

第6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12月25日(水) 10:00~11:00
2. 場 所：中央合同庁舎4号館 第2特別会議室
3. 出席者：

西村 康稔	内閣府副大臣
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
増田 寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
大田 弘子	政策研究大学院大学教授
翁 百合	株式会社日本総合研究所理事
土屋 品子	厚生労働副大臣
田中 良生	経済産業大臣政務官

(議事次第)

1. 開 会
 2. 「医療・介護等分科会 中間整理(案)」について
 3. 閉 会
-

○冒頭

(西村内閣府副大臣)

これまで、多岐にわたる論点について、増田主査を始め皆様に、精力的にご議論いただき、感謝申し上げます。今日は、中間整理(案)ということで、年内最後の会議で取りまとめを行うことができれば、来年1月には検討方針を取りまとめ、来年の成長戦略の改定に向けて、更に議論を深めていくということになる。

特に、医療・介護分野は、制度として持続的に、安定的に維持をしていくという面と、成長分野としての側面、いかに民間の活力、民間の知恵を入れていくか、質の高いサービスを提供していくかという両方の視点で、ご議論いただいている。先進国が抱える大きな課題であり、日本が最初に直面し、この課題解決に向けて、いろいろな知恵を出していく分野だと思うので、本日もぜひ精力的なご議論をいただき、前向きな中間整理ができればと思うので、よろしく願います。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

本分科会では、日本再興戦略で示された「残された課題」について検討すべく、9月以降、計5回にわたって、公的保険内外に関する多岐にわたる論点についてご議論いただいた。今日は、分科会の中間整理(案)についてご議論いただく。これまでの議論を踏まえ、民間議員、有識者のご意見を伺いつつ、増田主査とご相談させていただきながら、「医療・介護等分科会 中間整理(案)」を作成したので、まずはその概要について、

簡単にご説明する。

最初に、分科会では、日本再興戦略にある「残された課題」について検討するため、4つの論点「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」、「保険給付対象範囲の整理・検討」、「公的保険外のサービス産業の活性化」、それから「医療介護のICT化」について議論を行ってきた。中間整理（案）の構成は、基本的にこの4つの論点ごとにく目指すべき姿>、それから<具体策>をそれぞれ盛り込んだものとなっている。以下、簡単に概要をご説明する。

論点1の「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」については、3ページの1ポツに「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」とあるが、<目指すべき姿>としては、効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制を確立していくことを前提としつつ、最終的には医療介護分野のイノベーションや国際展開の担い手を育てていくということも視野に入れる。それから、人材、設備、知識基盤等を効率的に集約し、グループ運営や他産業との連携を容易にする。それから、設備投資等に必要な資金調達を円滑化することなどにより、意欲ある病院や社会福祉施設が経営を自発的に効率化・高度化していく環境を整備していくことが必要。国民が医療、介護が必要になっても、適切なケアが受けられ、安心して住みなれた地域での暮らしを続けられるよう、医療・介護等の提供体制を「病院・施設完結型」から「地域完結型」へ転換するということが喫緊の課題であって、このため、必要な制度改革を進める必要がある。

こうした問題意識のもと、4ページ以降に<具体策>が盛り込まれており、まず第1に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設と関連制度の見直しを掲げている。これについては、複数の医療法人、社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人を創設するとしており、5ページには制度設計に当たっての留意事項が盛り込まれている。

1つは、新法人が、医療法人や社会福祉法人等の傘下法人を社員総会等を通じて統括できるようにする。そのため、医療法人や社会福祉法人の構成員となれる者の範囲についても、法人も社員等に認める等、現行の規制緩和について検討する。

また、グループとしての経営の一体性・効率性の確保、緊密な業務連携を可能とするため、資金調達の円滑化や余裕資金の効率的活用を可能とし、またグループ内法人間での金銭の貸付、債務保証を認める。

それからグループ内法人間での剰余金の効率的活用を可能にする等の措置について検討する。

あわせて、グループが地域包括ケアを担う医療介護事業等を行う営利法人と緊密な連携を行うことを可能とする。そのため、新法人から当該事業を行う営利法人への出資を認める等の措置についても検討する。こうした点については、平成26年中に結論を得て、制度的措置を速やかに講じる。

それから、2つ目が、医療法人制度に関するさまざまな規制の見直しだが、「①医療法人の合併規制等の見直し」、「②医療法人の附帯業務の拡充」、「③社会医療法人の認定要件の見直し」といった各種事項が盛り込まれており、これらについても26年中に検討し、その結果について、所用の措置を講ずる。

「(3) 病院を対象とするヘルスケアリートの活用」については、自治体病院を含む病院を対象とするヘルスケアリートの活用について、ガイドラインの策定等の環境整備を平成26年度中に行う。

