

第二百四回国会参議院厚生労働委員会会議録第二十一号

令和三年六月一日(火曜日)
午前十時五十九分開会

委員の異動

五月三十一日

辞任

高橋はるみ君

補欠選任

宮崎 雅夫君

六月一日

辞任

宮崎 雅夫君

補欠選任

清水 真人君

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

川田 龍平君

矢倉 克夫君

足立 信也君

衛藤 晟一君

こやり隆史君

清水 真人君

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

三原じゅん子君

宮崎 雅夫君

打越さく良君

田島麻衣子君

福島みずほ君

塩田 博昭君

山本 博司君

国務大臣

内閣総理大臣

厚生労働大臣

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

内閣官房内閣審議官

内閣官房内閣審議官

内閣官房内閣審議官

内閣官房内閣審議官

内閣官房内閣審議官

スポーツ庁審議官

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

厚生労働省社会・援護局長

厚生労働省老健局長

厚生労働省保険局長

東 徹君

梅村 聡君

田村 まみ君

倉林 明子君

菅 義偉君

田村 憲久君

こやり隆史君

吉岡 成子君

梶尾 雅宏君

植松 浩二君

河村 直樹君

十時 憲司君

内山 博之君

豊岡 宏規君

迫井 正深君

正林 督章君

鎌田 光明君

橋本 泰宏君

土生 栄二君

濱谷 浩樹君

参考人

厚生労働省政策統括官 鈴木英二郎君

独立行政法人地域医療機能推進機構理事長

尾身 茂君

本日の会議に付した案件

○理事の辞任及び補欠選任の件

○政府参考人の出席要求に関する件

○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、その補欠として宮崎雅夫君が選任されました。

○委員長(小川克巳君) 理事の辞任についてお諮りいたします。

石橋通宏君から、文書をもって、都合により理事を辞任したい旨の申出がございました。これを許可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。

この際、理事の補欠選任を行いたいと存じます。

理事の選任につきましては、先例により、委員長の指名に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○委員長(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。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日は、健康保険法の改正の質疑に入る前に、コロナ関連について四点ほど質問させていただきます。

健康保険法の質疑に入らせていただきたいと思います。

○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) 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、理学会協議のとおり、厚生労働省保険局長濱谷浩樹君外十二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) 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、理学会協議のとおり、厚生労働省保険局長濱谷浩樹君外十二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。

まず、ワクチンなんですけれども、モデルナとアストラゼネカが両方、厚生労働省の方で承認がされました。モデルナはこれ接種していくわけです。アストラゼネカはまだ公的接種は使わないというふうなことであります。その理由というのは、まれに、接種後に血栓症がまれに起きるという報告があるからということであります。公的接種を行えないんだっただけ承認するのかなというふうなところもあるわけですが、恐らく、今後年齢等を、接種する年齢等を考えているのかなというふうには思っています。

そういう中で、早々とこのアストラゼネカのワクチンについて、台湾への提供を検討しているというふうな報道がありました。現状、これ我が国では公的接種はこれは使わないわけでありまして。使わないワクチンを何か台湾に提供するというのは、日本で使えないから台湾に提供するんだというふうなふうと印象に取られるのではないのかなというふうに思います。

やっぱりこれはちよつと台湾に対しても失礼だし、せめて日本でワクチンを使うということが決まってから台湾への提供も決めるべきだということに思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) もう御承知のとおり、五月二十一日にアストラゼネカ社のワクチンは承認をされたわけでありまして、同日開かれまして厚生科学審議会において、これ予防接種、臨時接種に關しまして、要は、他国でも若年層に対して接種を推奨、これを停止をしている国があるというところも踏まえて、これからの各国、いろんなところの状況、推奨の状況を踏まえつつ、いろいろな見を踏まえた上で判断をすると、こういうふうな形になっておりまして、今、まだ現状は、これ接種、予防接種に使うということにはなっていないという、これ我が国においてであります。

今、台湾の話出ましたけれども、どういう使い方をするかというところはこれまだ決まっておりますので、台湾への供与というやつぱり話もありませんが、それも含めてまだ決定いたしていないと

いうことでございます。

なお、これは私もちよつと厚生労働省の方で確認しましたけど、台湾はアストラゼネカは使っておられるということでございますので、供与するかどうかは別にして、そういう事実はあるようでございます。

○東徹君 これ、やはり日本では使えない、使わない、使っていないという状況の中で何か台湾へ提供するという報道を見ると、やっぱり、何か余っているから、要らないから何かワクチンを台湾へ提供するというような、取られかねないというふうに思いますので、やっぱり順序としては、日本でまずどうするかを決めてから台湾へ提供するということも、やっぱり検討するのであれば、私はそれはいいのかなというふうに思いますが、今の段階で、台湾へ提供する、それが報道に出るといふのはやっぱり余り良くないというふうに指摘をさせていたきたいと思えます。

もう一つ、報道でありますけれども、モデルナ製のワクチンなんですけれども、産業界が社内の診療所で接種を行うという、要するに職場接種ですね、これを進めていくという考えがあるということ、これから、六月の二十一日からということ、何か今日の報道では出ておりました。

ワクチンを広く普及させて我が国の感染拡大を抑えていくためには、職場での接種もこれ進めていくべきと思いますが、これ、接種を希望する企業はどういったこれ手続をすればこういった職場での接種ができるのか、お聞きしたいと思えます。

○政府参考人(正林督章君) 職場における接種についてですが、その手続について現在検討をしているところであります。

ただ、現在でも想定されるのは、少なくとも契約を交わす必要があります。今は医療機関とそれから市町村、実施主体たる市町村が集合契約という形で交わしていますが、その中に組み込まれるような形で契約を交わすという手続がまず一つ必要になります。

それから、ワクチンの配分量の調整を行うためにV-SYSを今使っていますので、そういったV-SYSなどについて一定の手続が必要になるかなとは思っています。

いずれにしても、詳細な手続について早急に検討し、早急にお示ししたいというふうに考えております。

○東徹君 まあ六月二十一日からというふうなことは間違いないだろうというふうに思います。契約というのは、市町村と企業とが契約するということでこれはよろしいわけですか。

○政府参考人(正林督章君) 形として多分集合契約という形を取りますけれども、おおむねそのような形の契約になるかなと思っています。

○東徹君 早急にということから、余りにちががありませんので、是非とも早急に検討してお示ししていただきたいというふうに思います。

続いて、河野大臣ですけれども、ワクチン接種の順番については、二十九日の夜に、七月末までに高齢者に確実にワクチンを打ち終わると自治体のトップがこれ約束してくるのであれば独自の優先枠を設けて打つてよいというふうな発言がありました。

消防や警察などいわゆるエッセンシャルワーカーへの優先接種もこれ認めるべきというふうに思いますけれども、ここで言う独自の優先枠というのはどういったものを考えているのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(内山博之君) お答えいたします。ワクチン接種については、接種を加速化し、まずは七月末を念頭に希望する全ての高齢者への接種を完了する、また、今月中をめどに、高齢者の接種の見通しが付いた自治体から、基礎疾患がある方も含めて広く一般の方にも順次接種を開始していくとともに、併せて職場や大学での接種を進めていくこととしています。

河野大臣の発言は、政府の分科会での議論を経て決定された接種順位を踏まえつつ、各自自治体の裁量により柔軟な対応が可能であるという趣旨の

ものであると承知しております。

○東徹君 ということは、市町村の方で柔軟に自分のところの優先枠を設けて接種していけばいいということなんだろうというふうに思いますが、非常に、このワクチンですけれども、七月末までに本当にこれ全国が打ち終わるのかどうかというところが今一番大事なところだと、高齢者が優先的に本当に打ち終わるのかどうかというふうなことが大事だというふうに思っております。職場接種も、そしてまた、いろんな形での優先枠も含めてなんですけれども、まず、やっぱり高齢者接種を早めていただいて、そして職場とか優先枠とか、そういったところに接種をしていていただきたいというふうに思います。

次に、自治体で、医師会に所属していない医師に対してワクチンの提供を断つたということがあったというふうなことを言われております。この自治体の言い分としては、通常のインフルエンザの予防接種の実績や地域のバランスを踏まえて配分したところ、結果としてそうなったというふうなことを言っておりますが、医師会に所属していない医師をかなりつつけ医師としている患者さんもこれはいるわけでありまして、結果的に医師会に所属していない医師に供給しないことも、これは避けるべきだというふうに思います。

田村大臣は、前回の委員会でも、ワクチン接種に協力したい医師に協力してもらうように自治体に助言するという旨の答弁をいただいております。こういった実態をやっぱり改めていくべきだというふうに思いますが、大臣のお考えをお伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) ワクチン接種でありますけれども、市町村と医療機関が契約を結んでいただくことが多いわけですが、先ほど局長からも話ありましたが、集合契約という形で結んでいたことが多うございます。集合契約になった場合に、例えば医師会だけというわけではございませんので、自治体が、医師会に所属しておられない医療機関であっても、申し出てこれ

ればこれは契約を結んでいただけるわけでございますので、決して医師会じゃなければ契約を結べないというわけではありません。

ただ一方で、その後のワクチンの配分、これはV－S－S－Sでやるわけでありますけれども、ここに関してどのような形で配分するかというのは、それぞれ自治体の皆様方が各医療機関と話をされて決められるということでございますから、我々、その趣旨をしつかりと自治体にもお伝えを更にしてまいりたいと思えますし、必要なところへ必要なワクチンが供給されて接種が進むようにというふうに我々もこれからも進めてまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 要は、医師会に入っていないお医者さんはどうやってアプローチしていくのかということところが結構大事だと思うんですね。医師会というのはお願いしますとやっぱり言いやすいですけども、医師会に入っていないお医者さん方に、じゃ、どうやってアクセスをしていくのかということところは非常に難しいところだということに思います。そういつたところのことも、是非、今後どうしていくのか検討していつていただきたいなというふうに思います。

それでは、法案の方によつと質疑をさせていただきますたいと思いますが、まず、糖尿病の重症化予防についてお伺いをしたいというふうに思います。

我が国で透析を受けている患者の数でありますけれども、平成二十九年末時点で三十三万四千五百五人でありましたけれども、直近の数字としてどうなっているのか、年間の新規透析患者数と併せてお伺いしたいと思います。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。一般社団法人日本透析医学会の行った調査によりますと、二〇一九年末時点で人工透析を行っている患者の数は約三十四万人、それから二〇一九年中に新規透析導入となった患者の数は約四万人であるというふうに承知しております。

○東徹君 これ、人工透析でありますけれども、

本人にとつてもこの人工透析というのはかなり負担で、つらいものだということふうに思います。糖尿病の重症化予防を行つて、できるだけ人工透析にならないようにしていく努力というのが予防医療として非常に大事だということふうに思うわけであります。

政府としては、年間の新規透析患者数であります、二〇二八年度までに三万五千人以下にするという目標を立てておられます。これを達成するために、透析を始める原因となる割合が一番高い糖尿病の重症化対策は非常にこれ重要になってくるわけでありますが、市町村でも、健診の結果とかKDBシステムの活用をして、重症化のリスクが高い人を抽出して対策をこれは講じているわけでありますけれども、市町村の取組の成果についてどのように評価しているのか、お伺いしたいと思えます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。御指摘のとおり、政府といたしましては、平成三十年七月の腎疾患対策検討会報告書におきまして、二〇二八年度までに年間新規透析導入数を三万五千人以下に減少させるというKPIを設定しております。

この糖尿病の重症化予防につきましては、先行的な取組、市町村でいろいろやられております。これを全国に広げまして、各自自治体と医療関係者が協働、推進できる体制を整備するために、平成二十八年に糖尿病腎症重症化予防プログラムを、日本医師会、それから日本糖尿病対策推進会議、それから厚労省の三者で策定いたしました。さらに、平成三十一年にこのプログラム改定いたしました。改定後におきまして、連携づくりの強化あるいはその対象者の抽出等に関する重症化予防に取り組む際の留意点について具体化したしております。

この留意点といたしましては、レセプトの請求情報も活用しながら、被保険者の全体像を把握した上で抽出して、健診未受診者層等からの抽出が可能になるといったこと、あるいはアウトカム指

標、特定健診結果の値、あるいは人工透析新規導入患者数の変化等を用いた事業評価を行うことで重症化予防効果等の測定が可能であると、こういった点を具体的にお示しいたしまして、御指摘のとおり、対象者の抽出、取組の評価に際しまして、KDBシステムを使用する、あるいはそのKDBシステムを管理運営する国保連がこうしたデータ活用を支援することなどを盛り込みました。

こうしたプログラムに基づく市町村での取組でございますけれども、取組市町村数、令和二年三月末現在で千二百九十二市町村とかなりの市町村数に上っております。この市町村での取組の評価につきましては、現在、令和二年度から三か年の計画で糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業を実施いたしております。その中で、保険者において実施されております重症化予防の介入や支援の効果を検証して、その結果を踏まえてまたプログラムに反映させていきたいと考えております。

○東徹君 いろいろ御回答いただきましたけれども、糖尿病の重症化予防には、じゃ、一体、まあいろいろお話がありました、何が一番効果を発揮しているというふうなことが言えるのか、改めてもう一度お聞きしたいと思えます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

まさに今、市町村で様々な介入方法で糖尿病の重症化予防に取り組んでいただいておりますけれども、何が効果的かということについて、今エビデンスがございません。それにつきまして、令和二年度から、どういった介入方法が効果的か等も含めて効果検証、何が効果的かについてまさに実証研究で効果検証をするということでございます。これからもうそういった効果的な取組をエビデンスに基づいて整理していきたいということでございます。

○東徹君 糖尿病の重症化予防って何年も前からこれ言われている話じゃないですか。それを今からまた効果検証していくというのは、今まで何し

ていたんですかというふうな話だということふうに思うんですけれども、ちよつと余りにも対応としてはお粗末じゃないのかなというふうに思います。

非常に、市町村も取り組んでいるとは言いますが、市町村もやはり今医療費を、じゃ、削減するモチベーションってやっぱり低いですよ、やっぱり広域になったんでね。だから、やっぱり本当にこういう先進事例、こういう効果があった事例、そういったことを是非厚労省としてもお示しをやっぱりしていつていただきたいというふうに思います。

続いて、ポリファーマシー対策についてお伺いをいたします。

厚労省の調査によりますと、七十五歳以上の患者の七五％が五種類以上の薬を服用しているというふうなことの結果が出ております。重複受診、それから重複投薬だけではなくて、多くの薬を飲むことで患者にかえつて悪影響が出ることもあるというふうなことで、これポリファーマシー対策というのが重要だということも厚労省もこれ取り組んでおられることであります。

これまで市町村では、KDBシステムの調剤レセプトデータを使つて対象者をこれ抽出して、そして訪問指導をこれ行うなど、これもしてきましてたけれども、二年前の厚生労働委員会でも質問した際には、実績として十分ではないという答弁もありました。

それから二年がたちましたけれども、取組がどのように進んでいるのか、取組による効果と併せてお伺いしたいと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。ポリファーマシー対策、高齢者のポリファーマシー対策、特に重複投薬あるいは使用禁忌の処方などによる薬物の有害事象のリスクを低減させる観点からも重要であると考えております。

御指摘のとおり、高齢者の保健事業におきましては、広域連合や市町村におきまして、KDBシステム等の調剤レセプトデータを活用して重複投薬者等を抽出して、医療専門職による適正受診、

適正服薬の促進のための相談、指導に対する財政支援、あるいは保険者インセンティブ指標の一つといたしましても被保険者の適正受診、適正服薬を促す取組の実施状況を設定いたしました。そういった形で財政的なインセンティブも含めて対策を推進しております。

この取組につきましては、財政支援を開始いたしました平成二十七年は三十五の広域連合で取り組んでおりましたけれども、令和二年度におきましては四十七のうち四十四の広域連合ということで、ほとんどの広域連合で取り組んでいただいております。これを全ての広域連合で取り組むべく支援してまいりたいというふうに考えております。

財政支援も引き続き実施いたしますとともに、ポリファーマ対策の取組を強化するためのインセンティブ指標の加要件の明確化や好事例の周知に努めてまいりたいと考えております。

また、新しく高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、始めました。この中でも、重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談、指導の取組についても行われておりまして、特別調整交付金で支援しております。

実態でございます、実績でございますけれども、令和二年度に行いましたこの一体的実施に係る実施状況調査におきましては、重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談、指導の取組を行っている市町村、この一体的実施を行っている市町村が、今現在、令和二年度現在三百五十三市町村でございましたけれども、そのうち六十八市町村ではまだまだ広げる余地があるといましようか、取り組んでいただきたいと考えておりますので、財政支援等を通じて、広域連合あるいは市町村が連携してポリファーマシー対策に取り組めるように、引き続きしっかり支援してまいりたいと考えております。

○東徹君 都道府県とか市町村が取り組んでいるというお話は分かりました。

じゃ、実際にポリファーマシー対策としてそういう多剤の服用が減ってきているのかどうか、この点についてはどうなんですか。そういう効果をお聞きしたかったです。

○政府参考人(濱浩浩樹君) 今、統計的なデータで持ち合わせておりませんが、各種データを分析しながら、どういようなデータが取れるか、少し考えてまいりたいと思います。

○東徹君 その対策として活用できると期待されているのが電子版のお薬手帳でありますけれども、五年前の厚生労働委員会でもポリファーマシー対策について質問した際に、当時の塩崎大臣は、電子版お薬手帳にして全国どこからでも薬歴を確認できる体制にしながら調剤することが大事であるという御答弁でありました。

現状、まだそこには至っていないというふうに思いますが、お薬手帳によるポリファーマシー対策の効果を十分に発揮するにはどうするべきであるのか、お伺いしたいと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 今ポリファーマシーのお話ございましたが、多剤服用ということをどう避けていくかということも含めて、やはりお薬手帳というのは非常に意味が大きい。これ、アレルギもそうであります。市販薬等々というものをを使っているかというのにもここに書き込んでいくということ、こういう薬を使ってきたかと、こういうことも履歴も分かるわけであります。

そういう意味では非常に有用なんですけれども、なかなか電子版のお薬手帳というのが普及が、まあ進んでいないことはいんですが、利用をされていない部分も多々ございまして、有用なところは、例えば携帯性、スマホなんかに入れますから携帯性もありますし、容量も多いです。そういう意味では非常に使いやすいところがあるんですけれども、なかなかこれが進んでいないということは確かでございます。

来年の夏頃からありますけれども、電子処方箋、この仕組みを導入するというので、そう

いう意味ですと、薬剤の使用、どういうものを使ったかということも分かれますし、それから診療データ、こういうものもこの中で入れられるようになってきますから、そういう意味からいたしますと、診療情報や薬剤情報等々、この電子版のお薬手帳で管理いただくということも可能になってくるわけであります。

いずれにいたしましても、そういうことを検討する中において、より電子版のお薬手帳を利便性を上げていって普及を進めていくということ、これ大事なことでございますので、我々もしっかり取り組んでまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 田村大臣が言われたとおり、なかなかお薬手帳で忘れて行くことも多いですし、アプリも何かダウンロードするのも面倒くさいなと、こう思ったりもししてしまう人も多いのではないのかなというふうに思ったりもします。

ただ、やはりこういった薬を処方しているかというの大事な履歴だというふうに思いますので、大臣が言われる来年夏からの電子処方箋の運用、これに是非期待をしたいというふうに思っています。

あと一つ、質問として、ちよつとジェネリックのことについて最後質問させていただきたいと思っております。

医療機関の種別ごとにジェネリックの使用割合を見ていくと、公的病院が一・八割超え、診療所も八〇・一％なんですけれども、大学病院が、なぜか大学病院は七二・七％と非常に低いですね。製薬会社と大学病院の関係については、これは三重大学医学部で、ある製薬会社の薬剤を多数発注してもらった見返りにその会社から医学部教授に対して奨学金名目で二百万円振り込まれたという贈収賄事件がありました。

こういった事件を見ると、やはり大学に対する製薬会社からの奨学金等によって薬剤の適正使用がゆがめられているのではないかと、いうふうな指摘もされておりますけれども、製薬会社と大学

や医師などの関係について透明性を更に確保するために、企業寄附金は、あつ、奨学金寄附金は廃止するとか、資金提供の見える化をより一層進めるといふのは必要ではないかと思いますが、お考えをお聞きたいと思っております。

○大臣政務官(こやり隆史君) お尋ねがございました大学病院の後発医薬品使用割合と奨学金寄附金との関係でございますけれども、現時点で必ずしもどういった因果関係があるかというのは明らかではございません。例えば、高度医療を提供する特定機能病院としての役割からそうした要因もあるということも指摘をされております。

いずれにせよ、診療科種別等の医療上の要因を含めまして、どのような要因がその使用割合に影響を与えているかということについては、今後分析をして、今年度分析をしていきたいというふうに考えております。

なお、医薬品の研究開発に際しての民間資金等を活用した産学連携、これは重要なことでございまして、学術研究の助成等を目的とした奨学金寄附金の提供が直ちに否定されるわけではないというふうにも思っておりますが、その提供先、資金の提供先や提供目的等を明らかにして透明性を確保するということが重要であるというふうに考えております。

現在、各社においても業界ガイドラインに基づきまして情報公開を行っております。例えば、二〇一九年度の資金提供状況につきましては、日本製薬工業協会に加盟する七十四社全社が公表を終えているところでございます。

厚労省といたしましては、この資金提供状況の公表、あるいは利益相反管理の徹底のため適切に指導してまいりたいというふうに考えております。

○東徹君 是非、見える化、必要だというふうにおっしゃっていただきましたので、そういった奨学金、こういったものを受けているよ、また、ジェネリックの医薬品は、使用率は今これだけだと大学ごとに何か示していただけるようなことを

是非お考えいただければと思います。
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。

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみ君です。よろしく願いいたします。

今日は、まず初めに、医療扶助においてのオンライン資格確認を導入するという法律案の中での関係の内容について質問を、まず最初に質問させていただきますというふうに思います。

私自身も三月三十日に一度質問をさせていただきました。そのときに確認させていただいたのが、オンライン資格確認をプレ運用していくところでのカードの読み取りのシステムです、カードリーダーですね、の三月十八日時点での導入率が四一・六％で目標に達していないじゃないかという指摘をさせていただきましたし、前回の厚生労働委員会では本田委員からも質問がありまして、五月二十三日時点で全国で五七・二％まで申し込みのところまでは来しました。ただ、現実、申し込んであるだけで、実際にリーダーが入っているのか、使えるようなパソコン等々、そうしたシステムのつなぎができていないのかというところは分からない状況になっています。

そういう中で、一方で、患者の皆さんが使うそのマイナンバーカードですね、こちらの普及率も、残念ながら五月五日の時点でも三〇％に交付率がやっと達成したみたいなような状況で、なかなかこのオンライン資格確認システム、法案改正して併用できるとはいえ、本格運用できるのかという御疑問が多々にあるというふうに理解をしております。

そんな中で、実際に、じゃ、プレ運用参加医療機関はどうなっているかということですが、これも、三月十五日に私確認させていただいたときは三十五件。もう三月にプレ運用始めますと言っていたのに、全国で三十五件というのは大変私、驚きました。

その後、様々な不具合が見付かったということ、十月延期になって、前回の委員会で、じゃ、登

録機関どうなっているかというところ三百四十件。昨日ホームページで確認させていただいたら四百八件まで伸びてきているとはいえ、残念ながら、これまだ一％にも、全医療機関、医療施設の母数から考えると達していないという状況で、まあこれプレ運用ですから、一斉開始になった途端に全部やっていただくというふうに私は信じているんですけれども、その点についても疑問がありますので、質問させていただきます。

まず、前回の局長の答弁の方で十月に向けて準備を進めているということでしたが、保険者の個人番号の加入者データの正確性の確保に向けては、保険者の個人番号の誤入力をシステムのチェックする機能の導入をいたしております、これは、三月三十日に一旦導入いたしましたけれども、そのバージョンアップも併せて現在行っておりますという答弁がありました。

これ、まず確認したいんですけど、三月からプレ運用すると言っていたんですけども、いわゆる保険者の入力しなきゃいけないというようなヒューマンエラーとかそういうこと含めて、事前に想定してシステム構築するときに入っていないかったシステムだったのかというふうに私は疑問を持ったので、是非、この答弁されたシステムというのが、どこにどんなふうに入れられたシステムなのか、改めて、当初から予定していたシステムなのか、不具合が出たから改めて追加したシステムなのか、そこをお答えいただきたいと思えます。

