

第4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11月12日(火) 15:30~17:00
2. 場所：中央合同庁舎4号館12階1214特別会議室
3. 出席者：

西村 康稔	内閣府副大臣
小泉進次郎	内閣府大臣政務官
新浪 剛史	株式会社ローソン代表取締役 CEO
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

(議事次第)

1. 開会
 2. 「公的保険外のサービス産業の活性化」「医療介護のICT化」について
 3. 閉会
-

○冒頭

(西村内閣府副大臣)

本日最初の議題は、公的保険外のサービス産業の活性化。これは、セルフメディケーション、薬局などの店頭で簡易な検査等を行って健康管理につなげていく等であるし、グレーゾーンの扱いについては産業競争力強化法の中で明確化することになっているので、そちらも活用しながらということになるが、ぜひ保険の範囲内のいわゆる俗に言えばエコノミークラス、みんなに適用されるものと、プラスアルファ、ビジネスクラス的なものとか民間が参入できるところ、このあたりをご議論いただいて、質の高い介護・医療のサービスと同時に民間のビジネス、産業として成長する、そうした理想的な姿をぜひ描いていただきたい。

合わせて、「医療ツーリズム」について、これも外国人、富裕層を優先するのではないかという誤解があるので、国民の皆さまの理解も得ながら、日本の持っている医療の技術を海外にも提供しながら、更に発展し、高度化していくという絵姿をぜひ描いていただきたい。

その観点でも、もう一つの議題である医療・介護のICT化、これは私も北海道や呉市などを見てきたが、今でもやろうと思えばできる。呉市も毎年1億円以上の医療費の削減を実現しているし、これを横展開すればかなりのことができるわけであるし、更には将来的にはマイナンバー制度も導入されるので、こうしたものを活用し、できることから着手しながら、医療費の適正化、併せて民間の成長分野として参入し、成長していく、発展していくという絵姿をぜひ描いていただければと思う。今日もまた闊達なご議論をお願いしたい。

前回の議論に加え、様々な突っ込んだ議論をし、整理をしてきていると思うので、年内の取りまとめに向けて引き続き調整をお願いする。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

本日は第2回の分科会で増田主査にご提示いただいた具体的検討項目のうち、公的保険外のサービス産業の活性化及び医療介護のICT化についてご議論いただきたい。

(成田厚生労働省審議官)

資料3-1の1ページ目をご覧ください。「2. 公的保険外のサービス産業の活性化」の「① セルフメディケーションの一層の推進」について。

i の記載のうち、運動・栄養指導などの事例については、産業競争力強化法における適法性の確認制度に関して、経産省と協力させていただいているところ。

セルフメディケーションの推進に関しては、平成26年度概算要求において、薬局・薬剤師を活用した健康情報の拠点の推進や、在宅医療に関するモデル事業として予算要求をしているところ。

ii のスイッチOTCについて、スイッチOTC化後のリスク評価期間については、現在調査期間として3年間、プラス調査結果を分析するための期間として1年間の計4年間を原則としているが、一般用医薬品としての販売可否に係る評価期間の短縮については検討をさせていただきたい。

一方、製造販売後調査について、症例数に関しては適切なリスク評価を行う上で、必要となる目安として1,000分の1の確率で発生する事象を検出するという意味で、原則として3,000例程度の症例数が必要ではないかと考えている。

平成25年度の厚生科学研究において、スイッチOTCの在り方等に関して、医師、薬剤師、消費者等の参画を得て議論をさせていただきたい。

(有岡厚生労働省審議官)

資料3-1の2ページの「② 混合介護の普及・促進」について。

介護報酬の対象となる保険内サービスと対象にならない保険外サービスを合わせて提供する混合介護については、保険外のサービスについて利用者と事業者との間の契約に基づいて保険外サービスとして提供することが可能。この場合、保険外サービスと保険給付対象サービスを明確に区分する必要があるということと、当然ながら保険外サービスについては利用者の自己負担ということになっている。

2点目に、現在の制度においては、それぞれの要介護者について支給の限度額があり、これを超えて利用することも可能であるが、一方で、これについては全額自己負担を必要とする制度となっている。

それから、ケアマネジメントにおいてプラン等を作成する場合に、要介護者の状況や要望に応える形で、保険外サービスも含めた居宅サービス計画を策定することも可能である。ただ、これについては特定のケアマネジャーが特定の民間企業に対して利益誘導をするようなケースもあるという指摘もあるので、この点について留意が必要。

(原厚生労働省医政局長)

資料3-1の3ページ、「③ 医療・介護のインバウンド・アウトバウンド」について。アウトバウンドについては、厚生労働省の立場としては物を単純に売るということではなくて、例えば医療機器等を売ったとしても、あるいは病院をつくったとしても、それを継続的に使っていただくことが重要だと考えている。そういう意味で、相手国の保健省と覚書を交わしながら地道な事業展開をしてまいりたい。

その中でも、例えば物についてはできるだけいいものを買っていただくという観点から、総理などと一緒に訪問したときにトップセールスをしていく。それから、継続的にいろいろと使っていただくという意味では、制度的なものの経験の移転を考えていく。

そのためにはこちらからの様々な情報提供や向こうからの教育なども必要になってくる。

もう一つは、医薬品や医療機器というのはそれぞれ各国において規制があり、この規制に関する相互理解の促進ということでいろいろ事業を始めている。最近ではタイのFDAと日本のPMDAで共同のシンポジウムをバンコクで開催したところ。

医療法人について、これもいろいろなところで議論されているが、医療法人が日本の中ではなくて海外で医療事業をしていくということについては、今、医療法人制度について検討会をしている中で、海外の現地法人に対しても出資ができないかという形で議論を進めていく予定である。

インバウンドについては、オリンピックも含めて、外国人がたくさん来られるということが今後予想されるが、その中で安心して国内で医療を受けていただくための環境の整備をすることが必要。そのために、1つは認証制度を持っているが、なかなかこれが進んでおらず、現在3つの病院しかまだ認証を取得していない。そのほかにも共通で通訳を使えるような制度や、外国人向けのコーディネーター、英語だけに限らず複数言語の医療通訳が派遣できるような体制などについて現在、検討を進めているところ。

(有岡厚生労働省審議官)

続いて介護のインバウンド・アウトバウンドについて、介護事業者が日本に来る外国人に対して、介護サービスを提供することについては、これは保険外ということになるが、特段の規制はないところ。一方で我が国の介護サービスの国際展開については、これは網羅的な調査を行っているわけではないので、全容はわからないが、いくつかの例を見ると中国を中心に進出が始まっている。これについては更なる詳細な調査を現在進めているところ。

(山沖厚生労働省政策評価審議官)

資料3-1の4ページ、「4. 医療介護のICT化」について。

まず、医療介護のICT化については、医療機関等の間で個人データとしての診療情報を使う、あるいはビッグデータとして活用して、様々な医療技術や医薬品のイノベーションに使うということで、有効な解決手段であると思っている。一方、その前にまずは医療機関等の間のネットワーク化が必要であるということで、特にシステムやデータ構造の標準化や実証事業を通じてネットワークの普及に努めているところ。

「① 地域医療介護連携ネットワークの普及促進」については、その普及を支援する補助事業を実施しており、来年度予算についても概算要求を行っている。また、データの相互運用性を確保するため、今年度は広域での地域医療連携に必要な標準規格の案を作成するという事業を実施しており、来年度に実証事業を実施するというところで概算要求を行っている。

次に「② システムの標準化、電子カルテに記載されるデータ構造の標準化等」について、まずシステムの標準化については、用語・コードの標準マスターというもの、つまりは標準的な用語・コードを管理更新する事業や異なるベンダーの間で相互接続性を確保するための事業を実施しており、来年度予算についても概算要求を行っている。これは毎年やっていかなければならない性格のものである。

