

第二百一十一回国会参議院厚生労働委員会会議録第十一号

令和五年五月十一日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

五月九日

辞任

田中 昌史君

補欠選任

友納 理緒君

五月十日

辞任

高木 真理君

補欠選任

鬼木 誠君

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

川田 龍平君

山本 香苗君

委員

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

藤井 一博君

星 北斗君

本田 顕子君

石橋 通宏君

打越さく良君

鬼木 誠君

窪田 哲也君

若松 謙維君

東 徹君

松野 明美君

国務大臣

厚生労働大臣

大臣政務官

内閣府大臣政務官

事務局側

常任委員会専門員

政府参考人

こども家庭庁長

官官房審議官

文部科学省大臣

官房学習基盤審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

厚生労働省保険局長

環境省環境再生・資源循環局長

田村 まみ君

芳賀 道也君

倉林 明子君

天晶 大輔君

加藤 勝信君

自見はなこ君

佐伯 道子君

黒瀬 敏文君

寺門 成真君

榎本健太郎君

佐原 康之君

辺見 聡君

伊原 和人君

前佛 和秀君

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)

○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、田中昌史君及び高木真理君が委員を辞任され、その補欠として友納理緒君及び鬼木誠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六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) 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し、質疑を行います。質疑のある方は順次御発言願います。

○川田龍平君 おはようございます。立憲民主党の川田龍平です。

本法案の審議もいよいよ大詰めということで、本日は、法施行に向けて確認しておくべき点に加えて、社会保障全般に関する課題も中心に議論していきたいと思っております。

本法案の内容に入る前に、二年前のこの健保法の審議の際に行った附帯決議について、厚生労働省にまず確認しておきたい点があります。

前回の健保法では、年収二百万円以上の後期高齢者の窓口負担を二割にするという改正が行われましたが、施行から三年間は負担増加額を三千円以内に収めるという配慮措置が導入されることに

なりました。この配慮措置については、高額療養費制度に対応することとなっておりますが、多数の申請漏れが生じるのではないかという懸念が示されたため、当委員会において、事前に振り込み先口座の登録を行うようにするなど申請漏れが生じないような取組をブツシユ型で進めるという附帯決議を併せて行わせていただきました。その後、昨年十月の施行に合わせて、自治体や広域連合から事前に申請書を郵送するなどの対応を取っていただいたものと承知していますが、関係者の皆さんの御尽力には感謝したいと思えます。

しかし、先日の参考人質疑では、民医連の山本参考人から手続をしていない方が五五％いるとのアンケート結果が示され、実際にどこまで申請がされているのか不安を覚えるところがありました。各広域連合での申請がどれぐらい進んでいるのか、厚生労働省として把握をしているのか、また把握をしているのであれば何割ぐらいの方が申請を終えたのかを御説明をお願いしたいと思います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。御指摘の二割負担の導入に伴う配慮措置につきましては、実際、これまでに高額療養費制度を利用された方については、もう既に申請なく払戻しを受けていただくことは可能でございます。二割負担の対象となる方で高額療養費の口座が登録されていない方について、施行に際して申請書を郵送する等、対象となる方に配慮措置が確実に行き渡るよう取り組んでいるところでございます。

御指摘の申請率につきましては、二割負担の施行前からもう既に広域連合において把握されている方が大体五割から七割程度と認識しております。残りの五割から三割の方に關しまして、今回二割負担の施行に際して、従前の口座が登録されていない方について郵送をいたしました。その返送率でございますけれども、一部の広域連合です

けれども、確認したところ、おおむね八割程度の返送率となっていると承知してございます。

なお、実際に高額療養費が発生した場合には、仮に口座が登録されていない方に對しましても、全ての広域連合におきまして請求の申請書をお送りし、申請漏れが生じないような措置を講じているところでございます。

今後、よく状況を見極め、注視しつつ、対象となる方に配慮措置が確実に行き渡るよう取り組んでまいります。

○川田龍平君 是非しっかりと対応していただければというふうに思っております。

それでは、法案の内容に移りたいと思います。まず、出産育児一時金の費用の一部を後期高齢者が負担する仕組みの、この経過措置について伺います。

本法案では、出産育児一時金の関する後期高齢者医療制度からの支援金について、令和六年、七年度については、経過措置として本則の二分の一にすることとされています。後期高齢者の負担が急増しないよう配慮する必要があることは理解しますが、この経過措置により現役世代への交付金も本則の二分の一に減額されることになってしまい、結果として、後期高齢者から現役世代への支援額は、令和六、七年度は約百三十億円にとどまることとなります。

この経過措置の導入は、令和八年度から支援額が本則に戻るという前提の下で関係者の理解が得られたものと理解していますが、政府が突如方針を示したこの出産費用の保険適用により、この本則は発動しないままになる可能性が高いと思われる。これでは、令和八年度から本則に戻ると信じていた保険者からすると、国に裏切られた形となってしまうのではないのでしょうか。

中には、令和八年度からの、八年からの支援額の増加を見込み、積立金を取り崩すことで今年四月からの出産育児一時金の増額に対応した保険者もいたかもしれません。後期高齢者から現役世代への支援の仕組みは来年四月施行のため、今年度

は国費で保険者への支援を行うこととされ、約七十六億円が充てられると伺っています。しかし、この国による財政支援については今年限りとしたものなのでしょうか。先ほど申し上げたとおり、今回の政府による方針転換、これは医療保険部会での関係者の間の合意をある意味で無視したものであると言えらると思います。

国においては、出産育児一時金の増額による各保険者への財政影響を丁寧に検証した上で、特に財政が厳しいこの健保組合に対しては、令和六、七年度についても国費による財政支援を継続する必要がありますが、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人(伊原和人君) 答えたいします。今般、少子化対応という観点から、出産育児一時金の大幅な引上げに合わせまして、後期高齢者医療制度がその出産育児一時金の費用の一部を支援する仕組みを、これを導入したところでござい

ます。先ほど先生の方から、出産の保険適用という議論をしていくとこの仕組みが変わるんじゃないかという御指摘ございましたけれども、全世代で出産の費用を支えていくという発想は、仮に、仮にでございますけれども、出産の保険適用したとしてもその考え方は変わらないと考えてござい

ます。そういう意味では、令和八年度以降も今回提案させていただいている考え方、これは維持されるものと考えてござい

ます。それから、御指摘の令和五年度について、健保組合に対する出産育児金、一時金に対する支援措置、これを講じることとしておりますけれども、これは、なぜそうしているかと申しますと、令和五年度から過去最大の引上げ幅となる二割増という形で五十万円に引き上げますが、ここに、こうしたことに伴う激変緩和が必要があるということと、それから令和六年度以降には後期高齢者医療制度から支援金が充当されると、こういうこともございますので、あくまでも令和五年度限りの措置として設けることとしたところでござい

ます。

○川田龍平君 この始まった当初はすぐに皆さんが駆け込むわけではないので、是非この、その次の年度からまた更に増えた場合の措置も含めて、やっぱりしっかりとそういったことを継続してやっていく必要があるんじゃないかと思っております。

次に、出産育児一時金の増額や、この不妊治療の保険適用による保険者への財政影響について伺います。

今回、出産育児一時金の増額により、出産適齢期の加入者が多い保険者においては財政負担が大きく増えることとなります。特に若年の女性労働者が多く加入している保険者については、不妊治療の保険適用による医療給付費の増加と併せて財政負担が重くなり、将来的な保険料率の引上げにつながる可能性が懸念されます。

この点について、昨年九月の医療保険部会では、一部の委員から、不妊治療について、産婦人科の医療費が相当伸びているというような声が健保組合からも出ておりますとの指摘があったと承知しておりますが、特に女性就業者が少ない業種と多い業種では、それぞれの保険、健保組合間の財政影響にもかなりの違いが生じると思いますが、こうした懸念について厚生労働省はどのような認識をお持ちなのか、また、現時点における財政影響の把握状況と併せて、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人(伊原和人君) 答えたいします。

まず、不妊治療の療養の給付の状況でございますけれども、昨年の診療報酬改定で不妊治療、保険適用したわけですが、実際、想定した範囲の伸びでとどまっているというふうに我々は認識してござい

ます。それで、お尋ねいただいたように、加入者、各保険者のその加入者の状況に応じてやはり格差が生じるという、差があるということについてはそのとおりだと考えてございます。

一方、医療保険財政に対する影響という目から

見ますと、不妊治療についての医療費は、例えば令和四年四月から九月までの累計で四百四億円というところでございますので、同時期の総医療費に對して約〇・二％程度と非常に小さなウエートでござい

ます。そうしたことからすると、保険財政への影響という意味においては、今、今回御議論

いただいているような高齢者医療費という、その全体の六割を大体今高齢者医療費占めているわけ

ですけれども、そういうものに比べるとそれほど大きくはないというふうに認識してござい

ます。

○川田龍平君 今後、出産費用の保険適用だけでなく、保険適用対象となる不妊治療の拡大が進むことで出産に関わる給付費が増加していけば、一部の保険者における負担はますます増加していくこととなります。本法案では、高齢者世代から現

役世代の財政支援という世代間での支え合いの仕組みが導入されますが、全世代で社会保障制度を支えるという観点からいえば、出産に関する給付については、公費負担を導入するといった対応や、保険者間で負担を調整する仕組みを導入するといった対応を検討する必要があるのではないで

しょうか。

出産育児一時金については、市町村国保では公費負担がされておりますし、国保組合にも国庫補助の仕組みが設けられています。また、後期高齢者支援金については、保険者間の財政調整の仕組みが設けられてもいます。出産費用を全世代で支えるという観点から、公費負担の導入や保険者間の財政調整など幅広い対応を検討する必要があります。いて、厚生労働大臣の見解を伺います。

○国務大臣(加藤勝信君) 今局長からも答弁さ

せていただきましたが、出産あるいは不妊、まあ出産について、仮に保険適用が行ったとしても、保険料で賄うことが基本と考えております。また、不妊治療については、現状、保険給付の中で今運営がなされているわけであり

ます。

そうした中で、出産や不妊治療に関する給付費は全体から見れば小規模であり、また出産育児一時金の動向は、残念ながら少子化の流れでは年々

減少傾向にあるわけであります。これまでの財政調整等を行っている後期高齢者の状況を見れば、先ほども答弁させていただいたように、その割合が非常に多い、大きいこと、また高齢化に伴って拡大をしていく、あるいは協会けんぽの国保についてはそこに所属されている方々の所得の水準が随分違う、こういったことを踏まえて財政調整や公費負担の投入が行われているわけでありまして、そういった事情が今回の出産育児一時金あるいは不妊治療にあるかと申し上げれば、先ほど申し上げたそれぞれの状況からすると、必ずしもそうした後期高齢者への対応とは事情が異なっているというふうに認識をしているところであります。

○川田龍平君 次、テーマを変えて、次に、この今後の医療費適正化計画等の策定に向けた効果的なPDCAサイクルの回し方について厚生労働省に伺います。

本法案では、医療費適正化計画、医療計画、介護保険計画、医療介護総合確保促進法に基づく計画など、医療、介護に関わる様々な計画の見直しを行うこととしています。

この先日の委員会では、自治体に計画ばかり作らせて、自治体の間に計画疲れがあるのではないかとという星委員からも厳しい指摘がありました。が、これまさにそのとおりだと思います。それから、行政監視委員会でも言われてましたけれども、これ、わざわざ自治体にコストを掛けさせて計画策定をお願いしている以上、これらの計画が実効性を伴わないものにならないければ何の意味もありません。

新たな計画の策定や改定に当たっては、それまでの計画で定められた目標を達成できたのか、また達成できなかったのであれば何が問題だったのかなど、PDCAサイクルをしっかりと回していくことが重要になります。ただし、この単にPDCAサイクルを回すといっても、感覚的なレビューにとどまるのであれば同じ失敗を繰り返す可能性が高く、これも余り意味がないと思います。

