

179-参・厚生労働委員会 平成23年12月01日

※学校歯科保健について、年金・障害者雇用・柔道整復療養費について、予防接種・薬害肝炎・性的マイノリティー対応・介護報酬改定について、受診時定額負担について

○石井みどり君 おはようございます。自由民主党・無所属の会の石井みどりでございます。

本日は、厚生労働関係だけでなく学校歯科保健についてもお伺いしたいので、文科省からお出ましをちょうだいしました。ありがとうございます。

実は、今、日本の経済状況非常に悪くなって、そのことが子供たちにも大きな影響を及ぼしております。親の経済格差が子供たちへの経済格差にもつながり、そしてそのことが大事な子供たちの健康格差にもつながっている、健康をもむしばむことにつながるというような、そういう問題が起こっております。

先生方も学校時代は健診を受けられたと思うんですが、その中に歯科健診もあったと思います。今、口腔の二大疾患としては齲蝕と歯周病がよく知られているところでありますが、特に歯周疾患に関しては、成年期以降の歯を失う大きな原因になっていまして、特に四十歳以降はそれが著明になってまいります。ところが、歯肉炎に関しましては、幅広い、若い年齢層、小学生に至ってまでこれが認められるということが学校歯科健診によって明らかになっております。

私が臨床で働いておりましたのは既にもう六年前になりますが、そのときの臨床の感覚としても、非常に子供たちに、硬組織の疾患だけでなく、いわゆる歯周組織の疾患が広がっているという実感を持っておりました。これは、やはり生活環境が大きく変わって子供たちの食生活も変化をしてきている、そういうことが原因だろうと思っております。

直近の歯科疾患実態調査といいましても二〇〇五年度であります。これによりますと、五歳から十四歳の子供においては何らかの歯周病の所見が見られる者が四三%に上るとされています。そして、十五歳から十九歳では五%の者が、これちょっと専門的になるんですけど、四ミリ以上の歯周ポケットを有する歯周炎を生じているとされています。歯周ポケットというのは、健全な歯周組織であればほとんど一ミリぐらいしか歯と歯周の間にすき間がないんですが、それが四ミリの深さになるというのはもう中等度に歯周炎が進行したという状況であります。既に十五歳から十九歳で五%の子供たちがそういう中等度の歯周炎に罹患しているというデータが出ています。

広島大学の調査では、歯周病所見が見られる生徒の割合が歯科疾患実態調査における数字よりもはるかに大きく、実際には若年層における歯周疾患の状況が歯科疾患実態調査が示すよりも深刻なのではないかというデータが示されています。

若年世代における歯周疾患の実態、また最近の傾向についてどのように認識をされておられますでしょうか。これは厚生労働省の方をお願い申し上げます。

○副大臣（辻泰弘君） 若年層における歯周疾患の実態についての御質問をいただきました。

一般に歯周疾患は中高年層に多く見られる疾患だと認識されているところでございますけれども、厚生労働省が六年ごとに実施しております歯科疾患実態調査によりますと、平成十七年の歯肉に所見のある者の割合は、十五歳から十九歳で六六%、二十から二十四歳で七六%となっております。低年齢層からの罹患が認められるところでございます。また、平成十一年と平成十七年の調査結果を比較すると、いずれの年齢階層におきましても歯肉に所見のある者の割合はおおむね増加しているところでございます。

このような現状を踏まえ、厚生労働省といたしましては、八〇二〇運動推進特別事業などを通じまして歯周疾患予防のための歯ブラシ指導等を進めているところでございまして、今後も国民

の歯科保健の向上に努めていきたいと、このように考えているところでございます。

○石井みどり君 ありがとうございます。

そういう認識でおられるということは大変有り難いと思っておりますが、今お答えいただいたように、若年層における歯周疾患の多くは、今広がっていているわけでありましたが、多くは歯肉炎でありまして、そしてその歯肉炎から歯周炎に移行するということが様々なデータで出ております。ただ、歯周疾患あるいは歯周病はいわゆる自覚症状が乏しいんであります。痛みがなかったりとか、そして自覚症状が出たときには既に相当程度重度に進行しているということがありまして、そのために歯周疾患に関しましては予防のための保健活動、歯科保健活動が大変重要でありまして、それも若年期からの予防、そして早期発見、早期治療、そしてその後の自己管理ということが大変重要であると考えています。

また近年は、これ以前は若年性歯周炎と呼ばれていたんですけど、アメリカの歯周病学会では侵襲性歯周疾患という言い方をしているんですが、これが非常に特異な歯周疾患でございます。これは若年世代にのみ多発して、しかもいわゆる第一大臼歯とか前歯部で限局して非常に高度に進行する歯周疾患でありまして、骨の破壊があったり、若年層、十代の高校生のような人たちであっても骨の破壊があるような歯周疾患がございます。こういうこともございますので、やはり早期からの予防が重要だろうというふうに考えています。

この歯周疾患全体はもちろん各世代ごとの予防が大事だと思いますが、特に若年世代に対しても早期の予防、発見が特に重要であると考えておりますが、その辺り、厚生労働省としてはどういうふうにお考えでいらっしゃいますか。

○副大臣（辻泰弘君） 委員から御専門のお立場から御提言をいただいたところでございますけれども、予防というものが非常に大事だと思っておりますので、御意見もしっかりと受け止めさせていただいて今後とも対応していきたいと、このように考えております。

○石井みどり君 ありがとうございます。

そうしますと、やはり、早期発見と申しましたが、これは学校での集団健診、ここが非常に有効になるかと思えます。…（以下略）

（中略）

○大島九州男君 民主党の大島九州男でございます。

今日は三つ課題を質問させていただきますが、まず一番最初に、新聞報道で、年金減額、民主党も了承、特例の払い過ぎ分ということで、こういう記事が出ておりました。

過去の物価下落時に年金が特例で据え置かれ、本来より高い額が払われている問題で、民主党の年金作業チームは二十九日、年金を減額して本来の水準に戻すべきだとの意見をまとめた。政府側も来年度からの減額に前向きで、関連法案が来年度の通常国会に提出される公算が大きくなった。可決されると、来年度の年金は、今年物価下落に伴う減額分も加え、更に下がる。年金は毎年度、物価の変動に応じて支給額が増減調整されている。しかし、自公政権が二〇〇〇年度からの三年間、物価下落にもかかわらず減額を見送ったため、現在の年金額は本来より二・五%分高くなっている。政府の行政刷新会議は二十三日、来年度から払い過ぎを解消するよう提言。小宮山洋子厚生労働相も前向きな姿勢を示すと。

