
>>>

JPA事務局ニュース <No.112> 2013年11月6日

>>>

<発行> 一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会(JPA)事務局
〒162-0822 東京都新宿区下宮比町 2-28 飯田橋ハイタウン 610号
TEL03-6280-7734 FAX03-6280-7735 jpa@ia2.itkeeper.ne.jp
JPAホームページ <http://www.nanbyo.jp/>

★難病医療費助成の負担増について、国会でも議論

難病対策委員会が出された厚労省素案については、国会でも取り上げられました。

以下は、国会速記録からの抜粋です。あくまで速記録であり、公式の議事録ではありませんのでご注意ください。なお、衆議院、参議院の各ホームページでも、審議の様子がビデオで見られます。

(水谷幸司)

★衆議院厚生労働委員会(11月1日)中根康浩議員(民主党)の質問から

○中根(康)委員 民主党の中根康浩でございます。

再生医療安全確保法、あるいは薬事法の改正、こういったもので、これまで治らなかった、あるいは治せなかった病気が治るようになる、新薬が開発されるということについては、大いに期待をしまいたいと思います。特に期待しておられるのは、難病患者や御家族の方々だと思っております。

しかし、その期待以上に、難病患者の皆さんを不安に陥れている状況があらわれてまいりました。

厚労省の難病対策委員会で検討されている難病患者の自己負担の大幅引き上げ。検討されているのは、現行、重症患者さんの場合、医療費は無料ですが、これを所得に応じた自己負担が課せられることになり、最大一月四万四千四百円、年間で五十三万円にも上る負担増ということになっているようでございます。

きょうは、傍聴席にも難病患者の方々も大勢お越しになっておられます。私は、当事者の皆様方の悲鳴にも似た思いをぜひ代弁したいという思いで、大臣と議論をしまいたいと思います。

難病患者や御家族にとってはまさに命にかかわる大変重要な改定ではございますが、今提案をされているような内容の改定案を当事者の方々が聞いたのは、ここ数週間ということであるようでございます。そして、今回、十一月の中旬までに、もうあと二週間ほどでこれを決めて、次の通常国会には法案を出すというような腹づもりということも聞いております。

余りにも拙速ではないでしょうか。もっと十分当事者の方々の声を聞くべきではないでしょうか。このような拙速な法案が入ってくるようなプログラム法案ということでは、当然、これまでの介護とか、あるいは医療とか、こういった議論に加えて、賛成できない

ということになってしまいます。当事者の意見が十分反映されない法案というものは、この難病の法案にしても、プログラム法案にしても、賛成することはできないということになってしまいます。

今から、患者さんや御家族の方々の具体的なお声を大臣に、厚労省にお伝え申し上げたいと思います。

資料を配付させていただきましたが、半分より少し後ろになりますが、五というところをぜひごらんいただきたいと思います。これは皮膚筋炎という難病患者さんについての資料でございますけれども、一つ一つは申し上げませんが、これだけ多くの薬を服用されておられるわけでございます。この中には、皮膚筋炎というもとの病気のための薬が副作用を起こすということで、その副作用を抑えるための薬も含まれているということでございます。

この方については、身障手帳というものは取得をされておられませんので、生活を送る上での各種軽減とか、あるいは免除とか割引、手当、こういったものは一切ありません。つまりは、難病でない方と同じ生活コストを負担しておられるわけでありまして、その上、大変長期にわたって、これは長期どころか、ある意味、死ぬまでと言っては語弊があるかもしれませんが、続く可能性のある治療であります。この治療費や薬代が課せられる、上乘せをされるということでございます。ですから、せめて、もとの病気のための薬代だけは無料にしてほしいというような御要望も承っているところでございます。

このたび、この方の子供さんが就職をされるということのようでございますが、今回、もし改定案のとおりになってしまった場合、生計中心者の所得から世帯単位の負担方法になりますと、大変負担が大きくなるし、そもそも子供さんの収入は子供さん自身の収入であるということで、日常的に頼りにしておられる子供さんに迷惑をおかけしたくないということで、世帯分離を考えざるを得ないのではないかとこの深刻なお気持ちになっておられるということ、まずこれをお伝え申し上げます。

それから引き続きまして、資料六、七にあります、これはALSの患者さんのものでございますけれども、医療費助成で何とか将来への望みをつないでいたが、今回の自己負担引き上げで、あたかもはしごを外されたような気になってしまうと承りました。負担が重くなるのであれば家族に迷惑がかかるから、気管に呼吸器をつけるかどうか迷っておられるとのことでございました。つまりは、生きるか死ぬかの選択をこの難病対策委員会が示した案が突きつけているということになるわけでございます。

病気以外にも、七番の表にありますように、毎月さまざまな経費がかかっているわけでございます。この上、一月四万四千四百円の負担は、余りにも重過ぎる。難病治療は、一生続く、これは先ほども申し上げましたけれども、いつ終わるともわからない闘いが続くわけでありまして。

このALSの方も、御家族に迷惑をかけたくない、特に、働いて頑張って仕事と家庭を、また介護、介助というものを必死になって両立してくれている御主人に迷惑をかけたくないということで、今回、世帯単位になるということで、離婚も考えざるを得ないという深刻な思いになっておられるわけでありまして。しかし、今お伝えを申し上げましたように、御主人に日常介護も頼っておられるわけでありまして、離婚をするということになれば、まさにこの御本人の方にとっては、死にもつながるような状況を招いてしまうということになるわけでありまして。

大臣、最も厳しい状況にある方々に一筋でも希望の光を与えるというのが政治の役割ではないでしょうか。それが、この難病の方々の場合、医療費助成であるというわけでありませぬ。もちろん、きょうの法案の再生医療というものも希望の光につながるわけでありませぬけれども、再生医療で治療法が見つかり、新薬が開発されても、負担が重過ぎると使えないうことになってしまうのではないのでしょうか。希望を与えるべき政治が希望を奪うというのはおかしな話であります。

資料の四をごらんいただきたいと思ひます。

これは、十月の二十七日に、難病対策に関する意見交換会で日本ALS協会の方々が厚生労働省に提出をされた提出意見書でございますが、ここにありますように、難病患者に余りにも重い自己負担、愛する人との別れを余儀なくさせられる世帯単位の考え方の導入については、ALS協会の方々からも強い反対の意見書が出されておられるわけであります。大臣もよくこれは御認識のことと思ひますが、もちろん、この厚労省の難病対策委員会の提言に対して反対している人ばかりではないということも、恐らく後で大臣がお話しになられると思ひますが、しかし、法律によって生活が苦しくなる方々の声を、より慎重に、より十分酌み取っていくというのが、まさに行政の、あるいは政治の責務ではないのでしょうか。

