

平成 17 年度 第 4 回規制改革・民間開放推進会議 議事録

(本議事録は、議事概要を兼ねるものである。)

1 . 日時 : 平成 17 年 6 月 20 日 (月) 18:00 ~ 19:11

2 . 場所 : 永田町合同庁舎 1 階第 1 共用会議室

3 . 出席者

(委員) 宮内義彦議長、鈴木良男議長代理、草刈隆郎総括主査、黒川和美、志太勤、白石真澄、本田桂子各委員、阿曾沼元博、長谷川友紀、福井秀夫各専門委員

(事務局) 林内閣審議官、田中規制改革・民間開放推進室長、河市場化テスト推進室長、井上参事官、櫻井参事官、檜木参事官、岩佐企画官、長瀬企画官、原企画官、丸山企画官

4 . 議事次第

(1) 「中医協の在り方に関する有識者会議」の審議状況について

(2) その他

5 . 議事概要

宮内議長 それでは定刻でございますので、第 4 回目の「規制改革・民間開放推進会議」を始めさせていただきますと思います。

本日は、当初村上大臣に御出席いただく予定でしたが、急遽どうしても出られないということで御欠席となりました。

本日は 7 名の委員、3 名の専門委員に御出席をいただいております。

本日は「中医協の在り方に関する有識者会議」の座長をなさっております大森座長より、その審議状況につきまして御報告をいただきますが、その前に時間をいただきまして、7 月を目処に当会議として決定いたします予定の中間とりまとめの進め方に関しまして、一言私から申し上げさせていただきますと思います。

中間とりまとめにつきましては、7 月 1 日の次回の会議におきまして、素案の審議を行うことにしたいと考えております。

したがいまして、各ワーキンググループにおきましては、担当主査を中心に案文作成等の準備を進めていただくようお願いいたします。

その際、前回の重点検討課題をベースに作業を進めることになるとは思いますが、現在挙げられております重点検討課題について、中間とりまとめまでに論点が明確化し、具体的施策の打ち出しが可能なものと、それが困難なもの、この見極めを早急につけていただきたいと思ひます。

その上で可能なものにつきましては、措置時期を明記し、具体的施策をくっきりと打ち出す。また、困難なものにつきましては、今後の検討課題として問題意識に盛り込むなど、言うならば内容のめりはりを付けるということが必要かと思ひます。

先週末、私から各委員にeメールを差し出させていただきました。そこで申し上げたことと少し重複いたしますが、この際、申し上げさせていただきたいと思います。例年でございますと、本日ぐらいのところでは既に具体的な重点事項を対外的に明確に打ち出し、各省との議論を、言うならば外部の人にもよくわかるように、議論が行われていたということでございますが、現在のところ、当会議は今のところ誠に残念ながら何をやるかというところを外部に対しても十分説明できる状況にはなっておりません。

そういう意味で、当会議自身のモメンタムというものについて少し危機感を持っていただくとようなことも感じまして、先週eメールをもちまして連絡をさせていただいたわけでございます。

言うまでもございませんが、当会議の本質的な役割は、あるべき姿を描いた提言をつくるということではございません。各省との折衝を我々委員が必死に行い、合意を取り付け、政府としての具体的な取組みを担保することが我々の役割でございます。

したがって、内部の勉強ということに時間を費やすというときは、もう過ぎておりました、外に向かって行動する時期に入っております。そのために、主査が中心となって、取組み事項の重点化、絞り込みと、規制改革として何を求めるのか、これを具体化することが不可欠でございます。それが決まらない限り、外に向かったステップには移れないということではないかと思っております。

また、取り扱う問題が年々大きくなって難しいテーマが増えていると、各省とのネゴだけでは進展しないことも多いということでございますので、それを打開するため、前身の「総合規制改革会議」から公開討論、資料請求、次官とか大臣とのハイレベル折衝、諮問会議との議論、そして時には総理裁断など、あらゆる手段を取ってまいりましたことは御存じのとおりでございます。

当会議自身がそうした活動を通じて、何か我々自身が能動的に動くということをしないう限り成果は望めないということではないかと思っております。

そういうことを是非委員の皆様方に御承知置きいただきまして、事前折衝、協議、主張の論拠、事実関係、データ収集など、これにつきましては事務局と一体となって準備を進めていただき、先週eメールで出させていただきますものは私の私案でございますが、これをたたき台にいたしまして、重点事項の具体化と取組み方針を至急詰めていただきたいと思っております。

また、事務局におかれましては、主査の判断を尊重していただきまして、ワーキンググループを全面的にサポートしていただくということで、委員が判断できるように、是非お力添えいただきたい。また、委員の判断に大きな問題があるということではございませんが、私に前もって御相談をしていただくということをお願いしたいと思います。

いずれにいたしましても、スケジュール的にはかなりタイトになると存じますが、来週閣議決定されます「骨太2005」におきましても「市場化テスト」、「規制改革」が重要な柱とされており、その早急な取組みが求められています。その第1弾が中間とりまとめと

なりますので、委員、専門委員、事務局が一体となって取り組んでいただくということを、しつこうございますが、本日も強くお願い申し上げたいと思います。以上、私から、中間とりまとめにつきまして再度申し上げさせていただきます。

