

産業競争力会議

第 35 回実行実現点検会合

(医療・介護分野)

(開催要領)

1. 開催日時：2016年3月23日(水) 15:30～17:00
2. 場所：合同庁舎8号館特別中会議室
3. 出席者：
高鳥 修一 内閣府副大臣

岡 素之 住友商事株式会社 相談役
小林 喜光 株式会社三菱ケミカルホールディングス 取締役会長
小室 淑恵 株式会社ワーク・ライフバランス 代表取締役社長
橋本 和仁 東京大学大学院工学系研究科教授

神野 正博 社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 理事長
金田 道弘 社会医療法人 緑社会 金田病院 理事長

鈴木 淳司 経済産業副大臣
堂故 茂 文部科学大臣政務官

(議事次第)

1. 開会
 2. 民間議員／有識者意見
 3. 関係省庁による現状施策説明
 4. 自由討議
 5. 閉会
- } 第1部 (①ヘルスケア産業、②医療 ICT、
③医薬品・医療機器等)、
第2部 (地域医療連携推進法人)
ごとに実施
※有識者プレゼンは第2部のみ

(高鳥内閣府副大臣)

本日は医療・介護分野について、「ヘルスケア産業の創出支援」や「医療ICTの活用」、
「優れた医薬品・医療機器等の開発促進」等、本年1月の産業競争力会議で取りまとめた
「今後の検討方針」に盛り込まれた事項を中心に御議論をいただく。

医療・介護分野は特に成長が期待される分野であり、民間の知恵を最大限に生かしなが

ら、ヘルスケア産業の市場拡大、健康寿命の延伸、この両方を実現していきたいと考えている。昨年12月の実行実現点検会合での議論に引き続き、幅広い御意見をいただきたいと考えている。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

本日は第1部で「ヘルスケア産業、医療ICT、医薬品・医療機器等」について、引き続き第2部で「地域医療連携推進法人」について、2部制で議論を進めたい。

本日は、第1部の関係で、経済産業省から鈴木副大臣に御出席をいただいている。また、厚生労働省からは副大臣に御出席いただく予定だったところ、国会の関係で、急遽御欠席となった。第2部の関係では、文部科学省から堂故政務官に、有識者として、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正博理事長様、社会医療法人緑社会金田病院の金田道弘理事長様に御出席をいただいている。時間も限られているので、出席者の皆様の御紹介は、失礼ながら、お手元の座席表と出席者名簿でかえさせていただく。

まず第1部の議事に入る。「ヘルスケア産業、医療ICT、医薬品・医療機器等」について、小林副主査から御発言をいただいた後、厚労省、経産省、内閣官房健康・医療戦略室の順に、関係省庁から現状の取組と今後の検討内容について簡潔に御説明いただき、その後、意見交換を約40分行いたい。

それでは、小林副主査から御発言をよろしく願います。

(小林 医療・介護担当 副主査)

資料1に沿って、医療・介護分野での成長戦略の進化に向けた主要な論点を3点、「ヘルスケア産業の創出支援」、「医療・介護等分野におけるICT化の徹底」、「日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化」の順に御説明する。

「ヘルスケア産業の創出支援」については、ヘルスケア産業が持続可能なビジネスモデルを確立できるようにするために、以下5項目の環境整備を検討すべきだと考える。

第1に、例えば簡易な自己採血血液検査サービスが、健康診断受診や医師・薬剤師等による生活習慣の改善指導などにつながるように、ヘルスケア事業者が医療介護関係者と連携してサービスを提供できる体制を構築すること。その際、異業種とも協業できるようにすること。

第2に、ヘルスケアサービスのエビデンス収集・発信に向け、地域での実証フィールドの提供や、AMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）との連携などによるエビデンス検証の仕組みを構築すること。併せて、ヘルスケア産業の健全な発展のために、サービスの質の認証制度を拡充して、エビデンスレベルの低い事業を排除できるようにすること。

第3に、介護を補完する保険外サービス市場を創出・育成するため、効果的に情報提供をすること。併せて、保険外サービスの活用促進のために、自治体の意識改革や介護保険の報酬制度につき検討すること。

第4に、介護現場の負担軽減と介護の質や生産性の向上のため、ロボットやセンサー技術の導入を進めて、効果のアウトカムデータを収集・分析すること。併せて、新技術導入へのインセンティブ付与のために、介護報酬制度や人員配置・施設基準の見直しへの道筋をつけるべく検討すること。

第5に、企業の健康投資や保険者の保険事業がヘルスケア産業の発展に資するとの観点から、健康経営銘柄やデータヘルス計画の取組をより推進すること。

次に、「医療・介護等分野におけるICT化の徹底」について、医療等ID導入やウェアラブル端末などにより医療健康データの収集が一層進むことは明確であるが、これらのデータを、データ元の本人の医療・介護や健康管理のためだけではなく、ビッグデータ化して創薬などのヘルスケア産業の研究開発などにも利活用するため、以下の4項目の環境整備を検討すべきだと考える。

第1に、健保組合のデータヘルスを進化させ、個人の健康増進に向けた具体的な行動の変容につなげられる仕組みを構築する。

第2に、データの収集・活用は、健保組合を中心とするだけではなく、民間事業者のヘルスケアサービス、マイナポータルの活用など、様々な形態によることが考えられる。この多様化に備え、データ取扱いのルールやデータ管理の主体など、情報保持の在り方について、政府が公的なガイドラインや認証制度を整備すること。

第3に、代理機関に医療機関からデータが多く集まるようにするための仕組みを、関係各省が連携して検討すること。

第4に、介護分野でもアウトカムデータの蓄積・分析を進め、質の向上や医療との連携高度化、周辺ビジネス発展の基盤整備につなげること。

最後に、「日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化」について、日本製の医薬品・医療機器のイノベーションとアウトバウンド展開の強化に向け、以下4項目の環境整備を検討する必要があると考える。

第1に人工知能を活用した医療診断支援ソフトウェアの審査指針を今春までに公表する。

第2に、先制医療、個別化医療、再生医療などの促進のため、現状ばらばらの疾患登録情報を今後は統合的に活用できるように、臨床開発のインフラ整備を進めること。併せて、ベンチャー企業と製薬大手の連携促進や研究開発支援策を検討すること。

第3に、医療現場と医療機器開発者、異業種参入者などのネットワーク体制を構築する便宜を図ること。

第4に、各国のニーズに合った製品開発を進め、人材育成とパッケージで国際展開をすること。併せて、インバウンド医療ニーズの取り込みも強化する。以上である。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは各省庁から順番に、まずは、厚生労働省から説明をお願いしたい。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官(老健、障害保健福祉、児童福祉担当))

私からは資料2「ヘルスケア産業の創出支援について」の御説明をする。

1 ページ「目指す姿」として、ヘルス産業の創出・活用を推進することにより、高齢者を含め、国民全体が健康で質の高い生活を送ることができる、健康先進国を目指したい。そのためには、高齢者が極力住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるような、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が必要だと考えている。このシステムは、公的保険サービスに加えて、宅配・買い物サービスなど公的保険外のサービスも適切に組み合わせながら構築することが必要と考えている。その上で課題として、地域包括ケアシステムの構築に資する公的保険外サービスが十分に発達・普及していないということがある。また医療関係については、保険者が国民の健康増進のためにデータヘルス計画を進めていく中で、ヘルスケア事業の外部委託についてどのような事業をどの事業者者に委託すべきかよく分からないといったことが課題であり、保険者と事業者のマッチングが成功すれば、今後ヘルスケア産業は拡大するものと考えている。

2 ページ、現在の取組状況であるが、日本再興戦略改訂2015で定められた目標達成に向け着実に取組を実施中である。介護分野では、保険外サービスの活用ガイドブックの策定をするということ。近々このガイドブックは完成予定であり、参考となる事例やノウハウの共有を図っていくこととしたい。医療分野では、先程マッチングが課題と申し上げたが、保険者と優良・良心的な民間事業者のマッチングを進めるために、保険者等と民間事業者が出会い連携を推進させる場として、昨年12月に、データヘルス・予防サービス見本市2015を開催したところである。

3 ページ、今後の方針・取組であるが、介護分野については、第1に、保険外サービス活用ガイドブックを活用しながら、地域の民間事業者の団体等と連携して取組を進める。第2に、見守りを含む介護ロボットの導入支援とともに、活用方法や効果を検証する事業を推進したいと考えている。具体的には、介護現場のニーズに応じた機器の新たな開発、あるいは介護保険での給付等を通じた普及がなされるよう、開発段階から機器の効果的な活用方法まで、開発企業と現場の取組を支援してまいりたいと考えている。また、見守りを含む介護ロボット等の活用による、介護現場での生産性向上等を推進するために、介護ロボット等の活用を通じた有効性や工夫、ノウハウ等の効果について、介護現場のニーズや実態も踏まえ検証し、将来的な基準の見直し等の対応も念頭に置きつつ、検討を進めてまいりたいと考えている。また、地域別の特徴、高齢化率、要介護認定率など、地域ごとの状況が分かる全国一元的に見える化システムの構築を推進して、課題、取組等の幅広い共有を図りたいと考えている。これは民間事業者、一般国民も見ることが可能なシステムであり、民間事業者においても地域の特徴に応じた事業参入を行うことが可能となるものと考えている。

