

本速記録は、実際の発言者に発言内容の確認を頂いたものではありません。  
そのため、発言者が異なる場合や表記に誤りがある可能性があります。

## 第9回 総合規制改革会議 議事概要

1. 日時：平成13年9月20日（木）16：30～19：00
2. 場所：合同庁舎4号館共用第1特別会議室
3. 出席者：
  - （委員）宮内義彦議長、飯田亮議長代理、神田秀樹、河野栄子、佐々木かをり、鈴木良男、高原慶一郎、八代尚宏の各委員、河北専門委員
  - （政府）渡辺大臣政務官
  - （事務局）[内閣府]坂政策統括官、岡本審議官、竹内審議官、磯部審議官、吉原事務室長、長屋事務室次長
4. 議事次第
  - (1) 関係団体等ヒアリング
    - 四病院団体協議会
      - 日本病院会会長 中山耕作
      - 全日本病院協会副会長 西澤寛俊
    - 日本医師会
      - 副会長 糸氏英吉
      - 常任理事 青柳俊
      - 常任理事 櫻井秀也
      - 常任理事 西島英利
    - 日本保育協会

平塚保育園園長	猪股祥
なでしこ保育園園長	門倉文子
新星保育園園長	蒲池知佳子
倉吉愛児園園長	坂田誠二
芳香稚草園園長	佐藤織江
富士保育所所長	高橋英治
村山中藤保育園園長	高橋保子
亀戸浅間保育園園長	宮原みどり
狭山台みつばさ保育園副主任保育士	渋谷一美
見和めぐみ保育園主任保育士	寺門厚子
東月寒保育園主任保育士	藤戸純子

(2) その他

5. 議事概要○宮内議長 それでは、定刻となりましたので「第9回総合規制改革会議」を始めさせていただきます。

本日もお忙しい中、皆様おいでいただきましてありがとうございます。渡辺大臣政務官にも御出席をいただいております。

本日は、奥谷、清家、八田、村山、米沢各委員が御欠席で、森、八代委員が少し遅れられるということがございます。また、医療ワーキンググループから、河北専門委員が御出席をいただいております。

それでは、本日の議事でございますが、前回に引き続きまして当会議で7月の取りまとめました重点6分野に関する中間とりまとめにつきまして、関係団体からの意見をいただくということがございます。本日は3つの関係団体ということで、四病院団体協議会、日本医師会、日本保育協会の皆様に御出席をいただきまして、それぞれ御意見を賜わることとさせていただきます。

本日も前回に引き続きまして、報道関係の皆様には公開をしてお聞きいただくとのこととなっております。

それでは、まず最初に四病院団体協議会からの意見聴取を行います。

四病院団体協議会からは、中山耕作日本病院会会長と、西澤寛俊全日本病院協会副会長のお二人に御出席をいただいております。

本日は、御多忙のところおいでいただきましてありがとうございます。

会議の進め方でございますが、御説明を20分ぐらいでおまとめいただきまして、残りました25分間を意見交換ということで、合計45分ということで予定させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願い申し上げます。

それでは、どうぞお願い申し上げます。

○中山日本病院会会長 四病院団体協議会を代表しまして、日本病院会の会長の中山でございます。よろしくお願いいたします。

資料の1-1をごらんいただきたいんですが、初めに「一基本的な考え方」ということでございます。現在の日本の医療提供体制は、世界的に見ても非常にいい制度であるというふうに思いますし、WHOの評価によっても、平均健康寿命とか、新生児の死亡率が非常に少ないとかということで評価されているわけでございます。しかも、総医療費もGDP対比7%台と、比較的安く医療費が上がっているのが現状でございますが、国民皆保険制度と、受診の自由の保障によって、国民にとって十分な医療サービスの利用が確保されているというふうに思います。

しかし、私どもは2つ反省しなければならない点があると思います。1つは、医療についての情報が十分に公開されていなかった。それから、日本の医療提供体制のよさというものが、国民に十分に認識されなかった。これは、1つは規制もあったからでございますけれども、国民の意見を吸収し、反映させる制度を持たなかった。それから、大きな欠陥がこれまで指摘されてこなかったということが、医療関係者を始め、国民全体に医療制度変革への意識を惹起させなかった理由として挙げられるだろうと思います。

もう一つですけれども、これまで病院団体が国から提示された種々の医療政策や制度の変更の際しまして、それぞれの事項ごとの対策を提案するだけで、医療全体の方向性など、広い視野に立って将来像を論じて提言するようなことは少なかったと思います。

我々病院団体の使命は、国民に良質な医療を安全に提供するという理念の下に、そのための制度、提供体制を構築することであると思います。

この度の規制緩和が、この点に向けて前向きに検討するチャンスであるにとらえることができるというふうに存じます。

医療提供者にとっては、努力した者、よいサービスを提供した者が報われるような制度の構築を我々も望んでおりますし、この使命を遂行するために医療人としてのプライドをもって最大の努力をして必要な改革に対して強く推進することを希望しております。

この資料には抜けていますもう一つですけれども、現行制度のよい点は活用し、それを

改良して、更によいものをつくり上げる努力が必要であるというふうに思う次第です。

「中間とりまとめ（医療）に対する全体的意見」でございますけれども、何のための規制改革かを明確にすべきである。というのが1つです。

改革だけが目的であってはならないと思います。我々が目指すのは、第1に「医療の質の向上」、受診者の満足度の向上を目的とした改革であって欲しいところですし、そのための規制改革を論じるべきであるというふうに思います。

第2には、安全な医療の提供。

第3には、効率的な医療の提供を目的としております。

2ページ目になりますけれども、ただし、効率性を重視するあまり、医療の質の向上を軽視あるいは無視することがあってはならないし、また、経済・財政の視点のみの規制改革は、社会保障、医療の特質を考えると疑問であり危険であると言わざるを得ません。

規制改革を検討するに当たりまして、まず、理念・目的を明確にして、それを達成するためのストーリーを描くことが必要と考えます。それによりまして、具体的施策が決まって、それぞれの整合性が図られ、また時間軸も明確になります。具体的施策の整合性、時間軸を無視して、拙速な改革を行うと、目的に反して医療の質の低下を招く恐れがあることに十分注意するべきであると考えます。

更に付け加えますと、精神論と経営論ということが言われていますけれども、やはり我々としては、精神論の根幹なくして経営論に終始する医療行為はあり得ないだろうというふうに考えています。

以下、具体的な施策に対する意見でございますけれども、その原点は「医療の質の向上」にあるというふうに思います。

以下につきましては、西澤副会長にお願いしたいと思います。では、よろしくどうぞ。  
○西澤全日本病院協会副会長 全日本病院協会副会長の西澤でございます。よろしくお願  
いいたします。

ただいま、中山日本病院会会長が、今回の意見の総論的なことを述べていただきましたので、私がこの具体的施策の項目ごとの意見を述べさせていただきます。

その観点でございますが、今、中山会長が言いました、あくまで医療の質の向上と、その観点で意見を述べさせていただきたいと思っております。

また、同時に私たち医療人としまして、医療の主役はやはり国民だという認識、それから私たちが医療人としてのプライド、それも今回の意見を述べる根底になっているということ、これを是非御承知おき願いたいと考えております。

本報告書のところの検討の方向性の中にきちっと、最も重要な視点は、国民皆保険体制、それから医療機関へのフリーアクセスの下で、真に国民の求める医療制度とは何かの追及と書いてございますので、この報告書も私たちと同じものにのっとったものだという確認をさせていただきます。

それでは、まず項目に従ってでございますが、まず（１）の「医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進」。総論的には賛成でございます。ただ、最初にある良質で低コストかつ、この低コストというのは、あくまで下げよう、下げようのインセンティブでございますので、これは適正なコストと改めるのが適当ではないかと思っております。

次のページにいきまして、①の「原則電子的手法によるレセプトの提出」でございますが、これも原則賛成でございます。ただしながら、何を目的としているのかを明確にさせていただきたいと思っております。ここに書いてありますとおり「医療の質の向上」「標準化」「統計処理の為」ということを明記していただいたらよろしいかと思っております。この中を見ますと、審査強化あるいはコストの削減を、これで目的としているようだけれども、それを目的としては、やはり医療の質の向上という観点からずれる可能性がございますので、十分留意していただきたい、そのように思っております。

また、電子的手法によるレセプト提出を行うためには、まだ基盤整備が十分整ってございませんので、すぐ実行は無理かなと思っております。そのためには、やはりコーディングの推進、それから統一フォーマットの作成等が必要だと思います。

特にコーディングにおきましては、私たち病院団体でも、いろいろ講習等々を行っておりますが、なかなか遅れてございます。各医療機関がまちまちの病名付け、あるいはきちっとしたコーディングをなさないまま、電子媒体で集めても余り意味がないかと思っております。

続きまして「カルテの電子化・E B M・医療の標準化などの推進」。これは、原則賛成でございますが、やはりこれもきちっとしたコーディングが必要。すなわち、国際疾病分類（ICD）のコーディングが必要だと思います。最低でも入院に関しては、それを義務づける必要があるのかなと考えてございます。

3番目の「複数の医療機関による患者情報（カルテなど）の共有、有効活用の促進」。これは、特に問題ないかと思っております。このとおりでございます。

4番目「日本医療機能評価機構を含む第三者機関による医療評価の充実」。ここもそのとおりでございます。今は、日本医療機能評価機構で評価を行っているわけですが、この機構でますますこれを発展させて、各病院がこの審査を受けるということが望ましい

と思いますし、まだほかには評価機構はございませんが、ある程度こういう評価機構自体の競争ということも必要かなと考えております。

もう一つ、ここに期待と書いてございますが、評価結果の公開。これは当然だと思います。後で広告の方とも絡むと思うんですが、これはきちっとした正しい情報を流して国民にそれをきちっと理解していただいて、その下で国民が選択できる。そういうつながりがここで必要かなと考えております。

次の「医療機関の広告及び情報提供に係る規制の抜本的見直し」でございますが、原則的にここに書いてありますとおり、将来のネガティブリスト化を視野に入れて、ポジティブリストの積極的な拡充を図る。ここは、そのとおりで結構だと思います。

ただしながら、やはり問題となるのは、広告に出すものが本当に正しいものかどうかということが必要ですので、やはり医療機関が真の情報を出せるような基盤整理、そのようなことは行うことを一方でやっていただきたいと思っております。利用者、国民の方が真に求めている情報を出すということが必要ですし、また正しい情報であるということも必要だと思っております。

次のページに行きます「診療報酬体系の見直し」ですが、「定額払い制度の拡大」と書いてございますが、これは、基本的姿勢といたしまして、医療の質の向上、標準化、それからコストインセンティブが働くような支払い方法であれば、どのような支払い方法でもよいということです。すなわち、定額払いが決していいわけではございません。出来高と定額は一長一短がございます。ですから、定額払いが拡充すれば、すべてよくなるわけでもございませんので、それぞれのよさを持っていいと思います。

特にここに、DRG・PSとございますが、DRG・PPSというと、アメリカでの支払い方法だと思いますが、世界的に見ますと、DRGを用いたいろんな支払い方法がございます。やはり日本はまずDRG自体を普及いたしまして、支払い方法は、それを用いてPPS以外の方法も考えていいんじゃないか。それから、現行の出来高と、DRG・PPSを含めた出来高払い等々のよさをもって、いい方法はこれからつくっていければ更によろしいんじゃないかと思っております。

「公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の対象範囲の見直し」でございますが、ちょっと私この項を読んだんですが、その公民ミックスの定義がどうもこの中からは、きちっと読み取ることができませんでした。あえて読み取ると、混合診療と読んだらいいのかなと思いましたが、それであればちょっと問題かなと思っております。

中に書いてある説明文でございますが、7ページに書いてあります、公民ミックスの医

療サービスにより、利用者により、利用者による診療方法の自由な選択が可能になって、これが利用者保有の医療サービスから望ましいと書いていますけれども、これは疑問でございませぬ。果たして、公民ミックスの医療サービスが利用者の自由な選択ということと、利用者の本位の医療サービスから望ましいのかということ、決してそうではないと思っております。これは、ある程度診療方法の自由な選択というのは、公民ミックスだけの話ではなくて、今の公的保険内でもすべきことであって、可能なことだと思っております。

特定医療費の積極的な拡充など公民ミックス。特定医療費というのは、今の公的保険内での1つのルールでございまして、公民ミックスとはちょっと意味合いが違うんじゃないかと思っております。

また、公民ミックスの医療サービスの拡充は、情報公開、インフォームド・コンセントの推進。これも、果たして公民ミックスイコールがどうしてこれなのかというのは、私にはわかりませぬ。そういうことでは、ちょっとこの項目は全体的に私たちの意見を控えさせていただきますかと思っております。

ただ、中に書いております公的医療保険の対象となる範囲を見直すというのは、ここに簡単に書いてございませぬけれども、これはこの本の最初の最も重要なところでの、国民皆保険制度の下で書いてございませぬので、それをどうするかというのは、きちっとした議論が別なところで必要だと考えております。

3番目の「診療報酬、薬価、医療材料価格の決定方法などの見直し」。これは、特にこのとおりでよろしいと思っておりますが、私たちといたしましては、この中で中医協の問題がございませぬが、病院団体といたしましては、中医協に病院団体としての代表を入れていただきたいという希望がございませぬ。

「医療機関の経営情報の開示」。これは、当然こういう方向にこれからは進むべきだと考えております。これは、ある意味では、私たちが主体的に情報を公開していく姿勢があるかと思っております。ただし、問題がございませぬのは、その経営主体別、医療法人、あるいは公的、国公立によって、会計基準がまちまちでございませぬ。ですから、その比較ができないということなので、これは統一した会計基準というものを是非進めていただきたいと思っております。今、四病協で、これを検討している最中でございませぬが、なかなかそれぞれ問題がございまして一本化しませぬけれども、これは是非お願いしたいと。これをする事によって情報開示されて、それを国民が判断することができるということだと思っております。

「保険者機能の強化」ということではございませぬが、どうもこの文章は、保険者機能がレ

セプト診査だけのように書かれているのが若干問題かなと思っています。それも保険者機能の1つではございますが、やはり保険者機能としては、もっと大事なものがたくさんあるので、そこら辺を是非検討していただきたいと思います。

