

健康・医療WG（第7回） 議事概要

1. 日時：平成25年9月5日（木）9:30～11:20
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階第3特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、大田弘子（議長代理）、金丸恭文、
佐々木かをり、滝久雄、森下竜一
（専門委員）土屋了介
（政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、寺田内閣府副大臣
（事務局）滝本規制改革推進室長、館規制改革推進室次長、大熊参事官、中原参事官、
湯本企画官
（厚生労働省）土生医政局総務課長、中野医政局医療労働企画官、岩澤医政局看護課長
4. 議題：
（開会）
 1. 医療法等の改正について
 - （1）厚生労働省からのヒアリング
 2. 健康・医療WGの検討項目について

（閉会）
5. 議事概要：

○館次長 おはようございます。それでは、時間になりましたので規制改革会議健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。

本日は大変悪天候な中、皆様方には朝早くから御参集いただきまして、ありがとうございます。

それでは、開会に当たりまして、稲田大臣から御挨拶を一言お願いいたします。

○稲田大臣 本日は大変な大雨の中、お集まりをいただきましてありがとうございます。

いよいよ今期、健康・医療ワーキング・グループのキックオフとして、本日は、現在厚生労働省において検討中の医療法等の改正についてのヒアリングと、今後の健康・医療ワーキング・グループにおける検討項目について、議論が予定されております。

医療法等の改正については、先般の社会保障制度改革国民会議の報告も踏まえて議論がなされていると聞いておりまして、その検討状況についてしっかりお伺いをしたいと思っております。また、今後の検討項目については前期からの継続項目を含め、中長期的な視点を見据え、真に国益につながる抜本的な規制改革を行うべく、委員の皆様方に幅広い問

題意識から御議論をいただきたいと思っております。

今期の健康・医療ワーキングにおいても、皆様方の御議論が安倍政権の掲げる国民の健康寿命の延伸、この分野の国際競争力強化に結びつくことを期待いたしております。今日も委員の皆様方の闊達な御議論を期待いたしておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○館次長 どうもありがとうございました。

それでは、報道の皆様は御退席をお願いいたします。

これからの進行は翁座長に、よろしく願いいたします。

(報道関係者退室)

○翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

まず議題1「医療法等の改正について」ということで始めさせていただきます。

今日は厚生労働省の方々にお越しいただきました。どうもありがとうございます。

厚生労働省から医療法の改正につきましてお話を伺いまして、その後、質疑の時間を設けたいと思います。

それでは、厚生労働省から20分程度で医療法の改正について御説明をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○厚生労働省(土生課長) 厚生労働省医政局でございます。本日はよろしくお願い申し上げます。

お手元の資料1「医療法等改正法案の検討状況について」という資料で、簡潔に現在の関連法案の検討状況につきまして、御説明をさせていただきたいと思っております。

表紙をお開けいただきまして、先生方御案内のとおりかと思っておりますけれども、まず全体状況でございますが、本年8月に社会保障制度改革国民会議の報告書が取りまとめられたということでございます。社会保障4分野の今後の改革の方向を示す大変重要な報告書でございますけれども、その中で医療・介護分野の改革ということで、医療提供体制に関わる点につきまして、多くの御指摘をいただいております。

1 ページ、総論のところでございます。改革の大きな方向性としたしましては、機能分化とネットワークの構築ということで、患者さん側の病期に見合った適切な病床で、それに見合った医療を受ける。そのためには病院病床の機能分化、急性期ですとか回復期ということがございますけれども、そうしたことと、それがばらばらではなくて、ネットワークを組んで連携をとっていくことが非常に大きなテーマになっております。また、早期の退院を目指すためには、受け皿となります病床あるいは在宅医療、介護の充実が前提になるわけがございます。この辺が全体として大きなテーマになってくるということがございます。

具体的な提案としましては「2. 医療・介護サービスの提供体制改革」ということで何点か課題をいただいております。

まず(1)は、必ずしも各医療機関がどういう機能を持っているのかということが明ら

かでないところから始めようということをごさいますして、病床機能の報告制度を第1弾の取組として、早急に導入する必要があるということになっているわけをごさいます。

次いでそのデータを分析した上で、先ほど申し上げましたような医療機能ごとの医療の必要量といったものを含む地域医療ビジョンというものを、既に医療計画を作っておられます都道府県に作っていただいておりますかどうかという御提言になってごさいます。

さらに、ビジョンを作っただけでは意味がないわけをごさいますして、それを実現するための施策を講じていく必要があるということになっているわけをごさいます。このビジョンにつきましても、1つ目安として次の医療計画、現在これは5年サイクルということをごさいますけれども、次は30年度ということをごさいますけれども、この地域医療ビジョンは最終的には医療計画に溶け込む形になると思っておりますが、できる限り30年度を待たずに直ちに実行していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と都道府県で十分協議をする必要があるということになっているわけをごさいます。

(2) のところ、こうした都道府県の役割強化と、これは医療保険の方になりますけれども、国民健康保険。これは現在、市町村が保険者になっているわけをごさいますけれども、その保険者の都道府県への移行ということが、全体の医療政策という意味で整合性が取れるということをごさいます。そのところの具体的な記述は省略させていただいております。

(3) といたしまして、医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しということで、申し上げました連携あるいはネットワークというものを、より容易にするための制度の見直しが提言されてごさいます。

(4) (5) は、介護保険を中心とする地域包括ケアシステムとのネットワークの構築の重要性が指摘されております。こうした施策を実現するためにも、提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきということで、先ほど申し上げました病院、病床機能の分化でごさいますとか、人的・物的資源の集中投入あるいは在宅医療・介護の推進等々について、そういった財源を活用してはどうかということの提言をいただいております。

(6) は、いわゆる人の面、医療職種の方でごさいますけれども、こうした体制の中で適切な医療を提供するためにも、各職種がばらばらに働くということではなくて、医療職種間相互の役割分担と連携、チーム医療の確立というものの重要性が指摘されているわけをごさいます。

また、そうした力を発揮していただくためには、医療機関の勤務環境の改善あるいは医療従事者の定着、離職防止といった労働面での対策の重要性も言われておられるわけをごさいますし、また、今後の看護ニーズの増大を考えますと、養成の拡大とあわせて既に資格を持っておられる、いわゆる潜在看護職員の方の一層の活用が重要であるという御報告をいただいたところをごさいます。

3 ページ、この国民会議の報告を踏まえまして、つい先般でごさいますけれども、社会保障制度改革推進法に基づきます法制上の措置の骨子というものが閣議決定されたもので

ございます。2のところ、医療提供体制に特にかかわる部分について抜粋をしておるわけでございますけれども、今後医療費の増大が見込まれる中で国民皆保険制度を維持することを旨として、必要な改革を行うという大前提のもとに（3）のところ具体的な検討事項あるいはスケジュールが、先ほど申し上げました国民会議の報告書をベースに決定されたということでございます。具体的には繰り返しになりますけれども、病床の機能分化、連携、在宅医療、在宅介護の推進ということで、先ほど申し上げました報告制度、地域医療ビジョンの策定、新たな財政支援、医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し、地域における医療職種の確保、勤務環境の改善あるいは医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し。これらにつきまして検討を加え、必要な措置を講じるという立付けになってございます。

（5）はそのスケジュールの基本ということでございますけれども、平成30年度、これは次期医療計画の策定期間ということも踏まえまして、ここに列記されている必要な措置を、平成29年度までを目途に順次応ずるということでございます。その一環として、まずはこのために必要な法律案を来年の通常国会に提出することを目指す。こういった政府全体のスケジュールになってございます。

4ページ、こうした一体改革の議論と並行いたしまして、私ども厚労省で申し上げますと、社会保障審議会医療部会というところが法案について具体的な審議を行っていただく場となっているわけでございます。平成23年12月に既に大きな方向性について意見書が取りまとめられているということございまして、基本的には今、申し上げました社会保障と税の一体改革の大きなテーマと、概ね一致するような検討の方向性というものが医療部会でもまとめられているということでございます。

私ども、こうした全体状況の中で法制上の措置の骨子に規定されておりますとおり、来年の通常国会提出を目指して、今後関連法案の改正案の取りまとめを進めていくということございまして、具体的な議論は今、申し上げました医療部会で行っていただくということで、月2回程度今後開催をしまして、できれば11月、遅くとも12月に意見書の取りまとめをお願いしているところでございます。

その具体的な内容でございます。5ページでございますけれども、これは今、申し上げました医療部会での、いわば議論の端緒として、たたき台と言った方がいいかもしれませんが、事務局としてこれまでの経緯あるいは国民会議の議論の状況等を踏まえると、こんなことが改正案になり得るのではないかということで、あえて簡単に1枚紙でお示しをしたということでございます。

先ほど申し上げましたとおり、今後それぞれ議論をしていくということでございますので、内容等、追加、修正、変更等々があり得るものとして御覧いただければということでございます。

法案の概要で主なものをピックアップして、少し御説明をさせていただきたいと思っております。

まず1番のところは、国民会議でも大きなテーマになっております病床の機能分化と連携の推進ということで、①として病床を医療機能ごとに報告をしていただく仕組みをまず作るということ。②でございますけれども、そうした情報等を活用いたしまして、二次医療圏、これは一般的な医療が通常提供される地域の単位ということでございますが、その医療圏ごとに必要な医療提供体制の目指すべき姿、地域医療ビジョンを作っていくということでございます。

