

規制・制度改革に関する分科会 議事概要

1. 日時：平成 23 年 12 月 20 日（火）14:00～15:26
2. 場所：永田町合同庁舎 7 階特別会議室
3. 出席者：
 - （委員） 岡素之（分科会長）、大室康一（分科会長代理）、安念潤司、大上二三雄、
翁百合、川本裕子、佐久間総一郎、各分科会委員
 - （有識者） 土屋了介（公益財団法人がん研究会理事）
 - （政府） 園田大臣政務官
 - （事務局） 館規制・制度改革担当事務局長、宮本行政刷新会議事務局次長、高島参事官、
小村参事官
4. 議題：
 - （1）開会
 - （2）「国民の声」の受付状況と今後の進め方について
 - （3）各ワーキンググループの現状等について
 - （4）有識者ヒアリング
土屋 了介 公益財団法人がん研究会理事
 - （5）閉会
5. 議事概要：

○岡分科会長 それでは、大室委員と安念委員がまだ御出席されておられません、時間がきましたので「規制・制度改革に関する分科会」を開催いたします。

皆様方には、年末のお忙しい中、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

前回の分科会では、2つのWGの設置を決定いたしました。その後、早速、2つのWGの議論を開始していただいておりますので、本日は、WGの状況や今後の予定、また「国民の声」に寄せられた提案に関する今後の進め方などについて議題とさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。まず、議題2の「『国民の声』の受付状況と今後の進め方について」、事務局より説明いたします。小村さん、お願いします。

○小村参事官 資料1を御覧ください。ざっと御説明申し上げます。「国民の声」ですが、全体で受付件数3,949という数字でありまして、手段別、提案主体別の分類は②③にあるとおりです。法人等という865件の中には、経団連などの団体の方の御意見も含ませていただいております。

そのうち、今回、府省に検討要請を行いますものが882件、パーセンテージでいいますと、下にありますように22.3%となります。行わないもの、なぜ行わないのかというところ

ろなのですが、右側 3,067 件の内訳になりますけれども、6 割ぐらいが措置済みとか、過去の閣議決定等に基づき検討中の提案に関するものでございます。ですから、これらにつきましては、フォローアップの中できちっと見ていくということになります。

その他のものにつきましては 4 割ほどですが、提案募集の対象ではないもの。これらは具体的にどういったものかと申しますと、例えば、予算をつけてくれとか、役所の組織の改廃みたいな御要望ですとか、税金に関する御要望、外交問題等のものについては省いてございます。あと、明らかな事実誤認ですとか、抽象的なもの、単なる御意見も規制・制度改革の提案という趣旨から外れるということで、これらのものについては府省に対しての要請を行わないということで整理をさせていただいております。

今後、これら要請を行ったものから、事務局で整理をしまして、分科会や各WGの中で取り上げるにふさわしいものについては、分科会等で議論していただくこととなります。最終的には、府省回答が整った段階で全て一覧の表にしまして情報公開させていただくという段取りとなります。

以上でございます。

○岡分科会長 ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、御意見、御質問ございましたら、お願いいたします。

このフォローアップ案件というのは、ウェイト的にも相当多いし、重要だということですね。「国民の声」の方でも。

○小村参事官 そうです。

○岡分科会長 よろしゅうございますか。それでは、「国民の声」については、今後、資料のとおり進めていくこととなります。説明にありましたように、分科会、WGで議論することが適当な提案は、今後、分科会等で取り上げていくこととなりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

続きまして、議題3の「各ワーキンググループの現状等について」ということで、まず最初に第1WGについて、事務局より説明いたします。

○小村参事官 第1WGが資料2-1、第2WGが資料2-2でございます。青いものが第1WGです。

第1WGにつきましては、12月13日に第1回を開催させていただいております。その中身については、関係者ヒアリングということで、外務省、経済産業省から経済連携に関する状況等の御説明、あと、内閣官房東日本大震災復興対策本部事務局から復興特区等の御説明を頂いております。

なお、委員の皆様方からは、WGの進め方について、目的と手順をもう少し明確にしてほしいという御意見、あと、ヒアリングの意図などを事前に伝えて、資料も余裕をもって準備することという御意見等を頂いておりますので、今後対応させていただきます。

以上です。

○岡分科会長 ありがとうございます。

この第1WGの主担当であります大室委員、川本委員から御意見があれば、補足を含めましてお願いいたしたいと思っております。

○大室分科会長代理 一応、5回を予定しておりますが、非常に大きなテーマでございますので、この後、ある程度重点項目を絞り込んで、中間報告の取りまとめまで川本委員と一緒に進めていきたいと思っております。御意見ございましたら、各委員の皆様も是非この議論に参加していただければと思っております。

○岡分科会長 川本さん、ありますか。よろしいですか。

○川本委員 はい。

○岡分科会長 それでは、引き続きまして、第2WGについて、また事務局より説明をお願いいたします。

○小村参事官 第2WGにつきましては、資料2-2になってございます。12月8日、12月16日と2回開催をさせていただいております、こちらは比較的射程と申しますか、範囲が、エネルギー・環境会議等との関係でもはっきりしているということもございまして、関係者ヒアリングということで、事業者を順次お招きして規制改革要望等について聴取をしているという状況です。これまでの2回につきましては、太陽光・地熱・風力・小水力・バイオマス・自然エネルギー全体を地域で活動されていらっしゃる団体等から御意見をお聴きしております。年明け3回目につきましては、ガス・PPS・節電事業者から御意見を承る予定になっております。

以上です。

○岡分科会長 ありがとうございます。

第2WGの主担当の安念さんがいないので、大上さん、何かありましたらお願いします。

○大上委員 私も第2回は所用がありまして参加できていないのですが、第1回を受けた印象でいけば、やるべきことはおおむね明確になっている。あとは、こういう要望について検討を淡々と進めていく、そして確実に成果を出していくことが重要であると認識をいたしたところでございます。

○岡分科会長 ただいまの御説明につきまして、御意見、御質問ございませんでしょうか。第1WGの各省協議が4月、5月ごろという予定でありまして、一方、第2WGは2月に入りますと早速、各省との協議が始まるということでございますので、時間的にも迫っていると思っておりますが、ひとつよろしくお願ひしたいと思っております。

○大上委員 はい。

○岡分科会長 それでは、2つのWGにつきましては、引き続き集中的に議論を進めてもらうことといたしまして、今後も適宜、この分科会において御報告いただきたいと思っております。

それでは、次の議論に移らせていただきたいと思います。今回、有識者といたしまして、土屋了介公益財団法人がん研究会理事に来ていただいておりますので、御専門の医療について御説明いただきたいと思っております。それでは、土屋先生、よろしくお願ひいたします。

○土屋理事 がん研究会の土屋でございます。

今日は、このような機会を与えていただきまして、座長を初め委員の方々に改めて御礼申し上げます。3月まで私も分科会の委員として携わらせていただいたのですが、委員という肩書が外れて自由にしゃべれるので、大変ありがたいなと思っております。

資料3として、今日のレジユメ的なものを出させていただきましたけれども、この順に沿って、参考資料を事務局で御用意いただいたので、それを見ていただきながらお話ししたいと思います。

最初に、医療の分野で規制・制度改革が必要な事項については分科会では既に明らかである。フォローアップで残されているのが大変多うございますけれども、項目としてはもうほとんど挙がっているだろうということでもあります。

これは何を言いたいかというと、例えば、参考資料に「改革の方向性（第二次報告書より抜粋）」というのが左上に黄色くありますけれども、私の医療分野ではない保育を例に挙げますと、皆さん御存じのように、保育所が足りない。しかも、幼稚園の先生は余っているけれども、保育士が足りない。これを資格をうんぬんとか、あるいは幼稚園・保育園を一緒にしたらどうかという話はもう何年来出ているのですが、出来ない。