す。実効性の高い計画を策定する上では、各施策と成果の因果関係を明確にして定量的なレビューを行うことが重要であり、そのためには、ロジックモデルなどのツールを活用することが一つの対応策になるものと考えます。

昨年末に公表された第八次医療計画等に関する意見の取りまとめにおいても、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第八次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できる、指針で示すことなどが明記されました。

このロジックモデルは医療費適正化計画などの策定、改定時においても積極的に活用していくべきツールだと考えますが、厚生労働省の見解をお伺いします。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。今回の法案におきましては、医療保険制度の持続可能性を高めていくために、医療費の適正化、しっかりと取り組んでいくということで、地域の実情に応じた取組を進めていくための改正の、いろいろさせていただいてございます。

実際、現在の第三期医療費適正化計画におきましては、計画に掲げた目標の進捗年度を、進捗状況を年度ごとに公表することや計画期間終了後に実績評価を行うこととしておりまして、その結果に基づいた対策の実施あるいは次期計画の作成に活用することを通じ、PDCAサイクルを回し、進捗管理をしていくと、こういうことを既に第三期医療費適正化計画では行っております。

御指摘のロジックモデルは、計画策定段階において、目標達成に向けて、施策や事業の実施と成果や施策の結果との関係、関連性が明確になるというメリットもございます。また、目標値や施策の進捗状況の把握やその評価を行う際におきましても、目標の達成状況とその要因分析、これに資すると考えておりまして、PDCAサイクルの実効性を確保する上で有効な方策ではないかと考えてございます。

そのため、令和六年度からの第四期医療費適正化計画におきましては、御指摘のロジックモデル等のツールの活用を促すことを通じまして、都道府県が地域の関係者と連携しながら効果的にPDCAサイクルを回し、医療費適正化に向けた実効性ある取組を進めてまいりたいと、このように考えてございます。

○川田龍平君 是非よろしくお願いします。続いて、この医療、介護に関する経営情報のデータベースについてお伺いします。

本法案では、医療法人や介護サービス事業者に対する経営情報の報告制度を設けることとしていますが、報告の履行確保に関する規定については、医療、介護、それぞれで違いがあるように見受けられます。本法案の条文を見る限り、介護サービス事業者については、報告を行い、事業者などに対して都道府県知事が報告命令や是正命令を行うことができ、それでも従わない事業者に対しては許可の取消しなど強い措置をとることができるようになっています。しかし、医療法人については、こうした履行確保のための規定が一切設けられていません。なぜこうした違いがあるように見えるのか。また、医療法人から新たなデータベースに関する報告が行われない場合などに都道府県知事はどのような対応を取れるのか。

そして次に、この経営情報の報告、公表の仕組みについては既に障害福祉サービス事業者についても同様の仕組みが設けられていると承知していますが、政府に設けられた公的価格評価検討委員会では、障害福祉サービス等情報検索での財務状況の公表が全事業所の四割程度と低調になっているとの指摘があったと承知しています。許可の取消しなどの強いペナルティー措置が設けられている障害福祉サービス事業者でさえこのような状況となっているにもかかわらず、今回の新たなこの報告制度において、本当に全ての医療法人から十分な報告がされると考えなのでしょうか。職種別の給与情報の報告についてはまずは任意で始めるという話でしたが、給与情報に限らず、

そもそもこの新しい仕組みに基づく医療法人からの報告自体が低調にとどまることを強く懸念しています。全ての医療法人から確実に報告が行われるよう、今後どのような取組を行っていくつもりなのか、併せて聞きたいと思います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

この法案におきましては、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こととしてございます。

原則、全ての医療法人、介護サービス事業者につきましては、経営情報を報告いただく必要がございますので、関係団体の協力も得ながら、まずはこの制度の必要性を十分周知をして、御理解をいただきながら、確実に報告いただくように進めていきたいと考えております。

なお、冒頭、委員の方から、医療法人について、この報告の枠組みがきちんと整っていないのではないかという御指摘ございましたが、これにつきましては、元々、この報告について、都道府県知事の医療法人への指導監督権限、一般的な規定はございまして、その中で、報告されない医療法人に対しては報告するように改善命令を行う根拠規定、また、そういったその命令に従わない場合には業務の停止命令、役員の解任勧告を行うことができる権限がございます。そういったような規定などを活用しながら、仮に、今後報告されない医療法人や介護サービス事業者が生じた場合には、知事からその法人等に御報告をいただくよう指導するといったことは可能だろうというふうに考えてございます。

それから、職種別の給与費についてお尋ねもご

ございました。

こちらについても御説明申し上げますと、今般の新たな制度におきましては、医療機関や介護サービス事業所、施設で医療従事者や介護従事者などの処遇の適正化に向けた検討などを可能とするというために、医療機関等における職種別の給与の状況につきまして任意で報告を求めるというところとしてございます。

この任意といたしました背景といたしましては、その医療法人内部において必ずしも給与費を職種別に分けて管理をしておらず、新たに作業や費用などが生じるなど対応困難な医療法人もあるということで、検討を行った際にその検討会の中で、これについては提出を任意とすべきというふうにされたところでございます。これを踏まえて、職種別給与費につきましては医療法人の任意提出としたところでございます。

この点についていろいろな議論がございまして、医療従事者の処遇の適正化に向けて、やはり検討を行う上では職種別の給与の状況を把握することも重要であるというふうに私どもとしても認識しているところでございます。

施行に当たりましては、私どもとしては、関係団体の協力も得ながら、データベース化の必要性をお示しをした上で、できる限り多くのデータの数が提出されますように周知徹底を図るということを取り組んでいきたいと考えております。その上で、施行後の報告等の状況をよく検証して、活用可能な規模のデータ数が提出されていない場合には更に必要な対応を検討するといったことで対応を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。

○川田龍平君 今お答えいただきましたこの職種別の給与情報の報告状況によっては将来の報告義務化を含めた検討を行うことですが、この見直しについては、附則に定められている施行後五年というスケジュールで検討を行うことになるのでしょうか。医療・介護従事者の処遇改善は待ったなしの課題であり、適切な対策を講じてい

く上では法施行から五年たった後の見直しというのは余りにも遅過ぎる気がしますが、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。

まさにこの点については公的価格評価検討委員会でも議論がございまして、医療従事者の処遇の適正化に当たって、新たな制度で年間一人当たりの給与額の算定に必要なデータが重要であるという御指摘を頂戴して、これを確実に提出いただくべきであって、当初は任意としても、施行後早期に義務化した場合と遜色のない正確なデータを把握できるかの確認が必要であるといったことも御意見として頂戴しております。

これを受けまして、私どもといたしましては、可能な限り確実に提出されるよう当然全力で取り組むというスタンスをお示しつつ、その制度の発足後の一定時期にきちんと評価をして見直しを検討する整理をしていきたいと考えております。

具体的には、新たな制度の施行時期については最短でも今年の夏以降ということになりますが、法施行後に決算期を迎える法人にその後施行すれば順次提出をいただくことになりませんが、実際には、医療法人の決算の提出時期というのは非常に法人によって様々でございます。そういった中で、実際に多いのは、三月決算とするところが多いわけでございますが、病院等を有する規模の大きい法人が三月決算中心的にやっているところが多いということも踏まえた定着状況の評価が必要と考えております。

その上で、活用可能な規模のデータが収集できないと評価される場合には、義務化も一つの選択肢としながら、毎年、経年の比較が可能なその代表性、継続性が確保されているように方策を検討して取り組んでいきたいと考えているところでございます。

○川田龍平君 それから、そもそも今回新たに整備されるデータベースについては、医療、介護の置かれている現状と実態を把握し、政策の企画立

案に活用することなどを目的としています。医療と介護は保険料と公費でほぼ全ての財源が賄われており、医療機関や介護施設の実態を把握することは、これらの制度に対する国民の理解を得る上でも極めて重要なことだと思えます。

こうした観点からまとめて二問伺いますが、まず確認しておきたいのですが、医療法人であれば歯科医療機関も当然報告の対象に含まれるということと間違いはないでしょうか。

また、原則全ての医療法人、介護サービス事業者が対象とされていますが、調剤薬局が含まれていないものと承知しています。

この点に関し、昨年十一月に行われた厚生労働省の検討会では、日本医師会の委員から、医療法人の経常利益が一、二%で多くの医療法人が赤字になっている一方、調剤薬局の平均の経常利益は一、二%程度であり、同じ医療保険の中の医療費の配分として公平かという議論が必要ではないかという指摘をされていました。また、同じ委員から、調剤自体は話としては出てこないわけですが、れども、当然そのためには医科、歯科、調剤のデータベース構築はしっかり厚生労働省でいただきたいとの発言もありました。

保険料と公費という医療保険制度の財源構成を考えれば、調剤薬局についても医療に関わる主体としてその経営情報の報告を求めることはむしろ当然のことのようにも思われます。今回、調剤薬局についての報告の対象としなかった理由は何か。また、将来的に調剤薬局についても経営情報の報告を求める対象に含め、医科、歯科、調剤など医療提供に関わる全ての主体の経営情報が見られるようにすべきではないかと考えますが、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

まず冒頭、お尋ねありました歯科が含まれるかということでございますけれども、今回、この経営情報につきましては、医療法人の経営情報を政策等に活用するというを目的として、病院、診

療所ごとに御報告いただくというスキームにしてございます。その診療所という中には、当然歯科の診療所も含まれるというふうに考えているところでございます。そういったデータをしっかりと蓄積をして、データベースをしっかりとつくっていただきたいと考えてございます。

それから、この法律におきましては、実は元々その医療法人が毎年決算終了後に財務諸表を含む事業報告書の届出を義務付けているといったことを踏まえて、この法案では経営情報の報告対象を医療法人としているところでございますが、調剤薬局を対象としたらどうかという御意見、今でございます。

この点、御指摘の点につきましては、医薬品医療機器法等におきまして、薬局については医療法人と違って毎年の決算終了後に計算書類を作成する必要がないということになっていること、それから、医療法人のような毎会計年度終了後の都道府県への事業報告書の届出義務を課していないといったことがございいますことから、慎重な議論が必要だというふうに考えているところでございます。

なお、保険薬局の経営状況につきましては、社会保険診療報酬の基礎資料を整備することを目的とした医療経済実態調査の中で把握をしているというところでございます。

今後とも、今後のいろいろな状況や施行状況などをよく踏まえながら、必要に応じて引き続き適切な把握に努めていきたいと考えているところでございます。

○川田龍平君 お願いします。

次に、将来推計人口について伺います。
先月二十六日に、国立社会保障・人口問題研究所が五年に一度の日本の将来推計人口を公表しました。これによりますと、二〇七〇年には日本の総人口は現在の一億二千五百万人から八千七百万人へと約三割減少するとされ、また、現在は総人口の二%程度とされ、占める外国人の方についても、二〇七〇年には人口の約 割を占めることに

なるとされています。また、出生数についても、この二〇三八年、つまり二十五年後には七十八人を下回り、二〇七〇年には約四十五万人程度まで減少する見通しとなっています。外国人増加数が上向きに見直されたことにより、人口減少のスピードは前回推計時から若干緩やかになったものの、人口が大きく減っていくというトレンドは変わっておりません。

さて、この日本将来推計人口は、五年ごとに行われている公的年金制度の財政検証に活用されるなど、今後の医療、介護、年金といった社会保障制度の改革を議論していくための基礎的な資料になるものと理解しています。推計で改めて示された制度の支え手となる現役世代の減少、また高齢化の更なる進行は、言うまでもなく、社会保障制度の持続可能性、安定性にとって極めて大きな脅威となります。

そこで、加藤厚生労働大臣には、今回の将来推計人口の発表を受けた所感と、今後この推計結果を踏まえ、どのような社会保障制度改革や制度の見直しに取り組む必要があるとお考えなのか、現時点での御認識を伺います。

