

平成 25 年第 22 回経済財政諮問会議議事要旨

(開催要領)

- 開催日時：平成 25 年 11 月 15 日（金） 17:23～18:21
- 場 所：官邸 4 階大会議室
- 出席議員：

議長	安 倍 晋 三	内閣総理大臣
議員	麻 生 太 郎	副総理 兼 財務大臣
同	菅 義 偉	内閣官房長官
同	甘 利 明	内閣府特命担当大臣（経済財政政策） 兼 経済再生担当大臣
同	新 藤 義 孝	総務大臣
同	黒 田 東 彦	日本銀行総裁
同	伊 藤 元 重	東京大学大学院経済学研究科教授
同	小 林 喜 光	株式会社三菱ケミカルホールディングス 代表取締役社長
同	佐々木 則 夫	株式会社東芝取締役副会長
同	高 橋 進	株式会社日本総合研究所理事長
臨時議員	田 村 憲 久	厚生労働大臣
	松 島 みどり	経済産業副大臣

(議事次第)

- 開 会
- 議 事
(1) 社会保障について
- 閉 会

(説明資料)

- 資料 1－1 持続可能な社会保障に向けて（有識者議員提出資料）
- 資料 1－2 持続可能な社会保障に向けて（説明資料）（有識者議員提出資料）
- 資料 2 社会保障の充実・重点化（田村臨時議員提出資料）
- 資料 3 診療報酬改定について（麻生議員提出資料）

(配布資料)

- 社会保障の充実・重点化（参考資料）（田村臨時議員提出資料）
-

(概要)

(甘利議員) ただいまから平成25年第22回経済財政諮問会議を開催する。

今回から、来年度予算編成の基本方針の策定に向けて主要な歳出分野の審議を進めていく。本日は、その第1回として、田村厚生労働大臣に御参加をいただき、社会保障について御議論をいただく。

まず、伊藤議員から御説明をお願いします。

○社会保障について

(伊藤議員) 資料1-1に民間議員の提言の中身が書かれているが、私からは、資料1-2を中心に説明させていただく。

言うまでもなく、消費税率が引き上げは国民に負担を求めるのだから、来年度の関係予算においても、費用対効果をはっきりさせ、重点化・効率化の目標と工程表をしっかりと出していくという意味で、聖域なき、徹底した効率化が必要である、というのが我々民間議員の問題意識である。

2ページ目。ICTを活用して医療・介護を徹底的に効率化することは非常に重要なテーマである。各省が平成23年度から平成25年度までの予算で様々な事業を行っているが、どれだけの成果が出ているのか、あるいはそれぞれの事業の成果を共有しているかを徹底的に洗い直していくべきである。さらに、国保のシステムについては、既に稼働していると聞いているが、いろいろな取組について、単に保険者に依頼するだけではなく、国としてしっかりした行動指針を策定して進捗の管理をすることが適切である。

3ページ目は診療報酬の在り方についてである。これまで、薬価を削減した分が医薬品以外の診療報酬に流用される場合があり、いわゆるどんぶり勘定のな予算要求がされてきたと感じる。本来であれば、薬価と診療報酬本体はそれぞれ独立に議論されることが望ましいと考える。薬価、診療報酬本体のそれぞれについて、きちんと透明性を高めて予算要求する仕組みに転換すべきである。

4ページ目は診療報酬と賃金・物価の推移についてである。食料とエネルギーを除いた消費者物価指数は、この10年以上、デフレで下がってきているが、診療報酬本体は、途中何度か引き下げた時もあるものの、全体としては上昇している。1998年以降、賃金は4.2%下落し、物価は7.4%下落する一方、診療報酬本体は2.5%上昇しているので、総体で7%から10%程度のギャップが生じている。こうした動きを踏まえれば、診療報酬本体の抑制を検討することが重要である。

5ページは薬価についてである。薬局調剤医療費が急速に膨れ上がっており、一部には医薬分業を進めたという背景もあると思うが、結果的にこれまで期待していた成果が必ずしも十分に得られていないと思う。薬価については、創薬インセンティブに配慮する一方、長期収載品や後発医薬品の価格水準の体系妥当性を検証して、全体として実勢価格等を踏まえた方向に検討し、可能であれば、できるだけコストも節約する方向で更に検討すべきである。

