

平成二十七年五月二十六日（火曜日）（未定稿）

午前十時開会

委員長（丸川珠代君） 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、高橋克法君、野田国義君及び行田邦子君が委員を辞任され、その補欠として武見敬三君、西村まさみ君及び山田太郎君が選任されました。

委員長（丸川珠代君） 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。

持続可能な医療保険制度を構築するための国民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唐澤剛君外五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（丸川珠代君） 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

委員長（丸川珠代君） 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、これより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。

福岡資麿君 自由民主党の福岡資麿と申します。総理におかれましては、充実審議のために、今日はこの委員会に御出席をいただきまして、ありがとうございます。確認の意味も含めまして、一問質問をさせていただきます。

社会保障制度とは、国民の生活に安心、健康長寿をもたらすものでございます。我が国では保険証一枚で誰もが安心して適切な医療を受けることができるという世界に誇るべき国民皆保険を実現してきておりまして、これまで多くの国民の命と健康が守られてきました。少子高齢化がますます進展し、医療費の増大が避けられないといった大きな環境変化に直面している中で、この昭和三十六年に実現した国民皆保険制度を次世代に引き継いでいくことが今を生きる私たちの使命であるというふうに考えております。

そうした状況の中で今回の法案を見ますと、まさに持続可能な医療保険制度を構築する観点から、国民皆保険を支える重要な基盤である国保の安定化を図ること、給付と負担のバランスの取れた持続可能な制度とするため負担の公平化を図ること、予防、健康づくりを推進していくこと等に関する施策が盛り込まれているものと理解をしています。この法案によります改革の意義と、医療保険制度にとどまらない持続可能な社会保障制度の構築

に向けた総理の決意をお伺いしたいと思います。

内閣総理大臣（安倍晋三君） 今回の法案は、少子高齢化が進展する中、給付と負担のバランスの取れた持続可能な医療保険制度としていくため、国保について財政運営の責任主体を都道府県とした上で財政基盤の強化を図るほか、後期高齢者医療への支援金や入院時の食事代について負担の公平化を図る、予防、健康づくりの促進により医療費適正化を推進するなど、必要な改革を進めていくものであります。

世界に冠たる国民皆保険を始めとする社会保障制度をしっかりと次世代に引き渡していくため、消費税率の引上げにより、将来にわたって安心できる年金制度の確立、医療や介護が必要になっても地域で暮らせる仕組みの構築、子ども・子育て支援の充実など、社会保障の充実、安定化に取り組んでいるところであります。

同時に、制度を持続可能なものとしていくため、重点化、効率化に取り組むなど、不断に改革を進めてまいりたいと考えております。

福岡資麿君 ただいま総理から力強い決意を伺うことができました。

この委員会でもずっと議論してまいりましたけれども、必要な医療については保険でしっかりとカバーされるという原則が今後もしっかりと守られていくことが大切だというふうに考えております。

のお薬が多いわけですが、それは非常に重要でございます。そのために、ロードマップと定期報告と、そして患者申出療養に関する会議というようなものを活用して保険収載の道につなげていきたいと思っております。

具体的には、今日の御質疑でもありましたけれども、未承認、適応外の解消の検討会議というようなものもございますので、そうしたところでの御議論もしていただくということになるつかと思っております。

行田邦子君 先進医療の経済的な部分で重要な一躍を担っているのが民間の企業である製薬会社、企業であるという現状を考えて、かつ一方で、公的医療保険制度、国民皆保険制度を支えるためにはやはりしっかりと国が関与しなければいけないということも踏まえて、是非この検討会議といったものをつまぐ機能させていただきたいというふうに思っております。

私は、患者申出療養の議論をずっと聞いています。今思っているところは、そもそも新しい薬、また先端医療ができた場合に、それが安全性と有効性を確認し、そして保険収載を判断するという今の先進医療Bの範疇の話と、それと、非常に希少な疾患で苦しんでいて、また難病で困っている患者さんに対して新しい道を開くというふうな言ってみれば、あるいは先進医療ではあるけれど

