

第1回産業競争力会議医療・介護等分科会議事要旨

(開催要領)

1. 開催日時：2013年9月27日(金) 9:30~11:00
2. 場 所：内閣府本府仮庁舎地下講堂
3. 出席者：
西村 康稔 内閣府副大臣

佐藤 康博 株式会社みずほフィナンシャルグループ 取締役社長 グループ CEO
新浪 剛史 株式会社ローソン代表取締役 CEO
長谷川閑史 武田薬品工業株式会社代表取締役社長

川渕 孝一 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授

翁 百合 規制改革会議健康・医療WG 座長 (株式会社日本総合研究所理事)

(議事次第)

1. 開 会
2. 日本再興戦略の実行状況 (医療・介護等分野) について
3. 有識者ヒアリング
4. 医療・介護等分科会の今後の検討について
5. 閉 会

○冒頭

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

本日の出席者についてはお手元の資料をご覧ください。本日は有識者として、東京医科歯科大学大学院の川渕孝一教授をお招きして議論に加わっていただく。

本分科会のミッションについては資料2をご覧ください。閣議決定された日本再興戦略の中に、医療分野について様々な課題が残されているとある。特に2.の「検討項目(例)」に記されているが、(1)サービス提供体制、(2)医療介護のICT化、(3)保険給付対象範囲の整理、(4)公的保険外のサービス産業の活性化などが医療・介護等分科会の課題となっていると考えている。

まず、本年6月に決定した日本再興戦略のうち、医療・介護分野に関する主要施策の実行状況について簡単にご説明する。今回、4点だけポイントを取り上げている。

「健康寿命延伸産業の育成」については、グレーゾーン解消の仕組みを構築することが閣議決定されているが、これについては、「産業競争力強化法案」でグレーゾーン解消の仕組みを設けることとし、それを臨時国会に提出する予定。併せて、「次世代ヘルスケア産業協議会」を年内に設置することが考えられている。

2つ目に「一般医薬品のインターネット販売」については、厚生労働省において、一般用医薬品の販売ルール策定作業グループとスイッチ直後品目等の検討・検証に関する専門家会合と、2つの検討会を開催しており、販売ルールについては概ね資料4-2にある形でまとまる方向であり、スイッチOTCの取扱いについてはまだ検討しているところと理解している。

それから、「『日本版NIH』の創設」については、8月2日に健康・医療戦略推進本部

を設置し、医療分野の研究開発予算の要求の基本方針を決定し、来年度要求として1,382億円の概算要求をしているところ。

「先進医療の大幅拡大」については、まずは抗がん剤に関する先進医療のハイウェイ構想に基づき、抗がん剤の専門的な評価その外部委託に関する基本方針について中央社会保険医療協議会で了承を受け、今後、外部委託の運用方法の了承と委託先の決定を行って、11月末頃までに運用を開始するという予定になっている。

それでは、本議題に関してご意見があればお願いいたしたい。

(佐藤主査)

この部会のスターティングポイントとして、日本が抱える少子高齢化の急速な進行という課題に真正面から取り組んで、世界に先駆けてその課題を克服する中で、これを新たな成長分野につなげていこうということが基本的な方向感だと理解している。

その中でのポイントは、大きく分けると3点ある。

1つ目は、全ての国民が健やかに、かつ安心感をもって長生きできる社会を構築していこうということ。

2つ目が、特にこれは重要な点として強調させていただきたいが、予防を含む医療・介護等において民間活力を最大限に活用して、いわゆるグレーゾーンと呼ばれる周辺分野も含む関連産業を成長分野へと育成する形に持っていくということ。

3つ目に、社会保障関連分野の財政負担の拡大に歯止めをかけるような制度を早急に設計していくこと。

大きく分けると、この3点を議論の中で具体的に、かつスピード感をもってやっていこうということだったと思う。その過程の中で、そうしたビジネスモデルをこの戦略につなげていこうということだったと思う。

4月23日に、ここにいらっしゃるおられるメンバーの方々と一緒に主査ペーパーを提出させていただいた。それとのバランスで、今回のカバレッジについて若干申し上げると、今申し上げた大きなポイントのところは大体がカバーされている。それから、フォローアップ項目として既にもう動いて具体的なアクションに入っているもの、例えばPMDAの体制の強化や、更にヘルスケアポイントの問題等については、もう具体的な形で実証実験に向けた準備が進められていると聞いており、そういったものについては引き続き我々分科会の中でもフォローアップをしていくということが役割になってくると思っている。したがって、今回の議論の中でそうした分野は中心テーマではないと理解している。

そこで、今、事務局の方からご説明のあった中で、もう少し強調しておきたいことについて何点か申し上げる。

1つ目は、次世代ヘルスケア産業協議会の役割について、既にペーパー等に資料として出ていると思うが、やや企業からの相談を待つという受け身の体制づくりのように見えなくもないと思っている。ここはむしろ能動的にグレーゾーンを精査してホワイトとブラックの間を決めていくという形のプロアクティブな機能をつける必要があるのではないか。

2つ目は、いわゆる「保険外併用療養」といわれる分野について、抗がん剤から始まるということになっているとの話は今あったとおりが、今後の具体的な工程表やスケジュール感について、是非この会議で議論させていただきたい。

3つ目は、例えばメディカルエクセレンスジャパン(MEJ)の機能の強化についても議論するのではないかとと思っている。また、予防について、もう少し取り出して議論してみたいと考えている。例えば健康診断の在り方については、中堅中小企業の健康診断の受診率をどうやったら向上させていけるのか等の点については、6月までの議論の中

では論点として挙げさせていただいたと理解しており、そういった問題についてもう少し深掘りできればと思っている。それから、レセプトの活用については、これもテーマとしては入っていると思うし、広島県の呉市の事例をもっと拡大していこうという話があったと思うが、このレセプトを活用した、あるいは ICT を活用した予防の問題というものももう少し議論を深めていきたいと考えている。

最後に、これはむしろこの分科会が主体的に議論するということではないかもしれないが、特区の議論の中で、「医療特区」というような議論がもし出てくるとすれば、その中身について、今まで議論してきた中でどの部分を医療特区で試すのか、この会合との連携をどこかで議論していただくということを是非お願いしたい。

(新浪議員)

まず全体像だが、先程佐藤主査から言及があった、海外等につなげていくビジネスモデルということは大変重要。いわゆる産業としての拡大をしていく道筋をここからどう作っていくか。最終的には、いわゆるベンチャーを始めとした企業が出てくる、もしくは企業が投資をしてくるのか。中にはそれについていけないところが出ていくという新陳代謝もあるが、まずは新しく生んでいくというところの道筋がきちり出てくるのか。