今、保険者は数千ございますけれども、なかなかその実態はつかめてございません。もう少し今の保険者の実態がどうなっているのかというのを見まして、決して悪い点だけではございませんので、そこら辺のことも検討して、保険者の在り方というものをまず検討していただきたいと思っています。

その一番最後の行なんです。「また、保険者と医療機関で契約による診療報酬の引き下げや同一報酬で追加するサービスを行えるようにする」。これは、削除していただきたいと思っています。契約で診療報酬を一方向的に引き下げるといのはおかしい、やはりこれは上がる場合もあると思いますし、勿論、今の国民皆保険の中では、全国どこでも同じ定数だということで、それを変動制にするかどうかの議論をまず行ってからすべきで、これを今の段階では入れていただきたくないと思っています。

「医療分野における競争の導入と効率化」でございますが、これはほかの経営形態が参入する前に、今の経営形態の中でどういうことが起きているかというのを、まず認識していただきたいと思っています。そこに書いてあるとおり「国公立・公的・医療法人・その他法人・個人」というのがございまして、その中で、先ほど言いましたような統一した会計基準もない中で、あるいは片方では補助金が入るとか、いろんな非常に不公平な競争が行われております。まず、そこら辺の実態をきちっと分析して、その中での公平・公正な競争基盤の整備ということを是非やっていただきたいと思います。その後で、こういうふうなほかの形態の参入ということは議論するのは結構かと思っています。

今、営利、非営利、それから営利法人、非営利法人の定義が、どうも人によってまちまちな言い方をしている。これは、やはり定義を一緒にしてから議論しませんかということだと思っています。

ここに書いてあるとおり、恐らく後で株式会社の参入と聞かれると思いますが、聞かれる前に言いたいと思うんですが、経営形態の多様化でありますから、ここであえて株式会社だけを入れなくても、それを含めた経営形態ということによろしいんじゃないでしょうか。どうしても、株式会社だけと話をすると、議論が非常に狭くなると思っています。理事長要件ですが、これは先ほど言いました医療法人制度の方に書いてございますが、医療法人制度というものをきちっと制度改革をしていただきたいと思います。医療法人制度というのは、持ち分のありなし、財団、社団、いろいろございます。それによって、いろん

な税法上とかも違いますので、これは一口では言えない。まず、そこら辺を改革していただきたいと思います。これは、営利法人、非営利法人とも絡むと思っています。どうもアメリカと日本の非営利法人の定義が違うような気がしております。理事長要件というのは、その見直しの中での検討事項で、それを見直す前にただ理事長が医者以外にするというのは、どうもこれも乱暴な議論かと思っています。議論というのは、きちっとした整合性をお願いいたします。

そのほかは、余り空白でございますが、ほとんど問題がないと思います。医療資機材の方は、内外格差と同時に、国内開発、生産の推進ということも片方で議論していただきたいと思います。これは、産・学・官の共同研究基盤の形成、発展、維持ということで、これは恐らく別なところで議論していると思いますが、こちらをやることも1つだと思います。

医療分野の労働者派遣でございますが、これは何かあったときの責任の所在とか、それから質の担保等の検討というのをしてから検討していただきたいと思っています。

後の方は、すべてここに書いてあるとおりで結構かと思っています。

以上です。

○宮内議長 ありがとうございます。急がしまして申し訳ございません。

それでは、これから意見交換をさせていただきたいと思いますが、私どもの会議の医療についての主査をしております、鈴木委員から口火を切っていただきたいと思います。

○鈴木委員 どうもありがとうございました。御意見については、ほとんど私どもの意見と差はないというふうに基本的には承っております。

何のためにとということ、これは我々もるる述べたつもりでございまして、ここに書いてありますような医療の質の向上、それから安全な医療というのは、これは当然なことであり、あるいは効率的な医療の提供ということも当然であります。そのほか我々はもう少し医療全体が、さっき7.5%、安いからいいではないかとおっしゃったけれども、何もGDPの7.5%で少ないというものが威張っておる話でもなくて、もっと医療がGDPウェートを増やしてもいいではないかと、アメリカの16%までいかなくても、例えば10%にすれば10兆円の産業が出てくるわけです。そういうふうな視点を持っていいんじゃないか。そこで絡まってくるのが、そういうふうにしたときに、いわゆる完全な公的保険だけで言っておりますと、これは維持不能なんです。

ですから、それがさっき申しました公民ミックスとは何だということになるわけですが、そういう自己責任に基づくもの、したがってそれがいわゆる民間保険に裏づけら

れる、そういうもう一つの医療体系があってもいいのではないか。ベースとしては、やはり今までの国民皆保険をベースとするけれども、そういうことをすれば、要するに産業としての広がりも大きくなる。雇用も吸収できる。のみならず、新しい治療方法とかも積極的に取り上げられると、そういうことを考えておるわけでございまして、私は産業としても少し拡大していくということが必要ではないかというふうに考えてあれしておるわけでございます。

経済財政の視点のみということはないわけでございまして、しかし経済財政の視点を考えないわけにはいかないというのが、今の切迫した事情なんです。要するに、国民皆保険は結構、結構だけれども、もたない国民皆保険だったら、これは元も子もなしということなんです。要するに、支払い能力があってこそその話ですから、そこをどう考えるのか。税金で取ってしまえばいいのではないかと言っても、そういうコンセンサスはあるのかと、この問題のところに突き当たっておりますから、やはり維持可能だということが一番ポイントになるのではないかというふうに思っておるわけでございます。

コストにつきましては、決してむやみやたらに切れなんていうことを言っておるわけではない。しかし、コストは、あくまで効率的に下げるのは、どこの産業、どこの分野においても当たり前のことであって、私どもの言っておるのは、まさしくそういうことを言っておるつもりであるわけです。

定額払いについても、先生方の方もコスト・インセンティブは働くようにつくれよと、こうおっしゃっておられることであって、やはりそういう問題を無視してはやれない問題だというふうに思っております。DRG・PPSということに類したような包括払いと言っておりますが、必ずしもDRG・PPSだけを意味して書いておるわけではないわけであって、やはりおっしゃるような問題を含めてと思います。

公民ミックスについてよくわからぬというお話ですけれども、さっき私ちょっと申しましたが、やはり医療全体を大きくしていくということのためには、公的なもので賄い切れるものと、公的では賄い切れないものがある。それを、私的なものでカバーしていくという二頭立てというのは、これはアメリカのような一頭立てではないという形で、しかし、日本の今までのようなものではもたないというところから、おっしゃるような、従来の言葉で言うと、混合診療というようなものも、これもやはり1つの産業全体をふくらませるためのあれとして考えていくのは有意義ではないか、こういう考え方を取っておるわけでございます。

保険者機能の強化につきましては、とにかく保険者が今まで余りにも力がないと言うの

か、無関心であって、しかも法の建前上は保険者が支払い者としての直接の診査をし、支払いをするというポジションにおるわけですから、ここの機能をもう少し強化していかなくてはならないということで、そういうところから医療という世界の中のような、必ずしも競争が十分に働くメカニズムの中に入らないものが、そこの中の1つの競争促進の具となればと、こういうような考え方でやっておるわけでございます。

競争基盤の整備はおっしゃるとおりだと思いますし、医療法人制度の改革のところ、株式会社に限定するというふうにおっしゃいましたが、決してそんなふうには思っておりません。参入者を多様にしてということで、言葉で逃げてしまって恐縮なんです、株式会社による経営などと言っておるものの含意は、株式会社に限った話ではありませんと、経営形態だけに限った話ではありませんと。要するに、いろんな異業種というものが入っていいではないですかということをお願いしておるわけです。

理事長要件は、先か後かの議論ですけれども、私どもは医者が理事長にならなければいなくて、そんなことを言っておるわけではないんですね。だけれども、その医療法人が理事長に普通の経営のプロというものを採用してやっていきたいというのを、今、止める理由はないわけですし、やはり効率的な経営というのはだれがやるのかというのは、要するに、一番優れた人がやるので、何もお医者さんだとも言いませんし、普通のビジネスマンだとも言いませんけれども、しかしそういう効率的な経営ということ、その目でしっかり見るといことは、理事長要件なんていうのはすぐできることですから、そういうものを取りたい方は、それをスタートしていいんであって、それを禁止する理由はないでしょうということをお願いしておるだけのことでございます。

そんな点がありまして、いろいろ御意見を承った中で、若干私どもの舌足らずか、そういう点がありましたので、ちょっと釈明させていただくとともに、内容全体としては、基本的に私どものあれに対して御賛成いただいておりますというふうに取り取れるものから、感謝はしております。

○宮内議長　どうぞ。

○西澤副会長　今のお話を聞きまして、おっしゃるとおり非常にわかりますが、どうもこの文面からは、今、鈴木委員がおっしゃったことが伝わらない面が結構あると思います。例えば、一番最初におっしゃった医療費7%で、もっと下げるとは言っていないと、増えてもいいんじゃないかということですから、それは逆に明記していただければありがたいと思います。ここからは全く読み取れません。ですから、今、言葉で言っても、これを読んだときに読み取れないのであれば、私たちはそうは受け取れませんので、今、

言ったことをすべて書き込んでいただければありがたいと思います。ですから、医療の質が向上されるのであれば、そして効率的に行われるのであれば、医療費が上がっても構わないということを明記していただきたい。

医療費といったときには、総医療費なのか、あるいは今の公的保険なのかということが、どうも議論の中ではまちまちになっているので、それも明記していただきたいと思います。ともかく、幾つか気になったことがあるんですが、先ほど言った意見とダブりますので、あとは省略させていただきます。

○鈴木委員 私がさっき申しましたのは、総医療費というものが、もっと増えていいんじゃないか、また患者もそういうニーズを持っておるんじゃないか。総医療費が増えるということは、医療関係者にとっても、要するに、それはハッピーな世界ではないか、こういうことを申し上げておるんです。

ただ、その中で公的保険がカバーできるのには、おのずから限界がありなると。だから、ここの限界があるものを無理に走らせても、それはパンクするだけなことから、そこはあれしていこうと。逆に言ったら、公的保険というものの天井を付けておくために総医療費が伸びないという現象にすらなっておる。そういうのでは、だれのためにもならないではないか、こういうことを申し上げておるわけです。

○西澤副会長 おっしゃることはわかりますけれども、それがここに書いてある公民ミックス、混合診療と読み取れる公民ミックスだけではないと思います。その組み合わせはいろいろとあると思います。ですから、皆保険というものをしっかり認識して、その範囲はどうだということを明確にさせていただいて、どういう形で民を入れるのかということをもっと書いていただきたい。最初から、何か混合診療みたいので入れればいいんだ的な書き方だとちょっとおかしいかと、もうちょっと書き方が違うのかと、そのように感じます。

○鈴木委員 書き方についてのおしかりは、あれしますとして、心の真意はそういうことであるということを申し上げておきたいと思います。

○西澤副会長 よろしく願いいたします。

○中山会長 同時に、民間保険の在り方というのは、いろいろ問題があると思います。現在の民間保険というのは、やはり自由に加入できない、ある加入制限がありますね。身体検査によって、現在、病気を持っていると入れないとか、いろいろ隘路があるんです。この民間保険制度そのものも改革の対象になるんじゃないかと思いますので、その点も併せて改革していただければ、これはありがたいなというふうに思います。

ただ、公がだめだから民とすぐに、その上へ行けるかというのと、そうはいかないいろん

な事情があるというふうに思いますので民間保険そのものも改革していただければというふうにと思いますが、いかがでしょうか。

○鈴木委員 おっしゃる点はよくわかります。公がだめだからと言っておるのではない、公はこれ以上伸ばしたいけれども、伸びないということを行っているだけの話なんです。伸ばすということは、要するに負担を多くして税金をたくさん払うということですから、そういう状況になったときに、せっかくなつくた公というものをベースにして、それもリーズナブルに伸ばせるものは伸ばしていったらいいと思いますけれども、しかしできないところをどうやってカバーするかと言ったら、それは個人責任の問題でやっていくという、そういう患者のニーズもあるんだから、だからそれをやっていきましょうと。何も保険にかかわる必要はないんです。自分で資産を持っておるから、こういうものは自分でお金を出しますというふうにやっていくのでも結構なんだけれども、おのずから民間保険というものがそれについてくるでしょうと、こういう問題です。

ただ、民間保険ついて、例えばつい最近がんにかかったという人に対して、民間保険がリスクをとって、それに入っておるのに保険強制をするというのは、これは若干ひいきし過ぎというか、民間保険であったら何でも引き受けろと、もうがんで末期になっておるけれども、しかし入れるべきだという、この議論は無理な議論なんです。

民間保険が、いろいろ改める点があるというのはよくわかりますし、それから支払い面などで、もし支払い渋りというようなところが弊害となってくるんだしたら、それを是正するのは当たり前のことだと思いますけれどもね。

○中山会長 その点を是非よろしくお願ひしたいと思いますのと、それから、やはりセーフティーネットというものをできるだけ高いところへ設定していただきたいというような、先ほどからのお話があるんですけども、例えば、不妊症の治療とか、臓器移植とか、そういうものは、やはり患者さんとの話し合いで了解を得たものについては、特定療養費というものを拡大していただければ、勿論、入院料とか、その他のものは公的保険でみてもらうけれども、治療そのものに関して、臓器移植そのものに関しては自己負担になるというところで、それも民間保険を使うかどうかは、それもまた自由ですけども、納得の上でそういうことを限りにおいては、特定療養費というのは、即時対応できて拡大されるということはしていただきたい。これは、決して公的保険の方で払わないといけない問題ではないと思うんです。

ですから、高度先進医療ではなくても、保険が効かない必要な治療というのは、結構あるわけです。そういう場合に、これは特定療養費でみましようということになれば、負担

が少なくて済むわけです。ですから、そういう救済方法もあるので、決して特定療養費をこれ以上増やすのは無理だということではない。できるだけ、即応できるような形にしていなければありがたいなと思いますけれども。

