

○医療政策企画官 ただいまから第45回「社会保障審議会医療部会」を開会させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中を御出席くださりましてまことにありがとうございます。

当部会の総委員数が24名ですので、定足数は3分の1の8名となっております。

本日は阿真委員、大西委員の2名が御欠席とのことですので、現時点で22名の委員の皆様にご出席いただいております。したがって、この会議は定足数に達していることをまず御報告申し上げます。

次に、新しく委員に就任された方を紹介申し上げます。

日本歯科医師会副会長の牧野利彦委員です。

また、前回の2月18日の本部会以降、事務局におきまして異動がございましたので、御報告させていただきます。

田口歯科保健課長でございます。

堀保健医療技術調整官でございます。

次に、議事に入ります前に、お手元の資料の確認をさせていただきます。

お手元に、議事次第、座席表、委員名簿のほか、資料1、資料2-1から2-4、資料3-1及び3-2、参考資料1-1及び1-2、参考資料2をお配りしております。不足がございましたら、お知らせください。よろしいでしょうか。

事務局からは以上です。

それでは、以降の進行は永井部会長よりお願いいたします。

○永井部会長 それでは、本日はまず、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」におきまして、本年1月に検討会としての整理案が取りまとめられたことに関連して、その整理案等について事務局から御報告をお願いいたします。

○地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

それでは、お手元の資料1「『療養病床の在り方等に関する検討会』の報告等について」を用いまして御説明させていただきます。

おめくりいただきまして、1ページ目に概略がございますけれども、この「療養病床の在り方等に関する検討会」自体は既に終わっております。一番下にスケジュール等を書いてございますけれども、昨年7月から本年1月まで7回検討会を開催いたしまして、参考資料1-1で、実際にその取りまとめられました成果につきましてはお手元に配付しておりますけれども、選択肢の整理案を提示させていただいたということがございます。

資料1を用いまして、「療養病床の在り方等に関する検討会」の御報告につきまして、簡単に御説明をさせていただきます。

1ページ目の一番上に目的、4つ○を書いてございますけれども、○の2つ、これは昨今の政策の中で地域医療構想あるいは地域医療構想ガイドラインの中での取り扱いの整理を記載してございますが、地域医療構想の中でも慢性期の病床機能、それから在宅医療

等の医療需要を一体として取り扱って推計していくという位置づけになってございます。その中で、医療介護サービス提供体制の対応方針を考えていく必要があるという背景がまず1つございます。

それから、3つ目の○に書いてございますけれども、療養病床、特に介護療養病床につきましては、平成29年度末で廃止を予定されている制度上の今の位置づけがございまして、こういったことを受けながら、医療ニーズの高い入所者の割合が実態として増えておりますので、こういった方々をどう受けとめていくのかというのが現場の視点からしても課題になっているということで、4つ目の○でございまして、今、御説明させていただきましたような慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制を、療養病床のあり方を初めとして、選択肢の整理を行うことを目的として開催いたしております。

検討事項は、今、御説明しました2つを柱立てにしておりまして、ここに記載させていただいておりますような構成員の方々に御議論をいただきましたということでございます。

おめくりいただきまして、2ページ目、議論の概要、それから新たな選択肢の整理案を1枚にまとめてございます。一部重複いたしますけれども、一番上の四角にまとめてございますが、具体的な改革の選択肢の整理を行うことを目的として開催いたしましたということで、中ほどに四角囲みで書いてございますが、その整理案の具体的なイメージといたしますか、考え方をまとめてございます。

真ん中の行の四角を2つ矢印で書いてございますけれども、現行の介護療養病床、医療療養病床、これは介護保険適用の療養病床、それから医療保険適用の療養病床でございまして、その主な利用者のイメージを念頭に3つ○を書いてございます。課題といたしますか、整理をすべき論点は3つ書いてございまして、1点目は、要介護度や年齢の高い方が多いということでございます。2つ目の論点は、平均在院日数が長い、それから死亡退院が多いという実態がございまして、3つ目は、一定程度の医療が必要である、こういった実態としての前提を踏まえて、矢印でございまして、新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方として2点掲げてございまして、1つは「住まい」の機能ということでございます。生活様式に配慮いたしまして、それから長期療養であることから、プライバシーの尊重でございますとか、家族とか地域住民との交流が可能となるような環境が必要ではないか。2点目でございまして、日常的・継続的な医学管理、具体的には経管栄養でございますとか喀痰吸引等、あるいは充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が必要なのではないか。こういった考え方が基本的には必要であるということでございます。

その下に書いてございますが、これは後ろのほうでもう一度御説明いたしますけれども、具体的な2つの類型といたしますか、サービスの考え方の整理が必要だと。1つ目は、医療機能を内包した施設類型としての整理。2つ目は、医療を外から提供する「住まい」としての位置づけを踏まえた医療機関との併設類型が必要なのではないかということでござい

す。

その下に四角を書いてございます。これは後ほど総務課長から説明があると思えますけれども、この検討会はあくまで新たな選択肢の整理を行うものであるということですので、別途、制度設計に向けては審議会での御議論が必要であるということが前提となっております。

それから、この検討の中では、ここに簡単に御紹介しておりますけれども、幾つかの御指摘がありまして、例えば4つのポツを書いてございますが、医師や看護職員、介護職員の配置といった、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要ではないかと、長期に療養して、そこで亡くなるということを踏まえすと、やはりプライバシー、個室、そういったことが必要だ。3つ目ですけれども、介護療養病床の廃止の期限の再延長、あるいは医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長、これも選択肢として残すべきだ。あるいは、新たな類型について、低所得者の受け皿となることが考えられる。そういったことについての議論も必要だといったことも意見を寄せていただいたということでございます。

3ページ目をお開きいただきまして、最終的に御提示いただいた新たな類型を表にまとめてございます。あわせて、この表の見方ですが、一番左側の列に現行の医療療養病床との比較、それから一番右側の列に現行の特定施設入居者生活介護、つまりこれは外づけでのサービス提供、現時点での制度としての位置づけがございまして、そういったものとの比較をしながら、サービスの特徴、利用者像、医療の機能、介護の機能につきまして御提示いただきました提供類型を2つ整理しております。

案1が、先ほどの御説明で一部触れましたが、医療サービスの提供を内包するような施設的な類型。案2は、それを外から提供するというものでございます。

案1-1、案1-2と枝番がございましてけれども、医療内包型につきましては、大きく2つの形があり得るのではないかと。その2つの形の違いをわかるように、この表で分けて記載しておりますけれども、例えばサービスの特徴に関しましては、長期療養を目的としたサービスということ自体は同じでございますが、特に介護の必要性が高い方を念頭に置いたもの。あるいは中ほどの利用者像、医療機能につきましては、その延長線にあると思えますけれども、医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある方を念頭に置いているということに下線を引いてございます。あるいは喀痰吸引とか経管栄養を中心とした日常的・継続的な管理が必要だというのが案1-1で想定しているところ。

それから、案1-1と案1-2の違いはもう一つ、医療機能のところでございますけれども、24時間の看取り・ターミナルケア、当直体制あるいはオンコールといったような一定程度の体制が必要だということの想定が案1-1。案1-2につきましては、オンコール体制を基本に看取り・ターミナルケアを行うことを考えてはどうかと、このようなことでございます。

おめくりいただきまして、基本的な御提案の内容を具体化したのが今の御説明ですが、

イメージが少しわかりにくいという御指摘もありましたので、4ページ目、最後に、内容的には同じでございますけれども、ポンチ絵的にお示ししていますのがこの図でございます。もう内容については繰り返し御説明いたしませんけれども、医療機能を内包した施設系サービスというのが案1で、枝番1-1と1-2がございます。違いにつきましては、今、おおむね御説明をさせていただいたところでございます。

それから、案2というのが医療機関に併設をする。これは現行でも一部可能でございますけれども、その違いは何かというと、4ページの下に、ちょっと字は小さくなっておりますけれども「(注)」と書いてございますが、現行制度においても併設は可能けれども、移行を促進する観点から、基準の緩和についてあわせて検討することも考えられる。このことについては、案1-1、1-2につきましても同様に検討し得るということで、ポンチ絵の下の方には分けてイメージ図を書かせていただいているということでございます。

簡単でございますが、以上、検討会の内容につきまして御報告させていただきました。

○永井部会長 どうぞ。

○総務課長 総務課長でございます。

私のほうから、参考資料1-2に関しまして御説明を申し上げたいと思います。恐縮ですが、本日の資料の後ろのほうに参考資料1-2が入っているかと思えます。「『療養病床の在り方等に関する特別部会』の設置について(案)」という1枚紙でございますので、お手元にご覧いただければと思います。

ただいま地域医療計画課長から御説明しました検討会の報告でございますが、これを受けまして、今後の議論についてどうするかということで、医療・介護分野を横断して総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に新たに特別部会を設置いたしまして、議論を進めたいと考えているところでございます。

このペーパーでは「1. 設置の趣旨」「2. 当面のスケジュール」と書いてございます。1のほうは、今回議論になってございます介護療養型医療施設等について、今後、これらの病床の医療・介護ニーズをあわせ持つ方々をどのように受けとめていくかが課題となっているということでございまして、今、申し上げましたように、社会保障審議会にこれを御議論いただく専門の部会を設置したいということでございます。

「2. 当面のスケジュール」でございますが、設置をできるだけ急ぎまして、設置以降、月1回程度のペースで開催を予定し、議論をお願いしたいということで、年内の取りまとめを目指したいと考えているところでございます。

なお、この検討状況・結果につきましては、関係部会に御報告することを考えてございまして、いただいた御指摘等につきましては、特別部会の議論にもフィードバックできればと考えている次第でございます。そうしたことによって、それぞれの制度改革との整合性を図りたいと考えている次第でございます。

以上でございます。

○永井部会長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見を。

中川委員、どうぞ。

○中川委員 今の「療養病床の在り方等に関する特別部会」なのですが、この位置づけは、ここで決まったことが最終決定になるのか、医療部会でこれを受けて最終的に決まるのか、どのようになっていますか。