ちなみに、資料一で一応概要みたいなものは付けておきましたけれども、まあお使いになられるかどうかは御自由にお願いたします。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。誤入力のチェックでございますけれども、この図でいいますと③ですね、システム登録を保険者がする際に間違つて登録する、ここで間違つて登録した際に、その左側の中間サバーバー以下の環境において誤入力をチェックすると、見付ける、そういうシステムです。これ、済みません、三月三

十と私、ごめんなさい、三月三十一、三月末から導入をいたしております。

それで、バージョンアップと申し上げましたけれども、まず、最初に三月末から導入した機能でございまして、これは、保険者が加入者情報を登録する際に、登録する加入者の個人番号と生年月日を、既にこのシステム内に登録されている加入者全ての個人番号と生年月日とで突合いたします。それで不一致があるとすると、それは間違いの可能性がありまして、不一致になるものを検知することです。不一致になるものを検知しますと、保険者に連絡が行きます。そうすると、保険者が本人確認あるいは住基ネットに照会して修正する。こういうシステムでございまして、このシステムはオンライン資格確認システムを導入当初から導入予定ということでありまして、当初から、まあちよつと時期がどの時点からかというのは、どの時点で確定したかはちよつと定かではありませんけれども、当初から予定していて、三月末から導入したということでございます。

それで、バージョンアップと申しますのは、この仕組みですと、例えば新生児とか新しく新規に登録された加入者についてはこれ検知されませんので、そういった検知された方については、現在は、定期的に住基ネットに照会して、それで個人番号が合っているかどうかの再確認をしております。

それで、バージョンアップ、チェック機能強化を進めておりますのは、予定では本年七月以降ということでございますけれども、保険者が新規の加入者情報を登録する際にも、既に運用、システムへ登録されている個人番号がない、登録されていないということが分かりまして、その登録されていない方については自動的に住基ネットに照会して、その結果を保険者に通知する機能を導入するというところでございます。

これ、この機能は、誤入力等が結構たくさんあったということを踏まえまして、新たにバー

ジョンアップとして、誤入力、三月以降ですね、システム改修に取り組んでいるというものでございます。

○田村まみ君 住基ネットの照会も間にもう既に入れたいただいて答弁をしたんですけど、もう少し詳しく聞かせていただきたいと思えます。

まず、当初から、最初の生年月日と個人番号の確認のところのシステムは当初から予定されていたということなので、三年以上、まあ二年、三年前から話されていた中で予算組みもされていたというふうに思うんですけども、じゃ、そのバージョンアップ、いろんな不具合が分かってバージョンアップをするということ、これについての費用等々、契約等々は、要は、これまでも厚生労働省で使われる様々なシステム、一旦入れたっていろんな不具合がありますし、特に厚労省は関係者が多い、制度が多いわけなので、必ずこういうことって見付かるというふうに思うんですけど。

なので、契約がどうなっていたのか、費用が、金額言えればもちろんそうですけども、掛かったか掛かっていないかみたいなことを教えていただければと思います。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。今回のこのオンライン資格確認システムに係る、これは支払基金のシステムですけれども、そのシステム更改に係る費用については、契約金額で、令和元年度、二年度合わせまして二十一・二億円ございます。その中で、こういった当初の、先ほど申し上げました誤入力のチェック機能、それからバージョンアップについても対応しているということでございます。

ちなみに、そのバージョンアップの費用といたしましては約一・六億円ということでございます。これはこの契約金額の中で対応しているというところでございます。

○田村まみ君 じゃ、予算は組まれていた中で、不具合が起きたところのバージョンアップはその予算内の中で今手当てをされているという答弁だったというふうに確認をさせていただきますまし

た。

当初予定していたけれども、不具合が起きて、不具合に対応するところまではされたんですけど、やっぱり私、この話を聞いて一つだけ納得いかないのは、やっぱり三月からプレ運用するといつて、まあプレなので、そこで分かったことを直すということなんですけれども、その想定される誤入力システムが、ぎりぎり三月の末日なので、三月の運用開始に間に合ったと言われればそうなんですけれども、私としては、民間企業に勤めていた私としては、三月から始めるといつて二月にこのシステムが入っていないとい

うのはちよつとあり得ないというふうに思っていますし、だから、この十月まで延ばすということ、ほかの様々な原因があったとはいえ、大きくこのシステムの運用が始まっていなかったということが私は理由だったというふうに思っています。

どうも、報道等だったり、これまでの答弁だと、このプレ運用が十月に延びたというのは、その入力のミスだったとか、その確認漏れがあったことというふうに、保険者に責任があるようなふうに関わたりとか、また、半導体等々の輸入の問題があってパソコンが準備できなかったという、海外の情勢とそのパソコンメーカーの何かミスのように聞こえてしまうような答弁ばかりだったんですけども、私としては、これ入っていれば相当改善された形で、たった三十五件か、三月の末日で百件だったかならなかったぐらいだったので、プレ運用は私、開始できたと思うんですけれども、そこはいかがですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) そういう意味では、その結果として、私どももいたしましては、その誤入力とかそういうオーダーが想定より少し多かった、そういう意味では、そのシステムの的なチェック機能の導入をもう少し早くやっていけば誤入力ももう少し早く検知できたのではないかと

そういう意味では、十月に向けてましては、ヒューマンエラーを前提といたしまして、きっちり進めてチェックすることによって万全を期していきたいということでございます。

○田村まみ君 ありがとうございます。

もう一点、先ほどのバージョンアップのシステムの中で、Ｊ－ＬＩＳへの照会の話も挟んでいただきました。ここを確認したいんですけれども、バージョンアップ前、今は、一旦厚労省が入っているその登録の確認システムをやったとしても、その御本人の個人番号と保険者の番号が一緒だということの確認できると思うんですけども、御本人が申告されている番号が本当かどうかというのは分からないのでＪ－ＬＩＳに確認をしなければいけない、照会をしなければいけないというのは、今の時点ではその認識で合っていますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) もう既にシステムに入っている人については、そういう意味では間違っているかもしれない、それは間違いないですよ、間違いの可能性ありますよと検知したときに、そこは保険者の判断で、本人にもう一度確認する、あるいは住基ネットに照会するということを一応選択制にしております。

その上で、新しいその新規加入者、まだそのシステムに入っていない人については、これはもう必ず住基ネットに照会して、それで確実に正しい番号が入るようになるということで考えております。

○田村まみ君 今既存でもう運用されているところの方は選択制で、新しい方は、今の時点ではＪ－ＬＩＳに照会しなければいけないということなんですけれども、これ、保険者に確認したら、一件、どの使い方もそうなんですけれども、この情報照会するのに一件十円掛かるというふうに私認識しております。もう、一旦既存の入力されている方の分はもう終わったとはいえ、今後この一件十円という手数料は掛かり続けるというふうな私認識していて、これ、オンライン資格確認、この制度をしっかりと運用していこうと思ったときに、ここのコストが延々掛かり続けるシステムな

のか。先ほどのバージョンアップの中で一気に説明されたので、ここが解消されるのかどうなのか、そこを教えてください。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

一件十円自体はもう制度押しなべてでございますので、そこは照会すれば掛かるということだと思います。

それで、このシステム検知が進んでいけば、要は、まるつきり新しく入る人だけ何かこう照会するということになりますので、そういう意味では、照会すればそれは一件当たり十円掛かりますけれども、それは本当にその、転入とかじゃなくて、新生児とかこの医療保険の仕組みにまるつきり新しく入る人だけありますので、そういう意味では、掛かりはしますけれども、量といいまさくないというふうに考えております。

○田村まみ君 相当初期的費用が掛かっていて、今保険者はどこも潤沢な運営資金があるわけではなくて、コロナ禍の中でもう本当に厳しい運営をしている中で、しっかりと準備をしなきゃいけないということではこの照会費用も含まれていたというふうに思いますし、この新規加入者が増えることというのは国民にとっては悪くない話だということに思っていますけど、そのたびにコストが掛かるというのもまたすごく切ない話だということに私自身思います。

また、政府におきましては、多様な働き方ということも推進されていますし、さっき言った新規というの、新入社員だったとか新しく働いていないけど就労しようじゃなくて、転職をされた方ももう同じように新規に加入したということに保険者が変わればなるというふうに思いますので、そのたびにコストが掛かるということは、私は、全ての制度にこのＪ－ＬＩＳ照会というのが、お金が掛かるというのは分かっているんですけども、このオンライン資格確認の制度運用する中では、是非、総務省の所管なんですけれども、何とかここ交渉して価格下げてもらうよう

に、この件に関しては何とか違う、引下げというところを、答えてくれないと思いますので、強く要請だけしておきたいと思っておりますので、お願いします。

その上で、最後に、先ほど来、十月の運用に向けてシステムの導入について確認をしましたけれども、改めて、この十月の運用の開始というのは十月一日でいいのか。そして、そもそも今登録の医療機関ありますので、もう実は、プレ運用じゃないですけど、やっているのかどうなのか。でも、国民の皆様は約束した十月の開始にはどれぐらいの医療機関で利用できるのかという具体的な目標数をお示しいただきたいと思っております。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

まず、先ほどの新規加入者の定義ですけれども、どこかの医療保険に入っていない、医療保険が移ったとしてももう登録されていますので……(発言する者あり)はい、中間サーバーに登録されていますので、それを新規照会する必要はないです。そういう意味では、新生児とか本当に新しく入る人のみということでもあります。

その上で、十月開始に向けてということでございますけれども、目標といたしましては、元々おのおの六割の医療機関での導入を目指すということでございまして、今手元にございませぬけれども、実際の申込みの医療機関、薬局数、六割弱ぐらいまで来ております。

そういう意味では、パソコンとか顔認証付きカードリーダーの導入の生産のラインとかがありますので、どこまで現実的に配付できるかどうかというの、今の時点で確実なことは申し上げられませんが、それを目指しているということでもあります。

また、時期でございまして、十月までに本格運用開始ということで考えておりまして、そういう意味では、このデータの正確性の確保と、それから、実際に、プレ運用といいますが、現場におきましては、今の時点ではその保険証とマイナンバーカードを併用した形で、併用した形で

運用しておりますけれども、実際にそのマイナナンバーカードを使って、そういう意味では現場で実際に本番と同じような環境で運用しております。十月までで、できる限り早くということ、本格運用の開始に向けて精いっぱい努力したいと考えております。

○田村まみ君 二つ確認させてください。

今、私は十月一日と確認しましたけど、十月までと言ったことなので、十月中ということなのかということ、あともう一点が、申込みをしたうちの六割が目標で合っていますか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） まず、前段ですけれども、十月までというのは十月中にですけれども、ただ、できる限りそれでも早く。準備状況で分かりますけれども、仮に九月にできるようであれば九月というのもあり得るということでありますけれども、そこはもう準備状況いかにということ。

それから、六割は、申込みの六割ということではなくて、医療機関、薬局全体の六割を目指すというのが目標でありますので、申込率が六割弱ということでございますけれども、そういった申し込んでいただいたところが基本的には全て導入、導入といましようか、準備できるように努力をするということでございます。

○田村まみ君 よく分かりました。ありがとうございます。

あとは、今の目標感をお伺いしたときには、協力していただける医療機関、システムがまだ整っていない、申込みすらしていない医療機関になるべく早く導入を決めていただいて、併せて機器の、ハード面の部分はほかの外的要因があると思いますけれども、進んでいけば、マイナナンバーカードを持った方はもうほとんどの医療機関で政府の全体の目標の中では使えるようになっていくという形で今進んでいることはよく分かりました。

ただ、医療機関の方々も、なかなかこのマイナナンバーカードの普及率を見て、実際にはコストが

掛かる、私、十分の十の費用あるんじゃないかと言ったんですが、現実には超えていく費用があるという答弁ありました。その中で、導入しようかどうかというふうに迷われているところの一つの原因は、私は費用以外にマイナナンバーカードの普及率だというふうに思いますので、その点に関しても、どっちが先かですよね、たくさん使える医療機関があれば持とうという住民の方たち、国民の方たちも増えると思いますので、総務省はカードをどうするか、厚生労働省は是非使える医療機関を増やすというところでこのカードの普及率を上げる努力をお願いしておきたいと思います。ありがとうございます。

別の話題に移ります。

本会議の方でも薬剤自己負担の引上げ等々の質問をさせていただいたんですが、まず初めに、厚生労働省の医療保険部会では、窓口負担割合の見直しだけではなくて、市販品類の医薬品の保険給付の在り方や金融資産等の保有状況を反映した負担の在り方などについても多くの議論があった中で、この市販品類の医薬品の保険給付の取扱いも引き続き検討という形で先送りになったというふうには私は認識をしております。

この保険財政を考えると、今すぐに私は実行すべきだと考えていますし、議論の経過を見ると論点出尽くしたように私は見えております。これ、引き続き検討というところの中で、何か議論できていない論点はまだあるんでしょうか。

○政府参考人（濱谷浩樹君） お答えいたします。

御指摘の市販品類似薬の医薬品の保険適用の扱いにつきまして、骨太二〇一八で検討課題とされておりまして、それに基づいて昨年の社会保障審議会医療保険部会で議論を行いました。これ、なかなか両論あつて難しかったわけですが、賛成意見としては、皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ず、市販薬類似薬については保険給付範囲からの除外あるいは償還率の変更も考えざるを得ないのではないかという意見が

ございました。

一方で、言わば反対意見ですけれども、医療上の必要に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することが必要であると、財政問題だけで保険適用を見直すことは適当ではないのではないか。要は、市販されているかどうかにかかわらず、お医者さんが使える薬を使えなくするのはどうかと、やっぱり医療上必要があるのであれば保険上償還するのがやっぱり本筋じゃないかといった意見と。あと、これは技術的な問題ですけれども、医療用と市販薬で同一の成分でも、効能効果とか患者の重篤性とか、そういうのが違う場合があるんですので、市販薬の有無で取扱いを変えるのは理解し難いといった御意見もございました。

こういったことで、そういう意味では、論点としてはこれまでもかなり出尽くしているとは思いますが、溝がなかなかやっぱり埋まらないということ、引き続き関係審議会において検討ということになったわけでございます。

○田村まみ君 だから、論点が出尽くしているんだと思います。政治判断だと思います。今回の窓口負担だって政治判断で、様々な論点、両論があつて、医療保険の財政を何とかしなければいけないということ、多くの方たちも心配だという声がある中でやっているわけです。ここ、本当に論点もうないですよ。あと決めるだけです。是非早く決めてください。

大臣に答弁をお願いしていませんけれども、是非そこは、今回の二割負担、皆さんにお願いしているのとあれだけおっしゃっていただいたんだつたら、こここそ私はすぐ決断すべき内容だと思えます。まだ論点が出尽くしていないというんだつたら、また反論、今後お願いいたします。

そして、ちょっともう時間がないので一問だけ、どうしてもセルフメディケーション推進に向けての対象範囲の拡大についてお伺いしたいです。

今のようなことで、その対象、類似品の対象範

囲みたいなこと、買えるものが、ほとんど薬局薬剤師の皆さんがいらっしゃるところで購入できるという中で、国民の皆さんの健康増進の意識というのは特にこのコロナ禍の中で高まっている。このセルフメディケーションの政策を進めていくには好機だというふうには私は思っています。

これは医療費の控除の特例として行われているということも承知していますし、スイッチOTTC医薬品を購入した際に、その際、購入の費用について所得控除を受けるということも承知しています。ただ、私は、やっぱりこの使いづらさということを決していかなければ、本当の意味でのこのセルフメディケーションの税制を制定した意味が私はないというふうには思っています。

広く国民の方たちが選択して自分たちの健康増進を推進できるという状況を進めるために、スイッチOTTCの医薬品だけではない、全てのOTTC医薬品に対象を拡大すべきだと考えますけれども、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） 医療費適正化していくという意味から含めてこのセルフメディケーション税制というものを、これを創設したわけであります。

今委員がおっしゃられましたけれども、全てのOTTCといいますと、余り適正化効果がないもの、これ逆に今回除外をするという形にいたします。そして、逆に適正化効果が高いもの、これに関しまして、特に自覚症状を訴える人の多いという症状、そういうものに対しては入れていくということ、今判断をさせていただくということになります。

スイッチOTTCをもうちょっと増やせという話もあるんですが、これに関しましては、やはり、個別の要望成分ごとに検討を行っているんですけども、一つは、やはり適切に、何分その成分強いものでありますから、適切にその情報提供する資材等々、それから販売体制が大丈夫か、それから医療機関との連携がしっかり取れているか、こ

ういふ論点がございます。

こういうところの論点をしっかりと整理しながら、使いやすくしていくために更に我々広報等々もしっかりやっていかなきゃなぬと思っておりますし、これ、やはりそれぞれ皆さんが自らで自らの健康を守っていくという中において導入したものでございますので、しっかりと我々としても推奨するべくこれからも努力してまいりたいというふうに思っております。

○田村まみ君 広く言えば、国民の方たちが健康増進に関わることが医療費の適正化につながると思うので、単純に実額だけでその薬がということだけでは私はないと思っております。そしてまた、去年、おとしか、薬機法の改正をして、こういう安全性を確保するために薬局薬剤師の役割も確認、明確にさせていただきましたし、医療法の改正で医師の働き方適正化するのに連携していくということの中で、やっぱりこの薬局薬剤師の皆さんのこの役割というのが本当に重要になっていくということを経験して、質問を終わりたいと思います。

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。

後期高齢者の二割負担と、これに先行して行われるのが今年八月からの介護保険の補足給付の見直しであります。現場にこれ衝撃と混乱を広げております。

そもそも補足給付の導入について、これいつから、そしてなぜ実施されることになったのか、御説明をいただきたい。

○政府参考人(土生栄二君) お答えいたします。

その経緯でございますけれども、まず、平成十二年、二〇〇〇年の介護保険制度創設時には、介護保険施設等につきましては、介護保険給付の中に食費、居住費が含まれていたということでございますけれども、その後、平成十七年、二〇〇五年に法改正が行われて、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスに係る食費、居住費につきまして、一旦給付の対象外というふう

に整理をされたということでございます。

他方で、これらの施設等には低所得者の方が多く入所されているという実態等を考慮いたしまして、住民税非課税世帯である介護保険施設入所者につきまして、世帯の課税状況あるいは本人の年金収入等を勘案いたしまして、特定入所者介護サービス費、これがいわゆる補足給付でございますけれども、本体給付とは別に、いわゆる補足給付としまして食費、居住費の負担軽減を図る措置を平成十七年十月から実施しているという経緯でございます。

○倉林明子君 そもそも、負担軽減の前にその食費と居住費を取るようになったと、それで負担軽減措置として導入された経過あるんですね。だから、負担増えたんです、この軽減措置をとられたけれども、実態としては、本当に重い負担だったと思います。

これ、二〇一五年に更に見直しになりまして、補足給付の対象者の要件見直しをやっております。この内容についても確認させていただきます。

○政府参考人(土生栄二君) 御説明いたします。平成二十六年、二〇一四年に介護保険法改正が行われて、その際に、このいわゆる補足給付につきましては、低所得者に対応します福祉的かつ経過的な性格を持つという観点から、在宅で暮らす方、あるいは保険料を負担する方の更なる公平性の観点という観点から見直しが行われたということでございます。

具体的には、翌年でございますが、二〇一五年、平成二十七年八月からは、一定額を超える預貯金等がある場合、あるいは施設入所に際しまして世帯分離が行われた際に配偶者が課税されている場合、これらにつきまして補足給付の対象外とされたということでございます。

さらに、二〇一六年、平成二十八年八月からは、補足給付の支給段階の判定に際しまして遺族年金や障害年金といった非課税年金も勘案するという見直しが行われたという経緯でございます。

○倉林明子君 この見直しで一体何が起ったか

ということですよ。預貯金の要件には、金融機関への照会、不正受給に対するペナルティーということも導入された。介護事業所が、これ民間ですよ、利用者のたんす預金の申告とか預金通帳のコピーまで提出を求めなければならなくなつた。現場の大混乱、たくさんの方の苦情をお聞きさせていただいていました。

これ、在宅の配偶者の暮らしも圧迫しまして、入所継続のためにも離婚を選択せざるを得ないと、こういうケースも出たというふうに向つていきます。これ、独り暮らしの女性は、遺族年金が勘案されたことで入所困難という場合があります、費用の工面ができない場合はですね、よろしいか、待機者にもならないと、こういう事態が拡大しているということになると思うんですね。

そういうところで、今度の八月から所得区分が第三段階で二つに分かれる。その上位の方に該当すれば、施設で食費が月額二・二万円に値上げです。ショートステイ、これ値段三倍になりますね、食費のところ。加えてですよ、加えて、これ資産要件、おおよそ半分まで引き下げるということになるわけですよ。

これ、現場で、全日本民主医療機関連合会は緊急調査されました。その結果見て驚いたんですけども、新たに食費負担が増える利用者というのはどのぐらいいらっしゃるかと、これ第三段階全体の中の四割ですよ。資産要件の引下げで補足給付から新たに外れると、こういう人は三段階全体の六割というんですよ。実態に、入所者調べてみての話です。

対象となるのは、本人、世帯主、世帯共に非課税世帯ですよ。こういうところに新たな負担ということになるわけです。

施設入所者の入所継続への影響、そしてコロナ禍で収入減収している家族、これに対する影響について大臣はどう認識していますか。

○国務大臣(田村憲久君) やはり、制度の持続性、可能性というものをしっかりと維持していくために、不断の見直ししていかざるを得ないとい

う部分があります。

決してその入所要件等についていじるわけではございませんので、そういう意味では、確かに御負担増えるという形にはなるわけでありまして、これも、今般、世帯全員が市町村民非課税の場合、これ支給対象、これは変えていないわけでありまして、そういう意味では、御本人の所得に着目をさせていただく中での対応でございますので、御家族等々というところではなくて、御本人のあくまでも所得に着目をさせていただいたというのが今回の決定であります。

○倉林明子君 ちょっと待って、それ影響ないという認識ですか。入所継続や収入減少している家族には影響がないと、そういう認識ですか。

○国務大臣(田村憲久君) でありますから、御本人の所得というものを着目しましたので、そういう意味では御本人の所得に応じてお支払をいただくというふうなふうに考えております。

○倉林明子君 それ、全体への影響というのを考える必要があると思うんですね。

実際に寄せられている声を御紹介したいと思えます。コロナで家業が廃業し、サービスの利用中止、こういう実態の声出ています。収入減で支える家族の援助も限界だという声。本人の年金だけでは払えない。それはもちろんそういう方いらっしゃると思います。退所に追い込まれる人が出てくると、現実、こういう懸念の声が利用者からも、そして事業所からも寄せられているんですね。そして、いまだ見直しがあるということを知らない利用者も、家族も少なくないという、調査に回答寄せていただいています。

利用者へのこれ理解が得られるだろうか。私は到底得られないと思うんですね、現状。一旦この実施については凍結すべきだと申し上げたい。どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) 先ほど申し上げましたけれども、今般、施設入所者に関しましては、年金収入等百二十万円超という方々が対象になってくるわけでございますので、そういう中において

しっかりと御負担をお願いをさせていただくということでございます。

これ、今回のことをやめろというようなお話もございしますが、やはり制度を持続していかなきゃならぬわけでございまして、負担能力に応じた御負担をいただきたいというのが今回の決定でございます。

○倉林明子君 負担能力に応じた負担をと求めるところでしようかということを担当に考えないと駄目だと思っております。

この年金収入百二十万円だったら負担できるだろうという話です。けれども、このコロナで、支える家族も、配偶者が在宅でいらつしやる場合とか、その支えている家族のところでの経済、深刻な経済影響が出ていて、本当に大変になっていくわけですよ。単体で見るとあるという評価だけで入所者が継続できるという判断できるんだらうかと思っております。現場で実際にそういう不安が広がっていることをしっかりと受け止めるべきだと思えます。影響調査は厚労省はしていませんから、そういう意味で。

そういう意味で、事前に現場の声を集めたという調査の結果については届いていると思うんですが、けれども、改めてお渡ししますので御検討いただきたいというふうに思います。

加えて、本法案では、後期高齢者医療保険料の二割負担ということですよ。国保料値上げの仕組みもこれ組み込まれる、提案されていると、指摘をしたとおりです。

改めて、そもその議論が要るんじゃないかと思っております。老人福祉法、この国にはあります。この第一条で何を規定しているかと。老人の福祉を図ることを目的と明示しています。第二条でどう書いているか。多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとすると、こういうふうに高齢者、定めているんですよ、老人福祉法では。

こうした老人福祉法の目的や理念にも、私、これは逆行するんじゃないかと、高齢者の二割負担、そして今度の補足給付費の見直し、思うんですけれども、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、サービスがなくなればいろんな意味でお困りになれるわけで、それをどうやって維持していくかという中で今回提案をさせていただきました。もちろん、これ以外に例えば高額介護サービス費というのがもうあるのは御承知のとおりでありまして、上限を決めて併給も、医療保険と対応するとかいろんな対応をさせていただいております。それから、さらには、先般申し上げましたけれども、これは消費税を財源に保険料の大幅な引下げを低所得者の方々にはさせていただいております。

