

第二百一十一回国
参議院厚生労働委員会会議録第十号

令和五年五月九日(火曜日)

午後一時開会

委員の異動

四月二十七日

辞任

神谷 政幸君

補欠選任

野村 哲郎君

四月二十八日

辞任

野村 哲郎君

補欠選任

神谷 政幸君

五月八日

辞任

友納 理緒君

補欠選任

田中 昌史君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

山田 宏君

こやり隆史君

島村 大君

比嘉奈津美君

川田 龍平君

山本 香苗君

委員

生稲 晃子君

石田 昌宏君

神谷 政幸君

田中 昌史君

羽生田 俊君

藤井 一博君

星 北斗君

本田 顕子君

石橋 通宏君

打越さく良君

高木 真理君

窪田 哲也君

若松 謙維君

東 徹君

松野 明美君

田村 まみ君

芳賀 道也君

倉林 明子君

天畠 大輔君

国務大臣

内閣総理大臣

厚生労働大臣

事務局側

常任委員会専門員

政府参考人

内閣官房内閣審議官

内閣官房新しい資本主義実現本部事務局次長

内閣法制局第四部長

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省社会・援護局長

厚生労働省保健局長

厚生労働省政策統括官

朝川 知昭君

松浦 克巳君

栗原 秀忠君

榎本健太郎君

佐原 康之君

川又 竹男君

大西 証史君

伊原 和人君

岸本 武史君

案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(山田宏君) 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、友納理緒君が委員を辞任され、その補欠として田中昌史君が選任されました。

○委員長(山田宏君) 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。

全世代対応型の持続可能な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伊原和人君外八名を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取することに御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(山田宏君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(山田宏君) 全世代対応型の持続可能な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、内閣総理大臣に対する質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○藤井一博君 自由民主党の藤井一博です。

本日は質問の機会をいただき、ありがとうございます。

質問の前に一言申し上げます。先日、五日、発生しました石川県能登地方での地震におきましてお亡くなりになりました方に御冥福をお祈りいたします。また、被災された皆様方に心よりお見舞いを申し上げます。一日も早く元の生活に戻られますことを心より願っております。

それでは、質問に入らせていただきます。

本日は岸田総理がお入りの審議でございます。

新型コロナウイルス感染症も五類へ移行して、新たなスタートの節目であります。本日の質疑を通して、これからの社会保障制度の在り方について、岸田総理のお考えをお伺いしたいと思っております。

四月十九日の参議院本会議におきまして、岸田総理の御発言がありました。人生のステージに応じて必要な保障がバランスよく提供され、国民が安心して生活することができる持続可能な社会保障制度を構築する、このことに集約されていると思います。

ここで一つお伺いをいたします。

これから高齢化が進展していく中で、医療、介護の需要が高まってまいります。そういった中で、必要な社会保障費を削減することなく、子育て予算も含めて財源をどのように確保して社会保障制度の持続可能性を確保していけるのか、岸田総理のお考えをお伺いします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 少子高齢化が急速に進む中であって、将来にわたって社会保障を持続させる観点から、負担能力に応じて全ての世代で、そして公平に皆が支え合う仕組み、こうした仕組みを強化していくことが重要であると考えています。そのために、御審議いただいているこの本法案においても、出産育児一時金に要する費用の一部を後期高齢者医療制度が支援する仕組みを導入する、あるいは高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し、こういったものを盛り込んでいくところです。

そして、これからも続く超高齢社会に備えて、経済社会のその支え手、これを増やすという視点が重要であると考えています。女性や高齢者の就業を最大限に促進するとともに、その能力の発揮を実現できるように働き方に中立的な社会保障制度

を構築していく、さらには、働く人の立場に立つた労働市場改革、これを進めていくことも重要だと考えています。

こうした取組を進めることによって全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していきたいと考えております。

○藤井一博君 丁寧な御答弁をいただきました。やはり、人生というのはつながっていくものですから、全ての世代において必要な保障がないと生涯にわたっての安心はないという御答弁であつたと思います。ある世代に手厚くしてほかの世代が薄くなるというようなトレードオフの関係には社会保障はないという考えを確認させていただきま

す。ここでう一点だけ伺いさせていただきたいと思ひます。

高齢者負担率の見直しの議論の中で、やはり、高齢者の方から、これから医療、介護、これまでどおり受けていくことができるのかなという不安の声があるのも事実でございます。そういった中で、やはり私は、そういった不安の声に対しては、医療、介護というものが地域でしっかりと確保されていくように、地域で担うべきかかりつけ医機能の充実であつたり、また医療、介護のDXを進めていく、そういった地域包括ケアシステムの推進というものが国を挙げてしっかりと充実していかなければいけないと思ひておりますけれども、岸田総理の考えをお伺いいたします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 今後、高齢社会が進展するに伴って、地域の医療、介護の担い手の確保が困難になる中で、医療・介護サービスを効率的かつ効果的に提供する体制の構築、これが求められていると考えています。

このため、本法案では、国民、患者がかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化するとともに、地域の実情に応じて各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、地域に必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備、さらには、この関係者間で利用

者の介護情報を電子的に閲覧できる情報基盤の整備、こうしたことを行うとしております。

こうした制度整備によって、医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアシステムを更に推進することによって、全ての国民がそれぞれの地域において質の高い医療・介護サービスを受けることができる体制、確保してまいりたいと考えております。

○藤井一博君 丁寧な御答弁をいただきました。岸田総理の力強いリーダーシップの下に、世界に冠たる社会保障制度、拡充をされ、国民の皆様が生活が、安心が、安定がもたらされますことを願ひ、私もしっかりと全力で尽くしてまいりますことを申し述べて、質問終わります。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良であります。

五月五日の石川県能登地方における震度六強の地震でお亡くなりになられた方に私からも心から哀悼の意を表します。そして、けがをされた方の一刻も早い御回復をお祈りいたします。その後、大雨もあり、避難生活を余儀なくされている方々にお見舞いを申し上げます。

激甚災害指定を含むあらゆる復旧復興策に早急に取り組んでいただきたいと政府に強く要望いたします。

昨日より、新型コロナウイルスの感染症法上の位置付けが二類から五類に移行しました。本日以降、患者数等の毎日の公表はなされず、定点医療機関からの報告に基づく毎週月曜から日曜までの患者数等の情報が公開されることとなります。

歓迎の声もある一方、懸念の声も強いものがあります。四月十九日、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの有志は、五月の大型連休明けに感染拡大があり得るとして、日本では自然感染の罹患率が低いことなどを考慮すると、第九波の流行は第八波より大きな規模になる可能性も残されていると表明されています。

こうした中、五月八日に新たに確認された国内

の感染者は九千三百十人、前の週の同じ曜日から約四千三百人も増えています。

今後、感染者の急増やウイルス株の変異、強毒化など事態が悪化した際には、迅速、過大な対応が求められます。その場合、五類から二類などへの再移行もあり得るのでしょうか。想定する対処策について説明をお願いいたします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 新型コロナウイルスについては、昨日、五類感染症に位置付けたところでですが、そのウイルスの特徴、これは直ちに変わるものではないです。国民の皆様には、今後とも気を付けていただき、御理解と御協力をお願いしたいと思ひます。

そして、今後も一定の流行が続くことが予想されることから、政府としては、地方自治体あるいは医療関係者と連携しながら、六十五歳以上の方あるいは重症化リスクの高い方については昨日からワクチン接種を行うとともに、感染拡大が生じても必要な医療が提供されるよう幅広い医療機関での対応が可能となる体制への移行を進めているところです。

そして、その上で、御指摘のような、今後このオミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提、これが異なる状況になれば、これは三月十日の政府対策本部の決定に従って直ちに対応を見直すこととなります。具体的には、必要に応じて、政令により感染症法上の指定感染症に位置付けることにより二類感染症と同様の入院勧告等の各種措置を適用するなど一時的に対策を強化する、こうしたことは考えられると認識をしております。

○打越さく良君 命と暮らしを最優先にする政策をお願いいたします。

私は、昨年十二月五日の参議院本会議において、障害者総合支援法案などの改正案が東ね法案とされた際、立法院を軽んずるものであると批判いたしました。

総理、東ね法案についてどのようにお考えなのでしょうか。

東ね法案は、国会審議を形骸化し、国会議員の表決権を侵害し、国民への情報公開の観点からも問題であることはこれまでも繰り返し指摘されてきました。東ね法案は、野党が賛成できる法案と到底合意できない法案を混在させることによって国民に争点を隠す悪質なものです。今国会における原案の運転期間の延長を盛り込んだGX脱炭素電源法案も、争点隠しの東ね法案です。

こうした法案は、国会の審議を制約し、与野党の対立点を覆い隠し、審議時間をも省略しようとするものであり、政府・与党にとっては誠に都合の良い法形式です。しかし、これは法形式の墮落であり、禁じ手ではないでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) まず、政府においては、従来から、法案に盛り入れたこの政策が統一的なものであり、その結果として、法案の趣旨あるいは目的が一つであると認められるかどうか、あるいは内容に法案の条項が相互に関連しているの体系を形作っていると認められるかどうか、これを十分検討した上で、一つの改正法案として提案することが適当であるという結論に達した場合においては、そのような形で提案してきております。こうした基本的な考え方は今後も維持してまいります。

その上で、国会審議の在り方等については国会において御判断をいただきたいと考えております。

○打越さく良君 総理、これだけ東ね法案を乱発なさっているんですから、自由民主党が下野して野党になった際に、どんな東ね法案が提出されても問題視しないということではよろしいでしょうかということは、御答弁は求めないことにします。

私は、十二月五日の本会議質問で、来年の通常国会において介護保険法の大改正などが控えており、この際たまった法案の在庫一掃を行ってしまいたいとの意図があつたのではないかと、それはすなわち個々の法案を軽んずるものではないかと指摘しました。ところが、本法案には、介護保険法の大改正と言えるのではなく、法案名にも介護

の文字すらありません。

総理には、来年度が介護保険法の三年に一度の見直しの年であると認識はなかったんでしようか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 介護保険制度については、これまで三年を一期とする介護保険事業計画に合わせて見直しの議論を行い、必要に応じて法改正を行ってきた、このように承知しております。本法案においても、より質の高い介護サービスの提供を可能とするため、介護サービスの利用者の情報を本人や関係者が電子的に共有できる介護情報基盤を整備することなど、重要な改正事項を盛り込んでいくところです。

そして、利用者の負担や一号保険料負担の論点、こうした負担の論点については、社会保障審議会において昨年末の段階で具体的な結論は出されておきませんが、次期計画、すなわち令和六年度以降の計画ですが、この次期計画に向けて結論を得ることが適当であると、この審議会において指摘をされています。

厚生労働省におきまして、引き続きこの指摘に基づいて丁寧な結論を、検討を進めていきたい、このように考えております。

○打越さく良君 本法案において給付と負担の在り方に関する議論の結論を示さなかったことは、選挙対策であろうと言われています。

厚生労働省は昨年末までに結論を出すつもりだったのに、与党から高齢者医療制度の負担増と介護保険の負担増が重なることに配慮すべきとの意見があったと、それが踏まえられたと伝えられています。必要な負担増の議論を先送りすれば財政は悪化し、先送りされた分、負担増は急激になっ

てしまします。

総選挙を前に、利用者の利便に資するための抜本的な改革に着手すべきだったのではないのでしょうか。私は、負担増を奨励しているわけではもちろんありません。国民にとつて最適解を模索するのが立法府であり、政府は、負担増の議論から逃げずに、国会審議の場において責任ある提案をす

べきではないでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 御指摘の負担に関する議論については、先ほど紹介させていただきました社会保障審議会の議論の中で、負担増について賛成、反対、様々な議論が続いてきました。そして、昨年の末の段階においても両方の議論が錯綜する中であつて、これについては次期計画に向けて結論を得ることが適当である、こうした結論に至つたと承知をしております。

こうした審議会の議論を受けて政府としても対応を考えたということであり、これは、選挙目当てにこれ先延ばししているという指摘は当たらないと考えております。

○打越さく良君 本委員会で私は加藤大臣にも質問を行いました。なぜ法案名に全世代対応型と

うたうのでしょうか。

社会保障制度は、揺り籠から墓場までということが福祉国家の常識です。総理は、全世代対応型ではない社会保障制度などというものが存在するとお考えなのでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 我が国の社会保障をめぐる議論については、かつての、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という社会保障の構造について、本格的な少子高齢化が進む、人口減少時代を迎える、こういった中で見直す必要があるという観点から、年齢に関わりなく全ての国民がその能力に応じて社会保障制度を公平に支え合

うことにより制度の持続可能性を高める改革を進める必要がある、こうした議論が行われてきました。かつての社会保障のありようを、今申し上げた形で変化させなければいけない、こういった問題意識を持って議論が進められています。

本法案においても、高齢者医療を全世代で公平に分かち合うための高齢者医療制度の見直しなど、そうした考え方に基づいて、この法案の中心身、組み立てられています。こうした考え方に基づいて、全世代型、全世代対応型というこの法案の名称も用意したということであり、こうした時代の変化に伴つての基本的な考え方の変化を

法案の名称に反映させた、こういった次第であります。

○打越さく良君 ですから、全世代対応型社会保障というの、頭痛が痛いとか登山に登ると言うような語義矛盾なわけですよ、これは。おかしいというふうに総理も本当は内心は思われているんじゃないかと思うんですけども。

ですから、今おっしゃられた御説明からしても、そうであれば、全世代対応型ということではなくて、そのまま、高齢者中心の給付を改め、高齢者を含めた全世代で負担を分かち合うための社会保障制度改革法案と、これが正確な法案名であるべきではないでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 全世代対応型という名称についての御質問ですが、先ほど申し上げましたように、かつて、我が国の社会保障制度については、基本的に給付は高齢者中心、負担は現役世代中心であつた、こうしたこの時代があつた。それから、この少子高齢化、そして超高齢社会が進む中であつて、今言った考え方を改めていかなければいけない。こういった考え方を全世代対応型という言葉に込めていると認識をしています。

こうした新しい時代に対応するための社会保障を、制度を考えていく、こうした考え方の中で、こうした名称、これは決して不適切なものではないと考えております。

○打越さく良君 いや、選挙前に高齢者に負担増を求めることを覆い隠す、悪質な法案名と言わざるを得ないと思います。

そして、この前の厚生労働委員会で私が指摘したとおり、負担能力別というのは、経済成長期であれば効果が期待できますが、人口減少など縮小再生産の局面では、サービス低下を食い止める要因にはなりません。負担能力別は改革の手法とは言えないのであり、看板倒れではないでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 負担能力に応じてこの負担を考えていただく、こうした考え方は、

持続可能な社会保障制度を維持していくためには必要な考え方であると思います。そして、そういった考え方も全世代対応型の社会保障制度という言葉に込めていると認識をしております。

こうした基本的な考え方をこれからも大事にしながら、様々な社会保障制度の議論を進めていきたいと考えています。

○打越さく良君 次に、出産育児一時金について伺います。

立憲民主党としても、出産育児一時金の増額についてはむしろ遅きに失したものであると考えているわけですが、ただ、地域間格差や公民間格差を解消しないまま出産育児一時金を全国一律で五十万円に増額するというのは、いささか不合理ではないでしょうか。これはどうしてなんでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 出産費用については、妊婦自身の自由な選択により様々なサービスが利用されている中で、平均的な費用について地域差が生じていると承知をしています。また、公的病院は、私的病院や診療所よりも平均出産費用が低い傾向にあります。厚生労働省の調査研究によれば、こうした出産費用の地域差の要因のうち、最も影響が大きかったのが所得水準であつたとされています。

こういった状況を踏まえて、平均的な標準費用を全て賄えるよう、先月から全国一律で五十万円に大幅に増額する、こうした対応を行ったところでもあります。更なる制度検証に、制度改善に向けても、地域や医療機関による出産費用の差について更なる分析、検証、これは進めてまいります。

その上で、選択できる環境、こうしたものも整えるため、この出産費用の見える化、これを抜本的に強化することとしております。こうしたことに、その五十万円の引上げについては、平均的な費用の引上げと、いや、平均費用を全て賄えるようにするとともに、この見える化を進める、これが重要なポイントであると認識をしております。

○打越さく良君 その見える化なんですけれど

も、先日の本委員会における石橋議員の質疑で明らかになったことですが、厚生労働省は、直近十年間の上昇要因を一概に定量的にお答えすることは難しいと答弁なさっているんですね。これでは見える化など到底できないと、石橋議員が厳しく指摘したところで、このようなことですから、出産育児一時金が放置されてきたんじゃないかと。しかも、将来見通しについてもはっきりしない。これでは全く見える化になっていません。今後も無責任で場当たりの施策が続いていくとしか残念ながら考えられないと、常に後追いで総理の掲げる異次元の少子化対策にはならないということを申し上げて、質問を終わります。ありがとうございます。

○若松謙維君 公明党の若松謙維です。

ゴールデンウィーク中、エジプトから韓国まで六か国の外交戦、大変にお疲れさまでした。特に、福島第一原発処理水の韓国視察団派遣決定、ありがとうございます。

まず、総理に、子育て予算の財源についてお尋ねをいたします。

政府は、六月の骨太方針に、子供予算倍増に向けた大枠を示すと表明しております。保険料が税金か、二者択一の議論もありましたが、出産・子育て応援一時金の財源も含め、子供予算の財源についてはどのようにお考えでしょうか。また、大事なことは、賃上げを進め、可処分所得と実質手取りが増えるようにすることだと考えますが、総理のお考えをお尋ねいたします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) まず、子ども・子育て政策については、小倉大臣の下でたたき台を作成し、それを踏まえた上で、私を議長とする子ども未来戦略会議の下で、必要な政策強化の内容、予算、財源について今具体的な検討を深めているところであります。現状はその段階にあります。

その際に、従来から申し上げているように、徹底した歳出の見直し、これが大前提であると考えています。そして、その上で、この財源について

は、まずは、子ども・子育て政策の内容を具体化し、その内容に応じ、各種の社会保険との関係、国と地方の役割、高等教育の支援の在り方など、様々な工夫をしながら、社会全体でどのように安定的に支えていくのか、こうした考えを重視しながら丁寧に進めていきたいと考えております。

そして、委員御指摘のとおり、賃上げ、これは、若い方々にとって、結婚、子供、子育ての希望をかなえるためにもこれは重要な課題であると考えています。若い世代の所得向上に、子育て政策の範疇を超えて、より大きな社会経済政策として取り組んでいかなければならないと考えています。

○若松謙維君 次に、出産費用の動向調査についてお尋ねをいたします。

出産育児一時金の引上げに伴いまして、産科医療機関で出産費用の値上げが生じているとの声があります。出産費用の見える化に向けた取組に加えて、まず現在の出産費用の引上げ状況についてしっかり調査すべきと考えますが、総理のお考えをお尋ねいたします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) この妊婦の方々が費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備することは重要であると考えています。出産育児一時金の大幅な引上げと併せて、出産費用の見える化を抜本的に強化することが必要であると考えました。

そして、この医療機関等における出産費用の改定については、先月から、一時金の引上げに先立って、厚生労働省において、関係団体を通じて医療機関に対し、出産費用の改定を行う場合には、その内容や理由等を適切に周知し、丁寧な説明を行うこと等を要請したところです。

そして、委員御指摘の出産費用動向など医療機関等による対応状況については、今後、厚生労働省において必要な調査、これを行うことしたいと思います。来月、そして、来年四月からは、見える化の抜

本的強化のための新たなシステム、これを本格稼働させることを予定しております。こうした取組、しっかりと進めてまいります。

○若松謙維君 今総理の決意をいただきましたので、よろしくお願いいたします。

次に、かかりつけ医療能についてお尋ねをいたします。

かかりつけ医療能報告の項目といたしまして、患者や国民の求める、必ず診断してくれて、必要に応じて専門医療機関につないでくれる機能、いわゆるコンシエルジュ機能を必ず入れるべきではないでしょうか。また、医療機関がかかりつけ機能を更新した場合に、医療機関の負担なく速やかにシステム上も更新できる仕組みとすべきと考えますが、総理のお考えをお尋ねをいたします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 今回の法案においては、日常的な診療の総合的、継続的な実施、また入院支援、退院支援の実施、また在宅医療の提供、介護サービス等との連携など、今後、地域で確保していく必要がある具体的なかかりつけ医療能を定めて、医療機関に対して報告を求め、そして都道府県がその体制を有することを確認、公表する、こうした仕組みを創設することとしております。

このかかりつけ医療能報告における報告項目の詳細や報告の具体的な方法、またシステムについては、今後、有識者等の意見を聞いて具体化することとしておりますが、御指摘のようなこのコンシエルジュ機能、すなわち診療した上で専門医、医療機関等を紹介してくれる機能、こうしたものも含めて、国民一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるようなこの具体化を行っていただきたいと考えております。

○若松謙維君 この通常国会が始まるときに、当初は様々な課題がありましたけれども、今まさに子育て国会、総理が言われたこの大事な審議を今しているところであります、引き続き、この子育て国会を更に全世代型社会保障制度の充実につながるように頑張っていたことを申し上げます。

して、質問を終わります。

ありがとうございます。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

いろいろと質疑がされておりますが、少しかぶるところもありますが、私は、今回一番大きな問題は、日本がやっばり少子高齢化、人口減少と言われる、そういった深刻な時代になってきた。これ、国難だと言いたい方もあれば、静かなる有事だと言いたい方もあります。

これ、こういう状況になってきたのは、なってきたのは、まさしくこれ政治の怠慢だというふうに考えます。それはもう三十年も、もつと前からかもしれません、そう言われてきた中で、やっばりその少子化対策やつてこなかった、やつてこなかった、抜本的にやつてこなかったから、だんだんだんこんなようになってきた。

そして、今回、この法案の中にもありますように、出産一時金の支給額を引き上げる、四十二万円から五十万円。それは大事だと、必要だというふうに賛成をいたします。ただし、かしてですね、ただし、それを保険料を引き上げるということについては、もうこれはやっばり我々は駄目だと、それはやっばり歳出の削減でやるべきだというふうに考えるわけであります。

今回も少子化対策の財源をめぐっているいろいろと議論がありますが、これ自民党の茂木幹事長でありますけれども、少子化対策の財源については、現状では増税や国債の発行で捻出することは想定していないと、まずは歳出削減の徹底や既存の保険料収入の活用でできる限り確保したいというふうにおっしゃったそうです。それに対して、それに対してじゃないですけども、先日の加藤厚生労働大臣のあるテレビ番組の発言でも話題になりましたが、今いたっている社会保険料は、医療は医療に使う、年金は年金に使うという、それぞれ目的と負担の関係でつくっていると、年金や医療に使う金を子供に持っていくのは正直言って余地はないというふうに答えられました。

そうすると、もう歳出削減しかないわけであり

ます。であるならば、これ、岸田総理は当然、この少子化対策は全て歳出削減でやるんだという、私は、そういう覚悟をやっぱり示していくことが大事で、やっぱりそういうことを是非考えているということを発信すべきだというふうに思います、いかがですか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 子ども・子育て政策に関しての政府としての議論ですが、これは先ほど少し答弁の中で触れさせていただきましたが、たたき台、この小倉大臣の下で作ったたたき台を踏まえて、今、こども未来戦略会議の下で、内容、予算、財源について具体的な検討を深めているところであり、六月の骨太の方針に向けてこの議論を続けることになっております。

ですから、今の段階で具体的な財源について申し上げるのは適当ではないと考えておりますが、しかし、いずれにせよ、この財源を考える際に、これ徹底した歳出の見直し、これが大前提であるということは間違いないと考えております。その上で、様々な工夫をしながら社会全体でどのように安定的に支えていくのか、これを考えていきたいと思っております。この歳出の見直し、これを徹底することを大前提に、これからも議論を続けていきたいと考えています。

