

## 第24回規制改革会議議事録

1. 日時：平成26年1月21日（火）9:30～11:33
2. 場所：中央合同庁舎第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、翁百合、金丸恭文、  
佐久間総一郎、滝久雄、鶴光太郎、林いづみ、松村敏弘  
（専門委員）土屋了介、松山幸弘、  
（政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、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  
（厚生労働省）神田大臣官房審議官、佐々木保険局医療課企画官  
（総務省）濱西大臣官房審議官、清水行政評価局政策評価官、  
明渡行政評価局評価監視官

4. 議題：  
（開会）
  1. 保険診療と保険外診療の併用療養制度について
  2. 規制所管府省が主体的・積極的に規制改革に取り組むシステムの構築について
  3. 「規制改革ホットライン」について  
（閉会）

### 5. 議事概要：

○岡議長 おはようございます。定刻となりましたので、第24回規制改革会議を開会いたします。

本日は、甘利大臣は御欠席です。また、浦野委員、大崎委員、佐々木委員、長谷川委員、森下委員が御欠席でございます。

それでは、はじめに稲田大臣から御挨拶をいただきます。

○稲田大臣 今年の第1回目の会議ということで、委員の先生方、専門委員の先生方、そして、今日は小泉政務官にもお見えいただきまして、どうぞよろしく申し上げます。昨年も本当にお世話になりましたが、今年はいよいよ結果を出していかなければならないと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

本日の1つ目の議題、保険外併用療養制度については、昨年末に会議の意見を取りまと

めていただきました。本日以降、さらに検討を深めていただき、保険給付を受ける権利を最大限尊重する観点から、患者の多様なニーズに個々に即応して、保険外診療と併用しても保険給付が受けられる新たな仕組みをできるだけ早期に提案いただきたいと思います。

規制改革の立場は、保険の負担をしている国民が保険の適用される医療を受ければ、きちんと保険が適用されるのだという当たり前のことを認めていこうという方針でございます。昨日も岡議長、私、産業競争力会議でこの問題も提起をいたしましたし、今日も日本経済再生本部において発言をしたところでございます。

また、規制所管府省が主体的・積極的に規制改革に取り組むシステムの構築について検討を開始していただくことになっております。私、行政改革担当大臣として、行政事業レビューというのをやっておりますけれども、やはり各府省がみずから規制を取り払っていく、そして不断に見直して、横断的に規制を把握してPDCAサイクルが機能する仕組みについて検討いただきたいと思います。今までも過去も何回もこういう試みはあったのですけれども、それがきちんと定着をしていないということでございますので、是非検討を進めていただきたいと思います。

また、私は年が明けましてからアメリカに出張いたしました。金丸委員にも御配慮いただいて、シリコンバレーに行って、いろんな企業も見させていただきました。百聞は一見にしかずですけれども、世界の競争が集まっているところであり、そして、ITの進化によって、ビジネスの環境は全く変わってきているのだなということも実感いたしました。すごく印象的だったのは、Uberというタクシー会社で、私はあまりスマートフォンとかやっていないですけれども、それで呼ぶシステムがあるのです。ちゃんと乗った人が運転手を評価して、それが待遇にも反映するのですけれども、ワシントンD.C.に行ったら、そこで日本人の記者がそのことを話題にいたしましたし、ニューヨークに行って規制の部局の人たちが実際に使ってみて、車もきれいで非常に便利でよかったということがありました。やはり規制改革の目的は、経済再生とともに、国民の生活の利便性というものをきちんと目的において改革を進めていかなければいけないなと思いました。

また、ワシントンD.C.では講演をしました。非常にアベノミクスに対して関心が強くて、特に女性の活躍、規制改革会議の役割。提言がすぐさま法律改正につながるのかどうか等、いろんな質問をされました。また、ニューヨークでは、クールジャパンについても講演してきたのですけれども、クールジャパンについて、シリコンバレーでも非常に注目をされていまして、あとどこに行っても日本人の方がすごく頑張っておられるということも感じることができました。今、日本の改革の方向性について世界から関心を集めていることを改めて感じましたので、本年も引き続き精力的な御審議をいただいて、是非1つでも多くの結果を出していきたいと思っておりますので、よろしく願いをいたします。

○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 それでは、議事に入る前に、新たに内閣府事務次官に就任されました松山事務次官に御出席いただいておりますので、一言御挨拶をお願いしたいと思います。

○松山事務次官 ありがとうございます。1月10日付で内閣府事務次官を拝命いたしました松山でございます。

内閣府は皆さん御存じのとおり、総理、特命担当大臣、内閣をお支えするのが任務でございます。この任務に、私、全力で取り組んでまいりたいと思っております。引き続きよろしくをお願いしたいと思います。

大臣のお話にもございましたけれども、今年はアベノミクス、とりわけ成長戦略、その中核をなす規制改革が正念場といたしますか、結果を求められる年であると考えております。規制改革会議の委員の皆様方、岡議長、大田代理を始め、昨年来、大変な御尽力をいただいておりますけれども、内閣府といたしまして、滝本規制改革推進室長とよく連携を取りながらさらにお支えしていきたいと考えておりますので、よろしく御指導いただきますようお願い申し上げます。ありがとうございます。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、議事に入る前にもう一つ、昨日行われました産業競争力会議について御報告させていただきます。

産業競争力会議におきましては、毎回私から規制改革会議の活動報告をしているわけですが、その本会議が昨年秋以来久々の開催ということもありましたので、9月以降の規制改革会議の活動報告をさせていただきました。お手元資料の一番下の参考資料を御覧ください。このペーパーに、私どもが出しました意見等を別紙として添付された状態で産業競争力会議に出しております。私からは、まず、昨年9月以降、健康・医療、農業、雇用といった重点分野について相当精力的に議論を行い、その成果として、ここにリストアップしてあります13件の意見等を公表したことを申しあげました。

2つ目に、産業競争力会議との連携について申しあげました。昨年9月以降、産業競争力会議のテーマ別分科会が結構頻繁に行われていたわけですが、その会議には、私もしくは大田議長代理、各ワーキング・グループの座長の皆さんにも、御都合のつく限り出席いただき、情報の共有あるいは連携をさせていただいたことを強調し、今後とも産業競争力会議と我々規制改革会議では連携していきたいという意思表示もいたしました。

さらに、規制改革会議において初めて公開ディスカッションを行ったことに触れまして、規制改革に対する世論を喚起するようなことも我々は求めていきたいと申しあげました。

最後に、今後、6月の答申とりまとめに向かって、幅広い分野において精力的に議論を重ねていくこととなりますが、当面の私どもが注力するテーマとして2つ申しあげました。

1つは農業分野。既に我々の意見も出し、今回の産業競争力会議の検討方針の中にも盛り込まれておりますが、農業委員会、農協の在り方、農業生産法人の資格要件等について、

我々としてはしっかりと議論して、建設的な提案をしていきたいと申し上げました。

もう1つは、今日の議題の1番目にある「保険診療と保険外診療の併用療養制度」につきまして、現在の制度が国民の負担を課すような側面があるわけですが、私どもとしては、患者・国民の選択権、医師の裁量権を尊重した、もう少し国民にとって納得できる、優しい制度を考えるべきではないか、このようなことを申し上げました。もちろん、国民皆保険の維持とか、現行制度の長所にもしっかりと配慮して検討を進めますよということもあわせて申し上げております。

その後、先ほど大臣が触れられましたが、稲田大臣からも応援演説をいただきました。

以上が昨日の産業競争力会議における私からの活動報告の中身でございます。

それでは、これより議事に入ります。

議題1は「保険診療と保険外診療の併用療養制度について」でございます。

専門委員の松山先生と土屋先生のお二方に御出席をいただいております。

まず、厚生労働省から御説明を10分ほどいただきます。本日は神田審議官と佐々木企画官に御出席いただいております。よろしく願いいたします。

○厚生労働省（神田審議官） それでは、お手元でございます保険診療と安全性・有効性が確認されていない保険外診療を併用した場合に保険診療分についても医療保険から給付をしない理由についてということで、文書で提出するよという御指示がございましたので準備をさせていただいたものでございます。

国民皆保険の原則と書いてございますけれども、国民皆保険というのは、基本的にどこかの医療保険制度に所属しているというだけではなくて、誰もが一定な負担で必要な医療が受けられる、基本的には保険診療で必要な医療を受けられるというのを保障しているということだと理解しております。

公的保険でございますので、国民から集めた税金や保険料で賄うということでございますので、有効性・安全性が担保されている医療であることが必要。

反対に、安全性が確認されていない危険なものであるとか、エビデンスのないような医療について保険から給付することはできないというのが基本原則でございます。そういった基本原則に立ちながら、こういった原則を保険医になりますと療養担当規則、保健医療機関、保険医というのは守っていただくべき規則というのがございます。この中で有効性・安全性が確認されている療法をやっていただくということで、その規則の中で特殊な療法は禁止されております。また薬事承認を受けていないような医薬品については使用が禁止されているということでございます。

ただ、一方で、今、申し上げたような安全性を確保した上で、患者負担の増大を防止する国民の選択肢を広げるという観点から、平成16年に当時の規制改革担当大臣と厚労大臣との間で見直しを行うということになってできたのが保険外併用療養費という制度でございます。この制度においては、基本的に保険収載を目指している段階の医療について、数

例の使用実績を出していただいて、事故が起こっていないという程度の安全性の確認、査読された論文で有効性が期待できると、何らかのエビデンスがあって有効性が期待できるという程度の安全性・有効性の入り口チェックを行った上で、そういうものについてはデータを集積して必要なもの、有効性・安全性が確認できるようなものについては保険収載をしていくという基本的な考え方のもとに保険外併用療養費制度というものを設けております。この制度においては、その当該医療部分については自己負担ということになりますけれども、それ以外の保険適用範囲の医療については保険から給付をするという考え方とさせていただきます。

