

## 第6回ライフィノベーションWG 議事概要

1. 日時：平成22年11月10日（水）15:00～17:03

2. 場所：永田町合同庁舎7階特別会議室

3. 出席者：

（委員）阿曾沼元博、大西昭郎、岡野光夫、翁百合、川渕孝一、神野正博、久住英二、  
竹中ナミ、土屋了介、中村寿美子、藤井賢一郎、三谷宏幸、山西弘一、  
岡素之

（政府）園田大臣政務官

（事務局）松山事務局長、小田審議官、船矢参事官、筒井企画官

4. 議事概要：

○小田審議官 それでは、時間が参りましたので、第6回の「ライフィノベーションWG」を開催いたします。

本日は、黒岩委員、馬袋委員、真野委員が御欠席でございます。

なお、分科会から岡分科会長代理に御出席いただいております。

それでは、冒頭、園田主査から一言お願いできますでしょうか。

○園田政務官 本日は、第6回のライフィノベーションワーキンググループといたしまして、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。また、今日は、岡分科会長代理にも、分科会からの御出席ということで、誠にありがとうございます。

皆様方には、本当に精力的に個別の検討会でも様々な御発言、あるいは御協力をいただいております。本当にありがとうございます。また、今日のこのワーキンググループを境にいたしまして、更にもっともっと広げてまいりたいと思っておりますので、是非ともお力添えをお願い申し上げます。

それから、ちょっと私から2点、皆様方に情報提供ではありませんけれども、お話をさせていただきたいと思っております。今日はライフィノベーションでございますので、社会保障改革の全般的な取組といたしまして、今、やはり政府・与党一体となってこれを進めていくということで話を、様々な会議をさせていただいていることでございますけれども、やはりその水準であるとか内容を含めまして、国民にわかりやすくそれを御提示していく、選択肢を提示していく必要があるということを考えておるところでございます。

そしてまた、一方では、どうしてもやはり財源確保についても議論をしていくということもありまして、政府・与党で、これを検討する場といたしまして、政府・与党社会保障改革検討本部が、この10月28日に設置されまして、議論がスタートいたしているところでございます。

それからあと、これは政府と、それから、これは党という立場での話でございますけれども、民主党も、このいわゆる規制・制度改革をしっかりと進めていかなければいけないということで、このたび成長戦略・経済対策PTというものが設置されまして、そのプロジェクトチームのもと

に、総合特区・規制改革小委員会、これは、大塚前副大臣がずっとこの規制・制度改革の第1ルールを務めていただいていたわけですが、今度は党側に入りまして、この小委員会の小委員長ということで、党からもこの規制・制度改革の動きをしっかりとサポートしていただけることとなってまいりました。そういった意味では、今日また御審議をいただいて、その内容も併せて党あるいは政府全体でも更に進めてまいりたいと思っておりますので、是非とも今日も闊達な御意見、御審議のほど、よろしく願い申し上げて、まずは私からのごあいさつとさせていただきます。ありがとうございます。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは議事に移らせていただきます。

まず、議題2の制度改革の方向性についてでございます。前回のワーキンググループで、検討の視点、それから自由討議をいただきました。そこでさまざまな御意見をいただいております。主な御発言を、今日お配りしております資料1として事務局で少し整理をさせていただいておりますので、また御確認いただければと思います。

それから、第2ルールでは、制度改革に取り組むべきという御意見を多数いただいております。また、土屋主査からも、制度全体を見据えながら個別課題の検討を行うという御指示もいただいておりますので、本日は、平成20年1月から11月まで社会保障国民会議というものがございました。そのサービス保障分科会の委員をお務めでいらっしゃいました神野委員から、この社会保障国民会議の御議論を御紹介いただきまして、その内容も含めて、医療、介護あるいは保育に関する制度全体の方向性について、その後、引き続き御審議をいただきたいと思っております。

なお、お手元の参考資料の3、4、5は、後で御審議いただきます個別検討項目とは別に、全体的な御意見を委員からいただいたものでございますので、後ほど御審議の際に必要な応じて御紹介いただければと思っております。

それでは、神野先生、よろしくお願いいたします。

○神野委員 神野でございます。御指名でございますので、少しお話をさせていただきます。

皆様方の資料の方で、参考資料1をごらんください。「社会保障国民会議からのメッセージ」ということで、当時の議論、あるいは報告書について説明させていただきます。

その前に、少し私見も交えて思いをちょっと語らせていただいて、その後、社会保障会議ということになりますけれども、1ページ目ですが、これは三つ巴でございます。これは、私がこの10年ぐらいよく使っているのですけれども、これは日本の伝統的なマークでありまして、ジャンケンポンと同じで、3つが、一方に勝てば一方に負けるという関係です。まさに日本の和の精神とではないかと思えます。

次のページを開いていただきまして、非常に高い質の医療と、そしてアメリカの2分の1のコスト、これで三つ巴が成り立つためには、その間にもう一つ何か必要であったということになるかと思えます。それが、昨今まさに議論されている医療崩壊の原因となると思えます。すなわち、高い質を低いコストでやってきた。それは、医療者が自己犠牲といいますか、時間外労働をいわず、あるいは低賃金ということでやってきたという自己犠牲によって医療崩壊というのが起き

たというのが基本的な認識であります。

しかし、その自己犠牲というような自虐的なネタではこれはなかなかやっつけていけないわけでありまして、そのかわりに何か入れなければいけないということで、ここに幾つかアイデアを出してみたということになります。勿論、社会保障費全体の財源論があるわけでありまして。

それから、3ページ目の上に行きまして、健康増進・予防にお金をかける、あるいは3ページの下にありますように、公助、自助、共助ということでボランティアといったようなものもあり得ると思うわけでありまして。ただ、例えば夜中の2時、3時に、大変忙しい病院の病棟でボランティアをしてくださる方はどなたもいらっしゃらないわけなので、そこにすべてをお願いするわけにはいかないであろうと思うわけでありまして。

4ページ目ですけれども、そうすると、この質とコストを両立させるためには、効率化というようなものが必要であろう。その中にいろいろな効率化の指標というものがあるのではないかと思います。ここにいろいろ規制・制度にかかわるものがたくさんあるかと思いますけれども、ITの利用、あるいは改善活動、トータル・クオリティ・マネジメントであります。それからチーム医療ということで、業種間の役割分担、それから、前回もお話ししましたが、家庭医・総合医の活用も重要です。昨日も菅総理が予算委員会で、これからは家庭医・総合医だとお話をなさっていらっしゃいましたが、その活用が必要でしょう。あるいは医療提供体制そのものも再構築する必要があると思います。それは次の社会保障国民会議につながってくると思いますけれども、あるいは介護・福祉との協働、それから医療の産業化、規制・制度改革といった指標というものが必要になってくるのかなと思うわけでありまして。

5ページ目から、実際に社会保障国民会議における議論といいますか、報告書を簡単に、関係のありそうなところについて説明させていただきます。これは、まさに医療提供体制の再構築に大いにかかわるところだと思います。

2008年2月、福田内閣の時代に、社会保障国民会議というものがつくられました。竹中委員も委員として参加されていたと思いますし、川淵委員はゲストとしてお話しいただいたと思います。実際に最終報告書が出るのは11月でありますので、既にオーダーした方はいらっしゃいませんので、次の麻生内閣で報告されたといったことになるわけでありまして。

ここで、サービス保障分科会が主に医療・介護のあるべき姿ということについて議論した会議でありました。ここにありますように、検討として、「本シミュレーションは」というところがありますが、「あるべき姿」の実現を前提とした、2025年がこうであるということ、シナリオをつくって、そして、その改革の道筋、工程を明らかにした上で、財源論とかについて触れたというのが、この分科会の結論である、最終報告であるということでありまして。

この結論については、今も内閣府のホームページで詳細に出ておりますし、シミュレーションの前提となる数字等も公になっているわけでございます。この最終結論のときの現場の話として、やはり経済界の代表の方からは、これは許せない、改革するということはお金が安くなることである。あなたたちの改革というのは金がかかる改革であるということ盛んにおっしゃった。しかし、学者さんたち、あるいは我々からは、とんでもない、今の医療がひど過ぎるから、改革を

すれば当然金にかかるんだというようなことの押し問答が、最終報告書ができるまでにあったと覚えております。

5 ページの下でありますけれども、御承知のとおり、75歳以上高齢者の増大ということが、示されております。特に黒い折れ線グラフのように、後期高齢者と言われる75歳以上の人口の割合が増加しています。

それから、6 ページ目の上の表でありますけれども、「自己負担割合の国際比較」ということで、日本は、医療費は安いけれども、自己負担は決して安くない。逆に、自己負担は諸外国に比べて高いというのが日本の医療の特徴であるということでもあります。この辺のところは、多くの国民が誤解しているところであるかと思えます。

それから、6 ページ目の下ですけれども、私は、これはとても大事な面白いグラフだと思うのですけれども、高齢者を65歳から5歳刻みで割りまして、そして、このカラムの下から、入院している人、それから要支援・要介護といった方々を積み上げていったということでもあります。同じ高齢者と言われても、65歳～69歳に関しましては、人数としたらほとんど5%に満たない方々しか入院、それから介護サービスを利用していないということが見てとれますし、同じ高齢者といいますが、85歳以上になりますと実に10倍以上になると思いますが、人数として55%以上の方々が、入院あるいは介護サービスを利用しているというようなことが見てとれるわけでありませぬ。

先ほどの人口のカーブとこれを掛け算していきますと、これから75歳以上人口が大変増えていくという中で、お金がいっぱいかかるところがこれから増えていくというようなことが見てとれるということでもあります。

7 ページ目の上の方でありますけれども、これは、現在の要介護老人の割合と同時に、各国の高齢者の居住状況について書いてあります。ここでは、これは2005年ですけれども、介護保険3施設のほかの、いわゆる海外で言うシェルタードハウジングとか、アシステッドリビング、日本で言ったら高専賃とか有料老人ホームになるのでしょうか、そのあたりが非常に少ないというのが日本の特徴であると出ております。

そして、7 ページの下であります。ここで医療・介護サービスをいろいろとシミュレーションしてみようということになったわけでもあります。下の左から右図に行くと、よりめり張りをつけるということになります。ピラミッドの一番てっぺんでありますけれども、より高度急性期の医療を充実強化・短期治療というところには、お金と人をたくさんかけ、そして、下の方に行って、在宅の場、24時間サービス、あるいはその1つ上の看取りといったようなあたりについては、コストは少なく、そして先ほどの居住施設等も入れ込むといったようなシミュレーションをして、どうなるかということをやったわけでもあります。

