

經濟財政諮問會議（平成25年第22回）  
議事録

内閣府政策統括官（經濟財政運営担当）

## 経済財政諮問会議（平成25年第22回）議事次第

日 時：平成25年11月15日（金）17:20～18:20  
場 所：官邸4階大会議室

1 開 会

2 議 事

（1）社会保障について

3 閉 会

(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いたします。

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きたいと思っております。

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きます。

まず、伊藤議員から御説明をお願いいたします。

## ○社会保障について

(伊藤議員) 資料1-1に我々の提言の中身が書いてございます。今日の説明につきましては、資料1-2を中心にお話しさせていただきたいと思っております。

消費税率が引き上げられるということで、国民に負担を求めるわけですから、来年度の関係予算におきましても、費用対効果をはっきりさせる、あるいは重点化・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の問題意識でございます。

まず、2ページをご覧くださいと思います。ICTを活用して医療・介護を徹底的に効率化するというのは非常に重要なテーマでございます。ここにあるのは、各省がこれまで、23年から25年に行ってきた予算ベースの事業の中身でございます。これだけの事業が行われている中で、どれだけの成果が出ているのか、あるいは、いろいろなところで行われている事業の全体の結果を共有しているかということ徹底的に洗い直していくべきであると考えております。

さらに、国保のシステムについては既に稼働が始まっていると聞いておりますので、単にいろいろな取組について保険者に依頼するだけではなくて、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と思っております。

続きまして、3ページをご覧くださいと思います。診療報酬の在り方について、簡単なポンチ絵で示しております。左に書いてありますように、これまで、ともすると薬価を削減した部分が医薬品以外の診療報酬に流用されるという、いわゆるどんぶり勘定のな予算要求がされてきたと感ずるわけですが、本来であれば、薬価と診療報酬本体とはそれぞれ個別、独立に議論されることが、透明性ということでも好ましいと考えますので、右にある形で、薬価、診療報酬本体、それぞれできちんと透明性を高めて要求する仕組みに転換することが好ましいと考えております。

4ページをご覧くださいと思います。これは診療報酬のことでございまして、赤い線が診療報酬本体の推移で、緑の線が食料とエネルギーを除いた消費者物価指数で、残念ながら、この10年以上、デフレでいろいろな物価が下がってきているわけですが、そういう中で診療報酬だけは、途中何度か引き下げるケースもありましたが、全体としては上昇している。非常に簡単な数字で申しますと、賃金はこの間に大体4%下落し、物価は7.4%程度下落した一方で診療報酬の本体の部分は2.5%増加しているのです。総体で7%

から10%程度、ギャップが広がっているということでございます。こうした動きを踏まえれば、診療報酬本体部分の抑制を検討することが重要だろうと思います。

次に、5ページをご覧いただきたいと思います。黒い部分の薬局調剤医療費が急速に膨れ上がっております。もちろん一部分は医薬分業を進めたという背景もあると思いますが、結果的に薬局調剤医療費が増えているという意味では、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いうことだと思っております。薬価について難しいのは、創薬インセンティブに配慮する一方で、同時に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する。可能であれば、できるだけコストも節約すべきであるという方向で更に検討すべきであると考えております。

それに関連して、6ページに後発医薬品の利用促進についての記述がございます。日本はジェネリックの利用比率が他国に比べて非常に低くなっているということで、ここをどのように改革していくかということが極めて重要だろうと思います。

続いて、7ページに医療・介護計画のレビューについて書いております。平成20年度から平成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いるということで、PDCAが十分に機能していないと言わざるを得ない部分があります。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いないということで、来年度予算の妥当性に係る評価・判断が難しいと感じておまして、ここについてもPDCAがしっかり回るような、計画と年度予算のリンケージがしっかり確保できるような形にしていきたいと考えております。

8ページには、公立病院のデータがあります。毎年約7,000億円の補助金を投入しておりながら、2兆円程度の累積欠損が生じているということで、この状態を放置しておいては、効率的な医療供給は難しいということでございます。そういう意味で、公立病院改革プラン、これは5か年計画であるわけですが、これについて、総務省と厚生労働省が徹底的に評価を行って、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と考えております。