続いて、医療分野においては、厚生労働省に民間事業者活用ワーキンググループを設置して、民間事業者の活用に当たっての課題の整理等を行うとともに、来年度は全国数都市

でデータヘルス・予防サービス見本市を開催し、幅広く保険者等と民間事業者とのマッチングを加速させてまいりたいと考えている。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

引き続き、資料3「医療・介護等分野におけるICT化の徹底」である。

1 ページ目、ICT化の徹底により目指す姿を示している。健康で安心して暮らせる社会の実現のために、医療情報の標準形、共通ICTインフラの整備、民間の投資を喚起していくということで取り組んでいる。絵の中に、医療等と書いているが、この中には介護事務所や研究機関等も入っている。

2 ページ目、本点検会合等でお示しをして、御承知おきいただいた取組の状況である。日本再興戦略改訂2015に盛り込まれた施策について、現在、着実に取り組んでいるところである。①医療等IDについては、2018年度から段階的に運用開始、2020年までに本格的運用ということであるが、制度設計等も含め、医療関係者等も入っていただいた研究会の取りまとめを昨年12月に行った。②の地域医療情報連携ネットワークについては、かねてから地域医療介護総合確保基金による支援を行ってきたが、2016年度からは診療報酬上の評価や情報面でのサポートといったことにも取り組んでいく。電子カルテの導入については、2014年度時点で、400床以上の一般病院で77.5%という普及状況になっている。③の医療情報の各種データベースの拡充・相互利用の取組についても、現在進めているところである。以上の取組状況に関し、4 ページ目に線表をつけてあるので、こちらもご覧いただきたい。

最後に3 ページ目、今後の取組については、ICTを活用した新たな保健医療システムを実現するための中長期的な戦略という目標に向けて、厚生労働大臣のもとに、保健医療分野のICT活用推進懇談会を昨年11月に設置した。この懇談会では、医療情報の共通インフラやプラットフォームを整備し、医療連携を推進すること、あるいは産官学が一体となった研究開発や新規サービスを創出していくということを具体的実現するための方策について、現在検討している。

引き続き、医療・介護分野等のICT化徹底に向けて尽力してまいりたいと考えている。

(飯田厚生労働省大臣官房審議官(医薬品等産業振興、国際医療展開担当))

続いて、資料4「日本発の優れた医薬品・医療機器の開発について」御説明する。

1 ページ目、目指す姿として、健康寿命の延伸、健康先進国であり続けるということと、産業競争力を強化し市場を拡大するという双方の目的を達成するために努力をしてまいりたいと思う。そのためには、絶え間ないイノベーションの推進、ニーズのマッチング・関係者の連携強化、環境整備という3つの視点が重要だと思っている。これは指摘事項でもお示しいただいているが、取り組んでいく必要があると考えている。

現在の取組状況、主な取組について、御説明をさせていただく。まずイノベーションの推進については、御指摘にもあったように、ナショナルセンターを中心に疾患登録情報の

レジストリの統合的なネットワークを構築することにより、企業の効率的な治験に資するよう、環境を整備してまいりたい。

薬事申請・審査の円滑化の取組については、人工知能を活用した医療診断支援システムが最近開発されてきており、これはプログラムということで、承認の対象になりつつある。そのガイダンスを近日中に公表する予定である。

ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグについては、近年、取組を進めてきたけれども、更に一步踏み込み、画期性・有効性が高い新薬についてはより優先的に取り組むことで、日本で早期の実用化を示す、先駆け審査指定制度の施行を既に開始しているところである。

ニーズのマッチング・関係者の連携強化については、アカデミア、病院の現場、企業との色々なネットワークづくりを支援してきている。

実用化の支援に関しては、保険適用・償還までを含めた意味での業者の支援を考えているところである。

第3の点、環境の整備については、オープンイノベーションを名乗る中で、バイオベンチャーが非常に重要になってきているという認識であり、これに関する懇談会を厚生労働大臣の私的懇談会として、昨年12月から、これまで5回開催している。色々な議論が行われているが、大企業の連携という意味では、人材の活用や、研究開発に一步踏み込んだ支援といった議論が行われているところである。

また国際展開については、デバイスを中心に人材育成とパッケージで企業を売り込んでいくというトレンドがあるので、ODAも活用し、技術協力等、総合的に政府として支援していくことに取り組んでいる。

以上、色々な施策を加速度的に取り組んでまいりたいと思うが、3ページにあるように、色々な環境変化がある。ジェネリックの拡大・普及の議論や、今申し上げたオープンイノベーションの流れもあり、2013年に産業ビジョンをそれぞれの産業について策定しているところについて、このような環境変化を踏まえ、今の施策の流れとも並行し、新しい産業ビジョンの策定に取り組みたいと考えているところである。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、引き続き、経済産業省から御説明をお願いします。

(鈴木経済産業副大臣)

医療・介護などの健康関連分野は、高齢化社会に対応する上でも、また、経済成長、雇用拡大の面からも期待される分野である。

経済産業省としても、国民の健康増進や予防に資する公的保険外のサービス産業の創出を通じて、健康寿命の延伸、新産業の創出、あるべき医療費等の実現に取り組んでいる。また、介護職員の不足等の課題を解決するという観点から、センサー等を活用した介護サービスの生産性向上策の検討も進めている。

本日は、健康増進・予防等のヘルスケア産業の育成、健康・医療情報等を活用した行動変容サービスの育成、医療機器・医薬品・再生医療などの実用化や国際展開、介護分野における質・生産性向上のための提言などを説明させていただく。

今後とも関係省庁と連携しながら、医療・介護サービスの活性化に向けて、需給両面から施策を推進したい。

(吉本経済産業省商務情報政策統括官)

それでは私から、資料5の1ページ、目次の中で1～3までを御説明させていただき、その後、4の介護の部分については、産政局の保坂審議官から御説明をさせていただく。

2ページ、経済産業省では生涯現役社会を構築ということと、これに貢献する公的保険外のヘルスケア産業の育成を図っている。いずれも内閣官房の健康・医療戦略室において、次世代ヘルスケア産業協議会の枠組みを使い、厚生労働省ほか、各省の御協力を得ながら、進めている。

健康増進・予防等のヘルスケア産業政策については、企業あるいは健保等における健康投資の促進という需要面でのアプローチと、その受け皿となるヘルスケアサービスの創出という供給面でのアプローチ、この両構えでやっている。2ページでは、箱の上段が需要面、下段が供給面といった記載となっている。

需要面の部分では、特に大企業向け、本年1月に第2回の健康経営銘柄を選定させていただいている。参考資料の11ページに、このときの資料があるが、厚生労働省から唐澤局長にも御出席をいただき、一緒に取り組んだ。こういった取組を通じ、健康投資に対する社会の関心が高まっているが、今後の取組方針については、健康経営の質の向上と銘柄選定企業以外への裾野の拡大をやっていかなければいけないということである。まずは質の向上について、これは前回の点検会合でも御指摘があったが、東大、産業医大等の大学と連携し、健康経営による投資対効果の研究をきちんと見える化し、経営者に対する発信を強化してまいりたい。裾野の拡大については、銘柄はどうしても大企業が中心になり、中小企業の取組にも広げていかなければならないということで、これは緒についたばかりであるが、今年の秋には、健康経営優良企業認定制度というものを開始したいと考えており、民間事業者と連携して、インセンティブ制度などの拡大をしていく。更にこれに加えて、詳しくは次のページで説明させていただくけれども、健診あるいはバイタルデータをもとにして、IT、IoTの活用で、行動変容をもたらすサービス基盤も踏まえて、企業における健康経営の推進をする。

次に供給面についてはグレーゾーン解消制度に取り組んでいる。これはヘルスケア産業だけのための制度ではないけれども、最も活用されているのがヘルスケア産業ということで、既に19件の実績に達し、前回の点検会合以降だけで5件既に出ている状況である。

それから、ヘルスケアファンドによる出資、あるいはビジネスコンテストの実施による優良事例の検証、事業環境整備もあった。

今後はヘルスケアサービスの質の向上、そのために具体的な認証制度の拡大を図るとともに、先程小林副主査からも御指摘があったけれども、地域の中での持続的な事業として実施していくことが重要であり、地域の医師会等、関係者との連携強化をしていく。具体的には、全国で26カ所設置されている地域版のヘルスケア産業協議会を活用し、各地域での医師会、介護事業者、自治体等との連携を強化する。来年度は、例えば健診未受診者を対象にし、民間事業者による健康気づきサービス、あるいは医療機関への受診勧奨、運動、栄養指導等のヘルスケアサービスを地域ぐるみで切れ目なく提供する、そういった体制をモデル地域で整備して、横展開したいという考えを持っている。

3 ページ、日々の健康情報について、歩数計あるいはウェアラブル機器等の普及により、様々なデバイスの蓄積がされ活用されつつあるが、残念ながら、デバイスメーカーごとに、健康情報の定義、あるいは収集のフォーマットが異なるため、事業者の枠を越えたデータの利活用ができない。そのような中で、来年度、糖尿病等の疾病予防、あるいは重症化予防、若しくは健康状態の維持・改善を目的として、医療機関、医療保険者、企業、サービス事業者が、レセプト情報、健診情報、あるいは健康情報等を収集して、統合的に解析・活用できる基盤を構築するとともに、対象者の行動変容を促すための仕組みの構築を目指している。測定したはいいけれども、結局行動変容まで結びつかないと意味がないということであり、こういった仕組みを作ってまいりたい。運動指導を受けても日々の効果を体感しにくいと、生活習慣を改善する取組は長続きしない。日々の健康情報をモニタリングし、改善状況を把握し、継続のインセンティブと医師の指導、ある種アメとムチ、をうまく組み合わせることによって、行動変容を長続きしやすくする、健康状態そのものの改善につながりやすくするというのを、具体的なモデル実証事業でやろうとしており、糖尿病の予備群、いわゆるメタボを対象とした実証プロジェクトを実施しようとして取り組んでおるところである。

