

第29回 規制改革会議議事録

1. 日時：平成26年4月16日（木）14:00～16:01
2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階共用1208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、佐久間総一郎、佐々木かをり、滝久雄、林いづみ、松村敏弘
 - （専門委員）松山幸弘
 - （政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、後藤田内閣府副大臣、
福岡内閣府大臣政務官
 - （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
4. 議題：
 - （開会）
 1. 「選択療養制度（仮称）」の創設について
 2. 介護・保育事業等における経営管理の強化とイコルフットィング確立について
 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 それでは、第29回規制改革会議を開会いたします。
本日は、甘利大臣は公務の関係で御欠席です。
また、大崎委員、金丸委員、鶴委員、長谷川委員、森下委員が御欠席であります。
それでは、最初に稲田大臣から御挨拶をいただきます。
 - 稲田大臣 皆さん、こんにちは。本日は第29回の規制改革会議本会議でございます。皆様方におかれましては、お忙しいところを参加いただきまして、また日ごろより大変熱心な御議論、ありがとうございます。
本日は、まず当会議として提案しております選択療養制度について具体的な手続、ルール等の考え方を御議論いただくことになっております。国会等でもかなり質問も出ておりますので、年央の答申取りまとめに向けて、今日は委員の先生方にさらに検討を深めていただきたいと思っております。
また、本日は「介護・保育事業等における経営管理の強化のイコルフットィング確立について」、会議としての意見を御審議いただくことになっております。昨年7月以来、最優先課題案件の一つとして大変熱心に御議論を重ねていただいて、取りまとめの議論に

至ったことを感謝申し上げます。意見が決定されれば、これを踏まえて厚労省において積極的な対応が行われることを期待したいと思っております。本日も先生方の建設的、自由闊達な御議論をどうぞよろしくお願い申し上げます。

私からは以上です。

○岡議長 大臣ありがとうございました。

それでは、報道関係者の皆様、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、これから議事に入ります。

最初に「『選択療養制度（仮称）』の創設について」を議題といたします。

本日は、健康・医療ワーキング・グループの松山専門委員にも御同席いただいております。

これまでの議論を踏まえまして、手続・ルールを中心として論点を整理しましたので、まず事務局から説明をしていただきます。お願いいたします。

○大熊参事官 資料1を御覧ください。「『選択療養（仮称）』における手続・ルール等の考え方（案）（論点整理②）」でございます。

3月27日の「選択療養制度（仮称）の創設について（論点整理）」におきまして、今後の検討課題とされました手続・ルールを中心に、「申請」を通じた具体的な仕組みの在り方について整理をいただきました。

「1. 合理的な根拠が疑わしい医療等を除外する」。困難な病気と闘う患者の治療の選択肢を拡大するという「選択療養（仮称）」の趣旨に沿って、合理的な根拠が疑わしい医療や患者負担を不当に拡大させる医療を除外するため、次のいずれかに該当する場合は「選択療養（仮称）」の対象から外すこととすべきではないか。

①国際的に認められた掲載ガイドラインに掲載されていること。一定レベルの学術誌に掲載された査読され2編以上の論文がある。倫理審査委員会の承認を得ている。こういったいずれの要件も満たさないものについては選択療養の対象から外すべきではないかということ。もしくは、いずれかということではなくて、アンド条件ということも必要があれば御議論いただければと考えています。

2つ目として、最初からもっぱら保険外診療が目的である場合。

3つ目として、代替できる保険診療の受診を経ずに保険外診療が選ばれる場合。

具体的な例を申しますと、歯のインプラントのケースですと、顎が損傷した場合に保険適用がされるわけですが、損傷が低い場合はブリッジ等ほかの手技ができるということでインプラントが保険適用されませんが、顎の損傷が余りない場合にインプラントを選択療養でやろうというものを排除するというので、そもそもそれは困難な病気と闘う患者のという趣旨から外れているのではないかと③は掲げております。

「2. 患者と医師の情報の非対称性を埋める」。

患者及び医師は、「選択療養（仮称）」を希望する場合、事前に「診療計画」を策定し、上記1の①の「エビデンス」と、この後、申し上げます患者の「選択書面」を添付して申請し、これもまた後で出てきますが、全国統一的な中立の専門家による評価を受けるものとするべきではないか。その評価結果を患者と医師の情報の非対称性の解消に役立てるため、患者本人に情報提供する仕組みを設けるべきではないか。

（2）としまして、まず、インフォームドコンセントの考え方が書いてありまして、医師は、患者に対して、「診療計画」と「エビデンス」を用いて十分に説明し、患者はこの説明を納得した上で書面により併用を選択することを前提とする。

「診療計画」に記載する事項の例としまして、患者の疾患、病態。

保険外診療の目的、内容。

当該併用の有効性、安全性、費用。

併用を適切に行う体制ということで掲げられております。

「3. 併用することの安全性・有効性を確認する」。

「選択療養（仮称）」は、上記1により、無用な診療を除外することを前提に、その保険外診療の一定の安全性・有効性ととも、併用しても診療全体の安全性・有効性に支障が生じないことを確認すべきではないか。

「選択療養（仮称）」の申請がなされた保険外診療の安全性・有効性の確認は、その診療が「患者発」で個別に適用される趣旨を踏まえまして、できるだけ迅速に行われるべきではないか。

「4. 全国統一的な中立の専門家によって評価する」。

安全性・有効性の確認や、患者への不利益の有無については、全国統一的に、中立的な専門家が評価する制度とすべきではないか。

より迅速な判断を可能とするため、必ずしも「会議」での合議制を前提とせず、例えば複数の高度な医療機関における専門医相互のネットワーク形成など、柔軟で機動的な連携協議なども検討すべきではないか。

「5. 評価療養につなげる」。

「選択療養（仮称）」の実績は、患者ニーズとして集積し、複数の医療機関における実績を活用して、評価療養への移行を検討することとしてはどうか。

評価療養の移行後ですけれども、これは少し補足しながら申し上げます。評価療養になりますと実施医療機関が限定されますので、当該医療を希望する患者を担当する医療機関が先進医療の協力医療機関として加わりやすくすることとしてはどうか。

「6. 『診療計画』等に記載されたデータを有効活用する」。

「選択療養（仮称）」に伴う入院期間の増減等、保険診療への影響を把握し、「選択療養（仮称）」の評価に反映するとともに、制度の見直しに役立てるべきではないか。

（2）としては、万一の場合の規定が書かれています。

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、ここから意見交換に入りたいと思います。どなたでも結構でございます。御発言をお願いいたします。

安念委員、どうぞ。

○安念委員 選択療養を実施して、そこそこまくいくと次に評価療養に移行させてはどうかというのは誰でも考えつくことでそのとおりだと思うのですが、評価療養に乗れば乗ったで、今度は実施できる施設のほう限定されてしまうというのはそのとおりですね。そちらのほうの出口をよく考えていなかったら大変お恥ずかしいのですけれども、3ページの(2)の2行目に「担当する医療機関」とは、当初のというか、選択療養を担当した医療機関という心で書かれておりますか。

○岡議長 事務局、お願いします。

○大熊参事官 患者が選択療養を実施していた医療機関で、まだその患者が療養の途中であるというケース。

○安念委員 わかりました。

○岡議長 他はいかがでしょうか。

浦野さん、どうぞ。

○浦野委員 質問ですけれども、このデータの取り扱い方と2ページの5番の評価療養につなげる場合の実績の集積といたしますか、評価療養の移行のときに、当然のこのデータはいろいろ使うわけですね。その意味で、5の書きぶりと6の(1)の書きぶりとどんなように違うのかというのがいまいまいちわかりにくいのですけれども、どんなように考えたらいいのでしょうか。5の(1)と6の(1)。

○岡議長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いします。

○大熊参事官 5の(1)で集積するデータは、この後、評価療養につなげるに値するかどうかを図るような、そういうデータであろうかと思っています。

6の(1)のデータは、選択療養をやったがゆえにかえって入院期間が延びてしまったとか、もしくは効果があつて短くなつただとか、その影響を把握して、その後、また同じ療養で申請があつたときに認めるか認めないかの判断の材料にする、そういったデータであろうかと思っています。

○岡議長 どうぞ。

○浦野委員 わかるのですけれども、ここで肝要なことは、選択療養で得られたデータというものを有効活用していくのだという視点が物すごく大事なことなので、できればこれを一本にまとめて、いろんな意味できちんと使っていく。実施する医療機関のほうも覚悟を持って選択療養に当たっていくというほうが何かいいような気がするのですけれども、

どんなものでしょうか。

○岡議長 大田さん、どうぞ。

○大田議長代理 今の点、前回、厚生労働省と議論したときに、評価療養にするかどうかのデータというのはかなり厳密に治験のレベルを要求されるという話がありましたから、選択療養で最初から治験のレベルを要求されるというのもきついのではないかなど。そうすると、「評価療養につなげる」の1. で言っているのは、診療実績がどれくらいあるのかというのを把握するのに役立つ程度のデータであって、それが例えば全国10件、20件あったら、それを評価療養の検討対象にする、そして、そこから評価療養に見合った治験的なデータの収集にはいると、私は個人的にはそんなように理解したのですけれども、事務局はどうでしょうか。

○大熊参事官 理解としてはそれで結構だと思います。評価療養につなげるというほうが少し有効性・安全性なりの判断も少し細かいデータの取り方になるのかなと思っています。

