

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事要旨）

（開催要領）

- 1 日時 令和3年12月3日（金）15:05～15:42
- 2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室等（オンライン会議）
- 3 出席

<WG委員>

- | | | |
|------|--------|----------------------------|
| 座長 | 八田 達夫 | アジア成長研究所理事長
大阪大学名誉教授 |
| 座長代理 | 原 英史 | 株式会社政策工房代表取締役社長 |
| 委員 | 阿曾沼 元博 | 医療法人社団混志会社員・理事 |
| 委員 | 落合 孝文 | 渥美坂井法律事務所・外国法共同事業 パートナー弁護士 |
| 委員 | 八代 尚宏 | 昭和女子大学グローバルビジネス学部特命教授 |

<関係省庁>

- | | |
|--------|----------------------------------|
| 中村 洋心 | 厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室長 |
| 土屋 翼 | 厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官 |
| 角園 太一 | 厚生労働省保険局医療保険制度改革推進官 |
| 加藤 明香里 | 厚生労働省保険局医療課主査 |

<提案者>

- | | |
|-------|--|
| 山本 雅則 | 吉備中央町長 |
| 片岡 昭彦 | 吉備中央町企画課長 |
| 那須 保友 | 岡山大学理事・副学長
吉備高原都市スーパーシティ構想総括アーキテクト |
| 牧 尉太 | 岡山大学助教
吉備中央町医療分野推進アドバイザー |
| 内山 敬太 | 富士通株式会社フィールド・イノベーション本部
シニアフィールド・イノベータ（スーパーシティ統括）
吉備高原都市スーパーシティ構想システム担当
アーキテクト |

<事務局>

- | | |
|-------|-----------------|
| 青木 由行 | 内閣府地方創生推進事務局長 |
| 三浦 聡 | 内閣府地方創生推進事務局審議官 |
| 黒田 紀幸 | 内閣府地方創生推進事務局参事官 |
| 喜多 功彦 | 内閣府地方創生推進事務局参事官 |

(議事次第)

- 1 開会
 - 2 議事 救急救命士の権限・役割の拡大による救急体制の充実、妊婦健診を踏まえた
予防医療との混合診療
 - 3 閉会
-

○喜多参事官 それでは、ただ今から国家戦略特区ワーキンググループヒアリングを開始します。

本日の議題ですが、「救急救命士の権限・役割の拡大による救急体制の充実、妊婦健診を踏まえた予防医療との混合診療」というテーマで厚生労働省、吉備中央町にオンラインで御出席いただいております。

本日の資料は、厚生労働省及び吉備中央町から御提出いただいております、いずれも公開予定です。本日の議事についても公開予定です。

それでは、ここからの議事進行は八田座長によりしくお願いいたします。

○八田座長 今日はお忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、本件の進め方ですけれども、まず、厚生労働省から吉備中央町の提案に対する御見解を伺って、それから、吉備中央町から御意見を伺った上で、委員の間で質疑をしたいと思います。

それでは、まず、厚生労働省から5分程度で御見解をお願いしたいと思います。

○中村室長 それでは、厚生労働省医政局でございます。

御提案いただいた件に関しまして、資料を提出しておりまして、2ページ目の「救急救命士について」という資料を御覧いただきたく存じます。こちらの重度傷病者というところを外すという御提案に対してですけれども、元々救急救命士というのは、従来から救急隊員に応急手当の実施が認められておりました。それは真ん中に「傷病者の発生」というところで救急隊員による応急処置と書いてあるのですけれども、応急手当が認められていましたけれども、搬送の途上により高度な医療提供のために医師の指示のもとに高度の応急処置を救急救命処置として行うことができる救急救命士の資格が創設されたということでございます。その救急搬送の目的が、生命の危機回避、適切な搬送先の選定、迅速な搬送、搬送途上における著しい症状悪化の回避ということから、今までできていた応急処置に上乘せする形で救急救命処置を行うということなので、その対象が重度傷病者となっております。それは症状が著しく悪化する恐れがあるような方に行うものでありまして、実際、どのような対象にするかということ、下のメディカルコントロール協議会の業務のプロトコルの作成というところでその範囲を決めていると認識しておりまして、元々

