

第2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10月29日(火) 15:00～16:00
2. 場 所：内閣府本府仮庁舎講堂
3. 出席者：
小泉進次郎 内閣府大臣政務官

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

三木谷浩史 楽天株式会社代表取締役会長兼社長

(議事次第)

1. 開 会
2. 一般用医薬品のインターネット販売に関する検討状況について
3. 実務者・有識者ヒアリングの報告
4. 医療・介護等分科会の今後の具体的な検討項目について
5. 今後のスケジュールについて
6. 閉会

○冒頭

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

はじめに、産業競争力会議議員及び本分科会の主査にご就任いただいた、増田東京大学公共政策大学院客員教授より、ご挨拶をお願いしたい。

(増田主査)

新たに産業競争力会議の議員に就任した。よろしく願います。

これまで、夏まで続いていた社会保障国民会議、それから、それ以前にも同様な会議等に参加し、社会保障制度の持続可能性や、どのように質の高いサービスを提供するか等について議論してきた。

日本は、これから急速な人口減少が始まるので、社会のありようが相当変わってくると考えられ、そのような現実に起こり得る状況に合わせた医療提供体制をこれから整備していく必要がある。それから、医療に行くもっと手前のところの、いわゆる健康予防、ここをどう活性化させていくのか、また、産業として成長させていくかということも重要な問題ではないかと考えている。

社会保障国民会議が終わったときには、地域別に、こうした問題を細かく対応していく必要があると考えていたところ。産業競争力会議での今までの議論についてもフォローアップした上で、アベノミクスの成長戦略にどのようにつなげていくのかについて、議員の皆様方、それから関係の皆様方のご協力をいただき、議論を積み重ねてまいりたい。

(小泉内閣府大臣政務官)

本日は、お忙しい中、お集まりをいただき感謝。

新たに産業競争力会議の民間議員として、増田寛也氏にご就任をいただいた。

議員には、本分科会の主査もお引き受けをいただき、早速本日、主査ペーパーということで、今後の具体的検討項目案の取りまとめにご尽力をいただいた。

本日は、まず、一般用医薬品のインターネット販売に関する検討状況のフォローアップを行った後、本分科会の今後の議論の立脚点となる具体的検討項目について、増田主査に取りまとめいただいたペーパーを元に意見交換をさせていただきたい。

言うまでもなく、日本は、世界に例を見ない少子高齢化時代に突入しており、いわば課題先進国とも言えるが、逆に、この問題に果敢に立ち向かい、解決を得ることができれば、世界でトップに立つことができる。国民一丸となってピンチをチャンスに変えていけるように、皆様の忌憚のない意見交換を宜しくお願いしたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

最初に、本年6月の日本再興戦略にも明記されている一般用医薬品のインターネット販売の検討状況について、厚生労働省から状況をご説明いただく。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

一般用医薬品のインターネット販売の検討状況については、6月14日の再興戦略を受けて、2つの検討会を立ち上げて議論をして、その結果が2つの報告書として取りまとまっている。それを受けて、今まさに法律化の作業を進めている。

第1回産業競争力会議医療・介護等分科会において、長谷川議員からリスク評価期間を短縮できないのかというご示唆をいただき、その場では、これはもともと3年間でデータを集めて、1年間で評価をするという仕組みであり、1年間の部分は努力の余地がある一方、3年間の部分は専門家の先生方がお決めになったものであり、ご相談の必要があるということで持ち帰った。その後、専門家の先生と相談をし、10月の報告書には、今後3年間の期間を短くすることを検討するというを書き加えていただいた。

それから、本日のお昼前に医薬品のネット販売に関する議員連盟の会合があった。これは、尾辻衆議院議員が会長の議員連盟であり、私どもが、なかなか報告書が出てから法案をまとめられないため、議員立法に着手をするというお話があった。

本日は、専門家会合の五十嵐座長からメッセージを預かってきているので、ご披露させていただきます。

「スイッチ検討会の報告書を作成するに当たっては、この件が、政治的に問題になっていたこともあり、また、純粋に医学、薬学の見地から検討を行ったということをはっきりさせるためにも、あえてネットとか対面とかという用語を使わずに作成した。

しかし、検討会での各構成員の発言や、やりとりを見ていただければわかるように、我々としては、スイッチ直後品目と劇薬については、薬剤師と患者さんとが直接顔を合わせてよく話し合い、薬剤師が患者さんの状態を五感を用いて判断し、販売する必要があると思っている。報告書は、そのような趣旨で作成したもの。だからこそ、代理の禁止など、現在よりも厳しいルールも導入し、盛り込んでいます。

今後、より効果が強い、つまりリスクが高い薬がスイッチしてくることが考えられ、直接顔を合わせて販売することの重要性はますます増してくる。ネットが対面に劣るとか、そういう議論をしているわけではない。ネットでは記録も残るし、時間を気にせずコミュニケーションがとれるなどの利点がある。しかし、対面でないとわからないこともあるのも事実。

