

衆議院会議録 決算行政監視委員会第三分科会（2010年5月17日）

○中川主査 これより質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。玉木朝子さん。

○玉木（朝）分科員 民主党の玉木朝子でございます。本日は、こうした質問の機会を与えていただきまして、心より感謝申し上げます。

私は、昭和四十三年、膠原病の一種でございます全身性エリテマトーデスと診断され、病とともに生きてまいりました。昭和四十七年に難病対策要綱が制定されましたときは、これで親に迷惑をかけずに病院にかかれるんだと子供心に大変安堵したことを鮮明に覚えております。

現在、国が認定しております特定疾患治療研究対象疾患患者、平成二十一年度末で約六十五万名。平成二十一年の人口は一億二千七百万人でございますので、約二百人に一人の割合で難病患者がいるということになります。

ただ、御承知のように、我が国の難病対策のスタートは、欧米諸国に比べましても決して引けをとるものではなかったと私は思っております。しかしながら、三十八年経過した現在、難病患者に対します国の政策は、決して患者が安心して療養できる状態とは言いがたく、課題は山積いたしております。

本日は、当事者でもございます立場から、政府の難病施策につきまして、長妻厚生労働大臣にお尋ねいたします。

まず、障がい者制度改革推進会議についてお尋ねいたします。

大臣の御英断により、障害者自立支援法の廃止が明確になりました。一方で、内閣府に、障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を初めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革を行うために、障がい者制度改革推進本部が設置され、その下に障がい者制度改革推進会議が設けられました。この会議は、障害者の当事者によって構成されるという大変画期的な組織となっております。

ただ、残念なのは、この中でも難病患者に対する位置づけは明確にされていなかったように思います。当事者の意見を尊重するとの考えから選出されました十一名の委員の中に、難病患者の代表は入れていただくことができませんでした。ただし、その後、総合福祉法を検討する総合福祉部会には参加させていただくことになっておりますが、難病対策の多様性、今後の課題等を考えますと、推進会議委員に難病患者の代表を入れるべきではなかったのかと思っております。

難病と申し上げましても、相変わらず、谷間という言葉の中に、発達障害や高次脳機能障害の方々とともに入っているのが現状でございます。これから制定されようとして

おります仮称総合福祉法の中で障害者の定義などが議論されることになると思いますが、そもそも、難病問題について、難病対策についてどのように考えておられますでしょうか。推進本部のメンバーでもございます長妻大臣の御所見をお伺いしたいと思います。

○長妻国務大臣 まず、障害者自立支援法を廃止するということを申し上げまして、新しいそれにかわる制度については、制度の谷間がないという表現をさせていただきましたけれども、これは、難病の方が現在障害者自立支援法の対象となっていない、こういうことを申し上げたわけであります。

それについて今度は、新たな制度を検討する会議体であります障がい者制度改革推進会議、その中の総合福祉部会というところで、難病関係団体の野原さんという日本難病・疾病団体協議会の副代表の方に御就任をいただいて、御意見を聞いて、きちっと伺いながら進めていきたいというふうに考えているところであります。

玉木先生におかれましても、これまで、難病の御経験から、難病団体での取り組みをしていただいて、本当に私どももありがたく、感謝をしているところであります。

その中で、新たな総合福祉、障害者自立支援法にかわる制度を、難病の方々の御意見も聞いて議論していくということと、そして、厚生労働省内でも、難病患者の皆さんに対する医療や研究事業、福祉サービス、就労・雇用支援などの横断的な課題に対応するために、新たな難治性疾患対策の在り方検討チームというのを厚生労働省内に設置いたしまして、長浜副大臣が座長として、今、会合して検討させていただいているということであります。

いずれにしても、難病の方々の医療や福祉等の充実に今後とも努めてまいりたいと考えております。

○玉木（朝）分科員 ありがとうございます。

ただいま大臣の方からお言葉の出ました、新たな難治性疾患対策の在り方検討チームでございますが、このたび、厚生労働省内に新たな難治性疾患対策の在り方検討チームが設置されましたことは、従来は、医療や福祉、雇用がそれぞればらばらに行われておりましたが、医療、研究、福祉、就労・雇用支援等の施策を横断的に検討する場が初めて設置されたことは、大変画期的なことだと私どもも考えております。構成メンバーも、省内の関係する部局を網羅いたしており、患者の立場からは心強い限りでございます。

この検討チームが、形だけでなく、具体的に機能するように願うものでございますが、そこで、幾つかお尋ねしたいと思います。

まず、医療費の助成についてお伺いいたします。

医療費は、患者にとって生きるための命綱でございます。特に、公費対象疾患に認定されていない疾患の患者にとって、認定疾患として認められるかどうかでその患者及び

家族の生活形態が決まってしまうと言っても過言ではありません。

しかしながら、現在、特定疾患治療研究対象疾患として認定されている疾患数はわずか五十六疾患。現在、研究対象疾患として認められている小児慢性疾患も含めると、約九百の疾患がございますが、こうした疾患の方々が公費対象疾患として認められるまでには、雲をつかむような年月が必要となってしまいます。