その中で、今いわゆる医療・介護に携わっている方々と Co-Work しながら事業を行っていくようなところが出てくると思う。だからこそグレーゾーンという話が出てくると思うが、目的、目標はやはり産業を創っていくということであり、そこにきちんとつながるような道筋をつくらなければならない。

厚生労働省の資料によれば、従来のいわゆる社会システムの話が大変多い。これは、今までやられてきたことであり当然だが、むしろこれを今度どうやってビジネスにつなげていくかという絵面にしていかなければならない。

その中で、市町村の成功事例の横展開について、このような中にビジネスがどんどん生まれてくる可能性があり、呉市を始め長野県なども非常に健康長寿であるという成功事例があることは、貴重な資産だと思う。こういった成功事例に大中小の企業が入り込み、そこからそうした事例が多く市町村で生まれてくる。これは、県というレベル以上にもっと細かなメッシュである市町村というレベルで取り組むことだろう。それを地方経済の活性化につなげていくということが大きなねらいとしてあるのではないか。私が主査をさせていただいている農業も同様。医療、福祉、介護、これは全て地域密着であり、地域で経済をどう活性化するかという道筋を是非つくっていくべきと思う。

予防についても今、佐藤主査がおっしゃったとおりと思う。

もう一点、是非国家戦略として考えていかなければならないと思うのは、ここで技術的なことを考えると、日本が今、強いのはスーパーコンピュータである。理化学研究所の持っているスパコンの京について、民生利用を徹底的に謳っていくべき。実は、京は民生利用では世界一であり、京をもっと活用することによって、より脳の解析や創薬が捗る。国家として今、強いものを伸ばしていくということを具体的に京の活用面で示し、そして最終的に例えば脳の解析をする、もしくは DNA の解析をする。これらによって最終的に予防につなげていく。既に遺伝子を解析することによって、いわゆる将来の糖尿病の可能性等が分かるようになっており、こういったシミュレーションのレベルを上げていけば、世界一になれる可能性がある。そして、そこにビジネスができ、世界に対して戦っていける。このあたりはもったいないと思う。中国、アメリカは軍用の利用であり、民生利用では京が世界一である。しかし、いわゆるアプリケーションが弱い。ここがビジネスにつながる。そして、最終的には社会問題も解決する。このような道筋で、省庁横断で是非ともやっていただきたい。

(長谷川議員)

ちょっと難しい問題をまず投げさせていただくが、元々我々は「産業競争力会議」の民間議員であり、提言する目的は全て競争力の強化、すなわち成長への貢献という観点が必要ならぬということをもまず申し上げておきたい。

その点、本来であれば医療・介護を産業として育成していくという議論も必要だと考えるが、一方で、「経済成長のために医療・介護をやっているわけではない。」という話にもなる。したがって、「やり方によっては社会的コストではなく成長に貢献し得る。」という観点で議論することをまず念頭に置いていただきたい。

その上で、具体的にはどういうことを掲げるか。例として挙げると、既に取り組んでいただいている待機児童の解消や、特養入所待ち、いわゆる待機老人の解消を進めれば、そのために家庭にいて世話をしなければいけなかった人が、働いて給与を得、税金も払い、消費もすることによって成長に貢献できるというウィン・ウィンの関係になる。社会保障制度の中で、保育や介護の面倒がより見られることになれば、このような展望が得られるということになる。

そのためには、単年度会計ではなかなか難しいが、先行投資ということも考えていく必要がある。待機児童 40 万人を 5 年間で解消するとすれば、先行投資しなければならず、既にその橋は渡ったわけであるから、そういった観点も頭の中に入れて、従来と少し違う取組をしていただく必要があるのではないかと。

グレーゾーンの解消については、趣旨は理解したが、新たに参入しようとする事業者が能動的に規制適用の有無を確認するだけでは不足ではないか。医療機関以外の事業者が健康分野に参入したり、医療機関が医療以外の分野に参入したりするには、確かに医療機関以外のものが何ができるのかを明確にする必要はあるが、その上で、例えば新設する次世代ヘルスケア協議会において、別の仕掛けも用意する必要があると考える。例えば、保険者や医療機関が保有するデータをどこまでどのように活用できるようにするか、自治体や保険者への予防等への取組に対するインセンティブをどのように作り上げるのか、ネットワークをどう形成していくのかなどである。

自治体や保険者の予防への取組事例としては、一部新浪議員がおっしゃった長野県のような詳細な例を今年の春にも一度厚生労働省に提示していただいたが、それをどう横展開するのか。たまたま待機児童の問題については横浜の成功例を横展開するということが進められている。誤解を恐れずに言えば、ある程度似たような環境にある長野県と青森県を比較すると全く状況が違う。なぜ違うのかということの詳細な分析をみれば、公民館の数から、医者と地域の密着から、様々な仕掛けが長野にはある。地域と住民が密着して、定期的な運動だけではなくて、例えば食生活にもコミュニティごとに関与してやっている。そういうことを横展開するには、予算的な問題もあり、一方で効果発現には時間がかかることから、魅力は乏しく映るかもしれないが、地道な施策ほど効果があることもあり、是非検討する必要があると思う。

他に具体的な事例として、市中の薬局やコンビニ等で個別の健康情報の収集がある。既に「ワンコイン健診」として簡易検査をやっているところがあるが、現在は医師か看護師でないと血液が採れない。患者さん自身が自分で採った血をもう少し容易に検査できるようにすれば、今まで全く検査を受けたことがない人が検査を受けて、そのことによって重大な事態に至ることを未然にある程度防げるとか、そうした効果もあるため、このようなことをもう少し考えていただくことが必要である。

それから、個別の健康増進プログラムの作成や生活指導などについても、地域の自治体やスポーツクラブなどとも連携してやるということをもう少し明確に打ち出してはどうか。

それから一般用医薬品のインターネット販売について、大半を認めていく方向で検討

されていることについては評価したい。ただ、スイッチ直後品目等について、3年の期間で、内服薬だと3,000例、外用薬だと1,000例の調査をした上で、1年間の評価期間を加えれば4年後にそういうものもインターネット販売の対象とするということのようだが、1つは3年3,000例の期間・症例数について、もう少し短縮していただく、簡易化していただくことは考えられないのか。もう一つは、この3,000例の調査は、おそらく薬局でアンケートを渡して調べるとか、そういうことで対応されているのではないかと思う。そうであれば、ネットを通じて質問書を送り回収もできるだろうから、本当にインターネット販売と店頭での販売を差別化する必要があるのか、ないのか。インターネットを対面と同じように取り扱うという観点から、見ていただく必要があるのではないか。

それから、最後に残っている28品目について、劇薬の部分というのは勃起不全薬とホルマリンであるが、これらについては、あくまで個人的な感覚として、一定の規制は場合によってはやむを得ないかなと思う。