様々な対応をする中において、一方で保険を持続するためをお願いする負担能力のある方々に対してはさせていただいておるところもございまして、この点は大変難しいところではあるんですが、けれども、何とか御理解いただけるように我々も丁寧に御説明をさせていただきたいというふうに思っております。

○倉林明子君 最近、答弁してもううているんだけども直接質問に答えていただいていないという答弁が繰り返されているように思います。通告は明確にしておりますので、それに対して正面から答えるべきだと思いますよ。

高齢者の尊厳の問題だということを言いたいんです。これ、その制度が、サービスがなければ使えないような御説明あつたけども、これ、高齢者が必要な介護が、介護が受けられると、これが補足給付費導入の際、値上げしたけども、補足給付費導入してきたんですよ。これをどんどん崩しに負担増になってきているわけです。生活実態は、コロナで支える家族も含めて大変な時期になってきているわけです。こんなときにやることかと。高齢者の尊厳や人権まで脅かすようなことにつながらないかという思いから老人福祉法の、逆行するんじゃないかと聞いたんですよ。

もう一回ぐらひ答弁しますか。

○国務大臣(田村憲久君) そのおっしゃられる意味というのは私も理解しているわけでありましてけれども、ただ一方で、今申し上げましたけれども、制度を持続可能という意味からしたら、持続可能性を維持しなきゃいけないという点、それから他の部分で、例えば地域共生社会等々をつくる中において、いろんな重層的な対応、支援という形で高齢者の方々のいろんな困り事に対して対応していく、様々な形でアプローチで高齢者の皆様方に対する尊厳というものはしっかりと守っていかなければならないというふうに思っております。一方で、やはり保険制度を維持するというのが、一方で、つらいですけれども、必要な御負担を能力のある方々をお願いせざるを得ないというところでございまして、御理解いただきたいというふうに思います。

○倉林明子君 高齢者の尊厳を本当に大事にするということであれば、介護、医療、ここがしっかりと、低所得者であっても排除されることなく使えると、ここを整えるのが仕事やと。

○委員長(小川克巳君) 午後一時に再開することとし、休憩いたします。

午後零時九分休憩

午後一時開会

○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、宮崎雅夫君が委員を辞任され、その補欠として清水真人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、これより内閣総理大臣に対する質疑を行います。
質疑のある方は順次御発言願います。

○自見はなこ君 よろしくお願いたします。自由民主党の自見はなこでございます。

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について総理に質問をさせていただきますが、その前に、新型コロナウイルス感染症、折しも緊急事態宣言を延長されたところでもあり、ワクチンについてまず質問させていただきたいと思えます。

現在、全国の医師会の先生方は、自分たちがこのワクチン接種を行うことで社会全体として感染症を封じ込めるのだという強い使命感に燃えておられます。全国に八百五十ある都市医師会の先生方は、昨年の一月から続く感染症との闘いの中で、地元の行政と一緒に、昨年、発熱外来の整備や感染症対策、そしてワクチン接種の準備から実施まで事に当たっていただいております。昨年暮れから始まった説明会に何度も参加をし、集団接種、個別接種など様々な方法を検討し、大いに奮闘をしてくださっております。

昨日も、私の祖父母のときからの地元であります福岡県の京築地域、京都医師会、ここは京都医師会と豊前築上医師会がありますが、昨晩に京都医師会の役員の先生とお話をしました。ここが預かっているのは行橋市、苅田町、みやこ町、人口規模は十三万人で、医師会の先生は開業医が八十人でございます。公立病院もない地域だけれども総出で当たってくれておりまして、集団接種である程度数を稼ぎつつ、六月七日からは個別接種もやると。行橋市では既に個別接種も始まっている、高齢者の二回目も非常に順調で、七月十日ぐらには行橋市においては八割後半を目指して現在急ピッチで頑張っているということでありました。

全国で今千七百四十の自治体、八百五十の都市医師会です。こういことが展開されております。今後のワクチン接種の一層の推進に向けた総理の御決意をお聞かせください。
○内閣総理大臣(菅義偉君) 諸外国の例を見ても、ワクチン接種は国民皆さん一人一人の命を守る

る切り札であるというふうに考えています。

このため、まずは七月末までに高齢者への接種を終えるべく、私自身先頭に立って接種の加速化を進めております。そのためには、自治体の状況を見ても、医療従事者の確保が極めて重要であります。通常の業務で経験のある救命救急士や臨床検査技師が接種できるようにするとともに、不足が指摘をされておりますこの予診業務、このことについて効率よく実施するために、薬剤師が御協力いただけるように皆さんに取り組んでいるところであります。

さらに、接種費用の上乗せ支援が必要との意見も踏まえ、新たな財政支援策も講じたところであります。その上で、今月中には、予約状況などを踏まえ、高齢者の見通しが付いた自治体から、基礎疾患がある方も含めて広く一般の方に順次接種を開始していくこととしております。あわせて、六月中旬以降、職場や大学などで接種も開始できるようにしたいと思っています。

引き続き、自治体の状況を個別に丁寧にお聞きをしながら、できることは全てやるという方針で、政府を挙げて取り組んでまいりたいというふうに思います。

また、医療関係の皆様の大変な御努力に心から感謝と敬意を申し上げます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

また、法律におきましては、高齢者だけではなく、現役世代も含め広く社会を支えていくという全世代型社会保障制度の構築に向けたこの総理の御決意、こども庁の議論も盛んでございます。是非お聞かせください。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 少子高齢化が進展をして、令和四年度以降、いわゆる団塊の世代と言われる七十五歳以上の高齢者の皆さんが、団塊の世代が高齢者になる、始めるわけでありまして。そうした中に、現役世代の負担上昇を抑えて、全ての世代の方が安心できる社会保障制度を構築していく、このことは待ったなしだというふうに考えております。

このために、給付は従来は高齢者が中心でした。そして、負担はどうしても現役中心というこれまでの社会保障制度を見直しをして、全ての世代で広く安心をして支えることのできる全世代型社会保障制度、こうしたものを何としてもつくり上げていきたい、そういうことで、全世代型社会保障制度改革方針、こうしたことを閣議決定をいたしました。

その一方で、本法案は、後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しなどの給付と負担のこれ見直し、さらに、子育て世代の負担軽減を図る観点から、未就学児の均等割保険料を減額する措置の導入、さらに、予防、健康づくりの更なる強化を図るための保健事業における健診情報等の活用促進、こうしたものを進めるものであります。

今後とも、世界に冠たる我が国の社会保障制度を次の世代にしっかりと引き継ぐために、これまでもない発想でしっかりとこの社会保障制度というものを充実していきたい、このように思っています。

○自見はなこ君 全世代に目を配っていただいて改革を進めていただくようにお願いいたします。終わります。

○田島麻衣子君 立憲民主・社民の田島麻衣子です。今日は、総理、どうぞよろしくお願いいたします。

まず冒頭、東京オリパラ開催と新型コロナウイルスの感染対策について伺いたいと思います。緊急事態宣言が延長されました。今このときも入院できずに自宅で、またホテル療養施設で苦しんでいるという国民の方々がいます。

総理は、一月十八日の衆議院本会議で、今後の東京オリパラの開催について、人類が新型コロナウイルスに打ちかったあかしとしたいというふうに述べられました。今このときもお気持ち変わらないうか、お答えいただきたいと思います。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 私自身、施政方針演説の中で、夏の東京オリンピック・パラリンピッ

クは人類が新型コロナウイルスに打ちかったあかしとしたい、こう述べました。このことは今も変わっておりません。

また、当時、演説の中で、感染対策を万全なものとし、世界中に希望と勇気をお届けできる大会を実現するとの決意の下、準備を進めてまいります。このように私申し上げていますし、まずは一日も早く感染を収束をさせて、皆さんが安心して暮らせる日常、そして、にぎわいのある街角を取り戻すために全力を尽くします。このように当時申し上げております。

新型コロナウイルス対策に全力を挙げながら、安心、安心の大会を実現できるように取り組んでいきたいというふうに思います。

○田島麻衣子君 政府の新型コロナウイルス感染症対策の分科会の専門家の間では、東京の都内の感染状況がステージ4相当の状況が続けば開催は困難、ステージ3でせめて無観客というような声が出ております。

東京オリンピック・パラリンピックを開催しない場合、その判断基準はどのようなものとお考えになるか、お聞かせいただきたいと思います。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 東京オリンピック・パラリンピック大会について様々な声があることは、私自身も承知をしております。そうした指摘をしつかり受け止めた中で取組を進めているところでありまして。このため、安全、安心の大会に向けた対策について、主催者であるIOC、さらに組織委員会、東京都と協議をしながら政府として検討を進めています。

具体的な対策としては、来日する大会関係者の人数を絞り込み、選手や大会関係者にワクチン接種を行い、大会関係者の行動を管理して一般の国民との接触を防止をする。また、既に国内でテスト大会も実施され、万全の感染対策を進めております。

この三つの対策について、今後とも、組織委員会、東京都とともに、政府として水際対策を始めとして国民の安全を守る立場からしっかりと対応し

ていきたいというふうに思います。

いずれにしろ、選手や大会関係者の感染対策をしつかり講じて、安心して参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守っていく、これが開催の前提であるというふうに考えています。

○田島麻衣子君 私、判断基準を伺いました、開催しない場合のですね。対策は聞いております。

今の政権には、東京オリンピック・パラリンピックを開催しないという選択肢はあります。か。○内閣総理大臣(菅義偉君) 今私申し上げたところでありまして、選手や大会関係者の感染対策をしつかり講じて、安心をして参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守っていく、これが開催の前提であります。

ワクチンという新しい武器をいかにして対策を講じれば十分、しつかり対策を講じれば十分可能だというふうに思っています。具体的には、先ほど申し上げましたこの人数絞り込みとか、あるいはワクチン接種、あるいは行動管理、こうしたことをしつかり行っていくと思います。

○田島麻衣子君 再度、質問はですね、開催しないという選択肢はあるかどうかということで、直接お答えいただいている側は思われていると思うんですけども。

では総理、新型コロナウイルスに打ちかったあかしとおっしゃいましたが、これは日本にとつて具体的に何を意味するのか、お答えいただけますでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 選手や大会関係者のアンセン対策、ことをしつかり講じて、世界の選手が安心して参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守る、そうした安全、安心の大会を実現することが人類がウイルスに打ちかったあかし、このように考えます。(発言する者あり)

○田島麻衣子君 違うんじゃないという声も出ていますが。

五月十五日、十六日に実施された全国世論調査、これ朝日系列になっていきますけれども、今おっしゃった安心、安全の大会を実施することは可能というような総理のお言葉に対して、国民の七三％、納得できないというふうに答えています。やはり、こうした国民の声にきちと耳を傾けていく必要があるのではないかなと思っております。

次に、法案について伺います。

本法律案の改正趣旨として現役世代の負担軽減がうたわれており、五月十九日、参議院本会議で、この改正法案により軽減される現役世代の負担は、本人負担分で一人当たり月額三十円、一人当たり月額三十円と答弁されています。これは現役世代の負担軽減として十分なんですか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 今回の見直しでは、七十五歳以上の高齢者のうち、負担能力や家計への影響も考慮した上で、一定の収入以上の方々についでのみその窓口の負担を二割とするものです。これによつて、若い世代の保険料負担は七百二十億円減少するものと承知しております。高齢者の生活等の状況を踏まえた中で行ったものと考えております。

いずれにしても、世界に冠たる我が国の社会保障制度、この制度を次の世代に引き継いでいくことは私たち世代の極めて重要な役割だということに思っています。引き続き、こうした観点から、給付は高齢者中心で負担は若者中心というこれまでの構造を見直し、全ての人が安心できる社会保障制度、ここをしつかりつくつていきたいと思えます。

○田島麻衣子君 直近のデータで、昨年の妊娠届、四・八％減で過去最少となっています。これ、本当に現役世代の負担軽減ということが実現したのであるならば、こんなに妊娠届少ないわけないですし、やはり現役世代の皆さんが子供を産み育てることに希望を抱けていない社会があるのではないかというのを私は非常に思っています。やはり、仕事と子育てが両立できる社会。

それから、完全失業者が物すごく増えていきます。本当に現役世代の負担軽減ということをおっしゃるのであるならば、こういったところにもしっかりとやつぱり効果を出していく政策が必要であると思えますし、引きこもりというのは今六十一・三万人、これは満四十歳から満六十四歳までというふうになっていますが、こういった方々への生活就労支援というものが、非常に大事だというふうに私自身は考えております。総理の御見解、聞かせていただいてもよろしいでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 妊娠届等々のお話ございましたが、これ、コロナ禍という中で、様々な事情がある中でそのような環境があるわけであります。

あわせて、就労支援であります。これはコロナのこともございますので、我々パッケージとしてお出しをさせていただいて、非正規等々で本当に苦しめられておられる方々おられます。こういう方々にはステップアップ型の対応ということで伴走してしっかりと支援する、様々な対応をさせていただいております。

いずれにいたしましても、大変御苦勞をいただいております。皆様方に対して、国としても最大限の対応、対策を組んでまいりたいというふうに思っております。

○田島麻衣子君 この法案については、我々は、我が立憲民主党は改正の提案を出しております。衆議院の方で、現役世代の負担軽減ということは我々も非常に重要だと考えておりまして、しっかりと効果のある政策というのをこちらも提言していきたいと思っております。

次です。本法律案で、後期高齢者医療における窓口二割負担の施行期日が令和四年十月から令和五年三月一日まで、間になっております。これは対象が年収二百万以上の後期高齢者を対象としておりますけれども、これ医療費負担が増えると、やはり受診控えというものが非常に懸念されます。この施行期日前までに新型コロナウイルス感染

症、これを収束させる確信はありでしょうか。○内閣総理大臣(菅義偉君) 来年にはいわゆる団塊の世代が七十五歳以上の高齢者になり始める中で、少しでも多くの方に支える側に、として活躍いただきたい、そういう中で、この法案というのは待ったなしであります。

また、今回、この法案では、こうした観点から、必要な受診が抑制されないよう、経過措置を設けて、そして施行時期を令和四年度後半とした上で、一定の収入以上の方々についてのみ窓口を二割とさせていただくものであります。

なお、新型コロナウイルス患者に対する医療は、自己負担を公費で賄う仕組みであつて、基本的には自己負担は発生せず、今回の改正による影響は生じないものと考えております。

一方で、新型コロナウイルスを収束させ、一日も早く安心、安全な日常を取り戻すべく、引き続き政府を挙げて感染防止対策やワクチン接種、ここに努めてまいりたい、このように思います。

○田島麻衣子君 影響は生じないと本当に言い切れるのかどうか、私は非常に疑問です。経過措置は三年間だけなので、その後というのはやはり二倍に増えていくわけですし、年収二百万円以上の後期高齢者は本当にやはり大変だ、医療費二倍になったら大変だという声を我々も本当にたくさん聞いているんですね。

これ、新型コロナウイルスが終わらない前にこの法案通してしまつて、医療費負担が増えてしまった場合は、非常にやはり懸念すべき状況というのが生まれてくるのかなというふうに思っています。我々もしっかりこの状況見てまいりますし、我々自身も提言してまいりたいと思えます。

私の質問は以上で終わらせていただきます。ありがとうございます。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良です。

総理の著作「政治家の覚悟」を読ませていただきました。社会福祉や社会保障への言及がないことに驚きました。更に驚くのは、国民の声、民の声

を聞くといった記述が全くないことです。厚生労働省関係の記述は、僅かに、消えた年金への取組、葉のネット販売、新型コロナウイルス感染症の問題だけでした。

伺いたいと思います。

菅総理の目指す社会保障は一体どういったものでしょうか。なお、自助、共助、公助、そしてきずな、まずは自分でやってみる、そして家族や地域で助け合う、その上で政府はセーフティーネットでお守りしますといった抽象的な御答弁ではなく、具体的なビジョンをお願いします。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 私自身、具体的には、国会の施政方針演説でも申し上げていきますように、希望と活力に向けた日本を未来につないでいくために、世界に冠たる我が国の社会保障制度、これを次の世代にしっかりと継いでいかなければならない、これは私たち世代の責任だということをやつたっています。

そのために、私自身、自民党総裁、内閣総理大臣に就任して、給付は高齢者が中心で負担は現役中心というこの構造を見直しするべきだと、そういう中で、未来を担う子供からまたお年寄りまで、全世代型の社会保障制度を実現をしていきたい、そういう中で改革を進めているところであります。

今回の法案は、申し上げるまでもなく、そうした中長期的な視点に立つて、党内で手続を取り、また内閣として決定をして、若者と高齢者で支え合い若い世代の負担を減少させるという長年の課題、ここに対応するために、七十五歳以上の高齢者のうち一定の収入のある方については御負担をお願いする、そういうことであります。

○打越さく良君 この改正法案ですが、後期高齢者の負担増に的を絞つたものと言わざるを得ません。

総理は施政方針演説で、あるいは先ほどの御答弁でも、七十五歳以上の高齢者のうち、単身者の場合、年収二百万円以上の方々の窓口負担割合を二割にすることによつて現役世代の保険料負担

が七百二十億円減るとおっしゃいました。しかし、公費負担は九百八十億円減ります。さらに、薬価改定で国費が一十億円減ることになります。健康保険制度は短期的な共済制度であって、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。

総理は、経済あつての財政との考え方に立つと表明しておられます。しかし、この際、国民生活あつての社会保障との立場に立っていただけないでしょうか。日本の皆保険制度は公費と保険料が一緒になっており、一体となっており、その規模拡大に財政当局が消極的なのは分かります。しかし、国民生活の安定こそが経済の支えになります。

総理は、今回大幅減となる国庫負担について、増額させることが必要だとの意見にどうお考えになりますか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 今般の改正法案や薬価改定、私、常に、一年ごとにしました。こうしたこととして、結果として国庫負担の減少につながるものでありますが、いずれも国民皆保険の持続可能性、このことを維持するために必要だという思いの中で取り組んでいます。

また、後期高齢者医療制度については、現状でも、安定的な保険財政の確保に向けて二分の一を公費負担としており、今後、医療費の増大が見込まれる中、国庫負担も増加する見通しとなっています。さらに、この国庫負担割合の引上げについては、そのために必要な安定財源をどのように確保するかという難しい問題があつて現実的にはなかなか難しい、現実的ではないと、このように考えております。

いずれにしろ、世界に冠たる我が国の社会保障制度を次の世代に引き継いでいくことは、やはり私も世代の責務だと思っています。引き続き、高齢者、そして現役、若者、お互いに助け合いながら進むことのできる社会保障制度というものをしっかりと築き上げていきたいというふうに思っています。

○打越さく良君 高齢化が進んでおり、健康で長生きできることが大切ですが、それを支える体制が大切ですけれども、今の医療体制では十分ではありません。

日本の医療スタッフは、諸外国に比べて非常に少ないです。人的資源を増やす必要性についてはどのような考えでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 医師の養成数については、中長期的な観点から考える必要があるというふうに、こういうふうと思っています。

また、足下では、二〇〇八年度から医学部の定員を段階的に増員してきたことにより、現在、全国の医師者数は毎年三千五百人から四千人、これは増えております。こうして増員された医師の方々に必要とされる地域で活躍していただくことが地域医療提供体制を守るために重要であり、現在、医師偏在対策も進めております。

また、看護職員の確保については、新規養成、復職支援、定着促進を柱とした取組を進めております。

引き続き、必要な医療従事者の育成や確保に向けて、しっかりと取り組んでいきたいと思っております。

○打越さく良君 私が政治の道を志して以来、一貫して重視してきたのは、国民の皆様から見て何が当たり前かをきちんと見極めるということです。総理、これは総理の言葉ですね。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 私も全く同じであります。

○打越さく良君 これは総理の御著書から引用した言葉です。

多くの世論調査では、オリバラの中止、延期を合わせると過半数を大きく超えており、八割を超えているものもあります。国民の今の当たり前は、感染症下で命と健康に不安を募らせ、格差が広がっている今、オリバラを強行することではありません。

総理の著作「政治家の覚悟」の帯には、「国民の

「当たり前」を私が実現する」と大きく書かれています。もはやオリンピックの中止が国民の当たり前です。中止を御決断すべきではないでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 国民の命と暮らしを守ることは、ここは政府の責務だというふうに思っています。

東京オリンピック・パラリンピックについては、様々な声があることは私自身も十分に承知しており、そうした指摘をしっかりと受け止めて取組を進めていきたいというふうに思っております。

そのために、やはり安全、安心の大会に向けた対策というのは、これ極めて当然のことであります。こうしたことを政府として、しっかりと主催者であるIOC、組織委員会、東京都と協議しながら進めていきたいと思ひます。

そうした中で、東京大会については、選手や大会関係者の感染対策をこれしっかりと講じて、安心して参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守っていく、これが、先ほど申し上げましたけれども、開催の前提と考えて、そうしたことを実現できるように対策をしっかりと講じていきたいというふうに思っています。

具体的な対策としては、大会関係者数の人数の絞り込みだとか、あるいは選手や大会関係者にワクチンの接種、あるいは大会関係者の行動を管理して一般の国民との接触、こうしたことを防止することとしており、こうしたことをしっかりと準備を進める中で対応していきたい、こういうふうに思っています。

○打越さく良君 IOC副会長のジョン・コーツ氏は、緊急事態宣言下でのオリバラ開催に、答えは間違ひなくイエスだとおっしゃった。最古参委員であるディック・パウンド氏は、仮に菅首相が中止を求めたとしても、それはあくまで個人的な意見にすぎない、大会は開催されると述べたと報道されています。

これらの見解について、総理はどのように受け止めたのでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 国民の皆さんの命と健康を守るのは、これは私の責務であります。このことより五輪を優先させることはありません。選手や大会関係者の感染対策をしっかりと講じた上で、安心して参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守っていく、これが開催の前提と考えており、そうしたことが実現できるように今対策を講じております。

IOCに対しても、主催者である大会組織委員会、東京都、こうしたことに、政府として考え方をしっかりと伝えて、安全、安心の大会にしたい、こういうふうに思ひます。

○打越さく良君 少し質問の順番を変えさせていただきます。

感染症の動向も踏まえ、オリバラ開催の可否については日本として判断する必要があります。尾身茂氏は、オリバラを仮にやるのであれば、医療への負荷を考へることがオリンピックを開催する人の責任だと指摘しておられます。

IOCのブレーブックを批判する論文は、WHOが労働安全衛生、建築と換気工学、感染症疫学の専門家、選手の代表者らを含む緊急委員会を直ちに招集し、リスク管理を検討し助言すべきだと述べています。

せめて、アドバイザリーボードなどにオリバラ開催をする場合の条件や可否について諮問すべきだと思いますが、いかがでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 東京大会における具体的な感染対策については、感染症の専門家を招いて議論を重ねてきております。昨年九月から東京都、組織委員会、そして各省庁との調整会議を開催しており、感染症の専門家二名にアドバイザリーとして毎回参加をしていただき意見を伺っており、引き続き丁寧にはこの議論をしていきたいというふうに思ひます。

なお、厚生労働省のアドバイザリーボードにおいては、各地域の感染状況の分析を中心に審議をしているというふうに承知をしております。

○打越さく良君 現状、アドバイザリーボードに

お願いしているのはそういったことも少しかもしれませんが、でも、せっかく分科会あるいはアドバイザリーボードがあるのですから、そこにいらっしゃる専門家の皆さんにオリンピック開催をする場合の条件、可否について改めて諮問するべきだと思いますが、改めて伺います。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 今、私申し上げましたように、東京大会における具体的な感染対策については、感染症の専門家を含めて今日まで議論を重ねてきています。調整会議を開催して、そこで方針を出すわけでありですけど、その調整会議の中には二名の感染症の専門家にアドバイザーとして毎回参画をしていただいて意見を伺っており、そこは丁寧に議論をしていきたい、こういうふうに思います。

○打越さく良君 やはり政府として、ここまで反対、不安の声が、世論があるということを重く受け止めていただいて、そうした二名の専門家がいるのだからということではなくて、政府としてアドバイザリーボードあるいは分科会に確認すべきだと思うのですが、改めてお願いします。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 今申し上げましたとおり、この東京大会における具体的な感染対策については、感染症の専門家の皆さんを含めてこれ議論を重ねてきておりますので、調整会議を開催して、感染症の専門家二名にアドバイザーとしてこれ毎回参加をしておりますんです。そういう中で意見を伺っておりますので、更に引き続き丁寧に議論していきたい、こういうふうに思います。