そこで、お尋ねいたします。

今後、対象疾患の拡大について、具体的にどのような方向性を考えておられますでしょうか。お願いいたします。

○長妻国務大臣 これは、今御指摘いただきましたように、これまでの仕組みであると、非常に今多くの難病の関係団体からも御要望をいただいているところでございますが、今、医療費助成が受けられる方々というのは五十六疾患ということで、一つ一つ対象疾患をふやすというのは非常に、手続的にも、特定疾患対策懇談会の意見を聞いて決定をするという従来のスキームだと、なかなかそれをふやしていくというのは時間がかかるということでもあります。

そのために、先ほど御紹介しました厚生労働省の中の、省の中にも縦割り行政というのがあるというのを私も痛感いたしまして、省の中の局の間も横断的にメンバーを出してもらって、副大臣が座長で、それを横ぐしを刺していく新たな難治性疾患のあり方検討チームで、難病の方の医療費助成の特定疾患治療研究事業の認定のあり方、手法、仕組みについても、従来の手法のままでいいのかどうかということも含めた検討をしようということで、各局横断的に今集まって検討を始めているところであります。

○玉木（朝）分科員 私、かねてより、当面の対策は別といたしましても、将来的には、難病対策は難治性疾患克服研究事業ということに特化し、原因究明と治療法の確立に取り組むべきではないかというふうに考えております。

医療費の負担につきましては、医療保険制度の中で、特に高額療養費制度の中に長期療養給付制度等を拡充するなどの措置を検討した方がよいのではないか、あるいは必要があるのではないかと思っております。

今回の検討チームでも高額療養費制度の見直しの方向性が示されておりますが、これにどう取り組むか、どんなお考えかをお伺いしたいと思っております。

医療制度改革の中で検討されることになろうと思いますし、財政状況等も勘案されることは承知しておりますが、単なる作文に終わらせないようにするためには、ある程度の目途を立てて取り組まなければ一歩も進まないというふうに考えておりますので、ぜひ大臣のお考えをお願いいたします。

○長妻国務大臣 今、高額療養費制度の見直しの中で難病をどう位置づけるのかという趣旨だと思いますけれども、これについて、我々としては三つの論点で議論、検討をしていこうというふうに考えております。

まず第一には、特定の疾病に着目した軽減策を講じるかどうか、あるいは疾病にかかわらず、所得に応じた自己負担限度額の水準を見直すのが適切なかどうか。特定の疾病というのは難病ということでもございますが。第二に、仮に特定の疾病に着目した場合、公平公正な仕組みをどのように担保するのか。第三に、医療機関や保険者の実務運用面についてどのような改善が可能であるのか。

こういう論点につきまして、全体の高額療養費制度の見直しの中で、今年度、患者さんや保険者、医療関係者が入った社会保障審議会のもとにあります医療保険部会というところで、今申し上げたような論点も含めた議論を開始していこうというふうに考えております。

○玉木（朝）分科員 ありがとうございます。

私自身の疾病は、確かにこの五十六疾患の中に入っております。ただ、患者会活動を長年続けておりますと、同じ難病でありながらこの認定患者の中に入らない疾病の団体等の方たちから、いろいろな要望を受けております。ちょっとした検査結果がもとで、こちらは認定患者、こちらは認定されない。しかし、同じような治療を受けなければならない。また、難病でなくても、長期慢性ということで死ぬまで療養を続けなければいけないというような患者がたくさんおります。

その患者の中で、患者団体があって行政に対して要望できる、また、知り合いの国会議員等がいて要望できる、そうした声の強い人だけを取り上げるようなやり方は、私自身は絶対にいけないことだ、国民全体の医療が安心して受けられるような形にしなければいけない、基本的にそういう考えを持っておりますので、ぜひその辺のところをお酌み取りいただければありがたいと思います。

続きまして、直面している問題といたしまして、認定申請手続の改善についてお尋ねいたします。

現在、認定されている患者は、一年に一度非常に複雑な申請書類の提出が義務化されております。特に、平成二十一年度からは高額療養費の制度が変わりましたために、より複雑な事務手続となりました。そのため、申請者自身の負担、混乱にとどまらず、医師の負担、そして都道府県や保険者の膨大な事務量は大変なものでございます。

個人調査票、住民票、所得調査票等々、毎年必ず提出しなければならない必要性はないと思われます。二年に一度あるいは三年に一度程度の申請で十分かと思われますが、いかがお考えでしょうか。お答えをお願いいたします。

○足立大臣政務官 お答えいたします。

先ほど来玉木議員のお話を聞いておりまして、研究事業と医療費助成というのはやはり分けて考えなきゃいけないのではないかという大もとの考え方、私はそれは正しい方向性であろうというふうに思っております。

そんな中で、では今その位置づけがどうなっているかということの整理がまず必要だろうと思います。

御案内のように、これは難治性疾患克服研究事業というものの中で、研究奨励分野、重点研究分野、そして臨床調査研究分野というふうに、調査研究、臨床研究の研究事業なんです。それが、臨床調査研究分野が百三十疾患ありまして、その中で五十六疾患が特定疾患治療研究事業ということで医療費助成という形になっているわけです。

