

岡本の国会での質問

169-衆-厚生労働委員会-10号 平成20年04月23日

○茂木委員長 次に、岡本充功君。

○岡本(充)委員 民主党の岡本でございます。

前回、十八日の委員会における答弁が時間の関係上できなかったということで、きょうは、委員長のお許しもいただいて、前段、少し前回の質問の続きをさせていただいてから本題に入りたいと思います。

まず、前回、最後の質問で、大臣が答弁で手を挙げられておったわけです。きょうは年金局長にはお越しをいただいておりますけれども、いわゆる全国の社会保険事務所に、国民年金の保険料を払い過ぎた人に返還をする国民年金過払い還付法案を民主党が提出した後に、この過払いの分を運用面で返還しよう、こういう話になったのはどうしてか、同じ日なのは余りにもひどいじゃないか。

これまでの答弁でも、運用面で見直していくというよりは、運用面で何とかならないかという思いはお持ちだったのかもしれませんが、しかし、我々がこの法案を出したその日に、あえてこういうことをぶつけるということは大変に政治的にも、もっと言えば、国会での審議に対してもどうなのかという思いを持つわけでありまして。

そういう意味で、そもそも、運用面で改善できるのであれば運用面で見直しますと、従前の参議院の厚生労働委員会や予算委員会で答弁をされておればよかりしになと思うわけでありまして、それについて、大臣が手を挙げてみえましたので、御答弁をいただきたいと思います。

○舛添国務大臣 四月一日の委員会でそういう質問がありましたから、運用面で何とかできないか、これを指示するというのを答えました。ちょっと私、手元にありませんから、予算委員会か厚労委員会か、ちょっとそれは後で確認しますけれども、それで直ちに指示をし、運用面で何とかできないかということとずっと検討させてまいったところでありまして。

そういう過程において、事実関係からいいますと、民主党の法案が出る二日ぐらい前に、大体、運用面でこれでやろうということを私が指示したところでありまして、時間の前後関係で、それを他党が法案を出すから何とかと、そういうことは全く私の中にはありません。それで指示をしました。

そして、しからは十六年の法改正の趣旨はどうかということになりますと、基本的に、余分に払う分は任意で払うわけですから、強制的であれば法律のそういう強制性がありますけれども、任意で払う分について、結局、十七年から法律でもう拒否する、過払いにならないように拒否するという形でやりましたけれども、しかし、その前の方はどうするんですかということで、法律の趣旨に照らし、何とかできないかということで、私が前向きにお答えしたので、それで運用面でやりたいということで、そういう決断を下したという事情でありますから、他党が法案を出すからどうということは、全く私はそういうことを考えていない。四月一日の委員会の発言をもとにしている。

これまでも全部そうなんです、私が国会の場できちんとこういうふうには検討しますということは、きちんと検討し、検討状況について逐一、全部報告をさせております、それで、おくれた場合にはどうだということで。やはり国会の場というのは、与野党含めて提案があったり、質問があったり、いろいろなことがあります。そういうことで、いいものはどんどん取り入れていかなければいけない、年金の問題にしろ、きょうのインフルエンザの対策の問題にしても。

したがって、そういう問題で、これはさすがに、十六年の法律で前の人と後の人を皆さん方おっしゃるように区別、差別するというのはやはり公平性に欠ける、何とかできないか。そこで、法改正というのも一つの手なんですけれども、そうすると、これはやはり時間がかかります。したがって、運用の方が早くできれば運用の方がいいんです。そういう形で、私の指示に基づいて行ったというこ

とでございますので、御理解を賜ればと思います。

○岡本(充)委員 また、四月一日の方の委員会で、法文上も「十七年三月以前に納付されたものについて納付自身は適法なものであるという位置付けで、さかのぼって還付するという扱いはしていない」、しない、こういうふうにご答弁をされておられるわけです。

そういう意味では、逆に言えば、これを受けて我々が作業に入ったというところもあって、私は、ぜひまた一度議事録も御確認いただきたいと思っておりますけれども、政党として、また議員として、政府の答弁を受けて立法作業に、我々だって変な話、運用で済むのであればそれでお願いしたいと言ってきたわけですから、それをわざわざ言っただけではあれですけれども、法案にして出したということは、これはこのままでは見捨てておけないという思いでやったということもぜひ知っていただきたいと思っております。

