

第8回ライフイノベーションWG

議事概要

1. 日時:平成22年12月7日(火)10:00~12:01

2. 場所:永田町合同庁舎 第1共用会議室

3. 出席者:

(委員)阿曾沼元博、大西昭郎、翁百合、川渕孝一、久住英二、黒岩祐治、竹中ナミ
土屋了介、中村寿美子、真野俊樹、三谷宏幸、山西弘一

(政府)園田政務官

(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. 議事内容

○小田審議官 それでは、時間も参りましたので、「第8回 ライフイノベーションWG」を開催いたします。本日は岡野委員、神野委員、馬袋委員、藤井委員が御欠席でございます。

それでは、早速ではございますが、議事に移りたいと思います。本日はまず議題2、「制度改革の方向性について」でございます。前回、骨子をお示しいたしましたが、WGでの御意見を踏まえて修正をいたしております。資料1について、事務局から説明をいたします。

○事務局 それでは、資料1の御説明をさせていただきます。

I~IVまでの構成は変更してございません。

Iの全分野横断的なところでございますけれども、こちらは規制・制度改革の守備範囲から外れるところではございますけれども、重要な視点ということで、「財源面も含めて」ということを神野委員から御意見を頂きましたので、追加しております。

また、藤井委員からの御意見もありましたけれども、医療と介護の一体的な議論では、「高齢者医療制度と介護保険制度の一元化等も視野に」というように具体的に記載をしております。

IIの医療分野でございます。基本認識の部分は、久住委員、阿曾沼委員の御意見を踏まえて修正してございます。

(改革の方向性)のところですが、真野委員より、高度急性期と総合家庭医の間の部分の記載が不十分というような御意見も頂きましたので、機能分化、あるいは急性期から退院後までの地域連携というところを若干丁寧に記載しております。

総合家庭医のところの記載も若干肉付けをし、ここを含めて地域ごとに実情に即した改革が必要ということで記載をしております。

医療人材については、主に黒岩委員、岡野委員の御意見を踏まえて肉付けをしております。

次にイノベーションのところでございますけれども、開かれた医療という部分では、閉塞感の打破というような御意見も頂きましたので、そこと世界に貢献する日本の医療、両方の形で取り入れてございます。

あと、その次の部分ですけれども、阿曾沼委員の御意見も踏まえ、より具体的にイメージできるように肉付けをしております。

Ⅲの介護分野は1点だけ、昨日の介護分野の検討会での御意見を踏まえて、介護保険の枠組みだけでなく、産業としてという、より広い範囲で1つ大きな項目を追加してございます。

資料1、主な変更点は以上でございます。

○小田審議官 ありがとうございます。前回からの違いを中心に事務局から説明をさせていただきますました。前回からの修正がこれでよいのか、ほかに適切な文言はないかなどにつきまして御議論いただければと思います。お願いいたします。

○真野委員 意見というわけではなくて、ちょっと議論というか、論点といいますか、国民皆保険のところなんですね。多分ここは非常にいろんなところでも取り上げられそうなので、あえて確認しますと、前の文章に比べると、後段の部分が強まったというような感じも受けるのですが、要するに皆保険制度を維持するということは、どちらも一緒なのですけれども、日本語の読み方かもしれませんが、そういう感じの理解でよろしいのでしょうか。

○事務局 前回の御意見を踏まえてというところと、あと、これにつきましては、前回も御説明のとおり、分科会全体として最終的に報告書を取りまとめることとなります。全体のバランスとか、ほかのWGとの調和ということもございますけれども、ライフイノベーションWGの部分は、事務局としては、記載のボリュームとかレベル感、この辺は今回お示ししたぐらいだろうと思っております、若干肉付けをしております。

特に「予防医療も含めて」というところですが、もともと個別の検討の候補の中で、予防医療を公的医療にという候補もございまして、そこについては、今回個別項目ではなかなか難しいだろうという話でございましたけれども、論点としては重要ということで、逆にこちらの改革の方向性に明確に「予防医療も含めて」という表現を取り入れたということでございます。

○真野委員 日本語の読み方にもよるのですが、「堅持しつつ」というのよりも、「堅持しなければならないが」という方が微妙なニュアンスの違いがあると思うんですけど、それはそういうのも踏まえているということでもよろしいんですね。

○事務局 このトーンは、特段意図したところではございません。文章のバランスだけの問題です。

○翁委員 保育なんですけれども、医療と介護に関しては基本認識というのがありますが、保育についてはないので、ほかとの関係で、基本的な認識というのを書かせていただいた方がいいかなというように思います。少子高齢化の問題、「子育てと仕事を両立しやすい環

境の実現」とか、そういった文言を入れてはどうかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○三谷委員 読み返してみると、これは大西委員からも出てきている話ですが、「審査」とか「評価」、あるいは「臨床試験の制度」とか、そういった言葉があまりないような気がします。つまりいい医療をするにはどうすればいいかということを書くだけではなくて、審査をどうするか、評価をどうするか、そのためにどういう体制をつくるのかという点が抜けているように感じます。前回この話はしませんでした、こうやって読み返すと、そういう気がする、この点を整理していただきたいと思います。

○事務局 医療の一番最後のところに、より具体的にというご意見は頂いていましたので、例えば「医商工連携を含めたシームレスな臨床応用」というところに、基礎研究、臨床研究、治験、あるいは実用化、そうした事項の問題を込めたつもりではございますけれども、いろいろそこは御意見いただきたいところがございます。

また、明日、薬事・テクノロジー分野の検討会もございますので、具体的な文言等は、本日もいいですし、明日の検討会の場でもいただければ修正させていただきたいと思えます。

○阿曾沼委員 私も三谷委員と同じ意見で、もしかすると日本の医療産業のイノベーションを阻害しているのが現行の薬事法という認識を持っています。審査とか評価というものの固定概念というところが大きく立ちはだかっていると思いますので、せつかくです、ここでは少し具体的な文言を打ち込んでいくことが必要だと私も思います。

○真野委員 昨日介護の検討会にも出ささせていただいたのですが、そのときに気がつけばよかったのですが、医療の方には、もともとの全体のキーワードである「地域主権」というようなワードが入っていますが、介護の方には入ってなかったのですか。もともと介護は地域でかなりやっている、あえて書いてないということなんですか。そういうことですね。もともとやっているからあえて強調しなくてもいいと。

○事務局 そうですね。

○真野委員 分かりました。

○黒岩委員 「開かれた医療を実現し」というところですが、これは世界に貢献できる日本の医療ということなんだけれど、もともと開かれた医療を議論した中で、例えばドラッグラグやデバイスラグ、そういう問題も含めてやっていこうとか、日本の医療そのものを、日本人のための医療の改革という、そのきっかけにしたいというニュアンスがあったと思うんですけども、これは成長産業的な表現に特化されているような気がするんですが、その辺はどうですか。

○事務局 そこは具体的な御意見をいただければと思うんですけども、「開かれた医療」については、もちろん国際医療交流という側面もございまして、「グローバルイノベーション」と書いたように、要は世界標準の医療というものもございまして、まさに世界に貢献できるということであれば、それこそ日本発のイノベーションを逆に世界に輸出するという

か、世界で活用いただくということもいろいろな意味合いがあると考えてございます。分かりにくいということであれば、具体的な御提案を頂ければ修正したいと思います。

○黒岩委員 その辺、まさに今までの議論を踏まえた上で具体化した文章が欲しいと思うんですね。「開かれた医療」とは何だということ、「グローバル化」と一言で言ってしまうと何のことかよく分からないので、ここへ出ていた議論を整理すると、もともとメディカルツーリズムということが入り口になった議論だったと思うんですね。外国人の患者さんを受け入れよう。外国人の患者さんを受け入れるだけだったら日本人は怒るだろうと。だからそうじゃなくても、それをきっかけにして、だから外国人の医師もナースももっと積極的に入れていこうじゃないとか、それから、そういうことを専門的にやれるようなベッドをつくるような、病院のベッド数を増やしていくことも自由にやればいいではないか。これは地域主権の医療というのと実はセットだよねという話だとか、それをもとにしてドラッグラグ、デバイスラグなんていう問題も一緒になって開いていこうという、そういうのが全部セットになった議論だと思うんですね。

だから、それは世界に貢献というだけでなく、日本の医療を変えるという、そちらが実は主だったので、その辺のニュアンスが全部飛んでいるので、是非具体的にその辺を書いていただきたいと思います。

○土屋主査 今、伺ったので、まだ文章として完成してないのですが、「我が国の医療の閉塞感を打破するとともに」のところを「打破し持続的に最新の医療を国民に提供するとともに、世界に貢献できる日本の医療を実現する」というような表現にしたらどうか。

○阿曾沼委員 前回の議論の中で、免責制度の問題や無過失責任の問題がでましたが、このことは医療機関及び医療機器を開発するベンダー含めて非常に大きな問題だと思います。患者さんの補償の問題に関して言えば、セーフティネットといいますか、財源も含めた安心のネットワークをつくるということも、一方で医療の閉塞感を打破する上では非常に重要だと思います。その辺をどう書き込んでいくかということも少し知恵を絞るべきだと思います。

○大西委員 先ほど三谷委員から御指摘のあった研究開発、審査、評価といったところなんですが、一番最後のパラグラフを少し膨らますということで、方向性としましては、投資をいかに導いてくるか。又は見通しが立つような環境、事業の成果が見えてくるような環境に至らしめるために、そういったところを改善していく必要があるというような表現に持っていければと思います。具体的には少しまた御相談させていただければと思います。

