

平成16年度 第6回官製市場民間開放委員会 議事録

1. 日時

平成16年10月29日(金) 10:00～12:00

2. 会場

永田町合同庁舎第1会議室

3. 出席者

(委員)

宮内委員長、鈴木議長代理、八代総括主査、志太委員、南場委員、阿曾沼専門委員、福井専門委員

(厚生労働省)

- ・ 中島正治大臣官房審議官(医療保険担当)、麦谷眞里保険局医療課長、堀江裕保険局医療課保険医療企画調査室長
- ・ 岩尾總一郎医政局長、谷口隆医政局指導課長、針田哲医政局指導課医療計画推進指導官、中村健二保険局企画官
- ・ 黒川達夫大臣官房審議官(医薬担当)、石井博史医薬食品局総務課長

(事務局)

林内閣審議官、河野規制改革・民間開放推進室長、井上参事官、原企画官、岩佐企画官、長瀬企画官、丸山企画官

4. 議事次第

厚生労働省との意見交換

- 医療分野における価格決定メカニズム(中医協の在り方)の見直しについて
- 地域医療計画(病床規制)の見直しについて
- 医薬品の一般小売店における販売について

5. 議事録

宮内委員長 おはようございます。それでは、定刻でございますので、これから規制改革民間開放推進会議の第6回「官製市場民間開放委員会」を開催させていただきます。

本日は、当会議の検討事項の中でも重要課題でございます、

1. 医療分野における価格決定メカニズム(中医協の在り方)の見直しについて。
2. 地域医療計画(病床規制)の見直しについて。
3. 医薬品の一般小売店における販売について。

この3つの項目につきまして、御議論をいただきます。厚生労働省の岩尾医政局長、中

島審議官、黒川審議官にお越しいただきました。公開討論という形でマスコミの方々にもお入りいただきまして、意見交換をさせていただきたいと思っております。厚生労働省の皆様方、御多忙のところをたびたびおいでいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は3つの項目がございますので、時間配分といたしまして、ちょっと勝手でございますが、医療分野における価格決定メカニズム(中医協の在り方)というところで1時間、あとの2つの課題につきまして約30分ずつというような形で、意見交換をさせていただきたいと思っております。

各項目につきましては、当会議からあらかじめ提出しております質問状というものに対しましてお答えをいただくという形で厚生労働省からお考えをお聞きし、次に私どもの考え方を説明させていただきます。そして、意見交換に移るという形にさせていただきたいと思っております。

それでは、早速でございますが、まず、医療分野における価格決定メカニズム(中医協の在り方)の見直しにつきまして、厚生労働省からお考えにつきましてお話を伺いたしたいと思います。よろしくお願いたします。

中島厚生労働省大臣官房審議官 おはようございます。たびたびお世話になっております。厚生労働省の大臣官房審議官の中島でございます。

私の方から、初めに中医協、中央社会保険医療協議会の在り方の見直しにつきまして、現在の状況を申し上げたいと思っております。

中医協をめぐる贈収賄容疑事件を受けました中医協の在り方の見直しに関しましては、9月28日に厚生労働省から今回の事件について係る中間報告を公表いたしまして、この中で今後の議論に向けた留意点を整理させていただいたところでございます。

この中医協の在り方につきましては、中医協においても精力的に御議論をいただいております。これを踏まえて、さる10月27日に中医協において中央社会保険医療協議会の在り方の見直しについてということで、その改善策がとりまとめられたところでございます。この改善策におきまして、中医協は審議過程の一層の透明化、診療報酬改定の結果の検証、委員の在任期間の上限の設定、委員に公務員である旨の自覚を促すための対策の実施等を行うこととされておりまして、貴会議より御指摘を受けました点についても一定の方向性をお示ししているものと考えております。

以下、貴会議より事前に示されました質問事項に沿いまして、担当課長より説明をさせていただきます。

麦谷厚生労働省保険局医療課長 おはようございます。担当の保険局医療課長でございます。

それでは、事前にいただいております質問事項、主なものが4つございますので、順に簡潔に御説明を申し上げます。

まず、お手元に左肩、ステーブラーでとじております「中央社会保険医療協議会について」という資料が届いているかと思っております。それを御参照いただきたいと思います。

まず、最初の質問事項で、診療報酬、薬価、医療制度改革に関する審議手続の現状について、どのように行っているのかということで、具体的かつ詳細に説明されたいということでございますので、まず、お手元の資料で、最初に中央社会保険医療協議会、以下、中医協と略させていただきます。

中医協の構成メンバーは、既に御存じであると思しますので1つずつ説明はいたしますが、20名で構成されております。

1枚めくっていただきますと、ちょっと小さくて恐縮ですが、横に中医協全体の構成というか、チャートが掲げてあると思えます。中医協本体は左側でございまして、総会があって、専門部会、小委員会があると。

従来は、このような形で審議をされていたのですが、客観的なデータ、科学的なデータ、専門的な知見の積み重ねが必要だということでございまして、平成15年から、右側に4つ書いてございます、保険医療材料専門組織、薬価算定組織、高度先進医療専門家会議。高度先進医療専門家会議は20年前からございました。それから、診療報酬調査専門組織と、このようなそれぞれの組織。

それから、左側ですが、総会の下に保険医療材料専門部会、薬価専門部会、診療報酬基本問題小委員会、調査実施小委員会と、このようなそれぞれの委員会と組織を設けまして、この小委員会、専門組織の下に更に客観的データを集めるような仕組みをつくりまして、データの収集と知見の集成、議論ということと、それぞれの小委員会なり組織で行ってありまして、それを総会に提出する仕組みになっております。

一応、これが中医協での診療報酬、薬価、医療制度改革に関する審議手続の主な構図でございます。それが最初の御質問に対するお答えになるかと思えます。

2つ目の御質問でございしますが、今、お示した中医協20名の構成で、医師、歯科医師、薬剤師を代表する診療側の委員8名ございしますが、この中に病院の代表が少ないのではないかと。実際の質問の中の文言を引用させていただきますと、「病院関係者が少ない」という御指摘がございします。

これに對しましてですが、この8名のうち5名は日本医師会が推薦をしてくる委員でございます。残り3名のうち2名は、日本歯科医師会が推薦してくる委員でございます。最後の1名は、日本薬剤師会が推薦してくる委員の構成になっております。

病院の関係者でございしますが、5名の日本医師会推薦の委員のうち、1名は病院団体の代表が、枠は日本医師会の推薦の枠でございしますが、実際には全日本病院協会の会長がこの病院団体の代表として5名の委員の中に入っております。

そういうことで、病院団体の代表が少なくとも1名はいるということとをまず申し上げて、更に、実は先ほどお示した中医協の構成の紙でございしますが、実際、診療側委員の構成メンバーをどのように法律で規定しているかと申しますと、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員と、このように書いてありまして、これは開業医とか、あるいは病院とかということとは書いてありません。

むしろ、健康保険上の保険契約で保険診療を担当する当事者として診療の基準や報酬を協議するために必要な関係者ということでございますので、病院という規定そのものがございませんので、今、例えば医師会が推薦する中で病院のことがわかって話せる人ということでいえば、現在、医師会から5名推薦されていまして、1名は先ほど申し上げましたように全日病の代表でございますが、そのほかにも実際の病院のオーナーが入っておりますので、病院の現状、あるいは病院の状況を踏まえて審議に参加するというメンバー構成では過不足がないというふうに考えております。

当然ですが、委員構成を変更するには本体の法律の改正が必要でありますので、これは十分な議論が必要かなと私どもでは考えております。

それが、第2点目の御質問に対するお答えでございます。

3番目の御質問でございますが、「従来の医療の供給者側に偏った運営方針を抜本的に改め」という文言で始まる質問でございますが、公平性を堅持するための措置を講じるといった考え方について、厚生労働省の見解を示せということでございました。

実際の中医協におきましては、構成が1号側、2号側となっております、一般の国民を反映させるために1号側の方に被保険者の代表が任命されることになっております。具体的には、日本労働組合総連合会、すなわち連合。それから、海員組合、国民健康保険中央会からの推薦。実際は、首長さんが御出席になっていらっしゃるんですが、そうした国民の声を反映させるような委員構成にはなっております。

更に添付いたしました、実は一昨日まとめました中医協の在り方の見直し案というのがお手元の資料の3ページから、ちょっと枚数が多いですが、付けてございます。

この中医協の在り方の見直し案の中で、連合からは2名。従来は、歴史的には総評、同盟、1名ずつが2名だったのですが、今は連合になりましたので、2名枠がございます。この2名枠のうち、1名は患者の一般の声を適切に反映するような委員構成ということで、在り方見直しで公益委員から出されて、それが委員一致で了承されておりますので、次回中医協からは、連合の1名は患者の声を適切に反映するような委員ということを私どもは期待しております。

しかしながら、それでは患者の代表はだれかというのはなかなか難しい面がありますので、私ども連合と申し上げているのは患者さんが直接来るということではなくて、国民の声を吸い上げて患者さんの声を代弁できるような方ということでお願いしてございまして、そのために、例えば連合の組織内にそのようなバックアップ体制をつくるというようなことをお願いしております。

更に私どもは、今、中医協というのは実際、東京で週1回とか月数回とか、そのような形で行われているわけございまして、幾ら公開しているといってもなかなか日本全国の人がアクセスできるような状況にありませんので、今、予算要求しておりますが、中医協委員が国民の生の声を聞くような機会を設定しようと考えてございまして、予算が通れば、そのような国民の意見を聞く機会を設定したいと思っております。

それが、3番目の質問のお答えでございます。

最後の4番目でございますが、診療報酬に関して、データに基いた科学的な根拠に基づいて決定すべきであることについてどう考えるかということでございますが、先ほどの中医協をサポートする下の委員会について少しお示しいたしましたが、専門的な診療報酬調査専門組織が幾つか設定されておりまして、そこから科学的なデータを吸い上げる仕組みを、平成15年からでございますが、既につくっております。

これまでも、中医協においては医療費の動向について御報告申し上げ、また、その御議論をいただいておりますが、最近では2年に1回ですが、診療報酬改定が終わった時点で、本当に中医協で議論したことが点数に反映されているのかという御指摘がございます。例えば、精神医療を重視した、救急医療を重視した、小児医療を重視したという改定になったけれども、本当にその改定のあと、小児医療がうまくいくようになったのかとか、救急医療が円滑に進むようになったのかというような検証がなかなか行われていなかったのも、実はこれも予算要求しておりますが、中医協の中に公益委員を中心としてそういう専門家を加えた診療報酬改定の結果の検証の部会を設置することとしておりまして、その部会においてそういった改定後においてもそれを検証するような仕組みを私どもでは、今、考えております。

以上が、いただいた4点に対する簡潔なお答えになるかと思っております。

宮内委員長 ありがとうございます。

それでは、当会議としての考え方を、担当しております鈴木議長代理から御説明をいただきたいと思っております。

鈴木議長代理 お話を承ったのですけれども、中医協というものが医療の中で占めている役割というのか、あるいは問題点というようなものは2001年、平成13年に貴省と協議して医療改革をやったときから重々に我々も認識しておって、したがって、その在り方について見直しをするという提言をしました。このときにはいろいろな激しい議論をしたわけですが、それにつけても、今回の事件はやはり、そのときに心配した事がまさに現れてきたという未曾有の不祥事だと思います。ですから、本来、私どもとしては解体的なというのか、一からの出直しの改革をするべきであると思っております。

これは先回もWGで議論したことがあったのですが、問題のある議員を外すのは当たり前だし、もうリタイアされている。しかし、問題を起こした舞台、しかも、それは以前から中医協というものの問題は余りにも権限が集中し過ぎていないのかという点にあったわけですが、その舞台である中医協で、そこで改革案をつくるというのはどう考えても解せない話です。自分で自分の改革案というのはつくれという方が無理な話だし、そういうのは普通のものの考え方ではそこでつくるものではない。それが世間の常識だと考えております。

貴省の中間報告の中にも、さっき言われたように細かな、さっき解決したと中島審議官が言われたが、一定の方向性というのは、それはそれとして認めないわけではありません

が、我々が考えておりますのは、あくまで構造的な対策であって、当面の対策に限定されるものではないということをも申し上げます。ですから、我々の方としては、中医協というものの設置する場所、つまりどこに設置するのか。あるいは、委員の構成、もっと根源的に言ったら、中医協というものの自体の存否の是非という問題がスタートラインで、これは2001年のときにも議論した話です。それから、委員構成、権限、規律などの抜本的な見直しが必要であって、任期だとか公開等で済む問題ではないのであって、そういう点で失礼な言い方になるかもしれませんが、この10月6日の答申は、何と言いますか、お手盛りのその場しのぎの弥縫策であると感じざるを得ないということをも、率直に申し上げておきたいと思っております。それで、さっき御説明がありました、9月の中間報告の31ページに、当面行うべき課題と、中長期的な構造的な問題に対して行うべき課題というのを書き分けて、中長期的な課題、つまり制度、構造に関わる構造改革の問題については、法改正を伴うものだから、幅広く制度の在り方について議論を進めていくことが必要になると考えられると記載されておりますけれども、この構造改革問題については、これはおやりになるのか、やらないのか。おやりになるならば、いつおやりになるのか。一番肝心なことですが、どこで中医協の構造的な問題をお考え、検討になるのか。まさかさっき言ったように、当の改革されるべき主体である中医協の中でというお返事が返ってくると思っておりますが、そこら辺を聞かせたいと思っております。

