

第18回規制改革会議議事録

1. 日時：平成25年10月24日（木）9:30～11:46
2. 場所：中央合同庁舎4号館11階共用第1特別会議室
3. 出席者：
 - （委員）岡素之（議長）、大田弘子（議長代理）、安念潤司、浦野光人、翁百合、金丸恭文、佐久間総一郎、佐々木かをり、滝久雄、鶴光太郎、長谷川幸洋、林いつみ、松村敏弘、森下竜一
 - （専門委員）滝口進、土屋了介、松山幸弘
 - （政府）後藤田内閣府副大臣、西村内閣府副大臣、福岡内閣府大臣政務官、小泉内閣府大臣政務官
 - （事務局）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、館規制改革推進室次長、中原参事官、柿原参事官、三浦参事官、大熊参事官
 - （関係団体）社会医療法人河北医療財団 河北博文理事長
公益社団法人日本医師会 今村聡副会長
 - （国土交通省）井上住宅局長、杉藤住宅局市街地建築課長
 - （法務省）萩本大臣官房審議官
 - （厚生労働省）友藤社会・援護局福祉基盤課長
4. 議題：
 - （開会）
 - 1. 重点的フォローアップ
 - （1）老朽化マンションの建替え等の促進
 - （2）すべての社会福祉法人の経営情報の公開
 - 2. 医療関係者からのヒアリング（保険診療と保険外診療の併用療養制度）
 - 3. 公開ディスカッションの開催について
 - 4. 「規制改革ホットライン」について
 - （閉会）
5. 議事概要：

○岡議長 定刻になりましたので、第18回規制改革会議を開会いたします。

本日は稲田大臣、甘利大臣は国会日程の関係で御欠席でございます。

また、大崎委員が御欠席です。

はじめに、新たに規制改革担当政務官に着任されました、福岡政務官が本日御出席いただいておりますので、一言御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○福岡大臣政務官 このたび内閣府の大臣政務官を拝命しました、福岡資麿と申します。どうぞよろしく願いいたします。

○岡議長 ありがとうございます。

続いて、新たに産業競争力会議を担当する政務官に着任されました小泉政務官に御出席いただいておりますので、一言御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○小泉大臣政務官 おはようございます。御紹介いただきました小泉進次郎でございます。復興政務官兼内閣府政務官として甘利大臣、西村副大臣とともに頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともどうかよろしく願いいたします。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、報道関係の方はここで御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○岡議長 これより議事に入ります。議題1といたしまして、重点的フォローアップ事項のうち、老朽化マンションの建替え等の促進について国土交通省から説明をお願いします。本日は説明者の他に法務省からも御出席をいただいております。早速ですけれども、よろしく願いいたします。

○国土交通省(井上局長) おはようございます。法務省も来られておりますが、代表して国土交通省住宅局でございますけれども、御説明をさせていただきます。

資料1-1でございます。

1 ページ、まずマンションの現状でございますけれども、24年末の総数が約590万戸、住宅ストックの1割を超える状況でございます。そのうち昭和56年に建築基準法の規定が改正されまして、旧耐震、古い基準で建設をされて、耐力が足りない可能性があるものが約106万戸でございます。

2 ページを御覧いただきますと、築30年のものが緑色でございます、40年以上のものが青または黄色。当然でございますけれども、人間の年齢と同じでございますので、年を追って築30年ないしは40年を超えるマンションが増加していくということで、老朽化対策が喫緊の課題であるという認識でございます。

3 ページ、一方でマンションの建替え事業ということで実施をしている数は伸びてはおりますけれども、老朽化の程度に比べると非常に伸びが少ないということでございます。これまで約14,000戸、183件の建替えが実施されたということでございます。これらのことから、従来から規制改革からこの建替え問題は再三御指摘をいただいているわけですが、とりわけ生命、身体の保護の観点ということで新耐震基準の前のもの、そして、診断をして危ないという結果が出たものについて、建替えをしていくのが喫緊の課題ではないかという認識でございます。

では、どのような対策が要るかということでございますけれども、4 ページ以降に現行

のいろんな制度を載せております。例えば容積率でありますと総合設計ということで、通常の指定容積よりも上乘せをするような仕組みが既にご覧いただけます。それから、建替えの決議の関係、事業執行の関係は5ページでございますが、通常、マンション建替法というのが平成14年にできまして、これで区分所有法の決議をした後に組合などをつくって、いわゆる権利変換方式、従前の権利を従後の権利に一夜にして変えて、それに基づいて工事をして新しいマンションに古いマンションから置きかわる。こういう仕組みをとるケースと、区分所有法の建替え決議をしていただいて、個別に反対者に出ていっていただいた後、デベロッパーのほうが区分所有権を買取りまして、そして建替えて従後に従前の権利者にお売りする。売買を行うという方式と2種類あるわけでございますけれども、現行はこの2方式でこれまで建替え事業183件をやってきました。とりわけ平成14年のマンション建替え法ができて以降は、建替え決議からマンション建替え組合をつくっていただいて、権利変換でやるケースが増えてはきておりますが、総数は必ずしも増えたような状況ではないというのが現状でございます。

6ページ、これは補助制度でございますけれども、優良建築物等整備事業という事業につきまして、社会資本整備総合交付金から地方公共団体に補助をして、建替え費用のおおむね2割ぐらいが国及び地方公共団体の補助金で賄われるような補助制度の仕組みを整えてございます。

7ページを御覧いただきますと支援措置ということで、税制でございますが、再開発事業と同じような形で従前、事後の権利が置きかわりますので、一々売買と見なして税をかけられますと非常に税負担が重くなるということで、租税の特別措置を6つの税についてとらせていただいている。このような支援措置が現在とられております。

1ページにもう一回戻っていただきまして、おさらいになりますが、左の2つ目の箱でございますけれども、老朽化マンションの再生のために必要な措置として、今、申し上げましたような容積率の問題、それから、権利調整ルール。これはもともと国の制度で決まっているわけでございますけれども、決議要件などの問題。それから、予算、税制等の支援措置の問題。それから、ここにはございませんけれども、技術的なバックアップあるいは紛争処理を全て裁判でやるのかどうか。このあたりの相談体制の整備の問題。このようなことが多角的な対策、対応というのが必要だということでございます。

この6月の規制改革実施計画の中で、これもここで説明している必要はないわけでございますけれども、今のような観点で、多角的な観点から総合的検討を行い、結論を得るといふふうにいただいております。これをいただいて以降、法務省とかなり突っ込んだ検討をこれまでさせていただきました。

それで当面の話として下の表にございますように、構造耐力不足のマンションの赤の部分がどういう位置付けかと申しますと、まず構造耐力不足マンション、一般のマンションそれぞれ改修というものがございます。改修をする場合、建替えないで性能を上げるとい

うことですが、それではどうにもならないということで建替えをやる。それから、中には取り壊して他の用途にしてしまうというケースもないわけではない。こんなふうな形で見ますと、まず改修でございますけれども、これは4分の3の決議で普通はやるのですが、構造耐力不足マンションは実はこの間の国会で耐震改修促進法の改正ということで、従来4分の3であった決議について過半数にすることができるということにされました。また、容積率の緩和特例も置かれた。

建替えについては先ほど申し上げた個別売却あるいは権利変換でやらなければいけない。

取壊し、用途を変えるということになりますと、これは民法の原則に戻って全員同意、1人でも反対者がいたら成り立たないということになるということでございまして、構造耐力不足マンションについて少しここの部分を新しい仕組みで補えないかということで、この赤の部分でございます。具体的に申し上げますと、従来の権利変換ではなくて、建物、敷地を一括で売却して、買い受けたデベロッパーがまた建てた後、もとの方で戻りたい方には戻っていただく。このような仕組みができないかということでございまして、売却をやるためには全員同意では問題ですので、一定多数による売却決議ということでやれないか。

売るときにいろいろ権利の問題が出てきますので、売るためのバーチャルなものですけれども、組合をつくって建物と敷地を安定的に売却していくような仕組みができないか。そして、それに沿って新たな税とか予算制度も得た上で、デベロッパーが新しくマンションを建てることを支援できないか。そして当然、居住者の方の危険居住がこれによって解消されて、そして希望のある方は新しいマンションに住み替えていただくし、それから、住替えになると2回引っ越しをしなければなりませんので、場合によってはよそのマンションに住み替えていただく。これは選択の自由ということで戻りたい方には戻っていただく。このような仕組みができないか。デベロッパー等にもヒアリングをしてみましたけれども、是非この売却の仕組みというのは一番軽い負担で、みんながハッピーになるのではないかと指摘がなされているところでございまして、こういうような新しい権利調整の仕組みを導入できないかということは今、検討させていただいております。

あわせて、老朽化マンションの建替えについての容積率の緩和、とりわけ昭和44年の都市計画法施行の後、容積率制度が導入されましたので、これより前のマンションにつきましては既存不適格ということで、現行の指定容積を上回っているものがございまして、こういうものについてもある程度、容積率緩和によって救済ができないかということで、この容積緩和をあわせて検討させていただいております。

私からの説明は以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、この後、意見交換に入ります。どなたでも結構です。御質問、御意見を願います。

○安念委員 どうも御説明いただき、ありがとうございます。

1 ページの一番下に老朽化マンションの建替えについて、容積率規制の緩和を検討と、なぜかこの箱の中に入らずに一番下のところに書いておられるのですけれども、検討はそのとおりです。というのは、建替えの財源を出すのに容積率がそのままではまず出せませんので、これを緩和していただくのは大変結構なことというか、必要条件だと思うのですが、ここで言う容積率規制の緩和を検討する対象は、一般の区分所有権法に基づくものであっても、円滑化法に基づくものであっても、今回の見直し案に基づくものであっても、全部に横断的にかかってくるという意味でいいことでしょうか。

○国土交通省（井上局長） 基本的には幅広くやりたいとは思っておりますが、法的には危険マンションの建替えあるいは除却に限られるのかなと思います。

○安念委員 それは結構です。ただ、老朽化マンションについても根拠法は幾つかあり得るわけですね。だからそれは区分所有法に基づいてやったっていいわけですね。その場合でもやはり容積率の緩和はアプライされるということをございますか。

○国土交通省（井上局長） 少なくとも構造耐力が足りないということを認めたものについては、対象にしたいと思っています。

○安念委員 わかりました。

それで、私も規制改革は長いだけ長いので、ちょっと記憶がうろ覚えになっているところもあるのですが、2009年の政権交代以前の累次の規制改革の答申で、エレベーターの、あれは何て言えばいいのでしょうか、エレベーターが占有している面積に言及していたと思います。たしか1階部分だけが容積率から除外するというようになっていたやに思うのです。それで規制改革では、そんなこと言うな、階ごとのエレベーターの面積を全部容積率の規制から除外する方向で検討してくれ、というふうに累次の答申でなっていたやに私は記憶しているのですが、今回の老朽マンションの建替えについて容積率規制の緩和を検討することについては、そのエレベーターの一件も入りますか。

というのは、建替えると従前よりは大体背が高いものになるわけで、そうするとエレベーターの容積率から排除するというのは結構効いてくると思うのです。この点についての御検討はいかがでございましょう。

○岡議長 安念委員としては、過去の経緯もあるから、是非検討にあたり入れてほしいという御意見でもあるということですのでよろしいですか。

○国土交通省（井上局長） 率直に言って、この紙をつくった段階ではそのことは入れておりません。この紙の説明としてはです。

○安念委員 それはちょっと井上局長のお言葉とも思えないですね。ずっと最も精通しておられる井上局長が、この点について配慮していただけなかったというのは、いささか残念。議長から強く進言していただけないでしょうか。

○岡議長 今の局長の御発言を素直に聞きますと、このペーパーときには入っていないということで、検討していないとおっしゃっているわけではないという理解ですけれども、

よろしいですか。

○国土交通省（井上局長） よろしいですか。御説明させていただきます。

たしか、過去に数次にわたりまして御指摘をいただいていると思います。要は容積率というのは床面積の合計を敷地面積で割ったものですから、エレベーターシャフトのところについてどういうふうに扱うかということで、私どもの今の扱いは、とまる階については全部床があるとみなして算入をすることで、規制会議からは1階にしか床はないので、あとはかごが動くだけだから、1階の床面積だけやればあとは吹き抜けと同じようにしろという御指摘なのだと思います。

