

第3回ライフイノベーションWG 議事概要

1. 日時：平成22年4月21日（水）11:00～13:00

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、川淵孝一、黒岩祐治、角南篤、土屋了介、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、ただいまから「ライフイノベーションWG」第3回の会合を開催いたします。

委員の皆様方には御多用のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

まず開会に当たりまして、田村政務官より一言お願いいたします。

田村政務官 おはようございます。今日もお忙しいところお集まりをいただきまして、誠にありがとうございます。毎週のようにこの会合を開かせていただいて、本当に感謝しております。

今日はいよいよテーマを絞った上で、それについて皆様から実のある御意見、議論をいただきますように、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、議事に移ります前に、田村政務官より今後のWGの検討体制につきまして、皆様にお諮りをさせていただきます。

田村政務官 現在3つのWG、3つとも私が主査を務めておりますけれども、もともと専門性はありませんので、皆様からお知恵をお借りしているということではありますが、やはり委員の方にはいろんな形で御協力をいただいていると当初から思っておりまして、各WGの主査も私の他にWGの委員の中からお一人ずつ選ばせていただいて、一緒にそのWGを進めていきたいと考えております。

「ライフイノベーションWG」におきましては、土屋委員にお願いをしたいと思います。草刈分科会長代理と三役と相談をいたしまして、土屋委員にお願いしたいと考えているんですけれども、その点について御了承いただければと思っておりますが、いかがでございでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

田村政務官 ありがとうございます。

それでは、土屋先生どうぞよろしくをお願いいたします。

松山事務局長 それでは、土屋委員、主査席にお願いします。

（土屋委員、主査席へ移動）

松山事務局長 それでは、土屋主査に一言ごあいさつをいただきたいと思います。

土屋主査 土屋でございます。

私は先日まで国立がんセンター中央病院の院長ということで、患者の安全・安心ということが第一でございますけれども、また別の顔として、実は昨日も経済産業省で「バイオ・イノベーション研究会」のとりまとめをやらせていただきました。御存じのように、ここ数年で外資系の製薬企業がほとんど研究所を引き上げているというところが一番問題になっているわけでありまして、またバイオ・イノベーションということで、バイオベンチャーを育成したいというのが一方であるわけですが、国内の製薬会社も中国へ逃げ出すのではないかとというのが専らの話題であります。その一番の原因は何かというと、まさにこの分科会というか、規制・制度改革に大変大きな期待があるということを身にしみて感じておりますので、そういう点でお手伝いできればと思います。よろしく願いいたします。

松山事務局長 それでは、審議に移らせていただきます。

本日の議事次第でございますけれども、前回WGとしての基本的な考え方を改めて整理すべきというお話がございましたので、検討の視点を修正いたしております。本日はこの内容をまず御確認いただきました後、重点検討項目についての御審議をお願いしたいと考えております。

それでは、まず田村政務官より御説明をお願いいたします。

田村政務官 資料1をごらんください。前回このWGの検討の視点について、さまざまな御意見をいただきました。

大きな変更点といたしましては、オーダーメイド医療という言葉が前回のWGでございましたけれども、これまでの方向を更に大きくしていくという観点から「開かれた医療を実現すべき」の項目に入れることが妥当であり、文言も「個別化医療」の方がより適切だという御意見もいただきましたので、そのようにしております。

あとは、御意見をいただいて何点が修正をしているところであります。

この検討の視点というのがWGでの基本的な考え方になって、それをベースに各論について御議論いただくこととなります。そういう意味で、この検討の視点について御意見をいただくのはこれが最後になりますので、もし御意見があるようでしたら、是非いただければと思います。よろしく申し上げます。

松山事務局長 黒岩委員、どうぞ。

黒岩委員 これは民主党のマニフェストからいえば「地方分権」より「地域主権」の方がいいのではないんですか。

田村政務官 そうですね。黒岩委員そこは全くおっしゃるとおりです。私、先週気づいたんですけども、事務局に言い忘れまして。申し訳ございません。

松山事務局長 ほかにはございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題に移らせていただきます。「3. 検討テーマの論点整理について」でございます。

資料2をごらんください。前回までにいただきましたテーマも含めまして、検討テーマを若干並び替え、整理をいたしております。中期的テーマにつきましては下の方に整理をいたしまして、そ

れ以外のものに新たに番号を振り直しております。

本日はこの中で特に重要なもの、また委員の皆様から意見を多くいただいた 6 項目につきまして御議論をいただきたいと思います。

それから、資料 3 をお開きいただきたいと思います。資料 3 は本日御審議をいただきます 6 つのテーマの個別シートです。これは第 1 回、第 2 回にもお配りしておりますものを整理し直したものでございます。

なお、本日は資料 4 といたしまして、各検討項目対処方針シートという 1 枚の紙をお配りしております。このシートでございますけれども、30 日に開催予定の第 2 回の分科会に報告するときの様式でございます。本日は勿論空欄でございますが、次回の 29 日の集中審議におきましては、本日お配りしました資料 2 の ~ につきまして、1 枚紙の対処方針シートを記載した形で分科会に報告する予定で考えております。

他に、前回もお配りいたしました各省からの回答を配付しております。

それでは、時間の制約もございますので、テーマが 6 つございますが、本日は 1 テーマ平均 20 分弱程度で御審議をいただければありがたいと思います。

まず委員の皆様から御意見が最も多うございました保険外併用療養、再生医療、医療ツーリズムを先に御審議いただきまして、その後に介護施設、レセプトデータ利活用、最後に医薬品のネット販売につきまして御審議をいただきたいと思います。

それでは、まず最初に保険外併用療養につきまして 20 分弱御審議を賜ればと思います。よろしく願いいたします。

松井委員 余り時間はとりませんので、この問題の根本となる法的根拠についてお話ししたいと思います。この会議で法律論を展開するつもりはありませんが、皆さんの共有認識として、どのような法的根拠があるかについて、お話しします。

混合診療禁止については、過去に地裁、高裁で様々な裁判が起こされていますが、基本的に共通しているのは法的に根拠はないということです。ただ、法的に根拠がないというのは、法律には定められていないという意味です。

健康保険法にも混合診療を禁止する条文は無いのです。厚労省が根拠にしているのは、1957 年、半世紀も前の大昔に省令として出ている「療担規則」です。この「療担規則」を根拠にして混合診療は禁止と言っています。「保険医療機関及び保険医療養担当規則」というのが正式な規則名ですが、通称「療担規則」と呼ばれています。その第 18 条および第 19 条に規定があり、第 19 条では「保険医は厚生労働大臣が定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、または処方してはならない」とあり、これが混合診療禁止の根拠だと言っているのですが、どう読んでも、これだけでは混合診療が認められないという根拠にはなりません。

それから 30 年ぐらい経って、静岡地裁で混合診療禁止規定は違法だという判決が出ました。これを受けて、厚労省は健康保険法の改正を 1984 年 8 月に図ったのです。そのときに「特定療養費制度」というものを新たに創設して、これをもって保険外の療法を併用する制度ができたのだから、反対解釈としてそれ以外は禁止するという解釈論を打ち出してきたのです。それが現在に至って

る。この「特定療養費制度」が今から 30 年前に新設され、それが今ある先進医療、高度医療評価制度といったものになっていった。いわゆる国家が認定するというか、言わば官許の世界ですべて範囲は決めるとしたのです。

更に、その範囲についても、本来は医療機関を限定するという趣旨だったにもかかわらず、どのような治療行為かということまで、告示でポジティブリストを定めて行うこととした。因みに、その数は現在 200 程度になっていると思います。保険で認められた場合は順次リストから外されますから、リスト上の療養数は増減しています。そうした経緯があり、いわゆる先進医療等の制度というのは、最近創設されたわけではありません。1984 年に混合診療禁止の根拠として厚労省が編み出した解釈であって、法律で定められたものではないことを御理解ください。そういうベースで議論をしてもらいたいと思います。

大塚副大臣 そのお話は重要な話なので、事実関係として整理をして事務局の方で皆さんにお配りいただけますか。

松井委員 因みに、現在、清郷さんというがん患者の方が訴訟を起こして、東京地裁では勝訴しました。混合診療を禁止する法的根拠はないという判決が出たわけです。すぐに厚労省が舛添大臣の下に控訴しまして、東京高裁で逆転判決が先日出ています。ただし、法律的な根拠については、極めて曖昧な判決文になっています。当然のことながら原告は上告して、現在、最高裁で争われています。清郷さんという方がまさに命がけで、国を相手にこの問題で争っているのです。

川淵委員 混合診療については、以前兼職しておりました日本医師会総合政策研究機構で「保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書」をまとめました。いわゆる混合診療の法的側面から歴史的な経緯まで全部そこに書いてございます。

一番悩ましいのは、一連の診療行為の法理の定義です。いわゆる混合診療とは「一連の診療行為の中で保険給付と保険外負担を併用すること」となっています。つまり、現行の現物給付制度では禁止されているのですが、今、松井委員がおっしゃったように法的な規定はない。

ただ、狭義の混合診療と広義の混合診療がありまして、大体 3 つのパターンが考えられます。まず第一は、保険診療の一部負担金に割増金を上乗せするというパターン。これは療担規則で禁止されている。どんなに自分が名医だからといって、初診料、再診料に上乗せしてはいけないということです。

2 番目は、本来保険給付されない診療を保険給付と組み合わせた際に保険給付対象部分を療養費として給付し、それ以外を「差額」として患者から徴収するパターンです。今、松井委員から御案内がありましたように、特定療養費から名前を変えて保険外併用療養費になりました。

問題は 3 番目のパターンで、保険診療に保険外診療を加えて診療を行ったときに、全部自費になってしまうというパターンです。これがいわゆる広義の混合診療で禁止とされていますが、この法文規定がない。したがって、今それが法廷で争われています。