更に(4)～(7)については、(4)が「医療品質情報の更なる開示」、(5)が「介護サービスの質の改善」、(6)が居住系介護施設待機者、いわゆる待機老人の解消に向けた適切なサービス提供体制の構築、(7)が「看護師・薬剤師等医師以外の者の役割の拡大」であるが、詳細は6ページから7ページ覧いただきたい。

論点2の、「公的保険外のサービス産業の活性化」については、7ページの後段以降をごらんいただきたい。

＜目指すべき姿＞として、医療介護の成長産業化により、高齢化社会における健康で快適な生活への国民ニーズを満たすさまざまなヘルスケアサービスが供給されるとともに、国民の健康寿命が延伸され、公的保険分野の持続可能性確保につながる。そのため、保険者、個人に対し、健康増進、予防へのインセンティブを付与する制度的措置を講じ、セルフメディケーションに向けた行動変容を促すとともに、医療と連携した運動・食生活の指導、簡易な検査等を含めたセルフメディケーション、予防・健康増進活動の推進について、産業化の観点も踏まえて、パッケージで施策を考えていくべきだ。更に、我が国のヘルスケア産業の国際展開を図ることで海外の需要を取り込んでいくという視点も重要である。

＜具体策＞については、8ページ以降に盛り込まれているが、まず、最初に（1）グレーゾーンの解消。

先般、成立した産業競争力強化法のグレーゾーン解消制度の着実な施行について言及するとともに、特に、薬局の店頭における自己採血による簡易な検査、それからフィットネス事業者や配食事業者が医療機関と連携して、医師からの運動または栄養に関する指導・助言に基づいた運動指導や食事指導等のサービス提供といった事例が実施可能であることを明確化する。

典型的な事例を類型化して、平成25年度中にガイドラインを策定する。特に、「次世代ヘルスケア産業協議会」において、事業者のニーズの積極的な把握に努める。それから健康製品・サービスの品質確保・認証のための仕組みの構築、産業界の健康投資促進に向けた方策等について、関係省庁の連携のもと、官民が協力して具体策の検討を加速する。

（2）「医療機関が行う公的保険外サービスの促進」については、医療機関による創意工夫を生かした公的保険外サービスの提供を促すために、医療保険の給付と直接関係のないサービスについて、選定療養との関係を整理して、その明確化を推進する仕組みを構築する。

（3）スイッチOTCについては、3点。

まず、日本OTC医薬品協会が要望するスイッチOTC候補品目が129品目あり、特に海外で20品目程度スイッチOTCが認められているが、それらについては海外のデータも活用して、速やかな審査を行う。企業の承認申請に応じて速やかな審査を行う。

次に、海外の事例も参考に、スイッチOTCの承認審査体制について、検討結果を踏まえ、平成26年度中に産業界・消費者等のより多様な主体からの、ステークホルダーからの意見が反映される仕組みとなるような措置を講ずる。

それから、スイッチ後のリスク評価期間については、原則3年以下へ短縮するための措置を平成25年度中に講ずる。

（4）「看護師・薬剤師等医師以外の者の業務範囲の明確化」、（5）「医療・介護のインバウンド・アウトバウンドの促進」については、詳細は読んでいただきたい。

それから、論点3「保険給付対象範囲の整理・検討」については、10ページをご覧ください。

＜目指すべき姿＞としては「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念を踏まえつつも、最先端の医療技術、医薬品等への迅速なアクセス、それからアメニティの向上といったニーズに適切に対応していくため、所要の措置を講ずると書いており、こうした問題意識のもと、具体的施策が盛り込まれている。

（1）「最先端の医療技術・医薬品等への迅速なアクセス確保（保険外併用療養費制度の大幅拡大）」、いわゆる保険外併用療養費制度の大幅拡大については、大幅に拡大する

ことにより、患者は一部保険給付を受ける形で早急に最先端の医療技術、医薬品へアクセスすることが可能になる。希望に応じた療養時のアメニティの向上も図られる。こうした分野を拡充することは、最先端の医療技術等の導入、それから医療周辺の多様なサービスの創出ということで、医療産業の競争力強化にも資するものとして、具体策としていくつか項目を挙げている。

まず「① 先進的な医療へのアクセス向上（評価療養）」について、日本再興戦略でも「先進医療ハイウェイ構想」が盛り込まれ、本年秋から実施された抗がん剤に続いて、再生医療、医療機器についても、この分野の審査に特化した専門評価組織を平成 26 年度中に立ち上げる。

「② 療養時のアメニティの向上（選定療養）」については、現代の患者のニーズにマッチしたアメニティの向上を図る観点から、対象の拡充を含めた不断の見直しを行う仕組みを構築する。それから、選定療養について、更に正確な実態把握・分析が可能となるよう、利用実績に係る情報収集、マーケットの話はここでも何度か議論があったが、それを見直す。