大森座長に入ってください前に、本日のスタンス等につきましてお話を申し上げたいと思います。

本日は、大森座長より有識者会議の検討状況を御報告いただき、そして意見交換を行うということでございますが、当会議のスタンスにつきまして、委員、専門委員の皆様と認識を共有させていただきたいと思います。

すなわち、中医協の在り方の見直しは、規制改革の分野におきまして、長年の課題でございました。昨年、御承知のように村上大臣の御尽力も得まして、厚生労働省と合意に至ることができ、本年夏から秋までに結論を得ることとされました。

そして、その検討のために設けられましたのは、利害関係者以外の第三者からなる「中医協の在り方に関する有識者会議」でございます。

したがって、私は有識者会議と私ども推進会議とは対立する関係にあるのではなく、思いを同じくする者同士であると存じます。そして、その代表者が大森座長ということでございますので、本日はエールといえますか、力強い声援を送るといような考え方で御対応いただければと思います。その辺につきまして御理解をいただきたいと思います。

それから、大森座長に入ってください際にプレスも入場いたします。なお、プレスは私から一言ごあいさつを申し上げた後に退席するということになっております。

それでは、入室をお願いします。

(報道関係者入室)

(大森座長、中島審議官、麦谷課長、堀江室長入室)

宮内議長 それでは、始めさせていただきます。

大森座長を始め、皆様方、大変お忙しいところをお越しいただきまして、誠にありがとうございます。

当会議の最重点検討事項でございます中医協の在り方の見直しは、当会議及び前身の「総合規制改革会議」にとりまして、長年の懸案事項でございましたが、昨年の村上大臣と尾辻大臣との合意によりまして「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置されることとなりました。

そして、現在、大森座長を中心といたしまして、本年秋の結論を目指して鋭意検討が進められております。4月には、鈴木議長代理と私が当会議を代表いたしまして、有識者会議に出席させていただき、私ども当会議の考え方を述べさせていただいたところでございます。

有識者会議が取り組まれております課題は、いずれも重要なものであり、当会議及び前身の会議が長年取り組んできたものであります。これらについて短期間で結論を出すことが求められているところございまして、大森座長を始めとする委員の皆様の御苦勞は多

大なものであると思います。

そのような中、大森座長にお越しいただき、その検討状況についてお伺いし、意見交換をする機会を得ましたことは、私ども当会議のメンバーといたしまして、大変貴重かつ重要なことと思っております。私どもは大森座長を始めとする、有識者会議の取組みを可能な限り応援すると、また協力してまいりたいと強く願っております。その点、御理解を賜われれば幸いですと思っております。

本日は、忌憚のない意見交換をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願い申し上げます。

(報道関係者退室)

宮内議長 それでは、早速でございますが、大森座長より有識者会議の議論の状況につきまして、お話を賜われればと思います。よろしく願い申し上げます。

大森座長 ただいま御紹介いただきました「中医協の在り方に関する有識者会議」座長の大森でございます。

本日は、御依頼に基づきまして有識者会議における議論の状況について御報告をしたいと思っております。

政府の方針に従いまして、上着を取らせていただきます。

大森座長 まず、有識者会議における議論の経過についてでございますが、お手元にお配りしております資料の1ページ目をごらんいただきたいと思います。「『中医協の在り方に関する有識者会議』における議論の状況」という資料でございます。

1枚表紙をおめくりいただきまして、1ページをごらんいただきたいと思います。そこに有識者会議の開催要綱を示しております。

御承知のとおり、中医協の在り方の見直しにつきましては、昨年末の村上規制改革担当大臣と、尾辻厚生労働大臣との間の基本的合意に基づきまして、本年2月に厚生労働大臣の下に「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置され、議論が行われているところでございます。

有識者会議の検討項目、参集者等につきましては、1ページの資料を御参照いただければと思います。

次に1枚おめくりいただきまして、2ページ目をごらんいただきたいと思います。

ここでは有識者会議の開催経緯を示しております。有識者会議は、これまでに既に5回開催されておまして、中医協の星野会長や「規制改革・民間開放推進会議」の宮内議長から意見をお伺いいたしまして、基本的合意に掲げられた6つの論点に従って議論を進めてまいりました。

先日の5月10日でございますが、第4回及び第5回の会議におきましては、論点ごとに意見の集約ができた部分を会議としての一定の方向性としてとりまとめたところであり、本日は、このまとめを中心に有識者会議における議論の状況を御報告いたしたいと思っております。

まず、また1枚おめくりいただきまして、3ページをごらんいただきたいと思います。

3ページは、第4回会議における議論のまとめとして、第5回会議に資料として提出された内容をお示ししております。

まず、第1点の「診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について」御説明いたします。

この論点の議論に当たり、会議としては、まず診療報酬の位置づけについて確認をいたしました。診療報酬とは、御承知のとおり、保険医療機関等が行う診療行為に対する対価として公的医療保険から支払われる報酬でございますが、これに関する定めとしての点数表は保険適用とする診療行為の範囲を定める品目表の性質と、もう一つは保険適用とされた個々の診療行為の公定価格を決める価格表としての正確を併せ持っているものと理解されるものでございます。

