

第二百四回国会

参議院厚生労働委員会会議録第十九号

令和三年五月二十七日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

五月二十六日

辞任

高橋はるみ君

補欠選任

岩本 剛人君

五月二十七日

辞任

岩本 剛人君

補欠選任

三浦 靖君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

小川 克巳君

石田 昌宏君

自見はなこ君

石橋 通宏君

矢倉 克夫君

足立 信也君

委員

岩本 剛人君

衛藤 晟一君

こやり隆史君

そのだ修光君

羽生田 俊君

藤井 基之君

古川 俊治君

本田 顕子君

三浦 靖君

三原じゅん子君

打越さく良君

川田 龍平君

田島麻衣子君

福島みずほ君

塩田 博昭君

国務大臣

厚生労働大臣

副大臣

内閣府副大臣

大臣政務官

厚生労働大臣政務官

事務局側

常任委員会専門員

政府参考人

内閣府規制改革推進室次長

財務省主計局次長

厚生労働省大臣官房生活衛生・食品安全審議官

厚生労働省大臣官房高齢・障害者雇用開発審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省医薬・生活衛生局長

厚生労働省労働基準局長

厚生労働省職業安定局長

厚生労働省社会・援護局長

山本 博司君

東 徹君

梅村 聡君

田村 まみ君

倉林 明子君

田村 憲久君

山本 博司君

こやり隆史君

吉岡 成子君

彦谷 直克君

宇波 弘貴君

浅沼 一成君

達谷窟庸野君

迫井 正深君

正林 督章君

鎌田 光明君

吉永 和生君

田中 誠二君

橋本 泰宏君

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(小川克巳君) 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、高橋はるみ君が委員を辞任され、その補欠として岩本剛人君が選任されました。

○委員長(小川克巳君) 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濱谷浩樹君外十一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(小川克巳君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(小川克巳君) 全世代対応型の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。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良です。

本日は、法案の質問に入らせていただく前に、まず日雇看護師派遣の問題について質問させていただきます。

五月二十日の質問では、日本派遣看護師協会の作成した議事録に関し、実際にはこれらの会議は行われていなかったことが明らかになりました。

協会側は、実質的な合意形成が確認できた日付で議事録の作成を行ったとして、議事録が虚偽、捏造との御指摘は全く当たりませんと回答しています。これは余りにも不誠実と言わざるを得ません。

しかし、実際に行われていなかったにもかかわらず、議事録ごとに、開会及び閉会の時間、理事長の開会宣言、議事録署名名人の選任、記名捺印まで記載されています。これらの議事録はやはり虚偽、捏造と言わざるを得ないのではないのでしょうか。

○政府参考人 彦谷直克君 お答え申し上げます。

先日申し上げましたけれども、法人から、法人としては、確かに会議は同所において開催されていないということでございます。しかしながら、理事及び社員の実質的な合意が取れていたため、便宜的に、その同意が取れた、実質的な合意が形成されたことが確認された日付で議事録の作成を行ったということでございます。法人としましては、そういったことでございますので、虚偽、捏造には当たらないものと考えているという認識だということです。にお伺いしているところでございます。

○打越さく良君 法人はそう回答されているとしても、規制改革推進室としてはその法人の回答はおかしいとお考えですよね。虚偽、捏造だとお考えですよね。

○政府参考人 彦谷直克君 お答え申し上げます。

す。

虚偽、捏造というところ、恐らくNPO法との関係とか一般的な刑事法とかと関係とかで議論になるところかと思いますが、規制改革推進室としては、法律を所管しているところではございませんので、お答えは難しいところということでは御理解いただきたいと思います。

ただ、当然、NPOの趣旨等を鑑みると適切に対応すべきであるということ、できるだけ疑いを得ないような対応をすること、べきであるということとはもちろん当然だと考えておりますし、また、この法人としても、便宜的に議事録を作成してしまつたので、以後このようなことがないように気を付けてまいりますというふうに御回答されているので、やはり一定の不適切な点があつたということはお認めになられているのではないかなというふうには思います。

○打越さく良君 NPO法人が規制改革推進室に回答していることはとてもお怒りになってほしいと、規制改革推進室としてもお怒りになってほしいと思うんですね。それが何か、今おっしゃっていること、ちよつと私は理解できないんですが、NPO法人の方が事実と異なる記述があつたと認めているのに、虚偽、捏造と認めないということはある得ないと思うんですね。

そして、細かく、そうであれば伺いたいんですが、例えば、令和元年六月三十日の通常総会議事録にはこうあるわけですね。同年の六月三十日午前十時に、十時〇〇分に開催した。開催場所は、当該法人の主たる事務所であるAXIS本郷。出席した正会員数、十名、うち表決委任数、七名。つまり、その場にいた正会員は三名で、委任状提出した正会員は七名。細かく書いてあるわけですよ。これ、全部うそつてことじゃないですか。

そして、定刻に至り、司会者川畑勝は開会を宣言し、本日の通常総会は定款所定数を満たしたので有効に成立した旨を告げ、議長の選任方法を諮つたところ、満場一致をもって川畑勝が議長に選任された。続いて、議長から挨拶の後、議案の

審議に入つた。

この一体どこが事実で、どこが事実と異なるんでしょうか。全部事実ではないということではないですか。この場所でもなくて、司会が開会宣言したわけでもない。出席した正会員と委任状提出した正会員がいるというのも全てでつち上げですよ。やつぱりこれは虚偽、捏造だと少なくとも規制改革推進室としては考えますよね。

○政府参考人(彦谷直克君) お答え申し上げます。

もちろん、御指摘のように、法人の回答によりますと会議は開催されていないということでございます。実質的な合意を基に便宜的に議事録を作成されたということでございますので、御指摘のとおり、そちらに実際に法人から提出のありました議事録でございますか、そちらとの関係ではそれが生じているというふうには思います。

○打越さく良君 だから、でつち上げということよろしいですね。

○政府参考人(彦谷直克君) 言葉のどういう形で御説明するのはちよつと分かりませんけれども、そこが生じているということは間違いないと思います。

○打越さく良君 開催した場所も、出席した人、委任状提出した人、挨拶もない、そういう全てがうそなわけですよ。

でも、ここですべてでもこのやり取りをしていても水掛け論になるということで時間の無駄なので、必要なのは真実ですから。正確な議事録、つまり、持ち回りにしてもどのような形で審議が行われたのか、その事実を記録した議事録の提出、していただけますよね。

○政府参考人(彦谷直克君) 事前に御質問いただいておりますので、法人の方に確認いたしました。法人からの回答では、意思の確認等は面談や電話で行つたために、書類やメールとして残っているものはないということでございます。

○打越さく良君 規制改革推進室としては、その法人側の回答、おかしいと思いますよね。

○政府参考人(彦谷直克君) 先ほど申し上げましたとおり、この議事録ですね、議事録と、それから実際に会議が開催されていないということについてそが生じているということは間違いないことだと思ひます。

ただ、ちよつと、実際のその確認できるような記録があるかどうかということについては、法人の方からないということでございますので、ちよつとそれ以上は当方としても確認することはちよつと難しいということには御理解いただきたいと思います。

○打越さく良君 いや、もうこれとんでもないというふうになぜ規制改革推進室がお怒りにならないのか、ちよつと不思議ですけれども。

併せてお尋ねしますが、これらの議事録は、堤理事が、本委員会から資料提出を求められたために、事後的に、しかも恐らく最近作成したものでないででしょうか。そうでないというのであれば、電磁的に証明できるデータを御提出していただきたいと思ひます。

○政府参考人(彦谷直克君) まず、議事録の作成につきましては、法人としては、会議は開催していないけれども実質的な合意形成が確認できた日付において議事録を作成したという御回答を得ているところでございます。その上で、当方としても、事後的に作つたものではないかということ、もしそのことを証明する記録があればいただきたいというふうにお伝えしたところ、そういった記録はないということでございます。

ただ、先方からの回答にもありますように、設立総会議事録については東京都の認証を得るための必要書類とされておりますので、それを東京都に提出されているということでございますので、事後的に作成されたものでないこと、この点については明らかではないかということを先方の法人としては御回答いただいているところでございます。

○打越さく良君 議事録の作成日付が分かる、電磁的に証明できるデータを提出、求めていただ

ますか。

○政府参考人(彦谷直克君) 一応、昨日お伺ひしたところ、そういった記録はないということでございますけれども、ちよつと再度確認させていただきますと思ひます。

○打越さく良君 お願ひします。

さて、看護師の日雇派遣容認を含む政令改正には、閣議了解、すなわち全閣僚のサインが必要でございます。

田村大臣、看護師の日雇派遣容認について茂木外務大臣とお話をされたことがありますか。

○国務大臣(田村憲久君) 外務大臣ですか、外務大臣。いや、全然ありません。

○打越さく良君 スーパーナース創業者の滝口進氏は、規制改革会議において、肩書として日本メディカルビジネス株式会社代表取締役社長です。茂木敏充外務大臣の二〇一五年三月二十日の資産報告書には、日本メディカルビジネス株式会社の株を三十六株保有していると報告されています。同社の株は非上場であり、未公開株です。茂木氏は二〇一四年から経産大臣を務めていらして、規制改革会議等で滝口氏と面識があつたのではないかと推察されます。

二〇一八年一月十八日の資産報告書には記載がないんですね。日本メディカル株式会社の株は処分されたのでしょうか。未公開株が譲渡され、その後に買い戻されたとすれば、利益供与の疑いもあります。この件は別の機会に問題にしていきたいと思ひます。

田村大臣は、社保審、労政審で手続を踏んだものであるからとして一向に政令の見直しを行おうとしていただけないんですが、この期に及んでもそうでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 前も申し上げましたが、これ、計画にのつとつて調査した上で、そして社会保障審議会とそれから労政審に掛けているわけですよ。それで、一応そこでおおむね妥当という話になって見直しています。これを見直すというのは、どういう流れの中でこういうものが

決まっていたかというよりは、もうこれ手続として一応行政上の手続踏んでいますので、例えば、現場で何か問題が起こって、それに対して何らかの形でまた労働政策審議会、社会保障審議会、御議論いただいて、どうするんだということならば、それは行政手続上あるんだと思いますが、一連の流れで、もう手続済んでいる中でこれ、やはり、だからどうだというのは難しいというのはちょっと御理解をいただきますようお願いいたします。

○打越さく良君 全然理解できないです。本当残念ですよ、ここまで背景が明らかになってきたのに。今の御答弁は非常に残念です。

四月一日施行の政令について伺います。

政令案が事実上決定した本年一月二十九日の第三百十五回労働力需給制度部会の議事録によると、厚生労働省は、看護師の日常的な健康管理や、派遣契約の中で派遣される看護師に求める条件を定める必要性、事故が起こった際の責任の所在を明確にする必要性、適切な派遣就業、日雇派遣の就業ということになるように、労働者派遣法に基づく指導監督により履行確保をしっかりと図ってまいりたいと述べています。そして、しかるべき時期に当部会に対し状況の御報告はさせていたきたいとしています。

履行確保を求めるメニューをお示しく下さい。また、労働力需給制度部会に報告するスケジュール感についてもお示しく下さい。

○政府参考人(田中誠二君) 政令の履行確保と、それから施行状況の労政審への報告についてお答えをいたします。

今般の制度改正の施行に当たりましては、労働政策審議会でご了承いただいた大要の内容、今御指摘いただいたようなものについて、厚生労働省から派遣事業者や都道府県知事等に対して通知を発して周知を行っているところでございます。

厚生労働省としては、日雇派遣を実施する事業者を事業報告に基づいて把握いたします。その上で、指導監督を徹底することによりまして適切な

事業運営と適正な雇用管理を確保して、労働者の保護を図ってまいりたいと思います。

施行状況につきましては、今後、労働者派遣事業報告や、看護師の日雇派遣を行っている派遣元事業主に対する個別の指導監督等を通じまして把握していくこととなります。このため、今後、一定の期間は必要となりますが、しかるべき時期に、施行後、一定期間の状況として労働政策審議会に御報告してまいりたいと考えております。

○打越さく良君 しかるべき時期というのは、いつなんでしょうか。

○政府参考人(田中誠二君) 今後、事業報告等によつて状況を把握いたしますけれども、基本的には、この派遣事業報告、六月末の時点の状況を六月末、あつ、六月一日の時点の状況を六月末に御報告いただくことになっております。今年の六月一日の時点の状況をまずは六月末までに御報告いただきますと、日雇派遣の活用状況などについて分かります。その日雇を活用している派遣事業主あるいは派遣先等について実態を把握していきたいというふうに考えております。

○打越さく良君 やはり実効性というか、大変不安なものがございます。引き続き質問していきたいと思ひます。

五月二十日の質疑で、協会の通信、郵便の受発信等を受託する事務所はAXIS本郷の二階ではないかと再度お尋ねしたところです。これに対する彦谷次長の答弁は、この事務所というのは、そういう通信、受発信等をほかの企業のために行うことを業としているようなところであるというふうに聞いているとのことでした。

しかし、この二階には医療機器ベンチャー企業である、ある会社が入居しています。その会社は、東京都の二〇二〇年度世界発信コンペティションにおいて、製品・技術部門優秀賞、女性活躍推進知事特別賞を受賞しています。その本社所在地が、通信、受発信等をほかの企業のために行うことを業としているようなところであること、にわかには考えられないんです。

もう一度伺いますが、協会の通信、郵便の受発信等を受託する事務所は、AXIS本郷の二階ではなく、違う階なんじゃないんですか。

○政府参考人(彦谷直克君) お答えいたします。

この点についても、事前に御質問いただきましたので、法人の方に確認させていただきました。委託先、再確認したところ、委託先の企業はこのAXIS本郷という建物の二階で業務を行っているところであるということで確認が取れたところでございます。

なお、この委託先の企業は、今、恐らく御指摘のあつた看板の出ている医療系のベンチャー企業とは別の会社だというふうにこの当該法人からはお答えをいただいているところでございます。

○打越さく良君 何という会社でしょうか。私、現地取材行きましたけれども、その医療機器ベンチャー企業しか表示はされていなかったんですけれども、ほかの会社がこの二階に所在するということですか。

○政府参考人(彦谷直克君) お答え申し上げます。

当方としても、この法人に委託先の具体的な企業名を教えていただけないかとちよつと確認をしたところでございますけれども、当該法人からは、この受託されている企業、企業との関係でお答えは差し控えたいという回答をいただいているところでございます。

○打越さく良君 その建物の表示にもなくて、そういう会社があると言われても全く信じられないんですね。その会社について、今後明らかにしていただけますか。

○政府参考人(彦谷直克君) もう一度当該法人に、どういった会社なのか、ちよつとお伺いさせていただきますと思います。

○打越さく良君 今日の御回答を伺ってもまずまず本件については聞か深まるばかりでして、引き続き追及しなければなりません。今日のところは本件についてはこれで質問を終わりますので、彦谷次長にはお帰りのいただいて結構です。

○委員長(小川克巳君) 彦谷次長におかれては御退室いただいて結構です。

○打越さく良君 健康保険法等の質問に移ります。

田村大臣は、現役世代の負担上昇を抑えつつ、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築することは待ったなしの課題とおっしゃっています。このように、本法案では専ら現役世代の負担の軽減が強調されていますが、数字で明らかにあり、最も軽減されるのは公費です。国民医療費の実態よりも国の財政事情を優先したものでないでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 現役世代の皆様方を、負担が増えるということで、特に団塊の世代の皆様方が令和四年度から七十五歳以上、後期高齢者医療保険制度に入っていくという中において、支援金の負担が更に増えていくというものをどのよう負担の増加分を抑えていくかという中において、今回提案させていただきました。

ただ、結果的に申し上げれば、言われるとおり、後期高齢者医療保険制度の給付費、これは公費が五、そして支援金が四、高齢者の皆様方、後期高齢者の皆様方の保険料は一つということでありますから、そういう意味では、公費五でありますので、公費も当然のごとくその分減るということになります。

ただ、公費といひましても、公費というのは基本的に税でありますから、税は多くの現役世代の皆様方も納めていただいております。仮にこれ国債という話になったとしても、それはやはり将来それに対して何らかの手当てしていかなくやらない。もつとと言うと、将来にわたつて仮に国債を発行しないとなれば、その分余分に税等を徴収をしていかなければならないわけでありまして、そういう意味では広く考えれば国民全体の負担でございます。その多くがやはり現役世代の方々でございますから、やはりそれも資するものというふうに考えております。

○打越さく良君 健康保険制度は短期共済であつ

て、年金のように積立金があるわけではありません。したがって、将来のためではなく、現在の財政事情によって将来が規定されることになりました。

経済財政諮問会議等で田村大臣は孤軍奮闘していらつしやるとお察しします。日本の皆保険制度は公費と保険料が一体となっていて、その規模拡大に財政当局が消極的なのは分かります。ですが、後期高齢者の受診頻度の高まりによる一人当たりの医療費の伸びは自然増と言っているはずで、七十五歳以上の人口が増えていく機会において、これ食い止めることはできないのではないのでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 食い止められないとその公的医療保険制度自体が成り立たなくなるわけでありまして、何とかしていかなきゃならないという形の中で、今回は、ある意味給付というものが増えていくものを対象にすれば、言われるとおり、公費が支援金か後期高齢者の保険料で対応せざるを得ないわけですが、一方で、給付費の伸びというものを若干なりとも抑えるというのが今回でございまして、一定の所得のある後期高齢者の方々の給付を九割から八割に減らすというのが今回の制度改正の目的でもあります。でありますから、保険料等々収入を増やしていくと同時に、今般は給付の方を若干なりとも伸びを抑えさせていた、だいて、保険制度を維持をしていくという目的のものでございます。

もちろん、この後、今回のことだけでこの医療保険制度自体が維持できるわけではございませんので、更なる見直しというものも国民の皆様方とともに御議論をしていかなければならないというふうに考えております。

○打越さく良君 窓口負担が高いため、あるいは償還払いなどを嫌って高齢者が受診をためらったりますれば、必要な医療が受けられないことになります。そのために症状が悪化したり慢性化したりすれば、医療費がかさむばかりではなくて、高齢者のクオリティー・オブ・ライフも、生活の質も

阻害することになってしまいます。

ですから、厚生労働大臣のお仕事は、国民本位の医療を守るために財政当局からどれだけ予算を獲得できるかにあるのではないのでしょうか。心から応援しています。財政的均衡による医療水準の低下を指すのか、国民医療を守るのか、大臣の双肩に懸かっています。頑張っていたいただきたいんですが、決意を述べていただけないでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) なかなか私も切ないところがございます。今般こういう形で後期高齢者、一定の所得の方々に御負担といいますか、給付を減らさなきゃいけない、給付の比率を減らさなきゃいけないということは大変心苦しいところがあります。

なるべくその必要な医療を受けていただける方々はどこなんだというところをいろいろと勘案しながら、一定の所得で、以上という形で区切りを付けさせていただいたわけですが、何とかある意味他の保健事業といえますか、要は健康を維持していただく、重症化を予防していただく、いろんな事業を進める中において、医療の給付、医療保険制度の給付費、その伸びをできる限り抑えていくということもしながら、どうしても掛かるものは掛かって、そのためにはどこかに費用負担をお願いする、し切れなければ給付の方の伸びを何とか抑えるということでもありますから、今言ったような保健事業等々いろんなことをやって給付費を伸ばすと、あつ、ごめんなさい、伸びを抑えるということも一つでありますし、今回のような給付比率を下げるということも一つであるわけでありまして、なるべく国民の皆様方にお願ひして健康づくりというものもしっかりと努めていただく中において給付の伸びというものも一定程度に抑えられるように、国民の皆様方とともに歩んでまいりたいというふうに思います。

○打越さく良君 何かもつとすっきりした力強い御決意を伺いたかったんですけども。

厚生労働省の長瀬式についての評価は、経験的に知られるマクロで見た医療費水準の変化であり、長瀬効果により受診日数が減少することをもつてその医療が不必要かを判断できるものではなく、直ちに患者の健康への影響を意味するものではないということです。

要するに、タクシー料金や鉄道運賃の値上げなどと同じで、必要になれば受診するものであるから一時的な効果であると、そういう認識ということではよろしいでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。医療保険でございますけれども、医療は、高度に専門的で患者が自由に判断することが難しい、市場の原理が働かないということでありまして、そういう意味で、医療というサービスにつきましては、公定価格を定め、また窓口負担割合についても法定すること、通常のサービス、市場サービスとは違う仕組みで運営しているということでございます。

○打越さく良君 長瀬式は、長瀬恒蔵氏が一九三五年に表した傷病統計論の中で発表されています。これは、当時の健康保険と警察共済の給付率の違いによって医療費の水準が異なることについて実績値から割り出した式でした。

長瀬氏は、当時、厚生省すらなかった時代、内務省社会局の数理技官でした。国民医療費が巨額化し、医療保険体系も非常に複雑化する中、九十年近く前の二次関数式を参考指標にすることは構いませんけれども、ほかに代わる新しい指標はないでしょうか。厚生労働省としてそうした研究は行っているのでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 現在の長瀬式の計算方法ではありますが、これは、高齢者医療の一部負担、これが設けられた昭和五十八年二月から平成九年の九月までの実績を基に係数を計算いたしました。だから、以前の長瀬式の係数とは変わってきているわけでありまして、学術的にも今長瀬式に代わるものはないというふうに言われているわけでありまして。

今般、どれぐらい正しいかという話なんです。が、平成十八年に高齢者の中において現役並み世代の方々に自己負担三割、これを導入をいたしました。が、このときの結果を見ると、受診日数の変化、長瀬効果の理論的には〇・四、これが〇・四日減るであろうということに対して、実績値が、まあ長期に診療日数は減ってきておりますので、そういうものを除外して、これにおいてどれぐらいの影響があったかというものを計算しますと〇・五日であつたということで、そういう意味ではまあまあおおむね一致しておるといふような形でございますので、言いました昭和五十八年の二月から平成九年九月にかけて実績を基に係数を出したものを今回も使わせていただいているということでもあります。

○打越さく良君 ちよつとこの点は、私も更に勉強をして、また御質問させていただきたいと思えます。

高齢者一人当たりの医療費は高いとされ、平均在院日数も年間外来受診日数も一般より大幅に上回っています。その受診実態は高齢者が健康弱者であるということ物を語っているのではないのでしょうか。しかし、近年は、国民医療費のうち七十歳以上、七十五歳以上の医療費は低減傾向にあるのではないのでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。後期高齢者、現役世代と比較いたしましたも、一人当たり医療費高く、一人当たり受診日数も多くなつております。実際に平成三十年の実績値で見えますと、七十五歳以上の一人当たり医療費は九十一・七万、一人当たり受診日数は四十六・四日でございます。一方で、例えば六十四歳以下の世代につきましては、一人当たり医療費は十七・三万、一人当たり受診日数は十二・四日となつております。

ただ、近年の傾向といたしましては、御指摘のとおり、高齢者医療における一人当たりの受診日数、低下傾向にございます。この動きにつきましては我々も分析しておりますけれども、一つは投

薬の処方方が長期化している傾向がございます。また、入院につきましては入院期間の短縮化などが見られまして、こういったことを理由とするものというふうに考えております。

○打越さく良君 これまで国民医療費が青天井と言われたほどに伸びてきた背景には様々な要因があります。例えば、診療報酬体系において、一九六一年に皆保険制度ができた際、無医村、無医地区をなくすることが急務の課題であり、そのために開業医に有利な診療報酬体系が導入されたという事情があります。しかし、当時は若い労働人口が豊富で、日本経済の高度成長によって医療制度の財政危機は救われてきました。問題は、そのことによって制度改革が先送りになってきたことにあります。

必要な医療水準を確保するのは厚生労働省の使命のほうです。増大する医療費をかつてのように人口ボーナスで補うことはできないことから、医療制度の抜本改革が必要です。そのことに異論はないでしようか。

○国務大臣(田村憲久君) 日本の国、人口ボーナスというものがあって、そういう意味では、高齢化社会に入ったらもう早くて、一九七〇年ぐらいだったと思いますが、人口に占める高齢者の割合七％をたしか超えたのはその頃だったというふうに思います。ちょうどその頃、福祉元年という話の中で老人医療費無料とかいろいろなことが起こってきたわけでありますが、やはりこれだけではもたないということで、高齢者の方々にも一部負担等々をお願いしながら現行に至ってきているわけであります。

そういう意味からいたしますと、今言われたとおり、人口オナーナス、逆に今、高齢者が増えて若年層が減っていった逆ピラミッドという形になりつつある中において、今般、このような形で見直しをさせていただきませんが、これでは維持できないわけでありまして、今回附則にも書かれておりますけれども、総合的な検討を行う旨、こういうこと書かれております。

御党が御提案いただきました保険料の現役世代と後期高齢者の負担割合、これを見直ししながら、一方で賦課限度額をこれを見直すというようなことも、これは我々も参考にさせていただく一つの御提案だというふうに思っております。

でも、これだけでもなかなか難しいと思います。様々な検討をさせていただく中において、やはり国民皆保険制度というものの、医療保険制度というものが維持できるように、我々としてはしっかり検討させていただきたいというふうに思っております。

○打越さく良君 衆議院段階で、この改革で何年もののかという質問に対して、濱谷局長の御答弁は、持続可能な社会保障制度の確立を図るために、医療保険制度につきましても、現役世代の負担軽減を含め、総合的な検討を進め、更なる改革を推進してまいりたいと、抽象的なものにとどまっております。抜本改革としてのメニューも乏しいですが、財政的な寄与も余り期待できないように思います。

今後の制度改革について、具体的なメニューを提示していただけないでしようか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。衆議院で御指摘のとおりの方針をいたしまして、

今回の改正でございますけれども、現役世代の負担上昇を一定程度抑制して制度の持続性を高めていくと、こういうものでございまして、何年ものという性質のものではないと考えております。その上で、国民皆保険を維持し、次世代へ継承していくためには、制度の不断の見直しが必要だと考えております。

今大臣からも御答弁申し上げましたが、今回の改正法案の附則の検討規定に基づきまして、全世代対応型の社会保障制度を構築する観点から今後総合的な検討が必要と考えておりまして、具体的な内容といたしましては、今大臣からもお話がありましたとおり、御指摘、御提案いただいたような賦課限度額の見直し、高齢者負担割

合の変更等々も含めまして検討していく必要があるというふうに考えております。

○打越さく良君 診療報酬体系の抜本改革についてお尋ねします。

外来医療は依然として出来高払中心です。薬漬け、検査漬けの根本的要因は残ったままです。無駄な検査をせず、必要な投薬だけを行っている医療は好ましいと思われず、現行の診療報酬体系では報われない良心的な医療がきちんと評価されることこそ伸び率の抑制につながるはずだと思います。こうした視点についての厚生労働省の取組を教えてください。

○国務大臣(田村憲久君) 医療の現場では、医師が必要とした、必要と判断した医療、診療を提供していただいているわけでありまして、診療報酬はその医療サービスを具体的な対価としてお支払をしているということ、公定価格を付けて対応させていただいております。

基本的には医師が適切な診断をした上で診療していただいているわけでありまして、それ自体を我々が不適切だと言うつもりはございません。それは適切だと思えます。ただ一方で、保険者がそこに關してはチェックをいただいて、考え方が違ふものに対しては疑義等々を申し出ていただいているわけであります。

一方で、例えば急性期での入院医療等々、こういうものに関しては、傷病名でありますとか手術、措置等々含めて、これ包括的な支払という形になって、DPCというように言われておりますけれども、そういう対応をいただいておりますし、訪問診療料等々もそのような形、それからあと、地域包括診療料、これも、一部医薬品等々に関しては外れておりますけれども、一定のものは包括診療というような形の中で対応いただいているわけであります。

そういう意味からいたしますと、必要なものは出来高払で、そして対応できるものは包括払いでというようにミックスしながら今の医療制度が成り立っているわけであり、そしてまた、出

来高払の中においても保険者等々が基金等々でチェックをいただいておりますという、こういうような状況でございますので、そういう意味では、今適切なチェックというものを目が入る中において医療というものが提供されているというふうに認識いたしております。

○打越さく良君 引き続きそうした取組について確認させていただきたいと思えます。

次に、医療扶助におけるオンライン資格確認の導入などについて伺います。

被保護者の、生活保護の受けている方々の何％が医療扶助を受けているのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 令和元年度の被保護者実態調査によりますと、生活保護受給者のうち医療扶助を受給している割合というのは、令和元年度の各月平均で約八割となっております。

○打越さく良君 これ約八割ということで、医療扶助のありようは被保護者にとって切実です。

パソコンを持っていない被保護者は多いのではないでしようか。オンラインでたまっていく情報をマイナポータルを通じて確認したいという要望が被保護者から出てきたわけではないのではないでしようか。被保護者がメリットを感じる制度なのではないでしようか。パソコンやスマホも持たない被保護者もいると思うのですが、実態調査があるのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 生活保護受給者のパソコンの所持率でございますけれども、令和元年度に行われました生活保護世帯を対象とした実態調査におきましては、回答がございました九百二十三世帯の中で百六十三世帯、所持率にしますと一七・七％の方々が所持しているというふうな回答でございます。

それで、マイナポータルでの健診情報等の閲覧についてのお話ございましたけれども、マイナポータルは行政機関等が保有する自らの情報を確認できるオンラインサービスでございますので、今後、健診情報等の閲覧ができるようになる予定でございますが、パソコン等を所持していない方

であったとしても、例えば、市町村の庁舎等に設置が進められている専用端末を利用することで閲覧いただくということも可能でございますし、また、加えまして、健診情報等の閲覧というのは、御本人が閲覧されるということのみならず、御本人同意の下で診察時に医療機関において閲覧することによりましてより良い医療サービスの提供につながるというふうなことも期待されているわけでございまして、こういった点におきましても生活保護受給者にとつてのメリットがあるというふうに考えてございます。

こうした仕組みにつきまして、生活保護受給者からの要望を受けてというふうなものでは必ずしもございませんけれども、自治体や医療関係者が参画してオンライン資格確認の導入について議論しました医療扶助に関する検討会におきまして、オンライン資格確認と併せて健診情報等の閲覧を可能とするような方向性というふうなものも示されておりますので、生活保護受給者の健康の保持増進ということにつながるように、具体的な運用について今後検討させていただきたいと考えております。

○打越さく良君 今おっしゃった医療扶助に関する検討会で、医療を受ける主体は被保護者の方々であつて、被保護者の方々が医療扶助を利用した経験からどのような課題を感じているのか把握しないまま検討を進めているのではないかと、御指摘がありました。小規模な調査でもいいので、アンケートやインタビューで医療扶助に関するフィードバックを直接利用者から把握して、それに基づいてどのような方がいいのか検討していただくのがいいのではないかと、御指摘もありました。本当にものともなごだと思ひます。それについて、厚生労働省は、これからいたしますということはおっしゃらず、過去にやったことがあるか調べるということでした。まずは調べるべきではないかと思うんですが、いかがでしょうか。そして、過去にやったことはあるのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 今委員御指摘いただきましたのは、オンライン資格確認の導入の方向性を取りまとめた後で、本年の三月二十五日に開催した医療扶助に関する検討会におきまして、医療扶助全般の諸課題についてフリーに御議論いただく中で構成員の方から御指摘があったものというふうに承知しております。

それで、こういった課題についてでございますが、例えば、令和元年度におきました調査研究におきまして被保護家庭にアンケートを行つて、どのような方が健診受診率が低いのかということについての調査を行つたりですとか、あるいは、医療扶助実態調査などの統計情報からも、例えば、子供の医療受診率などの統計情報から比較して低いといった課題も私どもとして把握しているところございまして、こういった調査なり統計なりによりまして医療扶助をめぐる様々な課題について把握に努めてきているところでございます。

私ども厚生労働省といたしましては、今後、この医療扶助に関する検討会におきまして、構成員である有識者の方々から様々な課題について幅広く御指摘をいただきながら検討を深めてまいりたいというふうな考えておりますし、また、それらの諸課題の検討に当たつて必要な調査等についても引き続きその方法等について検討してまいりたいと考えております。

○打越さく良君 やつぱり、基本的には生活保護を受けている方々の視点で制度を構築していただきたいというふうに思ひます。

そして、検討会のところで医師会側から、オンライン資格確認の準備ができていない医療機関、零細な診療所が淘汰されないようにしなければならぬと、地域医療がより脆弱になつてしまつという御指摘がありました。カードリーダーを導入すれば対応できるという簡単なことではなく、複雑な準備をしなくてはいけないということでした。その点はいかがでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) やはり医療扶助に関する検討会における指摘でございますけれども、

この医療扶助のオンライン資格確認導入に当たりまして、医療現場に混乱が生じないよう運用について検討を行うことが必要であることや、システム改修に要する期間等を踏まえて施行までに十分な時間を確保する必要がある、こういった御提言をいただいたわけでございます。

これを踏まえまして、令和五年度中ということを用意しております本格運用までに医療機関等において十分な準備期間を設けられるように取り組んでいくということとしております。

なお、先行して本格運用に向けた準備が進んでおります医療保険のオンライン資格確認におきましては、医療機関等に設置する顔認証付きカードリーダーについて、本年五月十六日時点で約十三・一万施設、率にして五七・一％から申込みが来ているというふうな承知しております。

現在、医療機関、薬局を対象としてオンライン資格確認の導入意向調査を行っているところでございます。この調査の結果も踏まえて、引き続きオンライン資格確認の普及促進に向けて取り組んでまいりたいと考えております。

