第二百二十一回国会 参議院厚生労働委員会会議録第七号

令和八年五月二十一日（木曜日）
午前十時開会

委員の異動
五月十九日
辞任　補欠選任
星　北斗君　神谷　政幸君
高木　真理君　石橋　通宏君
五月二十日
辞任　補欠選任
神谷　政幸君　東野　秀樹君
本田　顕子君　臼井　正一君
五月二十一日
辞任　補欠選任
臼井　正一君　本田　顕子君
東野　秀樹君　見坂　茂範君

出席者は左のとおり。
委員長　小川　克巳君
理事　石田　昌宏君
自見はなこ君
小西　洋之君
田村　まみ君
秋野　公造君
委員　臼井　正一君
かまやち敏君
木村　義雄君
見坂　茂範君
東野　秀樹君
福岡　資麿君
古川　俊治君
本田　顕子君
山田　宏君
石橋　通宏君
郡山りょう君
山内佳菜子君
庭田　幸恵君
芳賀　道也君
川村　雄大君
猪瀬　直樹君
新実　彰平君
岩本　麻奈君
宮出　千慧君
白川　容子君
天畠　大輔君

国務大臣　厚生労働大臣　上野賢一郎君
副大臣　厚生労働副大臣　仁木　博文君
大臣政務官　内閣府大臣政務官　古川　直季君
事務局側
常任委員会専門員　佐伯　道子君
政府参考人
こども家庭庁長官官房審議官　竹林　悟史君
総務省大臣官房審議官　福島　秀生君
厚生労働省大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官　森　真弘君
厚生労働省医政局長　森光　敬子君
厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長　鷲見　学君
厚生労働省医薬局長　宮本　直樹君
厚生労働省労働基準局安全衛生部長　安井省侍郎君
厚生労働省職業安定局長　村山　誠君
厚生労働省社会・援護局長　鹿沼　均君
厚生労働省老健局長　黒田　秀郎君
厚生労働省保険局長　間　隆一郎君
厚生労働省政策統括官　辺見　聡君

本日の会議に付した案件
○政府参考人の出席要求に関する件
○健康保険法等の一部を改正する法律案（閣法第二五号）（衆議院送付）

○**委員長（小川克巳君）**　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、星北斗君、高木真理君及び本田顕子君が委員を辞任され、その補欠として石橋通宏君、臼井正一君及び東野秀樹君が選任されました。

○**委員長（小川克巳君）**　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。
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間隆一郎君外十一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（小川克巳君）**　御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○**委員長（小川克巳君）**　健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。
質疑のある方は順次御発言願います。

○**かまやち敏君**　自由民主党、かまやち敏でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。
健康保険法等の一部を改正する法案について質問させていただきます。
もう既に政府からこの法案に関してかなり詳しい御説明をいただいておりますので、国民の皆さんにもかなり広く御承知いただいている内容かと思いますが、私なりに少し振り返りをさせていただきたいと思います。
まず、今回導入されます一部保険外療養という新たな枠組みでありますけれども、ＯＴＣ医薬品というのは、これは薬局あるいは薬店、ドラッグストアなどでオーバー・ザ・カウンターで購入できる薬というわけでありますが、それと同様の成分で、そして投与方法、投与経路が同一で、かつ最大量が同じものについて、一日最大投与量が同一のものについてＯＴＣ類似薬として、医師、歯科医師の処方によって提供される医療用医薬品の中でそのＯＴＣ類似薬というカテゴリーができたということであります。
この一日投与量についてですが、薬によっては、ＯＴＣ医薬品においては例えば一日十ミリまでの投与というふうになっているものが、医療用医薬品の場合には例えば二十ミリになっているという場合には、代替可能性、取り替えることができるかという点からすると、これは難しいということで、今回はそのようなものについてはＯＴＣ類似薬に含まないという、そういう整理になっていると思います。
それで、そのＯＴＣ類似薬を医師又は歯科医師が処方して提供する場合に、医療保険でこれまで

薬代のうちの三割までを自己負担していたものを、それと別に二五％自己負担をするという形の枠組みが今回できたというふうに理解をしております。

それで、今回のこの一部自己負担が更に増えることについてはもう既に議論されていますけれども、十分配慮すべき対象者というのがもう既に出ておって、これは、例えば小児であるとかがんの患者さん、あるいは難病を抱えておられる、慢性疾患を抱えている方とか、あるいは入院患者さん、低所得者、あるいは医師が医療上その薬の長期使用が必要と判断した方というようなことが例示されておって、そしてしっかり配慮をして負担が増え過ぎないようにということがなされているわけですが、そのような形で、七十七の成分について千百品目が今対象になるということであります。

やはりこのことは、医療現場にずっとおりました者としては、しっかり患者さんに御理解をいただくということが非常に重要でありまして、混乱を招かないためにも重要でありますので、今後も引き続いて、しっかり医療現場で情報が提供しやすいように、そのことについて受診された患者さんに理解をしていただきやすいような取組というのは引き続き努力しなければならないというふうに思っております。

そのような中で、まず御質問としては、上野厚生労働大臣にお尋ねをいたしますが、一部保険外療養について、法律の第六十三条第二項第六号で規定するその他の療養の中に、薬剤以外の、例えば技術料は含まれないという解釈で差し支えないかどうか、確認を申し上げます。

○国務大臣（上野賢一郎君）　本法案の附則におきましてＯＴＣ類似薬の一部保険外療養の見直しの規定を設けておりますが、法案全体を読みますと、見直しの対象は薬剤を念頭に置いたものでございます。技術料に関しまして具体的に考えているものではございません。

○かまやち敏君　ありがとうございます。その点について一部懸念の声もありましたので、確認をさせていただきました。

次に、出産に対する支援ということも今回の法改正の大変大きなテーマであります。

妊婦さんに妊娠の最初の段階からずっとしっかり支援を申し上げて、そして安心して分娩を迎えることができるようにという体制を、もう今いろいろ対策が取られていますけれども、更にしっかりそれにまた取り組むということ。

そして、分娩に係る費用を、標準的な分娩の費用というのを厚生労働大臣が全国一律の形で示されて、そしてそれがしっかり、その額がきちっと尊重されるという形が求められているというふうに思います。一方、分娩費用が保険適用になるという認識をお持ちの方もありますが、これは必ずしも正確ではないというふうに思います。

そして、一方で、これまでの出産育児一時金という仕組みがありましたけれども、それを選択して従来の方式を今後も踏襲するという医療機関も当面の間可能だという整理になっていると思います。

そのような中で、もちろん妊婦さんをしっかりお守りすること、そして出産に必要な費用をなるべく妊婦さんに負担を掛けないようにするという取組はもう是非必要でありますが、一方で、今回の法律の改正によってこれまで分娩を取り扱っていた医療機関が仮に減ってしまうという事態になりますと、これは、分娩取扱機関が減るというのは国民の皆さんにとって最も大変不都合でありますので、くれぐれもそういうふうにならないようにしっかりと手当てをしなければならないというふうに考えております。

具体的に、その先ほどの厚生労働大臣がお示しになる分娩の、標準的な分娩に係る費用というのの提示は、今年の、今後検討して秋冬ぐらいまでに出るんだというふうに思料いたしますけれども、何としても今分娩を取り扱っている医療機関がくれぐれも減らないようにするということも、産科の我が国の医療体制を考える上では極めて重要であると思いますので、その点について大臣からお話を伺いたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今回の給付体系の見直しにつきましては、まず妊婦の方の経済的負担の軽減ということがありますが、それと同時に、地域の周産期提供体制の確保、この両立を図るものであります。

その意味では、正常分娩の給付水準、これをどのように設定するかということが大変重要になると考えています。この設定に当たりましては、保険料への影響を考慮しつつ、分娩施設の経営実態なども踏まえながら丁寧に検討していくこととしております。また、施行後におきましても、経営実態等を考慮しつつ、定期的に検証して必要な見直しを行っていく考えです。

それぞれの地域で周産期医療を担ってくださっている医療機関の方々が今回の制度改正によって分娩をやめてしまう、そのようなことがあってはならないということはもちろんであります。そのためには、必要な給付水準を確保するとともに、医療保険制度の面からの対応だけではなくて、供給体制の面も含めたより大きな視点で考えていくことも必要かと考えています。

現在におきましても、各地域が抱える様々な課題に対応するため、地域の周産期提供体制の整備や、あるいは分娩取扱機能の維持のための支援なども行っておりますけれども、今後とも、地域の実情に応じて妊産婦の方が安心、安全に出産できる環境を整えるために、自治体ともしっかり連携をしながら、地域の周産期提供体制を確保する様々な方策を取っていきたいと考えています。

○かまやち敏君　大変丁寧な御回答を賜りまして、ありがとうございます。

もう既にこの議論の中でいろいろお話が出ていますが、分娩はあくまでも、いつ陣痛が始まるか分からないという中で、産科の医療というのは常に救急医療だろうというふうに思います。そして、通常分娩であるというふうに想定して分娩が始まったという状況の中で、例えば帝王切開が急に必要になったという場合には、またそれに応じた対応をしなければならないということがあります。

その場合に、今回の取組では、妊婦さんがいろいろな費用の負担が余り増えないように何とかその部分を手当てするということにかなり心を配られているので、大変大事なことだというふうに思っておりますが、やはり、分娩というのは経過の中で予想外の事態が起こることは当然あり得るので、その辺りも含めて、妊婦さんが安心して分娩に臨めるような体制を取るということが極めて重要だろうというふうに思っております。引き続きどうぞよろしくお願いを申し上げます。

それから、今回の改定の中で、妊婦健診を、これまでも妊婦健診というのは制度に入っていますけれども、しっかり今後もその妊婦健診が受けやすい形で、費用面においても補助があって、受けやすい形でしっかり行われるということが非常に大事であります。

特に、最初に妊娠したかどうかの検査の段階で費用負担が生ずるというようなことも一時話題になりましたけれども、この辺りもいろいろ配慮されているというところで、妊婦さんにとってはより安心な方向になると思いますが、やはり健診を受けられる体制、あるいは医療の提供体制というのは地域によって様々でありまして、なかなか、その地域の実情に応じてということになります。

そして、その地域で担える分娩の数というのがそれぞれの地域によって様々でありますので、その辺りのところも細かく見ながら地域の実情に応じて対応するということが是非必要になってくるだろうと思います。

この妊婦さんに対する支援がもちろん大事なんですけれども、その更に前の段階で、これは、思春期以降の男性も女性も両方にしっかり更に理解を深めてもらって、場合によっては教育的な配慮も含めて、今後しっかり取り組まなければいけないテーマとして最近時々話題になりますが、プレコンセプションセラピー、ケアですね、プレコン

セプションケアということが非常に大事だなというふうに感じます。

これは、男性も女性もこの妊娠、分娩ということについての知識をしっかり正確に持ってもらうということが大事でありまして、特に妊娠というイベントは、今いろいろ医学の進歩も伴って不妊の治療というようなこともいろいろ選択肢が広がってきているという実情でありますけれども、妊娠に適した時期というのがやはり人間の生理としてあるので、その適した時期にできれば妊娠し分娩をするという選択がもっと幅広く国民の皆さんに周知されて、そしてその選択をしっかり実施できるというようなことが必要だろうと思います。

もちろん、不妊の治療ということで手当てをすることはもちろん大事ですけれども、そもそも妊娠に適した時期があるということを男性の方も余り理解していない方が少なくないように私は感じるので、女性ももちろんですし、男性もしっかりその辺りを理解をしてもらって、そして適切な時期に妊娠、分娩というイベントがしっかり迎えられるようにするということが大変大事だろうと思います。

このプレコンセプションケアに関する取組はこども家庭庁でもしっかり今やっていただいていると思いますが、現状とまた今後の対応についてお伺いを申し上げます。

○政府参考人（竹林悟史君）　お答え申し上げます。

先生に御指摘いただいたとおり、性別を問わず、男女を問わず、適切な時期に性や健康に関する正しい知識を身に付けることは大変重要であると考えております。

こども家庭庁では、プレコンセプションケアの取組を推進しているところでございます。

具体的には、昨年の五月に策定いたしましたプレコンセプションケア推進五か年計画に基づきまして、ウェブサイト「はじめようプレコンセプションケア」や各種のＳＮＳを通じた情報発信に加えまして、全国の自治体、企業、教育機関などにおいてセミナー等の企画や実施などに取り組むプレコンサポーターの養成を進めております。

さらに、性と健康の相談センター事業などを活用し、身近な地域において一般的な相談ができる窓口の整備や周知を図るとともに、基礎疾患などを有する方などにつきましては、専門的な相談を受け付ける窓口の全国展開などを進めているところでございます。

引き続き、プレコンセプションケアにつきまして正しい知識の普及と相談支援の充実を進め、性別を問わずあらゆる方々が正しい知識を持った上で、先生御指摘いただいたような妊娠、出産を含めた自身の将来設計、ライフデザインや健康管理を行っていただけるようにしっかり取り組んでまいります。

○かまやち敏君　どうもありがとうございます。大変心強い御回答をいただいたと存じます。

それで、今のような取組は非常に大事なんですけれども、そのような取組が、すんなりとそのことについて多くの国民の方がすっと入っていけるようにするということが非常に大事でありまして、そのためには、もっと若い時期からの学習の段階でのしっかりした素地があって、いろいろな知識があって、そして今御指摘いただいたようなところにしっかりつながっていくということが非常に重要だと思います。

したがいまして、もう既にいろいろ調整をしていただいていることは承知していますけれども、是非、文科省とも強力に連携をしながら、教育課程の中でも、なかなかここは、今時間数も限られている中で、それに費やせる時間がなかなかないという現状はよく分かるんですけど、何とか、ここは大事なところですので、文科省にもしっかり取り組んでいただいて、そして、今こども家庭庁からお示しいただいたようなところにすっと入っていけるような素地を早いうちからつくっていただくということが極めて大事だと思いますので、指摘を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

さて、それから、今回の法律改正で国民健康保険組合に係る補助の見直しというのも含まれているわけでありますけれども、この一定の水準に該当する組合に対して、これは国民健康保険組合でありますけれども、一定の水準に該当する組合に対して例外的に補助率を引き下げる、今最低限一三％とされているところを更に下げるというその案が今出ているわけでありまして、具体的には政令で細かいところが決まっていくものと思料しておりますけれども、社保審の医療保険部会に提示された案は、それぞれの健康保険組合が、国保組合ですね、国保組合が、経営努力をそれぞれの組合が一生懸命しても、必ずどこかの組合が補助率の、補助の削減対象となるというような相対的な基準というのが示されていて、どうもこれは必ずしも合理的でないように感じます。

今後また詳細を検討していただくことになるとは思いますけれども、もし仮にその例外的な形でも補助率が下がった場合には、それはどこの努力がどのように足りなかったのかということがきちっと認識されることが必要だろうと思いますが、そのためには、相対的な基準というよりは、誰もがこれはこういうことなんだというふうに分かるような絶対的な基準が必要ではないかなというふうに思います。

やはり国保組合の運営というのはそれぞれ、それは組合による違いはありますけれども、苦労して何とか維持をしているというところが多い、そしてそれぞれ大きな役目を担っておって、これまで国からの補助もしっかりいただく形で今日まで運営が可能になってきたわけですけれども、その辺りのところが、そのもし補助率が例外的に下げられるという場合の基準が、みんな納得できる形で、そして経営努力がきちっと報われるような形の基準になってほしいなというふうに願っておりますが、その辺りについてはいかがでしょうか。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

国保組合の定率補助につきましては、これは、委員御案内のとおり、現状は、国保組合に加入されている方の、組合員の方の平均所得に応じて一三％から三二％までとなってございます。本法案においては、負担能力に応じた負担などを進め、保険者機能の発揮をより促す観点から、一つにはその補助率の下限についてはこれまでどおり一三％を原則とするとした上で、委員御指摘のように、補助率一三％の区分に該当する国保組合のうち、今から申し上げます三つの条件にいずれも該当する組合について異なる対応をしようとしています。

具体的に申し上げますと、まず第一に保険料負担率が低い組合であること、二番目に積立金が多い組合でありますこと、三番目に医療費適正化等の取組の実施状況が低調であることと。こうした条件にいずれも該当する国保組合のみ例外的に新たな補助率として一二％あるいは一〇％を適用することを御提案申し上げております。

この例外的な補助率については、やはり国保組合も様々な状況にあることもありますので、被保険者数三千人未満の小規模な国保組合は当面対象外とする予定でございますけれども、こうした点も含めまして、要件の詳細については政令で定めることとしております。

本法案を御審議いただき、成立した暁には、施行までの間に関係者の御意見もよくお聞きした上で、国保組合が円滑に事業運営が行うことができるよう検討してまいりたいと、このように考えております。

○かまやち敏君　どうもありがとうございます。

今、間局長からお話をいただいたとおりだと思うんですが、一方で、今の三千人という一つの基準がありますけれども、地域によって大分元々背負っておる内容に違いがあって、そして、今の基準、いかにも妥当なような感じもする一方で、その基準を示された場合に、自分のところはそれに該当するというふうに仮になった場合に、もっと大変資金も潤沢で、いいところが対象になっていないというような話を、実際には施行までの段階

で今後検討がなされるんだろうなとは思いますけれども、この自分のところが該当するというふうに考えている組合の中に、どうもその周りを見てみると自分のところが当てはまるのはどうも納得がいかないというような声がかなり聞こえてくるものですから、それで、なるべく多くの組合がきちんと納得して、そしてそういうふうな対応をした場合に、じゃ、どこをどう改善すればよいのかというところまでにきちっとつながって、まずは組合の存続あるいは運営が継続できないといけないと思いますので、その辺りのところを更に丁寧に細かく見ていただきたいというふうにお願いを申し上げておきます。ありがとうございました。

まだ少し予定の時間がありますので、十分通告をさせていただいておりませんが、今回の法律改正の中で、やはり、高額療養費の扱いについては、一昨日のこの厚労委員会での参考人の方からのお話にも出ましたけれども、特に今日御出席の委員の皆様はこの高額療養費の問題についていろいろ御懸念を持っておられる方が多いということを私も承知をしております。

それで、今回の見直し案については、前回出されたものに対していろいろ改善を加えて、そしていろいろ影響を考えて出されているということと、それから、困った方に、困っておられる方になるべく負担が過度に掛からないようにということが非常に大事で、それに対してはかなり対応していただいているなという気がいたしますが、私は医療現場において直接その高額療養費の対象になった方々の具体的な像も承知をしていますけれども、やはり突然、大体突然この病気というのは来るものですから、そういう突然の病気に対してきちっと治療をして、そして元気になられて、基本的には入院治療がそういう場合はほとんどでありますので入院して、そして今後の方向が分かったところで退院につながるということですが、退院の時点で非常にその自己負担額が、こんなに掛かるんだというような形でびっくりされるという場面はしばしば経験をしているわけです。

ですから、それに対して高額療養費の制度というのは非常に、大変大事なセーフティーネットで、これはきちんと今後も大切にしていかなければいけないというふうに思っていますが、一回の例えば手術をして、そして、そのときの手術は大変大掛かりなもので費用も掛かったけれども、その手術によって病気がかなり良い方向に向かって、今後の生活がぐっと明るい方向が見えてくるという場合はまだ、まだいいんですが、ずうっと治療が継続して、慢性の疾患になって、例えば悪性腫瘍などもそうですけど、慢性の疾患になって、そして治療がずうっと継続するというような場合に、なかなかこれは医療費の負担のことを考えると非常に暗たんたる思いになられる方も少なくないという状況です。

ですから、今回もいろいろ配慮されていて、そういう場合に過重な負担にならないように、特に毎月の自己負担額ばかりでなくて、年間を通してとか、あるいは複数回にわたった場合にどうかというようなところをかなりきめ細やかに見ていただいているということは大変感謝を申し上げますが、やはり配慮の必要な方々というのは非常にまだまだ不安を募らせておられるというのが現状だと思いますので、その辺りのところを含めて、今回の改正、特に高額療養費に対して、もう既にいろいろお話をいただいているところですけれども、今私が指摘申し上げたようなところも踏まえて、厚労省から御回答いただければ幸いでございますが、いかがでしょうか。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答え申し上げます。

今回、昨年に引き続いて、高額療養費について大変な御議論また御指摘もいただきながら、私どもも様々検討を重ねてきたわけでございます。

昨年の予算案での、予算案の段階での御審議から、そこにおいて、非常に月額上限の引上げの大きさが極端ではないかと、こういった御指摘も含め、様々な御指摘ありました。それからもう一つ、非常に大変厳しい御指摘をいただいたのは、その議論の過程において、当事者の方の、患者団体の方々の意見、十分聞いていないといったことが非常に問題となったわけでございます。

それも踏まえて、今回、専門委員会も設けさせていただいて、当事者の方々に御参画をいただく、もちろん、患者団体だけではなくて、その保険料を負担する側の保険者の方も、それから医療提供者の方も、学識経験者の方も様々御参加いただいて、このようにその議論の到達点として今回の改正を提案させていただいたわけでございます。

ただ、引き続き、様々運用面も含めまして、種々課題ございます。こういった点については謙虚に耳を傾けながら、この制度運営に努めていく必要があるだろうというふうに思っています。

今、かまやち委員おっしゃりましたように、やはり病気になられたとき、特にがんなんかもそうかもしれませんけれども、一回別に手術したらそれで完治するという、そういうケースもあると思いますけれども、また再発するかもしれないとか、そうなってくると、年に何回入院するんだろう、今年はいいとしても来年はどうだろうかと、こういう見通しが付かないということについての御不安は非常に強いものがあるというふうに、これ政策担当者としてではなくて個人的にもそういう話を伺います。

その意味では、今回、多数回該当据置き、また年間上限を設けるということの意味は、安い水準じゃないかもしれませんけれども、その見通しが付くといいましょうか、ここまでなんだということが見えるようにすることがまず大変重要だったと、この辺りは当事者の方々の、専門委員会でもそういった強い御意見があったと。そういう所得変動の場合なんかも含めていろいろあるんだから、年間の上限が必要だという強い御意見があったということを踏まえたものでございます。

引き続き、今委員からの御指摘も踏まえながら、今後の将来に向かって高額療養費制度をちゃんと引き継いで、安心して医療を受けられる体制を堅持するために努力をしていきたいと、このように考えております。

○かまやち敏君　どうもありがとうございました。

今回の国会の中の議論を通じて、実は私は破滅的医療支出という言葉を初めてしっかり目にしたんです。それは余りこれまで知りませんでした。それで、一方で、高額療養費の制度があることによって救われている方が非常に多いし、そのことは、この我が国においてこの仕組みはすごく大事だなというふうに、医療に携わっておった者として強く強く感じますので、そのことを申し上げて、私の質問を終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。

○石橋通宏君　立憲民主・無所属の石橋通宏です。

今日、法案の審議に入る前に、何点か大臣に、大臣所信質疑等でも質問をやり取りをさせていただいていた課題について、ちょっと気になることがあるので確認をさせていただきたいと思うのですが、さらにその前に、大臣、これは通告しておりませんけれども、昨日、大臣、ＩＬＯのウングボ事務局長と面談をされたと理解をしております。

実は、我々、超党派のＩＬＯ議連で、今日、自見さんもおられますけれども、昨日ＩＬＯのウングボ事務局長と意見交換をさせていただいて、大変有意義なやり取りをさせていただきましたが、大臣、その際にウングボさんから、重ねて、残された百十一号条約、未批准のＩＬＯの中核条約でありますけれども、その批准を是非という話で、議連としてもその決意を改めて申し上げたところですが、昨日ウングボ事務局長と会談をされた際にその話が出たのやら出なかったのやら分かりませんが、大臣として、この未批准の中核条約の批准に向けた何らかの決意なり、今後の進め方なり、お話をされたのかどうかだけ確認をさせてください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　昨日の会談の主要な

議題につきましては、財政的な面からの貢献であったり、あるいは日本人の処遇、登用、そうしたことが中心でありました。そうした中にありまして、ＩＬＯ条約についても一定の言及がありましたけれども、それについて特段踏み込んだお話というのはなかったと承知をしております。

ただ、委員から、再三この問題、議連からの御提案も含めて重要だという御指摘をいただいておりまして、我々としてもそれを踏まえてしっかりこのことも検討なりを進めていく必要があろうかと考えています。

○石橋通宏君　是非、この残された中核条約百十一号、この批准に向けた取組、我々も政府の頑張り、大臣の頑張り、後押しをしておきたいというふうに思いますので、ちょっと冒頭そのことに言及させていただきました。

ウングボ事務局長から、重ねて、やっぱり現下の状況の中で、やっぱり基本的な権利が守られていない労働者、さらにはソーシャルプロテクション、社会的保護から除外をされてしまっているそういった方々が多数おられると、まさにこの健康保険法の審議もそういった問題に絡む重大な課題だという認識で、我々も昨日意見交換もさせていただいたことも付言しておきたいと思います。後ほど質疑のときにそれやらせていただきます。

今日、その前にちょっと二点、一つは資料の一にもお付けしておりますが、かねてから非正規雇用問題について大臣とはやり取りをさせていただいて、やっぱり抜本的な、構造的な賃金引上げ、改善をしていくためには、この非正規問題にちゃんと制度的に切り込んでいかなければ駄目だという話はさせていただいてまいりました。

今回、すごく気になる話を当事者の方々から問題提起をいただいて、これ実は資料の一でお配りをしているのは、一部、大手の有名な派遣元事業者が配付をしている資料で、それをちょっと私もびっくりしたので引用させていただきましたが、この方、有期から無期の派遣労働者に無期転換をされた方で、無期転換されてから派遣先で就労されていたのですが、今回、契約が切れて新しい派遣先を紹介を受けるということになったのですが、無期をやめて有期に戻れと強要されているという話があります。次の派遣先は何が何でも断れないと、時給がかなり下がると、それでも断ったら自己都合退職だというふうに言われて悩んでいるという話の相談でありました。

こんなその配置転換、新たな就労先、派遣先を紹介するに当たってこんな資料が配られているわけだけど、会社が命じる就業先で就業いただきます、片道二時間の通勤でも受け入れなさいと。大臣、これ、無期転換された方ですよ。新たな派遣先を紹介するのに、片道二時間、一部在宅がある場合は片道三時間、新たな派遣先で大幅な時給減も受け入れる、辞退したら退職を強要する。これ、派遣法の趣旨にのっとっていますか、大臣。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、特定の個社についての点についてはお答えを差し控えたいと思いますが、一般論で申し上げまして、まず、派遣労働者であるか否かにかかわらず、この配置転換等につきましては使用者が広い裁量を持つものではありますが、業務上の必要性がない場合、あるいは不当な動機、目的、そうしたものによる場合などは権利濫用として無効になると解されております。最終的には個別具体の事案に沿って司法判断ということになろうかと考えます。

また、使用者から労働者に対する退職勧奨や退職誘導行為については、労働者の自由な意思決定を妨げるようなことがあれば適切ではありません。一方的な労働契約の解約として行われる場合は解雇に該当すると考えられますが、それが客観的に合理的な理由を欠いて、社会通念上相当であると認められない場合は無効ということになります。

労働者派遣法との兼ね合いでございますが、この派遣法においては、派遣元事業主は、就業時間や就業場所等に関する派遣労働者の希望や能力、経験に応じた就業機会を確保するように努めなければならないとされております。努力義務の違反があるようであれば、労働局による指導監督の対象となります。

さらに、昨年末の労働政策審議会同一労働同一賃金部会の報告を踏まえ、派遣労働者の待遇を改善する、促進をする観点から、派遣元は、派遣労働者の評価や教育訓練、就業機会の確保等に当たって、これらの取組が派遣労働者の希望に応じ総合的に実施されるよう努めることを定めた指針改正としておりまして、こうした指針の見直し、あるいは労働関係法令の点について改めて周知は徹底していきたいと考えています。

○石橋通宏君　今大臣から答弁をいただいたことに照らしていけば、まさにこういったこと、受け入れなければ退職だと、それは、明らかにあれは私は強制解雇に当たるというふうに思いますが、大臣、そういう理解だとすれば、厚労省、定期的にこういった派遣事業者と会合を持たれているというふうにも理解しておりますが、これ、明らかに不当違法解雇に当たるとすれば、こういったことについてはきちんと指導を徹底していただきたいと思いますが、大臣、そういうことでよろしいですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、個別の労働者から御相談を受けた場合には丁寧に対応していきたいと考えております。また、労働者派遣法において、派遣元事業主は、先ほど申しました就業機会を確保するような努力義務があります。

そうしたことも踏まえまして、労働者の希望に応じた就業機会の確保の実現につきまして、御指摘のような事例も含めまして、事業主団体としっかり意見交換はさせていただきたいと考えています。

○石橋通宏君　意見交換というよりは指導してください。毅然とした対応を厚生労働省が取らないと、こういうことがはびこるんですよ。

これ、受け入れなければ退職だとして、その場合の退職理由は自己都合だと。これは明らかにおかしいと思いますが、大臣、これは明らかにおかしいですよね。

○国務大臣（上野賢一郎君）　個別の事案は差し控えますが、基本的に派遣労働者か否かで異なることではありませんけれども、解雇等による離職として取り扱われるかどうかについては、個別の、退職の個別具体の内容に応じて判断されるものでありますけれども、繰り返しになりますけれども、個別の労働者からの相談についてはしっかり丁寧に対応する必要があろうかと思いますし、指導の観点からも、例えば無期転換ルールの制度趣旨について周知をしながら、労働契約法に照らして問題のある事案を把握した場合には啓発指導等を行っておりますので、そうしたこともしっかりやっていきたいと考えています。

○石橋通宏君　いや、明らかに問題ある事例だから、私もこの時間使わせていただいて大臣に問題提起、課題提起をさせていただいているので、これは是非指導を徹底していただきたいし、大臣、さっきから、個別の労働者から何らかの相談があればとか、もう派遣当事者の方々って本当に日々頑張っていただいているわけですよね。次の派遣先がどうなるか分からない、暮らしていけないわけですよ。無期だから、まだ次の派遣先が決まらなければ休業手当を支払われるかもしれない。でも、だから、いや、無期やめて有期になりなさいと。こんなことがまかり通らせたら、そもそも、厚労省、この間も派遣労働者の方々の保護とか雇用の安定とかキャリアアップとか処遇とか言っているけど、絵に描いた餅ですよ。

なので、大臣、あえてこれ改めて取り上げさせていただいていますので、今後きちんとした指導を徹底していただきたいということを重ねて申し上げておきたいと思いますし、派遣の方々もそうだし、そうでない方々も無期転換して、無期転換の際は労働条件持込みで構わないという制度設計になっている。でも、だから、無期転換されても、頑張っても処遇上がらないんですよ。ずっと頑張ってキャリア積んでも結局、いや、あなた無期転換して労働条件持込みだからといって、全然それが評価されないという方々もおられるんで

す。

そういったことも含めて、大臣、重ねて問題提起をさせていただきますので、こういったこと、しっかり大臣取り組んでいただきたいということで、また今後フォローアップはしていきたいというふうに思います。

もう一つ、今日、黒田局長にも来ていただいておりますが、これから社福法も今回改正が出ておりますので議論してまいりますが、介護の問題も前回の訪問介護の報酬引下げから大変厳しい状況になっているというのは、もう何度もこの場でも質問をさせていただいてまいりましたが、実は先般、沖縄の竹富町の黒島というところに現場訪問させていただいて、竹富の介護、福祉の実態、実情についていろいろとお聞きをしてまいりました。黒島始め幾つかの竹富町の離島の島々では既に事業者がもう閉鎖されておりまして、石垣島の事業者さんが竹富町もカバーをして懸命に利用される方々にサービス提供をされております。いわゆる二次離島、三次離島という状況です。

