

## 第2回ライフィノベーション WG 議事概要

1. 日時：平成22年4月14日（水）16:00～18:00

2. 場所：永田町合同庁舎1階第1共用会議室

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、大畑理恵、草刈隆郎

（政府）大塚副大臣、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、越智室参事、筒井企画官

4. 議事概要：

松山事務局長 それでは、時間になりましたので「ライフィノベーションWG」の第2回会合を始めさせていただきます。皆様方には、御多用中御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

まずは開会に当たりまして、田村主査より、一言お願いいたします。

田村政務官 お疲れ様でございます。今日もお忙しいところお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

方向性について一定の結論を得るのに、2か月という大変限られた時間でございますので、ほぼ毎週という大変過密なスケジュールになってしまいますけれども、そういった中で今回も御参加いただきまして、大変感謝をしている次第でございます。

前回に続きまして、今日も皆様から有意義な御議論をいただき、検討するテーマについて絞り込みを行ってまいりたいと思います。

今日もどうぞ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、議事に移りたいと思います。

本日の議事でございますけれども、お手元にお配りしております議事次第でありまして「検討の視点について」「検討テーマの分類について」「今後の進め方について」ということで進めさせていただきます。

前回、このライフィノベーションWGにおきまして、このWGとしてのグランドデザイン、基本的な考え方について整理をする必要があるのではないかと御意見を賜りましたので、それに関しまして、検討の視点ということでこれから御議論をいただきたいと思います。

まず、検討の視点につきまして、田村主査より御説明をお願いいたします。

田村政務官 では、資料1をごらんください。

今、事務局長からも申し上げましたように、前回のWGで、そもそも医療をどうすべきか、あるいは介護をどうすべきかという将来像、グランドデザインを先に議論すべきだという御意見を多々いただいたところでありますけれども、そもそも医療、介護といった分野の全体のグランドデザインということになりますと、短期間では非常に難しいということ。そしてまた、それは厚生労働省

が中心になってやることだということもございますので、やはり規制・制度改革という観点からは、ある意味で1つの切り口、こういった検討の視点というものを共有させていただいて、個別の政策について議論していくことがいいのではないかとということで、案を提示させていただいたものでございます。

項目としては、ご覧いただきますように7項目。それを大きく分けて、3つに分類をさせていただきました。

1つ目は、大胆なパラダイムシフトを促すべきだということ。

2つ目は、開かれた医療を実現すべきだということ。

3つ目は、産業としての競争力を強化すべきということ。

その3点につきまして、更にその項目を立てております。

1点目の大胆なパラダイムシフトを促すべきという視点に関しましては、供給者目線から消費者目線へ、中央集権から地方分権へ、裁量行政の事前規制から事後チェックへという3点を挙げさせていただきます。

2点目の開かれた医療を実現すべきという視点に関しましては、透明性の高い医療・介護へ、グローバル化の促進という2点を挙げさせていただきます。

3点目の産業としての競争力を強化すべきという視点に関しましては、イノベーションによる国際競争力の強化、事業者の創意工夫によるサービス提供という2点を挙げさせていただきます。

そういった2階層的な視点を案として提示させていただきました。

あと、御参考までに参考資料3に、昨年の年末に内閣が閣議決定をいたしました新成長戦略の基本方針を付けさせていただきました。ライフイノベーションは2ページに当たる部分でございますので、御参考にござらんいただければと思います。

今、この新成長戦略の詳細を6月に決定するというところで、政府全体で作業をしているところでございまして、この規制・制度改革に関する分科会においても、その新成長戦略に取り込めるものは連携をしてやっていく。ただ、新成長戦略の中の一部というわけではありませぬので、そこは並行しながらやっていく部分もあるということは、御理解をいただきたいと思っております。

では、この案につきまして御意見をいただければと思っておりますので、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。

それでは、どなたからでも御自由に御意見をいただければと思っております。

松井さん、どうぞ。

松井委員 検討の視点として、このカテゴライズがおかしいと言う方は余りおられないのではと思っております。分かり易く、且つ大胆にまとめてあると思っております。これに則って個々のテーマについて腑分けしていくという意味では賛成です。

資料2には、これまでテーマ挙げしたものと、追加したものとありますが、このカテゴライズの下に個別テーマをどのように位置づけたのかといった説明を事務局からしていただいた方が、議論がし易いのではないかとと思っておりますので、よろしく願いいたします。

松山事務局長 資料2との関係で申しますと、松井委員に今、御指摘いただいたとおりです。

考え方としては、資料1のこういう基本的な視点をベースとして、個別のそれぞれの検討テーマを整理してみたというのが資料2でございます。

検討の視点につきましては、また立ち返って、これに関する御意見も勿論併せていただければと思いますけれども、この次のテーマである検討課題の分類につきましては、併せて先に御説明させていただきます。

資料2が一番包括的な資料なんですけど、そこにまいります前に、順不同で恐縮ですが、資料5を出していただければと思います。

資料5は「検討テーマの分類について」ということで、5分類をいたしたいと思います。

まず、(1)重点検討項目としまして、特に重要なテーマで、政務レベルの調整を前提に6月までに一定の結論を得るべく、このWGで集中的に対処方針を御議論いただきたい項目。

(2)検討項目としまして、政務間調整は必ずしも必要でない場合もあり得ると思っておりますが、やはり同じように6月までに一定の結論を得るべく、事務局で委員の皆様の意見を集約した上で、WGで対処方針を検討する項目。(1)と比べますと、審議に時間をそれほどかけていただかなくてもいいのではないかとございませう。

(3)調整項目は、後ほど御説明させていただきますけれども、各所管省庁が当該規制・制度改革を実施する方向の項目、あるいは運用の改善等実務的な項目。

(4)中期的検討項目としましては、審議時間等の制約がございますので、7月以降の検討課題あるいはその候補として位置づけておく項目。

(5)分科会・WGにおいて当面对象としない項目は、今回その分類に該当するものはございませぬけれども、一応その5分類にしようという考え方でございませう。

続きまして、資料3-1をごらんいただきたいと思っております。

前回、川淵委員から「重要性」「緊急性」「実現可能性」という3つの切り口でそれぞれの検討課題を整理してみてもどうかという宿題をいただきましたので、それにつきまして事務局で「重要性」と「緊急性」につきまして、各委員の御意見を伺わせていただきました。その結果が資料3-1でございます。右側に、重要性についての各委員の評価の合計点がございませう。緊急性も同様のことを行っております。

資料の説明を先にさせていただきます。資料3-2として付けました「検討テーマ各項目」というものでございませぬけれども、これは個票でございまして、前回から基本的に変更してございませぬ。

別途、関係省庁からの回答の資料をお配りしております。「<規制評価シート>(各府省作成)」という資料がございませう。

これが昨日までに各省庁から各検討項目につきまして、当初にテーマとしてございました13項目についての回答を一応いただいております。

後ほど簡単に御紹介をしたいと思いますけれども、言わば実現可能性という切り口がございましたけれども、各省庁がどのように考えているか、現時点でどう考えているかというものでございませう。

資料4は、委員の皆様から御提出をいただきました追加の検討テーマでございませう。

御提出いただきます際に、6月までに検討すべきか、それとも中期的なテーマかということをお伺っておりますので、その区分を表示いたしております。

2ページ目以降は、6月までに検討すべきとの御意見をいただきました追加テーマにつきまして、それぞれ規制の概要、提出者の御意見をまとめさせていただいております。

なお、dとeの川淵委員から御提出いただきましたテーマに関連しまして、参考資料をお配りしておりますので、併せて御確認いただければと思います。

また、中期的な検討テーマとして御意見をいただきましたものにつきましては、本日は個票の形ではお配りいたしておりませんが、三谷委員から「中期的な制度改革の検討テーマについて」ということで資料の御提出がございましたので、参考資料2として添付させていただいております。

ということでございまして、最後に資料2に戻っていただきまして御議論いただきたいと思えますけれども、その前に検討テーマを提出していただきました委員の方々から、もし補足的に御説明をいただけるようでしたらお願いいたしたいと思えます。

まず、阿曾沼委員、いかがでございましょうか。御提出いただいたテーマに関して、もし必要がございましたらお願いいたします。

阿曾沼委員 いろいろ各委員の方々から検討すべきテーマが出ていますが、私は地域医療計画の改革と薬事行政の改革、そしてPMDAの在り方の再考ということを中心に提案致しました。いただいた資料2の中で2ページ目の「産業としての競争力を強化すべき」ということと言えば、私が追加提案した内容と三谷委員が追加なさった部分、そして大橋委員が追加をした部分は、基本的には現行薬事法が抱えている多くの課題ということで共通の認識があつてのことだと思えます。なお、再生医療の推進というのはこれから発展を支援する上での課題という側面が非常に大きいのですが、PMDAの在り方や、臨床の研究の在り方、更に企業主導による臨床試験や研究の解禁という課題解決は、今正にそこにある課題という点で喫緊に改革を迫らなければならない課題であると思えます。これらをまとめて薬事法というものの在り方の再考と改革という、少し大括りで一緒に検討していく必要があるのではないかなと強く思えます。

先生方のいろいろな御意見が出てまいりましたけれども、例えば今、医師主導の臨床研究などで企業が研究を行う医師に医療機器を提供することは可能であります、提供はあくまでも一対一で、企業が複数の医師に対して同時に提供して研究を委託すること、これはよりよい医療機器を開発しようとしたときにですが、これは企業主導の臨床研究ということで、現行薬事法では薬事法違反として阻止されてしまうという問題があります。先進的な医療機器の開発という局面で非常に大きな阻害要因になっているという現実がありますので、この点も是非一緒に議論をしていただきたいと思っております。

コメントとしては以上でございます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、大橋委員、いかがでございましょうか。

