

○白石委員 次の質問に参ります。

国立社会保障・人口問題研究所が先日発表されました完結出生児数、これが一・九六ということとであります。初めて二人を割り込んだ。もう既に御案内のとおり、合計特殊出生率というのは一・三九と、人口を維持する二・〇七、二・一よりもはるかに下回っているということとあります。

私の選挙区は、いわゆる地方、田舎であります。訪問してみると、廃屋がふえている。たくさん打ち捨てられている家が目立つようになってきました。庭は草ぼうぼう。そして、中に入ろうとするとクモの巣だらけ。その周りにある畑というのはもう放棄されているということとあります。

人がお住まいになっても、おばあちゃんであるとか御高齢の方がお住まいになっいて、耳が遠くて、本当に近所つき合いをやっているのかな、中を見ると、片づけもままならないような、ちょっと生活が狂い始めているんじゃないかなという心配な家が多いんです。

こういったところは全国でもふえておりまして、人口がその半分以上を六十五歳以上の高齢者によって占められている、そういった集落が、限界集落と呼ばれて、国交省の調査によると、日本で八千近くあるということなんですね。

考えるに、日本の人口は一億二千八百万人ですけれども、このままでいけば、二〇五〇年には一億人を割って九千万人台、さらには、二一〇〇年には五千万人を割ってしまうということとあります。

それでもいいという考え方もあると思います。というのは、ほかの国でも、日本の半分程度の人口で国を維持している。さらには、北欧の諸国というのは、五百万人程度、四国は四百万人ですから、それよりも少し大きいぐらいで立派にやっいていらっしやる。

しかし、こういう地方の集落が荒廃していくということを見過ぎていいのか、あるいは、上下水道とか道路などのインフラ、これのメンテナンスをどうするのかという深刻な問題が出てきております。もっと社会制度的に言えば、年金を初め、働く世代、人口が若い世代に豊富にあることを前提とした制度に今ぐらつきが出てきているということとあります。

そこで質問でありますけれども、結婚や出産というのは個人の決定に基づくものでありますけれども、国として、日本の将来の人口のめどというものがありますでしょうか、あるいは検討されていますでしょうか。

○辻副大臣 将来の日本の人口についての御質問をいただきました。

日本の将来の人口規模につきましては、五年ごとに国立社会保障・人口問題研究所が日本の将来推計人口を公表しているところでございます。平成十八年十二月の推計におきましては、先ほど御指摘もございましたように、日本の人口は二一〇五年には四千四百六十万人まで減少すると推計もなされているところでございます。

この将来推計人口は、将来の人口の目標値として作成されているものではございませんで、直近の出生や死亡などの動向から将来の姿を投影した形で推計を行ったものでございます。出生率につきましては、中位、高位、低位の三種類の前提を立てておりますけれども、これは政策効果により高低をつけているものではございません。

社会経済状況や国の政策が人口の動向に与える影響を定量的に評価する手法が確立されておりませんので、人口推計にこれらを織り込むことは非常に困難であり、また、将来推計として必ずしも適切ではないのではないかとこのように考えております。

なお、平成十九年に、国民の出生、結婚に対する希望が反映された場合の人口推計を行ったものがございますけれども、これは目標値というものとは異なるものと考えております。

(中略)

○仁木委員 大臣、ありがとうございます。

ただ、先ほど、健康被害に対する救済という、予防接種法のことをおっしゃられましたが、まさにこれは、予防接種をするべき人が受けられない、あるいは体制がないということが問題でございます。

いわゆるワクチンそのものの副作用のこともございますけれども、自然株というか、自然に感染して、私たちは、例えば戦後、結核の改善、これは公衆衛生の改善によって乗り越えてきたわけでございますが、そういった歴史があって、だからこそ今回も、ポリオ撲滅に向けてリーダー的役割を世界舞台で担っているわけですが、そういう我が国が世界に向けて発信するためにも、やはり、速やかに不活化ワクチンに移行されて、なおかつ、すき間をつくらない、それがすごく大切なことだと思いますので、そのことを改めてよろしくお願い申し上げます。

それでは、続きまして、きょうのメインの質問になりますが、今、国民的議論となっておりますトランス・パシフィック・パートナーシップ、TPPの問題について質問したいというふうに思います。

とかく農業と工業界の対立のように呼ばれますが、これは従来のFTAに、より踏み込んで、人の交流あるいは知的財産等々さまざまなことで、より縛りの強いというか、我が国にとってはハードルの高いというか、そういうことだと思いますが、厚生労働業界、特に医療のことにしまして、私、随時質問していきたいと思っております。

まず、ちなみに、参考となる状況というか設定、前提ということで、今、米韓FTAでこういった記載がございます。

医薬品、医療機器の承認、価格、診療報酬の決定に当たり、合理的な無差別の基準に従い、市場競争価格に基づく。また、医薬品、医療機器の価格、診療報酬に係る政府の決定について、申請者の要請に基づき、レビューする機関を設置する。以上のようなものがございます。

確かに、例えば医薬品、これは一九九五年の関税定率法によって無税になっておりますし、医薬品の原材料も無税になっております。

私は、一つ、危惧すると思うことがあるんですけれども、それは医療機器の問題ですね。

これは、検査に特化した医療機器もあれば、例えば手術の道具、鉗子であるとかメスであるとかあるいは腹腔鏡の一つの手術材料とか、いろいろありますけれども、多くの金属類とか材料を用いています。そういったことに関しましては、私、調べたんですけれども、場合によっては、診療報酬の、手術でいうと込み込みになっていますね。その中の一つは材料費が下がるとなると、場合によっては、もとの価格が下がること、材料費が下がることによって、手技料が同じであったとしても、全体としての手術とした場合、腹腔鏡みたいに多くの医療機器を用いる手術をした場合の点数が下がるんじゃないかということも考えられるんですけれども、大臣、その辺はTPPのメリットというふうにお考えになるのでしょうか。そういったことを含めてよろしくお願い致します。

○辻副大臣 関税が撤廃された場合の御質問をいただきました。

関税が撤廃され、材料費が安くなることは、医療分野固有の影響にとどまるものではなく、日本の社会全体に影響があり得ることだと考えます。

具体的な影響額を算出することは困難でございますけれども、仮に医療材料を作成する材料費や医療サービスの提供に係るコストが低下いたしますならば、結果として手術に要する費用や国民医療費が低下する方向に働くこととなるものと考えております。

○仁木委員 私は、総じて今回のTPPの議論には慎重な立場でございます。しかし、そういったメリットも国民あるいは関係者に示した上でこの問題に取り組んでいくということは、やはり大切なことだと思います。

実は、TPPの一番のロールプレーヤーというか、それはアメリカだと思うんですけども、例えば医療分野を見ましても、創薬、薬をつくる分野、これもかなり大きな力があると思います。そういう意味で、先ほど私が、FTA、米韓の場合ですけども、文言を読ませていただきました。

こういうことは、例えば、今特許の期間というのは最低でも五年間というようなことがあるんですけども、場合によっては、アメリカの製薬業界から、つまり、ここで言う申請者の要請に基づいて売れているような医薬品が、ずっとその特許の期間を、ジェネリックが使われ出すまでの期間を延ばせとかいうふうな議論になるかもしれません。そういったことを考えてみましたら、これは日本にとってどういうふうにお考えでしょうか。

私は、今、政権交代しまして、ライフィノベーション、こういった、不況にも強い、そして競争力のある、付加価値の高い医薬品、医療機器を世界に向けて発信していく、あるいは日本でそういうものをつくっていくというのは大切な考え方だと思うわけですが、その辺に關しましてどういった御見解をお持ちでしょうか。よろしくお願ひします。

○辻副大臣 御指摘のように、新成長戦略の中に位置づけられている分野でもあるわけですが、医療の周辺部分、医療機器、医薬品等々の部分における経済的側面からする活性化というものはやはり日本における重要な政策テーマだというふうに思っております、そのような立場に立って厚生労働省としても対応していきたいと思っております。

○仁木委員 そういう意味では、そういった薬の承認、医薬品の申請、承認、それを行う日本の場合はPMDA的なさらなる充実というものは、日本の安全、安心を担保した上でやはり望まれるというふうに思われますから、これの強化というのは、このTPPの議論なくしても進めていただきたいというふうに思っております。

それと、人の交流ということもTPPによって加速するというふうに言われております。

いわゆる医療分野における高度人材、例えば、外国人医師が日本に来てメディカルツーリズムを専ら行うような医療機関が誕生して、そういうのは、場合によったら、どんどんと海外からそのメディカルツーリズムにエントリーして日本に人が訪れて、日本人のいわゆる医療機関へのアクセスが阻害されるというか、影響を受けるということも考えられるんですけども、その辺に關する厚生労働省の御見解はいかがでしょうか。

○大谷政府参考人 これまでの外務省を中心としました情報収集によりましたら、現在までのTPP交渉の中で、医療に關して大きな影響が生じる、こういった議論は行われていないというふうには理解しております。

しかし、このTPPに關すること、また、それ以外の全体の状況としましても、国際医療交流につきましても、これは新成長戦略で成長分野として位置づけられておまして、外国人の患者さんの受け入れに当たりましては、国民に対する医療の確保が阻害されるということはあるとはならないというふうに考えておりますので、これには十分留意しながら、関係省庁とも連携して環境整備を進めたいと考えております。

(中略)

○田村(憲)委員 全く違うものが出てくれば、それはもう対立になりますよ。当たり前の話で、そんなことはちゃんと御認識をいただいてこれからお進めいただきたいと思ひます。これからは、しつこくこのことは我々は質問をしていきたいというふうに思ひます。民主党の中にもいろいろなお考えがあられると思ひますので、よろしくお願ひいたしたいと思ひます。

