項とし、第八項を第七項とする。

第十二条第一項中「行い」の下に「、保険者協議会の意見を聴いて」を加える。

第十三条第一項及び第十四条第一項中「第九条第三項第二号」を「第九条第二項第二号」に改める。

第十五条中「第六項」を「第五項」に、「第七項」を「第六項」に改める。

第十六条第三項中「及び市町村」を「、市町村その他厚生労働省令で定める者」に改める。

第三十四条第一項を次のように改める。

前条第一項の概算前期高齢者交付金の額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 被用者保険等保険者 イ及びロに掲げる額の合計額

イ (1)及び(2)に掲げる額の合計額から(3)に掲げる額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の二に相当する額

(1) 当該年度における当該保険者に係る調整対象給付費見込額

(2) 当該年度における当該保険者に係る第百十九条第一項の概算後期高齢者支援金の額を同年度における当該保険者に係る第百二十条第一項各号の概算後期高齢者支援金調整率で除して得た額に、同年度における当該保険者に係る加入者の見込数に対する前期高齢者である加入者の見込数の割合を基礎として保険者ごとに算定される率を乗じて得た額（以下「前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」という。）

(3) 当該年度における概算調整対象基準額

ロ 当該年度における当該保険者に係る調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額から同年度における概算報酬調整後調整対象基準額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の一に相当する額

二 被用者保険等保険者以外の保険者 当該年度における当該保険者に係る調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額から同年度における概算調整対象基準額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）

第三十四条第二項中「前項第一号」を「前項各号」に、「第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除して」を「当該年度、当該年度の前年度及び当該年度の前々年度の各年度における当該保険者に係る一人平均調整対象給付費見込額（各年度における第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除して得た額を、厚生労働省令で定めるところにより算定した各年度における当該保険者に係る前期高齢者である加入者の見込数で除して得た額をいう。）の平均額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る前期高齢者である加

入者の見込数を乗じて」に改め、同項第一号中「当該年度における」を削り、同条第三項中「第一項第三号」を「第一項各号」に、「同項第一号」を「同項各号」に改め、同条第六項を同条第九項とし、同条第五項中「及び前項第一号」を「第四項、第五項第一号及び第三号並びに前項各号」に、「次条第五項」を「次条第七項」に改め、同項を同条第七項とし、同項の次に次の一項を加える。

8 第四項第一号の標準報酬総額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、各年度の当該各号に定める額の合計額の総額を、それぞれ政令で定めるところにより補正して得た額とする。

一 全国健康保険協会及び健康保険組合 被保険者ごとの健康保険法又は船員保険法に規定する標準報酬（標準報酬月額及び標準賞与額をいう。）

二 共済組合 組合員ごとの国家公務員共済組合法又は地方公務員等共済組合法に規定する標準報酬の月額及び標準期末手当等の額

三 日本私立学校振興・共済事業団 加入者ごとの私立学校教職員共済法に規定する標準報酬月額及び標準賞与額

四 国民健康保険組合（被用者保険等保険者であるものに限る。） 組合員ごとの前三号に定める額に相当するものとして厚生労働省令で定める額

第三十四条第四項中「前項」を「前二項」に改め、同項第一号中「前期高齢者に係る概算後期高齢者支援金に係る概算調整対象基準額（」及び「をいう。第三号において同じ。）」を削り、同項第二号及び第四号を次のように改める。

三 被用者保険等保険者を被用者保険等保険者以外の保険者とみなした場合における前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額に概算加入者調整率を乗じて得た額

四 被用者保険等保険者を被用者保険等保険者以外の保険者とみなした場合における前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額

第三十四条第四項を同条第五項とし、同項の次に次の一項を加える。

6 第四項の概算給付費補正率は、各被用者保険等保険者に係る第一号に掲げる額の合計額が第二号に掲げる額の合計額に等しくなるよう厚生労働省令で定めるところにより算定した率とする。

一 第一項各号の調整対象給付費見込額に概算報酬調整率及び概算加入者調整率を乗じて得た額
二 第一項各号の調整対象給付費見込額に概算加入者調整率を乗じて得た額

第三十四条第三項の次に次の一項を加える。

4 第一項第一号口の概算報酬調整後調整対象基準額は、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費見込額に当該年度における第一号に掲げる額を第二号に掲げる額で除して得た率（第六項第一号において「概算報酬調整率」という。）及び概算給付費補正率を乗じて得た額並びに前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額に概算額補正率を乗じて得た額の合計額に概算加入者調整率を乗じて得た額とする。

一 当該保険者に係る標準報酬総額の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額（次号並びに第二百二十条第一項第一号イ及びロにおいて「標準報酬総額の見込額」という。）を厚生労働省令で定めるところにより算定した当該保険者に係る加入者の見込数で除して得た額
二 全ての被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額の合計額を全ての被用者保険等保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額として厚生労働省令で定めるところにより算定した額

第三十五条第一項を次のように改める。

第三十三条第一項の確定前期高齢者交付金の額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 被用者保険等保険者 イ及びロに掲げる額の合計額

イ (1)から(3)までに掲げる額の合計額から(4)に掲げる額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の二に相当する額

(1) 前々年度における当該保険者に係る調整対象給付費額

(2) 前々年度における当該保険者に係る第二百十九条第一項の確定後期高齢者支援金の額を同年度における当該保険者に係る第二百二十一条第一項各号の確定後期高齢者支援金調整率で除して得た額に、同年度における当該保険者に係る加入者の数に対する前期高齢者である加入者の数の割合を基礎として保険者ごとに算定される率を乗じて得た額（以下「前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額」という。）

(3) 前々年度における当該保険者に係る感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）の規定による流行初期医療確保拠出金（以下「流行初期医療確保拠出金」という。）の額のうち前期高齢者である加入者に係るものとして厚生労働省令で定めるところにより算定される額（以下「前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額」という。）

(4) 前々年度における確定調整対象基準額

ロ 前々年度における当該保険者に係る調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額から同年度における確定報酬調整後調整対象基準額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の一に相当する額

二 被用者保険等保険者以外の保険者 前々年度における当該保険者に係る調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額から同年度における確定調整対象基準額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）

第三十五条第二項中「前項第一号」を「前項各号」に、「第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除して」を「前々年度、前々年度の初日の属する年の前年の四月一日の属する年度及び前々年度の初日の属する年の前々年の四月一日の属する年度の各年度における当該保険者に係る一人平均調整対象給付費額（各年度における第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除して得た額を、厚生労働省令で定めるところにより算定した各年度における当該保険者に係る前期高齢者である加入者の数で除して得た額をいう。）の平均額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した前々年度における当該保険者に係る前期高齢者である加入者の数を乗じて」に改め、同項第一号中「前々年度における」を削り、同条第三項中「第一項第四号」を「第一項各号」に、「同項第一号」を「同項各号」に改め、同条第六項を同条第八項とし、同条第五項中「及び前項第一号」を「第四項、第五項第一号及び第三号並びに前項各号」に改め、同項を同条第七項とし、同条第四項中「前項」を「前二項」に改め、同項第一号中「前期高齢者に係る確定後期高齢者支援金に係る確定調整対象基準額（及び」をいう。第三号において同じ。）」を削り、同項第三号及び第四号を次のように改める。

三 被用者保険等保険者を被用者保険等保険者以外の保険者とみなした場合における前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額に確定加入者調整率を乗じて得た額

四 被用者保険等保険者を被用者保険等保険者以外の保険者とみなした場合における前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額

第三十五条第四項を同条第五項とし、同項の次に次の一項を加える。

6 第四項の確定給付費等補正率は、各被用者保険等保険者に係る第一号に掲げる額の合計額が第二号に掲げる額の合計額に等しくなるよう厚生労働省令で定めるところにより算定した率とする。

一 第一項各号の調整対象給付費額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額に確定報酬調整率及び確定加入者調整率を乗じて得た額

二 第一項各号の調整対象給付費額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額に確定加入者調整率を乗じて得た額

第三十五条第三項の次に次の一項を加える。

4 第一項第一号ロの確定報酬調整後調整対象基準額は、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額に前々年度における第一号に掲げる額を第二号に掲げる額で除して得た率（第六項第一号において「確定報酬調整率」という。）及び確定給付費等補正率を乗じて得た額並びに前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額に確定額補正率を乗じて得た額の合計額に確定加入者調整率を乗じて得た額とする。

一 当該保険者に係る標準報酬総額（前条第八項に規定する標準報酬総額をいう。次号並びに第二百一条第一項第一号イ及びロにおいて同じ。）を厚生労働省令で定めるところにより算定した当該保険者に係る加入者の数で除して得た額

二 全ての被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の合計額を全ての被用者保険等保険者に係る加入者の総数で除して得た額として厚生労働省令で定めるところにより算定した額

