

規制改革会議 医療タスクフォース 議事録（第7回）

1. 日時：平成20年10月27日（月）17:00～17:30
2. 場所：永田町合同庁舎1階 第2共用会議室
3. 議題：「医師と医療従事者の役割分担」について
4. 出席者：

（厚生労働省）

医政局医事課長 杉野剛 氏
看護課長 野村洋子 氏

（規制改革会議）

松井主査、阿曾沼専門委員、長谷川専門委員

○事務局 それでは、続きまして、第7回ということで開催させていただきたいと思
います。今回は、医師と医療従事者の役割分担ということでまずご説明いただきま
してから、ご意見ということにさせていただきたいと思えます。どうぞよろしくお
願ひいたします。

○杉野課長 総括的に、まず私の方からご説明申し上げます。必要に応じて看護課長
も参っておりますので、ご質問をちょうだいできればと思っております。

いわゆる役割分担の話でございますけれども、昨年の12月に通知を出しまして、
その周知に努めているというのが現在の状況でございます。会議で周知を図るとか、
年明け、また3月にも病院勤務医の労働環境の改善という観点から、もう一度その
通知の徹底を図ったという状況でございます、これはそちらのご指摘では、既に
できることを言っているにすぎないのではないかとご指摘もありますけれども、
既にできることをやっていないという問題が問題だと思っておりますので、その周
知を図らせていただいているという状況でございます。

そういった周知を図っておりますけれども、前のヒアリングのときには、更にそ
の第2弾があり得るというお話があったということで、その検討状況はどうかとい
うことでございますけれども、そこにございますように、いろいろな要望とか実態
について、どういった役割分担があり得るのかということ、内部的にいろいろな
形で検討させてもらっているという状況でございます。

いろんなアプローチがあるんだろうと思はうんですけども、一つひとつの医療
行為について、コメディカルの方に移せるか移せないかとか、そういった検討を一
つひとつやっていくという作業もあるかもしれませんし、ご指摘のように新しい職
種を考えてみてはどうかというアプローチもあるかもしれませんけれども、この問
題については非常に重要な問題だと思っておりますので、特段こうしなければいけ

ないというふうに限定せずに、いろんな方々からお話を聞いたり、検討を進めさせてもらっておりますが、今の段階では申し訳ありませんけれども、第2弾の成果はいつまでに出せますということをお答えできる段階ではないということは、ご勘弁をいただければと思っております。

最後に、そこにございますように、看護師の業務、ナース・プラクティショナーなどということを書いておりますけれども、その実態把握について行っているところでございまして、そういう新しい職種の導入については、その必要性も含めて必要に応じて検討していきたいという状況でございます。可能性は、いろんな可能性を探ってみたいと思っております。

概括的には以上でございまして、追加してご質問をちょうだいできれば存じます。よろしく願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

○松井主査 具体的に踏み込んだご提案が頂けるものと、結構期待していたんですけどもね。役割分担の推進については、前任の栗山課長が第2段の通知があるという趣旨のことを3月のヒアリングでおっしゃっていたのですが、その後すぐ文科省にお戻りになってしまって、通知も何も出てこない。

○阿曾沼専門委員 ④に専門性を高めて実態把握を行っているところであり、検討すると書いてありますが、こういう議論は何年も前から出てきていて、実態なんかも既に把握できているはずです。課題も問題点も把握できているんじゃないかと思えますけれども、そこはどうなのでしょう。

○野村課長 厚生科学研究で2001年に諸外国における看護師の新たな業務と役割という形で、研究的に幾つかの国をかなり調べたものはございます。2001年ですので、もう7年経ってしまって、諸外国でどんどんまた変わっているかもしれないというふうには思っております。

諸外国の方が日本にいられて、そういうお話をするときとか、そういうところでの情報収集は適宜しております。厚生科学研究でやったもののフォローアップ的なところは把握しつつ、情報収集に努めているところが現状でございます。

○阿曾沼専門委員 例えば、看護協会にお願いして、看護協会はどうお考えになっているのか、看護協会での調査のどのような結果が出ているのか、アメリカの看護協会はどうなっているのかなど、やる気になって1か月か2か月集中調査し議論すればすぐに実態把握ができて、結論が出る問題ではないでしょうか。ナースプラクティショナーの話なんて、もう2年も3年も前から規制改革でも議論されているような話ですからね。