ですから、この大もとの事業そのものは、やはり調査研究というものが基本にあるということで、調査票、調査個人票そのものを提出することは私は意義が高い、そのように思っておりますが、そんな中で、その調査票をもとに平成二十一年度も特定疾患の疫学に関する研究等が行われているところです。

しかし、御案内のように、患者さんの方や医師の方から、記入や提出の負担が大きい、事務作業量の負担が大きい、研究目的で利用することを考慮すべきだ、さまざまな意見が出ていることはもう承知しております。

そんな中で、私はやはり簡略化ということはぜひ必要なんだろうと。その中の一つの考え方として、今、電子カルテ等がこれから普及していくと思いますが、その利用等を考え合わせると、簡略化できる部分は相当あると思います。必要性は認めながらも簡略化の方向で検討していきたい、そのように思っています。

○玉木（朝）分科員 ありがとうございます。ぜひ、その簡略化、患者にとって楽な形で申請が進められるようお願いしたいと思います。

その中の一つでございますが、収入基準というものがございます。収入基準は、世帯の生計中心者の収入が医療費を確定する基準となっております。これでございますが、せめて患者本人の収入に合わせて医療費を算定していただく方式はとれないものでしょうか。家族に世話になりながら病院通いをしなければならない患者にとりまして、治療費の毎月の支出は、家族の中で大変肩身の狭い思いであることを御理解いただいて、お答えをお願いいたします。

○足立大臣政務官 これは結論から申しますと、先ほど大臣からお話のありました、新たな難治性疾患対策の在り方検討チームで検討する課題であることは間違いありません。その項目の一つだと思います。

現実はどうなっているかということなんですが、今おっしゃったように、特定疾患や小慢については生計中心者の所得、自立支援医療につきましては世帯の所得、それから、

一般的な医療保険や高額療養費制度は被保険者個人の所得状況というふうになっているわけですが、このことが、自立支援法の時も、かえって世帯分離を招くのではないかと、あるいは個人の就業にとってそのことがプラスになるかマイナスになるかで非常に難しい問題ではないかと等の議論が確かにありました。

ですから、結論に戻りますけれども、今の検討チームでまさに検討すべき事柄だと私は思っております。

○玉木（朝）分科員　どうかよろしく願いいたします。

では、次の質問に入らせていただきます。就労問題についてお尋ねいたします。

私ども、かねてより難病患者の就労は障害者の方々と同じ条件でと要望を続けてまいりました。昨年四月から、モデル事業ではございますが、難治性疾患患者雇用開発助成金制度がスタートいたしました。

ただし、この一年間で給付されたものが十一件、現在申請中のものが七十六件でございます。わずか七十六件とも言えますが、実は、各県のハローワーク等で関係者への周知を一生懸命やっていたいただいた結果、やっと七十六件になったという結果だろうと思っております。関係者の努力には大変感謝いたしておりますが、七十六件では余りにも少な過ぎるというふうに私自身は考えております。

そこで、御質問いたします。

職業安定局がまとめられた二十一年度における障害者の職業紹介状況等によりますと、その他の求職者というものがあまして、その中に、発達障害者の皆さんや難病患者がカウントされております。その数は、平成十二年度がわずか二百七十三名でございましたが、その後毎年ふえ続け、二十一年度は十倍の二千四百三十五名となっております。

十年以上前は、ハローワークの窓口で難病患者であることを前提に相談いたしますと、治ってから来てくださいなど心ないことを言われまして、悔しい思いをした患者が数多くありました。この増加傾向は、働かなければ生きていけないこともございますが、担当窓口を患者が信用するようになったあかしのようにも思えます。

そこで、難病患者等の就労を拡充していただくためには、もう少し踏み込んだ改善施策が必要だと思えます。

二月ほど前に、私、地元で、ハローワークが開催しております障害者の就労相談会を見学させていただきました。参加企業は、法定雇用率を達成するために呼び集められておりました。

そういう現実を見ますと、障害者雇用促進法における障害者の方々と同じ法の中で難病患者を扱うことが必要だと思えました。難病患者の就労につきましても、法定雇用率へのカウントを認めていただくことはできないものではないでしょうか。例えば、せつかく制度化していただいた難治性疾患患者雇用開発助成金を受けている企業には、何らかの形で

雇用率に算定することはできるように考えますが、いかがでしょうか。

○長妻国務大臣 今御指摘の点は、難病の皆様方が就労をしていただいて、その支援をきちっとするというのは重要なことだというふうに考えております。

昨年度創設された、今おっしゃっていただいた難治性疾患患者雇用開発助成金ということで、企業に対して、一定の難病の方を雇っていただいたところは助成を出すという制度が始まりまして、それとともに、ジョブコーチという名前がついておりますけれども、またはハローワークにいる職員が職場定着支援等の支援策も活用、支援をさせていただくという体制をとらせていただいております。