○小田審議官 ほか、特に御意見ございませんでしょうか。よろしいですか、土屋主査。

○土屋主査 まとめの前に、私の意見なのですが、先ほどの皆保険の問題と診療報酬の問題、これはやはり根本には現在の診療報酬の決定の仕方、具体的にいえば、中医協で決まっていくという、その制度を変えるというようなニュアンスが必要なのではないか。これは制度改革の方向性ということからいくと、そのニュアンスが含まれた方がいいかなと。

それと、先ほど大西委員の言われた審査のところも、最後のパラグラフのところ、こ

れも今のPMDA、あるいは厚生当局による審査の仕方、そのことの制度自体の変革を目指すというようなニュアンスが入ると、具体的なのは、また個別の規制のところやっていくというようなことで実現できるかなという気がします。

○久住委員 私も周辺産業含めて医療産業は成長すると。なぜ日本の製薬企業が米国に開発拠点を移し、日本の製薬企業が米国でより先に薬を販売する。日本の国内の製薬企業が既にドラッグラグを生み出しているという状況が生じるのは日本の薬価が安いからなんですよ。対医療費における医薬品の額は高いのですが、これは医療費全体が対GDP比が低いために起こっていることで、対GDP比でいくと日本は薬剤費も少ないんですよ。日本で販売されているいわゆる新薬、ジェネリックが出ていない薬に関して、日本国内の方が海外のEMA（欧州医薬品庁）、アメリカは高過ぎるので、ヨーロッパと比べた場合に、日本の国内で売られている薬の方が高い値段がついているものが3割、あと7割は日本国内の値段が低いんですよ。なので、当然日本なんかはパスされてしまうわけですね。売る意味がない。1億2,000万しか人口がないしということになりますので。

ですから、もう少し審査の問題点もあるのですけれども、薬価を決めるシステムというものも変える必要があるのだらうと思います。

○真野委員 今の話と違うんですけど、土屋先生のさっき言われた話、黒岩先生の言われた話、あと、私の思いも含めると、改革の方向性の節の「○」が、今医療は2つなのですが、「開かれた医療」とか、そういう項目をつくっていただいてはどうでしょうか。1クール目との整合性が若干あるのかもしれませんが、例えば国民皆保険制度の話や診療報酬も、これも「医療資源を適正に配置し、有効に活用する」というところに出てしまうと、旧来の議論と埋もれてしまう感じもするので、「開かれた」という表現が何に開かれているか難しいのですけど、「国民に開かれた」という意味も含めると、国民皆保険の公的保険の範囲や診療報酬の問題、場合によってはセルフメディケーションとか、あと当然メディカルツーリズムといえますか、医療自体が海外に開かれているといったことも含めてはどうでしょうか。大きな意見ですけども、もうちょっと、「医療資源を適正に配置し、有効に活用する」というところにいろいろと並んでいるとインパクトが弱いような気がするのですが、いかがでしょうか。

○黒岩委員 まさにそのとおりであって、私はメディア的に言うと、これをどういうふうにして、ここの議論が報じられるかといったときに、見出しがどう立つか。今のままだと何かよくわからないんですよ、あれやこれや言っているの。実にわかりにくくしてあるんですね。これを非常に、丸めて丸めて丸めて、いろんなところに分けてあるんだけど、私は前から言っているイメージも、まさに今おっしゃったとおりなんですけども、見出し的に言うと、このライフイノベーションWGの提言としては、「開かれた医療」、そして「地域主権の医療を実現せよ」と迫った。実はこれだけだと思うんですね。そこにすべて集約させるというか。そうすると何を言おうとしているのか。それは民主党がもともとやっていることでもありますから、「開かれた国」を目指すのだと言っているし、「地域

主権」を目指すと言っているのだと。それを医療でやりますかということ、やれと言って、規制・制度改革分科会に関するライフイノベーションWGが投げたという、そこに持っていくのが一番シンプルだと思うんですね。

○川淵委員 わが国の中医協は自分で制度をつかって自分で検証しているわけですから、いつも問題ないとなります。そこで私が提案したのはアメリカのMedPACのような支払い方式に関する中立的な検証機関です。国会に中医協で行われたいろんな制度を評価して政策提言する部署もあっていいのではないかと。もちろん我が国とアメリカとは生い立ちが違いますが、少なくとも制度をつかった人と、制度を検証する人は少なくとも分けるべきではないかなと思います。そうすれば日本も「開かれた国」になっていくのではないかと思います。

○小田審議官 最後、阿曾沼委員。

○阿曾沼委員 「開かれた医療」、すごく分かりやすいメッセージだと思います。「開」という字と開拓の「拓」という両方のひらくという意味がありますが、イノベーションという意味では、開拓の「拓」の拓かれるということであり、透明性を高めるという意味では「開かれる」という文言だと思います、そういった思いを込めて、何か強いメッセージをそこで表現できると、確かに分かりやすいと思いました。

○小田審議官 それでは、時間も参りましたので、最後、土屋主査いかがでしょうか。

○土屋主査 先ほど黒岩委員が言われたように、ここで長く討議されたのは、地域に医療の主導を任せろというところが一番大きかったと思うんですね。それと同時にいろいろな規制によってイノベーションが阻害されているということで、これは「開かれた医療」という二枚看板というか、これは確かに表に出した方が分かりやすいだろうという気がいたします。

その内容については、先ほども申し上げたように、現状のやり方を追認するのではなくて、制度を変えるということが前面に出た方がよろしかろうと。これは具体的には中医協、あるいは薬事法、PMDAによる審査というところが対象になるかだと思います。これをどこまで露骨に表現するかというのは問題だと思います。その辺ひと工夫が必要かと。

もう一つ、大事な点は、今、翁委員から言われた最後のページの保育の分野の基本認識、これは確かに大変大きな問題で、こう言っただけでは申し訳ないんですが、高齢者の医療は、確かに現実にお金がたくさんかかる。しかし日本の将来を考えて改革するとなると、若い方の方にもっと投資をすべきではないかという意見も当然出てくるので、その辺の基本認識はしっかり書き込んでおいた方がよろしいかと。むしろページとしては少ないですけども、これはある意味、医療と同じ重さがあるというようなニュアンスのところが出た方がいいかなという気がいたします。

以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、また次回のWGでも御議論いただくことになるかと思うので、次の議題

に移らせていただきます。

次は議題の3、「検討項目」でございます。前回WGや個別の分野の検討会での御意見も反映してございます。それから、シートの様式が変更されてございますが、まず資料について事務局から説明をいたします。

○事務局 資料2及び3、あるいは参考資料といったところですが、資料2は、前回同様の様式で、個別の検討項目候補の一覧となっております。前回のWGで集中的に審議いただいた項目について、若干項目数を減らしているため、前回の41件から39件になってございます。

資料3でございます。資料3は、個別の検討項目候補の検討シートということでございます。個々の内容については、審議時間の確保の観点から説明を省略いたしますけれども、今回様式を大きく変更しておりますので、代表例として1番目の「地域主権の医療への転換」について御説明をさせていただきます。

上から3つ、「事項名」、「規制・制度の概要」、「改革の方向性」（当初案）と付いておりますけれども、ここについては前回と同様でございます。規制改革の方向性、前回、規制改革の方向性を出したのに対して、担当の府省の現時点での意見が返ってきておりますので、その下に「担当府省の回答」という欄がございます。これは複数省庁の場合は省庁名を書いておりますけれども、特段断り書きがない場合、ライフイノベーションWGは厚生労働省の現時点の見解ということです。1～3ページ目の最後の近くまで「対応困難」ということで、これだけの回答が来ております。

資料4の後ろに、参考資料という形で、今日お付けをしております。これはこの転記元でございます。各省庁から返ってきているもので、ほかにも規制・制度の概要で、規制の目的、対象、そういったことも書いてございます。

その後、資料3に戻りまして、「改革事項に対する基本的考え方」ですけれども、それから、「具体例、経済効果等」、「改革案」という欄を設けております。「基本的考え方」のところについては、当WGとしての考え方をこのようにしてはどうかということでまとめる欄でございます。最後の改革案が具体的に閣議決定を目指す改革内容の案でございます。

具体例、経済効果については、個別の事例とか、あるいは経済効果が図れるもの、そういったものを必要に応じて記載する欄でございます。

この様式一式で、最終的には各省との協議を行うこととなります。また、第1クール同様であれば、これは分科会マターでございますけれども、報告書に記載するのは、一番上の項目の名前と、3ページ目の後ろからにかけての基本的考え方と、最後の改革案、この3つの欄だけが報告書には前回と同様であれば載ります。ですので、こちらについては基本的考え方と改革案というのを通しで読んで、セットで意味が通じるように記載しているつもりでございますけれども、そうした観点でも記載内容の御審議をいただきたいということでございます。

なお、具体的な改革内容を示す改革案は、各省に意見照会をして、当初案というところをベースに、前回のWGで御審議いただいたものは審議内容、あるいは介護分野は昨日検討会をしておりますので、その審議内容を反映しております。事実誤認があった項目については手直しをしておりますけれども、それ以外は基本的に各省が対応困難と回答しているからとあって、現時点では当初案よりトーンを落とすことは事務局ではしてございません。

また、改革案の実施時期をそれぞれ、例えば4ページであれば、〈平成23年度措置〉ということで書いてございますけれども、これは今年度末の閣議決定ということ想定しておりますので、多くは平成23年度ということで、ある程度一律化しております。この部分も案件によっては、もう少し時間がかかるものもあると思いますので、ここも含めて今後御審議をいただきたいと思っております。

なお、本日は全体の項目、39項目の中で、個別検討会を開催している介護、薬事・テクノロジー、保育の対象となっていない項目で、かつ前回御審議をいただけていない項目のうち、資料2の検討項目の番号でいうと1番から4番、それと12番の広告規制、19番のカイロプラクティック、この辺について集中的に御審議いただきたいと考えております。

