第9回ライフイノベーションWG

議事概要

1. 日時:平成22年12月22日(水)16:30~18:30

2. 場所:永田町合同庁舎 第1共用会議室

3. 出席者:

(委員)阿曾沼元博、大西昭郎、川淵孝一、神野正博、久住英二、黒岩祐治、竹中ナミ
土屋了介、中村寿美子、藤井賢一郎、真野俊樹、山西弘一、大上二三雄(分科会
委員)

(政府)園田大臣政務官

(事務局)小田審議官、船矢参事官、筒井企画官

4. 議事内容

○小田審議官 それでは、時間になりましたので、「第9回 ライフイノベーションWG」を開催いたします。本日は岡野委員、翁委員、馬袋委員、三谷委員が御欠席でございます。分科会からは、大上委員に御出席を頂いております。

冒頭、園田主査から一言お願いいたします。

○園田政務官 年末の大変お忙しい中ではございますけれども、またWGとして御参集いただきましてありがとうございます。

皆さま方には、今日まで本当に精力的に御審議をいただきましてありがとうございます。今日こういう形で多くの議論の集大成を皆さま方に御提示をできる状況までもっていただけたことに心から感謝申し上げたいと思います。そういう意味では、また来年の1月の分科会、そこに向けてしっかりとまた議論を継続して行ってまいりたいと思っておりますので、引き続きの御審議のほどお願い申し上げたいと存じます。

私から2点ほど御案内をさせていただきたいと存じます。まず1点は、政府・与党の動きでございますけれども、社会保障改革の全体像につきましては、政府・与党が一体となって必要とされるサービスの水準と内容を含め、国民にわかりやすい選択肢を提示すること、あるいは財源の確保についても一体的に検討するというところで進めてきたところでございますが、その司令塔となります「政府・与党社会保障改革検討本部」というのが設置されております。そこにおきまして、12月10日でございますけれども、「社会保障改革の推進について」ということが決定されまして、14日には閣議決定をされたところでございます。この内容につきましては、本日の参考資料として、皆さま方のお手元にお配りをさせていただいておりますので、また後ほどお目通しのほどお願いを申し上げたいと思っております。また、事務局からも御説明をさせていただきたいと存じます。

それから、今朝の新聞等でも少し報道で流れておりましたけれども、昨日であります、蓮舫大臣と共ども、このWGで検討していただいております一般用医薬品の販売規制、これについて現場を少し視察に行っていました。1つは、台東区にあります八ツ目製

薬さん、あとインターネットのショッピングモールという形でやっていただいております。楽天さんのところに行ってまいりまして、様々な現地での説明を受けてきたところございまして、八ツ目製薬さんにおいては、いわゆる伝統薬と漢方薬、第1クールでも皆さま方に様々な御議論をいただいたわけでございますけれども、この販売規制前から長年続いております販売手法についての説明を受けて意見交換をしまいたところでございます。また、楽天におきましては、医薬品の販売ということではなくて、ネット上でのショッピングモールという形の運営でありましたけれども、そこに中小の薬局等が出店をされるという形になっていたわけでございますが、そこについての自主規制、安全規制など、様々な工夫をやっておられるわけでございますけれども、そういったことも説明を受けてきたということでございます。

そういった意見交換も含めて、私どももしっかりと、更に皆さま方に実際に御検討いただいている内容をつぶさに検討させていただければというふうに思っておるところございまして、是非こういったものも含めて審議の内容に反映をさせてまいりたいというふうに思っておるところでございます。

どうぞ、またWGの皆さま方には、引き続きの御審議のほどお願いを申し上げるということで、私のまずは最初の御挨拶、お願いにかえさせていただきたいと存じます。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、議事に入ります前に、12月16日に開催されました分科会について、3点御報告させていただきます。

1点目は、検討分野の追加でございまして、農林・地域活性化WGで、水産業の規制・制度改革も併せて検討を進めるということにいたしました。その関係で、構成員として、政策研究大学院大学の小松正之教授に新たに加わっていただいております。

2点目は3つのWG以外のアジア経済戦略、金融等の検討分野についての御審議を頂きました。人材、物流・運輸、金融、IT、住宅・土地、この5つの分野でございますけれども、それぞれ取りまとめ委員から検討状況の報告をしていただいて、意見交換をしていただきました。これらの分野につきましても、3つのWG同様、今後、継続的に審議を行って、来年3月の閣議決定を目指していきたいと考えております。

3点目でございますが、11月に閣議決定されました「包括的経済連携に関する基本方針」、また、11月末に国内投資促進円卓会議において策定されました「日本国内投資促進プログラム」などを踏まえまして、検討項目を3件追加しております。当WGの関係では保育分野で1件の追加がございます。これにつきましては、後ほど事務局から御説明をさせていただきます。

以上、簡単ではございますが、分科会の御報告をさせていただきます。

それでは、早速議事に移らせていただきます。まず議題2の「制度改革の方向性」でございます。これまでのWG、個別の検討会での御議論を踏まえまして、制度改革の方向性、資料1でございますけれども、修正して取りまとめをしてございます。この資料1と、後

ろの方に参考資料1・2がございます。参考資料1が、「社会保障改革の推進について」、2が、「社会保障改革に関する有識者検討会報告」というものでございますが、この資料1と、参考資料1・2について、事務局から説明をいたします。

○船矢参事官 資料1の「制度改革の方向性」については、基本的に前回お示しして御議論いただいたものと大きな変更はありません。

最初のIで、全分野横断的な方向性を示して、その後で、II 医療、III 介護、IV 保育とそれぞれの分野において、まず基本認識を示し、それを受けて改革の方向性を提示するという構成になっています。

変更点は2ページのところ、「医療分野における制度改革の方向性」であります。前回は、柱立てとして2つということだったのを3つにしたというのが変更点であります。前回は、医療資源の適正配置、有効活用という項目でいろいろと項目を並べていたのでありますけれども、前回の議論の中での指摘を踏まえて、これを2つに分けて、それぞれ「地域主権」、「開かれた医療」という言葉をキーワードに、柱立てを2つに分けたところが変更点でございます。3点目が「イノベーション」というところは変わっておりません。

以上、簡単ですが、資料1の説明でありまして、引き続きまして、参考資料1・2、これは政府全体の「社会保障改革の推進について」ということで、去る12月14日に閣議決定されたものが参考資料1であります。

この参考資料1、社会保障改革に係る基本方針、その中の2つ目の「○」の中で、『「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。』と書いております。

そして1つ「○」を飛びまして、「上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。」となっております。

ここで引用されている「社会保障改革に関する有識者検討会報告」というのが参考資料2でございます。これは宮本太郎北大教授を座長とする有識者の報告ということでありまして、時間も限られておりますので、ざっと流し読みといいますか、キーワードだけ拾っていきたいと思いますが、2ページのところに「ビジョンから行動へ」と書いておりまして、2つ目のパラグラフの一番最後の行に、「必要なのは、ビジョンと議論と行動である。」と書いております。

続いて、その次のパラグラフで、「そのビジョンについては、実はすでに超党派的な議論の蓄積があり、そこには共通認識も生まれている。」と書いておりまして、更に3ページ目の下のほう、(3)ですが、「前政権下の社会保障国民会議、安心社会実現会議などにおいても開始されていた。」、それについては、少し飛びますが、「本報告書とも多くの共通点がある。ここには、党派を超えて共有できる、社会保障改革論の流れがある。こうした議論の

蓄積を尊重しつつ、新たな視点からの検証も加えて、議論を発展させていく必要がある。」と書いておられて、この前政権下の社会保障国民会議につきましては、このWGの第6回でも若干提示をさせていただきましたけれども、社会保障国民会議自身には、この中で言うと、竹中委員がメンバーに入っておられて、その下にある「サービス保障（医療・介護・福祉）分科会」には、更に神野先生にも入っていただいて、御紹介も頂いたところでございます。

5ページに行きますと、「社会保障改革の3つの理念」というのが示されていて、その3つというのは、「参加保障」、「普遍主義」、「安心に基づく活力」ということになっております。

1番目の「参加保障」については、国民の社会参加を保障し、社会的な包摂（インクルージョン）を強めていくと。そして「経済的な再分配それ自体が目的ではなく、国民すべてに、雇用を中心に能力を形成し発揮する機会を拡げ」というふうにあります、これは障害者も含めて、幅広く社会保障というのは施しをするということではなくて、国民が雇用の場などにおいて活躍する機会を与えるということが重要だという指摘でございます。

それから、2点目の「普遍主義」というところですが、4行目の後ろのほうに、「国・自治体のみならず、NPO、協同組合、民間企業を含めた社会的企業もまた『新しい公共』の担い手としてそれぞれの役割と責任を発揮することが大切である。」と書いております。

それから、6ページ目、「安心に基づく活力」というところですが、2つ目のパラグラフで、「子育て支援、介護、医療などのサービス給付については、能動的な安心の形成を支えるだけでなく、それ自体が新しい雇用の場となり、地域の経済に活力をもたらす。」となっております。

続く5つの原則でありますけれども、そのうちの1つだけ、「3」地方自治体が担う支援型のサービス給付とその分権的・多元的な供給体制（現物給付）。これは恐らく年金のような現金給付に対置するものとしてのサービス給付、現物給付だと思いますが、これについては、「自治体は、地域の活力を高める上で必要な標準的なサービス給付をおこなう条件を確保し、また、国民一人ひとりの声に耳を傾けつつ、サービスを自ら設計し提供できる条件を確保することが大切である。」等々という指摘がなされています。