○東徹君 歳出削減で賄って、増税や社会保険料の引上げはしないということでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) こども未来戦略会議において、有識者を始め、そして子育て世代、まさに当事者の方々も参加していただき、今議論を行っています。その議論を行っている最中でありますので、私が今の時点でこの財源について結論めいたことは申し上げるのには控えめと申し上げます。六月に向けて議論を深めていきたいと考えています。

○東徹君 そして、今回のこの全世代型対応型持続可能な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なんですけれども、非常に肝腎なことがもう先延ばしになっているん

です。総理は、先延ばしをせずということをよくいろんな答弁の中でおっしゃいますが、これ先延ばしなんです。

例えばかかりつけ医、一つ飛ばしてかかりつけ医のことについてお聞きしますけれども、このかかりつけ医も今回中途半端な形になっておりまして、かかりつけ医とは何かという、そういった定義もない。そして、そういったところが抜け落ちていて、本来導入すべきであった登録制それから認定制、こういったものが医師会の反対を受けてこれ先延ばしした、厚生省が先延ばししたということなんです。

こうやって、ちょっとでも反対があつたら先延ばしするというのがこれまでの対応だと思えますけれども、そうやってやってきたから、少子高齢、人口減少みたいなのがどんどんどんどんとなってくると同じように、先延ばしということがやっぱり本当に一番これいけないことだというふうに思うわけです。

これ、今回の法案でも不十分だと思えますが、法案の附則には検討規定がありますけれども、将来、これ、登録制それから認定制、これを導入するお考えがあるのかどうか、これは総理にお伺いしたいと思えます。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 今回の法案においては、国民、患者が自ら適切に医療機関を選択できること、こうしたことを重視しながら、地域で確保していく必要があるかかりつけ医機能について、この報告を求め、そして都道府県等が確認、公表する、こういった仕組みを創設するものであります。

そして、この制度整備に当たって、認定制ですとか登録制とか、様々な議論が行われました。そして、全世代型社会保障構築会議の報告書において、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方の下で、地域のそれぞれ医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を發揮するよう促すべきであるということを踏まえて

今回のこの法案を提出させていただいたわけですが、同時に、報告書においては、この国民一人一人のニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである、このようにされています。

是非、この法案において、この附則の検討規定に基づいて、改正後の施行状況等を勘案し、各規定について検討を加えて、この結果に基づいて引き続き所要の措置を講ずるよう努力をしたいと考えています。

○東徹君 このかかりつけ医機能の報告というのは大した報告じゃないんです、ないんです。患者側にとつて一番知りたい情報というのは、身近な医療機関で、どこが土日祝日、夜間、診療やっているのかとか、それから、自分ところのおじいさんとかおばあさんが訪問診療必要だということになれば、どういったところが訪問診療やっているのかとか、そういったところを知りたい、知りたいと思えます。それは確かに今回の法案で見えるようになるかもしれませんが、これ、大体の都道府県のホームページ見ても、市町村のホームページ見ても、大体出てますよ、出てます。

だから、これ、患者側の立場からいったら大した法案じゃないんですよ。何の役にも立たない、何の役にも立たないという言い過ぎかもしれない、大した改正にはなっていないということ、是非これ抜本的にやっぱり、こういった登録制、認定制をやるべきだし、そして、今回の持分医療法人も、持分なし医療法人への移行も、もうこれも先延ばしですから、やっぱり岸田総理がしっかりとリーダーシップ持って改革をやっていないといけないということをお願いさせていただきます。

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみです。総理、ゴールデンウィークの外遊、お疲れさまでした。

私は、国内のサービス業や小売業の現場を視察させていただいております。その現場では、飲食店や観光、宿泊関連、また小売業、人員不足の声をたくさん受けてきました。しかも、この春に賃上げがかなった事業者の皆さんから多くのこの悲痛な声を私は伺ってきました。

特に、三月二十七日の予算委員会の質疑で、総理に私はこの年収の壁の問題について質問させていただきました。この質疑、テレビ放映もされていて、御覧になっていた方もいらっしゃると思いますし、この年収の壁について訴えられた方に、このときの質疑、総理の答弁を私は報告させていただきました。でも、いつまでなんだ、いつまで僕はこうやって踏ん張つたらいいんだ、私たち頑張つたらいいんだというふうに改めて聞き直されました。

私も、今日、改めて総理に聞きたいというふうに思っています。

年収百三万円、百六万円の壁について、民間企業の配偶者手当の在り方についても、そのとき伺いました。当時、厚生労働大臣の方は政労使の会議のところで直接発言があったんですけども、総理にも是非直接あらゆる機会ですべてほしいというふうにお願いをしたときに、様々な機会を通じて私自らも労使に対し見直しを促していきたい、そのように考えておりますと答弁をされました。

それ以来、私の中ではもう一か月って相当な時間だと思っています。あらゆる民間企業の方にもお会いする機会あったと思います。そのような働きかけ、されたのでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 配偶者の収入要件がある配偶者手当については働き方に中立的な制度となるよう労使で見直しを進めていただきたいと考えており、先日の予算委員会、御指摘の予算委員会での質疑ですが、三月十五日の政労使における働きかけ、これを紹介させていただいたところでおっしゃるように、その後も労使双方の方々と

お会いする機会があります。その際に様々な意見交換をさせていただきました。その際に御指摘の点についても議論を行い、意見交換をさせていただく、こういった機会は度々ありました。

今後とも、そうしたあらゆる機会を捉えて、こうした考え方、問題意識は説明を行い、そして労使に対し見直しを促していく、こうした取組は、働きかけは続けていきたいと思っています。

○田村まみ君 多くの方に聞こえる形で、見える形でしていただかないと、労使双方の認識が高まらなければ変わらないというところですので、強いリーダーシップを持って続けていただきたいというふうにお願ひしておきます。

次に、もう一点、予算委員会でお伺いした第三号被保険者の制度の見直しについては、検討会等で既に二十年以上議論が尽くされていて、給付の減額や追加の負担も含めた具体的な案がもう既に示されていますと、期限と結論を私は出すべきだというふうな指摘をしましたが、壁を意識せず働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大、最低賃金の引上げに取り組みることに加え、被用者が新たに百六万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援などをまず導入し、更に制度の見直しに取り組んでまいりますとお答えになりました。

後半のお答えになったところに、更に伺いたいところがあります。

一つ目、被用者が新たに百六万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援とは、具体的にどのようなものなのでしょうか。そして二つ目、更に制度の見直しに取り組むと言われましたが、内容といつまでにという期限、この用途をはっきりさせていただきたいんですが、いかがでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) おっしゃるように、被用者が新たにこうした壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援、これをまず導入するというのを申し上げました。そして、考え方として、まず支援を行うことによって、具体的

的なこの現実に対して対応していくことを進めながら、その先には制度の見直しを考えると。支援策と制度の改革と二段階で進める、こういった趣旨を申し上げます。

第一段階の支援の部分について、今具体的な検討を、今厚生労働省において議論し、議論を深めている最中であります。この段階をしつかり乗り越えて、制度改革に進めていきたいと思っています。

○田村まみ君 私、このまんま通告したんです。具体的にはどのような支援を今の検討状況で考えているのかというのを教えてくださいと言っているんです。

それはなぜかという、やはり、長期的な変更を求める前に、ここ、こういうものが穴埋め策かというのが分からない限り、これは税や社会保険料使ってやるわけですよ。普通に納めている人たちの中からそのいわゆる穴埋め策をやっていくわけですから、説明が私は必要だと思いますし、現場での理解も私は早く深めるべきだと思います。このいわゆる壁を乗り越えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援というのが具体的にどのようなものかを考えているかというのを伺いたかったんですが、今はもうまだ厚労省に任せているだけで何も聞いていないということではなかったでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 支援策について、そしてその先の制度改革について、国会においてまた関係者の皆様方に御議論いただくこと、これは大事なことであります。その議論の基盤となる政府の考え方を今お示ししようとしております。これ、今、先ほど申し上げましたように、今議論を深めているところであります。早急に政府の考え方を整理した上で、できるだけ早くお示しいきたい、このように思っています。

○田村まみ君 私は、これ、生産年齢人口に大きく関わる問題だというふうに思っていますし、もう予測はある程度付く話なので、だから期限をきちつと決めて制度改革進めなきゃいけない、その

期限というところも今日答えていただけなかったのは大変残念です。

二〇二五年問題だったり二〇四〇年問題ということで、超高齢化社会を支えていく、そして、その働き手世代、現役世代が減っていくと言っているこの二〇四〇年までに何をどういうふうにしていくかというところが見えなければ、この就労調整ということの問題についての解決と、そのただ解決だけではなくて、これ職場の理解も相当必要だというふうに思っていますので、是非早めの提示をお願いしたいというふうに思います。

時間がないので、最後の質問にしたいというふうに思います。

これ、もう一つ、私、今回の法案で議論になっています、国民皆保険制度を支える被用者保険の財政難、課題として指摘されていますけれども、この被用者保険の中で定められている扶養者の認定基準、一定収入以下の被扶養者、配偶者には、育児や介護、病気など働けない理由がなくても、無条件で保険料を払うことなく給付が受けられる制度があると。これも私は就労調整の一因になっているというふうに考えています。

その上でですけども、現役世代の高齢者に対する拠出金負担がますます増えて、保険を維持するほとんどの健保組合が解散せざるを得ない状況になるんじゃないかという財政状況、発表されました。それどころか、本当に窓口負担は増加して、国庫投入も負担増になるというのはもう分かり切ったことです。この危機感、総理は本当に抱えているのか。

そして、過去の議論では、医療保険制度の一本化について、将来的な長期構想の一類型として位置付けられるべきではないかというような指摘もありました。長期構想として時間軸を意識した医療制度改革を前提に、国民皆保険制度の在り方について検討する必要があると考えますが、医療制度改革を前提にです、是非、総理の見解を教えてください。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 健康保険組合につ

いては、高齢者医療への拠出金負担の増加等が見込まれる中で、委員の御指摘のような状況を生じさせないためにも、本法案において、後期高齢者一人当たりの保険料と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金、この伸び率が同じとなるように見直すすとか、前期高齢者の医療給付費を被用者保険者間で財政調整する仕組みにおいて報酬水準に応じた調整を導入する、さらには、企業の賃上げ努力を促進する形で健康保険組合に対する既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う、こうした取組を進めることをこの法案の中に盛り込んでいるところがあります。

そして、医療保険制度については、本法案の検討規定においても、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加えとされています。

今後もこの国民皆保険制度を堅持するために不断の見直しは行っていくなければならない、このように認識をしております。

○田村まみ君 不断の見直しは当然です。期限を決めての抜本的改革を求めて、終わります。

○倉林明子君 日本共産党の倉林です。

法案は、出産一時金の引上げのために、後期高齢者医療から初めての拠出ということになりました。今後の保険料引上げにもつながりかねない問題です。

後期高齢者の生活実態を見れば、これ以上の負担の引上げということは生活を破壊することにも直結すると、こういう認識、総理はおありでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 今回の改革においては、先ほども申し上げましたが、出産育児一時金に要する費用の一部を後期高齢者医療制度が支援する仕組みを導入する、また、後期高齢者一人当たりの保険料と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金、この伸びを同じくする、こういった見直しをするわけですが、その際に、高齢者全員に一律の負担をお願いするものではありません。こ

れ、所得に応じて、約六割の低所得の方々には制度改革に伴う負担の増加が生じないようにいたします。また、それ以外の方々についても、負担能力に応じた負担をする、負担をお願いするとともに、適切な激変緩和措置、こうしたものを講ずることとしております。

こうした内容について、是非、趣旨も含めて丁寧な周知、広報に取り組んでいく、こうしたことが重要であると認識をしております。

○倉林明子君 物価高に加えて電気代も上がると。これ、本当にこれまでにない、高齢者の世帯に追い打ちになっております。高齢者の生存権が脅かされているような実態というところを、説明も結構ですけども、実態を、影響をしっかりと見るべきだということを申し上げます。

高齢者への負担増についてのはこれで終わらないっていうことになっているわけですね。先月末の経済・財政一体改革推進委員会、この社会保障ワーキング・グループでは、介護保険で利用料二割負担、この対象拡大について直ちに結論出すようというふうに求めたということです。

見直しなどやるべきでないと思います。総理、いかがです。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 介護保険制度については、この保険、このサービスの質を確保しながら制度の持続可能性を維持するために、高齢者の負担能力に応じた負担など、給付と負担のバランスを図ること、これが重要な課題であると認識をしております。

こうした認識の下、昨年の社会保障審議会でも利用者負担の在り方について御議論をいただき、見直しに慎重な意見や積極的な意見など、様々な御意見をいただきました。そして、昨年十二月の審議会の意見書において、令和六年度からの次期介護保険事業計画に向けて結論を得る、このようになつたと承知をしております。

引き続き、こうした様々な議論を丁寧に聞きながら、この改革を進めていきたいと考えています。

○倉林明子君 いや、様々な議論をしながら、緊急に結論出さない、対象拡大の方向です。続きはまた後ほどやらせていただきますと思います。

この給付の増加分を社会保障だけで賄うというやり方ですね。低所得者を医療、介護から排除するということに結果としてつながるということを言いたいと思うわけです。

経団連の参考人が質疑で来られまして、高齢者の資産も負担能力の評価に加えるべきだという発言をされました。高齢者の資産まで活用するということなど、私は断じてやるべきでないと考えますけれども、断じてやるべきではない、資産の活用まで手を出すなと思いますけれども、いかがでしょう。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 社会保障における負担能力の評価に当たり、このフローの所得だけではなく金融資産等の保有状況を勘案すること、これは、負担能力に応じた公平な負担をするという観点からの一つの検討課題であると認識をしております。

他方、この課題については、保険者がどのように金融資産に関する情報を把握するのか等、課題があります。現在、社会保障審議会において、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き検討することとされていると承知をしております。この議論の行方を見守りたいと思っております。

○倉林明子君 いや、やるべきでないと思うんですよ。

改めて、社会保障で足りない、負担ができないっていう場合は資産も含めて活用していくことという方向での検討が進んでいるということとは承知しています。そういうことを進めていくと一体どうなるかと。本会議でもお聞きしましたけれども、憲法二十五条、生存権を保障しているという認識を表明されましたけれど、医療、介護が、現時点でもですけれども、安心して受けられないという状況があるわけですよ。

そういう医療、介護が真に安心して受けられる

ということが保障されてこそ生存権の保障になるということを申し上げて、終わります。

○天畠大輔君 代読します。

れいわ新選組の天畠大輔です。

初めに、通告なしですが、総理に伺います。

私は、三月三十日の予算成立挨拶のとき、優生手術裁判の原告からの要請書をお渡ししました。総理は、読ませていただきますとおっしゃっていましたが、その後、要請書は読まれたのでしょうか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 要請書を拝見いたしました。

○天畠大輔君 代読します。

この質問は、今回の法案にも関連しています。少子化対策や子育て支援の前提は、どんな子供も歓迎される社会だというのは、どんなも御異論はないと思います。しかし、障害当事者の私から見ると、根本のところでもどうしても本腰が入っていないように見えるのです。

特に、優生手術裁判への上訴を取り下げない国の姿勢です。昨年には、北海道のグループホームで、知的障害のある入居者が結婚や同棲を希望する場合、不妊処置を提案していたことが明らかになりました。この事件に対し、障害者は子供なんて持たなくていい、周りに迷惑だといった差別的な反応があります。そして、私たちは日々そのような視線にさらされて生きています。

そんな社会の中で、政府が優生手術裁判への上訴を続けていては、障害を持つ子供は歓迎されないというメッセージになってしまいませんか。通告なしですが、総理の考えをお聞かせください。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 御指摘の裁判については、この内容に対応、内容への対応はもちろん大事ですが、除斥期間等、法的な問題も含んでいるという観点から、政府として対応について今検討を続けている、こういった状況にあると認識をしております。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

(速記中止)

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 政府が両手を広げて最大限人権を守ろうとしなければ、私たち障害者や子供、高齢者の尊厳は吹き飛びます。代読お願いします。

あらゆる政策や事業の中心に障害者への配慮の視点を取り入れる障害の主流化という概念があります。JICAは、国際協力の分野において十年ほど前からこれに取り組んでいます。

今回の改正法案では、医療費適正化を更に推し進めるために、支払基金や国保連の業務目的に医療費適正化を加えます。また、医療機関の経営情報をデータベース化し、医療機関への適切な支援に結び付けることも盛り込まれています。これらの改正内容に障害の主流化の視点はありません。

これまで虐待や診療報酬の不正請求などで問題になった精神科病院は複数存在します。障害の主流化の視点があれば、例えば、不正請求をより発見しやすくして虐待の兆候を発見するといった方向性の議論がなされたのではないのでしょうか。

権利擁護を担うのは障害福祉や虐待防止の部署だけではありません。政府全体としても、当事者参画のみならず、JICAと同様に、あらゆる法令や施策に障害者の視点を取り入れる動きを進めてはいかがでしょうか。

総理の見解をお願いします。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 今後五年間の障害者施策を総合的かつ計画的に推進するために本年三月策定した第五次障害者基本計画においては、障害者施策の更なる推進のために、各府省において取り組むべき施策についても、国の審議会等への障害者委員の参画や、障害者やその家族を始めとする関係者への意見聴取等を通じた当事者参画の推進、これに留意する、このようにされていきます。

一方、御指摘のこの虐待事案等が疑われる医療機関の把握を行い、関係法令に基づく厳正な対処を行うこと、これも重要な課題であります。

この両方をしっかりと進めていくことが重要であ

ると認識をしております。そのことによって、御指摘のように、障害のある方々の視点により一層施策を反映させること、こうした取組を進めていくことを考えていきたいと認識をしております。

○天島大輔君 代読します。

当事者参画はスタートラインにすぎません。政府自らが当事者の視点を持てる仕組みが必要で

す。

最後に、改めて伺います。

優生保護法訴訟の原告団、弁護士に総理が会うべきですと予算委員会でも申し上げました。総理は、面会についてはその方法等は検討したいと答弁されました。

その後、検討されたのでしょうか。総理、今こそ政治決断をすべきではないですか。

○内閣総理大臣(岸田文雄君) 御指摘の点については、予算委員会後もお問合せをいただいたと承知をしております。

このお会いする具体的な方法について検討をしているところであります。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起してください。

○天島大輔君 引き続き検討をよろしく願います。私は決して諦めません。

質疑を終わります。

○委員長(山田宏君) 以上で内閣総理大臣に対する質疑は終了いたしました。

速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起してください。

引き続き質疑を行います。

○石橋通宏君 立憲民主・社民の石橋通宏です。ゴールデンウィーク前の質疑に続いて、そのときにちよつと積み残した課題を中心に法案の質疑をさせていただきたいと思いますが、その前に、法案の質疑にも関わりますので、今日ちよつと追加で通告をさせていただきました二つの課題につ

いて、ちよつと厚労大臣の見解を伺っておきたいと思っています。

最初は、打越委員が先ほど総理に対して、新型コロナウイルス感染症、昨日から五類へ移行したということで、総理、先ほど、医療提供体制をこれはしっかりと確保していくのだというふうに答弁をされたのですが、今日の報道でも、厚労省が目指している医療提供体制、外来診療、これ足りていないという報道がありました。

厚労大臣、これ、現在まだ全然足りていないという報道がある中で、先ほどの総理答弁と若干矛盾するのですが、厚労省、厚労大臣として、これ、このまま第九波、もし第八波以上の第九波が本当に突入してしまうと極めて深刻な状況になり得ますが、厚労大臣、どういう体制でこれから厚労省臨んでいくのか、改めてこの場で答弁をお願いします。

○国務大臣(加藤勝信君) 医療提供体制といった場合、二つあると思います。外来の対応と入院の対応ということであります。

入院の対応については、先ほど総理からもお話がありましたし、我々も、地方自治体に移行計画を作っていたので、それにのつとつて全ての入院機関において対応していただくという方向で取り組んでいただいていることを確認をさせていただいております。

一方で、外来については、これは日々日々努力をしていったところでありますので、たしか直近で四・二万が四・四万に増え、また、これまでいわゆるかかりつけ的な方を中心にしか診ていなかったところが、幅広く診ていただくということところもその中では増えてくる、こういう努力もして、さらに、各都道府県あるいは医師会を通じて、それぞれの医療機関に、今後いわゆる発熱外来として幅広く受け入れていただくよう要請をし、また、それに必要な支援措置、設備の支援とかですね、そうしたこともしっかりと進めていく中で、最終的に季節性インフルエンザに対して診療されている外来機関における受入れに向けて今努

力を進めているところであります。

○石橋通宏君 これは目標が六万四千か所ということですが、これ達成、いつになりますか。

○国務大臣(加藤勝信君) これはまさにそれぞれのところで御努力をいただいているところでありますので、いつまでということは今私が申し上げるわけにはいきませんが、それぞれの都道府県においては、個々の都道府県においてどれだけかということは分かっていたと思いますので、それに向けて御努力をいただいているものと承知をしています。

○石橋通宏君 いつまでというタイムフレーム設定せずに、頑張ってくださいと言っているだけということですかね。

これ、明らかにこれから第九波のおそれがもう専門家からも出ている中で、いつまでにきちんと、医療提供体制確保とおっしゃるのであれば、まさに外来対応の医療機関、これ目標をちゃんと確保しなければいけない、それをいつまでというタイムフレームは設定すべきではないですか、大臣。

○国務大臣(加藤勝信君) ですから、当面は、それぞれ受け入れていただくところを、今もそうですが、発熱外来としてそれぞれで発表していたので、そこで受けていただくという対応を取らせていただいております。その中で、今着実に、先ほど申し上げたように、受入れ機関も増えてきて

いる。最終的に、これはどこでということとはなかなか言い難いところでありますけれども、それぞれにおいてまさに平時の体制に戻っていく、そこにおいて、今委員からお話があった、季節性インフルエンザで受けておられる医療機関においては基本的に受けていただく、こういう方向でお願いしているところであります。

○石橋通宏君 これまでの過去の経験、教訓、失敗、それを踏まえて考えれば、五類になった、これは先ほど総理自身がおっしゃっておられました、だからといってウイルスの感染力が弱まるわ

けではないのだと、まさにそのとおりであります。一方で、五類になったことで、PCR検査、外来診療等、今後、自己負担が増えていく、それによる診療控えが発生してくるだろうということも言われているところであります。

ということで考えれば、やはり医療体制、これ、外来の、そうですし、さらには病床もそうですが、しっかりと確保していかなければ、本当にこれから増えていったときに大変な状況にまたなり得てしまうということになりかねません。

大臣、これしっかりと国として責任持って、過去の反省、教訓を基にちゃんとした安心、安全の体制をつくるということでも、もっと明確に国としての指導していただきたいということとはちよつと付言しておきたいと思えます。ちよつと今のようでは、現場で頑張ってくださいという過去の失敗をまた繰り返されるような気がしてしようがありませんので、そこは指摘しておきたいと思えます。

もう一点だけ。重ねて、やっぱりコロナの問題で極めて大きいのは後遺症の問題で、これもずっとこの場でみんなで議論してきた話ですけれども、これ、後遺症の問題は、やっぱり一定割合の後遺障害、ずつとなかなか苦しまれる方がおられる中で、後遺症対策、研究もそうですし、現場の医療機関の対応もそうです。これはしっかりとやっていただかなきゃいけないと思いますが、そこは、むしろ五類になって、きちんとそれ今後やっていくんだということで、大臣、それはよろしいですよ。

○国務大臣(加藤勝信君) オミクロンになってまた後遺症の現れ方も変わっているようでありますが、後遺症とは大変大きな課題の一つとして位置付けているところでございます。

