

第2号 平成20年2月28日（木曜日）

会議録本文へ

平成二十年二月二十八日（木曜日）

午前九時開議

○森主査 これより予算委員会第五分科会を開会いたします。

平成二十年度一般会計予算、平成二十年度特別会計予算及び平成二十年度政府関係機関予算中厚生労働省所管について、昨日に引き続き質疑を行います。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。牧原秀樹君。

.....

○菅原主査代理 これにて木村太郎君の質疑は終了いたしました。

次に、清水清一郎君。

○清水（清）分科員 自由民主党の清水清一郎であります。

本日は、舩添大臣をお迎えして、質問をさせていただく機会をいただきましたことを、心から感謝を申し上げる次第でございます。

本日、私は、年金について、そしてまた介護について、新型インフルエンザ、この三点についてお伺いをさせていただきます。

質問の箇所が大分少なくなっておりますので、御容赦をいただきたいと思いますけれども、まず最初に、年金の将来像についてお伺いをいたします。

今格差ということについて、都市と地方の格差、あるいは若年層と高齢層の格差、男女の別による格差等々が言われております。高齢者世帯の所得分布を平成十八年度の国民生活基礎調査で見ますと、高齢世帯の四分の一は年収が二百万円未満である、こう言われております。そして、その六分の一が百万円未満である。

また、六十五歳以上の者がいる世帯は二千七百八十五万世帯で、男性単独世帯が百二十一万世帯、女性単独世帯は四百二十八万世帯であります。

中でも、所得の低さが目立つのは女性単独世帯であります。年収五十万円以下の高齢単身女性は三十五万人おられます。男性は六万人でございます。平均余命の長さが女性に傾いているということも原因の一つかと考えられますけれども、高齢女性単独世帯の二分の一が百五十万円以下、そして三分の一が百万円以下の収入で暮らしております。

このような実態の中で、年金の重要性はますます大きくなるものと思われれます。高齢者の経済基盤の改善は、過去二十年ほどさかのぼってみますと一目瞭然であります。年金によって改善されてきたということになります。しかし、現在も、男女の差は、一方が正社員率が高く、一方がパート、アルバイト等の比率が高いため、年金受給額の平均は、男性百七十七万七千円、女性八十六万円という歴然とした差があります。

昨今、数々の年金改正案が提示されるようになってまいりました。日経新聞案、民主党案、自民党の年金制度を抜本的に考える会の提言等であります。そこで、私自身の案についてももう少し申し上げまして、厚生労働省の御意見を承りたい、こう存じます。

消費税については、今後、社会保障に用途を限定して目的税化するということが大まかなコンセンサスになっているように思われます。

私の案をかいつまんで申し上げますと、消費税を年金のみに限定して使うこととし、五%の新たな負担をいただく。その消費税で十三・三兆円のお金、そして従来の五%の中から年金に回っている分、合わせて一人当たり月五万円、年間六十万円、これをすべての六十五歳以上の方に支給する基礎年金を創設するものでありまして、この基礎年金を従来の国民年金、厚生年金、共済年金の下部へ一階部分として潜り込ませるといような構造になります。そして、国民年金も厚生年金も共済年金もそのまま存続させることを前提にします。つまり、使用者負担、企業負担はそのまま残しますということです。

ただし、自己責任原則を導入いたしまして、新しい基礎年金の創設、発効後は、国民年金については、所得に応じてではなく、積み立てを増額することも、逆に減額することも、やめてしまうことも認めます。

具体的に申しますと、最初から積み立てをしない人は基礎年金部分だけ受給する。同じように、無年金に該当する方々は、先ほどの消費税負担部分、すなわち基礎年金部分だけを受給します。事情によって満額に満たない方、例えば、それが月三万円という受給をされている方でありましたら、五万円をプラスされて八万円を受給するということになります。言いかえまして、基礎年金部分だけ当然多く受給することになります。

国民年金でも、増額をできる方、これは収入にもよりますでしょうけれども、上限を決めておかないで、増額のできる方は増額をして、それにより計算される一定金額プラス五万円をいただく。つまりは、六万六千円よりも、多く積み立てることによって、多くいただける方もこれは出てきていい、こういう考えでございます。

この場合、実は、督促を出すとか徴収ということに関して、公務員の関与を一切しない。つまり、自己責任でございまして、自分で積み立てる額を決めて積み立てていただく。それについて督促も徴収もしない。つまりは、公務員の人数を減らすことにこれは役立つだろう、こう考えております。

共済年金、厚生年金も同じようなものでございまして、自己負担部分、つまり、使用者、企業負担部分以外の自己負担部分については減額をすることができることとする。これは、消費税の負担が新たにできるわけでございますので、現役世代につきまして、その部分の減額を考えることができるようにしたいということでございます。