2番として在宅医療の推進。これは法律のみならず、補助金あるいは診療報酬等々でも当然やっていくということでございますけれども、法的には医療計画の中に在宅医療というものを明確に位置付けて、関連の自治体等々とも協議しながら在宅医療の明確な推進方策を作ってくださいとはどうかということでございます。

4番は医師確保対策でございます。機能分化と言いましても、やはりそれを担っていただく医療職の方が、各地域に配置をされることが言うまでもなく重要であるわけでございます。現在、補助事業で段階的に各都道府県に地域医療支援センターということで、医師不足地域の医師の調整あるいはそうした地域で安心してお医者さんが職務に専念していただけるようなキャリア形成支援等々を、大学とも連携をしながらやっていただいているところでございますけれども、そうしたセンターの機能の強化あるいは法的位置付けを図ってはどうかということでございます。

5番目でございます。先ほど潜在看護師、看護職員の復職支援の重要性が指摘されているということがございましたけれども、そうした対策を進めるためにも、まずは正確な実態を把握することで、免許保持者につきましては働いていない場合でも何らかの情報を各都道府県のナースセンターに情報提供いただく。それを活用して復職支援対策を体系的に進めていくという取組を行ってはどうかということでございます。

6番目、医療職員の離職防止定着支援という意味では、勤務環境の改善ということで現時点でのイメージでございますけれども、各医療機関にそうした雇用管理も含めたマネジメントの取組を強化していただくとともに、専門家がそうしたことの相談、助言を行うようなセンターというものを設置してはどうかということでございます。

右肩、7番目はチーム医療の推進ということで、医療職種相互の関係性の見直しを行っているところでございます。一番大きなものとしたしましては、看護師につきまして一定の特定行為と呼んでおりますけれども、特に専門知識と技能を必要とする行為を明確化しまして、プロトコール、医師、歯科医師とあらかじめ手順書を決めておけば、その後は現場の看護師さんの判断で様々な医療行為を行っていく。そういった仕組みを導入してはどうかということで議論をしてございます。そのほか一定の医療職種につきまして現場の実態、より柔軟に取り組めるような業務範囲の見直しということでございます。

8番のところは、税と一体改革の議論とは少し異なりますけれども、医療事故の原因究明、再発防止策をどのように行っていくのかというのは、長年議論があるところでございますが、第三者機関という民間の機関となりますけれども、そこが中心となって院内調査

というものを前提に、必要な場合に報告調査、さらには再発防止策の取りまとめを行います。より医療安全対策の推進に資するような取組を行ってはどうかというものでございます。

9番のところは、いわゆる日本版NIHの設置等、臨床研究の推進の必要性は政府全体の課題になってございます。医政局ではこれまで補助事業で臨床研究中核病院というものを指定して運用してきたわけですが、この際、そうしたものも法律に位置付けてはどうかということでございます。

また、10番の外国医師等の臨床修練制度の見直しにつきましては、これまでの議論を踏まえまして、手続要件の簡素化あるいは研修のみならず、教授・臨床研究目的における診療行為を認める。こういったことは法律事項でございますので、関連法案ということで一体的に改正をしたいと考えております。

あとの資料は色々つけておりますが、また議論の中で御参照いただければと思いますが、1つ8ページ目だけ御紹介をさせていただきますと、機能分化という中でどういう機能の分化がいいのかということで、これは専門の検討会を医療部会の下に設けまして、議論をしているところでございます。ちょうど昨日、検討会が開催されまして、私どもから提案した医療機能の分類というものが、この表のとおりでございます。ただし、昨日の議論の中で一番下の長期療養機能となっておりますけれども、このところはより患者から見て、慢性期機能と言った方が分かりやすいのではないかという議論が大勢を占めたということでございますので、今後は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能という形で、引き続き議論をしていきたいということでございます。

以上、医療法等の検討状況でございますが、冒頭申し上げましたとおり、今後医療部会を中心にさらに御議論をいただきまして、最終的にはもちろん与党とも調整をいたしまして、来年の通常国会に法案提出をしたいと考えているものでございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただ今の御説明につきまして、御質問がございましたらよろしくお願いたします。

○大田議長代理 2点伺いたいのですが、この間の社会保障制度改革国民会議の報告で総合診療医というものが位置付けられておりましたけれども、もうひとつ性格が報告の中でははっきりしません。ゲートキーパー機能というのは非常に重要だと思うのですが、緩やかなゲートキーパー機能という表現がしてあって、ところどころかかりつけ医と、何と云うのでしょうか、はっきりしないのです。したがって、普通の診療所と何が違うのか、総合診療医をどうしていくのか、普通の診療所ではない総合診療医をどうやって作っていくのかという明確な定義付けをお願いいたします。

2点目なのですが、需要を把握して地域医療計画を作り、医師の不足を解消していくということなのですが、肝心の供給側では開業が自由です。全く開業が自由で、診療科目も

自由なのです。報告の中には、日本の医療機関は民間の経営だから国の計画に従わせることはできないんだということが書かれているのですけれども、財源は公費です。保険診療で公定価格が保証され、公費が投入されながら開業が自由という、とてもいいところの制度があるのですが、これについてどうお考えか。こういう制度を取っている国が他にあるかどうかということとあわせて教えてください。

○厚生労働省（土生課長） 2点、御指摘をいただきまして、1つ前提として、国民会議は当然のことながら委員の方がまとめられたものでございますので、国民会議の報告にどういう意味があるのかというのは、我々も一生懸命行間も含めて読みながら仕事をしてございます。

ただ、厚労省なりの受けとめということで御説明をさせていただきますけれども、率直に言って緩やかなゲートキーパー機能というのは、制度的に置きかえたらどういうことなのだろうというのは、ちょっと我々もそこは現時点で制度に落とせば、こういうことだという答えを持っているわけではございません。したがって、先ほど申し上げましたたたき台のところには、かかりつけ医とか総合診療医といったところは含まれていないということでございます。

ただ、かと言ってそこは大変重要な点だと思っております。日本医師会、四病院団体協議会でも、先だってそのかかりつけ医の在り方を含めた御提言もいただいているということでございますし、総合診療医につきましては、専門医という制度をこれから全般見直す中で、そうした総合的に診療ができるということを1つの専門性として、専門医の中に位置付けていこうという議論があるわけでございます。

私どもの理解では、かかりつけ医というのは医療提供体制の中でのゲートキーパーですから振り分け機能といえますか、いろんなことが相談できて、必要な場合にはより高度な医療機関に紹介をするとか、そういった医療提供体制の中での機能という面を捉えているのではないかと思いますし、総合診療医は専門医の中に位置付けているのであれば、それは医師の専門性といえますか、能力として見たときに総合診療医ということで概念できるのではないかと。私どもは一応そういう風に整理をしているところでございます。

もとより医療制度改革は、今日は医療提供体制の医療法の説明させていただいておりますけれども、現在、診療報酬も中医協を中心に、この一体改革を進めるための診療報酬の在り方ということも御議論いただいております、その中でかかりつけ医の評価の在り方も議論してございます。

2点目につきましては、諸外国の状況は確認をしてから資料なりを提出させていただきたいと思っておりますけれども、私どもが国民会議の報告書で見るところは、確かに先生おっしゃるとおり民間主体の医療提供体制で、公的なファイナンスで多くの医療が賄われている中で、どのように改革を進めるのか。例えば公的な医療機関が主の国であれば、それは行政が決定をして、こうあるべきという風になれば、例えば独立行政法人改革ですとか、そういったことのように内閣として推進していけるわけですが、民間の場合には私ど

もが常日ごろから感じておりますのは、財産権の制約と申しますか、国の規制上の制約があると思うわけでございます。

例えば一例を挙げますと、基準病床数を上回る病床を病院が増床しようとする場合には、民間の場合には勧告という制度になっておりまして、勧告を受けた場合には保険医療機関の指定をしないことができるということで、公的財源を使わないことで歯止めをかけるという風になっておりますけれども、公的医療機関につきましては都道府県が指示、命令をしてそういうことをやめさせることになっておりますので、おっしゃるとおり民間の分野で法的にできること、公的分野で法的にできることというのは差があるということでございますが、いずれにしても国民会議の報告では、実効性あるビジョンを実現するための手段ということを、具体的には書かれておりませんが、そこを十分検討するようという御指摘だと思っておりますし、正直、私どものたたき台では、そのところがまだ弱いと思っておりますので、今の御指摘も踏まえまして、さらに審議会で検討をしていきたいと思っております。

○翁座長 他いかがでございましょうか。

林委員、お願いします。

○林委員 私も今の田田先生の意見と同趣旨の質問です。資料1の5ページになるのでしょうか。「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要」。

平成26年度ということをお考えであれば、相当具体化している時期ではないかと思うのですが、この「法案の概要」の「1 病床の機能分化・連携の推進」の※印を拝見すると「国・都道府県・病院・有床診療所の役割や、国民・患者の責務を規定」とあります。

