

国家戦略特区ワーキンググループ有識者等からの「集中ヒアリング」 (議事録)

(開催要領)

- 1 日時 平成 25 年 7 月 8 日 (月) 14:00~14:50
- 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 工藤 和美 シーラカンス K & H 株式会社代表取締役
東洋大学理工学部建築学科教授
委員 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長

<有識者>

- 翁 百合 株式会社日本総合研究所理事

<事務局>

- 加藤 利男 内閣官房地域活性化統合事務局長
富屋 誠一郎 内閣官房地域活性化統合事務局局長代理
藤原 豊 内閣官房地域活性化統合事務局参事官
宇野 善昌 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 有識者等からの「集中ヒアリング」
- 3 閉会

○藤原参事官 日本総研の理事の翁百合様からお話を伺いたい。

本ヒアリングは、全体として50分間とし、最初30分くらいを目途にお話をいただき、その後、質疑応答と意見交換を行う。

資料と議事は原則公開とさせていただきます。

○八田座長 これまでの構造改革特区、総合特区が自治体及び事業者の手挙げ方式で提案があり、選定されているのに対して、今回の国家戦略特区は、国が主導してプロジェクト、規制改革事項などを地域と一緒に実現していくような運びとなっている。そのためのプロジェクトや規制改革事項のアイデアをまずは有識者の方々から伺うのが今回の趣旨である。

○翁氏 私は規制改革会議で医療関係と保育関係を担当しているので、規制改革のこれらの分野について今までどのような考え方でどのようなことを進めてきて、これから何をしようと考えているかを最初にお話します。

健康医療分野の規制改革会議の大まかな考え方は、医療関連産業の発展と同時に国民目線に立って規制の在り方を考えようということで、四つの視点を出している。

一つ目は、患者の利益に適う最先端の医薬品、医療機器等を国内で1日も早く使用できるようにする。

二つ目が、全ての国民が健康な生活を営めるよう、健康の保持増進、病気や介護の予防を含む医療サービス・情報等に「安全」かつ「容易」にアクセスできるようにする。これはインターネット等の利用も含めて、予防医療を重視して、医療財政に対しても意味のあるセルフメディケーションを意識して行っていこうということである。

3点目が、国民のニーズに合った医療を提供できる医療機関の発展を促すということで、これはまだ手を付けていないが、医療機関の機能分化とか高度化、連携といったことが非常に重要。また、介護との協調など総合的にサービスを提供することも必要になってくるので、そういった意味で、医療機関の経営の改革を妨げているような規制についても見直していきたい。

4点目が、国民のニーズに合った介護サービスの提供等により高齢化社会に対応するということである。介護サービスは社会福祉法人と株式会社の両方が提供しているが、社会福祉法人の財務諸表の開示が今回の規制改革で決まったので、これを一つの突破口にして、今色々指摘されている内部留保が非常に厚すぎるのではないかと、株式会社とのイコールフットリングで問題がないか、ということについて考えていきたい。

6月の成長戦略までということで非常に期間が限られていたので、重要なテーマで具体的に成果を出せるもの、また成長戦略に資するもの、国民目線で見ると納得感のあるものからということで、以下の四つのテーマに取り組むことにした。

再生医療の推進と医療機器に係る規制改革の推進は、自民党、民主党時代の規制改革においても取り組んできたテーマであるが、ようやく今回薬事法の改正や再生医療関係の法律が今国会に提出されたことで、非常に喜ばしいことであり、そこに注文をつけるような形で厚生労働省と議論したものが上の二つである。あとで具体的にお話します。

3点目は、これまでの規制改革会議では取り組んでいなかったもので、一般健康食品の機能性表示を可能とする仕組みの整備である。サプリメントなどについて、セルフメディケーションという観点で非常に重要であるにもかかわらず、全くパッケージなどに機能性を表示することができない状況になっていて、機能性表示をもっと分かりやすくし、安全に国民が判断して摂取できるようにしていくことが大事である。

同時に、例えば、葉酸を使ったパンなどの加工食品、トマトやホウレンソウなどの農林水産物についても機能性の表示ができるように農林水産省と協議して、農林水産物の輸出や農産物の発展に結び付けていければと考えている。

4点目が、医療のICT化の推進である。医薬品のネット販売の見直しが進むことになったが、医療情報の活用のための工程表の策定は、今まで処方箋、電子カルテ、レセプトそれぞれでばらばらに進んでいたが、厚生労働省と、今年、大きな目標感を持って工程表に示すことで約束をするところまで取り組んだ。