○岡議長 浦野さんの御質問の趣旨はよくわかります。選択療養から集められた情報データを有効活用したらいいではないかというスタンスで我々はいるわけですから、それを1つの固まりにして「データの有効活用」と全部まとめて書けたらわかりやすいのだろうと、私自身も考えました。しかし、今、事務局からあったように、もう一つの固まりである、この選択療養の先に評価療養につなげていくということも1つの理念に近いものなのですけれども、これを打ち出しておかないと選択療養でとどまってしまうのかという御批判が一部もう既に聞こえてきているわけです。だから、我々は選択療養を求めているのだけれども、その先には評価療養、これは我々が決めるのではなくて、政府が決めるわけですが、そういう評価療養につなげていくことを検討してくださいと言いたいわけです。

それを言うときに、このデータを活用して、というくだりがあるものですから、データの有効活用が2つにスプリットされたような形で、1つは評価療養につなげるところにデータを使う部分と、それ以外のところを最後の6にひと固まりにしてしまったという、文章の構成としてはわかりづらいところかあるという浦野さんの御指摘は私も感じておりますが、評価療養というのは結構大きな部分でありますので、5の(1)で評価療養へのつながりにも活用するという書き方もあるのです。

○浦野委員 わかりました。評価療養というところを抽出すればこういうことになるということで、ここの強調ということで承知しました。

○岡議長 よろしいですか。

翁さん、どうぞ。

○翁委員 こういった論点は今まで私どもの中でもずっといろいろ議論してきた論点でございますので、これがこういう形できちんと表に出せることになって非常によかったなと思っています。

ただ、気になりますのは、もう少しこういったことをやることによる選択療養のメリッ

トが強調されたほうがいいのではないかと考えておきまして、例えば選択療養のデータを活用する、また選択療養を認めるということによって、今までわからなかった自由診療の部分の治療で本当に重要なそういった治療をもっと表に出していく効果があるのだということとか、もともと離れ離れでやっていた、同一機関でやっていなくてわからなかったものを同一機関できちんとやるということで、むしろ患者にとって併用のリスクを小さくする、そういった形でこういったものを表に出していく、しっかりとした制度として組み込んでいく意味があるのだということをもっと強調する必要があるのではないかと思います。

今の点でございますが、評価療養につなげるとございますが、これは評価療養にまず入れることによって、最終的に保険収載への道につなげていくということだと思いますので、私はむしろ保険収載につながるということもここで書いたほうがいいのではないかというように意見を持っております。

あと、もう少し強調すべき点として、例えばここでこういった最初のところで疑わしい医療はこういうように除外するというで幾つか書いてございますが、今は財政的な面からの批判とか不安視する面、御意見があると思うのですけれども、こうやって限定的にやっていくということで、保険の財政の面でのインパクトというのがそれほど大きなものではないということとか、あと私どもの混合診療の議論は選択療養だけではなくて今までの議論を通じて、例えば費用対効果の面でもう少し評価療養に置いていくというようなことを考えていくこととか、いろいろな議論をしてきております。そういう一連の混合診療をめぐる議論の中でこういう新しい制度を位置付けているということで、保険財政面でのインパクトというのはトータルで考えているのだというようなことについても、きちんとこういう紙で本当は見えるほうがいいのではないかなと考えております。

あと、選択療養をやるのが、いかにもまるで裕福な方にとってメリットがあるというように捉えられ方をしていると思います。ただ、こういった治療を受けられるようになってメリットを感じていただけるのは、むしろ所得の低い方だと私は思っております。保険の部分というのはそんなに大きな金額ではございません。その他の保険外の部分が自己負担で大きいわけでございますから、そういったことを保険で払ってあげることによって限界的に助かるのは、所得の低い方ではないかと思います。そうした思いも、こういう紙で本当は目に見える形で言っているほうがいいのではないか。

そうすると、そういった今までのいろいろな御意見があるように思いますけれども、それを一新できるものになるのではないかなという意見も持っております。

○岡議長 ありがとうございます。

事務局、このあと一緒に補足してほしいのだけれども、まず申し上げておきますと、翁さんがおっしゃったことは私も同意見の部分がありますが、今日のペーパーは、3月27日の論点整理ペーパーを受けて、手続・ルールの部分の論点を整理したものだということです。したがって、今、翁さんがおっしゃったような考え方、例えば保険財政へのインパ

クトにしても、あるいは本当は金持ちのための制度ではないですよと、そういったことは我々が選択療養なるものの創設を求めた3月27日のペーパーをもう少しバージョンアップするなりして、最終的には当会議の意見としてワンセットになるわけだけれども、そちらなのかなど。今日ここでの議論はどちらかというと手続論の話をしていきますので、おっしゃっている意見については私もほとんど同じなのだけれども、このペーパーに書くのではなくて、前回のペーパーを今度グレードアップするなりバージョンアップするとき今のような考えを入れていったらどうかなと思います、いかがでしょうか。

○翁委員 でも、早い段階で私どもが思っている真意というか、どういう目的でこういった制度改革をしようとしているかということが明らかになるほうが私はいいと思っていて、本来であればこういった紙に書けたらいいなと思っていたのですけれども、ただ、今からそれをやるというのは難しいといたしましても、議長のほうからそういった意見がもし皆さんの本日のコンセンサスになればですけれども、そういったことをきちんと対外的におっしゃっていただきたいと思っています。

○大田議長代理 議長の御意見、そのとおりののですけれども、翁さんのおっしゃるのもよくわかって、やはり折に触れて趣旨は伝わったほうがいいと思いますので、今の翁さんの御意見を入れるとしたら例えばこんな感じでいいのかというのは、1番の最初に「困難な病気と闘う患者の治療の選択肢を拡大」とありますが、ここに、「拡大し、患者の経済的負担を軽減するという選択療養」というのを入れる。

2ページ目の下のほうの「5. 評価療養につなげる」というのを「保険収載につなげる」に。(1)の最後に「検討することとしてはどうか」に続けて「それによって保険収載につながる」というようなことを一言入れる。

3ページの「6. 『診療計画』等に記載されたデータを有効活用する」の(1)でもいいし(3)でもいいのですが、「データが蓄積されることによって、これまで実態として行われていた”混合診療“の明示的なデータが集積され、医療技術の進歩にもつながるのではないか」というようなことを入れたらどうかと。

○岡議長 今大田さんに言っていただいたけれども、特に最後の部分などは「データの有効活用」のところに追加で入れたらいいと私は思いました。実は、この部分は、会議では何度も私が言っていることでもあるし、記者会見でも何度も言っていることなのです。だから、それを活字に残したほうがよろしいのではないかと御意見があれば、是非入れることを議論したらいいと思います。

先ほど、私はペーパーが2つあるので総論的に申し上げたのですが、機会あるごとにどんどん言ったらいいのではないかと翁さんの御意見は全くそのとおりのので、そのようにしましょう。

○翁委員 タイミングよく早く出していったほうがいいと思うのと、あと大田先生がおっしゃっていない点で財政の点もできれば入れられたらと思います。

○大田議長代理 財政への懸念が急速に出てきているというのはわかるのですが、こちらはその悪影響はないと思って書いているわけで、あえて例えば1の困難な病気と闘う云々のパラグラフの最後に、「これによって保険財政支出が増えることを防ぐことができる」と言うことが考えられますが、そうすれば、あたかも増えることを前提にした議論がしていたような気がするかなと思って迷っていたのです。

○岡議長 保険財政のところについてはいろんな意見があるかなと私は思っております。我々の提案の中であえてこちらから触れていくべきなのかどうか。現在の状態と選択療養という新しい制度を入れたときを比較して、どちらがより保険財政にプラスマイナスがあるのかというのはなかなか難しいのかなという気もいたします。実は、今日のこの会議の後の経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議のテーマの一つがそれになっているのです。私は健康保険の財政の問題というのは違った切り口で考えなければいけないと思うのですけれども、このテーマの中に入れるのは難しいのかなと。それ以外のところは、先ほど翁さんの言ったことについては全部、私はそう思っています。

どうぞ。

○翁委員 財政の面はいろいろな論点があるとは思いますが、限界的にここでどう考えるかという問題と、あと中長期的にどう考えるかということがあって、私どもは先進医療の進展ということも考えていますし、あと混合診療問題をコンパッション・ユースの導入、費用対効果や商業上の理由で保険の対象としにくい先進診療を保険診療と併用できるようにするなど、幾つか議論の過程でいろいろな改革が出てきておりますね。そういう横と時系列で見た両方の面から財政の点を考えていますし、また医療の規制改革自体は財政ということをよく考えていろいろやってきておりますので、トータルで考えてやってきているということも非常に重要なことだと思っているのです。

ですから、ここに書けることはどうなのかわからないのですが、このところはしっかりと、財政の点についてももちろん私たちは全然考えていないわけではなく、いろいろな観点から捉えて考えているのだということが明らかになってほしいというのが私の気持ちではございます。これをどう書くかというのはよくわからないのですが、全くそこを考えていないわけではないので。

○岡議長 わかりました。

林さん、お願いします。

○林委員 私も意見としては、翁座長と全く同じでございます。今回のこのペーパーについては、整理の仕方自体が少し私の考えている整理の仕方とは違うのでどこから意見を申し上げていいか逡巡していたのですけれども、まず、財政の点について、申し上げます。

私がかつと今回のペーパーで出すべきだと思っていたのは、前回のペーパー以降、患者団体、保険者、医師会、各所から御批判の反対意見をいただきました。それに対して私どもの提案する選択療養制度はこういうものとクリアに説明する。ある意味、誤解の