保険の適用範囲の医療とそうでないものを組合せた場合に、なぜ保険適用内の医療について給付を行わないのか。これについて、この会議でも例示として抗がん剤などの例を出させていただきましたけれども、安全性・有効性が確認されていない医療行為と確認されている医療行為を併用した場合、併用することによる安全性、有効性が確認されていないということについては、単独の医療行為で安全性・有効性が確認されていないということと同様であると考えております。これについては、例えば抗がん剤を作用機序が違うということであわせて使った場合に事故が起こらないかどうかということについて、やはり併用することによる安全性そのものをチェックしないでそのまま使うということについては、併用の安全性というのが確認されていないということではないか。また、かえって有害であるということであれば、その有効性ということについても問題があるということがございますので、先ほど申し上げたような併用すること自体について、先ほど申し上げた程度の入り口チェックは必要ではないかと考えております。

そうしたことから、基本的には安全性・有効性が確認されていないものについて、ベース部分も含めて保険から給付することはできないという考え方に基づいて、この場合、保険適用内の医療についても保険から給付をしないということにいたしております。

2つの医療行為を併用するというケースでなくても、例えば安全性・有効性が確認されていない医療行為についての検査ですとか、あるいは入院する入院代などについても基本的に安全性・有効性が確認されていないものに起因する給付ということについては、先ほど申し上げたようなエビデンスがないものとか、危険なものについて公的保険から給付をすることは困難であるというのが基本的な考え方とさせていただきます。

次のページはあくまでも参考ということでございますけれども、昨年来、規制改革会議で御議論いただきましたことを踏まえまして、特に②の部分でございますけれども、費用対効果の検討とあわせまして、評価療養において有効性等は認められたものの、開発コストの回収が難しく、治験が進まない。商業性がなくて治験等になかなか進まないというものの保険外併用療養費制度における在り方については、私どもとしても、これは検討するところでも申し上げておりますので、これについては検討させていただきたいと思っております。

①のほうですが、これは現在、中医協のほうでも費用対効果が非常に低い、コストは非常にかかりますけれども、効果が既存の技術と比べて必ずしも十分でないものについてどのように扱うかということについて検討いたしております。

これは前にも検討の状況というのは御報告をさせていただきましたけれども、28年度を目途に、費用対効果の評価を試行的に導入するという方向で現在具体的な検討を進めております。現在1月にも費用対効果を検討している専門の部会がございますけれども、そこで具体的な具体例を用いた検討を今後進めていくということにしておりまして、26年度以降、既に保険収載されて一定期間が経過している医薬品ですとか医療機器ですとか、新規に収載する医療機器などについて、企業からデータを出していただきまして、費用対効果の検討をして、その中の扱いとして、それでは保険制度上どのように扱っていくのか、保険から償還しないとすることなのかどうかというようなことも含めて、28年度の試行的導入も視野に入れながら検討を進めていくということにいたしております。

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、ただいまの厚労省の説明に対して意見交換をしたいと思います。

佐久間さん、お願いします。

○佐久間委員 ありがとうございます。もう今までも何度かコメントしていた点でございますが、まず、私が考えている一番簡単なほうからコメントさせていただきます。

資料1-1の一番最後のなお書きのところです。

ここでその上までの考え方に合理性があるとしても、なお書きのところは全く理解ができないというのが結論です。なぜ検査とか入院費用が保険で対応していただけないのか。もちろん、例えば入院して保険外の薬については保険が適用できない。これはしょうがないとして、なぜそのときの検査、入院費用までが保険の対象にならなくなるのかということについて、起因するということが書いてありますけれども、起因するという意味が全く理解ができないということです。もし、起因するということであれば、これは前もお話ししましたけれども、もし保険外の医療を受けて、それで逆に被害を被った。例えばお肌がきれいになりますという診療を受けて非常に被害があったということで医者に行く。これは当然保険対象になるということですから、起因していても保険対象になるということです。ですから、この起因するというロジックというのは全くこの点についての説明になっていない。

さらにいえば、財政上、それが保険費用の圧縮につながるかという逆で、これを認めないとなると保険適用の治療を受けるということで負担が増える。こういうことなので、やはりなお書きのところがなぜ検査、ベッド等について保険が適用されなくなるのかについて、再度説明をお願いできればと思います。

以上です。

○岡議長 お願いいたします。

○厚生労働省（神田審議官） 本質的には、医療というのは一連の医療サービス全体で治療を行っていくというものであると理解をしております。したがって、医療保険の原則というのは、あくまでも医療行為というのを細切れに扱うということではなくて、全体としての医療行為というのを療養の給付という形で現物のサービスとして、本来は細切れに切り分けるというのは難しいわけでありますので、あくまでも一連の医療サービスというのを妥当、適切に提供していただくということで、現物給付を原則にいたしております。

一連のサービスについては、先ほどから申し上げておりますように、基本的に有効性や安全性が確認されたもので行うというのが原則ということでございます。今、御指摘にありましたような、有効性と安全性が確認されていないようなエビデンスがないものであるとか、危険なものについて、一連の行為としての基礎的部分について保険から給付をするということは困難だということでございます。

○岡議長 どうぞ。

○佐久間委員 全く理解は至らなかったわけです。分けるのが困難ということでしたけれども、当然、サービスは分かれていると理解しています。つまり、検査とベッドと薬について、これはサービスが分かれています。評価も分かれています、費用負担も分かれています。これを分けてはいけないということになっているのでしょうか。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省（神田審議官） 前にも申し上げましたけれども、例えば検査といっても、危険な治療行為があった、有効性が確認されていない治療行為があった検査というものと、確認されている治療行為の検査というものがあつたとして、それが明確に区分できるかという問題がございます。

前も申しましたけれども、どちらの行為についての検査かというようなことを区分して判断するというのは非常に難しいということかと思っております。したがって、本来は全体として医療行為を評価するというところでございます。もちろん、点数、費用の算定においては個々の医療行為ごとに積み上げを行うわけではありますけれども、検査をして、治療をして、その後、フォローをして指導するというような一連の医療行為の中で検査というものも位置付けられるとすると、エビデンスがない医療行為であるとか、危険な医療行為について、公的な税金や保険料を使ってその検査部分を給付するということについては、今の考え方からすると困難であるということでございます。

有効な保険診療に使われるということであれば、その部分については検査代とか、一連の行為として、原則として現物でお支払いをする、サービスを提供するというのが今の基本的な考え方でございます。

○岡議長 土屋専門委員、お願いします。

○土屋専門委員 今に関連してですけれども、厚労省は医学部を出た方も多数いらっしゃる

やるのですが、ほとんど現場を経験されていない方なので、小学生にもわかる現場での状態を御説明したいと思います。

例えばがんで手術が必要だということで入院をされる、かなり進行したがんの場合には、本当に手術ができるかどうかわからないために、血管造影とか、あるいはその他の負担のかかる検査を入院してからやります。それで手術をやるつもりであったものが手術が実はできない。化学療法と放射線でやらざるを得ないということでやります。ここまでは保険がききますが、通常の既存の化学療法でも効果が出なかったということで新薬を使いたい、あるいは免疫療法をやりたいというときに保険適用ができないということになります。

そうしますと、これは一連の入院をしておりますので、その前に入院してから行った負担のかかる検査も一連の行為ということで、入院全体が自費になるということが大変矛盾していることであります。分けられないとおっしゃいますけれども、医療というのは診断をして、その結果に基づいて治療をやるということであります。これは診断の行為を DPC ということを導入することによって、入院前に大体の検査を済ませて、入院してからはなるべく治療に専念をして一律の値段でやるということを厚労省は進めております。なかなかそうは言っても予定どおりにはできないということが患者さんとしては通常の今までの標準的治療以外のものを希望されるわけでありまして、こういうところが一番矛盾があって、しかも負担がかかるということで、今の厚労省の御説明では、この方たちを救うことはできないということでもあります。

○岡議長 何かコメントがあればお願いします。

○厚生労働省（佐々木企画官） そういった点で、まさに先進医療という仕組みでやらせていただいておりますが、今、御指摘の免疫療法でありますとか、新しい抗がん剤についても、患者団体や学会から申請をさせていただいて、迅速に保険併用が必要だというものについては、まさに昨年6月に決定した新しい抗がん剤につきましては、そのハイウェイといえますか、そういったものを導入して、昨年11月末から、そういったものも取り組んでいます。

そういうことで、まさに御指摘いただいたようなところを対応するために順次先進医療も見直しをしていっているところではあります。是非そういった仕組みを各医療機関が利用していただいて、そして、そこで集まったデータを集積して実際の薬事承認につなげていただく、または健康被害等が発生した情報も過去の医療機関が個別に行いますとなかなか情報集約が難しいですが、先進医療という枠組みの中で、各医療機関が副作用とか出ましたら厚生労働省に報告することになっておりますので、そういった情報もいち早くそういった療法をやっている国民の皆様にお届けできるということで、そういった新しい治療をチャレンジしていただく情報が各医療機関や国民に共有できると、このためにも先進医療という仕組みをより迅速に適用していくという考え方で取り組んでいるところでございます。

○岡議長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 そのような答えをするから私は現場を知らないと申し上げたので、今、入院している患者はハイウェイであっても間に合わないのです。これがすぐに薬が投与できれば治って退院ができるようなことがあるわけで、これはマスで見た場合には今の厚労省のお答えは結構ですけども、個別の患者を救うという観点からいくと解決になっていない。そのために、医師の裁量権というのはあるわけです。ここのところを忘れてしまっただけでは、医療の現場を全く無視した行為ということになると思います。

○岡議長 どうぞ。

○厚生労働省(佐々木企画官) 先進医療の仕組みも日々変わっておるような形ですので、なかなか現場の先生方に十分見直した状況が伝わっていないと最近も感じております。

実は、先進医療も昔は非常に限定された医療機関だけが実施できるという状況でしたが、今は主たる実施医療機関というのは審査を行いますけれども、ある一定の施設要件を満たしているところについては、協力医療機関ということで追加してどんどん登録できるような仕組みをしております。ですので、例えばある医療機関で今先生お話のような患者さんが出た場合に、いち早く協力医療機関としての申請をいただければ併用してやっていけるというようなこともできるかと思っておりますので、それは個別のケースごとに是非相談をさせていただいて、迅速にそういったものをつなげていく仕組みをつくっていく、そういうことかと思っております。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 今日の資料1-1、提出者の名前が書いてありません。日付と厚生労働省がこういうことを言っているということが残るように、文責を明らかにしていただきたいと思っております。

