

第7回ライフィノベーションWG 議事概要

1. 日時：平成22年11月24日（水）15:30～17:39

2. 場所：永田町合同庁舎1階第一共用会議室

3. 出席者：

（委員）阿曾沼元博、岡野光夫、翁百合、川渕孝一、神野正博、久住英二、黒岩祐治、
土屋了介、中村寿美子、藤井賢一郎、真野俊樹、三谷宏幸、大上二三雄

（政府）園田大臣政務官

（事務局）松山事務局長、小田審議官、船矢参事官、筒井企画官

4. 議事概要：

○小田審議官 それでは、まだお見えでない委員もおいでですけれども、時間になりましたので、第7回の「ライフィノベーションWG」を開催いたします。

本日は、大西委員、竹中委員、馬袋委員、山西委員は御欠席です。分科会からは、大上委員においでいただいております。

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「制度改革の方向性について」でございます。前回、前々回、ワーキンググループで制度全体の改革の方向性についてさまざまな御意見をいただきました。少し整理をさせていただきます。資料1にまとめておりますので、まず事務局の方からこの資料1について御説明をさせていただきます。

○船矢参事官 それでは、資料1でございます。これまでの2回の審議を踏まえて、制度改革全体の方向性について整理したものです。

大きな構成としましては、Iの「社会保障改革の必要性・全分野横断的な方向性」という部分と、II以降の医療、介護、保育それぞれの分野の方向性を示しております。

まず、最初にIの改革の必要性と分野横断事項についてですけれども、これについては今や社会保障制度を抜本的に改革する時期がきているということ。2点目に利用者視点と国民の合意形成、そしてサービスの受け手の社会参画という視点の必要性、これは今日御欠席の竹中委員からの御指摘を踏まえたものであります。それから、特に高齢者については実態を踏まえると医療と介護の制度を一体的に議論する必要があるのではないかという点です。4点目として、今までビジョンは何度も出てきたけれども実行に移されないということなので、細部にこだわらずとにかく早く実行に移すことが大事だという視点を掲載しております。

それから、2番目の個別分野、まず医療でございます。細かいところの説明は省略をいたしますけれども、大きな点として医療分野は限られた医療資源の適正な配置とその有効活用、それからイノベーションにより競争力と質を高めるという、その2点を強調しております。

それから、介護分野については3番のところですが、施設なのか在宅なのか、どちらを重視すべきかという二者択一的な議論ではなくて、生活の場と必要なサービスの充実のための柔軟な見直しということ。それから、先ほどの竹中委員のサービスの受け手の自立や社会参画という観点

から整理をしています。

それから、保育であります。これは以前も説明をいたしましたけれども、大きな方向性については内閣府の別の場で検討されておりますので、当ワーキンググループとしては、前倒しのできるような運用の見直しということについては早期に実現をするという方向を示しております。

それで、これの最終的なアウトプットは分科会の報告書全体の中でほかのワーキンググループもありますので、それとのバランスも踏まえて検討することにいたします。ここに示したのは骨格部分でありまして、もう少し肉付けをしていくことになるかと思えます。

そういうことで、本日は骨格についてお示しをしておりますけれども、このような構成でよろしいか、抜け落ちがないかなどについて御議論をいただきたいと思えます。以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、この件につきまして医療、介護、それから保育の制度の方向性について御審議をいただきたいと思えます。どうぞよろしくをお願いします。

翁委員、保育分野で何か抜けなどはございますか。

○翁委員 今いろいろ幼保一元化についての議論なども出ているようで、そこはフォローしておりますけれども、とりあえず今回検討項目として挙げましたのは、そういった議論が進められていくことを前提に、幼保一元化に向けて進められていくことを前提にして前倒しにできるものを幾つか拾わせていただいたということでございます。基本的には例えば運営費の問題とか、そういったことだと思えます。ここに書いてあるとおりで結構かと思えます。

○小田審議官 ありがとうございます。

藤井委員、今、議題の2の「制度改革の方向性について」の御審議をお願いしているところですが、介護分野でこういったポイントが抜けているとか、何かございますか。

○藤井委員 抜けているというわけではないのですが、川淵委員からこの間もありましたような高齢者医療保険あるいは医療保険と介護保険制度との線引きあるいは一緒にするという点につきまして、介護分野の方でも総論としてはその方向ではないかということもありつつ、各項目を出しているものの中で、線引きがなくなるとすれば、その提案そのものに意味がなくなるということがございまして、現段階では介護保険と高齢者医療あるいは医療保険の線云々というのは余り強調していない格好になっております。この辺りをどう考えるかということをもう一度御確認いただきたいと思っております。

○小田審議官 整理した事務局の方からお願いします。

○事務局 今、御指摘のところは1ページ目の1の全分野横断的な方向性の3つ目の丸ですね。まだ2行だけなのですけれども、こちらで「医療と介護が密接に関係していることから、医療制度と介護制度は一体的に議論する必要がある」ということで、医療、介護それぞれのところではなく、こちらの全体のところ医療と介護の一体化というものを今後はもう少し書き込んでいく方向で御対応させていただきたいと思っております。

○小田審議官 では、神野委員どうぞ。

○神野委員 今、介護だけではなくてまさに医療と一体化のお話があったわけでありまして。同じ医療、介護のところではいわゆる急性期のDPCの病院から、療養病床から、あるいは老健、特養、在

宅ということによって皆、保険のカバー範囲とか、あるいは包括かどうかとか、そういう範囲が全く異なっているわけで、もう少し国民にとってわかりやすい制度という視点で見ただけならばという気がいたします。

それから、医療分野ですけれども、改革の方向性のところで「限られた医療資源を適正に配置し」がやはりどうしても気になってしまうわけでありまして。たとえば、今ここでも議題になっていますドラッグラグの解消とか、欧米でやっている先進医療をどんどん導入すべしといったところと医療保険の範囲という話をすると、中医協でも少し議論になったやに聞いておりますけれども、保険財源をどうするのか。どんどん新しい薬を入れれば高くなるに決まっているということがあるわけでありまして、その辺の保険財源の問題についてちょっと触れていただいた方がいいのかなと思います。

それからまた、例えば今、看護師が足りない、医師が足りないといったような議論も大いになされているわけでありまして。そこで、では医師を増やす、看護師を増やすといったところでまた限られた医療財源なのか、ほかに新たな財源を求めるべきかといったところはありなのかなと思います。つまり、現状の認識の下で現状を変えるという改革をやれば、今のままの財源でいいのか。それは新たに増やす必要があるのかというような議論が必要なのかなと思いました。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、真野委員どうぞ。

○真野委員 医療の話が出たので追加ですが、2ページ目で総合家庭医の話は出ているんです。それで、今の神野先生のお話にも関係するのですが、家庭医ももちろん非常に重要な概念で医療提供体制を効果的にするという意味があると思うのですが、先ほどの神野先生の議論でいくと、それだけではないのですが、提供体制としての医療機関の類型といいますか、急性期だとか、亜急性だとかいろいろ話はあるわけで、各論は中医協とか厚生省の議論かもしれませんが、この辺の方向性も家庭医の話だけ出ているというのはちょっと違和感があるんですけれども。

○小田審議官 では、事務局からどうぞ。

○事務局 今の御指摘の中で医療機関の問題ということですが、1点目ですね。1ページ目の最後です。ここでちょっと前回いただいた御意見も踏まえたつもりではあるんですけれども、この書きぶりの充実をさせるという方向で対応するというのはいかがでしょうか。

○真野委員 そうですね。ここに急性期の話が出ていて、いきなり家庭医であると、その間が飛びますから、介護の方でもいろいろ類型化を整理するという議論があるのと同様、医療の方もそういうものが必要ではないかという意味合いです。

○小田審議官 それでは、土屋主査どうぞ。

○土屋主査 確かに御指摘のことが問題だと思うのですが、そのときに地方分権というか、地方への権限委譲ということが多分絡んでくるだろう。大筋の高度医療の集約化とか機能分化、これは中央である程度指示を出す。

ただ、今、言われた家庭医のところとその中間のところは地域特性がかなりありますので、これはまさに中央で一律に決めるべきではないというような議論が前回あったと思うんです。その辺のニュアンスがどちらかに入るとよろしいかという気がいたします。

○小田審議官 黒岩委員、どうぞ。

○黒岩委員 この前のライフイノベーションワーキンググループのときにまとめた大きな方向性の中で1つ今回抜けているんですけども、ここでは「チーム医療の推進」と書いてありますが、前回入っている言葉の中に「連携、協働、自律」という言葉が入っていたので、これを是非入れてもらいたいと思います。だから、チーム医療の推進に括弧でいいですから、「連携、協働、自律」という言葉を入れてほしいと思います。

○小田審議官 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 2ページ目でありますけれども、イノベーションということを非常に重要なテーマとしてここに挙げていただけていますが、その中で下から2番目、「我が国の高いハイテク技術」云々の中で、日本の医療技術の基盤をつくる必要があるということなのですが、できればもう少し具体的に、今まで相当議論があったと思いますので、もう少し何か括弧付きで何々などというような具体的なことがここに記述できればありがたいと思っています。

それで、付け加えるとすれば、制度の問題とか種々問題はありますが、なかなか触れにくいところではありますが、先ほど神野先生もおっしゃっていたように財源の問題を正面から取り上げるとかが重要だと思います。イノベーションを推進していく上では非常に重要な課題ですから。その書きぶりとして、どう書き込めるかを含めて議論をいただきたいと思います。

○小田審議官 大上委員、どうぞ。

○大上委員 すみません。今回はライフイノベーションワーキンググループの委員ではないので議論に入っていない中で、こういう方向性に関する整理ということが出てきて、内容的にはこういう形で整理されると大変わかりやすく論点としてもいいと思うのですが、土屋さんにお伺いしたいのですが、厚労省がこのレベルでやはり我々と意見が違うというところはかなりあるんですか。

○土屋主査 大いにあると思います。例えば、2ページ目の「イノベーションにより、周辺産業」云々というのは話題として議論をする意思がほとんどないと解釈しています。これは経産省の問題ではないかというようなとらえ方で押し戻される可能性が十分あります。

○大上委員 そうしますと、恐らく個別の項目について議論していくことも重要なのかと思うのですが、そういう特に論点になりそうな項目についてどういった形でこれをある意味、国民世論も含めて我々はそういう意味では国民の代表として規制・制度改革を要求しているような側面もあろうかと思うのですが、そういう部分の何か作戦を立ててやっていくというようなことは考えられるのでしょうか。

○土屋主査 その辺の作戦、戦略というのは大変難しいと思うんですけども、前回の分科会で発言させていただいたのですが、この分科会の方針自体がこの分科会の中では徹底しているんですけども、いざ前回の政務官折衝にお共をしますと、相手側が全くそれを理解していない。

よく出てくるのは、イノベーションで周辺産業を始め医療産業が成長すること、これをあたかも企業のためにやっているような解釈をするんですけども、そうではなくて日本にその産業がないと国民が最新の医療を受けるチャンスがなくなる、あるいは遅れるというような解釈に結び付いていないんです。ですから、安全のためにはワクチンは国産でないといかぬというようなことが言外