4 ページ、医療機器・医薬品関連分野の産業競争力の強化については、先程厚生労働省からもお話があったが、研究開発の支援等には経産省でも取り組んでいる。特に国民一人一人の健康状況に応じたサービスを、先進医療も含めて、より早く、より優しく、そして、より効果的に提供するといったコンセプトで進めさせていただいている。今後とも、内閣官房のリーダーシップのもと、各省、AMEDにおいて、開発支援に関するネットワーク、あるいはベンチャーの活用も含めた創薬システムを活用し、国内外の医療現場あるいは社会のニーズを踏まえてやっていきたい。

具体的に、「より早く」については、疾病の予防、あるいは早期診断・治療を実現するため、がん研を中心として、がんや、アルツハイマー、早期に診断できる血中マーカーの探索、ウェアラブル機器から入手した血压データとITを組み合わせた診療支援システム等の開発に、AMEDを通じて取り組んでいる。

「より優しく」については、体への負担の少ない診断・治療の実現のための再生医療製品の製造技術、製造する際に必要な安全性等に関する評価手法の開発、放射線治療装置の

開発等の支援を行っていく。

「より効果的・効率的に」については、個別化医療を実現するために、副作用が少ない、治療効果の高いバイオ医薬品の製造技術の開発、あるいは製造拠点の整備など、我が国発の革新的新薬を生み出すための創薬エコシステムの構築、あるいは産業用ロボットで実績のある情報処理技術（IT技術）を活用した、スマート治療室の開発等に取り組んでいく。

最後、海外展開については、Medical Excellence JAPAN、MEJを活用し、アウトバウンド、インバウンド、それぞれ各国の実情に応じた、製品・サービスの積極的な展開支援を推進してまいりたいものである。

（保坂経済産業省大臣官房審議官（経済産業政策局担当））

5 ページ、介護についてご説明する。

経済産業省では、現在、IoT、ビッグデータ、AIで産業構造が変わっていく中で各産業の生産性を上げるということで、産構審を回しており、その一環として研究会を回していた。

介護の分野については、今、話題の保育所と医療分野が両方重なっているような分野であり、1つは、一つ一つの企業単位が非常に小さくて、その上で、介護職員の不足、介護需要に追いつかないという形になっていることと、公定の料金になっているため、生産性を上げるというインセンティブが働かず、しかも、中小企業なので、なかなか進まないという状況である。

その中で5 ページだが、今、産構審の中で、民の役割、官民協調領域、官の役割というもの、色々な分野について分けて考えている。民の役割としては、IT、センサー、ロボット等の活用、先程厚労省の濱谷さんからも御説明があったけれども、データに基づいて介護の質、生産向上の取組をしていただきたいところだが、中小企業でありなかなか進まない。他方、ケアマネジャー等が書く報告書は手で書いている状態であり、官民協調としては、ビッグデータを作って、これを生産性の向上や、標準化に役立てたいのだが、そこも機能していないという形である。

6 ページ、私どもの提案としては、センサー技術はかなり進化したので、このようなセンサー技術等を活用し、全体の生産性の向上を働かせたい。見守りもこれに入る。ロボット等の活用については、昨年からの成長戦略の中にあるが、特にこの分野は、排せつのところ男性の介護士が嫌になって辞めてしまうということがあるので、ここを支援するロボットの開発等をきちんとするということである。

6 ページの右上、先程申し上げたように現在手書きとなっているケアマネジャーの報告書等のデータ化を進めて、これを介護全体の生産性の向上、あるいは介護の仕方の向上につなげていくということができればと思っている。

その上で、この3つを進めようと思うと、ある程度大規模化を進めていかないと費用対効果が出ない。大規模化をすれば、介護士が増えてピラミッドができ、例えばベテランの介護士の方たちは少し給料が上がる等、介護全体の給料のピラミッドもできるので、大規

模化も進めたらどうかということである。これは私どもの役所の所管ではないので申し上げにくいところだが、生産性向上を進めようと思うと、どうしても大規模化が必要なのではないかということ。

7ページは、1つの事例について、既に私どもがお話を伺った事業者の中には、左上について、赤外線センサー、マイクロ波センサーは、まだ研究段階で、某大学と研究しているとおっしゃっていたが、2時間に1回、夜見回りを減らして、これを画面で見ながら、あるいはAIが発達すれば、異常値があるときだけ、その画面を見て、そこをコントロールしていく形にする、データによる情報共有を進めている介護施設もあるので、これを組み合わせることによって、今、3人に1人というのが、法定の介護士の配置基準なのだが、実際には2.5人を割っているのが実態であるので、まずは法定の3人に向けて、ある程度介護の事業が回るような形で、機械化等で進まないかということ。

8ページ、私どもは所管ではないので、厚生労働省のように、市町村から聞き取ることではできなかったため、ある意味いかげんな試算を試みてみた。人口動態から見て介護需要を粗っぽく計算して、これからの供給をただ横に伸ばしていくと、人数が50万人程足りないところを、実際、7ページのことをやった企業さんたちの話を伺うと、3割程の生産性の向上を認めるということでやると、ここに示してあるような人数をある程度カバーできるような形がとれていくのではないかということであり、このあたり、まず中小企業が機械化を進めるところについてのインセンティブの与え方、もう一つ、データ化するところについては、また別の考え方で、データ化を進めることを考えたらどうかというのが、私どもの提案である。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、最後に内閣官房の健康・医療戦略室から御説明をお願いします。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室次長)

資料6をご覧ください。

1ページ目の黄色い枠内が前回の成長戦略であり、まず3. 直下の括弧書きをご覧ください。医療等分野データ利活用プログラムを年度内にICT基盤協議会において作ることだったが、(右の「実行状況」欄にあるとおり) 現在、年度内のICT協議会で決定をするという最終的な作業を進めており、年度内3月末には公表させていただけると考えている。もう一つは、代理機関という、医療情報の収集のハブになるような組織を作っていくということ。これに関しては、厚生労働省をはじめ、総務省、経済産業省、文科省、関係省庁と一体となり、具体的に法案の文章を書いていくような作業を念頭に置きながら、準備を始めている。

この代理機関について、基本的なイメージを申し上げる。まず代理機関が医療機関から情報を集める。これはいわゆる検体検査のようなアウトカムデータを、医療現場で何が起

こっているのか、診療行為の結果としてどうなっているのかという情報も含めて、アウトプットで集めることができる。これらの情報を必要に応じて連結し、匿名化をした上で、様々なニーズに応じていく。ニーズがない時に形だけそれをやっても意味がないため、多くのニーズが出た時にきちんと応えられるようなハブになることが重要。それに対して、ニーズを満たされた人たちから対価が入ってくるということが、基本的な流れである。例えば、医療機関に費用を返していくやり方に関しては、厚生労働省と一緒にあって、医療現場がよりよく回っていくように、うまく制度設計をしていきたいと思う。

また、法律を作って、代理機関制度が動き始める訳だが、医療IDがスタートする2018年にあわせて立ち上げる必要があると考えており、それまでに、代理機関制度を利用して、大体どのような規模のデータが集められるのかということ、制度ができたなら、すぐに手を挙げてくれる代理機関、幾つか柱になるようなものがなければいけないので、そのような現実的な準備も、現在あわせて、AMEDの力を借りながら始めているところである。イメージ的には、2017年度末には、全国の主だった病院の2千か所、診療所の2万か所が、代理機関制度を通じて、必要に応じて情報をきちんと出していける体制が動き出せればと思っている。

最後に、医療機関にとってのインセンティブについては、デジタルデータ収集・利活用基盤において、代理機関が担う部分は、人工知能がよりよい仕事をできるようなデータを収集し、集積し、高度化していくこと。更に、診療支援システムなどをより高度化していくことによって、診療現場をより効率に、安全にしていくということで、特に医療に関しては、データに基づく医療機関の診療がより効率的に可能になり、診療者を支援していくようなシステム、エビデンス医療の推進、どれが一番効く治療なのかということをもっと科学的に、大々的に明らかにしていけるような仕組みを作ることができればと思う。これを医療機関にオンタイムで返していくことで、医療機関のメリットになるのではないかと考えている。4月以降、このような設計を具体的にやっていきたいと考えている。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、ただいま皆様方から頂いた御発言、御説明を踏まえ、自由討議に移りたい。

(小林 医療・介護担当 副主査)

介護ロボット等の活用・生産性向上について、厚労省資料(資料2)3ページと経産省資料(資料5)の6ページに関連し、特に資料2の3ページ中「将来的な基準の見直し等の対応も念頭におきつつ検討を進める」と書いてあるが、これは介護現場の人手不足に鑑みると、かなり喫緊の課題だと思う。技術革新、ロボティクスをいかにうまく適用するかというのは、非常に重要なポイントだと思うので、期日を限定し、データを集める実証の場も明確に定義し、そこでアウトカムデータを収集して、集中して集めたデータをベースに横展開をしてはどうか。また、極めてシンプルでコストの安いロボットもいいが、最近

