

健康・医療WG（第14回） 議事概要

1. 日時：平成25年12月18日（水）16:40～17:20
2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、岡素之（議長）、
大田弘子（議長代理）、金丸恭文、佐々木かをり、森下竜一
（専門委員）土屋了介、松山幸弘
（政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）
（事務局）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、館規制改革推進室次長、
中原参事官、大熊参事官、湯本企画官

4. 議題：

（開会）

1. 医療提供体制について

（閉会）

5. 議事概要：

○館次長 それでは、これより規制改革会議健康・医療WGを開催いたします。

開会に当たりまして、稲田大臣から御挨拶をお願いいたします。

○稲田大臣 第14回健康・医療WGにお集まりをいただきまして、委員の先生方、専門委員の先生方、ありがとうございます。

本日は数回にわたり健康・医療WGで検討を重ねてきました最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築、また、在宅医療、在宅介護の推進について、ワーキング・グループとしての意見の取りまとめに向けた議論が予定されております。

どちらの項目も高齢化が進展する我が国における喫緊の課題と認識をいたしております。厚生労働省において現在、次期通常国会での医療法の改正に向けた検討を行っていると同っておりますので、医療法改正に反映いただくためにも早期に意見を取りまとめる意味は大きいかと思っております。

本日も先生方の忌憚のない建設的な御議論をどうぞよろしくお願い申し上げます。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、報道の方は退室をお願いいたします。

（報道関係者退室）

○館次長 それでは、翁座長、引き続きよろしくをお願いいたします。

○翁座長 それでは、議題1「医療提供体制について」ということで、意見の取りまとめに向けた議論を行いたいと思います。これまでのワーキング・グループで委員の皆様からいただきました御意見をもとに、事務局において意見の骨子案を用意してもらっておりますので、まず事務局から資料について説明していただきまして、その後、意見交換とさせていただきます。

それでは、お願いいたします。

○大熊参事官 「医療提供体制に関する意見（案）」という資料を御覧ください。

高齢化の進展に伴いまして、医療資源の有効活用が必要になっております。また、単身や夫婦、高齢者世帯が増えておりまして、在宅医療・在宅介護の提供体制の早急な構築が求められております。

そうした現在、厚生労働省において、次期通常国会での医療法改正に向けた検討が行われておりますので、厚生労働省に対し、以下の項目を提言するということでございます。

1. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築。

都道府県が策定する医療計画は、医療資源を有効活用する上で重要な役割を持っています。しかしながら、医療提供体制の規制としては、主に病床規制のみを用いておりまして、プライマリケアの充実、ICTを活用したネットワークの構築、医師の偏在是正等、多くの課題に対応し切れておりません。医療計画の在り方の見直しを行うとともに、その実効性を高めるための具体的な方策を講じるべきとしております。

(1) 医療計画の在り方の見直し。

医療提供体制全体の目指すべき方向性を国民にわかりやすく示すため、各都道府県が策定する医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画について見直し時期を一致させるとともに、相互の関係性を明確にし、超高齢社会の到来を踏まえた総合的な取組を可能とすべきである。

医療計画の策定に当たっては、患者の視点に加え、医療費適正化の視点から保険者の意見を取り入れる仕組みを構築すべきである。

ICTを活用した医療機関のネットワーク化、セルフケアの推進、予防活動の充実等を進めるため、医療のICT化の計画について医療計画の中に盛り込むべきである。

(2) 医療資源の適正配置。

医療計画の実効性を高めるため、都道府県において、地域ごとの必要医師数・看護師数、必要医療機器数、診療科ごとの医師数について推計をし、過不足を的確に把握し、公表すべきである。

医師の偏在是正のため、医師不足の地域や診療科への就業インセンティブを充実させるべきである。

医療機関の外部評価により、医療機関間の適切な競争を促すべきである。

(3) 二次医療圏の範囲の見直し。

二次医療圏の設定に当たっては、医療機関からの時間距離のデータの活用を図るととも

に、地域の実情に応じた柔軟な範囲の見直しを推進すべきである。

(4) 病床規制の見直し。

病床規制により、実力のある医療機関の増床が妨げられている結果、医療機関の適正な競争が阻害されている。医療機関ごとの病床の稼働状況について調査をした上で、公的・民間それぞれについて、非稼働病床の削減方策を検討すべきである。