○鈴木委員 全くそのとおりで、私どもは、この公民ミックスという場合に、1つの問題としては、例えば私は保険料を払っておるのに、なぜ保険収録されていない治療を受けるという、その根から保険料で保険診療をしてくれないのか、これは全く理解がつかないわけです。そういうようなものから混合診療の議論というのは出てくるわけですが、私どもは混合診療ということがなぜいけないのか、それはいいではないかという基本的なスタンスに立っておる。それは、さっき言いました、医療の全体のパイをふくらますというのに役に立つわけですから、だけれども、ここにも書いてありますように、そういうものやっっていくにしても、当面の問題としては、特定医療費の積極的な拡充を図れということをはっきり言っておきまして、特定医療費というものを拡充することによって、今、言った問題を解決していくことを強く進めておるわけです。1つのものを新しくやっただから、私は保険料を払っておるのに、保険料の対象になるところまで保険料を払ってやらない、お前自分で払えと言われるのは、誠に何のために保険料を払っておるのか心外な話で、何でこんなことがまかり通っておるのかというふうに思っておきまして、そういうことをございます。

○中山会長 わかりました。もう時間がないようですが、保険者との契約の問題なんです。保険者と契約をするということは、その医療機関以外の医療機関にかかったら保険料は払わないと理解してよろしいんですか。

○鈴木委員 そんなむちゃは言っておりません。要するに、保険者が被保険者に対してどこの病院に入ると、私の推薦病院以外は承知しないぞと、そんなばかなことは言っておりません。それは、全く患者の自由です。

ただ、やはり健康を一つの管理をして指導していくという立場から、そういうようなサービスというものを被保険者に対して提供していくのは、保険者の重要な機能ではないかということをおっしゃるわけです。

○中山会長 情報の提供とか、紹介とか、そういうことはやるということですね。最終的なものは、国民の方にアクセス権はあるというふうに理解してよろしいでしょうか。

○鈴木委員 それは当然でございます。

○宮内議長 あと、どなたかよろしゅうございましょうか。

それでは、まだ、いろいろ御議論もあろうかと思っておりますけれども、以上をもちまして、

四病院団体協議会からの御意見、意見交換を終わらせていただきたいと思います。御多用のところおいでいただきまして、本当にありがとうございました。今後ともよろしく願い申し上げます。

(四病院団体協議会関係者退室)

(日本医師会関係者入室)

○宮内議長 それでは、引き続きまして、意見交換をさせていただきたいと思います。

次に、日本医師会においでいただきまして。今日は御多用のところおいでいただきましてありがとうございます。

日本医師会からは、糸氏英吉副会長、青柳俊常任理事、櫻井秀也常任理事、西島英利常任理事の御出席をいただいております。意見交換でございますが、大体20分程度で御説明をいただきまして、残りの25分ぐらいを意見交換という、そういうスケジュールで大体45分ということで考えさせていただいております。よろしく願い申し上げます。

○糸氏副会長 それでは、座ったままで失礼します。日本医師会の副会長の糸氏でございます。よろしく申し上げます。

規制改革会議のいろいろな御提案につきましては、私たちも興味深く拝見しております。医療制度というのは、非常にひとつの変革期になっているということは、私たちも十分承知しているところでございます。我々日本医師会として、平素ディスカッションし、また考えていることを忌憚なく今日はお話しをさせていただき、御理解を得たいとかように思っております。

総括的な御報告を、まず青柳常任理事からさせますので、よろしく願いいたします。

○青柳常任理事 それでは、早速御説明をさせていただきたいと思います。本日は、日本医師会の中でも無口な3人が代表として指名されましたので、できるだけ口の分を資料で補おうということで、たくさんの資料を委員の先生方にお届けをさせていただいております。

限られた時間内でありますので、その資料をすべて御説明するという時間はないと思います。したがって、総論的に少し御説明をして、各論については私どもから日ごろ取り組んでいる各種の課題、あるいは私どもの基本的な考え方というものを説明させていただきたいと思います。中間とりまとめの提案項目に沿って、できるだけ話を進めていきたいと考えております。よろしく願い申し上げます。

まず、最初に総論的な部分で、私どもの基本的な考えを述べさせていただきます。これは、皆さん方にお配りしております資料で言いますと、3ページから5ページに相当する

部分でございます。流れ図も含めて御参照いただければと思います。

我が国の経済力から考えますと、国債比較から見て、相対的に非常に低いコストで世界一の長寿、あるいは平均寿命、健康寿命を達成している。更に申し上げますと、乳幼児死亡率も含めて、非常に高いWHOからの評価を受けているということは御存じのとおりだと思います。少なくとも、マクロ的には成功しているというふうに私どもは考えておりますし、自負いたしております。成功の大きな原因ということ、私どもとしては考えなければならぬわけでありましてけれども、やはり1つは国民皆保険体制を確保しているということ、それから現物給付に基軸を置いた医療保険制度の設計というものに加えて、医療の非営利性を守り、国民の医療へのアクセスを公平・平等に担保しているということに私どもはあると考えております。

勿論、現行制度あるいはこれから将来的な見通しの中で、ミクロ的な課題がたくさんあるということ、これも私どもも承知いたしております。しかし、根本的な部分で、これは我が国の世界的遺産の1つと言うべき医療制度の、各種の特徴を捨て去るというような基本的な考え方、方策については、非常に私どもとしては危機感と言いますか、慎重に対応すべきという考えを持っております。更に申し上げますと、国民の方々がそういう考え方の下に、将来的にどう影響を受けるのかという、青写真が示されないままに議論が進められているということについても危機感を持っているわけでありまして。

本日は、1つ大きなテーマについてお話しをさせていただきます。私どもが最も懸念しております問題は、あるいは到底受け入れられない課題というのは、命に値段を付けるという内容の幾つかの提案でございます。つまり、医療分野において価格とサービスの質による市場形成を図るという問題に、私は集約されるのではないかと考えております。

その典型的な例としては、1つは株式会社参入の問題ということと、もう一つはまさしく患者さんからチップをもらおう運動とも言える、混合診療費の問題にあると考えざるを得ません。

私どもの制度設計は、基本的には命は平等であり、命の価格付けをしないという前提で設計されておりますので、市場経済オールマイティーという考え方については、私どもとしては受け入れられない部分が、非常に多くございます。

しかし、広い意味での医療あるいは医療分野というものを考えますと、例えば、研究開発分野、あるいは医療周辺分野など、これはやはり質と価格による市場形成が可能であろうと、それは私どもも同様に考えるわけでありましてけれども、医療そのもの、私どもとしては医療本体と申しますが、そういうものに関しては、やはり患者さんの期待というのは、

最善の治療を望む、あるいは医療を提供する側としては最善の治療を尽くす努力をするという、私は、最善の原則で成り立っているものであると考えているわけであります。

それでは、市場経済オールマイティーということについての異論でありますけれども、医療分野に競争原理が機能しないか、どうもいろいろ伝え聞きますと、市場原理と競争原理というものが、イコールフットィングでとらえられているという感がいたします。しかし、私どもは競争原理というのは十分機能するというふうに考えているわけであります。どういうことかと言いますと、現在でもアクセスの制限はないわけであります。私どもは、患者さんを選ぶ権利はございません。しかし、私どもは患者さんに選ばれるという仕組み、つまり患者さんはドクター、医療機関を選ぶ権利を持っている。したがって、ドクターショッピングを含めた、あるいはセカンドオピニオンということも含めた、そういうことを求める時代の流れがあるわけでありますから、そういう意味においては提供される医療の質による競争ということは、私は現状でもあるんだろうと思います。しかし、ある意味においてはそれが不十分であるという部分があるとすれば、1つの問題としてはどう情報の共有化を図ることができるか、その1点に掛かっているんだろうと思います。これが、うまく機能するということによって、十分競争原理が医療本体の中でも機能するだろうというように思っているわけであります。

したがって、私どもの大きなテーマ、現在の日本医師会執行部が考える大きなテーマは、いかに正確で客観的な医療情報を提供するか、それによって患者さんが医者、医療機関をどう適格に選択することができるか、そういうところに一番のポイントがあるのではないかと、そのことがひいては競争原理が機能して、医療の質の向上というところに結果論としては結び付くんだろうと考えているわけであります。

15分から始めましたので、今、7分でありますから、あと13分ほどございます。

皆さん方のお手元にお配りをした「資料2」という資料について、少し簡単に資料内容までは恐らく言及できませんけれども、資料の性質を少し御説明をさせていただきたいと思っております。

1枚目に目次がございます。まず第1の課題は「医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進」という項目であります。これは、7ページ目から23ページにわたって、私どもの取り組み、あるいは私どもの基本的な考えというものが資料の中に載っております。右下にページ数がございますけれども、まず10ページをごらんいただきたいと思います。現在、日本医学会が主体となって組織して、運営は日本医師会が担当するというところで、実を言いますとデータベース化をする、日本健康情報センターというものを立ち上げる準

備を今いたしております。その概要をここにお示しをさせていただいてものでございます。詳しくは、時間の関係で御説明申し上げません。

もう一つの課題でありますけれども、ITどう推進するかということでございます。私どもは、オープンソースという基本的な考えの下に「オルカ（ORCA）」仮称でございますけれども、ORCAプロジェクトを立ち上げて、現在幾つかの試行に入ってきております。このITネットワークが機能するということになりますと、単にレセプトのネットワーク化だけではなくて、いろんな意味で私は医療機関を通ずる情報のネットワーク化が図れる。それが地域社会にある意味では情報の提供という仕組みにもつながるんだらうと考えてるわけであります。

ちなみに、現在行っております、ORCA開発のタイムスケジュールを13ページ目に留意をいたしましたので、後でござらんいただきたいと思っております。

勿論、一筋縄では、簡単にはまいりません。いろいろな課題を抱えております。それについては、一つひとつクリアをしながら、着実に来年の本施行に向けて、準備が整いつつあるということだけをまず御説明をさせていただきたいと思っております。

次は、14ページでございます。私どもは、個々の医療機関内においては、それなりのインセンティブを持って、実を言うとITに関しても投資を従来から行っております。したがって、医療機関は一部を除いて院内の情報化というものには取り組んでおります。問題は、それをどう院外化するか、地域社会とのネットワークにするのか、あるいは全国的なネットワーク化にもっていくか、そういうインセンティブの問題が実を言うとあるわけであります。それは、御存じでしょうか、中国地方の某自治体立病院で、オールネットワーク化を図ったと、その結果昨年度15億円の一般財源からの補助を受けるという始末でございます。したがって、私ども民間主体でもし考えますと、そういう財源負担と言いますか、財源を仕入れるという問題を当然のことながら考えなければならない。したがって、私どもがもし全国的なネットワーク化するためには、どれぐらいの投資コスト、メンテナンスコスト、あるいはリニューアルコストが必要だということを試算をいたしました。これは、ごくごく低い見積りでございますけれども、10年間で約十八兆、1年にしますと1.8兆というIT関連の投資コストが必要だということが推計されたわけでございます。これを、だれが、どういう形で負担するのか、あるいは負担をどう分担するのか、インセンティブあるいはメリットを受ける、それぞれの立場立場で負担するのは、そこら辺が実を言うと今後の大きな課題であらうと考えているわけであります。

16ページをござらんいただきたいと思っております。これは、従来からいろいろ指摘されてお

まず、診療情報の提供に関する取り組みの経時的な流れでございます。1998年からスタートいたしております。書き漏れておりますけれども、実を言いますとカルテの診療情報提供に関するガイドラインというものをつくって、今、実際に運用いたしております。そのグレードアップと言いますか、再検討のプロジェクト委員会を現在立ち上げまして、この2年間近く運用した結果を踏まえて、新たにガイドラインをつくり直す必要があるかどうかということの検討を始めております。

17ページをごらんいただきたいと思います。全国都道府県あるいは大きな都市で、医師会の中に相談窓口を設置をいたしております。現在まで1年半で5,100件以上の相談受け付けを行っております。その内容は、この17ページの下の方にお書きしましたように、実際には65%というのは、医療機関を受診した診療内容についての問い合わせ、相談ということで、診療情報の提供に関しては10%でございます。この10%の内容をつぶさに点検しながら、再検討のための委員会がこれから起動するということでございます。

ページを少し飛ばしていただきたいと思います。もう一つの大きな課題は、ペーショント・セーフティー、患者安全に関する取り組みでございます。21ページをごらんいただきたいと思います。幾つかの提案、取り組みを続けておりますけれども、1つだけ私としては言及しなければならない部分がございます。これは委員の先生方のお手元に9巻からなるテキストブックを配付させていただきました。右の下に書かれてございます「医療安全推進者養成講座」これは現在600人が基本的には通信教育という下で講座を受講しております。間もなく第2回生を募集いたしますけれども、第2回生は非常に希望が多いということで、1,000名を予定して体制をつくっているところでございます。そのときに用いられている教科書、これが9巻からなるお手元にある資料の1つでございます。

次も少し飛ばしていただきます。「診療報酬体系の見直し」という、24ページの項目に入りますけれども、これにつきましては極めて簡単な流れ図を用意いたしましたので、後でごらんいただければ、御理解いただけるんではないかと思います。これについては、省略をさせていただきます。

30ページをごらんいただきたいと思います。これは、来年、再来年というショートタームでの提案ではございません。私どもは、10年、15年先に、どういう先端医療、これは例えば遺伝子に関係する医療も含めます。あるいは再生医療も含めますけれども、どういう医療が実際に臨床の現場で使えるようになるか、これはある意味では予測不可能でございます。したがって、将来的な展望の下に、そういう医療をどう財源的に考えるかということで、実を言います大きな区分を考えております。勿論、これはコンクリートのもの

ではございませんで、当然のことながら医療技術の進歩とその普及という、ひとつは流れによって、当然のことを入り繰りと言いますか、保険給付の対象にしたり、あるいは技術投資ということで、貯蓄積立型保険あるいは基金等々を活用するという区分けに私はなるんだろうと思いますけれども、現在のところは来年、再来年の問題ではない、今からこういう考えの下に、自己責任という立場で何らかの手当てをしないと、これから先端医療を希望されても、なかなか受領することができないんだろうという考え方でございます。次は少し飛ばしていただきます。あと3分ほどございますので、3分内で御説明できることを御説明させていただきたいと思っております。