また、各種の補助事業や実証事業に際しては、サーバーでの診療情報の保存管理はSS-Mixの使用を条件とすることによって、その普及に努めているところ。

更に、電子カルテに記載されているデータ構造の標準化についても、より高度な情報連携を実現するために関係団体等と連携しながら、必要に応じて用語・コード等に関して新たな標準規格を追加するなど、継続的に整備することとしている。

レセプトに記載する傷病名については、医療機関は原則として厚生労働省が定める傷病名コードを用いるように周知し、その統一を図っている。

ただ、1つの傷病名に対して複数の診療行為や医薬品を投与する場合あるいは逆に複数の傷病名に対して1つの診療行為又は医薬品の投与を行う場合などがあるため、疾病名と診療内容、薬剤等の対応関係がわかるような様式とすることは難しいと考えている。

なお、傷病名のうち既に治癒したものや現在の治療内容と関係が薄いものについては、転帰欄に「治癒」等と記載することとしているが、この取扱いを徹底することについては検討してまいりたい。

最後に「③ 電子処方箋の実現」について。今年度は実証事業を実施しており、平成26年度から27年度までを目途に実現に向けた課題の解決策を確立した上で、必要な法令等の検討、見直しを行うこととしている。なお、時間の都合で今回は説明を省略させていただいたが、参考として資料3-2を用意した。医療情報連携ネットワークについては2~3ページに、標準化の推進については4~7ページに、7ページにはレセプトの傷病名のコード統一の推進、9~10ページに電子処方箋について資料を付けているので、ご参照いただきたい。

(石川経済産業省審議官)

資料4-2の2ページについて。セルフメディケーションという論点であるが、次世代ヘルスケア協議会というものを立ち上げてはどうかというご指摘をいただいております、これを踏まえて、実際、ヘルスケア産業でいろいろ出てきている新しいビジネスモデルの中での対応を考えるために、官民が一体となって関係省庁とも連携して、こういう取組を進めていくための枠組みとして次世代ヘルスケア産業協議会を、年内を目途に発足させることを考えている。メンバーは民間事業者、医療関係者、学識経験者等であるが、引き続き検討をさせていただきたい。また、地域レベルでも例えば中部地域では新ヘルスケア産業フォーラム、九州では九州ヘルスケア産業推進協議会が既に動いているということもあるので、こういった動きも踏まえてまいりたい。

具体的にどのような検討をするかについて、3ページ目の「グレーゾーン解消の取組」ということで、産業競争力強化法案の中でグレーゾーン解消の手続を定めるとともに、個別の案件の手前でも一定の共通性があるような場合にはガイドラインを定めて、新しいビジネスモデルが動きやすくするというようなことを考えている。また、その具体的なビジネスモデルの事例を吸い上げることで、次世代ヘルスケア産業協議会を活用していくことを検討している。

4ページの「品質確保・保証に関する取組」については、更に民間のそういったビジネスの発展ということであるが、ヘルスケア分野については、特に今の公的保険対象外のものについて言えば、新しいビジネスが出てくるので、消費者から見るとこれがどのような効果があるのかといった情報が乏しいことがある。したがって、品質などについての第三者認証をするような枠組みが考えられないかということ、海外にも多少類似の例があるが、こういったものも含めながら、また、慶応大学の医学部には、資料4ページ中段左側のスキームを認証機関と連携してつukれないかということについて検討いただいております、平成26年度に実証事例を1つ立ち上げ、それを横展開していくことで、こういったビジネスの発展基盤をつukれないだろうかと考えている。

5ページの「健康投資促進に関する取組」について、様々なビジネスが発展する上でも、需要サイドで、個人や企業が健康に自らお金を使っていき、投資をし、組織的にも投資をしていくことが非常に効果があるということ、例えば「①予防活動の投資対効果の計測」に書かれたタニタの例、これは顕著な医療費の削減の効果などもあったという事例だが、こういったものを個別の事例というだけではなくて、投資効果の計測、ベ

ンチマークなどをつくって見える化をして、健康投資のトップランナーというのはどういう人なのかというのがわかるような形にしていくことによって、そうした投資が需要サイドとしても促進されていく。このような枠組みを、平成 26 年度を目途に整理をしてつくってはどうかと検討している。

6 ページの「医療の国際展開のための取組」について、こちらは平成 23 年度から、海外展開をしようという場合に、実際に現地ではいろいろ患者さんの状況、どれくらい収入が立っていくか、事業として回っていくかという点について十分な準備が必要であるから、そうした取組について企業の方々へ支援をしており、本年度では 15 カ国において 29 の調査事業を行っている。過去 2 年やった事業を受けて、資料にあるようなカンボジアにおける八王子の北原病院、ロシアのウラジオストクにおける北海道の HOKUTO 病院、インドネシアにおける名古屋の偕行会の病院など、海外展開を既に見現するという事例も動いているので、こういった動きをぜひ加速させてまいりたい。

(吉田総務省政策統括官)

2018 年までに地域医療介護ネットワークを全国に普及を図るということで、これまでも種々の取組を行ってきた。具体的にどのようなメリットがあったのかを紹介する。

1 つは、広島県尾道市で、平成 23 年度から 24 年度にかけて、医療機関と介護施設の間で情報連携を図れるように実証事業を実施した例がある。これにより、入院患者が介護施設にスムーズに移れるようになるというメリットがあるとか、あるいはこういった医療機関の情報連携を進めると、重複検査が少なくなるということが言われているが、本実証事業においては重複検査が 10~20%程度削減されたというデータが得られた。

もう一つは、平成 24 年度から行っている愛知県豊田市の例で、診察券の IC カードの中に診療の結果が記録されていて、これを病院にある端末にかざすと、血液型、既往症、服用している薬、アレルギー等のデータが具体的に出てくる。病院に置いてある端末でわかるということはもちろん、実はこの端末は救急車にも乗っており、救急車で運ばれたときに IC カードをこの端末にかざすと、その人がどのような既往症があるかが分かる。本実証実験においては、カード保有者の救急搬送が 200 件ほど発生し、救急車内で救命措置ができるとか、病院の受け入れ態勢が少し早くなるということで、2 分程度であるが、治療開始までの時間が短くなったというデータが得られている。

ここからは理論的な話だが、2 分早くなると死亡率は 2%低下するという話もある。いずれにしろ ICT の活用により、医療の質が向上するとか、医療費削減につながるということが考えられるので、これまでの成果を踏まえつつ、取組を早急に全国に広げてまいりたい。

もう一つ、レセプトデータ等を活用した健康増進活動の活性化というのは非常に有用な取組だと考えているので、来年度予算概算要求に盛り込んでいっているところ。

(篠原観光庁審議官)

資料 6-1 をご覧いただきたい。

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、日本再興戦略において訪日外国人の数値目標が定められた。今年中に 1,000 万人、直ちに 2,000 万人を目指し、2030 年には 3,000 万人という政府目標が定められているので、この訪日外国人の増加を目指す施策の一環で、観光庁は医療関係では 2 つの事柄に取り組んでいる。

1 つ目は、いわゆる医療を目的とする観光を促進していこうということで、医療機関に加えて旅行業者、宿泊施設、自治体なども交えて意見交換、情報共有の場をつくって、ここでいろんなプロモーションの仕方の相談などを行っている。

もう一つの取組は、訪日外国人が増える中で不慮の病気、けがへの対応ということで、

通訳、医療サービス機関のリストアップ、情報提供などといった受け入れ環境の整備に取り組んでいるところ。

(増田主査)

