

第二百四回国会

参议院厚生労働委員会会議録第二十二号

令和三年六月三日(木曜日)

午前十時二分開会

委員の異動

六月二日

辞任

清水 真人君

石橋 通宏君

六月三日

辞任

豊田 俊郎君

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

そのだ修光君

豊田 俊郎君

羽生田 俊君

藤井 基之君

古川 俊治君

本田 颯子君

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

横沢 高德君

補欠選任

豊田 俊郎君

横沢 高德君

補欠選任

宮崎 雅夫君

国務大臣

厚生労働大臣

大臣政務官

内閣府大臣政務官

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

内閣府規制改革推進室次長

警察庁長官官房審議官

外務省大臣官房参事官

厚生労働省大臣官房生活衛生・食品安全審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省医薬・生活衛生局長

厚生労働省職業安定局長

厚生労働省子ども家庭局長

厚生労働省社会・援護局長

塩田 博昭君

山本 博司君

東 徹君

梅村 聡君

田村 まみ君

倉林 明子君

田村 憲久君

和田 義明君

吉岡 成子君

十時 憲司君

彦谷 直克君

猪原 誠司君

有馬 裕君

浅沼 一成君

迫井 正深君

正林 督章君

鎌田 光明君

田中 誠二君

渡辺由美子君

橋本 泰宏君

参考人

独立行政法人地域医療機能推進機構理事長

尾身 茂君

厚生労働省保険局長

厚生労働省政策統括官

厚生労働省政策統括官

国土交通省大臣官房審議官

淡野 博久君

鈴木英二郎君

伊原 和人君

濱谷 浩樹君

本日の会議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件

○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、石橋通宏君及び清水真人君が委員を辞任され、その補欠として横沢高德君及び豊田俊郎君が選任されました。

○委員長(小川克巳君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の審査のため、本日の委員会に、理事会協議のとおり、厚生労働省保険局長濱谷浩樹君外十四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。

〔異議なしと認めます。〕

○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。

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、本日の委員会に独立行政法人地域医療機能推進機構理事長尾身茂君を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。

〔異議なしと認めます。〕

○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) 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○打越さく良君 立憲民主・市民の打越さく良です。

まず、法案の質疑に入らせていただく前に、看護師の日雇派遣問題について若干質問させていただきます。

五月二十日の質疑では、日本派遣看護師協会の作成した議事録に関し、実際にはこれらの会議が行われていなかったことが明らかになり、二十七日の質疑では、その議事録までがでつち上げであることが明らかになりました。

彦谷次長は、二十七日の質疑において、設立総会議事録については、東京都の認証を得るための必要書類とされているので、事後的に作成されたものでないことは明らかではないかとおっしゃっていました。そこで、都庁の都民生活部管理法人課NPO法人担当に照会しましたところ、設立について意思の決定を証する議事録の写し、すなわち一九九四年四月十八日付けの特定非営利活動法人日

本派遣看護師協会設立総会議事録は提出されているとのこと。

しかし、存在が証明できるのは設立総会の議事録のみです。その後の通常総会議事録、一九年六月三十日のですね、それと、二〇年六月三十日の社員総会議事録、一九年六月十四日の理事会議事録、二〇年六月十五日の理事会議事録は書式も違っています。

前回の質疑で、持ち回りにせよ、どのような形で審議が行われたかの事実を記載した議事録の提出を求めました。そうすると、書類やメールとして残っているものはないとの回答でした。すなわち、実質的な合意があったかどうかの証明すらできていません。前回、重ねて、電磁的に証明できるデータの提出を求めました。

協会からの返答はあったのでしょうか。

○政府参考人(彦谷直克君) お答え申し上げます。

法人に再度回答を求めたところでございます。いただきました回答でございますと、既に回答しているとおり、各々の総会、理事会については、実質的な合意形成が確認できた日付で議事録の作成を行っているということで、事後的に作成したものではないという回答が再度ございました。また、先日と同様に、回答と同様に、電磁的記録はないということございました。

ただ、もう少しちょっと聞いてみますと、令和二年六月の社員総会の議事録、それから令和二年六月の理事の互選書、こちらについては電磁的記録はないということでございますけれども、理事の交代ということもあつて法務局へ提出済みの書類であるというふうに聞いております。したがって、事後的な作成でないことは明らかではないかというお答えをいただいております。

それ以外、御指摘ございました令和元年の理事会、令和元年六月の通常総会、令和二年六月の理事会については、先方、当該法人にも電磁的記録は残っていないという回答をいただいております。

○打越さく良君 そのような説明で、本当に実質的な合意があったということが言えるかということすら誰も信じられないと思うんですね。これは本当に、結局は実質的な合意があったということは証明できないということが確認できたと思います。

協会の通信、郵便の受発信等を受託する事務所とされるAXIS本郷の二階と四階には、医療機器ベンチャー企業が入居しています。前回の御答弁では、協会の委託先の企業はその医療系のベンチャー企業とは別の会社であるとのことでしたが、現地調査ではほかの会社の存在は確認できません。

改めて伺いますが、協会からの回答はありましたか。

○政府参考人(彦谷直克君) お答えいたします。

この点についても、再度、法人から当委員会でご議論いただいていることを踏まえて回答を求めたところでございます。

法人からいただきました回答としましては、株式会社MMD、これ全て英字、英語のMMDですね、株式会社MMDという会社であるという回答を法人からいただいたところでございます。

○打越さく良君 であれば、株式会社MMDですが、MMDについて詳細を確認しなければいけません。そちらの方についてまた調査をしていきたいと思ひます。

こうして何もかも不明なままですので、引き続き追及をしなければいけません。委員長、今日のところは彦谷次長への質問はこれで終わります。

○委員長(小川克巳君) 彦谷次長におかれては御退室いただいで結構でございます。

○打越さく良君 では、続いて、医療扶助におけるオンライン資格確認の導入等について伺ひます。

福祉事務所の側から、高齢の受給者への周知には人海戦術が必要で、非常に大変であるということでした。

地元のケースワーカーの方々からも、マイナンバーが普及しない中で事実上強制されると、マイナンバーカードの取得の支援も行わなくてはいけない上に、マイナンバーカードを持たない人には旧来のやり方も併存しなくてはいけないということとで、仕事はむしろ増えるといういました。現場の声を受け止めていただきたいのですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 今回の法改正によりましてオンライン資格確認を導入すると。これに伴って、マイナンバーカードの取得を促進していただくということには確かに一定の事務的な負担というものもあるのかというふうに思ひます。

ただ、やはり一定の御努力をいただくことによつて取得が進むことによりまして、また逆に医療券の発行事務ということとは大幅に軽減されていくという面もございますので、トータルとしてそれぞれ福祉事務所の現場の事務負担というものもが極力軽減されるよう、私どもとして運用の改善に努めてまいりたいと考えております。

○打越さく良君 恐らく、今の御答弁でも、それから五月二十七日の御答弁で、ケースワーカーが家庭訪問や面談等の機会を通じてマイナンバーカードのメリットを丁寧に説明していくということだったんですけれども、地元のケースワーカーの方々は、もう現場の困難をお分かりでないではないかと非常に驚いていらつしやいました。ふだんから忙し過ぎて、もう生活保護制度自体学ぶ時間すらないということですね。

一人当たりの標準数を超える件数を担当させられていて、なおかつマイナンバーの取得支援を課すということは、ケースワーカーを更にパンクさせるということではないかということでした。生活保護を受けている方たちにじっくり寄り添う余裕がなく、やりがいを感じにくくなって早く異動したいという悪循環になってしまうということです。それで、専門性も身に付かず、福祉事務所全体としての組織としての力量も付かないということでした。

標準数を超える件数をケースワーカーが担当している自治体は幾つあるか、把握していらつしやるでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 生活保護によりまして最低生活の保障と自立の助長、こういったことを直接受給者と関わりながら行っていくケースワーカーの果たす役割というのは大変重要でございます。

社会福祉法におきましては、市部におきまして被保護世帯数八十世帯に対して一人、それから郡部におきましては被保護世帯六十五世帯に対して一人、これを配置するというのを標準といたしております。

ケースワーカーの配置人数が標準数を満たしていない自治体数につきましては、全国的に集計した資料というものはございませんけれども、都道府体の自治体の状況で見ますと、令和元年度の事務監査資料によりますと、政令市、東京都二十三区、県庁所在地、中核市の百七自治体のうち、七十六自治体におきまして標準数を満たしていないというふうに承知いたしております。

こういった標準数に対して必要なケースワーカー数を満たしていない福祉事務所につきましては、必要な人数を充足するように国や都道府県が行います事務監査におきまして指摘をさせていただきまして、指導させていただいているところでございます。

今後、こうした取組を通じましてケースワーカーの充足を図ってまいりたいと考えております。

○打越さく良君 今御答弁にありましたように、百七市区のうちに七十六市区、すなわち約七割ものケースワーカーが標準件数を超える件数を担っているというところで、本当にいっぱいいるの感じが伺えます。どうしてもまた新たな業務をやらせたいということであれば、ケースワーカーの負担を軽減することをセットで考えていかななくてはなりません。

つまり、ケースワーカーの増員が必要と思われ

ますが、その点のお考えをお聞かせ願います。

○政府参考人(橋本泰宏君) 先ほど御答弁申し上げましたように、マイナナンバーカードの取得を支援するという事務は生じてくるわけですから、医療券の発行数が大幅に減ることによって、結果的には、全体として見ると福祉事務所の負担軽減にもつながっていくというふうにも考えております。

今御指摘いただきましたケースワーカーの業務負担の軽減という点でございますが、私どもとしてもこれは大変重要なことだというふうに思っております。福祉事務所における生活保護業務の事務の補助を行う臨時職員の雇い上げ経費を補助するとか、あるいは業務の効率化に関する自治体のRPAの活用等の試行的な取組への補助を行いまして、そういった好事例につきましては横展開を図っていくなど、いろんな事務の効率化を支援させていただいているところでございます。

また、ケースワーカー自体の増員につきまして、保護の動向を踏まえて必要に応じて適切な人員配置が行えるよう、関係省庁の方と連携しながら、地方交付税措置において対応を図っているところでございます。

いずれにしても、福祉事務所の軽減、福祉事務所の負担の軽減ということにできるだけつながるように、自治体の御意見も丁寧にお聞きしながら検討を更に進めたいと思っております。

○打越さく良君 もっと具体的にこの増員というものが目に見える形で図っていただきたいというふうに願います。

そもそも、医療扶助の利用にはローカルルールがあるようです。福祉事務所に出身してその都度医療券を発行してもらい、それを持参して受診する必要があるということであれば、オンライン資格の導入はプラスの側面もあるでしょう。しかし、それでは手間だからということで、初診のときには福祉事務所へ届出してもらって、定期的な通院の際には毎回福祉事務所へ足を運ばなくてもいいと、そういった運用をしている福祉事務所も

あるということです。

そのような実態を把握していらっしゃるのでしょうか。そして、その後者の場合、オンライン化はさほどメリットがないと思われるのですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) このオンライン資格確認の導入の検討に当たりまして令和元年度に行った調査研究の中で、医療扶助の運用につきまして福祉事務所に対するアンケート調査を行わせていただいております。この調査の結果におきまして、例えば医療券の交付方法につきまして、医療券を直接本人に手渡ししている福祉事務所が約三割、それから医療機関の方に送付している福祉事務所が約七割といった運用の実態ということとを把握させていただいております。こういった実態も踏まえながら、オンライン資格確認における標準的な事務処理ということを施行までに十分に検討し、詰めてまいりたいと考えております。

なかなか必ずしもメリットを感じにくいケースもあるのではないかとというふうな御指摘でございますけれども、何度かこの委員会でも答弁させていただきましたように、毎月の医療券の受取が不要になるということに加えて、例えば、救急時の受診でも医療機関において一定の資格確認が可能になるといった受給者にとつてのメリット、あるいは特定健診の情報等につきまして、本人同意の下で閲覧することが可能となればより良い医療サービスを受けられるようになること、さらには制度全体としての適正、効率的な運営といったもの、これらのメリットを丁寧に周知しながら、全体としての事務の標準化ということもよく見据えながら検討してまいりたいと考えております。

○打越さく良君 いま一つ現場の方は納得するかと思ひながら伺ったんですけれども、頻回受診対策について伺いますが、一言で頻回受診対策と言っても、精神疾患をお持ちの方とか認知症の方などがなかなか納得を得ることは難しいということだそうなんです。単身化も進んでいて、

身近に相談できる方や支えてくれる方がいない中で、痛みや不安や不調を抱えられて医療機関を頼らざるを得ないというケースも多々あるというところです。

保健師が傾聴するなど、ほかの専門職と連携し丁寧に支援することが必要であって、頻回受診をもつて即指導ということではなく、お一人お一人を理解して主体性を尊重しながらきめ細やかな支援をする必要があると。御指摘に耳を傾けるべきであると思うのですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 生活保護受給者の頻回受診対策につきましては、一定以上の頻度で同じ医療機関を受診する方のうち、短期的、集中的な治療を行う方を除きまして、主治医や嘱託医が必要以上の受診と認めた方について行っているところでございます。

具体的な指導方法ですけれども、福祉事務所の嘱託医の意見を踏まえながら、一つは、本人との面談を実施した上で頻回受診に至る要因を分析してみる、あるいは当該生活保護受給者の生活状況を把握するケースワーカーによる訪問指導を行う、それから保健師等による同行受診というのを行いまして、主治医の説明の理解のサポートをしたり、あるいは頻回、受診頻度の調整を行ったりする、こういった様々きめ細かな状況に応じた対応ということを行っております。それによって一定の効果も上げているというふうに認識をいたしております。

今お話ございましたような精神障害者の方ですとかあるいは認知症の方、そういった方々への支援につきましては、ケースワーカーが障害福祉サービスや介護サービスなどの適切な支援の方にないでいくということも大事だと思います。引き続きまして、生活保護受給者それぞれの状況に応じた適切な支援や指導ということが行われるように取り組んでまいりたいと思います。

○打越さく良君 厚生労働省としてはそういうお考えでも、頻回受診対策というふうに一言で掲げられてしまうと、頻回受診というのは問題だとい

うふうな印象を受けて、現場の方では、それは何とか早く終わらせないかというふうに焦られてしまっているのではないかと思いますので、是非きめ細やかな対応をお願いしたいと思ひます。

さて、新型コロナウイルス感染症は我が国の医療体制のアンバランスさを明らかにしました。この国の病床数は長らく過剰とされて、その削減が課題とされてきましたが、感染症下では、各地の感染状況の指標として病床使用率が問題となつています。なぜこうなるかといえば、病床の過剰は、外来で治療できる患者を入院させたり長期入院させたりすることもできる出来高払制に起因するものであって、このため病床当たりの医療スタッフが少ないという現状にあるかと思ひます。

このように、感染症用の病床、病床が整備されていないことは、病床当たりの医師数、看護師数が少ないことに起因しています。新型コロナウイルス感染症禍に対応した、充実したスタッフによる病床提供を始めとした医療提供体制の見直しについて、大臣の御決意を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) 今おっしゃられたとおり、日本は病床、人口当たり非常に多いわけでありまして、ヨーロッパ、アメリカと比べても圧倒的に多いわけであります。

一方で、医師、看護師の数は、医師は若干OECD平均、加重平均と比べて少ないですけれども、これも今、年間、毎年三千五百人から四千人、医師も、増員といいますか、言うなれば大学の定員枠というものの、特別枠をつくって増やしておりますので、三千五百人から四千人増えております。二〇二七年にはOECD諸国の加重平均、これに迫り付くであろうというぐらいでありますので、それほど極端に少ないわけではないと。看護師に関しては、十万人当たり見ますとヨーロッパと同等辺り、日本より少ない国もあるわけでありまして、なぜ病床当たり少ないかというと、先ほど言った病床が非常に多い、ここに起因するわけであります。

今般、そういう意味で、言うなれば地域医療構

想というものは、その中において、必要な病床はしっかりと増やしつつも、これから将来過剰になつてくる種類の病床に関してはこれを統合していくと、こういうことで進めているわけでありますので、そういう意味では適正な病床に対しての医師、看護師の数にだんだんだんだんなつていくんであるというふうに思いますが、一方で、

今般の感染症のこと、これ先般、この参議院でも可決をいただきました医療法の一部を改正する法律案、この中で、医療計画の中で新興感染症等への対応、これが当然議論をさせていただいたわけでありますが、記載事項で、感染症が広がった場合のその対応ということ、これを具体的な記載項目として、感染管理の専門家、これを養成していかなくはいけない、確保していかなくはいけない、これが一つございます。それから、重症患者の対応もいまだかなくはいけないわけでありまして、これに対してもしっかりと確保していかなくやならない。

こういうことを記載項目の中に挙げさせていたかどうかというふうに思っておるわけでありまして、そういう意味では、このような今般のコロナの感染拡大等々も参考にしながら、これから更にいろんな感染症、パンデミックが起る可能性がございますので、それに合わせた医療の体制というものも次回の医療計画の中にしっかりと盛り込んでいくと、こういう計画でございまして、必要な、それに必要な医療従事者の確保というものはしっかりと我々も進めてまいらなければならぬというふうに考えております。

○打越さく良君 引き続き、大臣とは議論させていただきたいと思ひます。

菅総理大臣は、一日のこの委員会での御答弁で、オリパラに関しては、国民の命と健康を守るのは私の責務だ、五輪を優先させることはないとおっしゃいました。しかし、オリパラの可否につき、感染症の状況を踏まえ判断すべきではないか、アドバイザリーボードや分科会に可否や開催の条件につき諮問すべきではないかと質問を私、

三回重ねましたけれども、総理からの御答弁は、昨年九月から東京都、組織委員会、そして各都府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、更に引き続き丁寧に議論していきたいというものでした。

総理のおっしゃられた新型コロナウイルス感染症対策調整会議は、昨年九月から七回開催されており、直近の開催は本年四月二十八日です。内閣府オリパラ事務局に今後の開催予定を伺います。

○政府参考人(十時憲司君) お答え申し上げます。

委員御指摘のとおり、東京オリパラ大会における感染症対策については、昨年九月から、国、東京都、組織委員会、感染症専門家等により構成される東京オリパラ大会におけるコロナ対策調整会議において実効的な対策の検討を積み重ねてきております。昨年十二月には中間整理を、本年四月二十八日には新たな変異株等の出現などの感染状況の変化に対応した追加的な対策を取りまとめたところでございます。

より安全、安心な大会の実現に向けまして、引き続きＩＯＣ、組織委員会、東京都、国が緊密に連携しながら準備を進めてまいります。が、今回のコロナ対策調整会議の開催日程については、現時点では具体的には決まっております。

○打越さく良君 そうなんです。次回の予定は決まっていないということですね。いずれにしても、総理が調整会議で更に引き続き丁寧に議論していきたいとおっしゃったわけですから、議論していきたくておっしゃるを得ません。

調整会議の設置根拠は、東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催における新型コロナウイルス感染症対策について総合的に検討、調整することであり、あくまでも開催を前提としたものです。オリパラの可否を判断するものではないことから、総理の答弁には強い違和感を抱かざるを得ません。

さて、尾身会長におかれては、連日の激務の中

お越しいただき、感謝に堪えません。ありがとうございます。

現在最も心配なのは、国内の流行対策とオリパラによる影響の両方を議論する場がないことです。厚生労働省アドバイザリーボードで国内の感染に関するリスク評価を行い、分科会でオリパラと国内外への感染についてのリスク評価を行うことが妥当と考えられます。尾身会長のお考えはいかがでしょうか。

○参考人(尾身茂君) 委員のおっしゃるアドバイザリーボード、あるいは分科会でオリンピックを開くかどうかということを経験が判断するということ、私は、そういう立場にもないしそういう権限もないので、それについては判断をする立場にはないし、する権限がないということですから、

しかし、仮に、今どうもそういう状況のような方向に向かっているように見えても、仮に政府が、あるいはオリンピックの委員会ですとね、ＩＯＣなどが決定をするということと判断された場合には、私どもはもうこの一年以上ずっと国内の感染対策について政府にアドバイスをするという立場で来ていますから、このオリンピックを開催すれば、それに伴って国内の感染あるいは医療の状況に必ず何らかの影響を起しますから、我々こうした役割を担ってきた専門家としては、仮に

国が、あるいは組織委員会がオリンピックを開催するということを決定した場合には、これの感染のリスクあるいは医療逼迫への影響について評価をするのは我々のプロフェッショナルとしての責任だと思っております。

したがって、分科会での場でやるのがふさわしいのか、あるいは組織委員会とどこに我々の考えを示すのか、あるいはそのほかのベニューがあるのかどうか、いろいろ選択肢はあると思いますけど、それと、いつその我々の考えを正式に表明するかというそういう選択肢もいろいろあると思いますけど、私どもはなるべく早い時期に、どういう形でせよ、我々の考えを正式に示さるべき

ところと場所に表明するのが我々の責任だと思っておりますので、そうしようと思っております。

○打越さく良君 今のところは政府あるいは厚生労働省の方から、そうしたオリパラに関連して感染についてのリスク評価、そして開催の可否について諮問は受けていないということですね。

○参考人(尾身茂君) これも前も何度か申し上げましたように、組織委員会の事務局の方から非公式に私のところに何回か接触があつて、そのときには私の個人的な意見というものを申し上げましたけれども、専門家の人たちの意見をまとめて正式にあなたたちの意見を述べてくれという、正式な要請というものは今まではございません。

○打越さく良君 会長は昨日の衆議院厚生労働委員会、普通は開催はないと、このパンデミックでと前置きなさつた上で、そういう状況でやるなら、主催者の責任として、開催の規模をできるだけ小さくして、管理の体制をできるだけ強化するのが義務だとおっしゃいました。

なかなか権限がないということではありましたが、開催の可否について改めて教えていただけないでしょうか。

○参考人(尾身茂君) 先ほど申し上げましたように、オリパラを開催すべきかどうかというのは、我々はそうしたことを判断する権限もないし、それで何かあったときに責任を取る我々はことができません。我々は政府に対していろんなアドバイスをするので、ＩＯＣにアドバイスするという立場にはない。

したがって、なかなかここが、私どもも、毎日考えていますけど、我々の考えをまとめて、専門家の考えをまとめて述べるのが我々の責任だと思っておりますが、いわゆる分科会というのは政府ですよ。政府に言つてもＩＯＣに届かないという意味がないということで、どこに我々の考えを述べたいのかというのを今検討しているところですから、そういうことで、是非については、だから、やるということであればどういふリスクがあるかということをお願いするのが我々の仕事だ

と思っております。

○打越さく良君 今もおっしゃいましたけれども、IOCに届かないと意味がないということ、昨日も開催の是非について、政府だけでコントロールできないため、五輪を開催した場合の感染拡大リスクについて、日本政府だけでなくIOCや大会組織委員会に伝える可能性に言及なさったように私は捉えたいんですけども、この点についてももう一度お願いします。

○参考人(尾身茂君) 今委員おっしゃるように、このオリンピックの開催という問題は大きく二つの側面があつて、しかもその二つの側面が非常に密接に関係していることだと思えます。

一つは、いわゆるバブルの中、あるいはスタジアムの中の感染対策ということで、これについては、IOCという組織あるいは組織委員会がブレーブックというものを、今回、第三版目ができるということですけども、しっかりとやろうとしている。まあやろうとしていることは間違いなく、いろんなワクチンを打ったり検査をしたりということ、私はそこらはある程度制御することは可能だと思います。

しかし、実際にこのオリンピックという、これはもう普通のイベントとは違う規模ですよ、社会的な注目度も違う。このことをすることによって、当然、人の流れというものが生まれてきます。人の流れというのは大きく分けて三つの要素というものがあつて、何か、人流というようなのは何なのかという疑問に思われる方がいるかもしれないんですけど、基本的には大きく要素に分けると三つの要素、側面があると思えます。

一つは、当然、全国からそのスタジアムがあるところへ観客が移動するという側面ですよ。それから二つ目は、パブリックビューだとかいろんなイベント、大会の外でやるスポーツイベントなんかがあれば、そこでは観客と応援という側面がありますね。そういう側面がある。それから三つ目は、今度は都市部に、お盆も入ってきますね、それから連休もありますね、期間中、何とか感染

を避けたいというと、都会の人が地方に行くということもあつて、今度は都会から地方、お盆の帰省だとか、そういうところに行つて久々に家族に会う、おじいさんに会う、友人に会うというような、こういう大きな三つの要素がありますね。

したがって、オリンピックのバブルの中だけに議論してもほとんど意味がないと思います。むしろ感染の機会、地域、このオリンピック開催というものに伴う人々の動きが、今私、三つ申し上げましたけど、これが起きる可能性が極めて高い。したがって、これを成功させるためには、オリンピック委員会の方もこれは最大限の努力をしてみよう、それが私は開催する人の責任だと思えます。

それには、規模をなるべく小さくして、それから人数ですね、人数も含めた規模をなるべく少なくすると同時に、いわゆる管理ですよ。選手の方のリスクは極めて低いと思います。しかし、いわゆる大会関係者という人たちがいますよね、ジャーナリストもいる、それからスポンサーの方もいる、政府の関係者の要人なんかの人がいる。この人たちの管理は、私はそう簡単ではないと思えます。

そうしたことで、それから国内のさっきの移動について、これを何とか国民の、一般市民の理解を得てもらわなくちゃいけませんよね、これはむしろ日本の国内。この二つが一緒に、一緒の方向を向いてやらないと、幾らバブルの中だけをコントロールしても、なかなか一般の人が納得してしつかりと、いわゆる静かに例えばテレビ、大臣がおっしゃったようなテレビを家で見てくださいというメッセージが伝わらないと。

そういうことで、オリンピック委員会の方もこの国内の状況を十分理解してもらわないと、スタジアムの中だけのことを考えても私はしつかりした感染対策ができないと思うので、そういう意味では、私は三位一体と言っていますけれども、オリンピックの関係者と政府と、それから政府の方には、これから非常に重要な時期になりま

すから今までどおりの感染対策では駄目で、ワクチンが今やっていますから、ワクチンに加えて検査だとか、その他のいろんなテクノロジーを使つた今まで以上に強い対策をするという、それぞれが連携して役割を果たさないとなかなか難しい。

これは本来は、こういうパンデミックのそういうところにするというのが普通でない。それをやろうとしているわけで、やろうとするんだつたら、かなり厳しい責任をそれぞれの分野、オリンピック委員会も政府もやらないと一般の市民は付いてこないんじゃないかということ、是非そういう強い、やるんならですね、強い覚悟でやってみよう必要があると思えます。

○打越さく良君 重要な御指摘をありがとうございます。

今、ブレーブックのことも言及をなさいましたけれども、そのブレーブックについても、それでは見落としている部分があるというような御指摘もあります。そうしたブレーブックでは、例えば選手などについては細かく記載があるけれども、でも、その種目によってリスクは全然違うけれども、そうしたことについての記載がない、配慮がないということとか、あるいは選手だけではなく、その選手村に入入する清掃を担当する方とか、そうした人たち、外部の人たちも入るんだけれども、そういう人たちについてはない。記者、マスコミの方たちについても注意がないというようなことがあつたと思うんですが、その点はどうお考えでしょうか。

○参考人(尾身茂君) ブレーブックについては、もちろんそういう規則で完璧なものなんて世の中はないわけで、これは改善をするということ、恐らくそちらの方には今改善の努力がされているというふうに私も理解しています。より良いものができることを期待しています。ブレーブックについての課題はそこではなくて、そこは十分オリンピック委員会の人々も認識していると思えます。

むしろそこではなくて、ブレーブックに書かれ

ていることが本当に遵守されるかどうかということ。で、それは私、以前から申し上げているように、選手は守るインセンティブが非常に強いですね。しかし、その他の大会関係者という方は、よく言われているジャーナリストだとかスポンサーの方というものの行動を、ブレーブックに書かれているように文字どおり遵守してくれるかどうかというものについては選手よりもより懸念があるというのは、これは我々専門家のほとんど一致した意見ですから、そのことも十分分かっていただくことが、これは政府というよりもオリンピック委員会の方ですよ。

こういうことで、たくさんの方があればそういうエラーが出てくる可能性があるもので、規模を縮小していただくというのはそういうことで、と同時に、遵守されるための方法をもう少し厳格にしてみよう、この両方が、側面がブレーブックに関しては必要だと思えます。

○打越さく良君 ウイルスは常に変異する可能性をはらんでいます。既にベトナムで、イギリス株とインド株の混合変異株が確認されています。オリパラを強行して感染が拡大した場合、開催後、国内での感染拡大の懸念とともに、医療インフラの乏しい国、これまで流行していなかった国にウイルスを輸出してしまう可能性もあるのではないかと懸念するのですが、この点いかがでしょうか。尾身会長にお尋ねします。

○参考人(尾身茂君) いわゆるウイルスが混合してというベトナムの話ですけど、少しこは一般の方にも理解していただきたいんです。これはインフルエンザと違って、インフルエンザは違う型が一緒、二つになつて混合するということはありますけど、このコロナウイルスというのはそういうことではなくて、二つのウイルスがいわゆる豚なんなかの中で混合するということはインフルエンザウイルスにはありますけれども、コロナウイルスはそういう形で変異が起こるんじゃないかと、人に感染すると体内で増殖しますよね。その増殖する頻度が多ければ多いほど変異が起こしやすいわ

けで、そういう意味では、国内で、それはオリンピックの選手であろうが大会関係者だろうが日本の方であろうが、感染がどんどんどんどん拡大すればするほど変異というものはそれだけ頻度が高まるということで、変異株の対策の最大の要諦は感染をなるべく抑えるということだと思えます。

それがうまくいかない場合には、どういう形にせよ感染が起れば可能性としては、そのウイルスがほかの外国に帰って、特に今世界のレビューを見るところんな、欧米諸国では多少下火になっているところがありますけど、感染のかなりの部分が、いわゆるリソースが非常に、医療制度なんかも検査体制も非常に脆弱な発展途上国に今、そういうところに帰るということが可能性としてあるので、だから先ほど言ったように、やるならしっかりとした感染対策ということに帰着すると思います。