タイトルですけども、人ごとのように「給付されなくなる理由」と書かれていますが、法律に明文の規定もないのに保険給付を保険診療分についてもしていないのは厚労省ですから「保険診療分についても保険から給付しない理由」ではないかと思っております。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省(神田審議官) 表題については、事務局のほうから設定された表題をいただいておりますので、私どもが設定した表題ではございません。

文責については、厚生労働省の保険局ということで、それは決して逃げも隠れもできるものではないかと思っておりますので、文責ですとか日付は入れさせていただくことについては、それで結構だと思っております。

○岡議長 どうぞ。

○林委員 もし異議がなければ、タイトルですが、「厚生労働省が保険から給付しない理由」としていただいて、「こういう理由で厚労省は保険診療分についても保険からの給付を認めない」ということが、国民にわかりやすく見えるようにしていただきたいと思いま

す。今のままですと、資料 1-1 があたかも規制改革会議の資料のように見えてしまい、何を議論しているかわからなくなってしまいます。その点、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○岡議長 今の件は、事務局でフォローしてください。

他いかがでしょうか。

松山専門委員、どうぞ。

○松山専門委員 厚生労働省のほうで、今、保険外併用療養費制度を積極的に拡大するというお話があり、2 ページ目の参考で、今後の検討課題として2 つあげられています。そこに1 つ加えていただきたいのは、仮に積極的にこれを拡大するということになれば、先進医療部分については自己負担になるわけですから、そのリスクを少し軽減できるように、公的保険の中にオプションを加えて公的医療保険を2 階建にすることも検討なさってはどうか思うのです。国民が自分の意思で加入するかどうか決める仕組みです。

というのは、アベノミクスの観点でいうと、今、この市場規模は直近データで年間 133 億円しかないわけですね。臨床研究をもっと進めようと思えば、その枠を少し拡大する必要があるはず。そのためにも公的保険の中に、保険外併用療養費制度に絡めてオプション保険を提供することが考えられるのではないかと。保険外併用療養費制度の先進医療に対して民間保険で既に類似のものをやっています。しかし、医療保険に関しては明らかに公的保険のほうが効率はいいのです。なぜかという、これはアメリカとかオーストラリアの事例ですけれども、民間保険の保険料 100 を納めたときに、12~14% がその保険会社の管理費及び株主に対する配当財源になります。保険料のこの部分はローディングと呼ばれていますけれども、日本の民間医療保険はこのローディング部分の割合がもっと高いのです。一方で、公的医療保険の管理費は、大体 5% 以内です。したがって、保険外併用療養費制度を拡大する場合の財源確保の方法として公的保険にオプションを付け加えることも検討する必要があるのではないかと、ということです。

○岡議長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○厚生労働省(神田審議官) 御提案は受けとめさせていただきたいと思ひますけれども、現在、最低限の医療部分について、給付することについても保険財政としては今後高齢化等に伴ってかなり保険料を上げていかなければならない状況でございます。おっしゃられるように、例えば本来自己負担でこれまでやっていたところについて二階建ての保険をつくるとした場合に、結局、ある程度二階建ての保険に入る余裕のある方がそれを利用されることになる。それはどういう財源でやるかということとはございませうけれども、そういうように二階建てにして一定の余力のある方だけが、その先進的な医療によりアクセスできる、その分は保険から給付されるという仕組みをつくることについては、今の状況からすると、まずベースの部分ですら相当の今後費用負担増が予想される中で、保険者も含めて

相当な議論が必要ではないかと考えております。

御提案としては分かりますけれども、そこについては慎重に検討する必要があると考えております。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 現実には、今、先進医療を利用するときのリスクを考えて、多くの方が民間保険の特約に入っているのです。それを公的なオプションにすることでもっとコストを安くできて普及させることが私は可能だと考えています。これは私がもともと保険会社にいた人間なので、その構造を考えて申し上げております。

○岡議長 ありがとうございます。

引き続き厚労省の方に出席していただいたまま議論を続けますが、これから先の本件の進め方にもかかわると思い、私から事務局にお願いして、今日までのいろいろな形での議論の経緯、内容等々を一度整理整頓してみようということで、今までの経緯をベースに国民にも分かるような資料を作成してもらいましたので、ここで事務局から説明していただいた後に議論を続けたいと思います。

では、お願いします。

○大熊参事官 資料1-2「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』改革に向けた新たな仕組みの検討」という1枚紙を御覧ください。

昨年12月20日に改革の方向性をおまとめいただいたわけですが、その大きな柱は、左上にあります2つ、患者の自己選択権の拡大、医師の裁量権の尊重ということでありました。それを実現するために必要な仕組みというのを右側に書いてございます。

まず、患者、医師間の情報の非対称性を埋める仕組み。そして、治療内容について客観的にチェックをして、根拠の疑わしい医療だとか患者負担の不当な拡大ということを防止する、そういった仕組みが要るだろうということです。それを絵にしたものがその下でございます。

特に保険診療部分と自由診療の交わっている部分で、現在、保険外併用療養が認められているものが真ん中にごございます。これについて、今、国がメニューを定めているわけですが、その適用対象範囲を拡大していくということを厚生労働省で行われております。これについては、そのように進めていただければいいかと思っておりますけれども、それだけで十分かという提案でございまして。

右側に混合診療とございます。これは原則禁止されている混合診療ですが、患者、医師の選択により、一定の手続、ルールのもと、そういう個別化された医療について保険診療の併用を認める新たな仕組みができないかということで今後検討していただくということです。

これによってどういううれしさがあるかということ、その下に点線の矢印がありますけれども、医療の現場では実態として保険外併用療養が行われているということがございます。

現場でうまくやっているのだからいいではないかということもありますけれども、病院を変えたり、日にちを変えたりで、患者にとっては無用の負荷がかかっているということがまずございます。

混合診療の枠の中に書いてありますけれども、今、全額患者の自己負担ということになってございますが、これを保険診療部分については保険を認めるということにしますと、当然1割～3割の負担になるということと、保険の上限の対象になってきますので、そういった費用負担上のメリットが相当あるということでございます。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

当会議といたしまして、このテーマについて、これからさらに議論を深めていくわけですが、今、事務局から説明していただきましたような共通認識、これはまだ答えがここにあるわけではないのですけれども、一応の整理をしたということでございます。こういう共通認識のもと、どういうところに着地点を求めていくのか、これから議論を深めていくうえで、大いに参考にさせていただきたいと思えます。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 今の松山専門委員の2段階の保険に関連することなのですが、今、余力のある方だけが受けられて不公平ではないかという趣旨で御答弁なさったと思うのですが、それは違うのです。混合診療を求めている診療は、まだ有効性・安全性が担保されていないと厚労省がおっしゃっているということは、研究途上の治療なのであって、決してこれを受けられない、受けられるということが公平、不公平には結びつかないということがあります。

したがって、これは余力のある方が確かに保険金を払ってやるということで、たくさん症例がやることによって、むしろ研究が推進されるということが大きいわけです。タベのNHKを御覧になった方は、筑波大学の山海先生の介護ロボットのことを御存知だと思いますが、これはドイツではもう保険で認められて医療機器として使われているわけです。日本で開発しておきながら、日本でその研究が遅々として進まない。全部自費でやらないとならない。あるいは研究費でやらないとならないということで、研究が今後諸外国で進む可能性が高いわけでありまして。これを民間の保険あるいは第2の保険という2段階のことができれば、さらに日本での利用が進めば研究がさらに進む。これはいわばその保険に入ることが研究への支援寄附行為に当たるようなことで、決して不公平にはならない。これが早く安全性・有効性が確認されれば、万人に保険適用がされて、早く皆さんに効果が行きわたるということで、決して不公平なことではないと思えます。

○岡議長 ありがとうございます。

大田さん、どうぞ。

○大田議長代理 3点質問をお願いいたします。

まず、第1点、先ほど佐々木企画官のほうから、一定の要件を備えた病院に対しては協力病院としてもっと広い対応ができるというお話だったのですが、具体的に土屋先生が質問された一刻を争う患者の場合に、医師の裁量で混合診療を行うようなことができるのかどうか。具体的に協力病院には何ができるのかを教えてください。これが1点です。

2点目に、資料1-1で厚生労働省がお出しいただいたものでいきますと、何故混合診療ができないかという理由は、ひとえに安全性・有効性の問題であると考えていいのかどうか。逆に言うと、安全性・有効性が確認されれば混合診療は認められるのだと解釈していいのでしょうかというのが2点目です。

3点目に、今、事務局から御説明のあった資料1-2の破線部分です。医療現場の運用で、これまで実態的に混合診療が行われてきていた。つまり、病院を変える、あるいはカルテを別にするなどで混合診療が行われていたというのがこれまでの議論で明らかになっているのですが、このことについて、厚生労働省は把握しておられたのかどうか。このことについて以前、神田審議官は違法だと言われましたけれども、この実態の中で、安全性・有効性の問題になった事例が報告されたのかどうか。その点を教えてください。  
○岡議長 お願いいたします。

○厚生労働省（佐々木企画官） では、まず1点目をお答えさせていただきます。

協力医療機関に関してでございますけれども、先進医療にまず1つの医療機関が申請をしてまいりまして、そうすると、例えばどういうお医者さんがいなければならないとか、例えばその手術の経験が何件なければいけないとか、そういう施設基準というのを決めることになっております。それはある意味、そういう基準を満たしている医療機関は当然全国ほかにもあり得るわけでございます、そういう場合に2つパターンがあるのですが、1つは非常に簡便なものについては、その基準を満たしているということを全国8カ所に厚生局という厚生労働省の出先機関がございますけれども、そこに届け出をしていただいて、そうすると、直ちにということではないのですが、翌月から先進医療というものは実施できる。これは1つのパターン。

もう一つが、非常に特殊な治療法に関しては、1つの医療機関がデータの取りまとめなどをするために主観的な医療機関というのを決めまして、そこにうちも参加したいということで協力医療機関として申し出をする。要するに国に申請するパターンと、医療機関のグループに入るというパターンがございます、いずれにせよ、そういった申請をすることによって、グループに入るほうはグループに入る申請をして、医療機関は国のほうに申請してきて審査をするというのは少し時間がかかるのですが、そういう形で追加で医療機関はふやしていくということ是可以する状況です。