大橋委員 ありがとうございます。大橋でございます。

先ほどの阿曾沼委員の御意見に賛同いたします。特に3番目の(1)の部分に関しては、こ

のような記載でお願いできればと思います。

私はもう一点追加で出ささせていただいたものといたしまして、2番目の(1)の に書かれていますけれども、未承認の医療技術、医薬品、医療機器などに関する情報提供の解禁ということでございます。基本的に薬事法に関わる部分ですけれども、特に私がここで言わせていただいているのは、昭和55年の通知、あるいはそれに関わる部分について、やはりこれらの通知等によって、患者の情報が届かなくなっているのではないかと。特にドラッグ・ラグとかデバイス・ラグというのは、先ほど御説明がありましたように、PMDAの問題が大きいですけれども、そういうものを変えていく大きな力というのは、やはりステークホルダーである患者さんの声があるのではないかと。まず、そうした声がきちんと届くようなシステムにしていけないと、患者さんがデバイス・ラグやドラッグ・ラグの隠れたコストについて気づかないということが、やはり1つ大きな問題なのではないかと思ひまして、このような意見を出させていただきました。

以上でございます。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、川淵委員、いかかでございますでしょうか。

川淵委員 私の資料として参考資料1が入っております。新規に3本お出ししました。

急ぐと思われるのはこのうちの2つであります。1つは、救急患者のデータの統合についてです。いわゆる救急患者のたらい回し或いは、受診拒否は最近若干減ったという話があるんですが、厚生科学研究費を頂いて研究したところ、平成20年度に922件ございました。総務省が発表した資料ですと903件なんです。総務省が発表したデータ数と私が分析したデータ数が合わない。どちらが正しいのですかとただすと、私の方が正しいと言われまして、えっと思ったんです。それぐらいに受診拒否のデータが未整備だと。

今回、なぜこのテーマを持ち出したかということ、実は消防庁は救急搬送をやっているんですけども、もっぱら医療機関は厚労省の担当でありまして、厚労省のデータと消防庁のデータがリンクされていないからです。

2006年8月に奈良県で約20の病院から受け入れを拒否されて最終的にはお母さんが亡くなるという痛ましい事故がありました。そういうことを契機に、長妻大臣が野党時代にされた質問を受けて厚労省の研究班ができたのですが、やればやるほどデータが未整備で研究に耐えないことがわかってきました。総務省のデータと厚労省のデータをリンケージするようなデータベースをつくっていかないと、なかなかこういった痛ましい事故が減らないのではないかとということです。事実、奈良県においては、いまだに11回以上の受診拒否が49回もあることもわかってまいりまして、そういうことについて、今一度議論する必要があるのではないかと。

結局、この研究は継続不可になりましたが私としましては、こういうことでいいのかどうかという問題意識で提示しました。

もう一つは、ワクチンについてです。ワクチンもいろいろ御指摘があると思ひますけれども、ここでは参考資料を使って簡単に説明します。

現在、ワクチンの市場規模は1.8兆円ですが、日本のシェアは4%足らずでしかありません。先

ほど田村政務官からも新成長戦略の話が出ましたけれども、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグと同時にワクチン・ラグという問題があります。世界で一般的に使われているようなワクチンが日本になかなか入ってこないと同時に、非常に不思議なのは、任意接種のワクチンが結構多いということです。水痘、おたふく、B型肝炎、肺炎球菌は任意接種ですから、法律がありません。何も法的規制がないのです。

ですから、平たく言いますと、比較的財政力の豊かな自治体の首長がよかれと思えばこういうワクチンを無料で打てますが財政力のない自治体はそうはいきません。また、法律がありませんので、一旦起こったところの副作用や健康被害を救済するところもないんです。

実際、新型インフルエンザにおいてもそういった整備がなされていなかったのも、去る第173回臨時国会で特措法が成立しました。しかし、本当にこういった場当たりの法律でいいのでしょうか。やはりガンと同様に「ワクチン対策基本法」をつくったらどうかということで、参考資料の巻末に、私案を載せました。抜本的なワクチン施策については民主党のマニフェストにも書いてございますので、政治主導でやったらどうかということが2点目の提案です。

以上であります。

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 開かれた医療を実現するためにということで、5項目出ささせていただきました。しかし、この一つひとつに関しては、既に検討する項目としていろんなところに散りばめてあるんですけれども、ないものもあります。あえてこういう言い方で書いてもらいました。

というのは、前回も強く言ったんですけれども、やはり規制改革はどうあるべきかというときに、そのグランドデザインを示すことが一番大事だということを実感しながら議論したいなということとであります。

検討の視点ということで、開かれた医療を実現すべきという大きなテーマを掲げていただきましたが、開かれた医療とは何かということ、普通のメディカルツーリズムみたいなことで、まさに開くということ。これをやるためにはどんなことが必要なのか、どんな規制がどうつながってくるのかということを示した次第であります。

ただ、これも開かれた医療を実現すべきというところは、まさに政治判断のところだと思っております。開かれた医療にすべきだと考えるのであれば、この規制は当然解決すべきでしょうということの議論の整理というつもりであります。

それから、救急救命士の職域拡大は、今すぐというわけではないとは思いますが、救急救命士制度ができて20年近くになりますけれども、救急救命士は国家資格ではあるんですが、消防で働かないとその資格が活かさないという致命的な欠陥を持っておりまして、せっかくの医療関連資格である国家資格の救急救命士の資格を持って、働けないという人が2万人以上いるという現状は、余りにももったいないということなので、彼らをうまく使うことは、まさに規制緩和の大きなテーマではないかと思うんです。

例えば病院の中では働けないということなんです。だから、病院の中で働けるようにすれば、一

気に働けるようになるし、飛行機の中で具合が悪くなる人がよくいるんですけれども、これは逆に規制強化というか、飛行機の中には1人救急救命士がいなければならないという規制を入れただけで、救急救命士の職域が一気に広がることにもなり得るといふ、一つの私案であります。

次に、医療関連資格（歯科医師を含む）から医師への教育課程を創設です。これもまだ私案なんですけれども、いろんな資格がありますが、数の面でいいますと、ある資格は余っているけれども、ある資格は足りないということがあるので、そこにうまくバイパスをつけるような方法を考えたらどうだろうか。

この間、川淵委員もおっしゃいましたが、歯科医師を医師に仕上げていくような道を考えたらどうなのかといったところなども、今の医師不足等々、医療崩壊の危機というものを当面救うためには、有効な手段ではないかと思ひます。しかし、これも私案の部分が非常に強いので、今すぐというのはなかなか無理かもしれませんが、そんなことを考えています。

以上です。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、三谷委員、お願いいたします。

三谷委員 私は先ほどの阿曾沼委員と大橋委員のお話と同じテーマ、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグという話の中で出させていただきました。特にPMDAの役割というか、その在り方というものをもより審議したいと考えています。

前回も申し上げましたが、国際競争力という観点で、いわゆる医療政策、産業政策というものを考えたときに、やはり日本の医療は国際競争力に欠けるのではないかと。その中で例えば審査体制というのはPMDAが司っているわけなんですけれども、御存じのようにドラッグ・ラグは今、2.5年とか4年とか言われておまして、アメリカのFDAと同じような審査をPMDAでやるわけです。PMDAの人数というのは7分の1ぐらいで、数字はうる覚えですが、そのぐらいです。そうやって同じだけの審査をしようとすると、当然その審査期間が長くなるわけですね。そうすると、審査期間が長くなる分だけ市場の魅力がなくなるという、外から来たときに新しいものを持っていくことができなくなるという問題が出てきます。

そんなことがありまして、ドラッグ・ラグの解消ということ、イコール審査体制の在り方ということを審議いただきたいと思ひて、このテーマを挙げさせていただきました。

それ以外に中期的なテーマとしては、後の参考資料を付けさせていただいていますが、3つぐらい大きなくくりの中で話した方がいいのではないかと、挙げさせていただきました。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、いろいろ資料の御説明ばかりで恐縮でございますが、関係省からの回答につきまして、簡単に事務局の方から御説明を申し上げます。

参事官からお願いします。

吉田参事官 先ほど、事務局長が申し上げましたように、当初、事務局で掲げた検討テーマ、候補についての回答だけでございますが、御紹介させていただきます。

まず、保険外併用療養（いわゆる「混合診療」）の原則解禁でございます。

これについては、国内未承認薬の使用や先進技術の迅速な対応などの具体的要望については、おむねすべてに対応済みである。

他方で、混合診療を原則解禁することについては、患者の負担が不当に拡大するおそれがある。安全性、有効性等が確認されていない医療の実施を助長するおそれがあるということで、慎重であるべきという回答でございます。

一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和でございます。

これにつきましては、一部実施済・対応困難ということでございまして、一部実施済のところは、経過措置として離島居住者及び継続使用者に対する第2類医薬品等の郵便等販売を認めているということと、第3類については郵便等で売れるようにしているということ。

対応困難といっているところについては、インターネット販売等では対面販売のように購入者の状態の把握、柔軟な意思疎通が困難であるので、対面販売を原則とすることが必要ということでございます。

合わせて、本件については訴訟が提起されておりましたが、これについて東京地裁が3月30日に判決を出してございまして、厚労省の対応が適切である旨の判決が出ておるわけですが、そういったところについてもこういったことが確認されているということをご付記してございます。

- a 診療看護師資格の新設でございます。

これはチーム医療検討会報告書において、特定看護師（仮称）の導入に向け、モデル事業を実施し、速やかに準備に着手する予定であるという回答でございます。

- b 介護職によるたんの吸引、胃ろう処置の解禁でございます。

本件につきましては、特別養護老人ホームにおいて今年の4月1日から実施するようになったところであり、今後、そういったところの実施状況を見極めつつ、対応を検討したいということでございます。

再生医療の推進でございます。

こちらにつきましては、再生医療の臨床研究から実用化への切れ目のない移行を可能とする最適な制度的枠組みについて、法制度、法整備の在り方を検討すべきというのが1点目でございますが、このところにつきましては、引き続き検討という答えでございます。平成22年度に、阿曾沼委員にも入っていただいている再生医療における制度的枠組みに関する検討会において結論を得ることとしているということが回答でございます。

