

衆議院 厚生労働委員会 議録 第十三号

平成二十二年三月三十一日(水曜日)

午前九時開議

出席委員

委員長 藤村 修君
理事 青木 愛君
理事 内山 晃君
理事 中根 康浩君
理事 加藤 勝信君
理事 相原 史乃君
理事 岡本 英子君
理事 郡 和子君
理事 園田 康博君
理事 田中美絵子君
理事 仁木 博文君
理事 樋口 俊一君
理事 藤田 一枝君
理事 三宅 雪子君
理事 宮崎 岳志君
理事 山口 和之君
理事 山井 和則君
理事 菅原 一秀君
理事 武部 勤君
理事 棚橋 泰文君
理事 松浪 健太君
理事 坂口 力君
理事 阿部 知子君

厚生労働大臣 長妻 昭君
厚生労働副大臣 細川 律夫君
厚生労働副大臣 長浜 博行君
厚生労働大臣政務官 山井 和則君
厚生労働大臣政務官 足立 信也君
政府参考人 磯田 文雄君
(文部科学省研究振興局長)
厚生労働委員会専門員 佐藤 治君

委員の異動

三月三十一日

辞任

西村 康稔君
江田 憲司君

補欠選任

橋 慶一郎君
柿澤 未途君

同日

辞任

橋 慶一郎君
柿澤 未途君

補欠選任

西村 康稔君
江田 憲司君

三月三十日

国民健康保険に係る国庫支出金減額算定措置制度の廃止等に関する陳情書(愛知県豊橋市今橋町一 大沢初男(第八六号))
子ども医療費助成制度の創設に関する陳情書(静岡県磐田市国府台三の一 八木啓仁(第八七号))
後期高齢者医療制度の廃止等に関する陳情書(福岡県飯塚市上三緒二二七の八吉武繁外百五十一名(第八八号))
社会的セーフティネットの拡充に関する陳情書(静岡県葵区追手町九の六浜井卓男外六名(第八九号))

労働者派遣法の抜本改正を求めることに関する陳情書外二件(京都市中京区富小路通丸太町下ル村井豊明外二名(第九〇号))
同日
医療提供体制の拡充に関する意見書(栃木県栃木市議会(第三一八六号))
ウイルス性肝炎患者の救済に関する意見書(鹿児島県阿久根市議会(第三一八七号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(北海道知内町議会(第三一八八号))

「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(北海道寿都町議会(第三一八九号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(北海道遠軽町議会(第三一九〇号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(北海道士幌町議会(第三一九一号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(北海道池田町議会(第三一九二号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(秋田県男鹿市議会(第三一九三号))
「協同労働の協同組合法」の速やかな制定を求める意見書(山梨県中央市議会(第三一九四号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定に関する意見書(山梨県身延町議会(第三一九五号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(奈良県広陵町議会(第三一九六号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(奈良県吉野町議会(第三一九七号))
「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定を求める意見書(鹿児島県阿久根市議会(第三一九八号))
後期高齢者医療制度に関する要望意見書(北海道士幌町議会(第三一九九号))
子ども手当の全額国庫負担を求める意見書(宮城県栗原市議会(第三二〇〇号))
子ども手当財源の地方負担に反対する意見書(山形県飯豊町議会(第三二〇一号))

雇用対策の拡充を求める意見書(栃木県栃木市議会(第三二〇二号))
子ども手当から学校給食費等義務教育に必要な費用を差し引くことについての意見書(山梨県中央市議会(第三二〇三号))
高齢者への肺炎球菌予防接種の公費助成等に関する意見書(長野県御代田町議会(第三二〇四号))
後期高齢者医療制度の廃止を求める意見書(長野県南箕輪村議会(第三二〇五号))
後期高齢者医療制度の即時廃止を求める意見書(長野県大桑村議会(第三二〇六号))
「子ども手当の一部について間接給付を求める意見書(愛媛県四国中央市議会(第三二〇七号))
国民健康保険財政への国庫負担割合を医療費総額の四五%に戻すことを求める意見書(熊本県山都町議会(第三二〇八号))
細菌性髄膜炎から子どもたちを守るワクチンの早期定期接種化等に関する意見書(秋田県八峰町議会(第三二〇九号))
三百五十万人のウイルス性肝炎患者の救済に関する意見書(鹿児島県日置市議会(第三二一〇号))
歯科診療の保険給付範囲の拡大・充実を求める意見書(岩手県陸前高田市議会(第三二一一号))
子宮頸がん予防ワクチンの接種に対する助成を求める意見書(長野県議会(第三二一二号))
市町村国保の改善を求める意見書(長野県下諏訪町議会(第三二一三号))
市町村国保の改善を求める意見書(長野県山形村議会(第三二一四号))
子宮頸がん予防ワクチンに関する意見書(愛知県東海市議会(第三二一五号))
社会的セーフティネットの拡充に関する意見書(福島県田村市議会(第三二一六号))