既に、後遺症について診療していただける機関、これ都道府県にお願いをして公表し、私どもはそれを取りまとめて、私どものホームページ等でお示しをする。さらに、五月八日から診療報酬も特例の措置を講ずることしておりますので、こうした後遺症を診ていただいた方に対する、診

ていただく環境をつくらせていただく、さらに、今委員から御指摘のように、後遺症に対する分析、調査を更に進めて、そしてそれをまた診療の手引き等を含めて医療の現場にお返しをする、こういったことをしっかりと取り組んでいきたいというふうに考えています。

○石橋通宏君 この点は我々も、しっかりと現場からの意見等を踏まえながら、また、大臣、厚労省に対してもいろいろ御提言もさせていただきたいと思えますので、しっかりと後遺症対応させていただければと思えますので、そのことはお願いしておきたいと思えます。

その上で、もう一点追加で通告させていただいた件で、先ほど東委員が総理に対して質問の中で触れていただきましたが、今回、後期高齢者の方々への保険料負担の増をお願いする云々がある中で、異次元の子ども・子育て政策に対して、その財源の問題で、僕らもびっくりしているわけですよ。今回、現役の負担軽減だなんておっしゃっている中で、その子育て予算の財源として社会保険料を増やせという話が突然与党の中から出てくるということ、何じゃそりやと思うわけですよ。

今日、傍聴席にも、現役の労働者の方々も傍聴に来ておられますけれども、さっきのちよっと答弁と大臣の七日のテレビでの御発言と、ちよっと違うのではないかなという印象を受けたのですが、総理は、いや、今の段階で財源どうのこうの言うところではなくて、六月の骨太でどうのこうのとおっしゃった。

大臣、七日のテレビでは、いやいやいやいや、そんな社会保険でやるのではないのだとおっしゃったと思うのですが、ちよっと総理答弁と矛盾しないかと思うのですが、大臣はここでは、社会保険料の増をそこで負担をお願いするようなことはないのだと、社会保険料にそんな余裕はないのだということで、テレビで御発言されたかとおりでいうことで、ここで答弁していただけるんでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） 先日、テレビで申し上げ

げたのは、今の社会保険の制度、それぞれ医療、介護、年金があります、これは必要な給付に見合って保険料を負担をお願いをしている、したがってそこにそうした余地がないということを上上げた。

あわせて、聞いていただいたら分かるんですが、しかし、今後については、先ほど総理がおっしゃったようにまさにこれから検討していくということで、税、社会保険含めて幅広く財源について議論をしていくと、こういうことを申し上げたところでございます。

○石橋通宏君 あれれ。ということは、あくまでこれまでのということで、つまり、今後はこの見直しの中で、今、小倉大臣の下でやっているという議論の中で、社会保険料に、この異次元なるものの少子化の子ども・子育て対策、付け回すと、社会保険料増やすんだという選択肢は、大臣はあるということなんですね。

○国務大臣（加藤勝信君） まさに必要な施策の強化の内容、予算、財源に関する議論を深めていると、先ほど総理から答弁させていた、まさにそうした状況だということでありまして。

○石橋通宏君 そうすると、やっぱりこれ極めて問題ではないですか。

今回のこの法案の議論、いや、これまで現役の皆さんの社会保険料負担が増えてきました、それを、我々はこの後の議論で、それを後期高齢者の皆さん、保険に付け替えることが適切かどうかという議論は一方である中で、しかし現役の負担をやつぱりこれ以上増やせないというのも、残念ながら給料が上がらず、実質賃金が低下を、また十二か月連続で実質賃金が低下を続けておりまして、そういう状況の中で社会保険料の負担はどんどん増えている。

これ以上現役に、いや、それはそのとおりですよ、にもかかわらず、いや、社会保険料は選択肢なんだと言われちゃったら、大臣、議論がどこ飛んでいつちゃうんですか。そうしたら、この法案で現役の負担軽減だと言っていることと矛盾しま

せんか、大臣。

それは明らかにおかしいですよ。大臣の責任においてこの法案をここで審議をお願いをしている以上、その立場でいったら、そんなことは絶対させないと、テレビでおっしゃった、今の制度云々じゃない、これからも、それはやっぱり選択肢としてはおかしいと大臣としては言うべきだと思いますが、違うんですか、大臣。

○国務大臣（加藤勝信君） いや、私はその際申し上げたのは、今の社会保険料の中からという御指摘だったので、それはそうではないんだということをお願いしている状況ではなく、幅広く様々な財源についてまさにこれからのことも未来戦略会議で御議論をいただくことでもあります。

○石橋通宏君 いや、これ真逆だと思いますよ。それで子ども・子育て対策、でも現役の給料が増えない、その中で社会保険料負担は更に上げる、いや、そんなことしたら、一層現役の労働者、労働者の皆さん、生活苦しくなります。若い世代の皆さんで、残念ながら給料が上がらない、非正規雇用の方々、そういう方々は、なかなか残念ながら結婚しにくくて結婚できない、子供さん持ちたいけど子供さん持つことを諦めてしまふ。それが、更に可処分所得が減る、消費も伸びない、経済も成長しない、そして子ども・子育て、真逆じゃないですか、大臣。

いや、厚労大臣としては、そんなことさせないと本来言うべきではないかと思うのですが、それを大臣この場で言わないかということが、これまでも議論しておりますけれども、本当に厚労大臣として、労働者、労働者の立場に立った大臣としてのお立場としては極めて僕は残念です。

そこは、大臣、是非、大臣としては何としても労働者、労働者の皆さんの安心、安全を守るのだという立場で、全世代で支えていくというのであれば、社会保険に云々ではなくて、重ねて、これまで議論してきたとおり、やっぱり税制改革全体でどう負担の在り方を考えるのかということを議

論すべきだということ。これ、もう一度この後も議論させていただきますが、それは是非、大臣、言っていただかないと、今日ちよっとこの議論、大臣の今の答弁聞いて、皆さんびっくりされたと思います。テレビの大臣の発言聞いて皆さんちよっと安心されていたのが、ひっくり返されました。そのことは、いや、大臣首振っていますけど、みんなそういう受け止めをしていますから。だから、そこは申し上げておきたいと思えます。

その上で、今申し上げたとおり、今回のこの法案で、高齢者負担、とりわけ後期高齢者の皆さんの保険料負担、これが今後増えていくという負担増をお願いするわけでありまして、我々、それで本当に大丈夫かという議論をしているわけです。

まず、加藤大臣、今の御高齢世帯、六十五歳以上、さらには、後期高齢者の皆さんを含めて高齢者の皆さんの生活実態、とりわけ生活保護の受給世帯の中で過半が高齢者世帯になっている、特に単身女性高齢者の貧困率が跳ね上がっている、こういう実態について、大臣はどういうふうに現状認識、問題認識をお持ちなのか、まずそれを確認させていただきます。

○委員長（山田宏君） 加藤厚労大臣。（発言する者あり）

いや、指名していますから。

○国務大臣（加藤勝信君） まず、その前に、マスコミの議論、私、明確にテレビではしゃべっていますから、一部だけ切り取ってそうだと決め付けるのは、これはどうなのかなと。是非、もし必要だったら、是非その部分を聞いていただければいいというふうに思いますし、そこは先ほど総理も答弁されたところであり、私の答弁も従前と何ら変わるものではないということでありまして。

その上で、今の御指摘でありますけれども、高齢者の皆さん方の生活、特に所得の低い方が大変厳しい状況にあるということは私どもも認識をしているところでございますので、これまででもそうした方を支援する様々な施策を講じながら、あるいは、年々々々医療、介護も負担が上がるわけ

ありますけれども、上がることにおいてもそうした低所得者に対する対策を講じていく、あるいは、昨年末、昨年度末からの対応でありますけれども、低所得者向けの一時金の支給、こういったこともさせていただいていますし、あるいは、地方の臨時交付金も活用して、これはそれぞれの地域で対応していただくことではありますけれども、一定程度低所得者の方々にも支援をしていただける、こんなことも想定しながら交付金の支給もさせていただいていると、こういった対応をしているところでございます。

○石橋通宏君 いや、その前に、大臣、高齢者の方々、とりわけ後期高齢者若しくは女性の単身の御高齢者の方々の生活実態、貧困ライン以下で過ごしの方々がどれだけおられるのか、男女比がどうか、これ把握されていますか。これ把握されていますか。レクでは男女別の統計は取っておりませんので分かりませんと相変わらず言われるのですが、それで本当に御高齢世帯の生活実態を厚労省、国として把握できているのかという疑問があるわけですが、それ、ちゃんと答弁してください。

○政府参考人(岸本武史君) お答えいたします。高齢者を含めまして、貧困の状態について、私も、相対的貧困率という指標を一つ取ってございます。この相対的貧困率でございますが、算定の基準となる貧困線というのをまず決めておりまして、これは全世帯で見るとも高齢者世帯で見るとも、いずれも共通のものを使用してあります。

国民生活基礎調査という調査の結果によりまして、二〇一二年にこの貧困線が百二十二万円、二〇一五年も百二十二万円、二〇一八年には百二十七万円というふうに貧困線自体は推移をしております。

その上で、高齢者の相対的貧困率の状況でございますが、本調査では、貧困線以下で生活している高齢者の数や世帯の数そのものではございませんで、相対的貧困率を推計しておりますが、六十

五歳以上の相対的貧困率は、男女別にこれは取ってございます。男性では、二〇一二年が一五・一％、二〇一五年が一六・三％、二〇一八年も一六・三％という推移。それから、女性につきましては、二〇一二年が二二・一％、二〇一五年が二二・三％、二〇一八年が二二・九％という推移となっておりますのでございます。

○政府参考人(川又竹男君) 失礼します。生活保護について補足をさせていただきます。平成二十四年と令和三年との比較で申し上げます。世帯主が前期高齢者である被保護世帯数は、平成二十四年、約三十九万世帯、令和三年、約四十五万世帯、世帯主が後期高齢者である被保護世帯数は、平成二十四年、三十四万世帯、令和三年、約五十一万世帯でございます。

その上で、単身女性、単身の女性で生活保護を受けている方についてでございますが、前期高齢者で、平成二十四年、約十四万人、令和三年、約十五万人、後期高齢者については、平成二十四年、約十九万人、令和三年、約二十八万人となっております。

○石橋通宏君 今その数字を言っていたいただけども、これだけ御高齢の方々の、貧困ライン以下で過ごしの方々若しくは生活保護の受給をされている方が増えています。

ただ、先ほど、貧困ライン百二十二万、百二十七万と。これ、当然、厚労大臣御存じのとおりで、物価高騰の影響を、やっぱり世代別で見ると、最も大きく深刻に受けているのは六十五歳以上の御高齢世帯です。やっぱり、いろいろな日常的に消費される物価が極めて大きく上がっている。さらには、若年の方々に対しての様々な支援策が御高齢の皆さんにはない。

もう、一番物価高騰の影響を受けているという、そういう数字も民間では出されていますが、厚労省はそういう、先ほど共通の指標でやっていると言われました。高齢者世帯の生活実態をきちんと把握しようと思えば、そういう物価高騰の影響がどう世代別に違うのか、そういったこと

も把握をした上での計算を、試算をすべきだと思いますが、それ、されているんでしょうか。

○政府参考人(岸本武史君) お答えいたします。物価高騰の影響は年代によっても差がある可能性はございますし、また、御指摘のとおり、その各世帯、年齢、年代を問わず、その消費の実態によつて物価高騰の影響を、どういった品目の消費が多いか少ないかといったことによつても影響は異なるかと考えられます。そこをきめ細かく見ていくやり方もあるかもしれないですが、これも社会全体のその貧困の状況がどう推移していくかということ、推移しているかということを見る観点から相対的貧困率という先ほどお答えした数字を推計をいたしまして、それを様々な参考にしていくところでございます。

○石橋通宏君 いや、重ねて、御高齢世帯の、それは全世代が、そう言っちゃたら全部そうですよ、世代ごとで、人ごとに、世帯ごとにそれは使用実態はいろいろ違うわけで、ただ、全体的に平均値、平均的に御高齢世帯で物価高騰の影響が高いというものは民間の推計では出ているわけです。そういったことも含めて、御高齢世帯の生活実態、現状、極めて物価高騰による影響が大きいというところも踏まえた対策を講じないといけないのですが、先ほど大臣、今年度予算で、そういった御高齢世帯の支援策ということで言われましたが、例えば今年度予算で、この間のコロナの影響とかこの数年の物価高騰の影響とか、そういったものを勘案した新たな支援策は特に講じていないというレクを受けているのですが、従来からあるものはありますと、ただ、今回の、この今の実態に即して新たな支援策は特に講じておりませんということなのですが、大臣、そういうことでよろしいですか。

○国務大臣(加藤勝信君) 今年度、御承知のように、まず一つは年金額を改定させていただいたところではございますけれども、それに加えては、従前の措置、それから、先ほど申し上げた、昨年度の年度末ですかね、年度末に講じた低所得者世帯

への支援、そして地方交付税臨時交付金等の対応、こういったことを今進めているところでございます。

○石橋通宏君 なので、この今年度予算、あれだけ過去最大の予算と言いつながら、そういった御高齢世帯の現状、実態に即した支援策というのが従来型以上には講じられていないと。そんな中で、今回のこの保険料の引上げを含めて高齢者の皆さんに更なる負担増をお願いするというのが、本当に高齢期の生活の安心、安全を守るといふ我々の責任からしてどうなのかということを改めて考えなきゃいけないと思うのですが。

大臣、今、年金額の改定と言われましたけれども、公的年金、今年度新たに、まあ若干、数％上昇はしましたが、実質では大きく切り下がっているはずですが。実質では一体何％切り下がっていますか。それは、先ほど言ったとおり、御高齢世帯に最も物価高騰の影響が大きいということを勘案したら、もっと実質では、年金生活者の受給額が実質では切り下がっているはずなのですが、そういったことを勘案するか。年金受給額の今年度の実質の状況、もう一回ちゃんと教えてください。

○国務大臣(加藤勝信君) 公的年金制度、言うまでもなく、前年の物価等の変動に応じて年金額を改定することを基本としながら、将来世代の負担が過重にならないよう、マクロ経済スライド等によつて長期的な給付と負担のバランスを確保して、将来にわたつて持続可能な仕組みとしております。

令和五年度の年金額については、これは法律の規定に基づいて、令和四年の消費者物価指数が前年比プラス二・五％だったことを踏まえ、それにマクロ経済スライドの調整率〇・六を控除して、六十七歳以下の方は前年比二・二％の引上げ、六十八歳以上の方は前年比一・九％の引上げ、なお、六十七歳以下の年金額改定率については賃金の上昇率をベースにし、六十八歳以上の年金額改定については物価の変動率をベースにしていると

ころであります。

○石橋通宏君　ですので、それは見た目上の数字ですが、実質で、さらには御高齢世帯の物価高騰の実質の影響を考えれば、実質ではもっと大きなダメージを、高齢者世帯、年金生活世帯の方々に影響が及んでいるのではないかと、どれを把握されているのですかという質問なのですが、そうやって平面上の話しかされないと、本当に御高齢世帯、年金生活者の皆さんの生活実態、見ておられるのかということを重ねて疑問に思わざるを得ないわけです。

そんな中で、今年度予算でも特に新たな生活支援策は講じていないということであると、重ねて、今後、更に物価高騰が進んでいく、御高齢世帯、年金生活者の生活、更に苦しくなるのではないかと、そのことが見えていますかという話なんです、厚労大臣。

今回の法案で、後期高齢者の方々に保険料負担の増をお願いすることになるわけです。厚労省は、いや、介護保険では、例えば六十四歳までの保険料の伸びと六十五歳以降の保険料の伸び、介護保険では一緒にしてきたのですと、だから、今回、それと同じく医療もやるのですということと言われるのですが、介護の場合、それをやったので介護保険料はこの間どんどんどんどん毎年毎年上昇を続けてきて、かなりの御負担を後期高齢者の方々も含めてお願いをしているのではないのでしょうか。

とすると、今後も介護保険料は上昇していくのですか。そうすると、今回は医療もそれと同じことをする。とすると、負担をお願いする高齢者の方々にとっては、介護保険料も今後また増えていく、医療保険料も今後更に増えていく。それで本当に大丈夫なのですか。

それをどういうふうにシミュレーションしているのか、教えてください。

○政府参考人(伊原和人君)　お答えいたします。

まず、後期高齢者の保険料につきましてですけども、今回、制度改正で、介護保険のやり方に

準じて、現役世代の支援金とそれから後期高齢者の保険料の伸びを同じくするという形にさせていただいておりますが、それに当たりましては、まず高齢者に新たな御負担をするに当たりましては、一律の負担をお願いすることではなく、低所得の方々の負担増が生じないような配慮をしていくと、こういうことを講じているところでございます。

今後、当然のことながら、高齢者の医療費が増えていけば、そこに見合った保険料の負担、それは同時に現役世代の負担もお願いしていくことになると思いますけれども、その際も、先ほど申し上げましたように、実際、高齢者の方々の所得の実態、低所得の方への配慮、そうしたことを考えながら対応していくと、このように考えてございます。

○石橋通宏君　答えていただいていませんが、今後どのように、介護保険料の増、今回の医療保険料の増、それが高齢者の負担増につながっていくのか、どれだけの負担増をお願いしていくのか。いや、四割、六割は負担、それは、まあ当面のという話。じゃ、未来永劫ないのか。そんなことがよく分からないのですが。

どれぐらいの負担増をシミュレーションされていて、令和七年以降どういうふうになっていくというシミュレーションをされているのか、それ、もうちょっときちんと数字として出すべきだと思いますが、それはどうなっていますか。

○政府参考人(伊原和人君)　高齢者保険料についてお答えいたします。

まず、令和六年度、七年度の保険料につきましては、改正がない場合には、令和六年度、令和七年度の月額保険料、例えば年収百六十万の方について見ると、令和六年度は改正による負担増は生じず、七年度においては月額五十円程度増えると考えてございます。

それ以降の負担につきましては、令和八年度以降の保険料額につきましては、賃金、物価の状況とか、あるいは医療技術の進展等に伴って医療費

が変動するので、具体的な金額についてはこれは試算をすることが難しいんですけども、人口構成に関しましてはもう大体明らかになっております。これに基づいて考えますと、まず二〇三〇年までの負担に関しましては、後期高齢者の負担率の伸びが改正前よりも大きくなることから、二〇二四年に改正前の一・〇四倍となりまして、最大では二〇二八年に改正前の一・〇六倍となります。一方、二〇三〇年に以降につきましては、後期高齢者人口も減少局面に入ることから負担率の伸びが緩やかになりまして、二〇四〇年にはむしろ改正前の負担率を下回る〇・九九倍になると、このように見込んでございます。

そういう意味で、負担率の見込みについてはできておりますが、金額については先ほど申し上げた理由からできてございません。

○石橋通宏君　金額もきちんとシミュレーションすべきではないですか。それしなかったら、分からないんです。

さらに、今、幾つか、二〇三〇年、二〇四〇年、これまで残念ながら、厚労省がそういった推計出して当たったことあります。いつも極めて楽観的な数字を出されて、結局そのとおりにかず、どんどんどんどん後追いで負担増、負担増、負担増と出てきた。今、見た目上いようなことを言っておられるけど、現実はやっぱりもつと厳しいという状況で、何か当座のしぎでやっておられるような気がしてしょうがない。きちんとした数字を、これまで、年金もそうですが、ちゃんとした数字を出されないのは、やっぱり将来の負担増隠しを今やられているのではないかと疑われているような気ではないかという気がしてしょうがありません。ちゃんと出してくださいよ。

年金についても、今後、これからまた財政検証、新たな次の財政検証やられるわけですけども、実質カットですよね、さつき話された。年金は今後もカットされる、そして、今後もまた年金改革の議論でいろんな年金制度改革の議論が行われているはず。マクロ経済スライドの適用

も、厚生年金に対する適用を更に伸ばしていく、そういった負担もいろいろ考えられている中で、医療についても介護についても負担が増えていく、物価は高騰していく。

こういった状況をきちんとどうシミュレーションをして、その中でどうやって御高齢の方々の安心を確保していくのかということを本気で厚労省考えてこの法案提出しているのかということが重ねて全く分かりません、ちゃんとした数字が出てこないから。だから、我々としても、そうだねと言えないわけです。そのことは是非しっかり考えていただきたい。

既にこれまでも議論になっていますが、医療でいけば、窓口負担二割化をされました。三百七万人の後期高齢者の方々、窓口負担二割になった。これ、利用される方々も、介護もそうです、そして医療もそうです、利用される方の負担もお願いをしている。じゃ、これまでのところで、それが医療についても介護にしても、どれだけ利用控え、やっぱりかかるのをやめておこう、やっぱりサービスマスターのやめておこうという利用控えの実態を、厚労省、どこまできちんとした調査をされているんでしょうか。

○政府参考人(大西証史君)　医療とともに介護についてもお尋ねがございましたので、まず介護保険の方につきましてはお答え申し上げたいと思います。

介護保険におきましては、平成二十七年に二割負担、平成三十年に三割負担を導入したわけでございますけれども、それぞれの際に影響調査を実施をしております。

制度変更の前後での介護サービスの利用状況の変化等につきまして分析を行いましたところ、二割負担の利用者の方のうち、経済的理由からサービス利用を控えた方は約一％、三割負担の利用者の方のうち、経済的理由からサービス利用を控えた方は約二％であったというデータがございます。

○政府参考人(伊原和人君)　後期高齢者について

お答え申し上げます。

昨年の十月から、一定以上の所得の、収入のある方につきまして、配慮措置を設けつつ、窓口負担を二割とさせていただいてございます。

その影響につきましては、国会で御審議いただいた際の附帯決議、これを踏まえまして、後期高齢者の施行前後の受療状況の分析、これが可能となるように、まずは二割負担の対象となつた方の施行前後の医療費データについて今収集を進めているところでございます。この今後収集をできたデータを踏まえまして分析、評価を進めてまいりたいと、このように考えてございます。

○石橋通宏君 既に民間の調査で医療控えが始まっているという数字も一定出されております。これは、是非早急に調査掛けていただいで実態を把握していただかないといけないし、介護についてお話ありましたねが、じゃ、直近、後追いの調査されていきますか。そのときの調査、しかしその後、重ねてコロナの影響、物価高の影響、様々な影響がある中で、どのような実態になっているのか。これ、きちんと後追いで調査していただかないと、今後更に、先ほど言った、先ほどの話が

あったとおりで、二割化、原則二割化、いや、さらには二割化、三割化の対象拡大、そんな話をこれからまさにしようとされている中で、実態把握をされないままにそんなことは絶対にすべきではないということも強く申し上げておきたいと思

います。最後に、大臣、これまでる話をさせていただきました。前回のゴールデンウィーク前の議論でもさせていただいたのですが、重ねて、大臣、もうこの医療は医療、介護は介護、何は何という縦割りの中で財政的なそろばん勘定しようとするから、世代間対立をおおるような、そういった議論に陥るんですよ。

そうではなくて、やっぱり全世代というので、先ほど打越議員も言われましたが、全世代の安心をと、そしてそれを全世代で支えていこうというのであれば、縦割りの議論はやめて、全体の、揺り籠から墓場までというのが正しいのかどうかはありますが、全世代の、生まれてくる子供たち、そしていづれみんな人生を終えていくまで、全ての世代の安心をどうしっかりと確保していくのか、そのための、じゃ、財政負担はどうあるべきなのか、それを税でどうやるのか。それをしっかりと議論すべきだと、大臣、思いますが、大臣、それを大臣の決断でやっていただけないでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) いや、まさに、今委員おっしゃったことが、昨年十二月の全世代型社会保障構築会議においても、目指すべき社会の将来方向として、将来にわたって社会保障を持続させる観点から、負担能力に応じて、全ての世代で公平に支え合う仕組みを強化するとともに、医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制の確立を図っていくことが重要だとされているわけであり

