

# 国家戦略特区ワーキンググループ「集中ヒアリング」(議事録)

---

## (開催要領)

- 1 日時 平成 25 年 5 月 28 日 (火) 11:25～12:05
- 2 場所 永田町合同庁舎 7 階特別会議室
- 3 出席

### <WG 委員>

- 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>

- 木倉 敬之 厚生労働省保険局長  
原 徳壽 厚生労働省医政局長  
宇都宮 啓 厚生労働省保険局医療課長

### <事務局>

- 加藤 利男 内閣官房地域活性化統合事務局長  
枝広 直幹 内閣官房地域活性化統合事務局事務局長代理  
藤原 豊 内閣官房地域活性化統合事務局参事官

## (議事次第)

- 1 開会
- 2 議事 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)
- 3 閉会

---

○八田座長 これは長年の難しい問題で、問題が難しいだけに、特区でならできないだろうかという提案である。

原委員に説明をお願いしたい。

○原委員 これは従来からの難しい議論であることは十分承知している。現状では、先進的な医薬品、医療機器の利用などについて、個別に安全性・有効性を審査・評価していくという仕組みになっているため、海外では標準的に認められているような医薬品や療法について、容易に認められないというのが実情だと考えている。

今回の提案は、特区に限っては一定の先進国で認められているような先進的な医薬品について、原則として保険診療との併用を認めるといったような個別審査ではない形での制

度の仕組みができないのかどうか、こういったより柔軟な対応についての検討をすべきではないかということである。

先ほどのセッションで医療ツーリズムについてのお考えというところのお話をし損なってしまったので、このセッションで時間があれば、そこも併せて伺いたい。

○木倉局長 医療保険制度は、原則必要な医療を国民皆保険のもと、保険で賄っていきこうというものだが、医療技術も高度化し、医薬品、医療機器も研究開発がしっかり進められて、世界でどんどん開発されるものを日本でも早く導入しようということでやってきている。医療機器等については、今もう法律も出ているが、議員立法と薬事法改正の両面からこの審査を早期に進めていきこうとしているところである。再生医療や医療機器について日本は遅いと言われているが、その安全性・有効性を確認して、早く使っていただこうという流れでやっている。

3 ページにあるように、法律上は評価療養と選定療養が健康保険法で規定されている。ドクターの方が新しい技術を開発されて、その方のもとでやられるような技術について評価しながら、一定の体制のもとでやっていただくということである。まさに特区と似通ったところがあり、こういう施設基準を満たした医療機関であれば、やっていただけますよ、この先生のこういう体制のもとにやっていただけますよということで行っている。そのときに、ベッド代等は保険で給付をしながら、その先生の技術に係る部分を保険に収載する前に、その先生の技術でもってやられることが、どういう条件のもとであれば、一般の先生にもやっていただけるかということの評価を確認していくという作業をする。その間は上乘せの部分、技術の部分は自費診療なり研究費で見てもらおうという形を取っている。

医薬品や医療機器についても、臨床研究を薬事法に基づいて届出を出して治験という行為に入って、データを集めて薬事承認を取る。その治験に入った段階からは、まだ安全性・有効性は薬事法上きちっと確認されていないが、これも治験に入った段階から併用を認めていきこうと、なるべく早く患者のデータも集めてもらって早く承認につなげるということで行っている。薬事承認が下りても、保険収載につながるまでに若干ラグがあるので、そういう収載の間であっても認めていきこうということである。

よくあるのは、こういうがんの薬で、胃がんには効くだけけれども、肺がんにはまだ適用は認められていない、子宮がんにも認められていないということがある。それがアメリカで先に適用のデータが出たということで承認が出ると、日本でも一刻も早くがん患者の方から使わせてほしいという声が出る。そういう適用を拡大するときに、適用外使用において一定の方法できちんと使われれば大丈夫ということが分かれば、併用を認めていく。こんなふうにして広げてきて、今に至っている。