9ページに、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でございまして、右側にあるのがよく示される図で、これから高齢化が進む中で、高度急性期は非常にスリムにし、かつ強化する一方で、同時に、地域に密着した一般急性期や亜急性期等々を拡充していくという形で方向性が示されておまして、この方向性は基本的に良いと考えるわけです。左側は2004年の時点から、そういう中で、7対1という、高度急性期に対応する仕組みを強化すると同時に、全体の修正を図ったのですが、実際には、診療報酬と医療機関自身の取組に任せ、その結果、7対1のところ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は、理想とは逆の方向に行きかねないということも考えていただきたいと思っております。

それに関わる点が10ページでございまして、補助金のような手法だけでは、病床機能の

修正は難しいということが現実であるとする、規制的手法や、制度の見直し等、「あめとむち」のむちに近くなるような部分についても真剣に検討して、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と考えます。

11ページは雇用保険制度の見直しについてです。雇用保険積立金は、過去最高の6兆円弱という、青のグラフで示される形で増えていってございまして、いろいろな危機対応が行われてきたわけですが、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検討もしてはどうかと考えております。

最後に、資料中には書いておりませんが、来年度予定されている年金の再検証でございます。成長率や金利等、マクロの数字をどう見るかということは、年金の財政検証で極めて重要でございますし、マクロ経済と非常に深く関わっているということで、民間議員と厚生労働省の間でいろいろ話をした結果でもありますが、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おります。

以上でございます。

(甘利議員) 続いて、田村臨時議員から御説明を願います。時間も限られておりますので、民間議員からの説明と見解が異なる部分を中心にお願いをいたします。

(田村臨時議員)

それでは、資料2をご覧くださいませようをお願いいたします。

まず、1ページ目。ICT関係事業につきましては、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おります。医療情報連携ネットワークのさらなる普及・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おります。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と思っております。

レセプトデータの活用につきましては、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と考えております。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りまして、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まいります。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おります。

また、保険者への効率化のインセンティブの付与に関しましては、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ります。今後の在り方についても、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と思っております。

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きましては、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、その改善を図ってまいりました。今回の改定におきましては、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おりますが、これによって医療資源の適正配分、そして重点化・効率化してまいるのでありまして、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おります。

薬価について、3 ページ目。実勢価格等を踏まえているのかという点につきましては、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まいりたいと考えております。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きましては、平成26年度診療報酬改定に向けて検討してまいりたいと考えております。

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ります。

4 ページ目。更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と考えております。

5 ページ目。医療費適正化計画の評価につきましては、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おります。

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おります。

国民健康保険組合への国庫補助につきましても、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いたしております。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と考えております。

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おります。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いたしてお

ります。更に、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まいりたいと考えております。

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おります。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と考えております。

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おります。新たな財源措置につきましては、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と考えております。また、病床再編・集約について、実効性を担保するために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考えであります。

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、育児休業給付の引き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おります。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おります。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、雇用保険料の引き下げを軽々に行うことは困難と考えております。

また、国庫負担の在り方につきましては、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おりまして、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あらわれであります。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おります。

以上でございます。

(甘利議員) 次に、麻生大臣から御説明をお願いいたします。

(麻生議員) それでは、資料3を御参考ください。私の申し上げたいのは主に3点であります。

1点目、医療費の増というのは、これは企業や家計の負担増となるものであって、2ページ目を開いていただきますとわかりますが、足もとの医療経営が改善しているという中であって、少なくともこうした負担増は回避すべきであろうと思っております。

2点目は、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、3ページ目に書いてあるところではありますが、これはぜひとも是正が不可欠だと思っております。市場の実勢価格というのは改定前の薬価を下回っております。これを確実に薬価改定に反映させる必要があると思います。