「③ 有効性等はあるが保険適用が見込めない医療技術等の保険外併用療養費制度上の取扱いの検討」については、保険適用の評価時の費用対効果の結果、費用対効果が低いので、保険外併用療養を継続的にはもう認められないと言っているものについて、継続的に利用可能となるような仕組みを検討する。それから、評価療養において有効性は認められたけれども、開発コストの回収が難しく治験が進まないということで、保険適用が見込めない医療技術についても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

「④『日本版コンパッションネートユース』の導入」については、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、開発・承認を進める一方で、末期の患者など必要とする患者に対するアクセスを充実させるための「日本版コンパッションネートユース」の導入に向けて検討を進め、平成 27 年度から運用を開始する。

それから、次に「(2) 革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入」については、平成 28 年度を目途に試行的に導入する。

その他、インセンティブ付与の仕組みや後発医薬品の活用などが盛り込まれている。

最後に、論点 4「医療介護の ICT 化」については、12 ページに<目指すべき姿>として、地域医療介護連携の普及が極めて重要であるほか、レセプトデータや特定健診データの活用により、保険者等による予防・健康増進活動、それから民間ヘルスケアサービス産業の活性化を図る。更に、スパコンを活用した創薬なども期待される。このような医療介護 ICT 化やデータ活用により生まれる付加価値は、医療情報の番号制度の導入により、飛躍的に高まることが期待されるため、「(1) 健康・医療分野における徹底的なデジタル化・ICT 化の推進」のとおり、健康・医療戦略推進本部のもとに、今年度中にタスクフォースを設置して、IT 総合戦略本部とも連携をして検討を行う。

(2) はスーパーコンピュータ「京」の利用の話であり、「(3) 電子処方箋の実現」は、平成 27 年度までに導入を図る。その他、「地域医療連携ネットワークの普及促進」や「データヘルス計画の推進等」が盛り込まれている。

論点 5「その他」は、特に日本再興戦略に盛り込まれている施策のうち、入念にフォローすべきものとして、「日本版 NIH の創設」、抗がん剤のところの「先進医療ハイウェイ構想」、「ロボット介護機器開発 5 カ年計画の実施等」及び「パーソナルデータ利活用の推進」を挙げている。

(増田主査)

今日お示した中間整理(案)は、事務的にも、関係省庁と相当きちんとすり合わせをしてたどり着いたその成果であるので、ぜひこれを踏まえた次への展開を新たに期待

したい。関係省庁の皆様方のご尽力に感謝するとともに、私の方から何点が重要な点についてだけ改めてコメントしたい。

まず、1番目の「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」について、私は、本年4月の社会保障制度改革国民会議でホールディングカンパニー制について、資料を提出しているが、今回、初めて具体的な制度イメージを示すことができた。このホールディングカンパニー制度は、地方も含めて、今後の医療介護サービスを効率的・安定的に提供していく上で、極めて重要なツール。ヒアリング等を重ねると、こうした施策ができればぜひこの形態に移行したいという医療法人、社会福祉法人が現に数多く存在している。しかし、今は、地域でのそういった医療法人、社会福祉法人が法的に連携する術がないこと、そして病院間でお互いが競争関係にあるため重複投資が行われること、急性期と慢性期の間や医療と介護の間で十分な連携が図れないといった問題が現実にあつて、あるところまで競争した後、お互いに共倒れになるようなリスクがあったりして、地域医療や地域包括ケアの基盤として非常に脆弱な面がある。

したがって、今回のホールディングカンパニー制度ができることによって、こうした地域医療基盤や、地域包括ケアの強化に資するだけでなく、経営の効率化、職場としての魅力向上による雇用増や、働く人たちにとって極めて安心できる職場を提供できるし、周辺産業の発展などを促すことで地域活性化にも資する。

更に、おそらくこれからの高齢社会の中で、コンパクトなまちづくりに変えていくことが、人口減少時代を迎えて必須になってくるが、そのときに何を基準にするかということ、やはり病院や健康医療体制に皆さんがどれだけ安心感を得られるかということになる。そこで、医療法人や社会福祉法人をホールディングしている経営統合体を中心になって、まちづくりをリードしていく。そこに病院についてのヘルスケアリートなどの資金提供の道を提供していけば、思い切ったまちづくりを展開できるのではないかと思っているので、ぜひこれを積極的に実現する方向で考えてほしい。

その際、具体的な制度設計としていくつかポイントを挙げている。例えば、議決権等の枠組み、グループ内法人間での金銭の貸付や債務保証の機能、それから剰余金の分配活用、これは医療への再投資を可能にするためにはぜひ必要なことであるし、それから、地域包括ケアを担う株式会社にホールディングカンパニーの方から出資をする機能、これはこのホールディングカンパニー制度を有効に機能させる極めて重要なツールであるので、「検討」と書いてあるが、実現をする方向で、前向きに検討していただきたい。この点を特に強調しておきたい。