そのうち、民間医療機関については都道府県知事が非稼働病床の削減を命じることができる仕組みを検討すべきである。

高齢化等、人口動態に応じた必要病床数の将来推計の実施、及び必要に応じた特例病床制度の活用を推進する。

既存の医療機関の建て替え・補修の場合、二次医療圏の境目において、それぞれ別の二次医療圏に属する医療機関が統合する場合、医療機関の経営統合により開設者が変わる場合等において、病床規制の柔軟な対応を徹底すべきである。

(5) 7：1看護基準の見直し。

患者7人に対して看護職員1人以上を配置する7：1看護基準は、実質的に急性期医療を行っていない医療機関にも適用されているとの指摘がございます。このため、7：1看護基準における平均在院日数の算出方法を厳格化すべきである。さらに、平均在院日数の基準の短縮についても検討すべきである。

(6) 地域医療支援センターの見直し。

医師のキャリア支援等を行う地域医療支援センターの事業の法定化が今度の医療法でされるわけですけれども、それに当たっては地域の中核を担う病院への委託を推進すべきである。

(7) プライマリケア体制の確立。

プライマリケアの専門医が求められており、その資格や継続的な研修等の制度について検討すべきである。

中長期的な課題として、患者のフリーアクセスを担保しつつ、プライマリケアの専門医が緩やかなゲートキーパー機能を担う仕組みを確立すべきである。これにつきましては、「緩やかな」というのを括弧に入れております。これは、国民会議の表現がまさに「緩やかな」ということになっていまして、ゲートキーパーが裸でありますとイギリスのゲートキーパー、要はまずそこに行かなければいけない、フリーアクセスを制限するゲートキーパーを想起させるので、「緩やかな」という言葉をつけたらどうかという提案がございましたので、これは後ほど意見をいただければと思います。

(8) 我が国の医療提供体制の目指すべき方向性の提示。

2行目ですけれども、国においても、医療・介護を含めた医療提供体制の全体の目指すべき方向について検討を行うべきである。

2. 在宅医療・在宅介護の推進。

(1) 在宅医療専門の診療所。

保険医療機関には外来応需の体制を有していることを求める運用がなされており、在宅医療を専門に行おうとする診療所にとって制約になっている。診療所においては、まずは開設要件を明確化し、さらに、診療所の外来機能要件の緩和を検討すべきである。

(2) 特別養護老人ホームにおける医療環境の改善。

特別養護老人ホームには医師が必要数配置されており、緊急の場合を除き、他の医療機関はみだりに診療行為を行ってはならないとされておりますが、実際には嘱託の医師が多く、必要とするときに不在であることが多いとの指摘がございます。このため、医療的ケアが必要な高齢者が増加する中、特別養護老人ホームにおける適切な医療提供の在り方について検討すべきである。

(3) 医薬品・衛生材料の提供。

在宅医療においては、医療機関が患家に訪問する看護師に対して医薬品・衛生材料を提供しなければならないが、それらが十分になされていない場合があります。このため、医療機関が適時に必要量の医薬品・衛生材料を提供できる体制を構築すべきである。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、今の案につきまして、御意見等がございましたら、お願いいたします。

○大田議長代理 「緩やかな」ゲートキーパー機能のところですが、「緩やかな」の意味がわからないので、意味がわからない言葉はやめたほうがいいと思いますし、イギリスの制度のように最初にそこにかからなくてはならないという明確な制度でなくても、開業医がプライマリケアの専門医であれば、ゲートキーパー機能は担えるわけですね。今、プライマリケアの体制が整っていないというところが一番の問題なので、ここは「緩やかな」をとって、ゲートキーパー機能がしっかりと担われるということを強調したらどうかと思います。