この案でいきますと、まずは年金制度が安定化してきます。そして、社保庁の職員を大幅に減員することができます。未加入あるいは無年金の問題が解消されます。生活保護における六十五歳以上の方が激減します。また、生活保護の扶助費が他の福祉へ回せます。年金受給額が年間六十万円ふえることによって、介護の費用負担の増加あるいは医療負担、これが一割から二割あるいは二割から三割、増加する分が払えるように、負担することができるようになります。お年寄りも、収入があれば払えますよということであって、その部分は絶対に上げてもらっては困るということではなくて、年金等で考えてほしいという意見が多いようでございます。

現在の消費税五%の中から地方へ交付税として回している分、あるいは地方消費税、老人保健医療、介護保険の部分もこのまま使えますということになります。都市と地方の格差是正ができます。比較的高齢者の多い地方に再配分されることになります。高齢者と若年者との格差も緩和されます。いろいろな利点が出てくると思います。

また、消費が復活し、景気に与える好影響も期待できます。間もなく年金がもらえるという期待をする層は儉約を緩めることができます。現役世代も、先ほど言いましたように、消費税負担部分を掛けて自己負担部分を減額することによって調整することができます。税と社会保障を使って所得再配分ができるというようなことが期待できるわけでございますので、この結果、高額年金受給者もあらわれます。

つまり、現在、厚生年金あるいは共済年金で三十万近くももらっている方々については、五万円ふえますので年間四百万円以上受給する方があらわれるわけでございますので、こういった方々に対しましては、一定額以上は所得税の負担をしていただきます。この税収は、将来ふえるであろう年金受給者のための支給補助という形で、その部分だけに使う税金として扱っていただきたい、こんなふうに考えているところであります。

こういったことを、皆さん、これからはいろいろな案が出てくると思いますが、消費税を財源とすることで、将来に対する不安を払拭し、格差是正や消費拡大にも貢献できる年金制度を実現できると考えておりますけれども、厚生労働省としては、この年金の

税方式について、どのようなお考えをお持ちなのか、できましたら大臣にお伺いしたいと思えます。

○舛添国務大臣 今、清水委員から大変意欲的な御提案をいただきましたので、またいろいろ参考にさせていただきたいと思えます。

私も、学者をやっていたときから、どういう年金制度がいいのかなど。税方式か、保険料方式か、それをどういう形でミックスするか。日本の場合は半分税金が入っておりますから、全体的に見れば、税もあり保険料もある。ただ、考え方としては、やはり、みずから助くという、自助ということはあった方がいい。これは介護保険もそうなんです。それから、共助、お互いに助け合おうよ、同じ国民じゃないかという。それから、三番目に公助。そして、最後、セーフティーネットとして政府がそこに入ってくるという形の三つの上手な連携が必要だ。

そうすると、税だけということになると、自助の部分がどうなのかなということがありますし、それから、今まで賦課方式でずっとやってきた、保険料方式でやってきた、そこでどれぐらいの、恐らく基礎年金だけについておっしゃったんだと思えますけれども、税ということになったときに、今五％という数字を挙げられていますけれども、これは、消費税を上げることについて国民の理解がどこまで得られるか。一％でもなかなか、特に選挙なんか控えていると難しいので、この御理解が賜れるかということと、目的税化で消費税もいいんですけれども、これは、私も一時そういう考え方を持っていたんですが、逆に言うと、抑制する立場から見ると打ち出の小づちになる、一％上げれば二兆五千億円上がってきますから。

だから、やはり抑制するというのもどこかで考えないと、社会保障システムがパンクしてしまいますから、そのときに果たして、一％上げれば二・五兆円入るようなシステムに過度に依存するのがいいのかなというようにもありますし、それから、今委員おっしゃった、一部を任意にするということで、あとはもう自由に、入ろうが入るまいが自由ですよといったときに、では、それで全部実は賄えるのかということで、どうしても、やはりそういうことを考えたときに、ある制度から次の制度への移行を何年かけてどういうふうにスムーズにやるかということがあると思えます。

こういうことを含めて、今度、社会保障についての国民会議が総理のもとにできましたので、そういう場を使い、また、この国会の場で広く議論をして、いい提案をみんなですべて検討しながら先に進めてまいりたい、そういうふうに思っています。