検討しろということでございますので、検討は過去多少しておりまして、まず法制的にはこれは法改正、建築基準法の改正が要るだろうということでございます。それから、外国を見ますと例えばアメリカでは州によって、ニューヨークなんかは算入していますし、シカゴかどこかは不算入ということで、外国もどちらが正しいということは必ずしもない。裏返せば決めの問題だということになると思いますので、引き続き検討はしっかりさせていただきたいなと思います。

○安念委員 そろそろさっぱりしませんか。検討は局長おっしゃるように決めの問題なのだから、どちらかしかない。この際は吹き抜けだということにしてしまっただけで、次の国会にこれと一緒に混ぜ混ぜで出していただいたら、お互い気持ちが晴れるのではないかと思うのですが、どうでしょうか。

○国土交通省（井上局長） 極力その方向で努力したいと思います。

○西村副大臣 ちなみに算入しないことのマイナス点は何ですか。算入しないと変えることの、吹き抜けとすることのマイナス点はどのような問題点が。

○国土交通省（井上局長） 簡単に言うと、過去算入したときの方が不利益を被ったという話があるのだと思います。したがって、法律を変えればある程度そこは防げるのですけれども、運用なんかでやるということになると、何でそういう運用になるんだというクレームが出てまいります。これは法制的にも法律改正が要る。

○安念委員 そうそう。だから俺たち今まで損してたじゃん、そういうことでしょう。

○岡議長 わかりました。日本ではそういったことがたくさんありますからね。やはり世の中の変化、環境の変化に合わせていくのが規制改革でございますので、是非検討を進めていただきたい。

○安念委員 御検討ではない。今度の通常国会に法案を出していただきたい。

○後藤田副大臣 議長始め、これだけすばらしい委員の方々に議論をしていただいているわけですから、もちろん役所はこれと決めたものの答えを見つけるのはすばらしいのですけれども、何に問題があるかというのを見つける能力は外部の方があると思うので、今、安念さんがおっしゃったような議論もそうですが、これはマンションとは若干違うかもしれないですけれども、駐車場の附置義務とか住宅の附置義務の問題なんかも、こういう機

会に議論していただきたいと思うのです。マンションなんかもビルをつくる時に港区は住宅附置をつけたり、銀座中央区のビル建替えようといったときに、駐車場はそこらにいっぱいあるのに、なぜか駐車場附置義務が課されていて生産性が上がらないという議論があるのです。ですからそういうことも含めて、これということで議論するのはいいのだけれども、これだけの皆様が集まっているから、だからこそ先ほどの安念さんのような幅広い御意見が出てくると思うので、そこらも含めて検討ではなく、是非しっかり出していただきたい。

○岡議長 大田さん、どうぞ。

○大田議長代理 ありがとうございます。

旧耐震基準のものが106万戸あって、まだ183件しか建替えができていないわけで、防災という観点から非常に急を要する話です。6月に出した私どもの要望では、区分所有建物に係る権利調整の在り方全般を見直してくれ、5分の4というものを3分の2にするとか、一定期間集中的でいいから何とかできないかということで提言を差し上げたわけです。

今回は売却という手法を使いやすくするという御提案をいただいて、これはこれでよろしいのですけれども、6月の答申へのお答えはこれで終わりなのでしょうか。それとも権利調整の在り方を3分の2にするとか、より前向きなこともこれから御検討いただけるのでしょうか。

○岡議長 お願いします。

○国土交通省（井上局長） 25年度検討、結論というステップとしては、来年3月まででございますので、この売却制度に絞って、そのかわりちゃんとした成果が具体的に実現するようなものをまとめたいと思っています。

ちなみに決議要件の問題は、これは事業をやる立場から言えば緩いに越したことはないということでございますけれども、一方で財産権の問題等ございますので、ここは法務省の知見も得ながら引き続き勉強する課題だとは思っていますが、二兎を追ってもなかなかうまくいきませんので、今回はこれに絞ってしっかりやらせていただきたいと、今のところ私どもは思っています。

後藤田先生の御指摘に関しては要綱でやられていたり、あるいは駐車場関係の条例でやられていたり、地方自治体の判断の部分が非常に強いと思います。私どももそういう認識を持っておりますので、情報収集をした上で我々でできることがあれば、また検討してみたいと思います。

○後藤田副大臣 私ども区長とかに言うと、国交省がと言うのです。いわゆるたらい回しというものです。よくあるパターンなのです。これは住宅政策を国がやらないというのであればいいのだけれども、やる意思がありますね。ですから是非地公体ともしっかりそこは協議していただきたいと思います。

○国土交通省（井上局長） 1回整理したいと思います。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 1点だけ教えていただきたいのですが、資料1-1の1ページの構造耐力不足のマンションの建替え等についての「今回見直し案」の「多数の賛成」というのは、過半数の賛成と考えてよろしいのでしょうか。

○国土交通省（井上局長） どういう要件にするか今、法務省と、それから、これから政府部内で法制局ともということでございますけれども、例で言いますと被災マンションの特例がございまして、1ページの四角の下に注書きがございまして、これは5分の4の賛成で建物・敷地売却を可能とするように、さきの国会で改正されたところでございまして、この数字が1つの参考になるのかなと思います。

○林委員 それであると、余り現状と変わらないのでは。

○国土交通省（井上局長） そうではなくて、この表の一番下の段の取壊し、住替えというところを見ていただきますと書いてございますけれども、現状では被災マンション以外は1人でも反対者がいれば売却ができない。区分所有法に特例がなくて、民法の原則に帰ってしまいまして、全員同意になっていきますので、5分の4であっても多数決を導入できれば、これは飛躍的な改革になると思います。

○林委員 飛躍的かどうかというのは疑問があるのですけれども、現状、改修でも4分の3では進まないということで過半数にされたわけですから、ここはやはり大田議長代理もおっしゃったように緊急性から考えたら、「多数の賛成」の数値については、よほど思い切ったことをしないと進まないのではないかと思います。

○岡議長 いかがでしょうか。

○国土交通省（井上局長） 余り反論するのもどうかと思いますが、現状でも5分の4で建替えができていくケースが多いのです。もちろんそれでできないものがあるから緩和という要望があるのですけれども、デベロッパーなんかに聞きますれば、5分の4であってもこういう制度ができれば相当進むのではないかと。実業界からそういうような意見もいただいていますので、できるだけ私どもは下げるつもりでやりますけれども、法制的にいろいろな面がありますので、できるだけことはさせていただくという点にとどめたいと思います。

○岡議長 佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 ありがとうございます。

今、林委員が御指摘したものと同一内容なので結構でございます。

それと1点だけ。構造耐力不足のマンションについての適用ということですから、これは今、既に建っているマンションだけに適用されるという当たり前の確認です。この考え方は今後一般化されるものではないということでしょうか。

○国土交通省（井上局長） 現状で危ないマンションということで、今、建っているマンションのうち構造耐力が不足しているものというのは、基本的には昭和56年の5月31日ま

で着工のものでございますが、当面はこれに限ってやるということで進めたいと思います。

○岡議長 大田さん、どうぞ。

○大田議長代理 5分の4の要件でも建替えは進んでいるということなのですが、106万戸のうち183件なのです。地震があってからでは遅いですから、これから先、「勉強を続ける」ということではなくて、引き続きの検討をお願いいたします。重点フォローアップの最優先事項ですので、よろしくをお願いいたします。

○岡議長 他いかがですか。安念さん、どうぞ。

○安念委員 先ほどのエレベーターの件ですが、くどいようですけれども、とてもくどいんです。性格的に。法案の作成は技術的には次の通常国会に間に合いますね。技術的な意味では。技術的な要請としてはそんなに長い期間は要りませんね。

○国土交通省（井上局長） 時間的には可能だと思います。

○安念委員 わかりました。ありがとうございます。

○岡議長 ありがとうございます。

大田議長代理からもお話がありましたけれども、私どもがこのテーマを取り上げたのは、今、生活している多くの方が築32年もたったマンションで心配だということをしてできるだけ解決していかなければならないのではないかと。もちろん少数意見も尊重しなければいけないこともよくわかりますけれども、資料1ページの脚注にあるように被災マンションについて特別な改正をしていただいたので、同様に、老朽化マンションについてはできるだけ早く建替えをして、そこに住んでいる方々の安全を確保する方向で、国交省の観点からも、法務省の観点からも前向きに検討いただいておりますけれども、さらに突っ込んでいただきたい。

これは産業競争力会議のメンバー的な発言になるのですが、これをやることによって国のお金を余り使わないで、かなりの経済効果も期待できるという側面もあろうかと思えます。産業競争力会議ご担当の西村副大臣もおられるので代わりに発言しますけれども、そんな気もいたしますので、是非、今まで以上に前向きに積極的をお願いしたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

（説明者交代）

○岡議長 それでは、次に「全ての社会福祉法人の経営情報の公開」につきまして、厚生労働省から御説明をいただきたいと思えます。早速ですが、よろしくをお願いいたします。

○厚生労働省（友藤課長） 厚生労働省社会・援護局基盤課長をしております友藤でございます。おはようございます。

それでは、私から資料1-2になりますが、財務諸表の公開状況の調査結果ということでございます。

囲み枠に書いてございますとおり、財務諸表の公開状況の調査結果でございますが、平成25年5月の規制改革会議から御要請を受けまして、5月末に厚生労働省から社会福祉法

人に対しまして、平成24年度の財務諸表を公表するよう指導をさせていただくとともに、各所轄庁に対しましては各所轄庁が所管いたします社会福祉法人の平成24年度の財務諸表を公表するように協力を要請いたしました。6月14日に規制改革実施計画が閣議決定されましたので、それを受けまして直ちに社会福祉法人及び所轄庁に対しまして平成24年度の財務諸表の公開状況に係る調査を実施いたしました。

集計の都合もごさいますので、7月末時点での結果の報告を求めたところでごさいます。法人の状況につきましては、3つ目の■のところにごさいますとおり1万9,810の社会福祉法人のうち、有効回答を得ました1万9,012の法人について集計をさせていただいております。有効回答率96%となっております。また、所轄庁の状況につきましては846の所轄庁のうち、回答を得ました844について集計をさせていただいたということでごさいまして、回答率は99.8%となっております。

調査の結果の概要でごさいますが、社会福祉法人での財務諸表の公表状況につきまして、1にごさいますとおり平成25年7月末時点でホームページまたは広報誌、いずれかがあるところについては全体1万9,012法人のうち1万5,206法人、80%という形になってごさいます。逆にいずれもないところにつきましては3,806法人ということで、20%という状況になってごさいます。

ホームページあるいは広報誌いずれかがある法人の中で、財務諸表を公表しておりますのは7,962法人、52.4%という形になってごさいます。未公表については7,244法人ということで47.6%となっております。全体で見た場合ですとホームページないしは広報誌で財務諸表を公表しております割合としては、41.9%という形になってごさいます。

参考でホームページで公表しているもの、あるいは広報誌で公表している状況、それぞれをおつけしております。ホームページの公表状況の下にホームページなしのうち1,551法人が来年度中に開設予定ということで書いてごさいますが、これは今年度中に開設される予定のものも含んだ数字という形になってごさいます。

2で所轄庁の公表状況でごさいますが、今年5月時点で社会福祉法人の財務諸表を公表している所轄庁はなかったということでごさいますが、7月末時点でホームページを掲載しております所轄庁は82という形になってごさいまして、割合にしますと9.7%という形になってごさいます。未掲載所轄庁につきましては762ということで90.3%という形になってごさいます。未掲載の所轄庁の主な未掲載理由でごさいますが、ホームページのシステム構築に時間を要すること、あるいはその法人の御了解が得られなかったことなどが挙げられているということでごさいます。

調査結果は以上でごさいます。

○岡議長 ありがとうございます。

佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 ありがとうございます。

まず確認なのですけれども、たしかこの議論の出発点は、そもそも社会福祉法人には財務諸表が備置されていなければいけない。入居者等の要請があればそれを提示するという事になっていることからすれば、全社会福祉法人に財務諸表がある。そういう前提に立ったときに、なぜホームページ、広報誌があるところで公表しないのか。これは大変だと言っても単純に在るものをPDFで貼ればいいだけだと思うので、なぜそれが公表されていないのかについて、その理由を教えてくださいと思います。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省（友藤課長） これは理由まで私ども調査をしておるわけではございませんが、法律上は関係者が来られた場合には、財務諸表を事業所で公表しなさい、公表するという形が法律上、決まっているということでございます。関係者という形でございますが、そこは全ての来られた方ということで私どもは指導させていただいてございますが、ホームページを持っていれば公表できるのではないかとすることは理屈として確かにそうでございますので、私どもも強力に御指導をさせていただいているということでございます。