診療報酬については、健康保険法に基づき、厚生労働大臣がこれを決定する権限を有しているわけでございますが、決定に当たっては厚生労働大臣は中医協に諮問することとされております。

現在、診療報酬改定に当たりましては、予算編成過程において決定された改定率を前提として、中医協において個別点数に係る審議が行われているわけでございますが、改定年の前年12月には中医協において診療報酬改定の基本方針がとりまとめられ、これに従って個別点数について審議が行われております。

この点につきまして会議としては、中医協の機能・役割を明確化する観点から、まず基本的な医療政策の審議については、厚生労働大臣の下における他の諮問機関、具体的な候補といたしましては、社会保険審議会の医療保険部会及び医療部会でございますが、この他の諮問機関にゆだねることとし、そこで診療報酬改定に関する基本方針を定めるという方向で議論をとりまとめております。

また、改定率は医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数でございまして、その決定はもとより内閣の権限であります。

一方で、個別点数の設定と改定率とは密接に関係するものであることから、中医協におきましても、全国の医療機関の平均的な収支状況と、あるいは物価賃金の動向等のマクロの経済指標、保険財政の状況等を踏まえつつ、改定率についても中医協で議論が行われる。年末の予算編成に向けて議論の成果が審議報告としてとりまとめられております。

この点につきまして、有識者会議といたしましては、改定率について中医協の機能としての位置づけがなされていない中で、言わば慣例として中医協で議論が行われているということが、中医協で改定率が決定されているかのような印象を与えている原因となっているとの認識の下に、改定率については、制度的には予算編成過程を通じて内閣が決める問題であるということ、まず明確に確認する。

その上で、中医協においても、医療経済実態調査等を踏まえて議論を行い、その結果を厚生労働大臣に意見として進言する。これは答申ではなく、または建議でもない。しか

し、議論したところを意見として進言することが在り得るという方向で議論をとりまとめております。

以上のような整理を行った上で、会議としては診療報酬改定については予算編成過程を通じて内閣によって決定された改定率及び厚生労働大臣の下における他の諮問機関において策定された基本方針に基づきまして、中医協において審議を行うという方向で議論をとりまとめた次第でございます。

次に、論点の第2として公益機能の強化について御説明をいたします。

御承知のとおり、中医協の委員構成は支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整するという三者構成となっています。この三者構成については、基本的に維持するという事で全員の意見が一致しております。

また、中医協の委員は支払側委員8名、診療側委員8名、公益委員4名の合計20名で現在は構成されているわけではありますが、この公益委員の数については、現在よりも増やすという方向で議論をとりまとめております。

更に、診療報酬改定の結果の検証につきましては、中医協の場において、医療費の動向の報告等が行われてきましたが、これまで診療報酬改定に至る取組みと比べ、その取組みは不十分であったと考えられますところから、公益機能強化の一環として診療報酬改定の結果の検証の機能を公益委員に担わせるという方向で議論をとりまとめております。

次に、論点3に移りますが、資料の4ページ目をごらんいただきたいと思います。

まず「病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員会構成の在り方について」御説明いたします。

中医協委員の任命につきましては、協議会法において、支払側委員及び診療側委員の任命は各関係団体の推薦によることが規定されております。

これに基づきまして、厚生労働大臣より、各関係団体委員の推薦依頼がなされておりました、これにより支払側委員及び診療側委員の内容が決定されるという仕組みとなっているのは御承知のとおりであります。

この点につきましては、三者構成の下での各側委員については、できる限り明確な考え方に基づき構成されるべきであるという方向で議論をとりまとめております。

支払側委員の委員構成につきましては、現在、健康保険の保険者として社会保険庁1名及び健康保険組合連合会1名、健康保険の被保険者として日本労働組合総連合会2名、事業主として日本経済団体連合会1名、船員保険の被保険者として全日本会員組合1名、船舶所有者としての日本船主協会1名、そして国民健康保険の保険者・被保険者として国民健康保険中央会1名という割振りになっております。

支払い側委員につきましては、社会保険庁の在り方の見直しや船員保険の位置づけといった点を総合的に勘案しつつ、委員構成の見直しを行うべきであるという方向で議論をとりまとめております。

その際、医療保険における都道府県の役割についても十分検討するべきであると整理し

ております。どういう形で反映するか、なお検討を要するものでございます。

また、診療側委員の委員構成については、現在、医師の代表として日本医師会の代表が5名、歯科医師の代表として歯科医師会から2名、薬剤師の代表として薬剤師会1名となっておりますが、平成11年5月から日本医師会の推薦する5名の委員のうち1名については病院団体の関係者が推薦される運用となっているようでございます。

診療側委員につきましては、国民の目に見える形で病院の意見を反映できる医師の参画を推進し、委員構成の見直しを行うべきであるという方向で議論をとりまとめております。

なお、推薦制については、三者構成と密接に関係する制度ではありますが、推薦制に基づく現状には問題があるため、その改善については存廃も含めて引き続き議論することとなっております。

次に論点第4について申し上げます。資料の5ページをごらんいただきたいと思っております。

5ページに記載しています内容は、第5回会議において、私が口頭で議論のまとめをした内容でございます。次回にそれを書面に記載したものを出す予定にしております。

まず、委員の任期の在り方について御説明いたしますと、中医協委員の任期については、協議会法により1期が2年とされており、また、各種審議会に共通のルールとして閣議決定により10年を超える任命は行わないこととされております。