にこのような反応をしてくる。外国製ではよろしくないというようなことで、したがって外国のデータでは信用できないというような議論になってきてしまう。

ですから、その辺を今回こういう形でまとめるのであれば、これがむしろ相手側に伝わらないと確かに最初から議論が食い違ったままいってしまう。あくまでもこれを前提として政務官折衝なり副大臣折衝をするんだということでない、議論が全く煮詰まらないでまた終わってしまう可能性があると思います。

○小田審議官 黒岩委員、どうぞ。

○黒岩委員 その話になると、やはりその根本のところをまさに政治が決めてもらわなければどうにも前にいかないということになると思うんです。我々のこのワーキンググループと、それから厚生労働省との間でやるというレベルの話ではなくて、政府としてどういうふうなことをするのか。

ここに入っている言葉というのはさりげなく入っていますけれども、恐らく今の医療を根本的に変える大きい話が入っている。普通の厚労省でいえば、まず反対です。「地域主権の医療」と、一言ぼんと入っているけれども、それは国が全部決めていく医療の在り方からすれば全然違うわけです。それから、「開かれた医療」という言葉は入っていますけれども、これも開くつもりがあるのかどうなのか。ここのところは、やはり根本の大きな問題が入っているというところですね。

本来ならば、そこをまず政府の方で決めてもらってから我々の方に戻していただきたいと思うのですが、そうも言っていないので、こちらはこちらでこの方針としていくとなった場合には相当の圧力を持ってこちらから発信するというだけでは確認しておきたいと思うんです。

それから、今、「開かれた医療」ということを言いましたが、この書きぶりに私はちょっと違和感を覚えました。何のために開かれた医療かということ、世界に貢献できる日本の医療を実現すると、前回の議論ではこういうことでは必ずしもなかったのではないかと。

もともと「開かれた医療」という言葉が出てきた入り口になったのは例のメディカルツーリズム、医療ツーリズムという話でした。外国人の患者さんを受け入れる。そのためにはある程度開く。でも、外国人の患者さんだけを入れたら日本の患者は怒るだろう。だから、開け。だから、外国人の看護師も医師も入れていく。さまざまな開かれた医療をつくっていく。それは誰のためだと言ったら、日本の産業の成長という意味もあるのですが、それをきっかけにして閉塞された日本の医療を変えていこう。日本の医療を変えるために開かれた医療をするという文脈だったので、「世界に貢献できる日本の医療」という書きぶりは今までの議論とはちょっと違うと思います。

○真野委員 黒岩先生の意見に大賛成で、メディカルツーリズムの話などでも時々議論が出るんですけども、日本の医療がアメリカと比べてどうかという議論があるかもしれませんが、日本の医療が最先端であって、それを普及していくというのがここにある書きぶりで、必ずしもそうではないというか、もしすると抜かれつつある部分もあるんじゃないかというのが我々の議論ですから、そこも含めて場合によってはイノベーションではないところでも少し盛り込んでもらった方がいいのかもしれない。

○小田審議官 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 メディカルツーリズムという言葉は医療の国際交流というふうになんか変えて今でも

議論されていると思いますが、むしろ患者さんの交流の前に今、日本で一番遅れているのは研究者や医療者に国際交流が十分にできていないということだと思います。世界トップの研究者、医療者が日本魅力を感じてくれないで来ない状況にあると思います。そういった問題を解決すると同時に、岡野先生がいらっしゃいますが、我が国の再生細胞医療は世界をリードできる技術基盤を持っているわけですから、そういった技術をより世界に発信し広めることによって、再生細胞医療分野で世界に貢献できる医療に育てていく。そういう側面も当然あると思いますので、両方必要なのではないかと思います。

○小田審議官 川淵委員、何かございますか。

○川淵委員 前回少ししゃべり過ぎたので今日は黙っているんですけども、結局今回の第2クールは規制改革から少し制度改革へシフトするということで主査の方から御案内がありました。私も基本的に賛成ですけども、これまで規制改革と言うと必ず出てくるのは、何が問題ですか、具体的に挙げてくださいという議論です。これに対して、制度改革という一体全体どうやって議論していくのか。

結構、物事の考え方が委員の中でも違うと思います。私自身、事務局から御提示頂いた制度改革の方向性の中には今までずっと自分がしゃべってきたものが入っているのであえてここで発言することはないと思ったんですけども、今回も、具体的な例を介して話をしていくのかどうか。あるいは、よく黒岩委員がおっしゃるような、大前提について議論をするのかどうか。ここは多分、第2クールが一番大きなポイントではないかと思います。

こんなことを言うとまた混乱するだけですが、制度改革はどうやって議論していくのか、ちょっとイメージがつかないんです。おそらく制度改革でもこういう不都合があるから正してはどうかと一定のエビデンスを示すのが私は一番わかりいいかと思ったんですけども、そうすると非常に瑣末な話ばかりになってしまう。もっとそもそも論みたいなお話をやるのでしょうか。土屋先生、あるいは園田政務官のお考えを聞かせて下さい。

○土屋主査 医療制度そのものを議論し始めると、とても3月までには当然終わらないので、既に厚労省ももちろん幾つかの会でやっているのと同時に、財務省自身が昨年、持続可能な医療制度に向けての報告書というか、本も出版しています。ですから、その方向性というのはおおよそ今回の整理と一致していると思うんです。

それで、広く日本の医療制度を見ている方はほとんどこういう議論はし尽くしていると思いますので、むしろその方向性の下で先ほど大上委員が言われたように、厚労省とやるときにこれは経産省の問題だからということで逃げずに、お互いに連関をしているので厚労省としてはどういう形だという返事を的確にいただきたいというようなところが、先ほど黒岩委員が言われたように、内閣の中で一致した認識であってければよろしいのではないかと。

やはり規制改革そのものも3月までにある程度成果を上げる必要がもちろん緊急の課題であるわけですから、これがこの大きな方向性に沿ったことを見据えて個々のことを取り上げていくということであればよろしいのではないかと思います。

○小田審議官 神野委員、どうぞ。

○神野委員 川渕委員と同じような話になりますけれども、この資料1ではやはり大々的かというと、思いのたけを語っていいのかというふうな気がするわけでありまして、ちょっと先走るかもしれないですが、次の検討項目に関しましては全部やったら恐らく難しい。皆さんお話になればガス抜きにはなるかもしれないけれども、それ以上前には進まない。どこかにやはり絞り込んで、1つだけとか2つとか3つとか、ある程度絞り込む議論が必要なのかなという気がしてなりません。

○松山事務局長 資料1の関係ですけれども、私の方もちょっと頭の整理が必要だと思っております。

結局、これまで第1クールでもそうだったわけですがけれども、各論的にいろいろな問題点から帰納法的に具体的な事例からこういうところを改革すべしということで伝統的にやってきているわけでありまして。

ただ、それだけではどうも十分でない。制度そのものの在り方について、この秋の第2クールの第1回の御議論でも、阿曾沼委員ですとか何人かの方からそういう御指摘も頂きました。

それで、私の理解は制度そのもの、骨格のところからどうしてもこういうところを問題にしなればいけないということは当然出てくるわけです。今、内閣の中では規制改革は成長戦略の重要な柱として今、取り組んでいるという位置付けでありますけれども、同時に、地域主権戦略というものも内閣の中では動いている。それから、もう一つは財政運営戦略です。予算をどういうふうに変えていくかということも同時に動いているわけです。

私はこの資料1に基づくこういう御議論を、例えば財政運営戦略の中で、それから地域主権戦略の中で、こういう点については規制改革の分科会の方から、こういうことをちゃんと踏まえてやっていただかなければいけないと、例えば園田主査、または平野会長から言っていただく。明日も成長戦略実現会議というものがございます。地域主権でありますとか財政運営戦略の中でもこういった視点を、特に重要な点については反映するようにインプットしていくことが重要になっていく。そういう方向でおまとめをいただければ、その後につながっていくのではないかと考えております。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 IIの「医療分野における制度改革の方向性」の「基本認識」なんですけれども、まず1番目の方で「医療従事者・関係者の努力と犠牲の下に成り立っていた」ではなくて、国民も犠牲になっていましたので、国民も犠牲になっていたというのは入れるべきだろう。

2番目ですが、「国民が質の高い最先端の医療」はもう既に受けられていませんので、将来の危惧ではなく、受けられない状態が続くなり、もう受けられていないという現状を認識すべきだろうと思います。以上です。

○小田審議官 大上委員、どうぞ。

○大上委員 また個別の議論ではなく、進め方の議論なのですが、わかりやすい話というのはあると思うんです。これは私の記憶なので、間違っていたらごめんなさい。高度専門的な人材の移民ですね。日本への移民というのは、全部足して数字でたしか1桁だったのではないかなと思うんです。それで、韓国とかシンガポールとかは多分3桁くらいあって、イギリスとかアメリカとかになると4桁、5桁になる。

要するに、高度な専門性を持った人材の奪い合いで、日本というのは圧倒的に遅れているという事実があって、その中で高度な医療技術を持つ移民が、例えばほかの諸外国と比較して日本というのは1桁ですから、恐らく1桁の更に下の方か、ひよっとしたらいないんじゃないかと思うんです。

例えば、そういうような事実というのはすごく交渉するときとか、あるいは発言をしていくときにパンチがある材料だと思うんですけども、そういう材料を個別の項目の中に探してちりばめていく。そういうことをやると効果的なのではないかと思うのですが、土屋さんいかがでしょうか。

○土屋主査 おっしゃるとおりなんです。やはり我が国の医療が魅力あるところであれば、当然諸外国、特に東アジアから来てよさそうなものなののですが、正直言って余り職場として魅力がないということと、もう一つは資格の問題ですね。いずれも国家資格で、これは日本語が流暢にできないといけないというのは最低の条件になっていますので、そのこのところと、日本語ができたとしても通常であれば他の国の資格がそのまま横に通用するには割と簡単なチェックで済むというのがヨーロッパ、アメリカですけれども、その制度が全くない。そのこのところでまた非常に敷居を高くしているということが障害だと思うんです。

ですから、そういう意味では今、言われたように、そういうものが極端に少ないというのをグラフ的な目に訴えるようなデータをお示しすると、いかに日本が鎖国状態であるかということがわかりいただけるのではないかと。

それから、先ほどメディカルツーリズムの話も出ましたけれども、やはりシンガポール、タイにたくさんオーストラリアとかアメリカから流れるのは、本当に同じかどうかは別として、同じレベルと思われる欧米並みの医療が安く受けられるからたくさん行っていらっしゃるわけです。

ところが、経産省が考えたのは、日本の方は高度医療だから富裕層が喜んで来るだろうということです。この前提には幾つかうそがあって、先ほど久住委員が言われたように日本の医療が本当に高度であるかどうか。誰も証明していないですね。基礎医学は大変日本のレベルは高いんですけども、日本の医療制度そのものが本当にいいかどうか。悪いから今、改革しようというので、そこに来るとはとても思えない。しかも、日本の方が東アジアに比べて高い。全部前提が間違っているわけです。ですから、そういう意味では今の高度医療技術がこないというのは現実そういうことを表している指標になると思います。