時間の都合もありますので、私の最初の質問は全部まとめてしますので、御返事がないところは御返事を促しますけれども、私どもの考えとしましては、今回の中医協問題のポイントは、やはり三者構成という仕組みそのものを、それを見直さないと、繰り返されてくる問題ではないかという視点を持っています。

この10月6日の中間報告は、当然それぞれの団体が出した答弁ですから、みんな口をそろえて三者構成は維持すべきだと言っていますけれども、これ何と言いますか労使交渉とはわけが違う、国民の税金、あるいはそれに類したものである費用、つまり財源である保険料をベースとして、どういうのが日本の医療のために最も適切なのかという、その配分の仕方、重点の置き方ということをも議論する問題ですから、単に中央労働委員会のように労使が取り合いをするという闘争の場かという点を考えますと、この三者構成という仕組み自体に対してメスを入れることが必要ではないかと第1点として考えます。それについて、後で御意見を伺いたいと思っております。

第2点は、これは長らく指摘しているけれども、委員の偏りの問題です。はっきり言いますと、これは医師会中心であり過ぎはしないかという問題です。さっきも言われましたけれども、病院代表者を1名追加するとなったのは、2001年の総合規制改革会議の答申を受けてのものですが、私どもはこんな答えを期待してはいたわけではありません。病院関係者を1名入れるのはそれはそれとして改善だと思っております。思っておりますが、何とそれが医師会の推薦という形になって、医師会中心主義になっていることに対して、それを是正しないと、特定の利害団体に偏った主張になりはしないかという点を深く懸念する

ので、そういう点にメスを入れないとだめではありませんかということです。

医師会というのは、巷間ではよく議論されておりますように、それは当然医師会のメンバーの中に病院関係者はいるでしょう、しかし、基本的には診療所、つまり開業医の利害を代弁するものだと言われており、それはファクトであろうと思います。そういう医師会中心の、つまり5人のうち4人は医師会からの推薦であり、もう一人の病院の人も医師会のお墨付きということでは、これは一体どういうことなのだと思うわけです。

もっと卑近な例を言いますと、この四病協というものについては、2001年のときに、混合診療、株式会社の問題でヒアリングをしたことがありました。その前に医師会とヒアリングしました。医師会は断固反対と言って帰りました。病院協は、話をしているうちに、その2つに対して、受け入れられるということをおっしゃりました。これは2001年のことです。ところが、2004年になって、今年の春、医師会と話をしてみますと、こともあろうに医師会が、「なお四病協についても、医師会の意見と同じ意見であるということを念のために紹介しておきます」などと、他人の意見を紹介するのは何事だという感じがしたのですけれども、そういうせりふをおっしゃっていたわけです。それはなぜかと言ったら、中医協では、医師会が病院関係の代表を推薦するのだからという伏線もある問題であって、そこら辺の医師会偏重というのが問題であると思います。

第三点、この中医協に権限が集中し過ぎていませんか。つまりポリシーを決めるのも、それからポリシーを基に具体化する医療費の分取り合戦なのでしょうね、そういうものも、ほとんどのものが中医協に集中しているということであって、果たしてこういう仕組みというのがよろしいのか。卑近な今回の事例でいきますと、もっともっとほかにいっぱいありますよ、例えば、特定療養費を受ける対象になる病院は大学病院、その他厚生省令に定める病院と書いてありますけれども、この厚生省令に定めるというのは、医師会中心の中医協で決めるということにあるわけですから、そういうようなポリシーに関わる問題を独占している。

それから、さらには、今度のかかりつけ歯科医の問題でも、かかりつけ歯科医の初診料を出すのか、出さないのかというのは、政策、ポリシーの問題です。そうすると、それに対してどういう内容だ、どういう条件だということを決める。ここまではポリシーの問題、さらばそれは幾らだというのは配分の問題です。

そのこのところのポリシーと配分というところまでをミックスして任せますと、その方が便利だという答えが返ってきそうな気がしますけれども、便宜の問題ではないと思うのです。医療費というのは、総額が決まってあって、国民の税金と同じような保険料で賄われる。そのどこに重点に入れるかというのは、配分政策の問題であるということですから、中医協がこの配分政策というもの、これ自体を決めるということは、医療政策の大半を握っていると言っても過言ではないと思います。それを中医協が決めて、かつそれに対する配分、つまり点数づけもやっていく。チェック機能はない。今度チェック機能はいろいろ入れるとおっしゃられましたけれども、こういった今のあり方自体を構造的に考え直さな

いと、今までと同じことが繰り返されていくだけではないかということ深く危惧して
おるわけです。

更にさっき言いました中医協の権限の在り方の問題につきましても、この2日ほど前の
ペーパーによりますと、連合は中医協の在り方について反省を漏らしておられますね、簡
単に言うと政治的な影響を受けて、公平性・透明性がないということを連合は言っておら
れます。そうすると、会議の中で揉めて、会長がそんな不穏当なことを言うな、中医協が
まるで悪いという印象を与えるではないかと言っておられる。私は、この連合の言ってい
るのは、素直な本当の言い分だ、よくぞおっしゃったと思ったら、問題をすり替えて、連
合の方こそ反省すべきだ、だから修正しろだなんてやりとりをしているのです。それにし
ても、そんな議論をしているところに任せて、何を考えているのかということなのですが、
これに関連して連合はこのペーパーをどういうふうに修正して出されたのか、後で資料で
いただきたいと思います。

結論を申しますと、ここまで至った問題、これは積年の問題ですから、私がさっき申し
上げた3つの視点、そういう視点を踏まえて、本当の意味の抜本的な改革を、これは国民
が待っている問題であって、今、例えば、議事を公開する、あるいは、任期を短くする、
そういうことは単に1つの入り口であるにすぎないと私は理解しています。御省の理解も
そのとおりでよろしいか。それは法改正を必要とする議論でなければならないということ
でありまして、こちらの議事録を読んでおられますと、法改正をしないように、法改正をし
ないよという議論をしています。法改正があつてこそシステムが変わるという問題
ですから、その法改正を視野に入れた、本当の意味での構造改革というものをなさるつも
りが、あるのか、ないのか。あるならば、それはどういう場でやるのか、中医協の場でや
るのか、違うのか。ちょっと長くなって、幾つかの質問にわたり恐縮ですが、それが
基本的な私どものスタンスですので、それに対して簡潔に御答弁いただけたらと思いま
す。

以上です。

宮内委員長 ありがとうございます。それでは、意見交換に移りますが、まず今、御
質問が幾つかございましたので、お答えいただける範囲でお願いいたします。

麦谷課長 それでは、私の方からお答えを申し上げます。まず、先ほどの私の説明の中
で、中医協の在り方について、まず鈴木委員御指摘のとおり、長期的なものと短期的なも
のを使い分けて説明しなかったのが申し訳ありませんでした。長期的なものは、まだ当然
まともなものでございまして、これから御議論いただいて決めていただくということで、それ
は法改正をしないとか、するとかということは全く前提になっておりませんで、必要があ
れば当然法改正はするというような見直しを行うということでございます。

まずは、構造改革、つまり中医協の委員構成を含めて、いつ、どのように、どこで行う
のかということでございますが、まず一昨日の在り方の見直しで、中医協の欠員になつて
いた委員を補充していただく作業がこれから行われますので、速やかに11月初旬に中医協

の正常化になった中医協を開催しまして、そこでどのような案件をこれから議論していくのかということをお決めいただきます。当然その中には、中医協の長期的な、構造改革とおっしゃいましたので、あえてその言葉を使いますと中医協の構造改革、すなわち三者構成も含めて御議論をいただくことになろうかと思えます。

ただ、ではその中医協の改革を中医協でしていいのかというような御指摘。これは私も、基本的には中医協でお考えいただいて、そこで十分だと思っております。もし十分でなければ、中医協は全く一般に公開されておりますので、もし意見を開陳したいという方がいらっしゃったら、その意見を、例えば、参考人として出席いただいて、その意見を聞くには勿論やぶさかではございませんし、いかなる中医協に対する改革意見も、それをブロックするようつもりは毛頭ありませんので、意見を一般に公開している限り、その場で十分議論ができると考えております。

となれば、三者構成の話もちょっと関連しますが、今、三者構成は健康保険上のいわゆる保険契約の支払う側と、それから診療を行う側、受け手と言うのでしょうか。お金の受け手と支払い側という構成で、1号、2号となっております。これは実は先ほど申し上げましたように、1号側には被保険者のみならず、当然保険料を負担している事業主の代表も入っておりますし、船保の代表も入っております。それから、国保の代表も入っておりますし、政管は当たり前ですが、健保連の代表も入っておりますので、そういう意味では国民の声を代表する、ほとんどすべての代表が1号側に入っているということでございます。

それで、抜け落ちる声があるではないかということに対して、全く耳を閉ざしてませんので、これはもしあったら、その構成を増やすとか、そういうことは勿論柔軟に対応しようと思っております。

それから、受け手の方ですが、お金の受け手の方の診療側、つまり2号側ですけれども、これは医師、歯科医師、薬剤師という、今、法律構成上そうなっておりますので、そのような構成になっていますが、それについてもそれはおかしいのではないかということに対して公開の議論をして、意見を収斂していく用意は勿論ございます。

ただ、医師会が中心で委員が偏っているのではないかということは、今は、例えば、医師、歯科医師、薬剤師の代表となっておりますので、ではどこの団体に推薦をお願いすればいいのかということ、1つ御議論はあろうかと思えますが、基本的には医師を代表するというので、日本医師会をお願いしておりますので、そこは学術団体である、これは医師会が自分で主張しておりますが、学術団体である日本医師会、これは定款の中に日本医学学会という日本の学会もすべて入っておりますので、そういう意味ではそれを医師という医療機関で診療を行う集団の代表をする十分な資格があると私どもは思って推薦をお願いしております。しかし、それでいいのかどうかという議論は、中医協でしていただいて勿論結構だと思っております。

それから、中医協で国民の声はそれで十分かという話がありますが、そのために1号側、

2号側以外に、公益という委員が当然4名入っております、これはその委員についていちいち国会の同意を得ていますので、そういう意味では国民の声を十分に公平な目から見ていただける委員を4人配置していると、その中の1人が当然会長でございますが、ということで、その三者構成は、私どもも中医協御自身も、これで過不足がないという認識しておりますし、もし必要があれば、変えるにやぶさかではありませんが、現時点ではこれで十分だと考えおります。

それから、中医協に権限が集中し過ぎているのではないかという御指摘ですが、これは権限が集中して当たり前です、国民の声をすべて代表するような委員構成になっているわけですから、ここが権限を集中し、しかも公益委員は国会の同意人事ですので、ここでこういう議論が行われるのは、決しておかしくないと思っております。

鈴木議長代理 私が言っているのは、権限が集中するというのは、それは医療費の支払いというのが中心になる医療の世界ですから、だからほとんどのマターは中医協の問題になるという意味で申し上げたのではなくて、ポリシーを決めるのも、具体的な点数付けをするのも、奪い合いをやるのも、全部中医協。つまり国民の払った保険料の配分の仕方、配分計画から配分の実行というところまで、すべてを1つの機関がやるのは問題だということです。さっきおっしゃったことには反論があります。三者構成の中で十分機能がチェックできるとおっしゃっているけれども、そういう権限が集中していること自体を議論しているのです。つまり、普通言うように、Plan-Do-Seeという組織原則から言ったら、ポリシーを決める人、実行する人、チェックをする人というのは分かれるのが普通だということです。ところが、ここの機関は、Plan-DOはすべて握っておいて、Seeがないということをやっているのです。

麦谷課長 チェック機能につきましては、先ほど申し上げたように、診療報酬改定につきましては、事後にチェックする部会を設けるということで、ここは外部の専門家も入れるという案を中医協で議論されておりますので。

鈴木議長代理 そういう点も視野の中に入れて議論をすべきであるということをやっているのです。

麦谷課長 そういうことも含めて、御議論いただこうと思っております。ただ、順序が、いつそれをするのかと言われましたが、とりあえず久しぶりに中医協が正常化したので、私どもプライオリティーが幾つかございまして、いわゆる混合診療の話ですとか、それから慢性期の療養病床の話とか、とりあえず解決しなければいけない案件をまずやりますので、同時並行して委員のお言葉をお借りしますと、構造改革の問題もやりますので、ちょっといつまでにというのは、今すぐにはお答えできませんが、勿論可及的速やかに結論を出したいと思っております。