国会でも今も御議論があるので、私どもの認識としては、この併用で評価をしてもらいながら、なるべく早く保険にも入っていただくことの作業はどんどん拡大している。まだまだ評価の体制が弱過ぎる、遅いということに対して、私どももこの評価をいただく全国の最先端の先生方を集めた会議体を医政局と保険局で持っており、先進医療会議を充実さ

せてきた。さらに、抗がん剤などは、この秋からがんセンターを中心とする全国のがんの共同研究のネットワークを活用することとしており、そういうところでどんどん評価していただくことで迅速に進めていきたい。入口は本当にオープンに認めていて、それを早く評価して、こういう実施体制があれば、安全・有効に全国の保険医療機関でもやってもらえるということをどんどん認めていきたいという発想で進めている。その迅速化をもっと図っていきたい。薬事法改正も再生医療、医療機器に乗り出していくが、こちらのほうも同時に図っていきたいという思いで今、取り組んでいるところ。

○宇都宮課長 重複する部分もあるが、1ページ目から基本的な考え方等を含めて御説明させていただきます。

まず、医療保険制度については、必要な医療については基本的に保険診療で行われる。つまり、お金がある人もない人も、日本全国どこでも保険診療で行われるというのが基本的な考え方である。

その下に、「公的医療保険制度として」というのがある。医療保険制度は、公費と皆さんから払っていただいた保険料を財源として成り立っているということで、給付の範囲の適正化を図る必要があるが、ここで有効性・安全性というものをきちんと担保する。そして、下に書いてあるとおり、患者にとって、今はだいぶ情報開示になって色々と分かることも多いが、そうは言っても、患者自身にこの治療法は安全かとか、これが効くかという判断を委ねるとするのは非常に難しい。今、色々民間療法とかも出ていて、どうしても自分がかんや何かになってしまうと、そういうことに引きずられてしまうということもあると思うが、そういったものを公的な制度としてきちんと有効性・安全性を担保、確認した、そういうものを医療保険で見るとというのが基本的な趣旨である。

2ページ目、やや黒っぽい網掛けになっている部分、健康保険法では、保険診療と保険の適用にならない部分を併用して治療を行う場合には、左側のほうにある、いわゆる混合診療として全額自己負担になる、これが原則である。これについて御議論いただいているところである。ただ、これは原則で、その中で例外として法令で定めた一定の場合、右側にあるが、保険外併用療養として保険診療部分とそうでない部分を併せて使うということができる。こういうルールがあるということである。

3ページ目、先ほど局長から御説明申し上げたように、この保険外併用のものとしては、評価療養と選定療養の2種類がある。評価療養については、将来的な保険導入のための評価を行うというものである。つまり、元々最初に御説明した「全ての医療は基本的に保険でやる」、それを目指すのだけれども、まだその段階に至っていないというものである。

その下の選定療養は、保険導入を前提としない、どちらかと言うと、アメニティ的なものについて、つまり、医療の本質とあまり変わらない差額ベッドとか歯科で金歯にするとか、そういうものが選定療養となっているということで、大きくこの2種類について保険外併用を認めている。

保険外併用の一番上にある評価療養の先進医療が一番問題になるが、4ページ、先進医

療については、まだ保険診療として認められていない先進的な医療技術について安全性・有効性等を個別に確認したものについて認める。この個別ということで、先ほどお話があったが、今、先進医療会議というところで認めている。

「実施状況」というところを御覧いただくと、先進医療のAとBというのがあり、下の方にAとBの説明がある。緑色で書いているが、これは昨年10月に再編してAとBに分かれたものだが、先進医療Aでは、薬事法で未承認の医薬品や医療機器の使用を伴わない、つまり、承認されている医薬品、医療機器を使う新しい技術というものである。先進医療Bは、そういったものではない、まだ承認されていないものを使うものである。現在、先進医療Aとしては66技術、Bとしては40技術、合わせて106技術が認められている。