35ページ「3. 保険者機能の評価」の部分でございます。そして、36ページをお開きいただきたいと思っております。保険者機能について、私どもいろいろ考えを張り巡らしておりますし、実際保険者というのは、非保険者の立場に立つわけでありますが、非保険者は大きく2つのグループに分けられわけでありまして、1つは、健康な非保険者であり、もう一つは、非保険者であり、病気を持っておられる方、つまり患者の立場ということであろうかと思っております。ここら辺、保険者機能と申される内容は、どちらにスタンスを置いて考えられているのかということに常に疑問を持っております。

よく保険者の代表の方とお話しをされますと、どちらかと言うと健康非保険者にスタンスを置いて議論をされているような印象を持っております。1つの例は、御存じでしょう、まだ正式な法案となっておりますけれども、アメリカの民間保険HMOに対する患者の権利法案というのがアメリカの上院を通ったわけでありまして。これはまさしく、健康非保険者が訴えたのではなくて、ある意味では病気を持っておられる方々が患者の権利ということを求めて、民間の保険組合に対していろいろな権利を擁護する運動の結果、法案して取り上げたんだろうと考えております。したがって、ある意味では、ここら辺のスタンスの置き方によっては、保険者機能の在り方というのは非常に方向性がベクルトと言いますか、変わってくるんだろうと思っております。では、日本に真の保険者はいるかと申しますと、真の保険者は国であります。公的保険、社会保険制度というからには、真の保険者は国であります。

あと1分だけいただきたいと思っております。最後の方になりました。今日、資料として生涯教育関係の資料を提出いたしておりますので、47ページで1つの事例を報告させていただきたいと思っております。

いろいろお話を伺う機会でございますと、医者は何も勉強してないのではないかと、日進月歩の技術革新等々にアクセスしていないのではないかとこの御意見をいただくことが非

常に多くございます。これは、全国的な例ではございません。限られた地域でございます。こういうところで私どもが行っている生涯教育講座の回数、時間数、延べ参加者数、これをまずひとつは御提示させていただきます。勿論、このほかにそれぞれが属する学会、研修会等々に参加している。それによって、いろいろ新しい情報を入れているということを申し上げたいと思っております。これの詳しい資料等々につきましては、委員のお手元にあらかじめお届けしてありますので、もしお時間があれば後でござんいただきたいと思っております。

ちょうど20分になりましたので、これで終わります。

○宮内議長 ありがとうございます。それでは、意見交換の時間に入りいたと思います。当会議の担当委員でございます。鈴木委員から口火を切っていただくということにさせていただきます。

○鈴木委員 どうもありがとうございました。いろいろ御説明を承って、賛成できる点、それからもう少しお考えいただきたいなという点と、いろいろあろうかと思えますけれども、それについて意見を述べさせていただきます。

命は平等であると、命に値段はない、これは私もそのとおりだと思います。しかし、その言葉というのは、実はスローガンの的になり過ぎてやしないか、命の平等というものと、それから医療法人の非営利性というのは、これが少しスローガンの的になり過ぎてやしないんだらうかという点について、私はいろいろな方のヒアリングをしておりますと感ずるものですから、その点について、私の意見を申し上げておきたいと思っております。

端的に申し上げますと、命の平等ということをむしろ掲げて、お医者さんの平等ということを実はねらっておるのではないか、こういう意見もあるわけです。もしそうであるとしたら、それはいかななものかというところをまず申し上げておきたいということになります。

さっきのお話の中で、命に値段はないの典型的な例は、株式会社と混合診療だとおっしゃって、御説明の中では株式会社と混合診療については、時間の関係もあつたのか、なかったわけですがけれども、資料の中では数例が出ておるので、その点を今日は中心としてお話を承りたいと思っております。

その前に、お話の中で、市場原理がオールマイティーではないというふうにおっしゃっておつたが、それは私ども当たり前のことであつて、すべてオールマイティーなものがあるわけがないわけです。ですから、そういう意味で、いろいろないいものを取り入れて、悪いものを排除していくということは当然なことだと思います。その中で、しかし医療は

競争があるではないかというふうにおっしゃって、その競争原理とは何だと思ったら、アクセスの制限がないと、選ぶ権利はあるというふうにおっしゃって、それが競争だとおっしゃるが、これは大変競争かもしれません。しかし、悲しい入口のお話であって、むしろアクセスというのはお医者さんの義務なんです。そういうのはすべてのどこにでもあるわけです。独占者は供給する義務がある。相手を見て選んではいけないと、これは電力だってそうです。そういうのであれ、公共事業でも公益事業でもみんなそうです。ですから、これは当たり前のファンダメンタルなんです。要するに、国民皆保険とアクセスのフリーアクセスというのが基本だということをさっきおっしゃられて、それが成果だとおっしゃられたけれども、これは実は当たり前のルールなんです。これを持って競争があるではないかと言われては、それは競争の一部であるかもしれないが、そういうものを基本的には言わないということ、私どもは思うわけです。

いろいろな試みというものをやって、努力されている、それはそれとして評価いたします。評価いたしますけれども、お願いしておきたいのは、そういうようなところに、例えばさっきの幾つかの評価的な機能を持つというんですけれども、それが1つの囲い込みというものにならないように、是非御注意をいただきたいということをお願いしたいというふう思うわけです。

更に、御説明のあったものから先に申し上げますけれども、なるほどIT化というものに対して、非常に多くの費用が掛かるということについて御説明になりました。ここでは18兆円、先回のヒアリングのときには16兆円だというふうに承ったんですけれども、18兆円という規模の数字を言っておられますけれども、いろんところで話を聞きますと、数百億円という方もおれば、数十億円という方もあって、何を範囲としておるのかという問題もあるんでしょうけれども、ここら辺の問題も実際オリジナルコストの中には、すべて白地でやるというのを前提に考えておられるのか、今、大病院なんかで立派なコンピュータを持ってあって、そういうシステムをつくっておられる、そういうのを前提とせず白地でやっておられるのか、そうではないとこんな金額出てこないではないかということがあるんですけれども、それはそれとして、IT化というのをやれば、効用というのは非常に大きなところに出てきて、医療経営というものに対して大きな成果が出てくるとのこと、効率化が出てくると。早い話が、今日も支払い基金を見学させていただきましたけれども、あのような手作業の、あのような膨大な、紙というのは重いですから、というようなことをやっておっては、効率化の入口の一步にも入っていないというふう思うわけですね、そういうようなことをオンラインで結んだらどれほど仕事が楽になるし、正確にな

るかということで、普通の産業界、民間企業、その他の業界では全部やっていることなんです。そういうのに対して、御協力はなさるといふふうにおっしゃっておられるけれども、ちょっとこの1.8兆円という御計算に対してけちを付けるつもりはありませんけれども、6%にもなるぞと言っておるのは、いささか私のひがみかもしれませんけれども、そんなに高いのと言って、要するに、それでもそういう制度を取るのかかという、何かブランクをやっておられるといふふう聞こえて仕方がないから、数字を出されるときにはそこら辺の根拠と、それから自分たちが得られる効果といふことに対して、ちきんと御説明をいただきたいといふふうに思うわけでありませう。

その中で、私がもっともだといふふうに思いました、今日のお話の中でおっしゃったのは、医療機関だけでなく、保険者についてもいろいろ持っている情報といふものを開示していくのが基本だといふことをおっしゃっておられて、これは全く私も賛成でありまして、この医療のような保険というシステムを中心として運営している。つまり受益者といふものと負担者といふものが、必ずしも一致しない世界において、それを効率的かつ健全なものにする手段といふのは、1に情報の開示、これは報告ではない、情報の開示であり。2に可能な限りの、お互いが切磋琢磨するといふメカニズムの導入ではないかといふふうに思うわけでありまして、その点で情報の開示といふことをはっきりと取り上げられている部分に対しては敬意を表するものであります。

それなんですけれども、時間の都合でお取り上げになりませんでしたけれども、混合診療と称するもの、私どもは特定医療費の療養費の拡大で達成していけばいいといふふうに思っているんですけれども、これはチップを取るようなものだといふふうにおっしゃったけれども、昔は何かいろんなことがあったかもしませんが、これはさっぱりわかりません。どうして今後そういうような、保険で保険でと言っても、保険金の拠出といふのは、これはもう頭打ちをしてしまっていて、要するに、これ以上出せないようになっているわけです。原因をただしたら、少子・高齢化といふことかもしれません。しかし、とにかくない袖は振れないという格好で、国民のすべての税金を全部医療に継ぎ込む、国民のコンセンサスがあるなら別ですけれども、それが維持できない状態になっておるときに、どうしてそれ以外の仕組みといふもの、しかもそれは自分で出したいという希望者が現にいる場合、そういうときになぜお医者さんの側がそれを止めるのか。私は常識だったら、お医者さんがこういう治療をやりたい、しかしそれは保険に乗っていない、保険に乗っていないから、したがって、こういうお金を払うけれども、保険にあなたの普通の病気にはこういう治療しかやらないけれども、これは保険に乗っていないのをやりますと、しかし、あなたの保険

料の部分は、あなたの保険で取れるものは取りましようねと、そしてこっち側だけ金を出してくださいというふうにお話しされるのが当たり前ではないかと。

保険料を払っておるのに、たまたま保険収録をされていないのをやったがために、全部医療費は自己負担だなんて言ったら、非保険者にとってはもうたまらぬ話です。そういうものを促進されるのは、むしろお医者さんの側が言われるべきではないか。そういうことをすれば、その恩恵にあずかる人たちという、勿論自分で負担してですけども、その治療方法は助かるし、お医者さんの側も収入は増えるわけです。そして、医療全体のパイというのは大きくなっていくわけです。

GDPの7.5%で効率的にやっておるというふうにおっしゃるけれども、何も7.5%でやってというところで縮こまっておる必要はない。もっともっと増やしていく、仮にそれが10%ぐらいになれば、10兆円産業が新たに出てくるわけです。そういうような、お医者さんのためにもなり、望む患者のためにもなり、すべての人がハッピーな方向というのに対して、どうしてチップ論を出して、そのチップとはどういう意味なのか、どういうことで反対をなさるのか、これは私は一番わからないところなので、後で御説明をお願いしたいというふうに思います。

もう一つだけ、株式会社問題というのも大きな、いわゆる平等に反する問題だとおっしゃって、御説明はありませんでしたが、ペーパーの中で挙げさせていただきます。

この中で、株式会社参入の結果というので書いてありますけれども、ページでいきますと42ページですか、競争、淘汰、地域医療の寡占云々と幾つも並べて書いてありますけれども、これは本当に医師会さんはそういうふう信じておられるのかということを知りたいです。極めてこれ観念論の集まりではないかということであって、本当に考えておられるのか。のみならず、その中には、それはあっていいではないかというふうにだれしも思うものがある。例えば、外資の参入はどうして、何が悪いんですかということ。それから、資本調達競争が発生するというのは、これは意味わかりませんね。株式会社になるというと資本調達競争をするというんだけど、資本調達競争をしてというの、だれを相手に競争するんでしょうか。資本調達というの、株式市場で調達するんだから、全産業相手に調達する話にしか見えないが、そういうようなことも書いてあるし、すぐ価格競争云々ということとか、集客競争と言っておられますけれども、ここら辺のことに対しては、私は少し観念論ではないかと思います。

淘汰もしかりです。要するに、質が悪くて非効率なところは、医療法人であろうが、株式会社であろうがつぶれるんです。それは当然のことなんです。だけど、株式会社ならば

質が悪くて非効率でもつぶれないとでもおっしゃるのでしょうか。それが私にはわかりませんということでもあります。

いずれにしても、ここに書いてある幾つかのものについては、少し観念論であって、数年前からこの種の話は何度も聞かさせていただきましたけれども、しかし、もうそろそろ観念論的な主張というものは、さっきおっしゃらなかったからしておるといふふうに思いますけれども、やめていただいて、本当の医療というのはかくあるべしという、前向きな方向の議論をさせていただきたいなというふうに思います。

「国家レベルでの政治的影響力の行使」なんて書いてありますけれども、株式会社はそんな政治的影響力になるのでしょうか、それよりも現在の医師会さんの方がよほど政治的影響力の行使においてはすぐれておられるのとは違いますかと、こういうことも言いたくなってくるわけです。

そういう点について、少し言い過ぎをしておるかもしれませんが、ちょっと腑に落ちないものがあるので申し上げておきたいと思います。

その次のページをめくっていただいて、この表を見て私はちょっとびっくりしたんですけれども、配当金が飛び出してしまっていて、この分だけ営利法人の方が高くつくよということが言いたいのでしょうか、医療法人の方が効率的だということを言いたいのでしょうか、この表は何を意味しているのかよくわからないわけです。

ポイントは、その他販売管理費ですね、株式会社の配当金というのは、要するに、資本を調達して、その調達した資本の提供者に対して報るためのものであって、配当は禁止されておる世界では、間接金融という、今、最もはやりでない手法に頼るしか手はないわけです。その金利というのはどこに入っているんですか、ということであって、その他の販売費が全くイコールにしてありますね、株式会社と、そういうことだというと、金利はお払いになっていないんですかということ、どうしてこういう数字が出てくるのかということ、ここら辺について医師会さんの考え方というものは、配当イコール悪みたいなことをおっしゃるけれども、配当というのは皆さん方が銀行から調達したのに対して金利を払うのと全く同じことなんです。だから、それに対してどうしてアンティパシーを持つのかというのが、私にはよくわからないところです。

また、医療法がその配当自体を禁止するというのは、誠にナンセンスな法律であって、今それを変える時期に来ておるのではないかと。戦後の法律というのは幾つか不合理なものが、そっくりそのまま残っておるのは、何も珍しい例ではありません。そこら辺も変える時期に来ておるのではないかと感じるわけでもあります。

とりあえず以上申し上げて、感想というのか、医師会さんの積極的な医療の改革に対する前向きな取り組みというのを、私は是非期待したいと思います。

○宮内議長 どうぞ。

○青柳常任理事 たくさんのお話をされまして、私の頭では、ちょっと処理しきれない部分が、実を言うところから、忠告というところから、説明というところから、反省というところまで、各種いろいろお話の中にあっただので、そこら辺、どの程度、どの部分についてお答えしようかなと思います。恐らく説明を求められた一つは混合診療の問題というもの。