○打越さく良君 ありがとうございます。

国内への流行の評価はアドバイザリーボードの責務です。田村大臣、尾身会長の答弁を踏まえて、アドバイザリーボードに評価していただく必要があると考えますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) アドバイザリーボードは、厚生労働大臣、厚生労働省にいろんな感染の状況の分析、評価、こういうアドバイスをいただいております。でありますから、オリンピックの可否を、開催可否を御判断いただくという組織ではあります。それは、昨日もアドバイザリーボード開かれたわけでありまして、座長から記者会見でそういうようなお話があったというふうにお聞きをいたしております。

いずれにいたしまして、今、尾身会長おっしゃられましたけれども、オリンピックを開催されるということが決まり、そして厚労省の方にそれを評価するようにということになれば、それは我々も専門家の方々にお聞きをさせていただきますということはあるというふうに思いますけれども、今言われたようなことをどこがやるかというのは、アドバイザリーボード以外にも新型コロナナ

ウイルス感染症対策の分科会、これは尾身先生が会長をやっていたにいたっているわけでありまして、そこで評価をする場合もあるでありまして、場合によっては、調整会議の方で専門家の方々が入っている、この方々はアドバイザリーボードにも入っておられる方々でありますけど、そういう方々が評価をされることもあるであろうし、また、いろんな形でいろんな御意見というのは、それぞれの政府の会のみならず、そこにおられる方々も含めて専門家の方々が自主的にいろんな評価等々をされる場合もあろうと思えますし、それぞれにおいてされるものであるというふうに考えております。

○打越さく良君 いや、それはもう厚生労働省が指揮を執ってアドバイザリーボードに諮っていたのだと申し上げて、質問を終わります。

○田島麻衣子君 立憲民主・社民の田島麻衣子です。質問の機会いただけたことに感謝いたします。

冒頭、まず、打越議員がオリンピック開催とコロナ感染対策について質疑をされていたのに関連して、私は、水際対策について大臣と議論させていただきたいと思っております。

ベトナム変異株が報告されております。これは、英国型、インド型の特性を持って極めて危険とベトナムの保健相もおっしゃっております。加藤官房長官は、三十一日の記者会見で、現時点で我が国において感染者は確認されていないというふうに説明されております。

現状について伺いたいと思っております。まず、このベトナム変異株の感染力、またワクチンの効果、こういったことはどうなっておりますでしょうか。参考人の方で結構ですので、お答えいただきたいと思えます。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。

ベトナムで確認された変異株については、厚生労働省において、ベトナム政府や専門家に確認したところ、Bの1・617系統の変異株、これデルタ株と呼びますが、に感染した患者四名からア

ミノ酸の一部が欠損した株が確認された。この欠損箇所がBの1・1・7系統の変異株、これはアルファ株と呼びますが、と共通であると。また、この変異株については、現時点で感染性、重症度、ワクチン効果について影響があるとの証拠は示されていないというふうに承知をしております。

○田島麻衣子君 我が国において、このベトナム変異株の感染者が入っていないというのは事実ですか。

○政府参考人(正林督章君) まず、検疫で、ベトナム株と言っちゃいけないですよ、デルタ株、まず、ベトナム政府が非常にこの株について懸念を示しているということを踏まえて、六月一日から、ベトナムからの入国者については、出国前と入国時の検査に加えて、検疫所の確保する宿泊施設での待機を求めて、入国後三日目、六日目に改めて検査を実施する強化措置を講じることとしております。

現時点では、我が国にこの変異株の感染者は確認はされておられません。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

現時点で、このデルタ株ですか、がベトナムで見付かった変異株なんですけれども、これが入っていないということは答弁いただきました。

なぜ私がこの水際対策を繰り返しここで、委員会で提案させていただいているかと申し上げますと、打越議員からこのオリンピック開催についての質疑もありましたけれども、やはりオリンピック、安心、安全の大会を開催する前提として水際対策が徹底されているということは、もう当たり前の前提だと思ふんですね。

菅総理大臣も、我が党の代表、枝野代表の衆議院予算委員会、五月十日の質疑においてこうおっしゃっております。政府としては、国民全体の安全、安心を守る立場から、水際対策を中心として感染症対策に万全を尽くすと。水際対策を中心というふうにおっしゃっているんですね。

ですので、本当に水際対策大丈夫なのかという

ことを続けて質疑させていただきたいと思っております。

これ、新聞報道等でももう毎日のように、水際対策が粗いと、行動制限が非常に問題があると、アプリの利用が不十分であると、利用案内が不十分であると、一日三百人ないし百人の人が行動の履歴が取れていないというようなことが報道されております。

私の問題意識というのは、それに加えて、やはり国を限定してそれを自己申告制でチェックをして、それによって仕分をして、この人はホテル滞在、この人は自宅に帰っていいということをやっている方針が問題があるのではないかとこの考えを持っております。

五月三十一日は、慶応大学がこのような報告結果出しております。国が変異株の流行地として警戒している以外の地域を経由して流入したケースが複数あると見られることがウイルス遺伝情報などを分析した慶応大学チームの調査で分かったと。今、いろいろな国を限定して、この国から入ってきた人たちというのは宿泊施設に入ってくるからいいということをやっていますが、それでは甘いのではないかと。このようにデータ分析の調査結果が出ているわけですね。

資料、お配りしている資料の二番目を御覧いただきたいと思えます。これは健康カードというもので、昨日の厚生労働省のレクによって、これとはまた別にスマホのデータ上で入力する質問票というものもあるというふうに向って、内容も確認しましたが、大体ロジックは同じです。過去十四日間に以下の地域に滞在していた、はいかいいいえかと、これ国を選ぶように、スマホ上もこの紙の健康カードも同じようなロジックで構成されているんですが、このはいかいいいえかというのを自己申告で検疫の方でされているということなんですよね。

前回の私、厚労委員会で、虚偽申告、実際には、実際は自分が滞在した国以外のところを丸を付けて検疫にこのカードないし質問票を提供した

場合に、政府はどのような形でその事実と異なる滞在歴というのを確認しているのかというふうにお聞きしまして、確認したことはございませんという答弁をいただいているんですが、もう一回説明していただけますでしょうか。この自己申告制、どのように虚偽申告をチェックしているののか。

○国務大臣(田村憲久君) まず、今言われたとおり、検査法で、虚偽申告でありますと罰則があるということとは前提であります。

その上で、要するに、これ自体は検査の方で丸を付けていただいておりますが、そもそも入ってくるのはこれ入管でございますので、入管等々でパスポート等でどこを経由しているのかということを確認をしているということのようであります。でありますから、入国拒否対象地域からの入国者でないかを確認をするということこれは入管でやっていたら、そういう意味で、そういう対応した上で検査で再度これを確認をしているということでもあります。

○田島麻衣子君 パスポート等の情報を確認しているようでありまして、大臣おっしゃいましたが、まさにこのようでありまして、この問題の核心をついているように思うんですね。

この五月二十日で、確認したことはございませんという答弁をなされた、前にですね。パスポートのこのスタンプを見て、日にちと国名というのは動かせない証拠だからそれと突合する必要があるんじゃないかということを私申し上げて、その当時は、やっていないということだったんですね。やっています、やっていますという形では決まらなかったんです。

その後、パスポートの突合をしていると昨日の時点では伺って、では、どのように各空港の検査についてその突合する方法の事務連絡をなさっているのかということを加えてお聞きしました。出てきた資料は、令和二年二月二十六日です。この古さに私は驚きました。去年の二月の二十六日の

事務連絡が最後なんですか。

この内容も拝見しました。これ、質問票というのは、まだこの当時、去年の二月二十六日は印刷するというふうになっていきますね。スマホ上ではない。いろいろ書かれていますけれども、内容を確認した上で滞在歴の有無を確認すること、これしか書いていないんですね。具体的に、何と何を合わせてどのように虚偽申告を洗い出していくかという説明は一切なされていないです。

しかも、この二月二十六日、去年ですよ、今年ではないですよ、その当時のコロナの状況というのは今年とは全く違ったものであったと思うんですね。本当にそれ、やっているようでありまして、大丈夫なんですか。もう一回回答いただけますか。納得いきません。

○政府参考人(浅沼一成君) 答えたいと思います。新型コロナウイルス対策のいわゆる検査所の対応というのはコロナの拡大に応じてどんどん変化し、また変異株対応等もございまして、現在行われていることを御説明させていただきますが、まず、お一人お一人検査官が入国者のチェックをします。そのときに、今議員御示しのいわゆる健康カード、それと質問票のチェックをし、いわゆる出国先がどこであるのかということを確認します。その出国先と、今、出国前七十二時間前の陰性証明を取ってきております、ですから、この陰性証明が発行された国とその申告の国が違えば、これも虚偽になります。あるいは、間違いないのかもしれないので、そこは丁寧に検査官の方で確認します。

プラス、今議員御指摘のとおり、パスポートの確認も必要に応じて、こうした疑義が生じたものについては確認をし、さらに、それでもいろいろ課題があるような話であれば航空会社から乗客名簿を確認した上で、トランジットのお客様なのか直行便のお客様なのかということも含めて総合的に確認することとしております。

○田島麻衣子君 では、これまでの対応におい

て、実際の自己申告制の地域と実際に滞在した国が異なったケースが判明したのは何件ありますか。

○政府参考人(浅沼一成君) ちよつと済みません、統計ちよつと今手元になんてすけれども、検査官がその場で一人一人確認しながら修正をしているので、最初悪意があつて虚偽をしてきたかどうかという人数というのは、今私の方では手元にデータはございません。

○田島麻衣子君 質問通告は二日前に出して、オンライン上のレクというのは昨日の十二時半に終わらせています。これ、聞きますよというふうに言いました。持っていらないんですかね。

○政府参考人(浅沼一成君) 検査の作業の過程の中で、例えば先ほど申し上げたとおり、チェックがなかったからといってそれが虚偽というわけではないので、修正をしいていきます。一日、日本全体で二千人以上入国する日もございますので、その統計、そもそもその今議員御指摘のようなケースがどれくらいあるかというところは現場では数字はまだ取れていないというふうに私の方では認識しております。

○田島麻衣子君 菅総理大臣、本がおっしゃっているんです。

もう一回言いますけれども、本当にオリンピック開催する前提として、水際対策を中心として感染症対策に万全を尽くすと。本当にこの水際対策、大丈夫なんですか。

昨日の時点では、やっているやっているとおっしゃって、出てきた事務連絡、去年の二月の二十六日が最後ですよ。実際に検査所の窓口でどのようなチェック、確認をするのかということは、一書かかれてここにはないです。それで、一年間ずっとそのままだしておいて、今私がこうして取り上げた中で、やっているやっていると昨日はおっしゃってしまいましたけれども、ちよつとそれで納得は私にはできないんですが、もう一回ちよつと

答弁いただけますか。

○政府参考人(浅沼一成君) 答えたいと思います。今の検査の現状でございますが、入国者全員にお一人お一人検査官が当たります、質問票あるいは健康カードの確認、それと陰性証明、これが今ポイントになっていまして、出国前の陰性証明の国と今質問票等に書かれた国が一致していなければ、それはもう虚偽の話になります。

かつ、先ほど大臣からも御答弁ございましたが、今いろいろ対策をしまして、インド等からの方については十日間の施設待機、それと検査も三日目、六日目、十日目ということで、そういった変異株国に対しては手厚い検査をしております。その他の国々につきましてはそのリスクに応じた形でのいわゆる施設等待機を求め、検査も求め、最低少なくとも検査所では入国者全員の検査もしております。

ですから、こういった体制をしつかりやり、また、健康フォローアップもこれも随時取り組んでおります。随分改善はしていきますが、どんどんこれからも更に改善を進めてまいりますので、そうした形で水際対策を総合的に進めていこうということ考えているところでございます。

○田島麻衣子君 これは大臣にお願いなんです、この事務連絡、検査の対応の事務連絡が昨年の二月の二十六日なんですね。これ、今の現状に合わせて、オリンピック本当に強行開催されるのであるならば、そしてそれを、感染対策を万全にするということを総理大臣がおっしゃっているのであるならば、もう一回事務連絡、今の状況に合わせて事務連絡出していただけませんか。大臣、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) 今開いている空港はもう限られていますので、そういう意味ではもう十分に伝わっていますが、いや、伝わっているというか、確認しておりますが、伝わっていますが、改めて留意点はしっかりと伝えたいというふうに思います。

あわせて、検査でもやっていますけれども、委

員が以前から、パスポートのスタンプなんかもあるではないかというお話もございました。先ほど申し上げたのは、これは入管の方は我が省ではないので法務省に確認した話なんですけれども、ですから、ようでありますというのはいささか違うことなんです。そこでは、人数も今減ってきていますから、海外から来られる、一日数万人というところから、今もう二千人いるかないないかというところまで一日入国者減ってきておりますので、パスポートを確認して、入国禁止区域、スタンプなんかを見ながら、そういうところの滞在歴があるとするば、それは検疫の方に差し戻しているというような対応をいたしていただいております。

ですから、そういう意味では、入管の方にもしっかりと確認をいただいて、検疫と一体となつて危険国からの入国というものの対しての一定の水際の対策をやっておることでもあります。

○田島麻衣子君 もし本当にしっかりとやっていらつしやるのであるならば、実際に滞在国と自己申告制の丸が違つていたという数もしっかりお出しできるような体制も整えていただきたいと思ひます。

あともう一点提案なんですけれども、今、尾身会長もおっしゃったように、パンデミックであり、今は普通ではないというふうにおっしゃっています。私も本当に同じだと思ひます。

そして、水際対策というのは本当に大事だと思います。今、商店街で、もうこれ以上やってられない、限界なんだという張り紙を出されている方がいる。入院もできずに苦しんでいらつしやる、自宅で、ホテルで療養されている方々がいる。どんなにそうした方々が耐えて苦しんで頑張つたとしても、水際対策がしっかりとできていなくて、そこから変異株がどんどんどんどん海外から入つていたら、全くそうした方々の苦勞というのは報われないんです。

私、昨日、二回、厚労省の方とお話ししましたが、物すごく忙しそうでした。もう四時にはオリ

ンピックの、またオリパラ関係で水際対策が問題になっていきますから、その会合に出なきゃいけないからちよつと本当に申し訳ないですがという形で、私、悪いなと思つたんですよね。

ですので、水際対策をやつていらつしやる方々の人員を増やすですか、予算を多めに付けるですとか、そういう対応をしていただけないでしょうか。大臣、どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) これは我が省だけじゃできない話で、今政府を挙げていろんな形で人員増強をいただいております。水際だけじゃなくて、感染全般もう大変忙しい中で、コロナ対策の我が省に本部もありますけれども、そこも非常に厳しい人員でやつておるわけですが、政府全体で今人員の差配等々もいただきながら対応をさせていただいております。

○田島麻衣子君 その中でもやつぱり水際対策は本当に日本で弱い部分の一つだと思ひます。ですので、今検討されているのであるならば、是非この検疫の分野又は厚労省内で、本当にもう少人数、いつも同じ人が来るんですよ、私のところに、もうこれ以上お話しできなくて行かなきゃいけないということをおっしゃるので、その方々のケアですとか、それから予算を付けていくということをやつぱり対応していただきたいと私自身は思っております。

次です。米国国務省が我が国への渡航に関して渡航中止のレベル4に引き上げたというニュースが出ております。これは、どのような我が国のコロナの感染の局面に着目してなされた判断であるか、お答えいただきたいと思います。

○政府参考人(有馬裕君) お答え申し上げます。御指摘の国務省の渡航情報の引上げにつきましては、米国政府からは米国疾病予防管理センターの日本に対する健康旅行情報が引き上げられたことに合わせて引き上げたとの説明を受けております。

また、米国疾病予防管理センターの旅行健康情報、過去二十八日間の十万人当たりの新規感染

者数の累計が百を超える場合、当該国はレベル4に相当するとの基準があり、米側から、今回直近の日本の数値が百を超えたためレベル4へ引き上げたとの説明を受けております。

○田島麻衣子君 このレベル4への引上げ、ちよつと大臣の受け止めも伺いたいと思ひます。どうでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 私の認識といひますか、厳しいところに対してはしっかりとレベルを上げていただいているということであると思ひます。

○田島麻衣子君 それに対応して、日本の国内の水際対策も含めて感染症対策、しっかりと本当にやらなければならぬと思ひます。

外務省の方、これ以上の質問はございませんので、委員長の采配で御退席いただいております。

○委員長(小川克巳君) 有馬参事官におかれては御退席いただいて結構でございます。

○田島麻衣子君 次に、コロナ禍の孤育で、コというの、子供の子ではなくて、孤独の孤の孤育について伺いたいと思ひます。

保育園のクラスターが非常に増えております。まず、この保育園のクラスター数について、何件起こっているのか、お答えいただけますでしょうか。

○政府参考人(渡辺由美子君) クラスター発生件数の全体につきましては、五月三十一日まで、昨年の一月からの累計の件数ですが、八千十四件となつております。

そのうち、保育園だけという形では取つておりませんが、保育園を含む児童福祉施設は三百九十一件となつております。

○田島麻衣子君 非常に今、保育園でもクラスターが起こっているというのは事実だと思ひますけれども、今後の政府の対応方針、これ聞かせていただけますでしょうか。

○政府参考人(渡辺由美子君) 保育所につきましては、感染の予防に最大限留意した上で原則開所

としていただくことにはなっておりますが、当然、保育園の園児、職員が罹患した場合、あるいは地域で感染が拡大している場合には臨時休園を検討することとしておりまして、現時点で全面休園している保育所数、これは五月二十七日時点ですが、四十六か所になっております。

また、開園する場合にも、手洗い、定期的な換気などの基本的な感染防止対策の措置を講じることとしておりまして、これまでの累次の補正予算によりまして、そのための衛生用品あるいは備品の購入費ですとか、あるいはこれに伴う掛かり増しの経費などについては予算の方で手当てをするという対策を講じておりまして、引き続きこれをしっかりとやっていきたいというふうに思っております。

○田島麻衣子君 保育園に通う子供たちはマスクを着け続けることができません。どうしても、小さくて走り回つたりするので、マスク取つてしまふんですね。そうしますと、やはり保育園で働かされている方々、また同等の施設で働かされている方々のコロナ感染ということが非常に問題、心配だと思ひます。

厚労省は、六月二日の報道に出ていますが、一日付で事務連絡を出しています。新型コロナウイルスの職域接種の開始に関する事務連絡で、自治体判断で前倒しをしてよいというふうに出ております。今日の部会ですね、立憲民主党の部会において、この職域接種とは何かという問いに関しまして、文書の回答では、職域接種のスキームは様々なものがあるが、ワクチン接種に関わる地域の負担を軽減し、加速化を図るために、市町村が行う予防接種に企業が協力するものという回答が出ております。

この職域接種の中に、こうした保育園で働かれる、また同等の施設で働かれる、小学校の先生もいろいろ地元で陳情を受けていますけれども、こうした方々を入れていくという可能性について聞きたいと思ひます。いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) その保育所等々での予

防接種でありますが、高齢者がまず第一義でござい
ますので、今高齢者やっていたいておりま
すので、これが全部終わるって、これは終わるのは
実際問題いつかは分からない。分からないという
のは、大方終わるのは七月末までお願いいたし
ておりますが、高齢者自体、後から打たれる方も
おられますので、それぞれ自主判断でありますか
ら、全部終わるといのはなかなか見通せないわ
けですね。

ですから、もうある程度めどが立った、これ一
回目例えばもう打った、ほとんどの方が打った、
二回目にあと向かっているとか、七月三十一日
までにめどが立った、そういうエリアのところ
は、もう早急にこういうような職域での接種等々
を、これはそれぞれの例えば企業なら企業等々の
自己責任で、要は、そちらの高齢者の接種の方
には影響を与えないような形で、医師であります
とか看護師の方々を確保いただいて打っていただ
きたいと、こういうようなお願いをいたしておる
わけなんです。

そういうもので保育所をやるといのは一つか
も分かりませんが、主にモデルナのワクチンを使
いますので、大体一つが百回分なんですよね。で
すから、百回分、モデルナの場合はファイザーの
ようにそのまま移動というのがなかなか難しいも
のでありますから、小分けができないということ
になっておりますので、そういう意味では、やっ
ぱり百回単位で打っていただけのようなところ
は、それは職域でやっていたいても結構である
ということではあります。例えば保育所などの場
合、なかなか百人おられないというようなところ
も多いと思います。

そういうところに関しては、今言った、めどが
立てば、もう次、基礎疾患、一般、基礎疾患の方
はもう一般と同じようにこれは予診票、接種券を
出していきますので、ある意味同時並行で動いて
いくわけですね。そういうところで保育所等々
に巡回接種のような形で自治体が御判断でやつ
ていただくという方法もあるわけでございます。

で、そこは柔軟な対応をしていただければという
ふうに思っております。

○田島麻衣子君 百人一回に集めることができる
としたら自治体の判断で、保育士の方々、小学校
の先生、バス、タクシートの運転手さん、そうい
った方々も接種できるということ、うなずいてい
らっしゃいます、どうもありがとうございます。
本当にこれを聞いて良かったなと思っております。
しゃる方、日本全国にたくさんいらっしゃると思
うんですが。

このコロナ禍ですと、お母さん方は本当に人と
の交流を控えるという傾向があるというふうと思
うんですね。また、母親教室などが中止されて、
縮小を余儀なくされているという報道もありま
す。

子育て中、一歳、二歳というのは本当に追い詰
められて、朝から晩まで子供と向き合うような時
間というのを過ごすので、本当にこうしたお母さ
ん方に対するケアというのが大事だと思うんです
けれども、例えば、私の地元名古屋市では、NP
Oの方々がオンラインをして二十人ぐらいのお母
さんをオンラインで集めて、子供たちも一緒にい
たりとかしてお手玉やったり歌を歌ったりとい
くことをやっていらっしゃるんですが、こういった
取組をもうちょっと広げてみるですとか、何か母
親の、本当に孤独の、コロナ禍で孤独で子育てを
しなければならぬ環境を少しでも和らげてい
く、このような対処方針について、もう一回伺
いたいと思います。いかがでしょうか。

○政府参考人(渡辺由美子君) 御指摘のような子
育て中の親に対しての支援ということにつきまして、
従来こういうのを地域子育て支援拠点などで
やっておったんですが、御指摘のように、今コ
ロナ禍では対面の相談支援が難しいという中で、
できるだけ今御紹介のありましたオンラインなどを
活用した相談支援体制とか、あるいはその際に必
要となるICT機器の導入等、これについては予
算を計上しまして、補助をしているところでござ
います。

また、今御指摘のありました名古屋市の事例も
含めまして、地域でのこういう工夫をしていると
いう具体的な取組事例を横展開していくというこ
ともやっております。こういったことを引き続
きやっていきたいというふうに思っております。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。
非常に勇気付けられます。前向きな答弁、感謝
します。こうした民間のいい取組を、厚労省の皆
さん、しっかりと応援していただきたいなと思つ
ております。

次です。後期高齢者医療の窓口負担の見直しな
んですが、先日も足立委員が、少子化対策、これ
が本当にうまくいかなかったんじゃないかという
指摘がありまして、私自身も本当にそのとおりだ
というふうに思いました。そもそも全世代型の社
会保障制度の見直しというのは、やはり加速し歯
止めが掛からない少子化、少子高齢化というのが
やっぱり背後にあるというのは事実だと思いま
す。

これまでの政府の少子化対策がなぜ効果が出て
こなかったのかということ、厚労省どのように分
析していらっしゃるか、厚労大臣、伺いたいと思
います。

○国務大臣(田村憲久君) 様々な要因があるとい
うことは今までもいろいろな調査、分析の中で言わ
れておりまして、一つは経済的な部分、若い家庭
での経済的な部分。そもそも家庭以前に、若い男
性も含めて低所得の方々がおられるということに
なれば結婚もなかなかできないという状況があり
ますから、そうなれば家庭を持てないということ
もあるわけでありまして。

それから、働き方改革、今進めておりますけれ
ども、長時間労働でどうしても男性中心の中にお
いて、家庭に女性が縛り付けられるというわけ
ではないんですけれども、その役割分担的なことが
あって、女性は一人目を産み育てるのも大変、二
人目についてはなかなかというようなお声もある
わけで、こういうものに対しては、働き方改革も
含めて、先般の育児休業、これも含めていろんな

対応をさせてきていただいております。

さらには、やはり女性が働きながら子育てをす
る、まあ女性だけでもない、男性もそうなんです
が、当然、子供を昼間どこかで預けをいただか
ざるを得ないということで待機児童の問題があつ
たわけでございます。これも待機児童を解消し
ようということで、これは、安倍内閣以前の小泉
内閣のときから待機児童ゼロ作戦というようなこ
とも含めてやってきたわけでございます。そう
いう意味では、今、平成二十九年四月時点で二万
六千八百八十一人だった待機児童が、約半分の一万二
千五百人弱という形になってきております。

それぞれの対策のPDCAサイクル回しながら
やっておりますので、結果、例えば一番分りや
すいのは保育でありますとか、それから放課後児
童クラブでありますとか、こういうものは必要な
人数分を確保、どんどん増やしてきたわけです
ね。それは計画どおりに進んできています。す
けれども、全体として、やはりその少子化という意
味からすると、出生率自体は、これはいつとき
一・四を超えていつて上がつていったんですが、
今また下がってきて一・三というような状況に
なっているわけなので、なかなか総合的、いろん
な要因はあるんですけれども、それを総合的に見
ていろいろな政策進めてきたんですが、ただ、出生
率という意味からすると、これが意味少子化
対策の一番の目標でありますから、これ自体は改
善し切っていない、逆に今下がりつつある。

さらに、これにコロナという問題があつて、今
出生数というのが下がってきている。今年度はま
た下がるのではないかとというような推測
も出てきているわけでありまして、そういう状況
であります。様々な要因がございますから一概に
これだけ解決すればというわけではありませ
んが、我々それも含めて、少子化対策大綱におい
て、目標を置いてPDCAサイクルを回してやつ
ておるわけでございます。

言われるとおり、そういう意味ではいろんなこ

とをやってきましたけれども、一番の目標、目的である合計特殊出生率という意味では改善できていないというのは、これは事実であります。

○田島麻衣子君 ありがとうございます。

なぜ効果出なかったのかという質問に対して、男性の育児取得の促進をしてきたですか、それから待機児童を減らしてきたとおっしゃるので、もしそれが本当に功を奏しているのであるならば、そこまで効果が出ていないことはないと思うんですね。

これ、少子化対策、いろいろ政策を打っていらっしゃるんですが、効果も含めて政策評価というのは、厚労省の皆さん、行ってきたんでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、今申し上げましたけれども、様々な形でPDC Aサイクル回して目標置いて、それぞれの施策は目標に向かってという進捗状況かというのは確認しながらやってきておりますが、ただ、出生率というだけを見た場合に、これやったら出生率必ず上がるという話ではなくて、これの原因はこういうものが複数あるであろうということで今進めてきているわけでありまして、結果として、PDC Aサイクルを回しても、それぞれの施策の目標、目的、目的という目標数値、これに対してはいろんな形が出てきていますけど、出生率にそれがつながっていないというのは確かに現状であります。

○田島麻衣子君 本日に国の大きな目標という重要な政策課題だと思うんですが、端的にお答えいただけますか。国は、これまで少子化対策において様々な政策を打っていらっしゃっておりますが、これに対する政策評価をしたことがあるのかないか。

○国務大臣(田村憲久君) ですから、先ほど申し上げましたけど、それぞれ例えば待機児童の解消でありますとか、そういうものはこれ政策評価やっています。ただ、出生率を上げるということは、それぞれいろんな施策の総体でそれが上がるということをやってきておりますから、その政

策評価という意味からすると、それぞれはできていますけど、それが出生率につながらなかった理由というのは、様々な御意見ありますけれども、明確にこれだというのが、何といえますか、一つこれだというようなものは、これは出てきていません。

○田島麻衣子君 エビデンス・ベースド・ポリシー・メイキングといって、本当に政策評価やデータに基づいた政策立案ということをこれまで言われている中で、かつ少子化、少子高齢化、非常に国の中の重要課題の中で、政策評価、こんなことやってきましたということが言えないというのは、やはり今後の改善課題かなと私自身は思っております。

この法案の中で、七十五歳以上の年収単身二百万世帯ですね、この消費動向というのが表で出されています。資料三なんですけれども、これは福島みずほ議員も以前取り上げていらっしゃいます。

サンプル数が百二十三世帯なんです。私もこれは非常に少ないと思います。二百万円をどういうふうに考えるか、二百万にするか百五十万にするかという非常に大事な議論の中で、たった百二十三のサンプルサイズで、こうした消費動向があつて貯蓄がこれだけであるから二百万円でも大丈夫だというのは、私は議論として乱暴だと思えますが、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。

御指摘の御提示いただいている調査でございますけれども、調査、この家計調査全体の中で単身の集計世帯数が六百八十世帯でございました。この中で、七十五歳以上で収入が二百万円プラスマイナス五十万円の世界を特別集計したわけでございまして、それが百二十三世帯ということであります。そういう意味では、元々の家計調査の母数ということで一定の限界がある中で可能な限り集計したものでございます。また、総務省が公表しております家計調査の年齢区分別の支出状況にございまして、同程度のサンプル数も統計表として

あります。

そういう意味では、今回のサンプル数、必ずしも十分とまでは言えない、一定の限界の中で最大限のものを統計として整理したということでございます。

○田島麻衣子君 厚労省は、以前、統計不正があつて非常に大きな社会問題になりましたが、百二十三のサンプルサイズで本当に有意義な結論を導けるかどうか、本当に専門家の方に聞いてみた方がいいと思いますよ。

私は、国連の中でSDGsの効果測定というのは一番最後、仕事でやっております。先輩から言われてきたのは、許容誤差、それから信頼水準、これを五％、九五％に見た場合、大体目安として三百から四百、母集団に対するサンプルサイズとして三百から四百、これを取ることがやはり目安なんだと教え込まれて仕事をしてきたわけなんです。