具体的に見ると、再生医療については、再生医療関係の3法の提出段階で議論し、これからは医工連携ということで、細胞培養・加工などを外部委託できることになるので、この運用ルールを整備することによって安全性を確保すると同時に、医療機関が企業に細胞培養・加工などを外部委託できるようにルールを定めていくことで約束をしている。これは責任の範囲や内容などを明確化し、万が一の補償制度を作り、外部委託できるようにすることで、医工連携をより進めていくものである。

条件・期限付きの承認は、再生医療製品が迅速に実用化されるための環境整備を図ることが大事であるため、有効性などが推定されて安全性が確認された再生医療製品については、条件・期限を付して承認するものである。市販後、有効性、安全性をさらに検証することで、よりスピーディに条件・期限付き承認を導入して、主に世界発の再生医療製品を見出していく方向で進めていこうとしている。

医療機器については、従来の規制改革会議や民主党時代の規制改革で取り組んでいたことがようやく今回、医療機器という名称が付く形で薬事法改正案が提出され、今回の通常国会では未成立だが、医療機器の特性を踏まえたものとするところになったので、これを踏まえて、認証基準などについても、今、日本ではJIS基準などで非常に細かく定めているが、これをもっと国際基準のISOやIECなどの活用も含めて、安全性を満たしつつ、より必要な要件に絞って基準を適用する方向で合意をしている。

PMDAが今までリスクの低い医療機器しか民間には認証を認めていなかったが、今回の薬事法の見直しでリスクの高い医療機器についても順次民間の認証機関にも認めるようになる。これを見越して民間の認証機関がより増えていくように認証基準などを計画的に見直して策定することによって、デバイスラグを縮小していくことで合意を見た。特に登録認証機関の能力を向上させて、民間の認証機関が活躍できるようにしていく。同時にPMDAも充実させていくことがこの分野で大事なことだと思うので、これに向けてフォローアップをしていく状況となっている。

一般健康食品の機能性表示は、サプリメントや加工食品、農林水産物などの機能性表示を容認することに加えて、特定保健用食品、いわゆる特保と呼ばれる製品については、非常にお金がかかり、時間がかかるということで、ほとんど大企業しか申請ができないという状況になっており、最近、特保の申請が減ってきている状況であることから、特保についても、迅速な審査ができるように、審査内容や手続の透明化を進めて、より具体的に早く進めていく工程を出してもらうことで合意した。

そのほかにも今、機能性表示ができるのは栄養機能食品、ビタミン剤があるが、これについても対象を拡大するというので、この分野は特に国民の皆さんや関連業界の関心が

高かったので、1兆円を超える市場になっているが、これらの規制改革によって輸出に結び付けていけばよいと考えている。これは消費者庁、厚生労働省、農林水産省などとの合意事項である。

ICT化については、インターネットで薬の販売が認められるようになったことに加えて、医療情報の活用の工程表というのは、主に医療機関の機能分化、連携、大規模集約化というようなことや、個人や保険者、健康保険組合などの保険者によって健康管理や医療費管理ができることを促進する。同時に、ビッグデータなどを活用できることで医療の高度化を図る。主に三つの観点から、医療情報をより本格的に活用するための工程表を作るということで、ICT化の全体構想を5年後、10年後に実現できるものを早急に策定してもらうことになっており、このフォローアップをしていく状況になっている。

保育については、規制改革会議で合意したものについて紹介すると、既に10年前から株式会社、NPO法人は参入が認められているが、これらの参入を拡大していくため、世田谷区を始めとして、まだ株式会社ノーと言っている多くの自治体に対して厚生労働省から通達を出していただいた。

あと、保育の質の評価を拡充することに加えて、保育士数の拡大が必要と考えているが、試験回数の増加などにとどまっており、保育士の配置基準まで踏み込めなかった。

社会福祉法人の経営情報の公開については、元々保育だけが対象であったが、規制改革会議では、全社会福祉法人の情報開示が必要だと主張を続け、今回、経営情報が公開されることになった。国民の税金が入っているため公開は当たり前のことであると思うが、進展があったので、これをきっかけに経営の分析などを進めていきたいと考えている。