ます。まさに縦割りに陥ってはなりませんけれども、まさに、それぞれの人生のステージ、あるいは状況状況に応じて様々な支援策を講じていく。しかし、それ、個々の支援策は個々の支援策として当然議論をされていく。したがって、全体のビジョンを議論しながら、今回は、さらには子ども・子育て政策も含めてしながら、その中において、それぞれの医療、介護、年金、あるいは様々な制度についてはまたそれぞれ考えていく、そういった議論が必要ではないかと。

ただ、委員がおっしゃるように、ここだけで議論するのではなくて、ここの議論と併せて全体像を見た中で議論を並行して行うことは必要だと、あるいは、全体像を見る議論をしなから、個々の議論をしつかり詰めていくことが必要だというふうに考えています。

○石橋通宏君 終わります。

○高木真理君 立憲民主・社民の高木真理です。どうぞよろしくお願いいたします。

一問目は、今まさに石橋委員が最後の質問で熱く質問をさせていただいたものと同じ内容になっ

ておりまして、通告が。

私も本会議場での登壇のときにも、今回の法案名、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築ということが書かれているけれども、中身はそうならないと、当座しのぎということも先ほど出しました。あるいは、今までの制度の継ぎはぎで何とかやろうとしても、それではうまくいかないところに来ているということを指摘させていただいて、そうした縦割りでない、あるいは本

当に全世代の皆さんが持続可能だと信じられる、税も含めた負担の在り方、制度の在り方というものを構築するべきじゃないかということを本会議場でも問わせていただきましたところ、そちらの答弁はふわっと、着実に取組を進めてまいりますとありました。そして、これが不安だったのは、本法案を含めと書いてあったんですね。この安心な全体を決めるというのがこの第一歩がこれなのかと思つたら、いや、全体見えてないなと思つて私は不安になるわけであり

ます。先ほどの御答弁を伺つても、もちろん、いろいろ制度の中にはまっていますから制度一つ一つを見ていくことも重要ですが、それらを、この委員会の中でも、石田委員の方から、人口増のときの制度の仕組みと人口減のときの制度の仕組みは違うんじゃないかといったような御趣旨の発言もありました。

まさに、制度そのものの見直しも含めるものも出てくるでしょうと。パッケージで全体を考えるという、そうした安心できる制度、税負担の在り方も含めてつくり直すという作業に、これがワンピースというのではなくて、しっかりと動き出すと明言をしていたのだと思いますが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) 先ほど石橋委員にも御答弁させていただきましたけれども、まさにその負担能力に応じ全ての世代で公平に皆が支え合う仕組みを強化するとともに、医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制、これを図っていくということでもあります。それに向けた見直しの一つ

が、今回の提供させていただいた、あつ、提案させていただいている中身でもあります。

ただ、附則にもありますように、これで終わりというのではなく、これは不断に見直しをしていく必要が当然あるわけであり

ますので、引き続きそうした対応をしていく。

また同時に、経済社会の担い手を確保していく必要がありますので、被用者保険の適用拡大など、働き方に中立的な社会保障での構築も進めて、働く人の立場に立つた労働市場改革あるいは働き方改革等もしっかりと進めていくことが必要だというふうに思っております。

これは昨年十二月の全世代型社会保障構築会議の報告書にも記載されているところでござい

ますので、そうした報告書も踏まえて、改めて社会保障の給付と負担について不断の見直しを図るとともに、社会保障制度、能力に応じて皆が支え合う持続可能な社会保障制度構築をしっかりと進めていきたいと考えております。

○高木真理君 不断の見直しはそれは必要なんですけど、不断の見直しというときに、既存の制度を、あつ、ここ見直しました、ちょっとやつぱりしんどくなってきたのでこはこう足しました、こつちの人にもお願いしますみたいなことをやっている

と、えつ、気付いたらここにもまた負担が来た、もう高齢者の人はまた負担、また負担とか、そういうことになって、いつ全体は行き着くんだらうというようになすこい心配にとらわれるんだと思います。

なので、そうではなくて、全体として、これでは少くは少なくとも安心してこういう制度で行くんだなというような在り方というのを是非見せていただけるような見直しというものをさせていただきたいなというふうに思います。

次に移ります。

保険証の廃止のことでありますけれども、今法案は、いろいろ冠は付いておりますけれども、持続可能な健康保険法にしたいねという法律でもありますけれども、この保険証をなくすというこ

が、今回の提供させていただいた、あつ、提案させていただいている中身でもあります。

ただ、附則にもありますように、これで終わりというのではなく、これは不断に見直しをしていく必要が当然あるわけであり

ますので、引き続きそうした対応をしていく。

また同時に、経済社会の担い手を確保していく必要がありますので、被用者保険の適用拡大など、働き方に中立的な社会保障での構築も進めて、働く人の立場に立つた労働市場改革あるいは働き方改革等もしっかりと進めていくことが必要だというふうに思っております。

これは昨年十二月の全世代型社会保障構築会議の報告書にも記載されているところでござい

ますので、そうした報告書も踏まえて、改めて社会保障の給付と負担について不断の見直しを図るとともに、社会保障制度、能力に応じて皆が支え合う持続可能な社会保障制度構築をしっかりと進めていきたいと考えております。

○高木真理君 不断の見直しはそれは必要なんですけど、不断の見直しというときに、既存の制度を、あつ、ここ見直しました、ちょっとやつぱりしんどくなってきたのでこはこう足しました、こつちの人にもお願いしますみたいなことをやっている

と、えつ、気付いたらここにもまた負担が来た、もう高齢者の人はまた負担、また負担とか、そういうことになって、いつ全体は行き着くんだらうというようになすこい心配にとらわれるんだと思います。

なので、そうではなくて、全体として、これでは少くは少なくとも安心してこういう制度で行くんだなというような在り方というのを是非見せていただけるような見直しというものをさせていただきたいなというふうに思います。

次に移ります。

保険証の廃止のことでありますけれども、今法案は、いろいろ冠は付いておりますけれども、持続可能な健康保険法にしたいねという法律でもありますけれども、この保険証をなくすというこ

が、今回の提供させていただいた、あつ、提案させていただいている中身でもあります。

ただ、附則にもありますように、これで終わりというのではなく、これは不断に見直しをしていく必要が当然あるわけであり

ますので、引き続きそうした対応をしていく。

また同時に、経済社会の担い手を確保していく必要がありますので、被用者保険の適用拡大など、働き方に中立的な社会保障での構築も進めて、働く人の立場に立つた労働市場改革あるいは働き方改革等もしっかりと進めていくことが必要だというふうに思っております。

と、別途もう衆議院では通つてしまいましたけれども、今参議院に回つてきているこのマイナ保険証一本化、保険証廃止、こちらについて、本法案が目指す持続可能な社会保障制度構築にそぐわないのではないかとこの観点から質問をさせていただきます。

まず初めに伺いたい点が、資格確認の申請受付事務、これ結構大変だと思います。いわゆるマイナ保険証を持っていない人は誰かは分かる、約三分割の人、この人たちについて、今度はそうなるんですけど、保険証送りませんけれども、資格確認書を欲しいですかというのを一回聞きます、そして、答えが返ってきて、私は資格確認書送ってくださいという人に、その人を抽出してまた送るという事務手続があつて、これすごい手間だというふうに思います。

この申請受付事務があるのと、マイナ保険証にしていなければ資格保険証も持っていないという人は、窓口で十割負担になります。そうすると、保険料をちゃんと払っている人は、保険者に償還払いの手続をします。これに対応するのも保険者はすごく大変だと思います。混乱が必ず生じると思います。

保険者にとつて今までにない相当の事務コストと思われませんが、このコスト、毎年、この郵送代とか人件費とか様々なシステム改変費とかあると思いますけれども、こうした保険者に係る負担というのを予算として国から出す予定があるのか、これ以上保険者を苦しめたらもたないと思います、いかがでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

まず、先生御指摘のように、まさに今回、保険証からマイナンバーカードを一体化する中で大事なことは、被保険者の方、国民の方が必要な医療を引き続き受けられるようにしていくと、こういうことが最も大事なことだと思います。

そういう意味でいいですと、まず、資格確認書が必要な方については、しっかりと資格確認書が届くような形に持つていくことがまず何より

大事なことだと思います。

今、まず御指摘の問題として事務費の話が出ておりましたけれども、事務費については基本的には今までも交付税措置で、こうした交付税措置を地域保険については講じておりますので、基本的にはやつていくことを考えてございますが、御指摘のように、まずマイナンバーカードを持つていないとか、あるいは別の理由からどうしても資格確認が必要な方については、しっかりとそうした資格確認の手続がしていただけるように、一つはマイナンバーカードを持つていないような方に関して申請の勧奨をすると、勧奨自身は一回郵送の手続をすればいいと思います。それから、施設に入所されている方とかでやつぱり代理申請じゃないと難しい方、そういう方についても、これは施設の関係者とかの御理解も得ながら代理申請を促していく。それでもなお保険者において資格確認書の申請が期待できないと判断されるような場合については、職権で資格確認書を交付すると、こういう柔軟な仕組みを考えたいと考えてございます。

その際、今先生の御指摘のように、保険者の事務という観点も非常に大事だと思います。事務が膨大になつてしまうと、それ自体が、間違いも生みますし、自治体の職員の負担にもなると考えますので、具体的なその今柔軟な仕組みについての運用については、現場を預かつています保険者の御意見も聞きながら、具体的にどういうふうにしたらいいかというところは考えていきたいと、このように思つております。

○高木真理君 柔軟にと言いますが、必ずしも大変です。手間が、今までやらなくてよかったことが出てきます。

今、国保のことで交付税措置のお話ありましたけれども、被用者保険に関しても保険者の方がこれを、今までやらなくてよかったことをやるわけです。とても大変です。こういったところもちゃんと支援をしていくという考えはあるんでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答え申し上げます。

一つは、今回、マイナンバーカードと保険証の一体化に伴いまして、保険証を廃止すれば保険証を発行するコスト自身は減ると考えます。それに對して、先生御指摘のように、別途資格確認書の発行とか、そうしたことにどれだけ事務が生じるか、これとのバランスの問題だと考えております。

トータルの話で申し上げれば、そうした追加的な事務負担が極力生じないようにするというのが本来の目的でございますので、その辺りにつきましては、まさに先ほど申し上げましたように、保険者の意見を聞いて、現場の方々の御意見を聞いて、どういう形で運用するのが最も効率的なのか、その辺を追求していきたいと、このように考えてございます。

○高木真理君 大変心配なんですけれども、もう一点伺いたいと思います。

これからも日本で大事にしていくべき国民皆保険でありますけれども、次、国保のことについて伺いますが、仕事を辞めたとき会社の保険証から国保に切り替つてまいります。今までは、会社の保険証が使えなくなつて、さあ国保の手続をしなくちゃというふうになりました。でも、マイナ保険証だとカード自体には何の変更もないので、国保の手続をしなくてはいかぬ感じにならないんだと思うんですね。でも、自治体側としては、手続してもらわないと被保険者としての登録や保険料の請求ができません。

健康な人だと、そのまま放置しても、医者に行つて十割とか言われない限り気が付かないと思うんです。こうした人が増えることで、保険財政に影響が出ると思います。こんなことで保険制度を揺るがしてよいのかと思いますが、御見解を伺います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

先生御指摘のような実例というのは、事情は、今の保険証でも生じてございます。実際、被用者

保険を、会社を辞めて地域保険に移らなきゃいけないんですけれども、手続をしない場合には、実際は保険証も発行されておりませんし、医療も受けられないということになります。

そうした事態を防ぐ観点から、現在でも、健康保険脱退の際に国保の加入手続についての周知を行うほか、実際は国民年金機構が、あつ、日本年金機構が厚生年金の保険資格を失つた方については市町村に情報を提供してございます。それを基に市町村が、国保の資格取得届が未提出と思われる方に関しては届出の勧奨をして、国保の手続してくださいと、こういうお願いもしているところでございます。やはり、今後、保険証を廃止してマイナンバーカードと一体化した場合におきましても、こうした事務の仕方、実効性のある取組はしていかなくちゃいけないと考えてございます。

さらに、今後、マイナンバーカードを保険証と一体化することに伴いまして、実際は自宅で、マイナポータルでこういう資格届出の提出を可能にするようなことも考えていきたいと、わざわざ役場へ行かなくてもできると、そういう形のことも考えていきたいと思つておりまして、いずれにしましても、国民健康保険の加入手続がしっかりと行われるような環境整備、これを努めてまいりたいと考えてございます。

○高木真理君 現在も生じている問題だという御指摘もあつたんですけど、やはりマイナ保険証ということだけで、マイナンバーカードのみになっているということと、やつぱり増えると思いますから、よりそこしっかりと対応するような具体的な策を是非お考えをいただきたいと思ひます。

次に移ります。

今回の法案では、かかりつけ医機能が書き込まれておりますが、このかかりつけ医機能としか書かれておらず、この先にどんな制度を設計しようとして、このかかりつけ医機能、私は、この法案だと本当にリストぐらいにしかないで、リストを見ながらどのくらい地域で足りているか足りていないかという話し合いはできるといふことに

なっておりますけれども、それ以上ではないなというふうには思っております。

そうした中で、ちよつと括弧一は、その問題を、最初の通告で括弧一としたものは後で時間があつたら何うことにして、かかりつけ医機能を、不足しては困るというのは、今回、充実にさせていきたいという意図はこの法案からも伝わってくるところであります。しかし、もうこのかかりつけ医をきちんと確保できるんだらうかということも、今回、この法案を通して問題になってくることかと思ひます。

医師は、今現在、地域枠も含めて直近三年間で毎年約九千人を増やして養成をしていただいているということを知つていますが、医師の働き方改革というもののこのタイミングで入つてきておりまして、その勤務時間減を見据えた医師増は大丈夫なのか。また、今後人口が減つていく傾向にある中で、医師の長期的な見通しですね、人口も減つていく、高齢化ということで医療需要は増えてはいきますけれども、中長期的に見て医師数というものをどのように考えていらつしやるか、伺ひます。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

医学部の定員につきましては、平成二十年度から、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠を中心として臨時的に増員を行ひまして、直近の令和五年度の定員は全体で九千三百八十四人となつていくところでございます。そういった中で、医師の数につきましては、平成二十二年から令和二年までの十年間で、全国で約二十九万五千人から約三十四万人へ、約四万五千人増加をしてきていくという状況でございます。

今お尋ねいただきました今後の見通しということでございますけれども、直近の医師の需給の推計、これ令和二年に行つておりますが、ここにおきましては、医師の働き方改革に関する検討会報告書を踏まえまして、労働時間を週六十時間に制限した場合、令和十一年、二〇二九年頃には需給

が均衡するというふうには推計をされているところでございます。

一方で、その医師の地域や診療科の偏在という課題も存在しております。こういった偏在を解消していくということは重要な課題でございます。また、地域における医師の確保につきましては、長期的な施策として、特定の地域や診療科での勤務を条件とする地域枠を医学部の定員に設定するといった取組に加えまして、短期的に効果が得られる施策ということで、医師が不足する医療機関に医師を派遣できるよう、地域医療介護総合確保基金による大学病院等への寄附講座の設置でありますとか非常勤医師の確保経費への補填などの取組を支援を行っているという状況でございます。

引き続き、都道府県や医療機関などの御意見をお伺ひをして緊密に連携を図りながら、医師の働き方改革と地域医療提供体制の確保、これを一体的に進めていきたいと考えているところでございます。

○高木真理君 医師の働き方改革に伴う勤務時間の減はカバーするような全体としての人数のバランスは取れているということではあるんですけれども、ある医療機関とかある地域とかを見た場合には、局所的にそのタイミングで人が足りなくなるといふようなことは出てくると思ふんですね。

昨日伺つたところによると、そういうところも医師を派遣するような制度をつくつたりして支援をしていくといふようなメニューはあるようなんですけれども、引き続き、そういったところも心配でありますので、しっかりと、足りないというところ、結構悲鳴のような状態で、コロナで負荷も掛かつてきていました、あるかと思ひますので、しっかりとしたお取組をお願いしたいというふうに思ひます。

次に、本法案の、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療、介護の各種計画に反映するといふふうでありますけれども、これで、協議の結果、その地域にかかりつけ医機能がどうも足りないなと、

クリニックが足りないなということが分かつたとしても、この法案はその先について何かをしてくれるといふのは書いてありません。

国の立場としてはかかりつけ医機能を重視をしていますが、足りないといふことになつた場合にはどのように対応していくことを考えているのでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

この法案におきましては、地域で必要なかかりつけ医機能を確保するための具体的方策につきまして、今委員御指摘ございましたように、地域の関係者で協議をするということとしておりまして、その協議の結果に基づいて機能確保の方策はどういうことが考えられるかということでございますが、例えば、病院勤務医が地域で開業をして地域医療を担うための研修や支援の企画実施を行うといったこと、あるいは医療機関同士の連携強化を推進をするといったこと、また、在宅医療の拠点を整備をするといったようなこと、こういったような取組を地域の実情に応じて行つていただくということが想定されるところでございます。

また、これまで地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療介護総合確保基金を活用いたしまして、地域医療構想の達成に向けた事業や、あるいは住宅等における医療の提供に関する事業、また、医療従事者の確保に関する事業などにつきまして地域の実情に応じて支援を実施している、支援を行っているというところでございまして、こういったものの活用も想定されるところでございます。

今後、この法案が成立いたしました場合には、地域におけるかかりつけ医機能の確保の取組を進めていくために必要な対応をしつかりと検討して、実施をしていきたいと考えているところでございます。

○高木真理君 要は、話し合つた後、その皆さんで考えてねということなんですよ。その中でアイデアを出しながら、じゃ、病院の先生に開業の

ことの研修をしてもらいましょうとか、いろんなアイデア今ありましたけれども、その先は地域ごとにいろいろ取組をしてください、それについては使えるお金はあるよといふようなお話だったかとは思ふんですけれども、実際、その地域に医師がなかなか来てくれないとか、そういう事態といふのはなかなか現場では解消できないという現実もあります。そのことについて次に行きたいと思ひます。

資料、お配りをさせていただきますました。御覧をいただきたいと思ひます。

医師不足に関する資料でありますけれども、今、医師不足については、これまで人口十萬対医師数というところから、医師偏在指標で見ようといふことになってきています。中央の方に、上に薄ピンクで色づけをした項目がありますけれども、これが医師偏在指標と人口十萬対医師数と、両方載せていただきました。そして、医師の偏在指標は三分の一ずつ区切つてありまして、上位、中位、下位と分けて考察されておりまして、一位から十六位が黄色、三十二位以下を青ということで、十萬対の医師数と同じく同じような色づけをさせていただいております。

ちなみに、医師偏在指標というのは三次医療圏と二次医療圏と両方で指標が出ていますが、こちらには三次医療圏のものを出力していただいております。そして、人口十萬対より精緻ではあるんですけれども、この指標も、厚労省のホームページの脚注に少々言い訳も書いてありまして、実際の数字がつかめない中で出した参考値ということのようであります。

私の地元埼玉県は、人口十萬対の医師数がずうつと最下位です。県を挙げて医師不足解消に向けて取り組んできました。あの手の手を打つてきたので増加数でいくと五本の指に入るぐらいになりましたが、一向に最下位は脱することができません。大概、東京の隣、首都圏なのになうぞでしようと言われますが、うそではありません。

資料を見るとよく分かりますが、医療の世界は

よく西高東低と言われます。医師不足の指標、京都より西は黄色がほとんどです。そして、ピンク色、ヘッダーの左側にあります対基準病床充足度という欄を見ていただけますでしょうか。

この基準病床数というのは、高度成長期に病院がどんどん造られて、これでは医療費が高くなつてかなわぬということで、一九八五年の法改正で取り入れられたが、人口や高齢化率や患者さんの出入りなどを勘案した式で作られておりまして、この病床数を超えた病床数を持っているところは病床を増やしてはけませんとしたわけです。この基準病床規制が入られた時点で、既に病床は西高東低でありました。ちなみに、埼玉、現在、基準病床数の九四％しかありませんけれども、最も多い高知では一七一・七％というびっくりするぐらいの開きがあります。

そして、基準病床数というのは、その時点でそこまで減らせというものではなかったので、多く病床を持っているところは閉院があれば少し減りますけれども、微減のまま維持をされているという事になっていきます。

一方、埼玉県は、元々それほど多くなかったところ、人口が急増していったので、とうとう既存病床が基準病床に比べて足りないということになっていきます。

数字をいろいろ比べて御覧いただくと分かると思うんですけども、いわゆる数字から出てくる必要な病床数よりすごく多くの病床を持っているところと足りなくなっているところがあります。そして、対基準病床充足度と医師偏在の指標、両方の数字を見ていただくと、やはり病床数が多いところに医師が多いという傾向があります。相関関係とまでは言えませんが、順位が関連している都道府県が多いことが分かるかと思えます。病床数が多いとそこで働く勤務医も多く、勤務したお医者さんが土地勘のある県内などに開業するといった連関があると思われます。ずっと病床規制で病院自体を増やせなかった埼玉県としては本当に羨ましい限りであります。

そして、このピンクの医師の偏在のところの右側のところに一般診療所のことを書いてある欄があるわけですが、病床数が少ないところはその医療を診療所でカバーしているのかなというふうに私思っています。データを引いてみました。しかし、分析してみると、結果的に病床が少ないところは診療所も少ないということが分かりました。病床数が少ないと医師も診療所も少ないということです。逆に、病床の多いところは、診療所も多く、医師も多いという連関があります。

こうなると、病床数の偏在を解消しないと医師の偏在も解消しないのではないかと思えてきます。しかし、どの地域でも医療を支えている病院は大切な存在です。こうした傾向を踏まえた上で、この悪循環を反転させるにはどのような対策が有効と考えるか、御見解を伺います。

○政府参考人(榎本健太郎君) 答え申し上げます。

一般に、今委員御指摘いただきましたように、病床数が多い地域において診療所数や医師の数が多いというのは、今御指摘のような傾向はあるというふうな今の資料を拝見しても認識されるところでございます。医師の地域偏在につきましては、そういう意味でやはり全国的に是正を図るべき課題だというふうに考えているところでございます。

このため、平成三十年に成立いたしました改正医療法によりまして、国において都道府県ごと及び二次医療圏ごとに、今委員御紹介いただきました、医師の多寡を比較評価する医師偏在指標を算出したしまして、その下位三分の一の地域が計画期間中に下位三分の一の基準値である目標医師数を超えられるように、都道府県において医師確保計画を策定して取組を実施をするといった仕組みを導入したところでございます。

あわせて、その具体的な医師確保対策でございますけれども、医学部の入学定員に地域枠を設定をして、こうした学生を対象に修学資金を貸与するほか、専門医の取得など本人のキャリアパスに

配慮しつつ、医師不足地域などで診療に従事することができるようキャリア形成プログラムを策定することで、そういった取組を充実させるといったような取組を行っていただくことにしております。そういった取組に対して地域医療介護総合確保基金によって支援を行うといった形で、財源的な裏付けも行っているという状況でございます。

加えて、医師の養成課程を通じた医師偏在対策といたしまして、臨床研修医、やはり医師の養成課程から考える必要があるということもございまして、臨床研修医の都市部への集中を抑制するというところで、臨床研修における都道府県ごとの定員を設定するといったような取組、それからまた、臨床研修が終わった後は専門医の資格を取るという流れに医師のキャリアパスの中ではあるわけですが、専門研修のときに、専門研修における都道府県別、診療科別の将来必要な医師数に基づく専攻医の採用数の上限、いわゆるシーリングを設定するといったような取組を併せて進めさせていただいているところでございます。

こうした取組によりまして、計画期間の途中ではございますが、四割近くの医師少数県及び三割近くの医師少数区域において目標を達成するなど成果が上がってきているという状況でございます。