そして、今お尋ねは、障害者雇用率制度の対象に難病の方も、あるいはこの助成金の支給を受けて雇用された方を対象にすべきではないかというお尋ねでありますけれども、これについては今も、難病の方でも障害者手帳をお持ちの方はもちろんその対象となっておりますけれども、それをお持ちでない方は対象となっていないわけであります。

やはり、障害者手帳あるいは障害者雇用率というのは、難病の方の中でも実際に障害者手帳の認定をされるされない、そういう基準で決めさせていただいております。ある意味では、難病が実際にどういう症状が表に出ているのかということにかんがみてこの制度というのが今あるということでありますので、これについて直ちに雇用率に含めるということは考えておりませんけれども、ただ、障害者の雇用のみならず、難病の方の雇用も企業にきちっとしていただくような、そういう支援策については、我々も今後とも怠りなきよう取り組みを続けていきたいというふうに考えております。

○玉木（朝）分科員 ただいまの問題に関しましては、私ども、特定疾患の患者が大変死亡率が高かったころはそれほど問題にしておりませんでした。いろいろな治療研究が進みまして、治らないけれども生きられる、そういう状況の中で、患者といえども、病気を持っていたても、どうしても働かなければ食べていけない、特に年金もございませんので。そういう状況の中で就職をしようとするときに、やはり相手方、雇用する方にもある程度の恩恵がないと、雇用する方も雇用していただけないというような状況がございます。

いろいろな就職相談会等を見ておりましても、また各都道府県の対応を見ておりましても、法定雇用率がワーストファイブの中にどうしても入りたくない。ワーストファイブの中に入ってしまうと新聞等で、例えば私の地元は栃木県でございますが、栃木県もワーストファイブの中に入っております。それだけはやりたくないということで、障害者の方の特別の就職相談会を開く、そういう現実問題がございます。

そういうことを考えますと、やはり難病患者の場合も、ある程度相手方に、雇用してもらう方に何らかのきちんとしたものがないとどうしてもだめだというのは、今まで何十年間の中で私どもが本当に切実に感じている問題でございますので、何度も何度も、

ただいま大臣が言われました手帳の問題、それから障害者として認定されていない問題、これは、厚生省と労働省がまだ一緒にならない以前、労働省の方に陳情に参りましたときも何度も何度も言われていた問題でございますので、せっかくこうした検討チームができましたので、そうした垣根を取り払うような形でやっていただきたいと思います、もう一度御回答をお願い申し上げます。

○長妻国務大臣 難病の方でももちろん、障害者手帳をお持ちになる、そういう要件の方については雇用率が適用されるということでもありますけれども、では、難病の方でその手帳を持っておられない方ということでもあります、これについては我々も、先ほど申し上げました助成金の活用で一定の、今後とも就職件数についても増加する見込みだと思っておりますので、それをさらに周知して、難病の方々が就職できるように我々も支援をすると同時に、その助成金が具体的にどういう効果が上がって、あるいは、問題点があるとするばどういう問題なのかということについても現状把握をしていきたい。

そして、ハローワークにおける職場定着支援等の支援策についても、現状把握をして、さらに不足する部分があれば、それを補う支援策をしていくということも我々実行していきたいと思っております。

○玉木（朝）分科員 ありがとうございます。

このたびはこうした機会を与えていただきまして、大変うれしく思います。本日は、患者団体の仲間の皆さんも傍聴に来ていただいておりますが、大臣に直接難病患者の実情をお話できるのも、議員としての議席を与えていただいたおかげと考えております。

ただ、最後に、私の基本的な考えを一つだけ述べさせていただきます。

一般的に谷間という言葉が使われておりますが、私は、難病患者が谷間に置かれている人間だとは考えておりません。難病であれ障害を持った方であれ、生きていく上で治療が必要な道連れを持ってしまった、そのための方策を考えなければならないと思いながら患者会活動を続けてまいりました。これからもその考えのもとで医療制度の充実に取り組んでまいりたい、そのように考えております。

どうか今後の御指導をお願い申し上げまして、私の質問を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○中川主査 これにて玉木朝子さんの質疑は終了いたしました。御苦労さまでした。

強い経済、強い財政、 強い社会保障。

Manifesto 2010

第94代
内閣総理大臣
菅 直人

新しい日本へ

昨年の総選挙では、国民の皆様の英断によって、日本の民主主義の歴史に残る政権交代を実現することができました。その背景にはバブル崩壊以降、長期にわたってわが国を覆っている閉塞感、将来への漠然とした不安があったと私は受け止めています。この閉塞感を吹き飛ばし、未来に対して希望を持つことができる、新しい日本を始めることが新政権に与えられた最大の使命です。

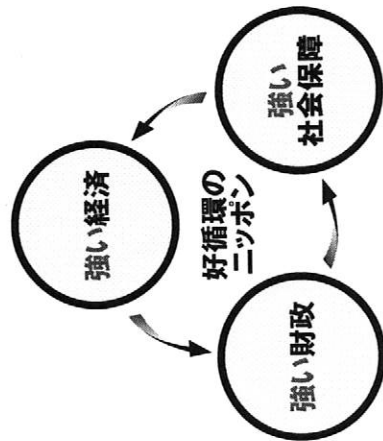
「第三の道」

この閉塞感を吹き飛ばすため、私は「第三の道」を選択します。それは、過度に財政に寄りかかった手法でもなく、過度に競争に偏った手法でもない、経済、財政、社会保障を一体として捉える経済政策です。

