

第1回ライフイノベーションWG 議事概要

1. 日時：平成22年4月5日（月）14:00～16:00

2. 場所：永田町合同庁舎7階特別会議室

3. 出席者：

（委員）阿曾沼元博、大上二三雄、大橋弘、川淵孝一、黒岩祐治、角南篤、土屋了介、
椿愼美、松井道夫、真野俊樹、三谷宏幸、相澤光江、草刈隆郎

（政府）田村大臣政務官

（事務局）松山事務局長、小田審議官、吉田参事官、筒井企画官

4. 議事概要：

松山事務局長 それでは、ただいまから「規制・制度改革に関する分科会 ライフイノベーションWG」の第1回会合を開催させていただきます。

皆様方には、御多用のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

初めに、この会議の進行でございますけれども、規制・制度改革担当事務局の事務局長を拝命いたしました松山と申します。よろしくお願いいたしますと思います。

まず、開会に当たりまして、規制・制度改革分科会の会長代理、また当WGの主査でもございます田村政務官よりごあいさつさせていただきます。よろしくお願いいたします。

田村政務官 皆様お疲れ様でございます。本日はお忙しいところ、お集まりをいただきまして、本当にどうもありがとうございます。

今、事務局長から御紹介がありましたように、行政刷新会議の規制・制度改革分科会では、大塚副大臣が分科会長、私が分科会長代理、そして各WGでは私が主査を務めるという建付で今回スタートをさせていただくことになりました。大塚副大臣と私の上には、行政刷新会議のメンバーでもある枝野大臣が担当の大臣としている。その政務三役で今回皆様とともに規制改革を進めていこうということで、新しい体制をスタートさせていただくWGの第1回でございます。

前から規制改革会議で御尽力をいただいた方、そして今回新たにお越しいただいた方もいらっしゃいます。今後の進め方として、基本的には6月までにある程度の一定の方向性をつけるというのが1つの大きな区切りでございます。期間は大変限られておりますけれども、皆様の英知を結集して、各省庁との折衝については、私あるいは大塚副大臣、政務三役が前面に立って交渉をして、できるだけいろんな意味での改革を進めていくべく、全力で頑張っておりますので、どうぞ皆様のお力を賜りますように、心よりお願いを申し上げる次第でございます。

本日も2時間、皆様の御意見をいただきながら、有意義な会議にさせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

松山事務局長 ありがとうございました。

それでは、本日は初回でもございますので、各委員の皆様から、一言ずつ頂戴できればと存じます。お手元の資料1の3ページ目に「ライフイノベーションWG」のメンバーの方のお名前を書い

でございます。この名簿に沿いまして、ごあいさつをいただければと思います。時間の関係がございますので、1分以内ぐらいでお願いできればと思います。

それでは、阿曾沼委員からお願いいたします。

阿曾沼委員 阿曾沼でございます。

私は2002年に規制改革会議に入りまして、7年間、規制改革会議の仕事をさせていただきました。初めの3、4年は本当に勉強の日々でございました。そして、後半の2年間は闘争の日々でございましたが、今また新たな気持ちで再出発をしたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、大上委員、お願いいたします。

大上委員 大上でございます。経営コンサルタントをやっております。

それ以外にボランティアで、40代半ばの人材を日本の将来のリーダーを育成するというプログラムへの協力を2000年からずっとやっております。ISL、九州・アジア経営塾、2008年から東京大学のエグゼクティブ・マネジメント・プログラムの立ち上げからずっとやってきております。

そういう意味で、私自身の力は限られておりますが、その300人の教え子と東京大学の先生方の知恵と英知を結集して、この場に少しでも協力をしていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、大橋委員、お願いいたします。

大橋委員 東京大学経済学研究科の大橋と申します。

私は経済学の中でも専門分野が産業組織という分野でございまして、消費者行動の観点から産業の育成あるいは成長というものを実証的に分析していくのが私の研究テーマでございます。

今回、ライフイノベーションということで、医療、介護を含む部分で、消費者視点に立って、将来の医療供給体制を見据えつつ、どういうものが考えられるかということをお願いさせていただきますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、川淵委員、お願いいたします。

川淵委員 東京医科歯科大学医療経済学分野の川淵と申します。

私は2000年4月、この前の前の前身であります規制改革委員会の参与を1年務めましたけれども、何もやらないで終わってしまいました。1つだけやったと思うのは、いわゆる混合診療の理論的整理と実態調査です。言われて久しいんですけども、保険医療と保険外負担の併用について、余りレポートがなかったので兼務しておりました、日医総研で「保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書」をまとめました。その後、2003年に構造改革特区に供給過剰の歯科医師を何とか医師にコンバートできないかという提案も申請しましたが、これも応援むなく費えました。今回は政治主導ということでありますので、閉塞感みなぎる日本の中で、何とかブレークスルーができればなと思っております。よろしく申し上げます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、黒岩委員、お願いいたします。

黒岩委員 黒岩祐治です。

去年の9月でフジテレビを辞めてフリーになったのですが、ちまたでは政治に出るんだろうと言われて、やかましくてしょうがないのですけれども、絶対に出ませんので、この場で一生懸命政治の後押しをしたいと思います。よろしくお願いします。

松山事務局長 ありがとうございます。

角南委員はちょっと遅れられておりますので、後ほどお見えになったところでお願いします。

それでは、土屋委員、お願いいたします。

土屋委員 土屋でございます。

癌研有明病院の顧問をやっておりますが、3月31日を超えて4月1日までは築地の国立がんセンターの病院長をやっておりました。ちょうど独立行政法人化するときに、借金をいかに減らして、天下りを阻止するかということで、何とか半分成功したところで癌研の方に引き上げてまいりました。今後は民間の立場でいろいろと発言をさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、椿委員、お願いいたします。

椿委員 公認会計士の椿と申します。よろしくお願いします。

今、監査法人に所属しておりまして、上場企業の監査が主なんですけれども、一部ヘルスケア分野ということで、本当に貧しい経験なんですけれども、自治体病院等の経営改善のアドバイス等をした経験がございます。

ですので、余りお役に立てるかどうか、一生懸命やりますので、よろしくお願いします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、松井委員、お願いいたします。

松井委員 松井証券の松井です。

2007年に規制改革会議の委員になり、以降3年間、医療担当主査として活動してまいりましたが、フラストレーションがたまった3年間でした。

その思いの丈を多少述べさせていただいたものがお配りしたコピーです。厚労省は分割するより廃止すべしなど、かなり極論を述べていますが、そのぐらい医療を巡る問題についてはいろいろな思いがある次第です。今回は、そのときの経験も踏まえて活動していきたいと思います。よろしくお願いします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、真野委員、お願いします。

真野委員 真野と申します。

一応医師でありまして、医師の立場も踏まえて、医療経営とか、最近では医療の国際化といったことを研究させていただいております。よろしくお願いします。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、三谷委員、お願いします。

三谷委員 ノバルティスの三谷でございます。

外資系は私だけかと思いますが、こういった形の場所に初めて呼ばれました。

ノバルティスという会社はスイスの製薬会社でして、世界で3番目ぐらいの大きさになります。その前はGEという会社に15年おりました。

できるだけ日本のこういった政策というか、医療をよくしたいなと思いますので、できれば何らかの形で力になればと思います。よろしく願いいたします。

松山事務局長 ありがとうございます。

また、本日は分科会の方から、相澤委員にも御出席をいただいております。一言お願いいたします。

相澤委員 分科会から参加しました相澤でございます。

今、外資系はお一人だとおっしゃったんですけれども、私の事務所も一応外資系で弁護士でございます。弁護士を32年やっております。医療政策等につきましては、全く門外漢で素人でございますので、勉強させていただきたいと思います。

小泉政権時代の対日投資に関する委員会に参加していたときに、非関税障壁の1つとして医療機器審査体制の問題等を取り上げたことはございますが、医療問題全般については、今回が初めてでございますので、よろしく願いいたします。お医者さんの方もいらっしゃるようなんですけれども、どちらかという利用者という立場で参加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。

松山事務局長 ありがとうございます。

草刈委員も本日は御出席の予定でございますけれども、後ほど参加される予定でございます。

それでは、次の議事、検討テーマに移りたいと思います。

まず、田村政務官の方から御説明をお願いしたいと思います。

田村政務官 資料2をごらんください。簡単に御説明をさせていただきます。

資料2の2枚目にライフイノベーションの検討項目(案)が並んでおりますけれども、1枚目の紙は、事務局としてどうやってテーマを選んだかということの御説明です。

最初に抽出母体であります。

1点目は、草刈議長の下で昨年まで続けていただいていた規制改革会議の提言からも引き継いでおります。

2点目は、「国民の声」の集中期間に新たに寄せられた規制改革に関する提案。

3点目は、国家戦略室が中心になって、今、この政権で作業をしている新成長戦略の観点から、重要事項として提案をされた検討課題といったことが抽出母体になっております。

そして、抽出の視点であります。

1点目は、国民の安心・安全を前提に、新たな民間事業者の参入や、事業者の創意工夫の発揮を妨げているような規制・制度はないか。

2点目は、利用者の立場から見て、多様で質の高いサービスの利用を妨げているような規制・制度はないか。

3点目は、許認可や各種申請に係る書類や手続きなど、国民に過度な負担をかけ、行政の無駄や非効率を生んでいるような規制・制度はないか。

そういった視点から今回抽出をしているのが、2枚目に項目を書いております 13項目になります。

それから、このライフイノベーションWGでは、それほど影響はないんですけども、今回このWGというのは、ライフイノベーション、グリーンイノベーション、環境エネルギーと農業の3分野を重点項目ということで立ち上げております。ですけれども、この分科会としては、提案をしている検討テーマ(案)には、その3つの分野に属さないものというのがある程度ございまして、その扱いをどうするかということは、先週ありました第1回の分科会でも意見交換をさせていただいております。

やはり時間的制約が一番大きいんですけども、また新たに委員を募って別のWGをというのは時間的に極めて難しいということで、ただ一方で、ライフイノベーションに関しては、もともと重たいテーマがかなりありますので、やや機械的にはなってしまうかもしれませんが、その他の分野については、もっぱら農業WGとグリーンイノベーションWGに振り分けようかということは今、案として考えてございまして、金曜日にありました農業WGでも御意見をいただいたところであります。

ただ、なかなか専門分野以外だとわからないという委員の御意見も多々ございまして、そこを最終的にどうするかということは、今回、このWG、そして4時間後にやりますグリーンイノベーションWGでも御意見をいただいた上で確定をしたいと考えているところであります。

私からの説明は以上です。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、草刈委員と角南委員がお見えになりましたので、一言ずつごあいさつをお願いいたします。