の二足歩行のポストンダイナミクスのようなロボットが、将来的には急激に進歩する可能性もあるので、シンプルなものとは並行して、非常に複雑なものの研究開発も進める必要がある。

(橋本主査)

まずヘルスケア産業創出と、ICT化の徹底に関して、ここでキーポイントとなるのは、様々な医療情報、健康情報とヘルスケア関係のサービス産業絡みの情報を、いかに使うかということである。これはここにいらっしゃる皆さんはよく御存じの話で、今日の説明を伺っても、厚労省と経産省と両省に分かれていることを、現在、一緒にやっていただいているようで、その重要性は十分認識されているのだと思う。言わずもがなであるけれども、このデータプラットフォームの構築に関しては、ぜひともしっかりと連携していただきたいと、改めて申し上げたいと思う。

あわせて、ICTの話になると両省だけではなく、総務省と文科省も含め、AI等々、最先端の研究の話等、全部連動しないといけないのである。ある意味で、ばらばらにやっている状態なので、現在、スタートに近いようなところもある。私が関係している総合科学技術・イノベーション会議で2016年4月から始まる第5期の科学技術基本計画を決定し、これは閣議決定もされている。幾つかの視点があるが、非常に大きなポイントは、小林副主査がずっと言われていた、サイバー空間とフィジカル空間の結合による新産業創生なのである。その典型的なものとして健康・医療産業が1つ挙げられているが、実はそこにとどまらず、色々な情報、例えば災害情報や、農業とサービスの連結等、全部つなげていこう、ということで、Society5.0という名前で打ち出していて、色々な情報のデータプラットフォームをまさに国を挙げて進めていく、という動きをやろうと真剣に思っている。ここがきちんとできるかどうかということは、我が国の、それほど遠くない、近い将来の産業競争力の根本になるかと思う。その核になるのが、健康・医療、ヘルスケアだと思う。

現在は国内のことだけを話されているけれども、日本のように、健康や医療が全国民に広まっている国は稀であり、ここで色々なデータをデータプラットフォームに載せることで、ビッグデータになり、更にAI等々になっていくと、国際的な競争力が非常に強い分野になるのではないかと思う。アメリカは、極めて高い先進医療があるけれども、御存じのように非常に限られた人のところだけで回っている訳である。このため、ヘルスケア産業で、しかも幾つかの省庁がまたがったところでしっかりとデータを共有できるようなものがあり、例えば今のロボットの話のように、サイバー空間がフィジカル空間と繋がるよう構想ものについて、ここで今、しっかり仕組めるかが、特に厚労省・経産省に関しては、本当にキーポイントだと思っている。両省には、ぜひとも更に仲よくやっていただきたいと思う。

2点目、医薬品・医療機器の開発について、これは厚労省資料（資料4）2ページ目にあるように、医療現場のニーズを踏まえた医療機器や治療等々、AMEDができて素晴らしく

良くなったのは間違いないと思う。研究者からもそのような話は聞くし、やはり医療現場の情報がしっかりと上がってきて、研究開発に結びつくことは素晴らしいので、このシステムはしっかりと設計どおりに進めていただきたいと思います。

一方で、研究者が心配しているのは、難病など、病気の方と向き合う中での情報を上げるということは、お医者さんは非常に得意であり、画期的に進むけれども、非常に個別的なものになる。産業として見たときに大きいのは、やはり1億人規模の人を治す、あるいは予防するための研究開発、即ち創薬や予防のための色々な技術等々であり、これに関する情報は、現場からは上がってこない。まさに基礎研究側、生化学の人や、分子生物学の人とお医者さんが絡んで、初めて出てくる情報である。お医者さんでも、臨床よりも基礎医学に近いほうの方は、皆さんこう言っている。この部分は、AMEDができて弱くなったとのことだ。国の中の研究開発全体のお金を配分したりするときに、現場の情報、現場の方の意見というのは、非常に説得力がある分、強いのである。従って、基礎側の人の意見は意図的に取り込まなければ、その部分で国際競争をしているのに、日本が負けてしまうかもしれないという危惧が、私の耳に非常に入ってくる。その部分は、意図的にやっていただきたいと思います。

具体的には、ファンディングについて、前に産業競争力会議や実行実現点検会合でも申し上げたと思うが、AMEDができた結果、先ほど申し上げた意味で非常によくなったのだが、一方で、NEDO（国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構）やJST（国立研究開発法人科学技術振興機構）などの資金について、ちょうど医療・健康にかかわるような部分で、ファンディングが取りづらくなっていると研究者側から聞く。これはAMEDと他の機関の役割分担を明確にしたということで、それはそれで大変よい政策の1つではあると思うのだが、今、申し上げたように、大きな産業創出には、AMEDと他の機関との境界領域の部分が大変重要だと、関係者は皆さん同じことを言うので、当該部分のファンディングに対しても、意図的に配慮していただく必要がある。これは健康・医療の方もそうであるけれども、今ここにはいらっしやらないが、文科省あるいは経産省のファンディングについても十分に検討していただきたいと思います、考えていただきたいと思います。

（小室議員）

経済産業省の資料5の11ページに、健康経営の企業一覧がある。健康経営銘柄の概念は非常に重要だと思っているが、このリストに弊社のクライアントが半分程入っているにも関わらず、名刺でマークを見かけたことが一度もない。マークが広まらないと、結局、人材獲得の時に有利に働かないし、そこに投資するメリットを企業が感じないということになるので、この認知度を上げていく。厚労省は「くるみん」マークなどの認知度を広めることについて、今までずっと苦勞されてきたかと思うが、これからは企業が「くるみん」、「なでしこ」、「健康経営銘柄」を3点セットで持っていないと恥ずかしいという形で、認知度を上げていくことが必要であるし、今、ちょうど女性活躍の推進で、厚労省が立ち

上げている「見える化」サイトがある。ダイバーシティー100選に選ばれている「なでしこ」銘柄などの企業はそのマークがつくので、健康経営のマークも同様に付ける、という形にすればいいと思う。学生たちは、4月から「見える化」サイトを見ることを大変楽しみにしていて、転職サイトなども、そこを参考にアドバイスをしていくという流れがかなり出てきている中、この「健康経営銘柄」マークについては、まずほとんどの人が知らない。私もほとんど見たことがなく、一般の名刺では一度も見たことがないので、認知度を上げるために、厚労省のサイトとぜひ連携をとって進めていただきたいと思います。

それから、これは私が勉強不足で分からないのだが、いわゆる健康経営にグローバルに取り組んでいる企業にはどういう指標が用いられているのか。日本と、世界とで言われる健康経営の指標というのは、同じなのか、日本独自なのか。これから、いわゆる高度外国人材の獲得の際に、日本企業は過労死で有名であるので、外国人材は、その点において、日本企業で働くことを非常に懸念しているところがある。従って、これは高度外国人材にもアピールするマークであっていただきたいと思いますので、海外でいうと、どういう指標と同じものなのかというプロモーションもしていかないと、日本独自のもの過ぎては発信力にならない。今、企業は、人材獲得ということが一番の課題に思っており、それにプラスに働くとなれば投資するという流れが出てくるので、ぜひそういった形にしてください。

1点だけ、素晴らしいと思ったのは、資料5の8ページにあった試算である。先程かなり思い切って試算したとおっしゃっていたが、このような試算が出てこないとなかなか進まない。人材需要について、今のままいくとどう足りなくて、それがこの技術で幾ら補えるのかという試算を、ぜひ各分野で出していただきたいと思います。

(岡議員)

幅広く色々検討されているということは、よく分かった。

幾つかあるが、1つは、医療IDという表現が使われているが、毎回申し上げているとおり、マイナンバーにしてほしいということだ。とりあえず医療IDで、将来マイナンバーに切りかえるという考えが一部にあると伺っているが、せつかくマイナンバーを入れたのであるから、冒頭からマイナンバー一本でやっていく。これも繰り返し申し上げているけれども、国民にとって、マイナンバーというのは何なのか。所得を捕捉され徴税の手段とされるものでしかないから、机の奥にしまっておこうとなっては困るわけで、マイナンバーカードでこんなに利便性が高まったということを形で示す。具体的には、医療サービスが一番いいと思う。どこの病院に行っても、薬局に行っても、クリニックに行っても、カードを1枚出せば、全て済むという体制を、今、目指していただいているわけであるから、それを一刻も早く実現していただきたい。今日の資料の中にも、地域版次世代ヘルスケア産業協議会で、医師会が関与して検討いただいているところが、幾つかある。このようなところは、先行事例として、ぜひそれを実現していただきたいので、2枚のカードになら