「第一の道」は公共事業中心の経済政策であり、それは高度成長期には時代にあっていましたが、その後は巨額の財政赤字を積み上げることとなりました。

「第二の道」は偏った市場原理主義に基づく経済政策であり、それはデフレを長期化させ、「企業は社員をリストラできても、国は国民をリストラできない」という根本的な問題を放置したため、国民生活は極端に不安定になりました。

政治のリーダーシップを欠いたまま、産業構造や社会構造の変化に対応できていない結果、経済の長期低迷、財政政策を続けた結果、社会保障の不安定化が進みま赤字の拡大、社会保障の不安定化が進みま「第三の道」に取り組みます。わが国が抱える環境問題や少子高齢化など、喫緊の課題への解決策。急速に成長するアジア、国内の資源を活かせる観光分野などへの積極策。これらが生み出す大きな需要に応えることで雇用を拡大します。そこから経済の拡大（強い経済）、財政の再建（強い財政）、社会保障の充実（強い社会保障）という好循環をつくり出します。日本の閉塞感は政策が招いたもの。だから、政策で吹き飛ばすことができます。「第三の道」こそが、その政策であると、私は確信しています。





強い経済

グリーン・イノベーション

再生可能エネルギーを全量買い取る固定価格買取制度の導入と効率的な電力網(スマート・グリッド)の技術開発・普及、エコ家電・エコ住宅などの普及支援、2011年度導入に向けて検討している地球温暖化対策税を活用した企業の省エネ対策などを支援します。

人材養成

実践的な職業能力を認定する資格を導入し、時代に合った、国際的に活躍する人材を養成します。

総理、閣僚のトップセールスによるインフラ輸出

政府のリーダーシップの下で官民一体となって、高速鉄道、原発、上下水道の敷設・運営、海水淡水化などの水インフラシステムを国際的に展開。国際協力銀行、貿易保険、ODAなどの戦略的な活用やファンデーションなどを検討します。

クール・ジャパン

食、音楽、文化、ファッション、デザインなどへの戦略的投資を実施し、海外への情報発信を強化します。映像・アニメ・音楽などのコンテンツ保護強化・デジタル化などによる新規ビジネス創出を推進します。

医療・介護、農業、住宅などの新たな成長産業

日本の先端医療技術を活かした国際医療交流の促進、生産・加工・流通までを一体的に担う農業の6次産業化、住宅のバリアフリー・耐震補強改修支援などにより潜在需要を掘り起こします。

規制改革

幼保一体化に向けた幼稚園、保育所などの施設区分の撤廃、再生可能エネルギーの普及拡大に向けた発電施設などにかかわる規制の見直しなどの規制改革を進めます。

総合特区・都市政策

規制改革、税制の特例、事後の整備など必要な政策を総合的に実施する総合特区を展開し、地域を再生します。首都圏などの大都市の活性化をめざし「大都市圏戦略基本法」(仮称)の制定などを進めます。

- 政府と日本銀行が協力して集中的な取り組みを進め、早期にデフシを克服。
- 名目成長率3%超、実質成長率2%超の経済成長。(2020年度までの平均)

ライフ・イノベーション

医療機器・医薬品のイノベーション、ICTと医療・介護産業の融合による遠隔医療、再生医療や介護ロボットの実用化などを支援します。

観光

訪日観光客3000万人の実現に向けた観光情報の戦略的発信、ビザ要件緩和などを進めます。むら・まちづくりと一体の多様な観光資源を活かした魅力ある観光地づくりや「ローカル・ホリデー制度」創設などを進めます。

EPA・FTA

アジアをはじめ各国とのEPA・FTAの交渉などを積極的に進めるとともに、投資規制の自由化・緩和などの国内制度改革に一体的に取り組めます。

法人税率引き下げ

法人税制は簡素化を前提に、国際競争力の維持・強化、対日投資促進の観点から見直しを実施します。あわせて、中小企業向けの法人税率の引き下げ(18%→11%)、運賃保証人制度、個人保証の廃止を含めた見直しを進めます。