草刈委員 すみません、ちょっと業務で遅くなりました。草刈と申します。

船会社に勤めていますけれども、今まで規制改革には6年ばかり関わってまいりまして、今回も何かお役に立てればということで、参加をさせていただいております。よろしく申し上げます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、角南委員、お願いいたします。

角南委員 遅れてまいりまして、済みません。私は専門がイノベーションの研究で、普段は総合科学技術会議や文部科学省などで議論をさせていただいておりますが、特に医療機器のデバイスラグなど産業の育成について関心を持っております。アメリカに十数年いましたが、米国でも日本の医療機器産業の強さについてかなり議論したことがございます。

よろしく申し上げます。

松山事務局長 ありがとうございます。

田村政務官 すみません、1点言い忘れしました。

WGの固定メンバーというのは、今、リストをお配りしておりますけれども、分科会本体の委員の方は、特定のWGに所属をしている方とそうでない方がいます。それはいずれにしても関係なく、分科会の委員は御希望に応じて、それぞれのWGに参加をしていただくということにいたしました。ですから、今日はWGに所属していない分科会の委員の方も何人が御参加をいただいているということでございます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、早速、内容について御議論をいただきたいと思います。

政務官から御説明をいただきました資料2、資料3を中心に、これからライフイノベーションWGで御検討いただくテーマについて御意見をいただければと思います。

1時間ほど、この検討テーマにつきまして御意見を交換していただければと存じます。よろしくお願いします。どなたからでも御自由にとと思います。

松井委員 最初に議論の方法について決めておく必要があると思います。ルールのようなものを定めておかないと、意見の羅列に終わってしまって、收拾がつかなくなる恐れがあると思います。

田村政務官 まずは、このテーマを全部できればいいですけども、優先順位なのかなという気はしています。ただ、それも優先順位の付け方にもいろいろ議論があるところだと思いますが、ルールというのは、委員がおっしゃるのはどういうものですか。

松井委員 例えばどういう視点からテーマの選別をするのかなど、議論をどのように進めていくかといった方針を最初に決めておく必要があると思います。テーマは多岐に渡っていて、重要度の高いテーマから比較的議論が少ないであろうテーマまで混在しています。何よりもこれを全部取り上げるのは現実的ではないので、これらのテーマからどの程度抽出して、どういう形で整理するかという方針を定めないと、議論が錯綜すると思います。

なおかつ、医療については、私も門外漢だったわけですが、かなり専門的ですし、言葉ひとつ取っても、何を意味するかよくわからないという方もいらっしゃる。その観点から、全てのWGで主査をされて多忙な田村政務官を補佐して議論をリード、または整理していく役回りの人が必要ではないかと思えます。

田村政務官 先ほど言い忘れたんですけども、私は今、主査をやっていますが、後で委員の中からどなたか主査になっていただきたいなと思っていまして、まだ3つのWGのどれも主査は決めてはいないんですが、そこは早いうちに決めて、そういうリーダー役になっていただければなというのは、今、考えているところであります。

ただ、今、この場でそういうリーダーをすぐ決めることはできませんので。

松井委員 ただ、先ほどのスケジュールでは、連休前ごろにはある程度議論の整理をつける必要があるのではないですか。

田村政務官 ですから、今週中ぐらいには決めなければいけないですね。次のWGのときの前には決めなければいけないのかなと、今、思っているところです。

松井委員 そうすると、議論できるのは4回ぐらいですから、結構絞っていかないと間に合わないのではないのでしょうか。

田村政務官 今日、そういう意味では、まさに優先順位というように単純ではないわけですが、6月というか、5月末ぐらい、2か月ぐらいが一旦の区切りでありますので、それまでに片がつけられる可能性があるか。そもそも大きな目玉として、今後の行政刷新会議というか、結論が出なくても分科会で相当力を入れてずっとやっていくもの、あるいは2か月で三役レベルで片がつくのではないかとか、そもそも到底1年を見ても無理だから、しばらくこれは単に項目として残しておけばいいのではないかとか、そもそも項目としても別にこの規制・制度改革分科会で取り上げるに値しないとか、そういったようなそれぞれの項目についての御意見をいただくのかなという視点もひとつ、今日の議論というか、皆様の御意見ではいただけたらいいのではないかと思います。

ただ、そこは客観的なものはないと思いますので、それぞれの委員の方々の個人的な思いも含めて、お話いただけたらいいのではないかなと思います。今日の2時間で一定の方向性を見つけるというわけではありません。

松井委員 この議事録は公表されるのでしょうか。

田村政務官 議事概要は公表します。ただ、オープンにしていないのは、今日はそんなに意見が出ないかもしれませんが、今後、実際に各省庁とどうやりとりをしていくかというときに、いろいろ戦略的なこととか、余り表に出さない方がいいようなことでも委員の方が御発言できるようにという意味で公開にしていなくて、議事要旨もそういった発言はこちらの判断で削除してしまった方がいいかなということで、そういう扱いにしています。

松山事務局長 委員の皆様の方からも、ここは非公開にしてほしいという御指定をいただければいいということです。

田村政務官 個別の発言に関してですね。

黒岩委員 私がよくわからないのは、今までのこういう会議というのは、政治とは離れたところにひとつあったわけですね。そこに検討を投げかけて、まとめたものを返してもらうという、いわゆる審議会方式でずっとやってきたわけですね。それが政治主導という形になったときに、そのところがどう変わっているのかということなんです。

私などが思えば、散々混合診療にしたって議論はされてきたわけでしょう。私などはやればいんじゃないと思うわけですよ。何を我々は議論するんだと。もう一回混合診療のことを一から勉強し直してといたって、もうやってきたでしょうと。そうしたら、あとは政治が結論出すだけです。我々の気持ちとしては、例えば大塚さんや田村さんのブレーンだと。どうやればこれを実現できるかをみんなで考えようということで相談を持ちかけられているのだったら、その対応の仕方はあるけれども、田村さんがここにいらっやって、みんなの意見を聞いていて、では皆さん採決を取りましようとか、混合診療にいきますか、いきませんかという話をするんだしたら、とても余裕がない。

だから、この会は一体何の会なのかという位置づけは、ちゃんとした方がいいと思いますよ。

田村政務官 混合診療のことは、今、黒岩委員を始め、何人かおっしゃいましたけれども、私も個人的にはそうですが、現状として各項目について、それぞれの担当省庁がどう考えるかということの問い合わせをしております。各担当省庁は、それに対する回答はしっかり政務三役の了承を

得た上で返してくる。その期限はいつごろでしたか。

松山事務局長 4月9日です。

田村政務官 ですから、4月中旬にはその回答が返ってくるわけです。

もしその時点でやりますということであれば、それで確かに終わる。そういうものがあるのかどうか分かりません。それは、やはりどんな項目についても、各議員の考えが違ったりしますので、ライフに関してはもっぱら厚生労働省だと思えますけれども、長妻大臣を始めとする三役がどう考えるかというのは、まだ聞いてみないとわからないですね。

もしやりますということであれば、それで終わります。ただ、それはやらないというものもかなりあるだろうというのは予想されるところでして、その場合に、今までの蓄積もありますけれども、黒岩委員がおっしゃったように、いろいろなお知恵をいただきながら、更に議論をして、その三役と議論をしていく。勿論、事務局が各省庁の事務局と先にやりますけれども、5月ぐらいには、三役レベルで議論させていただいて、ただ、そこでも平行線だった場合、規制改革分科会は枝野大臣で、更に行政刷新会議というと仙谷大臣も絡んでくるわけですが、担当省庁の三役とは考えが異なるというか、規制会議でやるべきだと対立をしている場合、ある意味事業仕分けと同じような感じになるわけですが、行政刷新会議でそれは進めるぞと決定をすれば、それによって各省庁に対して実際圧力というか、ある意味その方針を更に三役より上から決めていくということが出来る突破口になるだろうという発想です。

阿曾沼委員 混合診療問題は非常に大きな問題なので、皆さん興味のあるところだと思いますが、混合診療問題で例えば厚労省が何を言うかという点については、今までの数年に渡る規制改革会議の議事録等を見れば、わかっているわけです。

田村政務官 ただ、そこで三役の考えがまだわからないんです。そこは事務方と三役の言うことは同じではありませんので、そこは個人的な思い、まさに厚労省の三役はそれぞれかなり専門の人ですから、最終的には大臣ですけれども、その三役が変わったことによって、ですから、事務方の意見をそのままそうしようということにするのか、場合によっては部分的に受け入れて変えようというかというのは、厚労省に限らないですけれども、実際は三役によって変わってくるんですね。

松井委員 今のお話を否定するわけではないのですが、ただ、事実として、例えば混合診療について議論する過程で、厚労省が巧妙に論点をすりかえてきたという経緯があるのです。

つい数年前にも、混合診療を一步進めようとしたところ、薬事法を絡めて厚労省の課長通達一本で、実質的に骨抜きにされたなどといった経験を山ほどしているのので、政務三役には大いに期待しますが、そういう問題がありますよと事前にこちらで念押ししておく必要があると思います。これが政治決着ですと言われて、押し込まれてしまったら、もうそれで議論が終結してしまうわけです。従って、問題はその辺の議論をどのように並行してやるかだと思います。

混合診療など議論を尽くしたテーマは、アプローチの仕方によっては、解決の方法が見えてくるのです。でも、厚労省は保険外併用療養費制度をもっと拡大するとか、そういう形で逃げて、「やりますから」と言ってくることは明らかであり、それでは一向に前に進みません。従来からの議論のやり方を繰り返していいのか、疑問なのです。

土屋委員 私は去年の6月から規制改革会議のお手伝いをしていたんですが、今回、この分科会の名称が「規制・制度改革」となったことに私は大変期待をしてきたんですが、この研究テーマを見るとがっかりしたのは、やはり個々の規定内容だけなんです。今回「制度改革」という言葉が入ったのは意味合いが大きくて、散々これは言ってきて、もうあとはやるだけだとおっしゃるように、やるだけなのができないのが、まさに今、厚労省の制度によるシステムの問題なんです。それをテーマにしないと、これはまた元の木阿弥で同じ議論をやって、また結局、厚労省はやったけれども、またごまかされて結論は出ない。

ですから、やはりこれは医療政策の決定過程の制度そのものを見直すんだという提案をしない限り、これらのものは実現できないだろうという気がしますし、また、医療本体も含めた医療産業の事態が構造改革をしないとだめだというのが個々の規制の内容なわけです。ところが、社会の変化に医療の構造が追いついていないのにもかかわらず、そこが今の厚労省という前提の下で議論をしても、結局はまた何も実現できないということではないかと思うんです。