の救急救命士の趣旨から考えても、その対象を重度傷病者に行っているということで考えているところでございます。

2 番目に御提案いただきました救急救命処置の業務拡大というところに関しまして、3 ページの「救急救命処置の業務拡大の推移について」という資料を御覧いただければと思います。平成3年に救急救命士法が施行されまして、そこで医師の具体的な指示が必要なものと医師の包括的な指示で行うものということで何個かの処置を提示しておりまして、その後、平成15年から平成26年までにかけて徐々に処置を増やしてきているところでございます。

4 ページの見直しの経緯という資料を御覧いただきたいのですが、追加されてきた行為は、一番右側の欄に「検討の場」というものを入れておりますけれども、それぞれの処置の拡大で検討する場がバラバラであったということが厚生労働省の検討会で問題視されたのです。そういったことで、一貫性のある評価方法を検討する必要があるのではないかという意見があったことから、平成27年度から救急救命処置検討委員会というものを設けているところでございます。

その救急救命処置検討委員会でどのように検討するかというのが次の5 ページで、「救急救命処置検討委員会について」という資料でございます。こちらはメディカルコントロール協議会であるとか、消防機関であるとか、そういう関係団体からまず御提案をいただきまして、救急救命処置検討委員会の中で評価して、評価に基づいて対応を振り分ける。その振り分けの際に留意することというのが、地域限定ではなく、全国において救命処置として特化されることであるとか、救急救命士養成過程における教育に組み込まれることであるとか、教育課程とセットで考えることなのですからけれども、あと、医療機関到着が遅延するような負の側面がないとか、そういう安全性にもちゃんと配慮した上でカテゴリー分けをして追加することができるかどうかを判断しております。

今回御提案いただいたような処置の拡大ということについても、来年度実施するこの委員会において御提案いただくことを前提にして、今後、この委員会で検討していければと考えているところでございます。

6 ページを御覧いただきたいのですが、こちらは救急救命士が処置できる範囲について、入院するまでの間ということで、今年の10月1日に法律が改正されて、施行されて、範囲が広がったところなのですからけれども、その経緯についての資料でございます。今はこちらの下から2 番目のポツのところで、「病院もしくは診療所に到着し当該病院もしくは診療所に入院するまでの間」ということになっております。これは今までは病院に着くまでだったのが広がって入院するまでの間になっているところですからけれども、それがなぜこの範囲なのかということがその次のページに記載されております。

7 ページが「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」の抜粋です。ここで、救急外来では、病院前に引き続き、一連の処置として救急救命処置が行われる一方、入院病棟で行われる処置については、重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、

またはその生命の危険を回避するために緊急に必要なものを越えた、全人的な診療を行っていると考えられました。また、救急外来は救急診療を担う人的資源の不足により逼迫した状況にある一方、入院病棟では、患者のケアに必要な看護師が配置されているという状況があったので、救急救命士が医療機関内で救急救命処置が可能な場としては、従来の「病院前まで」から延長して入院するまでの間、いわゆる「救急外来まで」とすることが妥当であるという整理にされておりました。こちらは10月1日に施行されたばかりですので、まずはこの範囲の中で、拡大した範囲で救急救命士の運用を進めていきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○角園推進官　続きまして、厚生労働省の保険局でございます。妊婦健診を踏まえた予防医療との混合診療について御説明差し上げたいと思います。

資料の13ページを御覧ください。今回御提案いただきましたことにつきまして、妊産婦診療の医療体制の明確化・対応時期の拡大ということでございまして、将来の疾病発症・妊娠出産リスクに関連するプレコンセプションケア・産後ケアにつきまして、マイナンバー等で認定証明を有すものに対して、一定期間、混合診療を可能とするという御提案をいただいております。こちらにつきまして、保険診療、また混合診療の考え方について申し上げたいと思います。

資料の14ページでございます。そもそも今回、いわゆるプレコンセプションケアということでございますけれども、疾病予防と保険給付の考え方ということでございます。公的医療保険につきましては、こちらに記載してありますように、その発生が偶発的で予測できない疾病や負傷といったリスクに対応するというものを基本的な考え方としてございます。したがって、現に疾病や負傷が生じていない状態で、任意に受けることができる疾病予防につきましては保険の対象外になっているということが基本でございます。

15ページを御覧いただければと思います。混合診療の考え方でございますけれども、こちらにつきましては、皆様もう御承知かと思いますが、いわゆる一連の診療として保険適用外の治療と保険適用の治療を組み合わせを行った場合につきまして、安全性・有効性等が確認されない医療が行われる恐れがあるということを考えまして、原則これを禁止しているところでございます。