八代総括主査 基本的に、鈴木委員が言われたことを全く理解しておられないというか、今、中医協に構造的な問題があるのに、それを自ら解決すればいいのだというのは、一般

には通らないわけで、意見を公開しているから文句があれば言えばいいと言っても、それはただ聞き置くだけであって、しかも自らの利害に反することを委員会で決めるという可能性が、そもそもあると考えるのかどうかですね。そんな幼稚な議論が通ると思えるのかというのは、非常に疑問だと思います。

より具体的に言えば、特に鈴木委員が言われた点で大事なものは、今、医療界、同じ医師の代表と言っても、開業医の代表と病院の代表とでは利害が食い違うわけです。例えば、診療報酬の決め方一つにしてもですね。それを、やはり開業医の代表である日本医師会の中の推薦によって病院団体の代表が決まるとなれば、当然ながら医師会の言うことを聞く病院団体の人しか出られないわけになって、なぜそういうような二重構造を取るのか。直接、医療にはいろんな団体があるわけですから、それぞれの団体から直接なぜ求めないのか。それから、こちらが言っていますように、現に医者全体の65%、3分の2は病院の勤務医であるわけですから、当然ながら病院団体の代表が開業医の代表の倍いてしかるべきであるわけですから、なぜ日本医師会という単独の団体だけで、その推薦を含めて、この団体だけに権限を集中されるのかということをお聞きしたいと思います。

医師会が学術団体とおっしゃいましたが、米国のように病院の経営者と医師の代表というのが分かれている組織ではなくて、日本の医師会というには病院の経営者、診療所の経営者の代表でもあるわけですから、そこは単なる純粋な学術団体とは基本的に違うものです。少なくとも米国との対比におければですが。その点、是非御理解いただく必要があるのではないかとこのことでもあります。

ですから、まずなぜ医師の代表を医師会の代表に独占させるかという点について、もう一回補足していただければと思います。

麦谷課長 まず、基本的な認識にひょっとしたらギャップがあるかと思いますが。というのは、学術団体である日本医師会は、先ほど申しましたように、定款の中に日本医学会というのが入っておりますので、これは内科系、外科系、すべての学会が入っておりますので、そういう意味では開業医の集合体だけではないという認識をまず持っていただきたいと思います。つまり、必ずしも開業医の主張を中医協でされることは勿論あります。勿論ありますが、社団法人日本医師会が開業医の集合体であるとは、私どもは考えておりませんので、そういう意味では医師の代表といったときに日本医師会に推薦を依頼するのは、決しておかしい、例えば、偏った政策ではないという認識です。それがまず1点です。

それから、中医協が自らの利害に反することを決められるのかという、八代統括主査の御指摘ですが、これは決められると思います。高い見地にたつて、公益委員が4人おられますし、1号側、2号側にも見識の高い方々がいらっしゃいますので、自らこれは利害に反することだけれども、公共のために決するという事は十分あり得るという認識があります。

鈴木議長代理 支払い側もいるのではないかとおっしゃいますが、今、医療の世界というのは改革途中というのか、私に言わせると牛歩もいいところで、改革というのはでき上が

っていませんよ。例えば、保険者の機能の強化ということで、医師に対するチェック・アンド・バランスでチェックが効くようにという仕組みを、もう3年前につくったけれども、保険者自身が燃えてこないという情けない現象なのです。

しかも、こともあろうに、保険者側の代表となったのが、御省のOBであって、事件の主演だった。その人が一番物を言ったというのが、今の実態なのです。だから、なるほど支払い側もいる。それから、受け取り側もいる。学識経験者もいる。形の上ではそうだとということで、形式論をおっしゃらずに、実際に問題を起こした当の当事者ではないか。そして、それは偶発的な問題ではなかったはずだ。でなかったらなぜ2001年のときに中医協の在り方を見直すということを我々が言わざるを得なかったかという問題です。だから、余り形式論だけ言っていないで欲しい。自らの利害に反することも決めると言うのだったら、この議事録を読まれましたか。当然読まれたと思いますが、まさしく自分たちの利害のことしか議論しておりませんよ。そのような中医協に任せてそこで決まった話を聞くだけだとしても厚生労働省は思っているのではないのかということなのです。

南場委員 この中医協の問題というのが、積年の課題だとお聞きしているのですが、私自身は今年からこちらの委員になりまして、恥かしながら医療費の配分というのがどのように行われていたのかというのを、これまで知らず参りました。今回委員になりまして、この30兆円の配分がどのように行われているのかというのを知って愕然としたところがあります。

1つは、今までも各委員の方から出ているように、医療費の配分に利害関係者が出ていて決めるところが、素人から聞くと何となく、政府の公共投資の配分の決定にゼネコンが出ていくというような感じがします。基本的に利害関係者が価格を決めている構造というのは、必然的に贈収賄事件を起こしやすいのではないかと一般の国民から感じられてしまうのではないかとというのが1点あります。

もう一つが、今、私たち国民の最大の関心事は、先日の内閣府の国民生活に関する世論調査にも出ているように、ナンバーワンの課題として年金、医療の問題というのが挙げられていまして、これが景気ですとか雇用といったフローの問題よりも、大きく国民からとらえられているわけなのです。国民の関心はすなわち、どういう形で、どこに手厚く安心というのを提供していくのかという議論であり、したがって医療の議論というのは、恐らく年金や介護の議論とセットで行われるべきであり、それが医療の問題だけくり出されて配分が決めている構造はいびつではないかと思われまます。先ほど救急を重視するとか、小児医療を重視するという方針も中医協が立てて、それができているかどうかチェックなさっているというふうなおっしゃられ方をしたのですけれども、基本的にはどういう形で安心を確保していくかということ自体は、年金や介護の問題とセットで行われるべきであり、そうしますとこれが86兆円の問題になってくるわけで、国家予算を大きく超える、一般会計82兆円を超える規模の話になってきます。それを厚労省の中だけで議論されているというのが、非常に不健全な感じがします。医療費の問題30兆というのも、それ

だけでも非常に大きいですが、その問題の大きさというのが86兆円にも関わる問題であり、むしろもっとも国民にわかりやすい場に引っ張り出して議論をするべきだし、その決め方も含めて再度問うてみていただけたらと感ずるのですが、いかがでしょうか。

麦谷課長 南場委員御指摘のとおり、年金改革の問題と含めてトータルで議論しなければいけないというのは、おっしゃるとおりだと思います。それは全くおっしゃるとおりです。

ただ、それは私の権限を超えますので、だからどうするという答弁はできませんが、先ほど利害関係者が中医協で配分を決めているという御指摘がございましたが、ちょっと理解が私どもと温度差があるかと思ひます。というのは、中医協は医療費の配分を決めているわけではありませぬので、そこはよく御理解いただきたいと思ひます。31兆円トータル医療費でございますが、その配分を決して決めているわけではなくて、医療保険を使うという健康保険上の契約の当事者が出て、その当事者が払う方と受け取る方と、その価格を決めましよう、何を何点にするかということで、それを決めているだけで、トータル医療費の配分なのか決めてませぬし、診療行為も制限していませんので、世の中の医者も患者もどのような診療行為を受けてもいいし、やってもいいのです。ただ、健康保険上の保険契約で支払いをするならこの値段ですよという保険の値段を決めているだけで、医療費の配分なんか全く決めていませんので、そのことちょっと誤解のないようにひとつ申し上げます。

それから、鈴木委員が形式の話じゃないと、委員の形式の話ではなくて、悪いものがあるではないかという話ですが、それは個人の話ですから、ケースの話とトータルの制度の話をごちゃごちゃにされると、なかなかお答えできないのですが、それでは形式ではなくて人を見るということであると、なかなか審議会そのもの構成ができませんので、やはり形式で、この代表、この代表と決めるのが順当だろうと、私どもは考えております。

鈴木議長代理 問題がなければ、その理論で結構ですよ。問題があったでしょう。出直しをする気があるのか、ないのかと言っている問題です。そこの反省があるのかどうかということですよ。

麦谷課長 それは、出直しをする気は十分あります。

鈴木議長代理 そうとなったら、私は何も個人の問題を議論しているのではない。そういう構造があったという事を認識の基本に置いているということですよ。

麦谷課長 私どもは、今回の不祥事については、ケースの話だと思っております。

阿首沼専門委員 今、中医協というのは、医療費をいかに配分するかということをやっているのではないということですよ。それは、この委員の方には全部理解されているのでしょうか。というのは、日本病院会のシンポジウムでは、当の医師会長が中医協の問題は、与えられた医療費をいかに配分するかという、まさに技術的な問題だというふうに断言されているのです。病院団体が参加を求めている、これは医師の団体である医師会がやる問題で、配分の問題は技術的な問題だから、病院という組織の代表が出るものではないと

いうことをおっしゃっているのです。これに関しては、どういうふうにお考えですか。

麦谷課長 それは、言葉のレトリックが少しあるかと思いますが、具体的に、例えば、31兆円の病院に幾ら、診療所に幾らとか、そういうことは絶対に決めていませんし、小児医療に幾ら、精神医療に幾らということを決めているわけではありませんので、それは恐らく言葉のレトリックで、医師会長言われたのは結果としてそのようなことになるかもしれませんが、しかし、認識としては、もしそのようなことが頭にあって発言されたなら、その認識は間違っていると思います。

阿曾沼専門委員 そうですね。もう一つ、確かに先ほどの中で、例えば、社会保険医療協議会法の中で、医師、薬剤師とか、いろいろな代表については、各関係団体の推薦があるということですね。各関係団体というのは、例えば、認識としては、医師の代表である医師会、薬剤師の団体であるということの中で、その中に病院団体というのは一切入らないというふうにお考えになってらっしゃるのでしょうか。

麦谷課長 いえ、そのような団体を固定しているようなつもりはありません。

阿曾沼専門委員 そうすると、すべての委員を医師会の推薦に任せているというのは、どういう御判断なのか。もしくは、例えば、省令でそんなものがあるのか。どういう御判断で、医師の代表を医師会だけの推薦に限っているのか。その推薦のメカニズム、決定のメカニズムというのは、どうなんでしょうか。

麦谷課長 決定のメカニズムというよりも、この法律ができ上がって、最初の方に日本医師会をお願いして、20年以上、40年近くお願いしているわけですから、それで今まで不都合がなかったということだと思います。

中島審議官 今の追加ですが、今日の資料にもありますように、中医協では医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員ということになっておりますので、医師を代表する職能の代表ということでは、医師の世界では日本医師会しかないわけです。弁護士会ですと、第1、第2と分れていたりしますが、そういうことでとりあえず日本医師会が窓口になるのが妥当だろうということで、これまでやってきているというふうに理解しています。

それから、医師会が、先ほど八代総括主査の方からも、開業医の代表であるというお話がありましたけれども、かつてはかなりそういう比重であったかもしれませんが、最近では相当に医師会の構成も変わってきておりますし、役員も今、会長が診療所をやっておられますけれども、副会長3人のうち2人は病院を運営しておられるということで、大分医師会自体も変わって来ておりますし、中医協に出ておられる委員としては、勿論診療所の代表者として意見を言っているわけではないということは、再三御本人の方からも発言があったということをお話したいと思います。

阿曾沼専門委員 それに関してなんですけれども、確かに、今おっしゃるように、医師会員というのは、診療所の代表、勤務医、半々ぐらいだということであるから、バランスが取れているのだという議論もあると思いますけれども、例えば、会としての決定権ということであれば、いわゆる勤務医が1対1の議決権を持っているとか、判断基準を持っ

ているかとか、そういった意見が通っていくような組織になっているかどうかということに関して、今、医師会の推薦のメンバーというものについて、妥当性があるかどうかということについて、どういう御見解を持っているかということと。

それから、例えば、連合に対しては、患者さんの代表というものを入れてくださいということは、厚生労働省さんが御希望されている、もしくは御依頼されているわけですが、この医師のメンバーについては、やはり広く医療のサービス側の意見をくまなくきちっとバランスよく対比をするために、構成そのものに対してこういうことにしてくださいという、もう一步踏み込んだいわゆる要請ということが今後可能かどうか、もしくはそういうお考えがあるかどうか。

例えば、特定療養費の問題もありますけれども、高度先進医療ということに担っている医療機関というのは、例えば、大学病院であったり、国立病院であったり、自治体病院であったり、多くはそういったところが医療そのものの大変大きな役割を担っているわけですが、医師会の推薦枠の中で、独立行政法人になりましたけれども大学病院だとか、そういうものを広く推薦してほしいということをお希望・御依頼するというお考えがあるかどうか。それについてちょっとお話を伺いたいと思います。

麦谷課長 先ほどの連合の患者代表1名というのは、私どもからお願いしたのではなくて、公益委員が試案を出されて、皆さん委員でお決めになったことで、厚生労働省から申し上げたことではありません。

