

第23回規制改革会議議事録

1. 日時：平成25年12月20日（金）13:59～16:08
2. 場所：合同庁舎4号館12階共用1208特別会議室
3. 出席者：
 - （委員）岡素之（議長）、安念潤司、大崎貞和、金丸恭文、佐久間総一郎、
佐々木かをり、滝久雄、鶴光太郎、林いづみ、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）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、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、舘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

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. 介護・保育事業等における経営管理の強化とイコールフットィング確立について
3. 健康・医療ワーキング・グループからの報告（医療提供体制）
4. 省令等下位範囲による規制の実態の分析と見直しについて
5. 「規制改革ホットライン」について
6. IT総合戦略本部への報告について

（閉会）

5. 議事概要：

○岡議長 それでは、ただいまから第23回規制改革会議を開会いたします。

皆さん、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

本日、甘利大臣は御欠席でございます。

また、大田議長代理、浦野委員、翁委員、長谷川委員が御欠席でございます。

初めに、稲田大臣から御挨拶をいただきます。

○稲田大臣 第23回の規制改革会議、今日で本会議は今年最後になるかと思えます。12月の師走の忙しいときにお集まりをいただきましてありがとうございます。

この1年間、この会議において委員の先生方、または専門委員の先生方が精力的に御議

論をいただいて、私もできる限り参加しようということで参加してまいりましたけれども、私が参加している中でも本当に細かいところまできちんと議論をされている委員の先生方を始め、皆さん方に感謝をいたしたいと思います。

また、この会議だけではなく、そのワーキング・グループ、そしてまたその論点整理、そして見えないところでもずっと議論いただいている、委員の先生方の本業は大丈夫でしょうかと思うくらいに御議論いただいていることに本当に私は感謝いたします。今までの規制改革会議に対する私のイメージを一掃していただいたというか、変な言い方ですね。済みません。変な言い方をいたしましたけれども、本当に日本の国益に合致する議論をいただいていると思います。ありがとうございます。

また、本日はこれまで精力的に御審議いただいてきた健康・医療の分野について、いわゆる混合診療の問題、社会福祉法人の問題、医療提供体制の問題が議論となっております。これまでの議論を踏まえて、規制改革会議として現時点での取りまとめを行っていただきたいと思います。

また、以前から私も問題提起をしてきましたことで、例えばインターネットと薬の販売もそうでしたけれども、法律では規制がないにもかかわらず、その下位の規範において規制が行われていたり、地方自治体において規制が行われていたり、そういう問題についても検討を開始いただくということで感謝申し上げたいと思います。

本年1月に規制改革会議が発足して以来、本会議、ワーキング・グループ、非常に多くの時間を割いていただいて熱心な御議論をいただいて感謝いたしますとともに、来年はいよいよ6月に向けていわゆる岩盤規制と言われるものなど、成果を出してまいりたいと思いますので、引き続きお力添えをいただきたいと思います。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。

それでは、早速議事に入りたいと思います。医療関係の議事につきましては、本日滝口先生、土屋先生、松山先生、3人の専門委員の御出席をいただいております。

議題1といたしまして、保険診療と保険外診療の併用療養制度について、これまでの議論を踏まえた改革の方向性を事務局に整理していただきましたので、まずその説明をお願いいたします。

○大熊参事官 資料1を御覧ください。「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』改革の方向性について」の案をおまとめいただいておりますので、御紹介の後、お諮りしたいと思います。

まず、冒頭、健康・医療分野の3つの観点について記載をいただいています。その上で3段落目、先進的な医薬品・機器を用いた医療技術が急速に進む中、患者や医師のニーズは多様化し、今後保険外診療の利用はさらに拡大することが見込まれる。

一方で、現在までの審議を通して様々な問題が明らかになっている。患者にとってより

よい制度とするためには抜本的な改革が必要であり、ここにその方向性を提案したい。この方向性に沿ってさらに審議を重ね、来年6月までに取りまとめることとする。

「現行制度の問題点」です。

①番で、患者が保険診療と併せて保険外診療を利用すると、保険部分についても保険が効かなくなる。多額の費用をかけねば患者が自らの治療を選択できない。自己選択権の阻害です。

②番で、医師が最適だと考える治療を行いたくても、保険外診療を含む場合、きめ細かな医療選択を困難にする。医師の裁量権の阻害です。

③番、実際の医療の現場では、医療機関をかえたり、別の日にカルテを別建てにして事実上の混合診療が行われている。すなわち、規制回避のために患者に負担や不便を強いる結果になっている。また、同じような診療行為が混合診療とされたりされなかったり、不合理で不公正な事態を招いている。

④番では、保険外診療との併用の禁止につきまして、それを明示的に禁止する根拠規定がないということ、それから安全確保策として十分に機能していないということが記載されています。

⑤番、これまで併用できる保険外診療の対象が広がり、審査期間も短縮されていますが、審査にはなお数か月を要し、一刻を争う患者のニーズに応え得る制度となっていないということが書かれています。

⑥番、現行制度では将来の保険収載を前提としているため、例えば商業上の理由で保険収載の見込みがなくなった場合、患者の大幅な負担増加が生じることにもなりかねない。

⑦番、国民が必要とする診療を保険収載すべきことは当然だが、高価な医薬品、機器が次々に開発され、保険収載されていくと、保険財政の維持が厳しくなりかねない。保険収載されていない医薬品、機器等をより利用しやすくする必要性がございます。

めくっていただきまして、そういう問題点を踏まえまして「改革の方向性」でございます。4点ございます。

1. 患者が自らの治療に対して納得した上で治療内容を選択できるようにすべきである。その際、自ら判断できる十分な情報を手に入れる「情報の非対称性」を埋めるための仕組みを併せて導入することとする。

2. 医師が最適な治療を選択する裁量権を持てるようにすべきである。その際、モラルハザードを防ぐため、治療を客観的にチェックする仕組みを併せて導入することとする。

3. いかなる診療であれ、その治療法に対する患者の正しい認識が必要である。したがって、その診療内容について、短期間に安全性等に関する十分な情報を患者に提供できるような仕組みを導入することとする。

4. 1～3の新たな仕組みは、国民皆保険を崩すことなく、保険財政の長期的な適正化とも整合性を有するように改革を進めるべきである。

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、今の説明に対しての意見交換をしたいと思います。専門委員の方も含めまして、いかがでしょうか。

佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 ありがとうございます。具体的なペーパーの問題というよりは文章になりますけれども、2ページの④のところですか。この後半で、「現実には様々な保険外診療が行われており」と、これはそのとおりなのですが、保険外診療併用ではないですね。保険外診療については一切その規制が行われていない。禁止されていない。併用になったときにはいろいろな規制がかかっていますけれども、いわゆる自由診療として行うものについては全く禁止がないんだというのが私の理解なので、「現実には様々な」という、そもそも保険外診療単独であれば規制が行われていない。さらには、実質的に併用されている場合でも様々に行われている。こういう意味なのではないかという感じを持ったんですが、それは確認でございます。

○岡議長 事務局、今の解釈でいかがですか。

○大熊参事官 保険外診療は単独で存在すれば、それは全く規制がないということになっていまして、現実にはそういうものも行われているということになっています。

○岡議長 佐久間さん、今の考え方はこの④の中での話ですか。あるいは、そういう考え方をどこかに明記すべきだということですか。

○佐久間委員 この④番の文言だけからすると、保険外診療との併用も現実的には何らかの工夫によって行われていると思ってしまうのですが、そもそも保険外診療について何の規制もしていないのですから、つまり安全確保のためにそれは野放しになっているということなので、ちょっとここはこう書いてしまうよりは、つまり保険外診療は自由にできているんだから、何でそれが一緒になると規制されるのかがわからない。こういう疑問ではないかということですか。

○岡議長 では、大崎さんどうぞ。

○大崎委員 今の議論で気がついたのですが、もともと今、保険外診療に規制がないとおっしゃったけれども、規制はないわけではなくて、医師以外の者は医療行為を行ってはいけないので、医療行為を行うという規制はかかっているわけですね。それで、医師には当然安全配慮義務があるので、保険外診療は安全に行われなければいけないわけで、保険外診療が危険であると断定する根拠は全くないですね。だから、ちょっとそこは注意しないと、これは下手に読むと保険外診療はあたかも危険であるかのようにも読めてしまうので、確かに佐久間さんはその辺を気にされているのかなという気がいたしました。

○岡議長 事務局、どうぞ。

○大熊参事官 ④番の記載で、4行目の「現実には様々な保険外診療が行われており」と

というのは、ここに純粋な保険外診療も含まれているわけですがけれども、必ずしも危険といっているわけではなくて、安全性・有効性が確認されていない診療ということで適用しています。

○岡議長 佐久間さん、よろしいですか。納得している顔じゃないけれども。

○佐久間委員 うまく直せばいいんですけれども、結局この前半を否定することにもなってしまうのですが、保険外診療との併用を禁止する理由は本当は安全性・有効性ではなくて、要するに保険の支出を減らすためだというのが理由だと思うんです。安全を確認されないものはだめだとするならば、いわゆる自由診療も規制するということになるけれども、そうはなっていない。それから、保険外診療については単独であればそれは関知しない。もちろん、最低限の医師がやらなければいけないところは安全注意義務がありますけれども、何ら規制が行われていない。ただ、それが一緒になった途端に安全性というものが理由として上ってきている。こういうことだと思うんです。

それが今までのお話を聞いた私の理解だったので、ちょっとそこが伝わっていないのか。もちろん、これで絶対に間違いがあるということを行っているわけではないのですが、どうしても保険外診療そのものが単独で行われている場合、つまり保険も関与しない形であればそれについては御自由にとというのが国の政策で、最低限それは医者がやらなければいけないとか、安全注意義務という一般的な規制があるだけだということの方が理解されないと、つまりこの前半はある意味では安全性が確認されない診療を排除するためとされるが、実際にそれが理由じゃないだろうということが多分言っているんだと思うので、そこが伝わらないのではないかという意味合いでございます。

○岡議長 今の部分について、専門委員の御意見をいただきたいと思います。

では、松山先生お願いします。

○松山専門委員 これは、安全性・有効性を確認する人が誰かという主語を明確にした文章にすれば、今の御指摘は問題解決すると思います。

要するに、日本国内で厚生労働省が安全性・有効性を確認できていないものが保険外診療になっているのですが、その保険外診療の多くの内容というのは、海外では安全性・有効性がある程度立証されて実施されている技術だと思のです。それと、保険給付をできるだけ増やさないようにするというのは、確かに間接的な背景としてはあると思いますが、厚生労働省の主張はあくまでも安全性・有効性をいつてきていますので、それに対する反論をワーキング・グループで議論したときにこういう文言にしたという理解でいます。

○岡議長 滝口先生、理解しやすい解説をいただけますか。

○滝口専門委員 まず、ワーキングを含めてこの本会議でも何回か厚労省の方々に質問をして、一番端的には岡議長が、「自分でその危険性や有効性をきちんと理解して、なおかつ自分でお金も払うと言っているのに、それを保険と混合しようとする保険は全て支払いません」というのはなぜなんですか、ということは何回もお聞きになっておられる。そ