もう一点、細かいところですが、前から気になっているのが、2の「(2) 特別養護老人ホームにおける医療環境の改善」の3行目「みだりに診療行為」の「みだりに行っ

○大熊参事官 そう書かれています。

○大田議長代理 この言葉はなければいけないんですか。違和感があるんです。

○大熊参事官 我々の言葉として、あえて使う必要はないと思います。

○大田議長代理 なくてもいいですね。

○大熊参事官 緊急の場合等を除き、できないということですので。

○翁座長 いかがですか。この「緩やかな」というのは別にとってもいいのではないかと
いう御意見がありましたけれども、よろしいですか。

○林座長代理 今の「緩やかな」のところですが、私もその趣旨は、その前の「患者のフリーアクセスを担保しつつ」で表現されているので除いてよいと思いますが、カタカナ語の説明を注1とかで、「プライマリケアとは」とか、「ゲートキーパー機能とは」を加え

たほうが親切ではないかと思えます。

○翁座長 ありがとうございます。

○土屋専門委員 私はどちらかというと、フリーアクセスは制限すべきだと思うんですが、これは2つ使い分ける必要があって、イギリスの以前のように地域を限定して、この患者はこの医師にしかかからないという制限はすべきではないと思うので、そういう制限は加えるべきではないと。

ただ、診療所を通じずに大きな病院の外来に行くと。これは圧倒的に制限すべきだと思います。それが今の日本の医療をおかしくしている。これを今、強く言えないのは、座長の言われたように、プライマリケアを担う人がいないからなんです。

そのときに「(7)プライマリケア体制の確立」のところで、1ポツの最後に「その資格や継続的な研修等の制度について」、これは継続的研修とあるのですが、担う人がいないわけですから、その資格制度だけ云々してもだめで、今、専門医機構とか厚労省がやっているのは資格ばかり言っているのですが、どうやって若い先生をプライマリケアのできる医者に育てるかという教育体制の確立がまず必要なんです。それをうたっておくべきではないかと。その上で継続的な研修があるのであって、今のできない先生たちに幾ら研修をやってもできないので、無駄な努力を10年、20年やることになると思います。

○翁座長 御意見をありがとうございます。教育というのはこのところに入れさせていただいて、その上で資格と継続的な研修とさせていただきますでしょうか。

○林座長代理 育成というのでしょうか。

○翁座長 育成でよろしいですか。

○土屋専門委員 できれば教育制度ぐらいに踏み込みたいんです。今、日本ですと大学院なり専門医教育しかないと思うんです。そのどちらでもいいんですが、大学院になると授業料がとられますので、できればアメリカ的なレジデント制度で給料をもらいながら教育を受けられる。オン・ザ・ジョブ・トレーニングのコースが一番望ましいと思います。

○翁座長 ありがとうございます。では、教育制度ということで、しっかり書かせていただきます。

○金丸委員 私も土屋先生に賛成ですけれども、フリーアクセスのところで、患者側も節約思考がないと余りにもフリーアクセス過ぎて、こうなると大変だと思います。でも、これは本来、医療提供体制についての検討なので、節度があるとか何か入れておいたほうがいいのではないですか。別途議論をしなければいけないことかもしれません。

○翁座長 私どもの議論もさっき土屋先生が整理された前半の意味では、イギリス型が問題であると思っていて、一方で大学病院にどんどん行ってしまうというのは、むしろこのプライマリケアが充実していれば、そういう方向にはならないはずなので、とりあえず「フリーアクセスは担保しつつ」、といった書き振りでいいのではないですか。

○大田議長代理 社会保障国民会議の報告に、これまでフリーアクセスはこれまでいつでも誰でも、どの病院でも行けるという意味のフリーアクセスだったけれども、これからは

必要なときに必要な医療を得られるという意味でとらえたほうがいいのではないかということが書かれてあって、そこから「緩やかな」ゲートキーパーと出てくるのですが、そういう意味にこのフリーアクセスはとらえたらいいと思うんです。だから、注で社会保障国民会議の報告の一文を入れてもいいと思います。