宇宙・海洋

衛星により収集された情報の多面的活用などを進め、宇宙産業の活性化を図ります。海洋基本法に基づく海洋政策を推進し、排他的経済水域や大陸棚の確保・活用を進めます。

沖縄

沖縄を東アジアの経済・文化交流の拠点と位置づけ、地域の特性を活かせる施策の先行実施や、地域独自の施策を行います。



未来を担う子どもたちへの 政策を最優先にします。

チルドレン・ファースト。子育て支援や高等教育も含めた教育政策のさらなる充実で、社会全体で子どもを育てる国をつくりあげます。

4/ 子育て・教育

- 財源を確保しつつ、すでに支給している「子ども手当」を1万3000円から上積みします。
- 上積み分については、地域の実情に応じて、現物サービスにも代えられるようにします。
現物サービスとして、保育所定員増・保育料軽減、子どもの医療費の負担軽減、給食の無料化、ワクチン接種の公費助成などを検討します。
- 2011年度から「子ども手当」に国内居住要件を課します。
海外に住んでいる子どもは対象にしません。
- 出産育児一時金、不妊治療支援など出産にかかわる支援策を拡充します。
- 大学生、専門学校生などの希望者全員が受けられる奨学金制度を創設します。
また、大学の授業料減免制度を拡充し、教育格差を是正します。
- 出産から成長段階までの切れ目のないサービスを実施します。
特に、就学前の子どもへの保育・教育の一体的提供を進めます。
- 少人数学級を推進するとともに、学校現場での柔軟な学級編制、教職員配置を可能にします。

菅直人 HISTORY



NAOTO KAN

市民運動から、総理へ。

③

政治の可能性を実感。

1996年橋本内閣で厚生大臣として初入閣。薬害エイズ問題の真相究明に取り組む。HIV訴訟の原告の方々と直接会い、謝罪。国の加害責任を公式に認め、和解を促進しました。



病気や高齢への不安を 全力で減らしていきます。

財源を確保して、持続可能な社会保障制度を構築します。

5/ 年金・医療・介護・障がい者福祉

- 「消えた年金」「消された年金」に2011年度まで集中的に取り組むとともに、「納めた保険料」「受け取る年金額」がわかる「年金通帳」などの仕組みをつくり出す。
- 年金保険料の流用はさせません。
- 年金制度の一元化、月額7万円の最低保障年金を実現するためにも、税制の抜本改革を実施します。
- 後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。
- 診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます。
- 地域の医師不足解消に向けて、医師を1.5倍に増やすことを目標に、医学部学生を増やします。看護師など医療従事者の増員に、引き続き取り組みます。
- 新型インフルエンザ対策としてのワクチン接種体制の強化、がんの予防・検診体制の強化、肝炎治療に対する支援などに集中的に取り組めます。
- ヘルパーなどの給与の引き上げに引き続き取り組み、介護にあたる人材を確保します。
- 在宅医療、訪問看護、在宅介護、在宅リハビリテーションなどを推進し、地域で安心して生活できる環境を整備するとともに、家族など実際に介護にあたっている人を支援します。
- 「障害者自立支援法」を廃止した上で、応能負担を基本とする包括的な障がい者福祉の法律を制定します。
- 自殺対策に積極的に取り組み、相談体制の充実、メンタルヘルス対策の推進、精神科医療の適切な受診環境の整備などを推進します。



「地域主権改革」で、地域の活力を再生します。

地域の権限や財源を大幅に増やし、地域のことは地域で決められるようにします。

9/ 地域主権

- 地方が自由に使える「一括交付金」の第一段階として、2011年度に公共事業をはじめとする投資への補助金を一括交付金化します。引き続き、さらなる一括交付金化を検討します。
- 国直轄事業に対する地方の負担金廃止に向けて、引き続き取り組みます。
- より質の高い住民サービスが確保できるよう、福祉事務所の設置や公園に関する基準などは、身近な自治体が決められるようにします。



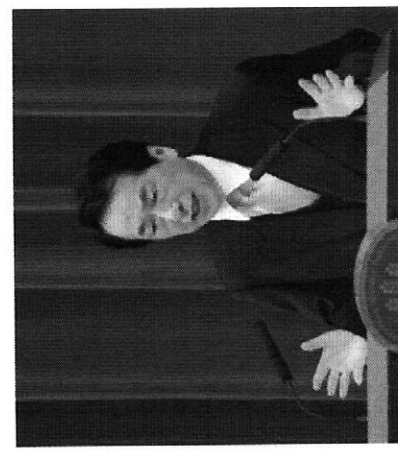
公共事業のあり方を見直し、地域を活性化します。

人の移動や物流にかかわる負担を軽減します。地域の実情に応じた移動手段を確保します。

10/ 交通政策・公共事業

- 自動車重量税・自動車取得税は簡素化とグリーン化の観点から、全体として負担を軽減します。
- 高速道路は、無料化した際の効果や他の公共交通の状況に留意しつつ、段階的に原則無料とします。
- 人々の社会参加の機会確保、環境にやさしい交通体系の実現をめざして、「交通基本法」(仮称)を制定し、公共交通を含む総合的な交通体系を構築します。
- 中止の方針を表明しているハッ場ダムをはじめ、全国のダム事業について、予断を持たずに検証を行い、「できるだけダムにたよらない治水」への政策転換を一層進めます。
- 選択と集中の観点から、ハブ空港の戦略的整備に取り組み、一層の新規参入・増便・運賃・サービス面での競争促進などに資するオープンスカイを推進します。
- 社会資本の維持・更新などを着実かつ戦略的に進めていくため、民間の資金、経営能力、技術的能力を活用した仕組み・手法を積極的に取り入れます。