○野村課長 実態については、そういう意味ではある程度わかっているところだと思います。

○長谷川専門委員 懸案事項が3点ございまして、一つはナース・プラクティショナー

一、もう一つは正常分娩における助産師の会陰切開、三つ目がヘルパーが在宅のみでなく、施設において喀痰の吸引等を行うことです。これが具体策として第2弾では入れ込んでいただけるんじゃないかということをおもは期待したんです。

- 松井主査 今、医師不足が深刻な問題で、その一方で、看護師や介護士、優秀な人たちがたくさんいる。そのサポートを得なかったら、更に医師不足になって、そのしわ寄せが全部医師に行くじゃないかと。看護師や介護士は、せっかく技術を持っていて、一生懸命毎日研さんしているにもかかわらず、それを使えない。それはお互いに不幸だろうと言っているのです。何よりも、一番の犠牲者は患者である国民です。

ですから、当会議としては、具体策を一つでも二つでも挙げて、一步でも二歩でも前進しましょうというスタンスです。総論よりも具体策で、一つひとつ「こういうことができます」、「ああいうことができます」ということを積み上げて、大きな流れにしたいんです。

- 阿曾沼専門委員 例えば処方看護師とか麻酔看護師とか、いろんな具体的なことを申しあげてきてきたが、その度にそれは困難だとか出せませんとかで、その議論の過程の中で出してきた内容も、結局は真摯に議論されていない。
- 長谷川専門委員 処方看護師に関しては、医者があらかじめ処方しておいた薬剤の範囲において、量の加減はできる。それには0、すなわち投与しないことも含める。要するに、開始・中止も含めるということで、この通知にもありますでしょう。それはもう我々としては高く評価しているんです。

3点のうち、2点目と3点目は、もうそろそろ実現していただけるものと確信しているんです。

1点目については、はっきり言うと看護協会と厚生労働省の看護課が看護教育を、例えば4年制にするとか、あるいは認定専門看護師をどうするかという話を、もうそろそろお決めいただくような話だと思うんです。要するに認定看護師、専門看護師といっても、結局現在の看護師の業務を超えたことはできないのですかという話で、自ら業務の拡大を否定するのか、あるいは医師の一定の業務についてできる方向をお示しになるのかということをおも、我々としてもそろそろ知りたいというところだと思います。

- 野村課長 認定看護師や専門介護士について、今、それぞれで育成していますけれども、現行の制度の範囲内で、かなりの業務が普通の看護師と違って行われていて、そしてそれは医師を含めた周りの医療従事者から非常に信頼されているという現実があります。

ですので、そういったことをもっと広げていくというのが、今の段階だと認識しています。

看護師の中でも、非常に引いた状況と、同じ制度の中でも、勉強すればかなりの

ところまでやれるというような、それは現行の制度の中でもできるという状況ですので、そこで。

- 長谷川専門委員 そうすると、やはり一看護師で、待遇もほとんど同じでしょう。
- 野村課長 場合によっては手当をもらってというところも最近は出てきました。
- 長谷川専門委員 看護師の業務のみを行うということに違いは有りません。
- 野村課長 基礎資格は看護師ですけれども、使われ方としては、やはりそういうことができるということで、外来に回して指導を中心にやってもらうとか、病院全体、病棟全体の位置づけにおいて、それなりの専門性を果たしてもらうとか、いろいろな処遇の仕方があるのではないかと思います。
- 松井主査 方向性が非常にあいまいになってしまっているように感じます。うまくやっている病院もあるでしょう。しかし、その一方で、誤解しているのか、意思がないのか、能力がないのか、よくわからないけれども、やらない病院もあるということですね。
- 長谷川専門委員 確かにそういう上位の資格を持った看護師を集めている病院があります。方向として、それを突き詰めていった場合に、やはり医師の仕事のある部分肩代わりする方向を目指すのかどうかだと思います。
- 野村課長 今、目指しているのは、看護という範疇で高度を目指しているということだと思います。ですから、医師の仕事を肩代わりしようと思って専門を目指していることよりは、看護と言われる部分の専門を突き進んでいるというのが、今の考え方です。
- 長谷川専門委員 大学院とはどういう関係にあるんですか。
- 野村課長 専門看護師は、すべて大学院で育てています。2年間の教育コースになっています。すべて実務経験がそれぞれ5年ないとスタートラインに立てないので、実務経験を持ったということは共通していますが、専門看護師は大学院、認定看護師は6か月の研修という形でやっています。
- 長谷川専門委員 大学院の教育も、目指すところは看護師なわけですか。
- 野村課長 そうです。看護師です。
- 松井主査 もう一歩も二歩も進めてはどうか、という提案をしているわけなんですかけれどもね。
- 野村課長 今は、私どもも去年の暮れにこの通知を出して、いろんな看護会の意見がありますけれども、進めるということをかなり積極的におっしゃる方の中でも、今、130万人の看護師ができるということよりは、より勉強を積んだ人たちができるということの方が、医療安全の面からしてもいいという考え方を持っている方が多いです。
- 長谷川専門委員 それは正看護師であれば、別に認定看護師ができることも、専門看護師ができることも、全部できるわけでしょう。