また、永久に対面で販売しなければいけないと言っているわけでもない。安全性の評

価が確定するまでの間だけは、薬剤師と購入者が対面で顔を合わせて販売してほしいということ。そうでないと、安全を確保できない。薬は病気を治すためのものだが、使い方を間違えると毒にもなる。安全性が担保されない状況で販売され、国民に被害が出ることは、医療者としては耐え難い。この思いは、ぜひとも理解していただきたい。」

この会議でもスイッチ OTC 化の促進が、別の側面で議論されているかと思うが、我々としては、この座長の言葉にあるようなことを踏まえて、作業をしてまいりたい。

(三木谷議員)

厚労省からご説明があったが、時代認識の錯誤も甚だしいと思っている。

巷間、政府内の検討が閣議決定と違う方向に進んでいると耳にしており、我々は、大変遺憾に思っている。

また、一部に、一般用医薬品のネット販売の件は、ネットのビジネスを積極的に推進することが目的であるというような発言があるように聞いているが、そのようなことは決してないと思えさせたい。

これから、IT をいかに積極的に活用し、生産性を上げていくかというのは、成長戦略の要であると認識しているが、そのために、既得権益者による規制や、いわれない偏見や誤解に基づいた制約、特に対面原則というものを取り除いていくということが大変重要であると認識しており、一般用医薬品のネット販売は、非常に重要な事案であると認識している。

インターネット販売とリアルの販売の間で合理的な理由なく差別をされるべきではないと考えているほか、本人確認と言っても、対面であっても販売相手が本当に使用する本人か否かを判断することは基本的には難しいと考えている。

また、医薬医療改革における IT の活用については、日本再興戦略の中でも、医療・介護・福祉の ICT 化を徹底して、世界で最も便利で効率的で、安心できるシステムをつくり上げると謳われており、処方箋薬まで展望した薬販売のネット化は、今後増大される医療費の削減に寄与すると考えている。ちなみに、10 年後の医療費は、60 兆円強になると予測されている。

また、スイッチ直後品等の 28 品目の取扱いについてだが、安全性の観点から専門家会合の報告をベースに、政府案が練られていると思うが、専門家会合の報告は、あくまでも薬の特性と留意点を述べたものに過ぎず、ネットを否定する内容にはなっていないと考えている。

重要なのは、具体的な販売ルールの検討が厚生労働省の裁量で決められるのではなく、公開の場できちんと議論されることである。

また、スイッチ OTC 化については、他国ではほぼ全てのところでネット販売が進んでいるが、その中でもしっかりとスイッチ OTC 化の推進はなされている。ネット販売とスイッチ OTC 化の議論を一緒くたにするのはおかしいのではないか。

それから、ネット推進派は安全性をないがしろにしているというような主張をしているとのうわさも聞いているが、先程厚労省からご発言があったとおり、インターネットならではの有利性という方が、むしろ大きいのではないか。

ネットがリアルに劣る、そのような立法事実というものは見当たらないと考えており、この件に関しては、最高裁での判決でも言及されている。

また、3 年間禁止と聞いているが、このような規制をネットのみに課すことは合理的ではない。むしろ安全性については、トレーサビリティがあるインターネットの方が安全性が高いのではないかと考えている。

今後の進め方について、今後、政府内で検討が進められると考えているけれども、産業競争力会議で並行した意見があること、また規制改革会議でも大問題になり二度にわ

たる意見が出ていることを十分に認識いただき、議論が不十分なまま拙速に結論を出すことのないようお願いしたい。また、引き続きこのフォローアップの場を設けていただきたい。

最後に、1つ、似たような事例として、過去に不合理な規制があった例を紹介する。イギリスで昔、赤旗法という規制があった。蒸気自動車が登場したときに、当時、主たる交通手段であった馬車へのマイナスインパクトを危惧するというので、蒸気自動車に対しては、郊外では時速6キロ、市街地は3キロに速度を制限し、また、蒸気自動車の前に赤旗を持った人間を常に配置して前方への警告を促すとの規制が、1865年に立法化された。この結果、この法律を廃止するまで30余年がかかり、イギリスの自動車産業は、ドイツ、フランスに大きく後塵を拝することになった。

過分な規制は後で見直せばいいのだというような議論がなされているが、一旦このような規制が法制化されてしまうと、実質的には規制緩和をするというのは極めて難しくなる。また、安倍政権が掲げる規制改革というものに対して、大きな後退要素になると考えているので、ぜひご高配いただきたい。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

逐一は申し上げないが、我々が懸念しているのは、まず、専門家の意見を尊重しなければいけないだろうということ。また、行政を預かる者として、もし、このまま放置をして、不作為で薬害等が起こった場合に責任がとれないということを懸念している。