ですから、このポチの後の「制度改革」についてのテーマを入れない限り、実現は難しいのではないかというのが第一印象であります。

真野委員 私も入ったばかりなので、今までの状況はわからないのですが、土屋先生が言われたように制度に踏み込まないと実効性は難しい。先ほど言いましたけれども、現職の医師ということもあって、医師仲間からの話を聞くと、これはどこまでわかっていて反対しているかわからないような内容もあって、厚労省は勿論そうなんです。医師会かどうかは別として、そういう医師という現実に医療をしている人もいますので、やはり土屋先生が言われるようにしないと、多分また議論をして、お互い闘って終わりという気がする。是非そこはやっていただきたいと思います。というか、やりたいですね。

松井委員 ここには個別にテーマが取り上げられていますが、その根底には大きな制度問題があるのです。例えばPMDAひとつとっても、そう簡単な議論ではないのです。これはガバナンスのあり方そのもの話ですから。これは戦略室などが決めるマターであり、そうした組織と連携していかないと、こちらで幾ら議論をしても、議論が全くかみ合っていない恐れがあります。要するにあまり生産的ではない。

松山事務局長 ほかに御意見はございませんでしょうか。一当たり皆さんのお考えをお伺いできればと思います。

川淵委員 田村政務官も忙しいので結局平たい話、2か月間ぐらいしかないわけですね。

しかし規制改革は、もう95年の橋本内閣以来ずっときた話で、もう手あかがついているぐらいです。私が先日面白いと思ったのは、例えば大阪府医師会の調査委員会が、混合診療について賛成か反対かを聞いたら、勤務医の人は37.5%が容認と言っている点です。診療所の先生も18.0%は賛成と言っている。

であれば、仙谷大臣が言っていたように、「賛成」しているしかるべき医療機関で「機関特区」をやってみてはどうか。地域医療特区はうまくいかなかったので、機関特区にして、いわゆる社会的実験をやってみてはどうか。今、高速道路の無料化についても社会実験を実施すると言っている

す。

つまり、何を言いたいかという、議論は大体出尽くしたということです。松井委員が言うように、相手の言うことも大体わかるわけです。みんな「立場」で物を言いますからね。しかし、この閉塞状況を乗り切るには、やはり「やってみせ、言って聞かせて、させて見せ、ほめてやらねば人は動かじ」。まさに山本五十六の格言ではないが、具体的な形にして見せることです。日本に一番欠けているのはその行動力ではないかと思います。今回は政治主導というところに国民が期待しているのではないのでしょうか。

松井委員 そうした議論はありえますが、特区など限定的なところにとりあえず逃げておくというような、問題先送りの手法は、結局は時間が経つと元に戻ってしまったということになりかねず、留意する必要があります。今まで何回もそうした巧妙というか姑息というか厚労省の悪知恵に煮え湯を飲まされていますから。

ともすると、こういう短期間で議論すると、「特区でとりあえずやってみよう」という議論になるのですが、相当に警戒する必要があります。

阿曾沼委員 そうなってしまうと困りますね。

松井委員 本当に怖いんですよ。

川淵委員 でも、構造改革特区も今まで医療、介護分野はほとんど通っていませんね。出すけれども、むなしから、結局みんな出さないんですよ。またどうせだめだろうと。初めに「ノー」がありきですからね。

阿曾沼委員 そうですね、それともう一点申し上げますと、医療機関側から見れば、特区でやり始めた事が本当に継続事業体としてずっとやり続けられるか。それを制度がちゃんとサポート、支援し続けてくれるのかということの目算がないと、結局は政治主導の道具として担ぎ出されたというだけで終わってしまうという感覚が、医療現場には明らかに大きいですよ。

真野委員 特区がやっているのも、いろいろ縛りが多くて、実際には医療でやっているのもあるけれども、縛りが多いゆえにうまくいかないという面もあるから、そこをもうちょっと大胆な特区にしたほうがいいのではないかと。

川淵委員 今、株式会社立医療特区なんて1個しかないんですよ。それも全部自費でやれと言っています。これでは続くものがいませんね。

阿曾沼委員 土屋先生も同じ御意見なのではないかと思いますが、民主党政権が言っている地方分権ということを医療の分野で考えたときに、地域医療計画というものの在り方、病床規制の在り方という事を考え直す事が重要であると思います。実はこの問題は2002年から規制改革会議でずっと議論しているのですが、ほとんど何の解決もできていないのです。病床規制を含む地域医療計画の策定に、現実問題として地方がどれだけ主体的に関われるかという課題をどうやって解決するか、具体策を議論するのは、非常に重要だと思います。

更に申し上げれば、国が中央集権的に関与し実質的に経営している独立行政法人の国立病院が全国に百六十余もあります。それと同列で議論の対象となるべき社会保険病院とか厚生年金病院が本当に中央集権的な経営の在り方で本当にいいのかを真剣に議論しなくてはならないと思います。

地域医療の一翼、あるいは中核的役割を担っているそれらの病院の在り方をどうするかということ
を今議論するということはすごく重要な事だと思います。そういう議論もこのワーキングの議論と
して是非加えていただきたいと思っています。

松井委員 基本的に、医療というのは、言ってみれば、戦後ずっと、現物給付・配給制度でやっ
てきたのです。配給制度というのは、まさに農業でやっていた食糧制度と同じです。結局、食糧制
度は廃止になりましたね。医療の現状は、食糧制度廃止以前の段階、自主流通米をどうするのかと
言った議論をしている段階なのです。日本の医療がここまで追い詰められているときに、また自主
流通米を地方で試してみましようといった議論をすれば袋小路に入ってしまう。根本的な思想
というか、大きな枠組みをはっきりさせないと、幾ら議論しても前に進めないと思います。逆にい
えば、そうした思想がはっきり決められれば、その文脈で様々な個別のテーマが解決していくと思
います。

大上委員 今までの議論を聞いていますと、非常に関係が冷え切った夫婦が今後どうするかみた
いな、お互いの出方を議論するみたいな感じがします。私は国土交通省の成長戦略会議で10月か
ら議論をしておりますが、観光だとか航空、各分野で今、規制改革項目リストを全部つくっていま
す。でも、ここで感じておられるようなフラストレーションというのは全くない。

何故かといえば、国交省の政務三役がどうお決めになって実行するか。それについて我々が提言
をきちんとまとめることが使命である、それが明確なんです。だから、国交省の内部で収まるもの
は、それで政務三役がどう決めるか。超えるものは、恐らくこちらに持ち込まれてくるものもある
でしょうし、省庁間で検討もする。例えば観光庁の人たちなどははっきり言っています。ほかの省
庁に対して、私たちが何を言おうが何も聞いてくれません。だから、この項目は政務三役の方々は
是非省庁でまたがって、内閣として取組むことをお願いしますと官僚が言います。そういう意味で、
こういったたぐいの委員会のフラストレーションというのは全くないです。

ところが、今、話を伺っていて非常に思うのは、1つは、もう冷え切った夫婦ですから、各論が
たくさんあるわけです。あのときこう言ったとか、ああ出ればこう言うだろうというのがたくさん
あって、特区があって、地域医療計画、国立病院がどうのこうのとある。

一方で文化だとか思想だとか、今、松井さんがまさにおっしゃったような、私は当時の宮内会長
と八代委員と永井東大病院長と小宮山総長と昼飯を食べて、医療改革の議論を4年前かにちょうど
やったときの話を思い出しますが、要は厚労省と医師会に残る、「民族派的な医療は金で買う、
命は金で買えるのか。あの論理をどう突き崩すかと？」という話で、やはり原理、文化というところ
を語っていたんです。

いろんな分野で、結局医療もそうですし、薬もそうだし、あるいは遺伝子組換え作物の問題や、
原子力の問題だとか、文化が抵抗しているテーマは非常に多いんです。結局、国民が何となくそれ
は嫌だからといって反対する。最近の調査で、日本の若者の特性を他国の若者と比較すると、特異
な点が2つあるんです。

1つは、「ウサギとかハムスターとか、そういう小動物というのが大好き。」

もう一つの特異な点は、「科学は人類を幸せにしない。」これが世界各国の先進国の人間と比較し

たときに、日本人に特異的に現れている点なんです。

こういう国民世論に対してもどう戦っていくかということ、あるいは変えていく、あるいは部分的に譲歩を勝ち取っていくということを検討していかなければいけないので、これは作戦として、どこにどういう事項を置いて、何を出していくか。政務三役が、要は厚労省なり、ほかの政務三役と議論するときに、どういうロジックでこの項目を議論していくのか。結局は、後ろにいる国民とどう議論するかという話だと思うんですね。だから、ある意味官僚はもういいと。ひとまず置いておいて、政務三役が官僚と国民とどう議論するかというプロトコルで今回の議論は政務三役に託すことができればいいのではないかなと思ったんです。

松井委員 今のお話と関連しますが、その基本となる思想を、田村政務官からこういう考え方で行うということを表明してもらわないと、議論が進んでいかないと思います。

もう中央集権で限定列举的に厚労省が箸の上げ下ろしまで全て決めるというやり方は、我々とはならないとかの表明ですね。これは金融の世界では経験済みであり、つい10年ぐらい前は、田村政務官も所属されていた大蔵省のときに、箸の上げ下ろしまで全部当局が決めていましたが、世界の金融大変動という趨勢や金融工学の発展などから、そうした方法ではとてもじゃないけれども監督し切れなくなった。だから、基本的には自由にして、事前規制から事後規制へという逆転の発想で対応したのです。所謂日本版金融ビッグバンで、業者の免許制から登録制への移行とか、手数料自由化とかいったものはその文脈で実施されたものです。これをやらなかったならば日本の金融は世界から完全に孤立したはずですよ。

医療でも混合診療における選定療養や評価療養の仕組みは限定列举方式で、これだけは認めるけれども他はいっさい認めないということをやってきたおかげで先進医療はなかなか発展して来なかった現実があるのです。『やるやる』と言っていながら何年も掛けてまだ百数十例しかないわけです。そうした管理の方法はもう限界であるから、原則的には自由にして、これだけは認められないというものだけを厚労省が定める。今の保険外併用療養制度を事前認可制から届出制にするというようなことで、実質的には全く違う形になるわけです。

そういう議論を進めるのか否かと言った表明をしてもらう必要があるのです。

黒岩委員 同じことかもしれないけれども、言い方を変えると、例えば医療をどんな形にするのかということが一番大きなことで、個別の規制の問題を一個ずつ積み上げて見ても全体は見えてこないです。大枠がぼんと決まれば、あとは全部ぼんと決まる。

例えばこの間、メディカル・ツーリズムについてのシンポジウムをやったんですけれども、メディカル・ツーリズムをやるかやらないかといったときに、医療の国際化というか、開かれた医療をするかどうかということですね。

そこには厚労省の人もいたんですけども、日本の医療というものは、日本人による日本人のための日本の医療だと。それで今まで閉ざされた中でうまくやっていたということがあった。それだけでいいのかということで、開かれた医療にしようといったときに、何が問題になるかというのが全部見えるわけですよ。開かれるためには、外国の医者が来てやってもいいのではないかとか、どんどん来てもらっていいのではないかと。では、そのときにたくさん来てもらうためには、地域のベッド