ただし、今、土屋先生がおっしゃられたのは、電話をかけて今使いたいということであれば非常に難しいのですが、例えば抗がん剤の例だけ申し上げますと、うちの医療機関は抗がん剤治療について先駆的なことをしたいということであれば、あらかじめそういうグ

ループなり先進医療に申請をしておけば、まさに患者さんが来たときにすぐできるわけですので、ですから、そういう意味では今の制度の周知というのが非常に重要なこととおもっております。

○土屋専門委員 答えになっていないと思うのです。あらかじめというところでは直ちにできることにはならないので、あらかじめやっていないけれども、この症例で適応が急に出了というときのことを質問したので、今、大田副議長もそれを指摘されたわけです。ですから、これは全く答えにはなっていないと思います。

○大田議長代理 それと、届け出れば先進医療ができるようになるとおっしゃったのですが、それは厚生労働省があらかじめ併用できると決めた評価療養の範囲以外でもできるようになるわけですか。

○厚生労働省（佐々木企画官） それは違いまして、どこかの医療機関が申請をしてきて既にリストアップされているものについてうちもやりたいという場合に、届け出もしくは研究グループへの参加ということで追加ができるということでございます。

○岡議長 あと2点目、3点目のお答えを。

○厚生労働省（神田審議官） 保険外併用療養制度を設けて、いわゆる混合診療をお受けしている主たる理由は、安全性・有効性にあると、それはおっしゃるとおりだと思っております。

もう一点申し上げることで言うと、あくまでこれは保険料とか税金でやっていますので、他の方々も出しているものについてアクセスできるようになる可能性がある。今の仕組みというのは、将来保険導入されるということで、データもフィードバックされるということで、必要なものは保険診療に取り込んでいくという考え方になっているということだと思っております。

そういう意味で言うと、いただいた提案の中で、厚生労働省でもコンパッション・ユースについて検討するとなっていて、今の企業でやる治験の計画の対象から漏れるような患者さんについて、個別に臨床研究ですとか治験途上の薬品にアクセスできる道を開くことを検討するとなっております。

個別にこういうふうに個々に認めるとしたときに、全体として将来的なアクセス、その医薬品なり医療技術、医療機器などについて、データを集積してアクセスできるようになるという大きな方向性というのはやはり必要ではないかと思っております。諸外国でもコンパッション・ユースなどですと、やはり片方ではデータを集積して使用に向けたデータ集積だとか、そういう取組が並行して行われているというようなもとにやっているのではないかと。コンパッション・ユースそのものは保険財政担当部局ではなくて、医薬食品局でやっておりますけれども、そこも非常に密接に関係するスキームではないかと思っております。

一刻を争うということであると、即座にというのはさすがになかなか難しいのかなとは

思っておりますけれども、一定の安全性、有効性の確認というのは、コンパッショネート・ユースみたいなものであっても一定は必要になるのだろうと思っております。ですので、即座にというのはなかなかあれですけれども、先ほど申し上げたのは、コンパッショネート・ユースですとか、先ほど言った迅速評価制度であらかじめ、この技術、この実施機関、がん拠点病院ですとか、そういうふうに決めておけば、計画を個別の医療機関から出してもらえれば、そこに行けばとにかくアクセスできるというアクセス改善について我々も真剣に取り組んでいきたいと考えておりますけれども、ちゃんとデータを集積して医薬品とか医療機器が使えるようになる、そういう仕組みと並行してやっていく必要があるのではないかと。

今日、初めて見させていただきましたので、これは先ほど言ったコンパッショネート・ユースなども非常に関係の深い、保険財政担当部局だけではなかなか判断できない部分もございますので、よく検討する必要があるのかなと思っております。

運用の問題については、もともと繰り返し申し上げているのですが、本来、医療行為というのは先ほど一連の行為の中を細かく切り分けるというのは、非常に本質的には難しい部分があるという中で、同じ日かどうか、医療機関が違うかどうかということはどういうふうに運用するかということだと理解しております。私どもの個別に疑義照会は来ておりますので、そういったものの集積はもちろんある、私がいちいちチェックしているわけではございませんけれども、そういう個別の疑義照会という形で今は対応しております。ただ、この前からこの場でも御指摘がございますので、もう少し明確な運用のメルクマールでどこまでが保険外併用というか認められて、どこからだと混合になるのかということが患者さんに御迷惑がかからないような形でわかりやすくお示していくというようなことについても、これもあわせて検討させていただきたいと考えております。

○翁委員 大田代理の3点目と関連することなのですが、混合診療禁止の最大の理由は、併用したときの安全性・有効性ということが確認できないからということでご説明がございましたが、同時に今やっぺいこうという方向についてのお話を伺いますと、そういったもののデータを蓄積していくことが非常に重要で、それでどどんどんいろいろな使用を考えていくということであるとのことでした。しかし、今、実態として起こっているのは、医療機関を変えてみんな患者は混合診療禁止をすり抜けてやろうとしている。医師のほうの認識も、別々のところだったら問題ないという医師会の方の御発言もあったわけなのですが、それは今厚生労働省がやろうとしている方向の逆でございまして、同一機関で連続して保険診療と保険外診療できるほうに誘導していくほうが、併用のリスクとか、併用の安全性とかが確認できるはずだと思います。規制を回避しようとして患者が別のところでやるのが、むしろ本来併用の安全性・有効性を高めようとしていることと、実態としては異なる方向に規制のベクトルが向いていると思うのです。ですから、いろいろ御検討される場合には、安全性、有効性を高めるためには、同一機関でそういった併用のリス

クを把握できるように、そういう方向に先進医療とか、またはいろいろな適応外の手法とかが同一の機関でできるように考えていかれたほうが方向としてはいいのではないかというように思います。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省（神田審議官） データを集積していくということと言うと、ここは本日御提案のある、医師の責任で医師が個別に拾い上げた患者さんを照会してくるという形で統一的な今保険外併用療養でやっているような入り口チェックでいいますと、将来的な保険適用、必要性を確認していくということと言うと、被験者の適格基準はどうかとか、有効性・安全性の評価はどうするのか、モニタリングの体制はどうしているのか。試験の実施機関とか症例数はどうやって集積するのかというのを見ながら、入り口でそういう将来の評価にたえるような枠組みをチェックさせていただいているわけです。

先ほどから申し上げているように、ハードルをできるだけ低くして、できるだけ評価のデータを集めたいと思いますので、入り口ではじくということではできるだけしないようにしているのですが、今、申し上げたような計画がなく、ばらばらと個々のお医者さんの責任でやるものを個別にやっていって本当に将来の評価にたえるデータが出てくるのか。今、翁委員おっしゃったような個別の1つのところでやるというものもあるかもしれませんがけれども、統一的な、先ほど抗がん剤などについては、臨床研究中核病院ですとか、がん拠点病院などと連携をとりながら、個々1つの医療機関だけだとなかなか難しいものについては、そういうふうに体系的にデータをとるというような取組もしておりますので、そういう点、私どもも先ほど申し上げた明確な方針をできるだけ運用の方針も示すことによって、御指摘のようなことができるだけないようにしていくということとあわせて、むしろデータをとるという観点からは、今の仕組みも入り口はハードルを高くしているわけではありませぬし、それを迅速に評価するという方向性については我々も目指していきたいと考えておりますので、そういうふうに私どもとしては考えております。

○岡議長 鶴さん、どうぞ。

○鶴委員 せっかく資料1-1をお出しいただいたので、これは医療のプロの方々だけではなくて、一般国民というか、小学生にもわかるように少し内容を確認させていただければと思うのです。

資料の下から3段落目の下線を引いた部分です。「併用すること自体の安全性・有効性が確認されていないものについては、単独の医療行為について安全性・有効性が確認されていないものと同様である」。ここの誰にでもわかる説明をするとすると、例えばAという医療行為があって、これは安全性・有効性が確認されていない。Bは安全性・有効性が確認されて保険制度になっています。その2つを一緒に実施しました。そうしたときに、実はBという医療行為そのもの、またはBという医療行為そのものが与えるべき影響、いずれかにAという医療行為の影響がそこに及ぶ。本来ならば単独でやればそういうことは

ないはずなのに、一緒にやることによってBのそのものの行為、またそのものの効果、そこに影響を与えるから一緒にやるとそれはだめなのだという理解でいいのか。

今、私が申し上げたところと理解が違うのであれば、そこをちょっと修正して、まずお答えいただいて、そのお答えを聞いてもう一つ質問したいのです。

○岡議長 お願いします。

○厚生労働省（神田審議官） 併用が問題になる場合というのは、一般的には同一の病気であって、ある療法をやっていて、別の療法を重ね合わせる、あるいはある薬を飲んでいますが、薬事承認を経ていない薬をあわせ飲むというようなことが考えられると思いますが、まさにおっしゃられるような、ある薬を飲んでいて別の薬をあわせ飲むことによって問題が起こるといようなことはございますし、例えば抗がん剤などでいうと、あわせ飲むことによって、かえって安全性に問題が生じる場合もあるということがあって考えております。

例えば胃潰瘍の薬と皮膚の全く違うというものであれば、それを全部チェックするということではありませんけれども、一般的に併用されるようなものについては、併用した場合の安全性・有効性を薬事承認のときにも非臨床試験とか臨床試験で検討とか確認をしている。これは医薬食品局のほうの審査の過程になりますけれども、そういうふうに承知いたしております。

○鶴委員 今おっしゃったように、やはりAとBの組合せによって違いというのは当然あるのだと思うのです。だから、BがAの影響を非常に受けにくい、ほとんど受けないだろうと考えられるもの、もしくは、その両方の影響をなるべく遮断するようなファイアウォールみたいなものを、私は専門家ではないのでどうやればいいのかわかりませんが、そういうものがあればどれぐらい遮断できるのか。もともと遮断できる性格にあるのかというところを、多分先ほど事務局がお示しされたものは、そういうことをもう少し細かく見ていったらどうでしょうかということだと思うのです。

