175 閉-参-厚生労働委員会-1 号 平成 22 年 9 月 13 日
山本博司議員、川田龍平議員、田村智子議員の質問に対し、山井厚労政務官　答弁

○山本博司君　大臣、是非、このことに関して一貫して言われてきたわけでございますから、是非、今、大臣になって具体的にできるわけですので、そのリーダーシップを発揮していただきたいと思います。

それでは、次の質問に移らさせていただきたいと思います。

障害者の施策に関しまして、障害基礎年金の認定基準の改正状況ということでお伺いをしたいと思います。

この障害基礎年金の障害認定に関しましては、この委員会でも取り上げさせていただきました。就労している事実のみで二級から三級になって障害者年金が支給されないというようなこと等ありました。この障害者は知的障害者だけじゃなくて、障害者全体に判断基準があいまいであるとか、なかなかその見直しの改定も、古い、昭和六十一年とか平成十四年以来大きな見直しがありません。また、平成十九年といいますか、この年金記録問題によりまして、こうした障害者のこの審査に回る方々とか、また具体的にそれを推進するということもずっと進んでいないわけです。

医療はどんどん技術が進んでおります。現状にそぐわない面もたくさん出ておりますけれども、そういう意味で、今一部改定の方向性ということでパブリックコメントを発表して検討を進めておりますけれども、その改正状況を御説明いただきたいと思います。

○大臣政務官（山井和則君）　山本委員にお答えを申し上げます。

この認定基準については計画的に見直しすることになっておりますが、現在、てんかん、ぜんそく、心疾患の認定基準については、御指摘のようにパブリックコメントを行っているところでありまして、十一月をめどに認定基準の改正を行う予定としております。また、今年度はＨＩＶと知的障害についても見直しを行い、年度内をめどに結論を得たいと考えております。

また、今御指摘の障害年金の認定に時間が掛かっているということに関しましては、今年四月から担当職員を五十六人から九十七人に増員し、今年度中には今までから言っておりました三か月半以内とすることを、請求書を受理してから年金証書がお客様に届くまでの期間を三か月半以内にすることをサービススタンダードとして定めておりますが、それが達成できるように頑張ってまいりたいと思っております。

○山本博司君　この障害者、一番そういう意味でいったら生活の糧になるわけでございますけれども、実際、今こうした審査が非常に遅れて、三か月半という基準、日本年金機構で請求から決定まで三か月半の基準が、昨年度、達成率わずか一割、今年度でも、最長、倍の七か月とか平均半年と、そういう意味で苦情がたくさん出るということで、生活費に困窮される障害の方々というのは、大変悲鳴のような声があるわけでございます。是非ともそうした弱い方々の立場に立ってお願いをしたいと思います。

そしてもう一つ、この障害者の認定基準ということで、この委員会でも取り上げましたけれども、高次脳機能障害とか、こういう障害のまだ認定基準に入っていない新たな病気とか、対応ということもやはり求められている部分がございます。こうした認定基準から外れますと年金ももらえませんし、大変、大変な状況がございます。そういうことも含めて、将来の検討に関しましてお伺いしたいと思います。

○大臣政務官（山井和則君）　山本委員にお答えを申し上げます。

今御指摘いただきました高次脳機能障害や、また化学物質過敏症のような新しい疾患についても、来年度以降の検討を予定しております。

○山本博司君　是非とも、こうしたことに関しましてはなるべく早く、様々な疾病がございますのでよろしくお願い申し上げたいと思います。

以上でございます。

○秋野公造君　公明党の秋野公造でございます。私にとってはこの委員会、初めての質問となりますので、国民の皆様のお役に立てるよう質問してまいりたいと思います。

最初に、離島、へき地の医療、医師確保対策について伺います。

私、先月、山口代表、そして遠山衆議院議員と一緒に沖縄の離島である与那国島、そして南大東島、伊良部島、

石垣島、宮古島、様々な離島の医療体制見てまいりました。そこで、九月九日の沖縄及び北方問題に関する特別委員会において離島、そしてへき地の深刻な医師不足の問題、訴えさせていただきました。離島の首長さんたちが一生懸命医師確保をなさっていますが、島の市町村がそれぞれ島の診療所の医師確保を行うのは非常に非効率であり、また困難が伴います。その解決のためにへき地支援機構や一部のへき地拠点病院がへき地の診療所に医師を派遣するための医師バンク、ドクタープール機能を持つことが重要であるとのお訴えをさせていただいたところ、前向きに予算獲得に取り組んでいただける旨の御回答をいただきました。

若い医師が集まりやすい、そして一定の医療レベルを確保することができる医療機関を派遣元として、派遣先の診療所まで含めたネットワークを派遣元の医療機関の定員と考える医師バンク、ドクタープールの機能は非常に重要であると考えております。その医師プールができる機能を持たせる医師バンク、ドクタープールの創設、そしてその予算獲得の満額の獲得について、改めて大臣の決意をお願いします。