れに対して厚労省のほうも判で押したように、これは安全性・有効性を担保するためなんですよ、としか言わない。

それで、もう一步突っ込んで、保険と一緒に保険外のまだ安全性・有効性が確認されていない治療を自費で受けた場合には、保険部分も給付をしない、ということが果たして安全性・有効性を守るために有効なのかどうか、と質しても、このあたりの議論が非常にあいまいなままになっている。何回質問しても厚労省は厳として、これは安全性・有効性を守るためだと。

さらに、彼らのロジックが非常におかしいのは、安全性・有効性が確認されていない保険外の診療を行ったときに、合わせて保険部分の給付を行うことは国民の理解が得られないだろうとおっしゃっておられるんです。ここの不可解なところが引き続き解決できない問題として残ってはいるんですが、多分④番で言いたいことは、初めの2行の「保険外診療との併用を禁止する理由は、安全性・有効性が確認されない診療を排除するため」という厚労省の説明に対して、「これを明示的に禁止する根拠規定はなく」というのが、保険外診療との併用を禁止する理由にその明示的な禁止規定がないということであって、安全性・有効性とこの明示的に禁止する根拠規定とは別なものだということが1つです。

それから、「現実には様々な保険外診療が行われており」ということがございますが、確かにこれは保険外診療の中でも安全性・有効性がある程度確立されていて、ただ単に保険収載されていないものから、全くインチキに近いような診療、極めて危険性が高い診療まで、様々な保険外診療は行われているわけで、これは先ほどから委員の先生方がおっしゃっておられるように、全て医師の責任においてなされている。そこに対する医師の裁量権は極めて強大なものがございまして、なかなか憲法上の解釈も含めてそこに踏み込めないというのが、これもまた厚労省の考え方でございますから、果たして混合診療を禁止することによって安全性・有効性はちゃんと担保されるんですか、安全性・有効性を担保するために混合診療を禁止することの意味は余りないのではないんですか、ということが、この④の言いたいことなのだろうと思います。

確かに、そういった背景を全部理解した上で読めばそれなりに納得はできるんだろうとは思いますが、一般の方がこれをお読みになったときに今、申し上げたような背景を含めて何をここが言いたいのかというのはちょっと理解するのに難しいところがあるのかもしれないと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

では、佐久間さんどうぞ。

○佐久間委員 具体的な文言でいうと、④の「現実には様々な保険外診療が」、この前の③で言っているような事実上の混合診療として、もしくは単独で自由診療として行われているということだと思うんです。ですから、混合診療を禁止するというだけでは国民全体にとっての安全確保策としては機能していない。こういう理解ではないかと思います。

別に細かい文言にはこだわりませんが、私の理解ではそういうことだったということでございます。

○岡議長 滝口さん、お願いします。

○滝口専門委員 混合診療をする、しないにかかわらず、保険外診療、いわゆる自由診療契約に基づく診療というのは医師が全く自由に行えるという現状がございますので、その部分についての安全性・有効性はほとんど議論されていない、というのが現実だということで、混合する、しないにかかわらず、自由診療部分は安全性・有効性はわかりませんよ、ということだと思います。

○岡議長 土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 この実際の文言でなく背景についての説明なのですが、我々が安全の確保を目指しているのは、全ての医療を受けられる方のことを指していると思うんです。保険外診療だけの方も、混合診療の方も、自由診療そのものも含めて医療が安全に行われることをベースに考えているので、混合診療の禁止が安全確保策として機能していない。

しかし、厚労省側は保険診療が行われることに対する安全確保しか頭にないわけです。それで、自由診療はどうでもいいというのは根本にあるので、彼らは併用して保険外診療は保険診療とともにやって、それに保険の適用をすると、保険外での危険性についても自分たちが責任を負わないといけない。したがって、それはしたくないから保険を全部適用から外すということで、今、滝口先生が言われた、怪しげな診療が入ってきてもそれを避けるためというふうに私は理解しております。

ですから、この安全の担保の対象が、我々が考えていることと厚労省が考えていることと違う。国民に対する安全の担保を彼らは考えていないと私は理解しております。

○岡議長 今のお二人の専門委員の説明でいかがですか。

大臣、どうぞ。

○稲田大臣 事務方に質問なんですけれども、私はこの④番は厚労省が認定したところの「安全性・有効性が確認されていない診療を排除するため」といっているけれども、医師がやってお金さえ払えばどんな診療も許しているんだから、混合診療だけ「安全性・有効性を確認されない診療を排除するため」というのは理由としては成り立ちませんよということをご言っているのかなと思ったんです。それでいいのかということです。

それから、同じ④の中で冒頭は「保険外診療との併用」という言葉を使い、後段には「混合診療の禁止は」ということをいっているんですけれども、全く同じ意味で違う言いぶりをしているのはなぜなのかをお伺いします。

○岡議長 では、事務局よろしいですか。

○大熊参事官 言いぶりは合わせても大丈夫です。

○岡議長 そうしますと、④の後段の文章で「混合診療の禁止は」と言っているけれども、「保険外診療との併用禁止は」と言っても同じだという意味ですか。

中原さん、どうぞ。

○中原参事官 補足させていただきますと、最初の大臣の御発言に関しまして、ここは先ほど御指摘がありましたように、保険外診療との併用を禁止する理由は、まず安全性・有効性が確認されないものを排除するためですよといわれているんですけども、今、大臣からも御指摘がございましたように、お金を払えば自由診療は自由ですよというような話もあったりですか、あるいは③で述べておりますように一人の医師から施されれば保険外併用療養の禁止に当たるんですけども、病院を変えたりすることにより保険外併用療養の禁止がかからないというパターンの2つが大きくあります。

そこで、佐久間委員にも御指摘いただいたところですけども、そうした2つの類型を総称して「現実には様々な保険外診療が行われており」とさせて頂いており、混合診療の禁止というのは先ほどの御指摘を受けまして「保険外診療との併用を禁止」というふうに直すべきかもしれませんが、そうしたものは当初、④の冒頭にありますような安全性・有効性の確認と、そうした安全確保策としては機能していないということではないかと存じます。

○岡議長 そうすると、④の「混合診療の禁止は、安全確保策としては機能していない」という文章の「混合診療の禁止」の代わりに「保健外診療との併用禁止は」と言ってもいいということですね。違いますか。

○滝口専門委員 厳密に申し上げると、保険診療と保険外診療の併用というのは、保険外併用療養費制度の中では認められるんですね。したがって、保険診療と保険外診療の併用という言い方を単にした場合には、認められるものと認められないものがあるということになります。

しかし、混合診療というのは実際にはそれが認められていない部分の併用だけを指すことが一般に多いので、混合診療は原則禁止されている、というふうに一般には捉えられておりますから、ここはもし書くとすれば「混合診療を禁止する理由は」と冒頭をしたほうが、よりわかりやすいと思います。

○岡議長 今の滝口先生のお話は私にもわかりやすかったです。④の書き出しを「混合診療を禁止する理由は」としたほうがわかりやすいということですね。わかりました。

佐久間さんが先ほどからご指摘の部分は、これまでの背景説明で、ここで何を言わんとしているかということについては御理解いただいたと思いますが、このままの表現でいいのか、ちょっと表現を変えたほうがいいのかということについてはいかがですか。

○佐久間委員 やはり後半の2行は、現実的に行われてしまっているから禁止しても安全確保のため機能していないというふうにも読めてしまうので、この③から続いていますから。

ただ、もちろん論理的にここで言っているのは③を意味していないので、いろいろな形の保険外診療というふうになるとは思いますけれども、③を読んできてここにくると、③の

ように現実的には混合診療と言いながら保険外診療との併用が行われてしまっているのではというふうに読んでしまうのかなというのがそもそもの出発点ですので、先ほど中原さんがおっしゃったように、ここは丁寧に行われている実態が2種類か3種類かはわかりませんが、あるのであれば、それを書いたほうがよろしいのではないかとは思いますが。以上です。

○岡議長 この④の内容は、その前の③から引っ張ってきているんですか。

○大熊参事官 ③のような、実態的に混合診療であるにもかかわらず保険部分は保険適用されている例など、そういう抜け穴がたくさんありますので、実態として混合診療を禁止しても安全性・有効性が確認されていない保険外を排除することはできていないということプラス完全に保険外だけで構成されている自由診療も。

○滝本室長 済みません。ワーキングのときに、自由診療という言葉を使うかどうかという議論もあったんですけども、自由診療という言葉は他に出てきていないし、③を受けての保険外診療と、それから自由診療という意味での保険外診療、ちょっと雑ですけども、保険外診療という言葉で一本でまとめてしまうということで今の文章になっているということなので、ここに2種類入っているというのは佐久間委員が御指摘されるとおりで

す。自由診療というのは完全に管理の外で、安全かどうかも定かでない。それから、混合診療の禁止と言っても事実上いろいろな工夫を凝らすことによってなされているので、それも安全性等が不明瞭だという、この2つが入っている。それを一本で保険外診療と言ってしまっているんで、ちょっとわかりづらいんだと思います。

○岡議長 困ったときの滝口先生、お願いします。

○滝口専門委員 言葉の定義でございますが、保険外診療というのは保険が認めた以外の診療を全て指すんです。一方自由診療、自由診療と気軽に言っていますけれども、あれは実は「自由診療契約」に基づく診療なんです。つまり、保険契約に基づく診療と自由契約に基づく診療があって、自由診療といった場合はむしろその契約の形態を本来は指したんですね。

したがって、保険外診療というのは診療そのもの、例えば何々療法というのは保険外だとか、何々療法は保険だとか、療法そのものを指しているわけですが、自由診療というとその自由診療契約をした上で行う診療行為を指している。だから、厳密には違うものだというふうに御理解いただいたほうがよろしいと思います。

○岡議長 ということは、先生の意見は、ここは保険外診療でいいわけですね。では、「現実には様々な保険外診療が自由に行われており」というのはどうですか。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 それであれば、保険外診療の前に「厚生労働省が認めていない保険外診療」と。

というのは、評価療養というのは厚生労働省が認めた保険外診療の併用なんですね。ここで言っているのはそれ以外のものが自由に行われているということですので、厚生労働省が認めている以外の保険外診療であれば、自由診療であれ、併用であれ、同じものを指すことになると思います。

○岡議長 それは滝口先生のおっしゃっている「保険収載されない診療」というものと微妙に違うようにも思うんですけども、いかがですか。

○土屋専門委員 保険に収載されていなくても、評価療養に入れられればそれは現実に行えるわけです。保険が払われるわけですね。ただ、保険外診療については払われないということですね。