これについて、先進医療で100程度の技術しか認められていない、けしからん、というような声はよく聞こえてくるが、これは現在、その下に赤で書いてあるように、これまでに先進医療から卒業して保険に導入されたという技術が累計で63技術ある。つまり、たまたま現時点で106ということであって、これまで認められたもの、保険のほうに行ったもの、あるいはしばらく先進でやっていたけれども、有効性が確認できないとって結局落ちたものもある。そういう経緯もあり、申請があれば、きちんと先進医療の会議で評価して認めるものであるので、決してこの時点で、窓口を非常に狭くしているということではない。もっと申請していただいてよいものである。

7ページだが、元々先進医療制度が出来た経緯は、平成16年12月に厚生労働大臣と規制改革担当大臣が合意した事項があり、この中で合意の3番目のところ、先進技術への対応、あわせて、国内未承認薬の使用、保険外併用療養費制度の創設、こういったものを踏まえて先進医療制度が出来た。ここで大きな枠が出来て、そして、その次の規制改革推進のための3か年計画、平成20年3月25日閣議決定、ここで国内未承認薬の薬物・医療機器を用いた先進的な医療技術に関する保険診療との併用を認める枠組みを創設した。こういったことを踏まえて対象も拡大しており、段々先進的な医療技術については、保険と併用しやすくしている。

あとは、対象をもっと拡大しろというよりは、審査の過程をもっと早くしろというような段階に来ていて、つまり対象として我々は決して狭めているということはない。

5ページに戻って、これが先ほど申し上げた現在の枠組みである。平成24年10月1日以降と書いているが、先進医療会議の中で、先進医療のAとB、先ほど述べた未承認のものを使うか使わないか、あとは、人体への影響の大きい、小さい、そういう枠組みで分けている。

その右側に赤い枠で、「外部機関で評価する技術」とあるが、これも先ほど局長が説明したように、さらにスピードアップするために、まずは抗がん剤の評価についてはこういった外部機関を現在準備しているところである。

この外部機関についての説明が6ページ、概要のところを書いてあるように、我が国におけるドラッグラグ等の課題に対して、研究開発や薬事承認の迅速化を行っているところ

である。それに加え、保険併用の先進医療制度についても迅速に行うということで、右側のほうに運用のイメージがあるが、現在は個別技術の適否、個別機関の適否、実施計画の適否、こういったものを先進医療技術審査部会、先進医療会議の中にぶら下がっている部会で評価している。外部の機関において、下の図の①②、青の四角で書いているところ、先進医療会議であらかじめ定めるということで、申請後の期間を短くするという工夫をしているところである。

○八田座長 委員の方から質問、意見はないか。

○原委員 個別に安全性と有効性を評価・審査していくということについては、最初の1ページ目の資料のところ、結局医師から保険適用の療法よりも保険外のほうが効くと言われれば断りにくいといったようなことが起きてしまいがちなので、それを排除するために評価しているという理屈になると思ったらよろしいか。

○宇都宮課長 そのとおりである。医療技術はそれぞれ個別に有効性や安全性が異なるため、そういう意味で、個別に判断するということである。

○原委員 伺っているのは、要するに保険外全て自己負担の保険外の診療としては認められているようなものが、併用することは認められないということになるのは、こういった1ページ目で御説明されているような論理であるとすれば、やはりこれによって、一方で、制約されている事例として患者の側が完全に理解をしていて、外国では、こういった医薬品が使われているとか、そういった事情を知っていて、これを使ってほしいと言っても、なおやはり併用は認められませんというようなケースが出てくるということについてはどうなるのか。そういった部分について、特区に限定したという形で対応していくという余地がないものなのか。