現場で今の、結局、介護保険制度、報酬制度、これが、こういった二次離島、三次離島、お聞きをすると、大臣、西表島御存じだと思いますけれども、冬場は一つの航路がほとんど荒波で動けなくなるので、別の航路で何とか西表島へ行って、今度は西表島の港に着いてから何時間か掛けてその方のところに行って、お一人のサービス提供をするのに六時間最低掛かるんだそうです。

こういった二次離島、三次離島の懸命にサービス提供をしていただいている事業者さん、もう経営苦しくて苦しくて、それでも頑張っていただいておりますが、現行の地域加算だとか離島加算、これ全然対応できていないのではないかと思いますが、現実、対応できているのかどうか、そのことについて確認をさせてください。

○政府参考人（黒田秀郎君）　お答え申し上げます。

訪問介護は、委員かねてから御指摘いただいておりますように、立地、事業形態、事業規模において様々でございますが、御指摘の離島や中山間地域など、やむを得ず移動距離や移動時間を要して事業運営が非効率にならざるを得ない場合に対応する形で、現在の介護報酬の仕組みの中ではそうした地域に着目した加算の仕組みがございます。

離島における訪問介護事業者等につきましては、島内の集合住宅へのサービス提供が中心である場合、それから島内の戸別訪問が中心である場合もございますが、委員御指摘くださったように、島外の訪問も行う場合もございます。

こうした様々なケースがあるということでございますが、この中で、例えば、委員御指摘くださった沖縄の、沖縄県の竹富町では、隣接をする石垣市の訪問介護事業所が島を渡航して島外の利用者にサービスを提供しているという話は私どもも伺っておりまして、こうした訪問介護事業者のサービス提供に係る通常想定されるケースを超えた追加的なコストがあるということに着目をして、現在、沖縄県の独自事業による助成が行われているといったことも承知をしております。

こうしたお話、つまり、通常要すると考えられる費用、それに加えて、それを超える費用があるというようなお話が現在の取扱いの中でもあろうかと存じます。

今回の今御審議を始めていただいております法案に基づく中山間地域の仕組みが形にしていただけたという場合においては、中山間地域と離島に所在をする事業所の収支状況について、委員が御指摘くださったようなケースも含めて、事業形態に応じて、決算データ等に基づいて丁寧に把握をした上で必要な対応を検討してまいると、このように考えております。

○石橋通宏君　局長、シンプルに答えてください。昨日レクに来ていただいた担当の方の方がよっぽどシンプルに、現行制度では十分に対応できていませんという話をしていただきました。

大臣、そういうことなんです。局長いろいろ言っていただいたけど、現行ではこういった二次離島、三次離島、お一人のサービス提供に六時間掛けて懸命に行っていただかなきゃいけないとか、こういったところの手当てできていないというのが現場の声なんですよ。それが、じゃ、今回、社福で新たに中山間地等の特別地域設定いただきますけど、じゃ、それでこの二次離島、三次離島といった、そういったところの対応が本当に手当てができるのか、現場は本当に懸命にその声を上げておられます。

何とかそういった地域の特別な事情も勘案をして、今のままでは、長年懸命に保険料を払っていただいた、でもサービス提供を受けようと思ったら誰も来てくれないと。じゃ、住み慣れた島出なきゃいけないんですよ、大臣。それでは、離島の暮らしを守ろうとか、それは政府も言っていただいておりますけど、全然それ成り立ちません。

なので、これからしっかりとまた法案審議が始まれば、我々この問題もしっかりとまた議論していただきたいけど、こういった二次離島、三次離島で懸命にサービス提供していただいている事業者の皆さん、担っていただいている従事者の皆さん、そういった皆さんがこれからも安心してこういう困難地域においても大切な介護サービス提供を続けていただける、そんな制度設計を是非議論させていただきたいと思いますが、大臣、そういうことでよろしいですね。

○国務大臣（上野賢一郎君）　非常に重要な指摘をいただいていると考えております。

離島における事業者のサービス提供、これ委員からも御指摘がありましたとおり、大変経営的にも厳しいものがありますし、コストも相当掛かるものだというふうに承知をしております。まさに、そうした状況を踏まえて、今回新たな制度の見直しを進めているところでございますので、人口減少地域、とりわけ離島について十分勘案して対応していくことが必要だと思います。

具体的には、特定地域サービスにおける包括的な評価の仕組みの活用によりまして、事業所の経営を安定をさせ、地域内の訪問介護サービスの継続確保を後押しをしていく、また、特定地域居宅サービス等事業の活用によりまして、市町村が介護保険財源を活用して、通常の訪問圏域を越えて訪問する場合の移動経費等を事業費として支払うことが可能となる、そのような仕組みを導入するわけでありますが、離島における介護サービス事業所の状況、事業の経営の状況、こうしたものをつぶさに丁寧に把握をさせていただいた上で、具体的な報酬設計についても検討していきたいと考えておりますし、また当該市町村とも十分連携をして取り組んでいく必要があろうと考えておりますので、御指摘も十分念頭に置いて対応していきたいと考えています。

○石橋通宏君　法案審議が参議院で始まる前にしっかりとその辺を考慮いただいて、具体的にどう対応できるのか、どう対応していくのかも含めた審議をさせていただきたいということでお願いをしておきましたので、局長も是非それを踏まえて具体的なところ準備をしていただければということをお願いして、法案の審議に入らせていただきたいと思います。

高額療養費の見直し問題について、先日、参考人質疑をやらせていただきました。改めて、この間、大臣、累次、やれ大丈夫なんだと、今回引き上げても受診抑制は起こらない、破滅的消費支出に陥るようなことはない、これ、大臣、間局長も含めて、繰り返し繰り返しそれを言っておられますが、真逆の参考人からの陳述をいただいたわけです。

何でこんな真逆なのかと、大臣。これ、厚労省の試算とかシミュレーションがいいかげんなのか、当事者の皆さんが、専門家の皆さんが、安藤さんも含めて、桜井さんも含めて、極めて、データ、資料を出していただいて、政府が言っていることは全く真逆だということを訴えておられて、このままでは本当に大変なことになるというふうに我々も問題認識を新たにさせていただきました。

まず、今回、安藤さんも指摘をいただいていた

のですが、今回の引上げって一体何のためにやるのかと。やれ医療費の削減だ、やれ現役の負担軽減だ云々かんぬん言うけれど、結局それは、総額医療費は変わらないわけだから、負担の構造を、本当に長期利用で長期療養が必要な方々、難病で苦しむ方々、そういった方々に負担を付け替えているだけであって、こんなことが許されるのかという強い訴えがありました。大臣、この訴えにどう応えるんですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　高額療養費制度につきましては、これまでおおむね十年程度に、十年程度ごとに、その時々の医療費の動向であったり、あるいは社会経済状況、そうしたものを勘案しながら必要な見直しを進めてきたところであります。

今回の見直しは、やはり高齢化あるいは高額薬剤の普及等によりまして高額療養費が医療費全体の倍のスピードで伸びている、そうしたことを背景として、一つは、やはり制度の持続可能性、これを確保する観点から、主に短期療養の方の負担限度額を引き上げさせていただきたいと考えております。また同時に、この専門委員会での様々な議論を通じて、やはり長期の療養者の皆さんをしっかり守っていくことも必要だと、そうした観点からセーフティーネット機能の強化を進めることとしておりまして、繰り返し申し上げているとおり、多数回該当の維持であったり、年間上限額の創設であったり、そうしたものも盛り込ませていただいているところでございます。

高額療養費制度だけではなくて、やはり医療費、医療保険制度全体の改革を進めることがこれからも必要だと考えておりまして、全体感を持った議論を進めていくことが重要だと思います。今回の改正につきましても、高額療養費制度のみならず、ＯＴＣ類似薬や後期高齢者の金融所得の公平な負担反映、そうしたことも含めて様々な改革を提案をさせていただいているわけではございまして、これからも社会保障制度全般が全世代を通じて納得感を得られるものになるように、給付と負担の在り方については不断に見直していくことが必要だと考えています。

○石橋通宏君　大臣、また同じ答弁繰り返されるんだけど、この間も小西筆頭も、その政府が言っている医療費の伸び、高額療養費の伸び、これ全然根拠がない、ごまかしだという指摘をさせていただいたじゃないですか。何でそれをまた繰り返すんですか。

後ほど参考人の資料も、これ明らかに、これ見て、資料の十にもあります、高額療養費支出って本当に伸びているのか。いや、これ見れば一目瞭然だと思いますよ。にもかかわらず、大臣がそういったことを繰り返し言っておられるのが、本当に当事者の方々が、だから切実な訴えに大臣全然お応えになっていないとしか言いようがないのではないかと思います。

資料の三、これ桜井参考人がお配りになった資料から抜粋させていただきました。これも小西筆頭が繰り返し、憲法二十五条、生存権の問題、そして幸福追求権の問題、この問題を取り上げて、まさにその中核的な制度、国民皆保険制度、それを本当に支えてくれているのが高額療養費制度なんだ。そのことは全ての皆さんがそういうふうに考えておられると思います。

しかし、今現在においても、現行の水準でもですよ、安藤参考人、桜井参考人、既に現行の水準でも破滅的医療支出を超えている、陥っている方々がおられるのであるというふうに指摘をされている。で、これ、桜井参考人の下のところ、破滅的医療支出に陥る状態は、国民が健康で文化的な最低限度の生活を営む権利、憲法二十五条、生存権を侵害された状態であり、国は速やかにその対策を講じなければならないという当事者の皆様を代表した、代弁したこの訴えがあります。

大臣、既に安藤先生の資料でも、今現状においてももうその破滅的医療支出に陥っている方々は一割を超えていると、で、それは生存権を侵害された状態なのであるという訴えに、大臣、応えるんですか、応えないのですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　推計について、詳細な中身が分かりませんので、これに言及することは差し控えたいと思いますけれども、二十五条との関係によりましては、先般来も申し上げておりますけれども、やはり高額療養費制度のみならず、皆保険制度であったり、医療と福祉の連携であったり、フリーアクセスであったり、様々な制度全体を考慮した上で考えるべきものだというふうに考えております。もちろん、これまでも指摘があったとおり、この制度自体の重要性というのはこれまでもこれからも変わらないと考えています。

○石橋通宏君　厚労省がこれだけ大事な法案を何のデータにも基づかず出してきたという大臣は宣言をされたようなものですが、そんな議論するんですか、大臣。これだけ参考人の方々が具体的なデータを持って、資料の四、破滅的医療支出人口は増えているという。

大臣、こういったデータ、もう一割を超える方々が現行の水準においても破滅的医療支出該当してしまっている、陥ってしまっているという事実、これ、厚労省、見ていないんですか。大臣、見ていないのですか。これ否定されるんですか、大臣。

○国務大臣（上野賢一郎君）　データにつきましては、これまでも専門委員会等の議論におきまして様々なデータ、延べ二十を超える事例であったり、あるいは家計の収入の状況であったり、様々なデータを提示をする中で、様々な角度からの御議論をいただき、最終的に基本的な考え方の取りまとめにつながったと考えておりまして、データにつきましても、我々としてもしっかり見させていただいているところであります。

○石橋通宏君　大臣、じゃ、しっかり見させていただいていると今言った。じゃ、しっかり見ているんですね。一割を超えてしまっている、現行水準ですら一割を超えて、これだけの方々が破滅的医療支出、憲法二十五条、生存権を否定されている状態に陥ってしまっている。大臣はそれを見てなお、これを更に引き上げることを是としているという理解でよろしいんですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　先ほど申し上げました、見ているというのは、私どもも様々なデータを用いまして、専門家委員会等で議論を進めてきたということを申し上げさせていただきました。

○石橋通宏君　いや、だったら、このデータ御覧になっているんでしょう。大臣御自身がこれちゃんと報告を受け、確認をし、現状でもこんな状態にあるのに、これを引き上げたら一体どういうことになるのかということも、後ほどの資料で触れますけれども、大臣、もう既に現行制度、現状において、安藤さんも明確におっしゃっていた、現行水準ですらこういう状況である、今やるのはむしろ月額の上限を引き下げることではないかということまで訴えておられる。

大臣、それを大臣、見て言っているのか、見ずしてこれ提案されているのか、どっちなんですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　家計の支出と年間上限額との関係等については、資料をお示しをして議論をいただいてきたところでございます。また、そうした議論の中で、長期的な見通しを立てることが必要だというような観点から、年間上限額等についての結論に結び付いたところでございます。

また、基本的には、年収二百万未満の方を除き、いわゆる可処分所得の四〇％を超えないということが確認をされているところでございますし、また、所得の低い方への配慮ということも実施をしておりますので、そうしたことをこれまでの議論でも申し上げておりましたが、これからもしっかり丁寧に説明をさせていただきたいと考えています。

○石橋通宏君　あれ、大臣、答弁が矛盾していませんかね。これまで、破滅的消費支出、ＷＨＯ、四〇％云々と言ったときに、ＷＨＯが算定の根拠を出していないので算定できませんからどうのこうのと言っていませんでした。今、四〇％を超え

ることがないと言った。計算していないのに何でそれが分かるんですか。

じゃ、政府として、大臣、ちゃんと計算して、この専門家の皆さんからは指摘を受けている資料の五、これ、ＷＨＯのまさに数字、データから作られた資料ということですが、これでも日本は、何か厚労省は高療費は諸外国と比べて恵まれている、いや、安藤さん、いや、全然実は違うんですよと。これだけ既に一割を超えるような水準で破滅的医療支出に陥っている方々がおられる、ＷＨＯの資料を見てもこうなっている。それを示されているのに、大臣、これまで計算できないから計算しておりませんと言っていませんでしたか。違うんですか。

じゃ、厚労省がちゃんと根拠あるデータ、数字、これを調査して、根拠あるものを持っておられるならそれを是非出していただけないですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　これまでからも専門委員会等で資料をお示しをしておりますが、総務省の家計調査等のデータを用いまして、家計の収入と、家計の総収入とそれから年間の自己負担額との比較なども委員会の方に提出をして御議論いただいているところであります。

先ほど、繰り返しで恐縮ですけど、ＷＨＯ見ていないというのは、ＷＨＯの定義というものが十分把握できておりませんので、それを基にした調査については十分私としては承知をしていないということでございます。ＷＨＯの調査ではなくて、ＷＨＯの定義を基に各先生方が議論というか計算をされているものではないかと承知をしています。

○石橋通宏君　これおかしいですよ、大臣、答弁。ちょっとこれきちんと整理して、これだけの大事な審議をこの委員会でさせていただいている。その矛盾した答弁、訳が分かりません。

大臣、厚労省として、じゃ、破滅的消費支出に陥るような人はいないのである、こういったことを言われるのであれば、その根拠、どういった根拠をもって、具体的なデータをもってそれを言っておられるのかということを、ちゃんともう一回整理をして当委員会に出していただきたいと思いますので、委員長、お取り計らいよろしくお願いします。

○委員長（小川克巳君）　後刻理事会で協議をいたします。

○石橋通宏君　重ねて、これ公的な資料ですからね、大臣。こういった公的な資料、一連の公的な資料を否定をされるのか。わざわざ外務省がウェブサイトに出している資料、これ、政府もお認めになって外務省がわざわざこういった資料、データを出しておられるのだとすれば、厚労大臣と外務大臣、けんかしているんですか。何かすごい矛盾している話だと思いますが、是非これしっかりと厚労省、大臣、間局長の根拠を示していただく、委員会に出していただきたいと思います。

資料の六で、これも安藤参考人が示されたもの、そして資料の七、これは桜井参考人が出していただいたもの。現行水準でも、これだけ多くの当事者の方々、月額上限の月収に対する割合も見直して今回の引上げがあれば、これだけの、これだけの支出割合になってしまうということ。それから、資料の七でいけば、厚労省が所得減少を全然考慮してないのではないかと。

やっぱり、長期医療が必要な方々は、所得減少、多くのケースで所得が減少する、それを考慮したら、これだけ四割を超えていく、こういうデータ、数字も出していただいている。大臣、所得減少を考慮して、ちゃんとそれに基づいて試算、シミュレーション出しておられるんですか。

資料の八。これ先日の、これも小西筆頭の議論ですが、新聞報道にも、えっ、「厚労省　病気で減収「計算せず」」。こんな無責任な話でいいんですか、大臣。

重ねて聞きます。この参考人の資料、厚生労働省は病気で減収を計算していないままにこれだけ大事な議論をしている。これ、やり直すべきじゃないですか、大臣。

○国務大臣（上野賢一郎君）　委員会の議論の中で、所得が減少する、あるいは家計への負担が過重になる、様々な前提で御議論をいただいておりまして、そうしたものを踏まえて、先ほど来申し上げていますとおり、年間上限額の設定や多数回該当の維持などに結び付いているということを是非御理解をお願いしたいと思います。

○石橋通宏君　いや、全然質問に答えていただいてないので、重ねて、じゃ、きちんとした、先ほどお願いした、当委員会に出していく、出していただくデータの中で、どれだけきちんと当事者の方々の所得なり、元々、じゃ、十年ごとに高額療養費引上げを検討してきた。昨年来の議論でも、いや、十年前から比べれば賃金が上がっているのであると、賃金が上がっているから。じゃ、その上がっている賃金って誰の賃金ですか。まさかと思うけど、全体の平均で賃上げ賃上げって言って、それを使ってないですよね。

今、我々が論拠、根拠を、これ当事者の方々が、長期療養とか難病に苦しんでおられる方々、そういう状態になってしまったら、働けない、収入が減少する、じゃ、そういった方々の収入がどうなっているか、きちんとそれを見た上で今回の引上げ提案しているんですか、大臣。

○国務大臣（上野賢一郎君）　繰り返しになって恐縮でございますが、委員会の中の議論の中では、そうした所得が変動するということを前提にした御発言もたくさんございました。そうしたことを踏まえて最終的な基本的考え方の取りまとめをさせていただいておりまして、そうした中において年間上限額の設定などにつながったということを御理解いただきたいと考えています。

○石橋通宏君　いや、大臣、全然答えていただいてないので、全然理解ができません。

厚生労働省が一体いかなる根拠をもって今回の引上げ額、十年前と比較して賃金が上がった、その賃金って誰の賃金、どこから引っ張ってきた賃金で、この当事者の方々、病気で苦しんで長期療養で難病でと、そんな皆さんが本当に懸命に治療当たっておられるそういった方々の賃金考慮されたんですか。収入減を考慮されたんですか。されたのなら、そのデータを示してくださいと言っていることを、大臣、ちゃんと答えてくださいよ。委員会に出す資料に、それを本当に厚労省がきちんとシミュレーションされて、データ集めてやられたのかどうか確認させていただきたいと思いますので、大臣、それだけ約束してください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　専門委員会でどのような議論あったかということを前提にした資料について、またその理事会の方で御検討いただけると思いますが、それに沿って我々としても対応はさせていただきます。

賃金のお話がございましたけれども、今回の月額限度額の引上げについては医療費の伸びに応じたものとしておりまして、賃金をそのまま、賃金の伸びを使っているものではありませんので、それについても御理解をいただければと思います。

○石橋通宏君　いや、だから、理解できないというのは、先ほど医療費の話もしたじゃないですか。厚生労働省が言っている医療費の伸びというのも一体何をどう比較したのか分かりませんが、それと併せて賃金の伸び、去年からずっとそれを言われていたはずですよ。今更逃げないでくださいね。去年の答弁にありますよ、賃金の伸びを考慮したというのは。ちゃんとそのことを、二つ、どちらも根拠としては成り立っていないのではないかという指摘に対して、重ねて、きちんとしたデータ、資料を出していただいて、それを見ながら我々としても改めてここでしっかりと審議をさせていただきたいと思いますので、そのことをお願いして、今日のところは質問、さっきお願いした資料、委員長、そこも含めて全部まとめて、私がお願いしたこと、理事会で協議いただいて、整理をいただいて、厚生労働省からの提出をお願いしていただきたいと思いますので、委員長、最後、それ、お願いします。

○委員長（小川克巳君）　後刻理事会の方で協議をいたします。

○石橋通宏君　終わります。ありがとうございま

した。

○郡山りょう君　それでは、皆さん、御安全に。（発言する者あり）大分返ってくるようになりましたね。ありがとうございます。立憲民主・無所属の郡山りょうでございます。本日はよろしくお願い申し上げたいと思います。

ついつい石橋委員の熱意で、私も御安全という言葉が元気よくなったので、本当にこのままの勢いでいきたいと思っております。

まず、大臣、ちょっと通告外で申し訳ないんですが、今、中東情勢に関わるこの医療、介護の分野の状況って、決して御安全な状態とはまだまだ言えないと思うんですが、今の、三月末から対策本部を立ち上げていろんな対策をしていると思うんですが、今このサプライチェーンにおいて、医療業界の今の現状と対策が効いてきているかどうか、もし、簡単で結構ですので、状況を教えていただければと思います。お願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　中東情勢の緊迫化に伴いまして、総理からも命に関わることで間違いがあってはいけない、そういった強い指示を受けまして、私どもとしては経産省と連携をしながら各般の対策を取っております。

まず、川上から川下まで医療用機器等について供給不安が起こっていないかというのを今徹底して情報収集をさせていただいております。これも、三月、四月、五月、それぞれ情報を入手をいたしまして、それをリスク評価をして、必要な対応について特定をした上で、経産省とも連携をして対応してまいりました。

今、幾つかの品目で供給不安の可能性が指摘をされておりますが、それについても順次今申し上げた手法によりまして供給不安の解消に努めてきたところでございます。もう既に、ちょっと手元に資料がないのであれですが、三十以上の品目について何らかの情報に基づいて供給不安の解消に成功しております。そうした積み重ねをこれからもしっかりとやらせていただきたいと思います。

また、情報の中で一番多かったのが医療用手袋の問題でございます。これにつきましては、五千万枚の、備蓄用の医療用手袋のうち五千万枚の放出を既に決定をいたしまして、十八日から受付を開始をしております。現在、鋭意、医療機関等からの申出が来ておりますので、それにつきまして精査をさせていただいて、もう早ければ今月末までの間に具体的にお届けができると思っておりますけれども、そうした対応についてもしっかりやらせていただきたいと考えています。

○郡山りょう君　御対応いただき、ありがとうございます。

ただ、どうしてもこの取り組んでいる実態と現場のギャップというのがなかなか埋まっていないんですね。

なので、私いろいろ考えたんですけど、物資の目詰まりだけではなく情報も目詰まっているんじゃないかと。これが、今までの例えば医療業界であったり、そういう価格転嫁の問題であったり、なかなか進んでいかない、日本経済の根本のやはり原因というのというのは、やはりそれぞれの情報の目詰まりにあるんじゃないかと思っているんですね。もうちょっとそこの目詰まりを解消することの方が実は、いろんなきめ細かい現場の状況も把握することができますし、あとは統計とかそういったものを取るのも、ＡＩを活用して、素早く、人の手を借りなくても同時進行でできると思うんですよね。

やはりそこの情報の目詰まりについて、何か、例えば経産省の投稿フォームでも、まだ実名で記入してくれよというような投稿フォームがあるわけですよね、情報提供フォームで。例えば、匿名でそれも受け付けて、その何で匿名が大事かというと、社名が明るみになることで、今後、取引上で何か不利益があるんじゃないかとやはり中小の事業者の皆さん恐れているわけですね。やはりそこの部分を解消しないと正しい情報が集まってこないと思うんですよね。それは、集まらないイコール政府も正しい手だてが取れてないことにつながると思うので、そちらについて何か対応策とか考えていることがあれば教えていただきたいと思います。お願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　大事な御指摘だと思いますが、情報の公開については、国民の皆さん、あるいは事業者の皆さん、あるいは医療機関等の皆さんに安心をしていただくためにやはり適時適切に情報公開していくことが大事だというふうに思っております。

これはいろんな側面がありまして、それに関連する企業からは、例えば在庫量等々については絶対公表しないでほしいというようなお話もありますし、あるいは特定の品目をまだ供給不安が起こりつつある段階でそれを公表した場合に、これは逆に大量の発注につながって更に供給不安が加速化してしまう、そういった懸念もありますので、情報提供非常に大事ではありますが、そのタイミングについては適切に見ていくことが必要かと考えております。

また、匿名でというお話がございました。経産省の対応についてはちょっと存じ上げませんけれども、私どもとしては、できましたら、具体的にどこどこの医療機関でこういう課題が発生をしているということを明確にしていただいた方がその後の対応が取りやすいので、そうしたことをベースに対応を取らせていただいているところでございます。

もちろん匿名の方がふさわしいというようなケースもひょっとしたらあるかもしれませんので、そうした場合には無理に個社の名前をお聞きすることはないというふうにしたいと思いますけれども、いずれにいたしましても、個別の具体的な目詰まり、これを解消することがまず現状の最優先でありますので、そのためには何が課題かというのをまずしっかり特定をしていくということが大事なので、そうした観点から、情報の取扱いについても検討は深めていきたいと考えています。

○郡山りょう君　ありがとうございます。

例えば、匿名じゃなくても必ず漏れないようにという何か担保ができればもっと情報は集まると思うので、是非進めていただきたいと思います。

先日、実は立憲民主党と公明党の皆さん、中道改革連合の皆さんで集会を開いて、その中の意見を基に、命と暮らしを守る緊急経済対策というのを公表させていただきました。

その中で、事業者向けの支援で、御省の関わるところがたくさん提案があるんですね。例えば、雇調金、雇用調整助成金の要件緩和と拡充であったりとか、医療基盤物資を含むナフサ由来の基礎化学品の安定供給、医療・介護分野などの公的機関への経営支援等々、実は盛り込んで公表していますので、是非、補正予算考えられているのではないかということなので、是非こういった中身も盛り込んでいただいて、まあ言えないとは思うんですけど、検討していただきたいですし、実は雇調金の関係も今個社でいろいろ工夫しているわけですよね、目に見えないところで。

例えば、やはり休業というのは痛手を食うので、年間カレンダーの中で、休日を前倒しして振替休日をしていきながら、後半には何とか仕事が忙しくなって稼働日も増えるという、そういった対策もしているわけですよね。ただ、それもいつ本当に確約できるか分からないんですね。稼働が本当に戻るのかというところがありますので、そこを含めて、この雇調金の要件緩和、恐らくリーマンや東日本大震災とかコロナのレベルじゃないというお答えはいただいているんですが、もう既に、やっぱり先手先手で打っていくこと、もう起こってからだとやっぱり痛みが大きいんですね、いろんな面で。そこも是非検討していただきたいと思っております。

じゃ、早速、本題の方の審議の方の質問にさせていただきたいと思います。

私、やはりサラリーマンもやっている中で、例えばいろんな経営会議だったり、いろんな議論をする中で、提案をする中で、基本的には一つ一つの課題とかについて、例えば経営施策であったり、そういったものを提案して予算の執行の承認

をもらっている中で、今回の法案について、物すごく、何というんですかね、一本化するにはいろんなものが詰め込み過ぎているんじゃないかという疑念、疑問が起こったわけですね。

そこで、調べてみると、今回の法案なんですが、健康保険法を始め、少なくとも七本の法律を一度に改正するものであるかと思います。盛り込まれた政策事項というか中身は、ＯＴＣ類似薬の関係、出産時の一時金であったり、後期高齢者医療の金融所得勘案、子供均等割の拡充、高額療養費の明確化、医療機関の勤務環境改善、妊婦健診、国保の財政措置、協会けんぽ保険料率引下げ、国庫補助特例など、例えば七本の法律の中で性格を異にする十一項目に及んでいるわけです。

もし、一本化して出すその法制的な必要性とか、若しくは技術的なその一本化する何かメリットというか、何と言えばいいんですかね、そうした考えがあってこの一本の法案まとめて提案したと思うんですが、そちらを教えていただければと思います。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

今回の法律の言わば形式的な面について御質問いただきました。

一般に、二つ以上の法律の改正を提案しようとする場合には、政府部内では、法案に盛られた政策が統一的なものであり、その結果として法案の趣旨、目的が一つであると認められるとき、あるいは内容的に法案の条項が相互に関連し、一つの体系を形作っていると認められるときのような場合に一つの改正法案として提案することができるというふうに承知をしております。

本法律案に盛り込まれた改正事項は、委員おっしゃるように多岐にわたるものでございますが、その中身として、持続可能な医療保険制度の実現のため、必要な保険給付の実施と負担の公平性の確保を図るという同一の趣旨、目的を有するというふうに考えております。

例えばでございますけれども、出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊娠、出産に対する支援の強化については、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法等を改正し、出産に係る給付体系の見直し等を行うとともに、母子保健法を改正し、妊婦健診について国が標準的な費用を定める規定を創設することなどの、内容的に法案の条項が相互に関連しているものと考えているところでございます。

こうした観点から、一つの改正法案として今回提出し、また御審議をいただいているということでございます。

○郡山りょう君　関連性とかというのは分かるんですが、ただ、今回の審議の皆さんのやり取りを見ていると、それぞれ賛否が分かれる、重いそれぞれの法案が含んでいるにもかかわらず、その一本にくくったことが私は疑問に思っているわけですね。いろんな党間であったり党内であったりの審議の中で、ここいいんだけどここは反対だと、それぞれ皆さんの、議員の皆さんの思いがあるわけですよ。

本来ならば、小西筆頭理事からもあったように、憲法のやはり十三条、幸福権の追求、二十五条のやはり生存権、こうした憲法に基づいた、しかも中核的な医療制度である高額療養費も含めた、本当に世界に誇る国民皆保険制度という、こうした意味合いがあるんだったら、一本にくくらずに、せめて、細かくとは言いません、二つに分けるとか、何かそういった形で審議をする方が最終的に国民の皆様が安心する、やはり国民皆保険制度、様々な議員の皆様の意見を取り入れて、充実した審議ができて、より良い法案になるんじゃないかと思いますが、そちらについてはいかがでしょうか。

○政府参考人（間隆一郎君）　私どもは審議をお願いしている側ですから生意気なことは申し上げられませんけれども、しかし、人口減少、少子高齢化が進む中で、社会保障制度を次世代に引き継いでいくために、不断の改革が、改革努力が必要だというふうに思っております。

今般の、この時点において、今回、出産の話だけじゃなくて、子供の話もございます。健康保健事業、協会けんぽの保健事業を充実するという話もございます。他方で、やはりＯＴＣ類似薬、あるいは後期高齢者医療の金融所得勘案のように、より負担の公平を図っていくために取り組まなきゃいけないものがございます。

これは、この時期にばらばらにというよりは、やはり全体としては一体感を持って進めていく必要があるというふうに考えておりまして、こうした観点から、先ほども、ちょっと繰り返しになりますけれども、持続可能な医療保険制度の実現のため、必要な保険給付の実施と負担の公平性の確保を図るという同一趣旨、目的を有した改正事項でございますので、一体的に改正が、改正する必要があるというのが私どもの考え方でございます。

ただ、その上で、法案を審議いただくに当たっては、引き続き、法案、本法案に盛り込まれた改正事項のそれぞれの趣旨や意義について丁寧に御説明申し上げたいというふうに考えております。

○郡山りょう君　いや、中には、一括にすることで賛否を封じているんじゃないかという声も、実際、有権者の皆様からも、実際やはり受け止める印象としてあるんですよね。

しかも、それぞれ、この法案、一括くくった法案の中で、施行期日が最大七段階に分かれているわけですよね。例えば公布日、令和八年八月一日ということでございますが、令和九年一月一日、ほかに四月一日と、公布後一年以内、公布後二年以内、公布後五年以内等、その七段階に分かれていること自体、それぞれのやっぱり事項のそれぞれの独立性を示すのではないかと思うわけですよね。