厚労省の皆さんが国の政策、非常にこうした本質的なものを決めるときに、百二十三のサンプルサイズをもつて大丈夫なんだと、統計的に問題がないと言ふのはちよつとこれはどうなのかと。研究者の方々、きつとずつこけていらっしゃるかもしれないですけれども、私は問題だと思えます。いいんですか。これから政策を決めていく中で、百二十三、まあ百、百五十、これぐらいのサンプルで政策を決定してしまつていいんでしょうか。もう一回容弁いただけますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

繰り返しになりますけれども、こういった家計の状況を見る中では、一般的に家計といえますと家計調査を使うのが通例であると考えております。その中で、統計調査でございましてので一定の母数等の制約がございます。そういった制約の中でも、今回の七十五歳以上の方々、単身、複数というところで対象となるような方々につきまして、特別にそこに絞つてやはり集計して考えるということが必要だろうということで、今回こういう集計したわけでございます。

そういう意味では、六百八十世帯の中の六十五歳以上という、六十五歳以上という中でござつくりした分析ということもあり得るわけですが、限られた統計の中ではできる限り今回の対象者に該当するような絞つた形で集計をいたしまして、可能な限り今回の改正法案の議論に資するよう整理したということでございます。

○田島麻衣子君 自分自身、この百二十三のサンプルサイズでこれだけが事実なんだということは非常に苦しいと思いますし、今後の検討課題として、いろんなデータがないなと思うのが厚労委員としてずっと仕事させていたでいて感じる点とですね。

この法案に関して言えば、七十五歳以上の後期高齢者の方々の窓口負担を増やしたときにどのような健康の影響があるかという調査も含めて、またこうした方々の年収の消費動向、こういったこともしっかりと見ていく必要があると思います。これは今後の検討課題としていただけないでしょうか。どうですか、大臣。

○国務大臣(田村憲久君) 健康の影響調査ですか。これは……(発言する者あり)含めて。なかなかその健康の影響調査は非常に難しいというのがもう衆議院の委員会ときからずっとお話をさせてきていただいた話であります。

それから、このサンプル調査というものであります。先ほど局長からも話ありましたけれども、一般的に総務省が公表している家計調査の年齢区分別の支出調査においても同程度のサンプル数、これで統計表もあるということでありまして、今回のサンプル数自体が必ずしも十分ではないというふうに考えておりますので、そういう意味で、今回、この統計から我々としては政策を決定させていただいておりますということであります。

○田島麻衣子君 最後の一問になります。

この七十五歳以上の窓口負担二倍増について、本当に政府の方がおっしゃるのは、もう経過措置もとられているので大丈夫だと、そんなに影響が

大きくないように最善の方法を尽くしていくとおっしゃいますが、この経過措置、三年間で。これ、本当に大丈夫なんですか。いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 三年間は必ずやるということでございます。

○田島麻衣子君 これで十分でしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) いろんな御意見いただく中で、月三千円上限という形でこれは増加部分というものを三年間対応させていただくということでございますので、三千円は増えるわけでありますけれども、それで急減、急増というものの形の中にはならないということで、段階的に軽減措置を、これを入れさせていただいておるということであります。

○田島麻衣子君 時間が来たので、私の質疑ここまでにさせていただきますと思いますが、ちよつと質問が全て消化できませんでした。来ていただいた方、本当にどうもありがとうございます。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。

○川田龍平君 立憲民主党の川田龍平です。

今日は、ちよつと法案の前にまず質問させていただきます。

先日も聞かせていただいたんですが、飲食店のアルコール提供に関するルール作りについてということで、先日も取り上げましたが、飲食店はこの酒類の提供ができないことによって大変な影響を受けています。また、飲食店のみならず、酒造メーカーや問屋にも大量の在庫が積み上がり、本当に苦しい状況にあると聞いています。

大臣もこれ御覧になったかもしれませんが、先日、とある酒造メーカーが日経新聞に全面的意見広告を出していました。そこでは、度重なる営業時間制限や酒類提供の中止により、全国の飲食店が疲弊し破滅のふちに立たされている、このままでは多くの飲食店の閉店、倒産が避けられない、その影響で、各店に酒類などを卸している納入業者の連鎖倒産、関係者の失業、困窮に結び付くと

悲痛な声を上げています。飲食店や酒造メーカーの疲弊は、食を通じた日本文化の世界への発信はもちろんのこと、日本の酒文化にも大きなダメージを与えています。

先日の委員会では梅村委員から、一人での飲食ならば大丈夫ではないかとの問題提起もありました。しかし、大臣からは、酒を飲むことで気持ちが大きくなり飛沫が飛びやすくなってしまうため、酒類の提供についてはお店の一定の配慮をお願いするのはやむを得ないといった趣旨の答弁がありました。大臣の懸念も理解できなくはないですが、例えば、家族など寝食を共にする人たちでお店を借り切った上での酒類提供であれば、家庭内の状況とほとんど変わらないわけですし、検討の余地は残されているのではないのでしょうか。

いずれにせよ、このお酒、酒類の提供を制限するのであれば、科学的な根拠を踏まえた上で細かくルールを定めていく必要があると考えます。

改めてですが、感染防止対策を徹底している飲食店が多数です。昨年から経験を重ねて、国民の中でも新型コロナウイルスに関する知識は深まってきていると思います。そのような状況の中で、一律にこの酒類提供を行う飲食店に規制を掛けることは見直すべきではないかと考えますが、エビデンスに基づく科学的な分析、検討を進めるとともに、解禁に向けた何らかのルール作りを進めることについて方向性を示していただけではないと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これ、飲食店、特に酒類を提供いただいているところは、現在、今緊急事態措置等々を打つていただいているところに関しては営業等々を止めていただいている、こういうお願いをさせていただいております。

これに関して、支援金でありますとか協力金、それぞれまん延防止措置、緊急事態措置によって違いますが、このような対応で、これも中身を以前より見直させていたいただいて、事業規模等々に応じてこれ対応させていただくことにさせていただいて、今その対応をさせていただいております。

わけでありますが、もちろん自治体においてそれがなかなか給付されないという時間的な問題があることは我々も認識しながら、これは都道府県になるべく早く対応いただくようにというお願いはさせていただいております。

いわけでありますので、平素ならばある程度いろんな見回りをやりながら対応できますけれども、しかし、もうこれ以上病床を逼迫をさせられないという状況においては、ここはもう大変申し訳ない話でありますけれども、一斉にお酒を出すお店に関してはお閉じをいただきたいというのが今回の緊急事態措置エリアにおいての政府のお願いということ御理解をいただきたいというふうに、もちろんそれに対してのいろんな経済的支援、これはやっていかなきゃならないというふうに思っておりますので、早くお手元に支援金、また協力金が行くように、我々も各都道府県等に働きかけをさせていただきながら、協力をしながら対応をさせていただきたいというふうに思っております。

ただ、やはり感染が拡大していく中において、しかも一定以上の新規感染者が日々、何と云いますか、新規感染者が新たに発生して、病床がそれによって逼迫している地域というのが今緊急事態でありますとかまん延防止措置をやっているところでもありますよね。こういうところに関して、この病床も含めて感染をどうしていくんだということを、これは、エビデンスという話ありました

科学的根拠のところでございますけれども、御説明させていただきたいと思っております。

が、科学的見地から、アドバイザリーボードでありますとか分科会という中で科学者の方々に入っていたいろいろな御意見をお聞かせをいただくと、科学者の方々が、やはりこれは、いろいろな対策をしているけれどもこれぐらい増えているときには全てはやはり止められない、止められないというのは、全ての人を行動制約はできないので、だからもう一斉にやはりお酒の出るところはお閉じをいただいた方がいいのではないかと、こういう御意見を、御評価をいただく中において我々としてはこの対策を打っているわけでありまして、我々政治家だけでいろんなことを勝手に考えているわけじゃなくて、そこには専門家の方々の御意見というものをしっかりと取り入れさせていただく中においてやらせていただいております。

○川田龍平君 せっかくでするので、内閣府大臣政務官もお願いします。

また、加えて、同じ時期の東京都のケースなんですけれども、今、携帯の微弱電波で五百メートル四方の出入というものを計測してござい

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

また、繁華街、飲食店街が多くあるところ

での人出が増えた、その二週間後に感染者が大き
く増えたといった事例もございました。

また、分科会におきまして、感染リスクが高ま
る五つの場面ということで、飲酒を伴う、飲食を
伴う懇親会等が挙げられておりますけれども、飲
食の影響で気分が高揚するのは当然のことではな
いと思いますが、その結果、注意力が低下してしま
つて、マスクを外しつ放しにしまつたりですと
か、また聴覚が鈍化しまつてついつい声が大き
くなる、そして飛沫が飛びやすくなるといった状
況も想定されます。また、長時間に及ぶというこ
とで飛沫、そしてマイクロ飛沫、これに触れるリ
スクというのが高まつてまいります。さらに、回
飲み、そして箸などの共用といったことで感染リ
スクが高まるといったこともございます。

こういった状況からして、やはりしっかりと感
染の対策をするにはこういった対策をすることが
必要であるというような結論に達しております。

○川田龍平君 オリンピックに対しての発言と全
く逆なんですけれども、専門家に聞いていないで
すよね、オリンピックについては。だから、ちゃ
んと聞いてほしいんですよ、正式に。やっぱりそ
ういったこともされていいですし、この矛盾は
やっぱりすごく感じるのは、やっぱりこの科学的
といつても過去のケースですすよね、先ほど、今大
臣政務官がおっしゃったのは。

だから、今意識が変わつてきている段階でやっ
ぱりこのルールを見直すべきではないかと言つて
いるんであつて、和田政務官、趣味が食べ歩きと
いうことですので、それで和田政務官を呼んだん
ですが、是非、和田政務官のちよつと個人的な意
見でもいいので、是非お聞かせいただけないで
しょうか。

○大臣政務官(和田義明君) 御指摘のとおり、私
の趣味は食べ歩きでございます。昨今、毎晩宿
舎で自炊をしておりますので、本当にじくじたる
思いでございますし、それ以上に、飲食店を経営
される方、またそのサプライチェーンにある方々
の御苦労というのは、本当にもう筆舌に尽くし難

いものだというふうにお察しを申し上げます。
現在、緩和に向けての考え方といったことも進
めて、政府で進めておりまして、第三者認証制
度、これをもつて何とかそのインセンティブを差
し上げることができないか、頑張っている会社さ
ん、お店さんにインセンティブを差し上げること
ができないかといったことで検討を進めておりま
す。それで、この第三者認証制度につきまして
は、既に二十二の自治体がルールをもう完成させ
ておりまして、ほかの自治体さんもそれに追うよ
うな形で準備を進められております。

ただ一方で、従来株に加えましてベータ株、デ
ルタ株といった新しい株が出てまいりまして、ま
た、これらはその従来よりも感染力が強くて、こ
れまでこれをやっていたら感染しないだろうと思
われていたケースでも実際感染者が出てしまつて
いる、こういった実態もありますので、しっかりと
と専門家の方々と検討しながら、一日も早く日常
生活を多くの方々が取り戻せるように、しっかりと
頑張つてまいりたいと思ひます。

○川田龍平君 私は、やっぱり飲食店をしつかり
守つていただきたいと思ひます。

菅総理は、食べ歩かないというか、パンケーキ
ぐらいしか食べないからだと言われていますけれ
ども、本当にちよつと是非しつかり、飲食店だけ
ではなくて、やっぱりそれにまつわる関連業界全
てがこれ疲弊しているという状況をやっぱり理解
していただいて、早急に、やっぱり感染拡大を防
ぐこともそうですけれども、是非やっていただ
きたいと思つております。

次に、支援金の在り方についてお話しさせてい
ただきます。

新型コロナウイルスで困窮している方たちへの
支援の在り方に関して一つ伺います。

政府は先月の二十八日、緊急事態宣言の延長に
合わせて、新型コロナウイルスの感染拡大で生活
が困窮している世帯向けに新たに最大三十万円の
支給金を配ることを発表されました。しかし、こ
の支援金の支給には、政府の支援策の一つである

無利子の特例貸付けを利用していることという条
件が含まれています。したがつて、これまでお金
を借りずに何とかやりくりをしようと頑張つてき
た人はこの支援金を受け取れないという状況が起
きているわけです。

今回の支援金は、単身で月額六万円、二人世帯
で八万円、三人以上の世帯で十万円となつてお
り、七月以降の三か月給付とするのですが、支
給対象は、特例貸付けが上限額に達して借りられ
なくなつてしまつたこと、月収が基準額以下であ
ること、また預貯金額がこの基準額の六倍以下か
つた条件があり、ハローワークで求職中などと
いった条件があり、大変狭くなつております。

想定は二十万人ぐらいではないかということ
ですが、特に特例貸付けについては、知つていても
利用しないという人は相当数いるものと考えられ
ます。特例貸付けは、返済の際に住民税が非課税
の場合は返済が免除されることになつています
が、それでも借金をつくりたくないという人は多
いと思ひます。先のことはどうなるか分からない
わけですから、その気持ちもよく分かります。

政府はなぜ、今回の支援金を一定の基準を設け
た上で困窮世帯であれば誰でも受け取れる仕組
みにせず、特例貸付け利用という支給条件を設け
たのでしょうか。新型コロナウイルス感染拡大に歯
止めが掛からない中、困窮する世帯を幅広く支援
するためにこのような支給条件は外すべきだと考
えますが、大臣の見解をお聞かせください。

○国務大臣(田村憲久君) 今までもいろんな施策
やつてまいりましたし、現状も、低所得者の、お
子さんのいる世帯に対しての支援という形で、な
かなかお父様、お母様、お二方親がおられる御家
庭は前年度所得というところを把握するためにま
だ時間が掛かつておりまして大変申し訳なく思つ
ておりますけれども、これも支給を今させていた
だいている最中でありまして。

問題は、今言われた一般的な困窮をされておら
れる御家庭。これに対しては、先ほど来委員が
おっしゃられましたけれども、基本的に緊急小口

資金、総合支援資金、こういうものの特例で対応
させてきていただきました。

非常にこれ皆様方から御利用いただいて、もう
二百万円を超える方々が貸付けをさせていただ
いておりますけれども、ただ問題なのは、随時延長
してきたんですけれども、回数も増やしてまいり
ましたが、結果的に最大もう二百万円まで行かれ
る方が出てこられた。二百万円、もちろん住民税
非課税ならばこれは償還免除という形で先般それ
をお示しをさせていただきましたが、一方で、や
はりそうでない方々もおられる中において、やは
り二百万円、これ貸付けでありますから返してい
かなきゃならないと。

すると、二百万円以上という形になると、もう
月々それなりの負担額お返しをいただくなければ
ならないという形になつてまいりますので、これ
以上、緊急小口、総合支援資金の特例というわけ
にはいかないという中において、そういう方々
に対して基本はやはり就労につなげていかなきゃ
なりませんので、これはやはり、本当にこのまま自
立をすることがどうしても物理的に無理な方々
は、これは場合によつては生活保護を御紹介をさ
せていただくこともあるわけでございます。そう
でなければ、就労等々で自立いただくという形に
なると思ひます。

そういう意味では、もうこれ以上なかなか貸し
付けるとその後の自立に影響が出てまいりますの
で、今般はこのような形で三か月間支給をさせて
いただくという形の中において支援金を出させて
いただいて、その間にしっかりと自立に向かつて
の就労支援等々をやつてまいりたいと、このよう
な考え方の下で三か月にわたつての支援金という
形にさせていただきました。

なお、まだ緊急小口、総合支援資金の方が、余
裕のある方々のために、その請求期限も、これは
貸付期限も延長させていただいたということであ
ります。

○川田龍平君 いや、もう他国に比べてやっぱり
日本の対策、本当にお粗末だと思ひますよ。

やっぱりもつとしっかりと支給して、本当に感染拡大を防止したいのであれば、やっぱりちゃんと休んでもらうということも含めて、やっぱりするんであれば本当に徹底してやればよかったのに、その辺中途半端過ぎるんですね。中途半端過ぎて、やっぱりちゃんとこの防止もできないし、この困窮している人たちを支えることもできない。

本大臣、本大臣は是非検討していただきたいんですが、生活保護について、生活保護は、通常、援助をしてくれる身内や親族がいないことや全く資産がないことが受給の条件になっていますが、しかしこの今、新型コロナウイルスの感染が拡大しているまさに緊急事態のときに、当面の間だけでもこの要件を外して制度を弾力的に運用して生活困窮世帯を支援するということはできないのでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 生活保護の運用についての御意見をいただきました。

利用し得る資産や能力その他あらゆるものを活用するということが生活保護の要件であるということや、あるいは扶養義務者の扶養が保護に優先する、こういったことを総称しまして保護の補足性というふうに呼んでおります。これは、法律上明記された生活保護についての基本原理でございます。

一方で、今委員御指摘いただきましたように、保護が必要な方に対して確実、速やかに保護を行うということも大変重要でございますので、福祉事務所に対しては、申請権の確保や現下の状況に応じた運用の弾力化等の生活保護制度を適切に運用する上で特に留意が必要な事項について繰り返し周知を図ってまいりました。

少し具体的に紹介いたしますと、一時的な収入減少によって保護が必要となる方については、稼働能力の活用ですとか、あるいは通勤時用自動車や自営業に必要な資産あるいは民間保険、こういったものの保有を柔軟に取り扱うということ、あるいは、基準より高い家賃の住居に継続して住

みたいという御希望があれば、一定の場合に一時的に引越させないという取扱いとしてよいことと、あるいは、扶養照会につきましても今の時代や実態に沿った形で見直してきたこと、様々この間、弾力的な運用を周知してまいりました。

なかなか、一時的な収入減少ということであっても資産調査とか扶養照会をなくすというわけにはまいりませんけれども、保護の補正性等の基本原理は維持しつつも、生活保護が最終のセーフティネットとしての機能を果たすように適切な運用に努めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君　家賃補助の制度もありましたけれども、ローンが支払えなくなつて、やつぱり仕事を失つてローンが払えなくなつてすぐ家を失うというような人も出てきていますので、やつぱり本当にこれしつかり手当てしていただかないと、本当に悲惨な状況が続いているということをやつぱり是非しつかり認識していただきたいと思ひます。

次の質問に移りますが、薬剤師によるワクチン接種について、これ立憲からも様々な提案を行ってきました。ワクチン接種の打ち手不足の問題については、厚労省の有識者検討会の資料で、ワクチン接種に係る自治体での医師、看護師の確保状況について、四月時点のアンケート結果として、医師、看護師についてそれぞれ二割の自治体が不足感を感じていると回答しています。これに検討中の自治体も合わせれば、更に不足感が生じる可能性が大いにあります。

そこで、先ほどの検討会では、効果的、効率的なワクチン接種体制の構築を推進するため、医療関係職種それぞれの様々な専門性を踏まえた役割分担の在り方が検討されたものと承知しております。その有識者検討会では、薬剤師に当面期待される役割として、従来のワクチン充填作業に加えて、予診のサポートとして問診、予診票の確認などを更に求めていくと伺っています。

そこで伺いますが、今後、職場でのワクチン接種など、接種会場などが更に増えることが想定さ

れる中、薬剤師に対するニーズはより高まってくることが予想されます。ワクチン接種に協力したいと考えている薬剤師の方、そして実際に協力を必要とする自治体や企業などをマッチングするような仕組みは整備されているのでしょうか。ないのであれば、今後整備する予定はありでしょうか。

加えて、今後は高齢者の方だけでなく一般の方への接種も行われていくことになりましたが、安全かつ迅速にワクチン接種を進めるには、今以上に薬剤師の方や関連する職種の方に協力いただくことが必要になります。接種が進んでいる地域や余裕のある地域からの広域的な人員連携や融通体制の整備などが必要になるかと思いますが、現在行っている施策や今後の検討方針を御説明くださいます。

○政府参考人(正林督章君)　まず、薬剤師さんの方からお答えします。

ワクチン接種を加速化するためには、医師や看

護師などの確保と併せて、医師が行う予診の効率の実施やワクチンの調製、シリンジへの充填作業、接種、接種後の経過観察、こういった一連の業務を様々な職種で役割分担をすることによる接種体制全体の効率化といった課題に対して、それぞれの医療関係職種に専門性を発揮しながら、ワクチン接種に関する様々な業務に御協力いただくことにより対応することが重要と考えています。

このうち、薬剤師の方々には、予診のサポート、ワクチンの調製と充填、接種後の経過観察といった業務において専門性を生かし、御協力いただいたと考えております。このため、地域の薬剤師会などが自治体や医師会と連携し、各地域の実情に合った接種体制の構築に向けて御協力いただけるよう、日本薬剤師会に依頼をしています。

引き続き、地域の薬剤師の連携を強化することにより、接種を効率的に行えるように取り組んでまいりたいと考えております。

それから、もう一点ありますね。
地域で接種が遅れている場合、ほかの地域に医

療従事者を融通するというその仕組みについてですけれど、既に、医療関係者の確保について広域的な需給の調整のため、まず看護職員の派遣を可能とするとか、それから、ナースセンターに求職登録して研修を受けて接種業務に雇用された潜在看護師の方に就職準備金として三万円を支給する、そういったことも行っています。

さらに、医療のお仕事 Key-Net、こういったいわゆる医療人材の求人情報サイト、これを使って人材の募集であるとか求職者の公募、こういった流れで医師等の確保を進めていくことが可能であります。

さらに、今般、接種を行う医療従事者の確保に向けて、都道府県において連絡調整の窓口を設置していただいています。改めて、人材に係る市区町村域を超えた広域的連携や、市区町及び医療機関と医療従事者等の派遣についての調整を担っていただくようにお願いしています。

こうした取組を通じて接種に必要な人員の確保に努めているところであり、引き続き自治体の体制整備を支援してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 新潟県村では九割がほぼ完了している、六月前半でできたという記事もありましたけど、本当にその村長の働きによつて全然変わったところという、自治体によつてやっぱり変わってくるということが分かるかと思ひます。

また、本当の医療が、次に法案の審議に入りますが、医療が高度化しているということ自体、これまで助からなかった命も助かる可能性が高まっている、これ大変喜ばしいと思っています。

先日の委員会でも、ウイルスを使ってがん細胞を破壊するという新薬について御紹介させていただいたと思いますが、こうした画期的な新薬が登場するということは、難病患者、その家族にとって本当に何物にも代え難いうれしさだと思います。

一方で、こうした新薬には最新のテクノロジーが使われていることが多く、どうしても高額になつてしまします。昨年には、脊髄性筋萎縮症に対する遺伝子治療薬であるゾルゲンスマに約一億

六千七百万円もの薬価が設定され、大きく報じられたのは記憶に新しいところです。それ以前にも、白血病治療薬のキムリアやがん治療薬のオプジーボなど高額医薬品が登場するたびに、今後の医療保険財政に対する議論が沸き起こってきました。

こうした超高額医薬品の登場が医療保険財政に与える影響については、衆議院においても立憲の吉田議員が懸念を示しておりましたが、例えば先ほど挙げたゾルゲンスマについては、対象患者が少なく医療保険財政への影響は限定的であるとの御説明や、薬価についても、費用対効果、影響評価など仕組みを取り入れながら、医療保険財政に影響が及ばないいろいろな工夫していくとの説明もありました。

しかし、世界全体を見渡すと、医薬品開発についてはバイオ医薬品へのシフトが鮮明となっており、今後も極めて高額な医薬品が数多く開発されることになることは明らかです。政府の説明のとおり、現時点では高額医薬品については今の仕組みで対応できているということなのかもしれない。しかし、二年前にキムリアが承認されたときの報道では、当時の鈴木医務技監が、仮に公的医療保険の重点化を図らなければならないとすればと前置きした上で、大きなリスクを取るのか小さなリスクを取るのかというコメントを残されています。大変重要な指摘だと思えます。

日本の医療保険制度は、貧富の差に関係なく、誰もが同じ医療を受けられることができる素晴らしい仕組みです。しかし、今後、高額な医薬品が医療保険制度の存続に影響を与えてしまう状況が生じた場合、その薬を必要としている方がいるにもかかわらず、医療保険制度の適用対象から外すべきという議論が出てきかねません。

政府はこれまで、国民皆保険の下、有効性、安全性が確認された医療であつて必要かつ適切なものは保険適用することを基本に対応してきたものと承知しております。しかし、そうした方針が一体今後いつまで維持されるのでしょうか。

今後極めて高額な医薬品が登場してくる、続々と登場してくる可能性が高い中、こうした医薬品が将来の医療保険財政に与える影響について、厚生労働大臣としてどのような所見をお持ちか、今後あり得る議論の方向性も含めて見解をお示しいただければと思います。

○国務大臣(田村憲久君) 今委員言われましたゾルゲンスマでありますとかキムリア、大体一千万を超える、そういう収載されている医薬品、今五品目ぐらいあるんですねけれども、非常に高い、高い分非常に効果がある、それから例えば一回使えば長期間効果が持続できる、こういうことで、今ほど来言われたとおりそれほど、もちろんそれでも数十億でありますから掛かっているわけでありましてけれども、何千億というようなそういうような影響はまだ出ていない。

当然、これ掛かってくればそこは我々も考えなければならぬということ、以前は二年に一回、市場拡大再算定というものをやっつと薬価を抑えていたんですが、今、薬価収載、年に四回に合わせて、年に四回、急に規模が増えたようなものに対しては抑えていくことをやっております。

それから、あわせて、そういうものに対してやはり費用対効果評価というものも取り入れながらしつかり薬価というものをある程度抑えていく、これは非常に重要だと思いますが、一方で、ある程度利益が出ないと製薬メーカーは開発自体をしない。もちろん、製薬メーカーの後ろにはこれは株主もおられるわけでありまして、配当も望まれるわけですね。ですから、一定のやはり利益を、利潤を上げなければならぬ、そこは非常に難しいところだと思えます。

原価等々を計算するという意味では、原価計算方式でありますとか類似薬効方式でありますとか、同じような薬効、薬効効果があるものに對してですね、そういうようなものをいろいろと駆使しながらでありますけれども、今のところは、今言ったようないろんな、拡大再算定等々いろんな

ものを使いながら抑えていますが、委員がおっしゃられるとおり、そういうものがどんどん増えてきたときに、今はある程度の言うなれば薬価収載品目というのは限られている、高いものは限られておりますけれども、どんどん増えてきたときにどうするんだということは、我々もこれから前広に検討していかなければならない課題だということには認識いたしております。

○川田龍平君 高額な医薬品については、今大臣がおっしゃられたとおり、薬価算定の在り方についても様々な懸念が示されています。特に、原価計算方式の場合、各企業から製品総原価に関する情報開示がきちんと行われずに、価格決定がブラックボックスとなつていふとの指摘が数多くされています。

この点については、衆議院では、遺伝子治療の製品は、開発におけるベンチャー企業の買収資金やパテント料が高額になつていふのが、その情報開示がきちんとなされていないとの指摘がありまして。大企業によるベンチャー企業の買収費用や特許料が私たちの知らない間に医薬品の価格に反映されていたということであれば、ある意味では、このベンチャー企業の株を保有していた投資家に対して医療保険財政から資金が流出していると言えなくもありません。

一方で、どのような優れた医薬品が開発されたとしても薬価算定の段階で厳しい値付けをされたのであれば、先ほど大臣も言ったように、製薬企業から見れば市場としての日本市場が魅力が落ち、新たなドラッグラグを招きかねません。

バランスを取るのが極めて難しい問題だと思えますが、少なくとも国民からの納得や理解を得られるように、特に企業の情報開示を重視した薬価算定の在り方を検討していくべきではないかと考えますが、厚労大臣の見解を伺います。

○国務大臣(田村憲久君) この原価計算方式でありますけれども、原材料でありますとか製造原価、製造経費でありますとか研究開発費、こういうものを積み上げていきながら価格決めていくわ

けでありますけれども、そういう意味では、やはり情報開示しつかりしていただかないと、なかなかしつかりした値決めができないというのは事実であります。

特に、海外なんかで製造されている製品では分かりづらいというものがないこともないわけでありまして、そういう場合には、開示、情報開示の低い、そういう場合に対してでありますけれども、補正加算等々の加算額、こういうものを減額いたしたりでありますとか、それから、市場規模の非常に大きいもの、先ほど申し上げましたけれども、これは費用対効果評価、こういうものの対象にさせていただいております。

なお、輸入製品で原価が開示されずに日本の輸入される際の価格のみが示されている場合、こういうものに関しては、海外でどのような価格で取引されているか、こういうものも参考にさせていただいております。

行政改革推進会議においても、やつぱり開示度の低い医薬品、これに関しては、薬価算定で更なる厳しい対応、こういうものも、仕組みをつくれというようなことを検討しろということのお話もいただいておりますので、これに関しては我々も不断の検討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 ちよつと、成功報酬型医薬品の導入とかいろいろ質問したいことまだ、まだまだ後発医薬品やバイオシミラーのこととかあつたんですが、ちよつと時間ですので、後日また質問させていただきます。

今日はありがとうございました。
○福島みずほ君 立憲・社民の福島みずほです。大臣、質問通告してないんですけど、緊急なので、ちよつと要望の質問を聞いてください。

新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金なんですけど、やっていただくことは有り難いんですが、要件が余りに厳し過ぎる。つまり、二十万人で五百億円ということで、二百万円の社協のお金を借りた人だけに対象になると。それか

ら、働いている人は対象外になってしまふ、百万円以下の預貯金持っていたら駄目よというので、実際、この自立支援金、期待していた人たちが多かったんですが、やはりこれ、緊急小口資金等の特例貸付けを利用できない世帯という支給要件をなくしてほしい、特例貸付けを利用していない場合も対象にしてほしい、この声を是非聞いていただきたい。いかがでしょうか。

○**国務大臣(田村憲久君)** 先ほども川田委員の御質問にお答えしたんですが、基本的にやはり、今般のは最大でも三人家族で一月十万円、三か月三十万なんですよ。やはりいろんな意味で、生活の自立をしていただくためのいろんな準備という意味からすれば、これは緊急小口資金、総合支援資金、これは結構枠があります。もちろん、貸付けであります、先ほど来申し上げておりますとおり、住民税非課税に関しては償還免除というような形になっております。これで安定的に自立のための準備をいただきたいという思いなんです。