そうすると、我々が言っているのは、今までのある種ファイアウォールに当たるものが、時間的、空間的なずれを一種のファイアウォールとして使っていて、それはいいよと。でも、もう少し実態的なAとBの組合せによってどれぐらい違うのでしょうかというのを一緒にやったら、要はよくわからないからだめだよねという、もう少し分けてみようとか、その相互の影響が密にならないような組合せをできないかとか、そういうことを少しやっついていこうというのが多分先ほどの事務局の御提案と私も理解したのですが、その点についてはどういうふうにお考えになりますか。

○厚生労働省（神田審議官） 一般的にどういうことであれば遮断されているのかというファイアウォールというのをありとあらゆるケースについてはセットするというのはなかなか難しいかと思いますが、もともといただいている現場でどこまでが混合診療に当たるのかどうなのかというメルクマールがわかりにくい。例えば一定の期間を置けば、

ただ、これも療法によってかなり影響が残る期間とか違うと思いますので、全てのケースを網羅するというのは難しいとは思いますが、そういう運用の基本的な考え方をしたいなものは整理をして、患者さんが御不便を感じないようにするように、あるいは医療現場で運用しやすいようにしていくことは検討したいと思いますが、それを個々のケースについて細かいファイアウォールを全てあれするというのは、非常に医療のバラエティがありますので、多様なものがございまして、例えば病気の種類だとか、主な治療法によって、今、医療費の支払いをやっている DPC という支払い制度がありますし、その範疇だけでも 2,700 とかありますので、個々のあれを全部決めるというのはなかなか難しいのかなとは思いますが、おっしゃられるような御指摘を踏まえて、大きな考え方とか、そういうものは整理していく必要があるのではないかと考えております。

○岡議長 ありがとうございます。

大分予定の時間をオーバーしているのですが、ほかにまだ御発言の方はおられますか。よろしいですか。

本日はありがとうございます。このテーマについては、引き続き、この規制改革会議において議論を深めていきます。何回も申し上げましたけれども、「保険料を払っているのに保険診療部分まで自己負担になるのはなぜなのだ」という国民の極めて素朴な疑問にきちんと答えていく必要がある。

平成 16 年度に「保険外併用療養費制度」ができてから 10 年経とうとしているわけですが、私は、ある意味では、このあたりで、量的拡大にプラスして、質的改革みたいなものが必要なのではないのかと思うのです。その視点は、あくまでも「国民、患者にとって、もっと優しい制度」。今の制度もメリットがあるとは認識しておりますが、やはり国民の立場から見ると、安全性・有効性という大きなテーマはあるのですけれども、なぜ自己負担して受ける治療と一緒にしたら保険診療のほうまで自己負担になるのか。極めて単純な疑問がなかなか理解できないという声が結構あるのです。

したがって、私どもとしては、その辺に答えていくべく、資料 1－2 の取りまとめにありますような形で、現行制度のいいところも活かしながら、さらに質的な改革をして、もう少し国民に優しい制度をつくれないうかという認識でおります。

引き続き、当会議として議論を深めていきますが、かなり専門性も高いテーマでもありますので、本日の議論も踏まえまして、健康・医療ワーキング・グループのメンバーを中心に、そのメンバー以外で参加希望のある方も交えて、数回勉強会をしていただいて、ある程度まとめたものを本会議に挙げて、また大いに議論していく。このような進め方をしたいと思います。

場合によっては、その勉強会の途中でまた厚労省の皆さんとの意見交換をさせていただくような場面があるかもしれませんので、その節はよろしく願いたいと思います。

本日の第 1 議題のテーマは、今のような形で進めていきたいと思いますが、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。

では、厚労省の方々、ありがとうございました。

(厚生労働省関係者退室)

○岡議長 総務省行政評価局の皆さん、お待たせしまして申しわけございません。

それでは、第2議題の「規制所管府省が主体的・積極的に規制改革に取り組むシステムの構築について」に移ります。

まず、総務省から15分ほどで御説明をいただいた後、議論に入りたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○総務省(濱西審議官) 総務省の官房審議官をしております濱西と申します。それでは、15分ほどということなので、御説明をさせていただきます。

お手元の資料2-1-1に基づいて説明をさせていただきたいと思います。

1ページ目「1. 政策評価制度の概要」というところから説明させていただきます。

これは政策評価法の概要をまとめたものです。政策評価は、各省庁が自ら行う自己評価とされているわけですが、甘い評価結果とならないように4点の担保措置が講じられています。

第1点として、左側に書かれておりますように、政府全体の基本方針に従って行われているというのが1点目です。

第2点としまして、中ほどに書いてございますが、学識経験者の知見を活用するとされております。例えば、総務省であれば有識者会議を開催して、有識者の御意見を反映して評価書が作成されるということになっております。

第3点としまして、右側に書いてありますように国会に報告されるということです。あわせて国民にも公表するというような形になっております。

第4点として、下側に書かれておりますように、客観的かつ厳格な実施を担保するために、総務省の行政評価局において点検を行っているということがあります。

それでは、2ページ目、政策評価には、幾つかの類型があります。まず、事前評価と事後評価というのがあります。そうした場合に、事後評価にも幾つかの方式があります。そういうものをまとめてみたものです。

右上に書かれていますように、事前評価の中の一つの分野として規制というものが事前評価の対象とされています。

3ページ目、今、申し上げました規制の事前評価についての整理をしたものです。

規制の事前評価の目的・意義ですが、まず一つ目が、規制の質の向上を果たすということがあります。二つ目には、国民への説明責任を果たし、国民、利害関係者の理解を得るというのがあります。

また、実施の対象ですが、そこに書いてありますように、法律または政令により、国民の権利を制限し、又はこれに義務を課するものが対象となっております。

実施時期でございますが、法律による場合は法律案の閣議決定まで、政令による場合は行政手続法に基づく意見公募手続までに評価書を作成、公表することとされています。

また、総務省の行政評価局の取組でございますが、さきに御説明したとおり、各府省で作成、公表された評価書の点検を行うということを私どものほうでやっております。

4 ページ目、規制の事前評価の主な内容につきまして御説明させていただきます。この事前評価の内容については、ガイドラインで定まっています。

ガイドラインの主な内容ですが、まず1 点目が規制の目的、内容及び必要性、そういったものがあるのかどうかでございます。

2 点目が、規制によって発生または増減することが見込まれる具体的な費用と便益の要素、そういうものが可能な限り列挙されているかどうかということがあります。そして、列挙された費用と便益ですが、3 点目に、規制によって得られる便益が、その費用を正当化できるようなものかどうかというのがチェックポイントです。

4 点目が、代替案との比較考量の結果はどうかというものであります。

これが規制の事前評価の内容でございます。

5 ページ目、こうした規制の事前評価の実施件数ですが、ここ5 年ほどは100 件前後で推移しているという状況であります。

6 ページ目、総務省が行う規制の事前評価の点検についてです。

各省が規制の事前評価を行っているわけですが、総務省行政評価局において、評価の質の向上の観点から、ガイドラインに定められた内容が適切に記載されているかどうか、各府省で作成、公表された評価書の点検を行っております。その点検結果ですが、ガイドラインで求めている要素が不足していたり、不適切な説明内容である場合、課題を指摘し、評価書の修正であるとか、補足説明書というものを各省庁に求めています。

点検結果ですが、各府省に通知をいたしますし、国民に対して公表しているという状況でございます。

点検の実施状況が下の表のところに掲げてございますが、平成22 年度と23 年度というのは、全部もしくは大部分で各府省に対して課題を指摘させていただいたところです。ここ2 年ほど、25 年はまだ途中の段階ですけれども、こちらのほうにつきましては、その数字を見ていただければ分かりますように半分以下となって、評価の質の向上の途上にあるというような状況になっております。

7 ページ目、点検のイメージをつかむために用意したものです。これは各府省の評価書と総務省行政評価局の点検のイメージ図ということで御覧いただければと思います。左側のほうの評価書のイメージ図ですが、こちらのほうはガイドラインで定められた評価書の要旨というのを若干簡素化したものです。各府省の評価書の要旨はガイドラインで定めら

れた様式を基本として作成、公表されているということでございます。

8 ページ目、最後のページをお開きいただければと思います。参考として、今までは規制に係る事前評価の御説明をさせていただいたのですが、主な政策に係る事後評価についても御説明をさせていただきます。

事後評価につきましては、約 500 施策に区分しております、それぞれごとに事後評価が行われるという形になっております。規制とか予算とか租税特別措置とか、いろいろな達成手段があるわけですが、その個別の達成手段ごとではなくて、施策全体について目標達成度を指標で測定して評価を行うというやり方採っています。

具体的に右に書かれている消防を例にとった場合に、右下の真ん中、火災警報器の設置対策の推進があるのですが、そうした規制措置は施策全体の一部であって、そうしたものをまとめて評価をしているということでもあります。

なお、事後評価は必ずしも毎年度実施しなければならないものではありません。経済財政諮問会議での議論ですとか、骨太方針の 2013 を踏まえまして、平成 26 年度、今年の 4 月から、実効性ある PDCA サイクルの確立に向けて、評価結果を各省共通の 5 区分で表示するなど、標準化・重点化、重点化と申しますのは先ほど言いましたように、毎年度政策評価を実施するというよりも何年かに一回やりまして、その間はモニタリングをする。その代わり、きちんと政策評価する年についてはじっくりと掘り下げた評価をしていただく。そういう改革をするということで新たにガイドラインを定めるなど、今、私どもはそういう新たな仕組みを決めまして、それに向けまして準備を進めているところであります。

まず、政策評価制度における規制評価についての御説明でございます。

続きまして、許認可等の現況等につきまして、評価監視官をしております明渡のほうから御説明をさせていただきたいと思っております。

○総務省（明渡評価監視官） 評価監視官をしております明渡でございます。よろしくお願いたします。

資料 2-1-2 「許認可等現況表について」という資料でございます。

表紙をおめくりいただきますと、どういうふうなものかというのを 1 枚にまとめた紙がございます。

評価局で作成しております許認可等現況表というのは、国民の申請、出願等に基づき、行政庁が行う処分及びこれに類似するものを各府省の協力を得て取りまとめているものということでございます。別紙 1（2 ページ）にあります昭和 60 年の「昭和 61 年度に構すべき措置を中心とする行政改革の実施方針について」という閣議決定に基づきまして、約 30 年近くにわたって取りまとめてきております。