これまでの市販後調査の結果を見ると、ロキソニンで1件の死亡例はあるが、その例も、スイッチOTC薬の使用と死亡との因果関係は間接的ではっきりしないとの結果報告があって、ドラッグリレーテッドであるという結論ではない。医療用成分としての使用実績も踏まえた上でスイッチし、市販後の調査もやってこられたからこそ、OTCになったものは極めて安全性が高いということの証左でもあるので、そういうことを踏まえて簡易化や手法の多様化も考えていただきたい。

なお、28品目の中には、スイッチ直後品以外の劇薬なども含まれているため、個別にみていくことが重要であると考えます。

それから、NIHについて少しだけ申し上げると、ここまで具体的な予算措置として2014年度からやっていただけることについてはすばらしいことであり感謝申し上げますが、その中でいくつか申し上げたい。

1つは、研究分野を重点化していただくと同時に、縦割りの打破だけではなくて、その分野横断の横串機能というのもしっかりと考えていく必要がある。例えば、IRB（臨床試験審査委員会）をどうするかとか、知的財産管理をどのようにしていくとか、ピアレビューのプロセスをどうやるのかとか、全体のPDCAをどう回していくかなどといったことは横串として共通でやっていただくスキームをお考えいただきたい。

それから、新組織の機能を発揮するために肝心なのは、組織の長や事務的サポート役の人事である。そういう立場の人には、案を検討していく段階から加わっていただくべきであり、トップ人事は早急に決めていただきたい。アメリカNIHのいいところも悪いところもわかっていて、日本的にそれをちゃんと有効な形で定着させるためにはどうすべきかということについても立派な見識を持っており、関係者にもその人が説明すればある程度納得性を持っていただけるような、なかなか難しい人材となるが、せっかくここまで来たからには、そういった方を早く選んでいただきたい。

先進医療の拡充に関しては、抗がん剤をまず対象としていくということについては私も全く異存はないが、今後更に拡充することを考える上でも、実施後に、対象の数や評価に要した時間などのフォローアップをきちんと行う必要がある。今後よりよい形に持っていくために、PDCAをきちんと回していただくこと、更には、どのような条件が整えばがん以外の領域についても考えるのかということについて一度ご検討いただきたい。

それからもう一つは、諸外国での導入例のあるコンパニオンネットユースについて。例えば私も希少疾患である小児用の血液がんの薬を開発したが、国によってはなかなか規制当局の承認が得られない場合もある。その際には、ネームドペイシエントプログラムという、個別に患者さんを登録する形で特別に使用する仕組みもある。おそらく

全てお考えになっておられるとは思いますが、いろいろな事例を調べていただいて、問題点を解決するために一番いい方法は何かということをは是非一度お考えいただきたい。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

ネット販売について、まず感謝をいただきましたのでお礼から申し上げる。

一般用医薬品の99.8%のネット販売についてはもう解禁をしており、残り28品目について、先程の長谷川議員のお話で劇薬とホルマリンはよかろうというお話があった。そこで、劇薬とホルマリンを除くと残り20品目くらいになる。それで、3年3,000例というのをどうやって決めたのかについて、これは、もちろん専門家の議論で、論理的にはその症例数が一定数あれば、それで判断ができるのかとも思うが、実際は時間が経ってから出る例というものがあるため、そのあたりはもう一度専門家に再度議論をする余地があるのかどうか、話をしてみたいと思う。

それから、ネットとの差で記録のお話が出た。これは、先週金曜日にルールの方の検討会を開催し、薬局の方もきちんと第1類については記録を取れという義務になるということで、形式的にも全くイーブンとなった。そういう意味では、かなり当初想定していたよりも形式上も肩を並べるようになってきたと思う。

それから、いずれにしても短縮ができないかという話について、3年間のデータを評価した後に1年間かけて評価する。1年間のところは我々の作業の部分があるため、これは効率化など、若干改善の余地があるかないかは検討したい。

それから、ロキソニン1例だけで比較的安全ではないかというお話だが、たまたまエパデールという薬が、昨日PMDAのホームページで新たに肝機能障害のおそれがあるので注意書きに加えるという検討を始めたということが出ており、やはりものによっては使い方によっては危ないものがあると思う。ここは専門家の先生方とよく相談をしながら、基本的にネットと対面でそれぞれメリット、デメリットがあると思うため、そういうところに着目しながら、残された時間はあまりないが整理を急ぎたい。

(原厚生労働省医政局長)

グレーゾーンでお話が出たワンコイン検診について、今検討を進めている。現在の制度上は、検査する場合の登録衛生検査所制度というものがあり、これは非常に厳しいかっちりとしたものですが、それ以外にこういう簡易な検査についてどうするかを検討している。本来、糖尿病の傾向があって医療機関にかかるべき人がそれでミスをしたら大変なことになるが、そういった精度の問題をどうするか、あるいは自己採血であれ血液が出るため、こういうものをやたらと放置されては困るという衛生上の問題、そういった点も含めて現在検討を進めている。できるだけやりやすい形で、おっしゃるように予防に役立つような形のものを検討していきたい。

NIH関係について、横串的なというお話があった。その中でIRBについては、日本は現在医療機関ごとに倫理委員会をもってやっている。その基準も必ずしも明確ではないため、来年度予算で要求しているのは、認証制度をつくって一定の要件を満たしたところをしっかりと倫理委員会として認めていくこと。また、現在、臨床研究中核病院等をつくっているが、そういうところの倫理委員会が周りの研究などにも対応できるような、そういう意味では日本各地でやっていたものをもう少し第三者的にできるような制度を来年度から考えていきたい。

(神田厚生労働省審議官)

保険外併用療養について、今後の具体的な工程に関する質問があったが、がんについては、11月末を目途に、既に中医協の中で外部委託する場合にはどういう機関にする

のか、外部に評価委員会を置くとか事務局を置いていただくというようなことを含め、どういう病院群であれば対象になるのかという具体的な方向性についてはおおむね御了解をいただいております、更に具体化をしてまいりたい。

それ以外の部分については、医療機器や再生医療についても26年度予算で当面どこか1か所に外部委託するような機関、例えば再生医療であれば心臓、神経、目の病気など、専門の拠点が今はまだばらけている状況であり、どこか1か所に委ねることが難しいということであれば、技術審査部会の中にそうした再生医療や医療機器を専門に検討するような組織を立ち上げ、あらかじめどういった病院群であればいいかなど技術評価をしておき、できるだけ迅速に一定の医療機関において保険外併用療養が始められるような体制をつくるため、26年度に予算要求を今はさせていただいている状況である。