○打越さく良君 やはりオリンピックが平和の祭典であるためには、分断あるいは反感を政府がそのままにするようなことであってはいけないと思います。是非再考していただきたいと思います。終わります。

○矢倉克夫君 公明党の矢倉克夫です。総理、よろしく願います。

本法案の目的は、国民皆保険、社会保障、持続可能性の維持でありますが、そのために本法案が

守ろうとしているのは、人と人がお互いつながり支え合う連帯の意識であると理解しています。言わば互助であり、総理の言うきずなにもつながるかもしれません。

お尋ねしたいのが、この人と人がお互いつながり支え合うために必要なソーシャルワーカーの役割、重要性であります。

この委員会でも私が取り上げたきもちりや妊産婦の産後うつの問題に加えて、例えばネグレクトなど生きづらさを感じている人の課題というのは、専門家による相談窓口があつて解決はできない。なぜならば、本当に困っている人というのは相談など行けないからであります。しかも、そういった人の問題の背景は多様で、貧しさだったり家庭内外の人間関係だったり身体的な問題だったりするわけであります。

そこで、一人一人に率先して積極的にアプローチをして、その人が抱える問題を解きほぐして、課題を特定して、その解決に必要な組織や制度につないでいくために奔走する人、この福祉とか地域、接着剤としてつなげていくような役割を持つて、生きづらさを抱えた人の環境ごと変えていくような仕事が必要であり、それこそがソーシャルワーカーであるというふうに考えております。この役割をきずなある社会のために重要と考えますが、総理の御認識をお伺いいたします。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 御指摘いただいていますように、生きづらさを抱える方々の不安や課題に寄り添い、地域の中様々な社会資源も活用しながら解決に向けて支援をつなげていくこと、これが地域社会におけるきずなの再構築という観点からも重要な課題であるというふうに思っています。従来から、こうした役割は社会福祉士などのソーシャルワーカーの方々が担われてきている、こういうことも承知をしています。

昨今の八〇五〇問題や介護と育児のダブルケアなど世帯の抱える課題が複雑化、複合化する中で、こうした役割というのはますます重要になってきているというふうに認識しています。ソー

シャルワーカーの方々が活動しやすい環境整備を進めることが重要であると考えております。

政府として、昨年の法改正によって、市町村が中心となつて、地域住民の多様な課題に対処するための包括的な相談支援体制の構築とか地域住民が交流する場、場づくり、こうしたことを進めております。

こうした取組の中で、ソーシャルワーカーの方やそうした皆さんの経験、知見、積極的に生かしていただいて、我が国の古くからの伝統である地域の連帯だとかきずな、そうしたものを再構築していくことができればというふうに思います。

○矢倉克夫君 今、総理から地域という話がありました。この重要な役割を担うソーシャルワーカーも、やっぱり知らない土地や知らない家庭に踏み込むことはできないわけですね。ソーシャルワーカー単独では、例えば不登校の問題考えるにしても、背景に何があるか、貧困かネグレクトかよく分からない。やはりその地域の人たちの連携が不可欠であります。

私が今イメージしているのは、その地域の担い手としては世話好きな隣近所の普通の方、そういう担い手がいる社会、地域で共に生きる仲間として男女問わずお互いが支え合う、言わば互助機能のあるコミュニティ、地域社会と言えます。例えば、地域包括ケアシステムを考えるだけでも、システムだけではなくて、こういう地域の姿がなければ、イメージする本来の役割というのは果たせないと思います。

総理に最後伺いたいのが、そういった互助機能のあるコミュニティを再生、再構築するために政府は何をすべきとお考えか。私は、最低限すべきなのは、一人一人が平日の夜は家庭と過ごし、週末は趣味や地域での活動に充てることができる、余裕ある生活を送ることができるような広い意味での社会保障整備が政府がやるべきことであるというふうに思っております。

最後に、この弱体化している互助機能の構築のため、言わばきずなの再構築のための政府の役割

について総理にお伺いをいたします。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 単身世帯の増加とか、あるいは地域のつながりの希薄化など、家庭や地域の生活領域における支え合い、互助の力というものが弱まってきているというふうに思います。

私自身、きずなのある社会の実現を目指しており、多様なつながりの中でお互いに支え合いながら生きていく、こうしたことができる社会を構築していくことが極めて重要だと認識をいたしております。そのためには、今御指摘いただきましたように、個性や多様性が尊重されるとともに、国民一人一人が安心をして過ごせるような社会保障制度をつくっていく、このことが大事だというふうに思います。

あわせて、政府としては、自治体における包括的な支援体制の構築を促進をし、地域の相談を包括的に受け止める場所だとか、あるいは多様な地域住民が交流する場所の確保、こうしたことを進めているところでもあります。こうした取組によって地域における互助機能の再構築を進めて、きずなのある社会の実現、こうしたものをしっかりと図っていききたい、このように思います。

○矢倉克夫君 一人一人の自立、自助をこれ可能にするには、自己責任の強調ではやはり難しいと。支え合う基盤があつて初めて自助というのは可能である。その基盤づくりについてやはり政治は大きな役割を持つている。この点を強調して、質問に代えたいと思います。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。

今日は菅総理にお伺いをしたいと思います。健康保険法の改正、今回は後期高齢者の一定年収以上の方の窓口自己負担の引上げということが一つのテーマになっておりますけれども、一方で、これは若い現役世代と高齢者の方を負担をどうしていくのか、どうやって高齢者を支えていくのかという、そういう大きなテーマもあるんだと思います。ですから、言い換えれば、国民皆保険制度

をどのように持続可能にしていけるのかと、これが大きな論点だと思っております。

ちょうど昨日、この委員会に参考人の方が来られました、その中の一つの立場の方が、保険者の方来ていただきました、健康保険組合連合会の皆さんですけれども。現実的には、これ保険組合も

今、全組合の約八割が昨年度は赤字だったと。中には解散をするような組合も出てきているわけなんです。もちろん、これ財源問題が一番大きな問題としてあるんですけれども、もう一つ印象深かったのは、これから先、改革をして少しでも被保険者のために頑張っていこうと、そういう改革がこれからなされるのであれば組合としてもしっかり頑張っていきたいんだけど、そういう先の光が見えないままにどんどん悪くなっていくと、こうなっていくと組合も解散せざるを得ないという議論も出てきてしまうと、その話が私、非常に印象的でした。

ですから、今回は後期高齢者の方の窓口負担という、これ改革の第一歩であって、そこから先、更に国民の皆さんがどのような改革をしていけば安心して医療が受けられるのか、財源がしっかりと担保されるのかと、私はこの先の改革が必要だと思っておりますので、総理、この法案の次に改革が必要なもの、そういったものがありましたら是非御所見をお伺いしたいと思えます。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 今委員から御指摘いただきましたように、まず、今回のこの法改正という、七十五歳の後期高齢者に団塊世代がなる、そうしたものを踏まえてのある意味で改革の第一歩だというふうに私自身も認識をしております。その中で、国民皆保険制度、これ持続可能なものにしていく、この観点では、これまでも、先ほどちょっと申し上げましたように、薬価の改定、これ毎年行うことにしています。こうした取組を行い、今回の改正法案の附則についても、総合的な検討を行うという、こうした旨の規定を設けております。

法案審議の中でも議論になったということです

けれども、高齢者の保険料負担割合や賦課限度額の見直し、金融資産の勘案という論点も含めて、全ての人が安心して御利用できる社会保障制度の構築、こうしたものにしっかりと議論をしていく、このことが大事だというふうに認識をしております。

○梅村聡君 ありがとうございます。

実は、当委員会でも今おっしゃったような論点はこれ様々な議論があったんですけども、私、もう一つ、今日は総理に是非お願いというか考えていただきたいことがあるんですけども、医療の提供体制そのものです、こちらの方の改革というところ国民皆保険制度の維持とはこれセットだと思っております。

総理は、就任以来、様々な分野のＩＴ化であるとかデジタル化であるとか、こういったことを非常に熱心に取り組んでこられたんだと思います。そういった中でいえば、医療の分野は、残念ながら、ＩＴ化、デジタル化というのが非常に私は遅れているというふうに認識をしております。

例えば、今回の新型コロナウイルスの保健所の対応でも、いまだにファクスが毎日活躍をしているんです。個人的には私、ファクスそんなに嫌いではないですけども、しかし、そのデジタル化ということを考えれば、いろんな連絡がいまだにファクスが大活躍している。

あるいは、患者さんが医療機関から紹介状というのを例えばもうとします。これもいまだに茶色の封筒に、電子カルテ、せっかく電子カルテというものがあるにもかかわらず、それをわざわざプリントアウトして、その紙を封筒に入れて、のりを付けて、後ろにバツ付けるのが、これが紹介状と言われるんですね。せいぜいファクスまではオーケーだと思います。だけど、医療機関同士で、電子ファイルを作って、それを電子的に送って、これが紹介状だという、こういう文化というのはまだまだないんですよ。

あるいは、電子カルテもそうですね。これも、電子カルテというのは実は使い出して今二十年ぐ

らいたつんですけれども、これ、二十年間の間に電子カルテって、本当に患者さんのために役に立ったのかと云ったら、これなかなか難しいんですね。何でもかという、それぞれのカルテメーカーで仕様が違いますから。じゃ、医療情報をほかの医療機関がのぞこうとしても、いや、これはメーカーが違うからとか年数が違うからとかですね、そういう互換性というのも実は医療の世界というのは実は全くない状態なんです。

あるいは、今回の四月から、これ三月までの申込みでしたけれども、カードリーダーありましてですね、マイナンバーカードを保険証代わり使えるカードリーダー。あれもなかなか申込みが、まあ五〇％超えましたけれども、逆に言うと、十分の十出してもらえぬのに何でこんなに申込みが少ないんだと。普通やったら、ただでももらえるものは、ただと言ったらちよつと言葉悪いですけども、お金出してもらえぬものだったら普通は、申し込むのが普通だと思えますね。だけど、何でもかという、これ、壊れたときの後の補修はどうなんだと、あるいは電子カルテとつなぐときの補修代はどうなんだと。結局、これ医療機関ごとに申込みをして、医療機関が自分たちで整備をするということが続いていけば、ＩＴ化、デジタル化というのは、これなかなか進んでいきません。

ですから、今日総理に是非考えていただきたいのは、今までＩＴ化、デジタル化、医療の世界では医療機関に任せていたんです。補助金はちよつと出すよとかあったけれども、だけど、今まで例えば高速道路を造ったり、あるいは港湾整備をしたり、インフラというものを整備するときに、それぞれの受益者に契約をさせるのではなくて、やつぱり国として医療の公共事業という言い方が正しいかどうか分かりませんが、国がある程度主導権を持って整備をしていくということ、これやつぱり総理、この医療のＩＴ化、デジタル化を考えるとときには私は不可欠だと思うんです。

こういうことを是非、もちろん今日は厚生大臣もおられますけれども、国としてやつぱりリーダーシップを取ってやっていただきたいと思うんですが、こういった考え方に対する御所見を是非お願いをしたいと思えます。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 簡潔に申し上げます。

私自身、実は、かつて総務副大臣のときだったと思いますけど、支払基金ですか、この評価を判定する現場を見に行つたんです。ちよつどこれぐらいのわあつとこ山積みの書類があつて、よく審査できるなと思つたことがあります。

それ以来、私は、やはりデジタル庁をつくらなきゃ駄目だと、国全体として統一のものが必要だと、そういう思いがあつたのがまさにこの医療だったんです。そして、いろいろ調べたところ、まさにこのマイナンバーがほとんど進んでいなかったんです。なぜ進まなかった、そう考えたときに、やはり地方と分断をされているんですよ。そういったものを全て改革をして進めようというのが今度のまさにデジタル庁であつて、地方、中央、どこにいてもそうした手続ができるような仕組みを必要だと思ひました。

ですから、一番そうしたマイナンバーカードを安全に使うために、それは医療の保険証と併用、並行に利用することができるようになればいいなという形で、今回それに今取り組んでいるところでありますけれども、まさに委員のおっしゃるとおり、非常に何か別世界に行つたような、もう煩雑な中に、そこで点数を決めるとかそうしたことをやっているようですけども、そうしたものは変えなきゃだめだという思いは強いものを持っています。

○梅村聡君 検査も別々の医療機関で受けるのではなくて、そのデータを使い合えば、例えば重複する検査とか医療とかいうのは、これはきちっと整理ができると、こういうことをちゃんとやっていくことが一方でこの国民皆保険制度を持続可能なものにするのだと、私はそう強く思っています。

すので、是非総理にはデジタル庁の暁にはこういう医療の課題、しっかり取り組んでいただきたいということを申し上げまして、私からの質問、お願いとさせていただきます。

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。

総理、大変お疲れさまです。私は、日本国の総理として、日本だけではなく、やっぱり世界を見てほしいです。

その思いでちょっと質問しますが、三月だったと思います。予算委員会で、この世界的なパンデミックを収束させるためには何が必要ですかと総理にお聞きしました。総理は、三密の回避と手洗いということをおっしゃられて、もう少しで膝が崩れそうになりましたけれども、やっぱり最低、集団免疫を獲得するようなワクチン接種が世界ではやっぱり各国五〇％最低、それが進まないとかパンデミックの収束にはつながらないですね。そういう話をしました。最近はワクチン、ワクチンというふうにおっしゃられるので、大分方向転換したのかなと、そうは思いますが。

そこで、世界を見るということについて申し上げたいんですが、通告していませんけど、先ほど田島委員への答弁で、安全、安心の東京オリンピック開催が人類が新型コロナウイルス感染症に打ちかつたあかしだとおっしゃいました。これ、大変手前勝手な言い方じゃないですか。どうして東京オリンピックの開催が人類が新型コロナウイルス感染症に打ちかつたあかしになるんですか。訂正する気ありませんか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) これだけ世界に蔓延しているこの新型コロナウイルス、こうしたもの、こうした中であって、感染拡大を防止をして、そして世界の選手が安心して参加できるようにするとともに、国民の命と健康を守る、そうした安全、安心の大会が実現することができるといことは、やはり人類がウイルスに打ちかつたあかしではないでしょうか。

また、私自身、この感染拡大の防止に全力でま

ずは取り組んでいく、そしてその結果として今申し上げたことを話したところであります。

○足立信也君 余り多くは言いませんが、世界には途上国がある、これから感染が広がる国々もある。人類が新型コロナウイルス感染症に打ちかつたあかしというのは、ここにいらっしゃる皆さんは首をかしげていますよ。それは言い過ぎだと思

います。

次は通告した件ですが、今は、去年の四月から施行された死因究明等推進基本法で、この前委員会でも答弁いただきました、外国籍の方々も対象である。スリランカ人、ウイシュマ・サンダマリさんの遺族の方が、何で亡くなったのか真相を知りたい、死因を知りたいとおっしゃっているのは報道されております。

これは死因究明等推進基本法の私は対象だと思つていますが、今その計画等を作っている最中だということは聞いておりますけれども、現在、この件に関してどういう取組をされているんでしょうか、彼女の死因に関して。

○内閣総理大臣(菅義偉君) まず、お亡くなりになりました方とその御家族に対してお悔やみを申し上げます。

お尋ねの件につきましては、現在、出入国管理庁において、医師、弁護士など第三者にも加わつていただき、死因の解明も含めて必要な調査、検討を進めており、可能な限り速やかに最終報告をまとめる方針であるということをご承知していま

引き続き、出入国管理庁において丁寧な対応に努めさせていただきたい、こういうふうに思っています。

○足立信也君 死因究明等推進基本法並びに行動計画の中には、専門的な機関をつくつて外部から調査をするんじゃないんですか。この入管施設というのは国立の施設ですね。国の施設であつても外部からきちつと調査をする、それが基本方針じゃないんでしょうか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 医師や弁護士など第

三者も加わつていただいて、この死因解明も含めて必要な調査、検討を進めているということであり

○足立信也君 これでやめますけれども、外部から、あるいは国の機関から、厚生労働省での新型コロナウイルスの感染拡大というのもありました。きちつと外部から調べるという方法がないと、真相あるいは死因究明には至らないということとは自明の事実ですよ。今、内部で終わらせようとしていてということですよ。まあ猛省を促した

と思いますし、進めていただきたい。

今回の法案は、全世代の負担と給付の見直しだと、それはもうそのとおりです。一・五七ショック、一九八九年、平成元年です。平成は少子化で始まりました。そして二〇〇四年、マクロ経済スライドを導入した年金国会、あのときは国会が終

わるまで合計特殊出生率一・二九というのを隠していました。年金財政に大きな影響があるからです。一昨年は史上最低の出生率、出生数でした。平成年間には少子化が一番の課題であつたのに、悪化の一途です。

そこで、少子化対策、我々は、私、その年金国会の二〇〇四年が初当選ですが、野党、与党の時代を含めて少子化対策が最優先課題だと私は思つていました。この少子化対策が奏功せず、とりわけ団塊ジュニアが出産の適齢期を過ぎてしまつた、これは取り返しの付かないことだと私は思つて

いるんです。

この国でもつと早く少子化対策が功を奏したなら、社会保障財政、特に医療保険財政はどう変わったでしょうか。総理の思いを聞きたいです。

○内閣総理大臣(菅義偉君) まず、いわゆる団塊ジュニア世代の出生率が上昇していた場合の推計について、政府としては行つておりません。

これ、一般論として申し上げれば、支える側の人数が増えることから、医療保険財政的に収支の改善につながる、これは当然のことだと思いま

限定的でありました。また、来年から団塊世代が七十五歳以上の高齢者になり始め、当面高齢者が増加していくこれ構造に変わりはないというふう

○足立信也君 バイデン大統領との会談で、二十一世紀の民主主義と専制主義の闘いだ、というふう

民主主義の中核を成すのは中間層です。分厚い中間層です。それで、そのほとんどが現役世代で

す。今はその中間層が分断されている、コロナでもつとその分断が進んでいる、だから全世代の負担と給付の見直しはしっかりやらなきゃいけないし、中間層を育てていかなきゃいけない。

その中で、バイデンさんの政策として、財政支出、大量にこれを行いました。皆さん御存じのとおりです。そして、それに見合つた形で、コロナを乗り越えて経済復興したら増税額は三百四十兆円、日本円で。所得税の最高税率は三六％から三

九・六％、法人税率は二一％から二八％へ、そして金融所得課税は二〇％から三九・六％へ上げると。日本はアベノミクスで資産価格の上昇はありましたが、その上昇に見合つた負担をしていないと私は思います。このバイデン氏が挙げた政策の中で、総理としては何を参考に、どれを取り入れ

たいということをお聞きしたいと思うんです。

この需要不足が続いたら、設備投資は抑制され、供給能力は引き上げられない、研究開発費も抑制される、イノベーションに続かない、更に供給能力が増加しにくくなるという負の連鎖なんです。需要を何とか喚起しなきゃいけない。アベノミクスに賛成だったクルーグマンも、日本の需要の低さが誤算だったと言っています。デービッド・アトキンソンは、個人消費こそ景気回復の最大の薬だと、そのようにおっしゃっています。

先ほど挙げたバイデン大統領の政策の中で、菅総理が今後の分断の解消、格差の解消のために何をやりたい、取り入れたいと思いますか。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 税制については、富裕層の方々に応分の負担をいただくことは所得再分配の観点から重要であるというふうに考えています。

我が国においても、これまでも所得税や相続税の最高税率の引上げ、金融所得課税の税率の引上げなどを行ってきました。今後の税制の在り方については、所得格差や資産格差の状況を含め、経済社会の情勢の変化を丁寧に見極めた上で検討していきたいというふうに思います。

また、税制に限らず、最低賃金の引上げ、同一労働同一賃金、こうした改革を通じて格差の問題にしっかりと取り組んでいきたいと思っています。

○足立信也君 更なる議論の機会があることを期待して、今日は終わりにします。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

私からも、まずオリンピックについて。

医療は逼迫し、新たなインド株の拡大懸念、そしてワクチン接種は間に合いそうもないと、こうした事態に及んでもオリンピックを開催するのかがというのが国民の大きな疑問になっているんですね。ところが、総理の説明は国民には届いていないというのが現状だと思っています。

総理、オリンピック開催の可否について私からも聞きたい。専門家にオリンピック開催のための感染対策の意見を聞くんじゃないんですよ。オリンピックの可否について、分科会そして専門家会議の意見を聞くべきだと思います。明確にお答えいただきたい。

○国務大臣(田村憲久君) 先ほど来からアドバイザリーボード等々にお聞きになるというお話もございましたが、本来、役割的にそういうものではないかもしれませんが、調整会議等々に、先ほど来総理からお話がございますが、そのための感染症の専門家、お入りをいただいて、そこで御判断をいただくということでございますので、アドバ

イザリーボードに関しては、あくまでも今の感染状況の評価、分析等々をやっていたかどうかでございます。

○倉林明子君 総理、この国の今の感染状況を一審つかんで、どこに問題があるのか、その材料を持つているのは専門家会議であり、分科会ですよ。この判断を仰ぎなさいと。それに対してイエスかノーか、お答えいただきたい。

○内閣総理大臣(菅義偉君) まず、東京大会の開催に当たっては、具体的な感染対策として、来日する大会関係者数のまず人数を絞り込み、選手や大会関係者に接種を、ワクチン接種を行い、大会関係者の行動管理をして一般の国民との接触を防止する、この三点に取り組んでいます。

こうした対策の策定に当たっては、専門的な立場の方を交えて議論を重ねています。昨年九月から東京都、組織委員会と各省庁の調整会議を開催しており、感染症の専門家二名にアドバイザーとして毎回参加をしていた意见建议を伺っており、引き続き透明性を持った丁寧な議論を進めていきたい、こういうふうに思います。

○倉林明子君 まずまず今の説明聞いたって、国民納得しないと思うんですよ。

国民の命よりオリンピックが優先することはないと先ほど総理は明言されました。それであるならば、きつぱり中止を決断すべきだと申し上げておきたい。

このコロナ禍で、高齢者にも大きな影響を広がっております。足りない年金を補うために働かざるを得ない、高齢者の雇用は容赦なく奪われるという状況も広がっております。高齢者を支える現役世代にもコロナによる廃業、失職が広がっております。

今やるべきは、総理、負担の軽減策を手厚くすることだと思いますよ。いかがでしょう。

○内閣総理大臣(菅義偉君) 来年にはいわゆる団塊の世代が七十五歳以上の高齢者になり始める中で、少しでも多くの方に支える側に立っていただいて活躍をいただき、能力に応じた御負担をいた

だくことは待ったなしの重要な課題であるというふうに考えています。

今回の法案では、こうした観点から、必要な受診が抑制されないように、経過措置を経た上で、一定の収入以上の方々についてのみその窓口負担を二割とさせていただくものであります。

なお、七十五歳以上の高齢者への負担軽減策としては、既に低所得者の方に対して、保険料の均等割については所得に応じて七割、五割又は二割の三段階の軽減措置を講じているところであり、引き続き適切に対応をしていきたいというふうに思っています。

○倉林明子君 全世代が苦しんでいるときに高齢者狙い撃ちの負担増など断じてやるべきでない。

現役世代の負担軽減ということで見ると、今回、一人当たり、労働者なら月額三十三円にすぎません。一方、公費負担は千四百四十億円のマイナスですよ。公助である国庫負担の引上げこそ踏み出すときではないでしょうか。総理、どうでしょう。

○内閣総理大臣(菅義偉君) まず、後期高齢者医療制度については、現在でも、安定的な保険財政の確保に向けて、公費負担割合はこれ二分の一となっており、さらにそのうちの三分の二を国が負担しているところであります。

今後、医療費の増大が見込まれる中で、国庫負担もこれは増加する見通しになっています。更なる国庫負担割合の引上げについては、そのために必要な安定財源、どのように確保するかという難しい問題があつて現実的ではないというふうに思います。

○倉林明子君 現実的に負担を求めるところが別にあるということをおっしゃりたい。アベノミクス以来、超富裕層、富裕層、この層が相当数増えています。二〇一一年度比で世帯は六割、資産で八割増やしているんですよ。ここにこそ負担増を求めるべきだと。終わります。

○委員長(小川克巳君) 以上で内閣総理大臣に対する質疑は終了いたしました。

内閣総理大臣は御退席いただいて結構でございます。

引き続き質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○福島みずほ君 立憲・社民の福島みずほです。今日はお忙しい中、理事長であり会長である尾身茂さん、来てくださいましたことに心から感謝を申し上げます。ありがとうございます。