それから、逆にスイッチOTC化を進めていくという意味でも、専門家の方々の意見に反して、三木谷議員がおっしゃるような方向に舵を切った場合に、スイッチOTC化が当分進まない状態になってしまうだろう。結局、スイッチOTC化をしてこそその産業振興、経済成長であるから、そのことを非常に懸念している。

(三木谷議員)

対面の方がインターネット販売よりも安全であるという考え方が、そもそもおかしいと申し上げている。もし、薬害が出るということであれば、対面で売ったときに薬害が出た場合は、厚生労働省が責任をとるのかということをお伺いしたい。

それから、専門家会合と言うが、当の会合において、具体的な議論が全くなされていない。先ほど、お手紙という中でも、ネットで売ることのマイナス点というようなことをおっしゃっていたが、議論されていないことをベースに法制化するのは、甚だおかしい。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

対面が優れているというわけでは決してなくて、対面、ネットそれぞれにメリット、デメリットが当然あって、一般用医薬品の販売ルール等に関する取りまとめにおいて、逆に対面のほうに厳しいルールが課されていることもいくつもある。そこはまず、そうした一面的な議論ではない。

それから、対面販売で何かあったときに責任をとるのかということについては、むしろ、最高裁の違憲判決が出て、もう1年近く経つのに、何もやらないという不作為状態を責められると考えている。

本日の議連の動きも同じで、国会の先生方も、政府の不作為と同時に国会の不作為を問われると言って、もし政府で改正法が出せないのであれば自分たちで立法すると言って動き始めておられるということなので、何らかの政策をとって、それでだめな場合というのはもちろんあるが、やらないで不作為となることを非常に恐れている。

(三木谷議員)

そもそも、最高裁で違憲判決が出るような省令を作っておいて、今更何を言うのかという感じがする。判決をよく読めば、販売手段によらず、販売するのは基本的には自由であるべきであり、営業権があると書いてあると判決には書いてある。今、おっしゃっていることは、当てはまらないのではないか。

もし、その議論をするのであれば、では、ネットで販売すれば、この薬については、どうして危険なのかと、この薬はどうしたらいいのかと、そのことを一個一個議論すべき。例えばこの薬はにおいて判断しなくてはならないから対面でないといけないとか、あるいは、触診というのはそもそも薬剤師さんがやっていいのかどうかは別であるが、触診しなくてはならないから対面でないといけないとか、専門家会合はそのような議論をする場だったはず。しかし、そうした議論は一切されていない。

それから、本人確認とおっしゃるが、確認相手が使用者本人かどうか、どうやって確認するのかということについても一切議論がなく、あくまでも規制ありきという色彩が、非常に強いと思っている。数年前にも厚生労働省とはいろいろ議論したが、そのときと全く同じ状況だ。

このままでは、IT 活用、規制緩和という安倍政権が掲げる経済成長戦略の大きなマイナス点になると考えている。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

1点だけ申し上げると、まず、検討会では一個一個の品目について分厚い資料を出して議論をしていただいている。これは、まず、誤解なきように願いたい。

それから最高裁の話があったが、最高裁の判決は、要するに十分な議論、委任もないのに、あるいは国会で議論もないのに省令で決めたということのを非難されていると考えており、今回はきちんと法制局とも議論をし、まさに国会審議というプロセスをとって法律にするということで、そこは問題ないのではないかと考えている。

(三木谷議員)

資料の提出はあったのかもしれないが、一個一個の品目につき、ネットで販売することのマイナスポイントということについては議論はなかったと認識しているので、この点について、後から確認させていただきたい。

(今別府厚生労働省医薬食品局長)

つけ加えるが、一個一個の品目に関する分厚い資料について、それぞれの先生方は、公開の会議の場だけではなく、その準備段階も含めてずっと読み込んでおられる。

それから、さっきの議論で、私はネットでほとんど大丈夫だと思うが、1点だけ、例えば目が赤いとか、顔がむくんでいるとかというのは、本人が気づいておられない場合があるので、そういうものを薬剤師がきちんと対面で確認することができるという趣旨が専門家の先生方の報告書に書かれている。

(三木谷議員)

それが、診療行為に当たるのかどうなのかということが1つ論点としてあると思っている。

それから、先程申し上げたとおり、やはり実効性の議論をすべき。例えば、奥さんのために薬を買いに行ったり、子供のために薬を買いに行ったり、田舎の人は電話でやらなければならないという議論がある中、完全な対面販売に限定するというのは、正直言

って無理だと思う。そういう議論の中、こじつけ的に、顔が赤いときはどうするのかとか、その議論は、もしかしたら何人かに1件そういう確認が必要なケースがあるのかもしれないが、必ずしも実効性が完璧ではないということだ。

もし、公開でない場で議論があったというならば、それが本当に有効性があるのかどうか、もう一回公開の場でしっかりと議論させていただきたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