それと、残った質問のところ、きょうも水田保険局長にお越しをいただいておりますけれども、保険料の推計の問題、それから運用の問題について、前回の質問での、後刻お答えをしますという話があって、その後、十八日の委員会の時点では御報告がないという状況でありましたから、十八日の委員会で指摘をさせていただいたわけです。

改めて聞きたいと思っておりますが、まず一点目、ちょっと順序が逆になりますが、病院において、後期高齢者医療制度で保険証が未着で、まだその方が三万人ぐらいみえるという話であります。この未着の方に対して、運転免許証でも受診できるよ、こういう通知を出されておりますが、実際、病院として確認をする、しかし確認ができない時間帯もある、そういう中で、やはり病院に最終的に損金が発生しないようにしていただかなきゃいけないんじゃないか。

病院の方も大変危惧しているところであります。運転免許証の書きかえをしていないとか、転居等で現住所となっていないなど、そういう方もみえると思っております。そういった方が受診をされ、後刻確認をした場合に、確認がとれない等の事情で病院が医療費を請求できない、そういう事態に陥らないように、どのように厚生労働省として万全を期していくのか、お答えをいただきたいと思っております。

○水田政府参考人 被保険者証未達の場合の取り扱いについてのお尋ねでございます。

この長寿医療制度の被保険者証が七十五歳以上の方々のお手元に届いていない場合、これは、先生今御指摘になったとおり、従来の被保険者証あるいは運転免許証等の氏名、住所、生年月日、こういったものを確認することができる場合には、医療機関におきまして、通常の窓口負担により保険診療を継続していただく、こういう御配慮をお願いしているわけでございます。

その際、医療機関におきましては、従来の被保険者証等を活用して、受診時に各都道府県の後期高齢者広域連合に照会していただくことによりまして、診療報酬の請求に当たって必要な被保険者番号等を確認いただくことができると考えております。そのために、基本的に医療機関が損害をこうむる事態にはならないものでございますけれども、厚生労働省といたしましては、まずはこの被保険者証を高齢者の方々のお手元に一刻も早くお届けをする、医療現場が安心して保険診療を提供できるように全力を尽くすこと、これが基本でございます。

それから、応用問題が幾つか考えられるわけでございます。一つは、広域連合に確認をしても、夜間診療とか救急医療、こういった場合にはどうなのかということでございます。

これは、従来の健保、国保でも、被保険者証を持たないで、こういった場合どうするかということがあるわけでありまして、こういう場合には、基本的にはやはり、一時的に預かり金等により診療を受けていただくケースもあると思われまして。その上で、事後的に当該患者の被保険者資格を確認させていただいた段階で、事後の精算によるということで、病院、被保険者ともに、被保険者であるという状況に応じた費用の負担になるわけでありまして。

それから、仮に、当該患者が医療機関に対しまして氏名、住所、年齢、これらについて証明することができなかった場合どうするかという今御指摘があったわけでありまして、この場合には、

大変恐縮でございますけれども、やはり一たん全額をお支払いいただくわけでありますが、被保険者サイドにつきましては、事後的に、被保険者証の提示をすることができなかったことにつきやむを得ない事情があったわけでございますので、保険者から当該患者に対しまして必要な療養費の支給がなされる、こういう手順になるかと考えております。

○岡本(充)委員 償還払いで対応するということによろしいわけですね。今の話はそういうふうに理解をさせていただきました。

その上で、残っていた質問のうち、いわゆる後期高齢者保険証を得るための保険料の上がった人間、下がった人間の数。世帯ではありません、これは人一人ずつでありますから、こういう数という意味で、質問主意書でも私は四月二日に問わせていただいておりますが、その答弁の中では、当該制度の円滑な運営に支障を来しかねないから調査ができないということでありましたけれども、そろそろ調査をしてもいいのではないかと思っ、これもお尋ねしたところでありますが、それについてはいかがでしょうか。