ところが、それが長引いてまいりまして、緊急小口、総合支援資金、最大二百万まで借りられるんですけども、この枠に埋まった、若しくは今の状況だともう貸付けは、枠は空いているんですけども、状況、生活の状況等々をいろいろ勘案したときに貸付けがもうできませんという、これ社協の判断される場合あるんです。そういう方々が明日から困ってしましますので、そこに対しての今回は支援資金ということでありまして、この三か月の間に何とか自立をいただくことをしなきゃいけないわけがあります。

働いていないということが要件ではありません。ハローワーク等で求職活動していただければいいので、今も多分働いておられる方がいいおられるんですね、その中で、ところが、なかなか収入が多くない中で困られておられるんです。そういう方々は、より安定した仕事に就くか、更にほかのいい厚遇の仕事に就くかということをしていただかないと生活が自立していけませんから、いつまでも給付金で、支援金でこれずつ

とこれから先、半年というわけにいかないのですから、そういうためにどこか求職活動をしてください。

これ今、今仮にしていなくても、これからでも求職活動、働きながらハローワーク行っていたいて、いい仕事を探していただく、こういうことをやっていただければ当然要件になりますので、そういう方々は支援金の対象になるということでございますので、この緊急小口資金、総合支援資金、あつ、総合資金貸付け、これの特例をまず使っていただいて、まあ、ある程度の期間これは貸し付けられますので、こういうものを使っていたきながら何とか自立に向かって御努力をいただく、それに対しては国もいろんな就労支援はしていくということが立て付けてございますから、この枠いっぱいだった方に対しての今回の対応だ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。

○**福島みずほ君** でも、これから貸付けをやつてください。そして、やっぱり対象者が余りに限定なので、是非拡大して変更していただくように強くお願いいたします。

これから職場で、法人でワクチン接種するということも言われています。ただ、まず、医療従事者がまだなのに高齢者のワクチン接種が始まる、高齢者のワクチン接種が全然行っていないにもかかわらず、今度は企業でという話の準備が始まっている。順番が変わっていつちやうんじやないかという心配もしていますが、今日は要望として、この職域で接種する場合、非正規雇用やアルバイトの人が漏れないように、是非、職域接種において非正規雇用、アルバイト労働者等を排除しないよう、田村大臣の会見や厚生労働省からこれは徹底していただきたい。

それと、職場ですと、受けない受けたというのがはつきり分かりますので、是非、受けたくないという人もいるかもしれないし、同調圧力が強くないように、選択が尊重されるように、この二点についていかがでしょうか。

○**国務大臣(田村憲久君)** まず、雇用形態において差が出ないようにいただきたいというお話がございました。これはどういう対応を取られるか、各職域という形になってこようと思いがすが、基本的には自分のところの職員に対して感染拡大若しくは発症、重症化予防みたいな形で打っていただきますので、やはり職場でクラスターが生まれると困ってしまう、職場でたくさんの方々が休まれると困ってしまうことでございまして、そこは適切な対応をしていただけるものというふうに我々も期待いたしております。

それから、同調圧力でどうしても打てない、中には、御本人の信念だけではなくて、アレルギー等々で打てない方もおられると思います。これは前からも申し上げておりますとおり、国としては積極勧奨はします。それから、努力義務は、一応予防接種法でありますから、これは掛かっています。しかし、この臨時接種の特例という形でやっておりますけれども、決してこれは強制ではありませんで、御本人の御判断で打っていただくということはこれからも我々としてはしっかりと伝えをしてまいりたいというふうに思っております。

○**福島みずほ君** 企業に委ねてアルバイトや非正規雇用の人たちがされないようなことが起きないように、厚生労働省からの発信や広報、大臣の記者会見等でもこれは徹底していただくようお願いいたします。

リプロダクティブヘルス・アンド・ライツの観点から、母体保護法の配偶者の同意要件は、未婚の場合には適用がないということでもよろしいですね。

○**政府参考人(渡辺由美子君)** 母体保護法上の配偶者の定義につきましては、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含むとなっておりますので、先生のおっしゃる未婚ということがこういう事実婚状態にもないということであれば、この配偶者には当たらないということになります。

○**福島みずほ君** 母体保護法の十四条二号は、レイプなどの場合にはこれ中絶ができるようになっていんですが、実際、病院の中では同意を取つてくれと言われて拒否をされることがあり、これは厚生労働省が通知を出してくださって変わりました。

もう一方で、未婚なんだけれども産婦人科の中には相手の男性の同意を取つてくれと言われて、相手が同意してくれなかったり、逃げちゃったりとか、もう連絡付かなかつたりというような事態があると実は中絶ができないということで、出産に追い込まれるという事態も現場では起きています。

ですから、条文は配偶者と書いてあるので未婚の場合にはこの配偶者の同意は要らないんですが、現場では、要らない、必須ではないけど無難なように任意で取っておきましょうというので、実は取られているという実態があります。

定型の書式に配偶者という欄があるので、周知と併せて、未婚の場合、パートナーの同意不要という記載の書式にリニューアルするなど、むしろ配偶者の同意禁止ぐらいやっていただかないと現場が変わらないんですね。どうかこの点、配慮していただきたい。いかがでしょうか。

○**政府参考人(渡辺由美子君)** この配偶者の同意につきましてはこの委員会でも度々委員から御指摘ございますが、この同意そのものを変えるかどうかということについては何度も御答弁しておりますように、女性の自己決定権というお立場の見もある一方で、胎児の生命尊重という御意見もありますので、これ自体を変えるというところについては、まだまだ国民的なコンセンサスがあるという状況ではないと考えております。

一方で、配偶者の定義ということにつきましては、これまで、例えばレイプの場合ですとかDVの場合ということについては解釈の明確化ということをしてまいりましたので、ちょっと御指摘のような事例が具体的にどうなのかという辺り少し現場にも聞きながら、どのようなことが考えら

れるかということを検討していきたいと思いま

す。
○福島みずほ君 条文は配偶者の同意とあるけれども、現場では、未婚だろうが相手の同意を取らせるといふか、中絶やりませんということがあつて、本当に困っているという例を実は聞いております。産婦人科の人に聞いても、えっ、未婚の場合は要らなかったんでしたっけという声も実は聞くんですよね。

ですから、どうかこれは非、定型の書式をリニューアルするか、未婚の場合には配偶者の同意禁止ぐらい、要らないというようなメッセージを是非厚生労働省から発していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

では次に、オンライン資格確認システムについてお聞きをいたします。

同意なしに個人情報が使われることは、私は憲法違反の疑いがあるというふうに考えております。情報が不正に使われないか、個人情報保護法の定めにより保護されるにしても、監視機能として不十分ではないか。個人情報保護委員会で作るんでしょいか、教えてください。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 医療保険のオンライン資格確認システムについてのお尋ねということですのでよろしいでしょうか。オンライン資格確認システムにつきましては、先般の法律改正によりまして導入したものでございます。

そういう意味では、その法令に基づきまして、様々な個人情報保護法に基づくガイドライン等々に基づいてしっかりと個人情報保護しながら行うものでございます。

○福島みずほ君 いや、監視体制が十分かという質問して、そのことについて、私がちょっと納得できるような答弁ではなかったんじゃないでしょうか。

それで、生活保護受給者の全レセプト情報を収集した全国的なデータベースを構築する予定があるかどうかについてお聞きをいたします。

既にナショナルデータベースがあります。これ

は、レセプトの情報など、匿名化処理されて第三者提供される仕組みです。今回のオンライン資格確認システムは別でレセプト情報は含みませんが、このオンライン資格確認システムと、それからこの全国的なデータベース、あつ、ごめんなさい、資格確認システムと従来あるナショナルデータベースの関係、これが連結するということはあるんでしょいか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 今回の法案によりまして、医療扶助のオンライン資格確認等システムを導入することで、このオンライン資格確認システムのの方に氏名、生年月日、性別などのそういった資格情報ですとか、あるいは福祉事務所から医療を委託した医療機関、傷病名などの医療保険情報、それから健診情報や薬剤情報等、こういったものをこのオンライン資格確認等システムの中に格納するというところでございます。

ただ、このオンライン資格確認等システムというのは、医療保険や医療扶助のあくまでも資格確認等のためのシステムでございまして、委員がおっしゃられましたレセプト情報を集めて個人が特定できないように匿名化された医療情報のデータベースであるNDB、ナショナルデータベースとは全く別物でございまして、両者を一体化するということは私も考えておりません。

○福島みずほ君 医療扶助におけるオンライン資格確認システムが実はよく分からないんです、立派理由が。確かに、生活保護を受ける人たちは健康保険証ではないから、ここをマイナンバーとくっつけて取らせようとするというのがあるかもしれないんですが、先日、私が質問したとおり、ケースワーカーから取ってくださいと言われると、どうしてもそれを強制されてしまうんじゃないか、あるいは、二重に、医療券や調剤券の発行業務も引き続き行われるのであれば、事務コストが二重になるといふことも考えられます。

お聞きをいたします。なぜ、医療扶助におけるオンライン資格確認システム、この立法、必要なんですか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 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具体的に準備されております。こうした中におきましては、医療扶助にもオンライン資格確認を導入して医療保険の被保険者と同じ形で資格確認を行えるようにする、そういう必要があるというふうに考えてございます。

このため、今回、医療扶助につきましても、医療保険制度におけるシステムを基盤といたしまして、医療保険制度と一体的に運営する形でオンライン資格確認が行えるように、医療保険制度と同様の法的措置ということを講じるということでございます。

このオンライン資格確認の導入によりまして、医療券の受取が毎月不要になるということですが、あるいは制度の適正かつ効率的な運営が可能になるとか、様々なメリットが被保護者にとつてもございますし、また、医療機関にとつても福祉事務所にとつても様々なメリットがございます。

こういったことを総合的に勘案しまして、オンライン資格確認を医療扶助にも導入したいということでございます。

○福島みずほ君 資格確認のこの中に生活扶助の場合も無理やり入れ込むという感じがするんですけど。それは、マイナンバーカードの取得をケースワーカーからやはり強制されてしまうんじゃないか、別の問題が起こり得るというふうに考えています。立法理由が分からないというのか、最後そこが残った部分も入れちゃうぞということで、うまくいくとは思えないというふうに考えております。

そこで、データ内容や分析結果が公表されると生活保護受給者に対する偏見とならないでしょうか。あるいは、データ内容を民間企業も含めた第三者提供の対象とやはりするんでしょうか。やはり、なぜその生活保護受給者に限定するのか、その情報や分析を何か別のことに使おうとしてい

るんでしょいか。どうでしょう。

○政府参考人(橋本泰宏君) まず、第三者への提供ということでございますが、オンライン資格確認等システムに格納した情報というのは、本人又は本人の同意の下で医療機関等が閲覧するものでございまして、こういった個人情報、本人同意を得ることなく、研究者などの第三者に提供することとはございませぬ。

それからあと、偏見というふうなお話ございました。医療扶助につきまして様々な制度を持続的に運営していくための適正化ですとか、あるいは生活保護受給者の健康増進の推進といったことのために、様々なデータの分析ということは必要でございまして。このため、私どもとしては、これまで被保護者調査ですとか、あるいは医療扶助実態調査とか、そういったものによりましてデータを収集して、様々な分析をしてまいりました。

前回の平成三十年の生活保護法改正におきまして、医療保険におけるデータヘルスということをご参考にして、福祉事務所の方が生活習慣病の発生予防、発症予防ですとか重症化予防などを推進する被保護者健康管理支援事業というものを開始することとされたわけでございまして、これを行うに当たりましては、厚生労働大臣といたしましては、この生活保護受給者の医療情報を調査分析して福祉事務所の方に提供することも規定されてございます。

今般の法改正を経まして、今後は、NDBの活用ということも含めて様々なデータを収集、分析をし活用するというところで制度をめぐる課題を明らかにし、またそれへの対応を的確に行っていく、そういったことを通じて生活保護制度に対する信頼性を高め、それがさらには受給者に対する偏見の防止といったことにもつながっていくというふうに考えております。

○福島みずほ君 生活保護受給者に対する偏見やあるいはこういう問題点があるとして、むしろ受給やいろんなことを狭める可能性が出てこないかということも心配しております。是非、そういう

ことがないようにということを強く要望いたします。

子供の医療費についてですが、自治体の現物給付方式の助成に関する国保の減額調整、ペナルティーの問題ですが、ペナルティーは二〇一八年度から未就学児までは廃止をしております。償還払い方式により後日償還の方法もあります。

二〇一九年度乳幼児等に係る医療費の援助についての全国的な調査の資料をいただきました。各自治体、本当に実は頑張っているというふうに思っております。

これに関して、未就学児では足りず、年齢をもっと上げ、例えば十八歳とかです、十八が望ましいですが、全ての年齢の子供について対象を広げ、全廃すべきではないでしょうか。

○**国務大臣(田村憲久君)** 未就学児に関する減額調整措置でありますけれども、これも御承知のとおり、平成二十八年六月の閣議決定された二ツポーン一億総活躍プラン、これを受けて平成三十年より未就学児までということにしたわけでありますが、これは、未就学児医療費の窓口負担、こういうものに對して二割とされていることでありますとか、また所得の低い方も一定割合御負担いただいておりますということもある中において、この未就学児というところに限定をさせていただいたわけであります。

これ、拡大をするというお話もありますが、なかなか難しいのは、これ当然言うなればその分だけ負担が減るわけでございますので、逆長瀬効果という言い方がいかどうか分かりませんが、けれども、負担が減ればその分だけ受診行動変わるわけでございますので、それだけ医療費が増えてくるという部分がございます。

そういう観点から、これはなかなか全てを減額調整措置をしてそれを更に進めると、後押しをするというわけには今の財政状況ではないかというところでございますので、その点は御理解いただきたいというふうに思います。

○**福島みずほ君** 現場と自治体の心を厚生労働

省、理解しないと思います。自治体、頑張っていますよ。十八ということも多い、十八歳までというところも多いですが、自治体頑張っています。

それはやっぱり、子供が貧富の差やいろんなこと関係なく、やっぱり医療が受けられるようにじゃないですか。子供のときに歯の治療や健康でちゃんと十分治療を受けないと、大人になってからも響くかもしれない。せめて、子供に対する医療費に関して自治体が免除、控除したりすることを厚生労働省は応援してほしいということを強く申し上げます。本当はやはり子供に対する医療費で、やっぱりこども庁をつくらうかというときではこういうことは、もう少し医療についてとか踏み込むべきだというふうに考えております。

国保は、世帯員数に応じた均等割なので人頭税として批判が強く、少子化対策に逆行するという面があります。廃止すべきではないでしょうか。

○**政府参考人(濱谷浩樹君)** お答えいたします。国民健康保険制度では、全ての世帯がひとしく保険給付を受ける権利がございます。そのため、世帯の人数に応じた応分の保険料を負担いただく、これが基本でございます。

その上でございすけれども、今回の改正法案では、子育て世帯への経済的負担軽減の観点から、多子世帯とか低所得世帯とか制限設けず、広く子供がいる世帯に對しまして一律に軽減を行うこととしております。その上で、未就学児の医療費の窓口負担割合が二割とされていること、所得の低い方にも一定の割合を負担していただいていること等も考慮いたしまして、未就学児の均等割保険料を半額に軽減する措置を講ずることとしたものでございます。

なお、現行制度におきましても、所得の水準に応じまして、均等割保険料を最大七割軽減する措置が講じられておりますので、今回の子供の保険料に係る軽減措置は、この軽減後の保険料を半額にするということでございますので、所得の低い世帯の子供さんにつきましては最大八・五割の軽

減となるという措置でございます。

○**福島みずほ君** このコロナ禍の中、住まいのことが本当に重要で、ハウジングファースト、そのことを痛感しています。住居確保給付金の支給状況、今後の対策について教えてください。

○**政府参考人(橋本泰宏君)** 住居確保給付金につきましては、令和二年度の速報値でございますが、新規申請件数が十五万二千九百二十三件、新規の決定件数が十三万四千九百七十六件、再支給の決定件数が四千七百八十五件、支給済額が約三百六億円となっております。

今後の対策についてのお尋ねでございますが、新型コロナウイルスの特例といたしまして、支給が終了した方に対しては三か月間の再支給を可能とする措置を講じております。これを、申請期限が令和三年六月末までということになってございまして、今後、九月末までということに延長させていただきます。

また、住居確保給付金と職業訓練受講給付金との併給というものにつきまして、今までは併給調整をしておりましたが、今後は併給を可能とするという特例を導入することといたしております。また、私も厚労省といたしましては、新型コロナウイルス感染症の今後の動向等を踏まえて、必要な方への確実に支援が届くように努めてまいりたいと考えております。

○**福島みずほ君** このコロナ禍の中、住宅を失った人たちにたくさん会ってきました。渋谷でホームレスになって殴られて亡くなった女性も、試食販売をやっていたけれど仕事がなく、その前に家賃が払えずに住まいを失ったということが報道されています。やっぱり住まいって一番お金も掛かるので、衣食住もろん重要ですが、住まいはやはりとてもエンゲル係数以上にお金が非常に掛かる面もあります。

日本の住宅政策について少し調べてみたら、やはり公営住宅、公団住宅、どんどん下がっていて、公共住宅数が本当に減っている、諸外国に比べても減っているんですね。少子化ということも

あるかもしれませんが、公助と言ったときに、住居に対する公助の政策は日本は本当に弱いんじゃないかということをおっしゃっております。

新型コロナウイルス感染症拡大による住宅への影響として、生活困窮者支援の長期的な対策をどう考えているのか。国土交通省は公営住宅などの提供を考えることができないんでしょうか。厚生労働省は、一時金の支給以外の支援の可能性、国交省と連携した生活支援の枠組みをどう考えるのか、教えてください。

○**政府参考人(淡野博久君)** お答え申し上げます。

コロナ禍の影響により住まいを失ったような方々について住まいの確保を図っていくということは重要な課題であると認識してございます。このため、御指摘いただきました公営住宅やUR賃貸住宅等の公的賃貸住宅の空き室を提供するという取組を推進してきてございます。

公営住宅につきましては、公共団体に対しまして、コロナ禍の影響により住まいに困窮している方に対する空室の一時的な提供等を昨年の四月に要請し、現在、緊急事態宣言が発令されております十都道府県の県営住宅等につきまして、千百九十一戸が用意され、延べ四百十五世帯が入居しているという状況にございます。

また、UR賃貸住宅につきましては、生活困窮者に対する支援を行う居住支援法人等に一定期間貸し出しまして、当該法人が住まいに困窮する方々に低廉な家賃で貸し出すという取組も本年度から開始をしたところでございます。

こうした公的賃貸住宅を活用した取組に加えまして、民間賃貸住宅のストックを活用した長期的な取組として、生活困窮者などの住宅確保要配慮者の入居を拒まない住宅をセーフティネット住宅として登録していただきまして、地方公共団体と連携して家賃低廉化等の支援を推進しており、五月末現在で約四十四万戸がこのセーフティネット住宅として登録が行われているという状況にございます。

引き続き、国土交通省といたしましては、厚生労働省や地方公共団体と連携して、新型コロナウイルス感染症の影響により生活に困窮する方々の住まいの確保に努めてまいりたいと存じます。

○政府参考人(橋本泰宏君) 厚生労働省の方の施策について申し上げます。

住まいに困窮されている方への支援につきましては、先ほど私の方から答弁いたしました住居確保給付金の支給のほか、アパート等への入居支援ですとか入居後の定着支援を行う事業などによりまして、安定した住まいの確保を推進することとさせていただきます。

国交省の方との連携でございますが、公営住宅等に関しましては、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて離職等によって住まいを失うおそれのある方ですとかホテル等の一時的な居所に滞在する方につきまして、公営住宅の空き室等の情報が適切に提供されるように通知をいたしまして、自治体担当部局間で情報共有を図るようにしていただいているということが一つ。

それからまた、セーフティネット住宅等に関しましては、住まい支援の連携強化のための連絡協議会と、こういったものを設けておりまして、こういったものを通じて住まいに関する課題の情報共有ですとか協議を行っていく、こういったことをさせていただいております。

私どもとしましては、こうした支援策、あるいは国交省を始めとする関係省庁との連携を図ることによりまして、引き続き生活困窮者の方々の住まいの確保に努力をしてみたいと考えております。

○福島みずほ君 厚労省は、割と箱物を造る、で、厚労省は割と困窮者やいろんな人々の生活支援みたいな形があつて、両方とも頑張っていたきたいんですね。

国土交通省、公団住宅あるいは公営住宅どころ日本は減らしてきて、民業圧迫ということで減らしてきているんですが、この政策、正しいんでしょうか。

○政府参考人(淡野博久君) 公営住宅、URの賃貸住宅、そういう公的な賃貸住宅については、きちんと必要な数の整備も必要な一方で、特にURの方につきましては行政改革の一環でストックの数の適正化ということもございますので、そういう様々な指摘に対応しながら必要な数の確保を図れるように、住生活基本計画に基づきまして、今後、各都道府県もこの住生活基本計画を策定をして、計画的に公営住宅の整備等を図っていくということも国としても支援してまいりたいと存じます。

○福島みずほ君 行政改革で減らしてきたというのは正直残念だと思えます。住宅政策における公助をやはりつくることと、それから厚生労働省における困窮者生活の支援と、両方うまく合つて住宅の支援がなされるように思えます。

その意味では、国土交通省、厚生労働省、住宅の施策で頑張つていただきたいということを強く申し上げ、私の質問を終わります。

○委員長(小川克巳君) 午後一時三十分再開することとし、休憩いたします。

午後零時二十四分休憩

午後一時三十分開会

○委員長(小川克巳君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

委員の異動について御報告いたします。
本日、豊田俊郎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) 休憩前に引き続き、全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。
○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。今日も、健康保険法の改正案を質疑する前に、ちよつと何点かコロナの関係を質疑させていただきます。

きたいと思ひます。

なかなかコロナの感染者数が下がらないですね。昨日も、東京が四百八十七、大阪も二百十三、沖縄とかは二百九十七で、非常に多いというふうな状況が続いております。やはりワクチンは接種をやつぱり早めていくということが非常に大事だということに思ひます。

アメリカは、バイデン大統領が、毎週金曜日は調剤薬局で二十四時間対応でワクチンを接種していくということを発表いたしました。非常に、日本もいろんなところでやつぱりワクチンがやつぱり接種できるという状況をつくっていくということが非常に大事だということに思ひますので、更にワクチンの接種が早急に拡大していくように引き続き御努力をお願いしたいというふうに思ひます。

コロナ関連で、まず、オンラインシステムのことについて伺いたいというふうに思ひます。

報道では、政府が、新型コロナウイルスで自宅療養している人の情報を、本人の同意の下、保健所の職員だけでなく地域域の病院や診療所の医師が把握でき、必要があれば医師が往診やオンライン診療でできる、そういったシステムをつくるというふうにされております。自治体によつては既に自宅療養向けのオンライン診療ですね、そういったものを行つている、大阪府もそうでありまして、パルスオキシメーター、オンライン診療、こういったもので対応しているという状況にあります。

この新たなシステムや体制、これ整備していく上で、自治体、既にやっているとところとの連携について伺ひたいと思ひます。

○政府参考人(正林督章君) お答えします。
自宅等で療養されている患者の方々については、症状に変化があつた場合に速やかにこれを把握し、必要な医療につなげていく、これが非常に重要であります。

委員御指摘の点は、恐らくデータヘルス改革の中で自宅療養者の患者情報を地域の関係者間で共有する仕組みについてだと思ひますが、現在検討

していますが、自宅療養に関してオンライン診療を提供する取組として、例えば神奈川県、そこにおいては、症状が悪化した自宅療養者等へのオンライン診療を、医師会や民間事業者等に対して一定の患者情報を共有した上で委託していると承知しています。

このような自宅療養者について患者情報を共有した上で往診、オンライン診療、訪問看護などにつなげて、つなげるような取組については、他の自治体への横展開を図っていくことを引き続き検討してまいりたいと考えております。

○東徹君 そうしたら、新たなシステムを導入するということではないということですか。

○政府参考人(正林督章君) 今直ちにというわけではなくて、まだまだ検討の段階であります。

○東徹君 次に、保健所の役割についてなんですけれども、五月八日の参考人質疑でも、港区の保健所長松本参考人から現場の実態を踏まえての意見がありました。その中で非常に気になったのが積極的疫学調査についてなんですけれども、これまで一年やつてきて感染の流行が止まっていな、調査の効果がどのようなもので、それが今の感染流行にどういった影響をもたらしているのか実感ができないというふうなお話がありました。

今後、ワクチンの接種が進んでいけば将来的に積極的疫学調査がこれ不要になるということも考えられますが、これ積極的疫学調査、これはこれからもずっと続けていくというお考えなのかどうか、お伺ひしたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) 五月六日、松本参考人からの発言ということで、これ感染拡大が続く中ということなんだと思ひますが、私たちが時間を掛けてやつていける疫学調査がどういう効果を持つて今の流行に影響をもたらしているかというところが実感として分からなくなつていける、こういった趣旨の御意見があつたというふうにお聞きいたしております。

正直を申し上げまして、感染拡大するとなかなか積極的疫学調査で囲い込んでいろいろなところ

で感染広がりますので、特に感染不明、リンクしない人たちも半分ぐらい出てくるともう、それはもうそれだけでは抑えられないんですが、まだ感染がそれほど地域で広がっていないときには、積極的疫学調査で抑え込んでそれ以上感染を広げさせないというふうな一つ大きな効果があるというふうに思っております。

なお、これはアドバイザリーボードも以前から言われている、よく尾身先生などはおっしゃられるんですけども、東京もいつときもうゼロ近くまで、大阪もゼロまで、去年の緊急事態宣言一回目ですね、あの後、そこまで狭まったといえますか、感染者が減ったんですね、一日当たり。東京、五人とか六人まで減ったんだと思うんですけども。

それでも広がってきたというのは、やはり目に見えないところに温床があるということをよく言われて、それを見付けて対応しなきゃいけないというんですが、なかなか症状が出ない方々が媒介を、媒介という言い方良くないですね、症状が出ない方々が広げられることが、本人、御本人が悪いわけじゃなくて、これよく尾身先生もおっしゃられるんですが、結果としてそういうことが起こる疾病でありますので、なかなかその根本を見付け出すということは積極的疫学調査だけではできないというそういう部分もあるんだというふうに思います。ただ、これからも仮にワクチンがある程度打ったとしても、感染がまだ市中にある間は、これは積極的疫学調査、一定の範囲の中でこれは続けていくものというふうに考えております。

いずれにいたしましても、その時々で、これは足立先生によくお叱りをいただくんですけども、積極的疫学調査も優先順位みたいなものを付けざるを得ない、これは感染が拡大してくるとどうしても保健所の機能の制約の中でそういうことをやらざるを得ないことは起こりますが、そのときでもやはり一定程度濃厚接触者の方々は囲い込んで、感染をそれから広げていかないとい

う意味ではやっていただいておりますので、これからも積極的疫学調査は続けさせていただきたいというふうに思っております。

○東徹君　しつかりやつぱり評価していくことが非常に大事だというふうに思いますので、この保健師さんに、積極的疫学調査をやる、かなり負担でもありますし、そしてまた人数が少なければ各自治体も人を増やして対応している。じゃ、これでごく効果があるのか分からないというふうな意見を聞くと、じゃ、一体どうなっているんだろうかというふうに思うわけでありまして、しつかりと、港区のことも含めて一度しつかりと調査をしていただいて、評価していただきたいなと思います。

続いて、入院調整についてなんですけれども、これもそのときの参考人から、松本参考人からお話があったんですが、直接患者に会っていない保健所が患者と医療機関との間で入院調整などを行って、伝言ゲームのようになってどうしても時間が掛かるほか、患者本人を直接見えないために念のため入院させることになったり、病床の逼迫につながっているというようなお話がありました。やはり保健所を介さないような入院調整の体制というのが非常に大事なかなというふうな感じが、そのときお話を聞いて思ったわけでありまして、新型コロナウイルスの感染拡大からこれも一年以上たつたわけでありまして、この入院調整の課題についてどのように考えているのか、厚生労働省にお伺いしたいと思っております。

○国務大臣(田村憲久君)　基本的に言えば、都道府県に調整本部をおつくりをいただいて、入院調整をしていただきたいというふうにお願ひしています。ただ、そうはいっても保健所を介しています。保健所と調整本部、都道府県調整本部が調整をするというように我々はお願ひいたしております。特に、東京などの場合はどうしても保健所設置自治体が区になりますので、そういう意味では都が全体を統括していないとなかなか体制が難しいということもあります。

区を越えての移動ということもありますのでそういうことをお願いいたしておりますが、委員が多分おっしゃっておられるのは、その保健所自体が実際本当に機能で得られるのか、若しくは、保健所所長は医師の方々おられますけれども、そうじゃない方々が多い中でどうやって調整するのかと、こういうお話もあるんだと思いますが、医療機関に直接やつてもらおうというのが全くないわけではないんですけど、ただ、例えば医療機関に行つて、その診療・検査医療機関でPCR検査やつたとしても、その日のうちに分かる、大体早くなつてきましたのでその日のうちに分かるというところもあると思いますが、分からないと一回家に帰つてもらわなきゃいけませんから、家に帰った人にその医療機関がちゃんと対応できるかということもありますので、やはりそこは誰か調整する人がいないと難しいと。

ですから、保健所じゃなくてもいいんですけども、そこと医療機関とが連携しながらその方にアプローチしていくという新たな機能を自治体でおつくりをいただければ、それはそれで保健所の機能は分化できると思うんですが、ただ、そういう新しいものをつくるというのは保健所の中の人員を増強するのと余り変わらない話に結果的にはなることも考えられますので、そこはそれぞれの自治体でお考えいただきたいと思っております。