○打越さく良君 今と同じような回答になるのかもしれないんですけども、検討会で福祉事務所の方からも、あるいは薬局の側からも、資格確認を導入するならばシステム改修等の負担が掛かる、時間も掛かるという指摘もありました。一回限りのことではなくて、システムメンテナンスにも費用が掛かるという御指摘もありました。こうした点についての手当てはどのように考えていらっしゃるのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) この医療扶助にオンライン資格確認の導入をするということになりますと、一つは、社会保険診療報酬支払基金等が運用するオンライン資格確認システムに対しまして、福祉事務所から医療扶助の受給者に係る情報の送付を可能にするということが一つ必要になります。それからもう一つは、医療機関がオンライン資格確認システムから医療扶助に係る情報の提供を受けるといふことを可能にする、こういった

様々なことが対応必要になるわけでございます。

このオンライン資格確認は令和五年度中に開始するということで申し上げましたが、まずはこの令和三年度中に福祉事務所や支払基金、それから医療機関におけるシステム改修の詳細ですとか実務について更に検討を行いまして、令和四年度から必要な予算措置を講じてシステム改修を進めていくということとしております。

なお、今後のシステム改修等の検討に当たりましては、先行してオンライン資格確認を導入予定である医療保険のシステムの基盤を可能な限り活用しまして、効率的な改修、運用ということを行えるように検討してまいりたいと考えております。

○打越さく良君 ちょっと質問を飛ばさせていただきます。被保護者にはジェネリック医薬品の使用が原則とされておりますけれども、国連人権高等弁務官事務所は二〇一八年五月二十四日に、改正生活保護法について、生活保護受給を理由に医薬品の使用に制限を課すことは国際人権法に違反する不当な差別に当たると指摘しています。このような指摘を受けてもいまだに是正しないのはなぜでしょうか。

そして、ちょっと質問を続けさせていただきますが、マイナンバーカードも被保護者以外には強制されないのに被保護者に強制されるということにならないだろうかという御心配の声も地元でいただきました。その点、どう受け止められるのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) まず、後発医薬品の使用の関係から申し上げますと、平成三十年の五月に国連人権理事会の特別報告者等から、生活保護受給を理由に医薬品の使用に制限を課すということが不当な差別に当たる旨の内容を含む報道発表がなされたということは私も承知いたしております。なお、この国連人権理事会の特別報告者等というのは国連人権理事会から個人の資格で任命された独立の専門家でございます。報道発表は国連人権理事会を含む国連の立場を代表するも

のではないというふうに承知しております。  
それで、中身でございますけれども、後発医薬品の使用の原則化につきましては、平成三十年の生活保護法の改正におきまして、生活保護受給者は医療機関での窓口負担が通常発生しないということで、後発医薬品を選択する動機付けが働きにくい、そういう状況にあったことを踏まえて行ったものでございます。

この運用におきましては、医師又は歯科医師が医学的知見に基づいて後発医薬品の使用が可能と認める場合に限り、原則として後発医薬品を使用することとしておりますし、また、医学的知見に基づき必要と認められる場合には先発医薬品による医療の給付を行うなど、必要な医療が確保されるように配慮しているということでございますので、御指摘いただいているような不当な差別等には当たらないものというふうに考えております。

引き続き、生活保護受給者に対して必要な医療がきちんと確保されるように、適切な運用に努めてまいりたいと考えております。

それからもう一つ、マイナンバーカードの取得についての御指摘いただきました。

この資格確認の導入のためには、できる限りマイナンバーカードによる資格確認が行われるように取得の促進を図る必要があります。カードの取得というものはあくまでも本人の申請によるものであるという前提に立ちつつも、生活保護受給者に対しては、ケースワーカーによる家庭訪問や面談等の機会を通じて毎月の医療券の受取が不要になるということですか、あるいは顔写真付きの公的身分証として役に立つとか、そういった様々なメリットを丁寧に説明させていただきましてカードの取得を促進することとしておりまして、あくまでも丁寧に説明していくということを旨として進めてまいりたいと考えております。

○打越さく良君 ちよつと今の御答弁で現場がどういうふうになるのかというの、ちよつと不安になってきたんですけれども。

やはり、現場の方々からは、ケースワーカーなどからは、マイナンバーカードがないと生活保護を受けている方々の間で医療が受けられないんじゃないかという誤解が広がらないようにしてほしいと、医療機関にもそうした誤解が広がらないようにしてほしいということがありました。そうした指摘は検討会でもあったと思いますけれども、その点、どのように受け止めているでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) まさにマイナンバーカードの取得を促進していくことをするわけでございますけれども、他方で、やむを得ない場合には医療券も併用して必要な受診を確保することということも併せて考えてございます。この委員会でも御答弁申し上げていきますように、例えば、医療機関でオンライン資格確認の設備が整っていない場合ですとか、あるいは、これまでマイナンバーカードを持っていなかったけれども生活保護を適用してすぐに医療が必要になった場合ですとか、そういった場合にはやむを得ないものとして医療券も併用させていただくと、こういったことも併せて運用させていただきたいと考えております。

○打越さく良君 ちよつと現場の不安は解消されないと思うんですが、本日は時間になりましたので、これで質問を終わらせていただきます。

○福島みずほ君 立憲・社民の福島みずほです。冒頭、大臣に、質問通告していませんが、意見を聞きたいことがありますので、お願いいたします。

パツハさんやコーツさんが、日本は犠牲を払わなければならない、サクリファイスですよ、供え物、犠牲、犠牲を払わなければいけない。あるいは緊急事態宣言下でもオリンピックをやるんだということに驚愕をしております。

そして、二点お聞きをいたします。  
都内の子供たちなど、オリンピックの観戦をさせるということが報道されています。バスや電車で大量に移動する。子供たち、ワクチン接種を

やっております。子供たち、本当に大丈夫か。それとも一つ、代々木公園、それから井の頭公園。一万本以上代々木公園は木がありますけれども、これを伐採してパブリックビューイングをしていく、井の頭公園では三万五千人、パブリックビューイングで見てもらうということで、木を伐採するんですね。しかし、その代々木公園は、コロナ対策として立入禁止に指定されている場所で木を伐採し、パブリックビューイングをする

と。  
今、映画館行かないでください、劇場行かないでください、自粛してくださいってもうずっとやってきて、そして何で三万五千人パブリックビューイングなんですか。こんなことやって感染拡大になるんじゃないですか。オリンピックの開催に反対をしているのは、まさに感染の拡大を本当に心配しているからです。政府の政策、ブレーキ踏んでアクセル踏む、GOTOキャンペーンとかですね、あるいは冷房と暖房を同時に付ける。コロナ感染を抑止しよう、コロナ感染を何とか止めようという意識があるんでしょうか。

ですから、国民の命を預かる、とりわけ厚生労働省の大臣にお聞きをいたします。子供たち、観戦のために動員して大丈夫ですか。それから、この三万五千人のパブリックビューイングのために、井の頭公園、代々木公園、これ署名も始まっていますが、反対の。まさに木を切ることを、パブリックビューイング三万五千人、これってコロナ感染拡大になりませんか。

○国務大臣(田村憲久君) ちよつとお子さんの件、済みません、私よく分からないので、都がそういうことをやられているか、どかがそういう発表されたのかちよつとよく分からないんで、申し訳ありません。

パブリックビューイングは、昨日も衆議院で質問がございました。

これも、その緊急事態宣言下であるのかどうか、それは早く緊急事態宣言下にならないように、これは解除できるように感染をいかに抑えて

いかかということを今やっておりますが、オリンピックの時期どういう状況なのか、ちよつとまだこれは推測できませんけれども。

いずれにいたしましても、こういうことを御判断されるに当たっても、感染症の専門家の方々も入って御判断をされるんだというふうに思います。私は、専門家の方々交えて適切な御判断をされるものであろうというふうに思っております。

○福島みずほ君 適切な判断って何ですか。緊急事態宣言下であろがなからうが、三万五千人パブリックビューイング、異常だと思えます。どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、緊急事態宣言下に入れるんですか。ちよつと私、それがよく、何の話がよく分からないんですが。

多分、そのときの状況がどんな状況なのか、感染を防止できなければこれは安全、安心な東京大会開催できませんので、そういうことを踏まえた上で、都、都になるんですかね、その委員会かちよつと私よく分からないんですが、そこが、専門家も交えておられるはずなので、最終的に適切な御判断をされるんであろうというふうに思っております。

○福島みずほ君 これは都が判断を最終的にはするんではないが、是非、厚生労働大臣、閣議であるのかどこであるのか分かりませんが、私は、オリンピックの問題もあります、今からもう木、切り始めているんですね。伐採の、仮にもう剪定を始めています。これに対して、木を守れというのがありますし、オリンピックのパブリックビューイング三万五千人は異常であると、感染拡大につながるという強い反対もあります。

私は、政権が人の命を守ることをどう考えているのかということにつながる感染拡大を本当に招くんじゃないかという批判に対して、政権としてやっぱり判断をすべきであると。私は、一万歩譲ってオリンピックをやるとしても、パブリックビューイング、異常だと思えます。子供たちの観戦、異常だと思えますよ。配慮していないです

もん、感染拡大に。

ということ、オリンピックやるかやらないかはまた次のフェーズの問題ですが、是非このパブリックビューイング三万五千、政権の中でもよく議論をして、都とも話し合っていたきたいということを強く要望いたします。

私はやめるべきだと思っています。国民怒りますよ。自分たちは劇場やれない、映画館開場できない、いろいろやめるやめるやめる、自粛しろとさんざん言われた挙げ句、政府は、都は三万五千人パブリックビューイングやるんですかという話になると思います。

では、ワクチンの優先接種についてお聞きをいたします。

お手元に資料をお配りしていますが、国会図書館から調べてもらいました。これは、いろんな方から是非優先接種できないかという御相談受けているからです。

見ていただければ分かるのとおり、米国、英国、フランス、ドイツなど、例えば要介護高齢者施設の入所者やその職員が上に来ております。というか、トップに来ております。アメリカではやっぱりエッセンシャルワーカーに対する配慮、バイデン政権は学校の先生に対して優先接種をすることになっております。

日本なんです、この高齢者施設の従事者は入所者と同時接種も可となっていて、自治体によって優先接種ができたりできなかったりしておりますが、是非高齢者の介護施設で働いているスタッフの人たち、是非優先接種もやっぱり進むように配慮していただけないか。いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 順番というものは、一応分科会で専門の見地から御判断いただいて、優先順位を今回決めたわけであります。そんな中において、今委員が言われた高齢者施設の場合は、クラスターが起ころうとそれに対応いただかなければならない従業員の方々、多々おられるわけでありまして、そういう方々の健康を守るためにもワクチンの優先接種という形の中で、本来でい

と高齢者より後なんですけれども、一緒に打つていただけるようにと。ただ、これワクチンの量がありますから、当初、量がなかなか集まらなかったということもございますので、量を確認した上で自治体で対応いただきたいと、こういうお願いをさせていただいております。

様々な意見がございます。実は、昨日も、アドバイザリーボードでもいろんな御意見がございました。ただ一方で、これ分科会で専門の見地から御判断いただいている部分でもございますので、そこも相談しながら、ワクチンが潤沢に入ってきてつありますので、そんな中でどんな対応をしていくかということは、また分科会の中でいろんな御議論があらわれるだろうというふうに思っております。

○福島みずほ君 日本の自治体で優先接種を介護施設でやっているところがあるというのを私も聞いております。それで、ここに関して、高齢者施設の接種に関しては、自治体は段階的にやっているところもあるのですが、まちなちなので、是非こういうことを厚生労働省としては応援してほしいということを申し上げます。

それでもう一つ、この中には、精神障害のある人に関しては優先接種なんです、私は、血友病の患者さんや、あるいは目の不自由な方や精神障害ではない人たちの障害のある方たちから、是非ヘルパーさんやいろいろな関係もあるので優先接種を認めてほしいという要望も受けました。この点については、例えばいかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 今、血友病の皆様方の話ありましたが、この基礎疾患の中には血液の病気があるため基礎疾患を有する者に含まれるとなっておりまして、血友病の方々は優先接種の対象になられるというふうに認識いたしております。あと精神障害、あと知的障害が重い方、こういう方々は優先接種の対象になります。

なお、全ての障害の方々を対象になるかといいますと、様々、これどういことかというところ、要は重症化のおそれがあるかというところで専門的

見地から各学会のいろんな御意見いただいてやっておるものでありますから、例えば身体障害もいろんな様々な方々がおられると思いますが、重症化リスクがなければそれはなかなか難しいということでございます。そこを判断の一つ材料とさせていただきますながら優先順位を決めさせていただきます。

○福島みずほ君 是非御検討をよろしくお願いいたします。

次に、二割負担の問題についてお聞きをいたします。

資料をお配りしています。七十五歳以上の年収単身二百万円世帯、夫婦三百二十万円世帯の収入と支出の状況なんです、これを見ていただくことで、これは百二十三件のサンプルしかないということ、二百万円前後五十万円の、プラスマイナス五十万円取って少ないことを聞いております。百二十三件って少ないと思いますし、それからもう一つ、単身世帯なんです、家賃が十七万円です。これ、家賃十七万円のカウンティでいいんでしょうか。というのは、六十五歳以上の単身の方の借家住まいは三三・五%なんです。結構借家住まいが多い、それより年齢が上がるものと持家ってなかなか難しくなると思うんですが、十七万では済まないと思います。これの計算方法、余裕があるよ、これ正しいんじゃないか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。御指摘のこの資料でございますけれども、御指摘のとおり、総務省の家計調査におけます年収二百万円プラスマイナス五十万円の範囲の後期高齢者の単身世帯の支出の調査票の提供を受けまして、厚労省で特別集計して作成したものでございます。

この住居費でございますけれども、年間平均十七万円となっておりますけれども、これ、今回の集計世帯のうち、持家が、百二十三世帯のうち持家が百八世帯で八七%、公営住宅等は六世帯で五%、民間賃貸は十世帯で八%となっております。そういう意味では、調査の限界もあるかもしれ

れませんけれども、この調査結果におきましては、持家の比率が御指摘のよりは少し高めということが背景にあるというふうに考えております。

○福島みずほ君 百二十三件なんです。そして、六十五歳以上は三三・五%が借家住まいです。十七万でカウントして大丈夫だというの、これおかしいと思います。大丈夫な人もいるかも、これ、とってももう医療かかれないですよ、借家住まいで、貯蓄がなければですね。すさまじい状況で、この百二十三件で大丈夫というのは私は乱暴だと思います。

次に、お配りしている資料を見てください。一人当たり医療費と患者負担の統計と、それから年間収入と患者負担の比率です。これ見ていただくとも一目瞭然だと思います。

一人当たりの医療費は、やはり七十から七十四以上になると、まあ百歳以上だともちろん一人当たりの医療費は増えますが、赤ちゃんのときは、赤ちゃんというかゼロから四歳は少し多いんですが、やっぱり若いときって医療費はそんなに掛からない。しかし、残念ながらと言うべきか、加齢していきまますから、七十四あるいは七十五から以上になると、残念ながら一人当たり医療費が高くなります。一人当たり患者負担額もこれは上がっていくということです。一人当たり医療費は年齢とともに上昇すると、後期高齢者は現役並み所得者を除いて患者負担というのがすごくなっている。これで二割負担で大丈夫とは絶対に思えない。

年間収入と患者負担の比率の統計も見てください。一人当たりの年間収入は、五十から五十四をトップにぐんぐんぐんぐんと下がっていく。一人当たり年間収入に対する患者負担の比率は、やはり六十から六十四以上になるとどんどん増えていくという、もちろん八十五歳以上だと一人当たり年間収入に対する患者負担の比率は上がるわけです。

つまり、高齢者になると医療をやったり必要と

する、そして収入は下がっていく。この人たちに七十五歳以上二割負担、酷じゃないですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘のとおり、年齢が上がるに従いまして、窓口負担額、医療費上がってまいります。御指摘の窓口負担額につきまして、例えば七十五歳以上については七・七万、七十一・七十四については七・六万、六十五から六十九については八・六万、六十四歳以下については三・七万円でございます。

また、平均的に年齢階級別の収入に対する比率も、そういう意味では七十五歳以上については比較的高い比率になります。これは、一般的に七十五歳以上の高齢者につきまして、現役世代に比べまして受診頻度が多くて長期にわたることににより医療費が高いことから比率も高くなっているというところでございます。

そういったことも踏まえまして、今回の提案におきましては、七十五歳以上の方全員ということではなくて、一定の以上の所得の方に限って二割負担とする提案をさせていただいているというところでございます。

○福島みずほ君 二百万、年収二百万だからとりわけ問題にしています。生活に余裕ないですよ。百二十三例調べて、年間の賃料が、賃料というか家賃で掛かるのが十七万とやっているけれど、それ実態と懸け離れていますよ。三三・五％、借家住まいなんです。生きていけない、食べていけないというか、医療費にお金を割くことができない、なるんじゃないかと思えます。

次に、資料でお配りしている高齢者の受診抑制を見てください。

入院受診率、人口十萬対で、外来受診率、人口十萬対、一九九〇年から二〇一七年までのこれで明らかに受診が減っている。これ、どう見られますか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、受診減っているというのは、一つは例えば投薬の処方ですね、これ長期化をいたしておりますので、以前よりかは

一回にもらってくる薬の量が増えて、その分診療回数が減っている、これはもうトレンドであります。それからあと、入院期間も大幅にこれ短縮になつてきておりますので、そういうものを理由としてこういうようなトレンドになつてきておるわけでありまして。場合によっては、介護保険等々がこれ施行された後、それまでいろいろと言われておられたような医療機関でいろんなものを対応いただいておりますものが介護の方に移っているという部分もこれは入っているのかも分かりません。

いずれにいたしましても、全体としてこのような形になつてきているというのは、受診、適正な医療を受けていただけないということではなくて、そういうような流れの中においていろんな対応、まあ診療報酬いろんなものも含めてでありますけど、対応してきている結果であろうというふうに認識いたしております。

○福島みずほ君 いや、違いますよ。年金が目減りし、消費税が上がり、物価が上昇し、貯蓄率が減り、貯金がないという高齢者が増え、そしてさつき挙げたような医療費が掛かって、収入です。

実際、受診抑制されているじゃないですか。というか、入院の受診率とそれから外来受診率は明確に年度を追うごとに下がっています。大臣言ったように、一回で薬をもらう割合を増えるとか、そういうので医療費を減らしているとかいうのはあるとは思いますが。しかし、明らかに現在まで受診抑制があるんですよ。七十五歳以上を二割負担にしたら、もっと受診抑制するんじゃないですか。

現場でいろんな話を聞きました。とりわけ歯の治療とか、やっぱり我慢する、痛くなっても我慢するとかという話を本当に聞きます。我慢しちゃうんですよ、受診抑制。これを起こしてはならないと思いますが、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) 今般のことではなくて、以前から、歯科等々に関して我慢されるとい

う方がおられるという話はお聞きいたしております。

ただ一方で、歯科口腔の健康は全身の健康にこれはつながつておるといふエビデンスも出てきておりますので、歯科口腔保健法等々も施行され、各地域で条例をお作りをいただいておりますが、我々としたしましても、歯科の重要性というものを今お訴えをさせていただき、かむ能力という意味では特定保健、特定健診の中においてもその項目に入らせていただきながら、歯科の重要性というものを伝えさせていただいて、なるべく歯科の治療につながるようにすることもさせていただいておりますので、それはそれとしてしっかりと進めてまいりたいというふうに思っております。

○福島みずほ君 幾ら歯科口腔が重要だといつても、二割負担になつてお金がかつたらかかれないうじゃないですか。これ更に受診抑制に進みますよ。高齢者になればなるほど医療が必要なのに、二割負担にしたら本当に受診抑制する。しかも、二百万ですよ、二百万、これどうなのかと。それで、将来的に二割負担の対象者に関する基準を見直す可能性はあるんでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 二割負担の範囲につきましては、まずはその今回の見直しにしっかりと取り組むことが重要であると考えておりまして、現時点で更に対象者を変更することについては考えておりません。

○福島みずほ君 現時点ではないかもしれませんが、条文に二百万と書いていないんですよ。一番初めに議論になったという百七十とか、もっと低いじゃないですか。そうすると、この金額、下がる可能性もあるということですよ。いいですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 今回の二百万につきましては、様々な議論をした結果、決定したものでございまして、閣議決定もしてございます。

今回の取組、見直しにつきましては、今回、今御提案、御議論いただいております基準で考えておりまして、現時点で更に対象者を変更すること

については考えていないということでございます。

○福島みずほ君 現時点ではそうかもしれませんが、将来的にどうか、これが二割負担の対象者に係る所得基準は政令委任をしています。政令でやれるんですね。その問題点はあるんじゃないですか。つまり、国会の関与なく、百八十、百七十、百六十、下げることも可能ですよ。どうですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

窓口負担の基準につきましては、従来から、法律には負担割合など基本的な事項を規定した上で、金額等の具体的な基準については政令で定めるのが一般的な法形式でございます。現在の現役並み所得の基準についてもそうした形式でございまして、それを踏襲したものでございます。

なお、仮に将来的に所得基準を変更して政令を改正するといった場合には、これは当然、社会保障審議会を始めとしたしまして関係者との丁寧な議論を行った上で改正ということでございます。決して政府の判断のみで変えるということではないというふうに考えております。

○福島みずほ君 二百万が丁寧な議論を経て決められたとはとても思っていないんですよ。百二十三例で、賃料十七万で決めちゃっているんですよ。お互いの各政党間の協議でも決めているじゃないですか。条文にないから、国会関与なくこれ下がるんじゃないかと心配しています。

以前というか、報道によれば二百万じゃなくて、じゃ、質問変えます。報道によれば二百万よりももっと低かったんじゃないですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) この二百万円を決定するに際しましては、五つの選択肢を示して、それを全世代型社会保障検討会議、あるいは社会保障審議会医療保険部会におきまして丁寧な議論した上で決定したものでございまして、関係審議会の了承も得て、そういったプロセスを経て決定したということでございます。

○福島みずほ君 一番低い金額は年収幾らです

か。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 五つの選択肢におきましては、一番低い金額として、選択肢として、機械的な選択肢としてお示しいたしましたのは、一人世帯で本人収入百五十万以上という、百五十万円以上ということでございます。

○福島みずほ君 だから心配しているんです。シミュレーションの中で百十五でしょう。百七とかいろいろ出ていますが、百十五まで落ちる可能性はあるんですよ。大丈夫かと思えますよ。どんどん下がるんじゃないか、上がることはなく下がるんじゃないか、本当に心配しています。国会関与できないから、本当に心配をしています。だから、この二百万も問題で、この二割負担も問題だと思えます。

資料を見てください。これは千二百三十億もの公費削減のための二割化なんです、これを見ると、現役保険料、本人負担三百九十億円マイナスで、一人当たり推定額は年四百円、月三十三円、まあ本会議では三十円というのがありますが。公費負担軽減が千二百三十億円、事業主負担軽減が三百四十億円、現役世代は三百九十億円減で、何と月に三十三円しかないということで、改めてよろしいですね。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 負担軽減の効果でございませけれども、二〇二五年度時点で支援金総額は八百三十億円の減、一人当たりの支援金の減が八百円、年間ですね。で、一人当たりの支援金の月単位にいたしますと七十円の減ということでございまして、これは労使折半で、本人負担分にするると約月額三十円の減ということでございませ。

○福島みずほ君 現役世代を応援すると言うけど、月三十円なんです。月三十円で、さっき見た高齢者が窓口負担二割になって医療にかかれないのと、どうですか。

衆議院の議論で、その三十円掛ける現役世代で、そしてその人が九十歳まで生きたときの医療費負担、形式的になかなか、どの保険に入ってい

るかとか、いろんなことが全部入るのであれですが、圧倒的にやっぱり損になるんですよ。高齢になって医療にかかなくなってしまう。三十円ですよ、月に三十円。三十円のために自分のおじいちゃん、おばあちゃんや、いろんな人たちが窓口で二割負担になって、病院にかかなくなるかもしれない。医療を我慢するという事態はいいんでしょうか。三十円を助けるためについて。

これを、明らかに三十円なのに現役負担を軽減するとか言い放つのはミスリードじゃないですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 議員御指摘のとおり、機械的に計算いたしますと、現役世代の負担軽減額は事業主負担分を除けば月額でおおむね議員御指摘のとおりでございますけれども、先ほど申し上げましたけれども、総額では二〇二五年度満年度で支援金を八百三十億円軽減する効果がございませ。

そういった現に効果がございませし、その規模感につきましては高齢者の生活の状況等も踏まえた中では最大限のものというふうに考えておりまして、現役世代の負担増加の伸びをできる限り抑制したい、その中で高齢者の生活状況等も踏まえる、こういった中での金額ということでございませ。

○福島みずほ君 この国は高齢者になったら十分な医療を受けられないようにするんですかという、本当にそういう問題です。二割負担がどれだけ七十五歳以上のの人にとって、年収二百万ですよ、どれだけ打撃を与えるか。私、これ間違っていると思います。三十円を軽減するためについて、この制度間違っていますよ。

窓口負担増ではなく、保険料における応能負担の徹底や公費拡充を進めることが必要ではないんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) そういう意味では、応能負担として保険料を上げていくということも選択肢の一つだと思います。現に、賦課限度額につきまして、後期高齢者医療制度におきましても

国保並びで定期的に、大体おおむね二年に一回程度上げてきております。

ただ、仮に、これは御提案いただいておりますけれども、これを大幅に引き上げることになりますと、元々保険ですから、受益と負担の均衡といましようか、ある一定程度の限度が、限度を超えますと納付意欲の低下等もあるというふうを考えておりますので、賦課限度額の見直し、保険料の見直しについては課題と考えておりますけれども、丁寧に議論していく必要があるというふうに考えております。

○福島みずほ君 データで老衰とかそういうのが増えているんですね、自宅。それで、もう本当に老衰なんだろうが、医療にかかれなくて亡くなってしまうんじゃないかということも思っています。また、高齢者の万引きとかですね、要するに何を盗んでいるか、食べ物なんです。本当に貧困が拡大している。貧困と絶望を本当になくしていくのが政治の仕事じゃないですか。だから、やっぱりこれは間違っていると思います。内部留保に課税をするとか税金の取り方を変える、法人税見直す、あるいは所得税の累進課税を元に戻すとか、GAF Aなどに関してもっと、あるいは金融取引に関して課税をしていく、タックスヘイブンに切り込んでいく、やっぱり税の公平なことを実現する、そして安心して年を取ることができる社会をやっぱりつくるべきだと思います。貧困と絶望、そして医療にかかれない、こんなことはやっぱりなくすべきだというふうに思っています。これをこうすることでだけの高齢者の命が奪われるかと思っているの、間違っているというふう思います。

国保に対する公費投入を拡充し、協会けんぽ並みの保険料に引き下げる必要性について、いかがでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 国民健康保険につきましては、高齢化の進行に加えまして、無職あるいは非正規雇用の労働者など低所得の加入者が増加するなどの構造的な問題があるというふうに承

知しております。

このため、所得の低い方に対しては保険料の軽減措置を講じますとともに、これには公費も入っております。保健給付の五割を公費負担とするなど、公費を他の制度より手厚くする措置を講じてきております。

最近では、平成三十年度の国保改革におきましても、都道府県単位化によりまして財政の安定化を図ったことに加えまして、低所得者対策の拡充等ということで、毎年約三千四百億円の追加の財政支援を行いまして、財政基盤を大幅に強化したところでございます。

こうした取組を通じまして、国保制度の安定的な運営に努めてまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 事業主健診情報の取扱いについてお聞きをいたします。

事業主健康診断情報を保険者に集約することについて、システム構築やデータ検証作業など、進捗状況はどうなっているでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。保険者は、平成二十年度以降、高齢者の医療の確保に関する法律に基づきまして、四十歳以上の方の事業主健診の情報を取得しまして、特定健診の情報として管理してきております。

健診情報につきましては、機微な個人情報でございませので、保険者におきましては、これまで厳格な情報管理と適切な利用を求めてきたところでございませ。具体的には、まず、健保組合、全国健康保険協会等につきましては、個人情報に基づく個人情報取扱事業者としてその規制に従うほかに、市町村国保、後期高齢者広域連合につきましては、各自自治体の個人情報保護条例の規定に従って業務を行うこととされております。

その上で、個人情報保護委員会と厚労省との連名のガイドラインにおきまして、入退室管理、記録機能を持つ媒体の持込みの禁止等の物理的安全確保措置、あるいはその基幹システムに接続されたネットワークとインターネットに接続されたネットワークの物理的又は論理的分離等の技

術的安全管理措置等をお示しして、個人情報保護のための具体的な対応を求めています。

○政府参考人(濱谷浩樹君) この情報でございまして、保険者が四十歳未満の方の事業主健診情報を取り扱うこととなりますけれども、その取り扱い際には、既存のシステムを活用しながらシステム改修及びデータ検証を進めていくこととなるものと考えております。改修等に当たりましては、関係法令を遵守しつつ、セキュリティやデータの正確性に十分配慮しながら進めていくように、厚労省としても改めて周知してまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 改めて確認いたしますが、この健康診断を受けるに当たって、自分はこのシステム構築の中に入りたくない、個人情報を守るということはもちろん可能なわけですよね。

○政府参考人(濱谷浩樹君) これは法律に基づく事項でございまして、法律に従いまして扱いを決めていくことでございます。

○福島みずほ君 どっちなんですか。協力しないことは可能なんですか、可能じゃないんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 基本的にはこれは法律に基づく情報でございまして、基本的には本人の同意なく提供できるということでござい

○福島みずほ君 個人情報を守れないということですか。拒否権がないということですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 事業主から保険者に提供する際には、これは法律に基づく提供ということでございまして、基本的には本人の同意なく提供は可能というふうに考えております。

○福島みずほ君 だからやっぱり問題なんですよ。

つまり、健診を受けるときに私の情報はこのデータに入れ込まないでくれということとは可能なんですか、可能じゃないんですか。今の答弁だとできないということですね。つまり、自分の情報を守りたかったら健診受けなにかどうかということになっちゃうということでしょういいんですか。同意なくても、本人の同意がなくてもこのシ

ステムの中に入るということですね。

○政府参考人(濱谷浩樹君) この情報でございまして、あくまでその事業主健診の結果について保険者にお渡しして、それでその個人情報保護法に基づく管理等をしっかりとするという前提でございまして、そういう前提の下で基本的にはその同意なしで提供が可能になるということでございます。

○福島みずほ君 語尾がはっきりしないんです

が。個人情報保護、守ると、配慮するのは当然として、この中に私の健康診断の情報を入れないでください、それは可能なんですか。本人の同意が必要なんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。繰り返になりますけれども、今回、事業主健診情報を保険者に提供するに当たりましては、これは法律に基づいて提供ということでござい

まして、本人の同意自体は本人の同意なく事業主から保険者には提供が可能ということでござい

ます。

○福島みずほ君 だから問題だと思えます。成立したデジタル庁関連法案は、行政の長は、相当な理由がある場合には個人の同意なく目的外使用ができる、そして、特別の理由がある場合には民間に対してその情報を本人の同意なく目的外使用ができるとなっています。共通仕様に各役所と各自自治体をやりますから、前よりもずっと簡単にクリック一つで情報が流れると思います。

健康診断情報は、まさに匿名化と言われているんですが、今後、匿名化というか、このデジタル庁関連法案ののつとめて目的外使用が起り得ると、行政の中で、民間に対してということでしょういいですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 現段階では、何かこう匿名化して、それを利用するということを想定しているわけではございません。

○福島みずほ君 済みません、語尾をちよつとはっきりお願いします。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

今回の情報提供は、保険者内での、かつ保健事業への活用ということを想定しておりまして、匿名化して何か第三者提供するということを想定しているものではないということでございます。

○福島みずほ君 医療扶助におけるオンライン資格確認についてお聞きをいたします。

先ほど質問がありましたが、非常に危惧を持っています。というのは、生活保護を受けるでもマイナンバーカードは持ちたくない、でも、ケースワーカーがやってきてマイナンバーカードを用いた資格確認を進めていく予定であるときさき答弁がありました。ケースワーカーが家庭訪問して医療券の受取が不要になりますよ、医療券なんか現場で出さなくていいんですよ、説明を丁寧に言い、マイナンバーカードの取得を促すようにするものであるというふうに事前に聞いております。

これって、実際ケースワーカーと生活保護を受ける人間の関係って、やっぱり弱いので、マイナンバーカードの取得を事実上強制されることになりませんか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 当然、ケースワークの中で、受給者に対して様々な指導を行うということもケースワーカーの役割であることは間違いないでございます。ただ、先ほども御答弁申し上げましたように、このマイナンバーカードの取得を促進していく上では、あくまでもこれは強制という形ではなくて、丁寧にメリットを説明しながら取得を促していくということでございますし、また、やむを得ない場合には医療券の併用も認めるといふような形で運用させていただく予定でござ

います。

○福島みずほ君 生活保護を受けることについて、無料低額宿泊所に行かなくちゃいけないので嫌だとか、家族に対する照会請求嫌だとか、いろんな意見聞きます。でも、今回、マイナンバーカードの取得を勧められるという、嫌なことが増えるというか、嫌だとか。

でも、改めてお聞きします。私はマイナンバーカード嫌だということは可能だということでしょういいですね。

○政府参考人(橋本泰宏君) これは、やはりこのオンライン資格確認ということを導入することによりまして全体としての事務を効率化していくと、それによって医療機関にとっても受給者にとっても様々な負担を軽減していく、そういったことが最終的には目標になってまいりますので、やはりできる限りマイナンバーカードの取得を促進していくということが極めて大事なことでございます。

したがって、様々御本人の御意向はあろうかとは思いますが、やはりメリットも含めた丁寧な説明をしていくと、これが基本だと考えております。

○福島みずほ君 確認です。丁寧に説明されても嫌だということは可能なんですよ。それ言うてくだされ。嫌です、マイナンバーカード持ちたくありません、それ可能なんですか。

○政府参考人(橋本泰宏君) これは、基本的には様々な形で御説明をしていくということは基本になると思いますけれども、ぎりぎりどういった場面ですういったところに関しては、運用の詳細については今後詰めてまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 マイナンバー制度、マイナンバーカードを導入するときに、強制しないって国会でさんさん言ったじゃないですか。強制されないということでしょういいですね。