診療報酬に関係する8番から11番のところが残るのですが、これを次回のワーキンググループで集中的に御審議いただく予定としております。

資料の説明は以上でございます。

○小田審議官 それでは、本日は先ほど説明しました1～4番、12番、19番、この6項目について集中的な御審議をいただきたいと思っております。今日の審議に入る前に、前回集中して審議いただきました項目と、本日の集中審議項目の論点につきまして、土屋主査から御説明をいただきたいと思っております。

○土屋主査 それでは最初に、前回重点審議項目、その取扱いについて御説明します。

まず医学部の新設の問題ですけれども、基礎研究については既存医学部も教育体制が手薄であるために項目は残していく。ただし意見も様々ありましたので、医師養成数の増加の実現手段については、文科省、厚労省に委ね、項目名も変更して、今回のページにありますように、医学部、メディカルスクールの新設も含めて中長期的な医師養成数の計画を策定することを改革案とするということでありまして、5番目の21ページになります。

次の歯科医から麻酔科医へというのは、複数の慎重な意見もありましたので、今回の第2クールでは、WG全体での意見統一は難しいかと思われまして、今回第2クールの項目からは外すことといたします。

次の救命救急士については、特に異論がございませんでしたので、当初案に沿った改革案としたいと思っております。6番目、23ページであります。

それから、外国人従事者は、国際医療交流で外国人患者の診療のみに限定するのか、将来の人手不足まで視野に入れるのか、あるいはどの国籍でもよいのかなど、また多様な意見がありましたので、「特区制度のような実証が先」との意見が出てまいりました。

したがって、今回は特区という性格からいって、項目から落として、第3クール以降で、再度規制改革という観点からの再検討といたしたいと思います。

最後に無過失補償制度でありますけれども、これは皆さんの認識としては、医療に関する全体に網をかけたいということではありますが、今クールとしては、ワクチンと医薬品以外で保険診療全体を対象とすると。これは保険診療以外のということになりますと、かなり枠が広がるということと、既に行われている医薬品の補償、産科、これについては、今クールではそこまで含めますとかなり煩雑になりますので、ワクチンと医薬品以外の保険診療全体ということを対象とした改革案といたしております。

以上が前回の重点審議項目の取扱いです。

引き続き、今回の重点審議項目のポイントについて御説明いたします。

まず1番目の「地域主権の医療への転換」であります。地方に何を権限委譲するかという点に尽きますけれども、一方で、2番目の「病床規制」との関連では、病床規制は撤廃がいいのか、都道府県知事が権限を握ってコントロールを続けるかという論点があるかと思っておりますので、この点を今日御審議願えればと思います。

次に3番目の「医療法人のガバナンス」でありますけれども、理事の要件、配当の是非、融資や与信といった医療の非営利性との関係で、どこまで自由度を与えるのかという点と、その観点で合併をどう円滑化するかという点があります。これは資料1で示しました高度急性期医療等の集約化、それと地域の医療資源の機能分化、更に急性期から亜急性期、回復期、退院後の生活に至るまで地域ごとにシームレスな連携体制を構築していくという大きな方向性に照らして必要な改革であるかという点で御審議いただきたいと思っております。

次に4番目の「医療法人の私的整理」であります。当初案では3点示しておりましたが、前回、翁委員に御意見を頂いて1本に絞っていますが、これでよろしいかどうかという点を御確認いただきたいと思っております。

次に12番目の「広告規制」は、今の医療法人の経営環境、国民の医療リテラシー、そして何より情報化社会という観点から改革案の妥当性を御審議いただきたい。

最後に19番目の「カイロプラクティック」ですが、資料1で示しました全体の改革の方向性との関連が薄いということ。また、規制改革は規制の緩和も強化も含まれるけれども、各WGが積極的に規制強化を提言することをどうお考えになるかという点も踏まえて御審議をいただきたいと思っております。

以上であります。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、まず関連がございます1番の「地域主権の医療への転換」と、2番目の「病床規制の見直し」でございます。この2件につきまして併せて御審議をいただきたいと思っております。

○黒岩委員 これは回答を見ればいかに抵抗しているかということが明らかでありますけれども、だからこそ我々が提言する意味があると思うんですけれども、ただ、議論の提示

の仕方として「病床規制の見直し」とぼんと出すと、まさに地域医療のどうだ、こうだという話だけになってくるので、ここでやっていた議論の入り口というのは「開かれた医療」、「地域主権の医療」という大きな文脈の中で病床規制というものを同時に撤廃していくだろうという、そういう議論の流れが実はあったはずなのですが、「病床規制の見直し」という改革項目をぼんと上に出すと、そういうニュアンスが全部すっ飛んでしまうという、その辺の工夫が必要ではないかという気がするんですが、いかがでしょうか。

○阿曾沼委員 ある知事や市長とお話したときに、「地域主権の医療」は非常にいいんだけど、保険の地域一本化の問題、いわゆる保険の在り方や財源の問題は結局切り離せない。主権を実現するためには実は非常に大きな課題がある。その辺を我々会議は現実をどう踏まえて何を具体的な提言として打ち込んでいくのかを議論をしておかないと、言いつばなしになってしまうと思います。

○黒岩委員 地域主権の医療の1つのイメージとして、やる気のあるところには、そのやる気をそがないようにするという、地域主権でなければいけないのではなくて、独自にこんなことをやりたいのだと、そういう前向きなところには余りそれを押さえつけるようなことはやめておきましょうという、そういうニュアンスだと私は思うのです。この辺の整理は必要だと思うんですけども、それは特区になってくるのかなという気がするんですよ。

今の特区は、特区申請がいろいろあっても、医療系の分野における特区というのは全部厚生労働省へ回って行って全部否定されるという、その流れがあると思うんですね。だから、こういう特区をもっと認めなさいよというか、いろいろ実験的にやらせてみなさいよという、そういうメッセージが一番ふさわしいのかなという気がするんです。

○大西委員 今の黒岩先生の発言にちょっと触発されて思いつきなのですが、病床規制若しくは地域医療の中で、1つ大きな基準になっているのが19床までのクリニックというものと、それを超える病院ということになると思うんですが、もう少し別の角度から見ますと、病院でできることとクリニックでできることと、治療の内容、また医療技術の範囲がそれぞれ定められておまして、例えば先進的な医療というのは、たとえ優秀なお医者さんがおられて、設備が整ったとしても、19床以下のクリニックでは実行できないということも伝え聞いています。

今、特区という話が出ましたけれども、そういったところを何らかの突破口にして、クリニックであっても十分な技術力、又は設備が整っていれば、そういったものができるというようなことも1つの切り口かなというふうにも考えたりします。これはまた難しい問題かもしれませんが。

○阿曾沼委員 その件については旧規制改革会議の中で随分議論があって、第3項の先進医療である高度医療評価制度が実施可能な施設要件として「20床以上」つまり病院ということが規定されていたのですが、規制改革会議の議論の中で、20床という病院規制はなくなったと理解をしています。ですからクリニックであっても、先端的な医療を申請できま

す。ただ、現在まで現実的には認可実績が1件もないということがあります。当然患者さんの安全対策上、地域の中核医療機関等とチームを組んでいくことが前提になるのだろうと思いますが、地域でのチーム医療、病診連携がそこまでなかなか現実として進んでないということがありますので、その辺を後押しする制度改革が必要だと思います。

○川渕委員 私の個人的な話をしてはいけないのですが、日曜日、私の知り合いの病状が急変しました。ある有名な病院に入りたいということでしたが、運悪くベッドが1床もあいてないというんですね。そんなはずはないだろうと思いましたが、あいてないというんですね。それで何とか知り合いの病院に入ってもらいましたけれども、ポイントは当局が言っている病床過剰地域で整備された特例制度が機能しているかどうかです。3,351床あるということですが、これで足りているのかどうか、その辺のエビデンスを可及的速やかに集めないと、またいつものように当局と押し問答になって終わりかなと思います。実際現在の病床利用率は約75%ですから4分の1のベッドはあいているわけですが、ベッドが足りない医療機関もあるのかなと。それが瞬間風速なのか、それとも恒常的に不足しているのか一定の検証が必要かと思います。

○土屋主査 ちょっと中休みの、今の川渕先生の話にお答えすると、ほとんどの病院は無理すれば1人、2人は入るんですね。通常、入院というのは御存じのように、オーバーナイトではなくて、その日計算ですから、百何%という充足率が出てくるんですね、日本の病院というのは。ホテルみたいにオーバーナイトで勘定すれば100を超えることというのは絶対あり得ないんですけども、その日に対してそのベッドにもう一人入っちゃうと、200%になりますので、そういう意味から言うと、サリン事件のときが一番的確で、いつもがんセンターで夜入院できないといったのが24人瞬時に入院できると。外泊しているのまで入れればそういうことができるということで、ですからその辺が1つ問題で、正確な把握がなかなかしにくいんですね。

もう一つは、今、大西委員の言われた診療所と病院の問題ですけれども、国民の方に診療所と病院が別ものであるということがなかなか通じてない。ですから銚子の市立病院が閉鎖したというときに、また250ベッドの病院を、あれは400近いんですね、回復しよう。人口的に維持するのが無理なわけですね。ところが診療所は高度の機能のものがないと、あそこの住民は困る。入院はちょっと遠くへ行っても済むというようなところの御理解がなかなか、一般の方に理解していただかないと、ここの表現がなかなか難しかろうと思うんですね。病床がなくても、ある意味、日常的な標準的な医療はできる。外来があればできるというようなところを一般の方に御理解いただかないと、なかなかこの主張が厚労省へ行って押し戻されちゃうというような懸念があるかと思います。