時間の関係もあるため、この議題はここまでとさせていただく。厚生労働省には、これまでの議論も踏まえた上できちんと検討いただくよう、宜しく願います。

続いて、実務者・有識者のヒアリングの報告について。お手元に資料のあるとおりだが、10月3日と4日の2日間にわたり、川渕先生、民間議員の代理の方々及び事務局でヒアリングを行ったところ。その結果については資料のとおり。

続いて、議題3「医療・介護等分科会の今後の具体的な検討項目」については、前回分科会における皆様のご発言と、川渕先生のご提案、それから、これまでのヒアリングの内容を踏まえ、増田主査に資料4のとおり、おまとめいただいたので、増田主査よりご説明いただく。

(増田主査)

お手元の資料4が、主査の責任において、今後の議論を実施するための検討項目ということで論点をまとめたペーパーである。資料3というのが、図表等を入れて、資料4を少し解説的に書いたものであり、この資料3をご覧ください。

なお、第1回分科会や有識者のヒアリングで出た議論をできるだけ踏まえて書いたつもりであるが、その場に私は入っていなかったため、不十分な点があれば是非いろいろとお出しいただきたい。

まず、資料3の1ページ目について、今後の具体的な検討内容として、第1回のこの分科会で提出されたペーパーに記している、効率的で質の高いサービス提供体制の確立等の4点について、再興戦略を踏まえてまとめている。2ページ目以降で、それぞれの項目について少し詳しく説明している。

2ページ目について。問題意識としては、1番目の効率的で質の高いサービス提供体制を確立することは、今後、急速な高齢化が進んで、急性期というよりも、恐らく慢性期の様々な症状を改善するということが必要になってくるだろう。そのためには、病院・施設完結型から地域完結型への転換ということが必要となってくるのではないかと。

すなわち、人材、設備、知識基盤等が非常に限られている中で、こうした医療ニーズに対応するということであり、それを進めていく方策として、例えば①「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人制度の検討を記している。

図をご覧ください。現在は、A、Bという医療法人があり、それぞれ病院や診療所を経営している。もちろん病診連携ということがありうるけれども、非常に横の連携が弱く、一つ一つの収益、経営という観点で見れば、競争相手ということになる。そして、人材や設備、知識基盤が脆弱な中で、十分な効果が上がらない。これを、右図のように非営利ホールディングカンパニーの下に、それぞれの病院、診療所から介護の関係まで全てを連携がとれるよう、大きく再編すべきではないか。本年4月19日の社会保障制度改革国民会議においても、私から資料を提出して提言したところ。

社会保障制度改革国民会議の権丈委員も同種の提言をしておられたが、そのような形でサービス提供体制を切り替えていって、資源を有効に活用し、更に質の高い、持続性のある経営に切り替えていくことが必要ではないかというのが、この制度の検討趣旨である。

この制度の検討に当たっての論点として、一番下に4つほど記しているが、これは、現在の医療法人を先のとおり切りかえていくにあたって、非常に支障のあることである。

②の医療法人の合併規制等の見直しについては、おそらく、今ある病院が、一旦患者さんを受け入れればとことん治療するという、急性期型の病院になっているが、これからは慢性期医療、リハビリや、年をとるにつれて生じる疾患を治療していくという亜急性期医療を提供する病院をもっと増やしていく必要があるのではないかとすれば、会社法で会社分割と同様のスキームによって、医療法人を分割することも考える必要があるのではないかと。

③の医療法人の附帯業務の拡充は、福祉のさまざまな事業と連携をすること。

④の自治体病院等の公設・公的病院の医療品質情報の更なる開示は、自治体から、あるいは政府から多額の補助金が投入されている中であって、財務諸表等の公開は大分進んできたと思うが、質の面での横の比較というのができない場合が多いとの問題意識である。私も知事時代に、全国の自治体病院開設者協議会の会長を大体1,000ぐらいの病院の代表としてやっていたが、実は、このあたりが不十分であるから、そういったことが必要ではないかと。

少しとばして、⑦の病床機能分化の推進については、病床機能分化ということから行っていく上で、都道府県知事が、そのビジョンを自らつくった上で、具体的に病床を切り分けていくことの主役になるようにと国民会議にて提言がされているところ、その環境にしていく上で、診療報酬体系と整合性をとって誘導していくような方策などが必要になってくるのではないかと。

なお、いずれにしても、施設の改修や耐震化に係る資金ニーズをどうするかということも併せて必要になるので、この資金調達面で、ヘルスケアリートの活用方策と書いている。調べてみると、アメリカは、大体20%弱ぐらいはヘルスケアリートが活用されているようである。一方、日本ではまだゼロであるから、この資金調達方法の活用方策も今後考えていく必要がある。

続いて、資料3ページ目の、「2. 公的保険外のサービス産業の活性化」について。これは、いわゆる医療よりもっと前のヘルスケア産業、あるいは更に言うと、セルフメディケーション関連産業を活性化し、一層推進するために、企業の力を借りていくということが、ひいては国民の健康寿命を延伸することにもつながるし、公的保険分野のいわゆる制度的な持続可能性にもつながるということで、この分野に一層力を入れていく必要がある。