この公的保険外のサービス産業の活性化という議題について、予防・健康増進分野に力を入れることが、結局は医療介護の非常に大事な制度を維持することにつながる。医療介護については様々な規制がある分野が多いが、保険外のこの分野、セルフメディケーションにしても何にしても、産業化を図るために、もっと企業の力を使うとか、民間の力を使うとか、そうしたことによって国民をより健康にして、医療介護の負担を減らすという意味で、産業競争力の中でも大事なテーマであるし、そうすれば大事な医療介護を守ることににつながる。そういった観点で私も新浪議員も長谷川議員も、おそらくここにいる多くの人たちが様々なアイデアを持っていると思うので、積極的にそれを実現するというふうを考えていただきたい。

まず、セルフメディケーションの一層の推進について、ここは今、町にいろいろある薬局とか薬剤師の皆さん方の人的なパワーを活用することが、これからセルフメディケーションの分野で非常に重要であり、いろんな患者さんが来るのを待つということではなくて、自ら積極的に健康相談に乗り出すとか、薬の指導をするだとか、いろんな機器を使った簡易な検査で健康に関心のある人たちに積極的に接触していくこと、そういうことがこの分野に対して求められている。したがって、厚労省は基本的にこうした簡易検査や服薬指導、健康相談などのセルフメディケーションにもっと積極的に取り組むというスタンスで考えていると思うが、そこを1点確認したい。

それから、経産省からも今積極的なお話があったが、特に産業化という意味で、グレーゾーンの解消が事業者にとっては非常に重要なこと。例えば、自己採血を含む簡易検査を実現するために経産省が動くとか、食事指導については、管理栄養士とかスポーツクラブ、フィットネスクラブでのトレーナーなどによる運動指導が非常に大事だと思うので、こうしたものの産業化を省を挙げて優先的に取り組むとの考え方であろうと期待しているが、その点を確認したい。

また、厚労省については、医薬品のスイッチ OTC 化を積極的に進めていただきたい。日本 OTC 協会が候補として 129 品目を掲げているが、これについては前向きにスイッチ化を検討してほしい。インターネット販売についての議論はあるにしても、スイッチ OTC 化がきちんと行われないと、その先に続かないので、検討すべきと思っているが、見解をお聞きしたい。

それから、前回の主査ペーパーで OTC 化の承認審査スキームについて、より透明性の高い形でこのスキームをつくるべきだ、検討してほしいという指摘をしたが、その点についてこの資料には入っていないので、そこについての考え方をお伺いしたい。

インバウンド、アウトバウンドについて、これから海外に医療法人が出ていくときの出資なども緩和していただきたいし、国際協力の観点からもこれは非常に国策として重要。ぜひこれを推進してほしい。これは厚労省と経産省、観光庁に、基本的なスタンスをお伺いしたい。また、観光庁と経産省には様々なイベントをそれぞれが企画することになるといけないので、窓口を一本化して観光庁と経産省には対応してほしい。そこについて考え方をお伺いしたい。その前に、厚労省にインバウンド、アウトバウンドについて、ぜひ積極的に行っていただきたいと思うが、もう一度そのスタンスを教えてください。

外国人の患者の受け入れの医療機関の認証制度については、いくつか他にもあるようだが、いずれにしても JMIP は最近でき上がったということを考えても、3 件しか認証を受けていない。これは期待どおりなのか期待より少ないのか分からないが、私はもっ

と数が増えなければならないと思うし、大きな病院がそこに入っていかなければならないと思う。そうすると、海外の保険会社とうまくペアを組むとか、そうした動機付けが必要となってくると思うので、これについてより進めていく上でどういったことが必要なのか、厚労省からお話を聞かせていただきたい。

最後に ICT 化。これから取り組まれる事業のお話もあったが、地域医療介護連携ネットワークは 160 が全国にある。これから更にネットワークを組んでいくことが大事だということだが、自治体ごとに患者同意のとり方のルールが異なっている。これは自治事務だからどうしても根拠条例も違っているのです。そういうことになるのだが、だからと言って自治体任せにしておくとは全然進まないで、国が先行事例、ベストプラクティスを公表して、こうした意義があると示すことが状況を動かしていくことになると思うので、優良事例、ベストプラクティスの調査公表を積極的に行ってほしい。この点について厚労省にお考えをお伺いしたい。

(新浪議員)

今、主査がおっしゃったように、経済成長につなげていくことを考えると、公的保険外のサービス産業の活性化が非常に重要。これから雇用をつくっていくために、新たに事業が行われ、ベンチャーなどができると、世の中はやはり変わってきたなと思ってもらえるのではないかな。

そこで、今回、経済産業省から出てきた次世代ヘルスケア産業協議会は大いに期待したいと思うが、グレーゾーン解消制度の中で規制所管大臣を通じて解決方法をアドバイスして、基本的にいいなと思ったならやるという前提で解決をしていくという方向で、事業の創出をしていくようにしていただきたい。

これは言う必要性もないと思うが、予防医療が大変重要だと思っている。健康診断を始めとしたマルチのサービスが自分の家に近い身近なところでやられており、場合によっては例えばある程度解像度の高い 8K とか 16K の非常に技術が高いディスプレイがコモディティ化している中で、そうした新たな技術を使って、薬剤師や場合によっては医師、そして管理栄養士の方々とも十分なコミュニケーションができ、最終的にサービスや商品が売れるなど、そうした形で新たな事業が生まれ、そして安心、安全の社会ができてくる。これは社会性という意味でも大変重要なことであり、こういったことが広くできるようにぜひ統合的な仕組みをつくり、最終的にはこういったマルチなサービスを健康指導や運動、栄養指導などにつなげていく仕組みを全体で、国家をあげてつくっていくべきではないかな。

今、話題になっているインターネット販売だが、一方で、私は健康や医療も含めて様々な分野で、対面でやる安心さを実際はお客様から感じている。そうした意味で、ディズニーストアの近くの店でテレビを使って、実際にやっている。ちゃんと法に基づいてやっているのご安心いただきたいが、例えば熱が出たというときに、いわゆる飲み合わせの問題があるので、OTC 医薬品の 2 類でさえもお母さんたちは非常に心配されるということで、ここで薬剤師に必ずテレビで話ができるようになっており、すごく安心して帰っていただいている。

だから、対面であるという前提の中に漏れ聞くに、本当かどうか、まさか薬剤師は五感で安全性を確認する必要があるとの曖昧模糊とした主観的な説明で規制を正当化するようなことはないと思うが、このように文明の利器はうまく使いながら、しかし、今やっている方々にもっと活躍していただくことは大切なのではないかな。それが最終的にはこれを経由して、早期に健康チェックして早く安心していただける。場合によってはひよっとしたら 24 時間安心できる体制ができるかもしれない。病院に行かなくても近くのところ、又は自分のテレビでできるようになるかもしれない。場合によってはかか

りつけ医とコミュニケーションするという新たなサービスが出てきてもいいのではないか。ITをもっと活用して、むしろ今おられる方々、薬剤師を始め医師、看護師の方々に活躍していく場をもっとつくっていくのはどうか。そして、それぞれの地域で、そうした方々とともに事業家が安心して新たなビジネスモデルをつくっていける。こういうことをぜひグレーゾーン解消制度で新たに事業としてつくっていただきたい。

また、例えば自宅のみならず、薬局やドラッグストア、スーパー、私どものコンビニエンスストアでもいいと思うが、簡単な採血や健康管理の指導ができる。例えば糖尿病であれば自分でインシュリンを打ったりしているわけであるから、仮に自分でやるなり、医師の指導のもとに本人の了解をとって何かしらの形で検査をするなりして、その結果を医師に送って、OTC医薬品等で未病の段階で対処することができるようにする、最終的にはそこで医師の診断のもとに治療や処方箋に基づく投薬治療ができるとか、もっと身近にそうした健康増進や未病、予防ができるまちづくりをしていくことによって、その町に、これは特に地方都市などにおいてもそうあるが、新たな事業ができてくると思う。