真に同時施行が技術的に必要なグループにくくりを限定し、独立審議可能な事項は個別法案として提出するという法案提出ルールを今後確立しても私はいいのではないかと思います。これだけ施行が段階踏んでいるのであれば、それぞれ、今回特別国会、臨時国会でも前回は医療法の改正もありましたし、段階を踏んで丁寧な議論をしていった方が、むしろ、当然、大きな考え方に基づいて審議をしなければならないのは大前提として、やはりそういう丁寧な議論を進めていくことが私は重要だと思うんですが、そうしたお考え、今後、この意見を踏まえてあるのか、考え、余地はあるのか、お答えいただければと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　施行期日につきましては、御指摘のとおり、本法案等におきましては七つに分かれているかと思いますが、それは、やはりその施行するための準備期間、準備状況、そうしたものを勘案して設けているものでありまして、先ほど来局長が申し上げているとおり、やはりその法案の趣旨、目的、それに沿って全体的な議論をしていただく観点から、今回そうした束ねという形でやらせていただいております。

持続可能な医療制度の確保であったり、あるいは負担と給付の、給付と負担の在り方であったり、そうした大きな制度全体の趣旨、目的に沿った形で今回の改正法案を御審議をいただいているということでございます。

今後につきましては、私の方から何か申し上げるということでもございませんが、やはりその都度その都度、その法案の必要性について政府全体で議論していくことかというふうに考えています。

○郡山りょう君　先ほど、今まで各委員の方からいろんな御指摘があったと思うんですが、今回の例えば高額療養費についても、エビデンスが不足をしているという状況も、もしかしたら、この一括にくくることによって十分なやはりそういうデータを集めたりという、そういうこともできなかったんじゃないかと私は推察するわけですが、それに関連して次の質問に移りたいと思います。

審議会の在り方や、今回の法案に至ったエビデンスについて、石橋委員からもあったんですが、質問をさせていただきたいと思います。

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会では、上限額の具体的な金額が示されないまま、あ

る意味外形的な引上げ幅のみが議論されたと、前回の安藤参考人から御指摘がいただいたわけでございます。その安藤参考人の資料も、全て公的な資料を基に作ったエビデンスだったわけですよね。

そこで、公的資料を基に、ちゃんとデータをそろえて出すことが実はできたんじゃないかということについてまずは大臣の認識を伺いたいですし、また、令和七年十二月十六日の基本的な考え方の公表の後、僅か九日で、これも他の委員から御指摘いただいているんですが、具体的金額を含めて閣議決定するというプロセス自体は、患者団体の共同声明で更なる抑制を要望されていた事実を踏まえても、専門委員会の意見を十分反映したと言えるのか。今後、専門委員会で具体的金額、試算、代替案までを必ず議論する仕組みに改めるべきではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、専門委員会の在り方でございますけれども、委員からも御指摘がございましたが、第八回の専門委員会で見直しの考え方を整理をいただきました。

その際には、一人当たり医療費の伸びに応じて月額上限額を見直すこと、また応能負担という観点に基づいて所得区分の細分化を行う、その際には現在の限度額から著しく増加をすることがないように細分化後の金額を設定をすること、また長期療養者、低所得者へのセーフティーネット機能を強化する観点から多数回該当の維持や年間上限の創設など、具体的な見直しの方向性について明記した資料をお示しをした上で御議論をいただき、最終的に合意をしていただいたものと考えております。

今回の見直しにおきましては、患者団体の方はもちろんでありますが、医療関係者、保険者、労使など、多くの関係者との丁寧な議論を積み重ねた上で、整理いただいた考え方を踏まえ、予算編成過程における調整を経て、政府において具体的な金額を決定をしているところであります。

第九回の専門委員会には具体的な金額を踏まえた御議論もいただいていることから、検討プロセス自体に問題があったとは考えておりませんが、様々な意見の反映方法については、今後とも、我々としてもそうしたことはしっかり念頭に置いて、将来的な議論についても考える必要があろうかというふうに考えています。

○郡山りょう君　ＷＨＯの定義に基づく日本の破滅的医療支出該当人口割合なんですが、二〇一〇年は九・六％でした。で、二〇二四年、一〇・九％へと一・三ポイント上昇をし、約一千三百六十万人と推計されているわけです。ＯＥＣＤ三十四か国比較でも、ドイツ二・四％、英国一・五％等の四から七倍であるんですね。日本は中位より高位に位置するわけです。

専門委員会の基本的な考え方には、「諸外国と比べてもこのような恵まれている制度を擁している国はほとんどなく、」との記載があるんですが、先日の安藤参考人ですが、それを不正確とおっしゃられていました。政府として当該記述を撤回又は訂正するお考えはあるか。また、ドイツの世帯収入の二％、スウェーデン年間二万円から四万円との上限に比べ、日本の高額療養費上限はむしろ引下げを検討する水準ではないのか。お答えをいただきたいと思います。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

まず、委員御指摘の、専門委員会における基本的な考え方で委員御指摘のような記述があるということでございますけれども、この専門委員会の取りまとめ自体は、基本的な考え方のまとめたものは、専門委員会での御発言等を踏まえて議論の積み重ねを経て、委員の合意の上で取りまとめられた文書でございまして、実際、この専門委員会の中で患者団体の委員の方からも、またヒアリングをさせていただいたその有識者の方からも同様の御意見があったところでございます。

その上で、諸外国との比較について申し上げれば、そもそも、それぞれの国で医療保険制度の仕組みが異なるので、給付の話をするのであれば負担の比較というのもやはりちゃんとしないといけないということだと思います。これがなかなか難しいことは、安藤参考人もそういう諸外国比較というのは留意が必要なんだということをたしかおっしゃっていたと思いますけれども、単純な比較は難しいというふうに思っています。

ただ、例えば、先日の参考人質疑で、今委員御指摘のドイツでは、年収二％の自己負担の上限に設定されておりますというお話がございましたが、他方で、ドイツ、負担の方に目を向けますと、日本と比較して、要するに高齢化率は日本よりは低いわけですけれども、日本と比較して医療保険料率が高い水準、具体的に言うと一七％ぐらい、日本は大体一〇％が協会けんぽで、健保組合はもうちょっと低いのが多いわけですけれども、そういったようなこともございますので、そこの部分だけを切り出して評価するというのはなかなか難しいと思っています。

ただ、いずれにしましても、高額療養費を含めた医療保険制度、これ非常に重要なものでございますので、持続可能なものとして次世代に引き継いでいけるように、国民の皆様の理解と納得を得ながら不断の改革に取り組むと、その努力をしていくということが大変重要だというふうに認識しているところでございます。

○郡山りょう君　結局、そういった恵まれているようないい制度なんだというところから結局個人負担というところに、結局、公的から私的のコストシフトが起こっている要因だと思いますので、委員会の意見はやはり重要なので、やっぱりそこで引っ張られることがあるんですよね。だからこそ、審議会の中でいろんな人たちの意見をしっかりとエビデンスに基づきながら議論をするということが非常に必要じゃないかと思っています。

そのエビデンスについてなんですが、政府は、今回、見直しによる医療費抑制効果二千四百五十億円を強調しておられますが、厚労省自身の、御省の試算では、そのうち一千七十億円は受診控え分とされていると。皆保険制度の本来の役割、経済的リスクからの保護に照らしますと、受診控えを織り込んだ制度改正は理念に反すると思いますし、また所得区分別、疾患別の破滅的医療支出該当割合の事前推計を政府として保有しないままに二千四百五十億円の削減効果を公表していること自体、政府が掲げるエビデンス・ベースド・ポリシー・メーキング、ＥＢＰＭの理念に反するのではないかと私は考えます。

今後、専門委員会の検討において、ＷＨＯ定義の破滅的医療支出指標、所得別、疾患別の家計負担シミュレーション、受診控えによる重症化リスクと結果的な医療費増加の試算を必須検討資料とする運用要領を政令施行前に整備することを是非約束いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今回の高額療養費の見直しは、多数回該当の据置き、あるいは年間上限の創設などによりまして、特に治療に係る経済的負担の厳しい方への配慮を行っているところでありますので、その意味で、再三申し上げておりますが、必要な受診が抑制されることは想定をしていないというふうに申し上げております。

また、予算編成上は千七十億円の減少というのを見込んでおりますけれども、これは過去の見直しの際に、予算の積算上ですが、実効給付率が変化した場合にどれだけ、経験的に得られている医療費の増減効果がどれだけかということを機械的に計算したものでありまして、これまでの過去の医療制度改革の際にも同様の手法を取っているところでございます。

ただ、実際にそれが具体的にどれだけの受診、どれだけの医療費削減効果があったかというのは、事後的に検証しないと当然分からないわけであります。これにつきましても、委員会等で再三御指摘をいただいておりますが、今後、今回の制度改正を踏まえて、どのような受診行動の変化があったかということについては、我々としてもしっかり検証をして議論をしていく必要があろうかと考えております。

○郡山りょう君　今、やっぱり医療情報とか家計の状況とか、集めようと思えばたくさんデータって集められると思うんですね。もっと丁寧なそういう分析をできるもう環境に今の技術だとあると思うんですよね。デジタル庁との連携をしっかりやりながら集めることもできますし。

要は、高額療養費ってその当該のところのタイミングなんですよね。やはりその前の入口のところで生活を安定するために当然賃上げとかやっていかなければいけないですけど、もし、これなかなか難しいんですけど、社会保険全体の恩恵を気付くときって当該になったときなんですよね、当事者に、病気になったり。そのときに初めてこの必要性が分かるということでございます。

私も五歳のとき、残念ながら、父親、がんで亡くなったんですけど、高額療養費が、一九七九年に亡くなりました、で、七三年から始まったので、非常に助かったわけですね。珍しい頸椎のところのがんだったみたいで、やはり医療費も多分多額なものになったと思うんですが、それでも、高額療養費を利用しても祖父の援助を受けていたという話でございます。

問題なのが、当然、残念ながら亡くなる方もいるでしょうし、そのまま復帰をされる、その復帰した後というのが非常に大切なんですよね。その残された人たちの家族の生活も。だから、そこで終わるんじゃなくて、その次、しっかりと生活を保てるようなところに持っていくためには、やはりこの中核制度である高額療養費制度などを改悪することは絶対許されないことだと思うんですよね。

そのためにも、様々なデータを集めてやはり検証をする。安藤参考人でも政府の公的資料でこれだけ提示しているわけですから、政府にできないわけないと思うんですよね。

なので、先ほどの、元に戻りますけど、法案を分けて充実した審議にする。急ぐんじゃなくて、それぞれ最終的にもう一度法改正をしなければならないんで、結局、しっかりとした法律にしていかないと一緒なんだと思うんですよね。

やはり、丁寧にそれぞれの法案を審議するためには当然エビデンスが必要ですので、時間を掛けてもやはり国民が安心する皆保険制度にしていくということが大切だと思いますが、大臣、いかがでしょうか。経験に基づいて言っています。お願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　衆議院でも様々な議論がありまして、附帯決議の中にも、これからも引き続き必要な資料を十分提示をして、関係者の御議論をしっかり聞いて対応するようにというような御指摘をいただいておりますので、そうしたことをしっかり踏まえて、将来的な見直しの際には十分検討を深めていくことが必要だと考えています。

○郡山りょう君　是非、やっぱり桜井参考人、当事者である方からも大きなやはり疑念、このエビデンス、ＥＢＰＭに基づいてやられていないことに対して非常に懸念をされています。

今後も様々な重要な法案が審議される中で、やはり本当に政府が掲げるんだったら、しっかりとやはりエビデンスに基づいた政策実行をしていくことがやはり政治に対する国民の信頼にもつながると思いますし、最終的には、結局、生活が苦しくなったときに働く場所もなかったりすると、結局収入がないということは、要はこの社会保険の財政全体の収入も減ってくるわけで、やはり我々の健康というのは投資であるという観点も含めて、しっかりとやはり当事者になった人たちを守る、家族を守るという、やっぱりそうした議論を今後お願いしたいと思っております。

時間がないので、最後、また高額療養費じゃなくて、残り、後期高齢者のことがあったんですが、機会があったらまた次の機会に質問させていただきたいと思います。

最後、協会けんぽのことについてお伺いをしたいと思います。

協会けんぽが、資料一にありますように、令和七年九月に公表した機械的試算では、賃金上昇率が低位で推移した場合、二〇三〇年度に単年度赤字に転落し、二〇三六年度に法定準備金三か月分を割り込んで、二〇三七年度以降は法定下限を下回るとされています。つまり、国庫補助率、現行一六・四％で維持しても、低位ケースでは、協会が自ら示した今後十年間程度、準備金残高が医療給付費等の三か月分を下回らないとのメルクマール自体を下回る将来像が描かれているところでございます。

この試算を踏まえれば、準備金が積み上がっているから国庫補助を減額できるとの大臣折衝事項の認識は、中長期的な現実認識を欠いているのではないかと考えます。政府がマイナス〇・一％引下げ後の補助率変更について、ケースⅢを含む、どのような検証を行ったのか、具体的に答弁をお願いしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　協会けんぽでは、今御指摘ありましたように、将来の賃金上昇率、あるいは医療給付費の伸び等を前提にして、複数の仮定を置かれて財政シミュレーションが行われています。それによって、結果様々ですが、将来的には単年度収支が赤字になる、そうした年数、年限が異なるというような、そういったことが示されているところであります。

ただ、今回の時限的な措置につきましては、協会けんぽにおける足下の財政状況が比較的堅調に推移をしていること、あるいは様々なシミュレーション結果を踏まえつつ総合的に検討し決定をしたものでありますが、今後、この例えば国庫補助の在り方等については、今回の措置が終了する令和十年度末までの間において、将来的な見通しなども踏まえて改めて検討していくことにしておりますので、いずれにいたしましても、協会けんぽが被用者保険の最後のとりでだということを我々も十分留意をしながら、中長期的な財政運営を考慮しながら今後の対応を検討することが必要だと考えています。

○郡山りょう君　平成二十七年四月二十二日の衆議院厚生労働委員会において、当時の塩崎厚労大臣は、財政状況はここ一、二年は改善傾向に来ていると、そのような同じような状況だったわけです。短期的には保険料率の引下げも可能だが、中長期的に見れば、高齢者医療の拠出金の増加などで逼迫する状況になることが容易に予想されるということで、一〇％で保険料率を据え置いて、国もそれを認可した形、格好になっていると答弁されているわけですよね。なので、政府はかつて、単年度の好調とか、そういったものをもって判断するのではなく、中長期視点に立つことを国会の場で明示的に約束をしたわけですね。

ただ、今回、政府は、まさにその短期的な料率引下げと国庫補助、補助の減額を同時に行おうとしているわけです。この二十七年の大臣答弁との整合性をどう説明するのか、国として中長期視点で見るとの方針は維持をされているのか、それとも転換されたのか、明確に御答弁いただきたいと思います。お願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　協会けんぽ、先ほど申しましたように、被用者保険の最後のとりでとしてでございます。ですから、保険料率が頻繁に変動することがないように安定的な財政運営を講じていくことが重要だと考えています。

その上で、協会けんぽにつきましては、やはり近年、堅調な保険料収入などを背景に健全な財政運営が定着をしています。今年度から三十四年ぶりに平均保険料率の引下げが行われる、あるいは、行われるというような状況でもございます。

そうしたことも踏まえまして、今回の時限措置は、協会けんぽの昨今の財政状況、そして中期的な財政シミュレーション結果を踏まえ総合的に検討した結果でありまして、言わば現行の延長線上の対応だというふうに御理解いただければと思います。

繰り返しになりますが、今後の国庫補助等の在り方につきましては、今回の措置が終了する令和十年度末までの間におきまして、今回の料率引下げ等も踏まえた協会けんぽの財政状況あるいは将来見通し、そうしたものを踏まえて検討していき

たいと考えています。

○郡山りょう君　しっかりと中長期的な視点で立っていただくことをお願い申し上げ、質問を終わらせていただきます。

ありがとうございました。

○委員長（小川克巳君）　午後一時に再開することとし、休憩いたします。

午前十一時四十七分休憩

◆◆◆

午後一時一分開会

○委員長（小川克巳君）　ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

委員の異動について御報告いたします。

本日、東野秀樹君及び臼井正一君が委員を辞任され、その補欠として見坂茂範君及び本田顕子君が選任されました。

○委員長（小川克巳君）　休憩前に引き続き、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○田村まみ君　国民民主党・新緑風会の田村まみです。よろしくお願いいたします。

議員七年目なんですけれども、常任委員会で五十分を超える質問初めてですので、よろしくお願いします。

もう一つ、今、定足数は満たしてはいるんですけれども、閣法で重要広範なんですけれども、午後からの開始時間に委員が全員そろった状態で始められていないということは、これは大変私、問題だというふうに思っております。重要広範ということを鑑みれば、この点については会派の皆さんにそれぞれ重く受け止めていただいて、審議に私たちも真摯に臨んでいきたいというふうに思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、まず最初に、改正趣旨の部分に触れながら質問させていただきたいと思います。

本改正案の改正理由について、持続可能な医療保険制度の実現に向け、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るためとされています。社会保障制度全体の持続可能性は財政が大きく影響しています。これまで、いわゆる骨太方針に、高齢化による社会保障費の自然増に対してキャップをはめる縮小均衡型が続いていたというのは現実です。ようやく賃上げ、物価上昇を鑑みて必要な増を反映する書きぶりになったというような事実があります。

一昨日の参考人質疑でも、城守参考人から、医療費が増加する要因として、主に高齢化の進展と技術の進歩というところが大きかったが、失われた何十年かのデフレ下において高齢化の伸びの範囲内に医療費を抑えるという政策が取られたので、基本的には医療技術の評価がされてこなかったという結果だという認識、指摘がございました。

まず、質問させていただきます。医療、介護等の保険制度と給付を、今後の需要に応じた成長産業また国民生活を支える基幹産業として位置付けているのか、厚生労働大臣の認識をお伺いしたいというふうに思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、我が国の医療保険制度は、国民の皆様が安心して、そして必要な医療を受けられるとともに、医療現場では多くの方が働いていらっしゃいます、また医薬品産業という面もありますし、また委員からお話がありました高齢化という中でこれからの日本社会のありようを考えた場合に、まさに医療、介護等の分野におきましては、これは日本経済にとって極めて重要な分野だというふうに考えております。

政府としては、医療保険制度を持続可能なものとして、将来にわたって国民が安心して必要な医療を受けられるような基盤を堅持していくことが重要だと考えているところであります。

○田村まみ君　今の答弁の中で基幹産業とか成長産業というワードは使われなかったというふうに今私聞いていて思った、重要とはおっしゃったんですけれども。

私、政府が出された十七分野の成長産業のところに介護が入っていなかったということは大変ゆゆしき事態だと思いますし、昨年の予算委員会等々で、総理大臣は替わりましたけれども、政府、政権として答えていただいたと思いますが、石破元総理は介護に対しては成長産業だと認識しているというような言葉をいただいたというふうに私は捉えています。

そういう意味でいくと、今の十分なでは私は足りないというふうに思うんですけれども、もう一度、上野大臣、認識をお願いしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まさに、定義の問題もありますが、成長、そして基幹産業、そうした位置付けというのは十分できるというふうに思っています。

○田村まみ君　ありがとうございます。その認識がなければ、やはりこの社会保障全体の制度を支えていただいている担い手の皆さん、もうもたないという声になかなか応えていけないんじゃないかという思いで質問させていただきました。

社会保障制度の中で医療と医療保険制度は国民の負担、社会保険料と税、公費負担で運営されています。賃上げが進む中で、標準報酬月額に基づいて保険料が算定されていますので、保険料の微増も徴収としては起きています。しかし、物価上昇にようやく追い付いた賃上げ、そういう状況なんですね。

この今の日本の医療保険制度、保険制度とはいえ、公費もたくさん入っていますのでハイブリッド型の保険制度というふうに呼ばれていますが、今後の保険料と公費負担の推移を考えていく上で、この法改正の趣旨にある負担の公平性の確保、これを実現しようと思うと、社会保障制度の中でいずれの政策においても、負担は高い方にそろえていく、そして給付は低い方にそろえていく、こういう制度見直ししかできなくなっていくんじゃないかというふうに私は思うんですけれども、今回もこの負担の公平性の確保というふうに明記されている上で、私の今の考えに対しての大臣のお答え、いただければと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　我が国の医療保険制度におきましては、国民皆保険の下で、国民の疾病等のリスクと治療に要する費用を分かち合うために、自立や連帯、相互扶助、そうした観点から、加入者の年齢構成や所得水準などを踏まえながら必要な保険料を負担いただくことを基本としつつ、税を財源とする公費を投入することで、安定的な財政運営を図り、国民の皆様が必要な医療を受けられる、そうした仕組みとしているところであります。

現在、賃金の上昇などによりまして、保険料収入、これは増加する状況にあります。その中で、例えば診療報酬改定においては、物価高騰や賃上げ等に対応するための措置を講じてまいりました。こうした対応を行いつつ、具体的な分かち合いの仕組みについては、保険料負担と公費負担の役割を含めた社会保障制度の基本的な在り方を維持しながらも、現役世代を中心に保険料負担の上昇を抑制をしていく、こうした観点も重要なテーマであります。これらの両立を目指す観点から、全世代型社会保障構築のために、窓口負担、そして公費、保険料、このバランスを不断に見直していく必要があるというふうに考えております。

○田村まみ君　今の最後の、まさしく窓口負担、公費、保険料、バランス、このバランスを取っていこうと思ったときの今の経済状況と今の保険制度の仕組みを考えたときのこの負担の公平性の確保、制度の公平性の確保、給付をしっかりと公平にというふうに言っていけばいくほど、もう一度聞きますが、負担は負担の高い方に合わせるしかない、給付は低い方に合わせるしかない、こういう変更の方が大方を占めていくというふうに私は今受け止めているんですけれども、バランスを取らなきゃいけないというのは分かるんですけど、今後の見通しとしてそういう方向性の改正にならざるを得ないんじゃないかというふうな、この問題意識に対してどう思われるでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　やはり、その制度自

体を持続可能なものにしていくためには、まず制度自体の見直しということをしっかりやっていく必要があるというふうなことが大前提だと思います。

その中で、負担をどうするか、給付をどうするか。委員から御指摘のありましたように、一方向だけで進むものではなくて、先ほども申し上げましたように、現役世代の皆さんの保険料負担については抑制をしていかなければいけないし、そしてまた、世代内、世代間での公平性というのも確保していかなければいけない。そうした多面的な観点から、やはりその持続可能性ということを前提に制度の見直しというのを検討していくことが必要だと考えています。

○田村まみ君　制度の持続可能性、ここは私も共感しますし、同意します。しかし、その制度があっても使えないものになっていっているというような、今の国民の皆さんの声というところも受け止めている中での私の今の問題意識をお伝えしました。

その上で、私は、最初一問目に、この医療、医薬品、そして介護関連の産業というのは需要が拡大していく、そういう意味でいけば成長産業じゃないか、基幹産業として位置付けるべきじゃないかという指摘をさせていただきました。

そうであれば、この社会保障制度を維持するには、やっぱりこの社会保障費全体の伸びというところをどのように評価していくか、どのように考えていくか。この伸びというところを明確に受け止めて、公費の負担もそうですけれども、この保険料や窓口負担の見直し、ここも、もう今のそのキャップをはめて縮小均衡ではなくて、しっかりと経済成長とこの産業の伸びというところに着目した形で見直しをしていく、社会保障費全体の見直し、この方針を明確にしていくべきだというふうに思います。

この点について、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　高齢化が進展する中で、医療費が増加をしています。その中で、やはり、先ほど来議論のありますとおり、持続可能性を確保して将来世代においてもしっかりとした制度を引き継いでいく、将来世代へ引き継いでいく、そうしたためには不断の改革が必要だと考えています。

そのためには、繰り返しになりますが、やはり世代間、あるいは世代内での負担の公平性の確保、こうしたことは非常に大切でありますので、そうしたことを念頭に、限られた財源、また医療資源を効率的に活用することを目的として本法案も提出をさせていただいたところであります。

本法案における改革のみならず、今後とも、医療費の窓口負担割合の年齢によらない真に公平な応能負担の実現に向けた検討なども進めることをしております。

重要なことは、やはり、その社会経済が変化する中にあって、このような様々な改革、様々な取組を通じて、適切な公費負担の在り方を含め、給付と負担の両面において制度に対する国民の信頼、そして納得、そうしたものを維持向上させることが重要だと考えておりますので、そうした観点からも、丁寧に国民の皆様に説明をしつつ、国民の皆様が安心して医療を受けられるような体制をこれからもしっかり取っていくことが大事だと考えています。

○田村まみ君　是非、年末の財務大臣との大臣折衝で、金額だけを見て帳尻合わせをするというような、そういう折衝というのは是非もうやめていただいて、特に今、経済成長しています。一部には、名目ＧＤＰを基にその社会保障費の伸びというところも考えるべきじゃないか、それは、私自身、その成長産業、需要が伸びていくということが分かっている産業なわけなので、一理あるなというふうに思っている論だというふうに思っています。

こういうことを、是非、今回、骨太がそろそろ議論されて出始めるんだというふうに、出るんだと思いますけれども、そのときに、そういう期待がきちっと持てる形にしていただかないと、昨年の年末の大臣折衝で二年分明記されているような項目も幾つかありましたので、その点については、環境の変化もあります、是非しっかりと、大臣折衝に臨む前のその骨太に対しても、厚生労働省として、社会保障費全体の枠組みをどうしていくか、決められた枠組みの中で入り繰りをするじゃない、そういう明確な方針を出していただきたいということを期待してこの質問をさせていただきましたので、よろしくお願いいたします。

その上で、もう一つ走っている社会保障国民会議、この議論についても、厚労大臣、直接、上野大臣は直接担当じゃないことは分かっているんですけれども、ここでどうしても質問しておかなければいけないと思って、一問取り上げさせていただきます。

昨年の通常国会で、年金法の改正、この議論において、審議会や国会の議論でも十分論じられてはいるんだけれども、最後、国会に来たときにどうしても政局に左右されるような場面が出てきたんじゃないかというようなところも私たち認識していますし、審議会の後の閣法に決まるまでのところの議論もそういう部分が正直見えていたというのは承知しています。

そういう中で、その政局に左右されない環境での議論必要じゃないかということで、委員会の中でも当時の石破総理に、重要広範でしたので、そういう国民会議のようなもの必要じゃないかというような質問も、私だけじゃなくて各党からも出ました。

しかし、今回、参議院選挙と衆議院選挙を経て、年金の議論をするというような形で国民会議の話していたんですが、給付付き税額控除の話、ひいては消費税減税、これが議論のテーブルにのってきていて、議論の順番も私は変わってきたんだというふうに思っています。これはもちろん政治的な判断もあるということで、その変更があったというふうな認識はしているんですけれども、ここから質問です。

消費税は、消費税法の第一条第二項に、消費税収の使途の明確化、これで社会保障給付へ充てられるというふうにされているわけなんですね。であれば、この給付付き税額控除の導入までのつなぎとして食料品の消費税を二年間限定でゼロにする、こういう政策が出たときに、社会保障の財源に大きく関わってくる議論なわけなんですね。ですので、担当大臣ではないんですけれども、上野大臣としては、この社会保障、ここを所管するという意味では、この議論注視しなければいけないし、この動向によって政策を大きく変えられる可能性あるという認識を私は持っていただかなければいけないというふうに思っています。

昨日の五月二十日、党首討論です。国民民主党の、私たちの玉木代表の質問に高市総理は、国民会議で御議論いただいておりますと、その上で、消費税について、この夏前に取りまとめを、中間取りまとめ、これが出てき次第、政府としては法案を提出します、ここまで答弁されました。これ、消費税の減税始まるという前提がもう政府にあるのかというふうに私はあの答弁聞いて受け止めました。

改めて言います。消費税は社会保障の財源になっています。まとめていくという期間を区切って、しかも、もう法律を出すということを明言されて議論されていますけど、社会保障費のこの財源に大きく影響がある。これ、この議論、この期間区切っているということ、そこは厚労省としてもきちっと政策として平仄を合わせて進んでいけるのか、その認識について大臣にお伺いしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　社会保障国民会議は私の直接の担当ではございませんので、その前提でお答えをさせていただきたいと思いますが、まずは給付付き税額控除、そして食料品の消費税ゼロを同時並行的に議論を進め、その両者について、令和八年夏前を目途に中間取りまとめを行うというふうにされておると承知しています。御党も含めまして、丁寧かつスピード感を持って現在検討を進めていただいていると思っておりますの

で、我々としてはその結果をしっかり注視をしていきたいというふうに考えております。

言及ありましたとおり、消費税については社会保障の財源でありますので、そういった観点からも、我々としてはしっかり注視をしながらまたこの検討に協力をしていきたいと考えています。

○田村まみ君　来年以降に大きく影響する内容だというふうに私は思っているので、制度、会議の運営の所管大臣ではないことは認識しているんですけれども、是非上野大臣の方でも注視していただきたいですし、最初に申し上げた、この社会保障費全体に関わる課題だというふうに思いますので、是非その点については政府内で議論していただきたいというふうに申し添えておきたいと思います。

それでは、私も高額療養費制度についての質問をしていきたいというふうに思います。

第百十五条の二のところの改正案で、今回追加された、とりわけ長期にわたって継続的に療養を受ける者の家計、この文言を追加して、その影響及び療養に要した費用の額を考慮して、政令で定めるとされております。

まず最初に、一昨年中の前年度予算編成の過程のときにも議論がありましたし、社会保障審議会医療保険部会、そして、今年に入って高額療養費制度の、去年の年末に高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の中で議論がありましたけれども、合算の仕組みと、年間上限と、あと償還払いに関する議論、ここの議論というのはあったのか、伺いたいというふうに思います。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

昨年の予算委員会で、予算案の中に盛り込まれておりました高額療養費の見直しの関係は、一昨年の医療保険部会において御議論されているわけですが、そのときには、高額療養費制度における世帯合算基準、いわゆる二万一千円基準でございますが、それでありますとか、あるいは、同月内に二つ以上の医療機関で受診した場合の月額上限の現物給付化に関する御意見はございませんでした。

他方で、昨年の専門委員会におきましては、世帯合算基準の在り方について、自己負担額が二万一千円未満であっても合算を可能とすることについて検討いただきたいといった御意見がありました。また、年間上限というのも今回は新たに議論になったわけですが、その現物給付化についても専門委員会でも御意見をいただきました。最終的に取りまとめていただいた見直しの考え方では、保険者におけるシステム面での対応が制約条件にならないよう、患者本人からの申出を前提とした運用で開始することも含めて、実現に向けた制度設計の詳細な課題を早急に整理すべきということで、早期の導入を求められたところでございます。

以上でございます。

○田村まみ君　改めて経緯確認させていただきました。

そもそも審議会のところの部分ではこの項目については議論なかったんですけれども、やはり具体的な議論をするべきだ、当事者の方たちの意見もというところでの、在り方専門委員会のところでは現実に起きている課題について御提起があったんだというふうに思っております。

私のところにも、実は今回の制度に対する御意見もそうなんですが、むしろ現役世代の人たちからたくさんいただいている意見は、特に合算の関連のやっぱり二万一千円、ここに対しての課題感、こういうところが一番声としてありましたし、合算全体の声がどちらかというと多かったなというふうに、多い状態です。

