

健康・医療WG（第13回） 議事概要

1. 日時：平成25年11月26日（火）15:00～16:59
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、金丸恭文、
佐々木かをり、森下竜一
（専門委員）滝口進、竹川節男、土屋了介、松山幸弘
（政務）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、後藤田内閣府副大臣
（事務局）滝本規制改革推進室長、館規制改革推進次長、大熊参事官、湯本企画官
（厚生労働省）佐々木医政局指導課在宅医療推進室長、
安川医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室課長補佐、
竹林保険局保健医療課企画官、迫井老健局老人保健課長、
梶尾医政局指導課長、鳥井保険局保険課長、
中村保険局国民健康保険課長

4. 議題：
（開会）
 1. 在宅医療・在宅介護の推進について
 2. 医療機関の業務及びガバナンスについて
 3. 支払基金と国保連の役割分担の見直しについて
（閉会）

5. 議事概要：

○館次長 それでは、時間になりましたので規制改革会議健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。

皆様方には御多用の中、御出席賜り、ありがとうございます。

本日は、佐々木委員は雇用ワーキング・グループの方の御出席で少し遅れておられます。

開会に当たりまして、稲田大臣から御挨拶をお願いいたします。

○稲田大臣 本日は委員の皆様方、また専門委員の先生方にお集まりをいただきまして、ありがとうございます。翁座長のもとで、毎回、勢力的な御議論をいただいていることに感謝をいたします。

本日は、今期の健康・医療WGの検討項目のうち、在宅医療・在宅介護の推進、医療機関の業務及びガバナンス、支払基金と国保連の役割分担の見直しについて議論を予定してい

るところでございます。

在宅医療・在宅介護の推進については、前回、ワーキング・グループでの積極的な議論が行われましたけれども、論点を整理することができればと思っております。

また、支払基金と国保連の役割分担の見直しについても、10月21日に御議論をいただき、本日はより具体的に議論を深めていただけるものと期待をいたしているところでございます。

さらに、医療機関の業務及びガバナンスについては、本日が初回ですけれども、竹川専門委員からプレゼンテーションがあると聞いております。まずは問題提起をいただきまして、今後の議論につなげていければと思っております。

本日も委員の皆様方の活発な御議論を期待いたしているところです。

私からは以上です。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、報道の皆様、御退室をお願いします。

(報道関係者退室)

○館次長 それでは、これ以降の進行は翁座長の方でよろしくお願いいたします。

○翁座長 それでは、始めさせていただきます。今日は盛りだくさんのテーマがございますので、うまく効率的に進めていければと思います。

まず、議題1「在宅医療・在宅介護の推進について」から始めさせていただきます。

本日は、厚生労働省に御出席いただいておりますので、これまでのワーキング・グループにおいて、委員の皆様からいただいた御意見などをもとに、厚生労働省と意見交換を行いたいと思います。

まずは、事務局から資料について御説明をいただきまして、その後、厚生労働省からの御見解を伺ってから意見交換とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○大熊参事官 資料1を御覧ください。「『在宅医療・在宅介護の推進』に関する論点(案)」でございます。

1番目が、前回も活発な御議論があった内容でございます。

1. 在宅診療提供体制の充実

① 診療所の外来機能要件の撤廃

健康保険法の趣旨から、保険医療機関に「外来応需の体制を有していること」を求める解釈上の運用がなされており、在宅医療を専門に行う診療所にとって、外来診療の前提が制約要件となっているとの指摘がある。在宅医療を主として行う診療所開設において、診療所の外来機能要件を撤廃してはどうか。

2つ目以降は、前回議論にはなっていませんが、要望として挙がってきているものでございます。概要で説明します。

「2. 医療従事者の在宅医療・介護への参加推進」。

「① 医療機関の薬剤師による居宅療養管理指導の算定基準の緩和」。

現在、介護報酬上、医師に薬剤師が同行する場合に、特に医療機関の薬剤師が同行するときに、居宅療養管理指導料を算定できないということがございますので、こうした算定基準の緩和を行ってはどうか。

「3. 介護施設への訪問診療の算定」。

「① 特別養護老人ホームに対する外部の医療機関による訪問診療」。

特別養護老人ホームには、医師が必要数配置されている。そうした前提のもと、末期のがんや緊急の場合等を除き、他の医療機関が医療行為を行っても診療報酬が算定されない。

一方で、患者が必要とする際に、医師が不在であることが多いとの指摘がありますので、こうした特別養護老人ホームへの訪問診療を可能としてはどうか。

「② ショートステイ施設への訪問診療の算定緩和」。

患者はショートステイ利用時に、特に定期的な訪問の診療を受けることができない。結果的に、ショートステイの前後に再調整をされているという現状がございます。ですので、継続的な医学管理に不具合が生じているとの指摘がある。ショートステイ施設への訪問診療を認めてはどうか。

「4. 訪問診療のサポート体制整備」。

「① 出張所の届出」。

出張所の届出、登録が、出張所についてはされていないがために、市町村、それから卸売業者から納品が受けられなかったりする不都合が生じている。医療機関が出張所の住所を登録できるような仕組みを導入してはどうか。

「② 医薬品・医療機器の小分け販売制度の導入」。

在宅医療を行う診療所では、多品種、少量での医薬品・医療機器の使用となっております。ですので、卸売業者による医薬品・医療機器の小分け販売、これ自体は民民の話ですけども、こうしたものを推進すること、それから医療機関間における小分け品の譲渡・転売を認めてはどうか。

「③ 医薬品・衛生材料の提供」。

在宅医療を行う場合、医療機関が医薬品やガーゼ等の衛生材料を提供しなければならないが、医療機関から十分に提供されていないため、訪問看護ステーションまたは患者自身が薬局等で購入し使用することがあるとの指摘があります。こうした事象に適切に対応できる仕組みを構築してはどうか。

「5. その他」。

「① 末期の悪性腫瘍患者に対する介護認定基準の見直し」。

終末期のがん患者は、急激に状態が悪化するため、必要なときに十分な介護サービスを受けられないとの指摘がございます。末期のがん患者については、最低でも要介護度2以上が認定されるように介護認定基準を見直してはどうか。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、厚生労働省から10分程度で御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 私、厚生労働省保険局医療課の竹林でございます。本日はよろしくをお願いいたします。

まず、私の方から、1番最初の「診療所の外来機能要件の撤廃」ということでございます。私どもの考え方というか、今までの運用について申し上げますと、健康保険法上、健康保険の適用を受ける治療を受ける場合には、保険医療機関などの中で、御自身の選定する医療機関から受ける「フリーアクセス」というものが保証されるということになっております。この前提として、保険医療機関というのは、全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるという考え方に基づきまして、御指摘のとおり、外来応需の体制を有していることを保険医療機関に求める解釈上の運用をしております。一方で、在宅医療を専門に行いたいという診療所にとりましては、その外来診療が前提となった今の運用が制約要件になっているとの御指摘もございましたことを踏まえまして、10月末の中央社会保険医療協議会の方で御議論をいただいております。ただ、その中では、慎重な検討が必要なのではないかという意見が大半だったという状況でございまして、具体的に申し上げますと、在宅医療は、かかりつけ医機能の延長であって、在宅専門の診療所等についても外来機能を持つべきという御意見でありますとか、今盛んにその所持機能の充実といったが議論を行っておりまして、そういった議論が固まった後に出てくる新しいテーマではないかということで、全く新しい業態ということですので、引き続き議論をしていただくということにしております。

○厚生労働省（迫井老健局老人保健課長） 恐れ入ります。私、厚生労働省老人保健局の老人保健課長を拝命しております迫井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、「2. 医療従事者の在宅医療・介護への参加推進」で、医療機関の薬剤師による居宅療養管理指導の算定基準の緩和につきまして、お手元の参考資料、4ページをお開きいただきながらお聞きをいただきたいと思います。居宅療養管理指導と申しますのは、読んで字のごとくなのですけれども、医師、歯科医師を初め、この表に書いてございますとおり、様々な専門性を生かした居宅の指導を行う、それを評価しております。御指摘の点につきましては、基本的にこの居宅療養管理指導、同一日に重複算定をするという考え方にはなっておりませんで、1つの医療機関、薬局が提供するサービスを、1日につきまして包括的に評価をしております。この表の中ほどの「薬局の薬剤師」による指導が別途算定できるのに、という御趣旨だと多分思いますが、前提として、医療機関、病院とは別に薬局がございまして、この場合算定できるというのは、逆に言いますと、ある程度そういった配慮をしませんと、薬局の療養指導が評価できない場合があるということでございます。御指摘は、「同行する場合」とのことでございますので、したがって、これは包括的な評価で算定できないという運用になっているということでございます。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 続きまして、「3. 介護施設への訪問診療の算定」でございます。

①の特別養護老人ホームに関してということでございますが、介護保険と医療保険の給付の関係ということで申し上げますと、これは健康保険法上定めがございます、同じ疾病や負傷については、介護保険が優先するというのが大原則になっております。それで、特別養護老人ホームが配置されているということでございまして、この配置医の方で入所者の医学的健康管理、あるいは療養上の指導を行うことになっておりますので、この部分は介護報酬において評価をする。したがって、診療報酬の方で初診料、再診料を算定はできないというルールになっております。また、特養の配置医師が、その施設の介護職員と共同してみとりに行った場合には、看取り介護加算ということで、介護報酬上そこも評価されておりますので、みとりの対応についても、基本的にはそういう仕組みがございます。ただ、そうした中で、例えば末期の悪性腫瘍の患者さんなどで、特養でのみとりなど十分にできないような場合に、外部のお医者様が特養でみとりに行った場合などの診療報酬上算定できるケースというのを拡大してきているという対応をこれまでしてきているというところでございますが、両制度の給付の重複関係については、一定のルールが必要だということでございます。

②のショートステイの場合につきましても、これもどちらで評価するかという問題がございます。診療報酬では、訪問診療というのは、在宅で療養を行っている患者さんで、通院による療養が困難な方に対して、定期的に訪問して診療を行った場合に算定されるということでございますが、介護保険のショートステイを提供する施設にそういう方が行かれた場合には、こうした施設で健康管理、療養上の指導を行う医師の配置が義務づけられているほか、看護職員が手厚く配置されている場合には、介護保険の方で対応するというところでございますので、ここも両制度の給付のルールとして、そういった対応を行っているということでございます。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課在宅医療推進室長）　続きまして、4の①です。医政局指導課の佐々木でございます。