また、難病患者の方々の団体を分断するような今回のやり方、こそくなものであると感じざるを得ませぬ。

大臣、これまでの当事者の方々の生活あるいは思ひ、こういったものをお伝え申し上げましたけれども、御見解を承りたいと思ひます。

○田村国務大臣 本当に難病患者の皆様方、長期にわたって、まだ治療方法も当然のごとく確立していないわけでございますから、なかなか出口のない中において大変な御苦勞をいただいております。

現在、難病対策、政策において、医療の助成費、補助金を受けている、助成を受けている方々、五十六疾患とこの間まで言われておりましたけれども、これに対して、さらなる医療助成を望む方々もおられるということで、対象を広げていかなければならない。

一方で、生活支援サービス、今は総合支援法の中で、福祉サービスという形でこれを対応するようになっておりますが、これも現在は百三十という疾患であります。

研究事業全体でも三百。しかし、さらに多くの難病の疾患の方々、疾病の方々が、いろいろなサービスを受けたいというような強い要望を受けて、これはもう我々が政権に復帰する以前、民主党政権のときからであろうと思ひますが、それに対していろいろな御議論をいただいております。

そんな中で、所得の一定程度ある方に対しては一定程度の御負担をとというような御議論の中で、今、四万四千四百円というお話が出ました。これは多分、十月二十九日に提出された資料であろうというふうに思ひますが、二人世帯で五百七十万以上の収入がある方々にはこのような負担を一月お願いできないであろうかというような提案がなされた。ただ、一方で、難病の皆様方は、長期にわたってこの難病を抱えられて生活をされていかなければならないわけございまして、普通の疾病とは違うわけございまして、多数該当という制度は、それぞれの制度の中にはありますけれども、そもそも難病の皆様方は、多数該当どころか、ずっとその疾病を抱えながら治療をしていかなきゃいけない、そういうことも念頭に入れていかなきゃならぬわけあります。

そういうことも踏まえた上で、これからはとも、この検討の中において御議論をいただくというふうに思っております。しっかりとした報告をいただけるように、これからは議論がさらに充実をするように、我々も努力をしてまいりたいというふうに思っております。

○中根（康）委員 一定の収入があるといっても、先ほどから申し上げておりますように、今大臣もおっしゃられた、長期にわたる、いつ終わるともわからない治療生活、療養生活が続く。治療費だけではない、薬代だけではない、さまざまな、周辺の生活コストも治療コストもかかるということでもあります。

そして今、質問もはっきりしなかったかもしれませんが、御答弁がなかった部分、世帯単位で、世帯分離を余儀なくさせるような案が、今厚労省によって検討されているということについては、大臣、いかがお考えでしょうか。

○土屋副大臣 今、難病対策の見直しについては、難病対策委員会において検討が行われているところでございます、委員も御承知と思っております。難病対策委員会では、生計中心者の収入に基づいて医療費助成の所得区分を決定することは……（中根（康）委員「世帯単位のことだけ」と呼ぶ）世帯単位につきましては、今までは世帯単位でない形を世帯単位に変えさせていただくということは、社会の変化に伴って、生計中心者を客観的に判断することが非常に難しいという中で、世帯単位ということに移行していこうということでございます。

○中根（康）委員 その答弁では、先ほどから御紹介申し上げておりますように、難病患者の方々の生活をまともというか真面目に受けとめて検討しているということは全く言えないという答弁になってしまいますよ。

世帯単位では、先ほど御紹介したように、お子さんのお給料もその計算の中に含まれてしまう。お子さんに介護をしてもらっている、そういった中で、さらにお子さんの給料から自分の治療費を、介護費を出してもらおうということは忍びない、だから、愛する人と、本来一緒に暮らすべき人と別れざるを得ないということを考える、御主人と離婚さえ考える。このことについて、まさに、これはもう役所というよりも、例えば土屋副大臣であれば、政治家としてどう考えるかということ。これは大臣に本来聞きたいんですけども、どう考えるかということ、改めてちょっとお答えいただけないでしょうか。（発言する者あり）

○土屋副大臣 済みません、大臣でなくて申しわけありませんが。

今の現状ですけれども、生計中心者の判定に当たって、加入している医療保険、健康保険組合の場合、被保険者本人が生計中心者ということとさせていただいておりますけれども、所得税の控除対象か否か、これもなかなか、対象の場合、控除を申告した者が生計中心者かどうかというのがわかりにくいということと、これに基づいて一定の判定が行われるんですが、最終的には本人の申し出ということになりまして、なかなか難しい問題があります。それによって、今回、今議論をしていただいているところでございまして、年内には取りまとめをして、結果を報告させていただきたいと思っております。

○中根（康）委員 年内に取りまとめるということありきで進めているから、当事者の方々の生活の実態を反映できないものが出てしまうんですよ。これはじっくりと、年内なんというゴールを決めないで、十分実情を検証して、把握して制度を決めていくという姿勢がなければ、大変不十分なものになって、後で後悔することになってしまいます。

そして、今副大臣の御答弁にあったように、ほかの制度との横並びでこの制度も考えようとするから、おかしいものになって、生活実態に合わないものになってしまうということ

を改めて御指摘申し上げておきたいと思います。

それと同じようなことがあります。

今回検討されているものの中に、高齢者の高額療養費制度を参考にしているということでございます。難病患者と高齢者ではまさに生活の質が全く違うにもかかわらず、高齢者の医療費負担のあり方を参考にするやり方、こういう考え方は、今の副大臣の御答弁も含めて、やめた方がいいということにはなりませんか。

これについては、先ほどの資料でございますけれども、資料四にあるように、これもまた日本ALS協会の方々から意見書が提出されております。ですから、大臣、ぜひ御答弁をいただきたいと思います。(発言する者あり)

○後藤委員長 まず、それでは土屋厚生労働副大臣から。

○土屋副大臣 私の後に大臣ということでよろしく願いいたします。(中根(康)委員「そんなの意味ないよ、だめだめ」と呼ぶ)

○後藤委員長 どうぞ、早く答弁してください。

○土屋副大臣 一般に、高齢者は病気がちでありまして、慢性的な疾患を抱えることが多く、医療需要が高いなどのため、医療保険の高額療養費制度などにおいて配慮がなされていません。一方で、難病患者についても医療需要が非常に高いということで、これを踏まえて、医療保険における高齢者の患者負担を参考にしたものであります。