6ページ目は後発医薬品の利用促進についてである。ジェネリック医薬品の利用率が日本は他国に比べて非常に低く、どのように改革していくかが極めて重要である。

7ページ目は医療・介護計画のレビューについてである。平成20~24年度の計画の最終評価が出る前に次の計画が策定されており、PDCAが十分に機能していない。特に国の計画は、計画期間開始後8カ月を経た現在でもまだ策定されておらず、来年度予算の妥当性に係る評価・判断が難しい。PDCAがしっかり回る形、計画と年度予算のリンケージがしっかり確保できる形にしていきたいと考えている。

8ページ目は公立病院についてである。毎年約7千億円の補助金を投入しているが、2兆円程度の累積欠損が生じている。この状態を放置しては、効率的な医療供給は難しい。このため、5か年計画の公立病院改革プランについて、総務省と厚生労働省が徹底的に評価を行い、新たな公立病院改革ガイドラインをできるだけ早く、来年度中に策定すべきである。

9ページ目は今後の日本の医療の病床の機能分化、という非常に重要なテーマについてである。これから高齢化が進む中で、高度急性期は強化するが、スリムなものとする一方、地域に密着した一般急性期や亜急性期等を拡充していく方向性が示されて

おり、2004年の時点から全体の修正を図ったのだが、実際には、診療報酬と医療機関自身の取組に任せた結果、7対1のところに資源がシフトしてしまった。今後、2025年の目指すべき姿を実現するために、これまで以上に病床コントロールをしっかりできる仕組みをとらない限り、理想とは逆の方向にいきかねないということも考えていただきたい。

これに関係する点が10ページである。いわゆる補助金のような手法だけで病床機能を修正することは難しいのが現実であるとすれば、規制的手法や制度の見直し等も真剣に検討し、全体として病床の再編と集約の実効性をより強く担保する仕組みにシフトしていくことが必要である。

11ページ目は雇用保険制度の見直しについてである。雇用保険積立金は、過去最高の6兆円弱まで増えており、労働移動を支援する観点からの給付の充実や、今後5年程度の積立金の見通しを勘案すると、雇用保険料や国庫負担について引き下げるべきだと考えている。

最後に、来年度予定されている年金の再検証について、成長率や金利等、マクロの数字をどうみることが極めて重要であり、マクロ経済と非常に深く関わっている。再検証の考え方や経済想定の内り方について、ぜひ諮問会議で議論をしていきたいと考えている

(甘利議員) 続いて、田村臨時議員から御説明をお願いします。

(田村臨時議員) 資料2の1ページ目。ICT関係事業については、これまでの補助事業・実証事業等によって、各地域で医療情報連携ネットワークの構築が進められ、また、標準規格等の策定・普及が図られてきている。医療情報連携ネットワークの更なる普及・展開に資するよう、今後、先行事例の実態把握や成功要因の分析を行うことを検討したいと考えている。これらの取組に加え、政府CIOが府省横断的な観点から施策の評価などを実施しており、厚生労働省としても、これに協力して効果的なICT戦略の推進に努めてまいりたい。

レセプトデータの活用については、レセプトや健診データ等の分析結果に基づき、効果的・効率的な保健事業を行う好事例について、全国に広がるよう支援を行っていくこととしており、今後、保険者にデータヘルス事業を推進してまいりたい。このため、本年度中に保健事業実施に関する指針を改正する予定である。これを踏まえ、健保組合等については、平成26年度中に全ての保険者にデータ分析に基づく保健事業の実実施計画の作成と公表を求め、平成27年度より事業の実施を目指すとともに、市町村国保等が同様の取組を行うことを推進していく。このデータヘルス事業の中で、後発医薬品の使用促進や、重複・頻回受診の防止への取組を更に進めることとしている。

また、保険者への効率化のインセンティブの付与に関して、後期高齢者支援金の加算・減算制度については、平成25年度より実施予定であるが、今後の在り方については、平成25年度からの実施状況や関係者の意見に加え、特定保健指導の効果検証の結果を踏まえ、より良い仕組みを検討していきたい。