○小田審議官 真野委員、どうぞ。

○真野委員 今のことに関連してお聞きしたいのですが、最後に例のTPP関係ですか。包括的経済連携に関する基本方針と出ていますが、この話と今、大上先生も言われていた医療人材も含めて高度専門人材の交流といえますか、そういうものと何か関係するんですか。

○船矢参事官 この基本方針については今日のワーキングの最後のところで説明をしようかと思っておりましたけれども、今、御質問がありましたので趣旨を御説明します。

ただ、この点について今日はそのものについてディスカッションすることは予定しておりませんので、また次の機会と思っております。

この11月9日の閣議決定の趣旨ですが、これは新聞でも報道されているようなTPP、トランス・パシフィック・パートナーシップの交渉に向けて、我が国として先行的に検討体制をつくらんと

いうことでできたものですが、TPPという環太平洋諸国との多国間の枠組みにいきなり入る前に、具体的には日本とEUであるとか、あるいは韓国とかというようなバイの、バイラテラルの協議であるとか、協議の前の予備協議的なものが先行的に進んでおりますので、現実的にはまずそちらからということになると思います。

経済連携交渉をこれから進めていく、あるいは進めることを検討するに当たって国内対策ということで、(1)「農業」、(2)「人の移動」、(3)「規制制度改革」ということで3つの検討体制を設置する。ないしは、(3)については行政刷新会議のこの分科会あるいはワーキングということで既に設置をされているわけでありませう。

簡単に関係ないことも含めて説明すると、「農業」については農業の規制制度改革というのは我が方でやりますけれども、財源とか予算措置とかというところは新たに設置される農業の構造改革のところでやっていく。

それから、(2)の「人の移動」です。ここはやや我々のところとかぶる部分もあるにはあるのですが、一応ここでは国家戦略室、玄葉大臣の下に当面は日インドネシア、あるいは日フィリピンのEPAに基づく看護師、それから介護福祉士についても試験の2回目が出て、場合によっては本国に帰らなければいけないという喫緊の課題がありますので、まずそれについてどう対応するかということを中心として検討するという場になっています。

そして、(3)の「規制制度改革」であります。これも当面は今、我々が既に検討している医療について開くというような観点の検討に加えて、更に個別的に例えばEU政府がこういう点について日本の制度を見直してくれという要望がいろいろ出ているようございませう。そういう中で、もちろんこれはその交渉を本格的に開始して、その交渉の過程で制度を見直していくというのは通常の交渉のパターンでありますけれども、交渉開始の前に先行的に我々としてやれること、あるいはやるべきことがあれば、それを3月までのワーキング、あるいは分科会の中でも追加的に取り上げていこうと考えております。

○真野委員 そうしますと、最後の3点目は我々も関係するんだとすると、例えば海外の優れた経営資源という表現がありますが、この中に当然高度人材も入ってくると思うのですが、そこを我々が強調することもできる。もちろん国際医療交流というくくりで今のところ何となく進んでいるようなんですけれども、再度強調することもできるという意味ですね。

○船矢参事官 はい。それはできます。

○小田審議官 三谷委員、どうぞ。

○三谷委員 この制度改革の方向性のお話なんですけれども、非常によくまとめていただいたなと思っております。もともと規制の各項目に対して、本来はどういう問題があつてどうやって解決するのかという話を、第1クールでもそうですし、過去何年もやってきたわけなんです。その話でさばきやすさだけをずっと追いかけていって、今まで扱われていない項目というのをずっと探していくという方向というのは私は余り賛成ではありません。いいかげん実行するべきときだという話をずっと言ってきました。本来はもしこの方向性の中でさっき土屋主査がおっしゃられたように厚労省ならば厚労省の考え方が大きく違うのであればそういうところから直すべきであつて、個別の規制項目

の13番目がどうですなどという話を一生懸命やっても、逆に私は意味がないかなと思っています。

川淵委員がおっしゃっていた、規制ということは議論はしやすいが、制度改革というのを今後どう進めるかはなかなか難しいという点については全く賛成です。それを本来はどう考えていくのか、園田政務官などにも是非考えていただきたいのです。もう一度言いますが、この会は新しい項目を探すために、規制項目を1つでも多く探すためにやっているのではなくて、本当にこの方向性を合わせるためにやっている。そのためには、やはりこういうところで議論してお互いがこの認識を高めながらというか、合わせながらやるべきではないかと私は思っております。

○小田審議官 そろそろ時間もまいりましたので、神野委員の御発言で最後とさせていただきます。

○神野委員 すみません。ちょっとずれるかもしれませんが、今TPPの件は触れるなという話ですけれども、でもやはり人の移動と規制・制度改革はリンクしているわけで、規制・制度改革の中で先ほど来あるように人の話があるわけですね。

それで、やはり一つの大きな認識として持っていただきたいのは、前回の社会保障国民会議のときにもお話をしましたけれども、これから高齢化社会を迎える日本で絶対数、看護師にしても介護士にしても足りないという大前提がある。その中で、それを入れるためにはどうするか。そこにはやはりこの人の移動というところで、外国に頼らないことには絶対日本はもたないという認識を持っていただきたいという強い思いがあります。

○小田審議官 では、時間も過ぎましたので、土屋主査から最後をお願いいたします。

○土屋主査 皆さん、全体的な意向としては制度改革の方向性に関する整理はよくまとまっているという御認識だと思います。ただ、2、3追加修正をとということで、これは後ほど事務局とも相談したいと思います。

最後に、ちょっと時間のないところで申し訳ないのですが、今の包括的経済連携の最後の(3)の「規制制度改革」で、これを読ませていただいて気が付いたのですが、「国を開き、海外の優れた経営資源を取り込む」と、ここは大変大きな意味で、これは厚生行政の専門家を取り込んだらどうか。そして、病院経営についても個々にMBAを取ってきたりという努力を個人的にはしていますが、日本全体としてそういう方向性は確かにはないですね。

これは、大変自虐的な皮肉な話ですけれども、今これを言われて、はたと気が付いたのはまさにそここのところではないか。そこが認識されないと、この方向性に関する整理が相手側に理解されないという危惧を抱きました。これはもろにそのまま向こうにぶつけるわけにはいきませんが、やはり国際性のある認識をしていただきたいというようなところで、厚労省側あるいは文科省側に認識を改めていただく必要があろうかという思いがいたしました。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、ここで一たん今の御議論は終わらせていただいて、次の議題3に移らせていただきたいと思います。

前回のワーキンググループ終了後、いろいろいただいた御意見も踏まえまして、それからまた個別分野の検討会も重ねていただきました。園田主査、土屋主査とも御相談の上、少し項目を整理してございます。検討項目の候補について、事務局から説明をしたいと思います。

○船矢参事官 説明をする前に、最後の方で話題になった件について補足だけしておきますと、人

の移動ということに関して国家戦略室が当面、日インドネシア、フィリピン、EPA関係のことを取り上げるという説明をいたしましたけれども、事務的には私どもと国家戦略室の担当とは情報交換を密にしております。

それから、私どもの方でこの人の関係を一切やらないという意味でもありませんので、具体的なEPA交渉と絡むことはそちらでやりますが、それ以外の、より広い意味での開かれた医療なり日本あるいは海外の優れた経営資源を取り込むというような観点で、幅広く我々の方でもやっていきたいと思っています。

それでは、資料2の各論ということになりますが、これは当然ながら総論とも関係をしているわけでありまして、大きな総論的な視点から導かれるものとして、こういう各論があるんだというような展開にできるだけわかりやすく整理をしていきたいと思っています。

前回までで52項目あったと思いますが、両主査、園田政務官と土屋先生にお諮りをして重複などを整理して41項目という形にまとめて、先週関係省庁、主として専ら厚労省ですけれども、若干その他の省庁も入っておりますが、意見照会を今かけたところであります。

今週中に各省からの意見が返ってくる予定ですので、それを踏まえて更に項目をどうしていくか、絞り込んでいくのか、どれを重点にするかというようなことについて、また改めて御議論いただきたいと思っているわけでありまして、今日は特にこの個別項目のうち大きな論点、あるいは賛否両論あると思われるような点について大きく3点ほどありますけれども、御議論いただきたいと思っています。

先ほどの資料1のところ、例えば限られた医療資源の適正配置とか有効活用、それからその関係で人材の不足あるいは偏在解消のための方策ということを掲げさせていただきましたけれども、各論的に言いますと項目番号で言うと5番、「医師不足解消のための教育規制改革（特色ある新設医学部の設立）」ということで、この項目についてその是非も含めて今日ここで御議論いただきたいと思っておりますが、同じような趣旨から言うと6番の「(歯科医から麻酔科医への道を拓く)」ということ、あるいは7番の「救急救命士の職域拡大」という点についても合わせて御議論をいただいても結構でございます。

それから、大きく2点目は、これも全体の趣旨からすると同じかもしれませんが、8番の「国際医療交流に対応するための外国人医師・看護師の受け入れ拡大」でございます。これは黒岩委員からの御提案もいただいておりますが、医療ツーリズムあるいは国際医療交流という文脈で、外国人を対象にした外国人医師を日本で活動させるということが基本的な趣旨であります。外国から日本に来て治療を受けるということもあるでしょうし、あるいは高度人材が日本に在住をしている。そういう人が英語を使って治療を受けられるという意味で、英語のできる外国人医師が日本で開業することを認めるという考え方も可能だと思います。あるいは別の観点で全体的、全国的な医師不足というものを解決する方策として、外国の資格を持った外国人医師を日本に受け入れるという、より広い視点と申しますか、影響度で言うと、より大きな影響ということになると思いますが、そういう観点からの議論というものもあり得るかと思っております。

それから3点目、これも大きな話ではありますが、9番の「医療行為の無過失補償制度の導入」で

ございます。これに関連するのは18番の「医薬品・医療機器の審査業務にかかる法的責任の明確化」ということでございます。

9番の無過失補償ということと、それから免責といいますか、法的責任の明確化あるいはもうちょっと言うと限定化ということとは一応別物ではありますけれども、リンクをするので同じ項目の中に入れてあります。無過失補償というのは、例えば医薬品のように一定の確率の下で過失がなくてもどうしても副作用というものが出てしまう。そういうときに、その被害者に対して補償をするという仕組みがあるわけですが、より広く医療行為についても、過失がなくても一定の確率の中で医療行為によって生命が失われるような事態が現実にあるわけでございます。そういうときに、今の法体系はあくまでも故意または過失で損害賠償責任という民法の体系あるいは国家損害賠償の体系があるものですから、十分な救済が受けられないという中で、こういう無過失補償という仕組みを設けるべきではないかという提案があるわけです。