そうすると、よくある国の責務、都道府県の責務という責務を羅列して、訓示規定と言ったらあれですけども、直接的な強制力のないような条文になるのではないかと。そうすると、今回、医療法改正で医療提供体制を改革することなのですが、具体的に何をいつまでにしなければならぬかというところが、これだけでは全く見えてこないのです。一方で「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」、6ページ、7ページのところで色々な仕組みが書かれていますが、結局、ここでは届出をさせて、それを公表して、地域医療ビジョンというものに反映させるだけなのです。そうすると、今おっしゃられたようにプライベートな私的な医療機関については拘束力がさしてないことになりまして、この改正でこれまでと違って具体的に何が変わるのかというのが見えてこないのです。

そういった意味で、公的などころからまずやるべきではないか。プライベートな病院以外の公的資金を投入している医療機関が多数あるわけですから、まずそこからやるということはせめてできるのではないのでしょうか。

○厚生労働省（土生課長） 先ほども申し上げましたとおり、御指摘については概ね私も認識をしておりますが、このたたき台はまだ国民会議の議論の途中で、一応の整理ということで出されたものでございますので、確かにそのビジョンをどう実現するのかとい

うところが非常に弱いと感じているところでございます。

先ほど御紹介しました国民会議の報告でいきますと2ページでございますけれども、その前に1ページ(1)でございますが、国民会議からも地域医療ビジョンの実現に向けて、医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を初めとする実効的な手法によって裏付けなければならないということ。

先ほど申しあげました(5)で、そのためには新たな財政支援あるいは診療報酬との組み合わせでそうしたものを支援していくということでございますので、規制的な手法、背中を押すといいますか、その付近も含めた補助的な手法。そういった両面の取組が必要と私どももこの報告書を理解しているところでございます。

その具体論につきましては、先ほど申しあげましたとおり、今後さらに検討していきたいと思っておりますし、その中でやはり公的な部分と民間の部分ということは、違った手法を採ることもあり得ると思っておりますので、今の御指摘も十分踏まえて今後検討をしていきたいと思っております。ただ、現時点では、まだそのところがお示しできていないということでございます。

○翁座長 他にいかがでございませうでしょうか。

○金丸委員 素朴な質問をさせていただきたいのですけれども、この国民会議の報告書の2ページ(3)の書き出しの2行なのですが、医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しというタイトルはいいと思うのですけれども、その次に「医療法人等間の競合を避け」と書いてあって、その後、「医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要」だという。この2行はどんな背景で、要するにどんな問題が今、存在していて、そういう背景があるからこの2行がこういう論理で存在しているんだという、そういうところをもし解説していただければと思うのです。3行目以降から書き出せば別に問題ない気はするのですけれども、この2行はどんな意味を持つのでしょうか。

○厚生労働省(土生課長) 大変恐縮ですが、私どもは委員でもありませんし、この国民会議事務局でもありませんので、解説というのは無理ですけれども、例えば先ほどの機能分化で言いますと、急性期機能の病院はそれなりに各地域にあって、平均在院日数の短縮ということで早期退院と言われるのだけれども、患者から見ると次の行き場もないし、なかなか在宅に戻れるほど回復していない。そうであれば、では例えば今は急性期でやっている病院でも、むしろポスト急性期といいますか、回復期の患者を受けるような役割を少し変えていただいて、急性期をやっているところとネットワークを組むとか、そういう意味で競合ということが起こっていて、それについてお話し合いで、あるいは協議ということでネットワークをどう組むかということも含めて、地域の中で解決をしていくイメージなのかなと思っております。

そういうことと、医療法人の在り方というものを検討しろという宿題ですので、私どもそういった全体的な在り方も含めて、これについては別途医療部会の下に検討会を設けて

議論を深めていきたいと考えております。後段のところは厚労省としての今後の予定というところでございます。

○翁座長 森下先生、土屋先生、いかがでしょうか。

○土屋専門委員 先ほどの大田議長代理と重なるのですが、かかりつけ医と総合診療医を確認したいのですが、かかりつけ医と総合診療医は別物と考えてよろしいですか。

○厚生労働省（土生課長） この報告書の解説ということではなくて、私どものかかりつけ医、総合診療医ということで理解をしますと、かかりつけ医は医療提供体制の中での、多くは開業医さんになると思いますけれども、日頃から健康相談に応じながらかかりつけのお医者さんとして機能を果たし、例えば状態が急変をしたとか、別の重篤な疾病にかかったという場合には適切な医療機関を紹介する。そういったゲートキーパーといいますが、緩やかなゲートキーパーという言葉も使われておりますが、そういった機能の面での表現。

総合診療医は、そういったことをやるためには多くの診療科に、それぞれの知見、見識を有するというお医者さんの専門性としての切り口での表現と私どもは捉えております。

○土屋専門委員 それは同じ人物を指しているということになりますか。かかりつけ医のために総合診療医のローテーションした研修が必要だという御説明なので、それは同じ人物を指すということによろしいですか。

○厚生労働省（土生課長） 完全に常に同じかどうかは分かりませんが、一般的にかかりつけ医という方が総合診療医という能力を持っておられるということは、それは望ましいと思います。

○土屋専門委員 かかりつけ医になるには、総合診療医の資格を必要とするという御説明ですか。

○厚生労働省（土生課長） いずれにしましても、かかりつけ医というのは医療法上の資格を有するような制度ではございませんので、制度的にそういうことには少なくとも現在はないということです。

○土屋専門委員 現在なっているなっていないではなくて、これから医療法を改定するわけですから、その中にかかりつけ医という言葉が入るのか入らないのか。総合診療医という名前を入れるのか入れないのか、その定義がどうなのかということを確認に。多分、今の返事では明確にならないですけれども、そこはいいのですが、総合診療医というのは病院でも勤務するのでしょうか。この点はどうか。この点はどうか。専門の病院あるいは大学病院。

○厚生労働省（土生課長） 総合診療医を含む専門医の在り方につきましては、専門の職能団体を中心に今、取り組む体制が作られているということでございますので、今回の法改正において、それを何らか位置付けることは検討していないということでございます。

総合診療医はおっしゃいましたとおり、病院に勤務する場合もあり得るのではないかと思います。

○土屋専門委員 しかし、そのゲートキーパー機能なり総合病院的なところに総合診療医がいるかいないかが明確でないところで、医療法の改正というのは考えにくいと思うの

です。

もう一つ、病院の中での総合診療医機能というのは既に十数年前に京都大学始め、作って失敗しているわけです。機能していない。一部、東京医療センターなんかが残っていますけれども、総合病院の中でそういうものを今から用意しろなんていうのはないわけです。そうしますと、これはかかりつけ医としての資格として総合診療医を考えるのであれば、今の説明とは別の考えをして、かかりつけ医という資格にするのかしないのか。あるいは総合診療医の資格を持った人を通称かかりつけ医と呼ぶのか。その辺を明確にしないと、先ほどのフリーアクセスをどうするかという問題も解決しない。

フリーアクセスの制限というのは2つあって、1つは診療所から病院に行くのに対してアクセスを制限する。あるいはもう1つは旧イギリスのように、同じゲートキーパーのところでも住民によって地域で限定する。このどちらを考えるか。その辺も明確にしないと医療法の改正というのはあり得ないのではないかと思います、いかがでしょう。

○厚生労働省（土生課長） そういう考え方もあると思いますけれども、私どもが考えておりますのは、当然医療法の改正、診療報酬の改定あるいは保険給付の在り方ということもございまして、全てを資格制度ということではないと思っておりますし、先ほど申し上げましたとおり、専門医の在り方ということについては、いわゆるプロフェッショナルオートノミーということで専門団体を中心に今、着々と体制が整えられているということでございまして、私どもとしてはその取組を支援する方向で考えておりまして、現時点では法的な位置付けは検討していないということでございます。

○土屋専門委員 最後に1点だけ。先ほど金丸委員の言われた2ページ目（3）の最初の2行で、従来の制度あるいはシステムを改善する気はないというのが、この2行だと私は解釈しております。以上です。

○森下委員 まず、認識に差異があるのではないかと思います。

かかりつけ医というのは、厚労省が言われているのは、単純に自分が普段かかっているお医者さんという認識であって、資格ではないのです。一方、総合診療医というのはこれから作ろうという専門資格であって、これはいわゆる内科とか外科みたいな形の専門医のお話をしているのであって、今のところ国家資格ではなくて学会が定める資格という判断なはずです。

したがって、専門医を持っている人というのは国、厚労省で強制して取らせるものではなくて、むしろ自分の判断で取って行って、総合診療科というものを標榜するという認識だと思っております。総合診療医というものが何になるかとか、それに対してどのような形で総合診療医を規定するかというのは、これから学会で定めるはずであって、厚労省がとやかくというものでなく、相談はできますけれども、決定はできないはずなんです。ですから、そこは話を分けないとおかしくなってくる。

今、私が聞いている範囲では総合診療医というのは、どちらかと言うと病院にいるようなイメージを持っていて、開業医の先生の中でも特別にそうした科を取りたいという先生

方が取るようなものだろうと思います。たしか総合診療医は2階建てではなくて1階でしたね。だから内科とかと同じような科ですね。ですからかなり議論の認識が異なっているのではないかと思いますので、ここはもう少し整理しないと話がずれているかなと思います。