それから、私どもから団体に推薦をお願いするときに、今回は条件を付けてこういう人ということは今のところありませんし、将来にわたって事務局である厚生労働省からお願いするようなことは今のところ考えておりません。

鈴木議長代理 さっきおっしゃったけれども、中医協は配分を決めているのではない、保険額を決めているだけだと言われましたね。しかし、だから私さっき例を挙げただけけれども、何に対して何を払うのだということは、中医協の決定事項でしょう。

例えば、卑近な例で言ったら、高度先進医療の場合であったら、その対象病院になるのはどこかと言ったら、大学及びその他厚生省令で定める一定の基準に達した病院だとなっている。その厚生省令で定めるといのは、どこで決めているのだと言ったら、中医協、つまり医師会が決めているのでしょうか。それは配分の問題に関わりますよ。何に幾ら何に幾らということではなくて、そういうようなポリシーを取ることによって、配分が決まりますよということをおっしゃっているのであって、配分はやっていませんと言ったのだら、それではどうやって具体的な個々の支払いが決まるのですか。配分計画がなく決まるのですかという問題ですからね。

それから、もう一つ、中医協からたくさんのお話を言われて、中島審議官がいつも困っているのとは違うのですかということをお聞かせください。早い話が、当委員会で混合診療の問題について、草刈主査があなたと局長のところに行ったときに、何とおっしゃいました。中医協にちょっと話してみたらと言われたでしょう。あなたそれに立ち合っているはずですよ。

何故混合診療を認めるのを中医協に対して話しに行かなければいけないか。草刈主査は啞然として帰ってきましたけれども、そこまで深く浸透して、あなた方を困らせ、かつ時には役に立っておるという存在ではないかということです。それを、三者構成だと、これ以外人知の及ぶ限り考えられないなんてそんな埒外なことを言わないでください。何の反省があるのかということ、今の答弁から、最初は穏便にと思いましたがけれども、ちょっと怒りさえ感じますね。

中島審議官、何か言うことないですか。

中島審議官 我々も、今の形そのものを未来永劫死守するというようなことで言っているわけでは、麦谷課長もなくて、それは謙虚にどういうよりよい方向があるかということは考えていかなければいけないと。特に今回の事件を契機にですね。真剣に取り組んでいかなければいけないという気持ちでいるということは、御理解いただきたいと思います。

ただ、中医協としては、日常的にやっていかなければいけない業務がありますので、それに対応すべくとりまとめたのが、今回の改革案ということだと思うので、まずそこを起点にして、これから更に議論を深めさせていただきたいという気持ちです。

宮内委員長 大体頂戴いたしました時間が終わりました。本日は意見交換でございますので、意見の一致することを期待しているわけではございませんが、私どもの考えておりますことにつきまして、より御理解をいただきまして、特に中医協の問題というのは、当会議の前身のときから改革を指摘しており、そして残念ながら社会を揺るがす大きな事件があったという現実の前で、改革を更に進めていくと。本日のお話を聞きまして、中医協自身で改革案をつくるということにつきましては、やはりなかなか納得できないなと思います。国民あるいは患者という立場で、本日お答えいただいたことは、本当に御賛同いただけるような内容だったかどうかということにつきまして、私個人といたしましては、物足りない、更にお考えいただくところがあるのではないかという気がいたしました。また、そういう面も含めまして、引き続き当会議といろいろ議論をさせていただきたいと思いますので、何分よろしくお付き合いいただきたいと思います。今日は、頂戴しましたお時間がまいりましたので、以上を持ちまして意見交換を終わらせていただきたいと思います。

ありがとうございました。

御担当の局が代わりますので、ちょっと審議を休止いたします。

(厚生労働省保険局関係者退室)

(厚生労働省医政局関係者入室)

宮内委員長 それでは、次の議題に移らせていただきたいと思います。引き続き、厚生労働省から、岩尾医政局長始め皆様方おいでいただきました。御多忙のところおいでいただきまして、ありがとうございます。

これから、約三十分の予定で、申し上げございませんけれども、その時間内で地域医療計画、いわゆる病床規制の見直しにつきまして議論をさせていただきたいと思います。既に、当会議からは質問状を出させていただいております。まず、厚生労働省からその質問

状に対しまして、御回答という形でお話を賜ればと思います。よろしく願いいたします。

岩尾厚生労働省医政局長 厚生労働省医政局の岩尾でございます。今日は、規制改革会議の公開討論会ということでお招きいただきました。御質問に沿いまして、お答えをさせていただきます。

まず、最初にいただきました御質問、「我が国の現状、および各国の病床規制撤廃の状況に鑑みれば、当初医療費抑制策として国に導入された病床規制はその意義が薄れつつあると認識するが、現時点における病床規制の意義につき、貴省の見解を示されたい」ということでございます。

答えでございますが、私ども医療計画というのは、地域の医療提供体制の整備を推進し、医療資源の地域的な偏在の解消、医療関係施設間の機能連携の確保を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の整備に関する計画を定めるものとして、昭和60年の医療法改正で創設されたものでございます。

私どもは、基準病床数制度と言っておりますが、いわゆる病床規制は、病床過剰地域においては、病院の新規開設や病院の増床ができないということで、医療費の増加を抑えるということについては、一定の効果が示されていると思っております。入院医療費と病床数というのが、相関関係にあるということから、病床規制の廃止により病床数が増えれば医療費の高騰につながるというふうに考えております。ビルドベッド・イズ・フィールドベッドという英語の言葉もあるということで、ベッドをつくるとすぐ埋まってしまうという言葉で、洋の東西通じて一緒のようでございます。

したがって、需要が供給を生むと指摘されている医療病院については、少なくとも医療費の増加を抑制するという意味からは、病床規制というのは意義を有しているというふうに考えています。

国会での質疑でもございました。病床過剰地域における新規の病床申請については、病床不足地域への配置を促すという効果があって、政策合理性があるという御指摘もいただいております。一定の意義があるのではないかとことを私ども考えております。

ただ、現在医療計画の見直し等に関する検討会を開かれておりまして、諸外国の医療の計画の状況などを調査しておりまして、今後の医療計画全体の在り方について、平成16年12月を目途に現在検討中でございます。

2番目の御質問でございますが、「病床規制により、医療機関の許可病床の既得権益化、意欲を持った医療機関の新規参入による医療機関間の競争が生まれず、医療の質の向上につながらないという結果をもたらしているとも考えられるが、貴省の見解を示されたい」ということでございます。

答えでございますが、医療機関の基準病床数制度は、病院の新規開設、病院の増床につきまして、都道府県知事から医療法30条の7の勧告ができるということで、新規参入が困難だというふうに思われているところでございます。ただ、救急医療ですとか小児疾患の専門病床など、法の施行規則の中で、特定の病床に係る特例というのがございまして、そ

ういう真に必要なものにつきましては、病床の整備ができることになっておりまして、知事の判断によって新規参入が認められているというふうに考えております。

特に、現在小児医療ですとか、小児救急医療の推進、在宅医療の推進など、地域において真にニーズのある医療を提供する医療機関を、自治体住民ともに支援するスキームというのを、現在の医療計画制度の中で見直そうというふうに考えております。

このプロセス、医療計画制度の見直しによる医療機関の機能分担の推進などを通じまして、医療機関の切磋琢磨が図られ。また、医療法人改革ということも考えておりますが、こういう改革においても公益性のある、質の高い医療法人を育成するというので、地域の医療水準の向上が期待されるものというふうに考えております。

医療の質の向上という意味では、このように規制があっても、十分質が担保できるのではないかと考えておりますが、こういう医療計画自体が都道府県間で医療資源を効率的に活用する。あるいは、医療関係施設間の機能連携を図るといような計画を策定することにもなっておりますので、病病連携、病診連携なども通じて質の向上を図りたいと考えております。

質問の3でございます。「急性期などの一般病床については、病床規制は既に不要であり、速やかに徹底すべきと考えるが、貴省の見解を示されたい」ということでございます。

今年の9月に、この医療計画の見直しに関するワーキンググループの報告書をいただきました。ここでは、この基準病床数制度を分析しておりまして、廃止する場合の条件を4つ出してあります。

1つが、入院治療の必要性を検証できる仕組み。

2つ目が、入院治療が必要となくなった時点で、退院を促すという仕組み。

3つ目が、地域に参入する医療機関の診療内容の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み。

4つ目が、救急医療、僻地医療など、政策的に必要な医療に対して、採算に乗らない地域では、担当する医療機関に対して補助金、診療報酬上の評価、その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障、あるいは促進することができる仕組みが必要とされております。

現時点で、この上記の条件というのが、どうなっているかということ、必ずしもすべて克服されているとは思っておりません。厚生労働省といたしましては、速やかに撤廃ということはできませんが、この報告書においてこのような基準病床数の制度が、今、言いました幾つかの条件をクリアできれば、この制度の改善ということはいえるというふうに考えております。

4番目で、療養型病床群に関してですが、「福祉施設の充実に伴い、医療機関としての療養型病床に対する病床規制等のあり方も見直しが必要と考えるが、貴省の見解を示されたい」ということでございます。

療養型病床群という考え方が、平成4年の医療法改正において、長期に療養を必要とす

る患者を入院させるための制度としてできました。平成 12 年の第 4 次の医療法改正で、この病床区分の明確化をするために、その他病床と言われていたものを、一般病床と療養病床に分けたところがございます。

医療提供体制の改革という全体の流れの中では、私ども、昨年 8 月にまとめました、医療提供体制のビジョンに基づいて、18 年度に予定されている医療保険制度の改革、医療保険と医療提供体制、車の両輪ということでございますので、一体となって取り組んでいこうと現在考えております。

したがって、この医療提供体制の整備を目的としております医療計画制度についても、平成 17 年の介護保険の話、その後続く医療保険制度の改革を踏まえて、必要な改正はしていこうというふうに考えております。

御指摘いただいた質問に対する回答は以上でございます。

宮内委員長 ありがとうございます。それでは、当会議の考え方につきまして、担当しております、鈴木議長代理から御説明いただきたいと思っております。

鈴木議長代理 今日はどうも御苦労様でした。

局長がせっかくお見えになったから、私どもの方としては、先回医療ワーキンググループでこの病床規制の問題を聞かせていただきましたけれども、はっきり言って私どもは一般病床においては、少なくとも病床規制は撤廃する時期に来ているのではないかという認識でおります。うん、撤廃するというお言葉をいただきたいということで、わざわざ局長に来ていただいたのですけれども、検討はしているということで、幾つかの条件を示されるだけでなく、後でお言葉をきちっと聞かせていただきたいことをまずお願いします。

さっき局長がおっしゃられた、昭和 60 年の地域医療計画ができて、病床規制ができたときの話ですね。ベッドをつくとすぐ埋まると、医療費というのはベッドの数に正比例する。これはもう実に聞きあきたと言っても失礼だけれども、聞きあきた話でして、1997 年ごろに、当時行政改革委員会では、運輸分野の需給調整規制の撤廃の直後に、あらゆる分野における需給調整規制の撤廃ということを議論としてやったことがありました。そのときに、この病床規制だけは正の相関があるからということをおっしゃられて、譲られなかったという経緯があるのです。

お聞きしたいのは、現在も病床ができると、それがすぐ埋まるということが、ファクトとして立証できるのかということです。これも療養病床については、ある程度わからないわけではありませんけれども、急性期の一般病床について、病床をつくったらつくただけ、すぐにその病床が埋まるということで、医療費は正の関係で、病床が 1 割増えれば医療費は 1 割上がるという関係に現在もあるのかないのか、ファクトの問題をお伺いしたいと思います。一般病床に限定してください。

岩尾局長 統計があるかないか、ちょっと私、日本全国の状況を、今すぐというお答えはできませんが、自分の経験でよろしければよいですけれども、私ども仕事柄、どこそこ

病院を紹介してくれということで、新しくできた病院にしる、あるいは古い病院にしる、紹介するときに、必ずなぜかと聞きますと、入院待ちだという話を言われるわけですが、がんセンターなんかも、ちょっと先に入れるように言ってくれという話もよく来るわけですが、殊さらに急性期の病床というのは、それだけ評価の高いと言いますか、ある程度のところだと、どうしても入院待ちの状況があるというのは事実だろうと思います。

したがって、クォリティーの問題との兼ね合いもあるかと思いますが、基本的にはサービス産業ですから、建物がきれいになればそこに入りたいという人は多分増えるわけですし、そういう意味では供給が需要を生むと言いますか、先ほど言いました、ベッドが新しくなるとそこに入る人が増えるということにはなるのではないかと思います。

鈴木議長代理 私が聞いているのはファクトの問題ですから。ベッドを増やしたら、その分だけ医療費は上がるとさっきおっしゃったから、だったら現在もそうかと、60年のころはそうだったという資料を見せ付けられましたよ。そして、正の相関にあるからということで、だから困ると言われましたよ。けども、今、急性期の病院についてそうかというのは、これはファクトで議論していただかないと、議論のしようがないわけです。