私どもは、あえて申し上げますと、混合診療費の問題。混合診療というのはいろいろあるわけです。費用の混合ということの定義を私どもはいたしております。なぜ、もうけの話に医師会が乗らないかと、あるいは医療関係者が乗らないかと、そういうところに恐らく鈴木委員のお話は尽きるのではないかと思います。

これは、非常にわかりづらい表現だと思いますけれども、私たちは、患者さんに最善の治療をする努力を常に務めると。患者さんは、最善を治療を受けるということを望むという、その原則で成り立っているわけであります。

したがって、そのときに現在の保険給付と言いますか、公的保険の給付対象になっているいろいろな医療のサービス、材料、薬品と、私どもは少なくとも95%以上は保険給付の対象になっていると思うんです。勿論、一部については、1年のタイムラグ、2年のタイムラグというのはありますけれども、これは、やはりエビデンスに基づいたちゃんとしたデータを含めた、ある意味では結果が出てこないければ、それは保険給付の対象にしないわけであります。したがって、今は、ちゃんと保険給付の対象のルールに則って、そういう保険給付外のものが、いずれ保険給付の対象になるという仕組みがつくられてございます。したがって、そのルールに則って私どもはやるべきだろう。

問題なのは、お金があるから、新しい保険給付の対象になっていない部分を求めたときに、どうして提供しないのかと、どうして受け入れない仕組みなのかという、そこにある意味においては、ではお金があれば、その部分の治療を受けるような仕組みが日本に必要なんですかと、それが先ほどから申し上げている命に値段を付けますかということに、私はつながるんだらうと思います。

例えば、MITの大学のクルーマン教授、経済学部の教授ですけれども、珍しく医療分野について本を一部書いてございました。その中に、確かにアメリカにおいても5万ドル出せば受けられる治療を大金持ちの方々が受けると、しかし、お金がない人は受けられな

いという実態はありますと。しかし、私の口からは、口が裂けても命に値段を付けるということについては、言えないと。アメリカの世界で経済学者の方がそうおっしゃるんです。必ずしも私たちが観念論的にそれを主張しているということでは私はないんだろうと思います。

勿論、貧富の格差、あるいは階級の格差と言いますか、そういうことを受け入れる社会構造、例えばイギリスであれ、アメリカであれ、そういう社会構造が、これから日本に突然表われるんだという前提で鈴木委員がおっしゃるのであれば、実を言うと、それも可能かなと思いますが、私は少なくともこれから15年、20年には、そういうことを受け入れられるような社会構造にはならないと考えておりますし、私どもが医療担当者として仕事をする一線と言いますか。そこに、実を言うと、私どもの医療倫理と言いますか、声明倫理と言いますか、そこは私どもとしては、どうしても守っていかなければならない。そういうふうを考えているわけでございます。

I T関連につきましては、担当の西島常任理事の方から少し御説明をさせていただきます。

○西島常任理事 御質問の中2点ほどでございますが、先ほどさまざまな事業はいいんだけど、囲い込みにならないようにというお話でございましたけれども、私どもはホームページを通じて、さまざまな事業に関しては、広く公開をいたしております。今、行っております医療安全推進者養成講座、それにつきましても、ホームページで募集をいたしまして、この言葉は適当なのかどうかわかりませんが、訴える側の弁護士さんも実はこの講座を受けているということでございますので、私どもは幅広く公開をしているということでございます。

先ほどの18兆円の根拠はなんなのかということでございますが、これにつきましては、15ページに書かせていただいております。

私どもは、さまざまな数値を全国の医療機関からいただいております。診療所で無床診療所、有床診療所ということでございますが、現在、売られているレセコンと電子カルテをセットにしたもので、大体700万ぐらいという、そういう数値をいただいております。それで、今、鈴木委員がおっしゃったように、当然、それぞれ医療機関によって、そういう機能も要らないという医療機関もありますので、その幅を持たせながら、実は全国の診療所の数等々で、こういう数値を出してきております。

病院に関しましては、それぞれの病院に、現在、導入されている、幾らで導入されたのか、それからメンテナンス・コストが幾ら掛かるか等々のデータもいただいて、そのデー

タで、こういう推定値を出しております。それによりますと、これはミニマムでございますけれども、要するに10年間で18兆円という、こういう推定値を出したということでございますので、アバウトにやったということではございません。

以上でございます。

○櫻井常任理事　それでは、今、青柳常任理事の方から追加で株式会社の参入のことで、何かコメントしろということだったので、こちらでも言いましたけれども、今、鈴木さんがおっしゃったのは、どうも観念論ではないかということでおっしゃったみたいなんですけれども、実際には、我々としては実際的な経験をしているというふうに思っています。ただ、実際には今、医療機関の株式会社がないわけですから、それによって弊害が起きたということを実際に研究はしていないわけですが、やや似たような言い方で、同じではありませんけれども、例えば介護保険が導入されることによって、ヘルパーさんたちのことは、株式会社が参入しました。あるところは、一斉に手広くやっておいて、あつという間に採算が合わないと引き上げられちゃいまして、非常に弊害が起きて、実際のヘルパーの方が来ないと困るというようなことが起きておる。

そういうことは、医療で勝手に起きてしまっただけで困るのではないかと。それに似たことは、これは医療機関で、これは八代先生なんかと、私はちょっとBS討論というのを出されたときに、NHKが取材してきた医療系コンサルタントが、ある病院の経営立て直しをするというので、何をやったかと言うと、いろいろ調べたら、その病院でやっている救急医療と小児医療が不採算だと、これをやめれば赤字が黒字になりますよというので、その病院の救急と小児をやめさせて、そうしたら黒字になったというのをNHKは取材した。そういう形の、これは今は株式会社はないわけですが、やはり営利を求めるとすれば、そういう形で処理するとすれば、非常に問題がある。これは、観念論ではなく実際論だと思います。

もう一つ、ある会社が、これも訪問看護ステーションというのが、医療保険だけのときには、普通は医療保険だけでやっていたんですが、株式会社の訪問看護は、自費の段階では許されていたんですが、介護保険になってそれは許されました。ある会社での訪問看護を自費でやって非常にいいことをやっていたんですが、最近になりまして、営業的に合わないということで、きちっとやっていた人たちが首になったと言うか、つまり、きちっと看護理論を立てて訪問看護をやるのが、企業理念と合わないということで首になって、はっきり言えばもうからないからやめさせるんだという形になったっていうのは、実例を経験しておりますので、観念論とは私は思っていない。非常に低レベルな発言で申

し上げないですけれども、観念論だという御発言があったので、実際の経験論ということで申し上げました。

以上です。

○宮内議長 八代さんどうぞ。

○八代委員 御指名いただきましたので一言お伺いしたいと思うんですが、基本的に株式会社の参入問題というところなんです、今、櫻井さんがおっしゃったように、既に個人企業というのは、もう参入しているわけです。持分のない医療法人以外の医療法人というのは、個人財産と組織財産が渾然一体している個人企業であって、これは社会福祉法人とか、学校法人と基本的に違う点なわけです。ですから、株式会社参入というのは、個人企業では、ほとんど弊害が起こらないけれども、株式会社ならば起こるという論理だというふうに考えてよろしいかどうかということですが、それで先ほど鈴木委員が43ページの表で質問されて、これは私もさんざん過去の公開討論会で質問してきた点ですけれども、なぜ直接金融は悪くて、間接金融はいいのか。医療法人だって病院を建てるときには、資本費用がいるわけで、それは銀行から借り入れて金利を払っておられる。このグラフは、非常にまやかしかって、医療法人建物が空から降ってくるんですね。だって資本費用がどこにも入っていませんから、営利法人の方だけ配当金が入っている、こういう意図的にゆがんだような説明をされるというのは、非常におかしいし、これについて私は繰り返し説明を求めたときには、明快な答えが入ってこないわけで、やはりここは資本調達方法はイコールで初めて配当金と金利のどっちがいいかということの説明をしていただきたいと思いますが、これはまさに銀行保護であればともかく、なぜ医師会が銀行を保護しなければいけないかよくわからないんですが、とくにかく株式会社の方が資本調達をして配当を払う、銀行からお金を借りて金利を払うのとどこに優劣があるのかということだと思います。

その前の42ページの表でも書いてあるのは、ここで全く抜けているのは、患者の選択ということがどこにも入っていないわけであって、患者の選択によって、例えば医療法人が崩壊する。個人開業医の経営悪化と消滅する。これは、鈴木委員がおっしゃったように、なぜ悪いのか、それが患者が選択した結果であればということでありまして、ここは余りにも株式会社を過大評価しておられる。医療というのは、もともと何ていうか、評判とか、そういうことが大事であって、非営利というのは、本来競争性を持っているわけですよ、患者から見れば株式会社よりも個人企業の方がいいと思えば、そこへ行くわけで、なぜその患者の選択肢を生かさないのか、規制によって禁止しなければいけないほど自信がないのかということをお伺いしたいと思いますが、なぜ患者の選択に任せてはいけないのかと

いうことについて、是非御説明と、先ほどの直接金融と間接金融の違いについて、できれば御講義をお願いしたいと思います。

○青柳常任理事 空から降ってこないという話は、まさしく私はそのとおりだと思います。問題なのは、では医療機関、医療法人が、どういうふうにして成り立ったかと。日本においては、やはり諸外国と違う部分がございます。例えば、診療所、有床診療所、それから小さな病院、それから大病院と、つまり再生産コストを組み建てていって、実を言うと、病院になったというのがほとんどの民間病院ではないかなと。

したがいまして、私どもとしては、新たな診療報酬の仕組みの中には、当然再生産コストを要求するという診療報酬体系を提案しなければならないと。それによってキャピタルコストを求めていくというふうに私どもは考えているわけでございます。したがいまして、空から降ってくるとは思っておりません。勿論、全くのまっさらのところに新しく建てようという前提で物事を考えますと、八代委員の言ったようなことが、やはり私は問題になるんだろうと思っております。

もう一つは、どこからお金を調達するべきかという議論に恐らくなると思うんですけれども、私は経済の専門家ではございませんので、そこまで具体的な話をするわけにいきませんけれども、それでは株主は何を期待をしてそこに投資をしているんですかというところに私は尽きるのではないかなと思うんです。某審議会の中で、もうけた金を投資をして医療経営をして、つい最近、患者さんに対するコストを下げるだとか何とかという話をされている学者さんがおられたようでありますけれども、しかし、ではその本体のもうけがなくなったら、投資する部分はないわけでありますから、簡単に引き上げるんですかという、ある意味では撤退を早急にできるような仕組みが、医療の世界に入ることの方が私は弊害が大きいのではないかなと、そのように考えているわけでございます。

○宮内議長 あと、どうぞ。

○八代委員 もうからなかったら撤退するのは医療法人だって同じではないんですか。しかも、銀行というのは、医療法人が赤字であっても冷酷にお金を取り立てて、もし医療法人がきちっと払えなかったら担保で病院を取ってしまう存在なわけですね。それに対して株主というのは、赤字であれば配当はあきらめるわけであって、どっちがよりもうけ主義の経営を促す組織になっているかどうか。とにかく、なぜ銀行を美化されるのかというのがよくわからないわけでありまして、そういう意味では銀行の方がよほどこわいのではないですか。

○宮内議長 実は時間が来てしましまして、この会議の前身から意見はずっと平行線のま

ま、同じところでとまっているのではないかなと思うんですがございますけれども、いずれにいたしましても、今日は結論を出す会議ではございませんので、意見の相違点が明確になるということが一番重要だということで、そういう意味では、幸か不幸か、明確に御意見をお出しいただいたということで、私どものこうしておいでいただきました目的は十分果たすことができたと思います。

以上をもちまして、時間を過ぎてしまいましたので、日本医師会との意見交換につきましては、この辺りで終了させていただきたいと思います。

今日は、長時間御多用のところおいでいただきまして、大変ありがとうございました。

(日本医師会関係者退室)

(日本保育協会関係者入室)

○宮内議長 それでは、引き続き意見交換をさせていただきたいと思います。大変お待たせいたしました、また皆様遠方からおいでいただきまして、ありがとうございました。

日本保育協会との意見交換でございます。

日本保育協会からは、猪股祥平塚保育園園長。

門倉文子なでしこ保育園園長。

蒲池知佳子新星保育園園長。

坂田誠二倉吉愛児園園長。

佐藤織江芳香稚草園園長。

高橋英治富士保育所所長。

高橋保子村山中藤保育園園長。

宮原みどり亀戸浅間保育園園長。

渋谷一美狭山台みつばさ保育園副主任保育士。

寺門厚子見和めぐみ保育園主任保育士。

藤戸純子東月寒保育園主任保育士。

以上の皆様方の御出席をいただいております。大変お待たせいたしました。まず、皆様方からの御説明を、できます限りまとまった形でさせていただきまして、残りました時間で意見交換という形にさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○佐藤園長 最初に、私、佐藤と申しますが、私どもの方の進行をさせていただきます。さきにいただきました中間報告を読ませていただきまして、いてもたってもいられない気持ちというのが本音でございませうか、そういう気持ちで新潟からまいりました。

さて、ただいまから総合規制改革会議団体ヒアリングを始めさせていただきたいと思

ます。日本保育協会の北海道から九州・沖縄までの園長と保育士、11名でございます。早速ですが、猪股園長、中都市でございますが、全体的な意見を申し述べます。

○猪股園長 よろしくお願ひします。まず、始めに全体的に感じたことから述べさせていただきます。今回の福祉・保育分野の中間とりまとめというのを読ませていただきまして、まず落胆しました。総理大臣の諮問機関ということで、国の最高水準の審議会のとりまとめ、さぞ説得力のあるものになるのではないかと期待しておりましたので、それだけに大きく落胆しました。と申しますのは、1つは、日本の将来を託す子どもたちの人づくりの基礎に関わる事業と私どもは認識しております。その事業を、産業と同一視して、日本経済の活性化とか市場原理とか雇用創出といった、大人社会の都合に合わせた経済論を中心にまとめられたこと。このことは、信じられないことです。

もう一つは、全国の保育所情ということをとらえた改革案ではなくて、大都市の一部の現象を全国的な大問題というふうに論じて、そして民間企業の参入策が救世主であるというような扱ひの論法ということ、非常に偏見に満ちた審議であるというふうに感じて、審議がかなり狭く浅いものであったのだろうか、信じられない気持ちです。