○翁座長 では、私どもがここで言っているフリーアクセスとかゲートキーパーというのを注に入れて対応させていただくということで、この文章を生かし、あと教育制度を入れてという修文でよろしいですか。

○土屋専門委員 そうだとすると、「緩やかな」はもちろん除いて、患者の病態の必要度に応じたフリーアクセスを担保していく。患者の病態に応じた、患者の必要度に応じた、日本語の問題ですが。

もう一点、別のところでよろしいですか。（５）の7：1看護基準のところ、平均在院日数基準の短縮について検討と。これは一挙にやるのは、今のDPCをDRGにすれば簡単なんです。例えば胃がんの手術で1回入院当たり150万とやったら、どの病院も短くするわけです。今のDPCは入院期間が長くなれば、少しずつ安くしていくということですから、ある程度長くてももうかるようにできているわけです。ある基準を過ぎると1日当たり赤字になる。そこまで逆に伸ばそうとするわけです。ですから、平均在院日数が大体14日くらいだと。これを7日にするためには、一定の定額にしたら、みんな7日にするわけです。ここは本質的に保険の課金制度がかかわっていると思います。

○森下委員 しかし、患者さんが必要だと思っているから行くので、結局フリーアクセスと一緒にはないかという話だと思うのです。本人が必要だと思って、今も、行っているわけですから。

○土屋専門委員 ですから、その辺は私が病態という言葉を出したのは、医学的に必要な場合だと。

○森下委員 一般的にはすごくよくわかるんですけども、現実にはそこはわかりにくくなってしまっているのではないかと。

○大田議長代理 症状というのはどうですか。

○森下委員 症状も病態と同じで、本人は要するに、自分はそうだと思って来るわけですから。

○土屋専門委員 ここは、私は余りこだわらなくていいと思うのは、将来的には制限すべきだというのは皆さんも思っていると思うので、プライマリケアのゲートキーパー機能が確立した時点では制限するという意味だと思います。

○翁座長 では、そのままにしておいて、注で少し詳しく書くということで。

○土屋専門委員 これは意見ではないんですが、皆さんのお考えを聞きたいのですが、在宅医療を確かに厚労省も進めて、その支援が一大テーマになっているのですが、皆さんは本当に在宅が中心になるとお考えになっているかどうかなんですね。特に大都会の家族構成から見て、後で出ている特別養護老人ホームとか施設での看取りというのが中心になっ

ていくので、今、在宅をやると経済的にもメリットがあるかのごとく厚労省が説明をするのですが、むしろ個別にやったらお金がかかるので、同じものは1カ所に集めたほうが経済的になると。

それは余り強調はできないのですけれども、それと国民自身もやはり整った施設であれば入りたいという方はたくさんいらっしゃるので、その辺のうまくバランスを取らないと、余り在宅に重きを置くと空手形になってしまうのではないかという気がします。これは単なる意見だけです。

○翁座長 松山先生、お願いします。

○松山専門委員 今、土屋先生がおっしゃったことは非常に重要だと思います。2週間前に地方の医師の方が私のところに来られて、在宅医療の実情を話して下さいました。すなわち、地方の過疎地の一般病床に入院している患者さんが自宅に戻ると、今の介護保険とか医療制度だと自己負担額が2倍くらいに増える仕組みになっているのです。だから、その意味でも在宅を強要することは非常に厳しいのです。土屋先生がおっしゃったように、過疎地においても1カ所の施設に集めることができれば、そのほうが実は医療介護の質を高めてコスト効率もいいということが現実なのです。

だから、在宅医療を重視する政策に切り替えというのは、私は方向としてはいいのですが、やはり現実の状況も見ながら柔軟に対応できるような仕組みを作らないといけないと思います。私も父を看取ったときに、とても在宅では無理だということを実感しました。

○大田議長代理 今の点を入れるとすると、2の頭書きの4行目、「『在宅医療』の提供体制を、早急に構築すべきである」の前に、自宅と医療機関・施設との切れ目ないネットワークを実現するために在宅医療の提供体制を早急に構築すべきである、そういう表現でどうでしょうか。