①のセルフメディケーションの一層の推進については、例えば、地域に展開している薬局などは、まさに健康ステーションのような形で、そこで薬剤師さんのパワーを活用して、店頭で簡単な自己採血によって、自己管理のデータを得ると。そして、それに基づいて、例えば、薬剤師さんなり、それから管理栄養士さんなどがいれば、そういった人たちから健康相談や、食生活の改善などの指導を受けられる。このような取組も、これから産業として展開が可能ではないかと。また、フィットネスクラブなどの、いわゆる健康スポーツ産業などと、こうした医療機関との連携ということも考えられる。

それから、スイッチ化の促進のためには、リスク評価期間あるいは膨大な症例数をもっと少なくして、より迅速にやっていく等が考えられる。

それから、②混合介護の普及・促進や、③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。例えば、アウトバウンドで、各国からいろいろな日本の医療法人に対して進出の要望もあるようだが、出資規制が現行法上なされている等もあって、向こうに、なかなかきちんと出ていきづらい。こういったことの改善も必要。

続いて、資料4ページ目の「3. 保険給付対象範囲の整理・検討」についてだが、図で赤色に塗っているところが公的保険対象領域で、基本的にはここが一番コアの部分、

皆保険によってカバーされているところ。その外側のところ、上の部分に乗っかっている青色部分が、上乘せ要素的な保険外併用療養。右側の青色部分が、少し不確実性が高まるが、そういったものを試してみて、それで治療していくという保険外併用療養。更にこの右側の灰色部分、「医療としての有効性、安全性が確認できないもの」は、対象外になると思うが、この青色部分の拡大については、これから改善策を整理・検討していく必要があるのではないか。

検討内容として、まず、赤枠①「保険収載の在り方」については、これまで、幾つかの検討会、有識者会議で、例えば医療機器の早期導入などについての改善策が検討されてきているはずだが、なお、そういったことで漏れはないのか、そういったことが果たして適当かどうかといったこと。それから、新規医薬材料の評価をきちんと診療報酬体系に反映させること等が考えられる。

次に、②「保険外併用療養の大幅拡大」については、患者のニーズにできるだけ対応した選択肢を拡大していくということが考え方の根本だと考える。したがって、再生医療や医療機器等について工程表を作成して、早期に評価を迅速化させることや、いわゆるコンパッションエトユースを導入して、最新医療の選択肢をより広げていくこと、それから、保険給付の適正化、例えば費用対効果分析を活用する、ジェネリックをより一層普及する等、そして、中小企業も含めて健康診断の受診率を引き上げ、きちんとしたデータに基づく健康指導等を進めていくといったことが考えられる。

次に、資料5ページの「4. 医療介護のICT化」について。これは、かなり前からいろいろと掛け声がかかっているところだが、レセプトデータや特定検診データのデータベースを一層活用するためには、データをきちんと蓄積をして、付加価値を高めていくことが必要ではないか。それから、その蓄積されたデータを保険者による予防・健康増進活動や、民間ヘルスケアサービス産業に十分に活用させて、その活性化を図っていくといったことが考えられる。

①の地域医療介護連携ネットワークの普及促進については、地域的には、全国で具体的なネットワークが出てきているが、これをもっと横につなげて展開できる要素があるのではないか。

②の診療情報システムの標準化、電子カルテに記載されるデータ構造等の標準化は、いわゆる診療情報システムの標準化等である。それぞれの医療機関がこうしたことに取り組んでいるが、例えば、その書式等が標準化されていないのは問題で、まさにこの医療インフラをここで少し手間をかけてでもきちんと整備することが、よりその後の活用につながっていくのではないか。電子処方箋の実現といったことも必要になると考える。

最後に「5. フォローアップ」について、これまで、いろいろと取り組まれて、あるいは提言されたことについて、日本再興戦略をもう一度なぞりながらきちんとフォローアップを行って、着実な進捗・改善を図っていくべきと考える。

(長谷川議員)

基本的には、主査ペーパーについてよくまとめていただいております、これをベースに今後議論を進めていくべき。その上で、まず資料3の2ページ、「1. 効率的で質の高いサービス提供体制の確立」に関して2点ほど取り上げて申し上げる。

第1に、④自治体病院等の公設・公的病院の医療品質情報の更なる開示について、補助金を投入されている公設・公的病院の財務諸表等の情報開示は当然だと考えるが、病院間の横比較ができるように診療に関する情報も併せて開示をすることも検討していただきたい。まずは、既に蓄積ができていと聞いているDPCデータを活用することを実行に移していただきたい。