○国務大臣(加藤勝信) 四月二十六日に公表させていただいた日本の将来推計人口、内容は今委員から御示しをいただきましたが、五年前の平成二十九年の前回推計と比べますと、平均寿命が延伸し、外国人の入国超過数が増加する。こうした状況の中で、例えば十五歳から六十四歳の人口が増加をしている、一方で高齢化については死亡率の減少等もあって人口が増加している、また出生率の減少を踏まえてゼロ歳から十四歳の人口が減少していると、こうしたことも見て取れるところでございます。

そして、その中で、更に少子高齢化や人口減少、この流れは継続がしていくことが見込まれております。当然、こうしたことは我が国の社会経済そのものの、また社会保障制度にも影響を与えるものと考えております。

まず、年金に関しては五年ごとに今お話があり

ました財政検証を行っておりますので、今回の将来推計人口、更に今後の経済の見通し等が必要になってまいります。それを踏まえた検証を進めていきたいと思っております。

その上で、その社会保障全体ということでありますけれども、将来にわたって社会保障を持続させていく必要があります。負担能力に応じて全ての世代で公平に皆が支え合う仕組みを強化するということで今回も法案を提出させていただきましたが、一方で、少子高齢化、人口減少の流れを止めていく、こういった意味において、今、子ども・子育て施策の強化に向けて議論を深めさせていただいております。

今後とも、持続可能な社会保障制度の確立を図っていくため、全ての世代が安心できる全世代型社会保障構築に向けて、国民的な議論をしつかり重ねていくことが必要だというふうに考えております。

○川田龍平君 将来推計人口の話にも触れましたが、今後、外国人の方が増加し続けることが予測されています。

そこで、外国人介護従業者の確保に向けた取組について伺います。

厚生労働省のまとめでは、介護職員の必要数について、二〇一九年の二百一十一万人と比較して、二〇二五年には二百四十三万人と、プラス三十二万人、二〇四〇年には二百八十八万人と、プラス六十九万人が必要になるとの結果が示されています。正直申し上げまして、非常に達成が困難な数字ではないかとも考えてしまいましたが、国としても何とか介護人材を確保するために、処遇改善、離職防止、業務の効率化など取組を進めているものと承知しています。

しかし、どれだけ施策に取り組んだとしても、最終的には人がサービスを行う必要がある業務は残ります。そのため、国内で人手を確保できないのであれば、外国人の方に介護人材として日本で働いていただく必要が出てくることは避けられませんが、既に多くの外国人の方が介護現場に不可

欠な戦力として働いておられますが、今後はこれまで以上に国を挙げて人材確保のために取組を進めることが重要になってきます。

一方で、これまで日本を介護関連の勉強先や就労先として、東南アジアの方々、日本ではなくドイツやオーストラリアなどの国を選ぶようになっていくとの報道もよく目にするようになりました。今後は、同じアジア圏であっても、急速に高齢化が進む中国や韓国などと介護人材の獲得競争になる可能性が極めて高いと思います。

こうした状況の中で、日本を就労先として選択してもらうためには、待遇の改善などを図ること、さらなる環境整備を進めることも必要不可欠だと思えます。

外国人技能実習制度については今後廃止される方向だと理解していますが、技能実習生が妊娠、出産を打ち明けられず死産をした、赤ん坊を遺棄してしまい、最高裁まで争った結果、無罪となったという事例もありました。このような事例が起これているようでは、外国人の方はとても安心して尊厳を持って就労することができるとは思えません。

厚生労働省として、特に外国人介護人材の方が安心してそして尊厳を持って就労できるための環境整備に先頭に立って取り組んでいただきたいと思いますが、加藤厚生労働大臣の御決意をお願いします。

○国務大臣(加藤勝信) 介護人材の確保あるいは不足にどう対応していくのか、まずは処遇の改善あるいは職場環境の改善等を通じて、介護人材の確保策、これを総合的にまず取り組むことが必要だと思っております。

その上で、外国からの受入れ環境の整備も大変重要な視点であります。厚生労働省としても、介護事業者向けには、外国人職員と円滑に働くための講習会への参加、外国人職員の生活支援、メンタルヘルスケア等に係る経費の助成、外国人介護労働者向けには介護業務の悩み等に関する相談支援な

どを実施をしているところであります。

また、技能実習生に対する適正な実習の実施、また、そのための環境整備も必要であります。外国人技能実習機構が、監理団体、実習実施者への実地検査を実施し、法令違反などを認知した場合は、違反の態様等に応じて主務大臣等にて行政処分などを行うなど、厳格な対応を行っているほか、技能実習生に対し、妊娠、出産を理由とした解雇や帰国の強制は許されないこと、妊娠、出産に関する制度や支援策、困ったときの相談先などを技能実習生手帳やリーフレットに掲載するなど、監理団体が実習生に直接周知する取組など実施をしているところでございます。

また、先日、連休を活用させていただいて、ベトナム、フィリピンに行かせていただきました。そうした送り出し国ともよく連携を図っていくということも大事だというふうに考えております。

さらに、国内の関係省庁とも連携をしながら、御指摘もいただきましたように、外国から来られて日本の介護の現場で働いていただいている皆さん方が安心してその仕事に取り組んでいただけるよう、受入れ環境の整備に更に努力していきたいと考えております。

○川田龍平君 次に、二年前の健康保険法改正案の審議の際に質問できなかった、成功報酬型医薬品の導入に関して伺います。

財政審で指摘されているとおり、薬価の改定率はマイナスが続いているものの、薬剤費の総額は経済成長を上回って推移しています。また、高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加も見込まれるところです。加えて、創薬技術の進歩で際立つた有効性を持つ高額医療機器、医薬品も登場しており、脊髄性筋萎縮症の治療薬であるゾルゲンスマには一億六千万円を超える薬価が付けられており、こうした高額医薬品がこの薬剤費の膨張に拍車を掛けています。

さて、このような状況の中、世界を見渡すと、極めて高額な医薬品について、その投与した薬の

効果に応じて支払を受ける、いわゆる成功報酬型の販売方式を採用しているところがあると承知しています。この日本の薬価制度では、国が公定価格を決めており、価格決定権のない企業側にとってこの仕組みは経営上のメリットが余りないものと理解していますし、そもそも薬の効果の定義や評価方法をどうするのかといった課題があるものと理解しています。

その上で、今後、我が国において成功報酬型の販売方式の導入を議論するとした場合、どのようなメリットや課題があるとお考えか、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

委員から御指摘いただきました成功報酬型の仕組みにつきましては、極めて高額な医薬品を対象に、アメリカやイギリスなどいわゆるアウトカムベースあるいはバリューベースと呼ばれる形で導入されていると承知してございます。特に治療効果が得られた場合に医薬品の費用を製薬企業に払うと、こうしたような形で運営されていると承知しております。

仮にこのような仕組みを我が国で導入する場合のメリットでございますけれども、治療費用を支払うことに對する患者の納得感が高まる可能性があり得るという点ではないかと思いますが、課題といたしましては、成功に該当する治療効果の定義あるいは判定方法、これがなかなか難しいというところがございます。また、患者の自己負担額が治療後に決まるというふうなことになるてまいります。それは、現在の提供された診療行為への対価あるいは医薬品の費用に対して保険給付するという、この現在の仕組みを大きく変えることとなります。

そうした点について課題としてございますので、かなり慎重な議論が必要ではないかと考えてございます。

○川田龍平君 大臣に二問、ちょっと大きな質問をさせていただく予定で準備していただいたんですが、時間ですので終わります。また一般などで

させていただきたいと思えます。

○松野明美君 日本維新の会の松野明美でございます。どうぞよろしく願ひいたします。

今月、二類から五類にコロナ感染症の位置付けが移行いたしましたし、何となくではございますが明るくなったような感じがいたします。ランニング中のマスクを着けている方はほとんど見なくなりました。ただ、やはり飛行機の移動中に、機内の中では半分以上の方々がやっぱりマスクを着用されているということで、あつ、個人個人、その場その場で気を付けていらっしゃるんだなという感じがいたします。

そういう中で、コロナの対応病院の確保についてお尋ねをいたします。

今後、コロナ感染の患者を外来で対応することになりました。厚労省の方では、先日も石橋議員の方から質問があったところでございますが、コロナ対応の病院を全国で六・四万か所、目標値にしているということですが、現在は四・四万か所で、目標より二万か所足りないというふうな報道がございました。災害と同じで日頃からの備えは本当に重要だと考えております。

そこで、コロナ対応病院は目標に二万か所足りていないような状況ですが、どのようにして、そしていつまで確保するつもりでしょうか。そしてまた、外来のコロナ対応病院の目標値を六・四万か所というふうにしたこのいきさつといいますか、なぜ六・四万か所になったのか、お尋ねをいたします。

○国務大臣(加藤勝信君) コロナの対応、今、今というか、五月八日以前においても、基本的に発熱外来で多くの方は受けていただき、そして重症化リスクある方は病院等で対応していただく、こういうやり方でありまして。そこ自体を大きく変えるわけではありませんが、まずその病院の方も、これまで重点的にやっていたところは特に重症化の方に限定し、まだ受けていない病院、入院ですね、入院して、入院を受け入れてい

ない病院、あるいは、これまで対象ではなかったけれども受け入れていただいている病院、こういったところにも裾野を広げていただくべく、各都道府県が移行計画を策定して取り組んでいただいております。その結果、大体の病院に、入院機能のある病院に対しては受け入れていただける方向が見えているというふうに思っています。

委員の御指摘は発熱、いわゆる発熱外来であります。これまでも四・二万の機関で発熱外来に対応してきていただいたところでございますが、これは逐次拡大をしていくということで、様々な支援措置を設けて、また各都道府県あるいはそれぞれの医師会が取り組んでいただいて、その結果として、先日も御説明いたしましたように、当初四・二万機関から四・四万機関に拡大している。

また、いわゆる特定の患者さん、かかりつけの患者さんに限定していた医療機関も二・三万が二・八万に増加しているという形で拡大しているところでございます。さらに、それぞれにおいても今努力をいただいておりますし、私どもも、次の冬に感染拡大に先立って対応していただける医療機関を更に拡大していきたいと思っております。

何で六・四万を目指しているのかと申し上げますと、同じ五類感染症である季節性インフルエンザの診療機関、診療したことがあるという機関数が六・四万ということでございますので、そうしたところであつたら受けていただける素地はあると。ただ、このコロナ用の対応が必要なおところ、ここはしっかりと支援をして、更に広げていくべく努力をしていきたいと考えております。

○松野明美君 ありがとうございます。

先日の連休中も、病院によつては患者の四割の方が新規コロナ感染症だったということで、先ほど大臣は、冬の感染拡大にとおっしゃったんですけれど、やはりコロナというのはインフルエンザと違いまして夏も拡大していくものですから、準備の方はきちんと不安にならないようにお願いをしたいと思っております。

またそれから、以前の質問でも、かかりつけ

医、今回はかかりつけ医機能となっておりますが、かかりつけ医ということで一体どういう医師のことをいうのかなということで私も質問をさせていただきまして。患者側はかかりつけ医と思つても、医師側がかかりつけ医ではないということ、本当にかかりつけ医という曖昧さというのが非常に気になっているところでございます。

そういう中で、各自治体では、現在、発熱した場合、まずはかかりつけ医に相談していただきたいと、で、迷ったときは相談専用窓口聞いてくださいとなつておるところでございますが、そこで、コロナにおきまして、今後ですが、かかりつけ医に行つたとき診てもらえなかった場合、どのように対応していくのでしょうか。また、持病等がある方の場合ですが、案内された病院ではカルテ、もういろいろと、心臓病があつたりとかするそのいきさつのカルテの情報共有は非常に大事です、大切だと思つておりますが、今後どのようにして対策を行われるのか、お尋ねをいたします。

○国務大臣(加藤勝信君) 今、コロナということ

を前提にお話がございました。まさに、コロナ、今五類にはなつたものの、全ての外来で受け付けていただけているわけではない。逆に言えば、受けていただいている発熱外来については公表し、その数字が四・四万ということとは先ほど御説明したところでございます。