今までのところで、今後他に取り組むべきテーマとして3月の段階で出しているものとしては、医療のICT化は元々推進していくことで進めているが、特に今レセプト情報が必ずしも医療費の管理にフィットしていない点があり、レセプト情報の見直しなどについて今実際に議論している。

革新的医薬品の薬価算定ルール等の見直しも既に掲げているが、薬価算定に関し、より先進的な薬については、インセンティブを高めるような評価がされる一方、ジェネリックなどが出れば、価格を思い切って下げていくというめり張りのある薬価の算定ルールにしていく方向で見直していくということを考えている。

保険外併用療養の更なる拡大は、特区でも進めていただき、全国レベルで進めていくことも大事なテーマだと考えているので、うまく連携して進めていければと思っている。

介護制度・社会福祉法人制度の見直しは、特に社会福祉法人の介護に株式会社が参入していく中でどのようにイコルフットイングをより実現していくことができるのか。実際に内部留保が非常に厚くなっているが、このままでよいのか。社会福祉法人としてより活用できる方法がないのかということについて問題意識を持っており、これについて進めていきたい。次の医療機関制度との見直しでは、医療と介護を総合的に提供できるようにしていくという意味で、例えば医療機関の守備範囲の拡大といったことも含めて、医療機関

制度に様々な法人形態があるが、これを簡素化できないかといった問題意識を持っている。

特区関連で取り組む必要性が高いと考える具体例について、いくつか私見を述べる。

一つは、先端医療の促進で、全国区で進めにくいものでは是非取り組んでいただきたいものとして、臨床研究中核病院を中心とした特区が考えられる。臨床研究中核病院をこれからつくって集中的に取り組んでいく方向であることは御承知のとおりだが、拠点が十数箇所あることになっており、例えば、規制改革会議専門委員の医師の先生などは、元々財源などが限られている中で、アメリカなどと対等に勝負していくことを考えた場合には、そういった拠点を絞って、集中的に資源を投下し、取り組んでいかなければ対等な開発競争などはできないとおっしゃっている。その意味で、それぞれの臨床研究中核病院がコアとする分野に特化し、中核拠点を絞り込むと同時に、関連する人材を集中させ、企業の集積を図っていくことが重要ではないか。そのための環境整備として、規制改革や税制優遇などが必要ではないかと思っている。

例えば、平成23年度には、これまでの取組として、早期探索的臨床試験拠点として国立がん研究センターや大阪大学国立循環病研究センター、東京大学医学部附属病院、慶應義塾大学病院などが拠点として定められていて、臨床研究中核病院の整備では、平成24年度、25年度に、北海道大学病院、千葉大学、名古屋大学、京都大学、九州大学、東北大学、群馬大学、国立成育医療研究センター、国立病院機構、名古屋医療センター、岡山大学が挙げられている。質の高い臨床研究を推進し、そして出口として開発につなげていくためには、これらの拠点で集中的に取り組んでいくことが重要ではないか。

具体例として、名古屋大学附属病院のキャップレーズや事業概要を見ると、中部医療産業化ネットワークを活用して、産業界と連携し、医療機器開発などの具体化に結び付けていくということが書いてある。このような先端医療について、関連産業を誘致することや、臨床で病床規制がネックになるのであれば、その規制を緩和することなど、一大ネットワークを集積させていくことで、病院と産業界が連携する形で医療機器開発を特区で取り組んでいくと意義が大きいのではないか。

また、北海道大学病院に関しては、世界初の分子追跡陽子線治療を実現するための陽子線治療装置の開発を進めようとしている。これは前立腺がんや肺がん、肝がんなどについて、臨床において効果があるものである。これらの症例を集めるための費用の助成など集中的な予算投下、臨床での治験や治療を行うための病床規制の緩和といったことに取り組むことが考えられる。

最先端の部分がこのような特区、国際先端特区と連携して進めることによって、集中的に資源を投下すると同時に規制を緩和して、医療と産業界、そして国民の健康医療増進と産業界の国際競争力の強化につなげていく。例えば最先端の医療に関して必要が出てきた場合には、保険外併用療養などについても柔軟に対応していく。

次に、外国人に対する医療サービス提供の充実についても進めていただきたいと思っており、これに対する病床規制の緩和や、外国人医師による診療の規制緩和のみならず、米

国で使われている医療機器や医療手法などが使えるようにしてほしい。また、例えば、アジアの医師を連れてきて一緒に医療活動をし、アジアと日本の連携につなげていくなど、国際化の一つの大きな拠点になるような国際戦略特区にする。国際的な医療機器などが特区では扱えるようにし、ルールも緩和していくと同時に、例えば、将来は英語で医師国家試験などが受けられるといったことにつなげていくなど、国際化の拠点にしていくことで特区を使っていくことがあり得るのではないか。