○総務課長 総務課長でございます。

ただいまの中川委員の御指摘でございますが、この「療養病床の在り方等に関する特別部会」を社会保障審議会の下に設置するというところでございますので、特別部会として一定の結論というか、方向性はお出しいただくことになると思っております。

ただ、その中身によりますけれども、それが例えば医療法にかかわるとか、あるいは介護保険法にかかわるとか、こういったことが想定されるわけでございますので、そうした部分につきましては、やはり医療法に関するところはこの医療部会でも御議論いただく必要が出てくるのではないかと考えてございます。

○中川委員 議論するのはそうでしょうけれども、最終的に医療部会で了承を得ないのだめだとか、そういうことではなくて、親会議にぶら下がるのですから、医療部会と特別部会は同格ですかということを聞いているのです。

○永井部会長 事務局。

○医療介護連携政策課長 医療介護連携政策課長でございます。

特別部会と普通の常設の部会は、社会保障審議会のもとにおいて同格でございます。したがって、お決めいただく特別部会の決定は、それをもって決定になるというルールでございます。もちろん、先ほど申し上げましたように、関連の部分がございますので、途中で検討状況の御報告もしたい。そして、そこでいただいた御意見は、また特別部にフィードバックする形で御議論いただく。そういった手続を踏まえて、最終的には特別部会でこの部分についての御議論は決定をしていただくということで考えております。

○中川委員 そうなると、特別部会は何回を予定しているかわかりませんが、月1回のペースということは定期的に医療部会に議論の経過を報告していただきたい。そうなると、医療部会も最低月1回は開催しないといけなくなりますね。これは後に出てくる専門医の専門委員会もそうだと思いますが、決まってしまいました、報告しますでは意味がありませんので、その辺のところはよろしく願います。

○永井部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

特別部会を設置して話し合いが行われるということなので、一般の立場からぜひお願いしたいと思っていることをお伝えしたいと思っております。

やはり一般から見ますと、この施設の種類が余りにも多くて違いがわかりにくいということがあって、またさらに新しく出てくるのかということに対しても非常に懸念を感じる

ところでもあります。ですので、一体何を基準に振り分けるのかということも含めて、それぞれの施設の違いについて国民にわかりやすく説明するというを基本にしていきたい。できるだけ余り複雑になり過ぎないようにということをぜひお願いしたいと思います。

その上で、この新しい施設を見ていますと、かなり医療と介護というものが入りまじって使われるということからしますと、今、やはり歴然として医療と介護の中に上下関係が透けて見えるところがあって、その上下関係がフラットな関係にならないと、なかなかうまく医療と介護が融合していかないということを常に感じています。そういうことをどうすればフラットの関係になれるかということも、ぜひ議論の中で取り入れていただければということをお願いしたいと思います。

以上です。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○山崎委員 そうすると、この特別部会で、療養病棟の経過措置がこの次に切れるわけですが、その経過措置を切るか延長するかについても、この特別部会で決めるということなのでしょうか。

○医療介護連携政策課長 医療介護連携政策課長でございます。

どういう方向にするかということはこれから御議論いただくわけですが、審議事項としては、それも含めてこの特別部会で御議論いただくべき事項だろうということになります。

○山崎委員 だから、先ほどのお答えですと、そこで経過措置は今年度で切りますよという話になると、医療部会のほうにもう一回、経過措置の延長についての検討が戻ってくるということはないわけですね。

○総務課長 先ほど申し上げましたように、特別部会の御議論の状況につきましては、この部会にも随時御報告をして、また、そこでいただいた御意見を特別部会のほうにも御報告をして、議論に資していただきたいと考えてございます。

○永井部会長 よろしいですか。

○山崎委員 私は、療養病床の今回の廃止というのは完全に整理がついていなくて、試案としてこのような類型をこの時点で作っているわけですし、そこで果たして多くの療養病床が今日示されたような整理案のほうにきちんと入っていけるかということ、時間的にかなり難しいと思うのです。したがって、もう一回経過措置の延長をしておいて、あとはこの病院というのは、みんな個人病院が多額の借入れをして病院をつくっていて、現在の診療報酬の中でどう借入れを返済していこうかということをしているわけであって、急にその収入のほうを大きく変えることによって、返済計画が大幅に狂う可能性があるわけです。したがって、そういう大幅な返済計画の変更が生じて、中小病院の経営を圧迫し

ないような政策の転換でないとおかしいと思うのです。そこを慎重にやってほしいと思います。

○永井部会長 ほかに御意見は。

荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 療養病床のあり方とこの医療部会の関係ですけれども、2つの理由で、私はこの医療部会の承認が要るのではないかと思います。その意味で中川委員の意見に賛成です。

1つ目は、療養病床のあり方を検討されておりますけれども、中身を見ますと、地域包括ケアにおける医療のあり方と重なっているわけであります。病院のあり方だけではなく、地域における医療・介護のあり方、地域におけるケアにおける医療のあり方ということがメインのテーマになるように思います。療養病床が唯一の慢性期の身の置き場である時代から複数の身の置き場の一つに変わってきております。医療のニーズもわかってきたことでありますけれども、急変期の対応とか、通常ケアでありますとか、とりわけターミナルケアをどうするかという医療ニーズが出てきていますので、それを医療提供体制の中でどのようにするか。病床のあり方だけではなくに医療提供体制の、あるいは専門医制度と通常医制度のあり方にも関係してきています。

また、住まいというのは大事でございますが、行く場所のない人は最後のとりでとして公的な住宅を受け皿にしたいと思っておりますが、終末期はとりわけ医療が要りますので、公営住宅と医療、あるいはURと医療というのは新しい検討をしなければ、療養病床だけではないということをやったわけでございます。

それは地域包括ケアシステムそのものの検討に触れるといたしますか、重なるものでございますので、この医療部会での審議を経て、この案を固められることを強く希望します。理由の一つがそれでございます。

もう一つは、介護療養病床の期限が迫って、それを延長するとかあり方を考える場合、法的措置が必要であると思われま。法的措置を要求されるなら、皆さんの立場としては、やはり医療部会が通らないと法的措置を要求してはいけないのではないですか。それを確認の意味でも強く申し上げておきたいと思っております。その2つの理由で、医療部会に了承をとられるのが望ましいのではないかと思います。

○永井部会長 いかがでしょうか。

では、局長から。

○医政局長 今おっしゃった介護療養病床の廃止期限というのは、基本的には介護保険法に書いてあることですので、所掌的に言うと介護保険部会ということかと思っております。おっしゃったような地域包括ケアに密接に関係するという意味で言いますと、当然、医療部会にも非常に密接に関係いたしますし、医療保険部会、介護保険部会、いずれも非常に深い関係があるものだと認識しております。

ただ、こういう特別部会をつくった趣旨というのは、それぞれの部会でてんでに議論が

されますと、違う結論になったときに非常に難しいということから、基本的に各関係の方に入っただいて、そこで結論を得ていこうということでもありますけれども、先ほどから出ている意見がございいますので、取りまとめ前にきちんとここで御議論をいただいて、医療部会の意見もきちんと皆さんの意見が反映されるように、事務方としてもきちんと対応していきたいと思えます。

○永井部会長 荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 関連いたしますので。

医政局の限界が見えたような答弁ですね。厚労省の力量が問われていると思えますよ。

○永井部会長 どうぞ。

○審議官（医療介護連携担当） 医政局長の後にしゃべりにくいというのは正直なところでございいますが、医療介護連携担当の審議官でございいます。本来、医政局長の前に、今の荒井知事を初めとして、この間御発言いただいたことについて、私のほうからきちんとお答え申し上げるべきであったと、まず反省をしております。

今、御指摘いただきましたように、また、医政局長から申しましたように、地域包括ケアという広がりのある問題を考えていく。それをそれぞれの医政局、あるいは個々の審議会の御担当部局というものを越えて行わなければいけないのが昨今、またはこの直面する問題だと、厚生労働省としても認識しておりますので、私ども、それぞれの縦ラインとして、それぞれの法所管の部局として、きちんと責任を果たしつつも、横で連携をとり、かつ関係者の方々も一堂に御議論をいただきながら、よりよい結論を設けるという議論の仕方。そしてまた、その結論をどのように導くかということで、今日御提案させていただいたような特別部会という方法を進めさせていただきたいと思っております。

今、おっしゃっていただいておりますように、それぞれの部局、それぞれの制度ではない部分の課題に取り組むあり方として考えさせていただいたものでございいますので、実際の議論の進め方、そして、そこで導き出されるであろう関係者の方々の御議論につきましては、それぞれの立場の方々の御議論を、完全に満場一致になるかどうかというところは議論の推移ではございいますけれども、大方のコンセンサスが得られるように事務方として汗をかかせていただきながら、今、知事から御発言いただきましたように、それぞれの部局が連携して政策あるいは制度ができるように汗をかかせていただきたい。先ほどから申ししておりますように、特別部会という場を設けながら、省内関係部局も横に連携をいたしますし、関係審議会の方々の御議論についても風通しよく進めさせていただく工夫をさせていただきたいと思えます。

○永井部会長 中川委員、どうぞ。

○中川委員

今の審議官のお答えは教科書的で、答えているようで答えていないような気がします。

荒井知事もおっしゃったように、やはりこれはどこかで取りまとめというか、どこかで承認して、はい、決まったというふうにししないと、特別部会は社会保障審議会から直接ぶ

ら下がっている、医療部会、医療保険部会と同格だと言いながら、連携課長が言ったように、常設の部会と臨時の特別部会とはやはり同じではないでしょう。最終的には医療部会で了承して決めましょうというふうにはしませんか。それが一番わかりやすいと思います。

○永井部会長 局長。

○医政局長 先ほど審議官からも答弁させていただきましたけれども、大きな方向性について、特別部会で議論をしていただくということではありますが、医療法の改正に関する部分について言えば、この医療部会できちんと了承していただくことは必要かと思っております。

それから、先ほども申し上げたように、この部会の御意見というの、きちんと特別部会のほうに反映されるように、事務方としてきちんと汗をかいた上で、最終的に医療法改正部分についてはこちらでも御了承が得られるように努力して、そこはお約束するようにしたいと思います。