○岡議長 鶴さん、どうぞ。

○鶴委員 今、専門委員の方々の細かい議論を聞いていたんですけども、私は最初に佐久間委員がおっしゃったのは文章上の話というのが非常にあるんじゃないかと思いました。現実には様々な何とかが行われておりという場合は、規制があっても何か脱法的に行われている、もしくは規制の網をかいくぐって行われているというときに、現実には様々な何とかが行われておりというような言い方をする場合が多くて、実際に保険外診療自体は規制をされていないということがむしろ私はそのポイントで、保険外診療自体規制されていないのに混合診療という形になるとこれは禁止されているというのが安全確保策としては機能していない。

だから、多分現実には様々な何とかが行われているという文章の普通の感じ方がやはりどうしてもそういう解釈になるということなので、むしろその表現を変えるだけで大分印象が変わるような感じがするんですけども、違いますか。素人的な意見で申しわけないんですけども。

○岡議長 滝口先生、土屋先生のお話も伺った上で、何か原文のままでもいいのかなという気持ちにもなっているんですけども、いかがですか。

○滝口専門委員 この④は結局、混合診療の禁止は安全性・有効性の確認に役に立っていない、ということをご自分で言いたいんですね。だから、あとはそれにどう肉づけをするかという議論ですので、まずそこをきちんと押さえておけばよろしいような気はいたします。

○佐々木委員 そうすると、文章はまだあれですけども、簡単な言い方として、例えばここは何ということを書かないで、「現実には様々な診療が行われておるため、安全確保策という理由で混合診療を禁止することは役に立っていない」というすごくシンプルなことに後ろをまとめてしまえばよろしいということではないのでしょうか。違いますか。

○佐久間委員 私が申し上げたかったのは、皆さんが言っていることとほとんど同じなのですが、大臣が言われた最初の点を文章として反映していればいいということなんです。

つまり、お金さえあれば自由診療、それは堂々と、現実にはではなくて制度的にも堂々とできることであって、ただ、そこは厚労省のほうでは何も見ていないという世界がちゃ

んとあり、もう一つは③のような世界がありというところがここにはっきりと出ることが必要だ。つまり、堂々とする自由診療、これは性格的にどういうものかというのはちょっと置いておいて、堂々とするものがある、それについては何ら規制がないわけですから、混合診療のところだけ幾ら禁止しても国民の安全確保にはつながっていないんだというところが出ればよいということだと思います。

○岡議長 私自身、今、佐久間さんのおっしゃったようなことは、この「現実には様々な保険外診療が行われており」という文章でカバーされているように思うのですけれども。

林さん、どうぞ。

○林委員 私にも文章の責任があるので、ずっとお伺いしておりました。

もともとはこの④の「現実には」というくだりは確かに③を受けてのものだったのですが、議論をしている中で現在の修正に至った経緯で、むしろこの「安全性・有効性が確認されない診療を排除するため」という厚生労働省の理由に合理性がない。何ゆえ、医療の安全性の確保を保険制度を用いて行うのか。政策の目的と手段が一致していないのではないかというような意見も申し上げて、その結果、③以外のそもそも論を含んだ形でこういった文章になったという経緯がございます。

ですので、趣旨としましては両方含んでいます。それは間違いございません。それがこの文章をぱっと読んだときにわかるかどうかということで、わからないというのであれば両方書き込むことがよろしいのかもしれないのですが、今、専門委員の先生からいろいろ御説明いただいたように、用語が保険外診療といっても自由診療といってもフェーズ、視点の違う用語なものですから、それを並べることが正確性を逆に欠くことにならないかという観点があって現状に至っております。

なので、ここの修文については座長一任にさせていただければとも思いますが、いかがでしょうか。

○岡議長 少なくとも委員の皆さんは、今はもう理解していただいているという前提で、修文の問題になってきました。座長代理一任ということでよろしいですか。

○佐久間委員 お任せしますが、英語的にいったら *virtually or legally* ということだと思うので、その辺はお任せいたします。

○岡議長 ありがとうございます。どうぞ。

○松山専門委員 私は結論としては先ほど土屋委員がおっしゃったように、現実には「様々な厚生労働省が認めていない保険外診療」と変えたほうが良いように思います。

それから、自由診療に関しては先ほど滝口委員がおっしゃったように、これは契約の問題です。なぜかという、例えば外国の方が日本の保険に入っていないで日本の病院に行くと、保険適用になっている診療も自由契約で診療を受けることとなり、値段は診療報酬の約2倍というのが医療機関の常識ということですから、自由診療といった場合に保険適用対象も入っているのです。だから、そこは用語を使い分けるときに気をつけないと、さ

らに混乱を招くという気がします。

○岡議長 いかがですか。「厚生労働省が認めていない」ということを「保険外診療」の前に入れるという松山さんの意見で。これは先ほど土屋先生もおっしゃっていましたけれども。

森下さん、どうぞ。

○森下委員 これは、この規制改革会議で何を指すかにもよるんですけども、今、目指している方向であれば、「厚生労働省が認めていない」というものをいかに今回入れていくかというところの議論をしているので、それを入れた方が目的ははっきりするんじゃないかとは思いますが。別に怪しげな何か全てを解禁しようという話ではないと思っておりますし、その意味では「厚生労働省が認めていない保険外診療」という形にすることによって、かなり将来的な議論というのがやりやすくなるんじゃないかと思うので、松山先生、あるいは土屋さんが言われるような形でつけ加えても私はいいいのかなと、むしろそちらのほうが目的ははっきりするのかなという気がいたします。

○岡議長 林さん、いかがですか。ちょっと違いますか。

○林委員 非常に複雑になるので、私は本当はこのままだもいいかなとは思っているんですけども、入れることでも結構です。

○岡議長 松村さん、どうぞ。

○松村委員 私はこのままでいいと思います。少なくともこれを読んだときに、今議論されているような意味だと理解したので、そもそも違和感はありません。

「厚生労働省が認めていない」というと、「認めていない」の意味の解釈がまた難しくなる。厚生労働省が禁止しているという意味なのか、それともお墨つきを与えていないという意味なのか。後者の意味で使っていると思うのですが、「厚生労働省が認めていない」と言ったら、やってはいけないと言っているものをやっているにとられたら、むしろ逆効果。私は入れなくてもいいと思います。

○岡議長 滝口さん、お願いします。

○滝口専門委員 もし入れるのであれば、正確には「厚生労働省が併用を認めていない保険外診療」ということになると思います。保険外診療を厚労省が認めていないか、いるかというのは多分、厚労省はコメントしないはずですので、これしか併用してはいけませんよ、というものの以外の保険外診療を指しているということですから、本当に厳密に書くとすれば「厚生労働省が併用を認めていない保険外診療」というのが正確な言い方だと思います。

○岡議長 今の滝口さんの御意見でよろしいですか。

○土屋専門委員 そのとおりだと思います。

○岡議長 今の滝口専門委員のおっしゃられた表現でよろしいですか。松村さん、林座長代理よろしいですか。

○中原参事官 事務局からよろしいですか。

「厚生労働省が併用を認めていない」というのも、一応保険外療養制度というものが立法に基づいて、健康保険法の中に制度として位置付けられて運用されていますので、例えば「国の制度のもとで併用を認められていない」とか、その辺の技術的な書き方はもうちょっと御相談させていただければと思います。

○岡議長 事務局からの指摘もありましたので、やはり、ここは座長代理一任ということで、私も一緒に責任をとりますから。解釈としては、我々としてはそういう認識を持ちつつも、書き物としては原案とすることでいかがでしょうか。

林さん、よろしいですか。

○林委員 両方の場合を含んでいるということを皆様に御確認いただいた上でございますので、できればこの原案でお願いできればと思います。

○岡議長 今、林さんからありましたような解釈をベースとした上で、文章としては原案どおりということにさせていただきたいと思います。

その他、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、今日、これを会議の意見として出すにあたり、私から皆さんの御意見をお聴きしたいことがあります。この後、記者会見をすることになりますが、記者からは「いわゆる混合診療について、こういう形で方向性は出ているけれども、規制改革会議としてのスタンスはどうなんですか。混合診療の全面解禁を目指すんですね」という質問が多分飛んでくると思います。何が言いたいかと言いますと、次のような考え方でよろしいかどうかということを皆さんに確認しておきたいのです。

我々会議としては、このような現状から、このような方向性を出しました。私どもは、「一定のルール」という表現がいいのか、管理という表現がいいのか、制度、仕組み、この辺の表現はいろいろあるのですが、そのもとで可能な限りこの併用の範囲を拡大していくということをやるべきだと思っています。

問題は、その「一定のルール」とか、管理とか制度というものについて、これから6月に向けて審議を深めていって、会議としての提案を厚労省に提示する。すなわち、我々がどういう制度、どういう管理のもとだったら、ここまではいいではないかといったものを、この会議として考え、議論して、打ち出していきたいというような言い方がよろしいかと思っておりますが、これは私の私見であります。

是非、この点についての皆さんの意見をお聴かせいただきたい。あるいは、今日の時点では一切何も言わないという選択肢もあるわけです。こういう方向性を出して、これから全て議論を深めていきますよというだけの言い方もあると思います。あるいは、今、私が言った程度のところまで踏み込むのかとどうか、皆さんの意見を聴かせていただきたい。そうしませんと、記者会見で立ち往生することになりますので。いかがでしょうか。

○安念委員 今、議長がおっしゃった、併用を拡大するというふうに表現なさるのは当会

議としては得策ではないのではないかと。

つまり、それだと厚労省の路線と実は同じことであって、現在の評価療養は施設と療養、手法ですね。その両方でポジリストになっているわけですね。これはいい。この施設での療養はいいという形になっているわけですので、多分現在で言えばまだ具体的な絵姿は我々も持っていないわけけれども、厚労省のポジリストはやはりおかしいんじゃないか。少なくともネガリストにする。

つまり、原則は解禁します。ただ、いろいろ条件はつけなければいけないので、これはだめ、こういうやり方はだめというネガリスト方式になるというのが一つの着地点ではないかくらいに御説明をいただくのが、あるいはよいのではないかと思っております。

○岡議長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

森下委員、どうぞ。

○森下委員 原則解禁ということで、私は原則という言葉は構わないと思うのですが、ネガリストにするのはやはり医療は無理だと思うんです。

要するに、どんどん新しい医療は出ますし、どんどん海外を含めて安全性も有効性もわからない医療というのは出てくるわけです。そういう意味では、ネガティブリストにしちゃうという言い方をしてしまうと、普通に医療をやっている方であれば実際上できない話だというのはすぐわかってしまうので、その表現を使われるのは私はちょっと問題があるかと思えます。

言い方として、原則という言い方をするとすることはそんなに反対ではありませんけれども、そのやり方を規定してしまうと、そこで実際上、方向性はもう見えてしまいますので、その言い方は避けたほうが私はいいという意見を持っています。

○岡議長 ありがとうございます。他はいかがでしょう。

では、大臣どうぞ。

○稲田大臣 滝口先生にお聞きしたいんですけども、言い方ですね。私も気になったのは、一定のルールのもとで併用を拡大していくと言ったら、今の厚労省がまさしくやっていることそのものに聞こえたんです。それで、一定のルールのもとで混合診療を解禁していくと言ったら、これは同じことなのか。その違いですね。一定のルールのもとで混合診療は解禁なんですという言い方をすることと、一定のルールのもとで併用を拡大していくという言い方とは同じものなのか、違うものなのか、専門家の意見を聞きたいと思えます。