○岡議長 他いかがでしょうか。鶴さん、どうぞ。

○鶴委員 どうもありがとうございます。

これを見ると、私も非常にびっくりしたのですけれども、ホームページがある、広報誌があるというところでの公表、未公表を見ると、ホームページがあったほうが当然掲載しやすいはずなのですが、むしろこちらのほうが公表している割合が低いのです。それで多分広報誌というものはどこに配っているのか、いつ出しているのか。もしそこに見たいと思っても、アクセスが非常にしにくいですね。むしろそういうことを利用して広報誌に出すほうが余りさっと出して、余り目立たないようにしたいなという意識が働いているとすれば、私は非常に問題かなと思います。むしろホームページに出して、常時それが見られるという状況をつくるのが私は基本だと思います。ホームページがあるにもかかわらず、これだけ公表が少ないということ自体、これは本当に大問題の数字だと思います。

もう一つ、所轄庁での公表状況なのですけれども、これも私は非常にびっくりしたのですが、掲載していない理由をホームページのシステム構築に時間を要するためとあるのです。私は基本的に所轄庁というのはいろんな情報源のレベルがあると思いますが、基本的にホームページをもともと持っているらっしゃる。そこは私はどれぐらいの数字かわからないのですが、ほぼ持っているはずなのに、何でこの部分だけ出すことができないのでしょうか。このホームページのシステム構築というのが、そもそも所轄庁が全くそういう仕組みを持っていないのであれば、その理由もわかるのですけれども、持っているのにこの部分を出せないということは、これもほとんど理由になっていない。社会福祉法人がそれぞれ出すのが難しい部分もあるでしょうということで、所轄庁からこう出すということがむしろ容易ではないかということをお場でもやったのだと思うのです。それにもかかわらずこういう状況ということで、非常にがっかりするようなこの数字ということなので、相

当ここで頑張っていたかかないと前に進まないなというのを非常に実感しました。

以上です。

○厚生労働省（友藤課長） 先ほど申し上げましたが、ホームページがあつてまだ未公表のところが多いではないか。先ほど漏れましたけれども、1つは7月時点で早く、9月末ということで御報告ということもございまして、7月末までの結果という形で調査をさせていただいたということがございます。そういったこともございまして、6月末までに提出という形になっていますので、法人さんのほうで掲載がすぐにできなかったというところも幾つかあるのかなと思っています。ですから、7月末という調査時点ということも若干影響している可能性はあるということもございまして。

○岡議長 森下さん、どうぞ。

○森下委員 現状はそういうお話なのだと思うのですが、そうするとこの先、どういうふうに増やしていくのかということで、具体的な方策をお聞きしたいと思うのです。特に法人の了承が得られないというのを理由に書いたら、これは一生得られないと思うのです。そうすると、これ以上数が増えないことになりかねないので、得られない場合どうするかを含めて、この先のお話をお聞きしたいなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省（友藤課長） そちらにつきましては現在、厚生労働省で外部の有識者ですとか、社会福祉法人の経営者で構成されます社会福祉法人の在り方等に関する検討会を9月から立ち上げて、先月に第1回目という形で検討会をさせていただいております。

この検討会の中で、規制改革実施計画において御指摘をいただいております財務諸表の公表がより効果的に行われるための具体的な方策について検討させていただくという形になってございますので、年内には一定の結論を得たいと思っております、その結果を踏まえて対応をさせていただきたいと考えております。

○岡議長 ありがとうございます。

松村さん、どうぞ。

○松村委員 まず、強力で指導していると言われたのですが、強力で指導した結果がこうだったということは、枠組み自体に大きな問題があるのではないかと。この点をきちんと認識していただいて、年内にまとめるものに関しても、そのことをきちんと認識した上で結論を出していただきたい。ここで出てきているものは、既に存在し、その場に行けば見られるものをホームページに公開するだけのこと。これを決めたことによって何か自治体の権限を侵害するだとか、あるいは社会福祉法人に何か不当な圧力を与えるとか、そういう類のものではなく、当然のこと。にもかかわらず、強力な指導でもできない、やらないところがあるということをお前提とした議論をしていただきたい。

それから、先ほど時間がなかったからという言い訳もあったのですが、数カ月待てば劇的に改善しているなら、それは確かに時間が問題だったということになると思っておりますので、

もう一度報告をしていただく必要があると思います。これでは当然に納得していないので、継続をお願いします。それでもし改善されていなければ時間が問題ではなかったということが更に明らかになるわけですから、有識者会議でも、こういう状況だということはきちんと伝えて、義務化を伴う強力な制度設計を考えていただきたい。以前には義務化に消極的な発言もあったわけですが、強力な指導でもこの体たらく、義務化を伴わない指導だけではうまくいかないことはもう十分わかったか、少なくとも再調査して十分な改善がなければこのことはわかるべきだと思います。有識者会議では実効性ある制度の設計をお願いします。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

他いかがでしょうか。佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 ありがとうございます。

そもそもこの社会福祉法人というのは税金も優遇されて、補助金も出ていて、公のものとしてやっているわけで、そういう恩恵を受けるに当たって財務諸表というのをきちんと諸官庁に届け出るという義務があり、誰もが閲覧することができる。これは基本で今まで決まっているルールなわけです。

ということは、私は所轄庁が法人の了解が得られないためという理由がそもそもおかしくて、了解を得る理由は全くないのだと思うのです。税金が投入されているわけだし、彼らが社会福祉法人として認められることの条件としてこの提出物があるわけですから、これを本人が嫌だ、いいという権利は相手側にはなく、所轄庁は全て公表することができるはずだと思うので、法人が今、公開しているしていないという情報は今、パーセンテージでいただいたのですけれども、私が一番驚くのは所轄庁での公表がされていない。何となく理由のところを読むと、する気がないというところに問題が一番あるのではないかと思います。

もう一つは、この数字から読み取れないのですけれども、ホームページもないし、広報誌もないという社会福祉法人というのは幾つぐらいあるのでしょうか。

○岡議長 3,800です。

○佐々木委員 そうすると、そこもすごく大きな問題ではないかと思うのです。何の公表のツールも持っていないということは問題だと思うので、これは財務諸表の公表、公開だけではなくて、今後の社会福祉法人の透明性に対しては何か考えなければいけないことなのではないかと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 先ほどに関連するのですけれども、今年7月末時点で調査を実施した。普通こういう調査をするときは、先ほど言ったホームページ、広報誌、いずれかがあっても

公表しない、その理由は何かというのも調査をするというのが普通のやり方かと思うのです。もしそれをやっていないのであれば、次回またフォローアップされるときには、その点は是非あわせて調査していただきたい。それがないと、何が理由で出てこないのかが要はわからない。こういうことだと思いますので、よろしくお願いします。

○岡議長 ありがとうございます。

滝さん、どうぞ。

○滝委員 同じ話なのですけれども、要するに税金を使う以上、情報開示が絶対的な要素ですが、そこがいろいろな意味で遅れているような気がします。税金を使う以上は情報開示が絶対に義務付けられるはず。その開示が、日本ではと言ったら叱られてしまうかもしれませんが、きちんとなされていないような気がしてなりません。

○岡議長 ありがとうございます。

副大臣、どうぞ。

○後藤田副大臣 たくさんの方が関心を持っていただいて大変ありがたいと思います。私も3年前からこの問題はずっと言っていて、まさに厚労省に話をしたら、相手の了解が得られないという話がまずあって、では老健局長の名前でそれを出せと言ったら、出しますと。ただ、出すかわりに今度は相手に私から調査依頼が来た。これは言わなければいけないみたいなことで3年前から喧々囂々やっています、課長もよく知っていると思いますが、これを公表するということは政策の検証なのです。公表することが目的ではなくて、介護政策だとか介護報酬、一体給料を幾らもらっているのか。私はそういうことをずっと業界と喧々囂々けんかして言っていて、先般、朝日新聞に徳島県のことを、我が地元ですが、載っていたような、あれがまさに実態でございます。これは極めて政治、立法府側にいろんな問題があります。

ですから家族に給料を出していたり、トンネル会社があったり、低賃金労働をさせて、挙句の果てには内部留保が全国でわかっているだけで3兆円です。しかし、会計基準を今、変えようとしています、2つの会計基準があって、それによると実は5兆円ぐらいあるのではないかとということがございます。ですから、皆さんのお話のとおり、同時に社福でもいろんな種類があります。保育とかやっているところはきちきちでやっているところもあれば、実際に特養とかやっているところは税の話で言うと法人税を払わなくていいのです。補助金もあるのです。できたら既得権です。理事長はだれでもできる。施設長は市町村の天下り。これが実態。医療法人は税金は払う。理事長は医師免許を持つ。建てるときは自己資本。できたら競争がある。全く医療法人と社福、特養の差は激し過ぎて、これを皆さんがこうやってやっていただいているので、やはりこれをオープンにしたなら、そういう問題がどんどん出てくるので、厚労省は相当びびっていると思います。原局長が出てこないのがそういうところなのかなと思っているのですが、課長さんも頑張っていると思うのですけれども、やはり厚労省全体でこれはやらないと大変な大問題にな

っていますので、マスコミも含めて、長谷川委員も含めて、どんどん追求していただきたいし、この件は多くの委員が御発言あったとおりに、しっかり圧力をかけていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○岡議長 ありがとうございます。

翁さん、どうぞ。

○翁委員 今、副大臣におっしゃっていただいたことに尽きるのですけれども、やはりこの社会福祉法人が説明責任を持っているんだということを、納税者に対して説明責任を持っているんだからきちんと公表することが必要なんだという説明をしてやっていただきたいと思います。

単に規制改革会議に言われているから強力に出せと言っているのではなく、そういうものではなくて、みずから説明する責任があるんだということを是非御主張いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○岡議長 ありがとうございます。

まだあるかもしれませんが、時間が押しています。今、副大臣ほか委員の皆様に言っていたとおりに、前期のこの会議で、本件に関する厚労省の姿勢が以前からすると大分前向きになったという印象を私は持ちました。25年度の財務諸表から公表を義務付けるという話があったものですから、その前年の24年度についてはとりあえず実態調査をして、御報告いただくということであったと理解しております。厚労省のリーダーシップにより、100%の社福が公表する体制を整え、かつ公表していただくということで、社福の健全性を維持するというポジティブな目的であり、何か悪いことをやっているのを見つけ出すということではなく、所管省としては当然それぞれの社福の健全性の確保を求めていると思うのですけれども、そういうことに大変効果がある手法だと思います。今、翁さんからも同じ御意見がありましたが、そういう形で進めていただきたい。それと先ほど松村さんでしたか、これは中間報告で、9月末の調査結果はあと1カ月2カ月たったらわかるのですか。

○厚生労働省（友藤課長） いいえ、これはすごく所轄庁を通じて各社会福祉法人に投げますので、かなりマンパワーを要するという形になりますので、すぐに取りれるというような調査ではございません。フォローアップというお話がありましたので、確かに政策効果を把握していく上で、そういったことをやっていく必要性はあると認識しておりますが、状況を見ながらまた報告させていただきたいと思います。

○岡議長 この会議への報告もさることながら、やはり厚労省として実態を把握しておく必要性が大変強いと思うのです。

○厚生労働省（友藤課長） ですから、今、システムティックにできないところがございますので、何らかの統計に入れていくですとか、少し制度的なものも整えながら把握できるような仕組みを考えていければと考えているところでございます。

○岡議長 先ほど「25年度からは100%公表を義務化」と申し上げたときに、首をかしげた

ように見えたのですけれども、そのところは前期の会議で確認されたと私は了解しているのですが、よろしいですね。

○厚生労働省（友藤課長） 義務化といいますか、全ての社会福祉法人の財務諸表を公表するようにしていくということを目標に私どもはいろいろな方策を考えていく。ですから法律で義務付るだとか、いろんなやり方はございますけれども、どういうやり方があるのかこれから検討会で議論していただいて、結論を得て、その方法で来年度から実施をさせていただきます。

○安念委員 ちょっと待ってください。だって公表したくない人が入っている委員会なのではないですか。その人たちは議決権なしという扱いに当然なりますね。

○厚生労働省（友藤課長） 今までの議論では公表したくないといいますか、現場の状況も踏まえてやっていく必要があると思っておりますけれども、今の議論を聞いていますと公表すべきだという御議論をいただいておりますと、必ずしもしたくないとか、そんなことにはならないと思っております。