数の計画だってもっと自由にすればいいではないかと思えてくると思うし、例えば今、松井さんがおっしゃったように、地域主権の医療ということをやると決めたならば、それはそれなりに地域ごとの医療ということも出てくるということもあるし、例えば透明性がすごく確保された医療だといって、いろんな診療データどうのとあるけれども、集めるばかりで十分活用されないで眠っている。これも全部開かれた形にするんだという目標だけを大枠で決めれば、あとは自然にこれをやらなければいけないようになってくるんですよ。

個別を積み上げて、これをどうしましょうか、これをどうしましょうかと言っていてもらちが明かない。その意味がない。同じことの繰り返しだと思うんです。

阿曾沼委員 規制改革会議での活動を通じてすごく感じたのは、厚生労働省は結局だれが責任を取るんですかと言う点に非常に敏感です。彼らの自己防衛反応は、国民は責任を取ってくれますか、企業は責任を取ってくれますか、医療機関は責任を取ってくれますか、お医者さんは責任をとってくれますか。結局は官僚が責任を取られるんだということをトラウマに苛まれています。薬害などの責任の所在はどこに帰着するのが非常に重要な問題です。それは政治が責任を取るんだという明確なメッセージと具体的な方策があると、官僚側も随分変わってくるのではないかと思います。

先ほど申し上げました地方主権という論点と同時に、医療被害の責任論という問題は、すごく本質的な問題で、その議論に真剣に取り組んで、具体策を提示し大胆に主張していかないと、官僚の自己防衛本能を氷解できないのではないかなという気がします。

松井委員 厚労省にとってはすべて安全性という基準で判断するものなのです。今、阿曾沼さんがおっしゃったように、彼らに課せられた責任は安全性であって、それ以上でも以下でもないといった認識の下で、袋小路に追い詰められているといってもいい。それを逆手に一步も外に出ようとしない。その方が楽でしょうから。医療行政を牛耳っている医系技官にそもそも国家戦略などという発想を求めても意味ないことを思い知りましたから。

例えば混合診療の議論でも保険外診療と保険診療を併用するという話は、もちろん安全性を確保する取り組みはした上で、そこからどのように進めるのかという議論をしなければなりません。にもかかわらず、彼らの主張は安全性のところまで議論が止まってしまうのです。ほかの国民経済的な主要観点などには議論が進んでいきません。クローズドされた議論によるフラストレーションを打破するためには政治がそれに責任を持って対応すると言えば、それで済む。ある意味では、医療というのは経済学的に言うと合成の誤謬を思いきりやっているのです。ミクロでは正しいことを一生懸命積み重ねて、マクロではまったく間違えたことをやっていて、それについて厚労省は「私たちは責任がない」という論理展開ですから。この合成の誤謬の世界から脱却しようよというのが、やはり政治主導の一番のポイントだと思っています。

だから、政治家が発する地域主権だとか、中央集権はもうやめるとか、大きな枠組みで、医療については一体どういう哲学でやっていくかということを表明しない限り、我々は議論のしようがないのです。

阿曾沼委員 PMDAの大きな課題の一つに、薬事行政におけるデバイス・ラグとかドラッグ・ラグの解消というのがありますね。彼らは基本的に審査の在り方というプロセスの仕組みの問題に

すり替えて議論しようとするんですね。ところがPMDAの問題というのは、それ以前の問題がいっぱいあるわけです、実質的に許認可権限を持っているPMDAと厚労省が、その組織の内側に患者救済の機能を一緒に内包しているんです。これはやはり切り離さない限り絶対にうまく機能しないと思います。患者救済に関しては、企業や政治的な方策を駆使しているいろいろなところから基金を出しあって、当然ADR機能も持って、新たな組織をつくっていく事が重要です。それをちゃんと政治主導でやりますよということではないと、薬事行政やPMDAの改革の具体案というのは、基本的には出て来ないのではないかと思います。

松井委員 再生医療もそのため議論が一步も前に進まないのです。薬事法による規制は今のままだという話になってくる。

阿曾沼委員 それが今、土屋先生がおっしゃった制度そのものの根幹から見直していくということこそをまず切り込んでいくと、いろんな知恵が出てくるのではないかと思います。

土屋委員 大上さんがおっしゃったように、個々の問題は事前から事後に主体を移さないと無理だと思えます。これは全部の問題に共通したことだと思います。

松山事務局長 先ほど田村政務官からもお話がございましたけれども、確かに開催回数は非常に限られておりますので、次回ぐらいには、ある程度もう方向といたしますか、どれを具体的に取り上げて、5月の結論に結び付けるかということまで、できましたら今日、決めていただいてもいいと思います。

松井委員 本日から議論しないと間に合わないのではないですか。テーマをある程度分類し、絞り込んでいく必要があるのでは。

松山事務局長 今日はやはり第1回の会合ですので、せっかく発令されて、皆さんすべての方の御意見を一応伺って、田村政務官の判断のためにも、来週恐らく第2回を開催させていただきますが、政務官も枝野大臣や大塚副大臣とも御相談されて、政務三役としてこういう方向でやはりやっていただくということを相談されなければいけませんので、皆さんの御意見を広く承っておきたいと思えます。

松井委員 例えば、ここに出ているテーマで、-aなどというのは、厚労省が今、動き出していますね。そうしたテーマについてはひとまず議論から外すといった選択もあると思えます。そうした情報は事務局からの説明が必要でしょう。情報がないとせっかくの議論が無駄になってしまいます。

松山事務局長 これは報道されていますし、ただ、あれは特養にだけ認めようとしていますので、そこら辺がいいかどうか。

松井委員 ですから、厚労省が進めようとしている問題を引き続き、この場で議論する必要があるのかどうかという点を整理する必要があるのではないのでしょうか。

吉田参事官 すみません、事務局でちょっとよろしいですか。

先ほど田村政務官が御説明されたように、ここに書いてある項目については、再度新しい政権の下での政務三役の意見も踏まえて、各省に回答をつくってくれということをお願い申し上げています。それが9日に締切りなので、そういった意味でいうと、今、松井さんがおっしゃられたような、

これは既に厚労省で検討しているのではないのかというところについては、それが文字の形で改めて確認できるということだと思っておりますので、そういったところは、先ほど政務官が整理されたように、先方がやりますということで、それでテーマに位置づけておくけれども、審議テーマからは落とせばいいかと思っております。

それ以外のものについても、相手の出方がこれまでと同じなのか、変わるのか、そこを見極めた上で、まさにプライオリティをつけていただいたものについてどういったら相手に対していいのかどうかというのを御議論いただくということ为先ほど政務官はおっしゃられた。そういうことが事務局の整理でございます。

松井委員 次回の会議というのは、9日の期限を超えるぐらいのタイミングになるのですか。

松山事務局長 来週の前半ぐらいをお願いをできればと思います。

松井委員 厚労省からの回答を待つのは良いのですが、おそらく実のある回答は期待できないでしょう。これまでの議事録を読んでいただければお分かりになると思いますが、彼らの論理はほとんど破綻しています。漫画的といってもよい。過去の議事録、公開討論での局長発言などをいっぺん読んでみてください。笑っちゃいますから。自民党政権末期などにいたっては、急に選挙対策としか思えないような論理が出てきて、それに厚労省は悪乗りした。彼ら官僚は『あれは間違えてました』とは絶対に云いませんから、巧妙に議論のすり替えをして逃げるでしょう。そんなものに付き合っても混乱するだけだと思っております。

大上委員 今、こうやって皆さん言われていますけれども、一人ひとりの、私はフレッシュな気持ちで来ていますし、かなりたまりにたまって、ああいえばこういう状態みたいな方もいらっしゃるようなんですけれども、せっかく委員として集まったので、私は政務三役に本質論から議論をして。

真野委員 それは厚生労働省の政務三役ですか。

大上委員 こちらのです。ですから、大塚副大臣と田村政務官に、枝野大臣も含めて、そもそもこういう考え方はパラダイムシフトすべきだと。それにのっとったら、これとこれとこれとほとんど全部やるべきだという話を私はしていただく、そのための議論をしたいと思っているんですが、ほかの方も多分皆さん意見がおありだと思うので、まずはちょっと皆さんの意見を聞いた方がいいと思います。

角南委員 松井さんのおっしゃったように、私も基本的にはパラダイムシフトの話だと思います。要するに、政権交代が起きて、政策パラダイムそのものが変わる。だから、そこをまず聞いてから、次にそれを具体的にした戦略のような話があるのだと思います。

そうすると、川淵先生がおっしゃったように、例えば特区を利用することにしても、ある特定の機関で実験的に新しい方法を試してみようという話も生きてくるのだと思います。それから今言ったように、規制改革に関わる委員会などの過去の議事録を読んでいると、もう必要な議論は全部出ているのではと感心いたしました。そうすると、やはり最後のところは安全性とか公平性とかというところで決着していないように思います。これはある意味思想的なところもあるので、まさにそういう意味では、パラダイムシフトを明確にしておかないと、おそらく今回も具体的なところまで

議論はいかないと思うんです。

それからもう一つ、やはり政権が変わったということは、新しい目玉があるということも必要です。それで黒岩委員がおっしゃったように、例えばメディカル・ツーリズムとか、グローバルゼーションというものも考えていくということも必要ですし、そういう新しいものも、結論を3か月で出すものと1年間かけて議論するものと少し分けて取り組まないとだめです。

三谷委員 私も全く今のお二方の意見に賛成で、取組み方というのがパラダイムシフトであれば、今回議論をして意味のある行政刷新になるのかなと思います。グローバルの視点から見ていて、日本の医療というのは、やはり産業政策的な視点がない。どちらかというと省庁の縦割りで、安全の議論の方を中心にしている。

だんだん今までのより良い医療の実現のために努力しようという姿勢が、もうなくなってきている。これは、厚労省から来ている疲弊もあるし、制度から来ている疲弊もあると思うんですが、そういうものを変えていくという形で、是非今回は取り組んでいただきたいと思うので、遅きに失する前に、今回出された提案が本当に世の中を変えるという形にしてもらいたいと思います。

松山事務局長 椿委員、どうぞ。

椿委員 私は皆さんほど詳しくはないんですけども、今、お聞きしていて、このテーマを見た限り、どうして反対する声があるのかなという内容だったと思います。いただいた資料を見てみて、反対する基になる背景といたしますか、そこをつぶしていくことによって何か説得できるのかなと。ただ、ここで聞いていると、そんなのはとっくの昔に終わっているぞという状況のようなので、先ほどから議論されていますけれども、根本的な思想から明確にしていくということで、ある意味、芋づる式に全部解決するのではないかということだと思っておりますけれども、その考え方は私としても賛成だと思います。