それから、特区との関係ということで、世界トップクラスの国際医療拠点を形成するため、臨床研究中核病院と同じような水準の臨床研究ができるような体制があるところであれば、国内未承認の医薬品等について向こうの申請を待つことなく、むしろ積極的に我々のほうもプロトコルのつくり方など、どういった体制でやったら評価が円滑にいくのかということと一緒に考えて、できるだけ速やかに保険外併用療養の対象にできるようなことを検討していきたい。

(中垣内閣官房健康・医療戦略室次長)

長谷川議員からお話があったとおり、もともと日本再興戦略で次期通常国会に所要の法案を出すということは決まっているが、この間どんなことをやったかということで、8月2日に健康・医療戦略推進本部をつくり、8月8日に医療分野の研究開発関連予算の要求の基本方針といったものを決めている。その後、8月15日に内閣官房長官による各省ヒアリングということで、各省の関係局長をお呼びしてヒアリングを行った。その際、官房長官の方から、がんや認知症、感染症などの7分野について各省で連携してやってくれという指示が出ており、その後、月末までに私どもの方でも精査して概算要求を各省から行っていただいている。

今後研究費予算をやっていく場合、これまでの経緯により、各省の補助金なり委託費の中で、例えばカバーできる範囲がちょっとずつ違っていると、様々な手続が違っていると、必要な書類が違ったり、いろいろ連携に当たっての支障がある。そういうものをうまくつなげていかなければ、なかなか実際に基礎から臨床に移ってこれないということになり、それは困るため、そういったことも含めて一元化していきたいと思っている。おそらく独法が実際に活動し始めるのは平成26年度予算からでは無理と思うが、独法ができる前の平成26年度の予算についても私どもを中心に一元化の作業ができればと思っている。

それからもう一つ、新しい組織のトップにやはりきちんとした人を選んでというお話があった。全く同感。ただし、具体的な話につきましてはまだこれからということでご理解いただきたい。

(新浪議員)

先程そもそも論を言ったのに今更というのはあるが、インターネットでの薬の販売などの前に考えなければいけないのは、いわゆる予防、またはセルフメディケーションや、ミールソリューションといった全体像で国民の健康をどうやって長寿にしていくかということをもっと考えなければならない。いかに健康な生活をするかということを考えれば、食べるものも必要で、メディケーションも必要。両方をいかに適時に、いわゆる問題を抱えている、又は問題を抱えそうな方々に提供できるサービスを提供することが

産業をつくっていく。したがって、何か薬ばかりが議論の中心になったが、薬というのは販促するものではなく、やはり食べるものから予防を進めるためには、ミールソリューションとセルフメディケーションはパッケージで考え、そこに価値をつくっていかなければならない。

しかしそこで、一般用医薬品のインターネット販売に関して、なぜテレビ通販がだめになってしまったのかがよくわからない。家でも店頭でもできるようになり、調剤薬局などの活性化にもつながっていく。そして、そこに例えばミールソリューションをつくっていくとか、そこにベンチャーができてくるとか、非常に幅広くできる話である。今回法案を通すということだが、本筋を忘れてはいけないと思うので、是非この辺りをいずれは再考していただきたい。

(長谷川議員)

これは山中先生から直接伺ったが、iPSの研究について経産省と文科省と厚労省から研究費の資金がくるが、各々の予算について別々のフォーマットで報告しなければならない。それで、分けられないものまで無理矢理分けなければならない。今回せっかくこういうものをつくられたのであれば、その辺りも更に一本化され、研究者が研究により打ち込める形にすべきである。どう決着をつけるのかは3省の問題かもしれないが、あまり煩雑でなく研究者がより研究に集中できるような視点も是非加えて検討いただきたい。

(佐藤主査)

10月中旬くらいに、今出ているような意見を全部まとめて我々民間議員の論点整理として提出するわけであるが、先程少し触れたレセプトの活用を含めたICTの問題について具体的にどこまでやるのかということについては、もう少し具体的なプランニングを、なるべく早く先程のスケジュールに合わせたような形でつくっていききたい。それから、あまり話が出なかった産業化という観点から、医療機器の許認可の問題や、新しい医療機器に対する予算措置の問題等についても是非カバーをしていきたい。

(広瀬経済産業省審議官)

民間議員の先生方から、この分野はビジネスとしてどう捉えていくのかという視点があったが、我々も全く同じ問題意識。秋の臨時国会に提出予定の「産業競争力強化法案」では、グレーゾーンについて確認を求めるための規定を置いているが、それだけでは進まないという問題意識は我々も全く同じだと思っている。こうした制度を活用しながら、我々は今、例えば運動指導や栄養指導など、個別に聞くとこんなグレーゾーンがあるということは把握している。それ以外のもっと細かいところや、あるいはその他の分野でどんなグレーゾーンに関するニーズがあるのかということをしかりとくみ上げて、ガイドライン化を図っていく。こうした取組をどんどん進めていくことによって、事業者の方々が、では実際に具体的なこれはどうなのかということが言いやすくなる環境をつくっていききたいと思っており、そうした機能も次世代ヘルスケア産業協議会のミッションだと考えている。

その他、やはりこの分野は様々な事業者がいるため、品質保証、つまり利用者の方々が安心して使えるような形で、一定の品質が確保されるような仕組みが何かできないかという点、既にいろいろなところで第三者認証という形で企業の方々が相談をしている。例えば患者さんに適用してこれは大丈夫かなとか、それを認証してあげるといいう制度がある。こうしたもののベストプラクティスを集めて横展開していくことで、医療機器やサービスの供給側の取組をレベルアップしていく。

もう一つは、まさにおっしゃったように予防医療の市場をどうつくっていくのかといった視点も大事だと思っている。先程あった呉市の取組や、新浪議員のところの取組もそうであるし、他の会社でもいろいろな形で運動管理や栄養指導を実施することによって、逆に投資した以上に一人当たりの医療費が下がっていくという事例がある。こうした取組の投資効果がどのくらいあるのかということについて、皆さんで共有をして経営の方々の意識も高めていき、健康経営というか、そうした需要側のダイナミズムをつくっていくことによって横展開をしていく市場を作っていきたい。この需要、供給両面の取組を、ある意味では国民運動かもしれないが、大きな形でやっていく場としてこの協議会を活用していこうと思っており、ご指摘を踏まえてやっていきたい。

(西村内閣府副大臣)

既に厚労省を始め各省、成長戦略の具体化、通常国会に向けて予算、法律、それからいろいろ検討を進めていただいて、これは一定程度進んでおり感謝したい。

ただ、いくつかの点で今日もご議論があったが、一般用医薬品のインターネット販売、いわゆるインターネットで販売できるもののルール化の話と、それから28のスイッチの品目をどうするかという話と、引き続き議論がある。規制改革会議を含め、様々な議論がこれまでもあるが、是非引き続きよろしくお願ひしたい。