質問としては、今回の病床の再編、医療機関の再編等で一番重要なのは、医療圏を超えられるかどうかということだと思うのです。二次医療圏を超えないというのが今、一番問題になっていると思うのですが、医療圏を超えて再編が行われるという形になると考えてよろしいのですか。

○厚生労働省（土生課長） 具体的な地域医療ビジョンの在り方というのは、現段階ではまだ詳細にお示しできていないということでございます。まずは報告制度で現状を把握するというところでございますので、そういった患者さんの実態あるいは行為規制ということも当然これは御議論の対象になってくるのではないかと思います。

○森下委員 現状ですと、それこそ道を1つ隔てたら再編できないとか、隣の県が近くても再編できないというのが医療圏の問題で出てきているので、ここはある程度緩やかにしないと再編は進まないと思うのです。ですから道州ブロックではないですけども、ある程度範囲をちゃんと考えるということをしておかないと、恐らく実態としては競争関係に陥るだけであって、本来考えているような医療機関の再編というのは起きないのではないかと。このあたりは是非制度設計の中で、医療圏の問題というのはしっかり考えてもらう必要があるのではないかと思います。

○寺田副大臣 今、森下委員が言われたことは非常に重要でして、これはなかなかM&A、再編統合がしづらいということで、これは理事長の資格要件あるいは他業禁止規定の問題、今、言われた行為規制の問題。ここらは成長産業として考えるときには大いに緩和をしていただく必要があると思います。

今、御説明いただいた方向性は基本的には是認されるのですが、病院完結から地域完結となると相当な負担を、マンパワーと資源を二次医療圏に振り向けなければいけません。とりわけ在宅というのはヒト・モノ・カネの分散化を意味します。ちょうど砂漠に水を撒くようなものですから、これは膨大な負担がかかるわけであります。昔よく赤ひげ先生がそれぞれ患者の家を訪問して、聴診器を持って診療していた、そうした多大なる負担と労力を地域医療にかけるということであります。

これはもちろん療養病床がなくなる中で、受け皿として拠点病院だけでは持ち切れないということで、ある程度在宅で見ざるを得ないことはあるにせよ、あくまで拠点病院中心の体制の中でマージナルな位置付けとして在宅を位置付けないと、在宅、在宅と言ってもこれは相当な負担がかかると思います。この点についてはPDCAをちゃんと回すべきだと思いますが、その点の御所見と、同じ成長産業として考えたとき、いわゆるチーム医療はただ単に寝た子を起すだけではなく、当然、ソーシャルモビリティを高めて外縁部分を広げる必要があると思います。ナース・プラクティショナーまでいかないわけです。単なる

研修制度にとどまっております。これは極めて中途半端な位置付けだと思います。したがって、そうであるならば専門職としての派遣を認める。そしてさらに雇用の流動化を進めるべきだと思いますが、その点についての御所見をお伺いします。

○厚生労働省（土生課長） 医療計画の中では既にPDCAサイクル、今、御指摘がありましたものを取り入れようということで、今、具体的に検討しているところでございますので、やがてこの地域医療ビジョンというものがさらに御指摘のとおり、急性期病院のみならず、回復期を支える病床の整備といったことも含めて、やがては医療計画の中に入ってくるということでございますので、そうした面も含めてPDCAサイクルでより実態に即し、将来目指すべき医療提供体制の在り方にしていくことについては、御指摘のとおりだと思っております。

チーム医療の在り方につきましては、現在の検討の方向性につきましては今、御説明させていただいたとおりでございますけれども、私ども看護職員確保対策につきましては、潜在看護職員等の活用も含めて検討するというところでございますので、派遣の在り方については、別途、当審議会でも御指摘があると思っておりますので、それについてはまた議論をしていくということだろうと思っております。

○大田議長代理 先ほどの質問の続きになってしまうのですが、地域の医療計画とか医療資源の適正配分というときに、ゲートキーパー機能というのは大変重要だと思うのですが、これをどう確立していかれるのかというのが1点です。

先ほどおっしゃった専門の職能集団というのは、医師会のことですかというのが2つ目の質問です。

○厚生労働省（土生課長） 2つ目については医師会のみならず、学会でございますとか、医療関係の、たしか病院団体も入れて5団体ぐらいが新しい専門医制度を作る枠組みを今、新たな団体といいますか、それを立ち上げるということで協議が進んでございます。

それから、緩やかなゲートキーパー機能ということ自体、先ほども申し上げましたとおり、我々。

○大田議長代理 緩やかではなくて、ゲートキーパー機能をどう確立するのか。

○厚生労働省（土生課長） 今のところ医療法の中で具体的にこうするという事は、少なくとも我々の方ではまだ提言に至っていないということでございますので、先ほど申し上げましたとおり、今、診療報酬の在り方としてかかりつけ医機能をどう評価するかということを検討してございますので、逆に言いますとそこにとどまっているのかという御批判だろうと受けとめます。

○土屋専門委員 先ほど森下委員が言われた二次医療圏なのですけども、これを残すのか残さないのか、あるいは組み換えるのか、その辺はどういう風にお考えですか。

○厚生労働省（土生課長） 今のところでございますが、二次医療圏を大きく見直すことは議論の中で、医療部会も含めてそういった議論にはなっていないということでございますけれども、ただ、地域医療ビジョンということが新しく入ってくるわけでございますの

で、そうしたことの関連でどの医療がどういう範囲で適切なのかというのは、やはり地域医療ビジョンの在り方として、もう一度そこは議論することになるのではないかと考えております。

○土屋専門委員 医政局としても、今の二次医療圏は矛盾がないという解釈ですか。

○厚生労働省（土生課長） 全く矛盾がないと申し上げるつもりはありません。様々な課題というものは、やはり制度を作りますと弊害というものも一定程度出てくるわけでございますけれども、現時点でそれを大きく変えるというところには至っていないと御理解いただければと思います。

○土屋専門委員 以前にも申し上げたのですが、前回の地域医療計画を各県が立てるときに「二次医療圏にこだわらず」という文言が入っていたはずなのです。ところが、がんの協議会の方では二次医療圏ごとにがんの拠点病院を作る。同じ厚労省の中から矛盾する指示が出ています。しかも今、矛盾はないとおっしゃったのですけれども、長野県というのは大体人口が220万で、10の医療圏があって、平均して20万なのです。ところが、実際には4万7,000人とか40万人のところがありますけれども、東京は13医療圏で1,300万。ということは1医療圏100万なのです。それと同じような指示を中央から出して、医療圏でどうのということは大変矛盾が多いのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（土生課長） 全く矛盾がないといえますか、課題を抱えていないなどと言うつもりはございません。制度を作ればそれは規制として入るわけですから、一定程度弊害といえますか、いろんな面の制約が出てくることはあるわけでございます。そういった点は地域医療ビジョンとの関連でさらに議論していきたいということでございますけれども、現在までの検討状況ということで申し上げますれば、二次医療圏自体を大きく変えるという議論にはなっていないことを報告しているだけでございます。

○土屋専門委員 だから私が指摘したかったのは、都合のいいときだけ二次医療圏を使って、都合の悪いときは隠す。先ほど森下委員のご発言だと病院の合併する云々というときに医療圏をまたげるかどうか。そのときには持ち出すわけですね。そうでないときには県知事に医療計画は二次医療圏にこだわらず作る。こういうダブルスタンダードでは困るということです。

○翁座長 土屋先生がおっしゃった点で20万と100万の話は静態的に見ればそうですけれども、これから物すごく人口動態が変わっていく中で、それをすごくダイナミックに見直していく仕組みがないと、非常にこれから大きな問題になるのではないかと思うのですが、そういった仕組みについてはどうお考えになっておられるのでしょうか。

○厚生労働省（土生課長） 大変重要な御指摘だと思いますけれども、そこは地域医療ビジョンの在り方としてどういう時点を念頭に置くのか。医療計画というのは基本的には現状の中での医療計画、5年間ということではございますが、地域医療ビジョンにつきましては今後の人口動態の変化、将来の医療提供体制のあるべき姿ということでございますので、技術的にどこまでできるのかというところは、これから相当専門の先生方のお話も聞きな

がら頭を悩ませなければいけないと思いますけれども、申し上げましたような将来に時間軸を置いたあるべき姿ということは、当然考えていくべきであろうと思っております。

○滝委員 質問ですけれども、日本が遅れているパーソナルデータとかマイナンバーとか、クラウドやスマホ絡みを含めIT技術が徹底的に機能してきたときに、本当に大変な高齢社会が来る中で、コストの問題も含めいろいろな要素が非常に変わってくるような気がする。そういうことを前提にして今回のいろいろな改革もにらんでおられるのだと思いますが、その辺のところを少しお聞かせいただければと思います。

○厚生労働省（土生課長） ネットワーク化を進める中でIT化の推進ということは、当然大きなインフラになってくると思っておりますので、そのところはモデル事業ということも行いながら、現場がどうやればそういった標準化、IT化が進むのかということについては御指摘いただきましたとおり、政策ツールという意味で大変重要な課題であると認識しております。そういった面も鋭意取り組んでまいりたいと考えております。