私どもは、今、子どもたちの育ち、親御さんの育ち、すべていろいろなことをしよいながら、保育者は一生懸命で真剣に保育しています。そして、子どもたちも、さまざまな面で無理をさせられながら、けなげに日々を過ごしています。そういう保育現場の者といたしますと、今回の保育改革をかなり表層的な、上滑りのような感じでまとめ上げてらっしゃるように見えて、そのことがとても悲しく、怒りを感じています。このとりまとめを読むたびに、感情が高ぶるといのが現実です。その辺、御理解いただきたいと思います。次に、私ども全体のスタンスと言いますか、そうしたものを5つほど挙げさせていただきます。

まず1番は、基礎構造改革の必要性ということは認識しております。ですから、規制改革にも期待しておりました。また、子ども対象の事業とは申しまして、ほどよい環境の中で競争が必要であるということは、私どもも考えております。公立保育所にいろいろな問題があるということも承知しております。そして、そこに言及していただいたことは評価したいと思っております。しかし、今回の中間とりまとめを受け入れることはできないと思っております。

まず第1に、改革の基本に据えるべき主人公が不明確です。たとえ財源の分配法をテーマとする審議会だったとしても、やはりそこにはだれのために、だれの立場に立った改革論議なのかということ、を明確に据えていただきたいと思ひます。そして、就労支援という

ものは、確かに親支援という部分が大きいのですが、しかし親御さんで御自分の子どもの幸せを願わない方はないはずですから、子どもを中心に据えた論議でなければ、国民としてやはり納得されないのではないかと思います。その点、ひとつよろしくお願いします。

2番目は、待機児童解消策が喫緊の課題であるということは、私どもも承知しております。ただ、これは大都市の一部の問題、都市部の問題であって、またある意味では一時的な現象です。1、大都市の実態に基づく改革案を、全国版にして一般化するというやり方は、災いこそあれ、何か解決するとはとても思えません。地域性の強い保育所のことですから、こういう地域性の強い保育所問題というのは、やはり国で果たすべき役割の分野と、各自治体に委ねるべき分野ということを明確にして問題を解いていかないと、解決にはつながらない。それを声を大にして申し上げたいと思います。

もう一つは、大都市部のこうした問題があるということで、そのこの現象の待機児童解消を理由に、法律で定めた最低基準を、更に低い水準に引き下げようという改革案、これは全く受け入れてはならないという認識しております。特に最低基準というのは、あくまでも最低の基準です。保育の質として、最後のとりでとして守らなくてはならない水準と思っています。と申しますのは、最低基準ができたころよりも、今の保育現場の現状というのは、時間も長くなっていますし、お子さんや親御さんの状況も違ってきますし、保育者の育ち具合も違ってきますし、さまざまな面で任務が重くなっています。しかし、最低基準は過去のままです。そのことから考えても、その水準を下げるということは、全く受け入れられないと感じています。

3番目には、民間企業参入ということですが、このことに絶対反対という立場ではありません。しかし、わかっていたいただきたいのは、公立保育所、社会福祉法人立保育所、民間企業の認可保育所、認可外保育所、それぞれの事業体は寄った立つ法律が異なります。難しい問題はたくさんあると思いますが、まず資産の性格も違います。税制の問題もあります。会計基準の問題もあります。というように、そもそも多くの違いがあるのです。それを並べて、何か対等におっしゃることは無理がある。元来、対等な競争ということにはなり得ないということを申し上げたいと思います。

むしろ現行のシステムの中に、時代の変化に対応しにくい問題もまだまだ潜んでおります。そういう問題を分析することなくして、民間参入をしやすくするための規制改革をすれば、すべてが解決するといったような印象を与える。国民に錯覚を与えるようなとりまとめということは、むしろ無謀ではないかと思っています。私どもは、ダブルスタンダードは誤解を生むので、絶対反対という立場です。

次は、社会福祉法、児童福祉法が改正されました。そのことによって、情報提供、情報公開、苦情解決、第三者評価という、新しい仕組みが既存の保育所に導入されました。そして、今、実践が始まろうとしています。第三者評価が1年遅れていますけれども、間もなく始まります。こうした新しい改正制度が機能することによって、既存の保育所というのは、相当よりよい方向に改革されると今、考えております。多くの方々から期待もされています。そうした既存の保育所の機能が、これから機能していくであろうと思われるところを評価することなく、民間企業参入という論法は、本当に全国で地道に仕事をしている保育所に対して、かなり冒とくではないかと言えるぐらいにつらい思いをしております。最後に、直接補助方式ということは、やはり安易な理論は危険だというふうに思っています。時期尚早、もっともっとときが経って、議論を重ねということをお願いしたいと思えます。

以上です。どうもありがとうございました。

○佐藤園長 続きますして、門倉園長、中都市でございます。お願いいたします。

○門倉園長 門倉です。よろしくお願いいたします。私も、まずこの総合規制改革会議の委員の皆様をメンバーを知って驚きました。重要な総理の諮問機関である委員会のメンバーが、経済界からのみ選出させているのはなぜなのか、福祉や保育について理解のない方たちが、産業の分野からのみ保育の施策を論ずるとするのは、非常に心外であります。確かに、失業率5%という中で、政府のわらをもつかみたい状況もわかりますが、雇用対策のみにとらわれて、短絡的に保育の分野まで産業にという考えは、将来に大きな危険を残すことになるのではないかと危惧するものです。なぜならば、福祉や保育については、10年先、20年先の、どんな人間を育てるのかを考えて議論すべきではないかと思いますが、いかがでしょうか。

それには、今の家庭の育児能力や家庭養育機能の弱体化に目を向けて、雇用と保育は別に考えるべきで、将来を担う子どもを育てることに視点を当てて論ずることは大切だと思います。また、我々法人立の保育所の歴史は50年、自分の資産や資材をすべて投げ打って、地域の子どもたちために命を掛けて頑張ってまいりました。親のニーズに合わせた保育もずっと頑張ってまいりました。特に1法人1施設が多く、かつて低い措置費での運営は厳しいものでしたが、地域に密着した保育活動に力を注いできた、そのことをこの際再確認をしていただきたいのです。

ですから、民間参入も結構ですが、新しい産業保育所には負けない自信があります。我々法人立の保育所には、経験豊かな保育者も多数在席し、子どもが安心して安定した園生活

ができるよう、一人ひとりの子どもとの人間関係を深めた保育を進めております。また、地域の中の家庭で子育てをしている母親に対して、育児に対する相談や支援も行っています。すなわち、園に在園している子だけでなく、地域の子育て家庭への援助も大幅に行っているわけですが、利益を求める企業が利益にならないことをするはずはないと思いませんか。

また、人件費の安い若い保育士だけでは、今の家庭養育機能の低下に対する支援は、とてもできません。親は保育所なら何でもよいのではなく、保育内容の高い水準の保育所を選んでいくことを理解していただくことが大切だと思います。選ぶのは親です。利益を上げることを目的とした保育所が、選ばれるはずがありません。

更に、一般の産業のように、保育の分野で競争させるとするのは、どういうことなのでしょう。メンバーの皆さんが予想することと現実は全く違うと考えられます。一般産業のように、競争さえさせればよい保育ができるというものではないと思います。まず、子どもの育ち、成長・発達を無視した、見ためのよい保育が行われることも予想されます。早期英才教育が進められ、子どもは精神的安定感や気力を失い、保育の低下につながる事になりかねません。また、かつてのような園同士の子どもの取り合い合戦も起こるであろうと予想され、嫌な気持ちになります。

以上のことから、いずれにしても総合規制改革会議の中間報告に対しては、我々保育関係者は全く賛同できません。

以上です。

○佐藤園長 続きまして、坂田誠二園長、地方代表でございます。

○坂田園長 鳥取県の倉吉市からまいりました、倉吉愛児園の園長の坂田と申します。中間とりまとめについての、地方からの意見を4点ばかり述べさせていただきます。

まず、中間とりまとめの中では、特に公立保育所については、地域間の需要の変化に見合わない、供給側の対応の遅れが大きな問題となっていると言っておられます。私が聞いているところでは、都内の公立保育所では、年齢別の定員を盾に、全体の定員が充足してしないにもかかわらず、もう入所できないとしているそうです。改革の順序としては、まずはこのようなことに対する是正が行われるべきではないでしょうか。既存の公立保育所を活用するという事は、建物が既にあるわけですから、経費の節約であり、待機児童に対する即効性のある対策としては、まず第1に取り組むべきことだと思います。

次に、都市部においては、認可施設に入れないために、認可外施設の利用を余儀なくされ、1人5万円～6万円という利用料を払っておられる方もあります。そして、このよう

な方から、なぜ自分たちは保育所利用の利益を受けられないのか、そういう不満の声が上がっていますが、もっともなことだと思います。ただ、都市部における認可外施設の利用と、地方における認可外施設の利用とでは、利用の仕方に違いがあると思います。私の知るところでは、地方では認可施設に開きがあるにもかかわらず、利用料が2万5,000円～3万円と、認可施設に入ったときの保育料より安いからと認可外施設を利用する場合がありますと聞いています。本来、このような利用者に補助の手が差し伸べられる必要はないと思います。

このように、地方と都市部では違いがあるにもかかわらず、全国一律に認可外施設に運営費、整備費を出すということは、以上の点からも不合理だと思います。

また、地方から見てよくわからないのは、待機児童という言葉の定義です。都市部における認可外施設の利用者は、最終的には認可施設の利用を希望していらっしゃると思います。待機児童とは、このような人の子どもを指すのでしょうか、それとも今、就労の約束があり、すぐにでも保育所に預けなければならない、そういう人の子を指すのでしょうか、またはどこでもよいから、ただ預かってもらえたらと思っている人の子を指すのでしょうか。どこかに在席しながら、自分の第1希望の園に入れたいからと、空きを待っている人の子を指すのでしょうか。一体、どんな状態で待機していることが待機児童の厳格な意味なのか、またその実数はどうなのでしょう。

次に、直接補助、直接契約についてですが、今の保育所利用者を見た場合、制度をうまく利用できるほど、社会的に成熟した存在とは思えません。よって、制度としては考えられたとしても、うまく機能するとは思えません。育児能力の低下、保育料の滞納の増加など、日常接している保護者を見ていても、総合的判断能力は全体的に低下しています。

また、東京の問題は、日本全体の標準的問題ではありません。過疎地も多くあるという現状を踏まえた、総合的な施策をしていただきたいと思います。以上のことを踏まえ、直接補助、直接契約には反対です。

現行の児童福祉法の下、情報公開、苦情処理、第三者評価などの施策が今まさに機能しようとしています。これらがうまく機能することにより、保育の質の適正さは保たれると思います。競争原理を導入しての保育の質の確保とのことですが、児童福祉の分野での自由競争が、子どもたちのためになるのかどうか、甚だ疑問です。

例えば、残された自立心をいかに活用するかというお年寄りの介護と、未熟な子どもたちにいかに自立心を育てていくかという保育とでは、明らかに方向と方法に違いがあります。介護の分野での制度が変わったからと、保育の分野まで引きづられる必要はないと思

います。

各地域においては、程度の差こそあれ、措置から契約に変わったことによる競争は、既に存在していると私は認識しています。これ以上の競争は過当競争になり、今まじめに努力をしている保育所の職員は疲れを生じ、仕事に対するプライドを失い、そのしわ寄せは結局子どもたちにくることになってしまいます。問題は、競争をしようとしないうところがあるということなのですから、これらを解決するような方策を強く望みます。

以上で終わります。ありがとうございました。

○佐藤園長 続きます、高橋保子園長、大都市からの代表でございます。

○高橋園長 高橋と申します。よろしく願いいたします。私は、皆さんと違って、保育現場で園長として、本当に長いこと保育してきた立場で発言させていただこうと思います。私が申し上げたいのは、育児機能の低下ということが、実際に子どもたちの中にどんな形で、その子どもたちの姿がどうなっているかということをお伝えしたいと思います。

1 つには、心の軟弱化というのは、私が申し上げることもないんですが、人間というのは、本来何かの刺激に対して感じて、判断して、行動を起こす。この思考経路と言うんでしょうか、そういうものは赤ちゃんのときからあるんです。生きる力、育つ力を持っているんです。ところが、その機能の低下ということが、心ない大人の付き合い方によって心が育たない、結局は自分で判断して行動を起こした中で、失敗しながら、成功していきながら心をつくっていくものだと思うんですが、そういうチャンスがない。非常に指示・支配の多い、軟弱化した心の子どもたちの育ちがあります。その意欲というもの、子どもの生きる力というものがあってこそ遊びというのは充実するんですが、最近心配していることは、育児休業を取ってみられた正職のお赤さんが、育児休業が終わったので預かってくださいということで来ますね。そのときに、もう既に1年にもなっているのに、歩けない、立てない、寝返りもしないというお子さんが出てきています。体の変化まで起きているんです。

ひどいのは、2歳6か月で、うちの子は障害児ですと来たんですけども、本当に障害児かなと見ていくうちに、お母さん、どういうふうにつき合ってきたんですかと、半年掛かっている話をしていく中で、障害児ではなかったんです。実際には、お母さんが怒鳴ったり怒ったりするたんびに、多動をつくって言葉のない子にしていたんです。聞こうとしない、その事実は現場には本当に考えるとたくさんあるんです。この子たちは、勿論普通学級に入学していますし、そういういろんな育ちを持ったお子さんたちを、私たち現場では治療的な保育として頑張っています。その治療的な保育ができるのは、やはり先ほ

どから皆さん申し上げているように、もう命を掛けて、自分の人生を掛けて仕事をしています。そして、損も得もそんなことではないんです。この子を、一生80年生きていくための、基礎づくりなんだと思うからこそできるんです。そして、その子たちを改善し、1人でも人生生きていきやすいようにしてあげようということが私たちの使命です。子どもたちを守っているつもりです。