それと関連をして、今度は過失ということになりますと、お医者さんの立場からすると今は民法にせよ、刑法にせよ、故意または過失というときの過失という概念が不明確、予測可能性がつかないので、具体的に事件が起こって、それが訴訟、司法の場で判決という形で明確化されるまでは過失なのかどうかというのはわかりづらいということが現場の混乱といいますか、萎縮を招いているというような指摘もありますので、安心して医療ができるという立場からも刑事上、あるいは民事上の責任の明確化ということを議論すべきではないか。これは今の我が国の法体系の下ではなかなか難しい課題ではありますけれども、議論すべき点ではないかと思っております。

それと似たような文脈で、今度は医薬品・医療機器の審査業務、これが我が国ではなかなか迅速に進まないということの背景には、これについても後日何か問題が発生した場合に、それが過失であるとされてしまって、組織としての損害賠償のみならず、審査官個人の刑事責任まで問われかねないということが審査の遅延、できるだけ慎重に、慎重に審査をしていくということの結果を招いているのではないか。この問題を解決しないと、なかなか迅速化と言っても限度があるのではないかという問題意識でございます。以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、今回は先ほど船矢から御説明した3項目を中心に、1項目15分程度ではございますけれども、集中的に御審議をいただきたいと思っております。

それでは、まず最初に5番の特色ある医学部の新設です。これは、資料3の方では8ページに内容が記載してございます。それから、関連してその後の6番、歯科医師から麻酔医への教育改革、7番の救急救命士の職域拡大、これらについて、15分程度御議論をいただきたいと思っております。

では、黒岩委員どうぞ。

○黒岩委員 これは私の提案だからこそ最初に話させていただきますけれども、医師不足という現実をやっと国が認めたと言ったら、早く医師不足を解消するために動くべき、これは当然のことです。だから、やれることはどんどんやっていくということが一番求められていることだと思います。

その中で今できることですが、歯科医から麻酔科への道を拓くというのは非常に現実的な選択肢ではないかと私は思います。というのは、歯科医が余っていて、麻酔科医が足りないという現実が

ある。しかも、既に歯科医が研修という名目でいろいろな医療機関、施設で麻酔医の代わりをして働いているという現状がありますから、これを早く追認していくような形にしていけば、なるべく早い時間で医師不足部分は補っていただけるだろうということがあります。

それとともに、新設医学部の話です。これは私の口からはっきり申し上げておきますが、私が所属している国際医療福祉大学というものが医学部をつくりたいという意向を示しているということがありますから、私が言うといかにも自分が大学の利益の目的のために発言していると思われる可能性があるのですが、余りこれは深くは言いませんけれども、ただ、早く医師不足を補うためであるならば新しい医学部をつくるという選択肢は当然だろうと私は思います。

医学部の現在の定員を増やすという選択肢もあることはあるのですが、そういうことによって今の医学教育の質が下がるという危険性もあるということを考えるならば、そういう新設医学部の力を持った学校はやってもいいんじゃないか。

しかし、そのために数だけということにするとせっかくのこういう大きなチャンスを生かせないという気がしますので、新しい医学部をつくるのであるならば今の医学教育の在り方に風穴を空けるような質の転換ということも同時に目指せるような、そういった医学部をつくっていくということがひとつ求められているのかと思います。

それから、「救急救命士の職域拡大」というのは、今まで救急救命士の応急処置範囲の拡大ということで議論がずっとあったんですけども、今回私が提起している問題は職域の拡大ということがあります。これは、制度ができるときにさまざまな妥協、足して2で割的な妥協の産物でありまして、結果的には医療関連国家資格となりました。しかし、現実問題としては、救急救命士は消防の職員である。そうすると、消防の職員でない国家資格を持った救急救命士が2万人以上いるんだけれども、それがその資格を持って働けないという非常にもったいない現実がある。せっかくの国家資格を全く生かせないで働けないという現状がある。これは直ちにまさに規制を緩和することによって実現できることです。だから、非常に簡単なことは病院の中で働けるようにすればいいということでもあります。

それ以外にも、たくさんの方がいるところには救急救命士を置くべきとか、将来的には航空機の中に1名救急救命士を乗せたら、あっという間にせっかくの資格を持った人たちが働けるということです。これは、消防の救急救命士も既に定年退職を迎える人が出てきていますので、この人たちの雇用の場ということにおいても、まさに雇用と言っている菅政権からすれば非常に大きなポイントだと思います。以上です。

○小田審議官 神野委員、どうぞ。

○神野委員 まず、今回の医学部の設立の話ですけども、前回岡野委員からいわゆる先端技術系と技術系の医学部といいますか、基礎系の医学部というお話をいただいて非常に感銘を受けました。日本の今まで足らなかったような先端技術医学部とか基礎医学部といったような最先端の医療技術といいますか、いわゆる現場、臨床医を育てるわけではなくて、新しい技術を開発するような医学部というのは大いにありだと思います。

それから、医師数不足のための医学部に関しましては、これは別なところで議論されましたけれ

ども、私はメディカルスクールの議論ありだと思います。今は単に附属病院付きの医学部をつくるのはさすがに附属病院に多くの臨床医を取られてしまう。ならば、メディカルスクールとして既存の病院を利用するような形の医師養成施設という新しい制度というものはないのかなというふうな気がいたします。

それから6番、7番でありますけれども、これはまさにチーム医療の話でありまして、特に7番の救急救命士に関しまして今、黒岩委員がおっしゃったとおり業務拡大と職能拡大という両面から語らなければいけないと思います。特に職域といいますか、職能拡大というところで全く黒岩委員のおっしゃるとおり病院あるいはいろいろな現場で救急救命士の仕事ができるようにするというのは、明日にでもできる話かと思えます。

あとは、歯科医の麻酔医の話でありますけれども、私がちょっと気になるところは、実際に歯学部へ行った学生さんたちとか歯学部を卒業した方が、歯科医ではなくて麻酔科をやりたいのかどうかということであります。もともと歯医者さんになりたくてなった方々が、たまたま仕事があぶれているから麻酔科医になりなよと言って果たしてどれだけ需要があるのか。それよりも、チーム医療として進めるならばフィジシャンアシスタントという形で今、欧米の麻酔業務に医師ではない資格職として、看護師ではなくてもいいと思うんですけれども、麻酔科専門のアシスタントといったようなものを養成するものがあります。もし日本に応用するならばもちろん看護師の中から麻酔をやってもいいような看護師制度あるいはME、臨床工学士の中から麻酔の方へいく。あるいは、今の救急救命士から麻酔の方へいくとか、そういう人間をつくるのも一つの手かなという気がいたします。

○小田審議官 真野委員、どうぞ。

○真野委員 この辺りの議論は、応急的に医師不足に対応するための議論なのか、医療制度、教育ですから医師の教育などは根幹に関わると思うんですけれども、医療制度の根幹に関わるようなものであるのかという2つの視点があって、後者の根幹というものであれば未来永劫的に続くような制度の改革が必要です。前者のものは中長期的に見ると医師不足も解消されるという試算もあるわけですから、こちらを重んじるのであればちょっと違う方法、逆に言うとほかの専門職でも増え過ぎて問題も起きているわけですから、場合によってはこちらのために医学部をつくるということでしたら、変な言い方ですが、医師不足ではなく医師過剰になったときの退出条件のような状況も考えなければいけないのではないのでしょうか。

そういう意味合いでいくと、ちょっと神野先生のお話に近いんですけれども、極めて特色が強い医学部あるいはメディカルスクールであれば可能性はあるのかなと思いますが、単に家庭医を養成するんだとか、いろいろな議論はあるかもしれませんが、家庭医を養成すると言っている大学は今まで私学でも結構あるわけですから、それくらいのインパクトのものだとどうでしょうか？ 今は既存の医学部が800名くらいの定員が増えていると思いますので、そこら辺のところに対応したり、むしろ外国人を活用するとか、フィジシャンアシスタント等の活用、救急救命士でもいいと思うのですが、いろいろなチーム医療の方で何か対応した方がいいのではないかと考えています。

あとは、歯科医の麻酔科ですが、私はここでは神野先生と逆で、ニーズはもしかするとあるのか

もしれないと思っているんです。というのは、やりたいか、やりたくないかではなくて、やはり麻酔科医というのは結構今は収入がいいという話もあり、収入で人が動くかどうかという議論はあるにしてもそれに流れてくるかもしれない。そうすると、逆にお金のために動いているという話にもなりますのでちょっと不安である。

もっと言うと、私も100%歯学部教育を知っているわけではないのですが、やはり全身管理とか、そういう視点でどこまで歯学部卒業の人が対応できるのかという面がちょっと不安なんです。もちろんそれは麻酔専門師ということで新たな資格を創設しという話であれば相当しっかりした教育を付ければ、それはそれで可能性はあるのかもしれませんが、ちょっと軽々に論じるのはまずいのではないかと思います。救急救命士の拡大は賛成です。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 医学部新設に関しては、私自身は賛成です。それで、メディカルスクールというか、大学を一回出た人が入るようなシステムにして、何で今まで既存の大学の医学部の定員増でないかということ、基本的には卒業した大学の回りに一定の割合の人が残って、あとは流動するわけです。それで、都会の学校を出た頭のいい人は田舎の大学に来て東京に帰るといったモデルはやはり多いわけですから、ある程度今の分布のままでは全体にパイが増えたとしてもやはり西高東低の状態が改善しないだろう。それで、九州と例えば東京の近隣の都市を比べると、九州の方が圧倒的に医学部の数が多い。それで、東京の近郊の都市というのは非常にベッドタウンで人口を大きく抱えながらも、例えば千葉県には1県に1医大しかない。ですから、人口比で考えるとかなり東西の偏りがあるので、それを是正する目的として今、医師不足で困っている地域については医学部をつくるというのは許可してもいいんじゃないかという認識を持っています。

それで、ユニークな医学部にすべきかどうかということ、まず普通の医者が今は足りないので普通の医学部をつくるということでもいいと思います。やりたいならばどうぞということですね。ただし、どこにつくるべきかということに関しては慎重な議論が必要だろうと思います。

次に、歯科医師が麻酔科医になれるかということ、実際に医学部や歯学部での教育で我々は医師をやっているわけではなくて卒後教育が非常に重要です。それで、卒後教育というのは一緒に食事しながら今日はだめだったとか、そんなところを含めて医師としての生き方みたいなところも学んでいく暗黙的のところが多い。ですから、専門教育というものがどこまでできるのか。ベースになっているものが医学部の場合は割と全身についての教育を卒業までやるわけですが、歯科に関しては最初の基礎教育で人体についてのいろいろな生理学とかは習いますけれども、後半についてはやはりかなり歯に特化していく。それで、卒業してすぐ働けるように歯を削ったりとか、そういう実技の方に重きが置かれるので、これをお医者さんが足りないから麻酔科医になってねというのは現実的には難しいのかなという気がしています。

救急救命士に関しては、職域拡大はごもっともだと思います。

○小田審議官 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 この医師の不足の問題等々の問題は、実は決め手というものがなかなかなくて、良い手はいっぱいあります。その良い手を組み合わせしていく形で、全体的な制度、政策をどう改革し

