

国家戦略特区ワーキンググループ関係省庁からのヒアリング (議事録)

(開催要領)

- 1 日時 平成 25 年 9 月 19 日 (木) 19:30～20:30
- 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 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長
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

<関係省庁>

- 原 徳壽 厚生労働省医政局長
神田 裕二 厚生労働省大臣官房審議官
北澤 潤 厚生労働省医政局医事課長
岩澤 和子 厚生労働省医政局看護課長
佐々木 健 厚生労働省保険局医療課企画官
中岡 司 文部科学省 大臣官房審議官 (高等教育局 担当)

<事務局>

- 川本 正一郎 内閣府地域活性化推進室長
加藤 利男 内閣府地域活性化推進室国家戦略特区総括官
富屋 誠一郎 内閣府地域活性化推進室室長代理
藤原 豊 内閣府地域活性化推進室参事官
宇野 善昌 内閣府地域活性化推進室参事官

(議事次第)

- 1 開会
- 2 議事 外国医師の診察、外国看護師の業務解禁
保険外併用療養の拡充
- 3 閉会

○藤原参事官 大変夜分に申し訳ございません。
そうしましたら、始めさせていただきます。
八田座長のほうからよろしいでしょうか。

○八田座長 本当に毎晩どうもありがとうございます。

今日は急な話にもかかわらず、いらっしゃってくださって、ありがとうございます。

明日の会合には、厚生労働省の大臣も出席されると伺っております。

本日は、明日の会合までに、少しでも前回と異なった前向きな議論ができることを期待しておりますし、各省の御議論と私どもの主張を整理する表を出しておりますので、それをまたアップデートしたいと考えております。

したがいまして、各項目について、進展の概要をお話しただければと思います。よろしくお願い申し上げます。

○原局長 まず、医学部のところですか。今回色々議論していただいたのは、国際医療拠点を特区の中で色々つくって、それと連携した医学部を作って、医師を養成するようにできないかという話です。

医師養成全体については、特区であるとか、前に自民党から話があったのは東北の手法で、元々西高東低の医師分布なので、東北地方にも医学部を作りたいというお話があって、復興のためにということで、そういう話がまずあった。

それで、今回特区の中でも、という話が出てきたわけですが、医学部をどうしていくかというのは、色々な状況の中で考えなければいけない点だと思います。一義的には、文部科学省の設置をどうするかということになるわけですが、需給の観点から、私どもは考えるとするならば、今、既に御承知かも知れませんが、14学部分ぐらいの医療制定数は増やしてきた。その中で、需給のバランスを考えていこうとしています。

そこで、医学部が一つ出来ればどうするかという数の問題で行けば、増やした分を減らすとか、全体の調整はできるだろうと思います。ただ、大きく懸念していることは、医学部を作るということは病院を造らないといけません。そうすると、そこに医者をつくらなければいけません。看護婦をつくらなければいけません。それが地域のおそらく看護の中、地域の中の看護婦が足りないという中で、それをどうやって賄うのか。そういう地域の中での影響が非常に大きいのではないかということが懸念で1点ございます。

その他、関係の方々からも色々な懸念が示されているという状況の中で、それは最終的にはどうしていくかというのは、一定の判断のもとでやっていただく必要があると思いますが、懸念しているのはそういうところであります。

だから、真っ向から絶対ダメだという話ではなくて、そこは色々特徴のあるものを出していただくのなら、何か相談の余地はあるのかも分かりません。ただ、全体の中で、これは前回の議論の中でも医者もたくさんつくればいいのだというお話の中で、医者の中で競争させてという話の論点では受けがたいとは思っています。医者と患者というのは、医者のほうが圧倒的に情報量が多いと言いますか、その分野の専門家ですので、供給が需要を生み出すということで、医者が増えれば増えるほど、それは無尽蔵にまで行くかどうかは別にしても、医者が増えれば、やはり当然ながら医療の需要と言いますか、医療がどんどん増加するという懸念は吹っ切れない。そういう意味では、一定程度の医師で医療をやっ

ていくということは必要になるだろうと思っています。ですから、そのような点も踏まえた中で、医師の需給をどう考えていくかということを含めて考えていきたいと思っています。