谷口医政局指導課長 指導課長の谷口でございます。局長から先ほど御説明申し上げましたように、医療計画制度ができる前、基準病床の考え方ができる前というのは、ある意味でフリーだったわけでございます。病床が増えて、それで主査御指摘のように医療費がそれにパラレルでとにかく伸びてきたという事実がまずあったということは、御確認をいただきたいと思っております。

その後、さっきもお答えいたしましたように、ある程度基準病床数制度というのが、過剰地域において新規開設、それから病院の増床ということを抑えるという一定の役目を果たしてきたわけでありまして。

鈴木議長代理 それは過去はね。

谷口指導課長 過去と言いますか、今でも多分。

鈴木議長代理 だから、今はどうなのかと。

谷口指導課長 ですから、そういう意味では逆に病床が余り増えてないものですから、それに対して医療費の伸びがおさまっているという事実があるのです。

いまだにずっと病床が伸び切っているのであれば、それはすぐデータが取れるのですけれども、さほどそう伸びてはいない。

鈴木議長代理 それは抑えてしまったから、需給調整をそのまま続けたからですか。

谷口指導課長 それのはっきりと出てこないということなんです。

鈴木議長代理 そういう意見ですか。

谷口指導課長 そういってございまして。

鈴木議長代理 わかりました。それ自体問題ですけれどもね。

さっき局長おっしゃったけれども、なかなか入れないというのは、どういう病院かと言

ったら、いい病院、信頼のおける病院、みんなが入りたい病院ですね。では、どこの病院も全部満杯の上で、かつ待たなければいけない状況が、現在一般的にあるのか。ここら辺の御認識はどうですか。

岩尾局長　そこが、私ども広告規制の緩和ですとかやって、病院の診療科目の特徴ですとか、あるいは内部の施設整備なども広告規制の緩和で言ったものですから、そういうことを中心に一般の利用者、受療者の方々が判断できる手段として伝えて、多分いろいろとこられるようになってきていると思いますが、これもちょっと統計というよりも、私の経験で申し上げさせていただければ、昔の個人の先生が数十床規模で町中でやっている病院のようなものは、古くなってきているし、そういうものの建て替えが進まずに先生が御高齢化してきて、後継ぎがいなくなってきたような個人病院というのはなかなか、そういう意味での宣伝と言いますか、売れる医療というのがなかなか打てないということで、苦しんでいるところはあるのではないかという認識は持っております。

鈴木議長代理　そうでしょうね。いい病院と、そうでない病院とで差が付いて、悪い病院というか、余り評判のよくない病院、古い建物の病院というのがあきベッドが多いということは、当然の問題でしょうね。だから、需給調整というので、総量規制を全体の地域についてせずに、そして医療程度の高い病院、そういうところの病床を、患者がすぐに使えて入れるようにしてあげる。つまりそこが病床を増やすということを言ったときには、それを認めてあげるということでクイックに対応していく。しかし、一方で病床があいている病院があっても、そこはそういうことをしても患者がこないところです。だから、トータルの病床が使われるかどうかは、ベッド数を増やすと急性期患者が急激に増えるという前提がない限り、成り立たない議論だと思います。

しかも、問題は今回の設問にもありますけれども、病院経営者の多くの方、特に有名で力があって、評価の高い病院が、この病床規制で現在も苦しんでいるわけです。

その一方の病院のなかには、病床は持っているけれども使われない。経営上も困ったということなのだけれども、でも手放さないということでやっている。ですから、病床規制は、もう急性期に関する、つまり一般病床に関しては廃止して差し支えないのではないかと強く感じるものですから、それは御検討なさっているとおっしゃっていますから、前半で言われた過去の問題は昔の記憶ということだけれども、昔の記憶はちょっと消し去って、病床が足りなくて困っている方の方に力点を置いて、我々と今後議論をさせていただきたいと思いますので、その点をよろしくお願ひしたいと思います。

八代総括主査　今のお答えは、全く意味がなさないのは、今のような病床計画の議論をしているときに、全然バックグラウンドの統計がなくて、責任者の方が自らの経験でしか語れないというのは、ちょっと異常な状況ではないかと思います。

それから、鈴木委員がおっしゃっていましたがけれども、そもそも急性期について供給が必要をつくるメカニズムってあるのかどうか、病院があいているから病気になるということがあるのかどうか。それは慢性病のときの話であって、そのときは介護施設とか家庭か

ら病院に行くというメカニズムは当然あると思いますが、そっちの方は一方で長期入院に対する診療報酬の抑制策が非常に効果を生じていて、病院の方から余りそういうものをむしろ受け入れたくないというのが現状であるわけです。そういう過去の慢性、急性を一緒くたにしたときの供給が需要をつくるメカニズムが本当に今あるかどうかというのは、速やかに検証していただかなければ、適切な政策は打てないのではないのでしょうか。今、医療経済学も随分発展しているのですが、いまだにそういう局長の勘に頼って、あるいはヒアリングに頼って政策を行っておられるということではないのでしょうかということです。

岩尾局長 国民の6割、7割が何らかの病気を持っている現状ですから、慢性期、急性期というのが、どういう状況なのか私はあるのですが、多分皆さん方も月に一遍とか、何週間に一遍とか、コレステロールを下げる薬を多分もらっていると思うんですね。

八代総括主査 それは外来の話で、今、言っているのは入院の話をしているわけです。

岩尾局長 そういうときに、ちょっと心電図を見たら悪いから、検査入院で入りませんかという話がよくあるわけですね。そういう中で、いわゆるそういう病気というのは慢性病じゃないかと言われるけれども、今、私どもが言っている病院というのは、結局慢性に至るようなものまでも引き受けなければならないような多分病院になっているのだと思うのです。だから、たまたまその他病床というのを、今回療養型と一般型と分けましたけれども、それで部屋の大きさやその他で登録はしていただきましたけれども、どうもいわゆる病気のナチュラルコースを見たときに、そういうふういきちっと分けてやっていくということが、なかなか難しいということが、今、仕事をやっていて思います。

鈴木議長代理 今の問題は、八代総括主査が言われるとおりで、私も正直言って、そのデータなくしてよく御主張なさるといのであきれつつ、あきれたから質問しなかったというふうにお取りください。わかったというのは、要するに、データがないということがわかったということ。やはりそういうことをおっしゃるのだったら、きちっとデータで御説明いただきたい。それがデータで説明できないのだったら、直ちに一般病床の規制というのは撤廃してくださいということを申し上げて、データ不足ですよ、データもなく議論しておられますねということを申し上げたということです。

諸外国の状況については、どう評価されておられますか。フランス、ドイツ、オランダ等では撤廃方向にあるというふう聞いておりますけれども。

岩尾局長 ワーキンググループの報告書を、お目通しいただいているかと思いますが、先生方の中で、もしお持ちであればですけども、この報告書の6ページに、アメリカとフランスとドイツの事例が出て、それぞれ比べております。それで、この書かれ方からすれば、フランス、ドイツ、オランダで、量的規制としての病床規制をなくす方向で検討が行われているということが書いてありますが、これも聞いてみますと、いつかということがちょっとわからないということなので、各国とも多分こういうものをいじるというのは、そういう方向でいこうというのは出ているのでしょうかけれども、その期日が明示されていないという現状だという認識はしております。

鈴木議長代理 もう少しよく、そういういろんな情勢というのは、変換期にあって、我々が取り上げて、地域医療計画というもの、つまり病床規制をやめてほしいということをおっしゃっているのですから、そちらの方でももう少しデータを、諸外国の状況を含めて解析してください。さっきのデータ議論などはまさしくそうですよ。病床を増やしていないからデータがない言うが、ほかの手段で潜在的に増える傾向があるのかというようなことを解析する方法はあると思うのです。だから、そこら辺はデータを蓄積してものを言っていたかかないと困るということで、そこら辺ももっと勉強していただきたいと思います。

谷口指導課長 1点、言葉が足りなかったかもしれませんが、先ほど主査がおっしゃった、直に病床の増加が医療費の増加に90年代以降つながっているかということについては、病床そのものはそんなに伸びていませんからというお答えを先ほどいたしました。ただ、そこまで直接的なものはないのですが、間接的には局長から先ほどから申しておりますように、ワーキングの報告書の中でも専門委員の先生方、規制改革会議のメンバーでもいらっしゃる長谷川先生もお加わりになっていらっしゃいますが、そういった先生方から、ベースになるような基礎データというのは十分ワーキングの中でも御議論いただきまして、間接的には、例えば、病床の増加が止まっているという現実を踏まえながら、病床1つ当たりの取り扱い患者の数が伸びているだとか、そういったことを検討した上で、この議論はされていると、していただいているということは御理解いただきたいと思います。

鈴木議長代理 では、詳しいことは後ほど資料で出してください。

さっきの療養病床が福祉の面の充実で、つまり老健の方でそれと同じような患者さんが入るといふ現象は盛んになってきておりますね。ですから、局長もさっきおっしゃられて、それはそれで調整しておると言っておられましたけれども、その問題について、総合的な解決ということをお厚生労働省としてお考えになっておるのかどうか。検討はしているという、非常に抽象的な言葉でしたから、そこをもう一回確認させていただきたい。

検討されているならば、それをどういう内容で解決していこうとされているのか、そこら辺についてもう少し詳しく御説明をいただけないでしょうか。

岩尾局長 総理からの指示で、たしか平成14年に、私ども医療制度改革の本部を大臣をヘッドといたしまして立ち上げました。そして、4つの検討チームの中で、医療制度改革をやっているという流れになっておりますので、平成17年に向けて医療保険の制度改革、あるいは診療報酬体制の改革、それから私どもの医療提供体制の改革と、総理の指示の下に現在動いているという状況がございます。

具体的にどうするかというときに、私どもはこの医療計画が規定されております医療法自体は直そうと思っております。その医療法に係るものというのはさまざまな、医療計画だけではございません。医療法人の問題もでございます。それから、まさにこれから書き込まなければいけないのは、医療安全とか、いろいろと医療の現場で起きている現在のものを、やはり法定化していくものが幾つかあるだろうと思っております。御存じのように、この法律は昭和23年にできた古い法律ですし、今まで幾つか積み上げてきて改正はやってま

いりましたけれども、こういうものを考えていく中では、このベッドの話は直ちにとおっしゃっていますが、そういうことも含めて考えていかないと、ベッドを持っている病院、医療法人ですが、そういうものも考えていかなければいけないものですから、そういうこともすべて合わせてやっていきたいと。

それから、当然ベッド、あるいは働く人によって医療費が払われているわけですから、医療費との関係もございまして、平成 18 年度の健康保険法の改正に合わせて、私どもがやっていく。先ほど言いましたが、車の両輪という考えで、現在プロセスが進んでいるということは御理解いただきたいと思えます。

鈴木議長代理 もう一つですけれども、私どもの立場は、あくまで需給調整規制は全分野において撤廃していただきたいというにあります。これはもう行政改革委員会以来の基本的な思想で、現在は恐らく病床規制が唯一残った最後の需給調整規制ではないかと思うのです。ですから、一般病床については、とにかく速やかに病床規制を撤廃していただきたい。療養病床については、福祉との関係、その他の問題を十分検討した上で、撤廃の方向で検討していただきたいということで、それもきっちとしたデータをベースにしてやっていただきたいということをお願いしておきます。

同時に、またもう一つの問題として、医療費の適正な在り方という問題として DRG / PPS というのは、極めて重要な問題だという視点を持っております。御省においては、DPC という形で先般進められておることは承知しておりますが、これのスタートのときにも随分議論して、そんなもの意味がないからやめてしまっはという議論も随分したのですけれども、完全に無意味だとは、私申し上げませんが、やはり DRG / PPS を進めていくというのは、医療のテーマとしては、医療費の適正な使われ方、単なる抑制ではなくて、適正な使われ方と、腕のよいお医者さんが評価される仕組みとして必要なことではないかと思えます。これは必ずしも病床規制とパラにして言う問題ではありませんけれども、そこら辺の進行具合はどうですか。

中村厚生労働省保険局企画官 保険局企画官の中村でございます。DPC につきましては、平成 15 年 4 月に導入をされまして、この 1 年を経て、その評価について中医協の方でいろいろ御議論をいただいたところでございます。

その中で、昨年 1 年の途中ではありますけれども、12 月に中医協の下に DPC 評価分科会という組織を設けまして、そこで導入影響の効果と言いますか、どういう視点から、その制度の効果が出ているかということについて評価すべきかという、しようすべき項目について整理をいただきまして、今年度その項目について調査をするという計画をしております。

その調査結果を持って、また中医協で御議論いただいて、今後の制度の拡大というか、検証と言うか、一定の方向について示されるものというふうに、今のスケジュールではなっております。

1 年間の結果といたしましては、当初 DPC が導入される前の、例えば、平均在院日数

と、導入後1年後の平均在院日数を比較いたしますと、一定の短縮日数が出ているということで効果が上がっているのかなというふうには、DPC評価分科会としての御意見もいただいているところでございます。