3点目は、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、例えば、特許の切れた薬の価格を大幅に引き下げる等の施策が必要であると思います。右に日本でジェネリックが使われている比率が書いてありますが、アメリカはジェネリックが90%使われております。にもかかわらず、新薬の開発はアメリカが先端を走っているという事実を見ても、私どもとしては、特許の切れた薬の価格を大幅に引き下げる必要があるのだと思っております。

以上です。

(甘利議員) それでは、御自由に御意見をいただきたいと思っております。

佐々木議員。

(佐々木議員) 3点申し上げたいと思っておりますが、まず、ICT関連について。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おります。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、それから、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おります。

また、医療におけるICTの活用やデータ整備、これ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ますが、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というのが実情です。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ております。

次に、診療報酬の改定について、デフレの環境のもと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%とプラス改定をしております。過去2回の引き上げが行われておまして、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り、これは非常に大きな問題であると認識をしております。特に次期改定で引き上げるとなると、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5兆円補正の効果を剥落させるだけでなく、成長戦略そのものにも大きな影響を与えかねないという恐れもありまして、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おります。

それから、御説明の中で、薬価の見直しで浮いた財源を診療報酬の引き上げに流用するというお話をいただきましたが、その発想自体、かなり問題が大きいかと思ひまして、税金の場合は、やはり必要なものに対して必要な範囲をちゃんと要求して出していくというのが筋だと認識しておまして、予算の要求の在り方としては、もう少し筋の通った要求の方がよろしいのではないかと認識しております。

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きましては、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と考えております。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まして、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おります。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、それから、被用者保険の負担権限にもあわせて活用すべきと考えております。総報酬割の全面導入によりまして、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まして、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りまして、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ませんので、慎重に対処すべきと考えてございます。

以上でございます。

(高橋議員) 私も何点か申し上げたいと思います。まず、後発医薬品の普及促進について申し上げたいと思います。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というところもあると思いますが、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、この2つが必要ではないかと思っております。

保険者機能の強化について、よく引き合いに出される事例ですが、広島県の呉市の取組がでございます。ここの国民健康保険組合が非常に頑張っていて、わずか数年間で年間の薬剤費の1割以上に当たる1億円を節約したという例がよく出てきます。それだけではなく、頻回受診も随分減った。一番多い人は1カ月に31回病院に行っていたが、健康指導によって11回に減ったという、冗談みたいな話もあるわけです。

加えて、呉市は非常に取組が優れているということで、他の市町村から視察が引きも切らず、24年度一年間で119の市町村が見学に行っているということなので、レセプトをデータベース化して、それを活用することの効果は非常に大きい。かつそれが数年間で効果が出るのがわかっているわけですから、先ほど26年度に実施計画、27年度から実施というお話を頂戴しましたけれども、できるところからどんどん取り組んでいただき、場合によってはインセンティブを保険者にどんどん与える、あるいはペナルティーを与えることも含めた、実体的な措置をぜひお願いしたいということでございます。

それから、国民選択の可能性ということで申し上げますと、健康保険の組合によっては、ジェネリック希望カードとか、保険証に張ることができるシールを配布しているそうですが、共済組合ではそんなことはやっていないそうです。お膝元でそもそもそういうことをやらないこと自体がおかしいのではないかと思いますので、これはむしろ各大臣に、ぜひとも足もとのところで徹底をお願いしたいと思います。これがまず第1点目でございます。

それから、第2点目が医療機関について。麻生大臣の資料の中に金融機関の収益のお話がありましたが、医療機関の収益を考えると、一つ、問題点として指摘させていただきたいのが過剰設備の問題です。日本はCTとかMRIが非常に普及して、OECD諸国対比でも非常に普及し過ぎている。それだけ普及していながら、まだ医療機関は収益を非

常に上げているわけですから、それが医療費にもはね返っていることを考えると、医療機関の過剰設備ということについても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います。

ちなみに、アメリカは皆保険ではありませんけれども、高額な医療危機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いといけないということをやっていると伺っておりますので、やはりそういったコントロールをすべきではないかと思います。

3点目は、先ほど公立病院についてお話が出ましたが、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というところもあるのではないかと思います。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いけないわけですし、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ります。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いないのではないかと。そこを整えることも必要ではないかと思います。

