

国家戦略特区ワーキンググループ「集中ヒアリング」 外国人への医療サービス提供の充実（外国人医師の国内医療解禁、 病床規制の見直し等）（議事概要）

（開催要領）

日時 平成 25 年 5 月 28 日（火）10:45～11:25

場所 永田町合同庁舎 7 階 特別会議室

出席

<有識者>

座長 八田 達夫 大阪大学社会経済研究所 招聘教授

委員 秋山 咲恵 株式会社サキコーポレーション 代表取締役社長

委員 坂村 健 東京大学大学院情報学環・学際情報学府 教授

委員 原 英史 株式会社政策工房 代表取締役社長

<関係省庁>

原 徳壽 厚生労働省医政局 局長 ほか

<事務局>

加藤 利男 内閣官房地域活性化統合事務局 局長 ほか

（配付資料）

- 「国家戦略特区」の基本的考え方と当面の進め方について
（5月24日国家戦略特区ワーキンググループ決定）
- 提案趣旨（医療ツーリズムの推進については、同日開催の「先進医療等の保険外併用療養の範囲拡大（評価実施体制の柔軟化等）」の時間内でヒアリングを実施）
- 関係省庁からの提出資料

（議事概要）

○八田座長 「外国人への医療サービス提供の充実」というのは、一つは外国人が日本で働くときに外国人を診ることができる医者がいるということが非常に助かるということがある。もう一つは、日本のさまざまな医療技術や医療機器などを輸出するために海外からの医者を受け入れ、きちんとした訓練ができればそれは大きな意味での輸出戦略にもなるだろうという2つの意味がある。これを詳しく原委員に御説明いただきたい。

○原委員 まず、私どもの問題意識だが、優れた外国企業や外国人を日本にもっと呼び込

むということは唱えられて久しいが、なかなか実現できない。この大きな要因として、医療や教育の生活環境面の問題があると思う。

特に医療に関して、外国人向けということを考えてとき、外国人医師の医療行為についての制約という問題がある。我が国では、外国人医師による医療行為は原則として認められていないが、諸外国の状況、例えばドイツやフランス、あるいはシンガポールや韓国の経済特区の例など、外国人医師による医療行為が一定程度認められているという例があると承知している。こうした中で、少なくとも特区において外国人医師による医療行為の解禁というのを検討できないかというのが1つ目である。

なお、従来からあった臨床修練制度については研修目的2年限定といった厳格な要件のもとで受け入れているが、平成22年の閣議決定で年限を弾力化する、教授目的、研究目的への拡充をするといったことについて「平成22年度中に結論を得て、できる限り23年中に順次所要の措置を講ずる」という閣議決定があったと承知している。こうした決定事項について、実際上の進展がなされていないと思うが、少なくともこれは直ちに実施すべきではないか。

続けて、医療ツーリズムについて、こういった外国から優れた医師も集めて最先端の医療拠点をつくる。外国からの患者、これは国内に居住している外国人だけではなくて、受診目的で来日する外国患者も含めて、こういった外国の患者も呼び込めるような最先端の医療拠点をつくっていくということは結果として我が国の医療水準を高めて、国民に対してもよりよい医療サービスを提供していくということにつながるのではないかと思う。

これは政府が現在、特に安倍内閣のもとで推進されている医療システムの輸出ということを考えてときにも、我が国でまずそういった最先端の拠点をつくって、そこでいろんな外国の医師も研修していく、経験を積んでいくということがまさにシステム輸出につながるのであろうと思う。こういった観点で医療ツーリズムの拡大ということを進めるべきではないかと思うわけだが、これは政府として、あるいは厚生労働省としてどのような考えをお持ちなのか、あるいは明確な目標のようなものをお持ちなのかということをお伺いできればというのが2点目である。

3点目で病床規制について、こういった高度な医療を提供するため、域外、海外からの患者を受け入れようとする医療機関に対しても、これは現状では病床規制の制約によって増床がなかなか容易には認められないという現実があるかと思うが余り合理性のないことではないか。

そもそも病床規制を考えたときに、昭和60年に医療費の抑制を目的に設けられ、その後、自己負担率の拡大などに伴って、制度の設立当初の必要性というのは大分失われてきているのではないか。こういった観点で病床規制そのものについて本当に必要性があるのかということについても、本来的には見直すべきであるかと思うが、少なくともまず外国人対応を主に意図した増床について、必ずしも保険診療に用いられる可能性が完全に排除できないということであったとしても、病床規制の枠外としてより柔軟にそういった医療機関