判例を調べますと、今までは 2 つとも歯科なんです。つい最近医科のケースが出ましたけれども、歯科に関して補足しますと、昭和 51 年に厚生省歯科医療管理官通知が出ております。平たくいいますと、歯冠修復と欠損補綴に関してはいわゆる混合診療が認められているということでもあります。

詳細を話すと切りがないんですけども、歯科の分野で混合診療をもう少し解禁してもよいかどうかということで、富山県の保険医協会がやられたアンケート結果があるのですが、比較的ポジティブな回答を寄せている歯科医が多い。

それから、先般紹介しましたように、大阪府医師会の調査委員会でも勤務医の方は比較的容認派が多いということもあります。まずは昭和 51 年の通知みたいな形で、問題解決できるのであれば、もうちょっと解禁してもいいのではないかと。

さらに言うと、介護保険は在宅サービスだけですけども、上乘せ、横出しサービスがございませう。そういうことであれば、歯科医療でも保険給付に加えて上乘せ、横出しサービスを導入してもいいのではないかと。

ちなみに、私のやった試算ですが、伸び悩んでいる歯科医療費ですが、支台築造やハイブリッドのセラミック、さらには 2 歯欠損以下のブリッジを保険外併用療養費にすると数千億円単位の市場が出てきます。こういったところから切り込んでいってもいいのではないかとということでもあります。以上であります。

松井委員 今のお話で、混合診療の禁止の考え方が出てきたのは 1950 年代初頭の日本の皆保険制度の揺籃期です。その時に、歯科医師が患者への説明をきちんとしていないで、保険適用されていない偽歯に、大変高価な材料を用いるという悪質な事件が頻発したのです。そうした事態に危機感を覚えた厚労省が、制裁的に、そうした治療をした場合に保険部分も全部払わないとしたのです。そうした経緯が混合診療禁止の発端です。厚労省は認めませんが、1950 年代の初頭に起きたことが、その後こうした大問題に発展したと考えていただいても結構だと思います。

阿曾沼委員 今の川淵委員の御提案というのは、戦術論としてはそういうこともあると思いますが、この会議そのものは本丸の医科の医療といったものに切り込むことが絶対条件なのではないかと思っておりますので、そちらの方にもう一つ深く議論を進める必要があるのではないかと私は思っております。

土屋主査 私も全く同じ意見です。

大上委員 医者意見とか議員意見というのがよくあるんですけども、この問題について、国民世論がどういうものなのかというのは極めて重要な要素ではないかと思っております。前回そのことを伺ったところ、この問題に関して、メディアも含めて混合診療という問題についてイエス、ノーを問うたこと、データというのは本当はないんですか。逆にあれば、それが 1 つの力になるのではないかと考えています。

事務局 私どもの調べた限り、内閣府や厚生労働省では多分ないと思っておりますが、メディア関係までは調べ切れていないので、もしかしたら過去にあるのかもしれない。

大塚副大臣 私の記憶では、新聞などが世論調査的に賛成、反対とやったようなものは過去に何回かあったと思っております。母集団がどうかという問題がありますけれどもね。

草刈分科会長代理 それから、テレビでも何回かやっています。何パーセントだとかクリアーカットのものはないんですけども、いかがですかと聞かれたときに、別段それによって苦労していない人はいいのですが、最大の関心を持っているのはがん患者なのです。

それこそ事業仕分けではないけれども、こういう会合の公開討論というものをやったことがあって、そのときに大臣がいて、向こう側に厚労省がいて、今日は終わりにしますと言ったときに、傍聴に来ていたがん患者の人が手を挙げて「私はあと3か月しか命がないんです。この薬を使うためにはお金がないから、もう死ぬしかないんだ。こんなにもたもたやらないでちゃんとやってくれ」という発言をされたり、がん患者を守るために混合診療をちゃんと認めてくれという運動がかなり前にもあって、その資料は事務局にあると思うので、もし必要だったら見せてあげてください。

大塚副大臣 皆さんにお願い申し上げたいのは、先ほど阿曾沼委員からも御発言がありましたが、混合診療の問題も含めて、初めに結論ありきだとは私も思っておりません。だから、まさしくフラットに御議論いただければいいと思います。

ただ、その一方で、阿曾沼委員がおっしゃいましたように、あるいは土屋さんもおっしゃいましたように、医療をよくするということは全員が共有すべき課題であり、医療がよくなれば、その延長線上で日本の医療産業は発展するわけですから、経済成長にも資するという面もあります。だから、その辺の論点をよく御認識、共有させていただいて進めさせていただきたいと思います。

同時に医療の分野のみならず、ほかの分野でも今から申し上げる点は共有をさせていただければありがたいのですが、現状その分野に特段の問題がなく、今のトレンドが続いていけばいい方向にいくという認識であれば、現状のさまざまな枠組みとか法制上の内容を変える必要は全くないわけです。ところが、現状にもし先々不安なトレンドが内在しているとか、現にいろんな問題が起きているということであれば、現在の仕組みなりどこかにその原因がある。ないしは何かを変えれば改善する余地があるわけですので、改善に向けてチャレンジをする必要がある。

これは私自身の個人的意見ですが、我が国の医療は20年前、30年前に国民の皆さんが想像していた姿よりもやや危機的な状況になりつつある。ということは、今の医療の中の幾つかのファクトのうち、混合診療ができないということもそのうちのファクトの1つなんです。ただ、それが原因かどうかはわかりませんが、少なくとも議論をする、ないしは考えてみる素材ではあると御理解をいただければと思います。

その上で、この段階で私なりに今後の進め方、今日のこの後の1時間半の議論も含めてですが、御提案というか考えを述べさせていただきたいと思います。限られた期間での作業ですから、ぼちぼち認識を共有させていただきたいということでもあります。

現状、幾つかの現実的制約があると思っております。

1点目は、課題として俎上に上っている個別事項のすべてについて結論に至ることは困難である。これは当然だと思っております。

2番目として、分科会自身には規制・制度改革の実施に関して法的な権限があるわけではありません。これは、どのように現実の動きに結び付けていくかという工夫が求められるということでもあります。我々政務の方で皆さんの御意見を踏まえて、あるいはちゃんと決着をしたもの、あるいは政務までには至らずとも省庁間の交渉で決着をみたものについては実施がコミットされるわけです。

一方、皆さん御自身は総理の任命でありまして、分科会のとりまとめる結論に対しては政府とし

ても十分に配慮することとなります。したがって、ここで出された6月の結論というのは、秋以降、来年度に向けた動きにつながる蓋然性が高いという位置づけであります。

そういう点を踏まえて、6月に向けてどのような着地、シナリオを想定するかが分科会としての重要なポイントだと思っております。

全体方針と個別事項に分けさせていただきますと、個別事項は既にここに至る過程で多くのアジェンダの中から大分絞り込んでいただいております。

例えば分科会と政務レベルを分けて考えてみると、委員の皆様方の合意を得た方向で、かつ政治レベルでも決着をしたら方針決定です。その規制や制度については方針決定で、そうしましょうということになれば、本当にそういうふうになります。

ただし、委員の皆様がこの方向でいきたいと思いますとなっても、私たちがその省庁とやり合ったときに未決着な場合もございます。しかし、分科会としてはコンセンサスが得られているので、分科会としての問題提起は行われることとなります。

今の混合診療もどうなるかわかりませんが、分科会としても意向集約が難しい、未決着となった場合、当然ここで未決着であれば政治レベルでも未決着ですので、これは論点整理にとどまるわけですが、それぞれの項目数がここで出てくるわけです。今、3つの分野で全部で60か70ぐらいの項目だと思いますが、それをここで議論していただくというのが、個別事項に対する対応です。

他方、全体方針についてであります。規制・制度改革というのは長い間なかなか前に進まない。その間にだんだん日本経済、日本社会の停滞感がかなり強くなってきている。ということは、規制や制度に対して、これから我が国はどのような方向で向かうべきなのかという全体的な方針をこの分科会でもお示しいただきたいと思っております。ということは、分科会の親会合においては、規制・制度の在り方についての指針を提示いただく。それから、それぞれのWGについては、個別事項の決着とは別にこういうことにチャレンジしてみるべきではないかというようなプロジェクト的な提案をしていただくという打ち出し方もあると思っております。

以上を聞いていただいた上で申し上げますと、親会合は最終的に6月に総理に対して、3か月議論した結果、我が国はこういう方向で臨むべきだと思いますとあって、何かをお渡しいただくことになると思います。

そこで含めていただく内容というのは規制・制度の整理の仕方です。つまり、規制や制度と一口にいいましても、その目的が何であって、その主体、だれが規制しているのか。役所が規制しているのか。物によっては公益法人が規制していたり、独立行政法人がやっていたり、業界の自主ルールであったりいろんなものがあります。主体が何なのか。それから、手段として何が使われているのか。手段というのは、法律的根拠も含めてです。法律なのか、政令でやられているのか、省令でやられているのか、あるいは役所の内部ルールで協会や産業を縛っているのか。あるいは法的という意味ではなくて、別の意味での手段ということも整理しなくてはいけないんですが、今、各省庁で自分たちの規制を総ざらいしてもらって、今、申しあげましたような切り口で自己評価してもらっています。それが出てきたところで、この分科会として全体をどう見るか、どう整理するかということを一考えさせていただきたいと思っております。

その上で、もし今後に向けて意味のある御提言をしていただけたら、その規制制度のチェック体制はどうあるべきなのか。つまり、膨大な数の規制と制度があるわけです。今の混合診療もいい例で、法的根拠があるかと思いきや、松井さんがおっしゃるようにならないということもほとんどの国民の皆さんは知らないわけです。そうすると、規制制度の見直しは各省庁に引き続き委ねるべきなのか、あるいは別途の横断的なチェック体制とか組織を設けるという御提言をここでいただくのかどうか。こういうことだと思います。