また、都市部については、在宅医療の推進がある。現在、過疎地だけでなく、都市部、都市部周辺では、高齢者が増えてきているが、今、在宅専門の診療所がほとんど限られていて、診療所を設けて外来をやらなくなかなか在宅診療を本格的に進展させることができない状況になっている。ただ、今、特に都市部で需要が増えていることに関して、在宅専門の診療所が保険で診療できる医療機関として認められ、何人もの医師によるグループ診療を可能とする規模の大きい在宅専門診療所を育てていくことで、24時間体制の在宅医療ができるのではないかと思う。

在宅医療ができるようになると、遠隔診療も当然進みやすくなり、特に在宅医療は過疎地などでも同時に重要であるが、特に東京やその周辺で進めていくことが一つのブレークスルーになると思っている。そこは細かな規制が結構あると聞いており、これらを緩和していくことは一つのブレークスルーとして都市部で実施してみてもどうかと思っている。

医療機関に関する株式会社の参入要件の更なる緩和について、これは神奈川バイオシティで既に2002年から認められているが、これをさらに緩和することができないかということである。成果をフォローする必要があるが、特に株式会社の参入は全国区ではなかなか進みにくい分野であるので、特区で広げていき、成果を出していくという意味では非常に期待が高いところである。

被災地、過疎地も特区の候補になると思い、二つ具体例を考えた。

一つは、訪問看護ステーションの人員配置基準の緩和、もう一つは、処方箋の郵送・配達に係る規制の見直しである。今、被災地では、2.5人いれば訪問看護ステーションとして認められるところ、なかなか人がいないということで、ニーズがあった場合には1人でも時限的に認められている。

様々な医療機関と連携しながらであればよいということで時限的に認められているが、本当に人が足りなくて大変な状況になっているので、このような特例措置を恒久化していくことで、訪問看護ステーションの人員配置基準を緩和して様々な医療機関と連携しながら実施できるようにしていく。特例措置の恒久化によって、過疎地などの訪問介護員が不足する地域の基準も緩和していくことができるのではないか。

もう一つは、処方薬の郵送・配達に係る規制の見直しである。過疎地などの特定の地域に居住する住民に対して、服薬指導などの情報提供を前提として、処方薬の郵送・薬剤師以外の者による配達を禁止する規制があるが、これを廃止することによって、処方薬を取りに来なくてもよいので便利になるのではないか、特に過疎地や被災地などにも地区限定

で行えるのではないかと思う。

あと、今回の規制改革で実現できなかったのは、都市部の保育士の配置基準緩和である。認可保育園の保育士は、全員保育士でなければならず、都の認証保育所の保育士は6割でよく、4割は資格を持っている人でなくてもよい。子どもは待機児童の多いところについては、8割を保育士にして、2割を例えば幼稚園教諭とか、または保育ママでもよいとすることはできないかと提案したが、認められなかった。ただ、保育士不足は東京問題でもあり、都市部の保育士不足はこれから非常に深刻になっていく。待機児童の問題を解消していく上では、やはり保育士の設置基準緩和は欠かせず、これについても特区からも保育士の規制緩和を実施していただきたい。

○原委員 在宅専門の診療所は、今は保険機関として認められていないのか。

○翁氏 いくつかの条件を満たす場合に認められているようである。例えば、みとりをするのが過去必ず1年に2回あった、1年間の緊急の往診実績5件以上、所属する常勤医師が3名以上などの要件がある。みとりをするかどうかや、実際に地域によって診療所がない、診療所を構えていないと在宅での診療ができないところがあることが大きなネックになっていると聞いている。

○原委員 地域ごとの問題ということか。

○翁氏 地域ごとの問題と聞いている。

○藤原参事官 今、翁先生がおっしゃったのは通知か。

○翁氏 これは厚生労働省の通知だと思うが、確認する。

○藤原参事官 こちらも確認する。

○翁氏 これは最近出された21世紀研究所の研究プロジェクトで、株式会社メディヴァの代表取締役を務めていて、在宅医療を非常に積極的に進めている大石佳能子さんという方が、実際に指摘されていることであるが、外来をやらない診療所は保健医療機関として認められず、在宅医療専門は多くの地域で認められていない。このため、在宅医療専門の医師は週に数日、表面上予約制で外来をしているように看板を出す必要が出てきている。レセプトもチェックされ、外来レセプトがゼロだと指導が入ることもあるので、友人や知人の風邪を無理やり診ることもあるような状況になっていると書いている。