例えばアメリカでは、薬剤師がワクチンのようなものを打てるわけだが、そうしたようなことを何年か後ぐらいにはできるよう、ぜひご検討いただきたい。例えばそうした教育をするとか、大学の薬学部6年間でもっとレベルアップができるのではないか。場合によっては、大学教育の6年の中で管理栄養士の免許もとるなどして、両方できるようになれば、もっと活躍の場が増えていく。そうした意味で、薬剤師の役割をもっと広げていくということも考え、そして、この予防医療に活躍していただくことが大切なのではないか。

一方で規制緩和について、医師がどうも介護まで全部やっているのではないか。そういう意味では看護師にもっと仕事を割り振り、そして先程申し上げた薬剤師ももっと仕事を増やし、やれる分野を増やす。管理栄養士ももっとやれる。保健師ももっとやれる。こういった周辺の専門家ができる仕事の範囲を広げていくことも考えていく必要があるのではないか。そうしたことによって、そういった方々と民間企業が組むことによって新たなビジネスモデルをつくって、雇用の創出に貢献できるのではないか。

また、こういった世界の中には特に女性の活躍が非常に多い。そういう意味で、安倍総理が女性に頑張ってもらおうとおっしゃっている中で、女性の活躍の余地が多い分野ではないか。また、こういった資格をたくさん持たれている方々の中で、結婚して主婦になっている方々が、もっと出やすくなってくるのではないか。新たな雇用の創出の結果として世帯収入が上がり、消費経済が上がっていく。こうしたことによって経済成長につながっていくのではないか。

こういったコミュニティの健康増進の拠点がつくれば、又は自宅でそういったことがある程度できるようになれば、創意工夫が行われ、企業家が生まれてくる。その中でよく思うのは、少なくとも調剤薬局などは終電までやっていないということ。夜働いている方々も増えており、そうした意味でもっとコンビニエントになってもらいたい。こういうこともぜひ広げるという意味で考えていただけないか。もう少し世の中の変化に合わせた仕事の仕方をぜひできないものか。

関連して、薬剤師の調剤基本料があまり変わっていないのではないか。昔は秤や分銅を使って大変なお仕事をされていたけれども、調剤基本料の削減が進んでいないのではないだろうか。もし仮に進んでいない理由が何かあるのであれば、それは何か。もしくは進んでいるのか。もし今の薬剤師を活用するという事で調剤基本料を維持するのであれば、まさに今、申し上げたような働き方、そして、もっと広く仕事ができるとか、例えば採血までできるとか、予防接種ができるとか、そうしたことも考えることによって活躍の場が広がってくるのではないか。その一部分をやるだけでも、家庭から出てく

る薬剤師の方々が雇用に結びついていくのではないかと。とにかく雇用、そして賃金が上がる。これに資する予防医療であるから、少しこういったことを考えていただくということで、規制緩和等もぜひやっていただきたい

そして、こうしたインフラができ上がっていくと、最終的には若い人たちを含め社会保障の安心感が生まれ、それが街、コミュニティの安心感につながっていけば、いわゆる内需の拡大にもつながっていく。また、これをやること自身が内需の拡大につながっていくわけであるから、ぜひともご検討いただきたい。

繰り返すが、グレーゾーンがホワイトゾーンになっていく事例をどんどん出していくことが大切だと思うので、大いに期待をしており、ぜひご検討いただきたい。

(成田厚生労働省審議官)

セルフメディケーションの関係でいろいろご指摘いただき、感謝申し上げます。薬局については全国で約5万5,000軒、薬剤師も約28万人いる。それから、先程ご指摘いただいたように6年制になった薬学部を卒業した薬剤師も2年前から出てきている。ということで、薬局については地域医療の確保のため、かかりつけ薬局の機能を果たすのが基本。

更に医師、医療関係者、介護も含めてかもしれないが、在宅医療にも取り組んでいることが重要。日本再興戦略の中でも、薬局を地域に密着した健康情報の拠点とされており、セルフメディケーションの推進のためということで薬局、薬剤師の活用を促進することが盛り込まれている。

これを踏まえて、どのようなところで薬剤師、薬局が活躍していただくかということも含め、来年度の予算の中で薬局、薬剤師を活用した健康情報の拠点の推進、在宅医療に関するモデル事業を全国的に実施したいということをお願いしているところ。ということで地域医療に貢献できる薬局薬剤師の体制整備をさせていただきたい。この中では当然、薬物治療というのが中心であるけれども、更に食生活に関するアドバイスや禁煙など、地域の薬局間あるいは医療機関との連携も含めて事業を展開していただきたいと考えているところ。

スイッチOTC化についても、今までも厚生労働省では推進してきたところ。OTC協会からの129品目のスイッチOTC化の要望については、これも数年前にいただいており、私どものスキームでは、それも踏まえて日本薬学会でスイッチ候補の品目等の検討をしていただき、また、関連学会でそれについてのOTCの適応性等についてもご意見をいただいて、スイッチ化の候補を示してきたところ。

しかしながら、ご案内のとおりEPA製剤のスイッチOTC化にあたってはいろいろ議論があったところであり、それも含めて今年度、厚生科学研究において医師、薬剤師、消費者の方々も踏まえてOTC化の在り方、それから、どういった医薬品をスイッチOTC化するべきなのかということも踏まえて議論をお願いしたいと思っている。

スイッチ直後品目については、私どもとしては、スイッチ直後品目は医療用から一般用に移った直後であるので、一般用になった場合にどのような使われ方をするかということについては、一応推定してスイッチ化するわけだが、安全性の確保のために期間をとって対応させていただきたい。また、スイッチ直後品目については患者の対応を十分観察するというのが特に重要ではないかと考えており、そのための体制ということも考慮してまいりたい。

また、スイッチOTC化に当たっては、安全性の観点からすると、責任の所在をどう考えるのかということであるので、そこは製造販売業者も含めて、販売体制、消費者の責任、責任の所在、情報提供、消費者の理解ということも含めて十分検討させていただいて、進めさせていただきたい。

(新原厚生労働省審議官)

国際展開の部分については、まず、この2カ月半ぐらいで厚労省はかなりここに切り込んでおり、実は私自身、経産省から初の人事交流で来ているのだが、経産省の人間が原医政局長の隣に部屋をもらっているということ自体が、かなりの程度大きな変化だと思っている。

各論で申し上げますと、今、最初に主査が言われた問題は非常に重要だと思っている。一つは、基本的に本来業務、日本国内の病院の業務に支障がない範囲内で行うこと。もう一つは、海外でもきちんとした医療を提供すること。この2つの条件を元に、その条件を満たせば医療法上、出資を認めるという方針で我々は議論している。いろいろご意見はあるが、12月末までにはそういうことで結論を出したい。これが1番目。

2番目は、これはご指摘いただかなかった点であるが、多少ご留意をいただきたいと思っているのは、今のアウトバウンド、外に出ていくときに実は相手国の規制が結構問題になっている。例えば資料4-2の6ページにロシアの画像診断センターを載せているが、ここでは日本が派遣している医師は診療できない。なぜならばロシアの法律に阻まれていたから。

実はこれについては、西村副大臣が言われている特区での外国人医師の診療も非常に重要であるが、一方で我々はお互いに譲歩し合うことをやらなければいけない。つまり相手に譲歩させないことには、我々が外に出て行けないという問題が起きている。例えばシンガポールであれば7つ、日系の病院が進出しているが、これは日本の医師30人までという枠があり、現在その枠に到達して、二十数人ウェイティングリストがある状態になっている。これは、我々も国内に入れていいから、向こうも枠をあけてくれというふうにしななければいけないとされていて、そういう意味では、2カ月あまり前までは、基本的にドメスティックにやってきているので、各国バイでの協力協定というのが、実は医療の分野ではなかったところ。