をつくっていきけるようにすべきではないか。

以上、問題意識である。

○厚生労働省 資料を用意したので、まず制度の説明をさせていただきたい。

1 ページ目、まず、外国の医師免許を有する者の我が国における医業の実施についてである。医師免許の問題は、医療の根幹、医療を成す上で一番ベースになる部分である。そういう意味では、原則としてどこの国も自国での医師免許というのを最優先にしているというのが現状である。それはなぜかということ、もともと医療行為そのものは、人に手術をするならおなかを切るとか、一般の方がやれば刑法上の傷害罪に当たるが、それを合理的な範囲で医療としてできるものとして医師という資格免許を与えて、その方が医療をやるという形になっている。だから、国内で医療行為をする場合には必ず医師免許が必要であるというのが大原則であって、ほとんどの国がそういう原則をつくっている。

もちろん、医療というのは医師だけではなくして、当然ながらチームで行う。看護師やその他のスタッフともどもやっていかなければいけないし、あるいは患者、家族とのコミュニケーションも必要。そういう意味では、日本国内で医療を行う場合には日本語による医療がちゃんとできる人が求められる。これが大原則であって、そのための国家試験を受けていただくということが絶対的に必要だと考えている。

例外として、外国の医師免許を有する人が国内で医業、医療をする場合ということだが、医師法17条の例外として医師の修練制度を法律で規定している。この分野については、国際交流の進展あるいは発展途上国の医療水準の向上に寄与することを目指してこの制度をつくってきた。その許可の要件としては、臨床修練の期間は2年間、目的が医療に関する知識の習得であること、修練を行うので日本人の患者を相手にすることから、日本語能力等は一定程度必要であること、3年以上の外国での診療経験があることである。

ただ、いろいろと問題があるという指摘もあり、年限の弾力化、例えば大学院で勉強したいという方について、大学院の医学部の場合は4年なので、2年プラス2年間の延長ができるようにすることや手続や要件の簡素化、さらに、自らの研修ということではなくて、逆に優れた技術を持った方が外国から来て日本人に教える、あるいは臨床研究などを目的にして来ることについても容認していくことで見直しを進めている。実際には、単独の法律改正ではなく、現在、医療法等の改正の一部として法案提出を考えているところである。

日本語の医師国家試験を受けない特例を、二国間の取り決めで、極めて部分的ではあるがやっている。ここに例示するイギリス、アメリカ、フランス、シンガポールについては二国間の取り決めにおいて、それぞれの医師免許を使えるようにしている。ただ、どちらの場合もそれぞれの国に在留する外国人が対象である。イギリスで日本人が診療する場合は日本人に対してだけ、イギリスからこちらへ来た方は、イギリス人を相手に行う。当然ながら公的な保険の対象外で行うという前提でもって、特例的に英語による医師国家試験を実施して認めている。

例えばシンガポールについては、向こうから実際にこちらでやらせてくれという申し出

が1件もなく、実績はゼロである。逆にシンガポールには日本企業がたくさん行っている
ので、複数の日本人医師が向こうへ行っているというのが実情である。

先ほどの、例えば外国の方が日本の医療機器の使い方を学ぶとか、そういうために来る
場合には修練制度を使っただけであれば十分可能である。

2点目の基準病床数制度について、これは医療法が一番大きな改正であり、戦後できた
医療法の1番目の改正でつくられたものである。

これにつきましては、諸外国に比べて圧倒的に日本の病院ベッドというのは多いという
ことが明らかになっていて、そのためにも、それを地域の偏在なく、できれば、国内全般
に均等とまではいかないにしても、偏りがなく広めていく必要があるだろう。そういう意
味で病床が一定の係数でもって算定式により算定した基準病床に対して、多いところはそ
れ以上ふやさないように、少ないところはできればそういうところへ病院を建ててくださ
いという形で規制をつくっているというのが基準病床数制度である。

具体的にはここに書いてあるように、いろいろな係数を掛けることによって二次医療圏、
日常的によく見られる疾病の入院治療が完結する圏域をそれぞれの都道府県で決めていた
だいて、全国で300余りあるが、その中で病床の規制をかけている。