そのためには、勉強したり、もう心理学からカウンセリングもそうです。医学の勉強をしたりして、最大限その子の今を放っておけないという形で治療的な保育をしています。その蓄積された知識・技能というのは、当然職員も1人の命を守り、人間として育てようとみんな真剣に取り組んでいますから、それだけのノウハウを持っています。その人たちが、頑張っているんですが、やはり日本の子どもを、一人ひとり育ちにくい社会、一般家庭が育ちずらければなおさらのこと、専門集団がそれを引き受けていかなければいけないと自覚しています。職員もみんな真剣です。それで、長時間にもなっておりますし、いろんなことがあるんですが、とにかく精一杯子どもを守っているつもりです。どうぞ社会福祉法人と同じ認可施設と1つにくくらないで、公立とは違うということをお伝えしたいと思います。

よろしく願いいたします。以上です。

○宮内議長 ちょっと時間がございまして、あとどれぐらいですか。

○佐藤園長 あと一人です。

○宮内議長 そうですか。どうぞ。

○佐藤園長 続きまして、渋谷一美主任保育士、地方からの代表でございます。

○渋谷主任保育士 初めまして、私は埼玉県狭山台みつばさ保育園の渋谷と申します。よろしく願いいたします。

私は、保育現場の保育士の立場からお話しさせていただきたいと思います。民間企業の参入についてですが、利用者の選択を尊重するという保育改革の趣旨について、保護者の利便性を主に考えがちですけれども、児童福祉法の中にも乳幼児の最善の利益を考慮してどうたわれているように、子どもたちは自分では選択できない。そんな子どもたちにとって、よりよい保育を提供することが、保育所の使命であるのではないかと思います。

保育所は子どもの保育施設であって、利益を求めることを目的とはしていません。保育にかける子どもをすべて平等に保育し、子どもの健康と安全を保障し、限りない発達を育む責任と義務を負っています。保育を受けるのは、子どもたちです。その子どもたちにとって、最もよい状況をまず第1に考えてあげるべきではないかと思います。子どもを無視

した施策が許されていいはずがありません。

保育指針でも示唆している子育て、生きる喜びと困難な状況への対処する力、これは安定した環境や周りの大人たちとの信頼関係の中から生まれてきます。いつのときも、子どもを間の中に置いて、子どもの本当に幸せと育ちを願い、同じ目の高さ、同じ立場で保護者と向き合い、一緒に物事を考え、共感していくことが大事だと思っております。

保育所は、今、母性が育っていないうちに親になってしまい、子育てが楽しくないと思う保護者が多い中、子育ての楽しさ、子どものかわいさを伝え、保護者も子どもとともに育つことを願う場です。保護者も子どもも丸ごと受けとめていく、総合的な保育力は、やはり専門家としての責任と自信を持ち、経験と研さんを積んだ人材だからこそ、子育てへのバックアップや親育てが可能になるのではないかと思います。

コストを抑えて、1年契約の保育士や非常勤職員のみに対応、また経験年数の少ない、若い職員ばかりでは、マニュアルで時間は過ごせても、保護者や子どもたちの心のケアや子どもの立場に立った成育支援は、満足のいくものが提供できないのではないかと思います。経験のある保育士と、そして若い母親と同世代の職員、バランスの取れた職員配置が理想なのではないでしょうか。水準の高い保育サービスを提供するためには、現状の運営費は必要だと思います。

待機児童数についても、都市問題であって、同一県内においても過疎化が進み、定員割れを起こしている園や、閉園に追い込まれる園もあるほどです。また、現在実際に認可保育所に入所していても、もっと保護者の利便性に合った保育園への転園を希望しているお子さんや、保育を望まない保護者からの希望、それから第2希望であれば入所ができるのに、どうしても第1希望への入所を希望して、入れるまで待ちますとおっしゃる、そういった方々のケースもカウントされておりますので、実態は定かではないのではないかと思います。

規制緩和を考えるときに、即民間企業参入ではなくて、子どもの育ちや育児支援という面からも、柔軟に対応ができ、その力を持って認可保育所への民間委託を考えていただけたらと思います。待機児童を減らすために、託児的に子どもを預かるという印象の強い企業参入には、私たち現場の保育士も抵抗を感じます。

企業の勤務時間等、雇用形態等、もうちょっと厚生労働省になったということもありますので、受け入れる保育園を増やすだけではなく、そういった企業の方々からの御協力もいただいて、子育てに一番大切な時期、子どもたちにとって一番大切な時期、小学校中学年ぐらいまでの育児時間が取れたり、また子どもが病気の時、看護休暇が取れるような。

今、38度の熱があっても、座薬を入れて登園させざるを得ない家庭、また38度熱があっても朝連れてきて、先生熱があるのはわかります。私も休みたいんですけども、今、休むとやはり上司からの目が気になるので、9時には職場に着きますので、そのころ電話をいただけますでしょうか、保育園からの呼び出しの電話があれば、私も帰れますので、それまでの間だけ子どもの保育をお願いいたしますと、本当に後ろ髪を引かれる思いを抱えながら、職場に向かうお母さん方もいるくらいです。

次に、調理室の必要性についてお話しさせていただきたいと思います。調理室の必要性についても、子どもの健康な体と心をつくるには、遊びと食事、睡眠は基本であり、不可欠なものです。フルタイムで働くお母さんたちの増加により、子どもたちの生活リズムにも変化が現れています。生活時間帯が全体的に夜型化、深夜に及ぶ場合も出てきております。どうしても、夜遅く食事をしたりお風呂に入ったり、寝る時間が遅くなってしまえば、朝は起きられず、また食欲もわからないので朝食を食べずに保育園に来る。また、お母さんたちおうちに帰れば、それぞれお洗濯等、いろいろと家事に追われたりします。そのために、テレビを見せながら、1人で御飯を食べるといような、孤食に代表される、家族のそろっての食事の減少等も、子どもたちにとっては食べる楽しみ、食べる意欲に欠ける子が増えてきています。このような中で、保育所の給食の果たす役割には、大きなものがあるのではないのでしょうか。確かに、外部委託でも栄養面やメニューの豊富さ、アレルギーのある子への配慮、温かい食事等、十分な対応が可能なところも中にはあるかとも思いますが、保育所の食事は衛生面においても、安心はもとより、食材の厳選、それから調理室から漂ってくる香りは、子どもたちの食欲をそそり、食べる楽しみの1つにもつながっています。また、自分のために、心込めてつくってくれた人がいる。そういった人への感謝の気持ちと心の育ちにもつながっていきます。

月齢や発達過程に伴い、変化していく離乳食、それからその日の体調によっては、おなかを壊した、普通の食事が食べられないので、御飯をおかゆに変えましょう、そういった対応が、調理室そして保育室、家庭との間の連携で、どうにでも対応ができます。インスタント食品や出来合いの惣菜、それからコンビニエンスストア、ファーストフード等に頼らざるを得ないような食生活をしている家庭の保護者に対しても、食事の大切さ、そして赤ちゃん、何か月であればこのくらいの味付け、これでは味が濃過ぎるわというふうな、本当に地道な、身にしみる食事指導やレシピの提供等を通して、ともに子育てをしているという共通意識から、食事に対する意識を考え直す場も提供しています。調理室の職員は、また保育士とは異なる立場からのアドバイスを保護者に与え、育児不安の軽減も図ること

ができるのではないかと思います。

私たち保育士は、この仕事に誇りを持って日々保育をさせていただいています。子どもたちには、十分な愛情を注ぎ、一人ひとりの子どもがこんなにたくさんの人に愛された育ったんだということを知らせてあげたいと思っております。今の子どもを救うことは、未来の子どもを救うことにつながります。人からたくさんの愛情を注がれ、慈しみ、育てられた子どもは、人の心の痛みのわかる子、命の尊さを知り、人を愛することのできる子に成長してくれると信じています。そのためにも、私たち保育士は日々努力と研さんを重ねております。

ありがとうございました。

○佐藤園長 以上で、5名の意見発表を終わりにして、最後に質問の後に、総括といたしまして、高橋園長の方からもう一人発言させていただきたいと思っております。

○宮内議長 時間がせっておりますので、それでは私どもの方から発言をさせていただきたいと思っております。本件につきまして、主に委員を務めておられます、八代委員から御発言をお願いします。

○八代委員 非常に貴重な御意見ありがとうございました。御理解いただけないかもしれませんが、我々も子どもの利益を第1に考えて、この報告書をつくっております。問題は、その手段の違いだということをお理解いただきたいと思います。

私が非常に気になったのは、何人かの方が待機児童問題が非常に課題評価されている。これは都市部の問題であって、特に猪股さんは一時的なものだというふうなことを言われましたが、これは甚だしく少なくもと我々とは事実認識が違うと思っております。待機児童というのは、厚生労働省がいろんな定義をしておりますが、私は基本的に認可外保育所に今、行っている人というのは、かなりの部分事実上待機児童ではないだろうか、その数は23万人ぐらい厚生省の統計ですらあるわけであって、実際はもっと多いと思っております。こういう人たちを、一時的なものであって、いずれは解消するから、これ以上供給を増やさなくてもいいということ、だれかもおっしゃいましたが、それは現在事実上存在するダブルスタンダードです、つまり認可保育所は世界一の水準の保育サービスを提供しておられる。非常に保育士さんが頑張っておられる。しかし、その反面では、極めて劣悪な環境にある人たちもいるわけで、こういう子どもたちを一時的なものだからと言って、供給を増やさなくてもいいというのは、やはり問題ではないだろうか、あらゆる手段を通じて、少しでもこのダブルスタンダード、現に存在しているダブルスタンダードの低い方にいる子どもたちを救わなければいけないのではないかとというのが、我々の1つの認識であるとい

うことを御理解いただきたいと思います。

それから、法律が違うから対等な競争はないと言う御意見もありましたが、まさにそれが問題で、だから法律を変えて、なるべく供給を増やすために対等な競争をする必要があるというのが我々の考え方です。

もう一つ、非常に気になったのは、親の判断能力というのを非常に評価しておられない、これは多分現場でいろいろな実感でそうなるのかもしれませんが、私はむしろ門倉さんがおっしゃったように、親は本来保育内容の高い保育を望むものだという御意見に非常に賛成であります。同時に、門倉さんがおっしゃった、我々は民間企業が入ってきたって負けない自信がある。全くそうだと思います。負けない自信があれば、なぜ規制に賛成されるんでしょうか。

そういう企業参入のサービス、社会福祉法人のサービス、公立の保育園が対等な立場で競争すれば、親は当然保育内容の高い認可保育所を、社会福祉法人を選ぶのではないかと。なぜ親の利益を、親の判断能力がそんなに低いものであって、事業者の方々の判断能力が正しいという自信を持っておられる。勿論、だからそこ規制が必要だという論理になるわけで、我々はこれから女性がますます働かなければいけない、保育サービスのニーズはこれからますます増えてくる。決して、そんな待機児童的なものは一時的なものではない。だから、そういう保育サービスを充実するために、別に企業でなければいけないことはありません。社会福祉法人も重要な役割を果たしておられる。NPOも含めて、いろんな多様な経営主体が競争することが、まさに競争して親がその中から自分の子どものため最善の保育所を選ぶということが理想だと思っておりますが、なぜ規制をした方がしないよりも子どものためになるのかということ、是非伺いたいと思います。それは、親が全く判断能力がないという前提に立っておられるのかどうかということです。

特に民間企業が参入するのは、冒とくだという御意見が、どなたかからありましたが、それはあくまでも利用者である親が決めることであって、事業者の立場から、だれが入ってくるのが冒とくだ、だれがそうでないというような判断をするのは、どんな立派なことをしておられるにしてもひどい話ではないかと思えます。

日本の企業というのは、立派なサービスをしている民間企業もあるわけで、あらゆる民間企業が悪であって、公立とか社会福祉法人であれば、すべてよいサービスをしているということはないはずでありますから、大事なことは多様なサービスが参入して、お互い競争することで、消費者が選択できるということに尽きるのではないかと思います。

現在、常に問題があるのは、選好みしている利用者があるから待機児童があるというこ

となんですが、例えば事実上、ほとんど休日保育というのが行われてないわけなんです。ですから、休日働かなければいけない人は、認可外に依存しなければいけない。私は、以前なぜそうなのかと聞いたら、福祉の専門の方が、休日ぐらい親が子どもの面倒を見るべきだという御意見を言われたのでショックを受けましたけれども、皆さんもそういう御意見なのかどうかを是非お伺いしたいと思います。

逆に言うと、勿論いろんな親もいるかと思いますが、しかし大部分の親は子どもの利益を判断して行動しているというふうに考えられないのかどうか、それほど親の考え方よりも保育所の人々の方が子どもの利益をよく判断できるのであれば、ある意味で政府が全面的なコントロールを子育てについてした方がいいのではなかろうか、これからまさに育児機能の低下が問題になればなるほど、保育所のサービスは重要になってくるわけであって、そういう意味で働いている女性だけではなくて、家庭の主婦でも保育所のサービスが必要になってくる。そのために、例えば家庭の主婦の子どもを、今の丸抱えのたくさんの補助を出した社会福祉法人、公立保育所で面倒を見るのが妥当かどうかというのは、また別の問題があるかと思っています。

ニーズに応じたサービスというものを提供する、産業というのでなぜいけないんだろうか、産業というのは日本のこれまでの発展を支えて、消費者にとってよりよいサービスを提供することで利益を上げてきたわけで、なぜそのメカニズムが保育というものだけは絶対成り立たないというふうに言われるのかどうかというのは、私は疑問だと思います。

私は、保育士さんの役割というのは、極めて重要だと思いますが、なぜそうであれば企業の保育士さんはだめで、社会福祉法人の保育士さんはいいという区分になるだろうか。企業でも、立派にいいサービスをしておられる保育士さんは何人もいるわけでありますから、そういう意味で競争の多様性ということ、競争の重要性ということを強調したいと思っています。

繰り返しになりますが、我々は少なくとも今、認可外保育所で非常に困っている親と子どもたちを救うために、やはり供給の増加が何よりも必要なのであって、そういう人たちを見捨ててはいけないということを第一に考えて、こういう報告書をつくったわけであります。