こういうニュースがありますけれども、この件について少しちょっと分かりやすく御説明をしていただければと思います。

○副大臣（辻泰弘君） まず、現在の制度を申し上げたいと思いますけれども、年金の物価スライドは、物価上昇率に応じて年金額を改定することによりまして、物価の変動にかかわらず、年金受給者の購買力を維持するために行われているものでございます。現在支給されております年金額は、過去の物価下落時に特例的に年金額を据え置いたことから、法律上、本来想定している年金額と比べまして二・五％高い水準となっているというものでございます。

六月三十日決定の社会保障・税一体改革におきましては、急速な少子高齢化が進行する中で、将来の現役世代の負担が過重なものとならないよう、給付水準を本来の水準に戻し、年金制度の長期的な安定を確保する必要があるという観点から、御指摘のいわゆる特例水準の解消も含めて、デフレ経済下における年金財政安定化方策の在り方について検討することとされたところでございまして、その改革案を受けて、現在、社会保障審議会の年金部会、また与党内の議論などが行われているところでございます。

政府といたしましては、できる限り早期にこの特例水準の解消を図る必要があると考えているところでございまして、年金部会等の議論も踏まえながら速やかな実施に取り組んでいきたいと、このように考えているところでございます。

○大島九州男君 私も地元、いろんなところを回りますと、お年寄りから、また年金下がるの、何とかしてよというふうに言われて、ちょっと簡単に説明したんですけども、こういう制度があつてと、元々特例で二・五％高くなっているんですよ。でも、それはなかなかおじいちゃん、おばあちゃんには理解されないんですよ。

だから、元々のこの年金の制度の周知というものができていないということも一つ大きな問題であるんですが、現実問題を見なくてははいけませんから、当然その二・五％の是正を何年掛けてやるのかによってもまた違ってくるでしょうし、そのときの物価の変動によっても違ってくる。これはもう非常に難しい計算にはなると思うんですけども、仮に今の物価水準が変わらないとして、そしてこの年金の二・五％の差額を三年なのか五年なのかで埋めるのかというような形になったときに、一つの例で結構ですから、年金が大体幾らぐらい変動していくのかというものを、ちょっと分かれば教えていただきたいと思います。

○副大臣（辻泰弘君） 仮に特例水準を三年間あるいは五年間で解消するとした場合の数値を示すべしという御質問をいただきました。

まず現状から申し上げますと、平成二十三年度の老齢基礎年金の額は、満額で月額六万五千七百四十一円となっているところでございます。そして、仮に物価、賃金の変動がないものとして、特例水準の解消に向けて年金額を毎年度一定の率で引き下げることとした場合の年金額の推移について機械的に計算をいたしますと、まず、二・五％分を三年間で、例えば最初の二年間に〇・八％分ずつ、三年目に〇・九％分を解消することとした場合には、初年度の年金額は月額六万五千二百八円、二年度目は月額六万四千六百七十五円、三年度目は月額六万四千六十六円となります。また、五年間で毎年〇・五％分ずつ解消することとした場合には、初年度の年金額は月額六万五千四百八円、二年度目は月額六万五千七十五円、三年度目は月額六万四千七百四十一円、四年度目は月額六万四千四百円、五年度目は月額六万四千六十六円になると、このような数値になります。

○大島九州男君 新聞報道では、三年掛けて解消する案でいくとというふうにして、値段が約六百六十円、月下がるというような、そういうふうな書き方がされてありましたけれども、これは

仮に今の景気が変わらない状況でという前提ですから、私は今日は何が言いたいかといいますと、この物価スライド、今非常に景気が悪いということですからこういう状況ですけれども、逆に物価が上がれば年金が上がるわけですよ。だから、ここの部分をもうちょっと、やはり我々としては前向きに、お年寄りに希望と夢を与えるという意味でも、しっかりと我々みんなが頑張って物価を上げていく、景気を上げていくというような、そういう気持ちを共有する一つの材料にしないでいけないんだなという、そういう思いで受けたわけですよ。

仮に、これが三年で今言う六万四千六十六円に下がるのか、五年で六万四千六十六円に下がるのかというそのタイムラグでいくと、この三年で景気が上がっていけば一番いいわけですけれども、そういう意味では、五年という一つの緩やかな少しはカーブがいいんじゃないかという、そういう考え方を持っているんですけども、これ今議論されているということなんですが、見通し的には三年、五年というのはどういう感じなんでしょうか。よかったら、じゃ、大臣、お答えになりますか。

○国務大臣（小宮山洋子君） 今委員がおっしゃったように、本当に御高齢な方で年金だけで生活していられっしゃる方が六割いられちゃると。その方への生活への配慮が必要なことはもちろんなんですけれども、ただ、このままでいきますと、将来の、今度は、私どもの社会保障改革は、現役世代あるいは子供の支援も含めて全世代型にすると。将来のやはり担い手の皆さんの年金がこのために先細っていったりはやはりまずいので、そういう意味で今回その特例水準はなるべく早く解消をしなければというふうに思っているところです。

先ほど、物価が上昇すれば上がるんですよというお話がございまして、本来水準が物価や賃金の上昇に応じて引き上げられる結果、特例水準を上回って年金額が引き上げられるということはあるんですけども、ただ、持続可能にするために、マクロ経済スライドが特例水準を解消しますと発動いたしますので、そうすると、特例水準を平均的に〇・九%以上上回ったときに上がっていくということになるので、なかなかこれもまた複雑な制度ですので説明の仕方が難しいと思うんですが、この年金のことだけではなくて全体の、超少子高齢社会の中での持続可能な、みんなが安心できる制度にするためにはそれぞれどうしたらいいかということまでなるべく併せて説明をしていただけるように、間もなく社会保障改革の全体像をお示しをしたいと思いますので、その骨格になるようなものを、それを分かりやすくお話しいただけるような材料もしっかりと用意をしたいと思いますので、なかなか地元で説明をされる苦労というのは分かりますが、全体のためにやはりこの特例水準というのは、三年か五年かは今まだ党の方も審議会も協議中がございまして、全体的な、ここだけではなくて全体のバランスを見ながらしっかりと検討していきたいというふうに考えています。

○大島九州男君 この年金の問題については持続可能という一つ大きなテーマがありますので、小泉さんのときにマクロ経済スライドというのが入るときに、本当に大丈夫かいなというふうな思いをした記憶があるんですが、結局、今回の、二〇〇〇年のときに、そのときに素直に物価スライドしておけばこういう問題にはなっていないんでしょうけれども、やはりそのときの政権も、お年寄りに配慮だとか、そういった部分で下げられなかった部分は僕は大きい理解はできるんですね。