○水田政府参考人 保険料の制度改正前後の比較ということでございますけれども、実際にどの程度の方の保険料負担が上がり、どの程度の方の保険料が下がるかということは、これは制度の仕組み上、国保については市町村ごとに決まってくる、さらに言えば、個々人の世帯の状況によっても違ってくるということで、詳細な事実関係を知るためには調査を全国の自治体をお願いしなければならなくなるわけでございますけれども、現状認識といたしましては、今は自治体の方々には、むしろ制度の周知でありますとか、先ほどの話にありました被保険者証を確実にお届けすることに力を傾けていただくべきときと考えております。

○岡本(充)委員 ぜひ調査もしていただきたいと思っております。

もう一点、後期高齢者の強制加入の問題ですね。

新聞でも報道されましたが、十県で、ある意味実質的に、後期高齢者医療制度に六十五歳から七十四歳の重度障害者が加入をしなければ従前どおりの窓口負担にならないというような形をもって、ある意味、強制的に加入を求めている実態があるという指摘をされております。これに対して厚生労働省として対処をとられるかどうか、お答えいただきたいと思っております。

○水田政府参考人 この長寿医療制度におきましては、六十五歳から七十四歳までの障害認定を受けた方が障害認定の申請の撤回を行えば、従来どおり、保険料負担のない被扶養者として被用者保険にとどまれる仕組みとなっているわけでございます。

その場合、今の被用者保険にとどまった場合には、自治体が単独事業として実施している医療費助成の対象から外れるということがあることは承知しているわけでございますが、こうした事業は、自治体独自の判断によりまして固有の財源で行っているものでございますので、国として、その事業内容について指導する立場にはないわけでございます。

ただ、障害者の方がどちらの制度を選ぶかにつきましては、長寿医療制度、それからこれに関連する自治体の単独事業の内容を踏まえて判断していただくべきものでございますので、必要な情報を障害者の方に提供するよう、自治体に対して指導を行っているところでございます。

○岡本(充)委員 十の都道府県だけでこのような状況になっていて、そうでない都道府県もあるということですから、これはきちっと対応していただかなければいけないと思っております。

加えて、療養病床の削減の話も残っている質問がありました。

療養病床を三十八万床から十五万床に減らしていくという当初の話で、これは平成十八年の医療制度改革の中で、四千億円の医療費削減効果があるのではないかと、こういうお話がありました。しかるに、現時点で四十三都道府県がまとめた医療費適正化計画によると、現時点でも二十万床療養病床があって、残りの四府県の数足せば、当然二十万床を超えてくる数になってくるわけ

であります。

こうなってきましたと、そもそも、いわゆる転換効果ももちろんであります、二〇二五年の医療費を五十六兆円から四十八兆円へ減らすという一つの指標でもあったいわゆる平均在院日数を、一般病床で相当短縮しなければならぬ病床が出てくるのではないかと指摘をさせていただいて、その場合、一般病床では、つまり転換が進まない県、もしくは厚生労働省の思っているような平均在院日数を達成するために、一般病床で一番短く目標値を設定しなければいけない県はどの県になって、それは一体何日になるのか、それを質問通告してあったはずであります、お答えいただきたいと思っております。

○水田政府参考人 医療費適正化計画におきまして、短縮すべき平均在院日数が大きい一方、参酌標準を上回る療養病床の目標数を設定している県ということをお尋ねだと思います。

例で申しますと、大きいところで申し上げますと、鹿児島県の事例でございまして、平均在院日数の短縮目標は七・六日減とされておりますけれども、療養病床の再編成による縮減効果は〇・二にとどまっております。

残り七・四日についてどういうふうに取り組むかということになってくるわけでありまして、理論的にはもちろん他の病床を減らすということも考えられるわけでありまして、その場合には、病床を減らすということもありますし、また一方で、地域連携クリティカルパスの活用、こういったことを通じた医療機関の機能分化、連携の推進、あるいは在宅医療の推進、そういったことに努めることによりまして在院日数の短縮を進めていくということが考えられるわけでありまして。

それからもう一つ、療養病床につきましても、医療費適正化計画におきまして中間評価ということを行うことになっております。そういった中間評価等を通じて得られた結果をもとに、必要があればさらなる転換支援策を考えていきたい、このようなことで取り組んでいきたいと思っております。