まず第一に、緊急事態宣言延長の理由について教えてください。

○参考人(尾身茂君) お答えいたします。

延長の理由については様々あると思いますが、まず一つは、委員御承知のように、多くの緊急事態宣言発出の都道府県でまだステージ4になっていることもありますし、例えば東京なんかではまだ、多少新規の感染者は減っていますけれどもまだ厳しい状況にある、大阪も御承知のとおり、そういうことで、延長ということ、私は適切な判断だと思います。

大事なことは、これ、なぜこういう状況になっているかということをしつかり考える必要があつて、そこは、まず一つは変異株の影響があるということとはほぼ間違いのないと思います。それと同時に、これは人々の心というか、そういう気持ちの問題もあつて、緊急事態宣言に慣れがきてなかなか効果が薄れてきているということもあると思います。

それからもう一つは、今回は重点措置というのが加わりましたけれども、重点措置のこの検討、それから要請、それから決断までの時期が少し時間がかかったというような、そういうような複合的な要素が私はあつたというふうに考えております。

○福島みずほ君 緊急事態宣言は六月二十日までと言われています。なぜ六月二十日なのか。オリンピックからの逆算ではないかと疑っているんですが、どうでしょうか。

○参考人(尾身茂君) それは、政府からの提案がそういうことでして、それは大体三週間ぐらいですよね。これについて、私どもは、オリンピックのことは全くその考慮外ですけど、まあ普通は三週間ぐらいすると効果が発揮できるということですから、そのときにどうなっているかは分かりませんけど、一応これ目安としては区切りを付けませんといけないんで、私どもは三週間という政府の提案は妥当ではないかということで合意したということであります。

○福島みずほ君 尾身会長は分科会の会長でいらつしやいますが、正式な会議などでオリンピック開催について意見を聞かれたことはないというふうに聞いておりますが、そうでしょうか。

○参考人(尾身茂君) これも度々こういう場でお答えしていますけど、いわゆる事務局の人から、私のところに来て意見を聞かせてくれというような機会は何回ありました。直近でもありましたけど、政府の方から正式に分科会の代表として意見を述べよという機会は今のところございませ

○福島みずほ君 分科会の意見をきっちり聞くべきだと思いますが、いかがでしょうか。

○参考人(尾身茂君) そこは政府の判断ですけど、私ども専門家がどう考えているかというところ、これは比較的明らかでして、我々は、オリンピックを開催するかどうかの判断は我々はすべきでないし、する資格もないし、するつもりもありませ

しかし、仮にオリンピックを開催するという決断がなされた場合には、当然、開催に伴う国内の感染への影響というのはあって、我々は、分科会はずっとこの一年、我が国の感染をどうやって下火にするかということのを助言する立場にあるものですから、オリンピックが、したがってオリンピックが開催するという決断がなされた場合には、それをどうその感染のリスクを下げるか、どういう場合に感染がリスクが高いのかというのを述べることは私ども専門家の責任だというふうに多くの

メンバーが考えているということだと思えます。

○福島みずほ君 オリンピック、パラリンピックがコロナ感染を拡大する危険性についてどうお考えでしょうか。

○参考人(尾身茂君) これも何度も申し上げたと思いますが、二つありますよね、スタジアムの中での感染と地域での感染ということですけど。私は、スタジアムの中での感染は、今までのいろいろ経験があつて、しっかりと感染対策をすれば制御することは可能だと思います。しかし、地域の方は、これは、これだけのイベントがあると、人々が、開催に伴って人流が増えて、これ全国的な動きがあつて、それで接触の機会が増えて感染の拡大のリスク。

これはなぜこういうことがあるかと申し上げると、いろいろ理由がありますけど、一つ、一般の人にもお分かりになりやすいのは、今までも我が国では恒例行事、何かイベントがあつたり冬休みの休みであつたり、そういうところで人々の流れが、人流が増えて、そうするところの人々の流れが、人流が増え、そうすることによって接触の機会が増えますよね。そういうことで感染がかなり短期間に急激に上がったということがあ

るので、今回も、もしオリンピックをやるのであれば、そちらについて十分配慮して、なるべく人々の地域での、スタジアムの中はこれはまた別の話で、地域での人々の人流の流れと、それから接触の機会を減らすという努力があることが必要じゃないかというのは我々の、普通の専門家の考えであります。

○福島みずほ君 ステージ4、感染爆発相当の状態が続けば開催は困難、ステージ3、感染急増だと期間中が終了後に感染が拡大するおそれがあると言われています。

オリンピック仮にやつたら、その後、感染が急増するんじゃないか。こういうステージ4、ステージ3、そしてそれに対する見立てと、そのオリンピックをやつた後の感染拡大についてはどうお考えでしょうか。

○参考人(尾身茂君) 私どもは、オリンピックの開催にかかわらず、これは国、自治体、それから我々市民も、国や自治体のリーダーシップに応える形で、緊急事態宣言が出るような状況、簡単に言えばステージ4みたいな状況はなるべく避けるということ、国を挙げて、社会を挙げて取り組むべきだと思います。

そういう中で、ステージ4というのはどういう状況かというところ、これはもう医療の逼迫をしている状況ですから、オリンピックがやれば更に負荷が掛かるということはあり得るので、最終的な決断はそういうことも踏まえてやつていただければというふうに思っております。

○福島みずほ君 バッハさん、コーツさんは、私たちは犠牲を払わなければならない、サクリフアイスですよね、そして、アルマゲドンが来ない限りやるんだとか、緊急事態宣言下でもオリンピック、パラリンピックはやるんだという発言に驚愕をしています。命を何と考えているか。

尾身会長自身、医学をやつてこられて、こういう発言、どう思われますか。

○参考人(尾身茂君) 私は直接お会いしたこともないので発言の趣旨はよく分かりませんが、恐らくこれが、やつぱり私は、個人としては、日本の組織委員会とか、それから今のバッハ会長ですが、そういう方たちが当然議論はしていると、私はそういうふうに通じていますけど、必ずしもIOCの方は、日本の国内の感染状況は、まあ新聞で見るとなことはお分かりになっていると思

いますけど、国内の地域での感染のリスク等是我々が知っているほど、距離がありますからこれは当然のことですよね、そういうことについては、しっかりと理解していただくようにすれば理解していただけるんじゃないかというふうに私は思います。

○福島みずほ君 先ほど尾身会長は変異株のことをおっしゃいました。今、イギリス株、あるいはブラジル株、インド株、ベトナム株まで出てきて

いる。

それで、このオリンピックなんですけど、世界中から人が集まってくる、東京というか日本に集まってくる。オリンピック株、東京株という変異株がこれを機会にできてしまうんじゃないか。その後、世界中に散らばるわけですから、東京株、オリンピック株が世界中に蔓延する、この危険性についてはどうお考えでしょうか。

○参考人(尾身茂君) それは、東京株ということが出現して世界に拡散するかどうか、これは分かりませんが、はつきりしていることは、変異株というのは、出現は、これはこのウイルスの特性で、変異というのはコンスタントに起きているわけで、感染の機会が増えれば増えるほど、つまり体内で増殖をするときにいわゆるプリントをするのを間違えるわけですよね。そういうことは、それだけ感染者が多ければ多いほどその変異株が出現する、遺伝子の塩基の配列が変わってくるということはあり得るので、なるべく感染の機会を減らすということが、そうしたことがない、東京株があつたら困りますよね、そういうことがないようにするためには一番、感染者を、感染のレベルをなるべく下げることが求められると思います。

○福島みずほ君 私は、東京株、オリンピック株をつくらないためにはオリンピック中止するしかないと思っております。

今日、文科省にも来ていただきましたし、尾身理事長にもお聞きいたします。

東京オリンピック・パラリンピックで東京都内の公立小中高などの生徒ら約八十一万人が観戦する計画による感染拡大のリスクについて、文科省、尾身会長、どうお考えでしょうか。

○政府参考人(豊田宏規君) お答えを申し上げます。

御指摘の学校連携観戦につきましては、新型コロナウイルスの感染が拡大する前の令和元年度に組織委員会によって募集が行われたものでございます。

現在、国内における新型コロナウイルスの感染

状況も踏まえまして、観客上限に係る検討や観客の感染症対策に係る検討が行われているところでございまして、この結果を踏まえて、学校連携観戦の扱いについて組織委員会において検討がなされるものと認識しております。

○参考人(尾身茂君) 先ほど申し上げましたように、私は、スタジアムの中よりは地域における感染のリスクというものが、より、よりですね、重要だと思っています。

そういう中で、今の小中高ですか、生の観客ということですが、観客をする方が全国から集まって、全国から来る、場所にですね。そうすると、先ほど申し上げているように、接触の機会が当然増えますので感染のリスクがそうでないときに比べて高まることは間違いないと思います。

したがって、私は、小中高を入れるかどうかという前に、観客というものをどうするのか、どれだけ入れるのか入れないのかということと地域での感染リスクということとを踏まえて決めるということがまず必要で、その中で、仮に入れるのであればその小中というようなこともある。

その議論がないままに小中高という議論は少しなかなか難しく、やっぱりさっき言ったような、感染のリスクをしつかり考慮して、観客を入れるのか入れないのか、入れるんだったらどうするかというような議論をしつかりしていただくことは一般の人の理解も得てもらう上で必要じゃないかと私は思います。

○福島みずほ君 私たち大人は子供を守らなくちゃいけないというふうに思っております。バスや電車で子供たちがまとめてやっていると感染の拡大が本当に広がるので、オリンピックは中止すべきだし、やるとしてもこの小中高を観戦させるというような計画は余りに無謀だと思います。この委員会でも質問したんですが、井の頭公園や代々木公園の木を切ってパブリックビューイングをやる、三万五千人やると。尾身会長自身も、オリンピックってやっぱり、屋外でみんなが集まると、やっぱりそれは感染のリスクが増える

というふうにもおっしゃっていますが、内閣官房オリパラ事務局、尾身理事長、いかがでしょう。

○政府参考人(植松浩二君) パブリックビューイングにつきましてはお答えいたします。

各地の自治体により開催が検討されておりますが、東京都が実施するライブサイトにつきましては、観客席数の削減や事前申込制の導入によりまして人流の抑制を図るなど、コロナ対策を徹底することが検討されていると承知しております。

全国のパブリックビューイングの会場におきましても、各自自治体において、組織委員会の指針等を踏まえつつ、人流抑制対策を含めた感染症対策が検討されているものと理解しており、その状況をしっかりと注視してまいります。

○参考人(尾身茂君) 先ほど申し上げましたように、私は、パブリックビューというようなことだけを議論するというよりは、一体、全体を、日本の感染がこれからどうなるかという全体のことを考えた上だと思っています。

そういう中で、恐らくですね、仮に政府あるいは関係者がオリンピックをやるということになれば、恐らくこの機会に一般の人々にも、今委員おっしゃるように、人がどんどん動けば感染が期間中あるいは期間後に拡大することはほぼ確実に、多くの市民の人に一定以上の協力、感染をしないように、余り県を越えて動かないように等々の要請をする必要があると思うんですね。

そのときに、一方で、オリンピックの、一部の県でパブリックビューというようなことをやるのは、恐らくダブルメッセージになって、感染が起きるということに加えて、一般の人々も、日本全国の人に協力してもらわなくちゃいけないのに、そういうことでオリンピックの関係者の人もやはりかなりの努力をするのを見せない、多分一般の人々も今も協力がなかなか得にくい状況になっているわけですね。

そういう中では、仮にやるとしても、かなりスリムにしてなるべく感染をしないという努力をし

ないと一般の人の協力は得られないということもある、その辺はこのパブリックビューをやることのインパクトですね、これは、そういうことになれば、人間、勝てば、自分の応援している人がやれば大声を出したくなるのが人情ですね。まあ、みんなでハグしたいということもあるかもしれない。

そういうことがある程度あり得ることなので、そういうことも慎重に考えて判断されていただければと思います。

○福島みずほ君 貴重な御意見ありがとうございます。

尾身会長のエッセンスは、やっぱり人が移動したり人流があれば感染が拡大するということが今日とてもおっしゃったと思います。オリンピックそのものが十万人以上の人が海外から、世界中からやってくるというので、どうしてもやはり人が動く、その中で感染拡大があるので、私はオリンピックは中止をすべきだというふうに思っております。

一方で、水際対策が大事で、十四日間動くなと言いつつ、オリンピック選手や関係者はそのことから排除される、そうしないわけですね。そして、今おっしゃったように、人が動くなと言いつつながらパブリックビューイングをやるうとして密をつくる。そして、飲食店でお酒を飲む、お酒を出すようなところは規制するぞと言いつつ、選手村の中ではお酒の持込み可能、飲んでもいいよというように、まあ飲みたくなる気持ちはずごく分かりますが、言っていることがちぐはぐというのか、正反対のことを常にメッセージとして出しているのか、何かブレーキとアクセルを踏む、暖房と冷房を同時につける、一体どうなんだ、感染対策を本気でやるつもりがあるのかとやっぱり国民が思う中で、非常に問題があると思っております。

もしオリンピック株、東京株というものができ、仮にいろんな人たちが亡くなる方や重症化する人や病気になるとしたら、国家賠償請求裁判、

つまり日本の政府の失策、日本の政府の判断ミスでここまで広がったという国家賠償請求裁判も私はあり得るというふうに思っています。そういう事態、要するに、人が亡くなるとか重症化するという事態を政治が促進してはならないというふうに思っておりますので、しっかりと取り組んで、命を守るための政治をやっていききたいと思っています。

本日は、尾身会長、そしてオリパラ事務局、お忙しい中、とりわけ会長、来てくださったことに感謝をいたします。ありがとうございます。お帰りでございまして結構でございます。

○委員長(小川克巳君) 尾身理事長におかれては御退室いただいて結構でございます。

○福島みずほ君 ありがとうございます。では、健康保険法改正法案についてお聞きをいたします。

配付資料を見てください。ちょっと見にくいですが、事業主と国庫負担は減っております。つまり、二割負担について問題になっております、国庫や事業主の負担が減っていく中で個人が二割負担をする必要性というのはあるんでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

配付資料を配っていたところでありますけれども、医療費全体に占める国庫負担と事業主負担の割合につきましては、時点の取り方によりますけれども、例えば後期高齢者医療制度の創設時、平成二十年度と比較いたしますと、国庫負担で二五・一が二五・三、事業主負担が二〇・四から二一・二ということで、横ばいあるいは微増ということでございます。また、当然でございますけれども、高齢化が進み医療費が増加する中で、国庫負担と事業主負担、双方の負担金額、金額自体は増加をいたしております。

そういった中で、少子高齢化が進み、令和四年度には団塊の世代が七十五歳以上の高齢者になり始め、現役世代の負担が増加する中で、少しでも多くの方に支える側として活躍いただき、能力に応じた負担をしていただきたいというものでございます。

○福島みずほ君 国庫負担を増やすべきだと思います。

後期高齢者の場合、慢性疾患を持つ割合が高いと。これは、七十五歳以上の約八割が二疾患以上があり、約六割が三疾患以上の慢性疾患を併存しているというのがありますが、これだけやはり病気を抱えているということをきっちり考えるべきではないか。いかがでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

今回の見直しに当たりましては、社会保障審議会の医療保険部会で御議論いただきました。その審議会の議論の中でも、後期高齢者の多くが複数の慢性疾患を抱えていること、あるいは外来受診する患者さんの五割弱が年間を通じて毎月医療機関を受診している状況であることなど、高齢者の医療の状況についても資料をお出して議論をいただいた結果でございます。

その結果でございますけれども、今回の見直しでございますが、こういった高齢者の医療、あるいは生活の状況を踏まえた上で、少しでも多くの方に支える側として活躍いただき、能力に応じた負担をいただきたいということで、一定以上の高齢者の方々に限り御負担をお願いするとともに、見直しによる影響が大きい外来患者さんについては、施行後三年間、一月分の負担増を最大でも三千円に収まるような配慮措置を講ずるといった配慮もいたしているということでございます。

○福島みずほ君 これは地方独立行政法人で、七十五歳以上の約八割が二疾患以上、約六割が三疾患以上の慢性疾患を併存しているというこのデータを見て、やはり病気を皆さん持っている。これ、二百万ですよ。これが百何十万で議論があったということ、百五十五万という例もシミュレーションしています。年収二百万ってそんなに多くないですよ。本当に多くないですよ。診療抑制が、これだけ疾患を皆さん持っていて、診療抑制が本当に起きると思っています。必要な人が必要な診療を受けられないという事態をやっばり避けなければならぬと思います。

図の三ですが、これは今回の後期高齢者とは違うのですが、資格証世帯とそのうち受診した人、年間、それから資格証で亡くなった人数と受診状況です。いかにみんながお金のことを受診抑制するかというので、これは甲府市国民健康保険課資料より作成。甲府市議会議員の社民党の山田厚さんにこの資料をもらいました。資格証世帯で受診している人が少ないです。資格証で亡くなった人のうち、例えば二〇一九年では、だから過去一年間の受診数というのが物すごい少ないんですね。

ですから、後から、窓口で一〇〇%払わなくちゃいけないけども、保険証がない資格証世帯は患者負担が一〇〇%で、これは受診抑制が起きているんじゃないか。もちろん後から、一〇〇%負担であっても市町村から七割償還されることとかそういうことはあるんですが、でも、一般人、普通にやっばり病院に行つてお金が掛かる、病院に行つてどれだけお金が、どんと請求されたらどうしよう、窓口でとにかく一〇〇%一旦払わなくちゃいけないので、そんな一万とか二万とか手持ちのお金がないということがあると思います。

ですから、これは後期高齢者ではなく全世代ですが、資格証で亡くなった人は受診本当にしているんじゃないですよ。過去一年間の受診歴というのもないわけで、これだけやっばり受診抑制が起きている、窓口負担というのはやっばり負担なんだというふうに思いますが、いかがですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。この資格証でございますけれども、国保で主に運用されておりますけれども、国保制度は相互扶助、支え合いでございますので、そういう意味では、その応分の保険料を負担をしていただくということが前提でございます。

この資格証は、事業の休廃止とか病気とか、保険料を納付することができない特別な事情がないにもかかわらず長期にわたって保険料を滞納している方に対して交付するものでございます。

また、国保におきましては、そういった特別な

事情がある方、所得の低い方に対しては保険料軽減措置を講じておりますし、自治体の条例による保険料減免、それから個々の事情に応じた納付相談等も実施しております、こうしたきめ細かな措置を講じた上で、負担能力があるにもかかわらず滞納が解消されない場合に資格証明書を交付しているということでございまして、保険料の適切な納付をする、あるいは被保険者間の負担の公平性の観点から、この仕組み自体は必要なものだというふうに考えております。

○福島みずほ君 でも、これ明らかに、やっばり窓口で一〇〇%負担しなくちゃいけないと受診抑制起きている、受けていないということがあるということを示していると思います。

ですから、やっばり二百万以上であれば七十五歳以上二割負担というのが、これだけ慢性疾患がある、七十五歳以上は八割が二疾患以上、六割が三疾患以上の慢性疾患を持っていて、病院行けなくなるんじゃないかということを本心に心配しているわけです。

図の四と五を見てください。配付資料です。老衰による死亡者数の推移です。それから、図五は、症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないものの人の割合です。

もちろん、老衰というふうに、例えば新聞などでも老衰というのがあることもありますから、しかし、死因が分からないままに亡くなっている高齢者が増えていると。人口動態統計で、症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されたいものが増加をしております。

じゃ、分からないということなんです、これ、高齢化率とか平均寿命の延びと違つて、延びているんですね。これって、なぜ死んだか分からないというのか、異常検査所見で分類されないものが増えているということは、やっばり検査を日常的に受けていないとか、受診抑制というのがあるんじゃないでしょうか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) お答え申し上げます。

御指摘の人口動態統計の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないものにつきましての死亡者数は、直近の集計であります令和元年まで増加傾向にあります。その約八割が老衰でございます。

この人口動態統計につきましては、死亡届の記載事項に基づき作成しております。この死亡届には死亡者の年齢、性別、死因等の情報しか含まれていないため、この各死因と受診抑制や検査を受けていないというこの関連を分析することはできないところでございます。

○福島みずほ君 確かに、人口動態統計は受診についての統計ではなく、また、死亡数データからも受診状況を読み取ることは困難です。ただ、平均寿命や高齢化の率と比べ物にならないぐらい異常検査所見とか異常臨床所見ではない、ほかに分類されない、なぜ死んだか分からないということなわけですよ。ですから、このデータの中に、背景に、病院に行かずに、行けないで、つまり、検査してもらつたり、これがこの人の病気でですよというのが分からないまま亡くなっている高齢者が実際多いということではないかと思つています。

これに拍車を掛けるんじゃないか。つまり、なぜ死んだか分からないというのか、病気が分からないと、でも亡くなっているという人たちがやはり六十五歳以上の中で死んで、亡くなつていく。これ、やっばり病院に行けない、病院で検査を受けていない、本来だったら検査を受けたり治療する必要があつたかもしれないのに、理由が分からなく亡くなっている人が高齢者で増えているというところはやはり問題だと思えます。

七十五歳以上、二百万円以上であれば二割負担となれば、この傾向は拍車を掛けるというふうにも思っています。慢性疾患でもなかなか病院に行かないとか、あるいは何で死んだか分からない、病気があったかもしれないけれど治療を受けてないという人がこれから増えていくんじゃないかと、それはどういう社会なのかと。現役世代は月に三十

円ですよ、三十円得するために、七十五歳になつて、収入あるいは、まあ収入二百万円以上だけれど、貯蓄がないとか、持家じゃないとか、いろんな意味でやっぱ大変です。そんな中で、高齢者をどうこの社会が扱おうとしているのか、物すごく残念だというふうに思っています。

貧困と絶望に抗してちゃんと政治をやっていくことこそ必要だと思っています。この法案、極めて問題だということを申し上げ、今日はちょっと質問残してしまいましたけれど、また質問したいと思います。よろしく願います。

ありがとうございます。

○川田龍平君 立憲民主党の川田龍平です。

まず、質問に入る前に、大臣、今、この二十日まで緊急事態宣言が延長されて、本当に飲食店、本当に大変な思いで今、営業を時短しながら続けていたりですか、それから酒類、お酒の販売を禁止されている中で、やっぱりお酒の販売もやめているということで本当に苦しいということを言われております。

先日、枝野代表から、食事でワインや日本酒一杯飲むことができない状況で五輪を開催させるのは考えられないということだったり、今、これオリンピックの選手村ではお酒を提供するという事になって、居酒屋が全部選手村になるんじゃないかと、名前を変えるんじゃないかということも出ていましたけれども。

いや、もう本当にこの今の状況、やっぱりお酒が一杯も飲めないというこの状況で本当に科学的なのかどうかって、本当に私もこれ今、本当に中小企業潰れていくような状況のまま続けて、本当に調理師さんとかそれから飲食店とか、働く場を守るという意味でも、やっぱりこれ大臣、何とかこれならないんでしょうかね。

○国務大臣(田村憲久君) これ、基本的対処方針にのっとって都道府県から御依頼いただいているそういうお店に関しては、大変厳しい中、御協力をいただいておりますということで、大変感謝を申し上げますし、申し訳なくも思っておりますわけであり

ますが、一方で、お店の規模等々に応じて支援金、めり張りをつけるというような、そういうお声がある中でそういう対応もさせていただいておるわけであります。

今委員は、そもそもお酒出してもいいんじゃないかというような意味合いでおっしゃったんだというふうに思います。

これは、いろんな御議論はあるんですが、ただ、専門家の皆様方、これは分科会でありましてかアドバイザリーボードでもそうでありますが、やはり、どうしてもお酒を飲む、飲んで、お酒飲むと人間というのはどうしても、まあ羽目、羽目を外すとは言いませんが、気持ちが大きく変わるわけ、声が大きくなって飛沫が飛ぶ傾向にあると。すると、やはりこのコロナウイルスというのは、飛沫、マイクロ飛沫、エアロゾル、こういうようなもので感染しておるということで、もちろん接触感染もありますけれども、でありますから、どうしても、ふだん気を付けておられる方もお酒が入つてそのような行動をされる可能性が高いという中において、そういうものに對しては一定程度をお願いをしていくべきであるというようないろんな御意見を賜る中での今回の対応でもあったわけでございます。やはり、専門家の方々のいろんな御意見を聞く中においての対応ということ御理解をいただければ有り難いというふうに思います。

○川田龍平君 またこれは木曜日も聞きたいと思っておりますので、しっかりと準備して質問したいと思います。

本当に、私も国民の命や暮らしを守るのがやっぱり最優先だと、それはもう思いますけれども、やっぱり今、ここまで引き延ばされている今の状況をやっぱり考えると、何かしらこれ規模によって変えないと、本当にお店貸し切つて家族だけで来ているとか、ちっちゃい店ですよ、例えば、本当にもうそこしかないとかそういうところ、小さい店とか、本当にそういうところでも全部を一律にやっているというのは何かちょっとおかしいの