3番目ですが、規制・制度の改革は必ずしもイコール緩和ではありません。厳しくしなければならぬものもあります。その意味でも改革のための基本ルールが重要です。基本はプリンシパルと言った方がいいと思います。

例えば10年経ったら必ず見直しのテーブルに乗せるといったサンセットルールを導入すると、整合性原則です。今、役所に自己評価してもらっているもののでき上がりを私は非常に期待しているんです。つまり、その規制の目的は何で、受益者はだれがということを書いてもらうことにしております。そうすると、役所がこの規制の目的はこうであって、受益者はこうであると自己申告してきたことと実態がもし違っているのであれば、その瞬間にその規制や制度は存在意義を失うし、存続してはならない規制だと思っております。やはり規制や制度というのは目的が初めにあって、そのための手段であるはずですから、その整合性原則が必要だと思います。

それから、どんな規制でもメリットとデメリットがあるわけでありますので、ネットアウトしてみても、トータルで我が国全体にとってマイナスだということであれば、やはりそれはよろしくないと思う。ネットベネフィット原則みたいなもの、つまり、今後不断の見直しを行っていく上でのプリンシパルをここで御提言いただくことが非常に重要だと思っております。

今までのことは親会合でつくらせていただくものですが、それぞれのWGでも同様のことは意識していただきながらも、WGとして個別事項の決着以外の御提言、御提案があり得るかということでもあります。

医療については今日入っていないかもしれませんが、前回事務局で整理したカテゴリー分けが結構よく分けられていると思っております、その枠組みで象徴的な個別事項、例えば医療でも中央から地方へというくりりもありましたが、地域医療を進めるとか、幾つかのカテゴリーわけがありましたが、その中で1つずつ象徴的な事項について結論を出すという取組みもあろうかと思っております。ただ、そういう対応とは別に、今、御議論いただいている混合診療とかPMDAに関する特別な対応をするべきだといって、ここで御提案をいただくということもあります。

今日は農業、環境ではありませんが、農業、環境についても同様にそれぞれ特性がありますので、それぞれに合った個別事項への対応とは別の打ち出し方があるだろうと思っております。

最後になりますが、個別事項への対応に関しましては、個別事項は基本的に事務局が精力的に整理しておりますし、事務局には民間から出向していただいているスタッフもいっぱいいますので、まず事務局で基本方針を策定して、省庁間交渉をしっかりとやらせてもらう。省庁間で決着すれば、もうそれで決着なわけです。

未決着なものについて、このWGに上がってきます。上がってきたものが、先ほど途中で申し上げ

げたように、これが論点整理グループにとどまるのか、問題提起グループにとどまるのか、あるいは最終的な方針決定グループまでいくことになるのか。こういうことだと思って、1回、2回の各WGの議論を聞かせていただきました。

この後の進め方はまた事務局長と主査の政務官に委ねますけれども、少しゴールをイメージしながら、まずは制約なくいろいろ御議論いただいてはどうか。とりあえず試案として御説明させていただきました。

相澤委員 よく理解できましたので、安心しました。

ただ、今まで松井委員とか従来の規制改革会議のメンバーが混合診療についても議論をされていて、ある程度理論武装というか理論構成はできているように私は理解しています。

それにも関わらず改革が進まないという理由としては、特に医療の部分やライフイノベーションのところは、やはり厚労省ないしその裏にある既得権益の壁が厚いということが特徴的だと思います。この間、電子カルテの問題でも出ましたけれども、厚労省の言っている理屈そのものの正しさが問題なのではなくて、その裏に一定の権益なり何なりがあって、それが厚労省に反映して強固な壁が形成され、そのために今まで合理的な規制改革についてなかなか実行に移せなかったということだと思います。そこのところをあぶり出すのがこの分科会の役割かどうかわかりませんが、そこに焦点や理解がある程度ないと、空中戦というか、理屈の上ではなるほどとなっても、実際に実施に移すときには利害関係者の反対で、結局、実施できないという今までのパターンを繰り返さないのかと危惧します。従って、その辺は多少あぶり出して、反対論の実質的理由とかどういう裏があるのかということも意識して議論した方がいいのではないかと、特に医療については思いました。

阿曾沼委員 今、相澤委員がおっしゃったことはそのとおりだと思います。我々は厚労省に対して暴投のようなボールを投げて、ネットに直接当たるようなボールを投げるわけではなくて、当然彼らを取り易いストライクを投げる必要はないけれども、頑張っておっしゃるボールを投げるのが非常に重要だと思います。そういう意味では、規制改革の長い歴史の中で、本当に一歩進める、二歩進めるためにどうしたらいいかという知恵を出すということが重要であると思いますから、ある意味現実的な議論も必要だと思います。

松山事務局長 ありがとうございます。時間が限られておまして誠に恐縮なんですけど、今日は先ほど申し上げましたように6つテーマがございまして、あと70分ほどで5つ残っております。

草刈分科会長代理 1つだけ決定的に今までとは違うことがある。今まで医療に関する規制改革の議論は嫌というほどやってうまくいきませんでした。そこで政権交代の意味があるというのが私の理解で、つまり、今まで大体政官業のトライアングルの壁があった。そのうちの相当部分が崩れていく期待感が非常に強いわけです。例えば農業にしても、医療にもしてね。だから、政権が変わって、そこで別の方々が今までの変なしがらみなしにやっていけるということが、非常に大きな期待感なので、今度は今までと同じパターンにはならない。そこで是非こちらの大塚副大臣や田村政務官の方々に頑張っていたきたいという期待感が非常に強いということです。

松山事務局長 それでは、両主査よろしゅうございますか。

申し訳ございませんが、次の検討項目、再生医療でございます。

どうぞ。

松井委員 議論の進め方ですが、これまで各委員のご意見をこの場だけではなくて、それ以外の場でもいろいろお聞きしてきたわけです。ワーキングとしての結論を出すまで、時間は限られているとはいえ、混合診療の問題はこれで議論が尽くされたとは全く思いません。ここで方向性を決めなかったらワーキングとしての議論集約にはならないのではないのでしょうか。この段階で次のテーマである再生医療に移っては、混合診療についての結論はどうなったのかということになります。

松山事務局長 松井委員のおっしゃるように、例えば今の混合診療につきましては、原則解禁が範囲拡大かは別にして、大きな方向として届出制を導入するという方向で考えてよいかという論点がございます。先ほどの医療全体を視野に入れるべきという御意見も勿論ございますし、歯科を切り口という御意見もございました。議論を十分にいただいているのは重々承知しています。

川淵委員 大塚副大臣にちょっとお聞きしたいんですけども、これから厚労省の政務三役と接衝をやるときに、アリの一穴作戦はどうでしょうか。どんなに言っても、動かないものは動かないわけです。動くのは、相手になるほどと納得した時です。ただ、正攻法でやるのもわからぬではないんですけども、患者さんがこんなに困っているという切迫感がないと、人々はなかなか動かないと思います。

松山事務局長 川淵委員、ちょっとよろしいでしょうか。どういう国民の声が出てきていて、どういう困った人がいるのかということになるべく具体的に指摘しないと、国民のサポート、各省の理解も得られないというのは御指摘のとおりでございます。

次回用意しようと思っております資料4、一番最後に付けております1枚紙の「要望具体例、経済効果等」という上から4つ目の箱に整理しようとしております。これは1枚の紙に収まらないと思いますけれども、今、御指摘のような、例えばがん患者の方がこういう形で苦しんでいるんだとか、なるべくディテールで書き出したいとは思っております。

川淵委員 ここに入れればいいんですね。

松山事務局長 はい。

川淵委員 わかりました。

松井委員 国民、一般の人たちが理解しやすく、納得できる事例を出さないと説明になりません。例えば、よく指摘される湿布薬何枚までは保険内だけれども、それ以降は全部保険外だから、1枚増やしただけでも混合診療と見做されて元から全部保険が認められないという事例が典型です。こうした事例はどんな人でも実際に直面する問題ですからね。

川淵委員 ですから、「一連の診療行為の法理」というものがいかにあいまいかを正せば、医療現場がこんなに大変だ、患者さんに不利益がこんなに及んでいるというエビデンスを出せると思います。

松井委員 例えば届出制は「特区」で言えば「機関特区」を想定していただければ良いのです。「地域特区」ではなく「機関特区」です。そもそも特定療養費制度は「機関特区」を想定していたのです。今から20数年前です。ところが、それが変質して、要するに「官許」により、箸の上げ

下ろしまで全部厚労省が決める、こういう形に変わっていった。当初あれは「機関特区」だったのです。その時点で、少なくとも戻りましょうという提案なのです。

ただ、その後、制度が変わって、評価療養とか選定療養、更に先進医療、高度医療評価制度だとか、いろいろ細かく分かれていく。ですから、保険外併用療養費制度全体に適用するのか、それともある一部に適用するのかということは決めておく必要があると思います。もし保険外併用療養費制度全体に適用するということになれば、あくまでも対象機関が限定されますけれども、混合診療一部解禁ということになります。言い方は工夫するとして、どこまでを対象とするのか、一部とはどこまでか、その絞り込みについて問題提起しているわけです。ある意味妥協して、これまでの無条件の全面解禁とは言っていないのです。