国立病院機構等を見ますと、理事長は矢崎先生、医師でありますが、理事のところは全員、厚生労働省関係のOBが現職の意向でございまして。理事四名と副理事長が全員、厚生労働省関係者であります。

よもよも、これからできます独法、六カ所ございますが、私は、これはいかに何でもいびつだと思えます。そもそも、民主党にあつては、天下り等々は認めない方針とも伺つております。

新たにできます六独立行政法人における理事、本来はスタート時点で選任すべきと思いますが、されておられませんことも含めて、今後どのように進められるのかについて、最後にお願ひします。

○足立大臣政務官

問題は三つあつたと思ひます。

まずは、一つ。

昨年の鳩山内閣の閣議決定で、公務員のOBがポストについている理事については公募するというふうな決めました。その結果、三月末現在で十七ポストを公募いたしましたけれども、公務員OBはゼロです。先ほど御指摘のあつた二名のところも、公務員OBではなくなるということですが、それから、ナショナルセンターはどうなるか。

これは四月一日に恐らく理事長から発表になるというふうな思つておりますが、私のところに今入つてくる資料を思い出しますと、OBに関して、極めて少ないというか余りいなかつたという認識であります。それが二点目。

それから、三点目。先ほどのミックスの件、たと思ひます。

法的な脳死判定、これは、その医師を確保することとなつておりますが、そこに常勤であることということにはなつていない。それは議員とちよつと見解が違うかも知れませんが、私は確保できていけばいいというふうな考えております。それが、その施設だけの常勤でということと条件は違ふという意味で、ミックスという言葉がちよつと使わせていただきました。

○阿部委員

治療過程にかかわらない医師の突然

の脳死判定というのは受け入れがたいと思ひます。終わります。

○藤村委員長

次に、三宅雪子君。

○三宅委員 民主党の三宅雪子でございます。本日は、民主党・無所属クラブを代表いたしまして質問をさせていただきます。

本日は、限られた時間ですので、三点の課題について質問させていただきますので、よろしくお願ひ申し上げます。

先日、何げなく新聞を見ておりましたら、資料一にございまして、何と、ホームレスの知的障害者が三四％という驚くべき数字が目飛び込んでまいりました。実は、この件は私自身、大変気になっておりましたので、すぐに厚生労働省の方にお聞きしたところ、資料三に基づいて説明を受けたのですが、厚労省の統計では、ホームレスの中で知的障害者はおよそ一％ということでした。

さまざまな調査方法がありますので、当然、数字に乖離はあると思うんですけれども、余りにも数字に開きがあるのですが、一体どちらが正しい結果なのかと考えますと、厚労省の調査は、単に、障害手帳をあなたには持つていますか、持つていませんかというふうな質問だった、そういうことで判断しているとお聞きしました。大変申しわけないんですけれども、こういった形だと正確な数字を全く把握できない、私はそのように思ひます。

特に、障害を持つた方に関して、九四・六％の人が持つていないと答えたとありますけれども、なかなか本人が、特に知的障害者の方はそうなんですけれども、自分は障害を持つていますと答えないんじゃないかと私は思ひます。

そしてもう一つ、常日ごろから疑問に思つて数字がございまして、厚生労働省から発表の障害者の人数は七百二十四万人となつていまして、内訳は、身体障害者がおよそ三百六十六万人、精神障害者がおよそ三百二十万人、そして知的障害者が