いずれにしても、文部科学省と御相談しながらと思っています。

次の病床規制の撤廃ですが、ここは資料にもお示ししましたが、色々特徴のある病床規制はかけますけれども、過剰な地域でも、例えば、救急のベッドが足りないところであれば、それはどれだけ足りないかをちゃんと計算してもらった上で、その分は増床してもいいですよみたいな制度があります。今は救急と言いましたけれども、その他リハビリであるとか、そういう項目が十数項目ありますので、そのような並びの中で、そこでやっていただく医療でふさわしいものはそれでもできますし、もし、そこになれば、特区の中でこういう医療をやるのだということがあれば、そこは限定的にそういうものを作ればいいという改正も検討することは可能だと思いますので、そこは具体的な形との御相談になるのではないかと思います。

ただ、これは無制限に何もなしで認めろと言われると全国的な話になるので、そこは特区の中でこういう病床というもの、例えば、医学部の病床とか、そういう限定的なものであれば、それは御相談に乗れるし、それは具体的にどんなものかというのは御相談しながらという話になろうかと思います。

外国医師、看護師の話ですが、これまでも何回も御説明してきましたけれども、やるとするならば、二国間協定で今やっているような形の中で、そこの制度を広げていくということが必要なのかなと。

ただ、現在、実際問題として、今4か国と協定を結んでいますけれども、少し国を広げていくという話でもできましょうし、今一応10人とか5人という枠を決めています、それを広げていくことも可能です。そこは具体的な要望みたいなものとの相談になると思います。ですから、それを特区の中で少し広げるということは可能かと思っています。

看護師については、今、医師の場合に修練制度があると前にも申し上げましたが、看護師についても実は臨床修練制度がございます。正直なところ、実績はないのですけれども、外国の看護師が日本で看護師の修練をする、勉強をするという名目で来られることについては、医師と同じように制度的に認められている話なので、具体例がまだないので、医師の場合もそうでしたけれども、手続が厄介であるとか色々なことがありましたから、そこは指導体制をどうするかとかも含めて、そういう制度の活用は考えられるのではないかと思います。

○神田審議官 保険外併用療養、混合診療についてですが、全く特区だったらフリーで自由にやらせる、全く何のチェックもなしというのは、前に先生も、別に全く自由にやらせると言っているわけではないのだとおっしゃっておられたと思うのですけれども、この前も少し説明させていただきましたが、保険局と書いた資料の2ページ目で、日本再興戦略の中でまずこういうことをやりますということで、抗がん剤、再生医療、医療機器等につ

いてもできるだけ速やかに保険外併用療養というベースの部分については、保険から給付する仕組みを導入しますということで、まず、抗がん剤について11月末を目途に、今、体制を構築するということで制度の検討を始めているところであります。全くフリーにやらせてくれというのはあれですけれども、特区というのは、少なくとも御提案ですと、国際医療拠点で高度の医療水準の確保を条件として、要は、世界トップクラスの国際医療拠点ということで、相当レベルの高い医療機関が入ってくる。例えば、私どものあれで言うと、臨床研究中核病院ですとか、ちゃんとした臨床研究をするコーディネーターがいるとか、あるいは臨床研究とか治験に精通した医者がいるとか、そういう高度な医療機関がそこに来るといふことであれば、抗がん剤だとか、再生医療だとか、医療機器と順番に制度を作っていこうと思っているのですけれども、特区で非常に高度な、今、申し上げたような医療機関が来るといふことであれば、この仕組みと類似のような仕組みでノーチェックでというのは無理ですので、できるだけ早く保険外併用療養が、要は、この前おっしゃったあれですと、外国で未承認の薬だとか、そういうものが日本でもできるだけ早く使えるようにと、今も未承認薬の検討会議というのがあって、必要性が高いものについては、例えば、抗がん剤などについて言うと、必要性が高いと言われたら治験をやってくださいと要請するのですけれども、企業が治験を始める前であっても、ここにありますような、例えば、臨床研究中核病院なら抗がん剤で保険外併用療養を始めていただくような枠組みも、今検討しております。