ただ、情報はやはり保健所に伝えていただきませんと。なぜかというと、その陰性、陽性だけではなくて、今度はベッドの調整をどうするんだという、こも入ってまいります。自宅にそのままいるのか、ホテルに行くのか、ベッドなのか、この調整をする機能も要りますので、そういう調整の機能も含めて今保健所に担っていただいております。それをどう代替するのか、若しくは保健所で機能強化をするのか、いろんな考え方はあると思いますが、マンパワーがなければなかなかやっていけないということであろうというふうに思っております。

○東徹君　これは、私の意見じゃなくて、この保健所の松本参考人が、みなと保健所の松本参考人がそうおっしゃっていたわけでありまして、確かにそうだなと。やはり診たこともない人を入院するかしないかを判断するというのは非常に難しいだろうというふうに思うわけでありまして。

だからこそ、さつき言っていたオンライン診療とか往診とか、そういったことがもうしつかりと根付いて、そしてオンライン診療で診ていただいているドクターの方から、やつぱり入院が必要だというふうなことをそのドクターの方から調整していただければ一番早いんだろーと思ひますし、なかなかできない場合は保健所を介さないといけないときもあるかもしれないけれども、できるだけやつぱりドクターがそういう判断をしていただける、そういう仕組みがこれ必要じゃないのかというふうに思ひます。決して自治体だけのこれ問題ではないというふうに思っております。是非そういった仕組みに変えていくということがやつぱり必要なかなというふうに思ひます。

では、ちよつと今回の健康保険法の改正について質疑をさせていただきたいと思ひますが、まず、医療費のやつぱり適正化という問題の中で、一つ今日、新聞記事を付けておりますけれども、医薬品の談合事件というのがありました。これが非常にやつぱり気になったわけでありまして、これはちよつとんでもない事件だというふうに思つたわけでありまして。

政府の分科会の尾身茂会長が理事長を務めている独立行政法人地域医療機能推進機構の医薬品発注に関して、スズケンなど医薬品卸の間で談合がこれ長年行われていたということで、この機構の入札というのは二〇〇八年からこれ繰り返して行われていたということです。これ、トップが談合を容認したという会社もあるということです。とんでもない話なんですけれども、これ業界にしみ付いた非常に根深く大きな問題であるというふうにも報道されております。

こういった談合を長年見抜けなかった理由は何だというふうにお考えでしょうか。

○政府参考人(迫井正深君) 御指摘のその談合を見抜けなかったのかということでございます。

これ、独立行政法人地域医療機能推進機構における医薬品の共同調達でございますけれども、これ入札のときに、スズケンなど医薬品の卸業者から公正な競争の執行を妨げる者などに該当しないことを誓約をするということを求めているので、競争参加資格確認申請書の提出を受けております。

その上で、その入札品目のうち約半数につきましては当初の見積りで最低価格を示した業者以外の業者により落札されているといったことから、談合を疑うには至らなかったというふうに聞いております。

○東徹君 やっぱりこういった談合を今のやり方ではなかなか防げないのではないかとというふうに思います。

今回でも、入札に絡む契約期間中の粗利益ですけれども、四社で総額約五十三億一千万円に上ったということですから、これかなり大きな談合事件だというふうに思います。それだけに、罰金三億円の求刑が言い渡されただろうというふうに思います。これ、談合によって価格が高止まりするということは、その薬価改定時の引下げ幅がやっぱり小さくなるわけでありまして、そしてまた患者にとっても医療費の負担が増えていくということになるわけでありまして、こういったことをやっぱりもつと防いでいくということが非常に大事だというふうに思います。

この談合によって機構がどれだけ損失を被ったのか実態を把握した上で、機構への指導を行って再発防止策や業者への賠償請求などを行うべきと考えますが、厚生労働省としてどういったことを行っているのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(迫井正深君) 御質問の談合による損失につきましてでございます。

この談合がなかった場合と比較するということ

はなかなか難しく、算出することは基本的には困難だと考えますけれども、地域医療機能推進機構、ＪＣＨＯと医薬品卸売業者との契約の中で、万一ですね、談合による独占禁止法違反の刑が確定するような事案が生じた場合には、契約金額に対する一定の割合に相当する額を損害賠償請求するということを契約の中でうたっております。今後もし、その刑が確定次第ですね、そのＪＣＨＯにおいて、当該医薬品卸売業者に對しまして必要額を損害賠償請求していく方針であるというふうに聞いております。

それから、厚生労働省におきましては、ＪＣＨＯに対して、公正かつ透明な調達手続による適切な入札の実施を指示していただくところでございますけれども、再発防止の観点も含めて適切な入札が行われるよう、引き続き指導、必要な指導を行ってまいりたいというふうに考えております。

○東徹君 これはもう是非、厚生労働大臣にお願いしたいと思いますが、これよく、建設関係のこれまで談合事件つて、二十年前ですかね、よくありましたです。特に、公共入札において談合事件があったというふうなことで、今は非常に、建設業界では談合がかなりなくなったというふうに思います。こういった、今回でも、医療費のこの医療保険制度が持続可能なことにするために、ある一定これ高齢者にも負担をこれ求めているわけですから、こういった談合事件をやっぱりなくしていく、実際に見付かっているところが大半だというふうに思いますけれども、こういった取組、非常に僕、大事だというふうに思っています。

通告はしておりませんが、田村大臣には是非徹底したこういった談合対策していただきたい。例えば、よく建設業界では、そういった入札で談合が分かったときには、もう一年間入札停止とかいうふうなことでやっぱりとかしてきただけです。ですから、これ国の病院関係であれば、そういった入札をさせないとか、そういったことを是非やるべきだというふうに思います。

いった取組なんかも御検討いただければというふうに思います。

○国務大臣(田村憲久君) ＪＣＨＯでありますとか関連するところは入札等々の停止、指名停止ということでありまして、これ、ＪＣＨＯは三社に対して医薬品入札談合に係る指名停止措置を行っておるということでありまして、ＪＣＨＯに対してはこれで入札できないという形にはなっております。

なお、他の民間に関しては、ちょっとそれはそれぞれの民間で御判断をいただくことでございます。多分建設業も同じなんだろうと思いますが、公共調達というものがこの医薬品に関してはないものでありますから、それぞれ法人等々でやっていただいておりますので、そこで適切な対応をしていただきたい、していただくと思いますが、いづれにいたしましても、今回もお聞きするところによると、やはり課徴金免除制度が効力を発揮したということでありまして。

独禁法の見直し等々でそういうような形等々を言うなれば取り入れる中において、これ、この卸だけではありませんけれども、いろんな談合問題というものが公になってきているということでございますので、これからの独禁法にのつとてしっかりと対応いただければというふうに思っておりますし、我々も、こういうような薬等々に関して談合があつてはこれはならない話、これは国民のといひますか、利用者、保険利用者の方々の不利益になりますから、そこは我々としても徹底をしてまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 是非、国の病院等に関しまして、田村大臣の方で徹底的なやっぱりそういった調査と、分かったときには徹底して入札を禁止したりとか、それも当然の間やるとか、そういった厳しい措置をやっぱりやっていただきたいなというふうに思います。

続きまして、今回のこの健康保険法の改正で一番大きな論点になっておりますのが、後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しです。これは

もう課税所得が二十八万円以上、年収二百万円以上の方に二割負担をお願いするということになるわけでありまして、これ、全世代型とか、後期高齢者とか高齢者とかに関係なくやはり一定の負担をお願いしていくというのがやっぱり大切だというふうに思っております。我々としてもこの法案に対してももちろん賛成であります。

その中で、まず、これも非常に気になるのは、後期高齢者という名前が嫌です。やっぱりね。これ何とか本当に、名前を本当何とか次の改正のときには変えてもらいたいなというふうに思います。是非、後期とか言われると非常に嫌だというふうに思うんですが、何か名前の変更って考えられないでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 法律名がそういう名前であります。これは実は、この制度ができた後、自民党の中でもいろんな議論がありまして、当時、長寿医療保険制度というふうに呼ぼうというふうにした覚えがあるんですが、いつの間にかまた後期高齢者医療保険制度に、名称とか呼称が戻っております。私もなるべく長寿医療保険制度と呼ぶようにいたします。

○東徹君 そういう長寿という名前に変えていただけののであれば非常にいいかなと思いますが、これ非常にやっぱり、六十五歳以上を高齢者、そして六十五歳から七十五未満を前期高齢者、七十五歳以上を後期高齢者という分け方自体も本当良くないなと思いますし、高齢者という言葉も、この六十五歳以上を高齢者としてこれ統計を取っているわけですが、この名前も、だから、昔の、十年前の六十五歳と今の六十五歳とではやっぱり大分変わってきていると思うんですね。だから、今の六十五歳の人と二十年前の六十五歳の人と相撲を取ったら恐らく今の六十五歳の方が勝つんじゃないかと思うようなことだと思わうんですね。それぐらい今の六十五歳以上の方は元気な方がやっぱり多くなってきたというふうに思います。

この高齢者の医療負担についてなんですけれど

も、これ今日の一番最後の質問に、通告に入らせていただいておりますが、要は定年制なんです。私も本会議でこの定年制の廃止のことを触れさせていただきました。厚労省としても、定年廃止に向けてもちろん、この四月から法改正もあって、高齢者雇用安定法ですよ、これが、企業は従業員が希望する限り六十五歳まで雇用する義務があるというふうなことで、七十歳までの就業機会の確保をできるようにしてきているわけでありまして。定年というのが本当にこれどうなのかということをやったり考えていかなければならないというふうに思います。

日本維新の会は、自民党はあるのかどうか分かりませんが、定年制はありません。定年制はありません、議員のですね。御存じのとおり、我が会派の共同代表は八十六歳でありますから、非常に頭もクリアでありますし、本当十分、我々以上にいろんな物事を御存じでいろんなことを教えていただいているというふうな、非常に大きな存在であります。

やはり、人間を年齢とかで考える時代ではもうなくなってきたというふうに思います。日本の雇用慣行ですよね、卒業して一括採用して、そして年功序列型の賃金制度で定年があつてというふうな時代ではなくなってきたと。やはり若い人たちが高齢者を支えるという時代ではなくて、若い人も高齢者もみんなをやっぱり社会を支えていくというふうな時代でなかったら駄目だと思えますし、そしてまた、本当に必要とする人たちに対してはみんな支えていくというふうな制度が大事だというふうに思います。ですから、高齢者であっても、ある一定の仕事をし、そしてまた税金も払い、保険料も払いというふうなことが大事だというふうに思います。

そんな中で、定年制もなくなってきたところもあります。例えば、YKKという会社がありますけれども、ここなんかは定年制をなくしたというふうな報道もありました。ですから、そういった定年制をなくしていくことが非常に

大事だというふうに思います。

これは出口治明さんという方がおっしゃっているんですけども、APUですかね、立命館大学の理事長でありますが、五十人のお医者さんに聞いた。健康寿命を延ばしていくためにはどうしたらいいのかということで聞いたら、やっぱり多くの人が、皆が仕事をしている方がいいんだということをやったりお医者さんは言っていると。梅村聡議員にもお医者さんですから聞きましたら、それはもう仕事している方がいいというふうな話でありました。だから、そういった定年制をなくして、政府の方でも一億総活躍社会といういい言葉を使っておられますが、そういった社会を是非これもっと支援していくべきだというふうに思います。

是非、その点について、田村厚生労働大臣に、どうやって支援していったらいいのか、いくべきか、お伺いしたいというふうに思います。

○国務大臣(田村憲久君) 自民党も、麻生副総理もお元気で、二階幹事長もお元気で、ほかにもたくさんおられます。伊吹先生もおられれば、野田先生もおられますし、もう衛藤征士郎先生も、本当に多くの元氣な御長寿、御長命な方々が、言葉を間違えると怒られますので言えませんが、そういう方々がおられるわけでございますし、そういう意味では、自民党も、そういう方々はいろんな我々に御指導、お知恵を授けていただくわけでありまして。

仕事している方が元氣だ、元氣だから仕事をしているのか、どっちがどっちなのかというのはよく分かりませんが、だけれど、行っている方向は、もうまさに委員がおっしゃっている方向で今の我が国は動いておりまして、そういう意味で、人生百年時代という形。そして、高齢者雇用安定法というのはまさに、定年をなくす、定年を引き上げる、さらには継続雇用、こういうことを努力義務とすると同時に、仕事だけじゃなくて、地域で御活躍される方々もおられる、ボランティアで活躍される方もおられる、そんなことを念頭に置き

ながら施行された法律であります。

どういう社会を目指していくか、これ非常に難しいんですけども、ただ、我々は、気を付けなきゃいけないのは、御長寿でありながら働きたくても働けないような体調の方々もおられるので、そういう方々にはしっかりと優しい社会であらねばならないというふうには思っております。

その上で、働く意欲があつて元氣な方はどんどんどんな社会の中で活躍する、活躍することがまた生きがいになって活力につながるわけでございますので、そういう力というものをこれからどんどんどんなにかせる社会じゃありませんと、ただでさえ生産年齢人口が減っていく社会でございますので、我々としては、そういう意欲があり、元氣があり、いや、仮に御病氣であつても働く意欲があつて、自分の動ける、働ける範囲で活躍したくなる、そういう方々の力をしっかりとお借りしたとして、この国の言うなれば元氣、活力、そして社会保障やいろんな制度、そういうものを次世代のためにもしっかり残していただく、そういうことが大事であろうというふうに思っております。

厚生労働省も、まさに元氣な高齢者の方々が活躍できる社会をつくるためにこれからも頑張つてまいりたいというふうに思っております。

○東徹君 ありがとうございます。是非、具体的に、もっともっとそういった定年制をなくしていくような会社、企業、出てくると思しますので、そういった企業をやっぱりしっかりと支援していただきたいというふうに思いますので、よろしく願ひいたします。

どうも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。大臣、先週の話の続きになるんですけども、先ほど川田委員からお話ありましたけれども、一人飯の話です。

これ、しつこく一人飯にこだわっているんじゃないかと、ちょっと問題意識を申し上げますと、今週から緊急事態宣言が各地域で延長になりまし

た。いろんなマスコミ報道で飲食店の方がインターネットに出られて、支援金の遅れというののももちろんありますけれども、もうこれ以上我慢ができないと、ですからもううちは酒類、お酒も出すし、時短要請にももう応えないよと、こういうインターネットが結構流れているわけなんです。

もちろん今まではそういったことは不適切だということ、まあ罰金ですよ、過料を科したりとかいろんなことができてきたけれども、この割合が、じゃ、一割になり二割にならぬと増えなくて、これはもう破たんも勝ちだというふうになつてくると、もし今後また再感染の拡大があつたときにコントロール利かなくなると思うんですね。あくまでもその法律がどうこうというのは皆が守ってくださるということが前提なので、じゃ、それが本当にモラルハザードでこれから起きてきたらどうなるのかという問題意識がまず根底にあります。

その中で、じゃ、ここまで一年半ほどやってきたわけですから、いろんなデータも蓄積されていると。だから、そのエビデンスがある程度出ているものであるならば、これは緩めるのか。あるいは、そういう業種を助けることになるのかどうか分かりませんが、エビデンスが科学的にたまつてきたものについては一定の結論を出していったらどうですかということで先週質問したんですね。

ですから、今、一律に八時までの営業と言っているものを、二つ私、言ったんですよ。一つは、一人で食事をするんだつたら八時以降も営業していいんじゃないかと、これ一点目の話なんです。二点目は、一人だつたらお酒類も八時以降も含めていいんじゃないかと、この二つをお聞きしたんです。一点目のことは大臣、特に答えられなくて、二点目のお酒については、いや、一人でも騒ぐ人もおるし、隣のお客さんにちよつかい出す人もおるかもしれないからこれは駄目だと、まあ駄目というのか、駄目のように思いますという答弁だったと思うんですけど。

私、別にここで、一人酒で騒ぐかどうかの議論をしたいわけではなくて、こういった何か工夫が

できることに對してはきちつとアドバイザリーボードの方に諮問をして、こういうものは本當にそういうデータがあるんですかと。例えば、一人で御飯食べていても八時を過ぎたら急に感染率が上がつて、八時半を境に急に感染率が上がるというようなことがあるんだつたら、我々がいいと思つていても、まあそれは無理やりやることじゃないなと思うんですけれども、やつぱり工夫というか、そういうことのテーマをきちつと諮問を

して、アドバイザリーボードの方にある一定の議論をしてもらって結論を出すという、そのためにアドバイザリーボードがあるんじゃないですかと、こういうことを申し上げたかったので、ちよつと騒ぐかどうかの議論で終わっちゃったので、私はもう一度きちんと、データ蓄積含めて、緩和できるところはきちつとアドバイザリーボードに聞いていただきたいなと思うんですけれど、大臣の御所見、いかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君）　まあ、アドバ

ボード 結構自由にいろんな御議論をいただいておりますので、私がもう諮問だとか聞く以前に、自由な御討議をする、そういう会議でございます。

今委員が言われたことをお聞きすることはでき
ると思いますが、ただ、それに対する答えは多
分、私、いつも参加しておりますけど、持ってい
ないと思いますし、もう一つは、検証するすべ
が、普通で考えて、一人しか入れない店というの
は基本的にありませんよね、ラーメン屋でも何人
かで一緒に来たりだとか。

だから、一人で食べに来て、一人だけ入れている、必ず一人しか入っていない店、一人で来るお客さんを、そういう店つてないですよ、二人で来たらないという店つて基本的にないですよ。ですから、委員が言われる、個々が、個々が、私一人で行くんだからいいんじゃないかというのは分かりますが、その個々が一人なのか、来ているお客さんが実は二人、三人で一緒に来てい

るのかというのは、なかなかこれ外形的に分からないので。

みんなが委員がおつしやつておられるような行動で動かれれば、動かれれば、これはもう多分もう、仮定といいますが、仮定の検証、研究ですよね、それは。要は、一人で来て誰ともしやべらずに飯食つて、御飯を食べて帰つていく、これ飛沫飛ぶわけがないですから。すると、接触感染しか基本的でない。若しくは、呼吸でうつるという話なら別かも分かりませんが。という話なので、多分安易にこれは予想が付くんですけれども。

状況として、その店に一人がそれぞれ来て何もしゃべらずに食べていつて、そこが感染したかどうかというエビデンスがあるかどうかというのと、そういう店の形態自体が多分なかなか見付からないので、多分、諮問することはできませんけれども、多分お望みのような答えが出てこないのではないかとふうに思います。

○梅村聡君 いや、認識は全然違うんですよ。

望みの答えとかいう以前に、お店には複数人それはいると思いますよ。一人だけ私が入って、次の人をさつと十人ぐらいいれへんとか、そういうことじゃなくて、一人で食事行つて、注文して、食事して帰ってくるだけです。だから、店の中には複数のお客さんは当然いますよ。一人だけが店の中に入っているなというのは、そんなことと、諮問されたら向こうだつて困ると思うんですね、そんな店があるんかという話ですから。一人で食事をして帰ってくるというそういうスタンス、何ぼでもあると思いますよ。

私、ふだん、毎晩、八時までの制限がなかったときは毎日、みんなそうしていますし。多分このうちでも、時々おられますよ、一人で焼く肉屋に行くのは嫌やとか、そういうこと言う人はいますけれども、基本的には一人で行って食事して帰ってこれるというのは、それ諮問したら、ああ、そういうケースありますねと普通に答えられるんじゃないんですか。店の中に一人というのは、逆にそんなな諮問されたりびつくりされると思うんですけど。

大臣、もう一回どうですか。

○国務大臣(田村憲久君) 多分視点が違っている、私は、店側を開くかどうかという視点で言っているんですよ。多分、梅村委員はどちらかというと、自分が行ってうつるかどうかという視点でおっしゃられておられるので、多分、言われるとおり一人で行って、そこで何もしゃべらずに御飯食べて帰ってくる、お酒飲んで帰ってくる、別に騒がないということ前提で。であれば、人にうつすことは、接触感染以外には基本的にはないと思います。

ただ、それで店開けていいかというと、店側から見ればそんな客ばかりかどうかは分からないわけなので、それを諮問するのはなかなか難しいのではないかとこのことを申し上げております。

○梅村聡君 いや、今日は飲食店の話するつもり
なかつたので、もうこれぐらいでちよつと終わろ
うと思います。

いや、要は、今までいろんな疫学調査もしたわけですよ、こんなパターンでクラスターが起きるとか、こういうところで感染の機会が多いとかいうことがあるわけじゃないですか。それを調べていったら、一人で食事に来て一人で帰った人でうつった人がどれだけおるのかと、あるいはそういう形でお店でクラスターが起きたかどうかというの、これ調べれば、あつ、正林局長お願いします、あると思うんですよ。

だから、それをきちつとデーター見てもらつてですね、いや、一人で行つて一人で帰つてきても感
染をしたりクラスターが起きたという例があるん
だつたら、それはアドバイザリーボードの方も、
それは駄目だよねという話になると思うし、その
データー見て、非常にそれが少数であると、ほかの
ところに比べて非常に少数であるんだつたら、そ
れはそこまでリスクが高いんじゃないかといふ
といつて、時間で区切るのではなくて、食事の形
とか店の営業の仕方によつて何とかできるんじや
ないかというのは一定の結論は出ると思ふんです

けど、局長、いかがでしょうか。

○政府参考人(正林督章君) 毎回、私もアドバイザリーボード参加していきまして、問題意識は先生と全く同じ問題意識で、いつも先生方の話を聞いています。

いつも議論するのは、例えばクラスターが起きた、それは飲食店なのか職場なのか学校なのかとか、そういう単位でしかなかなか評価できていないなかute、本当は知りたいのは、例えば飲食店なら飲食店で、その飲食店は八時以降やっていた店なのかどうかとか、それからお客さんたちはマスクを着けていたのかどうかとか、そういうことも本当は調べた上でアドバイザーボードで議論して、様々なエビデンスに基づいてこうした方がいいんじゃないかというサジェスチョンをいただけたらなと思っているんですが、残念ながら今保健所も相当手いっぱいになっていて、そこまで精緻な疫学調査が恐らくできていないんじゃないかと。

一部の委員は保健所の方がいらつしやつて、時々そういう情報を提供していただけます。例えば飲食店、我々だといつも夜のお酒のイメージなんですが、実は昼間の会食でも結構感染者が出ているとか、そういうのは割と新鮮な情報でいただいたことがありますし、今その方々とちよつと相談しながら、今、手いっぱいな保健所かもしれないけれど、一部の有志の保健所だけでもそういう精緻な疫学調査をやっていたいで、それを何とかアドバイザリーボードに出していただけないかなというふうな相談は今しつづつあります。

○梅村聡君 大臣、そういうことでしてね。

要は、昼に中華料理屋に行つたら、やつぱり四人で例へば食事してお酒飲んでわあつと騒いでいい方もおられるわけですよ。平日の昼間だつたらそれが許されて、夜になつて八時過ぎたら、これは一人の食事でも駄目なんだといふことのバランシングが私、悪いんじゃないのかなと。だから、結局それがだんだん分かつてきて、体験的に分かつてきて、緊急事態宣言が延びても、うちは従わない

よと、もうお酒も出しますよと、何だったら八時以降も営業しますよということが出てきてしまつて、これ一度出てきてしまうと、なかなかその後コントロールが利かないですから。

ですから、やっぱりそのデータがもしあるものについては、きちんとエビデンスを基にして、こういうことはできるんじゃないかということをやっぱり考えていくということをしなないと、これ收拾が付かなくなりまよという問題提起です。で、もう大分時間使いましたので、ちよつとこは是非、今、正林局長からも問題意識持つていただいたと思いますので、是非お願いしたいなというふうに思います。

それでは、次の質問行きます。
ワクチンの予約についてなんですけれども、ちよつとこういう苦情というか、状況の報告が市民から寄せられたので、これちよつと問題だなというところで一つ取り上げさせていただきます。

具体的な医療機関は申し上げないですけれども、個別接種を受けるために医療機関に電話をしたと、そうすると、その医療機関は電話では予約は受けませんと、恐らくそれをやつたら電話がパングするからなんですよ、電話で受けられないので直接医療機関に来てくださいと、こう言われたらしいんですね。言われた方は医療機関に行つて、窓口で予約を取るんかなと思つたら、いや、窓口じゃなくて、一回、先生の診察を受けてくださいと。診察室に入つたら先生がそこに座つておられて、じゃ、予約を取りますねと、何月何日の何時ですねと先生が予約を取つてもらつて、予約が取れたので帰るうかなと思つたら、窓口で今日のお代は何百円ですと、こうやつて取られたと言うんですね。

その方がそういうことをある方を通じて言われたので、その医療機関がある政令市のところ、大阪市じゃないんですけど、政令市にこうやつてお金を取ることはいいのかと聞いたら、市町村側も医療機関に頼んでいるので、医療機関がどういう形で予約を取るかというのはちよつとこれ以上

は言えないですということと、抗議の電話をしたら、じゃ、返しますと。返す人と返さへん人がいるんかと聞いたたら、クレームを言つてくるということはこの制度を理解されていないということと、理解しないままお金を取つたから返しますと、クレームがないということとは一回診察を受けないといけないということに同意をされたから、それはそのまま続けますというような対応が実際にこれされているんですけれども。

これ、市民の方からしたら、これ予防接種は全額無料じゃないかということと来られているんですけど、こういう対応というのはこれ正しいんですかね。

○政府参考人(正林督章君) 今回のワクチンの接種に当たっては、接種を行う施設や医療機関において接種前に医師による予診を行い、予防接種を受けることが適当でない者などに該当するか否かを調べることで、この予診を含め接種については全額公費で行うことにしています。

事前に患者さんが来院した際には、病状等によつて、御本人の依頼や同意の下、医師が診療を行うことはあり得ますが、御指摘の事例については、単に予約のために患者に診療を行っているように見受けられますので、事実であれば不適切と言わざるを得ないと考えています。

状況を注視し、必要に応じて対応を検討してまいりたいと思います。

○梅村聡君 こういうことも起こり得るということとを少し知つておいていただけたらなというふうに思います。基本的には不適切ということではないと思います。どういうことで保険請求されたのか私もよく分からないので、ちよつとこういう事例というのは不適切だということだと思えます。

それから、ちよつと時間が押してきましたので質問を幾つか飛ばすんですけれども、今回の法案についてお伺いしたいと思いますが、田村大臣にお伺いしますが、今回、参考人意見聴取の中で健保連の方来られまして、今回の後期高齢者の、あつ、長寿高齢者の方の窓口負担増というのは、

一つ健康保険組合とかあるいは公的保険のやつぱり財源の面から、やつぱり持続可能性を考えた必要なことじゃないかと、そういう立場で意見を述べられたんですけれども、その資料の中に、新型コロナウイルスの感染拡大に伴つて社会保険料の猶予、これを昨年からずつとされてきたと思えます。

ここにちよつとデータが載つてあるんですけれども、健保組合で納付猶予状況、要するに納付を、社会保険料の納付を猶予した事例が健保組合数でいえば百二十九組合、猶予された事業所の数では五千三百八十四事業所、猶予された保険料は四百三十二・八億円ということで、一部これは追納で戻つてき始めているということなんですけれども、それでもまだ残りが三百六十五億円というのが、実は、その猶予されたものでまだ保険料として取れていないものが実際にあるということなんです。

もちろんこれ、今回のその窓口自己負担の課題というののももちろんなんですけれども、やつぱりこれ国の政策としてやつたんですよね。社会がこういう状況になつて事業主も非常に厳しいという中でやつたんですけれども、現状ではこの三百六十五億円は、いろんな国からの支援が保険者にはあるといえども、基本的にはこの組合が今かぶつている状態になつていっているんですけれども、やつぱりこういうものを一旦、国として一回どこかで引き受けて、そういつた形で支援をしていくということとを私は考えないといけないんじゃないかなと思ふんですけれども、これに対する見解をお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) 今委員おっしゃられたとおり、いろんな財政的に厳しい保険者に対しては支援しておりまして、保健事業なんかに対しては支援しているのに対して、今回コロナで財政状況厳しくなつたところには更に支援なんかもさせていただいてありますが、今のは保険料を猶予しているところ。ですから、基本的には猶予です。これは国の方から各保険者に特例で、御判断

でやつていただけますかという半分依頼のような形をお願いしてそれぞれの御判断でやつていただいているんですが、これはまだ猶予ですから、来るかも分からない話です。事実、若干戻つてきているという話ですから。

ですから、多分、その猶予の債権というか、債権ではないんですけれども、保険料の得る権利といいますが、それを国が引き受けるみたいな話に多分なつてしまつたので、国自体がそれを、保険料を徴収するだけの能力もマンパワーもありませんのでなかなか難しいんだろなというふうに思いますが、ただ一方で、そういう予期せぬもののために準備金を積み立てていただいて、これはルールにのつとつて積み立てていただいておきますので、そういうものを取りあえずはお使いをいただくというのが今の制度ではあります。

本当にそれで倒れそうなお保険者が出てきたときにどうするかというのは、またちよつとそのときにいろいろと検討はしなきゃいけないんだというふうには思いますけれども。

○梅村聡君 これは、貸したり借りたりしているわけじゃないので、あくまでも猶予ですから、これから戻ってくる可能性はあるかと思ひますけど、ひよつとすると、事業所が万が一、例えば倒産等あつた場合にはこれ完全にかぶることになつてきますので、そういうつた辺りも今後の経済状況を見ながらきちんと対応していただくということを考えていただきたいと思ひます。

それでは、今度、医療の提供体制の方でお話をお伺いしたいと思ひますが、昨年の四月から、初診、医療機関での初診のオンライン診療というのが今、特例的に解禁をされております。

これは、昨年から田村大臣もこれを恒久化していくということで、私の認識は、昨年の年末ぐらゐまで方向性をまとめるというふうに記者会見等言われていたかと思ふんですけれども、いまだに少しどういうふうにまとまつたかという情報がないんですけれども、これ、どんな日程でこれからまとめられるのか、またどういうふう

まとめていくのか、もし見通しがあれば教えていただきたいと思います。

○政府参考人（迫井正深君） スケジュールも含めてでございますけれども、議員御指摘のとおり、新型コロナウイルス感染症への対応といたしまして、オンライン診療につきましては現在特例的な対応を行っていることでございます。