○阿曾沼委員 地域主権という中でちょっと奇異に感じるのは、実は現在の病床は制度実施の狭間で駆け込み病床が多くあって、過剰地域がいっぱい出来てしまった側面もあるということなんですが、実は明確な退場ルールというのがないんですね。ですから例えばある病院では、170床のうち70床が使われていないけど、病床の権利を持ちながら閉鎖して

いる様なところも一杯あります。基本的に病床利用率は休眠病床を除いていくと地域で70%以上になっていても、実質的に稼動している病床を考えると50%以下になってしまうなんてことになるかもしれません。例えばの話ですが、2年間なら2年間、3年間なら3年間、病床利用率が60%を切る病院の場合、行政がある意味召し上げられるというぐらいな強烈な地域主権というものがあってもいいのではないかと思います。病床規制があったとしても、休眠病床を足すと大変な量になるのではないかと思います。ある地域で見ると、2,000床、3,000床ぐらいの休眠病床があると言われていています。けれども、民間医療機関であれば、当然M&Aの対象になって売り物になるのでずっと権利だけ持っている。自治体病院などに関しては、首長がそれをどこかの医療機関に配分するということができるようになりましたけれども、経営主体が首長の権限が及ばない自治体病院以外では強烈な指導力が持てないということがあります。色々な課題はあると思いますが、退場ルールがあった方が、むしろ地域の中でいいのではないかと考えています。

○事務局 8ページ一番下の厚生労働省の回答で、【問題点に対する補完措置】、18年医療法改正で、都道府県知事が正当な理由なく業務を行ってない病床の削減を命令できることとしたと、恐らくこれがある種そういうもので、これは逆に地域主権との裏腹で、こういうことをきちんと行うところもあれば、野放しにしているところも当然あるのではなからうかと。

これは政令市も同じですけれども、ある政令市はこれを結構頻繁にやっていて、隣にある別の政令市は全くやってないといった御意見も国民の声なんかでは寄せられている。

○大西委員 前々回でしたか、将来の社会保障国民会議の資料をもとにいろんな議論があったと思います。その折に地域ごとの医療ビジョンといいますか、将来の身近なところの姿がどういうふうになっていくのかということをもう少しつまびらかにしていってはどうかという議論がありました。地域医療計画といった場合には、病床の数ですとか、第一次、第二次、第三次といったような医療圏の整備などは検討されているのですが、将来の医療が地域ごとにどのようなようになっていくかということについての見通しをもう少しミクロな視点で整備することを奨励するような仕掛けなどについてここでうたうようなことはできないでしょうか。

○事務局 3ページの改革事項に対する基本的考え方から、4ページの改革案に至るまでのところで、地域主権のところは、まさに前々回の御議論で、地域医療計画を地域が自由に策定することこそがそうした解決ということで、地域医療計画の策定に厚生労働省はあまり口を挟むなど。計画に当然記載すべき事項として、基準病床とか、4疾病5事業ということは医療法で定められておりますけれども、本来的には地域医療計画に、それに上乗せして何を書くかというのは都道府県がある程度自由にできますし、要は厚生労働大臣の承認要件、同意が必要なくなれば、更に自由度が増すと考えて、このような改革案にしています。

ただ、大西委員がおっしゃった、より独創的なとか、あるいはもっと長期的なビジョン

を示せとかということ、当WGが、それは都道府県に対してメッセージを出すのが、どういう方法があるかというのは、この改革案のところに書くのかどうなのかというのは別の方法もあるのかなというふうに思っています。

○真野委員 さっき阿曾沼先生の言われた話が非常に重要だと思うんですが、私自身も案として、病床というか、場合によっては、病院の再編成というのが重要だという話をしましたし、私が関係している厚生労働省のお仕事なんかでも、同じような経営母体でしたら再編も進むわけですけれども、そうでないといういろいろな問題が出てくるというか、明示的な問題でなくても進まないという事実があるというところで、国全体でやっている、まさに今と同じで、多分そういう病床の再編はあまり進まない可能性があると思います。もちろん若干進んでいるんだけど、遅々としているというところにおいて、都道府県のこのような権限を、もちろん民間の病院まで入れるというのは議論があるのでしょうか、公的医療機関等、等が何が等かよくわかりませんが、公的のところ、公立も当然入るのでしょうか、において、もうちょっとビジョンというか、計画を都道府県の方をお願いするとか、もうちょっと積極的なところで、ここで書いて、お願いしていったらどうかと思うんですけれども。

というのは、今、多く問題になっているのは公立病院ですから、もちろん公立病院の地方でなければいけないとか、へき地でなければいけない役割は考えなければいけないんですけれども、それも地域で考えないと、国で考えるというのもなかなか難しいと思うんですね、かなり特殊性があるので。ただ、そうすると今度、地域の方がどんどん全部重要だと言ってくるおそれもゼロではないんですけれども。財源の問題もあるので、いずれにしても、いろんなことを言いましたけど、8ページの「都道府県知事が、正当な理由なく業務を行っていない病床」というだけではなくて、もう少し積極的に再編に関係できるような提案をしたらどうかと思います。

○土屋主査 ちょっとゲリラ的な細かな点で恐れ入りますが、3ページ目に【対応困難とする場合】で、【問題点に対する補完措置】というところに、相変わらず厚労省の返事で、こういうことをやると、「救急医療のための病床等については、地域の実情に応じて都道府県の主体的判断がより発揮できるよう、病床過剰地域であっても整備することができる」うんぬんということでありましてけれども、これは先ほど出たように、本当に足りているのかどうかということと、その上のところに、これを踏まえて、【要望へ対応した場合に生じる問題点】というところで、相変わらず都市部に医師が集中して、地方がうんぬんとあるのですけど、これは何か所かで使われているんですね。

ところが、現実に臨床研修制度が始まったときに、一見そのような流れでしたけれども、これは都道府県単位で見ると決してそんなことはなかったというのは実証されているわけですね。むしろ東京、周囲の3県に医師が不足していて、むしろ地方の方が医師は充足しているというのはきちんとデータが出ているというわけで、この論点がはっきりしない。

それから、もう一つは、同じ【対応困難とする場合】の一番下のところに行って、「都

道府県が独自に保険医療機関を指定した場合には、その報酬「うんぬんのところで、「保険料を他都道府県の被保険者が負担することになる」ということですから、この計算は、所属がはっきりわかっているならば、こんなものはコンピュータで補正すればいい話で、理由にならない。

私、よくいろんなときに出すのですが、皆さんが東京へ来ると、「Suica」とか「PASMO」を持っているでしょう。これ1枚あれば各経営母体がちゃんと経理はできるわけですね。こんなことは全く理由にならないということをやはり指摘すべきではないか。ほとんど机上の空論で反論して、こちらのデータを確かに用意する必要があると思いますけれども、これはき弁そのものだろうという気がします。

もう一点、その1つ上の「・」の「保険診療の内容や診療報酬の算定ルールは、複雑多岐にわたり、その適否の判断には高度な専門性を必要とするものである」と、これは全くうそばちで、高度な専門性で単純化しないといけないわけで、DRGにすれば、あつという間にこれは解決できることで、むしろこれはまさにき弁で、自分たちで複雑にできたと、中医協のせいだと。

○事務局 土屋主査がおっしゃった、まさにほかの地域の医師の偏在を招くという厚労省のロジックが、最近、厚労省がよく使うフレーズで、2項目の「病床規制の見直し」のところの10ページ、「具体例、経済効果等」のところに書かせていただいているのですが、以前の規制改革・民間開放推進会議の頃、5年ぐらい前には全然そんなことは言っていないわけです。全然別の理由だったんですね。この頃は、あたかも数年後には撤廃するような形で、各都道府県知事の意見などを踏まえて一時期盛り上がっていた。御記憶にあるかと思います。その時と今の断つてくるところのロジックが全く変わってきているというのは事実でございます。

あと最後に書きましたけれども、国際医療交流についても、前回全くニーズが把握されなかった。要は病床を国際医療交流で増やしたいという病院がなかったではないかということで回答してきております。ただ、これはこれから政府で進めていくことでもありますし、まさに地域ごとによってやっていくと。

それから、前回、真野委員からありましたように、まさに先端医療分野で日本が本当に進んでいるかというところではない。一方、タイなどと比べて価格競争で勝てるかというところではないというところなので、先行国と比較して価格競争では勝機はないんだと。対象は富裕層ということで、まさに阿曾沼委員がおっしゃったように、地域で選ばれない、川淵先生の言い方をすれば、幾ら病床があいていても、人気のない病院に外国人の富裕層が来てくれるわけがないわけです。そういうところも今後の主張のポイントとして、少し整理をしていきたいので、厚労省あるいはそのほかの省庁が対応困難とした場合の理由に対する反論も含めて御意見いただければと思います。

○小田審議官 それでは、黒岩委員の御発言で最後にさせていただきます。

○黒岩委員 例えばイメージしてみたときに、四国が独自にやれるということにもしした

場合、四国はどうやって自分たちで医療というものをつくるかというのが、医療だけの話では多分なくなってくると思うんですね。つまりこれの構造的な問題というのは、我々は規制改革のことをこうだこうだと言って、厚生労働省へ投げて、それが返ってきているものを受けていますよね。つまり、もし地域で任された場合というのは、医療を核にして地域をどう再生するかという、そういうものと全部つながってくる話だと思うんですね。だからそこを超えていくのはまさに政治の仕事だと思うんですね。