続きまして、今、TPPの議論がなされました。民主党の中に、山田元農林大臣がトップにな

られてつくられたTPPを慎重に考える会という会があられる。超党派なのかちょっとよくわかりませんが、民主党の議員もたくさんの中に署名をされておられるということなのですが、政務三役、入っておられるか入っておられないか、お一人ずつ簡単にお答えいただければと思います。

○小宮山国務大臣 この慎重に考える会には参加していません。

○辻副大臣 これまでのところ、御指摘の会には出席しておりません。

○牧副大臣 形式的、手続的には入っておりません。

○藤田大臣政務官 参加しておりません。

○津田大臣政務官 慎重に考える会には参加しておりません。

○田村（憲）委員 辻副大臣、今、一回も出ていないという話でしたけれども、そもそもこれに加入されているんですか。

○辻副大臣 参加していないということでございます。

○田村（憲）委員 厚生労働省の三役の方々はどうも参加していないということはよくわかりましたが、そもそも、大臣、今もお話があったんですけども、TPPの問題は医療界、労働界、いろいろなところが、厚生労働省にかかわる部分で、それから食品の流通もそうでありましょう、心配をしております。（以下略）

（中略）

○加藤（勝）委員 ですから、それは、さっき母子家庭の三百万と年収二千万のお話をさせていただいたように、そこはきっちり、基礎年金制度の、要するに、厚生年金に加入している者と国民年金に加入している者の中では、給付は定額、負担は、片や定額、片や定率だ、そういうところにすべて帰着しているわけですから、そのところをどうするかという議論が本質であって、今おっしゃったところは、ある部分だけを取り上げているんじゃないかということをおし上げておきたいと思えます。

続いて、高齢者医療制度の廃止に関して、民主党の「マニフェスト 政策各論」という部分では、年齢で差別する制度だ、こういう指摘をされているんですが、一体どこを指して差別とおっしゃっておられるのか。

これも、申し上げたいのは、要するに、どこに問題点があると認識されて、それをどう変えていくか、こういう議論だと思うんですね。さっきの年金のところも、要するに、負担のところの問題だったら負担を変えなきゃいけない。それが受給権の話になるから、ちょっと私どもは混乱をするということでもあります。

この高齢者医療制度についての、年齢で差別する、これは一体どういうところを、年齢で差別ですよ。区別というのはありますよ、明らかに違うわけですから。しかし、差別というところは、一体どこをお指しになっておられるんですか。

○辻副大臣 御指摘の後期高齢者医療制度につきましては、七十五歳に到達した時点でそれまでの保険制度から分離、区分した保険制度に加入することとなるといった点が年齢による差別と受

けとめられているものと認識をいたしております。

なお、これまで七十五歳以上という年齢に着目した診療報酬十七項目について、平成二十二年度の診療報酬改定でこれらを廃止するなど、運用面での改善を行ってきていることもあわせて申し上げておきたいと思えます。

○加藤（勝）委員 いや、ですから、区別というのは、それは、もともと老人保健制度のころから、一定年齢の人の負担割合は違うとか、それぞれ違う制度に実はなっているわけでありまして、違うことは、我々、違う制度をつくったのはわかっているんですが、おっしゃるように、差別という言葉を使うと、どちらかといえば、通常の加入者、一般の、要するに七十五歳以下の者に比べて、扱い上冷遇されている、こういうことだと私は思うんです。

おっしゃる意味は、そういう趣旨で使っているのではなくて、単に別々だ、制度が別々だ、こういうことでおっしゃっているんですか。

○辻副大臣 差別という言葉は厚労省として使っているというふうには私は認識しておりません。

先ほど申し上げましたように、差別と受けとめられている、年齢差別だというふうな御指摘があるということを申し上げているわけでありますけれども、そういう御指摘で考えるならば、区別という言い方もあろうかと思えます。

○加藤（勝）委員 私は、厚労省が使っているなんて一言も申し上げていないです。衆議院選挙のときに民主党の「マニフェスト 政策各論」でそうお使いになっていますから、だから、それはどういうことですかとお聞きしているんです。

副大臣は参議院議員でいらっしゃるの、副大臣はお使いになっていないかもしれませんが、衆議院議員選挙で当選された大臣、どういう意味で使われたんですか。

○小宮山国務大臣 これは、やはり、七十五歳という年齢のところだけで切って全く違う仕組みにすることに対して国民の皆様方がそれは年齢による差別だというふうにお考えだということで、民主党としては、差別という言い方を、七十五歳で、そこから今までとは分離して年齢によって変えるということは、そういう受けとめをされているというところからマニフェストではそういう書き方になったのだというふうに思っています。

○加藤（勝）委員 ですから、それは、そういうふうな受けとめられているというのではなくて、それをそのまま皆さん方はマニフェストに書かれたんですから、具体的に、それを廃止して制度を変えるというなら、そこに問題点があったと。

では、どこが問題なんですか。

○辻副大臣 ですから、先ほど申し上げましたように、七十五歳に到達した時点でそれまでの保険制度から分離、区分する制度というものが年齢による差別と受けとめられているという指摘がある、受けとめられるような指摘がある、こういうことでございますので、年齢に達した時点で保険制度として分離、区分するようなことがないような制度をつくる、そういうことでございます。

○加藤（勝）委員 何で分けたかといえば、老人保健制度で問題があつて、そして、特に国費を集中的に入れてこれからふえる高齢者の医療保険を支えていこうということで、分離、区分した方がわかりやすいからそういう仕組みにしているわけでありまして。

実際、高齢者制度の、七十五歳以上の医療保険については、保険料は実質一割ですよ。あとは税金と、それより下の方のいわゆる支援金、これで賄っているわけですから。それだけ見て、どこに問題があるのか。要するに、既存よりも、しかも、ほとんどの方は保険料が安くなっていたはずでありますから、その一体どこに問題があるのか。

逆に言えば、年齢によって保険料が変わる、しかも、安くなるのはけしからぬからもとに戻そう、そういうことですか。

○辻副大臣 数年前になるかと思えますけれども、この後期高齢者医療制度の導入のころにいろいろな国民的な議論があり、直接的には、いろいろな選挙にもかかった部分があったかと思えますけれども、高齢者の方々から、差別といいますか、あるいは極端な言い方として、うば捨て山というような言葉も出るような、そういった状況もあったわけでございますし、政府のサイドも、当時、四月から発足した時点で長寿医療制度という名称に変更されたということもあったと思うわけでございます。

そういった国民の皆様方のいろいろな御意見などを徴する中で、一定の年齢に達した時点で区分、分離するという制度は、なじまないといいますか、やはり年齢による差別ということにつながるのではないかと、そういうことからの提起であるということでございます。

○加藤（勝）委員 委員長も首をかしげながら聞いておられたように思いますけれども。

要するに、もちろん、名前の問題とか、いろいろ我々も配慮に欠ける点があった、それは確かにそのとおりであります。それから、あのときに、導入前にもいろいろ変えていったものですから、それが実際、実施の中で、私も回っておりましたが、特に天引き等々でありましたから、預金口座から出たり入ったり出たり入ったりして、これが大変な不信につながったのは事実であります。しかし、今、一年、二年たって落ちつく中で、私は、正直言って、ほとんどそういう声は聞きません。

大事なことは、もうひとつ冷静になって、ある意味では誤解があったり、あるいは導入におけるいろいろな意味での配慮の足りないところがある、これはもちろん反省していかなくちゃいけません、これから次の制度を考えようといったときに、今副大臣が御指摘したようなところというのは、一体何を変えていいのか、何が問題なのか、私は、にわかに受け取りがたいわけでありませぬ。

いずれにしても、高齢者の方の保険制度を、今の仕組みの中で、しかも、少なくとも、国保に入るよりは今の後期高齢者制度の方が大方の方が保険料が安くなる、こういう状況の中でこれを廃止してももとに戻す、それの方が、高齢者の方から見ると、えっという話になると私は思いますけれども、いかがですか。

○辻副大臣 廃止してももとに戻すということではございませぬ、昨年も高齢者医療制度改革会議において一つの方向性を出していただいたわけですが、それをベースにしつつ、これから政府サイド、与党サイドの御議論もいただきながら方向性を出していきたい。そして、その過程においては、社会保障審議会等で全国知事会を初めとする関係者の御意見をよく徴しながら方向性を出していきたい、このように考えているところでございます。

○加藤（勝）委員 ということは、廃止というあのマニフェストは、もう看板は下げたということですね。

○辻副大臣 党の方針ということでもありますときに、私が、下げたのですねということをお答えするわけにはいかないところがありますけれども、先ほど申し上げた、年齢によって区別する、制度として、分離するといいますか、そういった形をとらないということでの方向性が昨年の改革会議で出た方向性ですから、それは、一つの流れといいますか、それに沿う一つの答えのあり方ではないかというふうに思いますが、いずれにいたしましても、それらも含めてこれから検討していきたいと思っております。

○加藤（勝）委員 だって、マニフェストは実現するというのは皆さん方のお約束じゃないんですか。変えるなら変えるでいいんですよ。少なくとも、廃止と言ったけれども、いや、あの廃止

は看板をおろしてこれから議論します、こういうことならこういうことではっきりおっしゃっていただいた方が。党はこう言っています、政府は違いますというのがおかしいよという話だったんじゃないのかなと私は思います。

次に進めさせていただきたいと思います。

厚生年金保険料の標準報酬について、上限、下限についてそれぞれ変更するということでありますけれども、何のために標準報酬の上限を引き上げるんですか。

○小宮山国務大臣 現在の厚生年金の標準報酬月額の上限は六十二万円で、御承知のように、これ以上高い方は、実際の所得と比べれば相対的に低い負担しかしていないということになります。

厚生年金の標準報酬月額の上限の引き上げにつきましては、一体改革の成案で、負担能力に応じてより適切な負担を求めていくという観点に立って、健康保険制度を参考に見直すことを検討するということが政府として決めておりますので、その検討をするということを決めているので、今後、社会保障審議会年金部会で議論をしていただくという予定です。その結果として、現時点で引き上げるということを決めているわけではございませんので、そこでその挙げた項目を議論していくということが成案に入っているもので、今議論をしているということでございます。