今後、自治体などからの御意見をよく丁寧に伺いをいたしながら、医師の地域偏在の是正に向けた取組を進めていきたいと考えているところでございます。

○高木真理君 今、こういう工夫をして偏在を解消するように各地で医師確保計画を作って頑張ってもらっていますというお話がありましたけれども、そういったことは埼玉県ももうずうっと今やっつけているんですね。でも、それではなかなか解消できないものがあるのが現実だということでありまして、次に行きたいわけでありまして、勤務地、いや、ごめんなさい、人口比の医師数最下位の埼玉県は、どうして埼玉には来てくれないのか、どうしたら来てくれるのか、調査も

し、あれこれとやってきました。

その中で分かったのは、お医者さんはまず勉強できる環境を望むということです。キャリアパスのいろいろ仕組みの御提案もありましたけれども、そういうことですね。これは、研修病院の研修を充実させようとか、埼玉県は県で医局をつくって、ダビンチの練習機なども置いて勉強できる環境をつくったり、それなりに成果は出しています。でも、まだ駄目なんです。

次に、お医者さんは、望む良い暮らしができるということも大事だということもあります。これはもう人としては当然のことでもあります。しかし、この人として当然のことで埼玉県は選ばれないですね、残念ながら。調査していくと、同じように勉強ができるんだったら、今どきの若者は、少しおしゃれなところに住みたかったり、いざれ子育てをするときに伝統、名門の中高一貫有名私立に通いやすいところだったりに住みたいというのが出てきます。そうすると、埼玉県は負けてしまいます。

医師を養成する医大の存在も大きいです。卒業した大学のある都道府県で働く傾向があるからです。でも、埼玉県は公立医学部がないんですが、久々に国が医学部を新設許可するというタイミングでも敗れました。

勉強ができるを重視する医師たちに研修を通じて偏在を解消しようとする方向には賛同します。いろいろプログラムも工夫していただいているというの、今の御説明にもありました。しかし、望む良い暮らしがしたい、誰もが抱く思い、経済活動の自由がそのままで、医師の偏在が深刻さを増すのではないかと懸念がどうしてもあります。中山間地域を含めての問題かと思えます。

フランスでは、医大卒業時に全国クラス分け試験を受験し、その成績に基づき、研修医定数が定められた全国二十八の大学病院専門センターに行くことからキャリアを始めるというのがあります。これは今、一部日本でも取り入れられてきて

いる。試験の結果ではないですけども、枠ができていくということですよ。

ドイツでは、専門医となった者が地域で開業できますが、専門診療科ごとに医師一人当たりの人口が定められており、基準の一・二倍を超えては開業できないルールがあります。

イギリスの一般家庭医は、一次医療を担いますが、開業に制約があり、医療圏ごとに定められた定員の上限を超えて地域に参入することができません。

今、我が国では、専門医研修に一定の枠を設けたり、地域枠をつくってその地域で勤務してくれる医師を養成をしたりしております。しかし、医師不足県での研修を半年で切り上げて残りを全部東京でやるという研修逃れも出たり、地域枠の奨学金でお医者さんになっても、お金のあるおうちの子弟の方は、あっさり返金して、地域、県に勤務せずに去っていつてしまう人もいます。なかなか進みません。

諸外国に学んで、地域枠というものを現在のものから一歩踏み込んで設計する必要があるのではないのでしょうか。現行の地域枠増員、研修における専門医地域枠以外の方法で根本的な問題解消の仕組みをつくる必要があると思いますが、いかがお考えか、お聞かせください。

○国務大臣(加藤勝信君) 今まさに委員おっしゃったように、お医者さんも子供さんがおられる、いろんな事情があつて、またそれぞれいろんな思いがあるんで、必ずしも一概的にどこどこがいいということはない。したがって、それぞれのまずお医者さんのそうした思いに、自分と地域がどうマッチングするのか、あるいは当該県の中でもいろいろありますから、どこがあり得るのか、こういったところを例えばドクターバンク事業などによって今対応もさせていただいているところがございます。それ以外については、先ほど局長からいろいろ申し上げた努力をさせていただきました。

多分、委員おっしゃったのは、ドイツ、フラン

スの例を挙げて開業規制的なことをおっしゃっておられるんじゃないかなというふうに推察いたしますが、ただ、それぞれ国々で歴史が違うわけでありまして、やっぱり我が国の医療の歴史を振り返ると、やはり戦後の中で病院等を立ち上げる、残念ながらその公的資金が足りずに私的なものに依存しながら今日まで量的な拡大、そして、基本的に自由開業制度の下でやってきたという経緯があります。したがって、それとの関係をどう考えるのか。あるいは、ある地域で、例えばドイツのように、この地域は少し数が多いからといって新たな人を入れないというのは新規参入を認めないということになりますので、それがどういう影響を及ぼすのか。そういった様々な視点があつて、慎重な検討が必要だというふうに考えているところでございます。

まずは、これまでもいろんな対応を図ってまいりました。それから、先ほどそれをくぐり抜けるようなお話もあり、それに対して対策も講じさせていたいただいて、そして、先ほど局長から申し上げたように、下位のところ、上位三分の一をして、三分の一のところが三分の一の基準を超えるような施策も講じさせていただいて、実際、成果は一部上がつているところもございしますので、まずはこうした形のものをつかり進めながら、地域偏在対策を進めていきたいというふうに思っております。

○高木真理君 改善されたところがあるとはいっても、まだまだ偏在の度合いも大きいので、是非取組を更に前に進めていただきたいと思ひます。終わります。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。引き続き質問させていただきたいと思ひます。今回の法案ですけれども、非常に中途半端な法案だなという思いがいたしております。どうしてもちょっとこういうところを聞いておきたいなと思ひている点が幾つかありますので、今日聞かせていただきたいと思ひます。

今回の法案の四本柱の一つですね、医療、介護

の連携機能及び提供体制等の基盤強化と、こうあるわけなんですけれども、この部分についてであります。先日、参考人質疑の中でも質問させていただきました。参考人の方からは、参考人の方に、医療と介護の連携について、どこに問題があつて、この法案によってどうなるのかというふうなことをちょっと質問させていただきましたら、参考人からは、この法案も仕組みとして十分整っていないところの一助にはなるのではないかといいお答えでございました。なかなかやっぱり分かりにくいなというふうに思ひますし、今回の法案のベースとなった全世代型社会保障構築会議のこの報告書を見ても、なかなかその点について余り理解ができないなというふうな思ひがいたしております。

加藤大臣におかれては、この医療と介護の連携について、今までどこに問題があつて、この法案が成立することによってどういうこと、ものがですね、どういことが解消されていくというふうにお考えなのか、その点についてお伺ひさせていただきますかと思ひます。

○国務大臣(加藤勝信君) 医療、介護の連携の取組状況、これまた地域ごとにいろいろ異なつていますから、個々にいろんな事情があるんだと思ひますが、ただ、ベースとして、複数の慢性疾患を有する者、あるいは医療、介護の複合ニーズを有する高齢者が増加をし、今後見込まれていくわけでありま。

そうした中で、例えばであります、多職種間で患者、利用者のQOL向上に関する目標やサービスの利用状況などを共有して、日常の医療・介護サービスの提供を行つていただきたいところではあります。また、自治体の関係者の間で地域の実態を踏まえた課題や目標を共有し、協働して計画的に地域の医療、介護の提供体制を構築すること、こういった取組も必ずしも十分に進んでいない。

こういった様々な課題を踏まえて、この法案で

は、かかりつけ医機能に関する一連の、もう申し上げませんけれども、仕組みを入れ、また、介護に関する協議をする際は関係する市町村の参加を求めることとし、介護保険サービスの実施主体である市町村が参加することで、より実効的、実効性を持つて地域の実情を踏まえた体制づくりの検討も可能になることが期待されるわけでありまして、また、これら法案が成立し、かかりつけ医機能の報告項目の具体的な内容をこれから検討、具体的な内容を検討するわけでありまして、その際には、地域における協議のプロセスを通じて、医療と介護の連携に関する課題の解消にも資するという観点からも、そうした検討を深めていきたいというふうに考えております。

加えて、医療機関や介護事業所間の関係者間で、利用者の介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤の整備も進めさせていただき、こういったことも活用する中で、医療、介護の連携を強化し、また地域包括ケアシステムを更に推進をし、全ての国民、それぞれの地域において質の高い医療・介護サービスを受けることができる体制の確保を図りたいということで、今回の法案を提出させていただいたということでありま。

基本的な課題認識は前半申し上げたところでござい。

○東徹君 非常に分かりにくいですね。患者さん目線、利用者目線で考えたときに、この法案によつてどういうことが変わつてくるのかということがやっぱり非常に分かりにくいと思ひます。患者目線、利用者目線、例えば、医療にかかつておられる患者さん、慢性疾患をお持ち、先ほど大臣からおっしゃいましたけれども、そしてその方が介護を受けている、そういったところの患者目線、利用者目線で考えたときにどう変わるというふうにお考えなのか、ちょっと具体的にその辺のところを御教示いただければと思ひます。

○国務大臣(加藤勝信君) まさにそうした課題について、その多職種間あるいは自治体関係者間において問題認識をより共有し取り組んでいただけ

る、そのスキームとして今回の法案を出させていただき、実際の協議する仕組みをつくり、その場合に、先ほど申し上げましたように、介護の場合には市町村も大変大事なプレーヤーでありますからその参加も求めていく、こういったことで、実効性の高い、実効性のある議論がそういった中で進むということが期待されるものと思っております。

○東徹君 その協議する仕組みというのは大事ですが、じゃ、その協議する仕組みというのは、AさんだったらAさんについて、医療と介護の連携についてお互いにこういうふうの方針を決めて、ケアプランとか医療の方針とか、そういったのを決めてやっていきましょうねということまでやっていくということですか。

○国務大臣(加藤勝信君) まず、地域のことについては、先ほど申し上げましたように、その地域においてどう対応していくのかということに対する議論になろうかと思っています。

それから、個別ということになりますと、先ほどちょっと申し上げましたけれども、利用者の介護情報等を電子的に閲覧が、医療機関のみならず、介護事業者等の関係者間でも閲覧できる情報基盤の整備を進めることとしております。

地域の関係者との情報共有が進むところで、地域の実情に応じた介護保険事業の運営や利用者へ提供する医療・介護サービスの質の向上、こういったことも期待されるところでございます。

○東徹君 それでは全然進まないと思います。前もお話しさせていただきましたが、こういった介護情報、介護サービスを使っているかとか、そういった情報が電子的に見れることができると思いますけれども、それは何かこの法案では四年以内とえらい先の話なんです、これも取ったところで、本当に、分かっているような、分かっているような情報というのはなかなか私は得られないんじゃないかというふうに思っていますし、本当に現場で、例えばAクリニックスのドクターとB介護事業者のその責任者の方と、ここがしつ

りと連携して、こういう方針でやっていきましょうということまでいかないと、この医療、介護の連携というのはやっぱり進まないんですよ。今回のかかりつけ医療機能の中に介護の連携というのが入っていますけれども、これはこの間、古川委員も質問していたように、じゃ、この患者さん、もうやっぱり老健施設に入った方がええから、これも介護の連携になるといえるんですけれども、そういうことではないというふうに思うわけです。だから、この法案によって本当に医療と介護の連携が進むのかという、これは進まないと思いますよ。今までとそう変わらない、変わらない。

だから、やっぱりきちんと、そのAクリニックスのドクターとB介護事業所の責任者、責任者というかその担当の方と、きちんとこの連携が進むような法律になっていないから、ここはやっぱり進まないというふうに考えます。

大臣、いかがでしょうかね。

○政府参考人(大西証史君) 恐れ入ります。老健局、介護保険の情報基盤の整備のところをお願いしておりますので、私の方から若干補足をさせていただきますたいと思います。

最初の御質疑で、東先生からその点いろいろ御質疑をいただきました、おただしをいただきますし。その中で、やはりA医療機関とB介護施設の連携というのが、実際にスムーズな連携が実現していくのが求める姿だろうということで、それはおっしゃるとおりでございます。

電子的にデータを共有する、大臣も先ほど言われましたけれども、高齢の方々が、要介護状態の高齢の方々が、やはり病院にも特定の疾病とかで、症状で一度入院されて、ただ、もうそのときからリハビリというか、そういうものもしっかりとお支えしながら、円滑に介護なり地域での生活に可能な限り戻っていただくという流れを、今もそれを目指しておりますし、やっていただいているわけです、お願いしているわけですから、それをより円滑に進めていくという意味では情報の

特に電子的な共有がスムーズに進むことが大変重要だということで、その基盤をつくらせていただいている、お願いをしているということは、先生のおっしゃるとおりでございます。実際にそういう基盤で、様々なLIFEとかレセプトですとか、要介護認定の情報などを共有できるようにしていくということでございます。

最初の御質疑で、私、自治体にどんなメリットがあるのかというおただしに対してしっかりと答えがいただけません、できませんでしたけれども、そういうところも、やはりリハビリの実施状況などを、しっかりと市町村は自分のところで行なな事業取り組みしております、様々な医療機関ないし介護事業所が参加していただく中で取り組んでおります。

ほかの自治体の状況などもそういう中で比較分析ができるようになってまいりますので、ああ、自分の自治体ではこういう取組がまだ足りないなみたいなこともしっかりと考えたいだなから、関係の機関に自治体として保険者としても働きかけていくというふうなお取組はしていただきやすくなるんではないかなと思っています。

これはちょっと余計なことを申し上げました。失礼いたしました。

○東徹君 まあ、いいんです、いいんですけども、余計なことをおっしゃっていただいても、まあそこは、そういう、あることも仕方がないのかなと思っていますけども。

この間の答弁でも、僕は、やっぱり都道府県であるべきじゃないと、市町村であるべきだと、協議の場についてですけどもね、そういった質問をたしかせていただいて、さっきそのお話があったんではないかと思えます。やっぱり都道府県というのは大きいわけですから、都道府県でその協議の仕組みでは、なかなかやっぱり遠くて、やっぱりなかなか連携というのは私は進まないというふうに思っていますし、やっぱり市町村の中です。ただ、それでも、AクリニックスとB介護事業所

と、これが連携うまくいくかというと、この法案の中にはやっぱりそういうふうな仕組みは私はないというふうに考えています。医療、介護の連携というのは本当これ何十年も前から言われていて、なかなかこれが進まない、進まない。で、今回の法案でも進まないというふうに指摘をさせていただきますたいと思います。

続いてですが、自立支援の促進について伺いたいと思います。

これ介護の目的は、これ自立支援にあります。非常に私はこれ大事な視点だというふうに思っています、この自立支援を進めていくということが介護の目的でもあります。

平成二十九年の未来投資戦略二〇一七というのがありましたけども、ここで科学的介護の導入による自立支援の促進として介護報酬改定で効果のある自立支援について評価を行うものとされ、安倍元総理も、日々の努力で介護状態になることを予防できる、一旦介護が必要になっても、本人が望む限りリハビリを行うことで改善できるというふうにご発言されております。

これから、あれから六年がたったわけですが、科学的介護の導入によって自立支援の促進、これはどこまで進んだのか、お伺いをさせていただきますたいと思います。

○政府参考人(大西証史君) お答え申し上げます。

先生御指摘の未来投資戦略二〇一七でございますが、そこで御指摘の自立支援の促進が位置付けられているのは確かでございます。

自立支援に向けた科学的介護に関する進捗についてでございますけれども、科学的に妥当性のある指標などを収集、蓄積及び分析し、その結果を現場にフィードバックしていきけるように、平成二十九年から通所・訪問リハビリ事業所からデータを収集するシステム、VISIT、令和二年度からは高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集するシステムでございますCHASE、さらに、令和三年度からは、これらVISITとCH

A S E を統合いたしました科学的介護情報システム、L I F E として運用を開始してきているところでございます。令和三年度介護報酬改定におきましてL I F E に関する関連の加算を創設しているところでございます。また、科学的介護のこうした取組がより円滑に現場に普及いたしますようL I F E 利活用の手引きなどを作成いたしました。ケアの質の向上支援に取り組んできているところでもございます。

現場におきます取組の変化ということでございますけれども、こうしたLIFEを活用したPDCAサイクルを回していただくことによりまして、介護現場におきましてケアの質の向上に取り組んでいただいているところでございます。

介護事業所へのアンケート調査をいたしてありますけれども、そういう中では、利用者の状態や課題を把握しやすくなった、また、利用者に対するアセスメントの方法や頻度が統一されたなど、LIFEの活用によりまして利用者のケアに役立ったといった評価が得られているところでございます。

また科学的介護によります自立支援促進に関する取組につきまして介護事業所へのヒアリングを更に実施いたしましたところ、LIFEのデータを基に、ほかの施設と比べて自分たちの取組、不足している点を確認できるようになったということですか、利用者の方々のそれぞれの個性の尊重、ADLの維持改善に係ります取組への職員の理解が進み、日々のケアにひも付けられるといった利用者の状態の改善に加えて、職員のものとしての意識の向上にもつながるものとなっていると認識してございます。引き続き、自立支援、重度化防止などに向けた取組、進めてまいりたいと考えております。

○東徹君　もう少々、ちよつと長過ぎますよ。要らない答弁もかなりありましたので、そんなこと聞いていないので。

まあ確かに、LIFEというのが入って、私も、LIFE、どんだけ大変なのか、現場へ一回

見に行きました。物すごい細かい作業ですね、やっていたみたいです。

私が聞いているのは、自立支援が進んだんですかというこの一点だけなんです。自立支援が、歩けない人が車椅子に乗っていた、その人が立つことができた、今度、立つことができて、そして歩けるようになった、そういった効果が出てきたんですかということについて質問をしているんです。この点についてお答えください。

○政府参考人(大西証史君)　そういう意味では、幾つか例示の御紹介、御報告というような形になつてしまふかもしれませんけれども、先ほどのような調査研究事業でいろいろな現場でのアンケート、データ、お声を集約しておりますけれども、そういう中でも、例えば、脳梗塞を発症されて、これまで御自分でできていた動作でできなくなつて元気がなくなつておられるという方につきまして、LIFEのデータ等を踏まえまして、明るい気持ちで過ごしていただくのにどうしたらいいだろうというようなことをいろいろやっていく中で、その方、音楽が好きだったとか、そういうのもしっかりとやれるように、習字ができるようになっていったとかですね、そういうことをたくさんデータとしては上がつてきているところがございます。

○東徹君 そんなこと聞いていないんですよ。A D Lがこう改善してきたとか、Q O Lがこう改善してきたとか、それをデータでちゃんと示すために、L I F E っていうのをみんな現場の人たちは一生懸命やっているんじゃないですか。だから、やっぱりそれを基にどうなったかという検証、これをやっぱりしっかりとできていませんよ、今のところ。答弁だったら、これ、やっぱりきちつとやれるようにしなきゃ駄目です、駄目です。もう答弁長いんで質問しません、もう。次に行かせてください、もう。

医療機関のデータの開示についてお伺いさせていただきます。

財務省の財政制度審議会では、医療機関の経営

が近年になく好調であるということで、令和四年度には、既にコロナ前の報酬水準を回復している医療機関に対して、補助金と診療報酬の特例で更に年間四兆円程度を支援することになる見込みというふうに指摘されておりますが、なぜこのような、更に四兆円つてこれ莫大な金額ですから、医療機関は報酬水準は回復してきているにもかかわらずこれ四兆円を投入するということで、これどうしてこういうふうになったのか、まず厚労省の見解をお伺いしたいと思います。

○政府参考人（榎本健太郎君） お答え申し上げます。

で、当面の継続を図るということで今取り組んでいるところでございます。

なお、この法案におきましては、今委員御指摘のように、医療法人の経営情報をこれからの政策に活用するということを目的といたしまして、開設する病院、診療所ごとに毎年度の決算終了後に収益や費用の内容などの経営情報の報告を求めた上で、データベースを構築するということになってございます。

このような取組を通じまして、平時より医療機関の経営状況をしっかりと把握していきたいというふうにご考えているところでございます。

新型コロナウイルスに対応する医療機関に対しては、これまで病床確保料を含む新型コロナ緊急包償金や診療報酬の特例措置による支援を行々とともに、これらの水準につきましては、医療機関にとって運営上の負担の大きいコロナ病床

の確保などに当たって、医療機関が経営上のリスクを払拭できるように措置をしてきたという経過がございます。

医療機関の収支の改善につきましては、感染者の数が大きく変動する中で、必要な病床などを確保するためにこうした措置を継続してきた結果でございます。まして、新型コロナウイルスに対応する医療提供体制を構築する上では必要な支援だったというふうな考えているところでございます。

これらの支援につきましては、今般、新型コロナウイルスの感染症法上の位置付けが、類型が変更されましました。そういった中で、実態も踏まえて、例えばば、診療報酬上の特例であれば、感染対策を引き続き一定程度評価しつつ、業務、人員体制の効率化といったような実態を踏まえて見直すとともに、入院調整などの業務や高齢者などの受入れへの対応を新たに評価をするといったことにごさいますし、また病床確保料の単価につきましても、業務、人員体制の実態を踏まえた診療報酬上の特例の見直しに連動して、この五月八日から現行の補

で、当面の継続を図るということで今取り組んでいるところがございます。

なお、この法案におきましては、今委員御指摘のように、医療法人の経営情報をこれからの政策に活用するということを目的といたしまして、開設する病院、診療所ごとに毎年度の決算終了後に収益や費用の内容などの経営情報の報告を求めた上で、データベースを構築するということとしてまいります。

このような取組を通じて、平時より医療機関の経営状況をしつかりと把握していきたいというふうに考えているところでございます。

○東徹君 いろいろと、コロナの病床提供しているところも、年間四億円だった赤字の病院が七億円ぐらいの、まあ平均ですけれども黒字になったとか、また幽霊病床の問題とか、いろいろ指摘がありました。

その中で非常に大事なものは、やっぱり先ほど局長もおっしゃったように、やっぱりデータの報告というのは非常に私も大事だと思います。

医療機関のうち、四割程度は医療法人ですけれども、残りの六割は個人です。医療法人ではないわけですね。民間の令和臨調というのができましたが、国民の税金や保険料で運営されている以上、全ての保険医療機関の事業報告書のデータ開示によって、公的な資金が誰にどのように配分され、そしてどのような効果があったか、こういったことを検証すべきというふうなことを示しております。

コロナ禍で起こったことを見ても、このような改革は、これすぐにでもやっばりやるべきだというふうに考えます。全ての保険医療機関を対象とした事業報告書のデータ開示、それから経営情報等の報告義務化ですね、これについて厚労省の見解をお伺いしたいと思います。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今委員御指摘の御意見は、医療法人以外の個人立も含めてということで情報を取るべきではない

八

かという御意見だというふうに受け止めさせていただきます。

そういった個人立の診療所も含めて経営情報の報告を、言わば今回、医療法人については病院、診療所単位での報告を義務化するわけですけれども、これを個人立についても義務化をするということにつきましては、個人立の診療所の場合には、医療法人と違って計算書類を作成する必要があるというのが現状であるということ、また、我が国の医療制度はフリーアクセスの下で自由開業医制を導入しておりまして、個人立の診療所につきましては、開設に当たって医療法人のように事業報告書などの届出義務を課してはいないといったようなことから、ちよつと慎重な議論を行う必要があるんじゃないかというふうに考えているところでございます。

一方で、医療法人は、医療機関の設置主体として全国の病院の約七割を占めておりまして、全国の医科診療所の約四割を占めている、そういったような状況でございますので、先ほどの議論もありましたが、民間医療機関の中心的な設置主体となっているところでございます。

医療法におきましては、医療法人は、自主的な運営基盤の強化を図るとともに、医療の質の向上及びその運営の透明性の確保を図り、地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たすよう努めるということが規定されておりまして、毎年度決算終了後には財務諸表を含む事業報告書などの届出が義務付けられているという状況でございます。