も地理的な条件なども含めて適格基準外になってしまっているような方たちに救いの道、選択肢を広げるといって、言ってみれば人道的な見地での策と、この二つのことが何かごっちゃになってしまっているのではないかなというふうに思っています。私は、これは人の命に関わることで、もつときちんと整理をして、また議論を尽くしてから法案として出していきたいかたということとを申し上げておきたいと思っております。

最後になりますけれども、この法案、本当にいろんな内容が含まれていて、私は、国保の都道府県化、これはやむを得ないと思っています。医療保険制度の抜本的な改革がすぐにできないのであれば、とはいっても何にもしないわけにいかないの、今できることとしてやむを得ないと思っています。やり方に非常にまずい部分はあったと思いますけれども、それはやむを得ないと認めるんです。これは私は賛成なんですけれども。

ただ、この患者申出療養については、やはり議論が非常に中途半端なまま、こちゃこちゃとした、何だか分からないまま法案が出てしまったということに非常に私は疑問、問題を感じておりまして、どうしてこのようないろんなものを一つのパッケージとして法案で出されたのかなということを非常に抗議をしたいと思っております。そのことを申し上げまして、私の質問を終わります。

薬師寺みちよ君 無所属クラブの薬師寺みちよでございます。

今日になりました患者申出療養が花咲いてきているんですけれども、私、今日ここで患者申出療養をやってしまったと、患者申出療養しかやらなくなってしまうので、別の分野について質問をさせていただきます。

先ほど長沢先生からもございましたけれども、やはり今回は県の負担というのがかなり過重なものになってまいります。都道府県というのは、医療費適正化計画を見直し、地域構想と整合的な目標を計画の中に設定することになってきております。この二つを計画して実行に移していくというこれは至難の業だと私自身は考えております。

国は、県のシステム構築においてどのように今後サポートしていかれるおつもりなのか、まずは御意見いただけないでしょうか。

副大臣（永岡桂子君） 先生おっしゃいますとおり、都道府県で、これは医療提供体制の整備ですとか、あとまた医療費の適正化の役割を担っていただく上で、国において十分な支援を行うことは大変必要であると考えております。

地域医療構想につきましては、地域医療介護の総合確保基金への財政支援を実施しているほか、この三月には地域医療構想策定のためのガイドラ

イン、これを都道府県にお示しをしたところでございませうし、また今後、都道府県の担当者に対して地域医療構想の策定のための研修会、これは六月、七月、十月と三回に分けてまして計八日間、これはもう本日から晩までということございませうので丸々八日ということになります、その研修を開催いたしまして、医療提供体制の現状と患者さんの医療状況の把握を始め、地域の医療構想の策定方法に精通していただくということにしてまいります。

また、医療費の適正計画につきましても、都道府県が医療費の目標を定める際の算定方法などを盛り込みました医療費の適正化基本方針につきまして、今後、専門家の御意見も踏まえながら、今年度をめどに取りまとめたいとお示しをしております。

また、都道府県が医療費の分析、これを行うためには、データセットについて、これ先ほどから何回も出ていますように、ナショナルデータベースなども活用しながら、国においてそれを策定して配布をすることなどを通じまして、都道府県に対する必要な支援を行ってまいります。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

副大臣も、ガイドラインを出すからということ、研修をするからと、これ大変大切なことだと思っておりますけれども、これこそやっぱり競争原

理を働かせていくべきだと思っておりますね。

やっぱり地域によって全く事情が違う、年齢構成も違えばアクセスも違って、医療提供体制も違うということは、都道府県によっていかに地域特性を生かしたような適正化計画を立てていくのか、地域医療構想を立てていくのか、ここが一番肝腎なことであって、金太郎あめのようなものをこちらから提供し、それをまねしてくれ、これではいつまでたっても地域の自立にはつながっていかないと思っておりますね。

ですから、しっかりとこれから様々な研修の中で、若しくは、最初は一律かもしれませんが、これはいいと思ったような試みについては横の広がりを持たせていくとともに、そういったインセンティブというものをどんどんどんどん働かせるような仕組みづくりというものも考えていただきたいと思っております。

それを策定するに当たってです。今、人材不足だということが、私、実感を感じております。今後、都道府県に必要なようになってくる人材というものについて御検討いただけていると考えておりますけれども、どのような人材育成が取り組む予定なのか、まず教えていただけますでしょうか。