したがつて、その対象となるところはしっかりと受けていただく。そして、それ以外のところについては、受けていただく他の病院、診療所等をしつかり紹介をしていただくということが大事なんだというふうな考えております。

そうした仕組みも今回の、先般通じていただいた感染症の改正案の中にも、それぞれ地域で協議をし、協定を結ぶという仕組みもつくらせていただいております。ただ、これは施行は少し先ということになるわけですが、あわせて、適切な受診先の案内に努めていただくと、こういったことも取り組んでいきたいと思っております。

この法案自体は感染症対応を主眼に置いている

ものではありませんけれども、かかりつけ医機能に関する情報提供の強化、あるいは適切な紹介を含めた医療機関間の必要な情報連携を進めていくことで、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。

それから、今委員からお話がありました、医療機関連携におけるカルテの共有であります。これ、非常に大事な視点だというふうに我々も認識し、まさに医療DXを進める中で、一つは、オンライン資格確認等のシステムのネットワークを拡充し、必要な保健医療情報を医療機関等の間で全国的に効率的、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、プラットフォームをま

ずつくっていく。それから、カルテというのは、実はそのカルテに入れているやり方がそれぞれ、何といえますか、メーカーごといいですか、システム業者ごとばらばらでございませうから、それを共有化しなきゃいけない、その仕組みも、共有化をするという手続も今進めさせていただいて、できるだけ早くにそうした情報を、まあ一遍に全部じゃなくても、まずは必要な情報からでもお互いが見ることでよってより良い医療が提供できるような基盤をつくっていきたいというふうに考えております。

○松野明美君 情報共有というのは必ず、よろしくお願いをいたします。やはり病院に行つて、こちらの医師に全てを伝えるというのがなかなかやはり難しいのかなと思いますので、よろしくお願

いいたします。また、内閣府の調査では、五二・七％、半分以上の方々がかりつけ医を持っていると回答されているようなんですけれど、実際は、かかりつけ医と

思つて行つても診てもらえなかったという方々が非常に多いということ聞いておりますので、その辺りも改善の方よろしくお願しいたいと思つております。

次に、子供のコロナ後遺症についてお尋ねをいたします。

先日公表されました調査の結果では、国内で新

型コロナに感染した子供のうち、三・九％の子供に後遺症があるということが発表をされております。

実は、保護者が県の相談専用窓口で電話をしたときに、発熱をいたしまして、まずかかりつけ医に相談してくださいたいと言われたのでかかりつけ医に相談しましたが、専門ではないと言われて診てもらえなかったというようなケースが起きています。ですね。かかりつけ医ではないとおっしゃらずに専門ではないと言われて、本当にどのように理解していいかわからないというような状況があったということでした。

また、子供の場合は、頭痛がしたり体調が悪かったりということが、これが後遺症であるかどうかというのが多分わからない子供たちも多いんじゃないかと思つておりますので、実際は三・九％よりも割合的には多いんじゃないかなと思つております。

そこで、小児科医でコロナ後遺症に知見がある医師は大体どれくらいいらっしゃるのか、また都道府県で医師の数の差というのはあるんでしょうか、また子供の後遺症の相談体制は整備されているのか、そして学校において、子供を取り巻く環境は学校が一番だと思ひますから、学校において後遺症に悩んでいる子供をしつかりと見ていくべきだと考えますが、どのようにお考えか、お尋ねをいたします。

○政府参考人(佐原康之君) 答えいたします。まず、新型コロナウイルスの罹患後症状、いわゆる後遺症につきましては、多くの症状は経時的に頻度が低下する一方で、十二か月時点でも症状がある方が一定程度存在することは明らかにまずなっております。

これまでの国内外の知見によりますと、小児では成人と比べまして罹患後症状の頻度は低いとされておりました、今般の日本小児科学会が公表した、これはオミクロン流行前までに発症した小児を対象とした調査でございすけれども、一か月以上続く症状の割合というのは、五から十一歳の

場合でありますと、発熱が〇・九％、咳嗽が〇・八％、それから倦怠感が〇・七％、十二歳から十五歳では、発熱が〇・九％、咳嗽が〇・九％、倦怠感が一・七％という結果であつたと承知をしております。

医療提供の体制でありますけれども、罹患後症状につきましては、一般医療の中で対応できることが少なくないことから、小児も含めまして、まずはかかりつけ医等や、あるいは地域の医療機関につなぐことが重要であるというふうに考えております。

このため、厚労省では、各都道府県に對しまして、罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の選定及び公表を依頼をしております。そして、先般、全ての都道府県におきまして、このリストの公表が完了したところでございまして、この結果は厚生労働省のホームページにおいても公表しているところでございます。

小児科医師で罹患後症状について知見がある医師はどうかということにつきましては、これは網羅的に把握しているわけではありませんけれども、小児の罹患後症状に對応可能な医療機関につきましても、これ各都道府県が公表しているリストの中でお示しをしているところでござい

ます。例えば、熊本県では、罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関、全部で百三十四か所公表されておりました、この中で、何とか小児科医院とかです、医療機関名に小児と明記されている、あるいは診療科名に小児と書かれている医療機関もございす。

さらに、かかりつけ医等や地域の医療機関に對しましては、最新の知見の下、適切な医療が提供できるよう、国内外の科学的知見を診療の手引きに盛り込み、情報提供を行つておりますが、この診療の手引きの中においても、小児の章、チャプターを設けまして、地域の医療機関が診療の場で適切に小児へアプローチできるように取り組んでいるところがございます。

こうした取組を通じまして、罹患後症状に悩む子供が適切な医療につながることをできるように引き続き努めてまいりたいと考えております。

○政府参考人(寺門成真君) 学校の対応についてお答え申し上げます。

新型コロナウイルス感染症の代表的な罹患後症状、後遺症につきましては、多岐にわたる症状があると報告されていると承知してございます。

学校におきましては、日々の健康観察によりまして児童生徒の状況を的確に把握するほか、罹患後症状を始めた健康上の課題を有する児童生徒に對しまして、医療機関への受診を勧めること、教育活動の実施に当たり適切な配慮を行うこと、児童生徒の間で差別、偏見等がないよう適切に指導することなどの対応を行うことが重要であるとと考えてございます。

また、罹患後症状への対応のみならず、コロナ禍においては児童生徒を取り巻く生活環境の変化も大きかつたことから、児童生徒の心のケアの取組も重要であると考えてございます。このため、文部科学省では、学校における衛生管理マニュアルで、心理面からの支援に取り組むこと等についてお示しをしてございます。

これらの点につきましては、各学校現場が十分に認識いただけますように、教育委員会に適切に周知をしてまいりたいと考えているところでございます。

○松野明美君 いろいろ質問しましたが、やはりこういうことが不登校とかそういう引きこもりとかに決してならないようにという思いで質問させていただきました。やはり子供たちが、やっぱり苦しむ、ないようにするその環境づくりというのは私たち大人の役目だと思つておりますので、学校側もよろしくお願しいたします。

あつ、大丈夫です。文科省の方は御退席していただいで大丈夫です。お願しいたします。

○委員長(山田宏君) 寺門審議官には御退室いただいで構いません。

○松野明美君 どうも済みません。ありがとうございます。

ございました。

引き続き、アクリル板の大量廃棄についてお尋ねをいたします。

レストランとか役所の窓口等にありました飛沫感染防止のためにありましたアクリル板ですが、五類に移行したことによりまして、保存するか処分するかという問題も出てきているようです。そのアクリル板を事業者が処分する場合は、産業廃棄物のため資源ごみでは出せず、不法投棄や悪徳業者のトラブルも注意が必要だと思っております。

また、ペットボトルのように九三％リサイクル回収率があるのではなく、アクリル板は、アクリルは埋立てとか焼却、海外輸出をしているような状況だと聞いております。

そして、今後、アクリル板の大量廃棄が大きな問題になるのではと考えますが、何か対策はありますでしょうか。また、回収、リサイクルの中間処理の仕組みづくりが急務であると考えますが、どのようにお考えか、お尋ねをいたします。

○政府参考人(前佛和秀君) お答えをいたします。

アクリル板を含む感染症対策のための備品等の取扱についてということかと思います。

これにつきまして、内閣官房より、各事業者の判断の下、引き続き感染症対策として活用、保管することや、感染症対策上不要となったものは再利用、再資源化することなどが方針として示されたというところでございます。

環境省といたしましては、この方針やこれまでの3R、リデュース、リユース、リサイクルの観点から踏まえ、これらの備品等が不要になった場合には、適正処理の大前提の下ではございますが、できる限り再利用、再資源化をすることが望ましいというふうに考えております。

こうした考え方やリサイクルをする場合の再資源化事業者などの参考情報につきまして、四月の二十八日に環境省のホームページに掲載するとともに、自治体向けに事務連絡を発出し、これか

ら排出する事業者の方に周知をしていただけるようお願いをしたところでございます。

また、アクリル板を含むプラスチックの再資源化などを促進することは大変重要というふうに認識しており、プラスチック資源循環法を平成三年に制定をしているところでございますが、その取組の一つとして、プラスチック製品の性状をよく知っていらっしゃる製造事業者等に対し、プラスチック製品の回収、リサイクルの認定制度を設けてその取組を促したりということもしております。また、プラスチックのリサイクルについて新たな取組ということを促すために、実証や設備の導入といったことに対して財政的な支援というものを行っているところでございます。

引き続き、アクリルを含めましたプラスチック製品のリサイクル等の取組を推進してまいりたいというふうな考えております。

○松野明美君 重いところは、多いところは……(発言する者あり)

○政府参考人(前佛和秀君) 済みません、修正させていただきます。

先ほど、法律のことを平成三年と言いましたが、済みません、令和三年の間違いでした。修正させていただきます。

○松野明美君 分かりました。

一か所で多いところは重さ十トンにもなるというのを聞いておりますので、保管場所がなかなかないということなので、再利用可能な資源にする必要があると思いますので、よろしくお願いいたします。

最後になります。付添い入院についてお尋ねをいたします。

幼い子供が入院した場合、子供も、保護者も子供と一緒に寝泊まりをして二十四時間看病いたします。私も経験しましたが、やはり、食事も適当で、簡易ベッドに寝返りができないようなところで……

○委員長(山田宏君) 松野議員、時間を過ぎておりますので、おまとめください。

○松野明美君 そうですね。あつ、じゃ、一つだけ、じゃ。

今回、子供ホスピスとともに付添い入院も大変重要だと思っています。子供ホスピスも二〇二三年度中にいろんなことを実態調査をなさるということをお聞きしていますが、その辺りをちよつとお聞きしまして、終わらせていただきます。

○委員長(山田宏君) 時間ですので、お答えは簡潔に願います。

○政府参考人(黒瀬敏文君) お答え申し上げます。

お答えいたします。

今おっしゃった子供ホスピスについて実態を調査することといたしておりますけれども、こちらの中で、今回の調査の中で付添い入院について直接調査をすることはちよつと考えておりませんけれども、今回の調査では当事者である子供やその御家族についてもインタビュー調査を行うことを予定しておりますので、こうした中で小児がんや難病などの病気で療養中の子供や御家族のニーズもしっかりと把握をしてまいりたいと考えております。

○松野明美君 ありがとうございます。

いよいよやってきたかという感じがです。もう十七年前とずつと変わっていませんでしたから、是非よろしく願いました。終わります。

ありがとうございます。

○芳賀道也君 国民民主党・新緑風会の芳賀道也です。

厚労省の皆さんには、通告、質問の順を若干入れ替えて質問することを御容赦いただきたいと思

います。初めに、健康保険組合連合会の令和五年度予算によれば、前期高齢者納付金や後期高齢者支援金、そのほかの拠出金などを合計した拠出金の総額が義務的支出のうち四四％を占めています。義務的支出のうち拠出金が五割を超える健保組合が一三％、百八十組合。拠出金の負担が全体の四割から五割になる健保組合が全体の六〇％、八百十