○森下委員 先ほどの翁座長の質問につながるのですけれども、二次医療圏なり医療圏というのは、もともと誰が決めたのですか。どういう風に見直すという規定になっているのですか。厚労省サイドで決めた話なのか、それとも各都道府県で決めて、都道府県ごと見直しが可能なものなのか、制度上はどうなっているのですか。

○厚生労働省（土生課長） 制度的には都道府県が決めるということですし、必要に応じ、二次医療圏を見直すというのは、都道府県が医療計画を作るときに判断されるということでございます。

○森下委員 それは随時可能なのですか、それとも何年かに1回そういう規定があるのですか。

○厚生労働省（土生課長） やらうと思えば、それを止める規定はないと思いますが、一般の行政で言いますと医療計画は5年サイクルで作るわけですから、計画を作るときに必要があれば見直すというのが通常の行政対応かなと思います。

○森下委員 大阪も東京も、先ほどの話で長野も同じ数があるのですけれども、各県の数というのは厚労省でもともと決めたのですか。県によってはそんな数は要らないところもあるだろうと思うのですが、どういう形で決めるのですか。

○厚生労働省（土生課長） それは地域医療の実態を踏まえて都道府県が判断するということですので、数を何らかあらかじめ厚労省で提示したというものではないと思います。

○森下委員 医療圏を超えた再編等がだめになっているのは、厚労省サイドの法律の規定の問題なのですか。病床規制に関してですけれども。

○厚生労働省（土生課長） 病床規制が二次医療圏ごとになっておりますが、例えばその特例をどういう形で認めるのかということも一部、特例承認という形での例外というのはありますけれども、基本的には二次医療圏ごとに基準病床数というものを決めていますので、そこで出入りがあることになりますと、例えば隣の医療圏で病床が足りないから、既に過剰になっているところに新たに病院を自由に作っていいという風にすれば、基準病床

による規制の意味がなくなるという意味で、1つ地域を隔てたらというのはそういう御趣旨でおっしゃっているのだらうと私は理解しています。

○森下委員 その話は厚労省が決めているのですか。要するに各都道府県が変えようと思っても、厚労省が許可をしないと変えられない。

○厚生労働省（土生課長） 先ほど申しましたように、二次医療圏をどういう風に線を描くのかということ。

○森下委員 いや、全体のベッド数なりです。

○厚生労働省（土生課長） ベッド数については、基本的な算定式は国の方で示しております。

○森下委員 それは過去に見直しされたことはあるのですか。

○厚生労働省（土生課長） 現実に計画を作る際に、基準病床数は当然各県で見直しをしますし、二次医療圏についても必要があればどこを区域とするかというのは、都道府県が決められる仕組みになっています。

○森下委員 全体的な枠の話で、要するに例えば東京都内で非常にベッド数が欲しい。東京都が申請したら、必ず厚労省は認めているのですか。それとも数が増え過ぎるからだめだということで、厚労省の方で減らしたりすることはあるのですか。

○厚生労働省（土生課長） 算定式自体は全国统一になっておりますので、基本的な数は厚労省が決めた算定式に従って算定する。ただし、それを超えて特別な理由があって増床したいという場合には、厚労省にも協議が来て認めるかどうかということを経済する仕組みになってございます。

○翁座長 ありがとうございます。

まだまだ質問、御関心おありかと思えますけれども、時間が来てしまいましたので、残りは適宜事務局から御確認をいただくということでお願いしたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

○厚生労働省（土生課長） どうもありがとうございました。

（厚生労働省関係者退室）

○翁座長 引き続きまして議題2ということで「健康・医療WGの検討項目について」に移らせていただきたいと思います。

まず、資料につきまして事務局から御説明をお願いいたします。

○大熊参事官 資料2を御覧ください。まずは論点出しにおける基本的な考え方を御説明します。

健康・医療ワーキング・グループでは、前回のクールと同様に、規制改革を行う上で4つの視点を提示しています。具体的には、医薬品・医療機器の早期提供、サービス提供体制、ICT等による効率化、ニーズの多様化に応えるサービスといった4つの視点です。これらについて各委員の皆様からの御意見を頂戴して、10項目を記載しております。

なお、個別の論点については論点メモもお手元に配付しております。

まず1つ目として、「患者の利益に適う最先端の医薬品・医療機器の早期提供」です。

1点目は「保険診療と保険外診療の併用療養費制度」。これは本会議案件で御議論いただく話になります。

2点目は「医薬品に係る治験前臨床試験の有効活用」。これは現状、治験前臨床試験の結果については、その後に行われる治験のデータとして活用することができません。今後、医薬品の承認審査の迅速化を図っていく必要がある中で、治験前臨床試験の結果につきまして一定の条件を定めた上で、治験データとしても有効活用できるようなことを考えたいということでございます。

続きまして、第2つ目の視点は提供体制の話です。

1点目は、「介護、保育事業における経営主体間のイコールフットィングの確立」で、これも本会議案件になっております。

続いて2点目は、「医療機関の業務・ガバナンス等の見直し」。医療機関の業務につきましては公益性の高い社会医療法人、これは全国で200ぐらいなのですけれども、これ以外には収益業務を行うことが認められておりません。他の医療法人の業務がどうあるべきかということを考えたいということです。ガバナンスにつきましては理事長要件が医師もしくは歯科医師に限られているということの他、株式会社が医療法人の議決権を持つことができないといった制約がございます。

3点目の論点は、「看護師等の業務範囲や業務実施体制の見直し」。これはチーム医療の推進や医師の負担軽減という観点で、看護師につきまして専門性をより高め、能力を最大限発揮できるようにしていこうということでございます。介護士も同様でございます。加えまして、先ほど寺田副大臣から少しありましたけれども、看護の働き方の見直しの問題もここに含まれております。

続いて、3つ目の視点はICTの推進等による効果的・効率的なサービスの在り方の見直しであります。これは3点掲げておりますけれども、いずれも継続課題であります。「レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備」、「保険者による直接審査の推進」、「支払基金と国保連の役割分担の見直し」であります。ただ、ICTはこれだけではありませんので、論点が固まり次第、順次また御相談させていただきたいと思っております。

最後は「国民のニーズの多様化に応える医療・介護・保育サービスの提供等」であります。

1点目は「セルフケア領域に適する医療用検査薬等の見直し」でございます。現在、妊娠検査薬などは一般用となっておりますけれども、それ以外、検査薬のほとんどは非処方箋医薬品として医療用の扱いになっております。例えばでございますが、血糖値を手軽に診断できる検査薬は既にありますけれども、こういったものをOTC化し、一般用医薬品としての販売を可能とすれば、別途取り組んでいる改革の効果も含めまして、国民のセルフケアの推進に資することができるとの指摘がございます。

2点目は「在宅医療・在宅看護における開設要件の見直し」であります。診療所は外来

診療を行うことを前提とされておりまして、在宅に特化した診療所というのは、外来を受けることが余分な仕事になっているという指摘がございます。

以上、10の項目のうち優先的に取り組む項目に◎をしております。その考え方というのは、本会議案件に関連する可能性のあるものとして「医薬品に係る治験前臨床試験の有効活用」に◎をつけているのと、あとは継続案件です。

それと、この前の議題で医療法の話がありましたけれども、医療法の改正が来年の通常国会で予定されているとのことですから、医療法に関連する内容は、この資料上は○になっている部分もありますが、そこは切り出して優先項目として前倒しで議論をしていくことも念頭に置いております。

なお、お手元に参考資料として年末までのスケジュールなり、議題の流れの今の仮案みたいなものを示しています。

事務局からは以上です。

○翁座長 ありがとうございます。

これは論点案ということでございますので、今日これについて御議論いただきまして、どういった論点を優先的にやっていくのか、項目はこれでいいのか。こういったことについて色々と御意見をいただければと思います。

医療法の関連については、特出しされているものとそうでないものがありますね。例えば今、出てきたゲートキーパー制の話とか、医療提供体制として明示的には書いていないですけれども、ここを少し工夫した方がいいかもしれないなと思います。どういう書きぶりがいいのか分からないのですが。

○大熊参事官 相談させていただきたいと思います。

○翁座長 いかがでございますでしょうか。

○土屋専門委員 コメントでも書かせていただいたのですが、1の◎の1つ目、保険診療と保険外診療の併用療養制度。この言葉を使いますと、既存の厚労省の先進医療の制度そのものを追認している形だと思うのです。やはり規制改革会議としては混合診療の全面解禁が大きな柱で、それとの対比で考える必要があるとすると、この言葉づかいはまずいのではないかと。あくまでこれは厚労省の監督下での制度の拡大ということで、本質的にほとんど変わらない。これはインターネット販売と同じように、せっかくいい判決が出て、結局は28品目で縛りをつけてしまう。それと同じようなことがここでやられる心配がある。

2つ目の◎ですけれども、医薬品に係る治験前臨床試験の活用も大事なのですが、問題は治験と医師主導治験と2段階に分かれていることが国際的なレベルから外れている話で、やはりここを一元化して、医師主導のレベルをきちんと上げないと、これは国際競争力に結びつかないと考えますので、その辺を議論していただきたいと思います。