○加藤（勝）委員 例えば、医療の場合は、別に保険料を幾ら払ったからといって、病気になったときに、たくさん払った人が手厚くてそうでない人は薄い、これはあり得ませんけれども、年金の場合には、報酬比例部分というのが当然ありますから、そうすると、どんどんどんどん上限を上げていきますと、当然、厚生年金として支給される金額もどんどん報酬比例部分はふえていくわけですが、これは今の六十何万を、たしか百二、三十万だと思いますが、どんどんどんどん上げて、そうするとすごい厚生年金の報酬比例支給を受けるということになるんですが、そういうことも含めた引き上げなんですか。

○小宮山国務大臣 現在検討していただくように提案をしている項目の中には、その標準報酬月額上限の引き上げということだけではなくて、公費による低所得者への加算ですとか高所得者の基礎年金額の調整とかということも盛り込まれています。ですから、検討項目の中には、保険料による所得再分配だけではなくて、税財源による所得再分配で取り組んでいく要素もあると思っていますので、税と保険料をどのように組み合わせていくのか、いずれにしても、負担をされている国民の皆さんや、専門家の皆様の御意見も伺いながら、もちろん与野党の御意見も伺いながら決めていきたいと思っています。

○加藤（勝）委員 いや、税の話をしていなくて、今は標準報酬の上げる部分だけの話をさせていただいているので、それを検討していただくときに、いいですか大臣、報酬比例部分は今の六十万をそのまま上げていくということもイメージした中での上限引き上げを議論しているんですか、それとも、そこも含めて所得再配分、あるいは保険の形での再配分までしよう、要するに報酬比例部分のところですよ、ここをどう考えておられるのかということをお聞きしているんです。

○小宮山国務大臣 標準報酬上限を引き上げた際に給付にどういうふうに反映するか、そのあり方についても検討していきたいというふうに考えています。

○加藤（勝）委員 そうすると、報酬比例部分も見直す、報酬比例部分の保険料と受給額、支給額、この関係も見直しをしていく、こういうことですね。

○小宮山国務大臣 そういうことも含めまして、給付へどう反映させるかも、あわせて検討していきたいというふうに思います。

○加藤（勝）委員　そこで、先ほどちょっと大臣がおっしゃった税と社会保障と、あるいは医療の場合には自己負担も入るのかもしれませんが、この辺をどう考えていくのか。どこの部分を保険料で賄うのか、どこの部分を税で賄うのか。

これはもう、私どももやってきた中で、非常に複雑になって、わかりにくくなって、それから税はなかなか上げられなくて、保険料は自動的に、国会で毎年議決を得なくても、毎年毎年厚生年金保険料が上がっているように、あるいは医療保険料が上がっているように、上げやすいと言ったら語弊があるかもしれませんが、税と比べればそういうことになっている。

結果として、私の感覚では、社会保険料における所得再配分の要素がかなり強過ぎていないのか。もっと税でやるべきものは税でやる、社会保険料でやるものは社会保険料でやるということを、もう一回区分した方がいいのではないかなど。

特に一番感じるのは、先ほどちょっと後期高齢者医療制度のこと、いわゆる長寿医療制度の話をしていただきましたけれども、国保から入れる支援金にまた税金を入れている。では、この税金は、一体、国保のためなのか、あるいは高齢者医療制度のためなのか、ここがわからなくなっちゃうわけですね。

だから、その辺、しっかり仕切り直しをしませんと、これから、消費税を上げました、確かに消費税を上げた結果としてマクロとしては社会保障の関係の費用がふえているかもしれませんが、個々の人間からすると、この消費税は一体何にどう使われているかということがよくわからないとなかなか。我々日本人は、どちらかという、税金は持っていかれるもの、さまざまなサービスはしてもらいもの、これを遮断している認識がややもすればある。

そういうことから含めれば、やはり、そのところをもう一度再整理するところから議論を進めなきゃならないのではないかと私は思いますけれども、大臣の御所感を伺いたいと思います。

○小宮山国務大臣　そういう意味では、委員のおっしゃるとおりだというふうに私も思います。

今提案しているいろいろな検討項目の中には、公費による低所得者への加算ですとか、高所得者の基礎年金額の調整といったような、税財源の配分の重点化を図っていくものと、それから、標準報酬月額上限の引き上げのような、負担能力に応じた適切な保険料負担を求めようとするものと、両方含まれています。

現行制度を改善していく方法ということで、各項目について今その検討を進めているところで、今の時点で全体としてどちらの方向性が強いということはなかなか言えないと思いますが、今委員がおっしゃったように、国民の皆様にご理解いただき納得していただくという意味からしても、おっしゃったような形の考え方をとる必要はあるというふうに私も思っています。

○加藤（勝）委員　いずれにしても、そういう整理をしたり、さまざまな資料を提供して、議論ができるための材料をしっかりと出していただくということが、まずこうした議論を進めていく第一歩だと私は思っております。

そういう中で、受診時定額負担についてお伺いしたいんです。

まず一点は、平成十四年の改正健康保険法附則第二条で、簡単に言えば、三割負担を上限とする、あるいは国の方からいえば、給付は七割ですよということを明記しているわけでありましてけれども、ここで百円上げるということは、これを壊すことになる、これを守らない、こういうことになると思うんですが、そこをどうお考えなんですか。

○辻副大臣　ただいま御指摘の点は、「将来にわたり百分の七十を維持するもの」とされているという平成十四年健康保険法の改正法附則における医療保険の給付の割合についての御指摘かと思うわけでございます。

それに照らすときに、百円の受診時定額負担がその割合を超えるものではないかという御指摘だと思うわけでございますけれども、そのような御議論も含めまして、現在、医療保険部会等で議論させていただいているわけでございまして、現在、結論を見ているものではないわけでございます。



○加藤（勝）委員 ということは、附則第二条の考え方の見直しを検討している、そういうことですね。

そこで、教えていただきたいのは、この一体成案の中に、高額療養費の見直しとセット、こういうふうに書かれているんですが、どうして高額療養費を見直すための財源を患者さんに求められるんですか。結果的に、この受診時定額負担というのは、要するに、医療機関にかからなければ発生しないわけですね。この高額療養費自体、私は一番大事な部分だと思います。まさに保険制度の保険たる部分。その部分を充実することの財源を何で患者さんに求めるんですか。何で広く保険者全体あるいは国民全体でそれを分かち合わないんですか。それがよくわからないんですよ。

○辻副大臣 この高額療養費の自己負担限度額の見直しと受診時定額負担の提起というものは、六月三十日でございましたか七月一日の政府と与党の一体改革の成案の中に検討の項目として提示されているところでございますけれども、既に決まったというものではございません。

委員御指摘いただきましたような論点も多々いただいているところでございまして、それ以外の論点もいただいているところでございますけれども、そのような御議論も踏まえつつ検討し、最終的な方向性を出していきたいということでございます。

○加藤（勝）委員 いや、そうはいつでも、書いてあるわけです、さっき申し上げたように。一体改革の成案というのは内閣としてお決めになられたわけですから、そこにそう書いてある以上、少なくとも、結果は別かもしれませんよ、私が申し上げたのは、何でもくっつけて考えることになるんですかと、考え方の基本を聞いているんです。

先ほどから申し上げた、社会保障というものは、どうやってそれぞれの費用を負担していくのかと考えたときに、医療保険の一番の、私は一丁目一番地だと思うんですね。高額な、急に大変な金額になってくる、これをどうみんなが分かち合うか。それを何で患者さんになった方だけに負担させるのか。

そろばん上はわかりますよ、ちょうど百円ずつふやせば計算が合うかもしれないけれども、そろばんの議論じゃなくて、あるべき論からいって、何でそういうことになるんですか。それにお答えいただけますか。

○小宮山国務大臣 高額療養費の見直しについては、昨年も医療保険部会で議論をいただいたんですけれども、厳しい医療保険財政の中で、保険料財源を負担する保険者の理解が得られないで見送ったということがございます。

そうしたことを受けて、今回の受診時定額負担というのは、こういう経緯を踏まえて、長期に高額な医療費がかかっている患者さんの負担を軽減するための財源について、セーフティーネット機能の強化とあわせて給付の重点化という観点から、政府・与党社会保障改革検討本部等の議論を経て一体改革の成案に盛り込まれたものだというふうに考えております。

ただ、これについては、本当に、低所得の高齢者の方々の受診抑制につながるのではないかと、いろいろな御心配を与党からも国民の皆様からもいただいておりますので、いろいろな面から検討を進めたいというふうに思っています。

○加藤（勝）委員 そうすると、今のお話を聞くと、要するに、医療費が少ない方については三割から四割、五割に上げていって、そして高額者にシフトしていく、そういうことをおっしゃっているんですね。そういう見直しをされていくんですか。給付の重点化とは、そういうことでしょう。要するに、給付の重点化ということは、給付全体の中で、あるところに重点化していくということになれば、低額の部分から高額のところシフトをかけていく、そういうことになるんじゃないですか。

○辻副大臣 今検討の過程でございますので、四割、五割ということは、にわかに出てこない数字かと思えます。

いずれにいたしましても、財政状況が厳しいという状況の中で、片や、社会保障の側面からすれば、医療における高額療養費の自己負担限度額を何とか低所得者の方々に配慮する制度がつかれないかという大きな課題を抱える中で、何らかの財源が図れないものかという中から出てきた考え方かと思えますけれども、いずれにいたしましても、それらの論理的整合性という御議論自体もいただいているところでございまして、そのことについてこれから検討していきたいと思えます。

○加藤（勝）委員 消費税の議論ができないという中で、どうにかやらなきゃいけないというのではなくて、消費税も含めた一体改革の中での議論でこういうことが出てくるから、どういうことなんですかと申し上げているので、残念ながら、今の答弁を聞く限りは、しっかり考えていただいていない、単に役所側が、計算がこれとこれがありますからくつつけましょう、それ以上のものではない、私はこういう認識をさせていただきました。