今委員御指摘のその恒久的な制度ということでございます。これは、昨年の末辺りで恒久的な制度の検討という話は私どもとしては認識をして作業を進めておりますけれども、御案内のとおり、年末年始、やはりそのコロナの罹患、感染状況がむしろ拡大する傾向にございましたので、その時点で、やはりその恒久的な制度の前に時限的な制度をしっかりと運用しながら、その後に議論していくということになっております。それで、恒久的な制度の検討に当たりましては、安全性とか信頼性を担保するということを前提に、どういった形で適切に運用できるのかということを考えていくということでございます。

検討のスケジュールにつきましては、新型コロナウイルス感染症の状況も踏まえて、現在、時限的、特例的な措置を着実にしながら、初診という話ございましたけれども、初診の取扱い等も含めまして恒久的な内容につきまして、本年夏を目途にその骨格的な内容について取りまとめをいたしまして、これ、目途ということでございますけれども、秋を目途に指針を改定するというふうなスケジュールを想定をいたしております。

○梅村聡君 ですから、あと数か月でその方針という骨格をまとめていくという日程感だというふうにお聞きしましたけれども。

今度、田村大臣にお伺いをしたいんですけれども、昨年十月に、田村大臣と、それから河野規制改革担当大臣、それから平井デジタル改革担当大臣とこれ協議をされたと思うんですね。このときは、マスコミ報道では、オンライン診療における初診についてはかかりつけ医を基軸とするという方針を確認したということなんですけれども、そ

もそも、今行われている初診のオンライン診療は結構何でもいけるんですね。だから、発熱したとか、それも、初めての医療機関でもこれは当然やってもらえるということで結構幅広なんですけれども、ここにおける初診についてはかかりつけ医を基軸とするというこの、ここで言われている初診というのは、これ具体的にどういうことを指しているんですかね。

例えば、全く初めてで、見たこともない方を診ることを初診と言われるのか、あるいは一年ぐらいは来ているんだけど、久しぶりにやってきた人を初診と言うのか、いやいや、そんなんじゃないなくて、診療報酬上、初診料というのを取ったら初診と言ったのか。何を指しているのかなというのをまず教えていただきたいと思っています。

○国務大臣（田村憲久君） 現状はもうほぼ何でもできるわけで、これはもう本当緊急対応です。これは、昨年、本当に非常に新型コロナウイルスという、まだだいたい知れないとか特徴がよく分らない感染症が広がって、皆さんがやはり医療機関に行くのも怖いというような話がある中で、それはたとえば電話でも症状を説明して、医師から、言うなればいろんなアドバイスといいますか、診断ですけどもしてもらった方が、全く行かないよりかはいいであろうということで、それを一応特例で認めて今に至っているの、本言うと、今それでもいいのかどうかという議論はあるわけですね。

今般は、そういう今の現状から、もつとと言うとちゃんと安全性というものを確認して、有効性も含めてオンライン診療でできるものは何なんだという、規制緩和といいながら実は規制強化みたいな、今と比べるとですよ、そういうような安心な状況をつくらうということで議論をしております。それはもう恒久化しようよ。

そのときの初診とは何ぞやという話であります。概念的に言えばですよ、新たな症状に対して診断すること。多分、委員の言い方からすれば、

初診料に当たる保険医療のようなものが初診であり、たとえ一週間前に来ていたと、診てもらったとしても、新たな症状であればそれは初診ということですから、かかりつけ医というようなものを原則として対応しようという形になっているわけであります。

○梅村聡君 ですから、今確認できたのは、期間ではなくて、新たな症状で初めて現れる方と、これを初診と呼ぶわけですよ。

じゃ、その次のもう一つなんですけど、じゃ、その新たな症状の人を診るのはかかりつけ医に基軸とするという、こつちのかかりつけ医というのは、ふだん言われているかかりつけ医と同じようなことを言われているのか、それともオンライン診療においては別の、言葉は一緒なんだけど別の概念のかかりつけ医というものがあるのかどうか。このかかりつけ医がどういう内容かというのをちよつと教えていただきたいんですが。

○国務大臣（田村憲久君） そもそもかかりつけ医自体が法律的な定義でありますとか制度的な定義があるわけではないので、概念的にこれは言ったわけでありまして、要は、もつとと言うと、安全性、信頼性が確保できるための人と言った方がいいのかも分かりませんが。

イメージとして申し上げれば、その人のふだんの健康状況というものをある程度、今までの既往歴だとかそういうものをある程度分かっている、健康情報がある程度把握をしながらその方に対して診断が、何といいますか、安定的にできると言った方がいいのかな、そういう言い方がいいのかどうか、ちよつとこれは言葉の使い方が難しいんですが、そういうような医師というイメージであります。

○梅村聡君 そうすると、今の話をまとめると、実はさっきの同意の話ですね、オンライン診療における初診についてはかかりつけ医を基軸とするという言い方ってちよつと誤解を僕は生むかと思っていて、初診であってもですね、初診であって、例えばかかりつけ医と言わずに初めてのドクター

であつたとしてもですよ、その方が、いやいや、あなたはちよつとオンラインを続けているんじゃないなくて、時々やつぱり近くのお医者さんのところに行つて検査とか対面して何か治療を実際に受けてくださいねと、こう言ってくる人だったら、初診で初めての方が全く知らない先生に診てもらつてもですね、オンラインで、これは安全性担保できるんじゃないですかね。

逆にね、逆に再診であっても、顔見知りの先生でもちよつとオンラインで診ると。毎月毎月オンラインで診て、逆に患者さんの方が、いや、私はどこかで検査をしたり実際に診てもらつたりせなあかんのですかと言われても、いやいや、オンラインでできるよと。これは、初診じゃなくても、かかりつけ医であつたとしても不適切なんじゃないですかね。

だから、私何が言いたいかというと、初診がかかりつけ医という言葉は、それは何となくぼやっとは分かるんだけど、本当に、厚生労働省なり我々が患者さんの安全を守ると言ったときに必ず初診のことだけでいいのかと。あるいは、かかりつけ医というものの中に触れたらいいのかというのではなくて、この初診とか、かかりつけ医という言葉にとらわれるんじゃないかと、その人が安全に受けられている運用の問題じゃないかということをおっしゃりたいんですよ。

だから、初診はかかりつけ医を基軸とするという言葉だけでは守れない人もいますし、逆に、初診とかかりつけ医をくつつけたからといって何かを守るわけでもなく、ある一定のところできちんとその患者さんが医療にアクセスできることを担保するという中身で、中身できちつと規制をしていくべきなんじゃないかなと思うんですけれども、ちよつとこういう考え方についてはいかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） 基本的に、三大臣で合意を得たときには、その安全性、信頼性を確保できるような、そういうものでなければならぬ、ねという合意だったんです。それは初診であつて

も、初診は何ぞやという議論あるんですけどね、そのときに、かかりつけ医というのはその象徴的なものとして申し上げた話であります。

でありますから、委員がおっしゃられる意味は分かるんですが、ただ、それは、じゃ、外形的に何をもってしてそう見るんだと。そういう個々、個々に対してですからね、私に対して梅村先生がそういう医師であるということを認定する機関はないわけであつて。ですから、そういう意味からすると、何らかの取決めをしなければならぬという考え方がある下で、今、実はオンラインの検討会を開いていただいています、そこで今あつたような概念がどういうものであるかというものを詰めていただいておりますということでもあります。

○梅村聡君　だから、どうすりゃいいのかという答えは、この外形の話プラスですね、もう外形のことを言うんじゃない、こういうものをオンラインの基本的な指針にすると。それがもし破っているようなことをやっていたところがあれば、皆さんお得意意の法制局を通じて指導すりゃいいわけですよ。

だから、最初から外形で入口を縛るというよりも、いらっしやいと、みんなやれる人はいらっしやいと。でもね、患者さんが危険にさらされるようなことをすることは、これは許しませんよと。それは何ですかいうたら、具体的には、検査が必要だったり医学的な対応が必要であるにもかかわらず、それに配慮をせずにオンライン診療を続けるようなところ、これが駄目なところですね。だから、皆さんのいつもやっておられる個別指導でもやられたらいいと思いますね。

だから、そういう実際に何を守るかということをしつかり軸を決めていただいて、このオンライン診療の恒久化というものを是非やっていただきたいなというふうに思います。

今日はちよつとテーマが時間取りましたのであれですけども、以上で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

です。

私も、まず最初に大きく一問、新型コロナウィルスワクチン接種について伺いたいと思います。

既に何度かこの委員会でも、そして衆議院の厚生労働委員会や様々な場面でも、確認、現場の現状などが問いかけてられて、お答えを厚生労働省としてもされているという私、認識はあるんですけども、改めて現場から確認の声が上がったので、今日質問させていただきます。

高齢者施設での介護従事者の接種についてです。施設の所在地とそこに勤めている介護従事者、従業員の居住自治体が違う場合に接種できないというふうに自治体から言われたという事例を聞きました。これについて、厚労省としてのどういう御見解なのか。

そしてもう一点、同じ建物、まあ簡単に言うとビルみたいな感じで、三階建てのビルです。二階、三階は入所系の施設です。なので、優先接種の中で施設接種をやつてくださいというふうになつていますが、同じ経営主体で、従業員も同じ雇用主に雇用されているんですが、一階はデイサービスの事業所をやつていますが、その施設で接種をするときに、そこにいらっしやる高齢者の方は全員接種されます。上の入所されている方とあと従業員の方も接種されるんですけども、一階のデイサービスに従事している方々だけは除きますというふうにわざわざ丁寧に自治体から指導されたというふうにあったというふうな、この二点、声として上がっております。

私の認識は、ワクチンの数との問題はあるけれども、自治体として早く打てる方法で運用してほしいというふうに厚労省から指導しているというふうに認識をしているんですけども、この二点、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、優先接種を決めて、最初、医療従事者、高齢者、基礎疾患というふうに順次今進めているところであります。その高齢者の施設の従事者の範囲につ

いては、高齢者の患者や濃厚接触者へのサービスを継続する、それからクラスターを抑止する対応を行う必要があるということで、高齢者が入所、居住する施設で利用者に直接接する方ということで対象にしています。

その上でなんですけれど、市町村及び施設等の双方の体制が整い、ワクチン流通量の単位から施設入所者と一緒に受けることが効率的である場合などには、高齢者施設の入所者と従事者を同じタイミングで接種することは差し支えないとしています。

その際、従事者には接種券が届いていないため、施設は接種を希望する従事者の名簿を作成して施設の所在する市町村へ提出し、その後、市町村は接種券付与診療を発行し、施設を通じて従事者に配付するということをお示ししています。すなわち、実際に住所と、それから施設の住所が異なつていても可能だということですね。

もう一点の通所型についても、施設と併設しているしていかかわらず、市町村の判断によつて、地域における病床逼迫時に高齢の新型コロナウィルス感染症患者などが自宅療養を余儀なくされた場合にも、介護サービス等を提供する意向のある事業所を把握した上で、こうした場合に介護サービスの提供などを行う職員について高齢者施設等の従事者に含めて優先接種の対象とすることとしています。入所者と同じタイミングで接種することは差し支えないとしています。

いづれにしても、もう現在はワクチンの供給量が増加して接種を加速化する中で、高齢者の接種の見通しが付いた自治体から順次広く一般にも接種を開始していただくとしている段階でありますから、円滑に接種が進むよう全力で取り組んでいきたいと考えています。

○田村まみ君　厚労省、こつちの霞が関ではそうやって全力でと言っていたいているんですけど、なかなかやつぱりワクチン量、供給量増えてきたと言われながらも、自治体も手探りの状態が続いているというのも事実です。

ただ一方で、今、職域接種が進むというふうなニュースが出ている中で、今のような事例が、柔軟性が持たないというのは、ある意味、本来は重症者を減らすために優先接種の順位決めたことが、そこが最初に出たルールのせいで守らなければいけないというふうになつていてなかなか柔軟性が発揮できていないというのも事実ですので、改めて個別に相談するようにということも私も現場の方には伝えますけれども、今日そこは、柔軟にきちつとワクチン量、体制を確認しながらやっていくようにということだったということは確認取れましたので、ありがとうございます。

もう一点、独居の認知症高齢者の接種へのアクセスについて伺います。

先日、梅村委員が高齢者の接種がある程度終わったらというふうな話がありました。そこで、どうやって確認するのかというところを少し詳しく私聞きたいというふうに思っています。

これも実は、介護従事者、特に訪問のヘルパーされている方から御相談いただいているんですね。御本人、その独居の認知症の方、クーポンが来ていることすらも認識ができずに、接種へのアクセスが困難です。実際、ヘルパーの方がその予約のクーポンを見付けたとしても、それを見て予約をするというのは彼女、彼らの仕事ではございません。ただ、重症化予防も考えて、クーポンも来ているわけだから予約してあげたいんだけども、した場面もあるんですけど、労働時間として延びていくということ、今度はその雇主から何をやっていくんだというふうにやつぱり言われてしまふんですよ。もちろん雇主も事業ですから、そういうふうな指導するのも私も理解はできます。

この介護従事者のジレンマをどうしたらいいのかというところで、厚生労働省として、このような場合の対応方法として何か好事例を集めているのか、また、もうもつと具体的に言えば、介護報酬なのか何かもう具体的に付けて、きちつとそう

いうのをヘルパーで予約して早く打っていたかどうかのようなことを発信していくべきだというふうに私は思うんですけど、いかがでしょうか。

○政府参考人(正林督章君) 自治体において、例えば、民生委員、それから地域包括支援センター、介護支援専門員などが独り暮らしの高齢者を訪問して支援するなど、様々な工夫をいただいているものと承知しております。

これまで、自治体の参考となる取組事例については周知を行ってまいりました。地域の実情を反映して合理的に必要と考えられるワクチンの費用については国が全額負担することとしているところ、こういった高齢者を支援する取組を外注する際の費用も補助の対象としているため、積極的に御活用いただきたいと考えています。

なお、訪問介護員の介護サービス従事者が予約等のサポートを行う場合の費用については、当該業務を市町村が事業者委託する場合には、新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業費国庫補助金の活用が可能です。

また、委託ではない場合においても、訪問介護サービス提供の中で予約等のサポートを行うことは差し支えないと考えています。ただ、その場ですぐに、例えば、三十分延長、予約対応に三十分、サポートに時間が掛かったその分を報酬でというのとはそんな簡単ではなくて、あらかじめケアマネさんとかと相談してその上でやっていただくということにはなりません。

引き続き、円滑なワクチン接種に向けて万全の準備をまいりたいと考えております。

○田村まみ君 予算措置も、使える予算の枠はあるわけなので、どう使うかというところを自治体ときちっと細かく対応していくことが答えだというふうに理解しました。分かりました。ただ一方で、民生委員自体は現実には減ってきているということで、やっぱりそこにサポートし切れないという問題も見えてきているというふうに思いますので、また別の機会で議論させていた

だければと思います。

それでは、法案の方の質疑をしたいと思えます。

前回、少しシステムのことで長く質問してしまってたぶん残っているんですが、先に三番、傷病手当金、三番ですね、傷病手当金の支給について御質問したいと思えます。

こちら、今回の改正で、健康保険における傷病手当金の支給の期間の見直しが行われます。塩田委員も質問されていましたが、この件、通算で一年六か月ではなく、実質で一年六か月になるまで傷病手当金が受け取り続けられるという仕組みに見直されるということで、私も会社勤めをしていたので、これ、病気の治療しながら働くという雇用労働者にとっては本当に待ち望んでいた仕組みだということに思っております。

ただ、この各保険者においての被保険者ごとの支給期間が分かる文書を保管しておくことが必要になるんですが、医療保険部会でまとめられた議論の整理では、保険者ごとに定められた文書の保存期間により確認できる範囲内で対応することとされました。これでは、支給期間の通算化が全て各保険者任せになるというふうに思えます。労働移動というようなこともあり得ますので、ここは一定にするべきだということに考えております。

現状も、協会けんぽ五年、健保連規約例で十年間というふうにそれぞれ定めているのは知っていますが、このばらばらということについて、保険者と被保険者にとつてのメリット、デメリット、決めなかったというところに何か理由があるというふうに思っていますので、それぞれのメリット、デメリットを言っていたら、なぜ今回決めたのか、それを教えてください。

○政府参考人(瀬谷浩樹君) お答えいたします。御指摘のとおり、審議会で議論いたしました。今回の傷病手当金を含む各保険給付の記録に関する文書の保存期間について、画一的な保存期間を定めないということでしたものでございます。メリット、デメリットということでございます

けれども、まず、国がその文書の保存期間について一定の基準を定めた場合でございますけれども、デメリットといいたすか、まず何が課題かということでございますが、保険者におきまして、保険者の規模等にかかわらずその画一的な文書管理コストを強いられるということで、やはりコストが一番大きいということでございます。

それと、要は、この傷病手当金の記録だけじゃなくて、各種文書については各保険者で定めるところのものが基本でございますので、多分、傷病手当金について基準を定めますと、ほかの記録も含めて各種保険給付について保存期間を変えていくということが想定されます。そういったと、保険者におきまして、保存管理全般にわたる大規模なシステム改修等も必要になるということがデメリットということでございます。

じゃ、メリット、デメリットということでございます。いましたけれども、メリットといいたしましては、御指摘のとおり、支給期間が長期にわたった場合に支給期間を通算することができるということであります。そういう意味では、あと保存期間を過ぎた場合、その被保険者にとつてどういう形になるかということでございますけれども、仮に再度病気で働けなくなった際に、文書保存期間の経過によりまして、過去の傷病手当金の支給記録が確認できずに過去に支給した傷病と同一の疾病と判断できなかったという場合でございますけれども、これは言わば新たな疾病として傷病手当金が支給されることとなるということでありまして、被保険者にとつてはそういう意味では実質的な不利益は生じにくいのではないかとこのように考えております。

○田村まみ君 前回もそれ答弁されて、私、もう言わないでおかれるのかなと思つたのに、まさか今答弁されました。

私は、それは堂々と答弁に残すべきことじゃないというふうに思っております。本来であれば、ルールをどう守っていくかということがやはり法改正で私は審議されて、それが守られるように

どのようにそれぞれの規定を決めていくか、それの一個がこの文書の保存期間だというふうに私は思っております。

一見メリットのように見えますけれども、逆を言うと、やはりその保存期間がばらばらで、特に、そんな、健保連の加盟組合でないとは聞いていますけれども、極端に短くなるようなこととかそういうことがあれば、やはり雇用労働者にとつてのメリットではなくりますので、ここは一定のものを国として出すべきですし、二大健保連と言ったらあれですけど、協会けんぽと健保連が五年と十年というふうに明らかに違うわけなので、ここぐらいはせめて何か統一的なものを明示するというようなことはガイドライン等々でやっていただきたいというふうに思っております。お願いします。

次に、配慮措置についてです。

前回、私、配慮措置の中身の話はしたんですけども、最後に手続の簡素化の具体策教えてくださいたいということで、今回、二割負担の対象となる方々に事前に、高額療養費に該当しなくても事前に対象者の方々に事前に口座を登録していただければ自動的に口座に振り込まれる、こういった仕組みができないかということで広域連合と調整させていただいております。ということで、これから調整なんですけれども、今現実的に考えられているのがこのことだと。

そのときに指摘させていただきました。やはり銀行口座の登録ということが大きな事業として世の中で行われるということは、やはり消費者被害ということが隣り合わせになるというふうに、これまでの経験上、国としても認識しているはずだと思っております。これは是非対策お願いします。前回終わってしまったんですけども、相当これ大きな事業になりますので、消費者庁との連携だったり、そこに広域連合のところも入っていたら、そこに広域連合のところも入っていたら、そこについて、前回指摘していただいた後、何か、どのようにして対策していくべきかというよう

うなことをお話しただいたでしょうか。お願いします。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘、重要だと考えております。口座登録に当たりまして、口座登録の勧奨をしますけれども、成り済ましで口座情報を得ようとする第三者から書類が送られるといったおそれもございまず。実際に手続を行う広域連合等の現場と相談いたします。いたしますけれども、御指摘のように、関係省庁として例えば消費者庁とも相談しながら進めていく必要があると考えております。

先日の委員会でお話を、お話、御指摘いただきましたので、早速消費者庁と相談を始めました。法案が成立した暁には、具体的な対応についても、消費者庁を始め関係省庁とその辺りにつきまして十分協議してまいりたいと考えております。

○田村まみ君 私は、前々回から常々、早く施行すべきだというふうに申し上げてきましたけど、やはりこういうところの対応を決めていくために、施行日までまず期間があるわけですし、よく分からないですが、幅も持たせているわけなので、是非ここはしっかり対策をしていただきたいというふうに思っておりますし、そのときが来たときには改めてチェックさせていただければと思います。

済みません、五番目の括弧二に入れているんですが、この続きで配慮措置のところ、去年の十一月頃の議論の中では、配慮措置というよりも区分の話だったのか、やはりその二割負担をしていただくという方を決めるときに、現状も七十四歳までは窓口負担原則二割なものですから、そこにあえて、制度入るまでのその配慮措置が入り、またその配慮措置が終わってからまた戻るというような形を踏むよりかは、そのまま七十四歳でこれから七十五歳になる方は二割負担で進んでもいいんじゃないかという議論があったというふうに承知しておりますけれども、これをやめた理由、教えていただけますか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) お答えいたします。

御指摘のとおり、医療保険部会におきましては、委員から、今回の見直しが行われた後に七十五歳になる方につきましては七十四歳までの負担、二割負担が継続するというところで、急激な負担増加の抑制を目的とする配慮措置の対象とすべきではないという御意見がございました。

ただ、こういった御意見につきましては、要は、同じ負担能力の七十五歳以上の方でその負担能力も同じであって、その中で配慮措置が適用される方とされない方が存在するということが公平性の観点からどうなのかというような議論、あるいはその二割対象者の中で配慮、あつ、これが根本でございます。あと、実務的には、二割対象者の中で配慮措置がある方、ない方混在いたしますので、広域連合、医療機関等の現場における事務が煩雑になるといった実務的な観点もございました。

基本的には、同じ収入なのにその負担割合が違う、配慮措置があるなしが違うということが問題ではないかということで、施行時に七十五歳以上になっている方も含めて配慮措置の対象とするということとしたものでございます。

○田村まみ君 両論ある中で、あえてどちらかを取るという選択の中での私は今判断だったというふうにしか聞こえませんでした。

ということ、相当やはりこれから負担の増をお願いする高齢者の方々への配慮を考えると、制度は複雑に見えたりとか、自分が二割になったり、配慮措置がないというふうに分かりにくくなるけれども、一旦、その月額の上昇の金額を抑えるとかいうような配慮措置を入れた方がいいという判断をされたということ、なるべく多くの方に配慮措置を入れた方がいいということ、一旦この、何ですかね、議論された案は見送ったということは分かりました。ありがとうございます。

前回も言いましたけれども、このように様々な配慮措置について少し政府の方では踏み込んだ案が幾つか出ておりました。期間も、三年三千円上限ではなくて、二年四千五百円というような案も

出ておりましたけれども、やはり負担増に対する配慮ということを相当行つて、今回制度をこうやって提案されているというふうには私は認識しておりますので、改めて、今決めているところを期間を延ばすとかそういうようなことはせずに、実際に本当にお困りの方に、じゃ、どういふふうに対応していくかということを考えていただければというふうに思います。

そして、済みません、じゃ、五番目の方の窓口負担二割の範囲の対象の議論について少し詳しく議論したかったんですけども、本来、全世代対応型の社会保障なわけなので、やはりその負担を考えていく上で、所得基準として考えられる選択肢をたくさん出されて議論するべきだというふうには私は思ったんですけども、一旦、これも十一月の時点で機械的に出される、選択措置を出されたときに、少し極論だというふうに言われながら、課税所得四十五万未満の年収百五十五万未満の方、いわゆる高額療養費制度の一般区分の方の全てを今回二割負担増に入れたのかという議論も行われそうにはなつたんですが、結局議論する案にすらのらなかつたという事実もあります。やはりどうやって区切っていくかというのは本当に、この新しい制度というよりは今ある制度を部分的に改正していくという難しさだというふうには私自身も理解しております。

そういう中で、田村大臣、お伺いしたいです。やっぱりこの議論ずつとある中で、年齢で区切る制度ということの合理性というのがなかなか見えなくなっているのではないかとというような指摘も幾つかあったと思います。例えば、若者でも慢性疾患を患って医療費がかさむ人も一定量いるといえはそういうことになります。今回の改正は現役世代の負担軽減に向けた一歩でありますけれども、医療制度の持続可能性が確保されたとは到底言えず、今後幅広く、広い視野での議論が必要で

す。この制度の改革、具体的にどのような道筋を描いていらっしやるのでしょうか。そして、議論の

場も、この医療保険部会、この審議会の中で話していると、それぞれの立場の方々の代表として話されていることは私も理解するんですけども、本当に制度を持続可能なものにしようと思つたら、ゼロからこうあるべきだという制度をつくつてそこから議論しなければ、本当の意味で持続可能性ないというふうに思うんですけども、どのように道筋立てようと思われていますか。

○国務大臣(田村憲久君) なかなか大きくて、これで一言で申し上げるのは難しいんですが、これ附則第二条第一項でもいろいろ書いてありますが、最終的には、総合的な検討に着手すること書いてあるわけであります。

前回は申し上げたというふうに思いますが、これ、今までのような改正やつてきました。高額療養費制度の負担額等々なんかも変えたりでありますとか、いろんなことをやつてまいりました。これ、医療保険だけじゃなくて、実は介護保険制度、ある意味、そういう意味では高齢者の負担がどんどん増えているじゃないかというお叱りもいただくわけでありますけれども、両制度ともやはり持続可能性という意味からして、とにかく目の前、この間、びほう策という言い方しましたが、どういふことかという、目の前の課題、例えば三年後とか四年後をどうするというような、そういう改革をずつとやつてきているわけですが、介護も医療も。これやれば、ああ、あと何年かは何とかもちそうだな。ところが、これ、二〇二五年のところが、それどころじゃなくて二〇四〇年にピーク迎えるわけですから、高齢化の。

そういう中において、そこら辺を目指しながら、じゃ、持続可能性を担保するためにはどうしなきゃならないんだという議論をそろそろ始めないともう間に合わなくなる。つまり、何年かおきにどんどんならんなことやつても、そのうち保険と言えなくなつてしまつたんでは意味がないわけ、よく何割給付まで保険ですかという御質問いただくこともあるんですけども、まあ正直言つても五割給付なんというのは保険じゃあ

り得ないわけなので、そういう意味からすると、もう本当に限界に近づきつつあるんだと思うんです。

そういう意味では、委員が言われたのは、ただ単に負担割合をどうするんだとか、保険料だけで考えるのかだとか、それだけじゃなくて、もっと大きな議論をすべきではないのかという多分御趣旨だということに思います。私も個人的にはそういう思いを持って、実は大臣になる前はいろんな勉強もさせていただいてありますが、今はそういう立場ではなくて責任ある大臣という立場でございますので、これはやはり審議会の皆様方の御意見もいただきますので、一方で、全世代型会議の方もございますので、そちらでもいろんな幅広い御議論をいただく中において、これから検討していかなきやならないというふうに思っております。

○田村まみ君 国民全体の課題なので、いろんな会議で、部分的にだったり、大きく見えるようでやっぱり部分的に話しているというのが私は連続しているというふうに思っているのですが、どこかで、今おっしゃっていただいたように、個人的な思いを是非、大臣になったときに大きく波及させるような発信を是非していただいて、ここで変えていくというところを見せていただくことが私はこの法案を、何でしょう、通していくということの大臣の決意だということに感じますので、是非そこは、今後通った暁にはそのような方針を出していただきたいというふうにお願いをしておきたいと思えます。

その上で、最後、先ほどこれ、何割負担までが保険なのかという話になりました。本会議のところでも健保連の話、私触れました。赤字がもう八割超えていて、本当に苦しい状態。問題が大きくあるのが、やはり後期高齢者の方の現役並み所得水準である方と三割負担の人たちの公費負担がない、ここはやはりすごく、非常に苦しい状態になっていることの事実でございます。今から三割負担の現役並み所得の人たち、増え

る可能性あると思います。先ほど来、健康な高齢者の方たちが増えていけば働き続けるということ。これ、このままにしておけば本当にもちまぜんし、大臣、本会議では検討していきますと言ったんですけど、いつまでにどんな検討するんですか。

○国務大臣(田村憲久君) これも先週、今週かな、局長からも答弁あったと思いますが、衆議院だったかな、答弁したの。要はこれ、現役並みの方々に国の負担分を入れればどれぐらいになるんだというふうになったとき、四千三百億円という答弁でありました。四千三百億円、今すぐにというのは、まず、それだけの財政的な余裕がない中においての対応でございます。

これ、これから現役並み世帯の方々、あつ、所得の方々に対してどうしていくかということは非常に大きな課題だということに思っております。多分、先ほどの話とも関わってくる話になってくると思いますので、そういう意味では前広に検討をさせていただいていきたいというふうに思っています。

○田村まみ君 前向きに、なるべく早くでお願いいたします。前広に。

やはり現役世代の人たち、この支援金を送っている人たちも、別にやめたいと言っているわけではないです。ただやはり、この制度の理由がやはりもう見えなくなっているというのが事実だというふうに思いますので、是非ここ改善していただきたいのと、もう一つ、赤字が八割と言いました。今日、資料で配っておりますけれども、二枚目の方かな、保険料率別組合数というのを配りました。

以前、私が質疑したわけじゃないんですけども、この健保の、健保連の継続性の話のときに少し私、不規則発言をしました。協会けんぽと比べて、一〇％の平均保険料と比べてまだ九・二三％だというような答弁をされました。事実はそうです。ただ、この表見ていただいたら分かると思います。やはり協会けんぽの平均保険料の一〇％以上