御指摘の医療機関の出張所というところを、後で詳しく教えていただければと思います。と申しますのも、今の医療法上では、医療機関というのは、病院か診療所に分けていますので、診療所であれば、当然ながらこれらの登録もできますし、物の配送もできます。こうしたときに、出張所がどういうもので、それが登録されていないというのがどういふことなのかを教えていただければ、それに応じて対応できるかと思いますが、基本的には、もし出張所というのが医療法上の診療所として届け出ているのであれば、病院にかかわらず診療所であれば、その場合は当然ながら届きますし、また、郵便物等も届きますので、これは後で教えていただければと思います。

以上です。

○厚生労働省（安川薬食品局審査管理課医療機器審査管理室課長補佐）　医薬食品局医療機器審査管理室の安川と申します。

続きまして、②の医薬品・医療機器等の小分け販売、私どもの方では「分割販売」と呼

んでいますが、これについて御説明いたします。

医薬品・医療機器の分割販売については、今現在もできることになっておりますけれども、ただし分割販売する場合であっても、直接の容器への表示、製造販売業者の氏名、住所とか、製造番号といったものですが、これは使用上の注意を書いた添付文書の添付といったものが必要になります。医薬品の場合は、分割販売する際のこれらの表示等の取り扱いが通知によって明確になっておりますけれども、医療機器については、これが明示されておりましたので、今後、運用方法を明確にして、医療機器も分割販売ができるということを周知する予定にいたしております。

それから、もう一つの医療機関間における譲渡・転売についてでございますが、こちらは業としてこの行為を行うのであれば、医薬品の販売業とか、医療機器の販売業の許可が必要な行為ということになります。ですが、これが、実際販売業に当たるかどうかについては、ケース・バイ・ケースで個別に判断されるべきものではないかと考えております。

以上です。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官）　続きまして、③の在宅医療を行う場合の医薬品・衛生材料の提供でございますが、医療機関から十分に提供されない場合の問題について、こちらでも現在、中医協で具体的な方策も示して御議論いただいているところでございます。具体的に申し上げますと、衛生材料に対する患者や訪問看護ステーションの負担を解消するために、まず医師の指示を受けた訪問看護ステーションが必要な衛生材料の量、どのぐらい必要かということをお訪問看護計画書というものに記載をしまして、主治医に提出、報告する。それをもとに、医療機関の方で提供すべき衛生材料の必要量を判断いたしまして、そこに薬局、薬局と言いましても、その衛生材料を供給できる体制を有しているという形で届け出をしていただく、そういうことを前提に、そうした薬局に材料の提供を依頼をして、薬局を介して患者さんの御自宅に必要な衛生材料の提供を行う、こういった仕組みについてお示しをして御検討いただいているところでございます。

○厚生労働省（迫井老健局老人保健課長）　あちこち行って恐縮でございます。最後に5番目、末期の悪性腫瘍患者さんに関する認定基準の見直しの件でございます。これは、お手元の資料の8ページ以降を御覧いただきたいのですが、8ページ、9ページが認定の仕組みそのものの御説明です。これを本日、細々御説明するのは本意ではなくて、基本的に認定につきましては、一次判定、二次判定含めて、一定の調査とか、審査会、専門家の判断を経てやっております、逆に言いますと、そういったことに関しまして、もちろん一定の期間かかります、ということでございます。

おめくりいただきまして、10ページなのですが、御指摘の末期がんの方々、こういった状況を想定いたしまして、実は暫定ケアプランという制度を用意しております。この暫定ケアプランを活用していただきますと、例えば1. に書いてございますが、保険者によって多少の対応状況は違うにしても、基本的には迅速に、同日のうちに審査を行うようなことも含めて対応するということをしておりますし、それから、これはさかのぼっ

て給付を受けられるような調整ができますので、基本的に利用者さんに大きな不利益がかからないような配慮はさせていただいているということでございます。

それからもう1点、おめくりいただきまして、13ページに書いてございますけれども、2つ御指摘いただきました期間の問題、それから2点目の最低でも2以上の要介護度、これは恐らく福祉用具、例えば特殊なベッドとか、そういったものが使えないのではないかという御指摘と我々としては考えているのですが、その点につきましても、この資料の1.の2パラグラフ目でございますが、要支援1及び要介護1、こういった方は、基本的にはこういった福祉用具の貸与の対象になっていないのですが、末期がんの方の急速な状態の悪化等で、明らかに必要になることがわかっている場合には、制度上の運用で対応できるような工夫もさせていただいておりますので、基本的にいただいた御指摘については、運用上対応できるような工夫をさせていただいているということでございます。

以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、今の御説明に関しまして、御質問や御意見などありましたら、よろしく願いたいします。

はい、土屋専門委員、お願いします。

○土屋専門委員 最初に、私、元がんセンターの院長としておわびをしないといけないのですが、5番目の「その他」の末期の悪性腫瘍患者に対する介護認定基準が問題になるのは、がん専門病院の医者がこのことをよく知らないのです。実は介護保険ができたとき、私、当時院長で、本省から担当官に来ていただいて説明会を開いたのです。迫井さんも御存じだと思うのですが、そのときに百数十名参加者があったのですが、医師はたった3人ということで、いかに認識が悪いか。私ども医者仲間として大変恥ずかしいのですが、これは多分そこに一番の原因があって、制度上の問題ではないので、切り離してよろしいかと、まずはおわびを申し上げます。

私の意見は、その上の4の②、③なのですが、これらのことは電子カルテが診療所で徹底をして、医薬品であってもインターネット販売ないし電子のやりとりができれば、ほとんどが解決する問題だと思うのです。ですから、その辺を踏まえた上で解決策を練っていただければと思います。

○翁座長 ありがとうございます。ほかにいかがでございましょうか。

はい、森下委員。

○森下委員 最初の外来機能要件の撤廃の話なのですが、現行の在宅の患者さんが増えていく中で、いずれ専門の医者を用意しないと、多分回らないというのが事実だと思うのです。医者も高齢化していますし、移動も大変ですし、現在だと午前中外来して午後から皆さん在宅をするというので、疲れてきたら在宅をやめたり、あるいは倒れられたりするケースも事実上結構あります。そうすると、ここはいずれ機能分化の中で、やはり在宅専門というのを作る方がむしろ合理的なのだと思うのです。そういう意味では、今の時

点から誘導されるような制度を作っていくというのは、厚労省としても当然すべき話ではないかと私は思っていて、むしろどちらかというところ、だめだというのではなくて、ではどういう要件があれば在宅専門の診療機関というものを用意できるのか。そういう観点で見てもらうことはできないですか。そうでもしないと、今みたいに両方やるのは、多分医者がもたないですね。

○翁座長 お願いします。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 正に、今、おっしゃられたような問題意識を私どもも持っております。したがって、今日の参考資料でも、1枚表紙をおめくりいただきますと、中医協に出ささせていただいた資料がございまして、その論点としまして、フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関についてどのように考えるかということで、その考えられる要件、こういったことで何か要件をつけた上でそういったことが考えられないかという意識自体は持っております。おっしゃるとおり、これから在宅医療が必要な方がどんどん増えてきますので、そういう中で合理的なことをやっていかなければいけないと思うのですが、他方で、これは別に在宅医療専門医療機関だからそうだとこのことを言うつもりはございませんけれども、在宅医療という分野自体が結構新しい分野、そこで我々が過去余り想定しなかったようなことも起きつつある。そのことを御参考までにお示ししております、これと今の話をリンクさせ過ぎるのはどうかという部分もございまして、全く新しい業態についてどうするかという部分を考える中で、ちょっと想定をしなかったような問題が起きてくる可能性など、かかりつけ医の延長線上に在宅があるというような、そうした診療側の意識、そういったことも踏まえて、関係者の皆様方のいろいろな意見を伺いながら、引き続き検討していきたいと考えております。

○森下委員 認識が一緒という割には、ゼロ回答に聞こえる内容だなと思って聞いていたのです。認識が同じだったら、もっとポジティブな回答があってもいいのではないかと思います。ただ実際上、寝たきりになっている人で、保険医療機関の選択などできない人が実際上多いです。はっきり言いますと、在宅で来ている医者がかかりつけ医です。そういう意味では、いかに家での看取りなり、家での治療というものを充実させるかの観点でいけば、これは当然ながらそういう選択ができない人たちをどうやってやるかという話だと思うのです。そうすると、そこはやはり特化させていけない限り、十分な医療はできない。これは当たり前の話だと思うのです。そういう意味では、かかりつけ医の話とは全く矛盾していないし、むしろどちらかというところ、本当に1年以上寝たきりの人は、かかりつけ医というのは在宅に来てくれるお医者さんで、むしろその方々の機能をいかに充実するかというのが今の趣旨からいくと正しいと思うのです。そういう意味では、どうすればいいかというのを、もう少しお知恵を出してもらおうと前にいくのではないかと。やはり全て同じものを要求するのは、どう考えてもオーバースペックですし、それでも日本は医療機関が多いと言われているのに、意味がないと思うのです。むしろ今後、やは

り特化をしていった形でやるのが、それこそ開業医の方の安定化にもつながるし、患者さんのメリットにもつながるといことで、もう少しポジティブな方向にアイデアを出していけないかなと思うのです。

○翁座長 ぜひそのところはお願いしたいなと思ってしまして、我々のプライマリーケアの充実というのは、やはりこれからの地域医療の非常に重要な柱だと思っておりますし、それと両立する形で、そういった在宅専門のお医者さんもいらっしゃれば、24時間をどうやって診ていくかというのは、かかりつけ医の方もうまく連携しながらやっていけると思っていますので、ぜひ前向きに御検討いただければと思います。

はい、お願いします。

○後藤田副大臣 すみません、ちょっと確認なのですが、中医協とは伏魔殿みたいなもので、先ほど中医協で慎重意見が出たというのですけれども、一体どこの誰がどういう意見を出したか紹介してください。これは公になっていますね。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） これは明確な反対意見ということではないのですが、先ほど私が申し上げましたような在宅医療というのはかかりつけ医の機能の延長だということは、診療側の委員の方から表明をされました。

○後藤田副大臣 誰ですか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 個人名でございますか。安達委員です。

○後藤田副大臣 医師会ですね。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） はい。

○後藤田副大臣 医師会代表が慎重であるべきと言ったのですね。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 慎重であるべきというよりかは、在宅医療というのはかかりつけ医の機能延長ということで、外来機能を持つべきということですから、まあ慎重ということですね。

○後藤田副大臣 それであとは誰が慎重意見ですか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 慎重というわけではないのですが、例えば議事録からすれば、経団連の委員の方から、主治医機能の充実の議論が固まった後に出てくる新しいテーマですねということで、要は、ちょっと行間を読めば慎重に検討すべきという。