菅直人 HISTORY



NAOTO KAN
市民運動から、総理へ。

⑤

ついに政権交代、
そして総理に。

2009年には政権交代を実現、副総理・国家戦略担当大臣に就任しました。その後財務大臣を経て、ついに内閣総理大臣になりました。

基 本 合 意 文 書

平成 22 年 1 月 7 日

障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と

国（厚生労働省）との基本合意文書

障害者自立支援法違憲訴訟の原告ら 71 名は、国（厚生労働省）による話し合い解決の呼びかけに応じ、これまで協議を重ねてきたが、今般、本訴訟を提起した目的・意義に照らし、国（厚生労働省）がその趣旨を理解し、今後の障害福祉施策を、障害のある当事者が社会の対等な一員として安心して暮らすことのできるものとするために最善を尽くすことを約束したため、次のとおり、国（厚生労働省）と本基本合意に至ったものである。

一 障害者自立支援法廃止の確約と新法の制定

国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成 25 年 8 月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害福祉施策の充実、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。

二 障害者自立支援法制定の総括と反省

- 1 国（厚生労働省）は、憲法第 13 条、第 14 条、第 25 条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める。
- 2 国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案・実施に当たる。
- 3 今後の新たな障害者制度全般の改革のため、障害者を中心とした「障がい者制度改革推進本部」を速やかに設置し、そこにおいて新たな総合的福祉制度を策定することとしたことを、原告らは評価するとともに、新たな総合的福祉制度を制定するに当たって、国（厚生労働省）は、今後推進本部において、上記の反省に立ち、原告団・弁護団提出の本日付要望書を考慮の上、障害者の参画の下に十分な議論を行う。

三 新法制定に当たっての論点

原告団・弁護団からは、利用者負担のあり方等に関して、以下の指摘がされた。

- ① 支援費制度の時点及び現在の障害者自立支援法の軽減措置が講じられた時点の負担額を上回らないこと。
- ② 少なくとも市町村民税非課税世帯には利用者負担をさせないこと。
- ③ 収入認定は、配偶者を含む家族の収入を除外し、障害児者本人だけで認定すること。

- ④ 介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること。
- ⑤ 実費負担については、厚生労働省実施の「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成21年11月26日公表）の結果を踏まえ、早急に見直すこと。
- ⑥ どんなに重い障害を持っていても障害者が安心して暮らせる支給量を保障し、個々の支援の必要性に即した決定がなされるように、支給決定の過程に障害者が参画する協議の場を設置するなど、その意向が十分に反映される制度とすること。
そのために国庫負担基準制度、障害程度区分制度の廃止を含めた抜本的な検討を行うこと。

国（厚生労働省）は、「障がい者制度改革推進本部」の下に設置された「障がい者制度改革推進会議」や「部会」における新たな福祉制度の構築に当たっては、現行の介護保険制度との統合を前提とはせず、上記に示した本訴訟における原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、次の事項について、障害者の現在の生活実態やニーズなどに十分配慮した上で、権利条約の批准に向けた障害者の権利に関する議論や、「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成21年11月26日公表）の結果も考慮し、しっかり検討を行い、対応していく。

- ① 利用者負担のあり方
- ② 支給決定のあり方
- ③ 報酬支払い方式
- ④ 制度の谷間のない「障害」の範囲
- ⑤ 権利条約批准の実現のための国内法整備と同権利条約批准
- ⑥ 障害関係予算の国際水準に見合う額への増額

四 利用者負担における当面の措置

国（厚生労働省）は、障害者自立支援法廃止までの間、応益負担（定率負担）制度の速やかな廃止のため、平成22年4月から、低所得（市町村民税非課税）の障害者及び障害児の保護者につき、障害者自立支援法及び児童福祉法による障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料とする措置を講じる。