したがって、それと同じような形で、できるだけ特区の高度な医療機関で、どういう技術を希望しておられるのかは御相談させていただくということかと思っておりますけれども、この仕組みと類似のような仕組みができないかということは今検討させていただければと考えております。全くフリーというのは、第1種もそうですけれども、これは特区に限らない話なのですが、結局この前申し上げたように、何がしかの形で一般の人に還元されるというのが、保険料をかけている人たちの理解というのは要りますので、全く将来でも入ってこないのだというのと、うちの大臣に言わせると、金持ちだけがうまくこの仕組みを利用するというのは、なかなか理解が得られないのではないかと考えていますので、これと同じように、できるだけ特区の研究とか、臨床研究ですとか、あるいはそういうものに支障が生じないように、できるだけ早くおっしゃっているようなことができないかということを検討させていただければと考えております。

○原局長 あともう一つ、医学部について、文部科学省のほうからお願いします。

○中岡審議官 文部科学省です。

先ほど厚生労働省のほうからありましたが、一義的には大学の設置認可の関係を文部科学省でやっております。基本的には、これまで需給ということが前提でございまして、私どもとしては、やはり学生が非常に苦しい立場に立つということ自体は避けなければいけないことで、きちんとした教育をさせなければいけないということとございまして。全国的に設置を認めるということになりますと、やはり需給の問題が出てまいりますし、あるい

は医学部を新たに作るとなると、たくさんの先生方を集めるということになりますので、そういったところも懸念されるところでございます。今回国家戦略特区という特別な仕組みの中で、まさに我が国のグローバル化を牽引していこうという趣旨で何か新たなことをされるということであれば、今後、高齢化社会に対応した社会保障制度とか、あるいは全国的な影響等も勘案しなければならないわけでございますが、これは関係省庁との連携の中で検討したいと考えております。

○八田座長 以上ですか。

非常に積極的に御検討くださりまして、本当にありがとうございました。

広範囲に御検討いただきましたので、個別の具体的なところについて、もう少し質問させていただきたいことがあります。

せっかく色々な提案をしていただいたのに、まず、非常に細かいところを伺います。2ページですけれども、混合診療において、今検討をしておられるかなり高度な病院であれば、外国で承認されているようなものを迅速に使ってもらうようなことをやろうというのは、この「先進医療として保険併用開始」と書いてあるこれですか。

○神田審議官 普通ですと、当然治験に入れば、今も保険外併用療養にできるわけです。特に普通、外国で承認されていて、日本では未承認で、患者だとか学会から要望が強いものを未承認薬検討会議というところを出していただいて、医療上の必要性が高いよというものについては、製薬会社に開発要請をするわけです。例えば、適用外だったら、そもそも薬はメーカーが作っているとすると、その会社に別の病気にも使えるという治験をやってくださいと。そうすると、皆さんが使えるようになりますからということを要請するわけですけれども、例えば、抗がん剤みたいなものと、その治験が終わるのをずっと待っているうちにも患者は早く使いたいというのがありますので、今検討しておりますのは、そういう要請をするような必要性が非常に高いものは、治験する会社が決まる前であっても、医者の方で、例えば、先ほど言った臨床研究中核病院ですとか、早期探索臨床試験拠点とか、そういう15ぐらいの病院であれば、そういう抗がん剤は、そこは国際水準の臨床研究ができるという、先ほども申し上げた人的な体制もあるし、データなどの管理体制もちゃんとしているということであれば、抗がん剤の臨床研究として始めていただいでいでしょうということを、今、中医協で枠組み作りを検討しているわけです。

あらかじめ今、申し上げたような臨床研究中核病院ですとか、例えば、がんですと、がん連携拠点病院みたいな、がんの専門の病院がありますので、そういうところだったら、こういう技術ぐらいまではいいのではないかと、臨床研究中核病院みたいなハイレベルの臨床研究、国際レベルの臨床研究ができるところは、一応その必要性が高いと言われた抗がん剤は、全部要請があるようなものについては始めていただいてもいいのではないかと、今迅速にやっっていく枠組みを作ろうということで、検討しております。

