

構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング  
議事概要

看護師等による診療の補助を超えた医療行為の容認（厚生労働省）

1. 日時 平成 17 年 5 月 18 日（水）9:00～9:30

2. 場所 内閣官房構造改革推進特区室 7 階会議室

3. 出席者

（委員）八代座長、薬師寺委員

（所管省庁）厚生労働省医政局医事課 中垣課長、医政局看護課 岩澤補佐

（事務局）滑川室長、御園副室長、檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、  
ほか

4. 議事経過

事務局からの説明（規制の特例事項の内容、論点など）と、所管官庁からの説明（制度の概要など）がなされた後、以下のような質疑応答が行われた。

（八代座長）長野県の例については現状でも可能という説明だったが、モデル事業であって、どこの養護学校でも可能というわけではないのではないかと。

（中垣課長）文科省でモデル事業を行って問題がなかったため、我々としては、一定の要件を満たせばどこの養護学校でも可能としている。

（薬師寺委員）一定の要件とは、資料に書かれていることか。

（中垣課長）そうだ。資料 5 ページ以下に書かれているとおりである。

（薬師寺委員）一般の学校でも、要件が整えば対応可能かもしれないと考えて良いのか。

（中垣課長）そうだ。

（八代座長）事実上、一般の学校でそこまでやるかというのはあるが。

（中垣課長）容態が非常に重く、ストレッチャーに乗って通学してくる子供がいれば、実質的にほぼマンツーマンで付かざるをえないだろう。今までは親が付いてきたのが、親の負担が重いので何とかしてくれと教育委員会に訴えてこうなることが考えられる。そのあたりの現実を見れば…。要するに、40 人だったところにプラス 1 人が付いたのを 20 対 1 になったとみるかどうかは、文科省の考え方かと思うが。

（八代座長）逆に言えば、実質的に養護学校で行われているのと同様のサービスが担保されていれば、ノーマライゼーションの観点から普通の学校でも認められる余地があるということか。

（中垣課長）我々の立場からすれば、どこで誰がやっても同じ医療行為であることには変わらない。同じ条件のところが出てきたときに、こちらがよくてあちらがだめだ

というものではない。

(八代座長) 分かった。他の点はどうか。長野県の件については、要は仕様基準ではなく性能基準があればよいということだ。東大病院の件については、私が聞いている限りでは、今の看護師に求めるのは無理かもしれないが、きちんとそれなりの教育を受けた、医師と看護師の間にあるような職種を定めることで対応できないかということであった。だが、今はそのような職種はないので、これから検討してもらおう。特区というよりは、そうしたことを検討する考えがあるかどうかだ。

(中垣課長) ちょうどいま「医師の需給に関する検討会」をやっているところだ。将来的には人口減少等で医師は過剰になるが、足下では非常に不足感がある。昔は僻地にいないなど地域間の格差が言われたが、いまは診療科の問題で、小児科や婦人科、とくに救急の分野でいないと言われる。その辺りを解消していくのに、現実として多くの病院の医師は忙しそうにばたばたと働いている。余っている医者連れて来ようにもいない。そこで、一つにはいま十分に働いていない人、たとえば家にいるような人やパート的に働いている人をもっと活用できないかということがある。もう一つは、医師がやっている業務のうち、どうしても医師がやらないといけないうのと、そうでないものとははっきりさせることだ。だが、これをやれば解消するというような特効薬は、現時点では見つかっていない。ただし、一つの解決策として検討課題だと思っている。

(薬師寺委員) 一昔前の看護師のイメージと現在の看護師とではずいぶん変わってきていると思う。看護大学がこれだけできて、薬剤の知識などについても医師と同等という方がいる。そこまでの教育を受けた人について現在の看護の範囲でよいのか、あるいは業務拡大を考えているのか。十分働いていない医師がいるという医師サイドの問題とは別に、看護師サイドの問題があるのではないかと思うが、どうか。

(中垣課長) 看護師の業務は法的には医師の指示による診療の補助と療養上の世話という形になっている。診療の補助の部分で、具体的にこの行為はできるがこれはできないというものがあるだろうか。

(薬師寺委員) 良いかどうかは別として、アメリカを例にとると、かなり権限が与えられており、毎服の量などコントロールできると聞く。アメリカの看護師と同等の権限を与えることは可能か。

(中垣課長) アメリカではナースも医師も何段階か資格がある。そのなかで、私が聞いているのは、あくまで医師と看護師の権限ははっきりしているが、看護師の権限のなかではかなり裁量があると聞いている。医師も看護師もひとつの制度なので、いまおっしゃったような話が、法的に「一段上の人ができる」という話になるのか。それとも診療補助行為をしていくなかで、法律的な手段に因らず差を付けていくのか。法律的に、資格制度を何段階かに分けるということについては、我々としては積極的に捉えるのは難しい。

(八代座長) ホームヘルパーについてはずいぶん緩和が進んでいるようだが、どのような行為が認められるか通知案を検討していると聞いている。

(中垣課長) タイトルに「(案)」とついている資料だが、特区のヒアリングの際に、年度末までにははっきりできるものはさせたいと申し上げた。爪切りまで医行為だといっておかしなことになっているのではないかという話があったので、我々としては、資料にあるような体温測定などの行為については、原則として医療行為ではないのではないかと、また、注5に挙げる行為も基本的には違うのではないかとということで通知したい。