今、回答は全部厚生労働省だけですけれども、「地域主権の医療」というのだったら、まさに地域を担う総務省はどう考えるのか。これを成長産業にするのだったら、経済産業省はどう考えるのか、まさに国家戦略室はどう考えるのか、そういったことを全部トータルで答えもらわないと、病院の話だけというようなことになって押し込まれてくる。これを乗り越えるのが規制改革の一番のポイントだということこそ是非園田政務官に認識していただきたい。

○園田政務官 ありがとうございます。ちょっと所用ができて、途中退席いたしますので、今、まさしく黒岩委員から御指摘を頂いて、そのことについてコメントだけ申し上げさせていただきたいと思うのですが、先日、蓮舫大臣ともこのWGの流れも含めていろいろ打合せをさせていただいております。その中で、今、菅内閣が目指そうとしている方向性をきちんと国民の皆さん方にお示しして、もっともっと力強く発信していくべきではないだろうか。

その中で、規制・制度改革に関する分科会、これについては総理も大変注目をしているというお話を頂いて、更に頑張るようという御指摘を私自身も受けたところでございました。

そういった意味では、先ほどまさに委員からも御提示いただいた「開かれた医療」、「地域主権の医療」だということの目指すべき方向性、これをしっかりと原点に戻って、分かりやすい言葉という形で打ち立てていただいて、そこに向けての1つひとつの実績を上げていく突破的なものをここで作り上げていかなければいけないのですが、そのために、私も今いろいろ数点気になったことがあったんですが、おっしゃるように、厚生労働省との関係だけでいくと、それは今までの様々な厚生労働省なりの考え方でしか物事が考えられてない。

それから、幾つか病床規制の中でも、恐らく部局単位でこの答弁書なるもの、回答書なるものを考えてきているのかなというふうに、私も全部きちんと見たわけではないんですが、ひょっとしたら、そういう部分があり得る。したがって、同じような回答ぶりが散見されるというのは、恐らくそういう形で出てきているのではないかと私自身もとらえました。したがって、これからまさしく、先ほどエビデンスの話をもっと実証的に我々としては積み重ねていかなければいけないというのは、土屋主査のおっしゃるとおりでありますので、我々としてもその旨をやっていきたくて、事務方にもそのことを明示させていただきたいと思っておりますが、是非現場の医師の皆さん方も含めて、もっともっとし

っかりとしたエビデンスたるものを是非お願いを申し上げたい。知見の積み重ねによって、恐らくほかの省庁も含めて、あるいは地方6団体の方々、今、四国とおっしゃっていたのですが、そういう地域ごとのニーズ的なものはかなりの部分で蓄積されてきているのだらうなと私自身も感じておりますので、そういった点ではもっとその部分を集めていただければ、これからまさしく大詰めに来たと私も思っておりますので、年明けの折衝の中で幅広く使っていきたいと、皆さん方とともにやっていきたいと思っておりますので、是非引き続きお願いを申し上げたいと思います。

○小田審議官 それでは、次の資料2でいいますところの3番の「医療法人におけるガバナンスの柔軟化に向けた規制の見直し」と4番の「医療法人の私的整理容易化に向けた規制の見直し」、この2点について御審議をいただきたいと思えます。

(園田政務官退室)

○事務局 1点だけ事務局から補足説明させていただきます。4番の私的整理に関して、当初案では、先ほど土屋主査から御説明いただいたように、3つのいずれかを講じるべきであるということで、当初案の(1)「産活法の対象に医療法人を加えるとともに、同法に基づく事業再生ADR認定事業者にも企業再生支援機構に対する協力義務と同様の規定を設ける」としておりましたが、回答を見ておわかりのとおり、産活法の対象に医療法人も入っているということで、そこは事実誤認ですので、改革案ではそこは落としております。つまり事業再生ADRへの協力義務を法的に規定をしてほしいという1点のみに改革案はしております。

○真野委員 12ページから13ページにかけて、余資運用の柔軟化ということなんですが、これはこちらの書き方が悪いのか、厚労省がそういう返事をしているのかわからないんですけど、「医療法人の余資運用については様々な事業展開が可能となるようより柔軟化」というのはこちらが申しているわけですね。ただ、事業展開というのはあいまいな表現のせいか、向こうは、投機とか、全然違う話をしてきているように見えるのですが、ここはどういうふうに、もともと事業展開というのはどういう意図で載せたのでしょうか。

○事務局 当初案の段階では、複数の委員提案を頂いたのを調整したのですけれども、貸付け、与信というのは具体的にあったのですけれども、それ以外にも医療法人の余資の運用というか、医療法人の資産運用というのは極めて限定的に細かく通知・通達でしばられていますので、そこを全体的に緩めるべきだというようなお話まではあったと思うんですね。当初案で具体的に何をできるようにしてほしいと。今、これがないから何をできるようにしてほしいというところまでちょっと挙げられなかったもので、貸付けとか与信とか、その他ももう少し緩めてほしいというレベルにとどまっていたというところに対して回答がこのようになっていると。

○真野委員 もともと「余資運用」という言葉の背景には少し資産運用的な意味合いも若干あったということですね。事業展開というとは限らないというか、むしろ資産運用とは別だと思っただけけれども、若干そういうニュアンスがあったので、こういう返

事になったという感じなんですね。

○事務局 はい。

○真野委員 分かりました。

○川渕委員 医療法人制度については、今日、神野先生が欠席なので、あまり私が言わなくてもいいと思うんですが、国が比較的ポジティブに考えているのは社会医療法人だと思います。だとすれば、改革案に「社会」という言葉をつけ加えたらどうですか。

というのは、医療法人がどんどんチェーン化することに対しての御懸念があるかと思いますが、社会医療法人であればある程度ガバナンスが担保されているので国も御墨付けを出しやすい。社会医療法人は今 111 しかないですけれども、そういう法人がもっとチェーン展開できるようにしてあげたらどうでしょうか。

○久住委員 済みません、初歩的な話なのですが、営利と非営利というのは、何が根源的に違うものなんですか。

○川渕委員 これは大変な問題ですよ。

○久住委員 要するに J R 東日本も病院を持っていますし、N T T 東日本も病院を持っていますよね。営利企業が病院を持っている傍らで、何で医療法人は非営利でなければいけないのかという、何を言っているのか全然わからないというか。現状がそうじゃないのに。だから、お話にならないです。何が問題点なのかわからない。

○小田審議官 ちょっと 1 点よろしいですか、済みません。3 番の医療法人におけるガバナンスの柔軟化の部分には幾つかのものが混在しているようになっていまして、一番最初の点の破綻に瀕している医療機関を再生するという瞬間的といいますか、あるその時期だけでも剰余金を配分できるようにするとか、そういう話がそもそもこちらの問題意識なのですが、厚労省の回答はごく一般的に剰余金の配当は駄目だという、全くそういう危機に瀕している病院をどう再生するのかという代替案は何もない回答になっているので、もうちょっと明確に分けて議論して論じた方がいいのではないかと。こういうケースはこれでいいじゃないかと。済みません、非常に差し出がましいことを申し上げて恐縮ですけど。

○阿曾沼委員 今、久住委員が言ったように、非営利、営利の問題というのは神学論争でずっとやっていて、一時は株式会社論というのがあって、現行法上では、今 60 近くある企業立病院というのは、既存不適格と言われているわけですね。トヨタ記念病院さんが外来クリニックを切り分けて新しい施設をつくらうとしたら、医師会の反対があり、それは企業立の新たな医療機関であるから駄目だと言われて開設できませんでした。

一方で、非営利というものの定義は非常にあいまいであります。一般的な通念からいえば非営利である医療機関は全て無税であるべきです。また、非営利と営利の大きな違いは、直接金融手段を持っているか、持っていないかという点でもあります。直接金融手段を持っていない非営利は基本的には課税をされません。しかし、一般的な医療法人は税金を取られて、しかも補助金の参入がなくて、なおかつ直接金融手段を持たないので銀行から金を借りて利子を払わなければいけない。市場から健全なお金を集めようとする、配当があ

るから駄目だといいます。しかし利子と配当に現実的にどういう違いがあるのがなど色々な議論がずっと延々と続いています。

この点の整合性を取るために社会医療法人というのをつくったわけです。ただ、社会医療法人は事業税は免税され、いわゆる公募債券も発行ができるということではありますが、反面、地域におけるデューティーがありますので、普通の一般の医療法人が社会医療法人になるというのはハードルがものすごく高い訳です。現実的には従来の特別、特定医療法人ぐらいしか社会医療法人になれない訳です。現状の医療法人形態では、出資額限度法人があり、一般の持分のある医療法人と持分のない医療法人があって、医療法人といっても、一口では言えないぐらい多岐多様にわたっているわけですね。

ですから今現存する医療法人や医療の経営主体、開設者によってイコルフットィングができていないという問題は、本来的にはもっと整理をして議論をしていかないといけません。厚労省は都合のいいような事例を持って議論する。こっちは空手でいくと、議論そのものが基本的にあいまいになってしまうと思います。むしろ医療法人の改革に関しては医療法人の形態に合わせて具体的に打ち込む必要があると思います。

○真野委員 多分そういう議論もあるし、株式会社うんぬんという議論もあり得るのかもしれないけれども、これはそもそもそういう議論をしようということで、このガバナンスというのを出したのではなくて、むしろ先ほど話題に出ていましたような、整理とか、そちらを容易にするという視点でガバナンスという用語が出てきたんですよ。