しかし、高齢者の患者負担を参考にした案は、あくまでも今たたき台でありまして、現在、委員会でお示ししている案は、新たな所得区分を設けるなど、さらに難病の特性に配慮をしているところでございます。

引き続き、当該委員会での御議論を踏まえ、新たな医療費助成の制度についてもさらに検討を進めてまいりたいと思います。

○中根(康)委員 今の副大臣の御答弁だと、高齢者の方も難病の方も、ともに医療需要が高いから同じような制度にされると。

だから、さっき指摘したじゃないですか。質が違うんだから、違う仕組み、違う制度にしなければだめじゃないですかということを行ったにもかかわらず、全くそんなこと、聞いたのか聞かなかったのかわからないような答弁を、両方とも医療需要が高いから同じような制度にしましたと。これが実態を反映しない制度づくりにつながっているということを改めて御指摘申し上げたいと思います。

大臣、何かありましたら。

○田村国务大臣 今副大臣も申し上げたと思いますが、たたき台の案として出させていただきました。

もちろん、それは全く同じ制度になるわけがないわけでありまして、そこは難病の方々の特性に応じたものにこれから議論の中で変わっていくわけでございますから、決して高齢者の制度をそのまま使うというわけではございません。

ただ、委員、先ほど、ずっとずっと議論をし続ければいいというようなお話でございましたが、一方で、早く法律を出さないと、待つておられる方々もたくさんおられるわけでございます。早く法案を出していただきたい、そういう方々もおられます。

ですから、日にちはありませんけれども、十分に御意見をお伺いさせていただいて、それぞれの方々の御意見のもとで、ある程度納得、全てが全て納得とは言えないかもわかりませんが、ある程度納得をいただけるような、そんな案を見出してまいりたい、このように

思っております。

○中根（康）委員 たたき台だから、これから変わっていく可能性があるからということはおわかりいただけますけれども、たたき台が示されるだけで当事者の方々はどれくらい不安になるかということ、これもまた今後の厚労行政の中で心しておいていただきたいと思っております。ずっとずっと議論していくというような、それは当然、エンドレスで、ゴールをつくらなくてもいいということを行っているわけではなくて、十分ヒアリングなり実情調査をして決めてくださいということをお願いしているわけでありまして。

（田村国務大臣「一言だけ」と呼ぶ）では、一言だけ。

○田村国務大臣 十月の二十九日、先ほど申し上げたものももう既にそれから変わっております。さらに変わり得る可能性というのはあるわけがございますので、御議論をいただく中において、それぞれある程度納得のいただけるような、そのような制度にしていきたいと思いますというふうに思っております。

○中根（康）委員 変わっているということではありますけれども、今、私自身が把握しておるもので申し上げますと、新制度案では、医療費助成の対象疾患を、先ほども大臣がお話しされたように、現在の五十六から約三百に拡大をすることが検討されております。拡大すると同時に、今まで無料だった重症患者の負担を課すということは、いわば難病患者が難病患者を支えるという構造になってしまうわけで、これは余りにも酷なやり方だと思います。

これは限られた予算の中だけで考えるとこういうことになってしまうのであって、社会保障を充実させるというために国民の皆様には御理解をいただいている、消費税を引き上げるわけでありまして、まさに、この消費税の増収分をここにこそ使わせてもらうべきではないでしょうか。難病患者が難病患者を支えるということではなくて、消費税で、国民全体で、難病患者の方々の暮らしや医療、命というものを支えるべきではないでしょうか。大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 消費税を使って難病対策の充実をという思いの中で、これは、我々自民党政権のみならず、それ以前の民主党政権から、そういうお考えのもとで、今、案を考えております。

確かに、消費税が際限なく税収がふえれば、それは何もかもという話になるのであります。ところが、問題は、委員も与党でいろいろとお仕事をしていただいておりますから御理解がありますとおり、以前の民主党政権の中においても、やはり消費税の使い道というものは非常に限られておいて、二兆八千億円しか医療の充実には使えない。

その中において、民主党政権でもさまざまな医療の充実策にお金を使う、一方で、一・二兆円は削減するというをお示しなされておられるわけでありまして。（発言する者あり）充実は一・八ですが、全体、ネットで二・八です、財源的には。だから、三・八から一・二を引くから二・八になるわけでありまして。

そういう意味からすると、言うなれば、そこは民主党政権も事細かなものはなかなか出せなかった。なぜかということ、それはいろいろなニーズは多い。削減するのは誰だって嫌なんです。でも、政権をとれば、そこに責任が生じる。しかし一方で、難病の方々がこれでは生活できないという形になってしまえば、これはまた何をやってたかわからないという中において、ぎりぎりの、今いろいろな検討をいただいております。

これは、私は、委員は与党で三年間汗をかかれたからこそ、そのいろいろな悩みというも

の、いろいろなものを進めていく上において大変な苦しみがあるということは御理解をいただけたと思います。

その中において、とにかく、それぞれ難病ではあってもいろいろな立場の方々がおられますから、その中において、ある程度、ここまでならばというような、そういう取りまとめをいただくべく、今御努力をいただいておりますということでもあります。

○中根（康）委員 プログラム法案の中でも、難病対策というものは位置づけられております。まずは三百億円使うということになっているようではありますが、これは、小泉政治以来、社会保障費が一律一〇%カットされて、本来、国と県が半分ずつ負担をすべき医療費助成を、ある意味、もとに戻すためだけに費やされるのであって、決して充実とは言えないということだと思います。例えば、平成二十五年度で千三百四十二億円の事業費に対して、国の予算は四百四十億円でしかありません。この穴埋めをするということにまず使われるわけでありまして。そうではなくて、純粋に充実をすべきだと思います。

政権を担えばさまざまな難しさがわかるだろうということであろうと思いますけれども、しかし例えば、現在無料の重症難病患者の人、約八万人だと示されておりますが、この方が全て一月四万四千四百円負担をすると仮定をした場合、これは大臣、計算をすれば、八万人掛ける四万四千四百円掛ける十二カ月で、これを掛け算すると四百二十六億二千四百万円という数字が出てまいります。実際には、全ての方が四万四千四百円ということではありません。実際には、大体この半分ぐらいになるはずであります。約二百億円あるいは二百数十億円ということでございます。