本件については、3月の終わりにパブリックコメントを募集した。いろいろな介護現場等でやっている人がおり、誤解を与えるような表現になっては問題がある。そこで我々のHPに掲載し意見を求めた。4月いっぱい150件ほど来ている。意見としては両方あり、もっとやらせればよいというものも、やはり危ないので資格を持った人でないといけないというものなどというものもある。

これを出す際には、理屈を含めてかなり検討したので今更大きな変更はないが、表現ぶりを考えてなるべく早く出したいと思っている。

(八代座長) 事務局からは他にないか。どうもありがとうございました。

以上

(文責 構造改革特区推進室 速報のため事後修正の可能性あり)

構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング  
議事概要

外国人医師等による日本人への診療容認  
臨床修練制度によらない診療の容認（厚生労働省・法務省）

1. 日時 平成 17 年 5 月 18 日（水）9:30～10:00
2. 場所 内閣官房構造改革推進特区室 7 階会議室
3. 出席者

（委員）八代座長、薬師寺委員

（所管省庁）厚生労働省医政局医事課 中垣課長

（事務局）滑川室長、御園副室長、檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、  
ほか

4. 議事経過

事務局からの説明（規制の特例事項の内容、論点など）と、所管官庁からの説明（制度の概要など）がなされた後、以下のような質疑応答が行われた。

（薬師寺委員）臨床修練制度についての説明がなかったが、その範囲内では何ができるか。

（中垣課長）この制度は、基本的には途上国の医師が日本の指導医のもとで医業等を行うもの。常に指導医が付いているので、日本の医師免許はないが患者に触れることはできる。保険診療も指導医が付いているので適用される。かなり水準の高い人については、臨床修練制度のなかで教授を付随して行うことができると制度を改正した。臨床修練は無給だが、教授の部分については報酬が得られるようになった。これについては通知等も出している。

我々としては当初、河北総合病院の提案については、臨床修練制度を活用することが考えられるのではないかと思った。だが、河北総合病院は、あくまで付随する教授ではなく診療目的で来るということであったため、この制度では無理だろうとお答えした。

（薬師寺委員）小児救急については日本はかなり遅れていると認識している。一般の救急と小児 ER とでは違う。小児 ER はアメリカが専門医を作り、しっかり対応している。そういう部分を学びたいということで河北総合病院の提案があったものと思う。したがって、教わる方を招致するのに、「修練」という習うための制度を使うのは合わない。教えることを目的とした、外国人医師のための新たな資格というものは考えられないのか。

(中垣課長) 教えるといった場合に、学会や大学病院などで高名な先生を呼び、スライドなどを使って講演をするというのはよくあるだろう。だが、その方が継続的に医療を行うことは、我々としては問題があるのではないかと思う。

(薬師寺委員) 発展途上国だけでなく先進国でも、日本人の医師が一定期間、許可をとって臨床をやるということがある。逆になぜ日本ではそういう制度を取り入れられないのか。外国の優秀な医師に教えを乞い、単に文字だけで学問的に取り入れるというだけでなく、臨床として技術を取り入れるためには、やはり目の前で見なくてはいけないだろう。

(中垣課長) そういうニーズを否定するものではないが、現実としてそこで手技をやらなくてはならないかということと、河北総合病院の提案は少し違うように思う。

(八代座長) 必ずしも河北総合病院の提案にこだわる必要はない。ひとつの提案にすぎず、もう少しバリエーションがあってよい。河北総合病院はそうは言っていないかもしれないが、もう少し広く、外国人医師から学ぶような仕組みを考えても良いのではないか。『白い巨塔』に、財前教授がポーランドで実際に手術をしてみせるというような場面があった。だが、日本ではそうした外国人医師が自分の国の患者を実際に手術をしてみせるということが認められない。たとえばガン患者の難しい高度な手術を外国人医師が、実際にして見せるというようなことができない。河北総合病院はそうは考えていないのだろうが。なぜできないのかという質問だ。

(檜木参事官) 医行為は臨床修練制度でできるのではないか。

(中垣課長) いや、もっと正面からという提案と受けとめている。だが、本当にそれをどうしてもやらなければいけないのかというのがあるのと、あとは被験者の同意が十分得られるのか。

(八代座長) 「どうしてもやらなければいけないのか」という防衛的なものではなく…。

(中垣課長) 我々も立場が国民医療の安全を守るというあるのでどうしても最悪のケースを想定してしまう。もちろん八代座長はそのほうが医療が良くなるのではないかという観点から仰っているのだと思うが。なかなか即座に「よい」とは言い難いものがある。

(八代座長) どういう条件があればよいのか検討する場はあるのか。医療鎖国というか、日本国内では日本の国家資格に通った医者しかできないという仕組みだ。前に医師会と議論したときに、それは国家資格の問題だと常務理事が言っていた。日本人の医師がアメリカでできない以上、アメリカ人の医師が日本でできないのは当然だと、日米航空交渉みたいなイメージで言っていた。だが、私はそれはナンセンスだと思う。消費者の立場から見てメリットがあれば、一方的な解放でもよいのではないか。