それから、2番目の「公的保険外のサービス産業の活性化」については、セルフメディケーションが極めて重要である。これは何度もこの場で申し上げている。先日成立した産業競争力強化法でグレーゾーンの解消制度ができた。この制度を活用して、いわゆる薬局などの店頭における簡易な検診の実施、それから医師の指導に基づく運動指導や食事指導、この2つのビジネスモデルについては、直ちにホワイト化していただきたい。なかなかはっきりしないために、地元の保健所から指導を受けて、結局、営業を断念するといったような例も聞いているので、この点をぜひ明らかにしていただきたい。それから、看護師や薬剤師の方々をうまく活用するのは極めて重要なことであつて、この業務範囲を明確化して積極活用していくような取組や、いわゆる医療用医薬品のスイッチOTCの促進なども重要である。

続いて、3番目の「保険給付対象範囲の整理・検討」については、いわゆる混合診療の問題と言われてきたが、有効性・安全性を担保した上で、患者ニーズに沿った必要な医療が速やかに受けられることが大前提。これについて、先進医療は既に公的保険でカバーされている部分が多いが、最先端の医療について、治験開始までに時間がかかるなどの理由で国民の望む医療がタイムリーに受けられないといった問題も現実にあるわ

けで、そうした声も出ている。先進医療ハイウェイは抗がん剤で運用を開始されているが、再生医療や、医療機器も加えるということ、この提言をぜひ実現していただきたい。国民の要請の高い医療がスピーディーに利用できることが、安倍政権の姿勢として極めて重要である。

あわせて、保険適用評価の際に受ける費用対効果評価の導入や、後発医薬品の活用が諸外国に比べてパーセンテージがかなり低いので、こうした分野の活用促進というのが不可欠であると、これらの点もあわせて指摘をしておきたい。

最後に、4番目の「医療介護のICT化」について。

これは、電子処方箋の実現、電子カルテにおける標準化の取組など、重要な提言が入っているので、ぜひ対応をお願いしたい。加えて、NIHの創設について、当分科会でも達成状況をフォローアップしていきたい。

今、本当に必要な、重要な点だけ幾つか触れたが、この医療・介護分野は、産業競争力を向上していくという点でも、極めて重要な分野であって、そういう観点も踏まえて、この内容を実現していくことが国民の安心感につながる。また、来年度予算の中でも極めて大きな比重を占めている社会保障の貴重な財源をより有効に使う上で、重要な点であるので、特に、厚生労働省を始め、関係省庁には、こういった提言を真摯に受けとめていただきたい。

(新浪議員)

まず、基本的な考え方として、産業競争力強化法が創設され、グレーゾーン解消制度、企業実証特例制度ができたが、健康や医療等の分野でこれを大いに活用していくべきではないか。事業所管大臣が民間事業者と緊密に連絡をとり、規制所管大臣と連携し、積極的に「ぜひともやる」ということ、「いい内容のものはやるのだ」というスタンスを、ぜひ基本的スタンスとしてとっていただきたい。

関連して、1点 ICT の活用の中で申し上げたいのは、「IT」の活用は非常にあるが、「C」の活用が余りないということ。例えば、実際にいろいろな医薬品を最近使ってみていると、薬剤師による情報提供が必要な第1類医薬品のみならず、第2類医薬品についても今の登録販売者による販売では本当に飲み合わせの確認等が大丈夫かと非常に心配。実際に、お母さん方は大変心配されており、当社では今、薬剤師をコールセンターに常駐させ、テレビを通して飲み合わせについてきちんと説明して、安心して帰っていただく取組を行っている。最近、アトピーやアレルギー等のため通常薬を飲んでいられるお子さんがいるので、登録販売者による医薬品の販売は、2類でさえも危ないのではないか。このような懸念から、当社ではテレビを用意し、薬剤師をコールセンターに置いて飲み合わせについても相談できるようにし、お母さん方に安心して帰っていただいている。

ここで申し上げたいのは、「C」、つまりコミュニケーションの技術をもっと活用することが大事で、例えば、液晶は4Kが今主流でだが、8Kとか16Kとかになっていくと、遠隔で相談窓口ができ、結果的にこれが例えばかかりつけの医師などのビジネスモデルになっていけば、大病院に行かなくても、事前に対処できる。以前の分科会で、そういったようなお話を申し上げたが、もう少しこのあたりの町で、薬剤師の皆さんがテレビなどを経由してICTでフォローすれば、登録販売者がなくても安心して薬を販売できるとか、もっと活躍の場を広げてはどうか。登録販売者がいてもいいが、薬剤師がきちんとテレビで対応するというようなちょっとしたICTの活用が、ちょっとしたことで病院に行くことなどを防げるのではないか。その結果として、もっとかかりつけのお医者さんが、自宅でテレビでコミュニケーションができ、最終的にはその結果として「病院に行きなさい」、もしくは「こういう薬を買ったらどうか」などといった助言ができるよ