これは、消費税を充てずとも、二百数十億円ぐらいのことであれば、と言っては、二百数十億円だっとなかなかの額ではありますけれども、消費税が使い道がいろいろあるということであれば、厚労省のさまざまな予算をかき集めてでも捻出できる金額ということになるのではないのでしょうか。消費税ということであれば、もともと五兆円のうちの五千億円しか充実分に充てないからこういうことになってしまうのであって、消費税を、もっと充実分に充てる額の割合をふやす、あるいは、消費税でないと、厚労省のさまざまな予算を無駄を省いてここに充てていく。二百数十億円と仮にすれば、それは不可能な数字ではない。それをやれば、難病患者の方々に苦しい思いをさせないで済むということになりませんか。

○田村国務大臣 まず、八万人とおっしゃられましたけれども、それは現状の対象の八十万人の一割という話でございます。これからどこまでこれを範囲を広げていくかということ念頭に入れなければならないということでございますから、かかってくる費用というのがどうなるかというのは、ちょっと今はまだ出せません、これから、対象が決まっておりますので。

それから、〇・五兆円が少な過ぎるじゃないかとおっしゃられますが、前も説明しましたが、もともと本来、八兆円強、三%消費税を上げれば税収が来ますが、今回は、税収を上げた期間と入ってくる収入の期間がずれておりますので、五兆円強しか入ってきません。そのうちで、基礎年金国庫負担二分の一分、これはもう充てるというふうになっておりますから、約三兆円、これはないわけでありまして、残すところ二兆円。二兆円を、もともと一〇%に上げたとき、つまり、五%上げて十四兆円強税収があったときの、それぞれ、医療の充実、社会保障の充実と、それから後世に負担をツケ回さないための安定化の部分との、その案分をすると、まさに今回の〇・五兆円で、もしこれをやめれば、その分借金

がふえる、赤字国債がふえるだけの話でございます。それはまさに、民主党におかれましても、それをやるべきではないという話でございますので、まさに、完成形のスキームをそのまま入れますと〇・五兆円となってくる。もしこれをやめれば、赤字国債にあとが置きかわるという話でございます。

今回の五千億円というのは、そういう中においての一応理屈があった上での数字だということは、多分、十分に御了解をいただきながら御質問をされているんだと思いますけれども、御理解をいただければありがたいというふうに思います。

○中根（康）委員 復興増税を一年前倒して撤廃して、九千億円を公共事業に使う、その九千億円分はどこかの国債で調達をする。これは消費税云々の話ではなくて、財政全体で見ても大変ゆがんだものになっていて、本来充てられるべきところに充てられていない。ここが、今までずっと議論してきた問題点だということでもあります。

医療費助成の対象疾患は人口の〇・一%未満を基準とするようでありますけれども、では、例えばパーキンソン病など、〇・一%以上患者がいらっしゃる方々は対象から外れてしまうということになるのですか。

○土屋副大臣 済みません、また出てまいりました。

難病の新たな医療費助成の対象疾患の考え方については、現在、厚生科学審議会難病対策委員会で御議論いただいております。

この委員会の御議論においては、対象疾患の満たすべき要素の一つに希少性があること、対象疾患を医療の専門家等によって医学的、客観的な視点から選定することが意見として出されております。おおむね五万人未満とされてきましたが、難病対策委員会では、海外の基準を参考に、人口の〇・一%程度以下という基準で議論をしているところでございます。

厚生労働省としましては、この委員会での御議論を踏まえて、新たな医療費助成の対象疾患について検討してまいりたいと思います。

現在五十六ある疾患から、約三百ぐらいまで広げていくということでございます。

○中根（康）委員 ほかの制度だとかあるいは海外の事例だとか、もちろんそれも参考にすればいいとは思いますが、一番大切なのは、我が国国民の難病患者の方々の生活実態、どんなにつらい、苦しい思いをされておられるかということ、厚生労働省がどこまで受けとめるか、そこに自分のこととして政策に反映をすること、ということが今問われているわけですので、今の副大臣の機械的な御答弁では、とても納得するわけにはまいりません。

そもそも、五十六から三百にするということをおられますけれども、では、ちょっと見方を変えて質問をいたしますけれども、いろいろと、政権側になれば、あるいは与党になれば、難しいことがたくさんあって思うようにいかないというお話がありましたけれども、では、五十六から三百にする予算は間違いなく確保するということがいいですか。

○田村国務大臣 三百にするかどうかというのは、今現状、検討いただいておりますので、明確に私がここで申し上げるわけにはいかぬわけではありますが、大幅に広げる方向性のもとで御議論をいただいております。

その上で、予算の制約もあります。その予算の制約の中で対象を大幅に広げるということにおいて、いろいろな工夫をしなければならぬということ、今いろいろと委員会の方で御議論をいただいておりますので、御苦労をいただいておりますので、それも含めてこ

れから我々も活発な御議論をいただいて、実のある成果というものを期待させていただいておるといふことであります。

○中根（康）委員 やはり今の大臣の御答弁からいっても、三百にすることすら、実は確定できていないということになってしまうじゃないですか。法案が提出されたときには、ぜひ三百以上の拡大というものを含めた、明確に疾病、病名をここまで広げるんだということを示した上でなければ、審議はできないということになってしまいますので、そこまで用意された上での通常国会以降の法案提出、もちろん、通常国会にこだわられません、我々は。もっとじっくりと、先ほどから申し上げておりますように、実情を把握してから法案をつくってもらいたいと思っておりますので、そのことも含めて要望して、質問を終わりたいと思います。

○田村国務大臣 私の口からはまだ申し上げられないわけでありましてけれども、少なくとも候補として三百疾患挙がっておるといふことで、今御議論いただいておりますといふことであります。

○中根（康）委員 以上です。終わります。

★参議院厚生労働委員会（11月5日）川田龍平議員（みんなの党）の質問から

○川田龍平君 みんなの党の川田龍平です。今日は五十分質問させていただきます。よろしくお願ひします。

難病対策の法制化についてまず伺います。

難病対策の法制化は患者家族の長年の悲願です。一九六〇年代のスモン被害を薬害と認めないがために一九七二年にスモンを含む四疾患を対象に治療研究への研究謝金として始まった難病対策は、その後少しずつ対象疾患を増やし現在五十六疾患が対象となっておりますが、ここ数年は新規指定もされることなく、制度の谷間に落ちていると言われる対象外の希少難病はその数倍もあると言われております。他方で、都道府県の超過負担が約二百八十億円となっており、法制化して財源を確保し制度を安定化させることが必要です。

そこで、厚労省では、二〇一一年の九月、十年ぶりに疾病対策部会を開催し、その下にある患者団体の代表者も参加する難病対策委員会で法制化に向けた本格的な検討を延々と行ってきました。昨年九月には私も参加して超党派の国会議員連盟も誕生し、党派を超えて難病対策を推進する体制もでき、その後押しもあって政権交代以降も検討が続けてまいりました。