かなと思っておりますので、また木曜日に質問させていただきます。

今回の改正案では、この法案の審議に入りますのが、今回の改正案では、任意継続被保険者制度における保険料算定基礎に関する見直しが行われます。

この見直しの趣旨は、政府は、健保組合によっては、財政状況を踏まえて、退職前に高額の給与が支払われていた方については、退職前と同等の応能負担を課することが適当な場合が考えられると説明しており、全ての健保組合が退職時の標準報酬を任意継続保険料の算定基礎とするなど一定の仮定を置いた場合には、約百億円の財政規模があるとしています。しかし、健保組合には、単独企業による単一型健保や複数企業で構成される総合型健保など複数の形態が存在しており、加入者の給与水準も健保ごと、加入企業ごとにばらばらです。

今回の改正内容を見ると、健保組合が規約で定めるところにより標準報酬の算定基礎を変更可能だとしていますが、健康保険法第十九条では、規約の変更については組合会の議決を経なければならぬとされています。同じく健康保険法第十八条を見ると、組合会の定数のうち半数は事業主側、もう半数は被保険者である組合員において互選することとされています。これにより、健康保険組合の内容についても、事業者側と組合員側が対等な立場で協議を進めることを担保しているのですが、退職後に所得が大きく減少する労働者にとつては、任意継続保険料の値上げは大きな経済的負担となつてしまうため、規約変更には当たっては丁寧な協議を行つていただく必要があると考えます。

一部の事業所側の論理だけで規約改正が進められるということはありません。特に総合型の健保組合では、退職金や企業年金など、退職後の生活保障についても加入企業ごとに大きな格差があると思ひますし、加入者の声を幅広く集めた上で検討を進める必要があるのではないでしよ

うか。

規約の変更については、一部の項目を除き厚生労働大臣の認可が必要とされています。実際の手続は地方厚生局が行っていると思いますが、任意継続保険料に関する規約変更は一部の組合員にとつては影響が極めて大きいので、組合会の協議がどのように行われたのかについてもきちんと確認していただく必要があると思ひますが、この点について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、今回の見直しに当たりましては規約変更が必要でございます。実際に各健保組合におきまして任意継続被保険者の算定基礎を見直すためには、この規約変更と、規約変更については大臣認可も必要でございます。

現行制度下におきまして、規約変更の大臣認可に当たりましては、各健保組合に對しまして、当該規約の変更内容とその理由、あるいはその規約変更を決定した組合会の会議録の提出も求めまして、変更理由の妥当性、あるいはプロセスの適法性について確認しております。今回の任意継続被保険者の保険料算定基礎に係る規約変更に当たりましては同じようなプロセスを経ることとなります。

大臣認可に当たりましては、規約変更の理由、組合会の議決等もしっかり確認して對應してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 平成三十年の国保制度改革を受け、新たに国保の運営主体となつた都道府県そして市町村において、予防、健康づくりの取組や医療費適正化等の取組状況に應じて国が交付金を交付する保険者努力支援制度が実施されることとなりました。本格実施されてから今年で四年目となるわけですが、毎年少しずつ評価指標の内容や配点が見直されており、都道府県分については、医療費適正化の状況や法定外繰入れの解消に向けた取組など、財政運営上の取組に関する指標が重視されるようになってきていると理解しております。

そうした状況を踏まえつつ今年度の都道府県別獲得点を確認してみると、いわゆる都市圏にある都道府県では獲得点が低い傾向にあることが分かります。一方、九州地方にある県においては、予防、健康づくりに関する指標の獲得点が比較的高くなっているにもかかわらず、総獲得点数では伸び悩んでおり、必ずしも都市部に限った問題ではないことが分かります。

そこで、指標ごとの得点状況を精査してみましたが、医療費に関する指標のほか、法定外繰入れに関するマイナス配点が最終的な総獲得点数に大きな影響を及ぼしているようにも見受けられます。特にマイナス配点については、初めて導入された昨年度よりも更に拡大されていますので、都道府県にとつてのインパクトはかなり大きいものだったと思われます。

確認のために伺いますが、保険者努力支援制度について、各都道府県の獲得得点に地域差が生じている主な要因がどこにあると分析されていますでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘のとおり、この保険者努力支援制度は二〇一八年度から一十億円の予算規模で本格実施しております。

御指摘の都道府県に対する評価分の指標でございしますけれども、大きく三つございします。一つは、都道府県内の市町村の取組状況を都道府県単位で評価するもの、これは健診の実施状況、実施率等々でございます。それから、都道府県の医療費適正化のアウトカムを評価するもの、これは医療費水準そのもの、あるいはその医療費の水準の改善状況などでございます。それから三つ目が、御指摘の法定外繰入れの解消等の課題に対応する都道府県の取組状況を評価するものでございします。

評価指標につきましては、各自治体の取組がより一層強化されるように、指標の達成状況を踏まえまして、毎年度見直しを行っております。これまで、予防、健康づくり、あるいは医療費適正化のアウトカム指標について配点割合を高めて

おります。それから、御指摘のように、法定外繰入れ等についてもマイナス点を設定いたしましたので、めり張りの強化を行ってまいりました。

各都道府県の獲得点数につきましては、特にこうしためり張りを強化した指標について差が生じているものと承知しております。具体的には、医療費適正化の都道府県分の配点、全体の約三割を占める医療費適正化のアウトカム指標におきまして、年齢調整後の一人当たり医療費水準、あるいはその改善状況についての全都道府県における順位が上位か下位か、あるいは、その法定外繰入れの指標におきまして、マイナスの導入により法定外繰入れの実施の有無による得点差が付きやすいこと、こういったことが地域により差が生じている主な要因であると考えております。

○川田龍平君 次に、この保険者努力支援制度の獲得得点が上位にある県について伺います。

今年度の獲得得点では、山形、富山、滋賀、和歌山の四県が上位にありますが、昨年度においてもこの四県については全国で上位に位置していました。毎年この国の都合で指標や配点が見直され、それに対応するのは本当に大変だろうと、各都道府県の担当の方の御苦労、御心労は察するところですが、それでも良い評価を残しているのは、国保制度改革の趣旨を踏まえ、県と市町村が一体となつて必要な取組を進めてこられたからではないかと思ひます。

先ほど挙げた四県については、予防、健康づくりに関する指標はもちろんのこと、医療費適正化の指標などでも高い得点を獲得していますが、それぞれ共通した取組があるのであれば御紹介いただけないでしょうか。若しくは、これらの県の中で国として注目している取組があれば御紹介いただけます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘の獲得点数上位の都道府県、これは山形、滋賀、富山、和歌山、青森でございますけれども、こういった県では、例えば、その重症化予防等に係る取組について、都道府県指標に即した取組を行って着実に点

数を獲得しております。また、医療費適正化のそのアウトカム指標、医療費水準等でございますけれども、こういったところでも高い得点を獲得しております。

また、その予防、健康づくり以外では、先ほどございましたけれども、法定外繰入れの指標につきまして、都道府県内の市町村におきまして法定外繰入れを行っていない都道府県が高得点を獲得しているという状況でございます。こういった点が上位都道府県の状況、要因ではないかと考えております。

○川田龍平君 今回の法改正では、保険料水準の統一や法定外繰入れの解消が都道府県国保運営方針の記載事項に位置付けられることとなります。

法定外繰入れについては、先ほど述べたように、保険者努力支援制度においてかなり大きな配点がされていまして、今年度から保険料水準の統一についても新たな評価項目として位置付けられるようになりました。

法定外繰入れでの対応を考えると、保険料水準の統一についても、今後はマイナス配点も含めた見直しが行われるのではないかと推察いたしますが、国がここまで都道府県にまあハッパを掛けているか圧力を掛けている状況を踏まえると、いずれは、都道府県ごとの取組、今までの格差は出てこなくなるのではないかと想像いたします。

そうすると、やはりこの都道府県ごとの取組を評価する上で鍵になるのは予防、健康づくりということになると思ひます。現在は市町村指標の都道府県単位評価ということで、ある意味では各市町村の予防、健康づくりの努力が積み上がった結果として都道府県が評価されているということになるんだと思ひますが、今後は、都道府県も保険者の一員として各市町村の取組を後押しする努力が必要となつてくると思ひます。もちろん、今までのように各市町村の好事例を国が主導して横展開していくことも重要ですが、地方には地方ごとの特性があるわけですから、今後は地元のことをよく把握している都道府県が保険者の核として各

市町村の取組を支援していくことが重要になってくるのではないのでしょうか。

国としても、都道府県国保ヘルスアップ支援事業を創設し、各都道府県による取組を支援していると承知していますが、今後は、予防、健康づくりに関する個別の取組はもとより、各都道府県による国保ヘルスアップ支援事業の実施状況についてもよく把握し、市町村の保健事業の底上げにつなげた良い事例があれば、是非とも横展開を図っていただきたいと思ひます。また、うまくいったいない都道府県に対しては、国としてもフォローアップ体制を整えていきたいと思ひますが、こうした点について厚生労働省の見解を伺います。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘のとおり、予防、健康づくりの推進、極めて重要だと考えております。

また、中でも、その都道府県の取組にも着目をしていただいております。例えば、その全国国保の主管課長会議等の場を活用いたしまして、予防、健康づくりに関する都道府県等の取組の好事例も御紹介し、横展開を進めております。例えば、大阪府では府単位で健康づくりのプラットフォームの支援事業を行っておりますし、京都府におきましては市町村、大学と連携したフレイル予防の効果検証事業等を行っているなど、どの事例もございします。

また、仕組みといたしましては、令和二年度から、保険者努力支援制度におきまして、新規に五百億円を増額いたしましたので、予防、健康づくりの事業費として交付する部分、これ二百億円、都道府県、市町村が両方とも対象でございますけれども、こういった事業費の部分と、事業費に連動した指標に基づき配分する部分三百億円、合わせて五百億円を交付金として交付する仕組みも設けまして予防、健康づくりの強化を行ってきたところでございます。

こうしたその仕組みも活用しながら、自治体の取組状況、今、遅れているところをフォローとい

うお話もございましたけれども、全都道府県横目で、全体俯瞰しながら、取組内容がしっかり進むように、助言、事例の横展開等につきまして国としても後押しをしていきたいと考えております。

○川田龍平君 このワクチンについて聞きますが、新型コロナウイルスのワクチン接種をめぐっては、接種予約に関するトラブルや打ち手不足など、様々な問題、課題が指摘されているところで、特に集団接種会場では、接種前の予診に時間が掛かるとか、予診のための医師の確保が課題として指摘されています。そこについても、今、予診において薬剤師が投薬歴をチェックしたりですとか、それから臨床検査技師や救命士も接種可能となるように、ワクチンをめぐった厚労省の検討会の昨日の報告などもありましたけれども、本当にこの問題については、本当にこの薬剤師の人たちをうまく活用できるかどうかということも課題となっております。

私はちょっとそれについてもいろいろ意見がありますが、この点、東京都小金井市では、接種希望者がそれぞれ個別の病院や診療所で接種を受ける個別接種を重点的に進めることで、市内の六十五歳以上の高齢者のうち、三〇％を超える方が既に一回目の接種を終えています。

なぜこのようなことが可能かというと、かかりつけ医が中心となつて接種を行っているからです。かかりつけ医による個別接種については、このちまたでももう練馬区モデルということで紹介されることも多いわけですが、小金井市では、いつもの定期的な診察を受けに来て、そのときにワクチンも一緒に打つ方が多いようです。ゼロからの予診ではなく、アレルギー歴や常備薬も常に把握できており、かかりつけ医が予診を短時間で確実に済ませることで速やかにワクチンの接種に入ることができるんです。

一般的には、集団接種の方が効率よく接種を行うことができると思いますが、小金井市は個別接種が中心にもかかわらず接種が非常に進んでいる自治体です。予診に掛かる時間を減らせるこ

と、信頼関係のある中で接種が行われることなど、かかりつけ医による個別接種には接種を行う医師、看護師、患者、双方にとってメリットがあります。

こうした小金井市のかかりつけ医を中心とした個別接種の取組について、厚労省の見解を伺います。

○政府参考人(正林督章君) 今回のワクチンについて、個別接種あるいは集団接種、様々なやり方があると思うんですけど、それぞれ長所、短所あるかなと思っています。

集団接種は、一般的に、一つの場所で一度に多くの対象者の方に接種することが非常に効率的にできるとか、それから多くの集団接種会場、例えば体育館のような広いところを使ってやっていますので、接種後の十五分間の観察とかそういうスペースが取りやすいとか、そういったメリットがあります。

個別接種の方は、そういうメリットはない一方、御指摘のように、ふだんからかかりつけの先生が診ていたりしますので予診が取りやすい。特にインフルエンザのワクチンとか、通常個別接種でやっていますので、ほかのワクチンなんかでもふだんやり慣れているというのもあるかと思えます。また、個別接種、御指摘の小金井市なんかは五十ぐらいの医療機関に御協力いただいているということなので、その意味では、かなり数多くの医療機関に効率的にやっていたいていいるのではないかとは思っています。

ただ、いずれにしましても、各市町村によって状況が相当異なるかと思っています。医療機関の数、いわゆる地域資源の状況とか、それから人口の分布、それから交通手段とか、あとディープリザーの配置場所、そういったもろもろの要因がそれぞれの市町村で異なるかと思えます。

政府としては、そういう集団接種あるいは個別接種や訪問接種、あるいはその両者を組み合わせたいような、そんなやり方についてお示しして、各自治体で最もやりやすいやり方で進めていただい

たらというふうに考えております。

○川田龍平君 今朝のこれ朝日新聞によりますと、接種の予診票の質間で混乱が起きているというところで、かかりつけ医に相談という項目を厚労省が削除へと、これ五月二十八日付けで自治体に連絡したということですね。何か、もう今のワクチン接種がスピード重視になってきていて、安全という面がどんどん何か削除されているんじゃないかという気がするんですね。ここはやっぱかかりつけ医にちゃんと確認してもらってやるということを、スピードがおそろそになるからということでの安全のところを削除していくという、ちょっとすごく何か良くないことになっていくんじゃないかと。

だから、集団接種も結局、時間的には少しの間は診るかもしれないですけども、その後家まで帰って何かあったときに、時間が掛かってから副反応が起きたときに、かかりつけ医だったら家の近くなわけですから、家の近くのその病院にまた何かあったということて言いやすいわけですけど、集団の大規模接種になった場合にそういったことも言いにくくなるわけですし、そういった意味でもやっぱりちょっと僕は個別接種の方がいいと思っています。

小金井市のケースを見ると、かかりつけ医が地域で果たす役割の重要性が分かるかと思っています。しかしながら、このかかりつけ医について、かかりつけ医がいると回答した方は、内閣府の調査では全体の五二・七％、十八歳から二十九歳では二八・六％、厚労省の委託調査では、約四五％の十八から四十四歳の場合には三〇・七％となっています。このように、特に若い世代ではかかりつけ医がないという現状があります。

なぜかかりつけ医がないのか。特に若い世代では、その理由として、かかりつけ医の必要性について考えたことがないから、何のためにいるのか分からないためとの回答が多くを占めています。当然、病気をすることが少ない若い世代であれば、医療に関わる機会も少なく、余り考えるこ

とがないということもあるでしょう。しかし、この原因には、かかりつけ医が非常に漠然とした存在であるということも大きな理由の一つであると考えます。

例えば、医師会の定義では、先日もお話ししましたけれども、健康に関することを何でも相談でき、必要ときは専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこととされています。これを聞いただけでどんな医師がかかりつけ医なのかすぐに判断できると思いますが、例えば皮膚科の医師とか眼科の医師とか、特定の専門領域の医師がかかりつけ医と言えるのかと思います。

そこで伺いますが、医療法の審議でもお聞きしましたが、厚労省として、かかりつけ医に関する定義をしていない理由はどこにあるんでしょうか。コロナ禍においてかかりつけ医の重要性が再認識されたわけですから、その定義や在り方を検討し、国民に理解を促す必要があると考えますが、厚労大臣の御所見を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) 今委員おっしゃられましたとおり、かかりつけ医というものの定義、法的に定めているわけでもございませんし、そういう意味では、関係者においても様々な考え方があろうのであります。かかりつけ医、定義付けするというのは、かなりいろんな関係者の方々の意識というものを統一していかなきゃならぬのだというふうに思いますが。

一方で、そのかかりつけ医制度自体は、国もこれは推奨しているんですね。私もこれ非常に分かりづらい、かかりつけ医自体の定義がないのかかりつけ医制度って何なんだというふうに思うわけですが、要は、今委員がおっしゃられたようにですね、あっ、ごめんなさい、機能ですね、かかりつけ医機能、ごめんなさい、機能ですね、かかりつけ医機能、ごめんなさい、機能をですね、何を言っているかという、要は、継続的に診療横断的に診療していただく、場合によってはほかの医療機関等々に紹介いただくみたいな、そうい

ような機能をもつて仕掛け医機能というふうに言っているわけでありまして、その機能自体はこれは非常に重要なものであるというふうに思います。

ただ一方で、言われたとおり、じゃ、眼科や皮膚科やどこかのかかりつけ医で分らないものをどうするんだというところで、厳密に言うと、非常に、英国のGP制度みたいになっておりませんのでそこら辺のところは難しいということでありますが、ただ一方で、我々としては、そのかかりつけ医機能というのはこれはしっかりと活用をしていく必要があるということで調査研究事業をやっております、こういう、あつ、調査・普及事業をやっております、この中で、いい事例、好事例等々、こういうものを横展開はしてまいりたいというふうに考えております。

○川田龍平君　ありがとうございます。

野党からも、このかかりつけ医制度について、かかりつけ医のこの法案を提出したいということまで準備をしています。

これ、新型コロナウイルスのワクチン接種の際に、このかかりつけ医がいなかったために接種の予約をしたくても難しいという方がいらつしやると伺っています。また、自分がかかりつけ医だと思っただけでも医師の方はそうは思っていないというケースもあるようです。さきに紹介したとおり、日頃から健康状態を把握してくれているかかりつけ医がいれば、ワクチン接種のための予診などを原因とする接種の遅滞も起こらず、迅速なワクチン接種が可能だったのではないのでしょうか。

高齢者の方の中には、病院にかからないことがある種の誇りとなっている方もいると思います。加えて、予防、健康づくりが推進されている現在では、以前の同世代と比べても健康で、病院にかかる必要がないと考える高齢者が増えていることも考えられます。しかし、地域で健康に暮らすには、日常的に健康状態を把握してくれる人、気軽に健康に関する相談し、解決に結び付けてくれる人がいる方が高齢者の方にとってより安心できる

のではないのでしょうか。

健康であるうとなかろうと、自分の健康状態をしっかりと把握してくれているかかりつけ医を持ち、そこで定期的に診察や健診を受ける重要性について厚労大臣の認識を伺います。

○国務大臣(田村憲久君)　先ほど申しましたけれども、そのかかりつけ医機能というものは非常に重要だというふうに思っております。定義が、先ほど来なかなか難しいということがありますが、ただ、そういう中においても、かかりつけ医機能を、何といいますか、普及していくために、研修でありますとかそういうものに関しては、総合確保基金等々で資金の手当てをさせていただきながら対応させていただいておるということであります。

いずれにいたしましても、厚生労働省も、上手な医療のかかり方という、そういうようなキャンペーンを張っております、そこはまさに、かかりつけ医機能というものが非常に重要であり、その中において、特に高齢者の場合は慢性疾患を抱えられている方が多いからこそかかりつけ医機能というものが非常に重要になってくるわけでありますが、若い方々も含めて、そういうかかりつけ医機能というものをしっかりと活用していただくべく、我々、これからも普及等々を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　かかりつけ薬局というのもあります。本間にそういった、その薬局も、これ薬剤師の人も、医師ではなくてもそういうかかりつけ的なやつぱり役割を担える人というのはいえると思えますし、それから、私は、やつぱり鍼灸師さんとか、何かもつと東洋医学的な、本間にふだんから体全体を診れる人というのがやつぱり必要じゃないかなと思っておりますので、本間に、この分化された西洋医学的なところよりも、何かもつと全体、体全体診れるような人がそういうった機能を担えるようになっていくことも必要ではないかと思っております。

次の質問に行きます。

本法案については、大臣からの趣旨説明にもあったように、少子高齢化が進む中で医療保険制度の持続可能性をどう確保していくのか、その一点が議論の中心になっていると解しています。

この課題に関しては、コロナ禍の中で加速している少子化にどう対応していくのか、そして、健康寿命を延ばすことにより生涯現役社会をどのように実現していくのか、この二つの目標への対応策が大きな鍵になってくると思いますし、与野党問わずに真正面から取り組んでいかなければならない課題だと思います。

他方、医療費増は必ずしも高齢化によるものだけではないことには留意しなければなりません。厚生労働省においても来年度の医療費の伸び率についての要因分析を行っていますが、人口変動の影響、高齢化の影響、診療報酬改定による影響を除いたその他の要因が令和元年度においても最も大きな数字となっています。

このその他の要因については、特に医療の高度化が最も大きな影響を与えているものと考えますが、近年の医療費増について、高齢化以外による影響としてどのようなものがあるのか、医療の高度化の内訳も含めて改めて厚生労働省に御説明いただければと思います。

○政府参考人(濱谷浩樹君)　御指摘のとおり、新型コロナウイルスの感染症の影響を受ける前でございまずけれども、医療費全体はおおむね二％程度の伸び率で推移しております。

この伸び率の要因は、御指摘のとおり、高齢化の影響、あるいは人口増減の影響、それから診療報酬改定などのほかに医療の高度化等がございまず。この医療の高度化等の内訳、詳細にはございまずせんけれども、例えば新しい治療方法あるいは新薬の開発などが含まれているものと考えております。

○川田龍平君　ちよつともう次の質問に入ると時間がなくなつてしまいうので、大臣、是非これ今の、やつぱりこの新型コロナウィルスに対する今の対応について、やつぱり先ほどの総理の答

弁聞いていてもやつぱり十分に国が守ってくれると思えない、やつぱり今の政府を信頼していないということが、マイナナンバーカードについてもそうですけれども、やつぱり信頼に足る政府じゃないことがやつぱり国民が不安に感じる大きな要因だと思いますが、そのことについていかがお感じですか。

○国務大臣(田村憲久君)　そのワクチンの確保、それからワクチン接種の体制整備をとつても、我が国、政府だけではなくて、地方政府も含めて協力をしながら今体制の整備を取らせていただいております。

おつしやるとおり、なかなか捉えどころのないウィルスで、変異も繰り返しますので、そういう意味ではこれぞという決め手がなかなかない中で、国民の皆様方に接触を避けていただきたいというような漠然としたお願いをしてきたわけでありますが、今、ワクチンというもの一つあります。もちろん、このワクチンもどういう変異の下でまた無効化されていくかどうかというのは分からないわけでありまずけれども、取りあえず今のところの変異の下においてはワクチン有効だということでございますので、まずはワクチン接種をしつかり進めて、国民の皆様方の日常生活が取り戻せるべく我々としては努力してまいりたいというふうに思っております。

○川田龍平君　このワクチンの接種率というのはどの程度行けば効果があるとお考えですか。

○国務大臣(田村憲久君)　集団免疫の議論ですと、六〇％、七〇％なんという議論はありますが、今我々は、その集団免疫という概念よりかは、まずは重症化予防、そして発症予防、こういうものは、もうこれはエビデンスあるわけでございますので、そういうものでワクチン接種いただいて、重症化されないというようなことで、まずは国民の皆様方にこの新型コロナウィルスに立ち向かえる、そういうような対応をさせていただきたいというふうに考えております。

○川田龍平君　ワクチンに対するやつぱり副反応

については僕はずっと心配しておりまして、初めて人間に打たれているということでもありますし、やっぱり本当になかなかマスコミの報道では副反応の数字とかは出てきませんけれども、やっぱり国民大変不安に思っているところもあります。

それから、本当にこのワクチンについてだけではなくて、先ほど総理大臣はワクチンが切り札だと言っていましたけれども、私は治療薬もあると思うんですね。治療薬の開発ですとかそういうこともある中で、やっぱり十分な国としてやるべきことができているのかと。やっぱり国内のワクチン開発ですとかもつとやるべきことたくさんあるはずなのに、やっぱりもうワクチン接種だけみたいなことでやっぱりやっていることというのは、それもオリンピックのために必要になっているのがやっぱりおかしいんじゃないかと。