第三十八条第二項中「第三十四条第一項第三号の概算調整対象基準額から、当該保険者に係る同項第一号の調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）」を「次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に定める額」に改め、同項に次の各号を加える。

一 被用者保険等保険者 イ及びロに掲げる額の合計額

イ 第三十四条第一項各号の概算調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の二に相当する額

ロ 第三十四条第一項第一号ロの概算報酬調整後調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の

調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の一に相当する額

二 被用者保険等保険者以外の保険者 第三十四条第一項各号の概算調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費見込額及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）

第三十八条第三項第三号中「二分の一」を「三分の一」に改める。

第三十九条第二項中「第三十五条第一項第四号の確定調整対象基準額から、当該保険者に係る同項第一号の調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）」を「次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に定める額」に改め、同項に次の各号を加える。

一 被用者保険等保険者 イ及びロに掲げる額の合計額

イ 第三十五条第一項各号の確定調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の二に相当する額

ロ 第三十五条第一項第一号ロの確定報酬調整後調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）の三分の一に相当する額

二 被用者保険等保険者以外の保険者 第三十五条第一項各号の確定調整対象基準額から、当該保険者に係る同項各号の調整対象給付費額、前期高齢者に係る後期高齢者支援金の確定額及び前期高齢者に係る流行初期医療確保拠出金の額の合計額を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）

第三十九条第三項第三号中「二分の一」を「三分の一」に改める。

第九十三条第三項中「二分の一」を「三分の二」に改める。

第百条第二項を次のように改める。

2 前項の後期高齢者負担率は、第一号に掲げる数に第二号に掲げる率を乗じて得た数を第三号に掲げる数で除して得た率を基礎として、二年ごとに政令で定める。

一 二分の一に、当該年度における療養の給付等に要する費用の額に対する特定費用の額の割合の二分の一に相当する率を加えて得た数

二 百分の十一・七二に、当該年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の見込総数を令和四年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の総数で除して得た率を乗じて得た率

三 前号に掲げる率に、イに掲げる率にロに掲げる率を乗じて得た率を加えて得た数

イ 令和四年度における保険納付対象額を同年度における療養の給付等に要する費用の額で除して得た率

ロ 当該年度における全ての保険者に係る加入者の見込総数を令和四年度における全ての保険者に係る加入者の総数で除して得た率

第百条第三項を削り、同条第四項を同条第三項とする。

第百四条第一項及び第三項中「及び第百七十七条第二項の規定による拠出金」を「第百七十七条第二項の規定による拠出金及び出産育児支援金」に改める。

第百十六条第二項第一号から第四号までの規定中「及び次条第二項の規定による拠出金」を「次条第二項の規定による拠出金及び出産育児支援金」に改め、同条第七項中「すべて」を「全て」に改める。

第百十八条第一項中「この款」を「この節」に改める。

第百二十条第一項第一号イ中「（標準報酬総額の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額をいう。ロにおいて同じ。）」を削り、同条第二項を削り、同条第三項中「第一項各号」を「前項各号」に改め、同項を同条第二項とする。

第百二十一条第一項第一号イ中「（前条第二項に規定する標準報酬総額をいう。ロにおいて同じ。）」を削る。

第四章第四節に次の二款を加える。

第五款 後期高齢者医療広域連合の出産育児支援金等

（出産育児支援金の徴収及び納付義務）

第二百二十四条の二 支払基金は、第三百三十九条第一項第三号に掲げる業務に要する費用に充てるため、年度ごとに、後期高齢者医療広域連合から、出産育児支援金を徴収する。

2 後期高齢者医療広域連合は、出産育児支援金を納付する義務を負う。

(出産育児支援金の額)

第二百二十四条の三 前条第一項の規定により各後期高齢者医療広域連合から徴収する出産育児支援金の額は、医療保険各法の規定による出産育児一時金、家族出産育児一時金、出産費及び家族出産費の支給に要する費用(次条第一項及び第二百二十四条の七第一項において「出産育児一時金等の支給に要する費用」という。)の額の総額を基礎として厚生労働省令で定めるところにより算定した額に、出産育児支援金率及び全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の総数に対する当該後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の数の割合を乗じて得た額とする。

2 令和六年度及び令和七年度における前項の出産育児支援金率は、百分の七とする。

3 令和八年度以降の年度における第一項の出産育児支援金率は、第一号に掲げる率を第二号に掲げる数で除して得た数を基礎として、二年ごとに政令で定める。

一 百分の七に、当該年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の見込総数を令和六年度における全ての後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の総数で除して得た率を乗じて得た率

二 前号に掲げる率に、百分の九十三に当該年度における全ての保険者に係る加入者の見込総数を令和六年度における全ての保険者に係る加入者の総数で除して得た率を乗じて得た率を加えて得た数

(出産育児交付金)

第二百二十四条の四 支払基金は、出産育児一時金等の支給に要する費用の一部に充てるため、保険者に対して、出産育児交付金を交付する。

2 前項の出産育児交付金は、第二百二十四条の二第一項の規定により支払基金が徴収する出産育児支援金をもつて充てる。

3 第一項の規定により各保険者に対して交付される出産育児交付金の額は、医療保険各法の規定により算定される額とする。

(出産育児関係事務費拠出金の徴収及び納付義務)

第二百二十四条の五 支払基金は、第三百三十九条第一項第三号に掲げる業務に関する事務の処理に要する費

用に充てるため、年度ごとに、保険者から、出産育児関係事務費拠出金を徴収する。

2 保険者は、出産育児関係事務費拠出金を納付する義務を負う。

(出産育児関係事務費拠出金の額)

第二百二十四条の六 前条第一項の規定により各保険者から徴収する出産育児関係事務費拠出金の額は、厚生労働省令で定めるところにより、当該年度における第三百三十九条第一項第三号に掲げる支払基金の業務に関する事務の処理に要する費用の見込額を基礎として、各保険者に係る加入者の見込数に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とする。

(通知)

第二百二十四条の七 保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、支払基金に対し、各年度における当該保険者に係る出産育児一時金等の支給に要する費用の額その他厚生労働省令で定める事項を通知しなければならない。

2 後期高齢者医療広域連合は、厚生労働省令で定めるところにより、支払基金に対し、各年度における当該後期高齢者医療広域連合に係る被保険者の数その他厚生労働省令で定める事項を通知しなければならない。

(準用)

第二百二十四条の八 第四十一条及び第四十三条から第四十六条までの規定は、出産育児支援金及び出産育児関係事務費拠出金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第六款 雑則

第二百二十四条の九 第百条第一項の規定により支払基金が各後期高齢者医療広域連合に対して交付する後期高齢者交付金と第二百二十四条の二第一項の規定により支払基金が各後期高齢者医療広域連合から徴収する出産育児支援金は、相殺するものとする。

2 第百十八条第一項及び第二百二十四条の五第一項の規定により支払基金が各保険者から徴収する後期高齢者支援金等及び出産育児関係事務費拠出金と第二百二十四条の四第一項の規定により支払基金が各保険者に対して交付する出産育児交付金は、相殺するものとする。

第二百三十四条第二項中「及び後期高齢者支援金等」を「後期高齢者支援金等及び出産育児関係事務費拠出金」に改める。

第百三十八条第一項中「ときは」の下に、「被保険者の後期高齢者医療給付を受けた事由が第三者の行為によつて生じたものであることを確認するために必要な事項」を加える。

第百三十九条第一項に次の一号を加える。

三 後期高齢者医療広域連合から出産育児支援金を徴収し、保険者から出産育児関係事務費拠出金を徴収し、及び保険者に対し出産育児交付金を交付する業務並びにこれに附帯する業務

第百四十二条中「業務及び」を「業務、」に、「に」を「及び同項第三号に規定する保険者から出産育児関係事務費拠出金を徴収する業務に」に改め、同条に次の一号を加える。

2 支払基金は、後期高齢者医療広域連合に対し、第百三十九条第一項第三号に規定する後期高齢者医療広域連合から出産育児支援金を徴収する業務に必要があると認めるときは、文書その他の物件の提出を求めることができる。