国務大臣（塩崎恭久君） これからの都道府県役割が大きくなる一方でございまして、我々も期待をしているわけでありませうが、医療費適正化を

推進するに当たって、市町村などの医療保険者が地域の保健課題を適切に反映した効果的な保健事業を実施できるように必要な支援を行っていかなくやいけないと思っておりますけれども、このためには、やはり都道府県の職員が専門性を高めて併せて都道府県単位で公衆衛生などの専門知識を有する人材を育成をし、活用していくということもとても大事だと思っております。

こつこつ観点から、国においても、都道府県職員に対する研修、この実施を進めるとともに、都道府県職員や保健事業を実施する市町村職員に対して公衆衛生等の専門家が助言する仕組みを構築することなどを通じてこの支援をしっかりとやっていきたいと思っておりますが、私も愛媛県の保健福祉部に聞いてみたところ、全職員の中での医師の割合が十人弱、今本庁にいただけで見ると二人しかいない。これからそういう中で適正化計画あるいはビジョンを作る、なかなか大変だなということも言っております、我々としてもしっかりと支援をしていかなきゃいかぬというふうに考えておるところでございます。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

大臣御認識のように、やはりこの公衆衛生、社会医学に関わる医師というものはこれからますます養成していかなければならないということで、まず共通認識を持ちたいと思っておりますけれども、保健所

を例えば取ってみますと、四百九十ある保健所長のうち約一割が兼務している状況であって、医師の資格のある行政職員というのが全国的にも充足していないという認識でいいのか、まず教えていただけますでしょうか。

政府参考人（新村和哉君） 今御指摘ございましてとおあり、平成二十六年未現在におきまして、全国の保健所長の約一割、これは四百九十名のうち四十八名が他の保健所長の職務を兼務しているという状況でございます。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。
保健所長など社会医学、公衆衛生に携わる医師がなかなか集まってこない理由というものを分析していらっしやいますでしょうか。

政府参考人（新村和哉君） 保健所長など公衆衛生に携わる医師の確保が難しい背景といたしましては、幾つかあると思いますが、例えば医学士や医師の多くに臨床医志向があるということ、また、公衆衛生医師の重要性ややりがい、あるいはキャリアパスなどが十分に理解されていないといったことなどが理由としてあると考えられております。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。
厚生省は、公衆衛生医師確保に関する各種取組についてということと、登録事業も行っていることと、この登録事業、成果が上がっていら

っしやいますでしょうか、教えてください。

政府参考人（新村和哉君） お答えいたします。
公衆衛生に携わる医師を確保するため、厚生労働省では、平成十六年度より公衆衛生医師確保推進登録事業を行っております。この事業は、保健所等において公衆衛生に従事することを希望する医師の情報と、保健所等において公衆衛生に従事する医師を必要とする自治体の情報をそれぞれ登録いたしまして、希望条件に合致する登録自治体及び登録医師についての情報提供を行うものでございますが、この事業を通じましてこれまで十六名の医師の地方自治体への就職が決まっているという、そういった実績でございます。

薬師寺みちよ君 やはりなかなか成果が上がってこなくて、充足もできず、保健所長さえも兼務という、これが地方の実態でございます。こんな中で、医療費適正化の計画も描きなさい、保険者機能も強化しなさいということを次から次へと制度として落とし込まれても、地域はこれはお手上げの状況が続いてしまいます。そこで、私が考えておりますのが、やはり先ほどもございましたキャリアパスということをしっかりと考えて、公衆衛生に興味があるようなドクターを育成していくこと、これ肝腎な厚生労働省としての役割ではないでしょうか。

皆様方のお手元に配らせていただいております

けれども、専門医というものが、この度、新しく日本専門医機構というところで取りまとめられることになってまいりました。この中に、残念なことながら、公衆衛生であったり社会医学系というもの、この専門医、見当たらないんです。国の施策をこれから地域に落とし込んでいく、その上で一番必要なような分野というものが専門医制度になつていないということは、私、これ大きな問題なんではないか。専門医を採り、そして地域で活躍するような医師を一人でも多く輩出するためには、この専門医制度というものをしっかりと組み込んでいく必要があると思えますけれども、御意見をいただけますでしょうか。