阿曾沼委員 事務局で具体例を幾つか抽出していただければ、国民にアピールできるような例は相当出てくると思います。

1例でいえば、アービタックスという分子標的薬があります。大腸がんには効いて、大腸がんには保険適用ですが、食道がん治療で欧米では標準的なタキソールと併用するという化学療法のレジメンが、日本では保険適用ではありません。例えば海外在住で海外で治療を受けた方が日本に帰国して継続的に治療を希望する場合、混合診療になって一般の医療機関では治療できないとか、抗がん剤に関しては決められた用量以下のロードスで治療をやる。これは患者さんの心身の負担を少なくするためには必要な場合が少なくありませんが、そんなことも全部保険適用外になってしまうということですから、事例を挙げると幾らでもあると思います。

大上委員 ちょっとよろしいですか。そういう意味では、最後の資料4の仕上がりは冷静かつ刺さるようなものにする。そこには委員が最後に回覧を受けて、刺さるポイントを入れる。そういう前提で今日は論点をしっかり確認する。そういうことでよろしいわけですね。

松山事務局長 よろしいでしょうか。

土屋主査 はい。

松山事務局長 黒岩委員、どうぞ。

黒岩委員 今の御議論の中で混合診療はだめだという話は全然出てこないですね。また、論ずべき点として、届出制ということについて何も議論していないです。混合診療をやるんだということについてはいいんだけど、届出制ということにしなければいけないのかどうなのかというところは、やはり議論しなければならないでしょう。

別なアプローチをするなら、例えばまた民主党のマニフェストに戻りますけれども、地域主権という言い方もあるわけです。混合診療も含めて地域で決めればいいではないですかという切り口もある。だから、その辺を論じるべきではないですか。

真野委員 今、黒岩先生も言われたけれども、委員の間で割と意向が決まってきている例えば届出制とかこういう部分は、資料4の書き方にもよるのかもしれませんが、最終的にはよいかとかそういう話ではなくて、もうちょっと強く書けるような形、つまり、ざっと並んでいるのではなくて、重みをつけて出したいという気持ちがあります。そうなってくると、強く押すポイントに関してもうちょっと議論しておかないと、多分合意の重みづけといいですか、意見の強みが違うよ

うな気がします。

松井委員 要するに、認可制というか免許制的な、言ってみれば官許という形で、限定列举方式、つまりポジティブリスト方式で運用することに限界が出てきたというのが問題の根底にあるのです。医療技術は凄まじいスピードで進化しており、また、日本で認められなくても、世界で当たり前のように使用されている薬剤は山ほどある。診療も治療方法も同様です。でも、それをPMDA等々の審査でなかなか認可しない。例えば先ほど草刈さんがおっしゃったように、がん患者がそれまで待ってられないという事例が山ほど出てくる。それであるがゆえに、事前チェックで一つひとつ限定するよりも、事後チェックにする。その意味での届出制なのです。

ただし、全て自由にしてしまうと、倫理の問題などや、安全性の問題等があるので、その前提として民のチェック機能、倫理委員会などの組織を備える。常に事前でも事後でもチェックする自主規制機能を前提とした上で届出制を実施することが有効ではないか、こういう提案です。だから、単純な届出制ではないわけです。これによって、いかがわしい治療の横行など、よく指摘されている悪影響は排除、ヘッジできます。こうした仕組みであればより現実的運用が可能であろうという提案です。

角南委員 前回この届出制の話も、先ほど松井さんがおっしゃったように機関特区ということが戦術的に実現の可能性が高いのではないかとということであったと思います。先ほどの議論のとおりだと思んですが、一定の要件を満たすというのは大体どれぐらいの医療機関がその対象になるのかをイメージしていて、今後それをどの様なペースで広げていくのか、いくつかのフェーズで見えていくことが重要になってくると思います。

土屋主査 届出には倫理審査委員会の承認を要するとすれば、これは高いハードルになるんです。

それと、今、黒岩さんが言われた医療機関の届出は通常都道府県知事になっています。医療機関そのものの開設は知事ですから、主権をあえてうたわない方が刺激をしなくていいという気がいたします。

阿曾沼委員 届出制について私も大変強く主張しているところなんです、実は倫理委員会の設置というのは非常に重要なポイントになります。医師と患者さんの契約によってお互いが納得して実施する医療を届出制にしてきちっと責任を持って医療機関がやっていく、そういう制度にすることによって、高度な医療というものが身近な医療になっていく。高度医療評価制度でも、現在は承認認可制という事前チェックになっていて物すごく大量の書類をつくり、そして、申請の多くが書類不備で突き返され、査読の論文が必要などのほか高いハードルを設けて、なおかつもっと頻繁に開かれるべき専門家委員会も十分な回数が開催されているわけではなく、開催されても十分な議論らしい議論がされずに葬り去られていくような部分もありますから、意欲的な医療を充分に取り挙げられ、そういったものを救っていくという意味では、届出制を実現することによって実質的な混合診療というものの裾野が広がるのではないかと御提案でございます。

黒岩委員 これはただ単に届出制ということだけを結論として出してしまうと、届けなければいいんだろうと誤解されることが非常に多いと思うので、今の話であるならば、結論のところにも倫理審査委員会の承認を得た上で届出制にすると入れた方がいいと思います。

真野委員 私も提案しましたし、ほかの先生も考えられていると思うんですけども、倫理審査委員会だけでいいのか。これは別に混合診療でないがしろにしようという意味ではなくて、事前チェック的な病院の中での仕組み、構造として、倫理委員会だけでいいのかという議論もしておいていただければと思います。

土屋主査 倫理委員会の性格そのものは厚労省から指針が出ていますので、これは先ほど言ったようにかなりハードルが高いので、特に病院長が直属でやります。これ以上のものは多分ないだろうと思います。

阿曾沼委員 倫理審査委員会のあり方で、もし課題になるとすれば、全ての医療機関が独自に自ら倫理審査委員会を持たなければいけないのか、もしくは他の実績を有する医療機関に対して倫理審査委員会を委託できるのかどうかということが実質的な運用では非常に大きな問題になります。ただ、臨床研究の指針では委託できることになっています。ヒト幹指針では委託できないことになっていましたが、今般の改革で委託できることになりましたから、そういった意味からすると、倫理審査委員会も柔軟な運用がある程度できると考えます。

真野委員 そうですね。ただ、私も書きましたし、椿先生も出されているんですが、議論を広げる場合には高度な医療のところだけではなくて、アメニティーだとかプロセスのところも重要になってくると思うので、幾ら倫理委員会を通過してもプロセスがあいまいだったり、例えばアメニティーのところは本当に倫理委員会だけでいいのかという気がします。

阿曾沼委員 それを担保するのが事後チェックだと思います。モニタリングをしていく。社会がモニタリングをしていくんだ、市場監視なんだということの仕組みをつくることによって、それを担保できるのではないかと思います。

松山事務局長 ただいまの点につきまして、他の方はいかがでございますか。

黒岩委員 わかりやすい表現として、これは病院毎に決めなさいということでもいいんですか。

阿曾沼委員 病院の責任においてと表現するかですね。

土屋主査 ですから、倫理委員会が用意されているような病院については、病院毎ということになります。

松山事務局長 副大臣、どうぞ。

大塚副大臣 長年、大論争になっている問題ですので、短期間でぱっと結論が出るとも思えない一方、論点は出尽くしているとも言えますし、賛否両論がある分野だと思います。ただし、賛否両論があるから反対の人たちの意見に従ってすべてが動かされるというのは、賛成の人たちの意見が一切活かされないことになりますので、それはいかなものかという程度のコンセンサスは、今、拝聴している限り、私は得られるのではないかと思います。

そうだとすると、賛成の方々の意見も医療をよくするために1回トライしてみるための仕組みをどうつくるかということであるとすれば、松井さんがおっしゃったような機関特区的な対応、あるいは黒岩さんがおっしゃったような病院ごとに判断して、ただし、野放図にならないように届出制をとりつつ、特区に指定された機関であるとか、もし病院ごとであれば、病院ごとに設置される倫理委員会ですっかりそれを承認してもらった上で届け出たものについては、混合診療をやるならや

る。

ただし、そのときに、これはちょっと別の分野で、松井さんと私の古巣の元々の共有の部分なり、金融の世界で不招請勧誘とか、ほしくもないのに勧誘されているいろいろリスクの高い商品が売られる。だから、これを禁止しろという話があるんですが、それと同様に患者さんというのは詳しい医療知識がない中で、本当に御本人が同意をされて、そのパッケージの医療を受けるのかどうか。そこをきっちり本人の意思を確認したということの後でエビデンスとして残すという、ここも当然倫理審査委員会の中で問われることだと思いますが、その辺の全体の仕組みを、この中で合意が得られれば、そういうことで機関特区ないしは病院ごとにトライしたらどうでしょうという結論を総理に対して提示するということだと私は思いますが、いかがでございましょうか。

黒岩委員 病院ごとに決めるという話はよく考えてみるとすごく大きい話であって、つまり、検討項目一覧表がありますけれども、病院ごとに決めるということを進めるとすると、ほかのところも一遍にいく可能性があるのではないのでしょうか。

例えば医行為の範囲の明確化というのは、介護職が痰の吸引をするかどうか。今回の検討項目には入っていないけれども、それも病院が決めればいいのではないですか。それをちゃんと倫理審査委員会で決めればいいのではないですか。後で事後チェックをちゃんとすればいいのではないですか。そういうふうになれば、いろんな規制がざっと改革されていく大きな切り札になると思います。

真野委員 私も既にそういうことで、NPのところもほぼ同じことを書いているんですが、ただそういうふうを広げていくと、倫理審査委員会がいけないというのではなくて、それは大前提なんですけれども、それだけではなくてやはりPDCAが回っていると、内部がしっかりしているという条件もあった方がよくて、病院機能評価とかISOでもいいんですが、そういったものがあって、反した場合にそれが取り消されるとか、そういう形にもっていった方がいいと個人的には思っています。