阿首沼専門委員 先ほどのお話の中で、入院待ちが非常に発生していると。ナショナルセンターのお話をされていて、がんセンターは県立もあるんだろうと思いますけれども、入院待機患者がいっぱいいいて患者さんが困っているということであれば、その医療機関は自らの経営努力の中で病床を増やしていくというスキームがきちっと担保されているということが非常に重要である。

それから、患者さんが入院したくないような病院、閑散としているような病院ということについては、自らスムーズにその市場から退却していくという仕組みづくりが非常に重要だと思います。そこにおける需給の調整というのが、まさに当たり前の話であって、いわゆる既得権益化されていて、一方では、金融機関のバルクセールの中に入って、病院が非常に悲惨な形で継承されていくような弊害もあるわけですから、そういうことを是正していくということが非常に重要であると。

そうすると、一般病床においては、やはりもう市場にゆだねていく、開放していくということが即時必要なのではないかと強く思います。

今後の医療計画制度の在り方に関して、仮に病床基準を廃止する場合と、維持する場合ということで幾つかの条件をお示しされていると思いますけれども、これはよく読んでみると、基準病床を廃止するかしないかの議論ではなくて、適切な医療の供給体制をやっていくためには、すべて議論しなければならないことであって、殊さらに病床を廃止する場合に、例えば、入院治療の必要を検証できる仕組み、これは本当にどうやってつくりますかと。今、自由診療、医師の裁量性の中で、医療のサービスが行われている中で、ここはある程度もう基本的にはできているのではないかと。

それから、入院治療が必要なくなった時点で退院を促す仕組み。これは、DPCという制度があって、ある意味では政策的に入院期間というのは短くなっていった、それなりの方向に進んでいるのではないかと。

これをずっと見ていくと、必要な病床に関しても、先ほどおっしゃったように、それが認める制度になっているということであるとすると、この仮の病床基準というふうにお示しされた1～4に関しても、ほぼ1歩も2歩も踏み出していて、その状況がもうできつつあるのだと、もうできている部分もあるのではないかと思うのですけれども、そういう意味からするとこの基準病床の廃止というのは、速やかに行っても大きな問題はないのではないかと思うのですが、それについてはいかがでしょうか。

岩尾局長 済みません。国会答弁があるので、手短かにさせていただきますが、私どもも既得権益は排除したいというふうに思っています。そのためにどうするかということは考えていきたいと思っております。そういうことを考え、そして先生方も御存じだろうと思っておりますが、ある町に総合病院が3つも4つもある。県立病院があって、私立病院があって、済生

会があって、日赤があってとか、同じようなことをやっている。これでいいのかと、少なくともその地域に必要な医療というのが、私ども二次医療圏と言っていますが、二次医療圏で完結させるために、かかりつけ医に診てもらって、手術するなら病院に入ってもらって、それでその後フォローするのをお医者さんにやってもらうというような、二次医療圏の中で完結するような、病診連携、病病連携をつくっていきたいと思うのですが、地域によって病気の質が異なるのです。がんの発生も、北と南では違いますし、脳卒中の多い県とか少ない県というのは御存じだと思いますが、そうすると国一律で何か決めるということができるのかという気持ちもしております。

私ども、三位一体の議論の中で、国と地方の役割分担ということも今、言われておりますので、果たしてこういうものも地方にゆだねられることができるのか、むしろ国は大まかな大綱を示す、ガイドラインを示すという中で、地方に自分たちの町の、自分たちの県民のための医療ですから、そういうものを守っていただくための、何かもう少し権限をゆだねることができないかということも視野に入れて、今後考えていきたいと思っております。

宮内委員長 頂戴いたしました時間がまいりましたので、ただいまのお答えをもちまして終わらせていただきます。これは、当会議の前身からずっと主張してきたこと、そして、方向性としてはそれにフォローしていただいているという感じはするわけですが、どうもタイミングのずれというのがかなり出てきたかなというのが、私どもの実感でございます。引き続き、意見の交換をさせていただきながら、また私どもの考え方も示させていただきたいと思っております。

今日は、御多忙のところおいでいただきまして、大変ありがとうございました。

(厚生労働省医政局関係者退室)

(厚生労働省医薬食品局関係者入室)

宮内委員長 それでは、次のテーマに入らせていただきます。医薬品の一般小売店における販売ということで、黒川大臣官房医薬担当審議官始め皆様方においでいただいております。ありがとうございます。

30分という短い時間でございますが、この間でこの問題につきまして、意見の交換をさせていただきたいと思っております。

既に厚生労働省に対しましては、当会議から質問状を出させていただいております。まず、この質問状への御回答をいただくという形で、お考えをお聞かせていただければと思います。よろしく願いいたします。

黒川厚生労働省大臣官房審議官 厚生労働省大臣官房医薬担当審議官の黒川でございます。おはようございます。

医薬食品局長の出席の御要請をいただきましたが、BSE関係の対応等ございまして、どうしても出席かないません。誠に申し訳ございませんが、先生方の御理解を賜りたく思います。

資料でございますけれども、先ほど宮内委員長の御指示を踏まえまして説明を進めたいと思っておりますが、資料はお配りいただいております資料の一番最後の方に「医薬品販売制度の見直しについて」というものと「今後の検討の進め方」というものが付いていると思っております。

さきにいただきました御質問項目に触れながら、この資料を行き来しつつ、この医薬品販売制度の改正の検討についてということを中心に御説明申し上げたいと考えております。

まず、医薬品販売制度改正の経緯でございます。私ども医薬食品局では、一般用医薬品の販売の在り方を全般的に見直すべく、今年の4月、厚生科学審議会に医薬品販売制度改正検討部会を設けまして検討を開始しております。

この部会設置に至るまでには、経緯があるわけでございまして、まず昨年6月にコンビニ等の一般小売店で医薬品が売れないかというお話がございました。それで、相当の議論があったわけですが、一般用医薬品のうち371品目を医薬部外品という形で販売する形となっております。その過程で、医学、薬学等の専門家の先生方にお集まりいただきまして、一般用医薬品の中を洗い直すという作業をお願いいたしましたわけでありまして、また、深夜・早朝に薬店の店舗に薬剤師がいなくてもテレビ電話で情報提供すれば、一般用医薬品を販売してもいいのではないかという議論もございまして、深夜・早朝における一般用医薬品の販売はどうあるべきかという議論も一方であったわけでありまして。

こういう議論の積み重ねの過程で、薬局・薬店やその他の販売形態もございまして、現実にはどのような薬の売られ方をしているのかを問い直すべきではないかという指摘を専門家の方々、一般国民の方々からいただいたわけでありまして。

資料に記載してございますが、今の薬事法は薬局・薬店で考えますと、常時配置された薬剤師等の専門家が、店舗等で実地に管理し、消費者に対し情報提供するはずだとなっているわけでございますが、現実には必ずしもいちいちきっちり情報提供されているわけではないということがあります。

このため、私どもといたしましては、本来あるべき姿をもう一回白地で議論して、実効性がある制度を構築したいと考えているわけでありまして。具体的には、多種多様にわたる一般用医薬品について、そのリスクの程度を評価し、これに応じた情報提供の在り方、専門家の関与の在り方を検討しているということになります。

以上、枠組み、経緯を申し上げましたが、具体的に何を検討しているのかということになるわけでありましてけれども、以上のような目的意識から、検討すべき論点は医薬品のリスクの程度の評価。2番目は、情報提供の内容。3番目は、その情報提供などに当たる専門家の資質やその確保の在り方。4番目は、情報通信技術の活用などなど多岐にわたっております。これ以外もあるわけでありまして。

医学、薬学の分野のみならず、こういった背景から流通等の経営学、法学、消費者保護団体、医薬品による健康被害を受けられた方々など、幅広い分野の方々によって検討が進められている次第であります。

医薬品販売につきましては、薬事法を全般的に見直すのは、戦後初めてということもございまして、この検討は一般国民や販売業者の方々のみならず、過去に健康被害を受けた方々の注目も浴びながら、公開の場で行われている次第であります。

7月には、論点を整理し、この論点に沿って議論を進めているところでございますが、今後海外制度の調査も行って、来年の秋ごろ、これはテーブルにございますが、部会で意見をとりまとめたいというように考えて進めております。

医薬品のリスクの程度に応じて、適切な情報提供等が行われる制度を構築するためには、まず医薬品そのもののリスクの程度によって評価することが必要でございますが、これは御案内のとおり専門性の高い問題でございますため、部会の下に専門委員会を設置し、今月から早速リスクの程度の評価等の議論を開始しております。

以上、私どもの取り組みについて簡単に御説明させていただきました。

質問項目に触れさせていただきたいと思っております。

まず、1つ目ですが「安全上特に問題がない」ものの判断基準でございますけれども、いわゆる骨太の方針2003を受けまして、昨年すべての一般用医薬品、御案内のとおり1万3,000品目程度あるわけでございますけれども、これを対象に副作用、習慣性等の薬理作用などに基づく視点に立って、人体への作用が緩和かどうか、それから、販売に当たって専門家による情報提供が必要か否かの観点から検討が行われたわけでありまして。

その結果、371品目が選定され、医薬部外品への検討が行われましたが、品目の選定は最新の専門的資料に基づき、医学、薬学等の専門家によって、公開で5回の検討会を開催するなど、十分な時間をかけて科学的かつ客観的に行っております。

更にもう少しわかりやすく、具体的に申し上げますと、薬理作用などの観点からは、例えば、死亡、障害、それから次世代への影響につながるおそれのある副作用が起こり得るもの。習慣性があるため、長期連用について注意が必要なもの、こういったものは典型的な人体への作用が緩和でないものと考えられます。

また、専門家による情報提供の必要性の観点としては、例えば、消費者では判断が困難な症状を要する人、これらに対しまして、使用前に医師、または薬剤師への相談を促す場合や、妊娠していると思われる人に対しては使用してはいけないとされている場合、こういったようなものは、専門家による情報提供による注意喚起が必要としております。

結果として、以上に該当しないものが「安全上特に問題がない」ものとして選定されたところでございます。

このため、基本方針2003の閣議決定に基づく措置は完了しているものと私ども認識をしておる次第であります。

2つ目の質問ですが、「解熱鎮痛剤」等の一般小売店での販売と、消費者の利便の向上に関する考え方ですが、371品目の選定は、ただいま説明申し上げましたように、専門家によって科学的、客観的に行われたものですが、現在行っている販売制度全般の見直しの議論においても、専門家の関与の全くない一般小売店の販売という論点は、先ほどの議論

を踏まえましても、なかなか想定し難いものと実際のところ考えております。

しかしながら、消費者利便につきましても、その371品目の選定に当たって、利用者の利便と安全の確保について検討を行うという基本方針に従いまして行ったところでございまして、その検討会における医学、薬学の専門家の御意見は、利便性に関して国民が求める利便性は、副作用などのリスクを上回るベネフィットが与えられることを前提に国民が望むものであるといったような認識であったわけでありまして、なにとぞ御理解いただきたいと思っております。

次に3つ目に移ります。販売制度の見直しにおける、専門家の関与の在り方の検討の観点ですけれども、まず一般用医薬品のリスクの程度を評価し、それに応じまして、例えば、どのような情報提供が必要か、消費者から副作用に関する相談に対応し、必要に応じ、国への報告を行うべき者について、どう考えるか。販売に当たる者の資質は、どのような者か。販売に関する責任を負うべき者は、どのような者か等が、実効性のある制度の構築という観点から議論されるということになっております。

4つ目のリスクの低い医薬品の一般小売店での販売ですが、医薬品はそもそも人体に直接作用するものであることなどから、専門家による何らかの関与の下で販売される必要があると考えております。このため、冒頭御説明申し上げましたとおり、医薬品販売制度改正検討部会では、一般用医薬品についてそのリスクに応じた情報提供と、専門家の関与の在り方を検討しております。部会では、医薬品のリスクの評価、情報提供の内容や、情報通信技術の活用などの多岐にわたる論点について、幅広い分野の方々によって公開で御議論いただいているところであります。

御指摘の点は、専門家の関与の在り方との関連で議論される可能性はございますが、繰り返しになって申し訳ございませんが、専門家の関与の全くない一般小売店での販売という論点は、なかなか想定し難いものではないかというように考えております。

また、4つ目の質問のもう一つ、医薬品と医薬部外品の区分の明確化ですが、医薬品は薬理作用などが緩和でないもの、または、薬剤師等の専門家による情報提供が必要なものでありまして、反対に医薬部外品は、薬理作用等が緩和で、かつ専門家による情報提供が必要ではないものとなっております。