本当に国民の命や健康を守るための施策として様々方策ある中でいろいろやっぱりやっていたべきだと思いますので、よろしく願います。

梅村聡君 日本維新の会の梅村聡です。先ほどの総理の質問に続いてということなんですけど、先ほど川田委員からも話のありましたワクチンのその接種率の話をちよっと最初したいと思うんですけども、七月末までに各自自治体が六十五歳以上の方の接種はもうできるだけ終わるようというところで今計画を立ててやっているんですけども、これ、各自自治体は、七月末までに終わつたという問題があると思うんですね。

というのは、例えばその町に六十五歳以上の方が一万人おられたと。だけど、打ち終えた方が例えば七千人だったと。じゃ、これは本当に打ち終えたのかどうなのかというのはこれよく分からないんですけども、まず、厚労省として、その六十五歳以上の方が何%ぐらい接種されるということとを前提で今計画とか施策とかを進めておられるのか、想定のパーセントというのがもしあるん

だつたら教えていただきたいんですけども、いかがでしょうか。

○政府参考人(正林督章君) 今回のワクチンの接種については、国民の皆様が自らの判断で受けていただく、そういうふうと考えております。六十五歳以上の高齢者の方のうちどのぐらいの割合の方が接種するかということについては、御本人の希望が前提ですので、具体的に何%といった想定をしているわけではございません。希望する方々ができるだけ速やかに接種できるように体制の構築に取り組んでいるところでございます。

○梅村聡君 そうすると、想定のパーセントは今用意されていないということだと思ふんですけども、たまたま私、地元でこの間、喫茶店で隣の席に、多分七十歳ぐらいの方ですね、座っておられて、ワクチン談義をされていまして、てっきり今の時期ですからどうやって予約を取つたのかという話題やと思つていたら、横で聞いていたら、あんだ、打つんか打たへんのかという議論なんですよ。

ということは、これから二ニュースとかテレビとかいろいろな情報、厚労省から出される情報とかいろいろ聞かれながら、打とうという気になられる方もおられるでしょうし、もうちよっと様子を見たいという方もおられるかと思うんですけども、じゃ、例えば、各自自治体の立場になれば、今、三千六百万人おられるわけですね。で、七月末で例えば二千六百万人が仮に打ち終えたとして、残りの一千万人の方が、打ちたくない、打ちたくないというのか、打たないというためにまだ打っておられないのか、それとも、本当は打ちたいんだけど、予約とか、かかりつけの先生のところでまだワクチン製剤がないから打てないのか。

だから、打たない人なのか打てない人なのかという、この見分けけというのはこれからどうしていくものなのかということですね。それによってその自治体も、次、じゃ、一般の方へ接種移行していこうかということの目安になると思うので、

この打たないのか、到達できていないのかというのは、これどういうふうにあプローチしていくということを想定されているんでしょうか。

○政府参考人(正林督章君) 今回のワクチンの接種、接種を加速化して、まずは七月末を念頭に、希望する全ての高齢者への接種を完了するように取り組んでいます。また、今月中をめどに、高齢者の接種の見通しが付いた自治体から、基礎疾患がある方も含めて広く一般の方にも順次接種を開始していくとともに、あわせて、職場とか大学での接種も進めていくというふう考えています。

まさに、高齢者の次は基礎疾患の有する方々ですけれども、まず先行予約接種、まあ先行予約接種を開始するわけですが、そのタイミングについて、例えば高齢者の接種の予約が埋まらなくなつたタイミング、それから、接種実績などから高齢者の一回目の接種が一定程度進んだと考えられるタイミングなどは考えられます。そういったことをもう既に実際にはお示しをしております。

引き続き、接種を希望する全ての方が一日も早く接種できるようにしっかりと取り組んでいきたいと考えています。

○梅村聡君 是非そこはきめ細かくまた計画立てていただきたいと思ひます。

やっぱり最終的にアプローチできない方というのは、例えばお独り暮らしの方とかですね、あとはお独り暮らしの中でも認知症があらわれる方とか、そういった方々がどつちの立場でおられるかということ、これをまたきめ細かくきちつと対応していただければなというふうに思います。

それからもう一つは、今第四波と言われている。新型コロナウイルス感染症第四波と言われている場合に、いわゆるクラスターですね、これクラスター何件ぐらい今第四波の中で生じていて、昔、飲食店とか、それから学校、介護施設、いろんな力テグリーありましたけども、ちよっとその内訳を第四波に限ってちよっと教えていただければなというふうに思います。

あわせて、感染経路不明者の割合、これ自治体で発表よくされていますけども、これも第四波、あるいはそれ以前含めて、感染経路不明者の割合というのが今どうなっているのかと、これちよつと教えていただきたいと思ひます。

○政府参考人(正林督章君) 厚生労働省では、自治体のプレスリリースなどを基に、同一の場で二名以上の感染者が出たと報道されている件数を力ウントしています。

四月以降の件数として、四月五日から五月の三十一日時点での集計では、合計が二千七十九件。その内訳ですけれど、医療機関が二百五件、福祉施設で五百九十七。この五百九十七の内訳としては、高齢者の福祉施設が四百三十八、障害者福祉施設が四十四、児童福祉施設が百十五です。それから、飲食店、三百五十四件です。それから、その他は九百二十三件ですが、その他の内訳として、運動施設が五十四件、学校教育施設で三百九十九件、企業などで四百五十二件、あと、その他施設で九十八件となっております。

それから、感染経路不明者の割合ですけれども、二月以降四〇%前後で推移していましたが、三月以降増加傾向となり、四月以降は五〇%前後の横ばいで推移しています。直近、五月二十八日公表時点では五〇・三%となっております。

○梅村聡君 ありがとうございます。

今お聞きしたデータでいきますと、今まで時短要請とかそういうことで飲食店中心の対応をしてきたんだと思ひます。飲食店の割合というのが、今お聞きしたら二千七十九件のうちの三百五十四件ということですから、実はこれ、飲食店を上回るところが結構あるわけなんです。割合としては、一つは、今、福祉施設、中でも高齢者施設は飲食店よりも上に行っていますし、それからあと、学校とか職場というの、これも飲食店の上に行っているわけなんです。だから、そういったことから考えると、これはよく言われていると思ひますけども、飲食店中心の対応というのをどうしていくかという話があると思ひます。

飲食店に関してもこれ二つ考え方があって、一つは時短要請が効果を出したという考え方もありますし、あるいは飲食店はやっぱりそれだけの感染防止対策が進んだという考え方もあると思いますね。やっぱり飲食店が一番アクリル板がある可能性とか、あるいは空気清浄機も含めてそういうものも非常に設置されている割合高いように思っていますので、この辺の分析というのを実はこれからしていかないと、第五波があるかどうか分かりますけれども、分析を同時にここやっていかなければいけないんじゃないかなという認識であります。

じゃ、その認識という中で、先ほど厚労大臣、

答弁の中で、飛沫、言葉ちよつと私、思い出しますが、飛沫感染という言葉とマイクロ飛沫という言葉とそれからエアロゾルという言葉と、三つ出てこれたと思うんですけども、これ、エアロゾルって、ちよつと日本語に直すと空気感染という訳の、する場合もあるんですけども、これ、今回の新型コロナウイルスで、結局、飛沫感染はあるということとは、これはもう分科会の中でも言われています。そうすると、あとマイクロ飛沫という言葉と、それからエアロゾルということ、ここは感染経路としては、分析としては今どうなっているんでしょうか。つまり、エアロゾル感染というのは一般的に起こるという話になっているのか、それとも確率は低いけど起こるという話になっているのか。

ちよつと、今おっしゃったそのエアロゾル感染とマイクロ飛沫という、この辺りの今の分析の現状ですね、感染経路としての現状をちよつと教えていただきたいと思います。

○政府参考人(正林督章君) 飛沫あるいはマイクロ飛沫 エアロゾル、それぞれ明確な定義というのはまだ存在しないかなと思います。よくマイクロ飛沫というのは五マイクロ未満とか言われていますけど、どこまでちよつとオーソライズされたものなのかというのはよく分かっておりません。WHOのホームページでは、ウイルスは感染者

がせき、くしゃみ、会話、歌、呼吸をしたときに口や鼻にある小さな水分の粒から広がり得るもので、こうした水分の粒は、せきやくしゃみなどで生じる比較的大きな飛沫から小さなエアロゾルまで幅があるというような記載がございます。その上で、飛沫を介した感染については、現時点のエビデンスでは、主にウイルスは近距離、典型的には一メートル以内での接触で広がっていると示唆されており、加えて、エアロゾルは長時間空気中にとどまり一メートル以上広がることから、換気の悪い場所や密集した室内に長時間滞在した場合にもウイルスが広がり得ることなどが記載されています。

御指摘の飛沫の大きさごと、飛沫、マイクロ飛沫、エアロゾル、それぞれのその感染の割合とか確率とか、それを分析するというのはそう簡単ではないと思います。私どもとしては、恐らくそういった感染経路はあるんだろうなと。大原則である換気をしっかりと三密を回避とか、そういったことを最新の知見を得ながら普及啓発していくことが大事かなというふうに思っています。

○梅村聡君 科学的に決めるということではなくて、厚労省としてそれを想定どれぐらいするかということだと思ふんですよね。

例えば、さっき、感染経路不明者が二月までは四割だったんだけど、それ以降五割をちよつと超えてきたということがありますけど、これも分析の仕方がいろいろあると思うんですね。一つは、追跡調査をしてもなかなか答えてもらえない方が増えたという、こういう要素は一つあるかもしれないですね。これが私が想像で言っていますけれども、

あるいは、今までは飛沫感染が中心だったの、飛沫をした可能性のある人だけを追っかけて、飛沫を受けていない人は、この人は分からないという方に入っていたかもしれないけれども、もしエアロゾル感染があるとすれば、今までだったら電車に乗ったということはそれほど重要視していなかったと思うんですね。どこで誰と会いましたか、どこで食事をしましたか、何分以上話

をしましたか、これ飛沫感染の考え方だと思ふんですけど、その後、電車に乗りましたと、あるいはトイレの個室に入りましたと、そこにエアロゾル感染だったら何時間か浮遊しているわけですよ。だから、エアロゾル感染というものが本当に厚労省としてどれぐらいの割合で考えるかによって追いかける方が変わってくると思います。

あるいは、この部屋も、いつも昼休み前に委員長が換気のために窓を開けますということも何となく言われているけれども、これ、エアロゾル感染があると思って開けているのか、そうじゃなくて、我々これだけしゃべっていますから、この飛沫がちよつと乾燥してちっちゃい粒になって床からもう一回上がるんだというので言っているのか、そのところをきちんと判断しないと。

それから、PCR検査の範囲だって変わってきますよね。感染経路不明者の割合が上がってくるものが、追いかける方の問題なのか、それとも何をもって接触したと考えるかによってちよつと変わってくると思うんです。そうすると、エアロゾルがもしあるとすれば、これはPCRの範囲というものは相当広げないといけないということになると思いますので、是非これ、分科会の先生方含めて、その今おっしゃった飛沫と、マイクロ飛沫と、そしてエアロゾルと、この考え方をどう位置付けていくのかということ、これ少しやっぱり時間を掛けてやっていただきたいなと、これは私からの要望としてお願いをしたいと思っています。

それでは、ちよつとこれに関連して田村大臣に、飲食店の話なんですけれども、これも基本的には飛沫感染ということで、今まで、時短営業とか、それからお酒を提供しないでくださいと、緊急事態宣言下ではこうやっていったんですけれども、これ、一人飯とか一人飲酒ですね、余り一人飲酒で騒ぐ人っていないと思うんですね。それはそうやと思います。しゃべる相手がいないわけですから、中にはおられるかもしれません。

だから、私、やっぱり飲食店、あるいはいろいろなその先の御商売ありますね。例えば、食材を卸

している会社の皆さん、それから魚や野菜の産地の方々含めて、やっぱりこれ、仕事を継続してもらうということが僕はすごい大事なことで思っています、そう考えると、私は、いわゆる一人飯ですね、それから一人飲酒、これに関しては、ある程度データ見たら、それで感染した方ってほとんどいないよというのとは分かんと思うんですけども、そこだけ時間要請とか時間短縮ではなくて、そういう食事や飲酒の様式によってこれ緩めていくということ、これは考えられないんでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) まず最初に、そのマイクロ飛沫の話、私が申し上げたんですが、私はもう以前から、医療行為のマイクロ飛沫ではなくて、しゃべっている中でマイクロ飛沫は感染源であるだろうなと。それはなぜかって、それは、私、大臣になる前から、換気をやってくださいというのほまさにそこなんだろうと。ですから、換気をするということは、ある程度の時間空中に浮遊しているということが前提になっていますので、その意味ではやっぱりマイクロ飛沫的なもので感染することがあるだろうなというふうに思っていましたし、最近ではやはり尾身先生もマイクロ飛沫のことをおっしゃられます。

いずれにいたしましても、まだエビデンスがはっきりと分かりませんので、それはどういうやり方がいいのかというのはございますけれども、しっかりと検証していかなきゃならないなと。これ、またアドバイザリーボードの方でもお聞きをさせていたいただきたいというふうに思います。

それから、一人で食事をする、孤食といつとき言われましたけれども、基本、本場に、ラーメン屋さんで、一人で行って、あれがあつて、アクリル板があつて、一人で食べているだけなら多分感染リスクというのは、しゃべりませんからね、ないんだらうと思うんです。息吸っていつつというエビデンスは今のところ僕は聞いたことないんで、何かやっぱりしゃべる飛沫なんだと思うんですけども。

すると、お酒になったときどうなんだという話なんですよ、お酒、今言われた。基本的に、テール型でお酒で飲むというの、それは中にはあると思いますが、やはり複数人で行ってお酒飲みますから、結果的にはそこで騒ぐわけですよ。孤食というか一人で行くというのは多分

カウンタミみたいなイメージなんだと思いますけども、やっぱりそれでも隣のお客さんと仲よくなったり店のおやじさんと話したり、一人で余り黙々と何にもしゃべらず長時間酒飲んでそこでというの、まあ中にはおられますけども、やはり顔なじみの店に行つてという話になるわけであり

ますので、お酒が出るというのはなかなか我々としては、そういうところで、今この現状ですよ、今お願いをして、お酒出さないようにというお願いをしているわけでありまして、それを緩めると

いうのは現状ではなかなか我々としてはお願いはできないなというふうに認識いたしております。○梅村聡君 これは是非検討していただきたいと思

います。一人で食事をしたり一人で酒飲んでいる人が少ない感染のリスクが高いとは僕は思えないんです。それはいますよ、時々、一人でも暴

れてはる人。だけど、それは飲み方の問題であつて、店に入つてくるときにお一人様だったら、飲食

食だったら夜遅くても構いませんよ。同じように、一人で入つてこられたら、暴れなければそれは一人で飲んでもうてもいいんですよ。それは

はマスク会食とかそういうものと私は一緒だと思

うんです。だから、いつまでも時間で区切るとかお酒だったら駄目とかじゃなくて、私は、一人飯、一人飲酒だったら、これは一人で静かにやつてくださいということでは認めるべきだと私は強く思います。すき焼きでもできるんですからね、一人でね。まあそれはいいことなんですけど。そういうことを是非考えていただきたいなというふうに思います。

診、これは本来、健診を受けた後、事業主に返すものなんですけども、それを保険者にも渡すようにしていこうと。そのために、個人情報保護法を乗り越えるために今回立法の中で、改正案の中で整備していこうということだと思ふんですけども。

これ、昨日の参考人の方にもお聞きしたんですけども、四十歳未満の方の事業主健診の結果は、被保険者に対してどういう事業をやっていくということ、これを具体的に想定されるのか、被保険者にどういうメリットを与えることができるのか、これ今厚労省が想定している内容を教えて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。保険者でございますけれども、四十歳以上は法定で特定健診、特定保健指導を行っておりますけれども、多くの保険者で四十歳未満の若年層を対象とした生活習慣病健診を実施しております。その健診結果に基づいて、生活習慣の改善とか発症予防を目的とした保健指導や受診勧奨なども行っております。

今回の、事業主健診情報を保険者に提供する、集約するというところでありますけれども、保険者がその健診を改めて実施せずに入入者の状態に合った保健指導を行う、あるいは、そのレセプトを確認して所見のある未受診者に対して受診勧奨をする、こういったことを通じまして早期の予防、早期からの予防、健康づくり、重症化予防といったことを行うことを想定しております。

○梅村聡君 ありがとうございます。

今お話を聞いていたら、その内容で極めて特定健診に似ていますよね、生活習慣病の重症化予防とかそういうことですから。そうすると、今回のこの制度でもいいんですけれども、もつと言え

ば、四十歳未満の方にもいわゆる特定健診ですよ、今四十歳以上でされている、それを広げていくという議論をしていく方が私は骨太な政策になるんじゃないかなというふうに思ひます。ちよつと、今回、事業主健診を保険者に渡すつてだけ

なるから、メッセージとしてちよつと何をするのかなと思ひますので、是非、四十歳未満の方の今の特定健診に当たるものを、じゃ、実際今後どうしていくのかということは継続的に是非検討していただきたいなというふうに思ひます。

それからもう一つは、そうやって保険者にデータが行くんですけれども、もう一つの流れとして、事業主から直接渡す場合と、健診実施機関

が、これが代わりに保険者に送ると、データを送ること、これもできるようなにはなっているんですけれども、これ、仮に健診センターに行つて自分が健康診断を受けると、そのときに、健診センターに対して、これ保険者にはちよつと送らないでねということをもし受診者が言つた場合です

ね、事業主に対してはそれ言つても送るといふことですけど、健診実施機関からすれば、それどうしたらいいのかなと、これ非常に難しいと思ひます。

それから、健診実施機関も、これ七番と八番、一緒に質問にもうまとめてしますけれども、コスト掛かるんですよ。自分たちが健康診断した後

にそのデータを実際に保険者に送るといふのは、これコスト掛かりますけれども、このコストは健診実施機関がかかるのか、それとも事業主が頼むことだから事業主がそのコストをかぶるのか、あ

るいはデータもらうのは保険者なんだからそのコストは保険者が持つのか、ちよつとこの辺りもどういう整理になっているのか、ちよつと七番、八番まとめてお答えをいただければと思ひます。

○政府参考人(濱谷浩樹君) まず、データの提供の関係でございます。

個人情報保護法では、あらかじめ本人の同意を得ないで個人データを第三者に提供してはならない、その例外として法令に基づく場合を定めております。

今回は、もう御指摘のとおり、四十歳未満の事業主等の結果に、健診等の結果について、保険者の求めがあつた場合の事業主等から保険者への提供義務を法律で規定しているということでありま

して、そういう意味では、その法律上の本人、法律上、本人同意は不要となります。このため、その健診実施機関につきましても、保険者から事業主健診等の結果の求めがあれば、法律上、本人同意の有無にかかわらず保険者に当該結果の提供を行うこととなります。

ただ、提供機関との関係はそういうことですけれども、今回の提供に当たりましては、当然、例えば保険者が事業主健診結果の取得をするということについて、データヘルス計画の中に盛り込むなどで事業主、被保険者の理解を得ながら、協力しながら進めていくとか、あるいはその保健事業として取り組む内容を始めといたしまして、健診データをどう活用して、どのように被保険者、労働者の予防、健康づくりにつなげていくのかとか、保険者、事業主の連携の下に丁寧に周知、理解を得ることが必要だと考えておまして、実際の提供に当たりましては、保険者と事業主との間で密接に協議、調整することが必要であると考えております。そういう意味では、その運用面の詳細については今後関係者間で丁寧に議論したいと考えております。

あと、そのコストでございますけれども、四十歳以上の特定健診、まず特定健診につきましては、保険者が労働法に基づいて行われるその事業主健診等の結果の提供を受けた場合は特定健診を行ったものとみなすということでありまして、そういう意味では、特定健診の実施に係る費用を代わつていただいているというような形でありまして、事業主等から保険者への情報提供に要した費用については最終的には保険者の負担という扱いになっております。

一方、今回の見直しによる四十歳未満の特定健診、あと四十歳未満の健診情報の提供につきましては、特定健診と異なりまして、保険者に実施義務を課されているものではないということで、保険者の判断で提供を受けるものであります。そういう意味では性格が違いますので、現時点でその費用負担の在り方決まっております。

今回、事業主健診を保険者に渡すつてだけ

なるから、メッセージとしてちよつと何をするの

かなと思ひますので、是非、四十歳未満の方の

今の特定健診に当たるものを、じゃ、実際今後ど

うしていくのかということは継続的に是非検討し

今後、費用負担の在り方を含めた運用の詳細について、関係者間で丁寧な議論しながら決定してまいりたいと思います。

○梅村聡君 健診実施機関というのは、非常に大規模なところ、データを送ることに慣れている機関もあれば、ほんの少しだけ健診をして初めて今回送るところも恐らくあると思いますので、その辺り、きっちり厚労省として整理をしていただきたいなと思います。

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。

○足立信也君 国民民主党の足立信也です。

今日は法案以外にコロナで一問用意していたんですが、朝のちよつとニュースで気になったので、ちよつと通告していませんけど、WHOが変異株の名称、呼び方を変えると。国名が入っていますから、その配慮があるんだろうと思いますし、例えば、今イギリス型と言っているのはアルファ、南アフリカがベータ、ブラジルがガンマ、インドがデルタと。これを見ると、まだまだ続くんだろうなという前提があるんだと思うんですね。それと、やっぱり国になってきて、その国でまた別のができた場合どうするんだというのもあるんだと思いますし。

そこで、私は、田村大臣が大臣になられてからは、去年の予防接種と今年の特措法と感染症ですかね、二回ぐらい質問していると思うんですが、去年の一月二十八日の政令でこの新型コロナウイルス感染症というものについてはどういう定義をしたかという話なんです。これが、「令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限り」というふうになっているんですよ。この政令を做って、その後、いわゆる特措法、それから予防接種法、検疫法、感染症法、全部この定義になっているんですね。

でも、今年の二月、特措法と感染症法を改正したときに、法律を変えて、そして、この大本になった政令を廃止しましたですよ。大本になっ

た政令を廃止したのに、ほかの法律、定めた法律はそのまんま残っている。

今年の審議のときも大臣に言いました。これは極めて限定的で、国名も入っている。変異が二週間に一回、塩基配列のこの変異、今の呼び方は、古川さん、またいないけれども、古川さんと、古川さん以外の方は呼び方違いますよね。その塩基配列がどの場所にあつて、そこがどう変わっているということですよ、遺伝子の中で。それはそれなりに意味があることなんです。ただ、意味があるんだけれども、さっき国名の問題とか、今度、意味のない言葉に変えるわけですよ、アルファ、ベータ、ガンマ、デルタというふうにですね。話、元に戻します。これはもう二週間に一回変わるものが分かつていて、次々に変わっていつて、最初に中国からWHOに報告されたものに限り、もうちよつと変わったものだから、トランプさんみたいにチャイナバイラスと言ったり、麻生さんみたいに武漢ウイルスと言ったりするんだろうと思うんです。それが今の、この今回、呼び方変えるということになったと思うんですね。

そこで、もうそれを定めた一番最初の、去年の一月の政令を廃止されました。だとしたら、ほかに残っている法律でちゃんと、やっぱり、中国から初めてWHOに報告されたものに限りというのは、やっぱり私はいずれ改正しておかないといかないんじゃないかなと思うんです、改めて。一度これは法案の審議のときにも聞いたんですけど、でも、やっぱりこれ、WHOが今日のニュースでそう言っているの、やっぱり限定的に捉えられるという、例えば、ちよつと話が長くなっ済みませんね。感染症法の法改正で変えたじゃないですか、もっと広く捉えられるように。そうあるべきなんです、変異も含めてね。というふうには私は思うんですが、ちよつと通告してない、今日のこただったんで、どう思われますかね。

○国務大臣(田村憲久君) まだ、コロナウイルスの名称、これ、WHOはSARS-CoV-2という名前まだ使っているんだと思うんですが、委員のおっしゃられる意味合いというのは、おぼろげながら私も何となく分かるような気がするんですよ。ちよつとこれ、感染症学の専門家の皆さんにも一度諮らさせていただきます。

○足立信也君 そうされたらいいと思いますね。大本が政令で定義しちゃったんです。それを引つ張って引つ張って法律にずっと引用しているから、その法律だけが残っている。政令は廃止されたという事態なので、これはやっぱり変えた方がいいなと思いますよ。御検討をお願いしたいと思います。

それから、これでコロナの一問に移りますけど、先週末に大学や専門学校、高校、特別支援学校等、八十万回分の抗原検査を表明されたですよ、西村大臣だったと思うんですが。これは、私も今まで何度も言いましたように、もう全国でやられていることが非常に多い。問題は、問題は、今の検査件数、そして感染者数というものは、行政検査でPCRをやった人になっているわけですね。ここの兼ね合いを一体どう付けるんだという話を大臣とここ二、三回やってきたわけですよ、別々に表示するとかですね。