○清水（清）分科員 ありがとうございます。

新しい制度との乗りかえが四十年かかる案と、この案では一年間で終わってしまうわけですね。そしてまた、いただく五％分の十三・三兆円をそっくりまた返すわけですか

ら、景気に対しても中立性があるというようなことがありますので、今後とも考えていきたい、こう考えております。

次に、介護についてお伺いをさせていただきます。

平成十七年度の介護保険法の改正によりまして、地域支援事業が創設をされました。去年は、稲城市などで、この事業を活用したユニークな取り組み、つまりは、六十五歳以上の方がボランティアとして介護サービスを提供した場合に、あらかじめ決められたポイントをもらうことができる、そして、このポイントを使って、五千円という上限はありますけれども、介護保険の保険料を支払うことができるということが始まっております。

昨年、実は、この場で私は、国民全体の介護費用の軽減策として、修正タイムダラー制度というものを発表させていただきました。現在は、相互扶助による安心の循環型介護制度と名前を改めておりますけれども、その相互扶助による安心の循環型介護制度の内容は、エドガー・カーン博士という人がこのタイムダラーというのを実は特許をとっているんですが、それを日本の国情に合うように修正したものでございまして、地方自治体の支援によりまして、ボランティア団体やNPO、こういったものが継続、安定的に福祉サービスを提供できる枠組みを整えまして、参加者自身は介護の担い手となった分だけ、自分にまたただで返ってくるような介護に持っていきたい。

私も、カーン博士の自宅へ行ってお話もお伺いしてきたんですけれども、日本のいわゆる相身互いの考え方がある間に、日本ではこれが実現できるのではなからうかというようなお話を承ってきたわけでございます。また、たまたま団塊の世代が大量退職期にここで当たりますものですから、これを好機に導入することができればと考えたわけでございます。

具体的に申し上げますと、介護サービスを提供できる会員と、それから受ける会員とがいます。私なら私が介護サービスを提供します。五十歳半ばから七十歳の半ばまで、週に二回、二時間ずつ、五十何週になりますか、それと二十年を掛けますと四千時間ぐらい、これがためられるわけです。そうすると、私が七十五歳から介護が必要になったとして、それから十年間、毎年四百時間ただで介護が受けられる。つまり、介護保険で受ける以外に受けられるわけですね。

現実にこれをやっているところを見てまいりますと、実は、気心の知れたボランティアの介護を受ける方が好ましいという方々が多いんです。ですから、現実に介護保険による介護を受けられる権利があるにもかかわらず、それを未消化のまま残すということが起こってまいります。このことが、実は、全体的な介護費用の軽減、国及び国民の全体的な負担の軽減につながる。

そしてまた、この介護の場合は、公的介護で一時間四千二百円ということになっていますが、これを一時間二千円ということとは、その介護を希望する方々については、ボランティアの方がお伺いしたときに、一時間ではなくて二時間見て帰っていくんですね。それで、四千円、介護保険から支給を受けているということがあります。その支給されたお金はNPOに預託をしておいて、そのお金がポイントの、つまり、我々がサービスを行った場合には、サービスをもう一度受け取る要求ができるわけですが、その担保として、現金が預託されて積み上げられることになります。現実には、サービスを実行する方々のうちの二割ぐらいが実際に介護を必要とするようになる。つまり、八割は全部残ってしまう。

ですから、もうちょっと使ってもらえる必要がありますから、その方の縁者、子供、親、配偶者、兄弟、こういったところにも使うことができる。つまりは、贈与することができるということにしておりますが、現実にはインフレにも非常に強いということになります。

たまたま、その地域に介護のボランティアの方がいらっしゃらない、そして、プロの、つまり、一時間四千円を払う方の介護を受けなければならないという場合にも十分に対応できます。そして、その部分がインフレによって倍になった、つまり、四倍になったとしても、今の計算では、十分に担保される現金は残るといような状況になります。

こういったものを去年提案させていただいたわけですが、今私どもが考えますのは、この前段階における、つまり、介護を必要とする前の高齢者の方、この方々が要介護になることを少しでも時間をおくれさせられるというサービスの、つまり、介護予防のサービスについては、新しい法律によって資金が得られるのではないかと。

つまり、地域支援事業、国が四分の一、県が四分の一、そして、市町村が保険料の3%までですか、それが、今介護が七兆円かかっているとすれば、二千百億円というような金が毎年使おうと思えば使えるんだらうと思いますが、こういったものが、私どもが今考えているような介護予防のためのボランティア団体あるいはNPO団体が介護予防のために行う事業に対して、少なくとも地方自治体の長がそれを選択した場合に使うことができるかどうか、こういったことをお伺いしたいと思います。