次のページをごらんください。8 ページ目でありますけれども、このシミュレーションのもとで、2007年を現状としたときに、2025年の姿、これは先ほどの人口構成とかを前提にしているわけでもありますけれども、Aシナリオというのは、2007年のまま何も変わらずに行った場合。それから、B1、B2、B3と行くに従いまして、B3シナリオは、一番めり張りをつけたというこ



最後ですけれども、13ページは社会保障国民会議と全く関係ありません。私どもの法人で、今年の4月1日に、私どものまちの商店街の中に小規模多機能型居宅介護施設をつくりました。実は、御多分に漏れず、商店街はシャッター通りが非常に増えておりまして、その中に介護のお金を使ってまちのにぎわいをつくったらどうかということでこんなものをつくったので、ちょっと御紹介ということで出させていただいたわけでございます。

社会保障国民会議の資料は、先ほど言いましたように、5ページ目から10ページ目、主に医療を中心にしてお話をさせていただいたわけでございます。竹中委員、もし何か追加がございましたら、よろしくお願いたします。

○竹中委員 今、神野さんがおっしゃったように、増税のためのあれではないかと相当言われましたけれども、私たち自身が、チャレンジドをタックスペイヤーにできる日本というようなことで、タックスのことを抜きにして社会保障は語れないというところで、本当に今のままでいいのかということ、私は大変率直にたくさんの方に知っていただく結果が出たんだろうと思っております。決して増税ありきではなかったけれども、結果として、今の日本でこれだけの高齢化が進む中でどのようにしていくかというときに、真剣に税のことも考えて語ってくださいねという、私は、この社会保障国民会議に参加させていただいて、大変納得できるといいますか、理解をさせていただきました。

以上です。

○神野委員 ありがとうございます。

そういうことで、恐らく今も含めて、先ほど主査からお話がありましたけれども、新たな社会保障の会議が開かれるということでございますが、現時点では、これにまさる将来シミュレーションはまだないと理解しておりますし、それから、今、私は厚生労働省の第7次看護需給見通しの委員をやっておりますが、その中でも将来予測のシミュレーションはこのデータを使って、今度は、実際に看護師がどれだけ必要かと、もう少し看護だけに精緻化したシミュレーションが今始まっているということです。

以上でございます。

○小田審議官 神野先生ありがとうございます。竹中委員もありがとうございます。

それでは、今いただきました御説明につきまして意見交換をしていただければと思いますが、30分ぐらいの時間めどでお願いできればと思います。

○園田政務官 ありがとうございます。本当は、あのときは、私個人的な思いとしては、社会保障の議論をする際には、これはもう超党派でやるべきだということは、ちょっと今さらなのですけれども、言い訳じみた話ではありませんが、やっていく必要があるのかなと思っておりました。そういった中で、こういう形でやっていただいたというのは、私は外にありましたけれども、大変参考にさせていただいた、一つの指標としてはすごく参考になっております。

そこで、ちょっと細かい点かもしれませんが、1つずつと気になっていたことがありまして、介護施設のシミュレーションの中で、例えば老健施設、そして特養、それからもう少し軽度のというか、そういった中でも大きくいろいろ分かれていくのだろうなど。恐らく病院でも、

急性期と回復期と療養期というような形でそれぞれの病院の機能というものがあるはずだろうと思うんですね。それが余りにも現状の中で結構ぐちゃぐちゃになってしまっているというのか、境目がよくわからなくなってしまうというのが、僕は一つの反省ではないかなと。次のステップ、介護の中で考えていく、あるいは医療の中で考えていく際には、それぞれの機能をもう少し明確にしていかなければいけないのではないかという問題意識をずっと持っていたのですけれども、この社会保障国民会議の中で、そういう細分化するような話というのは何かありましたでしょうか。

○神野委員 8ページの資料にシミュレーションの実際の数字が書いてあります。そこで緑色の介護施設、特養、老健と居住系の特定施設、グループホームというところの数字が入れてあるのですけれども、一応、よりめり張りをつけたB2、B3シナリオあたりは、実はこの辺に非常にたくさんの施設、早い話、療養型とか一般病床を若干削ってもこっちを増やせといったような議論だったと思います。

ただ、その中の特養と老健の配分をどっちにどうするかという話は、これは、申し訳ないけれども、えいやーでありまして、ただ、特養の方がちょっと多いというのは、こっちの方が安いから特養をちょっと多くしたのかなという程度しか実は議論がなかったのですけれども。もっとこの上の方の高度急性とかそちらの方は、いろいろと思いがございましたけれども。

○小田審議官 阿曾沼委員。

○阿曾沼委員 先生の御説明は大変明確で、我々が今後色々と議論して、厚労省に対して色々な球を投げるときに、共通の認識として委員が頭の中に入れておくことが非常に重要だと思います。お話の中で多くのシナリオが出てきていますが、では、緊急の課題として規制や制度の何をどういじって、どこをつつけばそれらのシナリオがうまくいくのかという点を具体的な提言として打ち込んでいかなければいけないと思うのですが、それについて何か試案がとおりになるかということをお伺いしたいと思います。

それから、実はすごく過激なことを言ってしまうと、病床をどうこうしろという前に、日本のこの狭い国の中に病院の経営主体、つまり開設者が27もあるんですね。もっと細分化すると40もあるんです。経営主体が地域のなかですごく輻輳化していることが、実は医療の根幹の問題ではないかと思っています。1つの地域内で、歩いてそんなに遠くないところに、社会保険病院や厚生年金があって、国立病院があって、自治体病院があって、民間病院があるわけです。国民皆保険制度をつくったときに、施設へのフリーアクセスを担保するために、その当時お金のあるところが病院をつくってきた訳ですが、それが今、医師の偏在や病院経営の悪化などの大きな課題をかもし出しているのではないかと思います。本質的には、経営主体そのものを整理統合していかないと、本質的な医療の問題解決ができないのではないかと思います。

ただ、現実的にはその整理統合というのはなかなか難しいことで、ステークホルダーが余りにも多過ぎますからね。しかし、この点も踏まえてでも、何をどうしたらいいのかという点についても先生の現場の御意見を具体的にお聞かせいただけると大変ありがたいと思います。

○神野委員 若干私見になりますけれども、まず、私はこの幾つかのシナリオの中で、金の問題

は別にして、やはりB3シナリオがありかなと思っております。そうすると、この高度急性26万床というのは、多少多い少ないはあるにしても、これがいわゆる本当の基幹病院の中のピン中のピンの病院になると思う。これを今のように地域で何箇所もこういった病院があるというのはあり得ないわけであって、そこでは、金もかけるし人もかけるけれども、数は制限するといったような、これは逆に規制改革ではなくて規制になると思いますが、規制はかけていく必要があるし、それをどこに設置するかということに関しても、どこがいいか、どういう場所の議論がいいかわかりませんが、きちんと地域医療計画とか、そういったものを、誰が見ても納得するような形をつくっていく必要があるのかなと思います。

このB3シナリオという前提に立てば、その次の非常にめり張りがついていますので、あるいはお金の問題も、ある程度、高度急性のこの26万床に関してはDRG、1入院当たりの支払い方式とか、そういう支払い方式も考慮すべきかと思えます。

先ほど言いましたように、一般病床の中でも、今の普通の救急病院のレベル、それから、さっき私は提唱しましたけれども、中小病院が担うような地域一般病棟、そういったものをラベルづけしていく必要がある。そこには、数の制限、集約化というところをやらざるを得ないだろうから、そういった意味では、1つの地域に、さっきおっしゃったように、社会保険病院と日赤病院と県立病院が一緒にあるところでは、よりめり張り化はあり得ないのかなと思います。

○阿曾沼委員　そうすると、例えば15年後のシナリオを考えると、病床のあり方を再度規定すると、当然ネックになるのは、やはり経営主体の多さではないかと思えます。そうすると、誰の権限で地域内における整合性を取っていくのでしょうか。地域医療計画を策定する上で、知事の権限をどうするかとか、中央行政の権限と地方の権限を、どういうふうに分担し、権限を付与していったらいいのかが大きな課題となりますね。それから、自治体病院の新築において税金や保険料の投入のあり方や、地域にとって重要な民間医療機関の立て替えや新築時にどう財政的にサポートしていくのかといった現実的なシナリオが、この15年間の間にできてこない、これはできないのではないかと思います。ですから、これが非常にすばらしいシナリオだとしても、本当に実現するためには、どの時期に何をすればいいのかを、もう少し具体的に議論ができるいいと思っています。

私は、労災病院と国立病院なんかは、一緒にやったらいいのではないかとも思っていますし、一緒になった場合の経営主体のあり方や、経営をどうすべきかを抜本的に考えるべきだと思っています。国立病院が全国に160余もあって、それが一つの独立行政法人で中央集権的に経営して本当にいいのかと真剣に思います。地域医療を考える上で、地域分割するなどいろいろな経営のあり方を考えるべきだと思えます。もしこのシナリオをつくり実現するために病院の経営主体のあり方を議論できて提言できれば良いと思っています。

○小田審議官　土屋主査。

○土屋主査　今の経営主体とどこがメインにコントロールするかという問題ですけれども、経営主体が確かにいろいろあるのですが、日赤と社会保険あるいは国立が一緒になると、逆に今度、中央が強くなり過ぎて、ますます地域でできなくなるということで、これは矛盾すると思うんで

すね。ですから、数が減った方がいいという論理もあるのですけれども、むしろ一番問題は、これは全体のシミュレーションであって、地域ごとに細かく今度積み上げていかなければならないというときに、どこが主体かと言えば、今の行政単位では県だと思えますね。病院の認可権は県知事にあるわけですから。

ところが、地域医療計画を中央で余りにも細かいことまで指示し過ぎるわけですね。ですから、地域の特性が生かされた地域医療計画が立った試しがない。ですから、これはやはり厚生労働省が口を出さないで、地域が主体的に計画を立てられるようにしないとイケない。そうしますと、当然、経営母体がいろいろあっても、これは地域の特性に合ったことを押しつけられるようにすれば、中央を向かずに、いわゆる県知事に向けて各病院が行動しないとならない。そういうようなシナリオを同時にやらないと、なかなかこういう方向には行かないだろうという点を心配します。