その後の対処方針、追加方針の内容を見ていきますと、いついつまでに結論というのも多少あるのですが、措置とか、あるいは検討開始とか、要は結論に至っていないのがたくさん閣議で決まっているわけでありまして。これはやはり何をどうすると、例えば、幼稚園と保育園を一体化するなら、何年までにしろということを決めないと、いつまでたってもだらだらやって、らちが明かない。しかも、何か所つくるのだというような数値目標を立ててやりませんと物事が進まないのではないかとというのが、私も関与していた印象であります。

したがって、欲を言えば、園田政務官は以前直接おつき合いして、よく御理解いただいていると思うのですが、副大臣、大臣、できれば首相にそのことをよく御認識いただきたい。やはり具体的な数値目標を立てて、いついつまでにということをして是非閣議決定をして進めていただきたい。特に医療の分野ではそれが多。しかも、戦う相手が厚生労働省という、大変のれんに腕押しの省庁でありますので、医系、薬系、そして法務関係と分かれてミックスしていない省庁でありますので、大変やりにくいということがございます。

2番目に書いてありますように、既得権益を持つ団体とそれを擁護する省庁を相手に改革を協議するのは、時間がかかる割には成果が得にくい。得にくいどころか、ほとんど得られないというのが実感であります。

具体的な例を挙げますと、厚生労働政務官と内閣府政務官とが政務官折衝をするということで、余り大勢でやってもよろしくなからうという厚生労働省の提案で、5対5でやりましょうということで、内閣府の政務官と事務局から2名、委員が2名ということで出かけました。当然、5対5ということは、厚生労働省側も5人だと思いましたが、ソファに腰かけるのは5人なのですが、その後ろのテーブルには二十数名、薬系を中心に技官が来

ているわけであります。そして、事もあろうか、厚生労働政務官は彼らに発言を促すのです。これでは5対5の折衝にならないということと、改革をするというのに、現行法でできないという議論をしてもしょうがないので、現行法が駄目だからどうしようかという議論をするときに、それを延々とやられて政務官折衝の時間をつぶされるというような形では、なかなか成果は得られないということでありますので、その辺の手法を変えていく必要があるのではないかという気がいたします。厚労省はしたたかでありますので、是非その点をお願いしたいと思います。

したがって、その次の、分科会での提言を内閣が閣議決定することが必要というのは、今、申し上げたように、期限と数値目標を明確にしたことを決定してほしいということであります。政務官折衝、あるいは副大臣折衝をやっている間に、だんだんそれがぼけて玉虫色になっていくというのが今までの医療の分野の実情であります。

ただ、危急の課題については、次のポツにありますように、個々の事項の改革が必要ですが、これは余り微に入り細に入りやっていると、お互いに矛盾する点があって、大きな改革につながらずに、むしろ足を引っ張るようなことが出てきかねないということがあります。

どうしてそういうことが起こるかということではありますが、医療法、医師法、医療保険法によってほとんど縛られているのですが、多くの箇所に、政令による、とか、中には、厚生労働省令による、という表現が、他の法律に比べてけたたましく多いわけであります。政令は内閣が決めるのですけれども、多くは厚生労働省の事務官から出てきて、厚労省から提案されて内閣で決めるということで、興味のない方は恐らく余り目を通さないのではないと思われるような、厚労省主体で行くわけであります。

例えば「病院にあって」とありますところに、「その診療科名中に、厚生労働省令の定めるところにより」と、ともかく1つの条項の中に3つも4つも厚生労働省令云々ということが出てくる。ここで条文だけではなくて、幾らでも裁量ができるという条件をあちこちに散りばめてあるというのが医療法であります。

それから、法令が改正されますと、ホームページのトップページに掲載されます。これはもちろん、どんどん改善するという意味ではやっていただいて結構なのですが、これに伴った省令その他がまた出てくるわけです。私も長く院長、副院長をやっておりましたけれども、病院を運営するのに、今言った3法、あるいはそれ以外に地域医療計画その他ありますけれども、そういうものを読んでやっていってできるか。実はできないのです。分科会でも話題になりました昭和50年代の課長通知とか、局長通知なら許せるのですが、課長通知まで遡らないと実際の実務は行えないというのが今の医療の実情であります。

ということは、こういうものを決めたときに、私どもの日常の医者からの行動からいきますと、例えば、患者が外来にいらして手術の準備をします。手術の準備をするときには、こういうことをやるのだという指示を看護師、技師に医者は出します。そのときに文書化して出しませんと間違いが起きますので文書化して出しますが、ひとたび手術をやるとい

ろいろな条件が変わりますので、その第1行目には、従来の指示は全て止める、中止である、そして継続する指示についても新たに書き直すというのが私どものやり方であります。これはハーバードが中心になってよくまとめられたのをアメリカで標準化しておりますけれども、それを私ども日本でも多くの病院が採用している。

そうしますと、こういう実行法というか、実務に直接関連するような法律は、是非それに関連する省令とか、あるいは局長通知、あるいは課長通知というものも、以前からあるものを全部その時点で整理をして出すということが必要であろう。そうしませんと、今回のこれを見ても、同じようなことがいっぱい出てくるわけです。地域医療計画うんぬんということが出てきます。

例えば、地域医療計画というものにしても、厚生労働大臣が各知事に命じてやるわけがありますが、これもお時間あるときに読んでいただくと分かると思いますが、微に入り細に入り書くようになっておるのです。各県知事に任せるという割には、幾らでも厚生労働省から後の指示が出せるような仕組みになっているということで、参考資料の「改革の方向性」の医療の○の1番目に「医療における地域主権の推進等を通じ、医療者の自律と主体的な経営を目指すとともに、医療資源の一層の適正配置と有効活用を図ることが必要。」とあります。これは何を意味するかといえば、地域主権ということは、今の段階では道州制ではないわけですから、各知事というふうに解釈できるわけでありまして。そうしますと、知事が自律、自主的に地域としてやるには、法律を読んだらそのままできるということではないと困りますし、よしんば法律にある範囲内での省令が出るのであれば、それは取りまとめてすぐ理解ができる。そして、その上で地域性にのっとった適正な配置を知事の権限でできるということが、恐らく民主党政権がマニフェストに書かれた趣旨であろうと思えますけれども、今、この医療法を基にした、厚生労働省から出ている省令、通知を整理しないと、個々のことを幾らやっても駄目だということになります。

それについて、私が国立がんセンター中央病院の病院長だったときに、大変理不尽な要求を厚労省がしてきたことを例に挙げて御理解を深めていただきたいと思います。皆さん、新聞等で御存じかと思いますが、病院は病人の重症度に従って看護度が違うといいますが、看護師の配置の人数が異なっています。よく7対1とか、10対1とか、患者の数に比べて看護師が何人必要かということをおっしゃいます。

ICUという集中治療病棟だけは違うのですが、集中治療病棟の方が分かりやすいので言いますと、例えば、重症患者が並んでいるところへ2人の患者がいたら、常時、その担当は1人いないといけないというのが最低の基準であります。心臓外科や何かは、意識のない、大変変化の激しい患者のときには1対1で置いている病院もたくさんあるわけでありまして。一般病棟に行くに従って、患者の数が多くなっていくわけでありまして。

診療報酬では、10対1に比べて7対1の方が当然高くなるわけです。ですから、看護師を増員しないと今のベッド数が保てないということになります。保険診療点数が変わった年に、私どもは当然看護師を増員したかったわけでありまして。しかしながら、当時は国立

ですから、予算・決算ですので、前の年の8月頃には本省と連絡を取って増員計画を立てておかないといけない。私どもは、がんの患者でも重症度の高い方が多うございますので、7対1というのがうわき話であったのですけれども、理想的には5対1ぐらいにやるべきだろうということで、人数の要求をしたわけでありまして。当然のことながら大幅に削られて、八十何人の増員が12名で返ってきたわけでありまして。八十余名というと多過ぎるといふ声もあるかもしれませんが、せめて20人、30人欲しかったわけでありましてけれども、そういう形でした。