午前中も、子ども手当についていろいろ御議論がありました。

今、手元に、御参考までに、これは大和総研さんが計算された、いわゆる今回の子ども手当、児童手当等々による変更、それから年少扶養控除に伴う変更、それから今回の臨時増税、これはどうなるかわかりませんから、今新聞等で議論されているものが前提になっているわけですが、それに加えて厚生年金保険料の増、こういったものを、夫婦二人、小学生の子供が二人、御夫婦はどちらかが働いてどちらかが働いていない、簡単に言えば、御主人と専業主婦と小学生の子供さん二人、こういう世帯について計算をしたのが今お手元にお配りをさせていただいているものでございます。

これを見ておわかりのように、確かに二〇一〇年、これはみんなありがたいな、こう思ったのは間違いないと思えますけれども、先憂後楽じゃなくて先楽後憂なんですね。ことしは、例えば四百万世帯で二万円下がります。来年になると十万円近くも下がります。再来年になると三万五千元です。これでは安心して子供を育てる状況では全くないですね。むしろ、所得というもの、収入というのは、ある程度安定している方が物事を考えやすくなっていく。

大臣、この表を見てどうお考えですか。

○小宮山国務大臣 今御提示いただいている大和総研が十月五日に公表しました試算は、夫婦と小学生の子供二人の世帯の可処分所得について、子ども手当だけではなくて、震災復興のための臨時増税ですとか社会保険料の影響も含めて、一定の前提を置いて試算をしたものだというふうに承知をしております。

この試算では、二〇一一年、二〇一二年、二〇一三年と徐々に可処分所得が少なくなっていますけれども、これにつきましては、二〇一〇年の子ども手当創設によるプラスの影響が反映されていない一方で、手当の財源に充てられる年少扶養控除廃止の影響が、二〇一一年から一三年にかけて段階的に生じること。また、震災復興のための財源を捻出する必要があるといった緊急的な要請も考慮して、ぎりぎりの調整を行い、取りまとめられた三党合意を踏まえて手当額の見直しを行ったこと。また、三党合意で検討して、所要の措置を講じるとされている所得制限世帯への措置が考慮されていないこと。社会保険料の引き上げや仮定に基づく震災復興のための臨時増税など、子ども手当や年少扶養控除以外の見直しの影響も含めていること。こうしたことに留意をする必要があると考えています。

ただ、手当の支給総額と年少扶養控除などによる控除額の合計額は、児童手当当時が二・一兆、三党合意では二・二から二・三兆となっていて、子育て世帯全体で見ればプラスになるというふうに考えています。

○加藤（勝）委員 私は、だから、一年目に上がることもお示しをさせていただいているわけです。

問題は、こういう大きな波を、年収三百万、四百万の方々が、十万も五万もごろごろ変わる。しかも、生活というのは、四百万で生活しているようで、実は、必要経費というのがありますから、本当に使えるお金というのはずっと少ない、そこが変わるといことなんですね。それは、子供さんを育てる方から見れば、ふえるのはいいですよ。でも、減るのは非常に困ると思うんですね。

ですから、そこのところを、やはり、きちんと政策を入れるのであれば、それは三党合意の議論もあるかもしれないけれども、急に子ども手当を入れるのではなくて、扶養控除とあわせてモデルートに入れるとか、そういう配慮があって初めて子育て世帯に対する本当の意味での気持ちというのが私はあるんじゃないかなと。そこを大臣の言葉として聞きたかったんですが、そういう答えにはなっていないことを残念に思います。どうぞ。

○小宮山国務大臣　そういう意味では、最初の年は一万三千元で、二万六千元支給しますとお約束をしながらできなかったことに対しては、大変申しわけなかったと思っておりますし、期待をされていた御家庭には、その、控除から手当ということの説明がきちんとできなかったり、目指していた財源が獲得することができないで先に控除の方のマイナスが出るというような事態になったことは、大変申しわけなく思っています。

そういう意味では、また、三党合意に基づいて、来年以降、恒久的な形をとる中で安定をさせていければと思っております。

(中略)

○古屋（範）委員　これが報酬改定に含まれるとなりますと、当然、介護保険料にはね返ってまいります。そういうこともあわせて、非常に影響が大きい問題でありますので、これは慎重に検討しながら、また、早急に結論を出していただきたいと思っております。

また、この処遇改善につきまして、民主党は二〇〇九年マニフェストで介護労働者賃金月額四万円アップということ掲げていらっしゃいますね。

十月十三日の社会保障審議会介護保険部会では、来年度以降も交付金を続けるために必要な財源について、単年度で約一千九百億円必要であると指摘をした上で、交付金の設置目的は景気対策、平成二十四年度概算要求枠にはおさまらない、また、十兆円を超える震災復興対策が必要な状況で予算措置は現実的かとの論点を提示されております。非常に厳しい現状ではあります。現行の交付金相当額を介護報酬に上乗せしたとすると、二%程度のアップが必要で、国、地方それぞれ約五百億円の確保が必要ということになってきてまいります。

この一万五千元だけでも、これを手当てするために五百億円の国庫負担増ということで、六十五歳以上の方の平均月額保険料が、現在四千百六十円のところが、五千元を超してしまうという可能性も出てくるわけなんですね。

これに対して、民主党の介護保険制度の改革ワーキングチームが、昨年十二月、交付金の継続を求めているとあります。一方、二〇〇九年民主党マニフェストで、介護事業者への報酬を加算して、介護労働者の賃金を月額四万円上げると公約をされています。平成二十四年度にこの公約を完全実施するとの工程表も御丁寧に示されております。この約束を果たすためには、来年四月には賃金四万円アップに相当する額の事業者への報酬を引き上げなければならないわけです。

小宮山大臣は、十月二十一日の閣議後の記者会見で、民主党が二〇〇九年の衆議院選で掲げた介護労働者の賃金を月額四万円引き上げる方針について、現在も堅持をされており、目標として否定されたものではないとの認識を示したとあります。ただ、実現に向けたスケジュールについては、東日本大震災の影響などを例に挙げ、延びることはあるとの考えを示したとの報道がありました。

政権公約の報酬四万円アップ、財源をどのように確保して取り組んでいかれるおつもりなのか。

これはもう困難なら、できないということをぜひ認めていただきたいと思います。いかがでしょうか。

○辻副大臣 今日、日本は高齢化社会を迎えているわけですが、ますます今後高齢化の進行が予想されるわけであり、やはり高齢者の方々の生活の明るさがいかなるものか、あるいは、そういった生活を支えていただく若い方々の仕事にかける士気というものがいかほどであるかということは、やはり将来の日本の社会の明るさを示す鏡でもある、このように思うところでございます。

そういった意味合いにおきまして、この重要な介護保険制度をしっかりと支えていただく職員の処遇というものをしっかりと位置づけていかなければ明るい将来が描けない、このように私は考えているところでございます。

そういった中で、党としての主張もあったわけですが、今日十分そこに至っていないのではないか、その途上ではないかという御指摘は真摯に受けとめさせていただかなければならないわけですが、先ほど来御指摘いただきましたように、予算措置による処遇改善交付金という形でいくのか、あるいは介護報酬の枠組みに組み込んでいくのかというそれぞれのやり方があり、今審議されているところでございます。

いずれにいたしましても、現場の職員の方々、現場にお届けしなければ意味がないわけですが、そういった見地からも、これから本格的に議論を重ねて、予算編成過程において集約をしていきたい、このように思っているところでございます。

そして、委員御指摘のとおり、本当に財政が厳しい状況の中で、いずれにいたしましても、財源確保は本当に血のにじむ努力と言っても過言でないほどの努力が必要になるわけですが、しかし、そういった状況にあっても、今申しましたような気持ちを込めて、介護職員の方々の処遇改善につながる財政措置を図るように取り組んでいきたい。そして、四万円ということを目標にさせていただいている、そこに近づけるように頑張っていきたいと思っております。

○古屋（範）委員 今政権をとられて、野党の時代とは違います。ぜひ、現実の中での本当に実現をする制度設計を示していただきたい、このように思います。それは、景気のいい数字を挙げればいいというものではありません。ぜひ実現可能な制度設計、それをどのように、いつ行うのか、これを国民が納得するような形でお示しをいただきたい。不要なマニフェストを見直し、副大臣おっしゃったように、ここは非常に大事な分野、必要な分野なわけですので、最大限努力をして、ここの財源の確保をしていただきたいと思っております。

次に、東日本大震災関連について質問をまいります。

震災では介護従事者も被災をし、そんな中、本当に献身的な努力で高齢者を介護してきていらっしゃいます。今後も適切な介護サービスを安定的に確保するために、介護労働者を定着させていかなければならないわけであり、仮設住宅における介護サポートについて、この拠点整備について質問をまいりたいと思っております。

七月十一日に、被災地で初めて宮城県岩沼市で仮設住宅の介護等のサポート拠点ができまして、ここへ視察に行っていましたけれども、若い青年海外協力協会が担って、仮設住宅を巡回しながら非常に頑張っていました。

先日の厚生労働委員会の委員派遣でも、釜石市の平田地区サポートセンターを視察することができました。ここがたしか二カ所目だというふうに記憶をしておりますけれども、やっとここまで来たなというふうに思っております。

この平田地区のサポートセンター、なかなか時間がなくてゆっくりお話を伺えなかったんですけども、介護サポートの拠点、その仮設住宅も非常によくできていて、いわばモデルとなるような拠点だなというふうに思いました。

このサポート拠点の設置促進について、何度も委員会で質問をまいりました。公明党としても、第一次補正予算の地域支え合い体制づくり事業で現在推進している仮設住宅等における介護サポート拠点の設置を推進して、必要な事業を行うための基金の創設を要望してきました。