どのようなものを把握しているのかというのを言葉で申しますと、把握の概要と書いておりますが、その範囲につきましては、法律、政令、省令、告示にある国の許認可等ということで、数え方といたしましては、許可、認可、届出等、各用語ごとに 1 つとカウント

しております。時点につきましては、毎年度末で、最近においては2年ごとに2年分集計しているという形になっております。

イメージをおつかみいただくために具体例の抜粋が別紙2（3ページ）でございます。どういう項目が並んでいるのかは、この表の一番上の段、横に見ていただきますと書いております。所管省庁名、所管局、事項、根拠法令等条項、処分権者、対象者、所管部課、許認可等の有効期間、用語区分という各項目を取りまとめております。

今回のサンプルでは、この有効期間という右から2つ目の欄が空欄になっておりますけれども、許可等の場合、例えば2年間の許可というようなこと等がございます。そういったもの場合は、こちらの空欄のところに、「あり、2年間」と記載されることになっております。

全体を打ち出すと、こちらの方にファイルをしていますけれども、これくらいのファイルになりまして、1,200ページぐらいの大部のものとなります。

法令等々の関係につきましては、4ページ、今のサンプルについて関係する条文を引いております。公益認定の関係でございますけれども、第4条公益認定ということで、これが認定として1件。第11条が変更の認定ということで、これもまた1件。第13条が変更の届出。同じ変更であっても認定ではなく届出というケースであります。これもまた1件と用語ごとにカウントしていくという形となっております。こういうものを30年間ぐらい取りまとめているということでございます。

その後の5ページの別紙3ですが、これは最近の議論ということございまして、恐らくこの後から、会議の事務局の方からも御紹介いただけるかと思っておりますけれども、前身の規制・制度改革委員会で1年ほど前に取りまとめられたものです。直接的には8ページ、最後のページですけれども、下線を引いてある1の部分に、「総務省が実施する「許認可等の統一的把握」作業において、既存の規制の見直し時期を明らかにしなければならない」というような御提言をいただいていると承知しております。

先ほど申し上げましたように、この作業は最近では2年に1回という形でございます。今年、その作業に取り組むという形になっております。いろいろ意見を頂戴しながら進めていきたいと考えております。

以下、参考資料として、資料2-1-3「許認可等の統一的把握の結果について」ということで、直近に取りまとめた資料をお付けしております。1ページに、議長も時々御紹介いただいている1万4,600件という数字が出ております。詳細につきましては、説明は省略いたします。

参考資料2、資料2-1-4でございますけれども、先ほどの規制の事前評価、この許認可等現況表における数のカウントの関係について示したものでございます。先ほど濱西の方から説明がありましたけれども、最近、事前評価は大体年間100件ぐらいと説明いたしました。許認可等現況表においては、それ以上の数が増えているというようなことがご

ざいます。これは規制の事前評価の場合は、幾つかの許認可等々をまとめて評価しているということ。現況表の場合には、各法令の条項に用いられている用語ごとに1件としてカウントされていることによるものということを図示したものでございます。

以上、雑駁ではございましたけれども、説明は終わらせていただきます。

○岡議長 ありがとうございます。

次に、事務局から説明をお願いします。

○柿原参事官 それでは、事務局から、資料2-2、資料2-3を用いまして御説明いたしたく思います。

まず、資料2-2を御覧ください。先ほど総務省のほうから、政策評価のうち規制に係る部分、許認可等現況表について御説明いただきました。

規制改革会議では、規制を所管している府省が主体的・積極的に改革に取り組むシステム、これは規制のPDCAと略させていただきますけれども、これに取り組むということとされております。

これを行います趣旨でございますが、そこにありますとおり、改革の推進ということで、規制を横断的に把握できる仕組みを整備あるいは活用することにより、所管府省が主体的・積極的に取り組むシステムを構築ということでございます。今後、御議論いただくということですが、事務局で考えております主な論点といたしましては、こういったシステムはそもそもどういった考え方で進めていくのか、具体的なシステムの考え方。あと特にキーになりますのは、2つ目の○にありますとおり、規制を横断的に把握できる仕組み。先ほど許認可等現況表の御説明がありまして、これが1つあるかと思うのですけれども、こういうのを活用する、あるいは新たな何か別の仕組みを考えて整備するというようなことです。

3つ目、先ほど御説明いただきましたように、政策評価にも規制に関連する仕組みがございますので、それとの関連をどう考えるか。

4つ目ですが、各所管府省と当規制改革会議の連携についてどう考えるか。

最後が、かなり実務的にコストというか準備等手間がかかるものもありますし、あるいは効果的な実施という観点もありますので、こういったスケジュールで実施していくかというのも1つ論点になろうかと思っております。

3番目の当会議としてのスケジュールのイメージでございますが、本日、先ほど総務省から御説明いただきました。それで議論を開始することなのではございますけれども、2月の本会議の御議論を経まして、できますれば3月に当会議として何らかの意見というのを取りまとめていただければと思っております。6月の答申に向けてオーソライズしていくということです。

なお、昨年12月、昨年の最後の本会議で御議論いただきました省令以下の通知・通達等の話ですが、その件もあわせまして御議論いただきまして、3月の意見に合流さ

せればと思っております。

続きまして、資料 2-3 でございます。規制の PDCA、各省が主体的・積極的に取り組む仕組みに関するこれまでの取組を簡単にまとめたものでございます。これは歴史的な経緯なのですけれども、一番上の昭和 60 年の話は、先ほど御説明がありました許認可の把握の話。なお、平成 15 年 3 月分までは毎年 1 回やられていたそうなのですが、その後は御説明がありましたように 2 年に 1 回ということです。なお、最新分については、東日本大震災の関係で 3 年分を 1 回でやっておるということで、これが最新です。

大きな話としては、平成 14 年 4 月から、いわゆる政策評価法ができて、規制を含めた政策全体について PDCA が法律で義務付けられているということです。

規制の見直しに関連しましては、大きな動きとしては平成 18 年 7 月に、いわゆる骨太の方針の閣議決定の中で、法令に関する規制、これは通知・通達等も含まれますが、各府省において平成 18 年度中に法律ごとの見直し年度あるいは見直し周期を公表ということになっております。この最初の見直し年度、見直し周期といいますのは、先ほど御説明がありましたように、今は新しい規制のうち法律、政令以上については一定の事前評価などの仕組みが整えられているのですけれども、昔からある規制については、必ずしも見直しについて制度化されていない。要するに、1 回つくった規制がいつ見直されるのだということが明らかでないものがございましたので、その辺を各省全体できちっと見直していきましょう、公表していきましょうという取組をしております。

なお、実際の見直しについては、その後、規制改革会議の前身の会議などで見直し基準について御議論いただきまして、そのでき上がりました見直し基準に基づいて、19 年度以降必要な見直しをやるという取組がされております。なお、この取組についても、できた当初、平成 19 年度以降やられているのですけれども、当然、フォローアップ等されていいますが、大体 2 年くらいでおおむね終わったなという感じで 1 回途切れております。

平成 19 年 10 月につきましては、先ほど御説明があった規制の事前評価の義務付けということ。

平成 21 年 3 月につきましては、規制改革の閣議決定の中で、これが一番新しい横断的な仕組みということなのですけれども、一定期間経過した規制については、見直し基準に基づく見直し、あるいは規制にかかわる通知・通達についても見直しをしっかりとやるということで、これについては一定の基準のもとにしっかりと見直していきますということを閣議決定しておりますが、その後、いろいろな出来事がありまして、これも 2~3 年ぐらいで事実上動きがとまっているということになっております。

なお、最後、先ほども御紹介がありましたけれども、平成 24 年 12 月に、この会議の前身組織として規制・制度改革委員会のほうで全般的な仕組みについて、定期的、横断的な見直しの仕組みにつきましては取りまとめていただいております。

なお、2 ページ目以降は、先ほど御紹介した平成 21 年 3 月の閣議決定の中で、見直しを

するということなのですけれども、その見直しの基準をまとめております。

別記(1)と書いてありますが、一定期間が経過した規制の見直し基準ということで、多岐にわたり、意義や対象から始まっているのですけれども、特に2ページ目の「③見直しの視点」というのを定めておまして、次のような視点でやるということです。(i)～(ix)まで。例えば(i)経済的規制は原則廃止、社会的規制は必要最小限の原則などです。(ii)免許制から許可制への移行、許可制から届け出制への移行と、より緩やかな規制の移行など、こういった見直しの視点をまとめております。

あるいは3ページ目、④ということで、見直しの期間の設定についても基準が定められておまして、期間の設定について、(i)にありますように、5年を標準とし、それより短くなるよう努める。

(ii)見直しのために検証に時間のかかる規制については、可能な限り10年を上限にするということです。

⑤以降は、今申し上げた視点と期間に基づいて、それぞれ新しく法律をつくる時とか、既に見直し条項があるものなどについて、見直し基準に基づいて見直しをするということが縷々書かれております。

5ページ目、こちらと同じく平成21年3月の閣議決定の中に記載されている見直し基準ですが、通知・通達等、法令以外の規定に基づく規定の見直しです。③のところですが、これは昨年12月もこの会議で御紹介がありましたけれども、通知・通達等の私人に対する「外部効果」の有無に着目した分類ということで、通知・通達等については、外部効果があるかないかによって、さらに行政手続法に定める審査基準、処分基準に係るものとそれ以外という、4つに分類しまして、それぞれについて見直しの考え方を書いているということでございます。

なお、7ページ以降は、先ほど御紹介しました平成24年12月のときの規制・制度改革委員会の報告書の抜粋です。ここにありますとおり、第1の検討の趣旨から、先ほど御紹介した21年3月以降、なかなか明確なルールが確立されていないという認識のもとに、次にあるような観点でもって仕組みをつくってはどうかという御提言でございます。