四組合もあると聞いています。これを足すだけで七三％。確かに、現役世代が御高齢の皆さんの医療を支えることも大事だというのは分かりますが、そもそも、保険料を払った中で半分あるいは半分以上も保険給付以外の負担をするというのは保険の原則から大きく外れているのではないかと考えますが、加藤大臣のお考えを伺います。

○国務大臣(加藤勝信君) 我が国では、国民皆保険の理念の下で、全ての国民にひとしく医療を保障するという考え方に立って高齢者医療制度を始めとした医療保険制度を構築しているところであり

ます。とりわけ高齢者医療制度については、公平な負担を維持しながら、現役世代を含む社会全体で支える仕組みとすることが必要であります。後期高齢者制度は、高齢化の進展に伴い医療費が増加する中で、後期高齢者の医療費を国民全体で支え合うべきという共同連帯の精神に基づいて

現行の仕組みとなっているところでございます。この議論の中においては、元々、一本化される中で、逆に後期高齢者医療制度という形で外に出した、結果的に、それ中に入っている場合に比べて、その分は負担が、その保険の中に、保険組合の中においては減少するという、そういったことも踏まえた議論がなされていたと承知しております。

また、前期高齢者の医療給付については、高齢者の偏在の是正を図っているところでございます。

これから少子高齢化、人口減少社会を更に迎える中で、現役世代の負担の減少は、もちろん抑制する必要があります。全ての国民が年齢に関わりなくその能力に応じて社会保障制度を公平に支え合うことが重要ということで、今回、一連の法案を提出をさせていただいたところでございます。

今後、高齢者医療制度の在り方については、人口動態や経済社会の変化を踏まえながらこれを不断に検討していく必要があると考えており、引き続き、全世代対応型の持続可能な社会保障制度構築、制度を構築していく、それに向けて必要な議論、また対応を図っていきたいというふうに考

えております。

○芳賀道也君 大臣もおっしゃった世代間で支え合うことが大事だというのは異論がないところですけれども、こうした拠出金などの割合を見ると、余りにもちよつと負担が大きくなつていて、保険という側面からは考えなければいけないところが大きいと思いますので、このこともお願いをいたします。

さらに、後期高齢者納付金、失礼、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金などにより、組合健保と協会けんぽは高齢者医療制度と国民健康保険の財源を支えています。

保険料を負担する者が保険の運営に対してガバナンスを行うという観点からすると、現状のように国保の協議会に参加する以上に組合健保と協会けんぽによる国民健康保険のガバナンスをもっと強化すべきではないかと考えますが、こちらへの御見解を伺います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

国民健康保険は、六十五歳から七十四歳の前期高齢者が多く加入してございます。こうした中で、やっぱり前期高齢者の財政調整制度ございませけれども、そこに対しまして被用者保険者が拠出するその前期高齢者交付金、これが非常に高い割合となつてございますので、課題としましては、こうした国保における医療費適正化の取組、こうした国保事業の運営の在り方そのものが被用者保険財政にも影響していると考えてございませ。

そうした中で、現在、都道府県の国民健康保険運営協議会に被用者保険の保険者を代表とする委員をしっかりと構成員に加えて、ガバナンスを確保する仕組みを設けてございます。

この仕組みにつきましては、今回の改正でも、国保の運営方針の策定や改定の際にしっかりとこの運営協議会でも審議しなければいけないとしてございませすし、さらに、今回の改革で、都道府県に地域保険、職域保険の区別なく保険者が参加するこの保険者協議会を必置にするというふうにして

ございます。そして、その必置の協議会におきまして、都道府県医療費適正化計画の策定だけではなく計画終了後の実績評価、これにも関与する仕組みとしたところでございまして、今後、こうした実効的な医療費適正化に向けた取組を推進する体制を構築し、国保のガバナンス強化につなげていくということが大事だと考えてございませ。

○芳賀道也君 世代間で支え合うことは大切なんですが、結果として取りやすいところから実はずっているとか、一方的に一部のところだけが負担が重くなり過ぎていて、こういうことはあつてはならないと思いますので、負担だけを強いられ意見も要望も制度への提言もできないということとはあつてはいけないので、まあようやく改善が進んできたということですが、そうした面でもより改善を求めたいと思います。

次に、ここで国民の人権に関わる重要な動きについて質問したいと思ひます。

そもそも、精神科医療で、患者の人権に関わる身体拘束について、法律ではなく厚生労働省内部の検討だけで変更できる大臣告示だけで決めるのは問題なのではないかと考えますが、厚労大臣の見解はいかがでしようか。

○国務大臣(加藤勝信君) その今の枠組みでありますけれども、まず精神保健福祉法において、精神科病院に入院中の者の処遇については、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いた上で必要な基準を大臣告示として定めるとされております。また、身体的拘束などの行動制限については、同じく精神保健福祉法において、医療又は保護に欠くことのできない限度においてのみ行うことができることされており、厚生労働大臣が告示に定める基準についてもこの法律の趣旨に基づき定められるべきものであります。

この告示については、昨年度の検討会及び調査研究において、行動制限最小化に向けた改正が提言されておりませ。身体的拘束を含む行動制限の最小化に向けた法則について、この提言も参考にしつつ、当事者を含む関係者の御意見をしっかりと

と聞きながら、丁寧に聞きながら、引き続き検討していきたいと考えております。

○芳賀道也君 まあ丁寧に進めるということ自体否定するものではありませんけれども、やはり、告示で決まつてしまうことにはちよつと不安、おそれもあるということで、これは本来法律でしっかりと定めるべきではないかということを上げておきませ。

より具体的にですけれども、政府参考人に伺ひます。

配付資料の三ページを御覧いただきましたんですが、厚生労働省、令和四年度障害者総合福祉推進事業として、厚生労働省は、野村総合研究所に精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究を委託して、その報告書が野村総研のホームページで先月四月十日から公開され、大臣告示の改定に関する提言を行つています。大臣の御答弁にもありませたけれども。

さらに、配付資料四ページを御覧ください。二〇一六年十二月に石川県の方が精神科病院に入院していた際、六日間もの間身体拘束を受け続け、解除された直後にお亡くなりになるという痛ましい事件がありました。死因は、身体拘束を原因とするエコノミークラス症候群でした。

この事件は裁判になり、名古屋高裁金沢支部、令和二年十二月十六日判決で、この裁判所は、この患者がしばしば興奮し、暴力に及ぶことがあつたことを認めつつ、拘束開始時には興奮状態ではなく必要な診察行為もできていたことから、身体的拘束を必要とする危険性、切迫性や非代替性は認められないとして、身体拘束の違法性を認め、御遺族に対する合計約三千五百万円の損害賠償責任を認めました。

判決では、患者に対して必要な医療行為等を行うといった限定的な場面において、病院にはその都度相当数の看護師を確保しなければならぬことによるものもろの負担等が生じるとしても、身体的拘束は入院患者にとって重大な人権の制限となるものであるから、患者の生命や身体を安全を

図るため、必要不可欠な医療行為等を実施するのに十分な人員を確保することができないような限定的な場面においてのみ身体拘束をすることが許されると裁判所が判断を示しています。病院側が上告しましたが、最高裁がこれを退け、この名古屋高裁の判決が確定しています。

障害者権利条約では、障害者の人権が守られることが明文化されており、特に、第十四条で、障害者の身体の自由及び安全が規定されています。我が国もこの障害者権利条約を批准していますので、そもそも、身体拘束は一刻も早くやめなければなりません。

加えて、先ほどの判決ですから、まず、身体拘束は非常に限定された場合、限られた時間だけにしなければなりません。しかしながら、この配付資料三ページに、赤い枠で囲んだところの特に三つ目に、必要な期間と書かれています。誰が必要期間を判断するのか、これは言うまでもなく医師ということになります。医師が必要と判断すれば幾らでも身体拘束をしいという表現です。これでは身体拘束は減りません。

必要な期間という表現が入る大臣告示では、名古屋高裁金沢支部判決の判断にも反する不当な告示になつてしまふと考えますが、厚生省のお考えを伺ひます。

○政府参考人(辺見聡君) 令和四年度の精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究におきましては、行動制限最小化のための方策等について、事例収集を行うことなどと併せて、有識者による総合的な検討を行い、処遇基準に関する厚生労働大臣告示についても提言を含む形で報告書がまとめられたところでございませ。

この提言部分におきましては、切迫性、非代替性、一時性の三要件を身体的拘束の対象患者の要件として処遇基準告示に明示することとしてはどうか、また、このうち一時性については、身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われない旨を明示してはどうかとの提案がされているところでございませ。ここでの必

要な期間を超えて行われていないということにつきましては、切迫性、非代替性といった二つの要件を満たす期間を超えて行われないという趣旨も含めて提案されたものであり、御懸念のように、医師の裁量を拡大するという趣旨ではないと認識をしております。

あわせて、解除に向けた検討を行うことや医師の頻回の診察に当たって三要件を欠いた場合には速やかに解除することを明示してどうかとの提案もされておられ、全体として基準の明確化を図り、精神科医療における行動制限の最小化を進めることを意図したものと承知をしております。

厚生労働省といたしましては、この提言も参考にしつつ、当事者を含む関係者の御意見を丁寧にお伺いしながら、処遇基準に関する告示改正を含めた、身体的拘束を含む精神科医療における行動制限の最小化に向けた方策について引き続き検討をまいりたいと考えております。

○芳賀道也君 もう一度ちよっとお伺いしたいんですが、つまり、最小化向けに、最小のための検討だと言いながら、医師が必要と判断すれば幾らでも身体拘束をしていいというような告示が行われることはないということでしょうか。

○政府参考人(辺見聡君) 繰り返しとなりますが、この報告書の趣旨も、御懸念のように医師の裁量を拡大するという趣旨ではないと認識をしておりますし、私どももいたしまして、しっかりと三要件が守られるという観点から、必要な場合には明確化を図るということを行うことも検討をしていくことで考えております。

○芳賀道也君 検討しているということは、実際には医師が判断すればオーケーになることも含まれていくということです。含まれていないんですか、どっちでしょう。

○政府参考人(辺見聡君) 実際の身体拘束の判断における裁量の話と、医療の現場において拘束の判断を誰の責任の下で行うのかということについては、しっかりと整理をしながら行う必要がある

と考えておりますけれども、指定医の判断に、責任において行うという手続上の必要性はあるところでございますけれども、その手続を行うに際してしっかりと基準において明確性を担保するということが必要であると考えております。

あくまでも、趣旨といたしましては、精神科医療における行動制限の最小化であるという考えでございます。

○芳賀道也君 ちよっと明確でないと思うんですけど、大臣、もしお答えいただけるのであれば、通告ありませんが、障害者権利条約は守るんだというのと、それから医師が必要と判断すれば幾らでも身体拘束していいことではないんだということはいかがでしょうか。お答えいただけるのであれば。

○国務大臣(加藤勝信君) いや、今の部長からも答弁させていただいたように、誰が判断するかというところにおいて、これは医師が判断していくという、これは原理原則。ただ、その判断が、委員御指摘のように無裁量であってはならなくて、それをどういう形で絞り込んでいくのかということとをまさに議論をさせていただくということでありまして、その議論に当たっては、先ほどから申し上げておりますように、基準をまずしっかりとすること、そしてそれを通じて行動制限を最小化していくんだと、こういった方向で議論をさせていただいていくということでありまして。

○芳賀道也君 障害者権利条約は守るんだということは変わらないということでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) もちろん、我が国として批准をしておりますから、それにのっとって対応していくということは当然のことです。

○芳賀道也君 これ、結局、最小化と言いながら、医師が判断すれば幾らでも身体拘束ができるということになったら大変なことですので、ここはしっかりとやっていただきたいと思っております。