部分があると思います。それを我々の説明によって明らかにする責任があるのではないか、その説明の仕方はそれぞれの批判に応えるものがないかと思っていました。

実は選択療養制度について言われているのは、患者団体からは、これで保険収載されないことで固定してしまうのではないかという批判がされ、片や、財政面ではこれで保険財政負担が増えるのではないかという批判がされている。ところが、このいずれも我々の提案する選択療養制度とは関係ない話なのです。

ですので、こういった御批判に対しては、この選択療養制度というものは、まず第一にエビデンスに基づく安全性・有効性の確認を前提とするもので、決して患者と医師が合意するだけで何でも許すというものではありませんということを明らかにし、第二に、その安全性・有効性の確認は、保険者の負担にならない形で、全国統一的に中立の専門家によって行うものということです。まず手続面の保険者の心配をクリアし、第3番目、財政の点ですけれども、今、言ったような確認ができた併用の場合でも、本来の保険診療部分についての保険給付を認めて、その分の患者負担を軽減するだけでありまして、自由診療分が自己負担であるということ自体は全く変わらないわけですから、その本来の保険診療部分に保険給付を認めることを、「保険財政に対する悪影響」と言うことはできないはずである。そこをクリアにすべきでありまして、保険財政についての問題と言われたときに、私たちはこの原点に戻って説明すべきではないかと思っています。

それから、先ほど浦野委員からもお話のあった選択療養のデータの活用の点なのですが、前回の会議以降、一番私どもが掘り下げなければいけなかったのはこの部分だと思っています。選択療養のデータ活用によるメリットをまずアピールすべきだと。先ほど翁座長のおっしゃったように、これまで全く埋もれていた自由診療のうち、本当に有効な治療を発掘して評価療養に収載することで保険収載への道を開く。こういったことができるということは、選択療養制度が患者にとって大きなメリットになるということだと思います。

では、これを実現するにはどうしたらいいか、という点について言うと、厚労省はいろいろ言っているのですけれども、我々は決して選択療養の実績がそのまま新薬の治験のデータに代用できるなどと一度も言ったことはないと思います。あくまでも評価療養に収載することで次の保険収載への道を開くといっているわけでありまして、その評価療養に収載するための資料は、厚労省はここで神田審議官が何回も2～3編の論文があれば足りるのだと、ハードルはそんな高いものではないとおっしゃっていました。先ほど、選択療養の申請はエビデンスに基づくと申し上げましたけれども、このエビデンスはかなり高いものを我々設定しています。海外のガイドラインに収載されている承認薬だとか、非常にクオリティの高い専門雑誌に2編以上、載っている。これは2編以上載ること自体大変だと思うのですけれども、そういうものを選んだ選択療養の実績が数例あれば、その実績において確かに患者さんに効果がありましたということが認められれば、これは評価療養に移行する十分な材料があるのではないのでしょうか。

そこから先の、保険収載するためのデータを集めるための評価を行う、これが「評価療養」の制度ですから、そこで評価をスタートできるはずだと思います。そのために、前も委員の中からも、もう少し具体的にこのデータ活用の制度をつくり込むべきではないかという御意見もいただいてそのとおりでと思いました。私どもでも考えている1つの案としては、選択療養申請時に医師が提出する診療計画に書き込む項目と、治療後に医師が提出する治療結果報告、フォローアップに共通項目を設ける。その共通項目を評価療養収載後に、保険収載のためのデータを集めるときに必要な項目と同じような項目、例えば、効果判定の指標ですとか、併用する保険外の治療の具体的内容とか、そういうものを項目として挙げていく。効果判定の指標として、例えば悪性腫瘍であれば画像上の腫瘍の増大とか縮小とか、そういうものを項目で挙げておけば、診療計画と実績のデータをもって、これを次の評価療養のステージに移行するということができるのではないかと思います。

ですので、こういったつくり込みをいろいろしていくことで、今、挙げられているいろんな神話というか疑問というものに対しては、それは誤りですとお答えすることができると思っています。そういった意味で、本当は端的に今回のペーパーで批判点、その答えとできるとよかったかなと思っているのですが、今日は間に合わないと思いますので、是非後の記者発表のところでフォローしていただければと思います。

○岡議長 ありがとうございます。データの利活用のところについて、もっと掘り下げて、あるいは先ほど翁さんが指摘された、このペーパーでは全然触れられていない部分は、可能な限り、修文をしていきたいと思っています。

では、翁さん、林さんお二人に共通しているところから整理させていただくと、データの利活用の部分でまったく触れていないのは、選択療養でこういうデータを蓄積することによって、現在の自由診療の中で全く把握できていなかった診療関係の情報が把握できるようになるのですよという部分ですね。これはこの会議で何回か述べていたわけですが、是非入れるべきではないかというお二人の意見については、私もそれでよろしいのかなという気がします。他の皆さん、いかがですか。現状は何もない、何のデータも取れていなかったものが取れるようになる、簡単に言えばそういうことです。

「5. 評価療養につなげる」という見出しについては、実はオリジナルのペーパーでは「保険収載」だったのを「評価療養」に一步手前に引いたのです。順番として、まず、我々の「選択療養」から「評価療養」につながっていく。評価療養につながった後は、保険収載するかしないかというのは、もう現在制度があるわけですから、私はそのところは時間の問題だけで、保険収載されるものであればされていくのだろうということで、ここのタイトルでいきなり「保険収載につなげる」というのはどうかと思って、一步引いた形でいいのかなと判断して変えました。タイトルを変えたので、本文のほうも、評価療養への移行を検討すべき、というところにとどめたということではありますが、やはり保険収載ま

で書くべきであるという御意見が多ければ、そこを変えることは何ら問題はありません。ただ、変えた理由はそういうことです。

どうぞ。

○林委員 おっしゃるとおりの趣旨で修正なさったのかなとは思っていますが、やはり患者の懸念は、一番は保険収載されないことで固定されてしまうのではないかという御心配がありますので、わかりやすさの点で、評価療養に収載することで保険収載への道を開くと両方書いていただいたほうがいいのではないかと思います。

○岡議長 どうですか。皆さん、いかがですか。

どうぞ。

○安念委員 それは本当にこの制度のもともとのフィロソフィーなのですか。私は、自分の頭を整理したいだけで、別に反論しようとかそういうことではないのだけれども、確かに評価療養はフィルタリングというか、より分けですね。要するに保険収載できるものとそうでないものをここで分けましょうというのがもともとの制度の建前。ところが、選択療養というのは、評価療養に行ったら行ったでよし、さらにそれが保険収載になったらよしです。それでいいので、それがだめだなどという趣旨は一切含まれていないのだけれども、そうでなくてもいいというところで始まっていたのではないだろうか。つまり、たまたま評価療養・保険収載に行けばそれはそれでよかったねということになるのだけれども、それを別に目指すわけでも、保険に行くべきかどうかをより分けるためでもないのではなかったのかなという気がします。

確かにおっしゃるように政策論というか戦術論としていえば、保険診療のほうを痩せてくるのではないかというのが反対論の大宗ですから、それについて書かなければいけないというのはよくわかるのです。しかし、もともとの発想がそうだったのか、となると何となくわだかまりがあります。また、その点を強調すると、これはもうさんざんばらやった話なのだけれども、厚労省の思うつぼで、「それなら評価療養の軒先を少し延ばしましょう」という方向へ議論が流れて行ってしまわないかという懸念もあるわけですね。だから、いろんなことを考えてなかなか両立しない話ですけれども、どう考えたらいいのかなと。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 まず、理念的には安念先生おっしゃるとおり、違います。違いますけれども、この選択療養についての御批判には答えねばいけませんので、選択療養のメリットとして、これは評価療養への収載を通じて保険適用の道を開くものであるという、これは事実ですから、これも言うておく必要があると思います。

ただ、評価療養を拡大すればいいではないか、評価療養の判断の今の判定期間を縮めるとか、それでもって足りるのであるというものには与したくありません。それでは話にならないと思っております。評価療養との違いというのは、やはり対象の病気、治療が、

国が一律に決めたものではない「患者発」だという、ここがまず圧倒的に違うと思います。また、注意したいところですが、評価療養と異なり、選択療養は入口において病院限定をしないということです。ここは絶対確保すべきだと思います。

その意味で、今、2ページの2番の<「診療計画」に記載する事項の例>の⑥の括弧書きの中に、これを入れると病院限定になりかねないというような専門家・専門医の配置、設備だとかというのが入ってしまっていて、これはどういう御趣旨だろうという気がしております。ここを病院限定につながるようになってしまいますと、では、もう評価療養でいいのではないですかと、評価療養で代用できるのではないですか、ということになってしまうと思います。我々は患者発の選択療養制度というものを今回つくるということの意義を常にアピールする上でも、評価療養との区別というものは注意していくべきではないかと思っています。

○岡議長 おっしゃるとおりです。一番のポイントは、前回合意された「選択療養」という新しい制度を今の併用制度の中に創り上げるのだと、これは私ども共通のターゲットですから、そのところは変わらない。考え方としては安念さんの言うとおりであって、私どもは選択療養ができればそれでいいのです。ところが、林さんが言われたように、いろんな御批判があるから、その御批判にも答えていかないと、我々が「選択療養」を得ることができなくなるおそれがあるという意味では、決して対立した意見ではないように私は思っております。

したがって、両方とも考え合わせた結果、今日のペーパーでは、とりあえず一歩先の評価療養につながることを検討すべきと言うこととしてはどうか。評価療養につながることを検討すべきだということは、保険収載について反対していないことにもなるので、選択療養にとどまってしまうのではないかという御批判には一応答えることになるのかなと思うのですが。もちろん、保険収載までつなげるということを書くことについて何か特段の反対があるわけでもないのだけれども、余りそこまで言うてしまうと、我々のもともとの理念である「選択療養」を確保するという考え方からは、その中間的なところでどうかと。ここは皆さんの多くの意見で取りまとめたらよろしいと思っております。