十月十八日の第三十三回難病対策委員会でついに厚労省から法制化の案が示されたわけですが、そこには法制化を待望してきた多くの患者家族が驚愕するような自己負担大幅増が盛り込まれていました。治療研究にも支障を来す負担水準であり、患者団体代表だけではなく多くの専門家の委員からの反対意見が出され、十月二十九日の第三十四回難病対策委員会では所得に応じた負担限度額の刻みを細かくするなどの修正案が示されましたが、これでもまだ重い負担だとの声が全国の患者家族から上がっております。

そこで、以下、大臣の見解をお尋ねいたします。

配付資料の一を御覧ください。この資料、一部ちょっと修正がありますが、後ほどこの修正は、十月二十九日の新医療費助成制度の自己負担案の二割のところの区分の四と五の間

に区分の五の一般というのがありまして、この高所得は区分の六になるということで、ちょっと一部この表が修正ありますが、これまで自己負担がなかった市町村民税非課税世帯、つまり年収八十万円までの世帯は月額三千円の負担となります。年収三百七十万円の世帯では月額二万四千六百円を一生払い続けることとなります。入院した場合はこれに加え食費も自己負担となります。この水準は、消費税も上がる時期にあつて、果たして本当に支払可能な金額と大臣はお考えでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） 難病対策委員会で自己負担の御議論をしてきていただいたわけでありまして、主にいろんな御議論ありましたが、三点ほど。一つは、各所得階層に関して負担がどの程度が適切かという議論。それから、低所得者の方々に対してどのような配慮が必要かという議論。さらには、長期間にわたって高額の治療費が必要、給付を受けるといったの方々に対してどのような配慮をすべきかという御議論であったというふうに大まかに言うと整理がされるというふうに思います。

それぞれこれからまだ議論は続いておるわけでございまして、今委員が言われたのは、三百七十万年収から五百七十万円の方々が出ている案では二万四千六百円、これは月々でありますけれども、この上限が果たして適切かどうかというのを今の三点等々踏まえてこれからも御議論をいただくことになろうというふうに思います。

○川田龍平君 この難病患者の皆さんは、自己負担はしないと言っているわけではありません。厳しい国家財政にあつて、対象を三百疾患に拡大するためにも、応分の負担はする用意があります。しかし、障害者の自立支援医療では、市町村民税非課税世帯は二千五百円の負担です。なぜこれは五百円高いのでしょうか。

○政府参考人（佐藤敏信君） お答えをいたします。

難病の治療費助成に係ります自己負担につきましては、ただいまも大臣からお話がありましたように、厚生科学審議会疾病対策部会の難病対策委員会において御議論いただいているところでございます。その中で、議員からのお話もありましたように、高齢者の患者負担を参考にした案を十八日の日にあくまでたたき台として提示をし、さらに、そこで出た委員の意見を踏まえまして、先月二十九日の委員会において、市町村民非課税世帯などに新たな所得区分を設けて、医療保険の高齢者の患者負担よりももう少し緩やかになるように自己負担限度額を示したところでございます。

その際には、やはりこれも議員の御指摘にありましたように、医療保険制度の取扱い等を参考にしまして、市町村民税非課税世帯の本人年収八十万円以下の区分を新たに設けまして、さらに治療費が家計に与える影響などを特に配慮いたしまして、今お話がありましたように、一人当たりの保険医療に係る支出の状況等々から見て負担上限額三千円ということで御提示をしたところでございます。

そういう状況でございますけれども、そもそも難病患者に対する治療費助成は障害者自立支援医療とはちょっと異なっている部分があります。と申しますのも、障害者自立支援医療におきましては、障害を除去、軽減するために治療効果が期待できる医療のみを給付対象としておりますが、一方で難病の場合は、対象疾患あるいは対象疾患に付随して起こるような、付随して発現するような傷病に対しても医療を含めて給付対象としております。また、同一世帯内に複数の対象患者がいる場合に世帯内の対象患者の人数で負担限度額を案分することなども検討されておまして、そういう意味では金額だけを一律に比較するということはなかなか難しいかと思っておりますが、引き続き難病対策委員会での御議論も踏ま

えながら、今また患者団体からの御指摘等も踏まえながら、負担も含めました医療費助成の制度について更に検討を進めてまいりたいと考えております。

○川田龍平君 障害者より難病患者から五百円余計にいただくことでどれだけ国家財政への影響があるのでしょうか。

○政府参考人(佐藤敏信君) 現時点では一体どのくらい、三百疾患ということで提示はしておりますけれども、新規にどんな疾患が対象になるのかと、具体的な疾患名、あるいは、したがって患者数も確定をしておりますので、お尋ねの影響額を簡単にお示しすることはできませんけれども、大ざっぱに言いますと十億円単位ぐらいかなというふうに考えております。

○川田龍平君 これは全く理解できない理屈です。

先日の厚労省との意見交換会でも、多くの患者団体から完全治癒が見込めない難病患者の負担能力から考えて不公平だとの意見が出たのに、厚労省が難病対策委員会に提出した意見概要ではそのような意見が少なかったと受け取れるように整理をされています。一生治らないで一生払い続ける難病患者だからこそ、いつかは治って支払わなくて済むようになる障害者より五百円余計に払い続けるというのはどう考えても不公平ではないでしょうか。いかがでしょうか。

○副大臣(土屋品子君) 先ほど佐藤局長からもお話がありましたけれども、広く所得に応じて一定の御負担をいただくという考えの下で今検討を進めているところでございまして、難病の医療助成対象となる医療の範囲は自立支援医療の範囲よりも広いことを考慮いたしまして現在の自己負担限度額の案を提示させていただいているところでございます。

いずれにしても、具体的内容については難病対策委員会で御議論いただいておりますが、当該委員会での御議論を踏まえつつ、丁寧に対応していきたいと思っております。

○川田龍平君 納税者である国民の理解が得られないという理由もあるそうですが、本当にそうでしょうか。難病は遺伝子レベルの変異が一因であるものが少なくなく、この確率は非常に低いものの、国民の誰しもいつ発症するか分かりません。さらには、難病対策の治療研究の発展は難病患者でない国民も裨益する様々な医学、薬学の進歩に資すると考えます。

そこで、今回の法制化に当たっては、二〇一三年一月の難病対策委員会の提言にあるように、「難病は、その確率は低いものの、国民の誰にでも発症する可能性がある。難病は、生物としての多様性をもつ人類にとっての必然であり、科学・医療の進歩を希求する社会の在り方として、難病に罹患した患者・家族を包含し、支援していくことが求められている。」ということを経験の理念としてうたうべきと考えますが、大臣の見解を求めます。