○岡議長 それでは、我々規制改革会議としては、25年度分から100%の社福が財務諸表を公表する前提で、その前年度の24年度はそういう取決めにはなっていなかったが、一度実態調査をして9月末に報告してくださいとお願いしたわけです。今日の報告に対していろいろな御意見が出ましたけれども、ある意味では、25年度分から100%公表に行く過程であると受けとめております。大切なことは、25年度分から100%しっかりと公表していただくことでございますので、それを法律でやるか通達でやるかはお任せします。結果的に100%の公表が実現するようにお願いしたいと思います。

○厚生労働省（友藤課長） 努力していきたいと思っております。

○大田議長代理 済みません、100%であってもホームページがなくて外から見られないのでは意味がありませんので、単に作成しているというのとどまりますので、外から見て検証できるような形でよろしく願いいたします。

○岡議長 公表ですから、作成ではない。

佐々木委員、どうぞ。

○佐々木委員 当然のことだと思うのですけれども、所轄庁は持っているわけですから、25年度から100%ということはお約束いただけると思うのです。誰の了承を得なくても。これは先ほどから言うように税金を使っていて、これは公の法人ですから所轄庁に提出されているものを所管庁が出さない理由は全く成り立たないと思うので、25年度100%是非お願いします。

○岡議長 金丸さん、どうぞ。

○金丸委員 発言はやめておこうと思ったのですけれども、最後に言いたくなったのですが、先ほど7月末に調査をなさって、今度再度調査をするのに手間暇がかかるとおっしゃったので、これは間違っていると思っておりますので発言します。今回の調査で皆さんの作業量

というのは、これでターゲットینگがはっきりしたわけです。ホームページも広報誌もい
ずれもないという法人が3,806ですし、その一方でホームページと広報誌がいずれかあると
いう中の未公表の7,244なので、2万ぐらいあった分母が約半分になったわけです。7月末
の調査ははじめのワンステップだと考えると、その先にさらに次のステップがあると思
えるべきです。私の会社で課長がこんな資料を持ってきたら、この程度で寸止めしてい
ることからまず怒って、例えばホームページのシステム構築に時間を要するためと言っ
たのだらどれぐらいの時間がかかると言っているのかとか、もっと突っ込んで推進す
るよう指示します。それが友藤さんの仕事だと私は思うのですが、そのように考えてい
らっしゃらないようなので、私は9月末に公表していないという人たちにターゲットを絞
ってでもいいので、是非調査報告を改めてしていただきたいと思います。

それから、今、財務諸表を公表するしないについて有識者会議などは不必要だと思
うのです。こんなの当たり前ではないですか。税金を投入していて税の恩典もあつて、
その人たちが財務諸表を公表するかしないかって、いろいろな有識者がいるのかもしれ
ないですけども、その人を集める必要はないと思うのです。このテーマに関しては。

○厚生労働省（友藤課長） 1つは、これは私どもが全部やるわけではございませんで、
所轄庁を通じてお願いする。所轄庁各自治体さんということで、立場としては今、国と
地方自治体は対等という形でございますので、そこは協力をお願いするという形になっ
ていきます。それは強くお願いをしていくということでございます。

それと、もう一点はど忘れしてしまいました。

○金丸委員 再調査です。再調査したら半分ぐらいになったではないですか。だから所
轄庁を通じたところで分母が減ったわけです。だから全部の法人に聞かなくても、公表
しないとおっしゃるところに絞ってでもいいから、そこに本当に真の原因は何かという
のを追求するのが仕事でしょう。それはしてくださいと私は言っているのです。

○厚生労働省（友藤課長） わかりました。それは御意見を踏まえて検討させていただ
きたいと思います。

○岡議長 金丸さんの要望も同じですけども、9月末時点の報告をいつまでにと今日お
約束していただく必要はないが、少なくとも後日、今日のような形でまた報告してく
ださい。それは厚労省としても把握しておく必要があると思います。それを我々会議
にも報告していただく。会議のためにやるというよりも、自らのためにやるという
意識でやっていただきたいと思います。お願いいたします。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 そのときに既にお持ちの資料の中で、所轄庁で未掲載というかできてい
ないと言っているところの762の名称とか名前を一緒に出していただけるとありがた
いです。

○岡議長 それは可能ですか。

○厚生労働省（友藤課長） 検討させていただきます。

○岡議長 お願いします。

それでは、このテーマはここで一旦切って、引き続きフォローアップをお願いするということと、先ほど私が申し上げたように、会議の了解として、25年度分から全部の社福で公表していただくことをしっかりお願いしたいと思います。ありがとうございました。

(説明者交代)

○岡議長 それでは、議題2に移りたいと思います。

「保険診療と保険外診療の併用療養制度」につきまして、医療関係者からヒアリングを行いたいと思います。

本日はお二方からお話をお聴きする予定でございまして、最初は河北総合病院から、もうお一方は日本医師会からであります。健康・医療ワーキング・グループの専門委員の方々にも御出席いただいております。

では、河北総合病院からお願いいたします。

○河北理事長 申しわけありませんけれども、河北総合病院から話をするのではなくて、河北が個人的にお話をします。

○岡議長 失礼いたしました。よろしくをお願いいたします。

○河北理事長 15分しか時間がありませんので、少しかいつまんでお話をしなければいけないのですが、私も以前、この規制改革会議には委員として出ておりました。それで、是非皆さんにお願いをしたいのですけれども、この規制改革会議というのは何を議論するところなのか。現行の法規のもとに何かを動かしていこうという議論ではなくて、日本の文化の転換をするということが規制改革会議の大切なことなのだろうと思います。

ですから医療における文化の転換の最大のポイントというのは、これはポジティブリストからネガティブリストに転換するということなのです。ポジティブリストというのは、これはやっていいことを役所が決めて、それに従って、あとはやってはいけない(原則禁止)ということを行っているのがポジティブリストであって、ネガティブリストというのは、やってはいけないことだけを決めて、あとは自分たちの自己責任で自由にやっていく(原則自由)というのがネガティブリストですから、そういうような文化の転換をしなければ規制改革には何もならないというふうにまずお願いしたいと思います。

そういう意味で、私は実は過去に特区の申請を2回やりました。ところが、内閣府からの返答は、厚生労働省と内閣府は一体であるので、この特区は認められない。それは法律的な根拠だと。ばかを言うなど私は思ったわけです。というのは、現行の法律でなかなかやるのが難しいことを特区でやろうということを議論しているにもかかわらず、現行の法律に照らし合わせるとできませんという回答は、一体何のために特区を考えているのかと思うので、是非そういうことを皆さんには御議論いただきたいわけです。

ですから、私のいただいたテーマというのは混合診療禁止ということをどう考えるかということですが、それだけにはとどまりたくないと思います。

私の資料を1枚あけていただきまして、混合診療と社会保険の在り方なのですけれども、これも現在の保険外併用療養というものと、混合診療というものをポジティブリスト、ネガティブリストで考えたときに、同じことを結局言っているわけです。これから我々は持続可能な社会保障あるいは医療制度をつくるためには、私はネガティブリストに変えれば、ですからやってはいけないことだけを厳密に決めておいて、あとは自分の自己責任で自由にやりなさいということになれば、当然解禁をすることになります。

健康保険における財産権と最初に書きましたけれども、財産権というのは今回、私はこれに限っていろいろな法律を読みました。憲法、健康保険法、健康保険法に従う療養担当規則、そういうものを読んだのですけれども、実にうまく、この前の最高裁の判決は出してあります。というのは現行の法律にのっとれば、法律は全部整備されていますから、混合診療禁止は当然だというふうに読めてしまうのです。

そうではなくて健康保険というのは日本の場合には社会保険、1枚おめくりをいただきまして色がついているページがありますけれども、ここに日本の場合に下のほうは人の属性、人がどこに属しているかということと、診療機能が縦にあります。日本の場合の社会保険というのは全ての人、皆保険であるということで全ての属性にかかわっている。それから、診療機能においてはあるところまで、これは厚生労働大臣が定めることになっていますから、あるところまでですけれども、保険内自己負担と含めて約90%ぐらいカバーできているだろう。残りは自由選択でありますので、この形は将来的にも変えないほうがいいと思います。やはり社会保険が基礎的にあるということが、皆保険制度をこれからいろんな国が模索をしていくでしょうけれども、これを変えてはいけないということは全く隣にいらっしゃる日本医師会の方とも同じ意見であります。

次をおめくりいただきまして、オバマケアでオバマさんは非常に苦労さなっているらしいですけれども、アメリカというのは人の属性によってこういうふうに縦に分かれています。ですからメディケア、メディケイドがカバーしているところ、それから、企業による医療給付の部分と、全くの自由選択というような縦に分かれていて、こういうものを日本はどう考えるかなのですけれども、今の日本の高齢化あるいは財政の逼迫というものを考えてみると、これから社会保険で収載できる部分と、社会保険以外のところで本当に海外で早く取り入れているようなものを、自分の自己負担を踏まえて採用できるということは、最終的に非常に大切だと思っています。

最初のページに戻っていただきたいのですけれども、社会保険というのは強制加入ですから、強制加入であるということは保険が給付をする責務を負っている。ところが、混合診療禁止であれば、責務を負っている給付に関して給付をしませんということは本当にできるのか。これは財産権の侵害であると思っている。強制加入であるのだから給付の義務を負う。保険外の何かを使ったときに、その給付はしませんと本当に言えるのか。これは憲法上の財産権の侵害だと私は思います。

それから、医療費枠の拡大はこれから当然出てくるでしょうから、それを全部公費と社会保険料だけで賄っていくというのは難しくなっていくので、是非ここに民間のお金を入れていくという意味で、日本の民間医療保険の活用をもっと考えなければいけないだろうと思うのです。そういう意味ではTPPの交渉の中で今は議題にはなっていませんけれども、当然そういう部分でもっと私は日本の民間保険の商品がもっといい商品をつくっていくようにして、それを含めて考えなければいけない。

現在の社会保険というのは賦課方式です。皆さんは当然賦課方式の意味を御存じだと思いますけれども、それと積立方式の併用にしていく。積立方式の併用は自動車の自賠責の任意保険のような形で、しかも積立てを民間の保険で行いながら相続税を非課税にしていくというと、これは普及できるだろうと思うのです。ですから、そういうものを併用しながら医療費の枠が大きくなっていくということを考えていって、その中でいろいろなものの組み合わせ、民間のお金の力も借りていくことが必要なのであります。

それから、科学的根拠に基づくというのは、今の中医協で審査をしているもの。やはりもっともっと科学的根拠を持って、何が必要なのかというデータを含めて考えていただきたいと思います。

次のものは、健康度と医療への期待というグラフがありますけれども、ここに健康度100で来た人。その人らしい健康が100として、あるエピソードがあつてぼんとそれが病気になったりけがをしたりということで落ちます。落ちたものを回復させる。100まで回復できるときと、60程度で障害がある程度残ってしまう人、全く改善しなかったときと死に至るということを考えたときに、社会保険のみで行った場合に30日間で回復をするというものを時間の短縮が多少できるようなものは、ですから社会保険でも100まで回復することを科学的根拠を持って収載しなければいけないのですけれども、何かを別のものを使ったときに30日が10日になりますというものは、これは社会保険でなくてもいい場合が出てきます。あるいは低侵襲性の痛みあるいは不快感を伴わないものであるとか、緩和ケアに関しての実際の治療ではない部分のものであるとか、心のケアが日本では非常に足りていませんけれども、そういうものは別枠で、本当は社会保険の中でやってほしいのですけれども、健康の定義というのは身体的だけではなくて精神的、社会的に調和がとれているということがありますから、そういうものは心のケアの部分も仕方がなければ外枠に出しても構わない。あとは体質改善だとか予防だとか、サプリメント等のもを含めて、こういうものは基本的には社会保険の枠の外に置いても構わないのではないかと思います。

混合診療から外れますけれども、次に社会医療法人制度の活用というもののお話をしたいのですが、皆さん御存じのように我が国の病院の開設主体は28と言われています。28も種類があればわけがわからない。比較ができないということで、しかも昔の国立病院あるいは自治体病院、社会保険病院等があつて、これは全部行政のひもつきになってしまっているわけです。