○政府参考人(橋本泰宏君) マイナンバーカードの所持ということが保護の要件ではございませんので、強制するものではないという答弁をいただきました。

○福島みずほ君 強制するものではないという答弁を、生活保護の医療扶助の場合もほかの場合も、顔認証システムを導入するというふうに言われています。ところで、この厚生労働委員会の中で健康保険証とマイナンバーの一体化の議論の

ときに、顔認証システムの議論は一切ありませんでした。これ、どこから出てきたんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) どこからといいましうか、このマイナンバーカードと健康保険証の、マイナンバーカードの健康保険証利用を検討していく過程におきまして、本人確認の仕組み等につきまして政府部内でも様々検討いたしました。顔認証付きカードリーダーであれば本人確認が確実にできるであろうということで、実務的に政府部内で詰めて御提案したものでございます。

また、この点につきましては、昨年の厚生委員会におきましてもたしか御議論をいただいているというふうに考えております。

○福島みずほ君 これ、とりわけ生活保護の場合、生活保護以外の場合もそうですが、まずマイナンバーカードと健康保険証が一体化しているものを持っていつて、あと顔認証とカードリーダー、そしてもう一つ顔認証でやると。この顔認証のマイナンバーカードの顔と自分の顔の顔認証を符合させるというふうに聞いておりますが、これは消去するんですか。

というのは、この間の議論で、マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針、令和元年六月十四日、デジタル・ガバメント関係会議においては、こうあります。令和三年三月からは、一定の病院等の窓口における本人確認、顔認証方式による登録処理を進める、登録処理とあるんですね。そして、百二十三回社会保障審議会医療保険部会議事録、令和元年十二月二十五日ですが、ここでも、マイナンバーの健康保険証利用、マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた環境整備については、今年の六月四日の閣僚会議決定において、本人確認は顔認証方式によって登録処理を進めるといふことにされております。

登録処理をするということは、まさにこれ顔認証のデータを登録していくということでしょういいんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘の登録はそういう意味での登録ではなくて、マイナンバーカードを保険証として使えるようにするためには一定のひも付けの処理が必要です。それは、今でも市町村の窓口でもできますし、あるいはマイナポータル通じてもできますけれども、顔認証付きカードリーダーにかざして、それで健康保険証として利用できるような、健康保険証として利用するためのいわゆる登録ということでございます。

それで、なお、認証した顔につきましては、その場で記録として残らない仕組みになっておりまして、そういう意味では、御懸念のような登録とかいうことで記録が残るということはないということでございます。

○福島みずほ君 いや、私はこれはおかしいと思います。なぜならば、このデジタル・ガバメントの関係会議でも全部そうなんです、本人確認は顔認証方式によって登録処理を進めるとなっているんですよ。私がたまたま病院行ってマイナンバーカードと健康保険証をかざす、顔認証で確かにマイナンバーカードの顔認証と福島みずほが一緒にだという、それっきりという今の説明なんです。それが、それっきりだったら、私のマイナンバーカードと私の顔を照合させるだけだったら、何でも度度も登録処理を進める、登録処理という言葉が出てくるんですか。違うでしょう。登録して集めるんじゃないですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。繰り返しになりますけれども、照合したその写真等を何かシステムに登録して残すと、そういう意味ではないということでございます。

○福島みずほ君 現場で単に照合するだけということなんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) そのとおりでございます。

○福島みずほ君 現場で照合するだけだったら、何でもこの登録処理を進めるとなっているんですか。登録ですよ。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

これはちょっと繰り返しになりますけれども、マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、初回登録といまして、そのマイナンバーカードを健康保険法の情報とひも付ける処理が必要です。それを登録処理と言っております。これが、先ほど申し上げましたけれども、市町村の窓口でもそのマイナンバーカードを持っていきましてこれを健康保険証として利用できるような処理もできますし、マイナポータルを通じてもできますし、顔認証付きカードリーダーを通じてもできると、これを登録処理というふうに言っております。

○福島みずほ君 いや、登録、さっきから顔認証に関しては単に照合するだけだつていうのに、登録というのが出てくるのはなぜですかという質問ですよ。

○国務大臣(田村憲久君) マイナンバーカードを保険証として登録しなきゃならないので、そういう意味で登録処理しますが、その顔画像のデータを登録したところで意味がないので、本人が窓口に行ったときに、そのマイナンバーカードのＩＣチップに入っている顔データと本人の顔が一緒だということでのマイナンバーカードはこの本人だということを確認して、もうそれが登録されていきますから、このカードは保険証になりますよというのをそこで確認するだけの話でございますから。顔データは登録しても意味がないですから、そういう意味からすると、これ自体は登録するということではないわけであります。

○福島みずほ君 違いますよ。顔データの顔認証仕組みって一番貴重な情報じゃないですか、まさに。これ、今たくさん民間も集めて、いろんな本人確認をしたりしていますよ。でも、ヨーロッパやいろんなところでは、顔認証と警察が街角で顔を撮ることをリンクさせることには逆に問題があるという別の議論も出ていますよ。

私がこだわるのは、はつきりと本人確認は顔認証方式によって登録処理を進めるといふふうにデジタル庁、ガバマンズ閣僚会議でも社会保障審議

会医療保険部会でもなっているんですよ。登録処理となつていいるから、やっぱりこの顔認証が登録をされる、あるいはどこかに飛んで確認をするというふうになるんじゃないか。

○国務大臣(田村憲久君) 要は、マイナンバーカードが保険証になつていいるかどうかというのを、これを登録するんです。そのマイナンバーカードが持ってきた本人と一緒に、つまりこの人のマイナンバーカードなのかというのを確認するために、マイナンバーカードのＩＣチップに本人の顔画像のデータ入っていますよね、それとその持ってきた人をその現場で本当かどうかを確認するだけの話で、その持ってきた医療機関で確認しているだけで、その記録自体は残しても意味がありませんから、その時々でリーダーで顔も見てもらって、それ、そのマイナンバーカードに入っているＩＣチップのデータと一緒にかどうかをその現場で確認しているだけです。それをどこかに顔データ自体を、何といいますが、保存しているわけではないというふうに御理解ください。

○福島みずほ君 いや、やっぱり納得しません。なぜならば、この文章は、本人確認は顔認証方式によって登録処理を進めるとあつて、今の説明と違いますよ。一体これはどうなるのか、きちつとこちらも検証したいと思ひます。だって、顔認証方式は登録処理すると書いてあるわけですから。

それで、健康保険証とマイナンバー一体化の、これが延期になりました。延期になつた理由を簡単に教えてください。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。マイナンバーカード保険証利用、オンライン資格確認につきましては、この三月から本格運用を目指しておりますけれども、この準備の過程で、コロナ禍による出勤制限等による健保組合などの保険者の加入者のデータ確認、修正作業が遅れたこと、それから、医療機関サイドにおきましては、世界的な半導体不足等を原因とするパソコン

ン調達の遅れなどにより導入準備が遅れたこと、  
こういった理由で本年十月までに本格運用という  
ことで延期したところでございます。

○福島みずほ君 データが集まって、一元化、集  
積化して、それがどう使われるかという心配もあ  
るし、それがいつも不具合や何かうまくいかない  
というので遅れて、それがどこかに流れたりハッ  
キングされたり皆さんに漏れるんじゃないかとい  
う両方の心配をしなくちゃいけないというような  
気もしますが、二割負担は問題であり、また、こ  
のような形で進める、オンラインの集積進めるこ  
とにも問題点があるということ強く申し上げ、  
質問を終わります。

○川田龍平君 立憲民主党の川田龍平です。

もう本場に暗いニュースばかりなので、少し明  
るいニュースがありましたので、二日前に、私も  
ずっと注目をしておりましたウイルスを使ってが  
ん細胞を破壊する治療薬、これが承認の方向へ  
というところで、本場にこの悪性神経膠腫という膠芽  
腫の治療に使われるこの治療薬が、ずっとこれ、  
患者の家族の方から二年前にメールをいただい  
て、本場に早くこの薬承認してほしいんだとい  
うことで言われていました。

でも、本場に私はなかなか政治家という立場で  
これ圧力掛けるわけにはいかないなと思って、  
ずっと情報は一応収集して、一応この成り行きを  
見守っていたんですが、これ、ようやく一月に申  
請されてようやく承認ということになって、先駆  
け承認制度で、私もこの先駆け承認にはすごく心  
配するところもあるんですが、ただ、有効性と安  
全性をしっかりと確認するという条件付でこの承認  
に向かっているということです。

本場に、この抗がん剤がやっぱり効くようにな  
れば一年生存率が六倍になるということで、本  
場にこの大変難病のがんの中でも非常に悪性の強い  
がんが長生きできるようになるかもしれないとい  
う、本場に余り期待持たせ過ぎても駄目だと思  
うんですが、やっぱり本場にこういう薬が開発さ  
れて、基礎研究から、このトランスレーショナル研

究というか、本場にこのトランスレーショナルな  
この今制度、制度じゃなくて研究ですね、リサー  
チですね、橋渡し研究でできてきている薬である  
し、日本で作られた薬でもありますし、やっぱり  
非常にこれがこの膠芽腫以外でも、ほかのがんに  
も効果が出てくるということになれば、やっぱり  
非常に画期的な、これ、今のところ標準治療で効  
かなかった人が使っていることですから、これど  
も、これも最初から使えるようになったりすると  
また違うんじゃないかということで、がんに対し  
てやっぱりすごいこれは、期待し過ぎちゃいけな  
いんですが、非常に期待しているところだ  
けお伝えしたいと思っております。

そのニュースが二日前だったんですが、その二  
日前に、B型肝炎の方たちもこれ厚生省に、厚生  
省に伺っていると思います。

私も、これ四月の二十六日に最高裁判決が出た  
事実でして、これ一番最後に一応付いている質問  
ですが、もう最初にちよつとやっておきたいん  
ですが、集団予防接種の際の注射器の連続使用に  
よつてこのB型肝炎ウイルスを感染させられた、  
二十年以上前に発症してもう治まった後に再発を  
した福岡県の男性二人が国に損害賠償を求めた裁  
判、この裁判の最高裁判決が四月二十六日に原告  
側の逆転勝訴判決ということ言い渡されました。

この最初の慢性肝炎発症時を起算点として、除  
斥期間を適用した福岡高等裁判所の判決を破棄  
し、再発時を起算点とするとの判断を示しまし  
た。裁判長は、これ極めて長期にわたる肝炎被害  
の実情を鑑みると、本件原告らと同様の状況にあ  
る特定B型肝炎ウイルス感染者の問題も含め、迅  
速かつ全体的な解決を図るため、国において関係  
者と必要な協議を行うなどして、感染被害者等の  
救済に当たる国の責務が適切に果たされることを  
期待するとの補足意見も付いております。

田村大臣は、今月の十八日にこの建設アスベ  
スト、石綿訴訟の判決で国の責任を認める司法判断  
が確定したことを受けて、厚生労働省と原告団が

和解に向けた基本合意書等取り交わした際には、  
原告らに改めて謝罪した上で、基本合意書の実現  
に向けて最大限力を尽くしたいと述べられました。

今回のB型肝炎訴訟の最高裁判決を受けて、国  
は原告らに除斥期間の主張をして苦痛を与えたこ  
とを深く反省して、大臣自らが原告らと直接面会  
して謝罪するとともに、直ちに救済を実現するべ  
きではないかと、これ要望されているわけです  
が、大臣の考えをお聞かせいただきたいと思いま  
す。

○国務大臣(田村憲久君) 本事実でありますけれ  
ども、おっしゃられるとおり除斥期間の起算点、  
これが争われた裁判でありまして、時間が掛かっ  
たのは、一つは地裁と高裁の判決が分かれたとい  
うことで、四月二十六日、最高裁におきまして、  
HB eの抗原陰性慢性肝炎、この発症による損  
害といえますが、この発症時点を起算点にするこ  
うことでありますから、再発というのか、この  
HB eの抗原陰性の慢性肝炎自体の発症した時期  
からというのか、これは言い方あると思いますが  
が、ここを起算点にすると当然除斥期間ではない  
ということでございますので、原判決が破棄され  
たということで結果的に損害額について更に審理  
を尽くせということで差戻しをした、そういう判  
決であります。

そういう意味からいたしますと、私といいま  
すか、厚生労働省は、以前から、今回除斥の方々  
に対してのこの判決であったわけでありませう  
けれども、除斥であろうと除斥期間であろうと  
いふ方々であろうと、全体、集団予防接種にお  
けるB型肝炎の皆様方に対しては、これはもう本  
場に申し訳ないことで、このような形で感染を  
招いたわけでありまして、深くおわびを申し上げ  
たわけでありまして、それは今も私の思いは一  
緒であります。厚生労働省としても、国として  
もそのように思っている下で様々な対策を携わ  
らせていただいております。

そういう意味では、今般このような判決をいた

だきましたので、関係省庁と早急に迅速に検討  
して対応させていただきたいというふうにお  
思っております。その中において一定の方向性が示  
され、また原告の皆様方とお会いをさせていただ  
いて、おわびも含めて申し上げたいというふう  
に思っております。

○川田龍平君 是非、この原告の中には、この除  
斥期間を理由に救済を拒まれている全国のほか  
の慢性肝炎の再発事案の原告側に対しても、直  
ちにやっぱり救済を実現すべく、これは大臣にや  
り動いていただきたいと思っております。

また、さらに、この慢性肝炎の再発事案に限  
らず、この除斥期間を理由に救済を拒まれている  
原告の人たち、早期解決に向けて、これもやっぱ  
り被害を受けているわけですので、直ちに原告  
団、弁護団との協議を始めるべきだと思います  
が、これ協議が始まっているんでしょうか。

○政府参考人(正林智章君) まだきちんとした協  
議は始まっておりません。

○川田龍平君 これは来月の六月二十六日がこ  
の和解から十周年というか、十年なんですね。ち  
ょうど東日本大震災も十年で、これ参議院の東  
日本大震災の特別委員会も開くように与党に要  
求しているけど、十年でも全然開かないという  
ことなんですけど、まあそれは関係ないんです  
が。

十年です。本場にこの十年のやっぱり節目に  
、是非その前に解決に向けてやっぱり動いてほ  
しいということなんです、これ六月二十六まで  
に何とかこれ大臣、会っていただけないでしょ  
うか。

○国務大臣(田村憲久君) 今のは、除斥によ  
つて一定の救済措置等々が対応されずにおられ  
る方々という意味ですか。(発言する者あり)全  
部、全部というのは、あの、済みません、申し  
訳ありません。

○川田龍平君 まず会っていただきたいのは原  
告の方、特に今回勝訴された、最高裁判決受  
けた方ですね。その方たちと、それから、同じ  
ように、全く同じ事例で、やっぱり例えば提  
訴二十年以上

前に最初のHBe抗原陽性で慢性肝炎を発症して、その後鎮静化した後に提訴二十年以内にHBs抗原陰性慢性肝炎を再発したパターン、これは最高裁の原告含めて百十三人いると聞いています。そういった方たち、同じ条件ですので、そこはまず、大臣、どうでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 今般の裁判はまさにその除斥の起算点が争われたわけで、それに関して、先ほど言いました抗原陰性の慢性肝炎の方々は、それが発症したところから起算するというところでございましたので除斥にならないという形でございましたので、これに関しては早急に関係省庁と検討して対応してまいりたいと思いますし、一定の方向性が出たときには原告の方々ともお会いをさせていただくということで、させていただきたいと思っています。

一方で、先ほど申し上げましたけれども、除斥の方々、またそうでない方々も含めて集団接種においてB型肝炎になられた方々に対しては、これはもう国として全体に対しておわびを申し上げております。そういう意味では、除斥の方々だけそれをおわびというわけではなくて、全体に対しての思いは今も我々同じでございますので、その思いを持った上で、これからも肝炎対策等々しっかりと進めてまいりたいというふうに思っております。

○川田龍平君 これは、二十年以上前に発症している方で、再発や継続によってやっぱり提訴前二十年以内も慢性肝炎に苦しめられている原告がこの百十三人に含めて百六十七人いると言われています。そのほかに、二十年以上前に発症していて国から除斥を主張されている原告が全体で三百二十八人ということですので、本当に、本来除斥で差別することなく、発症が二十年以上前かどうかに関係なく、慢性肝炎を発症した原告はひとしく満額で救済すべきと考えますが、少なくとも、今回の最高裁判決を踏まえば、早急に、この最高裁判決と全く同様の百十三人は当然のこと、継続パターン等も含めて提訴前二十年以内も慢性肝炎の発症がある原告百六十七人を除斥差別すること

なく救済すべきと考えます。

これ、最高裁判決で僕が画期的だと思ったのは、除斥期間の起算点を再発時として、最も重要な根拠は、再発の損害を発生するかどうか事前に予測ができず、あらかじめ請求することは不可能であるという点によって考えられていると。そうすると、提訴前二十年以内も慢性肝炎に苦しめられている百六十七人については、最初の発症時に、将来の提訴前二十年以内まで慢性肝炎の発症、再発でも継続でも続くとは予測ができず、このような将来の損害をあらかじめ請求することは不可能だったと言えますから、最高裁の論理から除斥を適用すべきではないと考えられます。

また、そもそも長く苦しんだ被害者を時の経過だけを理由に切り捨てるということ自体が不合理です。そのために、昨年の四月に施行された改正民法では、除斥期間の解釈ができないというように改正されています。是非その点を踏まえて、是非しっかりと検討していただきたいと思っています。

次に、質問に移ります。  
次に、ちよっとコロナのクラスターには認定されなかったですけど、老健局、大変苦勞した中で、今日来ていただいていますので、今日は質問、先にさせていただきます。

そもそも今回の法改正は、少子高齢化が進む中、公的医療保険制度の持続性を確保することを目的としています。公的医療保険制度を持続可能なものにするためには、医療保険自体を変えるだけでなく、高齢者の医療費を抑制する取組が必要だと考えます。

高齢者の医療費を抑えるためには健康寿命を延ばすことが重要です。お年寄りが長く元気に過ごせるようにするためのアプローチは幾つもあると思いますが、増加傾向にある誤嚥性肺炎、これを予防することもその一つだと考えます。誤嚥性肺炎は、口腔や咽喉の微生物や食べ物などの異物が誤嚥されたために生じる肺炎で、特定の微生物が原因ではないためワクチンでの予防はできず、高齢者を中心に急増しています。

少し古いデータになりますが、二〇一四年の「老年歯科医学」に掲載された調査報告、七十歳以上の高齢者の誤嚥性肺炎に関する総入院費の推計値によると、高齢者の肺炎の八〇％以上は誤嚥性肺炎とされ、誤嚥性肺炎のために入院している七十歳以上の患者の推計値は一日当たり約二万人で、三次救急病院を例に算出した入院費は一日当たり約四万九千円、一年間では約四千四百五十億円に上るといいます。

鳥取市で長年カイロプラクティックに従事してきた男性で、母親を介護してきた経験から、上半身がやや前かがみのときが最も飲み込みやすいとして、座っただけで前かがみの姿勢が保てる椅子を開発して、二〇一八年に一般社団法人の体具開発研究協会から発売しました。国際医療福祉大学と共同で有効性も実証したといえます。

しかし、介護保険における福祉用具というのは、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具で、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて保険給付の対象として規定しています。

対象種目は、移動、それから就寝、排せつ、入浴の際に使う物のみで、食べたり飲み込んだりというこの摂食時に使う物は対象に含まれていません。しかし、食事は生きていく上で欠くことのできない最も基本的な行為であり、水分や栄養を取るだけでなく、高齢者にとっては楽しみでもあり生きがいでもあります。また、このかむこと、食器を使うことは脳を活性化させて、身体的な機能訓練にもつながります。

このようなことを考慮に入れると、福祉用具においては食べることをもつと重要視することが必要ではないかと思いますが、見解をお聞かせください。

○政府参考人(土生栄二君) 先生御指摘でございますとおり、誤嚥性肺炎の防止というのは大変重要であると考えております。

それから、福祉用具の制度についても御紹介い

いただきましたけれども、要介護者等の日常生活の便宜を図るため、あるいは機能訓練のための用具ということで、御利用者様がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものにつきまして介護保険制度の保険給付の対象としているところでございます。

現時点で貸与の対象となっておりましてのは十三種目ということで、車椅子、特殊寝台等ということでございまして、先生から御指摘のございました誤嚥性肺炎の防止のための椅子というのは、現在力テグリーとしては含まれていないところでございます。

他方で、事業者等からの提案によりまして、新たな種目を追加するあるいは拡充することについては制度的に可能ということでございまして、そのために外部有識者等によりまして検討会を年一回開催いたしまして、その検討結果に沿って対応してきているところでございます。

具体的な提案がなされた場合には、要介護者等の自立の促進あるいは介護者の負担の軽減を図るものであるかどうか、あるいは一般の生活用品と異なりまして介護のために新たな価値付けを有するものであるかどうか、在宅で使用するものとして適当かどうか、そうした具体の要件に沿いまして検討することとございしますので、具体の御提案があれば真摯に検討してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 是非よろしく願います。

法案の審査に入りますが、一昨日、石橋委員の質問にもありましたとおり、先ほど福島委員からもあったこの今回の健康保険法改正案で、労働安全法などに基づく健康診断の情報を保険者が事業者に求めることができるとして、健康というセンシティブな秘密保持の必要性が高い、極めて高い情報に本人の同意なくやり取りができるようになることについては、プライバシー保護、それから被保険者の自己情報に対するコントロール権という観点からも、これ絶対に承服しかねるものだというのを申し上げておきたいと思っています。

また、政府は、この保険者に集約された個人の健診情報などをマイナポータルで閲覧できるようにすることや、医療機関でも閲覧できるようにすることを盛んにアピールしています。確かに、医療機関が診察、診療に当たって個人の健康情報を確認できたりするようになることには医療機関にとってはメリットがあるかもしれませんが。しかし、これにとどまらず、民間事業者がマイナポータルAPI、これアプリケーション・プログラム・インターフェースを通じて個人のマイナポータルの情報を活用できるよう仕組みを準備しているとも承知しています。

これに関連した議論を行っていた健診等情報利活用ワーキンググループ、民間利活用作業班の民間PHR、パーソナル・ヘルス・レコード、個人健康情報管理、事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針では、健診などの情報の利用に当たって本人の同意取得が必要であり、オプトアウト手続による取得は認められないとはしていますが、結果的にマイナポータルに集約された情報が民間の事業者を提供されることになってしまっているのではないのでしょうか。

例えば、LINEに関して、中国の関連企業の社員が個人情報閲覧できるようにしていたという事件もありました。このような事態もあった中で、医療情報という非常にセンシティブな情報を連携させることにしてしまつて本当に大丈夫でしょうか。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。

国民が自らの健康ニーズに応じて健診情報などを利活用していく上で、個人情報漏えいへの対策を含め、安全、安心に民間PHRサービスを活用できる環境を整備していくことは重要であります。

厚生労働省では、総務省や経済産業省とともに有識者の協力を得て、民間PHR事業者が遵守すべき情報の管理、利活用に係る基準を整理し、本年四月に民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針を取りまとめました。

## 第七部

厚生労働委員会会議録第十九号 令和三年五月二十七日【参議院】

同基本的指針において、個人情報保護法などの制度上の要求事項に加え、情報セキュリティ対策の徹底のみならず、適切なリスクマネジメントシステムを構築する上で、プライバシーマークなどの第三者認証を取得することや、利用目的をできる限り特定し、サービス利用規約の概要を提示するなど分かりやすく通知した上で、本人の同意を取得することなどを求めているところでございます。

これを踏まえ、民間PHR事業者がマイナポータルとのAPI連携により健診情報などを個人から取得しようとする場合には、マイナポータルとAPI連携する際に求められる一般的な要件に加え、同基本的指針を遵守していることを求めることとしています。

これらの取組を通じて、国民が安全、安心に自らの健診情報を活用できる環境を整備してまいります。

○川田龍平君 いや、これ今朝のニュースでも、富士通のシステムに不正アクセスがあつて複数省庁で情報流出したと。これ内閣サイバーセキュリティセンターと国土交通省と外務省が情報流出があつたと今日も発表していますよね、今、不正アクセスはもう防ぎ切れないという状況です。

こうして医療機関において健診情報などを確認できるようにすることは、医療の質を向上させる可能性はあるかもしれませんが、医療機関側のセキュリティに関して政府はしっかりこれもフォロウできているんでしょうか。個々の医療機関や病院、診療所がサイバー攻撃を受けたり、パソコンがコンピュータウイルスに感染してしまつたりと、事態に陥つた場合には、それを原因に患者の情報が流出してしまう事態も十分に考えられるところです。

本年三月に公表された日医総研のレポートでは、サイバーインシデント発生時のルールに関し、サイバー、情報端末へのウイルス感染について、オンライン資格確認の導入を決めている医療

機関の三分の二、六六・五％の医療機関が明文の、明らかな文のルールなしと回答しています。

こうした状況を踏まえると、単にオンライン資格確認システムの導入を医療機関に要請するだけでなく、各医療機関のセキュリティ強化を同時に進める必要があると考えますが、厚労省としての対応状況、医療機関からの相談などに対応する体制など、現状について説明を求めます。

○政府参考人(迫井正深君) お尋ねの医療機関における情報漏えいリスクへの対応でございますけれども、まず厚生労働省では、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン、これを定めまして、情報漏えい対策といたしまして、まずウイルス対策ソフトの導入等マルウェア対策、それから情報へのアクセスを許可された者のみに限定するため二要素認証等の利用者の識別認証を行うことなどを利用側に求めております。

それから、実際に情報漏えいが生じた場合には、管理者に対して原因及びそれに対する対処方針についての説明、それから個人情報保護委員会への報告、それから診療に影響が生じた場合には公表などを求めることにより、原因の究明や再発防止に努めているところでございます。

医療機関等における情報セキュリティに関する理解を深めることも重要でございまして、そのための医療関係者向けの研修、それからeラーニングを実施をいたしております。特に、令和二年度には、経営層向け、システム管理者・セキュリティ管理者向け、それから医療従事者向けを対象と合わせた研修を企画するとともに、各医療機関内での研修にも活用できるように研修教材や動画を厚生労働省ホームページで公開いたしております。そして、医療機関の支援を行っております。

こういったことを引き続き医療情報の保護を図りながら利活用に取り組んでいきたいと考えております。

○川田龍平君 これ、しっかり守っていただきたいと思ひます。特に、オンライン資格確認システムについてはお金出してやっているわけですが、

で、セキュリティの方にもやっぱりしっかりとちゃんと支援をすべきというふうに思ひます。

次に、福島委員も聞いていましたけれども、マイナンバーカードを健康保険証として病院や薬局で利用できるようにする仕組みについて、この三月末から本格運用を開始を予定したところ、最長で十月まで先送りされることとなりました。その理由は、個人の健診情報などが誤って他人に表示されるおそれがあったためです。

健康保険組合などが加入者の情報を誤って入力していたという非常に初歩的なミスが原因とされていますが、さきに述べたとおり、個人の健診結果という極めて機微性の高い情報が他人に閲覧される、できるようになっていたというのは、大変ゆゆしき事態です。

厚労省は、システムのヒューマンエラーを防ぐような改修を行うとしていますが、これによつて、本格運用開始後は、個人の取り違えという問題、別人の健診情報などが表示されるといった問題は二度と発生しないものと考えてよいのでしょうか。厚生労働省の説明を求めます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

先ほど申し上げましたとおり、オンライン資格確認につきましては、本年十月までに本格運用というところで延期をいたしました。その際、御指摘のとおり、保険者の加入者データの確認、修正作業の遅れということで、結果として誤登録等の課題がございました。

こうした課題に対しましては、加入者データの正確性の確保に向けまして、一つは保険者の個人番号の誤入力を、言わばヒューマンエラーをシステム的にチェックする機能を導入しております。具体的に、個人番号誤入力、システムのチェック機能として、保険者が加入者情報を登録する際に、登録するマイナンバーと生年月日を既に登録されている加入者全てのマイナンバーと生年月日とで突合いたしましたして、不一致となるものを検知いたしましたして、その不一致のものについて保険者がまた本人確認又は住基ネットに照会する、で、

照会して修正するといったシステムをこの三月末から導入しておりますし、これは更にバージョンアップを今進めております。

また、保険者におけるレセプト請求に必要となる資格情報の再確認、修正の重点的な実施も行っております。さらに、住基ネットへの照会による個人番号の再確認も、都度都度といましようか、定期的に計画的に行っております、こうした取組を通じまして、十月までには誤りがないようにしっかりと取り組みたいと考えております。

○川田龍平君 元々のこのデータに誤りがあったということもあったということなんですけど、本当に確認するときに、マイナンバーだけじゃなくて、ほかもちゃんと使って照会するようにしていけばそういった間違いもないんじゃないかと思うんですけども、そういうことをやっぱりちゃんとやって、やっぱりほかの人が見れないようにしていただきたいと思えます。

次に、育児休業中の社会保険料免除について、月末日要件を維持した理由について伺います。

育児休業中の社会保険料免除についてですが、今回の改正案では、育児休業中の社会保険料免除について、月内に二週間、十四日以上の子育休取得を維持していればその月の社会保険料が免除されることとなります。

一方で、これまでどおり、一日だけであっても月末日に育児休業を取得していた場合にはその月の保険料が免除されるという要件はそのまま残されることとなります。被用者保険制度では、被用者のみならず事業主も保険料を拠出していきます。そのため、月末に一日だけ育児休業を取得することは、労使双方にとってメリットがあり、社会保険料免除を目的とした恣意的な育休取得が行われるのではないかと懸念されています。

この月末日要件については、前回の委員会でも議論がありました。厚労省として月末日要件が維持されていることを課題であると認識しているかとの田村委員の指摘に対して、濱谷保険局長は、一般的に保険料の賦課は月末に働いているかによ

り判断され、月単位で設定される、日割りによる保険料設定ができればそれが一番公平であるが、現状では事務処理コストとのバランスもあり難しと答弁されています。また、四月十四日の衆議院の厚生労働委員会でも、田村厚労大臣は、月末日要件について、制度上やはり残さざるを得ないと答弁されています。

短期間であっても育休をしっかりと取っていただき、仕事と子供、子育ての両立を促進するという観点から考えると、制度趣旨とは異なる恣意的な育休取得を招きかねない月末日要件は、経過措置的に維持される必要はあるにせよ、将来的には解消されるべきものと思います。しかし、厚労省がこれまで答弁してきた内容を踏まえれば、この月末日要件は被用者保険制度に内在する仕組みであり、保険料賦課の判断方法が変更されない限りは維持され続けるものと理解していいことなのでしようか、確認させていただきます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。御指摘のとおり、社会保険制度、保険料の賦課について、事務簡便化の観点から、月単位を基本といたしまして、月末時点での被保険者資格に応じた保険料徴収を行っております。こうしたことから、保険料免除についても月末時点での育休の有無により判断しております。

また、今回、月末に、月の末日にかかわらず、月の途中に二週間以上の育休取得した場合にも保険料免除をするということを導入したいというところでありますけれども、やはり月の末日が育休中である場合につきましては、やっぱり子供の生まれるタイミングによりましては育休の最初の月に一定期間以上の育休を取得できないことも考えられますので、今、育休の取得促進を進めていく中で、現在保険料の免除対象となつていいる方にも引き続き免除の仕組みを活用していただきたいということ、引き続き保険料の免除対象としていいるところでございます。

○川田龍平君 現在衆議院で審議中の育児・介護休業法等改正案が成立した場合には、男性の育児

休業取得促進のため、子の出生後八週間以内に四週間まで取得することができるよう柔軟な育児休業の枠組み、出生時育児休業が創設されることとなります。加えて、これまでの育児休業についても分割して二回まで取得可能となることから、特に男性については出生時育児休業と育児休業を合わせてこの計四回まで育児休業を取得できることとなります。

分割取得自体は育児休業の促進という観点から望ましいわけですが、これはあくまでも育介法の中での話であり、社会保険制度という観点から見ると、保険料免除のみを目的に月末日を狙って育児休業を取得するという本来の制度趣旨に反した事態が起きることが懸念されることです。

もちろん、それぞれの御家庭の事情がありますのでしよから、月末に短期の育児休業を取得したからといって、直ちに趣旨に反した育児休業の取得とまでは言えないのかもしれませんが、しかし、免除された保険料の穴埋め分はほかの被保険者、事業主の保険料でカバーされているわけですが。社会保険制度は加入者の支え合いで成り立っているものであり、制度の趣旨に反する社会保険料の免除は不公平感を生み、制度そのものに対する不信感を招きかねません。

厚労省はこうした懸念に対して、賞与に対する社会保険料については免除要件を厳しくしたと主張されますが、そもそも不適切な育児休業取得による社会保険料免除申請が行われる可能性について具体的にどのような対応を取るつもりなのか明言されておられません。

今回の改正では、制度としての対応が取られていない以上、使用者や労働者の善意に頼るほかにはないことは理解しておりますが、少なくとも社会保険料免除だけを目的とした本来の育児休業、保険料免除の趣旨に反するような育休取得については厳に慎むよう、保険者や企業、団体などを通じた広報を徹底していただく必要があると思えますが、厚生労働省として具体的にどのような対応を取られるつもりなのか、見解を伺います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘のとおり、社会保険料の免除のみを目的とした恣意的な育児休業というのは、まあ当然でありますけれども、望ましくないということでございます。まして、御指摘のように、賞与につきましては、これまでも保険者からボーナス月の末日に保険料免除を取得する場合が多いといった御指摘もいただいております。ということで、賞与に係る保険料については一か月を超える育休に限り保険料免除の対象とすることとしたところでございます。