副大臣（永岡桂子君） ただいま先生おっしゃいますとおり、社会医学の領域の専門医につきましては非常に少のうございます。そんな中で、基本領域の専門医というのは、これは相当ベースになつておりますが、先生のこの資料の上の方、この中にもないということでございます。

そんな中でありまして、日本公衆衛生学会など五つの社会医学系の学会が中心となりまして、社会医学領域の専門医の制度化に向けた具体的な検討が開始されているものと承知をしております。
新たな専門医の仕組みにつきましては、平成二十五年の四月に取りまとめられました検討会の報告書に基づきまして、これは専門医による自律性を

基盤といたしまして、昨年五月に設立されました日本専門医機構が専門医の認定などを統一的に行うこととされておりまして、平成二十九年度からの養成開始を目指して今準備を進め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、社会医学の領域の専門医の制度が公衆衛生医師の確保に資するように関係学会と連携をいたしまして、一緒になつて取り組んでまいりたいと考えております。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

現在、日本で公衆衛生大学院は九つございます。公衆衛生を修士課程のコースに取り込んでいる大学院が十一と、合計で二十以上の大学院で公衆衛生を学ぶということも可能です。ということは、学生からのニーズは少なくないんじゃないかと思えますし、私も九州大学の医療経営・管理学という専門職大学院を卒業して、医療政策というものを大変興味を持ったという経緯もございます。武見先生もハーバード大学の公衆衛生大学院の研究をしていらつしたということ、やっぱりこういつたステップを踏んで更に人材を確保していくということも肝腎だと私は考えております。やはりキャリアパスを明確にして、より良く、多くの方々にこの分野について学んでいただける努力をしていただきたいと私からはお願いをさせていただきますと思います。

さらに、この専門医に関わりますことでもう一問質問をさせていただきたいんですけれども、先日、がん研究センターに視察に伺った際に、やはり今回の患者申出療養につきましても専門医の役割というのが大変重要になってくる。先ほどから答弁にもございますように、じゃ、どういふ疾患が対象になるんだということになると、いや、がんだろうということが言われているんですね。しかし、この専門医の中でがん専門医というものは掲げられておりません。がん専門医について今後どのような検討を進めていくべきなのか、是非厚生省にも支援をしていただきたいと思うんですけれども、御意見いただけますでしょうか。

副大臣（永岡桂子君） 確かに、がんということ大分身近な病気ではございますが、この専門医としての横串を刺したようなものがないというのは確かでございます。御指摘のように、がん医療に関わります専門医の育成、これ大変重要と考えるわけでございます。

このために、平成二十四年の六月に策定いたしました第一期のがん対策の推進基本計画におきましては、関係学会の協働を促しまして、がんの診療に関わる専門医の在り方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進することとされております。

こうした取組の結果、がん医療に関わります専

門医につきましては、平成二十七年四月現在、これ日本臨床腫瘍学会では千三十五名の方、これはがんの薬物療法専門医を認定をいたしまして、そして日本緩和医療学会は百八名の専門医を認定をいたしました。そして、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会では千二十九名の放射線治療の専門医を認定してきたところでございます。

また、新たな専門医の仕組みにつきましては、平成二十五年四月に取りまとめられました検討会の報告書に基づきまして、専門医によります自律性を基盤といたしまして、昨年五月に設立されました日本専門医機構が専門の認定等を統一に行うこととされておりまして、平成二十九年度から養成の開始を目指しまして準備を進めております。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

この日本専門医機構というものがプロフェSSIONALオートノミーを利用して中立的な第三者機関として立ち上がったことはもちろん私としても認識をいたしております。しかし、国の施策としてこういつた分野の専門医が必要だということも是非御助言をいただけるような機会があればというふうに考えております。

がん専門医にいたしまして、これから多くの皆様方がこのような患者申出療養制度、もし成立をいたしましたら利用をしていく、それに当たつての専門職がどこに配置をされているのかという

ような様々な情報を集約し、そして患者様方に提供していくということも重要な厚労省としての役割かと考えておりますので、よろしくお願いしたいと思っております。

今は医師のことを取り上げましたけれども、これからますますニーズが高まっていく職として保健師という職もございます。高階先生が保健師でいらっしやいますように、本来に保健師の皆様方これから、この制度だけではなく、ストレスチェックテストというものを保健師、かなり大きな役割を、私も一緒にタッグを組みながらやっておりますけれども、果たしてくださっております。