松井委員 黒岩さんや真野さんの御指摘も理解できますが、我々の経験からすると、その前提として薬事法とか医療法、その他もろもろの、基本は半世紀も前に制定された、言ってみれば時代遅れの法律が、逆にそういったものを認めないということに使われる懸念があります。運用を自由にするとしても、実はそれを逆手にとって、実質的にはほとんどが認められないことも想定されます。官許の世界ですから。それで実質骨抜きにするのはいとも簡単です。結局は何も進まない懸念があるので、官ではなく民を信用してもらって、自主規制という形で自らを縛って、この範囲内で進める方が時代にマッチし得るのではないかと思うわけです。もう「仏作って魂入れず」にたくありません。どれだけこれまで魂を抜かれたかを思いっきり経験しているので申し上げているわけです。

松山事務局長 すみません。土屋主査が先ほどから御発言されようとしています。

土屋主査 先ほどの大塚副大臣の本人が納得しているかどうかというのは、1つのことを届け出るに当たっては、プロトコールをつくって、それを倫理委員会に通すわけです。そのプロトコールの中には、インフォームドコンセントが必ず含まれる。これは本人が説明を受けて納得した上でないと受けられないというのが倫理委員会を通すことの意味ですので、その心配は最初からほとんどないだろうと思います。

それと、先ほど黒岩委員が言われた の診療看護師も同時にというのは、前回はWGで申し上げたように、これは取り上げない方がいいだろう。現行法規内では、医師の監督の下では医業はすべて看護師はできるんです。むしろ、新たに資格をつくることによって規制することになるので、逆行だと申し上げました。これは病院ごとではなくて、医師が判断して、今はすべて解禁になるという解釈ができると思います。

黒岩委員 ですか。

土屋主査 です。診療看護師の資格の新設です。

黒岩委員 私が言ったのは です。

土屋主査 は、現行のところでは医師法にも全く触れていない段階だと思います。

真野委員 松井先生のご指摘で、私が言いたかったのは厚労省といったところが関与するような規制ではなくて、あくまで民が、病院機能評価がどこまで民かという議論はありますけれども、あくまで民の第三者評価なり椿先生のお言葉でいくと外部委員会とか、そういうものがあるというぐらいはあった方がいいという意味です。

松山事務局長 黒岩委員、どうぞ。

黒岩委員 教えていただきたいんですけども、開業医の場合はどうなるんですか。

松山事務局長 通常、倫理審査委員会自体が成立しないと思います。

黒岩委員 開業医向けの仕組みを考えなければいけないですね。

阿曾沼委員 先進医療の枠組みの中で高度医療評価制度が出来たときに、元来先進医療というのは特定の機能を持つ病院しか実施できないということだったんですが、高度医療評価制度ができたときに、第一ステップとしては 20 床以上の病院であれば実施出来るということになったんです。それを次のステップで、開業医でも地域の病院と組むことによって実施出来るように拡大してきました。開業医、クリニックというのは、自己完結型の医療ができるかということ、必ずしもそうではなく、地域の病院と連携をしていくということが重要でありますから、連携をしていく医療機関の倫理審査委員会の中で合意をとっていけば、開業医もそのルールが適用できるとしておけば、非常に裾野が広がっていくのではないかと思います。今、高度医療評価は開業医、クリニックも地域の医療機関、病院と連携して申請できるようになっていると思いますので、そういったルールと整合性をとっていけばいいのではないかと思います。

真野委員 今のことに関連して、これも倫理委員会自体を否定しているわけではないんですが、私も開業医さんの関係している倫理委員会、病院がやっているものにも関与しています。逆に私は大学などの倫理委員会を知らないんですが、土屋先生のイメージされている倫理委員会と現場で治験をやっている倫理委員会は、外見は一緒だと思うんですけども、どこまで一緒なのかという気もしますので、開業医さんにどう広げるかということまで考えると、何らかの開業医さん自体の評価も必要な気がします。国の評価ではなくて、第三者評価も必要な気がします。

土屋主査 薬剤とか機械にもよると思うんですけども、抗がん剤のような場合には倫理委員会自体ががんセンターとか大学病院になりますので、通常の開業医の方はまず受けられない。ある専門のトレーニングを受けて、資格を持った方でないと開業医が1つのグループに入ることはまずで

きないと解釈していいと思います。

角南委員 先ほどの機関特区という考えであれば、将来的には対象となる機関を増やしていくフェーズが必要になってくると思います。だから、今は一番ハードルの高いところで届出制をスタートしますが、将来的にはフェーズをもってこれくらい広がっていくんですというイメージを共有しておいた方がいいと思います。

川淵委員 私どもの大学院生にも薬局の経営者がいますが、非常に厳しいガイドラインを遵守して、学外で倫理委員会を設置したそうです。結局、届出制といっても質の担保は厳しいガイドラインが出た倫理委員会でチェックするということですね。確かに、やみくもに混合診療を容認してしまうと、問題が多いということですが、そうすると、高度医療評価制度を残しつつ、今ある選定療養や評価療養も全部残すということですね。そういう理解でいいんですね。

阿曾沼委員 私の提案は、今の枠組みそのものがすべて悪いということではなくて、良いものは良いとし、悪いものは直していくという枠組みで議論しないと、単なる暴投になってしまうのではないかということです。

川淵委員 何を言いたいかということ、医政局が管轄している高度医療評価制度と保険局が管轄している先進医療制度の両方残すかどうかということです。釈迦に説法ですけれども、薬事法の承認が必要な先進医療制度ができたことでむしろ規制強化になってしまったんです。厚労省もそれに気づいて、昔の特定療養費制度に戻したわけです。

土屋主査 それを残した上で届出制の医療機関についてはそれなりの措置を設けるといふことだと思います。

松山事務局長 副大臣、どうぞ。

大塚副大臣 事務局は気が焦っていると思いますが、私はこの数十分は非常にいい議論を聞かせていただいていると思っております、議題を無理に消化することを考えなくてもいいと思います。

例えば今の混合診療の議論は、大体皆さんがこれでコンセンサスが得られるならば、機関特区、病院ごとの対応でこういうルールでやったらどうだ。しかも、これがないことによって、先ほど川淵先生がおっしゃっておられたように、個別のいろんな事象に対応できるという、まさしく臨場感ある事例をこれにくっ付けて、混合診療は反対の意見もおありなのは重々承知の上で、しかし、賛成の意見もあるということはトライをしてみる必要があるんだけど、それにはかくかくしかじかの万全のスキームでやってみたらどうだという、この1点に絞って結論を出すだけでも、私はライフイノベーションWGというのは大変に意味があると思って、今、聞いていました。

同時に、国民の皆さんに臨場感がというふうにとおっしゃったその点が実は一番重要でありまして、職業柄混合診療などに興味がある私たちのような人間は別ですけれども、差し当たって健康な人たちはニュースでやっても、何か聞いたことがあるで終わる方が8割、9割だと思うんです。ただ、臨場感ある、自分もそうなるかもしれない、しかも、その状況においては、よそではこうなっているのに日本ではこうなっているというのがざっと列挙されていると、十分に裾野が広がっていくと思います。

今、拝聴している限りでは、ライフイノベーションWGというのは余り欲張らずに、この点だけ

について、みんなが合意できるプロトコールとスキームを固めるということにエネルギーを集中してもいいのではないか。そのときに1つ、混合診療で使える薬とか機器の問題で、どうしてもPMDAの話が若干関わってくるとは思いますけれども、その辺を組み合わせたゴール設定をして、余り欲張らないというWGの進め方もあると思って聞いていました。

草刈分科会長代理 よろしいですか。その問題というのは非常に基本的な問題だからいいのだけれども、1点だけ集中してやっても全部失敗すると0点になってしまうので、それはちょっとねという感じがありますが、できるだけの議論をしたらいいと思います。

今、おっしゃった点で私が非常に大事だと思うのは、まさに国民の声、つまり、困っている人たちの声を反映していく。過去にも困っている人たちはいるのだけれども、叫びながら死んでしまった人も随分いるんです。そういう話ができると思います。

例えば折衝をやられますね。そのときに、今、困っている人たちを何人が連れてきて、その人たちに生の声を聞かせてもらうということも、やり方としてはあるという感じが聞いていていました。

基本的には大塚副大臣が言うとおり、ここだけがうまくいけばそれで十分な成果だという気はしますし、今まで届出制をやりましょうという問題提起はまだ1回もしていないんです。そういう意味でも有効性は高いという気がしています。

大上委員 1点だけよろしいですか。これ以外にも成長戦略という観点からして、やはり医療ツーリズムは非常に象徴的なテーマではないかと思うので、できればその辺も入れていただきたいと思います。

松井委員 先ほど大塚副大臣がおっしゃったように、混合診療も医療ツーリズムの問題と同様で、要するに我が国の医療の質を上げるということに繋がるのです。日本が他の医療先進国の真似ではなく自ら積極的に高度の医療を推進していくためには医療データの活用が不可欠ですし、そうした意味で混合診療が今までのような閉塞状態ではなく、特定の医療機関に限定されるとはいいいながら、そこで種々の医療データを蓄積することによって、日本の医療が高度化していくことに繋がるのです。これは医療ツーリズムなどにも間違いなく関わってきます。医療の質の向上、高度化というベースは全部同じです。そうした文脈から、例えば医療ツーリズムというものも大事ですが、そのためにこそ混合診療をもっと推進しなければいけないという論法により、説得力が出てくるものと思います。

三谷委員 私も大塚副大臣のお話に賛成で、割とありがちなのは、この場で非常に知識レベルの高い人たちが白熱した議論をしていることと、実際に行うという段階になったときに、国民の皆さんの問題意識が違うものになってしまうというのは残念なことです。