およそ五十五万人ということでございます。

私は、率直に申し上げて、知的障害者が実際の、実際の数字とかけ離れているように感じてなりません。現に、ホームレスの中の知的障害者はカウントに入つていないというお話も伺つております。ですから、少なくともその分は反映をされておられません。数字を把握するということは、当然、実態調査の基本でありまして、対策を立てるにしても、正確に事態を見詰める力を持たなくては有効な対処法も見出しにくいと考えます。

まずは、ホームレスの知的障害者に対する調査の方法につきまして、妥当なのかどうか、福祉分野で私が尊敬してやまない山井政務官にぜひお聞きしたいと思ひます。決して足立政務官を尊敬してはいないというわけではございません。

(委員長退席、中根委員長代理着席)

○山井大臣政務官

御質問ありがとうございます。

一言で言いますと、療育手帳を持つていない知的障害者の方がかなりおられるのではないだろうかということに尽きるところです。私も、この間、障害者福祉をライフワークの一つとしておりますが、同様の問題意識を持つておまして、委員御指摘のように、実態を正確に把握してない、過小に把握している、対策も過小なものにしかなり得ないという問題点があると思ひます。

そして、御指摘の、三四％ということに関しては、新聞に取り上げられたわけでありまして、昨年末に東京池袋で臨床心理士の方々が知能指数の検査を行ったものであり、七〇未満ということ、この新聞報道にも出ておりますが、三四％であつたと。

これは調査方法が違うのですが、厚生労働省が行つた調査では、平成十五年の調査時に百名以上の報告のあつた自治体において、自治体職員などがホームレスの方々や障害の有無や障害者手帳の有無について聞き取り調査を行つたら、五・四％であつたということでありまして、これは調査の方法は違つたわけですが。

この新聞に取り上げられた調査によりまして、ホームレスの方の約六割がうつ病などの精神疾患を抱えている疑いも判明しているということで、IQが四〇から四九の方は、家族や支援者と同居しなければ生活が難しい、五〇から六九の方は、金銭管理が難しく、行政や市民団体による社会的サポートが必要というふうにも指摘されております。

その意味では、この実態をどのようにして把握するとより正確になるのかということを検討してまいりたいと思ひます。

○三宅委員

どうもありがとうございます。

こちらにいらつしやいます諸先輩や、特に山井政務官も中心になりまして、平成十四年にホームレスの自立の支援等に関する特別措置法が制定されましたのは御承知おきのとおりでございます。厚労省の説明では、その結果、平成十五年に二万五千二百九十六人だつたホームレスの数が、せんだつて、直近の数字ですが、三月二十六日に公表されたことしの調査結果では一万三千二百二十四人になつたこととあり、統計上は大幅に減少いたしました。

ただ、私は、この数字を果たして顔面どおりにとつていかどうか、非常に戸惑ひました。リーマン・ショック以降の経済状況は低迷してあります。雇用情勢はいまだ厳しく、年末年始には派遣村もことしも設営されるような現状において、ホームレスが順調に減つてきている。これは喜ばしい結果ではあるんですが、調査結果がちよつと腑に落ちないところがございまして。

昨今、ネットカフェ難民など、いわゆるホームレスが新しい形態に変質しているのではないかと、いう可能性も考えられます。お伺ひしたところ、野外で生活している人をホームレスというふうに呼ぶというふうなことも教えていただきました。既に法が施行されて八年になりますが、山井政務官は、御自身が携わりましたホームレス自立支援特別措置法を現在どのように総括され、どのように御評価されておりますでしょうか。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答えを申し上げます。

やはり私の実感としても、ホームレスの方々が減っているはずはないかと思っております。

それはどうということかという点、ホームレスの方の定義をやはり広く変えていかざるを得ないだろう。具体的に言いますと、ネットカフェを転々とされている方々、また、ファストフード店で泊まっておられる方々、屋根のあるところには住んでいるけれども、いわゆる定住するところがないという方はどんどんふえていっておられると思っております。

三宅委員御指摘のような問題意識も私たちも持っておりますので、来年度に、サンプル的ではありますが、ネットカフェにおられるような方々も含めた広い意味でのホームレスの方々の調査をしていきたいというふうに考えております。