それと、ほとんど厚生労働省に関わる部分だと思っておりますけれども、社会福祉法人の会計基準を変更するときにも、厚生労働省の中でも全然意見が違って、結果的に会計基準が同じ社会福祉法人で2つもできてしまったということも、私の乏しい経験でも経験しておりますので、やはり本筋のところから言っていって、当然こうなるでしょうということから持っていけないと、皆さんがおっしゃるように、今までと同じ議論の繰り返しなのかなという心配は、聞いていて特に思いました。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、大橋委員、お願いします。

大橋委員 皆さんに特に反対する意見もないですけれども、基本的に医療の世界というのは、私が見るところは、パッチワークでずっと積み重ねてきてしまって、どうしようもない袋小路に入ってしまった。それで1回新しい思想でというのは、まさにおっしゃるとおりだと思います。

特に成長戦略とかという観点でいうと、思えば日本には中小の優秀な部品メーカーがたくさんあって、それが日本の製造業をこれまで支えてきたという部分があるにもかかわらず、ドラッグ・ラグとか、先ほどのデバイス・ラグとか、医薬産業あるいは医療機器産業も含めて、どうも余り目立たず、かなり萎縮してしまっている部分がある。

それというのは、単に医療機器とか医薬品自体の問題というわけではなく、需要側で見れば、医療機関が多すぎるといことも一方でありますし、供給側でいうと、診療報酬の体系であるとか、先ほど出た審査体制であるとか、あるいは薬事法の問題とか、そういうところがやはり根っこの問題としてあるわけです。

だから、そういう根っこの問題を見据えつつ、医療産業、あるいはその周辺産業である医薬・医療機器産業をどうやって製造業とともに飛び立たせるかという観点で考えていくのが方向性としていいのかなと思います。

以上です。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、政務官いかがでしょうか。一当たり皆さんから御意見をいただきました。

田村政務官 確かに多くの委員がおっしゃるように、いわゆる大局的な哲学、考え方というのを共有しないと、もう過去に十分個別の議論をしているというのは、そうなのかなという感じがいたします。

ただではなくて、残念ながら、私は実はこうだ。それに従えという専門性は全くありませんので、あと一方で、このWGは、決して全員一致のものではありませんが、そういう意味では、私が三役と相談をして、これはこうでというのを決める役回りがあります。

ですので、今、単に考えただけなんですけれども、それぞれ委員の方々にそういう思想的にも微妙には違うと思うんですね。ただ、共通項というのはかなりあると思います。それを既にいろいろ御著書等を書いたものがある方でしたら、自分の考え方はこれだと教えていただければ、そこら辺を集約したようなペーパーを事務局がつくるか、ないしはどなたか委員に中心になってつくっていただくのかというのが一番のスタートなのかなという気がしたんですけれども、それは大変素人考えなんです、それについてはお考えはいかがでしょうか。

黒岩委員 私も田村政務官に、あなたが決めることだと突き放しているわけではなくて、それはやはり今の話というのは、すごく大きな話であります。つまり、これは本来総理が決めることですよ。国家戦略局というのができるんだったら、国家戦略として決める大きな方向性ですよ。例えば大きな話ですれば、日本の社会というのは、戦後最も成功した社会主義だという言い方をされたけれども、ある種その典型が日本の医療だと思うんですよ。結果の平等ということであれば、世界でトップクラスだという評価もあるわけだけれども、しかしそこにはひずみがいっぱいあるという中で、我々も実はわかっていないと思うんですよ。民主党政権は、ではその医療をどうしようとしているのか。民主党というのは、割と社会主義的な政策に近いようなところを感じるところもあるわけですよ。自民党の方がもうちょっと自由、自由という競争を持ち込もうとしていたというときに、医療のところをそういう社会主義的なものにするのか、やはりそこにもうちょっと競争原理を入れていくのかということ、それはもうトップが決めるしかないわけですよ。そこで決めたことによって個別に落してくると、この規制はどうなのか、どちらを向いている規制なのかということ判断することはできる。

だから、なるべく早く国家戦略のトップの方で決めてくれと。そうでないと、全くこの現場は動

きませんよと言ってもらった方が話は早いでしょう。

草刈委員 私、余り発言しなくて失礼なんですけれども、今のお話ですが、先ほどから松井さんなどが言っているように、本当に役所と議論をするのは、全く無意味だと思っています。私が規制改革会議の議長で医療分野をやっているときに、ようやく混合診療の禁止項目を大幅に拡張して、一步進んだなと思ったら、何が起こったかという、一課長の通達で我々サイドに一言の連絡もなしに、ほとんどそれをだめにしてしまったということがあったんですよ。

だから、そういう役所を相手にしてもどうしようもないので、先ほどからお話が出ているように、先ほどの言葉を使えば、パラダイムシフトをしましよよとって、我々というか、正常な方はこういうことを今までも言ってきたわけですよ。だけど、パラダイムシフトをしましよよと言っているんだけど、政治家、あるいは先ほど黒岩さんがおっしゃったように総理がと言ってもいいのだけれども、時の政権がやるよと言わないと動かないですね。

だから、私はこれを初めて見たときにすごく勇ましいなと思ってびっくりしたのだけれども、混合診療の原則解禁とか、インターネットの販売を緩和してしまうとか、物すごくいろいろあって、確かにこの中でそうでもないものが3つぐらいあります。胃ろう処置の解禁とか、2、3ありますけれども、主なところは、全部先ほど土屋委員が規制・制度改革でおっしゃった制度に密着するような、制度を変えていかなければどうしようもないというものばかりなのです。

本当にパラダイムシフトを皆さん民主党政権はおやりになる覚悟はありますか。なければ、やっただってしょうがないのではないかというのが黒岩さんの意見だと思うのですよ。私もそこまで要求してしまっているのかなというのが実はあって、本当に正直言ってもらいたいのは、やはりこれは無理だねと。例えばレセプトの話がここに書いてありますが、レセプトのオンライン化というのは、民主党はお手上げ方式とって、好きなやつがやればいいという、何もならない議論をして、大憤慨した覚えがあるのですが、ここの部分は、恐らく民主党としてはできないと思うのです。

だから、できないならできないとはっきり言ってもらって、これと、これとこれはパラダイムシフトをしましよよとってくだされば、私たちとしてもそのサポートは非常にしやすくなるというのは、先ほどから言われていることと感じとしては同じです。だけど、果たして田村政務官がそこまでできるかということもあると思うので、その辺のところはどうなのでしょう。

相澤委員 全体的な議論のお話なんですけれども、民主党の方で政治主導でこういう方向性でということをはっきり決めてくれというのは、ある意味正しいし、その方向性が合わないことを幾ら議論しても、今までの繰り返しだということもわかるんです。ただ、民主党さんの医療政策というものも、今、はっきりこれで決まっていると固定化したものではないと思うんです。

だから、そこにやはりこのWGでせつかくそういう大きな議論をするというのだったら、それを反映させていくということもしないと、例えば地方分権、あるいはグローバリゼーション、透明化とか、そういう抽象的なところのパラダイムでもいいんですけども、それを決めてくれれば勿論いいんですが、その個別の議論になったとき、多分制度的なところでいろいろぶつかるんですね。

なので、ここの議論と双方向にそれをしていかないと、ちょっと時間が無駄かなということと、農業のWGでも出たんですけども、個別のテーマと根本的な制度的なパラダイムシフトの話と、

このWGで並行しながら、だけれども、やはり時間の関係でできるところまで成果を出していくというやり方をとらないと、議論がそのまま拡散して終わらないかなという危惧を持ちますので、両方双方向でやってほしいということです。

真野委員 ややこしいのは、結局、先ほどから議論をしていますけれども、医師とか看護師も含めて、現場が反対している。そういう要素がある以上、やはり全体で、例えば総理なり、民主党なりが方向性を出すというぐらいの勢いがないと、ぶつかるものは多分ぶつかったままで、ですから、先ほどのお話で、我々の委員会で業績を上げるという意味でいくと、割とぶつからないものを先に通していくという話になってしまうと思うんですね。

だから、そこら辺の大きな方針を決めていただかないと、多分混合診療などは、今までのいろんな議論を見ていると、ここで1か月か2か月議論をして持って行ったからといって、それが通らなかつたりあるいは通るとも思えないですね。だから、それを逆に思うと、大局的に落していただくことが重要と思います。

松井委員 そうはいても、これだけ皆さんが集まり、貴重な時間をかけて、議論していくことになるわけです。大局的な議論を進めていくことは重要だと思います。

松山事務局長 事務局の方から整理の趣旨として御参考までに申し上げますが、成長戦略は実は年末に基本方針というものをまとめたわけです。その際にも、例えば混合診療をどうするのか。インターネット販売をどうするのかという議論は、内部的には当然ございました。

ただ、結果的にそれについては何ら触れられていないことからわかりますように、この政権においてもやはり非常に難しいわけです。ここに書いてある事柄すべてについて、民主党政権が今は非常にクリアカットに、こうだという方針を持っているかということ、相澤さんのおっしゃるように、持っていないものが多いと私は思います。

それで、椿さんのおっしゃったことにも関連しますが、資料3-1の上半分には賛成の意見。これは今日いただいているような、やるに決まっているではないか、やった方がいいという意見は、ここに整理しています。

それから、下に慎重な意見を書いております。これは大体安全関係が多いです。

それで、民主党の閣僚三役の中でも、考え方が相当違うはずですが。私はそのように感じております。結局、このWGでこれらの問題について、先ほど松井さんがおっしゃったことに関連してはいますが、こういうふうクリアーしていけないか。規制をしなくても、別の方法でこうやってカバーできるではないかと、そういうところまでやはりPRをしないと、なかなか民主党の判断というのもつきにくい。

もう一つは、政党がどういうふう言おうかというお立場も当然持っていて結構だと思います。

それから、土屋委員が冒頭の方でおっしゃいました制度そのもの、要するに個々の規制というよりは、制度そのもの、医療政策の決め方そのものですか、御指摘がありました地域の医療計画の作り方の問題。PMDAもそうなんです、ここに必ずしも触れていない問題で、制度の根幹論に関わることをやはり見なければいけないという御意見は、確かにそういうことはあると思うん

ですが、余り触れておりません。

ですから、次回と申し上げましたけれども、できれば今日で結構なんです、やはり基本論としてこういうことはちゃんとやろうというのは、それはそれで今日の御意見も踏まえまして、検討課題としては、別途加えたらいいのではないかと。ただ、それは2か月では結論が出ないかもしれない。