○後藤田副大臣 それはあなたたちが行間を慎重に読み過ぎているのではないのかと言っているのです。そんなのダメですよ。それをもってして、中医協の意見は慎重だったという発言は撤回した方がいいですよ。どうですか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） いずれにしても、私ども、知恵を絞りながら御議論をしていただきたいと思いますと思っております。

○翁座長 土屋専門委員、稲田大臣。

○土屋専門委員 すみません、お先に。

定義についてちょっと御説明いただきたいのですが、今、かかりつけ医と主治医機能と

おっしゃったのですが、どういう定義で使っているのか教えてください。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） このあたりのことは、明確にかかりつけ医はこうというふうに定義されているわけでもないような中で、私も2つの言葉をまぜこぜにして、やや混乱させたことをおわび申し上げたいと思います。いずれにしても、患者さんを継続的に診る中で、その中で外来から始まって、その延長線上で在宅というような議論というか、御意見だったということでございます。

○土屋専門委員 やはりこの定義をはっきりして使わないと、外来からいきなり在宅へ連続的にいくのかどうかというのは、大変問題が多いと思うのです。外来だけのときは個人1人で診れますけれども、在宅になった場合、最近都会では、複数医師による診療所が賄っていることが多いです。したがって、時間内、時間外という分け方をする、しないにかかわらず、日中の多くの医者がある場合と、夜間担当者が1人で担当する、そういう機能分化をしていかないと、在宅診療は、24時間カバーなどというのは名目だけで実際にはできない。ですから、その辺をどういうものかを描いていくのか。中医協でも明確に示されていないと思うのですが、厚労省がどういうことを描いて、この在宅医療を進めていくのか。そこが一番問題ではないかと思うのです。英国型の複数医師による地域の診療所で、外来機能も、午後から往診もやる。時間外については、時間外専門のところを受け持つ、そういうことを明確にするのか、しないのか。今の開業医の延長線上のままやるのであれば、今の開業医も、本当にかかりつけ医がどうなのかから定義を決めていかないと、明確にならないと思います。

○翁座長 稲田大臣、お願いします。

○稲田大臣 3点お伺いします。

1点目は、この健康保険法の趣旨ですけれども、これは健康保険法の63条の3項の自己の選定するものから受けるものとするということを示されているのだと思いますけれども、私は、今は高齢者が増えていて、在宅医療のニーズがすごく増えている現状においては、むしろここにある開放性というか、被保険者から見た療養給付を行う開放性というのは、在宅専門のところに無理やり行って外来を求めるのではなくて、在宅医療を必要とする高齢者の方にきちんと在宅医療を施すことが、むしろ健康保険法の趣旨であると思うのです。この健康保険法の趣旨から、開放性から、在宅医療はおかしいと言っているのは、私はあべこべだと思うのですが、どうですかというのが1点目。

2点目の中医協の言っているかかりつけ医の延長ということが、健康保険法の開放性の趣旨から導き出せるのですかということが2点目。

3点目は、そう想定されなかった弊害があるとおっしゃっているのは、これは外来を持っている在宅医療だったら防げなくて、外来を認めない在宅医療との因果関係のある想定されなかった弊害というのは、どういう場合なのでしょう。

○翁座長 お願いします。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） 開放性ということで、私ども考えており

ましたことは、確かに在宅医療を必要な方にとってみれば、在宅医療専門のところに行けば、それは十分に治療を受けられることになると思いますけれども、いろいろな患者さんがおられます。そこで近くの医療機関に行ったところ、在宅専門なので診られませんというようなことの角度から考えますと、フリーアクセスという観点からはいかがかなという部分がございます。ただ、そのあたりの部分と在宅医療を重視させなければいけないというこの要請との兼ね合いをこれから議論をいただいて、新しい業態でございまして、様々な関係者の皆様の意見を聞いて検討していきたいということでございます。

また、想定しなかったいろいろなことが、外来であれば確実に防げるということは申し上げられないと思いますけれども、ただ、例えば訪問診療ということでありますと、本当に患者様とそのお医者様の関係が、場所もそれぞれですし、より見えづらい部分も出てくるのかなということで、特に在宅医療ということの中で出てきた問題という部分はあるものですから、ちょっとそのように申し上げましたけれども、外来の方ではそういう問題が絶対出てこないということではないということは申し上げておきたいと思います。

○森下委員 今の大臣への回答は、幾ら何でももう少し真面目に答えてもらった方がいいのではないかと私は思うのです。医者と患者さんの関係は、在宅だろうが外来だろうが医者と患者さんの関係であって、在宅だから患者さんを軽視するとかいうことは、実際上あり得ないではないですか。最初に言われた、他の医療機関が断るというのも、もし本当に断られるのであれば、それは医療機関が医師法違反をしているわけであって、日本の制度上は受けなければいけないわけだから、それは理屈になっていないと思います。さすがにそういう理屈というのは、法律以前の問題で、今の医療体制に合っていないではないですか。逆に、先ほどから何回も言っているように、いかにすれば在宅専門のところを持っていけるかということを考えないと、厚労省自体どうせやらなければいけない話なのだから、中医協の話の中でも、必ずしも慎重論というか、それは皆さん言われるけれども、本当に将来方向としてそれを止められる状況が続くと誰も思っていないと思うのです。そういう意味では、もう少し誘導的なお話をちゃんとされた方がいいのではないかと私は思います。少なくとも、今の大臣に対する回答は、回答になっていないですよ。

○翁座長 金丸さん、お願いします。

○金丸委員 同じような意見が続いているのですけれども、今の在宅医療に関してなのですが、これは患者の側とお医者さんの側と両方わざわざ制約をしておられるような気がしています。在宅専門でおやりになろうとする方には、レントゲンを置けだとか、何の設備が必要だとか過剰な設備を要求するわけですね。今度は患者の側から見ると、他の病院にも行けるたくさんの選択肢があるにもかかわらず、在宅医療の先生のところへ行ったら先生は診なければならず、出かけられない。そうすると待っている患者に対しては、訪問できる時間も減ったりするわけですから、厚労省さんのお答えというのは、まず基本的には時代に合っていない。時代の先を読む気があるのかどうかもわからない。これまでもそうなのですけれども、いつも誰かのせいにして、例えば中医協の誰々が慎重と言っていると

か言って、何か編集権と言いますか、自分の都合のいい意見を選びそれを組み合わせて、この席でもいつもできないとおっしゃるので、私はもう我慢の限界というか、こういう会議をこんな形でずっとやっている限りはらちが明かないなど。我々、規制改革会議全体で考えなければいけないのは、他のワーキングも全部解散をして、厚生労働省をテーマにこの会議は絞って、集中期間とか何か半年ぐらい決めて、それできっちりアイテムズして、それで我々が提案をして、それこそ総理に迫るぐらいではないと、皆さんもう変わらないのではないかと私は思っているのですが、いかがですか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） いずれにしましても、別にやりませんということをおっしゃっているつもりはないので、患者さんのためになるように。

○金丸委員 やりませんとしか聞こえない。患者第一でいいですか。患者第一でお考えになれるということが、今日確認ができたということでもいいですか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） はい。その上で、御議論をいただいて検討していきたいということでございます。

○金丸委員 この程度ができなくて、日本の改革全体を語れないではないですか。時代は、在宅医療というニーズが年々高まってくることは明らかですね。それに対して何で手を打とうとしないのかがわからない。過剰な設備を要求するという理屈がわからない。フリーアクセスとおっしゃるけれども、寝ている人はフリーアクセスと言われたところで、自分でアクセスできないわけですね。そのかわりのオルタナティブとして、先生がアクセスしてくれるので、それはある意味でフリーアクセスの代替だと思っております。ぜひ発想の転換をしていただいて、早目に前向きな答えを持ってきてほしいなと思います。

○翁座長 お願いします。

○林座長代理 ありがとうございます。

私も今、金丸委員がおっしゃられたのと同様の思いを持っているのですが、別の言葉で申し上げたいと思います。

稲田大臣からの質問3点というのは、本件における問題点を集約しておられると思います。特に第1点目の、健康保険法の趣旨から考えて、現状で在宅医療について法令上定められていない外来応需体制を有していることという、法律上書かれていない規制を、今、維持する合理性がどこにもない。むしろ国として、在宅医療を進めるという方針であるのですね。それで厚労省はやっておられるはずですがけれども、そうであるならば、健康保険法の趣旨、患者が、自己が在宅医療を選択するという権利を奪うような現状の在り方を見直さなければいけない責務が厚労省にはあるのではないかと思います。その意味で、今、中医協という専門家の団体に議論されているということなのですが、冒頭、これについて厚労省の方から、慎重論が大半という集約をなされましたが、これは既に副大臣ほか皆様から出ているように、事実ではないですね。改められるということによろしいですね。

それからいきますと、中医協を開催しています厚労省としては、健康保険法の趣旨から考えて、現状我が国の政策としては、在宅医療を推進することが国是であり、これを進め

るためにどのような方策をとるべきかということ中医協で御議論いただくのだという明確な指針を示した上で議論していただかないと、今までこうだったという議論でもってこのまま議論が進んだり、また不祥事が起きるかもしれないという、いつもの何とかのおそれという因果関係不明な理由でもって結論が誘導されてしまうリスクが非常にあると思いますので、その点を中医協の専門家の先生方に対して、ぜひ厚労省から明確な整理をした上で議論していただけるように、そこをお願いしたいと思います。そして、この議論は、いつまでにどういう形で討論されるのかを教えてください、本日はこの規制改革会議の方で、大臣からも含めまして、今のような意見が出たということもぜひお伝えいただいて、我々がここで言うだけということにならないようお願いしたいと思います。

○翁座長 はい、お願いします。

○滝口専門委員 2点ほど厚労省の方に伺いたいのですが、そもそも皆さん方が議論なさっておられる外来の機能は、一体どういったものを想定なさっておられるのか。特に在宅との関連で、例えば、現在、既に眼科であるとか、耳鼻科であるとか、小児科であるとか、婦人科であるといった専門科で開業している先生方がたくさんいらっしゃって、その方々に在宅との関連で提供すべき医療の内容について、全ての疾患に対する応招の義務（これは古い言い方ではありますが）は、ほとんど、今は有名無実になっているのではないかと、逆に、被保険者というか、患者の方も、眼科や耳鼻科の先生に心筋梗塞らしいとって受診することもないわけですから、在宅で求められる診療の機能は、皆様方何となく想定をなさっておられて、恐らく内科を主体とした一般的な総合診療の機能といったぐらいのところ意識はおありなのでしょうが、そもそもそういった専門領域が既に分化して久しいのに、在宅の診療だけは分化させて存在することを認めないというのは、いささか奇異に感じるというところがございしますが、それはいかがでしょうか。