めぐりまして、8ページ目に、〈サービス保障 医療・介護〉というのがありますが、「医療・介護については、救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていくとともに、今後増大するサービス需要に確実にかつ効率的に応え、国民が安心して過ごすことのできる医療・介護サービス提供基盤の強化を図ることが必要である。」とあります。

そのためにということで、①で「病院・病床の機能分化の徹底と集約化」、②として、「都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。」ということ。③として、最後のほうですが、「地域ごとに医療・介護・福祉の

継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。」というようなことの指摘がございました。

それから、〈子ども・子育て支援〉については、これまで家族の専任事項、主として主婦の専任事項とされがちであった子育てを支援し、家族と地域の生き活きとしたむすびつきを支えるものである。

そういう発想に立つとともに、一番下のパラグラフですが、「政府が検討をすすめている『子ども・子育て新システム』は、地方自治体が、民間の事業者の参入をイコルフットディングで受け入れながら、多様な家族の選択に応える仕組みを自由に設計することを可能にする。」等々の指摘がございました。

それ以降につきましては、社会保障全般の中で、とりわけ負担の話等々、大きなテーマ、あるいは税制の在り方などということについても提言がされておりますが、これについての説明は省略いたします。

以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、今日、御提示しております制度改革の方向性については、私どもとしては、ほぼ最終版と考えているところでございますが、これでよいのかなど、御検討、御審議をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○阿曾沼委員 資料1、制度改革の方向性の3ページで、2ページからの流れで、「開かれた医療を実現し、グローバリゼーションの促進と国民からみて透明性の高い制度改革」という文章の一番最後に「セルフメディケーションのさらなる推進及び医療に関する国民への情報提供の充実により、国民自らが健康管理としていくことのコンセンサスを形成していく」と書いてありますが、具体的に何を意味するのか頭の中に浮かばないので、この意味するところをお聞かせいただけますか。

○小田審議官 事務局から。

○事務局 冒頭、御説明しましたように、この区分を2区分から3区分にして、こちらは、これまで第2クール4回のWGの中で、規制・制度の改革もそうですけれども、国民の皆様とのコンセンサスということも重要ではないかというお話はありました。それに加えて、これは後ほど御報告を頂きますけれども、薬事の検討会の中で、自己責任であるとか、そうしたものも求めていくということがありますので、規制・制度改革がテーマでございませうけれども、国民全体の合意形成、コンセンサス形成ということも重要だという御指摘が度々あった。前回は上のほうにこれを位置させていたのですけれども、これは地域主権というよりは、まさに開かれた医療のほうの分類だということで、位置が変わっているのです、こんな形になっているということでございます。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

○山西委員 2ページの、ちょっと理解できなかったのは、改革の方向性の2つ目ですけど、「専門医とその一類型としての総合家庭医」、これはファミリーメディスンのことです

ね。一類型というのはどんな意味なんですか。

○事務局　ここで強調というか、明確にしたかった思いで言うと、専門医と家庭医みたいなことはよく言われていて、いわゆる総合家庭医ないしは総合診療医というのは、専門医であるのか、ないのかというと、専門医であると。総合家庭医は1つの専門医であるという立場に立って書いております。

○神野委員　今の議論は土屋主査のほうがご専門家と思いますが、プライマリーケアの専門医という位置づけで、一類型でよろしいと思います。

○山西委員　何でも知っているという専門医。

○神野委員　という意味づけで、きちんとそれは、専門医の夢破れて家庭医、総合医になるというのではないということは明示する必要があるのかなと思います。

あと、同じ「○」ですけれども、高度医療からシームレスな連携体制ということですので、退院後の生活に至るまでというところが、介護とか福祉まで本当は行くべきなのかという、医療のところなので、位置づけとして難しいと思うんですけども、医療資源の適正かつ有効活用とともに、シームレスという、介護まで、もう一つ、外に行ってほしいなという思いがちょっとございます。

○真野委員　神野先生の最後の話とは違うんですけど、表現として「総合家庭医」と書いていますが、家庭医なのか、総合医なのか、総合家庭医なのか、このあたりの定義というのはどういうふうにされるのでしょうか。

○土屋主査　公式な定義というのは、私も今正確には持ってないのですが、恐らく混乱を生んだのは、10年前、20年前に、各大学病院が総合診療科というのをつくられたんですね。それではないという意味が込められていると思うんですね。当時は、大病院の中に総合診療科があって、それが窓口になってやるのだと。しかし、ここに流れている思想は、そうではなくて、一般診療のかかりつけ医、あるいは診療所の医師を想定しているわけですね。本来は総合医というのは、そこで働くべきものが、むしろ診療所をパスして、どなたでもいきなり大病院へ来ていいよというのが制度化で、ああいうものが考えられる。ですから今ほとんどの大学病院がそれをむしろなくしてきています。これは本来の病診連携とか、そういう医療のシステムからいくと不自然な形だったと。ただ、家庭医という、先ほど事務局が言われたように、専門医の下につくような感じで受けてしまうと。ですから1つの専門医のカテゴリーの中ですと。働く場が病院ではなくて、診療所であると。その方が家庭医だということ、極めて限られたことしかできないのかということ、そうではなくて、高度医療のところを受けたことを十分理解して、その継続診療ができる。あるいはそこへ持っていくゲートキーパーとしての役割が果たせるという意味で、最近「総合家庭医」というような表現が使われることも多くなったのだと思います。

○船矢参事官　今の点に関連しまして、先ほど説明を省略したのですが、有識者検討会報告、参考資料2の8ページの下の方に、一番最後のパラグラフに、「健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置

付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる。」とありまして、ここでいう、幅広くケアできるというところに「総合」という思いが込められていて、質の高いというところに「専門医の一類型としての」という思いが込められているというふうに御理解いただければと思います。

以上です。

○黒岩委員 3ページの冒頭の国際医療交流のところなんですが、これは国際医療交流で、我が国の医療の閉塞感を打破するというを明確に入れていただいたのは大変いいと思うんですが、もともと雰囲気だけ、医療の閉塞感を打破するという雰囲気だけを酌んでいるようなニュアンスがあって、実は私が思っているイメージというのは大きな話であって、日本の医療の在り方そのものを根本的に変えるようなきっかけにしようみたいなことなんだけれども、一番大事なところがするっといっている感じがあって、表現としては非常に弱いのかなと思っています。我が国の医療の閉塞感を打破するというを、それによって医療の在り方そのものの根本的な見直しにつながるきっかけにしたいぐらいの強いニュアンスがあったほうがいいと思います。

それとともに、そもそもといいますか、ライフイノベーションというのは何なのかといったときに、私の認識では、民主党が成長産業にするためにライフイノベーションというものも活用したいというところから始まったとは思っていますが、そのところというのは、次の「○」の「イノベーションにより」うんぬんかんぬんというところにその辺が書いてあるような気がするのですが、そもそも国際医療交流そのものが、要するに医療を成長産業にするということだったのではないのかなと。その辺のニュアンスが飛んでいる感じがするんですね。外国人の患者なんかをどんどん受け入れるといたら、それこそがまさに成長産業になるだろうというニュアンスがすっかり飛んじやっている感じがして、その辺のニュアンスをどこかに入れてもらいたいなと思いました。

○真野委員 あくまで提案なのですが、今のお話と、神野先生のお話も含めて、前文や横断的なところ、要するに医療も介護も、保育も入るかもしれませんが、そういうところ、全体を貫くところにシームレスであるとか、今の国際医療とかオープンといったところをもうちょっと強調するというのはどうでしょうか。ジャスト・アイディアですが。

○小田審議官 ほかに御意見はございませんでしょうか。藤井委員。

○藤井委員 真野先生の意見に続いてなんですけど、先ほど御紹介いただいた参考資料2の3ページのところに、「アジアのなかの安心先進国」ということが書かれておりまして、特に介護でイノベーションということになると、東アジア諸国というのは、これから急速に高齢化していく中で、日本の高齢化への対応というのは1つのモデルになりますし、産業として現にどんどん進出していき動きもございますので、先ほどの真野委員のおっしゃる観点で、社会保障改革の必要性、全部横断的な方向性の中でこういうアジアへの貢献といいますか、アジアへ向けた発展みたいな方向性を入れていただくというのが1つあるのかなというふうに思います。

○小田審議官 ほか、御意見ございませんか。

それでは、これまで幾つか御意見を頂いているのですが、土屋主査、最後お願いいたします。

○土屋主査 確かに幾つか御指摘ごもっともだと思います。特に3ページ目の医療の閉塞感のところは、1ページのⅡの「医療分野における制度改革の方向性」という項目の中です。これは国際化によって我が国の医療の制度改革を促進するとか、そういうような表現が確かによろしいのではないかと。

それと、今、藤井委員から御指摘あったように、アジアへのというようなことで、全体としては、とかく今の経済状況から言うと、後ろ向きというか、下を向きがちなのですが、むしろ前向きというか、先へ進むのだという論調で書かれるとよろしいのではないかと。そうしないと勢いがこれで増さないと何のための前文かとか、改革の方向性というのが、ともかく上へ前へというような書き方が、今の皆様の御要望の基調ではないかというように承りました。事務局とそういう方向性で今の御意見を取り入れたいと思います。

以上です。

○小田審議官 それでは、土屋主査、園田主査とも御相談して、案をつくりますので、また、メール等で御提供いたしますので、改めて御意見等を頂くという形で調整をさせていただくのでよろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○小田審議官 よろしくお願いいたします。