御指摘のとおり、制度の趣旨に反するような恣意的な育休の取得ということ自体は望ましくないわけでございます。今回の育介法あるいは育休法の、失礼、育休取得に係る保険料免除の趣旨につきまして、十分に改正法が成立した暁には保険者等に周知徹底をしてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 これまで述べてきた問題については、医療保険部会の議論の整理においても、標準報酬月額に係る保険料免除のみを目的とした極めて短期の育休取得が繰り返されることも懸念されるため、適切な運用の促進、データの報告体制の確立などにより、スケジュール感を持つてフォロー、検証を行うとともに必要な対応を行うこととされております。医療保険部会でも示されているように、こうした制度趣旨から逸脱した育児休業の取得状況に関するモニタリングは、今後の制度の改善につながる点からも大変重要と言えます。

また、現在、衆議院で審議中の育児・介護休業法等改正案に対する本委員会の附帯決議では、育児休業取得期間についても、その公表の促進を図る方策について検討すること、出生時育児休業等の取得期間等について詳細な調査を行うとともに、その結果を広く公表することという内容を全会一致で決議しているところでです。

こうしたことを併せて考えると、育児休業を理由とする社会保険料免除の適用状況に関して、育児休業の取得日数という観点も含め、労働部局と

連携しながらモニタリングを行う必要性が非常に高いと考えますが、厚労省の見解を伺います。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。

御指摘のような恣意的な取得については、当然、私どももいたしましても望ましくないというふうに考えております。

今回の改正がされた暁に、御指摘のような恣意的な育休、育児休業の取得実態がないかどうか、その把握方法につきまして今後検討してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 また、こうした社会保険料免除のみを目的とした育児休業の取得に関して、医療保険部会では、使用者側の委員から、二回目以降の育児取得時には月末のみの育休で保険料が免除されない仕組みにするなどの合理的な制度設計になる方向で御検討いただきたいとの発言があったと承知しています。

確かに、保険料負担の公平性の観点から考えれば、何かしらの制約を設けた形での制度設計も考えられたのではないかと思います。月末日を狙い撃ちするかのような恣意的な育児休業の取得が横行してしまうと、社会全体で子育て世帯を支えようという、育児休業取得を促進しようといった機運の醸成にも悪い影響を与えることにもなりかねません。

先日の委員会における田村委員の質問に対する答弁でも、課題は共有しているとのことでしたが、先ほどの指摘にあるような仕組みを設けることについては、施行後の取得状況等を踏まえて検討しなければならぬ課題の一つだと考えますが、田村大臣の見解を伺います。

○国務大臣（田村憲久君） 委員の問題意識というのは我々もよく分かるわけですが、一方で、意図せず月末が掛かった育児休業取られた方、しかも二週間、今回二週間という一つ要件加えましたけれども、なるべく長く取っていただきたいんですが、取れないという方もおられます。そういう方にしてみれば不利益変更になってしまいうわけで、そこも考えなければならぬと思います。

す。

意図してやるということとは、これはもう本来の趣旨に反するわけなので、二週間できれば長く取っていただく中において、月をまたいでいたいても十分二週間要件というものをこなっていたかどうかのような育児休業の取り方もありますから、そういうこともしっかりと我々広報をしていかなきゃならぬと思っております。

できれば日割りというのが本当は一番、ここだけ見れば公平なのかも分りませんが、育児休業の方だけではなくて、新たに会社に入ってからの方もおられますし、いろんな方がおられますから、すると、全ての方々に日割りで計算するという事務の煩雑さということも中小企業にとつては大変な負担になってくようというふうに思いますが、そこは本来の趣旨というものをしっかりと我々としては広報させていただきたいというふうに思っております。

○川田龍平君 これまで不適切な社会保険料免除についてどのように対応するかという点に絞って質問させていただきましたが、育児休業の取得促進という考え方自体は評価できますし、不公平感を少しでもなくそうとする改正の方向性自体には賛同するところでです。

ただし、現行制度と比較した場合に、必ずしも給付の改善だけというわけではなく、給付が厳格化される部分があることについてはきちんと周知していただく必要があると思います。

先ほども申し上げましたが、今回の改正に伴い、育児休業中のボーナスなど賞与に関する社会保険料免除の適用要件が厳しくなります。つまり、これまでは賞与が支払われる月の月末に育児休業を取得していれば、賞与の支払を受けている場合であっても賞与保険料が免除されていましたが、それが、今回の改正により、一か月を超えて育児休業の取得者に限って賞与保険料の免除対象とされることとなります。

この改正については来年十月から施行するとされていますが、改正内容が育児休業取得者、また

育児休業を取得しようと考えている方に十分に伝わっていない場合、育児休業を取得したけれども社会保険料免除の対象とならなかったといった事態が生じてしまいかねません。また、来年十月施行といっても、決してこれからの話というわけではなく、今年の秋以降にお子さんが生まれる方にとつてはお子さんが一歳になる前に施行時期がやってくることになるため、制度改正の影響が及んでくる可能性があります。

また、育児休業については、妊娠から出産に至る過程の中でその取得のタイミングを事前に想定することができるものでもあります。そういった点からも、早いうちから育児休業中の社会保険料免除要件について、賞与に対する社会保険料免除の適用条件がこれまでよりも厳しくなることも含め、対象となり得る方々に対してできるだけ早く周知する必要があると考えます。

特に、今回については、育児・介護休業法の改正も同時期に行われることとなり、出生時育児休業など新制度が入り交じって改正されることとなるため、様々な育児休業の取得パターンが想定できることとなります。

そこで、今回の改正内容に加え、育児休業を分割取得したパターンなど、様々なケースにおける社会保険料免除の可否を例示するなどして、使用者側、労働者側、双方に分かりやすい周知をできる限り早く行っていたいただきたいと考えますが、厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。

御指摘のとおり、今回育児取得促進の観点からの保険料免除要件の緩和と、ボーナスに関わる恣意的な育児取得に対しての一定の厳格な対応ということもございしますし、御指摘のような育介法の分割取得に関する対応もございします。

こうした内容につきまして、保険者、被保険者の方々に分かりやすく十分に周知をすることが必要と考えております。法案が成立した暁には、保険者への御指摘のような内容も含めまして分かりやすい広報素材の提供をするなど、今般の改正内

容について事業主、被保険者に十分に伝わるように、周知にしっかりと取り組んでまいりたいと考えっております。

○川田龍平君 今回の法改正によって、政府は、単身で年収二百万円以上などの条件付で、七十五歳以上の後期高齢者の医療機関における窓口負担を二割に引き上げるとしています。

これに伴い、医療費の急激な負担増を抑制するため、三年間は窓口負担が最大でも月三千円の増加に収まるよう配慮措置がとれることになるとしています。

このことは、後期高齢者に対してはもちろん配慮であるんですが、後期高齢者医療広域連合にとつては高額医療費に関する事務負担が増えることとなります。窓口負担が増えることで後期高齢者一人当たりの負担額が増え、高額療養費の対象になる人が増え、申請者が増えることが予想されます。このため、マンパワーが不足する可能性のある後期高齢者広域連合に対し何らかの支援策が必要ではないかと考えますが、見解をお聞かせください。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。

配慮措置につきましては、受けるべき方に確実に受けていただくことが極めて重要であると考えております。そのために、丁寧な周知広報に加えて、事前に口座登録を完了するなど、広域連合と内容について具体的に協議を進めてまいりたいと考えております。

御指摘のとおり、配慮措置の対象者、今回の二割負担対象者の約八〇％が該当いたしまして、対象者の口座登録、申請勧奨など、広域連合の事務負担も増加するものと認識しております。

厚労省といたしましては、周知広報につきまして厚労省と広域連合とで連携しながら進めていくほか、広域連合の事務負担を軽減するためのシステム面での対応、具体的には例えば広域連合が行う事務処理を円滑に委託できるようにするための支援などを検討しておりますので、法案が成立した

後に広域連合としっかり調整進めていきたいと考えております。

○川田龍平君 終わります。ありがとうございます。

○委員長(小川克巳君) 午後一時三十分には再開することとし、休憩いたします。

午後零時二十一分休憩

午後一時三十分開会

○委員長(小川克巳君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

委員の異動について御報告いたします。

本日、岩本剛人君が委員を辞任され、その補欠として三浦靖君が選任されました。

○委員長(小川克巳君) 休憩前に引き続き、全世代対応型の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。

○古川俊治君 それでは、今日は最初にちよつとワクチンについて伺いたいと思います。

我々の党内でも国産ワクチン何でできないんだという声が非常に強くて、多分これは他党の皆さんの中でも同じだと思っています。

これから考えた場合に、今、日本の状況、感染者が少ない、あるいはワクチンが進んできたというのを考えますと、まあまだ全く進んでないとおっしゃる人いると思いますけれども、ただ、ワクチン開発するにはやっぱり何らかの発症予防効果ではない評価方法を考えないといけないということになってくるわけですね。

それで、この点については、例えば先日、藤井委員の質問に対して局長お答えになつていて、中和抗体で例えばその臨床効果の代替指標になるんじゃないかというような御発言があつたんです。

この資料一をちよつと御覧いただきたいんです。

が、これはネイチャー・メディスンに五月十七日に出た論文でありまして、その中和抗体、左側が中和抗体とそれから臨床試験の結果です。右側は臨床試験の、縦軸がこの中和抗体から見た予測率なんです。ね、何%ぐらい効くはずだと、この中和抗体なら。そういうのを計算して、実際臨床試験の結果と合わせて見ると、きれいな相関が得られたということ。これ見る限りは中和抗体をもつて臨床試験の結果を予測するというのはかなりの確度でできる。

この真ん中に、左側の図にコバキシンというのがここに書いてあると思うんですね、青で載っているやつ。これは抗体価の、抗体価から予測した有効率というのが九七・六%だったんですが、実際には八〇・六%だったということでありまして、これはほとんど予測できるということなんです。

ただ、これ注意しなきゃいけないのは、日本のメーカーがこの検証的臨床試験に入るのというのは、少なくとも今年の遅くか来年になるわけですよ。そうすると、もうみんなワクチン打っちゃっているんですね。ワクチン打ったところだと、このブースター効果としての臨床試験なんか誰もやってないんですよ。それでどうやって、そこまで考えて提案しているのかどうか、この点についてまず伺いたいんですね。

○政府参考人(鎌田光明君) まず、今、日本の製薬企業も国産ワクチンとかワクチンに関して取り組んでいるところがございます。我々もそれを早く実現、実用化に導くべく支援しておりますが、個別の企業がこういった感染状況あるいは接種の状況を踏まえてその製品がどうかという個別の事情についてちよつと差し控えていただきますが、いずれにしましても、その大規模な第三相試験、検証的試験ができないということで、先ほど御紹介しましたように、国際的な議論の下で我々の方で代替的な評価法というものを提案しております。

そして、今御紹介のございましたネイチャー・メ

ディスンの論文についても参考にしながら議論しておりますが、他方、これだけでいいのかという御指摘も受けているところがございます。また、その科学的知見が不十分でございますので、それを蓄積をしつつ議論に取り組んでいるところでございます。

そして、御指摘のそのブースターについてでございますけれども、その場合、ブースターといつてもいろいろ捉え方があろうかと思えます。それから、ワクチンの接種からどのくらい期間を置いて、最初の接種から期間を置くのかという様々な条件もあろうかと思えます。ただ、それについても先生御指摘のとおり、そのブースターという追加的な接種と発症予防効果の関係についてもなかなか論文等もないという状況でございますので、そこは科学的な議論を慎重に進めるということではないかと考えております。

いずれにいたしましても、我々としては信頼される形で有効性、安全性の確認をしっかりと行つてまいりたいと思っておりますので、御指摘の点も含めまして国際的な議論を進めてまいります。

○古川俊治君 言つておくと、ファイザーとかモデルナのワクチンはよくできてますから、それよりちよつと効果を落してもそれは臨床的効果がなないというわけじゃないんですね。ですから、実業比較のときはちよつと落ちるということがありますが、それでも日本のワクチンはできたという、十分臨床効果あるものができるので、その点間違えないで、ちゃんと主張してください。

次に、資料二を御覧いただきたいんですが、これ何かというところ、もう感染している人に一度メッセンジャーRNAワクチンを打ったときのどのぐらい抗体価が上がっているかという。これ、青が、一回接種で十分な効果が期待できる、あるいは未感染者が二回打つよりも有意に高いというデータが出ています。緑は、既感染者、既に感染している人が二回ワクチンを打つても二回目全然上がらないと、一回目から二回目打つても上がら

ないというんですね。赤は、二回接種するとだから副反応が出やすいというんですね。

これ、ニューイングランド・ジャーナルに四本、それからランセットで二本、それでJAMAに二本ですね。それから、サイエンスとネイチャー・メディスンと、それからサイエンス・コミュニケーション、昨日もありましたから二本です。これだけ高いエビデンスがあつて、僕、厚労省にこれ何回も言っているんですよ。局長にも言いましたよ、この話。ところが、何ら、今ずっと既感染者にも二回打つていますよ。

それに、今、予診票に書いていないんですよ、あなた一度PCRで陽性になりましたかどうか。これ、大体、今まで七十三万人いるわけですよ、一回感染した人。七十三万人といえど、この数というところ、県というところ、島根、それから高知、徳島というのは抜きます。そのぐらいいるわけですよ、一県の人口ぐらい。それ打たなくていいことになるかもしれない、一回で済めばですね。

少なくともそういったことをちゃんと広報して、既感染者が無駄に二回目というのを打つて打つわけですから。副反応も多い。これ言つた方がいいんじゃないですか。何にもしていないんですよ、厚労省は。

○政府参考人(正林督章君) かねてから先生からその御指摘いただいておりますし、論文も多数いただきましたし、そうした既感染者に対してワクチンを接種した際のいわゆる中和抗体、免疫原性とかそれから副反応についてどんな論文があるか、そういうことについては承知をしています。

一方、論文の中でも若干触れていましたけれども、例えばその既感染者の方に対して接種した場合に、じゃ、どのぐらい持続するのか、持続期間、これについて、例えば一回接種した場合と二回接種した場合で本当に同様のかどうか、その辺はまだまだ調べる必要があるというようなことも論文に書かれていたと思います。それから、既感染者でも再感染したケースというのが、そうい

う事例も報告されていますので、既感染者といえどもワクチンを、より強固な免疫を獲得するという意味では一定の二回接種にもまた意味があるんじゃないかと。

そういったこともありますので、今直ちに既感染者は一回でもいいですよというのは、ちょっとまだ、現時点ではまだ言いづらいかなど。ただ、御指摘もかねてからいただいていますので、今後更に情報をつきかり蓄積して、引き続き、集まった情報については情報発信しつつ、適切に対応していきたいと思っています。

○古川俊治君 これ、緑でちょっと書きましたけれども、二回目打つても抗体価上がらないし、免疫細胞、免疫担当細胞も上がっていないんですね、細胞性免疫も。ということは、それで二回目打ってしっかり免疫が付くかどうかという議論は科学的じゃないですよ、それって。免疫の指標って二つとも変わらないと言っているわけだから。これだけ情報が出ている中で、やっぱり打っている人には言うべきじゃないですか。これ、まだ私のところにも問合せが来ます、はつきり言って。一回私がかかったんですけど、何回打つたらいいでしょとかと。私は一回にした方がいいと申し上げていますよ。だけど、それって少なくとも打つ人に対して情報提供した方がいいですよ。それは是非お願いをしたいと思います。

それでは次に、月曜日からモデルナのワクチンの接種が始まりました。これ、ファイザーのワクチンととても似ています。三週間間隔か四週間間隔になるといふことともに、そのぐらいしか違いがないわけですね。あと、少しモデルナの方が使いやすいですよ。低温保存が少し高くていいということですから。

これ、似ているけど、どこが違いますか。お願いします。

○政府参考人（鎌田光明君） モデルナ社のワクチン、それからファイザー社のワクチンも共にメッセンジャーRNAですね。スパイクたんばくの高度化したメッセンジャーRNAを活用してあるこ

とですとか、あるいはそれを脂質成分でくるんでいることとか、そういったところは本当に同じでございまして、類似性はあるんだろうと思います。

違いは何かということだと思いますと、先生御指摘のこと以外に、例えば副反応の出具合ですが、そういったものは確かに違いますが、他方で、じゃ、それが単純に比較できるかといいますと、御案内のとおり、試験の実施時期ですとか患者背景などもありますので直接的に比較はできないんですが、多少出具合が違うかな。ただ一方で、それは特に著しい違いがあるものではないということでございます。

いずれにしましても、今後、接種が進めば、ファイザーの方でも実際に接種した後の副反応の出具合というものが出てきておりますし、モデルナについてもいろいろ論文、海外のそうした情報が出ておりますけれども、日本でも接種進めば、審議会等で評価が進めば、その違いなども今後明らかになってくるものと考えております。

○古川俊治君 今の答弁になっちゃうんですけど、海外のデータでは少なくともモデルナの方が初期の副反応が多いということはCDCも指摘しているんですよ。それから、接種部位に、これは有名なんですけど、遅延性の、普通は一週間以内で全部終わるんですが、五日目から八日目ぐらいにかなり大きな十センチぐらいの皮斑が、皮膚の斑ができるという。これは二回打つても問題ないようですけども、そういうことは一応、何ら情報提供されていませんから、やっぱりこれモデルナだけで起こっている、ファイザーに起こっていない副作用、副反応なので、それは是非一定程度、少なくとも医者には広報した方がいいですよ。やっぱり知らない先生もいますから。それは是非お願いをしたいというふうに思っています。

それからもう一つだけワクチンについて伺っておきますけれども、ノババックス社のワクチン、これ来年から一億五千万回ということですから

も、武田製薬と供給契約に向けた協議を行っているということであります。これについて、何で、ノババックスなんてまだ全然承認申請もされていないと。ジョンソン・エンド・ジョンソンのワクチンは承認申請されていますからね。何でこれと契約を結ぼうとしているんだというのを聞いていて、局長、前からモダリティーが多い方がいいとおっしゃっているんですね。これはモダリティーが多いとなぜいいんですか。だってメッセンジャーRNAワクチンだけあったって、それだけでやっている国ありますからね。モダリティーが多い方がなぜいいかということ、このノババックスのワクチン何で選んでいるかというのを、ちょっとそこ説明してください、ちゃんと。

○政府参考人（正林督章君） ワクチンの確保について、これまでの確保の取組に加えて、ワクチン接種によって獲得される免疫の持続期間によってワクチンの再度の接種が必要になる可能性があること、それから、今後変異株に対応したワクチンを確保していく必要があることなどを踏まえて、更なる確保が必要というふうに考えています。その結果というか、過程で、来年初頭からモデルナのワクチンについて追加で五千万回分、それからノババックスのワクチンについて一億五千万回分の供給を受けることを前提に協議を進めているところです。

先般、私、モダリティーについて御答弁申し上げました。モダリティーという観点では、現在確保しているメッセンジャーRNA、それからウイルスベクターワクチン、それが接種した際にその免疫はどの程度長期に持続するか不明であるといずれも割と新しいモダリティーでありますので。そういった観点から、また別のモダリティーである組換えたんばくワクチンを確保していくことも重要なことというふうに考えています。

また、個別の企業と比較することは企業との関係上差し控えたいと思いますが、ノババックスのワクチンについては武田薬品工業が厚生労働省からの支援金を活用して国内製造の準備を進めてお

り、ワクチンを国内で生産できるようにすることが危機管理上極めて重要であること、それから、薬事承認の申請はされていませんが、第三相試験において発症予防効果のワクチンの有効率が八九・七％ということが示されていますので、一定の有効性が見込めることなどの理由から武田薬品工業と協議を進めているところでございます。

○古川俊治君 ノババックスはともていいワクチンだというのは、私もそう思います。

それで、全くこれと供給契約を結ぶのは、私もずうっと申し上げていましたので、それは私、日本にとつては正しいことだと思っています。特に、さっき言いました、局長おっしゃいましたけど、国内で作るワクチンなんですね。ですからこれは、まあ表現の仕方がありますけど、国産のワクチンなんですよ。その意味では、ノウハウを付けていくという意味ではすごく意味があるものだと思いますから、モダリティーを言う前にまずそれを言わなきゃいけないと思うんですけど。

それから、ノババックスのワクチン、これも是非知っておいていただきたいんですが、抗原が五マイクロなんです、五マイクログラム。これ、ファイザーのワクチンは三十マイクロ、モデルナは百マイクロなんです。これなぜかというと、使っているアジュバントがともていいんですよ。コラーゲンM1というんですけども、マトリックスM1というんですけど。

これ、だからそういう意味ではワンショットに、これ今五マイクロしか入っていませんから、彼らに言わせると、大体四つまで変異株への対応をワンショットで入れられると言うんですね。今後、変異株が出てきた場合に、前の株と変異株と次の変異株と、例えば今でいうと英国型とインド型と元のやつと、そういうのをワンショットで打てるようになる可能性があるという意味で、それはやっぱりこれは組換えたんばくワクチンの有利な点だと思えますから、その点も是非、健康局長、記憶しておいてください。よろしく願います。

それじゃ、法案の話に入りたいと思いますが、後期高齢者医療制度というと、私どうしても思ひ出すんですね。二〇〇七年、私ここに参りまして。そのときのことを知っているのは少数派ですけど、この中ではですね。まあ、足立先生、梅村先生、山本先生、私と衛藤さんがいたわけですよ、そこに。で、そのとき自民党は与党でしたけれども、私来たときに参議院で野党になったんですよ。それで、後期高齢者医療制度を元に戻すという法案をこの厚生労働委員会で強行採決しました、民主党、旧民主党がですね。あそこはもうてきめんに覚えていまして、あれが政権交代の大きな要因になったわけですね。それはもう田村大臣もよく御存じのことと思います。

その後、二〇一〇年の十二月に、旧民主党のときに高齢者医療制度改革会議のまとめが出来まして、後期高齢者医療制度は廃止するという、そういう方針が決まったわけですよ。ところが、大臣が、二〇一二年、安倍政権のときに、最初に、十二月ですよね、末に大臣になられたときには、これは変わってなかったんですね。それからずっと変わっていない。

これ、一回変わると決めたのにやっぱり何で変わらなかったかと。一番大きな原因は何だったのかということをお断言願います。

○国務大臣（田村憲久君） 今ちょっといろいろと思ひ出してみながら、ちよつと資料を見させていたいです。

老人保健制度というものがあって、なかなかこれから高齢者が増えてくるという中で、当時、その負担をどう明確化していくんだ、高齢者と現役世代と、こういう一つの議論がありました。それから、当然のごとく、そうなってくるや財政運営の主体というもの、これも明確化してくる、責任をしっかりと見るようにすると、こういう話があったわけで、平成二十年四月に創設しました。その後、いろんなお声が国民からいたっていて、当時、丹羽雄哉先生が社会保障制度調査会長でしたっけね、これじゃもたないというので、いろん

な手直しを与党としてもしておったんですね。そのとき、法律通った後、政権交代前、舛添厚労大臣、私が衆議院の委員長をやっております、舛添私案というのが出てくるんですね、急遽、舛添私案。何なんだろうと、大臣が何で私案出すのかよく分からない。で、それをどうとうと衆議院の厚生労働委員会で、私、委員長席からこう、大臣が御説明されたら、衆議院に山井委員がおられて、おつ、一緒にやないですかみたいな話になって、何かよく訳分からない話になったんですが。

その後、政権交代が起きました。政権交代が起こつて、やはり年齢による差別じゃないかというお声が結構あつて、そういう意味では見直しの議論があつて、平成二十一年九月、政権を担われた後、民主党が、十一月に高齢者医療制度改革会議、これが立ち上がつて、その後、二十二年の十二月に最終とりまとめができた、出てきたわけがあります。で、後期高齢者医療保険制度はこれは廃止すると。廃止した上でどうするかというと、地域保険を国保に一本化した上で都道府県単位化すると、こういう案でございました。

その後、閣議決定、平成二十四年の二月にされたんですが、その後、六月に三党合意なるものが出来たりまして、八月の社会保障制度改革推進法の成立を経て、平成二十四年十一月に設置された社会保障制度改革国民会議の議論を経た上で、平成二十五年八月の報告書でどうなったかという、三党合意もありましたから、後期高齢者医療保険制度は現在では十分に定着していると考えられ、現行制度を基本として改善を行うと、こういう話になったわけがあります。

廃止されなかった要因といいますが、理由は何だったかという話ですが、一つは、当初、施行当初いただいた御批判を受けて、年齢で区分した診療報酬の廃止でありますとか保険料の年金天引き。これ、年齢で区分した診療報酬の廃止というのはこれ後期高齢者診療料というやつでございまして、何で高齢者だけこんなのを特別つくるんだという話だったんですね。これ、マルメだったと

思います、たしか。包括払いだったと思います、これも廃止。保険料の方、年金、これ天引きだという話でこれも御批判をいただきまして、選択制にこれはしたということでありました。さらには、長期滞納した方々に償還払いになる資格証明書をこれ原則発行しないと、こういうことは原則として発行しないとする等々、運用面でこれ変更した、こういうことが一つあります。

それから、やはり広域連合などの現場の御尽力もありまして徐々に定着をできておりましたので、そういう意味では、地方団体から逆に廃止するということが自体混乱生じるということがあつて、そして、当然制度変わりますから、またこれ一からやり直すんでいろんな費用がまた多額に掛かる、こういうお声がありまして、最終的には変更しなかったということであると。

私もこの資料を見ながら当時のことを復習をさせていただきます。ありがとうございます。

○古川俊治君 多分、私も思つたんですけど、慣れたというのが一番多いと、大きいと思うんですね、結局。

本当にこれ変な、嫌な制度ですよ、みんなにとつて。決して、いい、快い制度じゃない。ただ、今の残念ながら日本の人口構造というのはそうなつちやつた。何とかこの伸びていく医療費をどうかしようという思いでできてきて、そこは何かんだ言つて変えながらやっていくしかない、それに慣れていくしか自分はないと思うんですね。

そういう意味で、今回、ずうつとこでもやっていますね、自己負担上げると受診抑制が起きます。本当はそこいらつしやる皆さんは受診抑制だから上がつちや駄目だといつてずつと財務省と言つていたわけですよ。ところが、ここに来ると、いや、受診抑制起きませんと言っているわけですよ。結局そうなるわけですよ。それは、だから皆さんの本意じゃないのはよく分かっています、それ。

その上で、その上でお聞きしたいんですが、資

料三を御覧いただきたいと思うんですね。

これは、前回の御質問で田島麻衣子委員からもありましたが、ランド研究なんですけれども、このランド研究、非常に有名な研究なんですけど、ちよつとこれ右側に注目していただきたいんですが、確かに大臣がおつちやつたように、自己負担料を上げて結局著しく健康不良な下位六％を除いて患者の健康状態には影響しなかったという結果なんです。

ただ、この研究でもう一つ重要なのは、ここに分けてというように、適切な医療と、その効果がとても大きいもの、これは一番適切な医療ということなんですけど、それ以外というのを比べた場合に、効果の大きいものと効果の全然余りないものを同率に抑制しちゃうんですね、これ。それはどうなのかという議論なんです。

かつ、これ分かったことが、僕も診療していてよく思うんですけど、こんな診療本当に必要なのかなと思ひながらも情性でやるというのは結構医者だつたら必ずあるんですね。その辺がまだ日本では結構ずるずる続いているところがあります。

入院なんかもちよつと平均在院日数を短くしなきゃいけないから、この人は日帰りで帰れるんだけど一日入院しようとか、それ普通にやっています。そういうのがアメリカではないんで、それでこういう明確に分かれるんですけど。

このほかにも実は、次の資料見ていただきたいんですが、資料四にも、これニューイングランド・ジャーナル・メディスンの有名なゲースタディーであります、心筋梗塞後に退院した患者について、スタチン、これは高脂血症剤ですよ、脂質が高い人の。それからベータ遮断剤は心筋保護、それから阻害剤と、ARBは高血圧、血圧を下ろす降圧剤ですね、を比べて、これ全額の場合とそれ一部負担の場合で無作為に割り付けたと、こういうスタディーなんです。結局、全額保険、要するにフルカバー、自己負担率がない方が結果良かったということでありまして、かつ、ここには、患者の支払が低下したのに保険者の支

払額に有意差がないというんですよ。これは、要するに、有効な治療にちゃんとお金を付けて受診させれば、トータルで医療費はもう良くなるから掛からなくなるという、そういうことなんですね。

だから、これから先、いい医療と無駄な医療というのを分けていく必要があるというように思っております。今、私、前ずつとやっていた、厚

労省の音頭取りで診療ガイドラインというのが大分整理されてきたんですね。診療ガイドラインというのを、今はエビデンスをまとめて標準化するだけで終わっているんですよ。これ、どのぐらい実際それをやっているかというところまで、是非厚労省が音頭取ってそれ、医者の実際の医療というのを調べていただきたいということで、どのぐらい本当に必要な医療あるいは不必要な医療があるのかということで、やっぱり今後財務省に対抗していくために絶対必要ですから、そういう論拠がですね、これちょっとお願いしたいんですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 委員御指摘のとおり、厚生労働省では、その科学的な根拠に基づくガイドライン、診療ガイドラインの作成につきまして、患者の特性を踏まえた質の高い医療を広く医療現場で普及するようという視点から行っております。関係学会の診療ガイドラインを作成する際の支援のためのマニュアルの作成でございますとか、国際的な評価基準に基づく診療ガイドラインの科学的評価を行った上で一定の水準を満たした診療ガイドラインのインターネット上の公開でございますとか、医療現場における診療ガイドラインの利用促進、こういったことを行っております。

その上ででございます。医療現場における診療ガイドラインの位置付け、これ、議員御指摘のとおり、従前の疾患に対する治療行為の効果評価から、今日では、治療に限らず、予防、健診あるいはリハビリテーション、看護、保健指導、社会的支援など幅広い内容が求められることとなっております。

ございます。

診療ガイドライン作成支援のマニュアルにつきましても、チーム医療を支える様々な医療従事者、あるいは介護、福祉を含む関係者実際に活用されるよう、評価軸の追加でございますとか、ガイドライン作成に当たって患者、家族からの視点の追加等を行っております。

直近の見直しで、今議員御指摘の点につながる話でございますけれども、新たに医療経済評価の章を設けまして、患者、家族の費用負担を評価軸の一つとして、同等の治療効果を認めた場合にはより安価なものを評価するなど、診療ガイドライン作成において医療経済的な評価を組み入れる場合の考え方、方法について記載の充実を図ったところでございます。

一方でございますけれども、医療経済的な評価に当たりましては、いろんな議論、いろんな御意見ございまして、特に、その効果をどのように評価するの、更に言えば、これは便益、メリットを評価する際に健康状態を金銭化するということについては倫理的な課題を伴うということ、それから、評価の範囲でございますとか効果指標の選定によって結果が大きく変わる、前提条件を変えれば結果が大きく変わるといったことがございます。

こういった問題点指摘されておまして、こういったことも十分留意をしながら、今後とも十分に知見を収集いたしまして、医療経済的な評価の更なる活用可能性については研究を続けてまいりたいというふうに考えております。

○古川俊治君 ありがとうございます。よろしく願いをします。

ちょっと最後、ちょっと時間がなくなりましたが、これで、健康づくり、皆さんの予防健康医療というのは医療費適正化の文脈の中でずつと言われてきているんですよ。ただ、大体、今まで調べて、例えばニューイングランド・ジャーナル・メディスンに二〇〇八年に載った論文では、レビュー、五百

九十九件の文献のレビューで、予防医療、それを医療費抑制に役立っているのは二〇%しかないというんですね。有名なたばこ、禁煙すると一人当たりの医療費は減るんだけど、長生きする人が増えるのでトータルの医療費は増えると、これ非常に有名な研究ですよ。

健康づくりというのは確かに効くんです。予防健康づくりはね。元氣、健康になるんだけど、長く生きるんですよ、結局ね。その可能性が強いんです。結局、医療費掛っちゃうわけですよ。これ、文脈を変えなきゃいけないと、僕は。医療費抑制するために健康づくりやるんじゃなくて、健康になつて長く働いてもらって、より税金を払ってくださいますよ。医療費は増えていいんだと、だから、そうやったときにですね。その論調でいかないと科学的に正しくないですから、これ。是非長く働いてほしい、だから健康になりましょうと。やっぱり少しでも、社会的負荷があつて必ず医療費伸びていきますから、そこに充てていくと。

これは是非いろいろ文脈を変えていただきたいと、これだけお願いをして、質問を終わります。○矢倉克夫君 公明党の矢倉克夫です。よろしくお願ひします。

法案について、今回、全世代対応型、この言葉、まさに全世代で対応をしていかなければいけない、支え合つてつながっていかなければ社会保障そのものが持続可能にはならないという、こういう思いであり、その延長線上で、苦しい決断でもありました。御高齢の世代間での支え合いということも含めて二割負担をお願いする形になつたわけであります。

その上で、午前中でも議論がありました。高齢になればなるほど医療費は当然上がっていく、そういうことに対して、配慮措置として、党の提言も受けて、一月分の負担増が上限三千円としたわけであります。

まず、この配慮措置について局長にお伺いしたいと思いますが、本会議での私の質問に対しての

答弁で、この二割負担の対象者となる高齢者の方に事前に口座を登録していただくという御答弁がありました。ただ、対象の方が二百八十万人以上つしやるわけでありまして、施行後一気にそのようなこと対応すると大変な事務作業にもなつてしまうんです。であれば、施行前から、ある意味ブッシュ型でこれをしつかり進めるべきと考えますが、この点いかがかということ。

それと、あわせて、今国会で成立しました公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律、こちらに対しての関係はどのようになるか、まず答弁をいただきたいと思ひます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。配慮措置につきまして、受けるべき方に確実に受けていただくことが極めて重要でございます。