○松山専門委員 目指しているのはそういう仕組みだと思います。

○大田議長代理 在宅だけではなくて、病院もあると。

○翁座長 本当は高齢者の住宅、さつき住宅とかありますけれども、そういうのが今増えていて、そこも介護とかそういうのが手薄になっているんですね。そういった問題も含めて議論をしていかなければいけない話だとは思いますが、今の大田先生の御提案はいかがでしょうか。よろしいですか。では、その一文を加えたいと思います。

佐々木さん、どうぞ。

○佐々木委員 まだまとまっていないのですけれども、以前から申し上げている、自宅でケアするということの希望の取り方を過去にもいろいろと言ってきましたが、家がいいですかと聞けば、いいですと言う人が多いと思うのですが、現実的に考えたときに労働の問題も考えますと、自宅に戻ってくると、多くの場合は女性が仕事を辞めて家に戻るとかなくなってきてしまいます。すごく根本的に、在宅というものを国が推進しますという、そちらに大きく舵を切りましょうと聞こえてしまうので、違う側面から、医療とか介護ではない側面から聞いた人にとっては、非常に恐怖というか、家で介護していない人は、昔あった

ように、「親の介護もしないのか」と言われるようになってしまったりとか、あるいは「労働をあきらめなければならないのか」ということになると思います。今いい答えがわからないまま手を挙げてしまいましたけれども、表現を少し、在宅は選択肢であるということにしておかないと、本来は適切な施設があり、ケアができたほうがいいのではないかと個人的には思っておりますので、大々的に今後は在宅をとこのには、慎重になっていただきたいかなと思っております。

○翁座長 高齢者には自らの住み慣れた地域及び環境で医療介護を受けることを希望している人も多いが、とか、そんな感じでしょうか。

○岡議長 「国民の6割」と書いてありますが、これは何かのデータがあるわけですか。

○林座長代理 やはり「国民の6割」と書くと、時点も変わっていくので、ここの「国民の6割」はないほうがいいのではないかと。翁座長がおっしゃられたような修文のほうがいいのではないかと思います。

○松山専門委員 私の経験で言うと、患者本人に聞いたら家に戻りたいと必ず言います。家族はとてまたまらないから、施設で看取りたい。それが現実だと思います。そういうニーズに応えられるような体制を作ることが求められているのですが、それは地域によっては事情が違ってくると思います。

○翁座長 特に東京周辺部ですね。これから本当に切実な問題としてあると思います。

○岡議長 「規制改革会議はどちらのスタンスでこのテーマに向かっているんですか」と質問を受けたときに、「在宅の方向にできるだけ行くようにするんですよ」と言うのか、「本人はそう言っているかもしれませんが…」と言うのでは大分違うわけです。この文章に「約6割」を入れるかどうかはともかくとして、在宅を希望しているが体制は整っていませんね。先ほど大田さんが「自宅と医療機関・施設との切れ目ないネットワーク」という表現を使われたけれども、相互の補完関係といった表現を入れることによって、我々は中間にいるような形にしてはどうですか。そうしないと、このテーマを取り上げることが難しくなってしまうから。

○松山専門委員 今の御指摘は非常に重要です。要するに今の体制で言うと、患者本人の自宅という在宅と、特養などの施設の両方が大事なわけだけれども、日本の場合は自宅の在宅で治療を受けたいという人のための仕組みが遅れていますねと。そこも充実しましょうというスタンスではないかと思います。

○森下委員 そう言われて気づいたんですけども、在宅医療、在宅介護のところに特養が入るのはおかしいですね。特養は施設になるので、これは在宅では本当はないですね。ですから、2のタイトルと2の(2)というのが実は合わなくなってしまうので、患者の望む医療介護の推進とか、何か別の言葉にしないと、ここに特養を入れるというのは、言葉の問題としては定義がおかしくなってしまうかもしれないです。