もう一つあるのは、ここで随分意見を言うんですけども、実際にはフォローアップが必ずしもできていない。運用し始めたときに本当にいいとか、悪いというところにもう少し入り込んでフォローしていけば、もっとアリの一穴が大きくなっていくのではないのでしょうか。つまり、実際に実施できれば意味がある問題について、議論のところだけは時間がかかるんですが、実現の段階でうまくいかないというのはちょっと気になるところです。先ほどどなたかが言われていましたが、そういうことも含めて本当にやっていくんだ、自分たちが議論したことは本当に実行しているんだと

いうことを早く実現してみたいと思います。

松山事務局長 よろしいでしょうか。大変白熱した御議論をいただいているんですが、副大臣の御指摘のとおりで、私も当初予定は既にあきらめております。6つは無理なんですけれども、あと1つ、事務局といたしましては、草刈分科会長代理のお話にもありましたが、一応テーマとしては今日挙げさせていただきました6つのテーマを中心に、番号を付しております18個につきましては、次回こういう方針で臨んではいかかでしょうかという案を作成させていただきたいと思います。ただ、この場で十分に御審議いただける案件は限られてくるということにならざるを得ないと思います。

今日はあと1つ、大上委員の御指摘もございましたけれども、医療ツーリズムについて御審議いただきたいと思います。関係する戦略担当大臣などから非常に御要望も強い案件でございますので、これだけ御審議をいただければと思います。

黒岩委員、どうぞ。

黒岩委員 混合診療のことを最後に一言だけ言わせていただきます。混合診療という言葉自体が非常に古びてしまって、その言葉を聞いただけで抵抗を示す人がいる。これをどうやって乗り越えなければいけないかという中で、これも提案なんですけれども、今、出てきた話で、どんな医療を目指すかという大きな話にもっていくときに、例えばこの話を病院主権の医療にする。病院が決めるんだ。この大原則を決めれば、実はメディカルツーリズムの話も全部つながって、開けてくるきっかけになるのではないかと思います。

阿曾沼委員 最後に届出制という件について補足ですが、基本的に患者の声を聞くということも非常に重要なことですが、むしろ私は医療者の声というものを聞くことが非常に重要だと思います。志を持った医者が将来のより良い医療を実現するために、この治療をやっていきたい、その志に対してある程度自由度を持たせるとということが非常に重要だと思います。この届出制によってそれが実現できるのではないかと思います。

もう一つは、今PMDAの組織のあり方の問題がありますが、臨床研究と治験のシームレスな継続性を持たせる事も重要な課題です。その治験は届出制です。ですから、高度医療評価というものが届出制になることによって倫理審査委員会を通して、医療機関としてIRBと同様に自己チェックができ、そこで収集されたデータがそのまま治験データとして使えるというスムーズな流れにもっていくためにも非常に重要だと思います。そういう意味で、この議論はただ単に混合診療の実施というだけの問題ではなくて、医療の仕組みそのものの根幹を変えていく大きな一歩だと認識しております。

松山事務局長 ありがとうございます。

それでは、次のテーマに移らせていただきます。医療ツーリズムでございますけれども、先に事務局からポイント、趣旨だけ御説明をさせていただきます。

事務局 医療ツーリズムは様々ありますけれども、いわゆる規制・制度という側面からいうと、医療滞在ビザという話と外国人医師もしくは医師以外の従事者もあるのかもしれませんが、この辺でございます。

事前お寄せいただいた御意見を踏まえると、前回は御紹介しましたとおり、そもそも法務省、外務省からは医療ビザの創設については、現行の枠組みで対応可能だという回答をいただいているので、今の枠組みではどこが問題なのかということについて、どのように考えるか。それから、医療ビザを仮に創設するということを要請していく場合、具体的にどういうビザなのかということが論点かと思っております。

外国人医師につきましては、臨床修練制度というものがあって、厚生労働省は使い勝手の向上を検討していきますという回答を各省回答でしてきておりますけれども、使い勝手を向上することに対応するのか、あるいはこれ以外にそもそもこういう外国の先生は認めてしまっていないのかという考え方もございますので、これ以外の制度を活用したり、あるいは新しい制度をつくったりというような複数の選択肢があると思うんですけれども、これについてどう考えるか。仮に臨床修練制度の使い勝手を向上させるとすれば、今この制度のどこが問題で外国人の医師の国内診療のハードルが高いのか。このようなところが中心かと思えます。

あと、医療ツーリズムについても特区という考え方はあると思いますので、特区の仕組みによって地域なり機関限定の医療ツーリズムの取り組みをすべきという考え方がいいのか、それとも医療ツーリズムに特区はなじまないのか。この辺が論点かと思っております。

今回得るべき結論といたしましては、これはいろんな御意見がありますし、新しい論点でもありますので整理し切れていないんですが、とりあえず考えられるのは、まずビザをつくるということそのものについて今回は法務省・外務省と合意をする。

外国人医師については、臨床修練制度の要件緩和に向けた検討をしていただくことを厚生労働省と合意する。

そして、仮に、医療ツーリズムで特区をやりたいと手を挙げるところがあれば、外国人の医師、看護師の資格をそのまま承認し、就業を認める取組みを考えてはどうか。

この辺の観点を中心に御意見を頂戴できればと思っております。

松山事務局長 真野委員、どうぞ。

真野委員 今、規制の話を中心に幾つかポイントをいただいたと思うんですけれども、勿論そうすし、具体的にはそういう議論になると思うんですが、私が提案させていただいたのは、そもそも日本の医療のレベルは高いと思うんですが、海外に日本の医療のレベルが高いとされているかどうかという視点もあると思います。医療ビザをやるということで我々は進めていこうとしているわけですが、規制とか制度がごちゃごちゃしていて、実際にどうかという議論は勿論あるんですけれども、やはり日本がメディカルツーリズムをやるということであれば、医療ビザまでつくってやろうとしているという姿勢を見せることが極めて重要だと思います。いろいろ議論したけれども、結局つくらずに今までどおりでやるという話になると、こういう議論がどこまで海外に出るかわかりませんが、余りプラスではないので、そういうマーケティング的な視点も含めてやっていくことを、先ほどから出ている医療の質を上げるとか、医師のモチベーションを上げるという視点にもつながるので、規制制度の話をも最終的にはするんですが、多分ここの委員会での総意として、そういう部分を少し皆さんに共有していただくのはどうかと思います。

大上委員 今回の御意見は全く賛成で、国土交通省成長戦略会議の観光部会の中で、メディカルツーリズムというのを議論しまして、これは非常にニーズも高い、やるべきである。医療ビザは象徴的であることのみならず、さまざまな方が日本に治療目的で入ってきて、実際に病気だから期間が変わるわけです。変わるたびに工程表をつくって、延長申請をする。しかも、御本人のみならず付き添いの家族の方とかそういう方が不都合を生じているという問題がありますので、これは医療ビザをやるべきであるというのが1点でございます。

それから、臨床修練制度というのはそもそも修練制度でございまして、これは調査いたしましたところ、診療の対価をもらってはいけないという仕組みであって、こういうものの使い勝手向上はテーマとして本質的ではないと思いますので、これは特区であれ、外国人医師というものが勤務できるような仕組みはちゃんと本筋としてつくるべきであろうと思います。

以上2点です。

角南委員 韓国の役所の中に医療ツーリズムに対応する部署というものがあって、そこには日本語の出来る専門の職員を置いています。医療ツーリズムということであれば、海外の人が日本に行きたいというアピールにならなければいけません。

あと、言葉や文化の問題があるので、専門的に対応できる人材を配置しないとイケません。そういう意味では、外国の看護師であったり、ヘルプできる人が実際に働ける環境をつくっていくことは議論しなくてはなりません。また、外からどう見えるかということが非常に重要で、日本に来たいというイメージが広がっていくことが大切だと考えます。

黒岩委員 この間メディカルツーリズムで1日シンポジウムをやったんですけども、そのときに海外から日本の医療がどう見えるかということ、非常に質が高いということでした。だれでも、いつでも、どこでもかかれる医療ということで、期待感、ニーズはあるという話がありました。それは国家戦略としてまさにやるべきだと思うんだけども、そのときに一番大事なことは、むしろ国内向けにどうアピールするかということです。

今、医療崩壊といっているわけで、救急車も受け入れ先がない。日本人のための医療も崩壊しようというときに、何で外国を見る余裕があるんだという話になる。そのところをどうクリアするかということが大きなポイントになると思います。だから、前から私が言っている開かれた医療という言い方をすることが大事だと思います。

それと、臨床修練制度の緩和が出ていますけれども、私自身が前に提案した資料3の10ページ、メディカルツーリズムをやるんだったら、この5つの規制は一遍に改革すべきだろうと考えました。

医療滞在ビザというのはそのうちの1つであります。

例えば医療機関の広告規制の緩和、外国人医師・看護師の受け入れ、病床規制も撤廃すべきだろう。開かれるというのはまさにそういう意味であります。

あと、未承認薬の使用規制の緩和もメディカルツーリズムという中で一遍に規制改革に持ち込むべきだろうと考えます。

松井委員 今、黒岩さんがお話しされた病床規制は混合診療と同様に、非常に大きい問題です。この規制が取り払われなければ、医療ツーリズムは絵に描いた餅になってしまう。その観点から、

地域ベースでの特区から始めるなど、関連する様々な規制を思い切って撤廃する。こうしたトライは地域特区が結構向いているのではないのでしょうか。亀田総合病院などの事例がありますが、おそらく他の都道府県でも、亀田総合病院と同じようなことをやりたいというニーズは相当にあると思うのですが、実際は様々な規制で雁字搦めに縛られてできない。医療ビザだけに限らず、ありとあらゆるものが規制がネックになってできない。

川淵委員 今週号の『ダイヤモンド』に亀田総合病院の例もありますが、結構外国人患者いるんだけれども、9割は在日米軍の家族だそうです。だから、こういう実態を踏まえていくと、我が国がこれからメディカルツーリズムをいってみても、周回遅れの感がある。