再生医療分野における迅速な審査のためのPMDAの審査体制の質・量両面での強化というところでございますが、これについては既に実施しているという回答でございます。今後ともPMDAにおける相談・審査について、引き続き充実させていくということ。細胞再生医療製品の安全性確保等のためのガイドラインの策定を進めるところが主でございます。

レセプト等医療データの利活用促進（傷病名統一、診療年月日記載などの様式改善等）でございます。

これの答えにつきましては、既に実施しており、引き続き検討ということです。

例えば傷病名コードの統一については、22年3月に事務連絡を出したということ。診療行為、年



月日の記載については、24年度から導入するというところ。

今後、第三者利用を含めた利活用のルールを含めた告示を制定する予定ということ。

こういったものをもって、既に実施しており、引き続き検討という回答でございます。

I C Tの活用促進でございます。

このところについては、遠隔医療と特定健診でございますが、まず、遠隔医療のところについては、引き続き検討という回答でございます。平成22年度から2か年計画で指定研究を行うといったものを通じたエビデンスを収集した上で、遠隔医療の適用範囲を明確化するための通知を发出する予定ということです。

対面診療と代替し得る程度の有用な情報が得られる場合は、医師法第20条に抵触するものではないとしているということで、先ほどのネット販売とはちょっと違うような御見解が返ってきてございます。

特定健診は昨年度から始まったところでございますが、今後実証データ等を収集した上で、これを基に検証を行った上で、有効性が確認された場合には、制度の見直しについて検討してまいりたいという回答でございます。

医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和（外国人医師の国内診療）でございます。

まず、ビザの件についてはここに出てございませませんが、法務省の回答は、今のビザで特段問題はないと思っているんですが、実際に現行制度で対応できない、または不便が生じている等の具体的な事例が把握されれば、制度の悪用防止にも配慮しつつ、対応策について検討することとしたいという回答でございまして、実態があるかどうかということに応じて検討したいというのがビザ関係でございます。

外国人医師の国内診療でございますが、このところについては、既に実施しており、引き続き検討というのが厚労省の回答でございます。

ここについては臨床修練制度について簡素化、効率化、弾力化できる部分がないか検証し、必要に応じて制度運用を見直す予定という回答でございます。

以上が医療関係でございます。

特別養護老人ホームへの民間参入拡大でございます。

ここについては、特別養護老人ホームを社会福祉法人以外に拡大することは対応困難ということで、ただし、社会医療法人までは対応可能か検討中という回答でございます。社会福祉法人並びに社会福祉事業に対する税制優遇措置の見直し等に波及するおそれがあるということが付記してございます。

介護施設の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃でございます。

これにつきましては、回答は現行制度を引き続き適切に運用することにより対応したいという回答でございます。幾つか理由が書いてございますが、参酌標準を撤廃した場合は、現行でも2倍以上ある基盤整備の地域格差が更に拡大し、公費の増大や保険医療の上昇を招くおそれがあるということが書いてある一方で、参酌標準は自治体が介護保険事業計画を策定する際の参考を示したもので、自治体は必要があるときは、これを超えて指定を行うことが可能であるという御回答でござい

ます。

訪問看護ステーションの開業要件の緩和でございます。

これについての厚労省の回答は、サービスの安定的な供給のためには対応困難ということです。

ただ、真ん中の現行制度のところでございますが、本体事業所と一体的に運営されるサテライト事業所については、本体事業所と合わせて 2.5 人配置することで足りるとしているということと、離島等の地域においては、2.5 人を下回る事業所を指定することは市町村の判断で可能であるという現行制度が紹介されてございます。

各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和でございます。

1 点目の人員に関するサービス提供責任者の設置基準を緩和すべきというところについては、厚労省の御回答は、既に実施しておいて、引き続き検討したいということで、去年の 4 月から非常勤職員の登用を一部（原則 1 名分）可能としたといった取組みを検証した上で、次回報酬改定に向けて必要な検討を行うということでございます。

ユニット型施設の入所定員については、個室、ユニット化を推進するため、対応は困難であるということで、引き続きユニット化を進めていきたいという御回答でございます。

最後でございますが、EPA に基づく看護師、介護士への配慮でございます。

ここについての回答は、一部実施検討中ということで、難解な用語については平易な日本語に置き換えても現場に混乱を来さないものについて、用語の置き換えができないかなど、今年度を実施される試験に向けて、試験委員会において検討する。

前日も御紹介させていただきましたが、例えば「褥瘡」という言葉をもっと平易な日本語に置き換えるといったことを御検討していく予定であるということと、こういった方々に対する支援措置についても前年度比約 10 倍（9 億円弱）の支援策を講じたところであり、入国前の効果的な日本語研修について、関係省に検討を要請するということ。

現時点では、国家試験の問題に読み仮名、ルビを記載するというところでございますが、そういった措置を講じることや、受験機会を増やすことについては考えていないというのが厚労省の回答でございます。

以上、駆け足でございますが、御報告させていただきました。

松山事務局長 それでは、これが最後でございますけれども、資料 2 でございます。

ここで検討テーマの一覧を整理してございますが、委員の皆様方からいただきました追加テーマも含めまして、とりあえず分類をさせていただきます。

大体以上でございます。

それでは、これからあと 1 時間少しございますので、この分類につきまして御意見をいただければと思いますが、先ほど私、当面のテーマとして追加提案をしていただいた 5 名の委員の方だけお話をいただきましたので、中期テーマとして御提案をいただいております真野委員と椿委員に口火を切っていただければと思いますので、真野委員からお願いします。

真野委員 私は中期ばかり挙げたのですが、その理由としましては、前日も議論になりましたように、勿論規制緩和、改革というのは重要ですが、もうちょっと広く、制度まで踏み込むべきであ

ろうと思います。そうしないと、本質的な解決にならないという話もありましたので、ちょっと広いテーマを挙げました。

ですので、先ほどの川淵先生とか阿曾沼先生がお挙げになったものに比べると、ちょっと漠としたところがあるんですが、順番に簡単に一言だけ言わせていただきます。

医療保険というのは、どうなるかわかりませんが、例えば保険外併用療養等の話が広がっていった場合に、少しその受け皿的な話も必要でしょうし、そこまでいかなくても先進医療に対しての民間医療保険というのも出てきているので、そういう部分も議論する必要があるのではないかと思います。

病床規制は、先ほど阿曾沼先生も言われていましたし、黒岩先生も言われていましたので同じです。

医薬品広告規制というのは、情報提供という視点で、全部の国ではないですけども、諸外国ももう少し医薬品自体の広告、未承認という意味ではないのですが、承認薬に関する広告ももう少し工夫の余地はないのではないかとこのところではあります。

科学研究費の使用目的というのは、各論になってしまいますけれども、私の印象でこれも確認しなければいけないんですが、文部科学研究のように幅広く優れた研究を公募するという話と、厚生労働省とか経済産業省のように、ある意味目的を持って政策的な意味で行うべき研究の住み分けとありますが、そういった部分が最近どういうふうになっているのかということに疑問がありまして挙げさせていただきました。

ですから、これは特に具体的にここを緩和してくれとかそういう議論ではなく、ただ、無駄遣いの批判もあるかもしれませんが、ちょっと議論しておく必要があるのではないかとこのことで挙げさせていただきました。

以上です。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、椿委員、いかがでございましょうか。

椿委員 私が挙げさせていただいたものは、直接の医療、介護ではなく、門外漢なので、ちょっと違う視点からだと思います。最後に書いております事業報告等の基準の統一化と簡素化ということで、これが事業者の創意工夫によるサービス提供というところに入っているんですが、ワンクッション置けばそういうことになると思います。例えばここで言いたかったのは、特に介護関係の事業になっている社会福祉法人を中心とする非営利の法人ですが、ここは新しい事業、例えばデイサービスだけやっているところが就労支援をやったとか、そういう新しい事業をやるたびに、また新しい会計基準で計算しなさいということになっていて、事業者にとって大変な負担なんです。

普通の会社だったら、セグメント情報というのが事業の区分ごとにありますけれども、貸借対照表まで分けるなどという要求はないのに、介護をやっている事業というのは、本当に零細な一般事業会社でいえば零細企業だと思うんですが、そこに物すごく過重な負担をかけているということを、私が仕事をしていて実感しています。

特に会計基準というのは、大体統一すべきものなのに、部署ごとに違う基準があるというのは、

私としては信じられないことだと思っています。ですから、そのために当事者は本当に大変な思いをして、それがなければもっと違うところに人件費を使って、労力を直接のサービスのところに使えるのではないかと考えていますので、これを挙げさせていただきました。

あと、私が提案したところではないんですけども、科研費の使い方に関しても、私は実際に監査等をやっていた中でおかしいなと思うところがいっぱいあって、科研費はある意味出しっぱなし。管理は例えば受けた先生が所属しているところが管理することになっているんですけども、実質的な管理はほとんどされていないと感じています。

以上です。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、どなたからでも御自由に御意見をお願いいたします。

松井さん、どうぞ。

松井委員 厚労省の回答は案の定だったなと思います。ほとんど白紙回答ということで、色々と回りくどく書かれており、初めての方はご理解しにくいとは思いますが、要するに現状を何ら変えるつもりはないと主張しているだけであって、こうした姿勢が分かっただけでも一歩前進かなと思います。

例えば医薬品のインターネット販売については、地裁で国側勝訴の判決があったということで鬼の首でも取ったようにアピールしていますが、実はこれは混合診療でも判決を巡り、同様のことが言えて、東京地裁で国側敗訴の判決があったものが、国が控訴した上で、先日東京高裁で逆転判決となった。有利判決が出たとたんにそれを主張する。この裁判は患者側が、上告しているところで結論はまだ出ていません。こうした問題については、最高裁で最終判決が出るまでは、司法の判断は当面、抜きにして考えようと言っているにもかかわらず、インターネット販売では地裁判決で勝ったと言っている。これが彼らのやり方です。