それでは、次の議題3の「検討項目について」に移らせていただきます。個別検討会やこれまでのWGで、まだ集中的に御審議いただいていない項目が4つございますので、本日はそれらの項目について集中的に御審議をしていただきたいと思います。まず資料について、事務局から説明をいたします。

○事務局 資料2及び資料3について御説明いたします。資料2は一覧でございますけれども、前回のWGの御審議を踏まえて1点、カイロプラクティックの項目を削除しております。先ほど御説明ありました保育分野で1件追加がありますので、合計39件、件数は変わっていません。この追加案件については後ほど別途時間を設けて御説明させていただきます。

資料3でございますけれども、全体的には所管省庁に対する意見照会の回答を踏まえた調整、あるいは根拠規定の欄を少し整理をしております。また、後ほど御紹介する個別分野の検討会において御審議いただいた結果を受けて、それで現在の案となっております。

前回のWGの集中審議項目についてでございますけれども、項目の1番と2番については、実はその後、厚生労働省の方に「医療計画の見直し等に関する検討会」というものが設置されました。現実的にはここの検討会で、この内容を議題としてきっちり採用していただいて審議していただくというようにもっていくことが妥当と思われるので、「平成23年度検討、結論」という形にしております。

項目3番、これは12ページでございますけれども、前回の中で、項目のタイトルを少し工夫したほうがいいという御指摘を踏まえまして、再生支援・合併といった局面を限定していることが分かるようなタイトルに変更しております。

それから、19ページをごらんいただきたいのですけれども、項目4番の「医療法人の私的整理容易化に向けた規制の見直し」でございますが、タイトルの前に注記を書いております。前回も少し御指摘がありましたけれども、独立行政法人や政府系金融機関の一部債権放棄といった協力については、何も医療法人に限定した課題ではないと。16日の分科会の御報告が先ほどありましたけれども、その中の金融分野の中で、同じようなテーマで検討がなされておりますので、医療独自の改革案ということではありませんので、最終的には分科会として一本化して、金融分野で検討中の項目とこちらのライフイノベーションWGで検討中のこの項目を一本化することを想定しつつ、本日は資料として前回どおり残してございます。その点だけ御了承いただきたいと思っております。

それから、項目12番の広告規制の緩和につきましては、こちらは45ページになりますが、前回、医療機関だけではなくて、医薬品、医療機器の広告についても含めるということで御審議頂きまして、その後、12月8日の薬事・テクノロジー分野の検討会で、医薬品、医療機器の広告について御審議いただきまして、それを検討シートに反映させております。

それから、本日、集中的に御審議いただきたい項目で、これは8～11番ですけれども、これについて少し改革案を中心に御説明をさせていただきます。

まず32ページでございます。「高額療養費制度の見直し」ですけれども、こちら改革案が34ページなのですが、厚生労働省はこれに対して2,600億円かかるという試算結果をもって見直し困難という意見でございますけれども、このWGで提示している現在の改革案では、現在の負担額を減らしてほしいということではなくて、長期にわたって高額な医療費を払う方について、ある一定期間以降は軽減すべきであるというようなことを求めているものですので、厚生労働省の試算と全く異なるということでございます。そうした改革案にしております。

それから、項目9番の「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」、35ページです。これにつきましては、この間、複数のリハビリの専門医の先生にも事務局でヒアリングを行って、検討シートの記載を少し前回から修正・調整しておりますけれども、改革案としての趣旨に変更はなくて、日数制限を撤廃すべきであるということでございます。そもそも療担規則（保険医療費担当規則）では、リハビリテーションは必要があると認められる場合に行うとなっております。つまりこの日数制限はなくても、必要のないリハビリテーションは保険対象外なわけです。ですので、二重のというか、リハビリテーションが必要ない場合があるので日数制限を設けるというロジック自体がそもそも間違っているのではないかという指摘でございます。

それから、項目10番、「調剤基本料の一元化」、38ページでございます。

こちらは改革案としては、いわゆる門前薬局と町中薬局の調剤基本料を統一すべきとい

うことでございます。先ほどのリハビリと調剤基本料のところについては、個別の診療報酬の話でございますので、書きぶりとしては、次期診療報酬改定でこうした改革を行うことを検討するというようにしております。

最後、項目 11 番、「D P C 制度の改善」、41 ページでございます。

こちらは、改革案としては、2 点求めております。44 ページでございますけれども、1 点目は、D P C で何を包括対象として、何を包括対象外とするかというのを、今 1 つひとつこれを審査して調整しているところでございますけれども、1 つひとつ、これを審査するのではなくて、要件を設定してきちんと示すべきということでございます。

2 点目は、医療費の請求の際に使用する I C D コードというのがございますけれども、この設定漏れが多くあると。この設定漏れをなくして包括医療費の算定用の病名マスターというのをきちんと作成するべきである。

この 2 点でございます。

項目 10 番の「調剤基本料の一元化」と 11 番の「D P C 制度の改善」につきましては、もともとの御提案の川淵委員より、厚生労働省の回答を受けて、参考資料ということで、本日別途資料を御提出いただいているので、後ほど御紹介いただければと思います。

最後に、本日の集中審議の項目ではないのですが、救急救命士の職域拡大、項目 6 番でございます。一昨日、一般社団法人日本救急救命士協会から、平野分科会長あてに要望書が届いております。

以上でございます。

○小田審議官 それでは、8 番の「高額療養費制度の見直し」について御審議を頂きたいと思っております。その後に、残り 3 つのものをまとめて御審議を頂こうと思っております。まず 8 番からでございますが、よろしく申し上げます。

○真野委員 1 点よろしいですか。今の話とちょっと違うのですが、社会保障のほうの閣議決定が出たものですから、それに関連して、我々の全体の話で 1 つだけ言いたいのですけど、それは今でもよろしいですか。

何が言いたいかというと、病床規制とか、そのあたりは大分我々も言っているのですが、社会保障の方の 8 ページに、〈サービス保障 医療・介護〉のところで、「客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。」と、こういう割と踏み込んだお言葉があるんですね。我々のほうは、病床規制の緩和とかいろいろ言っているのですが、ちょっと突っ込んだ言い方はあまりしていないので、両方で言う必要はないということなのかもしれませんが、例えば地域医療計画の策定、つまり資料 3 の「規制・制度改革検討シート」の 4 ページなどに、同じような表現を盛り込んではどうかなと。要するにこの言い方だと何を言いたいのかとか、言いたいことはわかるのですが、あまり具体的ではないような気がするので、という気もしたということなんですけれども、逆に言うと、今日の 4 つ以外は議論できないんですよね。

○事務局 本日の集中審議をお願いしている 4 件は、これまでに 1 回も審議を頂いてない

ので、ある程度時間をとると。それ以外の項目についても後ほど残った時間で。

○真野委員 そちらでお願いします。済みません、長くなってしまいました。

○小田審議官 御意見ございますか。この案件は、たしか久住委員、最初に御提案されたかと思しますので、久住委員から口火を切っていただければと思います。

○久住委員 よろしく申し上げます。この提案のともとで考えているのが、例えば肝炎とか透析患者さん、H I V感染症、血友病に関しては、難病等の疾病に対する助成制度があるので、月の医療費負担額の上限が1万円とか決まっていると。一方、慢性骨髄性白血病、リウマチ、非常に高額な医療費がかかる場合は、月々高額療養費返還制度の多数該当であっても、月々4万円程度の費用負担が必要であるということの、かかる病気によって受けられる費用負担が異なるという不公平を解消したいというのがそもそもの出発でございます。

現行の高額療養費返還制度は大きな手術をどんとやって、最初に大きなお金かかるけど、それで治ってしまうとかということを多分想定してつくられているために、1錠何千円もするような薬を一生飲み続けるということ想定してないんですね。これを超多数該当、最初から安くしろということではなくて、ある程度、年月続ける場合に関しては、月々の負担額を1万なり2万なりに設定していただければ、患者さんは仕事をやめたり、治療を中断せずに済むという思想でございます。

先般、厚労省のほうから、社保審の医療保険部会で低所得者層の限度額を引き下げるという提案がありまして、2,600億円程度の財源が必要なので、これは実現不可能であるということで見送りが決まったのですけれども、その計算の根拠というのが若干不明であるということと、我々の試算ですと、大体長期投与で医療費負担が問題になりそうな薬剤の売上額が大体5,460億円程度と。その内訳を見ますと、抗がん剤の売上げが3,500億円程度。副作用、いわゆる吐き気どめとか、あれも結構高いのですが、それが1,100億円ぐらい。あとリウマチ等の生物製剤が860億円ぐらいであろうと。とすると、実際はそのうち、患者さんが負担している額は、グリベックでいうと大体10%ぐらいなんです。とすると、ほかのものも大体それに該当すると考えると、自己負担の総額というのは550億円程度なんですね。ですから負担を軽減していただければという話ですので、2,600億円という数字とは現状ではかい離しています。

ですから厚労省からの回答で、財源がかかるので、これは実現が困難であるということに関しては、全くそれには当たらないというのが私の考えでございます。

○小田審議官 ほかにどなたか御意見ございますか。

ちょっと事務局から非常に差し出がましくて、大変僭越至極なんですけれども、1点、久住先生にお話を伺いたいのですが、厚労省の回答は、2,600億という絶対額は一応絶対額として出してはいますけれども、高額療養費制度の見直しというのは、結局保険財政にはねるのだと。そうすると財政負担をどうするのかという議論抜きに、制度だけを、どこを手厚くすればいいという議論はなかなかし難いのではないかと、こういうお話ではない