三つ目のポツでございますけれども、いわゆる混合診療に該当するかどうかでございますが、こちらについては先ほど申し上げたように、同一の傷病の治療等を目的とした一連の診療として保険診療、保険適用外の治療が組み合わさっているかで判断するというところでございます。御提案いただいておりますように、いわゆる予防とか健診、また検査ということと治療が、個別のケースということでございますけれども、検査と治療が一体に当たるということになるのか、そもそも個別的看着ていかなければいけないのではないかと考えているところでございます。

アンダーラインのところに書かれておりますけれども、個々のケースによって、実際に

行おうとする治療等の状況は様々ということで、具体的に混合診療に当たるかどうかという判断が必要になるということでございますので、まさに御提案いただいているようなものが具体的にどういうものかということ踏まえて検討していくことが必要なのではないかなと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、吉備中央町から、ただ今の厚生労働省の見解に対する御意見がございましたら、よろしくお願いいたします。

○那須統括アーキテクト 吉備中央町リードアーキテクト、岡山大学的那須でございます。

まず、救急救命士のことにつきまして、非常に御丁寧に調べて御回答いただき、ありがとうございます。最初に、来年度のいいタイミングに救急救命処置検討委員会に出してはという御提案、大変ありがとうございます。また、超音波検査について申しますならば、公開されているこの委員会の資料を見ますと、平成30年度に2件、外傷後の超音波検査がこの委員会に提出されて、差し戻しという判定が出ておりまして、その申請書も見させていただくと、外傷の出血ということがありますので、私どもは外傷もそうですけれども、様々なものについてもう少し踏み込んで超音波検査ができるということ。救急救命士の学校が出来ておりますが、もうそこで救急救命士の課程の中で超音波検査を入れている学校が既にあるという現実を踏まえて、そういったところから御議論させていただければと考えております。

あと、やはり重症、軽症、そこらあたりが先ほどの重度傷病者の定義の中に搬送中に著しい病状悪化の回避という、ここの解釈がやはり、見るからに悪そうな方と、本当に30分の搬送中に悪くなるかの判断を今の色々なITとかそういった技術を用いて、できるだけ早く症状悪化を予測し回避するということが今の日本ではできるのではないかとということで、世の中の現状に合わせたような対応ができればと考えております。

混合診療につきましては、なかなかこれも私ども、非常に難しい課題だと認識しておりますが、先ほど最後のところに一体不可分のものである場合とか、個々のケースによってというところ、ここが非常に重要だと私どもは考えております。そういった中で、スーパーシティ構想の中でこういうところの解釈でできるだけ対応できるもの。予防と言ってしまえば非常に難しゅうございますので、一体不可分とかそういったところの解釈で、目的はできるだけ2回目の妊娠を妊婦が安全にできるようにするという、一体不可分の診療という形の解釈などでやっていただければ非常にありがたいなと考えております。

吉備中央町からは以上でございます。ありがとうございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、委員の方から御意見を伺いたいと思います。

阿曽沼委員、どうぞ。

○阿曽沼委員 阿曽沼でございます。御説明ありがとうございます。

厚生労働省の説明はごもっともだと思いますし、現状を踏まえて、なおかつ範囲の拡大というのは、検討会の中でも今後、医療技術の発展などの実態に即して議論していけばいいのかということが検討会の報告書の中でも書かれておりますし、それに即して厚生労働省が対応しているということは十分に理解しております。

それを踏まえて、今、岡山大学がおっしゃったように、医療現場の実態を踏まえて具体的な提案であるということがございますのと、それから、岡山大学の今回の御提案は、メディカルコントロール体制のステークホルダーが全て入っていらっしゃって、なおかつ事前に具体的な協議を既にされているということ。それから、教育体制についても将来に向けてきちんとガイドラインを作っていくという体制でいらっしゃると理解をしています。なおかつ岡山大学は臨床研究中核病院でありますから、今後、厚生労働省の検討の中でより前向きに議論を前進させていく上で貴重だと理解しています。今回の御提案は議論以前の思いつきとか、一断面を捉えての御提案ではございませんので、検討会を進めていく上での実証実験、現実の実験のデータを得るという観点から、特区の中で是非進めていただきたいと考えています。実証フィールドとして今後の議論を後押ししてくれるのではないかと強く思っておりますので、その点に関して、皆さん、もう一度御一考いただければと思っております。