過剰地域で新しく何かをやりたいという場合には、当然ながら公的医療機関などについ
ては開設を認めないということになっている。ただ、いわゆる民間の医療機関については、
開設許可を与えなければならないという規定になっているので、それに対して都道府県知
事はつくらないほうが良いという勧告をすることができる。この勧告に伴い、一般的な保
険医療機関としての保険診療については、健康保険法で勧告を受けた医療機関を保険医療
機関に指定しないことができるという規定になっている。保険診療以外で、自由診療でや
るのはできるようになっている、なかなかそういう例はなく、保険診療をやろうとする場
合には病床の増加ができないということになっている。

ただ、過剰地域であっても、救急医療や、あるいは小児の病床が足りないとか、そうい
う特段の場合については、さらなる整備が必要となる。一定の要件のもと特定の病床とし
ての特例というものを設けており、都道府県知事がこの部分についてプラスアルファとし
て過剰地域でも設置することができるとしている。必要な病床は、過剰な地域であっても、
救急が足りないというならば救急のための病床を認めることはできる制度をつくっている。

最後に3ページ目について、これは外国人患者、インバウンドの患者の受け入れという
ために、やはり通訳やいろいろな医療提供の体制整備が必要なので、安心して受けられる
ような医療機関を認定していこうということで、日本医療教育財団というところを第三者
機関として受け入れ体制について審査・認証する制度をつくっている。ただ、残念ながら
まだ制度発足直後であって、なかなか広まっていないので、現在のところは3つの病院が
認証されているにすぎない。このあたりをもう少し積極的にサポートしていくということ
で現在はPRなどに助成しているところである。

○原委員 最初の外国の医師免許のところでお紹介いただいたような、イギリス、アメリ

カ、フランス、シンガポールとの二国間での取り決めについて、イギリスであればイギリス人の患者を診るという取り決めだと思うが、これは先ほどシンガポールはゼロというお話があったが、ほかのイギリス、アメリカ、フランスについては、たしか協定上人数の制限があって、2人とか3人とかになっていたと思う。取り決めと実績等を教えていただきたい。

○厚生労働省 患者については、一応制度的には外国人を対象にしているので、イギリスの人でもアメリカ人でも構わない。数は、イギリスについては日本国内で7名の枠があって、実際には4名。アメリカの場合には人数制限はないが、医師1名と歯科医師1名。フランスの場合は、向こうは開業規制というのが非常に厳しい国なので相互にやらなければいけないという中で、枠は1名しかとっていない。実際にフランスから1名が来ている。シンガポールの場合は、医師7名、歯科医師2名の枠に対して実績がない。

○原委員 これは外国人に限定しての診療ができるという取り決めだと思うが、例えば、私が調べた限りで言うと、フランスの2002年に施行された公衆衛生法典のルールでは、EUの域内だと事実上全て相互認証になっているように聞いている。EUの域外の医師資格者についても、フランス語能力の証明、3年以上の病院勤務経験、医師会への登録、保健省の許可という4つの条件があれば広く医療行為が認められる制度になったように文献を見ている。

やや古い文献だが、2001年のJETROの報告書だと、ドイツの場合、EU域内の医師資格者は認定されるということのほかに、そのほかの国についても期間限定での医療行為が認められている。これは外国人の患者というだけではなくて、国内の人も含めたより一般的な医療行為ということのように文献上は見える。シンガポールも外国で資格取得した医師をより一般的に受け入れているというように文献上見ているが、このあたりの制度比較についてももう少し教えていただきたい。

○厚生労働省 まず、フランスについては、確かに御指摘のような枠組みがあるように伺っている。ただ、我々のほうで調べた限りでは、医師会の登録だとか保健省の許可というのは非常に抑制的に運用されていると伺っている。例えばパリなどの中心部では、フランスの国内の医学部出身者であってもなかなか登録されないというような扱いもされているようなので、簡単に外国の医師がフランスで医療活動をやっていくということは難しいかと思う。

また、フランスでは日本と違い国家試験がない。大学を卒業して研修をして本格的な医師の行為ができるという形になっているので、ここの医師としての能力というのを医師会への登録にかえていると思われる。

日本では、そういった能力を確認するという趣旨では国家試験というものを使っている。医師会に全員加入するというフランスと、日本では医師会は任意の加入というところでも違いがあるので、なかなか比較が難しいと思う。