かなと思うんですね。金額が2,600億なのか、600億なのかということではなくて。

そうしますと、例えば医療保険というものがどういうリスクにより手厚くカバーして、逆にどういうところはもう少し薄くしてもいいのかという何となく、そういう話であれば、絶対額の話とはまた別の議論があるのかなと。これは勝手に事務局が申し上げるような話ではないんですけれども、議論展開の1つの仕方としてはあるのかなという感じがするのですが、申し訳ございません。

○久住委員 非常にいい示唆を与えていただいて有り難いと思います。その点に関しては、そもそも透析やH I Vに関して、なぜ医療費負担が生じていることが現状で起きているのかということに関する合理的な説明がなされないですね。要するに不公平なんです。白血病は頑張れと、H I Vは公平に見てやる。当然、感染症ですから、医療を受けさせてコントロールするという必要があるわけですけれども、血液透析に関しても、血液透析はO Kだけれども、全く自分に悪いところもない白血病は自腹でやるという、インバランスが問題なんです。ですから保険医療にお金がかかるので、負担をどうするかという問題以前に、その不公平は憲法の下で平等なのかという議論に行ってしまうんです。ですからそれは医療費の中で切り貼りというか、不必要、現行では必要と考えられるかもしれないけれど、長期的な展望を考えた場合に、公的な保険でカバーしきれない部分に関しては、イギリスのN I C Eのように、公的な保険から給付を外していくとか、そういったことも長期的には考えなければいけないと思うんですが、これに関しては、費用がかかるから駄目ということではそもそもお話にならないのではないかという気がします、ほかの委員の先生方の。

○川淵委員 まさに「制度改革の方向性」の2ページの下から10行目に「国民皆保険制度はこれを堅持しつつ、医療においては技術の進歩が国民医療費の増加要因になるとの特性を踏まえ、超高齢社会を迎えるにあたり、予防医療も含めて真に国民に必要な医療を整理し、公的保険の適用範囲を再定義することが必要」といううまい表現があります。これがまさに制度改革なんです。その一例として久住先生がおっしゃった高額療養費があると思います。

だから、これを一つひとつ議論すると、結局全部このテーマに行き着くので、本当に大変な議論になるのですが、私は費用対効用分析をきちんとやる時期が来たのではないかと思います。薬の評価も含めて、なぜ1万5,000品目も保険収載しているのかという話、さらにその中に画期的な薬がどのくらいあるのかがららぼんしなくちゃいけないのかなと思うんですがいかがでしょうか。

○小田審議官 一応いろんな議論がされた上でのこういう話だということであっていただきたいのと、こういうことであります。済みません。藤井委員。

○藤井委員 久住委員の意見に基本的にとりか、全く同感という前提なのですけれども、そもそも川淵委員言われたような趣旨で、今の様々な形で特定の病気だけ支援しているという仕組みがあって、また、別の制度をつくると。高額医療・高額介護合算制度というの

もまだあるということそもそもが、いろんな必要に追われて気がついたところだけやっているとということでありまして、更に保険の中身で言いますと、高額なものに関して再々保険制度というのがあって、再々保険にはたしか国の財源も入っていたと思います。温泉宿のようになっているということでもあり、保険原理を考えたときに、慢性で長期に続くもの等、それから一時的なまさに事故で済むものが混在しているというものをどう保険として整理するかというような、もうちょっと大きな話もあるかなと思ひまして、川渕委員がおっしゃったとおりの全体像を変えるという前提の下に、ここをどう書くかという目先のこの病気だけを高額療養費制度を変えるべきではないかというトーンでいいのかどうかというような気は多少いたしました。

以上です。

○久住委員 当然根本的な仕組みを変えるべきとは思ひます。根本的な仕組みを変えようという、議論が大きくなってきて、結局 10 年たったけど、何にも変わってないじゃないかと。ですからシンク・グローバリー、アクト・ローカリーということで、まずは風穴があけられるといいのかなと。例えばほかの公的保険のある国と比較して、いわゆる窓口負担が逆累進状態なわけですよ。要するに年間 50 万円余免責されてしまう公的保険とはこれいかんということございまして、保険医療の在り方そのものを変えていかなければいけないところだと思ひます。御意見ありがとうございます。

○小田審議官 阿曾沼委員、先ほどお手を挙げられておりました。

○阿曾沼委員 久住委員の不公平感をどうしていくかというのは、これは医療の根源的な問題というところがありますので、前回、議論になった患者さんに対する補償の問題とか、診療報酬の点数のつけ方の問題とか、すべてのステークホルダーに対して不公平感を持たせているのが医療の現状であるという我々の判断をどこかににじませながら、その中で象徴的な 1 つの提示項目として、論点として、これを取り上げるのがいいと思ひます。更にこれ以外にも不公平感がある問題があるとすれば、もう少し幅広に打ち出すのがいいと思ひます。そこは少し議論をしておく必要があると思ひます。

○小田審議官 藤井委員、済みませんでした。

○藤井委員 阿曾沼委員がおっしゃったことが私の言いたいこととかなり通じるんですが、中長期的には、恐らく慢性で高額なものの在り方をどう見直すかという話も立てつつ、目先の、久住委員がおっしゃったものもとっていかなければいけないということで、これ全員が多分合意できるのではないかと思うんですが、ただ、この第 1 ラウンド、第 2 ラウンドとして、どういうふうに言って、何をどう課題として残していくかということの課題のような気もいたしますので、書きぶりといいますか、そういうものを、仮にこれを厚労省が「うん」と言ったら、このまま本質的なことが消えるというのも、「うん」と言わないから、残るからいいと思うんですけれども、そのあたりの今後の在り方に通じることかなというふうに思ひます。

以上です。

○真野委員 私も藤井先生の意見に賛成で、久住先生もさっきから言われていますように、どういったものが今の現行制度で無料になっているのか、あるいはどういったものに対しての負担が多いのかというのも一度洗い直すといいと思います。多分何らかの理由があって無料になったりしていると思うんですね。透析はよく分からないのですが、その他特定疾患みたいなものはどうしてなのか。ですからそこら辺の制度を考え直すべきとか、そういう言い方にした方がいいと思います。現行だとさすがにかなりの各論に入ってしまうのではないのでしょうか。問題意識としては非常にありますし、私も患者さんからこういう問い合わせを受けたりすることがあるので非常によくわかるのですが、もう少し幅広く議論して提案したほうがいいような感じがします。

○事務局 若干議論にくい違いがあるようではございますけれども、33ページの「改革事項に対する基本的考え方」の2つ目の「・」に、「例えば」ということで、「慢性骨髄性白血病」を書いてありますけれども、この病気のことを対象に提言しているのではなくて、すべてでございます。ですので、これは飽くまで一例で、要は今の高額療養費制度の対象、つまり今補助があるもの、ないものにかかわらず、全体に慢性の高額な医療費がかかるものについて改革案のところに戻って、34ページに行ってくださいまして、この3行に集約しているわけですね。「患った疾病の種類にかかわらず、長期にわたる慢性期の療養の際の負担をより軽減できる制度となるよう高額療養費制度を見直す。」ということですので、白血病のことだけを言っているわけでは決してない。ちょっと分かりにくければ、これは例示なので、例えば基本的考え方の欄ではなくて、次の具体例の欄に移すなり、そういった工夫はしますけれども、今、議論の中で、もしかしたら、この病気のことだけを取り上げているという誤解があったかもしれませんので、そうではないということでございます。

○真野委員 私の言い方も誤解を招いたかもしれませんが、私は必ずしもそういうことを言っているのではなくて、その最後の改革案の書きぶりも、もうちょっとそこに具体的に、観念的にはこれはよく分かるんだけど、過去からの経緯で負担が少ないものとそうでないものがあるわけですね。そういうものの定義を再定義し直すとか、そういうふうにした方がいいのではないかと、そういう意味です。

○事務局 この点は全案件にかかわるのですけれども、ちょっと技術的な問題で恐縮なのですが、分科会の報告書、第1クールの報告書もそうですが、例えば高額療養費制度の見直しであれば、32ページの事項名というまさにタイトル。それと、33ページの基本的考え方、そして、34ページの改革案、この3項目を報告書としてまとめる。基本的考え方と改革案できっちり意味が通じるように記載をするといったたてつけになっております。改革案の部分は、最終的には折衝によって閣議決定を目指す文案ですので、ここに事実の指摘などはあまり書けない。そこは基本的考え方に極力わかりやすく書くという形をお願いできればと思います。

○小田審議官 済みません、私が余計なことを言って議論が長引かせてしまって延長になっていきますので、とりあえずいったんこの件はここで。

○土屋主査 最後がいいですか。

○小田審議官 土屋主査。

○土屋主査 済みません、時間のないところを。小田審議官の指摘は大変重要なところで、個別のことではみんな納得しているにもかかわらず、総額規制というか、財源をどこから持ってこないと駄目だぞというのをやると全部否定されるんですね。それを今的確に指摘されたので、これは小泉改革と同じ手法で、総額抑制とは言わないまでも、総額を上げることをやめろと言っているのと全く同じ論法で、恐らく個別の折衝のときには攻めてくる。そのことは納得するのだけれども、財政上の理由でできないということで、制度そのもののいい、悪いというのはすっ飛ばんじやう理論を吹かけられるという、まさにそのとおりの御指摘だと思うんですね。前回も同じようなことがありました。