(中垣課長) 医療のことを考えると、医師には技術も重要であり、外国に優れた医師もいるのだと思う。だが、そうでない者もいるだろう。それをどうやって判断するの

か。あるいは、それが何らかのかたちで悪用されないか。善意を持って制度を作っても、運用しているうちに趣旨からずれてどうにかなってしまうということは国の制度でもよくあるところなので、にわかには賛同できない。

(藤沢参事官) 外国の非常に優れた医師が短期間日本に来て医行為を行ったあとは国に帰るのであれば「医業」に該当しないのではないか。医行為を反復継続する意思をもって行うことが「医業」の要件なので。

(中垣課長) 反復継続が要件に入っているので1回であれば反復継続ではないとも言えるが、ただ、それで言うのは脱法的であり、「だからよい」とはあまり言いたくない。1回ならばよいが2回ではだめかというような議論では、論点がずれて行ってしまっているのではないか。

(檜木参事官) 教授目的での実績はあるのか。

(中垣課長) ない。

(檜木参事官) なぜ、ないと思うか。

(中垣課長) ニーズがないのではないか。

(檜木参事官) 制度に問題があるからだとは思わないか。

(中垣課長) ニーズがないからだと思っている。

(八代座長) 教授目的とは何が違うのか。

(檜木参事官) 臨床修練制度は、もともとは開発途上国の人を受け入れる制度だったが、2年ほど前に特区で提案があり、教授目的でも入れるようにしたが今のところ実績がない。ニーズがないのだろうか。

(中垣課長) ぜひ提案者などと公開討論でもしたらよいと思う。具体的に何を考えていたのか。私はぜひそれを言いたい。せっかく檜木さんがそうおっしゃったのだから。

(薬師寺委員) 現場に入っている先生方は、医学部教育という形で外国の臨床の先生方が入ってくださっているというのが現状だ。先生方は患者にタッチすることもできない。それをもう一步踏み込んで、患者にタッチしながら教授をしていきたいという声は実際にいろいろなところで挙がっている。いわゆる教授の立場で入ってくる方の資格の整備についてはニーズがあると認識している。

(中垣課長) おそらく臨床修練医とは別の話だろう。

(梶島参事官) 制度的にどう仕組むかは難しい問題があるので、いまここで結論は出せないと思うが、基本的な考え方として、諸外国、とくにアメリカのある特定分野の優れた医療技術、診療技術を学んで日本に広めたいといった場合に、どのような手法があるのか。アメリカ人が日本に来てやるのは原則としてだめであれば、日本人の医師がアメリカに行って学んでくるしかないのではないか。他に方法はあるか。日本人の患者の利益のために、優れた技術を日本に広める制度的な担保はあるのか。なければどうやって日本に広げるのか。基本的な考え方をお聞かせ頂きたい。

(中垣課長) やはり手術など実例が問題になる。若い医師は手術件数の多いところへ行きたがる。また、そうした情報は今ではどこでも取れる。また、救急医療など特定分野ではデコボコがあるのかもしれないが、日本の医療技術が非常に遅れているということはないと思っている。むしろ日本のやる気のある医師がどうやってそういう病院に行くかが重要だ。新臨床研修制度の下、研修医は、従来は7割くらいが大学病院で研修していたのが、今は半々になっている。臨床研修病院 大きな病院で5割、大学病院で5割だ。結局、人気のあるなしがはっきりしている。特定の病院に行きたがる。給料がいいからというわけではなく、研修のプログラムが優れているとか、いろいろな症例が見られるというところから来ている。そういう形でやっていくのがよいのではないか。

(八代座長) いま日本の患者が流出するという傾向がある。米国等の病院に行って治療を受ける人が増えており、米国等の病院では日本語のHPを作り、一生懸命日本人の患者を集めようとしていると聞く。理由は分からないが、そういうニーズはやはりあるのではないか。たしかに日本の技術も優れているのだろうが。そういうことは特に把握していないのか。

(中垣課長) 特にはない。ただ、移植など日本では認めていないものはあるだろう。あとはアメリカの医師は、非常に高収入の人からそうでない人までいる。日本ではなかなかそうはなりにくい。それが良いか悪いかは人によるのだろうが。「自分はいくら払ってでも」という人はいるだろう。

(檜木参事官) あとは抗ガン剤などの問題かもしれない。

(八代座長) よほどお金持ちでないと外国まで行って治療が受けられないというのではなく、中程度の人でもできるようにどこか特区を作るというのはどうか。そうすれば日本人の患者にとってもよいし、その病院にそうした技術があれば日本の病院に人が集まる。

(中垣課長) だが、やはり日本の特定の地域だけ使える薬や技術があるというのは、我々だけでなく、国民感情として受けられないのではないかと思うが。

(八代座長) それは一つの実験ということである。

(中垣課長) そうなのだろうか。技術は分からないが、薬剤など新しいものはリスクもある。

(八代座長) いや、アメリカで認められていて日本で認められていない薬や手術法というのは常にあるわけだ。だからアメリカまでなぜ行かなくてはいけないのかというシンプルな疑問だ。