このように、両者の区分については一定の整理がなされていると考えております。

長くなってしまっても申し訳ございませんでした、私からの説明は以上でございます。

宮内委員長 ありがとうございます。それでは、当会議におきまして、このテーマの担当をしております。鈴木議長代理からお願いします。

鈴木議長代理 どうもありがとうございました。御説明承っておりますと、371品目を医薬部外品にすることによって、一応の厚生労働省としては結論を出したつもりだとおっしゃられましたけれども、それはそうお考えにならないでいただきたいということを、まず申し上げておきます。

と言いますのは、私どもはあくまで医薬品について薬効成分を変えることなく、これが

ポイントだったわけです。だから、キーワードは2つ、医薬品、薬効成分を変えない。このうちの薬効成分を変えないというのは、これは満たされました。そういうことで、御省と私どもの間では、まだ依然として医薬品として売ることについては未解決の問題があると考えます。これは小泉首相との間でも未解決であると御認識いただきたい。だから、今回こういう問題を提起しているのだということを、理解いただきたいと思います。

なぜ、医薬部外品という処理を前回やったのかということですが、これはなるべく早く消費者利便のために、安全上問題が少ないものについて、実行しようという配慮があったことで、医薬品のままであるときには、現在の薬事法を改正しなくてはいけないから、そういう配慮があったの上のものだということ、だから、法律改正を要するものは後に回したというのが私どもの理解であります。

しかしながら、厚生労働省では、その後、さっき言われたような検討会を立ち上げられて、そして全面的に医薬品というものが薬事法が制定されたときと今日までの間に相当状況が変わってきているという認識、これは正しいと思います。そういう御認識から、さっきおっしゃられたけれども、白地に立って見直したいと。過去にとらわれず、しかも十分実効性のある議論をしたいというお言葉ですから、私はこれを素直に受け取っておきます。それは何を意味するのかと言ったら、積み残しておいた医薬品として一般小売店等で薬剤師の介入を、全くなしにとは私は申し上げません、そのことは前回のときにも言いましたが、介入の度合いの問題です。これは後で申し上げますが、度合いを低いものにするということを認める方向を是非確立していただきたいと思うわけです。そうすれば、これで満願成就ということとして、我が方も理解できますし、小泉首相との約束も果たせることになるわけです。

嫌がらせは言いたくないですけども、先回おやりになった371品目というのは、評価しないわけではありませんが、うがい薬のたぐいを出して、これを一般小売店での販売を認めるというのは、今までなぜこんなものが医薬品だったのかというようなたぐいのもので、こういうものが医薬部外品に移ったという側面もかなり多いわけです。うがい薬というのは、ここで黒川審議官の前の審議官と言いつつあるのだけれども、うがい薬はなぜ医薬品かと私が言ったら、うがい薬は医薬部外品ですと返事されて、途中から後ろから注意されて慌てて、やはり医薬品でしたと言いつつ直された。御省の専門審議官がうがい薬は医薬品ではないという認識を持っておられた程度のもので、それが今度の371品目の中にも入っているということも考えますと、私はやはり悪い言葉で申し訳ないが、要するに、残滓の処理、つまりごみ箱整理という側面が多かったということですから、一応完了したとおっしゃるのはいかなものか、そうとは思っておりませんということをおし上げておきたいと思えます。

要するに、この検討に当たって、くれぐれも申し上げておきたいのは、これまでの議論の中でも言われてきたのですけれども、一体どこまでのものを医薬品として、従来の薬事法による薬剤師との対面販売の義務づけを解除し、一般小売店で売れるようにするのかと

いうメルクマールですけれども、私どもの考え方は、繰り返し申し上げましたが、作用の大きくない風邪薬、鎮痛解熱剤のたぐいでそういう範囲のものがあるでしょうということです。現実には我々はいつも買うときに、そういうものは別に薬剤師さんに相談せずには買っています。だから、風邪薬全般とまでは言いませんけれども、そういう範囲のものがあるでしょうということです。そういうところまで踏み込んでいただくのが、1つのメルクマールだということは、再三申し上げてきたところなので、今回の作業の中で、医薬品の種類分けをしながら、それもそれを白地に戻ってやろうというふうにおっしゃる中で、そういうことを考えていただきたいと思います。

さっきおっしゃった中での注意事項としては、リスクの程度というのは、これはおっしゃるとおりだと思います。

それから、情報の提供という問題。審議官がおっしゃったのは、医薬品として売のを認めるからには、全く薬剤師の関与のないやり方というのは考えられないというふうにおっしゃった。私はそうかなという疑問は持っておりますし、現実には薬剤師がいなくて、みんなうがい薬のようなものは当然買ってきたわけです。だから、私はそれに対して疑問を持っておりますが、100歩譲ってそういう考え方に賛成するとしても、その情報提供のあり方ということに対しては、これは一般小売店がそれに付いていけるようなものにしてもらいたい。ヘビーな条件を課さないようにしていただきたい。

先日の、いわゆる10時 - 6時の処置、これはドンキホーテを対象としてやった措置だと思えますけれども、あの中におけるような規制の仕方ではなくて、むしろジェネラルな専門家が常駐する場所をつくっておいて、そこに対してコンビニその他でやはりどうしても聞きたいという人がアプローチできるというシステムが最も合理的ではないかと思えますので、制度設計に当たってはそんなことをお考えいただきたいと思えます。

ちょっと視点が違うのですけれども、6年制に今度薬剤師の教育をなさいましたね。そして、それについては私どもも議論して、参入制限的な要素があるのではないかということで、いろいろ検討はしたわけですが、しかし、よく技術を習得するのに悪いことはないというわけで、それは認めただけですが、そういうことを契機として、しかも薬の種類というものを分類して、そしてそれぞれリスクの度合に応じて管理の仕方というものを変えていこうという発想であるならば、それを生かして、門前薬局的なものではない、本当の意味で国民にとって意味のある医薬分業の成果というものを出してほしいと思っております。

このために、具体的な問題としましては、今までもスイッチOTCということで、医科向けの薬がOTCになって、一般薬店が売れるようになってきたのですけれども、その要件の緩和をやっていただきたいということが一つ。

もう一つは、お医者さんが薬のことを知っているとは限らないわけです。ですから、今の医師と薬剤師との関係について、もう一度見直して、薬剤師が関与できるような、薬剤師と医師との間で、すべてが医師の処方せんによるだけではなくて、もう少し薬剤師の専

門知識を生かしたような仕組みを検討していただきたいというのが2点目。

3つ目は、お医者さんに対して薬剤師がある薬の処方について意見、あなたはこの薬ばかり出しますけれども、こんなのもう20年も前の古い薬ですとか、そういうような意見だとか勧告が行われるような仕組みとか。こんなようなことも合わせてやる。薬事法改正を本当にやるからには、きちっと一番上のランクのものに対しては、医薬分業の精神がはっきり出るようにする。一番下のランクのものについては、一般の小売店での販売が、範囲を広げ、かつ情報伝達について、遺漏のないようなシステムを構築する。そういう、きちっとした薬事法につくり変える。そして今雑居部落になってしまった医薬部外品というジャンル。アカギレのたぐいから、薬効成分を変えた医薬部外品、新たに加わった医薬成分を変えてない医薬部外品という雑居状態を整理して、近代的な薬事法に衣替えをしていただきたいということをお願いしておきたいと思います。

宮内委員長 何かお答えをどうぞ。

黒川審議官 まず、御評価をいただきまして、誠にありがとうございます。それから、一般小売店における販売、それも医薬品の販売ということについて御指摘があったものと思います。ここの部分につきましては、私ども、御方針を受けまして、すべての医薬品、繰り返しになってしまいますが、約1万3,000品目を対象に、申しあげましたような人体への作用が緩和か否か、副作用の問題等ですね。それから、販売に当たって専門家による情報提供が必要か否かというような観点からの御議論を、これまた透明性の高いプロセスを経てきちっとやっております。5回も行い、十分な時間をかけて結論をいただいたわけでありまして、それを踏まえて371品目について、その医薬部外品への移行がなされたわけでございます。したがって、これまで私どもに付託された仕事につきましては、基本的には履行しているものと私どもは考えております。

それから。

鈴木議長代理 ちょっと審議官、途中で遮って恐縮ですけれども、はっきりさせておきますが、評価をしていただいてありがとうございますとおっしゃられたが、私はさっきから評価していないと言っていることはお忘れなく。50点であるとは認めるけれども、その50点は不合格ということですからね。60点が普通合格点ですから。要するに、半分しかやってないではないかということをおっしゃいますから。それは薬効を変えないという点を評価しているだけで、医薬品としてやってないではないかという点ですよ。我々が求めているのは、医薬品として一般小売店で売ることをお認めくださいと言ったわけですから、私は評価しておりませんから、誤解なきよう。あなたの仕事はまだ途上であるという強い認識を持っていただきたいと思います。

黒川審議官 これまでに、そのような専門家による手段を尽くした検討によりまして、医薬品というものが一定程度明らかになったわけですね。と言いますのは、人体への作用が緩和でないものとか、情報提供が必要なものであるというような範疇に立って、現在の医

薬品マイナス 371、それはすべてそういったジャンルに入ると、私ども基本的には考えているわけでありませう。

したがって、専門家による何らかの関与の下で販売されることが必要であるということは、そこから自明として導き出されるところでありまして、幾つか例を申し上げたいと思います。

鈴木議長代理の方から、幾つかかぜ薬とか、解熱鎮痛薬というお話もちょっと御提示されましたので、私のつたない経験も踏まえて申し上げたいと思いますけれども、例えば、聞いておりますところでは、単なる発熱に見えても、それに至る経過で、例えば、痛んだものを食べて熱があると、それでどうも下痢があるような状況での発熱ということになりますと、これは単なるかぜとは考えられません。それから、発熱の程度も重要な状況になりますし、また御家族で、例えば、熱性痙攣のような経験がある方とか、そういった方が熱を持つ場合と、普段頑丈な人が熱を持つような場合と、かなり違うということで、それについては、一般の国民には判断が難しいという場面もあるわけですね。

それから、そういったところで専門家が、特にコミュニティにおける、例えば、薬局の薬剤師などが、そういった情報を踏まえながら、患者さんの最善の利益を考えて、申し上げたとおり状況によっては、受診勧告をしながら、繰り返しになりますが、患者さんができるだけ早く健康になるという目的を達成するために努力するというところが、この医薬品というジャンルの中に私は込められている、結晶されているというように思います。

胃腸薬でもどうだろうかという話があります。これはまさに裏返しになるわけでありまして、単に下痢のように見えても、例えば、6時間前に生のカキをいただいたと、あっという間に下痢になってしまったという場合は、細菌による感染症などが疑われるわけですから、これはもう受診勧告に普通なるでしょう。

そういったことで、私は繰り返しになりますが、現在の約1万3,000 マイナス 371 については、基本的には情報提供等が必要であって、専門家の全く関与なしで一般小売店の場所で売っていただくには、ふさわしくないというふうに思っております。

鈴木議長代理 だから、100歩譲っても、その場合には、事実上一般小売店が販売することが不可能になるがごとき情報提供の手段を課さないでいただきたいということを私は申し上げたのです。

黒川審議官 具体的には。

鈴木議長代理 そうですね、テレビ電話が相当普及してきて、安いものになってくるなら話は別でしょうけれども、それを条件とされると、一般小売店では難しいであろうというのが、1つは考えられますね。

黒川審議官 先ほど申し上げましたような、例えば、一般用医薬品を使うときの、専門家における患者さんのメリットを考えた判断のほか、この検討会。

鈴木議長代理 その話だったら、テレビで見せなくても、電話をかけてこういう症状ですよということを言ったら、専門家ですから、聞くポイントは心得ていますね。ここはど

うです、あそこはどうです、足はむくみませんか、何はしませんかという聞いたら、何も画面で見なくてもわかるではないですか。ものすごい風邪の状態に対する薬のようなことを言っているのではないですよ。ごくごくの普通の、だれでも個々の棚から取り出して飲んで、お金を払って出て行くようなものについてですから、何ら専門家の関与は要りません。私自身がセルフサービスで取っている。そういうたぐいのものを言っているのです。

そういう点も加味して、検討というものは進めていただいて、一般国民の利便というものを考えていただきたい。今のままではやってみただけでも、小売店で売られているものは、余りにも範囲が少ないから、実効性がないという声も聞きますから、そこら辺も考えていただきたいと思います。

石井厚生労働省医薬食品局総務課長 その点で、ちょっと補足をさせていただきたいのですが、私、同じ医薬食品局総務課の石井と申します。よろしく願いいたします。

今、大変コンビニなどの一般小売店における、それこそ何らかの専門家の関与の下に情報提供がなされる場合における、情報通信技術に関するやや各論にわたるようなお話に入ってきたかなと思いますけれども、実は私ども冒頭から御説明しておりますように、白地の議論をしようということで、実は非常に多くの論点を抱えておりまして、これから精力的にやるつもりではございますけれども、これからずっと行ってまいります検討の大本、前提になるところの、まずは1万3,000品目あるとされている医薬品のリスクの程度の評価、それからそれに応じた情報提供の在り方、こここのところの分類作業にまだ入ったところではございまして、したがって、小売店におけるそうした点についてのありようがどうかというのは、やや今の作業状況からいたしますと、私どもとしても何とも申し上げられないところがございます。しかしながら、いろいろ制約はありますけれども、これからございましてさまざまな論点についての検討の中で、その点についても議論は十分あり得るというふうに思っておりますので、専門家の検討の内容なども尊重しながら、適切に私どもとしてもこの論点の整理について関わっていきたく思っております。