この役割も今後見直さなければならぬと思いますし、実は保健師の資格を保有している方々は二十四万人いらっしやるということで、厚労省の方から資料も提出いただきました。しかし、現場で活躍していらっしやる方々というものは五万人弱にすぎない、大変少ない数となっております。自治体、保健で働いてくださっている方々は三万人なんです。

ですから、今回、医師というものは、まだ医師不足でございます。この公衆衛生の分野ではもっともっと多くの医師にも活躍していただきたいですけれども、せっかく免許を持って資格を持っていらっしやるんですしたら、保健師の皆様方の活躍の場というものも広げていくべきだということふうに

私は考えておりますけれども、今後、保健師の皆様方の活躍を推進していただくような御予定はございますでしょうか、教えてください。

副大臣（永岡桂子君） 先生おっしゃいますとおり、地域におけます保健師さんの活躍場所ですね、本来に地域住民のために健康相談ですとか、あとまた健康教育、それから訪問指導などの本場に幅広い、また住民の方たちに大変近い保健サービスを行っております、こうした保健師の活動というのは、住民の主眼的な健康づくりに大変支援をいたしますし、健康で質の高い生活を送ることを応援するというところで、大変重要なものであるということふうに考えております。

そのために、地域におきます保健活動の更なる推進、それが図られますように、平成二十五年の四月に、これは局長通知なんですけれども、地域における保健師の保健活動に関する指針、これを改定いたしましたので、この中で、地区担当制、これを進めることですとか、また保健師の保健活動の総合調整などを行う部署を明確に位置付けまして、その部署への保健師の配置を明記するなど、保健師さんの更なる活用を推進することを目指したわけでございます。

また、病院におきましては、人間ドックやまた健康診査後の保健指導、それから慢性疾患の重症化の予防ですとか、あとは地域連携などについて、

保健師さんが一翼を担っているということになります。また、産業保健領域でございますけれども、保健師さんは、労働安全衛生法に基づきまして、健康診断の結果に基づく保健指導を行うなどの業務を行っております。またさらに、今年十二月から施行されます改正労働安全衛生法、これのストレスチェック、先ほど先生もおっしゃいましたけれども、そのストレスチェック制度におきましては、医師、保健師などを実施者として規定しているわけでございます。

厚生労働省といたしましては、今後とも、このような保健師さんによる保健活動の円滑な実施を図るために、必要な支援を行ってまいりたいと考えております。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。

医療となると全てが医師だという考え方はなく、その周辺環境を整備する上におきましても、看護師、そして保健師、様々な関連職種の皆様方と分かち合いながら、タッグを組みながら、チームでやはりしっかりとこの行政も行っていくというふうな姿勢を是非今後とも貫き通していただきたいと考えておりますので、よろしくお願い申し上げます。

時間もございませんので、これ多分最後の質問になってしまつと思えます。

私は、今回、都道府県化という言葉、その中で、

都道府県単位というものと都道府県保険者というこの間には大きなギャップがあるんじゃないかというふうに感じておりました。その点について質問させていただきたいと思います。

現在の市町村国保も当初は国保組合が保険者でございました。行政というものは、いわゆるレフエリーというぐらいの役割を持たなければならぬ、プレーヤーとして行政から独立した主体というものが当たっていかねばならない、これが私、自然な姿なのではないのかなと考えます。特に、電子化されたレセプトデータや健診データの蓄積が進み、保険者機能を発揮するインフラが整備されつつある状況を踏まえ、保険者には専門的かつ高度なデータ分析能力というものも求められてまいります。

そうした場合、一般行政機関である役所ではこれは限界があるのではないかと、専門的スキルを有するスタッフを抱えられる専門的な保険者組織というものを想定すべきではないかと考えておりますけれども、いかがでしょうか。

国務大臣（塩崎恭久君） 今回、都道府県に、市町村とともに保険者として役割を成してほしいということをお願いしているわけでございますが、地域医療構想をつくる、それから、病床の機能分化も担う、提供体制に責任を負う、こつこつ中で、今回都道府県が国保の財政運営にも責任を負うと