その上で、先に二万一千円の方触れたので、こちらの②の方の質問させていただきますが、物価上昇や医療の進化、革新的な技術によって診療、医薬品の単価が上昇している現実があります。

まず、この合算における各治療費の自己負担が二万一千円以下の場合はというこの二万一千円、これいつ決まったものなんでしょうか。また、この金額の適正について、この後の医療費の高額化、この二万一千円を決めた後の医療費の高額化とか物価上昇、賃金上昇というのは勘案していくような分析や検証、それが行われていたのか、参考人に伺います。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

御指摘のとおり、現状、その二万一千円、七十歳未満の場合に限りまして自己負担額がレセプト一枚当たり二万一千円以上の場合のみ合算するという取扱いとなっております。

その経緯でございますが、こうした取扱いは、世帯合算の仕組みが設けられた昭和五十九年から続くものでございます。これ、かつては紙のレセプトが多かったために、特に扶養家族が多い現役世代の方が加入する保険者の事務負担を考慮する必要があること、医療保険財政には一定の限りがあることなどの観点から、当時は年齢にかかわらず基準額原則三万円が設定されていたものでございます。

その上で、その後、平成十四年、二〇〇二年に高齢者の窓口一割負担の徹底を行った際に、七十歳以上についての合算対象のレセプト基準額を撤廃し、あわせて、七十歳未満については所得による差異をなくすという観点から基準額を三万円から二万一千円に統一して、現行の取扱いとなったものでございます。

この二万一千円という基準について、こうした経緯から設定されているものであり、医療費の動向、あるいは物価、賃金の動向など、あるいはそういう、高額薬剤の話もございましたけれども、そういったものを根拠に見直すというようなことは行っていないというのが事実でございます。

○田村まみ君　今制度の中でのやはりこの二万一千円というところの金額、私たちの政党、何十年このデフレ下の中でいろんな閾値が変わっていないということ課題じゃないか、で、政府もその指摘してたと思うんですよね。そういう意味でいけば、この二万一千円がずっと据え置かれているということに対しては、政府全体の、省庁かかわらず見直していこうといった範囲に私入っていると思うんですよね。

ですので、これは早急にこの今の状況変化に合わせた形での二万一千円というのが据え置かれ続けているというところに対しての問題意識は政府全体も持っていただいて、厚労省もちゃんとこれ点検していただいて、見直しに向き合っていただかなければいけない内容だというふうに思うんですよね。

これ、答弁求めるつもりなかったですけど、大臣が余りにもうなずいていただいたんで、やるかどうかは別ですが、私が今言ったこと、政府が閾値含めて二万一千円と、そういうずっと据え置かれている金額って見直さなきゃいけないという認識はあるというところは御認識いただいているということでよろしいでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　この問題は再三委員会でも指摘を受けておりまして、我々としても問題意識としては共有化をしているところであります。

ただ、現実的に、これを修正、変更しようといたしますと、やはり一千億円を超える財源が必要になる、あるいは高額療養費制度の中で見直しの優先順位をどのように考えるか、例えば長期療養者、あるいは所得の低い方への配慮、そうしたものを優先すべきではないか、そうした課題を整理する必要がありますので、その意味では慎重な検討が必要かと思いますが、御指摘は十分承りたいと考えています。

○田村まみ君　政府全体の方針でもあるというふうに私は認識しておるので、その点をもう一度指摘して、この今の合算の仕組みについてはあと二問残っていますが、次の質問に行きたいと思います。優先順位付けて見直すという答弁いただいたというふうに承りました。

次に、四月の二十四日、衆議院の厚生労働委員会で高市総理は、保険者の変更に伴い高額療養費制度の適用から外れる課題については、システム面での課題の整理と保険者等との調整を進めていく旨を答弁されています。

具体的にはどのような取組を進めていくつもりなのか、関係者がいるとかシステムが問題だというのは、それは私も、素人でも多分分かると思うんですよ。そういう意味でいけば、具体的にどう進めていくのか、そして、保険者以外に何か関係者の範囲というのがどういうところが今想定されるのか、その点について参考人にお答えいただきたいと思います。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

転職などによって保険者が変わった場合に多数回該当がいわゆるリセットされる件については、専門委員会でも御指摘をいただいており、私どもとしては、今後どのようにすれば実現できるかと、実現の方向に向けて検討を進めていくということでございます。

それで、その際、整理すべき点、具体的な課題としては、それぞれの被保険者の所得あるいは毎月の医療費の支払額は各保険者でしか持っていないということでございます。また、各保険者がそれぞれのシステムで管理している中で情報を連携させるためには、実務面、そしてシステム面での対応が必要であるといったようなことに加えて、個人情報保護法との関係も整理する必要があると考えております。

このように、保険者間での情報のやり取りをどのように行っていくか整理し、その上で各保険者にシステム改修を行っていただく必要があることから、まず必要な経費や期間など整理すべき課題を抽出した上で関係者との調整を行っていくということを考えております。

この関係者ということなんですが、とにかく実現に向けてシステム改修どうするのかというのが主なポイントなものですから、現時点では、今委員御指摘になられた保険者、健保組合、国保、市町村国保、国保組合、共済組合などに加えまして、関係省庁、デジタル庁や個人情報保護委員会等などを想定しておりまして、こうしたところとしっかり調整をしていきたいというふうに考えております。

いずれにしても、患者の方々の負担軽減という観点からも、できる限り早期に実現できるようにしっかり取り組みたいと考えております。

○田村まみ君　また整理して、しっかりと進めていただきたいと思いますけれども、このシステム変更には必ず大きな費用が掛かるということが横にあります。厚労省のシステムもそうですし、各保険者のシステムも、古いものを使っている、修正しながら使っているという意味でいけば、ある意味新しいものを入れるよりもお金が掛かるということをいろんな制度のときに言われます。是非、計画的に、そして速やかに進めるための議論を進めていただきたいということを申し添えておくのと、その予算の獲得をしっかりしていただきたいというふうに思っております。

そして、今話にありましたし、各委員からも保険者の変更というワードがたくさん出てきています。

治療に伴って就業環境の変化や転職を余儀なくされる、またいろんな環境の変化で無職になったりとか、こういうことで例えば協会けんぽから国保になるなど、保険者の変更、こういうことがあるというふうになって議論がされていましたけれども、私は今日御質問したいのは、これまでどおりの仕事、働き方を断念せざるを得ない、いわゆる仕事と治療の両立が必要になった、それが難しくなった、そういう相談支援、この体制というのはあるのでしょうか。

○政府参考人（安井省侍郎君）　治療と就業の両立支援につきまして御質問いただきました。

議員御指摘のとおり、治療と就業の両立支援は非常に重要な問題と認識しているところでございまして、昨年改正されました労働施策総合推進法によりまして、本年四月から事業主に対して、労働者からの相談に応じ適切に対応するための必要な体制の整備など、必要な措置を講じる努力義務が課されたところでございます。

厚生労働省といたしましては、本法に基づく指針を定めまして、その中で、事業者などに対して労働者が安心して相談や両立支援の申出を行えるような相談窓口などの明確を図ることを規定するとともに、様々な機会を捉えて周知を図っているところでございます。また、産業保健総合支援センター、労災病院などにおきまして、労働者の利用できる相談窓口の情報を取りまとめまして、指針に参考として掲載するとともに、インターネットのポータルサイトでございます両立支援ナビに一覧を掲載しているところでございます。

このような取組を通じまして、病気に罹患した労働者の方が治療と就業の両立支援について簡易に、容易に相談をできるように努めてまいりたいところでございます。

○田村まみ君　私もそのホームページ知っているんですけれども、正直、雇用労働者の人たちが労災に遭って、その中で両立をしなければいけないというところが主眼に置かれていて、余り労働にかかわらずというところの中での、現役世代の人が仕事を断念したり、労働時間を短くしたり、個人事業主の方であったら少し発注の仕事を受け取るのを少なくしたりというようなことの中での治療と、いわゆる就労というか労働ということを両立していくという視点では正直作られていないホームページなんですよね。

成り立ちが違うということは理解しているんですけれども、今回の議論を通じて、ここの労働者向けのところでのホームページが一旦あるということを考えたときに、ここについてはもう少し見直しの議論を私はするべきだというふうに思うんですけれども、次の質問ですが、見直しの議論、いかがでしょうか。

○政府参考人（安井省侍郎君）　治療と就業の両立支援につきましては、コーディネーターの研修なども行ってございます。また、先ほどのホームページの話もございましたけれども、ホームページなどを行っております労働者健康安全機構というのがございまして、こちらの中で、コーディネーターの養成のほか、一般医療機関の取組を先導していく役割を求められていることも踏まえまして、労災病院においてほかの医療機関の患者も含めた両立支援の対応も行っておりますし、産業保健支援センターにおいて労働者からの直接の相談も受け付けているところでございます。さらに、今年度、産業保健総合支援センターの相談員の支援のための体制を拡充したところでございます。

こういった取組につきましては、都道府県労働局に設置されております地域両立支援チームというのがございますので、こういった活動を通じまして労働者に周知をしているところでございます。

○田村まみ君　ここにたどり着けばいいんですけど、どれだけの人たちがたどり着いているのかというのが、大体、厚生労働省所管のこういう議論をして、いや、こんな仕組みがあるんですと言うんだけど、知りませんでした、たどり着いていない、利用者が少ない、もういつもこの議論になります。

特に今回、やはり労働者を起点につくられたこの仕組みなんですけれども、やはり個人事業主の方も増えてきていますし、今言った雇用労働じゃなくなる可能性も大きく考えられます。そういった方たちにも届く支援、そして使えるものというところの視点でのこの役割と事業内容についての見直しの議論を行っていただきたいということを付言しておきます。

その上で、高額療養費制度の利用にかかわらず、治療をきっかけに生活困窮や経済的な不安に陥る方の相談先、これもどこになるのかということが議論になるというふうに思います。両立ができれば先ほどのところで一旦サポートをしていくというところになるんですが、一昨日の参考人、桜井参考人からも、治療のためにリボ払いを利用しているとか、そういう事例の口述がありましたし、私の元にも消費者金融からの借入れによって治療費を賄っているというようなところの声も集まっています。

治療による影響で収入が減少する方、雇用労働

者だけではないですけれども、個人事業主などが就業困難であったり事業継続不可能になった際の生活保障などの相談支援先へのアクセスは確保されているんでしょうか。

○政府参考人（鹿沼均君）　まず、御指摘のようなケースも含めまして、生活にお困りの方に対しましては、効果的かつ早期に支援を行う観点から、医療機関も含め関係機関から自立相談支援機関に円滑につなぐことができるよう、日頃からの連携体制の構築、またその前提となる制度理解の増進を関係者間で図ることについて、自治体への呼びかけを行っているところでございます。

また、医療機関におきましては、医師や看護師、医療ソーシャルワーカー等の多職種が連携しながら、患者に対して適時適切に必要な行政サービス等を案内するなどの対応を行っているところでございます。

また、そういったお困り事のあったときの相談機関どこなのかということになりますと、今お話を申し上げました、そのつなぎ先になる自立相談支援機関ございまして、こちらにおきましては、治療に伴うあらゆる生活不安を抱える方を含め、生活にお困りの方からの相談を包括的に受け止め、その方お一人お一人の状況に合わせたきめ細かな支援を行っていくというところでございます。

いずれにしましても、必要な方に確実に支援が届くということは大事でございますし、引き続き、こういったことについて、先ほど先生から、こういった機関があることは知らなかったということがないように、周知をしっかりと進めていきたいと思いますし、また、自立相談支援機関と関係機関の連携強化、こういったことも推進していきたいというふうに思っております。

○田村まみ君　通告していないですのでコメントだけにしますけれども、大臣と、あと森光局長もお越しいただいていますので、やっぱり、医療機関でこういうことがきちっと患者さんに耳に入るかどうかという、そこはやっぱり一番のタッチポイントだというふうに思うんですね。一方で、医療従事者の人たちは、本当に今、時間がない中で働いているので、そういう余裕があるかといったら難しいのが現実だというふうに思います。

今回、高額療養費という仕組みはあるんですけれども、やっぱり、破滅的医療支出の問題取り上げられていますけれども、厚労省の仕組みというのは、私、それだけじゃないと思っていますし、生活含めてどういう形で支援できるかというところが社会保障全体の私は仕組みだというふうに思っています。そこは、考慮された数字というのは、今後、私は各国と比較するときに必要な資料だというふうに思っています。

是非、治療を断念するということは誰も望んでいないというふうに思います。そのときに、その生活とか、あとはこの後質問入れていましたけれども、もう今十分答弁いただきましたので飛ばしますけど、家計支出や子供の養育費、これのために自分の薬を諦める、そうじゃなくて、そんなことしなくてもちゃんと子育てができるような支援が必要だったり、あとは労働が続けられる労働者のための支援、これですよね。ここが足りないから高額療養費に頼らなきゃいけないという話になっているんじゃないでしょうか。私はここが一番問題だというふうに思っています。

高額療養費制度を、今より負担が増えていく、ここも課題だと思いますし、ここも精緻な議論、数字を持ってもう一度検討するということ、これは私、同意しています。だけど、そもそも治療を断念するということが起きているところへのほかのサポートが何もないのかとか、それで子供の養育費のために薬諦める、じゃ、子供の支援ちゃんとできていないということじゃないか。そういうような課題を総合的に捉えていただく大事な議論が私はこれまでの中であったというふうに思うんですよね。

是非、社会保障全体の中でのこの高額療養費の仕組みというところを、これからの議論、そしてこの後私ももう一度質問できる機会があるというふうに伺っていますので、確認をさせていっていただきたいというふうに思います。是非、労働関係の法制、まだまだ不十分なところがありますので、その点についても、この高額療養費のところからの課題から議論を進めていただきたいというふうに思います。

最後に、制度の今の問題点からなんですけれども、大臣にお伺いしたいと思います。

専門委員会における高額療養費制度の見直しの検討、二〇二五年の議論を踏まえて設置された経緯もあって、負担の額に議論が集中していたんだというふうに私は思います。かつての入院主体の医療から外来中心に、また医療の高度化に伴って治療を受けながら仕事を続けられる、そういう支援も進んだんですけれども、受診や治療形態の変容に対応した制度の見直しになっていませんし、これまで、本当は課題だったということ、その視点でも議論がほぼされなかったというのが私はこの議事録見ている限りでの受け止めです。

是非今後、この現行制度の枠組みを維持した上での負担の在り方の検討だけではなくて、医療や受診、治療形態の変化を分析して見直しの議論を進めるべきだというふうに考えますけれども、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　そもそも、この高額療養費制度は約五十年前から続く制度でありまして、この間、入院医療中心から外来や地域生活中心となり、また医療技術の発展あるいは様々な新薬の開発、普及、そうしたことも相まって、以前と比較しても、例えば治療しながら仕事を続ける方が増加するなど、様々な構造自体が大きく変化してきたことは事実だと考えております。

そういった意味でも、今、先ほど来委員から御指摘のありますとおり、治療と就労との関係であったり、あるいは他の包括的な支援制度との関わりであったり、そうしたことをしっかり我々も十分意識をしながら様々な改革を進めていく、その必要性は委員と問題意識は共有化しているというふうに考えております。

高額療養費制度に限った問題ではないかもしれませんが、医学の進歩であったり受療行動の変化など、その時代時代の変化に応じて制度の在り方自体を白地で考えていく、白地で考えていくということは極めて大事な観点だというふうに思いますので、今の委員からの御指摘も踏まえて、将来的に見直しをする際には、十分そうした観点を踏まえた上で検討を進めることが必要ではないかなと考えています。

○田村まみ君　議員になったばっかりのときに、ある法案の議論をしていて、もうこんなの一から考えて、こんなのやめて、こう変えたらいいんじゃないですかということを党内で議論のときに私が言ったら、先輩議員に、特に厚労関係は制度をずっと積み重ねてきていて、その継ぎはぎになっているかもしれないけど積み上げがあるので、そんな簡単に九十度変えるとかもう百八十度変えるとか、そんなことは現実的にはできないし、国民生活があるんだというふうに言われました。

是非、今の問題意識を共にしたところで、見直しの議論というところは早急にしていただきたいというふうに思いますし、先ほど言った周辺の制度について、これは待ったなしで私は議論しなきゃいけないことだというふうに思いますので、今後の一般質問でもしっかり取り扱っていきたいというふうに思っています。

次に、この高額療養費の制度の話をしていたときに、やっぱりこの治療法だったり医療機器、医薬品の革新がなければやっぱり治療ができないということも同時に私自身考えております。特に最近、パーキンソン病の患者団体の皆さんともお付き合いがちょっと接点としてありまして、そのことを改めて実感していたところです。

そういう中で、今このお薬の業界、革新的な創薬をされているところの話題でいけば、米国の医薬品の最恵国待遇価格政策、ここへの対応、これが一番話題になっています。国内製薬産業への影響に十分注視していくという答弁がなされており

ますけれども、政府としてその後の対応、影響調査というのはされたかどうか、参考人にお伺いします。

○政府参考人（森真弘君）　米国の医薬品に係る最恵国待遇政策、いわゆるＭＦＮの問題についてでございますが、その影響とか必要な対応について、個別の企業に、具体的な内容も含めて、日々関係者と意見交換、ヒアリング等をさせていただいているところでございます。

　個別具体的な内容は企業秘密にも当たることからお答えは差し控えさせていただきますが、こうした業界関係者の声にきちんと耳を傾けながら必要な対応を検討してまいりたいというふうに考えております。

○田村まみ君　私も、このニュースが出た直後ですよね、は影響が出るというおそれを皆さんがお持ちになるというところはそうだろうなというふうには思っていたんですが、直近の業界団体のアンケート調査でありますと、既に影響が出ているというところのお答えをされている企業が増えてきているという現実、これがあります。

　その上で、この具体的な懸念としてこれまでのオーファンを中心としたドラッグラグ、ロスの話でどうしても議論がされていたと思うんですけれども、そのこと以上に、今の成長産業という視点でいけば、この投資回収の予見性の低下から、外資のみならず国内の製薬企業も含めて、日本での大型品の臨床とか治験とか上市をしないという経営判断によって、ドラッグラグ、ロスじゃなくて、そもそも経営の問題とか日本での企業が存続するかどうかというような、そういう課題にも生じていくというふうに思うんですけれども、そういう視点でドラッグラグ、ロスが起きるんじゃないかということを私思っているんですよね。

　是非、単純にそのドラッグラグ、ロスの数がどうのこうのじゃなくて、企業の継続、持続可能性という視点での私の問題意識に対しての見解伺いたいと思います。

○政府参考人（森真弘君）　新たなドラッグラグ、ロスになるんではないかという御指摘でございます。

　私ども、この調査拝見いたしまして、既に影響が出ているというこれの定義に少し幅があるというふうに考えております。上市そのものをもう本当に遅らせようというふうに判断しているのから、そういった検討、経営戦略の見直しが必要なのではないかと考えているというところまでのいろんな幅があるものだとは考えておりますが、いずれにしても、日本で上市することがかえって当該企業の経営戦略に物すごくネガティブなインパクトを与えることになってしまえば、当然新たなドラッグラグ、ロスというのが発生してしまうおそれがあるというふうに考えております。

　そうした中で、例えば日本成長戦略会議でその官民ロードマップ、創薬のワーキングでロードマップの検討をしておりまして、その中でも、医薬品市場の魅力度向上による患者アクセスの改善に向けた革新的新薬のイノベーションの更なる評価の検討を含め、創薬人材の育成、研究開発力の強化、スタートアップへのリスクマネーの供給など、様々な政策を総合的に講じるべき旨が盛り込まれているところでございます。

　いろんな政策ありますけれども、こうした施策を通じてやはり日本の市場を魅力的なものにしていかなければならないというふうに強く考えているところでございまして、そういった施策にしっかりと取り組んでまいりたいというふうに考えております。

○田村まみ君　厚生労働省として取り組んでいる、影響もまだ、いろんな指標がある中で、大きく出ているというふうな認識を持たれていないというのが、これまでの私以外の国会議員が質問しているときの答弁も見ていて、私受け止めているんですよね。

　とはいえ、例えば英国というところは、ニュースが流れていて、二国間の交渉で医薬品の最恵国待遇薬価制度のところの対象外になったというようなところが報道されているわけなんですよ。ですので、私は、関税と併せて二国間で医薬品のところについても議論をして対象外にしたというようなところの交渉を聞けば、これに倣って、やっぱりこのＭＦＮについて日本と米国で何らかの交渉を行っているんだったらいいんですけれども、今までの答弁聞いていると、やってもいないんだろうなというふうに私は思っているんですよね。

　もしやるとしたら、これ誰が担当大臣になるんでしょうか。上野大臣、お答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、米英間の合意につきましては承知をしております。さらに、日本については、米国との間で医薬品関税に関し、仮に将来米側により分野別課税が課される場合も、他国に劣後する形で扱わない旨は合意をしているところであります。

　その上で、御指摘のような二国間での交渉を前提とした仮定の質問に現段階でお答えすることはなかなか難しいわけではございますが、厚労省としては、引き続き、米側の動向はしっかり注視をし、また各企業とも緊密に連携を取りながら、必要な対応について検討を進めていきたいと考えています。

○田村まみ君　赤澤大臣だと言われるのかと思ったんですけど、それも答えられない感じなんですかね。担当大臣、誰が交渉大臣になるんだろうと思ったんですけど、今、赤澤大臣とお答えがないということは、上野大臣が交渉に出る可能性もある、厚労大臣が交渉に出るという可能性もあるというふうに私今受け止めた、まあお答えできないと言ったけど、そういう幅広の可能性があるということなんでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まだ政府内で明確な意思統一なり行われている段階ではないので、そういった意味でも回答は控えたいと思います。

○田村まみ君　是非、厚生労働省の認識が、先ほど言っているように、ちゃんと注視はしていただいているとは信じているんですけど、私たちの答弁の受け止めは、ちょっと余り、何でしょう、重大事項だと、優先事項だというふうに思ってもらえていないというふうに受け止めているので、多分いろんな人が同じ質問しているんだと思うんですよね。

　是非、まずの一義的な交渉担当者は、私、赤澤大臣だというふうに受け止めているので、いろんな会話されているというふうに思いますので、是非、この点については厚生労働省もコミュニケーションしっかり赤澤大臣と取っておいていただきたいと思います。それをお願いしたいと思います。

　最後に、この質問の最後に、厚生労働大臣にも一問だけ聞きたいと思います。

　日本を除く主要国の特許品の市場成長率は九・六％という数字も出ています。社会保障費の抑制の七割を薬の、薬価の削減に頼った結果、グローバルの成長率に追い付かずに、日本はその成長率五・三％と、他国に比べて、今医薬品、創薬しているところの国だけになりますけれども、最下位になっている。薬価の削減によらない財源の確保策に転換しないことが、このアクセスといった医療上の懸念だけではなくて、先ほど指摘した投資の撤退とか、そうなれば、日本の中での税収の減収、そうすると社会保障にも影響があります。日本経済全体への影響に及ぶという認識が私にはあるんですけれども、大臣、この問題についてどう認識されているでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　御指摘の点は、国民の命、健康を守るという健康医療安全保障の観点からも、また日本の経済成長を担う成長産業、基幹産業の育成という観点からも非常に重要だと考えておりまして、創薬力の向上が極めて重要です。そのためには、国内市場の魅力度の向上に取り組むことも必要かと考えています。

　まず、薬価制度については、革新的な新薬について創薬イノベーションを推進する観点から、特許期間中の薬価を原則として維持することや、いわゆる共連れの廃止など、様々な対応を取ってまいりました。

　さらに、先ほどもお話ありましたけれども、高

市内閣では、創薬・先端医療を十七の戦略分野の一つに位置付けております。世界有数の日本の創薬力を基盤として、更にそれを伸ばして、大きく拡大する世界市場を着実に取り込んで、革新的な新薬を国民とそして世界に届けられるようにすることが必要かと考えています。

また、民間投資のボトルネック、これの解消に向けて取り組むべきだと考えておりまして、そうした観点から今精力的な議論を進めているところであります。

引き続き、我が国の経済成長を後押ししつつ、国民の皆様に安定的に革新的な医薬品を届けるためにも、創薬力の向上に向けてしっかり取り組んでまいりたいと考えています。

○田村まみ君　ありがとうございます。

今、成長戦略のところでの議論されていて、前向きな答弁をされているふうには見えるんですけれども、具体的な議論というのは、そこから例えば中医協に行きますとか、別の審議会に行きますということになっていて、あそこで書かれていることが本当に実現するのか。そして、その、何でしょう、度合いが、成長戦略で書かれていることに期待を寄せている市場の期待と同じレベルでの金額とか規模感になるのかというところが今一番疑問なわけなんですね。

ですので、前向き答弁は信じたいと思いますけれども、改めて、厚労省の方の審議会とか中医協とかの方に移ったとき、そこの議論のところで、どうかその成長戦略会議のところで議論されたことが何か縮小されたなとかしぼんだなというふうな感覚、そして市場に影響が出るようなことのないように議論を進めていただきたいということを付言しておきたいというふうに思います。

ちょっと時間がなくなりましたので、最後の医師の働き方のところについて質問を移したいと思います。

医療福祉法人の人材の減少の中で、業務改善、効率化の対応によって、不足する労働力を充足できるものではないのではないかというふうに私は考えています。

今日も資料付けましたけれども、厚労省の方でいろんな人材の確保というところの試算出されていますけれども、医療福祉分野のみならず、あらゆる産業で労働者人口減っていて、就業者数が減少していくという前提に立っている中で、この課題解決、本当に、何でしょう、今日、今回の法改正で認定制度をつくったり、いわゆる医療勤務環境改善支援センターの活用みたいなところを活性化させていくための今回法改正だったと思うんですけれども、そもそも、今回の改正だけではないですけれども、本当に不足するというところ自体が充足するという考えあるんでしょうか。

私は、正直、この数出していて、人口減少を考えたときに無理だというふうに思っているんですけれども、無理だという前提で今後議論しなきゃいけないんだけど、いつも前提は、これだけ足りません、この仕組みをやりますというふうな議論に終始していると思うんですが、そういう課題意識に対してどういうふうにお考えでしょうか。

○政府参考人（森光敬子君）　お答え申し上げます。

まず前提として、非常に厳しい状況であるというところは、まず私も認識をしております。

まず、今後、人口減少が進むという中で、非常に医療従事者等の確保が難しくなるという中でどのようにしていくのかということでございますけれども、そのために、まず先般の医療法改正において、二〇四〇年に向けて新たな地域医療構想の取組を進めていくということと併せて、医師偏在の総合的な対策を、これを講じるということとさせていただきました。

また、今般の法案では、医療機関の業務の効率化、勤務環境改善、これを推進して、生産性向上を図るという制度的な枠組み、これを構築するということとしております。

また、その上で、議員の御指摘のように、今後、十八歳人口が減少していくと、そういう一層進んでいく中でどのような形で医療関係職種の養成、確保をしていくのかと、これが大きな課題であると認識しておりまして、今月から医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会、これを設置いたしまして議論を開始したところでございます。

様々な専門家の方々の御意見を伺いながら、地域において必要な医療が何とか持続的に提供されるように、地域医療関係職種の安定的な養成、確保を図るための方策、これを検討していきたいと考えております。

○田村まみ君　今回の法改正で認定制度できたから変わっていくなんということは私も思っていなくて、あらゆる手段をというのはまさしくそうだと思いますし、昨年の予算委員会で高市総理に、二〇二六年に、介護分野でいけば介護労働者がもう二十五万人足りないというふうに出ていて、来年ちゃんと達成するんですかといって、いや、もう本当に無理だと思っていますという答弁いただきました。

ちょっと人数だけを出して、そこを埋めていくという話では相当医療の方も難しいというふうに思っています。今までの延長線上での議論じゃ足りないということの中での答弁だったとは思うんですけれども、この後、本当は質問準備していたんですが、質問しませんが、例えばDXに取り組む医療機関、これを予算上支援する、まあうれしい限りなんですけど、もうそんなDXなんて当たり前なんじゃないんですかって話で、そこで、何でしょう、優遇しますというどころではないというところの認識に立っていないんじゃないかというところも、私、課題だと思いました。

また、この医療勤務環境改善センターも活用状況余り芳しくないという、これもまた、センターつくったけど使われていないという課題ありますよねというところも指摘させていただきたかったです。

その上で、働き方進めていくために、私、医療法人の理事長、これ、医療法に基づいて原則医師、歯科医師に限られていますけれども、以前、国家戦略特区のところで、この医師以外の医療法人の理事の就任、これ可能になったんですけれども、活用されているんでしょうか。

やはり、もちろん医師の方で、しっかりとその働き方の意識持ってやっていらっしゃる方もいるけど、経営改善という意味でいけば、もう少しそういう方たちが理事になっていく、理事長になっていくという動きもあってもいいんでしょうけど、そこも変わっていないというところの私、象徴だというふうに思っているんですが、この点について、大臣、最後に一問、これ答えて終わりたいと思いますので、お答えいただけると。参考人、大臣両方にと答弁求めているようにしていましたので、お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　医療法人の理事長の件でございますが、御案内のとおり、国家戦略特区におきまして、医療法人の医師又は歯科医師以外の理事を理事長に選任する際の都道府県知事の許可基準を明確化する特例措置を導入をしております。

これにつきましては、現時点においては、当該事業の活用実績はございません。ただ、今年一月の国家戦略特別区域諮問会議決定において、全国展開に向けて結論を得ることとされておりますので、これについて検討を進めていきたいと思いますが、その際には、今委員から御指摘のあった民間の経営上のノウハウ等の観点も大事だと思いますし、また、これまでの歴史的な経緯ということも大事でございますので、そうしたものを踏まえて、しっかりと十分検討はさせていただきたいと考えています。

○田村まみ君　終わります。ありがとうございました。

○秋野公造君　公明党の秋野公造です。お役に立てるように質疑をしたいと思います。

先週、私は、皆様、資料の一ページ目、御覧いただけたらと思います。イトプリドというお薬を服用する妊婦さんについては、ＯＴＣ医薬品とし

てのイトプリドを使えることができないので、よって、別途の負担を求めるべきではないという形で質疑をさせていただきました。一ページ目の中段の会議録に示しておりますが。

めくっていただきまして、二ページ目、先般の参考人質疑で城守参考人から示されている厚労省の資料であります。一部保険外療養の創設の趣旨、概要の一つ目の黒丸のところ、御覧いただきますと、医療用医薬品の給付を受ける患者とＯＴＣ医薬品で対応している患者との公平性の確保、これが趣旨、概要として示されております。

妊婦さん、イトプリドを服用する妊婦さんにとっては、医療用医薬品の給付を受ける以外に道はないかと思いますが、こういった場合、どのような公平性が求められているのか、大臣にお伺いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、この件に関しまして、先般からも御質問をいただいております。

政府としてのまず基本的な考え方を述べますと、今般の見直しによって、ＯＴＣ医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品について別途の負担の対象とすることとしておりますが、具体的には、成分、投与経路が同一、また最大用量が異ならない医療用医薬品であり、同等のＯＴＣ医薬品の効能、効果として認められている症状に対して医療用医薬品が支給される場合は対象となると想定をしているところであります。

その上で、一部保険外療養に位置付けられた対象医薬品について、例えば、医師の診断や治療の下で、年間を通じて症状が持続し通院する必要があり、今回の新たな仕組みの対象となる医薬品を通年で服用することが医療上必要と認められる方などに対しては別途の負担を求めないという配慮を講じることとしております。