○中村室長 御意見いただきまして、ありがとうございます。まず、今お話しいただきましたように、吉備中央町が様々なステークホルダーと一緒に研究を進めていて、その実証の場所として今回の提案につながっていったということは我々も十分理解しておりまして、まさにそのような試みはこれからどんどん医療の発展とともに必要になってくるのではないかと考えております。

ただ、今までの救急救命処置拡大の経緯の流れからしてみましても、実証実験を実際に行うというところまで、それも様々バラバラに議論がされていたことへの問題意識から、統一したやり方にしましょうというような経緯があって、この処置拡大委員会が出来上がったということがまず御説明させていただいたように前提としてあります。さらに、以前に超音波のことが平成30年度までに2回差し戻しになっていたというお話もありましたけれども、この委員会では、そもそも最初の御提案のときになんとかさんの裏付けの資料を求めており、もちろん御存じだと思いますけれども、実際にやることによる利点であるとか、それが本当にどのくらいの頻度で利用することになるのか、手技の難易度としてはどのくらいなのかという裏付けの資料であるとか、侵襲度がどのくらいであるとか、そういったことについての裏付けの資料を求めており、それが足りなかったということでおそらく差し戻しになったのかと思います。

今回、先生方は、今お話があったように岡山大学は臨床研究中核病院ということで、多分、研究体制がすごくそろっておりますし、実際に教育課程に超音波を組み入れているところも既にあるというお話もありましたので、まさにそういうところで、今得られている最新の知見、データというものをそろえて、この委員会に来年度提出していただければ、

それを差し戻しということにならずに、次のステップとしてどういうふうにつなげるのかということを経験することができるのではないかなと我々も今お話を聞いて思いましたので、基本的には審議の場としての処置拡大委員会を利用するという形で、今の得られた資料をアップデートする。平成30年度の時よりも今までにかなり蓄積されてきたと思いますので、そういったものを使って次の議論につなげていければよいのかなと考えております。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

基本的に、今検討している委員会と全く隔絶した形で実証実験が行われるということではないと我々も理解をしております。ただ、やはりこれからマインドセットをしてスピード感を持って対応していくということを考えるとすると、検討会は検討会のスケジュールやマイルストーンがあると思いますが、実際にフィールドがそろっていて、なおかつリアルワールドなデータベース、データがそろえられるという実証実験の場は、委員会の今後の検討にも、もしくは厚生労働省にとっても最高の御提案だと思っておりますので、これを特区で先駆けて実証実験していく。それはお互いにとってプラスになるのではないかと強く思っておりますので、その辺も含めて再考していただければありがたいなと思っております。

○八田座長 今度、統一的な委員会のほうは全国区のことで、まず特区でもって実際の成果を出して、それを全体の委員会にかけて全国化するというようなプロセスが考えられるのではないかと思います。

それでは、あとの論点については御意見ございますか。

○阿曾沼委員 もう一点ですが、岡山大学が求めているらっしゃるのは、救急患者のプライマリ段階、つまり救急搬送が始まった、もしくは救急隊員が現場に着いたときから病院までの時間の間ということで、患者の状況は刻々と変化し、症状悪化や症状変化が出てくるわけですから、どこの時点を経験したのか、重症というふうに判断するのかという以前の問題として、全て最悪の場合を考えて患者の対応ができるようにしていくということも含めてお求めになっていらっしゃると思います。その辺も是非併せて検討いただきたいと思います。もし岡山大学のほうでこの点に関して何か補足的に説明がございましたらお願いいたします。

○那須統括アーキテクト 先ほど阿曾沼委員がおっしゃっていただいたとおり、私どもは、個々の技術というよりは、全体として患者が的確に搬送され、今の技術の恩恵を享受して、重症になることなく適切な病院に運ばれて、適切な処置がされるということでございます。厚生労働省の資料の7ページ目、あと救急救命士の資質活用に向けた環境の整理の中に、私はひっかかっておりまして、全人的な診療は病院の中でしか行われないような記載がございまして、私としては、いずれ救急車で運ばれる身としては、救急車のファーストタッチから全人的な対応ができるような救急体制及びそれに続くシームレスな病院での診療が行われるのが、私も医療従事者でございますので、いつか患者になるかもしれませんので、