いうことになるわけでありまして、先生今おっしゃったように、保険者としての都道府県ということになると、単に、確かに自治体の職員だけではなかなか難しいところがあるのではないかとこの御指摘は、私も基本的には賛成でございます。

特に、データをこれから分析をしながら、保健事業や予防、それも一次予防、二次予防、こつこつとこのまで担っていくことを保険者に期待をするならば、やはりそこに専門性というものがなければいけないし、リーダーシップも必要だということに思いますし、なかなか被保険者全員あるいは加入者全員にしっかりとこの思いが行き渡るようにするためには相当なエネルギーが要るんじゃないか、そんなふうには私も思っているところでございまして、都道府県はデータ分析も含めて新たな役割を担う必要があると。今回の国保改革に当たって、地方自治体職員に対するやはり保険者とは何かということを含めた研修、説明会を充実していかなければいけないんじゃないかというふうに思っております。

現在、市町村が都道府県単位で共同して設置しております国保連合会、これもありますが、これまでも審査支払業務とか市町村が担う事務の共同処理を行うなど、いわゆる専門的な業務というペイヤーとしてのですね、ということとは行っておりまして、これは国保改革後において

も、都道府県が担う事務の一部について委託を受けて実施するなど、都道府県が担う専門的な役割を積極的に支援することが期待をされるということになるんだらうというふうにご考えているところでございます。

薬師寺みちよ君 ありがとうございます。時間が参りましたので、質問を終わらせていただきますけれども、やはり地方分権の流れの中でこれは大きなトライアルだと私は考えております。やはり、地方分権というふうにご考えるのであれば、権限も財源も人間も移譲していかねばならない。権限だけ、制度だけ押し付けて、財源、人間というものは国が抱え込んでしまつて、これでは地方はこれ以上受けられない、受け止められないという体制になりかねません。ここから第一歩を進めていくというような制度、私は、地方もウエルカムだよ、どんどんどんどんやっぱり権限も財源も人間も地方が受け止められるというような制度にしていくためにも、今回大きく厚労省は試されているんだというふうには、是非そういう考えで臨んでいただきますようお願いを申し上げます。私の質問とさせていただきます。

ありがとうございます。福島みずほ君 社民党の福島みずほです。評価療養のほかに、いわゆる患者申出療養というのをなぜ設ける必要があるのか、全く分かりま

せん。

条文に基づいて質問いたします。

健康保険法の改正法案における今回の患者申出療養出制度をやる、六十三条二項四号に患者申出療養があります。ここに「高度の医療技術を用いた療養」とありますが、定義を教えてください。

政府参考人(唐澤剛君) 高度な医療については、これはもう医学的に決まるものでございますので、法律的に高度な医療とはこれというふうな規定はしていないわけでございます。これは医学の常識に従って決まっているということでございます。

福島みずほ君 これは先進医療に限らないということですね。

政府参考人(唐澤剛君) はい。必ずしも先進医療に狭く限らないということでございます。

福島みずほ君 条文は「高度の医療技術を用いた療養」とあるので、がんの緩和や様々なものが入るといことですか。これ、無限に拡大していく可能性がありますか。どうですか。

政府参考人(唐澤剛君) 範囲が具体的に限定されていないということは、医療の内容につきまして、それは先生の御指摘のとおりでございますが、やはり先進医療で今取り組まれているものといつのは、一定の範囲といつのは実際には研究されている分野といつものもございまして、それ

はそういう実際の研究の状況を反映した結果になってく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。

福島みずほ君 答弁が支離滅裂で、高度の医療技術を用いた療養には先進医療に限りませんと言ったら、はいそうですと答えましたね。高度の医療技術を用いた療養といつのはかなり広範囲じゃないですか。それはさつきお認めになられたね。どこで限定するんですか。

政府参考人(唐澤剛君) 高度な医療といつものを、これこれと、この領域とこの領域とこの領域が高度という、そういうような定義はそれはできませんので、これは医学的に学会で決まっていますと、事実上ですね、というものでございます。