二割負担の対象者に口座を事前に登録していただくことを検討しているわけでございますけれども、これは、市町村の窓口で口座登録申請書を取りに来ていただくとかではなくて、御指摘のとおり、施行前に対象者に必要な書類をお送りするといったような方法で、ブッシュ型の方法を前提に検討してまいりたいというふうに考えております。

また、さきに成立いたしました公金口座登録法との関係でございますけれども、これは、マイナンバーの活用によりまして、内閣総理大臣に登録された口座情報を広域連合が照会している方法も考えられます。

ただ、この口座登録でございますけれども、これはあくまで任意ということでございます。また、内閣総理大臣が口座情報を得る方法が今回の改正法案の施行の前に実施されるかどうか、ここもまだ分からないということでございまして、現時点で、厚労省といたしましては、広域連合等と連携いたしまして、事前に直接広域連合が御本人から口座を登録をいただくことを勧奨するといった形で検討をしているところでございます。

○矢倉克夫君 申請を待たずに、施行を待たずに

必要なところにプッシュ型でやっていくという、この方向性は是非堅持をしていただいて、今御答弁いただいた対応は非常に良いというふうに思います。以前も質問した一人親世帯の子育て世帯生活支援特別給付金のときもそういう形でプッシュ型でやっていただいている。改めて感謝を申し上げて、引き続き進めていただきたいと思います。

その上で、大臣にお伺いしたいと思うんですが、衆議院の議論などでも、例えば口座を事前登録するにしても、複数の医療機関とかで関わる場合はいずれにしろ初回に申請が必要なんじゃないかといったような議論もあつたわけでありますが、本当にそうであるのかという点と、あわせて、政府としてこの配慮措置の活用状況を把握すべきと考えますが、御所見いただきたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 二割負担になられる方々、この配慮措置ということで、高額療養費を使うということでございますので、今委員がおっしゃられたとおり、二つ以上の医療機関等々を御利用している場合に関しては初回に登録いただかなきゃならぬ、申請をいただかなきゃならないということでありますが、今ほど来局長から説明をいたしましたとおり、プッシュ型で口座登録をお願いをしていくことにいたします。これ、登録されればもう初回申請をしていただく必要はなくて、もうそのまま振り込まれるという形になりますので、いかにこの登録をしていただけるかということでございますから、対象になる方々にしっかりと登録いただけるように、これは広域連合と連携をして、どういう方法がいいのか、これは早急に検討を法律成立後させていただきたいというふうに思っております。

なお、その今言われた、それを把握をしつかりするようにということでございますので、これは、まあ言うなればどれぐらい登録していただけたかと、登録していただければ当然使っていたことでございますので、そういう形の中で把握をさせていただきたいというふうに思っております。

ます。

○矢倉克夫君 まさに、こちらからプッシュ型で必要な方に対してしっかりと登録を促していくということが、最終的には申請もいまだかなくても済むという形になるわけであります。是非、今の点からも含めて、あらゆる多くの方が対象になるわけでありますけど、対象になりそうな方、把握でき次第すぐにプッシュ型で対応するという、この迅速さが重要でありますので、この点、是非よろしくお願い申し上げたいというふうに思います。

じゃ、次の質問ですけど、これは現場でいろいろ議論もあります。立憲民主党さんの対案でも出ておりました社会保険料の賦課限度額、こちらを、御対案では六十四万から八十二万に上げるといふ御対案だったと思いますが、これについて、後期高齢者の社会保険料の賦課限度額を上げるとで負担増となる高齢世帯はどれくらいいらっしゃるのかという点と、あわせて、賦課限度額を急激に引き上げる、これに対しての問題点ということが一般的に出ておりましたが、これについて、改めてどのように、具体的にどういうところが問題なのか、考えていらっしゃるのかを答弁をいただきたいと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。直近のデータであります令和元年度におきまして、当時の賦課限度額である六十二万円を超える方の人数は約二十三万人でございます。これは被保険者のうち一・二九％に該当いたします。仮に立憲民主党案のように賦課限度額引き上げますと、おおむねこの対象者数に影響が及ぶものと考えております。

この賦課限度額につきましては、制度発足来、おおむね二年ごとに引き上げてきております。平成二十年の施行当時の五十万円が、現在では六十四万円になっております。引上げに当たりましては、画一的な計算式を用いるのではなく、国保の賦課限度額の実況等も踏まえまして、都度都度、社会保障審議会医療保険部会におきまして、後期

高齢者医療広域連合も含めまして関係者に御議論いただいて、都度都度決定してきております。

仮に賦課限度額をかなり大幅に一気に引き上げるといふこととした場合でございますけれども、これは当然関係者と十分に議論して検討すべき重い課題であるというふうに考えておりますし、あと、実態をいたしまして、保険料が自治体によって違っております。そういったしますと、賦課限度額に達する年収が全国平均では九百万から一千万円程度でございますけれども、高いところでは一千五十万から千五百五十万程度、一方で低いところでは七百五十万から八百五十万程度ということでは、言わば、その自治体によって賦課限度額に達する収入が必ずしも高い収入じゃないと言えないような場合もあるのではないかとこのように考えておりますので、これは広域連合等を含めて十分に検討する必要がある課題であるというふうに考えております。

○矢倉克夫君 今の自治体間での差があるということは重要な要素かなと。衆議院でも、我が党の伊佐進一議員が参考人で質問されたとき、これ、津の市長さんでいらつしやいますね、全国の市長会の相談役である前葉参考人が同様の趣旨のことをおっしゃっていたというふうに思います。

賦課限度額を上げるといふこと自体のアイデアそのものは当然否定するものではないんですけど、一気に上げていくということのこの問題点とともに、いかに慎重に、しかし関係者の合意を得ていくかという、そういう観点をしっかりと踏まえながら、是非引き続き検討をいただきたいというふうに申し上げたいというふうに思います。

じゃ、それでは次のちよつと質問に移らせていただきますと思いますが、ちよつと情報保護の関係の話は最後の方で、ちよつとまた後にしたいと思っております。ちよつとその次の質問に移らせていただきたいと思います。保険者の財政状況というところで、例えば一番安定している健康保険組合でも保険料率が上がっていつているという状況があるわけでありませう。

今回、本改正によって、例えば退職前に高額の給与が支払われていた方々に対して退職前と同等の御負担をお願いする、これは任意継続被保険料の値上げとなるということによって、その部分の一定の効果はあるかもしれませんが、これについて健康保険組合全体でどれぐらいの収入増が見込まれているのか、答弁をいただきたいと思えます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。今回の改正法案では、いわゆる任意継続被保険者、退職者で引き続き健保組合に加入されるという制度でございますけれども、この方の保険料の算定基礎につきましては、健保組合によりましては、財政状況を踏まえまして、退職前に高額の給与が支払われていた方々につきましては退職前と同等の応能負担を課することが適当な場合なども考えられるということで、現在では従前の標準報酬月額とその保険者の平均標準報酬月額のいずれか低い方というふうに画一的に決められておりますけれども、規約によりまして、従前の標準報酬月額を算定基礎にする、保険料の算定基礎にするということの特例的に可能とするということを盛り込んでおります。

御指摘の財政影響でございますけれども、実際に保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額に設定するか否かにつきましては健保組合の判断によりますので、実際の収入増を推計することは困難でありますけれども、仮定を置きまして、仮にでございますけれども、全ての健保組合におきまして任意継続被保険者の保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とするなどの仮定を置きますと、年間約百億円の保険料収入増、令和四年度ベースでございますけれども、が生ずるものと推計しております。

○矢倉克夫君 百億ということですので、一定の効果は見込める部分かと思えます。

また、保険者という意味では、今度は市町村及び国保組合の関係なんです。これについては、まさにこのコロナの状況下で収入が減少された方々、この国民健康保険の被保険者に対して市町

村及び国保組合が保険料の減免を行った場合についての問いであります。その場合、今、国が財政支援を行っているというふうに承知をしております。

令和二年度については減免額の十分の十これ財政支援をしていただくわけですが、令和三年度については最大でも十分の八という財政支援になっっているわけなんです。この令和三年度の国民健康保険料の減免に対しての財政支援についても、これは市町村及び国保組合に対して減免額の十分の十をこれしつかり国が財政支援すべきだというふうに考えますが、その点どのようにお考えか、答弁をいただきたいと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘のとおり、令和二年度につきましては特例的にコロナに関する保険料減免につきまして全額の財政支援を行いました。

まず、令和三年の保険料については、前年所得に基づき賦課されますので、二年度に特例を講じた方については令和二年の所得に応じた保険料が賦課されることとなる、そういう意味では令和二年における所得減少を反映した保険料となっております。その上で、令和三年度における国民健康保険料の減免につきましては、現在の感染状況も踏まえまして、保険者が新型コロナウィルス感染症の影響により前年より収入が減少した被保険者等の保険料を減免した場合に特例的に財政支援をすることとしております。通常は保険料の減免総額が三％以上である場合のみにつきまして支援しておりますけれども、今回は特例といたしまして保険料の減免総額がそういった三％以上に達しない場合につきましても財政支援を行っております。

御指摘は補助率でございますけれども、現行のこの財政支援につきましては、三％以上、減免総額が保険料総額の三％以上である場合には十分の八、一・五％以上三％未満である場合には十分の四、それ以下、未満の場合には十分の二相当額ということで財政支援をいたしております。

この財政支援の在り方につきましては、新型コロナウィルス感染症の感染状況、あるいはその保険者による減免の実施状況等を踏まえつつ検討してまいりたいと考えております。

○矢倉克夫君 検討ということで、今、私も、今局長御説明くださった部分の、三月十二日の事務連絡でしかね、今、こちら手元あるわけなんですけど、確かに、引き続きちょっと伺いたいと思うんですけど、確かに令和三年度でこれ特例的に財政支援をされているということでありますが、三％以下のところ、これ例えば自治体によっては十分の二しか措置されないわけなんですよね。そうすると、減免措置をしていない場合であっても、八割は自治体負担になったりとかして、最終的には減免措置実施しない自治体もこれ出てきしてしまうかもしれないという懸念はあります。そうすると、一番困ってしまうのは生活者であつて、去年より状態が良くなっているかというところ、必ずしもそう言えない状況下で保険料の減免がされないということ、本当に大変な方もいらっしゃるかと思うんですね。

だから、やっぱり我が党の地方議員さんの皆さんからは是非ともやっぱり十分の十をお願いしたいという、こういう声が強くなるわけなんですけど、改めて、是非速やかに財政支援を講じていただきたいと思いますが、もう一度答弁をいただければと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 実際にどの程度減免が行われているかどうか等もございましてけれども、様々な状況を踏まえまして、御意見も踏まえつつ検討してまいりたいと考えております。

○矢倉克夫君 様々な状況ということで、是非、当然、財政当局ともしつかり交渉しなければいけないこともあるかというふうに思います。今日、図らずも財務省からも来ていただいているので、我々もしつかりそういう部分では……(発言する者あり)いや、図っているわけじゃないんです、本当に違う件で呼んだんですけど、ただ、今後、財政当局をしつかり、そういう点では交渉の必要

あれば我々もしつかりとそういう部分での声を上げるようにしていきたいと思えます。是非、ちゃんと検討して、財政支援、よろしくお願いを申し上げたいというふうに思います。じゃ、これはまた引き続き是非協議をしていきたいと思えます。

じゃ、ちよつと次の質問に、ちよつと問いが多いので、移らせていただきたいと思えます。ちよつと、その後、国保に対しての法定外繰入れと収納率の向上と、あと保険料率水準の話、あわせてマイナンバーカードの被保護者への支援、これはちよつとまた時間があれば是非と思っておりますが、今、財務省来ていただいておりますので、財務省にちよつとお伺いをしたいというふうに思います。

今回の法案で、全世代型の社会保障、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するという観点から総合的な検討に着手する、これ附則に書いてあるわけでありまして。総合的なというと、当然そこには財源論という部分も今後は出てくるかと思うんですけど、その財源との関係で事実としてお伺いしたいのが、消費税増収分のうちの、この社会保障に給付等ではなく、国債の減額ということに充てている点があるかというふうに思っています。

これ、仮に消費税による増収がなければ、その分国債発行が増えたというふうな理解もしているわけでありまして、これは社会保障の目的税たる消費税の使途としては、国債減額である以上、その国債が社会保障の財源というふうに充てられたいものである必要はあるかというふうに思っておりますが、お伺いしたいのは、その減額される国債というのが社会保障のどの部分に充てるためのもので、消費税増収と国債減額の具体的な関係、こういう点でどういうふうにお考えなのか、根拠に基づいて御説明をいただきたいと思えます。

○政府参考人(宇波弘貴君) お答え申し上げます。今御指摘になりました消費税収でございますが

れども、これは消費税法第一条第二項におきまして、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費、いわゆる社会保障四経費に充てるということとされておまして、社会保障目的税化されているところでございます。ただ、四経費のこの施策ごとに幾ら充てるかということとを定めているわけではなくて、この四経費に充てることとされております。

その上で、御指摘のとおり、日本の社会保障制度でございますが、急速な高齢化に伴って給付費が増大する一方で、それに見合った税負担が確保されてきていないために、給付と負担のアンバランスが拡大をいたしまして、給付のかんりの部分について赤字国債の発行という形で将来世代の負担にツケ回しされている状況にございます。

一般会計全体で申し上げれば、公共事業や教育関係費などの社会保障関係費以外の総額はこの三十年余り横ばいで推移をしていることとか、あるいはこの間の税収の動向を踏まえまして、財政赤字、国債の発行は社会保障の給付と負担のアンバランスと表裏一体の関係にございます。

そうした中で、今般の消費税率引上げによる増収分につきましては、まず第一に、全世代型の社会保障制度を構築するため、基礎年金国庫負担の二分の一の引上げや幼児教育、保育の無償化等の社会保障の充実等に活用することとしておりますが、これのほか、安定財源が今申し上げたように確保できていない既存の社会保障費に充当することで給付と負担のアンバランスを是正をし、社会保障制度の持続性を高めて将来の安心につなげるとともに、今御指摘のあった将来世代への負担を軽減してきたところでございます。公表している資料で基つけば、消費税率引上げによる増収分十三・四兆円のうち、将来世代負担の軽減分が五・一兆円というふうになっているところでございます。

○矢倉克夫君 五・一兆円という、これ国と地方を合わせてでありますし、あと軽減税率の部分も

あるからもうちょっととまた違う、額としては違う額になるかというふうに私も理解はしておりますが。

何でこんなことを聞いたかという、要は、社会保障の目的税でありますから、国民から消費税いただいている以上は、やっぱり実際に社会保障のために使われているという国民個々のこの実感にやはりつながっていくことが非常に必要、重要なんじゃないかなと私思っております、その意味では、今の御説明、確かに安定財源が確保できていない既存の社会保障費ということでおっしゃっていますけど、それだけで十分に説明できているかなと。むしろ、常に増収分が国債の減額に充たれるということであれば、消費税に限らずみんなそういう部分になりますから、消費税が、じゃ、何で消費税だけそういうふうな説明になるのかというところが正直分らないところもありまして。

これは意見だけでちょっとしたいと思っておりますけど、これは私は、答弁の最後の方で、この若者世代、今無償化の話とかにも充てているというようなお話があったと思いますけど、この消費税をどういうふうに使つかというのは、今、今いる世代と将来世代にどういうふうに使っていくかというこの調整の話のようなものがしていて、今、将来世代に使うということが国債の減額という形でおっしゃっていたわけでありまして、結局、将来世代へのツケ回しというときに、じゃ、実態をよく見る必要があるかなと。要するに、将来世代へのツケ回しかどうかというのは債務の償還可能性に影響があるかどうかというところであるかなというふうに思います、その部分では。

だから、残高が幾らになったかという部分だけじゃなくて、やっぱり今のこの利率が低いときという、そういういろんな総合的な事情も含めて、実際、国債、消費税が仮に減額に充てられなくて数兆円国債の額が変わったとして、じゃ、それが国債消化についての信認にどう影響するかという、そういう観点もよくよく考えなければいけない

いなど。

その上で、むしろ私は現役世代、今いる世代に對しての給付にしっかりとこれももう回していく財源として使っていくということが、ある意味、例えば現役世代も生活の固定費が削減されて元氣になつていき、それが税収上がっていつて、その結果、将来世代への負担というのも軽減していくという過程にもやつぱりなつていくわけでありまして、そういうことを含めて考えて、あわせて、冒頭申し上げたとおり、それぞれの負担者が自分にとって使われているという実感になるという、こういう観点も含めてこの部分の使い方というのは今後更に検討すべきなんじゃないかなと。これは個人的な意見としてこの場で申し上げさせていただきます、今後また機会があれば是非協議をさせていただきたいというふうに思いますので、よろしくをお願いいたします。

じゃ、財務省、私からはもうこれでいいので、委員長のお計らいで、財務省の方、御退席いただきます。

○委員長(小川克巳君) 宇波次長におかれては御退室いただいで結構です。

○矢倉克夫君 じゃ、ちよつと時間が、長々しゃべり過ぎてしまったので、ちよつと時間がなくなつてしまったので、もう一つ、ちよつとコロナの関係でお伺いが、あつ、済みません、その前にこちらを聞いた方が。

問い三というふうな形で通告させていただいたものですけど、今回の特定健康診査の対象でない四十歳未満の方も含めた情報提供など、これは今ほとんど議論があつたところの話で、法案がある意味制定をしたわけでありまして、これについて評価はいたしますが、本会議でも質問させていただいたとおり、本人同意、法的に不要はされているというわけでありまして、これについて、健診情報という個人情報第三者である保険者に提供することについてのこの懸念をどういうふうに払拭するのか、これについて答弁をいただきたいと思

○政府参考人(濱合浩樹君) お答えいたします。

健診情報、機微な個人情報でございます。保険者にはこれまで厳格な情報管理と適正な利用を求めてまいりました。

健保組合と協会けんぽにつきましては、個人情報保護法における個人情報取扱事業者としてその規制に従つていただきます。当然でございます。

ただ、市町村国保、広域連合につきましては、各自自治体の個人情報保護条例の規定に従つて業務を行うこととされております。その上で、個人情報保護委員会と厚労省との連名のガイドンスにおきまして、入退室管理、あるいは記録機能を持つ媒体の持込みの禁止等の物理的安全管理措置、それから、基幹システムに接続されたネットワークとインターネットに接続されたネットワークの物理的又は論理的分離等の技術的安全管理措置等をお示しいたしまして、個人情報保護のための具体的な対応を求めているところでございます。

また、保険者に対する指導につきましては、個人情報保護法に基づきまして、先日大臣から御答弁申し上げましたとおり、個人情報保護委員会におきましては、保険者を含む個人情報取扱事業者等に対しまして報告、立入検査、指導、是正勧告あるいは是正命令を行うことができます。また、医療保険者の事業所管大臣である厚労大臣はこうした措置をとるよう個人情報保護委員会に求めることができることとされております。

今回の改正法における四十歳未満の事業主健診結果の事業主等から保険者への提供につきましては、これらの法令等に基づいて保険者が必要な措置を講じ、事業主健診の情報を含む個人情報の適切な管理がなされるよう個人情報保護委員会とも連携して対応を行いつつ、施行に当たりましては改めてこうしたルールの周知を行つてまいりたいと考えております。

○矢倉克夫君 今言ったような施策を使つていただいでしっかりと漏えいがないような形で、その上で、午前も議論がありましたけど、匿名化して第三者に漏れないような形で、こういう分析に使

う意味合いでの使い方というのは非常に重要なことだと思います。

その上で、本会議でも申し上げましたけど、最終的にパーソナル・ヘルス・レコードという枠組みの中で、やはりまさに当事者というか患者の方というか御本人に還元していく上では、やはり、今もされていらつしやいますけど、本人同意という形の部分のものが必要かなと。

そういう部分でも、この同意取得の経緯でこういう情報を提供することがどういう意味があるのかということ、御自身の健康にとつても、そういうような丁寧な対応をしていくという運用をしつかり引き継ぎながら、両方が必要だと思ひますので、こういう形で情報の取得と、同意を得た上でしっかりと得ていくという、そういう部分の両方に向けてしっかりとやつた上で、最終的には個々の健康にしっかりと資するような体制を是非つくつていただきたいというふうに思います。

それでは、ちよつと幾つか、最後大臣に、ちよつと幾つか飛ばして大変恐縮なんですけど、これは前も質問をさせていただいた絡みになりますけど、育児休業支援金の休業前実質一〇〇%であります。

これについて前回も私質問したんですが、もう一つ違う意味合いで、これは育児、男性の育児、家事参画という観点から改めてお伺いしたいと思うんですけど、大臣も御存じの東大の山口教授が研究された結果でどういうのがありまして、子供が生まれた最初の一、二か月間、これについて父親が家で一緒に過ごした場合、同じ父親の三年後の家事、育児の時間というのが二割ほど増えているという、こういう研究成果があるわけなんです

ね。やつぱり産後すぐに父親と一緒にいるという、この時間帯の支援というものはやはり非常に重要、全世代対応型の社会保障という文脈の中という子育て支援という文脈で今質問もさせていただいているわけなんですけど、この上で、やつぱりそういうために必要なのは、最初の部分での

やっぱり収入面での不安をなくしていくというのはやっぱり重要なことというふうに思っています。

政府は、そういう部分では、今、育休法改正によって制度改正進めていただいているんですけど、改めてですが、課題が多いことは分かっているんですけど、やっぱり男性を家庭に帰すために、最初の一か月の育休、休業支援金、これを育休取得前の賃金水準実質一〇〇％を目指すべきというふうに考えております。まず最初の一か月についてそういうことを目指すべきという見解について、大臣の御所見あるいは決意をいただきたいと思っています。

○国務大臣(田村憲久君) ちょうど今、衆議院の方でこの法律の審議が始まりまして、昨日もその審議をさせていただいております。

委員おっしゃられる意味合いというものはもちろん育児休業を取られる方にとってみれば収入が減らないようにするのは非常に意味のあることだというふうに思います。

ただ一方で、これ、労使で保険料出していたきながら運営しているということでございまして、そういう意味では、労政審においても労使共にこれに関しては慎重に検討してもらいたいという御意見をいただいております。保険料引上げにつながるからであります。

そういうことを考えますと、今現状、昨日の議論の中でも、ユニセフが、これいろんな評価の仕方がありますから一概には言えないんですが、この育児休業給付、日本が一位であると評価をいただいているようでありまして、非常に期間、それから力パワー率、こういうものを見ても、それなりに世界の中で決して見劣りするものものではないということでもあります。

委員のお気持ちもよく分かるわけであります。一方で労使のお考えもあるわけであります。我々としては、まずは今、衆議院で御審議いただいております今般の制度改正、法律改正、これをしっかりとまずは成立をさせていただき、施行させていただき、そして、その状況をしっかりと

と我々としてはまずは見させていただきたいという思いでございます。

○矢倉克夫君 引き続き訴えていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日も最初にコロナ関連の質疑をさせていただいて、そして、その後、健康保険法改正の質疑に入らせていただきたいと思います。

大臣、本当にこの新型コロナウイルスの感染状況ですけれども、なかなか収まってこないというのが本当率直なところでして、七都府県の方から今回の緊急事態宣言の延長の要請がありまして。恐らく、あした決定されることになるだろうと思っておりますけれども、五月三十一日だった期限が六月の二十日まで延長されるんだろうというふうに報道とかでも出ております。

前回も言わせていただきましたけれども、感染者数が多いというのも確かに問題で、昨日も四千五百三十六人だったわけですが、やっぱり重症者数が非常に多いという問題、そのことによつて病床の逼迫が起こっております。

何よりもやっぱりつらいのが、一日百人以上の方がコロナでお亡くなりになられているという状況がずっとこれ今続いているわけですね。だから、もう一万二千四百人ですか、ぐらいまでコロナによつて亡くなられている。で、亡くなられる状況が、またこれは本当に、家族と、家族がその亡くなる方と、患者の亡くなる時に会えない、死に目に会えないという、これが本当にこの世の人の世の世界とは思えないようなつらさがあるというふうなことをよく看護師さんからも聞いたことがあります。

そんな状況を何とか一日も早く打開、解決していかなくてはならないという中で、やはり大事になってくるのは、やっぱりワクチンの接種を一日も早く、一人でも多くやっぱり接種していつてもらうということが非常に大事だということふうに思っているわけであります。

そのワクチン接種の担い手についてなんですけれども、救急救命士、それから臨床検査技師、こういった方々を新たな接種の担い手としてこれ認められるかどうかというふうなところを政府の方でも検討しているというふうなことで、厚生労働省の検討会で専門家の意見を聞くということ

です。この検討会の開催時期も含めて、検討状況について伺いをしたいというふうに思います。

○政府参考人(迫井正深君) ワクチン接種を進めるためには、それぞれの医療関係職種が専門性を発揮していただきながらワクチン接種に関する様々な業務に協力していただくことが重要だと考えておりまして、さらに、ワクチン接種を進めるために医療関係職種についてどのような対応や貢献が最も効果的か、これは違法性阻却による筋肉注射によるワクチン接種の担い手確保も含めまして検討するということとしております。

このような観点から、業として人体への侵襲を伴う針を刺す行為を行っております。先ほど委員御紹介いただきましたけれども、臨床検査技師、それから救命救急士についてはワクチン接種の実施、薬剤師については予診のサポートやワクチンの調剤、それから接種後の経過観察、あるいは診療放射線技師については接種後の経過観察、さらには臨床工学技士については薬液の充填などへの協力を関係団体と連携して進めることが考えられますけれども、いづれにいたしましても、これらにつきましては、ワクチン接種や公衆衛生、そして法学の専門家等から成る検討会において検討することとしたしております。できる限り早期に開催できるよう日程調整等を進めておるところでございます。

しまして、開催日、まだ決まっております。しかしながら、決まり次第、厚生労働省のホームページ等でお示しをしたいというふうに考えております。

○東徹君 先ほども言っていますように、緊急事態宣言、有事のときでありますから、やはり時間がないわけでもありますし、是非やっぱり早く検討を進めていただきたいというふうに

思っております。

できるだけ医療関係者の方々がワクチン接種担えることができるという状況が大事だというふうに思っていますし、海外でもそのようなことが行われてきております。日本だけが遅い遅いと言われているわけでありまして、この状況を何とか打開しないといけないと思っているわけですが、救急救命士の登録者数が全国で約六万人、臨床検査技師が約二十万人おられるという状況でありますから、この人たちが接種の担い手となればやっぱりまた進んでいくんではないかというふうに思います。

これ、以前から質問しています薬剤師さんについてなんですけれども、日常的に接種業務を行っておりますが、海外では薬剤師もこれ接種を行っております。もちろん、薬剤師さんに予診であるとか、先ほどもありましたけれども、それから薬液の希釈だとか充填だとか、そういったことも担っていたら効率がよく進んでいくということも当然大事だというふうに思っております。

それに加えて、また接種の方もできれば更に進んでいくというふうに思っておりますが、この薬剤師の、薬剤師会の会長も、法律の壁が解消されたら、役割を求められれば逃げたりはしないというふうなことも述べられておるわけであります。厚生労働省は薬剤師による接種を認めるには法改正が必要と考えているのかどうか、伺いたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘の新型コロナウイルス感染症ワクチン接種のための注射でございます。これも医行為に該当いたします。現行法律上、医師又は医師の指示の下で看護師等が行う必要があります。

薬剤師も含めまして、医師、看護師等以外の職種は、これを業として行うことは、これは医師法違反に当たります。このため、当該行為を適法に業として行うことができることとするためには、医師法の規定の特例を設ける等立法措置が必要になるというふうに考えております。

一方で、議員御案内のとおり、歯科医師につきましては、法学の専門家を含む検討会において検討いただきまして、筋肉注射やアナフィラキシーショック等に関する基本的な知識があるということとを踏まえまして、一定の条件の下においてはこれは違法性が阻却され、歯科医師にワクチン接種のための注射に御協力いただくことも可能であるという整理をし、自治体にお知らせをしたところでございます。

薬剤師について同様の取扱いが可能かどうかにつきまして、先ほど御説明いたしましたとおり専門家による検討が必要であると思っておりますけれども、人体の侵襲を伴う行為を行うことがない職種でもございますので、歯科医師と異なる点もございます。こういったことを含めて検討する必要があります。こういったふうな考えております。

○東徹君 そうしたら、立法措置が必要ということとでよろしいわけですね。これ、非常に、そうなるべくと、国会の会期も短いわけでありますから、非常に難しいなと、こう思っているわけですね。

私は、やはり政府が目標としている一日百万回ですよね、七月末に終えるという、高齢者の部分を終えるという目標、これを一日でも何とか前倒しをしていていただきたいという思いなんです。そうなるべくと、今で六十万回とかと言われているのですが、本当にこれ、六月なつてくるとワクチンがどつとこれ入つてくる予定をしているというふうに思うんですけれども、果たして本当に百万回いけるのか。いけたとしても、もつとやつぱり早く進めていただきたいというふうに思っておりますが、これ、大臣、この目標は達成できると考えているのかどうか、お伺いしたいと思っております。

○国務大臣(田村憲久君) 打っていただく方という意味からすれば、医師、看護師を中心に、先般、医師会長、日本医師会長や日本看護協会長とお話をさせていただいて、特に看護師の皆様方の場合は潜在看護師も含めてお願いしたいという

うことで、これに関しては支度金というふうな形も今回準備をさせていただきました、まあ準備金といえますか。それから、もちろん派遣等々の対応も要りますので、そういう派遣に対してのいろんな支援等々、こういうことも考えておるわけであります。

今ほど来話がありましたが、まさに臨床検査技師、それからまた救命救急士、ここに関して議論をいただきます。場合によっては薬剤師の皆様方でありまして臨床工学技士の皆様方、関連職種の方々も議論はさせていただこうかなというふうな思っておりますが、何分やつぱりちゃんと安心、安全に打っていただくということが前提でありますから、やはり専門家の御議論をいただくかなきゃならないというふうに思います。

実は、その打ち手もまだ十分にアクセスできない、できていないところもあると思います。もちろん看護師の方々は潜在看護師の方々、今都道府県のナースセンターで募集いただいておりますが、医師の方々もまだ打つてほしいと言われる方々もおられるけれども、どこにアクセスすればいいのか分からないとおっしゃっておられる方々もおられます。そういう方々をしっかりと我々連絡を取りながら対応できるように、そういうような仕組みもつくらなきゃいけないと思っておりますし、それから、打ち手は、打っていただく方はいらるんですけれども、その予診に時間が掛かるというお声もあつて、ですから薬剤師の皆様方にはそのサポートもお願いをさせていただきたいというふうにも言っておるわけでありますので、様々な形で、どこで目詰まりがあるのかということもしっかりと我々分析しながら対応していかなきゃならないというふうに思っております。

今、実は今般、診療所等々でもしっかりと一週間打つていただくというところに対しては財政支援を更に乗せてさせていただくでありますとか、一日これ以上、これだけ以上打つていただくというようなところに対しても支援をさせていただく、病院に対しても同じような形の支援をさせ

ていただくという形で、やはり財政的な支援も必要になつてまいりますので、そういうことも含めて、まだお手を挙げていただいていないような診療所の皆様方にもワクチン接種等々お願いをさせていただきたいと思っておりますので、一日百万回に向かつてしっかりと対応すべく、ありとあらゆる対策を講じてまいりたいというふうな思っております。

○東徹君 長々と答弁いただきましたけれども、やつぱり一日百万回というのはそんな簡単な数字ではないというふうな思っております。だから、本当にあらゆる手段を今のうちに決めておかないと、六月の半ば以降にワクチンがどつと入つてきたときにもう間に合わない、そうしたらまたこれ七月末と言つていたのが遅れてしまうということにならないように、是非一日百万回達成して、七月末までに終われるということを是非実現をしていただきたいし、もう欲を言えば一日でも一日でも早く打ち終わる状況がやつぱり是非実現してほしいなというふうな思っています。

あと、次に水際対策のことについてお伺いしたいと思いますが、政府は、海外からの帰国者に対して、ウイルス検査で陰性であっても入国後十四日間の自宅とかホテルなどでの待機、位置情報や健康状態の報告をこれ求めています。で、報告をしない人が一日百人ぐらいいて、連絡も取れない人がいるという、これはとてもない話です。

厚生省は、これ誓約書に違反して悪質な事例に限って氏名を公表するということをしております。まあ本当罰金刑にしたいぐらいのところでありますが、取りあえず公表というところでありますけれども、これはどういった場合に公表されるのかどうか、その基準がどうなっているのかお聞きしたいというのと、あわせて、この基準を検討していること自体、政府の水際対策がこれどうなっているのかと思うわけでありますが、もし基準がない場合はいつまでその基準を作るのか、お伺いしたいと思えます。

○政府参考人(浅沼一成君) お答えいたします。

現在、検疫におきましては、全ての国・地域からの入国者に対しまして入国後十四日間の待機等についての誓約書の提出を求めており、この誓約に違反した場合は、氏名等の公表や、検疫法上の停留、外国人の場合は在留資格の取消し手続及び退去強制手続等の対象となり得るものとしたところでございます。

このうち、議員御指摘の氏名等の公表につきましては、あらかじめ本人の承諾を得ているものではございますが、公表された場合に本人が被る社会的不利益の大きさ等を踏まえ、公表に当たりましては、国内への感染拡大への影響や悪質性を考慮し、慎重に判断する必要があると考えているところでございます。

具体的には、待機期間中の外出などによりまして不特定の方との接触を行い感染拡大のおそれを生じさせる又は生じさせた場合や、健康状態の保健所への報告、位置情報の保存などを怠つていたことによりまして陽性者等の早期発見を遅らせ他者への感染リスクを高めている又は高めていた場合などは、感染拡大を防止するための誓約違反と考えられます。