ていくかを考えていくということが重要です。例えば医師以外の職種からの医師養成のプロセスの在り方をどう考えるかとか、医学部の卒業生が本当に自分の専門を自由に選択していいのかとか、医師養成の定員制をどう考えていくかとか、それからそもそも供給能力を上げていくためには何を優先的にすべきかとか、医師と他職種の役割の分担だとか、それから神野先生がおっしゃったように米国では麻酔師という資格があるわけですが、そういった資格認定の在り方とか、更に外国人医師の資格認定の在り方とか、総合的に多様な方策を打ち出しをした上で、文科省、厚労省がどう考えているのか、意見を求めていくべきだと思います。

個々に個別に意見を求めていくと個別の議論になって、結局あれがだめ、これがだめということの繰り返しになるのではないかと思います。もう少し総論的に打ち込んで議論をしてもらい、もしくは厚労省と文科省とを一緒にテーブルに着かせて共に議論をしなければ回答ができないようなことに結び付けていくという戦術が必要なのではないかと思います。

○小田審議官 岡野委員、どうぞ。

○岡野委員 海外の医学と比べて、日本の医学がシステム上、欠けているポイントがあるんだろうと思うんです。それは、日本の医療制度自身、教育も臨床家をきっちり育てるという中から始まっていますので、患者をしっかりと診られる人を医師にする。そうすると、今、治らない患者は誰が診るのかという問題があるわけですが、制度的に日本はやはりここをしっかりとやれる人をつくってこなかったわけです。それで、医学部の中で優秀な先生たちはいっぱいいるわけですが、こういう人たちが忙し過ぎてしまう。患者を診るためにほとんど時間がなくて、なかなか今、治らない人たちのことを考える時間を持ってないという中で、目の前の患者に振り回される形での医療に終始しているということで日本の医療が非常に後ろ向きになっているわけです。

一方で、世界は先端医療が今、治らない病気をどんどん治していくというところで新薬、それから医療機器、ものすごい勢いで進んでいます、日本からはほとんど出てこない。これが出てこないというのは、もともとやる仕組みを医学部の中に設定してこられなかったわけでありまして。

アメリカは目の前の患者を治すということをしつかりやる病院があつて、その後ろに病院の2倍くらい大きい研究所がありまして、そこは今、治らない病気を治すために5年後、10年後にどうしたらいいかという戦略研究をやる場所がちゃんとできていて、優秀な医師、創造力の高い医師はその両サイドでやれる仕組みを徹底的につくり込んでいるために、医療費が多分アメリカの場合は百何十兆円とか使っていると思いますが、それ以上の外貨獲得をやっているわけです。日本は35兆円の医療費を使つていまして、数%しか外貨獲得はできないわけです。ですから、圧倒的に医療体制整備が目の前の患者を診るということに終始しているためにトータルの設計を間違つてしまつているわけです。この問題と、今の大学で教育をどうするかという問題は、私はつくるべきだと思います。

なぜつくるべきかという、優秀な医師でやはり創造的なところへ回していった方がいい医師がたくさんいるわけですが、なかなかそういう人たちに研究もやらせられないという中で、もう一度日本が総合的に医療をどう設計するかという問題とこの問題は決して離せられない問題であります。ですから、教育の問題と、産業の問題と、それから医療現場をどう設計していくかという問題を総

合的にきっちりと見ることによって今の教育はどうあるべきか。

そう考えますと、日本の患者のための医師養成という医学部でスタートしていますから、そろそろこれは21世紀になって見直しをやらなくちゃいけない時期に入っていますので、これはやるべきだと思いますし、新しくもう一度医療の設計の中から教育、それから大学をどうすべきかを考えるべきじゃないかと私は思います。

○小田審議官 ありがとうございます。まだ議論は尽きないかと思うのですが、時間もきましたので、とりあえずここは今日はこの段階で終わらせていただいて次の課題に移らせていただきたいと思います。

次は、8番目の外国人医師・看護師の受け入れの拡大でございます。資料の3では、次の11ページになります。では、こちらの方をよろしくお願ひいたします。大体15分ぐらいを一つの目安というところでお願いいたします。

では、神野委員どうぞ。

○神野委員 このメンバーの中には反対者はいないんじゃないかという気がするんですけども、外国人の患者が来たいというものを拒む理由は何もないわけで、その相手をするために外国人のドクターとナースがいることに関しては何も問題ないんじゃないかと思います。

○小田審議官 この整理を事務方の方からしてください。

○事務局 今回集中的に御審議いただきたいということをお願いしていることとして、国際医療交流という文脈の中で第1クールのお話を少しさせていただきますと、第1クールでは外国人患者の受け入れということをやらせていただいた。それから、外国人医師・看護師については、今ある臨床修練制度ですね。医師法第17条の特例に関する法律、これを変える、見直すということで閣議決定もしておりますので、臨床修練制度は年限の問題とか、そこについては合意事項として今、動いております。

ですので、今回第2クールでやるに当たって、臨床修練制度以外の方策として外国人の医師あるいは看護師の受け入れを求めていくとすればどういう方策があるのか。

それからもう一つ、その方策ともリンクするんですけども、国際医療交流という文脈で外国人の患者さんを診療する、あるいは療養上の世話をするという限定で外国人の医師・看護師を入れるのか。日本人の患者も診療する、療養の世話をすることができるようなようにして入れるのか。これがどちらかということとは全然違う話になると思いますので、主にこのワーキングではそのどちらかを求めていくかを御議論いただければと思っております。

○松山事務局長 1点補足をしますと、第1クールのときの今、臨床修練と言いましたが、ここは2つありまして、1つは海外からの患者の受け入れ、これは基本的に規制は余りなくて唯一、医療目的の短期滞在ビザの発給、これはもう今年じゅうにやるということで外務省、法務省はOKです。更に、在留資格もOKです。

もう1つが臨床修練ですけども、現在の臨床修練制度というのは修練だけだったものを、それに加えて教授目的ですね。医療技術の教授ないし外国の医療関係者が日本人に対して教授をする。あるいはその国際水準の共同研究の目的、これらも含めます。

それから、滞在期間は2年だったものを延ばす。それから、手続的なものでも簡素化をするというところがあります。それから、看護師についても同様の臨床修練制度で同様の手続の簡素化をする。

要するに、ここまでのことはもう閣議決定していますので、いずれ実現することになります。ですから、今日御議論いただきたいのは、第2クールではこれに加えて、ということです。

○神野委員 確認ですけれども、そうだとするならば「国際医療交流に対応するための」というのは、なしで議論しろということですよ。

○事務局 その前提でいくのか、そこで限定をかけた方がいいのか、むしろそこは外して全部日本人患者も診られるようにするのか。どちらがよろしいでしょうかということ逆を意見を聞きしたいということです。

○小田審議官 岡野委員、どうぞ。

○岡野委員 少し情報として、ヨーロッパが27か国プラス3か国、スイス、イギリス、スウェーデンを入れて30か国、今、医師が互いに診られる制度をスタートさせているように聞いております。これはいろいろなことで順調に進んでいるように聞いておりますが、ブルガリアが27番目の参加国になったときに、各国が医療教育の引き上げをやるためにいろいろな経済的、それから教育のメディア等も含めて、ものすごい教育のアシストをかけているんですね。

そういう形で30か国が倫理観、それから医療のテクノロジー、そういうものをいかに統一的に見ていけるかをしっかりとつくり込みましてお互いに医師を互換してやれる。ですから、フランス人をドイツの医者が診てもいいという仕組みをつくり上げているわけですが、この外国人という中に、どういう教育と、どういう倫理観と、それからどういう医療を目指すかという問題を全く今、限定しないで、ヨーロッパのやり方というのは30か国の中でそういう教育を通しながらも一体的にやるという仕組みをつくり上げてスタートしているわけでありませぬ。

ですから、日本ももう一度その辺の制度をしっかりと見て、どういう問題が起きているのか。それから、どの国とどう組んでいくのか。それから、医療の医師というレベルが宗教観の違うところなどどう合わせていくかという問題も考えていかないと、これは一律に外国人ならば誰でもいいというような仕組みではとてもいける問題ではなくて、もう少し具体的に詰めて、特にヨーロッパのやり方を精査して対応するのが妥当かと考えます。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 岡野先生、もし御存じだったら教えていただきたいんですけども、ヨーロッパでは例えば語学についてはどういう決まりになっているのでしょうか。

○岡野委員 語学は完全に把握しておりませんが、かなり今ヨーロッパでも英語を浸透させておりまして、各病院で英語で問題になっているというふうには聞いておりませんので、どの病院でも中で動いて英語でやるということに関してはほとんど問題が起きていないように聞いております。

○久住委員 日本にいる外国人のみを対象とするか、日本人を対象にするかというのは、要するに語学資格をどうするかということに尽きると思うんです。

日本語、例えば日本人のお医者さんがアメリカのUSMLEという外国の医学部を出た人向けの

試験があるわけですが、そこでは問診や診察の実際の様子まで含めたかなりレベルの高い語学試験が要求されています。かつ、言語上のコミュニケーションの不備があって個人が訴えられたり、不利な立場になった場合は個人の責任に帰せられるわけです。

ですから、外国のお医者さんが日本に来て診療する場合、外国の方ですからどうぞ、どうぞ、好き勝手にやってくださいということではなく、やはり言語能力というのはある程度の縛りは必要であろうと思います。それがクリアできて、かつそれでも来たいという方がおられるのであれば、是非日本人の医療もやっていただく。もしくは、そのコミュニケーション部分は日本の医者が全部やりますので、高度なところだけ外国の医師にやってもらうということもありだとは思いますが、それに関してはそんなに外国人の方が優れているということは多分ないだろうと思いますので、語学をどうするかというところは、個人的には日本人を相手にする場合は日本語の修練が必要だろうと思います。

○小田審議官 今の久住委員のお話で、臨床修練制度以外の制度が必要なのかどうかというのはどうお考えですか。もし久住委員に御意見があればお願いします。

○久住委員 臨床修練制度の中で日本語をしっかり勉強を今、実際に来ていらっしゃる方々はされているわけですが、日本語の勉強も含めてしていただければいいと思います。

○真野委員 臨床修練制度は特に語学は、特に要求していないですね。これは多分、例の看護師、介護士のEAPの話もすごく似ていると思うんですが、結局日本語が非常にレベルが高いということになりますと、当然日本語で非常に難しい、日本語というハードルも含めて医師免許の試験を受け直すという話になると思うんです。

ですから、もちろんそれは一つの考え方だとは思いますが、私の知っている限りはEUなどですと語学のハードルは余り関係なく、要するに患者の方で自国語の対応ではない医師は選ばない。もちろん通訳を付けるという議論もあり得るのですが、通訳を付ければ当然コストはかかります。