2ページ目。薬価の引下げ分の財源の診療報酬本体への充当については、薬価改定財源は、救急、産科、小児科等の崩壊の危機にある分野等に重点的に振り分け、その改善を図ってきた。今回の改定においては、治療後の患者の療養や回復期のリハビリなどの患者を受けとめる亜急性期病床や在宅医療の評価等、医療機関が地域の患者の病態像を適格にケアできる体制に転換していくため、いまだかつてない医療提供体制、これを大きく変える必要があると考えている。医療資源の適正配分、重点化・効率化していくわけであるため、薬価改定で生じた財源を使わなければ実現できないと考えている。

3ページ目。薬価について、実勢価格等を踏まえているのかという点については、

診療報酬改定の際に、市場実勢価に応じた引下げを行っており、今後も適切に対応していく。長期収載品の薬価の在り方や、後発医薬品価格及び価格帯の在り方については、平成26年度診療報酬改定に向けて検討してまいりたい。

保険者による後発医薬品の使用促進については、来年度から始まるデータヘルス計画の中などでも位置付けることにより、保健指導等も含めた多様な機会を通じて保険者に徹底させる予定である。

4 ページ目。さらに診療報酬面でのインセンティブをつけるため、平成24年度診療報酬改定に引き続き、平成26年度診療報酬改定に向けて、適切な後発医薬品の使用促進策について検討してまいりたい。

5 ページ目。医療費適正化計画の評価については、第一期医療費適正化計画について、都道府県が本年12月までに都道府県医療費適正化計画に関する評価及び国への報告を行い、これを踏まえ、国において、来年3月までに各都道府県計画及び全国計画の評価を実施することとしている。

今後、適切なPDCAサイクルを踏まえた計画の策定や評価の在り方、計画の実効性を担保する措置などを含め、医療費適正化計画の在り方について、平成27年の医療保険制度改正までに検討を行い、結論を得たいと考えている。

国民健康保険組合への国庫補助については、いわゆるプログラム法案に基づき、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直しについて検討を加え、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを目指すこととしている。今後、国庫補助の見直しによる個々の国民健康保険組合への財政影響等をよく分析し、関係者の意見を聞きながら具体的な検討を進めてまいりたい。

6 ページ目。医療、介護、予防、住まい及び生活支援を包括的に確保する「地域包括ケアシステム」の構築を推進するために、次期介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付けることを検討している。また、包括的な医療・介護サービスの提供を推進する観点から、医療計画と介護保険計画に一体性・整合性を持たせることを検討している。さらに、関係省庁や都道府県と連携を密にし、市町村の取組への支援をしていく。

7 ページ目。終末期医療については、リビング・ウィルは、本年3月に行った厚生労働省の調査では、一般国民の約7割、医療従事者の約8割が、その考え方に賛成をしている。平成19年に、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定したところでありまして、引き続き周知に努めてまいりたい。

8 ページ目。病床機能の分化・連携については、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」、いわゆるプログラム法案の規定に基づき、医療法等の改正法案を次期通常国会に提出して、推進していくこととしている。新たな財源措置については、このプログラム法案の趣旨に沿って制度設計をしていきたい。また、病床再編・集約について実効性を担保するため、地域医療ビジョンに基づき、医療機能の転換に係る都道府県の役割の強化等を盛り込んだ医療法改正法案の提出に向け、社会保障審議会医療部会で議論をしていく。

9 ページ目。「雇用保険制度の見直し」については、現在、学び直しの支援措置、育児休業給付の引上げ等の給付の充実策について、労働政策審議会雇用保険部会において議論を行っている。雇用保険料については、給付の見通しと積立金の水準を考慮した上で、雇用保険財政の中期的な安定的運営を確保する観点から設定している。積立金は、不況期に備え、好況期にしっかりと積み立てておく必要があり、雇用情勢の急な動きは見通しづらいこと、今般、労働移動支援の観点から給付拡充を行うことから、雇用保険料の引下げを軽々に行うことは困難と考えている。

また、国庫負担の在り方については、雇用保険法附則第15条に基づき、できるだけ

速やかに、安定した財源を確保した上で当該暫定措置を廃止する必要があると考えている。国庫負担は積立金の水準によって決まるものではなく、雇用政策における国の関与と責任の現れである。その引下げは労使との協力関係を無とし、現在議論している給付の充実策を実現できないことになるため、好ましくないと考えている。