こうしたケースにおきまして、個々の違反につきまして、正当な理由があるかなど事例ごとに情報収集や事実確認を踏まえ、慎重に検討しつつ総合的に判断し、公表する考えを取つていたところでございます。ですから、何か基準があるというよりは、個別個別でしっかりと確認をさせていただいてるところでございます。

他方で、水際対策の強化を進める中で、入国者へのフォローアップにつきましては、先ほど申し上げた保健所に代わりまして入国者確認センターが実施することとなつたほか、健康状態の報告のみならず位置情報の確認やビデオ通話による状況確認、また三日以上連絡が取れない場合に見回りを行うこととなつたことなどの状況の変化がございました。こうした変化も踏まえまして、氏名等の公表に係る考え方の整理を改めて行いながら対応に取り組んでいるところでございます。

○東徹君 何か話聞いていたら、もう氏名公表するだけですごい時間掛かりそうなんですね。それで本当に氏名公表までに、今聞いていて至るのかなというふうに思うわけですね。

そういう状況で、これ本当に水際対策がちゃんとできるのかなというふうにちよつと心配になるわけですが、これから本当に変異ウイルス変異ウイルスということで大変今深刻な状況にあるときに、やっぱりちよつとでもそういうどつか行ってしまうような人たちを、ならないようにやっぱりきちつと公表して、こういうことになるんだよということをやっぱり示していくべきだというふうに思うわけですけども。

そしてもう一つ、やっぱりこの公表だけではなかなか十分ではないかというふうに思っております。これは今後のことになるとは思いますが、それでも、海外からの入国者に対して期間を区切った上で自宅待機とか位置情報の提供を命令する罰則付きの仕組みをやつぱりつくつておくべきではないかというふうに考えますが、これについては田村大臣にお伺いしたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 百名という話がございました、三日間連絡が取れない方々。これ、ずつとというか、気付いて自ら登録される方もおられますから、そういう意味からいいますと、その中からも連絡いただく方々もおられるわけでありますが、この中に關しては、かなりの方々は昨今は見回り等々対応できるような対応を進めてきております。ただ、そうはいつても全員捕捉できるのかというところが御心配なんだというふうに思えます。

今現状というとなかなか難しい、難しいというのは名前の公表ということも含めて難しいんで、法的に何らかの新たな法改正というようなことを多分委員はおつしやられておられる、多分名前公表だけではなくて、もうそもそも罰則を掛けるといふようなお話だというふうに思います。

これは、実は私権の制限にかなり関わってくる部分で、御本人は陽性ではないので、これは確定

しているわけじゃなくて、まだどうか分からないという方があります。その方の行動制限、若しくはそれに對しての罰則ということはかなり厳しい私権制限でありまして、これは特措法をこの春、国会で、春じゃないですね、冬ですか、御議論いただいたときにも、やはりいろんな御議論の中で、まあこれは検疫法であります、感染症法、特措法、特に感染症法はそれこそ薬害HIVでありますとかハンセン病、こういうものの反省というものが前文に書かれているわけで、そういうことのつとめて、やはり厳しい御意見を国会でいただいてまいりました。

実際問題、政府提出法案でございましたけど、あらかじめ与野党連絡協議会でお諮りをさせていただいたというのも、政府提出法案でかなり厳しい私権制限、まあ委員が今おつしやっているやつよりかはまだ緩かったんですけども、そういう、にしても私権制限、罰則を掛けるとなると、国会が、やはり国民の代表たる国会がある程度そこにコミットいただかないと、政府が出したやつをただ単に数だけでいくというわけにはいかないということ、そこで野党の皆様方も一部御理解をいただいてこのような形で成立をしたということでございます。

何を申したいかという、なかなか政府として厳しい私権制限を出す法律というのを短期間で国民的議論もなさず可決させ、可決といいますか、成立をさせるということの難しさというものは、この感染症においてはいろんな反省の下に行政が行つてきておるといふことでございますので、そこは御理解をいただければ有り難いというふうに思います。

○東徹君 なかなかこは理解できにくいところでありまして、やつぱりこういった緊急事態が出ていて、緊急事態宣言下の中で、やつぱり有事のときでありますから、やつぱり死者数が非常に多いという中で、人の命を守るといふことはやつぱり公共の福祉の最たるものだといふふうに思っておりますね。やつぱり、人の命を守るためにやるべ

きことをやつぱりやって、やれることをやつぱりやつていくということが大事だといふふうに思います。

恐らく、私権制限という、日本国憲法十二条、十三条をやつぱりおつしやっておられるんだと思えますけれども、やつぱり公共の福祉のためにこそ、そのためにはやつぱり掛けるべきところは掛けていくということは私はやつぱり必要だといふふうに思いますので、是非またこの点につきましてもまた議論をさせていただきたいと思えます。続きまして、生活保護の医療扶助のことについて、前回ちよつと途中になつてしまいましたので、続けて質疑をさせていただきたいと思えます。

これ、報道にも出ていましたけれども、一つの研究機関が精神病入院中の生活保護受給者について都道府県間の地域差がこれ七倍ぐらいあるといふようなことを発表しておりました。その要因は、精神疾患の受診者数よりも人口当たり精神病床数がより強く影響しているということで、精神病床数が多いほど入院中の生活保護の受給者が多いといふようなことが言われておりました。空いている精神病床を埋めるために必要のない長期入院につながつていゐるのではないかといふようなことが言われておまして、受給者本人のためにも、医療費の適正化のためにも、こはやつぱり確認、しつかり確認していくべきではないかと。

こういった医療の供給側からのチェックというのは、本来、都道府県が主体的に行う必要があるといふふうに思っております。生活保護の受給者を国保とか後期高齢者医療制度に加入させることが都道府県による供給側へのチェックを働かせる対策の一つでありますけれども、前回の委員会でも、田村大臣の方からは、保険者が嫌がる、国保等が嫌がるという御答弁でありました。でも、考えれば介護保険制度も、これ生活保護者であつても介護保険にはこれ加入しているわけでありまして、まあ年金だつてそうですね。

ということになれば、本来、この国民健康保険

だって、私はやつぱり生活保護者に対する偏見とか差別につながらないようにするために、もひとつく国民健康保険に入つていただく。その後また、梅村議員の方からありましたけれども、やつぱり健康価値を高めていくためにも、生活保護者にも国民健康保険に入つていただいた方がいいというお話もありました。

だから、一方ではそういった私は生活保護者にとつても大きなメリットはあるといふふうに思うわけでありまして、そしてまた、片や一方では頻回受診ですね、極端な頻回受診とか、まあぐるぐる病院と言いましたけれども、病院を転々としておられる方とか、そういったことの抑制ということもやつぱり防止していくということも非常に大事だといふふうに思えます。

医療費の負担の大きい人が入つてきて保険者の財政が悪化して加入者全体の保険料の引上げにつながることを保険者が嫌がるというのは、確かにこれ理解できますが、現在の仕組みは、国保の加入者が病氣にかかつて治療を受けたときに、更に状態が悪化して働けなくなつて生活保護を受けることになる、それまで国保から支払つていた治療費が減る分、国保の財政は良くなるという状況であつて、国保が医療扶助にただ乗りしているといふようなことも言えるわけでありまして。

生活保護の受給者は国保等に加入してもらつて、都道府県の方バナンスが及ぶようにしていくこともこれ一方ではやつぱり大事だといふふうに思いますが、大臣にお伺いしたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 頻回の受診でありますとかこういうものに関しましては、ケースワーカーの皆様方が今しつかりと対応していただきながら、場合によつては付き添つて医療機関に行く場合もありますし、対応いただいております。また、今は福祉事務所 データをしつかりと確保いただきながら、重症化予防でありますとか、まあ健康データですね、そういうような対応で、要は、なるべく医療費がといいますか、本人の健康をしつかり守つていただくという意味から対応いただい

ております。

でありますから、問題があればそこはしっかりと対応していくことでありますが、一方で、今、精神疾患のお話もございましたけれども、やはり精神疾患、非常に生活保護受給者の中で割合的には多いわけでありまして、一つはそれが医療扶助を増やしている一つの原因でもあります。しかし、それは、そういう状況でありますから、働けないわけでございますので、一方ではその裏返しでもあるわけであります。

どうしてもその保険者、国保という形になると、まあ後期高齢者医療保険でもそうなんですけれども、保険者からしますと、保険料も十分にその使っていたいているものに対していただいていないということで、保険財政が非常に厳しい。一方で、生活扶助は、確かに保険者からしてみれば、国がかなりの部分を見ますので、そういう意味からすると、まあある意味、保険者からしてみると、そういう方々が自分たちの仲間に入られると厳しいので、何とか生活扶助と、あつ、ごめんなさい、医療扶助という形の中で対応いただきたいという思いもあられるんだというふうに思います。そこはやはり保険者の方々のいろんな御意見等々お聞かせをいただきながら我々は検討していかなきゃならないと思いますが、今のところは非常に慎重な検討が必要であるというふうな御意見をいただいております。

そういうことから考えますと、委員のお考え方は一つだとは思いますが、今、国保若しくは後期高齢者医療保険制度に生活保護の方々を加入をしていただくということにはなっていないというふうに御理解いただきたいというふうに思います。

○東徹君 是非こは、まあ考え方のところもありますし、現場の意見ももちろんあると思いますので、どちらがよいのか、また今後議論をさせていただきたいというふうに思います。また、ひよつとしたら梅村議員の方からもあるかもしれないので、またよろしく願います。

あと、ちよつと時間がないんですが、あと一問だけ、ジェネリック医薬品のことについてお伺いしておきたいと思います。これも医療費を適正化していくという意味では大事な問題だというふうに思っています。

昨年九月のジェネリック医薬品の八〇％シェア目標に対して、実績値は七八・三％ということでも、もう一歩かなというところまで来ております。都道府県別に見ると、沖縄県で八八・七％、鹿児島県は八六・〇％であります。徳島県だと七四とか、東京都七六・六とか、都道府県によってばらつきがあるんですね。

厚生労働省は全都道府県で八〇％以上を新たな目標とするということなのですが、既に八〇％も超えている自治体もありますから、目標値を八五％にしてはどうかというふうに思います。この点についてお伺いしたいと思います。

○大臣政務官（こやり隆史君） 委員御指摘の八〇％を八五％にすべきだという御指摘でございます。これ、目標の立て方ということかもしれませ

ん。現状を申し上げますと、近年まさに八〇％に向けて増えてきましたけれども、だから相対的にそのスピードが遅れてきてサチュレートしつつあるということ。そしてまた、委員御指摘のとおり、今、四十七都道府県中三十二都道府県で八〇％未満であるということで、都道府県でかなりばらつきが生じています。

そしてまた、環境面でいいますと、御承知のとおり、残念ながら大手の後発医薬品製造販売業者の業務停止処分等がございます。この後発医薬品に対する不信感あるいは不安あるいは供給不安、こうしたものが生じてきております。そういうことを考えますと、まずはこうした後発医薬品への信頼回復、これが重要であり、これを使用できる環境をまず整備しながら着実にその使用率を上げていくということが大事かというふうに考えておりまして、今回提示させていただきました目標といたしましては、いたずらにその数値を上げ

るということではなくて、全ての都道府県で八〇％を超えるということをまず着実に進めていこうということとで提示させていただいたところでございます。

○東徹君 そういった事件がありましたから、信頼回復ももちろん大事でありますけれども、それもしながらやはりジェネリックの使用率をやっばり上げていくという努力は当然両方でやっていくべきだというふうに思いますので、是非しっかりと続けていっていただきたいというふうに思います。

以上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。

○梅村聡君 日本維新の会の梅村聡です。

今、東委員からちよつと御指名がありましたので、コメントだけよろしいですか、今のちよつとやり取りの中で。

生活保護の受給者の方が国保に入って医療を受けるということも一つの考え方じゃないかと、それは保険者機能を発揮することによって健康価値を高めることになるんじゃないかという質問の中で、いや、やっばりそうはいっても保険料が払っていないから保険者の理解がなかなか得にくいんじゃないかという話もありましたけど、これ前提として、東委員の前提としては、医療扶助に掛かった費用はこれが国が国保に対して財政的に補填をするということが前提ですから、保険料を全く払っていないけれども支出が出るという考え方はないもので、そこはイーブンなんです。これは当たり前、当たり前のことで、国が今まで医療扶助として払っていたお金を国保に対してその分を入れることで医療を受けてもらおうという話だから、保険者が、保険者がそれによって不満が出るというのであればその補填が足りないという話になってくるわけで、そういう仕組みを言っておられるわけではありませぬ。ちよつとその保険者が納得されないという理由がその財源以外にほかに何かあるんだったらまた教えていただきたいと思いますが、今日は質問通告をしいま

せんので、ちよつとその前提はちゃんと御理解をいただければというふうに思います。

それから、生活保護を受給されている方も、また生活保護を受給されなくなった場合はまた国保とか社保とかに移られるわけですから、そのときの段差がないようにふだんから同じ仕組みの中で医療を受けられるということ。これも私は非常に大事なことじゃないかということをコメントとして申し上げたいと思います。コメントは以上です。

で、今日、私の質問に入りたいと思いますが、ちよつと何回かに一回はこの話のシリーズはやらないといけないと思ってるんですけど、テレワークとそれからオンライン会議のお話なんですけれども、前回まで申し上げていましたように、日本維新の会は、基本的には今厚労省さんあるいはほかの省庁さんにもレクは原則オンライン若しくは電話でということ、これ党の中で徹底しております。

やっばりこれは、どういう評価を受けているかわかりませんが、省庁の皆さんにとつても来られる時間も、あるいは実際そこで待ち合わせる時間も節約できるので、私は非常に有益ではないかなというふうに考えております。これ、慣れの問題だと思ふんですね。いまだによくおられるんです。梅村さんのお顔を拝顔しながら話したいから訪問させてくれて方がよく部屋に来られるんですけれども、平時はいいですけども、今コロナの緊急事態宣言のときですから。その方は私の顔を見たいかもしれないけど、私はその方の顔を別にそこまで見たくないわけですね。その直接会うということについての価値というのは理解はしますけれども、やっばり緊急事態宣言というのは極めてこのオンラインとか通信機器を使ってコミュニケーションを取っていくって、これはもう文化として日本はやっばりつくっていかないといけないんじゃないかなと、そういうふうに思います。

で、毎回この委員会でもオンラインでこの委

員会ができないのかということを問題提起はしているんですけども、まあなかなか国会は、これ一般の国民の方もそう思っていると思いますよ、緊急事態宣言でテレワークをして、人流を減らして、人と人との接触を減らしてくれと言いながら、テレビ掛けて国会中継見たらいつもみんな集まってけんけんがくがくやっているじゃないかと。それなのに、国民にはそういうことを強制、強制というか、人と人との接触を少なくしろと言うのかという。やっぱり随より始めよじゃないですか、でも、国会議員もこのテレワークというものにやっぱり慣れて、そしてそれを実践していくということをやっぱりやらないといけないと思います。

今日、これ質問通告でお伝えしたら、さすがに大臣からこの厚生労働委員会をテレワークでできるかどうかということはお答えしにくいとお聞きしたので、質問ちよつと変えます。

私とのやり取りが、これ今日、今やっていますよね。これオンラインだったら何か不都合を感じられるかどうか、ちよつと大臣の所見をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) まず、冒頭の医療扶助の話は、よく意図は分かりました。また議論させてください。今日はもうしませんが、また議論させていただきたいと思います。

オンラインで梅村委員とこれやるという話ですが、これ委員会じゃなくてという話ですよね。メリット、デメリットあるんだと思います。

メリットからすれば、それはもう移動しなくてもいいですし、お互いその場所、その時間さえ合えば、わざわざ移動時間要りませんから、すぐに話できる、こういうメリットはあります。それから、コロナという意味では、別に委員が感染しておられるわけでもありませんが、感染リスクというものはこれは非常に全くないという状況だと思えます。

もう一つ、これはメリットでもありデメリットでもあるんですが、メリットという言い方が

すれば、オンラインでやった方が情が余り湧きませんので、理屈ではばつと言えると。会うとやっぱりどうしても、あつ、これちよつと言うのは申し訳ないかなんという思いがあつて、わざわざお会いしているわけですから、じゃ、もうちよつと何か色を付けようかなみたいなことが、これはだからどちらがメリットでどちらがデメリットかよく分からないんですが、そういうところはあのかなというふうに思います。

細かいところまで読み取ろうと思うと、多分お会いした方がいろんなことは読み取れるんだと思いますが、ただ、事の内容にもよりますけれども、オンラインで済むことであればオンラインの方が非常に便利だなという、そういう意識はあります。

○梅村聡君 ということで、改めて委員長には、オンライン、この会議が委員会では非できないかどうかということも是非御検討いただきたいと、このことはシリーズで申し上げておきたいと思っています。

理事会でもまた検討いただければ有り難いと思っています。

○委員長(小川克巳君) 後刻理事会で協議をいたします。

○梅村聡君 はい、よろしく願ひいたします。

それでは、続きまして、新型コロナウイルスのワクチンについて私からも少しお伺いをしたいと思えます。

先ほどから打ち手の話ですね、今回も加藤官房長官が記者会見の中で、打ち手不足の中で、臨床検査技師さん、あるいは救命救急士さんですかね、そこにも広げていこうと。私は、基本的には、ワクチンにかかわらず、国が緊急事態のときは医療者は相互乗り入れができるような、違法性をしっかりと避けていけるような、そういう仕組みを作っていくというのは私は大事だという立場で、そこに反対するものではないと思えます。

ただ、今回ちよつとお聞きしたいのは、打ち手不足というものが現時点でも本当にあるのかどう

かという話なんです。本当に打ち手そのものが足りないんだつたら打ち手の確保が必要だし、打ち手が足りないんじゃないかと、打ち手を確保するその手続とか、その打ち手を確保するまでの道筋の中に問題があるんだつたらそつちを改善しないといけないと思いますので、改めて、これ今打ち手不足のためにその業務拡大をしますと官房長官は記者会見で言っておられるんですけども、打ち手不足そのものというのは今どの程度あるのか、これどういうふうに厚労省として今認識されているのか、お答えをお願いしたいと思います。

○政府参考人(正林督章君) 今回のワクチン接種について、接種の実務を担う自治体がそれぞれの実情に応じて接種計画を作成していただいて実施しているところです。

その接種計画の作成について調査を行ったことがあります。その際に、例えば、個別接種を行う医療機関の医師及び看護師が充足していると回答した自治体の割合はそれぞれ五一・七％、四六・二％。逆に言うと、それ、一〇〇％から引き算すると足りないという意味かなと思います。また、保健所とか保健センターの特設会場の医師及び看護師が充足していると回答した自治体の割合は四三・五％、三四・二％と。これ、四月七日の時点の調査ですけれど、その後また調査しないといけないなと思っています。

ただ一方、七月末までに何とか高齢者二回接種終わらそうということで総理が発言した後に、じゃ、各市町村がどのぐらいそういうことができるのかというのを総務省さんに調査していただいで、二百五十一市町村がちよつと七月には終わらなくて、そこから先だと。その二百五十一に対しては、健康局内にあります自治体サポートチームがそれぞれお聞きして、何にお困りかということをお聞きしたところ、やはり医師あるいは看護師がまだまだ不足しているというふうに回答するところが多かったです。

○梅村聡君 四月七日とお聞きしたので、今、調査されたのがですね。これ、現状、もう少し新し

いデータを集めていただきたいと思っています。これ、何でもかといいますと、実は大阪市が規模会場の医師を募集したんですね。五月十七日に募集しましたら、一日で九百人の医師の応募があつたんですね。余りにも応募が多過ぎて、結局、五月二十一日の五時半で打ち切りました。千三百六十四人です。一日五十レインやっても、その医師たちは一か月に一日しか働けないんですよ。分かります、これ、今医師の話なんだけれども。

そう考えると、どういうことかといいますと、これ、医療者が足りないんじゃないんです。お手伝いしたいな、働きたいなと思っても、どこに応募をすればいいかよく分からないんですね。で、恐らく今そういう御答弁があるかなと思って、私、各自治体、関西地方もそうだし、あるいは過疎地と言われる自治体のホームページも全部見ましたけれども、どこの自治体のホームページにもワクチンの予約の仕方は丁寧に書いてあります。でも、打ち手募集というバナー広告、広告というか、それはどこにもないんです。

だから、もちろんこれ、業務拡大をして打ち手を増やすことも大事なんだけれども、もう一つは、手伝いたい、働きたいという方がどこに届け出たらワクチン接種の業務に携われるのか、これしっかりと分かりやすくするというのが私は大事なんじゃないかと思いますが、厚労省の見解はいかがでしょう。

○国務大臣(田村憲久君) おつしやるとおりなんだと思います。

大規模といいますか、大規模ではなくて、特設の要するに集団的接種会場、こういうところでは、医師、看護師の方々接種をいただくわけでありまして、言われるとおり、どこに連絡していいのかわからないというのは、いろんなやり方やっていまして、例えば地域の医師会の皆様方にお願ひしてそういうところの対応をいただいているところもあります。そうすると、やっぱりそこから漏れる方々はなかなかアクセスできない。

それから、看護師の場合は都道府県看護協会のナースセンター等で御応募していただいておりますが、そこアクセスしていただけない方はなかなか連絡を取るところが分らないということが起こるんだと思います。で、取った後どういうふうになるのかに打っていただくかと、そこまで考えなきゃいけないので、ただ募集してここに行つてと言つたつて、そこ全体統括で見ている、管理していただいている方が認識いただけなかったらそもそもそこに入つていけないわけですから。

そういうことも含めてやっぱり対応していかなきゃならないのと、厚生労働省としては、今、Key-Net、これ、厚生労働省の求人サイトです、求人、医療人材の求人情報サイト、医療のお仕事Key-Netというのがあるんですが、こういうものをつくつておりますので、ここに自治体が募集を掛けていただくと、それに合わせて応募が来てマッチングできるという仕組みはなつておりますので、こういうものをしっかりと各自自治体に御理解をいただきながら、一方で、さつき言つたように、集まつた後どういうふうになるのかに打つていただくところまで、その会場の管理者といえますか、そこで実際問題、医療施設として対応いただいている全体の統括者に御理解をいただかなきゃいけませんので、そこまで含めて対応していかなきゃいけない。

これ、非常に委員からのいい御提案でございますから、まだこれ七月いっぱいまで対応できないという地域にはそういうことも含めていろんな我々としては提案といえますか助言してまいりたいというふうに思います。

○梅村聡君 私もこのKey-Netについて初めて聞いたので、そのKey-Netの場所が分かるように厚生労働省のホームページにちよつと載せておいてほしいんです。私も昨日ざつと見ましたけど、余りどこにあるのかが分からなかったの、その点も是非お願いをしたいと思います。

それからもう一点なんですけれども、ちよつと集団接種と個別接種の話をしたと思うんですけど

れども、個別接種というのは誰がやるうとこれ言い出したんですかね、これ。どういふことかという、これスピード上げないといけないわけだから、普通に考えれば集団接種を基本とすべきなんです、スピード上げようと思えばですね。

例えば、御自宅から外出ができそうにない方とか、あるいは高齢者施設に入つていらっしゃる方、こういう方は訪問して接種をしてさしあげると、この二本立てでやればスピードは物すごい上がったと思うんですよ。ところが、そこに個別接種が入ってきたものだから、結局これどうなつていくかという、みんなそこに予約をするわけですよ。予約をして、マッチングをしないから、ほんなら行かれへんねといつて、で、予約券配つたら一つの診療所で千枚配つてしまつたりとか、そういうことになつてくるわけですよ。

そもそも個別接種というのは、かかりつけの者が来られて、来られた日に、今日ちよつと新鮮なワクチンが十人前入つたよと、だから今日十人の方打つて帰らせませんか、こういうやり方だったら個別接種も有用やと思うんですけども、電話をして予約せなあかんわけですよ。これ、また後日調べて私申し上げますけれども、今、予約のために受診をしてくれという医療機関が出ているんですよ。分かります、予約をするために受診をしてくれと。しかも、そこで診察料取られたとかね。それもう、その人方は抗議に来るわけですよ、皆さんは無料やと言つたはずなのに予約を取りに行つただけで診察料取られた。といううような、もうそういう混乱が物すごく起きているんですよ。

私、申し上げたいことは、結論から言えば、集団接種と訪問接種、訪問接種というか施設の方と家から出られない方と、この二本立てですればもつとスピードが上がったんじゃないですかと。個別接種というもののメリットとして何を感じたからこの個別接種を入れたのかというちよつと振り返りをお願いしたいと思うんですけど、いかがでしょうか。

○副大臣(山本博司君) ありがとうございます。

このワクチン接種、一日も早く多くの方に打つていただく、まさしく国民の方々に対して打つ一大イベントということでございますので、その意味では、今市町村含めて自治体が千七百四十一自治体ございますけれども、それぞれ状況が違うわけですよ。例えば、人口も、大都市があります、離島もありますし、また医療機関の中で医師数がどうなつていくかという状況も違いますし、また交通手段等も違うわけですね。そういう地域の実情にに応じた対応がどうあるべきかということで、政府としては、昨年の段階から自治体説明会やつておりますけれども、まず今言われた特設会場における集団接種、これを推進をしていくということが一つの柱。もう一つは、医療機関での個別接種や訪問接種、こういうこの二つと、それからその両者を併用した接種、この三種類を含めて各自自治体の地域の事情に応じた対応をしてくださいということ、昨年の十二月十八日の自治体説明会から進めてきたわけでございます。

そういう中で、個別接種がなぜメリットがあるかということでございますけれども、これはやっぱり数が多くて、その接種を実施する重要なインフラなわけですね。これは今、最大限人材を確保して、そして裾野を広げていくという、このやり方においては非常に医師会を含めた診療所の方々の医師というのは非常に大切であるということでございますし、また、平時においても、季節性インフルエンザの接種を行っている医療機関も多くあつて、ワクチン接種の実務経験があるということでございます。

私も、市長に会つたときに、個別接種のことを選択している市長ですけれども、やっぱり身近に安心して住民の方がかりつけ医ということで対応できるということで、その市は個別接種中心でやつていくということもお決めでございます。その意味では、集団接種も大事でございますから、財政支援を含めて対応しているということでございますけれども、こういう両面の対応を含め

て地域に応じた対応を取つていただこうということでございます。

○梅村聡君 後でまた御検討いただければと思うんですけども、スピードだけ考えるんやったら集団接種の割合増やした方が圧倒的にスピード速くなつてくると思います。

インフルエンザの話されましたけど、インフルエンザは、納品されて冷蔵庫に冷やしておけば、それでいつでも使えます、一冬だつたらですね。でも、今回は入つてくるものと予約とをこれ合わせなあかんわけですから、接種する場所が増えれば増えるほどスピードは、マッチング確率がありますから、落ちてくるんですよ。だから、そのことも是非振り返りとしては考えておいていただきたいなというふうに思います。

それでは、ちよつと法案の方に入つていくんですけども、午前中には、川田委員から、月末日に、月末日に育休を取つていくというこの要件は今回も変わらないんだと、ですから、月末だけ育休を取るというその良からぬ使用者と、そこが出てきて、保険料免除になるんじゃないかつて話がありましたけれども。

私、今日はちよつと逆のこと、今から逆のこと聞きますけれども、今回、出生時育児休業制度できましたですよ。出生時に集中的に休暇を取つてもらいましょと。これは、就労、予定された終了日というのが設定できるんですよ。本日はそれは強制したら駄目なんだけれども、仕事上、予定された就労日というのはつくつていくということなんでですけども、この予定された就労日が逆に月末に当たつた場合はこれどうなんでしょうかという質問なんですね。

今回、十四日以上の子育休を同じ月内で取つた場合、これは保険料免除になるんだけれども、この予定された終了日は、あつ、就労日はですね、その十四日、十五日のところにはカウントしないということが決まつていくわけですよ。

だから、例えば、今日は五月二十七日ですから、私が今日から十日間この出生時育休を取つた

と、そうしたら来月まで取るわけですから、これ十日間取れば五月の保険料は免除になるんですけど、来週月曜日、五月三十一日ですね、ちよっとうしても仕事があったら、この日を就労する予定日にしますとなったら、これ、月末空いちやうので保険料免除にならないことになるんですけど、これは今回の法律の中ではどういう扱いになっているんでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

今回の法律の見直しで、月途中に短期間の育児取得を、取得した場合に全く保険料が免除されないことへの対応といたしまして、育児開始中の月中に十四日以上の子育て取得した場合にもその月の保険料を免除するというところでございます。

御指摘の、この際の育児日数の算定の具体的な方法につきましては、今後厚生省令で定めることとしておりますけれども、今回の育児中の無給期間に対する経済的負担への配慮というものは、保険料免除の制度趣旨に鑑みまして、改正育児法に基づく出生時育児休業中の事前に予定した就労日数については、御指摘のとおり育児日数に算定しない方向で検討しております。

一方で、現行の、月の末日が育児休業期間中である場合の保険料免除についてはこの要件を維持することとしておりますので、結論を申し上げますと、出生時の育児休業を月またぎで取得した場合には、月末に予定された就労を行っているか否かにかかわらず保険料免除の対象とするということでございます。

○梅村聡君 ですから、月内でまとめて取る時のカウントには入らないんだけど、月またぎになって月末に育児を取ったときの、こは抜けるわけではないということですね。だから保険料免除はきちっと行われるということです。はい。確認ができました。ありがとうございます。

それでは、田村大臣に少しお伺いをしたいんですけども、今回の健康保険法の改正は、やっぱり国民皆保険をどう守っていくかという一つのテーマの中の一つの、まあ解決かどうかは分

ないけれども、一つ必要な施策であるというふうに考えますけれども。

一方で、民間保険会社が様々な医療保険を発売をしています。先進医療特約とかいろいろあると思うんですけども、これ、国民皆保険があるにもかかわらず、民間の医療保険、これに入るモチベーションというかメリットというか、これ何でみんなこの医療保険に入ろうと、民間の医療保険に入ろうとされているのか。これ、どんなことが考えられるか、ちよっと大臣の御所見をお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) いろんな民間の医療保険ありますから何とも言えないんですが、例えば重粒子線等々、先進医療等々、保険が、公的保険がカバーしていないもの等々を費用を賄うてありますとか、あと、がんなんかにかかった場合には、ただ単に治療費だけではなくていろんなものが掛かっていますので、そういうものの費用をカバーでありますとか、入院したときに、まあ入院自体の入院費等は出ますけれども、それに対して付随しているいろいろなものが掛かりますから、そういうものに対するカバーでありますとか、様々な民間の医療保険があると思ひます。

そういうことを自ら判断されて投資をあらかじめしておくというふうな、そういう考え方なんであらうというふうに考えます。

○梅村聡君 今、くしくもがんというお話がありましたけれども、要は保険でカバーできるものが少なくなればなるほど、逆に保険でカバーできないものが増えれば増えるほど、やっぱり民間保険に入ろうかなという人が増えてくると思うんですね。

実は、一昨年の、二〇一九年の十一月二十八日にこの当委員会、そのときも濱谷局長だったと思うんですけども、遺伝子パネル検査、がんのですね、遺伝子パネル検査の質問をさせていただきました。これ何かといいますと、もう一回申し上げますと、がんになったら一般的には標準治療というのを受けられます。手術とか抗がん剤とか

放射線とかですね。ところが、それでもなかなか治らないといったときに、保険外、まだ認められていない、あるいは別のがんには認められているけどその人のがんには認められない適応外薬、これが使えないかなということ調べるのが遺伝子パネル検査なんですね。これは、実際にがんを取ってきて、その遺伝子を分析してきて、標準治療には反応しない、効かないんだけど、ほかの薬に効くんじやないかということ調べていけば、これいろんなデータがあるんですけど、一割から二割の方は今は保険では認められていない薬が効く可能性があると、こういう結果が出てくるわけなんですね。

ところが、遺伝子パネル検査で認められていない薬が使えると、効く可能性があると出てくると、その出てきた結果の未承認薬、適応外薬を使うときには、こは保険が利かないんですね。そのときの御答弁は、保険外併用療養制度を使つてこれは使えるんですねという答弁だったんですけど、しかしその部分、未承認の部分は全額自分で持たないといけない、これは変わらないわけですよ。これはちよっと私、すぐかわいそうだなと思うんですね。

一般的な保険外併用療養というのは、大学病院とか大きい病院で、今海外でこういう報告があるんだけど治療としてやりませんか、でもその部分は自費ですよと、それ以外は保険で見ますよと、こういう保険外併用療養が多いんですけども、保険を使つて、そこを判定するところまでは保険を使つてやってきたのに、最後の結果出たところだけは、いや、これはルールどおりですから保険は使えませんよというのは、僕は余りにも患者さん目線から言うと非常に厳しい制度になるんじゃないかなと思うんですが、ここを改善するということこれはできないんでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。一昨年十一月に同じ御質問をいただきました。それで、やはり保険適用の前提でございますけれども、治療の有効性、安全性等が確立している

治療、これを保険適用という考え方はやはり必要ではないかということでございます。そういう意味では、その有効性、安全性の確認、未承認薬の部分につきましてそのまま保険適用というのはなかなか難しいかなというふうに思っております。

ただ、この御指摘の遺伝子パネル検査につきましては、令和元年十月に、当時御質問いただいたときにちよどスタートしたばかりでございまして、けれども、患者申出療養といたしまして、検査後にその承認済薬剤の適応外使用を迅速に保険外併用療養費制度の枠組みでできるようにしたこととございまして、対象薬剤、順次拡大されておまして、令和三年五月現在、十七種類の薬剤が承認されているところとございまして、引き続きこの制度の周知に取り組んでまいりたいと思っております。

また、未承認・適応外薬、速やかに薬事承認して保険適用するために、未承認薬・適応外薬検討会議におきまして、科学的な根拠に基づきまして検討を行った上で製造販売業者に対する開発要請等を行う制度もございまして、