もう1点目は、9ページ目の上の段ですけれども、これは現状と2025年のAシナリオとB群のシナリオがありますが、Aシナリオは、今のままほっといたらということになると思うのですが、これは、ほっといたらということは、今の矛盾がもっと増大するということで、恐らくこのA対Bで、経済界の方から、改革してもお金がかかるのかという批判が出るのは当然だと思うのですが、では、今のままほっといて崩壊を進めるのか、それを基準に考えるからおかしくなるわけですね。これは、今でも労働基準法違反の病院が大半ですし、また、介護殺人が実際に起こっているわけですから、これを増大させた姿がここであると。この認識がないと、これは比較自体が全くナンセンスなんですね。Bシナリオは、そういうことがない理想像はこういうふうにお金がかかりますよということなんですね。Bの中でどれを選択という話でないとおかしくなる。

これは、先ほども言ったように、では、労基法違反のところをどうするかというと、やはり地域特性に合わせてやらないと、これは解決しようがないわけですね。日赤病院はみんな日赤の本社を見ている、社会保険庁病院は社会保険の本体を見ている、労災も同じであるというようなことでは、地域の特性に合ったこれを分解していけないだろうという気がいたします。

○小田審議官 竹中委員、先ほど手を挙げておられましたが。

○竹中委員 私が言いたかったのは、政権が変わって、どうしても前政権時代のことを否定するという流れにはなっているのですけれども、先ほど園田さん御自身が、この分野に関しては超党派でおっしゃったように、まさにせつかくこのように出された、そういう意味で大変参考にもなり、練られてもおる資料ですし、今おっしゃったように、この中からいろいろ編み出していけるというか読み取れるところが多々ありますので、是非うまく活用して議論の中にこの結果を使っていたいただければと思います。

○小田審議官 神野委員。

○神野委員 済みません、ちょっと私が持ってきて申し訳ないですけれども、参考資料1-②を説明させてください。今、土屋主査から県にすべて任せるべきだという話もあったのですが、任せるとこんなことになるという話をちょっとだけさせてください。

これは、規制改革の話ではなくて恐縮ですけれども、昨年度、地域医療再生基金というので、

各県25億掛ける2の50億円を配ったわけですね。また、今回の補正予算にも出ているわけですので、余り園田政務官の前で言うのも何でございますけれども、結局、去年の地域医療再生基金の検証をしないまま新しいものを配っても大変なことになるというか、実際、今、検証している地域医療再生計画に係る有識者会議というのが厚生労働省にあって、その資料が今、公になっていますので、ちょっと見せていただいたら、結局、県が主導権を取って、地域医療を再生するためだといって、CTスキャンを買ったり、MRIを買ったり、増築したり、電子カルテの購入といったものに使っているのが物すごく多いんですね。その検証をすることなく、また同じような金をまいて大丈夫かなと思うし、それから、その下にありますけれども、「あるべき姿」、これは私の意見ですが、教育・研修と地域連携に使うべきであるということをやっと挙げさせてください。

教育・研修には、もっともっとお金をかけるべきだ、あるいは連携のために医療機関をつなげましょうとか、それはどうぞ使いましょよと思うのですが、結局、県に任せてしまうと、公立病院にばかり金がばらまかれてしまっているということに対しては、多少これは、国にもうちょっとレギュレーションをかけてほしいと思うところです。

○小田審議官 土屋主査。

○土屋主査 今、神野委員の言うとおりでと思うのですが、ただ、これは県に任せたからというのではなくて、施設とか、先生も診療報酬で手当てすべきであると。その金を出したからおかしいわけですね。先生がおっしゃるように、連携とかそういうところに限定して国が配れば、こういうことにはならないわけですね。これは、県に任せたからおかしいのではなくて、はっきり申し上げて、国の施策がおかしいんですね。

こういうことで配って、本来、診療報酬でやるべきことを、補助金まがい全部今までやってきた結果がこうなっているわけですね。診療報酬でやるべきことで、コストに対してプライスをしっかり決めて、差引勘定がきちんと±0になるようにしていれば、こんな金は一々出さなくていいわけです。ですから、これは県が悪者ではないと私は思うんですね。県は、やむを得ず、金がないからここへ注いでいるわけです。国の施策の方が間違いで、私は、県の方はむしろ肩を持ってあげたい。やむを得ずこれをやっているんです。

○阿曾沼委員 ただ、一言申し上げますと、県単位の行政において、公私イコールフィッティングを実現することが地域の医療において重要だという認識を持っている県、行政は、非常に少ないと思います。そういう意味からすると、国が公私イコールフィッティング環境を作るとべきとの指導等の施策を打っていくことも、一方で重要だと考えます。

○土屋主査 それは、指導をし過ぎたから今があるので、指導してはいけないんですね。これは、県が意識がないのは、今まで任せてもらっていないから、東京都以外はどの県も育っていないわけですね。東京都は金がありますから自分でやっています。ですから、エイズの問題でもエボラの問題でも、国よりも東京都の方がずっと進んで指示を出しています。ですから、そういう独立で考えられるようなことには金を与えなければ考えられないんですね。これをこのような形で渡すから、県が全部国を向いて仕事をしている。地域医療なんか考えていないわけですね。ですから、

そのところを一番考えて改革をしていかないと無理ではないかと思えます。

○神野委員 恐らく県は、使い道がないのではないから機器を買おうかと思って、これこそ仕分けしなければいけないと思うのですけれども、実際にこの話をいわゆる過疎地の公立病院の院長におかしいと言ったら、「だけど先生、医者のおもちゃのマルチスライスCTぐらいないと、医者来ないからね」とおっしゃるんですよ。今、土屋先生もおっしゃったように、これは、本当に診療報酬で払えないようなものを買うなと思えてならないわけでありませう。

○小田審議官 川渕委員。

○川渕委員 私は舞台裏をよく知っているのですが、社会保障国民会議のこの資料について意見を言うのはどうかと思ったのですが、先ほど御案内のヒアリングに呼ばれ酷評した覚えがあります。神野先生には申し訳ないのですが、やはり一番悩ましいのは、コストと質と効率化の三つ巴の中で、コストや効率化はわかったんですが質についての言及がないことです。ここで言う効率化とは、在宅に持っていくとか、介護施設を増やすとか、あるいは在院日数を短くするとかですね。これに対して、質についての言及がこの文書の中にはないのではないかと思うんですね。つまり、国民にしたら、こんなに金を払ったらこんなに医療の質が上がるという話ですね。

ヒアリングのときに私が申し上げたのは、先ほど土屋委員もおっしゃったように、ミクロからマクロに積み上げなければいけないと。というのは、いろいろな県の事情があって、その地域や県によって最適解が随分違うからです。

私は、そのときたしか人口10万人当たり2番目に医者の数が多い徳島県を例に取り上げたと思えます。ただ、その徳島市もちょっと車で走ると、もう全然医者がないんですよ。そういう県ではどうやれば医療の質の向上と効率化の同時達成ができるのかを地道な作業としてDPCデータを使ってやったらどうかという具体例を申し上げたのですが、虚しい結果に終わりました。

ただ、私は、せつかく政権が代わったことでもあるので前の政権が頑張ってやられた超マクロの推計にミクロの視点を付加できたら、今後の話が非常に発展的になるのかと思えます。結局、ミクロの話をしておかないと、先ほど阿曾沼委員もおっしゃったように、誰が、いつ、どこで、何をしていたか出てこないわけですね。おれたちはどうしたらいいのかに加えて、特に質の向上が一つポイントになるかなと思えます。

○小田審議官 久住委員いかがですか。

○久住委員 まず、病床を高度急性に分ける、一般病床に分けるというお話がありましたけれども、現状で、高度急性期病院を支えているのは5年目ぐらいまでの非常勤の立場のレジデントであって、もう40、50の人は当直がきついで現場からいなくなっているわけですね。ですから、この数字を挙げていただくのはいいですけれども、実際そこに人を当て込めるのかどうかというところが全く議論されていないのと、そもそも現状の医師数が27万5,000人とありますが、この中で多分、多くの方は、何千人とか何万人の方はもうお亡くなりになっているドクターがいらっしゃるはずなんです。厚生労働省の統計というのはそんなものなので、亡くなったドクターが厚生労働省のホームページで検索すると出てくるんですよ。だから、これは、看護職員も、ライセンスホルダーはいるんだけど、では実際どれぐらい働いているのかという動態が全然出てい

ない。

ですから、当然医師も、人数がいっぱいいますが、厚生労働省というのは、例えば立川市の医師会は、77歳まで休日・夜間診療所をやるんですよ。ですから、それも含めて医師数と言っているんで、その人たちを高度急性期には当然当てがえないわけですから、ミクロと川渕先生がおっしゃいましたが、その部分が必要というところと、数の勘定とか机上の空論をつくるのはいいのですが、では、実際に働く人たちがモチベーションを持って働けるようにするという施策が現状できていないところを放置しておいて、数だけ勘定するというは、何となく非常に絵空事だという印象を先ほどから抱いておりました。

では、自分に解決の秘策があるのかということなかなか難しいのですが、1つは、国がこうした、県がこうしたから、では、あなたはあっちに行ってくださいということでは、当然、徴兵制みたいなものですからインセンティブは生まれてこない。例えば、経済的にこうすると収益が上がるとかということで誘導せざるを得ないと思うのですが、特に民間業者で、うちも含めていろいろなユーザー目線に立ったサービスをやっていこうというところが多分出てくるので、そういうところをうまく誘導していくということだと思います。すみません、ちょっと中途半端な意見で申し訳ないですが。

あと、介護職員も、当院を受診される方で、非常に疲弊していて、交代勤務ですから、もう不眠で、眠剤を毎日のお飲みになる方というのは非常に多いですね。ですから、ストレスのかかる職場で、それが何かというと、介護施設を使う御家族の方ですね。家で介護するのと同じようなレベルの介護を施設に求めているわけです。うちのおばあちゃんは食べるのがゆっくりだから、ごはんを1時間かけて食べさせてくれと。それをやってはやはり難しいので、どこまでのクオリティをエンドースというか人生の終末期に求めるかという議論をしっかりとやっておかないと、本当に入院と同じレベルで介護に行ったら、当然期待するクオリティがないということで、ユーザーさんからも反発がありますから、やはりコンセンサスづくりというところを並行してやっていかないといけないと思っております。