○翁座長 ありがとうございます。

その他に御意見いかがでしょうか。

○大田議長代理 今の医療法の話なのですが、農業と似ていて、供給側の効率化が

全然進まないまま、何とかしようと。また、消費税収をもとに財源措置を講ずるわけですが、ここをどう項目に落としていくのか。これは少し練って議論した方がいいのかなというのと、厚労省は審議会を作ってスタートさせるわけですね。そこに上ってくる案件と上らない案件とあって、これはどうすればいいのか。審議会の情報をもう少しいただいて、提供体制の検討項目を明確にした上で、優先案件にした方がいいのかなという印象を持ちました。

○翁座長 来年の通常国会ですので、タイミングを逃すといいことを言っても意味がなくなりますので、できるだけ今年の秋に何らかの意見を向こうに投げられるような方向を目指したいとは思っております。いずれにせよ、いろんなところでこの議論が、医療審議会も分科会とか色々あるので、それをフォローしながらやっていかなければいけないと思っております。

○森下委員 先ほどの混合診療の話なのですが、私は残念ながら反対でして、混合診療と言うイメージだけが広がって、実態として何をやるか全く見えてこないということになりかねないのと、全面解禁に走るというならもう少し慎重に議論が要するというのが意見です。

というのが、既に再生医療のような最新医療とかでも例がありますが、抗がん剤などで怪しげな治療をやっているところは結構増えてきています。なんでも、混合診療をOKにするというのはそういうところが全面的にOKになるという話なので、ネガティブリストが果たして書き切れるのかという疑問があるのです。

そういう意味で、ここはとりあえずのところでは具体的なものを取っていくのがいいのかなと思っております。もう少し全面的な解禁という話に関して言うと、医療の実態というのをしっかり考えておかないと、いざやってしまうと元に戻せなくなりますので、その辺は議論が要るのではないかと思います。言葉としては混合診療というのはどうもマスコミ用語に近いところがあって、イメージだけが先行して、何でもやっていいんだという風になるのもどうかなと思っておりますので、法律用語は保険外診療の併用療養制度ですから、タイトルとしては法律用語の方が正確ではないかと思います。

○翁座長 林先生、どうぞ。

○林委員 私は考え方としては、土屋先生がおっしゃられた2点とも大変大賛成なのです。

まず最初の併用療養制度という項目で本会議に上がっている点についても、本来は健康保険制度を保険財政の観点からも維持していくためには、どのように改革をしていく必要があるかというもっと大きな話があると思っております。公的保険でカバーする範囲を重点化していくという大きな軸はあると思っております。そこに向けて、その議論を、本会議で議論するのが今回この併用療養制度の範囲拡大にとどまるのであれば、残りはこのワーキングでやらなければいけないのかなと思っております。その役割分担を一度議論させていただきたいと思っております。決して健康保険制度や薬価の問題の議論は終わっていないので、きちんとやらないと大変なことになると思います。

2番目の治験前臨床試験の有効活用の点も、そもそも、土屋先生がおっしゃられたとおり、FDAと違って日本は一元化できずに2回無駄なことをやっている。医師の段階での治験体制が人的にもインフラが整っていないために、外国に非常に遅れをとっているので、インフラを整えることが規制改革としては必要だと思っています。◎の優先項目が今期の前半の話だとすると、そこでやり切れるのかどうか分かりませんが、そういう視点で個別の議論をしていきたいと思います。

もう一点だけ。医療提供体制の話も同じくでして、第1期でICTの活用を言ったのは、別にICTのビッグピクチャーを言いたかったのではなくて、医療提供体制のビッグピクチャーを書きかえるためにICTを活用していこうということだったと私は理解しているのです。それを厚労省が、あのビッグピクチャーはICTの方だけでしょうと、もし矮小化して御理解されているのであれば、そこは違うのです。今、厚労省から伺ったお話では、医療提供体制についての医療法の改正には今回全くそういう視点がないし、具体的な結果をどう出すかということについても何もプランがないように今日、印象を受けました。

なので、今回の医療法に間に合わせるという部分でなく、大きな本当の医療提供体制のビッグピクチャーを作るというのを、ここで議論していきたいと思います。

○翁座長 ありがとうございます。

○土屋専門委員 2の方に入りたいのですが、最初の◎の「介護、保育事業における経営主体間のイコールフットィングの確立」は大事なのですけれども、これに是非医療も入れていただきたい。というのは先ほど日本の医療は民間が云々と言いましたけれども、高度先進に関しては公的医療機関がほとんどなわけなのです。わずかに民間が逆に頑張っている。大学病院もかなり公的資金が入っている。問題は、総合病院的なところは完全な民間でやっているわけです。私が今、お世話になっているがん研究会も公益財団法人ですけれども、いわば民間企業と一緒になのです。そこと公的な病院とのベースが全く違う。その辺を洗い直していただきたい。

1例だけ挙げれば、がん研究会は政府から1銭も入っていません。競争的研究資金は当然いただいて、4億円ぐらい獲得していますけれども、国立がんセンターは同じ規模でやっっているながら去年でたしか83億の税金が投入されているのです。新聞を御覧になって分かるように、成果はほとんど五分五分です。患者数は今、圧倒的にがん研の方が多い。この辺の矛盾は明らかにしていただきたいと思います。

○翁座長 大田先生、2つ、保険外併用療養費制度の問題と、今の医療法人の御提案があったのですけれども、この点について本会議案件としていかがでしょうか。御感触をお聞かせいただきたいのですが。

○大田議長代理 最優先案件というのは既に発表していますので、名称はこのままになるのですけれども、併用療養制度を厚労省の会議で決める今の仕組みでいくのか、それとも原則自由にして、なおかつ森下先生も言われた怪しげなものが入ってこないようなチェック体制、相談機能をどこかに作るとか、あるいは治療内容を第三者機関が後でチェックで

きるような病院に限って認めるとか、そういう議論はあるのだと思います。したがって、案件名は既に出ていますのでこれで行って、だけれども、その出口についてはまだ何の予見もないということでやっていくのがいいのではないかと思います。

○翁座長 先ほどの林先生御指摘の参照価格制度みたいなことも含めて、本会議の方で、少し議論を膨らませてやっていくというイメージを持って進めさせていただいていいですか。

○大田議長代理 本会議は全員で議論する案件ですから、別に問題ありません。

○翁座長 できるだけ本会議でそれに関連することは議論させていただいて、どうしてもそこで拾い切れなかった場合に、ワーキングで対応するというような整理でよろしいですか。

○大田議長代理 はい、いいと思います。

経営主体間のイコールフットィングについては、6月の答申のときに保育に関して株式会社が阻害されることがないようにというのをやりました。株式会社は参入できるのですが、実際には全然イコールフットィングではない。社会福祉法人と補助金の入り方から業務の範囲から違うという、そこをイコールにしようという議論ですので、ここは最初から株式会社と社会福祉法人、それにNPOというのが念頭にあってできたものですから、医療に関しても扱うとすれば、ワーキングで扱っていただいた方がいいのかなという感じはいたします。

○翁座長 では、そういう整理で考えさせていただきたいと思います。

先ほど林先生がおっしゃったICT化というのは全部につながる話で、先ほどのヒアリングも御質問に対し、考えは入っていますという、それだけで、全然医療提供体制とICTが結びついた議論になっていません。本当に重要な御指摘だと思いますし、そういったことをむしろこちらからプッシュして、全体像とICT化を結びつけて議論してもらうような方向で私も考えたいと思います。

○金丸委員 このジャンル分けで言うと、私は4番のタイトルといたしますか、このジャンルの名称も含めて一番大義があるので、これを全面に出した方がいいのではないかと。先ほどの保険外併用なんかも含めてです。

あと、ICTもそうですけれども、ICTの推進の前に4番目の大義があって、そしてサブセットでICTという形なのかなと。だから先ほどセルフケアとおっしゃったのですが、患者が自宅にいて、自分で何かなすべきことがあって、簡単にできる時代になって、その結果も情報としては正しく、映像も含めてお医者さんに届けることができるので、双方向でいろんな医療行為であるとか、何かを見直していけば双方にメリットがあるのではないかと。

先ほどの御説明だと、医療法の改正等の背景とかも何かお医者さんはすごく忙しいと言いながら、在宅は進める。在宅で出回らなければいけないわけだから、お医者さんから見ると来てくれた方が生産性が高いのだけれども、出ていく。患者さんがベッドが少ないものだから来てもらっては困るので、やはり在宅もやらなければいけない。在宅をやるとき

に一々回る前に予習的に事前に検査をその人がやってくれる等、ICTを遠隔等でやってくればスマートになりそうなのだけれども、それはやらない。

一方で在宅はインセンティブをつけないと多分まわらない。田舎だけではなくて東京都も高齢者難民が増えそうだというので、在宅を推進していて、在宅の患者さんを1人持つと幾らかかるのかは調べてほしい。私は2000年初期に厚労省の事務次官のところに聞きに行ったのです。医療行政の一番のポイントは何になるんですかと伺ったら、とにかく医療費が高騰していくのでベッド数を減らすんだとおっしゃったので、それはすごく単純ですね。いろんなもので違いがあるのだけれども、とにかくベッド数は減らすんだとなって、ベッド数を減らすために介護が必要なんだと言って、だから本来はベッド数を減らしていくことによって介護が増えていけば、医療費は減っていかねばいけなかったのだけれども、両方とも増えていっているわけではないですか。これは読みが違ったわけでしょう。