そういったところを目指して、岡山大学が持てるリソースを最大限に使ってこういったところに向かっていきたいということをこの吉備中央町の特区内でできればいいなと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○八田座長　ありがとうございました。

落合委員、どうぞ。

○落合委員　落合です。御説明ありがとうございます。

岡山大学、吉備中央町に伺いたいのですが、今回の御提案の内容は、特定行為についてということもあるのだろうとは思いますが、もう少し広く見た場合の体制整備の在り方とか、全体としてももう少し横に広がるような形で救急救命の業務が広がるように、研修も含めてといった人材育成のあたりを少し広く捉えてお話しされているのかなとも思っております。そうすると、単純に委員会でこの業務を追加する、追加しないというだけではなく、もうちょっと大きいことをおっしゃられているということで理解してよろしいのでしょうか。

○那須統括アーキテクト　落合先生、ありがとうございます。私どもとしては、本質的には、包括的に、いわゆる低侵襲な検査方法を用いて、超音波が代表でございまして、今後色々な医学の発展で筋電図とか脳波といったものが手軽にできるようになると思っております。COVIDの検査も含めて、医師の包括的な指示のもとにこういうことができるというのが一番、個々の技術を云々というよりは、より理想に近いと考えております。

○落合委員　分かりました。ありがとうございます。

そうしましたら、厚生労働省にも御質問ですが、委員会のほうで検討して最終的に範囲が決まったときに集約をするという意義は、それはそれで必要なことだと理解しております。一方で、委員会の単純な案件の一つというよりは、もう少し広く制度を整備すべきではないかという御提案であるようにも思いますので、そのあたりのお話も聞いて、どういう形で御対応いただくかを御検討いただけないでしょうか。

○八田座長　厚生労働省、どうぞ。

○中村室長　ありがとうございます。私どもとしましては、まず、御提案いただいた吉備中央町の資料の13ページや14ページが、思い描いている将来の全体像についての資料としていただいていると認識しておりまして、この全体のこれからの先端的サービスを提供する際に、例えばマイナンバーカードを活用してデータを早く手に入れてそれを送るであるとか、メディカルコントロール協議会、救急病院だとか色々な番号が付いておりますけれども、様々なことをネットワークして全体でやるという取組自体に関しまして、これは非常に先進的で、是非進めていただきたいものだと思っております。

その中で、各種情報、3番のところで救急救命士の行為を広げるという御提案をいただいているところでありますけれども、まず全体の包括的なことをやるために、ICTとかを使ってシステムを進めていくということは、それはやはり進めていただいて、その中で、元々医師法で守られている医行為というものは、侵襲があるかないかではなくて、それを判断

する際に間違いなくできるかどうかという能力とかも含めて医行為というものが定められているところもありますので、そこは慎重にならざるを得ないのかなと思っておりまして、そこは委員会でしっかりとしたエビデンスに基づいた検討をしていく必要がある。一方、こちらの全体を包括的に進めるという取組は、もうこの地区で率先して進めていただくことは全く問題ないので、やっていただければなと思っていますところでございます。

○落合委員 ありがとうございます。全体の枠組みとして確かに進めていただく中で、法と関係ないところはあると思いますので、そのような部分はそれで進めていただくとして、一方で、そういった救急救命士のところの法の解釈と言いますか、個別の行為の定義に限らない内容を指されているところもあると思いますので、当該部分に関するシステムであったり、自治体の現場での色々なエビデンスの状況だとかを把握しながら、修正は別途考えていただければと思います。平行線になると思いますので、これで結構です。

○八田座長 では、この件に関しては、全国区で行うことは、全体の委員会で制度を整えることはもう皆さん賛成で、その前段階として特区で、今、落合委員がおっしゃったような全般的なシステムをそろえた中で救急のこともやろうじゃないかと。これは阿曾沼委員がおっしゃったように、こんなにデータをそろえられる環境はめったにないのだから、まずここでやって、全国区のときに参考にしていただこう。そういうことが私どものワーキンググループ側の意見でして、是非御検討を続けてお願いしたいと思います。

それでは、次のトピックの妊婦の混合診療について、これは阿曾沼委員、お願いします。

○阿曾沼委員 阿曾沼のほうからちょっとお話をさせていただきます。

混合診療問題は大変判断の難しい現場の状況もあるかと思いますが、先ほど岡山大学がおっしゃった不可分一体というのは、混合診療における清郷裁判の中で厚生労働省、国が、保険承認品目同士を組み合わせることが不可分一体であるということが認められました。したがって、保険承認品目と自費医療を組み合わせるのは不可分一体ではない、安心・安全を担保するためには不可分一体が重要であるという判決が出て、それによって不可分一体論というのが定着してきたのだらうと思っています。