そして、委員御指摘のように、私が議員になって初めて党の仕事をしたことの一つが、ホームレス自立支援チームの事務局長を、当時の鍵田節哉会長のもと、させていたいただきまして、ホームレス自立支援法を八年前につくってお手伝いをさせていただきました。この法律は平成二十四年の八月に十年を迎え、見直しになりますので、ぜひ三宅委員とも一緒にやりまして、もう少し広い意味でホームレスの方々とすることをとらえて、対策に取り組みたいと考えております。

○三宅委員 ありがとうございます。同じ認識を持っていただいていることに、本当にほっとします。

実は、今、山井政務官がおっしゃっていたとおり、この問題は、私たち全員が持っているホームレスに対する基本的な考え方の、認識のずれだと考えています。この二つの調査の開きの中にそれがあらわれてきていると思うんですけれども、ま

ず出発点として、なぜホームレスにならざるを得なかったのかという考え方から始まって、見直すべき時期に来たのではないかと思うようになります。

これはまだまだ推論の域を出ませんが、資料二にありまますように、ホームレスの方で、もちろん、御自身の意思でホームレスになられる方もいらっしゃると思います。しかし、表面では見にくいですが、かなり多くの方が何らかの知的障害ですとか発達障害、認知障害、精神障害を有している可能性があるのではないかと、そういった部分も考えられるのではないかと、そういうふうに思います。

つまりは、ホームレス状態にあるということは、いろいろなことを含めて、何らかの知的機能のハンデイが大きな要因となっているのではないかと、そこところの研究調査をもっと国が真剣に進めていただきたいと本当に強く今は思っております。その意味では、専門家の方々が行った、ぼとむあつが研究会のこの調査、非常に衝撃的な数字でありまして、この数字は恐らく多くの方が知らんになって驚かれたことだと思っておりますが、これは画期的なことだったと私は高く評価しております。

ですから、そういう認識に立てば、それぞれの機能に応じた適切な支援が行われることによつて、いずれ地域社会に復帰していく道が開いていけるのではないかと、そのように考えもしております。

障害者福祉という観点からホームレスの問題を考えたときに、厚労省の従来の認識のままで本場にいいのかがどうか。鳩山政権は、すべての人に居場所のある社会を目指し、命の大切さを強調する民主党政権として、やはりもっと真剣に実態把握をして、認識を変えていくべきだと思っております。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答えを申し上げます。

一言で言いますと、ホームレスの方々の問題を、自己責任論だということで、怠け者ではないか、そういう考え方中心に対応をするということ

は問題があるのではないかと私は思っております。もちろん、一部勤労意欲が少ない方もおられ

ると思いますが、三宅委員御指摘のように、半数近い方が広い意味での障害を持つておられるのではないかと。あるいは、先ほどの調査でも六割ぐらいの方がうつ病や精神疾患の疑いがあるのではないかとということ、そういう意味では、医療や障害者福祉という観点からも、三宅委員御指摘のように、ホームレスに対する支援を根本的に考え直していかなければならないのではないかと、そのためにまさに実態調査も必要であると思っております。

これは一言で言うと、ハウスレスではなく、ホームレスなんです。建物がないだけではない、家庭やつながりが切れてしまっているわけでありまして、私の尊敬するペール・アルビン・ハインソンというスウェーデン福祉国家建国の父は、一九三〇年代に国民の家構想というのを立てて、家族が守れない場合には、国家が父となり母となり、一人一人の国民を守っていくということをやっておられました。今こそ鳩山政権も、一人一人の居場所をつくっていく、そういう政権であるべきだと思っております。

○三宅委員 熱い御答弁、ありがとうございます。

時間がなくなりましたので、次に、最先端医療の話題に移りたいと思っております。

日本人の死亡原因のトップスリーは、がんが三〇%、心臓病が一六%、脳血管疾患一%となるわけですが、がんはおおむね年々増加しています。

私は群馬県で国会議員にならせたいたいたわけですが、このことに変化興味を感じたきっかけが、群馬大学で行われています重粒子線治療でございます。これは大変すごいものだと思っております。早稲見学に行かせていただきました。そして、いろいろ御説明を聞きまして、また日本では三方所のみ導入と聞いておりますが、大変な最先端医療だという話はいろいろ