○国務大臣(田村憲久君) 本年一月、難病対策委員会の提言において、「おわりに」の部分で、難病に罹患した患者・家族を社会で包含し、支援していくことが求められていると、このように記載が盛り込まれました。あわせて、同時に、この提言の中で、難病対策の改革の基本理念は、難病の克服を目指すとともに、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指すこと、こうされておるわけでありまして。

今般のこの難病委員会、今現在検討が行われておるわけでありまして、ここはまだ基本理念のところまで踏み込んでおりません。これから御検討いただきまして、基本理念も含めてしっかりと御議論をいただいて最終的に作り上げてまいりたいと、このように思っております。

○川田龍平君 これは、そもそも高齢者医療制度に合わせた負担の制度設計をしたことが患者、家族の、難病患者の反発を招いていると考えます。難病患者の中にはもちろん高齢者の方もいますが、社会参加を望む多くの現役世代の方々もいるのです。

重症度基準を全ての疾患に導入し、軽度者には長期に高額な負担がない限り助成をしないと。これでは、軽度のうちに適切な医療を受けて、病気とともに働き、税を納めるという好循環にならないのではないかと考えますが、大臣の見解はいかがでしょうか。

○国務大臣（田村憲久君） 今も土屋副大臣から話がありましたけれども、一定の公平性、国民の理解、こういうものをやはり得なければならないというところがあります。

そこで、今般は、やはり一定程度日常生活に支障が出る程度以上の症状ということになっておるわけでございまして、御承知のとおり、今回、五十六疾患から、一つ今、基準で三百疾患という話が出てきております。これに向かっているような御議論をいただいております。

一方で、多分、今まで百三十であった総合支援法の対象、福祉サービスの対象も、これほどまで広げるのかという議論をいただいております。それぞれいろんな議論の中で、今、やはり一定程度日常生活に支障の出るというような話をいただいております。いずれにいたしましても、まだこれから検討会でいろんな御議論をいただきながら最終報告ということになろうと思っておりますので、しっかりした御議論をいただきたいというふうに思っております。

○川田龍平君 さらに、この治療をしていることで症状が出ないで済んでいる難病患者の方もいます。

例えば、難病指定を待ち望む再発性多発軟骨炎の患者さんです。この疾患の患者さんの中には高額な医療で何とか症状が出ないようにできている方々がありますが、重症度分類を適用されると軽症でさえないということになり、せっかく難病指定をされても制度の対象にならないのではないかと懸念していますが、どのようにお考えでしょうか。

○政府参考人（佐藤敏信君） 今、再発性多発軟骨炎が例示として御質問になりましたけれども、対象患者につきましては、対象疾患に罹患している者のうち、症状の程度が重症度分類等で一定以上等である者ということで御議論が進んでおります。そういう中で、対象患者の認定基準について、現在、難病対策委員会で御議論いただいているというところを御理解いただきます。

その上で、高額な治療が継続的に必要な患者さんがいらっしやっていて、その高額な治療によって症状が抑えられているという場合もございましょう。こういう場合についても医療費助成の対象にするべきということが難病対策委員会の意見の中にも出されておりました。こうした御議論も踏まえつつ、厚生労働省として引き続き検討してまいりたいと考えております。

○川田龍平君 この疾患の特徴を無視して、一律に重症度基準を導入するのは問題ではないかと問題提起をしておきます。

負担の在り方に患者、家族が一番関心を寄せています。次回の難病対策、これは十一月二十日ごろまで時間もありますので、五百円の差のことも含め、大臣、よく事務方に検討させてください。

負担の問題以外にも、まだまだ難病対策の法制化には多くの課題が残されています。時間の関係で今日はここで終わりにしますが、最後に一つだけ、この難病の関係については最

後に一つお尋ねいたします。

二十九日に示した医療費助成の対象疾患、配付資料二の中で、この配付資料の二の中で、この対象疾患数が約三百になると示していますが、この1型糖尿病、線維筋痛症、そして筋痛性脳脊髄炎（慢性疲労症候群）はそれぞれこの表のどこに入るのかを、理由もそれぞれにお答えをください。

○政府参考人（佐藤敏信君） 難病対策委員会の御議論の中では、医療費助成の対象とする疾患は、希少性、原因不明など四要素を満たしているもの、そして客観的な診断基準が確立している疾患ということで、具体的な疾患の選定に当たりましては、難病対策委員会の御報告をいただいた上で、医療の専門家等によって改めて医学的、客観的な視点から行うことというふうに考えております。

先ほどの御質問の中でもお答えをしましたが、疾患の選定はこれからの話ということでございまして、三百疾患が具体的に何になるかというのをちょっと今日この場ではお答えできませんが、現在、厚生労働省の研究班について疾患の選定に必要な検討材料の整理を進めているところございまして、大変申し訳ありませんが、そういう整理が進んだ段階でまたお示しをしていくことになるんだらうと思います。よろしく願いいたします。

○川田龍平君 是非これらの難病、患者も、難病指定、医療費助成を強く求めていることを、大臣、御理解いただいて、法制化の検討を進めていただきたいというふうに思います。

★参議院厚生労働委員会（11月5日）小池晃議員（共産党）の質問から…

○小池晃君

それから、難病の問題、先ほど川田委員からもあったテーマで残りの時間議論をしたいんですが、厚労省の見直し案、今日、配付資料でお配りをしておりますが、私どもは基本的な立場として、対象疾患の拡大、法制化は必要だというふうに考えます。しかし、それと引換えのような形でこんな大幅な負担増ってあるんだらうかと。私、いろいろと厚生労働省の出してきている問題、大体反対すること多いですけど、これほどちょっと乱暴のないと思いますよ、はっきり言って。ちょっと驚くべきこれは中身ですよ。

資料の一枚目は、今回の現行制度と比べて今の厚労省案を比較したものです。これまで住民税非課税世帯は自己負担ゼロだったんですが、これが最高月六千円の負担、それ以上のところも全部軒並み上がっております。その結果、何が起こるかという、二枚目以降に、これは作家で御自身が難病の自己免疫疾患の患者でもある大野更紗さんたちが、今回の厚労省案によって実際に可処分所得に占める自己負担限度額がどの程度になるかということ計算されたものであります。