○国務大臣（長妻昭君）　秋野委員におかれましては、この別の委員会でも今月、同趣旨の御質問をいただきましてありがとうございます。

我々としては、まずは実態把握ということで、大規模な必要医師数の実態調査というのを今実施をしておりまして、これ九月中、今月中に公表できると思っております。そこで見えてくる実際の科の偏在、地域の偏在の具体的な人数というのが出てまいりますので、それを是正しようということで、今おっしゃっていただいたドクタープール等の機能を担う地域医療支援センターというものを四十七都道府県に一つずつ設置をしたいということで、概算要求でも出させていただいているところであります。

これまでずっと言われていた懸案でございますので、しっかりとこの機能を使って日本の医療を立て直していきたいと考えております。

○秋野公造君　大臣、ドクタープール、医師バンク機能、どうしても重要であります。どうかよろしくお願いします。

続いて、障害者自立支援対策について伺います。

障害者の方が自立して社会で生きていかれることを支援する取組、非常に重要であると思っています。中でも、視覚障害者、全国で三十万人の方がいらっしゃいまして、中には九割の方が点字を読むことができません。そして、五千人の方が、毎年、糖尿病など様々な疾患のせいで視覚障害者になっていかれているという現状がございます。

こういった人たち、年金などのプライバシーの情報にもアクセスすることが困難な状況の中で、それを一つ解決するための手段、日本で解決をされました。（資料提示）今日、実際にその機械、お持ちをいたしましたけれども、音声情報をＱＲコードのような形でコード化した情報を、この携帯電話の中に入っているソフトで小さいこの情報を読み込むことができるようになりました。

〔理事森ゆうこ君退席、委員長着席〕

日本で開発されたこの技術を生かして、公明党は、年金の記録について、ねんきん定期便の封筒についてこの音声コードを載せることを提案をして、平成二十一年の四月に七千万人の加入者に配付をされたことは本当に視覚障害者にとって大きな勇気となったと私は思っています。大臣、次は、このねんきん定期便の内容について視覚障害者の方もアクセスすることができるようにこのコードを付けていくことだと思っています。

大臣のお考え、そして厚生労働省の取組、お聞かせください。

○国務大臣（長妻昭君）　関係各位の御尽力で、今現在、ねんきん定期便は、おっしゃっていただいたように、今封筒の表面に音声コードがございまして、これはねんきん定期便ですと、あるいは内容に対するお問い合わせは電話番号何番ですと、こういうようなことが情報として聞けるようになっているところでございます。

中身について、これも音声コード化しなければ意味がないんではないかと、確かに肝心の中身が一番重要でございます。

これにつきましては、来年中、遅くとも来年中には個人ごとの年金加入期間、加入期間に応じた年金額、保険料納付額を音声コード化して送付していくということを実現をしてまいる予定にしております。

○秋野公造君　ありがとうございます。来年中にできることを、本当に心強い答弁ありがとうございました。

そして、こういった障害者の方々を支援するための機器というものの開発というのは非常に経済ベースに合いません。ですから、行政の支援というものがどうしても必要なわけであります。昨年の補正予算でもこういったものを支援をさせていただいたおかげでこういったものができたわけでありますけれども、一方では、来年の七月の地上デジタル放送に対応したラジオなど、視覚障害者にとっての支援、そのための機器というのはもっともっと開発をしていかなくてはいけないと思っています。こういった流れを絶対に止めてはいけないと思っています。

公明党は、我が党がまとめた追加的な経済対策にこの内容を盛り込みましたが、せっかくこのように盛り上がってきたこの流れを絶対に止めないように、平成二十三年度以降どのように推進していくのか、厚生労働省のお考え、お聞かせください。

○大臣政務官（足立信也君）　委員が今御指摘された件につきましては、昨年度のこれは障害者自立支援機器等研究開発プロジェクト、これは十二テーマが選ばれておりますが、まさにこれは試作機の研究開発等、研究段階のもの、じゃ、二十二年度以降はどうやるかということにつきましては、これを実用化させていかなければいけないということで、当然、これを利用される方々は実用化に当たっては多様なニーズがあるのはもちろんでございますから、二十二年度予算では、障害者自立支援機器等開発促進事業と称しまして、当事者によるモニター評価、これをしっかりやっていこうということをまず今年度は取り組んでいるわけでございます。

更に申しますと、新成長戦略の中で、これは日本が持っている高い技術力、あるいは改良する力、開発力等も含めて、私は世界からも注目を集めている分野だと思います。

そうなった場合に、これを医療機器として扱うのか、あるいはＪＩＳ規格に合うものとして、というのは安全性等の評価がこれまた必要になってくると思います。

私どもは経済産業省と昨年からずっと共通のチームとしてこれは取り組んでおりまして、いかにその安全を担保しながら、しかも産業として使う方々のニーズに合ったものを開発していくかという取組を今後とも更に進めていきたいと、そのように思っております。

○秋野公造君　ありがとうございます。どうぞよろしくお願いします。

次は、高齢者が安心して暮らせる住宅政策について伺いたいと思います。

都市部を中心に孤独死の問題など、高齢者が安心して暮らすことができる体制、大急ぎでつくっていかなくてはいけません。高齢者が安心できるサービスが付いた高齢者住宅の供給拡大というものが急務であると考えます。この課題に対して公明党ずっと取り組んでまいりまして、その結果、昨年の五月、高齢者の居住の安定確保に関する法律が改正されまして、国土交通省と厚生労働省の共同所管の法律に生まれ変わり、国や地方自治体においても住宅政策と福祉政策が融合する形で高齢者の住まいについての取組が開始されることになりました。