○木倉局長 医薬品の実際の薬事法の審査の例などを見ても訴訟になることが多く、外国人と日本人とで他国で共同的に治験をやって、遺伝子の変異とかそれぞれの人種でも違うため、それに対しての効き方というのは全部チェックして副作用を見た上で、それぞれの国で今は共同で申請を上げて行って、どの国も同じぐらいの時期にやろうということをやっている。そういうときにも、その方の全身の状態を管理している。副作用がきつい薬なのだけれども、効果はすごくいいという薬を日本人で使う場合に、どういう医療機関、どういう実施体制でやっていただくかということについては、やはり医療技術がある程度安全性を上回っていて、副作用に対してコントロールもできるというようなものであるという技術の中身、それから、実施体制、この先生のこのチームのもとであれば、副作用をコントロールしながら、全身状態もコントロールできる。それが不幸にして副作用が生まれてしまう、日本人の場合の遺伝子変異が先に見つからなくて、つい最近も最高裁まで行った事例があったが、お亡くなりになった方がたくさんあった。その遺伝子変異が後から見つかって、それが分かっていたら、もっと安全だったのにとということがあった。

そういうことで、その医療行為そのものはアメリカでものすごく効果があると言っても、日本人で使う場合には、一個一個チェックし、実施体制、全身管理体制等の体制のもとで

やっていただきたい、それが元々の考えである。

○原委員 私がちゃんと理解できていないかもしれないが、安全性についてのチェックというのが使っているのか、およそ使っているのか、使っていないのかというところで安全性のチェックをされるというのであれば、そこは非常に理解しやすいのだが、そうではなくて全額自己負担になるのか、あるいは一部保険診療にするということを認めるのかという境目として安全性が出てくるというのはどう理解したらよろしいか。

○木倉局長 がんを治すという一連の医療行為、その目的へ向けて入院していただいて検査をやって、その投薬がその方に対しては適用かどうかということのを調べ上げていくわけだが、そのときに、この分をこの体制のもとで組み合わせてやっても、基本的な安全性・有効性を認める中でやれるだろうということのを先進医療会議でチェックする。それで、そのルールのもとでやってみて、実績を積んで、2年後の保険収載にするかどうかの議論のときには、これで一般の医療機関でもできるかどうかのデータを出してくださいというものなので、そこまで至っていないようなものについては、やはり保険との併用のもとでやることは望ましくない。それは研究としてやった上で進めていただきたいという点に立っている。

○八田座長 私は大阪で十二指腸潰瘍に昔なったことがある。私はそれ以前に、「胃潰瘍はヘリコバクター・ピロリ菌が原因だ」ということを示す論文が『The New England Journal of Medicine』に発表されたことを報じるアメリカのABSニュースの番組を見ていた。その番組では、おばあさんが出てきて、「20年も胃潰瘍で苦しんできたのに、除菌したら2週間で治ってしまったのだよ。本当にびっくりした」と言っていた。それで「十二指腸潰瘍の原因もピロリ菌だろうか」と、フランス人の医者友達に聞いたところ、翌週に十二指腸潰瘍もピロリ菌の除菌で治るという『Journal of Internal Medicine』のフランス人が書いた論文を読ませてくれた。私はこれらのことを担当医に言ったのだが、そんなことは聞いたことがないと言い、「フランス人と日本人は違いますからね」と言う。そんなバカな話はないと思って、病院長に後で聞きに行ったら、それは日本でも論争があって、東大の系統は認めていないが、九大とか北海道大学病院からちょっとずつ認めていると言っていた。こういう治療は混合診療で選択できるようにしてもらいたかった。

重要なことは、情報開示を義務付けることだ。こういう医療行為をするときにはリスクがあることと、それまでに分かっている効果について、情報開示を患者にしなければいけない。私はたまたまそういう知り合いがいたから分かったけれども、そういうことを義務付けるならば、患者に選択してもらっていいのではないか。混合診療を認めたら、早く最新の治療を受けられるようになるという例は山ほどお聞きになっていると思うが、個人的にそういうことがあった。

○木倉局長 ピロリ菌については、データをそろえてもらい、薬事承認も去年の暮れに出て、2月から保険も適用を拡大した。三つの医薬品を合わせて使うことについて、適用を拡大してピロリ菌を退治できるということがやっとデータとして証明された。それに限ら