ドイツについては、今、御指摘のあったような一定期間での活動ということは日本におけ

る臨床修練制度に類似するようなものではないかと思う。

シンガポールについては、今、御指摘のあったような取り組みがなされているように承知しているけれども、先ほど申し上げたように二国間の取り決めで行っているシンガポール人の医師の日本の受け入れ実績はないというのが実情である。

○原委員 今お話があったような、フランスでの医師会の登録であるとか、保健省の許可というのが実際にどのような要件でなされているのかといったあたりは、もう少し詳細に、後で結構ですので教えていただきたい。

そもそも日本でなされている臨床修練制度との比較で考えたときに、例えばフランスの制度であれば、能力の高い人を少なくとも選んで入れていくという仕組みになっているのかなと思う。日本の場合と決定的に違うのは、今の臨床修練制度というのは国際交流であるとか発展途上国の医療水準の向上という、発展途上国の医者に教えるということを目的にした制度として入れられている。より高い水準の医者を集めて、国内でより高度な医療拠点をつくっていくという発想にそもそも立っていない気がするが、他国と比べたときにそういった外国人医師を受け入れる上での制度の目的というか、哲学というか、その部分はどういうふうに整理されているか。

○厚生労働省 確かに御指摘のように現行の臨床修練制度は教えるという目的でつくられているが、先ほど医政局長から申し上げたように、外国の医師が日本人の医師に教えるという教授や臨床研究目的での診療行為を認めるという見直しを今考えている。いただいた資料では、「まだ実際に措置がなされていない」となっているが、この内容については、平成23年には医療関係者の合意を取りまとめており、法案の提出の時期のタイミングを見ていたところ、なかなか難しく、昨年11月に新たに閣議決定が行われ、「平成25年度中に医療法等の改正案の一部として見直しを実施するための関連法案を提出する」とされている。我々としてはそういう見直しをできるだけ早く進めてまいりたいと考えている。

○原委員 法案の中身についてはまとまっているということだと、後でも結構だが、具体的にどのような要件で認められるのか、お示しいただくことはできるのか。

○厚生労働省 詳細な要件までは整理されていないが、例えば教授や臨床研究の場合にどういった臨床経験を持つのか、あるいは受け入れ病院の基準はどうだとかということの項目については、おおむね整理がされている。

○原委員 例えば期間が何年間とか、そういう限定はどうか。

○厚生労働省 期間については先ほど申し上げたように、原則が2年で最大が4年ということになるかと思う。

○原委員 これが研修に来る場合ではなく、教えてあげるとか研究をするという目的についても、期間は同じように2年間が限度だと。そこが先ほど私が申し上げた外国人の医師を受け入れるという哲学がどうなのでしょうかというところに戻っていくと思うのですけれども、高度な医者を受け入れて、そこで医療行為をやってもらうという観点で考えれば、これは2年間とかそういう期間というのが本来的には出てこないのではないかと。

少なくとも、より長期にわたって医療行為を行うということがあっていいと思うが、やはりそこに研修であるとか教えてあげるとか、本来の医療行為とは別枠にした別の切り口での要件を課している、そこを建前にしているというところから期間の制約が出てきて、結局はそういった中で運用していくと外国の人は、たった2年ということだと実際にはなかなか来られないということにつながっていくのではないかと。医療行為そのものというところに着目して外国人医師の受け入れということは考えないのか。

○厚生労働省 この臨床修練制度の見直しについては、高度な医療技術を持っている外国の医師が日本の医師に対して技術を教えるということ、あるいは海外のトップクラスの研究が日本の研究者と共同研究を行うというようなことを想定しているので、期間についても今申し上げたような対応をしている。

○原委員 結局その最初のところに戻るが、やはり各国の例で先ほどフランスについてもお話があったように、決して研修であるとか、教授であるとか、研究であるとかということではなくて、医療行為そのものを目的にした受け入れというのは、要件がどの程度厳しいのかはよくわからないが、少なくともなされている。シンガポールなどについてもおそらくそういうことなのではないかと思う。このあたりの各国の比較、各国でどういう制度がとられているのか、どういう考え方のもとで制度がつけられているのかといったあたりを、お示しいただきたい。

○厚生労働省 日本の医師の数は、例えばフランスやドイツと比べると人口当たりでは少ない。アメリカ、イギリスに比べると少し少ない程度だけれども、やはり少ない。そういう中で、現在、毎年9,000人余りの人が入学してきて、それがだんだん医者になって育っていく。今30万人弱ぐらいの医師で何とか今の医療をやっている。これから高齢化が進むので、さらに必要になってくると思う。ただ、その部分を外国人医師の力でもって埋めようという気は全くなくて、そこはこれからおそらく10年以内に三十数万人まで増えていくので、その医師の中で対応しようというのが基本的な考え方である。