それをまずは抗がん剤でやって、「専門評価体制（外部評価機関等）」と書いてありますけれども、これはがんの専門的なそういう評価ができるような機関に、本当は先進医療

会議というところで、この資料の10ページの審査の流れを見ていただきますと、普通は「先進医療会議」というところに未承認とか、適用外の医薬品とか医療機器を伴う医療技術だと、先進医療審査部会という技術審査部会にかけて、実施計画はどうなっているのかとか、この医療機関でやって大丈夫かとか、そういうものを全部そこの上にあるような三つぐらいのチェックをすることになっているのですが、あらかじめこういう医療機関群だったら、こういう技術だったら大丈夫でしょうというものを先に決めておくわけです。そうすると、例えば、あるがん連携拠点病院が、この抗がん剤について臨床研究を始めたいというときは、手だけ挙げてもらおうと、その病院の実施計画がまともであると、ちゃんと症例数もあれていますし、データのモニタリングの体制だとかもちゃんと作っていますよという計画だけチェックしたら、すぐに始めていただいてもいいですよという、速やかに始めていただけるような体制を検討しているということです。

これと同じようなことが、これはどちらかと言うと、分野ごとにそういう専門の評価ができるような外部機関にやっていこうということなのですが、再生医療とか医療機器を1個のところ、外部機関で一気にやるというのは難しいので、再生医療や医療機器については平成26年度に予算を作っていますので、技術審査部会の中にそういう再生医療の専門家を集めたようなところ、医療機器の専門家を集めたような部会を作って、こちらもできるだけ早くそういうことをしてもらえるように体制を検討しているわけですが、これと同じような枠組みで、特区からこういうことをやりたいのだということがあったときに、できるだけ早くやっていただけるような仕組みができないかということを検討したいとは考えています。

○八田座長 どうもありがとうございます。

これは「概ね3か月を目指す」と書いてあるのですが、今のところの御計画では、現在の先進医療会議を使った場合の半分ぐらいの時間でということですか。

○神田審議官 半分ぐらいですね。

○八田座長 これは今のお話では、元々かなり有能な医療機関を認定しておいて、そこが提案してくるものについてやろうということだから、もう少し早くできるのではないかという印象を持っているのですが。

○神田審議官 そこはやり方をどうするかということですので、今後、具体的にどういう体制でやるのかとか、そういうこともよく御相談させていただいて、検討させていただければと思います。政務とも、大臣とも御相談はしていますので、どういうやり方でやるのかというのを昨日今日の短期間の間で全部体制まで決め切るといのはなかなかできないのですけれども、どういう枠組みでやるのかとか、その辺はよく検討させていただければと思います。

ただ、非常に長くかかって、やるのに支障が生じるようなことのないようにできないかと。問題意識としては、そういうふうにスムーズにやっていただけるようにできないかと思っています。

○八田座長 基本的には、前提として、外国で承認されているものについてということ。しかも、外国はどこでもいいわけではないでしょうから、いくつかの国のということですね。

○神田審議官 そうですね。

○八田座長 分かりました。

これはもちろん私どもは専門家にも御相談し、申請してきたところにもいづれ御相談して、カウンター・プロポーザルをさせていただくことになるかもしれませんが、前向きに捉えてくださったことにお礼申し上げます。

あとございますか。

○秋山委員 いくつか細かい御質問なのですが、外国医師、看護師のところですが、いい例えかどうか、日本人が老後を過ごすのにマレーシアが人気だということで、テレビ番組か何かで御紹介されていて、移住された方は何が良かったかということで、まず、病院に行くと、日本語の受付があって、日本語をしゃべる、あるいは日本人の看護師が先生のところに案内してくれて、日本語で先生とお話ができる。健診も病気になったときもお世話になれるので、安心して過ごせますと。それをある意味イメージ的にはそれに近い形を日本で外国人のビジネスマンの方がたくさん来られたときに、ここなら安心して働けるし、家族も連れて来られると思ってもらえるような環境を何とか特区で実現することはできないかというのが、まずイメージなのです。