ず今あるように学閥ごとというか、ドクターのやり方によって薬事承認が早くなったり遅くなったりするということがないように、未承認薬、適応外薬については、あらゆる学会など、これからオープンに早く薬事承認する、日本国内で研究開発をやっていないものも含めて、世界中でこういうのがあるということを出していただいて、早く薬事承認をしてほしいとか、早く保険に入れてほしいということで未承認薬、適応外薬の検討会議で繰り返し公募しながら要望を聞いて、オープンな形でやっている。

日本でなかなか企業が儲からないと言って手を出さないところであっても、国の名前で厚生労働大臣から開発要請を内資、外資両方の医薬品企業に対して行って、それで早く進めるものに対しては、補助金も出しながら早くデータを取ってもらって、早く薬事承認を取ってくださいというルートを開通させている。どこかのルートへ行くと早い遅いということがないようなオープンな形、まさにがん患者たちがこの薬を早く使わせてほしいということで、アメリカではこういうデータがある、ヨーロッパではこういうデータがあるということ、これは公知申請というのだが、公に知られた学問的に立証されたデータがあるということも含めて我々は調べ上げて、公知があれば、日本国内のデータを取らなくても薬事承認を認める、保険収載を認めるというルートも開いている。ピロリ菌は確かに遅かった。それについて、もっと早くやらなければいけないと思っている。

○八田座長 混合診療解禁が大きな課題であることはよく分かっている。全国で解禁することは難しいだろうけれども、一定の地区ならば、解禁できるのではないか。ある種の情報開示義務に基づいて、きちんとリスクや便益に関する情報を与えられた患者はそれなりのリスクを覚悟して、混合診療を受ける選択肢が与えられるべきではないか。ピロリ菌を除菌したら、他の診療に保険を一切適用できなくなる時代でも、全てを自由診療で受けてもかまわない本当のお金持ちは、除菌治療を受けられた。そんな不公平はなくすべきだろう。混合診療を成長戦略の一環として、ある地区について導入することを考えていただきたい。

○木倉局長 あえて申し上げるが、今も全国のこの医療機関のこの実施体制であれば、本当にすごい技術を持った人とそれを支えるチームがいればできるということで、本当に柔軟に認めてきている。

八田座長のお言葉をお返しするようで申し訳ないが、大臣も繰り返し言っているとおり、お金持ちだけでやられる医療というものが仮にあったとして、それについて、保険も使わせようということはなかなか今の保険の考え方からすると、国家の保険財政との兼ね合いもあり、難しい。やはりゆくゆくは普及をして、ある程度のコストの効率化も図られて一般化されるものについて、評価の道は閉ざさないからどんどん申請してほしいということである。そのぎりぎりのところ、これは本当にオープンに早くやろうと思っているので、何とかそれをどんどん受け止めていきたい。

○八田座長 保険のために評価するというのは当然で、それは粛々とやっていかなければいけないし、また、随分その制度は改善されたと思う。それと同時に、並行して混合医療

もできる範囲で始めていただけないだろうか。

○宇都宮課長 この話は特区という特別な場所ということではなくて、もう日本全国でやれるものはちゃんと我々もオープンにして、当然皆さんから申請を受けて、どんどん評価して適用できるものは保険外併用に適用するという事なので、ある地域だけ安全かどうか分からないようなものを使うというのはなかなか考えにくいし、これはまさに保険制度なので、要はその地域の中にいる人だけが使える保険なのですかと。要は職域の保険などは色々な地域に住んでいる人もいるわけで、その辺をどういうふうに考えるか、など様々な問題がある。