○中川委員 今日提示した案を見ると、必ずしも医療法の改正は要らないではないですか。そのように見えるので心配しているのです。

○医政局長 余り先走った議論はあれかと思えますけれども、老人保健施設も医療提供施設として医療法上の位置づけがあります。それから、衛生規制としての人員配置とか設備基準をどこにどう設けるかというような議論もございまして、今の段階で医療法の改正があるかないかという決め打ちはできない。少なくとも老人保健施設も、衛生規制は介護保険法にありますけれども、医療法上も医療提供施設としての位置づけがありますので、医療法の改正が要らないということはないのではないかと思っております。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

はい。

○阿部委員 本来、医療と介護の領域にまたがる問題なので、医療部会と介護保険部会で合同審査でもできれば一番よいのですけれども、審議会の効率性を考えたら、やはり何らかの形で特別部会を設ける必要があると思えます。

その上で、医療部会、介護保険部会から必要な人材は全て投入する。中川先生にも入っていただいて、十分に議論するようなことにしたらいかがかと思えます。

○永井部会長 どうぞ。

○地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

若干、中川委員の御指摘に関連して御説明だけさせていただきます。

私が御説明をしました資料で、特に看護の配置基準に関しまして、医療療養の20対1、25対1の関係がある、そのことも念頭に、多分、中川委員は御指摘されているのではないかと思います。御説明としては、基準の数字といいますか、基準自体は省令でございますけれども、それ以外に施設の位置づけでございますとか、さまざまな検討事項がありますので、そのこと自体を医療法でどう扱うかというのはこれからの議論でございます。そのことを医政局長は申し上げておりますので、人員配置自体であれば、それは省令事項

ですから法改正は必要ありませんが、それ以外のことについても当然議論の対象となるので、したがって、そのことについては今後の検討ということを申し上げたと、事務局から補足をさせていただきます。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

平川委員、どうぞ。

○平川委員 要望がございます。この間ずっと発言しておりますけれども、療養病床の関係は地域差が相当激しいと考えております。この地域差がなぜ生じているのかということの分析ができるようなもの、もしくは、患者像がよく見えないところもありますので、それが見えるような形での資料提供が求められているのではないかと思います。

そういった意味で、先ほど議論がありましたけれども、地域包括ケアの中におけます、その地域における社会資源がどうなっているのかという観点や、また、その地域における世帯や生活のあり方、場合によっては終末期医療のあり方まで議論する必要があるのかもしれないけれども、そういう議論に資するようなデータの提出が必要かと思っていますので、ぜひともよろしくお願ひしたいと思います。

懸念するのは、年内の取りまとめを目指すとなっていますので、新たな調査はこのスケジュール感でいくと厳しいかと思っていますけれども、既存のデータについても分析をお願ひをしたいと思います。

以上です。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 何度も申しわけございません。この特別部会の名前が「療養病床の在り方等に関する特別部会」なのですけれども、この医療部会の検討会の題が「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて」と書いてあります。慢性期医療の検討こそ医療部会の本来議論すべき分野でありますけれども、この特別部会は、慢性期医療の検討はしないわけですか。

○審議官（医療介護連携担当） 医療介護連携担当審議官でございます。

部会を正式に発足させていただいた後、どういう形でその場で御議論をいただくかは、我々事務局としての考え方だけではなく、委員の方々の御議論もありましようから、あらかじめ事務局が先んじて枠をはめるのはいかがかと思ひますけれども、私ども、先ほど御紹介させていただいた検討会は、今後の医療療養、介護療養のあり方について考える前提としてサービスモデルを考えるということを前面に掲げて検討をお願ひしたこともあり、タイトルといたしましては、慢性期の医療介護ニーズというものと、それを受ける場所としての療養病床のあり方という形で設問して、御議論をいただいたところでございます。

今のサービスモデルを前提とした上で、具体的に今度の審議会での御議論は、先ほど御説明をさせていただいた資料1の2ページ目の一番下の箱に赤字にございますように、具

体的な制度設計、財源とか人員配置、施設基準等について議論を深めていただくことを念頭に置いております。そういう意味では、知事の御質問に対して端的にお答え申し上げれば、慢性期医療のあり方自身を議論の俎上にのせないと思われ、事務方が申し上げるのはいかなものかと思いますが、それを真正面から取り上げて御議論いただくというのは、先ほどから御議論がありますように、これまでの議論の流れからすると、医療部会でいろいろと御議論いただいたものと思っておりますので、そういうわけではない。あくまでも今後の療養病床のあり方を考えるに当たって具体的な制度設計をメインに御議論いただくような場として、特別部会を我々事務局としてお願いしたいと思っておりますのでございます。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

そういたしますと、しっかり事務局に汗をかいていただき、連携をとりつつ、関係するところは医療部会の了解を得ていくということによろしいでしょうか。

加納委員。

○加納委員 ポンチ絵の確認なのですが、4ページのポンチ絵の新(案2)のほうなのですが、すけれども、これは療養病床を考える検討会で議論されたわけなので、訪問診療と書いてあるところに、病院の施設としては医療療養病床の20対1を例として書いてあるのですが、これは例えば地域包括ケアとか、13対1とか、15対1で訪問診療をやっても別にいいわけなので、これは単に例として出ているだけなのではないでしょうか。それとも、20対1だけでないとだめということなのではないでしょうか。確認です。よろしくお願いします。

○地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

御指摘のとおり、これは例でありまして、今からそういったことも含めて制度設計の御議論をいただくということでございます。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

それでは、これはしっかり議論していただき、また、報告もよろしくお願いいたします。

では、2番目の議題に参ります。前回の医療部会で、新たな専門医の仕組みについて御議論をいただきました。地域医療への影響等に関し、委員の皆様からさまざまな御指摘をいただきましたので、当部会の下に専門委員会を設け、そこで議論を継続するとともに、当部会としても報告を受けて検討することといたしました。その後、「専門委員養成の在り方に関する専門委員会」として設置いたしまして、3月25日に第1回が開催されました。各委員に活発な御議論をいただいたところです。

本日は、専門委員会の概要及び当日の概要等につきまして、事務局から報告をお願いいたします。

○医師臨床研修推進室長 お手元の資料2-1をご覧くださいと思います。こちらが先ほど部会長がおっしゃった専門委員会の設置要綱でございます。

資料2-1の裏に委員の先生方の名簿をつけてございます。17名の先生方に御就任いただき、委員長は永井先生にお願いしております。3月25日に第1回が開催されました。第1回の専門委員会の資料につきましては、お手元の参考資料2と資料2-2等ございま

す。

後ほど御説明いたしますけれども、事務局から、専門研修プログラムの認定に必要な調整方針等を御説明するとともに、全国衛生部長会から、新専門医制度に向けた都道府県の進捗状況のアンケート結果、日本医師会から、地域の関係者による協議の場に関する調査について御報告いただき、日本専門医機構からは、外科、産婦人科、整形外科の3領域につきまして、プログラムの申請状況や審査状況等について説明を聴取したところでございます。

お手元の資料2-2のカラーの1枚紙をご覧くださいと思います。こちらは、第1回の専門委員会でお示した資料のうち、平成29年度から専門医の養成を開始するとした場合のプロセスでございます。上から順に、基幹施設、専門医機構、都道府県、厚労省となっております。現在、左上の基幹施設が作成・申請したプログラムにつきまして、真ん中の段の専門医機構が審査しております。その中で偏在の有無の検証や調整等を行っているところでございます。

一番下の厚労省におきまして、先ほどの専門委員会を設置して、全国・地域の偏在の有無について検証・調整等をするとともに、都道府県に対して関係者による協議の場の設置を依頼し、県内の偏在の有無について検証・調整を行っていただくことをお願いしているところでございます。

このようなプロセスの中で具体的な調整方針としてお示した調整の方針が、資料2-3の2ページ目以降でございます。資料2-3の2ページ目は「日本専門医機構が予定している取組」、その次のページが「都道府県の取組」、最後は「厚生労働省の取組」といたしまして、4月中などの時期とともに示しております。

まず、資料2-3の2ページ目「日本専門医機構において予定している取組」でございます。都道府県への情報提供。診療領域ごとの地域医療に配慮したプログラム内容の審査。診療領域ごとのプログラムの全国レベルの審査。都道府県と連携したプログラムの調整等を予定しているところでございます。

また、資料2-3の3ページ目「都道府県の取組」として、大学、研修施設、医師会、病院団体、都道府県などの関係者による協議会を設置して、専門医機構からのプログラム情報を共有するとともに、地域医療確保の観点から必要な施設が漏れていないか検証。基幹施設から連携施設に対する指導医の配置方針等の説明要請。必要な改善事項に関する意見照会及び日本専門医機構への提出。日本専門医機構の調整への協力・連携を挙げているところでございます。

最後は「厚生労働省の取組」として、必要な基準等の見直しの検討ですとか、専門医機構及び都道府県における調整の支援、両者の間の調整を挙げているところでございます。

この調整方針につきまして、厚生労働省が資料2-3の1枚目の通知を発出してございます。3月31日付で都道府県に対して通知を発出し、資料2-3の3ページ目にございます「都道府県の取組」を参考に、関係者と連携して、必要な調整等を図るとともに、専門

医機構と連携して必要な改正などについて調整いただき、この調整終了後、関係者の合意を協議会で確認した旨を厚生労働省に報告していただくこととしております。

資料２－４をご覧いただければと思います。資料２－４は、２月の医療部会及び第１回専門委員会における主な指摘事項と、それに対応する先ほど御説明した資料２－３の調整方針で対応する事項についてまとめたものでございます。

見方でございます。一番左が医療部会、専門委員会での指摘事項。真ん中の列が、それに対応する専門機構における取り組み方針。一番右の列が、都道府県における取り組み方針となっております。

１枚目でございます。病院間の偏在、地域間に関する偏在として御指摘がございました。また、地域での協議体制に係る御指摘もございました。

それに対応する取り組み方針といたしましては、専門医機構におきまして、都道府県ごとの専攻医数について、都市部は現状を上限とするよう、養成数が少ない都道府県は募集数が増えるように調整等を行うこととしてございます。