第百四十三条中「第百三十九条第一項各号に掲げる業務及び」を「第百三十九条第一項第一号に掲げる業務、同項第二号及び第三号に掲げる業務並びに」に改める。

第百四十六条第三項中「業務及び」を「業務、」に、「又は」を「及び同項第三号に規定する保険者に対し出産育児交付金を交付する業務又は」に改める。

第百四十八条中「及び後期高齢者交付金」を「後期高齢者交付金及び出産育児交付金」に改める。

第百五十七条の二第一項中「保持」の下に「及び医療費適正化」を加え、「よう努めなければならない」を削り、同条第二項に次の一号を加える。

四 都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析

第百五十七条の二に次の一号を加える。

3 厚生労働大臣は、保険者協議会が前項各号に掲げる業務を円滑に行うため必要な支援を行うものとする。

第百六十五条中「第百二十四条」の下に「第百二十四条の八」を加える。

第百六十五条の二第二項中「並びに法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村」を加える。

第百六十八条第一項第二号中「第百四十二条」を「第百四十二条第一項」に改める。

附則第十一条第二項中「及び第百四十条」を「第百四十条及び第百四十二条第二項」に改める。

附則第十三条第一項中「第三十四条第一項第二号、第三十五条第一項第二号」を「第三十四条第一項第一号イ(2)、第三十五条第一項第一号イ(2)」に改め、同条第二項を削る。

附則第十三条の二から第十三条の五までを削る。

附則第十三条の六中「第百二十四条」の下に「第百二十四条の八」を加え、同条を附則第十三条の二とし、附則第十三条の七を附則第十三条の三とし、附則第十三条の八を附則第十三条の四とする。

附則第十四条の二及び第十四条の三を削る。

附則第十五条を次のように改める。

(令和六年度及び令和七年度の出産育児支援金の額の算定の特例)

第十五条 令和六年度及び令和七年度においては、第百二十四条の三第一項中「額に」とあるのは、「額の二分の一に相当する額に」とする。

(社会保険診療報酬支払基金法の一部改正)

第七条 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百二十九号)の一部を次のように改正する。

第一条中「増進」の下に「並びに医療に要する費用の適正化(次条及び第十五条第一項第八号において「医療費適正化」という。)」を加える。

第一条の二中「確保並びに」を「確保を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、」に改め、「増進」の下に「並びに医療費適正化」を加える。

第十五条第一項第八号中「増進」の下に「並びに医療費適正化」を加える。

(医療法の一部改正)

第八条 医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の一部を次のように改正する。

目次中「第六条の四の三」を「第六条の四の四」に、「第三十条の十八の四」を「第三十条の十八の五」に、「第九節 監督(第六十三条―第六十九条)」を「第九節 監督(第六十三条―第六十九条)」を

第十節 医療法人に関する情報の調査及び分

析等(第六十九条の二・第六十九条の三)」に改める。

第五条第一項中「第六条の四の二」を「第六条の四の三」に改める。

第六条の三第一項中「者が」の下に「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その

他の医療の提供を行う機能（以下「かかりつけ医機能」という。）その他の病院等の機能についての十分な理解の下に」を加え、同条第三項中「次条第二項及び第六条の四の二第二項において」を「以下」に改め、同条第五項中「都道府県知事は」の下に「第一項又は第二項の規定による報告を受けたときは」を加え、「第一項及び第二項の規定により報告された事項を」を「その報告の内容を厚生労働大臣に報告するとともに、」に改め、同条第六項を同条第八項とし、同条第五項の次に次の二項を加える。

6 病院等の管理者が、第一項又は第二項の規定による報告を、電磁的方法であつてその内容を当該管理者、当該病院等の所在地の都道府県知事及び厚生労働大臣が閲覧することができるものにより行つたときは、当該報告を受けた都道府県知事は、前項の規定による報告を行つたものとみなす。

7 厚生労働大臣は、第五項の規定による報告を受けたときは、都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる情報の提供のため、都道府県知事による同項の規定による公表に関し必要な助言、勧告その他の措置を行うものとする。

第二章第一節中第六条の四の三を第六条の四の四とし、第六条の四の二を第六条の四の三とし、第六条の四の次に次の一条を加える。

第六条の四の二 第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であつて、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。

- 一 疾患名
 - 二 治療に関する計画
 - 三 当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先
 - 四 その他厚生労働省令で定める事項
- 第十六条の二第二項第三号中「地域」を「地域におけるかかりつけ医機能の確保のための研修その他の

地域」に改める。

第二十九条第一項第三号中「第六条の三第六項」を「第六条の三第八項」に改め、同条第三項第三号及び同条第四項第三号中「又は第三十条の十八の二第二項」を「第三十条の十八の二第二項又は第三十条の十八の四第六項」に改める。

第三十条の三第二項中第十一号を第十二号とし、第八号から第十号までを一号ずつ繰り下げ、第七号の次に次の一号を加える。

- 八 かかりつけ医機能の確保に関する基本的な事項
- 第三十条の三の二に次の一項を加える。

3 厚生労働大臣は、前条第二項第八号に掲げる事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は第三十条の十八の四第一項に規定するかかりつけ医機能報告対象病院等の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、同項の規定による報告の内容その他の必要な情報の提供を求めることができる。

第三十条の四第二項第十号の次に次の一号を加える。

- 十の二 かかりつけ医機能の確保に関する事項

第三十条の四第十二項中「参加法人」を「参加法人等」に改める。

第三十条の五中「第三十条の十八の四第一項」を「第三十条の十八の五第一項」に改める。

第三十条の六第一項中「及び第十一号」を「第十号の二及び第十一号」に改める。

第三十条の十四第一項中「第三十条の十八の四第三項」を「第三十条の十八の五第五項」に、「第三十条の十八の四第一項」を「第三十条の十八の四第三項、第三十条の十八の五第一項」に改める。

第三十条の十八の四第一項中「第三項」を「（以下この条）に、「から第五号まで」を「第五号及び第六号」に、「第三項」を「第五項」に改め、同項第二号中「前条第一項」を「第三十条の十八の三第一項」に改め、同項中第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号を第五号とし、第三号の次に次の一号を加える。

- 四 前条第一項及び第三項（同条第五項において準用する場合を含む。）の規定による報告を踏まえた対象区域における同条第一項第一号及び第二号に規定する機能を確保するために必要な事項
- 第三十条の十八の四第四項を第六項とし、第三項を第五項とし、第二項の次に次の二項を加える。

3 都道府県は、第一項の規定に基づき同項第四号に掲げる事項（介護その他医療と密接に関連するサービスに関するものとして厚生労働省令で定める事項に限る。）を協議する場合には、関係する市町村の参加を求めるとともに、当該市町村が作成した地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第五十一条に規定する市町村計画、介護保険法第一百七十一条に規定する市町村介護保険事業計画その他医療と密接に関連するサービスに関する計画の内容を考慮するものとする。 4 都道府県は、第一項の規定に基づき同項第四号に掲げる事項を協議する場合には、対象区域における住民の健康の保持の推進に関する施策の実施の状況、高齢者保健事業（高齢者の医療の確保に関する法律第二百五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。）その他これと一体的に行われる事業の実施の状況及び地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第二十一条に規定する地域包括ケアシステムをいう。第七十条第一項第二号及び第七十条の七において同じ。）の構築に向けた取組の状況に留意するものとする。 第五章第四節第三十条の十八の四を第三十条の十八の五とし、第三十条の十八の三の次に次の一条を加える。 第三十条の十八の四 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの（以下この条において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（第一号及び第二号において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。 一 かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容 二 前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能（イからニまでに掲げる機能にあつては、厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容 イ 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能	
	ロ 病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能 ハ 居宅等において必要な医療を提供する機能 二 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能 ホ その他厚生労働省令で定める機能 三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容 四 その他厚生労働省令で定める事項 2 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等（同項第二号イからホまでに規定する機能のいずれかを有する旨の報告をしたものに限る。）が、当該報告に係る当該機能について、当該機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有すること（他の病院又は診療所と相互に連携して当該機能を確保する場合を含む。）を確認するものとする。 3 都道府県知事は、前項の規定による確認をしたときは、その結果を次条第一項に規定する協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより、これを公表するものとする。 4 第二項の規定による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は、当該変更が生じた体制が同項の厚生労働省令で定める要件に該当すること（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）を確認するものとする。 5 第三項の規定は、前項の規定による確認について準用する。 6 都道府県知事は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第四項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることが

できる。

7 第三十条の十三第三項、第四項及び第六項の規定は、かかりつけ医機能報告対象病院等に係る第一項及び第四項の規定による報告について準用する。この場合において、同条第六項中「前項」とあるのは、「第三十条の十八の四第六項」と読み替えるものとする。

第六章に次の一節を加える。

第十節 医療法人に関する情報の調査及び分析等

第六十九条の二 都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。

2 医療法人（厚生労働省令で定める者を除く。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならない。

3 厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。

4 厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

5 都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するときは、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法によるものとする。

第六十九条の三 厚生労働大臣は、前条第三項の規定による情報の収集及び整理並びに分析の結果の提供に関する事務の全部又は一部を独立行政法人福祉医療機構に委託することができる。