8ページ目以降は具体的な仕組みということなのですけれども、簡単に御紹介しますと、8ページは先ほど御紹介がありましたように規制というのは既に政策評価法に基づく政策評価の対象であります。事前評価については一定の実績もあるということなので、これを拡充してはどうかということでございます。

9ページの図にありますとおり、丸の矢印が2つありますけれども、左側の総務省で持っておられる政策評価のPDCAのサイクル、これは既にあるのですけれども、この動きと規制改革を中心とした年度サイクルでいろんな改革に取り組むというのうまくリンクさせてはどうかというようなことや、10ページ目、11ページ目以降は、その具体的な仕組みについて、先ほど御紹介があったような許認可等統一的な把握の作業の中で、既存の規制の

見直し時期を明らかにしなければならないですとか、規制・制度改革担当大臣が総務大臣に通知をするとか、いろいろな連携のことなども書かれております。

13 ページの図にあるような統一的把握を用いた PDCA のスケジュールの確立というような、要はそれぞれ規制の動きと政策評価や許認可の把握の動き、それぞれ独立して行われていたものを連携させるというのが基本的な考え方でございます。

14 ページ以降は、そういった話を今度は時系列でまとめたものでございます。

具体的には 16 ページでありますけれども、各府省庁等というのが左側で、右側に規制・制度改革委員会ということです。年度サイクルということなので 1 月から始まって、各省のほうで政策、規制などの検討を開始し、各省の中でも夏ごろに自主策定プランというのも案をつくっていただいて、それを当時の委員会、今であれば規制改革会議のほうに御提示いただいて、そこで議論をし、必要な修正を加えたものを自主策定プランということで規制改革をみずから進めてもらうということ。

当然、委員会、今でいえば規制改革会議では、重要な規制は当然取り組みますけれども、そういった各省の取組もしっかり聞いていくということでございます。こういったサイクルをつくってはどうかというのが御提言でございます。

事務局からの説明は以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

ただいまの総務省及び事務局からの説明をベースに意見交換したいと思います。御質問、御意見等ありましたら、お願いします。

大田さん、どうぞ。

○大田議長代理 ありがとうございます。規制評価は非常に大事だと思っておりますので、具体的な事例について 2 つ総務省に御質問させていただきます。

1 つは、先般通った薬事法の改正です。インターネットによる一般用医薬品の販売に関連する規制については、今御説明いただいた事前評価ではどう評価されたのかという点が 1 点です。

2 点目に、タクシーの台数を制限するという規制が議員立法で出されて成立しましたがけれども、これについて、それ以前の規制について、事後評価がどんなふうにご利用されたのかという 2 点、教えてください。

○岡議長 お願いします。

○総務省（濱西審議官） 申し訳ございません。今、手元に資料が無いものですから、確認した上で改めて資料を御提出させていただくということによろしいでしょうか。

○岡議長 私からもお願いします。

佐久間さん、お願いします。

○佐久間委員 ありがとうございます。御説明いただいた資料 2-1-1 で、規制について事前評価のシステムがあって、それが回っている。あと、先ほど事務局からあったよう

に、各法令等の見直しというのも一応決まっているということなのですが、規制を廃止するというを目的としたレビューというのはあるのでしょうか。非常に単純な質問でございます。

○岡議長 お願いします。

○総務省（濱西審議官） 今、御質問がありました資料 2-1-1 の 5 ページを御覧いただきたいと思います。これは各省庁において、ガイドラインに基づいて整理をされたものなのですが、その中で規制の廃止のみを内容とするものというのは、118 件のうち一番右側でございますが 1 件、また規制緩和を何らかの形で含むものが表の中ほどに 3 類型ありまして、そちらによりますと 26 件。計 118 件のうち、27 件が何らかの意味で規制の緩和ないしは廃止を目的として規制の改廃がなされております。これは各省庁の分類でございますが、そういう整理がされているところでございます。

○岡議長 佐久間委員、よろしいですか。

○佐久間委員 ありがとうございます。もう一度、確認の目的という意味ですが、これは規制を導入する前の評価。ただ、その中身は結果的に規制が緩和されているような規制の場合ということで、規制の廃止を内容とするものというのは、ほかの何かセットの中であるものは規制を導入するけれども、一方で何か規制を廃止するというのはセットになっているということなのでしょうか。

○総務省（濱西審議官） 若干補足説明させていただきますと、類型のうちの 2 番目を見ていただければわかりますように、規制の新設・拡充する内容と規制を緩和する内容とを併せ持つものというのが合計で 7 件ありますが、それでわかりますように、何からの規制について制度改正を行っているということだと思います。緩和するということは新設だけではないということですので。したがって、そういう何らかの規制の制度改革を行ったときに、規制の新設・拡充だけでなく、緩和ですとか、あるいは廃止、そういうものがあとの 2 類型のところに出てまいります。廃止だけというのもありますし、右側から 2 番目にありますように、緩和と規制の廃止を内容とする、併せ持つというような例もあるということでございます。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 ありがとうございます。資料 2-1-1 について質問させていただきます。

こういった表にさせていただくと、5 ページなどを見ると、平成 25 年でもっぱら規制の新設・拡充のみを内容とするものが 118 分の 91 あって、緩和は 18 しかなかったというのがわかるので、こういう資料は有益だなと思います。

事後評価についてお伺いしたいと思います。8 ページです。「全府省の主要な政策全般を約 500 施策に区分して定期的に事後評価する」ということなのですが、是非厚生労働省が行っている「混合診療について、保険診療部分にも保険を適用しないという運用」について、いかなる政策目的で何を達成手段として行っているかという事後評価をやっていた

だきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○岡議長 どうぞ。

○総務省（濱西審議官） 個別に、500 施策もありますので、どういう形で今、林委員がおっしゃった施策が位置付けられているのかわかりませんが、何らかの形で事後評価が行われているのかどうか、その辺りの資料につきまして、今、手元に無いものですから、調べた上で資料を提出させていただきたいと思っております。

もちろん、先ほど申し上げましたように、厚生労働省のほうにおいてホームページ等で公表されているものではございますが、確認の上、提出させていただきたいと思えます。

○林委員 ありがとうございます。是非総務省での事後評価の結果を教えてくださいたいと思えます。よろしくお願いします。

○岡議長 どうぞ。

○総務省（濱西審議官） もう一度、念のため確認ですが、私、説明で申し上げましたように、政策評価それ自体は、各省庁で自ら行われるものであるということでございますので、その点、厚生労働省で事後評価が行われて公表されているのではないかとということで申し上げた次第でございます。

○林委員 では、まず厚労省が自己評価をどのようにしているかということを是非伺いたいと思えます。

○岡議長 それは可能ですね。よろしくお願いします。

○総務省（濱西審議官） はい。

○岡議長 他いかがでしょうか。

安念さん、どうぞ。

○安念委員 前にも申し上げたかもしれませんが、今日、あつらえていただいた資料の事務局がつくってくれたもの、資料2-3の最初のあたりは、私としては大変懐かしい思いで、しかし、何も達成するものがなく終わった懐かしい資料です。

この種の規制の現況を横断的に、かつ、悉皆知ろうという努力は非常に重要なのですが、非常な労力がかかって、結果的に何が得られるのかが実は率直に言ってよくわかりませんでした。つまり、どこに規制があるかを知ることのできるような一覧表をつくること自体には意味があるのですが、それはそれで一種の職人技と申しましょうか、ほとんどそれを専門にしていないとやれないような仕事でございまして、我々が規制改革の提言をまとめるためのいわば資料として自分たちでつくろうと思っても、これは恐らく無理だと思えます。

そこで、それは総務省さんかどこかにつくっていただかなければならないのだけれども、平成21年のものと比べましても、実は規制の在り方は各段に複雑になってしまいました。というのは、もう10年くらいでしょうか、多くの規制、特に安全性に関する規制が性能規制になりまして、それまでのスペック規制はほぼなくなったと言ってよい状況です。これ

も前に申したかもしれませんが、例えば最近よく原発にフィルターつきベントをつけなければいけないという話をよく聞くのですが、実はフィルターつきベントをつけるという条文は正規の法令の中にはどこにもないのです。正規の法令というのは何かというと、原子炉等規制法の下にあるところの「実用発電用原子炉の技術基準に関する規則」という原子力規制委員会規則ですが、そこに書いてあることは、ただ、原子炉格納容器の内部の圧力が高まったときには、その圧力を逃がす装置を付けろということだけなのです。では、そのフィルターつきベントというのはどこに出てくるかということ、対策の一例示として原子力規制委員会が言っているだけなのです。それはほとんど正規の文書でさえないと言っていいものです。ただの例示。

では、そのフィルターつきベントとは何であるかというのが次に問題となるわけですが、これは官庁が出している法令に関連する資料では一切ありませんで、実は何にあるかというと、これはこの世界独特のものですが、学協会ルールというのがあるのです。学協会というのは学会、協会という意味です。つまり、日本土木学会とか、日本電気学会というのが学会としてつくっているガイドラインというルールがあって、それを見て初めてフィルターつきベントなるものがどのようなものであるかがわかるという仕組みになっています。

つまり、現在の規制というのは、学協会ルールまでなるかどうかは別問題ですが、そこまで見ないと具体的に何について何が規制されているのかほとんどわからないという世界になっておりまして、とても素人が片手間でやれるようなものとは全然なっておりません。

そこで、我々としては何をすればよいかですが、悉皆的な調査はもう専門家にお任せするかしかないので、当たり前のことですが、まずは明らかな経済的規制から始める。次に、経済的規制とは銘打っていないが、しかし、実際には経済的規制のファンクションを果たしている社会的規制とか安全規制というのを問題にすると、やはり経済効果という点で絞っていく以外は方法がないだろうと思っております。

とにかく、実際に多少手がけた人間としては、率直に言うと、なかなか労多くして益は少ないなという、それだけのことを申しました。済みません、どうも景気の悪い話を出しました。