〔菅原主査代理退席、主査着席〕

○西川副大臣 お答えさせていただきます。

今先生がおっしゃった話、私も、稲城市長とは高校が一緒に親しくさせていただいておりまして、かなりいい形として動いていることをよく存じております。

主に稲城市と千代田区で今始めていらっしゃるような事業だと思いますが、厚生労働省としても、NPOのボランティア等の社会活動参加というのはこれから積極的に活用していくことは大変重要だという認識を持っております。

御指摘のように、地域支援事業の介護予防事業として、NPOなどの管理による個人ボランティアの活動を行うことに関しまして、その実績を評価したポイントを介護サービス等の利用や地域活性化に活用できることについては、地域支援事業のメニューの一つとして明確化したところでございます。

ただ、この地域支援事業では、介護保険サービスそのものについては、なかなか今の段階では、いわば介護の質の確保という問題がありますので、すぐには実行というわけにはいかないかもしれませんが、今後とも、専門職との役割分担などを考えながら、こうした社会参加活動を積極的に実施していきたいという認識を持っております。

むしろ、今の段階では、こういう事業にお年寄り自体も相互に参加することによって、非常にお元気で長く生きていただけて、介護保険を余り使わないで済む、そういう効果も大いにあると思っておりますので、これからも大いに検討させていただきたいと思っております。

○清水（清）分科員 ありがとうございます。

今、おっしゃっていただいたとおりだと思います。そして、将来は本当の身体介護にも使えるように、つまりは、そういうボランティアの団体の構成員が資格を取って、そして十分にその仕事ができるようになっていただく。現実には、今やっているところは当然そういう資格を持った方々がやっておられて、そして一時的には、一つの団体で五万人ぐらいのボランティアの方、そして同じ数の介護を受ける方ができた、そういう団体もございます。

今は少しずつ減っております。というのは、介護保険によって支給がされますので必要がないのではないかとということでもございましたけれども、今後は、先ほど私が言った要介護の前の段階、この段階は非常に需要が多くなってきておりますので、ここが広がっていくのではないかと思います。今後ともぜひよろしくお願いを申し上げます。ありがとうございます。

最後に、新型インフルエンザでございますが、現在、WHOでは、高病原性鳥インフルエンザの発生状況を公表しておられます。インドネシアでは、これまで百二十七人の発症例のうち百三人が死亡されている。ベトナムでは、百三人の発症例のうち四十九人が死亡されています。こういった報告がことしになって出ているわけでもございますけれども、間もなく人から人へ、ヒト・ヒト型の新型インフルエンザウイルスの発生が確実視というか、かなり高い確率であるのではないかとされているわけでもございます。

そして、人から人へ感染する新型インフルエンザの場合も死亡率が非常に高いのではないかということが言われているわけですが、その脅威は、過去のスペイン風邪等に比すると、スペイン風邪はたしか死亡率が二%ぐらいでございましたね。今、五〇%とか六〇%とか言われているこの新型のインフルエンザに対する脅威は、大変大きなものがあるわけですが。

そして、日本国内でこの新型のインフルエンザが発生して、そして罹患するような状況になった場合には、その治療方法としては、まず今はプレパンデミックワクチン、そしてまたタミフル等が考えられるわけですが、プレパンデミックワクチンについては政府は一千万人分を備蓄する、そして抗インフルエンザ薬のタミフルについては政府と自治体が二千五百万人分備蓄するということが今発表され、また十九年度中にこれが実現されているわけですが、どうなんでしょうか。

これは実は、国立感染症研究所の岡田晴恵研究員によりますと、プレパンデミックワクチンは人から人へ感染する新型インフルエンザの死亡率を大分低下させるのではないかと、全身症状を緩和するのではないかとおっしゃっています。厚労省としては、このプレパンデミックワクチンの効用といいますか効果というものをどの程度に考えておられるのか、お伺いをしたいと思います。

○高橋政府参考人 岡田晴恵さんは専門家でありますから、私どもと見解が別に違っているわけではございません。

具体的には、私どもどういうふうに見ているかといいますと、現在流行している鳥インフルエンザ、これはH5N1というタイプでございますが、これまでの変異によりまして、ちょっと専門的になりますけれども、インフルエンザの情報を持っているRNAの塩基の配列が異なる、ありていに言いますと、タイプが違うものが大分多数存在しているわけです。

そこで、私どもとしては、このプレパンデミックワクチンにつきましては、昨年度、二〇〇四年にベトナムでとれた株、それから二〇〇五年にインドネシアでとれた株、これで合計一千万人分のワクチン原液の備蓄を行うとともに、今年度中に、中国の安徽省で二〇〇五年にとれた株についてさらに一千万人分の備蓄を実施する予定であります。