特に例えば自治体病院は今1,200ぐらいあるのでしょうか。その中でここだけに、自治体病院だからと言って他会計から繰り入れられているお金が、いまだに7,300億ぐらい年間あります。このお金を自治体病院だけに入れる理由が全くない。開設主体が自治体であるからということであって、私は東京の杉並区で総合病院もありますし、リハビリテーション病院もありますし、クリニックもやっていますけれども、かなり大型の自治体病院とほぼ同じ機能を持っていながら繰り入れは全くありません。やはりここはイコールフットイングをしていくことが絶対必要なので、この七千数百億円の繰入金をこれからどうしていくか。それは実は社会医療法人制度というものができたわけです。この制度ができるのは、私は厚生労働省に谷口君という指導課長がいたのですけれども、彼と一緒に医療法人制度をもう一度きちんとしてみようではないか。1950年にできたものですが、当時の厚生省と大蔵省のせめぎ合いの中で極めて中途半端な制度になってしまったので、それを整理したものが社会医療法人制度です。

自治体病院に関しては、個々の自治体病院それぞれをマネジメント・バイアウトで、今の管理者がほぼプラス・マイナスゼロで買い取ることができます。それを社会医療法人化すると、社会医療法人制度で1つのグループをつくって大きく比較ができるようになっていくのです。それとともにイコールフットイングが進んでいくということと、民間の運営主体になっていきますから、非常に運営主体が競争力も持つし、私の専門の医療の質と安全というものも高まっていくことになるだろうと思います。

PFIという、今、REITという形でもありますけれども、年間に例えば4万ベッド、今、我が国の160万ベッドの病院のベッドを50年に1回建て直しをする。福祉も含めてですけれども、年間に例えば4万ベッド、1ベッド当たりの建築費、昔はとんでもない建築費を使った自治体立病院がありました。今、大体2,000~2,500万と我々は考えています。そうすると、大体8,000億から1兆円ぐらいで毎年4万ベッドつくり変えることができる。

実は1946年にアメリカでできたヒル＝バートン法という法律があります。1946年というのは戦争直後のアメリカでも診療報酬だけでは病院の建て直しができない。巨額なお金がかかりますから。連邦政府が個別の非営利の病院にだけお金を出しました。官民一緒になって8,000億ぐらいのファンドをつくりながら、それをキャピタルコストに充てていくということが、先ほど私が言った他会計からの繰入金の中の7,300億円の中で6,000億ぐらいがそちらのほうにシフトすることができるのです。

ですから、そういうような組み合わせを法律を超えてやってみるということであって、社会医療法人というのは個人の持ち分は全く認めていません。医療法人の非営利性の厚生労働省が言う理由というのは配当させませんということなのですけれども、内部留保というのは100%個人の資産になります。ですから個人が100%持っている病院の内部留保は個人の資産に変わるのです。配当しないということが個人の資産になってしまう。個人の持ち分を認めていない社会医療法人で統一をしていくということは、日本の医療を変えるこ

とになりますので、自治体病院を含めて是非やっていただきたい。1995年だったと思いますけれども、医療施設近代化施設整備事業というものがこのヒル＝バートン法をもとにして私が提案をして、当時の橋本龍太郎さん、斎藤十朗さんをお願いしてできたものであります。

最後、医療に関するビッグデータですけれども、日本医療機能評価機構、私がつくって、今、私が運営責任者をしていますが、ここは医療の質を評価するという意味で病院の認定、クリニカルガイドラインという臨床指針、そこにパスウェイを乗せて最終的にクリニカルインディケータという臨床の指標をサイクルで回すような仕事をしています。

次に、全国から医療事故情報を集めて分析をして現場に帰しているということと、産科医療補償制度。これは御存じの方もいらっしゃると思うのですが、ここにいろいろなデータが集まっています。それとともに日医総研にもいろいろなデータがあるということと、私どものところは富士通の電子カルテが入っているのですが、富士通の電子カルテは今、日本の電子カルテでは大型の病院の最大手です。私が実はユーザー会の会長をしております。利用の達人というもののなのですが、ここの電子カルテの中にある情報をもっとデータベース化して、ビッグデータとして活用していくというようなことを是非やりたいと思いますので、皆様にも御協力をいただきたいと思います。

終わります。

○岡議長 河北さん、ありがとうございました。

続きまして、日本医師会副会長の今村さん、よろしく願いいたします。

○日本医師会 本日はヒアリングにお招きいただきまして、誠にありがとうございます。

冒頭、日本医師会について誤解をされている方もいらっしゃるので、簡単に医師会の御説明だけさせていただきます。

日本医師会は、初代会長として細菌学者の北里柴三郎先生をいただいております。世界医師会に唯一認められている日本の医師個人資格で加入する団体でありまして、現在、開業医が8万4,000人、勤務医が8万1,000人ということでございます。ちなみにノーベル医学・生理学賞を受賞された山中先生も、日本医師会の会員でいらっしゃいます。

医師会は日本医師会、そして47都道府県医師会、郡市や大学医師会ということで、それぞれが法人形態を持っておりまして、密接に連携をとりながら活動をしている団体でございます。

私ども日本医師会は、経済成長は絶対必要だと。これは税収もそうですし、雇用が改善し、そして給与が増えることで保険料も増えるということで、是非とも日本の経済成長は進めていただきたい。その中で医療にかかわる部分が経済成長に役立てるのであれば、周辺の産業、例えば創薬であるとか医療機器の開発、医療技術の進歩については是非とも支援をしていく。ただ、医療本体に関するものに関する市場化ということについては、極め

て慎重な考えを持っております。

まず議論の上で、例えば産業競争力会議などで日本の医療は非常に遅れているという発言がしばしば出ております。客観的な事実に基づいて議論をしていただきたいということで、冒頭、世界の医療の評価ということで、これはOECDヘルスデータから持ってきた3ページの資料でございますけれども、平均寿命が日本は世界一だということは知られておりますが、小さな字ですけれども、上を見ていただきますと若年死亡率からがん死亡率、循環器死亡率、呼吸器死亡率、糖尿病死亡率、全ての死亡率についてA、B、C、D評価がされていて、Aが一番いい、Dが一番悪い。日本は囲っておりますが、呼吸器死亡だけがCでありまして、全て他はAだと。一番下のアメリカを見ていただきますと、Aは1つしかございません。みんなB、C、Dです。Aというのは何かというと健康状態の自己評価です。

このように受けている医療は非常にレベルが低いのに、自分は健康だという非常にポジティブな考え方をされて、逆が日本でDなのです。日本の健康寿命の計算というのは自己申告で自分が健康で活動に影響がないという指標をもって健康寿命が決められている。したがって、日本の健康寿命は非常に低く出てしまう。国民に今そもそも日本がどういう状況にあるかということ客観的に知っていただくことが非常に重要だと思っております。

4ページを御覧ください。これは今日専門医一緒に土屋先生もいらっしゃって御専門ですけれども、これは大腸がんの5年生存率です。日本は世界で1番です。つまり、そのぐらいの高度な医療が提供されている。

5ページはランセットという世界的に評価の高い医学雑誌において、国民皆保険達成から50年ということで特集が組まれている。50年も経ちましたので様々な制度疲労がある。それを何とか改めていかなければいけないのは間違いありませんが、過去50年においては大変成功してきた日本の制度であるということでもあります。

6ページ、安倍総理が今年9月にランセットに特別な寄稿をされております。日本は国民皆保険によって医療格差を減らし、医療費抑制を実現した。日本の経験が示すようにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、公的皆保険の投資は社会へ大きなリターンをもたらす。UHCを推し進めることで国の発展段階に応じた国内の所得再分配を促し、社会の安定に大きく寄与することを総理自身が投稿をされているということがございます。

7ページはよく御存じのとおり、日本の対GDP比の総医療費。これはG7を大きく下回る水準にあります。これだけで全て比較するのは難しいと思いますが、1つの指標になろうかと思っております。

8ページ、これは東京海上日動火災が作成された虫垂炎の手術の各国の都市別でございますけれども、先ほどのようにアメリカのような医療のアウトカムが低い国で、医療費は虫垂炎で150万～440万かかる。一方、日本は30万でおさまっているということでもあります。

9ページ、したがって、我が国の医療は平等で患者にとっても自由であるだけでなく、

質が高く、しかもそれを既に世界一の高齢化率、これはヨーロッパから見ると将来、高齢化率25%になったときにどういう政策をとるのかということ、既に日本はこの高齢化率に達している中で、先進諸国の中で低コストで提供しているという実態があります。

10ページ以降が今日頂きました極めて個別的なお話ですけれども、保険外併用療養についての御説明です。

11ページは平成16年に規制改革大臣と当時の厚生労働大臣の基本的な合意ということで、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するという観点を踏まえて、国民の選択肢を広げ、利便性を向上するために保険外負担の在り方を抜本的に見直し、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応するという、必ずしも高度でない先進技術として国内未承認薬、制限回数を超える医療行為等、保険外併用療養費制度ということ、これを新たに平成18年に創設をしたということでございます。

特に先進医療につきましては12ページを御覧いただきますと、現在の保険外併用療養の仕組みを充実させ、安全性、有効性を十分確認した上で評価の迅速化、効率化を図ることにより、公的医療保険からの新しい医療等の給付をスピードアップすることができると考えております。

先進医療会議と別に新たにもう少し早い、迅速化を図るというお話も出ておりますけれども、運用の面でよりスピードアップをしていただくということは、大変大事なことだと思っております。

13ページ、先進医療の保険導入件数ということで、先進医療の保険導入件数は保険外併用療養の仕組みが導入された後、着実に増加をしてきております。

14ページは、そのたくさんある中の一例ですけれども、こういった腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術ということで、こういうものが先進医療から保険適用に迅速に導入されたということで、低侵襲で入院期間が短縮する。そして、患者さんの早期社会復帰が図られるというメリットがあると考えております。

15ページ、日本における新薬の承認審査機関は近年大幅に短縮しております。5年間でほぼ半減、2007年には20ヶ月でございましたけれども、2012年現在では9.5ヶ月になっているということです。

16ページ、保険外併用療養の活用の重要性ということで、保険外併用療養の運用は進んでいる。我々としては現在も機能はしていると考えておりますが、さらなる評価の迅速化、効率化により、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応できるようになると考えています。

17ページ、ただ、その際にきちんと考えていかなければいけない論点が3つあるということ、これを申し上げます。1つが国民の安全性の問題。そして、国の財政的な問題。3つ目が公的医療保険の給付範囲の縮小であります。

18ページ、昨今もいわゆる化粧品であるとか、健康食品であるとか、様々な健康被害というものがあるわけですけれども、ここに挙げられているのは厚生労働省のホームページ

から取り上げたものですが、本当に数多くの薬害が起こり、患者さんが大変な苦勞をされている。あるいは国家がそれを保障するために大変なお金を使っているという実態がございます。安全性ということは極めて重要だと考えています。

19ページ、日本は公的医療保険制度があることによって、薬価が高どまりせずに低下をしています。ここに掲げているのは代表的な高血圧薬と高脂血症の治療薬でありますけれども、収載された後に確実にこのように価格が下がることによって、国民は廉価に医療を受けられるというメリットがあります。保険に収載されないことによって薬価が高どまりになることについては、医療費の増にもつながりますし、国民に至っても大変不都合が生じると考えております。

20ページ、ここは非常に大事な論点だと思っております。つまり今、国も財政状況が大変厳しい中で、公的な医療費、いわゆる国から支出するお金をどうやって抑制するかということで、私的医療費の活用という先ほど河北先生からもお話がありました。ここは大事な論点だと思っておりますが、その私的な医療費を増やし過ぎるとどういうことが起こるのか。これは結局、公的医療費の増加につながるということが証明されていて、アメリカでも先ほどお話したように、突出したGDPに対する医療費の中で公的医療費の割合というのは非常に高くなっています。その上、その絶対額は日本よりもはるかに多いということで、結局医療制度がうまくいかないと、昨今のオバマケアのように大量のお金をかえって使わなければいけないこととなります。したがって、私的な医療費については上手にコントロールしなから増やしていかないと、かえって公的な医療費も増えることが明らかになったということでもあります。

21ページ、保険外併用療養の拡大による公的医療保険の給付範囲の縮小ということで、いわゆる保険に収載しないようなものを固定化してしまうと、新しい治療や医薬品、公的医療保険に組み入れるインセンティブが非常に働きにくくなります。将来的に公的医療保険から給付される医療の範囲が縮小されるおそれがあると考えます。

22ページは、患者さんの団体がいわゆる混合診療の全面解禁というものに対しては強く反対をされています。これは2011年10月25日の難病疾病団体の協議会が出されているものです。基本的には必要な医療は保険診療で行うという現在の公的な皆保険制度を守ることが大切だ。したがって、公的保険制度の縮小につながるような、自由診療に大きく道をひらく混合診療の全面解禁には反対をされている。それから、先進医療（評価療養）の保険適用が遅いという技術的な問題と、保険診療の根本にかかわる問題を同一に議論すべきではないという御意見を出されております。