(中垣課長) かつて認められていた薬剤でも副作用等があって使えなくなったり、手技も変わっていくということはよくある。だから外国がやっているからというだけでいいとはいえないのではないか。この件について特定の地域ならばよいのではないかという議論は、国民と一致しているとは思えない。それであれば、特定地域

だけ速度無制限にするよりも、よほど抵抗があると思う。

(八代座長) そのために特区がある。国民の声を聞くというのは難しいが、特定の市町村の長が責任を持ち、地元の人が納得した上で、特定の地域で、どんな薬を使ってもよいというのは言い過ぎだと思うが、実験的にアメリカ人の医師を使ったアメリカンホスピタルのようなものを作るという提案は、河北総合病院ではないがあるわけだ。そういうことが国際化の時代で日米の医療システムを比較してみるということにもなる。国際化の視点で特区をそういう風に使うというのは難しいか。

(中垣課長) そこは恐らくどこまで行っても平行線だろう。

(八代座長) ありがとうございます。

以上

(文責 構造改革特区推進室 速報のため事後修正の可能性あり)



構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング  
議事概要

外国人医師等による日本人への診療容認  
外国歯科医による教授を目的とした歯科診療の可能化（厚生労働省）

1. 日時 平成 17 年 5 月 18 日（水）10:00～10:30
2. 場所 内閣官房構造改革推進特区室 7 階会議室
3. 出席者

（委員）八代座長、薬師寺委員

（所管省庁）厚生労働省医政局医事課 中垣課長、小澤補佐  
医政局歯科保健課 日高課長

（事務局）滑川室長、御園副室長、檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、  
ほか

4. 議事経過

事務局からの説明（規制の特例事項の内容、論点など）と、所管官庁からの説明（制度の概要など）がなされた後、以下のような質疑応答が行われた。

（八代座長）要するに、よい技術を学びたいければ日本人の歯科医師を招いて学べばよいということか。日本のあらゆる病院に優れた医者がいないはずはないというお話だったかと思う。

（日高課長）我々が知る範囲では、それなりに進んだ歯科医学に基づき診療を行っている。ご提案の高度な歯科医療というものが、果たして何を指しているかが常々疑問だ。通常の外来措置で対応できるような内容を教授するということであれば、それが高度なのかどうか。提案のなかに具体的な事例がないので、それが日本にない技術なのかどうかを認めることは現時点では困難だ。

（八代座長）2点ある。高度な技術を学ぶときに、日本人か外国人かという話と、病院か診療所かという話がある。病院では認められているのか。

（日高課長）病院については医師と同じ臨床修練制度がある。

（八代座長）それが診療所では認められていないということか。

（日高課長）そうだ。

（八代座長）なぜ高度な診療所ではダメなのか。とくに歯科医師は診療所のほうが圧倒的にウェイトが高い。

（日高課長）やはり高度な歯科医療となると、入院を必要とする場合や、急激な副作用を起こしたり、他の障害が起こる可能性があり、病院であれば救急時の対応もでき

る。そういう観点から総合的に見ると、病院という判断になる。

( 檜木参事官 ) 歯科の分野でもそれが必要なのか。

( 日高課長 ) 高度な歯科医療というからには、かなり生体に侵襲性があるだろうと予測した。

( 八代座長 ) それはあまりに限定的だ。例えば痛みの全くない治療法など、それほど命に関わるものではない。

( 檜木参事官 ) 日本の歯科は8割以上がクリニックだ。そこで高度で先端的なものもやっていると先ほどから仰っている。だとすれば、きわめて危険な状態でクリニックが運営されているということにならないか。つまり、先ほどから仰っているのは、日本の歯科医療も高度なことをやっている、だが高度なことをやるには病院という施設が必要だということであり、そうであれば、いま診療所で高度なものを行っていることはきわめて危険なことにならないかということである。

( 日高課長 ) 誤解があったら申し訳ないが、日本では歯科診療所がおおかたの治療を行っているというのは事実であり、それは通常は虫歯や入れ歯など外来措置で対処可能なことをやっている。それを果たして高度と言えるのかどうかという観点がある。高度というからには、新しい技術であり、予測できないこともあるだろうし、侵襲性が高いと申し上げているのであり、診療所での診療が危険だという趣旨ではない。

( 檜木参事官 ) 私が言いたかったのは、日本の診療所でも高度なものを行っているところはあるわけだ。もしも危険であれば、病院でなくてはならないと規制すべきではないか。要は、病院でなければいけない理由として、高度なものは危険を伴うからだと言うのであれば、日本の診療所でも危険な行為を禁止すべきではないか。

( 日高課長 ) 当然歯科の診療所でもインプラントなどは実施されているし、ごく少ないが病床があって入院して治療する場合もある。だから全てが危険な行為だと考えてはいない。当然、安全対策をもって実施されているものと思う。ただ今回の提案の高度歯科医療というのが何を指しているかが分からないことが...