都道府県におきましても、必要な説明、照会等を行うこととしてございます。

また、地域での協議体制に関しまして、地域協議会は準備不足ではないかとの御指摘がございました。厚生労働省では、先ほどの都道府県に対する通知とあわせまして、関係団体に対しましても、専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県における調整等について協力依頼を通知しているところでございます。

資料２－４の２枚目でございます。こちらは診療科間偏在に関する課題についての御指摘でございます。専門医機構におきましては、診療領域ごとの全国の専攻医募集数に一定の枠をはめる等の調整を行い、都道府県におきましても、地域間偏在等と同様の取り組みを行うとしてございます。

また、指摘事項９でございます。診療科ごとの過去の研修医実績数から定員を出すのではなくて、実際の医師の希望を踏まえた定員配分にすべきとの御指摘もございました。これにつきましては、臨床研修医を対象とした希望調査を専門医機構におきまして検討しているところでございます。

資料２－４の３枚目でございます。これは制度全体に関する課題でございまして、専門医の処遇、採用プロセス、総合診療専門医、内科専門医に係る御指摘がございました。専攻医の処遇等につきまして、専門医機構の委員会において検討がなされているところでございます。

最後に４枚目でございます。先ほどの偏在等の観点以外の問題として、患者の視点、医療提供体制と専門医養成との関係、医師養成全体との関連、研修医の意見、専門医機構の体制等につきまして、御指摘がございましたので、おまとめしてございます。

簡単ではございますけれども、私からは以上でございます。

○永井部会長 ありがとうございます。

いろいろな問題がございましたが、御発言を。

中川委員、どうぞ。

○中川委員 前回の医療部会で圧倒的多数の懸念の指摘がありましたね。これは根本的に見直さなければだめだと、日本専門医機構の組織としてのガバナンスも含めて見直さなければならないという大多数の意見だったと思います。それで、部会長がこの専門委員会を設置するという事をお決めになったのだと思います。

今、説明された資料を見ると、特に資料2-3の医事課長から各都道府県衛生主管部長殿という紙、これは来年4月からやることを前提にしている。やるから、それに対する準備をよろしくねという紙ではないですか。あの医療部会の後にこういう紙を3月31日に発出するとは、どういう神経をしているのですか。私は、延期ありきとは思っていないけれども、いろいろな指摘された懸念、全国の地域医療の現場から出た懸念を払拭できなければ、もし間に合わなければこれは延期もやむを得ないと発言したつもりです。

しかし、これは来年4月1日スタートありきで、まったくこの前の医療部会の意見を踏まえていない、無視しているようなものですよ。説明ください。

○永井部会長 どうぞ。

○医事課長 医事課長でございます。

2月18日の御議論を踏まえまして、3月25日に専門委員会で御議論させていただいたところでございます。専門委員会では、資料2-2にございますようなところでプログラムの審査をまずは鋭意、関係者が行うということで行っているところでございます。初めから延長ありきで進めてしまえば、できるものもできなくなってしまう。現時点で、この間の18日の御議論のとおり、どちらも決定しているものではございませんけれども、現在、できる範囲内での調整をさせていただいているという状況でございます。

○永井部会長 組織のガバナンスの問題はこれから議論になっていくと思います。まず前回は、このプログラム、あるいは全体の方針について、どういう問題があるのかということを知った段階です。

○中川委員 部会長、ありがとうございます。資料2-2をご覧ください。今のいろいろな課題をクリアして、このスケジュールで行くというのは、そもそもあり得ますか。皆さん、見てくださいよ。この秋以降、専攻医の募集・採用をするのですよ。先ほどの資料2-4のいろいろな課題。調整、調整、調整、検討、調整、調整と、これで解決したということになるのですか。

本当にこれはおかしいし、もう一つ、日本専門医機構の先日の理事会の中で、この4月から専攻医の登録というのがあります。知っていますか。当然、事務局は知っているのだと思うけれども、専攻医の登録とは一体何ですか。登録しなければプログラムを見ることができないというのです。そんなの、いつ、どうやって決めて、どういう意味があるのか。いわゆる初期研修が終わった医師は全員、専攻医に登録しなければならないというアナウンスではないですか。全くそれは意味不明で理解不能です。そういう混乱がまだあるのです。それなのに、この2-3の紙を出して来年4月から始めるからとか、今の医事課

長の発言で、できるものもできなくなると、それは全くおかしい発言ですよ。

ほかの委員の先生方、よろしくをお願いします。

○永井部会長 今の点はいかがでしょう。

加納委員。

○加納委員 先般の委員会に出させていただいて、外科、婦人科、整形の話も聞きましたが、その3つの分野でも全くプログラムの内容が違う。出来、不出来ももちろんあるし、ちょっと問題だなという感もあります。そういう中で、今の話ではないですけども、この日程表どおりいくことができるのかということ、私はまず無理なのではないかと思っております。

また、前回、奈良県知事がおっしゃったように、協議会の設置であります。例えば大阪でも具体的に、これはまだ全く設置されていない状況下で、3月末にはもう終わっているような形のこと書いてありますけれども、こういう日程表は、もともと今、既におかしい状況になっているし、これがあること自身、中川委員がおっしゃったとおりで、おかしい話ではないかと思っております。日付も入っているということもおかしい話かと思っております。赤丸で左端に「の場合」とは書いてありますけれども、これで議論するのはちょっとどうかなという感じがしておりました。

○永井部会長 西澤委員、どうぞ。

○西澤委員 私もこの専門委員会の委員ですが、前回の医療部会で、まず、来年の4月からする、しない、どちらも決めないで、とにかく白紙に戻して議論しましょうということ、私も最初は、まず機構の組織の問題から検討が始まると思ったのです。今日の資料では出ていませんが、この間の説明では「今後の進め方」という議題になっていました。「今後の進め方」というのは、医療部会で出た意見を踏まえて、この専門委員会でどういう議論をするかだと思ったのですが、「今後の進め方」が、来年4月から始めるためのスケジュールという内容で、今日出ている資料2-2のようなものが出てきました。そして、今このような議論をやっていると。

今、永井先生が次回に組織の議論と言いましたが、順序が逆ではないかと思えます。やはり組織の中で、もし問題があるとすれば、そういう組織で決まったことを前提に進めてしまうと、これはうまくいかないのではないかと思えます。

それから、資料2-4の指摘事項というのは医療部会での指摘事項ですが、確かにここに細かい指摘も入っていましたが、それ以上にもっと指摘されたのは、やはり中川先生が言った組織のガバナンスだとか、もっとほかの問題が大きかったと思えます。それが全く前回の専門委員会では議論されなかったということはおかしい。専門委員会で、医療部会で議事録を見ればどういう指摘があったかわかりますから、そのあたりはきちんと拾っていただいて、議論をしていただきたいと思えます。

我々は専門医制度に反対するのではなくて、しっかりした制度を作りたい。余り拙速にやっ変な形になって、壊れてしまうということも懸念していますので、しっかりした議

論をこれからぜひお願いしたいと思います。

○永井部会長 私は座長を務めました、この日程はあくまでも開始する場合の条件を言っていると理解しています。全体の報告をまず聞かないといけない。我々は全く何も専門医機構から今まで聞かされていませんので、まず報告を聞いて、そして、こういう仕組みを進めるときにどういう考え方が必要であるか。例えば、専門医を育てるのは一応プログラム単位ではありますが、主体は地域である。これは非常に重要なことなのです。

それから、これまでの実績の1.2倍で募集すると大変なことが起こります。きちんと行なうなら、まず希望の数を把握しないといけない。こういうことが基本的な考え方なのです。それを踏まえて本当にできるのか、そのためのガバナンスはどうかということが問題となります。多少の後先はありますけれども、先生とそれほどお考えは違っていないと思います。

○西澤委員 わかりました。

永井先生と考え方は同じですが、医療部会での議論を踏まえると順序が逆ではないかと思えます。また、いろいろ漏れ聞こえてくる、今の社員の構成、それから理事の構成の問題とか、3月に理事会、社員総会が開かれたけれども、予算も決められなかったというような問題を聞きますと、まず組織の議論からやらないと、そういう組織の中で具体的なことを決めたとしても、それはどのような価値があるか。大もとがしっかりしなければ、そこで決めること自体に問題があると捉えざるを得ないので、議論の順序を変えていただきたいと申し上げました。

○永井部会長 いずれ組織の問題にはかかわらざるを得ないと思います。ただ、部会の下に機構があるわけではありませんので、とにかくまず実態を把握し、考え方の枠組みを整理する必要があります。そして、同時並行で組織のあり方も議論になると思います。

どうぞ。

○山崎委員 そもそもこの専門医機構の検討が始まったのは、なんたら専門医が多過ぎるというので、ある程度質の高い専門医の集団を作ろうということで始まったと思うのです。ところが、本来だったら診療科別できちんと自浄作用で専門医を作ればよかったのに、それができなくて強引にこういう機構をつくったところに問題があるのかなと思っています。

もう一つは、せんだってのこの会でもお話ししたように日本専門医機構の透明性がどうもすっきりしていません。というのは、私はせんだって、新潮社から出版されている『日本の聖域』という本を読んだのです。その本の中で指摘されていることは、自治医科大学の高久先生が学長をされたときに二重帳簿の事件があったり、あるいは幾つかの不祥事があった、そのときの事務局の担当をしていた小嶋某さんが、そのまま高久先生と二人三脚でして、今回の専門医機構の事務局長に就任している。マスコミでかなりおかしいのではないかとこの疑問提起を起こされた人たちが専門医機構の頂点にいて、その執行部としているということの透明性を含めて、もう一回きちんと検証する必要があるのかなと考

えています。

○永井部会長 どうぞ。

○木戸委員 私は、この問題は、新しい臨床研修医のみならず、既に専門医資格を持っている方には更新ということで医師全体に非常に大きな問題としてかかわってくる問題だと思っています。資料2-4の2ページ目にありますように、臨床研修医を対象にした研修プログラムの希望調査のみならず、現在、専門医資格を保有している人がどのぐらい機構専門医として更新するつもりかとか、そういうことも含めた希望調査をして、きちんとシミュレーションをしてから今後進めていくべき問題ではないかと思います。