○厚生労働省（竹林保険局保健医療課企画官） まず在宅医療で基本的に念頭に置いているのは、今、御指摘があったような形というのは、そのとおりでと思います。かつ、医療機関の方の機能分化も進んでいって、応招義務といいますが、確かに眼科に他の病気の方が行かれるわけではないというのはそのとおりでと思います。そういうことも踏まえて、あと在宅医療を推進していること、いずれにしても、とにかく患者さんのためにどうあるべきかということで検討してまいりたいと思います。

○翁座長 それでは、今日は1の①が中心になりまして、あとの論点が残りましたが、これにつきましては、また事務局を通じまして、いろいろとやりとりをさせていただくということで、申しわけありませんが、そういう形にさせていただきます。

今日はどうもありがとうございました。引き続き、よろしく御検討いただきたいと思います。

（説明者交代）

○翁座長 それでは、議題2「医療機関の業務及びガバナンスについて」に移らせていただきます。まず、竹川専門委員から医療法人のガバナンスについてプレゼンテーションを

いただきまして、次に厚生労働省から、医療法人制度に関する検討のスケジュールについて簡単に御説明をいただき、その後、質疑応答とさせていただきたいと思っております。

それでは、竹川専門委員、よろしくお願ひいたします。

○竹川専門委員 専門委員の竹川でございます。

私は、医療法人のガバナンスの強化という観点から、理事長の資格要件、そして、社員の議決権、具体的には出資額に応じた議決権の行使という2点について、私見を述べさせていただきます。

まず初めに、医療法人の理事長は、原則医師、歯科医師でなければならないということに関してでございますが、これは1980年の富士見産婦人科事件をきっかけに作られた規制です。御存じの方が多くは思いますが、院長の旦那さんの、医者でない方が理事長をしていて、院長がその奥さんでした。そして、マスコミの報道によれば、理事長が利益を追求するために院長に圧力をかけて、必要のない患者さんの子宮の摘出手術を随分多くやったということでございます。それによって、医療法人の監督強化ということが目的で、法律改正をされたものでございます。その後、規制改革会議の意見を通じて、例外的に認められることもありますけれども、基本的には、現在も医師、歯科医師でなければならないということでもあります。この富士見産婦人科事件に関しては、裁判では、医師の資格を持たない理事長が超音波による診療をしたという医師法違反が確定していますし、当初、院長の傷害罪については不起訴処分になったわけでございますが、最終的には患者さんの被害者団体の意見をもって、随分時間が経った後に傷害事件で起訴されました。この事件と、医療法の監督強化が目的という法律改正に関しては、私はどういうふうに関係があるのか全く理解できません。そもそもこの富士見産婦人科事件というのは、医師の倫理観の欠如の問題でありまして、幾らいろいろな方が、例えば総理が圧力をかけても、医師たる者は不必要な医療行為はしないというのが医師の倫理観だと私は思っておりますので、これを契機に医療法人の監督強化ということで法律改正したということに関しては、いまだに私は理解できません。現実として医療法人の理事長に求められているものは、経営能力ですので、この規制に関しては、全く無意味な規制であるというのが私の私見でございます。

2番目に、社員の議決権についてですが、医療法人社団というのは、出資を持っている社員がおります。結論的には、出資額に応じた議決権を認めるべきだと私は思っておりますが、その意見について少しお時間をいただいて、背景を申し上げたいと思っております。

厚生行政では有名な、「医療費亡国論」という、1983年に、当時保険局長だった吉村仁さんが書いた論文がございますが、このままいけば医療費が国の財政を非常に圧迫して、将来国が潰れてしまうという内容の論文でした。私は当時、医者になったばかりでしたが、国が潰れるということはどういうことか理解ができなかったわけです。しかし、1991年にソ連が崩壊したときの報道を見まして、こんな大国も潰れる、国が潰れるというのはこういうことか。大国モスクワの市民が、寒い中スープとパンを求めて並んでいる姿を見て、

国が潰れるということは、社会保障どころではない、そして、一番弱い方が被害を被るということを目の当たりにしたわけです。それ以降、やはり医療費というものは抑制しなければいけない、医師としても、国の財政に対して考えていかなければならないということを考え始めたわけです。この吉村さんの論文によりますと、供給過剰が一番の問題であると。医療機関の供給過剰が問題であって、それは医療法の改正によって対応すべきが筋だろうと。すなわち、社会保障として、厚生労働省主導で医療費を抑制していくというのが、この論文の趣旨であります。それによって、地域医療計画、医学部の定員削減ということが着々に行われてきたわけですが、過剰な供給について、医療法の見直しで対応するだけではないのかどうか、いまだに私は疑問であります。恐らくそういう中で、社会医療法人制度というものができたと思いますが、先日も麻生財務大臣が、診療報酬を上げない、消費税に関しては補助金で医療機関に出すのだということをおっしゃいました。正にこれが社会医療法人なのか。ということは、医療費を抑制しても、補助金が増えるということは、国家財政に対して何ら寄与しないわけでありませぬ。

そしてもう1つは、これは厚生労働省の方には異論があるかもしれませんが、官主導で社会保障、サービス業的なものを規制しては、必ず利用者の満足度というものは減るわけでありませぬ。当時から、質が高い医療サービスを効率的に提供するのが医療法人の役割だということは、厚生労働省の方々と我々はいつも議論をしていました。そのときに、1996年、第1回の行政改革委員会の答申が「光り輝く国を目指して」というもので、小さな政府、個性的・自由・多様な価値観が共存できる方向へ規制緩和が必要と指摘し、医療についても、初めてサービス業という思考でもって規制緩和が必要だということをやりました。私は、この報告を見て、やはりサービス業としての医療というものも考えていかなければいけない、社会保障という観点だけではなくて、サービス業という観点で、どうやったら民間の活力を医療に提供できるかということが、ちょっと大げさでございませぬが、以来私のライフワークとしてきたわけでありませぬ。

しかし、単純にそういう問題で片づけられるわけではありませぬ。資料3の下の表であります。サービス業と社会保障とは、そもそも相反する次元で考えなければいけないいろいろな問題があります。受給者、価格、需給形態、参入ということについて、私なりの考えをまとめてみました。一番の問題は、情報の非対称性の問題だと思ひます。本当に受給者が自己責任で医療サービスを選択できるかどうか。これは一番の問題であると思ひます。

そしてもう一つの問題は、医療費に国費が投入されていること、これをどういうふうにか考えるか。ここも議論を重ねていって、ある程度解決をしなければいけない。今までの議論を聞いていませぬと、国費が投入されているから全部国が管理するのだ、そういう主張で、特に保険官僚はそういう感覚が強いのです。保険官僚は、必ず保険というものは自分たちで決めるという考えなのです。昭和50年以前のように、診療報酬改定のたびに2桁診療報酬が伸びているときは、我々の先輩たちは目の前の患者さんをきちんと治すことだけで、

経営というものは要らなかったわけです。しかしこれから医療費を抑制していくときに、そういうことで本当に国民に十分な医療を提供ができるのかどうか、私は甚だ疑問であります。

そういう背景で、資料3の上の図を見たときに、もともと持分がある医療法人社団というのは、現行でも税制面から見ると、営利法人とほとんど同じ税制を課されています。具体的に言えば、最後の法人事業税の地方税の分だけ、数パーセントだけが営利法人に比べて安い。そのほかは、相続税もかかりますし、税務調査も入ります。同じ医療法人といっても、社会医療法人その他とは全く違う性格を持っているわけでありまして、厚生労働省は、この医療法人社団をどうしても社会医療法人に誘導していくとうたっておりますが、現在も85パーセントの医療法人が医療法人社団のままでして、そちらに誘導されないという事実が、一体どういうことなのか、それぞれいろいろな理由があると思います。

私は、個人的には、日本の中で一番公的な法人というのは、株式を公開している、誰でも株主になれる、誰でも株主総会に行つて意見を言えるというのが、最もパブリックな事業体だと確信していますので、そこを目指していくのが私の役割だと思っております。そういう観点から、社員の議決権ということについて申し上げますと、現在、1人1票というのが医療法人社団の議決権であります。やはり私は株式会社と同じように出資額に応じた議決権を持つことによって、社員総会でよりいろいろな意見が聞ける、いろいろな方に社員として持分を持っていただくことが可能になって、正にガバナンスの強化につながると思っております。

参考までに、一般社団法人についても、非営利法人であります。定款の変更によって、出資額に応じた議決権ということが認められている中で、医療法人社団だけが1人1票では、結果的にはガバナンスというよりは、やはり個人の才覚しか経営に反映されないということになってくるのではないかと考えております。

最後に、私が申し上げたいのが、公立病院と民間病院のイコールフットィングとは、民間病院に補助金を投入することだけでなく、民間活力を発揮させる仕組みを作ることも1つの方策だと思っておりますので、それを申し上げて私からの問題提起を終わらせていただきます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、厚生労働省からお願いいたします。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 厚生労働省医政局指導課長の梶尾と申します。今日はお時間をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、資料4、社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえまして医療法人制度の改革の検討につきまして、御報告をさせていただきたいと思っております。

まず、おめくりいただきまして、2ページ以降に幾つか、最近この夏以来の様々な国民会議等の指摘を記載しております。幾つか紹介いたしますと、2ページにありますのが、8月6日の「社会保障制度改革国民会議」の報告書の中の法人制度の見直しに関する部分

です。上の方から、「地域における医療介護サービスのネットワーク化を図るためには、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要」ということで、「非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するように、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある」という指摘があります。

また、その下のところには、「介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化」というところも念頭に、「医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ、都市再開発に参加できるよう」と、そういった指摘もされているということです。

次の3ページは、6月の「経済財政運営と改革の基本方針」で閣議決定されたものです。文章の確定時期は、8月、6月と前後いたしますけれども、大体同時期に並行して議論がされていたと承知しております。この骨太方針でも医療法人の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討するというような記載がされておるといところです。

少し飛ばしまして、6ページに行きますと、これらを受けまして、現在、国会で審議中のいわゆるプログラム法案、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案、現在、参議院に行っております。この中の第4条、医療制度の記載のところに、いろいろ書いてありますけれども、地域包括ケアシステムの構築などを通じて「次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え」とあります。その1号に、「病床の機能の分化及び連携及び在宅医療、在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項」ということで、イロハニのニになりますけれども、イロハのところには、以前ここでも議論いただきました病床機能報告制度ですとか、地域医療ビジョンのことがありまして、ニのところは、これらの目的を推進するための「医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度の見直し」について検討せよとなっています。国民会議や骨太を受けて、こういった条文になっているといところです。