第七十条第一項中「掲げる法人」を「掲げる者」に、「法人を除く」を「事業を営む者を除く」に、「参加法人」を「参加法人等」に改め、同項第二号中「（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムをいう。第七十条の七において同じ。）」を削り、同項に次の二号を加える。

三 医療連携推進区域において、病院等を開設する者（法人を除く。）
四 医療連携推進区域において、介護事業等に係る施設又は事業所を開設し、又は管理する者（法人を除く。）

第七十条第二項第三号中「参加法人」を「参加法人等（前項第三号及び第四号に掲げる者を除く。）」に改める。

第七十条の二第二項第二号及び第四項中「参加法人」を「参加法人等」に改める。

第七十条の三第一項中第二十号を第二十一号とし、第十九号を第二十号とし、第十八号を第十九号とし、同項第十七号中「参加法人」を「参加法人等」に、「事項その他の」を「事項（その定款に第七十条第二項第三号に掲げる業務及び出資を行わない旨を定めている一般社団法人については、イ、ロ及びホに掲げる事項を除く。）その他」に改め、同号ハ中「重要な資産」を「事業に係る重要な資産」に改め、同号ヘ中「合併」を「法人の合併」に改め、同号ト中「解散」の下に「又は事業の廃止」を加え、同号を同項第十八号とし、同項中第十六号を第十七号とし、第十二号から第十五号までを一号ずつ繰り下げ、同項第十一号中「参加法人」を「参加法人等」に改め、同号を同項第十二号とし、同項中第十号を第十一号とし、第九号を第十号とし、同項第八号中「参加法人」を「参加法人等」に、「第十号イ」を「第十一号イ」に改め、同号を同項第九号とし、同項第七号中「参加法人」を「参加法人等」に改め、同号を同項第八号とし、同項中第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号を第五号とし、第三号の次に次の一号を加える。

四 第七十条第一項第三号又は第四号に掲げる者が社員である場合には、同条第二項第三号に掲げる業務及び出資を行わない旨を定款で定めているものであること。

第七十条の七中「参加法人」を「参加法人等」に改める。

第七十条の八第一項中「参加法人」を「参加法人等」に改め、同条第二項中「地域医療連携推進法人」を「地域医療連携推進法人（その定款に第七十条第二項第三号に掲げる業務及び出資を行わない旨を定めている地域医療連携推進法人を除く。）」に改める。

第七十条の十一中「参加法人」を「参加法人等」に改める。

第七十条の十三中「第七十条の三第一項第十六号ハ」を「第七十条の三第一項第十七号ハ」に改める。

第七十条の十四中「あり、同条第五項」を「あるのは「地域医療連携推進法人」と、同条第五項」に、

「あり、及び第五十一条の三第一項」を「あるのは「地域医療連携推進法人（その定款に第七十条第二項第三号に掲げる業務及び出資を行わない旨を定めている地域医療連携推進法人のうち、その事業活動の規模その他の事情を勘案して厚生労働省令で定める基準に該当しない者（以下「特定地域医療連携推進法人」という。）を除く。）」と、第五十一条の三第一項」に改め、「あるのは「書類」の下に「（特定地域医療連携推進法人にあつては、第二号に掲げる書類を除く。）」を加え、「第五十二条第一項第二号」を「第五十二条第一項中「書類」とあるのは「書類（特定地域医療連携推進法人にあつては、第三号に掲げる書類を除く。））」と、同項第二号」に改める。

第七十条の十七中「第七十条の三第一項第六号、第七号、第十二号及び第十六号から第十九号まで」を「第七十条の三第一項第四号、第七号、第八号、第十三号及び第十七号から第二十号まで」に改める。

第七十条の十九第一項に次のただし書を加える。

ただし、代表理事を再任する場合については、この限りでない。

第七十条の十九第二項中「前項」を「前項本文」に改める。

第七十条の二十二中「第七十条の三第一項第十八号」を「第七十条の三第一項第十九号」に改める。

第九十二条中「第六条の四の三第一項」を「第六条の四の四第一項」に、「若しくは第三十条の十八の二第二項」を「第三十条の十八の二第二項若しくは第三十条の十八の四第六項」に改める。

第一百六条中「第三十条の十八の四第一項」を「第三十条の十八の五第一項」に改める。

第九条 医療法の一部を次のように改正する。

目次中「第六十九條の三」を「第六十九條の八」に改める。

第六十九條の二第三項中「の分析」を「（以下「医療法人情報」という。）の分析」に改める。

第六十九條の三中「前条第三項」を「第六十九條の二第三項」に改め、「提供」の下に「第六十九條の三の規定による統計の作成等並びに第六十九條の四第一項の規定による医療法人情報の提供」を、「独立行政法人福祉医療機構」の下に「（次条において「機構」という。）」を加え、第六章第十節中同条を第六十九條の七とし、第六十九條の二の次に次の四條を加える。

第六十九條の三 厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの（第六十九條

の七及び第六十九條の八第一項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

第六十九條の四 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

第六十九條の五 前条第一項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

第六十九條の六 第六十九條の四第一項の規定により医療法人情報の提供を受けた者若しくはその者の行う当該医療法人情報に係る調査、学術研究若しくは分析に従事する者又はこれらの者であつた者は、当該医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

第六章第十節に次の一條を加える。

第六十九條の八 第六十九條の三の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第六十九條の四第一項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第六十九條の三の規定による統計の作成等及び第六十九條の四第一項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

3 第一項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

第八十五条の二 第六十九條の六の規定に違反して、医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報

の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したときは、その違反行為をした者は、一年以下の拘禁刑若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

第八十五条の三 前条の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第八十七条中「者は」を「場合には、その違反行為をした者は」に改め、同条各号中「者」を「とき」に改める。

第八十九条中「者は」を「場合には、その違反行為をした者は」に改め、同条各号中「者」を「とき」に改める。

第九十条中「法人の代表者」を「法人（法人でない社団又は財団で代表者又は管理人の定めがあるもの（以下この条において「人格のない社団等」という。）を含む。以下この項において同じ。）の代表者（人格のない社団等の管理人を含む。）」に改め、「関して」の下に「第八十五条の二、」を加え、同条に次の一項を加える。

2 人格のない社団等について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人がその訴訟行為につき当該人格のない社団等を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の一部改正）

第十条 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）の一部を次のように改正する。

第五条第三項中「図らなければならない」を「図るとともに、医療法第三十条の十八の五第一項の規定による協議の結果（同項第四号に掲げる事項に係るものに限る。）を考慮するものとする」に改める。

（独立行政法人福祉医療機構法の一部改正）

第十一条 独立行政法人福祉医療機構法（平成十四年法律第六十六号）の一部を次のように改正する。

第十二条第二項中第十二号を第十三号とし、第十一号の次に次の一号を加える。

十二 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第六十九条の七の規定による委託を受けて行う同法第六十九条の三の規定による統計の作成等及び同法第六十九条の四第一項の規定による医療法人情報の提供に関する業務を行うこと。

第十五条第一号中「及び第十一号」を「第十一号及び第十二号」に改める。

（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部改正）

第十二条 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十四号）の一部を次のように改正する。

附則第十条の三第四項第三号中「三年」を「五年」に改め、同条第五項中「令和五年九月三十日」を「令和八年十二月三十一日」に改める。

（介護保険法の一部改正）

第十三条 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の一部を次のように改正する。

目次中「第十節 介護サービス情報の公表（第百十五条の三十五―第百十五条の四十四）」を「第十節 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等（第百十五条の四十四の二）」に改める。

介護サービス情報の公表（第百十五条の三十五―第百十五条の四十四）

介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等（第百十五条の四十四の二）

第五条中第四項を第五項とし、第三項を第四項とし、第二項の次に次の一項を加える。

3 都道府県は、前項の助言及び援助をするに当たっては、介護サービスを提供する事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努めなければならない。

第八条第二十三項中「訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定める」を「次に掲げる」に改め、同項に次の各号を加える。

一 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護を一体的に提供することにより、居宅要介護者について、その者の居宅において、又は第十九項の厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、日常生活上の世話及び機能訓練並びに療養上の世話又は必要な診療の補助を行うもの
二 前号に掲げるもののほか、居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるもの

第八条の二第十六項中「第百十五条の四十七第六項」を「第百十五条の四十七第七項」に改め、「職員」の下に「及び第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援を行う事業所の従業者」を、「計画（以下この項）の下に「、第百十五条の三十の二第一項、第百十五条の四十五第二項第三号」を加える。

第百十五条の二十二第二項中「設置者」の下に「又は指定居宅介護支援事業者」を加える。

第百十五条の二十三第三項中「指定介護予防支援事業者」を「第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者」に改める。