12人の増員が決まった後、4月に7対1が通ったわけでありまして。当然12人の増員では7対1はがんセンターとしては適用を受けられないということになったわけですね。本省の国立病院課というのが当時ありまして、そこが管轄だったわけですが、何を言ってきたかという、非常勤を雇ってでも7対1を取って収入を確保しろという命令が来るわけですね。しかも、外部から看護師がなかなか集まらなくなったら、ICUの看護師は十分いるだろうから、それを一般病棟へ回して、一般病棟の7対1を取れというような理不尽なことを言う。

ICUの看護師を減らすのは大変重要な意味を持つ。2対1でないとICUの認可を受けられない。ICUの加算を取れないということですね。各都道府県知事がそれを厳格に管理をしているわけですので、東京都から、当病院はICUはないものとみなすということが来るわけですね。一回認定を外れますと、次の認定を受けるには実績を重ねていかないとはいけませんから、3か月は空白になるわけですね。そういうことを平気で言ってきたのです。

もう一つの問題は、80大学病院と、当時の国立がんセンターと大阪の循環器病センターの82か所が特定機能病院だったわけですが、特定機能病院の条件にはICUを設置することと書いてあるわけですね。したがって、本省に、これでICUの設置が外れると特定機能病院の資格がなくなるので、逆に更に減収になりますよと言いましたら、数日したら返事がきたのです。特定機能病院はICU機能があればいいのだ、東京都の認可を受けなくてもよろしいというような大変乱暴な返事が来たわけですね。

これはまさに国民、患者への裏切りです。世間でICUというのは、保険点数で加算されるだけの濃い看護度があるという前提で「ICU」という言葉が使われているにもかかわらず、その監督官庁である厚労省が自らその規則を破れということを平気で言うわけですね。これは規制する側と評価する側が同じ省庁の中にある典型的な欠点と言えると思います。

そういうことを国立がんセンター中央病院長はしょっちゅうやっていたらならないので、実務ができないということで、私は病院長時代、一例も手術をやっておりません。そういう下らない交渉が多過ぎるということですね。なぜ、医療法、こういうものに遡って規制を考えていかなければいけないかということの実例として挙げさせていただきました。

したがって、障害の根本はどこにあるか。ここにあるような法律と政令、省令、通知ということで、恐らく事務局の方は一番御存じだと思いますが、課長の通知が一番多いのは厚生労働省であろうと思います。他の省庁では恐らくあり得ないくらいにこれが出ていて、微に入り細に入りやっておるわけでありませう。

それから、最後に、日本の医療をガラパゴス化しないためには「混合診療」が必要ということも書いてありますけれども、その手前のTPPの影響を考えていただきたいのです。日本医師会は、TPPをやると、アメリカから押しかけてきて皆保険制度がとても立ち行かないと言って、また新聞も盛んにそれをあおったわけでありませうが、本当にそうかどうかということだ。御存じのように、オバマ大統領、クリントンさんは以前からアメリカの保険制度を充実しようということで、それがきちっとマニフェストになっているわけだ。

しかも、お隣の韓国は国民皆保険だ。医師がゼネストをやったのをひっくり返してまで皆保険をやったわけだ。ちなみに私はゼネストの最中に手術のデモンストレーションに行きまして、ライブサージェリーをやる予定になっていましたが、韓国中で手術をやってはいけないということで、教授以外は全部ストをして、診療をボイコットしたわけだ。ですから、韓国では、その日は点滴まで教授がやったのですが、私のは以前からの約束だからということで、テグの大学の手術室を1室だけ電球をつけていただいてやらせてもらいました。中継をして、テレビで手術を皆さんにお見せした。それぐらい徹底した中で、政府が毅然として皆保険にしたわけだ。したがって、韓国は、1保険者で国民皆保険ということで、かなり極端なことをやっております。

そうしますと、もしTPPでそういうことが問題になるとすれば、むしろ日本よりもぶつかるのは韓国なのです。今、日本しか参加を言っていないということでありますけれども、恐らく、この輪を広げていこうとすれば、これは大きな問題になる。安易に、ただTPPになったから皆保険がなくなるのではなくて、我が国の優れた皆保険制度をどうよそへ説得するか、むしろ交渉力の問題であろうと思います。日本の基準をTPPの参加国の基準とするような気概を持って、そのためには、先ほどに戻ると、日本の医療法とか医師法の法律の整備が大変大事ではないか。

例えば、TPPが実際に機能したときに、敵はどうか、よその国は何を言うてくるかということ、日本の法律ではこう書いてあるではないか、これに違反しているのではないからやってもいいではないかというのが恐らく向こうの言い分になるだろう。それを、こういう通知で縛ってあると言っても、そんなものは知らないと言われたら、恐らく裁判に訴えられて、長々とやっていかなければならない。それよりも、我々がこういう医療をやっていくというときには、特に医療法の整備は急務であると考えられるわけだ。

その延長線上で、医療を法律で全部縛っていったらどうかということがあります。全国一律でやっていくと、医療が進歩しないで、向こう100年間同じ医療が通用するのであればそれでよろしいのですが、今、医療の進歩は非常に急であります。私が40年前に医者に

なったときには、CTもなければ、超音波も画像では見えない。ただグラフで上下しているだけでした。MRIも当然ない。PETもない。そういうことに比べますと急速な進歩であります。特にこの10年の進歩というのは恐ろしいもので、手術も、ほとんどの手術が胸腔鏡、腹腔鏡という、今、話題のオリンパスが70%を占めておる、ああいう機械でやられるようになっております。それ抜きには今の医療は考えられない。

しかも、更にその先を行ったロボットはアメリカが席卷しておりまして、恐らくそれがもっと多くの手術に適用されてくるだろう。これはコンピュータの発展とスピードを一緒にしているわけでありますから、これについて実際に臨床の現場でどんどんやっていると、日本だけ置いていかれる。お隣韓国では、1つの大学でダヴィンチというロボットを20台入れている。日本ではせいぜい2台入っているところが1か所、あとは1台ずつ。そこまで差がついてしまっております。したがって、国際学会に行くと、日本人はただ指をくわえて発表を聞いている、アメリカ、韓国、ヨーロッパが壇上で発表するというのが、もう既に来ているわけであります。

こういう会議をやったときに、韓国の美容外科というのは進んでいるそうですね、それ以外はやはり日本でしょうというようなことを言われたビジネスマンがおられましたけれども、とんでもない話で、むしろ基幹のところでは既にトップレベルでは韓国に負けているというのが日本の医学の実情だということです。

しかしながら、どうして医師会がいつも強気に出るかということ、WHOの評価では、ここ数年、日本の医療はナンバーワンです。断トツにいい。これはなぜか。安くて、誰でもが医療を受けられるという条件が適しているわけであります。ということは、矛盾を押し隠して安く抑えておるといふことと、確かにフリーアクセスということは誇るべきことでありますけれども、それがために以前話題になっておりました3時間待つて3分診療だといふことはいまだに解決をしていない。風邪を引いても大学病院に行って、受け付けざるを得ないという状況がいまだに続いているわけであります。したがって、診療所と病院の分離もいまだに機能的にはできていないということでございます。

これをいきなり強引に分けようといふのが、診療報酬で外来の点数を変えようとか、再来の点数を変えようといふような、お金でほったをたたくような形でこれを強引にやろうとしています。そうではなくて、病院とか診療所の機能をそれぞれ特化させていくようなことを考えないといけない。

それには、医師が足りないというところを解決をしないとイケない。これを厚生労働省は長年、偏在が原因であると言って済ませてきたわけであります。今日は資料をお見せしませんが、とにかく医師が偏在して医師不足だといふと、皆さん、へき地のことを頭に浮かべると思うのですが、一番足りないのはお隣の埼玉県です。それと千葉県です。今、日本の医科大学は80ありますので、成人では大体100万人に1つ大学があるわけです。ところが、千葉県では600万の人口で千葉大学1校しかないのです。埼玉も埼玉医科大学が1校であります。神奈川県にしても4つです。ただ、東京に13医科大学があります。東京は1、