以上です。

○永井部会長 釜菴委員。

○釜菴委員 永井先生が医療部会の部会長として、また専門委員会の委員長として、機構からしっかりこれまでの経緯をお聞きになって、そして、今後、考えるという御方針でありますので、そもそも国民がこの新しい専門医の仕組みに一番求めているものは何かといえば、山崎委員からもありましたけれども、むしろサブスペシャルティーと言われている部分の領域の学会がいろいろレベルに違いがあったり、たくさんできてしまったりというのが小泉改革のときの標榜科の問題等とかかわってくるわけです。

一番国民が求めているのは、そのサブスペシャルティー領域の専門医が整理され、第三者機関によってきちんと評価されて、国民が受診しやすい形になるという、その部分だろうと思います。基本領域の部分もそれとかかわってきますけれども、まずそのサブスペシャルティーの領域の議論がほとんどなされないままでこの制度がスタートするというのは、明らかにおかしいだろうと思います。

専攻医が仮にどのプログラムを選ぶとしても、先の見通しが、この基本領域の後に先がどうなるのかというところが全然わからない中でプログラムに応募しろというほうが無理な話でありまして、そのあたりがしっかり整理されないと結局混乱を招くだけではないかと思って、ぜひそのあたりの議論をきちんとして、それができたところで新しい仕組みに踏み出すという決断が必要だろうと思います。よろしく願いいたします。

○永井部会長 ほかに御発言ありますか。

荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 今、議論されているのは専門医の資格取得のプロセスがまず議論されているように思います。これは名前と実が違うということと、実際の認証がスポーツの競技連盟のように私的といいますか、任意の認証に委ねられているのを統合的な認証にしようという、その認証のプロセスの検討自身はわかります。統合的で客観的なほうがいいと思います。

この取得をされる過程、あるいは取得後の医師の偏在がどうかというのがまず第1の大きな議論でございますが、先が見えない一番大きな点でありますけれども、厚労省の資料では、地域で調整したらというふうに医事課長が通達を出されたり、水を向けられておりますけれども、私は難しいのではないかと思います。

1つ目の理由は、専門医養成の場は大学とか専門の病院で行われることが多いと思います。臨床の研修課程を重視されると当然そうなるわけですが、地域にある大学は公立の大学以外に国立、私立も優秀な大学としてあるわけですが、国立、私立は地域の医療の需給の場に姿を見せられないのです。国立、私立のお医者さんは優秀であろうかと思えますけれども、地域の場の調整に加わられることはありません。奈良県は県立の医大ですので、割とあの手この手でアプローチしております。それでも、あの手この手を使わないとお医者さんというのはなかなか協議してくれないのが実情であります。山口県のように国立山口大学医学部が地域の中心であったり、宮城のように東北大学医学部が広く支配されている地域では、地域での専門医の配分の調整はなかなかうまくいかない、一言で言えば言うことを聞いてくれないのが実情で、今、その解決を設計されていないというのが先行き不安の最大のものだということで同調いたします。

2つ目の理由は、専門医というのは医師の土台があつての専門医であろうかと思いますが、地域にとりまして尊敬される専門医といいますか、お医者さんは、自治医大とか防衛医大の出身者であることが多いです。医師としてのスピリットが確立しているからです。へき地の医療が本分だといって、そこに行かれるわけで、ほかの国立、私立その他は、専門医制度ではしごを上って行こうという志向が強いので、地域を置き去りにされる傾向が強いと思います。最初の客観性を追求するのと違って、これが専門医志向の強い医師のマーケットに肩書の餌を与えるようにもなるわけです。

そういたしますと、まず入り口で量的な規制、もうこの地域には要らないよ、あるいはこの専門医は要らないよという診療科間の偏在の調整がこの中に入っていません。プロセスはあるのですけれども、その調整は専門医の協議団体ではできないわけですね。協議団体間の調整をどこですのかという量的な調整がありません。

それと、出口では幾ら優秀な専門医でも、年をとったりされると脳外科でもやはり腕が衰えられる。もう専門医でなくなるわけですが、専門医でなくなる時の認定をどうするのか。この認証がはっきりしていません。これはぜひとも認証しないと、たまってばかりで、能力の落ちた専門医がたまるというのは余りいいことではないと思います。

最初に申しましたが、医学教育は実は厚労省ではなしに文科省がやっていて、これは何とも言いようのないところであります。医学教育をしっかりしてほしい、基本的なことをしっかりしてほしいというのは要望であります。厚労省に言うのではなしに、文科省に言わなければいけないわけがございます。

3つ目の理由は、専門医の分野をどのように見るか。今ある既存の専門医を認証しよう、客観性を作ろう、格上げしようといったような志向になっておりますが、専門医として現在、無いような分野、総合専門医という概念も出ております。医療ニーズに合った専門性というのは中小の病院の専門性、へき地の専門性、あるいはその専門性は医療技術の専門性かどうかということになります。医療技術はメスの使い方などでありまして、これは医療技術学校の専門性でありますので、日本の医師として地域に役立つ専門性を持った医師

を育てるとするのは、医療技術専門性ではなしに、医師のトータルな医療専門性の確立というのがより大きな希望、目的であろうかと思えます。そのような期待に応えるような専門医制度にしてほしいということを申し上げたいと思えます。

以上であります。

○永井部会長 相澤委員、どうぞ。

○相澤委員 日本に専門医というのがいろいろな形ではあることはいるのである。各学会で認定した専門医がいた。その各学会の認定ではだめだということで専門医機構というものができて、それが単一の学会ではなくて、いろいろな学会が集まって、その専門医というものをもう少し学会単位ではないものにしていこうというところから始まってきたのがこの機構であって、この機構は、医師会さんも参加していますし、我々、四病院団体協議会からも何人かが参加して、2年以上にわたって議論しながら来たわけです。

その機構というのは、先ほど永井先生がおっしゃったように、別に厚労省がつくったわけでもないし、我々がそれ作ろうとって積極的にかかわってきたわけではない中でずっと議論が進んでいて、今の形になった。いざこれでスタートしようとしたときに、それはおかしいのではないかという議論が起こってきていると思うのです。そのときに、そういう機構に対して強制力は多分ないのですけれども、意見を言うということはできると思うのです。それが多分、この「専門医養成の在り方に関する専門委員会」がその点を検討していただいて、この医療部会に上げてきていただいて、医療部会がどうすればいいかということを決めるべきであって、先ほど議論がおかしいというのがありましたけれども、もう今スタートしようとしているのを、日本全体を考えた場合に少しこれはおかしいから待ってくれという意見を我々は言う立場だと思ふのです。

専門医機構というのは全く独立した立場でやってきたわけですから、それに関して困るという意見は言っても、専門医機構がどうするかは、多分、機構の問題になるのだらうと思ふのです。そういうところをきちんと区別しておかないと、では、これまで学会でつくってきた専門医は何なのだという話になってきてしまいますので、もう一度それを根本的に議論し直すとしたら、専門医機構というものから基本的に直さなければいけないことになるのではないかと思ふので、ぜひこの「専門医養成の在り方に関する専門委員会」からは、そういう意見が上がってきて、我々のところでそれはおかしいのではないかということを決める、そんな過程になればいいので、初めから、おまえたちがやるのはけしからぬという圧力で抑えようとすると、ではこれまで学会がつくってきた専門医はどうなるのだということになると思ふます。その辺は間違えないようにやっていかないと、ますます混乱すると思ふので、よろしくお願ひをしたいと思います。

○永井部会長 中川委員。

○中川委員 私は、3月14日の日本専門医機構の社員総会に出ました。そのときに28年度の事業計画と予算案が了承されなかったのです。医療部会の意見を反映していなかった事業計画であったことと、医療部会の意見を反映していない、それ以前につくった予算案だ

ということも含めて、日本専門医機構の執行部のガバナンスがほとんど機能していないということが明らかになったのです。そういうことを考えてみたら、日本専門医機構がスタートして、最初はよちよち歩きでも、だんだん成熟していきだろろうと長い目で大目に見ていたと思います。ところが、それはもう限界に達したのだというのが大半の見方だと私は思っています。

日本の専門医制度というのは、18の基本領域の学会は日本の医療を支えてきた、伝統ある学会ですので、長い間、血のにじむような努力ですばらしい専門医制度をつくってきたのです。社会から批判の対象になったのは、サブスペシャルティーのその後にできたたくさん学会、そこにいろいろ問題があるという認識で始まったと思います。その整理がなされていなかったのだなど。基本領域の18学会の専門医までだめなのだというような風潮になってしまったのが最大の誤りだと思うのです。

私は、3月14日の社員総会で確認をいたしました。18の基本領域の学会がやってきた専門医制度のよさは認めるのですねといったら、それは大前提だと。ということになれば、この資料2-2にあるようなプロセスでやる進め方は、そのまとめとは合わないなと思っています。強目の言葉ですが、我々の頭の中は極めて冷静です。ですから、拙速に見切り発車をしないようにと。来年4月から始まらなくても、今ある専門医制度を継続すればいいのです。

釜菴委員も発言したように、18の基本領域の専門医の後のサブスペシャルティーの専門医をどのようにとるかも決まっていないうちに発射することのほうが、若い医師にとっては最大の迷惑です。そういう認識でいますので、ぜひよろしく願いいたします。

○永井部会長 釜菴委員。

○釜菴委員 今、中川委員がおっしゃったとおり、今までの18の専門医機構の研修制度で、これは私は先生のおっしゃるとおりだと思います。それを今回、専門医制度の変更で、一部の科はまた内容を変えて、我々が一番危惧している、いわゆる地域医療から若手の医者を変な形で大きな基幹病院のほうへ引き揚げるというシステムを、また形を変えつつあるというのを非常に危惧しています。

それと、今、先生がおっしゃったとおり、サブスペシャルティーのそれぞれの専門領域の科の専門性がまだ決まっていない。本当に現場は混乱するのみの今の状況下で進めるのはどうかなと思います。

○永井部会長 今の御発言にあった地域医療の問題ですが、私は、専門医というのは地域で育てるという考え方です。そのために地域の協議会が必要だと思いますが、先ほど荒井委員が難しいというのは、これはできないということですか。それとも、あの手この手を使えばできるということなのですか。知事さんが地域医療を守るわけですから、そこはある程度役割を果たしていただかないといけないと思うのです。

