

## 第4回 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和4年12月15日（木）14:00～17:59

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）大槻議長、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員

（事務局）林室長、辻次長、木尾参事官

（説明者）岩村有広 日本経済団体連合会常務理事

河岡辰弥 日本経済団体連合会イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員

牧園昌泰 日本経済団体連合会イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員

鈴木健 日本経済団体連合会イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員

藤井江美 日本保険薬局協会副会長

國峯孝祐 國峯法律事務所弁護士

桜井なおみ 全国がん患者団体連合会理事

辻邦夫 日本難病・疾病団体協議会常務理事

鈴木真彦 北村山公立病院診療部長

大坪寛子 厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療担当）

福田亮介 厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室室長

蒔苗浩司 厚生労働省参事官（総合政策統括担当）

4. 議題：

（開会）

1. 通所介護事業所や公民館等の身近な場所でのオンライン診療の受診について（フォローアップ）

2. 医行為の範囲の明確化等について

3. 医療現場の負担軽減のための手続のデジタル化等について（フォローアップ）

（閉会）

○事務局 それでは、定刻になりました。ただいまより規制改革推進会議第4回「医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には、御多忙の中、御出席をいただき、ありがとうございます。

本日でございますが、議題1として「通所介護事業所や公民館等の身近な場所でのオンライン診療の受診について（フォローアップ）」、議題2として「医行為の範囲の明確化等について」、議題3として「医療現場の負担軽減のための手続のデジタル化等について（フォローアップ）」の3件について御議論いただきたいと思います。

なお、参考資料1として、11月7日のワーキング・グループにおける委員・専門委員の方々からの追加の御質問に対する厚労省の御回答をお配りしてございます。

また、参考資料2として、令和4年規制改革実施計画における「医療人材の不足を踏まえたタスクシフト／タスクシェアの推進」の事項に関して、12月1日付で厚労省から発出されました通知をお配りしてございます。

あわせて参考資料3として、令和3年規制改革実施計画における「中古医療機器売買の円滑化」の事項に関して、12月13日付で厚労省から発出されました通知をお配りしてございます。

また、御報告でございますけれども、先月28日に書面議決をいただきました新型コロナウイルス及び季節性インフルエンザを同時に検査可能な抗原定性検査キット、いわゆるコンボキットの利用環境の整備につきまして、コンボキットのOTC化が行われました。厚労省には御対応いただきまして誠にありがとうございます。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長にお願いいたします。よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 それでは、本日もよろしくお願ひいたします。

本日は、大浦専門委員から御欠席の連絡をいただいております。また、本日、大槻議長、落合専門委員にも出席いただいております。

なお、参考資料4として、本日欠席の大浦専門委員から本日の議題1及び議題2について意見書を提出いただいておりますのでお配りしております。

それでは、早速、議題1「通所介護事業所や公民館等の身近な場所でのオンライン診療の受診について（フォローアップ）」に入らせていただきます。

まず、出席者を御紹介いたします。

厚生労働省から、大坪寛子大臣官房審議官に御出席いただいております。

それでは、厚労省様より御説明を5分程度でよろしくお願ひいたします。

○大坪審議官 厚生労働省医政局の大坪です。お世話になります。

今日、厚生労働省から資料1を置かせていただいております。

それをおめぐりいただきまして、前回に引き続いてちょっと加筆をしております。といいますのは、12月5日に社会保障審議会医療部会がございましたので、そこでお諮りをいたしまして、御議論いただきました。その結果を入れ込んでおります。

左側の医療提供施設で不特定多数の方がいらっしゃることを想定してオンラインのサービスを提供する場合。それから、右側は居宅等個人のお家で療養生活を営む場所というところ

ころでオンラインを行う場合、2つシチュエーションがあるのかなということは前回もお話をいたしました。居宅等の場合には、オンライン指針の中でも場所の要件等々についてこのようにグレースバックでプライバシーの確保等々書いております。

一方で、左側の多くの方がいらっしゃる可能性、目的がそもそも医療でないような場所で行う場合を想定するとどうでしょうということを12月5日の医療部会で議論しましたということがこのページに書いてあります。

次、おめくりをいただいて、すごいビジーですけれども、8月17日の医療部会でかなり議論をさせていただいたのでいろいろな御意見がありましたということをごここに記載させていただきます。

おおむね皆さん、こういうことが今後必要だよねという感じでよく議論していただいたと思っています。むしろ労働系の方とか連合の方とかがかなり慎重ではありましたが、患者のプライバシーの保護という観点から安全性が担保できるのかみたいな御意見がありました、おおむね医療者の皆さんも好感触でありました。

それを踏まえて、医療部会の議論を踏まえた具体案の骨子を4ページにおまとめしております。この大部なものをおまとめして、次のページをおめくりいただいて、この3点でどうかというように医療部会ではまとまっております。

1つ目のポツですが、へき地等において公民館等の身近な場所で医師が常駐してないところもあるでしょう。診療所とかを開設すると医師がそこにいなくてはいけないのですけれども、こういうオンラインの場合はもういないのが当たり前なので、いない場合ということで開設可能としていいのではないかと。

その上で、これが定期反復ではないなら通常の巡回診療と同じように特例で開設を不要としていいのではないかとということでありました。

3ポツは地域ごとの医療提供体制について、開設していれば先生はそこにいるからいいのですけれども、バーチャルでやっているの、どこで誰が何をやっているか分からないというのもあれなので、都道府県が一定の介在をする必要があるの、医師が常駐不要の診療所、こういったものを設定することについて、都道府県の関与というものも必要なのではないか。これは診療所の届出を出せばそれはそれで足ると思っておりますが、こういうようなお話がございました。それを今日、御報告をしようと思っております。

次のページは、一方で、今度、右側の先ほどの表で言うところの居宅等の話になります。個人が行う場合の話ですが、これはこれまでどおり、オンライン指針の中でお示ししております。

2つ目のポツですけれども、患者の所在として認められる例として、患者の日常生活等の事情によって異なるが、勤務する職場も療養生活を営むことができる場所として認められるのではないかとということで、そこは既にオンライン指針の中に入れ込んであります。

ここが意味するところは、オンライン指針の中にも記載はされておりますが、既に盛り込まれておりますが、患者の日常生活の事情によって異なるので、職場という単語であれ

ば何でもいいわけではなくて、そこがほぼほぼ通っている療養の生活の場なのかということによるのでしょうかという考えからしますと、例えば週1しか職場に行っていないところを職場として認めているわけではなくて、療養の生活を営んでいる場所ということで読めればそれでいいのではないかということになりますので、別に場所を特定しているものではなくて療養生活を営んでいる場所という意味だよねということを確認したということでもあります。

厚生労働省からは以上であります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、早速、質疑に入りたいと思います。

委員、専門委員の皆さん、いかがでしょうか。

では、すみません、質問が出るまで、大浦専門委員のほうから意見書が出ています。参考資料4なのですけれども、ちょっと長いのですが、ざっくり言いますと、通所介護等にオンライン診療の場ができて患者は自分のことがよく分かっている、やはり地元の主治医に診てほしいと思うものでありということ、しばしば懸念されているオンライン診療をやるとほかの遠方の医者に行ってしまうのではないかという話ですが、そんなことはないのではないか。

その上で、地域の診療所にとって利益のあることでオンライン診療の場を拡大してはどうかということなのですけれども、特に通所介護のところに関する質問だと思うのですが、この辺り、まずは厚労省さん、いかがでしょうか。