最後に、林さんがご指摘の2(2)<診療計画に記載する事項>の⑥ですが、ここまで書くと、評価療養のほうに引きずり込まれるのではないか、要らないのではないかという御趣旨の御意見が今ありましたけれども、ここはどうですか。事務局、説明してください。

○大熊参事官 <「診療計画」に記載する事項の例>の⑥で、特に括弧書きの中に幾つか例示をしているということですが、これは今の先進医療でも、専門家であるということをはっきり明示させる計画を出させてやっているもので、そういう厚生労働省からの批判に応えた形になっています。

当然、専門家・専門医がやるのは当たり前ではないかと、当然設備を持っているところがやるのは当たり前で、保険診療だって何の規定もないわけなので、自明なことは別に書

く必要もないという御判断であれば、そこは落とす判断もあってもいいかと思います。ただ、万一の健康被害の対応等は、これも先進医療ではちゃんと規定されているものでして、他の医療機関との連携の仕組みをちゃんと担保させるだとか、それは入れておいたほうがいいような気が私はしています。これは別に病院を限定する話でもございません。

○岡議長 大臣、どうぞ。

○稲田大臣 大変難しい問題についてすごく掘り下げて議論していただいているなと思います。この間、国会で質問が何回かあったのです。もうレッテル張り。まず、患者がやりたいと思えば何でもできる、全面的な混合診療の解禁を目指しているというレッテル張りです。それは違って、安全性・有効性をきちんとやるのだと。でも、そういうことを今も反論に対して答えれば答えるほど、では一体何のためにやるのですかと、評価療養を拡大すればそれでいいではないですか、なんで選択療養という新しいものを法律を改正してわざわざつくらなければいけないのですかというところは私はきちんと発信すべきだと思います。

評価療養を拡大するのではなくて、選択療養をつくることによって患者さんにとってこんないいことがある、今まで知られていない、国が決めていることではなくて、自分たちがやりたいと思ういろんな自由診療を見つけ出してやるとか、いろんなメリットをきちんとやらなければいけないし、先ほど安念先生がおっしゃったように、この選択療養を認めることは、最終的には仮に保険収載から落ちたものでも、やりたいと思っている人でそれが安全なもので、少々効力、有効性もあるのであればそこは認めていくのですというところは、打ち出し方も難しいでしょうけれども、私はやる必要があると思います。

あと財政面、財務省が反対している。財政が反対している。そこは私もちゃんと反論しなければいけないと思うのですけれども、でも、そもそも保険料を払っている人が保険の適用のある診療を受けられるのは当然の権利なのです。それを受けられないようにしていく理由が本当にあるのですかということ、本当は根本的な問題として実はあるのです。それを言うと全面解禁だという話になるのかもわからないですけれども、そこは保険料を払っている人が保険の適用のある診療を受けられるのは当たり前で、何も自由診療にまでお金を払ってくれなどと誰も言っていませんと。

金持ち優遇だ、不公平だということも既に言われていますけれども、必ずしもそうではない場合だって、カフェイン療養のときもそうですけれども、あるわけですね。そして、林先生がおっしゃった、これをやることによるメリットいうのをきちんと発信していくことをやらないと、もう評価療養の拡大で、いいではないですか、いいではないですかという方向へ持っていきますけれども、それではないだという新しいものをつくるというところを発信していくような形でいかなければいけないのではないかと思います。

今までの皆さんの御意見と大臣から今いただいた御意見は一致していると思います。今日は、手続・ルール論を議論するところから入ってしまったものだから、なぜ我々が選択

療養を求めているのだ、そのメリットは何なのだとした部分がこのペーパーのほとんどどこにも書いていない。この部分は、3月27日の論点整理ペーパーの1ページ目に書いてあるので、3月27日のペーパーとこれをセットにして配ったほうがいいのかもかもしれません。事務局、それは可能ですね。

○大熊参事官 今日後の会見等とかで。

○岡議長 等々でね。要するに、なぜ我々は選択療養を求めているかの背景とか理由が3月27日のペーパーの1ページ目に縷々書いてありますね。

林さん、どうぞ。

○林委員 手元に持っております。2ページ目の冒頭に目的というのが7行ありまして、この改革案の目的は、「・治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにすること。・そのため、一定の手続・ルールの中で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる患者（国民）にとってやさしい新たな仕組みを構築することである」と目的を述べていますので、これを常に掲げていきたいと思えます。

○岡議長 その目的については、神田審議官も同じ方向だと言っていましたけれどもね。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 それが7行でありますから、もし可能であれば、一番初めの頭のところに、3月27日の目的を、そのままきちんと入れ込んで、同じ紙に書かれているようにすることは大変重要ではないかなと思います。

翁さんがおっしゃっていたように、私もどの資料のどこを読んだ人でも常に目的がわかるように書くということは大変重要だと思いますので是非そうしていただきたいですし、可能であれば先ほど稲田大臣からもおっしゃられたように、本当に保険料を払っている人が保険の部分を保険で受けたいということが基本であるという、この基本も常にどこかに書かれるとわかりやすいのかと思います。

○岡議長 今の佐々木さんの御提案は、今日のペーパーの冒頭に、「3月27日の選択療養の創設についての論点整理において」という、ここの中に、今の目的を触れたらいかがですかということ。これは可能ですね。

○大熊参事官 了解しました。

○岡議長 佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 今の議論をお聞きしてまして、評価療養に逃げられるというのは非常にまずいのではないかなと、まさにそのとおりだと思います。非常にささやかな私の感想で言うと、先ほど岡議長もそういうふうにおっしゃっていましたけれども、評価療養につながるのではなくて、評価療養につながるということではないかと感じました。

以上です。

○岡議長 皆さんからいろいろ意見をいただいたものをどれだけ盛り込めるかやってみま

しょう。翁さん、どうぞ。

○翁委員 患者の負担という今の制度の負担というのは、稲田大臣がおっしゃった、金銭的になぜ今まで納めていた保険料が給付されないのかということに加えて、今、実態で行われていることは、そうした規制を回避して金銭的負担を避けるために、別の診療所でそういったことが行われているということが運用上の問題としてわかってきていたわけですね。今回、こういった制度を設けることによって、いわゆる厚生労働省が言っている併用のリスクというのが、同じ診療所の中で保険と保険外診療が行われるということによって、より患者にとって負担が小さくなるのだと。また、そのリスクも小さくなるのだと、そういったことも今回の制度で可能になるのではないかなと思いますので、そういったメリットも強調してもいいのかなと私は思っております。

○岡議長 副大臣、どうぞ。

○後藤田副大臣 事務局に確認ですけれども、今の収載と財政の話は、いろんな壁があった中で結局中医協に行くのですね。あそこで外保連、内保連というのがあって、そして、それは外科のほうと内科のほう。外科学会、内科学会がそこに表と裏みたいになっているわけなのです。今回の件については、内保連、外保連、例えば今外保連の会長というのはがん研の山口さんという副院長なのです。こういう学術界のあたりの意見というのはどうなっていたのですか。結局、彼らが外保連、内保連が保険収載に申請を出すのですよ。しかし、中医協で医師会がいっぱいいる中で潰されてしまうみたいな世界なのです。本当は、先ほど議長が諮問会議もやられているという、諮問会議に本当は中医協を置くべきだと私はずっと言っているのです。30兆、40兆、金を扱っているところが厚労大臣の諮問機関ということ自体がおかしいというか、これは言い出すと脱線してしまうのですが、そこは議長にまた諮問会議で言っていただきたいと思いますが、その学術的なものと外保連、内保連、彼らの意見は何か聞かれましたか。

○岡議長 事務局、どうぞ。

○大熊参事官 意見は聞いておりませんが、学会は基本的には保険収載のほうにということだと思っています。

○後藤田副大臣 是非今からでも遅くないので、厚労省とか医師会とかではなくて、実は学会とその裏にある保険をやっている外保連。例えば昔は出月先生というのが外科学会の会長をやって、外保連の会長をやって、保険と学術は表、裏なのです。そこもマニアックな話になってしまいましたけれども、今日は土屋さんがいらっしゃらないからあれですけども、是非そういうのも参考にされたほうがいいと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

実は、先ほど翁さんが言われたことは、今日私が記者に対して言ったことと同じです。今回我々が提案している選択療養の良さ、批判に対する反論というよりも、良さについては記者会見などではしょっちゅう言っているのですけれども、翁さんはそれをこういう書

き物でもしっかり言うべきではないかという御意見だろうと思います。そのところはいろんな御意見があろうかと思いますが、どのように進めていったら選択療養が確保できるかという戦術論とも合わせながら考えていく必要があると思います。ただ、今の御意見は、私自身が言っていることなので、意見としては大賛成です。

保険財政のところについてどうするかについて、私自身、まだきちんと整理がついていないのだけでも、その点以外は、今日のこのペーパーに最大限反映させるということでしょうか。しかも、これがファイナルではなく、今後も議論を重ねて行く予定です。今日のペーパーの一番の目的は「一定の手續・ルール」の中身はこういうものと申し上げることだったわけですが、そういう機会があるたびに、重要なポイントは言うべきだというご意見には私も賛成でございます。口頭説明で補うのではなくて、ペーパーにも書いておくということですね。

林さん、どうぞ。

○林委員 済みません、くどいようですが、先ほどの2ページの⑥のところの括弧書きの前半、専門家・専門医の配置、設備、経過観察まで、ここまでは消していただいて、残りは残っていても結構かと思うので、そこはよろしくお願ひしたいと思います。