ベッド数は減らしてしまったわけですから、そうすると今もどうも私は苦し紛れに見えていて、在宅診療というのはクラウドのカルテを使っている先生方も在宅をずっとやっていくのです。一生懸命やっというところは、そこは明白なインセンティブがあるのですけれども、国全体で見たらデザインはどうなるのか。先ほど森下先生も誰が一体、何を、どんな考えで決めているのというのと、実は都道府県別とかでばらばらだという話ですね。それで手を差し伸べようとしたり、何かを改善しようと思うと、それは地域の壁があったり、今度は民間というのが急に出てくる。非営利と言っていたのが民間だとかいってしまって、でも、先ほどの話で私が指摘したように、競争・競合はいけないことだと言って、そういう協調に基づく医療法人の合併がいいのかも知れないが、世の中M&Aなんてそんな生易しいものではないから、すごく不思議な感じで私は受けとめたのです。だから4番目、この組みかえは工夫してもらった方がいいのではないですか。遠隔というの、遠隔医療とか言ってしまうと、それは先ほどの混合診療と同じようなことになるので、だから患者さんのニーズであり、お医者さんの双方でいいことなので、そういうことを何かやって促進するような制度設計にした方がいいのではないかという視点も、御検討いただければと思います。

○森下委員 金丸さんの言うとおりで、現場は常に振り回されているのです。こちらの方が点数が高いと言うと、医者がみんなそちらに行って、費用がかかり過ぎるとそこは下がりますと。これを3～4年ごとにずっとやられていて、結構みんな疲れ切っている。言われるように全然ベッドも足りませんし、在宅でみられるかというとなら介護なのです。そういう意味で60歳の方が90歳を介護しているというのがいつまで続くのかというのが本音なのです。ただ、そこを言い出すと医療改革全体の話になってしまうので、どこまで手をつけるかというのは非常に議論が難しいと思うのです。

もし現行の在宅に患者を戻す方がいいというのであれば、ICTを含めてできるだけ行く前に在宅が可能なようにするし、在宅でなくてもいいというなら在宅以外のシステムを作り上げなければいけない。ただ、逆にその方向が本当にいいのかという議論もあるのです。

そのあたりが實際上、私もよく分からないところがあって、規制改革会議として方向性としてある程度のビジョンというのが共有できないと、先ほどの話だと厚労省としても悪意は多分ないのしょうけれども、小手先ごとにやり過ぎてしまって、結局のところわけの分からない制度になっているのが本当だと思うのです。ですから、そのあたりを全体的なビジョンとして方向性を持たないと、規制改革の方向性もよく分からないところがあるかなという気がしているのです。

○佐々木委員 先ほどの議論の中で医療の話ばかりだったので、余り介護が出なかったなと思って聞いていたのですけれども、先ほどいただいた資料の中にも在宅介護を希望する国民が60%いると書いてあって、私は本当かなと。つまり高いから機関に預けられないので、仕方がなく家でみている。そうすると今の老々介護もありますし、今後、一方で介護をやっている働く女性たちがどうやって社会進出するかといったときに、男の人が60歳、50歳で会社をやめて、お父さん、お母さんの面倒を家でみるのか。そうでないと、この負担がどこに行くのかという全体的なビジョンを考えたときに、この在宅介護を増やしていくための規制改革というのが何となくよく分からないでずっと聞いておりました。

なので、ここを私たちがどういう風に介護の在り方を考えていくのか、少しまとめてから意見出ししていかないと、小手先ではないですけれども、本当に様々なことを少しずついじったって、方向性は分からないということになりはしないかなと思っております。

私も母が3年前に倒れて、介護のケアマネさんとかに会って一番何が苦労ですかと聞くと、ケアマネさんなんかは書類の煩雑さで、これも書いて、あれも書いて、全部手で書かなければいけないものすごい時間がかかっています。ですから、私たち規制改革として大きな方向性で改革をしていく役割ではあるのですが、意外と従事者の方々が疲弊してやめってしまう原因にそういう私たちが見届けられなかった現場の書類の数の多さだったり、そういうことがあるかもしれませんから、少し丁寧に今回の機会を使って、現場の方々が長く続けられるような体制も目を配らないと、上だけ直してしまって、下の本当だったら余り抵抗なく直せることができたかもしれないことを見落とす可能性があるのではないかと思います。

○翁座長 ありがとうございます。

在宅医療については少しその事業者、やっていらっしゃる方にヒアリングを事務局の方でしたりして、1つ出てきているのは、要件が非常に厳しくて、本当はチームでやれば割と在宅医療というのもやりやすい。1人の人が在宅医療というのはなかなかできないのですけれども、チームでやれるようにしたい。それと同時に非常に在宅医療をやるための要件が厳しくて、先ほどもお話が出ていましたが、診療所を持っていないとできないとか、看取りを何人やらしないとできないとか、色々な制約があってやりにくいというお話を具体的にいただいている、そういったところから少し問題意識があります。あと、今回の医療法改正で在宅医療についてどういうイメージを持っているのか、もう少し深くどういことができるか、どういう切り口でいくか、議論をもう少しした方がいいかもしれない

いです。

○大熊参事官 今ずっと出ていた話を少しまとめますと、まず混合診療の話が土屋先生、森下先生、林先生、大田先生からありましたけれども、これは最後の大田先生のまとめでいいのかなと思っています。

それから、医師主導治験の話が土屋先生と林先生からありましたが、これは少し事務的に御相談させてください。

医療法の関係が出てきましたけれども、今回のペーパーの中に明示的には書いていないのですが、○印はかなりいろんな問題を実は含んでいます。例えば「医療機関の業務・ガバナンスの見直し」ということで言うと、医療法人の様々な問題もありますので、当然、医療法も直さなければいけない場合もあります。ただ、それ以外の問題もあるので、ここは○で整理をしていますけれども、実際には前倒しでやらなければならないという、そういうものが結構たくさんあって、我がワーキングは相当やっていかなければいけないということになっております。

大田先生が言われた財源との関係につきましては、一体改革で消費税を結局、機能分化をやるための財源として取ったのですが、結局すぐにはやらないということになりましたので、今回、基金方式でまずプールしてという発想に厚労省は考えていると聞いております。それに対して何か物を言っていくかどうかはまた御相談させていただければと思います。

林先生からの提供体制の在るべき姿みたいなものも、当然考えていくべきだということはありません。これは少し時間をかけて御議論いただきたいと思います。

土屋先生から、イコールフットィングの問題がございました。これも具体的に御相談をさせていただきたいと思います。

金丸委員からの、まず構成につきましては少し御相談させていただきたいと思います。

在宅は効率が悪いので遠隔医療を推進していったって効率を高めていくという御指摘につきましては、遠隔医療に今、診療報酬がついていない状態です。それについては前期実施計画の中で検討事項ということで掲げていますので、その状況を見ながらということでしょうか。

佐々木先生から、介護の在宅化を推進していくのがいいのか悪いのか。そこはお金と個々の世帯での負担とのバランスをどうとっていくかということで、永遠のテーマなのかもしれないけれども、丁寧な御議論をいただければと思っています。

○大田議長代理 今回の医療法の改正というのはものすごく大事だと思うのです。日本の高齢化を考えると、これがラストチャンスですから、言うべきことは言うべきだと思っています。

今の厚労省のお話だと、医療機関の再編、統合も非効率を温存する形で、今の小さい病院をそのままホールディングカンパニーで生き残らせようということで機能分化と言っているし、ゲートキーパー機能も基本的には作らない。そして開業は自由ですという、これ

では結局何も変わらずに医療費はどんどん出ていくのです。したがって、インセンティブの話だけではなくて、本当の意味の医療計画をどう作るのかというのは、規制改革会議としてはとても大事なテーマですので、しっかり議論して言っていくべきだと思います。

もう一点、ITに関して先ほど林委員が言われた、この中にはほとんど入っていないからワーキングとしてはビッグピクチャーをしっかりと書いていこうということで、それはそれでいいし、ビッグピクチャーをどうするかは6月の答申で厚労省に付け出しはしているのですが、医療法改正に関連して医療提供体制を作るには、IT化が不可欠です。ITの中には医療機関の間の情報共有とか、患者による医療機関の評価とかセルフケアとか遠隔診療とか、幾つかの側面があるのですが、医療提供体制に関係したIT化は、早急に私たちの案をまとめていった方がいいのではないかと。医療機関の間で治療情報を完全に共有することと、遠隔診療ができるようにするという、この2点については前倒しで提言した方がいいのではないかと思います。

○翁座長 私も今日の医療法の話聞きまして、2のところ1つの項目をつけて、例えば地域医療計画の在り方とか、そういうことで例えばゲートキーパー制とか二次医療圏の問題とか、今日出てきた色々な問題を1つの項目として掲げておいてはいかがかと思うのです。