- 野村課長 できることにはなっておりますけれども、実際にはやれないということですね。
- 長谷川専門委員 やるやらないじゃなくて、資格要件を満たしているわけでしょう。
- 野村課長 業務的に言うと、それはそうですけれども。
- 長谷川専門委員 だから、看護系の方々が、より上位の認定だとか、専門だとか、大学院だとかいっても、やはり目指すのは看護師であって医師の業務をやる気は毛頭ないという話であれば、これはもっと我々としては検討の方向性を変えないといけないと思います。むしろ看護系から医学部に行くようなルートを広げるとか、そういう発想を変えた提案のような形で議論しないといけないと思います。
- 野村課長 看護から目指したところが、実際には医師の業務に近いところであって、医師の業務の肩代わりまでいってないんでしょうけれども、かなり看護師に任せられる。
- 松井主査 要するに、境界線がどんどん変わってきているわけです。様々な分野で、これまで専門家がやっていた業務が、マニュアルができたり、その他いろいろなサポートを受けられるようになった結果、別の職種でも可能になる。境界が移動していく。医療においても、今までだったら医師が行わなければならなかったんだけど、「医師はもっと専門性の高い業務を担ってください、それ以外の領域は別の職種がやります」と。こういう境界線は常に動くわけですから、時代とともに移っていく境界線の隙間を埋める手当をしないといけない。手当をしないと、どこかに穴がぽっかり空いてしまったら誰も担当しないわけにはいかないから、結局、医師がそれを全部埋めていくことになる。それで「医師が大変だ大変だ」となるのはまずい。
- 阿曾沼専門委員 基本的に看護師は看護師として専門性を高めていくのはいいのですけれども、現行の職務範囲の中で専門性を高めるだけでいいのか、それとももっと医療の中で違った役割や職務を担っていくことを目指すのかということで、その方向性は大きく違ってくると思います。
- 松井主査 例えば、ナース・プラクティショナーは、どちらかという、後者ですね。現在とは違った役割も担うことを考えている。
- 阿曾沼専門委員 それはいいですよ。例えばアメリカの麻酔師だって、必ず麻酔をかけるときはちゃんとした麻酔の専門医がいるわけですがけれども、術中管理しているのは麻酔師が管理しているわけですね。今、日本はそれすらOKにならないわけですから、そういうことを例えば看護師が麻酔師としての機能を持つということだっていいわけですね。手術の高質性だとか多様性を考えていけばね。
- 野村課長 恐らく麻酔のことに関しますと、麻酔をかけること、そのこと自体はやはり医師がやるべきだと看護師は考えていますし、全身管理をするということを否定しているわけではないということだと思います。今は余り全身管理まではやって

いませんけれども、否定はしてない。

- 阿曾沼専門委員 ICUとかNICUなどにおける看護師の役割というのは、もっともって医療に自分の判断で介入できるような機能や職能を担ったっていいわけですね。
- 野村課長 そこら辺の機能が広がれば、医師は少ない労力でそこを管理できるということになるかと思えますけれども、そういう関係だと思えます。
- 長谷川専門委員 医師が今やっていることを更に細分して、この部分は看護師でいいというふうにする作業というのは、かなり大変ですね。
- 野村課長 そこら辺の境界線というのは、なかなか。
- 阿曾沼専門委員 ある意味段階を踏んだっていいと思うんです。例えば処方についても、先生おっしゃるように、医師の包括指示の中である程度の自由度を持っておくということはあったとしても、そこもまた患者の急変だとか現場での緊急の対応が必要なときに、どこまで看護師が対応できるのかというと、現実には何も出来ないのですね。当然責任の問題も出てくる。そうすると、医師が持っている責任という問題と、看護師が持っている責任の問題をどう考えるのか、これも大きな議論なんですけれども、ただ、やはりこういう具体的な議論を充分して、新たな職能とか機能を考える時期に来ているのではないかというご提案です。
- 松井主査 今日は三つのテーマについて議論しているわけですがけれども、全部に共通しているのは、他分野と同様、医療の分野でもイノベーションが当たり前になっている、それに業務分担がどうもついていかない。さっき私が言った境界線の話ですね。現実はずいぶん変化しているにもかかわらず、十年一日のごとく同じ状況認識に基づいて境界線を引き、役割分担している。そこからさまざまな問題が派生しているのだと思えます。