300万で13医科大学あるということでありましてけれども、そういうアンバランスがある。

ただ、東京というのは特殊で、東京の入院患者の40%は近隣県の患者です。昼間は東京に通っていますので、入院も東京です。それを差し引いても、首都圏では医師が圧倒的に少ないのです。ただ、絶対数が多いですから、何となく足りないように見えませんが、それがために、大学病院に限らず市中病院が医者の残業が多過ぎるというので、労働基準監督局に順番に指摘を受けて是正を勧告されているというのが今の実情であります。首都圏で医者が足りないわけですから、当然、へき地の寒村に行く医者がいないということになります。

これは規制・制度の改革だけではなかなか難しいのですが、要は、皆さんが通常のビジネスのときに、御自分たちの後輩がどう育っていくかを考えられると、大学の経済学部を出たからすぐ経済関係のお仕事に就けるわけではなくて、会社に入られてから社内での教育がある。トレーニングがあって、5年、10年して一人前になっていくというのが、どの職場でも通例だろうと思います。

医者の場合にも、医学部を出たからすぐ医者になれるわけではなくて、最低限のことはできる、知識はあるということで、その後、専門医としての教育が続くわけでありまして。これが欧米では大体、国全体で制度化されている。ただ、これは国が制度化したのではなくて、専門職種として医師の団体が中心となって政府と相談をしてやっていくというのが一般的であります。ヨーロッパでは、中には国が主導でやっているところがあります。

国はお手伝いをするけれども、医師の集団がもうちょっとしっかりしてやらないといけないのですが、我が国は残念ながら、各学会の主導で、自分の分野への囲い込みが盛んで、日本全体でどういう医師をどれだけ育てたらいいのかという議論が今までほとんどされてこなかったのです。したがって、へき地へ行く医者を育てていない。大学病院で育てるのは、大学病院の各専門家が、教授が卒業生を誘って自分の医局に入れて、そこの専門教育をやっていきますので、そこで10年やった方は、専門家としては優れているのですが、親父さんが開業していて、その開業医の後へ博士号を取ったから帰ると、いきなりできるか。できないのです。循環器の方は、心電図はよく読める。自分は教授よりも実力があると豪語しているのが、親父さんの病院へ行くと、翌日、腹痛が来たり、せきがおさまらないという肺炎の患者が来る。これについておたおたするわけです。そういう医者が日本ではまん延しているわけです。

私が院長時代に一番厚労省に腹を立てたのは、ある地方の市立病院の外科医が医大に引き上げてしまったので困っているから、がんセンターから2人外科医を派遣しろと言って来た時です。私が院長になって1年目の3月に電話がかかりました。それはとてもおかしい要求だから放っておきなさいと言ったのですが、私が4月に外科学会に行っている最中にまた電話がかかってきた。外科学会から帰ってきましてら乗り込んできて、おれの言うことが聞けないのか、二十数人外科医がいるのだから2人ぐらい出せるだろうということをするので、説得をしたのは、がんセンターの外科医は、20~30年間、胃がんとか大腸が

ん、私は肺がんばかり切っていたわけです。それがその地方の市立病院に行くと、何があるか。いわゆる盲腸、アッペ、虫垂切除と言うのですが、それとか、子供のヘルニアとか、胆石の胆のうを取るとか、これらの手術はがんセンターでは皆無なのです。そこへがんセンターの医者を送るとするのは市民に対する冒とくであるということを申し上げたのですが、なかなか納得をしない。

当時、国立病院はみんな独立行政法人化していましたが、6ナショナルセンターだけが国立で残っていたのです。そうしましたら、他のセンターに言ったときには、その院長はもうベテランでしたから、けんもほろろで蹴飛ばしたわけです。ベテラン院長には頼めないというので、新米の院長の私のところに即言ってきたというのが後で分かったわけがあります。

こういう、現場を知らない、医師の免許証を持っているだけで、ペーパードライバーの役人が余計なことをやるので、おかしいことが出てくるということを御承知おきいただきたいと思います。そういうのを相手にしてやるわけですから、先ほどのような政務官折衝を幾ら繰り返しても、無駄な時間を費やすだけです。むしろ、ここで専門家の方々が分科会として認めたことを大臣、首相によく御理解いただいて、国の方針としてこうだ、いついつまでに国民のためにこうやるということを決めていただいて、それを政治家の方が実行に移していただく。そして行政官にこうやれという指示を出していただく。その指示票の書き方は先ほど言ったとおりでありまして、誰が見ても明確に分かる指示を出していただかないと、いつまでたってもこの改革は進まないだろうというのが私の印象であります。

委員ではないので、大変勝手なことをたくさん申し上げましたけれども、ほぼ8割方は言いたいことを言わせていただきましたので、是非よろしくお願ひしたいと思います。

○岡分科会長 土屋先生、どうもありがとうございました。

それでは、今の先生のお話に対して意見交換をしたいと思います。どなたでも結構でございますので、御質問、御意見、何でも結構でございます。

大上さん、何かございませんか。

○大上委員 先生、どうもありがとうございました。委員を御一緒していたときには聞けなかった、エッジの効いたお話をたくさん聞きまして、改めて御見識に感服をいたしました。

1点、質問というか、これは感触を伺いたいのですが、今の医療関係の3法ですか、医療法、医師法、医療保険法、こういうものが非常にスパゲティー化をして、国際的な議論にもはや耐えないものであるということは想像に難くない。同様に、建築基準法だとか、農地法だとか、ある意味、寿命を終えた法律がスパゲティー化したものがたくさんある、そういう現状の中でも、特にプライオリティーが高い分野だと思います。こういうものを、昔の農地解放のような大改正をやるような、そもそも力がどこにあるのか。まず、役所にあるのか。役所にないとなれば、日本にあるのか。日本にあるとなれば、どこにあるのか。そういうようなところについて、何か御意見がありましたら、是非聴かせていただきたい

のです。

○土屋理事 私は今、厚労省の悪口ばかり言いましたけれども、優秀な方は多いので、チームをうまく組めば、能力は十分あると思っています。特に法文系の方には優秀な方が多いですから。問題は、医系も共通一次試験では決して悪くはないのですけれども、要は法律の勉強をしていないわけです。私もやっていないのですけれども、病院長という職業柄、自分で勉強せざるを得なかった。ところが、厚労省の医系の方とか薬系の方は、御自分で法律をつくるのですが、基礎トレーニングを受けていないわけで、もうちょっと法文系の方に素直に頭を下げてやる必要がある。

私は全部の省庁のことは知りませんが、経産省とか、国交省とか、他の省庁で技官がおられて、その方たちは他の部署も回ると思うのです。ところが、厚労省では、舛添大臣が医政局長を初めて文系の方にしましたけれども、それまで医系がずっと占めていたのです。次官は医系、薬系はなれないけれども、医政局長は医系しかできない。医系のトップは医政局長である。医系の人事は全部トップがやっていたのです。そういうような、完全に省内で分断しているようなことではできない。

ただ、彼ら一人ひとりには能力がないわけではなくて、原子力ではムラ社会をつくってしまったために今のようなことになっているので、省庁の優秀な官僚の方をうまく使ったら、使ったらと言ったら申し訳ないですけれども、彼らの知恵で十分、世界に冠たる医療法なり医師法は作れると思います。個々の方は、私は大変尊敬する方をたくさん知っておりまして、それを大臣がどう束ねるかということにかかっているのだと思うのです。こう言っただけは申し訳ないのですが、政務三役がいらないから言いやすいのですが、それが政務三役の能力だと思うのです。彼らとそのチームを組めるかどうか。見渡せば優秀な方はいっぱいいるので、素案は官庁が作る役割があると思いますし、能力も十分あると思っています。