さらに、雑誌世界の今年の五月号によると、今質問した内容とは別に、昨年三月に厚生労働省

が身体拘束に関する大臣告知を、多動又は不穏が顕著であつて、かつ、そのまま放置すれば患者の生命まで危険が及ぶおそれのある場合、又は検査及び処置等を行うことができない場合と変更する提案を行ってきたということです。

検査及び処置等を行うことができないという表現は、現在隔離にだけ認められている条件を身体拘束にまで広げようとするもので、不当ではないかと考えますが、厚生労働省の御意見を伺いたいと思っております。

○政府参考人(辺見聡君) 現在、先ほど申し上げましたように、現在、その関係の報告書や、これからの当事者を含む関係者の方々の御意見をお伺いすることとすることが必要だと考えておりますけれども、そうした上で具体的内容を検討していくということでございます。今お答えの、御質問ありました具体的な内容についてお答えできる段階ではないというふうに考えております。

○芳賀道也君 明確にお答えいただきたいのは、隔離にだけ現在認められている条件を身体拘束まで広げようというのは不当ではないかということです。この点、シンブルにお答えいただけますか。

○委員長(山田宏君) 答弁大丈夫ですか。

○政府参考人(辺見聡君) ちよっと、御質問の趣旨の部分だけ捉まえて全体としての不当な部分と申し上げるだけの議論の整理がまだ行われておりませんので、最終的には全体検討した上で考え方についてもお示しをすることになると思っておりますけれども、繰り返しになりますが、基本的には基準を明確化をすることによって行動制限の最小化を進めるということが趣旨でございますので、そういった観点から具体的な内容についても検討をまいりたいと考えております。

○芳賀道也君 隔離にだけ認められている条件を身体拘束まで広げるのは不当だという明確なお答えはいただけませんでした。これは非常に心配です。是非オープンに、こういった検討も社会から見えるように明らかにした中でしっかりと行って

いただきたいということを申し上げて、時間ですので私の質問を終わります。

ありがとうございました。

○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。

国保加入者のおよそ半分が今非正規、フリーランスと、現役世代が占めているという実態になっております。

ここで紹介したいのは、京都府在住のシングルマザーの声なんです。一般社団法人シンママ大阪応援団というところがありまして、食料支援事業、シングルマザーに対して行っている団体、サポートしている団体の一つなんです。ここに寄せられたメッセージの一部なんですけれども、この夏、電気代が恐ろしくと、一度もクーラーを入れず、どんなに節約しても電気代は四千八百円、ガス代四千六百円、水道代四千三百円と。息をしているだけなのに死にそうですと。子供の洋服と靴、スポーツブラとパンツ、髪をくるくるゴムが欲しいですっていうお手紙が入っていたんですね。どんなに大きくなり、どうにもなりませんというものでした。

このシングルマザーの世帯の一回の保険料は四千三百円、この世帯の一月分の米代になるんですね。現役世代にとつて国民健康保険料というのがこれ貧困をつくり出していると言つてもいい状況じゃないかと、私はこれお聞きして思いました。余りにも高い負担、重い負担ということだと考えるんじゃないでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今回の物価が高騰するなどの中で、低所得者世帯あるいは子育て世帯に対する一時金の支給等、そうした配慮もなさせていただいたところでもございます。

また、国保についていえば、もうこれまでも申し上げているとおりであります。給付費の五割の公費負担、低所得者への保険料の軽減制度、さらには、など、公費を他の制度よりも手厚く投入をする。また、市町村の、ごめんなさい、平成三十年の制度改革を踏まえて、低所得者対策の拡充など、毎年約三千四百の財政支援、こういったこ

とも行つて、その支援を行わせていただいて、さらには、今回、現役世代である子育て世帯の経済的負担の軽減を図るため、未就学児の均等各保険料を半額に軽減する措置、また、今回、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の免除、こういったことを進めさせていただいておりますので、まさにそうした実態にある方がおられるということ、ちよつとその方の場合の個別のことは承知はしておりますが、やつぱりそういったところをしつかり認識をしながら必要な施策を進めさせていただくとともに、国民皆保険を支える国保制度の安定的な運営に努めているところでございます。

○倉林明子君 そういろいろやつていらっしゃるけれども、実態として重い負担になっているところをしつかり見ないといけないと思うんですよ。もちろん、子供の医療費助成制度、各自自治体でやっているひとり親医療費助成制度と、これも活用しようと思つたらね、保険に加入していないと使えないんですよ。食費まで削つても保険、国保料を支払つているというのが実態なんです。困窮世帯にとつて本当に余りにも高いということろをどうするのかということ問われると思うんです。

これ、法案では、保険料水準の統一を加速するというものになっております。来年の保険料統一を目指しております大阪府内の自治体では、二〇一八年と比べてまして二〇二三年度の保険料というのは一五ないし一八%の値上げになっているんですよ。市町村、これ、他と比べても非常に値上がり率高いんです。市町村が独自に法定外繰入れで行つてきた保険料負担軽減措置、これが縮小、廃止迫られたことによるものじゃないかと思うんですけども、これ、いかがですか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。御指摘の大阪府の保険料につきまして、大阪府の分析によりますと、市町村が賦課する国保保険料は上昇傾向にございます。これは、その理由としましては、保険給付費等の増加、それから高齢者割合の増加等によるものというふうに分析しているところと承知してございます。

実際、最近の大阪府下の保険料と保険給付費の伸びの状況を比較してみますと、平成二十九年分から令和三年度にかけて、一人当たり保険料調定額は平均約三・一%上昇しております。他方、一人当たり保険給付費額は九・七%上昇しております。当たりの保険給付費の伸び率の三分の一ぐらいになっていると、このように承知してございます。

○倉林明子君 実際に大阪でどういうことでやられているかといいますと、保険料統一のために赤字解消・激変緩和措置計画というものの策定を求めているんですね。国が求めている赤字解消措置の範囲というのはあるんだけども、それを大きく超えて、それを上回る規模で、独自にやつて保険料軽減のための独自繰入れのゼロ、解消まで求めていると。これが本当大きな値上げにせざるを得ないという要素になっているということ指摘したい。そういう構図になっているんですよ。

で、統一保険料を目標にするということにいたしますと、これ、市町村の、実際にはこれ、どういことが自治体のところで起こるかというところ、統一保険料に合わせるために市町村は黒字があつても基金積み上げという現象起こつていまして、国保会計、自治体のところで見ると黒字なのに保険料の値上げが迫られると、こういうことになって、起こっているんですよ。

統一保険料を目標にするということになりますと、市町村のこれ自治権、要は保険料の減免と、独自の減免ということについても自治権侵害ということになるんじゃないでしょうか。いいですか。これ、大臣にお願いしたんだけど、答弁。

○国務大臣(加藤勝信君) 国民健康保険は、特に小規模な保険者では、高額な医療費が発生した場合は、財政運営が不安定という課題があります。このため、平成三十年度の国保制度改革で、財政運営の安定化を図つていく、まさに国保制度の持続可能性をしつかり担保していく、そういった観点から、都道府県と市町村が共同で運営する仕組みといたしました。その上で、財政支援を拡充するとともに、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したところでございます。

この法案でも、保険料水準の統一に向けた取組を加速化するため、事務の標準化、広域化の推進に関する事項などを都道府県が定める運営方針の必須記載事項として追加すること、あるいは保険料水準統一加速化プランを年内に策定をするということにさせていただいております。

国民健康保険法においては、都道府県が各市町村の納めるべき納付額の額を決定した上で、市町村において保険料を賦課し徴収する仕組みとなっております。保険料水準の統一に向けた取組においては、都道府県と市町村が住民等の関係者として議論した上で合意を得ながら進めていただくものであり、その上で、保険料を統一する都道府県では、都道府県と市町村とで合意した保険料を市町村が市町村の権限で賦課する、こういう形で取組を進めているところでございます。

○倉林明子君 いや、あのね、統一保険料の推進ということをやると、大阪で起こっているように、市町村の独自の負担軽減措置ということをやめさせるということにしないと計画達成にならないんですよ。これ、高過ぎる国保料を引き下げるために活用できる財源はあるということを私申し上げたいと思うんです。

これ、国保財政の安定化のために都道府県に設置された財政安定化基金残高、今どうなっているかということなんです。これ、今、令和三年度末の新しい数字を見ます、が直近のものとして示されておりますが、三千三百五十三億七千万円、これ全国規模で。こまで残高膨らんでいるんです。なぜかという、これ使い道が限定されているために、年々積み上がっているんですよ。都道府県が保険料を、都道府県が、要は保険料を今大変だから引き下げようと思つても引き下げられないというような、統一保険料の取組の中で起こっているんだけども、都道府県が、この納付金総額ですね、これを圧縮しないと、自治体で下げること、これに踏み出せないわけですよ。

だから、この都道府県に蓄積している財政安定化基金を保険料引下げのために活用できるよう取扱いをこれ見直すべきじゃないか、物価対策としても今見直すべきじゃないかと思つています。いかがでしょう。

○国務大臣(加藤勝信君) まさに財政安定化基金の趣旨は、平成三十年度の国民健康保険の都道府県単位化に伴つて、国保財政の安定化を図るため、予期せぬ給付増や保険料収納不足が生じた場合に貸付け、交付等が行われるように設けられたものであり、国費で二千億円を措置し、各都道府県に設置をしているというものであります。

加えて、都道府県単位化の円滑な施行のため、平成三十年に特例基金が設置をされたところであります。本年度以降、この特例金の一部の二百五十億円については、都道府県の保険料水準の統一に向けた各市町村における保険料の急激な上昇を抑制するなど、国保財政の安定化に活用すること、を可能としたところでありますので、こうした財源も活用していただいて、都道府県単位での保険料水準の統一、そして安定的な保険財政の運営を図つていきたいと考えています。

○倉林明子君 予期せぬ事態は市民、国保加入者のところにも起こっているんですよ。予期せぬコロナだったし、予期せぬ物価高なんですよ。非正規、フリーランス、こういう現役世代に負担増を求めるといふことにつながる法案については撤回すべきだと。終わります。

○天島大輔君 代読します。れいわ新選組の天島大輔です。かかりつけ医における障害者への配慮について

第七部 厚生労働委員会会議録第十一号 令和五年五月十一日 【参議院】

ために、年々積み上がっているんですよ。都道府県が保険料を、都道府県が、要は保険料を今大変だから引き下げようと思つても引き下げられないというような、統一保険料の取組の中で起こっているんだけども、都道府県が、この納付金総額ですね、これを圧縮しないと、自治体で下げること、これに踏み出せないわけですよ。

だから、この都道府県に蓄積している財政安定化基金を保険料引下げのために活用できるよう取扱いをこれ見直すべきじゃないか、物価対策としても今見直すべきじゃないかと思つています。いかがでしょう。

○国務大臣(加藤勝信君) まさに財政安定化基金の趣旨は、平成三十年度の国民健康保険の都道府県単位化に伴つて、国保財政の安定化を図るため、予期せぬ給付増や保険料収納不足が生じた場合に貸付け、交付等が行われるように設けられたものであり、国費で二千億円を措置し、各都道府県に設置をしているというものであります。

加えて、都道府県単位化の円滑な施行のため、平成三十年に特例基金が設置をされたところであります。本年度以降、この特例金の一部の二百五十億円については、都道府県の保険料水準の統一に向けた各市町村における保険料の急激な上昇を抑制するなど、国保財政の安定化に活用すること、を可能としたところでありますので、こうした財源も活用していただいて、都道府県単位での保険料水準の統一、そして安定的な保険財政の運営を図つていきたいと考えています。

○倉林明子君 予期せぬ事態は市民、国保加入者のところにも起こっているんですよ。予期せぬコロナだったし、予期せぬ物価高なんですよ。非正規、フリーランス、こういう現役世代に負担増を求めるといふことにつながる法案については撤回すべきだと。終わります。