いずれにしても、我々としても全然間口を狭める気はないので、これは特別な地域という話とは違う。

○八田座長 実は我々も知恵を出して何とかこの国家戦略特区でもって始めたいと思っているが、おっしゃるとおり地区を地理的に限定する必要が全てに関してあるわけではない。この間、坂村委員がバーチャル特区というものがあっていいだろうと提案された。地区だけではなくて、ある要件を満たした複数の地区でできるようにすることも考えられる。お互いに知恵を出し合って、これを突破する方法を何とか考えられないか。

段々こういうことができるようにしてこられたということはよく分かったので、この流れの一環として、そういう方法を探っていただけないだろうか。

○秋山委員 これは本当に大きな問題で、御苦勞がありありと伝わってくるようなところで理解が進んだ。

特区の話は、基本的に成長戦略、日本の成長戦略の一つの突破口としての位置付けというところから今回議論しているわけだが、実は今の日本が置かれている状況から言えば、成長戦略の前提に財政破綻の危機をいかに回復するかということと、あとは、日本が国としてそういうことに対して自分たちがちゃんと自己改革していける国家だということを国際的にもちゃんと表現する、ちゃんと分かるように信任を得ることが前提条件になってくる。そういう意味では、医療保険制度のサステナビリティというようなことを考えても、もちろん1ページ目に書いてある基本的な考え方について反対することはできないと思うが、今置かれている環境の中で、もっと色々な考え方があっていいのではないかということについては、広く国民の理解も得られると思う。そういう意味でも、実験場として、バーチャルでも物理的にでもかまわないが、是非とも前向きに何か知恵をお借りしたい。

○木倉局長 この診療報酬、医療保険での医療について点数を決める場合は中医協だが、ここでも諸外国の例をならって、今、検討の場を設けている。費用対効果について、この医療技術は最先端なのでコストは高いが、生存年数とか生活の質を改善できて、既存の技術に比べてトータルでこのほうが望ましいという技術について評価をする仕組みが、特にヨーロッパを中心に進んできている。これを日本でどういう考え方でやっていけるか、これは正式な場を作って繰り返し議論をし、やはり今、委員がおっしゃるように、日本の医

療の技術の高度化ということ、絶対日本も負けてはいけないわけで、世界の最先端の研究開発を進める中で保険もそれに対応していかなければいけない。その中で、トータルのコストを抑えながらも最新の医療技術も入れられるような置換えというか、評価をする、あるいはコストの設定の仕方も科学的にやるということを導入していく中で、持続可能性を保っていけないかということ、今、議論している。

○秋山委員 今おっしゃっていただいたことは本当に大事な観点だと思うが、私がもう一点だけ是非前向きに御検討いただきたいと思うのは、先ほど八田座長がおっしゃられた、色々な要件はあったとしても、患者側の選択肢を広げることが、そのことの一つの突破口になるのではないかと考えている。是非それができる、どういう要件だったら、あるいはどういうことであればできるのか、そういうこともチャレンジできるのかということも是非御検討いただきたい。

○原委員 医療ツーリズムについて、お考えを伺いたい。

○原局長 医療ツーリズムについて、外国から優れた医師を連れてきて外国からの患者も呼び込めるようにするという発想は、今まで1回もなかった。日本の優れた医療を外国の方々に使っていただくこと、日本で医療費を使っていただくという発想の医療ツーリズムということは種々検討してきた。

外国医師が日本へ来て、外国人の患者を呼んでという発想は考えたことがなかったので、この趣旨については何とも言いがたい。ただ、先ほど言ったように、日本の国内で医療行為を誰と誰の間で行うにしても、しっかりとした医療としての安全性、確実性というのを担保してあげないといけないというのは大原則にあるので、あまり外国人の集まったような感じのものにはならない。それから、外国の優れた医療を日本で学ばせるという制度は教授目的で来ていただけるというような形の制度を今回考えているので、そういう中で対応できると思っている。