( 八代座長 ) それを一件一件、事前に申請しないと認めないというのは...。病院に認められることをクリニックにも認めよという、きわめてシンプルな提案だ。病院の場合は、別に一件一件審査していないであろう。

( 檜木参事官 ) 未だに分からないのは、いま日本のクリニックで認められている禁止行為ではないものについて、臨床修練制度になった瞬間に、病院でなければいけないという厚生労働省の論理が分からない。

( 日高課長 ) 病院は設備機器が整っているという前提だ。

( 檜木参事官 ) そうだとすれば、日本の現状でもクリニックに認めたら危険な行為になるわけだ。要は高度な歯科医療は日本でも現にあって行われているとおっしゃるわけだから、それと主張が矛盾しているのではないかと申し上げているのだ。外国

人が来て研修する場合の高度な歯科医療は病院でなくてはできない、ということとなぜ両立するのだろうか。矛盾はないのか。

(日高課長)たとえば診療所でも、圧倒的多数は通常の外来の診療を行っており、ある一定範囲の侵襲性はあるが、学問として予測できることだ。

(檜木参技官)ふつうものは結構だ。今議論になっているのは高度な技術について、危険なので臨床修練制度の下では病院でしかできない...

(日高課長)可能性があるということだ。

(檜木参事官)ということと、日本の高度な歯科医療については病院に限定せずにクリニックでもできるというところをきちんとご説明いただいたほうがよいと思う。そうでないと、なぜ病院に限定しているのかが分からない。

(中垣課長)臨床修練制度というのは、日本の資格を持っていない人に医行為をさせるものである。特定の病院でやっている。なぜかという、必ず臨床修練指導医なり指導歯科医なりがいて、一緒についてやっている。仮に何かあったとしても、そこですぐに対応できるし、責任も指導医等が取れる仕組みになっている。それは当然、臨床修練制度をやっている病院にはそれなりにスタッフがいるからだ。然るに診療所であれば、技術の話もあるが、人の体制、設備を含めて本当にできるのかというものがある。それと、提案にあった中身が、どうも我々としてすとんと落ちてこない。

(薬師寺委員)檜木参事官がおっしゃったように、とくに歯科分野においてはほとんど診療所であるというところで医師と歯科医では世界が違う。逆に歯科医師を修練制度で招致する場合に、どういう条件が揃っていれば診療所でも可能なのか。

(日高課長)現時点では、検討していない。

(八代座長)それをやってくれというのが特区提案だ。おっしゃったように病院でもそれなりの施設を持っていないとてならない。それと同じような条件が揃えばクリニックでもよいのではないか。臨床修練ができる病院というのは、一定の資格を持っているということだろう。それは個々の診療内容を限定するのではなく、設備基準や医師の数などだろう。それと同じ基準が認められるクリニックでは何がいけないのか。性能規定の考え方だ。

(日高課長)歯科の場合は大学病院で臨床修練を行っている。仮に基準を考えるとすれば、大学病院と同等のものが必要である。

(八代座長)いま大学病院などでやっている基準を定めていただき、仮にその基準を満たせば、名前がクリニックであっても構わないということではよいか。

(日高課長)人の体制なども重要である。

(八代座長)人の体制についても、当方では「一定の水準以上」と言っている。当然、そんなにいい加減なところではないはずだ。そこはかなり交渉の余地があると理解してよいか。病院かクリニックかという名前が問題ではないということだ。

(日高課長) ご提案の内容では、オペ室があり機材があるとのことだが、これだけの内容では不十分だと思う。

(八代座長) 設備内容については少し検討の余地があるかもしれない。

以上

(文責 構造改革特区推進室 速報のため事後修正の可能性あり)

構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング  
議事概要

医療関係業務の労働者派遣容認（厚生労働省）

1. 日時 平成 17 年 5 月 18 日（水）10:30～11:00
2. 場所 内閣官房構造改革推進特区室 7 階会議室
3. 出席者

（委員）八代座長、薬師寺委員

（所管省庁）厚生労働省医政局総務課 原課長

安定局需給調整事業課 篠崎補佐 ほか

（事務局）滑川室長、御園副室長、檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、  
ほか

4. 議事経過

事務局からの説明（規制の特例事項の内容、論点など）と、所管官庁からの説明（制度の概要など）がなされた後、以下のような質疑応答が行われた。

（八代座長）説明にあった検討会の報告書のまとめの方については、皆が合意したのではなく、誰かが一言でも言えば、それが書かれている。特に最後の派遣労働者の責任の所在については、派遣法の考え方を全く理解されていない意見だ。当然、派遣先の指揮命令を受ける。その問題はないはずだ。派遣を十分理解されていない委員が発言したものだ。

（薬師寺委員）現在出されている要望の中には、医療過疎という、地域のかなり目の前に迫った深刻な問題がある。これに対応するための政策として回答してほしいということだ。ここでは看護師で出ているが、医師についても同じことが起きている。研修の必須化に伴って過疎の地域で診療所がつぶれることが現在大きな問題となっている。この中で人材をどう確保できるのかだ。チーム医療についてはよくわかる話だが、ここではそれ以前の問題になっている。医療ができないから、誰かここにいて下さいという問題だ。特区限定で、医療過疎の地域から、こういったものを解禁する考え方はないのか。