この論点につきまして、委員の任期が余り長過ぎると、長い在任期間を持つ委員が、他の委員に勝る診療報酬に関する知識・経験を通じて、中医協における議論の方向性を事実上決定してしまうような事態が生じるのではないかという観点と、逆に診療報酬体系は、専門的かつ複雑であり、委員の任期が短過ぎると診療報酬改定について実質的な議論ができなくなってしまうのではないかという2つの観点を考慮いたしまして、委員の任期は最長6年まで、再任の回数で言えば2回までとするべきであるという方向で議論をとりまとめております。

ただし、この点につきましては、任期中の退任の際に起こる前任の委員の残任期間を引き継いだ場合の具体的な事例を少しシミュレーションする必要がありますので、なお議論を行いたいということとなっております。

次に、論点5について申し上げます。

まず、診療報酬の決定手続の透明化については、これまでも中医協におきまして、会議の公開や議事録の公開、非公開の協議を行った場合の公開の場での協議経過の報告、あるいは診療報酬調査専門組織による客観的データの収集などの取組みが進められてきているところでございます。引き続き中医協において、審議過程の一層の透明化や客観的なデータに基づく議論の一層の推進が図られるべきであるという方向で議論をとりまとめております。

また、診療報酬点数の改正案の諮問を受け、即日に応申を行ってきたという取扱いにつきましては、透明性が担保されているとは言い難いと思われまますので、この際、これを改めるべきであると整理しております。

具体的には、厚生労働大臣からの諮問においては、予算編成過程を通じて内閣が決めた改定率を所与の前提として、厚生労働大臣の下における他の諮問機関において策定された基本方針に基づき、改正案の調査・審議を行うことを求めるとともに、中医協は、慎重かつ速やかに審議を行い、中医協が改正案を作成して答申するという方向で議論をとりまとめしております。

更に、診療報酬、決定手続の透明化のため、いわゆるパブリック・コメント手続を参考としながら、中医協が診療報酬点数の改正案を作成し、答申するに至る過程において、広く国民の意見を募集する手続を取るべきであるという方向で議論をとりまとめしております。

このほか、現在、中医協の議事規則は、中医協自身が定めることになっておりますが、近時の立法例に従い、議事規則については、議事手続の中心的な事項について、政令で規定することを検討すべきであると。政令で規定するというのは、内閣が責任を持って決めるということでございますが、そういう方向で議論をとりまとめしております。

事後評価の在り方については、公益機能の強化のところでも出てまいりましたが、公益委員が診療報酬改定の結果の検証の機能を担うべきであるという方向で議論をとりまとめしており、検証の目的及び検証の結果をその後の改定につなげていくための方策については、引き続き検討することといたしております。

最後に、論点第6でございますが、この論点につきましては、医療の現場や患者と国民の声をより適切に反映させるため、中医協委員が国民の声を聞く機会を設定していくべきであるという方向で議論をとりまとめしております。

今後の有識者会議における議論の進め方でございますが、現在の検討状況については、以上のとおりでございますが、これらはこれまでの議論の中で意見を集約できたものではありますが、具体的な論点については、なお議論を深める必要が残っているものがございますので、今後更に議論を重ね深めてまいりたい。

今後の予定といたしましては、両大臣の間の基本的合意において有識者会議は本年夏から秋までに議論を得ることとされておりますので、あと数回有識者会議を開催していただきまして、最終的にできるだけ早期に意見の集約を図りたいと考えております。

以上、簡単でございますが、報告といたします。

宮内議長 ありがとうございます。それでは、ただいまの大森座長の御報告に基づきまして、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、どうぞ御発言をお願いします。鈴木議長代理。

鈴木議長代理 鈴木でございます。大変御熱心に御討議いただいているやに承っておりまして、我々も大いに期待しておりますので、よろしくどうぞお願いしたいと思っております。

承ったところでは、基本的に基本合意を行う前に、村上大臣、尾辻大臣、それから厚生労働省と私どもと議論したところと、かなりの点で一致しているというので私も安心しておるし、喜んでおる次第でございます。

一番ポイントになりますのは、座長も先刻御承知だと思いますけれども、私は推薦制の在り方というのが、ここに書いてありますように、三者構成と密接に関連する制度だが、現状には問題があるということで御認識いただいているのは大変ありがたいと思っているわけです。

その改善について、存廃を含めて十分に検討するべきであるとして書いてある。このところが一番のコアになってくるのではないかという感じが、私としては従来の経緯からそう思っているわけですが、その点について、是非これからの御審議の中でよくお考え頂きたいと思います。私は公益委員に加えて医療関係者、支払側という人たちが入るのに対して反対はいたしておりませんが、その人たちが団体推薦を受けるということが、やはりいろいろな問題の根源にあったのではないかと、過去を振り返ってみますと、そういう気がしてならないわけです。

団体推薦を受けますれば、当然団体の意向に拘束されて、団体の利害を代弁しなければならぬ立場になるわけですし、それがもろもろの弊害をもたらし、いろいろな問題の原因になっていたと思いますので、団体推薦というのは、存廃とありますから、是非廃止の方に方向を切っていただけたら非常によろしいのではないかと考えます。