○大上委員 もう一点だけ、関連してよろしいですか。

○岡分科会長 どうぞ。

○大上委員 今の技官のところは裁量状態になって、小さな原子力ムラになっているというのは恐らくいろいろなところにある状況だと思うのですが、一方で、廃掃法だとか、建築基準法だとか、同じような技官が関わっているところでこういう議論になったときに、現場の方はそれなりにやろうかという気持ちになるときも一瞬あるのです。会話をして、議論しても。そのときに、やはり規制官庁ですから、様々な日常の仕事があつて、そういうものに極めて忙殺をされている。もう一つは、ワークロードとして見たときに、そういうことを考えることそのものが非現実的だというようなところで、自らの首を締めているところがあると思うのです。そういった観点で見たときに、今の厚労省の当局の状況というのはどういうふうにお考えになられますか。

○土屋理事 正直言ってオーバーワークであるのは確かだと思うのです。仕事が多過ぎる。その仕事が多い理由は、1つには自分で規制をつくるからということもあるのですけれども、もう一つは、国民というか、厚労省の場合には医療関係者ですけれども、これが聞か

なくていいことまで聞きに行くのです。まさに「改革の方向性」の最初にある医療者の自律と主体的なという、これが行われていないわけです。先ほど外国が入り込んできたときにと言いましたように、法律を読んで、これでいけると思ったら、自分のところの法務の専門家と相談してやればいいのに、いちいち聞きに行くわけです。そうすると、厚労省は、今まで明確でないところに線を引いてしまう。ずるい病院は、その線に該当するものは、収入が増えれば、みんなその病名をつけてしまうというようなことをやる。そうすると、自分たちで仕事量を増やしてしまうわけです。病院の方も仕事が増えて、面倒くさくなる。そういうお上頼みというか、何でも指示を受けないとやらないというような体質を国民の方も改めないと、国民が自分たちで首を締めている面も、特に医療の面は多いと思うのです。国民というより、医療関係者そのものです。

私も医師免許をいまだに返上しないで言うのは心苦しいのですけれども、医師免許を持った医者が職能集団として1つになって、日本の国民の医療はこうあるべきだという専門家としての気概で考えないといけないのが、医師の大多数を占める職能組合、団体がないのです。

日本医師会というのは、人数はそろっていますけれども、いわゆる勤務医で入っているのは、私のように管理職か、何か医師会と一緒に仕事をしたいというので入っている連中か、大学で強制的に入れられている人間ばかりで、医師会活動をやっているなどというのはいないわけです。ですから、日本医師会の代議員を見れば、大半が開業医だということが分かります。あるいは病院長でも、個人病院の病院長がなっているのであって、公的病院でなっているのは、体裁づけに理事の中に1人2人、散りばめているというのが日本医師会ですので、一番高度医療を担っている病院の代表者の意見は日本医師会からは出てこない。

一方、日本病院会とか、病院4団体というのがありますが、これも経営者であって、患者に実際に接している圧倒的多数の勤務医の声が集約されていないという大変不幸なことだと思うのです。自分が病院の経営者であれ、何であれ、医師としてどうなのだというのを1人1票で持った集団がないと、健全な方向にはいかないだろう。国によっては、戦前みたいに強制加入の医師会というのもありますけれども、それは必ずしもよくなくて、職業倫理観を持って、医師が自ら8割以上を占める集団として行動することが望まれると思います。

○大上委員 分かりました。どうもありがとうございました。

○岡分科会長 他にいかがでしょうか。どうぞ。

○川本委員 医療の現場で封建的な様子が分かって、ちょっと怖くなったのですけれども、教えていただきたいのは、分科会の提言を内閣が閣議決定するようなどころまで行けばいいのですけれども、なかなか現実には難しい。そういうときに、どこを押せば小さな穴が開いていくのかというのを教えていただきたい。先ほどの省令とか政令とか、50年代の課長通知に遡らなければいけないというのは、官庁の中でもかなりひどい方だと思うのです。

これを何かの形で公開を請求することがいいのか、今おっしゃった1人1票的な、反対しておられるのも開業医を中心とした医師会なわけですね。ですから、お医者様の行動を変えるための仕組みみたいなものはどうすればいいか教えてください。

○土屋理事 後半は大変難しい問題で、医者の数だけ増やせばいいかということと結びついて、医者の本来業務は何かということを実際に考えないと、そういう団体ができてこないのです。確かに日本の医者は少ないけれども、少ないなりにどう工夫するかというのは、医療現場で働いている医者が一番よく分かっているはずなのです。ところが、医業というか、医者の仕事というのは、1人の患者に没頭していると大変周りから褒められる職業なわけですね。いい医者だと。今、言ったような問題の解決は、いわゆる団体行動を起こさないとできないわけです。医療の現場を離れたクラスルームでの討論が必要になってくる。ところが、それに時間を使うよりもベッドサイドで患者をたくさん診ている医者の方がいいのだと。個別にもそうですし、世間全体もそういう評価をしてしまうと、医者が全部そこへ逃げ込んでしまうわけです。そうではなくて、実はクラスルームでそういうことを考える時間も大変大事なのだという意識転換をしないといけない。

そのときに問題なのは、労働基準監督局が大変有り難いと思うのは、医者でも基本は8時間勤務のはずなのです。ところが、16時間、あるいは36時間連続勤務をやるのが尊いというような風潮がまだにあるわけです。その辺の認識から崩さないと、医師化教育をやったから改まるという性格のものではない。大変難しい問題だと思っています。難しいけれども、それをやらないと、日本の医者はどんどん置いてけぼりを食うのではないかと気がします。

最初の方は何でしたか。

○川本委員 通知とかまで全部公開していけば、少しは物事が分かりやすくなるのか。

○土屋理事 最終的に閣議決定となると、やはり焦点を絞ることではないかと思うのです。私も「国民の声」とか、委員から挙がったのを全部、一生懸命やりましたがけれども、分科会なりWGで焦点を絞って、今年は絶対これやるのだというような意気込みでやって、これについては数値目標まで絶対出すという形でやらないと、こちらをやっていると、またこちらの方が気になってとなると、どっちつかずになってしまうところが、私が関係した期間はあったのではないかと。これだけは絶対譲らないという玉を出して、それ以外は、このクールでは捨ててもしょうがないけれども、このところはというような強い意思がないと、なかなか難しいかなという気がいたします。

○川本委員 その中身は、例えば、どんなものですか。

○土屋理事 中身は、例えば、今ですと、医師不足が叫ばれて、舛添さんのときに1.5倍となって、民主党もマニフェストで1.5倍と。だけれども、一向に実行されないわけです。8,000人強の定員で、今年は30人増やしたということで、みんなごまかしているわけです。1.5倍に行くのは何年かかるのだ。そのうちみんな忘れるだろうというのを狙っているとしか思えないやり方なのです。1.5倍を5年後に実行するのだという目標を立てないとい

けない。そうしたら、文科省は一体どうするのだ。学校を増やすのか、各学校の定員を増やすのか、どうやるのだ。それについて、金が幾らかかるのか、いつまでに計算してこいということで、今、医療の面では、医者の増員が圧倒的に優先課題だと思います。

○岡分科会長 ありがとうございます。

他にいかがですか。大室さん。

○大室分科会長代理 先生、どうもありがとうございました。

私がショックだったのは、基幹の部分で既に韓国に大分後れを取っているというお話でした。先ほどあったように、美容では韓国が大変進んでいるけれども、基幹の部分はまだまだアジアの中では日本が一番進んでいる、それを活かしてどのような戦略を取っていくべきかと考えていたのですが、それすらもう後れているというお話を頂きまして、大変ショックであり、医療そのものがここ何十年かで後れてしまったのだなど、そう感じております。