の組合が二・二％を超えているんですよ、二・三％。千三百三十組合あるわけなんです。

既に今年に入って大阪でも結構な規模の健保連の解散も出てきていますし、先ほど来、減免の話がどうなっていくかということも様々な考え方があるというふうにおっしゃっていただきましたけど、この健保連のそれぞれの所属の組合の解散の増加、これについてどのような認識をされていて、今後の対策として何をされるか、それを最後にお答えいただきたいと思えます。

○国務大臣(田村憲久君) 健保組合、解散していただくくないという思いが非常に我々強くてですね、そういう意味では本当に、今これ見ているとおっしゃられるとおり、私も千三百を超えているとは認識してなくて、ちよつと反省しなきゃいけないなと思っておりますけれども、これも本当に、一〇％を超えちゃうと、その保険料だけの意味だけ見ると、余り健康保険組合やっている意味がない。もちろん保健事業やいろんなことをやっておられますので、そういう意味では意味はあるんですけども、本当に苦しい中で対応いただいているんだと思います。

今までも、我々としては、拠出金負担の高い健保組合に対してのいろんな支援でありますとか、それから前期高齢者の納付金に着目した支援でありますとか、いろいろやってまいりました。もうそれだけでもなかなか難しい部分もあるというのは我々も認識をいたしております。

なかなか今ここでどう対応すればいいのかというのは難しい話であります。やはり非常に厳しい、財政運営の厳しい健保組合に対して、これからもその組合活動、組合活動じゃない、組合としての活動を維持していただくために我々としても様々な御相談、また支援策等々も検討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 ありがとうございます。これ、去年、今年に出た数字で、この一年間でもやっぱりコロナで影響を受けて増える可能性の方が大きいです。是非早急に検討をお願いします。

ありがとうございました。

○足立信也君 国民民主党の足立信也です。来週も一般質疑があることになったので、今日はもう法案一本でやろうと思つたんですが、他党の議員の方からは非コロナのことをやってくれと言われたので、ちよつと質問はしませんが、情報提供したいと思えます。

その前に、先ほど東委員が年齢と健康のことをおっしゃったので、迫井医政局長が課長時代だったと思うんですが、私、講演を依頼したことがあって。男女共に八十歳を過ぎると大体皆さん衰えて余り動かなくなつてきて、そのうちの何割かが認知症になつてくる。だから、健康寿命、あるいは平均寿命、余命の長い女性の方が認知症の方が多くなるわけです、これは一定なんだと。でも、なぜか分からないけれども、精神的にも肉体的にも非常に健康な人がいるんですよ、一割、ほとんど男性なんです。これは私も同じ実感をしていて、その話を地元の国政報告会なんかですると、その一割になりたいと皆さんおっしゃるんですよ。で、足立さん、政治家なんか辞めて、その一割を研究してくれとも言われる。というふう

に、一割の方はそういうことなんです。本当に、どうしてか分からないけど元気な方がいらつしやるということをまず申し上げたい。

それから、コロナのことはですね、イギリスの公衆衛生庁が発表しました。ファイザーのワクチンのことは皆さんよく御存じですが、発症予防効果、これイギリスの型ですね、WHOが、おととい私言いましたようにアルファ。で、インド、皆さんインドを気にしていると思うんですが、これデルタ。そこで発表されたのが、いわゆるイギリス、アルファの発症予防効果がファイザーのワクチンで九三％。つまり、ワクチンを打たない人が百人発症したら、ファイザーのワクチン打った人は七人発症するということですね。で、インド、デルタです、八八％抑制効果と出しました。イギリスですからアストラゼネカがやっぱり多いわけですが

が、これはイギリスタイプ、つまりアルファに対して六六％の抑制効果であって、インド、デルタについては六〇％の抑制効果だったというデータが出ましたので、まあ御参考にと、そのように思います。

次に、一点だけ、そのコロナのことなんです。この前の実は国産ワクチンをいかに早めるかというこの中で、この国には、もう何度とも言いますが、承認申請の前の申請ラグと承認ラグと、そしてこの国は皆保険ですから、保険適用ラグというのがあるんだと。で、承認ラグと保険適用ラグというのは可能な限り早くしたつもりです。もう日本は世界に誇れるぐらい早くなっている。でも、申請ラグ、これが長い。ワクチンもそうだと。それで、どうしますかという話を聞いたわけですね。どこに手を入れるか。

この前、厚生労働省の、まあ政府のですね、ワクチン開発・生産体制強化に関する提言案というのが出てきて、出しましたですよ。で、補完的指標の活用をする。つまり、補完的指標というのは、次回質問しますけど、以前言ったことがありますが。発症予防だとか何万人とやらなきゃいけないけれども、中和抗体がどれだけ上がったかというのをやれば少なくとも済むわけです。だからそれを活用すると言っているわけですが、私が質問したときに、基本合意から承認、それから契約、そして輸入、そして分配、いろいろ言いましたね。大臣は、一番時間が掛かったのはやっぱり承認の段階だとおっしゃいましたね。

でも、ファイザーが、遅れたと思いますが、ファイザーは日本に対して、その発症予防効果じゃなくて、中和抗体がどれだけ上がったかというのを調べたんですよ。百六十人。それで遅れたと言っているわけですよ。つまり、つじつまが合わないんですよ。補完的、補完的指標でこれを活用するから早くするんだといながら、ファイザーはそれをやったから遅くなったと言っているんですよ。このことについては来週質問します。法案のことにいきますけどね。傍聴の方ずつと

いらっしゃる、大体同じ方々が多いですけれども。大臣も感じられていらっしゃると思うけど、衆議院に比べて随分おとなしいですよ。委員会は、反対の方はもっと主張していいと思うんですよ。何が反対なのかと、しっかりとやるべきだと思う。私はこれ賛成します。ですから、それをフォローするような質問をしています。を、本当に反対すべきだと断固主張する方は、是非それ力を込めて、熱意を持ってやってもらいたいですね。私はそう思います。中にはやられている方もいらっしゃいますけれども。私はそう思いますよ。

そこで、一点、これ前回から引き続きの話なんですけど、もう何度も言っています。子ども・子育て支援で、就学前は自己負担割合二割だと、就学以降は三割だと。それに対して各都道府県や市町村は独自の単独事業を行っている、給付をしている。このことは、今回、後期高齢者で二割負担になる方に対しては単独の事業は認めるんですかという話しました。これは、法律上はできる、ただ、法の趣旨を理解してやらないでもらいたいという話でした。私もそう思うんです。法律上はできる。

そこで、国保財政の安定化についてまずお聞きしたいんです。これは、法定外の繰入れの解消を目指して、基金から特別会計への繰入れを可能にするという仕組みを今度つくるわけですよ。先ほど申し上げた、法律的には可能だという高齢者に対する件、あるいは市町村の単独事業、可能は可能なんです。ここに財政安定化基金からの繰入れというのは可能なんですか。あるいは、それを防ぐ手だてというのはあるんでしょうか、仕組みとして。

○国務大臣(田村憲久君) 今般、こういう形で御負担をお願いをするわけですよ。これは法律にのっとってやるわけで、それに対して、例えば、今財政安定化基金の話が出ましたけれども、これ自体、都道府県の下に置いてありますが、ただ、後期高齢者、あつ、ごめんなさい、広域連合が本

来のこれの要するに対象でありますから、貸付け等々の。でありますから、そういう意味からすると、そうである以上は、地方単独事業を行う市町村に対して、これは入れるのは地方単独事業でやられると思うんですけども、ここから交付、貸付けというのは法律の趣旨から見えてあり得ないというふうに考えております。

○足立信也君 分かりました。

抜け駆け的にも僕はない方がいと思うので、やっぱりそこは法の趣旨をしつかり理解して、で、仕組みがちゃんとあるのかなということだけ確認したかったです。でも、あり得ないだろうということ、それはいいと思います。

次は、オンライン資格確認ですね、医療扶助の。橋本さん、ずつと空振りが続いたので、大変申し訳ない、これ、ちよつと順番を変えていきます。生活保護の医療扶助、資格確認をマイナンバーでも可能にする。一つは、これで、生活保護を受けている方々の所得捕捉というのは進展するんだろかという疑問が一つ。それから二点目は、この医療費については医療扶助という形で現物給付ですよ、医療扶助についてはですね。そうだった場合に、予防接種、ワクチンは一体どうなっているのか僕はよく分からなかったんです。これは、定期接種もあれば任意接種もありますよね。特に、任意接種の場合で、これ医療扶助というの、この生活保護として、医療扶助として与えられるんでしょうか。

まず、所得捕捉が進むのかという点と、ワクチンに関して医療扶助の中に入っているのかどうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) まず、一点目の所得の捕捉という点でございしますが、様々な形で、マイナンバーを通じていろいろな情報連携とかそういうものは既に行われているものでございします。今回のオンライン資格確認というものが直接的に所得捕捉というものについて何か大きな影響を与えるというふうなものでは必ずしもございませけれども、引き続きそういった様々な

手段を通じて所得や資産の捕捉といったことには活用していきたいというふうには思っております。

もう一点の予防接種の方でございしますが、おっしゃるとおり、医療扶助というのは医療を現物給付として提供するものでございします。で、対象となる診療の範囲は国民健康保険の例によるというふうにされてございます。予防接種は、この治療中の疾病や負傷に対する医療行為でございませんで、国民健康保険の対象とはなっておりませんので、医療扶助においてもこれは対象とはなっておりません。

それで、今御指摘いただいたような任意接種などのことを念頭に置きますと、定期接種で行われているような市町村での負担というふうなことではございませんで、市町村の中には単独事業でこういった任意接種の支援をされているというふうな自治体もございしますけれども、そういった施策があればそういった施策による支援を受けるということも可能でございしますが、そういった支援策がない場合には生活費の中でやりくりをさせていただくというふうなことになろうかと思えます。

○足立信也君 具体的なことを言いますと、肺炎の予防には極めて効果の高い肺炎球菌ワクチンと口腔ケアの組合せで、六十五歳以上は一回はできますよね、任意接種でも。これは、生活保護の方々はできるのか、あるいは自己負担が必要なのか。それから、これ家族で、生活保護を受けている家族の場合、若い方がいたらもつと年齢の低い接種もありますよね。これも、今の事業がなければ生活保護費の中で全部やりくりする、あるいはその分のお金は別にまたある。どつちなんですよ。

○政府参考人(橋本泰宏君) 別途の生活保護の中での支給というのはございませんで、これは、任意接種の関係につきましては全体としてのお金のやりくりの中で対応するということが想定しております。

○足立信也君 やりくりの中で、一般の生活保護

家庭ではない方とそこでそこは生じないということでしょうか。そこは、生活保護の中、最低限の生活の中から出してもらおうということでは生じないんでしょうか。

○政府参考人(橋本泰宏君) 生活保護世帯も、それから生活保護世帯と類似した経済状況にあるような世帯の場合、どのようなものを買ひ、どのようなサービスを購入するのか、そういったことをそれぞれ御家庭で日々判断しながら収入全体の中でやりくりをされているということかと思います。

生活保護費という体系の中で、最低生活を保障していくということの中で、どこまでその一つの財やサービスにつきまして個別的に保障していくべきかというところはいろんな考え方があろうかというふうには思いますけれども、今の体系の中ではそういった形でやりくりをしていたかどうかということになっております。

○足立信也君 分かりました。言えることは、予防接種、ワクチン接種は医療扶助には入らないということですね。

次は、データヘルス改革のところにきたいと思います。

かねてより私申し上げているように、この国は特に医療や介護分野でIT化が非常に遅れている。それに関連していると思うんですが、AIの開発というのも、人工知能ですね、非常に遅れている。世界で一番CTやMRIの台数が多いのに、なぜ日本がそれを開発できなかったのか。

例えば、コロナのこともそうです。CTのAI診断が一番確実だというふうにも言われています。あるいは、内視鏡、世界で一番進んでいる内視鏡検査、これもAIの方が診断率が高いとも言われています。そういう開発につながるという、私はイノベーションに関してもこの分野は日本がやっぱり先陣を切るべきだと思っております、そういう意味合いを込めて質問したいと思えます。

まず、二〇一九年一月に、九つ、データヘルス

改革でPTがありましたですね。それが九月に八つに絞られた。そのうち、目指す未来は四つになって、去年の七月に二年間集中で三つやるんだというふうになったですね。この三つ、分かっているんですが、説明してもらえますか、皆さんに。何を集中的にやるのか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) お答え申し上げます。

昨年六月に発表いたしました新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プランにおきまして、特定健診等の医療等情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの拡大、それから電子処方箋の仕組みの構築、健診データ等の自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大、この三つの取組につきまして二年間で集中的に実行することとしたところでございます。

○足立信也君 これかなり、医療情報とか保健医療情報とか処方箋とか、これかなり似通った分野ですね。なぜ三つに集中したんですか。そのほかのものは工程表ができていますか。

○政府参考人(鈴木英二郎君) 少子高齢化、人口減少という中で増大する医療需要に対応していくためには、効率的かつ的確な医療の提供が喫緊の課題でございます。保健医療データの利活用とそのため基盤構築が重要であると考えてございます。

そのために、昨年六月に発表いたしました集中改革プランにおきましては、先ほど御答弁いたしました三つの取組につきまして、二年間で実行する工程をお示しして、患者、国民や医療、介護の現場にメリットのある社会の実現を目指すこととしたところでございます。

それ以外の部分につきましては、データヘルス改革について令和元年の九月に二〇二五年度までの工程表を発表してございまして、この三つの取組以外の施策につきましてもこの工程表に基づきまして取組を進めているところでございます。

○足立信也君 分かりました。

今三つの集中的な取組の中で、医療情報とか保

健医療情報、これがデータとして共有するということが大きい項目ですね。そうなった場合に、以前、梅村委員が質問されたかもしませんが、そうなった場合の今カルテの標準の在り方とかいうのがありました。もつと今データのすることなのでデータを申し上げますと、各検査機関で違う方法で検査をしているというのはいっぱいあるんですよ。国際単位、IUで表現する場合でも、その検査方法って何種類かあるんですよ。これが違った場合に、本当にそこをデータとして同一に考えていいのかわからない。あるいは、その機関でコントロールを置いて、それに対してどれぐらいだという検査もいっぱいあるわけですよ。その場所、その機関機関によってコントロールの置き方が違うと、やっぱり評価も違うわけですよ。

こういうものの基本的なデータ、これを共有化する、このことは私はハードルは結構あると思うし、カルテも仕様がみんな違うという話はこの前されたですね。検査データは同じだろうと皆さんは思いますが、いろいろなやり方によって、標準値といいますが、これも違うわけですよ。そこをどうする予定なんですか。

○政府参考人(正林督章君) 通告が健診についてだったのでちょっと健診のことだけ申し上げたいと思いますが、健診の検査です。

御指摘のように、確かに検査については、検査機関によってやり方とかあるいは基準値とか、場合によっては様々なことがあります。ただ、生涯にわたる個人の健康管理の基盤をつくるという観点に立つと、検査データというのはある程度統一化されて比較可能な状態にすることが重要なことというふうに考えています。

厚生労働省では、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針であるとか、あるいは標準的な健診・保健指導プログラム、こういった中で、内部精度管理とそれから外部精度管理、これを適切に実施するようにということをお示しをしています。また、精度管理については、数年前に医療法を改正して基準を明確化したりと

か、そんなこともされていると思います。引き続き、できるだけ比較が可能なような、そういった精度管理を進めていきたいというふうに考えています。

○足立信也君 電子レセプトも互換性を持たせるとか更に新たな事業を始めて、時間掛かっているじゃないですか。これ今、二年間の集中改革プランの話は鈴木さんに言ってもらいましたけど、これ二〇二二年度末までの話なんですけど、今のできるだけ統一性を持たせて比較が可能なようにとおっしゃいましたね。そのとおりなんですけど、これ、二年間の集中改革プランでできるんですか。

○政府参考人(正林督章君) 各項目、基準値とか確かに様々でありますのでなかなか難しいとは思いますが、対応はしていきたいと思っております。

○足立信也君 まあ医療者と、元医療者として無理だと思えますよ。

だから、やりたいという気持ちは分かる、集中プランって出すのも分かるんだけど、最も基本なデータはそこで、その互換性とか信頼性というか標準の範囲とか、それができていないんですよ。だから、きれいなことは言っても、この二年間で集中的にやるなんて思えないですよ、私は、ということですよ。

じゃ、共有する、今健診のことを聞かれたとおっしゃったけれども、保健医療情報とか全国で医療情報を確認できるというこういう仕組みをつくると言っているわけ、それで聞いたわけですけどね。となったら、そのデータの保存というのは、先ほど五年、十年の話もあったかもしないけど、データそのものはどれぐらいまで保存するという感覚でいらっしゃるんですか、一生ですか。

○政府参考人(正林督章君) それはデータの内容次第かなと思います。できるだけ長期間必要なものは、それに応じて長期間保存するということになるかと思えます。

○足立信也君 来週、アスベストのことが話題に

なると思いますが、皆さん御存じのように、中皮腫の潜伏期間、三十八年です。カルテなんかの保存期間は義務は五年です。もうそこでデータがなくなっちゃったらどうしようもないわけです。

例えばこれ、いずれは、私は、その健診のデータなんかは全部ひも付けるべきだとなると、これ学校での健診とかいう話にもずっとつながっていくわけですよ。そして、十歳未満からずっと九十代、百代まで、それはデータとして、ないと駄目だと思えますよ、やるんだったら。

それで、それを必要な情報に感じて、まあそういう答えしか難しいとは思わんだけれど、そのときによって必要なものって分らないじゃないですか。アスベストの中皮腫なんというのは、つい今から十六、七年前にクボタ・ショックで大問題になったわけでしょう。それまでは皆さん知らぬ顔でしたよ。というふうに、分からないわけですよ。

だから、データとしては、データ化するんだったらやっぱり残さなきゃいけないし、もう一つ大事なものは、その診療録、カルテ。データだけあっても、それが何を表しているか、どういう症状だったのか、どう関係しているのか、診療録がないと分からないんですよ。これは五年しか義務ないじゃないですか。どうするつもりなんですか。これ、延ばすんですかね。延ばさないと私、意味ないと思うし、大学なんかは、私の勤めていたところなんかは、自費で、開院以来全部のデータ、全部の診療録残していますよ。ほとんどの大学、そうですよ。でも、義務的には五年間だと皆さん言う。

もう一度繰り返します。データは、やっぱり私は、せっかくデータ化するんだから残さないという意味がないと思うし、それが将来につながる話。だとすれば、診療録も同程度残しておかないと連関性が分からないですよ。これはどうするつもりなんですか。

○政府参考人(正林督章君) 済みません、健康局

長なので、カルテの方はちょっと所管外なのであれですけど、健診の方だけお答えしますと、一般的に我々が生涯を通じた健康づくりと申し上げると、本当に何か子供の頃のデータもずっと年を取るまで保存するかのごとく聞こえますけれど、一般的には、我々ふだん、まあ四十過ぎたぐらいから生活習慣病を気にし出して、そのある年の検査結果だけに注目して、例えば、コレステロールが二百二十、ちよつと基準値を上回ったで一喜一憂するのではなく、むしろこの五年間、十年間のトレンドで見えてどうなんだろうと。

この五年間でだんだんだんだん例えばコレステロールの値が上がってきているといったら、そのトレンドは何でなんだろう、食生活が変わってきたからかなとか、じゃ、そこに問題があるんだったら食生活を改めようとか、そういうような形で、健診のデータというのは長いトレンドで見えていくことが健康づくりに役立つというふうに考えていますので、できるだけ一回一回の検査データについては比較可能なようにできるのが望ましいと。しかも、できるだけ長期間保存できて、それが活用できる状態というのが望ましいというふうに考えています。

○足立信也君 健康局長として健診データに限定した話になっているので、いや、もつと健康情報、医療情報というのは大きな話なので、問題意識は大臣も分かっているとおられると思います。そこはやっぱり、補完する、お互いに補完し合うものがないと、今分かっていることはいんです。それで、でも、未知のものに対しては対応できないですよ、過去に振り返って。それが大事だということだけ申し上げます。

時間が短くなってきて、もうまだ三つぐらいテーマあるんですが、ちよつとマイナンバーカードでの保険証の、これちよつと僕よく分からないでまた、前にも聞いたんですが、お聞きするんですが、このマイナンバーカードで保険証といいますか医療保険のこれ資格確認できるようにしたら、これ、保険証そのものは要らなくなるんだ

すか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) まず、マイナンバーカードを保険証として登録していただくという手続はありますけれども、登録をいたしますと、要はそのオンライン資格確認に対応している医療機関ではそのマイナンバーカードで、マイナンバーカードで受診できるようにします。そういう意味では、医療機関、そのマイナンバーカードに対応できる医療機関の数をどんどん増やしていけば、実質的にマイナンバーカードが保険証代わりにどんどんなっていくような関係でございます。

○足立信也君 本人確認ができたなら、じゃ、今、転業とか促進とか、兼業もそうですが、医療保険が変わっていった場合もそれで対応できるんですか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 答えましたします。

支払基金におきまして保険者の履歴管理をしております。それは、保険者が替わりましてマイナンバーカードでその履歴を、その支払基金に登録された履歴を見に行きます。したがって、保険者が替わりましてそのマイナンバーカードで受診できるということでございます。

○足立信也君 ちよつと深くできない、時間の関係でできないもので、もう一個だけ。

任意継続被保険者制度なんです。これ、そもそもこの任意継続被保険者制度ってどういう目的でスタートして、今現在、これ恐らく給付率が低下しちゃうということだったろうと思うんですが、今は給付率の低下なんてあるんでしょうかね。この制度が要らないんじゃないかということ最後の質問にしたいと思うんですが。

○政府参考人(濱谷浩樹君) この制度、非常に古い制度でございます。健康保険法の制定当時、大正十五年施行ですけども、このときは、その健康保険の被保険者がもうけにならない、ならないようにするためということでありました。それで、国民皆保険の実現以降、国保ができてからですけれども、御指摘のとおり、国保、給付率低下

かったので、退職した被保険者が国保に移行することで、給付率の低下あるいは保険料の負担の増加を緩和することが主たる目的でありました。

現在では給付率統一されましたので、国保への移行に伴う保険料負担の緩和、つまり、退職時に所得が高いと、前年所得に基づいて国保の保険料は賦課されますので、健康保険に残っていた方が保険料が低い場合もあります。そういったその保険料負担の緩和が実質的な意義になっております。

○足立信也君 最後にしますけど、濱谷さん、今いいことだけ言いましたけど、実際意味がなくなつた制度をそのまま存続させて、退職前の標準報酬月額を選択できるようにしたら保険料収入が百億円増えるじゃないですか。それを増やすための制度存続じゃないですかということをお願いして、質問を終わりたいと思います。

(委員長退席、理事石田昌宏君着席)

○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。

法案は、健診情報の活用促進ということで、四十歳未満の健診情報を、保険者が健診情報の提供を事業者者に求めることを可能とすると。オンライン資格確認システムの本格運用に向けた改正というのは今年三月でした。しかし、加入者データの不備、システムの読み取りエラーが発生したということ、本格運用が十月に先送りということになっております。

誤入力ということのマイナンバーの取り違いがあったということですけども、一体取り違いつて何人ぐらいあったのか、そしてセキュリティ上どんなおそれがあったのか、具体的な説明を求めたい。

○政府参考人(濱谷浩樹君) 御指摘の個人番号の誤入力につきましては、オンライン資格確認の稼働準備といたしまして、加入者情報の正確性について確認する観点から、昨年十二月にオンライン資格確認等システムを運営する支払基金におきまして、一括して住基ネットワークシステムに対し

まして本人確認情報の照会を行いました。この結果、約三・五万件の個人番号の誤登録の疑いが存在することが判明いたしました。この誤登録につきましては、支払基金から各保険者へ修正依頼を行いまして、本年三月末時点でゼロ件となっております。

なお、仮にでございますけれども、誤った個人番号がそのまま登録されていた場合がございますけれども、医療機関、薬局の受付等におきまして他人の資格情報等を閲覧する可能性があったということでございます。ただ、実態といたしましてはこのような事態は発生していなかったということでございます。

○倉林明子君 いわゆる発生はしなかったけれども、起こり得ることとして、他人の個人情報がいわゆる医療機関の端末に表示されると、こういうおそれも指摘されていたわけで、今御説明あったとおりだと思います。これは、極めてセキュリティ上、重大なエラーだと、こう言わざるを得ないと思うんですね。根本的なトラブルが起っていたということだということです。

そこで、日医総研が三月に調査を、今年三月、調査を行っております。これによりますと、オンライン資格確認を導入予定の医療機関でサイバーセキュリティ対策の脆弱さ、特に中小はあるということを指摘しております。

この中小規模の医療機関におけるサイバーリスクというものをどうつかんでいるのか、そして対策はどう打たれているのか。いかがでしょうか。○政府参考人（瀧谷浩樹君） お答えいたします。

まず、先ほどの件につきましては、加入者データの正確性の確保に向けまして、保険者の個人番号の誤入力やシステムのチェックする機能の導入とか、あるいは住基ネットへの照会の個人番号の再確認等を引き続き行っておりまして、これ先般の委員会でも申し上げましたけれども、こういった誤入力や、ヒューマンエラーをチェックするシステム、システムのチェックすることによって万全を期したいということでございます。

〔理事石田昌宏君退席、委員長着席〕それから、今お尋ねのサイバーセキュリティ上のリスク関係でございますけれども、悪意ある第三者からの攻撃による情報漏えいを防ぐために、オンライン資格確認で用いる医療機関とのネットワーク回線でございますけれども、これは通信事業者が独自に保有する閉鎖、閉域のネットワーク、閉じたネットワークかそれに準じるようなセキュリティを確保したネットワークを使うということでございます。

また、加えますのは、その電子証明書による認証、あるいはそのデータの暗号化を行いまして、データの滅失、漏えい及び改ざん防止を図りますとともに、ウイルス対策に万全な措置を講じ、安全性を確保しております。

また、厚労省におきましては、個人情報保護法等を根拠といたしまして、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインを定めております。このガイドラインにおきましては、閉域ネットワーク等で接続する場合でありまして、医療機関等の内部ネットワークにおいてコンピュータウイルスの拡散等を防止するために、ウイルス対策ソフトやOSの更新等、リスクに対してセキュリティ対策を適切に運用すること等を医療機関等に求めております。

これらにつきましては、オンライン資格確認を導入する際に改めてセキュリティアセスメントを実施したところでございます。

○倉林明子君 その最後の方におっしゃったところなんですよね。ガイドラインも作って、これ、セキュリティ対策、内部ネットのところは手打つてねということになっているんだけれども、先ほど紹介しました日医総研の調査でも、このガイドライン知らない、あるいは使用していないと。結構あるんですよ、こういうところも。

その分の、要は、内部の情報、個人情報保護のためのセキュリティシステムについての予算は付いていないんですね。梅村委員からも若干指摘ありましたけれども、カードリーダーをただ

でもらえるんだけれども、セキュリティ対策に係る費用やその維持管理というところについても費用はなくて、そのサイバーリスクがあるということに対しても認識は非常に甘い。そういう部分は実は医療機関に丸投げになっているんですよ。やってくださいということになっているという状況なんです。

私、このシステム設計ということであると、厚労省ほど信用ないところない、もはや致命的な弱点ではないかと言いたいと思うんですね。十月本格運用ありきと。もう期限切つてやったときほどまた失敗してはりますね。こういう本格運用ありきということで情報流出などは絶対起こしてはならない。それは、その医療機関のところの対策も含めてしっかりとやっていくことが国民の医療情報しっかりと守っていくことになるということ強く申し上げたい。

個人情報保護法では、病歴等は要配慮個人情報ということになっております。あらかじめ本人の同意なしに第三者への提供は禁止されている情報です。しかし、一旦同意すれば、これ日本の場合です、同意すれば取り消すことはできません、同意を。

オンライン資格確認システムは、保険証の本人確認にとどまらず、手術、移植、透析、こういう医療情報、そして健診情報、これひも付けするということになるわけですね。システム内部にある自らの情報、これにアクセスすること、また訂正させること、これできるのかどうか。

○政府参考人（瀧谷浩樹君） お答えいたします。今回のオンライン資格確認システムにおきましては、御指摘のとおり、利用する方御自身の保険資格情報あるいは特定健診情報等を、御自身のマイナポータルにアクセスすることで閲覧が可能でございます。このマイナポータルにアクセスする際には厳格な本人認証が必要でございます。この本人認証のために御自身のマイナンバーカードが必要でございます。また、仮に御自身の情報が間違っていた場合には、例えば、その特定健診情報等については、情報を管理している保険者へ問い合わせるなどによりまして訂正することが可能でございます。

○倉林明子君 今おっしゃったのは、あくまでもマイナンバーカードを持っている人に限った話です。だから、持っていないければ、まずその権利は行使できません。さらに、カード持っていたとしても、マイナポータルを開かぬとあきませんので、スマホとかパソコンないと、これ、見ること、アクセスすることできないというもの、ということ確認をしておきたいと思うんですね。

訂正させる権利については、本人が気付いて言えばという話でしたけれども、権利としての規定があるわけではないものだと思います。

そこで、EUの一般データ保護規則というGDPRというものがあります。ここでは、保障された権利ということで、アクセス権、そして訂正権、これ、いずれも規定しているんですね。個人情報、プライバシーを保護するために基本的な制度整備、これを同時に行うには必要があるというふうに思うんですね。

自分の個人情報、データを提供する場合、データ提供に今回なるわけですね。それを受け取る側、提供されたデータを受け取る側が一体何に利用しているのか、そして誰が監督するのか、そして透明性はどうか確保されるのか。今回、どうなるんでしょうか。

○政府参考人（瀧谷浩樹君） お答えいたします。オンライン資格確認システムに格納されます薬剤情報、特定健診情報については、御指摘のとおり、本人の同意の下で医療機関等が閲覧することができ、個人情報保護法を根拠といたしました医療機関システムの安全管理に関するガイドライン、先ほど申し上げましたけれども、これにおきまして、医療情報のシステムの利用に際しまして、情報の種別、重要性等に応じた情報の区分管理、あるいは、その情報区分ごとの組織における利用者、利用者グループごとに利用権限の規定、利用