また、言ってみましたら、ここの中で点数を決める人たちというのは、それぞれ立場の違いはあるけれども、皆それぞれが公益委員的に公正・中立に、出身の違いがあっても医者さんもいる、保険者もいる、公益委員もいるけれども、それぞれが公益委員だという自覚の下で、どのような点数にしたらいいのかと、そういう議論をするのが一番正当な議論ではないかと思えます。何も互いにつかみ取りをやるとか何とかという問題を矮小化しなくてもよいのではないかと思えます。そして、その方が結果をつかみ合いの中で決まったことだからといって出身団体を納得させやすいなどということを考える必要はないのではないかと考えます。

だから、この団体推薦というのは、是非是正していただくのがポイントになってくるという感じがしますので、その点、大森座長に是非お願いしておきたいと思えます。

少し長くなって恐縮ですがけれども、私も2001年以来、もう4年になりますけれども、医療の主査をやってまいりました。正直いいまして、ときに厚生省がかわいそうになってしまうことがあります。

それは何かというと、私とこういふふうにしよふということで約束したが、しかしその実行段階で、さる団体のOKを取らないと物事が進まないという厳然たる事実があるということです。

そこまで行政の中に一つの利害団体が入り込んでよいのでしょうか。それで公正な行政ができるのでしょうか。こういうところに医療が抱える非常に大きな問題が存在しているわけです。

というところを、今後是正していかないといけないと考えます。改革を要する医療の問題は多岐にわたっており、改革の心が厚生労働省にあるとしても、実現のときに各種の圧

力によって挫折してきた歴史であるわけです。その歴史の根源にさっき言ったような点があるということを考えますと、団体推薦というものを中医協の場にまで持ち込まないでいただきたい。中医協に来る人たちは、いろいろな経験のある公平な中立な、言ってみれば、全員が公益委員であると、その精神でやってもらって、そこで決まったことに対して医療機関も保険者もそれに肅々と従うと。基本的にこういう仕組みに切り替えるべきではないかと考えます。基本的には対立解決ではないのではないかとということです。こちら辺のところを大森座長に一番お願いしておきたいところだということを、まず申し上げさせていただきたいと思います。

大森座長 おっしゃられる理由、そして先ほどの問題意識、これは十分に理解できるわけですが、有識者会議における議論を若干紹介いたしますと、団体推薦制を維持することは基本的に反対だという方も勿論おられます。しかし、推薦制の話が三者構成との関係、あるいは現実の問題で困難だとしても、何らかの運用の改善は必要なんだと。

あるいは逆に、団体推薦制度というのは、支払側委員、診療側委員、そして公益委員という三者構成と密接に関連する制度なので、三者構成を維持して推薦制だけ廃止するということは、なかなか考えにくいのではないかという意見とか、結局、今、三者構成というのは支払側の代表者、それから診療側の代表者、それで公益という考え方を取っているわけで、そういう1号あるは2号委員の代表制というものと推薦制というのは密接不可分な考え方じゃないのかなという意見もございます。

ですから、一番難しい問題だろうと思いますが、もう少し議論を詰めようと。大体運用の改善がどういう形ならば確保できるのかということとの関係でもあろうかと思っておりますので、おっしゃる御意見は次回の会議におきまして、こういう意見が出されたということをお披露いたしまして、それを踏まえて、なお意見を詰めていきたいと考えております。

おっしゃられることはよくわかるんですが、一番難しい問題だろうと思います。

鈴木議長代理 と同時に一番肝心なところなのです。これをやればというのが、まさに答申の真価が、私はやはりこの点に集約されていると思います。そのほかの点も勿論ありますが、ここに集約して答申の真価が表われてくると私は思っておりますし、実体験でございますので、その点もお含みいただいて御議論いただけたらと思います。

大森座長 御意見は、帰りましたら伝えます。

鈴木議長代理 よろしくどうぞ、お願いいたします。

宮内議長 私から申し上げるのもあれですが、今の点、支払側と診療側というのは、言うならば、ある医療行為に対して、受け取る方と支払う方ということで、言うならば対立ということではないですけれども、対峙しているという関係であって、そういう関係である限りおのおのの支払うという行為、診療する、受け取るという行為の代表的な人がここに出て議論するということはある程度と。そういう考え方はあるのかもしれませんが。けれども、そういうおのおののできるだけ支払いは少なくしたい、できるだけたくさん受け取りたいという要求を、政府の財政支出を伴う保険の中で議論しているといたしますと、い

ろいろ異なる意見が出た場合に、判定者としては、この2人の議論の中を取れる、きっちり判定するという意味では三者構成の中の公益委員というのが、その役割を受け持つという形しか考えられない。そうすると、現在のように4人という公益委員の数では、きちんとそういう判定をして、公益としてこうなんだと、議論を聞いてこうすべきだ、というだけの票がないため、議論が堂々巡りになる、あるいは一番力を持っているところが勝つということになるわけです。したがって、三者構成を維持するということであれば、公益委員に圧倒的な判定力を与える、言うならば数を増やすということによって、ようやく三者構成のうちの対立する2つに、どうぞ御自由に自己主張なさってくださいということが言えると思うわけでございます。が、もし今の御議論で進むとした場合は、公益委員を現在よりも増やすということだけではなく、公益委員だけでもって決定できるだけの数、そのような圧倒的な数というようなことでもないと、財政の中で議論しているということの判定ということができないんじゃないかなという感じもすると、お聞きして思っております、少し私の意見を申し上げさせていただきます。