国土交通省の概算要求伺いますと、昨年の二倍ということで三百五十億円要求をされてくださっております。厚生労働省も国土交通省と力を合わせて、孤立化がある高齢者のために今後生活支援サービス付きの高齢者専用賃貸住宅を増やしていくことになるかと思いますが、事業者にも利用者にも魅力ある施設にしていかなくてはいけないと思っています。

施設・在宅サービスを所管する厚生労働省として、この高齢者専用賃貸住宅をどのように考えているのか。また、高齢者介護サービスの中でどのように位置付けていくのか。厚生労働省のお考え、お知らせください。

○国務大臣（長妻昭君）　私どもは、今回の概算要求の一つの要求のコンセプトといいますか、ねらいというのを、今までの保護型社会保障から参加型社会保障へということを申し上げております。

参加というのは、雇用へ、地域へ、在宅へ、そういう流れをつくっていくというのも一つであります。そして、在宅といったときに、今おっしゃっていただいた高齢者専用賃貸住宅、いわゆる高専賃という言葉がこれからどんどん表に出てくると思いますけれども、これは在宅の一つの大きなポイントになるというふうに考えております。

今まで縦割りだったということがありましたが、我々は厚生労働省そして国交省と一緒に、厚生労働省はソフトの部分をサポートしていくというようなことで、私も横浜市を国土交通大臣と一緒にこの前視察にお邪魔をしたところでございまして、この高専賃というものを充実をさせて、サービスも、一階にこれはいろいろ介護の事

業所が入ったり、私が行ったところはクリニックも一階に入っていたんですけれども、そういうパッケージの施設をどんどん造っていく。これから福祉は、言うまでもありませんが町づくりと一体としてつくり上げていくと、こういうことが必要であるというふうに考えておりまして、特養の待機者の方の一定の方も、こちらの方が充実してくればこちらの方に来られる方もいるんではないかというふうにも考えているところであります。

○秋野公造君　大臣、おっしゃっていただいたとおり、せっかく建てていただいても魅力がなければ、途中でやめてしまうようなことになれば、また新たな介護難民というものが出てしまうと思います。どうかソフトの部分の充実をよろしくお願い申し上げます。

次に、若年者雇用対策について伺います。

先日、山口代表と、経済産業省が行うドリームマッチプロジェクトというイベント、参加をいたしました。新卒、既卒の若者と、そして中小企業とが出会う場所をつくり、説明を受けた後、気に入れば面接まで受けることができる取組でありました。私が行きました福岡でも二千名の学生、東京では三千名の学生、企業もたくさん参加をしておりました。

ネットで情報を取る若者にとって、ハローワークでの就職あっせんというのはどうもハードルが高いようであります。若年者の雇用を守るために、ハローワークでやっているあっせんだけではなく、若者がアクセスしやすい場所と時間で企業とマッチングさせる取組を行うべきである、昨年度よりももっと拡充させるべきであると私は考えておりますが、大臣の御見解、お知らせください。

○国務大臣（長妻昭君）　やはり実際に物理的に顔を合わせていくと。今本当にネット中心で情報というのが、あるいはエントリーシートもネットからメールでというようなことがありますので、厚生労働省としては、平成二十一年度は実際にマッチングというのを五百九十九回開催をいたしまして、それと、特に我々が申し上げて、介護就職デイということで、介護の現場はいまだに人手不足だということもございまして、それをハローワーク中心に四百二十二か所で開催をして、約一万人が参加をしていただいたということであります。

今年に入ってからも、四月から六月までの速報値ですが、六十六回開催をして、あとは地の利のいいところというお話で、六本木に六本木ジョブパークというのがございまして、そこで若い人中心に大規模な就職面接会を今年も七月六日から八日まで、九十六社参加していただいて開催をするということでありまして、そういう物理的にお会いをする出会いの場を一定程度つくっていくということはもうおっしゃるとおりだと思っております。

○秋野公造君　ありがとうございます。

最後に、多剤耐性菌について伺います。

私、発症している患者さんと保菌をしている患者さん、考え方を少し整理をして考える必要があるかと思っていますが、現時点で多剤耐性菌の保菌患者の監視状況について今どのように行っているかという質問と、この多剤耐性菌について一般国民にどのような影響があり、今後どのようなことに気を付けることがあるのか、国民向けのメッセージをお伺いして、質問を終わりたいと思います。

○政府参考人（大谷泰夫君）　多剤耐性菌についてのお尋ねでありますけれども、現在の特に帝京大学病院に入院しておられる保菌患者さんの状態についてまずお答え申し上げますけれども、帝京大学病院によりますと、九月十日現在で七名の患者さんがこの多剤耐性アシネトバクター保菌者であるというふうに承知しております。

現在、これらの保菌者の方々、多剤耐性アシネトバクターを体内に保有しておられますものの、それを原因とした症状を起こしていないということから、その個々の病態に応じた原疾患の治療を行うとともに、多剤耐性アシネトバクターの保菌状況について継続的に検査を行い、状況を注視しているというふうに聞いております。