それだけに、先ほどのまとめで言わなかったのですが、制度改革の方向性というのが、今回まとめられて閣議に上げていただくと。この内容が、全内閣のしぼりになってないと今の点をはね返す論拠がないんですね。ですから、その点は、確かに今、たくさんのご意見を並べようが、これを幾ら理不尽だと言っても、財政の話のところへ持ち込まれてしまうというところをどうクリアするかということだと思います。

○小田審議官 恐縮でした。それでは、次の9番「リハビリ日数制限」、10番「調剤基本料」、11番の「DPC制度」につきまして、一括して御審議をお願いいたします。

○神野委員 まずリハビリのほうですけれども、医師らしからぬ発言をいたしますが、医師の判断だけで決めていいものかというのはちょっと国民目線からすると多少問題がある。ある程度きちんとした質、あるいは評価項目というか、指標というものを示した上で、この指標にのっとりの方々については、日数制限なく受けられるというようなことをしないと、単なる医師の判断だけでやると、医師が「うん」と言ったら何でも通るのかという話になってしまうと、立場上、何か逆のような気がするけど、というそしりは免れないのかなというふうに思います。したがって、これはここでは難しいと思いますので、学会等でのきちんとした評価基準を示した上でのリハビリの日数制限の解除というものが必要なのかなというふうに思いました。

あと、DPCですけれども、この制度がずっとこれから続けるかどうかという話もあるわけですが、これはこれで、Diagnosis Procedure Combination ですので、診断と行為とコンビネーションして、それでコーディングした上で支払い方式を決めるということで、これはこれで意味づけはあったと思います。しかし、改善ということになりますと、今後、これですっていいのかという話が出てきて、これは川淵委員のほうがお得意なんだと思いますが、DRG/PPSという1入院当たり幾らという方式も、どこかで研究しなければいけないし、それから、これからアウトカムといいますか、結果をきちんと評価した上で1入院当たりという支払方式も否定するべきものではないのかと思います。

したがって、改革案の中で、もちろんこういう細かいDPCで、高額な薬剤、これは現行制度では必要ですけれども、同時に別な方式というものが、ここにあるかどうか分からないけど、

検討すべきなのかなというふうに思いました。

以上です。

○川渕委員 私が発案したもので若干コメントします。当初は6つ出したんだけど、最後は残り2つとなりました。まずDPCの制度の改善ですが、最近ネーミングが変わったようで、(DPC/Per-Diem Payment System) DPC/PDPS制度と呼ぶそうです。基本的にはPer-Diemですから、1日定額払いです。これを1件当たり定額払いにしたらどうかということで、御存じのとおりだと思いますが、1997年から全国10か所で試行済みです。試行してもそんなに私は問題なかったと思うんですが、厚労省は何故かその後、1日定額払いに2003年4月から変更しました。

しかし、そうなると日数を長くしないと高額な材料とか機器のリカバリーができないということが起こりました。これはライフイノベーション促進という観点から問題があるのではないかと、私としては控えめな御提示をしております。

この点については、厚労省の回答も、きちんと結論を出すように検討するという事なので、できればルール化してほしいなと思います。

もう一個のコード化のところなんですけれども、参考資料4に詳細に説明してございます。これは阿曾沼委員のほう詳しいかと思いますが、一番大事なのは、コード体系なんですね。IT化といっても、コード化がポイントです。しかし、我が国のDPCは最も医療資源を投入した傷病名となっています。これに対して、これまで医療情報管理士がやってきたコーディングは、基本的にはICD疾病分類体系というもので、基礎疾患と症状発現が必要になります。例えば「関節リウマチ性心筋炎」は「関節リウマチ」が基礎疾患で、心筋炎が症状発現になるそうです。

ところが、DPCは、最も医療資源を投入した傷病名ということなので、関節リウマチなのか心筋炎か、いずれを病名にするか選択する必要があります。これがややもすると、今回の当局の回答にもありますように病院の医師の判断に任されているので、結果的に恣意的な病名選択が行われる可能性があります。となると、「真の病名」の選択がなされないのではないかと。また、最も医療資源を投入した病名ということですから、医療費が高くなる可能性はないのか。

先ほど真野委員もおっしゃったように、DPCのデータを使ってこれから医療計画の見直しが行われるやに聞いておりますので、この部分は重要です。「真の病名」がないところで医療計画の見直しをやりますと、土台がおかしいわけですから施策も間違ってしまうのではないかと危惧します。

さらに、「2. 傷病名マスタの補修」も急がれます。これはITベンダーの方から何回か問い合わせがあるのでございますけれども、実はDPCが使っているコード体系とメディスの傷病名マスタが合わない。つまり設定漏れがあるそうです。基礎疾患コードで言うと、全部でDPCのものは7,031項目あるのですが、メディスがつくっている傷病名マスタは5,571項目しかないということで、1,460項目は、設定漏れなんですね。そうすると、どれだけ

プログラムをつくろうと思ってもつukれないということです。一方症状発現は、これも 300 項目あり、そのうちの 299 が D P C 対象になっているようですが、実はメディスがつくった傷病名マスタは 196 項目しかないということです。つまり漏れ 104 項目を設定しないと I T 化といってもなかなか先に進まないのではないかと。いわゆるインフラの御提案がありましたので、私は I T ベンダーにかわって、ここで提案したという次第です。先ほど事務局から具体的な改革案が出ましたけれども、そういうことで、早く I T ベンダーと共同して、未収録のコード体系をつくってほしいということです。

もう一つは項目 10「調剤基本料」ということで、薬局の話です。調剤薬局のサービスは保険がききますので、今、大体医療費にして 5.4 兆円まで来ました。国が医薬分業を進めていますので、当たり前といえば当たり前ですが、問題は、一体全体日本の医薬分業は何のためにやったのかということです。いろいろ文献を検索しますと、薬剤費の高騰を防ぐのだとあります。医師が処方して薬剤師が調剤すれば、薬価差益を希求するような行動がなくなり薬剤費が減るということでした。しかし、実際は薬剤費は減るどころか、2000 年に入っても都合 4 回マイナス改定がありましたけれども、薬剤費はすこぶる高騰しています。

ただ、最近疾病構造も変わっておりますし、抗がん剤なども高くなっていますから、そういう点ではやむを得ない部分もあるかと思いますが、それにしても一物一価とっておきながら調剤基本料が違うのはどうでしょうか。薬局によって、40 点の薬局と 24 点の薬局があるので、これを一元化したらどうかと提案したところ、当局から、仮に調剤基本料を 24 点、つまり安いほうに一元化したら、多数の医療機関から処方を受けている多くの薬局の継続が困難になる可能性があるという回答を得ました。そこで本当かなということでも検証してみた次第です。

ちなみに、平成 21 年 6 月に実施された医療経済実態調査によれば、保険薬局の利益率は下がったといえ、6.0%（個人 7.7%、法人 6.0%）です。これに対して、病院はマイナスの利益率です。であれば、仮に 24 点に一元化しても、実質 1.8 ポイントぐらいの値下げで、薬局の継続が困難になるということはないのではないかと。事実、12 月 6 日の日経新聞によると、ドラッグストア各社が、今、ポイントカードをつけているとの事。

どれぐらいの値引率かと思ったら、12 月 6 日の日経新聞の報道によれば、100 円の購入金額に対して 1 円～3 円のポイント提供があったということなので、1.8%の値引きは可能ではないかと。

療養担当規則の解釈も値上げはいわゆる混合診療となるのでできないが、値引きは当局も認めているようにしてはいけないという法律はどこにもないのではないかと。最近いろんなユニークな薬局が出てきましたから、そこはむしろ自由競争してもらってもいいのではないかとということで、チャレンジングな問題提起をしたというところではあります。

以上であります。

○小田審議官 ありがとうございます。真野委員。

○真野委員 最初、D P Cの話ですね。川渕先生の2つ目のポイントのちょっとテクニカルな部分は私も大賛成で何とかしたいと思っております。前段のD P Cというものの自体についての考え方なのですが、このあたりは少し整理した方がいいのではないかと考えていて、何が言いたいかというところ、大きな流れとして、Per-Diemであろうとなかろうと、包括的な診療報酬に世界的にというか、世の中の動いていると、そんな中で、日本の場合は比較的出来高の部分が残っていて、どっちかというところ、そこを大きくすることによって、病院の経営がよくなっていると、こういう面もあるわけですね。病院の技術に関しては、また別の方での、いわゆる診療報酬でのご入札もあつたわけで、何が言いたいかというところ、D P Cと両方で病院の収益が、今、上がるような感じになっているわけですから、出来高のところを多くして、病院の収益が上がるという仕組みは、そもそも包括払いという大きなトレンドに逆行する部分もあるわけで、我々として、短期間の議論で、そこまでのことを言っているかどうかというのは分からないのですが、1つの流れとして、包括払いというのを強調するというところをすべきかどうか議論した方がいいのではないかと、この1つですね。

もう一つは、調剤薬局に関しても同じような話で、川渕先生は、言外に大きな話をにじませられていると思うんですけども、患者さんというものは第一義的に考えなければいけないわけで、もちろん財源もあるんですけど、そういう面で行くと、本当に医薬分業が患者さんのためになっているのかというところも含めて、我々から問題提起をしたらどうか。具体的などころまで、さっきの包括払いも含めて、短期間の議論でどこまで言えるかというのはあるにしても、もともと大きな流れで国民目線とか言っているわけですから、そのあたりも含めた方がいいのではないかと、このように思うんですけど、いかがでしょうか。