ありがとうございました。

○宮内議長 あと御発言ございますでしょうか。どうぞ佐々木さん。

○佐々木委員 どうもありがとうございました。佐々木と申します。私は、今2歳と7歳の子どもがいて、公立の保育園に2人の子どもが行っておりましたので、どちらかという

と今日の皆様のお考えは、すべて基本的に全く同じ意見で、私もこちら側に座っておりますが、いろいろと疑問をぶつけながら今日までまいりました。ですから、委員会の中でも意見を出してくるたびに、私は一番初めはもう民間なんか絶対だめだと、公立の今あるような保育園を、もっと増やすというような国の施策が必要だということをずっと言ってまいりました。では、今どうして少しずつ変化に対応しようと私が思っているか、これは先ほど皆さんが、今回の委員リストを見てがっかりしたとおっしゃられたことに、私もがっかりしたんですけれども、多分私が株式会社の代表取締役だという名称を見て、がっかりされたのかもしれませんが、やはり今、八代委員がおっしゃったように、悪い企業もいれば、いい企業もいるし。悪い社会福祉法人もいれば、いい社会福祉法人もいるということで、一律に、一般的に私もそうかもしれませんが、企業の参入ということに関しては、その言葉に親として非常に恐怖感を覚えますし、よくわかるんですが、そんなに産業側の勝手にこの委員会が動いてきていないことは、是非知っていただきたい。ですから、皆さんがおっしゃていることは私は全く同じで、調理室の問題も、保育士の問題も、ずっと言ってきました。

ただ、そういった中で、私は本当に一番今回の改革で何か問題かということ、八代委員が最後におっしゃいました認可外の保育園に、今、子どもがいっぱいいるというところなんです。私も基準ということとか水準を考えれば、調理師がいて台所があって園庭があって、私も山ほど条件を付けたいと思います。できれば、それを増やしたい。しかし、現在ちびっこ園みたいなどころがあるわけです。あそこに預けて、ある意味では無知な親かもしれませんが、です、そういう親がいたり、あるいはそこしかない親もいる。ですから、ちょっと私は微妙に賛成のあれが違うのかもしれないけれども、私はこれで民営化になってしまうのならば、ここは皆さん反対かもしれないですけれども、民営化の波が止められず、そうやって待機児童に対して対応していかなければならないという、今の現状の中で、ではどうやるのかということ、そんなに理想論ばかり掲げて、けんかしていてもしょうがないというところに私は来ているわけです。そうすると、では最低でどういった基準が、これは私の個人的な意見で、委員の代表の意見ではないですけれども、設置基準を設けたいとは思っているわけですが、免許制で、これ以下はもう絶対保育園とは保育所とかいうものを営業してはだめと、今それすらルールないではないですか。

皆さんのように、すばらしい思想と愛情を持って接している園ばかりであれば、多分こんな問題はないわけですが、今ではこのままで行ってしまうと、だれでも、いつでもつくれる保育園なわけですね、どんな条件でも。私は、それをこの委員会に入って初め

て逆に知って、驚きを隠せない。だからそこ、民営化の波があるということが止められないのであれば、あるいは既に今ある意味では自由化されている産業なのであれば、私はきちっとルールを。これは、皆さんも私も希望する、今の認可の水準をキープすることは不可能であるということも、若干百歩譲って、現状も踏まえた。もうこれ以下は絶対だめというようなところを、きちっと決めていかないといけないのではないかと考えているんです。

そういう考え方には、御賛成いただけないかなど。あるいは、そういったルールづくりにむしろ御協力いただけないものなのかなというのが、今日伺っていた率直な感想です。

○宮内議長 八代さん、よろしゅうございますか。どうぞ。

○坂田園長 都内の公立の話ですけれども、先ほど佐々木委員さんがおっしゃいました、非常にすぐれている公立、これの充足率が78%ということだそうなんですけれども、これが100%あるいは25%プラスの数字になれば、待機児童はすぐに解決できるのではないかと地方では思っております。

よく国から出されるものに、やむを得ない場合はという文言が付くわけですけれども、やはりやむを得ないという心情がなかなか親には伝わりにくい、見てもらえるのか見てももらえないのか、二者択一になってしまう。そのやむを得ないというのは、あくまでも自分の努力も必要なわけですから、そういったことが、先ほど八代委員さんもおっしゃいましたが、日曜日ぐらいは子ども相手をしたらどうかという、そういう心情も全く要らないわけではないと思います。それも大事なことだと思います。

そういうことを踏まえて、何か制度的にうまくできないのかなということを感じます。

○猪股園長 私の方から申し上げました、待機児童が都市部の問題とか、一時的現状という言い方をしましたのは、現在待機児童の問題がおっしゃるような状況であるということ承知しております。ただ、私が申し上げたいのは、どちらかという文章のとりまとめの論法が、誤解を受けよう論法になっていることを危惧しています。ということは、国民がこれをごらんになりますし、企業が見ますし、関係者が見ますから、そういうときにきちんとスタンスを持って、子どもところに視点を置いて、そして待機児問題も喫緊の十分な問題であるとしながら、その事実をきちっと位置づけていただきたいというふうな意味で申し上げました。

そして、待機児童問題は、私どもも中都市ですから、何がしかあります。みんなで努力しています。ですから、民間企業はそんなに来ていません。私は、これを読みながらほとんど東京都の問題がベースにあるというふうに読みました。その他、大きな都市のことだ

と読みました。そこには、先ほど来問題になっているように、公立の保育所の問題、労働組合の問題、そしてずっと私も勉強してみますと、そこでは東京都の公立が、ほかの地方のところと同じように努力をしたときに、ほとんど待機児が解消する数字が出ているというのを踏まえて申し上げております。

最低基準を云々とおっしゃいますが、最低基準がどういう水準かをイメージしていただけているのかなということが、一番心配になっています。民間参入があっても結構ですし、何があってもいいんですが、この最低の水準を落とすことはやめていただきたい。それは、佐々木委員でらしたらわかっていただけだと思うんですが、それを言いたということです。産業の仕組みの問題は、軸が違うというふうに思っていますが、私はそこまでにしておきます。

○高橋園長 私は東京なんですが、東京全部公立が悪いと言っているのではなくて、例えば品川区みたいに、公立が率先して長時間とか夜間とかしていますね、そういうところもあるんです。だから、その自治体の長というんですか、それが本当にそのの枠があるんですから、もう少し考えてくだされば可決する部分が大きいのだろうと思っているんですが、なかなかその辺りが進まない。やはり労働組合が力を発揮して、例えば、私どもの市でも、私たちが延長保育していますけれども、園長会の席で公立はどうしてないんですかと言ったら、ええ私たちはと、そうでもうすぐに引いてしまう。そういう園長さんが、私たちの市なんかもそうなんですが、結局私たちは率先してニーズに応えようとしているのに、公立の場合が組合があるからとか、だから全部の自治体が悪いと言っているのではないんです。やっているところはしていますので、ただそういう空いているところ、例えば半分とか、ひどいところは公立だから職員が全部そろっていますね、定員制ですから。ところが、子どもが3分の1ぐらいしか行っていない、それでも運営している。そういう実態をもっときれいにしていただきたい、それ方が先ではないかと御提案したいのです。よろしくをお願いします。

○門倉園長 先ほど、発表の中で親の判断能力ということについて申し上げまして、八代委員さんから、親は判断能力を持っているんだというお話がありました。そこで、付け加えさせていただきますが、まず第一に親が判断する条件は、損か得かです。いかに長い時間、いかに安く預けられるかということもあります。保育内容のレベルについて、判断する力も勿論ありますけれども、意外とその短絡的な損か得かということを考えているということ、もう一つ付け加えさせてください。

もう一つ、この辺についてお考えいただきたいんですが、保育所が頑張れば頑張るほど、

保育所の数が増えれば増えるほど、子どもたちの問題、子どもをすべて抱え込む保育所は、頑張れば頑張るほど家庭養育機能で低下しているという現実は、非常に恐ろしいと思います。例えば、子どもが何か問題を起こしたときに、すべて保育所に任せているから、学校に行ってもそれを親が解決する能力を持たない、そういうすべて何でもかんでも保育所が抱え込めばいいよと、だから数さえ増やせばいいんだよということについては、そういう点からも反対です。

以上です。

○宮内議長 よろしゅうございましょうか。どうぞ。

○宮原園長 亀戸浅間保育園の宮原と申します。今の答えにまた付け加えてなんですが、親の判断能力ということですが、よくうちに入園の保育園を決めるときに電話が掛かってきて、まず公立保育園って何ですか、私立保育園、認可施設って何ですか、無認可って何ですか、まずその質問から入ってきます。ですから、いい悪い保育の前に、まず選ぶところからもまだわかっていない部分が、たくさん親御さんにはあると思います。

昨日、保護者会がありましたので、現実に来ている親御さんに、母親ってどんな気持ちでいるのかと質問しましたら、一応この中間とりまとめのところから2、3質問をさせていただきました。お仕事があっても子どもと付き合っ、もっと長い時間を付き合っいきたいですかという質問には、やはりもっと付き合いたいというお母さんが大勢いました。でも、やはり働いている企業がもっと条件を緩和してくれないと無理ではないかというところで、もっと企業が緩和してくれれば、もっと子どもと過したいという親が多かったです。

最低基準を下げて困るお母さんと聞いたときに、全員手が挙がりました。やはり、今の基準化から落とされては困るということでした。

調理室をなくしてよいかという質問に対しても、それは困る、うちはアトピーだからちゃんとそのことをやってほしいという、本当にお母さんからの意見もありました。

最後に、お母さんの仕事に合った保育園がいいですか、それとも子どものための保育園がいいですかと質問したときに、やはり子どものための保育をしてくれる保育園を選びたいというお母さんの質問でした。

保護者会が終わってから、無認可に行っ、ちゃったお母さんなんですが、先生うちの子は無認可に行っていたときは、本当に顔の表情が暗くなって困ったんですが、こちらの園に来てからは大分変わりました、すごく明るくなりました。どうぞ今日は頑張っ、て行ってくださいというお母さんからの激励がありました。

以上です。

○宮内議長 よろしゅうございましょうか。

○八代委員 最後に1つだけ、無認可より認可保育所の方がいいということは、何にも否定してないんです。ただ問題は、今まで言われた中に、現に無認可に預けざるを得ない人の声から、残念ながら全く反映されてないという印象を受けました。そういう人たちの声も、やはり考えてやらなければいけないのではないかということです。

○宮内議長 実は、予定しておりました時間をかなり過ぎてしまいまして、おいでいただきましたのは、決してここで結論を出そうというようなことではございませんで、御意見を十分聞かせていただくということが重要だと思ひまして、おいでいただいたということでございますので、そういう意味では御意見をかなりお聞かせいただいたということでございますので、以上をもちまして、本日の意見聴取という形で。そうですか、どうぞ。

○高橋園長 申し訳ございません。せつかく広島から来ましたので、最後に言わせてください。

実は、いろんな議論が出ておりましたけれども、やはり全国6割と言われている、いわゆる公立保育所の問題が、結構これは全国的に同じような共通問題認識で、多分我々は持っておりますので、そこら辺の解決策と言いましょうか、整理がまず第1番にあるべきではないかなというふうに思っております。昨年までであったと思ひますけれども、少子化への対応を推進する国民会議で、それぞれの分野で果たすべき役割の課題が明確になっているはずでございまして、その中で認可保育所が果たす役割も当然あるはずだと思ひます。エンゼルプラン・プレリユード、エンゼルプラン、それから新エンゼルプラン、今、199万人の保育の実績、そこら辺もやはりある程度御理解をしていただければというふうに思っておりますし、ますます新エンゼルプランの実現に向けて、我々も頑張っていかなければいけないと思ひます。

先ほどもありましたように、一方で企業側の方がどうなんだろうかというところもありまして、女性が働きやすい環境について、今後ますます女性の労働力が求められてくるということで、有能な女性を使うことは、恐らく企業自身の利益にもつながっていくのは当然でございまして。女性が働きやすいというふうな環境は、ある意味では若い方、もしくは男性にも働きやすい環境ではあるのではないかということを考えますと、企業の経営者の方々に大変失礼ながら、今後の雇用の在り方、働き方の在り方というふうなことも含めて、是非御検討していただきたいなというふうに思っております。

最低基準などの保育の中身に関わるものも、たくさん意見として出されておるようでござ

ございますけれども、先ほど来よりありますように、ただこの部分はその保育の中身のこと自体が、この総合規制改革会議で議論することが果たして望ましいのか、今はなくなりましたけれども、以前のような中央児童福祉審議会のようなところで、専門的な機関でその保育の中身、最低基準等々のことにつきましては、議論をされる方がいいのではないかとというふうなことです。

最後に、そもそも日本の経済の活性化の部分の問題と、将来を担う子どもたちの健全育成の議論を、言葉がちょっと申し訳ないですけれども、その健全育成の議論の部分等を、何かごちゃ混ぜにしているところに無理があるような気がして、やはりちょっと次元が違う話で、なかなか我々保育所は日々現場を持っていてやっている身からしますと、なかなかかみ合う話が出てこないなというのが、この中間とりまとめを読んでおりました、率直な感想でございますけれども、我々も今後ますます頑張っていかなければいけないと思っておりますが、最後にちょっと言いたいことだけ言って申し訳ございません。今後ともよろしく申し上げます。

今日はありがとうございました。

○宮内議長 ありがとうございます。今、最後おっしゃったことは、我々は保育の内容を検討しようということは考えておりませんで、やはり制度的な整合性、それから本当に待機児童というものが非常に大きな社会問題になって、これを制度的に何かできないかという観点だけでございます。したがって、基準をつくるという場合は、この会議でその基準を検討するということには、恐らくならないというふうに御理解いただきたいと思っております。

それでは、時間でございますので、本日は皆様大変遠いところから、急な呼び出しというふうなことでございましたけれども、御足労いただきまして、十分御意見をちょうだいできました。ありがとうございました。

以上をもちまして、意見聴取を終わらせて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。

(日本保育協会関係者退室)

○宮内議長 それでは、事務局からの連絡がございますので、もうしばらくお待ちください。

○吉原室長 2つ、細かい件ですが、1つは次回ですが、10月1日3時からということで、この同じ場所で、今度はアメリカ、ヨーロッパ、更に経団連、これは意見と要望の聴取をいたします。

それから、今日医師会の方から大変厚い資料が配られまして、お荷物になると思います

ので、後で事務局の方からお送りしますので、置いておいていただければと思います。

以上でございます。

○宮内議長 どうも長時間ありがとうございました。以上をもちまして終了いたします。