○岡議長 今の林さんの⑥の当該併用を適切に行う体制の括弧書きの前半の部分を削除して、万一の健康被害等への対応、他医療機関との連携等ということだけにしたらどうかという御意見ですね。

○林委員 本当を言うと、⑥の「当該併用を適切に行う体制」というもの自体要らなくて、元は「万一の健康被害等への対応、他医療機関との連携」だけだったと思うのです。なので、言い直します。そこだけを残してください。

○岡議長 要するに⑥のタイトルも変えてしまうわけですね。

○林委員 はい。このタイトルは、つまり専門家のほうの括弧書きから来ているタイトルだと思いますので。

○岡議長 では、⑥を「万一の健康被害等への対応・他医療機関との連携等」というようにするということですね。よろしいのではないですか。どうですか。では、今の林さんの御意見はそのまま採用させていただくということにさせていただきます。

先ほど翁さんもおっしゃったところですが、大田座長代理に素早くメモっていただきましたので読んでいただきますが、「6. 『診療計画』等に記載されたデータを有効活用する」の(1)、(2)を(2)、(3)に下げて、(1)として、これから読み上げる文章を追加するということでお聞きいただけますか。

○大田議長代理 「(1)『選択療養(仮称)』によってデータが蓄積されることで、これまで病院やカルテを変える等で実態的に行われていた“混合診療”の明示的なデータが集約され、医療技術の進歩につながりやすくなるではないか」。

最後が「医療技術の進歩」を持ち出すのも大げさかなという感じもして、要は「安全性

が高まるのではないか」という書き方でもいいかなと思うのですが、どちらでしょうか。

○翁委員 両方書いてもいいのではないですか。おかしいですか。

○大田議長代理 ちょっとくどくないですか。

○翁委員 でも、患者にとっても現状よりは保険外診療を患者が受ける場合の安全性は高まりますし、そしてデータが集約されることによって先端診療に結びつけていくことができるという両方メリットがあると思います。

○大田議長代理 「選択療養によってデータが蓄積されることで、これまで病院やカルテを変える等で実態的に行われていた“混合診療”の明示的なデータが集約され、患者にとっての安全性が高まるとともに、医療技術の進歩につながりやすくなるのではないか」。

○岡議長 林さん、どうぞ。

○林委員 先ほど5番と6番の違いというものを事務局から御説明いただいたときに、5番のほうは同じ実績活用でも、6番は保険制度の見直しとかそちらの話とか、不健全な自由診療の是正とかの話で、5番のほうが本当に有効な治療を発掘して評価療養に収載することで保険収載の道を開くとか、そちらの話なので、今の話はどちらかというとなんか5番に近いのかなと思ったのですが、どうでしょうか。もともと5と6の区別というのが余りフィットしていないので。

○岡議長 先ほど少し触れましたけれども、5と6の区別は難しい。あえてスプリットせずに、「データの有効活用」という大きなくくりでまとめてもよかったのですが、「評価療養へつながる」あるいは「保険収載につながる」ということを1つのテーマとして外出したために分かれてしまったわけです。ここのところは事務局も非常に苦労したようですが、今、大田さんに読んでいただいた部分は、「評価療養につながる」方によりウェイトを置くのか、あるいは「幅広いデータの有効活用」に含めるのかによって、置き場所が5番になるか6番になるかだと思います。

私は6番でいいのかなと思います。5番はあくまでも「評価療養につながる」と、そこに限定した言い方をしています。さらに保険収載に触れるかどうかはこれからまだ議論がありますけれども、自由診療の部分は今まで何も情報がなかったものがキャッチできることによってプラスになるのではないですかというのは、必ずしも評価療養につながるというだけのデータでなく、もっと幅広いようにも思えるので、6番でもいいかなという気がします。もともと2つに分けたことが無理なのです。それを理解した上でないと頭の中になかなかつながらないのです。

○林委員 今の整理でも結構だと思うのですが、実態として今、別々の病院でやられていることによる併用リスクというものが、同じもともとの主治さんのところで併用することによって、併用リスクが減るという話での患者のメリットだと思うのです。だからデータの有効活用の話ではないような気もしてきたのですが、もしそうであればです。そうするとどこに入れるかというのが難しい。

○岡議長 先ほど翁さんのおっしゃったことについては、私はこのように理解しました。1つは、今の自由診療というのは全くデータがない、情報もない。要は政府から見たらアウト・オブ・コントロールの状態です。ところが、この選択療養をやることによって「診療計画書」というものがしっかりと作られて、それがしかるべきところに登録されて、蓄積されていきます。この診療計画書を中心としたデータの利活用ができるのではないですかという、幅広い、ボヤっとした利活用の全体像なのです。

もう一つは、病院を変える、あるいは日付をずらすといった形で本来だったら混合診療になりかかっているものを分けて、一体でないように見せかけてやっている“混合診療”もこの選択療養ができ上がれば一体となって患者の負担が軽減されますねということを言っているのです。

前半はデータの利活用ですが、後半は、この制度ができることによって、今、そのような形で日をずらしてみたり、病院を変えてみたり、カルテを変えてみたりという形でやっているものが患者にとって負担です。その患者の負担も軽減されますよねというのは、それはデータの利活用というよりも、選択療養ができ上がったときのメリットなのです。そんな気がしますので、先ほど大田さん読んでいただいたけれども、データの有効活用という部分と、選択療養ができたときのメリットというのは、分けて整理したほうがわかりやすいかもしれない。

翁さん、いかがですか。このテーマは翁さんが一番最初に発言していただいたので。

○翁委員 2つのことを一緒に言おうとしているので、どこに置くかというのは難しいのですけれども、ですから患者にとっての安全性とか、患者にとっての併用リスクの低減というところは、本来は別のところに位置付けられるものかなと思います。むしろ自由診療のデータがわかりやすくとれるようになるというところは、本来は5か6に置くべきものだろうと思います。ただ、その前半のところをどこに位置付けるかというのは今すぐに思いつかないのですけれども、強調していただきたいところではあると思っています。

○岡議長 これからこの議論を展開していく中で、3月27日のペーパーと今日のペーパーがドッキングするときに、改めて我々が提案する選択療養のメリット所が何であるかということについては、きちんともう一度整理をして、メリットという項目をつくってそこにそういったことを全部入れてもいいのかなと思います。それまでは、チャンスあるたびに私は口頭で言っていきますけれども、最終的なペーパーとするときには、手続の論議のところだけではなくて、選択療養の本質のところ、なぜ我々はそれを目指すのかという、先ほど林さんに読んでいただいた目的のところとセットされる部分なのかなという気がします。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 今の点ですけれども、こういう考え方はあるでしょうか。5と6の順番を逆にして、6を5にして、5を6にして、全体的にこのデータを有効活用するということ

に関してきちんと述べた上で、最後に先ほど「評価療養につながる」なのか「保険収載につながる」なのかはまだ結論が出ていないかと思えますけれども、最後にそのデータを活用するというので安全性も、あるいは医療技術の進歩に関しても一応、全体として書いた上で、最後に「保険収載につながる」ということで今を書く、少し情報が落ち着くのではないかと思ったことが1点。

それから、これは今の6番の診療計画等に記載されたデータを有効活用する。これはこの書き方で問題ないのでしょうか。何となく私の中では計画に記載されただけでなく、当然ながらその結果だったり、その後のものもデータで集めていくかなと思うのですけれども、それは「等」で含まれているようなイメージでしょうか。

○岡議長 まず、前段の部分については、5と6の順番はどちらでもいいと思っているのです。6が先のほうがロジカルかなと思うのですが、一方で先ほどの林さんの御意見に関係するのですけれども、選択療養でとどまってしまうのかという御批判に対して、評価療養につながる、保険収載につながるというのを、最後につけ足しで書いているのかというように、これはロジカルではなくて、効果の問題なのです。それを双方考えた結果、私は効果のほうを優先したらどうかということでこの順番なのですが、実はロジカルには逆ではないかと思っているのです。皆さんがそのほうが良いと言ったら、そうすることについては全然抵抗はないです。

2つ目のところにつきましては、私どもは、これまでデータのことを議論したときに、余り結果の議論をしていないのです。少なくとも、選択療養の定義の中で「診療計画書」なるものをしっかり作ってもらうのが大変コアな部分ですから、そこで「等」というぼやかした言い方になっていきますけれども、このデータを主に活用してもらいましょうというところから入ったのであって、先ほど林さんもおっしゃったように、これからの展開の中においては、結果のデータも活かしていくことが大変重要なテーマだと思います。ですから、ここでそこまで書いたほうが良いということであつたら書いてもいいのですけれども、今まで余り議論していなかったもので、ということです。

松村さん、どうぞ。

○松村委員 ペンディングと言われていたのに蒸し返して申しわけないのですが、「評価療養につながる」なのか「保険収載につながる」なのかに関してです。私は「評価療養につながる」をそのまま「保険収載につながる」に変えないほうがよいと思います。既に色々なところで出ている批判として、ここに出てきたようなデータが、直ちに保険収載につながるような厳密なデータとして出てくるのか。規制改革会議はそういうことを全然わかっていないではないかというような批判が、確かにあつたわけですが。ここで「保険収載につながる」と言っているのは、評価療養につながり、その後、保険収載につながるということを行っているのだと思います。ここを「評価療養につながる」という言葉を飛ばして「保険収載につながる」と言ってしまうと、その批判をまたまともに受けることになるのでは