○事務局 これは一時期、重複も含めて委員の皆様からの御提案を受けたときの名残で幾つかを統合していて、1つは、まさに破綻回避といいますか、医療法人の再生です。再生ですから多分社会医療法人ということではなくて一般医療法人が対象です。再生の際に、医療法人のスポンサーとなってくれる地場産業が仮にあったとしたときに、役員に人を送り込めるとか、あるいは配当を出せるという、一定の条件のときだけそうしたことができるという改革が1点。もう一つの貸付けの問題は若干別の問題で、これは医療法人が破綻の危機というところまではないですけれども、融資を受けることはできる。一方で医療法人は融資をすることはできない。

そうすると、今どういうことが起きているかという、民間企業は医療法人に融資をして実効支配はできるわけですね。一方で、医療法人が特定の医療法人を助けようと思っても融資ができないので、理事長が別会社を設立して融資をする、みたいなおかしい話も現にあるので、元に戻って、資料1で今回お示ししましたように、地域の中できちんと連携をして、高度急性期の集約化と機能分化。それから、連携をするという際には、医療法人と医療法人がつながっていくのが本来の姿であるということから考えれば、これができないのはおかしいのではないかという話でございます。

最後の合併は、まさに合併の意思決定がすごく遅くて、なかなかできないという問題点があったので、それはそれで都道府県の知事の承認というのがあってもいいのかもしれないけれども、スムーズにいくように、もうちょっと基準を明確化、どういう時に合併が

駄目なのかというのが明確化されないと困ると。そもそも本来合併が認められないというのはおかしな話なので、駄目な時というのを明示して、スムーズに合併の意思決定ができるようにしてほしいと。これも医療法人同士がつながっていく話のときの案件でございます。

○真野委員 だと思っんですよ。ですから書き方というか、「ガバナンスの柔軟化」という書き方になっているので、今の株式会社はどうかとか、かつてからある議論も出てきちゃうわけですが、そもそも言いたいことは全然違うわけなので、そういうテーマに規制改革の事項を少し変えて、何がいいかというのはわかりませんが、全体を少し整理しないと、議論が拡散してこういう返事になっている感じもしますよね。

○事務局 タイトルは考えます。

○真野委員 そうですね。是非お願いします。

○翁委員 13ページの「営利法人の役職員が医療法人の役員として参画すること」と、剰余金の配当については、まさに再生の場面での話でして、ここで戻ってきている答えは、役員を兼務することによって、「経営に影響を与えないことがない限り」ということではなくて、経営をよくするために入ってもらうために、メインバンクなりスポンサーの人が入って行って経営を立て直すという意味で提案をしているので、全然戻ってきている回答が違う方向を向いているというか、もう少し工夫してやった方がいいのではないかと思いますのと、あと4番に関しましては、これはさっき黒岩委員もおっしゃっていたのですけれども、何も医療法人だけでなく、介護も含めて、政府系金融機関が関与していることによってうまくいろんな再生が進まない、これは中小企業も含めた議論なんですね。ですから本当は金融的な全体の地方主権を言っていく上で重要な論点として、何も医療法人に限った話ではないように思います。

ただ、一方で地域にあった再編をしていくという意味では、たしか都道府県ごとに中小企業再生支援協議会というのがあると思うんですが、これも調べていただかないといけません。たしか事業法人しかできなくて、むしろ地域ごとに医療法人の再編を考えていくのであれば、そういった都道府県ごとの再編を円滑化する触媒になるような機関が、むしろそういうこともできるようにしていくというのも1つの考え方かなというように思います。

○土屋主査 感想なんですけど、私も国立の病院の経営というか、運営しかしたことがないんですね。正直なところ、経理も読めなければ、特に予算・決算でもらったものを使い切るというような方式しか考えてないですね。この担当省庁の回答を見ると、まさにそういう感覚で書いたとしか思えないですね。これは財務省とかほかにも回答を求めないとの確かな回答は戻ってこないのではないかと。これは国の歳入・歳出での観点での書き方だと思うんですね。ですからとにかく医療関係者は善人だと、株式会社が悪人だという観点にのって書いているしか思えないんですね。

ちょっとこれは攻め方を変えないと堂々めぐりになって、とにかく聖域だから医療者が

経営もやらないといけないと。それではつぶれちゃうから再生を考えているんです。堂々めぐりになってしまうかなという気がいたします。

○阿曾沼委員 少し確認なのですが、ここの部分は、基本的に医療機関経営を支援しようとする営利企業が参画をすることをよりスムーズにする体制をつくっていくということと、それから医療法人、民間医療法人におけるチェーン化といった点をスムーズにするということですね。基本的に日赤、済生会、国立病院、労災病院、社会保険病院なんかはチェーン化しているわけですね。ところが民間病院に関しては、例えばTという大きな医療法人グループがあったとしても、1つひとつの医療機関が全部別法人化しているという事が起こる訳です。そこには経営を圧迫するムダがものすごくあるという現実があります。

一方で、21年6月の統計で見ると、自治体病院は7%か8%ぐらいが黒字で、後は全部赤字である。ところが民間医療法人に関しては、今年は黒字の方が55%ぐらいになってきている訳です。そういった民間医療機関の努力が報われていくようにしていくという意味合いもあるんですか。それとも赤字の医療法人が地域にとっては非常に重要だから、それを助けていこうといったときに、助けやすい仕組みをつくっていくというところに大きな論点があるのか、どういうことなのでしょう。確かに真野委員が言うように、医療法人というと、その経営体制が多様で論点も幅広くなってしまうので、少し対象や論点を絞ってみるとわかりやすくなると思います。

○土屋主査 私、医者でこういうガバナンスは素人なので極端なことを言うかもしれないのですが、財団法人とか社団法人の法人の見直しが内閣府というか、総務省でやられまして、内閣府で全部公益法人の見直しということで、それができないのは一般財団法人になるということからいくと、医療法人だけが、厚労省だけで考えているということが、国全体としておかしいのではないかと。法人の見直しの中に医療関係の法人の見直しというのがあるんです。やはり財務省も絡むし、総務省も絡むし、内閣府で扱うべき案件だということまで持ち上げないと、厚労省に返事を聞いても、相変わらずの返事しか返ってこないのではないかという気がするんですね。ですから、そういうような形で出していった方がいいのではないかと。

先ほど言ったように、厚労省とやっても、向こうも的確な返事ができない。恐らく財務省は去年『持続可能な医療制度』という本まで出してかなり真剣に考えているわけですね。ですから、むしろそちらへ持っていった方が、医療法人あるいは社会医療法人がどう債務やなんかをやりくりをするかということについての的確な返事をもらえるのではないかと気がします。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、時間も来ましたので、恐縮ですけれども、次の課題に移らせていただきます。次は12番の「広告規制の緩和」でございます。

○真野委員 きのうも少し確認したのですが、広告規制の緩和が医療機関に限定なんですか。それで、旧来のこれを、それこそ阿曾沼先生がお詳しいように、以前から何かと議論

があるところの同じような返事が来ちゃったというところなんですけれども、これは医薬品とか、たしか私は前回の1クール目を出したような気がするんですけども、医薬品なんかの広告規制とか、そっちの話は全然出さないんでしたでしょうか。

○事務局 例えば国民の声なり委員提案で、医薬品や機器もそうなのかもしれないですけども、効果・効能がものすごく厳しく細かく規制されているというのは承知しておりますけれども、そこが不自由なので何とかしてほしいというような提案が出てくれば、当然検討の俎上には上がるのだと思っています。

○真野委員 言いたかったことは、まさにこれは「開かれた医療」というところだと、極めて大きなテーマだと思うんですが、たまたま旧来からかなり論議があり、基本的には厚労省の意見が通っていると認識していますが、話に対して同じように投げちゃったので、同じような返事が返ってきたということのような気がするので、医薬品だけを追加すべきなのかというのは分かりませんが、もう少し広い意味で情報という意味での広告ということもアピールしたらどうかと思うんですが、黒岩先生なんか詳しいかもしれませんが、よろしくお願いします。

○土屋主査 確かに医薬品の添付書類、あれは対象者が薬剤師さんの雑誌には全文掲載ができるけど、一般の方相手の雑誌には載せられないですよ。考えてみると、国民が当然知る権利のある内容で、お薬もらった人が当然コピーもらうわけで、そういうような規制もかなり撤廃していいではないかという気がしますね。医療機関だけではなくて。恐らく医療機器についても同じだと思うんですね。機器に付いている添付の方は、一般には流布しちやいかんと。これは変な話で、一般の方が監視の目を光らせてくれた方がむしろ有り難いという気がします。

○大西委員 今、機器にも触れていただいたのですけれども、たしか前回のときに、医薬品医療機器の広告に関するということではいろんな議論があったと思うんですが、たしか私も理解している結論は、広告ではなくて情報提供であれば可ですといった理解を持っています。ただ、そこで何が情報提供で、何が広告なのかというところは難しいなというふうに感じていまして、いわば購買意欲みたいなものを誘引するようなものはいかんとなくなっているのですが、そうやってきますと、例えば企業で会社案内とかいろんなものをつくったときに、海外で提供されている技術、又は製品を紹介することが購買の誘引になるのか、これは単なる情報提供なのかということから自ら線を引けとということになっておりますけれども、事実上非常に難しいと思うんですね。ですからそういったところも開かれた医療という概念の中で、基本的には自由であると。むしろ虚偽の広告や誇大の広告であると。また、誇大な情報の提供ということについては何らかの歯止めはかけるけれども、それ以外は基本的には法律に書いてあるとおり、自由なのであると。具体的に法律にはそういう規制はありませんから、それ以外のところでなされていると理解をしていますので、医療機関についても同様な考え方ができないだろうかと思います。