ですから、もし解禁するならばですね。したいかどうかはまた後で言いますが、解禁するのであれば語学の問題をどこまで試験などでハードルをつけるかというのはまた別の話で、逆に言うとハードルが高ければあえて日本語を勉強する人は減るでしょうから、現実には非常に少なくなってしまうのではないかとこのように懸念します。

ただ、私自身は、さはさりながら、いきなり全部に拡大するというのはちょっと非現実的だと思っています。というのは、岡野先生も言われましたように今、簡単に医学教育を受けたり、簡単に国のライセンスを取れる人が他の国で診療に当たるというのは必ずしもいいことではないのではないかとこの議論ももう一方であり、さっき倫理観という話が出ましたけれども、いろいろ見ますと、やはり医師として収入が非常に減っている国もありますので、そういう国においては倫理観もあるかもしれませんが、ほかの国の人だからいいやみたいな感じでやっている例もなきにしもあらずだと思えます。

そういう意味で、一挙に全部拡大するのではなく、やはり国を選ぶというようなことも含めて、ここにもありますが、特区とか、そういうところで試験的にやっていくことで、どの国がどんな雰囲気、倫理観を持った医師かとか、そういうのもわかってくるのではないかと。こういうふうに、私

は日本人も含めて特区でやるということを推薦したいと思っています。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 多分、制度で我々が想定しているのは、アメリカなどの素晴らしいお医者さんたちが日本に来て医療を提供してくれるという夢を見て話をしているような気がするんですが、実際に来るのは多分、いわゆる日本より低所得の国のお医者さんですね。

ですから、どれぐらいそれが実際にいるのだろうか。日本の医療費というのは医師の収入も含めて、ほかの国々で働いている方がよっぽどいい場合が多いわけですから、制度をつくっているけれども、実際には誰が来るのかというところの値踏みというか、どれぐらい来たいというニーズがあるのかというところをまず検討しないといけないのかなという気がします。

○小田審議官 ありがとうございます。時間配分の都合でこれに関してはここまでということにさせていただいて、最後に3点目の9番の無過失補償制度に移らせていただきたいと思います。

では、神野委員どうぞ。

○神野委員 産科医療補償制度というものがあって、あれはたしか年間800人ぐらいの対象者が出るということで、1分娩当たり3万円の無過失補償の保険金なんですね。今、随分お金が余っているというので大きな問題になっているようですけれども、免責の話は大いに結構というか、少なくともグローバルスタンダード級に医療行為に対する免責制度というのはきちんと明文化していただきたいと思います。しかし、この無過失補償ということでお金が絡んでくると今の産科の800人だけで3万円ということになると、財源の問題というのはまた大変大きな問題になってくると思います。

その辺と、この制度改革と財源の問題を最初に申し上げましたけれども、絡んでくるところをはらんでいる分野かと思います。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 私が提案させていただいたので、前提条件を皆さんに御承知おきいただいていると思いますけれども、予防接種も含めて、この人に有害事象が起きるかどうかということは全く予見できないわけです。最高裁の判決だと予診をちゃんとやれという話になっていますけれども、それで副反応が起きないということは予見できません。

ですから、皆さんが医療行為を受けるときには必ずリスクはつきものである。それを自動車保険みたいに、万が一があるといけないからということで皆さんから応分の負担をいただいて、それを困っている人に配分するということですので、医療の今までの有害事象に対する救済の方法そのものが医療の性質に即していなかったんだと思います。ですから、医療全体、産科を含めて医療行為全体で、当然ワクチンに関する有害事象も含むという形で無過失補償というのをつくる必要があると強く考えております。

○小田審議官 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 今の御意見に私も大賛成で、自動車に自賠責があって医療に自賠責がないということは今後議論になってくるのではないかとより議論しなくてはいけないと思います。ある意味、選定療養の中で対応し、患者さんが自らを守り、もしくは自分と同じように苦しんでいらっしゃる

多くの患者さんのために自らもお金を払い補償の基金をつくっていくような制度があってもいいのではないかと個人的に思っております。例えば誰がどれだけ負担するか、国も、保険者も、そして個人も負担していくような基金の制度があって、それが免責制度の中の補償の基金になっていくということが今後議論になっていく必要があると思います。今まで、この点に関して具体的な議論、こうあるべきだという議論で具体例を示したものがなかったので、今回の議論では是非この点を含めて打ち込んでいきたいと私は希望しております。

○小田審議官 黒岩委員、どうぞ。

○黒岩委員 私は厚労省の予防接種部会のメンバーでもあるのですが、要するに日本はワクチン後進国である。それを脱しなければいけない。なぜワクチン後進国になったのかというと、要するに副反応事故が起きた。メディアが騒ぐ。そして、国は何をやっているんだということになって、それで責任を問われる。では、危ないことはやめておこう。こういう連鎖があって、どんどん世界が普通にやっているワクチンをやめてきたという歴史があります。

この流れを変えなければいけないといったときに、副反応の事故というのは避け難いということがあるので、それをやはり国民全体が乗り越えていく覚悟が必要ですね。そのためには、メディアも1つのことについて余り過大に大騒ぎするということも控えなければいけない。

一番大事なことは何かと言うと、情報がどれだけ公開されているか。1件の副反応事故の分母は一体幾らなのか。100万分のうちの1件なのか、1,000分の1件なのか。その辺りが、今の情報開示の現状ではなかなかうまくいかない。

そこをまずオープンするというのが大前提で、その上で無過失補償制度というものがセットで付いているということにならないと、やはり現場がワクチンを打つということになかなか踏み切れない。

だから、ワクチン後進国を脱するためには絶対的に必要な議論だと思ひまして予防接種部会の中ではこういう議論を私はしているんですが、余り反応はこないですね。だからこそ、逆に言えばこちらのこのワーキンググループの方から大きな風を吹かせるということはとても意義があることだと私は思っています。

○小田審議官 今、項目9番では医療全体という話と、それからワクチンという話もあるんですけども、その辺で何か御意見ございますか。

では、土屋主査どうぞ。

○土屋主査 御意見がないようなので、今、言われたようにワクチンが一番一般的にはわかりやすいだろうと思うんです。

ただ、それに更に加えるとすれば、保険診療でやられているのが今、医薬品での副作用ですね。これは医薬品医療機器総合機構が担っている。それ以外のものについて、特に機器の方は全くないですね。その辺まで含めるかどうかということを、委員の先生方はどう思われるか。

更に、保険外では出産のところが今、産科補償になっていますけれども、これはちょっと特別な問題をほかの面でも抱えているものですから、そこに入り込むかどうかというような段階ではないかなと思います。

ですから、私なりに落としどころを考えたいと思うんですけども、皆様が一般的な感覚でワクチンだけに絞っていくか、医療機器も含めた保険診療の範囲にするか、あるいはそれ以外のところまで含めてともかく医療に関するところは全部無過失補償があった方がいいのか。その辺、どなたか意見を聞かせていただければありがたいと思います。

○小田審議官 三谷委員、どうぞ。

○三谷委員 すべての範囲で、医療全体でやるべきだと思うんですけども、その前提条件の製薬業界の今の補償の在り方なのですが、先ほどの阿曾沼委員の話と同じですけども、自賠責みたいな国の基金に自分たちで入っています。だから、無料でそのまま保険が受けられるという話ではなくて、企業としてもものすごく大きな桁のお金を払っています。

つまり、会社の大きさに応じてこのぐらいの支払いをしなさいということで、その部分が逆に保険の源泉になっています。全部例えば国ならば国に払ってもらおうという考えでやっているわけではないので、このやり方を医療に拡大することは賛成なんですけれども、いわゆる自賠責だったらのぐらい払うかということは少々考えなければいけない問題になるかと思います。

○小田審議官 真野委員、どうぞ。

○真野委員 私も意見としては三谷先生と同様、全部にやる方がいいと思うのですが、先ほどから出ている財源のお話が多分出てくるわけですね。

そういう意味でいくと、先ほどの医薬品の救済制度の話だと思うんですけども、ワクチンとか機器であれば、逆に言うと余り国民の負担とかをプラスしなくてもできる部分が大きいと思いますので、メーカーさんがどう言うかというのがありますが、わかりやすいところでいけばそこから始めるというのが非常にいい筋だと思います。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 私としては各論、ワクチンに限定すると、では今度はまた全体のものをつくりましょうかと言ったときに、ワクチンの制度との整合性をどうしましょうかという話になってくるので、全体でいくべきであろうと思います。

それから、これは昔から疑問に思っているのですが、いわゆるPMDA法における医薬品副作用の救済と、例えば法定接種の予防接種の補償の額が違うんです。例えば、予防接種法でも任意接種法と法定接種で額が違います。同じ障害が起きたとき、同じような深刻な障害が起きたときになぜ補償額が違うのか。その算定根拠が明らかにされていないので、その辺はどなたかに聞いたらわかるものなのではないかというのが1点です。

今、PMDA法の補償に関しては製薬企業の皆様に御負担いただいている状況だと思います。それで、当然医療全体ということになると国民全員が負担するべきものであろうと思います。企業がどれぐらい負担するべきかという割合に関しては、実際にやりましょうということが決まってから細かく詰めればいいのかというふうに考えております。

○小田審議官 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 私も、全体的にとらえるべきだと思っています。

それから、患者会の力も重要ですね、C型肝炎、B型肝炎での患者さんの活動もそうですが、大

きな政治的な力、大きな運動になってくると補償が取れるんですけども、非常に少人数の希少疾患であるとか、もしくは情報発信力のないか少ない患者さんの方々が見捨てられていくというような現状が実は現実にあって、大きな課題となっていると思います。そういう現状をキチンと認識して隔たりなく保証が行き届く様な制度を設計していくということが非常に重要な論点でありますので、そういうことを議論する第一歩をまず踏み出していく為に、大きな議論を呼び込む為に、このワーキングが発信していくべきではないかと考えております。

○小田審議官 それでは、時間もありますので、ここで一度区切らせていただきます。

今日はこの3つの点について集中して御議論いただきましたが、これからは残った事項でその他、特に薬事・テクノロジーと介護につきましては事前検討会を前回のワーキンググループ以降に行っていたので、その御報告をまずいただきたいと思っております。

それでは、まず薬事・テクノロジーについて土屋主査からお願いいたします。

○土屋主査 資料があるかと思いますが、かいつまんで申し上げます。3点あります。

1つは薬事・テクノロジー分野の検討の進め方として、先ほど議論したワーキンググループ全体での大きな方向性とリンクして項目を検討すべきというような意見がありましたけれども、現在の問題はテクノロジーが日本で育たないということが問題であって、そこには個別の問題もあるけれども中長期的な課題もあるので、目の前の問題に取り組みつつ、中長期的な話も含めて両方やっていく必要があるという議論がありました。今日、まさに大きな方向性の議論があって、三谷委員からも言われたように、それとリンクする形で個別の要求を出していこうということであろうと思っております。

また、個別項目については、大西委員から事前提出を受けて、主に医療機器について検討いたしました。ただし、医薬品や再生医療共通のものなどがありますので、項目の追加も含め、次回もう一度、12月8日に再度、議論を詰めることになりました。