○大西委員 一言だけ。私は医師ではございませんので非常に素人的な見方しかできないのですが、先ほど来、ミクロのシミュレーションというお話がありまして、大変必要ではないかと感じました。今の久住委員のお話にもありましたが、例えばB3のシナリオになったときに、何人の方がどこで亡くなっているのでしょうか。人生の終末期を迎えるに当たって、高度急性病床で亡くなる方、それから一番下の居住系の特定施設、グループホームで亡くなる方というのが、その当時、何人ぐらいの割合になっているのかとか、そのときには、どういう疾病の方がどこに分散しているのかといったようなイメージが持てれば、もう少し具体的な質の議論とかといったものにつながるのかなと思います。

一説によりますと、10年ぐらいすると、今より倍の方が毎年亡くなっていく時代が訪れると聞いたのですけれども、そうすると百何十万人の方が多分亡くなっていくと思うのですが、どこにこれが分散されるのだろうとちょっと思った次第です。そういったことも含めて、もう少し具体的なシミュレーションのイメージがあると、自分の将来がどうなるのだろうかということにつな

がっていくような気がした次第です。

○小田審議官 神野委員。

○神野委員 まさに、川渕委員がおっしゃったように、ある程度、効率性を求めていますから、結局、8ページの下の三角をごらんになっても、居住系、在宅介護系が物すごく人数が多いんですよね。結局、その辺のところを増やして、全体のマスを抑えようというのが改革シナリオになってしまうわけです。

○大西委員 その方は、たった一人で亡くなっていかれるのか、先ほど言われたように、何らかのサービスを受けた上で亡くなっていかれるのと大きく違ってくると思うんですね。

○神野委員 そのために、さっき言ったような駆け込み寺的な病床というのが、病床区分の中に必要なかなと強く思うわけです。

あとちょっと、もう一回だけ確認ですけれども、8ページの上のB3シナリオで、在院日数のところを見ていただくと、高度急性は16日で、一般急性9日なんですよね。ということは、高度急性というのは、本当にばたばたの重症である。かえって在院日数が長いですからね。そこに人をたくさんかけていくと。一般急性は、今、技術も進歩していますから、例えば胃を切るだって、昔は3週間も4週間もかかったのが、今は、腹腔鏡で切れば1週間もいなくても終わってしまうわけですから、その辺でよりアメリカナイズされた、それから入院期間もアメリカナイズされていると。

恐らくこれは、さっきちょっと阿曾沼委員の質問に、私は、規制としてこういう高度急性の病院というのは名乗りを上げさせるという手がありますよとお話ししましたが、もう一つの手としては、保険制度で、これはもう病院単位ではなくて病棟単位にして、高度急性病棟には、例えば2対1看護で、医師数どれだけで、そのかわり診療報酬は1入院幾らとかけると、自然に分かれていく可能性もあるかなという気がします。

○小田審議官 時間もそろそろ。先ほど三谷委員が手を挙げられていたので、三谷委員に御発言いただいて、最後、土屋主査にということで、このセッションは終わらせていただきたいと思えます。

○三谷委員 今日、この以前行われた議論の御紹介をいただいて、随分前にもうこれだけのシナリオができていたんだというのがちょっと驚きでした。というのは、私はこの議論に参加しているわけではないので、これだけ書かれているシナリオがあったんだなと認識を新たにしました。逆に言うと、残念なことは、プランがあってもなかなか実行できていなかったということです。正直、せっかくプランができていても、そのプランに対して蓋然性を問いながら95%正しいものを一生懸命追いかけるよりは、80%正しいのだったら、さっさと実行するというのをやれば、本当はもっと変わるのだと思います。我々の医療の今置かれている状況が、幾らでも時間があって、お金が幾らでもあるのであれば、別にそれだけの時間を待っても全然構わないと思うのですが、必ずしもそうではないとするならば、どうやって実行するんだろうと。さっき阿曾沼委員が言っておられましたが、そういう話というのが本当は大事ではないのかなと思います。

マクロの視点とミクロの視点という話がありまして、要するにプランだけがあっても、全然ミ

クロがないと意味がない。あるいは国と地域でどのぐらいお互いが本当の意味の力があるかみたいな話を当然いずれかの段階で考えなければいけないというのはよくわかるのですが、ただ、そこで止まってしまって、結局、また違うアイデアを出して終わるわけです。こうして実行されないまま何回も焼き直して、本当に時間が許されているのでしょうかというのが、前の回でも申し上げましたが、私は非常に残念に感じています。できればこのプランがもう少し進められるためにはどうすべきなのかというディスカッションの方が、どこがいいか悪いかと言っているよりも大事ではないかという気がします。

○小田審議官 藤井委員。

○藤井委員 このシミュレーションが十分ではないなと思うのは、認知症の問題です。今、認知症の方のかなりの割合が精神科病院に入っております。これが見積もられるべきだと思います。また、先ほど大西委員がおっしゃった看取りに関して、介護の施設の看取りというのは、基本的に、認知症モデルでありまして、嚥下ができなくなると、胃ろうが安易に増設される問題が生まれていますが、その中で、アルツハイマーであれば10年ぐらい、レビーであればやや短いという、その長期の予後をもとにした看取りというものができているかどうかということが問われています。しかし、こういった看取りが精神科病院の中でどの程度に行われているのか、いないのかについてどうも良く分からない。その視点は持つておくべきだと思います。

以上です。

○小田審議官 それでは、最後、土屋主査。

○土屋主査 大変大きな問題で簡単にはまとまらないのですが、7ページの上の段で、「各国の高齢者の居住状況」とあって、そのパーセンテージが出ているのですが、実はこのデンマーク、英国で10%超え、日本のは両方足して4.4%しかない。この差は何だろうということ、今、藤井委員が言われたように、認知症なら精神病院に入っている。介護で済むものが病院に入っている。これは一般の診療でも言えるわけですね。介護で済むものが一般病棟に、社会的入院がなくなったとは言え、まだこの部分をそこでやっているというところがあると思います。

したがって、先ほど看取りの話が大西さんから出ましたが、8ページのところで、このB1・2あるいはB3にしても、急性期から亜急性とか、あるいは長期療養から介護施設へというように上から下への流れが書いてありますけれども、実は、看取りのときになるとこれが逆行しているわけですね。介護施設で静かに看取ろうかということ、これが看取れないで病院へ運んで、救急車で行って、スパゲティ症候群にして1週間もたせてそこで看取るというようなところを解決しないと、これは先ほど言われたように絵にかいた餅になってしまうということで、ミクロのところを見て詰める必要があるというのがあると思います。

最後に、まとめではないですけども、古川貞二郎さん、長く官房副長官をやられて、厚生事務次官でしたが、彼は、たまたま私が主治医なのでよく話すのですが、彼の一番の反省の言葉は、事務次官時代に余りにも地方に口を出し過ぎた、厚生労働省がやり過ぎた。そこが一番の反省点だと自らおっしゃったことを、まとめとして今日はお伝えしたいと思います。

○小田審議官 以上でございました。

今日の御議論をまた今後の御議論に生かしていただきたいと思います。

それでは、次の第3の検討項目に移らせていただきたいと思います。

前回ワーキンググループ終了後、委員の皆様から具体的な検討項目の御提案をいただいております。また、参考資料にお示ししておりますが、国民の声でもいろいろな意見が寄せられております。こうしました御意見も含めまして、この第2クールで対処方針案を最終的に取りまとめていただくわけですが、そこに至る検討項目のまず候補を整理いたしました。資料2というのがその一覧でございます。

なお、このワーキンググループに先立ちまして、介護分野では、竹中委員、中村委員、馬袋委員、それから藤井委員にお集まりいただきまして、事前の検討会をこなしていただいております。また、保育分野には、翁委員と事前検討をしております。それぞれ後で藤井委員、翁委員からその御説明、御報告をいただきたいと思っております。また、薬事・テクノロジー分野につきましましては、17日に集中的な検討をいただくということでございます。

それでは、まず、この検討項目候補について事務局で整理したものを船矢参事官から説明いたします。

○船矢参事官 資料2は一覧表でございますけれども、抽出母体としては、委員提案、これはすべて載せております。それから、国民の声のうち、委員の方から、これは是非取り上げるべきだという御意見があったもの、それから第1クールや経済対策の中で継続審議案件となったものが入っております。全部で52件になっておりますけれども、基本的に委員の提案をそのまま項目として載せておりますので、中には内容的に重複する、あるいは類似するということで1本にまとめ得るものもあると思っておりますが、今のところそれは一本化とかということはありません。それで52件ということになっています。

それから、もう一つ、第1クール、6月の際に閣議決定ということで厚生労働省と関係省で検討して結論を得て、措置を講じるということで決まったものについては、この中に基本的に入っておりません。それは、今後フォローアップという形で、このワーキンググループや分科会でしっかり見ていくこととしております。

続いて資料3ですが、これは、この資料2の一覧表でお示した項目のそれぞれの個票でございます。

今回は、例によって時間省略のために内容についての説明はいたしませんけれども、多分、昨日皆様に事前にお送りしたと思っておりますが、若干細かいことを言いますと、介護の分野について藤井委員から、番号で言うと41番と43番にかかわるもの、これはもともと1件としていたものを2件に分割しましたので、そこだけは修正がございます。

それから、資料4ですが、これは、今回の開催に当たって個別分野の検討会の概要をお示したものであります。これについては、後半、最後の方で御説明いただくことにしております。

それから、参考資料2でありますけれども、これは、一覧表の24番から26番に関しまして、参考資料として添付された大西委員から提出のあった業界の要望書でございます。

それから、ちょっと飛びますが、参考資料6でございますが、これは、委員から御提出いただ

いた検討項目の参考資料をまとめたものでございますので、適宜、御参照いただきたいと思います。

本日これについて御検討いただいて、多分、その後、一度関係省に、実際に協議をする前の第1段階として、感触を見る上で意見を聴くというプロセスを経て、また改めて具体的に検討してワーキンググループとしての案を取りまとめていく、そういう流れになっていくと思いますけれども、本日は、主として1番から23番まで、あと、終わりの方で介護、保育というものもございしますが、この第2クールで取り上げるべき項目が何か、あるいは内容はこれでいいのかということについて御審議いただきたいと思います。

以上です。

○小田審議官 それでは、今、船矢から申し上げましたように、この資料2の1から23番、すなわち医療の部分について本日は御意見をいただきたいと思いますので、23件ございますので、ちょっと議論をまとめさせていただくという意味で、まず前半、後半で分けさせていただければと思います。まず、前半は1番から11番、分類でいいますと医療提供体制と公的保険制度、この2つの分野の11項目に関係する事項でまず御議論いただきたいと思います。今から20分程度のお時間をお願いできればと思います。