ですから、日本国民に対する医療の提供の責任は日本の医師免許を持った方々でやっていただくというのが大原則。外から来られた方、外国の方、日本人でない方々の医療について、特別に外国の方に診てもらってはどうかという問題は、今の話とは違うまた別の次元の問題だと考えている。

ただ、日本国内で外国人同士であっても医療行為をするということは、そこに何らかのトラブルがあった場合には、当然ながら先ほど言ったように、もともと医師免許を持っていたのが偽物だったと、その人が何かやったということになれば刑法上の問題が出てくる。そういう意味では、相当程度のコントロールのもとでやっていただくという限定をつけざるを得ない。そういう形で二国間の協定などを結びながらやっている。その中で必要性があればいろいろとお互いの国々でお話をする。例えばシンガポールならば、実際はつくったが、逆に日本側から出て行って日本人を診るという要素のほうが強いかもしれないが、実際にはシンガポールからは来ていない。

そういう意味では、一定の枠がもし不足してくるようであればそれを広げるかどうか、それも検討の余地はあろうかと思うが、制度的にはそういう形で対応していくべきものだろうと思っている。

○原委員 今の外国人医師の問題について量的に足りないことを埋めるとかそういったことではなくて、非常に高い技術を持っている高度な医者、外国人医師に来ていただいて、その日本の医療拠点としての価値を高めていくということがポイントなのではないかと思っている。

その観点で、あまりお話しできなかったが、病床についてもお話しをすると、これは基準病床制度の目的のところでは病床過剰地域から非過剰地域への誘導が目的であると書いているが、そうであれば、先ほど申し上げたような高度な医療拠点、域外や海外からの患者を受け入れて、極めて高度な医療拠点をつくらうとする人が増床しようとするときを考えたときに、だめですと言ったからといって非過剰地域に誘導されるかということと全然関係ない。そういうものについては病床規制の目的そのものとは関係ない話なのではないか。そこを経営判断として増床したいと言っている人をとめる必然性がどこにあるのかというのが理解できない。

○八田座長 今の病床について、どうか。

○厚生労働省 今の点については、病床制度の目的が病床の配分を行うことによって医療のほかのさまざまなもの、例えば病床というのは医療が一番濃密に行われるところなので、特に影響が大きいのは、医師であるとか、看護師であるとか、そういった配置にも相当効いてくる。したがって、例えばある特定のところにいきなり人が集まるようなものをつくった場合に、そこに多くの人、特に重要な医師が偏在してしまうおそれがかかなり高いといったところについては考慮する必要があるかと思う。

○八田座長 病床が足りない地域では、病床を増やすことに対して補助金を出したり、そこでの看護師が働きやすいように待遇を改善したりすべきだと思う。しかし病床が多くある地域では、病床を制限する理由はないのではないかと。基本的に、足りないところで増やす努力はやるべきだ。しかし多いところでは最終的には競争で勝負してもらった方が消費者にとっては、一番いい。そこをもし制限すると既得権の保護になる。既存の医師が保護されて、新しい人たちが入れないということになってしまう。それは非常に重大な問題だと思う。どの産業でも、新規参入を妨げてはいけない。

医師が足りないところで何とかしようということが、何となくすりかえられてしまって既得権の擁護になっているように思う。病床規制で多過ぎるところを制限するという病床規制そのものを改める予定というのはないか。

○厚生労働省 現在のところは、今の御指摘については、そこがなぜ過剰かということ、例えば都市部など非常に集まりやすい環境にある。したがって、全体の養成数、例えば医師の養成数を増やしているが、資源が限られているので、その分配をやっていくときに、もちろん少ないところに対して病床を増やしやすいう環境を整えるということは一方で

大事だが、多いところに、よりつくりやすい環境というのは続けていくことは難しいのではないか。

○八田座長 都市で病床規制をはずせば、競争にさらされる都市の病院には地方に進出するインセンティブができる。今のやり方では都市の既存の医者が助かるが。消費者にとって非常に困る。それが外国人を対象にした増床の妨げにもなるとしたら、さらなる問題だ。要するに根本的なところにある問題が副作用を起こしているに過ぎない。