御指摘の妊婦については、イトプリドのＯＴＣ医薬品の使用上の注意において服用しないこととされている、この委員からの御指摘がございました。この御指摘を踏まえつつ、具体的な配慮の在り方については、今後、施行に向けて有識者の検討会で技術的な観点から議論をいただいた後、医療保険部会や中医協でも議論をいただいた上で決定をすることと考えておりますので、引き続き丁寧に検討していきたいと考えています。

○秋野公造君　委員長、私は、大臣に公平性、どんな公平性が求められるのかということをお伺いしておりますが、全然関係ない御答弁をしております。今の御答弁、私が問い二と問い三でお聞きするところを、最初からお読みになられても全くかみ合いませんので、もう一度お伺いをします。

ＯＴＣ医薬品としてイトプリドを服用することができない妊婦にとって、公平性の確保、求められる公平性とは何か、御答弁をお願いいたします。

○委員長（小川克巳君）　速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（小川克巳君）　速記を起こしてください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　政府といたしましては、一部保険外療養制度において、必要な受診を行った上で代替性が特に高い医療用医薬品であるＯＴＣ類似薬が結果的に支給される場合は、保険給付において公平性、効率性の観点から別途の負担をいただくというのが基本的な考えでありまして、ＯＴＣ薬で対応されている方と診療を実際受けて対応されている方の公平性に鑑みて今回の制度を導入をさせていただいておりますが、これが一般的な考え方であります。

○秋野公造君　ですから、私は、イトプリドを服用する妊婦に限って質疑をさせていただいております。

御答弁お願いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　その点は先ほども申しましたとおり、委員からの御指摘を踏まえまして、イトプリドの使用上注意において、妊婦について服用をしないこととされている、そうした御指摘をいただいておりますので、その具体的な配慮の在り方については、個別具体的に再度有識者等の検討会で議論をいただいた後、検討を深めていきたいと考えています。

○秋野公造君　私が申し上げておることは添付文書に書いてある内容でして、添付文書というのは、医行為を一定制限することができる専門的に検討された文書であります。医師も従うことが原則とされているようなものの中で、配慮について専門家に聞くという屋上屋のような御答弁はふさわしくないと考えますが、見解をお伺いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　繰り返しになって恐縮ではございますが、基本的な制度設計は私が申し上げたとおりでございます。

その上で、イトプリドにつきましては、委員からも貴重な御指摘をいただいておりますので、個別具体的にはそうした御指摘も踏まえて検討させていただきたいと先ほどから申し上げています。

○秋野公造君　大臣、全くかみ合っていない理由は、一ページ目の黄色の欄見て、三段目の、黄色で囲んでおりますけれども、大臣が御答弁された、同じことばっかり答弁されている内容ですが、具体的には、がん患者あるいは難病患者など配慮が必要な慢性疾患の方、それから医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と認める方、ここに妊婦は入っていますか。この文言の中に妊婦が入っていますか。

入っていないから読めないんじゃないですかという問題意識も含めて、そして添付文書に書いてある当たり前のことをどうして専門家に聞く、専門家に聞くと言って答弁をしないのか、法案の大事な骨格のところで一番最初に書いてあることじゃないですか、自分たちが。どうしてそこをちゃんと真っ正面から答えられないんですか。やり直してください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　繰り返しになって恐縮ですが、基本的な制度設計はそのとおりでございまして、個別具体的には、このイトプリドの件、貴重な御指摘をいただいておりますので、それを踏まえて、専門家の中で御指摘を踏まえた形で検討させていただきたいと申し上げているところであります。

○秋野公造君　委員長、大臣に私が問うていることが全く答えてもらっていないと思います。

公平性を聞いても一般的な話ばっかり答えたり、個別具体的なことは専門家に聞くといってもこの文章では読めないんじゃないですかと聞いているにもかかわらず、そこについて御答弁をされないということであります。

私の聞いていることに対して大臣がお答えいただくよう、委員長からお取り計らいをお願いいたします。

○委員長（小川克巳君）　論点を正確に把握した上で、その上で適切なお答えをお願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　条文上のお話がございました。改正案の第六十三条の第二項第六号に、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適切な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養としているところでございまして、この適切な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みという点で検討する余地はあろうかと考えています。

○秋野公造君　大臣、私が聞いているのは、大臣自身がお答えになって、今日も何度も何度もお答えになっている黄色で囲ったところ、ここの慢性疾患の方、医師が医療上必要と認める方、ここで妊婦が読めますかという話を聞いているんです。ちゃんと答えてください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　この黄色で囲んでいるところには直接的には該当しないかもしれませんが、法律上は、先ほどのところで、そうしたイトプリドの件についても検討する余地はあると考えています。

○秋野公造君　該当しないからどう判断するんですかと聞いているわけであります。添付文書に書いてある内容をどうして専門家に何度も何度も聞く必要がありますか。きちんと答えてください。

○**委員長（小川克巳君）**　速記を止めてください。

〔速記中止〕

○**委員長（小川克巳君）**　速記を起こしてください。

○**国務大臣（上野賢一郎君）**　イトプリドの医療用医薬品の添付文書には、妊婦又は妊娠している可能性がある女性には治療上の有益性が危険性を上回る場合のみ投与すること記載をされております。ＯＴＣ医薬品の添付文書の使用上の注意において、服用しないことと記載をされておりますので、この記載の違いを踏まえつつ、イトプリドの医療用医薬品が妊婦に処方されるケースはどのようなものなのかなど、医療現場における実態についても有識者の検討会で御議論いただく必要があると考えています。

○**秋野公造君**　むちゃくちゃ答えないでください。服用はしないことと書いてあるわけでありますから、その方に対して何の公平性があるんですかと一問目に聞いているんです。ちゃんと答えないで煙に巻くようなことはおっしゃらないで。何の公平性があるんですか、ＯＴＣとして服用しないこととされている方に。

○**国務大臣（上野賢一郎君）**　両添付文書の書き方に相違がございますので、その相違の中身について医療的な観点から更に検討を深める必要があろうかと考えておりますが、その際には、委員おっしゃるような公平性の観点という観点も当然検討する必要があると考えています。

○**秋野公造君**　委員長、私は公平性があるかと聞いておりますので、改めて大臣に公平性がどうあるのかということについて答弁するようにお取り計らいをお願いいたします。

○**委員長（小川克巳君）**　秋野委員の質問の趣旨は御理解できていますですか。（発言する者あり）

速記を止めてください。

〔速記中止〕

○**委員長（小川克巳君）**　速記を起こしてください。

○**国務大臣（上野賢一郎君）**　繰り返しで恐縮ではございますが、両添付文書の書きぶりに相違がある以上は、その相違の観点に更にどういう差異があるのか、そうしたことも踏まえて検討しなければいけないと考えています。

○**秋野公造君**　全くお答えになっていなくて、ＯＴＣでは服用できない方に対して何の公平性があるんですか、そこをお答えください。検討することじゃないですよ。何の公平性があるのかと、そもそもの一番大事なところですから、そこを答えてください。

○**国務大臣（上野賢一郎君）**　制度的には、基本的には先ほど申し上げましたようなことがこの基本的な制度設計になっておりますが、それを個別の薬に当てはめてどうかというところまで技術的な検討が進められているわけではないので、この場においてそうしたことを明確に申し上げることはできません。

ただ、先ほど来申し上げておるとおり、これから有識者の検討会で委員から御指摘のあった貴重な観点も踏まえて検討はさせていただくと、先ほど来お話をさせていただいているとおりでございます。

○**秋野公造君**　公平性がそもそも証明できないような方に何の検討を行うんですか。そもそも自己矛盾しているじゃないですか。自語相違じゃないですか。

そして、妊婦が、その御自身の答弁の中で、答弁した内容で当てはまるかどうかさえも、明確に当てはまらないということが言えないじゃないですか。これでどんなして法案審査をしろというんですか。法案審査をお願いする立場ですから、もう少し真面目に答えてください。

その意味では、慢性疾患の方、これから今後の治療方針をきちんと定めておくということが重要であります。

鷲見部長にお伺いをしたいと思いますけれども、コロナの罹患後症状で長く苦しんでいる方もいらっしゃるわけでありますけれども、過去に、コロナの診療の手引き、これにつきまして、多くの医学界等の多様な知識を糾合して実臨床に合ったものにすべきではないかと申し上げて、感染症対策部の方で対応していただきまして、今、五学会によるコロナの診療の指針と、非常に実臨床に合ったものに置き換えられたと思っております。

このコロナの診療の手引きの別冊、罹患後症状のマネジメントについてですけれども、そもそもコロナの診療の手引きがもう今なくなっておりますので、別冊としてぽこっと存在するのもおかしい状況ですし、もう少し慢性疾患としてきちんと捉えた方がいいという御指摘もあっているところであります。同様に、多様な主体の連携で多くの英知を結集して更新を求めるべきときが来ていると思いますが、御見解、お伺いをしたいと思います。

○**政府参考人（鷲見学君）**　お答え申し上げます。

御指摘のとおり、秋野先生の御提案も踏まえまして、関連学会を含め、多様な専門家の方々に御参画いただきまして、その御知見を得て、新型コロナウイルスの診療指針の見直しを行ったところでございます。

厚生労働省といたしましては、診療指針のような専門的な検討を要する際には、研究班などを立ち上げて学会や専門家などの多様な意見をいただくことは今後とも必要であると考えております。

このため、新型コロナウイルス感染症の診療の罹患後症状のマネジメントにつきましても、御指摘等を踏まえまして、学会による研究班の枠組みを活用し、必要な見直しを行ってまいりたいと考えております。

○**秋野公造君**　ありがとうございます。どうぞよろしくお願いをしたいと思います。

三ページ目御覧いただきますと、二段目に、大臣、代替性は成分によって判断をすると御答弁をいただいておりまして、最初間違えていろいろ御答弁をいただきました。成分、投与経路が一致、最大用量が異ならない、効能、効果一致がするということが必要であると御答弁を修正していただいたところでありますが、めくっていただきまして、四ページ目になります。

そもそも、どうしてこのＯＴＣの検討が行われたのかという立法事実が重要だという問題から質疑をいたしました。このとき大臣は、政党、公党間の合意さえよく分からないと、必要であればこれから詳細勉強させていただきますと、立法事実に関わるような話もこれから勉強するといったような状況で今法案審査が行われている状態であります。

自公維の三党合意と自維の二党合意と法案の関係性、改めて整理をしていただきたいと思います。

○**国務大臣（上野賢一郎君）**　前回お答えをしましたが、公党間の合意に関する経緯等については厚生労働大臣としてその詳細までをお答えする立場にはないと考えておりますが、委員からの御質問、御指摘でございますので、その範囲でお話をさせていただければ、まず時系列から申し上げますけれども、まず、委員御指摘の昨年六月の自由民主党、公明党、日本維新の会の三党合意においては、類似のＯＴＣ医薬品が存在する医療用医薬品の保険給付の在り方の見直しについては、医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本とし、令和七年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、令和八年度から実行すると記載をされました。

その後、昨年十月の自由民主党、日本維新の会の連立合意書において、骨太方針に関する三党合意書、これ今申し上げたことでありますが、に記載をされている医療制度改革の具体的な制度設計を令和七年度中に実施と記載をされており、さきの三党合意にあった医療制度改革の制度設計を引き続き行っていくことが確認をされたものと承知をしています。

その上で、昨年末に自民党と日本維新の会の政調会長間で合意が結ばれ、ＯＴＣ類似薬の保険給付の見直しの制度設計が具体化をされましたの

で、これを踏まえて政府として検討を進め、法案を提出したものであります。

○秋野公造君　最初からそう答弁してくだされればスムーズな話だったわけでありますけれども。

六ページ目、御覧をいただきたいと思います。

平成二十九年度の高額療養の見直しに当たりましては、赤字のところで、桜井参考人が示しておりますけれども、当時、七十歳以上の高額療養費の上限額を見直すことに伴い、年間を通して外来特例に該当するような長期療養の方の負担を増えないように配慮する観点から、外来の年間合算が実現をしております。

今回は七十歳以下の方の上限額も見直すわけでありますから、同様に、皆さんが求めている次の七ページの二万一千円のところの合算について、見直す同様の考え方を取るならば、平成二十九年度と同様の考え方を取るならば、二万一千円の合算は行われて当然だと私は思いますが、どうして平成二十九年度と今回は違うんですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　先日の委員会で、参考人の方からも、七十歳未満の場合は自己負担額がレセプト一枚当たり二万一千円以上の場合にのみ高額療養費の合算対象になるという取扱いを見直すべきという主張があったことは聞いております。こうした基準を撤廃すべきではないかと、先ほども質問ありましたけれども、御指摘でありまして、課題の認識としては共有化をしていると考えております。

ただ、先ほども申し上げましたが、これを撤廃をするとした場合に、一千億円を超える財源が必要となりますが、厳しい医療保険財政においてその点をどのように考えるのか、また高額療養費制度の中で見直しの優先順位をどのように考えるのか、例えば、長期療養者や低所得者への配慮を優先すべきではないかなどといった課題を整理する必要があり、その意味で慎重な対応が必要ではないかと考えています。

○秋野公造君　もう大臣、同じことばっかり言っているんですけれども。

五ページ目の、受診抑制が見られないようなケースもありましたと大臣が御答弁をしているのは、まさにこの平成二十九年のこのときであります。このときは、高額療養費を引き上げたけれども、合算等をして激変緩和措置をきちんととったから受診抑制は認められなかったということであります。今回はこの激変緩和措置をとらないということでありますから、受診抑制があるんじゃないかとみんなが懸念しているわけであります。

そういったことを考えて、今回、これきっちり行うべきではないかということを考えますが、改めて答弁をお願いしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　受診抑制に関しましては、これまでも再三答弁をさせていただいておりますが、長期療養者あるいは所得の低い方への様々な配慮措置を通じまして、必要な受診が抑制されることはないというふうに考えております。

いずれにいたしましても、その点につきましては今後検証することが必要だと考えております。

その二万一千円の、この件に関しましては、先ほど申し上げたとおりでございます。

○秋野公造君　その配慮措置が合算ではないんですかと申し上げております。

終わります。

○川村雄大君　引き続きまして、公明党の川村雄大でございます。連日ありがとうございます。

私も、高療費について伺いたいと思います。

さきの五月十三日の本会議で私も初めて登壇をさせていただきまして、総理に質問をさせていただく機会をいただきましたけれども、その際の総理答弁でございますが、高額療養費制度について、将来、制度を改正する際には、衆議院における附帯決議の趣旨を十分に尊重し、費用の負担が家計に与える影響などを考慮しながら、きめ細かく検討してまいります。またあるいは、今回と同様に、患者団体、保険者、労使、医療関係者など多くの関係者に議論に参画をいただき、また、制度見直しに関する様々な資料をお示しした上で、丁寧な議論を積み重ねてまいりますという御答弁がありました。一方、五月十四日の当委員会におきましては、令和八年八月の見直しと令和九年八月の見直しについて、全体としてパッケージ、パッケージとしてお示しし実施したいと、以前の委員会でもありましたけれども、同じような御答弁がありました。

そもそも令和九年度分につきましては、いまだ当該年度の予算編成も行われておりません。第一段階実施があったとして、その後の受診行動や患者家計への影響も検証されていません。令和八年八月分の政府が提示された見直しと令和九年八月分をパッケージとして改正していくとする法的根拠、財政上の根拠は何でしょうか。大臣、お示しください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今回の見直しにつきましては、専門委員会における延べ九回における議論を踏まえたものであります。この九回の議論の中で、見直し全体をパッケージとして提示を、最終的に提示をさせていただき、それを実施をしようとするものであります。

したがって、令和八年分と令和九年分、これを分けて考えているものではありません。その旨は予算委員会等でも申し上げてまいりました。予算委員会における審議でもその両方を通じた議論をお願いをしてきたというふうに考えております。

最終的にはこの予算案については可決をしていただきましたけれども、財政上の根拠というお話でございましたので、そういった意味ではこの予算委員会での可決がそれに当たろうかなというふうに思っておりますが、いずれにいたしましても、我々としては、令和八年度、令和九年度をパッケージで制度の改正というのを進めていきたいと考えているところであります。

○川村雄大君　今回議論したのは令和八年度予算でございまして、令和九年改正の分の予算というのは、今回の今年度の予算の中の審議が財政上の根拠とおっしゃいましたけれども、それで間違いないですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　当然、令和九年度分の予算は入っておりませんので、この分は入っていないではないかという御指摘はまさにそのとおりでありますが、いずれにいたしましても、予算委員会の際には、令和八年度分、令和九年度分を分けて議論されることもなく、特に令和九年度分についても様々な御意見、御指摘を受けてまいりましたので、我々としてはそれをパッケージとしてお認めをいただいたものというふうに理解をしております。

○川村雄大君　議論の中で、おおむね令和九年八月の見直しは危険であるというような、おおむねそういう議論だったというふうに思いますが、今、その委員会の中で令和九年八月分も併せて議論がなされたので令和九年八月分もパッケージとして認められたというようなお受け止めだったようにお聞きしましたけれども、それは私の印象とは真逆でございます。

そして、我が党は、修正案、予算の修正案も提出をいたしまして、これ否決されたのは残念でありましたけれども、その中には、やはり令和八年八月分の見直し自体もいまだ議論が熟しておらず、セーフティーネット機能が毀損され得るということで、一旦見直すべきであるということも修正予算案には計上しておりましたので、そのことは強く申し上げておきたいと思います。そして、総理も、十分に、この改正があった場合には、今後は、将来改正する場合には様々な影響を考慮しながら細かく検討してまいりますとおっしゃっております。

今回、令和八年八月を見直したとして、その後の患者の受診行動や家計に重大な悪影響を確認された場合でも、令和九年八月の第二段階、言わば第二段階の見直し、これもパッケージで行うということでよろしいんでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　私どもとしましては、先ほど令和八年分、令和九年分、これをパッケージとして御提示をさせていただいて、それを御議論いただいています。それに基づいて制度改正を行いたいと考えているところであります。

衆議院の附帯決議でもありましたけれども、今後、総理の答弁も同じことなんですが、将来的に見直しをする場合には、その委員会で様々御指摘をいただいたこと、附帯決議におまとめをいただきましたので、これ衆議院ですが、そうしたことも十分踏まえることが必要だろうと考えています。

○川村雄大君　なかなか納得ができない部分もございますけれども、じゃ、次に、様々質疑を用意させていただいて、答弁作っていただきましたので次行きますけれども。

これも再三言われております。今回の見直しによる医療費抑制効果、二千四百五十億円のうちの一千七十億円の積算根拠について、総理も本会議で改めて、改めて同じ答弁ですけれども、実効給付率が〇・二八％低下することが見込まれると答弁をいただきました。

実効給付率が低下するというのは、患者負担が増えるということとこれはもう同義であります。これは、実効給付率が低下するというのは、根拠でありますけれども、これは政府も以前資料で示していましたけれども、長瀬効果のことで間違いないでしょうか。総理答弁にあったこの実効給付率の低下、これは長瀬効果を含んだものであるということで間違いないでしょうか。もうイエス・オア・ノーでお願いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　ちょっと繰り返し申し上げているとおりなんですが、実効給付率が低下をすることを一定の算定をいたしまして、それをベースに機械的に削減、医療費の増減効果、これを算定をして、それで予算編成をしているということでございますので、結果的にそれがどうなのかということをまた検証する必要があろうかと思います。

大変恐縮なんですが、長瀬効果というのは私がこの担当をさせてもらってから使っていないので、これが長瀬効果だと言われれば長瀬効果なんだろうと思いますが、今回のこの改正に当たってはそういう言い方はさせていただいていないということでございます。

○川村雄大君　よく分かりました。

以前提示された政府の資料の中に、いわゆる長瀬効果というふうに表の下の方にしっかりと文言が記載されてございまして、それはもう大臣御認識いただいているまさにとおりで、これは事実でございますので、それは共通の御認識いただいているかなと思います。

まさに財政効果として受診控えを見込むというのは、これは今までの政策決定の中でも使ってきた手法である、これはもうまさにそのとおりだと思います。そのことを申し上げているわけではなくて、今回の見直しによって必要な受診が抑制されるとは想定しないというような御答弁が繰り返されております。必要な受診が抑制されないと想定するんであれば、その想定の根拠を教えていただきたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　私どもが必要な受診が抑制されないと想定しておりますのは、例えば今回の高額療養費の見直しに当たりましては、もう繰り返しになって本当に恐縮なんですが、多数回該当の金額は維持をしている、新たに年間上限を設けました。あるいはさらに、こうしたことから、これまでであれば月額上限に達せずに、例えば月六万円とか七万円の医療費が年間を通じて掛かっていた方の負担は大きく減少することになります。また加えて、年収二百万円未満の方の多数回該当の金額を引き下げております。

こうしたことによりましてセーフティーネット機能の強化を図ってきたわけでありますが、そうした観点から必要な受診が抑制されることは想定していないと申し上げているところであります。

○川村雄大君　度々の御答弁も、本当に心苦しいぐらい同じ答弁をしていただいております。別にこの制度を見直したらどうなるかという結果は当然これは分からないわけですので、だからこそシミュレーションをしてくださいと申しているわけでございます。必要な受診抑制が起きないとこう強弁する、そしてその根拠、その予測する根拠、想定する根拠を示せないのであれば、ある意味それは政府の願望ではないかというふうにさえ思うわけであります。

それから、これまで答弁で、制度見直し後の受診行動への影響について丁寧に検証する、しっかり注視し検証する、影響評価の方策を検討すると述べておられますけれども、仮に必要な受診、政府の言う必要な受診抑制が起きないんであれば、令和八年八月の見直し後にその想定を早急に検証するべきだと思いますが、検証方法について具体的に手法は決めているんでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、今回の制度改正、本年八月施行分と来年八月施行分、これパッケージで設計しているものでありますので、トータルとしてその影響についてもパッケージで見ることが必要だと考えております。

ただ、その際に、本年八月とか一時点だけを取るのではなくて、継続した期間を取ってその影響をつぶさに見る必要があると考えております。その際には、所得別あるいは疾病別、また療養期間別などの影響をできる限り細分化して把握する、そのためにはどのような方法が適当かということを今検討しておりますので、過去の分析手法も参考にしながら検討を進めて、丁寧な検証ができるように取り組んでいきたいと考えています。

○川村雄大君　二点ありまして、やっぱりパッケージということは、令和八年八月から令和九年八月までの間、一年間の間に実際に病気療養で高額療養費を使われる患者さん、たくさん発生するわけでありますけれども、その方たちへの影響は検証はしないと、想定をしていないということであったように思いました。これはなぜ検証しないのかと思うことが一つと。

検証方法、まだ決めていないということであれば、そもそも、じゃ、今回の見直しに当たって患者への影響をどのようにシミュレーションしたんでしょうか。事前に十分にシミュレーションしているとは到底思えない、こういった質疑がずっと続いております。そしてまた、実施後、令和八年八月の実施後の検証方法もまだ確定していないというか、具体的には今御答弁いただけないということであれば、これは、やってみてどうなるか後で見ると言っているに等しいと思います。これは政府として余りに無責任だというふうにやっぱり思います。

やってみて失われてしまうのは治療機会であり、先ほど別の委員からもあった、ある人にとっては子供の教育機会であったりする。そういった肌感覚を是非この制度には持っていく。そして、政府が示すべき誠意というのは、個別具体、ましてそれは二十数例を挙げて議論するだけではなくて、やはり数値を持って、現時点でどうなっていくのかという、そういう精緻なシミュレーションこそが政府の示せる誠意であるというふうに思います。

私からも、今回の見直しによって患者の家計にどのような影響が出るかということ、これをしっかりと根拠を持ってシミュレーションをするという、先ほど委員にもありましたが、そういった資料の提示を私からも求めたいというふうに強く思います。

委員長、お取り計らいをお願いいたします。

○委員長（小川克巳君）　後刻理事会で協議をいたします。

○川村雄大君　恐れ入ります、ありがとうございます。

それから、低所得者への配慮、セーフティーネット機能強化とおっしゃっていることの根拠について伺いますけれども、これも今まで度々答弁いただいております、主に年収二百万円未満の課税世帯の多数回該当引下げ等々を理由に、低所得者に十分配慮したのみならず、セーフティーネット機能強化というふうに答弁がなされておりますが、セーフティーネット機能強化という表現は、いざというときの自己負担が軽減する、その裨益者が増えるという意味を想定しますけれども、それは事実でしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今回の見直しにおき

ましては、所得の低い方への配慮によりましてセーフティー機能を強化をしております。当然、セーフティー機能、セーフティーネット機能を強化をしておりますので、その対象者に関しましては負担が軽減されるということかと考えています。

○川村雄大君　それでは、何割ぐらいの低所得者の人が今回の見直しによって自己負担が軽減するんでしょうか。強化されたセーフティーネット機能の恩恵にあずかるのは低所得者の方の何割なんでしょうか。その根拠を示していただければと思います。

○政府参考人（間隆一郎君）　今委員御指摘になられました年収二百万円未満で非課税、課税対象となる方の多数回該当の金額を約一万引き下げることとしておりますが、この対象者数については、ごく粗い推計でございますけれども、約三十万人であろうというふうに考えています。

○川村雄大君　三十万人というのは、じゃ、その低所得者の方々で実際に何割に相当するんでしょうか。

○政府参考人（間隆一郎君）　その低所得者という方をどういう範囲で考えるかということでありますが、特に今回、今日も御議論になっておりますけれども、世帯の収入あるいは可処分所得との関係などについて御議論いただいたときに、この高額療養費の三回プラス多数回該当九回分の金額、年間掛かるであろう金額というのを比較の資料をお出ししたわけでございまして、これは先ほどの理事会協議事項にも関係すると思いますが、そうした中でそれを御議論いただく中で、特に年収二百万円未満の方が非常に厳しいのではないか、そして非課税の方が厳しいのではないかと、こういう議論があったことから、そういうような対象者の方については特に引下げをするというような形にしたわけでございます。その意味では、年収二百万円未満の非課税世帯の方については、この該当する方については引下げになるというふうに考えております。

もちろん、そこのところでの受療者が全体で何人かというようなお話だと思いますけれども、いずれにしても、その引下げになる方については三十万人だということを、併せて、改めてお答えさせていただきたいと思います。

○川村雄大君　局長の御答弁、よく分かりました。先ほど、局長からも今ありました、委員会に提出する資料について言及ありましたので、またそれをしっかりと拝見をしたいと思います。

我々が何でこう言っているかといいますと、一昨日の参考人質疑の中で非常に精緻なデータが示されています、参考人の先生から。そして、そのことは、当然、大臣も、局長も、もちろん副大臣も、皆さん御案内の内容であるというふうに思います。そして、そのことを出すのに当たって、政府公表のデータだけでこういうようなシミュレーションができる。例えば、多数回該当に何回該当する方、四回の方、五回の方、六回の方、十二回の方、九回の方まで様々あって、それぞれについてシミュレーションをして示せばいいわけでございまして、そのことについては、多分多くの委員の方は非常に数値で出されましたので了解した、理解した事実でございますので、委員会に資料を提出されるということでありますので、しっかり私もそれを拝見したいというふうに思います。

それから、現役世代への影響について、これは、先日の委員会で私は、不妊治療を引き合いに出しまして、現役世代にとってもこの高額療養費というのはセーフティーネット機能として重要であるという観点を申し上げました。例えば不慮の事故とかけがとか、当然年齢が上がればその分疾患のリスクは高まるわけでありますけれども、そういった外傷のリスクなどは現役世代にとっても同じ、あるわけでございまして、そしてまた、昨日、国民生活・経済に関する調査会というのが参議院でありまして、その中で、小塩隆士参考人が来られまして、高額療養費についても言及がありました。高額療養費が医療費全体に占めた割合がそれほど急激に伸びているわけではないとして、むしろ、現役世代への破滅的医療支出のリスクが高まる、高額療養費制度の見直しには慎重な検討が必要というふうに否定的なコメントを出されていました。

現役世代にとっても、言わばペットボトル一本分の保険料負担軽減と引き換えに、いざというときのリスクを高めているというふうに思いますけれども、これは大臣、この私の見解、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　ペットボトル一本分とよく委員会等でも御指摘を受けるわけでありますが、これを全保険者、被保険者に当てはめますと、それは相当な金額になるわけでございます。数千億円規模の改革であったとしても、それを一億二千万人で割ればその一つ当たりの金額は少なくなるわけでありまして、我々のやはり医療制度の改革で医療を持続可能なものにするためには、やはりその改革をしっかり進めていくためには、一人当たりで割ると少ないかもしれませんが、それなりの規模の改革をしっかりやっていくということが大事だというふうに思います。いきなり何兆円も削減できるような改革というのはもうあり得ないわけでありますので、その点、積み重ねで医療費の、医療の改革をしていかなければ現役世代の負担軽減にはつながらないと考えておりますので、そうした観点からも、この制度の趣旨については丁寧にこれからも説明していきたいと考えています。

○川村雄大君　一人当たりの保険料負担軽減はその程度であるが、全体としての財政効果は何千億になる、それはそのとおりだと思います。私が申し上げている観点は、現役世代にとっても、現役世代の負担を軽減するというのはもちろん理解もします、共感もいたしますけれども、むしろリスクも高まっているんではないかということでございます。

高額レセプトが右肩上がりになっているという事実について、一昨日、安藤参考人は、これはむしろ病気になったときに高額の医療費が掛かるリスクが高まっているんだというような、そういう観点からお話があって、なるほどなと思いました。これは、現役世代にとっても恩恵は確かにペットボトル一本分ではあったとしても、あるかもしれませんが、その分の月額の引上げ、月額上限の引上げによるリスク、言わばもう家計が破綻してしまうリスクが高まっているということでありますので、そのことについてはまた申し上げたいと思います。

最後、保険料負担軽減効果の不平等性、逆進性ということも私も何回か取り上げてきました。

言わば、国民健康保険の加入者の方が保険料負担軽減効果が薄いということについての逆進性、このことについては国費が投入されているから等々の御答弁がありましたけれども、一方で、一昨日、安藤参考人は、加入する保険によって実際に患者が負担する負担額に違いがあるということを述べられました。

仮に、患者背景が全く同一、つまり、例えば四十一歳男性、私ですけれども、扶養家族の人数、所得、疾患、治療条件等が全部同じであったと仮定して、そのときに加入している保険が国保であったり共済であったりして加入している保険が違った場合に、高額療養費制度を利用した場合、実際に支払う金額に保険によって差が生じ得るかどうか、そういう事実があるかどうか、あり得るかどうか、お答えいただければと思います。

○委員長（小川克巳君）　時間も参っておりますので、コンパクトにお答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今の御指摘は、あれですかね、付加給付の話をされているのかと思いますが、違いますかね。

基本的には、所得区分が同じであれば、加入する保険者にかかわらず同じ限度額となります。ただ、細かく言えば、標準報酬月額が異なれば、その分異なる可能性はあります。

それとは別に、高額療養費とは別に、付加給付というのを保険者がそれぞれ独自に設けられている場合がありますので、それは高額療養費制度と

は関係ありませんけれども、独自で認められている部分で、同じ診療を受けられた方の結果的な負担額が異なるということは、その付加給付に関してはあり得るかと考えています。