4点目は雇用保険でございます。先ほど雇用保険について御説明を頂戴し、その趣旨はよくわかりますが、改めて申し上げたいことは、雇用保険の残高がもう6兆円に達しているということです。リーマンショックの後でも、少し減っていますが、その後、どんどん積み上がっている。一方で、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ますが、その規模は数百億円だと思います。6兆円という残高はやはり過大ではないのだろうかと思います。国庫の繰り入れをやめる、あるいは保険料を下げる。保険料を下げることについては、下がれば、そのお金は賃上げとか、人材投資の原資にもなると思っていますので、数年にわたって国庫繰り入れをやめる、保険料を下げるという方向で検討いただけないものだろうかということも改めて申し上げたいと思います。

以上でございます。

（小林議員） 私は2点申し上げたいと思うのですが、1つは、今後の医薬品開発の難しさについて、それと、チーフ・ヘルスケア・オフィサー、つまり管理人、そういったものの提案をさせていただきたいと思います。

医薬品開発は、従来、低分子で、一定程度の確率で出てきたわけですが、今後、抗体医薬、あるいは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おります。新薬は医療の中身をますます充実させる一つの要素でございますが、現状ですと、新薬を創出できる国は世界で先進の7カ国程度でございます。そういう状況を踏まえまして、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おると認識しておりますが、2013年3月期の日本の製薬企業の業績を見ますと、上位8社の平均売上高営業利益率は19.5%でございます。一方、その研究開発比率はむしろ多くて、20.2%に上っている。

欧米の利益率は30%ということで、日本の利益率の10%上でございます。ベンチャー企業の使い方等含めまして、国際競争力の観点でも見劣りしているというのが現状でございます。新薬開発の難度が増しております、ここまで費用をかけながら、大型新薬というのは年にせいぜい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 of 事業であると思われませんが、ジェネリックのような薬価政策については、本日の御指摘のとおりとは考えるわけですが、創薬のインセンティブの重要性をよく認識して、今後の政策立案をお進めいただきたいというのが1つでございます。

2つ目は、既に一部の地方自治体や民間企業にその動きが見られるわけですが、保険管理規定に基づきまして、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い、それをプロモートする意味で、CIOがあるように、あるいはCEOがあるように、CHOといいますか、チーフ・ヘルスケア・オフィサーといったものを民間でも、あるいは都道府県単位でも、管理者、リーダーを各組織に置くということはどうかという提案でございます。

先ほど厚生労働大臣のお話にございましたけれども、保険者によるデータヘルス事業の推進とか、保険者協議会の取組等々とまさに関連いたしまして、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、国民の健康リテラシーを向上させて、結果として医療費を抑制するというのも一案かと思われまふ。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感じております。

以上でございます。

(菅議員) 一点だけ。厚生労働大臣にお願いなのですが、ICTの利活用、これは韓国でたしか10年ぐらい前にやって、2～3割、一挙に医療費が減ったという実績がありますので、それを検討していただきたいと思ひます。

それと、公立病院ですけれども、厚生労働省もたしか7～8年前ですかね、赤字で所管しているものを全部売却しました。二十幾つか何か。売却した後、民間でやっているのが全て黒字になっていますから、そこもぜひ検証していただきたいと思ひます。

(甘利議員) 厚生労働大臣。

(田村臨時議員) ICTの利活用は、今も御報告しましたとおり、やれる範囲でやってきておりますが、マイナンバーが、法律は通ったのですけれども、これが動き出すまで、まだ時間があります。動き出した後、番号制度を医療のデータにどう使っていくのかという部分で、実際に使える部分もあるのですが、個人情報ということと、使うとなればそれなりのインフラの整備も必要だと思ひます。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見ていくのか。それはお金がかかる話でございますから、そういうことも踏まえながら、一方で個人データということがございます。中のデータはもちろんそのまま使わずに置きかえますから、ある程度、情報のセキュリティーというものは、生のデータをそのまま動かすわけではありませ