（原課長）医師の地域偏在は大きな問題だと思っている。私どももこの問題について、医師需給の検討会で検討しているところだ。他の審議会でも議論しており、文部科学省、総務省とも定期的に連携している。何とか対策を講じていかなければならない。その中で、派遣で解決できるようであれば、それは選択肢として否定するものではない。ただ、基本は、労働者派遣で解決するものとは思っていない。医師の地域偏

在問題については、たとえば、大学での養成のあり方、僻地医療対策、僻地中核の支援病院から離島の診療所に医師を派遣、などいろいろな対策を総合的に講じていないと解決しないと考えている。

(八代座長) おっしゃる通りだ。これだけで解決するものではない。今言われたものに加えて、薬師寺委員の発言のポイントは、この派遣も考えていいのではないかということだ。ヒアリングをしたときも、病院長は医者をどう調達するかで走り回らなければならず、本来の診療がおろそかになってしまっている。派遣会社が質の高い医療従事者を派遣してくれれば、非常に助かるとのことであった。それが一つである。派遣をやむを得ず受け入れなければならないとネガティブにとらえるのではなく、医療の質を向上する一つの道具として考えてはどうか。

(原課長) 必ずしも地域偏在は僻地だけではないが、たとえば、離島・僻地の場合、医者が1人診療所の開設者としており、看護師を1人使っていることが多い。開設者・管理者と派遣がどううまくなじむのか。普通の病院であれば、ちゃんとした管理者がおり、その管理者の指揮命令の下で派遣労働者がいることになるが。病院という形になっていれば、確かに、一つの検討対象になると思うが、いわゆる離島・僻地の場合にはどうなるのか。

(八代座長) そういう条件をきちんと出していただきたい。たとえば1人医者の診療所に医師を派遣するのはだめで、少なくとも開設者がおり、その下で働くのであればいいといったものだ。農業の場合でも、耕作放棄地がある場合に株式会社の参入を認めている。このような条件を明記してもらえばよい。一方で、あらゆる場合において、派遣労働者は人格がわからないのでだめだと否定するのは、・・・。

(原課長) 懸念をもっているだけだ。

(八代座長) 医者的人格に懸念があるのは、派遣に限ったものではない。常用であればいいという問題ではない。また、事前面接すれば人格がわかるかと言えば、かなり程度の問題だ。そこは、派遣会社が、場合によっては人格も含めて責任を持つ、という契約もある。派遣会社の都合で、派遣先がいやだと言っているのに、医療スタッフを変えるのは考えがたい。普通は派遣先の事情によるものだ。むしろ、一番上の、事前に人を特定できないことが問題である。そこは、ある程度派遣会社が責任をもって、チーム医療になじむ人を派遣することで、対応できないだろうか。そのほか、実際に緊急手術をする場合には、近くの病院から医師をかき集めるので、その場合、いちいち人格がいいかどうかを選ぶのか。全く新しい人が参加することもある。もともとチーム医療とはそういうものであり、医師は専門家が集まったものだと聞いているが、どうか。誰となら一緒にできる、誰となら嫌だという次元の問題ではないと聞いた。

(薬師寺委員) 医師に限定すると、そういった質の担保が、これまでは医局制度の中で担保されてきたことがあろう。医局制度を廃止していく動きがある中で、では、誰が

派遣の質の担保をするのかを、しっかりと考えていかないといけない。派遣はだめだというのではなく、前向きに考えて、どういった質の担保をすればいいのかが大きなポイントだ。先ほどの手術の例でも、医局に所属している医師がこれまでは行っていたが、これまでの医師といったチームを崩しつつある中で、もう一つのチームを作るにはどうすればいいか。両方をやっていく必要がある。

(原課長) 実際に来年度の制度改正に向けて検討している。一つは医療安全を高めるなかで、チーム医療が大切であると考えている。言葉だけではなく、たとえば、特定機能病院や一定の大きな臨床研修指定病院などで、医療安全に関わる組織体制を整えて、リスクマネージャーを置くとか、研修を責任を持ってやるとか、院内の事故報告を義務とすることなどを検討している。体制の整備とあわせてチーム医療もきちんとやっていく。一つは、そうした議論が進んで、体制も整備されていけば、平成15年度の調査で医療関係者が懸念を持ったチーム医療に支障が出るのではないかといった点も、理解が得られていくのではないか。改めて言うまでもないが、医療は、電化製品を分業してみんなで組み立てるようなものではなく、生身の人間に対して健康・生命というサービスをみんなで提供するものである。現場の人が、派遣では不安だと言う声があることも事実である。私たちとしては、その声を無視することはできない。反対すると言うよりは、慎重な検討が必要だと言っている。この点は是非ご理解を頂きたい。

(八代座長) そこはよくわかっている。だからこそ、全国でいきなりこれを認める代わりに、医療関係者の理解が得られる地域に限定して、これをやるのが特区だ。

(原課長) 医療不足地域に限定されているのか。

(八代座長) たとえば、それもある。そうでなくても、そこの医者が合意すれば、というものもある。一つの可能性として医療不足地域こともあり得る。

(原課長) 常々、八代座長からおしかりを受けている点だが、医療に関する規制については、私どもは全国一律と言うことで一貫している。ある特区の、ある医師がいいと言えばいいことにするのかについては、よく検証しなければならない。一方で医師不足のような地域で、背に腹は代えられない状況があれば、それを検討しない訳にはいかない。ただ、われわれは、基本的には医療については特区になじまないと考えている。