したがって、線は引いていないわけでございます。福島みずほ君 先ほど先進医療に限らないというふうにおっしゃったので、そのとおりだと思います。

二号が評価療養の規定ですが、ここにも「高度の医療技術を用いた療養」とあります。二号の評価療養と四号の患者申出制度の高度の医療技術同じものですか、違うものですか。

政府参考人(唐澤剛君) これは、法律の表現としては同じものであると考えております。

福島みずほ君 同じものであれば、なぜ評価療養のほかにも今回患者申出療養を設けるんでしょう

か。

先日質問したら、三点、患者の申出が起点、迅速に審査を行う、身近な医療機関で受けられる仕組み、三点答弁がありました。

条文六十三条二項四号には、「当該療養を受けようとする者の申出に基づき」と条文にあります。患者が申し出ないで医者が先に言ったら、この患者申出療養制度に該当しないということであるらしいですね。

政府参考人(唐澤剛君) これは、先ほどからも御議論がございましたけれども、物理的な順番ということよりも、患者さんがきちんと理解と納得をしたかということでございます。

それで、もちろん患者申出療養制度について、がんセンターで先日御覧いただいたように、あらかじめこういうことが考えられますということを出していただいているものもありますでしょう、そうでないものもあると思います。

福島みずほ君 条文に反するじゃないですか。政府参考人(唐澤剛君) 条文に反するとは思いません。

福島みずほ君 だって、条文に「当該療養を受けようとする者の申出に基づき」と書いてありますよ。反するじゃないですか。

政府参考人(唐澤剛君) これは、当然、患者さんの申出書といつのを添付していただくわけで

すから、それが申出のきちんとして証明ですから、そういう意味で、当然、申出に基づいているわけです。申出がなければできません。

福島みずほ君 そつしたら、それは厳密な意味での患者申出制度じゃないですよ。評価療養と一体どこが違うんですか。結局、患者さんはお医者さんと話をしながら決めることだってあるでしょう。

でも、結局、これずるいんですよ。患者が申し出たということを錦の御旗にしながら、条文にも患者の申出に基づきと書いているんですよ。でも、実際は医者がサジェスチョンするかもしれないし、一緒に決めるかもしれないんですよ。わらをもつかむ患者は同意するでしょう、自分が申し出ました。でも、そんな意味ないですよ。患者の申出がメルクマールの大きな一つでしょう。でも、評価療養とどこが違うんですか。条文に反するじゃないですか。

政府参考人（唐澤剛君） これは、何度も御議論ございましたけれども、やはり患者さんの申出、思いというものを大切にすることがどうかということ、重要なと思います。

それからもう一つ、これは……（発言する者あり）ちょっと聞いてください。一行しか答えられないので、ちょっと申し訳ございません。

やっぱり患者さんが医療の実情について全部知

っているわけじゃありませんから、当然、お医者さんとは相談していただかなければいけませんし、その際に、先進医療とどうか高度な医療を担当している先生だけではなくて、ふだんから診ていただいている先生にも御相談をさせていただいて支援をしていただきたいということをお願いしているわけでございます。

福島みずほ君 いや、答弁がめちゃくちゃですし、条文にも合っていないですよ。

患者が何もかも分かっているわけではないと言っているでしょう。結局、これって選択療養を、選択療養というところ、お金持ちは選択できる、お金のない人は選択できない、混合診療じゃないかと言われるから名前変えただけなんですよ。

患者が申し出たということを錦の御旗にして、条文には患者の申出に基づきと書いてあるけれども、患者の申出がなくなっていくといたら、条文、何の意味があるんですか。

次に、保険収載へのロードマップとか保険収載という言葉がありますが、条文に一切そういうのがないですね。どこに書いてあります。

政府参考人（唐澤剛君） これは、元々の保険外併用療養制度の枠内でやっているわけでございます。それで、評価療養は保険収載を目指しているわけでございますし、当然、これは私どもの方針として保険収載を目指すということでございます。

ます。

福島みずほ君 迅速に審査を行うということで六週間ということがありますが、条文は「速やかに検討を加え」としかありません。六週間なんて条文はありませんが、いかがですか。