なかなか、そういう意味ではそのまますぐに保険適用というのは難しいわけでございますけれども、なるだけ速やかに保険適用に向けて進むように対応してまいりたいということでございます。

○梅村聡君 今の答弁はそこまでが限界かなと思うんですけど、このパターンが非常に増えてくると思うんですね。

最後に大臣、ちよっとお伺いしたいことは、もちろん保険者の財政問題というのがありますが、新しいものをどんどん保険に入れていくというのは正直、財政面からは、ぱっと見たら厳しいのかもしれない。だけど、国民側からいえば、同じ千円の保険料を払うんだったら、公的保険に千円払うのと民間保険の医療保険に千円払うんだたらどっちの方が給付として戻ってきやすいかということマスを考えてほしいと思うんです。

よ。

やっぱり民間の保険というのは利益も上げないといけませんし、株主配当もあるわけですから、同じ保険料を千円払うんだったら公的保険に千円払って、まあ保険料は高くなるかもしれないけど、しかし、その分しっかり保険でカバーするものが増えるから民間の保険をわざわざ入らなくてもいいんだよと、こういう形を取った方が、私は、国民の財布から保険料が出て医療のサービスを受けるということから考えたら、私はやっぱり国民にとってのメリットが大きいんじゃないかと。

だから、こういう保険外併用療養でできますというのはこれはもう一つの進歩だと思いますけれども、ちょっと給付が大きくなったとしても幅広く新しい治療を保険適用していくという方が国民の、国民側の利益に資するんじゃないかなと考えるんですが、この考え方について大臣の見解をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) まず、標準治療が効かない場合じゃないとパネルの治療になかなか行けないということ自体、いろんなお声があるということも実態であります。今後、いろいろと専門家といいますが、学会の方々いろいろな御議論をしていただかなきゃならぬなというふうに思います。

今の話ですと、多分、公的医療保険は保険料が決まっていますよね。民間の保険の場合はそれぞれのサービスに応じて保険料が様々でありますから、なかなか、そこをどういうふうに制度設計して入れていくかというのは、公的医療保険、これは保険収載して公定価格で決まっておりますから、それと見合いという意味で制度設計がなかなか難しいというのが実のところなんではないかというふうに思います。

○梅村聡君 健康保険法の改正なので、申し上げたかったのは、国民にとっては公的保険は非常にメリットが大きいものだから、これを改正することによってしっかりと維持していくことが大

事なんだということを申し上げたかったと、その一つの例として使わせていただいたということを上げまして、私の質問を終わります。

ありがとうございます。

○足立信也君 国民民主党の足立信也です。

大臣、お疲れさまです。いろんな考えの方がいらっしゃるってなかなか答弁も大変だと思いますけれども、この健康保険法等に関しても、今週、来週と、まだ少なくとも二時間以上は質問時間があると思いますし、私はね、で、国会が終盤に近づいたので、この通常国会の間で私はこうしたい方がいいんじゃないかという提言を四つ言いたいということでもちよつとやってきました。

今日は残りの一つのワクチンのことをやりたいんですけれども。今までの提言というのは、オリンピック、パラリンピック、日本には中止権限はないですから、せめてできるのは開催地返上だと、日本が決定できるのは。開催するかしないかはIOCが決める、だと思えます。それから、検査に関しては、濃厚接触者あるいは行政検査が非常にばらつきがあるということで、実態を把握できていないという点。治療薬については、アビガンやイベルメクチンについては、その薬の特殊性に応じた試験をやって、どこに使うのがいいのかというエビデンスをつくらなきゃいけないということを上げてきたわけです。

またいらつしやらないけど、古川さんもワクチン等についてかなり詳しく説明されたけど、なかなか理解は難しかったと思うので、私はできるだけ分かりやすいように説明したいと思えますが、要は、古川さんも私も日本がエビデンスをつくるということにもっと積極的に行うべきだということなんです。お互い外科医ですから言いますが、一人の医師あるいはグループが一生涯の間に経験できる症例って限りがあるわけですよ。だから、論文にして、ほかの人がこういう経験をしてこういう失敗をしたということ参考にするがやるわけで。だから、日本発のワクチンには遅れなければならないと思うんですが、

す。そういう意味で今日提案したいんです。

なので、そういう観点で、せっかくやるんだったら、この前、梅村委員とも言いましたが、せっかく医療従事者からスタートするんだったら、そこでエビデンスをつくる、一回接種ではどれぐらい中和抗体ができるのか。みんな納得しますよ、医療従事者だつたら。それをデータにできることが大事なんです。そういう観点がちよつと弱いかなと。接種といつたらもう打つことばつかり考えているという感じが私はするんですね。

で、ワクチンのことへ行きたいんですが、その前に行政検査の件です。

繰り返しなんですけど、もう発表が行政検査だけに限っていたり、実際の検査数と陽性者数は当てにならないですよ。大臣の表現を借りれば、分母と分子、これがもう各自自治体でばらばらだから、一か月以内のトレンドだつたら分かるけど、それよりも前で計算の仕方が変わったり検査の仕方が変わったらもう当てにならないんじゃないかというようなことをおっしゃいましたね。

実際、そのとおりなんです。濃厚接触者の定義もそれに対する行政検査をやるのも全部自治体任せになっているというのは、私は資料を出してお示しました。そうなんです。そして、検査数や感染者数の把握も、ほかの検査方法の数を入れるか入れないかも全部ばらばらというのが今の実態なんです。特に私は東京が少ないと申し上げているわけです、明らかに。

大臣は先ほど言ったように納得されているようですが、正林局長が、いや、まだ全例やっていますとおっしゃるので、その件について、今日、資料に基づいてやっておきたいと思うんです。もう納得されたとは思いますが。

まず、大臣答弁を繰り返したいと思うんですが、濃厚接触者の認定は保健所が行うんだと、そして濃厚接触者は皆行政検査を行うんだと、こういう大前提で来たわけですよ。ところが、この件は、厚生労働省の老健局保健課だったかな、老人保健課だ、であれだけ感染者が出たときも、千代

田保健所の判断で濃厚接触者は決めていますと、そういうことだったわけですね。

ところが、資料を御覧ください。これは一月二十二日に東京都から各保健所への通知です、この一枚目はですね。そこで、3)の三ボツと四ボツをちよつと見ていただきたいんですけど、まず三ボツは、濃厚接触者については、十四日間の外出自粛、自宅待機とし、健康観察期間中に発症した際には診療・検査医療機関に受診するよう依頼すること。そして四ボツ、保健所における対応の優先順位が低い対象等については、濃厚接触者の認定や行政検査について医療機関の医師による総合的な判断において実施すること。つまり、全例やれとは言っていないんですよ。もう絞りなさいと言っているんですよ。これが事実です。

そして次は、これに、この東京都に基づいて、資料の二、裏です、品川区保健所が出した濃厚接触者対応の変更についてですよ。変えたんですよ。保健所における対応方針の三ボツを見てください。上記以外の友人、会社の同僚等の接触者については、この後の文章は一緒ですね。要するに、医療機関の、つまり認定も行政検査をやるかどうかとも医療機関の医師による総合的な判断において実施すると、こう変わっているわけですよ。で、その中、下から五行目ぐらいにありますように、マスクをしていたら濃厚接触者にはならないようにしているんですよ。こういうふうに、私から言わせると、明らかに数を減らしているんですよ。

しかも、皆さん御案内のように、これ一月二十二日と二十四日の話ですからね。東京においては二度目の緊急事態宣言の真つ最中ですよ、ですよ。一月八日から、これ結果的には三月二十一日までになったわけで、この真つ最中にこの濃厚接触者の対応の変更をしますと書いてあるわけですよ。実際そのようになって、私は、検査数激減したし、そう変わってきていると皆さんが印象として思っているとおりだと思いますよ。

そして、多分検査数が非常に減って、何で東京

少ないんだろうというようなことの中で、評判が悪かったんだろうと思います。次の資料三です。二月二十六日に東京モニタリング会議の方針に転換して前の通知を廃止したんです。これ、やっぱりみつともなかったんだと思いますよ。前の通知は廃止します。で、前の通知っていうのは今東京都のホームページからはもう探せません。これ品川区のもので、前の資料はね。というふうに変えたわけですよ、変えます。そこに書いてあるのは、新たな対応に移行しますと書いてあるんですね。そのときのモニタリング会議の資料を見ると、じゃ、新たな対応とは何なんだと。積極的疫学調査を効率よく実施とだけ書いてあるんですよ。効率よくということは、前の根拠と一緒にです。この通知は廃止したけど、内容は変わっていないんですよ。つまり、ずうっと制限してきているんですよ。ということで、これも、繰り返しなんですけど、二度目の緊急事態宣言のことなんです。意図的に減らしている。ということは、新規感染者数も減っているわけですよ。実際よりも減っているというのは実際よりも少ないんですよ。

これで、私がこれ質問取り上げたのが、これ一月二十二日の通知から行政検査を減らしている、この通知を廃止したのが二月二十六日、でも問題が発覚して、私が挙げたのが三月ですよ。幼稚園、あつ、保育園か、保育園で感染者が出て濃厚接触者と認定された親御さんのところに行政検査受けますか、どうしますかという話ですよ。ほかの親御さんに聞いたら、行政検査は今非常に混んでるし、公共交通機関使えないから行かない方がいいような誘導なんですよ、やらない方が。という事態があったので四月に質問したんですね、四月六日に。ということなんです。

お聞きしたいのは、五月十四日、その後、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部の事務連絡というのが出てます。これは、インド株の流行に関して、それを気にしてまた通知が出てます。そこでどういうふう書いてあるかという

ことを申し上げますと、これインド型の変異株の話です。当該変異株に感染した者の濃厚接触者に加え、濃厚接触者以外の幅広い関係者への検査の実施に向けて積極的な対応をお願いいたしますというのが厚生労働省から出ているわけです、五月十四日に。つまり、ここでやつと幅広くやつてくださいと。

私はもう何度も申し上げている、去年から。二週間に一回変異するんだから、常に網を広く掛けておかないとういうものが入ってきているのか分からないと。だから幅広くやつて、当初はできませんでしたよ、検査の数もできなかったけど、今はできるわけじゃないですか。これをやらないと拾い上げることができないし、そこで更に人に感染させるという予防もできないわけですよ。これが五月十四日の通知で変わってきた。

さっきの緊急事態宣言の話しましたけど、今はこのインド株が出てきたのでこういう通知が出たけれども、さっきの通知、削減するような方向性というのはイギリス株がはやっているときの話ですからね、やはり始めた頃の話ですからね。とんでもない逆方向だと思つたので、お聞きしたいのは、この一連の流れ、これは大臣が今までお答えになつてきた政府の方針、これとはこの一連の通知、特に一月二十二、二十四のこの東京あるいは品川区、東京都から保健所への要請、これは方針は違いますが、今まで大臣が当時からずつと言ってきたことと。濃厚接触者について、そしてその行政検査について。

○**国務大臣(田村憲久君)**　そもそも積極的疫学調査、一定の基準でお願いしてきたわけでありますが、昨年十一月、感染者数が増えにくるということ、なかなか保健所の体制も非常に厳しくなつてくるということを踏まえた上で、優先度の高い状況、こういうことをまず取り組んでくださいというところで、これは事務連絡をお示しをしました。本年一月八日ですけども、実施要領、これを改定をしたわけであります。

その後、多分東京都がこういう連絡を出された

んだと思います。つまり、東京、感染が広がりが、年末年始、急激に広がりましたので、保健所自体が追い付かず、結果的にはこれ、本来は濃厚接触とううか、要するに誰を行政検査するかというのは、これは濃厚接触者を認定ですから保健所なんです、もう手が回らないということで、多分各医療機関で御判断くださいと。まあこれがいいかどうかというのはなかなか評価は難しいんですけど、多分保健所の権限を委託するような話だったんだというふうに思います。

それで、基本的に、感染がある程度落ち着いてくればまた戻していただきたいということはお願いをいたしております。というのは、そうしないと、今言われたとおり、優先順位で決めちゃいますと、幅広く、何といいますが、確認できませんので。そういうものがその後、この二月二十六日以降、新たな対応に移行し、臨時対応の廃止というふうな形での通知なんだろうと思います。

なお、変異株、五月の十日日に出た厚生労働省からの通知というのは、もうおつしやられるとおり、今までもよりも広く、インド株等々非常に感染力があるという話でございしますので、そういうような対応の中でいろいろとお調べをいただきたいということを出させていただいたということであらうというふうに思っております。

○**足立信也君**　この件は余り長くやりたくないんですけど、大臣も答弁上手なんですけどね。結局は、大臣は濃厚接触者は保健所が決めるんだと、そしてその方々に対しては行政検査を全例やるんだとずつと言ってきたことが明らかに違いますよという資料ですよ。都と、都がやっていることはね。それはお認めになると思うんです。それは、逼迫しているとか保健所の業務量が大変だとか、そういう理由は確かに分かりますよ。分かりますけど、今まで大臣が言ってきた方向性、原則と違うということですよ。

まさにその数を減らしたり元に戻したりという話が今ありました。一月、二月の話ですね。全部緊急事態宣言下ですよ。それはおかしいじゃない

ですかということを申し上げたかったです。これが証明です。

もう多分理解、分かっていると思つたんですけど、念のために、正林さん、医者というのはどうしても性善説に立つものだから、こう決めたらやつてくれているという、立ちがちなんですけど、みんながみんなそうじゃないということですよ。これで、でも実際、東京都あるいは東京都下の保健所はこういう対応をしていたんだということとは理解していただけたですよ。いいですよ。ね。

○**政府参考人(正林督章君)**　先生から先日教えていただき、さらに、先生に情報提供された方に私連絡取つて、その方からも直接お話をしましたので、十分理解しております。

○**足立信也君**　なぜ行政検査を減らしたのかというのは、やつぱり皆さんすぐ思い当たるのは、オリンピック、パラリンピックへの影響だろうかと、それを考慮してだろうなと思うと思います。が、私はやつぱり、これ無料です。しかし費用は掛かる。その費用の問題も非常に大きいと思うんですよ。

私は、言いましたけど、毎週唾液のPCR検査やつています。これ、会派として契約、党として契約しているから二千三百円です。あの大分市がやつている無料抗原検査、これは、やる人は無料で、すけど、一回当たり千五百円の費用です。だから、二千三百円と千五百円です。これ、実際今、行政検査、これPCRと抗原検査をやっているとありますが、この保険点数、これ幾らなんですとか、今、**○政府参考人(正林督章君)**　行政検査のうち医療機関において保険適用で行われる新型コロナウイルス感染症の検査については、例えばPCR検査の場合、検査費用一万八千円、それから判断料千五百円となっており、これらに係る自己負担部分については公費で負担をしております。

○**足立信也君**　私がやっているのが二千三百円で、今、それで一万九千五百円だと、行政検査、そこへ行く場合。それ減らしたいのは当たり前

じゃないですか。当初はそれだけ掛かったかもしれないけど、どんとスピードもアップして、キットもできてきて、変わってきているのに、一体いつまで一万九千五百円という数値を出しているんだと思いますよ。それはそっち選ばないですよ、普通の人は。

この点は、その改定の時期ではないと言うかもしれないけど、年度年度、途中でも見直しをしているわけですから。数がそれだけ増えてきたら、その値段も、実際、実費としてはそんなに掛かっていないんですよ。数千円ですよ。ここは改めた方がいいと思いますよ。

じゃ、ついになんですが、今この、先ほど五月の通知で、これはもう恐らくこの通知を出したインド株、インド型の変異株に関してはPCRでできるということは、もうプライマーを配分しているという話だと思います。それとゲノム解析、どちらかをやってくれという通知です。ゲノム解析をやるとしたら、今どれぐらい掛かるんですよ。

○政府参考人(正林督章君) ゲノム解析の費用についてはちょっと分かりませんが、自治体が行うPCR検査、それから抗原検査といった行政検査、それからゲノム解析、それらの費用については、感染症法の規定により、都道府県等が支弁した費用の二分の一を国が負担することになっております。残る二分の一のその都道府県等の負担部分については地方創生臨時交付金の算定対象となっております。

○足立信也君 金額はばらばらだという意味合いですね。

ただ、そこも、地方臨時創生交付金は使いたい分野がいっぱいあるんですよ。できるだけそこに掛けたくないというのはどうしてもその地方自治体の考えですよ。だから、そこら辺は、使えるからということよりも、やっぱりその分野はその分野で使えるか、あるいは安くするような形にしておかないと、一般的にやれないですよという、これ前置きの話なんですけどね、検査のこと。今

日、法律以外の一番メインはワクチンのことなんですけどね。

国産ワクチンの位置付けについては、この前、私言いました。ファイザーのブーラCEOが、二回接種した後、一年以内に三回目だと、その後は、変異のことも考えると、年に一回追加で接種が必要だろうと。日本の国産ワクチンの開発のスピードからいくと、ちょうどその年に一回のぐらいに間に合うぐらいじゃないかなと私言いました。それぐらいの位置付けなんだろうと。これ、大前提は同じワクチンを打つという前提で考えているからそうなっているんですよ。でも、そんな必要はないという話をしたいと思います。

今、アストラゼネカの件もありますけど、ドイツとかフランスは、一回目アストラゼネカで二回目は別のワクチン接種を提言しています。実際、それが効果的だという話は後ですが、今現在、この二種類のワクチンを組み合わせた場合の、ここに日本の生きる道が出てくるわけですけど、組み合わせた場合の有効性の治験というのは今どれぐらい進捗しているんでしょう。

○政府参考人(正林督章君) 諸外国において、一回目にアストラゼネカ社のワクチンを接種した後二回目に別のワクチンを接種する、そういった動きがあることは承知しております。

一回目と二回目で異なる新型コロナワクチンを接種した場合の臨床研究について、網羅的に把握しているわけではありませんが、一部の安全性のデータ等が学術誌、例えばランセットとかですね、そういったところに公表されるなどの状況ではあります。

ただ、まだまだ研究の途上にあると承知しておりますので、引き続きこういった情報について注視していきたいと思っています。

○足立信也君 裏を返せば、日本もまだ間に合うという話だと思っんです。まだまだ途中段階だと。

そこで、なぜ種類の違う組合せのワクチンが良い結果を生む可能性があるかということについて

ちよつと言いますけど、一つは、二つ組み合わせることによって防御範囲が広がるんじゃないかと、これが一点。それから、一つだとその免疫系を逃げ出して別に逃げていくものを阻止できるかもしれないと、こういう大きな考え方があるんですよ。

そこで、今のワクチンは、今全体、世界中で八種類ぐらいでしょうか、ほとんどがスパイクたんぱくの部分かウイルスそのものか、どつちかですよ。スパイクたんぱく以外の部分に対するワクチンを、標的が違うということですね、作つたとして、どういう効果があり得るかということは、一つは、今は抗体をつくる液性免疫、抗体をつくる、抗体をつくるの話ですが、より広く変異があつても効く可能性があるのは細胞性免疫のところなんです。これは以前誰か質問されましたが、その部分が組み合わさることによって不活化される可能性が高いわけですよ。こういった意味で、組合せに、つまり細胞性免疫というのは、聞いたことあると思いますが、T細胞の機能を高めるということなんですね。一つはそれ。

もう一つは投与方法ですよ。今は、副反応とか痛みとか肩が上がらないとかいろいろ言いますね。鼻から点鼻するワクチン、この組合せ。なぜ味覚障害とか嗅覚障害が出るかというと、この鼻や口、上気道、そこら辺から入つたのが一旦そこで増殖して、唾液、特に唾液腺で増殖してくると、ウイルスが、だからそこに症状が出るんだと、それが入つていつて消化管や肺に行つて肺症状が出てくると、こういうことになっているわけですね。であるならば、鼻から入れたワクチンというのはいより肺に収束性が高くなる、こういったやり方があると思います。

新型コロナウイルスが流行したときに、私の後輩の清野研一郎、今、北大の教授に来てもらつて、彼が鼻から入れる点鼻ワクチン、ナチュラルキラー細胞を活性化するというのを作つた、その参考人として衆議院に来てもらったんですが、今の点鼻ワクチンの開発状況というのはどうなん

でしょう。

○政府参考人(正林督章君) 国内の主なワクチン開発の進捗については、メッセンジャーRNA、DNA、組換えたんぱく、不活化ワクチンの四種類のタイプのワクチンがヒトの臨床試験に入っている段階であると承知しています。

一方で、御指摘の点鼻型ですけど、動物実験の段階ではありますが、AMEDを通じて支援しているIDファーマという会社が点鼻型のワクチンの開発を進めており、今年十月以降に国内及び海外を含めて臨床試験を開始できるよう準備を進めているというふうに承知をしています。

○足立信也君 分かりました。

この件は、先ほど副反応、注射をするという、それに伴う副反応はありませんね。それから、細胞性免疫を高めるといふ、しかも肺にかなり収束性があるということに加え、今日、先ほど古川委員もおっしゃっていたけど、じゃ、普通に打つワクチンの量を減らせるじゃないですか、注射の、併用すれば。そういった利点もあるのか、これはまだ日本がやれる分野です。エビデンスをつくれる分野です。是非ともそういう方向性で捉えてもらいたいと思います。

じゃ、やつと、ちよつと三十分なので、健康保険法等に行きますが。

これ、先ほど後期高齢者医療制度のことが出ましたね。あれどういふことかといいますと、年齢によつて区切つたその集団だけの保険というのはあり得ないだろうということに加え、一番問題だったのは、先ほど大臣がおっしゃつた、年齢による区分された診療報酬だったんです。項目もそうですけど、同じ項目でも値段が違つていたんです。それが平成のうば捨て山制度だと言われたわけですよ。

私、当時外口局長だったと、一緒に、まず高齢者に特有な、高齢者だけの診療報酬を全部なくしたんですよ。若い人と同じ点数の評価にしよう、別項目はなくそうと。そのことによって実は、慣れたきたという話もありましたけど、これをやつ

たらもう十分じゃないかという意見もかなり多かったんです、それができたので。でも、今思うと、やっぱり私は更に進めるつもりではありましたよ。例えば、これ財源構成が五対四対一じゃないですかというながらも、この四の部分は今もう四八％ぐらいになっているんじゃないですか。財源構成をきちつとしたからという五対四対一というのはもう崩れているわけです。そういう意味でいうと、診療報酬をその特殊な部分を外したからこれはもういいんじゃないかという人が多かったけれども、やっぱり継続してやるべきだったと私自身は思っているんです。そこがやっぱり一番大きかった。

そこで、大臣が所信のときに、所信じゃない、趣旨説明ですね、趣旨説明のときに、少子高齢化が進展しとおっしゃいましたよね。でも、私から言ったら、一・五七シヨックというのは平成元年ですよ、一九八九年。あれは大騒ぎになりましたですよ、日本中が、一・五七。それから、だから平成は、平成元年ですから、平成は少子化で始まったんですよ、議論がね。

私が初当選したのは二〇〇四年です。このときは年金国会だったけれども、国会が終わるまで合計特殊出生率は発表されなかったんですね、隠していた。これが一・二九で史上最低だったわけですよ。これが年金財政に極めて大きいから国会が終わるまでオープンにしなかったというような問題で、私にとっては、まあそのとき当選したわけですから、この国の少子化対策が最大のテーマなんです。

そこで、私、二〇〇六年に、医療国会と言われましたね、後期高齢者医療制度をつくったときですよ。当時、民主党の医療政策という本を作りました。そのときには、七十五歳以上の高齢者というのはまず経済弱者であって健康弱者だと、だからこは一割負担でいいんだと。でも、それよりも以前に少子化対策をまずやって、しっかりと特に団塊ジュニアが出生適齢期である間に何とか少子化対策をして合計特殊出生率を上げる、そのこと

によって、高齢者、健康弱者であり経済弱者である高齢者については一割負担でできるはずだという絵を描いたんです。でも、だから私にとつては、少子高齢化が進展しと言われるよりも、少子化対策に失敗したからというのが本音だと思うんですよ。

それから十年、我々は少子化対策をまず第一に掲げてやってきましたよ。しかし、そこに所得制限が加わったり、その後の変化で、ここ二、三年、当時の我々の主張に近づきつつありましたね、安倍政権の二期目の末期の方は。でも、十年の空白なんです。その間に団塊ジュニアのあの年齢層の方々は四十代の半ばから後半になりつつあるわけですよ。この失われた十年というのは極めて大きいというのが私の感想なんです、この間の。

そこで、もし団塊ジュニアの方々がこの出生適齢期の間に出生率が上がっていたら、この国の社会保障の財政や医療保険財政、どう変わっていたらうかということについて、大臣の想像を聞かしてほしいんですよ。

○国務大臣(田村憲久君) 試算をしていないので正確なことを言えないと思うんですが、一九七一年から七四年までが団塊ジュニアと言われていますけれども、ここが出生率一・五%もない、切っているという状況の下で、それ団塊世代と比べれば大幅に低いわけですよ。ここが仮に一・八だとかという数字だったとしても、多分、今般の制度改正はお願いせざるを得ない。というのは、なぜかという、そこは確かに大きなマスではあるんですよ、マスではあるけど、そこだけの話だと問題あつて、その後ずっと改善していったという話になったときにどういうふうになるのかというのはなかなか分かりづらいです、はっきり言つて。というのは、なぜかという、少なくとも団塊の世代は減らないので、そこは確実に後期高齢者に入っていくのは変わりません。

あとは、その分だけ増えてきたのがどれだけ担い手として社会保険料を納めていただけの数に

なっているかということでありますから、今よりは若干明るい未来だとは思いますが、しかし、それをもつてして医療保険制度自体が間違いない大丈夫だという状況には、試算していないから何とも言えませんが、ちよつとなつていないのではないかというような、感覚的に申し上げるとそんな感じであります。

○足立信也君 団塊ジュニアの世代というのは例示的に申し上げたわけで、少子化対策、子育て支援ということを前面に掲げていいたら世の中の雰囲気はやっぱり変わっていったらうと私は思っています。

なので、当時は、当時つて二〇〇六年当時、一割でいいんじゃないかと申し上げておりましたが、それが少子化については、特に合計特殊出生率はむしろ低下の段階で、希望の一・八にはとてもも行かないような状況で、先ほど五対四対一と言いましたが、実際は四八%ぐらいになっている。これ以上現役世代に負担を負わせるわけにはいかない、二割やむなしというのが私の意見です。

だから、当時とはやっぱりその優先順位を、取り組むことがやっぱり順番が変わつてきたら、当時の考えとは現状に合わせて変わっていくということですし、そもそも保険者と言いが、もう四五%以上、五〇%近くがほかの人のために保険料を拠出しているというのが保険ですかという話ですよ、と思います。

そこで、これからは、それが全体の話ですが、各論に入っていきたいと思うんですけれども、国保の出産手当金や傷病手当金のことについてはこの委員会でも私何度か言いました、条例があればできるんだという話で。

今回、コロナ特例との関係をまず教えてほしいんですが、国保と後期高齢者医療において被用者に傷病手当金を支給する市町村に対しては補助がありますですよ、特例。この仕組みをまず教えてください。どういう仕組みなのか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

傷病手当金、国保の傷病手当金の財政支援でございますけれども、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえまして、国民健康保険に加入している被用者につきましては傷病手当金を支給した市町村等に対しまして、国が特例的に全額の財政支援を行うという仕組みでございます。

○足立信也君 国保及び後期高齢者医療制度においてですよ、今、濱谷さんがおっしゃったのは、ですよ。いいです。

ということは、私ずうつと言って、国保には条例を作ればできるんだけど、全国の市町村でまだ一例もないと、出産手当金、傷病手当金。今は傷病手当金の話ですけどね。ということは、条例を作つてこの傷病手当金を支給している市町村があるという意味なんですね。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

今回のこの新型コロナウイルス感染症による傷病手当金の支給につきまして、条例を定めている市町村がございます。令和三年三月三十一日時点におきまして千六百九十八保険者、約九八・七%の保険者でこの条例を制定しているということでございます。

○足立信也君 それは全額国が財政支援するからですよ、から作つたんですよ。ということ、今まで必要性は、出産手当金も傷病手当金も各市町村はみんな必要性は分かつていた。でも、財政的に、条例さえ作ればできたのに作らなかつた。しかし、国が全額補償するって決めたたら千六百九十作つたという話ですよ。残念ながらそういう考え方になっているわけですよ。

前回質問したときに、じゃ、国保の出産手当金や傷病手当金、特に出産手当金だったかな、その条例を作るに当たつて国が支援したらどうですかという話を一度聞いたんですよ。結局、それがあれば作るということなんです、今回の。ですよ。それは、まあ今急に言つてもなんです、やはり国の支援があれば条例を作る市町村が増える可能性はある、そのことはどう理解されますか。大臣、ごめんなさい。

○国務大臣（田村憲久君） それは、地方負担がなければそういうものを作る可能性は十分にあると思います。

一方で、今出産手当の話ですか。（発言する者あり）これ、被用者保険に関しても、被用者保険は被用者保険の中でやっていただいておりますので、その整合性、公平性をどう考えるんだという話が出てくると思います。

○足立信也君 皆さんはお分かりですけど、要するに、国保でも出産手当金、傷病手当金は作れる、条例さえ制定すれば。で、今回コロナで全額補償するってなったら傷病手当金、条例作ったということは、必要性は皆さん理解している。そこで、国が補助すれば作るんじゃないですかという話をしたわけですね。今、大臣が全額ならばと言われたので、まあ一部でも僕は違うと思いますけどね。まあそういうことです。あとは、必要性は分かっているということだから、国がどれだけ支援していくかという話だろうと思います。

次に、傷病手当金と労働者災害補償保険法に基づく休業補償給付というのがありますね、この二つが。この二つの課題は何でしょう。

○政府参考人（濱谷浩樹君） 健康保険法に基づく保険給付につきましては、労災保険法に規定する業務災害以外の疾病、負傷に関して行うこととされておまして、同一な疾病又は負傷について労災による休業補償給付等が行われる場合には傷病手当金の支給は行われないこととなっております。いわゆる併給調整がございます。

一方で、実務上は、業務災害による疾病、負傷に関しましては、業務災害であると認定され、労災保険、労働者災害補償保険法による休業補償給付等の支給がなされるまでの間、一時的に傷病手当金が支給されることがあります。この場合には、その傷病手当金と休業補償給付等の調整規定に基づきまして、傷病手当金の返還を求めることになります。

この際の保険者は労働基準監督署に休業補償給付等の支給状況を照会する必要がありますけれども、

ども、被保険者本人の同意が得られない場合には、労働基準監督署による情報提供が行政機関の保有する個人情報保護に関する法律に抵触するために、保険者が労災給付の情報を確認することができずに併給調整の円滑な実施に支障が生ずるケースが生じておりました。これは会計検査院からも指摘をいただいております。

このため、今回の改正法案では、保険者から労働基準監督署へ労災給付の情報を照会することができるとの規定を盛り込むことによりまして、本人の同意を必要としない情報照会を可能としたところでございます。

○足立信也君 おっしゃるとおりで、傷病手当金とその災害補償のところは、元々は原因が違うというふうに分類されていたけれども、傷病手当金を先に出すということが多いわけですね。

そこで、問題はというと、やっぱり休業補償、労働災害、そちらの認定に極めて時間が掛かるといふ、そこですよね。返還をしなきゃいけないんだけれども相当時間が掛かる、これの解決策をどうするか。

今、その情報提供の話がありましたけど、私はやっぱり効率化。で、書いていますよね。この労災保険の、その今物すごく時間が掛かるというのを私も実感としてそう感じています。このスピードを速める。それが併給調整のところ、ここに時間が掛かるからかなり苦労しているということに対する解決はどういうふうに図りますか。

○政府参考人（吉永和生君） 労災保険給付につきましては、各種保険給付につきまして、請求書の受付から支払までをシステムの一元的に管理するほか、迅速な支給のために休業給付等の補償の一括支払化でありますとか、診療費請求のオンライン化など、順次システムの対応を行ってきたところでございます。案件によりまして長期間掛かっているものもございますが、こうしたＩＴ化の促進によりまして迅速な給付に努めてまいりたいというふうに思っております。

また、併給の調整の関係につきましても、今ほ

ど保険局長からの答弁にもございましたとおり、法令的な制約の中でこれまでできなかったという状況でございますが、今般の法改正が成立すれば調整ということは具体的に可能になるわけでございます。

システムの対応が必要な部分でございますけれども、いずれにいたしましても、そういうものを通じた迅速な給付間調整、あるいは一般的な給付に努めてまいりたいと考えているところでございます。

○足立信也君 効率化の最たるものはやっぱりＩＴ化だと私も思うんですね。非常に遅れているというのがまた一つの事実で、東さんなんかはその厚生労働省がＩＴというとなんか何かが問題が起きるんじゃないかと多分言われそうなのがしますけど、今までのいろんな問題でね。

これ、例えば今労災認定の話をしましたけれども、これとの連携でＩＴ化というお話になってくる。ここは時間が今問題だという指摘をしたわけ、そこは大事ですよ。これ、デジタル庁ができた、そこを、つなぎといいますか、ＩＴ化といいますが、連携といいますか、それは改善されるんじゃないでしょうか。

○政府参考人（吉永和生君） 私どももいたしまして、健康保険制度と労災保険制度、厚生労働省内の法律と制度でございますので、必要な連携というものには努めてまいりたいというふうに考えてございますけれども、デジタル庁ができました場合にございましては、様々なＩＴの考え方、最新のシステムの考え方などにつきまして一定の整理がなされるものと考えてございます。

そういった知見を活用しながら、最適なシステムの更改に向けて努めてまいりたいというふうに考えてございます。

○足立信也君 繰り返しになりますけど、厚生労働省のＩＴ化ということでどれだけ今まで問題が案が生じてきたか、少なくともこの一、二年。ということを見ると、大丈夫かなと思うんですね。まあ大丈夫じゃないでしょうという声が聞こ