第百十五条の三十の次に次の一条を加える。

（介護予防支援事業に関する情報提供の求め等）

第百十五条の三十の二 市町村長は、第百十五条の四十五第二項第三号の規定による介護予防サービス計画の検証の実施に当たつて必要があると認めるときは、指定介護予防支援事業者に対し、介護予防サービス計画の実施状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

2 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、当該指定介護予防支援の事業の適切かつ有効な実施のために必要があるときは、第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターに対し、必要な助言を求めることができる。

第五章に次の一節を加える。

第十二節 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等

第百十五条の四十四の二 都道府県知事は、地域において必要とされる介護サービスの確保のため、当該都道府県の区域内に介護サービスを提供する事業所又は施設を有する介護サービス事業者（厚生労働省令で定める者を除く。以下この条において同じ。）の当該事業所又は施設ごとの収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項（次項及び第三項において「介護サービス事業者経営情報」という。）について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。

2 介護サービス事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、介護サービス事業者経営情報を、当該事業所又は施設の所在地を管轄する都道府県知事に報告しなければならない。

3 厚生労働大臣は、介護サービス事業者経営情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。

4 厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に介護サービスを提供する事業所又は施設を有する介護サービス事業者の当該事業所又は施設に係る活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

る。

5 都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するとき、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法によるものとする。

6 都道府県知事は、介護サービス事業者が第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該介護サービス事業者に対し、その報告を行い、又はその報告の内容を是正することを命ずることができる。

7 都道府県知事は、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者に対して前項の規定による処分をしたときは、遅滞なく、その旨を、当該指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の指定をした市町村長に通知しなければならない。

8 都道府県知事は、指定居宅サービス事業者若しくは指定介護予防サービス事業者又は指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設者が第六項の規定による命令に従わないときは、当該指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者若しくは指定介護老人福祉施設の指定若しくは介護老人保健施設若しくは介護医療院の許可を取り消し、又は期間を定めてその指定若しくは許可の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

9 都道府県知事は、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者が第六項の規定による命令に従わない場合において、当該指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することが適当であると認めるときは、理由を付して、その旨をその指定をした市町村長に通知しなければならない。

第百十五条の四十五第二項第三号中「及び施設サービス計画」を「施設サービス計画及び介護予防サービス計画」に改め、同条第六項中「第百十七条第三項第九号」を「第百十七条第三項第十号」に改める。

第百十五条の四十七中第九項を第十項とし、第八項を第九項とし、第七項を第八項とし、同条第六項中「第四項」を「第五項」に、「第八項」を「第九項」に改め、同項を同条第七項とし、同条中第五項を第

六項とし、第四項を第五項とし、第三項の次に次の一項を加える。

4 地域包括支援センターの設置者は、指定居宅介護支援事業者その他の厚生労働省令で定める者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、第百十五条の四十五第二項第一号に掲げる事業の一部を委託することができる。この場合において、当該委託を受けた者は、第一項の方針（地域包括支援センターの設置者が市町村である場合にあつては、厚生労働省令で定めるところにより当該市町村が示す当該事業の実施に係る方針）に従つて、当該事業を実施するものとする。

第百十七条第三項第四号中「並びにその業務の効率化及び質の向上」を削り、同項第九号を同項第十号とし、同項第八号中「次条第三項第六号」を「次条第三項第七号」に改め、同号を同項第九号とし、同項中第七号を第八号とし、第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号の次に次の一号を加える。

五 介護給付等対象サービスの提供又は地域支援事業の実施のための事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する都道府県と連携した取組に関する事項
第百十七条第五項中「勘案して」を「勘案するとともに、医療法第三十条の十八の五第一項の規定による協議の結果（同項第四号に掲げる事項に係るものに限る。）を考慮して」に改め、同条第十三項を第十四項とし、第六項から第十二項までを一項ずつ繰り下げ、第五項の次に次の一項を加える。

6 市町村は、市町村介護保険事業計画の作成に当たっては、住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。

第百十八条第三項第三号中「並びにその業務の効率化及び質の向上」を削り、同項中第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号を第五号とし、第三号の次に次の一号を加える。

四 介護給付等対象サービスの提供又は地域支援事業の実施のための事業所又は施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する事業に関する事項

第百十八条中第十一項を第十二項とし、第十項を第十一項とし、第九項を第十項とし、同条第八項中「前条第七項」を「前条第八項」に改め、同項を同条第九項とし、同条中第七項を第八項とし、第六項を第七項とし、第五項の次に次の一項を加える。

6 都道府県は、都道府県介護保険事業支援計画の作成に当たっては、住民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。
第百七十六条第一項第二号及び第二項第三号並びに第百七十九条中「第百十五条の四十七第六項」を

「第百十五条の四十七第七項」に改める。

第百二十五条第一項中「第百十五条の四十七第七項」を「第百十五条の四十七第八項」に、「第百十五条の四十七第六項」を「第百十五条の四十七第七項」に改める。

第十四条 介護保険法の一部を次のように改正する。

第百十五条の四十五第一項中「第三項第三号」を「次項第七号、第三項第三号、第百十五条の四十七第十項」に改め、同条第二項に次の一号を加える。

七 被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るため、被保険者、介護サービス事業者その他の関係者が被保険者に係る情報を共有し、及び活用することを促進する事業

第百十五条の四十六第一項中「第百十五条の四十五第二項各号」を「第百十五条の四十五第二項第一号から第六号まで」に改める。

第百十五条の四十七第十項を同条第十二項とし、同条第九項の次に次の二項を加える。

10 市町村は、第百十五条の四十五第二項第七号に掲げる事業の実施に係る被保険者又は被保険者であつた者に係る情報の収集、整理、利用又は提供に関する事務の全部又は一部を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は連合会その他厚生労働省令で定める者（第百十八条の十及び第百十八条の十一において「支払基金等」という。）に委託することができる。

11 市町村は、前項の規定により事務を委託する場合は、他の市町村、社会保険診療報酬支払基金法第一条に規定する保険者及び法令の規定により医療に関する給付その他の事務を行う者であつて厚生労働省令で定めるものと共同して委託するものとする。

第百十八条の二に次の一項を加える。

4 市町村は、介護サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者に対し、第一項第三号に掲げる事項に関する情報を、厚生労働省令で定める方法により提供するように求めることができる。

第百十八条の十中「社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は連合会その他厚生労働省令で定める者（次条において「支払基金等」という。）」を「支払基金等」に改める。

第百六十条第二項中「前項」を「前二項」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 支払基金は、社会保険診療報酬支払基金法第十五条に規定する業務及び前項各号に掲げる業務のほか、第一条に規定する目的を達成するため、次に掲げる業務を行う。

一 第百十五条の四十七第十項の規定により市町村から委託を受けて行う第百十五条の四十五第二項第七号に掲げる事業に関する業務を行うこと。

二 前号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。

第百六十四条中「介護保険関係業務」の下に「（第百六十条第二項に規定する業務を除く。次条第一項、第百六十六条第一項、第百六十七条第一項及び第二項、第百六十八条第一項並びに第百七十条において同じ。）」を加える。

第百六十五条に次の一項を加える。

2 支払基金が第百六十条第二項に規定する業務を行う場合における社会保険診療報酬支払基金法第二十四条第一項の規定の適用については、同項中「収支予算」とあるのは、「収支予算（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百六十条第二項に規定する業務に関するものを含む。）」とする。

第百六十六条に次の一項を加える。

4 支払基金が第百六十条第二項に規定する業務を行う場合における社会保険診療報酬支払基金法第二十五条第一項の規定の適用については、同項中「業務」とあるのは、「業務及び介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百六十条第二項に規定する業務」とする。

第二百一条の次に次の二条を加える。

（被保険者番号等の利用制限等）

第二百一条の二 厚生労働大臣、市町村、介護サービス事業者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の介護保険事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため被保険者番号等（保険者番号（厚生労働大臣が介護保険事業において市町村を識別するための番号として、市町村ごとに定めるものをいう。）及び被保険者番号（市町村が被保険者の資格を管理するための番号として、被保険者ごとに定めるものをいう。）をいう。以下この条において同じ。）を利用する者として厚生労働省令で定める者（以下この条において「厚生労働大臣等」という。）は、当該事業又は事務の遂行のため必要がある

場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者番号等を告知することを求めてはならない。

2 厚生労働大臣等以外の者は、介護保険事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため被保険者番号等の利用が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者番号等を告知することを求めてはならない。

3 何人も、次に掲げる場合を除き、その者が業として行う行為に関し、その者に対し売買、貸借、雇用その他の契約（以下この項において「契約」という。）の申込みをしようとする者若しくは申込みをする者又はその者と契約の締結をした者に対し、当該者又は当該者以外の者に係る被保険者番号等を告知することを求めてはならない。