今、議論しているこの問題も、医師が不足している現状において、緊急に具体的な施策を実行しなければいけないマターの一つですね。

そういう意味で、最初の議論に戻るんだけれども、もう「検討する」とか言っている場合じゃないんです。一つひとつ、これは実際にできるできない、やってもいいという具体的な措置が、医師不足を少しでも改善するために今必要なんです。
- 阿曾沼専門委員 医療機関の要望というのは、どうやってお聞きになっているんですか。
- 野村課長 実は今、厚生科学研究において、そういった医療機関の実情把握をしつつ、そういったことをやってもらっております。
- 阿曾沼専門委員 例えば民間の第一線とか、やはり臨床の側の第一線の医師たちとか、もしくは海外から帰ってきた先生たちは何千人と居るわけですから、そういう人たちのご意見だとかも、十分に調査していくべきなんじゃないですか。
- 野村課長 そこまで手を広げてはいないと思えます。本当の現場だけだと思えます。

- 長谷川専門委員 主任研究者はどなたですか。
- 野村課長 慶応大学の太田先生です。
- 阿曾沼専門委員 何科の先生ですか。
- 野村課長 専門は老年看護学です。
- 阿曾沼専門委員 その協力研究員の人たちは、民間の第一線の現場で働いている、手術場にしょっちゅう行っているような先生たちはちゃんと入って、そういう人たちの意見もちゃんと聞いているんですか。
- 野村課長 多くは看護学の研究者、大学の教授が多くの研究者になっております。
- 阿曾沼専門委員 それでは、医療機関の現実的な要望なんて聞けないんじゃないですか。
- 野村課長 現場の方々も何人か入っていきまして、整理をするのは教授であって、ヒアリングは現場の方々をヒアリングしています。
- 阿曾沼専門委員 そうなんです、要望の聞き方が、当然いろいろな聞き方によって、またどの分野のどの医療従事者を母集団にして聞くかによって随分意見も結論も変わってしまうかもしれません。
- 長谷川専門委員 ナース・プラクティショナーについては、書き方を変えた方が良くもありません。
- 阿曾沼専門委員 私は看護協会に何回もヒアリングし、そして看護協会の方々の要請もあって、このナースプラクティショナーに拘っています。
- 松井主査 これは具体的施策に入れてください。最優先事項です。
- 長谷川専門委員 あと二つ目と三つ目ですね。助産師の話とヘルパーの吸引の話、これは是非具体的な進展を期待しています。
- 野村課長 なかなか、その12月のことをまだ引っ張っているところが実はあります。なかなかそこら辺は。
- 長谷川専門委員 ちょっと論理矛盾なんです。緊急時は会陰切開していいと、緊急でできるようなトレーニングをどこで普段やっているのか、考えてみるとおかしいわけでしょう。あるいは喀痰の吸引にしろ、居室はいいんだけど、施設はだめなんですね。
- 松井主査 プライベートな話で恐れ入りますが、自分の親父を3年前に亡くしました。入院中に、とにかく痰が詰まって、介護をしていたベテランのヘルパーができない。ある意味プロです。家族扱いで来てもらっていた。医者や看護師がいないと痰が吸引できないので本当に困りましたね。家族がやるんだったら構わないということなのですが、家族だって正直言って手が震えてしまってできない。痰の吸引ですよ。それが結局はできないんで、親父は随分苦しみました。もう本当に憤りを感じましたよ。
- 野村課長 やはり咽頭以下というところが、いろいろな反射を起こしたりというこ