グレーゾーンのところは法律化をする予定ということであるので、是非うまく調整していただき、できるだけ民間で幅広くできるようにという先程の方向性でやっていただきたい。いわゆる日本版NIHは、予算で一定程度の方向性を出していただいているが、更にその次のステップと言うか、本来臨床研究なども含めて一体的にやるということが一番の話であり、先程の長谷川議員の報告の話などを含めて、本当に一体的にできるようにするということが一番肝心である。単に予算だけではなくてやっていくということを目指して是非引き続きお願ひしたい。

先進医療のところも着実に進んでおられると思うが、先程もコメントがあったとおり、特区において更に一段の早い承認も是非お願ひしたい。特区についてもいろいろご議論させていただいており、それ以外のところも一定の進展を見ているが、引き続きよろしくお願ひしたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

続きまして、有識者ヒアリングに移らせていただく、本日は、成長戦略を議論するに当たって、医療経済学の第一人者である東京医科歯科大学の川淵教授にお越しいただき、御自身のお考えをお話いただきたい。

(川淵教授)

今日は、資料5ということで論点を私なりにまとめた。ポイントだけ申し上げていきたい。

まず、ゼロ番の議論が結構大事だと思っているが、そもそも医療・介護分野は成長産業になり得るのか。この命題が随分医療界や介護界でとらけている。医療・介護は社会共通資本であって、産業にするのはどうかという話がある。

結局、医療は国民皆保険が始まってもう50年経ち、概算では、国民医療費は38兆円を超えた。一方、介護は今、予算ベースで9兆円。両者を足すと47兆円になる。ただ、全部自由診療ならば産業だと思うが、結局、医療は公費と保険料が86ポイントになり、14ポイントが患者さんの自己負担。介護は9割が公費と保険料で、自己負担は10%だけ。これが社会保障というものだと思う。

ではこうした公費、保険料が増えていく社会をよしとするのか。ポイントはその持続

可能性。6月に出た日本再興戦略では国民の健康寿命の延伸が掲げられ、この目標は結構、国民的にも、また、利害関係者が多い医療・介護関係者の間においても納得が得られるのではないかと。

キーワードは、国民全員参加で皆でやろうよということだと思ふ。今の世の中、非常に閉塞感がみなぎっているが、何とかしてこの成長戦略、成長産業をつくっていくことが肝要。そうすると、どうしても質の向上と効率化の同時達成、つまりは一方で医療・介護の質を上げて、同時にムダ、ムラ、ムリの3つを効率化するようなことを考えられないかと思ふ。医師会の先生方は、そんなものは無理だというのが、産業界はこれをやってきた。やはりここが日本の産業界がこれまで培ってきた力ではないか、医療・介護も何とか質の向上と効率化の同時達成ができないかと思っている。

国民の貯蓄1,600兆円を何とか医療・介護に使ってもらえないかという話がよく出る。健康投資という言葉が先程も出ていたが、やはり貯金をずっとたんす預金で持っているのではなく、医療・介護に使おうという話。ただ、これもなけなしのお金を使っただけでなく、やはりお金をかけただけの価値があるのかどうか問題。医療・介護を提供するだけではなくて、自分の健康にお金を使っただけという雰囲気は国民の中に出てこないか。

こうした問題意識の下、日本再興戦略には健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を2020年までに現状の4兆円から10兆円、それから医薬品・医療機器、再生医療等は2020年までに12兆円を16兆円にするとの目標がある。私はこの案を見て、これぐらいだったら何とかできるのではないかと思ふが、ただ、これもやはり皆さんがやろうと思うかどうか、国は1,000兆円も借金をしてしまい、もうあまり時間がない。アリの一穴作戦というか、何を動かせば医療を提供する側、介護を提供する側、国民も皆やろうとなるかどうか。

その一方で、医療・介護は制度ビジネスの要素がある。制度を触るとなると、おそらく厚労省の皆さんがおっしゃりたいのは、では誰がリスクをとるんだと、この1点に尽きる。

制度ビジネスの持っている限界を考えながら、何とかこの国民皆保険制度、あるいは介護保険制度という制度を持続可能なものに持っていくかが肝要。韓国も1989年に皆保険を始めており、台湾は1995年、中国も2009年から皆保険を始めている。アジアが日本の例を参考にするのか、反面教師にするかはここがポイントかと思ふ。

あとは各論。やはり一番大事なの中長期的な課題の中で、なぜこれがうまくいっていないのかとか、なぜこれがこうなっているのか、「なぜ」を5回繰り返せ。「そうすれば原因ではなく真因が見えてくる」というのが故大野耐一氏の格言である。

まず、病床機能分化の推進について。病床を機能別に分けるのは非常によいと思いつつ、どうやって分けるか。聞くところによると、国は高度急性期、急性期、回復期、それから慢性期に分けようとしているとのこと。それでは、例えばがんの患者さんはこの中のどこに入るのか。がんは急性期だろうと思ふかもしれないが、がんは即死がなく、1期、2期、3期、4期というステージごとにいろいろあるが、これは慢性期なのか。厚労省もこういう疾患の方はどこに入るといろいろ定義付けているが、結構これは難問。

また、心不全は急性期だと思っていたが、慢性心不全は結局入退院を繰り返すという。また、死因の3位に出てくる肺炎だが、市民病院では急性期を名乗っているが、誤嚥性肺炎で2か月も入院されるとDPCではもうからない。

DPCとは、疾患別定額払いでなるべく早く退院していただくという経営的に有利になっている。病院の経営者にしてみれば早く出て行ってほしい。しかし、2か月間ぐらい入院しないと抗生物質がなかなか効かない。では、こういう人はどこに行くのか。次回以降、市民目線の医療改革について厚労省の担当の方に伺っていきたい。

一般病床ばかり議論しているが、精神科病床、結核病床、結核感染症はどうするのか。昔は統合失調症が多かったが、今はうつが非常に多い。躁うつ状態も含めて、患者が100万人程度いる。この方々をどうするのか。

本当にこうした選択を日本は手挙げ方式でよいのかどうか。2006年の診療報酬改定で、入院基本料に7対1ができたがどうなったか。常時、患者さん7人に対して看護師さん1人という最も手厚い看護基準だが、3万床を想定したが、32~33万床の手が挙げられた。規制強化で減るかと思ったら、先日の厚労省の資料によるとむしろ増えている。自由放任主義もいいが、手挙げ方式は制度ビジネスの場合「市場の失敗」につながるおそれがある。それで今、一生懸命7対1に値する医療機関ということで定義されているが、屋上屋を架すのではないか。