一 厚生労働大臣等が、第一項に規定する場合に、被保険者番号等を告知することを求めるとき。

二 厚生労働大臣等以外の者が、前項に規定する厚生労働省令で定める場合に、被保険者番号等を告知することを求めるとき。

4 何人も、次に掲げる場合を除き、業として、被保険者番号等の記録されたデータベース（その者以外の者に係る被保険者番号等を含む情報の集合物であつて、これらの情報を電子計算機を用いて検索することができるよう体系的に構成したものをいう。）であつて、当該データベースに記録された情報が他に提供されることが予定されているもの（以下この項において「提供データベース」という。）を構成してはならない。

一 厚生労働大臣等が、第一項に規定する場合に、提供データベースを構成するとき。

二 厚生労働大臣等以外の者が、第二項に規定する厚生労働省令で定める場合に、提供データベースを構成するとき。

5 厚生労働大臣は、前二項の規定に違反する行為が行われた場合において、当該行為をした者が更に反復してこれらの規定に違反する行為をするおそれがあると認めるときは、当該行為をした者に対し、当該行為を中止することを勧告し、又は当該行為が中止されることを確保するために必要な措置を講ずることを勧告することができる。

6 厚生労働大臣は、前項の規定による勧告を受けた者がその勧告に従わないときは、その者に対し、期限を定めて、当該勧告に従うべきことを命ずることができる。

（報告及び検査）

第二百一条の三 厚生労働大臣は、前条第五項及び第六項の規定による措置に関し必要があると認めるときは、その必要と認められる範囲内において、同条第三項若しくは第四項の規定に違反していると認めるに足る相当の理由がある者に対し、必要な事項に関し報告を求め、又は当該職員に当該者の事務所若しくは事業所に立ち入って質問させ、若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第二十四条第三項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第四項の規定は前項の規定による権限について、それぞれ準用する。

第二百五条の三中「者は」を「場合には、その違反行為をした者は」に改め、同条各号中「者」を「とき」に改め、同条の次に次の一条を加える。

第二百五条の四 第二百一条の二第六項の規定による命令に違反したときは、その違反行為をした者は、一年以下の拘禁刑又は五十万円以下の罰金に処する。

第二百九条の次に次の一条を加える。

第二百九条の二 正当な理由がなくて第二百一条の三第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して、正当な理由がなくて答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは正当な理由がなくて同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、その違反行為をした者は、三十万円以下の罰金に処する。

第二百十一条中「法人の代表者」を「法人（法人でない社団又は財団で代表者又は管理人の定めがあるもの（以下この条において「人格のない社団等」という。）を含む。以下この項において同じ。）の代表者（人格のない社団等の管理人を含む。）」に、「又は第二百九条」を「第二百九条又は第二百九条の二」に改め、同条に次の一項を加える。

2 人格のない社団等について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人がその訴訟行為につき当該人格のない社団等を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は、令和六年四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 第三条中国民健康保険法第七十二条第三項、第八十二条の二第三項第一号及び第四項、第八十五条の二、第八十五条の三第三項並びに第一百十三条の二第二項の改正規定、第六条中高齢者の医療の確保に関する法律第四条に一項を加える改正規定、同法第六条、第七条第二項及び第八条第四項の改正規定、同条第五項の改正規定（第四号に掲げる改正規定を除く。）、同法第九条第二項及び第三項の改正規定、同条第四項の改正規定（第四号に掲げる改正規定を除く。）、同条第五項、第七項及び第十項並びに同法第十一条、第十二条第一項、第十三条第一項、第十四条第一項、第十五条、第十六条第三項、第一百十八条第一項及び第一百五十七条の二の改正規定、第七条の規定並びに第十二条の規定並びに次条第一項並びに附則第四条、第七条、第八条、第十二条、第十五条、第十七条及び第十八条の規定 公布の日

二 第八条中医療法の目次の改正規定（「第九節 監督（第六十三条―第六十九条）」を「第九節 監督（第六十三条―第六十九条）」と改める部分に限る。）、

（第六十三条―第六十九条）

法人に関する情報の調査及び分析等（第六十九条の二・第六十九条の三）」

同法第六条の三第三項の改正規定及び同法第六章に一節を加える改正規定並びに附則第十三条及び第三十一条の規定 令和五年八月一日

三 第三条の規定（第一号に掲げる改正規定を除く。）並びに第五条中地方税法第七百三条の四第三項の改正規定（同項第二号二中「国民健康保険法」の下に「第七十三條の二第一項に規定する出産育児交付金を含み、同法」を加える部分を除く。）、同条第十二項及び第二十項の改正規定並びに同法第七百三条の五に一項を加える改正規定並びに附則第六条及び第二十五条の規定 令和六年一月一日

四 第四条中国民健康保険法第六十四条及び第八十五条の三第二項第二号の改正規定、第六条中高齢者の医療の確保に関する法律第八条第五項の改正規定（「推進」の下に「医療法第六条の三第一項に規定するかかりつけ医機能（次条第四項において「かかりつけ医機能」という。）の確保」を加える部分に限る。）及び同法第九条第四項の改正規定（「推進」の下に「かかりつけ医機能の確保」を加える部分に限る。）、第八条中医療法の目次の改正規定（第二号に掲げる改正規定を除く。）、同法第五条第一項及び第六条の三第一項の改正規定、同法第二章第一節中第六条の四の三を第六条の四の四とし、第六条の四の二を第六条の四の三とし、第六条の四の次に一条を加える改正規定、同法第十六条の二第一

項第三号、第二十九条第三項第三号及び第四項第三号並びに第三十条の第三第二項の改正規定、同法第三十条の三の二に一項を加える改正規定、同法第三十条の四第二項第十号の次に一号を加える改正規定、同法第三十条の五、第三十条の六第一項、第三十条の十四第一項及び第三十条の十八の四の改正規定、同法第五章第四節中第三十条の十八の四を第三十条の十八の五とし、第三十条の十八の三の次に一条を加える改正規定並びに同法第七十条第一項第二号、第九十二条及び第六百六条の改正規定、第十条の規定並びに第十三条介護保険法第一百七十五条の改正規定並びに附則第十四条の規定 令和七年四月一日

五 第九条及び第十一条の規定 公布の日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日
六 第一条中健康保険法第二百五条の四第二項の改正規定、第二条中船員保険法第五百五十三条の十第二項の改正規定、第四条中国民健康保険法百十三条の三第二項の改正規定、第六条中高齢者の医療の確保に関する法律第六十五条の二第二項の改正規定及び第十四条の規定並びに附則第十九条中私立学校教育職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）第四十七条の三第二項の改正規定、附則第二十条中国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号）第一百四十二条の二第二項の改正規定、附則第二十一条中地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第五百五十二号）第一百四十四条の三十三第二項の改正規定、附則第二十四条（第二号に係る部分に限る。）の規定、附則第二十六条中生活保護法（昭和二十五年法律第一百四十四号）第八十条の四第二項の改正規定及び附則第二十九条の規定 公布の日から起算して四年を超えない範囲内において政令で定める日

七 附則第二十四条（第一号に係る部分に限る。）の規定 前号に掲げる規定の施行の日又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和四年法律第九十六号）附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日のいずれか遅い日

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 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（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各

法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

（健康保険法の一部改正に伴う経過措置）

第三条 第一条の規定（附則第一条第六号に掲げる改正規定を除く。附則第五条第四項において同じ。）による改正後の健康保険法第五百五十三条及び第五百五十四条並びに附則第四条の二、第五条及び第五条の三の規定は、令和六年度以後の各年度における全国健康保険協会に対する国庫補助の額について適用し、令和五年度以前の各年度における全国健康保険協会に対する国庫補助の額については、なお従前の例による。

（国民健康保険法等の一部改正に伴う経過措置）

第四条 都道府県は、この法律の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、第四条の規定（附則第一条第四号及び第六号に掲げる改正規定を除く。次条第一項において同じ。）による改正後の国民健康保険法第八十二条の二（第六項及び第九項を除く。）の規定の例により、同条第一項に規定する都道府県国民健康保険運営方針を定めるものとする。

第五条 施行日の前日において退職被保険者等（第四条の規定による改正前の国民健康保険法（次項から第五項までにおいて「第四条改正前国保法」という。） 附則第七条第一項に規定する退職被保険者等をいう。以下この項において同じ。）である者に対し施行日以後に行われる療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用（以下この項において「療養の給付等に要する費用」という。）並びに施行日前に退職被保険者等であった者に対し施行日以前に行われた療養の給付等に要する費用のうち施行日以後に請求されるものについては、これらの者が住所を有する都道府県及び市町村（特別区を含む。）が負担する療養の給付等に要する費用とみなして、国民健康保険法第五章の規定を適用する。