この2カ月半ぐらいで、バーレーンを起点としてカンボジア、ラオス、トルクメニスタンと協力覚書に署名してきており、その中で今の規制の問題、例えばタイだと日本で医薬品の承認を受けていても、向こうで売るために更に1年半もかかっているが、それは日本で了解をしたものだから、タイでも売らせてほしいとか、そういうところについての議論を規制当局同士でやり始めているし、今のお医者さんの資格の問題、それから、介護保険や医療保険の保険についても、これから発展する国についてはぜひ我々を参考にしてほしいということで、厚労省に相手国の行政官を受け入れたり、こちらから専門家を派遣したりして、実際につくるのをお手伝いするというようなところも含めて今、二国間協定でやらせていただこうと思っている。

最後にご指摘のあったインバウンドについて。これは西村副大臣が最初に述べられたことは非常に重要なご指摘であり、インバウンドというと医療ツーリズムなのではないかという議論があるが、それを是認するにせよ否定するにせよ、我々として絶対やらなければいけないと思っている分野がある。これは何かというと、基本的にまず対内直接投資を内閣の調査で見ると、結局外国人が来にくい理由の1番目が、要するに日本語でのコミュニケーションができないこと、6番目が、英語の通じる病院と医師が不足していることとなっている。つまり、医療ツーリズムをやるためには対内直接投資は不可欠。一方で、3カ月以上に日本に在留すれば介護保険の対象になる。ところが、彼らにインタビューをすると、在日欧米人等でお金のある人は、病気になったときは不安だからシンガポールに行くと言っている。保険料をとっておいてそれはないだろうということ。

外国人の患者の受け入れの医療機関の認証制度について、なぜ主査が言われたように3件しか認定がないのかということ、基本的に金が回らないわけである。通訳費、ありていに言うと通訳の人、コーディネーターの人を設置する費用。それから、書類を英文に

翻訳する費用とか、そこは経費が出ないので、やられている病院というのは自腹の利益を削ってやっておられる。7年後にオリンピックがあることを考えると、やはり最低限のことはやるべき。先進国であれば、どこの国でも電話か何かで日本語で対応してもらうことができる。だとすると、今、概算要求で通訳に係る事業の経費を厚労省が要求しているほか、補正があればそこでも出させていたかどうかと思って、省内で整理もしている。ぜひ、このインバウンドのところについての立ち上げ、通訳の整備、コーディネーターの整備、単に認証制度だけの問題ではなくて、そういう支援もお願いしたい。認証制度はいくつかあると言われたが、このJMIPだけが唯一外国語の世界、非保険の世界を日本語で皆保険につなぐ唯一の認証制度である。他のものというのは例えば医療のクオリティを担保する認証制度はあるが、そういうことなので、何とかここはやらせていただきたい

(有岡厚生労働省審議官)

介護の国際展開については、まだまだ始まったばかりだが、私どもが今、進めている調査においても、成果物としてはできれば個別の事例で紹介できるようなものをつくっていききたい。

今、医療の話があったが、介護でもやはり同じ悩みがある。韓国などは我が国の介護保険制度と非常に近いので、わかりやすい部分があるが、しかし、そうは言ってもやはりルール、法律、違う面がある。あるいは手続の面、スタッフを調達できるかどうか。それと何よりも需要があるかどうか。こういったことについても実際の進出事例から抽出してご紹介できるようにしたい。

(原厚生労働省医政局長)

グレーゾーンの解消について、規制側の立場からまずお話をさせていただく。店頭での自己採血による簡易検査については、今、例えば糖尿病の予備軍というか、健康な人も含めてであるが、薬局で採血して測るというのは研究事業で、それが予防に効果があるのかどうかの実証をやっている。効果があるかどうかは別として、そういう若者が集まるようなところでやっておられる方々もおられる。それについては基本的には別に大きな問題はないと思っているが、ただ、血液を自分で採るなりする場合に、血液を採った後は当然感染性廃棄物になるので、それをきっちりと管理できるようにしてもらわないといけないとか、一応どこで何をしているのかとか、そういう意味ではしっかりとした届出の制度とか、その辺りについて、今、前向きに考えている。だから、そういった衛生管理だけしっかりしてもらおう。例えばローソンの食品売り場の横でやるのはやめてほしいとか、当然、そういったところは規制する。店頭での自己採血による簡易検査が本当に予防に効果があるかどうかの保証はできないが、ビジネスとしていろいろ展開される中で一定のアクションとしては需要が集まってくるかもしれない。

あと、例えばフィットネスクラブの話とか、運動指導とか、食事指導とか、これも今の自己採血の話もそうだが、患者さんの場合は医師の指導のもとにしっかりとってもらわないといけないだろうと思っているが、そうでないような部分について、医師が例えば運動処方箋を書くとか、食事箋を書くとか、そういうことを保険外でやることについて、規制があるわけではない。従って、そこは害にならないようにやっていただくということをしっかりやるということが一番重要な点だろう。そういう意味では、要するに保険を使うときには非常に制限があるけれども、それ以外のところのビジネスについては大きな問題はないのではないかと整理をしているところ。

(石川経済産業省審議官)

グレーゾーンの明確化について、産業競争力強化法案をつくらせていただいた上で、改めてこれをしっかり実施するということだろうと思っている。また、新浪議員からご指摘があったように、これでグレーゾーンがホワイトになるかということだが、逆にブラックになるケースだと、ブラックだからはいおしまいということではなくて、それであればこういう工夫をすればちゃんとしたビジネスになるのではないかというようなコンサルティング、アドバイスもすべきだというご指摘ではないかと考える。まさに私どもとしても関係省庁ともよく相談しながら、そうしたビジネスが実現する方向で議論させていただくという方向でやらせていただきたい。

また、先程のインバウンドなどについて、経産省と観光庁との連携ということだが、こちらもおっしゃるとおり窓口が不十分なところがあったとすれば改めてよく連携をさせていただき、道案内がわからなくなるということがないように、よく考えて連携をさせていただきたい。

(広瀬経済産業省審議官)

補足すると、法案を提出している局として全く同じ思いである。まさにグレーゾーン解消制度で事業所管官庁も企業の立場に立っていろいろなことをやるということであるから、何らかの形で実現できるよう、いろいろな相談をしてまいりたい。また、仮に様々な問題があれば、それをどのように変えればホワイトになり得るか、という相談も含めて行ってまいりたい。そして、いろいろなものが類型化されれば、ガイドラインにして公表していくといった形で、他の事業者にとっても使いやすい制度となるよう運用してまいりたい。

(吉田総務省政策統括官)

先程通訳の話があったが、最近、自動翻訳もかなり進歩してきており、現状では観光案内には使えるようである。病院でもつかうとなると、いろいろなデータベースをつかって覚えさせなければいけないものの、使う単語がある程度限られているとすれば、かなり使える余地があるのではないかと思う。たしかそういうことを少しやっている病院の方もいらっしゃるという話も聞いたことがある。

(新原厚生労働省審議官)

1点だけ補足として、現実困っていることを言うと、例えばりんくう総合医療センターという病院がある。関空から急に降りてくる外国人がいらっしゃるわけで、JMIPの認定をとっているのだが、これは実は診療だけの問題ではない。患者さんが来てから窓口で対応して書類を書いて、支払いを行うまで全部、文化も違うし、言葉も違う。現実問題として、かなりの専門性が要るのは事実。

我々が今、検討しているのは、要するに今の配置をすることとともに育成をしなければいけないということ。今はどうなっているかというと、お金が払えないこともあって、結局NPOなどがいくつかあって、そこにプールされている通訳がお医者さんに教えてもらいながら病院で何とか対応をしているという状態にある。賃金が払われていないわけである。もし我々がもう少しちゃんと受け入れるところを考えられるのであれば、賃金を払わなければどうしようもない。つまり奥さんか何かで英語ができるけれども、暇なので少しという人だけで回している。これは先進国では普通は考えられないこと。