さらに、現場の声を聞くと、本人のビザもさることながら家族のビザも不可欠です。それから、もう一つは就労ビザです。つまり、医療観光は外国人が来るわけですから、外国語でコミュニケーションをとれる人が必要なのです。今、インドネシアやフィリピンの方に嫌がらせととれる難しい日本語の試験を課していますが、ああいう人たちはむしろ日本で場を提供して、英語で看護をやってもらえればいいのではないかと。となると就労ビザも必要だと思います。私どもの研究室に今インドネシアから留学生が来ていますが、ベビーシッターを連れて来たいと希望がありましたが、そのビザがおりない。医療の国際化と言うならもっと具体的な話をしなければいけないんです。

一方、韓国の例にならって保険医に関しては一定の保険診療時間を確保する規制も必要です。やはり、保険医登録している以上は保険診療に一定の時間を割いてくれということです。今、病床規制の話も出ましたけれども、神戸のポートアイランド国際医療センターで苦慮しているのは、病床規制があって自由診療用のベッドが確保できないということです。先ほどの地域特区ではないけれども、とにかくアリの一穴を開けていく必要があるでしょう。

もう一つは医療観光のターゲットですが、中国がこれからの有力なマーケットになると思います。本学にもたくさんの中国留学生が来ていますが、中国に行ってみてびっくりしたのは、北京大学に40人、中国医科大学に30人、上海交通大学に10人、復旦大学に10人日本人がそれぞれの医学部に留学していることです。しかし、この人たちは日本の医師国家試験の試験免許を受けるチャンスがない。中国語がしゃべれるわけですから、こういう人たちにも日本の医師国家試験のチャンスを与えてあげたらいいのではないかと。結局これは法律の問題というよりも、もっとインフラというか、勝つ戦略をとらないと、形だけのメディカルツーリズムをやっていてもうまくいかないということです。

以上であります。

大上委員 今の意見も正しくて、まず日中の国交が回復して最初につくったものは何かというと、日中友好病院なんです。中国共産党幹部が自分の通う病院をつくった。だから、中国の上層部には日本の医療の質の高さというのが染みついたレピュテーションとしてありますから、非常にニーズは高いということがございます。

それから、韓国の話が先ほどから出てきていますが、今、韓国は制度先進国です。例えばPFI、PPPの制度ですとか、あるいはITを普及させる、あるいは医療にしても、完全に昔の日本の制度をコピーしていた時代から脱却して、韓国の制度は非常によくできているんです。そこをきちん

と学んで、我々のつくる制度の中に生かしていくとともに、韓国でやられていることがなぜ日本できないのか。そういうピアプレッシャーをかき立てていくことが、この分野も必要なのではないかと考えます。

土屋主査 医療現場からすると、先ほどの医療崩壊ではないですが、我々が考えている以上に観光庁と経産省は日本の医療をよく見ているのではないかというのが印象です。思っているほど来ないのではないかというのが根にあります。ただ、1980年代には私どもの特別病棟というか個室病棟で、40ベッドあるうちの20ベッド近くがタイとインドネシアの方に占められそうになって、一時外国人を制限しようかという時期があったんです。それを考えると、東アジアの経済が回復するとその可能性があると思うんですけれども、今の動きは当時のことを知っていると、かなり冷めた状況ではないかというのが第一印象です。

現実的なビザの問題ですが、今、川淵委員が言われたとおり、本人のものはほとんど問題ないんです。私どもが受け入れるとなったら、病気で来るんですから、どの大使館もすぐにビザを下します。ところが、家族と付き添い、特に家族関係のない付き添い、メイドさんなり看護師を連れてきたいというのが圧倒的に多いので、これが下りないんです。その辺りを加味する必要があるだろうと思います。

それと外国人医師のことですけれども、これは3種類に分かれると思います。日本で専門家としてのトレーニングを受けたい方、日本で就職をしたい方、もう一つは我々が外国の有名教授を呼んで手術あるいは診療を見せてほしいという3つに分けて考えなければいけない。

最後の部分については、無条件で認めてほしいというのが我々医療現場の声です。新しいことを導入するのに呼んできたい。私も現役時代に外国に行って、いきなり手術ができるんです。アメリカでさえできます。これは州知事の認可ですから、私が行く日に合わせて病院長が申請をしておけば、即日下りてきて、アメリカで執刀できるということはヨーロッパでも、中国、インドでもどこでもできるということなんです。日本だけが世界中で一番有名な教授でもできないということで、臨床修練の許可を受けろという。これほど失礼な国はないわけですし、ここのところはまず解決していただきたいと思います。

就職については、日本の国家試験をどうするか。これはこれから修練を受ける人と同じように、この辺は条件を緩和していくことが必要ではないかと思います。

ですから、分けて考えていただきたいというのが私の主張であります。

以上です。

真野委員 土屋先生の意見に追加で、私は先ほど非常に積極的な意見を言いましたけれども、実は患者さんが海外からすごくたくさん来るかということに関しては、必ずしも肯定的ではありません。ですから、国家戦略にうたうのはすごく重要ですが、相当仕組みを考えてやらないと難しい。実際にタイとかシンガポールでも海外や遠距離から来ているというよりも、やはり近距離の人の方が多かったり、家族の方が多かったり、エキスパートが多かったりという、当たり前といたら当たり前なんですけれども、そういうことが現実はあるので、そのところは相当うまく仕組みをやりたい。

ただ、一方ではグローバル化していかないと、日本の医療が今後どうなるのかという不安もあるものですから、そういう意味でもやることは間違えなく大賛成なんですけれども、相当仕組みを考えて、日本がやれば無条件に間違いなく患者が来るという話ではないというのは多分あると思います。

大塚副大臣　メディカルツーリズムのもう一つの視点は、今、真野さんがおっしゃったように、仕組みをよく考えないといけない。それから、どなたかがおっしゃったように、国内の医療が崩壊しつつあるのに外国人のためにというのではなくて、自然発生的に海外の方がいらっしゃるようになるのが一番いいわけで、先ほどの混合診療もそうですけれども、まず全体として医療の質が上がっていくということが大前提としてあります。

もう一つは、私の個人的意見ですが、医師の免許を海外で取られた日本人の方も結構いるんですが、この方々が日本で仕事をするのにハードルが高いんです。だから、海外で医師免許を取った人たちは、当然みんな英語をしゃべれるわけです。ところが、国内の免許をそのままオーバーライドしてもらえないんです。もう一回ハードルを課されているんです。海外で日本とほぼ同様のレベルの免許を取られた方は、そのまま無条件で受け入れるとなれば、海外の医療事情もそのまま持ち込んでいただけるし、そういう意味では語学の面でも心配ない。

それから、今まで出たいろんな御意見は私は別に反対ではないんですが、それに加えて、外国の人に来てもらって日本語を勉強してもらうよりも、海外で免許を取った日本のお医者さんたちを日本に自由に来てもらえるようにするというのも重要な点だと思います。

阿曾沼委員　何点が申し上げたいことがあるんですけども、メディカルツーリズムに関しては、我々は目標、手本とする国が幾つかあると思います。私の個人的な意見で言えばタイとかインドというのは過激過ぎる、我が国の現状を考えると多少やり過ぎ、乱暴だと思います。シンガポールなどは非常に落ち着いたやり方をしています。例えば国立シンガポール大学等は外国人の診療枠を例えば15%だったでしょうか、枠をはめていますし、アメリカの大学を誘致してと一緒にやろう等と非常に意欲的かつ具体的にやっています。メディカルツーリズムといっても、どういう姿を描くのかという目標が今あいまいなので議論がまとまらないのではないかと思います。そういう意味では、目標となる姿というものを示しておく必要があるのではないかと思います。

それから、今、大塚副大臣がおっしゃったように、例えば北欧のハンガリーなどでは日本人学生が大学医学部の学生が随分おります。EUでは医師免許が共通ですから、すべてのEUで医療が出来るわけです。しかし、日本では直ぐには医師免許が取れない。そういったものも含めてどうやっていくかということが議論できればいいと思います。

もう一点ですが、非常に単純な話ですけれども、アメリカ人医師が日本にいるアメリカ人の診療をなぜできないのかということです。第一ステップとしては、基本的にアメリカの医師免許を持った人はアメリカ人を診ることができる。中国の医師免許を持った人は中国人をきちっと診ることができる。自国民の免許だったら、その国籍を持った人たちに診られるようにするというところからスタートすると、現実的に大きく広がっていくのではないかと思います。

大上委員　困っています。今、私の周りにアメリカ人がいっぱいいますが、本当にシリアスな病

気になると、やはりみんな自国に帰って治療を受けています。

松山事務局長 土屋主査、どうぞ。

土屋主査 先ほど日中友好病院の話が出たんですが、3月31日に院長以下ががんセンターに來まして、これは向こう側もかなり交流を望んでいるのと、日本がやりっ放しの援助を20年前につくったきりなんです。ですから、こういうものを援助していくと、日本で呼び込むアンテナショップ的な役割は大きいだろうと思います。

それと、英語ができればというのがあるんですが、中国の瀋陽の中国医科大学に日本語コースというものがあるって、日本語がぺらぺらの医者も育てているんです。そういう方にもすぐに免許を出して差し上げれば、医師不足にも役立つと思います。