三ページにあるのは、これは夫婦のみ世帯で、現行制度それから厚労省案によって可処分所得の中でどれだけの負担になるか。例えば三ページ目ですね、夫婦のみ世帯で年収百六十万円だと、現行制度では可処分所得の二%ですね、患者が被扶養者だとしても。それが一〇・六%ですよ、厚労省案だと。それから、四枚目の夫婦プラス子供二人世帯では一〇・四%、五ページ目の単身世帯だと一一%ですね。

これ厚労省に聞きますが、年収の一割にも達する負担というのは、これは余りにも重過ぎるんじゃないですか。

○国務大臣（田村憲久君） 先ほども川田委員の御質問にお答えさせていただいたんですが、ただいま御議論をいただいているところであります。各所得階層においてどれぐらいの負担が適当であるかということ、それから低所得者の方々に対する配慮、さらには高額な医療を継続して受けられるそういうの方々に対してどう考えるか、こういうような論点で現在議論をいただく中において、このような案が提出をさせていただいた中において、更に議論を深めていただいて最終的に御判断をいただいて、それにもってして適切な対応をさせていただきたい、このように思っております。

○小池晃君 これからの検討だというのであれば、私、問題点幾つか申し上げたいんですね。この限度額は高齢者医療における限度額を参考にしたというふうにおっしゃるんですね。しかし、これは実態、全く高齢者医療と違うわけですよ。まずもって、自己負担限度額の持つ意味が私は全然違うと思うんです。一般医療において高額療養費の対象となる比率というのは、高齢者の外来でせいぜい三%です。現役世代だと一%未満です。自己負担限度額に達するような一般医療というのはめったに発生しないわけです。

しかし、難病の患者の場合は、これは局長、事実として確認したいんですが、一般医療に比べて数倍の医療費掛かっていますよね。局長、そこは間違いないですね。

○政府参考人（佐藤敏信君） ちょっと一般の患者さんと比べてどういうふうな分布になっているかという、今日ちょっと手元に資料を持っておりませんので正確には申し上げられませんが、医療費総額が低いところから非常に高いところまで幅広く分布をしているということは言えると思います。

○小池晃君 いや、厚労省の資料を見ても、一人当たり医療費はやっぱり圧倒的に難病患者は多いわけですね。しかも、難病の多くというのは、青年期、壮年期発症ですよ。社会的な役割を果たしながら一生にわたって治療が続くわけで、これ何で高齢者医療を参考にしたんですか。これ全く違うじゃないですか、医療の実態が。

○政府参考人（佐藤敏信君） 先ほどからお話しておりますように、難病対策委員会においてこの自己負担の在り方についても御検討をいただいているわけですが、難病対策の改革について提言が出されておまして、この中でも、類似の患者を対象とする他制度との給付との均衡を図ると、こういうことになっております。具体的には、高齢者だとか障害者などの他制度との給付の均衡を図ると、こういうことになっておまして、そういう提言に基づいて考えてみますと、今小池議員からは違うんじゃないかと言われましたけれども、私どもの理解としては、一般に高齢者が病気がちであること、それから慢性的な疾患を抱えていらっしゃることで、それから、したがって医療需要が非常に高い、それから、医療保険の高額療養費制度などにおいて、今度は制度の面ですけど、医療保険の高額療養費制度などにおいて一定の配慮がなされているというところがある程度参考になるのではないかと考えております。

例えば、難病患者についても医療需要が高いというようなことは参考になるんじゃないかということで、差し当たりは医療保険における高齢者の患者負担を参考にして十月十八日にたたき台を出したところですが、さらに、十月二十九日においては新たな所得区分を設けるなどして難病の特性にも配慮しているところですが、引き続き御議論を進めていただいて結論を得たいと考えております。

○小池晃君 私はちょっと説得力ないと思いますね。やっぱり高齢者じゃないでしょう。類似性ということでいえば障害者医療ですよ。自立支援医療ですよ、やはり参考にすべきは。

これ、高齢者と全く生活実態、疾病の実態もやっぱり違うと思いますよ。

実は、この医療費助成については、難病に対する施策というのははっきり言って今まで医療費助成ぐらいしかないじゃないと言われていたわけですね。法定雇用率も対象じゃない。ホームヘルプサービスやっていましたけど、ごくごく一部しかやっていないわけですね。

そういう中で、ほとんどまともな難病対策ない中で、医療費助成が唯一のセーフティネットになってきたわけですよ。しかも、医療そのものが、やっぱり難病患者さんにとってみれば生存のためにどうしても必要なものが医療だということがあるわけですね。しかも、先ほどから言うように、高額な医療、高額な薬剤などを使った医療が半永久的に続いていくと。もちろん、公的医療の負担以外に差額ベッド代や交通費なども掛かってくるわけですよ。

今日お配りした資料の七ページに、全国CIDPサポートグループ事務局、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、神経難病の患者さんの支援団体からの資料をお配りをしましたけれども、これ、血液製剤など的高額な治療で病気と闘いながら働いておられる方も多いわけですね。大臣、これ見ていただきたいんですが、今までの医療費の負担に比べて二倍、三倍、あるいは八倍近くというケースもあるわけですよ。現在、月五千七百七十円の負担だったケースで、限度額引きますと二万四千八百円から四万四千四百円と。大臣、難病と闘いながら働いているこういう世代の人たち、年収三百七十万円です三十万円近い負担、年収五百七十万円です五十三万円の負担、こんな医療費負担、耐えられると思いますか。

○国務大臣(田村憲久君) 委員おっしゃられますとおり、難病の方々に対してのいろんなサービスという意味では余りなかったわけでありまして。そんな中において、総合支援法の改正で、百三十疾患に対して総合福祉法の福祉サービスが受けられるようになったということは一歩前進であったというふうに思いますが、それに合わせて、今般、難病医療費助成の範囲の拡大ということで、五十六疾患から、まあ幾つになるかはまだ決まっておりますが、一つ大きなめどとして三百疾患、これを目指していろんな議論を今していただいておりますということでありまして、取りあえず、今ほど来、高齢者医療との対比という話がありましたけれども、今委員がおっしゃられたような視点も含めて、今難病対策委員会で御議論をいただいて、継続していただいておりますので、繰り返しになりますけれども、そこでの御議論をしっかり踏まえた上で適切な対応をしてまいりたいと、このように思っております。

○小池晃君 私は、先ほどから議論も出ていますけれども、やはり、配付資料一枚目に自立支援医療との比較が出ておりますけれども、自立支援医療の自己負担限度額というのは今回の難病医療の厚労省案より低いわけですね。参考にすべきは、やっぱり高齢者医療ではなくて、せめて障害者医療ではないかと。私たちは応益負担はなくせという立場ではありますけれども、せめてやっぱりこういう制度を立ち上げるのであれば自立支援医療並みの負担にすべきだということ、検討に当たって、私が言った視点も踏まえてとおっしゃいましたので、そういったことも是非踏まえて検討してほしいというふうに思うんです。それから、医療費助成の対象となる疾患がどうなるかという問題で、そもそもちょっと、局長、難病の定義は何ですか。