また、院内における感染拡大が起こらないように、保菌患者を特定の病棟に集めて、保菌患者を担当する医師、看護師の専従化を行うことにより厳重に管理を行っているふうに聞いておりますが、こういった取組についてさらに各全国の医療機関で徹底していただくよう進めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君　みんなの党の川田龍平です。

先ほど藤井委員からも、今、秋野議員からも質問がありましたけれども、多剤耐性菌の院内感染問題について質問いたしたいと思います。

まず、一連のこの多剤耐性菌院内感染問題に関連した感染事例の確認をしたいのですが、現在厚生労働省で把

握している過去一年における報告事例数を教えてください。また、厚生労働省は、こうした院内感染発生事例について保健所等への報告を促していると聞きますが、多剤耐性菌に係る院内感染発生事例については報告義務があるのでしょうか。それについてもお答えください。

○政府参考人（大谷泰夫君）　厚生労働省におきましては、毎年度、都道府県あてに、医療法第二十五条第一項の規定に基づく立入検査の実施についてという医政局長通知を発しておりまして、都道府県に対しまして、院内感染を含めた重大な医療事故について厚生労働省への情報提供を行うよう協力依頼を行っております。

現在のその報告の数でありますが、平成二十一年九月からこの二十二年の八月までの一年間では五件でありますが、直近で、この九月に入りましても帝京大学において二件が報告されているということでございます。

それから、その報告の義務でありますけれども、この院内感染につきましては、平成十九年の医政局長通知におきまして、院内感染が発生した場合には地域の専門家等に相談が行われる体制の確保、これを通知しているところでありますが、必ずしも病院に対して行政機関へ通報を義務付けるということはしておらないところであります。

○川田龍平君　報告義務がないということは理解いたしました。

現在のところ、明確な報告基準のようなものが定められていないようですが、こうしたことは非常に重要なことであると思いますので、政府の策定するガイドラインなどで明確な指針を示すべきであると考えます。是非、こうした観点から、現行の感染症法を見直したり、院内感染予防のための法律などを整備するなどの政策を進めていくべきだと考えますが、院内感染防止ガイドラインに関連して質問いたします。

平成二十二年四月の診療報酬改定で感染防止対策加算というものが新設されたと聞きます。医科診療点数表によれば、専門教育を受けた看護師のうち専従職員を少なくとも一名配置し、感染防止対策の業務指針などを整備することなどが必要要件とされています。ここで示される業務指針というのは院内感染を防止するための生命線と考えますが、医科点数表の施設基準においても、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策などを講じることとされていますが、政府の考える最適な業務指針とはどういったものなのか、御答弁ください。

また、この業務指針が最適なものかどうかを検証する方法が準備されているかどうかも答弁していただきたいと思います。

○国務大臣（長妻昭君）　今おっしゃっていただきましたように、初めて診療報酬の中で、今年の四月から入院初日百点ということで、感染防止対策加算という診療報酬を付けさせていただきました。

そこで、指針というのを作らなければならないわけでございますが、指針というのは、これは一つは当然その基本的な考え方、情報共有の考え方がきちっと明記をされなければならないということと、あるいは病院に院内感染対策のための委員会を設置をしていくということも必要になります。あるいは院内感染対策のための従事するすべての方に対する研修についての基本方針というのも明記をしていただく、あるいは発生状況が速やかに報告に載るような、そういう体制整備、あるいは実際、発生時にどういう対応をするのか、具体的な対応マニュアルのようなものについても整備をしていただく、そしてこういう指針が患者さんにも情報共有できるような、そういうような方針というようなことについて特に着目をしているところであります。

そして、これらについては、新たな科学的知見に基づいて、専門家の意見を踏まえながら、各医療機関において随時その内容を検討して、各医療機関の責任において改善を図っていくということが重要であるというふうに考えております。

○川田龍平君　次に、こうした院内感染事例の国の疫学調査のありなしについて教えてください。

○大臣政務官（足立信也君）　藤井議員との議論のところでもあったと思いますが、例えば報告というものとサーベイランスという、調べていくということは、やはり実態を把握して動向を確かめて今後の対策を練ると、私は目的はほぼ同じところにあるんだろうと。

そんな中で、今、実態をとらえるためのというふうに置き換えさせていただきますと、一つは、院内感染対策サーベイランス事業、これはＪＡＮＩＳということで、先ほども議論ありました、八百四十七の医療機関、ここで様々な菌に対する調査をしているということが一点。それから二点目は、厚生労働省に依頼があった場合に、感

染症研究所所属の専門家チームを派遣して調査、助言を行う実地疫学調査を行う、この主に二点が今の対応でございます。

○川田龍平君　是非、このサーベイランス事業を通して情報提供をして病院環境の改善を促すというのは重要な作業であると考えます。こういった事業にはきっちりと予算を付けてしっかりやっていただきたいというふうに思います。

疫学調査を通して根本原因を突き止めるなど、次の予防策を検討していくことは重要な政策だと考えます。その意味では、なるべく多くの事象に医学的な介入をしていくことは重要だと考えます。人的、物的な制限があることは十分承知していますが、まさに医科点数表でエビデンスに基づくと標榜しているように、まさにそのエビデンスを提供するためにも、疫学調査に取り組みやすい環境を整える必要があると考えています。その意味でも、限定された臨床現場だけではなく、広く日本の医療現場全体から情報を吸い上げられるようなシステムが構築されることを願っています。