それから2012年4月の改定も非常にエポックメイキングな診療報酬改定だった。DPCで参加病院をⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群に分けている。Ⅰ群、Ⅱ群は都道府県単位の医療をやる病院。これに対して、Ⅲ群は二次医療圏で医療を展開する病院。日本に400近くの医療圏がある中で、これは診療報酬における分類だが、厚労省医政局がやっている医療法の改正による病床機能分化と辻褄が合っているのかどうか。保険局と医政局はもうちょっと連携していかないと、もう失敗は許されないとこにきているかと思う。例えば、三次医療を対象としたⅡ群がない県が17県もある。小笠原諸島にドクターヘリを出しているような病院もⅢ群になっている。

また、医療保険は現物給付制度でやってきたが、現物給付制度とは国民すべからく平等に医療が受けられることを前提にしている。言い換えれば、機会と結果の平等を担保する必要があるが、例えばがんの均てん化はどうか。がん対策基本法が成立後も、実は397以上ある二次医療圏の中でがん拠点病院がない医療圏が107もある。そんなことで本当に均てん化ができていくのか。

更に、産業化ということで、医療法人や社会福祉法人制度が議論されているが、実は医療を提供する経営母体は27団体ある。その中で、一番多いのが医療法人だが、この医療法人制度の中で、持ち分を放棄し、一定の要件をクリアすれば公的な医療も提供できる社会医療法人制度ができた。ところが、5年経っても社会医療法人は203しかない。なぜこんなに少ないのか。一番多いのが北海道で、次は大阪だが、5つの県は認定ゼロ。経営者にいざ聞くと、結構要件が厳しいと言う。例えば、救急車の受入れ台数などが決まっており、一定の台数を超えないと社会医療法人剥奪、補助金を返せという話になるので、恐ろしくて社会医療法人にはなれないと言っていた。この救急車の受入れ台数というのは医療機関の自助努力ではコントロール不能である。他方、社会福祉法人制度についてみると、1法人1施設という零細が多い。ひょっとすると資金調達に難があるのではと思う。

仮に資金調達に難があるのであれば、先日の社会保障制度国民会議報告書に記載がある介護REITをもっと推進してはどうか。諸外国では不動産投資信託ということで、海外ではヘルスケアREITも結構ある。今は、民間セクターがお金は持っている。何とか医療・介護の分野にこれらの民間資金を活用できないか。

次に、レセプトデータを予防医療や医療削減に使えないかということについて、厚労省が8月に、2025年までに医療・介護費用を5兆円抑制すると宣言したが、私は、これはすばらしい作文ではないかと最近思っている。なぜかという、レセプトはアナログデータからなる請求書。請求書のデータを使って本当に医療・介護の見える化ができるのか。果たして創薬ができるのか、アナログデータをデジタルデータにしなければ活用ができないのではないか。これは、韓国のHIRAが先行している。韓国も当初、日本のようなレセプトを使っていたが、途中からデジタル化した。

また、実際に、とある健康保険組合で特定健診・保健指導によって医療費が減るかど

うかという研究をやった結果わかってきたことは、医療費の減少には時間がかかるということ。その健康保険組合は真面目にやっていたが、投資対効果の乏しいデータヘルス計画の策定には結構白けている。なぜかということ、保険者に強力な経済的インセンティブがないからである。後期高齢者の支援金の加減算で最大 10%のインセンティブがあるかと思ったら、実際は微々たるもの。これでは、頑張った人が報われない。では、報われるためにはどうするか。

先日報道されたが、岡山県の総社市では、特定健診を受診して 1 年間保険診療を受けなかった方には 1 万円をお返しするという試みを行っている。また、介護保険料低減制度ということで、稲城市などは介護ボランティアに参加したら保険料を安くするという形で実行している。地域通貨方式が良いかどうか分からないが、今、各自治体の工夫、知恵がたくさん出ていると思う。こういうものを褒めてあげる。一手法として提案することが有用。

また、これは財務省マターかもしれないが、今 NISA（日本版インディビジュアル・セービング・アカウント）ということで、株を買って少し利益が出たら非課税にできる制度が開始している。これを「メディカル・セービング・アカウント」に応用できないか。シンガポールでは、相続税が上限付きで非課税になるため、例えば孫にセービング・アカウントを相続すると非課税になる。だから、おじいちゃん、おばあちゃんは予防に留意する。日本人も、こんなに貯金をしているんだったらこうした考え方が使えないか。今後、ヘルスケアポイント実証実験が始まるようだが、既に自治体は切羽詰っているから、やっているところはもうやっている。そういう努力をもっと応援してあげるような工夫が必要ではないか。

それから ICT について。経産省、あるいは厚労省には申し訳ないが、ほこりをかぶっている事業が多い。つまり、補助金がついたところまではいいけれども、補助金が終わるとほこりをかぶってしまう。どうしてほこりをかぶっているのか。一方で、中にはほこりをかぶっていないものもある。「ID リンク」や「あじさいネット」などは、結構ローテクゆえに動いている。先進的なものもいいが、見守りサービス ICT など、もっとローテクで開業医も参加できるものをもっと横展開すべきではないか。今から補助金を使うよりも過去に投資したものの今でも動いているものに成功のヒントが求められないか。

そして、今日の一番の肝は保険外併用療養費の拡大。先進医療は金額ベースで 100 億円、使っているのは 1 万 4,000 人ぐらいに過ぎない。38 兆円の医療費の中の微々たるものだ。規制緩和で騒いだが、先進医療はこんな少ししか使っていない。どうしてかと思って事例を見ると、本当に限定的な適用である。国は安全性を第一にやっておられるからだとは思いますが、正直言ってこれでは産業にならない。

したがって、ここをどうするかだが、実は将来的にも保険適用しない、選定療養制度がある。その最たるものが差額室料だが、そのメニューを拡大できないか。例えば、私が今かかっている睡眠時無呼吸症候群を治療する機械、これは日本ではテイジンファーマが取り扱っているが、作っているのはレスメドというオーストラリアの会社であり、非常に廉価でできる。この治療は保険適用だが、睡眠の可視化のため、つまり眠りが深いかどうかを知るために簡易な脳波計を付けようと思ったら、また薬事承認が要る。治療の現場では、1,000 円払うと 2 つ脳波計を付けて在宅でも脳波の計測はできるが、自身で脳波計の結果を知ることができず、わざわざ 2 か月に 1 度診察を受けに行かなければならない。そうすると、医療費が月額 1 万 4,600 円となる。そろそろもう IT を使って医療機関に行かなくてもセルフメディケーションができないか。また、例えば IT 技術により、医療機関に行かなくても治療機器のデータ分析ができるのではないか。