ないか。私たちはそういうことを考えているのではないことを明確に示すためにも、評価療養につながるという表現を落とすべきではありません。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

大分時間が押してきました。今、大田さんからアドバイスがありまして、松村さんがおっしゃった部分ですが、このようにさせていただくということではいかがでしょうか。

タイトルは「評価療養につながる」。文章の最後に「それによって保険収載の道が開けるのではないか」という一文をここに付け足すということで、皆さんの意見を集約したことにならないかなと思います。順番はそうですから、ロジカルではあるのです。松村さんおっしゃるように、余り保険収載に我々が踏み込むと、選択療養の安全性だとか有効性と保険収載は同列で見ているのかという批判は確かにあります。だから、あくまでも我々が提案している選択療養というカテゴリの中での安全性・有効性の確認なんだと、ここをずらしてしまうとややこしいことになるかなという気がいたしますので、今、座長代理からいただいた「道が開けているんだ」という一文を追加するということです。

それでは、今日皆さんからいただいた御意見を踏まえ、できる限りの修文を事務局でしていただいて、引き続き、このテーマについては本質論の部分と、今日の手続・ルールの部分とあわせて議論をして、6月の答申までにさらに詰めていきたいと思っております。また、今日これを発表することで、またいろんなところからいろんな声が飛んでくると思いますが、先ほど少し触れましたけれども、この後の経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議には、大臣も御出席いただけるのですが、そこで私から次のようなことを申し上げますので、御参考までにお伝えしておきます。

規制改革会議では、昨年の秋以来、保険外併用療養費制度の改革について、厚生労働省や関係団体との議論を重ね、昨年暮れに改革の方向性を示し、3月末に選択療養（仮称）の創設について提案を行った。

保険外の診療を併用しても、できるだけ保険給付が受けられ、保険診療にかかわる経済的負担が治療の妨げにならないよう、困難な病気と闘う患者の治療の選択肢を拡大することを主眼としたものである。

このような観点から、国民皆保険の維持を前提としつつ、現行の保険外併用療養費制度の枠内で実現可能で、なおかつ患者のニーズに迅速に応える、患者にとって、国民にとってやさしい改革案として提案をしました。

本日も会議を開催し、安全性、有効性の確認や、患者に対する情報提供の在り方等について議論を深めたところであります。本日の規制改革会議で議論した内容については、お手元に資料を配付させていただいております。これは3月27日のペーパーと、今日これから修文するペーパーであります。

今後さらに検討を加え、厚生労働省等とも意見交換をしながら、年央に取りまとめる規

制改革に関する答申に提案を盛り込んでいきたいと考えています。厚生労働大臣始め、産業競争力会議の関係各位にも積極的な協力を強くお願いいたします。

こういう趣旨のことを今日の合同会議で発言する予定でございます。十分ではないですが、林さんが言っていたことも多少盛り込まれたと思いますので、御理解いただければと思います。

では、本件については、今日のところはいろいろいただいた意見で修文して、それを公表したいと思うのですが、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。

それでは、議題2に移ります。「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」を議題といたします。

これまでの議論を踏まえまして、当会議としての意見(案)を整理しましたので、事務局から説明をしていただきます。お願いいたします。

○大熊参事官 資料2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ールフットィング確立に関する意見ということでございまして、昨年12月20日に論点整理として中間的なまとめをいただきました。そこからさらに議論を積み上げていただきまして、また、厚生労働省との調整も行っていたいただきまして、まとめていただきましたものを今回お諮りするものでございます。

特に昨年12月20日から加えた部分について、御説明をさせていただきたいと思います。

事業者のガバナンスということで申しますと、1枚目は昨年の中間まとめのとおりでございますが、(3)の役員報酬等の開示が新たに加えられたものでございます。これは一定の事業規模を超える社会福祉法人ということでございますが、役員に対する報酬や退職金などについて、その算定方法の方針や役員区分ごとの報酬等の総額の開示を義務づけるべきであるとしていただいております。この役員区分ごとの報酬といったときに、社会福祉法人ですと理事と施設長を兼務して、理事の所得を極端に言えばゼロにしているところもあるわけですし、そうすると開示する意味がないということになりますので、兼務をしている場合には役員報酬以外の報酬もきちんと開示するというのを、含めて厚生労働省と調整したわけでございます。

ガバナンスについては以上で、経営主体間のイコールフットィングです。まず多様な経営主体によるサービスの提供ということで、これまで特養に限って議論をしてきたところもありますけれども、厚労省とも話をさせていただきまして、特養に限らず、高齢者の住まいという視点で改革案をまとめていただきました。

1つ目のポツは特養ですが、4行目「在宅生活が困難でより入所の必要性の高い中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能への重点化を徹底し、併せて、低所得者の支援を中心とした公的性格を強めるべきである」ということでございまして、特別養護老人ホ

ームを非営利が徹底された社会福祉法人が運営するにふさわしい施設とすることによって、ある意味、役割分担をしていくということでございます。

2つ目のポツは、一方、要介護者の高齢者の住まいが足りないという御指摘もでございます。ですので3行目にありますとおり、有料老人ホームなどのいわゆる特定施設につきまして、市町村、都道府県の介護計画の中に入っていないケースがございます、そういった特定施設も含めて適切なサービス量を介護計画の中で見込むよう、地方公共団体に通知すべきであるということでおまとめいただきました。

3つ目のポツは、2月のさらなる論点整理でも出していただいたとおりでございます、地方公共団体が福祉施設の運営を業務委託なり指定管理者制度を使って委託をしていく場合に、公募要件に理由もなく株式会社を除外しないよう、逆に言えばそういった事例があるということですが、地方公共団体に除外しないよう通知をすべきであるということでございます。

(2)は補助金の関係です。これは2月のさらなる論点で示していただいたとおりでございます。

社会貢献活動の義務化ということでは、厚生労働省は平成27年年央までに、全ての社会福祉法人に対して社会貢献活動の実施を法令等で義務づけるべきであるということです。そのため、厚生労働省は社会貢献活動の定義の明確化や会計区分の整理、社会貢献活動への拠出制度の創設などの検討を行い、平成26年中に新たな制度設計を行うべきである。特に一定の事業規模を超える社会福祉法人に対しては、法令等での義務づけに先駆けて社会貢献活動の実施を要請すべきであるということでもまとめていただいています。

次のページは罰則が書かれています。零細小規模な法人には配慮しつつ、所轄庁が必要な措置をとるべき旨を命ずるほか、業務の全部もしくは一部の停止、役員解職の勧告、さらには解散命令といったことができることを明確化すべきで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。

それでは、本件について御意見をいただきたいと思えます。佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 ありがとうございます。

1点だけです。2ページの「(3)役員報酬等の開示」で、こういう形で開示が義務付けられるということは非常にいいことだと思います。ただ、一定の事業規模を超える云々という限定が入っている。この理由がはっきり言ってよくわからないということです。

これは株式会社で言えば、上場会社であれば規模にかかわらず開示というのがほぼ一律義務付けられています。役員報酬も同じです。日本で言えば時価総額2億円のところから十何兆円、20兆円近い会社もあります。全く同じです。それは当然、この開示自身に非常にコストがかかるので、一定規模以上でないとかわいそうだという話ではないのです。こ

れはもともとあるデータですから、逆に小さければ開示の手間はもっと少ない。計算が小さくて済むということなので、ここをなぜ一定の事業規模という限定を入れているのか。ですからこの一定の事業規模を超えるというのは不要ではないか。もしくはこれはコンパショネート・ユースみたいな配慮なのかよくわからないのですけれども、その点について私の意見としてはこれは入れるべきではないと考えています。

○岡議長 事務局から説明をお願いします。

○大熊参事官 一定の事業規模で限定するというのは、そのほうが厚生労働省が説明しやすいということで、そういうことになっております。ただ、横並びということで申しますと、公益財団法人などは報酬の算定方法の方針については開示の義務があるのですけれども、そういう役員区分ごとの報酬の総額等は開示の義務はないという中で、社会福祉法人はそこを踏み越えて開示をしようということで、一步進んだ決定をするに当たって、各団体に説明していく中である程度限定したほうが向こうはやりやすい。それだけで、こちら側からはできれば広いほうがいいということだろうと思います。

○岡議長 佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 少ないほうがやりやすいというのが理屈かどうかよくわかりませんが、これは上場していれば株主不特定多数からお金を預かっている。だから開示だと。そこは規模は関係ありません。社会福祉法人も税金を投入されているということからすれば、ここの規模は、もちろん社会福祉法人として認定されるに当たって、一定の資産とかいうものをクリアしているわけですから、一旦、社会福祉法人になった場合には合理的な理由、例えばここで言えば3ページの社会貢献活動の義務化というところで規模をある閾値にするというのは、これはある意味では合理性があるのですが、ここは開示するだけの話なので、やはりちょっとここは理屈がないのではないかと。他の法人との横並びということでは、既にこの一定の規模を超えるというものがあってもなくても超えているわけですから、余り横並びを気にする必要もないのかなと考えます。

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。浦野さん、どうぞ。

○浦野委員 今日のこの案については特段申し上げることはなくて、今まで練り上げてきたことなのでこれでいいと思っているのですけれども、これに加えるということではなくて、少し感想めくかもしれませんが、今日の最初の医療の問題、介護・保育の問題含めて、生産性の問題ということを全く我々は触れなくてもいいのかなというのは少し思っていたものですから、現状ではこの介護・保育といった分野はまだ供給不足ということで、そういう意味からは成長分野だという捉え方をされているわけなのですけれども、そうなったときに今後、日本経済全体の中で経済資源としてこの分野に資源を振り向けていくこととなります。