鈴木議長代理 よろしく願いいたします。

ただ、最後のお願いをするなら、来年の秋ごろとおっしゃったが、検討の終わりをもちとムーブアップできないのかと。これも検討事項の中に是非入れていただきたい。結論を出せないのかということです。

黒川審議官 予定表にございますようなことで、今、考えておりますが、私どもにとっても戦後始まって以来の試みであることと。それから、これはさまざまなお考えを持つ方々から十分な御意見を聞く、それもお薬で残念ながら健康被害を受けてしまったというような方々がどう思われているのか。あるいは、売っておられる方々とか、いろんな意見をきちっと伺った上での進め方を取っていきたく思っております、この日程等については、本当に誠心誠意最短距離だと考えております。

八代総括主査 お言葉ですが、健康被害の問題をなぜこれに絡めるのかということです。今まで健康被害を受けた方は、薬局で薬剤師の指導を受けなかったから健康被害を受けら

れたのですか。その因果関係はあるのですか。それは卸売りの問題で小売りの問題ではないのではないですか。だから、完全に問題をすり替えておられるわけです。

それから、あたかもすべての薬局が夜開いているかのような前提で議論されていますけれども、今、消費者が求めているのは夜薬局が開いてないと、朝まで待てないと、そのときに薬が欲しいという切実なニーズについて、受診勧告だ何だという話は全然検討違いではないですか。薬局が現に本来すべき仕事を妨げているわけですから、その代わり深夜営業しているコンビニで薬が買えたらありがたいという消費者の検討は、ここにどういうふうに反映されているのですか。むしろこれは専門家が関与し、適切な情報提供等がなされる実効性ある制度というのは、むしろ薬剤師がいなければ、薬の販売を絶対行わせないと方向への規制強化であって、薬剤師の雇用確保になっても、要するに、本来消費者が求めていることと逆行しているのではないですか。

黒川審議官 まず、前半の方から申し上げます。具体的には、平成14年度の一般用医薬品の副作用報告は265件でした。このうち30件程度は、購入時に十分な情報提供を行うことによって発生予防できた可能性のある症例であると考えております。これは、たったの30件ということではなくて、患者さんにとっては、例えば、学校へ戻るなり、あるいは場合によっては非常に重篤なケースになるわけでございますので、極めて重く受け止めるべきであると考えております。

八代総括主査 その30件は、全体の被害の中の何%ですか。それから、夜薬が買えなかったことによる健康被害というのは、検討されておられるのですか。

黒川審議官 それでは、補足させていただきます。これは、副作用の点から申し上げましたけれども、例えば、先ほど下痢と発熱の話を上げましたけれども、ある程度薬理作用なり、それから病気の一般法則なりをわかっていますと、間違った薬を飲むと病気が長引いてしまうことがあるわけです。かえって健康を害することになります。

例えば、どんどん痰が出ているのにせき止めで止めますと病気が長くなってしまいます。こういったようなことから、場合場合によって専門家はきちっと関与して、患者さんの健康から見ても最善のアドバイスをするということは、医薬品について言えば必要なことだと思います。

福井専門委員 今の30例のお話ですけれども、具体的にどの事例について、いかなる意味で薬剤師の説明が足りなかったがゆえに発生した症例であるのかということ、個別ケースについてすべて後ほど教えていただけますでしょうか。今、初耳です。八代総括主査 それから、そもそもこれはまだ解禁されてないですから、それは薬剤師の怠慢であって、別にいたから防げたものではないのではないのですか。

福井専門委員 併せて、今の八代総括主査の問題意識と共通しますが、何のリスクを検討するのかという基本的な視点がそもそもずれているのではないのでしょうか。専門家の関与を強めるという意味での実効性のある制度だというのは、まさしく規制改革と逆行するわけでありまして、専門家の関与という一律強制がすべての人に対して必要であるのかと

というのが、もともとの論点であったはずですが。勿論、そういうニーズがある方、専門家のコンサルティングを受けたいという方に対して、必要な情報を提供する体制が整えられるべきという点について、何ら異存はありませんが、もともたここでの論点はそういうことではなくて、自分で作用がわかっている、あるいは、常備薬だということで、自らの健康に対する関係でこの薬を欲しい、しかも、夜中に欲しいというような消費者がいたときに、その人に対して薬剤師のコンサルティングを受けないと売らないという規制を強いていること自体の問題点だったわけです。

まさに自分の責任でもってわかって買うという人に対して、買う自由を認めないということの問題点を一貫して議論してきたわけです。およそ一般的に医薬品にリスクがあるかどうかという問題ではなくて、リスクがまさに薬剤師の説明不足によって発生したものであるかどうかということについて、検証すべき実証的な課題があったのだと考えますが、全くそれについてのお答えがなかったと思います。

そもそも、薬剤師の関与ということ言えば、現在これも繰り返し従来議論になっているように、特例販売業や配置販売業について、医薬品として専門家という薬剤師の関与なくして売られているわけですから、それで副作用事故が起こったという報告があるのであれば御教示いただきたいということは、かねてより一貫して申し上げてきましたが、そのような御報告は今に至るまで一切ないと理解しております。

ということは、まさにこれ自体が一種の社会実験として極めて適切な結果を示しているわけでありまして、特例や配置で対象にしていたようなものは、医薬品であったとしても、直ちに一般小売りに移行するということで、何ら支障がないという実験結果がもう既に出ている領域だと考えられます。

その上で、それ以外について、次の段階としていろいろ御検討されるというのが筋でありまして、そもそも思考のフレームも、基本的な思考について歪んでいると評価せざるを得ないと思います。

黒川審議官 それでは、1つだけ。幾つか御質問をいただきましたので、30例について1例だけ御説明申し上げます。あるかぜ薬で肝臓が悪くなった人がいました。これについて、御自分でどんどん増やしていったわけです。それで、1年、2年と経つうちに肝臓障害になったという事例がありまして、それについて相談して。

八代総括主査 それは、恐縮ですが、薬剤師のいる薬局で薬を買われたのですか。

黒川審議官 このお薬については、販売の情報については記載はございませんが、それについてはまたお話できると思います。

八代総括主査 それは、今は薬剤師がいるところでなければ売ってはいけないのですから、薬剤師がいてもそれは防げなかったのではないですか。

黒川審議官 要するに、相談をしないで持っていたものについて御自分でどんどん使っておられたというような形があって、そこに対して、適切に薬剤師の関与があれば、それが防げたものというふうに考えます。

福井専門委員 手持ちの薬を使い続けたということであれば、最初にこの方はどこで買ったのですか。そこがわかっていないのだったら、今の論点に対するお答えのデータとしては、何の意味も持たないと思います。

黒川審議官 基本的にここで申し上げたいことは、医薬品というものは、本質的に不安全な商品であるということであります。適切に専門家はその医薬品の特色に応じて、使い方なり、使うべき場面なりを説明することが重要だということではないでしょうか。

福井専門委員 その考え方が本質的に誤っていると、さっきから一貫して申し上げているわけです。リスクの評価については、薬剤師によるコンサルティングを受けないことによる安全性の欠如なり、リスクの増大というのが一貫したテーマであったわけで、全く問題がすり替わっています。

石井課長 いろいろ今、御指摘をいただいております。特にリスク、私どもの作業におけるリスクのとらえ方について歪みがあるのではないかと御指摘があって、私どものこれまでの説明がどうもまだ十分ではないのかなと思ったものですから、改めてその点を中心にお話をさせていただきたいと思うのですけれども、私どもは一般用医薬品1万3,000品目、このリスクが一様の高さで同じであるというふうには思っておらないわけでございます。この点はもう御理解いただいていると思います。非常にリスクの高いものから低いものまで、恐らくリスクマップ、あるいはリストというものをつくってみようとした場合、リスクの大小において並べた場合に、1つの傾斜みたいなものがあるいはできるのかなという想定を当然のことながらしております。

福井専門委員 済みません。そこはもう理解しております。特に申し上げたかったポイントは、今、現に社会実験でリスクがない、要するに、説明がなくてもちゃんと安全に使われている薬が、特例や配置、配売業の形で存在してるわけですから、そこについては、もう何ら議論の余地はない、疑問のない領域ではないですかというのがポイントです。おっしゃる趣旨はわかります。段階があるでしょうから、よりリスクの高いものであれば、果たして薬剤師のコンサルティングが要るのかどうかということは、まずそれを解禁した上で、次の段階で議論いただきたいということです。

石井課長 御理解いただいているということであれば、これ以上は申し上げませんけれども。それで、1点配置について申し上げますと、これも確かに正面に薬剤師が関与すべしということにはなってございませんけれども、御案内のように知事が限定的に地域の実情を見て定めた品目について、要するに、一定の販売行為に関わるものについての要件を一応課してございます。そういう意味で、薄いというふうにごらんになるかもしれませんが、そこは専門性が一応担保されているというふうには、私どもは思っております。

福井専門委員 失礼ながら、専門家が関与して実効性がある制度を構築するための検討のみをなされているというのが、一貫した先ほどまでの御説明でございましたから、特例の場合には、既にその前提は崩れているという点については、何ら事情に替わりはないと思います。

石井課長 特例については、実はその中身も、例えば、昨年の議論なんかでもあるいはあったかと思えますけれども、医療用の、例えば、ガスであるとか、やや特殊なものを扱っている店舗が過半ございますので。

八代総括主査 そうでない店舗もあるのですね。

石井課長 はい、ございます。

八代総括主査 過半の問題をしているのではなくて、一件でもあってはいけないのではないですか。

石井課長 それで、特例について。

福井専門委員 要するに、整合性をどうとらえるのかという点に、私どもは非常に関心があるわけです。

石井課長 特例については、まさに都道府県知事が地域の実情というのをよくにらんで、それで必要な品目を本当に限定して認めているわけです。おっしゃるように、医療用のガスであるとか、歯科材料だとか、そういうものを除いたときに、なお専門家の関与がないと指摘されるような点も、これは私どもも否定はいたしませんけれども。

福井専門委員 そうであれば、そこでもし説明不足による副作用がさように重要なことであれば、副作用が発生しないとおかしいということになるはずですが、現に発生していないわけです。それと並びにしましようということなのです。

石井課長 説明を補足させてください。ただ、私どもはそのような、例えば、特例なり配置、これそのものを、これまでと同様維持していくということについて決めを打って、その上での検討をしようということではございませんで、その部分も含めまして、どのような医薬品の。

福井専門委員 その部分を更に規制強化しようということですか。それはちょっとおかしいのではないのでしょうか。

石井課長 そんなことは申し上げておりません。

福井専門委員 今、現に薬剤師の関与がなくて安全な領域を更に規制をかぶせるということは、有害な規制そのものではございませんか。

石井課長 その部分も含めて、言わば戦後この方一般用医薬品についての販売の在り方については、抜本的な検討がなされておりませんので、大きくとらえて、そして原点に立ち返った検討をしようということでありまして、部分的に特例がどうのとか。

福井専門委員 そんな大きな思想を問題にしているのではないのです。現に危なくないような販売形態と類似のものについては、今、直ちに解禁しても何も危なくないという、極めてシンプルなことを申し上げているだけです。

石井課長 そのところは、手法の問題ということで、私どもの方にお任せいただきたいと思えますけれども、沿革的なものもあって、一部。

福井専門委員 お任せできないからこういう議論が設定されているのではないのでしょうか。

石井課長 一部そういう部分もございますけれども、私どもとしては基本的に白紙に立ち返ってきちんと議論しようというスタンスでやっているということだけは、本当によく御理解いただきたいと思う次第でございます。よろしくお願いいたします。

宮内委員長 この部屋を後で使う時間が来ておりまして、この意見交換は以上をもちまして終わらせていただかないといけないと思うのですけれども、最後にこの議論は去年したことと同じことを、何かテープレコーダーを回しているような感じでして、もうその議論は済んで次の段階に行くべきと思っていたわけでございます。けれども、まだ鈴木議長代理のおっしゃったように、50点というところから動いていただけてないのかなという感じがしております。国民の利便性、消費者の考え方、社会通念と、それから政策の整合性ということで、相当矛盾を抱えてきているのではないかという考えもございます。そういう意味で、我々の考え方も十分取り入れて御検討いただくということで、また引き続き意見交換をさせていただくということで、今日のところは十分御意見を闘わせていただきましたので、以上をもちまして終わらせていただきたいと思います。

大変貴重な時間、ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の公開討論を終了させていただきます。ありがとうございました。