この結果、第三次補正予算においても、介護基盤緊急整備等臨時特例基金百十九億が積み増されるということになりましたけれども、特に被災地では、地域包括ケアの実現に向けて、その実情に合わせて、サポート拠点の運営の一環として、二十四時間の定期巡回とか随時対応サービス、これができれば被災した高齢者にとって非常に安心できる体制だと思います。

孤独死というようなこともございました。また、健康が悪化をしているという現実もございます。こうした高齢者の健康を守るためにも、サポートセンター拡充に全力を挙げていただきたいと思います。この設置状況、また今後の見通しについてお伺いをいたします。

○辻副大臣 この介護等サポート拠点等に対しまして、古屋委員、また公明党の皆様方からこれまで御指導いただきましたことを感謝申し上げたいと思います。

御質問についてでございますけれども、被災地における仮設住宅での高齢者の安心した日常生活を支えるため、総合相談、居宅サービス、生活支援サービス、地域交流などの総合的な機能を有するサポート拠点の設置、運営を私どもといたしまして推進してきているところでございます。

具体的には、委員からの御指摘もございましたけれども、第一次補正予算での積み増し、七十億を積み増しさせていただいて、既に六月二十四日に被災県に全額交付させていただいたところでございますが、それに合わせまして、第三次補正予算での積み増しも九十億程度措置をさせていただこうとしているところでございます。

このような中でございますけれども、岩手県、宮城県、福島県の三県のサポート拠点につきましては、現時点で八十六カ所程度の設置が見込まれているところでございます。また、現実には、十月七日現在でございますけれども、二十六カ所が開設をされているということでございます。

厚生労働省といたしましては、このサポート拠点の設置、運営が推進されるよう、委員からの御教示もしっかりと受けとめさせていただきながら、被災県に対する支援をさらに進めていきたいと考えております。

○古屋（範）委員 だんだんと設置が進んできているようでありますけれども、私も公明党の地方議員さんに、ぜひこの基金を活用してサポートセンターを設立してほしいということと呼びかけております。さらに被災地における設置が進むよう、お願いをしておきたいと思っております。

このサポートセンター、ITなども使って見守り体制を非常に拡充されております。平田地区では、二十四時間、テレビ電話を使って、何かあった場合にはサポートセンターにつながってすぐに看護師が来てくれるという体制をとっております。また、宮城県の名取市では、仮設住宅で暮らす高齢者をタブレット端末で見守るという試みが始まっております。端末のA4判ほどの画面に非常事態を伝える緊急という表示があって、触れるだけで緊急通報ができるとか、さまざまな機能がついているものを使っている地域もございます。

また、これは雇用の方なんですけれども、岩手県の北上市が、被害の大きかった大船渡市の仮設住宅の運営を支援する事業を九月から始めています。これは、民間に委託をして、仮設住宅の見守りなどなんですけれども、報酬を得て、働く体制を徐々につくっていく、こういう取り組みも始まっております。被災地である大船渡の雇用を創出するとともに、仮設住宅に入居している人が相談できる支援員をつくることにもつながっております。

こうした体制整備、先ほどの介護基盤緊急整備等臨時特例基金百十九億円に加えて、緊急雇用創出事業臨時特例基金二百二億が使えるものと認識をしておりますが、これも被災地にぜひ重点配分をしていただきたいと思います。この予算の確保をしっかりしていただきたいと思いますけれども、この点はいかがですか。

○牧副大臣 介護基盤を充実させていくということが、ひいてはまた雇用の基盤もつくっていくという事例を今御紹介いただいたと思います。雇用の観点から、基金の積み増し等もちろん行っていかなければならないと思っております。

被災された方の生活の再建のために、地域で雇用の場を確保するということが重要な課題と考えております。先ほど御指摘いただいた事業を含めて、雇用創出基金事業を活用した、仮設住

宅等での見守りや生活相談、地域の安全パトロールなどの事業によって、被災三県を含む全国で、既に二万五千七百九十一名が雇用されております。

また、これから三次補正においてお願いをしまっているのが、これはもちろん円高への対応等も含んでおりますけれども、重点分野雇用創造事業の震災対応事業の拡充、延長に二千億、さらに積み増しをお願いする予定でございます。

さらに、仮設住宅の高齢者等のコミュニティーづくりなどにも活用できる介護等のサポート拠点や生活支援、地域交流等を支援するための地域支え合い体制づくり事業について、第三次補正予算においても九十億の上積みを計画いたしております。

(中略)

○高橋（千）委員 大臣に通告しましたので、改めて同じ質問をしたいと思っております。

本当に定期的に通わなければならない持病のある方、高齢者の方に負担をさせてこの医療保険財政の中でやっていこうという考え方は、やはり、筋悪であり、やめるべきだと思います。いかがですか。

○小宮山国務大臣 厳しいさまざまな医療保険財政の中で、セーフティーネットの機能を強化するための方策をいろいろ議論いただいているところでございます。その中で、そうしたさまざまな御意見を尊重しながら、給付と負担のあり方については、しっかりと、今の委員の御懸念のないような形で検討していきたいというふうに思っております。

○高橋（千）委員 この報告は、閣議報告であり、決定ではないということが先ほどもあったわけですから、もうコンクリートされたものではないということで確認をしてよろしいですね。

○辻副大臣 閣議決定ではなく閣議報告であることは、事実でございます。

○高橋（千）委員 そういうことですから、決まったものではありませんので、引き続いて、撤回をしていただきたいということを求めていきたいと思っております。

次に、七月二十一日の規制・制度改革に関する分科会第二次報告書では、「医療分野における制度改革の方向性」として、「予防医療も含めて真に国民に必要な医療を整理し、公的保険の適用範囲を再定義することが必要」とあります。

これも、結局は、公的医療保険の範囲を狭めることになるのではないかと思います、いかがでしょうか。

○小宮山国務大臣 御指摘の規制・制度改革に関する分科会の報告書、これは内閣府で取りまとめたものですが、御指摘の記述は、この分科会のもとに置かれたライフイノベーションワーキンググループの議論の中で、ある委員から、予防接種も医療保険の対象とすることを検討すべきという御意見があったことを踏まえて盛り込まれたというふうに理解をしています。

したがって、御指摘の報告書、医療保険の範囲を狭めることを求めたものではないというふうに考えています。

(中略)

○高橋（千）委員 とにかく、新たな参入ではないということを確認させていただきたいと思います。

さて、本日も、農協などの主催で大規模なTPP反対の集會が開催をされております。

今私が規制・制度改革の分科会の報告などについて質問をしたのも、昨年菅前総理がTPP参加を打ち出して以降、この審議が大変活性化しまして、TPP加入への対応機関として作業を進めてきたのだ、そういう認識が一般的にあるからであります。つまり、受け皿づくりになるような議題が議論されているということになるのではないかと思います。

今話題のTPPは、医療の分野においても、混合診療の解禁、営利企業の参入などが求められ、公的医療保険が変えられる、皆保険が壊されるのではないかとこの反対の声が大きいところであり、もちろん私も反対であります。

そこで、まず伺いたいのは、厚労省として、厚労省にかかわる分野、医療から労働から食の安全、さまざまあるわけですけれども、そういう分野がTPP問題でどんな影響があるのか、独自の試算や評価を行ったことがあるのか、伺いたいと思います。

○辻副大臣 現在、TPPで交渉が行われております二十一分野につきまして、厚生労働行政に関係し得る分野としては、衛生植物検疫、貿易の技術的障害、越境サービス貿易などがあるわけでございます。

これまでの外務省を中心とした情報収集によりますと、厚生労働省が所管しております医療、医療保険、食品安全、外国人労働者等について、大きな影響が生じるような議論は行われていないと理解をし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、国民の生命、健康、生活、雇用に大きな影響が及ぶことのないよう対処しなければならないと考えているところでございます。

なお、前提となる要件がまだ定まっていないのが現状でございます、試算等は行っておりません。

○高橋（千）委員 結局、厚労省として独自の取り組みを一切行っていない、このこと自体が大問題だと思うわけです。今の答弁も、外務省の情報収集によればというだけの話なわけですね。入ってから何かするというのでは遅過ぎるんだということをおっしゃなければなりません。

そもそも、背景に、アメリカの対日要求というのは繰り返しあったはずなんです。それは、みんながわかっていることなわけです。混合診療の解禁、営利企業の参入は、自由診療を拡大させ、民間保険に対する需要が高まるとして、ここへのアメリカ保険会社の参入をねらっていることなどがこれまでも指摘されてきましたし、二〇〇六年日米投資イニシアチブなどでも明示されているところです。

二十三日付の農業新聞によれば、米国の経済団体がアメリカの大統領に対して、TPPでは例外なき自由化を実現するよう圧力をかけていると報じました。

全米商工会議所など四十三団体が、いかなる産業分野、商品、サービスも除外しない包括的な協定を達成することを求める要請書を出したといいます。その中には、先進医療技術協会、米国研究製薬工業協会などの医療団体も入っております。この団体らは、アメリカ自身も一部の品目や産業分野を除外することは、高い野心と経済可能性を阻むという、最も好ましくない結果をもたらすと批判をしています。

つまりは、アメリカ自身も裸にならなければ交渉は成功しない、そういう形で国内が大統領に迫った、そういうところに来ているわけですね。

また、本日付によれば、米国政府が、TPP交渉で獲得する目標を列挙した資料の中に、公的医療保険制度の運用について、透明性と公平な手続の尊重を求めると明記をし、同制度の自由化を交渉参加国に要求するとの方針を示していたとされています。

厚労省として、そうしたこれまでの圧力をどのように受けとめてきたのか、あるいは、こうした報道されるものに対して、だったら問い合わせてみる、そういうことを当然やるべきではありませんか。