えます。また委員会のテーマが一つずつ増えていくんじゃないかという気がしますけれども。

もう一つ、併給調整の問題というのはもう一つあって、これ、傷病手当金と年金ですよね、障害年金。この併給調整の問題というのは今どういうところが挙げられているんでしょうか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） 御指摘のような傷病手当金と公的年金、生活保障という共通の目的を持ちますので、併給調整行われております。

保険者は、傷病手当金の支給時に、被保険者本人から年金受給者であることの申告を受けまして、日本年金機構への個別照会を行うことなどによりまして年金の給付状況を把握した上で傷病手当金の支給決定を行うこととしております。

一方で、傷病手当金の申請時には年金受給権がなかったけれども、その後、年金受給権の裁定が行われて年金が遡って支払われたケースにつきましては、遡及的に併給調整を行う必要がございます。

現状では、こうした事後的な併給調整が必要なケースにつきましては、保険者から日本年金機構に対して年金給付状況を照会することが可能でございます。規定がございます。

それで、更なる事務の効率化のために、令和元年十月から、マイナンバーの情報連携によりまして、年金給付状況を迅速に確認できるようにしたところでございます。

○足立信也君 これ、事後の併給調整の場合は、その以前払われた傷病手当金の部分はこれ相殺されるんですか。それとも回収するんですか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） 傷病手当金の返還を求めることとなります。

○足立信也君 ごめんなさい、その返還ってスムーズにいきますか。どれぐらい今回収できていますか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） ちょっと今手元に、返還状況について手元にございませんけれども、委員御指摘は、保険者の回収事務を考慮して、年金機構から保険者にもう直接返還可能にする、相

第七部 厚生労働委員会会議録第十九号 令和三年五月二十七日【参議院】

○足立信也君 皆さんも経験されていると思いますが、この単独事業というのは各首長選挙のいつも目玉なんですよね。一度始めたならやめられない。やめようと言おうものなら落選間違いなし。

○足立信也君 多分それ宿題にすべきことだと私も思うんですが、広域連合だからできないと思うというのも正しいかどうか分からないですよ。うちの市はこれは単独で補助金出しますというよう

か。しかも、それを実際受ける場所はそこではない可能性も高いわけですよ、医療を受ける。だから、できるだけ統一性が必要だと。保険料についてもそうだ。じゃ、都道府県との関与を深める、これはよく分かる。となったら、やっぱりその自己負担についてもばらばら、ばらばらで、それが選挙のまるで目玉のようなことになっていて競い合うようなことが本当にいいのかと思うんですよ。

そうなってくると、就学前が二割、それ以降は小学生も中学生も三割、これが決まりですから、それに対してやっているわけで、そこは下げてもいいんじゃないかなというのが私のそもそもの考えなんです。就学前一割で、義務教育二割とか、それ以降三割と。であるならば、一割、二割、三割、二割、一割という考え成り立つと思うんですよ。今のままだとやっぱり、就学前が二割でそれ以降が三割だったら、やっぱり二、三、二しかないなと思うんですよ、そうなる。だから、ここは連携する話で、どこまで単独事業を許していくかというのはもう、今は子供の話ですけど、やっぱりこれ高齢者にも関わってくる話で、ひよつとするとそれ以外にも出てくるかもしれない。ターゲットをどこに置くかによっていろんなこと出てきますよ。ということが懸念されるので指摘させていただきましたが、昨日通告したのは、大体今週、来週の三分の二ぐらいのつもりでやりましたので、当然残して、また次回に譲りたいと思います。

ありがとうございます。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

二割負担やむなしというような声もありましたので、冒頭、高齢者の暮らしぶりからしたら本当に二割負担はあり得ないと、断固反対だということとを申し上げてから質問に入りたいと思います。

まず、コロナの関係でいいますと、七都府県です、緊急事態宣言の延長要請という動きもあって、もうあしたにも判断という動きだと聞いております。重症者も過去最高の水準と、改善の兆しが見えておりませんし、ステージ4と、こういう大半の状況では、延長やむなし、避けられない事態であるというふうには思うんです。しかし一方、これまでの緊急事態の継続で感染者の抑制が困難だというふうに国民はもう受け止めていると思うんですね、なかなか減らない実態から見ても、そこで、やっぱりどうすれば感染拡大は止められるのか、新規感染者減らせるのか、確かに若干減りつつあるんだけど本当に減らしていける

のかということかというと、新たな戦略というのが国民にも明確に示される必要があると思います。ワクチンの議論もされているけれども、これ打ち終わるまでには随分掛かります、七月末日目標げられているけれども。その間含めてやっぱり検査のところでどう本当に戦略持つて進めるかというふうに思っているんですけれども、その点、まず大臣に認識伺っておきたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 医療提供体制、公衆衛生体制等々、非常に逼迫する中で、ステージ3といふもの、そして2に向かつて着実にこれ下げていかなきゃならない、新規感染者含めてでありますけれども、という状況であります。

実は、私もすごく心配をしております。今般、緊急事態宣言、緊急事態措置と言った方がいいのかも分りませんが、措置エリアで感染、新規感染者が減らなかつたらどうするというところで、実は真剣に考えました。なぜかという、前回、東京が後半増えてきたんですね、緊急事態措置下において。ですから、それがあつたので非常に心配をして、どうするかということを考えておりましたが、今のところ、何とかまだ御理解をいただいて、都民の方々、府民の方々、それぞれ緊急事態措置地域の方々、まあ北海道はまだ若干減つていない状況はありますが、多くのところが減りつつあるという状況です。

ただ、安心しているわけではなくて、やはり変異株、特に英国株の感染率というのも非常に、感染力と言った方がいいのかも分りませんが、従来株よりも強いということは、もうこれはもう体感的にも感じておるわけでありまして。一方で、インド株というものも、これも広がってくる可能性もあるわけでございますので、そういう意味で更なる対応というものを考えなければなりません。一つは、やはり検査体制というものをしっかりと強化をしていくということです。これは基本的対処方針の中にも書いておりますし、多分、この後、委員ともこの議論になるんだと思います。それから、インド変異株に対する対応、これ

も、水際対策含めて、まあ世界中広がっておりますので、ずっと抑え込むというのはもうなかなか難しいわけでありまして、ただ、なるべく広がるスピードを抑えて、英国株のときも同じことを申し上げましたが、要するに、広がるスピードを抑えることによって、ワクチンとの闘いになると思ひますので、ワクチンの接種率を上げる中において何とかそれに対応していかなきゃならないというふうに思っております。

そういう意味では、ワクチンの接種というものが、接種体制を整えて、なるべく早く国民の皆様方、望む方々全員に打つ体制をつくっていく。このような対応の下で、今般のこの感染拡大を何とか対応してまいりたいというふうに思っているわけでありまして。

○倉林明子君 やつぱり、具体的に見えるように、こういうふうに進めていきますという検査の戦略が本当見えてきていないというふうに思うんですね。繰り返し求めてもきましたけれども、今あつたようにN501Yと、いわゆる英国株と言われるものですけど、あつという間に広がって、あの大阪の感染拡大という状況に表れたということだと思ふんですよ。

今、次に懸念されているのが、もつと感染力が強いといういわゆるインド株ですね。じゃ、このインド株はどのぐらいつかまえられるのかということ、スクリーニング検査、実施状況どうなっているかと。さらに、新たな変異株をつかむためのゲノム解析、この実施状況と、さあ、どう広がっていくのかというところはどうか。国立感染症研、民間検査機関、地方衛生研、大学と、こう広げるといふ意思、意欲は表明されたんだけど、も、一体どこまで広げて、どう数が担保できているのかという、具体的に見せてほしいと思ひます。端的にね、数で。

○政府参考人(正林督章君) 変異株の対策については、専門家から、新たな変異株への対応を強化するため、従来の監視体制を見直し、ゲノム解析

のサーベイランスによる実態把握に重点を置くべきとの御提言をいただいている中、変異株スクリーニング検査の抽出割合は四〇%を必須としなにとした上で、スクリーニング検査で抽出しているN501Y以外の変異も確認できるゲノム解析による監視体制の強化を行っていくこととしております。ゲノム解析については、国立感染症研究所からゲノム解析の民間検査会社への外部委託、それから全国の地方衛生研究所への技術移転、大学等での実施など、その体制整備に努めているところでございます。

また、インドで最初に検出された変異株、Bの1・617については、国委託の民間の検査機関で本変異株の主な変異であるL452Rを検出するPCR検査を実施して全国的な監視体制を強化することを基本的対処方針に明記し、現在、国立感染症研究所により、国委託の民間検査機関でのL452R変異株PCR検査を試行的に実施し、技術的な調整を進めているところでございます。引き続き、変異株の監視体制の強化に努めてまいります。

○倉林明子君 いや、五月七日に私、西村大臣と議運でやり取りしたんだけど、余り答弁的に前に進んでいないと、前に進んでいないというふうに思ひます。

尾身会長が、英国株に取って代わる可能性があるという、インド株のことを言われました。じゃ、インド株、どのぐらいつかまえられるのか、つかまえる体制あるのか、それが見えないというところが、大変これスピードに追い付かなくなるんじゃないかという懸念を持っているんです。再び後手という指摘受けるようなことあつてはならないと思ひますので、重ねてそこ明確にしていくということが大事だと思ひます。

もう一つ、やっぱりずうつと言ひ続けたきたクラスター対策なんですね。これ、感染拡大抑えるためにどうやって初期段階で止めるのかと。こういう点から、症状出たら、抗原検査、抗原の定量検査ですか、キット八百万あるから、というかハ

百万使って掛けていくんだということだけれども、このこの抗原キットを使ってクラスター対策を、クラスター対策としてどう広げていくのか、ここから先、八百万の先も含めて、専門家からの提言の中にあつたと思うんですよ。

これ、具体化というのはどこまで進んでいて、どこまでやるのかというのはどうですか。

○国務大臣(田村憲久君) まず、抗原検査キットの前に、やはり定期的な介護施設等々でのPCR検査、これをやつていかなきゃならぬということで、これは三月いっぱいでは、対象介護施設、応募があつたといいますか、半分やりました、やつていただきました。ところが、四月以降がなかなか、三月まではいろんなことをやられたこともあるんですが、三分の一ぐらいしか対応いただいていないということで、今般、基本的対処方針の中でも、二十四条、特措法二十四条の九項ですか、この都道府県からの依頼ができる要請という形の中に入れました。

これ、私も申し上げているんですが、行政検査でやつていただいていますので、行政検査つて、やつてもらわなければ困るんです。行政検査つてそういうものですか。ですから、そこをやらなきゃいけないということを御理解をいただいて、介護施設等々の皆様方には、まず症状がなくても従事者の方々はこれを定期的にやつていただくということを再度今お願いをさせていただいております。

あわせて、そうはいっても、症状が出た方を早く押さえるというのは、これはそこから感染拡大させないことでありますので、PCR検査キット、これは例の新型コロナのみならず、インフルエンザ、ごめんなさい、インフルエンザ、これとにときに、昨年、大幅にメーカーに増産をお願いいたしました。これのまだ在庫も含めて八百万キットありますので、これを買取つてこれを必要なところに配るということで、まずは医療施設、介護施設、こういうところに配らせていた

できます。これはあくまでも症状が出た人ですから、定期的にやるわけじゃないので、八百万をお渡しして、症状があつたら押さえしていく。それだけじゃなくて、大学でありますとか、また場合によつては企業、こういうところでも最近クラスターが出ておりますので、こういうところでも活用をすべきであるというふうに専門家の方々からも御提言いただいておりますので、こういうところでも対応をしてまいりたい。

ただ、医療関係者、医師がいけないとなかなか、医療関係者がいらないと対応できませんので。要は、取つていただかなきゃなりません。また、実際問題メーカー見ていただいて判断いただかなきゃなりませんから、そういうことができるところに對してしっかりと供給をさせていただいて、そして対応していただくということで計画をさせていただいております。

○倉林明子君 なかなか広がりませんよね、PCR検査でクラスター対策という点でも。やっぱり高齢者施設や医療機関、特に高齢者施設のところそうだと思いますけど、発生したときにどう対応したらいいのか。あるいは、もう閉鎖しなくちゃいけないというようなことになった場合に経営がたちまち破綻するという恐怖もあります。それに對して、やっぱり安心して受けられるところとは、その要請だけじゃなくてその不安を解消するという担保もセットでやらないと、私、進まないと思います。

抗原キットも、せっかく活用するというところで、お医者さんの判断がないとということだけでも、抗原キットの使い方では一歩踏み込んで、容易に、初期判断に使うものだから、ちよつと本当、そこをどうやつて本当にクラスター対策に間に合うように使えるのかということでは、有効に迅速にやつぱり届かないと、量的にも届かないといけなと思うので、その拡大というのも早急に見える化して使えるものにしていただきたいというふうに思います。

更に言いたいのは、感染拡大がここまで来えます。安心、安全の五輪ということが大きな国民的にも議論になってきています。パッハ会長は、びつくりしたんですけれども、誰もが幾らかの犠牲を払わないといけないと発言されました。私、五輪のために失つていい命なんてないと思うんですね。

厚労大臣として、この感染拡大の状況、感染が下がないレベル4だという状況、非常事態宣言が続いていると、医療提供体制の逼迫状況踏まえたら、国民の命を守るという立場に立つて決断求めるときじゃないかなと思うんですよ。

改めて、今の状況も踏まえていかがでしょう

○国務大臣(田村憲久君) オリンピックで入つてこられるアスリートの方々、しっかりと国民の皆さんと接点のない形で対応いただく、それ以外の関係する方々もそうありますが、そういう形でオリンピック委員会、対応いただいておりますということであります。だから、そこはもうマストだと思えます。

ただ一方で、昨日も実は尾身先生おつしやつておられたんですが、そういう方々はある程度隔離されていますから感染を防ぐことはできるであろうと、これは尾身先生のお言葉であります。問題は、日本国民の皆さんがそれによつて人流が激しくなつて、そして、例えば、これは私が申し上げたんですが、スポーツバーなんかでも感染リスクの高いような行動をされる、そういうことになれば、これは感染拡大が増えるわけでありますから、そういう意味で、そうならないために、静かなオリンピックというののいいのかどうか分かりますが、御自宅ですっかりと応援をいただくような、そういうオリンピックにしていかなければならぬんだというふうに思います。

いずれにいたしましても、感染拡大というものをしっかりと止める、国民の皆さんが安心、安全、つまり安心していただきながらオリンピックとい

うものでみんなが勇氣を持っていただけ、そういうようなオリンピックでなければならぬんであろうと私は思っております。

○倉林明子君 世論調査がやつぱり日々出てきていますよ。六割を超えるというような声が中止、延期求めると、これ増えてきていますよ。こういう声にしっかりと向き合つて応えるべきだということとは申し上げておきたいと思えます。

次は法案で、国民健康保険法についてお聞きしたいと思えます。

これ、二〇一八年に都道府県を国保財政の責任主体とする国保の都道府県化が実施されました。都道府県の標準保険料率、統一保険料に合わせるということが求められるようになりました。市町村が独自の判断だけではこれは保険料決められないという状況になってきております。

そこで確認します。移行前と比較して保険料が値上がりした自治体というのはどれだけになっているか、つかんでいますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。平成三十年度の保険料率につきまして調査いたしました。この調査では、全千七百三十五市町村のうち、前年度と比較しまして引上げを行った市町村が四百三、引下げを行った市町村が四百九十六でございました。

○倉林明子君 それは自治体の、市町村の自主申告を集計したというものですよね。説明を受けました。

しかし、我々、それラインどこで、どういう世帯で切るかということも含めて条件設定しないと比較できないので、我々は年収四百万で四人家族の場合ということで条件はめて、値上げを全部ずうつと調べているんですね。それで見ますと、我々の調査では、値上げした自治体数が二〇一八年度で五百五十九件ありました。前年比で倍増になりました。二〇一九年、四百四十二件、二〇二〇年では四百二十二件ということで、統一前と比べますと本当に多くの自治体で値上げということ

になっております。

この先進事例ということで、都道府県の保険料統一ということで、先進事例ということで奈良県ですね、これは二十四年度、統一保険料の方針を示されまして、法定外繰入れについては原則禁止だということになったかどうかといいますと、下北山村というところでは六割増しだということですよ。二〇二四年がゴールということになっていまして、何と一人当たり五万円の引上げで約十三万円の保険料になると。本当驚き、衝撃が走っているんですね。

政府は、独自の法定外繰入れに対して、保険者努力支援制度ということで、交付金、独自に努力しているところに交付金を減らすという措置を付けて、値上げ、いわゆる値上げの圧力を、私、強化してきたというふうに言わざるを得ないと思うんですね。

そもそも国保というのは、高齢化の進行あります、無職、非正規雇用の労働者、構造的に本当に脆弱な保険です。だからこそ、自治体は様々な独自の負担軽減策とか法定外繰入れをやって値上げを抑える努力をずっとしてきたんですね。今度、でも、そういう都道府県で統一ということはある、あるんだけど、コロナもあってということで、値下げ、値上げを踏みとどまっているところもこの間あります。

私、こうした自治体の独自の判断や努力、負担軽減ということでは、独自の判断としてやることについて尊重されるべきではないかと、地方自治尊重ということで見るときではないかと思うんですよ。大臣、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) 今までも、法定外繰入れに関しては何とか解消、削減、これをお願いをしてきたわけでありまして。各自自治体でなぜ保険料高いのかということも含めて分析をしていただきながら、財政は非常に厳しいという中において、計画的に今までの法定外繰入れを減らしていくということにも御努力をいただいていたわけであり

ます。

そのためにと言ったならなんですね、けれども、三千四百億円というお金を毎年入れさせていたでいて、そういう中において、都道府県にも財政的な主体になっていただいて対応をいただいておりますということでございますので、これはしっかりと都道府県と各自自治体、市町村が話し合っていたでいて、住民の方々とも御理解をいただきながら法定外繰入れというものの解消に向かって御努力をいただければ有り難いというふうに思っております。

○倉林明子君 答えていないですよ。尊重すべき判断ではないかということには正面からお答えいただけなかったなと思うんですね。

今度の法案は、こうした都道府県の国保運営方針に市町村の保険料の水準の平準化に関する事項を定めるとともに、財政の均衡を保つために必要な措置をとるよう、これ求めているわけですね。つまり、自治体が独自に行っている法定外繰入れというのはやめるように方針をはっきり作らないと、そういうことですよ。これ、値上げ圧力を法定化することにつながるんじゃないですか。加速せよということですよ。

○国務大臣(田村憲久君) 国保も持続可能性ということを考えていかなければなりませんので、受益と負担というものが明確になってこなければならぬと思います。

そういう意味で、いつまでも法定外繰入れを続けられるほど地方の財政が潤沢ではなくなってきたおとという事実もあるわけでございます。そう考える中においていかにしてバランスが取れるような態様にしていくのか。つまり、法定外繰入れがなくても成り立つような、そんな保険財政にしていくかということが大事でございますので、都道府県とも話し合っていた中においてその御努力をしていただきたいということをお願いいたしておるわけでありまして。

○倉林明子君 これ、議論の中でも大きく地方自

治体からも反発があって、方針の中でということになった経過もお聞きしております。

私、地方自治、自治体の判断、これ自治権としてやっぱり担保されるべきだし、尊重されるべきだということ。答弁なかったけれども、あくまでも、今回、努力規定になっているんですね、これ。自治体からも要請あったから、そうだとしたことだと思えます。自治体はその財政状況を踏まえて、厳しいけれども今は上げられないと、こういう判断をまで縛るものではないと。

○国務大臣(田村憲久君) 国費も入っておるものでございます。何とか、いつとき、いつとき、いつとき何とか保険が成り立つても、将来にわたって成り立たなくなってしまうのは何の意味もないわけでございますので、是非とも国の方もいろんな形で、いい横展開、いい事例に対して横展開もさせていただきたいと思っております。いろんな情報提供をさせていただきますから、是非とも都道府県と話し合う中において自治体で法定外繰入れ、これの解消に向かって御努力をいただければ有り難いということであります。

○倉林明子君 ようけしやべっていたんだけど、答弁してもうてません。

これ、コロナの下で今、現実、市町村の首長、悩んでいますよ。国からは法定外繰入れやめえと、都道府県からも言われると。しかし、現場の国民、住民の生活実態って一番見えるのが首長なんです、議会なんです。そういうときにそういう独自の判断まであかんということは言えないでしょう。ずばり、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) あしたやめてくださいという話じゃなくて、計画を作っていたいて解消に向かって努力をお願いしたいということ、自主性というものも発揮いただきながら、法定外繰入れの解消に向かって御努力をいただければ有り難いというふうに思います。

○倉林明子君 だんだん声が小さくなってしまし

ただね。ここはやっぱり法定外の繰入れということについての努力義務規定にとどめたということと、その判断、地方自治体の判断というのはお願いしますということとは別次元で、これは地方自治の自主権、自治権の問題ですから、しっかりと受け止めていただきたい。強く申し上げます。

そこで、コロナ特例として行われました国保料等の減免の継続について、先ほど公明党の矢倉委員からも御質問ありました。同感です。

令和の二年度では財源は全額国費だったわけですが、ところが、先ほど質問にもありましたように、三段階で自治体の持分がこれ出てくるんですね。そうなりますとやりにくいと、本当にそのとおりです。やっぱり私も、ここは令和三年度も同様に、令和二年度と同様に全額国費で持つという方向での、まあ検討するといつてちよつと答弁ありましたけれども、大臣、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、先ほど濱谷局長から答弁ありましたけれども、基本的には前年の所得、収入で対応しますので、コロナで落ちておられますよね、それぞれ収入が。それを基に保険料を算定をします。しかも、所得の一定以下の方々に関しては応益分保険料ということで七割、五割、二割というふうな、そういう軽減がなされるわけでありまして。

しかし、それでは十分に対応できないということで、更にこれは財政支援をさせていただくということで、全体の保険料の減免総額が三%以上ならば八、十分の八ですね、一・五以上三%未満ならば十分の四、そしてそれ未満であれば、以下か、以下であれば、未満か、未満であれば十分の二という形になっているわけでありまして。

かなりですね、かなりこれはやはりお困りであろうということで国が財政支援もさせていただきます。という中で国が財政支援もさせていただきますが、更にいろんなお声がありますので、先ほど矢倉委員からもう御提案もございました。これはどのような形なのか、十分なお答えになるのか分

かりませんが、検討はしっかりとやらせていただきますというふうに思います。

○倉林明子君 これは与党からも要請があるというだけじゃないんですよ。私も政令市の市長会からも要望を受けていて、やっぱり特例措置いろいろとられました、コロナでね。だけでも、コロナの被害やしんどさつてもうずっと継続しているわけです。とりわけ、自営業者等も加入しているのが国保ですよ。こういうところにこういうけちるようなことしんといてほしいと。やっぱりきちんと支援するというんやったら自治体ができるように十割ちゃんと持つというふうに、積極的に前向きに検討して、直ちに結論を出していただきたい。強く求めます。

そこで次、国の全額補助によります国保の傷病手当についても御議論ありました。支給対象を個人事業主やフリーランスに広げている。先ほど、条例改正してたくさんの方が使えるようになったんですが、これ被用者止まりということになっていまして、以前から個人事業主やフリーランスまで広げてほしいと。自治体が条例定めて、お金も持てばできますと。これが八か所にとどまっているということでお聞きしています。拡充分の財源、これ自治体費用、自治体負担と、ここ要因だということ、繰り返し指摘もしてきました。

そこで、九月末まではこの傷病手当の全額国費分については延長するというので、ここは延長してもうたんですけれども、対象拡大、そして支援対象額の増額、分かりますか、これ自治体からも御要望が出ております。いかがでしょうか。○国務大臣(田村憲久君) まず、支給水準ですけれども、これは生活費に代わる部分ということでありますが、同様に、生活費等補助になる出産手当金、これについて、ILO条約の水準に踏まえて三分の二ということにしているということであります。(発言する者あり)いやいや、だから、出産手当に準じて、これは一応、ILOのそういう

条約の水準ということでありますので、御理解いただきたいと思います。なかなかこれを引き上げるとするのは難しいということ。

それから、今おっしゃられたのは、そのフリーランスも対象にしろということでございますか。フリーランスも含めて自営業者も条例をお作りをいただければ、それは各保険者の責任で対応いただけるということでございます。

なお、そこまで、今被保険者に、被保険者といえますか被用者に関しては、これは国が全額国庫負担で、一応任意ではありますけれども、条例を作っていたら対応しておるわけでありますが、なかなか自営業者ですと難しいのは、お休みになっているときに収入があるのかどうなのか、なかなかそこが分からないので、そもそもどれぐらいの給付なのか算定ができないというようなことがございまして、そういう形の中で、自営業者の方々、フリーランスも合わせてでありますけれども、対応していくのが難しいということでございます。

○倉林明子君 国がつかまえるんじゃないですよ、その実態は。市町村はよく分かるんですよ、近いですから。そういう意味で、何かとどんどんどんできひんできひんということになっているわけで、これ正面からやっぱり、一番そういう意味でいうと、個人事業主にしてもフリーランスにしても不安定雇用で、そのお金が入らなくなってしまう困るんですよ。そういうところを補う分は市町村でやってねというだけでいいのかということが問われていると思いますので、改めてそういう点も前向きに検討すべきだということは重ねて求めていると思います。

繰り返し求めています、次ですね、子供の均等割の問題です。何で半分なんやということをも本会議でも指摘しましたけれども、二〇一五年、これ地方と国の協議の場で検討を約束して六年、ようやく五割の減額というところになりました。未就学児七十万人、そして公費で九十億円の負担と

いうことになります。この九十億円の負担割合とというのはどうなっていますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘の負担割合でございますけれども、国二分の一、都道府県四分の一、市町村四分の一でございます。

○倉林明子君 九十億で半分できるわけやから、百八十億円あったら全部できるんですよ、実は。これは人頭税みたいだということで、この均等割を就学前までなくすということにやっぱり思い切って踏み込むべきだというふうに思います。強く求めたいと思います。

先ほど議論ありました、子育て支援の議論なんです。これも、子育て支援ということで子供の均等割の見直しに踏み込んでいただいたんですが、やっぱり子育て支援で拡大してきたのが子供の医療費助成制度にほかなりません。

未就学児を超えた部分については、これ国庫、国保に対する国庫負担のペナルティー措置といって減額調整されていますよね。直近で子供の医療費助成に係る公費の減額調整額というのは一体幾らになっていますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。地方単独事業として行われております子供の医療費補助、子供の医療費助成に係る国保の減額調整措置の総額でございますけれども、令和元年度で公費ベースで約四十二億円でございます。

○倉林明子君 これ、二〇一八年から未就学児に対する減額というのは廃止されました。中学、高校まで対象拡大する地方自治体もこれ増加しています。住民にとっては、この子供の医療費の助成制度を拡充してもらおうということは非常に子育て支援ということで歓迎されています。

で、減額ではなくて、このペナルティー措置ということについては、やっぱり財政支援と、子育て支援なんだと位置付けていくべきだと思うんですよ。先ほど四十二億と言われました。こういう分は気持ちよく出していったらどうかと。子育て

支援の応援になりますから。

さらに、国の制度としてこの子供の医療費の助成制度をつくってほしいという声が上がっております。保護者からも、そして地方自治体からもです。これに正面から応えてほしいと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これはまあ様々な御議論がある中で減額調整をしてきたわけでありますが、平成二十八年、ニッポン一億総活躍プラン、ここにおいて、未就学児に関しては減額調整、こういうものをしないというような形になり、三十年からこれが始まった、平成三十年からそうさせていたわけであります。

これを更に広げてというお話であります。先ほど申し上げましたけれども、長瀬効果の逆で、やはり負担が減る等級が増えるということになるわけございまして、なかなか公平性考えてもこの減額調整自体をやめるというのは難しいというのと、じゃ、しからば国で全部やるべきだと、まあそれは一つのお考え方だと思います。財源というものの、非常に厳しい状況の中で、今般もこのような形で高齢者の方々にいるんなお願いをさせていただかなきゃならぬという状況であるということも踏まえながら、なかなかその対応が難しいということは御理解いただきたいというふうに思います。

○倉林明子君 だんだん本当に答弁が寂しくなってきた、四十二億の、四十二億の減額措置をやめたら、やっぱり地方自治体も子育て支援応援してもらっているとなるんですよ。このぐらい踏み出せぬでどうするんだと。終わります。

○委員長(小川克巳君) 本日の質疑はこの程度にとどめ、これにて散会いたします。

午後五時七分散会

(参照)

(足立信也委員資料)

別紙 1

2021年1月22日

東京都における新型コロナウイルス感染症流行状況を踏まえた対応  
(臨時対応)

1) 目的

重症化リスクの高い新型コロナウイルス陽性者への迅速な対応により、都民の命を守る

➤ 各陽性者の重症化リスクの把握に重点を置き適切な医療提供へつなげることを優先課題とする。

➤ 積極的疫学調査の対象や項目について、優先事項を整理し、保健所事務の負担軽減を図る。

2) 方針

各保健所が管轄する地域の実情に合わせ、発生した陽性者の重症化リスクに係る状況把握を優先

➤ 疫学調査及び健康観察については、陽性者が重症化リスクのある者であるか、又は重症化リスクのある者が多数いる場所・集団※に直接帰属しているかの把握に重点をおくこと。

※ 高齢者や基礎疾患を有する者、医療機関、高齢者施設、障害者施設、特別支援学校等  
➤ 発生届の記載事項のうち、接触者における重症化リスクの有無等を参考に、検討すること。

➤ 把握した陽性者の状況に基づき、以下の対応を基本としつつ、地域の流行状況や個別の事情を踏まえ保健所において対応を判断すること。

3) 保健所における実務対応

1. 陽性者が重症化リスクのある者の場合は、優先して入院調整等を実施すること。

2. 重症化リスクのある者が多数いる場所・集団に直接帰属している場合、クラスター対策としての集中的な検査も含めて検討すること。

3. 重症化リスクのある者が多数いる場所・集団以外の濃厚接触者については、14日間の外出自粛・自宅待機とし、健康観察期間中に発症した際には診療・検査医療機関を受診すること。

4. 保健所における対応の優先順位が低い対象等においては、濃厚接触者の認定や行政検査について、医療機関の医師による総合的な判断において実施すること。

5. 学校・企業等においては、健康管理担当者等が主体となり、健康観察や保健指導を実施する体制に可能な限り切り替え、感染拡大防止策を図ること。

4) 臨時対応の期間について

終了の目安は、新規陽性者数※及び医療提供体制等の負荷を勘案し、総合的に判断

※ 国が定めた感染状況の指標のうち、新規陽性者数の目安がステージⅢ相当（東京都に当てはめると新規感染者1日あたり約300～500人程度）になったかどうかを考慮

出典) 令和3年1月24日品川区保健所保健予防課  
COVID-19行政検査の対象について

令和3年5月27日 (大) 参議院厚生労働委員会  
国民民主党・新緑風会 足立 信也 ①

濃厚接触者対応の変更について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、東京都が都内保健所に対し、陽性者の重症化リスクに係る状況把握を優先するよう示した※1)ことに伴い、品川区においても東京都が終了と判断するまで、濃厚接触者※2)への対応を変更することにしました。

【目的】

重症化リスクの高い新型コロナウイルス患者への迅速な対応により、区民の命を守る

【方針】

高齢者や基礎疾患がある等、陽性者の重症化リスクをいち早く判断し入院等の調整を実施すると共に、重症化リスクのある施設の従業員等への対応を優先する。

【保健所における対応方針】

1. 高齢者施設・病院等、重症化しやすい対象に対して重点的に調査や検査を行う。

2. 家庭内感染の懸念から同居家族、衛生観念の確立されていない幼稚園・保育園※3)、集団感染の可能性がある小中学校に対しても、調査等を行う。

3. 上記以外の友人、会社の関係等の接触者については、14日間の外出自粛・自宅待機を基本に、濃厚接触者の認定や行政検査を、医療機関の医師による総合的な判断※4)において実施する。

4. 小中学校以外の学校・企業等においては、学校・企業の健康管理担当者等が主体となり、健康観察や保健指導等を実施する。

※1) 別紙1：東京都における新型コロナウイルス感染症流行状況を踏まえた対応

※2) 濃厚接触者：新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者

⇒概ね1m以内の距離で、15分以上、マスク無しで陽性者と会話・会食等した人

※3) 同居家族が陽性の幼稚園・保育園等へ通っていない児童は、陽性家族の療養終了から、14日間の健康観察の実施に留め、積極的な検査はしない。

※4) 医師の総合的な判断：別紙2にて、区内のPCR検査実施医療機関へ通知

出典) 令和3年1月25日品川区保健所事務連絡

令和3年5月27日 (大) 参議院厚生労働委員会  
国民民主党・新緑風会 足立 信也 ②

積極的疫学調査の対応について

○流行状況を踏まえた臨時対応（令和3年1月22日～2月25日）

新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、都民の命を守るため、陽性者の重症化リスクの把握（※）に重点をおき、適切な医療提供へつなげることを優先する臨時対応の考え方を保健所に通知

※高齢者や基礎疾患を有する者、医療機関、高齢者施設など

○新たな対応に移行し臨時対応を廃止（2月26日以降）

2月26日に開催されたモニタリング会議において、新規陽性者数が減少し、クラスターの感染経路が特定しうる段階においては、保健所の調査機能を最大限に発揮することで再拡大を予防するという考え方が示された

都は現時点の感染状況から、新たな対応への移行が可能と判断し、同日付で、この考え方を保健所に周知

積極的疫学調査を強化し、感染が生じやすい状況を把握。積極的な介入を図り、クラスターの芽を早期に摘み取ることでの流行の再燃を予防

出典）東京都福祉保健局 都における新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査の対応について  
令和3年5月27日（木）参議院厚生労働委員会  
国民民主党・新緑風会 足立 信也 ③