第2に、⑧介護サービスの品質改善について、現状の報酬体系は、サービスの品質を

改善するインセンティブがなく、むしろ要介護度が悪化した方が収益に貢献する仕組みになっていると言っても過言ではない。事業者あるいは利用者ごとの介護サービス品質にかかわる指標を定義し、定期的に情報を収集する仕組みを構築した上で、サービス品質改善にインセンティブをつけるために、事業者単位の品質データの利用者への開示や介護報酬制度への反映をぜひ検討いただきたい。もちろん、十分なケアを提供することは当然であるが、患者の要介護度を改善することにインセンティブがなく、逆インセンティブさえ働くという、市場メカニズムから見れば論理的に矛盾がある制度を改めることは、日本再興戦略に掲げる経済成長を確実に実現していくとの目的にも適っており、ここはきちんと検討していただきたい。

次に、資料3の5ページ目の「5. フォローアップ」の中で、2点申し上げる。まず、1点目として、日本医療研究開発機構（仮称）について、政治の強力なリーダーシップのもとで、日本版 NIH の設立が決定され、2014 年度の独立行政法人日本医療研究開発機構の設立に向けて準備が進められているが、これは、省庁の縦割り行政に横串を差す、いわば画期的な取り組みで、ここまでこぎつけていただいたことについて、まずもって高く評価している。

その上で、当初より1年前倒しで、2014 年度概算要求にて1,382 億円もの予算要求がなされているが、より効果を出していくため、あるいは目的に沿った形での将来的な発展を期するために、2つの対応をこの機会に申し述べたい。

一つ目は、中期的に、研究分野を大胆に絞り込むことによって、限られた予算枠、資源を有効に使う。それと同時に、レビューの体制を確立していく。米国の NIH で行われているピアレビューをしっかりと実施することによって、競争力のあるもの、あるいは未充足でニーズの高い医療、なおかつ個別の企業で取り組むにはリスクが高くて逡巡があるようなものについて、ぜひ取り組んでいただきたい。

二つ目は、研究者から見た納得性のある科学的知見や省庁への指導力を発揮できる新独法のトップを速やかに選任していただき、組織設計の詳細の詰めぜひ参加していただくことを検討していただきたい。

それから、成長に資するという観点では待機児童解消と共通点のあるテーマだが、今、40 万人とも言われる待機老人の解消を目標に掲げるべきではないか。介護のために自宅にいなければならない、本来、働ける人あるいは働いていた人が働けなくなって、生活保護に陥るといった事例までがあるわけだから、そういった働く意欲と能力がある人がきちんと働けるようになり、その上で税金も払うし、消費も行うと、そうした形にもっていけるように考えていただきたい。

40 万人の数字は過大であるとの分析もあり、真のニーズがどれほどあるのかを共有しないままでは、全く論議が進まない。まず、居住系施設に入所すべき待機者などを精査した上で、目標設定をする必要がある。

（川淵教授）

私は実務者・有識者ヒアリングに携わったが、その方々の話や、今日の議論を伺っていると、皆一本一本縦軸は入っているけれども、それぞれのテーマを繋ぐ横串がないと感じる。医療の ICT 化を横串に、少々申し上げる。

世の中は、相当 ICT 化が進んでいる。一例を挙げると、先日、パナソニックの方から誤嚥性肺炎予防に向けて口腔内の細菌を測定する機器を紹介された。細菌の測定というと、通常は12~72 時間培養して検査することになり、4,000~10,000 円程度はかかるのだが、紹介された機器を用いると1分160 円でできるという。それから、東芝の方からは、スマホを用いた生活行動認識技術、つまりスマホを用いて脈や心電図までとれるといった技術を紹介された。

ところが、いざ世間で広く活用しようとなると、薬事法の問題が絡んでくる。薬事法を通すとなると、臨床研究に相当のコストがかかる上、保険収載にも時間がかかる。

混合介護はOKだということだが、IT技術の活用面でこうした医療機器・医療技術についても、何とか知恵を絞って、選定療養のような形で、早急に世の中に普及させられるような仕組みが構築できないか。睡眠時無呼吸症候群についても、病医院に通って診療を受けている人は2万5,000人ぐらいだそうだが、実際、潜在ニーズは500万人ぐらいあるという。治療に通わないと、行き着くところ糖尿病になったり、透析になったりする。ところが、入院宿泊しなければ院内PSG検査は診療報酬請求できない。また、睡眠時無呼吸症候群治療器は1～2ヶ月に一回程度で通院しないと保険適用が受けられない仕組みとなっており過大な患者負担が生じる。しかし、在宅で検査可能なポータブル検査器が既に存在しており、地域包括ケアニーズや技術進歩を踏まえ、保険適用の前提を見直してはどうか。

ICT技術の活用により通院に必要な回数を減らすことで治療を受ける人が増えれば、ひいては公費削減にも資する。IT技術を活用した手軽で低廉な医療機器・医療技術の普及を推進することで、健康寿命を延ばすことに活路を求めている。

もう1点、これは厚労省の資料だが、特定検診保険指導のデータとレセプトデータがくっついてナショナル・データベースができたと思ったら、実際にくっついたのは、男性が9.8%、女性は15.7%しかいない。