○大坪審議官 先ほど御説明したとおりであります。通所介護も含めて、先ほどの資料で言うところの1ページ目、居宅等で個人の話の場合と、それを特定の場所というところで行う場合は左側の医療提供施設ということで、それが医療機関だったら医療を目的として来るのでしょうかけれども、公民館とかほかの場所だとすると何を目的にするということは必ずしも同じではないわけで、不特定多数の方が来られる。そういった場合には、先ほど申し上げたような感じの骨子、4ページ、議論した上で、こういう骨子をおまとめいただき、そういうこともあり得るのではないかと、公民館等身近な場所で医師が常駐しない。普通、診療所を出すときには医師がそこにいることになっていますので管理者として届け出るのですけれども、いない場合の診療所開設というのもありではないかというところで先生方の御了解をいただいたということです。

開設でなくても、もうそれは反復継続してないのなら通常の対面のときと同じように開設届を不要として実施計画の届出で足りるのではないか。そういうことでおおむねまとまったというように思っております。

開設でなくても、もうそれは反復継続してないのなら通常の対面のときと同じように開設届を不要として実施計画の届出で足りるのではないか。そういうことでおおむねまとまったというように思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっている順番に、大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 ありがとうございます。聞こえますか。

○佐藤座長 大丈夫ですよ。

○大石専門委員 すみません、ちょっと御質問なのですけれども、先ほどの4ページのところをもう一回見せていただきまして、一つ質問があって、それに関連してもう一つなのですが、ここに「へき地等」と書いてございますね。等というのは行政用語では結構広いものが入ったりもするのですけれども、この※1を見ると、いわゆる無医地域にかなり限定しているような感じがします。ただ、現実的には全くお医者さんがいないだとか、クリニックしかないというところではなかったとしても、その専門の先生がいないであるとか、若しくは高齢者とかだと実際モビリティの方法がない結果、実質的に無医状態になってしまっているというところが結構あるかと思えます。

ですから、この「へき地等」というのを極めて限定的に下の※1に書いてあるように限定しているということではないですよということの確認をさせていただきたいということと、もしもそれに限定されているのだったら、その理由は何かということをお伺いしたいです。

それと、それに関連して3なのですけれども、野放しにするのはあまりよくないと思いますが、何らかの形で行政が知ってなくてはいけなくて、そういう意味で言うと、2で届出を行うということがあるかと思うのですが、もうそれで十分なのではないかなと思っていて、また、関与するとしても、本当に純然たる無医地域に関しては都道府県がへき地医療対策で対応していますが、現実的にどの程度困っているかということに関して私が申し上げたような例に関してはむしろ基礎自治体のほうが詳しいと思いますので、都道府県まで上げて、そこで確認をすることの意味があるかどうかということについてはどうお考えかということをお教えください。

○佐藤座長 2点ありましたが、よろしく申し上げます。

○大坪審議官 都道府県の関与から申し上げますと、これは医師の偏在ですとか地域医療の提供体制は一義的に都道府県が責任を負っております。今、第8次の医療計画の準備を進めているところなのですけれども、それですとか地域医療構想ですとか、どの地域、どの構想区域においてどの医療が足りないか、こういったことは都道府県の責務としているところでもあります。

市町村になりますとかなり狭い分野でそれは見ているわけですし、都道府県全体でそれは医師多数区域、医師少数区域、その中の医療のやり取りというのは都道府県に考えてもらっています。同じ都道府県の中でも医者が中心部は多いのですけれども、遠くに行くと減ってしまいますので、そういったところの計画を十分に医療計画の中では策定をさせていただいておりますので、届出をすれば足るということではなくて全体を面としてハンドリングができていくかということをお指しています。

それから、へき地のことに関しましてはいろいろ議論いただいて、皆さんおおむね前向

きであります。ただ、医療法というものは便利かどうかということを追求しているというのではなくて、あと利便性ということをどんどん追求しているものではなくて、やはり医療としての提供体制を一律に確保していくということにあるものですから、その中で日常生活の御事情を勘案しつつも、やはり医療が触れない状況にある人にどうやって医療を届けるかということだろうというように思っています、動ける方であれば、本当はちゃんと医療にアクセスしていただくのがよいのではないかとこの基本姿勢は対面を前提にしている上で、そうはいつでも、おっしゃるようにそういったところにアクセスできない場合とか、専門家がない場合でというものは既にオンライン指針の中で、お家でアクセスすることは可能としているわけですが、それがお家で行うのと同じように療養の生活をほかの場所で受けている場合には、それはあり得るのではないかとこの議論を今回させていただいたということです。

へき地の範囲は医者が1人もいないとかそういうところまでは考えておりません。まだ議論が必要かもしれませんが、対面でのアクセスが難しい場合ですとかそういうことです。もう少し広く捉えることができるのではないかとこのように思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石さん、どうぞ。

○大石専門委員 すみません。今の御回答についてなのですが、私どもも会社として地域医療構想等に関わってはおりますので、どういように進めているのかというのは分かっているつもりなのですが、やはりすごい時間がかかるのですね。時間がかかりますし、また、面での全体感の調整とかをしていくいろいろな配慮もしなくてはいけないというところもあって、やはり本当に困っている方が救われるように機動力があるような形にさせていただきたいと思っておりますので、この関与というのが何をもちょうと関与とするのかどうか、手続ですとかということをもっときちんとして、そこは止まらないようにしていただきたいというのが1つ目。

あともう一つは、へき地等に関してということと言うと、やはり全体的にオンライン診療の指針から比べると大分後ずさった感じがするので、そうではなくて、対面を選ぶという人もいらっしゃいますでしょうし、いろいろな事情の中でオンラインを選ぶということもきちんとした選択肢として提供できるような仕組みにする必要があるのではないかと思います。それが多分オンライン診療の指針のもともとの趣旨だったと思うので、そこから後ろ戻ししないようお願いしたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

私も議論をあまり発散させたくないの確認なのですが、まず3番目の都道府県の関与についてなのですが、公民館は、相手は市町村が持っているのですよね。都道府県が公民館を持つことはめったにないので、どの地点に医師常駐不要の診療所を設定するか、これは多分権限としても情報としても市町村しか持っていないのではないかと思います。これは

都道府県の関与は具体的にどうやって関与できるのですか。多分彼らはどこに公民館があるかは知らないはずなのです。それが1点目。

先ほどから公民館の話が出ているのですが、多分今回議論になるのは公民館等なので、例えば不特定多数の場合と特定多数の場合。職場は特定多数の場合に入ってきて、学校もそうよね。では、この公民館等の身近な場所でへき地に限定しているのは不特定多数の公民館に限定している話なのか、特定多数も含み得るのか、この辺りはどういう整理になっているのでしょうか。下の部会の説明にしても、冒頭にオンライン診療は、過疎・中間地域において医療資源が少ないということを書いているのですが、これはオンライン診療一般論でおっしゃっているのか、公民館のようなところに限定しておっしゃっているのか、この辺の整理、明確にしてくださいませか。

○大坪審議官 よろしいですか。

○佐藤座長 お願いします。

○大坪審議官 今回は不特定多数のことを議論していただいています、基本的には居宅で行うということは個人であります。それが療養生活を営む場と同義で捉えられる場所はどこかということで職場を入れたわけですし、職場は特定多数だからとか不特定多数だからとはまた別に、自宅と同様に療養生活を営んでいるという範囲で入れています。

一方で、今回議論になっていたのは、医療を目的としない場所といいますか、それ自体を本来目的にしていないけれども、そこが便利だからみたいな話から始まったと思っていて、そうすると、公民館であってもその他の施設であっても、目的様々、不特定多数の方なのだろうというようには思います。

ここでは不特定という言葉の定義を正確に施設ごとに若干違ってきってしまうような気はしますが、要は居宅の範囲とそれ以外にある施設を使って多くの方がいらっしゃるときにそこを認めていくにはどういうことに気をつけるかみたいなことを議論していただいたのがこの左側の部分に、医療提供施設というところで読めるところは何なのかということをお議論いただいていますので、基本的にはいろいろな目的で来られる場所なのだろう、医療施設ではない場所なのだろうということでもいかがかという諮り方を事務局としてはしています。その中では、そういう場合も今後あり得るのではないかという好意的な受け止めの中で議論が進んだということです。