○工藤委員 私も母の在宅医療をお願いしていて、最近大学病院にかかっていたのだが実際には行っても5分か10分である。在宅医療の本当に素晴らしい点は、色々なことを見てくれて、普通に老衰して、色んな器官で少しずつ問題が起きている人を診るのは、大学病院でなく在宅医療がふさわしいと思う。今後抱える高齢化の問題への対応として必須であり是非進んで取り組んでほしいと思う。

○翁氏 大石さんによれば、地域によってはレントゲンなどの基本的な機材を置いていないと診療所として見なされない場合もあるということであり、地域ごとに調べなければならない。

○工藤委員 施設がなくても車と補助の人がいて動き回る形態で回している。要はダイケ

アと同じで、本当に都心の住宅に住んでいると、もう高齢者ばかりだから、昼間は車と医者とケアがぐるぐる回っているわけで、それは今すごいことになっていると思う。それがあまり表面化していなくて、もう少し制度化して、安心して生きていく社会のような像を推進するエリアを作るなど必要だろうと思う。

○八田座長 先ほどのみとった例がなければ認められないというのは、診療所がなくては、みとりようがないではないか。

○翁氏 過去1年間のみとり実績2件以上とのことである。

○秋山委員 私も今回は、都市部における在宅医療推進は新鮮な視点であると思ったが、どちらかという在宅医療は地方であったり、特に高齢化の進んでいる地域における問題というイメージが強かったためこれを特区で取り上げるとすれば、細かい規制が多いので、ある限定エリアで実験的にやって、色んなものを少し整理して、それが横展開できたら素晴らしいと思う。例えば、都市部で実施することで情報展開につながりやすいとか、特区で実施するという事は、そこに主体的に取り組む事業者がいて、初めて物事はうまく進むと思うが、そういう意味でこういう場所、あるいはこういう事業者、こういう地域で行えば、それを特区で実施したことによるその後の効果の拡大の期待が持てるというポイントがあれば教えていただきたい。

○翁氏 在宅医療は、今後高齢化が進んでいく日本全体が抱える問題であると思う。過疎地には高齢者が多いが、実は高齢者問題は都市部の問題でもあると思っており、過疎地でも実施したらよいと思うが、都市部は医療従事者が多いことから、横展開ができる。実際に大石さんもそのような取組みをサポートされており、そのようなことを指摘されているので、突破口としてできると思った。

○秋山委員 東京の地名ということか。

○翁氏 この方にヒアリングしていないので分からないが他の地方かもしれない。特に高齢者が多い都市部などでは非常に大きな問題になるので、都市部などで実施していくことが、横展開していけばよいと思う。

あと、遠隔診療やICT化も一つの大きな期待であり、私どもも進めようとしているが、遠隔診療がこういったところでネットワーク化して進んでいけば実施しやすくなるとか、試みとして考えられると思う。

○八田座長 御説明の中に、外国人に対する医療サービス提供の充実がある。これは、基本的に外国人の医者が外国人を診られるようにしようということだと思う。これに対して予想される役所側の反論は、医療過誤があったときの責任が持てないということだ。規制改革会議側では、その問題についてはどのように考えているのか。

○翁氏 外国人医師の今回の提案について、まだ規制改革会議としての議論はしていない。ちなみに、今日の資料の特区についてのアイデアは全部私見である。事務局とは臨床研究中核病院について議論したが、全体として規制改革会議を代表する意見ではない。

○八田座長 混合診療で何か問題が起きたときに、それに対応する保険制度があれば、外

国人に対しても混合診療の規定を適用して対応できる可能性があるかもしれない。

○翁氏 あると思う。再生医療でも、万が一健康被害が発生した場合に備えて、被害者救済のための補償制度の整備について今回再整理を進めていく上で議論し、ルールを整えていくことを合意しているのだから、万が一のときにどういう対応をするかというのは先進医療にはつきものであるため、そのようなルールを作ることは全国レベルで必要だと思う。