阿曾沼委員 ひとつ議論の頭出しをさせていただくと、例えば混合診療の問題というのは、1984年の特定療養費制度というのがあって、あれは合法的な混合診療を行えるようにしたわけです。先ほど草刈さんがおっしゃったように、規制改革会議の議論の中で特定療養費制度の高度先進医療という枠組みを改革しようとして新たに先進医療という枠組みを作らせたわけです。しかし厚労省がガイドラインを策定したときに、実は薬事承認を通過していなければ先進医療はできないという新たな規制をかけてしまったんです。その規制を外すために、今度はその枠組みの中で、高度医療評価制度という薬事未承認のものでも混合診療が可能な仕組みができました。

一方で治験という枠組みがあって、治験制度は実は認可制ではなく届出制なんです。IRBといういわゆる倫理審査委員会が、実施するお医者さんの状況や科学性や安全性を勘案しながら、これを届け出てやるということになっています。ところが、高度医療評価制度は許認可制です。

医師主導の治験という届出制で可能な制度があるのだったら、高度医療評価制度は本来薬事承認うんぬんに関係ないので、これを届出制にすればいいのではないかと思います。そうすると、医師や患者主導の先進医療というのがどんどんできるようになる。届出制になるだけで、実は意欲のあるお医者さんがエントリーしやすくなるわけです。そのことによって実質的な混合診療というものが幅広く行われるようになると思います。ちょっと変えるだけで、実は相当大的な進歩があるということが結構ありますから、そういう問題を一つひとつ議論していくというのも、1つの手かもしれません。

松井委員 制度論からは、そうしたアプローチもあり得るのでしょうか。厚労省が今までの論理からそれを受け入れるかどうかは、とりあえず置いておいて、ひとつのやり方としてはあるかもしれない。

ただ、高度医療といったものにもし限定するとなると、多分対象は数十億とか、その程度のマージナルな部分の改革にしかならないので、成長戦略にそれを落とし込んだときには議論が止まってしまうことに注意しなければなりません。産業といたらすぐにたたかれるのですが、医療というのは、今でも34兆円で、これからあと20年くらい経ったら70兆とか80兆といった規模になる。医療に新しい技術を積極的に取り入れることを進めていったら100兆とか150兆といった自動車産業など比較にならないぐらいの規模の産業になるのです。

そうすると、国民皆保険を維持することは前提ですが、でも、それを全部公的に支えるなどというのは、無理なのです。そうすると、自由診療のありかたをどう考えるか、それを民の力でどう支えていくかという議論の中で混合診療をこれまでと異なる次元で考えていく必要があると思います。今の高度医療評価制度という、制度の範囲内でやっている、大した経済規模ではないとの見かたが出てくることに注意する必要があります。ただ、議論のきっかけにはなります。

阿曾沼委員 医療の産業化という事については、医療そのもの、病院経営とか、医療経営そのも

の産業化を考えているのか、医療の周辺産業のより大きな産業化を考えるかということを整理しておく事が大切です。私は、やはり医療そのものの産業化を考えなければいけないと考えています。しかし、現状では医療そのものは絶対に産業化できないんですよ。なぜかというと、市場における価格決定権を医療機関そのものが現在は持っていないんです。診療報酬は公定価格ですから、医療機関そのものは価格決定権を持っていない訳で。更に直接金融の手段も持っていないんですから、いわゆる経営なんかできるはずがないんです。

そうすると、本当に医療の本丸を産業化するとしたら、ファイナンス、資金調達の自由度だとか、医療サービスに体する価格決定権を持たなければいけないということになる訳です。患者さんの十分な納得の上での混合診療による自費診療の部分というものがきちんと担保されないと産業化できないわけです。

松井委員 価格決定権を持つということが産業化と表裏の関係になります。要するに保険診療の範囲内で価格決定権を供給者側に完全に与えてしまうと、国民皆保険を否定することに繋がりがねない。そうではなくマージナルな部分に幅をもたせることである程度の裁量を供給者側に持たせることが出来れば産業化は可能になってきます。これはまさに成長戦略そのものなのです。そういう議論をしていかないと、この問題は非常に瑣末な議論になってしまいます。

阿曾沼委員 基本的にメディカル・ツーリズムを考えてみても、海外の人が来るのに国際基準に照らして遜色の無い幅広い医療、すなわち先進的な医療を混合診療ができなかったら、日本の医療レベルは向上しないし、そうしないと海外の人に信頼されての治療なんかはできないわけですから、これはもう混合診療を解禁するという事は、医療の産業化に物すごく波及効果がある事だと思います。

黒岩委員 混合診療を戦術的に言うと、民主党のマニフェストの中にあった統合医療の確立と推進があるわけです。それに基づいて、私は科研費で漢方鍼灸を活用した日本型医療創成という研究会をやって、私はその座長をやって、チームの提言をまとめたんです。つまり、漢方をうまく西洋医療の中に融合させていこうということは、民主党の大きな方針で出ているわけですよ。それをやはり普通にやっていくためには、混合診療をやっていくということがどうしても出てくるんですよ。

つまり、一方でやっている話があり、進めようとしていることがある。その整合性をとっていくために、必然的に混合診療をやっていくという攻め方も、新しい攻め方としてひとつあると思います。

大上委員 今の意見に賛成なんですけど、阿曾沼さんが最初に言われていた高度医療の件で、要はポイントは何かというと、許可制を届出制にすることによって、1つ風穴が開く。これはパラダイム全体をそう変えるということと非常に整合性がある議論だと思うんですよ。

ところが一方で、医療は競争原理でなければいけない。社会主義から決別するんだとか、あるいは100兆円産業だとか、100兆円産業にするためにこうしなければいけないとかいうと、多分そのことに対しては、今度いろんな議論がたくさんあるんだと思うんですよ。私は100兆円産業にすべきだと思っているんですよ。恩師小宮山もそう言っていますし、私もそう思っているんですけど、言い方として、まず、今までおんぶに抱っこだったものを裁量行政ということからは決別しましょう

と、そういう主要なパラダイムシフトを幾つか上げて、それにのっかって高度医療のテーマあり、いろんな小さい話から大きい話があり、それを肅々とそろえていけばいいのではないかなと。

競争原理を導入しようとか、お金を払ったらどんな医療でも受けてもいいのではないかなとか、そこまで言わなくていいのではないかなと思います。

松井委員 確かに、論点のあり方については、工夫をしなければならないと思います。ともすると条件反射的に大反対運動が起こりますから。医師会などが筵旗を性懲りもなく掲げますから。

大上委員 エモーションに訴える口実を与えますからね。

真野委員 私もそういう意味では、割と大上さんに似ている意見なんだけれども、先ほどの話で、混合診療とかの大きな話で真っ向からぶち当たるよりは、自由診療といった現実的な問題から広げていったりした方が、結果的にいいのではないのでしょうか。

松井委員 自由診療と保険診療のパッケージをどうするかというのが混合診療の問題ですから、自由診療はもともとあるわけですからね。

真野委員 でも、自由診療自体も薬事法などの認可の問題もありうまくいっていないというのが、先ほどからの議論ですね。

阿曾沼委員 ただ、自由診療という言葉が非常に誤解を生むんですけれども、私は医師自主診療だと思っているんです。医師が責任を持って、患者との契約において行う医療というのは、自主的な診療であるわけです。それはある意味、医師主導治療だって同じなわけですから、責任論と安全論というものをどう担保するかという議論は、100、0にするのか、どうするかという議論はあるかもしれませんが、責任と安全性の担保というものを論理的にできれば、それは自主診療でどんどんやっていいんだと言う事が制度としてないといけないと思います。それはもう届出制でやっていけばいいんだという議論が合意できれば、相当大きな進歩だと思います。そこはもう医療機関の責任でやるのですから。

真野委員 そういうものをやっていく中で、先ほどのメディカル・ツーリズムにしたって、別に自由にやればいいいわけです。海外の方の治療であるメディカル・ツーリズムに別に無理に日本の保険を使わなくたっていいのではないですか。

松井委員 だから、それだったら今でもできるわけです。

真野委員 そこに問題があるというのが先ほどからの議論ですね。

土屋委員 そこは問題ないです。

真野委員 認可していない、あるいは遅れている部分があるわけではないですか。

松井委員 自由診療とは、認可というか、保険収載しないものをやるのが自由診療ですからね。

阿曾沼委員 だから、別に全部自費で医療者と患者さんの責任でやってくれば構わないですよ。

真野委員 でも、薬事法とか認可で引っかかっている部分は、必ずしも混合診療の話とリンクしていない部分もあるではないですか。

松井委員 薬事法で承認されていないものを保険診療とパッケージにしてもいいというのが高度医療評価制度です。それは限定列举方式です。だから、その限定列举の部分を申告制にすることはこれまでの考え方と違いますから大きな論点になると思います、ただし、前に申し上げたとおり、

経済効果としては小さいものになるため議論の仕方には注意していく必要があります。風穴を開けるという意味では、ひとつのきっかけにはなるでしょう。

阿曾沼委員 今、黒岩委員がおっしゃったように、例えば国立がんセンターなどでは、緩和医療のところでは鍼灸をやっているわけだけども、患者さんからお金を取っていないわけですね。それは研究費の中でボランティアでやっていて、研究費が途切れても、その後もボランティアでやっている。だけど、患者さんのQOLは明らかによくなっている。そういうものの対価をどうするか。そういうことをやはりきちんと堂々とお医者さんが患者さんに請求ができるようにしていくことも重要です。

松井委員 薬事法の範囲内である先進医療も、申告制にして、いかがわしい民間療法などは排除して行うという議論はしていいと思います。

阿曾沼委員 やはり科学性というものの評価をして、有効性があるであろうという前提の下にやるわけですが、有効性に関しても安全性に関しても実施後にも評価を続けるという部分があるんですね。そうすると、ではだれがその医療を許可するかといえば、当然倫理審査委員会というのが病院にあるわけですから、そういうものがないところが勝手に届出をさせてはいけないというきちんとしたルールがあればいいと考えます

土屋委員 安全のところを事前を評価しているというのが厚労省の考えですから、そこが間違いなので。

阿曾沼委員 そこは市販後調査と一緒に、事後のモニタリングをどれだけするかという問題です。

松井委員 要するに事前規制一辺倒から一部事後規制導入ということでしょうかね。事後規制のキーポイントは民の自主規制によるチェック機能をどう働かせるということですね。

大上委員 やけどの治療に使う人工皮膚が、20枚までは保険だけれども、それを超えると保険外になるので、結局どうするかというと、病院なり、皮膚をつくっているメーカーが泣いている。こんなのはばかっていますね。こういうのは、多分認可制にしている限り、そういうラグが必ず起こってくるんだから、それはもうはっきり変えようではないのと。

土屋委員 治療でやるのは基準が出ていますね。

阿曾沼委員 日本には仮免許という制度がないんですよ。

松井委員 金融分野ではまさにそれもやっているのです。徹底的に事後チェックはやる。勿論様々な問題は起きます。でも、金融分野では高度化が進み、事前であればいい、これはだめという規制をすることは現実的ではなくなっています。医療も同様に、高度化し複雑化して、もう事前の甘じがらめの管理は無理になっているのです。