臨床現場に万が一にも帝京大学の事例のような、隠ぺい体質とやゆされても仕方がないような慣習が残っているとすれば、疫学調査や科学的な検証に値するような事例であっても表面化することなく黙殺されてしまいます。まじめに院内感染防止に取り組んでいる多くの臨床医の方々にとって貴重な事例となるかもしれない事例なのに、一部の不心得な隠ぺい体質によってかき消されてしまうようなことになれば、医療界のためにもなりません。こうしたことが起きないような医療システムづくりを是非検討していただきたいというふうに思います。

さて、抗生剤の使用状況について確認したいのですが、欧州各国と比較して日本の抗生剤の使用頻度が高く、適正な使用を望む声が多いということも聞きます。使用頻度については、日本の平均余命が最も長く、一般論として、死因の多くが肺炎であることを考えれば、抗生剤へのアクセスが良いので長寿を誇っているなどと関連付けている論文も見えますので、軽々に抗生剤の使用量が多いので減らせという議論に持ち込むべきだと思っていません。ただ、一般論として、抗生剤の処方の方法論が適正であるかどうかということの議論の余地はあると考えています。

また、抗生剤を処方されたのに、服用コンプライアンスが低いために、病状が改善したという自己判断で服薬を中止し、実は病気が完治していないために再発して、また同じ抗生剤が処方されて多剤耐性菌を発生させるリスクを生んでいるという話も聞きます。

こうした状況を考えますと、多剤耐性菌を生まないためにも抗生剤の適正使用の在り方を検討しなければならないと考えますが、抗生剤の適正使用の在り方について、抗生剤の処方、服薬コンプライアンスなどの観点から、医師である足立政務官に自身の経験も踏まえて政府の見解をお話しいただきたいと思いますが、よろしくお願いします。

○大臣政務官（足立信也君）　まず、多剤耐性菌というのは、これを防止する、絶対出ないようにするというのは不可能でございます。ですから、できるだけその発生を抑制するという考え方に立たなきゃいけないとまず思います。

ところで、ＷＨＯが八月二十日に加盟国に対して多剤耐性菌対策として四つの項目、これを挙げられました、推奨されました。

一番が薬剤耐性サーベイランス。これはもう委員おっしゃるように、これをしっかり取り組まなきゃいけないと思っています。また、足りないとも思っています。

二番目が抗菌薬の適正使用。これは、我が国では感染症学会や化学療法学会等でもう平成十七年に抗菌薬使用のガイドラインというものを作りまして、これはもう広く医療機関では、その方針に従ってできるだけ使わないようにというようなことがもう取り組まれているところです。

それから三番目、処方せんなく抗菌薬を販売することを中止。これは日本では処方せんなく抗菌薬を販売することはできませんので、これはもうやっております。

手指衛生などの感染防止策の遵守。これは日本にとっては、今後あるかもしれません新型インフルエンザ等においても公衆衛生対策あるいはその意識というのは極めて高いようになっておりますので、私は今十分やられているんだろうと思います。

それから、多剤耐性が院内感染になる場合のことですが、やはり現場対応が何よりも一番大切なことで、集団発生させない、そのために各病院においてはしっかりマニュアルを作って、指針を作っていただく、そのための手引というものを平成十九年に連絡をして、項目を挙げているところでございます。

○川田龍平君　それでは、抗ウイルス薬であるタミフルについても質問したいと思います。

お配りした資料の二の平成二十二年二月十四日付けの朝日新聞にありますように、タミフルを服用した患者さんから放出された代謝産物が下水などを経由して河川などに流れ出し、日本薬剤師会が耐性ウイルスの出現を懸念して調査を開始したとあります。

御承知のように、豚インフルエンザの流行によりまして日本におけるタミフルの使用量は急増しました。この豚インフルエンザによる急激なタミフル消費の置き土産と言ってもいいのがこのタミフルによる代謝産物であります。

朝日新聞の記事にもありますように、水鳥などが汚染された河川の水を摂取すると鳥の体内に潜むウイルスと接触して、このウイルスが突然変異をして感染力の強いウイルスになりかねないということが危惧されているのです。こうした指摘は、お配りした資料一にありますとおり、裏にありますとおりに、昨年の八月に読売新聞でも指摘されています。

この問題は多剤耐性菌への取組と同じ問題と認識していますが、これももろ刃の剣で難しいというのは十分承知しておりますが、豚インフルエンザのときもタミフルを使用したために日本の死亡事例が少なくて済んだという評価もあります。しかし、感染力の強いウイルスを生まないためにも、タミフルの適正使用のためのガイドラインが必要と考えるのですが、足立政務官の見解はいかがでしょうか。

○大臣政務官（足立信也君）　今議員もおっしゃっていただきましたが、日本の新型インフルエンザの対策に対して、重症化する方あるいは亡くなられる方が非常に少なかった、この要因の一つとして、迅速なタミフル等の抗インフルエンザ薬の処方が一つの要因になっているのではないかということは言われておりますし、私どもが開いた検証会議でもそのように言われております。