こうしたことを踏まえまして、この法案におきましては、経営情報の報告の対象は医療法人ということといたしまして、求める経営情報は医療機関の診療報酬に関するものに限定しない仕組みとしていくところでございます。

今後、政策などへの活用に当たりましては、他の設置主体との比較分析など医療法人以外の情報が必要とされる場合も当然考えられるところでございますので、国公立病院などの経営情報なども

活用するなどして、活用目的に応じた必要な対応を検討しながら充実した制度となるように努めていきたいと考えているところでございます。

○東徹君 今回、多額のやつぱり税金、税金といつてもこれ国債ですよ、やつぱりそういったものが発行されて、これだけの補助金を出しているわけですから、これは是非、やつぱり全医療機関に対して報告をやつぱり義務化すべきだというふうに思います。

続いて、マイナナンバーについてお伺いしたいと思います。参考人質疑でも、参考人の方から、社会保障費の負担能力については、所得だけではなくて資産も基準とするよう、マイナナンバーの活用を徹底するべきというふうなお答えをされておられました。二千兆円も近い個人の金融資産があつて、その六割は高齢者が持つているというふうなことも言われております。

負担の公平さ、公正さを考えても、マイナナンバーの活用によって資産の把握、そして、今所得だけ測られておる負担能力をこれ見直していくべきだというふうに考えますが、大臣はどのようにお考えなのか、お伺いさせていただきます。

○国務大臣（加藤勝信君） これ、先ほど総理からも答弁をされていたというふうに思いますが、金融、保険における負担に金融資産の保有状況を勘案することについては、預金口座へのマイナナンバー付番については、現行制度上、本人の任意により預金口座とマイナナンバーをひも付けることとされており、医療保険者がどのように金融資産に関する情報を把握するかなどの課題があることから、社会保障審議会医療保険部会においては、預金口座へのマイナナンバー付番の状況を見つ、引き続き検討を進めるとされているところでございます。

高齢化に伴つて今後も医療費の増加が見込まれる中で、医療負担の在り方、医療保険の負担の在り方をどうしていくのか、能力に応じた公平な負担を実現する観点から必要な検討を進めていきたいと考えております。

○東徹君 これは本当に政治的なリーダーシップが私は必要だと思ひますので、やつぱり是非これはやるべきだというふうに、大方針をやつぱり掲げていただきたいなというふうに思います。

続いて、少しちよつと時間がなくなつてきましたので飛ばしながらやりますが、特定医療法人制度に関する特例措置についてお伺いさせていただきます。

先日、川田委員からも質問がありましたが、医療法人について、医療法の改正を受けて、平成十九年以降、持分なし医療法人しかこれ設立できなくなつたんですね。持分なしの医療法人しか設立できなくなつたわけで、それ以降は全部持分ありの医療法人になるわけですが、ごめんなさい、持分なしの医療法人になるわけですが、それまで持分ありの医療法人へ移行することになったわけですが、令和四年三月末時点で持分ありの医療法人は三万七千四百九十法人あるんですね。平成二十六年から年間の平均移行数は百五十四法人ではないわけですか。このペースでいけば、移行し終わるまでこれ二百四十年掛かるんです、二百四十年。

これ、二百四十年間ずっとこれ延長、延長、延長でやるのかなと思うような制度なんですけれども、厚労省が何かこれ対策を講じないのであれば、本気で持分なしへの移行を進める考えなのかどうか、本当これ疑問なんです。

医師会からこれ要望されるがまさにただ税金の特例措置を延長するだけであれば、税の公平な負担の問題もあつて、特例措置をやつぱりやめるべきだというふうに思ひますが、厚労省はいつまで、この移行を終える目標を持つのか、お伺いしたいと思ひます。

○政府参考人 榎本健太郎君 お答え申し上げます。

医療法人につきましては、今委員御紹介いただきましたように、平成十八年の医療法改正におきまして、非営利性の徹底等を目的として、平成十

九年度以降に新設する医療法人については持分なし医療法人に限るということで、既存の持分あり医療法人については自主的な持分なし医療法人への移行促進をするということとしていくところでございます。

これまで、認定医療法人制度の創設によりまして、持分なし医療法人への移行に伴う税制優遇の措置を行うなどして移行促進を図つてきたところでございます。こうした取組によりまして、平成二十六年三月末に約八千法人でありました持分なし医療法人は、令和四年三月末には約一万九千法人となつている状況でございます。

この法案におきましては、本年九月末までとなつております認定医療法人制度の期限を令和八年十二月末まで延長することと併せて、認定医療法人に認定されてから持分なし医療法人に移行するまでの期限、これ従来は三年間となつておりましたけれども、これを五年に見直すということとしておりまして、こういったことによつて更なる移行促進が図られるというふうに考えているところでございます。

この法案が成立いたしました場合には、その持分なし医療法人への移行のメリット等も含めて関係者に対して制度の周知を徹底するとともに、またあわせて、優遇融資の制度などを設けているところでございますので、こういったほかの促進策も活用しながら、今回の延長期限までに可能な限り多く持分なし医療法人への移行が進むようにしっかりと取り組んでいきたいと考えているところでございます。

○東徹君 これは、同じような形でやつていたんでは、またこれ、期限が来たときにまたこれ延長しなきゃいけないということですよ。だから、いつまでにもうこれ終えるんだと、終えるんだという目標をやつぱり持つべきだというふうに思ひますが、これ、大臣、これやつぱり終える目標、年限を決めてやるべきだと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣（加藤勝信君） その終えるというのは

認定医療法人制度をやめるという意味だとすると、そこで、逆に言うと、持分あり医療法人がかなり残ってしまうということになるわけで、我々、やっぱり医療の安定を図るために持分なし医療法人に転換していただかなきゃいけないわけがありますから、その件に関してこれまでも施策を講じ、実際、さつき、約一万を超える持分ありから持分なしの転換においても、今回のこうした制度を活用しているところが七〇％を超えているわけでありますから、引き続き、こうした制度、しかも今回、先ほど説明があったように移行までの期限を三年から五年に見直すことで、これまではその期間が、中で調整が付かず、結果的に、これ一回申請したら使えませんか、それで終わってしまっていた、そういったものも拾い上げながら、できるだけ多くの持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行するように努力をしていきたいと思っております。

ただ、委員おっしゃるように、これ、ずうっとあったら、いつたつたつていいんじゃないかということになるんだろうというこの御指摘なんだろうと思っておりますので、そうした御指摘はしっかりと踏まえながら、積極的な制度の周知を図るとともに、様々な働きかけをしながら、一層移行が進むように努力をしたいと考えています。

○東徹君 やっぱりこれ本気でやるんだつたら、いつまでに持分なしに移行しなさいと、もうそれを期限ですよというふうなことにやっぱりしなきゃならないというふうに思うんですが、その点についていかがですか。

○国務大臣(加藤勝信君) 元々のスタートから今日の形になつていくわけでありまして、まさにこれ出資者の財産権に絡む話でありますから、それを国がぼつと取り上げるというのはなかなかできない。そうした中で、こうした措置を講じながら、これまでも、持分ありから持分なしの移行が必要である、地域医療の継続的な確保のために必要であるということによって働きかけをしてきたところがございます。

引き続き、こうした取組をすることで、より移行を促進するよう努力をしたいと考えております。

○東徹君 非常に不公平じゃないですか。平成十九年以降は持分なししかこれ設立できないわけでありまして、それだったら、いついつまでに全員、全法人が持分なしに移行すべきだということをやっぱり徹底すべきだと思います。

続いて、地域包括支援センターの体制整備についてお伺いをさせていただきます。

今回の法案には地域包括支援センターの体制整備等を行うというふうにあります。これ、地域包括支援センターで介護予防支援事業ができるというふうなこれ認識があるのかどうか、まず、これちょっとお伺いしたいと思います。

○政府参考人(大西証史君) 地域包括支援センターと介護予防支援の関係でございますけれども、市町村から指定された地域包括支援センターが主体として実施をするということになっておりますが、高齢化の進展に伴いまして、また、ニーズが多様化、複雑化する中で業務負担は極めて増大している、その中で、アンケート調査もしておりますけれども、この介護予防支援が大変負担感が大きいというのが実態として分かつてきております。

そういう中で、介護予防支援を、指定居宅介護支援事業所、ケアマネ事業所さんに委託をする形で実施することも可能にいたしております。また、そのための加算なども設けることで、包括支援センターの業務の負担軽減を図ってきたところでございます。

ただ、さらに、地域からの更なる要望などもございまして、更なる業務負担軽減を図る観点からは、指定居宅介護支援事業所、ケアマネ事業所さんが市町村から直接指定を受けて介護予防支援を行うことも可能にする規定を盛り込んでおります。これまでも、介護予防支援、千五百万件ぐらい年間、マクロであるわけですが、そのうちの七

百万件、半分弱は委託という形を経由してケアマネ事業所さんに実施していただいておりますけれども、これをよりダイレクトにケアマネ事業所さんに担っていただくことを可能にする規定を盛り込んだところでございます。

ただ、それで質の担保は大丈夫かというおただしもありましたので、そこは市町村、あつ、地域包括支援センターがしっかりと関与していく規定も別途設けさせていただいているという形を取らせていただいているところでございます。

○東徹君 私は、さつき話した自立支援もすごく大事だし、これはやっぱり、介護予防費を、個人が自立することによって人生より良く生きていくということにもつながるし、そして、そのことによって介護費用も抑えていくことができるというふうなメリットが私はあるというふうな思っているから、この自立支援も大事だし、そしてまた、この介護予防も非常に大事だという認識なんですよ。

ただ、これ、今の地域包括支援センターはできませんよ、業務が多過ぎて。それはできない。できないから、ケアマネ事業所に委託をしている。それはそれでいいんですけども、いいんですけども、実際、じゃ、ケアプラン立てて、その介護予防プランを立てて、それが実際実行されて介護予防につながっているという、これは検証はされているんですか。

○政府参考人(大西証史君) 検証しているかというところにつきまして手元に資料がございませんので、余り答弁が長くなつてしまつてもいけませんので、控えさせていただきますけれども、センターに保健師、社会福祉士、主任ケアマネさん、三職種を、専門職を配置いたしまして、地域づくりの取組とも連携しながら、予防ケアマネジメントを介護予防、社会参加を進めるために実施をしてきております。さらに、地域ケア会議によりまして、地域の医療・介護関係者とも連携し、質の高いプラン作成に努めていただいております。

ます。

これらによりまして、地域包括支援センターにおいて地域の実情に応じた介護予防の取組が進められていると考えているところでございます。

○東徹君 ごめんなさい、ちょっと質問飛ばしちゃつたんで、介護予防ケアプランの作成とありますが、具体的にどのようなものかというふうなことを聞いて、これ検証すべきだということを最後に言おうと思つておりました。

是非これ、先ほどの自立支援もすごい大事ですし、この介護予防も大事だと思います。ただ、実際にこの介護予防、誰がやるんですかというところですよ。本人もやる気にならないといけないし、そしてまた、それを、じゃ、どこがサービスを提供するのかという問題もあります。

だから、そういったところのことを是非検証していただきたいと思つたので、次回、時間があるときにまたこのことについては質問させていただきますので、よろしく願ひします。

○田村まみ君 国民民主党・新緑風会の田村まみです。

加藤大臣、総理への質問に引き続き、年収の壁の解消に向けての質問をさせていただきたいというふうに思います。

三月二十七の予算委員会では、総理答弁を求めた中で、加藤大臣、あえて御自身も手挙げて答弁していただいたので、この改革について、課題感の認識については私も同様なものがあるというふうには受け止めています。ただ、やはりそのスピード感というところについては、どうしても、まあまあお考えがあるんだとは思いますが、私の納得いく答弁がもらえていないというように認識です。

全ての企業への社会保険の適用拡大が実現していくというところも道筋として示していただいておりますけれども、結局、百六万円の壁は依然として残るわけです。そして、壁の手前とどまる

パートの従業員の方にとつては、健康保険の加入のハードル、ここが私は大きいというふうに思っています。

JILPTの調査結果でも過去出ていますし、厚生年金については、もちろんその場で払わなきゃいけないものもありますけれども、後に戻ってくる分も、上乗せが戻ってくる分もあるんですけど、やっぱり健康保険については、例えば夫だったり奥様が、パートナーですね、パートナーが国家公務員だったりとか一定規模以上の企業に勤めている場合は、多くは勤め先の健保や共済組合の充実した付加給付を被扶養者である家族も受けられます。しかし、妻だったり夫、パートナーが百六万円の壁を超えた途端に扶養から外れて、毎月の給料から約五％が保険料として天引きされていく上に付加給付も受けられなくなると。

厚生労働省が、加入のメリットとしては、必ずPRで、傷病や出産手当金などの部分、また、けがや病氣、産前産後の休業の賃金保障、こういうことはおっしゃるんですけども、ここに対して、今対象となつていような扶養の家族の方たちというのは、余り大きな期待を寄せられるような、正直プラスの、何でしょうね、給付というものにはなつていないというふうに受け止められているのだと思います。

したがって、年収の壁の問題、働き方に中立的な社会保障制度の構築という課題は、社会保険の適用拡大や周知、広報だけでは私は解決できないというふうに思っていますし、この今指摘した健康保険の扶養というところ、ここに対して何らかの手を打つていかなければ本当の意味で解消していかないんじゃないかというふうに思っています。

もちろん、保険は保険者がやっていて、国がやっていないというのも承知していますけれども、これだけ国費が入つていっている、そして制度についても様々な検討をこの法案審議の中でやっているとこのことでは、私は、一定の方向性示していくべき時期に入っているんじゃない

かというふうに思っています。

負担が増える議論になる可能性はあるということはおいておいてなんですけれども、この壁を解消する、壁を超す、大きさを解消するということでは、負担面の見直しについては国民健康保険の仕組みが一つ参考になるというふうには思っています。国保の保険料は、受益に応じた応益割と負担能力に応じた応能割、この組合せで算定されています。家族、単身によって元々差もありますので、このこと自体が差が出てくる不公平感につながるというふうには私は思いません。

ですので、是非、検討の内容として、一般論でいいんですけれども、この被用者健康保険の保険料について、例えば被扶養者、配偶者の有無を算定方法に加えるなど、応益割と応能割を組み合わせた仕組みに変えていくことで、より働き方に中立な制度となり、年収の壁を超えやすくなるという仕組みになるというふうには私は考えるんですけども、大臣の見解を教えてくださいたいと思います。

○国務大臣(加藤勝信君) まさに、基本はさつき田村委員がおっしゃっていたように、被用者保険を拡大していく、あるいは賃金を上げていく、これが基本の流れだと思いますが、しかし一方で、あるいは実態もよく認識をしていたかどうか、あることも大事であります。ただ一方で、百六万あるいは百三十万あるいは百三万、いろんな壁が指摘されますが、そういった壁が結果的に労働、働くことに対するブレーキになっているという指摘があり、それに対してどう対応するかというところで、当面の対応と制度的な対応というところは先ほど答弁させていただいた。

じゃ、その中身をどうするかというところ、まさに議論させていただいていますので、今私が私の思い付きでここで申し上げるのは差し控えたいというふうに思いますが、ただ、そこで大事なことは、やはり、前も多分委員からも御指摘いただきましたけど、公平感がまず大事だということ、これはまず認識をしながら進めなきゃいけないと

いうふうに思います。それから、あとは運用でできる仕組みかどうかということも、これも大事なポイントだと思えます。

その上で、その委員がおっしゃったような考え方というのは、まさに国保制度といわれる健康保険制度の、今、日本の場合、大きく二つ分かれていて。それぞれ仕組みが違う、考え方が違う、そこはもう十分御承知の上で、かつ被用者保険は半分がいろんな経緯で事業者が負担をしている、そういう流れの中で、今おっしゃったものが入られるのかどうかというのはなかなか難しいのかなと私は正直考えるところではあります。

ただ、いずれにしても、そうした幅広い議論をし、そして、どの時期というのを今申し上げるのはなかなか難しいんですが、よく年末になるとという話を聞くわけがあります。ただ、これは必ずしも正しくなくて、百六万は別に年末は関係ないし、説明もしていかなくやありませんが、そういった声も背景にいろいろとお話をいただいているということ、このことは我々も受け止めている、ただ、そこまで間に合うか間に合わないかというのは、正直、今やっている最中ですから、今の段階でどうできるということは申し上げられませんが、その認識は持ちながら議論を深めていきたいというふうに思っています。

○田村まみ君 しつこく聞いた方がいいが、あつたのか、今までで一番進んだ答弁いただいたというふうに今受け止めています。

本当に難しい問題なので、いつまでにとというのが言えないのも私も承知しているつもりですけれども、やはり、先ほど少し触れましたけど、これ二〇二五年問題とか二〇四〇年問題というふうにあえて年限区切つて、厚生労働省としても、様々、社会保障の課題だったりと、そして人口減少の中での働き方の課題とか、労働人口が減っていくというような課題をいろんな審議会で審議されているわけですので、やはりその意味では私は年限の目安が要するというふうに思います。

いきなり制度を変えたから急に転換できるものじゃなくて、私は、徐々に移行するんだと思うので、決まってから変わるまでが一定時間が掛かるというふうに思っています。だからこそ、決めるのを早く、ある程度用途を決めてやるべきじゃないかという指摘をさせていただいております。

さつきも触れましたけれども、現場に行くと、せっかく賃上げをしている事業者のところがあるんじゃないかというふうになるのが、私は一番、この賃上げの機運が高まっているときに問題だというふうに思っていますので、是非、今、早くしなければいけないという認識も共有できたというふうには今日は受け止めたので、ここまでにしたいというふうに思います。

次の質問に行きたいと思えます。
審査支払機関による医療費適正化の取組について伺いたいと思います。

本法案、重ね重ね十一本の束ね法案というふうになりましたけれども、今日も結局触れられなかったで、私この質問取り上げたいと思うんですけども、基金法の改正つて、この改正事項に関する指摘なかつたというふうに思います。今回の条文上の修正で軽微な部分というふうに見られているのかもしれないんですけども、私、この医療費の適正化というところが定義をされて随所に入っているということは、この法案の私一番進んでいっているところだというふうに受け止めています。

昨年末の社会保障審議会の医療保険部会で取りまとめた議論の整理においては、支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に診療報酬の請求情報等の分析などを通じた医療費の適正化を明記するという内容が示されたので、具体的実務として支払基金や国保連の業務に加えられているというふうに認識をしていますし、ただ、今までも彼らはそれを努力してやっていたというふうには理解はしております。

本改正で、保険者協議会の設置が規定されており、保険者協議会そのものはこれまででも努

力義務で都道府県に設置はされていまして、今までも医療費適正化計画に沿ったそれぞれの保険者協議会の取組を進めています。

一方で、支払基金や国保連といった支払機関も、結果的に医療費適正化に資する取組を通常の業務の中で進めている。例えば、診療報酬支払基金では、毎月のレセプト分析を通じて診療項目別の医療費の動向を把握して、適正化に資するような報告等に用いていますし、こうした有効でタイムリーなデータを基金は保有しているわけですから、効果が乏しいという指摘がされている医療のエビデンスなんかは、それを改善していくというような活用、これも重要だというふうに私は思っています。

保険者協議会における医療費適正化の検討でも十分に有効なデータになるというふうに考えておりますけれども、こうした基金のレセプト分析を基に保険者協議会と連携を進めべきだというふうに考えますけれども、いかがでしょうか。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

今後、高齢化が更に進展していく中で、この医療保険制度の持続可能性を高めていくためには、先生御指摘の医療費の適正化は重要な課題でございます。

そこで、この法案では、都道府県ごとに保険者協議会を必置化するというような取組に併せまして、先生今御紹介いただきましたように、社会保険診療報酬支払基金の目的や業務に医療費適正化に資する診療報酬請求情報等の分析等を明記することといたしております。

支払基金は、これまでレセプトデータを活用しまして、保険者、事業所単位の健康スコアリングレポート、これを作成しまして、各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防、健康づくりへの取組状況等について、全健保組合平均とかあるいは業態平均といったものとの比較データ、これの見える化などを進めてまいりました。

また、支払基金におきましては、こうした目的に沿って、例えば、今回、第四次医療費適正化計

画に向けて新たな目標として位置付けられる、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療、これなどの提供状況について、保険者協議会の求めに応じて地域の実態を個別に分析することも期待されるところでございます。

こうした医療費適正化に資する情報の分析など、支払基金の機能を積極的に活用し、保険者協議会に周知しながら実効性のある取組を推進していきたいと、このように考えてございます。

○田村まみ君 同時に、国民健康保険法の方では、都道府県の国保運営方針に関する条文上の修正箇所医療費の適正化という文言が盛り込まれています。こちらの方は国保データベース、KDBというふうには呼ばれていますけれども、こちらも議論整理の中で、KDBを活用した取組の実績や経験を次期医療計画の新しい政策目標の設定や実現、活用にすることが有益との指摘があります。

このKDBの促進といった指摘もなされていますけれども、こちらも具体的にどのように活用されるか、今の時点でお答えいただければと思います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。昨年の社会保障審議会医療保険部会におきましても、国保連のこの国保データベース、KDBです

ね、これを活用した取組の実績や経験を次期医療費適正化計画の新しい政策目標の設定や実現に活用することが有益だと、こういう御意見をいただきました。そこで、この法案では、先ほど支払基金について御紹介しましたが、国保連合会につきましても、基本理念や業務に診療報酬請求情報等の分析等を通じて医療費適正化を明記するということを提案させていただいてございます。

実際、現在でも、都道府県や市町村などがKDBのレセプトデータを用いて、生活習慣病リスクの高い患者さんや重複多剤服用者、こうした方を抽出しまして、重点的に医療機関への受診勧奨や保健指導などの働きかけを行っております。第四

期医療費適正化計画におきましても、こうしたKDBを活用した分析結果を保険者協議会においても活用し、医療費適正化の取組に活用できるように取り組んでいきたいと考えてございます。

○田村まみ君 これ、保険の制度が違って別々で管理をしているんですけども、この連携だったりとかというのも重要なデータになっていきます。医療DX進めていくという中では、システムが全く今ばらばらで、しかも項目も違ったりとかする部分もありますので、今の時点で横並びで使うというのが結構難しいというふうにレクを受けています。

そして、KDBの方は、個人が特定できるような部分もあるということなので工夫は必要だというふうには思いますけれども、保険者協議会での分析をするというときには、同時に併せて地域の特性みたいなことは活用するべきだというふうに考えていますので、是非、その保険者協議会、必置になったけれども、そして使えるもの、そして医療費の適正化というふうに法文上は明確になつたけれども、中身が具体的にどういうふうに変わっていくかというところはこれからの厚労省本省の方での管掌も十分私は有益になるというふうに思いますので、是非そこはお願いしたいと思

います。次に、国民皆保険制度の在り方と医療費の適正化について引き続き伺っていきます。

前回もかかりつけ医療能についてお伺いをしました。医療機能情報提供制度について、現状は診療報酬の届出状況をそのまま公表しているだけだという説明を受けました。一方で、本改正による見直しで、全ての国民にとつてその意味合いが十分に理解される分かりやすい内容となるように見直すとの答弁もありました。

連休前と似たような質問になるかもしれませんが、それでは、それであればなおのこと、かかりつけ医療能を有する医療機関の診療報酬上の評価との関係を整理しなければいけないというふうに私自身考えるんですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医療能に関する情報提供項目につきましては、今委員御指摘ございましたように、例えば地域包括診療加算などの届出など診療報酬の届出状況自体を公表するというところとしておりましたが、これにつきましては、社会保障審議会医療部会におきまして、やはり情報提供項目の具体性が乏しい、あるいは情報提供の届出、診療報酬の届出状況をそのまま公表しているだけで内容が分かりづらくて、国民、患者さんが実際に医療機関を選択するツールとして不十分だといったような御指摘を頂戴したところでございます。