(甘利議員) 次に、麻生大臣から御説明をお願いする。

(麻生議員) 資料3について、私の申し上げたいのは、特に次の3点である。

1点目、医療費の増は、企業や家計の負担増となるものであり、足もとの医療経営が改善している中で、こうした負担増は回避すべきであると思っている。

2点目、薬価の改定によって何らかの財源が生まれるものではないということである。市場の実勢価格は改定前の薬価を下回っており、確実に薬価改定に反映させる必要がある。

3点目、後発医薬品、いわゆるジェネリックの使用拡大のためには、様々な施策と併せて、特許の切れた薬の価格を大幅に引き下げることが必要である。アメリカではジェネリックが90%使われているにもかかわらず、新薬の開発の先端を走っているという事実を見ても、それが必要である。

(甘利議員) それでは、御自由に御意見をいただきたい。

(佐々木議員) 3点申し上げる。まず、ICTや医療データの活用では、社会保障制度改革国民会議が今後の医療提供体制の在り方において機能分化とネットワークの構築を進め、病院完結型の医療から地域完結型の医療への移行を図るとの方針を出している。この方針に基づき改革を進めていく上で、医療のICT化を通じて、地域の患者情報の共有化、ネットワーク化を推進していくことが非常に重要だと認識している。また、医療におけるICTの活用やデータ整備は社会保障の重点化・効率化による給付抑制に向けて大きな効果を期待できるが、そのための環境整備に対する措置が、2011年6月30日決定の「社会保障・税番号大綱」に明記されているにもかかわらず、現実には対応が遅れているのが実情である。情報保護体制の構築や本人了解を前提として、社会保障・税番号制度のもとで医療データの活用を可能とする法制度等の整備を急ぐべきと考える。

次に、診療報酬の改定については、デフレで物価や賃金が低下する中でも、2010年度に1.55%、2012年に1.379%と上げが行われており、これに加えて今回の改定でもプラス改定とした場合、患者負担と保険料負担の増加が続くことになるため、非常に大きな問題であると認識している。特に次期改定で引き上げとなると、消費増税のタイミングと患者負担増が重なり、デフレ脱却を腰折れさせないための5兆円補正予算の効果を減じるだけでなく、成長戦略そのものにも大きな影響を与えかねない。本来は引き下げるか、それが不可能である場合は据え置くべきであると考えている。

それから、薬価の見直しで浮いた財源を診療報酬の引上げに流用するという御説明をいただいたが、それは発想自身がかなり問題が大きいと思う。予算要求の在り方としては、必要なものに対して必要な範囲をきちんと要求していくというのが筋だと認識している。

最後に、社会保障制度改革国民会議の報告書で示されている後期高齢者支援金の総報酬割の全面導入については、負担の応能性を高めることを論ずる前に、年々増加する給付の抑制策そのものの議論を徹底すべきである。現在、健保組合の保険料の概ね半分が高齢者医療の拠出金に当てられている状況を鑑み、高齢者医療制度について、患者負担や保険料の在り方を見直すほか、社会的入院の解消をはじめとする医療提供上の課題にきちんと対応していくべきと考えている。その上で最終的に総報酬割の全面導入がやむを得ない場合には、報酬評価の前提である所得の捕捉率の公正化を前提とした上で、捻出された財源そのものの使い道を、財政健全化、被用者保険の負担権

限にもあわせて活用すべきである。総報酬割の全面導入によって、健保組合と共済組合で2,300億円の負担増が見込まれており、現役世代の組合員や加盟企業に過度な負担を強いることになるため、やはり産業競争力強化をベースとした日本再興戦略にも悪影響が出かねないので、慎重に対処すべきである。

(高橋議員) 4点、申し上げる。まず1点目。後発医薬品の価格を下げることで後発医薬品の普及を促進することに加えて、保険者機能を強化することと、国民の選択の可能性を広げることの2つが必要ではないかと思う。

保険者機能の強化については、広島県の呉市の取組がよく例として引き合いに出されるが、呉市の国民健康保険は非常に頑張っていて、僅か数年間で年間の薬剤費の1割以上に当たる1億円を節約し、頻回受診も随分減った。

加えて、呉市の取組が非常に優れているということで、他の市町村の視察が多く、平成24年度には119の市町村が見学に行っているという。レセプトをデータベース化し、それを活用することの効果が非常に大きく、かつ、数年間でその効果が出るのが分かっている。先ほど平成26年度に実施計画、平成27年度から実施というお話があったが、できるところから順次取り組んでいただき、場合によってはインセンティブあるいはペナルティーを保険者に与えることも含め、実体的な措置をぜひお願いしたい。また、国民選択の可能性については、健康保険の組合によっては、ジェネリック希望カードや、保険証に貼ることができるシールを配布しているそうであるが、共済組合では行っていないという。各大臣におかれては、まずお膝元から徹底するようお願いしたい。