○岡議長 お願いします。

○滝口専門委員 そんなにルールの専門家でもなんでもないんですけども、まず今の混合診療禁止の大原則というのは、そもそも特定療養費制度を昭和59年に作ったとき、これはどちらかというと禅問答に近いような議論になるのですが、「現物で給付する」という今の健康保険法の大原則の中で、一連の診療の中に一部でも費用を混ぜるということは、これは不合理だろう、というのが特定療養費制度をつかったそもそもの発想なんです。

そこで、どうしても一部費用を払ってその治療をやりたければ、では特別に国が認めた療養についてだけは、現物の給付から費用の給付に切りかえてあげましょう。費用の給付に切りかえさえすれば、この費用の給付と費用の徴収なので、これは矛盾がないですねという説明で、当時の厚生労働委員会でもさんざん保険局長と議員の先生方がやり合ってこれを通したという経緯がございます。

今のお話の中で、併用療養を拡大していくというのは、やり方としては多分それが一番現実的なんですね。併用療養を原則自由にするといっても、結局現物を費用に切りかえなければ、これは混合できないというたてまえがあるとするれば、今せっかく保険外併用をやる場合は費用に切りかえますというルールがあるわけですから、このルールを最大限使って事実上混合診療を解禁するという事はやりやすいんです。一方、「混合診療解禁」をストレートに行くとすれば保険法の大原則である「現物給付」をすべて「費用の給付」とする大改正が必要となります。

ただ、今の時点でそこまで申し上げるほうがいいのか。それとも、今は総論として一定のルールのもとに混合診療の解禁を目指すんだとか、混合診療を極力できる制度にしていくんだ、という説明で留め置いたほうが、来年以降にこの会議が最終的に出す提言に重みがつくかどうか、もしくはそれを現実に獲得するために有利かどうか、という判断は必要だろうと考えます。

大臣の御質問に対して説明になっているかどうかわかりませんが、そういうことだというふうに私は理解をいたしております。

○岡議長 ありがとうございます。他はいかがですか。

松山先生、どうぞ。

○松山専門委員 仮に記者会見で「一定のルール」という文言を使ったら、もし私が記者だったら、ではその一定のルールというのは、例えば臨床中核病院を選定するように先進医療については特定の医療機関にのみ認めるということも今後議論なさるのですかという質問をしたいと思います。それに対してどう答えるかということ、事前に考えておく必要があるかと思えます。

○岡議長 ありがとうございます。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 私は記者会見では今、議長がおっしゃられたように、この会議の方向性という質問であれば、混合診療の全面解禁というのが私たちのスタンスなんだということをはっきり言ったほうがいいのではないかと考えています。

それは、当然ながらこれからそれに対してどういうルールが必要なのかとか、環境を考えるわけですが、やはり言葉は強く明確に出したほうが、スタンスという意味ではきちんと伝わるのではないかと思いますし、それによって世の中が一生懸命、一緒に考えてくれたりするということになったほうが今、規制改革会議の位置付けや、様々な外から何をや

っているのかよくわからないというふうになっている中では、とてもわかりやすくはっきりとおっしゃっていただきたいと私は個人的には思っております。

○岡議長 ありがとうございます。

林さん、どうぞ。

○林委員 直接のお答えにならないかもしれませんが、国民の方にわかっていただくということの重要性を、この件については特に感じています。

一般の方々は混合診療とか、ましてや保険外診療と保険外診療の併用療養制度などという言葉聞いたこともないと思います。御自身が受ける診療が全く自分の知らないところで、本来保険適用されている診療までが保険適用されなくなってしまう。そんなことがあるなんて想像だにしていなと思います。

そのことをわかっていただくために、単に混合診療の解禁というフレーズでもって語るのではなく、「保険診療には保険適用を」という原則に立ち戻りたい。そこを私たちは説明していきたいと思えます。

長年、厚労省の御説明では、先ほども御紹介があったように、併用されると安全性が確保できないという「建前」のもとに混合診療が禁止されてきたわけです。今、この何十年來の在り方を変えるのは大変な、岩盤規制であろうと思っております。法律上の根拠もないにもかかわらず、長年続いている規制でありますので、私たちがこのワーキングで言葉を選んで注意深く議論してきたのは、少しでも改革するために、無駄なといいますか、感情的なぶつかりをすることなく、実質的な改革につながるようにしたいということで、一定のルールのもとで併用療法の範囲を拡大していくという言い方を考えました。

ただ、その心は冒頭申し上げたように、当たり前なこと、つまり、国民皆保険制度のもとで国民が保険料を払い、保険診療については保険適用があるということが法律上保障されているにもかかわらず、その国民の権利が何の法律の条文上の根拠もないのに奪われているという現実を変えたい、ということでもありますので、そこが伝わるように記者の方に御説明できればと思っております。

○岡議長 森下さん、どうぞ。

○森下委員 先ほどの稲田大臣の御発言と岡議長が言われている内容というのは、私にとっては同じなように実は聞こえて、スタンスを強く出すのか。それとも、穏やかに言うかという差ではないかと思っておりますので、大臣の思いがそういう形で伝わるのであれば、私はそこは同じことを言われているように思っておりますので、大臣のお言葉でお話をされてもいいのかなとは思いました。

○岡議長 金丸さん、どうぞ。

○金丸委員 私はそんなに今、焦る必要はないんじゃないかと思うんです。この間の医薬品のネット販売の反省も踏まえると、これもずっと長年できなかったことで岩盤規制といわれてきたことなので、本当に全面解禁に近くやりたければ、そういうイージーな言葉は

余り使わないほうが良いと思います。

そして、今の段階でもし言うのであれば、せつかくこの「現行制度の問題点」に書かれているように、今までとは違った言葉で全面解禁をあらわすような言葉を考えたほうが良いと思うんです。ここには「患者の選択権」と「医師の裁量権」というものが出ていますから、「患者の選択権と医師の裁量権の最大化」とか、そうするとそれは混合診療の何とかなんですかと聞かれたら、それは混合診療の原則解禁になるかもしれないとか、違った言葉のほうが私は今の段階ではいいんじゃないかと思います。

○岡議長 今の金丸さんの御意見と先ほどの林さんの御意見は参考になるのですが、金丸さんが最後におっしゃられたように話をしても、記者から「要すれば混合診療の全面解禁ですね」とだめを押されたら、「そうだ」ということになって、新聞はそちらしか書かないおそれがありますので、そこのところはここでのコンセンサスに基づいた範囲内で発言しようと思いますけれども。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 私も個人的には混合診療の全面解禁を打ち出すべきだと思うのですが、日本医師会が強力に混合診療を曲解して、悪者であるという宣伝が行き渡っているわけですね。ですから、いきなり混合診療という言葉を出すのは問題ではないか。日本医師会の解釈に受け取られるということが一番の心配ごとなんです。

その我々の真意は、先ほど議長が言われたように、自己選択権を障害しないように、阻害しないように、そして医師の裁量権を維持しようという、この目的を達していくと結果として混合診療が全面解禁につながるというような説明を加えたほうがよろしいと思います。

○金丸委員 ちょっと別の場でも厚労省と勉強会などをしたことがあるのですが、そこで必ず出てくる反論が、混合診療という言葉を使うと、要するに金持ち優遇みたいな言葉がシンプルな反論としてあるので、イメージとして普通の人のための混合診療の解禁とか、庶民のためのとか、庶民というのはちょっと使いにくいかもしれないけれども、そうでないと要するにお金持ちの人だけが得するかのごとくアンチキャンペーンみたいなことに使われがちなので、もし混合診療という言葉をお使いになるならば、最初からそうじゃないんだということを何か含めておいたほうがいいんじゃないかと思います。

○岡議長 森下さん、どうぞ。

○森下委員 大臣と議長に是非お願いしたいのは、「全面」という言葉は避けていただきたいと思うんです。「全面」と言った時点で、恐らく記者の方もこれは 100%という前回のネットと同じ話に落ち込んでいく可能性が高いので、今の時点ではやはり解禁はいいですけれども、その前にその範囲を確定するような言い方をしてしまうのは避けたほうがいいんじゃないかと思います。

それを言ってしまうと、先ほどの金丸さんじゃないですけれども、落としどころといい

ますか、接触点が多分なくなってしまうので、原則論としての硬直に陥ってしまう可能性が非常に強いと思うんです。

混合診療という言葉自体、これは多分記者の方は言われるので、議長が避けたとしてもそこに見出しはなるんだろう。そうであれば、やはり範囲がはっきりわからないというのはおかしいですけども、まだその議論もしておりませんから、その目標地点がわかるような形の表現は避けたほうがいいのかなということで、「全面」という言葉さえ使わなければおおよその方向というのは恐らく今までの議論の中で出ているところじゃないかと思えます。

○岡議長 皆さんの意見は出尽くしたようですけども。

滝口さん、どうぞ。

○滝口専門委員 どういう言い方をなさるにせよ、やはり最終的な落としどころは当然意識をしておかなければいけないだろうと思えます。ですから、現時点で「全面解禁」という言い方をするにせよ、「原則解禁」という言い方をするにせよ、その根底となる基本的な考え方については一言触れておかれて、その結果として全面解禁になるかもしれないし、原則解禁にとどまるかもしれないということはおっしゃってもよろしいのではないかと。

それで、その原則は何かというと、まさに先ほど林先生がおっしゃったとおりで、保険制度は保険制度を守ればいいのであって、保険制度がその保険給付を受けることができる人の権利を、たまたま一緒に保険外の診療をやったときにそれは認めないということ自体、理不尽ではないか。それをまずきちんと皆さん、国民で考えてみましょう、というところを強めに発信をなさっておいたほうがよろしいのではないかと。

横で一緒にやったらだめ、全く別にやればいよという運用ではなくて、保険給付を受ける権利があって、その保険の診療の中で受けられる部分についてはちゃんと保険料を払っているわけですから、給付を受けられる権利はありますね、ということをおっしゃった上で、それを追求した結果として原則解禁になるのか、全面解禁なるのかは今後の議論を待つしかない、というような形が一番わかりやすいような気がいたします。

○岡議長 今の滝口先生の御意見は大変参考になりました。実は私が本当に言いたかったことに近づいてきたのです。先日、大臣と一緒に出たテレビでも同じことを申し上げましたが、要は、国民皆保険のもとで保険料を払っている人が治療を受けたら、当然保険の給付を受けられるはずである。それが、いかなる事情であれ、受けられないという状態は極力排除すべきである。こういうスタンスだと思うのです。

そういう話は、混合診療という言葉を使わなくてもできるわけですから、それがずっと行けば、結果的に、いわゆる混合診療の全面解禁というように近づいていくのか。あるいは、どこか手前のところで「一定のルール」のもとでここまでということになるかというのは、これからの議論の結果だと思います。