んが、それにしても、個人情報というものをどう守るかという議論をしなければなりませんので、なるべく早くそういうところをクリアしながら、今、言われ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と思います。

それから、社会的入院の話が出たわけですが、まさにそのとおりでございます。だからこそ、病床、病院等の機能の分化、連携をやらなければいけない。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ということになれば、無駄がかなり無くなる。先ほど申し上げたのは、重点化・効率化をすることによって、本来必要ない医療を受けている人たちに、必要のある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方からこの御報告をいただきましたので、そのために、いろいろな方法はあるのですが、診療報酬改定で誘導していきたいというところがあるものですから、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ということでございます。

それから、ジェネリックについてはおっしゃられるとおりでございます。今、新しいロードマップで60%を目指して我々も取組み、フランス並みに何とかしてまいりたいなと思っております。また、呉のお話でしたが、保険者と地域の医師会、歯科医師会、歯科医師会はあれかもわかりませんが、薬剤師会、いろいろなところが協力して、糖尿病を予防する、重症化を防ぐということで、かなり医療費が削減できた。これをぜひとも横展開をしていきたいと思っておりますし、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、その辺りの役割を果たしていただきたいと思っております。その事業もいよいよ始めてまいりたいと思っております。

公立病院の話は、今、官房長官からいただきましたので、しっかりと受けとめさせていただきますと思います。

CHOの話は、どういう人材をこれから育成しなければいけないのかという点もありますが、良い御提案だと思っておりますので、しっかりと受けとめさせていただきますと思っております。

申し上げますけれども、雇用保険は、本当を言うと、本則25%を国が見るところを、13.75%ということで、55%しか見ておりません。ここがなかなか難しいところでございまして、今でも55%しか見ていないものを、更に引き下げるということになる、労使ともかなりここは不満が出てくるであろうところでございまして、なかなかこの場だけで決めづらいという部分は御理解をいただきたいと思っております。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ます、この原資にも使わせていただきたいということもございまして、その点をいろいろと考えながら対応させていただきますと思っております。

以上でございます。

(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。

(田村臨時議員) 薬価の引き下げたものを使って、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、質が高くて効率的で、重点化・効率化をした、そういうような医療提供体制をつくっていきたいということでございます。

(高橋議員) ここについては、お答えとしてはノーだということですか。

(田村臨時議員) ノーとこの場で言うと、なかなかつらいところもあるのですが、難しいとは思いつつ、今、発言をさせていただいたということでございます。

(甘利議員) はっきりおっしゃっていいですよ。

(田村臨時議員) それは難しいと思います。今回が本当に最後の機会だと思っています。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年までに変えなかったら、しっかり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りませう。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。ですから、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ぜひやらせていただきたいという思いでございます。

(安倍議長) 薬価が下がった分、適正化に使うとは、どういうふうにするのか。

(田村臨時議員) わかりました。また詳しい方法をお示しさせていただきたいと思っております。

(安倍議長) それと、ジェネリックと画期的新薬について、アメリカは90%ジェネリックを使っているにもかかわらず、画期的新薬がアメリカから次々と生まれてくる。これはどうしてこうなっているかということは着目してみる必要があるのかなと思います。

(高橋議員) 日本の薬品業界の研究所の研究によると、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。ところが、総理がおっしゃったように、そこで競争が激しくなるので、逆に今度は、その競争力でもって新薬の開発が活発化すると。市場が競争的になるので、新薬も生まれてくるということです。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かいうことは全くないと思います。

(甘利議員) 小林議員。

(小林議員) それと、新薬の創出能力というのは、日本の場合、1社1,000億円あたりの開発費ですけれども、海外の大きいところは5,000億とか4,000億円の規模で、それと、ベンチャー、アメリカはボストンを中心に、あるいは西海岸含め、小さいところで大変な芽を見つけて、それを大きいところが吸い上げる、そういう仕掛けができていますので、ジェネリックとの連関というより、新薬開発ビジネスはかなり独立している問題ではなかろうかと思っています。それと、日本の場合は、売上高はせいぜい世界の中の十何位ですね。そういう会社のスケールの部分の差と、一方ではベンチャーのような小さいところが研究開発を自由にやっている、この力の違いが出ていないかと思っています。そうは言っても、新薬開発のトップがアメリカでございまして、2位がスイス、3位が日本でございませうので、日本に開発力はあると見るべきで、いろいろ仕掛けを変えていけば、十分闘えるとは思っています。