最初、土屋主査から何か。

○土屋主査 今回初めての方もいらっしゃいますので、前回からの流れでちょっとお願いしておきます。

今回、今、事務局から御説明があるように初回ですので、委員が挙げられたもの、あるいはパブリックコメントのものがすべて採用されて項目が出ております。したがって、重複や詰め切れていない点が多数見受けられます。したがって、細かな表現よりも、検討の視点、それと制度の方向性の議論等の整合性や重要度、優先度などをより具体的に提案するために御意見を今日はいただきたいと思います。

また、前回と今回、これからの議論を踏まえて、これを押し並べて見ると、候補に上がっていないけれども、つけ加えるべきものが出てくれば、本日それを項目として挙げていただきたいと思います。最終的には項目ごとにワーキンググループとして考え方を整理して、いずれ政務官折衝になりますので、ワーキンググループとして合意をつくっておかないといけません。合意形成が必要になります。したがって、委員の間で賛否が分かれる項目について特に議論が必要だと思いますので、なかなか指摘しにくいかもしれませんが、各提案と意見が異なる部分も今日、積極的に御発言をいただきたいと思います。

以上、よろしく願いいたします。

○小田審議官 それでは、1番から11番、あるいはそれに関連することということで、今、土屋主査から御議論の整理をしていただきましたので、その方向でお願いできればと思います。

○山西委員 どれでもいいですか。

○小田審議官 1番から11番までであれば。

○山西委員 私は、この「医療行為の無過失補償と免責制度の導入」というのは非常に重要だと

思っています、この中には勿論医療制度もありますし、ワクチンのことも書かれておりまして、日本がワクチンの開発、それから使用が非常に遅れているというのは、まさにこれが重要なファクターになっているのではないかと考えておりますので、是非このワーキングでディスカッションしていただいて、1つでも2つでも進めるようにしていただきたいと私は思います。

○小田審議官 土屋主査。

○土屋主査 今、先生が御指摘のように、これはワクチンも勿論そうですし、通常の医療行為そのものを解決するためには、すべて裁判に委ねなければならないというようなところが、日本の医療の大変不幸なところだと思うのです。したがって、自動車の自賠償のように、とにかく起こったことに対して、患者さんをまず救う、それを優先した上で原因究明ということになると、今のような医療側と患者さん側との対立という図式が解けて、やはり同じように問題解決に向かっていけるという意味で、御指摘のように大変大事ではないかと思えます。

○小田審議官 神野委員。

○神野委員 今のお話は賛成なんですけれども、恐らくここでやるかどうかという話だと思うので、今、厚生労働省の事故調の論議がまた始まるやに聞いていまして、ここでやるべきかどうかというのは、一回分けて実態調査しなければいけないのかなという気がいたします。

それから次、別な点でもいいですか。

○小田審議官 はい。

○神野委員 では、新設医学部等の話でありますけれども、これも大変議論の多いところでありますが、先ほど久住委員もおっしゃったように、日本の医師数というのは年寄りが全部入っていますので単純比較できないといったところで、これは恐らく、この新設医学部あるいはメディカルスクールを増設して医師数を増やすという話と、医師の定員制という逆に規制の話ですが、地域偏在、診療科偏在を、もし今のまま好きなだけ、好きな科に行けと言ったら、やはり医学部を増やさなければいけない、あるいはメディカルスクールをつくらなければいけない。だけど、定員制とか何かをつくったときには、もしかしたら新設医学部までは必要ないかもしれないというような、ちょっといろいろ絡む話が出てくるかなという気もいたします。

それから、6番の外国人絡みの話に関しては、ツーリズムだけではなくて、労働力確保という意味からしても、私は賛成です。

○小田審議官 岡野委員。

○岡野委員 今の医学部の定員の問題ですが、日本の医学は、目の前の治せる患者をどうやって治すかという臨床主体になっていまして、今、治せない病気を治すという問題に関しては、すっぱりと抜け落ちた社会システムになっていまして、結果として先端医療産業が全く育っていないという現状にあります。

今、35兆円の医療費を使っておりますが、外貨獲得率というのは恐らく10%行かない、数%だろうと思いますが、世界でも、やはりこの医療の産業化が非常に遅れていて、特に診断の方は頑張っておりますが、治療機器に関してはことごとくやられておりますし、それから、医薬品に関しても、最近少しずつグローバルに出る薬が出てきておりますが、トータルで見たら、やはりか

なり世界から乗り遅れているという現状にあります。

今後、この医療費は、今のまま目の前の患者を治すという仕組みで21世紀も行くのか、日本はやはりハイテクを抱えておりますし、基礎サイエンスは非常にしっかりしたものがありますので、治らない病気を治すというところまで含めて医学と定義し直すべきだと私は思います。

そういう観点で、この医学部というのが、今までの治る病気を治せる医師をつくることを主体にしてきた医学部から、やはり世界の患者を救うぐらいのことをやれる医学部まで持ち上げていかないと、先ほどの病院の問題や何かも、医学の質を先生が御指摘になりましたが、全く質を変えないでどうしようかという話になっているわけで、次の10年で日本が世界に誇れる医療技術を作り上げるという基盤がないことには、これはもう絶対解決がつかないわけですね。

今、治らない病気を治らないというもとで計算されていたり、それから、今後やらなければいけないという問題を、もう一度この医学部の問題を本気に考えると。その中で私の提案としては、治らない病気をどういうふうに治すかという問題をフロントに上げていくべきではないかと思えます。

私は、女子医大というところなのですが、最近、早稲田大学と1棟の建物を建てまして、工学と医学を融合させて、テクノロジーがどんどん病院に入るような仕組みづくりをやるということで、具体的にそういう場所をつくって、医師とエンジニアが一体になって、実際に細胞で人を治すというところにもう取り組み始めているわけです。そういう環境をつくっていくとそういうことができるということで、医学部は、20世紀のまま、そのまま行くのかどうかということをもう一度念頭に置いた議論にならないといけないのではないかと思います。

世界が今、ここ30～40年で、韓国、中国は勿論ですが、欧米も、今、御存じのように、フランスの医師がイタリアの患者を診ることができるようになって、30カ国が一つの国になっているわけですね。それで、一つの国に治験が通ればほかが全部通るような仕組みづくりを徹底的にやってインフラづくりをやっているわけですね。日本だけが、20世紀にできた仕組みをそのまま踏襲して、いかにそれを改善してやるかという対応ではもう立ち行かないのがわかっているわけですから、ここに関しては、もう一度、先ほど川淵先生が御指摘になりました、質をどうするのかという問題に手をつけない限り、日本の医療はやはり破綻せざるを得ない。

例えばアメリカは百何十兆か医療費を使っていると思うのですが、外貨で稼いでいるんですよ。医薬品とデバイスとかでほとんど稼いできているわけです。ですから、医療費は、ほかでもうけたもので賄うから高くなってはだめだという議論ではなくて、医療自身をしっかりしたものにして、国民にきちんとした医療を提供して、それ自身が生きられるような知恵をこの世界につくるべきだろうと思います。そんな提案をしたいと思うのですが、よろしくお願いします。

○小田審議官 川淵委員。

○川淵委員 私は、今の岡野先生の御発言に感銘いたしました。添付された参考資料3は、総合科学技術会議のサブワーキンググループに提出したものです。

これは駄文ですけれども、実は「30年後の日本の医療の姿」です。私は30年後に生きていくのかどうか分かりませんが、2040年ぐらいに日本がどうなっているのか、それをまず鳥瞰し

て、その上で、医療のあるべき姿を考えてはどうでしょうか。ライフイノベーションと言うからには、今の医療もそうですが、先端医療がどうなるのかということで、絵空事です。将来の姿を書いてみたんですね。実はもと原稿は文部科学省科学技術政策研究所に提出したもので、結構頭を絞って5人の方と一緒に書きました。探索的早期ヒト臨床試験のための技術開発ができる病院は、岡野先生みたいな方がいないとなかなかできませんが、今、医工連携とか言って本学は東工大と組んだりしてやっています。病院を持っている女子医大と早稲田大との連携も有名な話で、関西は関西で今やっていますね。

2040年頃の医療の姿が、こんなふうにITが入ってきて、皆さん病院に行かなくても治療が受けられるとか、そういう建設的な話にならんかと思って、資料を提供いたしました。

以上です。

○小田審議官 ありがとうございます。

すみません、ちょっと薬事・テクノロジーの方に少し入っているのかなという気がいたしました。これは11月17日に検討会をやっていただきますので、今日は23番までのところで、貴重な時間なので、そちらに集中していただければありがたいと思います。

○岡野委員 大学の医学部問題というのは、そういうものを抜きに議論できないですよ。そういう議論をやっていないから、結局今まで改革できないんですよ。

○川淵委員 横串を入れないとだめですよ。薬事・テクノロジー、医療・介護と縦割りで議論をやると、横串が入らないんです。

○小田審議官 恐縮です。大西委員。

○大西委員 私も今の御意見に賛同いたします。薬事・テクノロジーのところで議論すべきこともたくさんあります。今の1番から21番の中にかかわるものが薬事・テクノロジーの中にも含まれております。例えば、先ほどの無過失補償制度、もしくは患者さんの救済というところに観点を置いた制度なんかを考えますと、やはりそういうものが研究開発の段階、もしくは製品開発の段階でどういうふうになるか、また審査の段階で、どういうふうな責任を誰が負うのかという議論が、日本では未熟のような感じがしています。そういったところを深めていく、もしくは広く議論していくという姿勢を取っていかないと、川淵先生の御提案のようなこういう世界に、もしくは岡野先生がやっておられるような世界を進めていくということに、実は支障を来しているのではないかと思います。

○小田審議官 阿曾沼委員。

○阿曾沼委員 今回の意見に賛成です。基礎医学から、医師主導の臨床研究、治験、そして実地医療までの流れを作る上で、制度できちんとフォローアップする上で、例えば治験をやるときの対象患者さんの補償の問題等も非常に大きな問題ですので、医療行為での無過失補償という問題もあるのですが、これと同じように、薬事・テクノロジーという分野でも重要な課題ですので議論を合体させていくことが非常に重要だと思います。7番も非常に重要な意見だと思います。

○小田審議官 土屋主査。

○土屋主査 医師不足というところが今の議論になったと思うのですが、今、医師不足の勘定の

ときに、臨床の医者が十分満たされているかどうかという議論だけなんです。今、岡野委員が言われたのは、基礎の教室がほとんど空っぽであるということと、臨床の研究室も、今、日本はほとんど動いていないというかなり深刻な問題で、知財が生まれてきていないということなんです。企業へ知財を売ろうにも特許も何もないというのが、一番深刻な問題です。