市町村の関与に関しましては、これは診療所としての届出を出すに当たって出す先がどこかという意味で都道府県でしょうと言っていることでありまして、もちろんその場所を使っていかどうかというのは持ち物の管理者である市町村のほうに当然お諮りしないと、いきなり勝手に出すという話ではないと思いますので、その場所でパーティションができるとか、プライバシーが管理できるとかということは御地元で管理者に確認はされるのだろうと思います。そこを何か言っているものではなくて、これを医療施設として読むためには都道府県に届出をしていただくことになるよねという確認をしたということです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっていますので、大橋先生、よろしく申し上げます。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

まず、診療所としての届出が必要かどうかというところなのですが、恐らくオンライン診療というものを行うに当たって、公民館等というのは相当幅が広い感じはしますけれども、仮に基礎自治体が有する施設というようにするのであれば、一定程度自治体の管理の中でオンライン診療のために必要となる構造基準というのは診療所と同じ構造基準である必要は恐らくないケースも多々あると思われまますので、そういうところが担保できるのではないかと。

もしそうであるとするならば、この公民館等というものの等を外してしまって、ある意味自治体の管理する施設で自治体がしっかり監督する下でオンライン診療を行うという形であれば、よりこれまで我々、デジタル原則として議論してきたオンライン診療を広げるという観点で、もう少し適切な規制体系がより効果的にできるのではないかとと思いますが、いかがでしょうかというのが一つ。

もう一つ、既に議論があったかもしれませんが、この対面ができないからオンラインにするという話は、そもそも我々がこれまで議論してきたデジタル原則ではないのではないかと考えていて、ある意味、対面であったとしてもデジタルという選択肢をしっかりと確保することが今後重要ではないかという世界観の中でこれまで厚労省様とも議論させていただいていたのかなと。そういうことで言うと、へき地等ということで（※1）で書いていただいたものというのは相当程度限定的に過ぎるのではないかと。ある意味、東京を含む都市圏で行ってもいいのではないかとと思いますが、その辺り、再検討していただけないかどうか。

3番目ですけれども、これは高齢者の利便性というよりは、やはりデジタルデバイスに必ずしも御自身が明るくない方に関して手助けをするような側面が相当程度大きいのではないかと考えていて、そういうようなことをするに当たって、先ほどの1ポツの話になりますが、診療所としての構造基準まで求めるのですかということと、あとそうしたらデジタルデバイスに明るくない高齢者に対して、こうしたオンライン診療のオプションを奪うようなことが必ずしもあってはいけませんよということの合意が取れないでしょうかということが3点目です。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の御質問の点、いかがでしょうか。多分認識が相当違うのかなとと思っているのですが、対面ができないからオンラインだとこちらは言っていたわけではなくて、オンラインは患者の利便性を考えたときの選択肢の一つだという、そういう立ち位置だったので今のような大橋専門委員のようなコメント、質問が出てきているのだと思うのですが、この辺りも含めていかがですか。

○大坪審議官 まず1つ目の自治体が有する施設に限っては議論してはどうかということ



は、もしそういうことであれば、それは改めて医療部会でお諮りするということは全然やぶさかではないと思います。ただ、その際でも、基礎自治体に届出をするということと、そこがある程度ちゃんと構造として責任を持って自治体が管理しているだろうということとを推測することとはまたちょっと異なるので、診療所としての位置づけは都道府県の関与というものが何らか必要になるだろうという回答に多分議論をしてもなるだろうというようには思います。

ただ、そこを自治体が有する施設とした場合にもどうでしょうということをもう一度お諮りするということはある得ると思っておりますので、もしそういうことを規制改革委員会のほうでそうだという御指摘であれば、医療部会のほうに持ち帰りたいと思っています。

それから、対面もオンラインも同等だという場合もあるし、ない場合もあるということとはこれまで指針をつくってきた中でも言っているわけでありまして、同等程度の医療が得られるような症状、疾患、シチュエーション、それももちろんあるだろうというように私も個人的にも思います。ただ、一律に指針を書くときに、どういう疾患ならこうだのああだのというのはなかなか書きづらいところもありますので、一般原則として書いているわけでありまして。

ただ、医療を提供する立場からすると便利ならどこでもいいということにはならないのと、あとオンラインができないから、便利だからということを生方、おっしゃっているわけではないのは分かるのですけれども、基本的には何か対面が必要になったときの場合とか、そういうことでもしできるのであれば、わざわざ別の場所にお出かけになってオンラインで診療をお受けになる必要はなくて、お出かけになれるなら病院に来てくれたらいいのになという自然の発想の議論でありました。

どうしても、動けるのだけれども、行けるのだけれども、オンラインを選択するという場合がどういう状況なのかというのは、もう少し御示唆をいただいた上で検討会に諮る必要があるだろうとは思いますが、日常生活の状況が把握できることが個人の場合には必要ですし、施設に来ていただく場合には、やはり直接診させていただけるにもかかわらずそちらに行くということをもう少し強く説明したいとは思っています。あとそういった中でへき地とかそういうやむを得ない事情というのは当然あるので、そこはまずこういうことで利便性の向上というものを追求していったいいのではないかと御意見でおまとめいただいたものを今日、私のほうから報告をさせていただいています。

2番の部分と3番の部分を同時に御説明しておりますが、医療部会の様子はそういう感じであります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員からもお手が挙がっているので、よろしくお願ひします。

○大石専門委員 ごめんなさい、ちょっと確認なのですけれども、診療所の開設届は保健所に出すではないですか。なので、都道府県に出しているわけではないような気がするのですけれども、これはどうなりますか。必ずしも診療所開設届を都道府県に出さなくては

いけないから都道府県が関与しなくてはいけないという話が先ほどあったような気がするのですけれども、診療所の開設届は保健所に出すので、都道府県を必ず関与させなくてはいけないという理屈にはならない気がしますが、いかがでしょうか。

○佐藤座長 この辺のロジはいかがですか。

○大坪審議官 診療所の開設届は保健所に出していただいてもよいのですけれども、それは最終的に都道府県のほうに申達されるようになっていきます。そういう意味で申し上げているので、便宜上、窓口を保健所にされてもそれは構わないと思います。保健所設置市であればそれは構わないだろうと思います。

○大石専門委員 であったとすると、都道府県が関与しなくてはいけないという書き方というのが、都道府県がこれに対していい悪いと言える、一番最後の3番目というのはそこで許可・不許可を出すという意味ですか。届出は届出なので、その届出を出して保健所であろうと直であろうと受け取ったということでもう届出は出しているのです、そこでオーケーになるのではないですか。そこら辺というのはそういう理解で合っていますか。要するに届出というのは駄目だというのは言わないですよ。

○佐藤座長 駄目だと言うケースはあり得るのですか。届け出ればよいという感じ、つまり、都道府県の関与というのは状況、現状を把握できていればよいという意味なのか、許可・不許可も含めてなのか。関与というときはどのレベルの関与のことを言われていますか。

○大石専門委員 診療所の開設届のときに保健所がこれでは駄目ですと言うことはあるのですけれども、それというのは具体的には施設基準を満たさない場合、要はこんな汚い場所では診療はできませんみたいな感じのときでは駄目という、要するに改善命令は出しますけれども、決められた施設基準を満たしていれば届出は受理されて、それで終わるはずなのです。保険診療をやってもいいかどうかというのは、これはまた別の話で認可事項になってきますけれども、届出は届出なので、ここで言っているように関与するとか、そこでやっていいかどうかを決めるというニュアンスはちょっと違うような気がするのですが、この解釈は間違えていますか。