だから、そういった意味で、今非常に厳しいときに、ぎりぎりの状況になってこの政権でそういう厳しい選択をしなければならなくなったというのもこれも一つは仕方がないことといえば仕方がないことでありますけれども、やはり二・五%を上回る、そしてまた年金スライドのマクロ経済スライドの部分も上回るぐらい日本の景気が上回ることを願ってやみません。

とにかく、今回のこの件については非常に厳しい選択でありますけれども、やはり若い人たち、若年層の人たちにも夢のある年金として生まれ変わるためには抜本的な改革が必要でしょうから、

真摯な議論を進めていきたいというふうに思っております。

それでは、次の質問に移ります。

先日、障害者雇用に関する統計が発表されましたけれども、この点、ちょっと簡単にどういう状況だったかというのを御報告いただければと思います。

○委員長（小林正夫君） どなたでしょうか。

○大島九州男君 ちょっと質問の仕方を変えます。

障害者雇用促進法で、今回、定められている雇用義務の一・八％に及ばなかったというふうなことになっておりますけれども、ここの部分、民間企業の努力によって八年連続で障害者の雇用数が増加していると。これは数字のマジックじゃないですけども、結局、働く人、パートの人の短時間労働者も含めてそれを分母にし、そして障害者の数を分子として計算するとこの一・八％に及ばなかったという状況はあるんですけども、現実的には障害者の雇用の実数は増えているという、そういう理解をしておりますが、それはそういう理解で間違いはないんですよね。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘のとおりだと思いますけれども、本年六月一日の民間企業の規模別の障害者雇用率は、中小企業の五十六から百人未満規模で一・三六％、百人から三百人未満規模で一・四％と低調な状態になっているということでございます。民間企業の雇用状況、実雇用率一・六五％、法定雇用率達成企業割合四五・三％と、そういう状況でございます。

○大島九州男君 今日は何が言いたいかといいますと、ちょっと資料でお配りをしていると思うんですが、障害者雇用納付金制度と。ここには、雇用率未達成企業、常用労働者が二百人超えの企業から納付金を徴収して、雇用率達成企業などに対して調整金、報奨金を支給するとともに各種の助成金を支給している。これはこれで大変すばらしい制度だとは思いますが、中小企業と大企業というものを一律に見ていくのはどうなのかと。

やはり、私ども、中小企業といいますと、すぐ私の頭に来るのはもう超零細、例えば五人、十人、そういったところの中小企業と、今言う常用労働者が二百人とか百人とかいうような中小企業とでは大きく差があると思うんですね。だから、そこを考えたときに、大企業のその雇用の義務の率と、当然、中小企業の雇用の率というものについては大きく差を付けてもいいんじゃないかと。そしてまた、助成の仕方、中小企業に対するその助成金額とかそういったものについても段階的に区別をしてもいいんじゃないかという、そういう考え方を持っているんですけども、そこら辺を、どういうお考えかというのを聞かせていただければと思います。

○副大臣（辻泰弘君） これまでも中小企業にはハローワークによる助言、指導や特定求職者雇用開発助成金などの中小企業に配慮した助成金を通じまして雇用促進を図ってきたところでございますけれども、今後ともそうした支援を充実していく必要があると、このように考えているところでございます。

また、平成二十二年三月の特別支援学校卒業生のうち二四％が一般企業に就職されておりますけれども、今後とも、教育と雇用分野との連携を強化し、障害者雇用を更に進める必要がある、このように考えているところでございます。

こうした中小企業への支援や、教育から一般就労への移行の更なる加速という課題について今後の取組を検討するために、先月、教育、福祉、雇用の関係者などを委員とする研究会を立ち上げさせていただきまして、地域の就労支援の連携の在り方などについて議論を開始したところでございます。

今後、この研究会での御意見を踏まえ、一人でも多くの障害者が働くことを通じて社会参加を実現できるよう、課題解決に向けて取組を、検討を進めていきたい、このように考えているところでございます。

○大島九州男君 大変その考え方は有り難いことでありますけれども、具体的には、やはり特に地元の小さい企業が近くの作業所やいろんところで働いている障害者の人を雇用するというのはなかなか現実的には難しい状況にあるわけですから、そういった地元の企業で本当に身近な障害者を雇用するというようなことに対して中小企業が積極的に一歩でも二歩でも足を踏み出せるような、そういう具体的な制度をつくっていただくということを常に願ってやみません。

やはり障害者をお持ちのお母さん、お父さん又は家族は、その障害者が、自分たちがいなくなったときに本当にその子が笑顔で暮らすことができるのかということをお考えになられている。やはりそういった意味で自立という部分、その子が本当に自分で一人で働いて生きていけるんだらうかという、そういう思いを常に抱かれているという中では、やはり特に、特別支援学校に通い、そしてそこを卒業して、それから働く場所があるかないかというのは大変将来にわたって非常に大きな問題になるところであります。そしてまた、なかなか都会の大きな企業だとかそういうところに行ける人は非常に少ないんじゃないかと。だから、地域の本当に身近な中小零細企業にお世話になることができるような、そういう具体的な支援をつくっていただくことを、具体的には是非進めていただきたいということを要望して、午前中の質問はこれで終わりますので、午後は統合医療をやらせてもらいますので、よろしく願いいたします。

以上です。

(中略)

○大島九州男君 今お話にありましたけれども、お医者さんのところで補完するのが、今言う柔道整復師や鍼灸、あんまマッサージさんの療養費であると、この療養費の伸びが大変大きくなっているというようなことをお聞きしました。

私どももそれをいろいろ調べてみると、どういうことで起こっているかということ、やはり、元々柔道整復師さんというのは、歯医者さんが昔抜き歯、差し歯というふうに言われたときの抜き歯、差し歯、骨接ぎというふうな形で言われていた人たちが国家資格になるときに柔道整復師というふうな形で発展をしていったと。もう昭和十一年ごろから受領委任払いというこの制度ができて、今お話にありましたように、元々償還払いをしなければならぬという部分が、患者さんの利便性のためにという、特別にそういった支払をしていくことからだんだんだんだん広がっていき、専門学校も増えて、そして、専門学校三年で国家資格を取るとすぐ開業するというような状況になっていて飛躍的に増えていったというふうに、私どもはそれを理解しているんですね。