ですから、医師の数を増やせというのは、臨床も勿論足りないけれども、更に基礎へ、あるいは研究室へ回す人間がないということが、我々専門家としては一番心配しているところなんです。文部科学省が、そこを全く指摘していないということが、更に深刻度を増しているということだと思います。

それと、神野先生には申し訳ないのですが、偏在と厚生労働省が以前から言っているのですが、偏在というのは、どこかで余って、どこかが足りないのですが、全体が足りないんですね。余っているところはどこかと指摘できる人も誰もいないんですね。余っていて悠々としている科は、あるいは県はどこにもないということですね。というのは、都会に集まっていると言いますけれども、いわゆる妊産婦の不幸が起きたのは近畿圏と東京ですね。都会で余っていないからああいうことが起こるので、この認識のもとでいかないと、偏在の論理にまた振り回されていくだろうと。絶対的に不足だということは、その2点あると思いますので、やはり増やす。

医学部を増設するかどうかというのはまた別問題で、欧米では、1学年が200人、300人の医学校がいっぱいあるわけですね。そのかわり、臨床研修は、たくさんのアフィリエイトホスピタルを4カ所も5カ所も指定している。基礎は、まとめて理学部とか文科系と同じように大きな教室でやれば、講義はそこで済むわけですね。むしろ実習の病院に市中病院を利用するというようなことで解決がつく。ですから、必ずしも医学部の数の増設を言う必要はなくて、医師総数の増加ということがメインではないかという気がします。

○園田政務官 ちょっと主査に質問するのもあれですけども、私もずっと偏在があるのではないかと。先生おっしゃるように、小児科、産科、そして麻酔科は全体的に少ないのではないかと、そういったところからさまざまな指摘がされてきたことは確かです。ただ、余っているところがないのではないかとということですが、本当にそうなんですか。そういう実証的なデータとか。どこまでが必要数だという議論がされたというのは、ちょっと僕も実は記憶がなくて、全体的に、ひょっとしたらすべての診療科において少ないのかもしれませんが。

○土屋主査 これの実証的な研究成果というのは私も見たことがないのですけれども、この間、厚生労働省が医師不足だというアンケート調査を各病院長にやりましたね。病院長が言っているから、本当に足りているか足りていないかは別なのですが、すべての科から出てくるわけですね。決してどこかが余っていて、余っていれば院内で回せるはずのところもあるのが、それもできないと。実際、では外科、内科は数が多いから余っているかというところ、欧米に比べると少ないんですね。

○園田政務官 ただ、それは勤務医に限っていませんか。

○土屋主査 そうですね。ただ、では、開業医の先生が余っているかという問題ですけども、今、診療所だけで働いているのが11万人ぐらいですか、これも少ないですね。ですから、27万と

いうのはサバを読んでいます、実際に勤務しているのが25～26万人ですね。そのうちの11万人という、4割弱ですか。欧米では4割から、多いところでは5割が家庭医なんですね。しかも、分母がもともと少ないですから、これも一般的には足りない。

○小田審議官 それでは、山西委員。

○山西委員 医師不足の問題はいろいろなファクターがあると思います。確かに全体的に医師数は少ないと私は思います。私は医学部に長くいまして、私が育った医学部と今の医学部を比べると、女性の医師、医学生が非常に多いです。この人達を余り有効に活用をしていないと思います。これは結婚、育児、保育の問題もいろいろありまして、その方がたはパートは行くんですが現実に当直したりしない。我々の時代は、医科大学で80－90%ぐらいが男性だったのですが、今はいろいろな大学を見ますと、50%ぐらいの医学生がおられます。すなわち、医師の人数は増えているのですが、本当に有効に医療行為をされているかどうかというのは、きちんと調べていかないといけないと思います。いくら医師の人数を幾ら増やしても、活躍を阻害している問題点を解決しなかったら実質的な医療人できないのではないかと私は思います。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、大変機械的で恐縮ですが、次のグループにまず移らせていただきたいと思えます。12番から23番、診療報酬、医療機関経営、それから一般要医薬品の部分でございます。こちら、あと20分ぐらいという時間をお願いできればと思います。

大西委員。

○大西委員 ここも先ほどと類似の指摘なのですが、薬事・テクノロジーの中でも診療報酬にかかわる課題も含まれておりますので、どのように分類の中で組み込んでいくかということについては、改めて御検討いただければと思います。

○小田審議官 今、大西委員がおっしゃったのは、例えば診療報酬の中でも、13の新薬創出とか、こういう薬価の話とか、多分医療機器も関係があるのかと思いますが、そういった部分ということですね。

○大西委員 そうです。

○小田審議官 翁委員から御提案いただいている部分で何か。

○翁委員 私が提案いたしました3つは、いずれも私が今、企業再生支援機構で直面している医療法人の再生のときに具体的に問題になったテーマばかりでございます。かなり、例えば剰余金の配当の問題なんかは非常に大きな問題だということは承知しておりますが、事実、再生の場面では、スポンサーの候補というのは非常に限られておりますし、そういったことがネックになってなかなか進まない。

それから、私的整理というのも、今、企業再生支援機構に非常に多くの赤字の医療機関に御相談いただいているのですが、ここも1年で終わってしまいますと、法的整理というやり方しかございませんので、スムーズに、迅速に地域医療を崩さないでうまく主体の変更とかが行われるような、そういったことをしていくために、いろいろ課題があるのではないかとということで挙げさせていただいております。

○小田審議官 神野委員。

○神野委員 翁委員の、いわゆる譲渡するときに、一回廃業届を出して、それから、買ったところがまた申請するということでございます。そうすると、病床過剰地域ではもうだめなんですよね。同じことが、実はいろいろとやったことがあるのですけれども、分割というか、いわゆる譲渡でなくても、1つの病院を2つに分けるときも、一回、例えば100床返上して、新たに100床の病院がつくれるかとかいうような話があって、これは単に譲渡とかだけの話ではなくて、病床全体の考え方がちょっと今の時代には合っていないのかなという気がいたします。

○小田審議官 それは、病床規制と再編との関係ということでございますか。

○神野委員 そうです。

○小田審議官 藤井委員。

○藤井委員 翁委員が書かれた27ページで、規制改革要望・賛成の意見等という段の一番最後に書いておられます政府系金融機関、独立行政法人の融資等について、債権放棄等の協力ができるようにとございますが、これは賛成です。これがあるために、民間銀行は協調融資をするときに躊躇する、あるいは銀行によっては、協調融資をしないと決めているところがありまして、結果的に福祉医療機構に依存せざるを得ないといったようなケースが生じております。この政府系金融機関が、他の銀行がやっているような債権放棄というものをスムーズにやれるように規制改革していただいた方が、医療法人あるいは社会福祉法人の資金調達を容易にやりやすくすることだと思いますので、これを1つ項目にしてもいいぐらい重要なことだと思います。

○小田審議官 阿曾沼委員。

○阿曾沼委員 医療法人における組織再編の問題で、18番と20番で医療機関同士の経営統合云々と書いてありますが、一方は民間の医療法人での議論、もう一方は公的医療機関もしくは公設の医療機関ということですね。公設公営の医療機関や公的医療機関の合併云々と民間医療法人の合併というのは本質的問題が相違するようにも思いますが、むしろ医療機関そのものの合併とかガバナンスとか、こういった問題は広く捉えて具体例や具体的解決案を述べていくという形で、規制改革事項を整理していく必要があるのではないかと思います。皆さんの御意見を伺いながら、少し整理した方がいいかなという気がします。

もう一つ、今、藤井委員がおっしゃった医療法人の資金調達のあり方という問題で、医療法人そのものは、社会医療法人以外は間接金融の手段しか持っておりません。直接金融手段があるとしても不動産の流動化とか、レセプト債権の流動化しかないわけで、結局は資金調達としては健全でもなんでも無い訳です。それを解決するために社会医療法人というのができたのですが、当然社会医療法人の要件はハードルも高い訳です。民間医療法人の経営の健全化のためには本当に何が必要なのかという、もう少し大きな議論の中から具体論を整理していくべきだと思います。

この件は、相当長い期間の中で議論してきましたから、それらを一度整理をさせていただいて、おまとめいただくとありがたいと思います。

○小田審議官 あと、すみません。22番と23番が薬の一般用医薬品なのですけれども、異なった御意見をいただいておりますので、もし皆様方、委員の御意見があればお願いしたいと思います。

久住委員。

○久住委員 個人的にはインターネット販売でいいのではないかと考えております。薬局で薬を買って飲んでいただけれども、具合が悪くなる方というのはいらっしゃるわけですし、例えばそれが、薬剤師さんが対面したところでどれほど減らせるかということ、血液検査ができるわけでもないですし、詳細な診察というのができるわけではないですから、余り対面販売にこだわるよりは、安全性が高いものに関しては、むしろ入手可能性を高めてあげた方が、僻地や足腰の悪いお年寄りの方々にとっては有用であろうと思います。

また、その薬を飲んで具合が悪くなったときの情報収集体制というのも、そのインターネットで同様にすることができればよろしいかと思えます。レセプトデータ開示の話とも絡んでくるのですけれども、情報の流通をよくすることで、意外な副作用が出ていることがわかってきたりするということにもつながると思えますので、ともかくアクセスはよくして、情報はどんどん公開するという方向でやられるといいかと思えます。

○小田審議官 竹中委員。

○竹中委員 22番に関しては、久住さんのおっしゃったことに私も全く賛同です。かなり制限が加わったことで現実に不便をこうむる人が、私の周辺、特にチャレンジドの仲間などにすごく多いです。ここに書かれているように、IT時代にふさわしいルールづくりというのは絶対可能やと思えます。今、インターネットでお酒を買うときに「あなたはお酒年齢に達していますかチェック」という「ほんまにそれ確認できるの?」という項目が有って、チェックを入れなくてもお酒が買えたりする、そういうことはあるんですが、でも、薬となると自己申告をそれこそ真剣にするわけですから、余りこれをきつくインターネットで制限するより、不便をこうむらないルールづくりをして欲しいと思えます。