ないよう、1枚のカードで済むように、関係省庁で検討していただきたい。マイナンバーといったら、担当は総務省であるから、総務省との連携もぜひお願いしたいと思う。

それから介護について、先程小林さんも仰ったが、これは大変大きなテーマで、課題も多く、具体的にどのようにしていけばいいのかということについて、ここに幾つか答えを並べていただいているが、具体的に介護施設を幾つか決めて、そこで実証実験して、このようなことをやったらこのような成果が出たといったものをまとめて、対策をどうするのか、それを広げていく。全国一律にやろうとすると、なかなか難しいと思うので、対象をある程度絞り込んで、その成果を見ていくことが必要ではないかと思う。また、先程、需要・供給の話が少しあった。もちろんロボット等々で生産性を上げて需給ギャップを縮めていくという努力は必要だと思うが、人材不足の問題をどういう形で解決していくのか。現在は部分的に、数カ国を対象に、海外からの応募であっても介護士の試験をパスした方は採用するというをやっている。これでは不十分であると考えている。今、アベノミクスの第2弾で介護離職ゼロを掲げているけれども、もっと海外からの労働力を大幅に受け入れていかないと現実問題として、解決は難しいのではないかという心配がある。もちろん、機械化、ロボット化も必要だろうけれども、その辺のところも考えていくべきなのかなと思った。

それから、医療の国際展開についても少し触れていただいているが、もっともっと進めていく余地があると思う。できれば、今までMEJを使って、この国にこのような国際展開の成功例ができていくという具体的な成功事例の話をお披露いただくと、国民の理解も進むのではないかと思うので、次回、チャンスがあれば、成功事例をご教示願いたい。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、民間議員の先生方からコメント・御質問に対し、厚生労働省、経済産業省、内閣官房から、御回答なりコメントをお伺いしたい。例えば介護について、どういうスケジュールで進めていくのか、まさにデータの収集をどうやってフォーカスしながらやっていくのか。また、生産性向上について、同時に人材面をどうするのかといったことも問題提起あったが、そのあたり、厚労省及び経産省から何かあるだろうか。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官(老健、障害保健福祉、児童福祉担当))

まず、介護ロボット等の活用について、大きな方向感を経産省と全く一緒であり、介護職員の負担軽減や、介護分野の生産性向上を図るための重要な柱であると考えている。

今、行っている対策は、まず、足もとでは、27年度の補正と28年度の予算で、まずは使ってもらわなければいけないということで、色々な介護ロボット、基本的には施設、事業者で使ってもらうための導入支援や、先程、大規模なもの、小規模なものをあわせて開発すべきというお話があったが、まさに現場でどのような介護ロボットが必要とされているのかというところのマッチングが、今、必ずしも十分にされているわけではない状況にあ

り、そのマッチングをしっかりとやって、それを企業の開発につなげていくということを、28年度から、拠点を設けながらやっていこうと考えている。そのような意味では、今後の開発については、そういった拠点を作りながら重点的に進めていこうということである。

それから、重点的に実験データを集めて検証ということについては、現時点で具体的な計画があるわけではないので、それは検討課題とさせていただく。ちなみに、今、実際に検証的なもので行っているものとしては、北九州市が国家戦略特区に指定されており、介護ロボットを導入して、ユニットケアという、幾つかの単位ごとに介護者が個別的なケアをやっていくというときに、基準を緩和して、ロボットを導入しやすいような基準にした上で、そのロボットの導入によって、どのような介護者の負担軽減や、生産性の向上につながるのかといった検証を、来年度から開始する。そういったものも踏まえながら、今後どのような形で進めていくか考えてまいりたい。

それから、人材確保の話については、介護離職ゼロのためのサービスを増やすためには人材の確保が最重要課題と考えている。先程経産省から需給ギャップの数字があったが、厚労省は2025年までの需給ギャップを推計して公表しており、厚労省の試算でも、介護離職ゼロのためにサービスを増やす前の段階でも、2025年度で37.7万人の需給ギャップが生ずると推計しており、そのような意味では、人材確保は最重要課題であると思う。その中で、生産性向上による需要をできるだけ減らしていくという対策と同時に、人材の確保もいかにしていくかというのは、当面は一億総活躍で、プランが春ごろに策定されると聞いているが、そのプランに向けて、厚労省でも大臣の指示のもとで、介護の仕事に関する懇談会を設けて、人材確保や介護職の魅力の向上のためにどのような方策があるか、キャリアアップといったことも含めて検討しており、その中での検討結果も踏まえながら、今後対応を考えてまいりたい。

(唐澤厚生労働省保険局長)

経産省と厚労省の連携について御指摘いただいたので、一言お話しさせていただく。厚労省と経産省は最近、非常に連携に力を割いており、例えば、具体的には、飯田審議官に経産省から来ていただいている。それから、安藤情報政策審議官は総務省からテレコムで来ていただいている。そのほかに、例えば、先程小室議員からも御指摘あったけれども、健康経営銘柄の発表であるや、次世代の事業者の表彰のときには、商務情報政策局と、安藤局長のところだが、安藤局長が主催の事業は厚生労働省も共催になり、必ず私も出席させていただいている。そのような形で進めている。

それから、橋本先生から御指摘のあったICTの活用の問題で、これは厚労省、経産省だけではなくて、総務省、文科省、それから、内閣官房、このようなところが一緒になってやらなければいけないのだが、先程簡単に説明させていただいたけれども、去年の骨太で書き込んでいただいたことを受け、診療報酬上でICTの利活用の点数をつけた。点数をつけた

のは、少しついたような感じなのだが、実はこれは非常に重要なことである。と申すのは、今まで全国に200程の地域のネットワークがあるが、立ち上げの費用については、国の補助金や、基金の助成を受けられるのだが、ランニングコストを賄えないという問題があった。結局、ICTの活用による質の向上というのは患者に帰属するので、患者からお金を徴収できない。これは公定料金になっている。

そこで、今回は、ネットワークを想定しているけれども、ネットワークにデータを送って、そこからデータを引き出した場合に、送り手と受け手の両方に点数をつけている。これは30点の点数なので、決して安くはない。それから、退院の場合には200点ということで、2,000円という点数をつけている。こうすると、ネットワークの中で、どの医療機関がネットワークの情報を使ったということが分かるので、それをメルクマールにして、少しメンバーから課金をしてランニングコストを賄うことができるようにこの点数を設計しているので、今回を契機にしてこのネットワークが発展していくようにしていただきたいと思う。

それで、全国展開するには、先程藤本次長からお話があったけれども、代理機関の活用のようなことが非常に重要であるので、地域の拡大については、また関係省庁連携して、内閣官房にリーダーシップをとっていただきながら進めてまいりたいと考えている。

(若井経済産業省大臣官房審議官(製造産業局担当))

先程小林委員から、安くてシンプルなものだけではなく、というお話あった。今日はロボット政策全体を御説明する機会はなかったが、経産省としては、既に製品化されているものの導入支援、それから、今、厚労省と一緒に取り組んでいるような製品化をした上で現場で実証するという事業、そして次世代の技術開発、大体3段階に分けてやっているの、小林議員御指摘のような複雑なものは、NEDがファウンディングをして行うような次世代の技術開発に、先程来お話あるように、厚労省と非常に密に連携をさせていただいているので、色々な技術ニーズ、シーズを上げてきていただいて、そのような中で発展をさせていくことができればよいと、このように考えている。

(橋本主査)

承知した。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室次長)

1点、橋本議員御指摘のAMEDの研究の部分であるけれども、我々もこれまで1年少しやって、その棚卸しをして、同じ問題についてよく認識をしている。先日もAMEDの中で、これをどう解決していこうかと。別に予算の枠を設けるのか、あるいは審査の過程で色々な工夫をするのかということで、今、ブレインストーミングを始めているので、できれば来年度からそれを組み込んだ形でやりたいと思っている。おっしゃるところは我々も大変よく認識している。次の世代が何かやりそうだと。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

医療等IDについて簡単に御説明申し上げたい。岡先生から御指摘があった医療等IDとマイナンバーの関係であるが、医療等IDを導入するに当たり、あくまでもマイナンバーカードを使うことを考えており、新たなICカードを発行するということは今のところ考えてない。

では、マイナンバーそのものになるのかといえば、それは少し違って、医療等IDは、国民が使う番号ではなく、あくまでも医療機関なり研究機関なりが使うものである。従って、12桁という、人間が読めるような番号である必要はなく、あくまでもバックヤードにあるシステムが読み取れるものが適当であるし、また、セキュリティ上もそのほうが望ましい。そういった意味で、医療等IDは電磁的な符号を用いて患者を判別していくという仕組みである。そういった仕組みについて、マイナンバーカードを使うというのはどういうことかという、医療機関の受診時に、マイナンバーカードに入っている電子証明書を最初のキーにして、医療等IDを発行しようと考えている。

いずれにしても、マイナンバーも住民票コードから変換してなされたものである。私どもの医療等IDも、あくまでマイナンバーのインフラを使って導入するということであり、新たなコスト、あるいは国民の皆様方に新たに色々な御負担をかけることはないので、ぜひ御理解をいただきたい。

(岡議員)

今の説明は理解が難しい。もっと素人にも分かるような説明をお願いしたい。何度も繰り返して恐縮だが、国民にとって重要なことは、これから進んだ医療サービスを受けるときにマイナンバーカード1枚だけで済むのかどうかということ。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

あくまでもマイナンバーカードである。マイナンバーカードの電子処理を使うということなので、ほかにカードは使わない。

(岡議員)

それを聞いて安心した。国民にとってはカードが1枚で済むということが重要なのである。

(吉本経済産業省商務情報政策統括官)