○小田審議官 黒岩委員。

○黒岩委員 まさに医薬分業というのは何のためかといったら、根本的な問いかけだと私自身思うんですけど。それでかねがね患者の立場として疑問に思っているのは、同じ薬を継続して使っているという場合でも、いちいちドクターの診断書が要するという、何のために診断書を取りに行くのかということが全く理解不能。

○川渕委員 処方せん。

○黒岩委員 処方せんがいちいち要る。新しい病気になった場合には、それは別ですよ。でもそうじゃなくて、同じものをずっと続けて飲んでいて、何か月かするといちいち医者に行かなければいけない。それはだから全くむだですよ。そのところは、例えば大方針に入れた「医師以外の専門職も互いに協働・連携・自律」と入っているわけですよ。この「自律」という言葉が入ったということは、実はすごく大きなことだと思うんですけども、つまり薬剤師の自律ということになれば、継続して使っているものを薬剤師の判断によって出すということを認めていくということになればむだはかなり省けるのではないかと。そういうのはまさに患者目線に立った改革だというふうに思うんですけど、いかがでしょうか。

○小田審議官 幾つか御意見が出ていますが、事務局のほうから。

○事務局 今の真野先生の医薬分業のそもそも論についてですけれども、今回の項目 10 については、患者視点ということで見れば、門前薬局と町中薬局で今値段に差があると。それは高いほうが質がいいから高い値段設定ということであれば、患者さんから見たら納得性があるのだけれども、どうもそうではない。にもかかわらず値段に差があるので、そこは統一すべきという点、これは個別論でございます。

医薬分業の在り方について、この個別論に書けるかどうかは別として、それはまた別途いろいろ御審議は頂きたいと思っていますし、非常に大きなテーマだと思います。

黒岩先生がおっしゃられた薬剤師の自律というのも 1 つの考え方もありますし、逆の方の考え方であれば、医療機関がそのまま、昔のように薬を出したっていいという考え方もあるわけですね。そこはいろんな御意見が多分あると思いますので、まさに真野先生おっしゃったように、短期間にまとまる話ではないのかもしれないのですが、機会があれば是非いろいろ御意見を頂ければと思います。

○土屋主査 規制改革からちょっと外れるのですが、これは日本の医者信用されているかどうかの一番瀬戸際のこと、先ほどのリハビリの神野先生の発言もそうなんです。これは日本の医者信用される医師の集団であれば、恐らく日数制限を医師に任せるというのは全く抵抗がないだろう。これは判断が的確でないのではないかとというのが言外にあるわけです。ですから医師として発言しにくいということで、医薬分業も、本来は、患者さんの安全のためにいろんなところの診療所を多数かかっているのを一元化してお薬を管理しないと、配合禁忌やなんかが起こる可能性があるのではないかとというのが一番根本なところにあるんですね。

継続して飲む方が、処方せんをいちいち取りに行かなければならない。これは人間の体ですから、車のように常時同じではないので、3 か月飲んで状況が変わって薬剤の量を調整しなければならぬかどうかという診察が必要だということの定義なわけですね。ですから、これをある意味、薬剤師さんも判断ができる範囲は、受持ち薬剤師的にいろんなところからの疾患について総合的に判断するというから薬剤師がやるべきで、薬剤師と医師の専門家としての分業をどうするかというところできていると、これは大変いい制度なんです。残念ながら門前薬局やっていますから、実は大学病院でもらったのと開業医のと、どこでも管理をしないと。開業医の先生のところは、そのまた近くでもらってということですね。これは電子化されてないから、どこでもわかってない。もらっている本人だけがわかっていると。

さらにいえば、処方せんだけもらってきて、診察も受けなくて、また6 か月分もらうというお薬が、本当にどれだけ必要なお薬なのかというような議論になってきちゃうんですね。ですからこれはコンプライアンスと我々言いますが、出した薬がどれだけ飲まれているかというのは、特に内服薬では十分チェックできてない。抗がん剤の場合には副作用ということと、特に臨床試験でほとんどが使われますから、これはコンプライアンス

を医師、あるいはクリニカル・リサーチ・ナースがチェックをするというようなことで、これは厳格にやられる。ところが普通の薬剤についてはそういうことがやられてないですね。その辺の医療の本質がかなり潜んでいる。ですから、こんな山のようにもらっていくというのは絵にもかかれますし、テレビで追っかけられるというようなところに本質論に入ってきてしまうという気がします。ちょっと今日じゅうには解決できない。

○小田審議官 ありがとうございます。

ほかの議題もごございますので、一応ここで議論を区切らせていただいて。

○土屋主査 本質の方をひと言だけ。

○小田審議官 お願いいたします。

○土屋主査 確かにD P Cの細かい分析、川渕先生のは有り難いのですが、問題は神野先生言われたD R GをこのW Gで支持するのか、D P Cを支持するのか、はたまた出来高をかなり容認するのかというような議論が確かに足りないですね。これは大きな問題で、このD P Cの今の抹消のというと、大変川渕先生に申し訳ないんですが、これでD P Cの改善をしばっちゃうと、今の議論に足かせがかかるということの方がちょっと怖いかなという気が、今の議論を伺っていたいたしましたので、その点、ちょっと皆さんの意見があれば。むしろ全体の包括払いということから、D R Gへ世界は動いているわけですね。

私も1年間、がんセンターでD P Cやったときに、意見があるかと保険局で聞かれたときに、即座に、がんセンターだけでも、D R Gにしてくれと。そんなことは日本じゅうで、今ここの病院しかないと言われたぐらいですが、効率性と的確にやろうとするとD R Gも捨てたものではない。逆にこれは厚労省の方針が中途半端なのは、D P Cと言いながら、出来高にどんどん移行している。それに網をかけようというのは、一体規制・制度改革としてはどっちを目指しているのだということをお問われかねない要求だという気がいたします。

○阿曾沼委員 規制改革会議時代からの流れでいくと、規制改革会議は一貫してD R Gと主張してきたわけですね。1983年、1984年にアメリカがD R G / P P S（プロスペクティブなペイメント・システム）に移行してから、日本が20年遅れて制度を導入しようとしたときに、もともとのスタートはD R G導入を前提とした調査研究があった訳です。しかし残念ながら、1日定額のD P Cという方式になってしまったわけです。その後D R Gにすべきという議論を各界がずっとしてきました。しかし厚労省は、その度にせっかくD P Cをやって、これだけ多くの医療機関が導入しているわけだから、今更言われても困るということです。ずっとたなぎらしになっているという部分があります。私は会議としては本質的にD R Gというふうには主張し続けることが重要なのではないかと考えます。

○小田審議官 それでは御意見はここまでということにさせていただきたいのですが、先ほど神野委員がおっしゃったリハビリのところの御意見とかありますので、土屋主査、今後の進め方についておまとめいただければと思います。

○土屋主査 今の3つのことでありますけれども、リハビリについては、確かに神野先生

の御心配はあるのですけれども、厚労省の論法からいくと、日数制限はなくてもできるという結論に論理上はなるわけですね。ですから、このところはもう一度投げかけたいという気がいたします。

それと高額療養費については、確かに小田審議官が鋭いところをついて、大概返事はああいう形で返ってくるのですけれども、ここは世論の後押しも期待をして、従来の例えば手術をやった高額医療費を返上しろなんていうことは我々の方は主張してないわけで、今回新たに新薬で出現してきた、長期にわたって、毎月同じように取られるのを、何とか二月目、三月目からは解除してあげたいというところを強調して目指していくべきではないか。

調剤の基本料については、これは我々が消費者、国民目線からいえば、低い方のところへ統一すべきではないかというようなニュアンスが強かったと思います。

D P Cについては、これ改善とすると、今、言われたように、これを認めているのかととられかねないところがあって、これは今回考え直した方がいいかなと、皆さんの議論を伺っていて思いました。

○小田審議官 今の御意見はD P Cの項目全体ということでございますか。

○土屋主査 そうですね。

○小田審議官 11番ということでしょうか。

○土屋主査 2点についてだけ取り上げるのは、逆にこの2クールの大きな成果に逆に結びつかないのではないかという、皆さんの御意見聴いて思いますが。

○川渕委員 玉砕されるのも寂しいので、コーディングの改善としてD P Cうんぬんと言わないで事項を変えたらどうでしょうか。

○土屋主査 ただ、そういうことも含めて、外保連とか、そういうところで、毎年交渉していますよね。それはいきなりコーディングというような表現ではやりませんが、新たなものの請求やなんかのときに見直しが現実には行われていると思うんですね。

○川渕委員 主査にお任せしますけれども、私が非常に残念なのは、こういう形で漫然と不完全なコード体系の中でD P Cの運用がなされている実態です。今日は時間の関係で発表しなかったんですけど、結局コードがないために、本当に恐ろしい病名がついていることがだんだんわかってきました。これはさ末な話ではないかと思うんですがいかがでしょう。確かに、D P CがD R G / P P Sになるのを待つという手もありますが、前の政権でも、阿曾沼さん達が言ってきた主張が、結局通らなかったということではないですか。どうでしょうか。