今、私の主治医が、国民がもっと楽に治療を受けてもらいたいと言って自ら研究開発

をしたものを元に、国家戦略特区に提案しているけれどもこれだと時間がかかる。睡眠時無呼吸症候群の方は、潜在的には500万人いるそうだが、実際に保険治療を受けている人は2万5,000人で5%しかいない。睡眠時無呼吸症候群はゆくゆくは糖尿病につながり、へたをすれば脳梗塞、心筋梗塞を起こすことになる。

先程長谷川議員がおっしゃったように、先行投資で健康投資を行えば、医療費の削減にも資する。時間のかかる先進医療ではなくて、もっと身近でニーズのある治療を選定療養に組み入れていけば、医療財政に負担をかけず産業になるのではないか。

別の事例では、歯学分野だが簡便なホワイトニングがある。1,000円ほど追加料金を払うと少し歯が白くなるものだが、保険外併用療養費の適用にしてはどうか。このような現場の意見をもっと吸い上げるべきであり、100億円くらいの先進医療の話をやっているというのはどうなのか。

もう一つは介護である。介護は、現物給付ではなく現金給付である。つまり、介護保険法を見ると、要介護度別に要支給額と書いてある。だから、「横出し」「上乘せ」ができる。つまり混合介護がOKということだ。

ところが、在宅サービスでは混合介護は認められているけれども、施設サービスでは認められていないと言う方が多い。しかし、法令を読んでもどこにも施設サービスは混合介護がいけないとは書かれていない。そうだとすれば、混合介護というのをもっと推進していけばよいのではないか。しかし、介護保険は「横出し」「上乘せ」が認められているが、全く普及していない。実は、公的な要支給額を使い切らない人が多い。これはどうしてか。日本人は控えめなのか、よくわからないが、ここも考えていく必要がある。

もう一点、これは完全に自費になるためか、セルフメディケーションという考え方が普及していない。これに対して、保険薬局は、薬事法で株式会社経営が認められている。実は医療分野の中でも薬局と訪問看護ステーションは株式会社や有限会社の参入が認められており、配当をしてもいい。せっかく薬局は株式会社方式を認めているのだから、例えばおくすり手帳の電子化、後発医薬品の推進、スイッチOTCの推進、在宅訪問などをもっとやっていただけるような規制緩和を行ってもよいのではないか。

最後は国際展開。WHOランキングで日本の医療は世界1位だと評価されたが、1位であるのならなぜ医療ツーリズムで患者さんが入ってこないのか。野村総研がまとめた推計調査によると、実際に医療ツーリズムに来た患者数は2011年4月から2012年11月に233人しかいない。1日1人いるかどうか。一方、朗報もあり、12%の病医院がツーリズムを検討中とあった。いずれにしても、何が医療ツーリズムの邪魔をしているのか。まず、この233件の分析からやってみてはどうか。

また、2020年に東京オリンピックが決まったので、皆、総力挙げて頑張ろうとなるだろう。オリンピック、パラリンピックを一つの起爆剤にして、何とか日本がこれから浮揚できないかなと考えるが、いかがだろうか。

(翁氏)

川淵先生のご指摘のとおり、医療提供体制や保険局と医政局との関係がうまく連携されていないので、これから医療法の改正を行うときにそこがリンクしていくことが非常に重要なのではないか。また、二次医療圏の問題など、国があまり地域の実態を見ずにいろいろなことを決めているためやりにくくなっているところも非常に多くあると承知しており、規制改革会議も今回医療法改正という論点があるので、この医療提供体制の在り方を私どもとしても見てまいりたい。

あとは、ICT化について、先程複数の方からもご指摘があったが、規制改革会議も保険者機能をいかに発揮させていくかという観点では非常に課題が多いと思っており、こ

の点はしっかりと取り組んでまいりたい。

また、保険外併用療養については、選定療養の拡大も検討すべきだが、やはり先端医療のところで、より推進していけるようなことを規制改革会議としても取り組んでまいりたい。

今日はいろいろお話しいただき、多くの規制改革の材料があるということは改めて勉強になったので、持ち帰って、小さいことでもいろいろと取り組んでいけることをやってまいりたい。

(佐藤主査)

無呼吸症候群の機械に関しても言えるが、要するに全てにおいて自己責任のところとそうでないところとの区別に大きな問題があって、例えば出てくる酸素の量を調整すると、これは医療行為になってしまうので、お医者さんに行かなければできない。産業化ということと安全というものが重なったとき、安全サイドに極端に寄り過ぎるというケースが相当ある。もちろん、自己責任ということには非常に危険な部分も入っているわけだが、やはりそこには程度問題というものがあると思っていて、医療機器の話を先程少し申し上げたが、これは明らかにその問題にチャレンジする必要がある。

無呼吸症候群というのは先程 500 万人とおっしゃったが、実は潜在的にもっといると思う。無呼吸症候群は、明らかに様々な合併症を併発するため、それへの対応が予防につながることは間違いない。今、川淵先生がおっしゃった手軽な分野における産業化という視点は、今日お話を伺ってもう一度光を当ててみるべき問題だということを改めて感じた。

それから、ICT のデータの活用の問題については、先程長谷川議員から様々なお話が具体例としてあったように、具体例の中から何が必要なのかということを引き出していくということ、まだこれからしばらく時間があるので、地方公共団体の動きも含めて具体的に繰り返し出していき、それをどう解決していくのかということ、まさしく具体的に方策として落とし込んでいくということが大事だと思う。

(新浪議員)

先程のインセンティブの件は、ずっと頑張ってきたがなかなか妙案が出ない中で、妙案というよりももっとアイデアを出していかなければいけないと思う。

そこで、セルフメディケーションというのは大変重要だと思うが、一方で、統計によって違うが、糖尿病患者又はその潜在的な患者は 3,000 万人いると言われる。高血圧も潜在性を入れると 4,000 万人、いわゆる国民の 3 人に 1 人とか、4 人に 1 人の世界である。そして、例えば糖尿病は最初は軽度であるが、重症化すれば最後に多額の治療費がかかる。しかし、その途中で次善の策をとると生涯治療費は縮減されていく。この次善の策のところビジネスがある。それが例えばセルフメディケーションでもあるし、実はミールソリューションでもある。つまり今後の問題というのは、食べるものも相当重要で、手前どものことで恐縮だが、先日ブランパンの取扱いを始めた。これは、「ふすま」が原材料であり、こんなものが食べられるのかと思っていたが、やはり日本の加工食品技術というのは大変なもので、爆発的に売れている。加えて、ブランパンは、実はおいしい。おいしくてミールソリューションができる時代になってしまった。これを、私はアメリカに持っていこうと思う。日本ではもうからないが、アメリカだと反応は非常に早い。それはなぜかということ、自らが健康の意識を持ち、それ自身がインセンティブになっているからであろう。日本の場合は、国民皆保険の大前提があるので、どうやってインセンティブを持って生涯治療費をフラット化するかというのは非常に重要なわけで、ここにまたビジネスが生まれてくる。