○岡本(充)委員 いや、質問したことにお答えいただいているんですよ。

その場合には、では一般病床の平均在院日数は一体何日に、例えば鹿児島県、いわゆる療養病床の転換効果による平均在院日数の短縮効果が少ない県はしなければならぬのか。これを数字でお答えいただきたいと思っております。

○水田政府参考人 七・六、それから療養病床の削減で得られる効果が〇・二ということで、残りの七・四をどうするかということでありまして、その中身につきましては、まだ今の段階では確定しておりません。どういう形で対応するか、第二期の計画でどうするか、そういったことを含めまして、どの病床で対応するかということまで詰め切っているわけではございません。

それからもう一方で、実は、さまざまな要因が考えられると思っておりますけれども、全国で見ましても、毎年約一日ずつ平均在院日数は減少しております。特に鹿児島県の場合には一・二日という形で減っておりますので、そういった基調的なものも織り込みながら、今後検討していくべき課題だと考えております。

○岡本(充)委員 七日を超える平均在院日数の短縮というのは、極めて一般病床では厳しいわけですね。現実的に考えて厳しい中で、五十六兆円を四十八兆円に、療養病床の削減やいわゆる平均在院日数の短縮で実現をするというこの計画自体が、現時点ではもう厳しいんじゃないかと私は指摘せざるを得ないわけです。そういう意味で、この場であきらめたとは言えない、多分、今後とも目指すと言われるんでしょうけれども、余りに無理な、そういう一般病床への逆に締めつけということはやっていただきたくない、私はそのように考えているわけでありまして。

局長、この四十八兆円は、現時点のこのままではもう、平均在院日数の短縮等で実現するのは、この部分だけで見れば厳しいと言わざるを得ないということはお認めいただけますね。

○水田政府参考人 二〇二五年時点の医療費適正化計画の効果で、医療給付費につきまして、

五十六兆を四十八兆に下げることがございます。

この中で、平均在院日数の短縮による効果は四兆円と見込んでいるわけでありまして、これはあくまでも、平均在院日数は病院全体の話でございます。療養病床の再編成による適正化効果は、その平均在院日数短縮の効果の一部に含まれているものでございます。先ほど申しましたように、短縮する手段といたしましては先ほどの再編成以外にもあるわけでありまして、それから、基調として下がっているという現実もございます。

こういった全体の医療の効率的な提供の推進を図るということでございますので、この療養病床の再編成の数のみが全体としての適正化効果に大きな影響を及ぼすとは現時点では考えておりません。

○岡本(充)委員 今お話を聞いておりまして、その一部に療養病床削減が、医療費適正化計画の、いわゆる四十八兆円の給付費の削減に至るための一つのファクターになっている以上は、それが達成できないということは、この四十八兆円の実現は厳しいと言わざるを得ないと私は思っています。

持ち時間の半分、委員長のおかげで残りの質問をさせていただきました。

これより、議題となっております、新型インフルエンザを含む感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律案についての質疑に入らせていただきたいと思っております。

まずは、きょうは農林水産省にもお越しをいただいております。

日本における鳥インフルエンザの発生というのは、今、鎮静化をしているように見受けられます。特に養鶏業者の皆様方が、一たん発生するとさまざまな御心配を持たれて、実際に、かなり経営上も大変な思いをされるということがあると私は聞いております。今、鳥インフルエンザが日本でいわゆる発生の抑制に成功しており、そしてまた今後発生をした際にも、経済的な面で養鶏業者に打撃というか、損害額が多分に及ばないように万全を期していただきたいと思っております。

そういう意味でいうと、養鶏業者に対する対策、いわゆる互助会等もあると聞いておりますけれども、もう一度素びなを入れて養鶏業を再開しようという方と、もうこれを機に養鶏業から撤退をされるという方においての経済的支援にも差があるのではないかと、また、この制度自体も、従前から見直しが進んでいない部分もあるというふうに承知をしております。こういう部分についても不断の見直しをしていただきたいと思うわけでありまして、この二点。現在の抑制の状況、それから経済的な支援策のあり方についてお答えをいただけますでしょうか。