○川村雄大君　御答弁ありがとうございます。

時間が過ぎてしまいました。ありがとうございました。

○猪瀬直樹君　日本維新の会の猪瀬直樹です。

これまでずっと一貫して僕が申し上げてきたのは、もうあと数年で五十兆円に迫る国民医療費をいかに削減するか、そして現役世代の負担をどのように減らしていくかと、こういう観点で一貫して話をしてきたんですけれども、そういう意味では野党の質問のされ方とちょっと違ってきます。どうやって責任持って解決していくかと、こういう観点で質問していきます。

高額療養費制度と高齢者の特例についてまず伺いますけれども、今回の法改正で高額療養費制度が見直されることになりましたが、資料一ですけれども、この見直しによって月額上限が引き上げられ、また新たに年間上限額が設けられた場合、高額療養費に係る医療費が削減されると想定されますけれども、その効果はどの程度になりますか。一応、参考人、確認します。

○政府参考人（間隆一郎君）　今回の見直しは、本年八月と来年八月の二段階で実施することにしております。その法的な根拠は政令になるということでございますが、この最終的な見直しによる財政影響は、保険給付費ベースで二千四百五十億円の減と見込んでいるところでございます。

外来特例の方も別途お答えした方がよろしいでしょうか。

○猪瀬直樹君　今回の法改正で外来特例の廃止というのは残念ながら見送られているわけですけれども、資料二で、先月二十八日に開催された財政審の資料でありますが、この財政審の資料で、高齢者だけに適用されて毎月一定額を支払えば病院に通い放題になるという外来特例、この廃止をすべきだと提言してきたんですけれども、維新は、これ一貫してその外来特例については廃止すべきだと。

これ、今、続けて質問ですけれどもね、外来特例を廃止した場合の医療費削減効果はどの程度になるでしょうかと。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

仮に現行制度との比較ということになりますけれども、現行制度における外来特例を廃止した場合の財政影響を機械的に試算いたしますと、保険給付費ベースで約三千四百億円程度の減と見込んでございます。

○猪瀬直樹君　前にも申し上げたんだけど、この外来特例で三千四百億円削減すれば、ほかのところ手付けなくてもよかったんですよね。

全体で五千三百億円の削減計画をやって、結局それを取りやめて、だから三千四百億円だと前から指摘しているんですけれども、そこにやっぱり一点突破、全面展開でやれば、こんながん患者さんからのいろんな不満も出てこなかったと思うんですね。

それはともかく、高額療養費に係る医療費削減効果と外来特例廃止による医療費削減効果を今お尋ねしたわけですけれども、あくまでも推定ですけれども、明らかに外来特例廃止した方が削減効果大きいということなんですよ。医療費削減の観点から考えれば外来特例廃止を優先すべきだったというふうに思いますが、そもそも外来特例というのは高齢者のみに認められる特例でありまして、年齢によらない真に公平な応能負担の実現の観点からも問題であります。

今回の高額療養費の法改正により年間上限額を新設したことを踏まえれば、外来特例を維持する必要は更に低下したと、こう言えます。高額療養費が医療費全体の倍のスピードで伸びている中で、制度を将来にわたって堅持していくためには、外来特例廃止するしかないと考えるんですね。

これ、上野大臣、これやっぱり政治家が判断しないと駄目だと思いますが、高齢者の優遇というのはまだまだありまして、資料一を再び御覧いただきますと、高額療養費制度については非課税世帯の月額上限が、高齢者である七十歳以上と現役世代の七十歳未満で額が異なります。六十九歳の壁というのがあるんだけれども。さらに、一定所得以下の高齢者のみ更に低い月額上限を享受できる特例があります。今回の法改正においてもこの仕組みは温存されています。この仕組みも、年齢によらない真に公平な応能負担の実現の観点から問題ではないかと思います。

早急にこれ見直すべきだと考えるんですけれども、大臣の御答弁をお願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　高額療養費制度については、まず基本的な考え方といたしまして、非課税層を除きまして、年齢にかかわらず、負担能力に応じて同額の負担上限額が設定をされています。その上で、高齢になると医療機関への受診頻度も増えることから、七十歳以上で一定所得以下の方に対して外来特例という仕組みが設けられているものであります。

この外来特例の在り方についても、専門委員会において改めて御議論をいただきました。その結果、加齢に伴って受診機会が増加するという高齢者の特性を踏まえると、制度の必要性は理解をできる、ただ、医療費が増加をしている中で一定の見直しが必要という点で専門委員会の意見が一致をいたしました。したがいまして、本年八月以降、外来特例の自己負担限度額を見直すこととしているところであります。

また、外来特例の対象年齢についても議論があり、この中では、高齢者の経済的な負担に急激に変化が生じないような制度の在り方とすべきだと整理をされているところでございますので、こうした課題も含めまして、外来特例の在り方については不断に検討はしていくことが必要かと考えております。

○猪瀬直樹君　高齢者の優遇ってまだまだあるんですけれども、今ちょっと付け加えて質問するわけですけれども、七十歳未満の現役世代は、病院ごとの自己負担が月額二万一千円未満であると高額療養費制度の合算対象となりません。一方で、高齢者はこの二万一千円の制約はありません。月内の医療費自己負担分を全額合算できる仕組みとなっているわけです。

そこで、もう一度大臣にお伺いしますけれども、なぜ医療費にこのような異なる取扱いとなっているのか、いずれかに統一すべきじゃないかということで、お答え願います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　二万一千円の問題につきましては、先ほど来、様々御意見をいただいておりますが、歴史的な制度的な経緯から現在のような仕組みになっているところであります。

この見直しについては問題意識は共有化をしていると考えておりますけれども、見直しに際しては一千億円を超える財源が必要になることや、あるいは高額療養費全体の中で何を優先させるかという優先順位の問題もありますので、現在のところは慎重に考えることが必要ではないかなと考えているところであります。

○猪瀬直樹君　そのお答えをさっきから聞いていますけれども、やっぱり昭和の時代の、例えば五十五歳定年とか、そういう時代があって、今もう七十代後半でも四人に一人働いている、そういう時代ですから、やっぱり考え方変えていかないといけませんよね。

次に、ＯＴＣ類似薬の問題に入りますけれども、こういう時代遅れの高齢者優遇制度が存在するためにモラルハザードが起きて、高齢者による必要性の低い受診が生じているということですが、その結果、高齢者の医療費が増大し、そのツケが保険料として現役世代に跳ね返ってきているわけですね。

ＯＴＣ類似薬というものが、問題は、いわゆる受診機会の格差という問題に絡んでくるんですね。忙しくて普通の日に診療時間中に受診できない現役世代ではＯＴＣを購入せざるを得ないのに対して、受診が比較的容易な高齢者は頻繁に受診してＯＴＣ類似薬を処方してもらうことが可能で

す。そこが問題なんですね。だから、ＯＴＣ類似薬の仕組みを見直すことは、受診機会の格差を是正して、医療費を削減することにつながるんです。

そこで、上野大臣、お伺いしますけれども、今回の法改正でＯＴＣ類似薬の見直しが行われた場合の医療費削減効果はどの程度になるのか、これは改めて確認します。

○国務大臣（上野賢一郎君）　年間約九百億円です。この内訳といたしましては、二回目以降ＯＴＣ医薬品を利用するといった患者の行動変容によって減る医療費の影響額を約四百億円、また、従来の保険給付及び定率自己負担が別途の負担に移行する部分が約五百億円と見込んでいます。

○猪瀬直樹君　本当はもう少し大きい金額を削減したかったんですけど、残念なことに今回の見直しの対象となるのは、資料三ちょっと見ていただくと、ＯＴＣ医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない医療用医薬品である七十七成分、約千百品目に限定されていると。本当はもっといろいろあったんですけどね。しかも、特別料金は薬剤費の四分の一でしかありません。昨年末に決着したんですけど、こういう小さな規模で決着しちゃったんですよね。これ全く不本意だと思っています。

そこで、上野大臣、お伺いしますけれども、今後、医者の処方が必要となる処方箋医薬品以外を全て対象として特別の料金を一分の一と、こうやって上乗せした場合、対象となる成分と品目、医療費削減効果はどの程度になりますか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　処方箋医薬品以外の医療用医薬品の成分は、成分数約一千百成分です。品目数は約七千品目となります。

御指摘のような形で改正を行った場合の医療費削減効果ですけれども、患者の行動変容の状況、あるいは別途の負担を求めない方の範囲によって変わり得るので、現時点で正確にお答えすることはなかなか難しいことで、なかなか困難でありますけれども、それを前提にお答えをさせていただきますと、薬剤費についてお答えをいたしますと、処方箋医薬品以外の医療用医薬品の薬剤費についてお答えをすると、その額は約一・二兆円ということになります。

○猪瀬直樹君　だから、規模としてはそのくらい、一・二兆円という数字出ましたけど、これ、やればできる数字なんですけどもね。それでも、どこまでやるか、最終的にはこの一兆円規模までやるという方向で三党協議あるいは二党協議でやってきたわけですけれども、今回の法改正は、そういう大きな改革に向けての第一歩として、その意味で評価するしかないんですが、間髪入れず次の法改正に向けて動き始めるべきだと思います。

そして、重ねて上野大臣にお伺いしますけれども、今後対象範囲の拡大や特別料金の割合を変更するに当たり、具体的にどのように検討する予定がありますかね。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、与党の政調会長間合意等においては、セルフメディケーションに関する国民の理解、ＯＴＣ医薬品に関する医師、薬剤師の理解を深めるための取組、また医療用医薬品のスイッチＯＴＣ化に係る政府目標の達成に向けた取組、そういった環境整備を進めるとともに、施行状況等について厚生労働省において把握、分析を行った上で、令和九年度以降にその対象範囲を拡大していくという今後の検討の方向性が示されているところであります。

検討に当たっては、施行後に本制度が医療現場や患者に与える影響を把握しながら、与党とも十分相談をしながら進めていくことが必要だと考えています。

○猪瀬直樹君　これをきちっとやらないと、本当に医療費の削減につながっていかないと思いますが。

このＯＴＣ類似薬の問題と同様に、高齢者と現役世代で受診機会の格差があるために現役世代にツケが回っている構図は、スイッチＯＴＣの遅れにも当てはまります。スイッチＯＴＣというのはずっと停滞していたんですけれども、やっぱり上野大臣にお伺いしますけれども、資料四にあるように、かつて年間に一、二成分、ほとんどサボタージュみたいな感じだったんですけれども、四年前の閣議決定でしたっけ、それで早くやるということになったんですが、昨年もう七成分が承認されまして、今年も既に三成分、三件が承認されていまして、確かにスピードアップされつつあるんですね。スタッフも替わりましたからね。あそこのＰＭ、何だっけ、（発言する者あり）ＰＭＤＡの、あそこのスタッフが替わってやる気になっています。

これ、すごくいいことなんですけれども、更にどのように進めていくのか、更にスピードアップをするおつもりかということを大臣に伺います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　自発的な健康管理あるいは疾病予防を進めるセルフケア、セルフメディケーション、この重要性を国民の皆様に御理解いただくとともに、促進のためにスイッチＯＴＣ化を進めることは重要だと考えています。

このスイッチＯＴＣ化ですが、企業からの申請に基づいて手続が進められるものでありますけれども、企業にとっても魅力的かつ予見性を持って進められるようにすることが必要です。このため、評価検討会議を定期的に開催することとし、この会議には企業等の参加を可能としています。

また、関係業界、ＰＭＤＡ、厚生労働省によるワーキンググループを設けまして、申請資料の見直し、あるいは市販後調査の手法について電子化を可能にするなど、企業の申請の負担の軽減にも努めてまいりました。

こうしたこと、取組を今後とも継続することによりまして、関係者の御意見も聞きながらではございますが、スイッチＯＴＣ化を推進していきたいと考えています。

○猪瀬直樹君　この資料四にこれいっぱい薬の名前書いてありますけれども、（資料提示）左の二〇二五年の下の方にレボノルゲストレルというのがあります。これは、ノルレボという緊急避妊薬として、もう薬局で薬剤師さんの目の前で飲めばいいということで、すぐに使えることになったんですね。それまで、そうじゃないと、緊急なのにお医者さんに行かなきゃならないわけ。だから、それは解決した。だから、こういう、それ解決していなかった状態のときには、ネットで偽物がいっぱい出回っていたんですよ。だから、こういう解決の仕方をスピーディーにやるということはやっぱり大事だということになります。

あと、高齢者と現役世代で受診機会の格差があるために現役世代にツケが回っている構図は、リフィル処方についても該当します。このリフィル処方箋について、導入促進による医療費削減効果はどの程度だろうかと、また、仮に医療費効率化効果を生活習慣病に関連する医療費から機械的に算定するとしたらどの程度になるでしょうかと。それをちょっとこの間調べておいてくれと言ったんですが、参考人、確認をお願いします。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

リフィル処方箋は令和四年度の診療報酬改定で導入されたものでございますが、その財政影響について一定の仮定を置いて試算しますと、リフィル、令和四年度の診療報酬改定においてリフィル処方箋の導入、活用促進による効率化として約四百七十億円、それから令和八年度、今回ですね、の診療報酬改定において、長期処方、リフィル処方箋の取組強化による効率化として約三百五十億円をそれぞれ見込んでございます。

また、生活習慣病管理料を算定している患者が全て置き換わったらというようなお尋ねがあったというふうに受け止めておりますけれども、こちらについては、生活習慣病管理料を算定している患者もいろんな方いらっしゃいまして、症状が安定しておらずリフィル処方箋を交付することが困難な患者さんや、院内処方で対応してリフィル処方箋に置き換わらない患者の方もいらっしゃることから、こういうような試算、財政影響がどれぐらいあるかと、全部置き換わったというような、全部というか、適切に置き換わった場合にどうい

うような影響になるのかという試算することは困難だということでございます。

○猪瀬直樹君　いや、だって、困難なところをやってくれとお願いしたんだよね。

簡単に言えば、お医者さんに三回行くのを、二回行かなくて一回だけで済めば、これもう全然、まあ、こう言っちゃなんだけど、町医者の収入は三分の一になりますからね。そういうところまでやっぱり考えて、症状が安定していれば三回に一回行けばいいわけですよ。薬取りに行くために行く必要はないわけですね。だから、その辺りをきちんと、僕、計算できるって言ったんですよ、だから、それしてくれないと。さっきのその四百七十億と三百五十億の話はもう知っていますからね。一兆円ぐらいの削減効果あると僕は見込んでいるんですよ、これ。

この間、僕、すぐそこにある大きな病院があるんですけれども、そこで心臓のちょっと薬を受診していただいたんですけど、次は七月に来てくださいということになっていて、そしたらお医者さんが、あれっ、薬は五月分までだから、三か月分で五月分までだから、五月にも来ていただくって、ただ来ていただくのも時間の無駄ですしね、お忙しいところと言うんで、リフィルがあるじゃないですかと言ったら、ああ、そうですね、よく御存じですねって言うんだよね。つまり、みんな知らないんだよ。僕はたまたまこういうのやっているから知っているからね。

ということで、五月中旬にリフィルを書いたの持って行ったら七月分までもらえるわけだね。そうすると、これで五月に行かなきゃならないという、そういう無意味な受診は要らなくなったわけですよ。こうやって、そこでまず、そこで五月にもし受診していたら、それで多分医療費が一万円ぐらい、保険入れて浮くわけですよね。

そういうことですから、リフィルというのをきちんと周知徹底していけばいいわけですね。用もないのに薬もらいに行くだけで、処方箋もらいに行くだけで、それで受診する人が結構いるということですね。

だから、生活習慣病の患者さんと、患者と考える、そういう方々がいっぱい、それ、リフィルのこと分かっていれば、その政府の算定する医療費、今の効果額というのはちょっと違ってくるんで、リフィル、この二二年度の診療報酬改定で導入された話です、さっきのね。で、病院、診療所の処方箋料における算定割合は全体の僅か〇・〇七％にとどまっているんですね。その理由は、医療機関がその普及に消極的だからで、リフィル処方箋が普及して、多くの患者さんが受診回数減らせば、これ、医療機関の経営に悪影響を与えると懸念しているのかということですね。まあ、日本医師会の方もいらっしゃいますけれども。

資料五ですね、ちょっと五を見ていただいて、二六年度の診療報酬改定で、リフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することを医学管理料等の要件に追加しています。しかし、このように、医療機関に対して患者にリフィル処方箋について周知するように促しても、なかなか積極的に動かないと思います。

今月五月十三日の本会議で、僕は登壇して高市総理にリフィル処方箋について質問したところ、総理は、リフィル処方に対応できることを掲示するよう医療機関に求めると答弁されました。しかし、実際にはどうなんでしょうかね。きちんと掲示している例ありますか。参考人、お答えください。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

リフィル処方箋への対応が可能であることを患者に周知することが要件とされている診療報酬、院内掲示が要件とされている診療報酬を算定している医療機関は、二〇二五年十二月時点で、処方を行っている医療機関の約六割となっておりまして、これらの医療機関で掲示が行われているものと考えております。

○猪瀬直樹君　今六割とおっしゃいましたけど、六割ってどうやって確かめたんですか。ちょっと質問を参考人に。

○政府参考人（間隆一郎君）　今申し上げましたのは、この診療報酬の請求上、こういう院内掲示が条件になっているわけで、ものがあるわけでございまして、それは、今委員のお示しになられましたこの生活習慣病管理料なんかなわけですけれども、これを算定している医療機関が処方箋料を算定している医療機関の約六割に当たるという、二〇二五年十二月時点で約六割に当たるということを申し上げたところでございまして、この六割のところについてはこの院内掲示をなさっておられると。

そのどういう院内掲示、もちろん厚労省も、何というんでしょうか、基本的なモデルみたいなものはお示しをしておりますけれども、それ以外にも、シールであったりとかいろいろあるようでございますけれども、掲示が行われているものと考えております。

○猪瀬直樹君　根拠がよく分からないですね、六割って、実際に見たわけじゃなくて、掲示されているものが。今の御説明だと、どういう根拠でと今おっしゃったんですか。よく分からないです。もう一度お願いします。

○政府参考人（間隆一郎君）　再度お答えいたします。

診療報酬の請求のルール上、院内掲示が必要になる医療機関が処方箋料を請求している医療機関の六割になりますということで、そういったところではそういうリフィル処方箋に関する院内掲示等を行っておられると、行うことがルールになっているという意味で六割と申し上げました。

○猪瀬直樹君　院内掲示をしているということで、貼るということを前提にしたという話で、実際に貼っているかどうかは確かめていないということですね。

○政府参考人（間隆一郎君）　こちらについては、院内掲示が算定要件及び施設基準において位置付けられているものでございますから、これは当然やっていただいているというものでございますが、その一々、一つ一つについて見に行っているわけではございませんが、今後、地方厚生局なども必要に応じて適宜調査等を行い、施設基準の徹底を行っている、確認を行っているところでございます。

○猪瀬直樹君　それ、抜き打ち検査でもやったらどうですか。分からないでしょう、今の話では、貼っているかどうかは。

資料六でちょっと見ていただくと、つまり、実際どの程度掲示しているか分からないんですよ。仮に掲示したとしても、十分に周知できていないと思われます。これ、リフィル処方箋について厚労省が医療機関に示す掲示例ですね、こういうのを貼ってありますと。これ、何かデザインもなっていないよね、これね。もうちょっと何か人に訴えるようなデザイン作ったらどうですか、これ。こんなのさ、病院に入っていって、見ようと思わないよ、これじゃ。何か訴求力があるようなポスターをカラーで作るとか、これ患者さんにとってすごい大事なことですからね。しようがなくこんなの貼ってあるみたいなことでしょう。貼ってあるかも分からないんですよ、これ。政府広報だって、もっとましなのいっぱいありますよ。コマーシャルやったっていいんですよ。

これ、本当に全医療機関に配っているかどうか分からないんですけれども、上野大臣、ちょっと、上野大臣はお役人じゃないから、こんなんじゃ駄目だというふうに思って、見解をお伺いしたい。

○国務大臣（上野賢一郎君）　リフィル処方箋の認知度向上のために、これまでも、政府広報オンラインやラジオ番組を活用して、その概要、メリットなどについて積極的に周知、広報してまいりました。診療報酬改定においても一層の認知度向上に取り組んでいるところであります。

ポスターも、委員の御指摘もなかなかごもっともだなという点もありますので、どういう形がいいのか少し検討させていただいて、より広報に力を入れていくように努力したいと考えています。

○猪瀬直樹君　まず、リフィル処方箋について

知っている患者さん、ほとんどいませんよ。お医者さんも余り御存じない方がいらっしゃいますよ。だから、僕、この削減効果って、もう単純に三回のうち一回しか行かなくて済むんなら、一兆円ぐらい軽く削減できると思いますよ。本当に危機感を持って、来年、再来年、五十兆円になっちゃうという危機感を持っていたら、このリフィル処方箋をきちんとやったらいいと思いますよ。ただ、医師会が、お客さん減っちゃうから邪魔したりすると思いますけどね。だけど、どうですか。だけど、ちゃんとやればいいんですよ。

それで、さらに、本会議で高市総理が、処方箋様式にリフィル処方箋についての説明を追加すると。これ、もう一個こっち側の処方箋の紙ですね。これ、ありますね。ここにちゃんと、そういうふうにおっしゃいました。資料六ですけどね。

これ見てもらえば明らかですけれども、字がちっちゃくて、患者が気に留めるとは思えません、これ。これで患者に周知していると言えないんじゃないかと。これ、ポスターだけじゃなくて、上野大臣、こっちの処方箋のこの紙、これ、お医者さん行って薬もらうときにもらうでしょう、この紙ね。これ読めないんですよ、これちっちゃくて。

これについてもどうにかするというお答えをお願いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　これまでからも様々な努力、処方箋に記入するなどやってきたところではありますが、認知度向上に与える影響について中医協で調査を行うこととしております。その結果も踏まえながら、リフィル処方箋の更なる推進に向けた、より効果的な、効果的な周知の方法についても検討を進めていきたいと考えています。

○猪瀬直樹君　だから、これちょっと、このポスターとこのリフィル処方箋の記入の仕方よく考えて、参考人の方も前向きに、このままじゃ駄目ってこと言っているんですからね。

本会議で質問しましたように、医師の方からしっかりリフィル処方が可能だということを患者さんにお伝えして、それをしなければ医学管理料が算定されないということをきちんと、疑義照会なり全医療機関に周知徹底するしか確実に普及させる方法はないと思いますが、これは意見を表明するにとどめておきますけれども。

参考人に伺いますけれども、リフィル処方箋の一回当たりの処方日数に上限はあるんでしょうか。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

一般論として申し上げると、医師は、疾患の特徴や患者の病状等によって、医学的判断として個別に処方日数を決定いたします。また、医療保険制度としても、無駄のない薬剤給付とする効率性の観点も考慮する必要があります。

こうしたことから、リフィル処方箋を含め一般的に、療養担当規則、これ、保険請求のいろんな、あるいは保険診療を担っていただく上でのルールでございますけれども、ここでは、投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないと規定されております。その上で、麻薬、向精神薬などの一部の医薬品については、安全性等の観点を踏まえ、その性質に応じた処方日数の上限を設定しております。

その上で申し上げれば、こうした処方日数の上限を設定している医薬品以外については、リフィル処方箋という方法に着目して具体的な処方日数の上限は設けておりませんで、処方日数が九十日を超えるリフィル処方箋を発行することも可能でございます。

○猪瀬直樹君　この間、高市総理に本会議で質問したときに、その後ネットに、リフィル処方箋に関してあたかも、一回三十日しか処方は出せないはずだとか、いろんな誤った情報がＳＮＳにどんどん載ったんですよ。その高市総理とのやり取りがネットに掲載されたようなところに、リフィルなんというのはそんな何回も出せるもんじゃないとか、そういういろんなものが出てきて、これかなり組織的に何かやっているなという感じがしたんですけどね、医療関係者から。

もう最後の質問になりますけれども、上野大臣に伺いますけれども、厚生労働省は、リフィル処方箋を周知するに当たって、リフィル処方箋の処方日数などの情報も併せて周知すべきじゃないかと。さっきの例外的な薬の話はちょっとしていたけど、普通の薬のことできちんと周知、参考人は例外的な話をちょっと入れ過ぎだから、普通の薬もらうのにどうなんだということを具体的に、幾日分でもできますよみたいなことですからね、本来これは。それを大臣に確認して、終わりにしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　リフィル処方箋については、医師が患者の病状等を踏まえまして個別に処方日数を判断する中で、一回分の処方日数が三十日を超えることも可能です。また、その結果、三回分の処方日数が合計で九十日を超えて発行することも可能です。

こうした処方日数については、医師が患者の病状等を踏まえ個別に判断するものであり、これについては、先ほどのポスターであったり、あるいは政府広報オンラインにおけるリフィル処方箋の紹介ページにおいて掲載、周知をしているところでございますので、引き続きその周知については十分対応していきたいと考えています。

○猪瀬直樹君　時間参りましたので終わりにしますが、今大臣言われたように、三十日、あるいは三回やったら九十日と、この数字非常に大事ですからね。これ、多分ネットでいろんなこと言っている人たちも、この大臣の正式な答弁はこれで確認できたと思うので、リフィルの普及に更なる努力をしていただきたいということで、終わりにします。

どうもありがとうございました。

〔委員長退席、理事自見はなこ君着席〕

○宮出千慧君　参政党の宮出千慧です。本日もよろしくお願いいたします。

本日は、健康保険法の改正案について御質問いたします。

最初に、本改正案を考えるに当たりまして、私なりにちょっと日本の医療制度の構造について整理をいたしました。日本の医療制度は大きく二つの機能によって成り立っているかと思います。一つはファイナンス。すなわち、財源をいかに調達し、診療報酬をいかに設計するかという機能であります。もう一つはデリバリー。すなわち、実際に患者の元へ医療サービスを届けるという機能でございます。

我が国においては、このファイナンスの枠組み、つまり保険料の設定や診療報酬の決定は、政府が主導的な役割を担う形で設計されております。今回の法改正は、急速な少子高齢化と現役世代の減少という、そういった構造的な課題を背景に、我が国の医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくため、主としてこのファイナンスの部分、すなわち財源調達の在り方を見直すということを中心的な内容としていると理解をしております。その必要性については、私も一定の認識を共有するものでございます。

しかしながら、いかにファイナンスの設計を持続可能なものにしたところで、デリバリー、つまり医療サービスの提供体制そのものが機能しなければ制度として成立しないのではないかと思います。財政的には保険が存在していても、必要なときに必要な医療にアクセスができない、言わば保険あってサービスなしという事態が現実のものとなりかねません。産科、小児科の医師不足、地方における病院の閉鎖、救急搬送の受入れ困難といった問題は、既に今この瞬間も各地で起きていることであります。

ファイナンスとデリバリーは車の両輪であり、片方だけを議論しても制度の持続可能性は担保されません。本日の質疑においては、この観点から、政府の認識と対応方針を確認してまいりたいと思います。

まずは、妊娠、出産に対する支援の強化に関する部分からお伺いをいたします。

今回の法改正においては、出産費用について、

分娩一件当たりの基本単価を設定し現物給付化するという新たな仕組みが導入されることとなっております。現在は、出産育児一時金として一律に現金が給付される形となっておりますが、これを現物給付化することで、窓口での自己負担を求めることなく出産サービスを受けられるようにするという方向性と理解をしております。

そこで、確認をさせていただきたいのですが、この基本単価の設定という考え方は、全国一律の点数で医療サービスの対価を定めるという診療報酬の枠組みと同様の発想に基づくものなのでしょうか。出産は医療保険の給付対象外、つまり保険外であったものを今回初めてこの公定価格的な枠組みの中に位置付けようとするものであるとすれば、その制度設計の根拠と診療報酬制度との関係性について政府のお考えをお聞かせください。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

今回の見直しは、出産に係る妊婦の方々の経済的負担の軽減を図るために、正常分娩に相当する部分については現物給付化するものでございます。その中で、診療報酬との関係でございますけれども、厚生労働大臣の指定を受けた施設からの現物給付方式だということ、あるいは医療保険財源により公定価格が施設に直接支払われるという点においては、委員御指摘の診療報酬と同様の仕組みと言えると思います。

ただ、その上で、分娩に関しましては、これも様々な委員からも御指摘等があったかと思いますが、実態様々でございまして、私がさかしげに申し上げるのもあれなんですが、比較的短時間で終わるものから、やっぱり特に初産の場合には非常に長い経過をたどる場合もございます。病院を行ったり来たりとかと何日も掛かるようなケースもあろうかと思います。結果的に保険診療が不要となる場合でも、そこに至るまでの経過も様々だというふうに承知しています。

このように、分娩の経過は様々で、単純なその標準化、こういうものを、それに対して、その行為、診療行為に対して値段を付けるという診療報酬と同じやり方はなかなか難しいというふうに考えておりまして、今回の見直しでは、個々の行為を評価して点数を積み上げていく診療報酬のような方式ではなくて、正常分娩一件当たりの基本単価、包括単価を設定した上で、施設の体制、地域における役割等を評価して加算を設けるという考え方でございます。この考え方は、妊産婦の当事者の方あるいは産科医療関係者に参画いただいた医療保険部会における議論を踏まえたものとなっております。

○宮出千慧君　ありがとうございます。

その上で、地域差の問題をお伺いいたします。

我が国の出産をめぐる状況は、地域によって実態が大きく異なっております。都市部と地方では分娩件数には大きな隔たりがありまして、件数が少なければ一件当たりのコストは当然上昇するものと思います。また、産科医の不足、これが全国的な課題でありますが、とりわけ地方においては深刻であり、分娩を取り扱う医療機関そのものが減少し続けております。さらに、交通アクセスの不便な地域では、産婦人科への移動そのものが大きな負担となっており、公立病院が地域の分娩を一手に引き受けながらも、慢性的な赤字に苦しんでいるというような実態もございます。

こうした様々な地域差が厳然として存在する中で、全国一律の基本単価を設定した場合、この単価が実態のコストを下回る地域では医療機関の経営が更に悪化し、分娩を取りやめる施設が増えるというような逆効果を招きかねないかと思います。保険はできたが産む場所がないという事態は断じて避けねばならないというふうに考えます。

政府は、こうした地域間の格差や施設ごとのコスト構造の違いを今回の制度設計においてどのように吸収していくお考えでしょうか。地域加算や例外的な措置を設けることを想定しているのか、あるいは別途の財政支援措置と組み合わせることを考えているのか、具体的なお考えをお聞かせいただきたいと思います。また、基本単価の中で利益を確保しようとする余り、このサービスの質が下がる可能性はないかということも併せてお答えください。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

今回の新しい給付方式に当たっては、やはり妊婦の方々の負担を軽減するということと同時に、やはり地域の周産期医療体制を守っていくということも重要なミッションなんだろうというふうに思っております。

特に、基本単価と、包括価格と申し上げましたけれども、この基本単価をどういうふうに設定するのかというのが非常に重要なポイントだと思っています。今委員から御指摘いただきましたように、地域によって、例えば地方都市でいきますと、物価は安いかもしれないけれども、残念ながら出生数は減少傾向にあるということですから、その掛け算で考えますと、やはりそういう厳しさがあると。他方、都市部においては、一定の出生数が今でもあるかもしれませんけれども、物価は高いといったようなところもあろうかと、物価や賃金が高いというのもある、コストが高いという点があると思います。

こういったことも踏まえる必要があると思っておりまして、水準の、具体的な水準の検討に当たっては、単に平均費用でどうかというのではなくて、施設の機能別、地域別、診療報酬の算定の有無など、できる限りきめ細かく費用構造を分析、把握した上で、各団体にも御協力いただきながら、丁寧に、適切な水準というのを丁寧に検討していきたいというふうに考えております。