○**辻副大臣** 高橋委員御指摘のように、例えば日米投資イニシアチブ報告書などを拝見いたしますと、アメリカ政府が病院、診療所経営に対する株式会社の参入拡大を可能とするよう要望した、あるいは、アメリカ政府はいわゆる混合診療の導入について関心を表明したというような表記もあるわけでございまして、御指摘のような要望が出されていることを私どもとしても認識し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、いわゆる混合診療を全面的に解禁することについては、患者負担が不当に拡大するおそれがあること、安全性、有効性等が確認されていない医療の実施を助長するおそれがあることから、医療保険制度の根幹に影響を与えるものであり、適切ではないと考えているところでございます。

また、営利法人の病院経営については、患者に必要な医療が継続的に提供されなくなるおそれがあること等から、株式会社による医療機関の経営は認められないと考えているところでございます。

従来からこのような考え方のもとに対処してきたところでございますけれども、今日的な交渉の議論などにかかわろうがかかわるまいが、私どもといたしましては、その立場に立って、国民に安全、安心な医療を提供すべく対処していきたいと思っております。

○**高橋（千）委員** 今、最後におっしゃった安心、安全な医療、これは、厚労省ではなくて、交渉当局といいたまいますか政府がつくったQアンドAの中に出てくるわけですよ。医療、保険の分野では、混合診療の解禁や営利企業の参入については議論の対象になっていません、参加国間のFTAでは金融サービス分野において公的医療保険制度は適用除外されており、TPP協定交渉においても公的医療保険制度は議論の対象になっていませんとあり、なお、仮に交渉に参加する場合には政府としては安心、安全な医療が損なわれないよう対応します、こう言っているんです。それを読んだだけなんです。全然抽象的でしょう。

何をどうするんですか。本当にこの混合診療は認めないというのであれば、今じっとしているわけにはいかないわけですよ。なぜそういうことを言われたいんですか。大臣から直接伺いたいと思います。

○**小宮山国務大臣** 混合診療については、先ほどから私も答弁をし、副大臣が答弁をしたとおりでございますので、そういうことのないようにしっかり対応したいと思っております。

ただ、再三申し上げますように、TPPで今交渉されている中では、具体的にこういうことが検討項目には上がっていないというふうに認識をしております。

○**高橋（千）委員** これまで対日要求があったということ为先ほどお認めになりました。ですから、アメリカの政府の中で大統領に対してこれを突き上げる声があり、かつアメリカ政府としてもTPP要求の中に盛り込んでいる、その報道は本当か否かと直接問い合わせてみればいいじゃないですか。そういう努力も一切しないということ、なぜ厚労省は何もその情報収集をしないのかということを行っているのであります。その点について、いかがですか。

○**辻副大臣** TPP交渉においてそのような議論がなされていないということでございまして、先ほど読み上げましたのは、対日要求としてかつてあったということをお知らせしたということでございます。

○**高橋（千）委員** 余りにも危機感がなさ過ぎると言わなければならないと思うんです。

先ほど言ったように、本当に反対だというのであれば、一たん始まってしまえばそこだけ抜くということではできないということがこれまで繰り返し言われてきたわけじゃないですか。だから、農業の分野だけではないんだ、医療の分野でもこんな問題があるんだということをお知らせしなければならぬということを繰り返し指摘しているわけでありまして。

きょうは外務省に来ていただいておりますので、少し技術的なことを聞きたいと思っております。



混合診療や営利企業の参入など、医療の規制緩和が議題となる可能性について排除はできないと思います。これについては、外務省がつくった資料の中に、可能性があるとして書いておりますので、確認をさせていただきたいと思います。

それから、二十一の作業部会には、医療というテーマはないわけですね。だけれども、サービスとかいろいろな分野の中に、紛れ込んでいると言えはちょっと言い方が悪いかもしれないけれども、さまざま入っているということでもあります。

もし入るとすれば、どういう脈絡の中で検討されるのか、御説明いただきたい。

○西塔政府参考人 お答え申し上げます。

また繰り返しになってまことに恐縮でございますが、混合診療の解禁あるいは営利企業の医療参入につきましては、T P P交渉の中で現在のところ議論の対象にはなっていないものでございます。

将来の議論の可能性につきましては、現時点においてそれを見通すことはなかなか困難であるわけでございますが、いずれにしましても、仮に交渉に参加する場合には、政府として、安心、安全な医療が損なわれることがないように対応してまいる所存でございます。

なお、作業部会についての御質問がございました。

まず、混合診療でございますが、これは我が国の公的医療保険制度の保険給付に係る問題でございますので、金融サービス分野での議論になるのではないかと考えております。また、営利企業の医療参入の問題につきましては、これは、投資あるいはサービス貿易における議論ということが予想されるわけでございます。

以上でございます。

(中略)

○阿部委員 ぜひよろしく申し上げます。

実はこの時期、東京女子医大病院の佐藤医師の事案が同じように医道審で審議にかかっておりまして、厚労省自身も大変だったと思います。でも、先ほど申しました、どんな補償措置ができたとしても、あるいは罰が下ったとしても、現場がどのように信頼を取り返していくかが一番ありますので、私自身はこの戒告という処分が適当とは思っておりませんが、そこは大臣がそれは適当と思うとおっしゃったので、よく事案についてもごらんいただきたいと思います。

引き続き、皆さんお取り上げのT P Pの問題、これは通告がございませんけれども、きょう私が御質疑を、ほかの委員と厚労省並びに大臣とのやりとりを聞いていて、逆に大変深く懸念いたす点がございまして、幾つかお伺いをさせていただきます。

先ほど、T P P問題で、例えばアメリカは混合診療等々をやれとは言っていないとか、人的交流、人を入れるということもいまだ俎上には上っていない等々の御答弁が多分副大臣からあった中で、冒頭、T P P等々によって材料費や医療機器の値段が下がる、安いものが入ってくる、いい意味ですよ、というふうに御答弁されたやに聞きましたが、違ったらごめんなさい、日本の医療機器や医療材料の世界における位置、現状と課題は何であるとお考えか、お願いします。

もしどなたも御答弁者がいなかったら、直で済みませんが、大臣、お願いします。

○小宮山国務大臣 T P Pの交渉の場合には、先ほどからあるように、もしこういうのが入ればといういろいろな御懸念がある一方で、やはりメリットになるところもあるというふうに思っています。

例えば、具体的には、医薬品とか医療機器、これはT P P参加国の関税が撤廃されることや、知的財産の保護が強化されること、こうしたことから日本の製品の輸出が加速される、そういう可能性もあるのではないかと考えています。

○阿部委員 先ほどの御答弁とちょっと違いますが、先ほどは、安いものが入ってきて、それが日本の医療のコストを下げるというふうな御答弁でありましたが、いいですか。

○辻副大臣 今の御指摘は、午前中でしたか、仁木委員に対する私の答弁を御引用になっているのではないかと思います。その折に私が申し上げましたことは、関税が撤廃され、材料費が安くなることは、医療保険固有の問題ではありません、普遍的なことになるわけですが、日本社会全体に影響があり得るということで、一般論として、価格が低下するという意味合いで申し上げたわけでございます。

○阿部委員 みんなが知りたいのは、やはり特に国民の健康にかかわる医療分野にどう影響するか、逆に、小宮山大臣がおっしゃったように、これはどういう意味合いがあるか、攻めに転ずることができるのかどうか。実は、このTPP論議で最もというか、いつも不毛なのは、こうなったらどうなる、ああなるばかりで、何のためにそれをやるのかがないことであります。

そこで、私は、それらは具体的に語られるべきだと思います。医療機器と医療材料ということにおいては、日本の商品は極めてすぐれております。しかし、なかなか海外の市場で太刀打ちができません。それは、関税の問題ではなく、日本の医療機器の承認機構に問題が大きくございます。また、政府によるイノベーションの支援が極めて低い段階にとどまっておって、せっかくこれだけ宝を持っているのに、持ち腐れ状態になっているわけです。

それから、もう一つ言えば、東北地方では医療機器の材料、医療機器の部品、非常に多くございました。壊滅的に打撃を受けて、どう立ち直っていくか。そのときには自国の利害をまず第一に考え、そして今、当面の間でも、私は、この時期の交渉というのは、まず足元を固めて、自分たちがどんな戦略、戦術を持っていくかにあると思います。

医療機器の市場は、二〇〇九年で約二十七兆円、これが二〇一四年で三十七兆円になると言われる大きな分野です。見直さねばならないのは、機器の承認過程、国内の厚労行政の問題であります。

また、生産基盤をどこに置くか。これも、今何をすれば得か。この東日本の震災から我らは立ち上がろうとしているわけです。安易に、一般論として、材料費が安くなるだろう、おまけに、さっきの話は医療機器が安くなるだろうと。とんでもないことです。日本のものの方が安くて質もいいんです。

そして、かつては、日本の医療機器というのは十分に、国内でもまた海外でも評価されたものであります。間違いなく、立ちおくれは厚生労働行政にあります。このことを指摘した本が、大村昭人さん、前、ここでも参考人に呼んだ方が述べておられます。

厚生労働省は、このTPPとかに浮かれる前に、まず足元の我が国の医療の現状を緻密に分析されてしかるべきだと思います。今の、一つです。医療機器の問題一つとっても、我が国の戦略は何か。小宮山大臣、次の場まで結構ですから、お答えを用意していただけますか。

○小宮山国務大臣 足元でしっかりと、日本の医療機器がきちんとできるようにということの御指摘はそのとおりだと思っています。

厚生労働省の今までの承認が非常におくれていた。このことも、今、その承認のところを増員するなど、取り組んでいるところですが、これは厚生労働省だけではなくて内閣の方とも連携をして、ライフイノベーションの推進室などとも連携をいたしまして、ここはしっかりと組みたいと思っています。

また、おっしゃるように、東北の被災地で非常にこうしたものの基礎があるということもわかっておりますので、今回も、特区法案の中などにその規制の改革も含めて、医工連携、学校との連携などでしっかりとそうしたことも進めるような取り組みもやりたいというふうに思っております。

(中略)