再生医療を始めとする様々な高度医療が現実のものとなりつつある現状だからこそ、全国の患者団体は混合診療の全面解禁には強く反対を表明するということをおっしゃっております。

23ページ、先進医療における評価の迅速化・効率化を図り、将来保険収載を前提とした

評価療養の充実・強化には賛成です。ただし、保険収載をしないということで評価療養にとどめ置いたり、保険収載を前提としない選定療養を拡大すべきではないと考えております。

評価療養は、保険導入を目指した評価途上の技術を保険適用につなぐための、過渡的な取り扱いとすべきと考えております。

24ページ、医療は国民の健康を守り、経済活動を支える社会的共通資本であり、消費活動ではありません。医療における規制は企業の利益のために緩和するべきではない。国民の安全と安心を守るためにあります。医療周辺産業における過度な規制は当然見直すべきですが、安全性の確保が最も重要であり、さらに財政的に、結果的に国民負担が増えるようなことがあってはなりません。国民医療に直接影響する医療本体への規制緩和はすべきでないということを主張させていただきたいと思っております。

どうも御清聴ありがとうございました。

○岡議長 ありがとうございました。

それでは、この後、今の河北さんと今村さんのお話をベースに意見交換をしたいと思っております。いかがでしょうか。専門委員の方々にも御参加いただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○土屋専門委員 専門委員の土屋ですが、ほとんど身内なので今日は黙っていようかと思ったのですが、私の意見は河北先生にかなり近いというか、日ごろの意見を整理していただいてありがとうございました。

今村先生とも一緒に仕事をしたのですが、ちょっと気になったことが2～3ありますので、その指摘だけさせていただきたい。

まず1ページ目で医師会の歴史を述べられて、世界医師会から認められた日本で唯一の医師個人資格で加入する団体。しかし、これは実はA会員、B会員というものがあって、差別化された組織なわけです。まさに戦前の地主と小作人的なもので、医療経営者はAである。私みたいに従業員はBであるということで、同じ資格ではないということをもっと御指摘しておきたいと思っております。

混合診療の問題ですけれども、11ページにありますように、赤丸の一番右側に制限回数を超える医療行為というものがあありますが、最近ではDPCなので入院中は余りないのですけれども、例えば重症感染症か何かで抗生物質を倍量使いたいというと、大概これは削られてくるわけです。そうすると、わざわざ忙しい重症患者を抱えた医者が、症状詳記とって詳しく言い訳書を書くことで一部は認められる。場合によっては認められない。地区によってまた違うというようなことで差別化がある。統一された基準でやられていないという問題があると思っておりますが、これについては医師の裁量権ということから言ったら、保険は財政的な問題がありますから一律に切って構わないと思うのです。むしろ医師の裁量でやった分については患者個人から全て取ってよろしい。ミニ混合診療ですけれども、こう

いうことを認めるべきではないかということがまず1点。

それと同時に、この選定療養がその下にありますけれども、厚生労働省が絡んだ委員会でやると安全であって、専門家である医師が自分たちで判断する裁量がどうして間違いなのか。それを翻っていくと最後のページで先生がお示しになった最後から3枚目、患者団体云々。これが全面解禁に反対しておるということは、国の委員会で決めたことは安心だけれども、医師会を中心とした医師の決めたことは信用ならないということを行っているので、医師の信頼の問題であって、これは医師会が最初のページで示された日本で唯一の団体であるという誇りがずたずたに崩されて、信頼されていないということが裏側にあるのではないかということがあります。

最後に20ページに戻りますと、先生は日本とアメリカを例に出されましたけれども、アメリカは御存じのように国民皆保険になっていない。既にお隣の韓国でさえ、あるいはヨーロッパの多くの国が皆保険か、ないし全部税金で賄うのが先進的な医療保険制度と言えます。アメリカは医療保険制度から言うと最も先進国の中では後進国であるという解釈で、この比較は不適當である。この点を指摘しておきたいと思います。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

今村さん、どうぞ。

○日本医師会 御指摘いただいた点について反論というほどでもないのですが、まず冒頭の医師会のA会員、B会員という話をここでしてもしょうがないのですが、これは医師会にも責任があると思うのですが、会員資格には全く権利が平等で、会費に違いがあるだけです。したがって、全ての権利が平等というのが、これは公益法人の仕組みでありますので、勤務医の先生方の意見が十分になかなか医師会の中で反映されなかったという事実は過去にはあるのかもしれませんが、大きな階層化があるというようなことは、これは大変残念ながら正しく御理解いただいていないので、この場で申し上げておきたいと思います。

11ページの実際の医療現場で本当に我々医師も様々な医療を行ったときに、保険診療を行う上で様々な査定だとか、全ての医師、これは病院の先生も診療所も苦勞しているわけですが、運用上の問題もあろうかと思しますので、そこは精緻な議論がいるかなということ、ここではそれ以上は申し上げません。

20ページのアメリカを出したのは、何を言いたかったかということ、要するに私的な医療の増やし方を間違えると、かえって公的な医療部分が増えるというのは別にアメリカに限らず、他でも起こっていることなので、象徴的な例としてここは挙げさせていただいたということだけです。全く医療がそれぞれの国で制度が違いますので、例えば河北先生は大変お詳しいと思いますが、シンガポールなども全く自己責任で民間保険でやっておられる国だと思いますが、そういうように、国によって背景が違う、歴史が違う、国民の

高齢化率も違う中で制度をどう運用していくかという中で、大原則として公的な医療保険制度が中心になり、そこにどのように上手に私的なものを乗せていくか。その乗せ方を間違えるとかえって財政的な、公的な負担につながるということを申し上げたかったということです。

22ページの混合診療を患者さんが反対しているということが、なぜ医師の信頼がないということになるのかよくわかりませんが、やはり国民の声もきちんと踏まえた上で御検討くださいということで、一例として挙げさせていただいたということです。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

他いかがでしょうか。

○松山専門委員 専門委員の松山でございます。

河北先生の資料の1ページ目に、混合診療と社会保険の在り方で民間医療保険の活用ということが書かれています。これを別の言葉で表現すると、今の保険制度の中に2階建ての仕組みを入れるということだと思えるのですが、実は他の先進諸国では公的保険の枠組みもしくは民間保険を活用する形で2階建てになっているところが多いのです。

このように医療保険を2階建てにした理由には2つあります。1つ目の理由は、日本のように国が決めた制度を全国民に一律適用するということだと、世代間の利害対立で調整が困難になるからです。それを回避するために公的保険の中にオプションを入れて、一人一人の国民に給付と負担のバランスを選択してもらう。そうすると国民は自分で選んだことなので、同じお金を使うでも満足度が高まります。

技術進歩によりどんどん新しい治療方法や医薬品が出てきていますが、2つ目の理由は、医療の場合よりいいものはより高くなるという事情に関係しています。つまり、新しい医療技術を普及させるためには追加財源を確保することが必要であり、そのことに各国とも苦勞しています。そこで公的医療保険をベースにしてオプションを設け2階建てにするという発想になったのです。医療にもっとお金を使う意思のある人はより給付内容が充実したオプションを選びます。ただし、公的保険と民間保険を比較したときに、制度を運営する管理費は圧倒的に公的保険のほうが安い。効率的なのは実は民間保険ではなくて公的保険なのです。したがって、民間保険を公的の枠組みの中で活用する国においては、かなり厳しい規制をします。例えば、保険料率の決め方も保険会社が勝手に決めることができないうようにしています。病気の人を差別することは一切許さないというのが一般的なルールです。では日本で2階建てにする場合、どういう方法があるかという、例えば保険料は安いけれども、保険給付は5割という保険で新しい技術を使いたいと考える人がいると思います。逆に、保険料は少し高くても患者自己負担は2割で済む保険を選ぶ人がいると思います。以前、規制改革で問題になっていた免責制度のオプションの対象になります。免責制度とは、年間医療費の中で3万円から5万円ぐらいは自己負担してもらって、それを

超えたら公的保険の適用にするということです。免責制度に対する賛否は国民一人一人によって考え方が違うと思われませんが、オプションにすれば考えの異なる人々全員を満足させることが可能になります。なぜなら、免責制度に反対する人には現在の医療保険のままにし、一定額の免責を受け入れる人には保険料を安くするのです。免責オプション保険に加入した人の場合、健康管理のインセンティブが強烈に働きます。そういう仕組みを入れる余地はあるのではないかと。

そういう選択制度を設けると高齢者の人は新しい制度になじむことが難しく取り残されるのではないかと批判が必ず出ます。でも、これを解決するのは簡単です。国民にオプションを提示するとき今ある制度を標準プランとすればいいのです。今のままがいい人はそれをずっと継続できる。そうでないものを選びたい人にも選ぶ権利を与えるということです。

それから、逆選択。いわゆる病気になった人がより有利なものを選んでくるという問題があります。各国は、これを加入ルールを工夫することで解決しています。最もそれが進んでいる国は、多分オーストラリアだと思います。オーストラリアは平均所得以上の人に対して、公的制度と民間保険の組み合わせを選ぶことができるようにしています。民間保険の保険料が高くなり過ぎないように、民間保険の財源の3割は国が出します。その分、保険料を下げてもらう。そのかわり、国が保険会社の利益水準に強制介入します。保険会社が決算した後に利益がたくさん出た保険会社から、利益が余り出なかった保険会社に国が強制的に財源移転させるのです。これは、病気でない人をたくさん集めた保険会社だけが得しないように規制しているのです。このようにルールを工夫すれば、河北先生が御指摘になった民間保険を活用して、公的保険の枠組みを守るという仕組みはできるのです。これにはいろんなバリエーションがありますので、研究する余地はあるのではないかとというのが私の意見です。

○岡議長 ありがとうございます。

他いかがでしょうか。

○長谷川委員 20ページの私的医療費の増加による公的医療費の増加というところ。これが私はよくわからないのですが、この数字が出ているのは公的医療費が増えたよねということはわかるのだけれども、私的医療費が増えるとなぜ公的医療費が増えるのかという因果関係のロジックをもう少し説明いただきたい。

21ページを見ると、保険外診療分と一部負担部分が増えて、保険給付のところはむしろ減っているというグラフになっているわけですが、これだと要するに私的医療の部分が増えてきて、公的医療のところは固定化されて、この絵だとむしろ減っているというふうに見えるのだけれども、20ページと21ページの関係も説明いただきたい。

○日本医師会 私的な保険、つまり先ほどお薬の例も挙げましたけれども、日本の公的制度は医療機関側からすると非常に厳しく抑制をされていると思いますが、価格がどちらか

というと供給側の意見ではなくて、三者、いわゆる中医協等で非常に厳しい状況の中で決定している。ですから全体としては医療費は抑制されている。

ただ、これを私的な世界に置くと、これは供給サイドの意向のほうが強く働く。特に命にかかわるものでありますし、医療というのは非常に情報の非対称性が高い。売り手市場になりやすくて価格が高く設定される。そして、それが固定してしまう。そうすると、それに伴って公的な医療費も高くなる。これは実は医療経済学的にも明らかになっておりますし、最近、財務省の厚労省担当主計官も同様なお話をされておりました、税や保険料で賄う保険診療部分のほうも負担増につながりかねないので、丁寧にやらなければいけないということをおっしゃっております。

もう一点、今の御質問とは違うわけですがけれども、この主計官では治療効果が定かでないようなものの医療についても、下手をすると公費が使われてしまう可能性があるというリスクについても述べられています。

21ページの話は、この例を出させていただいたのは、患者さん側の受ける医療の給付範囲が、どんどん私的な部分を増やしていけばいいのではないですかという話になると、このまま固定化する、もしくは新しく入ってくる、どんどん医療行為というものが公的な保険に組み込まれないようなことになってはいけないという例で、これを出させていただいております。

○河北理事長 今のことで、私はアメリカの今年か知りませんが、アメリカが公的という部分を導入したのが1965年になります。メディケア、メディケイドをケネディ大統領のときに準備をして、ジョンソン大統領が導入したわけですがけれども、そのとき既にアメリカの医療というのは民間の企業による保険が主体でしたから、それに引っ張られた形でメディケア、メディケイドが遅れて参加をしてきたので、そういうことが起こっているということであって、日本の場合には社会保険が前提ですから、そこに新しく民間保険を導入していくということであれば、恐らくこういう現象は将来的に起こらないと私は思います。