そこで1つ、川本さんのお話にも通じますが、やはり医療は国民的にも一番大事な話でもあり、何とかこれを我々の規制改革の中で取り上げて進めていくことが必要だと思うのです。先生にいろいろお話を頂いた中で、まず、いの一番に手をつけたらいいという項目は何とお考えですか。

○土屋理事 今、大室委員の御指摘のことからいくと混合診療だと思います。これは一番風当たりが強いですが、それをやらないと、ますます後れを取っていく。ただ、問題は、今、保険でカバーされているところは保証するのだという安心感を国民に与えつつ、混合診療を導入していく。新聞はすぐに全面解禁と書くのですが、自由奔放に何でもやっていいという問題ではなくて、これこそ医者が専門家として集団で、自分たちがちゃんと自主規制をするのだということで国民の安心感を得るべきだと思うのです。

今、実際に混合診療は行われているわけです。それは何かというと、先進医療と称している、厚労省がコントロールしている混合診療なのです。これがいけないと言っているわけです。これでは世間から後れを取ってくる。これは専門家である医者に任せなさい。ただ、医者の方も、任された以上、自律機能で、自浄作用も含めてやらないと、国民の信用は得られないと思うのです。ですから、その仕組みをつくっていくべきだと思います。その上で混合診療を導入しないと、ますます先端医療から後れていくと思います。

恐らく大室委員が言われたのは、経産省とか観光庁が言っている医療ツーリズムですが、私は経産省の委員会に出ていますけれども、インバウンドよりもアウトバウンドが先だと。がん研は今、日本の中で威張っているけれども、中国へ行ったら、誰も知らない。そこでインバウンドで患者さん、いらっしゃいなどと言っても無理です。むしろ我々が向こうへ出て行って、がん研の得意とするのは何だということを見せなければ、患者も医者もこっちを向かない。そのときに、今、看板が非常に少なくなっているのは確かなのです。口とかお尻から入れる内視鏡はオリンパスがいいのをつくってくれていますし、日本人は皆、丁寧にやりますので、これはやって見せれば、人気になります。そういうものから表へ行っ

て見せないといけない。中国なり韓国で見せたら、日本人のファンは増えますけれども、日本で幾ら威張っていても無理だと思います。

○岡分科会長 ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。佐久間さん。

○佐久間委員 どうもありがとうございます。非常に深い、でも、生々しいお話を拝聴いたしました。

多分、私の理解が悪いのだと思うのですが、今のいろいろなルールが、法律よりも、50年代の課長通達だとか、そういうもので実質決まっている、だから整備をしなければいけない、特にTPPだとか、ある意味ではかなりグローバルになったときに、やはり法律が基準でなければ透明性はないということだと思うのですが、逆に法律でいろいろ決めていくと、はっきり言えば、今の国会のパフォーマンスというか、スピードから言うと、前もちょっと申し上げましたけれども、独禁法の改正で4回、結局、審議もされないというような、つまり、法律で決めると、結局、何も進歩しない。そこは逆に法律でないところではっきりと決めておいた方がフレキシビリティがある。特に医療のような日進月歩の世界には合うという面もあるのかなと、全くの素人と思うのですが、その辺はどういうふうに考えればよろしいのでしょうか。

○土屋理事 御指摘のとおり、私が言おうとするのは、細かいことまで法律で決めろと言うのではなくて、法律で解釈できる範囲の、ある遊びというか、自由度のところはそのままにしておいた方がいいということで、それはどこでコントロールするかとなれば、文章中にも出ているのは、病院の許認可とか、そういうのは都道府県知事に任されているのです。知事に任せても全然構わないわけです。病床規制にしても、国全体ので厚労省は通知を出すのですけれども、各県ごとにやれで、知事が責任を持ってやればいい話で、各医療施設が経済的に成り立たなければ病院はつぶれてしまうわけですから、当然そこでコントロールが働くわけです。

それを見て知事が住民の不公平感のないようにする。知事であれば細部まで目が通せるのですけれども、霞が関から47都道府県の郡市までは見えないのです。霞が関の役人に言わせると、自分たちは地方の県の衛生部長だとかで行って見ていると言うのですけれども、彼らは県庁で見ているのであって、県の細部に行っているわけではない。しかも、各県の医療計画を厚労省が全部目を通す。ところが、それは厚労省から行っている人間が指示して書いているわけです。しかも2年でいなくなってしまう人の指示だから、現場も働く気がしないわけです。また違うことを言われるかもしれない。これはオリジナルの県に任せてやったら、そのコントロールはもっとうまくいくだろう。ですから、法律は今の、細かいところは省令によるのではなくて、各県の知事に任せると書いていただいた方がいいだろうと思います。

○佐久間委員 ありがとうございます。

○岡分科会長 ありがとうございます。

どうでしょう。翁さん。

○翁委員 お話どうもありがとうございました。

今のお話の中で、混合診療と医師増員の問題が喫緊の2つの大きな課題だと理解すればよろしいかと思うのですが、混合診療について、今、先生がおっしゃったことは、国民の理解というか、保険の部分については大丈夫なのですよという理解は、そういう形でやっていくという方針が出れば、それでいいと思うのですが、専門家の自主規制機関というのは、例えば、勤務医の土屋先生を初めとして、そういったことが必要だと思われる方々がそういったことをつくっていくという機運ということは期待ができる状況なのか。時間的な制約はあっても、やはり先端医療の重要性ということを考えれば、当然そういった自主的な動きも出てきてもいいのかなという感じがあるのです。そういうことがもし期待できるとすると、いろいろ折衝していく上でも1つの助けになるのかなと思うのですが、具体的な動きとして、そういうことは期待できるのでしょうか。

○土屋理事 それは、結論から言って期待できると思います。1つは、いわゆる治験ですね。これについてはかなりハイレベルなことができる体制が組んでいますので、それと同じように、混合診療の場合に、自分たちで自律的な監視機関をつくるというか、自浄作用のある組織としてやれということがはっきりすればよろしいと思うのです。

ただ、今までのように、どの機関がやっていい、やっていけないというような、特定機能病院とか、地域の拠点病院というような指定を厚労省がやると、また同じことになってしまいますので、自分たちでそういうものをつくって、自浄作用を働かせるということが必要だろうと思います。その能力は十分あると思います。

話は飛ぶのですが、新聞でよく出てくる医道審議会がありますね。あれが厚労省にあることはおかしいと医者が言わなければいけないと思うのです。あれは医師会なり、医師会に勤務医も全部入ったとして、医者の集団が自分たちで医道審議会を持って、自浄作用がなければ、その集団は尊敬されないと思うのです。これをまるで子供のように、親からしかられて、こういうやつを追い出そうと。これは自浄作用が医者の世界に全くないことを世間に認めているようなものだと思うのです。ですから、その辺から改めない国民の信頼は得られない。それで新聞社もあおって、任せられないというので、厚労省ならいいだろうと。まさにお上がやることはいいけれども、自分たちでできない、そこを転換しないといけないと思います。

○岡分科会長 ありがとうございました。

委員でまだ発言がないのは安念さんだけですけれども、よろしいですか。

○安念委員 遅れて参りまして済みません。

先生がおっしゃったように、アウトバウンドでないといけないのはそのとおりですね。私も半年ぐらい前に内視鏡の検査を受けて、日本の先生はうまいものだと思って感心したのです。本当は私もそろそろ仕事を辞めて外国に行きたいのですけれども、唯一心配なのは内視鏡なのです。アメリカ人に尻から入れられるのかと思うとぞっとする。

混合診療につきましては、私も喫緊の課題の1つだと分かっているつもりなのです。あるいは既に御指摘があったのかもしれませんが、なるほどなと思わせる心配の1つとして、混合診療が混合診療なりに確立してしまうと、本当なら保険収載してもいいものが、「いいじゃない、混合診療でそれなりに賄われているのだから、ずっとそのまま放っておけばいい、つまり、自由診療のままにすればいい」という意見が優勢になってしまって、長期的には一般国民の不利益になる、というものがあるかと思えます。