だから、そこでいろんなそごが生まれている。それは何かと。整骨院、そういったものがどんどん広がっていくけれども、国民の理解は、今言うように、町のリラクゼーションのマッサージ屋さんや国家資格を持っていらっしゃる鍼灸、あんまマッサージの人、整骨院の違いもなかなか理解できていないというようなこともある。

そうであれば、先ほど例に挙げましたように、二種免許のようなものをつくって、やはり国民の皆さんにより多く周知をする必要があるだろうと。そして、お医者さんのように、やはり国家資格を取って、臨床研修という何年間かしっかり研修を積んで、そしてそれから実際に開業をしていくというような、そういうやり方も必要ではないだろうかということをお考えのわけですね。

簡潔に言いますと、やはり国家資格を三年の専門学校で取得をし、取得をしというか勉強をして、国家資格の受験を受けて柔道整復師の資格を取りましたと。そうしたら、そこですぐ開業ができるような形ではなくて、やはりそこにはお医者さんのように研修を積んでいただくというようなことがあって、その先にその療養費を扱える施術ができるような資格を一つプラスすることによって一つ大きな違いが出てくるのではないかとこのように思っているわけです。

こういう話をしますと、いや、今、専門学校が昔十四校ぐらいだったのが今は百九校ぐらいになっているんですとか百十校を超えちゃったんですという話になるんですね。だから専門学校がやっていけないじゃないですかと言う人もいたので、いや、それは、私が先ほど言いましたように、二種免許のようなものをつくって、徒手整復というような形でお金を稼ごう、仕事として働こうという人は、専門学校へ行ってそういう技術を身に付けて資格を持って働きに行くというようなことが定着すると、国民の皆さんも、ああ、これは自分の自費で行くリラクゼーションだとかいうののマッサージだとか、そして、こっちはお医者さんの同意を得ていくマッサージ、それで療養費がもらえるところだとか、それとか、整骨院でやる治療というか施術であるとかいうような区別がある程度国民にも理解されていくだろうというふうに思っているわけなんです。

そこら辺、副大臣、考え方としてはどういうふうにお考えになられますか、御意見を。

○副大臣(辻泰弘君) 大島委員がかねてよりお取り組みになって、専門的に考えてこられたお立場からの御提起を含めた御意見をいただいたところでございます。

現状を申し上げますと、柔道整復療養費については、国民医療費の伸びを近年上回って増加している状況にあるわけでございます。同時に、会計検査院からも柔道整復療養費の支給を適正なものとするよう意見が表明されているという、これが現状でございます。

委員から御指摘いただきました二種免許という表現であったと思いますけれども、ある面、卒後臨床研修みたいな意味合いもあるかもしれませんが、そのような考え方というのも適正な支給に向けた提案の一つであるというふうに考えるところでございますけれども、厚生労働省といたしましては、平成二十四年度に予定をしております療養費改定において適切に対応するとともに、施術者や保険者等の関係者からの御意見を伺いながら、柔道整復療養費の在り方の見直しについて検討を行っていきたい、このように考えているところでございます。

○大島九州男君 私もいろいろこの問題、七年ぐらい時間掛けていろんな人から話を聞いて整理してみると、いろんな手当ては打たれたんですよ。いろんなことをやられているんですよ、皆さん。

それで、前回、療養費の改定するときも領収書の義務付けであるとか、そういったこともいろいろやられているんですけども、根本的な問題は、やはり保険を請求するときに、保険を請求する権利者が誰なのかと。基本的には、お医者さんの場合はお医者さんの責任でちゃんと保険請求していただくわけじゃないですか。ところが、この柔道整復師の場合は、請求権者は患者さんで、そして代理的にその柔道整復師の先生が請求をしていただいているという、こういうところに根本の問題があるんだというのが僕の認識なんです。

これは、患者さんの利便性のために当然入れられた受領委任払いというこの制度は私はしっかりと、厚生労働省が導入したときのイメージとしては大事なんですけれども、でも、私はそれをもっと進化させて、どういうふうにするかという、先ほど言いましたように、その国家資格を取って数年間研修を積まれた方が、仮称でありますけれども、例えば統合医療療養費保険制度みたいなものがあって、その先生たち、研修を積まれた先生がその保険の試験を受けられて、それに合格をした人が、これは当然国家資格として合格をした人が自分の責任で請求権者となって保険を請求するという、そこに責任を持っていただくことで間違えた請求やいろんなそごのあるような請求は極端に減るんじゃないかというふうに、私はそう思っているというのが一点。

この柔道整復師の徒手整復という技術というものは、骨折、脱臼、骨接ぎという昔から言われたやはり柔道を通じて必要な技術として、やっぱりその場ですぐ治療して治していったという実績とその技術というのは大変すばらしいものがある。だから、こういう技術をしっかりとやっぱり認めて、お医者さんの中にも、自分はメスを使って外科手術をするけれども、いや、自分は徒手整復専門で骨を治すというお医者さんがいてもいいはずなんです。

だから、そういうふうへとしっかりと進化をしていくようなことも考えていかななくてはいけません。いでしょうし、そのためにもやはり保険の制度自体をしっかりと抜本的に変えていかなければ、今の制度の中でいろいろ厚労省も取り組まれてきたり業界団体の皆さんも自助努力をされてきた中で有効な手だてが打てていないということを見たときに、先ほど副大臣がおっしゃった、やはり制度の在り方を抜本的に見直す時期に来ているんだというふうなところに行き着くと思うんです。

新聞報道やいろんなものを見るといかにも悪いイメージを持つ報道がされますけれども、これは、例えはいいか悪いか分かりませんが、お医者さんの中にも、また警察の人にも、いろんな政治家にも、一部何か悪いことをする人がいるとその業界が全部そのようなイメージの報道をされてしまっておりますけれども、実はそうじゃない。真面目にしっかりとやっつけらっしゃる人たちがいらっしゃるわけですから、そうしたら、その技術そのものをしっかりと伝承していく。特に、日本の伝統的な施術的治療というか施術をしっかりと守っていくということもやはり厚労省はやらなければならない立場であると、私はそう思っているんですけれども、副大臣、そういった抜本的な制度の見直しについて前向きに御検討をいただきたいと思うんですが、どうでしょうか。

○副大臣（辻泰弘君） 厚生労働省といたしましては、国民の医療、健康を守ることが大事な私どもの対策の、行政の根幹にあるわけでございますし、それを担保する制度をどのようにつくっていくかということが根本に、私どもに課せられた責務でもあるわけでございます。

委員の御提案は適正な支給に向けた提案の一つであると、このように考えるわけでございますけれども、私どもといたしましては、関係者の御意見も十分伺う中で柔道整復療養費の在り方について今後検討を行っていききたいと、このように思っているところでございます。