○岡議長 ありがとうございます。大変貴重な意見をいただいたと私は理解をさせていただきました。

冒頭の大臣のご挨拶にもありましたけれども、私自身も1年前の規制・制度改革委員会の取りまとめに関与しましたので、今の安念さんの話もよくわかります。ただ、その後、「行政事業レビュー」ができたのです。あれはなかなかの傑作だという方が多いのですが、あの行政事業レビューと同じような形で、規制についても、各省庁が毎年レビューしていくというような仕組みをつくるというのは1つのアプローチではないか。

その際、今、安念さんがおっしゃったように、いきなり全部入れたら、誰がやる場合で

も大変なことになるので、例えば、対象分野を経済的に影響のあるものに絞りながら、少しずつ入っていく。ただ、建て付けとしては、我々の一番の狙いである「所管省庁が一番よく知っているのだから、そこがきちんと自分が所管している規制をレビューする」仕組みを作るところではないかと思います。

もちろん、力仕事であることはよく分かりますので、我々がそれをやるなどということはとてもできませんから、所管省庁にやっていただく仕組みを作っていく。しかも、費用対効果を考えて、全ての規制を対象にするのではなく、何らかの切り口で分野を絞り込んでいくとか、段階的に5年10年で対象を拡げていくとか、そんなイメージではないかなという気がしております。

そういった仕組みがないと、毎回毎回我々が各省庁にボールを投げて、議論していくというのが基本になってしまいます。そうではなくて、基本は所管省庁が自主的にレビューすることとして、我々会議は所管省庁の気づかない点、あるいは気づかないふりをしている点をどんどん指摘していくというような仕組みができればよろしいのかなと思っています。

翁さん、どうぞ。

○翁委員 私も随分以前に政策評価にかかわっていたことがあるのですが、その当時から感じていたのは、もうこの会議でも出ている話でございますが、やはり評価の視点が、どうしても今ある政策を正当化する方向に各省庁が動くということでございます。やはり省庁みずから評価をやるということに関しては、どういうふうに関外から点検をしっかりとっていくか、議論をしていくことが非常に重要であると思います。加えて、稲田大臣もいらっしゃいますが、官僚がどういう仕事で評価されるのか。要は規制を改革することによってその官僚が評価される仕組み、そういった評価制度とあわせてやっていかないと、政策評価自体が非常に価値のある仕事だとは思っておりますけれども、それを本来あるべき望むべき方向に誘導していくためには、やはりそれなりの工夫が必要だと思います。

○岡議長 よくわかります。今の評価制度については、この議論をするときに必ず出てくる考え方だと思います。他いかがでしょうか。

大臣、どうぞ。

○稲田大臣 この事後評価の対象になっている規制というのは全府省で一体幾つぐらいあるのかということと、その各府省が評価した結果というのは公開されているのでしょうか。

○岡議長 お願いします。

○総務省（濱西審議官） まず、500 施策に分かれておりますので、概念的には全ての規制につきまして各省庁が事後評価を実施している。地方所管とかというのは別としまして、各省が実施されているものについては、500 施策の中のどこかに入ってきているということだと思います。

会議でこういう御質問が出るかなとも思いまして調べさせたところ、500 施策のうち 70

施策程度、全体の1割強ぐらいについては、規制について、下の段階で具体的な位置付けがなされているというものです。公表されるのかどうかという御質問につきましては、先ほど申し上げましたように、500 施策について毎年度実施しているわけではなく、大体今300 施策強ぐらい年間行われていますが、それにつきましては全ての評価結果につきまして評価書という形で公表がされているところでございます。

○稲田大臣 70 ですか。

○総務省（濱西審議官） 今、申し上げましたように、500 施策あるのですが、そのうち70 施策ぐらいにつきまして、規制についても事前分析表というのがあるのですが、政策評価を行うに当たって、そうした70 施策ぐらいが具体的に規制として位置付けられている。明らかに政策評価の中で位置付けがあるものというのが70 施策程度見られる。ただ、これは言ってみますと主要な例示ということだと思いますので、概念的には規制につきましては、何らかの形で明示されているかどうかは別としまして、入ってきているということでございます。

○岡議長 別の切り口から同じような質問です。事後評価は約500の施策でやっているとのことですが、その500 施策で1万4,600の許認可等がカバーされているのですか。

○総務省（清水政策評価官） 政策評価官をしております清水と申します。失礼いたします。

先ほど明渡のほうからも若干ございましたが、事後評価の達成手段ということで、こういう規制がある、こういう規制がある。同じように8ページを見ながらお聞きいただければと思いますが、達成手段として予算でこういう事業があるというようなのと並べて、何法に基づく規制というようなことが書かれているのが、我々が横断的に見てははっきりわかったものというのが大体70 施策ぐらいということでございまして、その何法に基づく規制、例えば書いてあるものの中に、許可が何件、認可が何件と、こういったカウントというのは表面上できませんので、そういう意味では、はっきり1万4,000件との関係というのはいわかりません。

今の主要な政策に係る事後評価につきましては、今年度からは行政事業レビューとの連携ということで、予算に関する事業は全部達成手段として掲げてくださいと。大体これが5,000 事業ぐらいある。それに加えて、予算以外のもの、規制ですとか、租税特別措置ですとか、政策金融ですとか、そういったものは、特に目標達成に重要なものについては書いてくださいということで、達成手段と施策の目標との関連付けを今年度からやっているということでございまして、その主要な達成手段というところを見て、大体70 施策ぐらいは見つかったというのが現状でございます。

○岡議長 ありがとうございます。今の御説明によると、予算に係る約5,000項目を行政事業レビューという形でやるようになりましたね。それと同様に、例えば1万4,600の規制（許認可等）のレビューを、もしもやるとするならば、これは行政評価局でやるか

どうかは別ですけれども、これまでの御経験から、考え方としては現実的だと思われませんか。

○総務省(濱西審議官) まず、どういう形で約1万4,600件の規制を分類していくのか。その単位です。その辺りの設定について、まずは基準が必要かと思います。それができれば、できないことはないのだろうとは思っています。

○岡議長 できるだろうと思って質問したのですけれども、わかりました。

このテーマについては、もうしばらく議論をこれから続けていくことになると思いますけれども、我々の今期の取組の大きな柱の1つでありますので、できれば何らかの形で、所管省庁が自らレビューするような仕組みを作り上げることを目指したいと思います。

それだけでもハードルは高いのですが、翁さんおっしゃるように、単なるレビューだけでいいのか、評価制度を組合せなければ全く意味がないのか等々あろうかと思っておりますけれども、引き続きの議論をよろしくお願ひしたいと思っております。

それでは、次に議題3に移ります。

「『規制改革ホットライン』について」、事務局から説明をお願いいたします。

○柿原参事官 御説明いたします。資料3を御覧ください。横紙でございます。

規制改革ホットラインの処理状況でございますけれども、昨年末までに、3月22日から始めまして2,173件いただいております。うち集中受付10月分だけが841件、これは以前御報告したとおりでございます。

今回は、前回、つまり昨年12月20日以降に所管省庁に要請した件数ということで、新たに検討要請を行った件数は、全てのワーキング・グループを合わせまして390件ございます。時期的には、集中受付期間の後半、10月の後半にいただいたものはほぼこれで要請しているという形になっております。

それを含めまして、トータルで今1,251件、関係省庁に要請しております。ワーキング・グループ別の分類は、そこにありますとおり、創業・IT等が265ということでかなり多くなっております。今回は金融関係の規制改革要望が多い状況になっております。具体的な要望につきましては、題名だけですけれども、後ろに資料をつけさせていただいております。これについて、順次、規制改革ホットラインチームのほうで審査いただきまして、また会議のほうに御報告することになろうかと思っております。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

佐久間さん、何かございましたら、お願いします。

○佐久間委員 ありがとうございます。今、事務局からありましたように、依然として創業・ITワーキング・グループの件数は非常に多いです。金融、年金関係が非常に多くて、それだけでサブグループができてもいいぐらいの数にはなっています。あと個別でいうと、独禁法関係で流通取引慣行ガイドラインの見直しというのもこの中に入っております。

これはかなり重要な項目だと思っております。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

ただいまの事務局の説明に対して、御意見、御質問はございますでしょうか。

私から事務局への質問なのですが、各省庁から回答あった 690 件についてホームページに公表していますね。これに対して、ホットラインに改革要望を寄せていただいた方から何かコメントが届いているというようなケースはございますか。

○柿原参事官 事務局へのホットラインの取組に関するお問い合わせですけれども、把握する範囲で一番多いのは、要望を出された方が、団体、個人、両方ですけれども、その方が出された要望に今どういう状況になっているかというお尋ねです。

例えば 10 月の集中受付のものは今どういう状況になっていますかなどです。公表の内容についての問い合わせというのはあまり多くなく、処理はどんな状況になっているのか。例えば、事務局で精査中なのか、あるいは関係省庁に検討を要請されているのか、回答は返ってきているのかといった問い合わせが多いと感じております。

○岡議長 処理状況の問い合わせが多いということですか。ホームページで関係省庁の回答内容を見て、よくやってくれましたというのはほとんどないということですか。事実関係を聴いているだけです。

○柿原参事官 そういう意味では、御紹介しておきます。要望者の関係で具体的な話は申し上げることは難しいのですが、ある方が要望された改革内容をある省庁がホットラインをみて、自分たちのやろうとしている制度改革にぴったりの要望だったのだそうです。制度立案のための検討材料が不足している中で、規制改革要望の内容がぴったりだということでした。規制改革の事務局が間に入って話をしたところ、その要望を踏まえた改正が今後法改正として立案されることになりました。それは改革が前に進められたということなので、要望者というよりは関係省庁のほうから感謝されましたということでございました。

○岡議長 ありがとうございます。

国民、企業・団体からのたくさんの御要望を受けて、各省庁も真剣に検討して、それなりの対応、措置等々が出てきて、それが 690 件もあるということです。中身を 1 つずつ精査する必要はあると思いますけれども、提案された方に喜んでいただければありがたいと、ホットラインで御苦労している皆さんのためを思って一言聴いてみました。

他にございませんか。よろしいでしょうか。

それでは、事務局から、最後に何か連絡がありましたらお願いします。

○柿原参事官 次回の規制改革会議につきましては、2 月 4 日に予定しております。詳細については、追って御連絡します。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、これにて会議を終了いたします。皆さん、ありがとうございました。