○柿澤委員 提案をしているので、あとは煮るなり焼くなりしてください、こういう御答弁のような印象でありますけれども、これは本当に仕切り直しをして、私は、今の法体系で十全だというふうにも申し上げているつもりはありません。ただし、そのときそのときの時代の状況に応じてつくられた制度改正の法案というのは、また、その後の時代の状況を受けて見直し、改めなければいけないというふうにも思います。

もう既に政権交代から二年が経過をし、また、実は、この派遣法改正案のベースとなる考え方は、自公政権の舛添大臣の当時から議論されていた部分を引きずっている、そういう部分もあります。そういう意味で、やはり、ゼロベースの議論を今、本当に働いている方々のためにする必要があります。それは、現実と、例えば実際に統計にあらわれた数字、こうしたところを冷静に分析するところから始めなければいけないというふうに思っているところです。

さて、次の質問に移ります。

税と社会保障の一体改革ということで、社会保障財源として、二〇一〇年代半ばまでの消費税率一〇％への引き上げが既定路線化しつつあるわけです。しかし、これは私たちが再三申し上げていることなんですけれども、増税の前にやるべきことがあるではないか。

一つあるのは、社会保険の未加入事業所の問題だというふうに思っております。

社会保険に加入をしていない、厚生労働省あるいは社会保険事務所といいますか、こちらが把握をしていない、そういうものの実態について現状はどうなっているのか。また、そうしたところをどれだけ捕捉をして、社会保険への加入というのが進んできたのか、今後どのように進めていこうとしているのか、この点、お伺いをしたいというふうに思います。

○辻副大臣 社会保険の未加入事業所の実態についての御質問でございます。

社会保険の適用事業所数は、平成二十二年度末で約百七十五万事業所であり、日本年金機構が個別具体的に把握している未適用事業所数は約十一万事業所となっております。

日本年金機構が把握している未適用事業所以外にも適用すべき事業所があるものと考えられることから、御質問の加入率については正確な数字を申し上げることは困難でございますけれども、仮に、日本年金機構が把握している未適用事業所数を用いて加入率を算出するといたしますと、ほぼ九四％ということで、ここ五年間でほぼ同水準で推移しているところでございます。

未適用事業所の把握につきましては、現在、雇用保険の適用事業所データや民間調査機関の新規設立法人情報等を活用しているところでありますが、今後は、法人登記簿情報を活用した未適用事業所の把握を行いたいと考えておりまして、この情報を所有する法務省と現在具体的な協議を行っているところでございます。

○柿澤委員 加入率の数字でいえば横ばいということが続いていると。その分、社会保険料のいわば取り損なっている、そうした部分が生じている、それが続いている状況だということがわかるわけです。

私たちは、この点について、国税庁の徴収部門と旧社会保険庁、年金機構の統合による歳入庁構想というのを掲げてきました。民主党もマニフェストで掲げてきたはずでありますけれども、政権をとっても、税制改革大綱にちょろっと書いたんですかね。しかし、それだけで、歳入庁の話が具体的に前進する、こういう兆しは見られておりません。

そんな中で、我が党の浅尾政調会長が調べて、大変大きな事実が判明しております。全国で二千二百六十三万の税務申告する法人が存在する一方で、厚生労働省が把握している厚生年金が適用される事業所が百七十五万カ所。これは事業所ですから、支店や工場は本社とは別事業所としてカウントされていますので、事業所ベースの数が百七十五万ということは、多く見ても、厚生労働省が把握している法人数は、法人数ということでいいますれば、国税庁の半分ぐらいではないかというふうに思います。

こうした形で、厚労省、年金機構が捕捉できていない事業所、法人が多数存在しており、それによる社会保険料の徴収漏れというのは、厚生年金が六兆六百七十五億円、健康保険料が五兆六千四百五十六億円、合わせて十一・七兆円にもなる、こういう計算になるんだそうであります。

歳入庁の実現によって、国税の法人データと年金機構のデータとが統合できれば、多数の未加入事業所の存在がそれだけで把握することができるようになるわけです。消費税五%分にも相当する、十二兆円近くの世界保険料の取りっぱぐれが解消できるようになるわけです。

この歳入庁構想、増税を行う前に、まさにマニフェストに書いた政策なんですから、推進し、実現すべきだというふうに思いますが、厚生労働省としての考え方はいかがでしょうか。

○**辻副大臣** 柿澤委員、またみんなの党の皆様方からの御提言はしっかりと受けとめて、今後とも対処していきたいと思えます。

まず、恐縮ですけれども、十二兆近い金額についての未収の問題につきましては、すべての給与所得者が厚生年金、健康保険に加入し、保険料を支払うという前提に立った試算となっているかと存じますけれども、現行制度におきましては、短時間勤務のパート労働者などは厚生年金、健康保険の適用対象とはなっておりませんので、すべての給与所得者から保険料を徴収することができるものではないということをごさいます、その点の現行制度上の部分も反映した形の試算もあろうかと思っております。

続きまして、御提言の歳入庁についてでございますけれども、既にお話もございましたけれども、社会保障と税の一体改革成案におきましては、新しい年金制度の創設について、制度改革の方向性と骨格を示し、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進めることとされているところでございます。

歳入庁の創設につきましては、これまでの税制改正大綱や社会保障・税番号大綱でも設置する方向で検討を進めるものとしているところでございまして、今後の年金制度改革や社会保障・税にかかわる番号制度の議論などを踏まえつつ、国民の皆様視点に立った徴収体制をつくり上げていく観点から取り組んでいきたいと思っております。

○**柿澤委員** これもまた具体性がないわけです。やるという方向ではあるけれども、いつまでに結論を出して、どのように進めていくのか。数値目標と達成年度を明示して、そして、それをそのとおりに実現するのがマニフェスト政治だと聞いていたような気がしますが。

先ほど何か、十一・七兆円という私たちの試算が、これは本当に仮の試算ですから全面的に正しいと言うつもりはありませんけれども、そんなに多くはならない、こういう趣旨の御答弁を副大臣からいただいたわけですが、しかし、実際問題として、これ、払うべき人が、事業所、法人データの捕捉の不備から、払わないままになっているわけです。その一方で、こうした社会保障の制度を支えるために五%消費税増税しようというわけです。

この状態を放置して、私は、増税の前にやるべきことをやったというふうには言えないのではないかとこのように思えます。もう一度しっかり御答弁をいただければと思います。

○**辻副大臣** 私も、かねがね社会保障の問題、取り組んでおりますけれども、やはり、一般論として、豊かな福祉社会は公正な国民負担の上に成り立つ、このように私なりに信念を持っておるところでございます。そういった意味におきまして、歳入庁、いわゆる納税者番号制度、こういったものについても、しっかりと推進していかなければならないということで、民主党、野党の時代におきましても取り組んできた経緯がございます。

そういった意味におきまして、いわゆる歳入庁構想についても、今後とも推進していきたいという思いを持っておりますけれども、まずその第一段階として、大きな課題として、税・社会保障の共通番号制度、それを推進していくということがまず第一義的な課題であるというふうに思っているところでございまして、それとあわせた形で歳入庁構想についても推進をしていきたい、このように思っているところでございます。

○柿澤委員 水かけ論みたいになってしまいますので、次に進みたいと思います。

次に、放射性物質に関する食品の基準値についてお伺いをします。

今月九日から十五日まで、震災復興特別委員会の海外派遣で、ウクライナ・チェルノブイリ原子力発電所の視察を行い、現地で専門家からヒアリングも行ってまいりました。

そこで、事故当時のソ連邦ウクライナ共和国非常事態省の副大臣だったというプリステル氏から、このような言葉を聞かされました。そのまま引用します。

社会的には安心を与えるために除染をするのかもしれないが、村人にとって大切なのは、除染より、食物による内部被曝をいかに防ぐかだ、私たちの経験から学んでほしい。その上で、本委員会にもいらっしゃる高橋千鶴子議員が日本の暫定規制値を紹介すると、プリステル氏は何と言ったか。それは不可解な数値だ、見直されなければならない、こう言ったんです。それだけ食品の安全基準値というのは重要なものなことなんだと思います。

食物やミルクによる内部被曝、それによる子供の甲状腺がん等の健康被害が報告されたウクライナでは、一九九七年、食品の安全基準値を改定しております。それが別紙の一覧表です。今お配りをした資料です。

ごらんのとおり、セシウムでいえば、肉が二百ベクレル、そしてミルク、乳製品は百、魚は百五十、果物は七十、野菜は四十、そして卵は一個六、飲料水については二、また粉ミルク、野生イチゴ、キノコ、そして幼児用食品、こういう形で、非常に細分化された、また厳しい規制値、基準値が設定をされているわけです。

他方、日本の暫定規制値は、食べ物は五百ベクレル、飲み物は二百ベクレルという一律の基準値であり、ウクライナと比べると、余りに大ざっぱで、総じて高いと言わなければならないと思います。

食品に関する暫定規制値の見直しについては、既に小宮山大臣が、暫定規制値にかわる新たな規制値を設定し、さらなる安全を確保しますと大臣所信で言及をされておられますけれども、これは放射性物質に関する食品、飲料品の恒久的な基準値を設定することを目指したものというふうに理解してよろしいでしょうか。

○小宮山国務大臣 現在の食品中の放射性物質の暫定規制値、これは一年間に許容できる被曝線量を五ミリシーベルトと設定しています。これは緊急時のものですので、先日申し上げたように、現在の状況を踏まえた新たな規制値を設定して、より一層食品の安全性を確保する必要があるというふうに考えています。

今月二十七日ですから、あす、食品安全委員会の最終的な評価書が取りまとめられると聞いていますので、これを受けまして、今月、十月の三十一日に厚労省の薬事・食品衛生審議会の放射性物質対策部会の開催を予定していますが、これを受けて、国際放射線防護委員会、ICRPやコーデックス委員会などの国際的な基準を踏まえて、専門家の御意見も伺いながら、できるだけ早期に新たな規制値を設定したいと思っています。