このため、具体的には、今後法案が成立した場合に、有識者などの御意見をお伺いをしてその見直しを検討していくつもりで考えているところでございますけれども、その際には、今委員御指摘ございましたように、国民、患者がそのニーズに応じてかかりつけ医療能を有する医療機関を選択できるようにするという視点を持ちながら、医療機関が有するかかりつけ医療能のそれぞれの具体的内容を公表することとしていることも踏まえてつくり組んでいくことになるというふうに考えてございます。

今、今後の診療報酬の取扱いについてお尋ねがございました。医療機能情報提供制度の情報提供項目の見直し、これ自体が実は直接その診療報酬の在り方に影響するものではございませんでして、そういう意味で、現時点において、じゃ、対応の方向性どうなるのかということを決定的なものではございません。今後、社会保障審議会の医療部会等における検討も踏まえつつ、必要に応じて中央社会保障医療協議会において御議論いただくことになるのではないかとこのように考えているところでございます。

○田村まみ君 済みません、通告していないんですけれども、伊原保険局長、聞いていいですか。保険局としては、この診療報酬との関係みたい

なこと、今すぐ見直すとか見直さないとかは別としても、整理が必要になってくる内容だという御認識は今の時点であるかどうかというのを伺っていますか。

○政府参考人(伊原和人君) まず、先生の御質問は、この情報提供、医療機能情報提供制度について影響してくるかという御質問でしょうか。

○田村まみ君 提供制度で項目が決まっていって、有識者がいろいろな意見を言って決まっていってるときに、その決まった項目で、それを有する医療機関がそのことを基に診療報酬として何らかの、何でしょう、加点なのか、何かがあるみたいなことが発生するのかもしれないところですね。

○政府参考人(伊原和人君) 失礼しました。お答えいたします。

まず、現在でも、診療報酬上はかかりつけ医療能を評価する仕組みがございます、実際ございます。今回は、別途、その医療法の改正という形で、かかりつけ医療能の制度整備ということで新しい提案がなされております。

また、この具体的な中身については、先ほど医政局長からも答弁がありましたように、今後具体化を進めていくということになりますので、現段階でそれをその診療報酬でどのように受け止めるのかとかいうようなレベルで議論する段階には至っていないと考えてございます。

そういう意味では、まずは今後、この法案仮にお認めいただいた後に具体的な詰めをされる中で、それを踏まえて診療報酬上評価するかどうかは議論されるべきことではないかと、このように考えてございます。

○田村まみ君 ありがとうございます。現時点での認識は分かりました。

もう一点、前回も伺ったんですけども、国民、患者が医療機関を選択する大事なツールになっていくという位置付けになるということで、一方で、具体的な内容、項目は、この成立後、お認めいただいた後に有識者の意見を聞いて検討す

るという答弁が引き続いております。

国民、患者の視点で適切な医療を受けることができるかという点でいけば、その有識者というのが一体どんな人なんだろうというふうに思いますし、また、増加する医療費の適正化を進めるということ、この二点において有識者の検討の場というのは私、非常に重要になってくるというふうに思います。

改めてお尋ねしますけれども、この検討の場だった有識者ということ、いま一度どのようなものを指しているか、具体的に説明できるところ、お願いいたします。

○政府参考人(榎本健太郎君) お答え申し上げます。

今委員御指摘の情報提供項目の見直しに関する検討の場、また有識者の詳細につきましては、まだ現段階においては、まさに今法案御審議いただいている段階でございますので、定まっているものではございませんけれども、情報提供項目の意味合いがやはり全ての国民の皆様にとつて十分に理解されて分かりやすい内容となるようにするということが重要でございますので、医療関係者のみならず、国民、患者の立場の有識者や学識経験者などにも御参画をいただいて、御意見をしっかりと伺いしながら具体的内容などを検討していきたいというふうに考えているところでございます。

○田村まみ君 まさに審議していると言っているんですが、審議している、もう私は内容だということに受け止めているんですよ。そういう意味でいくと、この後ということところは少々納得ができないということなので、せめてその有識者だったりと会場というものは明確にしていたきたかったということでも一度質問をしました。

特に、患者だったりとか継続的に医療を必要とされないいわゆる国民の皆さんの視点ということを入れるというのは、大変私は難しいというふうに思っています。是非、その視点が抜けることなくこの医療情報というところの制度を見直しし

なければ意味のないものというふうになりますので、是非この点しっかりと受け止めていただきたいというふうに思います。

次に、これも前回御質問しましたけれども、前期財政調整制度における報酬調整についていまだ度伺いたいと思います。

報酬調整の導入範囲については調整対象額の三分の一にとどめるということでしたが、今後のその導入範囲については何らの考えが今固まっているわけではない、いずれにしても、保険者の自主性、自律性、保険者間の公平性の観点から、今回の報酬調整の導入による格差是正の効果、また各保険者に与える影響をこれからもしっかりと見極めながら考えていくというのが大臣の答弁でした。

調整範囲については、審議会の中で保険者や労使がいわゆる反対のスタンスだったというふうな議事録でも私は見えています。しかし、最後、やむなしとして三分の一で合意したというのが流れだったというふうに思います。三分の一に着地したことについて、当事者である労使と保険者が渋々とはいえたしとした結果、これは確認しているんですけれども、そもその提案の時点でなぜ三分の一となったのか、数字の根拠をお示しいたきたいと思っております。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

この前期財政調整における報酬調整の導入につきましては、昨年、社会保障審議会の医療保険部会で御議論をいただきました。この部会では、健保組合間の保険料負担の格差について、望ましくない、格差の是正を図るべきだと、こういう御意見があった一方で、健保組合の保険者機能に対する十分な配慮の必要性を指摘する御意見もございました。こうしたことを踏まえまして、部分的に報酬調整を導入するという考え方の下、厚生労働省の側から、三分の一を含む複数の導入範囲の案、具体的に申しますと、四分の一、三分の一、二分の一、これについての財政影響、それからその効果、これを提案させていただきました。その上で、この医療保険部会におきまして、報

酬調整を導入する必要性や保険者に与える影響、それから別途健保組合への支援の在り方、こうしたことについて更に御議論いただいた結果、導入範囲につきましては調整対象額の三分の一とするという結論に至ったと、このように承知してございます。

○田村まみ君 きれいに答えていただいたと思いますけれども、それぞれの財政状況を見て、二分の一だったらいけるのかな、四分の一だったらいけるのかなというせめぎ合いだったというふうに私自身聞いておりますし、実際に今、保険制度自体がこのまま持続可能なものになるかどうかというところの私は今転換点に来ているんじゃないかなというふうに、この議論を聞いて、そして当事者、参加された人たちの団体の皆さんからもヒアリングして、改めてそういうふうな受け止めています。

今後の見直しに関してなんですけども、高齢化と医療技術、医薬品の進歩は確実という答弁も同時に大臣からありました。私もそう思います。その前提の下で、今回の見直しでは、報酬調整の対象額を保険者への影響から三分の一の範囲にとどめた。つまり、今回の見直しは、当面は公的医療保険の維持を図ったんだというふうな受け止めました。

医療は進歩して、保険者の財政については小さな見直しをするだけで今後の医療保険を持続可能にしようとするのであれば、その方法の一つとして、保険適用範囲の医療の質や内容の変化も考え得ることなのかというところを、現時点での認識を教えてください。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。

御指摘のように、医療保険制度の持続可能性を高めていくには、保険者の運営の制度の在り方も大事ですし、それから、実際その保険で提供されている医療の中身も非常に重要となってまいります。そのときに、医療の中身という意味から申し上げますと、先ほど来御質問いただいています医療の適正化と、医療費の適正化と、この視点も

非常に重要なことではないかと考えてございます。

そうした意味におきましては、今回の法案では、令和六年度からの第四期医療費適正化計画で、その医療の本身と医療提供の効率化という観点から新たな目標を幾つか提案させていただいてございます。一つが、急性気道感染症などの抗菌薬処方、こうした効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療、これについての分析、それから取組をしていく。あるいは、がんの化学療法の外來での実施など医療資源の投入量に地域差がある医療、こうしたことについて適正化を進めていくということを考えてございます。

もちろん、これらは医療の本身にも関わることでございますので、やはりしっかりと医療関係者の議論も聞きながら、そして地域における医療サービスの提供状況を見ながら考えていくことではないかと、このように考えてございます。

○田村まみ君 もし私も大きな病気を患って、この薬があれば治ると言われたらとか、質の高い医療が受けれるというところは是非かりたいというふうに思うわけですけども、費用が限られるというというのが今回の議論の出発点だったというふうに思っていますので、医療の質というか内容というか、提供の状況というところの変化、これも冷静に議論をして、保険適用の範囲というのがどこまでなのかみたいなことも、これも中長期的には改善していくという目標感を持ってやらなければ、今回も六年の適正化の計画で目標出ますけども、それじゃ私は短いというふうに思います。是非その点についても同時に考え方出していただきたいなというふうに思います。

この後の質問では、実は本当に健康保険組合なんかは、この間、四月の二十日に令和五年の組合の予算の早期集計結果公表されたときには、健保組合の所属の八割が赤字で、高齢者拠出金は七・三%にも上っているということで、相当保険としての形がゆがんでいるんじゃないかということ

で、万が一健保連が維持できなくなつて協会けんぽと国保になったときのシミュレーションなんかしているんですかというところかを質問しようと思つたんですけども、私が言いたかったことは今ほどこまで言っていることで、国民の率直な心配は、今の公的医療保険制度が維持できずに将来、将来的に同じような医療が受けられなくなるのではないかという懸念、これを払拭していくのが今回の束ねてこの題名を付けて法案を出した意味だというふうに思っています。

医療費の適正化で保険財源を傷めないように努める取組はもちろん大事です。しかし、保険者の財源に制約あるのも厳然たる事実ですので、医療提供の内容についても目を背けずに厳しい想定や検討をすべきだと私は考えています。薬局ビジョンや薬局薬剤師のDXの推進によって対人業務を推進していくために、薬剤師の役割の拡充、これも議論されていましてし、薬価にキャップを掛けの財政抑制ありきの薬の安定供給の毀損、これも歯止めを掛けないと全て崩壊していくというふうな状況に來ているのが今だということ上で、再三抜本的な見直しが必要だというふうに申し上げているところです。束ねていることが悪いというよりはかは、私は、その長期的な国民に対する説明、理解を求めていくような提示が必要だということふうに考えています。

最後にもう一つだけ聞きたいんですけども、この前期財政調整制度における報酬の見直しにおいて、対象範囲をこれ以上広げるべきではないと保険者や労使が主張してきておりました。ただ、私は、この負担が多くなることが問題だというよりはかは、保険制度自体の構造がおかしなところということが指摘だというふうに思っております。

先日の答弁で、抜本の見直しについては、医療制度全般に対して不断に検討していく必要があると大臣は答弁していますけれども、それ以前の段階として、この先も何らかの調整制度を導入して、複雑になり、受益と負担の関係が更にゆがむという認識が厚労省にそもそもあるのか、それを

お伺いしたいというふうに思います。

○政府参考人(伊原和人君) お答えいたします。前回の委員会におきましても大臣から答弁させていただきましたが、高齢者医療制度、特に医療保険制度の中でも高齢者医療制度につきまして、高齢化等の人口構造の変化、これを踏まえまして、過去様々な制度改革を経て、現在の後期高齢者医療制度、前期財政調整制度、ここに至って運営されてございます。

こうした経緯も踏まえながら、今回の改革では、この国民皆保険制度を守ることから、前期財政調整への報酬調整の導入、こうした仕組みを入れて負担能力に応じた仕組みを強化することで被用者保険者間の保険料負担の格差を是正していく、それが現役世代の保険料負担をより公平なものにしていくと、こういう取組をしているところでございます。

今回、全体を見ていただければお分かりになると思いますけれども、給付と負担のバランスの確保とか現役世代の負担上昇の抑制を図るというふうなことを目指して今回の改革提案させていただいておりますので、そうした意味からすれば必要な、とても必要な改革であろうと考えてございます。

ただ、他方、将来にわたつてこの高齢者医療制度をどう考えていくかということになりますと、やはり今後、支え手の中心となる生産年齢人口が減っていくというような問題がございます。ただ、他方、今までと違って高齢者人口も長期的には減少してまいります。そうした人口動態の変化、これをどう考えるのかとか、あるいは今、最近上がり始めました賃金それから物価の問題、そして給付と負担のバランス、そしてそれを実際の各世代の被保険者がどのように御理解、御納得いただけるかと、こうしたことを考えていく必要があると思っております。やはりそういう意味では、繰り返し申し上げておりますけれども、不断な検討が必要で、その時々状況に応じた改革が必要であろうと、このように考えてございます。

○田村まみ君 私も再三申し上げていますが、不断の見直しは当然のこと、やっぱりこの皆保険制度だったり安心して暮らして医療が受けれるという状況を守るといふのは、私も、今回の改正の、このこと自体には何ら反対はありません。ただ、これがもつのかというところで、今局長も挙げていただいたとおりその人口動態というのが、高齢者が増えるだけではなくて減る時期もあるということも踏まえたところの長いスパンの部分で大きな改革必要じゃないかということをお願いしているところです。

加藤大臣、最後に質問しておきます。

私、これ、やはりそれぞれのステークホルダーがある中で、厚生労働省下にある審議会や部会での議論が続いているんだというふうに思っております。この法案前にやられた、全世代型社会保障構築本部の下にある全世代型社会保障構築会議によって一定の方向性が出されて今回法案出たわけですけども、いろんな法案まとめて出すということ自体が、結果的に私はこの構築会議がやったからこそ出てきた結果だというふうに思っています。

であれば、もう一度、今回議論して様々委員が指摘した課題を基に、この全世代型社会保障構築会議の方にしっかりと厚生労働省の方から課題提起して、有識者の皆さんに議論を闘わしていただいて、中長期的なこの医療保険の制度の在り方、厚生年金の在り方含めて、この社会保障の問題について議論をしてみようというふうに戻していくべきだというふうに考えますけれども、いかがでしょうか。

○国務大臣(加藤勝信君) まさに、今回の提案、田村委員御指摘のように、全世代型社会保障構築会議における議論、そしてその報告を踏まえて改正内容を提出をさせて、この今回の改正案を提出させていただいたところでございます。

この法案が成立をさせていただいた後においても、これは検討規定も設けさせていただいております。まずは、全世代型社会保障構築会議を始め

とした、全体の議論をできる場における議論をしつかり進めていく必要があると思いますし、その上で、社会保障審議会の方で各制度の施行状況を確認し、制度に関する方々の意見も丁寧に聞きながら全世代型社会保障の構築に向けた議論を一体として進めていくという、このことが大事だというふうに考えております。

○田村まみ君　ありがとうございます。

私、その年収の壁、就労調整のことについて現場で聞いてくるとよく発言をしていますけれども、私、一番怖いなと思うのが、百三万を超えて一円でも税金なり保険料何も払いたくないというふうにおっしゃる方が実はいるんです。これは、私はやっぱり、今の国の運営している年金の問題、年金制度の問題だったり、私たちが今議論しているような医療保険制度だったりという、この社会保障全体への信頼だったり、国としていろいろ行っている政策に対しての信頼というところも相当毀損しているということがその発言につながっているんだというふうに思っていますから、是非、その中長期的な社会保障、安心して暮らせる日本だということを示していただくということを最後にお願いして、質問を終わりたいと思います。

ありがとうございます。

○倉林明子君　日本共産党の倉林明子です。

法案では、都道府県に介護現場の生産性向上を促進する努力義務ということで規定がされました。厚労省は、既に、見守りセンサー、ＩＴＣの導入ということを行った特養老人ホームに対しては、夜間の人員基準の緩和とすることを進めておられます。センサー、センサーはですよ、センサーは、実際に転倒した利用者、発見、お知らせはできるんですけど、立ち上がらせるということとはできないんですよ、当然ですが。さらに、不安に寄り添うということで、話を聞いてあげると、これ物すごく大事なんですけれども、そういうこともできないですよ。

センサーには、そういうテクノロジーの活用ということを進めて生産性向上と言うんだけど、もう、こういうことを進めることが、介護現場で今本当に圧倒的な人員不足になっているわけで、これの解消につながるのかと。端的に。

○政府参考人大西証史君　お答え申し上げます。

今後、介護サービス需要が更に高まる一方で、生産年齢人口、急速に減少してまいります。そういう中で、人材の確保、先生御指摘のとおり喫緊の課題でございます。介護ロボットのテクノロジーを活用した現場、生産現場、あつ、介護現場の生産性向上も一層推進していく必要があると考えております。

生産性向上とはどういう考えなのかと何度もおただしいいただきました。介護ロボットなどのテクノロジーを活用しまして、ＩＣＴも含めます、業務の改善、効率化などを進めることで職員の業務負担の軽減図るとともに、業務の改善、効率化により生み出した時間を直接的な介護ケアの業務に充て、新たに生み出された時間を利用者と職員の皆様接する時間を増やしていただくなど、先生おっしゃられましたような直接の対話も含めまして、介護サービスの質の向上にもつなげていくことを考えているわけでございます。

見守り機器のことも御示唆いただきましたけれども、夜間の定時巡回のときに利用者の方の状況に応じた訪問に変更することで、職員の方も、その頻度が減るとすれば職員の方の負担軽減にもなりますし、機械的な頻回な訪室よりも、その利用者の方を目覚めさせてしまうという、その覚醒を回避するようなことにもつながっていくことにもなっております。そして、よりそのほかの利用者の方への対応に時間を掛けるといったことができるといった効果も期待できるものでございます。

先ほど御紹介もいただきましたけれども、介護ロボット、ＩＣＴ機器の導入支援などをしつつかき進めておりますし、さらに、都道府県に一つ

の役割を担っていただくような規定も今回設けさせていただいております。

端的に……（発言する者あり）いえいえ、具体的にどの程度人員不足の解消に資するのかというお問い合わせにつきましては、端的にその数字でどうこうとか、そういうこともお示しすることは難しいとは考えておりますけれども、生産性向上によります業務負担の軽減、職場環境の改善、これは介護人材の確保、定着にも大きく寄与するものと期待しております。実際に導入をされました事業所さんからそういうお声もいただいておりますし、こうしたことを含めてつなげてまいりたいと考えております。

○委員長（山田宏君）　大西局長ね、答弁簡潔にお願いします。お願いします。

○倉林明子君　おっしゃるとおり、テクノロジーは確かに負担を軽減することはできると思うんですよ。でも、人の代わりにはならないんですよ。

そもそも生産性向上という言葉なんですけれども、いろいろ説明あつたんだけれども、要は職員一人がどれだけの多くの収益を上げることができるとかというふうな経済的には使われ、経済用語としては使われているわけですよ、生産性向上の定義でいえばね。

介護現場の生産性をどうやって上げるかということ考えた場合、介護報酬を上げるか、労働者数あるいは労働時間、これを減らすかということになってくるんですよ、割り算ですから。都道府県には、これ介護報酬を上げる権限はありますが、努力義務を果たそうということになると、人手減らすしかなくなるんじゃないかという本当に危険を感じております。

介護現場の人手不足をどうするのかというときに、基準の緩和の議論が盛んに進んでいるわけですね。医療・介護ワーキング・グループで四対一の人員配置基準の提案までされております。現場では実態どうなっているかというところ、とっても質も保てないので、実態としてほぼ二対一というこ

とで配置しているんですよ。せざるを得ないんですよ。そういう実態でも、厳しい実態があつて、現場の労働環境は、人手不足を加速するというような状況になっているんですよ。

私、今やるべきは何かと。これ、一人夜勤というような実態をまずは解消することをしつかり視野に入れた配置基準の引上げだと思わなければならないけれども、これ、大臣、いかがでしょうか。端的に。

○国務大臣（加藤勝信君）　まず、介護職員の人員配置基準については、介護施設等が遵守すべき最低基準であります。職員の負担等に配慮して夜勤職員を手厚く配置した場合には、介護報酬の加算で評価を行っております。

御指摘のように、人員配置基準を一律に引き上げる、特に小規模であるとしても一人になるケースが出てくるわけでありまけれども、ただ、施設によつては介護職員等が現状よりも更に必要となり、人材確保はより困難になります。結果として安定的なサービス提供に影響を与える可能性もあるというふうに認識をしております。

一方で、今局長からも答弁させていただきましたけれども、やはり介護サービスの需要が高まつて、またそれを支える人手が不足している、こうした中では、やはりテクノロジーをしつかり入れて、生産性、現場においてまさにテクノロジーに変えられるものはどんどん変えていく、そして人間でなければできないところ、そこに集中していく、そういう対応が必要だと考えております。

○倉林明子君　いや、配置基準を上げたなら人材確保困難になつて余計大変になるみたいな話は保育の現場でも聞いた話やな思つて、今聞いています。

人材確保の困難から今ということが起こっているかというところ、過去最悪というペースで介護事業所の倒産、休廃業ということ進んでいますよ。コロナもあったということもあります。これ、介護難民が実際に生まれているという現象も起こっているわけですよ。公費負担を引き上げて思い

切った処遇改善、ここに踏み出してこそ人手不足の解消につながるんだということは強く申し上げたい。

次に、今年の夏までに結論を出すとしています。介護保険の見直しについて伺いたいと思います。

まず、二割負担の対象拡大についてです。

これは、介護保険部会で資料として提出されていたものを今日一枚付けております。黄色い線は私の事務所で引いたものです。

今、二割負担となっている人は所得上位の二〇％、赤い線のところになります。後期高齢者の二割負担の判断基準はどうなっているかというところ、これ所得上位三〇パーなんです。この後期高齢者の二割負担の判断基準を黄色い線でこれ資料のところに付けているんですね。こうすると、介護保険でも、これ、黄色い線は私が入れたんですけれども、上位三〇パーまで拡大すると、こういう検討がされているというふうに受け止めました。

要は、厚労省がこの二割負担の導入の影響調査ということで介護保険のときにやって、さっきちょっと紹介もありましたけれども、極めて少ない数字の紹介があったと思うんですけれども、二割負担による影響調査の結果について、サービスの利用を減らした、中止した人、これが全体の何パーになっているか、そのうち、やめた理由で介護に係る費用が重かったと、こういう人の割合は何パーになっているか、数字が出ていると思いますので、御紹介いただきたい。

更なる対象拡大が、その上で更なる対象拡大が可能だった根拠について簡潔に御説明をお願いしたい。

○政府参考人(大西証史君) 失礼いたしました。お答えを申し上げます。

介護保険制度では、高齢化が進展してまいります中で、必要……(発言する者あり)はい、数字でございませぬ。

先ほども結論だけ申し上げましたけれども、その二段構えで御答弁するようにということですので

で、二割負担者のうち、制度導入前と比べて利用単位数、利用頻度ですね、が減った又はサービスを中止した割合は三・八%となっております。さらに、その方々に対する理由をお尋ねをしております。その理由は、複数回答ではございますけれども、介護に係る支出が重くサービス利用を控えたという御回答が、その二割負担者全体のうちの二%でございます。三五%でございます。なので三・八%掛ける三五%で二%と申し上げたわけでございます。(発言する者あり)失礼しました。

それで、今後の利用者負担の在り方につきましては、昨年十二月にお取りまとめたいただきました社会保険審議会介護保険部会の意見書におきましても、令和六年度から次期介護保険事業計画に向けて議論を行うこととされております。

現時点において見直しの方向性が決まっているものではございませんで、引き続き、利用者の方々の生活への影響も踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるように、様々な御意見をしっかりと伺いながら丁寧に検討を進めてまいりたいと考えております。