2 施行日前に特例退職被保険者等（第四条改正前国保法附則第二十一条第一項に規定する特例退職被保険者及びその被扶養者をいう。）であった者に対し施行日以前に行われた療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、家族療養費、家族訪問看護療養費、家族移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用（以下この項において「特例退職被保険者等に係る療養の給付等に要する費用」という。）のうち施行日以後に請求されるものについては、これらの者が加入する健康保険組合が負担する特例退職被保険者等に係る療養の給付等に要する費用とみなして、健康保険法第七章の規定を適用する。

3 令和四年度における退職被保険者等所属都道府県（第四条改正前国保法附則第七条第一項に規定する退職被保険者等所属都道府県をいう。以下この項において同じ。）に係る療養給付費等交付金（同条第一項の療養給付費等交付金をいう。）及び被用者保険等保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第七条第三項に規定する被用者保険等保険者をいう。）に係る療養給付費等拠出金（第四条改正前国保法附則第十条第一項の療養給付費等拠出金をいう。）に関し、社会保険診療報酬支払基金法による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）が第四条改正前国保法附則第十七条の規定に基づき行う退職者医療関係業務（同条に規定する退職者医療関係業務をいう。第五項において同じ。）、退職被保険者等所属都道府県が第四条改正前国保法附則第十五条第一項の規定に基づき行う通知及び特定健康保険組合（健康保険法附則第三条第一項に規定する特定健康保険組合をいう。）が第四条改正前国保法附則第二十一条第二項の規定に基づき行う通知については、第四条改正前国保法附則第六条から第二十一条までの規定（これらの規定に基づく命令を含む。）は、なおその効力を有する。この場合において、これらの規定の適用に関し必要な技術的読替えその他これらの規定に関し必要な事項は、政令で定める。

4 前項の規定によりなおその効力を有するものとされた第四条改正前国保法附則第十条の規定により支払基金が令和六年度における拠出金（同項に規定する拠出金をいう。）を徴収する間、第一条の規定による改正前の健康保険法附則第四条の三の規定、第二条の規定（附則第一条第六号に掲げる改正規定を除く。）による改正前の船員保険法附則第七条の規定、第六条の規定（附則第一条第一号、第四号及び第六号に掲げる改正規定を除く。第六項において同じ。）による改正前の高齢者の医療の確保に関する法律（次項及び第六項において「旧高確法」という。）附則第十三条第二項の規定、附則第十九条の規定（附則第一条第六号に掲げる改正規定を除く。）による改正前の私立学校教職員共済法附則第二十五項の規定、附則第二十条の規定（附則第一条第六号に掲げる改正規定を除く。）による改正前の国家公務員共済組合法附則第十一条の三の規定、附則第二十一条の規定（附則第一条第六号に掲げる改正規定を除く。）による改正前の地方公務員等共済組合法附則第四十条の三の二の規定及び附則第二十二条の規定による改正前の日本私立学校振興・共済事業団法（平成九年法律第四十八号）附則第十三条の二第一項の規定は、なおその効力を有する。この場合において、これらの規定の適用に関し必要な技術的読替えその他これらの規定に関し必要な事項は、政令で定める。

5 令和七年四月一日において現に第三項の規定によりなおその効力を有するものとされた第四条改正前国

保法附則第十九条において準用する旧高確法第四百十三条の規定の適用を受ける退職者医療関係業務に係る特別の会計に所属する権利及び義務については、政令で定めるところにより、同日において高齢者の医療の確保に関する法律第三百三十九条第一項第一号に掲げる業務に係る特別の会計に帰属するものとする。

6 令和七年度において、第六条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（以下「新高確法」という。）第三十九条の規定により令和五年度の保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第七条第二項に規定する保険者をいう。附則第九条において同じ。）に係る確定前期高齢者納付金の額を算定する場合については、旧高確法附則第十三条第二項の規定は、なおその効力を有する。この場合において、同項中「及び国民健康保険法」とあるのは、「及び全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第 号）第四条の規定による改正前の国民健康保険法」とする。

（地方税法の一部改正に伴う経過措置）

第六条 第五条の規定（附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の地方税法第七百三条の四及び第七百三条の五第三項の規定は、令和五年度分の国民健康保険税のうち令和六年一月以後の期間に係るもの及び令和六年度以後の年度分の国民健康保険税について適用し、令和五年度分の国民健康保険税のうち令和五年十二月以前の期間に係るもの及び令和四年度分までの国民健康保険税については、なお従前の例による。

（高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正に伴う経過措置）

第七条 附則第一条第一号に掲げる規定の施行の日（以下この条及び次条において「第一号施行日」という。）前に第六条の規定（同号に掲げる改正規定に限る。以下この条において同じ。）による改正前の高齢者の医療の確保に関する法律（次条において「第一号改正前高確法」という。）第八条の規定により定められた全国医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項に規定する全国医療費適正化計画をいう。以下この条において同じ。）は、第一号施行日から令和六年三月三十一日までの間は、第六条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（次条において「第一号改正後高確法」という。）第八条の規定により定められた全国医療費適正化計画とみなす。

第八条 第一号施行日前に第一号改正前高確法第九条の規定により定められた都道府県医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下この

条において同じ。）は、第一号施行日から令和六年三月三十一日までの間は、第一号改正後高確法第九条の規定により定められた都道府県医療費適正化計画とみなす。

第九条 新高確法第三十四条、第三十五条、第三十八条及び第三十九条の規定は、令和六年度以降の各年度の保険者に係る概算前期高齢者交付金及び確定前期高齢者交付金並びに概算前期高齢者納付金及び確定前期高齢者納付金について適用し、令和五年度以前の各年度の保険者に係る概算前期高齢者交付金及び確定前期高齢者交付金並びに概算前期高齢者納付金及び確定前期高齢者納付金については、なお従前の例による。

第十条 新高確法第九十三条第三項の規定は、令和六年度以後の各年度における支払基金に対する交付の額について適用し、令和五年度以前の各年度における支払基金に対する交付の額については、なお従前の例による。

第十一条 新高確法第百条第二項の規定は、令和六年度以後の各年度における後期高齢者負担率について適用し、令和五年度以前の各年度における後期高齢者負担率については、なお従前の例による。

第十二条 支払基金は、施行日前においても、新高確法第百三十九条第一項第三号に掲げる業務の実施に必要な準備行為をすることができる。

（医療法の一部改正に伴う経過措置）

第十三条 第八条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の医療法第六十九条の第二項の規定は、令和四年九月一日以後に始まる会計年度に係る事項について適用する。

第十四条 附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日（以下この条において「第四号施行日」という。）前に第八条の規定（同号に掲げる改正規定に限る。以下この項において同じ。）による改正前の医療法（以下この項において「第四号改正前医療法」という。）第三十条の四の規定により定められ、又は第四号改正前医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画（医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下この条において同じ。）は、第四号施行日から令和九年三月三十一日までの間は、第八条の規定による改正後の医療法（以下この条において「第四号改正後医療法」という。）第三十条の四の規定により定められ、又は第四号改正後医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画とみなす。

2 第四号改正後医療法第三十条の四第二項第十号の二に掲げる事項についての調査、分析及び評価については、第四号改正後医療法第三十条の六第一項の規定にかかわらず、第四号施行日以後最初に行われる同

条第二項に基づく調査、分析及び評価の際に併せて行うものとする。

（介護保険法の一部改正に伴う経過措置）

第十五条 第十三条の規定（附則第一条第四号に掲げる改正規定を除く。）による改正後の介護保険法（以下この条及び次条において「新介護保険法」という。）の施行のために必要な条例の制定又は改正、新介護保険法第百十五条の二十二第一項の規定による介護保険法第五十八条第一項の指定（同法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者の申請に係るものに限る。）の手續その他の行為は、施行日前においても行うことができる。

第十六条 新介護保険法第百十五条の四十四の二第二項の規定は、令和五年四月一日以後に始まる会計年度に係る事項について適用する。

第十七条 支払基金は、附則第一条第六号に掲げる規定の施行の日前においても、第十四条の規定による改正後の介護保険法第百六十条第二項に規定する業務の実施に必要な準備行為をすることができる。

（政令への委任）

第十八条 附則第三条から前条までに規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令で定める。

（私立学校教職員共済法の一部改正）

第十九条 私立学校教職員共済法の一部を次のように改正する。

目次中「掛金等並びに国及び都道府県の補助」を「費用の負担」に改める。

第二十二条第二項中「及び後期高齢者支援金等」を「後期高齢者支援金等及び出産育児関係事務費拠出金」に改める。

第六章の章名を次のように改める。

第六章 費用の負担

第三十四条の次に次の一条を加える。

（出産育児交付金）

第三十四条の二 出産費及び家族出産費の支給に要する費用（第二十五条において準用する国家公務員共済組合法第六十一条第一項（第二十五条において準用する同法第六十一条第二項において準用する場合を含む。）及び第三項に規定する政令で定める金額に係る部分に限る。）の一部については、政令で定

めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第二百二十四条の四第一項の規定により社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百十九号）による社会保険診療報酬支払基金が事業団に対して交付する出産育児交付金をもつて充てる。

2 健康保険法第五百五十二条の三から第五百五十二条の五まで及び高齢者の医療の確保に関する法律第四十条の規定は、前項の出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第四十七条の三第一項中「（昭和二十三年法律第二百十九号）」を削り、同条第二項中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

附則第二十五項の前の見出し及び同項を削る。

附則第二十六項に見出しとして「（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による病床転換支援金等の納付が行われる場合における任意継続加入者等に係る掛金の特例）」を付し、同項中「第二十二条第二項並びに第二十五条」を「同項中「及び出産育児関係事務費拠出金」とあるのは「出産育児関係事務費拠出金及び病床転換支援金等」と、同条」に、「あるのは、」を「あるのは」に改め、同項を附則第二十五項とする。

附則第二十七項の前の見出しを削り、同項を附則第二十六項とし、同項の前に見出しとして「（介護納付金に係る掛金の徴収の特例）」を付する。

附則第二十八項中「附則第二十七項」を「附則第二十六項」に改め、同項を附則第二十七項とし、附則第二十九項を附則第二十八項とし、同項の次に次の一項を加える。

（令和六年度及び令和七年度の出産育児交付金の特例）

29 令和六年度及び令和七年度においては、第三十四条の二第二項において準用する健康保険法第五百五十二条の四及び第五百五十二条の五中「に同年度」とあるのは、「の二分の一に相当する額に同年度」とする。

（国家公務員共済組合法の一部改正）

第二十条 国家公務員共済組合法の一部を次のように改正する。

第三条第四項中「」及び「」を「」に、「に規定する後期高齢者支援金等」を「の規定による後期高

齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金並びに同法第二百二十四条の五第一項の規定による出産育児関係事務費拠出金」に改める。

第九十八条第一項第一号の二中「第九十九条の二」を「第九十九条の三」に改める。

第九十九条第一項第一号中「」の規定による国の負担」の下に「及び次条第一項の出産育児交付金」を加える。

第九十九条の二を第九十九条の三とし、第九十九条の次に次の一条を加える。

（出産育児交付金）

第九十九条の二 出産費及び家族出産費の支給に要する費用（第六十一条第一項（同条第二項において準用する場合を含む。）及び第三項に規定する政令で定める金額に係る部分に限る。）の一部については、政令で定めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第二百二十四条の四第一項の規定により社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百十九号）による社会保険診療報酬支払基金が組合に対して交付する出産育児交付金をもつて充てる。

2 健康保険法第五百五十二条の三から第五百五十二条の五までの規定並びに高齢者の医療の確保に関する法律第四十一条及び第四十二条の規定は、前項の出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第四百十四条の二第一項中「（昭和二十三年法律第二百十九号）」を削り、同条第二項中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

附則第十一条の三を次のように改める。

（令和六年度及び令和七年度の出産育児交付金の特例）

第十一条の三 令和六年度及び令和七年度においては、第九十九条の二第二項において準用する健康保険法第五百五十二条の四及び第五百五十二条の五中「に同年度」とあるのは、「の二分の一に相当する額に同年度」とする。

附則第二十条中「」及び同法」とあるのは「」と、「を削り、」という。）及び「を」という。）並びに」に改める。

（地方公務員等共済組合法の一部改正）

第二十一条 地方公務員等共済組合法の一部を次のように改正する。

第一百二十二条の二第一項中「第一百十三条の二」を「第一百十三条の三」に改める。

第一百十三条第一項中「及び同法」を「同法」に、「に規定する後期高齢者支援金等」を「の規定による後期高齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金並びに同法第二百二十四条の五第一項の規定による出産育児関係事務費拠出金」に、「を除く。以下」を「及び次条第一項に規定する費用のうち同項の出産育児交付金をもつて充てるものを除く。以下」に改める。

第一百十三条の二を第一百十三条の三とし、第一百十三条の次に次の一条を加える。

（出産育児交付金）

第一百十三条の二 出産費及び家族出産費の支給に要する費用（第六十三条第一項（同条第二項において準用する場合を含む。）及び第三項に規定する政令で定める金額に係る部分に限る。）の一部については、政令で定めるところにより、高齢者の医療の確保に関する法律第二百二十四条の四第一項の規定により社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金が組合に対して交付する出産育児交付金をもつて充てる。

2 健康保険法第五百二十二条の三から第五百二十二条の五までの規定並びに高齢者の医療の確保に関する法律第四十一条及び第四十二条の規定は、前項の出産育児交付金について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

第一百四十四条の三十三第一項中「（昭和二十三年法律第二百二十九号）」を削り、同条第二項中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

附則第十七条の二の次に次の一条を加える。

（令和六年度及び令和七年度の出産育児交付金の特例）

第十七条の三 令和六年度及び令和七年度においては、第一百十三条の二第二項において準用する健康保険法第五百二十二条の四及び第五百二十二条の五中「に同年度」とあるのは、「の二分の一に相当する額に同年度」とする。

附則第四十条の三の二を削る。

附則第四十条の三の三中「「及び同法」とあるのは「同法」と、」を削り、「」及び「」を「」並び

に」に改め、同条を附則第四十条の三の二とする。

（日本私立学校振興・共済事業団法の一部改正）

第二十二條 日本私立学校振興・共済事業団法の一部を次のように改正する。

第二十三条第二項及び第三十三条第一項第二号中「及び後期高齢者支援金等」を「後期高齢者支援金等及び出産育児関係事務費拠出金」に改める。

附則第十三条の二の見出しを「（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による病床転換支援金等の納付が行われる場合における事業団の業務の特例）」に改め、同条第一項を削り、同条第二項中「後期高齢者支援金等」を「出産育児関係事務費拠出金」に改め、同項を同条とする。

（地方自治法の一部改正）

第二十三条 地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）の一部を次のように改正する。

別表第一国民健康保険法（昭和二十三年法律第九十二号）の項中「附則第十六条において準用する高齢者の医療の確保に関する法律第四十四条第四項及び第三百三十四条第二項並びに附則第十九条において準用する同法第五百二十二条第一項及び第三項」を削り、同表高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）の項中「第二百二十四条」の下に「第二百二十四条の八」を加える。

（予防接種法及び防衛省の職員の給与等に関する法律の一部改正）

第二十四条 次に掲げる法律の規定中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

一 予防接種法（昭和二十三年法律第六十八号）第五十七条第二項

二 防衛省の職員の給与等に関する法律（昭和二十七年法律第二百六十六号）第二十二條第四項

（地方財政法の一部改正）

第二十五条 地方財政法（昭和二十三年法律第九号）の一部を次のように改正する。

第十一条の二ただし書中「又は六歳」を「六歳」に改め、「被保険者」の下に「又は出産する予定の被保険者若しくは出産した被保険者」を加える。

（生活保護法の一部改正）

第二十六条 生活保護法の一部を次のように改正する。

第十五条の二第六項中「職員」の下に「及び同法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援を行う事業所の従業者」を加える。

第八十条の四第二項中「及び法令」を「法令」に改め、「定めるもの」の下に「並びに介護保険法第三条の規定により介護保険を行う市町村及び特別区」を加える。

（老人福祉法の一部改正）

第二十七条 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）の一部を次のように改正する。

第五条の二第七項中「当該訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せ」を「同法第八条第二十三項第一号に掲げるもの」に改める。

（印紙税法の一部改正）

第二十八条 印紙税法（昭和四十二年法律第二十三号）の一部を次のように改正する。

別表第三の文書名の欄中「国民健康保険法附則第十七条各号（支払基金の業務）に掲げる業務」を削る。

（住民基本台帳法の一部改正）

第二十九条 住民基本台帳法（昭和四十二年法律第八十二号）の一部を次のように改正する。

別表第一の七十一の十の項の次に次のように加える。

七十一の十一	社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険
団体連合会	介護保険法による同法第百十五条の四十五第二項第七号の事業の実施に関する事務であつて総務省令で定めるもの

別表第二の五の二十五の項及び別表第四の四の二十五の項中「実施」の下に「同条第二項第七号の事業の実施」を加える。

（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部改正）

第三十条 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成二十三年法律第七十二号）の一部を次のように改正する。

附則第三十六条中「附則第十三条の七」を「附則第十三条の三」に改める。

（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の一部改正）

第三十一条 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の一部を次

のように改正する。

第八条中医療法第六条の三第三項の改正規定を削る。