うな、目の前で24時間、ワンストップで安心して対応してもらえる、いわゆるコンビニエントな生活が実現できる。こういった、もう一歩進んだICTの活用を民間の知恵や技術を入れながらやっていくべきではないか。こういった国民生活にプラスになるような実例が民間のアイデアとして出てくることで、何かが変わってくる。町も24時間安心して、医療・介護等々を受けられるように町の仕組みが変わってくる。これもプラスではないか。

また、その中でもう一つ重要なのは、やはり医師の本来やるべきことは何かということ。医師が足りないということは、例えば外科が足りないとか、地域的な偏在とか、そういうことはあるかもしれないが、もっと医師が医師として自らなすべき仕事に特化していただくためには、看護師ができる仕事をもっと看護師にやっていただく。また、介護福祉士にもっと仕事をやってもらう。そういう意味で、医師の周りにいる様々な資格を有した方々の役割の拡大ということを一つ一つ検討していただきたい。

なお、薬剤師に関しては、本当に今のように基本料400円を払う必要があるのか。あるのであれば、もっと薬剤師に突っ込んだ仕事をしてもらう必要があるのではないか。本当に薬剤師の方々が十分に活用され、社会公共性の面で十分に役立っておられるのかどうか。役立っているとは思いますが、もっとやれることがあるのではないか。基本料の400円に見合うだけの仕事をやってもらうことが必要ではないか。もっと業務内容を拡大できるようにし、この400円の代わりに、もっと健康に関わるような人々のニーズに応える様々な仕事をしていただく必要があるのではないか。また、そうしたことが付加されれば、積極的にビジネス展開もできるのではないか。

そして、私もぜひとも、今回、非常に重要だと思うのが、革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入である。ここでの大前提が、全てが保険外併用療養の中に留め置かれ、ずっと保険外併用になっていてもいいではないかという考え方を持って、新しいものが保険外併用療養の中にもっと入りやすくしていくこと。保険外併用療養の対象となっているほとんどのものは、いずれは保険内にしていくということが大前提だったと思うが、やはり技術の進歩をもっとスピーディーにしていくために、そしてまた、数をやればコストも下がるので、それまでずっとこの保険外併用療養でやり続けるという前提のもとであれば、もっと保険外併用療養の中に入っていくものが増えていくのではないか。保険外併用療養の対象が保険の中に入っていきから、財政負担が増えるといった認識ではなくて、むしろそのままやっていくものも大いにあって、それが増えていいではないかというところが大きく打ち出されると、安倍政権にとっても、いわゆる新たな医療の発展の、そして医療産業としての新たな大きな足がかりになるのではないか。そういう観点から、この分野での改革をぜひとも進めていただきたい。

(長谷川議員)

この会議はあくまでも産業競争力会議であり、産業競争力の強化、経済成長への貢献という観点から論議をしている。一方で、ともすれば、医療というのは利益を追求するものではないという考えにもなりがちであるが、本会議の立ち位置、位置付けをぜひ確認・共有いただきたい。その上で、ここによく網羅された形で中間整理がされたので、それらをまず実行していただくということが最も大切であるが、その場合には、常に国際展開も視野に入れた形でいろいろな施策を実行していただきたい。

1つの例を申しあげると、介護ロボットについて、日本仕様を考えるだけでなく、将来は必ず海外にも展開していくことを念頭に置くべきである。日本の後を追いかけて高齢化が進む国がほとんどであり、同様の需要が海外にも当然これから出てくるから、その視点を入れておいていただきたい。

インバウンド、アウトバウンドについても、同じことが言えるのであって、ホールディングカンパニーによって、IHN (Integrated Healthcare Network) をつくっていく。こういったシステムは今後の海外展開の際にも大いに活用される。私自身も、たまたま首相のご要請があって、カタールと一緒に参ったが、いくつかの中東の国々でも保険システムを含めた日本様のヘルスケアシステムを展開していこう、日本もまたその支援をしていこうという動きもあり、当然、そういったことも視野に入れた形で考えていただく必要がある。日本市場ではともすればカスタマーの細かなニーズに応えるためにしてしまうことが、海外に展開するときには、かえって足かせ、手かせにもなり得る。その結果、日本の技術・アイデアであっても、常に国際化を考えているよその国が、そういったシステムを覬測垂して、事業としては持っていかれてしまうということになりかねない。