(甘利議員) 総務大臣、自治体病院の件で何かありますか。

(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わけでありまして、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が3割でありましたが、それが24年度に5割となっており、一定の成果は見られていると思います。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と思っております。

(甘利議員) 麻生大臣。

(麻生議員) 自治体病院には労使関係の問題もある。また、薬を各自治体がまとめてみんな話合って買えばいい。そうしたら、価格はもっと下がるので、それをまた各自治体に配る、こういう知恵も必要ではないか。

(安倍議長) 自治体病院の事務長というのは医療経営の専門家ではないことが多いですね。自治体によって、医療経営の専門家を入れたところは、画期的に経営が改善しているところもあるのです。自治体病院というのは経営の仕方かなり画期的に変わるのではないかと思います。

(菅議員) 先ほど私は厚生労働省の関連で売却したのはみんな黒字だという話をしたのですが、窓口で売却を担当した職員は「今まで売却したところを見てください、全部黒字になっています」と、言って売却して歩いたのです。その方も労使関係の話をしていました。それはあまりにも職員に対して甘過ぎると、そういうことでした。ですから、一回検証していただきたい。

(田村臨時議員) 医師の収入が増えているというお話もございましたが、そういう数字も出ておりますが、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のです。決して医療職の方々は給与が高くないということはひとつ御理解をいただきたいなと思います。もちろん組合は別かもわかりませんが。

(甘利議員) 高橋議員、ありますか。

(高橋議員) 後発医薬品の使用を促進していく、今まで厚生労働省は目標を掲げていらっしゃいましたが、それが実現できていない。フランスの場合、医薬品については、後発医薬品は保険でカバーする。それ以上であれば自分で払ってくださいと、そこまでやっている。ですから、今回、保険者の中で後発医薬品を使わないところについては、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ということをお願いしたわけで、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強調させていただきたいと思っております。

(甘利議員) 佐々木議員。

(佐々木議員) 今回、この場に及ぶに当たって、厚生労働省からいろいろヒアリングさせていただいたのですが、さきほどの薬価の差益の部分はどう流用していくかという議論の中で、産科と小児科は本当に大変なので、そういったところに差益を流用するという

話がありましたが、これから少子高齢化でもって、出生率を上げて成長していかなければいけないと言っているときに、流用の予算でそんなことをやっているようではだめで、本当に産科とか小児科をしっかりとすることによって、相応にちゃんとしたベースを作るのであれば、それなりの処置が必要だと思うのです。全部流用という考え方ではなくて、とにかく必要なものはどういうふうに要求するか。流用は絶対やめると。

(田村臨時議員) 必要な出し方をしっかりとさせていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(甘利議員) 今日は大変有意義な議論ができました。

それでは、ここで総理から御発言をいただきますが、その前にプレスが入ります。

(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下したのは、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ります。

こうした中で、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と思います。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初めとして、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ります。

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と思います。

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と思います。

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おりますが、依然として、多額の補助金に依存する体質になっています。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と思います。

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て、年末予算編成に向けて、更に議論を深めていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(甘利議員) それでは、プレスはここまででお願いいたします。

(プレス退室)

(甘利議員) 新藤大臣、自治体病院の黒字判断の話ですが、運営費の補助金を自治体から入れた上で黒字だ、赤字だとか判断しているのでしょうか。そこは厳しく精査をして下さい。

(新藤議員)　そうですね。ぜひ厚生労働大臣とよく相談をして、でも、これは厳しく切り込みたいと思います。

(甘利議員)　では、よろしく申し上げます。

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の策定に向けまして、主要な歳出分野の審議を進めてまいります。これで本日の諮問会議を終了します。

(以　上)