○谷口政府参考人 お答えを申し上げます。

まず、昨年一月以降、鳥インフルエンザが発生していないという状況についてでございます。

国内の高病原性鳥インフルエンザの発生予防対策につきましては、平成十九年の発生事例を踏まえまして、高病原性鳥インフルエンザに関する特定家畜伝染病防疫指針の見直しを行いますとともに、防鳥ネットの整備でございますとか、それから養鶏場への都道府県の立入調査等によりまして、飼養衛生管理の改善指導を行っているということ、さらに、早期発見、早期通報など、危機管理体制の構築と強化などを行っているところでございます。

また、海外での発生を踏まえまして、水際対策といたしまして、高病原性鳥インフルエンザの発生が確認をされました場合、直ちに発生地域からの家禽肉等の輸入の停止でございますとか、空港や海港、こういったところにおきまして、高病原性鳥インフルエンザの発生国からのすべての入国者及び車両に対しまして、動物検疫所が靴底消毒及び車両消毒を実施いたしております。こういったことによりまして、本病の侵入防止に努めているという状況でございます。

それから、農家への支援の話でございますけれども、家畜伝染病の発生農場につきましては、殺処分をいたしました家畜への家畜伝染病予防法に基づきます手当金の交付、それから経営の再開に必要な家畜の導入また飼料の導入等に要します資金の低利融資、それから経営を再開す

るために新たな鶏の導入等を支援する家畜防疫互助基金に対しまして国から二分の一の補助をしているところであります。さらに、経営が一時的に悪化をしたところにつきましては、経営の維持安定に必要な資金を機動的に融通いたしますために、農林漁業セーフティーネット資金を措置しておるところでございます。

私どもといたしましても、引き続き、発生予防と発生時の蔓延防止対策の整備を進めますとともに、万一の発生時には、これら支援体制の円滑な運用によりまして、経営に対する影響の軽減に努めてまいりたいと考えておるところでございます。

○岡本(充)委員 私が指摘をさせてもらったのは、これを機に養鶏業を廃業しようという方のお声としては、互助会の制度の中でも、いわゆる素びなの購入の部分でも、養鶏業を継続しさらに経営を続けていく方と比べての支援のあり方に若干差があるのではないかなということも指摘をさせていただいたわけで、そういう意味で、休業している間の生活保障の問題等、いろいろ不安は尽きないわけではありますが、不断の見直しをしていただきたいと思うわけです。

そういう中で、実際、人に対する新型インフルエンザが日本でもや発生することはないとは思いますが、日本のいろいろ習慣も含めて考えると、ないとは思いますが、そういうことにならないように万全を農林水産省にもとっていただかなければなりません。

そうしますと、他国で新型インフルエンザが発生するという場合を次に想定するわけです。同僚議員が後ほどいろいろ質問をしますと思いますので、私は、まず早期の対策として、発生国から帰ってきた皆さん、飛行機に乗っている中で、どなたかがどうも新型インフルエンザらしいという症状を示してみえる、こういうことが航空会社から検疫所に通報があった場合、さあ、どうするのかということを少し聞きたいと思います。

今回の法改正でも、空港近隣のホテル等に要請をして、その場においての停留もできるようですが、実際にその発生国から多数の航空機がやってくれば、あっという間にそういったホテルはいっぱいになるのではないかと。どこまでの方を停留するのか。これは人権にもかかわる話でありますから、ある程度明確にしておいていただかなければいけないと思っています。

検疫所長の判断ということでもありますけれども、どこまでがいわゆる停留を求められる人となるのか。WHOの基準やら、また新型インフルエンザの専門家会議等の資料等をいただいたりもしましたけれども、厚生労働省として、本改正案が成立した場合の、いわゆる航空機等、比較的閉鎖された空間において、ある程度距離を置いて空間を共有した者はどこまで停留の対象となるとお考えか、お答えをいただきたいと思っています。

○西山政府参考人 お答え申し上げます。

二点ほど御質問がございました。一つ目の御質問でございます、航空機から着陸する飛行場に、機内でそれらしい方が発見された、どういう手続で停留するのかということでございます。