先程のブランパンのいわゆるブラン、つまりふすまだが、特別なふすまをつくっているのは福岡の中規模の企業。先程申し上げたインターネットでの薬販売だけではなく、こういったところもきちんとやるというのが今回の成長戦略の肝である。アイデア自体は企業やベンチャーが出してくるので、今重要なのは、ベンチャーを始めた中小企業等が、先程申し上げた「次善の策」のところに入ってくるよう意図的にやらないと、3年、4年もなかなか待てないのでモーメンタムもしぼんでしまう。総理に何度となく海外に行ってもらうのもよいが、今できることというのはまさに今、川渕先生がおっしゃったようなインセンティブで、1年間保険診療を受けなかった方に1万円を差上げるとか、最終的には消費税が25%の世界をつくってしまったら日本はもうぼろぼろになってしまうので、その辺の大きな絵を考えて全体像に取り組んでいかなければいけない。

(長谷川議員)

いくつか選択的にコメントさせていただきたいが、日本の医療については、WHOのランキングで1位という話もあるとおり、世界でも最先端であることは間違いなし、アジアでは断然トップであるだろう。これをやはり国家戦略として使わない手はないと思う。

例えばこの間、私は総理の随行でカタール行ったけれども、そういった地域などにメディカル・エクセレンス・ジャパンのような仕組みをつくってやっているのも重要だが、川渕先生がおっしゃった中のメディカルツーリズムも考えなければならないのではないかと。周辺国は外国からの患者の受け入れに取り組んでいるのに、日本だけ指をくわえて見ているのか。これに反対する理由は、おそらく国内の患者への影響や混合診療の突破口になるとの懸念ではないかと考えるが、そうであれば、国家戦略特区として特区内で厳しい条件を付けた上で、必要な措置を講じていけばいいのではないかと。条件については、例えば多国語対応が可能であるとか、最先端医療ができるとか、国際認定を取っているとか、そういった要件をクリアした機関に限定して、そのかわりに外国人受入を阻害している規制などを緩和するというようなことをやれば、これは公平であり、やりたい人はできる。限定的にも実施することをお考えいただいてはどうか。

それから、コストの削減ということも当然成長に貢献するものと考えられるため、国公立病院はいわゆる税金などの公的な財源で賄われている部分も大きく、それらの機関の経営健全化には、その財政・品質の見える化は重要である。例えば、財務状況に加えて、診療内容やアウトカムデータなども含めて開示、公表するというところを始めていただくと、嫌がられるところでもあろうが、要は見える化による競争環境をつくらないと、なかなか本気になれない。企業においては、利益を出さないとステークホルダーからの支持は得られない部分もあり、とにかくそのために必死にやる。一方、やはり社会的に求められている福祉事業、医療を提供している事業体には、その崇高な使命を達しながらも、やはり効率性も求められる。川渕先生がおっしゃったように質の向上と効率性の追求の両方をやろうとしたら、どこの病院がよくやっていて、どこの病院は相対的にどのようなかというような情報は必要である。

また、その悪い理由は何なのかを徹底的に突き詰めて、それは地域の総合病院としてこういう負担を強いられているからだとか、そうであればお互いにどこどこがどう分担したらよいかとか、そういうことをもう少し全体的に考える必要もある。個別の機関、個別の地域だけで考えていたら、この閉塞状態はおそらく解決できないと思うので、それも併せてやっていただきたい。

それから、3点目は介護のところだが、介護のために家庭に張りついている人たちを解放するという視点も重要である。今、厚労省は在宅介護を推進しているが、確かに特養老人ホームなどの居住系施設をつくるのに都区内であれば1ベッド1億円かかるの

は別に珍しくもない状況で作ってもペイできない。したがって、ようやく前に進んだ杉並区と南伊豆町の事例をもう少し横展開すべきではないか。例えば、東京から車で1～2時間で行ける南房総の方にそういう施設があればそれもいい。そういったところであれば、会いたいときには会いに行けるという家族の気持ちにも応えながら、気候もよい、物価も安い、食べ物もおいしい、なおかつコストも安くできる。更に、地域の雇用の創出にもつながる。手挙げ方式でやれば、都市部の自治体のニーズにも応えられる。

こうした個々にウィン・ウィンをつくることをもう少し積極的にやっていかなければ、早晚手詰まりになる。また、東南アジアから来た介護士、看護師については、難しい試験を課して、1桁の人数しか合格しないで、不合格者は送り返す。日本に来て活躍したと思った人を、日本を嫌いにして返している。アメリカ、アジアからの留学生に対しても同じで、一体何のためにやっているか目的意識がきちんとならないで、言われたから形だけやって、結果としてネガティブな感情、あるいはマイナスの感情を持って帰ってもらうのでは、国益に貢献しない。そういった視点を是非もう少し持っていただきたい。

私は薬屋の社長であるだけに、医療・介護が産業としてどんどん伸びてほしいということを経営者に言うつもりはない。ただ、医療も福祉も経済には貢献できる。したがって、監督官庁はそうした大きな観点から指導をしていただきたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

スケジュールは資料6のとおりであり、年内を目途に中間整理を取りまとめていきたいということ考えている。

(西村内閣府副大臣)

本日は医療・介護の分科会第1回ということで、お忙しいところ、活発な御議論をいただいた。議員の皆様方には感謝する。

1つは6月の成長戦略、日本再興戦略のフォローアップということで、本日は各省からも来ていただいて状況をお話いただいたけれども、各省の努力もあって、一定程度の進捗が見られるものの、まだいくつか乗り越えなければいけない課題、調整中の項目もあるので、引き続き各省にはこの取組を加速していただきたいと思うし、我々も更に調整を深め、急ぎたい。

後半は川淵先生から非常に有意義なお話をいただき、感謝する。正に我々が問題意識を持っている、どのようにしてICTを活用するのか、レセプト情報をどのような活用をしていくのか、あるいは簡易な健康チェック、セルフメディケーションはもっとビジネスとして幅広くできるようにしようという問題意識、あるいは医療ツーリズム、特区、こうした点について様々な御示唆をいただいたので、今後の議論の参考にしたい。

この後もこの分科会でヒアリングを重ねていき、10月中旬には佐藤主査から一定の論点ペーパーを用意していただけると伺っている。年内の中間取りまとめに向けて、新たな課題、新たな問題意識を整理いただいて、引き続き活動してまいりたい。

日本再興戦略のフォローアップと、新たな課題の挑戦の二つということで、この分野は成長戦略の最も大きな一つの柱であるので、議員の皆様方には是非引き続きのご議論をお願いしたい。

(以上)