とで、難しいと言われておりまして、口腔内でしたら幾らでもやれると思うんですけれども。

- 長谷川専門委員 居宅がよくて、施設がだめというのは。
- 松井主査 理屈が合わないじゃないですか。
- 野村課長 居宅は家族の代理ということで。
- 長谷川専門委員 ヘルパーだってできますよ。
- 野村課長 ですので、家族が許されているのと同じ考え方で、そういう整理にさせていただきます。
- 長谷川専門委員 その方のトレーニングはどこでやるんですかね。
- 野村課長 一応、規定は医師または訪問看護師がやるという規定になっております。
- 長谷川専門委員 私も訪問診療を20年ばかりやっていますが、居宅でヘルパーにそんなの教えたことないですよ。スタッフの揃っている施設でトレーニングを行うことが合理的でしょう。
- 松井主査 この件すら措置できないということであれば、ちょっと議論の方向を変えないとだめかなと思っています。医師不足だけじゃなく、緊急を要する問題が噴出している中で、「安全・安心を担保することが重要なんだ」と、必ず念仏のごとく厚生労働省の方はおっしゃる。そんなのは当たり前です。安全・安心を担保するなんて当たり前の話で、それを前提とした上で何が出来るかを議論しようと言っているのに、議論が全く噛み合わない。
- 阿曾沼専門委員 きっと厚生労働省にいろいろトラウマがあるんでしょうね。トラウマ、トラウマ、トラウマの世界なんでしょう。
- 野村課長 現場もやはりそうですね。今そこはぴりぴりしています。
- 松井主査 ぴりぴりしているのはわかりますよ。でも、糞に懲りて膾を吹いて、結局困るのは患者です。確かに何もしないのが一番そちらにとっては安全・安心ですよ。安全というか、少なくとも何が起きようが責任関係は生じないですからね。しかし、それでいいのですか。
- 野村課長 医療は何らかの危害を与える行為ですので。
- 松井主査 このままでは、最後は国民から「厚生労働省には任せておけない」という意思を突きつけられることになると思いますよ。「安全・安心」を錦の御旗にして、あれもだめ、これもだめ、これはいかななものか。救急医療の情報ネットワークにいたっては、30年間検討して、何の結論も出ていない。それで、現実に関わることでも後悔しているじゃないですか。
- 阿曾沼専門委員 これはちょっと雑談ですが、役人の人たちは、一つひとつの要求に対して、それば何故出来ないかという時の論理構成が実にうまいし巧みですね。しかし何かの拍子でそれが出来るようになると、今度は一点なぜ出来たかという説明の論理構成もうまいし、なかなか長けていますね本当に。今日はどうもありがと

うございました。

ここからは、今日の本題と違いますが時間があるようなので、ちょっとだけ知っておいていただきたいと思っていることを申し上げます。

例えばの話、いわゆる混合診療の問題がありますが、この前の福島県立医大での問題、新聞でも大きく取り上げられましたけれども、医療現場にいれば保険収載されているものだけでは現実現場の医療は立ち行かないという事実を知らない人間なんてほとんどいません。みんな悩みながら患者の為に一生懸命やっているんです。厳密に言えば混合診療となってしまう現状は多いのです。表ざたになったら、患者さんの為に多くの医療材料や薬が使えなくなってしまうし、本来保険で賄えるものまで患者さんの負担となり、医療費が増大してしまうので、診療報酬の仕組みの中で流用やら何やらで不正請求となってしまうんですね。

言ってみれば理屈、理屈でやってきて、いろんところで綻びが出てきているにもかかわらず、原則論はこうだ法律論はこうだと言って、結局だれも得しない、得という言い方はおかしいけれども、そうなんです。

今、海外に駐在している私の知人がニューヨークの病院のスローンケタリングで食道がんの治療をしているんです。食道がんの治療で海外では標準的な抗がん剤治療として、アービタックスとタキソールを併用しているんです。彼は本当は直ぐにでも日本に帰って来て治療をしたいんです。しかし、日本の病院では受け入れてもらえないですね。食道がんタキソールもアービタックスも日本ではまた保険適用ではないからです。放射線治療も併用しなくてはなりませんから、この放射線治療や他の保険治療も全て自費になってしまうんです。

仕方なくこれらの薬を個人輸入するしかありません。薬品会社も保険適用外での使用が明白な場合、実は薬を売ってくれませんから。タキソールもアービタックスも個人で輸入しななければなりません。現実的に彼は帰りたくてもなかなか帰れないんです。もし、日本で全て自費でそれをやってくれるところがあったとしても、実は驚くことに、アメリカよりも個人輸入費用を含め医療費がかかってしまうんです。