そういう意味で、厚労省がどのように回答してくるかというのは、最初からわかっていたので、それは置いておいて議論を進めていくべきでしょう。この分類に従って議論し、最終的には政治判断に持ち込むべきです。厚労省が「これまで省令、通達ベースにより対応してきているので、現行の運営は変えるつもりはない」という主張をすることを当然想定した上で、我々は最後に政治判断を行うことを前提とし、テーマを選び、議論していかなくては行けないと、厚労省の回答を見て改めて思いました。

松山事務局長 土屋先生、どうぞ。

土屋委員 今回の混合診療の点ですけども、厚生労働省の答えのうち、原則解禁することについては、というのは「患者に対して」という主語で始まっていますが、これはまさに国民がばかだと、判断力がないという前提で書いているとしか思えないんです。

医療は確かに医師が方針を示しますけれども、それを受けるか受けないかは患者本人なわけです。ですから、その判断力がないという前提でないとこういう返事はできないわけで、不当に負担が拡大するということはありません。

それと、この資料1をつくっていただいて大変よかったと思うのは、大胆なパラダイムシフトで

裁量行政の事前規制から事後チェックへというのが、まさにここに当てはまって、副作用のない薬はないわけであって、事前に規制しようというのは、恐らく無理なのは、どんなにやったところで副作用を100%予防はできない。ですから、事前にやるのは無意味だと解釈しないとイケない。

ただ、使った後のモニタリングをしっかりやって、何かあったときに、すぐさまチェックをして、大事に至らせなくするというのがまさに事後のチェックなわけですね。この思想が浸透していないために、こういう回答が出てくるということで、国民をまさに愚弄して回答しているとしか思えない。医師と国民をばかにしているということ尽きると思います。

これはやはり求めている患者さんの要望に応じて、これをいかに安全にやるかというのが、事後のモニタリングを厳格にやる。厳格にやる場所だけがこれをやっていくということで解決がつくと思います。

2番目のインターネットについても同様です。これはやはり比較的风险が少ないという言葉でごまかしているのであって、これはその患者にとっては100%なんです。オール or ナッシングであるということで、これはどの薬がいい、どの薬が悪いということは一切言えないという原則でいかないと、こういうもので比較的风险がないからといって、死んでしまったらどうするんだということになるわけですね。これもモニタリングが大事だということに尽きます。

- a と - b は似て異なるものです。診療看護師に関しては、特定看護師という名前を持ち出しましたけれども、これは厚生労働省の検討会の医師の多くが管理職で現場を知らない方で決められたから、こういうことになっているので、看護師は医師の監督下で指示があれば、医業ができるわけです。それをあえてこういうものをつくることによって、これを持っていないとできないということになりかねない。かえって新たな規制を生むことになります。看護師とは別の資格として議論すべきです。

介護職員は別であって、現在できないわけですから、これをできるようにするという意味で、- a と - b とでは全く意味合いが違うということで、この3点を指摘したいと思います。

以上です。

松山事務局長 阿曾沼委員、どうぞ。

阿曾沼委員 松井委員がおっしゃったことは大変重要なことだと思います。日本の社会の中では、法律というのは非常に重要な規範です。しかし、日本の国は規範である法律よりも、その解釈によって行政主導された行政指導の方が勝っているんです。

ですから、基本的に我々が何か規制に関し問題提起をし改革を迫る場合、行政事件訴訟という方法しかありません。しかし、それはあまりに個人に負担がかかってしまいますし、裁判が長期化していく。しかも判断は法律解釈だけでなく、行政指導を含めて判断されてしまう。いわゆる制度における行政指導の内容を正しい道に改めていくという仕組みがないのです。まさにその仕組みをつくっていくのがこの分科会であり、政治主導だということだと思います。そういったことを皆が肝に銘じて、今後検討が進んでいくことを切に望んでおります。

松山事務局長 黒岩委員、どうぞ。

黒岩委員 この厚生労働省の答えはまさに想像どおりというほど、これをどうやって打ち破るか

ということが大きな課題だと思うんです。私はもう一回民主党が政権を取るプロセス、そして政権を取った後に言ったことをきちんと継承すれば、おのずからコンクリートから人へといった答えは出てくると思っています。

医療、介護というものを成長戦略にするんだといった。それから、片や地域主権ということをしている。これはだからどこまでやる気があるかということですね。それから、霞ヶ関をぶっ潰すか、脱官僚依存なのかということがあっても、要するにここに出ていることというのは、全部厚生労働省が統一的に同じことをやっていく。国が強制的にそれをやっていくんだということなわけでありまして、それを変えていくというときに、地域主権というところを本当にやるのであるならば、地域地域で考えればいいではないですか。

実際、今、ここで挙げられた中でも、訪問看護ステーションの開業要件の緩和というところでは、離島などでは市町村の判断で指定することは可能であるということが既にあるわけですから、そういう地域主権ということで推し進めるということ、地域主権の医療、大胆なパラダイムシフトと書いてありますけれども、地域主権の医療ということをやるといって政治判断が出た瞬間に、厚生労働省が何と言おうと関係なくなる。それこそがやはりまさに本当のパラダイムシフトだと思うんですが、その辺はまさに政治判断で決めてもらうしかない。決めたらやるしかないと思うんです。その辺はどんなふう地域主権で考えていらっしゃるのかという辺り、それはお二人の政治家に是非お伺いしたいと思うんですけれども、いかがでしょうか。

田村政務官 正直なところ、黒岩先生以上の明確なイメージというのは、私は現時点では持ち合わせておりませんので、民主党でも医療政策というのは野党時代からいろいろと検討はしてまいりましたけれども、トータルなビジョンというのは、結局完成しないまま選挙を迎えてしまったという事情もありまして、地域主権というのはあらゆることと言っておりますけれども、医療に関してどうかというのは、申し訳ありません。今、お話することはできません。

大塚副大臣 遅参いたしましたして恐縮でございます。また、このWGの皆さんには初めてお目にかかる方もいらっしゃると思いますが、本当に大変御多忙の中をこの規制・制度改革に関する分科会、そしてWGに御協力いただいてありがとうございます。

今、御下問のあった点ですが、地域主権推進も私の担当なものですから、そういう意味では、まさしくお答えをしないといけないんですが、例えば地域医療はどのぐらいのリソースが適切なのかというのは、その地域地域で違うわけです。

それから、リソースがなければICTなどを使った医療というのは、そこにリソースがなければそういう形でやるしかない、それぞれの地域に合った医療体制をつくるということが、まさしく地域主権も加味した医療体制の在り方だと思うんです。

全体として、そういうことをやろうとすると、地域によって濃淡が出て困ることが厚生労働省の基本的主張だと思いますが、あらゆる分野についてパターンリズムというか、父性主義ですね。親心で見てやっているんだという感覚を乗り越えないと、いずれも前進しないことばかりだと思っております。

たまたまですけれども、今週、枝野さんは遠野という岩手のICT医療をやっているところに視

察に行くという方向で進んでいるんですが、まさしく地域に合った医療体制というのはまちまちだと思っておりますので、ただ、まちまちというものをどこが責任を持って提供するのかという別の答えもどこかで出さなければいけないと思うんですが、十分な答えになっていないとは思っておりますが、問題意識は全く共有しているつもりでありますので、ここで十分に煮詰めさせていただければなと思います。

草刈分科会長代理　ちょっと今のことに関連で質問です。むしろ事務局に聞くべきなのかもしれませんが、この回答というのは、要するに政務三役が判子を押したものなんですか。それとも厚労省自身がやっているものですか。どちらですか。

松山事務局長　各省とも政務三役まで上げて回答はしてきております。

草刈分科会長代理　そうすると、先ほどの農業もそういうことですか。農業ではとにかく基本計画をつくったから、それでおしまいだよと言って、こちらは前からずっと骨太で、ただ、そうすると厚労省の政務三役というのは、こういう考え方だと理解すべきなのでしょうか。

松山事務局長　前回申し上げましたように、4月9日に回答期限を設けておりましたけれども、厚生労働省は昨日の夜までかかったんですが、政務官のところにおととい当たり出たようですが、昨日の夜確認をした上で、回答してきたと理解しております。

確かに松井委員、草刈会長代理がおっしゃいますように、回答としては厳しいものが多いんですけども、我々が見ますと、前政権ではこうは言ってこなかったというのも実はあることはありまして、余りそういう微小なところで喜んでいてもしょうがないんですが、変わっているところもございます。

ですから、そういうところをこれからどうやってこじ開けていくのかということだろうとは思っております。

松井委員　お言葉ですけれども、おっしゃっていることは分からないでもないですよ。でも正直言って、ほとんど瑣末な事象を、文言を多少変えた程度でしょう。この程度で規制改革だと云われたら堪らない。我々がこれだけ時間を費やして、この程度で規制改革を実行したと云うなら、これほど空しいことはありません。そういう意味では、政務三役折衝が鍵になると思いますが、今、草刈さんがおっしゃったように、厚労省としての立場がこれだとしたら、政務三役折衝はどういう議論になるのか、結局そこがキーポイントかなと思います。

ただ、厚労省が回答してきた文脈でこちらが正面から反論しても、恐らく、議論が進まないため、異なる視点でこちらがボールを投げ返さないと、おそらく、折衝にはならないでしょう。こんなキャッチボールはもううんざりなんで、従って、厚労省事務局側とは異なった視点から、提案していく必要があります。

又、日程的には概ね4つとか、多くて5つとか、そのぐらいにテーマを分けて、これから2回か3回の議論で掘り下げていく必要があると思います。今までの厚労省の論理とは全く違うビューポイントで、例えば混合診療1つとっても、今の認可制ではなくて、届出制だったらどうかなど、これまでと全く違う視点で議論を進めると、違った展開になると思います。