だから、この保険外併用療養制度は、その文脈の下に届出制ということにすれば、実質的に変わってくるということは十分あり得る。

前会議で典型的な例が議論されたのですが、例えば乳がんの手術で、普通乳がん治療の際に、乳房形成術を施しますね。この手術では患者さん自身の体から組織を取ってくる。乳がんの手術を行い、同時に乳房形成手術を行えば患者の負担も当然軽くなる。ところが、これは混合診療になるのです。だから別々に手術するのです。別の日にもう一回麻酔をかけ直して。それはあんまりだろう

と我々が言ったために、乳房形成手術は保険診療になった経緯があります。ただし、シリコン素材を使った治療は今でも自由診療であり、混合診療になってしまいます。

でも、シリコンだって使いたい人はいるわけです。それは混合診療を認めないと使えないのです。こういうケースは山のようにあるのです。

川淵委員 結局そういうエビデンスカードを切り合ってきたということですね。しかし、あと2か月しかないので、私は次の2点を提案します。

1つは、この13項目は何らかの形で選ばれたわけだから、事務局には申し訳ないけれども、これを実現可能性、重要性、緊急性という3次元ベクトルで一遍整理いただけないかということです。例えば3月30日の参院厚生労働委員会で長妻厚生労働大臣は「混合診療の全面解禁に関しては慎重な議論が必要」と言っています。情報は efficient なので、長妻さんがどう考えているか即時にわかるのです。だとすると混合診療は、全面解禁ではなく、部分解禁で議論した方が実現可能性は高いのではないかと。4月9日に各省庁から回答が出てくるでしょうが、実現可能でないものをどれだけ議論していても意味はないのでは。さらに、実現可能性に重要性と緊急性も付加して整理いただけないかなというのが1点。

もう一つは、議論する項目をこの13項目に限定するかどうかです。先ほどから地域医療計画とかいろいろ出てきましたが、これは医療のあるべき姿、グランドデザインみたいな話ですね。そういう議論もここでやるのかどうか。やるとすれば私は、日本が世界の笑者になっているワクチン政策を議論すべきではないでしょうか。予防接種法が今、微調整で通らんとしているが本当にこれでよいのか。民主党のマニフェストをなめるように読みますと、物すごく詳しくワクチンについて書いてあります。ワクチンを予防医療と見るかどうかですが、世界の常識は費用対効果の観点から保険に入れるか、公費で面倒を見るかしています。

松井委員 そうした問題は大事だと思いますが、事例としてはワクチンの問題も含めて数限りないわけです。それよりも根本的な問題としてPMDAをどうするかとか、中医協をどうするか、社保審をどうするか。これはまさに戦略室レベルの課題であって、それらの大きな方針が決まらない限り、議論が矮小化されてしまう恐れがあると思います。

川淵委員 つまり、トップダウンでやるか、ボトムアップでやるかということですね。我々はWGですから、ボトムアップで議論をすべきではないでしょうか。

三谷委員 おっしゃっている話は、グランドデザインを決めましょうという話で、その中で何が産業政策の軸になるかということだと思うので、確かにワクチンの話だけをしたら全然つまらないんですが、例えばその予防をどうするかというグランドデザインがひとつあるという話がある。

先ほどからの話を聞いていると、やはり混合診療の話だけが割と細やかに議論されています。もう少し違う、今、おっしゃられていたPMDAの在り方とか、例えば医療の産業として、どう本来の強さを復活させるのかとか、急性期の病院をどうやって救うのかとか、それは個別問題というよりも、むしろ医療全体をのグランドデザインの中でやる。そういう幾つかの、4つなら4つの大きなテーマというのが本当は決まればいいなと私などは思って見ていまして、そういう形でこの会議で議論できないでしょうか。

松山事務局長 ありがとうございます。第1回から白熱していて、今日中に結論が。

松井委員 前に話しましたが、病床規制などは、非常に重要な課題です。これは混合診療を上回るかもしれない、言ってみれば根本的な規制のあり方に関わる問題だと思います。

阿曾沼委員 これは地方分権にとっても非常に重要なのではないですか。

松井委員 本来病床規制といったものは地方分権マターだと私は思います。

大上委員 そういう変えるべき幾つかのマスターパラダイムと、それからこの各論の中で論点です。そういうものとトップダウンとボトムアップの両方上がってくれば、田村さんもやる気をもって長妻大臣に挑むことができるのではないかと思います。

草刈委員 お言葉ですがというのは変な言い方ですけども、多分時間的制約からいって、あるべき論をずらっとやって整理して、その中でこのテーマをこういうふうに変定してやりましょうということをやるとすると、恐らく2～3週間の間に毎日やらなければいけないぐらいの課題量があると思うんです。

私が申し上げたいのは、要するに2か月でこれが終わるということは絶対あり得ないし、これが全部うまくいくなんであり得ないですね。恐らくちょっとでも前進すればいいではないかと思うべきだと思うのですよ。先ほどの話ではないですが、風穴を開ければいいんですよ。だから、そのパラダイムシフトの問題は、どこか上というか、政治の方と議論しなければいけないけれども、いずれにしても、こういうテーマが出てきてしまっているんで、これをどうやって整理しながら、とりあえず第一歩を進める。

セカンドステップ、サードステップと、民主党が4年間ずっと政権を持っているとすれば、その間はずっとやるわけですから、次のステップの中で、今、おっしゃったような問題をもうちょっと非常に視野の広い範囲で整理していって、取り組んでいくということをやらないとだめだと思います。私が申し上げているのは、時間的な問題だけです。

黒岩委員 今日の議論の中でも、ボトムアップの仕方というのは結構見えてきているのではないかなという気がするんですよ。やはり大きなことが決まらないとできませんよということが一番大きなポイントですよ。例えばワクチンの話をしても、私は予防接種部会にも入っているんですよ。そのときに、例えば国内ワクチンは安全で、海外のものはいかがわしいかもしれないみたいな、そういう妙なあれがあって、要するに閉ざされているわけです。何か問題が起きると、国が攻められるからといって、国がどんどん萎縮していき、ワクチン後進国になっているという現状がある。

しかし、何が副作用であるかといったら、情報で調べようと思っても、それは全然閉ざされているから、情報透明性がないから研究もできない。そういうことをどうやってぶち破るかといったときに、大きな課題に持っていったときにはわかりやすいですね。開かれた医療といったらば、今のワクチンの問題も全部つながるんですよ。

それから、情報の透明化ということ求めていくんだと言ったら、それはそれで全部つながった話になるだろうし、混合診療の問題をどういう言葉で置き換えるかといったときに、例えば患者の選択というものが十分確保された医療をやるというのとが、日本の地域主権の医療の在り方を徹底的につくっていくというのは、大きな言葉が何なのかということをはっきりにするということだ

けであって、このWGの意味はすごくあると思います。それを国家戦略局の課題として検討してください。下りてくるのを待っていますよという感じでもいいのではないですか。

松井委員 上部組織に、そうした提案をした上で、個別のテーマについてはそれぞれの文脈の下に整理して、できるか、できないかを問うていくという話になると思います。だから、余りにばっくと広げてしまうと、今、黒岩さんがおっしゃったように、ただ議論しましたねということで終わってしまうという、実に切ない話になってしまいます

松山事務局長 すみません、もう大分時間も経過してまいりまして、あと25分ぐらいなんですが、ちょっと整理させていただきますと、政務官にはまた後ほどお伺いしますが、たくさん御意見をいただきまして、基本的にやはり今日の検討テーマで欠けている点として、制度そのもの。ただし、この結論を2か月で得るとするのは難しそうであることもたしか皆さんの御意見でもありますので、検討項目として制度論の根幹に関わることについて、今日も大分出ていますので、一応整理しますけれども、皆さんの御意見をいただければと思います。

メールで事務局あてに、制度問題だけでなく、各論も含めていただいて結構ですけれども、これは入れておいてくれと。

松井委員 口頭でもいいですか。

松山事務局長 口頭でも勿論構いません。

それから、ただし、それらをすべて2か月で仕上げることは難しいですから、制度は引き続き、各論についても、先ほどの13項目の優先順位をどうするかということは、今日の御意見で多少は整理できるかもしれませんが、更にメールや御意見でいただいても結構ですし、次回の冒頭のところでもう一回それをやっていただいたらどうかと思います。

資料5をごらんいただきたいと思います。後ろの方に1枚紙ですけれども「WG当面のスケジュール」とあります。

今月、今日立ち上げをしていただきまして、各WGでの関係者ヒアリング、論点等の整理とありますが、むしろプライオリティを早急に固めていただくことが大事だと思います。

プライオリティと申しましたのは、5月上旬ぐらいまでには、ある程度結論を出したい、出そうと考えていただけるテーマですので、計画的にはある程度限られてくるのではないかと思います。

それから、集中審議は4月29、30日とございますけれども、どちらか1日になると思います。29日の可能性が高いと思われますけれども、連休で誠に恐縮ですが、29日のこのWGも集中審議をお願いすることになる可能性が高いと思っています。

それまでにできましたらば、来週と再来週、少なくとも2回は開かせていただきたいと考えております。

それから、先ほど政務官からもお話がございましたが、4月9日に各省から回答が返ってまいります。これらの既が上がっているテーマについては回答が返ってまいりますけれども、それも踏まえた上で、次回、来週の御審議はいただけるようにしたいと思います。その際に、皆様からいただきました御意見を整理しまして、追加検討候補というテーマをごらんいただけるようにしたいと思います。

5月に入りまして、各WGとしての方向性の結論をある程度まとめていただきまして、各省調整を政務三役が中心になってされますけれども、場合によっては、このWGからも代表選手といえますか、代表の方に入っていて、応援をしていただくということもあり得ると思っています。

その上で分科会に報告をしまして、6月早々には、行政刷新会議に報告をするということですが、このスケジュール感も少し早まっている感じもございますので、場合によっては、もう少し早めなければいけない可能性もちょっとございます。それは政府内の他の動き、先ほど松井さんが強調されています戦略室との関係なんですけれども、戦略室の成長戦略ですとか、財政運営戦略などの検討も少し前倒しになるかもしれませんので、その場合には若干前倒し。

政務官から冒頭申し上げましたように、政務官のライン、すなわち枝野行政刷新担当大臣、大塚副大臣、田村政務官のラインと、仙谷国家戦略担当大臣のラインと非常に密接不可分に仕事をされていますので、結局ボトムアップかトップダウンかという話があるんですが、戦略担当大臣は医療については非常に関心をお持ちですけれども。

松井委員 この各省調整にある政務三役調整というのは、規制改革側が大塚さんと田村さんで、相手は厚労省の足立さんという事になるのでしょうか。勿論実質という意味であり、それ以外の各大臣・副大臣・政務官が入って最終調整ということでしょうか。その際に戦略室の古川さんだとか、そういう方も入るという認識で宜しいのですか。