あとは、PMDAの審査官の責任ですね。PMDAそのものと審査官個人の責任のことが必ずしも明確ではないということが心理的な萎縮をもたらして、必要以上に慎重な審査をしている大きな要因ではないかという議論がありました。これについては、規制というものではありませんけれども、今回取り上げたらどうかという意見がありまして、項目の18番ということで先ほど御案内のあったように医薬品、医療機器の審査業務にかかる法的責任の明確化というような形で要求をしていただきたいという議論になりました。以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは続きまして、介護分野を藤井委員から御報告をお願いいたします。

○藤井委員 資料4の3ページの方に、項目そのものは1つの項目で7点書いております。

まず、大変入所・居宅系サービスの組合せが複雑化してきている。特に高専賃というものが登場いたしましてわかりにくくなっているということを含めまして、消費者が選びやすくするという通じて成長戦略といったことにもなるかということで、22番の項目ができております。

それから2点目ですけども、拠点ごとサービスごと事業所ごとに人員基準が細かく決まっているということで、これは柔軟に全体としてやれるような、特に地方では限られた専門職、看護師等

を有効に活用できる仕組みが必要ではないかというのが23番目でございます。

それから、ホテルコストについては、今の在り方というのは厚労省の審議会等でも問題があるという議論がされているようでございますが、この点、再編適正化が必要ではないかということが30番でございます。

それから、総量規制に関しましては団塊の世代は厚生年金受給者ということで有料老人ホーム、特定施設ということが中心になっていくのであろう。そこに向けて長期的視点で施設整備を進めるということから、今の総量規制というものには問題があるということで32番でございます。

それから、その次の介護サービス情報公表制度というのは委員全員、現状に問題があるという点では認識が一致しているんですけども、どうすべきかというのがなかなか一致しませんでした。事務局からの御意見もありまして「停止」という表現をしようということで、現行制度に代わる新しい情報交換の仕組みということで書いてございます。

それから、高齢者医療制度と介護保険制度の統合、冒頭に申し上げましたけれども、これが一番本質的であり、なおかつ内閣府として言うべき、言えることでもあり、重要なことと認識しつつも、中長期ということで考えてみてはどうかということの意見が出ました。

それから、最後でございますけれども、福祉用具に関してということでございます。今の介護保険制度というものの仕組みがフィッティングがうまくいっていないということもあるのではないかと、貸与か販売かのどちらかということではないし、また、世の中の意識改革の方が必要なのではないかとというような意見が出ました。以上でございます。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、薬事・テクノロジー、あるいは介護、更には今日触れられなかった医療の項目についても御意見をいただければと思いますが、中村委員、何か介護の方で補足はございますか。あるいは、別の意見でも結構ですが。

○中村委員 介護に関しては、やはり本当に現場をよく見ていただいた上で制度を変えていっていただきたいというのが一番感じていることです。それで、国土交通省と厚労省と一緒に高専賃をつくるというのが今の方向性なのですが、それも本当に高専賃というものが必要なのか、もしかしたらつくるだけつくて、誰も家からそちらへ移らないのではないかと今、現場では言われているんですね。その辺が非常に私は心配でございます。

○小田審議官 ありがとうございます。黒岩委員、どうぞ。

○黒岩委員 ちょっと私の頭の中で混乱しているんですけども、私は前、開かれた医療と言ったときには、実は薬の問題もデバイスラグの問題も含めた形でイメージをとらえたつもりなんです。だから、メディカルツーリズムはきっかけとなるかもしれない、それは、外国人の患者さんを入れる。それでドクターもナースも入れていい。薬であっても、普通に使えるようにすればいいではないか。例えば極端な話、信頼できる国との条約みたいな形で、向こうが認めた薬は同時に使える。私は、まさにそれこそ開かれた医療というふうな1つイメージだと。

それをいきなりやるのは難しかったら、例えば特区でもいいじゃないかと思っていたんですけども、このドラッグラグの話が全部切り離されてこちらにぼんとあるという整理はちょっと私の中で違和感を覚えるのですが、いかがでしょうか。

○小田審議官 それでは、事務局どうぞ。

○事務局 当初の御提案にありました未承認薬の使用、メディカルツーリズム、国際医療交流に限定すれば国際医療交流は自由診療ですので未承認薬は使用できるということで、少しここからは落としてございまして、保険診療になると確かに未承認薬は使用できないんですけども、個人輸入形式で使用できるということで、今は少し違って今は規制がないということで外しています。

○小田審議官 翁委員、どうぞ。

○翁委員 検討項目の4番に「医療法人の私的整理容易化に向けた規制の見直し」というのを入れていただいているんですけども、「規制改革の方向性」で真ん中辺に3つの選択肢が書いてございます。

それで、私は基本的には(1)、つまり産活法とか、または事業再生ADRの認定事業者にも協力義務と同様の規定を設けるとというのが望ましいのであって、企業再生支援機構の事業実施期間を延長するとか、そういったことが必ずしもこの答えではないというふうに思いますので、その辺を御検討いただければと思っております。

○小田審議官 今日議論した以外の項目についても、今後のワーキンググループで集中的に御議論いただくということにいたしますので、今日の3点、途中で議論を切っていますので、残った時間はあと8分ぐらいございますが、ご意見ありましたらお願いいたします。

では、大上委員どうぞ。

○大上委員 先ほどの外国人医師、看護師の受け入れの話を前回も議論されて、また改めてじっくり聞きながら考えていたのですが、大前提として消費者、利用者、患者の視点に立ったということがあったときに、なぜ英語で診療を受けたいという権利が認められないのか。

例えば外国人もそうですが、日本人だって最近英語の方が得意な人もたくさんいるわけです。そういう意味で、選択の幅として、例えば英語をしゃべる医師、看護師に自分は受けたいということがあり得ますし、あるいは例えば片言の日本語の医師でも医師がいないよりはいてほしいという無医村の人たちの願いをかなえることが現状制度としてできないと、それはやはり消費者や利用者、患者の視点に立っているとは言えないのではないかと思うんです。

だから、そこのところで日本語をしゃべれるということがなぜ制約になっているのか。あるいは、そういう人たちのニーズに応えることが必要ではないか。そういった形での論点の立て方というのはあるんじゃないかと考えました。

○小田審議官 久住委員、どうぞ。

○久住委員 外国語で診療を受ける。例えば、亀田総合病院などが実際にやっていらっしゃるの、中国人の患者さんがいて日本語をしゃべれないから中国人のお医者さんを雇ってほしいという地域のニーズがあるみたいなんです。

アメリカは人種のるつぼではなくて、人種のサラダなわけですね。英語をしゃべらないアメリカ在住の外国出身者は多いわけです。日本もだんだんそういうふうにモザイク化してくると思うんですが、その中で母国語をしゃべるドクターのニーズがあるというのは理解できますが、母国語しかしゃべれなくて、例えば中国人だったら中国人だけを診療する場合、果たしてそれがお医者さんと

してペイするのかなのかというところがあって、それが実際に制度としてOKとしても、日本人の診療もするということがないと難しい。バイリンガルの方にやっていただかないと、多分単体としてはおかしいかなと。

例えば、それに補助金を出しますかとなると規制制度改革の方向性とは全く逆にいってしまうので、単体でやはり回るようにしなければいけない。その中で、日本語というのは必要なのではないかなというのが1点です。

あとは、無医村の話です。これはたとえ話だと思いますのであれですけども、日本の場合、都市部は人口が多いので医療機関は周りにいっぱいあるんですけども、実際はたらい回しが起きます。田舎においては人口密度が低いので村にはお医者さんがいないんですが、例えば人口1,000人当たりの数でいくと人口当たりの医師数というのは割といますので、どちらかと言うと無医村にお医者さんを置いて単体で成り立たない。3,000人の人口でお医者さんを成り立たせるという大変ですから、それはむしろトランスポートーションとか、そちらのお話になってくると思いますので、ちょっと今回の議論の例示としては不適切ではないかという気がいたしました。

○小田審議官 神野委員、どうぞ。

○神野委員 今の話で私も続きですけども、確かに以前にカナダのど田舎の公立病院に行ったら白人なんか一人もなくて、全部中国人の医者で運用していたということが非常に印象的にありました。ただ、彼らは全員きちんときれいな英語をしゃべっておりました。

大前提として、先ほど来の外国人患者がわざわざ日本に来て、そして自費診療で受けるということに関しては、外国人の日本語をしゃべれないドクターであっても別に何も問題はないと思うんですけども、今の過疎地も含めて日本の医療保険制度を使って外国人医師が診療とするならば、やはり日本の医療制度を理解していただくためには日本語が必要なのかなと。

それで、日本の医療制度そのものがおかしいということであるならば、これはきちんと直す必要があると思いますけれども、もし現状、入れるとするならば、やはりそこで日本語の壁というのはどうしても必要なかなと思います。

それから、チーム医療として日本の看護師と対話しながらやるとするならば、日本の看護師が全員英語をきちんとしゃべるならば別ですけども、なかなかそこは難しいとするならば、やはりある程度語学の壁というのは必要かと思います。

ただ、それは日本の国家試験を受けろということではなくて、アメリカと同じような語学試験を通ればいいわけで、今のEPAとかでやるような看護師に日本の国家試験を受けさせること自体、私は反対でナンセンスだと思っています。

○小田審議官 土屋委員、どうぞ。

○土屋主査 確かにマイノリティを使わないといけないというのはあるんですが、それになるとやはり引かかるのは、国全体の方針でどこまで規制するかということと、そういう特殊な地域についてどうするか。

例えば、群馬県でポルトガルの医者が必要なのはもう皆さん知っていますね。あるいは、浜松辺りはブラジルからの労働者が多い。そういうのはやはりいろいろな権限が県知事にあると、かなり

臨機応変に今でもできるだろう。中華街には昔から中国語で診察するお医者さんがいるわけで、あるいはコリアタウンにもだんだんそういうのが育ってきている。

ですから、これに対して臨機応変な対応が国レベルに逆に持って行ってしまおうとできないことが多くなる気がしますので、その辺と絡めた解決法が要るかなという気がいたします。

○小田審議官 黒岩委員、どうぞ。

○黒岩委員 ドクターの中でも、場所によって違うと思うんです。別に日本語ができなくても、例えば外科の手術がすごく上手な人は日本語ができなくてもその技術は十分生かせるだろうし、地域に行ったらやはり日本語はちゃんとできないとそれは無理だろうし、場所によっていろいろ違うと思うんです。

今話を聞いているとおおもとに戻ってきたなという気もするんですけども、やはり地域主権の医療ということをやめるのかどうか。そして、開かれた医療をやめるのかどうか。この2つを同時にやるというのは今、土屋委員がおっしゃったように、例えば地域の知事の判断で、うちの中では外国人の医者に来てもらおうじゃないとか、地域の判断でやっていけると思います。