○荒井委員 奈良県は県立医大をあの手この手というのは、病院の設備を更新するから、研修の奨学金を出すからというように、いろいろやると現場が喜ぶのですけれども、医大

のガバナンスは医局のガバナンスの集合体のため、学長のガバナンスは県立でもありません。ほかの県の知事で、国立大学の医学部は全然こちらを向いてくれないのだという恨み言をたくさん聞いていますので、難しいのではないかという感想を申し上げたのです。

○永井部会長 ですから、今のままでは難しいかもしれませんが、地域の協議会をしっかりと位置づけて、知事さんが関与して、プログラムの運営をするということは地域医療を守る上で必須だと思うのですけれども、そこはいかがでしょうか。

○荒井委員 それをしないといけないと思います。そのときに、文科省が大学教育、国立大学を持っており、文科省が医療だけでも研究で科研費を特定大学に集中する傾向があります。地域の医学部で予算が少なくなって医師を引き揚げたという傾向が続いております。それは専門医も集中することになりかねないので、危惧される1つだと申し上げているわけですが、それは地方の大学医学部の利害と地域の利害が一致しないケースがあるという心配があると申し上げております。

○永井部会長 ですから、まさにそれをどうするかを議論しないといけないということなのです。初めからできないと言われてしまうと、では誰がするのだということになりますので、ぜひこれは前向きに取り組んでいただきたいと思います。

○荒井委員 もちろんそうですけれども、注意したいのは、厚労省が文科省とお互いにすごく指導力があるわけでもなく、それぞれの役所が分立している中で地域医療をどう守るかという課題に直面しているので、地域の医療への権限付与、あるいは仕事として与えられるのはむしろありがたいし、よい方向だと思っております。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

これは非常に大きな問題ですので、御意見を踏まえて、今後検討を続けて、また御報告したいと思います。

中川委員、どうぞ。

○中川委員 専門委員会の報告をいただくときに、議事録もお願いできませんか。時間的に物すごくタイトだとは思いますが、どうも事務局の報告だけでは、信用していないわけではありませんけれども、不十分だと思うのです。

渡辺課長、よろしくお返事を。

○医事課長 承知いたしました。

○永井部会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

相澤委員、どうぞ。

○相澤委員 ぜひお願いですけれども、専門医機構でのいろいろな議論とか、そういうものが一般国民に十分に伝わっていないのですね。ですから、こういうところでもいいので、こういう議論があって、どのようになっていったかをぜひ国民の方に知ってもらうことをしないと、全く一般の社会から浮いた存在になってしまうのです。先ほど中川先生がおっしゃったようなことも、恐らく一般国民は全然知らないので、ぜひそれを報告というような形で教えていただけると、一般国民は非常に助かるのではないかと思います。

○中川委員 今回の件に関しては、日本専門医機構の理事会、社員総会が非公開だということが原因だと思います。それは専門医機構の内部で検討することなのではございますけれども、私は公開にしたほうがいいかと思っています。

○永井部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 私も今のお話を伺っていて、この委員会の中に私も入っていますけれども、本来、考えてみれば、専門医機構の中の自浄作用ということが、まずそこで話し合われることがありきだと思うのです。今、非公開とお聞きして、ちょっとびっくりしました。やはりどういったことが問題として話し合われていて、内部で機構の位置づけをどうしようとしているのかというところをきちんとお示しいただくことが、議論する上で私は根底ではないかと思っています。ぜひ、要望としてお願いしたいと思います。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

邊見委員、どうぞ。

○邊見委員 国民だけでなく、我々医師も、あるいは病院団体も専門医機構の意見というのは、先日やっと教えていただいたようなところがあります。我々の自治体病院は、1階部分の研修医の二十数%を育てております。2階部分のサブスペシャリティは三十数%を育てております。それなのに、ほとんど我々にはその内容を教えていただけません。これは非常に問題だと思いましたので、この間、理事長先生あるいはプログラム委員長とお話をやっとして、ある程度の考えはお聞きしましたけれども、実際に育てている我々の団体にも専門医機構の意見が今まで余り通じていなかったですね。これは非常に問題だと思います。国民はもっとわからないだろうと。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

それでは、次に参ります。事務局から御説明をお願いいたします。

○総務課長 総務課長でございます。

それでは、本日3つ目の議題となりますが、最後の「今後の検討が必要となる主な課題について」を私のほうから御説明申し上げます。

お手元に資料3-1と資料3-2を御用意いただければと思います。本日も、療養病床をめぐる議論、それから、ただいま専門医をめぐる議論について御議論をお願いしたわけですが、今後の医療提供体制等めぐりましては、ほかにも別途、検討や議論が進められている課題も多うございまして、今後いずれかのタイミングでこの場での御議論もお願いすることになることも見込まれるのではないかと考えている次第でございます。

そうしたこともございまして、本日は、今日の2点のテーマも含めまして、そうしたさまざまな課題の中から主なものについて資料という形で整理をさせていただきました。資料3-1のほうが、本日の主な課題の総括表という位置づけでございまして、資料3-2で、それぞれの項目に関する関連資料、参考資料をおつけしてございますので、適宜御参照いただきながら説明をお聞き取りいただければと思います。

まず、資料3-1を見ていただきますと、医療提供体制の関連で「地域医療構想・次期

医療計画」という項目がございます。今まさに各都道府県において地域医療構想の策定に取り組んでいただいているところであり、既につくっていただいたところもあるわけですが、これからこの地域医療構想も含めた第7次の医療計画を策定いただくことになってございます。平成30年度から35年度までの6年間の計画を29年度中につくっていただくということでございます。

これに関しまして、3月まで開催させていただいておりました「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」におきましても、次期医療計画策定に向けた課題等について、さまざまな御議論をいただいたところがございます。

これは、資料3-2のほうで見ていただきますと、6ページに今度新たに作る検討会の要旨をつけてございますけれども、「2 検討事項の例」のところを見ていただきますと、医療計画における地域医療構想の位置づけ、あるいは医療と介護の連携、二次医療圏、基準病床数、対象疾病・対象事業等について等々の検討課題を明記しているところがございます。こうしたことを御議論いただく場として「医療計画の見直し等に関する検討会」を新たに立ち上げまして、この春から御議論をお願いしたいと考えているところがございます。

右側の欄に「今後の検討の進め方」ということを書いてございますが、地域医療構想に係る議題を含めて、この検討会で具体的な議論を進めさせていただきまして、年内に一定の取りまとめを行う。その後、各都道府県のほうで医療計画策定に向けた検討を本格化していただきたいということで考えている次第でございます。

次の2番目の「療養病床の見直し」につきましては、本日の1番目の議題でございますので詳細は省略させていただきますが、今日報告いたしました検討会での整理案が1月28日に取りまとめられておりまして、本日御説明をした特別部会を新たに社会保障審議会に設置し、年内の取りまとめを目指すということで進めていきたいということでございます。

続けて、2ページをご覧くださいと思います。資料3-2の参考資料のほうで申し上げますと、14ページから19ページにかけて「医療従事者の需給・偏在」に関する資料をおつけしてございます。このテーマにつきまして、まず医師・看護師等についてでございますが、今後の人口構成の変化、あるいは地域の実情に応じた医療提供体制を構築するということで、医師・看護職員等の医療従事者の需給の見通し、あるいはその確保策、それから地域偏在対策、こういったことについて検討を行う必要があるということから、昨年12月に「医療従事者の需給に関する検討会」を設置しまして、その下に、今日の資料の2ページに書かせていただいております3つの分科会を置いて、議論をしているところがございます。

医師に関しましては、医師需給推計あるいは医師の偏在対策について、昨年12月から「医師需給分科会」での御議論をお願いしてございます。「看護職員需給分科会」は始まったばかりでございますが、3月末に第1回目を開かせていただきました。それから「理学療法士・作業療法士需給分科会」につきましては、まだこれからということでございます。

4月から議論をスタートしたいということで、今、準備を進めているところでございます。

この各分科会での御議論、あるいはその親会でございます「医療従事者の需給に関する検討会」での御議論を経て、第7次医療計画を念頭に、28年内に取りまとめを行いたいということで議論をお願いしております。なお、「医師需給分科会」につきましては、その前に中間報告を行いたいということで予定をしている次第でございます。

その下に歯科医師についての欄もございますが、歯科医師につきましても需給の見通し等について検討を行う必要がございますので、真ん中の欄でございますが、一足早く昨年2月から議論をスタートさせていただいております。今の予定としては、本年の5月末を目途に報告書の取りまとめを行えばということで御議論をお願いしている次第でございます。

続きまして、4番目「新たな専門医の仕組み」でございます。まさに今、御議論いただいた部分でございますが、3月から専門委員会をこの医療部会のもとに設置させていただいて、御議論をいただいております。本日の御議論を踏まえて、引き続き専門委員会、それから当部会においても御議論をお願いしたいと考えている次第でございます。

続きまして、3ページでございますが、その他ということで4つほど挙げさせていただいております。まず5番目の「ゲノム医療の実用化推進」でございますけれども、遺伝子・ゲノム解析技術が進歩いたしまして、遺伝子関連検査による疾病の診断、あるいは将来の疾病リスクの予測等々、実用化が図られつつある状況かと思っております。そうした中、実用化を推進するという観点から、タスクフォースを設けて議論を進めているということでございます。

「現状と課題」のところに書いてございますように、その中でも医療機関、あるいは衛生検査所で実施されている遺伝子関連検査の品質・精度の確保についても議論をさせていただいている状況でございます。

資料で申し上げますと26ページをご覧くださいと思いますが、内閣官房の健康・医療戦略室のもとに「ゲノム医療実現推進協議会」というものができてございまして、タスクフォース自身はその下に設置をされた位置づけになってございます。大きな進め方の資料を28ページをご覧くださいますが、改正個人情報保護法におけるゲノム情報の取り扱い、「ゲノム医療」等の質の確保、差別の禁止等のいろいろな社会環境整備、こうした大きく3つのくくりでの御議論をお願いしているところでございまして、昨年度末の段階でゲノム医療等の質の確保についての議論をお願いし、これから夏の取りまとめに向けて、さらに引き続き、次のテーマに移っていくことを予定してございます。