これは例として余りよくはないかもしれないけれども、生殖補助医療というのは、少なくとも日本の中では、日本の医療は世界的なレベルだとおっしゃる。もしそうであるとすれば、自由診療だったからだと思うのですが、「ほら見ろ、自由診療でやったからレベルは高くなったけれども、みんなが自由診療で当然だと思っているよね」と。仮に生殖補助医療も本当なら保険収載してもいいものだとしても、なかなかそうはならないでしょう、と心配です。そういうことがいろいろな先端分野で起こってしまって、結局、貧乏人は恩恵に浴せないまま、保険の対象にならないようになってしまうんだよと、そういうことをおっしゃる方がよくあって、私は全部が全部嘘ではないような気がするのです。これについては先生はどのようにお考えになりますか。

○土屋理事 確かに幅広い分野がありますから、ボーダーラインのところはかなりあると思うのです。ここは国民のコンセンサスで、どこに線を引くかをその都度決めていかないとならない。ただ、圧倒的多数は、明らかにこれはまだ実験的なものである、こちらは明らかに万人に平等にやらなければいけない。ところが、日本人の癖として、医療界でもそうなのですけれども、グレーゾーンの議論だけになってしまうのです。そうではなくて、一番大事なことは、明らかに白と、明らかに黒、これは何だと、これについては皆さん賛成だと、そこでまずスタートしましょう、グレーについてはディスカッションを残していきましょうということで、その都度やっていかないといけない。

医者の世界でもそうなのですけれども、診断機器が新しくできた。グレーのところがあるから、この新しい機械は駄目だと言うのですけれども、今までよりもグレーの位置がずっとずれているわけです。そのことの方がはるかに問題で、問題にする方はグレーのところの細かい問題で全体が駄目なようなことを言うのです。そうではなくて、今は毅然とした、国民皆保険のいい制度があるのですから、これは各自する。そうではない、明らかにそれに適用しなくていい分野がある。しかも、それは極端に学問が進んでいる。これはそのままでもいいではないかと、誰でも納得するわけです。だけれども、この間が落ちてきたときにどうするのだというのが今の安念先生の議論です。ですから、これはこれですっと議論していきましょう、別にここのところを強引にやるわけではありません。そこについて自費でやりたければ、今もやっていていいですよ。それが非常にいい成績で、しかもみんなに恩恵が必要であれば、こちらに入れましょう。これは経済的なことまで含めますから、医療者だけの決定ではなくて、国民的合意で決めましょうということで解決できるかと思えます。

○安念委員 ありがとうございます。

○岡分科会長 一通り、各委員からの御質問、御意見が出ました。

○大上委員 1点だけいいですか。

○岡分科会長 まだ時間がありますから、どうぞ。

○大上委員 議論を聴いてまいりまして、改めて、障害の根本というのは、スパゲティ化した法律であり、各種政令である。それに対応するためには、具体的な目標を設定して閣議決定する。しかし、考えてみると、平成16年に「規制改革・民間開放推進3か年計画」が閣議決定されておりまして、方向性から見れば、ここに挙がっているような個別の項目も含めて、全部挙がっているわけですね。それをピン止めして改定する、あるいは閣議決定することができていないという現状で、改めて個別にいろいろ攻めていくというところはやっていく必要があると思うのです。

もし本気で政治が取り組むのであれば、こういった小さな原子カムラのような構図は、国土交通省の中にも建設、運輸、環境省の中にも廃棄物処理だとか、リサイクル、各省にあるわけです。こういうものを5年ぐらいかけて全部一新する。逆に細かい項目はやらない。その代わり、毎年1個ずつ、そういうのを順番に決めてやる。それを特定する。そのことを目標として個別に設定をして、閣議決定をするというような、夢のような荒技を政治が本当にやっていただけないか。そうすれば、あとは内容は専門家が集まって、国民も医師も当局も議論をすればいいのだと思うのです。そうすれば優秀な日本の官僚とプロフェッショナルと国民は、まさに世界に誇れる規制の法律を作ることができるというふうに、土屋さんの御説明を聴いて、改めて思いましたが、そのことについてはいかがでしょうか。

○土屋理事 おっしゃるとおりで、リーダーが、これは絶対やるのだと、絶対ぶれないという姿勢を出していただいて、目標をここまでと言っていただければ、分科会にしても、各省庁にしても、やる気が出ると思うのです。私は厚生労働省が一番親しいですけども、彼らも改革する気がないわけではない。だけれども、上が本当にぶれないのかどうか、そこが一番心配だと思うのです。ですから、先ほどから言っているように数値目標を立てて、いつまでにやるのだということを明確にさせていただいて、議論より先にまず行動を取っていただきたいという気がいたします。是非お願いしたい。

○岡分科会長 今の土屋先生のコメントが出たところで、ちょうど政務官に発言していただく環境が整いましたので、御挨拶をひとつよろしく申し上げます。

○園田大臣政務官 遅れてまいりまして、大変失礼いたしました。

今日は私も事前に土屋先生のレジュメを見て、何とか上から3つ目のポツの御説明のときには来なければならないと思って駆けつけさせていただいたわけですが、間に合いません、大変申し訳ございません。ただ、恐らくそれを察してであろうと思うのですけれども、最後にそういった御質問と、土屋先生からの御示唆を頂いたと思っております。

御指摘のように、私どももこの分科会を始めさせていただく際には、当然、岡分科会長

とも御相談をさせていただきながら、今までに閣議決定したもののフォローアップもやはりきちっとやっておかなければいけないだろう。

去年は第1クール、第2クールと土屋先生に大変お世話になりました、ここに参考資料として添付していただきましたけれども、土屋先生にWGの主査をやっていただいたお陰で、ここまで幾つかの項目を立てることができたと思っております。今までは積み上げてきた形で、政治折衝を終えた上で閣議決定という形で、それにおいてやりましょうということでした。

ただ、閣議決定されたものについても、まだまだ不十分な点が取組の中にはあるんじゃないかということもあって、今回の分科会を立ち上げる際には、フォローアップもきちっとやっていかなければならないという形で、岡会長初め、今、ここにいる委員の先生方に更にそれをフォローアップしていただけるということでございますけれども、そのときの議論でも、政治主導がまだまだ不十分ではないかという点も御指摘を頂きましたので、私どももきちっとした形で進めていく、その原動力を今回の第3クールといいますか、新たな分科会の中できちっと出していただく。そして、私たちもそれをしっかりと真摯に受け止めさせていただいて、ぶれないというお話がありましたけれども、そういう形で方向性をきちっと決めさせていただいた上で突き進んでいきたい。そういう仕組みを新たに考えさせていただいたところでございます。

そういった面では、まさしく今日、土屋先生からお話を頂きましたので、当然ながら、この分科会でもそういう方向性で御議論をいただけるものだと思っていまして、私どももそれをきちっと受け止めると同時に、前に進めていくということを考えていきたいと思っております。

先般、蓮舫大臣、そして中塚副大臣とともに経団連にもお邪魔させていただきました、この分科会で行われている議論を踏まえて、しっかりとやってほしいという御意見を当然ながら頂いたわけでございまして、蓮舫大臣以下、私どもも更に進めなければならないということで、意を強くさせていただいたところでございます。今後とも私どももしっかりやりますので、是非お力添えといいますか、御指導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。どうもありがとうございました。

○岡分科会長 園田政務官、どうもありがとうございました。

まだ若干時間がございますが、どうぞ。

○川本委員 3つほど教えていただきたいのですけれども、1つ目は、3時間待つて3分診療は、診療報酬の問題よりは機能の特化だとおっしゃいました。今、大病院では紹介状が要るとか、若干動きが始まっていると思うのですけれども、イギリスのジェネラルプラクティショナーみたいな形になっていくためにはどうすればいいのか。これが質問の1つ目。