皆さんから今いただいた御意見を踏まえ、今のよう言い方であれば、それは違うよと

いう部分はないように思います。今日のところは、先ほど滝口先生からいただいたような考え方で対応し、「これからの議論ですが」ということで、我々のスタンスは「保険を受けられる治療をして保険を受けられないという事態は極力避ける、排除する。そういったものを目指していくこととあります」ということですね。

いかがですか。安念さん、よろしいですか。

○安念委員 もちろん、結構です。

○岡議長 ありがとうございます。

大分このテーマで時間が押ししてしまいましたが、本日は重要な案件が目白押しでございます。それでは、次に議題2の「介護・保育事業等における経営管理の強化とイコルフットィング確立」について、これまでの議論を踏まえて、事務局に論点を整理していただきましたので、説明をお願いします。

○大熊参事官 資料を御覧ください。「介護・保育事業等における経営管理の強化とイコルフットィング確立に関する論点整理(案)」をおまとめいただいております。これも、まず説明をしましてお諮りをしたいと思っています。

社会福祉事業を取り巻く環境は大幅に変化し、福祉サービスが「措置」から「契約」へと変化した。

介護保険制度の在宅サービスなどの分野では株式会社やNPOなど、多様な経営主体が競合する市場になった。

これらの状況を踏まえ、第一に社会福祉事業者はガバナンスの確立と経営基盤の強化を行うべきである。

第二に、様々な事業者がサービスの質や多様性を競い、経営主体間のイコルフットィングを確立すべきであるということが挙げられています。

当会議では、以下に示す論点に沿って引き続き議論を深め、来年6月までに具体的な提案を行っていくこととする。

1. 事業者のガバナンス

(1) 財務諸表の情報開示

厚生労働省は、全国の社会福祉法人の財務諸表を集約し、一覧性及び検索性を持たせた電子開示システムを構築すべきではないか。

厚生労働省は、社会福祉法人の財務諸表の公表において、標準的形式を提示し、各法人がHP上で開示を行うよう指導すべきではないか。

(2) 補助金等の情報開示

厚生労働省は、全国の社会福祉法人が受けている補助金等の状況を一元的に把握し、わかりやすく開示すべきではないか。

そのため、厚生労働省は社会福祉法人が受けている補助金や社会貢献に係る支出額等が国民にわかるよう標準的形式を提示し、その開示を義務付けるべきではないか。

(3)は、内部留保についてです。

厚生労働省は内部留保の位置付けを明確化し、福祉サービスへの再投資や社会貢献での活用を促すべきではないか。

厚生労働省は、社会福祉法人に対して明確な事業計画に基づく目的別の積み立てを指導すべきではないか。

(4)調達公正性の確保

厚生労働省は、社会福祉法人とその役員の親族や特別の利害関係を有する者との取引について開示する等、調達の公正性や妥当性を担保する仕組みを検討すべきではないか。

(5)経営管理体制の強化

厚生労働省は、社会福祉法人の理事会や評議員会、役員等の役割や権限、責任の範囲等を法令等で明確に定めるべきではないか。

厚生労働省は、社会福祉法人のサービスに対する第三者評価受審率の数値目標を定めるべきではないか。一定の規模を超える社会福祉法人に対して、外部監査を義務付けるべきではないか。

(6)所轄庁による指導・監督の強化

厚生労働省は、監査のガイドラインや監査人材の育成プログラムとその工程表を策定すべきではないか。

厚生労働省は、経営の悪化した社会福祉法人に対して、所轄庁が措置命令等の行政処分に先駆けて助言や勧告を行えるよう、社会福祉法の見直しを行うべきではないか。

2. 経営主体間のイコルフットイング

介護・保育分野は、営利と非営利法人が同種のサービスを提供する市場である。多様な経営主体がサービスの質を競い、利用者の利便が高まるよう経営主体間のイコルフットイングを確立すべきではないか。

第一種社会福祉事業の経営主体は、原則、行政または社会福祉法人と定められている。そのうち、特別養護老人ホームなどの施設は、個別法によって社会福祉法人等に限定されている。厚生労働省は、利用者の利便性を高めることができるよう参入規制を緩和すべきではないか。

社会福祉法人は、補助金や非課税措置などの財政上の優遇措置がとられている。株式会社やNPO法人が参入している変化を踏まえ、経営主体間で異なる財政上の措置を見直すべきではないか。

以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

以上の説明につきまして、御意見がございましたらお願いいたします。

大崎さん、どうぞ。

○大崎委員 この論点整理の文言というか、内容についてはこういうことでいいと思うの

ですが、私はあえて感想を申し上げたいと思います。

この社会福祉法人をめぐる問題を議論していて非常に強く感じたのは、厚生労働省が社会福祉法人というのは特別な法人で、それは公の支配に属することをやるから、民間企業とかNPOとか、そういうものごとっちゃにしちゃいけないんだということを強く言うんですけども、要するに役所の代行をしているような公益的な存在なんだという一方で、本当の役所だったら絶対認められないようなずさんな管理を放置している。この裏と表の使い分けみたいなことを正して、社会福祉法人であれ、営利法人であれ、きちんとやる人は同じように扱うべきだということを我々として追求していくべきだと強く思うんです。

それで、この論点はこれでいいと思うんですけども、1点、今日つけ加えろという意味ではないのですが、今後検討していきたいと思うのが、厚労省の説明を聞いてよくわかったのが、何で営利法人を広げたくないのかということについて、彼らは撤退するというのを盛んに言うわけですね。それで、社会福祉法人というのは撤退できないんだというようなことを言うわけですが、ここにも実際経営が悪化した社会福祉法人という話が出てくるように、社会福祉法人だって潰れるときは潰れるわけで、そういう意味で経済原理の中で活動しているわけですから、その点において営利法人と違いがあるはずがないと思うんですね。

他の法制でも、営利法人がやる事業であっても勝手に撤退しちゃいけないというような行政的な仕組みがとられているものは幾らでもあるわけです。例えば、私が知っている具体的などころでいったら銀行などもそうですし、それから空港などもそうですね。完全に勝手には撤退できなくなっているわけで、営利法人にやらせて、もし撤退が心配なのだったら、非合理的な理由での撤退を極力させないような規制をつくれればいいだけの話だと思いますので、その点も今後きちんと我々として意見を出していきたいと思う次第です。

○岡議長 ありがとうございます。

では、林さんどうぞ。

○林委員 ありがとうございます。今の点でございますが、資料2の論点整理の1ページ目の冒頭の5つ目の丸のところに書きましたように、今回この論点整理をした上で、今後引き続きこの中身について具体的な提案を行っていく予定であります。なので、今おっしゃられた点も含めて我々は来年の1月以降、議論を準備しておりますのでよろしくお願ひしたいと思います。

○岡議長 ありがとうございます。他はいかがでしょうか。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 今の大崎委員の御指摘でごもっともだと思うのは、2ページ目の(3)～(6)で、いずれもこれらの文章の改善策の主語が厚生労働省になっているのですけれども、例えば3番目のところで事業計画云々で書いてあること、(4)では親族の企業との取引、5番目は経営管理でいわゆる公益法人的な要素をとということだと思えますし、また6番目

も会計監査が含まれると思うんですけれども、こういうことは厚生労働省には専門家がないので、厚生労働省につくれというはずさんなものができてくるということで、やはりこれは他省庁、あるいは会計事務所とか、公益法人の認定委員会とか、そういうところを絡ませないとだめだと思いますので、今後6か月で検討する内容に入れておいていただきたいと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 ありがとうございます。3ページ目の最後のところに、「社会福祉法人に対しては、補助金や非課税措置などの財政上の優遇措置がとられている」という文言が出てきますが、これが今回のそもそもの社会福祉法人に対するガバナンスを求めていく基本のことだと思うんです。なので、3ページ目に出てくるだけでなく、一般的に読む方がこれが理由というんでしょうか、背景にあることを当初から理解していただくために初めのほうに持ってくるのができないかと今、思っておりました。

1つのアイデアは、丸の3つ目の「これらの状況を踏まえ、第一に、補助金や非課税措置などの財政上の優遇措置がとられている社会福祉法人」云々はというふうにするか、それともこの5つの丸の前に、こういう優遇を受けている社会福祉法人に対して論点をまとめたというようなことを1行入れるか。頭に持ってくると読みやすいというか、わかりやすい人が多いのではないかと思います。以上です。

○岡議長 ありがとうございます。今の佐々木さんの提案について、事務局どうぞ。

○大熊参事官 頭の5つの丸の中の4つ目がまさにこのイコールフットィングのところ、ここに少しそういう趣旨のことを入れるということでもよろしいでしょうか。

○佐々木委員 どこがじっくりいくかと思えますけれども、なるべく早いうちに、そもそも補助金を受けていて非課税なのだから、しっかり開示してくださいということがわかるように書かれたほうがいいのかと思いました。

○大崎委員 その点では事務局の言われたこととは違って、「第一に」のほうに入れたほうがいいんじゃないですか。事務局は「第二に」のところと今おっしゃったように感じたんですけれども。

○岡議長 大崎さんと佐々木さんの御意見については私もそう思います。前文の3つ目の○の「これらの状況を踏まえ、第一に」の文章の中に入れたほうがよろしいのではないかという両委員の意見ですが、そうされたらどうでしょうか。4番目の○よりもということですね。

○大崎委員 そうです。つまり、もちろんイコールフットィングという観点からもこれは大事なんだけど、補助金や非課税措置などの優遇をとっているんだからちゃんとガバナンスすべきだろうという言い方のほうがいいと思うんです。

○岡議長 では、そういう方向で手を入れてみてください。他にいかがでしょうか。

松山先生、どうぞ。

○松山専門委員 今、厚労省で社会福祉法人の在り方の検討会というものがあって、その審議内容も規制改革会議の議論をにらんだ上で、ここに書かれているような項目になっています。

したがって、厚労省の検討会がどこまで踏み込んで具体的に改革を行うのかを見据えながら、我々も今後議論をしていく必要があると思います。重要なのは先ほど土屋先生がおっしゃったように、これを具体的に進めるときには実は行政側にノウハウが必ずしもないのです。

そういう意味で、私もまず全国一本化された専門家の集団をつくって、それがこういう改革をウオッチするような仕掛けをつくらないといけないと考えています。そのときに重要な役割を果たすのは、やはり公認会計士とか、いわゆる専門家だと思います。施設経営をしている社福というのは1万7,400くらいあり、その全体を見なければならぬわけであり、かなりの人材を要するということです。私の印象では、厚労省も相当の危機感と決意を持って臨んでいるように思われます。

○岡議長 ありがとうございます。

今の点については、システム化とかICTを使えば、財務諸表などのデータのなもの、数字なものは相当効率的にできる部分もあろうかと思えますけれども、そういったサポートが必要だというのはおっしゃるとおりだと思います。

他はいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、本件については、先ほど御指摘の若干の修正を加えて当会議の論点とさせていただきます。