29ページに、さまざまな課題があるわけございまして、そうしたことも書かせていただいております。遺伝子関連検査の問題、消費者に直接提供されるDTC遺伝子検査の問題等々、指摘が書かれている次第でございます。

それから、資料3-1に戻っていただきますと、6番目で「医療広告の在り方」と書いております。資料としては、参考資料の32ページから36ページにおつけしてございます。

医療広告に関しましては、医療法の中で一定の規制がかかっているわけですが、医療機関が設けられているホームページにつきましては、患者さんがみずから情報をとりにいかれることから、従来、医療法に基づく広告規制の対象からは外れているということでございます。

そうした中、特に美容医療分野を中心に不適切なホームページがあるのではないかとということで、昨年7月でございますが、消費者委員会から厚生労働省のほうに、その適正化に向けた取り組みを求める建議をいただいているという状況がございまして、今後、ホームページを広告規制の範疇に入れていくかどうかということも含めまして、その議論をしていかなければならない状況になってございます。

この部分につきましては、これも3月からでございますが、真ん中の段を見ていただきますと「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」を設置し、御議論をスタートいただいているところでございます。まだ1回しか開かれていないわけですが、これから秋に向けまして、さらに議論を深めていきたいと考えている次第でございます。

7番目でございますが「特定機能病院のガバナンス」ということございまして、特定機能病院に関しましては、昨年、厚生労働大臣をヘッドに設けたタスクフォースでの議論を経て、特に医療安全確保の面での承認要件の見直し等についての御議論を前回のこの部会でもお願いをした次第でございますが、ガバナンス体制や意思決定のあり方等についての検討もあわせて求められているところでございまして、そこがまだ積み残しになってございます。

この点につきましては、真ん中の欄にもございますけれども「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」を2月から立ち上げて、議論をスタートしているという状況がございまして。病院としての適切な意思決定を行うための体制をどう考えるか等々について御議論をお願いしているところでございまして、夏ごろを目途に取りまとめを行いたいということで議論を進めている次第でございます。

最後、8番目でございますが「医療事故調査制度等の在り方」と書いてございます。資料のほうは42ページから44ページになります。

医療事故調査制度につきましては、予期せぬ死亡事故が起きた場合にセンターのほうに報告をいただくという仕組みを医療法に基づいて昨年10月からスタートしているわけですが、制度をつくったときの法律の附則によりまして、法律の公布後2年以内に医師法21条の問題、それから医療事故調査・支援センターへの医療事故の報告のあり方等について検討し、法制上の措置その他の必要な措置を講ずることとされているところでございます。この部分について、医療事故調査制度の施行状況を踏まえ検討を進めているというのが今の状況でございます。

今日の参考資料の一番最後、44ページを見ていただきますと、10月の制度のスタート以来、2月末までの間にセンターのほうに医療事故として報告があった件数を載せてございますが、5カ月の累計で140件となっている次第でございます。

このうち、一番下の4番目で、院内調査が基本でございますが、センターに対して実際に調査依頼があったのは1件というのが今の状況でございます。ただ、スタートから半年余という状況でございます。

こうしたことを踏まえて、附則での検討という課題もございますので、与党のほうで議論をいただく場が立ち上がってございまして、今後、この与党における御議論の状況等も踏まえながら必要な検討を進めていきたいと事務局としては考えている次第でございます。

説明は以上でございますが、これらの事項、本日は大変恐縮ながらいつままでの御紹介ということでございましたけれども、それぞれの検討の場での御議論を踏まえまして、機会を捉え、当部会でも必要な報告を行い、御議論いただくこともあるものと考えてございますので、またその節はよろしくお願い申し上げます。

私からは以上でございます。

○永井部会長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見をお願いいたします。

安部委員、どうぞ。

○安部委員 資料3-1の3つ目の「医療従事者の需給・偏在」に関して、確認と要望を1点ずつ申し上げたいと思います。

まず、この3の中には、薬剤師の需給と偏在に関する記載がありませんが、これは医薬・生活衛生局においてこういった議論するという整理のもとで、ここに記載されていないという理解でよろしいかどうかということが、まず1点、確認事項であります。

その上で、薬剤師に関しましても、例えば地域の薬剤師であれば、昨年、薬局ビジョンができて業務が大きく変わります。それから、医療機関に勤務する薬剤師に関しましては、チーム医療の推進でありますとか病棟業務の充実、こういったことで現場の状況が大変大きく変わってくる可能性があると考えておりまして、薬剤師会としましても、需給・偏在に関しましては、これから十分に注視していかなければいけないと考えております。

医政局と医薬・生活衛生局の間での調整、もしくは十分な連携というものをぜひお願いして、薬剤師に関しても、地域における偏在とか需給関係の問題が解決できるように、ぜひ連携を密にさせていただきたいと要望いたします。

○医事課長 医事課長です。

安部さんからの1点目の御質問につきまして、お答えいたします。

薬剤師さんの関係は医薬局のほうで担当されていますので、そういう整理のもと、ここでは薬剤師さんのことは入れていないところでございますけれども、2点目のものに関しましては承知いたしましたので、連携しながら進めていきたいと思います。

ありがとうございました。

○安部委員 よろしく申し上げます。

○永井部会長 荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 このような議論、ここ2年ほど大変重要な時期だと思います。関連している

事項も多いように思います。

知事会の中で今後検討が必要となる主な課題を連絡協議する場をちゃんと設けさせていただきたいと思います。その際は、厚労省のほうから説明と、議論を直接していただく場もできたら作りたと思いますし、そこで出てきました地域の情報をもし簡潔に提示できるなら、この議論の場に出させていただく機会も、あるいは検討委員会にもあるかもしれません。何よりも実行するときに、国・中央で決めたからやれよといって医事課長が通達で出すだけでは、なかなか地域は動かないというのがいろいろなところで出ております。医事課長の通達は縦割りで来るものですから、横と斟酌すると、すぐにはできないとか、順番が違うなどというような配慮が地域で発生するものですから、地域の情報共有の温度を上げるように知事会で勉強会をしたいと思いますので、いい情報提供を含め、また協議をしていただくような雰囲気づくりにぜひご協力をお願いしたいと思います。

知事会は、医療をよくする味方だと思いますので、そのように持っていきたいと思いますが、そのためにもいい情報共有ができるように願っております。このような課題をカバーできるように、知事会の中でも連携をさせていただきたいと思います。報告でございます。

○永井部会長 邊見委員、どうぞ。

○邊見委員 1つ要望と、1つ報告でございます。

1つは、3の「医療従事者の需給・偏在」の委員会、私も親会議のほうに入らせていただいているのですが、今の地域医療構想で一番大事な川下と言ったら失礼かもわかりませんが、慢性期医療を在宅へ、在宅へとやっているのですが、在宅医療を支える人たちは誰であろうかといいますと、やはり特定行為のできる包括的指示のもとに動く看護師さんと、それから総合診療医。それと、在宅医療は大きな手術、処置はできませんから、栄養と薬剤だと思うのです。だから、栄養士とか薬剤師は、やはりこれからは在宅に出て行く訪問薬剤指導とか訪問栄養指導とかをできるような方向でやっていただきたいなど、関連の団体の方々もおられますので、ひとつ。その会議でも言おうと思っているのですけれども。

もう一つは、ちょうど6年間のコアカリキュラムが見直しの時期に入りました。歯学部もそうですけれども、医学部は6年に1回しかカリキュラムの見直しがありませんので、その中で中川先生などと一緒に出ておりましたら、特定機能病院の事件とかいろいろありましたので、やはり医療制度とか、永井先生がいつもおっしゃるような財政とか、いろいろなことも医学教育の中へ取り入れてほしい。あるいは医の倫理はもちろんですけれども、いろいろな患者心理学とか、コミュニケーション術とか、そのような日進月歩のものも皆入れてほしいということをお願いしました。

ちょうど厚生労働省にこの間までおられました佐々木さんがそちらのほうを担当しておりますので、先ほどから荒井委員がおっしゃっているように、厚労省と文科省が2つ別々にやっているからうまくいかないのではないかとこのを少し解消できるのではないかと

思っております。これは報告でございます。これも永井先生が部会長ですので御存じだと思っております。

○永井部会長 平川委員、どうぞ。

○平川委員 ありがとうございます。

地域医療計画の関係で少し要望事項を言わせていただきたいと思います。

これまでも計画を作られてきておりますけれども、数字の目標を本当に少しでも実効あるものにしていただければと思います。逆に言えば、今までも数値目標とかいろいろありますけれども、それがなぜ達成できていないかという詳細な分析も含めて検討していくべきではないかと思っております。特に医療従事者の人材確保は重要な課題だと思います。例えば医師の配置についても、二次医療圏ごとの格差は縮まるどころか拡大するのではないかという懸念をしております。これも中医協で発言させていただきましたが、札幌、旭川、もしくは根室との医師の配置の格差、これは人口10万人当たりで計算すると約3倍以上の差があるという状況もあります。これは昔からそういう状況がずっと続いておりますが、なかなか解消できていないという状況もありますし、加えて、看護師もしくは薬剤師の人材確保も深刻化しているということがありますので、この地域医療計画と医療従事者の需給・偏在の課題の検討会との連携も重要ではないかと思っております。

次に、被保険者の立場からいいますと、保険料を払っているにもかかわらず、地域によっては十分な医療が受けられないというところもございまして、しっかりとそういう観点でも、医療部会の中でも引き続き発言させていただければと思います。

また、平成30年から都道府県が国保の保険者という形になります。ぜひとも、都道府県は保険者の位置づけだという意味合いについても課題の中に入れていただければと考えているところであります。

あと、個別の課題についてはいっぱいありますが、時間がありませんので省略させていただきますが、精神医療の関係について、地域医療計画の中でさらにまた検討していただければと思います。特に入院患者さんの地域移行の問題は大きな課題になっています。地域での受け皿づくりということもなかなか進まない中で、どうしていくかということについてもしっかりと議論が進められていくようお願いをしたいと考えているところであります。