次に、前のページに戻りまして、4ページは日本再興戦略、5ページには健康・医療戦略の記載をつけております。このところでは、健康増進・予防、あるいは生活支援のための関係の市場を作るといことで、医療法人が担える分野があるのではないかという指摘があり、あるいは②にありますように「医療の国際展開」ということで、財務状況の健全性など一定の要件を満たす医療法人が、海外の現地法人に出資可能であるということをも明確化するということも宿題になっております。

ここまでが国民会議での報告書等の指摘を受けた内容ですけれども、こういった様々な指摘等を受けまして、今後の検討状況ですけれども、7ページに記載されておりますが、「医療法人の事業展開等に関する検討会」を発足させております。「1. 目的」のところに、今申し上げましたような様々な指摘があるということや、前回、平成18年の医療法改正で、医療制度の見直しを行って以降数年経っているということ、おさらい等も必要だとい

問題設定にしております。検討内容としては、医療法人制度の在り方ですとか、2の(2)で医療法人間の連携の推進ということで、先ほどのホールディングの枠組み等、(3)で医療の国際展開、(4)でその他健康増進・予防、生活支援の話、(5)で社会医療法人制度の在り方、その他を検討テーマとしております。

検討スケジュールにつきましては、これらのうち、(3)の国際展開と(4)の健康増進等につきましては、日本再興戦略等を受けて、できるだけ早くいろいろな対応ができることが望ましいということで、まずそこをやった上で、(3)(4)(2)の順番で現在は検討を進めております。「5. 開催経過・予定」ですけれども、第1回を11月6日に開催をいたしました。このときには、全体的な討議及び、特に国際展開の関係を議論し、実際にロシア、中国、カンボジアなどに事業展開している、あるいはしようとしている医療法人の方も呼びして議論をし、これは取組を進めやすくした方がいいのだろうという、おおよそそういった結論になっております。第2回は、今週木曜日に開催を予定しております。付帯業務としての配食サービス等につきまして、実際、岡山でやりたいという方もおられますので、呼びして意見をお伺いしながら議論していこうということです。第3回は、来週の4日に予定しておりますけれども、ここでは地域連携や地域包括ケアを進めていくための合併、再編、統合等の論点につきまして、今日もいらっしゃいます松山専門委員にも御参加いただく予定です。このテーマにつきましては、産業競争力会議の医療介護分科会からも様々な問題提起をいただいておりますので、そちらの方にも相談をして、委員の方、あるいは事務局の方にも来ていただいて議論を進めていきたいと考えているところでございます。

以上です。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、今の御説明につきまして、御質問、御意見などありましたらお願いいたします。

○土屋専門委員 1点聞きたいのですが、聞く前に、4ページに日本再興戦略などお示しになって、②で「医療関連産業の活性化により、必要な世界最先端の医療等が受けられる社会」と言っておきながら「現地法人に出資可能であることを明確化する」と、どうしてこういう項目が出てくるのか、ちょっと疑問に思ったのです。こんなことをやると日本が手薄になって、逆ではないかという気がするものですから、これはコメントです。

○厚生労働省(梶尾医政局指導課長) この記載は、もっとたくさん書いている中の医療法人関係を抜いているだけです。この部分には再興戦略はもっといろいろ書いてあるということです。

○土屋専門委員 ですから、何のために医療改革をやるかということ、日本の国民のためにやるので、こういう項目を引き出す感覚が信じられないという意味で指摘をさせていただいたのです。

私の質問は、資料3を竹川専門委員がお示しになったのですが、この分類以外に厚生労

働省が管轄している独法の病院とか、あるいは財務省が管轄している国家公務員の病院とか、あるいは文科省の管轄の大学病院、これらは国税、地方税についてどうなっているかを教えていただきたい。

○翁座長 お願いします。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 病院を開設する主体は様々ございますけれども、国あるいは国の独法、あるいは地方公共団体、地方の独法、こういったところにつきましては、国税、地方税とも、特に法人課税はされているわけではないですし、固定資産税ともに非課税ということであろうと思います。

○土屋専門委員 ということは、それらがかなり日本の先進医療とか高度医療を担っていますが、実は民間では社会医療法人が頑張っているわけですが、ここは課税されていて、一方で公的病院がほとんど課税されていない。最初にかなりハンディがある。逆に、株式会社の参入を規制改革会議は以前から主張しているのですが、これはさらに税金を払って差し上げようということですね。なぜこれに反対するのかわからないということでもあります。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 正に社会医療法人については、医療法人の中で救急医療のようなある意味不採算でその地域に必要な医療を担う法人については非課税にするということで、前の制度改正で位置付けられたということでもあります。一方で、公立あるいは自治体の病院、あるいは国立の病院、これも例えば地方独法にするとか、国立病院機構にする、あるいは地方だと全適にするとか、様々な形態の合理化もして、より効率化を図っていこうと、双方でそういった取組をしております。公立、民間のイコールドフットイングについては、そういった形での取組がされているということだと思います。

○土屋専門委員 社会医療法人に持っていこうというその方向性は、私も賛成なのですが、問題は、先ほど竹川専門委員もおっしゃったように、いまだに医療法人社団というのが圧倒的に多いではないかと。それであれば、この左側に竹川専門委員がお示しになった、株式会社と何ら変わりがない。しかし、実際のガバナンスを考えると、株式会社の方がはるかにガバナンスがよろしい。透明性もある。透明性がないから、この間のように、自民党の議員が金をもらうようなことがあるわけです。医療法人の不透明性を透明化するという意味でも、株式会社の方がよろしいのではないかとということでもあります。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 個別的な話は余り言わない方がいいと思いますけれども、医療法人につきましても、しっかり透明性あるいは経営の効率性を図っていくことは必要なのだろうということで、前回の平成18年の改正でもそういった要素を盛り込んでおります。会計基準も、そのときは作れと言いつつ、できていないということが最近国会でも指摘されておりますけれども、事業報告書なりの都道府県知事への提出、そして公表、そういった取組を進めているということです。

○翁座長 お願いします。

○後藤田副大臣 関連で、土屋専門委員が今おっしゃったことは本当にそのとおりで、民

業圧迫もさることながら、税金を払ってみんな頑張っているのに、いきなり都民病院とかが近くにできてしまったり、警察病院が飯田橋にあったのだけれども、ようやくなくなると思ったら、また中野にできていたりする。これは、私さんざん文句を言ったのだけれども、中野の医師会の要請だみたいな、そういう形だけ作ったり、日赤の広尾だって、もう法人税を払えと言っているのだけれども払っていないですね。あと年金関係の病院、新宿にあったやつも、問題がいろいろ起きたときに、正に土屋専門委員と同門の方が全国の年金の理事長をやっていて「法人税を払います。だから何とか残してください」みたいなことまで言っていたときがあった。済生会も確か法人税を払っていなかったですね。関東労災病院横浜も、私、何度も行きましたけれども、あれも今日的意義はもうなくなって、普通の一般病院と変わらない。政策医療というのは、やはり過疎とか、そういったところは分かる。しかし、もう違ってきているのではないかという整理は、厚労省もそろそろしなければいけないのだと思うのだけれども、それが1点。

もう1つが、別会社でお金を作って、家族に金を配れるかということです。私も特養をずっとたたいてきたのだけれども、特養でも同じようなものがある。全国で、特養で金銀財宝をつけている人たちは、多分みんなトンネル会社を作って、おしめ1枚から何円とかやっているのです。ベッド屋さんから献金させたり、もうぐちゃぐちゃなのです。厚労省としては、これをどう考えているのですか。それに対するチェック機能というか、今回、正に事件として出てきてしまったですね。あれに対してどういう対応をしようとしていますか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 特定の、今、問題になっている法人につきましては、捜査中なものですから、しかるべきタイミングで我々としてもしっかり事実確認等して、対応をしていく必要があると思っています。

○後藤田副大臣 では、これから全部調べるのですね。あのような事件が起こったので、あれを端緒にトンネル会社は全部調べる予定ですね。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 今、申し上げましたのは、ああいった捜査もされていることですので、そういった法人につきましては、しかるべきタイミングで調査をやる必要があると。

○後藤田副大臣 個別はいいですから、ああいうことが起きたのですから、厚労省としては全部調べないといけないですね。あの法人以外で、全国の医療法人で同じようなことをやっていませんねと、こういうのはすぐにチェックしないといけないですよ。トンネル会社を作って、親族にお金をばらまいていませんかという話は、全部調査しなければいけない。これはやる気あるのですか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 御指摘は承りました。

○後藤田副大臣 いつやりますか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 今「いつやるの」と言われても、ちょっと難しいですけれども。

- 後藤田副大臣 やる計画はありますか。これは大切なことだから。
- 厚生労働省（梶尾医政局指導課長） ああいった問題も起きたことですので、そういった確認はしていく必要があると思っております。
- 後藤田副大臣 やりますね。わかりました。
- 金丸委員 今に関連して、それはいつやられるかというのは置いておけば、どうやってやるのですか。今回の件も、別に厚労省が見つけたわけではないではないですか。そうすると、例えば、今から他のところに対しても、どんなやり方で、どんな法律に基づいて、どういう調査をなさるのでしょうか。逆に言うと、やれるのでしょうか。
- 厚生労働省（梶尾医政局指導課長） どういうやり方をするかも含めて考えないといけないと思いますけれども。
- 金丸委員 こういうことが起きるかもしれないのだから、本来は、監督官庁として、既にやり方は何か持っているなければいけないのではないですか。それは、今はないということですか。
- 厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 関連会社との関係で、どういうふうな取引をされているかについて、全体をどう調査するかについて、これは実際、全て厚労省で直接やっているわけではないので、都道府県にも作業をお願いすることになりますけれども、どういう形でやるのがよいのかについては、検討したいと思います。
- 金丸委員 では、そのやり方を考えられたら、また披露してください。
- 滝口専門委員 今の議論は、メディカルサービス法人についての議論だろうと思います。ただ、これはなかなか大変だろうと思います。実態として全く別の独立した法人を作って、そこに業務を丸投げにすれば、10年間医療法人は赤字でも、MS法人にはしっかり利益が移転して、結果的に10年間赤字の病院の院長が毎年ベンツを買い替えている、といったような事態が、恐らく地方では、そこそこで起こっているということがあるとすると、ただ医療法人に査察を入れても、そのMS法人は全く別の経営として成立をしている場合には、その解明が極めて難しい。今、「やります」とおっしゃってはおられますが、困難だろうと思います。
- 厚生労働省（梶尾医政局指導課長） やり方をどうするかというところは大事なところなのですけれども、問題意識を持って、どういうやり方ができるかというのを考えていきたいということを申し上げたところです。実際、御指摘のとおり難しいとは思っていますが「やりません」ということでもないのです、どういうやり方ができるかというのを考えていきたいと思っております。
- 翁座長 お願いします。
- 松山専門委員 私、医療法人の専務理事をやったことがあり、他の医療法人からいろいろな相談を受けていますので、いろいろなケースを知っています。今回、問題になったところも昔から熟知していました。厚労省さんにそれを調べろというのは、ちょっと無理があって、手足がまざるのです。やるのだったら国税庁だと思います。国税庁にルートが