なところから聞いております。

きょうは文科省の方に来ていた、聞いていますので、簡単にこの重粒子線治療について御説明を

していただけますでしょうか。

○磯田政府参考人 重粒子線治療とは、がん細胞に強い放射線を照射し死滅させる放射線治療の一種でございます。

重粒子線の場合、体のある特定の深さで線量のピークがあらわれるため、このピークを腫瘍に合わせることで、腫瘍のみをねらった放射線治療が可能となり、この結果、正常組織への影響を抑えることができます。また、重粒子線は細胞を破壊する力が強く、通常の放射線や陽子線に比べ、およそ二、三倍の威力があります。したがって、手術やこれまでの化学療法では治療困難ながんを治療することも可能となっております。

〔中根委員長代理退席、委員長着席〕

○三宅委員 ありがとうございます。

臨床例がまだ足りないということですが、確かに、群馬大学の放射線装置は、放射線医学総合研究所の小型実証機としての意義を持つているそう

で、年間六百人から八百人の治療が可能と聞いております。臨床を重ねて、よい結果が得られれば、ぜひ保険適用をして多くのがん患者を救っていただきたい、そのように願っております。

そして、最後に、本日に時間がなくなりましたので、介護制度についてもお聞きします。

介護制度はスタートしてちょうど十年を迎えましたので、こしは見直しの時期になるわけでございます。

そして、私は、前回の質問のときに、長妻大臣に、福祉の分野のマニフェストの約束だけは、社会保障の分野のマニフェストの約束だけは、どんなことがあっても後退させはならないと、その御決意を聞かせていただきました。特に、介護の分野でのマニフェストの約束は重要なことだと思

います。

全国どこでも、介護に必要な御高齢者に良質な介護サービスを提供するという政策の目的のもとで、その具体策として、療養病床とグループホームなどの介護拠点の施設整備を三年間で十六万人分ふやし、介護労働者の賃金を月額約四万円引き

上げるということをごさいます。

こうしたことを私も挙げさせていただいては、この財政難の中、こういうことを実行することは大変なことだと思っております。このスケジュール等をできたらお聞かせいただけますでしょうか。

○山井大臣政務官 三宅委員にお答え申し上げます。

まず、四万円の賃上げですが、昨年四月からの介護報酬の引き上げで約九千円、そして今回の交付金により一万五千円、合計二万四千円アップすると見られておりますので、残り一万六千円。これは、交付金が二年後に切れますので、その残った期間の間に、介護報酬を引き上げるの交付金にするのか、どちらにするかはまだ決めておりませんが、そこでさらに引き上げて、四年以内にマニフェストの約束どおり、賃金四万円円引き上げを目指していきたいと考えております。

また、介護施設の整備も、先ほど阿部委員にも答弁させていただきましたように、本日にこれは相当本気でやらないと目標を達成できませんので、何が問題であるかということ把握しながら、必ずこの施設整備の目標も実現をしまいたいと考えております。

○三宅委員 ありがとうございます。

いづれにしても、何度も申し上げますが、民主党政権の大きな意義は社会福祉政策の大転換なものですから、そこにおいて、三役の皆様を先頭に、国民の信頼を勝ち得る厚労行政となりますよう、強くお願いをしておきたいと思っております。

時間が参りましたので、質問を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○藤村委員長 次に、水野智彦君。

○水野委員 民主党の水野智彦でございます。本日、初めての質問の時間をお与えいただきまして、大変ありがとうございます。民主党を代表して質問させていただきます。

昨年の末でございますけれども、平成二十二年度保険点数改定におきまして、コンクリートから

人へという中におきまして、大変財政が厳しい中御尽力をいただきまして、十年ぶりの大幅な医療報酬改定をいただきました。大変ありがとうございます。

私は、昨年まで歯科診療の現場で地域医療を行ってきた者として、地域医療の現場の声として質問させていただきたいというふうに思っております。

まず、質問の第一でございますけれども、指導監査の問題でございます。

特に、集団的個別指導についての趣旨は、指導対象者となる高ポイント医療保険医に対して教育的観点から指導を実施し、医療保険に対する理解を一層深めることを主眼として行うということでございます。しかしながら、その高ポイントを理由ということに大変問題があるのではないかと、そういうことにおいて集団的個別指導が行われるということに問題があるのではないかとこのように常々感じておりました。