そんな中で、やはり使い過ぎと、あるいは安易に使うということは医療者としては厳に慎むというのは当然のことでございまして、一つの提言として、平成二十二年、今年の一月に日本感染症学会が、新規薬剤を含めた抗インフルエンザ薬の使用適応についてという提言をまとめております。これを厚生労働省としてはどう取り扱っていくかという問題でございますけれども、現在のところ、この提言を踏まえながら対処の方法を考えていきたいと私自身は思っております。

○川田龍平君　このタミフルを処方された人が服用せずに廃棄しているという事例もあるようですから、本当に必要な人に必要な薬を提供するという観点から是非考えていただきたいと思います。

次に、介護分野における雇用対策について質問いたします。

緊急人材育成支援事業において介護分野の基金訓練が行われているほか、「働きながら資格をとる」介護雇用プログラムも実施されていますが、これらの事業の実績はどうなっていますか。また、介護雇用プログラムについては、ホームヘルパー二級、介護職員基礎研修、介護福祉士、それぞれ資格別の割合まで示してお示しください。時間がないので、短くお願いいたします。

○大臣政務官（山井和則君）　お答え申し上げます。

直近で把握しているところでは、基金訓練を始めた昨年七月から今年四月までに介護・福祉分野における訓練を修了した方の就職率は七六・三％。そして、介護雇用プログラムは平成二十一年十月の緊急雇用対策で創設したものでありますが、二十一年度の雇用者数実績は千百七十五人であり、二十二年度の雇用計画数は六月末時点で一万一千二十七人。そして、介護雇用プログラムの実績数千百七十五人のうち、介護福祉士の資格取得を目指す事業で雇用された方は百三十八人で、ホームヘルパー二級の資格取得を目指す事業で雇用された方は九百七十七人。平成二十二年度の雇用計画数一万一千二十七人のうち、介護福祉士の資格取得を目指す事業で雇用をされる見込みとなっている方は千九百十一人、ホームヘルパー二級の方の見込みは八千九百六十九人となっております。

○川田龍平君　もう質問の時間がないですのでまとめますが、介護人材のすそ野を広くするという意味でヘルパ

ー二級を増やすのもいいのですが、介護事業者のニーズからして、介護福祉士あるいはサービス提供責任者になれる介護職員基礎研修修了者など、より訓練が積まれた人材が欲しいとの声もあります。基金訓練や介護雇用プログラムではヘルパー二級の研修が多く、介護職員基礎研修や介護福祉士のプログラムがまだ少ないからマッチングがうまくいかないのではないでしょうか。

これは介護の能力開発や就職支援全般の話としても言えますが、国として専門性が高いスキルの高い介護福祉士をたくさん養成し、離職率が高い介護職に未経験者でも正規雇用で長期間働けるようにしていくという方針があるんでしょうか。

また、介護福祉士の受験資格や専門学校卒業による取得の要件の変更方針が二〇〇七年に出て、介護現場からの声で今年八月に変更を延期する方針に変わるなど、国の方針が明確に見えません。その結果、介護職として長く働いていく中でのキャリアパスが見えにくくなり、介護現場や介護分野に就職した人の間でもどこに目標を設定して資格取得やスキルアップをしていくべきか明確な指針を見出せない状況です。いったん……（発言する者あり）はい。いったん現場に入れば、更なるスキルアップや資格取得の時間が取れない、過酷な労働条件であることが多いために、初めから高度な資格を取った方がよいのかなど、介護業界未経験者にとっては不安な要素が残ったままです。

今後、どのようなレベルの人材をいつまでにどれくらい養成していくのか、明確な国の指針をやっぱり示してほしいと思いますが、いかがでしょうか。済みません。（発言する者あり）

〇委員長（柳田稔君）　お答えは簡潔に願います。

〇大臣政務官（山井和則君）　御質問ありがとうございます。

川田議員御指摘のように、介護職員の不足は深刻でありまして、基金訓練の中でも非常に人気の高い分野でありますので、この基金訓練のコースを増やしております。

さらに、現場では、御指摘のように、やはりより専門性の高い、また現場経験のある人を雇いたいということで、ただ単に介護職員を雇いたいということではありませんので、その専門性が向上する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。

やはり賃金が安いということもありますが、一生の仕事として働いていけるように精いっぱい待遇改善に取り組んでまいります。

〇田村智子君　日本共産党の田村智子です。

今日はまず、医療費の負担軽減についてお聞きをいたします。

国民健康保険法第四十四条は医療費本人負担の減額、免除について定めていますが、この制度の活用は一部の自治体にとどまってきました。昨年度、モデル事業として三十自治体で取り組まれ、この結果を踏まえて、国としても減免の新たな基準を保険局長通知で示そうとしています。この間、医療関係者の皆さんからも、経済的な理由による治療の中断や受診を控えてしまう患者さんが増えていると度々指摘されてきました。また、医療費の支払のために借金を抱えてしまうという方々も多数おられます。こうした問題を解決できるように四十四条減免を運用しなければなりません。

モデル事業では、国からは次の基準が示されました。一つに協力医療機関での入院治療、二つに災害、廃業、失業などによる収入の著しい減少、三つ目に生活保護基準以下の収入でかつ預貯金が生活保護基準の三か月以内、このすべてを満たす世帯を減額、免除の対象とするというものです。