○大島九州男君 ありがとうございます。

我々もいろんなところで勉強させていただきますし、当然これはもう、医療、お医者さんの世界や保険者さんの世界やいろんな人たち等のやっぱり意見を聞いて、そして最後はやっぱり国民、患者さん本位のきちんとした制度をつくるべきだというふうに思っておりますので、その件については今後とも皆様方と一緒にいろいろ協議をしていきたいというふうに思っております。

最後になりますけれども、それこそ事業仕分で、支払基金と国保連合会の件について、これ統合した方がいいんじゃないかというふうに意見が出たというのを聞いて、私自身も支払基金と国保連合会の仕事の役割の違いというのは認識しているつもりなんですけど、これを今一気に統合することがいいのか悪いのかというようなことについてはいろいろ議論があると思うんです。

まず、是非、支払基金と国保連合会の役割の違いとか、同じところもありますけれども、違いとかいうのも簡単に説明していただくと有り難いのですが、よろしくどうぞ。

○副大臣（辻泰弘君） まず、現行制度について申し上げますと、現在の医療保険制度では、保険者が診療報酬を審査し保険医療機関に支払うことになっているわけでありましてけれども、支払基金は、この診療報酬の迅速かつ適正な支払を確保するため、保険者の委託を受け、診療報酬の審査、支払の業務を行っているものでございます。一方、国保連は、市町村国保と国保組合が共同で設立した保険者の団体であり、診療報酬の審査、支払の業務だけでなく、レセプトによる高額医療費の共同事業や被保険者証の作成、医療費通知の作成など、市町村国保の共同事業を担っているところでございます。



御指摘のように、統合を行った場合を考えると、システムが一本化されることによるシステム更改の経費の縮減や事務所等の経費が削減されることによって、中長期的に見れば業務コストの削減が期待できるとの指摘もあるわけですが、一方で、国保連では、仮に審査の事務だけを取り出すことになった場合、レセプトを活用して行っている高額医療費の共同事業など、保険者の業務の実施に支障が生じるおそれがあるほか、競争を通じて質の向上とコスト削減を進めるということが困難になると、このような可能性も懸念されるところでございます。

○大島九州男君 私どもも、この国保連合会のレセプトの審査だとかその他の業務と、それと高額医療の関係の相互扶助精神みたいな仕組みのシステムが担保されているという、その中でやられているということ、あの事業仕分をされている人とか国民の皆さんとかどこまで何かお分かりだったのかなという部分もあるんですね。

確かに、二つのものを一つにすればコストは安くなるという感じはするかもしれませんが、多分、支払基金で使っているシステム、コンピューターソフトだとか、国保連合会で使っているシステムというのは多分絶対違うと思うんですね。そうすると、そのシステム統合をしていくのにどれだけのお金が掛かるのかとかですね。

実際、じゃ同じようにして、支払基金と同じように、支払のことに特化して国保連合会がそれをやりますよと言ったときに、さっき副大臣が言われたいろんな審査業務だとかそういうものがじゃ市町村に下りていくのかと。そうすると、何々村の何々役場の職員さんにこのレセプトの審査とかそういったものが業務としてまた入ってくるのか、いや、じゃこれはもうちょっと専門的な人を雇わなくちゃいけないからといって人を増やしていくのか、これまた行革に逆行するような部分にもなっていくでしょうし、そこまで市町村が専門的に人材を育成してその業務を引き取ることができるのかという、具体的な現実的な部分が非常にあるんじゃないかというのを私はその話を聞いて感じたんですね。

だから、その部分はやはりきちんと数字を示して、そして役割の違いというものを示して、もし統合した場合はこうなりますと。ここで、今言った業務を出すときに、じゃもう一個、国保連がやっていた支払、審査の業務やいろんな部分をやる機構をもう一個つくって、それでなおかつこれを統合させるのかと。二つ足してもう一個できるんだったら、結局その効果がないわけです。それで、二つ足してそれがまた全市町村にその業務が入ってくるとなると、またこれ煩雑になるんですね。

だから、国保連合会が生まれた経緯というものも当然あるでしょうし、今しっかりやっているその業務の違いというものをやはり明確に発信をしないと判断ができないというふうに思っております、そのところについては是非厚労省の方からもきちんとした情報を出していただきたいというふうに思っておりますけれども、副大臣、そのところの見解はどうでしょうか。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘いただきましたように、この議論、恐縮ながら、いささか統合ありきの議論になっている部分があるというふうに私は思っているところでございますが、やはりこれまで果たしてきた機能というもの、それらの現状を踏まえて今後の在り方を検討し対応していくべきものだと、このように思っております。

いずれにいたしましても、支払基金と国保連の統合については、市町村を始めとする保険者の意向を踏まえるとともに、御指摘いただきましたような課題、論点も含めて検討していく課題だと、このように考えております。

○大島九州男君 何でもかんでも合理的かと思ったら、実は併せたら不合理になったと、合理的じゃない部分というものも出てくるということを是非整理をしていただきたいというふうに思います。

私ども、統合医療ということで、統合、統合ということはこっちで言いながら、こっちは統合するのはまずいという話をしているというように感じていらっしゃる方はいらっしゃると思いますが、どちらにしましても、先ほど言いました統合医療の中での分野については、やはり国民に分かりやすく示すという意味で、やはり国の役割は制度を明確にすることによって系統的に国民の皆さんが理解をしていただく。

もうしつこいようですけれども、車の免許を持っている人がお金を稼ごうと思つたら二種免許を取りに行く、料理を作っている人がそれでお金を稼ごうと思つたら調理師免許を取りに行く、これはもう国民の常識的なものになっていると。ということは、やはりこの徒手整復という用手療法というような部分の中も、国家資格のある人たちと国家資格がない人たちの余りにも差が激し過ぎて、非常にそここのところにそごが生まれやすい状況になっているということを鑑みたときに、やはりそういった二種免許のようなものをつくることによって、国民の皆さんにも理解が進んで、保険が利くものと利かないものの区別ができていくでしょうし、なおかつ、厚労省が療養費の支払をするその支払の、あっ、保険者がですね、保険者が支払をするときのその仕組みが、やはり厚労省としてしっかりと明確な責任がどこにあるのかというものをつくった仕組みをつくらなくて今まで放置してきたことがここまでの問題になっていると、私はそういう認識をしていますので、是非、国民のためにも、またいろんな柔道整復師さん、皆さん、鍼灸、あんまマッサージさん、そういう国家資格を取ってそこに従事されている人たち、それから保険者の皆さんも明快にすっきり分かるような仕組みを是非つくっていただくことを要望して、終わります。以上です。