土屋委員　地域医療のことですけれども、病院の許認可権は都道府県知事にあるわけです。それ

にもかかわらず、一律に厚生労働省でやるということ自体がおかしいので、既に現行法でも地域ごとの区別はできるわけです。地域特性に合った医療体制というのは組める。それをやっていないことがおかしいということなんです。新たにやるということではなくて、先ほど阿曾沼さんが言っていたように、これは法律をそのまま素直に読めばいいことを、課長通達あたりで引っくり返してしまっているというのが現状だろうと思います。

したがって、具体例を挙げれば、地域医療計画は二次医療圏にこだわらないで組めと。同じ局長が、がん診療連携拠点病院は二次医療圏に1個という指示を平気で出すわけです。ですから、これは政務三役が目を通したと言うけれども、本当に真剣に通したとは思えない回答なんです。医系技官がつくって、そのまま出してきたのではないかという気がいたします。

その辺を是非、今、松井委員が言われたように、全く違う観点から攻めていかないと、例えば均てん化で日本中同じようにと言いますが、これは機会が均等なのであって、体制は違わなければ、離島と北海道の雪の中では全く違う状況ですから、どこにいても機会があるということで均てん化ということが必要なのであって、同じような体制を組めということではないということをは是非念頭に置いて、交渉に当たっていただきたいと思います。

大上委員 厚生労働省の対応方針というのは、先輩方に教わるばかりで、まだまだ勉強しなければいけないと思うんですが、1つ、次回でもいいんですが、世論がどういった形でそれぞれ賛成、反対という統計になっているのか。最新のものがあれば、それは是非知りたいと思いました。

あと、分類の方の優先順位で、黒岩さんが言われたように、1つは地方分権ということのプライオリティを置くというのはそのとおりだと思います。

もう一つ、第2の開国ということも鳩山総理が強いメッセージでおっしゃっていると思うんですが、その観点で見たときに、と で、要するに日本語が十分にできない人はだめだという観点で、看護師とか介護福祉士のテストをやっているんですが、逆に外国語がきちんとできる人を日本に一定数置かなくていいのかとか、外国語と日本語の両方わかった専門技術者を日本の中に一定数置くという意味。そういうものをむしろ積極的にとらまえて、日本の中で外国人がもっと安心して診療が受けられるようにする。そういう観点で と をセットで第2の開国という文脈で、もっと優先順位を上げて検討してはどうかということ。

それから、 - aですが、これは資料3 - 1のポイントから見ると非常に高いと思います。先ほど土屋さんが言われたような文脈で、仮に現状、厚労省がやろうとしていることが余りよくない制度をつくらうとしているということであれば、なおのこと、やはりここはプライオリティを上げて、きちんと議論するということには必要ではないかなと思いましたが、いかがでしょうか。

阿曾沼委員 地域医療計画について一言だけ付け加えさせていただくと、いわゆる病床規制という問題が一番大きな問題だと思います。基本的にどの地域にどういう医療が必要かということを考える前提として、国は二次医療圏というのを設定しています。そしてその具体的政策実施はある程度県ごとにやっています。しかし、現代の社会生活を考えていくと、交通網の現状だとか、昼間人口、夜間人口の現状だとか、二次医療圏というものを設定する前提そのものが、今の時代に全く合っていないというのが問題の本質でもあります。その問題の多い二次医療圏の枠というものを是として



地域医療計画を考えるのではなくて、地域が主体性を持って、例えば必要に応じて隣の市町村や県と連携をすることによって、国の決めた二次医療圏の枠を超える広域の地域の医療計画をどう変えるか等が議論出来、計画を実施出来なくてはなりません。医療需要について、それぞれの地域性を勘案して地域医療計画を策定していく。そういう自由を地域に与えないと、医療供給のサービス体制というものは、地域に根付かないと思います。

真野委員 2つございます。特にICTの話と国際化というところなんですけれども、事務局の方からも少し指摘もあったんですが、そもそも厚生労働省がICTに対してどう思っているのかというか、対面診療についてと言ってもいいんですが、薬局の方では非常に否定的なんですけれども、現行のICTの遠隔医療の方では若干緩めですし、この辺をどう考えているのかというのもありまして、私個人的な意見ですと、医師で反論される人もいるかもしれませんが、確かに問診、触診とかは対面でなければできないですね。ただ、ある程度できないということを前提に置いて、できる範囲で最善のことをしていくという方法も、地域で医師が少ないとすれば、当然考えなければいけないですし、そういうことができるのは、ある意味プロの心得ではないかなというのが1つです。

もう一つ、国際化というところでいくと、先ほどの試験の話なんですけど、私も全世界の医師の試験を知っているわけではないんですけども、一般的には海外の人の場合、何らかの優遇措置という変ですが、海外から来ているということにおいて、若干問題が違うとか、緩和なのか、厳しいのかちょっとわかりませんが、いずれにしても全く同じ試験を同じで受けさせるべきかどうかという議論は多分あって、それが先ほどの大上先生の指摘にもつながると思うんですが、その辺り、何か非常に矮小化して、EPAに基づく看護師、介護士候補者への配慮（受験回数、試験問題の英語表記 or 漢字へのルビ等）の話がきているのかなという印象を持ちました。もう少しこの点は広く扱いたいです。

以上、2点です。

松井委員 ここで取り上げられている検討項目は、まだかなり雑というか、もう少し整理しないといけないと思います。例えば「再生医療の推進」にしても、これは薬事法で境界線がはっきりしていないために起きている問題です。それはPMDAの在り方にも当然絡む。そういう視点から見ると、もう少し違う議論となり、テーマの出し方も変わってくるかもしれない。乃至は、診療看護師や救急救命士などのテーマは、いわゆる医師法における医療の線引きが非常に曖昧であるがゆえに様々な問題が起きているという視点からすると、ここで幾つか上げられているものは1つの文脈で括られるものだと思います。勿論余りに抽象的な議論では意味がないため、そうした観点から、1つの突破口を開けるという目的で、具体策を講じることが出来れば、それは価値があると思います。そうした整理を行えばおそらく4つか5つぐらいのテーマに再整理できるものだと思います。

また、介護の問題も非常に重要ですから、やはり重点テーマとして何らかの形で取り上げなくてはならないと思います。

角南委員 私はレセプトの医療データの利活用に関心があるんですが、今日、たまたま川淵先生が分析されたものを持って来られて、データの話がされたので、ちょうどよいタイミングだったと思っています。

厚生労働省の回答として、レセプト情報の利活用について、これが法律に定められた医療費適正化計画の調査分析のために利用すると書いてありますが、利用者はどのあたりまで想定されているのでしょうか。

第三者利用を含めた利活用のルールを定めた告示を制定する予定と書いてありますが、これはいつごろになるのでしょうか。医療データの利用促進という観点でいくと、これは総務省全体が持っているデータも含めて、実証的な分析を目指した第三者利用になるとなかなか前に進まない。まさに医療経済など政策分析を発展させその成果を活用していくにも、非常に重要だと思うんです。

先ほど、総務省のデータとの整合性とかのお話があったんですが、勿論、悪用しないような厳格なルールをつくった上で、まさに政権交代によりこれまでの政策を外からも分析し評価していくことの鍵になる。

そこで、既に検討されている利活用のルールの具体的な内容や、それがいつごろ制定される予定なのかよくわからないので、そういったところも聞いていただければと思います。

松井委員 規制改革会議でこの問題については延々とやりました。皆さん常識で判断して、レセプトに病院名コードとか診療年月日を書いていない、傷病名コードが統一されていないというのはおかしいだろうというのが当たり前の話ですよ。でも、それすら書きたくないというので、延々と議論して、今回やっと診療年月日と傷病名を記入することになりましたが、傷病名にしても、きちんと分類して記載せよというのは当然でしょう。そうでなければ、レセプトのオンライン化など意味を成さなくなるだろうということで、議論を進めた経緯があります。こんなことに、もう何年もかけて、やっと認めさせた訳です。どのような理由で抵抗しているか知りませんが、とにかくこうしたことを延々とやってきたということを皆さん御理解ください。勿論、厚労省だって好きでそんなことをしているのではないでしょう。外野から得体の知れないバイアスがかかって物事が前に進まなかったんだと思っています。因みに健保や共済のレセプトデータは支払基金が独占的に管理していることもついでに申し述べておきます。そこで、その延長線上で議論をしようとしても、大した果実は得られないなということで、先ほど申し上げましたが、これまでと異なる視点で提言しないと、突破口は開けないと思っています。

川淵委員 私も のレセプト改革は論点だと思うんです。

というのは、私は厚労省の研究所に9年いましたけれど、医療政策をつくる基本的なデータベースが非常にブアなことには驚きました。統計情報部というところがあるんですが、そこは縦割り組織で、医療需要側の患者調査と医療供給側の医療施設調査は別々にやっているんです。この縦割り組織を何とか打破しないといけないんです。

ただ、09年4月から新統計法が施行されたので、国が病院から回収しているDPCのデータを貸してくれといったら、「川淵さん、あなた厚労省の研究所にいたときはいいんだけど、もう大学の先生だからだめですよ」と返事が戻ってきました。そういう世界なんです。従って、今後、第三者利用を含めた利活用のルールをつくるかと言っていますが、今、角南先生が言われたようにいつつくるのか皆目検討が付きません。

データベースは結局、医療政策策定の一番根幹なんです、IT戦略といっても、そのベースに

なるものは、今、松井委員がおっしゃったように、レセプト、つまり請求書なのです。請求書では結局、治療成績も何もわからないわけですね。それから、毎月のデータですから、これを月別に突合しなければ、総医療費もわかりません。