○阿曾沼委員 広告規制の問題はすごく重要で、どうも当局は広告と宣伝を混同している

きらいがあるんですね。正しい情報を広く知らせる事が広告ですが、それを恣意的に誘導する宣伝であると判断してしまうところがあって、どうしても広告＝宣伝という概念が厚労省側にあるので、何でも駄目だという判断になってしまうきらいがあります。それから、インターネットでのHPでの情報発信がOKだというのは、情報を取りに行く主体が個人で、国民一人一人が、自分の意思で取りに行くのはいいけれども、組織が不特定多数の人たちを対象に医療機関側が組織的に情報発信をするのは制限があるわけです。実はホームページなんかは非常に危険な情報内容や発信なんかもあるわけです。ですから広告という広く知らせるという意味をどう今後捉えるべきかを議論することも非常に重要であると思います。

大西委員が言っていたように、例えばまだ開発中の医療機器とか開発中の医薬品について、情報を提供していいのかどうかという問題に関しては、厚労省に聞けば、それは禁止していませんと言うわけです。けれども、企業サイドが当局に聞きに行けば、それは恣意的だと疑われ薬事法違反の疑いがあるとされてしまいます。基本的に禁止はしていないのだけれども、現場現場では、判断の基準が浸透していないので、聞く個々人によって相当判断がぶれていくわけです。そこに大きな課題もあると思います。そこをどう解決するかという点が知恵の出どころだと思います。

○真野委員 昔、製薬協のシンクタンクでしたか、ちょっとこういうのを調査したことがありまして、どこまで広告か、どこまでが宣伝かという、今の議論に近いのですけれども、基本的に医薬品とか医療機器の場合は、多少境目はあるかもしれませんが。極端に、例えば怪しげなカラーセラピーとか、これも根拠あるかもしれませんが、というのはちょっと別としますと、それなりにいろんな治験も含めて過程を経て物になっているわけですね。ですから、こういうのを病気の予備軍の人が積極的に使用したいというところは、もちろん広い意味では宣伝も入るのかもしれませんが、基本的に阿曾沼先生の言われる意味では広く知らしめる方の広告であるというふうに見た方がいいような気がするんですね。

実はメタボリックシンドロームの話のときなんか、かなりメディアでも取り上げられて非常にブームになったわけですね。それと同様に、基本的には患者さんなり予備軍に悪いことを広告するということはないわけですので、広告は必ず悪だみたいな、そういうのはちょっと行き過ぎのような感じを持って今提案したところであります。

○山西委員 病院のいろんな情報、例えばある先生がこういう手術をして、こういう成果を上げたという結果とかを情報公開してはいけないのですか。ウェブだったらオーケイなのでしょう。病院をインターネットで見ても、どの先生がいいかどうかなかなかわからないのですよ。そういうような規制というのはあるのでしょうか。是非オープンにしたいということがあるのですけど。

○阿曾沼委員 インターネットの場合は規制はないと思います。

○山西委員 その割に病院は、どの先生が、どのような診療して、どのようなことが得意といいますか、そういうことがあるということをあまり書かれてないですけど

も、これは病院のせいなのでしょう。

○真野委員 それは基本的に病院のせいだと思います。別にドクターの履歴とか、得意分野といってもいいかもしれませんが、それを掲げている病院も増えてはいますね。

○山西委員 ただ、昔、例えば出身校を診療所に表示したり、そういうのは駄目だというようなことがあったんですが、今はオーケーなんですか。

○事務局 昔は出身大学も表示してはいけないということでしたが、この10年ぐらいですか、徐々に徐々に広告できる範囲を厚生労働省は広げてきています。

○山西委員 そうするとウェブサイトにもう少し、いろんな、オープンにしてもいいと。

○事務局 ウェブサイトはその規制のそもそも対象外なので、そこは多分広告できる範囲の事項を、要は掲示できる範囲の事項を多分自主的に病院がそれに準じてつくっているのだと思います。

○山西委員 私は最大の広告だと思うんですけどね。

○阿曾沼委員 ここにおける広告というのは、壁に貼ってある表示物等やパンフレット等、すごく限定的に言っていますね。ですから院内表示板等にアウトカム評価等は義務的に広告することが望まれるわけですが、それは中々義務化ができていませんね。

○山西委員 できないんですか。

○事務局 アウトカムは駄目ですね。

○阿曾沼委員 アウトカムはできないんです。それは何かというと、症度別に、いわゆる重症度できちんとした補正ができるか、できないかということで、数字で患者を恣意的に誘導してしまう可能性があるというので、合意が形成出来ていません。

○真野委員 私が言いたかったことは、41ページにあるように、医療機関の話だけに限定しちゃうと、少しずつ確かに厚生労働省も拡大してきているんですよ。それは確かにそうなので、そこは拡大していると言われたら終わっちゃうものですから、ちょっと違う論点でいったらいいのではないかという意味なんですね。

○三谷委員 先ほどの広告と宣伝の境目という話、阿曾沼委員が言われたことに全く賛成です。広告規制があるということで、いろいろ我々製薬メーカーにも不都合があります。H1N1というインフルエンザ・ワクチンを例にあげると、これは細胞培養でアジュバントという新しい技術を使っていたので、少しでも事前に国民の方にこういうものですよという話をしようとしたわけです。しかし、実際には承認前にはそういうことを知らせるなと厚労省から言われました。我々はどちらかというと、プロモーション、宣伝というよりも広告という考えでやりたかったのですが、広告規制があるという話で、それすらやはり駄目なんですね。広告と宣伝の境目というものをどう見ていくのか、ある程度国民に知らせるような義務としてやるべきものがもう少しあるはずなのに、そこも全部駄目だという話になってくるので、そういう考え方は変えた方がいいのではないかと思います。

例えばアメリカは、それが一番いいかどうか別ですけれど、薬の名前をそのままテレビの宣伝に使うことができます。それでどこまで理解できるか別ですけれど、かなり情報量

が多いというのは確かで、そういうところをどうするのか、今後、真野委員が言われたような観点で、薬や、機器についても少し議論していくべきだとは私は思います。

○小田審議官 それでは、時間ですので、最後、大西委員の御意見で終わりということで。

○大西委員 今、いろんな議論があって、かなり整理できてきたのかなというふうに思いますが、突き詰めて言うと、アウトカムを含めた情報などをどのように広く知っていただくようにできるか、又は容易にそういう情報が手に入るようにしていくかが課題であると思います。そこには既存のものに加えて、先端的な技術、未承認の医薬品、医療機器や治療などについても、情報をいかに提供ができるようにし、又は入手ができるようにしていくということが、「開かれた医療」という中のひとつの大きなポイントなのではないかという気もいたします。そういった論点でまとめるのも1つかなというふうに思いました。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、最後のテーマに移りたいと思います。19番「カイロプラクティックに関する規制強化」でございます。

○黒岩委員 この問題は、私自身も患者の立場として、ずっとカイロプラクティックにお世話になってきた立場なので、実感もあって思うところがあるんですけども、確かに玉石混淆のところがあるんですね。ただ、結構まともな人もいるんですよ。私がかかっているのは、ここに書いてありますけど、アメリカでカイロプラクティックドクターを取った人で、日本に来ているんですけど、でも日本にはそういう資格がないから、個人でやっているんですけども、そういうのもいるし、カイロプラクティックを半年ぐらいのコースで資格が取れますよというのがあったりもして、同じカイロプラクティックという名前を挙げているので、確かに何かの整理は必要だと思うんですが、私は非常に違和感を持つのは「規制強化」という表現のところですよ。本来はここには「資格制度の創設は困難である」と書いてあるけれども、きちんとした資格をつくっていくという方向性の方がいいのではないかと思うんですね。

そうなると、規制改革というところで取り上げる項目になるかどうかという根本のところは、私はクエスチョンという気がします。

○川渕委員 これは私が発案したので少しコメントします。本来ならば日本整形外科学会や日本臨床整形外科学会から発案されるべきテーマかと思います。自分も今腰痛症で鍼灸に通っていますが、担当者は医師免許を持っていて、科学的なエビデンスを持って鍼灸をやっています。自由診療なので高いんですけどもたくさん患者さんが来られています。しかし、その一方で広告規制がないこともあって、ネットを見ますと、本当に腰痛症が多いのか、カイロプラクティックの広告がものすごいんですね。

まさに、玉石混淆です。アメリカでしかるべき資格取った方もおられるし、一方で無資格者も大勢いる。このワーキンググループは制度改革ですから、ルール化して、努力する者は報われるようにしなくちゃいけないのではないのでしょうか。

この件に関しては、先日もありましたけれども、眼科が専門でない医師がコンタクトレ

ンズの処方を出すことの是非とも関係します。西洋医学ではどこも異常がないけれども、腰痛症で悩んでいる方が非常に多いと聞いておりますので、是非このテーマもひとつ国民的議論にしたいなということで、この提案を出しました。

以上であります。

○土屋主査 黒岩委員、川渕委員の御指導は有り難いんですけども、これはまさに私医者立場から見ると、日本の医者社会性のなさ、自立性のなさをあらわしている出来事だと思うんですね。これは事務局に書いていただいたように、整形外科学会がしっかりして、自主的に資格をつくらないといけないので、これを整形外科学会が役所に頼むということ自体が専門性を否定していることなんですね。自分たちが専門家であれば、自分たちがどういう基準がよろしいか。自主規制をしてやっていったら、役所の規制は要らないんですね。これはまさに役所に規制をしてくれと自らの自立性を否定する要求を川渕先生に投げかけたんですね。