2点目は医療機関について。医療機関の収益を考えると、問題点として指摘させていただきたいのが、日本はCTやMRIが非常に普及して、OECD諸国に比べて過剰設備であることである。それだけ普及していながら、医療機関は収益を上げているわけで、それが医療費にはね返っていることを考えると、医療機関の過剰設備について何らかの仕組みでコントロールする必要があるのではないかと思う。

ちなみに、アメリカは皆保険ではないが、高額な医療機器を設置するときには、CON (Certificate on Need) を出して、州政府の認可を得なければならないと聞いている。日本でもそうしたコントロールをすべきではないかと思う。

3点目は、公立病院について。私は公立病院の経営が改善しない理由の一つとして、病院長の経営手腕が最大限発揮できるような環境が整っていないこともあるのではないかと思う。公立病院であるがゆえに、採用人数なども自由に設定できない。自治体の行革の方針に従わなくてはならず、職員の給与体系も人事委員会の勧告などの仕組みに服さないといけない。あるいは、先ほど申し上げたことと逆になるが、医療機器が欲しくても、自治体の財政のチェック、あるいは議会のチェックをクリアしなくてはいけない等で、病院長が本当に手腕を発揮できるような体制になっておらず、そこを整えることも必要ではないか。

4点目は雇用保険について。雇用保険の残高が6兆円に達しており、リーマン・ショックの後に少し減ったが、その後、年々積み上がっている。これから労働移動を促進するためにいろいろな施策が予定されているが、その規模はだいたい数百億円だと思うので、6兆円という残高はやはり過大だと思う。保険料が下がれば、その分は賃上げや人材投資の原資にもなると思うので、数年にわたって国庫繰り入れを止める、あるいは保険料を下げるという方向で検討いただきたいということを改めて申し上げます。

(小林議員) 2点申し上げます。1点目は、医薬品開発について。従来は低分子で、一定程度の確率で新薬が出てきたが、今後、抗体医薬や難病治療薬へと向かう中で、開発の難度が著しく拡大してきている。新薬は医療の中身を充実させる一つの要素である。

現在、新薬を創出できる国は世界で先進の7カ国程度であり、そういう状況を踏まえ、「日本再興戦略」の中で、創薬事業が日本の進むべき道の中核に据えられていると認識している。しかし、2013年3月期の日本の製薬企業の業績を見ると、上位8社の平均売上高営業利益率は19.5%であり、研究開発比率はそれを上回る20.2%である一方、欧米の利益率は30%であり、ベンチャー企業の使い方等を含めて、国際競争力の観点で見劣りしているのが現状である。新薬開発の難度が増しており、多額な費用をかけながら、大型新薬は年にせいぜい1品か2品しか出てこない。こういう大変なハイリスク・ハイリターン事業であり、ジェネリックの薬価政策は本日のご指摘のとおりだと思うが、創薬インセンティブの重要性をよく認識して、今後の政策立案を進めていただきたい。

2点目は、新たにCHO（Chief Healthcare Officer、チーフ・ヘルスケア・オフィサー）という管理者を置いたらどうかという提案である。既に一部の地方自治体や民間企業において、保険管理規程に基づき、保険者による医療費抑制に向けた日々の健康増進活動やジェネリック使用促進などの保健指導を行う際の中核を担う管理者を置く動きが見られる。CEOやCIOがあるように、CHOという管理者ないしリーダーを民間でも都道府県単位でも、各組織に置いてはどうか。

先ほど厚生労働大臣が言及された、保険者によるデータヘルス事業の推進や、保険者協議会の取組等とまさに関連し、このチーフ・ヘルスケア・オフィサーのリーダーシップを使って、医療を受ける側である国民の健康リテラシーを向上させることが大きな意味を持つてくるのではないかと考えており、結果として医療費を抑制する効果が期待できるのではないかと考える。