まず、平均点数が高いことが指導対象になる、その根拠がないということでございます。

確かに、高ポイントを上げている方の中には不正な不当の方が多くおられるというところは、もちろん私も承知しているところでございます。ただ、機械的に一枚当たりの平均点の高いもの上位八％を集団的個別指導と呼び、次年度以降実績においても平均点が基準よりも下がらなかった場合には、集団的個別指導の翌々年度に個別指導を行うということでございますけれども、患者のために質の高い医療を行ったり、また、一人当たりの実日数がふえれば、平均点数が高くなるのは当たり前のごさいます。

また、今回の改定では、在宅医療の推進が特に取り上げられているということの中で在宅医療への関心が高まっている、そういう中で、在宅や障害者医療は高ポイントになります。そういうことによつて指導の対象になる可能性が高くなるという可能性がございます。そのために、指導監査を恐れて逆に医療や請求を控えてしまう萎縮診療とな

る可能性が高く、適切な医療が行われない。そういうことによつて、国民にとつてデメリットになる可能性があるのではないかとこのように考えております。

また、私の実体験からも、厚生局や技官によつて診療内容や法的解釈に違いがあることがあり、地域によつては指導が一律でないというような傾向が見られております。

額に汗し、地域住民のため日々患者と向き合っている医師が、このような心配をすることなく安心して診療ができるような御配慮をお願いしたいと思っております。足立政務官におかれましては、この辺の御見解をお伺いできたらというふうに考えております。

○足立大臣政務官 質問が多岐にわたったという印象がありますので、ちょっと整理してお答えいたします。

まずは、水野議員は、私とほぼ同年代で、長年歯科医療に携わってこられて、非常に厳しい環境であると思っておりますが、お疲れさまでございます。

そこで、まず、今の指導医療官のことについてなんですが、私は、議員がおっしゃったように個別に具体的にいくというものは当然必要なことなんですが、その前の段階で、いわばスクリーニングの網をかけるということ、それはある意味必要なのではなからうかという気がしております。その方々に対して集団的指導となるわけですが、その段階を踏むことは私は必要だろうと思っております。

それから、指導医療官については、これは医師がなされているわけですが、公務員としてのルールといえますか、社会的な意味合いといえますか、やはり研修は必要だろうということ、これも研修についてはしっかりやっておりますし、その点の質を向上させるということも大事なことです。そのように、二点、考えております。

○水野委員 ありがとうございます。この問題につきましては、これからまた指導大

綱の見直し等ありますので、またその中でいろいろと民主党の独自の政策を入れていただけたらというふうに考えておる次第でございます。

続きましての質問でございます。

続きましては、ほかでも取り上げられているかと思っておりますが、海外からの歯科技工物の問題について、政務官にお伺いしたいというふうに考えております。

歯科医療技工物は、しゃく機能の回復のみならず、話すことや審美的要素など、社会的生活を営む上で重要な人工臓器として、長期にわたり口腔内に装着されているものであります。したがって、歯科医療技工物は、薬事法に規定されている材料基準に基づき、歯科技工法で定められた安全基準を満たした施設で、歯科医師、歯科技工士が安全と質の担保を図りながら作製しているものであります。

ところが、海外技工物はこれらの基準が全く問われていないため、そのまま放置されれば、我が国の安全性と質が担保されている医療保険体制そのものが根底から崩れる可能性が否定できないと私は思っております。長妻厚生労働大臣も、海外技工物の具体的な基準策定、問題の背景にある構造的な問題の有無についての実態把握に努める旨の発言をされております。

また、今月九日付で日本歯科医師会から足立政務官あてに、海外への歯科技工物等の委託に関する日本歯科医師会の考え方というものが提出されていると聞いております。この文書によると、関係五団体が歯科技工物に関して厚生労働省と連携を図る旨の合意がなされたというふうに聞いております。

内容についてはここでは省略させていただきますが、その内容の中に、一部なんですが、民主党インデックス二〇〇九医療政策の提言に基づき、歯科補綴物のトレーサビリティの確保を構築するため所要の検討をする等、考えが示されているというふうに聞いております。