○大坪審議官 大石先生がおっしゃっていることとほぼ同義だと思っていまして、その開設届を頂いたときに施設基準に合致しているかどうか、まさにそれがオンライン指針に当たるのだらうと思います。ですので、一般的な場所として適切かというのはオンライン指針上に求められているものが守られているかどうか。診療所の開設として届け出るものであれば、それはオンライン指針も超えて確認すべきこと、こういうところでやっているのですねという確認はすることになるだろうと思うので2つ意味があるだらうと思いますけれども、そういった意味合いです。ですので、通常の診療所等との開設でやっているものを超えた権限ということを指しているものではないです。

○大石専門委員 そうすると、ごめんなさい、私の理解のためにもう一回整理をすると、まず診療所の開設、いわゆる一般的な診療所の開設は必要ありませんと。基本的には届出

なので、オンライン診療の指針に合致するような条件をきちんと満たしていれば、いわゆる届出を保健所であろうと都道府県であろうとそこに出して、そこで届出は受理されて、これでもうオーケーになるという理解でよろしいですか。合っていますか。

○佐藤座長 いかがですか。確かに3番のところをちゃんと読むと、具体的にどの地域、地点に医師常駐不要の診療所を設定するかという点についてと書いてあるので、いかにも設定する中に関与するようには見えますが、多分大石専門委員とかがおっしゃっているのは、もちろん汚い場所は駄目なので、届け出された場所が本当に適切かどうかということについて確認するのは確かに都道府県の関与かもしれないけれども、設定するかどうかについて都道府県の関与なのですか。

これが例えばちゃんと条件を満たしていても駄目というケースがあり得るという解釈になり得ると思うのです。

○大坪審議官 対面の場合ですと、基本的には同じだと思っていまして、構造要件ですとか衛生要件ですとかというのは通常だったら確認するわけですけども、オンラインですから、オンライン指針の中にあるようなプライバシーの要件とか清潔な管理をしているところというところが満たされていけばそれは基準を満たしていると思われまして。そこについて、通常の開設を可能とする、対面のとおりと同じように開設を可能とする。その上で、定期的に反復継続しているわけではないのであれば、それは巡回診療のていを取ってもよいのではないかとこのことを申し上げているものです。

○佐藤座長 大石さん、どうですか。どうぞ。

○大石専門委員 ごめんなさい、私の理解が。

○佐藤座長 どうぞ。

○大石専門委員 要はおおむね週2回未満、むしろ週2回ぐらいだとすれば、オンライン診療の指針に書いてあるようなプライバシーが守れる場所で等々の基準を満たしているところで開設します。かつ、それが仮に公民館とかそもそも貸してもらわなければいけないから、貸してくれるという条件があって、それを満たしていたら届出を出して、届出を出したらもうそこでやってもいいということですね。

○大坪審議官 そうですね。先ほどの先生がおっしゃったみたいに、その施設基準を満たしているかどうかという確認は一義的には都道府県が行うのだろうとは思いますが。

○佐藤座長 お願いします。

○大石専門委員 都道府県の人がわざわざどこかの公民館を見に来るとは思い難いので、そこをもう少しクリアにしないと来年の年末に見に行きますみたいな感じになるかと思うので、そこは詰めていただきたいと思っておりますけれどもね。基本的には届出を受理して、それで終わりという理解で正しいのでしたら、それはそれで理解しました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がった順番に、杉本委員、よろしくをお願いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

御提示いただいている資料の3ページ目の医療部会における議論のところたくさん議論の内容を挙げていただいているのですけれども、その中の2点目、75歳以上の高齢者の31.5%が要介護、85歳以上ですと57.8%が要介護というデータ、これはへき地に限るデータではなくて全国的なデータだというように理解をしていますが、そういう割合で言いますと、このように病院に通えない患者さんがおられるというエリアはへき地以外も、むしろ都心部のほうがそのような患者さんの数は多いというように思われるわけです。なので、そのような高齢者の方でなかなか病院まで自分で通えないという方にオンライン診療という選択肢を与えるという必要性はへき地でなく全ての地域に必要ではないかというように思いますので、やはりへき地というところで限定をするというのはどうなのかなというように思っているところです。

その議論の中のもう少し下の5番目ぐらい、独り暮らしの高齢者の方が非常に遠いところに住んでいて、通院はするのだけれども、バスの本数も少ないとか、特に雪深い冬などは大変苦労されながら病院に通っていますというように書かれているところがあると思います。確かに病院はあるから病院に通おうと思えば通えるかもしれないけれども、特に冬などは高齢者の方にとっては非常に負担が大きい。これもへき地に限ったことではないのではないかというように思うわけです。

なので、選択肢ということで先ほどは病院があるのだったら病院に通っていただいたほうがというような御回答があったかと思うのですけれども、お家の近くの公民館等だったら冬でも何とか頑張って行けるかもしれないが、病院に行くとなるとかなり負担が大きいというような方々もへき地に限らずおられると思うので、やはりニーズというのはへき地に限るべきではないのではないかと考えるのですが、その点はすみません、繰り返しになるかもしれませんが、どのようにお考えかお聞かせいただけますと幸いです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。

○大坪審議官 医療部会の御意見でのスタンスから言いますと、まずオンライン指針も同じですけれども、適切な対面とオンラインの組合せを使っていただいて健康長寿といえますか、健康管理に資するということが一番の目的だということは十分理解をしています。

どれくらい病院に通えないとか、どれくらいの状況なのかというのは個々まちまちではありますけれども、動いて行けるところでクリニックが同じようなところにあるなら、クリニックに来ていただくと様々治療ができますよねと、オンラインでやれることは限られていますので、継続管理が必要な方であればそうかもしれませんというのが一つあります。

その上で、何事も組合せだと思っているので、ずっとオンラインで病院に行くよりは楽だからといってずっと公民館でオンライン診療を受けるということでもやる方もいらっしゃるかもしれませんが、やはり適切な組合せを行う。そこまで動いていただけるのであれば、

その距離にあるクリニックに通っていただくというのが医療の提供体制から言ってもは自然なのではないかと、これを医療部会では議論がありましたということです。

へき地でなくても都心部だって高齢者はいるのではないかと、これは御指摘のとおりですが、高齢者がいらっしゃる都心においてクリニックがないということであれば、それはそうかもしれませんが、恐らくそこには出向いていただけるクリニックはあるでしょうということで、本当に困っている方というのは地域にいらっやってアクセスができない方、これはまず確実にオンラインのメリットが上回るのではないかと、ということで今回の御提案をさせていただいているということです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。

○杉本委員 ありがとうございます。

組合せとおっしゃるのはそのとおりだと思うのですが、全てずっとオンラインでいいというように思っているわけでは私もありませんが、適切な組合せができるようにというのであれば、なおのこと、選択肢すら与えないというのは適切な組合せすらできないということになりますので、選択肢としてオンライン診療を受けやすい環境をつくるというのは必ずしもへき地に限ったことではないかなというように考えるところです。ありがとうございました。

○佐藤座長 先ほどちょっとずつ話がずれているような気がするのですが、例えば御指摘のあった対面とオンラインの適切な組合せ、これはあってしかるべきですが、適切な組合せを誰が選択するのかといえ、それは患者さんとお医者さんなのではないですか。だから、それはケース・バイ・ケースになってきますよね。いわゆるオンラインで完結することを選ぶ現場もあれば、そうでないこともあり得る。でも、それはガイドラインとかで一律に決めることではないですよ。

それから、近くにクリニックがあればとおっしゃったのですが、いいか悪いかは別ですが日本はフリーアクセスなので、かかりつけのお医者さんが近くにいるという理由はないし、そうであるべき理由もないはずなので、近くにいる病院に行っているというのは実態には合っていないのではないかと、思うのですよね。東京なんかはみんな都心のほうに通う人もいらっしゃるわけですから。

なので、その辺り、議論がずれているような気がするということと、それから、大橋専門委員が言っていたのでしたか、家でデジタルに弱い高齢者の方の場合はなかなか家でできない、あるいは家の中にネット環境がないという方もいらっしゃるわけなので、そういう方について言えば、今、公民館でオンラインがあるはずなので、そこでやりましょうというのはある意味、自然な流れ。誰か介添人がいて、誰かサポートしてくれる人が隣にいてやるというのは、特に独り暮らしの方からするとある意味でいいのではないですかね。