○小田審議官 土屋主査。

○土屋主査 この22は前回からの持ち越しの面があるのですが、前回これを田村政務官を通じて、厚生労働省と政務官折衝に立ち会ったのですが、厚生労働省は、キノホルムの事件があって、やはり対面販売でないとうろしくないという論理展開でしたんですね。しかし、我々の立場としては全く逆で、キノホルムがどうしてもあんな大規模になったかといえば、誰か障害が出たときに、同じお薬を飲んだ人を追跡調査が当時はできなかったわけですね。インターネット販売であれば、今、流出したビデオで追及していますけれども、インターネットでやっていたら絶対追跡ができるはずですね。こちらの方が安全で、これこそまさにパラダイムシフトで、事前の規制ではなくて、事後評価の方がはるかに大事だと思いますね。

今の時代であれば、これを全部インターネット販売でやっていたら、キノホルムの事件というのはあそこまで広がらずに原因追及ができたと思います。ですから、この23で対面販売を強調されていますけれども、最初に「リスク分類に応じ」とあるように、まさに事前の規制で完璧にコントロールできるという前提でこれは書いていらっしゃるんですね。そんなことは医薬品では絶対にあり得ない。だから、必ずリスクはある。先ほどのワクチンも同じですけれども、リスクはあるんだと。それを、あったときに早く対処するにはどうしたらいいかという観点でこれからは考えない

といけないというのが、まさにパラダイムシフトだと思うんですね。そういう意味で、やはり22はかなり強く推す必要があるのではないかと思います。

○川渕委員 22番は、私も前回、第1クールにおりましたので、何でだめなのかなと、今、土屋先生がおっしゃったようなところなのですけれども、やはり意外なんですね。国民の声と言っておきながら、反対しておられる方も国民なんですね。いろいろな国民がいるなというのがわかってまいりますね。

私自身、今、OTCの研究をやっています、先ほどの神野先生の資料でもないけれども、やはり自助というのも結構大事だなと。少なくともOTCでできるところはOTCで済ませてもらわないと、お医者さんも大変忙しいのでバーンアウトしてしまうということもあると。

それで、正直言って、やはりOTCが売れていないんですね。すごく売れていないんです。そういう点では、これは別にいいのですけれども、やはり問題があるかなと思うのは、僕は、OTCはOTCでそこそこ健全な市場形成も必要だと思うのですが、ただ、どうでしょうか、これは、もう一回同じようなスキームで出してみても、また禅問答になるのかなと。それで1つの提案ですけれども、どうでしょうか、今回は余り時間がないのかあるのかわかりませんが、この反対している方たちを一遍呼びして、こういうことだったらどうですかとか、一遍そういうヒアリングみたいなものも、これを行った方がブレークスルーになるのかなと思いますが、いかがでしょうか。

○土屋主査 公開でやった方がいいね。

○川渕委員 公開で。

○久住委員 Uストリームで流すべきですね。

○土屋主査 幾らでも太刀打ちしますので。

○竹中委員 本当にそうですね。医薬品のことだったら、いろいろな人を広く入れる方がいいと思います。

○久住委員 それこそ同じような薬をずっと飲んでいる人に、「本当にあなた検査しなくて大丈夫ですか」と、3回目にまた同じ薬を買うとメッセージが出るとか、そういうことをするのはいいですよ。

○竹中委員 いろいろな方法が本当に今はあり得るので。

○小田審議官 今、川渕委員から御提案があった、あるいは土屋主査がおっしゃった、それを頭に入れたいと思いますが、これだけ取り上げるとちょっとあれなので、全体、ほかの案件、あるいはほかのワーキングとかも見ながら考えさせていただきたいと思います。

阿曾沼委員。

○阿曾沼委員 今の話で、前に規制改革会議でも公開討論をやりまして、その中で、医薬食品局長を含めて全く論理が破綻していて、主張や論拠に掲げた内容に全くエビデンスがないということは公開討論でも明らかになっていました。しかし、今まで何ともならない。そういうことを踏まえて、今回公開討論をするにしてもどういう論点でヒアリングをして、何を引き出すのかということをしつくりと作戦を練っておかないと、結局は同じ結果になってしまうので、事務局の方

で知恵を出していただければと思います。

あとOTCの問題が出ましたけれど、街の薬局で薬剤師がいないと一類の薬が買えない訳です。多くの普通の街の薬局では夜8時以降買えない事が非常に多い訳です。OTCつまりオーバー・ザ・コーナーですが、私がオーバー・ザ・コーナーして、鍵がかかっている一類の薬を取って逃げたいなというぐらいと思う位つまらない規制がある訳です。医薬品販売に関しては全体像を俯瞰して、インターネット販売も含めたもう少し大きな切り口で議論をすべきなのか、もしくはポイントを絞るべきなのか、委員の御意見をいろいろ聴いてみたいと思います。

かつて、厚生労働省は、薬をコンビニで売るために、医薬品を医薬部外品にしてしまったんですね。今回は一類、二類、三類の分け方を分けて通常で売れるようにするという小手先のいろいろな対応を考えています。そういうことを踏まえてきちっと玉を打っておくことも必要だと思います。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、ほかの介護、それから保育の関係の事前検討を。では、中村委員。

○中村委員 15番です。「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」。私は高齢者の住まいの相談を毎日受けていて感じるのが、例えば東京で言えば、有名な初台リハビリ病院に入院したけれども、私はもう30日で強制的に退院させられる、あるいは重度でも50日で退院させられる。それで、初台病院に入院しているときは、リハビリを午前中も午後もやっていたからすごく回復した。ところが、強制退院で次のところに行ったら、1週間に10分か20分が2回ぐらいしかないので、もうどんどんもとに戻ってしまったという御相談を毎日のように受けているわけですね。

ここは、だから、やはり医療費が高騰するから、もとに戻すということはありませんけれども、例えば、自分で負担すれば、3割負担の人がその倍の6割負担すればあと何日延長とか、何かつくらないと、どんどんもとに戻ってしまう人ばかりなんですね。そうすると、リハビリ病院で一生懸命リハビリした効果が無駄になっているというのが現実でございまして、ここもちょっと何かいい方法があったらなと思います。

○神野委員 ちょっとその事例ですけれども、私ども、実はグループで公設民営のフィットネスをやっております。そこに理学療法士を派遣して、病院で日数の関係でリハビリできなくなってしまった人は、フィットネスで、公設民営ですから利用料金も安いので、そのフィットネスで理学療法士が行きますからやりましょうよとやったのですが、結局、破綻しました。結局、保険より高いと誰も利用していただけなかったのですが、何も全部医療の方だけではなくて、いわゆる健康増進施設とのコラボレーションなんかもありなのかとは思っているのですが、そこを逆に、一部医療保険が使えるようにしてやるとか、あるいは一部介護保険が使えるようにしてやるとかというような議論もあってもいいのかなと思います。

○土屋主査 リハビリも混合診療です。

○小田審議官 では、最後、三谷委員で。

○三谷委員 13番です。川渕委員の御提案ですが、業界の人間なので余り、コンフリクト・オ

ブ・インテレストがないように言わないといけないですが、まず、今のいわゆる新薬創出の加算の考え方というのは、かなり長い時間をかけて今の状況に落ち着いてきましたということで、簡単な見直しですぐに変えてもらいたくないのは業界側の気持ちですし、ここまで来たものを、物すごくいいアイデアがあるのだったら別ですけども、どこかの国がこうだから、それであわててそれをやるのだというのは、ちょっと考えてほしい。

それと、そうは言いながら、薬剤の費用というのが年間8兆円もかかっているわけですから、本来、薬剤というものがどういう価格であるべきかということは、この答えが一番いい、このやり方が一番いいとは言いませんが、本来考えるべきものだと思っています。例えば日本は、長期収載の薬剤が40%もあって、ほかの国よりも多い。それから、ジェネリックは今でも数量ベースで20%ぐらいしかない、価格も高い。こう考えますと、薬剤問題はやはりいずれ手をつけなければいけない課題であるとは思いますが、今で上がった制度を変えて何かほかの制度にするのだという形でやるよりは、もう少し全体の薬剤を見直すような形の方が、私は、個人的にはそういう方がいいと思っています。

○小田審議官 それでは、ちょっとここで一度区切らせていただきまして、残った時間で、次の介護・保育分野について、これまでの事前検討の結果の御報告をいただきたいと思います。

まず、介護につきまして藤井委員から、大変恐縮ですが、5分程度で御報告いただけますでしょうか。

○藤井委員 資料4にございます、今日御欠席の馬袋委員を含め、介護分野を担当しております人間全員揃って打ち合わせしましたのが11月6日でございます。

まず、竹中委員がお出しいただいた大きな考え方ということで、「改革の方向性について」ということの議論をさせていただきまして、社会参画ということが今の制度の考え方に大きく抜けている、あるいはそういったものが使いにくい状況になっているという議論をいたしました。介護保険に関しては、若年性の認知症の方を含め、問題視はされていますけれども、皆無だといったような話も私からさせていただきました。

その次の○にございますけれども、その中でも、きちんとした車いす、一人一人に合った車いすといったようなものすらきちんと提供される仕組みそのものができていない。こういった現状を何とか変えられないか、あるいは就労を目指す方の自立、在宅や施設においても、インターネットを使った就労といったものの多様な働き方が現にありながら、なかなかそこに結びついていかない現状をどうするかということで、その次にありますICTの設備、あるいは公的なところを含めてということになるのかもしれませんが、一人一人の状態や、あるいは御意思に合った形でのテクノロジー、福祉用具等を使えるような仕組みがないといけないのではないかとございます。

それから、その次の3点は、主として高齢者の介護の部分でございますけれども、地域包括ケアといったようなものがありますが、今の一つひとつの事業所に分かれていて使いにくいものではなくして、施設というものの機能を地域に使える形のものが必要なのではないか。あるいは、その次にありますような、24時間対応ということを在宅で今後求めていくということになります

と、今、すべての事業者が対応できるわけではない。制度としてどのレベルを求めていくか、あるいは事業所にどう発展していただくかという視点も必要だろうと。

それから、最後にございますけれども、在宅か施設かという議論ではなくて、現行の仕組みの中で制度的に問題になっている事項について議論していくのがよいということで、先ほど園田政務官から御指摘いただきました施設の再編、今の施設の仕組みが、先ほどリハの話がございましたけれども、きちんとした回復期リハ病棟がある、そして、それをしっかり受け入れられるだけ十分にリハ職を置いている老健施設があるという話で大分変わっていくのかなという考え方もあり、また、ケア付き住宅への統合という支援もあり、介護保険施設の再編といったような議論も出ております。

「検討項目について」ということをございます、まず、議論がまとまらないままになったのが情報公開制度です。今はうまくいっていないというのは全員の共通した見解でありましたけれども、では、どうすればいいかというところでいろいろな意見が出たままという感じをございます。