○岡議長 ありがとうございます。

長谷川さん、よろしいですか。

○長谷川委員 引き続き勉強させていただきます。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 ありがとうございます。

医師会にお伺いしたいと思います。全体的に言って本日のペーパーは物すごく論理の飛躍と矛盾に基づいているペーパーではないかと思えます。

3点お伺いしたいと思います。

資料2-2の11ページの平成16年の大臣基本合意というのは、「保険外負担の在り方の抜本的な見直しをして、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応」ということで今、

併用療法が進められているということなのですけれども、そもそも混合診療禁止に違反したドクターや医療機関には行政処分もあると聞いておりますが、医師会としては混合診療の定義、判断基準はどこでどのように定められているか、違反かどうかはどのような基準で、誰が決定するのかというのをどう理解されているかというのが質問の1点目です。

2点目なのですが、13から15ページを見ますと、医師会も保険外併用療法の活用の重要性を認められております。そうすると、なぜ併用範囲を拡大すると保険範囲が固定されるという主張をなさるのか、矛盾しているのではないか。そのような主張をすることによって患者団体を惑わすのは、プロフェッションとしていかがなものか。

3点目ですが、医師会は医療における情報の非対称性や力関係のことをおっしゃられるのですけれども、これについてはむしろ恣意的な追加徴収が医師によってなされるのではないかというのが、医師に対する不信感として主張されているところではないかと思えます。このような意見について医師会としてどうお考えなのか、お伺いしたいと思います。

ちなみに18ページの「これまでの薬害」というところで出ている薬害の原因は、混合診療の禁止ではありません。そこだけは誤解がないように。17ページの医師会の御主張の理由として薬害を挙げるというのは少しおかしいのではないかと思います。

○岡議長 今の点、今村さんよろしいでしょうか。

○日本医師会 私も質問を全部メモし切れなかったのですが、答えに不足があれば教えてくださいなのですが、最後の薬害の話というのは何を申し上げたかったかということ、今回、保険外併用療養という今ある制度のことを申し上げているのですが、いわゆる混合診療の全面解禁の中で自由診療と言われている部分にきちんとした、本当に質の担保がないままにいろんなものが組み込まれることのリスクについて申し上げたかったということです。

それから、例えば抗がん剤についても、患者さんからすれば一刻も早く使いたいというお気持ちは当然あるということなのですけれども、医療安全ということをきちんと図らないで拙速に導入するようなことがあると、健康被害につながるようなこともあり得るという意味でこれを出させていただいているだけです。ですから、私は今日保険外併用療養について今ある制度を有効に活用していただきたいという立場で申し上げていることで、無制限に保険に収載しない医療の拡大ということを図ることが慎重であっていただかなければいけないということで、この全体を申し上げます。

最初にいただいた御質問が、医師会として混合診療というものの定義についてどう考えているかということですから、逆に言うと今、申し上げたように保険外併用療養は進めていただいて結構ですということです。それ以外のものについて社会保険診療とそうでない安全性が担保されていないようなもの、あるいは公的な保険に入っていないものを組み合わせるといって混合診療については、医師会は認めていないという立場ということです。

○林委員 済みません、今のはお答えになっていないと思うのです。私は混合診療とは何かという定義の認識をお伺いしたのです。何をすると混合診療になるのですか。禁止の対

象は何ですか。

○日本医師会 つまり、保険診療でないものと保険診療として認められていないものを、同じ時期に同時に行うということを言っているつもりです。

○林委員 同じ時期に同時にするという基準は、どこでどのように定められているのでしょうか。

○日本医師会 例えば同じ診察室に入ってこられたときに、そのときに保険の診療と保険でない診療を同時に行うということですがけれども、患者さんというか国民の方から見るとわかりにくいですか。

○林委員 実態としていろいろな場合に許されている事例があるものですから、果たしてその基準の根拠はどこで定められていると認識されていますか。

○岡議長 滝口さん、お願いします。

○滝口専門委員 今回の議論につきまして、実は数点御見解を伺いたいと思っております、特に臨床の現場の先生方にせつかくおいでいただいているので、かなり具体的にどういったケースがあって、どう先生方はお考えか。ちょっと話が長くなりますが、伺いたいと存じます。

今、あるクリニックに、仮にこれは山田医院としておきますが、熱発の患者さんが診察に見えたとします。山田先生はいろいろ検査をした結果、これはグラム陰性球菌による腎盂腎炎であると診断に至ったといたします。有効と思う抗生剤を投与しましたがけれども、余り効果が見られません。ここに先ごろ新しく発売され薬価収載された新鋭の抗生剤があるといたします。この抗生物質はグラム陰性菌に対して特効的な作用機序を持っておりますので、山田先生としては是非これを使いたい。しかし、適応症が肺炎にしか与えられていない。先生方も御存じのように新しく収載された薬剤は一定期間その適応に極めて厳格ですから、腎盂腎炎ではまず通らない。そこで山田先生は、事情を患者さんに説明して納得していただいて、薬剤の実費のみを患者さんから徴収したとします。これは先生、混合診療に当たりますか。

○日本医師会 当たらないですね。他のそのときに例えば再診料と保険診療と今、言った実費を。

○滝口専門委員 もちろん保険診療をしつつ薬剤の実費だけを患者さんから同時にいただいた場合ですが、これは混合診療に当たらないという認識でよろしゅうございますか？

○日本医師会 そういう認識で私個人はおります。

○滝口専門委員 次に、山田先生は一計を案じまして、近所の親しい、仮にこれは鈴木先生としておきますが、紹介状を書いて自由診療でこの抗生剤を投与してほしい旨、依頼したとします。患者さんは鈴木クリニックで自由診療でその薬を投与されて治癒をいたしました。これは混合診療に当たりますか。

○日本医師会 当たらないです。

○滝口専門委員 当たらないですね。施設が変わっているので、これは当たっていない。

では、鈴木クリニックで薬剤のみを実費で購入していただいて、山田医院に戻って投与した場合はどうなりますでしょうか。

○日本医師会 これは例えば先ほど申し上げた御質問に対してですから、同じ時間に、同じ診察室の中で一緒にそれを提供しなければ、混合診療ではないという考えで。

○滝口専門委員 鈴木医院で買ってきたものを山田医院に戻って保険診療と併せて投与してもらおう。

○日本医師会 保険診療の中ではないですね。結局その先生は投与していることは保険の中に請求が全く行きません。

○滝口専門委員 そうですね。したがって、自分で自費で薬を買ってこられた場合は、これは混合に当たらないという認識でよろしいですね。

○日本医師会 はい。

○滝口専門委員 例えば次は、山田先生がその日は保険診療だけで帰して、翌日もう一度来院していただいて、カルテも変えて、診療を全て自由診療として抗生剤を投与したらどうなりますか。

○日本医師会 これは混合診療に当たらない。

○滝口専門委員 当たらないという御見解ですね。

では最後に、山田先生は非常に仁徳のある先生だったので、その薬代は全部自分の診療所で負担して、患者さんからは法定された自己負担しかとらなかった。これはいかがでしょうか。

○日本医師会 それも適用外の病名ということですね。つまり保険請求も全くしない段階でということですね。

○滝口専門委員 ただし、診察料とかその他は保険に。

○日本医師会 つまり保険診療しかしていないということで混合診療に当たらない。

○滝口専門委員 ついでにつけ足して伺うと、後日、患者さんが本当にお世話になりました。これはほんのお礼の気持ちですと言って金一封を持ってきたとします。あけてみるとちょうど抗生物質の実費分だったといたしますと、これはいかがでしょうか。

○日本医師会 それも全く違った仕組みの、これはいいか悪いかは別として、往々にして患者さんが今、公的病院ではそういうものは一切受け取らないというのがルールですけれども、人間関係の中でむげにそれをお断りできないケースもありますから、ただ、結果的にあけてみたらそうだったというだけの話だと理解をしております。

○滝口専門委員 そうしますと、今、先生がそういった御見解を示されたのは、どこかにルールとして決められているのか。これは一体何に基づいて、これはいい、これは悪いという御判断をなさったのか。厚生省がきちんとガイドラインを、こういう場合は混合診療に当たる、こういう場合は当たらないといったものを出しておられるのか。中医協でこう

いう議論をしているという話は聞いたこともございませんし、多分その時々のお役人の指導でこうしたケースはいいでしょう、こうしたケースはまずいでしょうと、どうも慣習法的に決まっているらしいということはいかがでしょうか。

○日本医師会 私もそこは不勉強で、療担規則という我々医療機関が医療を保険診療で行うときのルールというものが決められておりますので、恐らくその中の記載ということであるのだと理解しておりますけれども、長年実際に患者さんを診療する中で今、御質問いただいたような実際上の悩みというのは、やはり全ての医療機関みんな持っていると思います。ただ、ルールはルールですので、我々保険診療機関として医療を行っていく上で療担規則という規則に違反するわけにはいきませんので、そのルールに従ってやっている。その経験則が先ほど私が申し上げたようなことだと思います。

○滝口専門委員 ただ、療担規則の中に具体的にこれはいい、これは悪いというのは書いてございませんね。

最後に1点。制度そのものはそういたしますと、突き詰めるとどうも行為の混合を禁止しているのではない、その先生が自分で費用を負担すれば、行為自体は混合されていても、混合診療にならないということであれば、最終的には患者さんから余分に料金を徴収することを禁止しているらしい。つまり、患者さんから保険診療と同時に余分の料金をいただかない限りは、どうもおとがめがなさそうだというこの点についての御認識はいかがでしょう。

○日本医師会 今、前提はその新しい抗生剤がはっきりと効果があって、患者さんに安全であるということが既に薬価収載されているということで保障されていることが、まず大前提にあると思います。その上でそういう今の御質問の意味ではそうなのだろうと思います。

○滝口専門委員 以上でございます。

○河北理事長 ちょっと意見があるのですが、今の安全性を確保するというのと、薬価収載するという事は違います。安全性というのは薬事法で考えることであって、保険収載というのは経済的合理性とか、あるいは本当に効果がある疾患に関してあるかとかいうことであって、薬事法の衛生法規と健康保険法上の薬価収載とは違います。それは是非御理解いただきたいと思います。

○日本医師会 ただ、薬価に載っているということは薬事法上の安全性も。

○河北理事長 それはもちろんです。

○岡議長 森下さん、どうぞ。

○森下委員 済みません、全然方向を変えたいと思うのですが、私も医師会のB会員として、区別されているほうかもしれません。私は父親も日本医師会の代議員をいたしましたら近いのは近いので内容的にはよく知っているのですが、23ページのお話を聞きたいと思うのです。

23ページのところに評価の迅速化・効率化を図り、将来保険収載を前提とした評価療養の充実・強化には賛成ですということで、保険外療養の拡大自体は反対していないということは明確にされていると思うのです。私のように大学で先進的な医療をしていると一番思うのは、患者さんが結果が出て効果があるということがわかった時点で使いたいという方と、わかっていなくても試験的に使っていただきたい。そのことによって自分の病気を少しでも直したいということで、これはいわゆる治験の前段階で、例えば臨床研究であったり、いろんな形の先進医療をするわけです。

それに対して今までだと混合診療が入ってきて、なかなかできない。大学の場合、いろんな工夫はしていますが、やはり非常に不便だと思います。本来の姿ではないと思っています。その意味では安全性に関しては大学の場合、倫理委員会等で評価をしているので、ある程度担保されている。逆に言うと、大学で倫理委員会などで許可をとったものは保険外療養を拡大されたらどうか。そうすると患者さんもスムーズに受け入れますし、大学病院もスムーズにできる。今は同一日にとらなかったり、非常に小手先の話をしている、実質上は混合診療をしているわけです。そうすると、そこは拡大してもいいのではないかと。

やはりどこかで担保が欲しいというのは日本医師会さんの立場だと思うので、大学の倫理委員会なり病院の倫理委員会を信用してもらえれば、それでそのところは解決がつくのではないかと思います。

今、一番問題なのは、効果が試されていないと保険外併用を認めないということが患者さんに合っていない。海外である程度効果が出ていて、日本あるいは海外でも適応を拡大しているとか、先進医療なんか日本で一番最初にするというケースも出るわけです。こういうところを拡大していくことで日本の医療が前に行くのではないかと。そこに関しては必ずしも私はこれを見ている限り反対ではないととっているのですが。