あるわけですから、査察したときに全部調べてきちっとやるというのが、一番効果があるのです。しかし、数が多過ぎて大変だと思います。ただし、目立ったところを調べることで、今回のようなことはかなり早く手が打てると思います。

それから、先ほど副大臣の御意見の中で、公的な病院の問題点を御指摘なさったのですが、正にそのとおりで、今回の厚労省さんの医療法人の検討の中身というのが、なぜか民間の医療法人の方に焦点が行っているのですが、本当は日本の医療提供体制が世界に遅れてしまっているのは、国公立病院に問題があるのです。それを何とかすることも、厚労省さんの検討会でぜひやっていただきたいと思います。私も、12月4日に意見陳述させていただく機会を得ていますので、そこで具体的にどうすべきかに関して、私の意見を述べさせていただきたいと思います。

それから最後に1点、先ほど、持分ありの医療法人から、持分なしの社会医療法人に移行するところが少ないというお話がありましたけれども、これはもう理由は明らかでありまして、持分を放棄したくないからです。それは、自分の私有財産だからです。これは、私はいろいろな方の御相談を受けましたけれども、最後の決め手は、財産を放棄できるかどうかだけです。なぜかという、持分あり医療法人であれば、配当がなくても最後売却すれば過去蓄積した利益が全部自分のものになります。売却は私有財産に対する権利として当然行使できるのです。社会医療法人に転換する方は、その私有財産を放棄して地域に寄付するということなのです。出資持分を放棄して社会医療法人のステータスをもって、非課税にするわけです。もっと細かく言うと、そのときの放棄した分については、退職金で調整するというようなこともやっています。それぐらいは目をつぶってもいいレベルだと思います。実務はそうなっているというのです。

○翁座長　お願いします。

○竹川専門委員　冒頭の厚生労働省さんの説明についてですけれども、あるときからどうしてこんなに進歩したのかなというのが、私の個人的な考えです。特にホールディングカンパニー、こういう言葉が公の資料に出てきたということ、それから外国の問題もそうですけれども、私は非常に評価しております。特に、あれほど地域を越えたグループ病院というものを嫌っていた役所が、どうしてそういうことを認めようというふうになったのか。やはり震災のときに、単体の病院では幾ら頑張っても残れないということの実態を見た、そういうことも影響されているのでしょうか。どうしてこのホールディングカンパニーというのが突然出てきたのかなと、ちょっと御質問させてください。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長）　ホールディングカンパニーについては、国民会議等での8月までの議論でも、地域で面的に連携を図っていくというときに、経営体としても統合した意思決定ができる方がよりよい連携ができるのではないかと、通常の仕事の連携だけではなくて、経営としても連携できるのではないかとという提案がありました。そういったことを検討し、可能にすることが必要ではないかということが、複数の委員から提案があって、正にこの条文にもあるとおり、病院機能の分化連携、在宅医療、在宅介護を進

めていくための手法としての検討課題と思っています。

○竹川専門委員 やはり、そういうことを推薦するためにも、持分に応じた議決権がなければ進まないと思いますので、ぜひ前向きにもう一步検討をしていただきたいと思います。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 1点、冒頭の竹川先生からのお話にもありましたとおり、医療費には国費も入っていますし、社会保険料、いずれも強制徴収で集められた費用で賄われているということですので、医療というものは、公益性とか公共性とかそういったものも伴うと思っています。先ほど、一般社団の非営利法人の御紹介をいただきましたが、一般社団の非営利法人は、御指摘のとおり定款で、その貢献度に応じた議決権の配分を認められておりますけれども、公益社団の非営利法人につきましては、1人1票というのは動かせない形になっています。基本的には社団法人というのは、1人1票というのが基本だろうと思っています。

○松山専門委員 持分に応じた議決権に関して、竹川専門委員のお気持ちは分かるのですが、ここに弁護士の方がおられるので御意見を伺いたいのですが、仮にそういう法改正をするというときに、今、出資額に関係なく1人1票という制度のもとに少額出資者の方々がいて、もし出資割合に応じた議決権にするということになると、今の少数出資者の不利益変更になります。したがって、当然、彼らの承認がないと移行できないわけで、法律を改正したとしてもその目的を達成できない可能性が高く、法改正の落としどころが見えるのですかね。

○翁座長 お願いします。

○森下委員 厚労省さんに質問なのですが、今医療法人の理事長が医師、あるいは歯科医師に限るということですね。このときに、反社会的勢力が入っているかどうかということに関して、審査はやっているのですか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 理事の中にですか。

○森下委員 そうです。理事なり、あるいは理事長なり。医者だって、そういう人はいますよね。そこは現状排除しているのですか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 法人の設立なりのときに、役員の名前を出していただきますけれども、そのときに理事なり理事長なりの背景と言いますか、医師、歯科医師である場合に、その医師、歯科医師が反社会的かどうかという確認まではしていません。

○森下委員 現状、一般の人もししていないのですね。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） はい。

○森下委員 それは、本当はしなければまずいような気がします。これは言うところとちょっとやばいかもしれないけれども、大阪にいと結構そういうケースがよくあります。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 役員の欠格条項がありますので、そこでこの医療法、医師法その他の医事関係法令による罰金以上の刑に処せられた方は欠格条項に当たるので、その確認はしているということです。刑事法については、禁固以上の刑に処せら

れた方については欠格条項に当たるといふことの確認があります。最初にその確認はしているということですね。

○森下委員 いわゆるフロントとか、世間で言われていますね。そこは現状ではチェックができていないということですね。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） はい。

○翁座長 お願いします。

○林座長代理 資料4についてお伺いしたいのですが、ここに社会保障制度改革国民会議報告書ほかたくさんの報告書の御紹介がありまして、そして最後の7ページに、「医療法人の事業展開等に関する検討会」というのがあるのですが、そうしますと、これら多数の報告書を踏まえた厚労省の現在の検討体制は、この最後の検討会のところに集約されているということでしょうか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） はい、そういうことです。

○林座長代理 そうしますと、この検討会のテーマとしては、先ほど3回分ぐらいのプランを御紹介いただいたのですが、それ以外に大きな意味で、私どもがずっとお願いしている医療体制のビッグピクチャーについてのお話、例えば主体として株式会社参入を認めるかどうかという点も、ここで御議論されるのでしょうか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） 主体として株式会社を認めるかどうかということについては、この検討会の論点にするつもりはございません。これは、国会でも何度か質問もされたりもしておりますけれども、その際に田村大臣からも適当ではないという形で答弁を申し上げているところです。

○林座長代理 そうすると、その点はどこで議論されるのでしょうか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） その点につきましては、何らかの場で検討するという予定はございません。

○林座長代理 検討すらしなないというのが今のお答えなのですか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） はい。国会等で質問された際にも、それは適当ではないだろうという形で、大臣も答弁しているということですね。

○林座長代理 私、それは非常に問題だと思うのですが、それはまた置きまして、7ページの検討会の検討内容の(3)で「医療の国際展開について」というのがございまして、先ほどの御紹介によると、実際にこれからロシア、中国、カンボジアなどに進出を考えておられるところがあるということなのですが、株式会社の参入を認めている国に国際展開をする場合には、その進出先での企業形態としては、日本のような医療法人社団でなく、株式会社形態になることも含めて御検討されていると考えてよろしいですか。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） もちろんその国のルールでその国での医療事業は行われますので、その国の法律に基づく法人なりが設立されて、そこに医療法人がどんな形でかわっていくのかということですね。その国の法制、その国の事業ができる法人形態をとるといふことは当然です。世の中そういうことになっていて、そこに対して医療法人

がどのようにかかわっていくのかという話をここで申し上げているということです。

○林座長代理 なるほど。そうすると、親会社のある日本では、なぜか株式会社の参入ができないけれども、その子供である子会社については、各国で株式会社として展開することも医療上何ら問題はないということなのですね。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） これは先ほど申しましたとおり、田村大臣も何度も答弁を申し上げておりますけれども、日本の医療は、基本的に社会保険診療報酬、強制徴収されています社会保険料と税金によって賄われている。そこで医療費をどう抑えていくということも大事なポイントである中で、国会でもよく、先ほどから出ている不祥事を起こした法人も問題になっておりますので、悪いことをするのはどういったところにもいるかもしれませんという前提が、大臣の答弁につきましても、株式会社というのは、本質として利益を出して、株主に還元をするということが使命なので、合法的に利益を最大化するという中で、本来必要のないような医療も提供されていく可能性もあるのではないかと。それによって、最終的に医療財政が膨らんでいくのではないかと懸念もあるので、国内についてはそういうルールが定められているということでございます。

○後藤田副大臣 私も労働集約的なものが株式会社化すると、配当につながったりする懸念はあると思っていますのですけれども、では厚労省として、いわゆる生存権の解釈がどんどん膨らむから医療費というのは膨らむのですけれども、必要最低限の医療というのは何なのか。それをやるための最適経営の在り方というのは何なのか。内部留保は、医療形態によってどれだけためておくのかというのは、当然厚労省としてちゃんとわかっているのですよね。それに、プラスアルファ努力する医者に対して、また医療技術の進化に対しては、私は混合診療を認めていくべきだと思うのです。2～3年の医者とベテランの医者と同じように内視鏡検査をやって、同じというのは、私はあり得ないと思うのです。そうすると、どんどん医療は進化していかなくなる。ですから、最低限の医療というのは何なのか、その経営における最適な経営というのは何なのかというの、今の株式会社を否定するのであれば当然もうわかっていますね。そこはどう現実的になっているかというのが1点。

私はいつも言っているのだけれども、医療機関というのは、税金も払って、医師免許も取って、競争もあって、一方で介護の社福というのは税金を払わないし、非課税がいっぱいあるし、誰でもやれるし、できたら既得権だし、こんな経営の在り方と比べたら、医療をまともにやっている人たちは、法人税も全部非課税にすべきだと思うのです。その関係というのは、相変わらず皆さんまだ指針を出さないのか。2点ちょっと教えていただきたい。

○厚生労働省（梶尾医政局指導課長） いずれも難しい問いかけですし、2点目については、担当部局外ですので遠慮させていただきます。1点目は部局としては担当ですがけれども、自分で語れるだけのものはありませんので、申しわけありませんけれども、控えさせていただきますと思います。