○政府参考人(佐藤敏信君) 原因が不明とか、治療法、具体的な治療方法が、しっかりした確定的な治療方法がないとか、長期にわたって医療が続く、慢性的にだらだら続く、そ

れから社会的に支援が必要とか、そういうような要素ということになります。

○小池晃君 ところが、難病の定義はそうなのに、医療費助成の対象となると、そこに患者数が人口の〇・一%程度以下ということが加わるんです。何で難病の定義にないこういう条件を加えるんですか。

○政府参考人(佐藤敏信君) やっぱ、難病が昭和四十七年に難病対策要綱でできたときに、ある程度、希少性というものが一つの要素であったというふうに言えると思います。希少な難病ということになりますと、なかなか研究も進まない、あるいは薬だとか医療機器の開発も進まない、こういうことがありますし、また患者さん本人にとって、なかなか相談しようにも近くに似たような境遇の方がいらっしやらないということがありますので、そういう希少性に着目をして、そして研究を進めていくというような側面がやっぱりこの難病対策のスタートラインにあったと思います。

○小池晃君 いや、済みません、研究事業はそうだったかもしれないけど、医療費助成を希少性に限定するというのは、これは根拠全くないと私は思う。

人口の〇・一%程度というとおよそ十二万人前後で、これは厚労省の資料で見ると、例えば潰瘍性大腸炎とかパーキンソン病などの患者数はおよそその程度の数になっているわけですね。安倍首相は所信表明演説で、難病から回復して再び総理大臣となった私にとって難病対策はライフワークとも呼ぶべき仕事ですと、こう述べたのに、まさか潰瘍性大腸炎を外すようなことは私はないでしょうねと思いますけれどもね。

大臣、やっぱり患者数が多いということは、それだけ苦しんでいる人が多いということなんです。だったら、その多さを理由にして医療費助成の対象からは外しますよ、これは筋が違わんじゃないですか。大臣、いかが考えますか。大臣が答えてください。

○政府参考人(佐藤敏信君) 医療費助成の対象とする疾患につきましては、今、小池議員から御指摘がありましたように、患者数が人口の〇・一%程度以下、程度ということが付いておりまして、〇・一%ではっきりとここで切るということではありませんで、そうしたこととか、これ以外にも原因不明とか効果的な治療方法未確立とか、そういったような要素を加味して、対象疾患は医療の専門家等によって選択をして、選定していただくということになっております。

先ほど川田議員の御質問の中にもお答えしましたように、この難病対策委員会での御議論を踏まえて、更に対象疾患について検討をしまっているというところで考えております。

○小池晃君 私、考え方をちょっと大臣に聞きたいんですけども、先ほどもちょっと挙げておられたけど、今回の難病対策の検討に当たって、こう言っているわけですね。希少・難治性疾患は遺伝子レベルの変異が一因であるものが少なくなく、人類の多様性の中で、一定の割合発生することが必然であり、患者・家族を我が国の社会が包含し、支援していくことが、これからの成熟した我が国の社会にとってふさわしいと。

私は、これは難病対策の基本に据えるべき正しい考え、大事な考え方だと思うんですが、先ほど大臣は対象を広げるということとやっぱり併せて自己負担の見直しということを行っているわけですが、新しい難病にも対象を広げるから、それまで、その代わりに、今まで制度の対象だった難病患者には負担を求めると。言わば難病患者の中で負担をし合うというのは、私は、社会で包含し、包摂していくことがこれからの成熟した社会だという考え方とは反するんじゃないかと。このやっぱり難病患者の中で負担の分かち合いをするような考え方は、これは改めるべきじゃないですか。

○国務大臣（田村憲久君） 委員がおっしゃられたとおり、取りまとめ、提言の中で、難病に罹患した患者・家族を包含し支援していくというような旨の記載があるのは事実であります。一方で、この提言では、対象疾患の拡大を含めた見直しに当たっては、一方で適切な患者負担の在り方も併せて検討することや、全ての者について所得に応じて一定の自己負担を求めることも示されているわけでありまして、そのような意味をしっかりと踏まえた上で、今、難病対策委員会で御議論いただいておりますので、その御議論の結果を我々は踏まえた対応をしてまいりたいというふうに思っております。

○小池晃君 私は、一円も負担を増やすなどとは言っていないですよ。自立支援医療にそろえるということになれば、これは負担は一定増える部分だってあるわけですよ。でも、せめてそのぐらにならないのかということを行っているわけですね。財源についても、私はもっと工夫の余地はあると思う。例えば、これは、難病の治療研究事業によって恩恵を受けているのは製薬企業ですよ。これは、新薬の開発なんかにはこれは寄与しているわけだし、医療費助成によって新薬が普及するという実態もあるわけですよ。どういう形か分からない。例えばアサコールなんていう潰瘍性大腸炎の新薬、これ画期的だと言われて、これを安倍首相もこれは自分飲んでいっていると言っていますけれども、これ百億円以上の売上げだっているじゃないですか。やっぱり製薬企業なんかにもある程度の何らかの形で負担求めるとか、そういったことだって検討の余地あるんじゃないでしょうか。大臣、どうですか。

○国務大臣（田村憲久君） アサコールでという話もありましたが、一方で、希少性の疾患で実際問題なかなか製薬会社がそこに踏み込めないという中で、難病の中で新しい新薬の開発が進まないといって苦しんでおられるというようなお声も我々よく聞くわけでございまして、なかなか製薬会社にそこで何とかお金を出してくれと行って、一方の方が進まないというようなことが起こってはこれはこれでまた大変なことではございますので、なかなか今、御提案でございましてけれども、私の口からそれはなかなかいい案ですねとは言えないということも御理解をいただきたいというふうに思います。

○小池晃君 難病対策の基本理念は、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指すとなっているわけで、いい案ではないなんて言わないで、いろんなことをやっぱり検討していただいて、私それだけで財源つくれとは言っていないから、例えばそういったことも含めていろんな選択肢もっと検討して、やっぱりこんな過酷な負担を強いるなんてことはやっぱり見直してほしいというのが私の趣旨ですので、是非前向きに検討し直していただきたい。

このまま決めるようだったら、次の国会では大変なことになるということを申し上げて、質問を終わりたいと思います。