2つ目は、経済連携のところで出た話なのですけれども、医療器具、ベッドとか、そういうことにも関係して、日本では非常に高い値段で独占的に販売されたりしているわけな

のですけれども、医療機器、医療器具について、土屋先生の御見解があれば教えていただきたい。

3つ目は、先日、農業のところでも東大の本間先生にお越しいただいて、こんなに不合理なことが続いているのは何でですかと。最終的に政治力だと言うのだけれども、最近それは票とか献金ではない、選挙の時の手伝いだと。電話をするとか、小選挙区制だと、落とすということができる、そういうことなのだとということを教えていただいたのですね。医療の場合には、これだけ閣議決定されても全く進まない、原因は何だということを教えていただけますか。

○土屋理事 最初のイギリスのG Pの問題ですが、日本では、今日来てもらった久住君みたいなG Pが実際にできる医者はほとんどいないのです。育てていない。先ほど言ったように、そういうコースがないのです。彼は若いうちからそれを志して、今、ナビタスという、立川のエキュートでやっているのですけれども、かなり幅広く専門知識がないと、そういうことはできない。先ほど申し上げたように、日本では専門分化した専門ばかばかり育てているものですから、できないのです。

したがって、患者は、それほど理屈をこねて理解しているわけではないのですけれども、感覚的に、血圧の薬を毎月もらいに行くのはあの医者でいいけれども、具合が悪いなと思うと、その医者を頼らずに大学病院にいきなり行ってしまふ。一般の方は非常に嗅覚が鋭くて、それをもう分かっているわけです。あの先生は血圧の相談はできるけれども、お腹の痛いのは相談できないというのを見破っているわけです。

ところが、彼のところは、お子さんのワクチンから大人の診療までできる。ですから、今、はやっていて、今日も抜け出して大変なわけです。そういう医者を最初から育てないといけない。ですから、教育の制度を根本から、特に卒後教育ですね。舛添大臣のときに、検討会の中で500万の研究費をもらって報告書をつくったのですけれども、卒後教育も体系化をして、最初からG Pができる方が、欧米では30~50%なのです。半分弱がそういう教育を受けて、残りが専門ばかになっていくわけです。専門ばかの働く場所は大病院しかあり得ない。その人が途中で転換するには、もう一度G Pのトレーニングを受け直さなければ、周りからばかにされるわけです。最初から、まちの尊敬されるお医者さんを育てなければいけない。ですから、へき地で医者が足りない、山奥で足りないときに募集してもなかなか来ないのは、自信を持って行ける医者が日本にはなかなかいないということなのです。東京へ来て幾ら宣伝してもいない。それが1番目。

2番目の医療機器ですけれども、細かい機器からいろいろありますけれども、大きな機械で衝撃的だったのは、40年前、私の学生時代は、放射線治療機器というと、東芝製とか、島津製とか、日立製を各大学病院でも使っていたのです。今、日本中の放射線治療機器がバリアンとかジーメンスとか、全部外国製です。なぜそんなことになったか。昭和50年代にドル減らしというのが2回ありました。アメリカ製品を買いましょと、日本国中沸いたわけです。がんセンターでも、私も人工心肺を買ってもらったときに、トノクラという

日本の機械屋があったにもかかわらず、サウンズというアメリカ製を買わされたのです。そういうことをやっている間に、放射線治療機器も全部席卷されてしまったわけです。

医療機器というのは普通の機材の100分の1ぐらいしか台数が出ないわけです。放射線治療機器に至っては、自動車などの何百分の1しかないわけですから、そういうところを気をつけてやらないと簡単につぶれてしまうわけです。ですから、この辺は、昔の厚生省だけが管理をしていて、当時は経産省などはほとんど興味がなかったというところに大きな間違いがあったと思います。造船とか鉄鋼もそうかもしれませんが、戦後しばらく国全体が考えて産業育成をやったようなことをやらないと、医療機器の立ち上げはできない。オリンパスだけが今、頑張っている。テルモとか、ごくごく少数なのです。製薬会社にしても、ほとんどつぶされてしまっています。武田が少し頑張っていますが、欧米に比べると10分の1ぐらいの規模しかない。この辺は産業育成という観点と、日本人がオリジナルないいお薬なり、機械が使えるようにというのは、国策でないとなかなか難しいだろうと思います。

最後のところは大変難しい。ただ、個々の医者には政治家に強いのです。皆さん、病気になってくれますので、患者になってくれるとなおさら、会ってくださいと言うと必ず会ってくれる方は増えてくるのですけれども、ただ、これが全体としてどうかということなのです。昔は医師会側もそういうことをよく考えていたわけです。武見さんというのは評判よかったり、悪かったりしますが、私はどちらかというともよかった。彼は保険診療の開業医の頭みたいな顔をしていましたけれども、自分は自由診療をやっていて、よく勉強していて、病院のこともよく分かっていて、その顔をしていましたから、病院側も反対しなかったのです。みんなついていっていた。そういう、いい意味での政治力が今の医者にはない。恐らく政治家の方に働きかけるのが弱いのだと思うのです。悪い政治力を持った医師会がずっと続いておりますのでという気がいたします。

○岡分科会長 では、翁さん、どうぞ。

○翁委員 医療機器のところについて、競争力をつけていくために、規制の改革で必要なことは何かあるのでしょうか。産業政策として、例えば、税制とか、他のツールによるしかなないのでしょうか。

○土屋理事 関税をかけてうんぬんなどというのは、多分、逆行してしまうだろうと思うので、やはり産業振興でお尻をたたいてあげた方がいいかなという気がします。いわゆる大企業の下請けをやっている大田区とか、東大阪とか、よくありますけれども、医療機器もそういうところなのです。ところが、定価が高いものですから、その割には売れないのです。その辺をうまくやらないといけない。

もう一つは、流通経路の問題です。我々が若いとき、スウェーデン鑷子^{せっし}というのは我々は大変憧れたわけです。スウェーデンのはいい、いいと。ところが、鉄鋼メーカーによると、鋼は日本の方が圧倒的にいいのだと。当時からトヨタの車の方がボルボより薄い。日本が一番いい鋼をつくっている。だけれども、町工場の医療機器をつくるようなところに

は回す流通ルートがないのだと言うのです。トヨタに行ってもらってあげればいいのではないかと考えたのですけれども、そういうところからこまめにやらないと、多分、できないのではないかと思うのです。ですから、いまだにスウェーデンの機械とか、そちらに憧れる外科医は多いわけです。

○岡分科会長 よろしいですか。まだいろいろあるかもしれませんが、時間が迫ってまいりました。

私も一言だけ。土屋先生の今日のお話を聞いて、我々の取り組もうとしていることで、今まで私自身は、いわゆる政治家と官僚の方を向いていたのですけれども、今日、病院だとか、個人経営も含めたお医者さんの方も結構見なければいけない部分があるのだなというのを認識しました。目的は国民である我々にとっていい医療の実現ということでしょうから、そのためには、実際にそれをやっていただける、専門性の高い先生と、それから、いわゆるGPと言うのですか、そういうところも含めた点、それから、先ほど来、医師会ではない、職能別でも何でも、医療の現場からの声がきちんと上がってくるような、そういう組織が存在していないとか、いろいろお医者さんの方、あるいは病院側にも改革の必要性を感じたというのが私の印象でございます。

それでは、時間となりましたので、議論はここまでとさせていただきます。

土屋先生におかれましては、本日は本当にありがとうございました。

それでは、最後に次回の分科会の日程についてでございますが、年明けの1月18日の水曜日午後3時30分より開催する予定でございますので、よろしくお願いいたします。

なお、第1、第2WGについても1月中旬に開催する予定ですので、こちらについてもよろしくお願いいたします。

それでは、これで本日の会議を終了させていただきます。お忙しいところをお集まりいただき、誠にありがとうございました。