○翁座長 それでは、今日はこのぐらいにさせていただきます、また次回以降もこのガバナンスの問題、続けて議論させていただきたいと思っておりますので、引き続きよろしく御検討いただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

(説明者交代)

○翁座長 どうもお待たせいたしました。

それでは、議題3「支払基金と国保連の役割分担の見直しについて」に移らせていただきます。本議題につきましては、9月30日、10月21日の2回にわたり御議論いただきまして、本日ワーキング・グループ委員から御提案いただきました具体的な意見について、厚生労働省と意見交換を行いたいと考えております。

まずは、事務局から資料5について御説明いただきまして、その後、厚生労働省から御見解を伺ってから意見交換をさせていただきたいと思っております。

それではお願いいたします。

○大熊参事官 資料5を御覧ください。

「保険者がまず全てのレセプトの確認を可能とする仕組みの導入」ということでございます。

1段落目は、相対の直接審査のことが書かれています。これは以前にも論点をまとめましたけれども、相対の医療機関と直接契約するときには同意を求められておりますので、それを通知に変えてほしいという要望を出しています。今回、提案させていただいてますのは、相対だけではなくて、全てのレセプトをみずから審査したい場合に、こういうやり方がいいのではないかとということで提案させていただいております。

3段落目を御覧ください。現在、ほとんどの保険者は、審査支払機関の審査済みレセプトを、請求内容に問題がないか改めて独自に確認をしている。場合によっては、再審査請求をしているということでございます。レセプトの請求内容の確認という点で、審査支払機関とそれぞれの保険者で機能が重複しているという実態が存在をしております。そうしたことから、支払基金または国保連が審査する前に、個々の保険者が請求内容の点検を行い、これは、今、行っているとおりです。疑義があるレセプトのみを支払基金または国保連に審査依頼を行う仕組みを選択できるようにしてはどうかということです。具体的には、①～④でございます。

まず保険医療機関は、これまでどおりレセプトを支払基金または国保連に送付をします。

そして、支払基金または国保連は、点検を先に行うことを希望する保険者に対して、審査を行わずレセプトをそのまま送付をします。

③として、保険者は請求内容を点検し、疑義があるレセプトについてのみ支払基金または国保連に審査を要請します。これは事実上の調停ということになるわけでございます。

④支払基金または国保連は、審査要請を受けたレセプトのみを審査をする。支払いについては、口座の関係等もありますので、支払基金または国保連にお願いをする。それに合

わせた手数料をお支払いする、そういう仕組みを検討してみてもどうかという御提案でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、資料5の見解につきまして、厚生労働省から5分程度、簡単をお願いいたします。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 保険局保険課長でございます。

資料5の御提案につきまして、私どもで受けとめたところ、検討したところをかいつまんで説明させていただきます。

この御提案につきましては、幾つか不明確なところがありますけれども、次に申しますような一定の条件といたしますか、前提が満たされるのであれば、さらなる検討の余地はあるのかなと考えております。幾つか述べさせていただきます。

1つは、保険者は請求内容を点検した後に、査定の必要ありだと認めるレセプト全てについては、審査支払機関に対して審査を要請して、それを審査支払機関が査定するというところでございます。すなわち、保険者がこれは見て欲しいというものを全て支払基金に出して審査要請するということであるということでございます。この趣旨は、ばらばらにやることを認めますと、極めてシステムが複雑化するということのほかに、保険者が直接査定することになりますれば、やはり紛争が増加する恐れですとか、あるいは医療機関のそれに対する対応ということで、負担増の問題がやはり生じるのではないかという趣旨でございます。

それから2点目に、医療機関に対する支払いのタイミングの問題でございます。現在は、審査支払機関は、現行では診療月の翌々月までに医療機関の支払いを行うということで、医療機関はそれを原資にして事業活動を行っているということでございますので、現行のとおりタイミングで支払いを行っていただくということがやはり必要であろうということでございます。具体的に申し上げますと、診療の翌月の10日～20日ぐらいの間までに、前月分の請求の点検を実施していただいて、それで審査支払機関にレセプトを提出していただくということが必要であろうかと考えております。

それから3点目でございますが、これはある意味当然のことでございますけれども、審査支払機関の側といたしましては、このような手続をやりたいという保険者に対しては、やはり特別なルートを設けてまして、それから全ての要請に係るレセプトについて、他のものに比べれば濃厚な審査をするということになりますので、やはり一定の特別な手数料の設定というものが必要になってくるであろうということでございます。

それから最後ですけれども、このようなスキーム全体について、保険者ですとか、医療機関等の関係者の理解を得られるということがございます。

以上のようなことが満たされるのであれば、さらに検討する余地があるかと考えております。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、今の件につきまして、御意見、御質問などございましたらお願いいたします。

○滝口専門委員 1つずつ伺っていきたいと思います。

まず、全てのレセプトを点検した上で、疑義が認められるものについては、支払機関に審査を請求しなければならないとおっしゃるのは、これはある意味では当然だろうと思います。ただ、保険者の側から何回疑義を提示しても、これは支払基金としては医療機関の申し出が正しいと認める、といった事例が積み重なってくれば、保険者側としてはこれがおかしいという判断をしても、支払基金の判断を尊重するというのであれば、いずれ指摘が一定のところを集約をしていくというのは、必然的に考えられることだろうと思います。これは極めて合理的にやるということが可能なのではないかと考えます。

それから、システムが極めて複雑になるというお話でございましたが、これについてはいささか異論がございまして、今の時点で、実際に基金の一次審査が終わった後で、システムを使って各保険者にレセプトを配付しております。それを改めて保険者の側で審査をして、点検をして再審査請求を行っているわけですから、この流れの中の初めに一次審査を行うことだけを省くだけで、他の流は全く変わりありませんので、恐らくほとんどこのシステムについては複雑にならないだろうと思います。これは、当事者同士で複雑になる、ならないの議論をしても仕方がないと思いますから、客観的に第三者の評価を、どういうシステムであればこれが可能かを議論する必要があるのではないかと考えます。

それから、医療機関に対する支払期間の問題がございましたが、これも十分に可能だろうと考えます。ほとんどのレセプトが電子化されている現状で、保険者点検も極めて速やかにできると聞き及んでおりますので、当月内に全ての支払いを済ませることが可能ではないか、少なくとも疑義があるレセプトについての支払いを遅らせて、基金の判断を待つということも十分可能であろうと考えます。

システムが複雑になるということと若干関係がございしますが、手数料についても、今は再審査手数料も含めて100円程度の金額が設定されておりますが、初めの一次審査がなくなるので、その手数料が複雑な審査に対応して高くなるという非常に観念的なおっしゃり方をなさったのですが、実際にはレセプトのどこの部分にどういう問題があるかを、保険者から指摘をして審査請求をすることになりますから、その部分は非常に明確になっていて、これは○、これば×といった判断が瞬時にできるのであれば、むしろ審査はやりやすくなると思いますので、手数料は安くなるのが道理だろうと考えます。

関係者の同意につきましては、当初いきなりこれを全国で通常に行うというのはなかなか難しいだろうと思っておりますが、例えば幾つかの手を挙げた健保組合で、1年間なら1年間の試行をした上で、関係者の間で議論を1度するというのが合理的だろうと考えています。医療機関にとっては、今の仕組みと全く変わりなく、これまでどおり前月の診療分を翌月の10月までに基金に出す、場合によっては月内にその支払いが全てなされるということであれば、医療機関にとっても経営上非常に利点がありますし、そもそも再審査請

求を保険者が自由にできる今の仕組みですから、それに対して医療機関サイドで先に点検をするのはけしからぬという議論が出る合理的理由が、少なくともないと考えます。

以上でございます。

○翁座長 では、金丸さんお願いします。

○金丸委員 私も同じような観点になるかもしれませんが、私の意見を述べさせていただきます。

私は、システムの専門家として、先般、健保組合とか、国保のシステムについてお聞きをしたのですが、詳細な御説明はなかったのですけれども、概要を把握した上で申し上げます。滝口専門委員がおっしゃられたとおり、システムが複雑化になるということは、私の中でイメージがちょっとできませんので、本当にシステムが複雑になるというのであれば、もうちょっと詳細な説明の資料を提示していただきたいと思います。

それで、先ほどのリードタイムのところをちょっと確認したいのですけれども、現行だと末締めで翌々月末払いとおっしゃったのでしょうか。診療報酬というのはいつ締めですか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 医療機関が月末締めで、10日までに請求をするということです。

○金丸委員 10日までに請求して、その請求に対して保険者は翌々月のいつまでに支払う必要があるのでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 翌々月20日までです。

○金丸委員 今どきのシステムといいますか、それはそちらの保有されているシステムの限界ならともかく、十分なリードタイムではないかなと私は思います。先ほど滝口専門委員がおっしゃられた視点からも、そんなに大きくプロセスは変わらないので、そのリードタイム内には、医療機関の方々には御迷惑をかけないで、お金も支払われるのではないかなというのが私のイメージでございます。

手数料も、そういう意味では、先ほど「濃厚な審査」とおっしゃられたのですけれども、先般、五感を使ったような薬剤師の方の医薬品の販売とおっしゃって、割と科学的な省庁であるのに「濃厚な」と言われてしまいますと、どんな審査かどうかわかりませんが、イメージがなかなかしづらいです。今と同じような審査で私は十分ではないかと思います。それであれば、滝口専門委員のおっしゃられたとおり、手数料は手前でチェックしてくれる人が出るので、多少でも手数料は下がるのではないかなというのが、私の理解でございます。

以上です。

○翁座長 お願いいたします。

○滝口専門委員 もう一点、今、厚生労働省の方から指摘はございましたが、保険者側の負担が増えるのではないかという懸念が常に表明をされるのですが、すでに保険者は、これはこの前も申し上げたように、厚生労働省の指導に従い、ほとんどの健保組合で、

国保も含めて点検をしておりますので、その費用は既に発生をしている。実は、基金で審査をしておきながら、なおかつ、その審査を委託した健保組合にレセプトが来てからもう一回点検をしているという極めて非効率なことをやっているというのは、私の一番初めの問題意識でございました。

○翁座長 それでは、厚生労働省からお答えをお願いいたします。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 幾つかコメントさせていただきたいと思います。

システムが複雑かどうかという話は、このシステム自体が非常に複雑になることが前提ではなくて、保険者が査定の必要ありと認めるものについて、審査機関に査定を依頼するという流れであるのであれば、問題はあまりないのではないかと思います。査定の必要ありと認めるものについて、一部は自分のところでやって、一部は審査支払機関にお願いすることになると、レセプト審査のルートが非常にたくさんになってしまう、こういう意味でございます。