○湯本企画官 ここに特養を入れたのは、特養の施設だけでは医師が不足している部分がありますので、そういったときに在宅の医師が訪問するといった観点で、在宅医療の

テーマとして挙げているというものになります。外から在宅診療の医師が入ってくると。
○森下委員 でも、在宅診療の医師に限らず、これは普通の医院とか診療所、そういうのも入ると思うんです。

○翁座長 では、高齢者の医療環境の改善、とかはどうですか。

○松山専門委員 事務局に後で御確認いただきたいのですが、たしか厚労大臣が在宅の定義で、自宅以外の施設も含むみたいなニュアンスの御発言をなさっていたのではないかと思います。今の厚労省が言う在宅医療というときに、ひょっとしたら特養みたいな施設も含まれているのではないかと思います。

○佐々木委員 私も実は過去にセッションに出たときに、在宅という単語に厚労省が施設でのケアも含めてお話されてきました。世の中の人には在宅と聞くと自宅だと思っていますが、在宅という言葉も厚労省がもし老人ホームにいる人も含めて話しているのであれば、私はこの「在宅を進める」と言っている方向性が受け入れられるけれども、もしこれが老人ホームは別で自宅でということになると、やはり誰がケアをするのかということになるので、もし自宅に限定した在宅を推進するということになると、先ほど言った労働を含めて、相当配慮しなければならないなど。

どちらにしても、一般的に聞くと在宅は家だと思うので、もし厚労省のほか、私たちがディスカッションしたり、公に書く文章で両方が入るならば、きちんと施設と言う言葉も入れたりしたほうがいいと思うんです。

○土屋専門委員 そういう意味で私はこの2のテーマは、生活の場での医療介護の提供の推進ということだと思います。医療施設ではなくてですね。そうすると、そういうものが全て含まれると思います。

○翁座長 生活の場での高齢者の医療環境の改善、または充実。生活の場とおっしゃっているのは、老人ホームを含む。

○土屋専門委員 自宅だけではないということです。

○岡議長 「国民の約6割が住み慣れた地域及び環境で医療・介護を受けることを希望しているが」と書いてある。自宅で受けてたい人が6割というわけではないのです。

○翁座長 本当は特養も自宅の近くで入れたらいいんですが。

○岡議長 だから、地域であればいいわけですね。住み慣れた地域。

○佐々木委員 でも、私の母が3年前にお世話になって、いろいろ調べながらやっているんですが、値段のこともいろいろなこと、意外と自分は東京に住んでいるけれども、結局見つかった老人ホームは熱海ですとか長野ですとかいって、そういう方も随分聞きました。そうすると、住み慣れた地域ではなくなりますね。一般の人がわかるように書き直さないと、何か違う形容詞で限定されるとイメージが狭まってしまうかなと思いました。

○岡議長 タイトルを変えて、自宅も施設も含めてということになりますね。

○湯本企画官 事務局で補足いたしますと、有料老人ホームであるとか、サービス付高齢者向け住宅については1カ所に固まっておりますが、在宅と解釈をして政策を打っている

ということになります。

○佐々木委員 そうであれば、確かに老人ホームは老人の集合アパートメントという考え方だとは思いますが、「施設や自宅」とかいうふうに書いたり、あるいは括弧にするとかして。

○翁座長 施設は在宅と定義していいということですか。

○佐々木委員 つまり、私も母の時に思いましたけれども、お部屋代を払って、その他に何とか代と払うわけですから、つまり老人のためのアパートを、この施設の中の1室を借りているという考え方ですね。ただ、そこには食事つきで看護師さんがついてますよというサービスアパートメントを借りているというのが老人ホームの概念だと思いますので、それを厚労省のほかの文書も含めて、在宅というところに含まれられているのであれば、この際、在宅という言葉もあえて使い、括弧をして、施設や自宅と書いてあげたほうが、他の文書を読む一般の人たちにとってはわかりやすいのかもしれない。