その上で、インバウンドに関して、複数の外国語、言語における対応については、確かによほど大きなヘルスケアネットワークシステムであれば、そういうことも可能であるが、むしろやはり ICT を使って、例えばコールセンターのカメラを通じて、患者さんの iPad に通訳の人の顔が出てきて、実際の患者さんのニーズ等に対して、通訳の人があたかもそこにいるがごとく仲介をして対応するといったことが当然できるはずであり、そういったことは、今、既に行われてもいるし、中国などでもやろうとしている。また中国では、例えば、自分の親を家から少し離れた施設に預けたときに、専用の Skype の回線を使って、都会にいる家族とその親との間で、あたかも一緒に昼ご飯を食べているとか、夕食を食べているとか、そういったことまでできるようなことを考えたりもしている。日本でこれをするには、やはり省庁の枠を超えたコンセプトでやっていかなければならない。各々の省庁だけで考えると、とにかく当面のニーズへの対応ということになりがりであるから、その点、ぜひ気をつけていただきたい。

それから、結局のところは、有り体に申し上げれば、健全な競争があるところに効率的で強い組織や企業、個人ができる。例えば健全な競争の条件である情報開示に関して、中間整理案 6 ページの「医療品質情報の更なる開示」において、「国立病院機構が行っている DPC データを活用した臨床評価指標の作成・開示と同様の取り組みを自治体病院や公的資金の入っている病院でもやる」と記載されている。ぜひこれをきちんとやっていただきたいし、引いては、自治体病院や公的資金の入っている病院に限らず、広く医療機関がそういう情報を開示し、それを参考にユーザーが選択するような形にまで持っていくことも視野に入れて考えていただきたい。

また、7 ページの「適切な介護サービス提供体制の構築」について、いわゆる“待機老人”をなくすことをぜひ考えていただきたい。実際の事業計画は地方自治体が主体でやっており、国の方では必ずしも全部をきちんと把握されていないということのようだが、地方に任せる部分は任せるとしても、国が関与すべきところは関与して全体としてのメリハリをきちんとつけるべきである。まずは、どの地域にどのぐらいの待機者がいるかを把握すべきであり、それを解決するためには、自治体が主体性を持ってやるにしても、国の支援が必要な場合がある。国が調整や支援を行い、待機児童の解消と同じように待機老人もなくすことによって、現在、介護のためにやむなく家庭に縛られている方が実際に働き、収入も得、税金も払い、消費もするという形が実現されるようにぜひ考えていただきたい。

それから、混合診療に関連して前々から申し上げているが、欧米では 1980 年代の終わりから、いわゆるコンパッショネートユースという制度が導入されており、国によって様々な形態がある。もちろん、日本の皆保険制度では、ちゃんとした手続を踏んで開発されれば、最終的には承認され、保険でカバーされるというのが基本的なコンセプトであるが、ヨーロッパをみると、特に抗がん剤等で、国や地域によって認可状況に格差

が生じ、患者さんは地元での認可を待ってられないからと、例えば、フランスで認められていれば、ロシアからわざわざフランスに行くということもある。一方、日本の場合には、そうしたことがなかなかできないというハンデがある。そういったことの1つの解決方法として、コンパッショネートユースという制度を確立し、きちんと実行していただきたい。コンパッショネートユースの場合、当然未承認で保険適用外であるが、いわゆる混合診療の一形態として、保険対象部分については給付されることとなる。

(川淵教授)

2点コメントする。

1点目は、6ページの(4)の「医療品質情報の更なる開示」について。昨日、全国自治体病院協議会会長からお手紙をいただき、私の11月8日の発言が自治体病院の医療の質の透明性が民間より低いように発言されているというご指摘をいただいた。不徳の致す所である。事実、お手紙にあるように自治体病院も年報や報告をたくさん出し、地域に還元している。また、更に大事なことは、聖路加国際病院の福井次矢院長を中心に日本病院会で行っている医療の質の評価、公表等推進事業における平成24年度調査客体32病院のうち9病院は自治体病院だった。しかしながら、日本の医療の質全般についてみると、例えばあと7年後に東京でオリンピックがあるのに、世界標準とされるJCI認定を受けている病院が東京には聖路加国際病院とNTT東病院の2つしかない。一生懸命自治体病院さんも頑張っていることは理解するが、例えば地方公営企業年鑑等を見ても、病床種別平均在院日数などはまだ出ていないのではないかと。とりわけ自治体病院等の公設病院については、公的資金が投入されている。詳細に申し上げると、自治体病院は公立病院と一般に言われ、公的病院は、日赤・済生会・厚生連が該当する。これらの病院は、民間であるけれども、法人税が非課税である。さて、中間整理案にあるDPCだが、データが出ているところは、比較的黒字病院が多く、また都会の病院が多い。しかし、地方に行くと、DPCデータを提出できない病院も多い。自治体病院あるいは国保直診か日赤・済生会・厚生連が今までは競合していたが、今は、結局、医師不足で助け合わなくてはいけなくなってきた。例えば日赤病院93病院のうち、200床未満の病院が23あるが、平均して10年間ずっと赤字であり、これが地方に多い。一方で、日赤病院に対する補助金は自治体病院より少額で、イコールフットイングではないのではないかと。この実態をもう少し見える化していく必要があるのではないかと。