なおかつタキソールを買うじゃないですか。ロットで買わなければならないでしょう。1回は10万円ぐらいですけれども、ロットで買って全部使う訳ではないのですが、それを個人で負担しなければいけないです。これはもう大変ですよ。スローンケタリングの医療費よりも日本で受けた方が高いんです。海外に駐在してがんになったら大変ですよ。日本に帰ってきたら簡単に治療を受けられないんです。

○長谷川専門委員 投与量も違うしね。

○阿曾沼専門委員 投与量も違いますしね。でも、彼は先週果敢に帰ってきました。

米国では一つの医療機関内で完結した治療が出来たのに、日本では保険医療と自費医療を別々の医療機関で治療を行わなくてはなりません。しかし、その治療法を責

任を持って受け入れてくれる医療機関が中々ないんです。これはレアケースではなくなってきましたね。そこは本当に現実をどう直視して、そういった患者さんの要求を素直に医療機関で受けられるような仕組みをつくっていく必要があります。受け入れを検討している医者なんかも本当に困っているんです。病院の倫理委員会を通そうと思っても簡単に通らないです。皆の理解不足で。

- 松井主査 表向きには通せないでしょうね。
- 阿曾沼専門委員 タキソールだけやりたいと。しょうがないから保険では胃がんは大丈夫なので、一応胃がんという病名を付けましょうかという話になりますが、これは不正請求になってしまうんですよ。胃がんという病名を付ければタキソールを入れられるわけですからね。食道と胃はつながっているんだから、では胃がんという病名を付けてしまえという話になるんです。しかし、こんなことは出来ない。だから、福島医大のケースと一緒にですよ。
- 松井主査 一般の人たちは、福島県立医大がけしからんなんで誰も思わないですよ。逆に、混合診療を禁じているルールなり、そういった解釈がおかしいと思うでしょう。でも、ほとんどの人がこの事実を知らない。
- 阿曾沼専門委員 100%厳密にレセプトチェックしたら面白いでしょうね。世の中混合診療だらけだと思いますよ。
- 松井主査 混合診療だらけで、もう收拾がつかなくなると思いますよ。
- 阿曾沼専門委員 だからデータが出てこないんですよ。
- 松井主査 今、「先進医療」として混合診療が認められているケースに関する医療費は98億円といっているけれども、多分1桁か2桁ぐらい変わってくると思いますよ。
- 阿曾沼専門委員 癌研有明病院で有明移転前に規制改革会議でヒアリングに伺った時に、保険適用外の抗がん剤治療だけで、年間1億円以上病院が負担していると言われていました。混合診療になるから患者請求できないんです。だから病院が負担する。当然経営も圧迫するわけです。悪循環ですよ。
- 長谷川専門委員 保険病名とかを用いて、できるだけ保険診療できるように工夫しているのが現状でしょう。
- 阿曾沼専門委員 それは基本的に研究費を使ったり、いろんな手立てを受けて、結局1億円以上負担して、そうしないと患者さんに負担させられませんからね。だけれども、それも長く続かないですよ。
- 松井主査 「混合診療は行われていないし、ニーズも小さい。本当にマイナーな話であって、重箱の隅をつつくようなことをしないで欲しい」と厚生労働省は言いますが、どこが重箱の隅なのか。もう山ほど出てきているんですよ。いつまでしばらくれているつもりなのか。多分、厚生労働省も内心ではわかっているでしょう。立場上言えないんでしょう。
- 阿曾沼専門委員 でも、杉野さんがアメリカから帰ってきてできない場合、アメリ

かにずっととどまって治療されるのか、やはり日本の標準的な治療に戻すのか、ご自身だったら判断難しいですね。

○杉野課長 どうするんですかね。

○阿曾沼専門委員 本当にどうするんですかね。彼は証券会社ですけれども、もう仕事できないから、向こうで4か月ぐらい休職しているわけだから、日本に帰らざるを得ないですよ。海外に行っている商社マンとか銀行員は、がんになった途端に本当に大変ですよ。だってアメリカとかヨーロッパで初診で受けるじゃないですか。処方せんを書いてもらって、日本に帰ってきたらできないんですからね。そういうのは枚挙にいとまがないですよ。

○松井主査 そういうことで、今日はどうもありがとうございました。