収入が激変した際の医療費減免は当然ですが、今、非正規労働者が増え、中小業者も十年以上にわたる不況の波に耐えています。恒常的に収入が少ないという世帯が増え続けているのが実態です。こうした方々も減免の対象とすべきではありませんか。

〇大臣政務官（足立信也君）　国民健康保険法第四十四条のところでございますけれども、私も野党時代、むしろこれは未収金対策というもので、保険者が機能していないのではないかということで質問させていただいたことがございます。

今の御質問についてですが、厚生労働省としては近々に、できれば今日中にその基準というものを定めたいと思っておりますけれども、今委員がおっしゃられた三つのことがございましたが、恒常的な低所得者も対象とす

べきではないかということにつきまして、これは生活保護の関係あるいは福祉的意味合いが非常に強くなってくる、それが医療保険での自己負担分の減免ということとどの程度、あるいはどういう意味合いの分け方が可能なのか等々、私はいろいろ問題があるのではないかと、そのように思います。簡単に言いますと、福祉的意味合いも非常に強くなってくる、医療保険の中での扱いだけでは済まない部分ができてくるのではないかと、そのようにとらえております。

○田村智子君　医療保険での対応も必要だと思います。

既に、減免制度を実施している自治体では、収入基準も生活保護の一一〇％から一三〇％にしていたり、入院だけでなく通院にも適用できるなどしています。自治体の判断で国の基準をより拡充できると、厚生労働省の通知でもこのことを明確にしてほしいと思いますし、当然、国の基準がこうだからと自治体に基準の引下げを強要するようなことがあってはならないと考えていますが、いかがですか。

○大臣政務官（足立信也君）　先ほど委員がお示しになられた三つの要件がありますけれども、これはまあ一つの、今のところは決定ではないということをもう一度重ねて申し上げます。

その中で、これに今までやっているし、取り組まれている市町村がここまで下げてくるというようなことはやはり望ましいことではないと思いますし、しかしながら市町村の自主性というものもやはり担保しなければならない。やっぱり、国の基準というものはそんな中でも最低限これぐらいはという感じの表現でございますので、それ、上積みの部分といいますかね、もっと市町村がやられるということについては、私はそれは望ましい部分があるのではないかと、そのようにとらえております。

○田村智子君　これまで医療費の減額、免除が広がらなかった大きな要因は、財政的な裏付けが明確でなかったということがあると思います。モデル事業では、減免した医療費の二分の一は特別調整交付金で国が補助をしています。この財政措置はこれからも続けていくと確認してよろしいですね。

○大臣政務官（足立信也君）　私どもとしては、基準を定めた以上、そしてそういう方々を何としてもそれが原因で医療が受けられないことのない事態にしたいということでございますから、減免額の二分の一の特別調整交付金、今後も補てんしていくという予定でおります。

○田村智子君　次に、熱中症対策についてお聞きします。

消防庁のまとめによれば、七、八月、熱中症によって四万五千九百四十九人が救急搬送されています。そのうち、既に死亡していた方が百五十八人、昨年の三か月間の約十倍に上ります。こうした事態に厚生労働省はどのような対策を取ってこられましたか。

○大臣政務官（足立信也君）　御案内のように、この熱中症対策というものは、主に取り組まれているところは環境省を中心として関係省庁が連携を取り合いながらやっていくということでございまして、昨年、熱中症環境保健マニュアル二〇〇九というようなことも出しているわけです。

じゃ、厚生労働省としてはどんな取組かと申しますと、大きく分けるとやっぱり三つございます。国民全体に対する熱中症に対する理解を深めていただくこと。それから、地域においては保健所を中心に健康相談を行うために最新情報を保健所等が配信していただく、情報を提供していただくというようなこと。それからもう一つは、やっぱり職場の中での、異常な高温下ということも十分職場の中であり得るわけでございますので、職場における、都道府県の労働局に対して的確な指導の指示や業界団体に対する取組の徹底を要請するというような、この主に三点が厚生労働省の取組です。

そしてさらに、この九月三日、非常に残暑が厳しい中で、特にお年寄りの熱中症にかかりやすい方に対して予防等に対して再度注意喚起をするというようなことを自治体に対して事務連絡をしたところでございます。

○田村智子君　予防法の周知だけではこういう被害を防ぐことはできません。事態はもっと深刻です。

共産党東京都議団の調べでは、熱中症による住居内での死亡者、九月六日までに二十三区で百三十人、そのうち分かっているだけでも五十五人の方がクーラーを持っていませんでした。

七月、東京豊島区で四十八歳の男性がクーラーも扇風機もない部屋で死亡した状態で発見されました。救急隊員が体温を測ると、死亡後数時間たっていたのに体温は四十度、意識がもうろうとしていたのか、携帯電話には番号にならない数字の発信記録が残っていたと新聞報道されています。この方は野宿生活から自立して清掃の仕