もう一点は、12ページの後発品について、先般、中医協でも後発医薬品は、7掛けを原則6掛けにし、値段をもっと下げようということになった。私はプライシングは非常に大事だと思うけれども、このPDCAサイクルの中に、「品質」と「安定供給」と「情報提供」の三つを加えていただきたい。「安かろう悪かろう」になると本末転倒なので、ジェネリック比率を増やすためには、品質確保と安定供給と情報提供の3つが必要であり、その中で、どうやって努力する者が報われるプライシングをやっていくかをぜひ検討いただきたい。

(大田規制改革会議議長代理)

規制改革会議では、混合診療の問題を最優先案件に掲げて議論しているので、そこに絞ってお話する。

今、医療技術の進歩は非常に速いため、なるべく患者の選択、現場の医師の判断が生かされる方法はないかということで、来年6月を目指して議論を行い、公開討論会も開催し、先日、お手元にお配りしている意見書を提出したので、ご覧いただきたい。

産業競争力会議医療・介護等分科会の中間整理の中で、具体的に10ページから11ページにかけて、4つの具体策が書かれている。今後の検討内容がこの4つに絞られる

と、私どもが今、広く議論をしようとしているところ、これから議論することの道が閉ざされてしまう。そこで、産業競争力会議と規制改革会議が連携をとっていくということであるならば、3文字つけ加えることをご検討いただけないか。

具体的には、10ページの「3. 保険給付対象範囲の整理・検討」。＜目指すべき姿＞の3行目の終わりから「以下の施策を講じるとともに、公的保険給付対象範囲について、不断の見直しを図る」とあるが、ここを「公的保険給付対象範囲や方法について、不断の見直しを図る」とする。つまり、公的保険給付の対象範囲の後に「や方法」という3文字を入れていただけないか。

(翁規制改革会議健康・医療WG座長)

今、大田議長代理から申し上げたとおりだが、私どもとしては、医師が真に必要と考えたときの裁量権、それから患者の治療選択権をもう少し考慮できる制度といったことを目指して、混合診療問題全体と議論してきている。その視点からは、公的保険給付の対象範囲だけでなく、方法についても、全体として議論していくことが必要ではないかという問題意識を持っているので、申し添えたい。

(土屋厚生労働省副大臣)

先生方にはいろいろ何回もお集まりいただき、本当に熱心な議論をいただき、今日こうした充実した中間整理をまとめていただいたことに、感謝を申し上げます。

急速に少子高齢化が進展している中で、医療・介護分野は確実に市場規模の拡大が見込まれる分野であり、サービスの質の向上、制度の持続可能性の確保に向けて取り組んでいきたい。また、経済成長に資する姿で改革していくことは、非常に重要な課題と認識をしている。

今後、厚生労働省において、この中間整理の内容に沿った改革に精力的に取り組み、国民一人一人が安心できる制度を構築していきたい。

(田中経済産業省政務官)

本分科会で、この中間整理をおまとめいただき、お礼申し上げます。この中間整理を踏まえて、一言コメントをさせていただきたい。

医療・介護分野について、この中間整理でも触れられているとおり、質の高いサービス、これを持続可能な形で提供しつつ、経済成長にも資する姿を実現していくことが、今、求められている。そして、その中において、この公的保険外のヘルスケア産業の活性化、これがまさに重要な柱になるものと考えている。

新たな健康・予防サービスの創出により、「国民の健康の増進」とそれによる「医療費の削減」、新たな市場、雇用の拡大による「経済成長」、この一石三鳥が、今、期待されている。経済産業省としても、しっかりとこうした分野の発展に取り組んでいきたい。このヘルスケア産業は、まさに新しい産業分野であり、市場の創出及び産業育成に向けて、官民が一体となって取り組んでいく必要があるということ言うまでもない。

そして、その中心的な役割を果たす新たな枠組みとして、「次世代ヘルスケア産業協議会」を発足させ、昨日、菅官房長官、茂木経済産業大臣ご出席のもとで、官邸で第1回目の協議会が開催されたところである。私も参加をさせていただいたが、関係閣僚の皆様のご意見を伺って、また大変な熱意を持って議論していただいた。この分野に対する大きな可能性を、今、実感している。