大森座長 現時点における方向性としては、現在よりも増やすという点では全員一致しているわけでございますけれども、ではどこまで増やすのかということにつきましては、なお5人の委員の中で意見の違いがございまして、次回以降にその辺りを詰めておく必要があります。

だから、答申でどこまで表現するのかということとともに、勿論議事録で全部残すわけでありまして、五論併記というわけにはいかぬだろうと、できるだけ意見を詰めて大勢はこうだということを議事録上もはっきりしておくべきではなからうかと、私もそのように考えております。

現在出ております意見を典型的に紹介いたしますと、公益委員がキャスティング・ボートを握れるように、その人数を大幅に増やして、公益委員が全体の過半数を占めるべきだという意見もございまして。

それに対して、過半数までというのは現実の選任手続もなかなか大変なことです。したがって、支払側、診療側と同数ぐらいまでは増やすべきではないかという意見もございまして。

それに対しまして、やはり量より質だと。専門分野のカバーといった観点から考えるのも有益ではなからうかという意見もございまして。

したがって、もう少し次回以降に議論を深めて、その結果を踏まえて答申の表現を考えたいというのが議論の実情でございまして、少なくとも現在の4名よりは増やすべきだという点では全員一致しております。そこを御理解いただきたいと思います。

宮内議長 どうぞ。

鈴木議長代理 ちょっとさっきのことに関連して追加させていただきますが、三者構成というのは、私は、三者から出てくること、氏、素性をただしたらと、こういうような言葉でお使いいただいた方がよろしいのではないかと思います。

というのは、この言葉独特の響きと歴史的な意味合いを持っておりますから。例の中医協が自分の改革を自分で考えたときには、各委員が全員、異口同音に三者構成の堅持をと言いましたね。だから、三者構成ということを経済の三者構成と同じ意味合いのままにすると、さっき座長が言われたように、そうすると、どういうふうにして選ぶのだと、この議論が付きまとってきて、結局団体推薦の議論になってしまうと思うのです。

ですから、私は三者構成という言葉は使ってもよいが、それは普通にそういう医の世界の中で染まっていない人が受け取るような、三つのサイドから出てくるだけだと、こういうふうに取り取られるならば、それでいいと思いますが、ただ独特な歴史的意味がありますから、できたら三者構成というのは、三者から成るというように、従来の意味を持った三者構成から変えていくことが肝要だと思います。そうするとさっきの推薦問題についても、解が得るのではないかと、こんな感じがするものですから補足させていただきます。

大森座長 これは私の個人的な見解としてお聞きいただきたいんですが、中医協も性質上は一つの審議会なんです。ところが、会の名称は協議会となって、しかも法律題名も協議会法と、協議会という名称になっているんです。

これがなぜそうなのか法律内容を追いますと、会の所掌事務に関する条文をみますと、諮問を受けて調査・審議し答申すると。これもほかの審議会と同じ規定ぶりなわけです。

ところが、制度の説明振りは支払側と診療側が協議をして、そして公益委員がその意見の調整をして、全員合意に至るように努力するという説明をしてきておりました、それがなぜそうなったのか、法律はそこまでのことは書いておられないわけでございます。その辺が一つの歴史を反映したものだろうと思いますけれども、これが議事規則、先ほどの政令で規定すべきだという点とも関連しているわけでございますけれども、現在の中医協自身が決めた議事規則では、定足数は各支払側、そして診療側、公益側、それぞれの3分の1という定めとなっています。

ところが議決要件は、全体の2分の1以上、過半数というように決めているわけですが、全員合意ができなければ、過去は決まってきたいないというようなこともございまして、まさに鈴木議長代理のおっしゃられる歴史を反映しているんだと思います。

ですから、協議会という法律の題名も会の名称も審議会に変えたらいいんじゃないかと、私は言うことがあるんですけども、いやいやそうじゃないと、やはり現在の考え方の基本にあるのは、保険者と診療者との間の医療保険契約をベースとして、両者間の協議によって決まる診療報酬、患者負担の問題はありますけれども、基本は保険者と診療機関との間の医療保険契約でございます。それを基本として制度が成り立っている。どうもそういう説明がなされるようございまして、その本質は協議なんであって審議ではないんだという意見が定説となっているようございまして。

ですから、やはり現在の法律に反映している制度については、三者構成の意味を変えると、そう簡単に変えられるものじゃないんだという意見が非常に強うございます。

鈴木議長代理 くどいようですけども、それを改めてこそ初めての解体的改革であっ

て、目指しているのは解体的な改革であるはずだと思います。私どもは議論の途中では、厚生労働省外に置けという議論もいたしました。今言ったように権限が明確になって、その範囲も縮小されてくるならば、何も厚生労働省外でやる必要はないと思います。