そうしたときに、先ほどの看護師の話で、まだ実績はないけれども、修練制度はあるというお話で、これはもしかしたら、日本人の医者についてできるという修練制度なのか、今、私がたとえで申し上げたように、外国医師が来られたときに、外国医師が自分のスタッフとして外国人看護師が使えるような形で使える修練制度なのか、そのあたりは。

○原局長 それは決めていないので、外国の高度な技術を持った教授、あるいは臨床研究のために来られた医者がやるのに付いて来て、そういう医療に関連して、外国人看護師が日本で看護の臨床修練をするというのは構わないです。

○秋山委員 なるほど。では、それは大丈夫なのですね。

○原局長 大丈夫です。

○八田座長 それは外国の医者に付いて来る人がかなりの訓練を受けて、修士号も持っているし、ある程度経験しているというのが付いて来るときもやはり修練などは。

○原局長 そこは、名目はそんなときでも臨床修練制度です。今の制度はそういう形なので、そう言ってくれば、今の制度にもできるということです。

○秋山委員 あと、需給調整のところ、要は、患者が選べるということが大事なことと、需給調整というのは、不足しないようにするということが大事なのだと。要するに、ぴったり合わせるということではなくて、足りないことは問題だから、そこは調整をする必要があるけれども、反対側については、何か調整がどうなのかというような趣旨の意見があるのですが、一方で、先ほどのお話の中で、医学の世界、医療の世界というのは

供給が需要を作るのだとおっしゃっているのです、そうすると、需給調整というのは、要は、患者から見たときに、医者が不足しているというよりは、医者を増やして、言ってみれば、そのことで医療費が膨らむのを調整するというのが需給調整だとおっしゃっているようにも受け取れるのですけれども、そこは私の誤解ですか。

○神田審議官 医療費だけを調整するという意味ではないとは思いますが、国民皆保険である以上、開業して医者が診療すれば、普通は収入の20倍だとかの診療報酬がなければ、多分それぐらいの医療費はかかるわけですので、供給を溢れさせて淘汰をするまで放置して、どうぞ税金や保険料でその間面倒を見切りましょうと、保険者も絶対言いませんし、大臣も、そもそもそういうふうには、患者は、医者がこの治療がいいんだと言ったら、私はこのあれは良くない、むしろこういうのがいいとか、そういうふうに患者が言えるかと言うと、患者と医者の間はかなり情報ギャップがありますから、これがいいんだと勧められれば、どうしてもみんなその治療を受けるようになってしまいます。自由診療でやっていただくのならまだしも、それにしたって医療資源は、社会保障制度改革国民会議で言われているのは、今の医者とかベッドを相当効率的に使って、ようやく賄えるかどうかぐらい増えていく中で、供給を無駄と言われるようなところに溢れさせるだけの余力は日本には正直ないのだと思うのです。国民会議で言われているのは、むしろいかに効率的にするのかということ、急性期のベッドだとか、回復期だとか、長期に長いこというベッドとか、むしろ区分をしっかりと付けて、もっときっちり規制しろということをやられているのです。

だから、相当全国のあり方に関して言うと、この分野でやるのに供給が溢れるままにしておきましょうということについては、なかなか無理だと思うのです。

○秋山委員 私の理解ですけれども、溢れさせることが目的ではなくて、要は、なぜこんな議論ができるかと言うと、需給調整そのものが問題というよりは、やはり医療の質は本当はもっと上げることができたり、あるいはもう少し効率を上げることができないかという現実の問題意識を持っている方がたくさんいらっしゃるということが多分一番のポイントだと思うのです。要は、一度医師免許を取れば、ずっとそういう立場でいられるということにどうやってそこにもう少し改善を促すような動きが取れるか。そのためには、長い間かかってなかなか改善できないのであれば、少し刺激的な方法を取ってでも、何か成功事例を作っていくということが、今、求められているのだとも思うのです。