権限の規定をすることを求めています。

これを踏まえまして、オンライン資格確認等による薬剤情報、特定健診情報を本人の同意の下で医療機関等が閲覧するに当たりましては、医師、薬剤師等の有資格者等のみがこれらの情報を閲覧できることをシステム上担保するように求めています。また、こうした薬剤情報、特定健診情報の閲覧につきましては、いずれの医療機関等がこれらの情報にアクセスしたか、ログ管理することとしております。また、本人もマイナンバーからいずれの医療機関等が自己の、御自身の薬剤情報、特定健診情報にアクセスしたかを把握できる仕組みとしております。

なお、医療機関等における医療情報の取扱いにつきましては、個人情報に基づく医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドランスにおきまして、個人情報保護に関する規定を整備して、苦情への対応を行う体制も含めて院内等への掲示を行うなど、患者等に対して周知を図る等の組織的安全管理措置、それから個人データに対するアクセス記録の保存等、技術的安全管理措置等を講ずることを求めています。

厚生省におきましては、都道府県に對しまして、医療機関等における個人情報の適切な取扱いにも留意しつつ、立入検査を実施するように求めているところでございます。

○倉林明子君 脆弱さが残ったままということを野村総研の三月の調査でも出てきているということ、深刻だと思っているんですね。こういう中で、要はセキュリティ対策あるいは安全対策ですね、情報を守るための、そういうところが不十分なままに踏み込むということについては本当に危険があるということは重ねて指摘をしておきたいと思えます。

EUの先ほど紹介したGDPRですけれども、ここでは、個人の権利として、本人が同意を撤回した場合などのデータの消去権、いわゆる忘れられる権利が規定されております。取扱いを制限させる権利、ここまでだったらいいと、これ以上は

使ってほしくない、これも権利。そして、提供したデータを受け取り、他の管理者に送信できるデータポータビリティの権利、そしてプロファイリング、これ含めて取扱いに対して本人が、個人が異議を申し立てる権利というところまで規定されているんです。こうした基本的な権利の規定ということが日本で極めて不十分だというふうに思っております。

こういう権利規定なしの情報収集がどんどん進むということに対して、やっぱり国民の不安があるということだと思えます。マイナンバーカード取得が進まないこの大きな要因にここがあると、ここが担保されていないということあると思うんですけれども、大臣の認識はいかがでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) 個人情報保護制度一般、これは我が省ではございませんので、御承知のとおり、所管しているものではありませんけれども、ただ、今国会でデジタル改革関連法案、これ、これによって、改正後の個人情報保護法でありますけれども、ここにおいては、今いろいろ言われたとおりでありまして、現行法と同様に、本人による行政機関への個人情報の開示、訂正、さらには利用停止等を可能とする規定を設けておりますので、そういう意味では、EUの今言いましたようにGDPR、これと比較しても国際的に遜色のない個人情報保護の水準、これを実現したものとこのうふうに我々としては承知いたしております。

健康医療情報、これは特に機密性の強いそういう情報でございますので、今ほど来局長からも話ありました、医療機関に対する医療情報システムの安全管理に関するガイドラインでありますとか民間PHR、パーソナル・ヘルス・レコード事業者ですね、これによる健診等情報の取扱いに関する基本的な指針、こういうようなもので個人情報に配慮した安全管理基準を定めております。

今、マイナンバーカードに対するいろいろな不安というふうなお話もございましたが、形としては

こういう形で制度等々を担保するというをやっておるわけでありまして、我々としては、国民の皆様方にそういう不安というものを持っていただかないように、これを払拭していくためにこれから丁寧な御説明をさせていただき、マイナンバーカードの取得、これを更に進めてまいりたいというふうに思っております。

○倉林明子君 総務省の情報通信白書二〇二〇が出ています。

ここでは、企業等が提供するサービスやアプリを利用するときの個人情報の提供にとても不安を感じる、やや不安、これ合わせると七八%になります。プライバシーやデータ保護に関する規制、ルールについて、便利、快適性より安心、安全性、これを求めるというのが七九%。相当な国民のところに、やっぱり情報流出や、どう使われるんだろうかという心配、不安がある。それは、日々起こっていますから、そういう事案が。そういう意味での不安があるということだということです。

更に進めるというお話でしたけれども、こういう不安があるということ、サイバーセキュリティ対策ということで決して十分ではないかと。指針を作ったから徹底されるというふうなことでは実態ないんだということを踏まえて取り組まないとい私は大変なことになると言いたいと思います。

患者と医師、医師と医師の間で病歴などの個人の医療データを共有できる医療情報連携のためにネットワークを整備すると。これ、そういう整備ということとは必要なことだと私も思います。

しかし、オンライン資格確認システムというのは、これマイナンバーカードを健康保険証として利用し、本人同意した場合にこれ限られるというものです。これまでの健康保険証でも、レセプトデータ等も含めて加人者個人でひも付けしていくと、こういう使い方だて十分可能じゃないかと思えますけれども、これどうでしょうか。

○政府参考人(濱谷浩樹君) オンライン資格確認

システムでは、個人単位で設定された被保険者番号で薬剤情報、特定健診情報を管理するわけですが、それでも、それ、保険者移りますよね。その移った場合に履歴管理が必要で。その移った場合に履歴管理をするために、マイナンバー制度における個人番号をベースとした仕組みでそこをひも付けるといいですか、履歴管理ができるようにしております。そういったことで、個人ごとの医療保険の、保険者が移ったとしても加入履歴を把握できる仕組みとしております。

また、これらの情報は機微な情報ですから、医療機関においても、閲覧するためには確実な本人確認と同意が必要だと思っております。そういう意味では、こうした機能がシステムの備わっているのがマイナンバーカードと顔認証付きカードリーダーということで、これを活用することで確実かつ円滑に本人確認と同意ができますし、同意をしたことがシステム上残りますので、そういった意味では、個人情報の機微な情報を扱う、扱うためにもこういった仕組みが必要ではないかということでございます。

○倉林明子君 情報流出の事案で本当に多いのが、国交省だったりどこだったという、行政官庁多いんですね、すく、流出事案。それも深刻な大量な事案。それは、値打ちのある情報を持っているからですよ。サイバーセキュリティ、サイバー攻撃の対象になりやすいし、受けやすいというのが今の日本の行政官庁の特徴でもあるというのは言いたいなと思うんです。同様に、この個人の情報というのは、様々突合すればいわゆるプロファイリングが可能になって、特定にもつながっていくというリスクがあります。

私、一体、今、何のために、そして誰のためのオンライン資格確認システムをつくっていくのかというところ、本当に問われていると思うんですよ。マイナンバーカード拡大ありきというふうな進め方で、情報漏えいのリスク、これ拡大するようないのかと。私は危険があるというふうに思っています。国民の、真に国民の健康管理につ

ながるようなデジタル化であるべきだというふう
に指摘をしたいと思います。

それでは、次ですね、私も前回の質疑を聞いて
いてちよつとびっくりしたんですね。それは、大
臣が、更なる現役世代の負担軽減策を問われま
した、足立議員から。そうしたら、安定的な制度に
するにはびほう策ではなかなか難しいとおっ
しゃったんですね。これ、びほう策というのは二
割負担の導入のことですか。何を指してびほう策
とおっしゃったんですか。

○国務大臣(田村憲久君) 先ほども田村委員の御
質問にお答えいたしましたが、二割負担のこれ負
担をお願いすることは大変な重い話でございます
ので、それ自体が軽いとかという意味で言ってい
るわけじゃありません。

問題は、根本的に、この二〇四〇年に向かって
もう高齢化のピーク迎える、そういう中において
もこの医療保険制度、国民皆保険制度を維持をし
ていかなきゃならない。しかし、今これやってい
ることは、二年先、三年先に何とか維持できるよ
うにということをやってきたわけでありまして、
そういうことをもってそういう表現の仕方をした
わけであります。

二割を負担をお願いすること自体は、非常にこ
れは御負担が上がる方々に対しては御負担が多く
なるわけでありますから、非常に我々としては心
苦しいことではありますけれども、しかしなが
ら、これをもつて二〇四〇年安泰になるかとい
うとそうではないわけでありまして、これから
も更なる大きな制度改革というものをやらなきゃ
ならないという意味合いで申し上げたわけでござ
います。お気を召さないということでごさいま
すれば、この表現の仕方は撤回をさせていただ
きたいというふうに思います。

○倉林明子君 いや、よく分かっているなと思っ
たんです。逆に。給付と負担のバランスだと繰
り返し説明されてきましたよ。つまり、給付を減
らし更に負担は引き上げていくと、これで終わ
りじゃないんだという宣言されたというふうに聞

えました。

さらに、金融資産、大臣は金融資産の捕捉、こ
れも一つの大きな方法だとおっしゃったんで
すね。つまり、介護保険と同様に後期高齢者医療
でも自己負担と連動させていくと、こういうお考
えですか。

○国務大臣(田村憲久君) 自己負担とその金融資
産等ですか。金融資産、金融資産と自己負担とを
連動させていくという。

負担能力に応じた負担というものも今までいろ
んな形でお願いしてまいりました。これ、負担と
いう形でそれに対して連動させていくのか、ほか
の部分で金融資産というものの、つまり負担能力と
いうものを見ていくかというのはこれから審議会
でもいろんな御議論をいただかなきゃいけないと
いうふうに思いますが、実際問題、金融資産とい
うのも一つ大きなその負担能力の物差しである
ということ、これは審議会でも御議論をいただ
いてるところであります。

問題は、金融資産を正確に把握することがなか
なか難しいという中で、公平性を担保する中で、
そこが今のところはまだできないという話でござ
います。これは、これからまた審議会等々でも御
議論をいただくということになってこうという
ふうに思います。

○倉林明子君 五月二十一日に財政審の建議が出
されました。後期高齢者医療の更なる見直しとい
うことで、保有資産の額が多い高齢者に応分の負
担をしていただけるよう、資産の保有状況等も勘
案した負担の在り方を検討すべきだと。明確で
す。

方向性は大臣も一致しているという答弁に今聞
き取れたんですけども、介護保険の補足給付の
見直しのようなことを後期高齢者医療でも可能に
したらどうなるかということです。資産の取崩し
なしに病院にかかれないうことになるのは
はつきりしていると思うんです。受診抑制、更
に加速させることにつながります。断じてこんな
ことを認めるわけにはいかないと強く申し上げて

おきます。

財政審は、さらに、可能な限り広範囲で後期高
齢者の二割負担の導入と、二〇二二年と、これ期
限を切って実施することを求めています。法案
で導入される二割負担の範囲、二百万ですね、こ
れ政令で決められるようになりました。直ちに上
げる考えないと、見直す考えないとおっしゃいま
したけれども、二百万円年収の基準の見直し、現
時点では考えていないとしても、これ二〇二二年
度までには見直す、そういうことですか。

○国務大臣(田村憲久君) まだ施行される前、前
ということですね。ですね。

まだこの法律の成立もさせていただいていない
中でこんなことを言うのも口幅つたい話でござい
ますが、施行もされないうちにここを見直すなど
というのは現時点で毛頭考えておるわけではござ
いませんで、御理解をいただきたいというふう
に思います。

○倉林明子君 答弁はそうなるかもしれないけれ
ども、政令で決められるというふうにしたという
ことが、二〇二〇年度までにはできる道がつくら
れたということだと思えます。そういう意味で、
財政審が示した方向ということは本当に酷な話だ
ということ、これは申し上げます。

さらに、財政審の建議でこれで終わっていな
いんですね。現役所得並み所得の判定基準の見直
しも、これ求めています。現役世代との公平性を
図り、世帯収入要件の見直しということです。現
行の世帯収入要件を定めた基準、これについて公平性
欠いていると言っているんでしょうか。これ、大臣に
振りました。

○国務大臣(田村憲久君) 公平性を欠いていると
言えるのかどうかということですか。これ、財政
審の建議の話ですね。そうですね。
それはいろんなお考え方があるんだというふう
には思いますが、我々とは若干今のところ考え方
が違うということであります。

○倉林明子君 やつとほつとする答弁が返ってき
ましたけれども、これ、高齢者に対する税制上の

控除を積み上げた上での現役並み所得ということ
でも、これぎりぎり対象となる世帯にとつては
物すごく過重な負担になってくるんですね。所得
だけで現役世帯との、世代との公平性を図るとい
うようなやり方は余りにも乱暴だと、厚労省も、
ちよつと違うと言っていたいたございましたので、そこ
は是非頑張っていただきたいと思えます。

そこで、大臣は、昨日の質疑で、もっと大きな
制度上の負担の変更にについて、他の収入の在り方
などを議論していかねければならないと個人的に
は思っていると表明されました。

その考え方がですね。どういう改革の方向とし
てお考えなのか、中身をお示しいただきたい。

○国務大臣(田村憲久君) 個人的な話でございま
すので、大臣としてここで詳細申し上げるわけに
いきませんが、基本的に保険財政ですから、保険
料収入、公費、それから言うならば自己負担、こ
れが収入で、あとは給付というもののバランスど
う取るかという話であります。今のところは。そ
れに他に収入を考えるのか考えないのか、いろん
な方法はあると思えますので、そこは全体として
どうあるべきかというのは、多くの方々の御意見
をいただきながらこれから検討してまいりたいと
いうことであります。

○倉林明子君 びほう策にとどめず審議会では議
論してもらうと、それこの間もおっしゃっていま
した。しかし、厚労省として何を提案していくの
かと、その中身というのは、本当にしつかり今示
す必要があるんじゃないかと思うんです。

何でってですね、財政審は言いたい放題です
よ、はつきり言つて。(発言する者あり)ありがと
うございいます。いわゆる財政審のメンバーを見
ると、もう財界の方々しつかり入って、そこで自分
たちの負担の軽減につながるような提案をどんど
んしてきているわけですね。私、この言いなり
にすると高齢者福祉の後退が、それに厚労
省まで加担すると、そんなことあったらあかと
思うんです。

そこで、改めて聞きたい。大きな改革の方向に

ついて現時点で言えることは何ですか。

○国務大臣(田村憲久君) この法律、まだ今日御可決いただくかどうか分からない中で、今ここの言えることは何もないわけでごさいます。まづはこの法律をよろしくお願いをいたしたいということでありま。

なお、財政審は財政審でいろんなお考え方があろうと思いますが、厚生労働省は厚生労働省でいろんな考え方がございしますので、そこはいろんな考え方の、いろんな調整もあるでしょうし、ぶつかることもあるでありましようし、いろんなことがあつて物事は決まつてまいりますので、我々としては、多くの国民の皆様方の御意見を伺いながら、これからも持続可能な制度をつくつてまいりたいというふうに思つております。

○倉林明子君 そもそも今回の負担増が高齢者の暮らしにどれだけの影響を与えるのかと。紹介もしてまいりました。年収二百万円なら年間十二万円の負担は可能だというふうにおつしやるんですよ。一体、その根拠というのが、幾ら見ても分からない、どこにあるのかということですよ。

今回の配慮措置というのは、外来だけ、三年だけで終わりですよ。入院には全くこれ配慮ありません。じゃ、入院費用というのが今どうなつていくかというと、保険外の負担というのが当たり前についてくるんですよ。おむつ代、洗濯代、何々代と、これ付いてくるんですよ。それ、その負担も十二万円で大丈夫なんということが言えるわけがないと思うんですよ。

こうした実態について、要は入院の自己負担、一体どのくらいになつていくのかと、そして今度の二割負担が与える影響についてということは真面目に検証されたらどうか。説明いただきたい。

○国務大臣(田村憲久君) 様々なものが入院されると掛かるというのは、私どもも当然その理解をさせていただいております。一方で、今般のこの支出見ますと、入院されておられると支出されないような支出もござい。いづれにいたしまし

ても、いろんな形で、入院されると支出をされないような支出もござい。

要は、何を言いたいのかというと、当然のごとく、この中において、いろんな費用が掛つたときにはそれぞれ他の支出を減らしていただいたりなどしながら、それぞれの方々が御生活をされる中において、我々としては、今回の負担の、まあ負担が増える部分ですね、これに関しては、今般対象になられる方々の中においては対応していただけるものということで御提案をさせていただいておるものということで御理解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 僅かな調査のデータだということな議論もありましたけれども、実態として、入院した際に、一回入院しただけでも十二万円というような額は吹っ飛んでしまう額ですよ。そういうような実態としての検証も踏まえ、負担をしていただけないかというのは、余りにも私は無理があるんじゃないかと思うんですよ。思います。

負担能力に応じた負担ということが到底言えるのかということとを最後申し上げたい。大きな改革の議論こそ、私は厚生労働委員会としても大いにやるべきだと思ひました。思います。保険の範囲でということに境界出てきて、公費をどう投入していくのか、その財源をどう見ていくのかと。

総理にもぶつけましたけれども、この間、コロナの下でも超富裕層、富裕層は増え続けております。大企業の内部留保、増え続けております。こういう格差の配分をするのも大きな政府の仕事ではないかと思ひますけれども、最後、大臣に答弁をいただきまして、終わりたいと思ひます。

○国務大臣(田村憲久君) でありますから、先ほど来から大きな議論が必要になつてきておるということをお願いいたします。や、やはりこの国、社会保障のみならず、いろんな分野でやはり費用は掛かつてくるという中において、それをどういうふうな負担をしていくのか、していただくのか、こういうことは政府全体でしっかりと負担ができる方々をお願いをしまつてい

なるというふうに思ひます。

○倉林明子君 もう法案通る前から怨嗟の声が上がつていのがこの法案ですよ。もうこれで審議負担増こそ撤回するべきだと。もうこれで審議終わるなどということは到底納得できないと最後申し上げて、終わります。

○委員長(小川克巳君) 他に御発言もないようです。それから、質疑は結局したもの認めます。これより討論に入ります。御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べ願ひます。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良です。私は、会派を代表し、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対し、反対の立場から討論を行います。

反対の理由の第一は、本法律案が、全世代対応型をうたい、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの構造を見直すとしながらも、その実態は、後期高齢者のみに七百二十億円もの負担を押し付けることばかりが突出した、その場しのぎのびぼう策にすぎないからです。

一方、限界に近づいているとされる現役世代の本人負担は僅か月額三十円の減少であり、負担軽減には全く寄与していません。その反面、公費負担は九百八十億円もの減少が見込まれており、国の財政対策に主眼を置いた、全世代対応型とは名ばかりの看板倒れ法案と言わざるを得ません。

反対の理由の第二は、本法律案が、高齢者の受診抑制による財政縮減効果を見込んだ法案であるからです。本法律案では、長瀬効果による受診抑制効果が九百億円と見積もられています。厚生労働省が巨額化、複雑化する健康保険財政の指標に九十年近くも前の二次関数式をいまだに使用しているのは、高齢者を標的とした医療費抑制を強調するためであり、医療費の効率化に資する実証的な

研究を怠つているもので、無責任のそしりを免れないでしょう。

反対の理由の第三は、本法律案が、将来的な見通しや抜本改革への視点を全く欠いていることで、

抜本改革の必要性は、制度改正ことに指摘されてきました。ところが、本法律案には、附則第二条第一項において、実績の検証を行うとともに、総合的な検討に着手するなどと言ひ詰めた言及があるばかりです。本法律案は、抜本改革先送りの欠陥法案と言わざるを得ません。

このように、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は、財政的な側面にのみ主眼を置いた、国民不在の小粒で場当たり的なものにすぎません。抜本改革の名に値する国民本位の健康保険制度実現のため、賢明な委員各位におかれましては、何とぞ本法律案に反対されることをお願いして、私の反対討論を終わります。

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみです。

私は、会派を代表し、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対し、賛成の立場から討論を行います。

少子化対策に効果が現れていない現状、医療保険制度の持続可能性が危ぶまれていることは御承知のとおりです。賃金が上がらない中で、現役世代の負担はもはや限界に達しています。本法律案は、本人課税所得二十八万以上かつ年収が二百万以上の後期高齢者に対して、その窓口負担割合を二割に引き上げるものです。後期高齢者以外の現状の窓口負担割合は、年収にかかわらず、未就学児と七十歳から七十四歳の方々は二割、それ以外の方々は三割であり、この改正はこれまでの不公平の是正につながるものと言えます。

一方で、負担の増える後期高齢者においては、配慮措置として三年間、一か月の窓口負担増額の

上限を三千円まで、そして、高額療養費制度により自己負担額の上限が外来で月一万八千円と配慮されており、本法案に賛成いたします。

しかし、今回の見直しだけでは改革として十分なものとは言えないことは委員会質疑からも明らかです。

国民皆保険制度、医療へのフリーアクセス、そしてこの医療保険制度の持続可能性を確保するためには、施行日を待たずして不断の検討と見直しを進めることが必要であり、特に以下三点を申し上げます。

一点目は、高齢者の生活に与える影響の検証です。

窓口負担の引上げとなる高齢者の日常生活への支障や受診控えによる健康悪化等の懸念が指摘されていることから、今後の制度改革の議論につなげていくためにも、政府においては、とりわけ負担増による健康への影響などをしっかりと調査し、検証することが必要です。

二点目は、応能負担の徹底です。

負担の基準となる所得の範囲について、預貯金や金融資産の把握は困難という理由で、真の意味での公正性が担保されていません。また、現役並み所得者や低所得者の区分についても、世帯単位、個人単位での所得区分判定が使い分けられ、納得感がありません。負担と給付の基準とする所得、資産の考え方をそろえ、マイナナンバーにより金融資産等を捕捉できるよう検討を進めることが必要です。

三点目は、健康保険組合の財政改善です。

後期高齢者医療を後期高齢者支援金で支えてきた健康保険組合の八割が赤字運営となり、自助努力での改善は厳しくなっています。まずは、後期高齢者医療の現役並み所得者の医療費に公費投入がないことの解消を早急に図らなければなりません。

以下三点の検討を進めることに加え、改正法案について一日も早い施行を求めて、私の賛成討論といたします。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

私は、日本共産党を代表して、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対し、反対の討論を行います。

本法案に反対する最大の理由は、七十五歳以上の高齢者へ医療費二割負担を導入することです。

対象となる方々からは、年金は減るのに心細くて仕方ない、年七万円の医療費が倍になれば受診控えも考えなアカン、長くない人生なのにひどい仕打ちなど、たくさんさんの怨嗟の声が寄せられております。

全世代型社会保障の名の下に、年金は減られ、医療も介護も次々と負担が増やされました。加えて、医療費の二倍化は高齢者の命、尊厳を脅かすものであり、断じて許されません。

第二に、国民健康保険の都道府県運営方針に法定外繰入れの解消、保険料水準の統一を記載することは、国保料の値上げ圧力を法定化するものにほかならないからです。

国民健康保険は、高齢者や無職、非正規労働者などの加入者が増え、構造的な問題を抱えています。だからこそ、自治体は、様々な独自の負担軽減策や法定外繰入れにより、保険料の値上げを抑える努力をしています。地方自治体が住民福祉のために行う施策に対し国が廃止しろと強制することは、自治権を侵害するものです。

第三に、生活保護利用者が医療扶助を利用する際、マイナナンバーカードによる資格確認を原則とすることです。

医療保険におけるオンライン資格確認は任意であり、生活保護利用者だけ義務付け、自己決定を否定することは、差別以外の何物でもありません。

厚生労働省は審議の中で、利用者を説得するとしながらも、要件ではないので強制ではないと明言いたしました。であるなら、強制ではなく、利用者の同意がなければ、医療券は使えること、利用者の意思に反した過度の説得はすべきでないこと

とと生活保護手帳等に明示するなど、実務段階での徹底を求めるものです。

第四に、保険者が求めた場合、事業主に労働安全衛生法による健康診断情報の提供を義務付けることです。

健診情報という機微な個人情報であるにもかかわらず、情報保護の整備も不十分であり、自己の情報コントロール権が阻害されかねません。

以上、反対理由を述べ、討論といたします。

○委員長(小川克巳君) 他に御意見もないようですから、討論は終局したものと認めます。

これより採決に入ります。

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賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(小川克巳君) 多数と認めます。よって、本案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

この際、川田君から発言を求められておりますので、これを許します。川田龍平君。

○川田龍平君 私は、ただいま可決されました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対し、自由民主党・国民の声、立憲民主・社民、公明党、日本維新の会及び国民民主党・新緑風会の各派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

案文を朗読いたします。

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に対する附帯決議(案)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直しについて、二割負担の対象となる後期高齢者において、必要な受診が抑制されることにより疾病の早期発見が妨げられ、重症化につながるのではないよう、健康診査の強化など必要な取組を進めること。また、窓口

負担割合の見直しが後期高齢者の受診に与える影響を把握するとともに、いわゆる長瀬式について、現代の受療行動等に対応した信頼性の高い推計が可能となるよう研究を進めること。

二、二割負担の対象となる後期高齢者に対して設けられる配慮措置については、高額療養費制度による対応となることから、申請漏れ等が生じることのないよう、後期高齢者医療広域連合や医療機関等に対し、ポスターやパンフレットの提供など必要な支援を行い、その周知・広報を徹底すること。また、事前に高額療養費の振込先口座の登録を行えるようにするなど申請漏れが生じないような取組をブッシュ型で進めることについて、関係機関と協議を進めること。さらに、配慮措置の導入により、高額療養費制度の対象となる被保険者の急増が見込まれることから、事務負担の増加が見込まれる後期高齢者医療広域連合等に対する支援を的確に実施すること。

三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加速度的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費について公費負担が行われておらず現役世代に対する過重な負担となつておることを踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四、後期高齢者支援金の増大に加え、新型コロナウイルス感染症の流行の影響を受けた保険料収入の急減により、健康保険組合の財政運営が極めて困難な状況にあること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する財政支援や保険者機能強化支援事業等の推進を図ること。

五、健康保険等における傷病手当金の支給期間の通算化に当たっては、制度の一層の活用が図られるよう、事業主及び労働者に対し、改

正内容のほか制度自体の趣旨・申請手続等に
関して丁寧な周知を行うこと。また、事業主
から申請手続に係る協力が得られないなど、
不適切と見受けられるケースが発生した場合
には、保険者と連携しつつ、当該事業主に対
して適切に指導を行うこと。

六、育児・介護休業法の改正により、育児休業
を最大四回に分割して取得することが可能と
なることを踏まえ、単に社会保険料免除だけ
を目的とした恣意的な育児休業の取得が行わ
れることのないよう、各事業主に対して制度
の適切な活用を促すこと。また、育児休業取
得による社会保険料免除の適用状況を把握
し、適切な運用が行われているか不断の検証
を行うこと。

七、国民健康保険に導入される未就学児に対す
る均等割保険料・税の減額措置について、市
町村や都道府県等における財政状況等を勘案
しながら、対象者や減額幅の更なる拡充を引
き続き検討すること。また、国民健康保険に
ついては、被用者保険と異なり、出産手当金
制度等の所得保障を目的とする現金給付が任
意による実施とされ、産前・産後期間等にお
ける保険料免除制度も設けられていないこと
から、少子化対策等の観点を踏まえ、財源や
保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に
関する保険料における配慮の必要性や在り方
等を検討すること。

八、機微性が高く、第三者には知られたくない
情報が含まれ得る健診情報等が、各保険者に
より多く集約されるようになることを踏ま
え、当該情報が適切に管理・運用されるよ
う、国が責任をもつて個人情報保護法等に基
づく適切かつ十分な助言・指導を行うととも
に、関係法令やガイドライン等の周知・広報
を徹底し、併せてガイドラインの見直しなど
適切かつ十分な個人情報保護に向けた不断の
検討と対処を行うこと。

九、医療扶助におけるオンライン資格確認の導

入に当たっては、制度施行までに個人番号
カードの取得や医療機関等におけるオンライ
ン資格確認システムの導入が進まない場合、
医療券等の発行業務が併存し、かえって福祉
事務所の事務負担を増大させることにつな
がりがねないことから、被保護者の個人番号
カード取得の支援や、医療機関等におけるオ
ンライン資格確認システムの導入支援を進め
ること。また、何らかの事情により制度施行
後においても個人番号カードを保有するに
至っていない被保護者に対しては、引き続き
医療券等の発行を行うなど、必要な医療を受
けられる体制を確保すること。さらに、情報
通信機器を保有していない被保護者が、マイ
ナポータルを通じて自身の健診情報等を閲覧
できるよう、適切な支援を行うこと。

十、近年増加の一途にある高額な医薬品・医療
機器について、将来の医療保険財政に与える
影響を早期に検証し、その適切な評価の在り
方に関する検討を進めるとともに、特に各製
薬企業等による医薬品等の情報開示状況の評
価について、開発過程における特許料等の取
扱い等も含め、十分な検討を行うこと。ま
た、極めて高額となり得る遺伝子治療につ
いて、その在り方を速やかに検討し、その結
果を踏まえた適切な評価の在り方も含め、今
後の方角性を示すこと。

十一、窓口負担割合の見直しなど患者の受診行
動に影響を与え得る制度変更を検討する場
合は、医療費への効果額の詳細な内訳などを
関係審議会等に明示した上で議論を進めるこ
と。

十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する
中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民
皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代
型の医療保険制度を構築するため、保険料賦
課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在
り方、保険給付の在り方、医療費財源におけ
る保険料、公費、自己負担の適切なバランス

の在り方等について、税制も含めた総合的な
議論に着手し、必要な法整備等を講ずるこ
と。

右決議する。
以上でございます。

何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げま
す。

○委員長(小川克巳君) ただいま川田君から提出
されました附帯決議案を議題とし、採決を行いま
す。

本附帯決議案に賛成の方の挙手を願います。

(賛成者挙手)

○委員長(小川克巳君) 多数と認めます。よつ
て、川田君提出の附帯決議案は多数をもって本委
員会の決議とすることに決定いたしました。

ただいまの決議に対し、田村厚生労働大臣から
発言を求められておりますので、この際、これを
許します。田村厚生労働大臣。

○国務大臣(田村憲久君) ただいま御決議になら
れました附帯決議につきましては、その趣旨を十
分尊重いたしまして、努力してまいります。

○委員長(小川克巳君) なお、審査報告書の作成
につきましては、これを委員長に御一任願いたい
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。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時二十三分散会