これらの現在備蓄あるいは準備しているワクチンと新型のインフルエンザのタイプ、抗原性がぴたっと一致する、あるいは非常に近ければ、これは当然非常に効果を発揮します。重症化は十分に予防できるだろうと。ただ、これは打つ時期が当然問題でございまして、打ってからしばらくたってから抗体がずっと量がふえて、後は時間とともにだんだん減っていくわけですが、そうしますと、大体今、私どものこれまでの承認した二社の試験成績は、大体半年ぐらい、一年までですね、ある程度の重症化の防止効果が期待できるというふうに考えております。

ただ、パンデミックのときに、実際どのタイプの株のウイルスでパンデミックのインフルエンザがはやるか、これは予測できませんので、今用意しているものがどんぴしゃで当たるとか、そういう事態になるかどうか全くわかりません。これはかなり遠いものですと、かなり免疫としては弱くなりますので。そういった意味では、ちょっと新型インフルエンザのパンデミックに対してどれぐらいの効果があるかということは、それについてはちょっと現時点では大変予測しにくいということを御理解いただきたいと思います。

○清水（清）分科員 ありがとうございます。

確かに、おっしゃるように、タイプが近ければ非常によく効くだろうということになります。しかし、現実にもしタイプの近いものが発生して、それがパンデミックになった場合には、当然国民の皆さん、私も打ちたいということになる。ということは、大変混乱する可能性があるわけでございますね。

それを思うと、例えば、スイスが全国民の分を備蓄しようとしています。アメリカもそうしようとしているようでございます。そのような状況の中で、日本ではこれをどう考えられるのかということを経済の質問にさせていただきたいのです。

日本では、厚労省として、現実合うかどうかわからないものではございますけれども、このプレパンデミックワクチンについて、一千万人のままで過ごすのか、もう少しふやすのか、あるいは全国民に行き渡る程度用意をされるのか。同じようにタミフルについても、発症して四十八時間以内に飲めばかなりの効果がある、こう言われておりますが、これも今は二千五百万人分でございます。この両方について、今後どのようにされるのか、ふやすのか、現状維持なのか、お伺いをさせていただきます。

○岸副大臣 ただいまも御答弁ありましたように、国が備蓄しているプレパンデミックワクチンについては、現在、トリ・ヒト感染のインフルエンザウイルスをもとに製造したものでありますから、この有効性は実際に新型のインフルエンザが発生してみないとわからないということでございます。

また、ワクチンはこのように非常に多くの方が予防に使用するものでございますから、この安全性は非常に高いものを求められる。それも非常に大きな問題になるわけでございます。

また、ワクチンの生産能力そのものにも一定の限度があるということから、国といたしましては、患者を直接診療する医療従事者とか、社会機能を維持するために流行中でも職務に従事しなければならない人、こういう人に対してプレパンデミックワクチンを接種することといたしまして、現在一千万人分を備蓄している。なお、平成十九年度補

正予算でさらに一千万人分のワクチンの買い上げを行う、こういうことになっているところでございます。

今のお話では、スイスで全員ということでございますけれども、スイスの場合は人口的にも非常に少ないわけでございますから、必ずしも日本と比較できるかどうかということはいろいろな論議が必要だろう、こういうふうに思っております。したがって、現時点におきましては、全国民分のプレパンデミックワクチンを備蓄することについては、まだまだ国際的なコンセンサスというものは得られていない。例えば、アメリカでは備蓄目標が全国民の七%、オーストラリアでは一二・五%ということが示しておりますように、コンセンサスはまだ得られておらない、こういうふうに考えております。

このため、御指摘の点も含めて、最新の国際的知見や諸外国の動向等を総合的に勘案いたしまして、この問題、接種のあり方について引き続き検討してまいりたい、こういうふうに思っております。

○清水（清）分科員 ありがとうございます。

実は、舛添大臣が本当に厚生労働行政に奮闘されておられること、本当に我々は御苦労さまだと思っておりますし、またぜひ頑張ってくださいたいとエールを送りたいと思います。その舛添大臣であるからできたというようなことも、やはり期待をさせていただくわけでございます。

このパンデミックの問題についても、パンデミックが起こってからは確かに半年なり一年かかってしまうわけですが、プレパンデミックの場合は用意をすることができるわけですから、人数分は、少なくとももうちょっとふやしていただきたい。つまりは、お医者さんだとか看護婦さんだとか警察官だとか、そういう必要な方々に接種をされるということについては確かに理解ができる、納得するのですけれども、しかし、それがあつたら本当は助かったのかもしれないという方々が、今後、将来、出てくるというようなことも考えられますので、ぜひ御検討いただきたいと思っております。

きょうはありがとうございました。