それから、リードタイムについての御指摘ありがとうございました。これは、フィージビリティをチェックすればいいという話だと思います。

それから「濃厚な審査」ということにつきましては、文学的な表現で大変申しわけございません。言いたかったことは、今、審査支払機関は、スクリーニングのための審査も、何ら問題なく通ってくるようなものも含めて、全てレセプト当たり単価に割り戻して手数料を設定しておりますものですから、それとの比較で言うと、やはりそれは専門家の目を通すのであろうということ、感覚的には高くなるのではないかと、特別の手数料ということとやや高めの手数料が設定されるのではないかなということでございます。ただ、いずれにしても、保険者サイドが納得すればいいわけでございますから、そこは支払基金と保険者の間で協議をして単価を設定するということになるかと考えております。

以上です。

○翁座長 はい、松山専門委員、お願いします。

○松山専門委員 前日も申し上げたのですけれども、先ほどのコメントで、保険者が直接審査するようになると、医療機関とのトラブルが増えるというお話なのですけれども、それはそうかもしれない。なぜかと言うと、今は逆にそういうことが起きないように、あうんの呼吸でやっているわけですね。私は、以前国保中央会の審査をやっている先生のところへ行って質問したら、こう言っていました。「お互い様だから」と。つまり、ライバル同士で見合っているわけです。そうすると、お互いあうんの呼吸で、特に生活保護受給者の医療についてはフリーパスという状況でやっているので紛争が起きないのです。保険者が自分の職員たちの受信行動や診療内容を見てチェックを入れれば、当然紛争は増えるわけなのですけれども、本来チェックして医療機関と話し合うべきところをやるわけですから、それは過渡期としてしようがないと思うのです。そういうことを繰り返して、ノウハウがたまることによって、最終的に効率化されるので、保険者直接審査は経済的にも成り立つのではないかと議論をしているのだと考えている次第です。

○翁座長 お願いします。

○滝口専門委員 今の松山専門委員のお話の中で、若干訂正をさせていただきたいのですが、まず、この仕組みは、今先生がおっしゃった「あうんの呼吸」はとりあえず残ったままになります。一旦保険者が点検して、これはおかしくないでしょうかということを支払基金に上げますから、支払基金は今までどおり審査員の先生方がいて、そこであうんの呼吸はどうしても起こってしまう。それは、当然、その次の段階でどうするかという議論はございますが、今、ここに提案されている要件であれば、今の仕組みはそのまま残っているということになると思います。

○翁座長 お願いします。

○林座長代理 先ほどのコストがより高くなるという御説明は、幾ら聞いても全く理解できないのです。先ほど、滝口専門委員からお話があったように、むしろ一次審査も不要になるし、選んだものをお出しするわけですから、コストが下がって当然だし、件数も絶対的に減るはずでありますので、そこはちょっと理解不能だなと思っております。

もう一つ、資料5について、誤解がないようにこちらで御説明したいのですが、この①～④のプランというのは、決して全ての保険者がこの仕組みを採用しなければならないというものではなくて、保険者が希望する場合には、という選択肢を、意見を申し上げているものであります。保険者の方が自分で第一次審査をした方が安いと思えばそちらを選べるという選択肢を設けてはどうかという意見なので、その前提で関係者の御意見を聞いていただきたいと思えますし、これについて前向きに取り組んでいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 私どもも、これは保険者が選択をして、こちらのルートをとるかどうかを決めるという前提で考えております。理解しております。

それから、すみません、先ほどコメントし損なってしまったのですが、レセプト点検を一方で保険者がやって、もう一方で支払基金、国保連で審査をやるというのは重複するのではないかというお話だったので、これはもともと紙レセプトの時代の経緯があって、紙レセプトの時代には、例えばレセプトの縦覧点検と言いまして、継時的に月を追っかけていくような点検は、支払基金の方ではレセプトをそのまま保険者に渡してしまう関係上できなかったもので、そこは保険者に頼らざるを得なかったということがあります。それから、突合点検と言いまして、調剤と以下のレセプトを突き合わせることにしても、これは保険者の方でないとできなかったということがありますが、今は電子化に伴いまして、この部分は審査支払機関でもかなりできるようになりましたので、審査支払機関のクオリティが上がっているということはございます。ただ、そのような状況のもとで、レセプトの点検をさらにもっとやるかという保険者もいるでしょうし、その部分も審査支払機関に任せて、自分のところはもう少し疾病予防的などところに力を入れようという保険者もいるかもしれませんが、今のところは、そこら辺は過渡期だと私自身は認識しております。

○翁座長 お願いします。

○森下委員 大分厚労省さんも前向きになってきて、かなり接点は狭まってきているかなと思うのですけれども、ちょっと説明がわかりにくいので、ポンチ絵とかを作ってもらって、一体どこが対立しているのかもうちちょっと明確にしてほしいと思うのです。話を聞いていると、ほぼ同じような話を違った言葉で言っている気もしないでもないのですが、特にコストが余分にかかるという話に関しては、先ほど来話が出ていますように、必ずしもそうではないのではないですか。ですから、そこはどちらかというところ、もう少しスキーム全体をちゃんと絵に落とし込むことで、ここはかかる、かからないというのは、はっきりしてくるのではないかなと思うのです。そういう意味では、かなり努力をされて近いところまで来ているのかなと思いますので、ぜひもう一踏ん張りしていただいて、できるだけ全体コストが下がるという観点で仕組みを考えてもらえたら非常にいいのではないかなと思います。

○翁座長 ほかにいかがでございますか。

はい、お願いします。

○稲田大臣 確認したいのですけれども、先ほど4つ前提があれば前向きとおっしゃったのですが、今、委員の皆さん方の中で、コストの部分以外はほとんど差はなくて、コストについては、ちょっと私も理解ができなくて、先ほど厚労省さんがおっしゃったのは、問題のないレセプトにも手数料をかけることによって、問題のあるレセプトの点検費用を安くしているのだからと聞こえたのですが、さっきのところをもう一度ご説明いただけますか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 私の説明がすごく悪かったのだと思います。総額をレセプト全ての総件数で単純に割っているのが、今のレセプトの手数料の設定の仕方なのです。したがって、そもそも全然問題がなくて、審査委員会の方がこれは見なくてもいいやという、それはちょっと極端ですけれども、実際に問題ないやつを見ていなかったりする、事前のチェックの段階でもこれは3カ月に1回だけでいいとかというカテゴリーのものはそのまま通したりすることがございます。そういうのも全て含んで割ったものが今の単価なので、この特別なルートについて単価をどうするかというのは、またコストが幾らかかるかというのを精査した上で、割り戻して計算をする。もしかしたら安くなるかもしれないけれども、そういうことです。

○稲田大臣 ということは、3番については、高くなることを前提にしないと検討できないということではないということですね。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） そういうことではありません。特別な設定は必要になるでしょうということでございます。それから、例えばそのためにシステム改修をしなければいけないので、その費用をどこで割り戻すかとか、そういったような細かい議論もございます。

○翁座長 お願いします。

○佐々木委員 そうすると、今も出たのですけれども、3番目におっしゃったことは前提か

ら外れて、どちらにしてもこの件について検討していただけるということによろしいのでしょうかということと、それから、つまり、いろいろやっている中で、どうやって全体のコストを下げるかという視点も、私たちの中でも提案の源にもあったと思うのですが、今話を伺っていると、割り算が変わってくるので、単価というのは高くなるが、余り全体コストを下げるという概念がないようにも思うのですけれども、そのあたりの御検討はいかがなんでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 満たされるならばと私が言ったのは、高いとか低いとかを抜きにして、それはそれで別の手数料がかかることはお認めいただきたいということでございます。

それから、全体のコストの話については、この御提案で下がるかどうかは不透明なので、また別の話として、これはこれで審査支払機関内でのPDCAサイクルをあわせて、できるだけIT技術も活用しながら提言していこうということで、特に平成22年以来ずっと取り組んでおりますので、それは別途しっかりやっていかなければいけない課題だと考えております。これは、保険者の方々からも再三にわたり言われておりますので、基金及び国保連としては最優先課題として取り組んでいるものと理解をしております。

○翁座長 私たちは、全体のコストを下げていくということと、保険者機能を発揮するというような大きな方向感の中でこういうものを位置付けられたらと考えておりますので、ぜひそういうインセンティブをつけるとか、コストの問題もインセンティブにかかわる問題ですので、どういうふうに設計して、どういうふうに考えるかというのは、どういう行動を保険者がとるかということも考えて制度設計をしていく必要があると思いますので、そのあたりよろしく御検討いただきたいと思います。

○滝口専門委員 先ほど、森下委員がおっしゃっておられた、対立点をはっきりすることの1つは、恐らく別のコストがかかるかどうかということだろうと思います。先ほど来申し上げているように、単純に順番を逆にするだけですから、ほとんどコストは別に発生はしないというのが私の見解でして、そこは、第三者に客観的な評価をきちんとしていただく必要があるのではないかと思います。今、話を伺っていると、恐らく対決する論点はそのぐらいなのかもしれないと思います。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、この点はさらに御検討をいただきまして、また事務局からもいろいろ確認させていただきたいと思います。

それから、参考資料として今日出している市長会と全国町村会からの紙について、厚生労働省から少し御説明をしたいという旨の申し出をいただいておりますので、簡単に御説明をお願い申し上げます。

○厚生労働省（中村保険局国民健康保険課長） 保険局国民健康保険課長でございます。

10月21日にこの場にお呼びいただきまして、審査支払機関の関係で、国保連の審査支払業務を支払基金に統合すべきであるという御意見をいただいたところでございます。

それに対しまして、その後報道等もあったものですから、自治体の方もかなり心配をされている向きがございまして、昨日でございましたけれども、全国市長会、全国町村会からの連名で、私どもの方に意見という形でいただいた形になってございます。規制改革会議の事務局の方にも、市長会からこれと同じものをお渡しになっていると伺ってございますが、市長会、町村会からも自分たちの意見を踏まえて、今後、厚生労働省として対応してほしいという要請を受けてございますので、今日お願いをして、この場に配付をさせていただきます。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

本資料につきましては、全国市長会のホームページにも掲載されているということですし、本ワーキング・グループ宛てにも御提出いただいております。本資料について、また何か御意見がございましたら、お願いいたします。

本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。事務的な御連絡などございましたら、事務局からお願いします。

○館次長 次回の日程は未定でございますので、また追って御連絡させていただきます。

○翁座長 それでは、今日はこれで会議を終了いたします。

どうもありがとうございました。