（菅議員） 記憶によれば、たしか十年くらい前に韓国でICTの利活用により医療費が2～3割減ったという実績があったと思う。また、厚生労働省が赤字の公立病院を民間に売却したところ、その後、全て黒字になっていたと思う。厚生労働大臣にお願いであるが、この2点について一度検証していただきたいと思う。

（田村臨時議員） ICTの利活用は、先ほど説明したとおり、できる範囲で行ってきているが、法律が通ったマイナンバーが動き出すまで、まだ時間がある。動き出した後、番号制度を医療のデータにどのように使っていくのかについて、個人情報であるということと、その使用のために必要なインフラの整備も必要であると思う。どこまでネットワークをつなぐのか。診療所、開業医までという話になれば、当然それに対する投資をどのようにするのか。また、個人のデータはそのまま動かすわけではなく、置き換えをするなど、情報セキュリティー対策も講じるであろうと思うが、いずれにせよ、個人情報をどのように守るかという議論をしなければならない。なるべく早くそうした点をクリアしながら、ご提案があったような部分に関して実現できるように努力してまいりたい。

社会的入院については、先ほど申し上げたとおり、病床、病院等の機能の分化、連携を進めなければならない。高度急性期、急性期、亜急性期、回復期、リハビリテーション、療養期、そして在宅という形で、費用も適正に配分していくことになれば、無駄がかなり無くなる。先ほど申し上げたのは、重点化・効率化により必要な医療だけを受けていただくということを実現するために、社会保障制度改革国民会議の報告を踏まえ、いろいろな方法はあるが、診療報酬改定で誘導していきたい。これは将来に向かっての得を取るために、投資としてお願いをさせていただいていることである。

ジェネリックについてはおっしゃるとおりであり、新しいロードマップで60%を目指して頑張りたい。呉市の例を挙げられていたが、保険者、地域の医師会、薬剤師会等、いろいろな機関が協力して、糖尿病を予防したり、重症化を防いだりすることで、医療費がかなり削減できた。これはぜひとも横展開していきたい思いであ

るし、データヘルス、レセプトデータ、特定健診のデータ等を利用しながら、保険者にしっかりと役割を果たしていただきたいと思っている。そうした事業も始めてまいりたいと思っている。

公立病院のお話も、しっかりと受け止めさせていただきたい。

ＣＨＯの提案は、どういう人材をこれから育成すべきかがあるが、良い御提案だと思うので、しっかりと受け止めさせていただきたい。

雇用保険については、本則では国が25%を負担するところを、13.75%しか負担していない。更に引き下げるということになると、労使ともに不満がかなり出てくるであろうところがあり、この場だけで決めづらいことは御理解いただきたいと思う。一方で今、育児休業給付を大幅に引き上げたいと思っており、この原資にも使いたいということもある。そうした点をいろいろと考えながら対応させていただきたいと思っている。

(甘利議員) 薬価の話と診療報酬の話は別建てだという話はどうか。

(田村臨時議員) 薬価の引下げ分を使って、医療資源の適正配分をして、それによって無駄な医療をなくしていき、質が高く効率的で、重点化・効率化した医療提供体制をつくっていきたいということである。

(高橋議員) 薬価の話については、お答えとしてはノーということか。

(田村臨時議員) 難しいと思う。今回が本当に最後の機会だと思っている。社会保障制度改革国民会議のほうから、医療提供体制を2025年までに変え、きちんとした医療が提供できなければ、場合によってはそこで悪化して急性期に戻ってきて、余計医療費がかかってしまうというような観点から御議論をいただいたわけである。これを実現して、将来、医療費の適正化ができなければ、本当に大変なことになってしまうと思う。このため、適正な医療を適正な方にきちんと受けていただけるような医療資源の配分を是非やらせていただきたいという思いである。

(安倍議長) 薬価が下がった分を適正化に使うとは、どういうふうにするのか。

また、ジェネリックと画期的新薬の関係について、アメリカでは9割程度ジェネリックを使っているにもかかわらず、画期的新薬が次々と生まれてくる。その理由については着目してみる必要があるのではないかと思う。

(高橋議員) 日本の薬品業界の研究所による研究で、後発医薬品が普及することで競争が激しくなり薬価全体も下がっていく、逆に、その競争でもって新薬の開発が活発化していくという分析がなされている。後発医薬品の値段が下がっていくと新薬が開発されないということはないと思う。