それでは、次に3つ目の議題でございます。健康・医療ワーキング・グループより、医療提供体制についての検討を踏まえまして、当会議として意見を表明したい旨の御提案がありました。本日御審議いただき、取りまとまれば厚生労働省に提言したいと思えます。

座長代理の林委員より御説明いただきます。

○林委員 ありがとうございます。資料3の「医療提供体制に関する意見（案）」について御説明させていただきます。

医療提供体制については、健康・医療ワーキング・グループにおいて厚生労働省や関連事業者の方からヒアリングを行い、何度も議論を重ねてまいりました。この度、ワーキング・グループとしての意見書がまとまりましたので、本会議に諮らせていただきます。

現在、厚生労働省において次期通常国会での医療法改正に向けた検討が行われております。そこで、この意見を医療法改正や、それに関連する制度の見直しに当たり、反映していただきたいと考えております。

資料3の意見書では、「1. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」と「2. 生活の場での医療・介護環境の充実」の、大きく2つに分けて意見をまとめました。

まず、1の地域医療提供体制の構築について御説明します。ここは（1）～（7）に分けてポイントを指摘しております。観点は、高齢化が進み医療需要が高まる中で、限られた医療資源をいかに有効に活用すべきかという視点です。

まず（1）で「医療計画の在り方の見直し」については、都道府県が作成する様々な計画との整合性の確保、保険者の視点の活用、ICT化について計画に盛り込むこと、を求めています。

次に、（2）の「医療資源の適正配置」については、医師・看護師の偏在やCTなどの高額医療機器への過剰投資を改善するために、まず必要な医師・看護師数や医療機器数を把握することを求めています。また、医師の偏在是正のために適正な競争が必要であり、医療機関の外部評価により患者が質の高い医療機関を選べるようにすることを求めています。

次に、（3）は、入院医療の提供単位である「二次医療圏の範囲等の見直し」についてまとめております。二次医療圏の範囲の設定に当たって時間距離のデータを活用すること、そして都道府県の主体性を確保すること、を求めています。

次に、（4）の「病床規制の見直し」であります。病床規制については、非稼働の病床が既得権として残ることで真に必要な病床の設置が妨げられていますので、このような非稼働病床の削減を求めます。また、必要な病床数の算出に当たっては、将来を見据えて推計するように求めます。

（5）の「7対1看護基準の見直し」です。この「7対1看護基準」とは、「患者7人に対して看護職員1人以上を配置する医療機関に適用される入院基本料についての基準」を称しています。この基準は、そもそも本来は急性期医療を担う病院を対象とした措置であるにもかかわらず、実際には単に看護師を多く集めただけの病院も対象となり得ることから、（5）ではこうした基準の厳格化を求めています。

次の（6）は、都道府県の「地域医療支援センターの見直し」です。都道府県の地域医療支援センターの事業については、医師の偏在是正にも資することが期待されておりますが、その実効性を高めるために実際に医師を雇用する病院への委託を推進するよう求めています。

次に、（7）の「プライマリケア体制の確立」についてです。この（7）に出てくる「フリーアクセス」、「ゲートキーパー機能」の片仮名語は、それぞれ日本にまだ根づいていない制度であり、言葉の背景説明が必要なので、注1、注2で説明を書いております。（7）では、あらゆる病気をまず最初に相談し、重い場合には他の専門医を紹介してくれるような意味でのプライマリケアの専門医制度を確立すること、また、プライマリケアの専門医がゲートキーパーとなることで、大病院での外来受診が減り、大病院が高度医療に、より力を注げるようになること、を求めています。

このような趣旨の意見ですが、ともすればフリーアクセスとかゲートキーパー機能とい

う用語については誤解を生みがちなので、正確な意味を注1、注2で書いているところでございます。

最後に（８）「我が国の医療提供体制の目指すべき方向性の提示」です。ここでは、医療・介護を含めた医療提供体制全体の将来像を示すこと、特に、ICT化などの分野横断的な政策を効率的に進めることを求めています。規制改革会議の第1期のころからビッグピクチャーを厚生労働省に対して求めています、同じ観点でこの（８）としてまとめさせていただきました。

以上が、大きな1でございます。

次に、2の「生活の場での医療・介護環境の充実」について御説明します。ここでは、団塊の世代の高齢化に伴い、単身または夫婦高齢者世帯の割合が増加するなど、家族関係が変容している中で、自らの住み慣れた地域や環境で医療や介護を受けることを希望する高齢者などの方々に対して、自宅、医療機関、介護施設など、それぞれの場所で切れ目のないサービスを提供することができるような在宅医療の提供体制の早急な整備を求めています。

具体的には（１）～（３）の3つの事項を取り上げています。

まず、（１）「在宅医療専門の診療所」についてです。現在は保険医療機関には外来患者を受け入れる体制を有していることが求められておまして、このことが在宅医療を専門に行おうとする診療所にとっては制約となっています。そこで、在宅医療を主として行う診療所の開設において、その開設要件の明確化と診療所の外来機能要件を緩和することを求めています。

次に（２）「特別養護老人ホームにおける医療環境の改善」です。現在は、特別養護老人ホームには末期の悪性腫瘍や緊急の場合などを除き、他の医療機関は診療行為を行うことが許されておられません。ところが、特別養護老人ホームの医師は非常勤の嘱託医が多く、実際には患者が必要とする際に医師が不在であることも多いという状況がございます。

そこで、医療的ケアが必要な高齢者が増加する中で、特別養護老人ホームにおける適切な医療提供の在り方について検討を求めることといたしました。

最後に、（３）「医薬品・衛生材料の提供」についてです。在宅医療においては、医療機関が患者の自宅に訪問する看護師に対して医薬品や衛生材料を提供しなければならないという状況にあります、それが十分になされていないという指摘があります。そこで、ここでは医療機関が適時に必要量の医薬品や衛生材料を提供できる体制の構築を求めています。

以上が、2の「生活の場での医療・介護環境の充実」についてまとめたポイント3点でございます。

以上、これらの改革事項が、医療法を初めとした今後の医療提供体制に係る制度改正において実現されるよう、引き続き厚生労働省に求めていきたいと考えております。御審議

の上、決定をお願い申し上げます。

○岡議長 林さん、どうもありがとうございました。

それでは御意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

では、大崎さんどうぞ。

○大崎委員 ありがとうございます。中身は大変結構だと思うんですけども、1点だけ、「在宅医療専門の診療所」の記述のところから3行目の、「このため、在宅医療を主として行う診療所開設において」、この後に読点を入れたほうがいいですね。それだけです。

○岡議長 事務方、お願いします。

他にいかがですか。森下さん、どうぞ。

○森下委員 ワーキングで言うべきだったのですが、4ページの2の(3)の「医薬品・衛生材料の提供」で、「医療機関が患者の自宅に訪問する看護師に対して」云々とありますが、「それらが十分なされていないという指摘がある」というのは、多分実情を知らない人は意味がわからないかなと思いついて、どういうふうに十分なされていないのかということを書かないと、何か医療機関が単純にけちっているというか、提供ができないというふうにとられかねない。

これは、たしか小分けにできないとか、そういった話だったと思うんですけども、その内容が伝わらなくなると、医療機関が単純に看護師さんに渡せないというように受け取れるような感じもするので、もう少し丁寧にここの部分は書いておいたほうがよろしいかと思います。たしか、最初はまだもっと丁寧に書いてあったような気がしたんですけども。

○岡議長 当初は「小分け」というのがありましたね。事務局、今の部分はいかがですか。修正を入れられますか。他はいかがでしょう。

林さん、この段階でこんなことを言うのはどうかと思うのですが、たまたま昨日ある先生から話を聞いたのですが、介護士がどんどん減ってしまってどうしようもない。一時は介護士を確保できていたが、アベノミクスで景気がよくなって、介護士をしていた若い方がどこかのメーカーに行ってしまうという現象が地方でも起きている。今のまま行ったら介護制度は成り立たなくなる。

看護師についても同じことが言えるが、看護師の場合にはそれなりのレベルの技能や知識も必要であるのでいろいろ問題がある。ただし、介護士については、もう少し緩やかな資格でもいいから、外国からの確保を進めてもいいのではいかという指摘を受けました。そんなに深刻ですかと聞いたら、介護士の育成とか確保は、医療体制の中で大変深刻なテーマになりつつあるということなので、大きな2番の最後に(4)として、介護士の養成・確保みたいなことを追加してはどうでしょうか。あるいは、前文のどこかに入れられればそれでもよろしいと思うんですけども、いかがでしょうか。これは、私の提案です。

○林委員 ありがとうございます。ただいま岡議長のおっしゃられた介護士の問題は、こ

れまでのワーキングの中でも議論してまいりました。それなので、もし入れるとしたらもう少し充実した形で入れたいと思っております、今回この3つのポイントにだけ絞っておりますのは、決してこれだけで終わりという趣旨ではないので、今ここで1行入れるとかというよりは、もうちょっと練ったもので入れたほうがいいかなと思います、入れること自体は大賛成でございます。

○岡議長 わかりました。

では、滝さんどうぞ。

○滝委員 大変賛成でありまして、多分近々、移民の問題と申しますか、この介護士に非常に合った体制が外国に対してもあるわけで、是非その項目を大きく入れておきたいような気がいたします。

○岡議長 では、林座長代理からありましたように、健康・医療ワーキング・グループの中で引き続きフォローアップしていただくということをお願いします。他にいかがですか。

では、事務局どうぞ。

○大熊参事官 これまで出た話の中で、まず森下先生の御指摘の話は、後ほど先生と調整させていただきたいと思えます。

○森下委員 これは、そんなに難しい話ですか。

○大熊参事官 結構いろいろな経緯も含めた話ですので。

それから、議長からありました介護士の話は冒頭の中に入れさせてもらえればと思っております。2.の4行目の、「サービスを提供するために、介護士の確保・養成を含め、在宅医療、介護の提供体制を早急に整備すべきである」という問題提起でいかがでしょうか。

○岡議長 今、事務局からあったように、2番の冒頭の4行目の「サービスを提供するために」の後に、「介護士の確保・育成を含め、」という言葉を入れる。中身についての本格的な検討はこれからやっていただくということによろしいですか。

○林委員 はい。大変結構でございます。ありがとうございます。

○岡議長 森下さんのものですが、森下委員はそんなに難しいことは言っていないと言っただけでも。

○森下委員 この場で言いにくいのであればあれですけれども、多分ワーキングの先生は皆さん前回の文章のままだと思うので、個別でも結構ですけれども、それなりに皆さんに御説明していただいたほうがいいのかなと思います。急に文章がこういうふうに変わっているような印象を受けているんですけれども、この文章でいったほうがいいというのであれば、もう少しわかりやすくしてもらえればそれで結構です。

○岡議長 事務局、どうですか。

○大熊参事官 本来、在宅療養指導管理料を算定する医療機関というのは、使用する医薬品や衛生材料の必要量を提供しなければならないんですけれども、その提供が十分になされていないケースが実際にはあるということを要望としては承っています。そういったと