事を頑張っていた、そういう方が暑さで命を落としてしまう。今年が特別に暑かったで終わらせるわけにはいきません。

経済的な事情でクーラーがない、壊れても買換えができない、この場合にどのような支援策がありますか。

○大臣政務官（山井和則君）　お答え申し上げます。

全国の都道府県の社会福祉協議会が低所得者向けに生活福祉資金貸付制度というのを行っております。この制度におきましても、低所得者世帯が日常生活を送る上で一時的に必要と認められる経費も貸付対象とされているところでありまして、今年の夏のように猛暑が長期にわたり続いている状況を考えると、エアコン等冷房機器の購入や修理に伴う一時的出費も、地域によっては日常生活を送る上で一時的に必要な経費と認められ貸付対象経費となるものでございます。

○田村智子君　その制度が本当に知られていないんです。是非危機感を持って周知してください。また、返済は月々千円とか二千円ぐらいでよいとか、柔軟な対応をするよう各自治体に周知していただきたいと思います。

同時に、新たな支援策が必要ではないか、この検討をしていただきたいんです。その一つは、生活保護の夏季加算です。クーラーがあっても電気代が心配でつけられないという方が多数おられます。例えば、昼間はヘルパーさんがいる一時間だけヘルパーさんに申し訳ないからクーラーをつけた、あとは夜寝る前の二時間ぐらい、電気代は六月の二倍以上で五千円を超えてしまった、食費を削るしかないのかと気が重くなるという方がいました。電気代が心配でクーラーの設定温度は三十度という方もおられました。

暖房費がかさむ冬には冬季手当があるように、夏季手当を創設してほしいという要望も寄せられていますが、いかがでしょうか。

○国務大臣（長妻昭君）　今、厚生労働省の中にはナショナルミニマム研究会というのを政権交代後設置をいたしまして、国家が保障すべき最低限度の生活というのはどういうものなのか、いろいろなデータを公表して施策を打っております。

その議論の中で、今おっしゃっていただいたことについて二点をきちっと把握をして、どういうナショナルミニマムが必要か一度検討していきたいと思っております。その一つは、実際の夏の電力消費がどういう形に増加をしていくのかということを再度きちっと把握をしていこう、あるいは生活保護の世帯の方々のクーラーの保有率というのも正確にきちっと捕捉、把握をしていこうということを実行をしようというふうに考えているところでございます。そしてその後、全体の生活保護の在り方について、これは、冬季加算というのは今あるわけでありますので、そことの関連性も含めて検討をしていきたいというふうに考えております。

○田村智子君　是非、低所得者同士を比べて結果を出すようなことはやめてほしい、本当に一般世帯の中での夏季の電力消費がどうなのかということも含めて検討していただきたいと思います。

生活保護の皆さんも、今でもおふろは三日に一回とか、食事は一日に二回しか取らないとか、そのおかずも納豆だけとか、もう限界まで生活費を切り詰めておられる方がおられますので、これ以上電気代のために節約しろというような冷たい方向が出ないようしていただきたいと思います。

ヨーロッパでは、二〇〇三年に猛暑に襲われ多数の死者を出してしまいました。その後すぐに低所得世帯の実態調査が行われ、クーラーの支給などの対策も取られました。

日本でも各地で自治体や医療機関などが独自の対策に乗り出しています。大阪府吹田市では、今年八月、四か所の消防署で会議室を二十四時間利用できる熱中症シェルターとしました。医療機関や介護事業者の皆さんも独自に心配な高齢者を訪問して、場合によっては病院の待合室で涼んでもらったり水を配ったりと、懸命の努力をしています。

厚生労働省としても、従来のやり方を超えた対策が必要です。熱中症シェルターの設置や訪問活動など、国としての財政的な支援も行って対策を講ずるべきではないでしょうか。

○国務大臣（長妻昭君）　今御指摘いただいたこの熱中症防止シェルター、まあ避難所でありますけれども、今環境省が指針を検討している最中でございまして、地域における活用などについて、それを受けて厚生労働省としても可能な協力をしていきたいというふうに考えておりまして、重要性は認識をしております。

○田村智子君　これで終わりますが、その環境省では、公的な住宅ではクーラーの設置を義務付けることも必要

ではないかと、こういう検討も行われていますので、今大臣御答弁あったように、是非、夏季加算であるとか、あるいは低所得の方への見舞金、一時金など、是非踏み込んだ検討をしていただきたいと思います。終日三十度を超える日が続く中、クーラーもない部屋で耐えるしかないと、クーラー購入や電気代の支援もないと、これが今年の夏でした。涼しい場所の提供も含めて、是非これ続けていっていただきたいと思います。

私も、この質問を準備するに当たりまして、短い期間でしたけれども、実際に低所得の方々がどんなふうに夏を過ごされたかということでお聞きをしました。ある方は、もう人工透析を受けていて水分を取ることを制限されていると、それでもクーラーのない部屋に住まわれていると、これ九十歳の方なんです。こういう方に貸付金でお金借りてくれっていうふうに言えるのかということが今問われていると思うんですね。もう胸がつぶれるような現実が日本の社会に本当に広がってきています。政治の貧困が国民の貧困を広げてしまうと、こういうことが起こることは断じて許されません。

是非、今後も、地球温暖化に伴って、今年のような夏の暑さというのがこれで終わるわけではないと思います。これからは熱中症による死亡者は一人も出さないんだと、そのための新たな対策を強く求めて、質問を終わります。