(小林議員) 新薬の創出能力について、日本の製薬メーカーの場合、研究開発費が1千億円程度であるが、世界の大きな製薬メーカーでは数千億円である。また、アメリカはボストンや西海岸を含め、小さなベンチャー企業が新薬の芽を見つけて、それを大きな製薬メーカーが吸い上げるという仕掛けができています。こうしたことから、ジェネリックとの連関というよりは、かなり独立している問題ではないかと見ている。そうは言っても、新薬創出のトップがアメリカ、2位がスイス、3位が日本であり、いろいろ仕掛けを変えていけば、十分戦えると思う。

(新藤議員) 公立病院については、今年度が「公立病院改革ガイドライン」に基づく取組の最終年度になっている。153の公立病院が統合・再編などをおこない、黒字の病院の割合は改革プランの策定前に3割であったが、それが平成24年度に5割となっており、一定の成果がみられる。引き続き厚生労働省と連携し、新たなガイドラインの策定に取り組んでいきたい。

(麻生議員) 自治体病院には、労使関係の問題もある。また、各自治体が医薬品を共同でまとめて買えばいい。価格がもっと下がる。

(安倍議長) 自治体病院の事務長が医療経営の専門家でないことが多いが、医療経営の専門家を充てた自治体病院は画期的に経営が改善しているところもあると聞く。自治体病院は経営の仕方でもかなり変わるのではないかと思う。

(菅議員) 先ほど民間に売却した病院が黒字になっていると申し上げたが、その窓口で売却を担当していた方も労使関係の話をしていて、職員に甘過ぎると言っていた。

(田村臨時議員) 医師の収入が増えているというお話があったが、実は、コメディカルも含めて医療職の方々は福祉職の次に低くて、一般の方々よりも給与が低いということをお聞きしたい。

(高橋議員) 後発医薬品の使用について、今まで厚生労働省が掲げている目標を達成できていない。フランスの例を申し上げますと、医薬品については、後発医薬品は保険でカバーするが、それ以上であれば自分で払ってくださいということまでしている。保険者の中で後発医薬品を使わない人については、インセンティブではなくてペナルティーを与えるぐらいの気持ちでやっていただかないといけないのではないか。何としてもこの比率を上げていただくことが、医療費そのものの削減につながっていくということをお聞きしたい。

(佐々木議員) 先ほどの薬価の差益を産科や小児科に流用するという議論について、これから出生率を上げて成長していかなければいけない中で、本当に産科や小児科のベースをしっかりとつくるのであれば、予算の流用という考え方ではなくて、必要な予算をどのように要求するか、きちんとした処置が必要である。

(田村臨時議員) 必要な予算要求の出し方をしっかりと行いたいと思う。

(甘利議員) 今日は大変有意義な議論ができた。それでは、ここで総理から御発言をいただく。

(プレス入室)

(安倍議長) 来年4月に消費税率を引き上げるという厳しい決断をしたのは、経済再生と財政健全化を同時に達成するとともに、社会保障を安定させ、次世代にしっかりと引き渡していくためである。

こうした中で、平成26年度予算において講じる措置が、新たな国民負担につながることは、厳に抑制していかなければならない。この観点から、民間議員から御指摘があったように、診療報酬の在り方をはじめとして、自然増を含む社会保障の歳出の合理化・効率化に最大限取り組んでいく必要がある。その際、新薬創造のイノベーションを喚起できるような方策を検討していただきたい。また、ジェネリックについては、欧米並みの普及率の早期達成を目指してまいりたい。

次に、公立病院については、改革プランに基づき取組を進めているが、依然として、多額の補助金に依存する体質になっている。しっかりとした経営感覚をもって経営が行われるように、そしてそれが患者のためになるように、更なる改革を進めることが重要である。

財務大臣、厚生労働大臣、総務大臣におかれては、本日の議論も踏まえ、年末予算編成に向けて、更に議論を深めていただきたい。

(プレス退室)

(甘利議員) 自治体病院について、運営費に対する自治体からの補助金を入れた上で黒字、赤字という判断をしている。この点は厳しくみてほしい。

(新藤議員) 厚生労働大臣とよく相談して、厳しくみていきたいと思う。

(甘利議員) それでは、次回の諮問会議では、引き続き来年度の予算編成の基本方針策

定に向けて、主要な歳出分野の審議を進めてまいりたい。これで本日の諮問会議を終了する。

(以 上)