その点、DPCデータは全部匿名化されているので、個人情報保護の問題はないんです。結局世界の潮流は、こうしたデータをクラウド・コンピューティングシステムでリンクさせることです。先日、スウェーデンに行ってきた驚いたのは、開業医から大学病院まで全部クラウドでデータがリンクされていることです。そういうデータを研究者が入手できれば、我々は医療政策に対して提言できるし、あるいは学術論文も書けます。もっと言うと、行政担当者も打ち手が打てるんです。例えば参酌基準という話も先ほど出ましたが、特養も老健も計画数の7割しか達成できていません。結局どんな人がどんなことになって、どういう治療ケアを受けているかということが我が国ではわからないんです。わからないから、各地方の行政官も参酌基準をベースに整備目標を作るわけです。だから、どんなに地域主権を唱えても、国がデータを独占しているから、地方の人もどうやって計画をつくっていいかわからないんですよ。これが今の日本の一番の問題だと思います。

松井委員 実際に遭遇した話をします。

副大臣や政務官のお二方には、極めて耳障りの悪いことかもしれませんが、実はレセプトはかなり政治的な問題になってしまっていて、民主党はこの前の衆議院選挙のとき、レセプトオンライン化は手挙げ方式で進めるべしとまで言ったのです。我々は、自民党政権下でもう何年もかけて、これは強制だよと確認しながら議論を積み重ねてきました。例外規定も散々議論した上で敢えて設けました。何年かかかりで、やっと最終章まで進んで、さあ来年こそ、診療所も含めてレセプトのオンライン化が達成できる、さあこれからだといったところで、見事に梯子を外され、元に戻ってしまったという苦い経験があります。元に戻ったといっても全部戻ったわけではないし、勿論手挙げ方式が採用されたわけではないですが、自民党も選挙があるので、足して2で割った様な方法で進めることになった。要するに後退したわけです。そういう極めて政治的な要素も規制改革には付き物だということです。確かに今、川淵さんがおっしゃったようなことは、ずっと我々も主張しています。大変大事なことです。これに対して異を唱える人間は本来いない筈です。ところが、いざ個別論に入っていくと、いろんな利害得失があって、うやむやになるということが実際には起こるので、本当にできるのですかと突き詰めていく必要がある。政治主導ということですが、政治ができないことを幾ら取り挙げてもし空しいだけですからね。

大塚副大臣 別に耳障りではありませんので、大丈夫ですよ。

お詳しい方ばかりだと思いますが、この規制改革は、本当になぜ日本はこうなのかというのは、勿論霞ヶ関及び政治に最大の原因があることは事実なんです。例えばこの問題を例にとって申し上げると、私の理解しているプロセスはこういうことなんです。

まず、レセプトの電子化をちゃんと進めるというのは、平成に入ってから、かれこれ20年ぐらい前から進んでいる話です。ところが、その間、だんだん医療が現状のような、大変現場のお医者さんたちが厳しい。そして、勤務医の皆さんなどは、たくさんの患者を診たいんだけど、レセコンにいろいろ入れるのに時間がかかったり、書類をつくらされるのが大変だったり、あるいは

は開業医の方でもお年寄りで後継者がいない人などは、もうレセコンを導入しても、お年寄りなので、そんなことはやっていられない。その一方で、患者さんをちゃんと面倒みたいという声に反応した人たちが、そんなコンピュータに入れさせて大変なことになるぐらいだったら、手書きでもいいではないかという流れになったというのは、理解しています。

それから、特に個人病院などで、大きな病院でもそうかもしれませんが、これを導入するのにコストがかかるので、コストを負担してくれるんだったら入れますよ的な話もひとつありました。

ただ、ではなぜ韓国などでは、一気にレセコンが導入できるのか。これに興味を持ったのが、私が当選したのは平成 13 年ですけれども、13 年に厚労省にすぐ話を聞いたところ、そのときに見せてもらった計画では、平成 15 年には電子化は完了しているはずなんですね。もう 7 年前の話です。しかし、だんだんわかったことは、なぜ日本でレセプトの電子化が進まないかということ、例えば電子化を進めようにも、アプリケーションに絡んだ業界団体ができ、ディスプレイに絡んだ業界団体ができ、そして今度は標準化のところでのヘゲモニー争いをやり、つまり、それぞれがばらばらに検討している結果、なかなか前に進まないという問題もありました。

だから、いろんな問題が絡んであるわけですが、しかし、本当におっしゃるとおり、お隣の韓国で一気に呵成にできることがこの国にはできないという現実です。

事ほどさように、いろんなことが背景にあるというのは、皆さん御承知のとおりでありますので、話し始めたついでに、はばかりながら、分科会の会長をやれということやらせていただいている立場をお願いを申し上げますと、6 月までにここに掲げたさまざまな問題、そして草刈さんや松井さんが長年やってなかなかブレイクスルーできないことをたった 2 か月で全部ブレイクスルーできるとは思っていません。相手は、今、申し上げたような、日本の社会全体の構造ですから。

ということは、6 月にこの WG や分科会で結論を出していただきたい、あるいは方向性を示していただきたいのは、例えば医療は、こういうことが問題だったから、我が国の医療はこんなに遅れてしまったんだということを国民の皆さんに知らしめるような動きになっていただければいいなと思います。

お集まりの皆さんは、PMDA といったら、みんなすべて御理解をいただいている方が大半ですけれども、恐らく国民の皆さんはあまり御存じないですね。このことを知っていただくために、この WG がどういうアウトプットを出せるか。勿論、PMDA や混合診療やレセプトのことについて、あるいは介護のことについても、象徴的なことについては 6 月ぐらいに、この分科会としては結論を出したいと思います。ただ、この分科会そのものに最終的な権限があるわけではないので、そこから先はまさしく政治折衝ですが、分科会で結論を出す過程でも、勿論政治折衝をやりますが、どうしても政務同士で結論が出ない場合には、分科会としてはこうだという言い切り方も勿論あります。

それから、WG だけ御参加いただいている皆さんには初めてお話申し上げますが、象徴的なことで、ではこのテーマについては結論を出そうというときには、この中でも、もし意見がまとまらない、ないしは役所とがんがんやり合わなければいけないというときには、公開の場で規制仕分けということをやらせていただくことで、国民の皆さんの知るところとするということも含めて、個別

の問題をマニアックに詰めることだけではなくて、ハウトゥー、プロセスのところも少し工夫しながら、是非御指導をいただきたいと思っています。

阿曾沼委員 今、お話をいただいた点についてですが、従来の規制改革会議にいて、レセプト電算問題を7年間やってきた上での感想を申し上げます。今まで出来ないという理由でいろいろ言われた理由というのは、ためにする理由であったと思います。基本的に一番大きい問題は、自分たちが行っている医療というものが専門家でもない人達に評価されたくないという価値観を持っているということだと思います。そして、レセプトをデータベース化したら、監査されるのではないかという恐怖感。この事は大きい声で言えない。だから、高齢の人達がパソコンを使えないという議論になっているんです。

なおかつ、そういったコンピュータを操作出来ない方々たちの為に、地元の医師会もしくは病院に紙のレセプトを持っていけば、代行してやってあげますよというルールまでつくっているのに、そういう議論になってしまう。

今、川淵先生がおっしゃったように、レセプトというのは1か月単位での管理です。しかし、それを入院期間単位、そして縦覧出来る長期にチェックする仕組みが作られたら、これはもしかすると、レセプトの実態は実質的な混合診療のかたまりのような医療が行われていて、それを明らかにされていくと困る事がいっぱいある。そういった課題も実はあって、レセプト電算処理がこういう議論になってしまうんだろーと思います。

ですから、本質的な問題は何なのかということを中心にきちんと把握した上で、では具体的にどういふアクションプランをつくっていくのかという具体性を持って議論していかないといけないと思います。

もう一つは、2002年ぐらいから始まった規制改革の本格的な議論の中で、多くの議論の総括がなされていなくて、。今までの7年間の議論の中身が本当に国民にちゃんと開示されていたかという、開示されていないと思います。そういう意味からすると、規制改革議論の歴史というものをきちんと明らかにしていって、その中で今、課題があるものは何かということを中心に整理していくことも、重要なのではないかなと思います。

議論をまたスタートから始めると、結局7年前に戻ってしまって、時間のロスがあるということをお我々は肝に銘じるべきなのではないかなと思います。

黒岩委員 どうやってブレイクスルーするかというところですけども、そのノウハウとして私の考えは、何回も言うことですが、どんな医療をつくるのかということ以外ないと思うんです。先ほど、グランドデザインをしっかりとしないまま政権を取ってしまったんだという正直なお話がありましたが、そこをやはりグランドデザインで示さないと、規制が要るのか、要らないのかということがわからないんです。

例えば今、こうやってずっと話をしている中で、6項目にまとめてみた。どんな医療なのか。こんな医療グランドデザイン6項目。

例えば先ほど出た言葉ですが、開かれた医療を目指します。要するに、メディカルツーリズムとか、人の交流とか、いろんなことを含めて開くということです。そこには薬だって開くということ

があるだろうし、いろんなものを開く。これはすごく大きなことがいっぱい詰まっている話です。

2番目に、例えば透明性の高い医療。これは今、データになかなかみんながアクセスできないようになっているということですが、これを全部見えるようにしましょうよという方向性を見せるとか、先ほど言った地域主権の医療。権限をどんどん委譲してきますから、基本的には地域で考えてやってくださいよということ。

それから、患者主権、選択権の確保された医療。これはだから患者が決めるということだったら、例えばこれにしてもらって、混合診療みたいなことは、患者目線ということからブレークスルーできるのではないかということです。

それから、ここの中には出ていないんですけども、個別化医療というものも目指していくべきだなと思います。実は、これは政府科研費の漢方鍼灸を活用した日本型医療創生という研究会でこの間提言をまとめたんですが、その第1に書いたのは、この個別化医療、オーダーメイド医療。個人個人違った医療をやっていくということが、今後目指すべき大きな方向性ではないかという、それを実現するために何が重要かという、実はまた先ほどのことに戻ってくるんですが、透明性の確保された医療ということで、つまりデータベースがしっかりわかった、みんながアクセスできるような形というのが必要になってくるということが出てきます。