それは病院においでよと言っても、病院のほうの方が遠いかもしれないし、何か事のついでに公民館に寄って、近くに買物したついでに公民館に寄って、そこでアクセスするという

のは患者さんの生活の中では普通な流れではないのかな。わざわざそんな1日使って病院に行くのかという話になりますよね。この辺り、先ほどから議論がずれている気がしたのですというのが取りあえず感想です。

すみません、では、落合専門委員、よろしくをお願いします。

○落合専門委員 御説明ありがとうございます。

ちょうど今、座長がおっしゃられた辺りの明確化のために、質問しようと思っていたところですので、併せてと思います。

一つは、どういった疾患でということや、そのときの状況で対面とオンラインを組み合わせ、対面でなければできないこともあるというのは今の技術状況では明らかなことであり、それは多分認識自体は共通だと思います。

これ自体は今回、医療法のほうの議論をしておりますが、医師法との関係を主に書いているオンライン診療の指針の中で、こういうことが原理原則であることが、くどいぐらい何回も書いていただいております。そもそも医師法側の十分な診察という意味でその部分は担保されなければならないと書かれているように思います。この診療の場所で一律に制限をするという場合に、またあえて同じような概念を持ち出して議論をする必要はないのではないかと基本的には思っております。

おっしゃっていただいたこと自体は基本的にオンライン診療指針で求められていることです。結果としてオンライン診療を公民館で実施し得るとしても、それで完結されるのか、病院に実際に通われるのかですが、必要な場合にはやはり通われるのだと思います。そうしなければ検査もできないでしょうし、何らか処置をしようと思ったときにできないこともあるだろうと思います。

ですので、そういった意味で、少し議論として混在をしてしまっているように思います。主に場所に関しては先ほど申し上げたように、疾患やそのときの状況状況でということとは医師法のほうで定めていて、むしろ医療法側の整理としては、プライバシーの確保や、オンライン診療指針の中で言うと場所に関して書かれている場所の基準の部分を明確化する形で定義をしていただいて、そういう一定の条件が満たされるのであればよい形にさせていただくことがいいのではないかと思っております。この点、どうお考えになるでしょうかというのがまず1つ目です。

2つ目が、やはりへき地等々との関係で議論させていただいて、実際にお出かけをする場合に、それこそ隣であればついでに何で寄ってくれないのというのは自然な感情として分かる部分はありますが、別に公民館と当該病院であったり診療所が本当に密接に近くにあるわけではないという部分もあると思います。1回外出できる時間があるからといって、更にまた別にとすることは、別の問題になる場合のほうが多いのではないかと思います。

より多分重要な問題として基本的に無医地区ですとかそういったお話をいただいているかと思いますが、一方で、実際の患者さんがかかれるときには、一つの診療科だけ

かかられるわけでもなく、それこそ内科にかかられていて、皮膚科であったり眼科であったりだとか、複数あるような場合もあると思います。そういったときに結局近くにないような場合もあると思います。何らかの無医地区でない場所であってもということです。そういった意味では、やはり無医地区だけで、へき地等ということで書いていただいたようなことだと、どうしても実際に患者さんがなかなか通院をできないとか、そういう場合に困られるのではないかとということもあると思います。また、公民館も主に議論しておりますが、例えばデイサービスであったりだとか、そういうところででも本当はできるのが良いのではないかと、ということはあると思いますので、こういった点も含めて御整理いただけないかという以上2点です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の点、かなり詳細にコメントいただいていますけれども、いかがでしょうか。

○大坪審議官 落合先生、ありがとうございます。

医師法と医療法は、医師の責務なのか、医療施設の要件なのかということでそれぞれ全く別の法律になるわけですが、御指摘のように医師法の中では相当程度医師の責務はもう書かれているのではないかと、それはそのとおりだと思います。

今回、私どもが先生方の御意見を承って医療部会でお諮りしたところが、2ページに戻っていただけたらと思いますが、この議論についてお諮りをしたわけですが、要するに居宅等というところで療養生活を営んでいる場所が個人で行うということに関しては、もうこれでオンライン指針の中で手当てがされている。一方で、便利だからそこに皆さんがお出かけになったところを医療提供施設として不特定多数が来られることを前提として医療機関とみなすかということについて議論をしていただいたということになります。その際には、ここは見解の相違があるのかもしれませんが、お出かけいただけるぐらい、寝たきりとかそういうことではなくてお出かけいただけるのであれば、それはクリニックに来ていただくことが望ましいのではないかと。

それから、先ほど座長がおっしゃったように近くにクリニックがあったとしても行かずにオンラインのほうが良いのではないかと、これは明示的にお諮りしていませんし、そういう需要がたくさんあるということも承知をしていないので、検討会の中でお諮りしておりません。そこに病院があってもあえてオンラインのほうが適切な医療が受けられるということを経験した議論はしておりませんので、基本的には近くにおありであればそこを受診してくださいという話にはなりません。

その上で、左側の医療提供施設というものをみなすかどうかという範囲は、今回相当程度了解をいただけたと我々は思っております。施設をいわゆる医療機関ではないところで、しかも、管理者が不在であるところ。通常、診療所の開設は管理者が常駐をしております。巡回診療の場合にもその曜日はその医者がずっといるわけであり、オンラインでありますので医者が不常駐という形でそこを医療提供施設と認めるということについて明示的に議論をいただいたわけですが、そういった前提の中においては、医療のアクセス

ができない場所、乏しい場所については、そのほうが利益は大きいのではないかという議論が進んだということでもあります。

無医地区があること前提になってしましまして、それは医政局の責任でもあるのですが、基本的には医政局といたしましては医師の偏在、医療の偏在、これを解消するというのを一緒に併せて都道府県の責務として医療計画の中で順次計画を立ててやっていただいていますので、そういった近くにクリニックがないという状況はなるべくないような形で巡回診療を柔軟に取り扱うなどして医師の派遣、偏在の解消に努めておりますということは余計ですが、そういうことも仕事してやっておりますので、そんな中で医療アクセスが届かない方に対してどういった医療を提供できるかという観点で基本的には議論をさせていただきました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、いかがですか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今の御説明の中で、やはり医療を提供する場所についての議論でお話していた、管理者がいてという話なども、基本的には、議論されている場合に想定されているのがフィジカルな診療所や病院の場合だろうと思っております。オンライン診療で行う場合に、そこがどういう場所であるのかですが、もちろん清潔な場所であったりという部分も、そこで感染であったり起こらなかつたりだとか、そういうことをできるように必要な整備がされないといけないことと思うのですが、オンライン診療の場合ですと、そもそもその場所にもともといるわけです。直接の介入もされるわけでもないということでもありますので、結果として何かそこはプライバシーの部分はどう保てるか、あと通信ができるかというのがほぼ全ての現実的な条件なのではないかと思っております。

ですので、その部分は、もともとの前提自体がオンライン診療においてどういう場所であれば診療を受けるに値するような場所なのかについて、対面の場合を念頭に置いてかなり過剰に厳しく整理されているのではないかと思います。その点については、前提として置いていた部分が狭かった部分があるという話もありましたので、ぜひやり直しの議論をしていただくことがあれば、そういった点も考慮いただけると良いと思っております。

全体の前提として、病院に行ける、行けない、物理的に行ける、行けないというので、行けない場所だからオンライン診療できるようにするということは、必ずしもこれまで議論していなかったように思っております。何回かのこれまでの議論させていただいて閣議決定をされている文章の中でも、やはりそれ自体が選択肢として有益である場合にはしっかり活用することによって、より医療アクセスを高めようということできていたと思います。その原則の部分で反対になってしまっている部分があると思いますので、こういった部分は規制改革推進会議側からこれまでの規制改革の実施計画も踏まえて、そういった点でも議論すべきだったという指摘があったことを踏まえて、ぜひまた議論していただければと思っております。