○天島大輔君 代読します。れいわ新選組の天島大輔です。かかりつけ医における障害者への配慮について

第七部 厚生労働委員会会議録第十一号 令和五年五月十一日 【参議院】

質問します。

先日の参考人質疑では、障害者がかかりつけ医を選ぶ際に必要となる情報提供項目について伺いました。その中で、医療機関のバリアフリー状況や情報保障の有無など、障害者への情報提供の重要性や法案成立後の検討において当事者のニーズを把握する必要性について御意見をいただきました。

現在、医療機能情報提供制度には、障害者に対する配慮や車椅子等利用者に対する配慮が含まれてはいます。例えば、手話や音声による情報保障があるか、点字ブロックが設置されているか、車椅子に対応しているか、多機能トイレがあるかなどです。一方、聴覚障害者の方には、手話だけでなく筆談での対応も欠かせませんし、診察や窓口への呼出しに振動式呼出し機の要望も多いと伺っています。そして、先日から提起していますように、私を含めて、介助者の付添い可否が医療を受ける際の生命線になる障害者もいます。

障害者差別解消法の改正により、来年度には民間の医療機関に対しても合理的配慮の提供が義務付けられます。まず、障害者が安心して医療を受けられるように、医療機能情報提供制度においてどのような項目を入れるべきか再検討するときです。検討の際には、障害当事者へのヒアリングはもちろんのこと、検討のメンバーに当事者を参画させることが必要不可欠です。そして、かかりつけ医療機能の情報提供項目の検討においても、当事者参画の下で、障害者への配慮について議論する必要があると考えます。

以上二点について、加藤大臣の考えをお聞かせください。

○国務大臣（加藤勝信君） 本法案では、国民、患者がそのニーズに応じてかかりつけ医療機能を有する医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度を刷新することとしております。

法案が成立すれば、有識者の皆さん、などの皆さんの意見を聞きながら、かかりつけ医療機能に関する情報提供項目を、医療機関の選択に資する分

かりやすいものに見直すこととしております。

この点、今般の改正について御議論いただいた社会保険審議会医療部会の意見の中でも、医療機能情報提供制度の情報提供項目のイメージとして、高齢者、障害者、子供などの対象者別に項目を整理することについて提案をいただいているところでございます。

情報提供項目の見直しに関する検討の場や有識者の詳細について現時点で定まって、決めているものではありませんが、情報提供項目の意味合いが障害者を含む全ての国民の医療機関の選択に資するよう、様々な立場の有識者や学識経験者などの御意見をしっかりと踏まえながら、具体的な内容等を検討してまいりたいと考えております。

○天畠大輔君 代読します。

当事者参画については約束していただけてませんでした。検討メンバーに当事者を必ず参画させてください。また、検討する際には、各都道府県の医療情報ネットの改善も必要です。医療機能情報提供制度の導入により、診療科目、診療日、診療時間や対応可能な疾患、治療内容等の医療機関の詳細が分かるウェブサイトに各都道府県で運用されています。つまり、実際にかかりつけ医を選ぶ際の情報源にもなります。

東京都が運営している、運用しているサイトひまわりでは、車椅子対応か否か、視覚障害者や聴覚障害者への配慮有無などの情報は閲覧でき、キーワード検索でもある程度障害者への配慮があるか確認ができます。しかし、ほかの都道府県のサイトでは、全ては確認できていませんが、検索では障害者への配慮があるか確認ができなかったり、そもそも障害者への配慮に関する項目の表示がないところもありました。

情報提供項目の中身はもちろんのこと、その情報を分かりやすく確実に提供できる仕組みについても、各都道府県の運用状況を把握した上で、当事者参画の下で検討し、各都道府県にひな形を示すべきだと考えます。大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） まず、情報提供システ

ムのお話がありました。

これまで都道府県がそれぞれ独自に構築、運用している住民や患者さんなど向けの医療機能情報提供システムについては、公表形式を統一するとともに、県境を越えた検索も容易にするため、来年度、令和六年度を目指して全国統一的な検索サイトを構築することとしております。

情報提供項目だけではなくて、こうした情報提供の方法についても、障害者を含む全ての国民にとって分かりやすい情報提供を実現できるように進めていかなければなりません。やり方についてはまだ、先ほど申し上げましたように、詳細固めているわけではありませんけれども、様々な方の立場がしっかりと反映していけるようにこの検討を進めていきたいというふうに考えております。

○天畠大輔君 代読します。

こちらについても、必ず当事者を参画させ、ウェブアクセシビリティも含めてしっかりと検討してください。

一方で、障害者への配慮は極めて個別性が高く、情報提供項目の中だけで整理することには限界があります。最終的には各医療機関の柔軟な対応が必要となりますので、厚労省からの周知啓発、指導をお願いしたいと思いますが、大臣の考えを簡潔にお聞かせください。

○国務大臣（加藤勝信君） 御指摘の点は、いわゆる今回障害者差別解消法がいよいよ来年度からの改正で来年度から合理的な配慮が義務付けられることとなります。これは医療関係者だけではなくて事業者全般であります。厚生労働省として、これまでに、障害者差別解消法に基づき障害者差別解消法医療関係従事者向けガイドラインを策定をし、医療分野において事業者が障害者に対して不当な差別的取扱いをしないこと、また必要かつ合理的な配慮を行うために必要な考え方を明示をしております。

具体的には、障害者の性別、年齢、状態などに十分配慮することが必要であるとし、医療機関における合理的配慮として、障害の特性に応じて施

設のルール、慣行を柔軟に変更するなどの基準、手順の柔軟な変更、施設内の段差にスロープを設置するなどの物理的環境への配慮などの対応を例示しているところでございます。

来年度からの改正法の施行に向けて、現在、障害者団体の御意見も伺いながら当該ガイドラインの改正作業を進めているところであります。

こうしたガイドラインをそうした皆さんの御意見も反映する形で作成するとともに、策定後において、医療機関に対してそうした内容の周知徹底を図っていききたいと考えております。

○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） 速記を起してください。

○天畠大輔君 積極的に周知、指導をしてください。

続いて、自見政務官に伺います。

まず、通告なしですが、現場を知る医師として、医療機関で合理的配慮を行うときにどのような課題があるとお考えですか。また、民間の義務化に向けて内閣府としてどう取り組まれますか。

○大臣政務官（自見はなこ君） お答えいたします。

障害者差別解消法に基づく合理的配慮の提供等の社会全体での取組を進めるためには、事業者によります合理的配慮の提供の義務化等を内容とする改正障害者差別解消法の円滑な施行に向けた取組を推進することがまず重要であると考えております。

改正法の円滑な施行のためには、相談体制の充実や事業者等が適切に対応を判断するための指針、また、参考になる事例の収集、提供、改正法の周知啓発等が非常に重要であるということから、内閣府では、厚労省を含めまして各省庁に対し、事業分野ごとのきめ細やかな対応ができるよう、先般お示した基本方針を踏まえた各省庁ごとにおける対応方針の改定や、また事業分野ごとの相談窓口の明確化を今現在働きかけております。

また、内閣府といたしましたし、障害者や事業者、また地方公共団体からの相談に対しまして、これは当然、医療機関を受診しておられる、あるいは受診する障害者の方も当然含みます、法令の説明や適切な相談窓口につなぐ役割を担う相談窓口の試行事業の実施、また参考となる事例の概要等を分かりやすく整理したデータベースの公表、これは既に四月から始まっておりまして、例えば患者様で医療機関を受診した方の事例ということももちろん含むことでございます。

そういった改正法の理解、取組をしながら、改正法の理解促進を図るための説明会なども、我々としては、現在開催をし、取組を進めているところでございます。加藤大臣からも、ガイドラインの策定など、今後の進め方についても先ほど言及があったとおりでございます。内閣府におきまして、今後も、各省庁や地方公共団体と連携協力し、改正法を円滑に施行できますように準備を進めてまいりたいと思います。

○天島大輔君 確実に進めてください。質疑を終わります。

○委員長（山田宏君） 他に御発言もないようです。これより討論に入ります。

御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べ願います。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良です。

私は、会派を代表し、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対し、反対の立場から討論を行います。

反対の理由の第一は、立法院を軽んずる東ね法案であることです。

東ね法案は、野党が賛成できる法案と合意が得られないであろう法案を混在させることによって国民に争点を隠す悪質なものであり、立法院の審議権を著しく侵害するものです。今国会における

原発の運転期間の延長を盛り込んだGX脱炭素電源法案も同様であり、このような政府の姿勢こそがまずただされるべきなのであります。しかも、本法律案の名称は、揺り籠から墓場までの社会保障制度において全世代対応型をうたうという屋上屋を架した法案名であり、このような法案を提出した厚生労働省、内閣法制局の見識を疑います。

これまでの審議で明らかになったように、本法案は、高齢者中心の給付を見直し、高齢者に新たな負担を求めるための社会保障制度改革法案にほかなりません。しかも、負担増を求められる後期高齢者の家計を支援する仕組みは何ら考えられておらず、負担増のみが課されているのであります。

反対の理由の第二は、これまで三年ごとに行われてきた介護保険制度が全くの脇役に追いやられている点であります。

法案名から介護の文字が消えているのは、自民党が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を嫌ったための選挙対策に矮小化された法案になったからであり、国民の利便のための介護保険改革が全く顧みられなかったのであります。

反対の理由の第三は、理念なき出産育児一時金の増額であります。

増額自体は立憲民主党がこれまで求めてきたものであり、遅きに失したものであります。しかし、地域間格差や公私間格差を解消しないまま、しかも、増額の積算根拠も、将来の見直しについても曖昧なまま、全国一律で五十万円とすることは、選挙前のばらまきのそりしは免れ得ないであります。しかも、その財源として後期高齢者医療制度に負担を求めることは、子育てに続く老人罰と言わざるを得ません。

反対の理由の第三は、かかりつけ医の概念が全く不明なまま見切り発車されていることです。

政府は、かかりつけ医の定義の法定化と強弁していますが、医療提供側と政府の調整のみが優先した生煮えの議論は、患者本位の医療制度改革と

は全く相入れないものであります。

看板倒れの全世代対応型を掲げ、その内実は、利用者不在の制度の財政的存続と高齢者への手当てなき負担増をもくろむ本法案に対し、賢明なる委員各位には本法案に反対されることをお願いして、私の反対討論といたします。

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみです。

私は、会派を代表し、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対し、賛成の立場から討論を行います。

本法案には、後期高齢者に出産育児一時金の費用の一部を負担させるなどの内容が盛り込まれており、後期高齢者に新たな負担を背負わせるべきではないという立場の方からは度々厳しい意見が示されました。しかし、現役世代が置かれた厳しい経済状況を踏まえ、負担能力に応じた見直し、低所得者、低所得の高齢者に対する配慮措置が置かれたこと、保険の原則と現状の人口動態や経済状況等を踏まえてやむを得ないものと受け止めています。

また、かかりつけ医機能の発揮に向けては、かかりつけ医の定義がなく、国民に十分理解してかかりつけ医を選択して受診することにつながらないのではないかと懸念は残りましたが、国民、患者の視点での情報提供体制を整えるとの答弁があり、質の向上への第一歩と受け止めました。

本法案では、保険者機能協議会を位置し、医療費適正化計画の記載事項の充実を行うなど、医療費適正化の実効性を確保するための改正内容が盛り込まれており、膨張を続ける医療費を抑制し、医療保険制度の持続可能性を高めていくという観点からは賛成できるものと考えております。

増加し続ける社会保障費への対応については、薬価を抑えて何とかするという医薬品産業への過大な負担を背負わせるという対応が何年も続けられてきました。しかし、本法案では、先ほど述べ

た医療費適正化の取組に加え、高齢者負担率の見直しと薬価の抑制だけに頼るというこれまでの構造から少しでも抜け出そうという姿勢がかいま見え、この点からも賛成できるものと考えます。

委員会質疑で多くの委員から、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築という法案名にはそぐわない小手先の見直しで、抜本的な見直しに至っていないとの指摘がありました。