もう一つ付け加えるとすれば、これは私の思いですけども、今、コメディカルというのは全部医師の指示の下ということで規制されているわけですね。これはやはり余りにも強い規制であって、自由闊達なそれぞれのパワーや専門性を生かし切れなところが私は問題だと思っているので、例えば協働、連携、自立の医療。これは医療スタッフのことですが、協働、連携、自立の医療。チーム医療ということだけれども、それぞれの専門職の医療スタッフは自分で責任を取れと。問題が起きたら、自分が責任を取るんだという自立した形を持って行くべきだと思います。

例えばこのような6項目を目指していくんだとなったら、規制の問題というのはおのずから道が開けてくると思います。

阿曾沼委員 今のお話はすごく納得がいくんですが、現実の医療の中で、実は規制と患者救済という問題が常に出てきますね。例えば、医療の世界での訴訟制度を考えると、医薬品では副作用や患者救済の基金があるんですけども、医療機器では無いと思います。例えばC型肝炎とかB型肝炎の問題で患者救済が出来てくる訳ですが、大きい声が出て、患者会が団体に交渉していくと救済の仕組みが出来てくるんですけど、小規模な患者の団体が活動していて、しかもマスコミも政治も注目しないと救済されないとかということでは、医療によって格差が出てくるんです。公正で公平な救済制度というのを本当にどうしたらいいのかという事がすごく重要な検討のテーマだと思います。

結局、前回も言いましたように、何か問題が起こったときには、結局国が責任を取らなければいけない。国が責任を取るというのは、誰が取るかというと、行政官が取らなければいけない。これを政治が取って、国がちゃんと取るんだという仕組みがもしできたとすると、この規制緩和というのは物すごく進展するのではないかと思います。ただ、必要な基金は何兆円という規模になるかもしれません。ですから、その課題をどう解決していくか、そしてどういう仕組みを創成していくのか、

その方向感を見せるだけでも、随分医療の問題というのは大きく解決の道が開かれていくのではないかと思います。

きっとすぐに結論は出ないと思いますが、良い手はあると思います。個人的見解でおしかりを受けるかもしれませんが、例えば支払基金は850億円もお金を使っているんですね。我々の想定でいえば、5分の1の経費で運営出来ると考えています。そうすると、その一部を拠出するとか、国民皆保険制度の中で診療報酬の中で設定し、医療機関から拠出して頂くとか、保険料の一部を健康保険組合に拠出していただくとか、いろんなところで使われている無駄なお金や目的をもって拠出いただいて、基金をつくってだけで医療は大きく変わると思います。そして、PMDAから患者救済機能を切り離して、国としての救済制度をつくっていくということが重要だと思います。これは物すごく大きな医療の変化なのですが、一方できちんと患者を支える制度というものを確立していくことは、非常に重要だと思いました。

真野委員 黒岩先生の最後のところの協働の話です。

私個人的には非常に賛成なんですけど、ただ、医師とか看護師、薬剤師も含めていろいろ議論をしていると、総論的には賛成されるんですが、各論では、逆なんです。

ですから、それは多分、業界というか、専門職としても非常に問題だと思うんですが、専門職としても自分で責任をとってやっていくという環境が、今まで医師には若干あるかもしれませんが、ほかのスタッフ、職種に余りなかったので、専門職自体もやる気があるんでしょうが、それがちょっと見えない人も多い。もしかすると大多数はそうであるということも何とかしていかないと、先ほどの話、ちょっと各論に入ってしまうけれども、特定看護師とか、ナースプラクティショナーとか議論が出ていますが、私もいろんなところで教えていて、看護師のかなり大学院レベルの人に聞いても、やはり意見は分かれるんですね。私はやりたくないという人も結構いたりして、そこら辺も本質的な問題としてあるということを一応問題点として提起しておきます。

松井委員 先ほど土屋さんがお話をされましたが、例えば今後厚労省が特定看護師の制度に向けて前向きに進めるということですが、これは一歩間違えるとこれまでの看護師の領域を狭めていくことにも繋がりがかねない。我々はこれまで、厚労省の新たにこういう制度を追加するからいいではないかということにどれだけ騙されたことか。油断すると結構こうした論法に嵌って騙されてしまうのです。その裏にあるのは問題の先延ばしとか論点のすり替えです。よく吟味しないと危険です。

土屋委員 まさにおっしゃるとおりで、逆に規制強化につながる可能性もあるので、これはかなり用心してやっていかないといけない。

先ほどのレセプトの話に戻るんですけど、これはオンライン化にしる、電子化にしる、もう強引にやるしかないんです。IT化が善だという前提の下で頭ごなしにやる以外あり得ないと思います。

これは小さな経験ですけど、600ベッドのがんセンター中央病院の全部のカルテの電子化をやるときは、強引にやるしかなかったんです。議論をやっていたら、反対の者が絶対にゼロになりません。これはもう頭ごなしにやるしかない。

このときに大事な点は、レセプトのオンライン化に反対した医師会はいかがなものかという論理

もあるということ。なぜなら、オンライン化した場合、全部のデータは、医師会がまず持てるわけです。そのうち、医療費の請求であるレセプトの分だけ、厚労省なりに出せばいいので、残りのデータを全部持っている方が、情報戦争としては勝つわけです。そのところを医師会は全く考えていない。情報の大事さがわかっていないということだと思います。

一般の方が理解するのは、病院というのはスーパーマーケットですね。その規模のものは今、みんな電子化してやっている。コンビニですら全部そうなんです。クリーニング屋もそうです。診療所というのは、そのレベルなわけですけれども、日本の診療所というのは、コンビニ、クリーニング屋以下かということなんです。それぐらいデータが把握できていないということですから、そのレベルの話にすれば、一般の方はすぐ理解できるんです。それぐらい遅れているのか。実際遅れているわけですね。医療だけが電子化から見放されて、世界からも遅れているということだと思うんです。

大上委員 先ほど黒岩さんが言われたような点と、私が最近規制改革をやって、いろんな人に意見を聞いているんですが、みんなこの動きは余りよくわかっていない。

それから、東大のEMPで医療分野のことは結構勉強しましたけれども、40代半ばの企業の将来の幹部候補は、みんなほとんどわかっていなかったです。ここに載っているのも大分そうです。

そういうことも考えたときに、やはり今後の進め方の中で、コミュニケーション戦略をどのようにしていくか。例えば土屋さんとか松井さんのような、非常にポイントを持っていらっしゃる方がいらっしゃいますから、そういう方のポイントを例えば黒岩さんのようなコミュニケーションに長けた方がかみ砕いてコミュニケーションしていくとか、その規制仕分け以外にもやれることはたくさんあると思うんです。そういうコミュニケーション戦略を今後の進め方の中で、短期的あるいは中長期的にどう展開していくのか。そこら辺を事務局も含め、検討いただけたらと思ったんです。

草刈分科会長代理 多分そういう整理のためにここに座っているのだと思うのですけれども、先ほど黒岩さんが言われた話は、グランドデザインとおっしゃいましたが、言ってみれば資料1のところではパラダイムとか、パラダイムシフトとか、開かれた医療とか、そういう切り分けでやったらどうかという事務局案が出ています。

黒岩さんはもうちょっと具体的に6つぐらいのあれで、要は、このWGとしての基本的な考え方というのをきちんと押さえておいて、皆さんで共有して、あるいはこのWGのマニフェストと考えてもいいと思うのだけれども、そういうものを1個つくっておく必要があるのではないかということ先ほどから黒岩さんは言われていて、やはり議論のスタートとしては、そういうものをつくっておいた方がいいのかなと思います。

先ほど農業のところでも同じ話が出たのですが、そういうものをきちんと作っておく必要があるのかもしれない。それでみんながわあわあ議論してもしょうがないから、先ほども言ったのですが、要するに、例えば黒岩さんがドラフトを書きいただければ一番簡単かもしれないけれども、事務局の方に大きくまとめていただいたものと、黒岩さんが言われたものを総合的にして、ドラフトをつくってもらって、みんなでメールか何かで投げて、それを皆さんで今度集まる前に修正をして、そういうものをつくっておくということがやはり必要なのかなという感じがしたもので



すから、お話申し上げました。

レセプトの話になると、私も頭に血がすぐ上る。しかし、それはそれとして、正論をきちんとグラウンドデザインというか、基本的な考え方としてまとめておいた方が、今後の議論を早く進めていく上では有効なのではないかという感じがしましたので、申し上げました。

松山事務局長 ありがとうございます。

三谷委員、お願いします。

三谷委員 私も今の草刈さんの意見に賛成でして、先ほどからテーマの中でどれを選ぼうかという話をしているんですけども、やはりそれぞれの関心が違うし、優先順位も違う。それから、テーマ自体もやはり大きさが違うテーマがある。もともとこの13項目をあらかじめ与えられて、その中から増やしていこうという作業までしたんですが、相変わらずテーマ毎の大きさは違うんですね。

例えば政策上、何が本当の意味で重要なのかというものと、国民にとってのインパクトは何が大きいのかというのは、それぞれ違うものがあるって、どうしても比較しにくいものが出てくる。そうすると、先ほど大塚副大臣が言われていたんですが、6月まで時間が限られている中で、ここのテーマを一体何に絞ったか、そして国民なら国民にどういう話をするんだというステップを考えたときには、やはり限られた時間の中では、ある程度絞り込まないとだめだろうという話をおっしゃってくださいました。私はそうした大きな方向性を決めると同時に、その中で象徴的なテーマを出してきて、例えば国民の方は知らなかったような考え方を例示しながらまとめるのが、時間的にできる話なのかなという感じがします。