そういう前提条件のお話をさせていただいた中で、今回特区に関して言えば、なかなか簡単には言えない難しい世界があったとしても、国家戦略として、外国人のビジネスマンの方などにもたくさん来ていただいて、日本の経済活性化にも貢献していただくような環境をどんどん整えていきたいと思います。ということで、そういう人たちに向けてという限定とか前提条件の中で、医者をちゃんと増やすし、看護師も増やすし、その人たち向けのベッドなどもちゃんと充足させるという、どちらかと言うと、追加オプションみたいな世界で今回色々提案させていただいているようなことを是非実現させていただきたいということな

のです。別枠で考えるということについては、何か問題はありますでしょうか。

○原局長 多分長期滞在というか、ツーリストでなければ、日本の保険に入っていた方が多い。ということは、他の日本国民の普通の被保険者と同じような給付でないと、そこは同じ保険料にならないですから、例えば、国民保険、健康保険に入られる方、他の日本の国民と同等でないといけないというのは、まず、大前提であると思うのです。

その中で、ただ、外国人の方は、当然ながら日本語がぺらぺらなわけではないので、外国の方が日本でも安心して受けられるような通訳の方とか、それらも含めた外国人の受入れ医療機関を増やしていくという方向は、逆に言うと、来年度予算でも増加してやっているとと思っていますので、そういう受入れ体制を作るのが一つ。

それから、そこでやはり母国語で話ができる医師や看護師がいたほうがいいのではないかという安心感と言いますか、そういうのがあるとすれば、その部分については、先ほど言いましたように、二国間協定の中で色々広げることにはできるとしていますので、そういう環境を作っていくことはできると思います。

マレーシアの例は、多分一部のお金持ちが行っておられるので、そうでないとそんなサービスは受けられません。向こうで高度な医療を受けられるかと言うと、決してそうではない。日常的な医療は多分受けられるのですが、高度な医療になってきたら、多分日本に帰って来なければなりません。

そこら辺は何を描くかによって違うとは思いますが、今は多分国内でビジネスマンがたくさん来られても、安心できる環境を作るという意味では、要するに、医療機関はたくさんあるわけですから、その中で、外国語でも通用できるような医療機関をたくさん増やしていくとか、今、言ったように、もし、母国の方が母国語でということであれば、そういう方々を協定の中で広げていくということは可能だと思います。

○北澤課長 私どもが出した資料の9ページに、これは御覧いただいていると思いますが、今、局長が申しあげました外国人が受け入れやすい医療機関を認証する制度というのを作っておりまして、これが現時点では、まだ右上のとおり3病院ではございますけれども、これを推進するために、今後、受診促進のための色々な活動を大使館とか他の自治体も含めて周知を図っていかうと。

今後、こういったことで、今おっしゃられたような通訳も含めて、きちんと外国人の方に対応できるような体制というものを特区などで出していただければ、こういったものを活用いただくということはあろうかと思っています。

○秋山委員 制度についての御説明はお受けしたことがあるのですが、先ほどの二国間協定の話にしても、今回のJMIPの話にしても、いかにもまだ数が少ないというところがものすごく気になるのです。

○原局長 例えば、今回日本の医療を発展的に外国へ持って出ようという中で、メディカルエクセレンスジャパンという法人がリニューアルされました。それは過去にもあったのですが、そのMEJに協力する、それは何かと言うと、外国から日本の医療を受けた

いという方を受け入れる病院の調整役をされていた法人なのですけれども、そこに登録している病院というのは50以上ありますので、逆に言うと、この制度のPRが足りないのは確かです。だから、外国の方を受け入れられる病院というのはもっとありますので、そういう意味では、その制度をもうちょっと、それこそPR不足もあるので、そこも含めてやっていこうと。来年度は増額をしてやっていくつもりなので、その三つよりは相当数増えるという自信はあります。