きに、訪問看護ステーションや、もしくは患者側が代金を負担しているという状況が実際にございますので、それを埋めていく仕組みを新たに、実際に厚生労働省の中でもそれは検討されていることをございます。そういうことでもありますので、今回こういう表現にさせていただいております。

○岡議長 森下さん、今の事務局の説明でよろしいですか。このままなんですけれども。

○森下委員 この文章のままだと、やはり医療機関が単純にさぼっているということで、規制改革会議がどうこうという議論に読めなくなっちゃうと思うので、何と書けばいいですかね。

問題意識としては、仕組みとして十分でなかったという話だと思うので、「提供しなければならないが、それが十分にできないような仕組みがあるという指摘がある」とか、多分そういう趣旨でもともとここは入ったと思うので、この文章をそのまま読むと、医療機関が単純に看護師に対して提供しなければいけないのに、しない。要するに、医療機関が悪いんだというふうに読めてしまうと思います。

そこはそうではなくて、社会的な仕組みとして規制があるのでここはできないという趣旨だと思いますから、そういうものが十分にできないような仕組みがある、あるいは十分にできない問題点があるという指摘があるとか、何か体制の話につながるような文章があればそれでいいと思うんですけれども。

○岡議長 仕組みか、規制ですか。

林さん、どうぞ。

○林委員 ちょっと説明しますと、その背景としては外来診療の場合、一つの医療機関の医師と看護師が対応するというのが通常の形です。

ところが、在宅医療の場合には医師の所属する医療機関の法人と、看護師さんの所属している訪問介護ステーションの法人が別法人のことがあるんですね。なので、こういった訪問看護ステーションとか、患者さんが代金負担をするようなケースも起こってしまうという背景での問題の指摘があります。

それを解決するために、この看護職員に必要な医薬品などが提供できるようにしましょうということの御提案をここで書いております。その実態の背景の説明がここにはないとかわりにくいということなのかもしれないです。

○岡議長 この部分の最後は「体制を構築すべきである」と、「体制」という言葉がありますね。

○森下委員 前半のところの主語が何となくはっきりしないのが原因だと思うんです。例えば、それらが十分にできないという指摘があるとか、十分に行うことができないような規制なのか、仕組みなのか、そこはわかりませんが、それがあるといった形にするか。少し前半のところと後半のところがつながらないような気がしたんです。

○岡議長 では、お願いします。

○大熊参事官 恐らく3行目の「十分になされていない」というのが多分、医師がさぼっていると受けとめられるということだと思いますので、「それらが十分になされる仕組みになっていないという指摘がある」。

○岡議長 それだったらいいでしょう。一言「仕組み」というものを入れていただくと、医者がさぼっているんじゃないというのが出る。

では、土屋さんどうぞ。

○土屋専門委員 今のことについては今、議長が言われた解決法でよろしいと思うのですが、この背景は規制という観点からいくと、やはりナースプラクティショナーの問題につながると思うんです。ナースならば処方権を持って、そして開業権を持っていればこの問題は起こってこないわけで、以前にナースプラクティショナーについて大分大学の学長の草間先生から出たのは、こういう背景があるので僻地でのものを解決したい。

ただ、そこから厚労省は特定看護師という制度を出してきたのですが、これは病院内での特定看護師に話移ってしまって、論点をすり変えられているためにこの問題が今、俎上に上がっていないんだと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、この文章については、今事務局の言ったような形に直してください。他はいかがですか。よろしゅうございますか。

それでは、時間が押していますので、部分修正したものを会議の意見として取りまとめて、これを厚労省に出すということにさせていただきます。

専門委員の先生、ありがとうございました。

○岡議長 次に、議題4の「省令等下位規範による規制の実態の分析と見直しについて」に移ります。まず事務局から説明をお願いいたします。

○中原参事官 それでは、資料4をお開きいただければと存じます。

この資料4と申しますのは、これまで通知・通達等法令以外の規定に基づく規制のこれまでの取組状況について、過去の当会議の前身ともいべき規制改革・民間開放推進会議等々におきまして、これまでいろいろ検討されてきた経緯がございますので、その経緯とこれまでの蓄積といったものを御紹介させていただくことを目的としてございます。

まず、平成17年の12月、「規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申」というものが出されておきまして、そこにおきましては通知・通達等に係る会議としての考え方をまとめまして、その規制の見直しが提言されております。そして、これらの提言を踏まえまして、ほぼ同じ内容が当時の規制緩和の3か年計画というものに盛り込まれて閣議決定がされております。

どのような考え方が盛り込まれているかと申しますと、「通知・通達等についての考え方」ということで、規制というのは法規命令によって国民の権利義務に関する一般的定めをするということがあるわけで、こうしたことが原則なわけですけれども、通知・通達等

の規定は私人への法的効力を有しないということになるわけです。しかし、下級行政機関がそうした通達にのっとって法令を解釈運用することなどによりまして、実質的にその規制として作用しているものがある。これを、「外部効果」と当時の答申、あるいはその閣議決定では位置付けられてございます。

そして、通知・通達等は、もちろん最初に申し上げましたように法治主義・民主制のもとでは法律、あるいはその法律の委任に基づく法規命令というものによって対応するのが原則とすべきであり、予測困難な状況への臨機応変な対応が特に必要な事項ですとか、あるいは個別の事案ごとにおける事情を考慮して判断する必要があるため法律、あるいはその委任に基づく法規命令であらかじめ具体的に規定し尽くすことができない事項など、行政機関の判断に委ねることが国民にとって望ましいものに限定して課せられるべきである。こうした考え方がまとめられてございます。

そして、その既存の通知・通達等を「外部効果」があるか、ないかということでまず分類し、外部効果があるものにつきまして審査基準・処分基準に係るもの、あるいはそうでないものという2つに分類して、それぞれの見直しについて見直しの基準を示すということがされております。

例えば、1ページ目の下に書いてございますように、「外部効果」を有する通知・通達等のうち、その審査基準・処分基準に係るものにつきましては法規命令の趣旨・範囲を超えていないか。または、その法規命令に明確な規定があるか。あるいは、審査基準・処分基準の形で定めるのであれば大臣名、または省庁名で出しなさい。課長名、局長名ということではだめですよといったようなことを規定されているわけでございます。

「外部効果」を有する通知・通達のうちで審査基準・処分基準以外のものにつきましては、2ページ目の真ん中辺に書いてありますけれども、「外部効果」が法令の趣旨・範囲を超えているか確認し、超えていれば廃止等の見直しを行う。それから、制定・発出当時における、その時点における行政機関が最適と考える法令解釈・運用の標準であることを明記すること。あるいは、その第三者機関の検討やパブリックコメントの手続を経る。こういったことが基準とされております。

それから、「外部効果」を有さない通知・通達等につきましては、全国一律で義務付けたほうが私人にとって望ましいと考えられるものは法令で定める。あるいは、「行政指導指針」「技術的助言・勧告」などと明記しまして、平易な言葉で外部効果がない旨を説明する。こうした基準に基づいて、見直しをしなさいということになってございます。

そして、平成19年6月の「規制改革推進のための第1次答申」におきましては、こうした「外部効果」を有する通知・通達等に関しまして、それをホームページにて公表しまして、公表以外の通知・通達などには「外部効果」がないんだということを明らかにしなさいということ。それから、各省庁におきまして毎年12月末日までに新規のもの追加、既存のもの見直し等を行いまして、その結果を見直し推進機関に報告してホームページで

公開しなさい。この見直しは、平成23年度末までに完了しなさいというようなことを提言しまして、3か年計画で閣議決定されました。

ここにあります見直し推進機関というのは、差し当たり平成21年度までは規制改革会議というふうにされてございます。

それで、平成19年12月の「規制改革推進のための第2次答申」におきましては、先ほど申し述べました(2)の見直しの実施を毎年度行っていきなさいということが閣議決定されました。

平成20年の3次答申のときには、平成18年度に分類された通知・通達と申しますのは5,000件くらいございましたけれども、平成20年までに見直しが行われた件数が480件余りにとどまっていたことから、各府省庁が精力的に見直しを実施すべく、平成23年度までの見直し推進計画を作成しようということが3か年計画で閣議決定されたわけですが、平成21年度に政権交代等々がございまして、ここで一応その動きはストップをしているということでございます。

差し当たり、以上でございます。

○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、何か御意見、質問はございますか。

林さん、どうぞ。

○林委員 時間がないので質問だけですが、(5)の「その後の動き」で平成21年度以降フォローアップなどが行われていない理由は何なんでしょうか。

○岡議長 わかりますか。どうぞ。

○中原参事官 政権交代が起きまして。

○安念委員 私が結構やっていたんですけども、まずは、中原さんがおっしゃったように政権交代がありました。別に民主党がこういうことに対して熱心でなかったというわけではないと思うのですが、政務三役が全てを取り仕切るという姿勢が強かったものですから、こちらのほうは何だかもうアジェンダから抜けてしまって、実をいうと私もその後忘れてしまっていたのが実情で、今日この文章を見て何と言ったらいいのか、高校時代に書いた作文を見ているようで懐かしいなというのが率直な印象でございます。

はっきり言えば、私を含めてさぼっていたんです。

○岡議長 ありがとうございます。他はいかがでしょう。よろしいですか。

今日、事務局から、こういう形で過去の経緯を整理していただきましたが、林さん御指摘のとおり、ある時期でスポンと止まってしまっているというのが実態のようです。したがって、私ども会議としましては、下位規範というものがたくさんある中で、過去これだけのことをやっていた「通知・通達」の分野をもう一度掘り起こして、今度は途切れることなくやっていったらどうか。ただし、通知・通達といっても幅が広いわけで、例えば、もう少し焦点を絞り込むとか、いろいろなやり方があるかと思えます。そんな形で、

この下位規範に対する取組を進めていきたいと思っております。

今日は時間もございませんので、事務局からの一方的な説明で終わりますが、もう一度このペーパーを読んでいただいて、委員の皆さんそれぞれどういう切り口で取り組んでいったらいいのかを御検討のうえ、今後の会議の中で御提言をお願いしたいと思います。

それでは、次に議題5の「規制改革ホットライン」に移ります。事務局から説明をお願いいたします。

○柿原参事官 それでは、御説明いたします。資料の5-1を御覧ください。

規制改革ホットラインに寄せられた提案のうち、10月12日～11月15日までに所管官庁から回答を得たもの46件ございますが、ホットライン対策チームで御審議いただきました。その結果がそちらの表にありますとおり、創業・IT等ワーキング・グループ関係で5項目、それから貿易・投資等ワーキング・グループ関係で12項目ということになっております。

「◎」と「○」がついておりますが、これは従前と同じでありまして、「◎」が各ワーキング・グループの検討項目とそれに関連するもの、「○」がそれ以外のうちまずは事務局のほうで内容の精査を進めまして、精査した結果について各ワーキング・グループに報告するものということでございます。それぞれの項目の内容、詳細は後ろに資料がついております。