なお、自立支援医療に係る利用者負担の措置については、当面の重要な課題とする。

五 履行確保のための検証

以上の基本合意につき、今後の適正な履行状況等の確認のため、原告団・弁護団と国（厚生労働省）との定期協議を実施する。

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

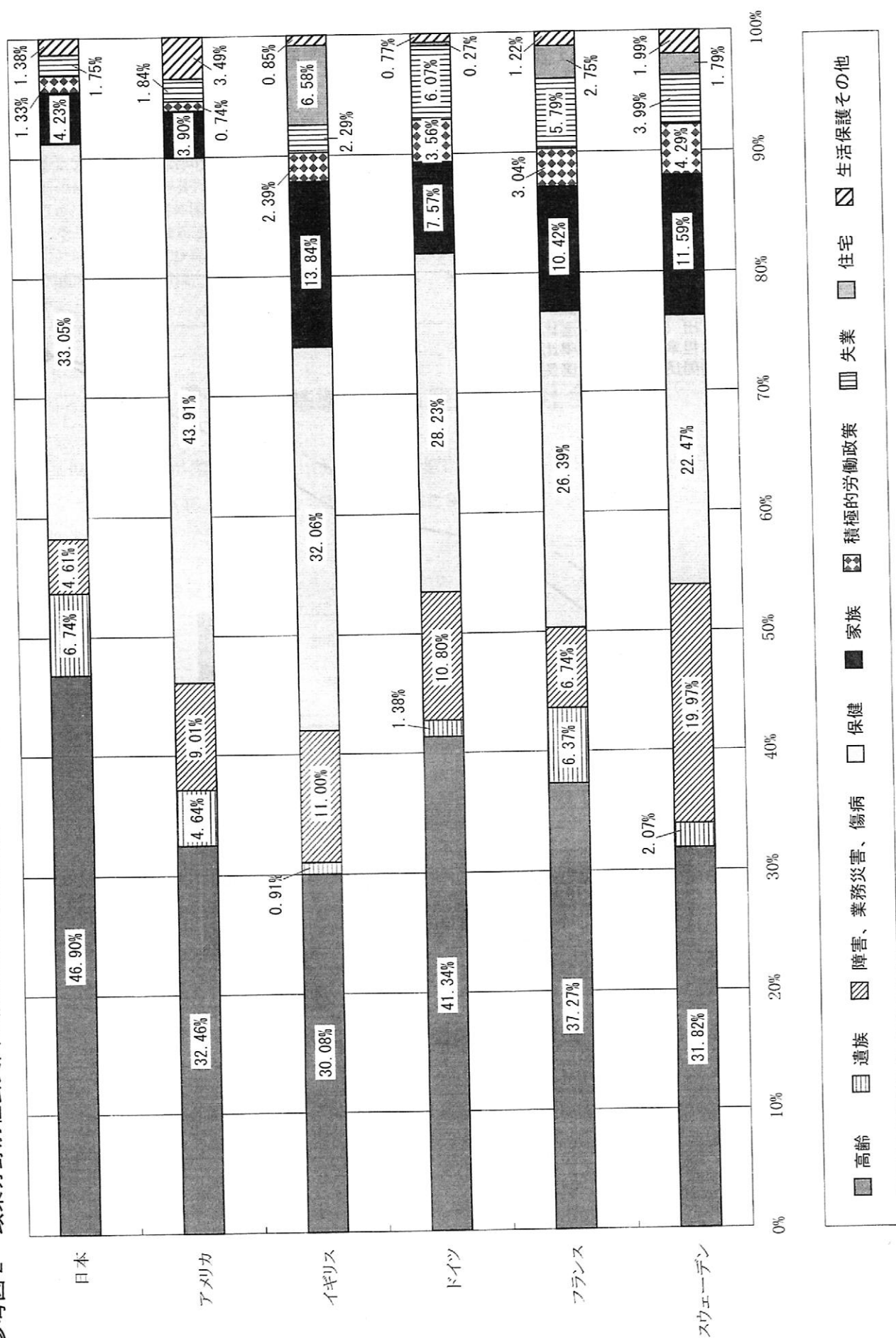
2004年	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数	100床当たり病院職員数（常勤換算）	人口1000人当たり病床数（2005年）	急性期1病床当たりの年間退院数	平均在院日数（急性期）	人口1人当たり外来診察回数
アメリカ合衆国	73.3	237.9	491.3	3.2	43.2	5.6	3.8
イギリス	57.5	227.7	—	3.9	74.1	6.6	5.3
イタリア	103.9	166.4	306.7	—	46.5	6.8	—
カナダ	62.0	286.6	379.3	—	30.2	7.3	6.0
ドイツ	39.5	113.0	127.0	8.5	31.5	8.7	7.0
フランス	44.9	100.1	—	7.5	70.5	5.5	6.6
日本	14.3	63.2	91.6	14.1	12.6	20.2	13.8

1 出典：OECD Health Data 2007

6 注1：アメリカ合衆国の看護職員数は、2002年の数字を用いている。

注2：日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている

参考図2 政策分野別社会支出の構成割合の国際比較 (2005年)



障害者自立支援法の一部廃止などを要望— 全腎協

腎臓病患者らで組織する全国腎臓病協議会の宮本高宏会長らは6月2日、厚生労働省内で記者会見し、人工透析療法などの自己負担について定めた障害者自立支援法の「自立支援医療」の廃止を求める方針を明らかにした。

「自立支援医療」では、人工透析療法など腎臓機能障害に伴う治療の自己負担について、所得に応じて2500円、5000円、1万円、2万円の4段階の限度額を定めている。一方、同法が施行される前の患者の自己負担は、所得に応じて無料から全額負担まで、20段階以上の限度額が設定されていた。このため、腎臓病患者やその家族からは「特に低所得者の透析患者への負担軽減策は、障害者自立支援法施行後に後退した」とする声が多く、同協議会でも制度の廃止を求めることが決まった。

今後、同協議会では、▽「自立支援医療」を廃止する。新たな制度ができるまでの間は、障害者自立支援法が施行される前の制度（更生医療）を活用する▽障害者自立支援法廃止後の新たな制度について検討を行う際は、同協議会の代表を検討の場に参加させる—ことなどを厚労省の担当部局や各政党に求めていく方針だ。会見で宮本会長は、「人工透析は一生、続けなければならない上、透析を受ける患者も高齢化し、年金だけで生活している人も多い」と指摘し、制度見直しの必要性を訴えた。

（2010年06月02日 20:03 キャリアブレイン）