松井委員 副大臣と政務官は金融も担当されているのでお判りになると思いますが、こうした議論を聞いていますと、医療ツーリズムも混合診療もみな金融と同じように思えます。つまり、金融が20年前に経験した自由化、要するに事前規制から事後規制への大転換、いわゆるビッグバンです。この金融ビッグバン以前の段階に医療はあるのではないのでしょうか。これを医療でも行わないと我が国の医療はもたないと思います。自由化していない、規制だらけの日本に誰が来ますか。自由化があったからこそ、我が国の金融は崩壊一步手前で踏み止まったのです。日本版ビッグバンが少しでも遅れたら、おそらく急速に進展している金融グローバリズムの流れの中で、日本は世界の孤児になっていたと思います。

まさに医療も全く同じで、戦後から今に至るまでずっと、統制経済、配給制度が延々と続いてきた。言ってみれば厚労省が箸の上げ下ろしまで全部統制して、それが現場を熟知している専門家であれば良いのですが、専門性を持たない者たちのパターンリズムの下で統制されてきた。これほど恐いものはない。その結果が昨今のいわゆる医療崩壊なのです。日本全国津々浦々で起きています。それを変えようという気が厚労省はごく一部を除いてどうもないようですから、政治がそれを実行するという1つの材料として、混合診療の問題もあるし医療ツーリズムもあると思います。明確な政治的なメッセージがないと、厚労省はここで動かないということが今回の議論の根幹にあると私は思っていますので、この分科会を通じて行政刷新会議は是非とも政治メッセージを明確に表明してもらいたいと思います。

三谷委員 ほかの方が指摘されていますが、私はグローバリゼーションという方向は非常にいいと思います。問題は一体何に絞ってどういうことをやりたいのかという話です。どちらかというところ、こういう話をして反対する人は余りいないと思います。逆にいうと、だからこそみんなが違うトーンの話をしてしまう傾向があって、一体プライオリティをどこに置くのかが問題となります。例えば医師の確保の問題にしても、欧米の著名な医師が診療できないのか、それとも観光に対する促進なのか。あるいはこちらにいる外国人に対するサービスの提供なのか。そういうプライオリティをある程度つけないと、何でもツーリズム枠組の中に入ってしまう。

例えばビザなどは制度が非常に複雑に絡まっているので、単に医療行為だけではなくて、どうやって医師として認定するかとか、そういったものが全部裏打ちが必要になります。余りたくさんものを一遍に実現しようとする、裏打ちの制度全部に手をつけることが必要になってしまうと

いう問題もあるので、本当はもう少しプライオリティーづけと、何を最大の目的にして、とりあえずこれからやるというマイルストーンを書いた方がいいのではないかと考えています。

相澤委員 同じような観点なんですけれども、今、出ている議論は2つの方向性があるって、成長戦略として日本の社会、経済の国際的な孤立の問題、対日投資の魅力がなくなっている。それについて医療産業を一定の位置づけをもって、魅力のある国にする、そういうところがあると思います。

もう一つは、先ほど出ましたけれども、患者主権というのが国民目線でいうと、国民一人ひとりが海外あるいは先進国、中心国で受けられるかもしれない医療を日本で十分に受けられないという問題もあると思います。そういう観点から両方あります。

それと、先ほど言った医療崩壊の問題があるので、1つは医師不足ということ、医療の崩壊の現場を救うという意味からの医療ツーリズムがあります。そういうところにまずプライオリティーを置けば、国民の方からすると、まずは日本人の医療水準について十分なものを得たいというのがあると思うので、その辺を中心に考えていく方がいいと思います。

医療ツーリズムはいろいろあって、松井委員がおっしゃるように、金融と同じように事前規制から事後規制というインパクトがあるんですけども、やはり金融と医療というのは違うという感覚がすごくあると思います。直ちにパラレルに理解が得られるのかということがあるし、先ほど出た病床規制の問題などは非常に大きな問題になってしまって、すぐにここで結論は出ないだろうと思うので、その点のプライオリティーを私はつけるべきではないか。つまり、成長戦略的な位置づけもさることながら、まずは患者主権的な観点から医療の国際化などの問題も議論すべきだと思います。

草刈分科会長代理 先ほど三谷さんがおっしゃったプライオリティーの問題ですけども、ツーリズムというのは、言ってみれば医療の産業化、成長という側面が1つある。それにするにしても、要するに基盤整備としての医療ビザと外国人のお医者さんがちゃんと来られるように、そこで働けるようにするという基盤整備というのがまずある。医療ツーリズムと格好いいことを言うんだけど、向こうから来る人は保険が効かないんです。健康保険も彼らは権利がないんです。そうすると、全部自由診療になってしまう。ものすごく高いです。そういうものに耐えられるかというのがテーマであったり、あるいは病床規制の問題とかいろいろあるので、これをどういうスキームでどういうふうにもっていくか、ツーリズムというものをどういうふうにもっていくかという議論は、当然もう少し精密にやる必要があるだろうと思います。

私もこんな体系では来るわけないと思ったんですけども、よく考えてみたら、韓国のカジノに行くと、高い金を払ってやっているのは中国人です。それから、うちの会社で客船というものをやっているんです。ヨーロッパの客船、アメリカの客船は一晚1,000ドルというのは一番安い方なんです。一晚100万円というのがあるわけで、アメリカ人とかそういう人は、例えば沖縄などにすれば来るとか、そういうことを楽観的に考えると必ずしも成り立たないわけでもない。

だけれども、そちらの部分は2か月の間に精密なものをつくるのは無理なので、その2つのところ、最後の医療ビザと外国人医師のところに焦点を当てて、次のテーマでどうやってツーリズムを

考えていくかやっただ方が時間的にも整理ができると思いながら聞いていました。

大塚副大臣 大分時間も過ぎていきますので、2点だけ申し上げさせていただいて、次につなげていただきたいと思います。

1点目は、先ほど三谷さんがおっしゃったように目的は何なのか。これは今日途中でお話させていただいた中に、親会合として、今後不断の規制改革を行っていくための基本ルール、プリンシプルをどうするかというところで、整合性原則ということ述べさせていただきました。目的と手段です。何度も繰り返して恐縮ですが、規制とか制度というのは本来の目的があるはずであって、この議論も三谷さんがおっしゃるように、何のためにそれをやるのかということ共有した上で結論を打ち出すということは重要だと私も思っています。

それから、非常に単純な話なんですけど、公共政策の分野でティンバーゲンの定理と言われるものがあります。大した話ではないんですが、1つの政策手段では1つの目的しか達成できない。要は1つの政策手段でよけいなことをいろいろ混ぜると、結果として不整合なことが起きるといったそれだけの話です。混合診療なのか何なのかはわかりませんが、目的と手段を明確にした議論をしていただきたいというのが1点です。

2点目は、皆さんと田村さんや私との最大の違いは、私たちは有権者と直接接して、大衆の気持ちとか雰囲気というのがわかるんです。何を申し上げたいかというと、これまで累次にわたり、前の政権でも規制の議論をしてくださってきた委員の皆さんというのは、国民全体から見ると大変専門性が高く、認識の深い方々なんです。お医者さんというのは儲かってしょうがなく楽な商売だと思っていたら、勤務医の皆さんは大変なんですという認識が、ようやくこの数年間で多くの国民の皆さんに御理解いただけるようになった。それから、医療崩壊という言葉は大分浸透し始めていますけれども、日本の医療の質が遅れ始めている、劣化し始めているということは、まだ多くの国民の皆さんは理解されていないんです。

だから、先ほど申し上げたように、もし今回の混合診療の件で一定の結論に導くことができ、そして、国民の皆さんのマジョリティーの賛同を得られるとしたら、日本の医療は知らないうちにお医者さんが大変なだけではなくて、実はよその国に比べると質が落ちているんですということをおまかせできれば、多分国民世論を喚起できると思います。だから、それをする前にかなり個別の専門的な議論にこの場が入っていくと、結果として何もアウトカムがないということになりかねないので、是非そういう視点を共有していただきながら、残された期間に意味のある結論を出していただきたいということだけをお願いしておきます。

松山事務局長 どうもありがとうございました。

時間が超過してしまいましたけれども、両主査から何かございましたら、一言お願いいたします。

土屋主査 今、副大臣がおっしゃったとおりだと思います。私も患者及び家族の目にさらされていますので、混合診療も患者さん自身が受たい医療が受けられないということが一番のポイントではないか。患者さんの願いをかなえてあげるには、混合診療の原則解禁ができなければ、届出制を導入して実質的な解禁に一部の医療機関だけでもしていったらどうかという点が一番のポイントではないかという気がします。

また、医療ツーリズムは、海外の日本語のできる医師免許を持っている方、あるいは外国語であっても日本の医師免許と同等の免許を持っている方に日本の医師不足を早急に解決していただく。そのためにはそういう医師を受け入れる以上、その国の患者さんもこちらで受け入れられるという論法も1つあるという気がいたします。

ただ、草刈分科会長代理が言われたように、ツーリズムについては病床規制その他をクリアしなければならない。これは何年もかけなければならないでしょうから、他の項目の再生医療とか薬事については、この2か月でできることと、その後、中期的に目標とすることと次回にはっきり分けていったらどうかという気がいたします。

以上です。

松山事務局長 どうもありがとうございました。本日は非常に白熱した御議論をいただきました。次回は4月29日13時から3時間ということでございます。よろしくお願いいたします。

それから、本日は2テーマについて御議論いただきましたけれども、冒頭申し上げましたように、今日整理させていただきました一覧表の ~ まで一応整理をした上で、次回は御議論いただく。

加えまして、実は枝野大臣が月曜日に出張に行かれて、特養の医療体制、要するに診療に非常に制約、制限があるということで、これについても検討してもらいたいというリクエストがございますので、19項目になると思います。なるべく事務局の方で努力いたしまして、事前にお目通しいただけるようにしたいと思っておりますけれども、そのようなことで次回は御審議いただきたいと思っております。

詳細につきましては、また追って事務局より御連絡申し上げます。

それでは、本日はこれまでといたします。どうもありがとうございました。