以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっているのは佐々木専門委員と武井委員ですね。すみません、時間の関係もありますので、この2人で議題1は終わりというようにさせていただきます。

では、お待たせしました。佐々木先生、お願いします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

実は落合先生とちょっと重複するところもあるのですが、公民館等を居宅の扱いにできないでしょうか。巡回診療の届けを出せばいいのではないかという話ですが、巡回診療の場合にはやはり巡回診療を行う医療機関側に管理者を置くというか、そのとき、そこに診療するドクターがそのとき管理者になるという形になると思うのですね。オンライン診療の利点の一つは、医療のバリエーションを増やせるということにあるのだと思いますけれども、この場合、医療を提供する様々な診療所が公民館にその都度、巡回診療の届けを出していくというのは大変に煩雑ですし、この際、公民館等はもう巡回診療の診療拠点ではなくて居宅等に含めたほうがすっきりするのではないかなというように私は思っています。

オンライン診療を受ける理由は何ですかというと、一つは物理的な距離によって医療提供の制約を受けないことと、それから、もう一つが専門診療も含めて医療のアクセスが改善するケースが多いということなのだと思うのですね。なおかつ、自宅以外でオンライン診療を受けなければいけない理由は何かかというと、一つは1人でオンライン診療がデジタル対応能力の関係で受けられない、あるいは通信環境で受けられない方。もう一つは、日中の大部分を自宅以外の場所で過ごさざるを得ない方ですよね。そういう点で職場とかというのも認められたということなのだと思いますけれども、であれば、少し議論は離れますが、デイサービスを認めないというのはやはりおかしいなと私は思います。

デイサービスは平日、普通のクリニックがやっている診察時間相当の大部分をデイで過ごしている高齢者の方、たくさんいますし、また、デイの利用者はほとんどが送迎を使って利用していて、御自分で医療機関に受診するのが難しい人たちですね。デイを使ってないときでも日中は多くは独居でお一人で自宅でいらっしゃるということが多いため、1人でオンライン診療を受けるということもできません。なので、デイサービスは少なくとも居宅に準じた場所であると認めていただく必要はあるかなというように思いますし、公民館等についても巡回診療所にするのではなくて、もう居宅等というようにまとめてしまったらいいのではないかと。

最後に落合先生がおっしゃっていましたが、オンライン診療をどこから受けているかということではなくて、オンライン診療を受ける空間のプライバシーが一定確保されていて安定的に通信ができていますよということであれば、別にそれが自宅であっても、デイサービスであっても、職場であっても、公民館であっても全く問題はないというか、それによって医療の質が毀損されるわけではありませぬので、オンライン診療の質がそれ

で下がるというわけでなければ本人にとって最も使い勝手のいい選択肢が禁止されていないということがより重要であると思うのですけれども、いかがでしょうかという内容です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。特にデイサービスの話が出ています。確かにここも特定多数の方々が集まる場所という分類なので職場に近いかなとは思っているのですけれども、この辺りの解釈、この点はいかがですか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

これは今日始まった議論ではないので、これまで様々ないただいた議論を積み上げの上で、前回もこのような紙を出させていただいて、ここの左の部分は診療所見合いの届出ということであればできますということで先生方の御了解をいただいたものを医療部会に諮ってきた、その結果を御報告しているところであります。ですので、論点がまたずれていきますと改めて医療部会にお諮りするということになるのかなというようには思います。

繰り返しですけれども、右側の個人が居宅等でオンライン診療を受けることに関しまして場所の指定は特にございません。これは日頃、療養生活を営む場所というようにお示しをしているということでありまして、職場という場所が全てそうであるのではなく、大方そこで過ごされているということとして出しているわけであります。

ですので、翻って考えますと、本当に常日頃、毎日そこでお暮らしになっている場所で別の場所であるならば、それも当然そこの中に入ってくることはあり得るだろうと思っています。前回の議論の中では、もっと別の場所、公民館ですとか様々な公共の場所、医療を目的としない方たちが不特定多数集まっている場所において利便性の観点からオンラインができないかというお尋ねに対して前回回答を申し上げて、いただいた御意見を踏まえて、診療所の届出をすれば足るのであったら、それで議論するようにという御指示をいただいて12月5日の医療部会にお諮りしたというところでありますので、左の部分について議論をしてみたいと思います。

その上では、巡回診療の届出が煩雑かどうかということは通常、対面のときにもよく言われることでありますけれども、医療の提供施設としての基準を確認することは都道府県の責務でもありますので、そんな難しい煩雑な手続だということではないように工夫はしていますが、そういったところでオンラインの場合には構造要件がないので、もう少し簡略にできるかもしれません。そういったところは議論の余地があるとは思っています。ですけれども、今回、医療部会では左の部分についてお諮りしたということでありませ

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、確認ですけれども、すみません、何度も申し訳ないですが、デイサービスについては、これはこの段階で居宅等という解釈は可能だと思っていいいですか。

○大坪審議官 前回も申し上げましたけれども、考え方をお示しは既に行っていると思っ

います。例えば公民館といった場合に言葉が独り歩きして誤解を招くので考え方をお示しするという事を申し上げたと思っています。その中で、公民館であれば要件、施設の届出を出せばいいのではないかとということで意見をまとめてきたということをお報告しています。

右側の居宅に関しましては、職場であっても週に1回しか行っていませんというところを認めているというのではなくて、自宅にいるのと同じように療養生活を日頃営んでいる場所の代表としてお示しをしております。ここはもう少し議論を詰めた上で、では、どれくらい通っていればいいのかみたいな話が、もう一度持ち帰らないといけないかもしれませんが、我々の考えとしては、オンライン診療を受けるに当たって日常の情報が相手側の先生にも理解、把握しやすいような環境ということを求めているものでありますので、そこは特にこういう場所ということではなく、日頃の療養生活を営んでいる場所、こういったことを指しています。

ですので、1つずつ、この場合は、この場合はというお尋ねに対して、もし質問いただければ、それはそれでお諮りして定義を定めていくということになりますが、考え方をお示したほうがもう少し分かりやすいかなと。固定観念でこの場所ならいいのねみたいになってしまうとそれはやや間違ってもいきますので、我々のオンライン診療の指針の中ではそういう考え方をお示ししているというところです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○佐々木専門委員 ちょっとよく分からないですけども、療養の場所として生活の一定範囲がここで、療養の生活の延長線としてここで行われているというように普通は考えるよねという状況であれば、では、デイサービスであってもオンライン診療は許容されるという、そういう解釈ですね。考え方として。

○大坪審議官 職場をお示したときと同様に、生活をほとんどそこで過ごしているという実態があれば、それは日常生活の状況をオンライン診療される先生も把握できるというように解釈することは可能だというようには思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、武井委員のほうからお手が挙がっているので、まず武井委員、お願いします。

○武井座長代理 すみません。皆さんのお話に絡みますけれども、まず、へき地等への限定は私もおかしいと思っていまして、6月の閣議決定は釈迦に説法ですが、厚生労働省が通所介護事業所や公民館等の身近な場所での受診を可能とする必要があるとの指摘があることや、患者の勤務する職場においてはオンライン診療の実施が可能とされることも踏まえ、デジタルデバイスに明るくない高齢者等の医療の確保の観点からオンライン診療を受診することが可能な場所や条件について課題を整理し、検討していき結論を得るとなっているわけです。

そういう意味で、今日の議論にも出ていましたけれども、へき地等にいらっしゃるか、

いらっしゃらないにかかわらず、デジタルデバイスに明るくない御高齢者の方はいらっしゃるわけであって、へき地等に限定するというのは、逆にへき地等にいらっしゃらない御高齢者に対する不当な差別になっているのだと思います。