医療機関の業務、ガバナンス等の見直しだけだと少しマイクロな話に読めるので、もう少し医療計画自体をどう考え位置付けていくのかということについて、言っていった方がいいのではないかと。そういう項目を1つ掲げておいて、そこにいろんな今の御意見を入れたらどうかなと思います。

大田先生がおっしゃるように、2も4もICT化なのです。だからどこにICT化を入れればいいのか御相談したいと思うのですけれども、全部ICT化ができないとうまくいかない話なので、後で文章とも絡む話なので御相談したいと思いますが、いずれにせよ全部バックグラウンドにICT化があるという意識であります。

○森下委員 今、座長から出た地域医療計画の見直しというのは、やった方がいいと思うのです。根本的な課題はそこにあると思うので、これは多分、非常に嫌がられる話だと思うのですけれども、今までの経緯もいまいよく分からない中で作られていて、先ほども言いましたが、道路1つ隔てると何もできないのです。不思議なことに。近いということではなくて、むしろどちらかと言うといわゆる市町村とか、そういうものにかなり縛られたような医療圏構想になっているので、ここは見直さないと身動きが取れないだろうと思うので、地域医療計画の見直しとか、地域医療計画自体の何かそういう部分に入るといいのかなという気がいたします。

それから、先ほどの医薬品にかかわる治験前臨床試験の話なのですが、アメリカでは全部がFDAに出さなければいけないというシステムになっていて、一応全部国が見ている。ですから、そのデータは活用できる。日本の場合は以前から厚労省がそれを嫌がっていて、かなり医師主導の治験ということで一部そういうものを見られるようになったのですが、

依然として多くは野放し状態というか、勝手にやっている。勝手にやっっているのに勝手にデータは使えないという話になるのですけれども、ここはやはり本来であればもう少し大きなテーマで、全体を見直して、システム全体を、臨床研究全体を先進医療の実用化のために活用するという考え方でやられるべきだと思います。

ただ、これはなかなか費用がかかるので、いつも厚労省は逃げ回っていて、先進医療の方でいつも出てくる話なのですけれども、もし可能であればそこまで踏み込んで議論するのが望ましいのかなと思います。ただ、第1弾としてここだけまず先に取り出して、後でもう一回その議論をやるというのであれば、そういうやり方もありだということで、どちらでも構わないかと思います。

○翁座長 大臣、お願いします。

○稲田大臣 大変いい議論がされたと思います。そして、私は今日厚労省の話を聞いて、非常に抽象的だし、まだまだ詰め切れていないし、どうやって実効性を担保するかということ、また、それをどう医療法に落としていくかということが全く分からないし、ICTの観点もなかったと思います。今日大田代理が産経新聞の正論に書かれていたような観点、そういった点を私は是非医療法改正に間に合わせる形で規制改革会議から是非出すべきだと思います。スピード感と優先順位ということを医療提供体制は非常に重要だと思いますので、是非お願いをしたいなと思います。

○土屋専門委員 今、森下委員の言われた地域医療計画なのですけれども、これは従来のは全部トップダウンで、厚労省で決めたひな形を示して、それを各県書いてこいと。これで全国一律でやろうとするところがそもそも間違いで、各都道府県にもっと県知事が病院の許認可権あるいは計画の責任があるわけですから、そこに主体を置いて、各県で独自の地域医療計画が立てられるような仕組みが必要ではないか。そこでよそのいいところ取りをして、いい意味での競争をしないと改善というのはあり得ないので、これはやはり今までどおりに地域医療計画の見直しというので、ガイドラインを見直すだけでは根本的な解決にはならない。その辺を是非議論していただきたい。

○翁座長 ありがとうございます。

では、先ほど大熊さんがおっしゃったことに加えて、◎で地域医療計画の見直しというものを2のところに加えて、あとは文章を少し直すという感じでいかがでしょうか。よろしいですか。

○大熊参事官 地域医療計画、今回は2018年なのですけれども、その前に厚労省からも多分説明があったと思うのですが、地域医療ビジョンみたいなものも作ることになっていきますので、それを含めてまた御相談をさせてください。

○土屋専門委員 森下委員が言われたように、医療提供体制に焦点を絞って、その実際のものとして地域医療計画という解釈の方が表題としてよろしいのではないかと。

○翁座長 今日出てきたのはゲートキーパー制、二次医療圏の問題。特に皆様の問題意識が強いのはこの辺ですね。あとは開業の問題。

○森下委員 開業なのですけれども、そういう規制をすると憲法違反なのではないかと思うのです。医者サイドでそういう議論が出るたびに常に出るのは、職業選択の自由に絡むのではないかということと、要するに給料保障がないわけです。開業して成功するという保障がなくて、場合によっては倒産しているところも結構あって、科目に関しても結局どの科目がいいかという医師の側の適正もあるので、要するに国から言われてこれをやりますと言うのだと、多分、医者はやめてしまうだけの話ですので、そこは非常に難しいのだらうと思っています。例えば開業を制限すると、開業しない人の所得保障をどうするのか。要するに定年制が医者にはありませんから、現在は年を取ってから開業する方が多くて、こういう方が実際に地域医療を支えているのです。そういう方が今度は開業できないということになりかねないので、医療体制としては逆に崩壊してしまうと思うのです。ここは申し訳ないですけれども、少しちゃんとした議論をしないと、間違いなくこれは訴訟が起きますから。結構それは医者の間では議論が出ている話なので、その辺も踏まえて議論がいるのかなと思います。

○大田議長代理 ハードコアだというのは重々承知で申し上げているのですが、要は地域医療計画があり、なおかつ保険診療として公費が投入されている。地域医療計画で、この地域に内科医がどれぐらい必要だという計画が立てられ、まだ枠があるから内科の開業を認めるといったことが必要で、これが医療計画だと思うのです。保険診療でなければ自由でいい。だけれども、公費を投入している。私の認識では公費が投入されているところで開業自由という国は先進国では聞いたことがないのです。これはいろんな場で申し上げて厚労省からはここでは自由だぞという反論が来ていないので、今日お願いしたら調べるということでしたので、それについては是非フィードバックをお願いいたします。

○土屋専門委員 それに関して、私は舛添大臣のときに専門医の研究班でやらせていただいて、マッキンゼーの協力で、特にヨーロッパのその辺を調べさせていただいたので、もしよければ事務局でマッキンゼーをヒアリングしていただくと詳しいデータが分かります。

今、大田代理がおっしゃったように、ヨーロッパでは地域の枠で何人までという制度を作っているところが多いのです。そのかわり、自由診療なら別にやっても構わない。保険診療でやる以上はこの地域にはこの人数まで。これは決して憲法に抵触しないやり方ができると思います。

○森下委員 ただ、実態としては足りていないところが圧倒的だと思います。各科ともオーバーなところはほとんどなくて、むしろ医者を増やしてほしいと。医学部のことも出ていましたけれども、やはりそちらの議論の方がどちらかと言うと深刻なように思います。

○大田議長代理 いや、大きいのは診療科目による偏在です。だから医療計画が必要なのであって、だけれども、別に眼科であろうが皮膚科だろうが自由だよと。それで医師の偏在で医師不足と言っているのはおかしいのではないかということです。

○土屋専門委員 これは議論すると切りがないと思うのです。確かに日本の医者数というのはアメリカ並みなのですけれども、ヨーロッパは確かに日本の1.5倍ぐらいいますが、

ですから偏在だけの問題ではなくて、医師、看護師以外の職種をどう使うか。特に看護師の役割分担だけ先ほど出ているのですが、これは医者仕事を看護師に任せたとこで、看護師も不足しているんで、ピラミッドで下という表現はよくないかもしれませんが、看護助手とか事務員とか、そこにどういう権限を移譲するか。ICTをやるにしたら、医者が打つ権利をどれだけのものを秘書に渡すのか。それを後でチェックをする。欧米の医者がキーボードを打つなんてあり得ないわけです。全部こういうもので記録を取ったものをタイプしたのが後で電子チェックをしているだけで、これは国立病院機構京都医療センターでは既にやっているわけです。ですからそういうようなところまで議論を深めないと、医者が足りない足りないというのは明日増えるわけではありませんから、足りない中でどう工夫するか。そのときに地域によって人数の制限とか、それも1つの方法。そういう観点でいかないと議論が進まないかと思えます。

○林委員 今おっしゃられた点は2の3番目の◎になるかもしれませんが、ここに「看護師等の業務範囲や業務実施体制の見直し」とあるのですが、ここは当然医師も働き方を考えなければいけないし、医師、看護師以外の新たな医療関連従事者の働き方、業務範囲も入れられれば、と思えます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

今日は本当に色々な貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。本日の議論を踏まえまして、少しこれを修正いたしまして、それでまた皆さんに1回お諮りして、その上で今度の本会議にこのワーキングではこういうことをやるということでお諮りすることにいたしたいと思えます。

メール等でこれからやりとりさせていただきまして、最終的に御一任いただければと思います。よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

それでは、本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。何か事務的にございますか。

○館次長 本当に今日は活発な御議論をありがとうございました。本質的な御意見が多々出て、事務局でもこれを踏まえてきちんと整理して、また座長他の委員の方と御相談させていただきたいと思えます。

日程については事務的にまた御連絡申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○翁座長 それでは、これで会議を終了したいと思います。ありがとうございました。