これについては、フェーズ4Aと言っていますけれども、他国で新型インフルエンザが発生した、その国から来た方で高熱があり、また、せきがあるというふうな方については停留をしていただくということでございます。したがって、その国以外の別の国から来た方で、仮に高熱があつてせきがあつた方については、法律上、停留の措置はとらないというふうな区分けにしております。

もう一点のお尋ねでございます航空機内での濃厚接触者についてでありますけれども、これは最終的にはまだ結論を出しておりませんが、私どもが考えていますのは、「新型インフルエンザの感染を疑う者に同行した家族及び友人、渡航中行動をともにした集団・添乗員、搭乗中に世話をした乗務員」とガイドライン上は定義しております。これでいいのかどうか、さらに検討を進めてまいりたいというふうに考えております。

○岡本(充)委員 そうしますと、その検討はいつまでに出るのかということもお答えをいただかなければいけませんし、続いて、今、発生した国からの帰国者という話ではありますが、場合によっては、帰国はその発生ではない国からの航空機で帰ってきたとしても、それ以前に発生国を旅行してい

たという可能性も否定はできないわけであります。

また、国境周辺でさまざま交易が、陸路でつながっている国などでは交流等もあり、必ずしも当該国へ入国していなくても、その国境周辺というのはボーダーラインになるんじゃないか。現時点、例えばベトナムなんかでも、今北部でトリ・ヒト感染が発生しているという報告を聞いております。ベトナムの北部となってきましたと、山岳地帯も多くて国境線も定かじゃない。旅行者が本当に行くのかという声もありますが、しかし、旅行やさまざまな商業、商売等で行かれる方はみえるわけでありまして、こういった判然としない線引きもあるのではないかと思います。その辺についての運用はどのようにされますか。

○西山政府参考人 いわゆる第三国からの、発生地からの経由であります。

一つは、私が先ほど申し上げたような高熱があつて、せきがあつて、その国は発生国じゃないけれども、発生国に行ってから非発生国に寄って日本に来たというような方でありますけれども、恐らく、非発生国におきましてもサーベイランスシステムは整っております。したがって、先ほど来議論がありますけれども、私ども国際的な協力体制の中で早期発見に努めていきたいという観点が一つでございます。

もう一点は、お尋ねのような、四十度を超すような熱でせきが物すごいという方には、やはりサーモグラフィーを通るなり、先ほど御答弁したリアルタイムPCRをとるなり、それなりの疑似症として法律上措置をするというようなことも実は念頭に置きつつ作業を進めたいというふうに考えております。

○岡本(充)委員 サーマグラフィーは歩いている人を見ればわかりますけれども、リアルタイムPCRをとろうと思ったら採血等をしなければいけないわけで、そうルチーンにできる検査方法でもありません。そういう意味では、より有効でかつ弾力的な方法をやはり考えていかなきゃいけないんだと思います。

その上で、現在、感染症指定医療機関の指定状況でありますけれども、特定感染症の指定医療機関は、成田の赤十字病院、国立国際医療センター、そして大阪府にあります市立泉佐野病院、この三つだ。そして、病床はわずか八ベッドしかないわけですね。第一種の感染症指定医療機関、これも二十六医療機関で四十九ベッドしかない。これではいかにも数が少ないんじゃないか。

また、では全国で、新型インフルエンザと診断をされ、そして陰圧化された、結核病床等の陰圧ベッドにどれだけの方が入院できるインフラ整備がされているのか、それについてお答えをいただきたいと思います。

○西山政府参考人 お答え申し上げます。

今委員御指摘のとおり、特定それから第一種、第二種でそのような数でございます。

陰圧病床でございますが、これは数的にはまだ足りないということで、各地方自治体を通じて、どの程度必要なのか検討、協議を重ねているところでございます。したがって、感染症の指定医療機関以外に、やはり一般病床も活用しなきゃいけないということで、こういった国立病院や社会保険病院、パンデミックになった場合でありますけれども、その活用を考えているところであります。

○岡本(充)委員 陰圧病床の数はお答えいただけないんですか。

○西山政府参考人 陰圧病床の数でありますけれども、全体として医療機関がベッド数一万三千九百七十一のうち、陰圧病床の病床数が四千三百四十二、このような数字になっております。