あと外出できるのなら病院に行けばよいとか病院に行きなさいというのはお話にも出ましたけれども、家のすぐ近くにデイケアとかあって、そこは日常的に行けるのだが、病院に行くのはやや遠い。へき地等とまでいかなくても病院に行くのは遠いという方も相当数いらっしゃる。そういうときに、そこまでの外出はできないけれども、いつも行っている場所なら行けるというときに、近くのデイケアとかどこかの個室でデジタルな部分を助けていただきながらオンライン診療を受ける、そういうニーズは厳然として普通にあるのだと思います。

あと前回、別のテーマでしたけれども、北海道の恵庭市の事例とかで本当に冬の時期にもものすごく患者の方も通院が厳しいという、そういう事例もあったわけです。そういう状態の中で、あと医師の偏在の解消も今、都道府県でやってらっしゃるといことですのでけれども、現に医師の偏在は実態として解消していないわけですね。その中で、そういうように困っていらっしゃる高齢者の方がいらっしゃるのに、そういう御高齢者の方からなぜオンラインの選択肢を奪うのか。「あなたはデジタルに明るくないからオンラインの選択肢を認めません」という新たな規制をつくることは、幾ら何でもデジタルに明るくない御高齢者の方にあまりに冷たいお話だと思います。

先ほどの閣議決定にも明確に書かれているとおり、今回はデジタルデバイスに明るくない御高齢者の方をどう医療を確保しますかという話なのであって、あくまで患者ファーストの話のはずなのです。それならば、へき地等に限定するのではあまりに患者ファーストの観点からかけ離れていますし、実際、閣議決定から行き過ぎた内容なのだと思います。

人口的に見ても、御覧のとおりへき地等にいらっしゃらない御高齢者の方が圧倒的に多いのに、こんなへき地等に限定してもほとんどの大半の御高齢者の方が救われないうようなことになるわけです。しかも、そういう御高齢者の方からすると、何でへき地等に住んでないからといってこんな区別を受けるのだという話になるので、ここはさすがにおかしい話だと思います。その観点から、へき地等の要件を本当に見直していただきたいとします。これが1点目です。

あと公民館のお話は佐々木先生がおっしゃったので繰り返しません、通所介護事業所については職場と同じ条件であるべきだと思います。自宅と同じような療養場所という御指摘がありましたけれども、通所介護事業所が職場と何か医療を受ける環境としての面でも滞在時間の面でも何か劣っているというように思えないですし、この点も先ほどの閣議決定であえて通所介護事業所とかに関して患者の勤務する職場において可能とされることも踏まえと明確に書かれていますから、その意味で職場と同じ条件で何が悪いのかということとはきちんと詰めていただく必要があるのだと思います。

以上2点、感想となりますが、コメントです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ちょっと時間も過ぎておりますので、議題1をここまでとさせていただきたいのですが、なかなか医政局の皆様にもいろいろと御尽力いただいておりますのはよく分かるのですけれども、やはりちょっと目線が違うのかという、もともとオンライン診療に対する認識が違うのかなという、これは問題を具体化すればするほど明らかになってくるのかなという気がしています。

やはり先ほどからいろいろな委員の方々がおっしゃっているとおり、オンライン診療を私たちは選択肢だと思っている。しかも、それは患者さんにとっての選択肢だと思っているわけなのですけれども、それに対してやはり厚労省さん的には対面ファーストといえますか、対面ファーストでオンラインは対面できない人たちに限られるよねみたいなものがあるからこういう限定的な話になる。へき地等でなければいけないとか、職場の解釈にしてもそこは事実上、長時間いる場所であるからねみたいな感じで、ある意味、極めて解釈が限定的になっているのですけれども、果たしてそれが本来、オンライン診療のスタートだったかなというのは少し疑問かなと思います。

誤解のないように、別に我々、オンライン診療のコールセンターみたいなのをつくりたいわけではなくて、やはりかかりつけ医であるとか専門医のアクセスとかそういったところに患者とお医者さんの信頼関係というのがちゃんとあるというのは前提なのは分かるのですけれども、例えば先ほど私が申し上げたのは、信頼関係を持ったお医者さんが必ずしも自分の家の近くにいる人とは限らないでしょうというのはそのとおりだと思いますし、職場で働いている人から見れば、家の近くよりは職場の近くのほうがかかりつけ医としての機能を果たしやすいということもあり得るわけだし、高齢者にとってはいろいろな御事情があつてなかなか家にいない方もいらっしゃるわけだし、独居の方であれば、そこでアクセスしようがない人もいらっしゃるわけだし、ならば近くの公民館でというのは分かりますよね。

なので、その辺り、やはり選択肢だということ、患者目線でなければいけないというところがうまくお互い伝わってないのかなという気はしましたというのがすみません、ここまでの議論の感想です。いろいろと御尽力いただいているのはすごく分かるのですけれども、ややもすると少し限定、限定のほうに流れるとしたら、これまでのオンライン診療をめぐる議論に逆行するほうになりかねないなというのは少し懸念材料だということになります。よろしいでしょうか。

議題1はここまでとなりましたけれども、すみません、最後に厚労省さんもいろいろと言いたいことはあるかもしれないので、もし何かあればいかがですか。ここは違うよでもいいです。

○大坪審議官 特に言いたいことということではないのですけれども、これは去年から大分議論の積み重ねで少しずつ考え方を整理してきたと思っています。オンライン指針をつくらせていただいたときにも原則、場所を規定しているものでもありませんし、初診から

でもいいですし、ということで大分医療機関の御理解というか、実際使われてこれは便利だという方もいらっしゃるので進んできているというように思っています。

前回御議論いただいたとき、私を取り違えているのかもしれませんが、この資料、同じものをお出しして、居宅についてはこういう要件、プライバシーの要件とかというのをオンライン指針の中に先生方にも御参画いただいて検討会の中でまとめましたよねというお話。一方で、不特定多数の方が集まる医療を目的としない場所に集まる場合に、大勢の方をオンライン診療する場合の議論に移っているのだろうということで左側の1番、医療提供施設の在り方、これについて御議論いただいたと思っておりました。

その上で、届出を出すということで足りるのではないかと医政局から御報告をしたときに、そこは問題だったのですねという御意見をいただいて、これを医療部会にお諮りしてきますというような宿題を負ったというように理解をしていましたので、今日、またゼロ地点からの議論が多かったので、次回、医療部会にまたこれをこういうように規制改革のほうには御報告をいたしましたと、これで御了解いただきましたという報告は今、できないなと思っているところがちょっとやや積み上げてきている、お互い積み上げてきているので、お互い立場が違うところで、そこは仲介がやや不手際があったかもしれませんが、まず、この左側の部分についてどういう御理解であり、更にどういう宿題があるのかということをおまとめいただけたらというように思っています。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございました。

では、時間になりましたので、議題1はここまでとさせていただきます。御説明ありがとうございました。

委員・専門委員の皆様方におかれましては、時間の制約上、言いたかったことが言えないということであればあしたまでに事務局までに御連絡いただければ、事務局から厚労省にまとめて連絡させていただきます。

では、すみません、10分遅れになっておりますけれども、続きまして議題2として「医行為の範囲の明確化等について」に入らせていただきます。

まず出席者を御紹介いたします。日本経済団体連合会から岩村有広常務理事、牧園昌泰イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員、河岡辰弥同委員、鈴木健同委員、日本保険薬局協会から藤井江美副会長、國峯法律事務所から國峯孝祐弁護士、全国がん患者団体連合会から桜井なおみ理事、日本難病・疾病団体協議会から辻邦夫常務理事、北村山公立病院から鈴木真彦診療部長、厚労省から引き続き大坪寛子大臣官房審議官に御出席いただいております。