それから、施行後におきましても、この各施設の経営実態等を考慮しながら定期的に検証し、必要に応じて見直しを図るということをしたいというふうに思っています。

こういう形で、更に申し上げるならば、これ、今、医療保険の中での対応でございますけれども、それぞれの地域が抱える周産期医療提供体制の課題への対応としては、医療保険のみの視点じゃなくて、予算措置なども通じて総合的に支援していくことが必要だと考えております。地域の実情に応じて妊産婦が安心、安全に出産できる環境を整えるため、自治体と連携しながら地域の周産期医療提供体制を確保してまいりたいと思います。

〔理事自見はなこ君退席、委員長着席〕

先ほど質の話もございましたけれども、そういうことのないように適切な水準を設定することが大事ですし、また、当然、その診療、分娩に関わるもので問題があれば、それは一定の指導監査の対象にもなると、このように考えております。

○宮出千慧君　地方の医療機関からは、全国一律標準費用にするということに対する不安の声も上がっておりますので、現場が困ることのないように御対応をお願いしたいと思います。

次に、産科医の人材不足についてお伺いをいたします。

我が国の産科医療をめぐっては、過去に大きな転換点がございました。二〇〇四年の福島県立大野病院事件は、帝王切開手術中に患者が死亡したことを受けて、執刀した産婦人科医が業務上過失致死罪で逮捕、起訴されたという事案でございます。最終的には無罪判決が下されたものの、この事件は医療界に大きな衝撃を与えたと聞いております。

どれほど真摯に医療に向き合っても刑事事件に発展し得るという現実は、産科という元々緊急性が高くて高度で不確実性を伴う診療領域から医師が離れていく大きな要因の一つとなったと言われております。これに加えて、当直や緊急呼出しが常態化した極めて過酷な勤務環境も相まって、産婦人科を志望する医師の数が減少し、地域の分娩取扱施設の閉鎖が相次いだことは記憶に新しいところでございます。

こうした深刻な状況への対応として、二〇〇九年には産科医療補償制度が創設されました。分娩に関連して重篤な脳性麻痺が生じた場合に、過失の有無にかかわらず補償を行うこの無過失補償制度は、医師と患者双方にとって訴訟によらない紛争解決の道を開くものであり、産科医が萎縮する

ことなく医療に専念できる環境の整備に一定程度寄与してきたものと評価をしております。また、二〇二四年度からは医師の働き方改革による時間外労働の上限規制が医療機関にも適用され、勤務環境の改善という観点からも一つ前進があったというふうに認識をしております。

しかしながら、こうした制度整備の積み重ねを経た今もなお産科医不足は解消されたとは言い難い状況にあるのではないかと感じております。他方では、分娩を取り扱う施設が引き続き減少しており、隣の市町村まで出産に行かなければいけないというような地域も少なくありません。

そこでお伺いいたしますが、産婦人科医の数はこの二十年でどのように推移をしてきたのでしょうか。また、その地域分布はどのように変化をしてきたのか。あわせて、分娩施設の推移についても政府として把握されている数字をお示しいただきたいと思います。また、現時点において産婦人科医の数及び地域的な配置は国民の需要に対して十分な水準にあると政府が評価されているかどうか、御認識をお聞かせください。

○政府参考人（森光敬子君）　お答え申し上げます。

まず、ここ二十年間の推移ということでございますけれども、まず産婦人科医の数でございます。二〇〇四年に一万五百九十四人でございましたけれども、この議員御指摘の様々な事件等ございまして、二〇〇六年には一時的に一万七十四人まで減少しました。その後増加に転じまして、二〇二四年には一万一千六百九十人に増加したという状況でございます。

また一方、分娩取扱施設でございますが、二〇〇五年には二千九百三十三施設でございましたが、二〇二三年には千七百六十六施設と減少しているというところでございます。一方で、出生数が減少してきたということもありまして、出生数に対する分娩取扱医師数、これは増加傾向にあるということになります。

また、主たる診療科が産婦人科、産科の医師につきましてですが、十五歳から四十九歳までの女性人口当たりの医師数でございますが、これは増加傾向ではございますけれども、一方で、都道府県ごとに見ますとかなりの差異があるという状況になっております。

このため、その産婦人科医の医師偏在対策ということが必要だと考えておりまして、都道府県において、地域のニーズに十分対応できるよう医師確保計画を作成した上で取組を進めることが重要と考えておりまして、国としましては、医師の派遣調整、それから医師の勤務環境を改善するための施策等に対しまして、地域医療介護総合確保基金等を通じて財政支援を行っているというところでございます。

今後とも、地域の実情を踏まえながら、都道府県や市町村とも連携し、地域で安心、安全に分娩できる周産期医療体制の確保に努めてまいりたいと考えております。

○宮出千慧君　一旦減っていたのが増加傾向ということで少し安心をいたしましたが、地域偏在はやはりあるということですので、今後もしっかりとした対応をお願いいたします。

次に、周産期医療の集約化、重点化についてお伺いをいたします。

近年、晩婚化、晩産化の進行に伴いまして、高齢妊娠や不妊治療を経た多胎妊娠の増加など、いわゆるハイリスク妊婦の割合が高まっております。こうした妊婦に対応するためにはより高度な医療体制と専門的な人材が求められることから、産科医や助産師を始めとする医療従事者への負担は増大する一方であります。他方で、少子化の進行により分娩数そのものが減少しており、採算の確保が困難となった分娩施設が撤退を余儀なくされるケースもございます。

こうした状況への対応として、国は二〇〇〇年前後から、周産期医療の集約化、重点化という政策方針を打ち出してまいりました。具体的には、高度な新生児集中治療室や母体胎児集中治療室を備えた総合周産期母子医療センターを各都道府県に原則一か所以上整備するとともに、地域周産期母子医療センターをその周囲に配置をして、低リスクの妊婦については地域の一般病院や診療所、助産所が担うという、リスクに応じた層別化、機能分担の体制を構築してきたところであります。

この政策は、限られた医療資源を効率的に配置し、重症例に対して質の高い医療を集中的に提供するという観点から、一定の合理性を持つものであると認識をしております。実際に、極低出生体重児や重篤な合併症を持つ母体への対応能力は、この間に大きく向上してきたと聞いております。

しかしながら、集約化が進むということは、これ裏を返せば、住民にとって身近な場所で出産できる環境が失われていくことを意味する側面もあるのではないかと思います。搬送距離の長距離化ですとか、家族が付き添いにくい環境での出産を余儀なくされるケースも生じており、さらには、交通手段が限られる地方において、妊婦が定期的に医療機関へアクセスすること自体が大きな負担となっているケースも見受けられます。

移動に対する支援など、妊婦が安心して医療につながれる環境づくりへの支援も併せて必要となってまいります。医療の質の向上と地域における出産へのアクセス確保という二つの要請をいかにして両立させるかは依然として難しい課題であると思います。

そこでお伺いいたします。

政府は、これまでの周産期医療の集約化、重点化の取組について、医療の質、地域へのアクセス、医療従事者の負担軽減といった観点から、それぞれどのように評価をされているのでしょうか。

○政府参考人（森光敬子君）　お答え申し上げます。

産科医師や分娩取扱施設が減少する地域が生じている中でも、妊婦の方が安心、安全に出産できる周産期医療体制を確保する、これがまず重要だと考えております。

そのため、都道府県においては、地域のニーズや実情を考慮して、議員御紹介いただきましたように、周産期母子医療体制を整えております。

これは、二次医療圏にとらわれることなく、周産期母子医療センターを基幹とした医療機関、機能の集約化、それから重点化を行うとともに、地域の分娩取扱施設や妊婦健診、それから産前産後ケアを行う施設との適切な役割分担、それから連携を行う等の取組が進められておりまして、このような取組によりまして、安心、安全な医療等の提供や医療従事者の負担の軽減、これに資するものだというふうに考えておるところでございます。

一方で、御指摘がありましたように、アクセスの問題がございます。この周産期医療の集約化、重点化に伴いまして、妊産婦の方のアクセスをどのように確保していくのかということは重要な課題だというふうに考えています。厚生労働省では、こども家庭庁とも連携をいたしまして、遠方の分娩取扱施設で出産する妊産婦に対する交通費、それから宿泊費等の支援、これを行っているところでございます。

さらに、医療従事者の負担軽減の観点からは、医師の働き方改革を着実に進めるとともに、医師以外の職種へのタスクシフト・シェア、これを推進しております。その一環として、助産師さんの活用事業という形で一部を助産師さんに担っていただくということで、院内助産や助産師外来などの理解促進への支援を行っているところでございます。

こうした取組を都道府県や市町村とも連携しながら総合的に推進をすることによりまして、安心、安全な分娩ができる周産期医療体制の確保に努めてまいりたいと考えております。

○宮出千慧君　ちょっと次に助産師さんのことをお聞きしたかったんですけれども、先にいろいろと言ってくださいました。

でも、ちょっと大臣にお聞きをしたいと思います。

そもそも、正常分娩とは本来病気ではありませ

ん。妊娠、出産は自然な生理現象であり、医療的リスクのない正常経過をたどる妊婦にとっては、必ずしも医師による管理が常に必要とされるわけではございません。

かつては、正常分娩は助産師の専門職領域として明確に位置付けられておりまして、助産師が地域に根差しながら、妊婦に寄り添い、そして妊娠期から産後まで継続的にケアを担ってきた歴史がございます。助産所における助産師主導の分娩は、まさにその伝統の継承であります。

助産師は、保健師助産師看護師法に基づく国家資格であり、正常分娩の介助を独立して行うことができる、我が国において女性のみが就くことができる唯一の医療専門職でございます。その高度な専門性と女性の視点に立ったきめ細やかなケア能力は、産科医療において代替の利かない重要な役割を担っております。

にもかかわらず、近年の医療制度の設計においては、ともすれば助産師は医師の補助的な存在として位置付けられがちであり、その専門性が十分に生かされていないのではないかという御指摘もございました。

院内助産や助産師外来の普及促進、先ほどおっしゃっていただきましたけれども、さらには助産所との連携強化といった取組をより積極的に政策として推進していくべきだと私も考えております。

政府として、我が国の周産期医療における助産師の位置付けについてどのような認識をお持ちか、また、助産師の専門性をより積極的に活用することで地域の周産期医療を支えていくという方向性についてどのようにお考えか、大臣にお伺いをいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、助産師の皆さんの専門性を活用すること、これは、妊産婦の多様なニーズに応えることにもなります。また、地域において安全、安心なお産の場を確保し、産科医療の充実を図る観点からも重要だと考えています。

このため、医療機関で産科医師と助産師が適切に役割を分担して、助産師が妊娠から出産、産後まで継続したケアに従事できる体制を整備するため、地域医療介護総合確保基金を活用いたしまして、助産師外来及び院内助産のための増改築等の費用や、あるいは助産師の実践的な能力の向上を目的とした出向研修等の実施の費用などについて財政支援を行っています。

また、助産所では、希望する妊婦が安心して出産をできる場を提供するとともに、妊産婦への相談支援や産後ケアの実施など、地域の母子保健と連携をしまして、妊娠期から子育て期に至る支援が継続して行われるよう取り組んでいるところであります。さらに、分娩を取り扱う助産所は嘱託医師及び嘱託医療機関の確保が求められておりますので、その確保に向けた動き、働きかけなども支援を自治体に対して依頼をしているところであります。

○宮出千慧君　特に初めて出産を迎える女性であったり、家族や地域社会とのつながりが薄い孤立しがちな妊婦さんにとって、助産師さんの存在、とても大きいものと思いますので、そういった取組を是非推進していただけるようにお願いいたします。

次に、集約化一辺倒ではなく、地域における分散型の周産期医療体制を積極的に構築していくに当たり生じる問題についてもお伺いをしていきます。

助産師が主体となって低リスクの妊婦を地域で支えるという分散型のモデルを推進していくことは、医療資源の効率的活用という意味においても重要なことだと思います。ただし、この分散化を進めるに当たって避けて通れない課題があると思います。

それは、妊娠経過は常に一定ではなく、当初は低リスクと判断されていた妊婦が、妊娠の進行とともに高リスクへと移行するケースが一定数存在するという現実であります。地域の助産所やクリニックで妊娠管理を受けていた妊婦が突然より高度な医療対応を必要とする状態となった場合に、いかに迅速かつ円滑に高次医療機関へとつなぐことができるか、このリスク移行時の搬送連携体制の整備こそが分散化を安全に成立させるための要であると考えております。

具体的には、地域の分娩施設と周産期母子医療センターとの間での平時からの情報共有や症例検討、そして搬送基準の明確化と搬送手段の確保、そして受入れ側の体制整備などが求められるかと思います。そこで、搬送コーディネーターという役割がこうしたリスク移行の際の連絡調整役を担うことも有効な仕組みの一つになり得るのではないかと考えます。

地域で安心して子供を産める環境を守りながら、万が一の際には迅速に高度医療につながることができる、この二つを同時に実現するための連携体制について政府はどのような方針をお持ちか、具体的にお聞かせください。

○政府参考人（森光敬子君）　お答え申し上げます。

委員が御指摘されたように、周産期医療体制、これをつくるに当たって、リスクに応じた医療を提供するということで、集約化、重点化と取組を進めてまいりました。この際に、おっしゃるとおり大事なことは、リスクが、要するに容体が急変した場合にきちんとした治療が受けれる医療機関に運ぶということが非常に重要な点でございます。

そのため、国としましては、周産期医療体制の構築に係る指針、これを出しておりまして、ここの中で、都道府県に対しまして、搬送の調整等を担う搬送コーディネーターの配置や運用を含めた体制整備について、地域でしっかり協議を行うということを求めております。この体制がしっかり進むに当たっては、やはりこの医療コーディネーターの役割、非常に重要でございまして、こうした取組を通じまして、都道府県や市町村とも連携しながら、全ての地域で安心、安全に分娩できる体制の構築を進めていきたいと考えております。

○宮出千慧君　ありがとうございます。

私は、地域を守るという観点からも医療体制をしっかりと守っていくべきであると思っております。

現在、公立病院の八割以上が赤字経営に陥っていると言われております。しかしながら、こうした公立病院は、周産期医療、小児医療、救急医療、感染症医療など、採算が見込めないために民間病院では担うことが難しい、いわゆる不採算医療を懸命に支えてくれております。離島や過疎地域においては公立病院こそが唯一の医療提供機関であるケースも少なくはなく、その存在は地域住民の命綱そのものであります。

こうした公立病院の赤字については、市町村の一般財源から繰出金が充てられており、さらに、その繰出金の一部は国からの地方交付税によって措置されております。しかし、医療需要の増大や物価、人件費の上昇が続く中、この措置が実態に見合った十分なものとなっていないように感じております。

地域医療の持続可能性という観点からも、国としての財政支援の在り方を改めて見直す必要があるのではないかと考えますが、総務省の御見解をお聞かせください。

○政府参考人（福島秀生君）　お答えいたします。

公立病院につきましては、医師、看護師等の不足、人口減少に加えまして、近年の物価高騰や人件費の増加等によって厳しい経営環境に置かれていると認識しております。公立病院は、診療報酬等による独立採算が原則です。その上で、公立病院が不採算医療など地域医療にとって重要な役割を担っていることを踏まえまして、総務省では必要な地方財政措置を講じてきているところでございます。

診療報酬等につきましては、厚生労働省において、病院の経営環境の悪化を踏まえまして、令和七年度補正予算での医療・介護等支援パッケージによる支援や令和八年度の診療報酬改定がなされたと承知しております。

その上で、令和八年度におきましては、公立病院が地域に必要な救急医療等を引き続き提供できるよう、病院事業に対する繰出金として前年度比六％増の八千三百五十三億円を地方財政計画に計上し、交付税措置を拡充するとともに、周辺人口が少ない等の不採算地域において二次救急など地域医療の中核的な役割を担う不採算地区中核病院がその機能を維持できるよう、特別交付税措置の基準額を三〇％引き上げるといった地方財政措置を講じることとしているところでございます。

今後とも、関係省庁と連携し、公立病院の状況を踏まえつつ持続可能な地域医療提供体制を確保するため、必要な地方財政措置を講じてまいります。

○宮出千慧君　総務省さんの方でも不採算部門についてもしっかりと手当てはしていただいているということなんですけれども、やはりまだ少し不十分かなということも感じております。

このように、公立病院の赤字は、一部は国としても制度上一定の責任を持って支援する仕組みが設けられているわけであります。これまで、公立病院の赤字を放漫経営の結果だと、そういった非難する声が根強くあったことも事実でございます。しかし、本当にそうなのだろうかと。公立病院が赤字になるのは、もうからないと分かっていながらも地域住民のために必要な医療を提供し続けているからにほかならないという側面もございます。これは経営の失敗ではなく、地域医療を守るための貴いコストであると私は考えております。

公立病院は地域のセーフティーネットであり、民間ではできない医療を担う正真正銘の公共財であります。この認識をより多くの国民の皆さんに持っていただくことが今後の地域医療政策を進めていく上で不可欠ではないかと思います。

そのためにも、政府としてしっかりとした情報発信を行い、公立病院は地域を守る公共財であるというそういった社会的な認識、すなわち世論を醸成していくべきではないかと考えますが、大臣の御見解をお聞かせください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今し方総務省の方からも答弁がありましたが、公立病院は経営状況大変厳しい中で、小児・周産期医療あるいは救急医療、災害医療、新興感染症への対応、とりわけ離島やあるいは過疎地域など、人口の少ない地域において唯一の医療機関として政策医療を幅広く担っていただいている場合も多いかと考えます。地域の医療提供体制において重要な役割を担っている、担っていただいていると認識をしております。

こうした中、新たな地域医療構想においては、更なる人口構造や医療ニーズの変化が進む二〇四〇年頃を見据え、公立病院も含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すこととしております。この構想の取組に当たりましては、公立病院や民間病院等の医療関係者のみならず、地域住民の皆さんにも関与をしていただいて協議を進めることが重要だと考えておりますので、そうした場においてもその重要性というのはしっかり情報発信ができるように取り組んでいきたいと思います。

国としても、公立病院が担う政策医療等の診療実態や経営状況等のデータを把握、公表し、今申し上げました地域での協議を進めていただきたいと考えています。

○宮出千慧君　その取組をよろしくお願いいたします。

現在産科の現場で起きていることは、まさに使命感に頼り続けてきた構造の限界が露呈しているのではないかというふうに感じております。今回の法改正によって出産費用を現物給付化するということで、妊婦の経済的負担が軽減され、子供を産みたいと思う人が一人でも増えるのであれば、大変意義深い改正であると歓迎をいたします。

いずれにしても、周産期医療関係の経営がきちんと担保されていなければ、地域における周産期医療の維持そのものが困難となってしまいます。ただでさえ地方では少子化が深刻に進む中、地方での出産環境が整わなければ、出産のために都市部へ出向かざるを得ない女性が増えることも懸念されます。全ての妊婦が住み慣れた土地で信頼できる医療者に囲まれて安心して出産ができる体制を守り続けていくことこそが少子化対策の根幹でもあり、地方創生の要でもあると私は確信をしております。

地域の医療を守ることは、その地域に生きる人々の命と未来を守ることに直結をいたします。今回の改正が、現場で闘う医療者の支援と、そして地域で子供を産み育てられる社会の実現に確かにつながるものとなることを引き続き強く求めてまいります。

次に、少し高額療養費制度についてお伺いをいたします。

この高額療養費制度というのは、先ほどもありましたけれども、自分や家族など身近な人が大きな病気やけがをしたというときに、初めてその存在を知って有り難みを実感するものではないかというふうに思っております。私も、かつて身近な人が長期入院を余儀なくされる病気に罹患した際に、この制度に大変助けていただいた一人であります。当時、この制度を知ったときには、日本にこんなすばらしい制度があるのかと心から本当に有り難かったんですけれども、しかし同時に、こうも感じました。確かにすばらしい制度ではあるんですけれども、収入が少ない者にとっては、病気のために仕事も辞めざるを得ないという状況になりまして、そうなると、自己負担限度額があるとはいえども、とてもじゃないですけれども、現実的にこれを毎月負担し続けるということはできないなというふうに感じました。

がんや難病など、本当に長期にわたる治療が必要な疾患を抱える患者さんやその御家族にとって、医療費の問題は治療の継続そのものに直結する問題であります。お金がないから治療を諦めるという現実がこの国のどこかで起こっているとすれば、それは決して見過ごすことのできない問題であります。現行制度に対して、私と同じように、これでもまだ重いと感じておられる方が全国にたくさんいらっしゃると思います。特に、低所得者の方や御家族を養っている方、そして長期療養を続ける方々にとって、現在の負担上限額でも決して十分な救済とは言えないのではないかと考えております。

高額療養費制度は、医療費の自己負担が高額になってしまった場合における救済制度であり、今日も何度かお話ありましたけれども、国民が健康で文化的な最低限度の生活を営む権利、すなわち日本国憲法第二十五条に定める生存権を医療の面から担保する極めて重要な社会保障制度であると考えておりますが、改めて大臣の御認識をお聞かせいただければと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないように自己負担額に上限を設ける制度でありますが、患者の皆さんにとっても、今御指摘あったように、重要なセーフティーネットとして医療保険制度の中の重要な仕組みの一つであるというふうに認識をしております。

こうした観点から、今般の見直しにおきましては、長期療養者の方あるいは所得の低い方へのセーフティーネット機能の強化ということも一つの大きな視点として取り組んだところでございます。そうした観点から、専門委員会におきましても、当事者を始め、制度を支える多くの関係者に議論を重ねていただいて、今回の見直しに至ったところであります。

生存権のお話がございました。これは高額療養費制度だけで生存権を担保するものではなくて、国民皆保険制度、あるいはフリーアクセス、介護や福祉との連携、様々なことの、施策の組合せで対応していくべきものだと考えておりますが、こうした取組を通じて国民の皆様の生活を支えていくことがとりわけ重要だと考えています。

○宮出千慧君　ただ重要なということよりも、もっともっと、これがないと本当に命がつなげられないというようなことですので、どうかその

困っている方々への御配慮をしっかりしていただきたいと思います。

今週火曜日の参考人質疑におきまして、私も安藤教授に、今回の制度改正に当たって何が一番問題だったかということをお伺いしたところ、この議論のプロセスが問題だったということをお話しいただきました。本来、専門委員会の中で、引上げ額についてはしっかりと提示をし、議論していくということをすべきだったということをおっしゃっておりました。私も本当にこれは一番重要なところだと思っております。

制度の改正、とりわけ国民の医療費負担に直結する見直しに当たっては、具体的な数字を早い段階から明示し、専門家や関係者が十分に議論できる環境を整えることが不可欠であります。最後の最後までこの数字が示されないまま議論が進むというのは、政策決定プロセスの観点からも到底看過できるものではないと思います。

こうした重要な数字は、委員会の中でこそ議論され、決定されるべきものではないでしょうか。この点について、大臣のお考えをお聞かせください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　第八回の専門委員会で見直しの考え方を整理をいただいております。その際には、一人当たり医療費の伸びに応じて月額上限額を見直すこと、応能負担という観点に基づいて所得区分の細分化を行うこと、その際には現在の限度額から著しく増加することのないように細分化後の金額を設定すること、また、長期療養者、低所得者へのセーフティーネット機能の強化から、多数回該当維持、年間上限の創設など、具体的な見直しの方向性を明記した資料をお示しをした上で議論をいただいておりまして、その上で、見直しの考え方について最終的に合意をいただいたものであります。

今回の見直しに当たりましては、患者団体はもちろんですが、医療関係者、保険者、労使、多くの関係者と丁寧な議論を積み重ねた上で、整理いただいた考え方を踏まえて、予算編成過程における調整を経て、政府において具体的な金額を決定をさせていただきました。

その後、第九回の専門委員会におきまして具体的な金額を踏まえた御議論をいただいておりますので、検討プロセスに問題があったとは考えていません。

○宮出千慧君　やっぱり、ある程度のイメージは先に出した上で議論を進めていくのが筋ではないかと思います。

それで、最後になんですけれども、午前中に大臣から皆保険を守るためにもというお言葉があったんですけれども、ＷＨＯが提唱する皆保険の趣旨は、皆が安価で必要な医療を受けられることとあります。この安価というのは、経済的に苦しくならない状況でと定義されております。そうだとするならば、今回の高額療養費の見直し含め、お金を理由に治療を諦める人がいる今の日本の保険制度は、もはやこの国民皆保険制度の名に値しないのではないかと、そういった問いも出てしまいます。

ですから、しっかりと本当に困っている人たちに目を向けて、しっかりとプロセスを踏んでこれからもやっていっていただきたいということを要望しまして、私の質問を終わります。

ありがとうございました。

○白川容子君　日本共産党の白川容子です。

健保法の質問に入る前に、タブネオス薬剤について質問をさせていただきたいと思います。

キッセイ薬品工業が国内販売をする血管炎治療薬、タブネオスの投与後に患者二十人が亡くなられて、安全性が問われる事態となっています。さらに、アメリカの開発企業による承認の申請時の有効性示すデータの虚偽の疑いが出ているなど、有効性への疑義も生じています。

厚労省は、死亡例の副作用報告が集積したために、事業者に注意喚起を行わせ、キッセイ薬品が、新規投与の停止、それから継続投与中の患者への説明と継続投与の是非を慎重に判断することを促す文書を出しています。

厚労省に確認をしたところ、継続投与中の患者数は、キッセイ薬品から推定で報告をされている数字しか把握をしていないとのことでした。重大な事態ですから、厚労省として正確なこの患者数を把握すべきではないでしょうか。お答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　医薬品の服薬中、服用中の患者を厚労省としてリアルタイム、リアルタイムで把握することはなかなか難しいわけでありますが、医療機関、薬局は服用中の患者さんを把握をされておりますので、製造販売業者が納入先を把握している医療機関、薬局を通じて、服用中の患者に対して情報提供がしっかり行うことができると考えております。

なお、ちなみに、国内の推定使用患者数でありますが、二〇二五年の二月から二〇二六年の一月の一年間の数値として試算したものでは約八千五百人となっているところであります。

必要な安全性情報を患者や医師などの医薬関係者に適切に伝えていくことは重要であると認識をしておりますので、厚労省としては、服用中の患者に対して確実な情報提供を行うため、関係機関等とも連携をしながら、肝機能障害の早期発見や重症化防止のための周知に努めていきたいと考えています。

○白川容子君　重大な事態ですから、今服用中の患者さん、把握すべきだと思います。現場からもやっぱり心配の声が出ているんですね。

さらに、服用中の患者さんに情報を届け切る必要があります。現時点では、製薬企業が医療機関に文書を送っているから医師から伝えられるはずだと言っています。しかし、企業任せにしないこと、そして、次回の受診まで分からないという、そういうことにしないこと、こういう点も含めて、厚労省としても患者さんに確実に知らせる手だてを取る必要があるのではないかと思いますけれども、どうお考えでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　タブネオスについては、重篤な肝機能障害を発現した症例が集積をいたしまして、因果関係が否定できない症例が確認をされたことを踏まえ、本日、厚生労働省から製造販売業者に対して、肝機能障害の早期発見や重症化防止のために必要な注意喚起を記載したブルーレターと言われる安全性速報及び患者向け資材を作成をし、全ての納入先の医療機関、薬局に対して迅速に情報提供を行うように指示をしたところであります。

また、厚労省においては、このブルーレターの内容、また患者向け資材について本日プレスリリースを行いまして、厚生労働省のホームページにも掲載をいたしました。このプレスリリースの中では患者向けのメッセージも記載をいたしまして、広く周知を図っているところであります。

こうした取組に加え、関係団体、学会等とも連携をしながら、患者への周知に努めてまいります。

○白川容子君　一人一人の患者さんにとっては命に関わる重大な事態ですので、急ぎ対応していただくことを要望しておきます。

では、法案に関する質疑で、前回に引き続いて、一部保険外療養について伺います。

質問の前に、前回の議論を整理をさせていただきたいと思います。

お手元に、健康保険法の条文を抜粋した資料を配付をしております。法案で一部保険外療養の対象はどのように規定をされているのか。改定案の第六十三条二項六号ですけれども、一部保険外療養の対象は、まず要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養、そして続いて、その他の療養と規定をされています。

このその他の療養が何を指すのかということを前回質問をしたわけです。現行法の健保法は六十三条一項で、療養の給付が何かを規定をしています。一号で診療、二号、薬剤又は治療材料の支給、そして三号で処置、手術その他の治療と続きます。五号まで規定をされていますから、一部保険外療養のその他の療養の療養とは、この一から五号の療養全般を指しているという理解でよいか

と確認をしました。

これに対して、局長が、本則と附則を併せ読むと、法案全体としては、見直しの対象は薬剤、とりわけＯＴＣ類似薬を念頭に置いたものであり、自民党と維新の会の政調間合意で対象範囲をＯＴＣ類似薬以外の薬剤にも広げていく、見直す、そういう合意がされているということを挙げて、そういったものがその他のところに入ってくると答弁をされたわけです。

速記録を読み直しましたけれども、その他の療養の対象として現時点では薬剤しか考えていないという政策的な考えは答弁をされているわけですけれども、私がお聞きしたのも条文上なんですね。条文上、その他の療養が何を指しているのかという、この条文解釈についてはお答えになりませんでした。

そこで、大臣に確認をしたいのですけれども、その他の療養の療養とは、薬剤だけではなく、診察や処置などの療養全般のことではないのかということなんです。政策的な考えはもうこれまで十分お聞きをしましたから、条文解釈として明確に大臣からお答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　今の御指摘でございますが、この一部保険外療養は、保険外併用療養費の一類型として今般創設するものであります。同じく保険外併用療養費の一類型として既に規定されている選定療養においても、法律上の規定ぶりとしてはその他の厚生労働大臣が定める療養とした上で、具体的な療養の範囲は、厚生労働大臣が、支払側、診療側、公益委員の三者から成る、三者から構成される中医協に諮問した上で告示で定めることとされております。

この既存の例を参考といたしまして、今般創設する一部保険外療養においても、法律において適正な医療の提供を確保しつつ、その他の厚生労働大臣が定める療養という同様の規定ぶりとした上で、具体的な対象は告示で定める枠組みとするものであります。

その上で、もう既に御認識をいただいていると思いますが、本法案の附則において、ＯＴＣ類似薬の一部保険外療養の見直し規定を設けております。法案全体読めば、見直しの対象は薬剤を念頭に置いておりますので、薬剤以外の診察や処置に関して具体的に考えているものではありません。

○白川容子君　条文上は療養全般が含まれるけれども、附則として、附則も併せて読むと薬剤を念頭に置いているという今御答弁だったんですか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　法案全体を通して読んでいただければ、今申し上げたようなことになろうかと考えております。

○白川容子君　法案の審議ですよ、今。この法案の審議で条文解釈を示そうとしないのは本当におかしいと思うんです、同じ答弁を繰り返されますけれども。そして、附則も併せ読むと薬剤を念頭に置いた規定だというふうに繰り返されるわけですけれども、大臣、そうすると、改定後の六十三条二項の一部保険外療養の対象範囲というのは薬剤のみであり、再度の改定をしない限り、薬剤以外の療養を対象とすることはできないということなんですか。お答えください。（発言する者あり）

○委員長（小川克巳君）　速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（小川克巳君）　速記を起こしてください。

○政府参考人（間隆一郎君）　現在法案の審議をいただいているところでございますので、将来の法改正の内容について現時点で申し上げることは困難でございますけれども、改正法案の附則二条二項の検討規定はＯＴＣ類似薬を念頭に置いたものでございます。