(八代座長) 地域によって事情は異なるので、全国が同じ状況なら一律でよいが、異なる地域に対して同じ規制であると、逆に格差を認めることになる。これが一つのポイントだ。もう一つは、先ほど薬師寺委員が指摘したように、事実上の派遣制度があり、それが医局制度になっている。ここで言っていることはまさに医局制度にあてはまる。医局の都合によって医療スタッフの異動が頻繁になるというのは各病院関係者のまさに不満として言っている点だ。医局につながっているところはいいが、そうでないところでは、こうした医局以外のルートで医師や医療スタッフを派遣し

てほしいニーズがある。派遣に反対というのは、医局制度を守るともとられるとの意見もある。まさに競争相手だからだ。むしろ医局にこだわらず、マイナーな大学でもいい医者がいれば、派遣会社に登録して、競争環境を高めるという考え方もある。医療の質を落とすためではなく、上げるためにやってほしい。その基本的な認識は変わらないと思う。どういう条件を付けた特区であれば良いかは、必ずしも提案者の意向と同じかどうかはわからないが、検討する余地がある。

( 檜木参事官 ) 先ほどまでの議論の中心は医師だったが、今回の要望は看護師だ。看護師について、どこまでよしとするのかを議論してはどうか。

( 原課長 ) ここでは全体を言ったつもりだ。

( 宮地参事官 ) 基本的なスタンスとして、医療に関しては全国一律との考え方だったが、特定の技術とか薬品は理解できるが、逆に医政局マターは全て特区を認めないという理屈か。

( 原課長 ) 医政局マターにも特区が一つある。株式会社の参入であり、経営主体の話としてあり、直接人の健康・医療に関わらないのでできている。

( 宮地参事官 ) 私の質問したかったことは、この問題をさらに掘り下げていくのかどうかを決める際のポイントとして、医療スタッフというのは医療技術や医療水準とも微妙に関係し、他方で一つの経営体としての部分もあるので、グレーゾーンかと思った。どちらに分類されるのか。あるいは、今の時点ではそういった分類はされていないので、可能性があるのか。

( 原課長 ) 基本的には全国一律だと考えている。医療特区については、これまでの議論の積み重ねの結果であり、これを例外と言えれば怒られるが、そのように考えている。

( 八代座長 ) 全国一律であればいいと言うよりは、常に医療サービスの質の向上があり、質の向上のためにどうすればいいのかというときに、単に厚労省の審議会で決めるのではなく、審議会では意見が分かれることがたくさんある。これもそうだ。そのときに、自治体の責任で、意見が別れる一方のことをやってみる。その結果として、良ければ適用するし、だめであればそこで止める。それが特区のアイデアである。例外・格差を固定化するものではない。そこは、全国一律のサービスを提供するという本来の別に反するものと考えている。特区は速やかに全国化される。参事官が指摘した経営体については、つまり、常に医者を配置しなければ医者にとって、常勤の間で空きが出るのは不可欠だ。空きの時間を派遣労働者でまかなうのは、むしろ全国一律の医療サービスを維持するための非常に実効的な手段だ。他の業界ではそうして使われている面がある。それを否定すると、かえって医療サービスが損なわれる。なにか、理想の状況と比較して派遣が良くない言う論点ばかり出ているが、現実には理想の状況ではない。そこをどう考えるかだ。

( 宮地参事官 ) 課長もア・プリアリに派遣を否定しているわけではない。医師が足りない場合に、住民に医療サービスの格差を縮めるようにする視点で検討していただきたい



い。

(八代座長) 結論を出す場ではない。あくまでも意見を聞いている。

(原課長) 今日は、一般的な命題が出ていたので、限定した場面の話として申し上げた。

(薬師寺委員) 看護師についても、現状かなり苦しい。外国人の看護師を雇用したいとの提案もかなり頂いている。では、日本の中で看護師はどうなんかといえば、そのほとんどが女性である。その女性である特徴によって、長期的な雇用の間に短期的な雇用をつなげたいと言うものだ。女性の働き方が日本の中で徐々に変わりつつあるが、女性が主な看護師の勤務体系が、今まで通りでは無理があるのが現状だ。そうであるなら、基準がある中で如何に人員を配置するかとなると、派遣はかなり有効ではないかと考えられる。時代の変化にマッチするためには、どういう条件があれば派遣が認められるのか視点に検討していただきたい。

(原課長) 看護師については、これまで医師以上に、需給の問題が平成以降問題になっている。現在も看護師の需給見通しを検討している。確かに女性が多いことから、出産・育児で職場を離れることがあり、派遣がそれを埋めることがある。一方で、看護師の業務では、これまで夜勤が非常に多いことから、処遇改善の取組が長年行われている。そのため、本来であれば、常勤職員を増やしてきちんとした勤務条件を整え、あるいは、育児休業をきちんと整備するとか、院内保育所を整備するなどのことを併せてやっていかなければならない。派遣で全てが改善するわけではない。関係者は派遣によって、これまでの看護師の処遇改善が、かえって阻害されるような気持ちになっていることは事実だ。その点は、話し合いをしながらやっていかないといけない。