一応、保険外併用療養制度では御承知のように評価療養と選定療養しかございません。評価療養は当然、先進医療ということで対応せざるを得ない。それから、選定療養というのは、将来に向けて保険の収載をしないというトラックでしかないわけです。これらから外れる混合診療の医療ニーズは医療現場では結構多くて、グレーな中で行われているという部分もあるかもしれません。今回のように周産期、妊婦の領域において明確に医療的にこれを混合診療として認める方策、これは全く違ったトラックで行くのか、今の中に組み込んでいくのか、もしくは特区のメニューとしてやっていくのかというのは色々な方法があるかと思いますが、是非ここについては、どういうことが想定されるかということをしていくつか岡山大学は示されていますが、これらを保険外併用療養の特例として可能とすることができると良いと思っています。

特に周産期において、処置・処方が必要と思われる行為が当然あるわけですが、これら

を実際に特区での特例として保険外併用療養をやってみて、そのリアルワールドデータをレトロスペクティブに評価していくということなどは、これからの保険外併用療養を安全かつ有効に充実していく上では重要なポイントなのではないかと思っています。この点については是非具体的な方策などについて、現場の岡山大学と議論を進めていただきたいと思います。岡山大学のほうで何か補足するような御説明はございますか。

○牧アドバイザー 岡山大学の牧でございます。

阿曾沼委員、ありがとうございます。妊産婦の状況に関しましては、阿曾沼委員のおっしゃるとおり、選定療養や評価療養、保険局のほうも出していただいたのですが、踏み入れられないものというふうな動きがございます。そもそも妊婦の妊娠中から分娩期に関しては、解釈で物事を判断するという時期で、病気ではない、要は予防医療というものがそもそも妊婦の死亡率を下げる状況に至っておりますので、妊娠が終わり、プレコンセプションとして産後ケアに至る部分に関しましては、やはりどうしても予防医療というものが将来のその人の発症を予防するという、山ほどある論文によって裏付けられている内容でございますので、是非とも阿曾沼委員がおっしゃるとおり、ある一定の疾患に関しては、そういった評価療養みたいな枠に入るかもしれない。また、そうではなくて、そういった状況ではない、予防することによって次の臨床につながるかというところが混合診療の新しい概念というものを打ち出していく。それによって本邦の豊かな未来を作っていく。これがスーパージェネレーションの特区でやれることなのだと信じております。

以上でございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 厚生労働省は当然、原理原則における御見解というのはあろうかと思えますから、最後にお伺いした上で、また議論が進められればと思っています。

○角園推進官 よろしいでしょうか。我々も、実はこのいただいた御提案だけを拝見している状況ですと、一体何が具体的に混合診療として問題と悩まれているか、正直分からないうところがございます。先ほども申し上げましたけれども、いわゆる予防的な自費の部分、要は治療ではない部分ですね。それといわゆる治療に係る部分というのは、そもそも同じ治療でなければ混合診療にはならないわけです。そうした中で、具体的にどういう事例が混合診療になるので困るのだみたいな、そういうところを、まさに個別のことは見ていかないとなかなか判断ができないと思いますので、個別にそういうところはどこが問題になっているのか。もちろん我々は厚生局のほうで具体的にこういうところはどうかと御質問いただければ御回答させていただく形になりますので、そういうところを整理した上で御相談いただくほうがよろしいのではないかと考えております。

○八田座長 ありがとうございます。

岡山大学、そのような事例をかなり具体的に、ここで困っているということを御提出いただくことはできますでしょうか。

○牧アドバイザー　かしこまりました。準備させていただいて、近日送ります。

○八田座長　他に御意見はございますでしょうか。

それでは、今日は岡山大学も非常に準備をしてくださり、厚生労働省も非常に前向きに御検討いただきましたので、今後、この両点について益々検討を深め、そして、2番目の点については具体的な問題点を岡山大学に提出していただくということで、一歩進めたいと思っております。

他にございませんか。

それでは、これをもちまして、今日のワーキンググループヒアリングを終了したいと思います。どうもありがとうございました。