引き続きまして、資料5-2でございます。こちらは、規制改革ホットラインの現在の処理状況と、新たに所管省庁のほうに検討を要請した状況について御報告いたします。

まず「受付件数」ですが、3月22日にホットラインが始まってから12月10日現在で2,154件、うち10月、1か月の集中受付が841件となっております。同じく12月10日現在ですが、前回の報告の11月27日分以降にトータルで254件、新たに検討要請を行っております。ワーキング・グループ関連別の数値はその表にあるとおりでございますが、創業・IT等ワーキングは150件とかなり多くなっております。トータルといたしましては、861件関係省庁に要請を行っておるということでございます。

それぞれの各項目につきましては、その後ろに項目名を並べております。これにつきましても、順次回答が来次第、ホットライン対策チームで審議いただくこととなっております。

説明は、以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

佐久間さん、何かございますか。

○佐久間委員 ありがとうございます。今回も多くの精査・検討を要する事項ということで御提案させていただいております。

その中身も、1番のPCBのように生産活動に1兆円を超える影響がこのままだとあるだろうと言われる大きいものから、極めて文化的なダンスにかかわるものもございまして、今回貿易・投資等ワーキング・グループ関係が数の上では多い。これは、日-EU EPAの議論の

コンテキストの中でEU側から要望のあるものが鉄道等を中心に入ってい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。

本件につきまして、御意見、御質問はございますか。

ありがとうございます。

それでは、議題6に移ります。先般開かれましたIT総合戦略本部の規制制度改革分科会に、ITに関する規制改革の意見を報告する必要がありましたので、創業・IT等ワーキング・グループで意見を取りまとめ、報告いたしました。

その報告内容につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○柿原参事官 それでは、御説明いたします。

まず経緯でございますが、今ほど議長からお話がありましたとおり、IT関係の規制項目につきましては11月22日の創業・IT等ワーキング・グループにおいて検討状況を御説明した後、ワーキングで御議論いただきまして、今後の取り扱いについて安念座長に御一任いただきました。

そのときの議論、それから安念座長と御相談しながら関係省庁と折衝、調整を行いまして案を取りまとめまして、先ほどありましたとおり12月5日のIT総合戦略本部の分科会のほうに、今日お出ししております改革の中身について御報告いたしております。こちらにつきましては、IT総合戦略本部の内部の手続が進みまして、本日ちょっと時間軸としては後先になるんですけれども、IT総合戦略本部でも了承されたように伺っております。

なお、規制改革側の取組といたしましては、去る12月13日の創業・IT等ワーキングにおいてこの内容について御了承いただいております。それを、本日の本会議において御報告いたしておるということでございます。

内容につきましては、1ページおめくりいただきまして、今、申し上げたような経緯が最初の紙、1ページ目の裏に書いてあります。全部で10項目ございますけれども、性格としてはIT利活用のためのアクションプランに盛り込むということ、視点としては国民の選択肢の拡大、負担軽減の他、対面・書面交付の見直しとなっております。

なお、この項目については当然フォローアップいたしますし、今後もこういったIT利活用のための規制改革に取り組んでいくということでございます。

具体的には2ページ目、それから裏側の3ページ目ということでございます。時間の関係で、それぞれの内容についての説明は省略させていただきます。よろしく申し上げます。

○岡議長 ありがとうございます。

安念さん、何かありますか。

○安念委員 ありがとうございます。ビジネスへの影響という点では大小様々なんですけど、とりわけ8と9というのは大変大きな意味を持っておりまして、8は要するに領収書

をスキャナーにして電子化すれば倉庫代がかからない。これは、いわば守りの方向でございますが、9は新しいビジネス展開にとっては必須のことでございます、今回はありていにいえば何を言っているのかわからないという引き分けみたいな感じで終わっちゃっている、はっきりいって大した進歩はありません。

ありませんけれども、特に8と9についてはこれから進めていかないと、ITインダストリーというのはもう発展しないというものですので、引き続き注力したいと思っております。以上です。

○岡議長 ありがとうございます。よろしいですか。

それでは、創業・IT等ワーキング・グループのこの報告を規制改革会議の意見とすることといたしたいと思っております。よろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○岡議長 ありがとうございます。

本日の議題は以上でございますが、私のほうから1点御説明をさせていただきます。

去る12月5日、農地中間管理事業の推進に関する法律が成立しましたので、この際、一言申し述べたいと思っております。

当会議は、競争力ある農業、魅力ある農業、農業の成長産業化を実現する観点から、農地中間管理機構について新規参入者を含む意欲ある多様な担い手への農地の集積と集約を公平・公正に促進していくための具体的な提言を行ったわけであり、この提言は、基本的に今回成立した農地中間管理事業の推進に関する法律に取り込まれております。

一方、当会議の意見で、現時点において法制化することが適当でないと言われた人・農地プランについても国会で議論がなされ、中心的な役割を果たすことが見込まれる農業者や、区域の将来の農業の在り方等について、農業者等による協議の場を市町村に設置することを内容とする法案修正がなされるとともに、農地中間管理機構は人・農地プランの内容を尊重して事業を行うこと及び人・農地プランの円滑な実施のための必要な法制上の措置の在り方について検討することを内容とする附帯決議が付されました。

いずれにせよ、今後農地の貸付先の選定等の具体的な運用は、法律に規定されており、公平かつ適正に行われるものと理解しております。

当会議としましては、先日(11月27日本会議)で我々が取りまとめた意見に示したとおり、農業の規制改革について本格的に取り組んでいくこととしており、今後の農地中間管理機構の具体的な運用についても農業ワーキング・グループを通じ、よく注視し、フォローアップしてまいりたいと思っております。

なお、附帯決議において「規制改革会議等の意見については参考にするにとどめるべき」との内容が盛り込まれておりますが、内閣総理大臣の諮問機関として位置付けられている当会議の意見については、今後とも政府として十分に尊重されるものと理解しております。

以上、私のほうからこの法律ができたことに対して、また我々が提案したこととの関係について一言、御説明させていただきました。

それでは、最後にビッグデータ・ビジネスの普及に関連して安念委員から御発言をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○安念委員 当会議の6月答申及びそれに基づく6月の閣議決定、つまり実施計画に基づきまして、ビッグデータ推進の観点から個人情報の匿名化と申しますか、個人情報であったものを個人情報でなくす方法は何であるかということについてQ&Aをつくれということをお消費者庁にお願いをしていたわけでございます。それで、結論から申せば、消費者庁のHPに掲載される形でまとまったというか、まとめざるを得ませんでした。

実は経緯がございまして、相当綱引きがありまして、事務局の諸君も非常に頑張ってくれたのですが、結局これ以上のものがとれませんでした。私どもの非力のなせる業でまことに申しわけないのですが、一時はこれよりも少なくとも我々にとって前向きな答えを彼らが示してきたのですが、後になってそれを撤回する。

それで、私は一度のんだものを後になって撤回するのは霞ヶ関の仁義じゃないだろうと言ったのですが、彼らも彼らの内部事情があるらしくて、どうにもしようがないというので、彼らの権限に属することですので、これはある意味でどうにもしようがございせんでした。

そこで、しようがないので、私の名前で向こうの審議会に対してふざけるんじゃないと言ったのですが、これは要するにただ単に最後に毒づいたというだけの話でございまして、これ自体が何か効果を持つというものではございません。したがって、消費者庁との関係ではこれでセットということになってしまいました。

ただ、現在、個人情報保護法に関する立法を含む検討がIT総合戦略本部で行われておりまして、その中にもいろいろないわゆる民間有識者という人が加わっているのですが、中には個人情報国体護持みたいな人が何人かおりまして、とにかく100%リスクのないようにしないとだめだといわんばかりの人がいて大変危険でございまして、今後はIT総合戦略本部のほうに当会議として圧力をかけていって、おかしな立法がなされないというか、むしろビッグデータ・ビジネスが推進できるように働きかけていきたいと思っておりますので、御支援を賜りたいと存じます。以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。これは御報告でありましたが、このテーマは我々の重点フォローアップの案件でもございまして、しばらく安念座長のところでウオッチしていただいて、必要によっては本会議で取り上げて、さらに突っ込んでいくということにしたいと思います。

では、金丸さん、お願いいたします。

○金丸委員 IT戦略本部の中で、このパーソナルデータの検討会に私と滝委員が出ています。それで今、安念座長が御指摘になられたこの研究材料としては、プライバシー保護は、

結構深く、先生方にとってはすごく御興味のある分野だと思います。一方、消費者の立場を代表される方もいらっしゃいますので、プライバシー保護とデータの活用のバランスをどうとるかということについていろいろな議論がなされて、相当熱心な議論がなされました。

この中で安念座長が消費者庁に御質問されている匿名化というのはどうしますかとか、技術的な観点については技術ワーキング・グループができたので、ここで深い議論はしてもらったのですが、結論としては加工する技術について、こういう技術の加工を施せばあとは利活用していいという技術はないというような見解になってしまいました。それは当然だと思いますが、今後は法律と技術の一定の要件を決定すべきだと私は思っています。

総理が本部長でいらっしゃいますので、本日、その席上で報告されて、稲田大臣も御出席されていましたが、今後はこの法案化については私も委員としていますので、安念さんと連携をとってウオッチをしていきたいと思えます。今後IT戦略本部の中でもこれを深く検討するチーム編成そのものがどんな構成になるかがすごく重要で、そこが今、一番私の関心事なので、また相談をさせていただきたいと思えます。

○岡議長 ありがとうございます。

では、どうぞ。

○滝委員 では、一言、何しろこのIT利活用に関して非常に日本は遅れている。その最大の原因は、この個人情報保護を主張し過ぎたところにある。そういう気持ちは皆さん持っていますが、やはり保護の前に国民が受けるべき利便性といいますか、利便性を受ける権利と、それに絡むビジネスを行う権利という、それらのバランスの中で判断しなければいけない。

保護法を変えるだけでも国民が得る利便性が相当ありそうです。しかし、特に医療など本当に利便性があるのに日本は非常に遅れている。その辺りの事実関係、具体的な例をきちんと国民に示していかないと、どうも個人情報保護法云々で時間をとられてしまう。そして、遅れることによってこれはだめになってしまうかもしれない。マイナンバーに絡んでいるほとんどのところにじつに大きなポテンシャルがあるのです。

そういう意味では、やはり大きいところは利便性とその利便性が絡むビジネス、特にクラウドなどは遅れているわけですけれども、その辺りのビジネスの大きさと遅れをきちんと国民に理解してもらうこともとても大事じゃないかと思っています。

○岡議長 ありがとうございます。

大臣、タイムアップのようですが、もうこれで終わりました。

○稲田大臣 どうぞよいお年を。

ありがとうございます。

○岡議長 以上をもちまして、本日の議事は全て終了いたしました。

最後に、事務局からお願いします。

○柿原参事官 次回の会議は、来年の1月21日に開催を予定しております。詳細については、改めて御連絡いたします。

○岡議長 ありがとうございました。

それでは会議を終了いたします。年末のお忙しいところ、皆さんありがとうございました。来年も、またよろしく願いいたします。