○八田座長 聖路加も亀田も入っていますね。

○原局長 それは言えば、いつでも入ると思います。

だから、そこは制度の周知が足りないのは、確かに御指摘のとおりだと思います。

○秋山委員 そういう意味では。

○原局長 できる病院はたくさんあります。おっしゃるとおりです。

○秋山委員 ですから、結局こういうことをやりたいと言ったときに、制度はありますよと。でも、実際、実態はどうなのかと言うと、例えば、量、場合によっては質が全然不足しているというところの問題がやはりあちこちにあると思うのです。もし、今回特区でやりたいと言っていることは、この制度とこの制度を使えばいいですよとおっしゃるのであれば、この制度を使って、少なくとも、今回国家戦略特区というのは制度を作ることが目的ではなくて、そこで新しいこれまでなかなか難しいと言われていたことが、そこでは実現できるという結果を見せることが求められているところなので、この制度であれば、何年ぐらいまでには、そういう病院をいくつぐらいにして、何万人外国人が来たときには、大体1軒あたりこれぐらいの人数の患者の割合で考えたときに、これぐらいの数の病院がちゃんとこういう形で充足できますというような目標管理みたいな世界を要求することになってくると思うのです。

ですから、数が必要だし、質と量が必要だとなったときに、本当にこの制度がそのゴールに到達するのに一番ふさわしいのかというところが多分ポイントになってくると思います。

○原局長 正直、どこが特区になるのか分かりませんので、医療機関が少ないところでそれをやられると、逆に言うと、これはなかなかできないかも分からない。例えば、東京なら、おそらく対応できる病院はたくさんあるだろうと思いますので、そこは具体的な形の中で増やすことは可能だと思います。今はそれぐらいしか申し上げられないです。

○八田座長 あと、本当にこれは小さなところですけども、バイの協定で外国医師が来るときに、人数枠を広げるということも考えていらっしゃるということでしたが、もう一つ、具体的にある特区から要望があったのは、とにかく例えば、英語を使うのならば、その国の人間でなくても、外国人であれば、他の人もかかれるようにしてもらえると非常にありがたい、便利なのだということを言うのです。それについてはどうですか。

実際問題として、当人たちも受けたいと言うし、医者もやってもいいよと言って、しかも、日本人は一応らち外ということなら、それはなるべくなら認めてあげたほうがいいと

思うし、後に日本人の外国にいる医者が日本語のうまい外国人を受け入れてもいいよというようなことが、後でこちらが言ってもいいでしょうし、それは随分外国人にとっては助かるのではないかと思います。特に小さな国から来た人にとっては、役に立つのではないかと思うのです。

○原局長 その点としてあり得るかも分かりませんが、極端に言えば、先生のように英語がぺらぺらな日本人も受けられると。今はバイの協定だから、その方はその国の人を診る。だから、日本人の医者が向こうへ行った場合には、日本人を診るという形の中の協定になっているので、それをどういうふうに広げていくのか。だから、極端に言えば、日本人の医者が向こうに行き、その国で日本人以外の患者を診るということに、当然ながら等価でないといけないので、そういうときに、それは協定ですので、そこはこちらだけの判断ではなかなか難しいと思います。おっしゃる意味は、可能性としてゼロではないと思いますよ。

○八田座長 全部協定が終わるまでやらなくても、これは医者にとってはそれなりにビジネスチャンスを広げられるわけだから、一方的にMICEでやってから、この要求をしてもおかしくはないと思いますね。

これは本当に小さな国から来たら、アメリカの医者にかかりたいなという人は多いと思いますよ。

○原局長 それは逆に言うと、こういうところで受けていただいて、日本の医療機関でその受入れができるところを増やすことで対応できるのではないかと思うのです。

○八田座長 でも、せっかくバイで来ているのだから。

○原局長 日本でアメリカの医療を受けたいというのは、日本であつたら、やはり日本のいい医療を受けていただいたらいいので、その受入れ体制を準備する。

○八田座長 言葉の問題があるということですね。オーストラリアの人がアメリカ人の医者から受けたいのは、ごく当たり前だと思いますけれどもね。

原委員、どうぞ。

○原委員 確認ですけれども、外国医師のところは臨床修練制度の話と、現在の4か国との協定を、場合によっては国を拡大する、枠を広げるという範囲内でのということですね。これは實際上、特区限定でということのを仮に考えるのであれば、4か国を広げるというのはなかなか難しいですね。

○原局長 今は、だから特区の中だけにならないかも分からないですからね。今は、けれども、協定の中では、指定医療機関に指定していますので、おのずから医者が活動する病院や診療所は決まっていますので、そういう意味では、特区の中でやっていくということが、あながち全国的な意味でもそこしか地域の限定はかかっているというか、そこでの活動になるという意味にはなると思うのです。