色々御指摘いただいたが、1点だけ、小室委員からお話いただいた、銘柄のロゴマークを見たことないという話で、銘柄を取ったところはブラック企業ではないということで、就職戦線で大変有意義であるという声が、1回目、2回目ともに参加企業から返ってきて

いる。まさにこれから就職シーズンを迎えるので、御指摘いただいたような、「なでしこ」との連携、あるいは厚労省サイトとの連携、これもぜひやらせていただきたいと思う。銘柄のロゴを普及させるために、私も担当として自分の名刺に付けようかと思ったのだが、経産省が健康銘柄にふさわしい職場環境にあるかのごとき誤解を与えてもいけないということで差し控えており、経産省の職場環境がもう少しよくなったら、胸を張ってつけさせていたどうかと思っている。

(高鳥内閣府副大臣)

ヘルスケア産業の創出支援について、私が党の厚労部会長だったときに、このような議論があったのを思い出したのだが、セルフメディケーション税制について、自らの健康生活習慣をチェックして、市販薬で早目に、重症化する前に手当てをしましょうということをお話したときに、医療関係者から慎重な意見が出たと思う。健診とセットにすべきであると。今日、小林副主査が言われたとおりに思うのだが、医療、それから、介護関係の方々も含めた、ステークホルダー皆さんで連携をして進めるという文言が私は非常に重要だと思う。

それから、データの活用については、疾患登録情報を用いたクリニカル・イノベーション・ネットワークを作るということ、治験コンソーシアムを作って創薬大国を目指すということも日本再興戦略2015に書き込まれているわけであるから、大いにやっていただきたいし、それから、医療機器等の開発とあわせて、必要ならば予算もしっかり確保して頑張っていたいただきたいと思う。

最後に、データの活用について、医療分野におけるICT化の徹底であるが、電子カルテを進めていって、互換性を持たせて医療情報を連結していくということは大事な視点だと思うのであるけれども、誰がどこまで見られるのか、誰がアクセスできるのかということで、最初に了解したと病院に紙一枚出したら、あとはずっと見られてしまうのか。その辺の整理を、個人情報の観点からもよく検討していただきたい。

いずれにしても、成長戦略をしっかり作っていくことが大事であるので、厚労省、経産省、皆さん仲よく進めていただきたい。どうも感謝する。

(関係省庁入れかえ)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、続いて、第2部、地域医療連携推進法人に関する議論に入りたいと思う。

本日は、文部科学省から堂故政務官に御出席いただいている。それから、有識者として、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正博理事長、そして社会医療法人緑社会金田病院の金田道弘理事長に御出席いただいている。

まず小林副主査から御発言をいただいた後に、有識者の皆様方からプレゼンをいただき、

その後、厚生労働省、文部科学省の順番に、現状の取組と今後の検討内容を簡潔に御説明いただいた上で意見交換をさせていただきたいと思う。

それでは、まず、小林副主査からお願いします。

(小林 医療・介護担当 副主査)

それでは、再度、資料1に沿ってお話をさせていただく。資料1の3ページの「4. 『地域医療連携推進法人』制度の具体化」について主要な論点を簡単に御説明申し上げる。

地域での医療連携推進法人制度の活用、ヘルスケアサービスとの連携を後押しするために、以下、2つの項目の環境整備に取り組むべきだと考える。第1に、大学附属病院の大学からの別法人化について、制度上の措置を明らかにして、従来に比べ運営が不利にならない仕組みを明確に構築することと、第2に、本制度の施行に当たっては、自由度が高く、使い勝手のよい制度設計を進めること。また、医療機関の再編やヘルスケアサービスとの連携など、比較的好い事例を積極的に発掘し、発信することが必要であろうと考える。以上である。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、引き続き、有識者の方々から、それぞれ5分ずつプレゼンをお願いしたい。最初に、恵寿総合病院の神野理事長によりしくお願いをする。

(神野理事長)

それでは、資料7に沿ってプレゼンテーションさせていただく。

私どもの法人は、石川県七尾市、能登半島の中部地域である。後ほど御紹介するけれども、いわゆる医療・介護・福祉の複合体を運営している法人である。従業員数1,750人で、そのうちの620人が、先程来お話があった介護人材であり、地域で一番の職員数というか、雇用を吸収している企業である。

資料の2ページ、3ページについては、厚労省のホームページにあるような地域包括ケアの姿である。まず2ページの生活支援介護予防というところをご覧いただきたいと思うが、老人クラブ、自治体、ボランティア、NPOと、何と、ただ働きの方々メインである。ここがなかなか難しい、無理がある点ではないかと思っている。そして3ページ目をご覧いただくと、これは厚生労働省で、将来の地域包括ケアシステムといった表題でよく出ている資料だが、真ん中に患者の住まい、家族があって、左手に入院医療、高度急性期から慢性期、右手に介護施設、更に色々なものを囲んでいる緑色の部分全体が将来の地域包括ケアシステムということである。そういった意味で、本質的な地域包括ケアシステムは、この緑の範囲を、全てのサービスを利用者にとってシームレスにつないでいくことが私は必要なのかなと思う。そして、生活支援介護予防のところ、赤字部分は私が勝手に厚労省の資料に上書きしたものであるけれども、生活支援介護予防をするために、病院や、介護

施設や、そして生活支援企業の方々に参入していただかないといけない。これ全体、緑の範囲で地域医療連携、推進するという絵姿が、もしかしたら求められているかもしれない。そうすると、介護のようなケアシステムではなくて、地域包括ヘルスケアシステムなのかなと思えてならないわけである。

4 ページ目に移る。まさに厚生労働省の英語訳も、The Integrated Community Care System である。とするならば、お友達の連携ではなく、ここは制度の統合、あるいは組織の統合、あるいは同盟ということが必要。そのためにはガバナンス、ビジョン、ヒト、モノ、カネのもう少し強い連携が必要なのかなと思うわけである。

5 ページ目、今まさに垂直連携とって、急性期から慢性期まで、あるいは地域の中での連携、医療・介護のまさに2D、垂直と水平である。それに加えて、ライフログといった時間軸が必要であろう。更にその先には、4Dと書いたけれども、生活と色々つながる。ここに日常生活と医療・介護情報、3D情報が繋がっていくと、まさにビジネスチャンスも出てくるのではないかと思う。

6 ページ目は日本版CCRCであるけれども、私はこの有識者会議にいたが、これはまさに先程の地域包括ケアと同じような絵がここに描かれているわけである。

そして7 ページ目、これは内閣官房の資料だが、何歳の方が移住してきたら、そのまちは得するか、損するかという絵である。まちの収入はオレンジの棒グラフ、支出は縦棒である。とすると、75~79歳の方はもうかる、80歳以上になると損するかもしれないといったデータ。これはとてもおもしろいというか、連携法人の話をする中でこの話をするのは、こういった方も移住していただくような、きちんとした仕組みが私は必要なのかなと思うわけである。

8 ページ目は私どもの病院、9 ページ目は、まさに我々のグループである。小さい字であるけれども、全ベッドで1,450床でスタッフ1,750人で、左手が医療法人、右手が社会福祉法人である。我々の特徴としては、全て、1患者1IDである。すなわち、医療も介護も福祉も同じ電子カルテ上で情報を共有しているということであるし、セントラルキッチン、これは企業と連携しているけれども、全施設の給食はここで作っているという制度である。

そして、12ページ、まさに最初に出てきた非営利法人カンパニー制度であった。ここで、理念とビジョン、そして意思決定であり、ヒト、モノ、カネが描かれていたわけである。

そして、13ページは、実際に法律で制定されたものである。

14ページであるけれども、29年4月をめどにということなので、来年4月が施行と理解している。を地域で実際にやっていくときに、ここにキーコンテンツと書いたけれども、もしかするとキラーコンテンツかもしれないけれども、どういうものでつながるべきなのかということで、色々考えてみたわけである。ここに書いてあるように、人事から、資金の融通から、情報システム、あるいはチーム医療、共同購入、送迎、共同運行、生活支援といった点があるのかなと思っている。

次のページ、私どもの場合はということで、○×をつけさせていただいた。私どものキ

ーコンテンツ、キラーコンテンツは、恐らく共同購入や、患者送迎や、チーム医療、こういったところで同じ思いの方々がくっつくというのがあるのかなと思っている。

例えば、共同購入、17ページであるけれども、今、これは開業医向けにメニュー表を既に作っているわけであるけれども、恐らく参照価格の70～90%引きで、我々、全国組織で共同購入をやっているの、そのような価格で入れることができる。

お金でメリットを作って、次のページにあるように、例えば、今、地域で高齢化が進んでいる。病院に来られる人は、タクシー代が払える人か、あるいは介助者がいる方。公共交通機関の少ない地域ではそのような問題がある。そういった意味では、ここにある、もう既に試験運用しているけれども、オンデマンドのGPSの送迎サービス等々があるかもしれない。

続いて、19ページに、シミュレーションセンターや、グループワークをする恵寿イノベーションハブを作ったけれども、そのようなところで、介護の質を上げる、医療の質を上げるということで、共同研修会ということで繋がっていくことが可能なのかなと思うわけである。

21ページにあるように、我々は医療・介護の質の話をしておりましたけれども、地域の質に貢献していくために、私は地域の支援企業とくっついたような連携法人がありだと思われ、私ども、医療だけではなくて、できることならば社会福祉法人をつくらせていただくならば、その中での資金融通ということもありなのかなと思っているわけである。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