これは日本の医療の一番根源の問題で、これが規制強化を排除しようという我々がやらないとならないのは医者がしっかりしないからなんですね。医療界がしっかりしていたら、こんな規制は厚生労働省は作らなかったの、厚生労働省が悪人のように今言われていますけれども、まさにこれは厚生労働省を悪人にして、自分たちが責任逃れをしようというのがこの整形外科学会、臨床整形外科学会の態度だと思うんです。

私はむしろ、これは彼らに対してメッセージを送るべきで、厚労省にこれを作れというのは、一体誰が専門的に議論するのだと。結局整形外科学会に振るわけですね。これは自分たちでやって、これを厚生労働省に、こういうことでしっかりやっているからいいだろうと。そうしたら別に役所が関与しなくていいという方向に持っていくべきではないかなという印象があります。

○真野委員 私は先生ほど体系的な意見ではないんですけども、医師自体が腰痛とかというものに対して、私は幸か不幸か腰痛持ちではないんですが、あまり適切な対応をしなかったというところに問題はあるわけだと思うので、何らかの改善が必要な分野であることは確かなんですけど、何か規制・制度改革という全体のトーンからいくと少し違うような感覚は持ちます。

○阿曾沼委員 基本的にOT（作業療法士）、PT（理学療法士）、ST（言語視覚士）という、資格を持っている人たち、それから柔道整復師等の資格取得を受けている人たち、大学は文科省の認可を受けて養成しますし、専門学校は厚労省の認可を受けて養成しています。国がこういう制度をつくれというよりも、業界が自主規制をしてきちんとしたルールをつくっていくことが重要な訳で、制度改革の中で、これを取り上げて、カイロプラクティックという1つの固有の職種に限って取り上げて打ち出すことに関しては、私は適切ではないと思います。

○小田審議官 時間も参りましたので、各項目の御検討、御審議はここまでにさせていただきます。

残る時間がございますので、介護分野につきまして、昨日、事前の検討会が開かれました。その結果について、中村委員から御報告をいただければと思います。お手元の資料4に「個別分野の検討概要」という資料がございますが、中村委員、お願いします。

○中村委員 昨日議論をいたしまして、多少今までの中に入らないものを足して制度改革ということになりました。まず介護が介護だけではない、生活、ライフサポートであるということ強く認識していただきたい。それから、国民の意識改革が重要だということですね。本来は介護保険は選択と契約、前にも申し上げましたけれども、自由に選択し契約して利用するということが、今10年たって、地域密着型サービスができたおかげで、逆に使いつらい状態になっているということで、これをもう少し使いやすくしていただきたいということにまとまりました。

資料4を見ていただいて、2番の地域包括ケア、これが地域密着型サービスといいまして、包括ケアのサービスを受けるとほかは使えないんですね。ですから、それを連携して、今まで使っていたサービスも継続して使えるようにすると、国民が使いやすいサービスになるのではないかという議論が行われました。

それから、あとは施設サービスが非常にわかりにくい。それをどう整理していくかというところですが、これも新しい国土交通省の高齢者専用賃貸住宅というのができてくことで、特別養護老人ホーム、老人保健施設も含めてもう一度きちんと整理をする必要があるのではないかということです。

それから、最後に、逆になりましたけれども、もっと大きく産業として位置づける必要があるということで、介護保険外サービス、介護保険だけではなくて、もうちょっと制度改革、整備をすることが必要ではないか。例えば介護旅行などが、非常にこれからは活発になるであろうということを議論いたしました。

○小田審議官 ありがとうございます。

何か御質問等ございますですか。

○真野委員 質問というか、意見なんですけど、私も昨日の検討会に参加していたものから、最初にお話ありました介護保険外のところというのを少し強調する方が、産業という、医療もそうですけど、介護も産業という視点で成長戦略とかに盛り込まれているので、少し介護保険内のサービスを膨らませるという意見もあり得るのだと思うんですが、昨日いろいろな先生方の御意見を聞いて、私も介護ある程度知っているんですけど、医療ほど詳しくないものから、今更のように、かなり制度が複雑化してきていて、当初はもちろんそんなに規制はなかったはずなんですけど、その中で、文言にあるライフサポートという絶対必要なニーズを満たすには、もう少し介護保険外のところも盛り込んだらというような印象を持って、皆さんと議論して、そんな話も入れさせていただいたというような感じです。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間も押し詰まってまいりましたので、最後に土屋主査から、総括、

取りまとめをお願いしたいと思います。

○土屋主査 最初の地域主権、病床規制ですけれども、何人かの方がおっしゃったように、これに対する反応は、データに基づくエビデンスベースの判断をする必要があるかと思えます。私も私なりにデータを集めたいと思えますが、それとこの問題は、「地域」という言葉があるように、医療だけではないと。地域社会の中での医療という観点で、医療、介護、保育によるまちづくりというような観点から見ていく必要があるかという気がいたします。

これは次のガバナンスの問題でも、高度急性期から、地域の医療資源の機能分化、あるいは急性期から、亜急性期、回復期、退院後というようにつながるように、これはまさに地域社会そのものを見つめないといけないということからいくと、先ほど出たように、厚生労働省だけではなくて、医療に関与する文科省、経産省、国交省、そして財務省というようなどころにある程度回答を求めないと、逆に言うと、厚労省以外の省庁を味方につけるということで厚労省に回答を迫らないとなかなかいい回答が得られないのではないかと気がいたしました。この辺、攻め方をどうしたらいいか。

それとガバナンスについては、制度改革の方向性をどこへ持っていくか。先ほど法人の見直しというようなことを申し上げましたけれども、医療法人の定義自体をどうしていくか。例えば公益財団法人、今、癌研も申請しておりますけれども、収益業務は何か。一般の民間病院がやると、病院自体は収益業務なんですけど、癌研が診察、それは公益でしょうということで、収益業務でなくてよろしいというような回答が返ってくると。この辺が、同じ事業でありながら、収益か、収益でないか、判断が分かれるわけで、したがって、先ほど久住委員が言われたようなこと、何が営利目的かどうかということにも通じてくるかと思えます。この辺も根本の問題として、最終的に制度をどう改革していくのかということはどう見据えていくかということに通じるかと思えます。

これは恐らくつけ焼き刃的にどんどんやっていって、いろんな枝葉がたくさん出てきて、一般の方にわかりにくいということにつながっていくと思えます。したがって、私的整理についても、その辺が不明確であるということが尾を引いているというように思われます。

あと、広告規制についてですけれども、これは医療機器、医薬品についての広告、広報ということも含めていきたいという気がいたします。先ほどアウトカムの話がありましたけれども、これはがん対策協議会の中では、患者会から、施設ごとの5年生存率を明確に出せという要求が出て、一部実行されていますが、長らく国立病院にいた立場からいくと、病院側の対応が十分できてないんですね。これはデータがなかなか出てくるようなシステムを組んでないというのが日本の病院の現状であります。これは患者サービスという観点で病院が運営されてこなかったということだと思えます。

アメリカあたりへ行きますと、各外科の医者に、お宅の去年の肺がんの手術件数は何件かと聞くと、ほとんどの医者が知りません。知らないのですけれども、電話1本病歴室に電話を入れると、10分後には何件だという正確な値がコンピュータから打ち出されると。

そういうふうにシステマティックに日本の病院はなつてなくて、医者が自分でコンピュータに入れて、肺がんの数、胃がんの数を調べているというのが多くの日本の現状だと思うんですね。がん登録そのものが院内でも明確でないと。逆に病歴室が診療管理士が打ち込んだ手術件数を医者が逆に信用しないと。ただ、保険請求のときにいろいろ回っていきますので、それでは正確な手術件数ではないという解釈を医者はするわけでありませう。

こういういろんな問題が含まれて、ICD10を使っているといいながら、DPCのときにはそれを曲げて使うというようなことがあります。この辺は今日解決するわけにはいきませんが、そういう非常にいろんなことが日本の医療には問題点が内包しています。それがこの広告規制のところにもあらわれていると思います。

カイロプラクティックについては、否定的な御意見が多かったということで、今回は取下げという判断でよろしいのではないかと解釈いたしました。

以上であります。

○小田審議官 ありがとうございます。

最後に事務局長から。

○松山事務局長 園田政務官が退席されましたので、私から申し上げますけれども、今日御議論いただきました、例えば地域主権の医療、ガバナンス、医療法人の問題、こういった面でいろんな役所がかかわってくると。厚生労働省だけではない。厚生労働省とだけ議論をしていくという仕組みでは、適切な結論になかなかいかないのではないかと御懸念は全くそのとおりでと思います。

この規制・制度改革に関する分科会の会長、平野副大臣ですけれども、平野副大臣は国家戦略担当の副大臣でもあります。大臣は玄葉大臣ということで蓮舫大臣とは異なりますけれども、国家戦略担当と連携をしていくことが非常に重要であると思います。新成長戦略実現会議という会議がございまして、これは官邸で総理以下でやっておりますけれども、そこで規制改革、とりわけ医療制度改革、介護につきましても、地域戦略との関係、成長戦略との関係の中で、政府全体としてどういう方向で結論に近づいていくべきかという形で、これから議論していくことが重要だと思います。平野会長ともよくその点について相談をして進めてまいりたいと思います。

以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

次回は規制・制度改革の方向性の件と、個別の項目で残っている部分、診療報酬絡み等のところについて御議論をいただければと思っております。

それから、現在11月末に、これまで6月、第1クールで決めた閣議決定、それから、9月、10月の経済対策の閣議決定、既決定分のフォローアップを各省に今回答を求めておりますが、それらが出てまいりましたら、どの項目について取り上げて、どういう形でフォローアップしていくかということは、土屋主査、園田主査、両主査に御一任いただければ、我々の方で相談をしながら進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひ申し

上げます。

それでは、今日はどうも長い時間、ありがとうございました。