我々が考えているカリキュラムは、そのりんくう総合医療センターのように既に受け入れているところに、カリキュラムの後半において実際に通訳さんの卵を派遣して、先

輩通訳についてもらって、そしてインフォームドコンセントのために、医者が説明する用語もちゃんと通訳できる、保険用語などもちゃんと通訳できるというレベルにまで持っていかなければならない。アメリカでもどこでも、大体電話ぐらいでは最低限できる、日本語でもできるようになっているというレベルにすること。

(鯨井厚生労働省政策統括官付情報政策担当参事官)

ICTについて、ネットワークごとに患者の合意のとり方が違うという問題についてご指摘があった。これは問題が2つあるので分けて説明するが、1つは条例が問題になるケースがある。これは自治体病院がネットワークに参加する場合に、各自治体の個人情報保護条例をクリアする必要があるというケースがあり、時々、各市町村で個人情報保護審査会の審査を受けなければいけないというケースがある。ただ、これは大体趣旨をきちんと説明すれば、大体クリアできている事例がほとんどであり、そこはきちんと説明するという事で解決できていると聞く。

もう一つ、ネットワークごとに個人情報の同意のとり方が違うということが生じている大きな理由は、むしろそれぞれの地域のネットワークをつくる時に、関係者が話し合いをして、その患者の信頼関係を保つためにどういった同意をとるかを取り決めていることである。例えば、共有する医療機関をきちんと説明して、こういう情報を例えばこういう診療科目で共有するというをきちんと個別に説明しているところもある。一方で、むしろ包括的に1回の同意でいろんな同意をとるというケースもある。

これは法的な問題というよりは、むしろ患者との信頼関係を保つためにどういった同意をとるかということや地域の関係者と話した結果であるから、画一化はできない。ただ、ご指摘のあったとおり各地の事例があるので、事例を収集して、分析をして、どういうやり方があるのかという事例を示していきたいと考えているので、調査については前向きに検討したい。

(原厚生労働省政策医政局長)

医療職種の話について、はっきり申し上げてこれから公的保険外ではなくて、公的保険で診なければならぬ医療の部分が増える。その中で医師と看護師というのは非常に需要が追いつかないとまでは言わないけれども、そういう中で賄わなければならない部分がある。ただ、医師の場合は難しいが、看護師の場合は潜在看護師が70万人いる。このうちのある程度はもちろん復帰していただいて、医療をやっていた部分、あるいは訪問看護とか介護の施設とかいろいろなところで働く場があるけれども、それ以外の方もおられる。そういった方々の活用という意味では、先程ご提案になられたいろいろな場面があると思う。

ただ、あと一点は資格の問題であるので、例えば薬剤師は6年間の教育になったけれども、その中でやっている教育の中身を考えないと、例えば医療行為、注射をすることとかワクチン接種をすることについては、それなりの教育を受けないとだめであるし、直接所管ではないが、2年間もあればその部分を勉強できるのではないかと思うが、そこは薬剤師の資格としてどういうことをやるのかということを考えていただくことがまず先決だろう。今の時点ではできないという状況だ。

(篠原観光庁審議官)

医療のインバウンドの観点について、タイ、シンガポール、韓国といった国は医療を売りに観光を売っている。日本の医療技術はそれらに負けるとは思わないので、しっかりアピールをして取り組んでまいりたい。

観光庁と経産省のイベントの重複感については、6月に全閣僚が参画した観光立国推

進の行動計画をつくっており、オールジャパン体制で臨むということが決めている。具体的にはイベントカレンダーを関係省庁でつくって、イベントの重複がないように、あるいは共同出店、お互いに出店し合うということを促進するように、そういった仕組みも整えており、しっかり取り組んでまいりたい。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

まず、増田座長が書かれた人口動態についての論文を中央公論 2013 年 12 月号で拝見し、日本に大変な時代が来ると感じた。今後、かろうじて地方の雇用を支えていた医療・介護人材が、地方から東京圏へ大量に流出する可能性が高いという。我が国はこれから未曾有の少子高齢化を迎えるが、東京が一番最後。その東京で医師、看護師が足りない中で、東京の高齢化を田舎の方が助けてくれるのはいいのだが、その一方で田舎の方はどんどん高齢化しており、地方の空洞化が起こらんとしているという増田論文を、まずご紹介したい。

そうした問題意識を共有しながら、個別の論点を聞いていきたいのだが、まず薬局について。日本は 38.5 兆円の医療費があって、保険薬局の市場規模は 6 兆 6,000 億円を超えたが、最近薬局でポイントカードをつけて、差異化しようという動きがある。これはグレーゾーンとされるが、白か、黒か。

(竹林厚生労働省保健局医療課保険医療企画調査室長)

中医協でご議論をいただいた結果であるが、ポイントの付与のみを目的とするような現金ポイント、例えば T ポイントカードとか、薬局専門のポイントは、保険の中のルールとして、そういった経済的な利益の付与によって顧客を誘引するのは健康保険の中では適切ではないということで、そのルールには反するという整理になっている。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

ドラッグストアが保険調剤も行うケースがあるが、ドラッグストアはよいのか。また、保険調剤についてはポイントカードを付与してはいけないが、大衆薬は OK だという理解でよいのか。

(竹林厚生労働省保健局医療課保険医療企画調査室長)

保険調剤に関して言うと今のルールが適用される。また、保険のルールでは大衆薬は関知しないということになる。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

私は今、薬局の見える化をやっているが、結構やり手の薬局経営者に、もっともっと患者サービスを充実したいという動きがある。薬局は株式会社経営を認めているので、もう少しダイナミックな規制緩和があってもよいと思う。

次に、スイッチ OTC。129 品目の候補が日本 OTC 医薬品協会から出ているが、文献検索をしてみると、世界で認められて、日本でも認められている品目が 9 品目。日本だけで認められている品目が 4 品目。これに対して、世界では認められているけれども、日本で認められていないものが 20 品目ある。特にこの 20 品目については、可及的速やかに審議いただきたいと思う。

そして、日本で 13 番目にスイッチ OTC 化したエパデールについて。この薬は EPA 製剤と言って原料はイワシのエキスだということだが、こうした薬を保険薬にしている国はどのくらいあるのか。サプリメントで十分ではないかと思うが、いかがか。

(成田厚生労働省審議官)

薬効評価を明確にしているのです、エビデンスはしっかりしている。それから、品質確保ができていているというところと、情報提供も製造販売者等の責務になっており、そういったパッケージで医薬品であり、物の品質と情報の中身、効能効果、用法用量、情報提供をセットで医薬品であるのご理解いただければ、健康食品とは違うのではないかと。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

私は軽度の睡眠時無呼吸症候群なのに、高脂血症という病名がつかなければ保険がまだ認められていない。今後もしわゆる保険病名を付与する必要があるのか。

(成田厚生労働省審議官)

例えばビタミン類でも健康食品で使われているものもあるし、保険医療で使われているビタミン類もあるし、OTCたるビタミンもあるという状況である。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

次に、スイッチ OTC 薬の適切なリスク評価を行うのに必要な症例数 $1/1,000$ 分の 1 の確率で発生する事象の検出を行うため、原則 $3,000$ 例とのことだった。なぜ $1,000$ 分の 1 で、 $3,000$ 例要するのか。確かに一定のリスクを伴う医療のはきちんと監督しなければいけないと思う。そのためかエパデールも原則 $3,000$ 例ということで今、市販後調査をやっているが、 $3,000$ 例の根拠はどこから出てきたのか。

(成田厚生労働省審議官)