(中略)

○西村まさみ君 ありがとうございます。

また、歯科医師にとりましてはもう一つチームの仲間であります歯科技工士に関しては、お願いを申し上げたいと思います。

歯科技工士免許というものは、昭和五十六年に知事免許から大臣免許に移行いたしまして、歯科技工士は国家資格となっています。しかしながら、その後三十年が経過した今日もなお、いまだ実は全国統一、同一判定基準による国家試験ではありません。是非とも、質の高い歯科技工士の養成確保のためにも、全国統一の試験の実施についてお願いを申し上げたいと思います。これは要望でございます。

それから、私は今、先ほど来、午前中からもありました予防接種について、ワクチンについてお尋ねを申し上げたいと思うんですが、平成二十二年度の補正予算において、子宮頸がんの予防ワクチン、H i b ワクチン、それから小児用の肺炎球菌のワクチンの接種機会というものを幅広く提供するために促進事業が展開されているわけですが、残念ながら、この三つのワクチンについての補正予算事業というものは本年度末までとなっています。来年度以降、この事業をどうするのか、また予算についてはどのようにお考えにならっしゃるのか、厚生労働省のお考えを聞かせていただきたいと思います。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘をいただきました子宮頸がん予防ワクチン、H i b ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの予防接種法上の位置付けを含めまして、予防接種制度の見直しについては昨年からは厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会で議論を進めているところでございまして、こうした議論を踏まえまして、平成二十四年度以降の子宮頸がん予防ワクチン等につきましては、予防接種法に位置付けるか、あるいは現在のワクチン接種緊急促進事業を延長するかして、引き

続きこうした予防接種が自治体で実施できるよう関係省庁とも調整をして進めてまいりたいと考えております。

○西村まさみ君　やはり国民の健康を守るために、防げるものは是非ともしっかりと防ぐような手だてをすることも国の大きな役目だと思っています。特に、早期に三つのワクチンに関しましては定期接種にしていかなければならない法改正も必要かと思いますが、その辺についてはいかがお考えか、再度見解をお聞かせ願いたいと思います。

○副大臣（辻泰弘君）　先ほども申し上げましたけれども、予防接種制度の見直しにつきまして昨年からは厚生科学審議会予防接種部会で議論を進めておりまして、九月二十九日の予防接種部会におきましては、厚生労働省から子宮頸がん等ワクチンについて、平成二十四年度以降も円滑な接種が行えるよう、今後の定期接種への移行を視野に入れながら検討をするとした具体的な検討案をお示しをしたところでございます。

引き続き、予防接種部会の検討状況も踏まえまして議論を進めていきたいと考えております。

○西村まさみ君　是非ともよろしくお願いをしたいと思いますと同時に、先進諸国とのいわゆるワクチンギャップの問題など指摘されていますが、一層やはり予防接種政策の充実をしていくためには、アメリカにありますACIPなど、予防接種に関する評価、検討をする組織の必要性というものもあろうかと思えます。

それにつきましては、日本の予防接種行政の全般について専門組織の設置ということについては厚生労働省はいかがお考えでしょうか。

○副大臣（辻泰弘君）　御指摘いただきましたように、アメリカにおきましては、予防接種の実施に関する諮問委員会、ACIPにおきまして、新たなワクチンの導入など、予防接種政策について中長期的な観点に基づいた検討が行われ予防接種が実施されているところでございます。

厚生労働省といたしましても、予防接種行政全般について総合的、恒常的に評価、検討を行うための専門的な組織の設置は必要であると考えているところでございます。その在り方につきましては、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会におきまして、組織の位置付け、委員の構成、開催頻度、事務局体制の在り方などにつきまして活発な御議論をいただいているところでございます。

これらの議論を踏まえ、また委員からの御指摘も踏まえつつ、専門的な組織の在り方について検討していきたいと、このように考えているところでございます。

（中略）

○川田龍平君　是非、この予防のそのコンドームのことと、そしてやはり予防と教育にやっぱりしっかり力を入れていただきたい。そして、一つ目が予防で、二つ目が検査体制をしっかりやっていただくこと、そして三つ目に治療がありまして、治療がしっかり行き届いていけば感染させる力を弱めることもできるのが治療ですので、治療もしっかりやっていただく、そして四番目にケア、やはり相談事業ですとかそういったケアにもしっかり力を入れていただく、その四つをやはり是非エイズ対策としてしっかり、予防と検査と治療とケア、その四つをやっていただけるように是非よろしくお願いたします。

それでは、用意した質問に入らせていただきます。

薬害肝炎検証委員会の最終提言を真摯に受け止めて実現を図ると小宮山大臣も表明されたと聞いておりますが、この提言の中で最も重要な医薬品行政を監視、評価する第三者組織の設立について、医薬品制度改正検討部会では厚生科学審議会に部会を新設するという対応するとの方向性が案として示されました。これは独立性を担保された新たな八条委員会としての設置という提言とはならず、大臣官房に医薬品等監視・評価委員会議を暫定的に設置するなどの議論もなされていると聞いております。

本当にこの最終提言の精神というものを生かしていただけるのかどうか、政府の見解をお聞かせください。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘いただきました薬害肝炎検証・検討委員会の最終提言におきましては、薬害の発生及び拡大を未然に防止するため、医薬品行政機関とその活動に対して監視及び評価を行う第三者組織の設置が求められているところでございます。また、最終提言におきましては、第三者組織の位置付けについて、中立公正な立場から厳正に医薬品行政と医薬品の安全性について監視、評価を行う第三者組織は厚生労働省から独立した組織であることが望ましいと考えられるとの指摘がなされているところでございます。同時に、一刻も早く監視、評価組織を実現するという観点から、第三者組織を当面同省に設置することを強く提言するという指摘もいただいているところでございます。

現在、医薬品等制度改正検討部会におきましては、この最終提言を踏まえまして、第三者組織の在り方を含む医薬品等の承認時や販売後における安全対策の強化に関する事項や医療上の必要性の高い医薬品等の迅速な承認等に関する事項に対して必要な制度改正について議論をいただいているところでございます。

その中で、第三者組織につきましては、平成十一年に閣議決定された審議会等の整理合理化に関する基本的計画では「審議会等は、原則として新設しないこととする。」と示されていることを踏まえまして、確実に第三者組織をつくることを優先するために既存の厚生科学審議会に新たな部会を設置することが望ましいのではないかとする案をお示した次第でございます。