今のままの生産性でよしとして、これを単にいわゆるこの生産性はボーモル病として顧みる必要はないんだということになると、この経済資源の移転によって日本は相対的にむしろ貧しくなってしまうわけです。それは私は問題があると思っていて、そういう意味からしますと、今回の規制改革が競争力強化につながって生産性がアップしていくんだというようなことを切に願っているわけですが、やはり現場からすると今まで措置だということも含めていくと、労働集約型でしようがないんだということになってしまうと、やはりまずいと思うのです。したがって、技術開発投資等を含めて労働集約型だけではないんだというような環境を整備することによって、この労働集約型から一歩抜け出して労働生産性を高めていって、そして需要構造との適合化を図る必要があると思うのです。

したがって、この分野を担っていただいている厚労省始め社会福祉法人あるいは民間事業者の方も含めて、供給を増やすとかコストを削減するということに重点があるのではなくて、最終的に労働生産性を上げるという視点でこれに取り組んでいかないと、日本はこの経済資源の移転によって本当に貧しくなるだけだと思っていますので、是非労働生産性のアップということを今回の規制改革を通じてねらっていくんだということが、何か議長の記者会見とか何かのところで一言言っていただければありがたいと思います。

○岡議長 ありがとうございます。

まさに浦野さんおっしゃったことと直結するのかなというのが、私どもが言っているイコールフットィングでして、事業継続のために生産性を意識したいいわゆる一般法人というか株式会社がこの分野にどんどん入っていけば、かなりの確率で生産性が上がっていくのでしょう。そういう意味では我々イコールフットィングということを求めていること自体の裏側には、生産性を高めるという考え方が入っているように思いますので、特に介護の世界で今日のペーパーにありますけれども、特養を含めた4つのカテゴリでこれを役割分担でやっていく中で、一般株式会社が入っている例のさつきなんていうのはすごい事業になっているように、この間も一番進んでいるあるところのお話を伺いましたけれども、ただ、今おっしゃった意味はよくわかりますので、私どもがこういうものを求めている背景として、そういうこの分野の、介護なら介護の分野の生産性向上というものに我々は関心を持っているんですよということはよくわかりました。

松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 今の御指摘は非常に重要で、私も業界団体を相手に講演するときに必ず申し上げているのは、今のままで介護事業が拡大すると日本経済全体の生産性は落ちる。なぜかという、これは経済学で言うところの合成の誤謬なのです。つまり、介護事業が拡大するときの財源というのは、介護以外の他の産業から来るお金です。ということは、もし介護事業の生産性の伸びというのが財源を拠出してくれた他の産業の生産性の伸びよりも低ければ、日本経済全体の生産性は加重平均で落ちていくのです。この問題をどのように解決すればいいかという、やはり規模の拡大なわけです。

今のように1法人1施設を放置したまま介護事業を拡大していけば、生産性は伸びない。このことは逆に内部留保の積み立ての仕方、それから、使い方にも直結していきます。

以前、財務データの集計結果を御説明したことがありますけれども、特養施設を核に介護事業に特化している社会福祉法人の中でも規模が小さいところは内部留保を積み立てて、それ以上投資しないというところが多い。一方、規模の大きいところは毎年の黒字を現預金に積み立てるのではなく、借金までして事業を拡大している。その結果借入金残高の方が現預金残高より大きい純債務状態になっている。ところがフローの収益率を見ると、借金をしてまで拡大しているところのほうが高いのです。つまり経済学的に言うと積極経営しているところのほうが成長に寄与しているということです。そういう意味で先ほど御指摘のあったように、個々の社福の事業規模が小さい構造を放置したままで介護市場を拡大することは決して日本経済全体にとってはプラスではない。だから規制改革会議としては、生産性が伸びるような改革を要望していくことが重要。内部留保の活用の議論もこのような問題を念頭に置いて行う必要があると思います。

以上です。

○岡議長 滝さん、どうぞ。

○滝委員 私も民間のど真ん中にいるという立場にありますが、税金を使う限りにおいて第1プライオリティは情報開示だと思っております。しかもこれからの時代、IT利活用の活性化によって国民が実態を見られるということで、一生懸命やっているところとそうでないところの差が明確になってくると思うのです。一定の事業規模というのが私は非常に引っかけかかっていまして、税金を使う限り、第1は情報開示。これは絶対だと思っております。

その情報開示も、言い過ぎかもしれませんが、すごくわかりにくく開示されるとそういうふうに見たときには思うのです。それはそれなりに生産性につながる話で、これからは、国民が本当になるほどと思えるような、見やすさ、確認しやすさといった検索性ということも、結構重要なのではないかという気がしています。

○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 私も同じで、財務諸表の公開、情報開示が全ての原則として書いてあります。全ての施設に課せられますので、そしてこのペーパーは規制改革会議全体としての意見書にもなりますから、今後の交渉がどうなっていくのかということは、そこまで今は考えないで、私たちの主義主張であるだろう税金が費やされている全施設、社会福祉法人の役員の報酬を開示するというのは明確に書いたほうがよいのではないかと思うので、是非この「一定の事業規模を超える」というフレーズを削除していただけたらと思います。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 私も同意見です。事前に事務局と意見交換させていただいたときに、私も一定の事業規模という文言を入れるのはおかしいのではないかと指摘しました。なぜ

なら、実態を見れば規模の小さいところほど経理が無茶苦茶です。そういう意味で税金が投入されている以上は、規模に関係なくとりあえず開示していただくというのが筋論ではないかと思います。

もう一つ重要なことは、厚労省が全法人の財務諸表を公開させて、それを分析するということになっていきますけれども、分析の仕方が非常に重要になってくると思います。約1万7,500の施設経営をしている法人の全財務諸表が出てきて、それらを集計、分析していくと、国民が再度驚く実態が明らかになり、社会福祉法人全体に対する厳しい世論の在り方のレベルが違ってくるはずです。それをにらんだ上で規制改革会議として次の段階でどういうことを言っていくかということも、念頭に置いておく必要があるのではないかと考えています。

○岡議長 ありがとうございます。

翁さん、どうぞ。

○翁委員 先ほど浦野さんから生産性の話がありましたけれども、私はこの第三者評価というものも非常に重要になってくるのではないかと考えておまして、これは社会福祉法人だけではないのですけれども、介護の質をどういうふうに外から評価するのか。それは今の仕組みだと介護度が高くなるほどお金が入ってくるという仕組みになっていますので、むしろリハビリをやるとか、そういうほうにインセンティブが働かなくなっている。むしろ明確に外からクオリティをきちんと評価できる、例えば褥瘡率がどのくらい減っているのかとか、またはリハビリをどのくらい積極的に施して、介護度がどのように低くなっていくのかとか、そういうような評価ができるような評価の仕組みをつくっていくことも非常に重要だと思っています。これが第三者評価の受審と書いてありますけれども、その第三者評価のクオリティインディケータというか、アメリカではもう既にそういったものがありますけれども、そういったものの質を評価するインディケータをきちんと考えていくということも、非常に重要ではないかと考えております。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 今の御意見に加えてですけれども、昨日、厚労省に来ていただいて医療ICT活用の議論もさせていただきました。そのとき私が一番驚いたのは、医療ICT活用においてベンチマーキングのことを余り考えていないということなのです。

海外でヘルスケアのデータベースを構築する時の目的の一つは、ベンチマーキング事業のインフラ整備です。海外では翁委員がおっしゃったように介護事業に関しても質の評価を行う仕組みを作っています。私は、日本外科学会や国保中央会がナショナルデータベースを構築したというので、当然全国で活用できるベンチマーキング制度が作られるものと考えていましたが、厚生労働省の説明ではそれが違うということなのです。厚生労働省は医療ICT工程表を作成したけれども、医療介護事業者が提供するサービスの質や経営内容の評価の違いを明らかにするツールの構築を考えていないということです。

このベンチマーキング事業は非常に重要です。諸外国では、ベンチマーキングに基づく評価情報を国民に開示することが当たり前になっています。例えばアメリカ、カナダ、オーストラリアなどでは、少なくとも税金が投入されている国公立病院に関しては医療の質の評価、財務内容の評価がインターネットで何時でも見られるようになっていました。国民はそれを見てどの医療機関に行くかを判断できる。日本だってナショナルデータベースがあるのであれば、同じ仕組みを構築できるはずです。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、そろそろまとめに入りたいのですが、最初に佐久間さん他から御指摘のあった役員報酬等の開示のところ。「一定の事業規模を超える」というのは要らないのではないかということについて、いかがでしょうか。

事務局の説明はこちらがこう言ったのではなくて、厚労省との全体の交渉の中でここはこういうふうという交渉結果の産物のように、先ほどの説明を私は受けとめたのですが、一方でそれはそれとして、もう一度言うべきではないかという御意見が今ありました。

○安念委員 私も佐久間委員のおっしゃることに全く賛成なのだけれども、率直に言って事務局が厚労省と握ってしまったのであれば、今さらどう言ってもしょうがないから、それなら「一定の事業規模を超える」というのは、よほど小さいものしか我々は念頭に置いていないからなというので、これから交渉するというのも現実的にはあり得る話でしょうね。どうなのですか、握ってしまったのですか。

○大熊参事官 そこまでかっちり握っていただいたということではないと思います。限定しないということで、また交渉することはあると思っています。

○安念委員 それならよろしいのではないのでしょうか。

○岡議長 では、はずすということではいまいしょうか。

それから、浦野さん、松山さん、翁さんからありました、今後の課題的な部分について、最初の書き出しのところ、第1にこうこう、第2にこうこうと書いてあるのですが、浦野さんの「生産性」の部分ですけれども、第2のところ、幾つか言葉を入れ込んで、その趣旨反映するというのはいかがですか。アイデアはございませんか。