(八代座長) 看護師協会は確かにそれを恐れている。ただ、逆に、育児休業を確保するためにも派遣は活用されている。

(原課長) 否定はしない。

(八代座長) 使い方であって、むしろ、勤務条件を改善するためには、どう使えばいいか。特区による規制緩和では、必ず代替措置をつくる。その代替措置をどう作るかが工夫のしどころだ。これについて今後とも是非議論させて頂きたい。

以上

(文責 構造改革特区推進室 速報のため事後修正の可能性あり)

構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング  
議事概要

医療分野における広告規制の撤廃・ネガティブリスト化（厚生労働省）

1. 日時 平成 17 年 5 月 18 日（水）11:00～11:30
2. 場所 内閣官房構造改革推進特区室 7 階会議室
3. 出席者

（委員）八代座長、薬師寺委員

（所管省庁）厚生労働省医政局総務課 原課長

（事務局）滑川室長、御園副室長、檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、  
ほか

4. 議事経過

事務局からの説明（規制の特例事項の内容、論点など）と、所管官庁からの説明（制度の概要など）がなされた後、以下のような質疑応答が行われた。

（薬師寺委員）質問したいのだが、病院のホームページについて規制はない。ここでの広告とはどういうものか。

（原課長）インターネットは医療法では広報である。要するに、不特定多数の人が見たくもないのに目にはいるのではなく、一定の意思を持った個人が見に行く。たとえば、病院が病院内にパンフレットを置いて、見てもらうのは自由になっている。これは広告ではなく広報だからである。一方で、病院が病院の前に看板で病院の自慢話を出すと、これは広告になると考えている。実際には、インターネットも無法状態になっている。規制がかかっていない。そのため、広報だからといって何もしなくていいのかという議論はある。そのため、今後の情報提供体制の資料の中にも、インターネット等の広報の項目があり（6 ページの図）ある程度は、何か規制というか、医療機関の自主的取組が基本になるが、ガイドラインを示すなど、もう少しやらなければいけない。東京都でも提言している。また、言うまでもないことだが、いくら広報でも虚偽の内容を出してはいけない。その場合は罰則を適用する、医療機関名を公表するなどの議論はある。ただし、インターネットは非常に有用な情報であり、広告と同じような規制はいかなるものかと考えている。原則自由の中での、医療機関の自主的取り組み、あるいは、一定の抑制措置が適当ではないかと考えている。

（八代座長）今の広告と広報の定義は、よくわからない。患者の立場に立った場合、たとえばガン患者は、どの病院が良いかを必死になって探す。そのときに、広告も目にするし、インターネットも使う。患者の保護を考えた場合、インターネットは極め

て緩い状況になっている。規制改革会議が言っているネガ・リストよりももっとひどい。他方で広告は極めて厳しくなっている。確かに、審議会の懸念はよくわかるが、既にインターネットがある以上、そこは、大胆にやらないと、かえって患者保護にならないのではないかと、というポイントが一つある。それから、最近少し問題になっているが、勝手に医療機関を評価している組織がたくさんある。週刊誌から某新聞に至るまでだ。そちらがどんどん進んでいる中で、このような悠長なことを言ってどうするのか。まさに、代替手段が患者のニーズに応じてどんどん発展している中で、もっとスピードアップが必要なのではないかと。ネガ・リストの対象が問題だと言うことはあるが、今のポジティブリストでは到底追いつかない。不十分でもネガティブリストを真剣に考えないと、インターネットや素人による医療機関の現実に追いつかない、といった議論はないのか。

(原課長) その通りである。確かに、世の中のスピードに行政が追いついていない。仮にネガにすることに合意ができなくてポジとなっても、今までのような、1、2年かけてと言うことではなく、もっと迅速に行う方法を考えないといけないと考えている。

(八代座長) それを全国ベースの審議会でやっていただくのは結構だが、別に特区で、まさに実験的な意味で、ネガティブリストをつくってどうなのかを検討してほしい。これは、医療行為の問題ではないので、まさしく、その方がより患者から信頼を受けることをあとの満足度調査でも検証できる。

(原課長) 理屈を言えば、直接の医療行為ではないにしても、患者が医療機関を選択することに関わっており、広告をみて被害が出てくることもある。基本的には全国一律であり、特区になじまないと考えている。もう一つ、広告の性質から、地理的な範囲を超えてしまう。これでも特区になじむのか。

(八代座長) 特区の作り方だ。患者は縛らなくても良い。この地域の医療機関だけが、より自由な広告ができることを試す。誰が見るかは、こちらは意識していない。

(原課長) 私どもは、誰が見るかが大切だと考えている。患者の立場を考えている。

(八代座長) そうか。生産者限定した特区は他にあるか。あまりユーザーを考えて、特区はダメだと言うことはない。

(宮地参事官) 教育特区でも転校することは可能。人の移動を制限する特区はない。

(原課長) ダメと言うよりは気になるということだ。

(八代座長) 患者の被害が不特定多数に及ぶからと言うことか。有り難うございました。

以上

(文責 構造改革特区推進室 速報のため事後修正の可能性あり)