○真野委員 私も議論を混ぜ返しちゃった責任あるかもしれませんが、私もD P Cでなくて、例えば「コーディング」という題名にしたらどうかなという気はしております。

○土屋主査 話がかなり細部へ入りましたので、関係者でもう一度この点は詰めさせていただけたらと思いますが、よろしいですか。

○神野委員 私はここには病院団体ではなくて、病院として来ていますけれども、私の所

属している全日本病院協会で医療のあり方委員会をやっていまして、急性期はDRGにすべしという提言書を今年度に出そうというふうに進んでおります。

○小田審議官 それでは、今、土屋主査がおっしゃいましたように、関係者でさらに詰めるという格好で進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、次の事項に移らせていただきますが、冒頭、御紹介いたしましたとおり、保育分野で1件追加がございますので、今日翁委員が御欠席ですから、代わりに事務局の方から説明をいたします。

○筒井企画官 御説明申し上げます。保育分野の追加案件は、駅中保育所の視察をされた蓮舫大臣からの指示によるものでございます。駅中保育施設整備に係る規制緩和として挙げてございます。

こちらは建築基準法に関する要望となります。建築基準法では、建築後の法改正等により新しい規定に適合しなくなった建物については、原則として不適合のままでもそのまま使用できるとされているのですけれども、一定の増改築等を行う場合は、既存部分も含めて現行の規定に適合させなければなりません。

駅中・駅周辺の保育所は利用者の利便性も高いという観点から、例えば鉄道会社が駅舎、駅ビル等を保育所等の子育て支援施設用に増改築する場合に、増築部分の割合の規定などを柔軟に見直すよう、今後予定されている建築基準法改正案に盛り込むことを求めるものでございます。

以上です。

○小田審議官 それでは、続きまして、薬事・テクノロジー分野と介護分野の検討会の御報告を頂きたいと思っております。

まず、薬事・テクノロジー分野につきまして、土屋主査からお願いいたします。

○土屋主査 では、資料4をごらんください。それをかいつまんで御説明いたします。

前半の制度改革の方向性ということですが、今日と同様、議論になりました薬事・テクノロジー分野にとどまらず、地域主権、その辺の医療等についても意見が出てまいりました。地域を主体にということでもあります。

その際、ミニマム・リクワイアメントを示すのが国の役割ということで、そこから地域が独自性を発揮すべきという議論が出てまいりました。地域特性に合わせた医療計画その他ができるようにということでもあります。

個別テーマでは、前回のWGで集中審議の項目であった広告規制について、今までは医療機関の広告というのが中心でしたが、医薬品や医療機器の分野で改革すべき事項を新たに検討いたしました。また、以前から提示されている項目についても、厚生労働省の回答を踏まえ意見を交換いたしました。

更にアメリカなどの例も踏まえて、厚生労働省やPMDAの審査官の法的責任の整理、個人の責任を追及するというようなことがないような制度ということで、薬事審査に対するマインドについての議論を主に行いました。

以上であります。

○小田審議官 ありがとうございます。

続きまして、介護分野につきまして、藤井委員から、御報告をお願いいたします。

○藤井委員 同資料の3ページからでございます。大きく個別の検討事項ということで4点でございます。

1点目のホテルコスト・補足給付でございますが、現に介護に関しては法改正を来年の通常国会を見据えているいろいろ議論がある中で、ホテルコスト・補足給付についても一定の議論・結論が得られている方向性にそった回答があったわけですが、長期的な改革という意味ではかなりアンバランスなものが残っているのではないかとということで、利用者にとってもという意味でも、この現状で対応していくという方向性で、今回の結論にかかわらず、長期的に求めていくべきではないかとということでございます。

2番目も同様なんですけど、総量規制に関しては、第2クール、あるいは第1クール以前から出ていた話だと思いますけれども、厚労省の回答は財源に響くからということでございますが、それによって余り質のよくない、かなり質のよくないものが既得権益で残っているという現状をどう打破するかということの方がむしろ大きいことでありまして、財源問題は非常に注意しなければいけないわけですが、どのような仕組みを設ければやれるか。基本的には総量規制を撤廃するにしても、どういう方向性なのかということとは投げかけていく必要があるだろうということでございます。

3点目に関しましては、訪問介護に関して、こちらでは様式が都道府県や保険者によって違うものが求められて大変だということで「統一様式」というような言い方をしておりますけれども、それをやると創意工夫を阻害するという回答がございまして、であれば、創意工夫した結果について、保険者や都道府県が監査とか指導をするようなものにしないと、法律の規定に書かれているものは自由に書いて、自由な書き方でそれを認めるということを確認化しなくてはならないのではないかとということでございます。

4番目は、もう少し大きな話になりますけれども、障害者の多様な雇用形態を認めた上でというような提案でございまして、雇用率に限った回答がございまして、雇用率の範囲の中で、今の日本の就労支援というものが行われているという現状そのものがかなり問題であるということで、雇用率にとどまらず、あるいは雇用率制度も含め障害者の雇用・就労を促進していくという文言、あるいはそういう言い方で言っていこうという4点でございます。

以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、時間が限られているのですが、今の薬事・テクノロジー、あるいは介護の分野。それから全体の話について、何か御意見がございましたら、お願いいたします。

真野委員、先ほどの全般的な御意見、途中で止めてしまいましたので。

○真野委員 川渕先生もちょっとサポートしていただきましたが、要するに地域医療計画

をどうするかという話なのですが、規制を緩和する方向は当然あると思うのですが、かといって、むやみやたらに競争させてつぶせばいいというスタンスでは恐らくないと思うので、そこに客観的なデータを持って議論するということと、逆にだからといって、あまり硬直的になっても困るので、「客観的にかつ柔軟に」ぐらいの、そんなトーンが盛り込めるといいなという意味で言いました。

○川渕委員 今、地域医療の見える化をやっていますが、結局正しいデータがベースなんです。何故ここでICDコーディングをやかましく言うかということ、真の病名で4疾病5事業を考えていかないと、どれだけ分析しても間違ってしまうからです。そうすると先ほどの「客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする」という文言もお題目になります。私も先日、新潟や石川に行ってきましたが、結局地域医療計画ができて久しいのですけれども、二次医療圏が全く住民の生活圏と合致していないということがわかりました。先日も石川県の白山市に行ってみましたが、この市は金沢市と医療圏が同じなんです。そうすると、何が起きているかということ、金沢市では病床過剰だが白山市では病床が足りないという現象です。しかしトータルで合算しますから、結局増床ができない。それで金沢市の病院は結構空いているという。空いているんだけど、そこは既得権益化しているという、前からある議論ですよ。

そういう事実を「見える化」する上でも、ICDコーディングはきちんとルール化というか、補修をやっていたかかないと、これは非常に間違った施策になってしまうのではないかと思います。

○小田審議官 先ほど藤井委員、手を挙げておられましたが。

○藤井委員 違う話題になりますけど、追加ということで、駅中保育が加わったと。これは大変そのとおりだと思うんですが、これは駅中保育だけの問題ではございませんで、人口減少社会になっていく中でも、まだ保育とか、そういった様々なインフラをつくっていくという中で、これからいかに柔軟にいろんなものを変えていくかということが問われていると思います。高齢者あるいは障害者の介護にかかわる住居であるとか、施設であるとかといったようなものも、これと同じような問題がございます。消防と建築というものが非常にハードルになっていて、違うものに転用していくというのは極めて難しい。恐らくこれは医療に関してもそういう面があると思うんです。したがって、これはこれで時間的にこれしかないのかもしれませんが、消防、建築は、もちろん火事とか地震とかで人を守るということは重要ではありますけれども、いかにそれをがちがちの規制で、しかも地方公共団体の非常に恣意的な指導に基づいてやっている現状をどうしていくかということは大きなテーマとしてあるかと思います。

以上です。

○黒岩委員 先日、がん患者大集会というイベントがありまして、そこでシンポジウム、私もやったのですけれども、そこで出てきたテーマとして、「がんとお金」というテーマがあったんですね。実はさっきの高額療養費制度の見直しの話をしながらかつ、ふとそのときの

議論を思い出したのですが、まさに患者目線で言った場合にどういう話になるかということですね。がんで非常に高額なお金がかかるという状況になったときに、雇用の現場から締め出されてくるということですよね。そうすると、手術して入院したときには働けなくなるというのは一時的にはあるのだけれども、それはある一時的な部分だったならば、会社というのは許容範囲があるんだけど、それがずっと長期になってくるという場合、どんどんお金かかってくるけれども、会社にとっては厄介な存在になってくると締め出されてくるという、こういうふうな問題が実はあるのだなと。患者目線に立つとそういったとらえ方というか、だから、まさに厚生労働省と言っているわけですから、こういう問題、雇用を守るといふ、病気になって高額療養費がかかる人のその雇用をどう守るかみたいな、そういう視点の訴えかけとか、そういうものが何か出せないかなということをやっと考えたんですけれども。

○小田審議官 時間の関係もありますので、久住委員の御意見を最後ということで、よろしゅうございますか。

○久住委員 今回の黒岩委員の発言にちょっと補足なんですけど、私、かつてある病院で、骨髄移植とか専門にしていたのですが、所得の低い方ですと、当然自己負担が払えないですね。初月に大体500万ぐらいかかりますので、自己負担が150万ぐらいになるんです。払えないので、そのときに我々がどうするかというと、世帯分離して生活保護にしちゃうんですよ。ですから結局高額療養費が払えないからといっても、今度全部国のお抱えになっちゃっているんですね。ですからそういう現状があるということを厚生労働省にもよく御理解いただいて、要するに低所得者に対する減税を行うときに、低所得者にお金をあげるといふ制度がいいと言われてはいますが、結局ちょっと負担してあげると、仕事も続けられるし、生活保護で丸抱えにならずに済むんですよ。ですからここは費用対効果というものもしっかりと検証して、駄目だったらやめればよいしという、データに基づいた議論を、単にお金がないからできないということでは終わらないべきなのかと思います。