政府参考人（唐澤剛君） これは、私どもの考え方として、原則として六週間を実施したいということをお願いしているわけでございます。

福島みずほ君 先ほどもありましたが、結局、患者の申出が起点というけれども、それは、今の局長の答弁で、大した意味ない、条文にはあるけれども意味がないんですよ。迅速に審査とあっても、これは、条文には速やかに審査を加えない。

三点目の身近な医療機関で受けられる仕組みというのが評価療養と違うんですが、むしろ、身近な療養機関で受けられる仕組みだったら、ましてや、先ほどもありましたが、評価やデータとしていいかどうかということで、評価療養よりもランクが落ちるじゃないですか。どうしてこれが保険収載につながるんですか。

政府参考人（唐澤剛君） ランクが落ちるかどうかは、私は分からないと思います、それは何をランクと呼ぶかによりますけれども。

ただ、先ほどからお話し申し上げておりますように、先進医療というのは実施患者数が非常に少

ないものが多いのは事実でございます。それから、未承認、適応外についてもなかなか広がっていないというような実情がございます。

そうしたものにつきまして、それは患者さんがそういうものについて当然知ることもございますから、患者さんの方の申出を尊重して、そして普及をしていくという枠組みができれば、それはやはり保険収載につながっていくというふうに考えております。

福島みずほ君 さつぱり答弁になっていないじゃないですか。患者の申出だったら何で保険収載につながるんですか。

しかも、局長、問題があると思うのは、先ほどから、先進医療じゃなくて、条文上も「高度の医療技術を用いた療養」とあって、先進医療に限らないと言いながら、すぐ先進医療とか言うじゃないですか。先進医療に限っていないでしょう。これ、どんどん拡大しますよ。だって、高度の医療技術を用いた療養なんて定義次第で幾らでも拡大しますよ。厚生労働大臣が認めれば幾らだってこれは拡大するんですよ。だから、混合診療に風穴を開けるものと反対をしているわけです。なぜこれが保険収載につながるのか全く分かりませんし、条文上もその担保は一切ありません。

先進医療、現行の先端医療の保険収載が、先端医療は百九件中保険収載は八件ということによる

しいですね。

政府参考人（唐澤剛君） これは先進医療Aのことをお話しされているんだと思うんですけども、これは、ちょっと数字ですのお待ちください。

先進医療Aの保険導入につきましては、これはそれぞれの時点でいろいろございますので、二年のときには八件保険導入されました、その前の、一年前の導入では九十でしたけど。それから、二十四年の改定ときには、その一年前は八十九ございましたけれども、そのうち二十三が保険導入をされております。それから、二十六年四月の診療報酬改定でございますけれども、そのおよそ一年前の時点の六十五という先進医療技術の中から八件につきまして保険導入をされているわけでございます。

それから、先進医療Bにつきましては、これはまだ最近でございますけれども、全体の先進医療技術、四十ほどございますが、そのうちで薬事承認、保険収載済みの技術というのは二という状況でございます。

福島みずほ君 極めて少ないじゃないですか。先ほどの保険収載八件は、先端医療の、それは百九件中八件ということによるしいですね。

政府参考人（唐澤剛君） 合計すればそういうことでございます。

福島みずほ君 つまり、百九件中保険収載は八件なんです。だから、保険収載するするすると言っているけど、するする詐欺みたいなもので、それはなっていないじゃないですか。

つまり、私たちが心配しているのは、保険収載になれば、それは公定価格になってきつと国民皆保険の中でやれるし、患者さんの負担も減るんですよ。でも、保険収載目指すと言いながら、実際そつだと思えますよ。保険収載、先端医療、たつたら特にそつなると思えます。そんなに保険収載できないですよ。だとしたら、それは自由診療というか、もう混合診療になるわけで、だとしたら金持ちしかそれはできないですよ。国民皆保険壊しませんか。

政府参考人（唐澤剛君） これは先進医療、確かにBは薬事未承認なんでなかなか難しい、越えなければいけないハードルがたくさんございます。Aの方では、午前中の御議論でも出ましたけれども、二十三件収載されたときがございます。ただちょっと減っております。

しかし、いずれにしましても、きちんと保険収載を目指していくという原則はしっかり立てまさんとこれは皆保険の原理を壊してしまいますので、それは私どもはいささかもゆるがせにするつもりはございません。

福島みずほ君 保険収載を目指すと言いながら、