しかし、いずれにしても解体的な出直しをしましょうというときの解体とは何だといったら、さっき言った意味の協議ではなく、それぞれフェアな立場の人が審議してまとめることなのだ。その結論を皆が約束として守っていくのだと、そこら辺までいってほしいと思いますので、くどいことを繰り返して恐縮ですが。

宮内議長 どうぞ。

長谷川専門委員 中医協という組織にどんな機能を期待するかということと、組織構成というのは密接に関係していると思うんです。

1つの考え方としましては、語弊があるかもしれませんが、支払側に対して医療側があるとある種の対立構造を想定します。その中間が公益委員となります。公益委員の数を増やす、あるいは何かのサポートする仕組みをつくって、公益の方々がきちんと機能できるような状況をつくるというのが1つの考え方だと思います。

もう一つは、2001年12月に我々が答申において中医協についてお書きしたときには、幾つかの問題点が指摘されました。

1つは、診療報酬体系が非常に複雑であることです。私どもが見てもよくわからないぐらい複雑です。しかも、一個一個の医療サービスに対する値づけについて、その根拠となるデータがないんです。この医療サービスの値段が1万円、あるいは5,000円として、これは何でその値段なのかというのはよくわからないんです。どなたにお聞きしても余りよくわからない。

多分この2つの要素が関連していると思うんですが、委員の期間が長く設定されています。新規に入ろうにも非常に複雑な中でなかなか入りづらいといった構造が、当時から私どもの間の認識にはありました。

診療報酬の議論を考えますと、1つは診療報酬として、そもそもどのような支払いの在り方が医療をいい方向に持っていく上ではいいのかどうかという大本の話があります。例えば、定額払いがいいとか、あるいは出来高払いが良いとか、こういった事柄は基本方針としてお決めいただくことになっています。

あとは、個々の医療技術が保険診療の適用であるかどうかを判断する保険適応の問題、保険適応になった医療サービスについていくらの値段を設定するかという問題があります。これらも基本方針として中医協の外部の組織で取り扱うのであれば、中医協での議論、機能は、個々の医療サービスが基本方針に沿って取り扱われていることの確認作業になると思います。

この場合には、対立構造を想定する必要は乏しくなります。

そうしますと、議長代理が最初に話をされたように、すべての委員は基本的には公益代表であると考えにつながります。私自身も後者がより望ましい状態であると考えておりま

すので、是非、基本的な部分の範囲を明確にし、かつより大きな範囲でお考えいただくと、その後の議論が建設的に進むのではないかなと思っています。

対立構造を想定するというのは、改定率の決定まで中医協の権限であるかのようなある種の誤解を周囲に生じさせることにもなりかねないと思います。

大森座長 おっしゃられる御意見のよって立つところは、私なりに理解できるわけですが、やはり社会保険制度というものの一番の基本というのは、やはり保険者と診療側との保険契約が一番基礎にあり、これを前提とする限りは、その上にどのような制度をどういう形で構築するのかというのは、自由な発想で制度構築することには限界があると考えられます。

それから改定率の問題は、これは中医協が1号側委員と2号側委員の協議で決めてきたんだというのは、制度論として誤解でございまして、そういうことが日本の行財政制度の中で成り立つはずがないわけでございます。改定率はあくまで予算編成過程において問題となることでございますから、国会に提出する予算の決定は内閣が決める問題で、厚生労働大臣だって権限がない、予算要求大臣にすぎないということを、私らは申し上げるわけで、そのところは御心配要らないんじゃないかと思えます。

ただ、利害関係人として参考意見は是非言いたいという気持ちもわかりますので、それを一切議論するなという性質のものではないんじゃないかなというように考えております。

そういうようなことから、各委員の意見を総合しますと、方向性としてはあのようになりまとめになっているということをお理解いただきたいと思います。

宮内議長 どうぞ。

草刈総括主査 座長が大変フェアにずっといろいろ議論していただいて、我々の考え方と似て、非常に底流のところでは考え方が非常に近いということもございまして、いろいろ御努力いただいていることに敬意を表したいと思います。

また三者構成の話になって恐縮ですが、やはり現場の医療の実態、医療提供側にしてみれば、医療の実態が一番近いところにいられる方に出てきていただいているんな議論をされるというのが、一番自然な、素直な在り方であろうと思えます。

そういう意味からすると、今のように医師会のうちの1人だけが病院の推薦とか、そういうことではなくて、圧倒的とは言いませんけれども、過半数をはるかにしのいでいる医者は病院におると。それから我々が一番頼りにしているというのは、勿論、個人のお医者様はいますけれども、大きな病気等々については病院というものの存在が圧倒的に大きいわけですから、そこの方がたくさんおられていろんな意見を言っていただく方がいいだろうと思えますし、それを阻害しているのが、やはり推薦枠ではないかという考え方は、私も非常に議長代理と近いんです。

一方、支払側にも推薦制の弊害というのがありますし、いろんなものが慣例的になっているわけですが、例えば船員組合というのが入っておりますね。これはいろんな歴史的な

経緯があるわけで、非常に強かった、あるいは構成員が多かった時代の船員組合というものがあつたのだらうと思いますが、いまや2,000人を割っているのがこの組合の実態でございます。