○翁座長 ただ、一般的な受け止めとして、特養が在宅というイメージはないですね。医療施設でないという意味では、一応生活の場ではあります。

○土屋専門委員 注釈で、そういう施設を含むというようなことを書くとか。

別の観点でいいですか。1の最適な地域医療という問題と、その中の(1)の医療計画の在り方の最初のポツの最後の「総合的な取組が可能な」という問題と、2ページ目の(3)の二次医療圏、この3つにまたがる問題です。

最初の1のところで地域医療という言葉は私どもは比較的容易に使うのですが、これをどういう定義で考えるかというのは大きな問題だと思います。東京都の場合、地域医療というのは大変難しく、私はがんのことばかりやっていたんですが、東京都の入院患者の4割は都民ではないんです。周囲3県から来ている。そうすると二次医療圏というのは東京都内ではほとんどあり得ないです。23区をいっぱい分けて、東京都で12か13の医療圏になっていますが、恐らく都民の方は自分の医療圏がどこだか知らないと思います。ほとんどの方はわからない。東京では1,300万の人口のところ十数カ所なのと、前にも言った長野県は総人口が220万人で10の医療圏がある。香川県に至っては99万人なのに多くに分けているわけです。

ですから、その辺を、二次医療圏でと切り出して厚労省に言うと、二次医療圏の策定は各県ができるんですよという切り返しにまた合うと思います。ところがいろいろな補助金とか交付金の縛りで、なかなか既存の医療圏を崩しがたい他の要素があるので、厚労省は都道府県知事に押しつけますけれども、知事にしてみれば厚労省が縛って身動きがつかないんだというところだと思いますので、その辺の解決を考える必要かあるのではないかと思います。

途中で言った総合的な取組はまさにそれで、がん対策基本法というのは私も恩恵を被ったのですが、実はある意味、悪法的なところがあって、二次医療圏ごとに拠点病院をつくれとか、拠点病院ごとに放射線治療機器の補助金を出せなんてことをやったのが今、混乱

のもとになっているんです。一方で、地域医療計画を策定するときには、二次医療圏にこだわらずにやれと、前回のときにも言っているんですが、そういう矛盾した指導が出されています。

もう一つ、この総合的な取組がやりにくいのは、今言ったがん対策基本法とか、肝炎に対するものとか、あるいは今いろいろな拠点病院というのがはやっていますが、疾患ごとのそういう対策が出されているものですから、逆に疾患ごとの拠点病院がばらばらなんです。Aという病院は拠点ですけども、Bという病院は別の拠点。そうすると総合的な取組ができません。疾患ごとの医者側の目線で見えた対策であって、住民から見た総合的な対策になっていない。その辺をうまく突っ込む必要があるかなと思います。

○翁座長 そうすると少し二次医療圏のところの範囲の見直しに、患者の利便性だけではなくて、何かもう少し工夫をして言葉を入れたほうがいいでしょうか。利便性だけでなく、どういう言葉を補うといいでしょうか。

○土屋専門委員 今、私もすぐに思いつかないんですが、考えてきます。

○翁座長 「何々や利便性を」というふうなやり方で。

○土屋専門委員 問題提起ばかりで申しわけないですが、もう一つ、1ページの(1)の一番下のポツのICTですが、これは厚労省もかわいそうなのは、総務省がいっぱいいろいろな補助金を出して、医療関係の小さなICTのプロジェクトをばらまいているんです。これが逆に足かせになって、それが統合できないようなものばかりつくっているわけです。

そのために統合的なものをつくらうとすると、逆にできないということになっていますので、その辺を省庁間でもうちょっと医療健康でのICTでの方策を考える必要があると思います。

○翁座長 土屋先生、また修文がもしありましたら、後で具体的に御相談させてください。

ちょっと延びてしまったんですけども、よろしいですか。

では、いろいろと御指摘をいただきまして、また事務局と私と御提案いただいた先生とで修文案を練りまして、皆様に1回お流しして、最終的には取りまとめは私に一任させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○翁座長 ありがとうございます。

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。

事務的な連絡がございましたら、お願いいたします。

○館次長 今後の日程につきましては、追って御連絡させていただきます。

○翁座長 それでは、これで会議を終了させていただきます。