感謝する。引き続き、金田病院の金田理事長からよろしく願います。

(金田理事長)

地域医療連携推進法人の必要性、岡山県真庭市落合地区における落合病院と金田病院の例についてお話し申し上げる。資料8をご覧いただきたいと思う。

病院の経常利益率の推移、2ページであるけれども、この一番上の線が療養型病院、真ん中の線で途中から下がっているのが精神科病院、そして下がったり上がったり、すごいのが一般病院であり、これは日本医療法人協会の加納会長がネット上で公表されていたものを引用させていただいた。これから見て分かるように、人口減少地域での急性期を主にした中小病院の経営が非常に影響を受けているというのが現実かと思う。

3ページ、岡山県には5つの医療圏があり、500床以上の大病院は8カ所である。大部分が県南2つの医療圏に集中している。県南東部に5カ所、この中に岡山大学病院があり、左の県南西部の2病院の中に川崎医大と倉敷中央病院がある。県北には津山中央病院1つだけであって、真庭と新見、高梁には大病院はない。

4ページで、岡山県5医療圏とDPC対象病院であるが、岡山県内に29病院ある。DPC病院はいずれも県南2つの医療圏に集中して行って、県北3つの医療圏にはDPC病院はそれぞれ

1つずつ、しかも高梁、新見と真庭には大病院がない地域に中小病院が1つずつ、この真庭の1つが当院である。

5ページ、岡山県内医療圏別常勤換算医師数である。全国平均が250人、岡山県が301人であるけれども、やはり県南2つの医療圏に医師が集中しており、県北はいずれも少ない。特にここでは常勤換算医師数であるので、常勤以外の非常勤医師も常勤換算して加わっているということに注意が必要である。

次の6ページをご覧くださいと思う。これは落合病院と金田病院の医師数である。落合病院が常勤医師9名、金田病院は常勤医師11名。何と、非常勤医師は不定期を含むとそれぞれ60名程度来ている。これが実際の現実である。常勤医師の減少に伴い非常勤医師の派遣が増加している。時間給で比較すると非常勤医師の方が2～3倍高く、このことが中小病院の経営を圧迫している要因の一つになっている。

金田病院の常勤医師数の推移と影響、7ページである。医師の偏在は、先程お話ししたように極めて深刻であり、14名だったのが、今年の春から11名になって、常勤医師の減少の結果、収益の急速な悪化が来ており、当院も実は今年度、20年ぶりの厳しい収支になりそうである。

8ページ、真庭の病院の病床数と経営形態である。1番上の湯原温泉病院は真庭市立、国保の病院である。向陽台病院と落合病院は同じ医療法人である。社会医療法人であるのは当院だけである。真庭は病院の86%は民間病院で、全病院の71%は持ち分なしと。全国データから比べると持ち分なしが多いのが特徴ではないかと思う。地域医療構想では、2025年に209床過剰になるとされている。

9ページ、真庭市内の病院の分布を示します。真庭市は岡山県で最も広い自治体で、南北50キロメートル、東西30キロメートル。バイオマス発電所が一番有名だと思う。真庭市南部に人口が比較的集中しているけれども、落合病院と金田病院は、川を挟んで目の前、直線400メートルの距離でほぼ同規模の歴史があるということ。

10ページ、真庭市の人口推移であるが、このようにもともと6万人程いたが、今は4万7,000人前後になっている。

11ページは金田病院の消防署救急車の搬入件数であるけれども、平成9年ごろから急増して行って、現在、高止まりをしている。ただし、岡山県内の5つの医療圏で救急車の応需率が最も高いのは真庭であり、90%が1回目の病院で応需されて、3回目ではほぼ100%応需できている。資料はないが、重症救急の紹介4回以上の割合の比較、いわゆる重症救急のたらい回し率であるけれども、岡山県の5つの医療圏で最も低いのが我々真庭医療圏で、0.6%。実は最も高いのは岡山市を含む県南東部医療圏で、8.8%であり、そこには約15倍の差がある。

12ページは落合病院の歴史である。個人の医院で開院して200床になり、173床、そのほか、向陽台病院という精神科病院があり、施設を多数持っておられる。

当院の歴史は13ページであるが、昭和26年に開院して、ピークは昭和42年、278床であ

るけれども、その後、ダウンサイジングをしていって、現在171床、箱物の施設は全く持っていない。連携していくことを前提にその方針をとったわけである。

14ページをご覧いただきたいと思う。落合病院と金田病院の診療上の違いについて申し上げる。落合病院だけの診療等は、例えば、災害拠点病院は市内唯一、落合病院だけである。産婦人科・分娩は市内唯一、透析も市内唯一である。金田病院の診療等では、DPC対象病院は当院だけ、脳神経科手術も当院だけ。しかし、一方、その下であるが、両病院で共通する診療等は、このように同じ科が共通しているし、下線のところは同じ岡山大学の教室からの派遣である。

15ページがまとめである。落合病院と金田病院の連携の歴史である。昭和26年、当院ができて以降、49年間切磋琢磨し、住民いわく川中島の戦いと言われていた。ところが、このままではやっていけないことに気が付いて、平成14年に落合3病院長会を作った。実は、落合、河本、金田で作って、147回開催しているけれども、その後、河本病院が倒産をして、真庭3病院会に変わって、新たに湯原温泉病院に入っている。途中、20キロメートル圏内で、平成21年に津山第一病院が倒産。ちょうどそのころ、金田病院で透析が10名少々であるけれども、先方の透析担当の院長の素晴らしさがあり、落合病院に全面的にお願いをして、十数名の透析を全て当院は廃止した。たったそれだけで4,000万円以上の減収になって、非常にこたえました。その後、落合病院金田病院連携推進協議会を開催するようになり、2カ月に1回、2時間、交互の病院で開催して、オブザーバーとして岡山大学医学部の医療政策・医療経済学の浜田教授に来ていただいている。今年の2月からは地域医療連携推進法人も視野に、毎月開催するようになっている。

16ページはダウンサイジングの歴史である。

17ページは、昨年11月に調印した連携協力推進協定の協定書である。

先程お配りした資料であるが、18ページが外来診療表で、ライバル病院がA面とB面で裏表の診療表をつくったということで、結構重宝されているし、話題にもなった。

このライバル病院同士が、一昨年であるけれども、紹介元・紹介先医療圏の第1位になっているのが19ページである。

20ページであるが、落合病院と金田病院の機能分担の4つ目であるが、例えば、救急当番のとき、落合病院の外科系医師がいなくなったため、外科系は金田病院が担当する。であるから、来年度、落合病院が年間13回の救急当番。その13回を当院が余分に外科系で担当し、当院が26回担当して、そこでも連携しているということである。

21ページは、4つ目であるが、介護施設は落合病院グループのみで、当院は持たず、連携をしているところである。

22ページがまとめであるが、人口減少地帯の病院経営の現状として、ダウンサイジングではもはや限界であり、連携だけでは真の効率化には至らないというのが、非常勤医師を見てもよく分かると思う。統合・合併は民間病院では極めて困難である。合併を考えた時期は、平成22～23年当時あったけれども、これは無理だということがよく分かった。

23ページ、救急医療を担っている中小病院から始まる危機であり、地域医療を崩壊させないためには、早急に連携以上統合（合併）未満の実現可能な仕組みがぜひとも必要で、それが地域医療推進法人ではないかと考えている。

24ページ、同制度は地域内の病床数が減少しつつ、地域の医療の質が向上し、それぞれの病院の独立性・主体性を維持しつつ、経営効率が進み、地域医療費が適正化する「地域包括ケア」の核となり得る新たな歴史を創る画期的な仕組みだと考えている。

25ページ、成功させるためのインセンティブとして、これはぜひお願いしたいと思うのだが、優先的に、例えば、戦っている地域でなくて、連携するところに医師を派遣する、優先的に医療介護総合確保基金を配分する等、税制面にも配慮していただきたい。あるいは診療報酬上で評価するために、DPCの機能評価係数Ⅱで評価することも考えられると思う。いずれにしても、地域医療崩壊回避のために早急に実現が必要であって、もう時間的猶予はないと考えている。

最後の26ページであるが、厳しい経営環境の地域医療病院に光が3つあると考えている。1つが地域医療連携推進法人であり、1つが地域卒卒業医師の派遣である。来年から、岡山大学から地域卒卒業医師が地域に出てくる。そして3つ目がOUMC、岡山大学メディカルセンターが達成すれば、余裕ができた医師を地域に派遣すると森田学長は言われているので、ぜひこれも期待している。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

感謝する。それでは、各省からの御説明を、まず、厚生労働省から願います。

（梅田厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

資料9の1ページ目、まず、地域医療連携推進法人制度の創設が盛り込まれている改正医療法の周知状況について御説明申し上げる。1ページ目の右側に当省が行っているセミナーのパンフレットをカラーで掲載している。これまで合計65回の説明会を実施しており、延べ4,000名の医療関係者の方々に御参加をいただいている。