田村政務官 戦略室と規制改革担当の三役と一緒に厚労省の人とやりとりするというイメージではありませんけれども、先ほど特区の話もありましたので、そもそも特区に関しましては、そもそも特区というものができた当初は、まさに規制改革の実験台として、第一歩として特区をやるということだったはずだったのが、自民党政権の後半はもう地域興し、どぶろく特区とか、そういう役割が強くて、実際、事務局自体も地域活性化統合事務局というところでやっているんです。

その事務局自体、すぐには変えられませんが、今回政務三役の担当自体は、規制改革と同じラインに変えました。今までは地域主権担当の副大臣、政務官と一緒にだったんですけれども、規制改革の三役に特区の担当もくっ付ける。ですので、本来の特区の意味合いも、規制改革は全国で実施というのは無理だとしても、せめて特区でできるのではないかとということも考えていくと、担当をまず変えました。

そういう中で、戦略室の方でも、あるいは構造改革特区の担当の方でも、イメージ的には、総合特区、スーパー特区みたいな、まだまだ政府の中での、内閣府の中での調整もこれからですけれども、例えば港湾とかも入れたような総合特区みたいな話だと、東京周辺と大阪だけかもしれませんが、もうちょっと普通の医療に関しても合わせたような特区というのもあり得るのではないかとというのは、最近国家戦略室とそういう連携を始めております。

医療もそういう意味ではいろいろ絡んでまいりますから、そこは実際常に連携をとりながら、黒岩委員がおっしゃったように、確かにそういう大所高所の医療政策そのものという話だと国家戦略室が中心になるんだと思いますし、全国一律での規制緩和という話だと、こちらが中心的になって、全国一斉は無理だなという判断をした場合に、特区でやっていくという判断をした場合に、そちらの担当に移っていくというような、そこら辺は、随時できるだけいい連携ができるようにやってい

きたいと思っていますし、今、事務局長も言いましたように、国家戦略の三役とは緊密にやらないと、ばらばらでやっても意味はありませんので、ちゃんと連携したいなと思っています。

松山事務局長 それでは、あと 20 分弱ございますので、御意見を引き続きいただければと思います。

松井委員 あと 2、3 回この議論をやるわけですが、冒頭に申しましたとおり、よりテーマを絞って議論を進めていくために主査代理の役回りの人が必要と思います。

阿曾沼委員 1 つお願いがございます。

前身の規制改革会議の中で、実は動き出したことが多くあるわけですが、再生医療の問題もそうですが、そういうものが、こういった議論の中でフォローアップがきちんと出来る事が重要だと思います。現在の検討が本当に我々が考えていたベクトルの方向に進んでいるのか、進んでいないのか、骨抜きになっていないかどうかのフォローアップが必要だと思いますので、前身の会議の中で重要な項目に関しては、ピックアップをしてフォローアップをするという仕組みを作って頂くと良いと思っています。

吉田参事官 すみません、事務局から。

今の御意見については「規制改革推進 3 年計画」という閣議決定だと承知しているんですが、その全体をどうするかというのは、今後また政務三役と改めて御相談していくということだろうと思っています。

今、阿曾沼委員がおっしゃられた再生医療みたいな重要なものについては、今回提案させていただいている検討項目の中に、再生医療ということで掲げてございまして、そのフォローアップもかねて、更に前に進めることを御審議いただきたいという位置づけでございます。

松井委員 その辺の整理も先ほど少し申し上げましたけれども、厚労省も一部重い腰を上げてやろうという動きもあるので、その状況を考慮した上でテーマを絞っていく必要があると思います。9 日には厚労省から回答が来るのですから、それを踏まえた上で次の議論の整理をするという形がいいと思います。

真野委員 それに関連して聞きたいんですけども、先ほど病床規制緩和とか、ここで今まで挙がっていなかったけれども極めて重要だというテーマは、逆に言うとなぜ上がっていなかったんですか。たまたま成長戦略の方で上がっていなかったから挙がっていないんですか。

松山事務局長 3 つのソースがあると申し上げましたけれども、その中でやはり余りに基本的な制度なので、問題提起されていなかったということです。

真野委員 その辺がちょっと私もわからないのですけれども、規制改革というのがこの委員会の縛りであるとすれば、もともと。

松山事務局長 規制・制度改革なんです。

真野委員 ですね。だから、扱ってもいいんですね。土屋先生が言われたように、たまたま今までの経緯で上がっていないだけで、別に制度改革だから、そこまで議論してもいいと。

松井委員 それは規制改革会議で全然議論していなかったというわけではなくて、例えば病院と診療所との役割分担とか、そうした文脈の下に随分議論したのです。病床規制の課題については決

して議論していなかったわけではありません。これは医療の規制そのものの根幹に関わる問題という認識です。規制の本丸部分であり、それに短時間で方向性を示すというテーマではないだろうということ以外は外しました。

大上委員 これは今回上がってくる可能性もあるわけですね。

松井委員 その議論では、中医協をどうするかとか、社保審をどうするかとか、ひいては厚労省そのものを一体どのようにファンクションさせるかという議論と同義になると思います。要するに重過ぎるんです。

大上委員 松井さんが関わられている厚労省も解体しろと。その辺のことが書いてあるんですよ。その辺のことが書いてあるんですけども、非常に深い意味。

草刈委員 今、おっしゃられる意味はわかるんだけど、余りテーマを追加してしまうと、消化不良になってしまって、何も取れないということを私はすごく心配していて、次のステップ、その次のステップと何度もやらないとだめなんだから、次のときに、1回やってみた反省を踏まえて、まだ政府なり、政治のサポートがあるという前提で、次のステップでどういうふうにするかということじっくり考える機会をどこかで持つべきだと、先ほどおっしゃったことにお答えするとそういうことで、我慢するよりしょうがないなというのが私の感じです。

土屋委員 看板には入れておいて、今回にはやらない。

草刈委員 ショーウィンドウには置いておきましょうという。

小田審議官 分科会での御議論も、当面取り上げるべきテーマと2か月ぐらいではなかなか結論が出ないけれども、非常に重要だから、これは取り上げるべきだというものを中二階に置いて、ショーケースで示して、相手省にもそれがわかるようにしておく。これは我々は関心を持って、追求し続けるんだというものを示しておく。そういう二通りに分けてはどうか。大上委員からそういう話があって、ではそういう方向で行きましょうというのが分科会での大体の御議論です。

松井委員 今日の議論には上らなかったけれども、介護について総量規制というのは、恐らく根本に関わる問題ですから、おそらくこの1か月や2か月で結論が出るという話にはならないと思います。それは先ほどの病床規制といった問題と同じジャンルで、これからの大きな課題になると思います。今後の議論のトリガーになりうる具体的・現実的なテーマに絞っていきましょうということですね。

阿曾沼委員 最後に1つの本当に思いつきの提案ですけども、例えば今、千代田区近辺などは8,000床くらいのオーバーベッド地域だと思いましたが、ブランド力のある病院というのは、ベッドが足りなくて困っている。これは川崎でも神奈川でもそうです。

一方で、いわゆる休眠の病床というのは物すごくいっぱいあるわけです。例えば届けで上は300床あるけれども50床は使っていないとか、それは自治体病院にだってあるわけです。例えば特区でそういった病床を全部取り上げて、それをその地域主権の下に、必要なところに病床を分配するなどという特区ができれば、これは物すごく大きな制度に対するインパクトになるわけです。

松井委員 特区課題としては面白いですね。

阿曾沼委員 そうです。

なおかつ、病床がなぜ余ったままずっと放置されているかということ、ブランド力のない医療機関というのが、例えば1床2,000万とか何かで売買の対象になるんですね現実的には。病床が欲しい人は何をするかということ、M&Aしかないわけです。そうすると、そのM&Aの中に不純な金融の資金が入ってきたりということで、医療者がそういう問題に巻き込まれたり困っている事例も多くある訳です。そういったものが地域主権の中で地域の病床の機能のあり方を考える上で休眠病床の活用が柔軟に出来るようになれば、特区でもしできれば、これは物すごく大きなパラダイムシフトになると思います。

大上委員 思い起こせば、昔、銀行の支店を1億ぐらいで売り買いしていましたね。

松井委員 病床規制などという課題は、まさに地域主権といった大きなテーマと密接に結びつく話ですね。

川淵委員 今日1回目で松井委員も草刈委員もおられるので是非確認しておきたいことがあります。結局ずっと議論をやってこられましたけど、現状はやはりデッドロックに陥っていると思います。そこで、どうでしょうか、13項目の中で動きそうなもの、あるいはこれはだめだよとか言うものがありますか、それを御提示いただきたい。

松井委員 それは先ほどお話があったように、4月9日の厚労省からの回答は大して期待していないのですが、『やっぱりね』ということで白黒はっきりするのですから、それを見て考えましょう。

川淵委員 でも、それは大体見えますよね。

松井委員 大体見えますが、今、言ったら身もふたもないでしょう。

川淵委員 再度、確認ですけれども、ここにはない項目も追加してもいいということですね。ただ、それは土屋委員がおっしゃったように、短期的には実現しないものもあるだろうと。

小田審議官 それらはショーケースに入れて、これは課題だということは示すということです。

川淵委員 そういうことですね。

松山事務局長 制度論的なものも、その中には当然含まれてくるかなと思います。

川淵委員 了解しました。

松山事務局長 次回の整理をしたりしなければいけないので、できましたら4月7日、明後日ぐらいまでに、今日この後の時間でも結構ですので、これを追加しろという提案をしていただければと思います。

川淵委員 エビデンスとしてこんなものがありますよということですね。

小田審議官 あれば、それを付けていただければと思います。

吉田参事官 あと、済みません、事務局からですが、先ほどパラダイムということでたくさんもう既に配給制から脱却するんだとか、透明性とか、開かれた医療とか、キーワードがございましたが、言い忘れたとかいうものがあれば、2日後までに合わせて、パラダイム、切り口、骨太のテーマとか、何かお気づきのこととかをメールでいただければと存じます。

大上委員 似たような話ですけれども、やはり供給者なり、レギュレーターの目線から利用者の目線に行きましょうと。それから、日本ローカルではなくて、グローバルにやりましょうと。これ

はどの分野でもそうだと思います。

松山事務局長 それでは、時間も大分押し迫ってきましたが、政務官、最後にいかがでしょうか。

田村政務官 本当に大変貴重な御意見をいろいろといただきまして、ありがとうございました。2か月という限られた時間ですけれども、皆様のお知恵を最大限に生かして、医療も変えていけるように頑張りたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

今日はありがとうございました。

松山事務局長 それでは、本日は本当にお疲れ様でございました。

ありがとうございました。