以上です。

○永井部会長 中川委員。

○中川委員 この資料の5の「ゲノム医療の実用化推進」に関連してですけれども、厚生科学課長に来ていただいているので、お聞きします。

以前の厚生科学審議会で、遺伝子検査ビジネスが横行していると。所管は経済産業省だという説明がありましたが、先進国の中で野放し状態は日本だけだという非常に厳しい現状もあって、早く厚生労働省としてあるべき規制を整備すべきだというお願いをしたのですが、延々とお返事がなく、進捗が不明です。現状どうなっているか御説明いただ

きたいと思います。

○厚生科学課長 厚生科学課長でございます。

消費者向け遺伝子検査ビジネス、いわゆるDTCでございますけれども、こちらにつきましては、昨年2月の厚生科学課が事務局となっております厚生科学審議会のほうで中川委員から御意見があったものと受けとめておりまして、これはまさに中川委員の御意見を踏まえて対応してきたところでございます。これまでの経緯について御説明させていただきたいと思います。

まず、厚生科学特別研究におきまして北里大学の高田教授を主任研究者とする研究班を設置いたしまして、DTCを含め、ゲノム医療等についての課題、それから海外の状況などについて整理していただいたところでございます。ちょうど資料3-2の29ページに「ゲノム医療等に関する課題」を整理しておりますが、この中にDTCも含めて課題を整理しております。

そして、先ほど総務課長からも御説明がございましたけれども、26ページ、健康・医療戦略推進本部のもとに、一番下でございますけれども、ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォースというものを設けまして、医療等ということでビジネスも含めてこちらで検討しようということでタスクフォースを設けたわけでございます。事務局につきましては、厚労省が健康・医療戦略室、それから文部科学省、経産省の協力のもとに行うということで、厚労省主導で行う体制をつくったところでございます。

構成員でございますが、次の27ページで、福井先生を中心に議論をいただいているところでございます。

28ページでございますけれども、このタスクフォースにつきましては、昨年、改正個人情報保護法との整理を行いまして、今、まさにゲノム医療等の質の確保ということで、ビジネスも含めまして検討しているところでございます。

その議論の中身でございますが、昨年度、3月30日にDTCにつきましては議論を行っております。そのタスクフォースの中での意見でございますけれども、DTCにつきましては、医療と非医療を分けずに議論すべきである。それから、悪質な事業者が野放しになるのではないか。検査の分析的妥当性、科学的根拠を担保する仕組みが必要ではないか。また、消費者への適切な情報提供を担保する仕組みが必要ではないかなどの御意見があったところでございます。

また、日本医師会からも、小森理事から「かかりつけ医として知っておきたい遺伝子検査、遺伝学的検査Q&A」を御紹介していただきまして、DTCの安易な推奨は控えるべきである、極めて慎重に対応する必要がある等の意見が出されたところでございます。次回も引き続き、このDTCについて議論を行うことといたしまして、厚労省としてもきちんと対応していきたいと考えております。

以上でございます。

○中川委員 椎葉課長の今の説明ですけれども、29ページの(1)②の3つ目のポツで「DTC

遺伝子検査は」というのがありますが、これは物すごく重要な文がこの2行でしかない。そして、事の重大性をなかなかこの場で認識して議論しているかどうか伺わしいところがあるような気がします。余りにもスピード感がなさ過ぎると思います。これは今、野放し状態で、遺伝子検査ビジネスをやりたい放題やっているのです。その被害が拡大してからでは遅いと何度も申し上げているのですが、ぜひスピードを上げて、福井先生にもぜひお伝えください。DTCのところだけは早くやってください。ほかのところはのんびりというわけではないですけれども、じっくり議論していただいて、ここは急ぐのですから、ぜひよろしくをお願いします。また聞きます。

○永井部会長 楠岡委員、どうぞ。

○楠岡委員 私は同じところを少しお伺いしたかったのですが、臨床研究として遺伝子関係に関する場合には、経産、文科、厚労の3省共管のヒトゲノム・遺伝子研究に関する倫理指針があって、ここに挙がっている課題のようなものをクリアしない限りは研究として許可されないという状況があるのに対して、中川先生がおっしゃったように、ビジネスとして行われる場合はこの指針の全く適用外で、いわば再生医療等新法ができる以前と同じような状況が起こっているという理解でよろしいのでしょうか。

○厚生科学課長 厚生科学課長でございます。

遺伝子検査ビジネスでございますけれども、こちらにつきましては、まず、個人情報保護法や景品表示法等の消費者保護法、経産省による分析的妥当性を含む全般事項についてのガイドライン、業界の自主規制などがございまして、全く野放しというわけではなく、ガイドラインと自主規制によってやられているというのが実情でございます。

○永井部会長 ほかに。

山崎委員。

○山崎委員 今後の「検討の療養病床の見直し」のところに関連しているのですけれども、終末期の医療をどのように提供するかということ、もうちょっと具体的に、もうそろそろ考えていかなければいけないのかと思います。地域包括の中で有床診療所の先生、あるいは診療所の先生を中心にして地域で地域包括ケアをするということはわかるのですが、一方では、今、病院死が非常に多くて、終末期にどのように医療提供していくのか。従来はクオリティー・オブ・リビングという考え方で提供していたわけですが、高齢化社会でどんどん高齢者が増えていく中で、クオリティー・オブ・デスという視点をも考えなければいけない。一方では、最後の3カ月間に多額な医療財源が使われているという現実があるわけですし、その辺をきちんと整理しなせんと、財源的にもたなくなる。

もう一つは、新規の抗がん剤が多く出てきていて、分子標的薬を中心とした抗がん剤で、それを使って予後が延びても半年あるのが1年というような薬に、今、問題になっていまして、全部の患者さんに使うと薬代だけで1兆5,000億円ぐらいかかるという問題も出てきているわけですし、終末期をどうするのかということをもうちょっときちんと整理するのは喫緊の課題なのではないかと思っているのです。その辺についてはいかがですか。

この「今後の検討が必要となる主な課題」のところに入っていないのですけれども、このままでいったら医療財源がもたないことはみんな知っているわけですし、そこにきちんとある程度踏み込んだ検討を行わないで、ずるずるやって、消費税を引き上げて、もつのかといったら、それでももたないと思うのです。したがって、終末期における医療提供のあり方はどういうことかということについて、国民の皆さんのコンセンサスを得なければいけないと思います。

○永井部会長 事務局、いかがでしょうか。

○地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

今回お示ししております資料に明示的に確かに今のような御指摘の課題は記載はございません。ございませぬが、かつての「終末期医療のあり方」、最近では終末という用語の問題から、「人生の最終段階における医療のあり方」ということで、従来から、さまざまな研究でございますとか検討自体は継続して進めさせていただいております。

今、山崎委員が御指摘のような医療費の問題もありますので、いろいろな角度からの御検討は必要だろうと思っておりますけれども、私ども医政局が所管しております在宅医療との関係、それから地域包括ケアシステムの構築を進めていくというのは、全省というより政府を挙げてということだろうと思っておりますので、そのような観点からも、決してないがしろにしているわけではございません。このリストの中にはないかもしれませんが、引き続き検討課題として認識しておりますし、必要に応じまして、そういった資料を御提供したり御議論いただくというのは当然であろうと認識しておりますので、改めまして今の御指摘を受けとめて、しっかり御議論いただけるようなことを努力してまいりたいと思っております。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

荒井委員。

○荒井委員 邊見先生と山崎先生の御発言を受けまして同調するものでございますが、在宅医療、また終末期、今までやってきた連携では不十分のように思います。連携だけではどうも在宅医療、終末期医療の提供体制は不十分。なので、地域では組織を作ろうかなと思っております。会社を作ろうかなと。これは第三セクターでもいいのですけれども、その提供体制の中には医も薬も看も歯も介護もセラピストも入るような終末期対応のできる組織なので、それは診療報酬などがどのようにその組織に入るかということが検討対象になるわけで、関係者もおられるので、ちょっと各論の各論ですけれども、発言させていただいたのですが、そのような在宅あるいは終末期の医療提供組織を試みとしてつくっていかうかと考えています。

今までの発言で、やはりそういうところに参加したいという業界の意見もありましたので、心強く思って、小さなところでもそのようなことが公のわずかな支えでできることであればしたいなと思っておりますので、医政局からほかにもまたがりますけれども、また御指導をお願いしたいと思います。

○永井部会長 ほかに。

中川委員、どうぞ。

○中川委員 資料3-1の1ですけれども、地域医療構想については第7次医療計画も迫ってきているし、2025年に向けて構想区域ごとに全国の医療機関が緊張して、自主的に収れんしようと思っていると思います。

ところが、先月の経済財政諮問会議のものの経済・財政一体改革推進委員会の中に設けられた社会保障ワーキング・グループで、こんなものが出ています。地域医療構想の2025年における医療機能ごとの必要病床数の進捗率について。高度急性期、急性期、回復期の3機能について、以下の病床数を用いた簡潔な式を用いるとあるのです。その式として、分子が、地域医療構想策定年度の病床機能報告制度の病床数、引く、当該年度の病床機能報告制度の報告数。分母が、地域医療構想策定年度の病床機能報告制度の病床数、引く、地域医療構想の2025年度における必要病床数というものなのです。これは昨年6月15日に専門調査会で、許可病床数と必要病床数を比べて何万床減らすという大混乱を起こしたのと同じなのです。報告制度と必要病床数の引き算で進捗率を示せと、全くこの地域医療構想の趣旨と違うことになっているのです。せっかく厚生労働省がいい仕組みをつくって、自主的に収れんするという仕組みをつくったのに、完全に水を差すものなのです。

こういうことをやっているのを無視することはできないのです。常に医療部会を中心に、厚生労働省医政局地域医療計画課が全面的にこういうことは闘ってほしい。我々は全面的に支援しますので、奮闘していただきたいという強い要望でございます。

医政局長、よろしく願いいたします。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしますと、大体時間になりましたので、事務局から連絡事項をお願いいたします。

○医療政策企画官 今後の日程につきましては、また改めて御連絡申し上げます。

○永井部会長 ありがとうございます。

それでは、本日はここまでといたします。お忙しいところありがとうございました。