松井委員 お二方の意見と同じなのかもしれませんが、例えばこの資料1に書いてある「大胆なパラダイムシフトを促すべき」という中の「裁量行政の事前規制から事後チェック」ということを1つ取り上げても、これはちょうど金融で言えば、金融ビッグバン宣言みたいなものです。まさに十何年か前に金融の世界が急激に変化する中で、事前規制というのはとてもじゃないけれども、もうカバーしきれない状況に追い込まれて、原則自由とした上で事後チェック体制に大方向転換した。証券業も免許制から登録制となり、凄まじい競争の世界に入っていった。自由にする見返りに、事後に様々な規制をかけて、チェックし、場合によってはお灸を据えていく方式です。現実世界の変化に当局がついていけないと認めた上で、もっと言うと、所謂パターンリズムを自ら否定した上で、その変化をチェックして柔軟に規制をかけていく現実的対応だともいえます。一方、本来、自由というのは自律と裏腹の関係にあり、民にも強烈的な自主規制が求められる。

これを医療に置き換えてみれば、まさにその金融ビッグバンではなくて、医療ビッグバンを高らかに宣言するということと同義です。これは本来首相が宣言するべきなのでしょうけれども、さりとてそんな大きなことを宣言したところで、具体的にどうするのかという話に落とし込まないと何も意味がありません。だから、今、草刈さんも三谷さんもおっしゃっていたように、そういう大方針をどういうふうに謳い上げるかは政治の問題ですから、とりあえず置いておいて、その文脈の下に、混合診療を取り上げれば、今までとは全然違ったビューポイントで問題提起できるんですよ。事前か事後かというのを混合診療で議論したことは余りないですが、具体的には現在の認可制から

届出制にすると、これまでの混合診療の議論とは異なってくる。更に具体的肉付けをどういうふうにするかというのは、これからの知恵の見せどころかもしれませんが、これはある意味では、大きな方向転換になります。だから、それは政治が決め、政治が責任を持つのだと宣言する。国民に対して、こういう問題点があるから、こういうふうに我々は考えて、こういうことを実行するのだと説明するのは、国民に対して強烈なメッセージになると思います。我々のすべきことはそれに沿った具体案を提示することだと思います。

そういうものを何か1つでも、2つでも、打ち出せれば本望だなと思っている次第です。

大塚副大臣 ありがとうございます。

WGは、医療、農業、環境と3つありますけれども、それぞれアプローチの仕方は違うと思うんですが、医療がもし一番うまいシナリオで作業が進んでいったときには、国民の皆さんに規制改革の重要性を訴えるインパクトが一番大きくなるのではないかなと、個人的にはそう思っています。

そういう中で、例えば先ほど黒岩さんがおっしゃったように、こういう医療にするんだという考え方とかベンチマーク、あるいは草刈さんもおっしゃっていただきましたそういうアプローチの仕方がコンセンサスができれば、そのコンテキストに従って、ここで提示されたテーマについて、価値観を交えずに、その文脈に従うと、これはこう対応するのが論理的必然だろうという答えを出すことであれば、これだけテーマがあっても、医療の分野はできそうな気がするんです。

その中でこういう結論が出ましたと。ついては、受け入れられますかと厚生労働省に投げると、こういう答えが帰ってくるわけですね。そうすると、私たちはこういうコンテキストでこういう結論を出したんだけど、あなた方の答えは全然違いますねと。では、公開の場でディベートしましょうとって、1個のテーマだけでもいいからというやり方もありますね。

それと同時に、もう一つ、どういう医療にというときに重要なテーマとして、先ほど阿曾さんが責任の問題を言ってくださいましたね。PMDAなどは、なぜああいう状態なのかということは、幾つも理由はありますけれども、御承知のことばかりですが、1つは、後で行政の結果責任を取らされたくないからああいうことになっているわけですね。そこがそうではないんだということを明確にしてあげるというのも、医療の1つの重要なポイントだと入れると、PMDAについては、そうすると、そういうことなんだから、安心してどんどん認可を出しなさいということにもなります。

それから、新しいポイントとして是非考えていただきたいと思うのは、先ほど真野さんが、のICTについては、薬剤師さんはあれだけでも、お医者さんはいいのかなとおっしゃいましたが、医系技官はこの医療の余りの地方の問題を見るにみかねて、さすがにICTには前向きになってきたけれども、薬科系技官は問題意識が相対的に希薄なのではないかということです。

そうであるとしたら、例えばこの分科会で、私などは1つのベンチマークとして、臨床現場を良くする医療でなければならぬと入れていただけたらと思います。医系技官200人、薬科系技官200人、歯科系技官20人の中に臨床経験が全然ない人とかもいます。技官の中の半分は必ず臨床経験がある人にするとか、臨床経験が10年以上ある人にするとか、10年以上は医系技官を行ってはないとか、そうすると入れ替わるわけではないですか。そうすると、リボルビング・ドアの人事制度をつくるというのは、この技官のところは真っ先にトライするべきことであって、例えば

規制・制度改革分科会で、そういう今までの常識では考えられない、ちょっと突き抜けた提言をしちゃうというのも、私はありだと思っんです。

だから、もう一度お願い申し上げますが、6月に今までできなかったことが急にできるようになってしまったという結論が出るとは思っていません。ただ、先ほどの大上さんのお話にもあるように、国民の皆さんが目からうるここという動きをこの分科会なりWGが示し、総理大臣がそれを受け取った結論ということになれば、秋の臨時国会以降の政策形成に必ず活かされていくと思っんですので、そのぐらいのアウトプットまでは行き着いていただきたいなと思っんです。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、時間が大分迫ってまいりましたので、この検討テーマの分類につきましては、大体以上のようなことにさせていただきます。

後半の方で何人かの方におまとめ的にやっていただきまして、そのとおりだと思っんですが、先ほどの農業WGでも、WGとしての基本的な考え方、特にゴールと突破口という言葉を使われておりましたけれども、最終的にこういう姿を目指そうとしているんだと。その突破口として、今回具体的にはこのテーマを取り上げるんだということで、そういう御議論でしたが、このライフノベーションWGでは、基本的な制度の問題ですとか、先ほど黒岩委員から6項目の御提案もありましたし、基本的な考え方をまずWGとして整理していただいた上で各論に入っていく。

次回のこのWGの会合までに、今日、出されました御意見を基礎にしまして、基本的な考え方、この検討の視点、資料1という紙でございますけれども、これをベースにしつつ、先ほど来、黒岩委員、松井委員を始め、さまざまな御意見をいただきましたので、たたき台を事務局の方で整理いたしまして、それをメールで皆様にお送りさせていただきます。それで調整をさせていただきたいと思っんです。

それから、資料2の個別テーマでありますけれども、いろいろ御意見をいただきました。例えば1のパラダイムシフトに関しましては、(1)の を重点検討項目としまして、 につきましても検討項目として6月までにまとめていこう。

- aにつきましても、土屋委員や松井委員から御指摘もございましたが、注意しながら取り組んでいこうということかと考えております。

2の(1)の については、非常にいろいろ御意見をいただきましたけれども、重点検討項目として、追加提案をいただきました3つの御意見につきましても、検討項目として取り上げていくということかと思っんです。

それから、(2)のグローバリゼーションのところも大体こういう整理で、 と 、黒岩委員からいただきました開かれた医療を実現するための5つの項目についても、検討項目として取り組んでいきたい。

2ページ目では、阿曾沼委員から御指摘がございましたけれども、 も含めということになるかと思っんですが、薬事法の基本的な在り方ということで、阿曾沼委員、三谷委員、大橋委員から出されております項目全体をカバーするような形で検討項目として取り上げている。薬事法全体の在り方について検討していくということかと思われまっんです。

大体そうしたことを基本にして、この分類をファイナライズしたいと思いますけれども、田村主査の方からいかがでございましょうか。

田村政務官 委員の皆様からの貴重な御意見を踏まえまして、大体事務局長から今、とりあえずのとりまとめをさせていただきましたけれども、最終的に草刈分科会長代理と、その上で三役で相談をして、何を重点にするかというのは決めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいいたします。

松井委員 今の松山さんの話の中で、介護の問題が抜けています。先ほど申し上げたように、介護は非常に重要な課題ですから、これは何らかの形で入れるべきと思います。

松山事務局長 おっしゃるとおりでございまして、政務官からお願いします。

田村政務官 そこはおっしゃるとおりでございまして。この項目でいいますと、 - bとかはそれに当たりますし、そこは意識をしながら決めたいと思います。

松山事務局長 ありがとうございます。

草刈分科会長代理 ここに入っているのは2つでしょう。一まとめにしてしまえばいいのではないですか。介護施設の総量規制と特養の民間参入の2つは、裏腹のお話でもあるから、それを一まとめにして、重点検討項目にするなりにしてしまえばいいと思います。

松山事務局長 おっしゃるとおりでありまして、1つは介護で重点検討項目にさせていただければと思いますけれども、整理をいたしまして、次回、お示しをさせていただきたいと思っております。

それでは、最後になりますけれども、今後の進め方につきまして御説明をさせていただきます。資料6でございまして。

今日、第2回のWGをやらせていただいたわけでございますけれども、次回は4月21日、来週水曜の11時からを予定いたしております。

そこで本日、大体集約されました重点検討項目を中心に、次回は御審議をいただきたいと考えております。次回はその重点項目の論点整理、対処方針。松井委員からもいろいろ御意見が出ておりましたけれども、どういう形で取り組んでいく、折衝していくのが最も効果的であるかということも含めまして、御審議をいただけたらと思っております。

それから、第4回でございまして、集中審議といたしまして、連休中に恐縮でございますが、4月29日の13時から3時間、重点検討項目、検討項目の対処方針について、おおむねこの回で、このWGとしての方針を固めていただくという予定で考えております。

それから、順序が逆になりましたけれども、次回のときには、先ほど申しました検討の視点。このWGとしての基本的な考え方についても、事前にメールで御相談をさせていただいた上で提出をさせていただき、御議論をいただきたいと存じます。

詳細につきましては、また、追って事務局より御連絡を申し上げます。

それでは、本日は大変御熱心に御議論いただきまして、ありがとうございました。