○倉林明子君 それ、これから検討するということなんです。重なる負担増になるんですね、これ。そういうことが法改正なしに、やっぱりこれ、国会終わったら、夏までということなので、結論が出されるということになるというので、重大だと思っているんですね。

家族の負担が、介護サービスをやるという人が実際に出てくるわけですよ、負担、二割負担にしたことで。三割負担にしたところはもっと多いですよ。たちまちこれ、利用者の心身を悪化させる、あるいは家族の負担が増える、そういうことになるんですね。これだけやめている人が、影響が出ていくということが、私は重く受け止めるべきだということに思っています。

新日本婦人の会という団体がありまして、介護保険利用者・家族の緊急調査というのを今年一月から三月に実施しております。施設入所者の介護

費用というのは保険外の負担が重くて月額十数万円以上という方が七割を占める一方で、年金収入を回答してもらったら、十万円未満が三割だというわけです。今でも年金収入を超えるような負担になっているという実態が見えてまいりました。

年金を超えるようなこういう負担をどういうふうに賄っているというふうに思いますか。大臣、想像で。

○国務大臣(加藤勝信君) 多分、その年金を超えるというのは、保険料だけじゃなくて、生活費を含めて年金を超えるということ……(発言する者あり)利用負担だけで年金を超えるということですか。

ちよつと個々様々な実態があるんだと思います。中には、今お話があるように、所得も低い、またそうした中で介護が必要だ、あるいはまた、様々な事情を抱えて大変厳しい生活を送られている方もいらっしゃるというふうには認識をしております。

そうした観点から、医療保険、介護保険における低所得者への保険料軽減措置、あるいは所得に応じた窓口負担、利用者負担の上限額の設定、さらには、介護保険における低所得者の方を対象とした補足給付の支給、年金生活者支援給付金の支給などによって経済的な支援を行ってきただけで、そこでありまして、引き続き必要な支援を行っていきたいと考えております。

○倉林明子君 そもそも十万円未満の年金収入という人、少なくないんですよ。こういう人たちは入所できる施設がないという、入口からもう入れないという人もいます。

アンケートで、二割負担になったら貯金などから払うと、子供や親族に援助してもらおうと、こういう道しかないという回答がありました。高齢者負担増やしますと、新たな介護難民を増やすだけじゃないと、介護離職など現役世代の家族負担に直結するわけですよ。医療費の負担増、物価高騰など、生活実態踏まえた高齢者の負担能力、これ私、再検証が必要だと思います。

続けて問います。新たな検討項目として追加された一号保険料の見直し、これについて質問します。

低所得者の軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担を見直すというもので、突然提起されたことと受け止めています。現在公費で行っている低所得世帯に対する負担軽減分、高所得の、被保険者の軽減分を、高所得の被保険者の保険料、これ引き上げることによって賄おうということを考えているんでしょうか。いかがでしょうか。

○政府参考人(大西証史君) お答え申し上げます。

介護保険の一号保険料につきましては、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、そもそも制度創設時より所得段階別保険料といたしております。当初は五段階でしたが、六段階、九段階と増やしてまいりました。低所得者への負担を軽減する、そういう形で軽減する一方、高所得の方には所得に応じた負担をお願いする形としてきております。その上で、平成二十七年以降は消費税率の引上げに伴う低所得者対策の強化によりまして、介護給付費に対する五割の公費負担に加えて、別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大したところでございます。

こうした今までの経過、全体像の上で、昨年の社会保障審議会介護保険部会では、負担能力に応じた負担の観点から一号保険料負担の在り方について議論が行われたわけでございまして、十二月の意見書におきましては、具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等について早急に結論を得ることが適当とされたわけでございます。先生御指摘のとおりでございます。

これは、仮に第一号被保険者内での応能負担、低所得者対策を強化した場合には、公費等の役割分担をどのように考えるかにつきまして問題提起をいただいたものと認識をしておりますので、この意見書の内容を踏まえまして、次期計画期間に向

けて介護保険部会の議論を更に深めていただきましたと考えているところでございます。

○倉林明子君 公費を保険料に替えるんじゃないのということに対して答えてないんですよ。まあ、提起されたからこれから検討だということ、同じ答弁になると思うので聞きませんけれども。

公費、要は公費でやってた低所得者対策というのを引き揚げちゃうんじゃないかと、こういう心配が、懸念が示されているんです。自治体の設定によっては、これ中間所得層の介護保険料の引上げにもつながりかねないんです。

大体、高齢者同士で助け合えということになるわけですね。公費を削減し、低所得者対策さえも被保険者の負担で賄うと、こういうことはやるべきじゃないと強く申し上げておきたいと思えます。

三つ目、見直して夏まで結論出せということになっているもので、それが室料負担、室料徴収なんです。特養だけじゃなくて、老健施設、介護医療院にも拡大するということが検討されている。現在の基準費用額ということであろうと月額一・一万円になりますけれども、影響額はどうか。額で。

○政府参考人（大西証史君） 多床室の室料徴収につきましてお答えいたします。

今、特別養護老人ホームにつきましてのみお願いをしておるわけでございますが、介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の在り方につきましては、昨年、介護保険部会において御議論いただきました結果、十二月の意見書におきまして、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会におきまして、これは介護報酬の設定等も含めた検討でございますので、年末に向けてということにスケジュール感としてはなっており、と思いますけれども、次期計画に向けて結論を得る必要があるとされたところでございます。

御指摘の数字的なことですけれども、室料負担

を導入した場合に、仮に導入した場合の財政影響額につきましては、室料の額、どのように設定するか等につきまして全く変わってまいりますので、具体的には今後介護給付費分科会において検討していくこととなりますため、現時点でそうした影響額というものをお答えすることは難しいと考えております。

○倉林明子君 いや、それも結局、先にならないと分からないということなんでしょう、相当な負担増になるんです。確かに補足給付というように含めて対応しているんだけれど、これも世帯全員が非課税でないと対象にならないし、単身なら貯金五百万円を超えればもう使えないということになるので、負担がぐっと高まるんですよ。

特養はついの住みかで、自宅を処分して入所する施設ですよ。しかし、老健とか介護医療院というのは自宅復帰を目指す施設なんです。つまり、自宅を処分するわけにはいかないんです。つまり、入所する際に、その間、居住費の二重負担になるわけです。低所得者は排除されるということが一層広がるということになりかねないんです。こういう重大な負担につながることを国会が終わってからこれ検討して結論出すと。で、次の改定で盛り込んでいくというようなことになっているわけですね。

私ね、こうした負担、高齢者に対する相次ぐ負担増、介護保険、高齢者医療、これ医療を使うときにまた更に負担になると、こんな負担増は断じて認められないということを申し上げて、終わります。

○天畠大輔君 れいわ新選組の天畠大輔です。

本法案は、世代間対立をおおる悪法です。代読をお願いします。

そもそも、高齢者医療制度に当たり、当事者を六十五歳から七十四歳までの前期高齢者と七十五歳以降の後期高齢者に分けて別々の保険制度を設けること自体、世代間に分裂を持ち込む過ちです。階層を分けられ分けられるほど、どの層の負担が重くて損か、どの層の受けるサービスが手厚くて

得かなどという議論が始まります。

政府は、年金の報酬比例部分の支給開始年齢を六十歳から六十五歳に引き上げるに当たり、対象者に対して二歳刻みに六段階の差を設けました。また、老齢基礎厚生年金の繰上げ受給者に対しても、一か月当たり〇・四％ないし〇・五％という極めて細かい数値を設定しています。

資料を御覧ください。

例えば、一九六二年、昭和三十七年四月一日以前に生まれた人が六十五歳から十四万円受け取るはずの年金を、五年早い六十歳から受け取るとします。この階層の一月当たりの減額率は〇・五％です。ですから、毎月の受給額は三〇％減の九万八千円となります。毎月の受給額は九万八千円ですから、六十五歳までに合計五百八十八万円を受け取ることになります。

一方で、六十五歳から受け取る人は、早期受給者よりも四万二千円多い満額の十四万円を毎月受け取るわけですから、百四十か月、すなわち十一年と八か月で追い付く形になります。つまり、七十六歳八か月よりも早死にするなら早期受給者の得、長生きするなら六十五歳受給者の得という非情な損益分岐点を、国民、市民に選ばせる制度なのです。

更に言うと、早期受給を選択せざるを得ない人々の中には、職を失ったり、老後の蓄えがなかったりする人もいます。政府の経済雇用政策の失敗と格差社会の犠牲者とも言える人々に対してこのような選択を強いる年金制度は、非人間的ではないですか。

フランスでは、年金支給年齢を六十二歳から六十四歳に引き上げるに当たり、百二十万人もの労働者、市民がデモに繰り出しました。今般の法改正も、人々に不信と憎悪を植え付けるものと考えますが、厚労大臣、いかがですか。

○国務大臣（加藤勝信君） ちょっと多岐にわたったんですが、一つ一つ答弁するとかかなり長くなりますが、それでもよろしければ一個一個御答弁させていただきますと思います。

総じて言えば、今回のそもそもの改正は、従前から申し上げておりますように、それぞれの能力に応じて負担をお願いすると、まさに全世代型社会保障の構築、これに向けての一步ということで対応させていただいているところでございます。

○天畠大輔君 代読します。

政府は、後期高齢者医療制度がスタートした二〇〇八年から二〇二二年までの間に、高齢者一人当たり保険料が五千三百三十二円から六千四百七十二円へ一・二倍になったのに比べ、現役世代の一人当たり支援金が二千九百八十円から五千四百五十六円へ一・七倍になったという事実をもって、伸びが同じになるよう見直すとして本法案を作りましたが、全く無責任です。現役世代に対して、十四年間で二千四百七十六円、つまり一年当たり百七十七円以上の給与のベースアップが実現できていれば、受容できたはずではありませんか。

大臣、本法案は、自らの失政の責任をごまかして世代間の対立へと転嫁する法案ではありませんか。

○国務大臣（加藤勝信君） 今回の、後期高齢者医療制度の創設以来、今委員から御指摘のように、後期高齢者の保険料の伸びと現役世代の負担の伸びが、片や一・二倍、片や一・七倍ということで大きく上回り、これが現役世代の負担感を高めているということであります。介護保険を参考に両者の伸びを同じようにするというところで制度の見直しを図ったものであります。

しかし、この見直しに当たっても、後期高齢者において、所得の低い方には十分配慮をし、一定の所得以上の方に御負担をお願いする、あるいは一遍に負担が増えないような緩和措置も入れる、こうした配慮も行っているところでございますので、全体として、先ほど申し上げた、それぞれに応じた負担を分かち合っていたと、そうした観点に立って今回の提案をさせていただきまして。さらに、今賃上げのお話もありました。これ、賃上げについては、現在、春闘で今賃上げ交渉が

行われているわけですが、現状、大変力強い賃上げの動きが見られているところでありますので、引き続き、賃上げが上げられ、今回の春において中小企業あるいは非正規の方にも賃上げの波が及んでいくようなこと、また、今回一回限りに終わらず、構造的な賃上げがこれからも続くように政府としても努力をしていきたいと考えております。

○委員長（山田宏君） 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（山田宏君） 速記を起してください。

○天島大輔君 人々が分断され、社会で不平等を感じるのであれば、全世代対応でも持続可能でもありません。代読をお願いします。

社会保障費については、その財源を保険料中心ではなく税収中心に改め、子供、若者、現役、高齢者全体に目を配った上で予算配分し、全ての階層の福祉を向上させてこそ全世代対応型と言えるのではないですか。大臣、いかがですか。

○国務大臣（加藤勝信君） 現在の社会保障の仕組みは、広く国民が直面する典型的なリスク、医療、介護、あるいは年金、高齢化というところでありますが、リスクに対し、共同してリスクに備える仕組みである共助としての社会保険制度を基本に対応するという考え方に立ちつつ、低所得者の方については公費を投入することで共助の仕組みに組み入れる形で保障の仕組みを整備してきたところであります。

加えて、このような保障の仕組みの下でもなお最低限度の生活が維持できない場合などについては、生活保護制度や生活困窮者自立支援制度などの公助によって必要な保障を講じてきました。

さらに、社会保障・税の一体改革においても、社会保障の機能強化として、消費税財源も活用して、子ども・子育て支援の充実、低所得者に対する保険料軽減制度の拡充、年金生活者支援給付金の創設等に取り組んできたところでございます。

大事なことは、自助、共助、公助のバランスを適切に図っていくことであります。引き続き

き、社会経済の変化に対応して社会保障制度が求められる機能を果たし続けることができるよう、こうしたバランスもしつつ踏み進めながら不断の見直しを行っていきたいと考えております。

○天島大輔君 順番が全く逆です。代読お願いします。

岸田政権の社会保障政策は、公助、共助、自助が逆立ちしています。特定の世代や階層の負担を単純に比較してその差をならすだけなら、政府は要りません。社会保障の財源については、累進性を高めた税収をその基本とすべきです。土台は公助であるべきです。

ところが、政府は、この公助をどんどん縮減して、保険料負担の押し付け方を変えて帳尻を合わせようとしています。さらに、政府は、この帳尻合わせに乗じて五十億円も公費負担を軽くしようとしています。

東京保険医協会のある医師は、こう報告しています。後期高齢者の中には、毎月受診が必要なのに隔月にしたいと自分から申し出る人や、一か月分で出した薬を自分で間引いて二か月分にして服用している人がいます。まさに後期高齢者の命がながいがしろにされています。

せめてこの五十億円を吐き出して、後期高齢者の負担増を圧縮するつもりはありませんか。大臣のお考えをお聞かせください。

○国務大臣（加藤勝信君） 本法案による後期高齢者負担率の見直しに伴って、約五十億円分の公費負担の減少が見込まれているところであります。

これは、国民健康保険において後期高齢者支援金についても公費が投入されていることから、後期高齢者負担率を見直すことで国民健康保険に加入する現役世代が負担する後期高齢者支援金が減少することに伴い、結果として公費負担が減少するということであります。

後期高齢者の増加等により医療費を始めとする社会保障の増大が見込まれており、社会保障全体で見えていただきますと、もう国庫負担は年々増加をしているわけでありです。今回の取扱いに、公

費の取扱いについては今後の予算編成の過程で議論されるところでございますけれども、まさにこうした社会保障全体をどういう形で負担をしていくのか、またそれぞれ議論をさせていただかなければならないと考えております。

○天島大輔君 代読します。

国保加入の現役世代の負担金減少五十億円を公費削減のためにかすめ取るのは、まさに火事場泥棒です。政府は、前期高齢者について、もう少し生きそう、後期高齢者について、もう少しで死にそうと考えているのですか。まるで高齢者が死ぬのを待っているかのようです。高齢者は社会の重荷になっている、せめてもつと負担を受け持つて、現役世代に迷惑を掛けるなという法案ではありませんか。大臣、いかがですか。

○国務大臣（加藤勝信君） 先ほどから説明をさせていただいていますが、今回の公費もここでも五十億減るわけですが、これから高齢者が増えて更に医療費の負担が増えていく、そうした中でこれまでも公費の負担が上がってきている、このことをしっかりと御認識をまずいただく必要があるんだろうというふうに思っております。

今回の措置においても、今回の法案の中においても、後期高齢者負担の見直し、あるいは出産育児金の負担も含めて後期高齢者の皆さんにも御負担はお願いをしておりますが、ただ、その際にも、高齢者全員に一律の負担をお願いするのではなく、低所得者の方々の負担が生じないよう負担能力に応じた負担にするよう、あるいは一遍に負担が上がらないような緩和措置、こうしたことも盛り込ませていただくところでございます。

こうしたことを通じて、先ほどから申し上げておりますけれども、それぞれの方々が負担能力に応じて必要な医療を始めとした社会保障サービスが提供できるこの基盤の構築、これを進めていきたい、これが今回の法律の趣旨でございます。

○委員長（山田宏君） 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（山田宏君） 速記を起してください。

○天島大輔君 本法案は、むしろ人々の連帯を阻害しています。代読をお願いします。

社会保障は、世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるというのなら、なおのこと累進性を強化した税収中心へと変えていくべきです。

麻生太郎当時の財務大臣は、二〇一六年六月、九十になつて老後が心配とか訳の分からないことを言っている人がテレビに出ていたけど、おまえ、いつまで生きているつもりだと思いがながら見ていましたと発言しました。極めて不適切な発言と考えますが、大臣の見解をお聞かせください。

○国務大臣（加藤勝信君） 御指摘の発言はまさに政治家個人の発言でありますので、大臣の立場として見解を、それに対して見解を申し上げる立場にはないというふうに考えております。

その上で、本格的な少子高齢化、人口減少時代を迎える中で、政府としては、全ての年代の人々が希望に応じて意欲、能力を生かして活躍できる社会づくりを目指しております。同時に、超高齢化社会に備え、全ての国民がその能力に応じて支え合い、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障がバランスよく提供される、全世代型対応型の持続可能な社会保障制度の構築、これに向けて取り組んでいきたいと考えております。

○天島大輔君 代読します。

その麻生氏もあと七年で九十歳を迎えられます。優生思想の下では、私たち障害者は生きていく価値のない人間として扱われました。ところが、国は、優生手術裁判において、国敗訴の判決を不服として控訴、上告を繰り返しています。

このような国の姿勢と本法案は根っこの部分でつながっているのではありませんか。全ての人々に対してかけがえのない存在だと言える社会を目指すのならば、大臣、本法案は廃案にすべきではありません。

○国務大臣（加藤勝信君） 強制不妊手術事案に係る訴訟については、こども家庭庁にも移管してお

りますのでこの場では答えを控えさせていただきますと思いますが、お尋ねのような優生思想については、現在、政府としてそのような考えは持っておりません。全ての国民が障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念などについて普及啓発を行っております。

また、本法案は、先ほどから申し上げておりま
すけれども、まさに全世代型対応型の持続可能な
社会保障制度を構築するためのものであります。
超高齢化社会にあつては、社会保障は世代を超え
た全ての人々がまさに連帯をし、困難を分かち合
い、未来の社会に向けて協力し合うためにあると
いう認識を全ての世代にわたって広く共有してい
ただくことが大事だと考えております。

こうした考え方に立って、年齢や障害の有無に
かわらず全ての国民が安心して生活できるよ
う、本法案による改革も含めて、一つ一つ施策を
進めていきたいと考えております。
○天島大輔君 本法案は悪法であり、撤回すべき
と再度申し上げて、質疑を終わります。
○委員長(山田宏君) 本日の質疑はこの程度にと
どめ、これにて散会いたします。

午後五時十八分散会

四月二十八日本委員会に左の案件が付託された。

一、パーキンソン病患者への難病対策の推進に
関する請願(第九五五号)(第九五六号)

一、若者も高齢者も安心できる年金と雇用に関
する請願(第九五七号)

一、建設アスベスト被害給付金を改正し、建
材企業が参加する補償基金制度の創設を求め
ることに関する請願(第九五八号)

一、パーキンソン病患者への難病対策の推進に
関する請願(第九七二号)

一、腎疾患総合対策の早期確立に関する請願
(第九七三号)

一、診療報酬改定による看護職員処遇改善評価

料に関する請願(第九七四号)

一、パーキンソン病患者への難病対策の推進に
関する請願(第九七五号)(第九七八号)(第九
七九号)

一、若者も高齢者も安心できる年金と雇用に関
する請願(第九八〇号)(第九八一号)

一、パーキンソン病患者への難病対策の推進に
関する請願(第一〇〇九号)

第九五五号 令和五年四月十四日受理

パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 広島市 米本武 外二千二百九十
九名

紹介議員 森本 真治君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九五六号 令和五年四月十四日受理

パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 東京都練馬区 高本久子 外六百
十四名

紹介議員 倉林 明子君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九五七号 令和五年四月十四日受理

若者も高齢者も安心できる年金と雇用に関する請
願

請願者 京都府亀岡市 浅野誠 外千二百
四十三名

紹介議員 倉林 明子君
この請願の趣旨は、第七八六号と同じである。

第九五八号 令和五年四月十四日受理

建設アスベスト被害給付金を改正し、建材企業
が参加する補償基金制度の創設を求めることに関
する請願

請願者 京都市 佐藤美穂 外四百四十二
名

紹介議員 倉林 明子君

この請願の趣旨は、第八七九号と同じである。

第九七二号 令和五年四月十七日受理

パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 鹿児島市 久保田佳代子 外七千
十四名

紹介議員 秋野 公造君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九七三号 令和五年四月十七日受理

腎疾患総合対策の早期確立に関する請願

請願者 横浜市 渡辺吉一 外七百六名

紹介議員 島村 大君
この請願の趣旨は、第五四三号と同じである。

第九七四号 令和五年四月十七日受理

診療報酬改定による看護職員処遇改善評価料に関
する請願

請願者 東京都品川区 糸賀由香里 外五
千五百十六名

紹介議員 倉林 明子君
二〇二一年十一月に閣議決定されたコロナ克
服・新時代開拓のための経済対策に基づく令和四
年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療な
ど一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員
を対象に、第一段階として二〇二二年二月～九月
の間、補助金を活用した収入の一定割合(月額四
千円)の引上げが行われ、第二段階として二〇二
二年十月以降、診療報酬により三割程度(月額平
均一万二千円相当)の収入引上げを図る仕組みと
して看護職員処遇改善評価料が新設された。政府
が看護職員の処遇の改善に取り組み始めたのは重
要なことである。しかし、看護職員処遇改善評価
料の対象となる施設は地域でコロナ医療など一定
の役割を担う医療機関(救急医療管理加算を算定
する救急搬送件数が年間二百件以上の医療機関及
び三次救急を担う医療機関)であり、賃金改善の

対象職種が限定されていることにより施設間や職
種間での不公平が生じ、評価料の算定を断念した
り不公平を是正するための経営負担が生じたりす
るなどの問題が起きている。賃金改善の対象が
限定されることで、複数の施設を有する医療機関
では、法人内の異動や新人看護師の配属先にも影
響が及んでいる。また、評価料の対象外となつて
いる訪問看護ステーションや診療所においても、
地域医療を守る必要性から通常の診療時間外にも
発熱患者、ワクチン接種の対応などに奮闘してき
た。そして、コロナ病棟へ入院することができな
い患者を回復期・慢性期病院や介護施設でも診療
し、在宅では訪問看護や訪問診療が担うなど、地
域の医療機関が協力し支え合ってきた。

については、次の事項について実現を図られた
い。

一、二〇二二年十月に新設された令和四年度診療
報酬改定による「看護職員処遇改善評価料」を抜
本的に見直し、全ての看護職員が対象となる制
度とすること。

二、全ての医療従事者の処遇改善及び体制充実に
向けた診療報酬の引上げをすること。

第九七五号 令和五年四月十八日受理

パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 大分市 松本盛太 外九百五十九
名

紹介議員 秋野 公造君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九七八号 令和五年四月十九日受理

パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 東京都練馬区 平峯寿夫 外二千
三百二十六名

紹介議員 石田 昌宏君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九七九号 令和五年四月十九日受理
パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 東京都葛飾区 恩田英三 外七百
三十名
紹介議員 秋野 公造君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九八〇号 令和五年四月十九日受理
若者も高齢者も安心できる年金と雇用に関する請
願

請願者 滋賀県大津市 家辺三枝子 外三
百二十四名
紹介議員 嘉田由紀子君
この請願の趣旨は、第七八六号と同じである。

第九八一号 令和五年四月十九日受理
若者も高齢者も安心できる年金と雇用に関する請
願

請願者 神奈川県海老名市 菊地ひろ子
外三百十八名
紹介議員 芳賀 道也君
この請願の趣旨は、第七八六号と同じである。

第一〇〇九号 令和五年四月二十日受理
パーキンソン病患者への難病対策の推進に関する
請願

請願者 北海道旭川市 柳田文雄 外二千
四百八十四名
紹介議員 横山 信一君
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。