個人情報保護の観点から、ハッシュ関数を用いて暗号化して個人が特定できないようにしたところ、うまくマッチングができず、データとして利活用できなくなっている。これはゆゆしきこと。

一方、アメリカや、今、イギリスのNHS改革に取り組んでいる日立によれば、個人情報保護とデータの利活用について、明確にルール化がなされているという。私は、マイナンバーをベースにした医療情報化も可能と考えるが、聞くところによると、医療は別建てにするということなので、やはり早くこのようなルール化を急いでいただきたい。

(三木谷議員)

新経連の中でも、今のマイナンバーと医療用の特定番号について話が出ており、両者を別建てにするというのは非常にナンセンスだと思っている。それが一番大きなポイントではないか。

先程のインターネット販売の話もそうだが、あらゆるコミュニケーション手段を使って、トレースしてデータを集めていくということが重要であるにもかかわらず、古典的な対面原則や、古いしきたりに守られているものをどうやって打破していくのか。これができるば、いろいろな医療のサービスモデル、機器又は医薬品の世界へ向けた輸出産業の育成というようなことにもなると考える。

メディカルサービスのレベルについても、日本は悪くないと思うが、それを支えているのは、非常に俗人的な、日本のおもてなしマインド的なサービスクオリティの高さだと思う。やはり、それをITを使って、いかにシステムティックにしていくかということがとても大切なのではないか。

(唐沢厚生労働省政策統括官)

まず、増田主査に、今後の重要課題を整然とペーパーに整理いただき、感謝申し上げます。

特に、医療提供体制をどうつくっていくかということは、少子高齢化が進む我が国にとって非常に重要で、医療提供体制から介護まで通じた全体的なコンセプトとして、地域包括ケアをつくっていく。しかも、それぞれの地域ごとにより事情が違うので、そ

れを各地で創造的につくってもらっていくことが必要であり、それをバックアップする国の仕組みというものをどう考えていくかというのは非常に重要なことだと考えている。これは、事業者のビジネスモデルの問題として、いろいろご提言をいただいているので、これから検討させていただきたい。

それから、保険の関係では、イノベーションの推進と重点化・効率化を同時に推進していくということ。これは、片方だけでは駄目で、両方を推進していくことが非常に重要だと思っている。それから、予防、ICTの活用についても非常に重要だと思っている。

それから、情報の開示について長谷川議員からご指摘いただいたが、日本では特に病院の数が非常に多いことがあるし、それから、日本はフリーアクセスと言うけれども、外来だけではなくて、入院もフリーアクセスである。自分が入院する病院を選べるという仕組みになっている、ある種の特別なシステムだが、それが効率的に機能するためには、やはり情報の開示で、医療サービスについて、利用者もある程度理解をすることができるような情報開示制度をどのようにつくっていくかということも非常に重要だと思っている。

日本版 NIH については、健康医療戦略の中で、ご指摘のような点を踏まえて、私どもも参加をさせていただきたい。

それから、待機老人の問題も、いわば医療難民、介護難民という問題だが、これも、実は地域包括ケアをつくって解消することの1つの非常に大きな目標である。

先程申しあげたように、フリーアクセスで入院する病院や施設を選ぶということだが、きちんとしたシステムや情報提供、地域ごとの実情に合った方式がないために、選べないという状況が出現しているので、こうした問題についても十分に検討させていただきたい。

それから、川淵先生からもご指摘をいただいた情報活用の問題について、私どもも問題意識を持っており、IT戦略本部と相談をしている。医療は特に機微性が高く個人情報保護の必要性が高いと言われているが、情報というのは、ほかの分野でも同じようなものがあるので、むしろ共通の個人情報保護のルールのようなものをつくっていただいた方が、我々としても実は取り組みやすい。医療だけでオリジナルのルールを開発することだけではなくて、金融等の分野でもかなり個人情報があるので、共通のルールを検討すべきだということで、実はIT戦略本部や総務省と今、相談をしているところ。まだ具体的な取組の方法まで議論が進んでいなが、そのような状況である。

それから、三木谷議員からご指摘があったように、マイナンバーと番号を別々につくるというのはかなり非効率ではないかというご指摘がかなりある。私どもも、マイナンバーをそのまま使えるということに比べればかなりのコストがかかるということはおそらく事実だと思っている。それで、そのあたりのところの問題は、またこれから検討していかなければいけないと思っている。まだマイナンバー自体は、通った法律でかなり制限をかけつつ、先の問題は、今後の議論ということになっているが、私どもも将来の個々人への医療サービスの活用とか、あるいは全体のサービスの向上とか、これを先程のプライバシーの問題と同時に両立させていくような方策をIT戦略本部や総務省とも連携しながら検討してまいりたい。

(佐々木国土交通省土地・建設産業局長)