それから、つい最近まで私はその会長をやっておつた船主団体の日本船主協会ですけども、何でこんなものが入っているのかなと不思議だと思つて、代表で出ている人に聞いてみたのですが、討議についていけないことが多いとか、それもまた推薦枠あるいは推薦制のいわゆる弊害ではなからうかと。これもまた現場というか、非常に医療と違うところにいる、リモートなどところにいる人たちの代表が出てしまつていて。

そういうことであれば、むしろいわゆる患者さんの代表をダイレクトに入れていただいた方がいいのではないかというのが、前からの我々の考え方でございます。

資料の最後に、医療の現場や患者の声を反映する仕組みと書いてありますが、中医協の委員が国民の声を聞く機会を設定していくべきだと。おっしゃるとおりだと思いますが、これは間接的です。

途中でお話のあつた、いわゆる患者さんの声を別の形でパブリック・コメント的に聞くというようなこともあるんですけども、それはいいよりはるかにいいと思いますが、しかし直接的な形で患者の声を反映する。これはどういう患者さんを選んでくるかと、また患者の利益代表みたいなことになつては何にもならないわけで、その点難しい面もあるかと思いますが、いわゆる推薦制を外して、一番医療現場に近い、両方の人たちが出てきて議論をしていただくと。

それに加えて、公益委員が少なくともイコールの、いわゆる量的なもの、それからアンパイアとしての、それなりのオーソリティーをそこで付与して、正しい方向に持っていくと、こんなことが必要ではないかなと前から思つてのことですけども、御参考までに申し上げた次第でございます。

大森座長 1号委員の見直しについては、確かに社会情勢の変化を反映したような任命の在り方というのは、我々5人そろつて同意見でございます、やはり船主、船員の問題はそのとおりだらうと思つます。

患者代表というのは、関係団体というものの選び方というのはなかなか難しいということも聞いておりまして、御承知のとおり、現在は、「患者本位の医療を確立する連絡会」というのが連合の中にあるようでございまして、その中から連合の推薦により任命され、患者代表の形は一応運用として実現されているということでございますが、直接患者団体の推薦というのは、現実問題としては難しい問題ではあるようでございます。

しかし、勿論そういう問題意識を持って、今後も推薦依頼がなされることは、また間違いないのではないかと思われまふ。

それから、病院の問題もおっしゃるとおりでございます、それをどういう形で運用していくかです。できるだけそういう方向になるような形として、どのような方法がいいのかということ、なお議論を詰めていきたいと思つます。

宮内議長 御発言の方は、おられませんでしょうか。

どうぞ。

鈴木議長代理 それもすべて、また最初の話に戻ってしまいますが、団体の代表という考え方を一遍切って捨ててしまうと、わかりやすい。つまり、患者の中で公平に中立にものが言える人という発想に戻ってしまえばよいのではないかと私は思うのです。

そうすると、恐らく必ず出てくるだろうと思うのは、それではそれはだれが選ぶのだという議論だと思います。それを厚生労働省が勝手に選ぶのか、そんなことでは困るではないかと、この議論が出てくると思うのですが、そんなことをいったら、有識者会議はどうやって選ばれたのか、我々だってどうやって選ばれたのかというのと同じことであって、やはりそこは医学を修めておるけれども、公正・中立に問題を考えられる人という基準で考えればよい話であって、背中に背負うものがあるがゆえにという問題から解放されるべきだと思います。

しかも、何も対立でつかみ合わなければならないことを必ずしもやっている問題ではないではないかというので、中労委みたいな労使交渉の最後にもめてしまったときの仲裁をやってくれというので足して2で割るような話とは限らない話ですから、そういうことで団体から一度切り離れた発想を是非お願いしたいと申し上げておきます。

大森座長 おっしゃられることを心にとどめまして、次回以降、なお議論を行いたいと思います。

宮内議長 時間がまいりましたのでとりまとめをいたします。本日は大森座長から有識者会議の検討状況を御報告いただきまして、私どもといたしましては、是非評価できるものにつくり上げていただきたい、またできるだけバックアップさせていただきたいと思っております。大森座長におかれましては、今後の検討を進めていく上で、本日、当会議から出されました意見も、是非御参考にさせていただければと存じますので、よろしく願い申し上げたいと思います。

また、これからとりまとめに向けて大変な時期を迎えることと思いますが、有識者会議が具体的な成果を上げることを願ってやみません。私ども当会議といたしましても、中医協改革は極めて重要な課題であると認識しております。今後ともできるだけ連携を取ってまいらせていただきたいと思います。

本日は、大森座長、お忙しいところをおいでいただきまして、本当にありがとうございました。重ねて御礼を申し上げたいと思います。

(大森座長、中島審議官、麦谷課長、堀江室長退室)

宮内議長 それでは、少し先の話で失礼でございますが、メンバーの皆様に御連絡させていただきたいと思いますが、今回は、7月1日10時から11時30分の予定で調整中でございます。冒頭申し上げましたように、中間とりまとめの審議を始めますので、よろしく願い申し上げたいと思います。事務局から御連絡を差し上げます。

本日の模様につきましては、これから記者会見をさせていただきたいと思います。

事務局からは特にございますか。

井上参事官 ございません。

宮内議長 それでは、少し時間が過ぎましたけれども、以上をもちまして終わらせていただきます。ありがとうございました。