○日本医師会 おっしゃるとおりです。先生が大学にいらっしゃって、最先端でそういう研究をされている中でいろんな御苦勞をされていることはそのとおりで十分理解をしているつもりです。今、いろいろな薬剤の問題で、臨床研究の倫理的問題だとか仕組みの問題は大変大きな課題になっておりますが、そういうことはそういうこととしてきっちり詰めていただいた上で、きちんと大学の先進医療が行いやすいような環境をつくっていくことが必要です。私は何でもかんでも反対と申し上げているのではなくて、丁寧に議論をして拡大できるところはしたらいいのではないかとという意味合いで申し上げていますので、先生がおっしゃることは私はそのとおりだと思っています。

○岡議長 翁さん、どうぞ。

○翁委員 意見と御質問をさせていただきたいのですが、先ほどのいろいろなケースのお話を伺っておりますと、保険診療と自由診療、また、先端的な診療を同じ病院で同日に受けることができないという考え方で運用されているのかなと思いましたが、患者の

視点から考えるとそれはどうなのかなと思います。同日に同施設で受けられない。それを離せばOKということであれば、患者の経済的な負担とか身体的な負担とか、また、選択の自由度といった視点から考えると、そういう運用のルールでいいのかなという印象を持ちましたので、それを申し上げたいと思います。

もう一つ御質問は、先ほど患者団体のことで御紹介がございましたけれども、自由診療というものが一方であって、この自由診療の管理の在り方について日本医師会としてはどういうお考えをお持ちなのかということについて、御見解をお伺いしたいと思います。

以上です。

○岡議長 お願いします。

○日本医師会 1点目には、本当におっしゃる運用上の問題で患者さんが大変御苦労されるというのは、私もそのとおりだと思っています。ただ、そのときに先ほど申し上げたように薬事あるいは薬価できちんと公に効果も認められて、保険の適用は通っているのだけれども、いわゆる適用病名と、これは大変現場の医師は苦労しているところですが、それをとっていないためにたまたま使えないというようなことについては、もう少し私は運用しやすくすればいいのではないかと思っています。

私どもが危惧しているのは、混合診療という名のもとに自由診療部分が全く評価が定かでないものを保険診療と一緒に行うというリスクがどうしてもあるということです。そこに反対をしているということなので、運用上の話と少し分けて考えていただければと思っています。

自由診療の部分については、自由診療と称するものが本当に幅が広くて、今、統合医療だとかいろんなことも言われていますけれども、エビデンスがはっきりしていないものもいっぱいあります。したがって、その全てにわたって日本医師会がどうということを申し上げられませんが、やはりきちんとしたエビデンスがあるものについてまず自由診療の中に入れていくかどうか。つまり、組み合わせるかどうかという問題があるので、そこについてはしっかりとしたエビデンスを出してください。いろんな自由診療と言われているものの中については申し上げます。

特に健康食品等につきましても、健康被害というものがあまして、全国の医療機関で健康食品から発生してくる健康被害についてデータを集積して、こういうものはひよっとすると全国から何件も上がってきているから問題があるのではないか。例えば化粧品の話でもそうですけれども、やはりそういう健康被害が起こってこないかどうかについてのネットワークというものを今はつくっております。自由診療全般についての何か意見というものが特に医師会としてあるわけではないのですが、とにかくきちんとしたエビデンスのある医療になっているものにしてほしいということです。

○岡議長 ありがとうございます。

松山さん、お願いします。

○松山専門委員 話を戻して恐縮なのですが、医師会の資料で20ページに戻っていただきたいと思います。

私は1988年からアメリカの医療費の財源構成変化をずっと見てきました。本日の会議の議事録と資料が国民に公開されることを考えると、明確にしておきたいことがあります。日本医師会が説明したようにアメリカの公費の割合が43%から47.8%に増えたということは、私的医療費の割合が57%から52.2%に減ったということですよね。そうすると私的医療費の増加に伴ない公的医療費の増加というロジックはおかしいと思います。アメリカの公的医療費が増えた最大の理由は、メディケアという高齢者の処遇をする公的医療保険のウェイトが高まったからであって、別に市場原理が理由ではないのです。

それから、人口3億1,000万人のうち、約5,000万人が未保険者でありますけれども、そのうち2,200万人ぐらいはお金持ちです。これは弁護士とか公認会計士とか、いわゆる所得が高い個人事業主が、自分は健康だから保険料を払いたくないということ無保険者になっている。これを是正することがオバマケアという改革の目的の一つなのです。だからホワイトハウスの周りで反対デモをしている人たちというのはお金持ちが多いのです。そういうことも考えておかないといけない。

それから、貧困者が増えるがゆえに公的医療費も増えています。これはなぜか。毎年100万近い移民が入ってくるからです。それを全部吸収しようとしたら持つはずがないわけですが、それでもアメリカ社会の理念を守るために公費を増やして無保険者を減らそうというのが、オバマケア改革だと私は理解しております。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

○日本医師会 先ほど河北先生からも御指摘いただきました。松山先生からも御指摘いただいたのですが、20ページのここは、このパーセントだけで見ていると確かにそういうことなのですが、7ページにありますように絶対額の推移というのをこちらもお示しをしなかったもので、金額ベースで言えば公的な医療費も増えている。その理由については今、御指摘いただいたようなことが理由だということだと理解いたしましたけれども、これについてはもっと他の国の實際上、日本に近い医療を提供されているような国でも最近、民間の医療、自由診療部分を増やしていくということがあるようで、そういったものがどの程度実際の公的な医療部分の医療費に影響しているかというのは、もう少しつぶさにまたこちらで調べてお出しをしたいと思います。

○岡議長 佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 もう一度シンプルに確認をしたいのですが、混合診療の問題というのは患者や医師の不便、先ほどの同時でなければいけないということの不便と、自由診療の安全性の問題と、全く2つの問題があると考えたほうが良いと思って、それを一緒にして混合診療が認められないというのはどうかなと思うのです。

というのは、つまりすごく簡単に言うと、あるレストランにお客さんが入りました。定食が1,000円です。デザートをつけたい人は300円ですと言われた。そうすると、私は300円のデザートをください。済みません、これは一緒には頼めないのです。一緒に頼んだら定食を頼む権利はなくて、定食はばらばらに数えるので1,600円になります。しかし、あなたが定食を食べ終わって一旦店に出て、また入ってきてデザートだけ食べると1,300円。こういうことが今の混合診療の問題で、先ほどの違う病院だったり、違う時間だったり、これはお店側にしても食べたい人にしても不利益である。ここに関しては医師会は合意されているのかどうか。

そのデザートが本当においしいデザートなのか。本当に300円の効果があるのかということに対しての安全性というのも、これが解決されれば今、そもそもの基本のところと言う混合診療を認めることに対してはいいのではないかと私は思うのですが、この医師会の考えを。

○日本医師会 議論がずっとかみ合わないなと思っているのは、今日は保険外併用療養ということについて御下命を受けてお話を申し上げている。保険外併用療養というのは言葉として混合診療という非常にわかりやすい言葉が流布されているのでおっしゃるのだと思うのですが、実質上これは保険診療と、まだ保険診療で認められていないものを一定のルールに基づいて認めているという意味なので、日本医師会はこれは進めても結構ですと。つまりある意味、きちんとした担保された制度の中の混合診療については容認をしているし、国民のために積極的に進めてくださいというふうに申し上げている。そういうことです。

今、お話になったレストランの話とか、新幹線で行くのにグリーン車か普通車かみたいな議論は非常にわかりやすい話ではあるのですが、アナロジーとして本当にそれでいいのかどうかというのはなかなか難しいと思っています。医療の問題と。だからどうしても国民の方からは自分で選択して、これを食べたいから食べるというものと医療というのは、もちろん同意も得ますし、十分なインフォームドコンセントのもとに治療を選択していただくわけですが、そうは言ってもやはり一定の治療をするという意味では、そんなに自由な選択が患者さんにあるわけではありませんので、より安全で、よりよい医療をどういう仕組みで提供するかというお話だということが前提にある。その中で今、言った保険外併用療養については、日本医師会は進めていただいて結構です。ただ、それはこういうルールのもとでやってくださいということを申し上げている。その確認です。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 私としては医療費の増加と経済成長の関係についても、一言意見を述べさせていただきたいと思います。

というのは、先ほど今村先生から米国の医療費、公的も私的も増えているということなのですけれども、それはおっしゃるとおりで、米国のGDPの17%以上が今、医療費です。で

も注目しなければいけないのは、それでも経済成長している。ということは、医療費の増加が経済成長のネックになるということではないということでもあります。それはなぜ可能になっているかというと、公的保険及び民間保険の中に国民一人一人に選択させるオプションが入っているからなのです。そういう意味で私は河北先生が御提案になっている民間医療保険の活用もしくは公的保険の仕組みを少しいじることで2階建てに近いものを入れるということは、医療費を健全にふやす方法として検討に値すると考えております。

○岡議長 ありがとうございます。

○河北理事長 今の松山さんのお話に1つ加えなければいけないのは、アメリカの場合には国内の医療費は非常に高い。GDPの17%以上かかっているということは事実です。ただし、アメリカで開発された薬だとか医療機器だとか、そういったものが貿易財になってアメリカの産業に戻ってきているという事実があるわけです。ですから日本の産業が貿易財としてもっとそういうところを海外に輸出できるようなものにつなげていかなければ、今みたいな話は成り立たないということです。

○岡議長 ありがとうございます。

皆様から活発に御意見をいただきまして、予定の時間を大幅に超過しております。

本日は、保険診療と保険外診療の併用制度についての理解を深めることが目的でございました。委員の皆さんそれなりに理解を深めていただいたのと同時に、逆に聴いてみたら納得できないようなことが出てきた方もおられるようですが、いずれにしろこのテーマにつきましては、この会議の最優先案件のひとつに取り上げており、引き続きお話を聴きする機会があるかと思っておりますので、よろしく願いいたします。今日はお忙しいところありがとうございました。

○日本医師会 とんでもございません、ありがとうございます。

何か御疑問がありましたら個別にいつでも言っていただければお答えいたします。

○岡議長 専門委員の先生もありがとうございました。

(説明者退室)

○岡議長 大分時間が押しております。続きまして議題3の公開ディスカッションの開催について、事務局から説明をお願いいたします。

○中原参事官 資料3をお手元に出していただければと存じます。

まず日時としましては、11月28日の14時から18時を予定しております。会場が中央合同庁舎4号館2階220会議室でございます。

対象テーマといたしましては、「保険診療と保険外診療の併用について」及び「老朽化マンション等の建替え等の促進」でございます。

その他としましては、各立場の意見を事前に集約・整理して公開をいたします。また、マスコミの皆様、一般国民の皆様の傍聴を募集します。それから、各テーマについて論点整理を主眼としまして、一定の結論付を目的とするものではないということでございます。

事務局からは以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

本件については今までの会議で議論しておりますので、本日これを1回目を是非やりたいということでございます。

ここで触れていないことについて1つだけ申し上げますと、大田議長代理及び長谷川担当委員とも相談しまして、固定カメラを入れて会議の全てを映していただいて、それを内閣府のホームページで国民が見えるようにすることを前向きに検討しようということです。

「前向きに検討しよう」というのは、物理的に可能である限りやろう、ということで、業者を選定するとかいろいろ作業があるようなのですが、いずれにしろ、その方向で進めていきたいということをお願い添えたいと思います。それでよろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○岡議長 ありがとうございます。

後藤田副大臣、どうぞ。

○後藤田副大臣 事務局に聞きたいのですが、今日2時間で3つのテーマ、混合診療と老朽化と社会福祉法人をやったけれども、今度は4時間やりますね。何か社福を除いた理由というのは、2回目にやるという話なのですが、あれだけのテーマで来年に持ち越すと結構みんな逃げられてしまいます。先ほど25年度と議長はおっしゃっていたけれども、厚生省はそんな生易しくありませんので、早めにやったほうがいいのではないかという意見だけ申し上げます。

○岡議長 ありがとうございます。御意見として承っておきます。

それでは、次に議題4の規制改革ホットラインについて、事務局から説明願います。

○柿原参事官 資料4を御覧ください。

10月21日現在で3月からトータルで1,615件いただいております。10月1日から31日まで集中受付ということで、集中受付分だけ取り出しますと400件余りとなっております。

所管省庁への検討要請状況はそこにありますとおり、10月21日現在ですが、前回10月4日に御報告して以降、新たに13件をそこにあるとおり関係省庁に要請しております。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

本件について御意見、御質問ございますか。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了したいと思います。事務局から補足はありますか。

○柿原参事官 次回の会議は11月19日を予定しております。詳細は改めて御連絡いたします。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、どうもありがとうございました。