議長代理が早速書いていただきました。第2の2行目の「豊富な福祉サービス」の「豊富な」のかわりに「生産性の高い豊富な」と、「生産性の高い」という言葉を1つ加えたらよろしいのではないかとありますが、いかがでしょうか。

浦野さん、よろしいですか。

○浦野委員 OKです。よく読み取れると思います。

○岡議長 少し訂正させてください。「豊富な福祉サービスを高い生産性で提供されるよう」。では、生産性の概念を今のような形で入れ込むことにさせていただきます。

翁さんの言った、これは今後の課題でよろしいですか。第三者評価受審率の数値目標を定めるべきだということしかここでは書いていないのですが、クオリティのことを

おっしゃっていますね。これは受審率を高めた結果を見て、さらに次のステップとしてクオリティを上げるということなのですか。

○翁委員 ただ、第三者評価の内容をしっかりとこれから検討していくところで吟味していただきたいということですが。

○大田議長代理 こんな感じですか。「第三者評価受審率の数値目標を定めるべきである。あわせて第三者評価の内容と質についても基準を定めるべきである」ですかね。

○翁委員 はい、結構です。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 これは業界の方も認めていることですが、今ある第三者評価機関が機能しないぐらい質が低いのです。だから私はこの文言の中に評価の仕組みをつくるみたいなことが入るのは当然だと考えています。厚生労働省がもう少しリーダーシップを発揮して、その評価の仕組みをつくる必要があるのではないかと思います。今、全国にそういう第三者評価機関が数百あるらしいのですが、ほとんどレベルが低くて業界の人も使っていない状態と聞いています。

○岡議長 それでは、今の松山さんの御意見については。

○大熊参事官 議長、済みません。第三者評価機関というのは都道府県ごとにつくられていまして、既にガイドラインは存在しているということですので「あわせて第三者評価のガイドラインの質のさらなる向上を図るべきである」とか、何かそういう。

○岡議長 要は今もう既に基準は存在している。その上でということですね。

○大熊参事官 なので、それを踏まえた書きぶりにしたいと思います。

○岡議長 議事の途中になりましたけれども、議題1の「選択療養」に戻ります。皆さんからいただいた御意見を反映したものを今お手元に配付させていただきました。

赤い字で修正をさせていただいたということで、冒頭、林さんから御指摘のあった、3月27日のペーパーの2ページ目の上段の目的の部分をお手元に入れて入れたというのが第1点であります。「下記を目的とするものである」という形で2つ書いている。

- ・「治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにすること。

- ・そのため、一定の手続・ルールの中で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる患者（国民）にとってやさしい新たな仕組みを構築すること。

その後は、「上記において今後の検討課題とされた手続・ルールを中心に、『申請』を通じた具体的な仕組みのあり方について以下のとおり新たな論点を整理する。」と続くわけですね。

2ページ目は（2）⑥のところを赤字で書いてあるものを消して、黒字で残っているところだけです。「万一の健康被害等への対応、他医療機関との連携等」というふうに、⑥

のタイトルそのものを変えるということですね。

3 ページ「5. 評価療養につながる」。これは佐久間さんの意見を採用させてもらいました。(1)で追加で「それによって保険収載の道が開けるのではないか」ということで、保険収載のことも触れるということです。

6 番目のデータの有効活用のところについては、(1)に「『選択療養(仮称)』によってデータが蓄積されることで、これまで病院やカルテを変える等で実質的に行われた“混合診療”の明示的なデータが集約され、患者にとっての安全性が高まるとともに、医療技術の進歩につながりやすくなるのではないか」というのを丸ごと1つ追加して、オリジナルの(1)(2)を、それぞれ(2)(3)としたということでありませう。

いかがでしょうか。これを読んで、さらに何かございますれば、お願いします。

皆さん、よろしいでしょうか。

○安念委員 もちろんいいです。

○岡議長 それでは、また社福のほうに戻ります。「第三者評価受審率の数値目標を定めるべきである」という後に、これは事務局読んでください。

○大熊参事官 追加する一文として、(6)の2ポツの2行目の「さらに」の前に「あわせて第三者評価のガイドラインを見直し、質の高い実効性ある評価がなされるようにすべきである」。

もう一つ、1枚目の前書きの4段落目の「豊富な福祉サービスが高い生産性のもとに提供されるよう」ということでお願いしたいと思います。

○岡議長 他いかがでございませうか。3点修正されたことになります。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 すごく細かいです。(6)の2ポツなのですが、これはサービスに対する第三者評価ですけれども「サービス等」とかではなくて大丈夫ですか。それはいいのですか。

○大熊参事官 社会福祉はサービスだけでいいと思います。

○大田議長代理 経営は財務諸表とかそちらのほうです。

○岡議長 松山さん、どうぞ。

○松山専門委員 今の御指摘は非常に重要です。要するに社会福祉法人の評価に関しては経営内容、財務的な面での評価とサービスの中身の評価、2つが重要ですよねという議論が別途あるのです。そういう意味でここにサービスと限定するのか「等」と入れるのかというのは、確かに後でいろいろ影響が出てくるように思います。今は第三者評価機関はサービスの中身しか見ないということになっているのです。

その問題は、財務諸表の分析が終わってから取り上げたらいいのかなという気もしています。厚生労働省は私が当初考えていた以上に相当真剣にこの問題に取り組む方針みたいなので、私はそこに期待したいと思っています。

○岡議長 今の（６）の２つ目のポツは、「サービス」に限定して書いてあって、それ以外の経営的なことは（６）の１番目もそうだし、さらに言えばその前の調達の公正性だとか、その前の内部留保の明確化、いろんなどころに分散して置かれているような気がするのです。それを全部取りまとめて財務諸表でチェックする。

ここでは「サービス」の質を上げるための受審率を上げたり、先ほどのガイドラインの質を上げたりという形で、幅広い経営のところは他のところに入るかなという気もしますけれども、いかがですか。

○松山専門委員 そうすると（６）のタイトルが経営管理体制の強化になっているので、また構成上微妙かなど。御趣旨はそのとおりでと思うのですが、編集の仕方に工夫が必要なのではないか。

○岡議長 明らかに（６）のポツ１はこのタイトルどおりですね。ということは（６）のポツ２は違うタイトルで書いたほうがいいのかももしれない。

○大田議長代理 でもサービスの質の管理も経営管理ですね。いいのではないのでしょうか。

○岡議長 佐々木さんからあった「等」を入れることもそんなに抵抗はないのですけれども、どうでしょうか。入れてもいいでしょうか。

○大熊参事官 ただ、財務のことについてはその下に外部の会計監査のことがちゃんと入っていますので、そういう意味では一応区別されてあるので。

○岡議長 佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 大変細かいことです。サービスというものがどこまで含まれるかということなのですが例えば施設が壊れていたというものも環境の提供ですから「サービスが悪い」とみなされるのでしょうか。サービスと言うとソフト面というようイメージがされるのですけれども、例えば介護施設の場合、右麻痺の人にとっては左手しか使えないので、トイレは左側に手すりがないといけないのですが、見た目のチェックだと全部の部屋にもし右側に手すりがあると、これは見た目では「手すりありのトイレ設置」となりますが、右麻痺の人は右に手すりがあってもトイレは使えないのです。両方がないと。

よって何をもってしてサービスという定義にするのかというのが難しいなと思ってます。私も財務諸表を入れる入れないというところまで明確に思わないというか、それを必ずしも含めてほしいという意図ではなかったのですが、サービスという言葉に限定することによって何か提供する者のソフト面だけで、例えばごはんは出しているけれども、２回出していたとか、量が少ない、これはサービスなのか質なのか。いろいろと同じニンジンを出すのでもどういうニンジンを出すのか。きっとお客様というか患者や利用者にとってはいろいろな意味で評価したくなる時代がやってくると思うと、この単語は若干、もう少し含みを入れておいたほうが、先ほどの翁さんの指摘のとおり、ガイドラインの見直しということも考えるといいのではないかという印象を持ちましたので、御意見させていただきました。

○岡議長 今、佐々木さんから大変説得力のある御意見をいただきましたので、幅を持たせるということで「等」を入れさせていただきます。確かに、一般的にサービスはソフトだけというイメージがありますからね。では、サービス「等」を入れてください。

それでは、本件については、今の4カ所の修正を入れまして、当会議の意見として公表することにさせていただきます。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。

それでは、次に議題3、規制改革ホットラインについて事務局からの説明をお願いいたします。

○柿原参事官 それでは、資料3を御覧ください。横紙でございます。

4月10日現在で全部で2,302件受けつけております。同じく4月10日現在で、前回御報告したものから新たに23件、うち17件が創業・IT等ワーキング、累計でこれまで1,331件の検討要請を関係省庁に行っております。

なお、注3にありますとおり、そのうち現在1,088件の回答を各省庁からいただいております。新たに要請した項目については、次のページを御覧ください。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

佐久間さん、何かありますか。

○佐久間委員 1点だけ。この別紙のほうについています具体的な中身ですけれども、非常に興味深いのは、創業・IT等ワーキング・グループにお願いします10～17が航空労組連合会、つまり労働組合から出てきた規制改革要望で、中身を見ますとそれぞれそれなりに合理性のある内容であります。例えば17番、皆さんにも影響のあるこういう項目までございます。

以上です。

○岡議長 ありがとうございます。

何か御意見、御質問はございますでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了いたします。