本協議会においては、当面は次の3点について重点的に取り組む。

1つ目は、消費者が安心して健康関連サービス、この製品を利用できるようにするため、これらの品質を科学的根拠に基づいて評価して表示する。そうした仕組みを作って

いく。

2つ目は、企業が健康管理の取組を行うことに、実利的なメリットを認識できるよう、医療費や生産性に及ぼす影響を定量的に整理していく。

3つ目は、規制や公的サービスのグレーゾーン、これをクリアにして、企業が躊躇無く、新たな事業に挑戦することができるような環境作りに取り組む。

特に、グレーゾーンの解消に関しては、先の国会で成立した「産業競争力強化法」、これを着実に運用してしっかりと取り組んでいきたい。

そのほかにも、ヘルスケア産業の育成に向けて、医療機器・医療サービスの国際展開を推進していくために、MEJを通じた海外展開案件の具体化を図るとともに、現地の法制度あるいはニーズ調査などに対しても支援することにおいて、新興国を中心とした日本式の医療拠点の事業化を促進してまいりたい。

そして、また、ロボット介護機器について、一日も早く現場で使えるロボットの本格普及、これを実現していくことが重要である。これまでも厚生労働省と密に連携しつつ、機器開発や安全基準づくりを進めてきた。更に具体的な現場導入に向けて、経産省としても、先般閣議決定された補正予算案に、全国100カ所を超える介護施設での大規模な実証事業を盛り込んだところである。

今後とも、介護現場や制度を所管する厚労省とともに、こうした取組を強力に推進してまいりたい。この年明け以降も、本分科会の議論に積極的に参加をさせていただきたい。

(長谷川議員)

1つだけ追加を申し述べる。マイナンバー制度について、中間整理案の12ページに医療情報の番号制度の導入ということは書いてあるが、期限が書いていないので、目標年をちゃんと記していただきたい。これでは何年後になってもいいことになるから、ぜひ、目標年度を入れていただくよう、よろしく願います。

(増田主査)

ここに書いてある中間整理は、我々の現在の議論した上での到達点ということになるが、各議員からのご指摘も踏まえて、今後、来年の6月に向けて、どのようにきちんと取りまとめていくかが到達点であるので、ぜひ精力的に実施検討していきたい。

それから、最後に長谷川議員がお話しになったマイナンバーのところについては、マイナンバーを担当している内閣府の部局で取りまとめた文章の表現を忠実にこちらのほうに入れておけばよいのではないかと。

それから、規制改革会議の大田議員の方からお話があった点であるが、両会議、特に規制改革会議とこちらの産業競争力会議が連携をしていく。先程長谷川議員もお話しになったとおり、こちらは産業競争力の観点から、経済成長を見ていくことになるけれども、そういう観点から、両者適切に連携をしていく。そして来年6月までに保険外併用療養費制度について、規制改革会議でいろいろご議論されるというので、その進捗状況を見ながら、適宜我々のほうでも必要なものを盛り込むというスタンスでいけばよいのではないかと。

先程具体的に文章についての修文のお話があった。一応、今までの到達点として、このような形で書いてあるものだが、全くその部分をなくしてしまうということで、大変ご心配があるのであれば、先程のところに関人的ではあるが「対象範囲等」と書いておいて、将来的な可能性をこれから具体的な連携が進んだところでまたいろいろ検討していけばいいのではないかとと思うので、そういった修文を施した上で中間整理としたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

それでは、中間整理(案)について、今、増田主査がおっしゃった点について、修正を加えた上で、最終的な形に取りまとめさせていただきたい。

(西村副大臣)

医療・介護分野の中間整理を、本日、取りまとめていただき、感謝申し上げます。今日は厚労省から土屋副大臣、それから経産省から田中政務官にお越しいただいて、これまで成長戦略の中で、医療・介護分野は踏み込み不足だとかなり批判もいただいていたけれども、今回、精力的にご議論いただき、特に、厚労省を中心にいろいろご尽力をいただいたことを本当に感謝申し上げます。

一定の方向性を出していただいたこと。これを受けて、来年1月の検討方針、それから来年6月、年央に向けての成長戦略の改定に向けて、引き続きこの方向性に沿って、ご議論させていただきたい。

特に、国民皆保険、これを崩さない、持続可能な制度として維持をしていくという前提のもと、一方でイノベーションをどう促していくのか、あるいはグレーゾーンを始め、民間が参入できる場所は民間の活力も生かしてやっていこうと。それから患者さんの立場に立って、必要とされている治療法、薬、これをできるだけ早く手に届くようにしようといった視点でのご議論をいただき、一定の方向性を出していただいた。まさに非営利ホールディングカンパニー法人制度も、方向性も出していただいたし、それから保険外併用療養費制度についても、大幅に拡大をしていくという方向性を出していただいた。ICTの活用についても議論をいただき、方向性を出していただいた。こうした方向性について、更に深めていただいて、来年に向けて我々も努力をしていきたい。

本来、甘利大臣が取りまとめに来られる予定であったけれども、ご案内のとおり、入院中であり、年明けには元気なお姿で復帰をされると思うため、私からしっかりご報告をしておきたい。

改めて、中間報告を取りまとめいただき、感謝申し上げます。引き続き、よろしく願います。

(以上)