しかしながら、この案に対しましては、最終提言で、第三者組織に求められている独立性等が担保されていないのではないかとという観点から、既存の審議会とは別個の独立した審議会を新たに設置することを求める意見も出されているところでございます。

厚生労働省といたしましては、最終提言に示されたように、独立性等が担保された医薬品行政機関を監視、評価する第三者組織を設置することが国民の薬事行政への信頼回復のためにも重要な課題であると認識しているところでございまして、このような経緯を踏まえて、薬害の再発防止という観点に立って第三者組織の望ましい在り方について引き続き検討を進めていきたい、このように考えております。

○川田龍平君 平成十一年以降のこの閣議決定以降も、八条委員会として、例えば、がん対策推進協議会ですとか肝炎対策推進協議会ですとか消費者委員会ですとか、そういった独立性のこういった協議会という形のものをつくって、委員会もつくってやっていますので、是非そういった、官僚主導にならないように、是非とも政治主導を發揮していただいてこの体制をつくっていただけるように、是非これは先送りするのではなく、しっかりとこの政務三役の人たちに、前回のこの委員会でもこの薬害をなくす決意をお聞きいたしました、是非本気に取り組んでいただいてしっかりと政治主導を發揮していただきたいと思っております。

是非、いかがでしょうか、辻副大臣。

○副大臣（辻泰弘君） 先送りせず政治主導で取り組むべしという御意向をいただきました。与党のサイドからもそのような御指摘をいただいております、委員のお言葉も受け止めて進めて

まいりたいと思います。

○川田龍平君 ありがとうございます。

次の質問に移ります。

今日、先ほども話しました、十二月一日というのは世界エイズデーですが、厚労省のエイズ対策研究事業の調査では、男性同性愛者などの性的マイノリティーの方々の心の健康の問題が指摘されています。調査では、約半数がいじめられた体験を持ち、自殺未遂にまで追い込まれた方も一五%近くと非常に高くなっています。このようなメンタルヘルスの悪さが、自分の健康を自分で守ると意識の低さからH I Vやそのほかの性感染症の罹患リスクを上げているというふうにも考えられています。また、この性同一性障害と診断された患者を対象とした岡山大学の調査でも、やはり高い自殺未遂率が認められたとの報道がされています。

厚生労働省として、性的マイノリティーを始めとする方々の心の健康についてどのような把握をし、具体的にどのような対策を考えているのか、お聞かせください。

○大臣政務官（津田弥太郎君） 川田委員にお答えを申し上げます。

今申された性同一性障害というのは、生物学的な性と心理的な性、これが不一致をしているということで、それによって自らの性に対する不快感、嫌悪感、あるいは反対の性に対する強い同一感、あるいは反対の性役割を求めるといった非常に葛藤があるということで、そのためにうつ症状とか不眠とか、そういう精神的な苦痛を伴っていらっしゃる方というふうにならざるを得ないというふうにございます。そして、そういう性同一性障害とか、あるいは同性愛者の方とか、両性愛者というふうな方々を総じていわゆる性的マイノリティーという言い方がされているというふうにご承知をいたしているわけでございます。

このいわゆる性的マイノリティーの方々については、対人関係や偏見に苦しむことが大変多いということで、先ほども言いましたように、うつ病あるいは精神疾患にかかることが多い、極めて精神面でのケアが重要になるというふうにご認識をいたしております。

当然、このうつ病の対策としては、早期発見、早期治療が何よりも重要であるというふうにご思いますので、かかりつけ医を対象にしたうつ病に関する研修の実施、あるいは精神科医とかかかりつけ医の連携強化、それからケースワーカーやコメディカルを対象としたうつ病に対する研修等を行うなど、治療体制の充実を図っております。

悩みが大きくなったときには、御本人でも御家族でもよいので、抱え込まずに、できるだけ早く自治体の保健所のメンタルヘルス相談を利用したり精神科医療機関を受診をしていただきたいというふうにご考えております。

○川田龍平君 ただいまお答えしていただいたように、このうつ病対策に関しては早期発見、早期治療ということで、悩んでいる方が各地の相談支援機関につながりやすく、行く体制づくりに取り組んでいるということですが、一方で、この性的マイノリティーの場合、社会的な偏見を恐れてなかなか相談につながりにくいという実態があります。

例えば川崎市などでは、この性的マイノリティーに関する相談に対応する相談窓口についてホームページに載せただけで、この情報提供を行った結果、年間での相談件数が数十件にも増えたという情報があります。

悩んでいる当事者が相談機関につながることへの不安を減らすための施策として具体的に考えていることがあれば、是非お聞かせいただきたいと思っております。

○大臣政務官（津田弥太郎君） 川崎市のホームページを私も見させていただきました。この性同一性障害などの相談というのは自治体の精神保健福祉センターなどで対応が行われているわけ

でございますが、川田委員御指摘の川崎市あるいは鹿児島市などでは、性同一性障害について相談を行っているということを明確にして、ホームページに大きな見出しで書かれて相談を受け付けておられるというふうに承知をいたしております。

悩んでいる方が相談しやすい体制は重要でありますので、相談しやすいということを、どういうやり方が一番いいのかというのは、既に実行されている自治体の皆さんの状況を見ながら、厚生労働省としても、一番いいやり方はどういうやり方かを更に研究してまいりたいというふうに思っております。

○川田龍平君 是非、この自殺対策というのは、やっぱり本当にそういったマイノリティーであってもやっていくことが実は本当に自殺を少しずつでも減らしていくことにつながると思いますので、是非しっかりやっていただきたいと思います。本当に社会的な原因で起きている自殺対策をしっかりと一つ一つ取り組んでいただきたいと思います。

次に、介護報酬改定について伺います。

現在、介護給付費分科会において、この介護報酬改定で厚労省から、生活援助について現行の三十分から六十分未満を四十五分未満に見直すとの案が出ていますが、もしそうなると、介護予防の観点から逆効果になる懸念があるだけでなく、介護労働者の細切れな労働が増え、離職者が増加する懸念もあります。そうした介護の現場から起きている懸念について、厚労省はしっかりと認識しているのでしょうか。また、制度としての信頼性を担保しないことには、利用者にとっても介護労働者にとっても不安が付きまತ್ತままとなってしまうと思いますが、政府の見解をお聞かせください。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘をいただきましたように、介護給付費分科会におきまして、訪問介護の掃除、洗濯、調理を行う生活援助サービスについて、サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効果的活用を図り、より多くの利用者に対しそのニーズに応じた生活援助サービスを効率的に提供するといった観点から、四十五分での区分を基本とした見直しを行うことについての議論が行われているところでございます。