○小田審議官 ありがとうございます。

幾つか御意見いただいてございますが、また、これもどういう形で反映できるのか、土屋主査と御相談をしながらということやらせていただければと思います。

それでは、続きまして、資料5の「既定事項のフォローアップ」につきまして、事務局から御説明をさせていただきます。

○船矢参事官 資料5で、これまで第1クールで閣議決定をされた項目を始めとして、その前後、幾つか経済対策の中で規制・制度改革の閣議決定がされて、それを受けて各省が、今、具体的な実施方法を検討した上で実施する、措置をするというような流れになっておりますが、それが当初の閣議決定の意図どおりに検討されているか、実行されているかということフォローアップしてチェックするというのもこの分科会の任務の1つでございます。

この直近、約1年間のいろんな閣議決定のものについて、11月30日時点での取組状況

を各省から文書で頂いたところであります。22年度中という、あと4か月ありますから、そういう意味ではまだ検討中というようなものも多く含まれておりますけれども、これらのうち、全項目というわけにはいきませんが、重要なものについてピックアップしてヒアリングを行っていきたいと考えております。

以上です。

○小田審議官 この件につきまして、園田主査からコメントいただきたいのですが。

○園田政務官 先ほど私が触れました参考資料3のところ、閣議決定された「包括的経済連携に関する基本方針」というのがありますが、その3ページ目、「アジア太平洋地域以外の主要国・地域に対する取組」ということで、御案内のとおり、今、EUとの経済連携に関する交渉に今入っているところでございまして、そこにおいては、ここに書いてありますように、早期にEUとの交渉に入るための調整を加速すると。したがって、そのために国内の非関税措置への対応を加速していきたいということで書かれているわけございまして、この間、ライフイノベーションにかかわっている部分のところ、ドラッグラグとデバイスラグの関係がございすけれども、この案件がEUから大変交渉の中で求められているということがございます。

そういったところもありまして、第1クールで皆さん方にも取り組んでいただいたというふうに伺っておるのですけれども、是非ドラッグラグとデバイスラグの解消については、再度ヒアリングをしていただいて、そして、また、この報告書に盛り込んでまいりたいと考えているんですが、もし御意見があれば、お聞かせいただければと思っております。

○小田審議官 どういう項目をヒアリング対象にして、どういう形で進めていくか。大勢でやるのもなかなか大変なので、小人数でというふうなことかと思いますが、それらは両主査と御相談しながらというふうに思っておりますが、土屋主査から何かございますか。

○土屋主査 今、御指摘のドラッグラグとデバイスラグの解消、それと未承認の医療技術、医薬品、医療機器等に関する情報提供の明確化、これについては、細かい点をヒアリングで確かめておきたいと思っております。

○小田審議官 また、広くいろいろと御相談をさせていただきたいと思っております。

それでは、時間もなくなってまいりましたが、この第2クールのライフイノベーションのWGにつきましては、これまでで5回開催をさせていただいております。報告書に盛り込むべき事項の御審議としては一応全体をカバーしていただいたかと思っております。今日、御審議いただきました改革の方向性、第5回で御審議いただいております検討の視点、それに対する個別項目の基本的考え方と検討改革案、これにつきましては、一応WGとしては、こういう形の御審議はこの場で終了させていただいて、先ほど土屋主査からもお話ございましたけれども、幾つか積み残している案件については、関係する方との間で更に詰めさせていただいて、そうしたものの結果は、メール等で委員の方々にもお知らせすることで、来年1月に予定しております分科会への報告事項については、最終的には両主査に御一任をいただければと思っておりますが、よろしゅうございますでしょうか。

(「はい」と声あり)

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、先ほど申し上げましたフォローアップについても、どのような内容で、いつ頃するかということも、また両主査と相談しながら進めさせていただきたいと思います。

最後に、今後のスケジュールなどについて、事務局から御報告をいたします。

○船矢参事官 資料6をお願いします。本日、ライフイノベーションWGは、今の話のとおりに、皆さんが集まる会合という形式としては今日で最終回ということでございまして、1月になりますと、26日に上部組織である規制・制度改革に関する分科会がありますが、ここで各WGからの報告をして、報告書を取りまとめるということとしたいと思います。

それを受けて、2月、3月と各省、この分野ですと、厚生労働省がほとんどですが、調整を行います。事務調整もありますが、最後は政務三役間調整ということになっていくと思います。第1クールの際にも、委員の方々に御支援のお願いをしたところでございすけれども、そのようなことも今後あり得るかと思えます。

それから、ちょっと前後しますけれども、フォローアップについては、年が明けてから、順次行いたいと思いますが、具体的な項目、やり方については、改めて両主査等に相談をして決めていただこうと思っております。

そして3月に各省調整の結果として、政府の方針を閣議決定するというところであります。

分科会の報告書、1月下旬に取りまとめということですが、この調整の結果、若干修正することがあり得るかと思えます。現時点では何とも言えないところでございすし、併せてこの分科会の上位組織である行政刷新会議へ事後的に結果を報告するというプロセスも残っております。

以上です。

○小田審議官 それでは、WGとしての集まりは今回が最後でございすので、最後に土屋主査からひと言お願いいたします。

○土屋主査 活発な御議論ありがとうございます。1つDPCのところは積み残しで、関係者でもう一度やりますけれども、それ以外については、おおよそのコンセンサスが得られたと思えますので、それをできるだけ、先ほど全体的な考えは、前向き、上向きと申しましたけれども、個別についてはしつこく粘り強く、我々の主張を各省庁に酌んでもらうような形で対処してまいりたいと思います。そういうことがにじむような形でのまとめということを事務局と御相談してまいりたいと思います。是非1つでも多くの成果を上げられるような形にまいりたい。

何よりも全体の考え方のところ、改革の方向性についてというところが、第1クールとは異なっておりますので、この方向性は是非閣議で各省庁の長の方・大臣の方にお認めいただいて、恐らくこの後、第3クール、第4クールというときに、更にこちらでの個別の要求項目が原則として前向きの方角で検討されるというような方向に行くように努力したいと思えます。

どうも御協力、特に事務局の方々、夜遅くまでおまとめいただきありがとうございます。また、もうひと頑張りありますので、年を越しますけれども、よろしくお願ひしたいと思ひます。どうも御協力ありがとうございました。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、最後に園田主査からお願ひいたします。

○園田政務官 本当に数回にわたる、多岐にわたる、また内容の濃い議論・御審議をしていただいたことに私からも心から感謝申し上げたい、そのように思ひます。そして、また、今、土屋主査からお話がありましたように、若干積み残しの部分も、今日頂いたところでございまして、また本質的な議論もいただいたわけですが、引き続き関係の委員の皆さん方にはお願ひ申し上げたいというのと同時に、先ほど今後のスケジュールを皆さん方にお伝えをさせていただきましたけれども、3月末の閣議決定に向けて、いわばひと山でもふた山でもこれからあろうかなというふうに思ひておりますけれども、また、皆さん方のお力添え、御知見を力を合わせていきたく思ひております。

その中で、また皆さん方にお助けを頂かなければならないという部分が出てくると思ひますので、引き続き、お願ひを申し上げることと、それから、あと私も、今日、久住委員からも御提示いただき、皆さんに御議論いただいたわけですが、私の立場で申し上げるのは問題かもしれませんが、ずっと長年、私も厚生労働省というところを見てきて、彼らも彼らとして大変立場としてはいろいろあったところであって、やりたいところはいくらでもあるんですね。どんどん前に進めたいと、改革というか、国民の医療のため、安心・安全の介護なり、あるいは障害者も含めて、そういう生活のために持っていきたいというところあるんですけれども、どうしてもそこに財源論というものが出てきてしまって、そして彼ら自身の思いと国民のニーズとの関係で、かなり揺れ動いている時代もあったようでございます。

同時に1つの例を挙げますと、言うならば疾病ごとの中に、それによって臓器ごとのまた規定・基準というものができてきている。なぜこんな規定ができていくのかというふうにいろいろ聞いてみたんですけど、そこに対する、さっき川渕委員からお話がありましたけれども、ちゃんとしたデータというものが、説得力あるデータというものがどうしても、私自身も納得できないし、恐らくそれを出したときに、国民の皆さん方にも納得できないだろう。突き詰めて考えてみると、そういう何らかの基準を後付けでつけないことにはどうしてもそういった財源論というものをバックにしながら、何らかの基準をつけないことには、この施策、1つひとつの施策をつけることはできなかったのだろうなというふうに思ひます。したがって、不公平感というものは当然私からみても出てくるであろうと。

そういったところを1つ打ち破る策として、今回、皆さん方に御議論いただいた、こういうものもツールとしながら、どこかで、一方での財源論に打ち勝てるような知見というものも議論の中で、また集積をしていくことができればなというふうに思ひております。

ぜひ、引き続き、そういう点からも御指導を頂きながら、今後の議論を進めてまいりたいなと思っております。是非、また年末年始を挟んで、更に先生方の御意見、御知見をちょうだいできればなと思っております。

また、本当に長い間といいますか、この間、様々な形で御議論いただいたことに、改めて感謝を申し上げながら、私からの御礼の言葉とさせていただきます。残り、更に頑張っ
てまいりますことも併せてお誓いをさせていただきますので、よろしく願いいたします。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、会議を終了させていただきます。本当にどうもありがとうございました。