物によって本来リスク評価というのは当然やるべき対象患者がおり、対象疾患の重篤性も含めて考えるべきであるが、OTC というと一般的に広く使われるという前提である。もう一つは、医療用である程度の安全性評価が行われてきたものということなので、そこは例えば $1,000$ 分の 1 という 0.1% であり、例えば 0.01% がいいのか、 1% でいいのかということになるが、一応、今のところの目安として 0.1% ということでご議論いただいた結果で今やってきている。95%の確率で 0.1% のものを検出するという意味で $3,000$ 例としている。本来医薬品なので 10 万分の 1 とか 100 万分の 1 を検出すべきだというものもあるが。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

そうでないものもあるのではないかと。そこは弾力的に今後検討される用意があるという確認でよいのか。

(成田厚生労働省審議官)

一般用として販売するとき、医療用と一般用とでは対象疾患が違って、用法用量も違ってくるので、一般用になったときに、この程度の副作用があり、その発現頻度はこの程度だという情報提供をいかにするかというところ。そういう意味で情報提供のためのデータづくりという面がある。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

程度と書いてあるが、物によってはもっと少ない症例数で認める可能性もあるということか。ヒアリングでエパデールのケースを聞くと、とてもでないが $3,000$ 例なんて無理だと聞く。

(成田厚生労働省審議官)

もっと多い症例数ということも含めてのことだが、症例と言ってもスイッチされた品目によってはなかなか3,000例まで集まらないということも実際上ある。その場合どうするかというのは検討事項である。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

次は混合介護についてお伺いしたい。混合介護は自由放任ということで、実際にどれぐらい混合介護をやっているか調べてみた。その一例で、青梅のとある病院では、療養病床といって、介護保険で払われている病床と、医療保険で払われている病床があるが、どちらも室料が、個室は63万円から、4人部屋は32万円からであると、ネットできちんとかかる費用が書いてある。どんなサービスかとか、何人部屋は今どれぐらい空いているかというのも分かる。一方で、別のとあるリハビリ病院は、ネットには費用が書かれていない。実際は室料が3種類あって、無料の部屋と7,000円の部屋と1万円の部屋となっており、利用者の症状に合わせて変えており、一定の創意工夫が感じられる。

これから混合介護をどんどん自由化していくと、国民はネットで情報を得るのではないか。どんなサービスがおいくらで、今どれぐらい空いているのか。そういう情報はもう分かるようになってきているのか。独立行政法人福祉医療機構が一時ネットで公開していたが、こういった混合介護の実態も分かるようになってきているのか。

というのも、介護分野は非営利組織のみならず株式会社も参入している。そこが利益誘導というのか企業の自助努力というのか、非常に微妙である。基本的にはもっとネットで情報公開して、うちはいくらですよと。そして、この中にどんなサービスが入っていて今どれぐらい空いてますよという形でオープンにしていく方がよいと思うが、いかがか。

(有岡厚生労働省審議官)

混合介護の実態については、悉皆調査をやればわかるかもしれないが、実際にどういう種類の混合介護が行われているか、それから、実績、これらについては残念ながら把握できていない。情報をもっと提供すべきという点については、私どもも努力したい。ただ、1点、混合介護はいろいろある。今、先生おっしゃったように施設に入って高いグレードのサービスを提供するものもあるし、一方で結構多いケースは、例えば生活支援のような部分で介護保険のデイサービスなり訪問介護の対象にならないものについて、これを対象とするかということ、それは対象にはなるが、その場合において先程言ったような特定の業者と結びつくような事例があるというようなことも聞いているからここに挙げたわけで、全体についてこういった話があるということを示しているわけではない。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

それから、ICT化について、1点だけ非常に残念なお答えがあった。資料3-1の4ページの下から8行目に、レセプトについては、疾病名と診療内容、薬剤との対応関係が分かるような様式とすることは困難。転帰欄に注等を記載することとしており、この取扱いを徹底することについて検討する、と書かれている。結局、レセプトというのは一体何なのか。今のレセプトの病名の記入の方法がルーズなので、主病名や副病名は何で、合併症や、併存疾患はなかったのかあったのかという形でフォーマットを変えてはどうか。

奇しくも韓国は日本と同じような国民皆保険制度を1989年に導入したが、途中で、これではいけないと気づいた。それで、POSシステムに変更した。eヘルスは世界の潮

流で、DPC 対象病院ではやれているから、それを DPC 以外の病院でもやったらどうか。こんな悲しい答弁を聞いても全然 ICT 化は進まないと思うが、いかがか。

(竹林厚生労働省保健局医療課保険医療企画調査室長)

ご指摘はもちろん理解するが、ただ、これは医療現場に与える影響もある。要は、1 つの傷病名に対して複数の診療行為をやったり、あるいはその逆もあるという複雑な中で、医師がそれぞれの専門性の中で判断をして治療する。それをどこまで細かく書いて請求するか。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

医療現場に与える影響というが、DPC 対象病院は約 1,500 病院ぐらいまでに増えている。

(唐澤厚生労働省政策統括官)

川淵先生のおっしゃることはよくわかる。レセプトというのはもともと情報が書いてあるものではなくて請求書。だから請求書の形になっており、それは今の時代に病気を判別する情報としては不十分。一方 DPC は、新しい制度として十数年前に出来たため、最初から情報を収集して、しかもカルテと対応する。しかも全病院比較をするというコンセプトでできている。レセプトが今のままでいいわけではない。その問題意識は全くとおり。

ただし、診療所も含めて既存のシステムを全部直すという話になるので、現実的にどういう方法があるかという議論になる。問題意識の持ち方としては、レセプトとして全国民の情報を集めている国は日本以外にはほとんどない。アメリカは保険会社ごとに集めている。イギリスの NHS はカルテしかなくて、請求書がなく包括払い。したがって日本だけのオリジナルの情報を集めているということは川淵先生のおっしゃるとおりなので、それを生かす方策について考えていきたい。巨大な投資が必要になるかもしれないので、段階的にどのような議論をしていくかということは中医協でもよく議論をしていただきたいと思っている。

あともう一つ。私はいつもこの会議に出て感銘を受けるのは、新浪議員が、これからの 21 世紀の時代は「近い、身近だ、近接する」ということに価値があるということをおっしゃられることである。20 世紀は「遠いところに速く行く」ということに価値があった。これからの少子高齢社会は、近いところでいつでも気軽に、よく知っている人、顔がつながっている人からサービスを受けることのできるコンパクトなまちづくりを考えていくことが非常に重要。

今後、どのようにそうした身近な近接社会、コミュニティというものを再び取り戻すかということを考えてまいりたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

川淵先生には、他にもたくさん聞きたいことがあると思うので、紙にして出していただき、徹底した議論を行う場を設けたい。

(西村内閣府副大臣)

何点か確認したい。

まず、産業競争力強化法で取扱うグレーゾーンの明確化。これは先程の話のとおり、実現できる方向でぜひやっていただきたいが、それは法律上担保されているのか、担保されていなければ実態上、事業者から、あるいは事業所管大臣から規制改革会議にその

案件がちゃんと行って、そこでもう一回議論してもらえそうな枠組みをつくっていただきたい。

2点目は、スイッチになった後のリスク評価について、上限3年と厚労大臣は言われたのではないかと思うが、これをもっと短くできないか。先程の議論でも、2年とか指摘がでていた。厚労省の中の評価も1年かかるということだったが、これも半年ぐらいにして、1年半と半年で2年とか、ぜひ上限3年の中で大丈夫なものはできる限り早くネットで販売できるようにするということをぜひお考えいただきたい。