それから2ページ目、検討されている事例ということで、設立に向けた地域での動きについての御紹介である。御案内のように、総合病院同士のグループ化というパターンである岡山大学を中心とするグループと、先程金田理事長や神野理事長からそれぞれお話をいただいたグループで、地域医療連携推進法人の設立を積極的に御検討されていると承知している。更に、固有名詞は言及を控えさせていただくが、2ページ目の四角で囲っているように、自治体病院の改築にあわせて病院再編のために連携をお考えのケースであったり、患者の電子カルテ等の統一を中心として連携を検討されるケースであったり、また、病院や施設の入院中の方への給食サービスの共同化を中心として連携を検討されるケースというような、様々なアイデアを今、伺っているところである。これまでに合計で20から30件ほど、御相談を受けているところである。今後とも地域医療連携法人推進制度の幅広い周

知等に努めるとともに、円滑な制度の開始に向けて必要な政省令の整備を進めていく。

(堂故文部科学省大臣政務官)

日本再興戦略改訂2014において閣議決定された大学附属病院の別法人化の検討状況について御説明する。資料10、一枚物の紙になっている。

文部科学省では、大学附属病院の別法人化に係る要件や手続を定め、これらを満たす場合に、地域医療連携推進法人の参加法人が開設する病院を大学附属病院として扱うための省令上の措置を講ずる方向で検討を進めている。

具体的な要件や手続としては、例えば、附属病院として扱われる病院を開設する法人の形態は一般社団法人とすること。また、大学附属病院が担っている教育研究、臨床機能を維持・向上するための措置に関しては、その法人の定款において、「大学の求めに応じて医学部の教育研究に必要な機能の提供を行うための病院の開設及び管理を行うこと」を必須の目的及び事業として位置づけることとしている。

更に、医学部の教育研究に係る事項についての議決権の過半数を大学が保有することとする。

そして、大学、病院を開設する法人、地域医療連携推進法人の3者で医学部の教育研究に必要な機能についての協定を締結し、遵守すること等を検討している。こうした要件を満たす大学や病院を個別に大臣が指定すること等により、附属病院を別法人化した場合であっても、医学部の教育研究の質を確実に維持・向上できるよう、引き続き検討を進めたいと考えている。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、民間議員の皆様方から御質問、コメントをお願いしたい。

(小林 医療・介護担当 副主査)

両病院のお話を聞いていて、元気が湧いてくる思いがした。ダウンサイジングはもはや限界、連携だけでは真の効率化までは至らない、合併は民間病院同士では極めて困難、こういった状況はまさに化学業界と同じである。三菱ケミカルホールディングスでは持株会社制をとって、とりあえず持株会社の傘下に入れてグループ化しておいて、5年程したら合併するというやり方をした。そのような意味では、病院と状況が全く同じなのかなと感じた。だから、2～3年前には「非営利ホールディングカンパニー制」と言っていたこの制度の活用事例がこんなに早く、具体的に出てきているというのは心強いと思うし、全国的に横展開を大いにやっていただきたい。地域医療連携推進法人の意義を表現するキーワードは、「トータル・ヘルスケア・ソリューション・システム」というようなことなのだなと、今日はお話を聞いてあらためて実感した。厚く感謝する。

(橋本主査)

私も両病院の取組を聞いて大変感心した人間である。少し別の視点なのだが、このような医療において、地域の国立大学の附属病院の果たす役割が極めて大きいということは明白なわけで、一方で、地域の大学の附属病院の先生方と話をする機会があるのだが、伺うと、大学の医学部との結びつきが強いことが、地域の医療の貢献に対して縛りになっている。それは具体的には人事等々のことがあって、それから、医学部は、当然なのであるけれども、基礎医学の研究が大変重要なので、それと地域医療の部分と、このバランスの関係があって、病院が地域のために貢献するという観点からの視点はなかなか難しいところがあるのだと。だから、やはり別法人化するべきだということ強く言われる先生方とよくお話しする。

今回、そのための法案ができて、岡山大学がその先鞭をつけるということで、大変素晴らしいと思うのだが、一方で、大学改革というか、大学の分類等々やっていった中において、特に地域大学において、病院収入が占める割合が大学の経営上非常に大きい。病院が頑張ったからなのであるけれども、努力したからなのであるけれども、その結果、大学全体の収入における病院収入は非常に重要な財源になっている。そうすると、その大学病院を切り離すということは、大学経営という観点からは非常に難しいことである。

では、大学病院がプロフィットセンターとしてやるのが本当にいいのかどうかという根本的な問題やかわってくるのだが、現状は、現実問題として、運営費交付金が減っていく中で、大学病院の収入が非常に重要な財源になっているという事実があるわけである。この辺、政府として、地域医療の話や、大学経営の話や、その辺に対して大きな方向性はどうかあるべきなのかを議論しないといけないのではないかと思う。運営費交付金が減っていく中で、自己努力をしなさい、努力して稼げる場所という議論、私もその議論にずっと、常盤局長のもとで参加したけれども、やはり病院収入というのは非常に大きいというのは皆さん言われる。一方で今のように地域医療というときには、そこを切り離して本当に地域のために貢献する、それが必要だと。これは別軸なので、どうしたらいいのかと。やはり大きな方向性を政府として議論するべきではないかと思ったので、大変いいお話を伺っただけに、そのような機会にさせていただきたいと思うのだが、常盤局長のコメントもいただきたいと思うが、いかがか。

(岡議員)

たまたまだが、私は、七尾市と真庭市の両方ともICTの街づくりプロジェクトの座長としてお邪魔した。先程のバイオマスも真庭市の銘建工業。共通していることは、地域が主体となって動き出さないと、地方の活性化、地方創生ができないということ。ほとんど皆さんは、このことを既に分かっている、自治体でも、企業でも、医療機関もそうなのだということ今日の話聞いて強く感じた。ぜひ成功していただきたいと思うが、第1部で、経産省の説明の中で、地域版の協議会ができているところと、できていないところが

あるというデータを見せていただいた。これを見ると、七尾市も真庭市もなっていないので、協議会をつくらなくても実態が先行しているという理解ももちろんできるわけだが、2つが一緒になって補完し合って成功しているという話は素晴らしいと思うので、ぜひ成功することを祈っている。

(常盤文部科学省高等教育局長)

橋本先生からお話いただいたけれども、その前に、小林先生から本日ペーパーでも示していただいた件をお話する。岡山大学の件に関し、法律的な問題について、1つの組立てに係る資料を出させていただいたけれども、これ以外に、人事面と財務面で課題がまだある。このことについては、大学と、学長とも直接私も意見を交換しながら、しっかりと解決に向けての取組を進めていきたいということが1点である。

それから、橋本先生から国立大学の在り方の点について御質問があった。国立大学の財務運営の在り方が、運営費交付金が12年間で1,400億円減るという中で厳しい状況があるのも事実である。その中で、橋本先生にも御参画いただきながら、間接経費も含めて競争的資金の在り方といった点についてのベストミックスを考えていくという点での御意見も色々いただいていたわけである。そして、その中で、今後、もちろん自己収入の拡大ということもしっかりと考えていかなければいけないわけであるけれども、それに当たって、おっしゃっていただいたように、病院収入というのは非常に大きな柱を占めるものである。

一方で、病院収入も、以前はそこが頼りであるということで、先生のお言葉をかりればプロフィットセンターだったのであるけれども、この1～2年の状況は、かなり病院収入も厳しいという状況があるのも事実であるので、全体としての、病院の問題は病院の問題として考えなければいけないけれども、全体としての国立大学の財務運営、その中で自己収入の在り方については、引き続きしっかりと検討させていただきたいという状況である。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

金田理事長から、地域医療連携推進法人を成功させるためのインセンティブという話もあったが、もしコメントがあればお願いしたい。

(梅田厚生労働省大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策担当))

幾つか非常に貴重な御指摘をいただき、感謝する。私どもも、色々、このような御提案や御意見を伺いながら考えてまいりたい。この中には、制度的に直ちに検討可能なものと、そうでないものと色々まざっているが、例えば、優先的な基金の配分ということであれば、今、地域の医療機関相互の機能分担や業務連携を積極的に進めておられるので、このような観点から基金が配分されるということもあるのではないかと思う。また個別に色々お話を伺って、小林先生からもいい事例をどんどん発信していくようにという御指摘があったので、引き続き好事例を発掘して発信に取り組んでまいりたい。

(神野理事長)

私どもも非常に経営状態が苦しくなっている。公的な病院も苦しい。補助金いただきながら赤字のところがいっぱいにある。我々も急性期の、それなりの設備と人員を抱えていると、大変苦しい。そういった意味では、介護や福祉のところでもし利益が出ているならば、それを統合して、例えば、福祉の利益を急性期医療に突っ込む、それで地域がよくなるというような立てつけがどうしても必要になってくる。そういった意味では、お願いしたいのは、とにかく福祉法人と医療法人との間での資金のやりとり等がうまくできるということになると、これは非常にうまく機能するのかなと思う。

(金田理事長)

1点だけ、落合病院と金田病院の連携推進協議会を今、毎月開いて、地域医療連携推進法人の検討をしている。今、一般社団法人の定款を岡大の先生からモデル定款をいただいて検討中であるけれども、まだ連携医療推進法人を目指すとは決まっていない。その方向で検討している。我々はしたいし、数年前には合併しようという話をしたのであるけれども、歴史があるので、合併は絶対難しい。うちは社会医療法人で、落合病院は特定医療法人であるため、特定医療法人が社会医療法人の下に入ってくることはできない。これは現実的な仕組みだと思っているけれども、まだ決定はしていない。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、本日の議論はここまでにさせていただく。ご議論いただき感謝する。