○原委員 外国人の医師もということを上上げたのは、国内の医療水準を高めていく、医療拠点としての水準を高めていくということを見ると、やはり世界中からレベルの高い医師が集まってくるということも必然なのではないか。例えば、よく言われるアメリカのメイヨー・クリニックとかそういうところであっても、世界からの色々な医師が集まってくるという拠点として機能しているのか、という趣旨で外国人医師も集まる、外国人の患者も集まる、そういう書き方をした。

それは別として、国内の医療を提供するという観点での医療ツーリズムであれば、これは推進する方針なのか。

○原局長 推進というか、制度的には、外から入って来られる方の制度として、外国人が使いやすいような医療機関の認証制度を普及していきたいと思っている。ただ、国内の医療需要、国民のための医療需要がこれから益々高まっていく中で、限られた医師、看護師等の人材をどう使うかという面で、これをメインターゲットにしてどんどんいっしょいという形にはなかなかしづらいところがある。

ただ、そういう方々を受け入れたいという病院もあるので、そういうところのためには、しっかりとした病院であるという紹介ができるような制度については普及していきたいと思っている。

○原委員 国内の医療に悪影響を及ぼしてはいけないというところで考えると、先ほどの、例えば病床規制の話などというのは、まさに外国人向けで広げていこうというのであれば、そこはもっと自由に認めてもいいではないかというところと、制度でやってらっしゃることとやや混乱してしまっているような気がするので、そのあたりは是非御検討いただけたらいいのではないかと思う。

○坂村委員 聞いていて思ったことだが、昔は、例えば、国民に関しての責任は全部国が持つのだ、という形で色んなことをやっていた。今もそうだと思う。

ところが、今、世界的に見て日本もそうだが、国が国民を幸せにする全ての責任を負うということが難しくなっている。

もう一つ言えることが、国民の知恵のレベルも上がってきて、昔はどちらかと言うと、分からないのでしょうという感じだったのが、最近インターネットを使うことなどにより色々なことが分かるようになってきた。さらに日本のことだけでなく、世界のあらゆることも分かるようになってきた。そういう状況の変化の中でどうするのだともっていかないと、ずれが出てきているように感じる。

今までやってきたのが間違っていたとは当然思わないし、国が発展途上していくときの段階でやっていたことというのは必然性があったわけだけれども、段々日本もバージョン2、バージョン3とどんどんバージョンアップしてきているときにどうするかというところで既存の枠組みとのずれが出るので、こういうことが議論に出てきてしまうのではないか。

今日の説明を聞かせていただいて分かったのだが、説明に対して違和感はない。どうしてそういうことをやっているのかということに関して、ちゃんとやっているのだなど、厚生労働省のことをずっとウォッチしていなくても、そういうふうにする。ただ、今、インターネット前提の情報公開の仕方とか基本的考え方について、全部国ができなくなったときにどうするのだと言ったときに、国民ももう自己責任ということに対して分かるようになってきているのではないか。

最も自己責任を追及している国はアメリカだが、どうだろうと、政府は一切関与しない、あなたの責任ということなのだけれども、日本はいきなりそこまではいけないかもしれない。しかし、それでもちょっとずつ何となくみんなの考え方が変わってきているときに、進められる分野だけでも進めるのが、条件付き限定の「特区」ということかなと思った。

○八田座長 まさにそういうことが背景にあるのだと思う。

その一方で、やはり日本は自国が偉くなったという気持ちを持ち過ぎる面もあると思う。私はジョーンズ・ホプキンス大学で経済学を10年ほど教えていたが、ジョーンズ・ホプキンスの医学は有名なので、山ほど日本の医師が来た。役人も来た。やはりアメリカで勉強する

ことがあるからだ。ジョンズ・ホプキンスの先生たちの何人かが、日本で医療行為をしたら需要があるだろうし、日本の先生だって勉強になるだろう。だから、日本も偉くなったけれども、向こうから吸収するというのも、まだ残っている。偉くなっただけに、そういうことを認める余裕があっているのではないかと思う。だから、もっと医療ツーリズムなども向こうの優れたものを受け入れるということも入れていいのではないかと思う。