○白川容子君　委員長、済みません。私の質問分かっていただいていると思いますけれども、この法解釈として、条文解釈としてどうなのかということをお尋ねしているんです。ですから、そこをちゃんと……（発言する者あり）そうです、六十三条二項のところです、先ほども読み上げました。ここからどうお答えになるのかということ、もう一度よろしくお願いいたします。

○政府参考人（間隆一郎君）　再度のお答えになって恐縮ですが、一部保険外療養については、法律第六十三条第二項六号の規定ぶりだけを読めばＯＴＣ類似薬に限定されていないように読めるというのは御認識のとおりでありますけれども、先ほど来申し上げておりますように、法文は、法案全体として改正法附則二条二項の検討規定も併せて読むということであれば、薬剤以外の診察や処置に関しては具体的に考えているものはないということでございます。

○白川容子君　今のお答えでは、条文上は療養全般含まれるということでお答えになったということで認識してよろしいんですか。

○政府参考人（間隆一郎君）　この六十三条第二項第六号の規定ぶりだけで申し上げれば、そういうような読み方ができるというのは御認識のとおりであります。

その上で、先ほど来申し上げていたとおり、法案全体として附則も併せて読んだ場合にはということを先ほど来御答弁申し上げたところでございます。

○白川容子君　附則ですとか政調間合意を持ち出して、何度もこの対象は薬剤を念頭に置いていると答弁をされているわけですけれども、そうすると、立法事実というのは薬剤の一部保険外しだということになるわけですよ。お認めになりますか。いや、私たち、私はそれ自体に、もうそのこと自体に反対をしているんですけれども、そういう答弁を繰り返すのであれば、なぜその他の薬剤を用いた療養とするという、そういう、法文上で薬剤に限定する、そういう方向にならないんですか。大臣、お答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まさに今委員がおっしゃったとおり、今回の対象については、薬剤ということを前提にした法律の構成にさせていただいているところであります。

○白川容子君　薬剤以外を対象にするということは想定していないとの答弁を繰り返す一方で、前回私が一部保険外療養により窓口業務の費用を保険外とすることはできるのかということを尋ねたのに対して、可能になるものではないと、ここだけは明確に否定をされたんですね。

大臣、同じように、一部保険外療養は薬剤以外の療養は対象とならず、そして特別の料金を徴収することはできないというふうに明言をしていただけますか。お答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　前からそのような趣旨の答弁はさせていただいていると思います。

今回の法律の改正でお願いをしているのは薬剤を前提にしたものでありますので、それ以外のものを現時点で考えているわけではございません。

○白川容子君　条文の解釈聞いても、そうやって、想定はしていないだとか、現時点ではというその考えを繰り返すだけで、まともに答弁をされないという、条文上の解釈をきちんと答弁をされない。これ、本当に法の、法律の審議をしている、そういう前提というのがもう崩れていると思うんです。ですから、私はもう絶対にそういう答弁も含めて認められません。

しかし、もう時間がないので次に移りたいと思います。

出産について伺います。

総務省の統計局、今月、十五歳未満の子供の数を発表し、四月一日現在で千三百二十九万人と、四十五年連続で減少、過去最少を更新したと発表しました。少子化に歯止めが掛からない状況で、希望する人が誰もが安心して子供を産み育てられるようにするための取組というのは、我が党も必要なことだと思っていますが、幾つかお伺いをしたいと思います。

まず、今回の法改正は、妊婦の経済的負担の軽減と地域の周産期医療体制の確保の両立のために行うと、そういうふうに理解をしておりますけれども、これらを一体とした理由をまずお答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、現在の出産費用は自由価格でありますので、出産育児一時金の支給額を引き上げても、それに合わせて出産費用

が上昇し、妊産婦の実際の負担額は実質的に変わらないというような問題があります。経済的な負担をいかにして軽減をしていくべきかという点が大きな課題でありました。

今回の見直しは、令和五年十二月に閣議決定されましたこども未来戦略を契機としたものであり、一昨年の六月から昨年五月にかけて、妊産婦の当事者、産科医療関係者等に御参集いただいた検討会で議論を重ねた上で、その後、社会保障審議会医療保険部会においても御議論をいただいて、丁寧なプロセスを経て本法案の提出に至ったものでありますが、この議論の契機となりましたこども未来戦略の基本理念は、若い世代の所得を増やす、社会全体の構造、意識を変える、全ての子供、子育て世帯を切れ目なく支援するという三点であります。

このような理念を実現をし、安心して出産できる環境を整備していくためには、妊産婦の経済的な負担の軽減と同時に、周産期医療提供体制の確保、これは言わば車の両輪だと考えておりますので、そのため、この二点の両立を図ることを目指した改正案であります。

○白川容子君　経済的負担の軽減も、それから周産期医療体制の確保も、どちらも必要だということは同意をいたします。

現在、妊婦の経済的負担軽減のために、健康保険等の被保険者又はその被扶養者が出産したときに出産育児一時金が支給をされています。支給額は政令等で定められていますけれども、法改正では、正常分娩に関する分娩費を国が定め、基本単価と体制や役割等を評価した加算を設定するとしています。また、出産育児一時金を出産時一時金に改め、支給額は政令で定める現金給付を行うとしています。

ある都市部の病院の方から、一昔前は出産費用が安いところをできるだけ選んでいる方も多かったんですけれども、しかし、今、一生に一回か二回かの出産のこの機会だからと、出産費用がある程度掛かっても、思い出に残ったり、また、少しリッチな気持ちになれるオプションやアメニティーのそろったクリニックの人気が非常に高くて、そういうところが選ばれているというお話もお伺いをしました。

分娩費用以外の出産に要した費用については現金給付を行う、そして、出産育児一時金のうち、正常分娩を除く範囲で支給するとしています。保険給付の、この出産給付の対象外とされたアメニティー等による上乗せなどを出産給付と一緒に受けることを可能とするための仕組みであって、これらの給付に対しては歯止めがありません。

出産、出生数が減少している下でこうした施設に集中をすることになれば、出産時一時金の額に反映をされて、結果としては保険料の上昇につながりかねないのではないでしょうか。あるいは、その金額が低く抑えられれば、保険料の負担の軽減になりはしますけれども、人によっては利用サービスの低下につながりかねないのではありませんか。御認識をお伺いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、今回の見直しでは、正常分娩に対する現物給付と併せまして、保険診療が行われた場合の自己負担分や付随的なサービスに充当できる現金給付、これを創設することとしています。

この現金給付の金額が大きければその分だけ妊婦の経済的負担が軽減されることは事実でありますが、他方で、財源が保険料である以上、保険料負担者の理解が得られるか、また保険料水準への影響という点も併せて考える必要があると考えています。現金給付の水準については、今後、施行までの間に丁寧に検討していきたいと考えております。

また、いわゆるアメニティー等の内容や料金などの見える化、これも徹底いたしまして、妊婦御自身が納得した上でサービスを選択できる、そういう環境の整備を図っていきたいと考えています。

○白川容子君　何がどこまで対象となるのか、またその金額がどれくらいになるのかは、法案が通過してから検討するということでありますけれども、本当に妊婦にとってメリットがある内容となるのかどうか疑問があるのですけれども、続いて、周産期医療体制について伺いたいと思います。

これまで多くの委員が指摘をされてきました。国が創設する分娩費の金額をどう設定するのかが焦点です。安心、安全に出産できる周産期医療提供体制の維持がどこまで担保されるのかが問われています。出生数も減少傾向ですけれども、分娩取扱医療機関数の全施設数というのが三千九百九十七施設ありましたけれども、この二十七年間の間で千七百六十六施設となって、約六割減少しています。

また、公益社団法人日本婦人科医会会員で分娩を実施をしている産婦人科、産科診療所を対象にアンケートを実施をした産科診療所の特別調査では、赤字施設が四割を超え、単純に分娩費用が五万円減少すれば六割にまで赤字の医療機関が拡大するというシミュレーションもされています。また、地方部の産科診療所では分娩の減少が経営を圧迫していて、都市部では物価高騰、そして賃上げ等による医療費用の増加が経営悪化につながっていると分析をしています。

この間、政府が答弁をしております、地域間でも地域内でも格差があって、平均的な費用は相対的に都市部で高くなっている、地方の場合には出生数そのものが減る傾向にあるとの認識と一致しているのではないかと思うんです。

まず認識を伺いますけれども、医療機関がなくなった地域では、その地域で産み育てることが難しくなるために少子化や人口減少が加速するとお考えかどうか、お聞きをしたいと思います。

○国務大臣（上野賢一郎君）　医療機関がなくなってその地域で産み育てることが難しくなれば、少子化や人口減少につながり得ると考えております。

産科医師や分娩取扱施設が減少する地域が生じている中でも、妊婦の方々が安心して分娩できる周産期医療体制を確保することが重要だと考えておりますので、先ほど申しました地域における周産期医療体制の確保について、今回の見直しの中でしっかり対応していきたいと考えています。

○白川容子君　認識が共有できているということは確認ができました。

この間、都道府県において、二次医療圏より広域な周産期医療圏、周産期母子医療センターを基幹として、医療機関機能の集約化、そして重点化を行うとともに、地域の分娩施設ですとか妊婦健診、産後ケアを行う施設等と役割分担、連携が進められています。センターの運営等に対して国が財政支援を行っています。その結果、何時間も掛けて医療機関まで移動しなければならないといった困難さが浮き彫りになっています。

私の地元四国の高知県では、産婦人科医の不足が深刻で、分娩施設のない高幡医療圏というのがあるんですけれども、この高幡医療圏では病院に向かおうとした妊婦が間に合わずにタクシーの中で出産するなどの事態が生じていて、衝撃を受けています。

妊娠、出産に対する支援の強化については、出産育児一時金の支給額を引き上げても妊婦の負担軽減につながらないことを課題としている、現金給付によって出産の経済的負担を引き下げることが議論の出発点だと認識をしています。分娩費ですとか現金給付の水準によっては、特に困難を抱える周産期医療機関の経営を悪化をさせて、そして地域での出産ができる体制を弱めかねないということを思うんです。今でさえ経営が厳しいのですから、分娩費や出産時一時金のこの水準が現行の出産育児一時金よりも引き下がることのないようにする、そういう必要があると思いますけれども、どうお考えですか。お答えください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まさに、そうした意味で、正常分娩の給付水準、これをどのように設定するかが重要だと考えています。

具体的な給付水準につきましては、今後、保険料への影響を考慮しつつ、分娩施設の経営実態等

も踏まえながら、施行に向けて丁寧に検討していきたいと考えております。現時点でその水準を具体的に申し上げることはなかなか難しいわけでありますが、検討に当たっては、現行の出産育児一時金が五十万円であることを当然念頭に置いた上で議論を進めていくことになろうかと考えています。

○白川容子君　正常の分娩の出産費用は年々増加をしています。全施設の平均の出産費用が、十年で毎年平均一・四％上昇しています。適切なコストが反映されたものになるのかどうかというのに疑念を感じます。

都道府県ごとの分娩取扱医療機関数では、最も多い東京都の百四十七医療機関に対して、最も少ないのが先ほど申しました高知県の九医療機関です。その高知県の実態について、現在、妊婦の経済的負担軽減のために、健康保険等の被保険者又はその被扶養者が出産したときに出産育児一時金が支給されていますけれども、この支給額が政令で、ごめんなさい、間違えました、済みません。その高知県の実態について、済みません、自治体病院の中核病院である高知医療センターで、周産期医療が不採算部門で、分娩費用が五十五万円くらい、持ち出しは患者にも少しあると。産婦人科では総合周産期でお産を一件やるのにどれくらい人件費も含めて必要となるかというと、平均百四十万ぐらいで、うちは百六十万だと。産婦人科医師の当直、そして小児科医、助産師、そして麻酔医、いろんな職種で周産期の安全を保っているので、そういう部分を入れると五十五万円ということではなかなか難しいということなんですね。分娩費を上げたいくらいだが、そこまではもうできないという実態を語っていました。要は、百六十万円掛かっているところを五十五万で現場はやっているということです。

こういうふうに……

○委員長（小川克巳君）　時間が参っております。

○白川容子君　はい。

改定の時期が固定化、改定の時期なども含めてということでありますけれども、なかなかこれは難しいという現場の状況です。この後、質問、また次回に移したいと思います。

ありがとうございました。

○天畠大輔君　代読します。

れいわ新選組の天畠大輔です。

まず、前回から引き続き、ＯＴＣ類似薬の特別料金導入について伺います。

大前提として、れいわ新選組はＯＴＣ類似薬の自己負担引上げそのものに断固反対の立場です。その上で、障害者への影響という観点から、現在の検討状況について伺います。

政府は、障害の除去、軽減を目的として、特定の障害や疾患に対する治療費の自己負担を軽減する自立支援医療などの公費負担医療については、この特別料金を一律に免除する方向を示しています。しかし、自立支援医療は全ての障害者が使える制度ではありません。対象となる障害や治療内容は限られており、障害があっても利用できない人は多くいます。日常的な通院や服薬、合併症の治療など、障害者に必要な医療の全てをカバーする制度でもありません。

一方、地方自治体が独自に実施している心身障害者医療費助成、例えば東京都のマル障などは、障害者の医療アクセスを支える極めて重要な制度です。障害者は、継続的な通院や服薬、合併症への対応など、日常的に医療を必要とする場合が少なくありません。しかも、そうした医療は自立支援医療の対象外となることも多く、自治体の助成があることでようやく受診を継続できている人もいます。にもかかわらず、政府は、この制度における特別料金の扱いを明確にしないまま、法案成立後の検討に委ねようとしています。国の制度か自治体の制度かで線引きをし、障害当事者にだけ別途特別料金を課すようなやり方は不条理ではないでしょうか。

そこで、厚労省に伺います。

自治体の障害者医療費助成の対象者について、国は特別料金の免除対象とする方向で検討しているのか、現在の状況と方向性を明確にお答えください。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えいたします。

本制度は、必要な受診が確保されるよう、医療上の配慮が必要な方には別途の負担を求めないなどの配慮を検討することにしております。国の仕組みである自立支援医療につきましては、委員から今御紹介もいただきましたように、対象疾病の治療の一環として使用される場合は、一環としてＯＴＣ類似薬が使用される場合は別途の負担を求めないということを考えております。

その上で、御指摘のマル障ということがありましたけれども、地方自治体が独自にやっておられる医療費助成の制度だと思いますが、これ、どういう方が対象とかいうようなその程度につきましても各自治体によってその内容が様々であると承知しております。地域によって別途の負担を求める方の範囲が違いが生じることについて公平の観点からどう考えるのか、また、そういう方が自治体の中で受診されるのか、また違う自治体で受診されるのかなど、いろいろその現場がそういう異なる実務に対応できるのかといった点も、論点も踏まえながら、これはしっかり検討してまいりたいというふうに思います。

○天畠大輔君　代読します。

結論としては施行後に検討するという答弁だったと思いますが、当事者にとっては命に関わる一刻の猶予もない問題です。

当事者団体である障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会、障全協や全国心臓病の子どもを守る会からは、激しい憤りと命が脅かされるという強い危機感の声が寄せられています。

例えば、先天性心疾患の患者は風邪一つで肺炎を引き起こしやすく、医師による早期の適切な処方が不可欠で、市販薬での代替など到底できません。収入が極めて低い福祉的就労の障害者にとっては、この負担増がまさに受診控えと重症化、命の危機に直結します。さらに、国の指定難病の対象外とされている多くの谷間の慢性疾患患者の命をつないでいるのも、まさに地方自治体の医療費助成です。ここを免除対象と明言しない国の姿勢は一貫性を欠いており、自治体の福祉政策を国が実質的に相殺するものと考えています。

また、先日の参考人質疑では、立教大学経済学部教授の安藤道人参考人から、公費負担医療の対象者はそれだけ医療ニーズが高い、目先の自己負担だけではなく、医療アクセス全体を見るべきだとの指摘がありました。さらに、日本医師会常任理事の城守国斗参考人も、ＯＴＣ類似薬の保険適用外には断固反対だ、特別料金を導入するにしても、どこまで配慮対象とするのか十分な議論が必要だと述べています。

大臣に伺います。

そもそも、このように国民の分断を招き、患者の重症化リスクを高める制度は、法案ごと撤回すべきだと考えます。しかし、政府が法案成立後に配慮措置を検討するというのであれば、少なくとも、国の制度の谷間に置かれている障害当事者や慢性疾患患者が誰一人として取り残されないよう、今後の検討プロセスにおいて、障害者団体、慢性疾患当事者団体、そして自治体の意見を直接丁寧に聴取し、一律免除を含めた万全の配慮を行うべきです。大臣、この点について、せめて前向きな御決意を是非お聞かせください。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、本制度における配慮の具体的な範囲は、法案の御審議も踏まえまして、施行後の有識者の御意見も聞きながら丁寧に検討していく必要があると考えています。

指定難病の対象外である患者さんであっても、医師の診断や治療の下で年間を通じて症状が持続し、通院した上で、今回の新たな仕組みの対象となる医薬品を通年で服薬することが医療上必要と認められる方については、別途の負担の対象外と考えています。

また、本法案の提出に当たっては、昨年十一月の社会保障審議会医療保険部会において有識者や患者団体から御意見を伺い、検討を進めてきたところであり、施行に向けた今後の検討においても

御指摘の点は重要だと考えますので、どのような形で患者や現場の意見を反映するかについても引き続き丁寧に検討をしていきます。

○委員長（小川克巳君）　天畠君が発言の準備をしております。お待ちください。

○天畠大輔君　医療費助成の対象かどうかにかかわらず、通年服薬が必要な方は特別料金の対象外ということですね。大臣、もう一度お願いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　医師の診断や治療の下で年間を通じて症状が持続をして、通院した上で、今回の新たな仕組みの対象となる医薬品を通年で服薬することが医療上必要と認められる方については、別途の負担の対象外となります。

○委員長（小川克巳君）　天畠君が発言の準備をしておりますので、お待ちください。

○天畠大輔君　分かりました。しかし、不安は消えていません。せめて障害者などの特別料金一律免除はすべきと強く求めて、次に行きます。代読お願いします。

出産費用の無償化について質問します。

出産に伴う経済負担の軽減は重要です。現在、出産費用は高騰を続けており、出産育児一時金が引き上げられてもなお大きな自己負担が残っています。

一方で、私が強く懸念しているのは、無償化に向けた制度見直しによって地域の産科医療そのものが維持できなくなる可能性です。先ほど白川委員からも御指摘ありましたが、日本産科婦人科学会の調査では既に四割を超える産科医療機関が赤字となっています。さらに、正常分娩が保険適用となった場合、分娩の取扱いをやめる、あるいは制度次第では中止を考えると回答した産科診療所が六割を超えています。

特に地方では、産科医院は単なる民間事業者ではありません。地域で安心して子供を産める環境を支える命のインフラです。妊婦さんの負担軽減は必要です。しかし、その結果として地域から産科が消えてしまえば、本末転倒ではないでしょうか。

そこで、厚労省に伺います。

出産に伴う経済負担の軽減に関し、地域の産科医療を維持するために、保険適用化に伴って赤字になった産科医療機関に対して公費支援などの手当てを行うべきと考えますが、政府の見解をお聞かせください。

○政府参考人（間隆一郎君）　お答えをいたします。

今回の出産に係る給付体系の見直しについては、妊婦の方の経済的負担の軽減と、それから委員御指摘のような地域の周産期医療、周産期提供体制の確保と、この両立を図るということが大事だと思っておりまして、その意味では、給付水準をどのように設定するかということが重要だと考えています。

具体的な給付水準については、今後、保険料への影響を考慮しつつ、分娩施設の経営実態等も踏まえながら、施行に向けて丁寧に検討してまいります。その水準に関しても、一旦決めたらそれで固定するということではなくて、施行後においても、各施設の経営実態等を考慮しつつ、定期的に検証し、必要に応じて見直しを行っていく考えでございます。

その上で、周産期医療提供体制の現状については地域によって様々ですし、委員が御指摘になられた点も含めて、抱えている課題もそれぞれでございます。こうした課題への対応策としては、医療保険制度での対応だけで考えるのではなくて、予算措置などを通じて、総合的な視点に立って支援していくことが必要だというふうに認識しております。

その上で、地域の実情に応じて、妊産婦の方が安心し、安心、安全に出産できる環境を整えるために、自治体とも連携しながら地域の周産期提供体制を確保していきたいと、このように考えております。

○天畠大輔君　代読します。

丁寧に検討する、必要に応じて見直すという答弁があったと思います。やはり、いろいろと決まっていない中で走り出す法案だということを改めて認識しました。

しかし、現場が求めているのは、将来的な検討ではなく、制度開始時点からの具体的な支援策と安心材料です。特に問題なのは、厚労省が地域の周産期医療提供体制を確保すると言いながら、現時点では、今回の見直しによって経営が悪化した産科医療機関への直接的な公費支援を明言していないことです。

産科は、一度やめてしまえば簡単には再開できません。医師、助産師、看護師の確保も難しく、地域から分娩施設がなくなれば、妊婦さんが長距離移動を強いられることにもつながります。だからこそ、施行後に検証するでは遅いのです。妊婦負担の軽減と地域産科の維持は、どちらかを犠牲にするものではありません。両方とも国の責任で実現すべきではないでしょうか。

通告なしですが、大臣に伺います。

少なくとも、今回の制度変更によって不採算となる産科医療に対する財政支援の枠組みを制度開始前に明確に示すべきではないでしょうか。大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まさに委員から御指摘のありましたとおり、今回の制度改正の目的は、妊産婦の方の経済的な負担の軽減と地域における周産期医療体制の確保、この両立を図るものであります。

したがいまして、現物給付のこの給付の水準をどうするかというのが極めて重要だと考えておりますので、実際の各分娩施設等の経営状況、これを十分に把握をした上で分析をした上で、その給付水準についても検討をしていきたいと考えております。

いずれにいたしましても、地域の周産期医療体制がしっかりと確保できるような枠組みが必要だと考えておりますので、また様々な御意見をいただければと思います。

○委員長（小川克巳君）　天畠君が発言の準備をしておりますので、お待ちください。

○天畠大輔君　都市部の産科からも不安の声が上がっています。代読お願いします。

地方だけでなく都市部の産科からも、全国一律の費用設定では、物価や人件費の高い都市部では経営が成り立たなくなり、分娩を取りやめる医療機関が増えるのではないか、結果として安全な周産期医療体制が損なわれるおそれがあるとの声が届いています。

制度施行後に検証するという姿勢ではなく、妊婦の皆さんも、出産を支える産科医療の現場も、安心してその営みを継続できるよう、国として明確な方針を示すことを重ねて求めまして、次に行きます。

無痛分娩について伺います。

無痛分娩は世界的には標準的な選択肢となっており、欧米では公的医療保険や社会保障制度の対象となっている国も少なくありません。一方、日本では、無痛分娩を希望しても追加で十万から二十万円程度の自己負担が必要となる場合が多くあります。特に障害のある方、疾病のある方、強い不安を抱える方などにとって無痛分娩は、単なるぜいたくではなく、安全性や身体的負担の軽減にも関わる重要な医療的選択肢です。

しかし、現状では、希望できるかどうかが所得によって左右されています。出産は社会が支える営みであるにもかかわらず、痛みや身体の負担を軽減する選択肢がお金のある人だけのものになっている現状は極めて問題です。もちろん、安全性の確保や安心して無痛分娩を選択できる医療提供体制の整備は大前提です。その上で、どの出産方法を選ぶかによって経済格差が生じない社会を目指すべきではないでしょうか。

そこで、大臣に伺います。

日本でも、欧米諸国のように無痛分娩への公的支援を拡充し、自己負担を大きく軽減する施策を取り入れるべきではないでしょうか。

○国務大臣（上野賢一郎君）　まず、無痛分娩の実施率は増加傾向にあり、妊婦のニーズも高いこと

は承知をしております。

他方で、無痛分娩には一定のリスクも伴いますので、妊婦の方々が適切な知識を得て、自身の希望に応じて選択できるように、関係団体等と連携した周知啓発などを進めてきております。また、無痛分娩の実施件数が極めて少ない地域もあります。そうした地域における体制整備や地域での連携による無痛分娩の体制整備の観点から、モデル事業も実施をしているところであります。

こうしたことを踏まえて、こうした取組を進めて安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境の整備を図ることは重要だと考えておりますので、現物給付の中での評価の在り方や現金給付の水準を含めまして、丁寧に検討していきたいと考えています。

○委員長（小川克巳君）　天畠君が発言の準備をしておりますので、お待ちください。

○天畠大輔君　現金給付で無痛分娩の追加費用も補填されるのですか。大臣、お願いします。

○国務大臣（上野賢一郎君）　無痛分娩向けで現金給付をするわけではありませんが、様々な付随的なサービスを実施をするために一定の現金給付を検討しているところであります。

○天畠大輔君　代読します。

安全性の確保や体制整備を重要という点は当然です。

しかし、今回の答弁では、選べる環境を整えるという話はあっても、経済的理由で選べない状況をどう変えるのかがはっきりとは見えてきませんでした。現物給付とは別に創設される現金給付の在り方を検討するという答弁は、裏を返せば、妊婦の自己負担が最終的にどこまで軽減されるのか、いまだ制度の核心部分が決まっていないということではないでしょうか。

実際、東京都が昨年始めた無痛分娩への最大十万円助成には、半年で想定を大きく上回る一万二千件超の申請が集まりました。これは、多くの人が無痛分娩を必要としている一方で、費用負担の重さに悩んでいる現実を示しています。一方で、支給は一部にとどまり、現場では申請の混乱や支給の遅れも起きています。必要性が高いにもかかわらず、制度設計や支援体制が追い付いていないのです。

現場の医療機関も妊婦さんも、結局幾ら自己負担が残るのか、産科経営は成り立つのかが見えず、不安を抱えています。制度の骨格が曖昧なまま、負担軽減という言葉を先行させて法改正を進めるのは極めて無責任だと思います。当事者不在のまま制度だけを先行させるべきではない、この点を改めて強く指摘しまして、次に行きます。

少子高齢化の進行が指摘され、政府でも対策を講じている中、今国会では先ほどもやり取りをさせていただいた出産費用に関する議論がなされています。また、不妊症については、徐々に保険適用の範囲が広がるなど、対策や認知が進んできたと言えます。

一方で、妊娠はするものの、流産や死産を二回以上繰り返して子供を授かることができない状態について、日本産科婦人科学会は不育症と定義をしていますが、不育症については認知度が高まっているとは言えない状況にあります。

環境省による子どもの健康と環境に関する全国調査、いわゆるエコチル調査を基に二〇一九年に発表された論文では、約五％の女性が二回以上の流死産を経験していたことが明らかになっているほか、数多くの研究者が参加してまとめた不育症管理に関する提言二〇二五では、こうした調査を基に、不育症女性の人数は三十四万人から最大四十八・六万人と推定できると評価をしています。

また、日本不育症学会は、流産について、全妊娠の約一五％を占める妊娠最大の合併症だと説明をしています。つまり、流産や不育症は決して珍しいものではない病気の一種です。しかし、こうした知識が周知されているとは言い難いのが現状です。

二〇二一年に発表された論文では、アンケートの回答を得られた千二百五十七人のうち、流産の原因について胎児の遺伝学的要因と正しく回答できたのは六二％でした。それだけでなく、長期にわたるストレス、ストレスフルな出来事、重いものを持つなどの誤った回答がそれぞれ七五％、六五％、四九％になりました。この論文では、米国の同様の調査で九五％が正解したことと比べてかなり正答率が低いと指摘をしています。さらに、この調査の回答では、流産経験者の五三％が流産したことに罪を感じ、二六％は流産を防ぐことができたと考えていました。

こうした考えは女性に対して過度なストレスを与えることになります。日本では流産後の女性の一〇％から五〇％が抑うつなどの症状を発症することが知られています。それが誤解が主な原因とするものでしたら、これほど悲しく理不尽なことはありません。

政府として、流産について誤った認識が定着している可能性があることを含め、流産や不育症に悩む人が多い現状をどのように考えていますか。今後、不育症の認知度を調査するなど実態把握を進めていく考えはありませんか。古川こども家庭庁政務官よりお願いいたします。

○大臣政務官（古川直季君）　お答えいたします。

委員御指摘のとおり、流産や不育症に悩まれる方々は多数おり、正しい知識の普及や、そうした方々に寄り添った支援の提供は大変重要であると考えております。

このため、こども家庭庁では、不妊症、不育症に関する全国フォーラムの開催や妊娠・不妊のポータルサイトを通じた情報発信、不妊症・不育症ピアサポーターの育成研修や医療従事者に対する研修などの取組を進め、流産や不妊症、不育症についての正しい知識の普及を図っているところです。

さらに、性と健康の相談センター事業により、各都道府県等において、不妊症、不育症の悩みを有する方への専門的な相談指導や不妊症、不育症患者等の支援のためのネットワークの形成などを推進しているところであります。

こども家庭庁としては、現時点で不育症についての認知度調査を実施する予定はございませんが、こうした取組を通じて、引き続き子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不育症の方の支援に努めてまいります。

○天畠大輔君　代読します。

現時点で不育症の認知度調査をする考えがないのは残念です。今後は是非、政府の新たな取組を求めたいと思います。

そもそも、不妊症に比べ不育症は国民の認知度が低い現状があります。二〇二〇年に公表された厚労省の不育症に関するプロジェクトチームによる検討報告では、不育症について国民の認知度が低く、どのような検査、治療、カウンセリングが受けられるか十分知られていないことなどの課題が明らかになったと結論付けています。この報告書から五年半が経過していますが、現状でどの程度の改善があったと考えていますか。これまでの施策の効果を検証する必要があるのではないでしょうか。こども家庭庁よりお願いいたします。

○政府参考人（竹林悟史君）　お答え申し上げます。

今御指摘をいただいたとおり、令和二年に国が取りまとめた不育症対策に関するプロジェクトチームによる検討報告におきましては、不育症について国民の認知度が低く、どのような検査、治療、カウンセリング等が受けられるか十分知られていないことなどが課題として挙げられております。

このため、こども家庭庁では令和三年度から、先ほど政務官からお答えしたとおり、全国フォーラムの開催、ポータルサイトを通じた情報発信、ピアサポーターの育成研修、あるいは医療従事者に対する研修などの取組を進め、不育症についての正しい知識の普及を図ってきたところです。

こうした施策の効果につきましては、例えば、全国フォーラムにつきましてはその視聴回数や参加者アンケートを通じた理解度調査、ポータルサイトにつきましては定期的なアクセス解析の実施などにより把握に努めております。また、不妊

症・不育症ピアサポーターや医療従事者に対する研修につきましては、令和七年度までにピアサポーター九百八十六人、医療従事者二千七百七十六人が研修を修了したところでございます。

どのくらい改善したかということを一概にお答えすることはなかなか難しくございますけれども、こども家庭庁といたしましては、こうした今申し上げましたような取組を通じまして、不育症についての正しい知識の周知啓発を着実に進めていくことによりまして、必要な方が必要な不育症の検査や治療を受けられるよう、引き続き実績などの把握、改善も図りながら取り組んでまいります。

○天畠大輔君　代読します。

時間が参りましたので、まとめます。

不育症について一定の取組が進んでいることは分かりました。とはいえ、効果を推し測るためにはより具体的な数字が必要と考えます。この点は、次回改めて伺います。

終わります。

○委員長（小川克巳君）　本日の質疑はこの程度にとどめ、これにて散会いたします。

午後四時五十六分散会