それが恒久的な規制値かという問いに対しましては、今申し上げたように、緊急時のものである今の暫定規制値をできるだけ早く新たな規制値、より安全なものにしたい、それを実行に移していきたいと思っています。

その際には、国際的な基準も踏まえながら、恒久的な規制値として設定できるかどうか、それも含めて検討したいと思っています。

一言、ウクライナのことについて申し上げますと、御指摘のウクライナの規制値ですけれども、一九八六年に発生したチェルノブイリ原発事故の被害を受けた旧ソ連邦のウクライナなどで、事故発生当初、食品のみではなくて、外部被曝と内部被曝を合わせた全体の被曝限度を百ミリシーベルトとして規制値が設定をされていました。その後、規制値を段階的に下げてきたので、先ほどおっしゃった一九九七年というのは、事故発生から十一年後に一ミリシーベルト・年間に下げたというふうに認識をしております。

○柿澤委員 だから、私たちの経験から学んでほしいとウクライナの方は言っているわけではあ

りませんか。これを、では、十年、十一年後にウクライナは設定したんだからまだいいんだ、もしこういう趣旨の御答弁だとしたら、私はちょっと信じられませんが。

いずれにしても、食品の摂取量に応じた細かな規制値を設けて、そして、あと限り、やはりそれは健康に被害を及ぼさない本当に厳しいものでなければならない、こういうことなんだろうというふうに思います。そうしたものを今度設定していただける、こういう理解でいいかどうか、もう一度、力強く御答弁いただきたいといます。

○小宮山国務大臣 今の委員のお言葉にあったように、ウクライナが十一年かかったから日本もそれだけかかっていいなどと言うつもりは全くございません。

ただ、こちらも暫定規制値を、今までない中でつくってきたものを、今現時点で、今の現状の中でより安全なものに、新しい規制値にしっかりとつくり上げて、それを実行に移したいと思っている。ただ、それにはいろいろ段階を経てやっていかなければいけないということを申し上げたかったので、一刻も早く安全な規制値をしっかりとつくり出して実行したいということは間違いなく私が考えていることとさせていただきます。

○柿澤委員 大臣もお感じになられているように、新たな規制値の設定がどのようなものになって、どの程度のレベルというか厳しさになるかということは、日本じゅうの子育てをしているお母さん方が注目をしています。ぜひその点、御留意をされて、そして、そうした方々に安心を感じていただけるような数値設定になることを期待したいといます。

先ほどのプリステル氏、非常事態省の副大臣、こうも言っていました。同じ百ベクレルでも、大人のワインと乳児のミルクでは違う考慮が必要だ、こういうことを言っていました。

現在、子どもを放射能から守る全国ネットワーク、先ほどのお母さん方で、小宮山大臣もたしか御面会をされたと思いますが、こうした方々を初め多くの方々から、妊婦や子供に特別の基準値を設けるべきだ、こういう声が上がっております。

先日も、これも高橋千鶴子委員が復興特でこの質問をされていましたが、毎日口にするものでありますから、これは、考えます、考えますでは答弁にならない。子供の成長は早いわけでありますので、一日も早く、やるならやるで、そうした方向性を示さなければいけない。ぜひこれはやると言ってもらいたいです。御答弁をお願いします。

○小宮山国務大臣 私どもが参考にいたしました唯一のものとしてのICRPなどでのいろいろな基準値からいたしましても、確かに子供は感受性は高いんですけれども、一般的に言って子供は摂取量が少ないということから、多くのものが大人と同じ規制値になっています。ただ、ミルクとか水そのものについては、子供が三分の一に設定をされています。

そういう意味で、新たな規制値の設定に当たりますと、乳児や妊婦に対して具体的にどのような配慮をしたらいいか、それもあわせて検討していきたいと思っていますし、先日の委員会でも答弁をさせていただいたのは、例えば、コーデックスとか、アメリカは全部、子供の値というのは普通の食品については特別なものを設けていませんが、EUでは、例えば乳幼児用の食品、ベビーフードですとか粉ミルク、これは低い値にしていますので、こういうことは参考にして、こうした形のものにはぜひ取り入れてやっていきたいというふうに考えています。

また、妊婦さんについては、妊婦が受けた被曝量、これは胎児については、母親が放射性核種を摂取することで被曝を受ける。胎児の体内に移行することで、妊婦の預託実効線量というんでしょうか、その持っている線量の六割が胎児の実効線量となるというふうなことも言われておりますので、そういう意味では、妊婦さんになるべく放射線量を受けないで済むようにどうしたらいいかということもあわせて考えたいと思っています。

○柿澤委員 次に、被災地の医療についてお伺いをしたいと思います。

今月十七日に、政府と福島県による福島復興再生協議会の第二回会合というのが開かれて、政府が福島県立医大を中心に世界最先端の放射線医療の拠点をつくるという構想を福島県に披露し

たということです。

これに呼応するように、福島県と県立医大の側からは、放射線医学県民健康管理センター、こういう構想が示されている。病床数が三百三十床、九階建ての二万九千平米の建物に、甲状腺外科、血液内科、放射線科等を設置して、また、高解像度のCT、ホール・ボディー・カウンターなどを設置した分子イメージング施設、また、がん治療薬の開発のために創薬・治験センターをつくる。医学部の定員を増員して被災地に派遣をする。被曝者援護の専門講座をつくる。

これは総事業費一千億円とも言われているようですがありますけれども、本当に被災地の復興に資するものなのか、大変いろいろな議論が起きています。

まず、病床数三百三十ということでありましてありますが、福島県立医大病院は七百七十八床あって、稼働率がそんなに高くもないというふうに聞いております。これはどうであるか、お伺いをしたいと思います。

○浜田政府参考人 お答えさせていただきます。

先生のおっしゃいますとおり、福島県立医科大学附属病院の病床数、今、全病床で七百七十八でございます。

この五年間、大体平均的に八〇%から八一%ぐらい、ただ、ことしは若干震災の影響もあって八〇を切って、今、七八・六%ぐらいで推移しているところでございますが、これは、私どもが所管しております全国の県立病院、市立病院の同規模、七百床から八百床近くの病院に比べても、五、六ポイント高い数字でございまして、稼働率的には平均を超えているものと考えております。

○柿澤委員 しかし、現状、このぐらいの数値でとどまっているもので、三百三十床、これをふやすということを仮にやった場合にどうなるのかということだと思います。

正直言って、これは震災復興と被災地医療を名目に、病棟の建て増しと、また医療機器を購入しようという、いわば焼け太りの構造ではないか、こういうことも言われています。現に、被災地の医療支援に奔走している医療者からは、これは何だという声が上がっています。

困っているのは、どちらかというとなら福島県立医大ではないんです。浜通りの医療機関なんですよ。

福島県立医大は、どちらかというとなら、原発事故後、浜通りの医療機関から医師を引き揚げたとか、市町村が行おうとした健康診断や健康相談に横やりを入れたとか、甲状腺の専門家や超音波検査の技士が必要とされたときにも協力しなかったとか、そんなことばかりが言われているんです。

その結果、南相馬市は、ホール・ボディー・カウンターによる内部被曝検査を市独自で行うことになり、六歳から十五歳の子供たち三千名近くに測定を行って、九月二十六日から新たな精密な機械を導入したところ、測定した子供たちの半数からセシウム137の内部被曝が認められた、こんな事実も明らかになっているそうです。

これは、福島県立医大がやったんじゃないんですよ。南相馬市立病院のたった一人の医師がやったことなんです。被災地の住民を守るというなら、こうした医師やこうした医療機関を支援すべきであって、しかも、それは一千億円も要らないんです。

だから、政府が決めて、こうやって特定の医療機関に補助金を与えて支援をするやり方ではだめだということを私は何度も申し上げているんです。

それよりも、被災地の診療報酬を特例的に上げて、そうすれば、地元の医療機関は医師もふやすし、医療法人もほうっておいてもやってくる。そして、そうやってふえた医師も医療機関も、県立医大からの派遣医師とは違って、何があってもそこにとどまって逃げないんですよ。

既に八月の厚生労働委員会で、岩手県の医師会の会長が、せめて沿岸部だけでも診療報酬の特例加算をしてもらえないか、こんな要望を中医協に対してしているというお話をこの委員会で取り上げさせていただきました。そのときの御答弁は、今後の議論だということでありました。

被災地における特例的な診療報酬の加算措置について、ちょっと時間がなくなりましたので質問を飛ばしましたが、ぜひ御検討をいただきたいと思っておりますけれども、御答弁をお願いしたいと

思います。

○辻副大臣 診療報酬についての御質問にお答えをさせていただきたいと思います。

まず、被災地で診療に尽力されている医療機関の状況に応じて、診療報酬につきましてはこれまでも必要な緩和措置を設けてきたところでございます。

御指摘の被災地に対する診療報酬の特例等の優遇策につきましては、中央社会保険医療協議会におきまして、診療報酬は診療が行われた場合に算定できるものであって、被災地に対する支援という意味で効果が限定的であること、結果的に患者や保険者の負担の増加につながるといった慎重な意見があったところでございます。

震災に対する診療報酬上の対応につきましては、このような議論も参考にしつつ、補助金や補償との役割分担を考えながら引き続き検討していきたいと考えております。(小宮山国務大臣「一つだけ答えてよろしいですか」と呼ぶ)

○池田委員長 端的にお願いします。

○小宮山国務大臣 済みません、一つだけ。

先ほど御指摘いただいた、福島医大で三百三十床というのは、これは私も、ここに添付してある、この報道があったときに確認をしたところ、これは県で以前にこういう考え方を持っていた。ただ、今これは全然動いていないということを確認していること。

それからあと、南相馬市については、おっしゃるように、そこで働く医療従事者の方の確保が大切だということで、相双のところに支援センターを厚労省としても設置をいたしまして、今そこに常時職員を派遣しておりますので、可能な形で実効性の上がることを取り組みをしていきたいと思っています。