病床規制を全国で改革するのは大変なことだと思うが、ある特区では、増床に関する規制を緩めて、もう少し外国人用の医療のやりやすさを増してあげるということは必要なのではないか。要するに現状は既得権を守るために新規参入を抑制している規制が、外国人の参加まで不必要に抑制してしまっている結果をもたらしているのではないか。

○厚生労働省 先ほど言ったように、制度的には外国人だけを相手にする病院、これは保険診療ではなく自由診療だが、公的病院ではない場合は、都道府県知事は開設許可の申請が出たものに対して許可を与えなければいけない。同時に保険診療はだめですよという勧告はするが、保険診療はできないけれども、外国人相手の病院をつくることはできることになっている。

ただ、あとはスタッフの問題がある。実は大きい病院ができると、その近辺から日本人の医師や看護師も当然集めてくるので、周りのスタッフが手薄になってくる。例えば看護師にしても、2025年までに50万人増やさなければいけないと言われている。今150万人ぐらい働いていて、いわゆる潜在看護師もいるが、目標としてはさらに50万を乗せないといけない。医師も今のところ増えているが、それが十分に余っているわけではない。そういう状況の中で、周りの普通の人たちが受けている医療に影響を及ぼすようなものについてやはり望ましくない。ただ、制度的には先ほど言ったように可能なことは可能。

○八田座長 優れた医療機関が、一部保険でやれるのならば、患者にとっては助かる。それを旧来の、既にあるところに全て張りつけておこうというのは競争原理を働かせないための政策だと思う。混合診療解禁を全国で一斉にやるのは大変かもしれないけれども、外国人に対しての病床を増やすということ、を一定の特区でもってやる例をつくれれば、多くの外国人へのサービスを社会的費用をひき起こさずに増加できる。

○厚生労働省 外国人だけを相手にするベッドについては別に保険診療でなくてもよい。ですから、それについては勧告があろうとなかろうと、逆に言うとはできる。

○八田座長 しかし、空いているときには保険に使えるということになれば、外国人に対する病床を非常に増やしやすくなる。元来、病床数の制約があること自体に、既得権を守ること以外はあまりいい理由がないわけだから、この際、特区では、外国人に対する病床を出来るだけ増やしやすくするために病床の制限に関する規制を緩めていただくことはできないだろうか。

○厚生労働省 日本人が使うとなると、それは問題が出てくるだろう。また、既得権の擁護ではないかという議論は昔からある。できたときからそういう話がある。ただ、競争が

ないかという、過剰地域では必ず病院間で競争がある。ですから、患者が行きたがる所と行きたがらない所の病院がはっきり出てくる。ただ、どこがよくてどこが悪いかというのをなかなか消費者に判断してもらうという形にはなかなかかなりにくい分野であるということも御理解いただきたいと思う。

○八田座長 既存のところだけで競争するのではなくて、新しい病院が入ってこられるというところが大切だと思う。それはもちろん内々は当然そうだと思っていると思うが、こういう国家戦略特区という特別なところでは実験してみたらどうか。特に外国人のことに対応するためだから、全体の需給をひっくり返すほどの大きなものではとてもないと思う。しかし病床規制が障害になって外国人の病床を増やすことに不必要に大きな経済的負担をかけているとしたら、それは何とか対策を立てるべきことなのではないかという比較衡量の問題があるのではないか。

○秋山委員 基本的には八田座長、原委員がおっしゃったことと私も同じ感覚を一国民として持っているが、この国家戦略特区は今成長戦略の一部としての位置づけとして検討させていただいているものなので、今までの国内全般に対する議論と別枠でどういう価値観でこれをやるのか、あるいはやれないのかということをお伺いした上で細かいところを詰めていくということが重要なのではないか。

○八田座長 もう一つは、先ほどの法案提出の段階まで来ているのだと、閣議決定までしたので全国レベルでやるのだというお話だったが、法案提出は本年中にするということか。

○厚生労働省 できるだけ早く出したいと考えている。今、社会保障制度改革国民会議で医療提供体制の在り方を議論しているので、その議論を踏まえて提出していくということになる。

○八田座長 これはもともと23年に意見を取りまとめたから、今も審議中ということなので、そこで決められようとしていることを特区では早出しして成長戦略の一環としてやるということも御検討いただければと思う。

今後ともこの問題について、病床のことも含めて、いろいろと御意見を伺い、また御相談させていただくことになると思う。