また、訪問介護員の関係団体からも、比較的短時間の生活援助のニーズも多いとの指摘もなされているところでございます。

厚生労働省といたしましては、四十五分の区分に変更した場合におきましても、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、現在行われている六十分程度のサービスを行うことは可能であると考えているところでございます。

この点の見直しにつきましては、現在、社会保障審議会介護給付費分科会におきまして議論が行われているところでございまして、その結果を踏まえて適切な介護報酬の設定をしていきたい、このように考えているところでございます。

○川田龍平君 この洗濯のところですけども、平均十六分ということなんですね。これ、全自動洗濯機でも十六分では回らないと思うんです。やっぱりここ、しっかり時間のところを、平均ということでも出されても本当に実態に即していないということで、やっぱり是非この時間の問題をしっかりと考えていただきたいと思います。 …（以下略）

（中略）

○田村智子君 日本共産党の田村智子です。

社会保障と税の一体改革の中で提案をされています受診時定額負担についてお聞きをいたします。

これは高額療養費の負担軽減の財源だとして一回の受診ごとに百円、住民税非課税の方にも五十円という負担を今の医療費負担に上乗せして徴収しようとするものです。高額療養費については、もちろん負担の軽減は必要で、私たちも、月ごとの負担上限の引下げはもちろん、慢性疾患や難病のように長期にわたる医療費の負担はヨーロッパのように年収に応じて大幅な負担軽減策というのを取ることが必要だと、こういう提案もしてまいりました。しかし、そういう財源は公費で賄うべきだと考えます。

お聞きしたいのは、そもそも日本の医療保険制度というのは病気やけがをしたとき治療に必要な医療費はみんなで分かち合おうと、これが原理原則になっていると思うんですね。ところが、受診時定額負担は患者同士だけで負担を分かち合えと、こう求めるもので、これは私たちの国の、この医療保険制度の原則に反するものではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○副大臣（辻泰弘君） 言うまでもないわけでありましてけれども、医療保険制度におきまして高額療養費の改善に必要な財源は、保険料、公費、患者負担のいずれかで確保しなければならないものでございます。高額療養費の見直しにつきましては、昨年も議論をしたところでございまして、厳しい経済状況の中で給付改善のために保険料の引上げを行うことには関係者の理解が得られず、見直しを見送った経緯があるわけでございます。

御指摘をいただきました受診時定額負担は、こうした保険料負担の引上げが困難な状況の中で、給付の重点化の観点から一体改革成案に盛り込まれたものでございまして、現在、医療保険部会で議論をいただき、御指摘いただきましたような論点についても御議論があったところでございます。

いずれにいたしましても、医療保険部会などにおきまして関係者の意見を十分聞きながら検討し対処していきたいと、このように考えております。

○田村智子君 保険料の引上げはもう厳しいということだということですが、それはもちろんそうなんです。だから私たち公費で賄うべきだというふうに求めているんですけども。

厚生労働省からいただいた資料を見ても、二〇一五年度ベースの増額分、その高額療養費見直しの増額分三千六百億円、この中には本来公費で負担すべき一千二百億円、これも定額負担に入れるんだってなっているんですよ。保険料引上げの分だけじゃない、元々今の制度で公費で賄うべきものも定額負担で見てくださいよってやっちゃっている。小宮山大臣、これは私は全く説明が付かないというふうに思うんですよ。

しかも、医療保険部会に提出された資料を見ますと、受診時定額負担の導入によって受診行動が変化をする、いわゆる長瀬効果を反映した数字が示されている。これは、定額負担を導入すれば新たにまた受診抑制が起こると、このことを想定した数字ではありませんか。

○副大臣（辻泰弘君） 御指摘をいただきましたけれども、医療保険におきましては、給付率が変化すると患者の受診行動が変化し医療費の増減の効果が生じる、いわゆる長瀬効果が生じることが経験的に知られているところでございます。

受診時定額負担につきましても、給付率、患者負担が変化することになりますので、この影響を見込んだ形で財政影響を試算し、検討をさせていただいているというところでございます。

○田村智子君 更に受診抑制が起こるということを認めているんですよ、これによって。今だって受診抑制が大変な健康格差までもたらしめていると、こういう指摘がされています。

今日、資料をお配りいたしました。これは口腔の状態、歯の状態を示した資料なんですけれども、全日本民主医療機関連合会が今年、無料低額診療事業に受診した患者さんの歯の状態を数値で示しました。DMFT指数というものなんですけれども、これを全国の平均値と比較して調査の発表をしています。

この無料低額診療事業というのは、医療費の負担がゼロあるいは非常に低額で受けられる。その対象となり得るのは生活保護と同じか同水準の所得の方、いわゆる本当に低所得の困窮されている方ですね。この青い数字がその無料低額診療事業を受診した患者さん。比較したのは、虫歯を治療した歯、虫歯だけ治療していない歯、それからもう喪失してしまった歯、この合計なんです。明らかに全国平均と大きな乖離があるんです。世代によっては十本の差があると、こういう数値が示されてきています。この数値が何を示しているのか。

今日、もう一つ資料を後ろに付けました。同じく、全日本民医連が二〇〇九年に歯科酷書、酷というのは残酷の酷です、こういう報告をまとめています。その抜粋です。

劣悪な労働条件で治療の時間もない、お金もない、そのままほぼ全ての歯がなくなってしまうという三十代、四十代の男性、それから十九本も虫歯があっても治療中断を繰り返している十代の女性など、経済的な理由での受診中断が口腔崩壊、もう虫歯とかという段階じゃないんです、口腔崩壊をもたらしていると、こういうふうに告発をしているんです。

受診時定額負担というのは、これ、低所得者の方にも負担を求めています。そして、低所得の方にほどその負担は重くのしかかります。そうなればこうした健康格差を更に深刻化させることになると思うんですが、大臣、こうした調査はどう思われますか。

○国務大臣（小宮山洋子君） この受診時定額負担につきましては、先ほど辻副大臣から御説明したような財政の事情などから一体改革成案に盛り込まれて検討しているものですが、御指摘のように、やはり必要な受診ができなくなるようなことがないように、そのためにやはり低所得者への配慮ということは言って、定額の低減をするということも御提案をしているのですけれども、多くの方から、やはり病気の人が病気の人を助けるというのはおかしいじゃないかという御指摘もいただいておりますので、各方面の御意見を伺ってしっかりと検討していきたいと思っています。