○岡本(充)委員 本当にそれだけあるのか、私も改めて確認をしてまいりたいと思いますけれども、四千三百あったとしても、極めて少ないと言わざるを得ないし、パンデミックという状況において一般病床を利用すれば、当然広がっていってしまう。

その前の段階で、航空機を本来の目的地と違って、場合によっては、発生国からやってくる航空

機の中に新型インフルエンザの症状を有する方が乗っている場合には、例えば成田行きをやめて、一カ所に集中をさせて着陸させるということも検討していると私は聞いておりますけれども、その場所が、成田、中部、関空、福岡の四つであるというふうに聞いておりますが、まずこれは正しいでしょうか。

○西山政府参考人 お答え申し上げます。

検疫所については、その四つに集約しようと考えております。

○岡本(充)委員 しかし、中部国際空港においても特定感染症指定医療機関がないし、また福岡空港は町の真ん中にありまして、着陸をした周辺にはおうちもたくさんあります。そういう意味では、これは本当に飛行機を回してそこに着陸させるのが妥当なのかなということも疑念を持ちますし、初期の対策が重要であるという以上は、この点をぜひもう一度検討してもらいたいと思います。

ワクチンの点についても確認をしたいと思います。

今、日本全国で、ワクチン用の有精卵は一年間に一体どのくらい確保できるのでしょうか。

○高橋政府参考人 日本全国で何個確保できるかは、ちょっと私ども詳細を承知しておりませんが、新型インフルエンザワクチン生産用に有精卵が何個必要かということにつきましてお答え申し上げます。新型インフルエンザワクチン一千万人分を製造するのに必要な有精卵の個数は、これまでのウイルス株の増殖性をもとに試算をしますと、およそ一千万個から二千五百万個程度が必要というふうに考えているところです。

○岡本(充)委員 きょうは農林水産省の生産局の畜産部長もお越しでありますけれども、有精卵全体としては、一体日本でどのくらい生産されているんですか。

○本川政府参考人 私どもが各都道府県から調査をしたものが、十九年三月時点で取りまとめた資料がございまして、いわゆる種卵ふ化業者という方々がつくっておる卵で、大体十二億個弱ございます。そのうち、ワクチン製造用として七千万個程度が利用されているという状況でございます。

○岡本(充)委員 きょうは医薬食品局長がお越しでありますから、一度農林水産省とも協議をしてもらえないかなと思っておりますのは、本当にたくさんある有精卵、もちろん、ワクチン用というのは特殊な飼育方をしている鶏から生まれた卵だと聞いてはおりますけれども、その中で、例えば養鶏業者として食用ないしは素びな用に生産をしている卵であっても、場合によっては規格上合致するものがあるかもしれない。

一体どのくらいのものが、いざというときに、本当にパンデミックになってパンデミックワクチンをつくらなきゃいけないというときに、今、一千万人分でも場合によっては二千五百万個、卵が要るわけですね。これだけの卵が一遍にできるとはとても思えない。したがって、ここは一度協議をしてみ、どういう卵ならいざというときに使えるのか、こういうことを考えていただきたいんですよ。

こういう答弁ですから、ここは大臣の方がいいかもしれない。大臣、この新型インフルエンザ対策の会議を内閣府等でやっている聞いております。そこで、パンデミックワクチンのときに必要な卵、はなから衛生面だとか規格だとかで使えない有精卵もちろんあると思いますけれども、今は畜産業の中で流通している卵でも、使える規格のものがあるのかないかぐらい、ぜひ一回調査してみてはいかがですか。そうすることで、たくさんの卵が確保できるかもしれませんよ。一度それを検討していただけるか、お答えをいただきたいと思います。

○舛添国務大臣 今の私の理解ですと、特定の農家にきちんと生産管理を頼んで、安全性や何かということがございます。ただ、今、緊急事態にそういう契約している農家以外のものがあるか

とか、それは検討させてみたいと思います。

○岡本(充)委員 ぜひ前向きにお願いをいたします。

それともう一点、今回、この法案に、我々としても緊急性が高いということで賛同していく方向に検討は入っておりますけれども、しかし、これで終わりではなくて、やはりこれも不断の見直しをしていただかないといけないということをつけ加えさせていただいて、私の質問を終わります。

ありがとうございました。