政府においては、全ての国民が安心できる持続可能な社会保障制度の構築に向けて、今後も不断の制度改革を続けていくことと同時に、五年ありきではなく、答弁であった、全世代型社会保障構築会議を通じて長期的なビジョンを示す必要があるということを上上げて、私の賛成討論とさせていただきます。

○東徹君 日本維新の会の東徹です。

会派を代表し、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いて、反対の立場から討論いたします。

第一の理由として、少子高齢化の進む我が国において社会保障制度を維持していくためには、今回の法案の内容では不十分だからです。

かかりつけ医については、定義が置かれていない上、登録制や認定制の導入が見送られました。

この内容では、これまでとは何ら変わらず、新型コロナウイルスのような感染症がまた拡大した場合に、受診したくても断られる患者も出てきてしまします。かかりつけ医機能の報告も報告すべき項目は当たり前のものばかりで、参考人も指摘するとおり、今後一層の制度改革の必要があります。力のある団体が反対すれば国民にとって必要な改革を簡単に先送りするようでは、国民のための社会保障制度を実現できません。政治がリーダーシップを取って、厚労省とともに将来世代のためにやっていくべき改革を実現していくことが求められます。

また、医療法人や介護サービス事業所の経営情報について都道府県知事への報告制度がつくられ

るものの、そこで働く人の職種別給与の報告は任意とされており。これでは、ここまでやってきた処遇改善策の効果が把握できません。医療や介護は、国民の税金と保険料などを基に運営されている公的な制度であります。そうである以上、情報は原則開示されるべきであり、今回の法案は中途半端なものにとどまっております。

次に、出産一時金の増額に関し、増額自体には賛成するものの、医療機関による便乗値上げ対策が十分ではありません。出産を控えた妊婦さんたちに負担を負わせるべきではありません。厚労省は、情報や選択肢の限られた妊婦さんに任せずに自ら調査を行い、必要な対策を取っていくべきです。

また、出産一時金を増額する財源として後期高齢者医療制度からも支援する仕組みが導入されますが、一人当たりは月額五十円と少額ながら、少しずつ保険料を引き上げ、高齢者の負担を増やしていくのは違います。少子化がこまで進んできたのは、政治の怠慢によるものです。高齢者を始め国民に負担を負わせるのではなく、予算を見直し、財源を生み出していくことが政治の責任です。

認定医療法人制度の期間延長は、医師会の要望に沿うだけのことで、厚労省自身、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行を積極に進める意識がありません。公平な税制をゆがめるだけであれば、すぐにでもやめるべきです。

医療と介護の連携と言われてもう三十年以上たちますが、何も変わっておりません。医療や介護のどこに課題があつて、解決するためにどうしたらいいかを厚労省が大臣を中心にもっと真剣に考え、具体的な対策を講じるべきだということを求め、討論といたします。

○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。日本共産党を代表して、健康保険法等改正案に対し、反対の討論を行います。

本法案に反対する最大の理由は、七十五歳以上の高齢者の保険料を引き上げることです。負担増

となるのは、年収百五十三万円以上の高齢者です。来年度は一人当たり平均八千四百円もの負担増となり、激変緩和措置の対象とならない年収二百二十万円の場合、保険料が年間十一万二千元にもなります。到底、能力に見合った負担などと言えるものではありません。

この所得層では、昨年十月から医療費窓口負担も二倍になりました。日本高齢期運動連絡会が行った家計調査では、一か月の赤字が単身で十万円を超えています。税金、社会保険料が四万円、介護費が四万五千円、保健医療二万二千元。既に、医療、介護に係る費用が家計を大きく圧迫しております。各種調査でも、受診控え、食費を削り、貯金の目減りにおびえる高齢者の姿が報告されております。ただでさえ過重な保険料をこれ以上引き上げ、家計を脅かすことは到底容認できません。

出産一時金のため他の医療保険へ拠出することは、制度創設以来初めての措置であり、制度の根幹に関わる問題です。後期高齢者医療制度は、五割と法定化された公費負担は三割負担導入に伴い四七％まで減少しています。現役世代の負担軽減は国庫負担比率を引き上げることを実施すべきです。

また、法案は、国民健康保険の保険料統一を加速させ、高過ぎる国保料の引上げ圧力を高めるものです。全国に先駆けて保険料完全統一を掲げる大阪府では保険料が大幅に引き上げられるなど、国保の都道府県化は全国の自治体の保険料を高騰させてきました。国の圧力で自治体を住民負担増、給付削減へと駆り立てる仕組みは撤廃すべきです。

参考人質疑では、若い世代に申し訳ない、長生きし過ぎたと高齢者に言われる社会であつていいのか、高齢者が身を縮めるように暮らしている姿を見て現役世代が明るい未来を描くのは無理だろうとの指摘がありました。

国の責任を後退させ、世代間の助け合い、相互扶助制度として強要するこの本法案の撤回を求め

まして、討論を終わります。

○天畠大輔君 れいわ新選組の天畠大輔です。悪質な法案への反対討論を行います。代読お願いたします。

私は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度構築のための健康保険法改正法案に反対の立場から討論を行います。

反対理由の第一は、本法案が全世代対応では全くなり、むしろその真逆の世代間対立あり法案だからです。

本法案では、出産育児支援一時金を増額するに当たり、その財源の一部を後期高齢者からも徴収するとしています。これは、少子化対策を利用した高齢者いじめにはなりません。少子化対策に対する正しい政策は、安定雇用、保育士の大幅な処遇改善など、安心して子供を育てられる環境整備であるにもかかわらず、政府は少子化を脱却できない自らの責任を後期高齢者に押し付けようとしているのです。

政府は、後期高齢者医療制度開始の二〇〇八年以降、高齢者一人当たり保険料負担が一・二倍になったのに比べ、現役世代の一人当たり支援金は一・七倍になった、両者の負担の伸びが同じになるように見直したと言いますが、無責任極まりない態度です。特定の世代や階層の負担を単純に比較してその差をならすというのは余りにも安直です。そればかりか、全く無意味な世代間対立を増幅しています。

反対理由の第二は、本法案が持続不可能法案だからです。

麻生太郎当時の財務大臣は、二〇一六年、九十になつて老後が心配と言っている人がテレビに出ていたけど、おまえ、いつまで生きているつもりだと発言しました。その麻生氏もあと七年で九十歳を迎えられます。御自分とはともかく、老後の蓄えがない高齢者は早く死ねということなのでしょう。人は誰しも年を取ります。高齢者を早く死んだ方が世の中のためだと蔑む社会は持続可能でしょうか。

優生思想とは、人間を社会にとって価値のある人とそうでない人とに分け、後者を排除する考え方です。政府は、旧優生保護法下で強制不妊手術を行った責任に類かわりして、敗訴判決を不服として上訴しています。このような誤った政治は直ちに正されるべきです。

真の意味で全世代、全ての人々がその尊厳を尊重され、持続可能な社会をつくり上げるためにも、本法案は否決されるべきです。

以上をもって反対討論を終わります。

○委員長(山田宏君) 他に御意見もないようですから、討論は終局したものと認めます。

これより採決に入ります。
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に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(山田宏君) 多数と認めます。よつて、本案は多数をもつて原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

この際、川田君から発言を求められておりますので、これを許します。川田龍平君。

○川田龍平君 私は、ただいま可決され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対し、自由民主党、立憲民主・社民、公明党、日本維新の会及び国民民主党・新緑風会の各派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

案文を朗読いたします。

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に対する附帯決議(案)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金の増大等により、財政運営が極めて困難な健康保険組合が急増していること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する継続的な財政支援を行うこと。

二、前期財政調整における報酬調整については、保険者機能への配慮や保険者間の公平性の観点を踏まえ、過重な財政調整とならないようにすること。

三、後期高齢者医療制度については、現役並み所得の後期高齢者に係る医療費給付について公費負担が行われておらず、現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四、都道府県に配置とされる保険者協議会について、保険者だけでなく、医療関係者が構成員として参画することを積極的に促すとともに、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供など、実効性のある医療費適正化の取組を進めること。

また、レセプト分析を通じて医療費適正化のエビデンスの収集等に関して、保険者協議会と社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会の連携を進めること。

五、住民の健康増進等を通じた医療費の更なる適正化の推進を図る観点から、第四期医療費適正化計画の策定や計画期間中の改訂に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を促すことなどを検討し、PDCAサイクルに基づく計画の立案、評価及び見直しなど、実効的な計画の策定等が行われるよう努めること。

六、予防・健康づくりについて、健康や生活の質の向上に与える効果に関するエビデンスを収集し、将来的な健康寿命の延伸や医療費の削減効果が見込まれる取組が積極的に実施されるよう環境を整備すること。

七、新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医療機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者

等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。

八、本法のかかりつけ医療能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。

九、かかりつけ医療能報告の対象となる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については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医療能報告の対象について検討すること。

十、医療法人及び介護サービス事業者の経営情報に関するデータベースの整備に当たっては、医療・介護従事者の適切かつ的確な処遇改善を図る観点から、職種別の給与情報が可能な限り報告されるよう必要な取組を進めるとともに、当該情報に係る本法施行後の報告状況を勘案しながら、将来の報告義務化を含めた対応を検討すること。また、当該データベースの報告対象となる医療法人及び介護サービス事業者に過度な事務負担が生じないように、負担軽減策もあわせて講ずること。

十一、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進等を図る観点から、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基づく地方公共団体の計画策定に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を促すことなどを検討し、PDCAサイクルに基づく計画の立案、評価及び見直しなど、実効的な計画の策定が行われるよう努めること。

十二、地域包括ケアシステムが適正に構築され、利用者に提供されるサービスが不当に偏ることのないよう、高齢者施設等による訪問する医師の選定等における利益收受の禁止を徹底するなど必要な取組を進めること。

十三、今後、高齢者の増加に加え現役世代の減少が加速することにより、介護人材の一層の処遇の改善や業務負担の軽減を図るなど介護人材の確保のための方策について検討し、速やかに必要な措置を講ずること。また、介護に従事する外国人労働者が尊厳を持つて安定的に就労・定着できるための措置を講ずること。

十四、介護保険制度は、我が国社会保険制度の支柱であり、諸外国に範を示す制度として定着してきたことを踏まえ、今後は、三年を一期とした介護保険事業計画のサイクルに合わせた制度改正に先立ち、給付と負担の在り方に関する議論の結論を示すこと。また、制度改正に当たっては、あわせて利用者の利便に資するための改革も検討し、所要の措置を講ずること。

十五、出産費用の見える化については、正常分娩に要する費用が明らかとなるよう必要な取組を進めるとともに、正常分娩に対する医療保険適用（現物給付化）の検討に当たっては、出産育児一時金が出産に関する平均的な標準費用を全て賄えるようにする観点から増額されたことを踏まえ、医療保険適用の目的を明らかにしつつ議論を進めること。

十六、急速に進行する少子高齢化等により、国民の間に社会保障制度の持続可能性に対する

不安が高まっている現状を踏まえ、持続可能な全世代対応型の社会保障制度を構築するため、金融資産・金融所得を含む能力に応じた負担の在り方や保険給付の在り方等について、税制も含めた総合的な検討に着手し、課題や論点を分かりやすく示した上で国民的な議論を進め、結論が得られた事項について、速やかに必要な法制上の措置等を講ずること。

右決議する。

以上でございます。

何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げます。

○委員長（山田宏君） たいいま川田君から提出された附帯決議案を議題とし、採決を行います。

本附帯決議案に賛成の方の挙手をお願いいたします。

〔賛成者挙手〕

○委員長（山田宏君） 多数と認めます。よって、川田君提出の附帯決議案は多数をもって本委員会の決議とすることに決定いたしました。

ただいまの決議に対し、加藤厚生労働大臣から発言を求められておりますので、この際、これを許します。加藤厚生労働大臣。

○国務大臣（加藤勝信君） たいいま御決議になられました附帯決議につきましては、その趣旨を十分尊重いたしまして、努力してまいります。

○委員長（山田宏君） なお、審査報告書の作成につきましては、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。

午後零時五十分散会