例えば、例示します。大分で無料の抗原検査やっているって言いました。これ、四月二十九日から一か月で合計一万九千九百六十三人、県外からの来県者が一万一千三百九人で、市民が八千六百五十四名、無料です。陽性者が七十六人。この七十六人というのは全員PCR検査をその後になきちゃんと、大部分の人って真面目な人が多いですから、ちゃんと全員受けて、全員陽性です。ということでは、差はないということがまず一つ言えますですよ。それと、Ct値が低い場合は同等だという話をこの前古川さんもやられましたし、尾身先生もおっしゃられた。

繰り返しますが、これ、ところが、大分も高齢者施設にその抗原検査をずっとやっているのは行政検査に入れていませんから、数に反映していないわけですね。ここをどう折り合いを付けるのか

ということですよ。どんなやるのはいいですよ、やるのは、抗原検査どんどん、簡便でよし、やるのはいい。それと陽性者というのを、私が心配しているのは、全員PCR検査をその後陽性者が受けてくれればいいけど、そうじゃない人、多いんですよ、大分は違いますけどね。

そういう面で、この二通りあるというのをちゃんと把握しないと、やりつ放しみたいになる可能性があるんですよ、抗原検査を。そこはどう付けるんですかというのが一つ目の質問です。

○国務大臣(田村憲久君) この八十万キットを配らさせていただきます。これ行政検査じゃありません。無料で配りする話であつて、医療従事者の方がそれを使って判断をされるということになれば、これは診断されれば、これは陽性ですから、PCRでもう一回やる場合もあるかも分かりませんが、それで陽性という判断をされて報告されれば多分陽性ですから、これ分子には入ってくると思うんですよ。ところが、分母の方にはそもそもそれすら入らない可能性があつて、これ今日は実は、入らないの、それすら入らないのはおかしいんじゃないかと私もうちの職員とやっただんですが、だけど、まあ入らない可能性が高いだろうと。ましてや、そこで何人か、まあこれ症状がある方、軽い症状がある方、初期症状に対応する話なので、よく介護施設なんかでPCR検査なんかでやっているようなスクリーニングで使うわけではないんですが、症状があれば早めに見付けようということでもお願いする話なので、ただ、症状があるけれども陰性だったという方は、そのままもPCR検査やらなければですけど、それはその分、数も分母には入ってこないということになります。

なかなか難しいうございまして、これをどう、どう判断すればいいのかというのはなかなか難しいと。両方、実は症状があるということからすれば、全部分母に入れちゃえばそれはそれで一つの方法だと思うんですが、多分そこまで、こういうような、各、何と云いますか、学校だとかそういう

ような集団でやるやつでございますので、そこまで厳密に情報が上がってくるかどうかという、なかなか難しいというのが今の現状のようであります。

○足立信也君 全部入れちゃうと重複も出てくるんですよ。だから、もう残念なんです、実態は分からないということに尽きるんですよ、もう十五か月以上ですか、一年半たつても。

そこで私、この前例示したのは、私は毎週唾液のPCR検査を受けています。ロックフェラー大学だったかな、は教職員や学生全員、一週間に一回以上受けています。今、八十万回のキットの話出ましたが、これは定期的に反復するんでしょうか。じゃないと意味がないと思いますよ。それはどうなんでしょう。

○国務大臣(田村憲久君) 基本的に、今、これインフルエンザの同時流行に備えてメーカーの皆様方に多く増産いただいたものがあつて、それを八百万キットのうちの八十万キットをこの大学等々に使おうという話であります。基本的に反復することを今想定しておりませんが、場合によって、これによって成果が出てくるということになれば、そのときには当然のごとく検討していかなきゃならないというふうに思っております。

○足立信也君 特に陰性だった人を反復すると、で、早くそれを見付け出すというのが大事だろうと思ひます。

じゃ、法案関係で、この前二つ宿題として残ったのがあつたと思うんですよ、私の認識ではですね。

コロナ特例で、国保及び後期高齢者医療において傷病手当金を支給する市町村に、支給額全額について国が財政支援する特例措置があると。一つありましたね。これが今年の一月三十一日まで国保で二千件というのがありました。このことでお聞きしたいのは、これはコロナに、だけに限ったことなのか。私、ずっと申し上げている、出産手当金と傷病手当金は条例さえ定めればできるのに誰も作らない。コロナになったら特例で全額補償

されるから作る。じゃ、コロナ関係以外のことはもうそれでやめちゃうのという質問です。

○政府参考人(瀧谷浩樹君) 今回の財政支援は、御指摘のとおり、コロナの国内での更なる感染防止の観点で、労働者が感染した場合に休みやすい環境を整備することが重要であると、こういう考え方で緊急的、特例的な措置として行うものとしたものであります。

それで、御指摘の、傷病手当金とかを一般に、一般に恒久的に実施する、あるいは財政支援するといったことでありますけれども、一つは、例えばその財源の確保、これ保険料財源で行うという前提ですけれども、その場合には、その被用者のみに給付するとすると、その他の保険者からも、その他の被保険者からもその費用、賄うための保険料を徴することに理解が得られるのか。あるいは、自営業者などで収入の減少の状況が多様です、所得の補填として妥当な支給額の算出が難しいといった課題。それから、先日大臣から答弁申し上げましたけれども、被用者保険というのは保険料財源で行っておりますので、特別な財政支援というのはその被用者保険との均衡上どうなのかといったような様々な課題があるというふうに考えております。

○足立信也君 理由としては分かりました。

もう一つ大事な宿題が医療の窓口負担ですね。自己負担は、今、就学前が二割、就学以降は三割ですね。それに対して、市町村や都道府県はもう単独事業を行っている。このやり方が、本来、県内の市町村でばらばらであつては良くないという考え方もありますし、じゃ、高齢者に対して、三割の現役並みのところ、あるいは今回新たに設けられる二割負担のところにも単独事業としてやるということは許容されるのかどうかという宿題、いかがでしょう。

○国務大臣(田村憲久君) 前回混乱いたしました、もう一度持ち帰って整理をするということでございます。

これ、要するに、子供に対して各自自治体がそれ

を負担を肩代わり、自己負担分を肩代わりするわけでありますので、これを高齢者、後期高齢者に適用した場合どうなるか、それは地方自治の精神に鑑みますと、それはできるということになりま、なりません。

ただ、はつきり言つて法の趣旨とは反するわけでございますので、我々としてはそういうことをやっていただきたくないというお願いはするということになると思います。同時に、財政的にその分を見てもらいたいと言われても、これはもう我々想定していないことでございますので、財政的な支援はすることはないということでありま、す。

○足立信也君 財政的な支援はないとおっしゃいました。

私もいろいろ考えて、これやっぱりできるんだろ、うなという自分なりに結論にはありまして、昨今、いろんな首長選挙で、できないだろうと思うことを公約にされる方多いじゃないですか。これもやっぱり、いや、うちの市はそれは高齢者に優しいんだ、といって言っちゃやううなことはやっぱりあり得るんですよ。

だから、法の趣旨というのは極めてやっぱり大事だと私は思いますし、これだけいろんな議論をしている中で、やっぱりある一定の結論を決めた、らそこはみんなで守つていかないと、この趣旨を逸脱するような話になつてきたら困るというのが私の、実はこれ、質問した後、言わなきゃよかったかなとも思つたんですよ、引き金になつちゃいけないので。ですが、そこはやっぱり大事で、できないというところはやっぱり子供さんの場合と整合性取れないですよ。

ということで、宿題としては一旦解決ということですが、やらないでほしいということですね。

次は、参考人の意見でもあつたんですが、その高齢者の窓口負担に関連することです。現役世代の負担軽減という、これ支援金の話ですが。

これ、二〇二二年度から四年間の現役世代の支

援金の負担増は総額三・二兆円だと。今回の基準で負担抑制効果を見ると、四年間で三千億円だと、一〇％に満たないと。これで、それは少しは負担軽減になったけれども、現実とは全く見合、なくて、参考人の方も、これ以上現役世代の負担は増やしてはいけないんだという主張からいくと、全く足りないわけですよ。

それに対して、やっぱり更なる現役世代負担軽減、今後も含めてですね、それについてはいかがなのか。参考人としては、高額療養費の一般区分とやっぱり同一にしなきゃいけないんじゃないかと、五二分ですかね、三〇％じゃなくて、という意見もございました。それについていかがでしょう。全体的な更なる現役世代の負担軽減策。

○国務大臣(田村憲久君) 高齢者の負担割合の変更でありますとか、それから賦課限度額等々いろんな御提案いただく中において、それも一つだと思います。

ただ、毎年、医療費二％で大体は伸びているみたいなことを考えると、それだけではなかなか将来に向かつて難しいというのが本当のところでありまして、一方で、その金融資産等々というものを本当に捕捉できるとすれば、これは一つ大きな方法であろうというふうに思います。

もっと大きな制度上の負担の変更みたいなものを、これは今ここで議論をしているだけではなくて、他の言うなれば収入の在り方みたいなものも含めて大きな議論もしていかなければならないのではないかと、私は実はもう以前から、大臣になる前からそういうことを個人的には思つて、自分自身ではいろんな研究はしておりますが、ただ、これは私が大臣になる前の個人の話でござい、ますので、審議会等々で、しっかりとした将来にわたつて安定的な制度にするために、もうびほう策だけではなかなか難しいということでございますので、御議論をこれからいただけるものというふうに思っております。

○足立信也君 総理への質問の最後のところで、

田村大臣も聞かれておったので、例えばバイデン大統領はこういう策を挙げていると。これは日本もやっぱり取り組んでいかなきゃいけないことは明らかなので、その分野の責任者である大臣にはそこを頑張ってもらいたいなと思うんです。議論を喚起しなきゃいけないですよ。

ということで、次に行きますが、もう一つ参考人の方が大きく疑問を投げかけていたのが、後期高齢者の現役並み所得の方の三割負担の方ですね。

この方々は本来五対四対一の財源構成なのに、五割部分の公費が投入されていないと、ですね。この問題は、例えば、現役並み所得の方の範囲を広げればもつと自分たちの負担が増えるという話の中で、本来これ五対四対一であったとしたら、公費部分、これは今の額として、どこがどれぐらい負担しているんでしょう。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御質問の趣旨は、公費投入したら、どれぐらいの公費負担が増えるかということでしょうか。

仮に、現役並み所得区分の医療給付についても公費負担の対象とした場合には、令和三年度の予算ベースで試算いたしますと、約五千、あつ、失礼、四千三百億円の公費が追加的に必要となります。

○足立信也君 そうなんです。健保連からは、自分たちが四千五百億円余分に負担しているんだというふうに言われるゆえんです。

一点だけ。今回二割負担に増やす方々の財源構成は、これをまねるわけじゃないですよ。五対四対一ですよ。一言で。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘のとおりです。

○足立信也君 そこで、もう最後になっちゃいます。後期高齢者の支援金は、平成二十年の創設時と比べて計算したら約一・六七倍、一・七倍に増えているんですね。支援金は。じゃ、その間の、医療費の話はありました。高齢者医療費、後期高齢者に関する医療費はその間どれぐらい

に増えたんでしょう。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 平成二十年の後期高齢者への医療費十・四兆円、これ十一か月分でありませうけれども、それが令和三年度十八・〇兆円ということで、結論からいたしますと、同じ約一・七倍ということでございます。

○足立信也君 私が持っているのは、平成二十年度、二〇〇八年、後期高齢者医療費十一・四兆円となつていますが、十ですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 予算ベースで、平成二十年度は十一か月分でございます。十一か月分の予算ベースで計算しますと十・四兆円、それが令和三年度、満年度十二か月分で十八・〇兆円ということになります。

ちなみに、後期高齢者の支援金についても、二十年度四・一兆円でございますが、これも十一か月分、それが六・八兆円ということ、これも約一・七倍ということでございます。

○足立信也君 例えば介護保険ですと、創設時から比べて、認定者も従事者も約三倍になつていゐるんですね。ところが、保険料はそうなつていゝなく、しかし公費は三倍ぐらいになつていて、じゃ、保険料増えていない分誰が負担しているんだという話になつてくる。それで今回質問したんですよ。

ということ、今の話ですと、後期高齢者の医療費が伸びる分だけ負担割合は一定を保つていて、支援金もそれに等しく比例して増えている、そういう理解でいいんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 基本的には御指摘のとおりでございます。

○足立信也君 ということは、この形が継続すればするほど同じ割合でまたなつていく。やっぱりここに歯止めを掛けないと、どんどんどんどん割合に応じて若い方々の負担がどんどん増えていく。先ほど大臣おっしゃったように、とても足りない負担軽減策だ、更なるものが必要だというのは共通認識として、また次の機会に生かしたいと思ひます。

以上で終わります。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

法案では、生活保護受給者に対し、マイナナンバーによる資格確認が原則ということになります。医療保険一般では、オンライン資格確認はこれ任意になつてゐるわけですね。なぜ医療扶助利用者には原則とするのか。そういうことで、本会議で医療費扶助利用者のマイナナンバーの所持率について聞きまゝしたところ、把握していないという答弁をもらつております。

そうすると、一体、医療扶助にのみオンライン資格を原則とするということにしたのか、その立法事実について御説明をお願いします。

○政府参考人(橋本泰宏君) 今御指摘いただきましたように、医療保険制度におきましては、令和元年に医療保険各法の改正が行われまして、既にオンライン資格確認の導入が進められてゐるところでございます。こうした中におきましては、医療扶助におきましてもオンライン資格確認を導入して、ほかの医療保険の被保険者と同じ形で資格確認を行へるようになる必要があるというふうに考えてございます。

そういった事情を背景としまして、自治体や医療関係者等の参画する医療扶助に関する検討会を開催して議論の整理を行つていただいたわけでございますが、その中におきましては、医療扶助のオンライン資格確認の導入に当たりましては、医療保険と医療扶助の制度の違いということも踏まえて、一つは、毎月の医療券の受取を不要とする

ような、そういった生活保護受給者の利便性も考慮し、また、直ちに資格確認を行うことにより制度の適正、効率的な運営を確保する、こういったことのためにマイナナンバーによるオンライン資格確認を原則とする方向性がよいだろうというところで整理をいたしたわけでございます。

今進めているということでございます。

○倉林明子君 要は、利用者である医療扶助を受けてゐる方々から要求、要望があつたんですか

ね。そこ大事だと思うんですけど。

○政府参考人(橋本泰宏君) 私ども、様々な御意見をいろんな団体の方から承る中で、そういった医療券の受取というふうなことにいろいろな御指摘をされるようなケースもないわけではございません。ただ、今申し上げましたように、このオンライン資格確認の導入というものは、まさに受給者にとつても、また医療機関にとつても、また福祉事務所にとつても様々なメリットがあるということを総合的に勘案しまして導入の方向性を整理したところでございます。

○倉林明子君 いや、要は、医療扶助利用者だけが原則これになるということで、選べないんですよ。嫌だと言へるのかという議論ありましたけれども、原則これになつていくと。要は、いろんなメリットあると言ふんだけれども、マイナナンバーをこれ促進するというのが一番の動機ではないかというふうに言わざるを得ないなと感じました。

そこで、二〇一八年なんですけれども、これ同様に、医療扶助利用者にのみ後発医薬品の使用を原則とする法改正がされたわけです。国民全体では相当進んだと、八割というような数字も出ていましたけれども、医療扶助における後発医薬品の使用状況、これどうなつておりますか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 令和二年六月の社会保険診療報酬支払基金の審査分におきましては、生活保護受給者の後発医薬品の使用割合は八七・八%となつてございます。

○倉林明子君 つまり、原則としてゐるので、一般から見ると随分これ使用率高いという結果が出てゐると思うんですね。

これ当時、生活保護受給者にのみ医薬品を選ぶという権利を奪うものだから、差別だといつて私、指摘したんです。そうしたら、加藤厚労大臣は、先発医薬品と有効性、安全性が同等であり、製造、販売が承認されてゐると、必要な医療がしっかりと提供されるとして差別には当たらないという答弁でありました。

ところが、後発医薬品の大手の業務停止命令という事で相次ぎまして、本当にびびくりするような薬だったと、製造過程だったということも浮き彫りになりました。これ、有効性、安全性とは、安全性が同等とは言えない事態になっていたということがこれ見えてきたんじゃないかと思うんですよ。

医療扶助利用者というのは安全な医療を受ける権利をその他の利用者よりも阻害されていたと、こういう可能性があったということじゃないかと思うんですが、大臣、認識いかがですか。

○国務大臣(田村憲久君) これ平成三十年の生活保護法改正の折に、もう委員も御承知のとおり、窓口負担が医療扶助の場合はないということで、動機付けという意味からしてなかなか働かないということ为原则という形にしたわけであります。もちろん、それは医師、歯科医師等が必要と認めた場合であって、先発薬が必要と認めた場合には先発薬を使っていたということでございます。

その上で、今言われたのは、多分今般の違反事例だと思いますが、確かに、それは法令遵守体制が十分に整っていないでありますとか、また製造管理体制、これも不備があったということでございますので、こういうものに対してはしっかりと指導して、二度とこのようなことがないように我々も対応していかなきゃならぬということで今やっております。

そういう意味では、そういうようなものも、こういう例外的には出てきておりますけれども、一般的にですね、一般的に多くあるジェネリックという意味からすると、それは適正に製造され、そして供給をいただいておりますのでございますから、原則御利用いただくということでございます。

○倉林明子君 いやいや、原則同等と言うには余りにも大手のところで市場にも混乱出るほどの影響あったわけですよ。これが同等な安全性やその医療を受ける権利という点で阻害している可能性

がなかったと言えるのかと、何かそれ答えてもらいましたつけ。

○国務大臣(田村憲久君) 一般の皆様方も多くがジェネリックをお使いをいただいているわけでございます。そういう意味では今回のような事案はこれはあつてはならないことでありますから、我々しっかりとこのようなことがないように対応しなきゃいけませんし、これから無通告の査察等々の強化をして、しっかりと我々としてもこういうことがないような対応をしてまいりますけれども、多くの国民の皆様方が今なおジェネリックをお使いをいただいているわけでございます。同等ということでは御利用いただいております。

医師等々の御判断の下でそのような形で使っていたらいてるわけでございますので、しっかりとこれからジェネリックを推奨していくために我々としては進めてまいりたいというふうに考えております。

○倉林明子君 ジェネリックが未来永劫とか、その安全性や、その安全性を担保するという面で無効だなんて言っているんじゃないですよ。安全性を高めるために、その安全性を高めるようなしっかりと監視体制も含めて、それは厚労省の責任で高めていただきたいと。安くて安定した医薬品が供給されるということを否定しているんじゃないんですよ。

こういうことが起こつてみると、ジェネリックしか選べないということが結果としてはその医療扶助、医療扶助を受けている人たちにだけはそれしか使えないと、原則。もちろん、安全性を確認してもらつてという上だけれども、結果としても差が出ているわけですよ。こういうところに対して、選べないということから不利益が起こつていた可能性までを私、否定できないと思うんだけど、さつきからそこに答えてくれへんさかいに先に進めない。

○国務大臣(田村憲久君) 今般の事案は、これは本当に許されることではございませんので、しっかりと我々も処分をさせていたでいて、二度とこ

のようなことがないように業界全体挙げて対応いただくべくお願いもいたしておりますのであります。

その上で、上でですね、医師等々の御判断で先発薬という場合は、これは先発薬をお使いをいただくということでございますので、それ以外、原則は後発品をお使いをいただきたいということ。これは国民の皆様方も、まあ国民の皆様方は原則というよりは自由意思でやっていただいておりますわけでございますけれども、今なお多くの国民の皆様方がジェネリックをお使いをいただいておりますということでございますから、しっかりとジェネリックの安全性、有効性というものをこれからもしっかりと我々対応をさせていただきなからジェネリックの推奨の方も進めさせていただきたいというふうに思っております。

○倉林明子君 答弁がいただけたんですけど、それども、聞いていることを的確に捉え、そして答弁をいただきたかと思えます。後発医薬品を原則使用したということで、こういう利用率に明確に差が出たと、それによつて得たかもしれない不利益があつたんじゃないかという指摘なんだから、正面から受け止めてほしいと思えます。

その上で、なぜ国民にマイナンバーカードの利用が進まないのかという問題ありますよ。その十分な分析をしないといけないんじゃないかということは言いたい。

今回、なぜ医療扶助にのみこのマイナンバーカードによる資格確認の義務化ということになるのかと、必要な医療の提供の阻害要因にならないかと。つまり、マイナンバーカードを取得したくない理由、利便性よりも取得したくない理由、要は、なくすんじゃないかと、情報が漏れるんじゃないかと、国民一般と同様に、生活保護受給者だつてその不安持っているわけですよ。

ところが、医療扶助利用ということになれば原則マイナンバーカードだけよということになるわけだから、そうすると、それが嫌なために必要な医療の阻害要因ということになつたらいけないと

思うのでどうですかと、こんだけ丁寧に聞いたらちゃんと答えてくれますか。いやいや、もうこれ、ちよつと。

○国務大臣(田村憲久君) これ、今、マイナンバーカードを保険証として代用できるようにということでオンライン資格確認というものを進めております。要するに、国民の皆様方も保険証代わりにマイナンバーカードをお使いをいただいて本人確認をしていただくこと。

こういう制度に合わせ、今回医療扶助に関しても、特に医療扶助の場合は保険証がございませんので、医療券というものを発行していただくかなきゃならないと。非常にここには、御本人もそうでありまして、もちろん自治体にとつても大変な負担があるわけがあります。そういう意味で、これを機にマイナンバーカードをお使いをいただこうと、ましてや本人の身分証明にもなりますので、自立されるときには特にお役に立たれるということもございします。

そういう意味でこれをお使いいただくということとでありますので、中には、今言われたように、なかなかこのマイナンバーカード自体が信用が置けないと思われている方もおられると思います。そういう方々には丁寧に、情報が漏れることはないのでありますとか、非常に便利でありますとか、そういうことをお伝えをさせていただいて、御理解をいただく中においてこれを同意をいただいております。

なお、どうしてもまだ了承を得られていない中において何かあつた場合には、それはいいわけでございますので、マイナンバーカードが、そういう場合は医療券やむを得ない場合ということもあるわけですが、基本は同意をいただくということが前提で、しっかりと御納得いただけるような御説明をそれぞれさせていただきたいというふうに思っております。

○倉林明子君 保護の要件ではないので強制ではないと局長も答弁しました。今、その趣旨の御説明だったと思ひます。

本人同意が前提とはなっていないんです、でも、これ。要件にはしないんだけど、本人が同意しない場合は医療券も使えますと、これまでどおりで結構ですと、そういう仕組みになっていないんですよ。そこが問題で、生活保護受給者には、マイナンバーカードを作りたくなくても作らざるを得ない状況がこれ想定されるんですね。お願いされるわけだから、生活保護受給者ですから、ケースワーカー等から指導されたり、お願いしますと、御理解くださいと言われたら、あなたにもメリットあるよというような説明をされるかもしれない。

そうなったら、これ、作りたくないのにその意思が尊重されないということになりかねないから、これジェネリックのときと同様に押し付けになって、新たな差別と言われるようなことになるんじゃないですか。どうですか。いやいやいやいや、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君)　ですから、そこは丁寧に御説明をいたさ中で、結果、ああ、これは作ってよかったなというふうに思ってもらえるべく御説明をいただいて、結果、原則としてこのマイナンバーカードをお持ちをいただくというのが今回の改正でございますので、持っていたら決めて後で後悔していただかないようにしっかりと我々も説明をしてまいりたいというふうに思っております。

○倉林明子君　後で後悔しないように説明ができたらいいということじゃないんですよ。入口の話なんですよ。持ちたくないという選択肢が原則奪われるようなことあつてはならないと、そのことを繰り返し申し上げているんです。

やっぱり、本人が同意しない場合、医療券も使えと、こういうことがやっぱりきちんと伝わらないといけないと思います。

最後、これ答弁もらって終わります。

○国務大臣(田村憲久君)　それは同意をしつかりいただくというのが一番いいわけですが、同意をもらうべくいろんな説明をさせていただ

た上で、原則は発行をさせていただきたいということでございます。

ただし、ただし、いろんな形の中で物理的にマイナンバーカードが作れない場合があった場合には、それは医療券ということもあるわけで、これやむを得ない場合でありますから。しかし、前提としては、しっかりとこれはお作りをいただくというか、作らせていただくということで御理解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　御理解できないので、引き続きやらせてもらうということで、今日は終わります。

○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。

午後四時十七分散会