それから、施設設備の二次的利用というのは、ここにハードの問題を、中村委員から御指摘いただいたものを書いてございます。後ほど、私が出したものでソフトの利用ということで、今、病院、診療所から訪問看護というサービスを提供できますけれども、同じような形で、老健施設でお持ちの看護師が訪問看護できる、訪問リハできる、特養もそうですが、そういった形の、事業所ごとに小さな単位で指定を求めるのではなくて、大きな一定のものが、人、ものを共有できる仕組みが必要なのではないかということが2番目、3番目でございます。

それから、4番目が、施設在宅サービス類型、それから施設の中の類型と、特に私の方で改めて書かせていただきましたのは、施設のサービスの類型が、専門職側といいますか、やっている側によくわかっていくというぐらいでございますので、これは再定義、再編していただくべきではないかといったような議論をいたしました。

以上でございます。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、続いて保育分野について、翁先生お願いいたします。

○翁委員 次のページになります。11月4日に会合を持ちましたが、少子化対策につきましては、今、政府の方で2つの動きがございまして、1つは、子ども・子育て支援システムということで、かなり包括的な保育制度の改革を、平成23年度の通常国会に法案提出して、25年度導入に向けた検討が進んでおりますのと、あと、この10月に待機児童ゼロ特命チームというものができまして、これも今、作業をしているということでございます。

基本的に、こういった動きもフォローしつつ、特に子ども・子育て支援システムの方はかなり包括的なものなのですけれども、その中でも、もっと早くできるのではないかとこのものを具体的に2つ目の○でございますが、社会福祉法人会計基準の適用が株式会社にも求められているといったようなことをやめてもらうというようなこととか、あと、運営費の用途制限についても見直してもらう、こういったことを早目にやってもらうことによって、多様な事業主体の参入を促

進ることが必要ではないかということで、今回の提言にも載せさせていただいております。

それから、そのほかにも、安心こども基金というものが近年できたのですが、これが、やはり社会福祉法人を対象に考えておきまして、株式会社とかNPOについては補助の対象になっていないというような問題。これも、今、保育所整備費が非常に重要ですので、取り上げるべきではないかということ。

それから、次の○ですが、これはやはり保育の質ということを言いますけれども、この第三者評価というのが余り活用されておらず、また、利用者の視点に立ったものになっておりませんので、これをもう少し抜本的に見直してもらえないかということを取り上げてみてはどうかと思っております。

それから、学童保育につきましても、この子ども支援システムの方にも含まれているのですが、特に長期休業中に、お母さんが夏休みとかそういったときに、もっと預けたいというニーズが非常に強いものですから、ここについても少し前倒しに検討してもらえないかということも挙げています。あと、保育士の確保についても、受験要件の見直しということで規制改革項目として検討してはどうかと思っております。

一応、そういったことで御報告させていただきたいと思えます。

○小田審議官 ありがとうございます。

介護につきましては、この後、15日に検討会がまた開かれると。それから、保育も明日ですか、今後また御議論いただけるということですが、とりあえずは、あと5分ほど、介護、保育の関係で、今の御報告で何か御意見がございましたらお願いしたいと思います。

○川渕委員 介護は私のテーマではないかと思うのですが、今日の私が配った参考資料6の中に、通して22ページに非常に興味深い資料があります。先ほど藤井先生からもお話があった、いわゆる類型論に関する資料です。これは先般、厚生労働省の研究会か審議会に出された資料だと思うのですが、一般病棟、療養病棟、介護療養病棟、老人保健施設（療養型）・（従来型）、それから、介護老人福祉施設や住宅に一体全体どんな方が入っているかを調べたものです。もっぱら各施設ごとに中心静脈栄養とか、人口呼吸器、気管切開、酸素療法、喀痰吸引、それから経管栄養並びに胃ろうの比率を見たものですが、なかなか類型化は難しそうですね。

これから超高齢社会になると要医療・要介護の人が増えてくるので、そろそろ両者の併給も考えていかないといけない局面もあるかと思えます。しかし、その一方で、財源も限られていますので、支払い方式も含めて、高齢者医療制度と介護保険とのすり合わせも必要かなと思えます。

実際、次回の診療報酬改定が介護報酬改定との同時同定ということで厚生労働省の方でも議論が始まっているようですが、同じページの資料2を見ると、医療保険で払われている訪問看護ステーションと介護保険で払われている訪問看護ステーションとで部局が違っているとこんなに料金表が違うかと愕然としてしまいます。もっぱら今は、大体8割の方は介護保険を使っており、医療保険は2割ぐらいなんですけど、訪問看護ステーションの市場規模が伸びていません。いろいろ理由があると思えますけれども、私は、やはり看護師さんは専門職として医療保険の方に戻った方がいいのではないかと思います。しかし、そうなると医療保険は3割負担で、介護は1割負担。白い

キャンパスになかなか絵を描けないのでここも結構苦勞するところがありますが、次回の改定が同時改定ということであれば、ここもすり合わせをしていかなければならない。医療と介護のはざまについては介護保険のところでも是非議論していただければありがたいと思います。

○藤井委員 要は医療と介護の線がどうなのかという話で、私は、実は川渕先生と同様に、介護保険、医療保険一体派なのですが、現に一体化していきましょうという回答がすぐ出るとは思えない現状の中において何を言っていくかという話を考えたときに、まず1つは、局が違うのでやっていることがばらばらというどうしようもない話は、これは政治主導でやっていただくしか現状は難しいかなと思っております。

それから、もう一つ、例えばここでお出しの訪問看護の線で言えば、私は、例えば訪問看護ステーションという主体がこれをやるからということで考えているのでわかりにくいと思うのですが、もともと介護に来た理由は、訪問看護ステーションで、かなりヘルパーがやっているようなことをやっておられる訪問看護があったということが最初にあったと思いますので、やっておられる行為に注目して、看護師さんであっても、看護行為、看護師でしかできないことをやっておられるのか、それとも健康管理を含めて、やっておられることそのものは介護職員でできることをやっておられるのかで、ひょっとしたら線を引く方法があるかもしれないですし、あるいは、今おっしゃっていただいたように、もう全部医療に行っていただいて、それ以外のものについて介護にするとか、そういった線引きの方法というのは、できるものはできるのではないかと思います。

先ほどリハビリの話がありました、リハビリも、リハビリというものの考え方といいますか、専門的な観点から線を引けるよという話なのか、引けないという話なのか。看護も同様だと思うんですね。やはり看護及びリハビリが進歩すればするほど、線が引けるのか引けないのかという話があると思うんですね。今は微妙だなというところがあるのだと思いますが。ですので、最終的には一体化ではないかと思うのですが、現状でどこに引いていただくのが、より現実的で患者制度のためにいいのかということをご提案できるものは提案していければと思います。

○小田審議官 ありがとうございます。

それでは、時間も押してまいりましたので、本日の議論は、大変恐縮ですがこのあたりということにさせていただきたいと思いますが、土屋主査から総括をお願いできますでしょうか。

○土屋主査 まず、制度全体の方向性ですが、今日の議論でもあったように、なかなか難しい面が多いのですけれども、やはり2回の議論を踏まえてある程度は論点を整理していきたいと思えます。

今、最後に御指摘があったように、医療、介護、本当は分けては考えられないわけですね。その辺も多少触れた内容でまとめておく必要があるのではないかという気がいたします。何よりも、線を引くにしても、根拠のある論理でないと、今までは、どちら側も根拠がなく線を引いているので、空白ができたダブったりということではないかと伺っておりました。

それから、個別の項目については、本日の議論を踏まえて個別の検討会、先ほど御提言がありました、ヒアリング等、それと提案者の意見も聴いて、事務局である程度、今日の整理をして

いただきたいと思います。

また、今後のスケジュール、個別項目についていろいろ各府省の意見を聴いたりというプロセスもありますので、どの項目について回答を要請するかというのは、今日の御意見を踏まえて、事務局と私と園田政務官とで御相談させていただいて、選別をさせていただく。なかなか全部やる時間ありませんので、この辺、今日の議論を踏まえた上で御相談させていただきたいと思います。

私の方で気がついたのは以上です。

○小田審議官 今日分科会から岡会長代理に御出席いただいておりますが、最後に何かございませうでしょうか。

○岡分科会長代理 初めてこのような場で皆さんの話を聴く機会を得ました。今日のテーマは特に専門性の高い分野だと理解しております。ただ、先ほど三谷委員がおっしゃられ、また、私も1回目の分科会の際に申し上げたことですが、検討項目がたくさんある中で、どれだけ実現できるのかということが一番のテーマだと思います。これからこのワーキンググループで議論を詰めていただいた上で、どの項目につき、何としても改革実現するのかの観点でフォローしていきたいと思っております。

○小田審議官 ありがとうございます。

では、最後に園田主査。

○園田政務官 かしこまりました。今日はどうもありがとうございました。本当に岡分科会長代理にもお話をいただきましたが、まさしくこのライフイノベーション、医療、介護、そして保育、多岐にわたる、しかも専門的な分野であるということでございますので、今日も2時間でございますけれども、あっという間の2時間であったのかなど。また、それぞれ個別のところでは皆さんにいろいろ御議論いただいて、今日持ち寄っていただいたわけでありませうけれども、更にまた今後進めていきたいと思っております。

今日は、最後、藤井さんからも御指摘いただいたように、この医療と介護という、本当に国民にとって大きなテーマでありますし、これを一体という部分の話もありました。それについては私もいろいろ思うところがあるのですが、その御議論もさることながら、先ほど川瀬さんもおっしゃっていただいた、この24年の同時改定も視野に入れた議論を今、厚生労働省の中でもしているのですが、そこに向けて、こちら側からきちっとそこにもいわば何か助け船というか寄与できるような部分が、ひょっとしたらこの中から出ていけるものではないかと私も考えておまして、介護についても、ただ単に医療と介護が医政局と老健局、介護のところは、老健局だけでなく、また更に社会援護局と、介護の中でも何か窓口が分かれてしまっているという部分も、私もかなりこの長い間携わらせていただいた中において結構矛盾を感じている部分があります。そういった面では、先ほど川瀬さんが言われたように、政治主導でというようなお話なので、こちら側から言っていきたいという部分もありますので、是非またお知恵を皆さん方からお借りしたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

今日は本当にありがとうございました。

○小田審議官　それでは、先ほど土屋主査から御指示がございましたように、事務局で検討項目を少し整理させていただきまして、また皆様方に御相談させていただきたいと思います。

それでは、本日はこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。