○八田座長 再生医療の場合は国から補償金が出るということか。

○翁氏 まだ具体的なところまで詰めていないが、補償制度を整備することは合意している。

○八田座長 例えば、民間が保険制度を作り、再保険を国が行うことはあり得る。

○翁氏 混合診療も民間保険を充実させていくことが必要になってくると思う。

○工藤委員 集中的に臨床の研究をしようという話で、これは各大学間競争のようなこともあって色々集中的に研究費がおけるための提示があって、それが採択されてというのがあつた。そういうものと特区の違いは、ここに書いてある、色々な縛りを外すことか。

○翁氏 縛りを外すと同時に、予算を集中的に入れる。税制優遇とか、財政的にも支援するようにしていったらどうか。例えば、外側の中核病院の特色のあるところについて、特に例えば医療機器ということの名古屋大学病院などが取り組んでいるが、その周辺に医療機器のネットワーク、産業のネットワークを作っていくなど、そのような形の支援があるのではないか。

○工藤委員 大学に対してというよりは、それを指定された大学の研究。こういういくつかの例がある。既に取り組んでいるのだろう。

○翁氏 そのとおり。周辺ということもあり、病院間のネットワークなどがある。

○工藤委員 それに絡む病院はどうか。

○翁氏 規制を緩和することが考えられる。

○工藤委員 逆に病院とか特定ではなく、関連している機関が別に名古屋のチームに東京の会社が参加していても、そこもチームとして特区としての緩和を受けるとのことか。

○翁氏 そのとおり。規制改革会議で専門委員として入っていただいている土屋先生によれば、中核病院は大事だが、やはりアメリカに伍していくためには本当にいくつか集中しないととても勝てないとのことである。国際競争力を付けていくために、そういった特色のある最先端のものに取り組んでいくところに対して集中的な規制緩和と、集中的な財源投入を増やしていくことによって、そういうのが特区に結び付いていくかなと考えている。

○秋山委員 処方薬の問題だが、処方薬の郵送と薬剤師以外の者による配達を禁止する規制があることを知らなかったが、薬のネット販売との組み合わせになると相当なインパクトがあると思う。その前提で、これを実現するためのポイント、例えばこれを特区で実現するにしても、どこの部分に穴を開ければこれが実現できるのかということについて、もう少し何か具体的なアイデアはあるか。

○翁氏 規制は薬剤師法及び薬剤師法規則において、薬剤師は調剤した薬剤の適正な使用

のために必要な情報を提供しなければならないことが定められており、薬剤の郵送もしくは薬剤師以外の従業員が薬剤を届けることは、一部の例外を除いて原則禁止されている。前回と同一であるときなどに限って、またはいくつかの条件を満たした場合についてのみ、例外が認められているので、やはり薬剤師法とか薬剤師法規則を緩和することが必要である。

しかし、過疎地などで、もっと便利な形で、まさにネットで、または遠隔診療によって薬剤師以外の人でも配達できるようになったら、ネット販売と同じように利便性が非常に高まると思うので、これらの法律と規則の見直しが全国レベルでは必要になるが、まず特区で理解されやすい話であるから、特区で実現して全国に広げていくことができるのではないか。

○八田座長 今の説明では、一度もらった薬ならば、二度、三度目は今でも薬剤師以外の者から薬をもらうことが認められているということなのか。

○翁氏 そのとおり。前回と同一のものであれば、薬剤師が対面によって情報提供する必要はないようである。

○八田座長 では、宅配便でもらっていいのか。

○翁氏 その条件は三つあり、患者が薬剤師以外の者の配達に同意していること、配達を行う薬局の従業員がその患者の家に行って、処方箋がファクシミリで伝送されたものと同じであることを確認することが担保されていること、当該薬局が当該患者の薬歴を有していること、この三つが担保され、かつ薬剤師以外の薬局の従業員による薬剤の配達が行われる場合であればよい。

○八田座長 では、宅配便ではもらえないか。

○翁氏 上記の条件を満たさないともらえないと思う。

○秋山委員 薬品のネット販売に反対されている方は、なお一層反対されるポイントだと思う。

○翁氏 そのとおり。一般薬だけの議論であり、処方薬は守ったと思っている方が多い。

○秋山委員 処方薬まで話が及んだときには相当な抵抗があると思われる。

○翁氏 ニーズのある過疎地など特区で実施できると非常に意味があると思う。これは全面的に実施することはまず現段階では無理であるので、被災地、過疎地というところで実現できればブレイクスルーになると思う。