3点目は薬局の活用。まさにかかりつけ薬局という言葉も出ていたが、身近なところで相談できる窓口としていいと思う。そこで、160ある地域ネットワークの中に薬局まで入っているのかどうか。患者さんたちからすると病院のすぐ近くの調剤に行くケースもあるだろうが、自分のかかりつけ薬局があり、そこで全部情報が入っていれば、重複等のいろんなことについて、そこで監視をしてもらえればよいわけであるから、既にやっているのかもしれないが、その点もぜひ薬局も巻き込んだ形で願います。

4点目は、ツーリズムと言うかどうかは別として、国内に来る人を治療するときには病床規制みたいなものを何か緩和できないのか。できないとすれば、例えばホテルと提携をして東京に来た人を東京の空いているホテルで治療行為というか、一定のことをやるということも含めて、何かできないのか。

(広瀬経済産業省審議官)

まず1番目のご質問について。まさにこの制度は規制所管官庁として企業の挑戦を後押しするという観点であるから、我々事業所管官庁が規制所管官庁と調整するときに、とにかく企業の意向を酌んで実現できるようにするといった方向で調整することになる。そして、仮にうまく調整ができなければ、どう事業計画を変えればうまくいくのかということも含めて相談に乗ることになる。その文言自身は法律には入っていないが、目的が産業競争力強化であるから、そういった趣旨で運用していきたいと思っており、またそれがどうしてもできなければ、今度は企業実証特例制度という別の制度がある。この制度で特例を認めていくことも紹介しながら、これまた規制所管官庁と調整を行っていく。最後はおっしゃるように全国版の規制改革ができないのかということも含めて議論していく。このようなスキームで運用してまいりたい。

(西村内閣府副大臣)

案件は、企業側がいいと言えれば全て公表するのか。

(広瀬経済産業省審議官)

基本的には、企業側の予見可能性等の観点で、なるべく情報を開示したほうがよいと思っている。他方、個別の事業計画の中には、企業秘密に係るものが入っているし、仮にブラックだと言われた場合には、この事業はそういうことができないと公表されるマイナス効果もあるかもしれないので、案件をそのまま公表するという事は不適切と思っている。他方、いろいろな案件が出てくると、それを類型化し、それをガイドラインにして公表していくという形で、他の事業者も、どういうものならよいのかきちんとわかるようにしてまいりたい。

(成田厚生労働省審議官)

スイッチOTC化が起こった後の期間について、これからスイッチされる品目については、基本的に3年を上限にインターネットでの販売もOKにさせていただきたい。その間、物によっては3年以内のものもあるが、個別に審議会の意見を聞いて対応させてい

ただき、3年を上限にスイッチを可とする。

(西村内閣府副大臣)

それは早ければ2年とか1年というものも出てくるということか。

(成田厚生労働省審議官)

物によってはインターネット販売に関してそういった検討をさせていただきたい。

(鯨井厚生労働省政策統括官付情報政策担当参事官)

調剤薬局をネットワークに入れるという話、ICTの関係について、まさにおっしゃるとおりで、ネットワークに調剤薬局を入れるというのは非常に意味があると考えている。今まさに別府や香川などいくつか例がある。

資料3-2の9ページに別府の例があるが、これは薬局と診療所双方にとってメリットがある話であり、診療所から見ると実際どういった薬が調剤されたか確認できるという意味。それから、薬局側も実際にどういう既往症があり、どういう検査数値があるのか分かるので、それが分ければ本当の服薬指導ができるという意味で、非常に意味があることだと思っている。我々も調剤薬局を含んだネットワークを推進してまいりたい。

(西村内閣府副大臣)

外国人がインバウンドで来た場合に、たまたまこの病院は英語もいいし、すごくサービスがいい。わっと来た場合に、病床規制の関係で要は入院できずに順番待ちになる。その緩和みたいなことはできないか。あるいはホテルと提携して、ホテルのベッドを使って何かやるとかできないのか。何かお考えはないか。

(原厚生労働省医政局長)

多分、ホテルを使ってというのは医療の場合においては無理。医療機関になっておらないといけないのが原則。

それから、この前、特区のところで議論をしたのは、高度な医療をやる。そこで例えば外国から高度な技術を持った医師が来て診療をするような病院について、そういった病床については増床を特別に認めてはどうかということで検討している。普通のところでは、今、基本的にベッドは空いており、そんな一杯なところはない。利用率は大体7割ぐらいになってきている。だからそういった意味ではそれほど大きな問題は生じないのではないか。問題が生じたらまた当然考えなければいけないが、ただ、外国人のためだけのベッドを広げるというのは現実的にはないのではないか。

(西村内閣府副大臣)

特区では、今の話は可能性があるのか。

(原厚生労働省医政局長)

要するに保険ベッドでなければ余地は多分あると思うので、そこはいろいろな考え方次第である。

(増田主査)

今この場で触れた項目、時間の関係でそれぞれ皆さん簡潔に話をしているが、頭出した項目は方向性は全部出ている。したがって、副大臣や各議員がおっしゃったことを実現する方向でぜひ検討してほしい。

例えばセルフメディケーション、薬局あるいは薬剤師の活用。健康ステーションという形について。先程川渕先生が私の中央公論の人口についての論文を引用されたが、要は2040年プラスアルファぐらいに地方都市はなくなるところが続々出てくる。それだけの人口減少だからコンパクトシティ化は絶対に避けられない。

そのときに高次都市機能は、昔は美術館とか音楽ホールなどが高次都市機能だったが、これからは病院であり、診療所であり、町の健康ステーション。それをセットにして、どのような配置をして、それを元にどういったまちづくりをしていくかというのが必須になっている。したがって非営利型ホールディングカンパニーだとか、その資金調達のためのREITだとか、あるいは中心になるSPCをつくって、それで全体としての地域包括ケアの体制はどういう町で作りやすいかということを考えていくのがこれから非常に重要で、それこそが日本経済全体あるいは国土政策の上で経済活性化に資すると思う。個々に分けると個別の話なのだが、全体として全部通じている話であり、医療介護の貴重な国民皆保険などの制度をきちんと運営して守っていく方法につながる。実現に向けてぜひ積極的に検討していただきたい。

ICTについては、今、日本はお話があったようにデータの蓄積は物すごくある。ただ、それをどう活用するかというところで今いろんな壁にぶち当たっていることが多いので、私はシステムをつくるときに、例えば先程の電子処方箋も今、検討中のものはいろいろ事務方に聞いたらかなり重厚なシステムになっているが、ICTの日本の失敗というのは大体汎用性がない、高い、操作性がよくない、要はあまりにも重厚過ぎる。したがって、汎用性がある、簡便で、低コストで、操作性がうんと簡単なものを前提にこういうものをつくってほしい。

この医療のICT化のときに、私はいろんなことがそのことによってわかってしまうことに対しての抵抗感は認めてはだめだと思う。すなわち、今後のかだい解決のためにデータを有効活用していくのだから、医師にとっていろんな治療内容がわかってしまうという抵抗感は、絶対破っていかなければならない。ただ、ICT化するときに費用の問題とか、そういうものはなかなか大変で、そこは何か考えなければならぬし、それを後押しするような補正が必要であれば、我々もそこは後押ししていかなければならないと思うが、不正請求や診療内容がわかることに対しての抵抗感は認めてはだめだと思うので、ICT化もそういう意味できちんとやらなければならない。

使いやすいシステムという意味で言えば、レセプトに記載する傷病名の統一などは規制改革会議でもいろいろ議論するようなので、そちらともきちんと話をし、こちらもずっとフォローしていくので、ぜひデータの標準化はきちんとやってほしい。

他にもいろいろあるが、頭出した項目というのは全部それぞれ重要な項目であるので、実現の方向でぜひ考えていただきたい。

(西村内閣府副大臣)

今、主査に総括していただいたので、年内取りまとめに向けて引き続き調整していただいて、ぜひよい方向になるようお願いしたい。

(以 上)