では、うちの地域では日本の国内の未承認薬でもやってもらおうじゃないとか、そうした場合に今日は触れられませんでした。冒頭の病床規制の見直しという、地方のベッドの数をどうするかは国が全部決めているわけですが、これも地域主権の医療でやるんだったら地域独自で決めていけるということにすると、今まで議論しているものが全部さっと通っていくんですね。だから、その大本のところを政治の方で決めてほしいと改めて思いました。

○小田審議官 先ほど川淵委員がお手を挙げられましたので、どうぞ。

○川淵委員 このテーマはよくわからないので今日は発言しなかったのですが、多分、今、外国人の医師の話もそうだし、先ほどの歯医者さんの話もそうですが、結局、総合特区でやってみたらと思うんです。私も2003年6月に本学の教授会の議を経て文京区から特区を申請して歯科医師を麻酔科医にできないかということをやったんですけども、結局、歯学部定員を12人減らして医学部に付けるという話になってしまいました。

確かに余っているものは減らすのが筋だと思うんですけども、例えばハーバード大学に行くとき医学部、歯学部は2年生までは一緒に授業をやっているんですね。そこで本学でも医歯学融合プログラムという新しい試みを今度始めるんですけども、そういうことをやると結局、我が国でも医学部、歯学部の教育を真剣に考えることになるかと思えます。ということも含めてか、今回は麻酔専門師という新しい職種を提案されていますが、そうすると、ナースも手を挙げたいだろうなと思います。ポイントは先ほどから議論していますが、オールジャパンでの話なのか、特区ぐらいでまづやってみようという話なのか。前政権では特区に関しては医療の場合何を出してもだめだったので、私ももうしらせて出さないことにしているんです。

残念ながらその後、2006年10月に三井記念病院で歯医者さんが医師の指導の下で救急をやっていたんですが、医療事故が起きました。しかし、これは裏を返せば麻酔医が足りないところは水面下で歯科医師が麻酔をかけているということです。基本的に日本はそういう国なんです。制度がどうであれ、足りなければなんとかやるわけです。

看護師さんの話も然りです。昨日の厚労省の第7次看護需給見直し検討会で5年間の需給見直しをやっているわけですが、これも、5年後には需給はほぼバランスすると試算しているわけです。つまり、もう外国人のナースに来てもらう必要はないと厚労省は推計しているわけです。しかし実態とは随分乖離していますね。

私はこの国はどうしたら変わるのかよくわかりませんが、結局こういうデッドロックに陥っている現状を改革していくしかないかと思います。今日は黙って帰ろうと思ったので、これで終わります。どうもありがとうございました。

○小田審議官 それでは、中村委員の御発言で最後というふうにさせていただきますか。恐縮です。

○中村委員 本当に素人の感想を申し上げますと、実は私、昭和45年から5年間アメリカに行って向こうでお産をしたんです。そのときのことが今、蘇ってきたので本当に素人の感想を申し上げますと、そのときは日系人のドクターだったので顔、姿は日本人なんですね。でも、英語しか使えないんです。

でも、私としては白人の先生、黒人の先生よりも顔、姿だけでも日本人の先生ですごくほっとしたんです。早産で、予定日より1か月半早く病院に行ったために用意ができていなかったんですね。それで、破水したわけです。破水って何だろう。わからない。浣腸って何だろう。わからない。だけど、顔、姿だけが日本人ですごくほっとしたんですね。だから、今の特区というのが一番いいかなという感想でございます。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、時間も迫りましたので土屋主査から今日の御議論についての総括をお願いします。

○土屋主査 時間もないところで最初にちょっとだけ余分なことを言いますと、ブラジルのサンパウロの学会に行きますと目の前に日本人の顔をした人がいて、日本人名なのですが、ポルトガル語しかできなくて、金髪のアランダの移民の3世が日本語で私の通訳をしてくれるという大変奇妙な経験があります。これからは、そういうことをやはり前提に今日のことを考えないといけないかなというのが私の感想であります。

それでは、今日重点課題になったことについて私なりの整理をさせていただきますが、医師不足解消のための教育規制改革、これは医師数を増やすということでは皆さんほぼ間違いなく合意であろう。これをどういう形で増やしていくかということでは多少、異論があったかなという気がいたします。

確かに6年制の医科大学を新設した場合、すべて問題がないかというと、やはり幾つかの御指摘があったのと、更に加えますと既存の医学部でも基礎系の教室はほとんど教師が充足されていないということがいまだに起こっています。恐らく今、新しくやろうとすると、文部省令にのっとり基礎の教授の確保というのはほとんど困難であろう。既存のところでもいないのでできないというようなことも、恐らくクリアしないとならない問題です。そこで、既存の医学部の定員を増やしたらどうかという意見が一方で出てくる。その辺の理論武装が我々としてはちょっと弱いかなという気がして聞いておりました。

それに対してメディカルスクール、他の学部を卒業してその方を受け入れるような体制はどうか

という御提案もありましたので、その辺でどういう選択をとというのは多少文科省あるいは厚労省に譲る点も含めて、総数を増やすということは求めるべきではないか。

ただ、その場合に、敵方と言っては申し訳ないのですが、ある一定数増やすと将来パンクをして医師過剰になるということが従来からの防御線なのですが、よくよく考えると今、増やしても20年後には定年、退官、あるいは死亡して行って減っていく数もどんどん増えていくんですね。そここのところの計算をかなりごまかした試算が今まで文科省、厚労省から出ている。

これは小学校で習った水道計算をやれば、ある一定の水位を保つには出口を増やすか、入り口を絞るか、両方で、出口の絞り方の議論は余りしないで増やしていくとどんどん右肩上がりだといっているのでやってきたというのが、私も実際に舩添大臣のときの「安心と希望の医療確保ビジョン」のときの議論で見えておりますので、その辺を含めて総数はともかく増やすべきだ。

それから、大変医療関係者には冷たい言い方かもしれませんが、いざ増え過ぎたら国家試験という手で合格率を60%にすればすぐ医者の増員は抑えられますので、医学部の定員が増えたからと言って即医者が増えるわけではないというのも事実であります。これは、別に医学部に入ったから全員が医者になるという保証をしたわけではないわけでありまして、ほかの学部は全部そういう状況できている。医学部だけがどうしてなのか。お金がかかって教育したからと言いますけれども、製薬会社さんはたくさん医学部出身者を求めているのに一向に行かない。

それともう一つ、一番心配なのは岡野先生がおっしゃっていた、研究者が極端に少なくなっている。東大の医学部ですら基礎に入らないという状況ですので、これはやはり母数を増やさなければそこにいかない。イノベーションだと言っても、学者がいなければ幾ら何でもできないということで、総論ではともかく数は増やす。それで、細かいところについては更に詰めが必要というふうに承りました。

そういうことから言いますと、歯科医から麻酔科医と、既に完成した歯科医を麻酔科医にするのはなかなか難しかろうというのが先ほど久住先生からの御指摘で、やはり完全に意識がなくなった方を全身麻酔で管理するというのは逆に外科医よりも高度な判断が必要だと言うと外科医が怒りますけれども、これは内科医に加えて薬理学を十分理解していないと麻酔医の本物は務まらないんですね。

今、日本では偽者が多いですからそうなんですけれども、純粹に一人立ちした麻酔医というのは大変難しいという現実からいくと、やはり大学教育の課程で歯学部から医学部への路線の転換ができる、あるいは歯学部の全課程を終わったけれども、途中編入で医学部の残りの課程を踏むというような考え方もできるかと。ちょっとこれは詰める必要があるかという気がいたしました。この辺は、このクールで間に合わなければ、次期があるとすればその辺でもう少し現実味を帯びた提案に持っていったらどうかという気がいたします。

それから、救命救急士については特に職域の拡大、あるいは業務の拡大について特段の反対はないとお見受けしましたので、これは大きく要求をしていくべきではないかという気がいたします。

それから、国際医療交流ですけれども、これもかなり受け皿によって大分違ってくるといって、極地での問題がいろいろバラエティがあるということで、これもやはりもうちょっと詰めた上

ではっきりした要求にした方がよろしいかと思います。

それから、9番目の医療行為の無過失補償制度ということですが、確かに財源的には無過失補償は大きな問題で、免責や法律の書き換えだけのような気がするんですが、実はこれは患者さんの立場からすると、免責制度を表に出すというのは非常に抵抗感があるだろうと思います。それと、これは恐らく法律上もかなり問題が出てくるだろうということで、これは厚労省か、あるいは法務省からの返事を待たないといけません、どうもこの辺は免責については相手方に譲っても、逆に無過失補償については患者さんの保護という意味では強く推し進めるべきではないか。この財源についての負担をどうするかというのは次の段階へ持ち越してでも、大原則としての無過失補償というのは患者さん、あるいは御家族、御遺族の保護という意味で早急に要求をする必要があろうかという気がいたしました。

それから、18番目の医薬品・医療機器の審査業務にかかる法的責任です。日本はとかく個人の責任追及というところに行きますけれども、やはりシステム上のエラーをどう改善するかというようなところに持っていくべき問題であろうということで、その方針で要求をしていきたいという気がいたしました。以上であります。

○小田審議官 ありがとうございます。それでは、園田主査から最後をお願いします。

○園田政務官 それでは、ありがとうございます。今日は少し生煮えな部分も、ひよっとしたら皆さん方の中で一つひとつの議論を考えていきますとあったかもしれませんが、今、土屋主査からも総論的におまとめを頂いてきたわけでございますが、総合的なシステムというか、ビジョンをしっかりと今後つくっていかねばいけないのではないかとするのはまさしくおっしゃるとおりだろうと私も考えておりました。

そういった点では、黒岩委員からも再三再四、地域主権の医療ということと開かれた医療というものをどういう形でつくっていくのか。それはこの内閣に限らず、これからこの国が目指す方向性というものをしっかりと打ち出していく必要がやはりここにきて出てきたのかなというふうに私自身も感じ取らせていただいているところでございますので、恐らく財源の問題では社会保障の全体の議論というところからこれから議論がされると聞いておりますけれども、その制度そのものについてはもう少しこのワーキンググループの中で皆さん方に深く議論をしていただいて、こちらからでも打ち出していけるような部分をつくっていきたいと思っておりますので、引き続き御議論をお願い申し上げたいと思っております。

それから、川淵委員からも本質的なお話というか、問い掛けを頂いたと思っておりますけれども、やはりここで皆さん方が御議論いただいていることに関しては最終的にしっかりと取りまとめをしていただいて、まさしくこれから他省庁との議論も入ってくるわけでございますけれども、大きな議論とともに打ち出していけるものに関してはしっかりと、いわば成果としてあげていく中で、先ほど申し上げたように大きなビジョンのところに結び付けていけるように、必ず私は出てくると思っておりますので是非とも御議論を頂いて、更に今まで皆さん方が何度も何度も挑戦をしてきたけれども、結局、何もできなかったということにならないように、私もサポートというか、前面に立っていきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願いを申し上げます。

います。以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

現在、所管省への意見照会をやっておりますけれども、来週頭には刈り取りはしますので次回のワーキンググループでは御紹介できると思っております。

今日はどうもありがとうございました。