ヘルスケアリートについては、まさにご指摘があったように、アメリカと比較して相当遅れている。しかし、これから非常に需要が見込まれるところで、これをどうやって財源を調達していくかというのが非常に大きな問題になっている。そのような問題意識を持って取り組んできており、私どもの中でも研究会を設けたりしてやってきている。

要は、雰囲気をつくっていくということが1つ重要なことだと思っている。やはり、なか

なか福祉・医療関係になると、心理的な抵抗というのが今かなり強いということもあるので、第1号が非常に大事だと考えており、そのためのガイドラインの策定等に努めている状況である。

(広瀬経済産業省審議官)

増田主査からご説明があった公的保険外のサービス産業は、まさにこれからの成長産業として大事だと思っている。

増田主査の提出資料にあるように、医療機関や食事指導、運動指導など様々なサービスを組み合わせた形で、今後新しいビジネスが生まれてくることが想像されるが、ご指摘のとおり、法令がそういった新しい取組を想定していない場合もあり、規制の適用対象になるのか否かを明確化する必要がある分野が存在する。

例えば、ここに挙げていらっしゃるように、生活習慣病になるリスクがある人が、医師の指導や助言を受け、それに基づいて様々な栄養サービスや運動指導等を受けるといった場合に、どこまでが医療行為なのかが不明確である。そのような場合に対処するため、本日から審議が始まった産業競争力強化法案では、企業に具体的な事業計画を出していただき、その中でどこまで規制が適用されるのかを明確化し、安心して新しい挑戦ができるような仕組みを取り入れており、こうした取組を後押ししてまいりたい。

(三木谷議員)

日本の医療従事者の方々の英語のレベルが極めて低い。この問題点は3つあって、1つは医療ツーリズムをやろうとしてもおそらくとても無理だなという感じがすること。それから、どうしても日本の中で限られた情報交換になってしまっているという問題が2つ目。そして3つ目は、すばらしい技術や薬が多くあるが、そのマーケティングが学会等の発表も含めてほとんどできていない。

京大の山中教授などは、アメリカでも活躍されており、英語も堪能だが、一般的な医療従事者は英語のレベルが低いので、これは産業競争力ということ言えば見直した方がいいのではないかと。

(増田主査)

次回から個別に一つ一つ議論する。特に省庁を超える問題ばかりであるから、会議に来るまで、省庁間で横でよく事前に議論しておいていただきたい。

それから、私の理解としては、産業競争力会議という場で、この医療、介護問題を議論し、規制改革会議は規制改革会議のほうで、規制の観点からいろいろ議論するのだと思うが、産業競争力で医療・介護等を議論するにあたり、例えば民間がこういうことを手掛けることについて、何か営利目的ではないか、そういう誤解があってはいけないと思っている。医療・介護等の産業の競争力が高くなる、気運、競争力が増すということは、雇用につながり、それから一人一人の給料アップにつながっていくと、そのために、今、一生懸命こういった成長戦略を打ち出しているわけである。

私は、企業の競争力が高くなるように、産業競争力が増すようにしていくということが、今、言ったようなことを通じて、国民の幸せにつながる。こうした観点から、産業競争力会議においてきちんと議論してまいりたい。

(長谷川議員)

川淵先生と三木谷さんからICTの問題が示されたので、その重要性について付言すると、もう世界はいろいろ進んでおり、例えば先程増田主査がおっしゃったような、ワンコインクリニックで、自分で採血をし、糖尿病の検査をして、すぐ結果が出せるという

のもあるし、バングラデシュでは、診断薬のキットを各家庭の慢性疾患患者に配っておき、定期的に検査をして、結果をスマートフォンで町の専門医に送る。町の専門医は、経過をモニターして、適宜指示を行うことによって8割方の問題がそこで解決するともいう。そういう取組がもう既にたくさん生じている。日本もそうした効率化、あるいは人口減少による限界集落などの医療サービスをどう提供するかという、これから起こる本当の深刻な問題にどう対応するかを考える際に、ICTテクノロジーを使って、対面原則をある程度緩和していかないと、とてもではないが効率が悪くて、費用ばかりかさんでしまうことになるので、ぜひその点を前向きに検討していただきたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

それでは、今後、各論点項目については、次回以降、順次進めてまいりたい。

今後のスケジュールは、資料6のとおり、年末の中間整理に向けて進めてまいりたい。

(小泉内閣府大臣政務官)

議員の皆さんも省庁の皆さんも本当に活発なご議論をいただき感謝申し上げます。

冒頭に、三木谷議員と今別府局長の活発な議論をいただいたように、これからも引き続き、ぜひ活発に議論を闘わせていただいて、よい結果につなげてまいりたい。

次回以降は、各省庁の方々から個別にお話を伺い、年末の中間整理に向けて議論を進めてまいりたい。

安倍政権でも、特に医療は岩盤規制の象徴という位置付けもあるので、各省庁の方々には、より大所高所からご協力いただきたいと思うので、今後ともどうかよろしく願います。

(以 上)