○原委員 ここは實際上、協定ということになると、相手国との話もしなければいけないということになり、他の項目について大変前向きな御回答をいただいただけに、もう一声

御検討をいただけませんか。

○原局長 前のときにも試験制度をどうするかという議論をさせていただきましたが、やはり日本国が責任を持たないといけない分野はありますから、そこはどのような形態であろうと、試験という形は執らせていただく。これは当然かもしれません。

それと同じで、外国の方相手に日本で医療をする、それを認めましょうという場合には、逆にそれは対等でないと、双務的と言いますか、お互いにその中でやっていくということをお認めしてもらえないといけないなどは思っています。

○原委員 試験と言っても、相当簡単な試験の仕方もあるという話だったと理解しておりましたが、特区については、何か特別な試験制度を検討するといったようなことはあり得ますでしょうか。

○原局長 相当程度易しいですから。

○原委員 そういったことも含めて、御検討の対象にさせていただければと思います。

○原局長 特区だからというのは、やはり難しいですかね。医師免許を与えますから、そこはなかなか難しいと思います。修練制度は、医師免許は向こうの免許でやるということなのであれですけれども、ここはとりあえず限定的という条件を付けながらの医師免許を与えるので、そこはよその地域なら500問で、こちらなら10問というわけにはいかない。

○原委員 それは例えば、今いくつかの提案が出てきているような国際的な医療拠点という相当しっかりした機関を作って、そこに周りの人たちも外国の人たちも含めて、優秀な医者たちがチームとして診療ができるという体制を整えた中で、そこに限定の免許を与える。そのために試験制度をちょっと特殊なものにするということというのは。

○原局長 国際医療拠点とビジネスシティにおける外国医療とは別に考えていますので、それは融合してどういう形になるか分からないですけれども、基本的にここには高度な医療をする拠点をつくっていこうという話なので、医者はそういう意味で、享受の目的で来られることはかなりできるようになった。だから、それについて看護師も連れて来られる。

こちらの話の中は高度とかではなくて、日常の医療をちゃんと普段の生活の中で診てもらえるところを作っていきたいということで、日本の医療機関であるとか、あるいは母国語でというのなら、二国間協定でという話で考える。そういう整理をしています。

○原委員 国際医療拠点については。

○原局長 そこに外国の医師が来て、医療をやる場合には、多分それは高度な医療をやる場所だから、教えに来るのだという名目で入れると思います。それはまだ制度になっていないのですけれども、これは次の通常国会に向けて、今は修練だけだけれども、それに教授目的、あるいは臨床研究目的で来られる方も広げていこうということを今やっています。そこは多分その拠点はそういう方とかで行けるのだらうと思います。

○原委員 もし、そこに医学部を作るとか、そういう話であれば、それは教授目的で、実際上は入れるのだらうということですね。

○原局長 そうですね。

○八田座長 臨床研究ということは、教えるだけではなくて、実際に研究しながら治療もできるということですね。

○原局長 それはもちろん医療行為はできます。

○原委員 分かりました。

今日はあと、この表を明日の産業競争力会議までに整理をしたいと思いますので、大変事務的で申し訳ないのですが、簡単に確認だけさせていただきます。

まず一つ目については、一定の限定を付すのであれば、御検討可能というように理解してよろしいですか。

○中岡審議官 国家戦略特区の趣旨を踏まえてということですか。

○原委員 2点目の病床規制についても、特区内で一定の範囲に限るということであれば検討可能だと。

○原局長 そうですね。目的が限定されていれば、検討可能であるというか、検討できます。

○原委員 外国人医師については、今のような話で、看護師については、修練制度の活用ということを検討される。

最後、4点目の混合診療のところについては、一定の高度な医療機関であれば、最先端医療迅速評価制度と類似の制度で検討するという理解でよろしいですか。

○神田審議官 そういう枠組みを検討します。

○原委員 以上です。

○八田座長 では、本当に短時間で色々と検討いただきまして、どうもありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

どうもありがとうございました。