○原委員 過疎地もそうだが、都市部でも1人で行けない人がたくさんいるわけだから、遠隔診療と組み合わせなければならない。

○翁氏 組み合わせてもよい。

○八田座長 老人にとっては、宅配便は本当にありがたい。

○工藤委員 最後に、保育士の民間事業は特区ができなかった理由は何か。

○翁氏 厚生労働省の方の意見は、入ってらっしゃる子どもの保護者の方が反対されるということである。万が一保育士がいなくてけがをしたとか、亡くなるといったことに

なると、問題になるということだ。

○工藤委員 効率がよいわけではないのか。

○翁氏 認可保育園は1人当たり3.3m²で、全員保育士と看護師でなければならないが、都は需要が多すぎて十分な認可保育園を設置できないので、要件を緩和した認証保育所に多くの株式会社が参入している。認証保育所は1人当たり2.5m²。

○工藤委員 それは分かっているが、認証保育所はよいのに、認可保育園ではできないという理屈が成り立たない。

○翁氏 国の認可制度であるからである。

○工藤委員 それはおかしい。

○八田座長 認可を高くして認証を安くすればいいが、実際は逆。

○翁氏 ファーストクラスと言われている認可保育所が安くて、認証が高い。国の認可の基準で全員保育士でなければならないという基準を、将来的にも現実的だと思われる8割とし、あとの2割もプロフェッショナルな幼稚園教諭や保育ママとしたらどうかという提案をした。しかし、都市部の問題であり、全国レベルでできなくても、特区としてもう一回トライする意味はあると思う。保育士は本当に不足しているからである。

今回、2回試験をするということを検討してもらうことにはなったが、焼け石に水ではないかと思う。

○八田座長 保育士が現場で働けるための養成には、2年も要らないだろう。半年ぐらい衛生について教えれば、仮免とか、準保育士といった資格で、実際に補助で働いてもらうことはできるはずだ。その上で自分が保育士に向いていると思えば、また学校に行くシステムにできる。昔、そのようなシステムを規制改革会議で提案したことがあるが、今は保育士資格の簡素化は議論しているか。

○翁氏 例えば、認証保育所で働いている方でも試験を受けやすいように、少しずつ試験を受けられるようにしたりといったことは合意したが、保育士の試験そのものについては今回入っていない。

○工藤委員 私は多くの保育園を設計したので、多くの保育士を知っているが、現場は資格だけではない。国の基準と現実なところをすり合わせないとならない。

○翁氏 本当にそのとおり。今回は、資格取得についての改善、合格科目の免除期間を3年から5年に延長することと、保育士登録の申請から登録書交付までの期間の短縮、そのようなことぐらいしか検討してもらえていない。

○工藤委員 母親が保育士の資格を持っていなくても子どもは育っていると言いたくなる。5年、10年、子育てしているベテランの人の方が保育について詳しい。

○八田座長 3人も4人も育てた母親でも保育ママにはなれない。看護師の資格などが必要。

○翁氏 第三者評価を見ると、全体として若干認証保育所の方が評価が高い。子どもの視線に立って大切に保育しているかという点などが認可よりも認証の方が高い。

○工藤委員 国際的にどうなのか。

○翁氏 配置基準は、全員保育士かどうかについてはすぐに分からないが、0歳児の1対3の配置は、日本は国際レベルである。やはり1人が逃げるときにはおんぶと抱っこで3人までというところは大体国際的には同じ。

○工藤委員 日本は、資格は紙で決めようとする。建築士もそうだが、イギリスなどは、働きぶりである。ボスがその人がどれだけ能力があるかを例えば3年間の働きぶりに対してこの人は大丈夫であるとサインする。サインするからには、サインした側に責任があるので、本当に働いた人に能力があれば、この人を認めるというシステムが日本に導入されないと、受験勉強が得意な人だけが受かるという本末転倒なことが起きる。保育などはまさに人を育てていくということで非常に重要なことであるため、最もペーパー試験に向かない職種と思っており、何とかしてほしい。

○八田座長 受験勉強を切り抜けた人が制度を作っている。

○翁氏 認可についても、今の面積と配置基準など形式だけで決めるのはおかしいと思っていて、保育の質や保育の内容、保育に対する姿勢などで本来は基準を決めるべきなのに、そういった保育の内容についての評価が基準から欠落しているのは非常におかしいと思う。

○八田座長 今日はありがとう。