お待たせしました。では、早速ですけれども、日本経済団体連合会様にまずは10分以内に御説明のほうをお願いいたします。

○岩村常務理事 ありがとうございます。経団連、岩村でございます。聞こえてらっしゃいますでしょうか。

○佐藤座長 大丈夫ですよ。

○岩村常務理事 本日、機会をいただきましてありがとうございます。

人の健康を支えるヘルスケア分野でありますけれども、働き方とか暮らし方が多様化していきまして、これまで以上に個々のニーズに対応可能なサービスに変革していく必要があると思っています。患者ファーストということで考えていく必要があるのではないかなというように思っているところであります。

健康寿命を延伸して人が活躍し続けられる社会を実現するという事は、これは社会保障の財政の面からも不可欠でありますので、そういったためにはヘルスケア分野のイノベーションを推進することが重要だというように考えてございます。

本日お配りしている資料の1ページ目でありますけれども、具体的には医師法の17条に定める医行為の範囲を明確化あるいは緩和することで、新しい技術やサービスの活用が期待されるところであります。この後、遠隔健康医療相談、それから、生体データの解釈、医療機器の装着・測定、この3つに関する要望に関して、イノベーション委員会ヘルステック戦略検討委員からそれぞれ説明をいたしますので、よろしくお願いたします。

それでは、よろしくお願いたします。

○牧園氏 経団連委員の牧園と申します。

私からは、健康相談関連の要望について御説明をさせていただきます。

現在、コロナ禍ということもありまして、テキストチャット等で日頃の心身の健康に関する相談を受け付けるサービスというものが徐々に広がりを見せておりまして、これは医療機関さんで行う場合もあれば、自治体が窓口を設けていたり、企業がやる場合もございます。

まず、現行のルールでございますけれども、健康相談ですが、厚労省様の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の中で相談回答する人間に応じて2種類が定義されております。遠隔健康医療相談（医師）と医師以外というものです。この種別に応じて、医師が直接回答する場合は、真ん中にありますけれども、患者個人の心身の状態に応じた医学的助言というものが可能とされておりますが、医師以外の場合は一般的な情報の提供にとどまるものというようにされております。

次、お願いたします。

そのような現状の中で要望事項としましては、各サービス主体において、それぞれ医師が監修、作成したマニュアルを参照しながら、医師の指示・監督の下で看護師等が遠隔健康医療相談を実施する場合には患者個人の心身の状態に応じた医学的助言というものも可能とさせていただいて、その旨をオンライン指針のほうで明確化していただけないかというものでございます。

次、お願いたします。

次に、なぜこのような要望をさせていただいているかについてですけれども、先日の指針の中で策定見直しに関する厚労省様の検討会というものがございまして、健康相談を医師が行う場合と医師以外が行う場合について、それを区別する理由としては、医師の方が

持つ医療とか医学の知識というところが事務局から言及されております。そのような中で、我々としては、看護師等についても医学的判断とか技術に関連する内容を含んだ専門教育を受けておりますし、一定の医学的な能力を有しているというところを踏まえ、医師の指示や監督下においては患者個人の心身の状態に応じた医学的助言は可能ではないかというように考えております。

実際に健康相談事業を行っているような企業に伺っても、マニュアルをしっかりと整備して医師の指示や監督下に置くという体制が構築できていれば現実的にそういった対応も可能であるというように見解を持たれておりますし、少なくとも現状は看護師であっても、例えば薬剤師であっても、はたまた無資格の非医療従事者であっても、全て医師以外ということで同等に制度上、指針上は扱われておりますので、その辺り、御検討いただけないかというように考えております。

次、お願いいたします。

最後に、今回要望させていただき意義について3点御説明させていただきます。上段が現状の課題で、下段が規制緩和実現後の姿でございます。

まず一番左、健康相談に関するニーズが今、年々高まっておりますけれども、やはり全ての相談に回答するだけの医師の確保というのは非常に困難であるという現実がございます。今回の要望が実現すれば、安全性を担保しつつも看護師の方の活躍の場も広がるのではないかと考えております。

真ん中ですけれども、現状、医師以外であったら、たとえ看護師であっても相談回答において一般的な情報の提供にとどまっているということがございます。言わばインターネット検索で出てくる情報のような回答に終始することもございます。この点、今後、相談者の状態を十分にヒアリングして個人の状態に応じた助言というものが可能になれば、より相談者の悩みに寄り添った回答が可能になると考えております。

最後、一番右ですけれども、相談回答者の萎縮という面を記載しております。医師以外が実施する場合ですと、個人の状態に応じているというように捉えられないように文章表現に必要以上にといいますか、非常に気を遣っているという実情があります。こちらは医師と医師以外で可能な回答の線引きが明確ではないという別の課題に起因する面もあると思っております。この吹き出しの中、バツとしているのは、あくまでイメージでございます。明確にオーケーともエヌジーとも言われているわけではございませんけれども、少なくとも医師の監督の下で看護師が行う場合も個人の状態に応じた回答というものが可能になれば、そういった言葉遣いの推敲に過剰に時間をかけて心身の不安を持つ相談者をお待たせするというようなこともなくなると思っております。

我々、先ほども申し上げましたけれども、コロナ禍にあって健康相談サービスのニーズというのはかなり高まってきているというように思っております。そういったサービスの芽を摘まないためにも、また、相談サービスを通じて適切な受診行動というのを促すためにもぜひこの辺り、御検討いただければと思っております。



健康相談の件に関しては以上でございますので、次の論点についてお願いいたします。  
○河岡氏 続きまして、ヘルスケアデータの解釈・生活改善提案に関する要望についてお話しいたします。

次のスライドをお願いします。

社会背景としては、我が国における認知症患者の急激な増加があります。2050年には認知症患者が人口の10%を超えるとされており、国民の健康や幸福、経済、社会保障の持続可能性において非常に大きな問題となっています。近年の研究で、生活習慣に介入する機能性医学的アプローチの認知症に対する有効性が示されており、カリフォルニア大学、ワシントン大学等の共同研究による100人規模の調査研究で、軽度認知障害の方で7割、認知症を発症している方で3割の方の認知機能が改善することが報告されております。

また、こうした機能性医学的アプローチはリウマチやパーキンソン病など認知症以外の免疫システムの破綻によって引き起こされるような非感染性疾患においても有効であることが報告されています。

次のスライドをお願いします。

機能性医学では、生体データから認知症・糖尿病などの非感染性疾患につながる代謝の特性を推定し、食事や運動習慣の改善、心理面の改善といった非侵襲的なアプローチで体質改善と疾患の予防を目指すものであり、アメリカを中心とする主要先進国では既に民間サービスが行われているのが現状です。

一方で、高齢化、認知症患者の増加などの課題先進国である日本においては、生体データを解釈すること自体が侵襲性の有無やリスクの大小にかかわらず法令違反になるおそれがあり、研究開発、実装が遅れ、事業者にとっては大きな機会損失となっているというのが現状です。

こちら、右中央部に描いてある図が同一のスマートウォッチの製品が有している心電図機能が使用可能となるまでの期間を示したもののなのですが、ほとんどのG7加盟国が6か月で使用できるようになったのに対し、日本は28か月、承認にかかるということで、ほかのG7加盟国に比べて5倍の時間がかかっているということが分かっております。この事実は、高齢化の課題先進国であるのにもかかわらず、ヘルスケアイノベーション後進国になってしまっているという我が国の現実を如実に表しています。

そこで、非侵襲的なリスクの低い介入を目的としたデータの解釈については、規制の対象外としていただくことを強く要望いたします。

次のスライドをお願いいたします。

具体的に想定しているビジネスモデルとしては、血液検査などによって個々人のバイオマーカーを測定し、病名の診断を目的としない範囲でAI、アルゴリズムが代謝の特性を分析します。その結果を基に、機能性医学的知見に基づいて、医療関係者、福祉関係者が生活習慣の改善に関する助言を行い、その結果に基づいて更に解析アルゴリズムを改善するというのが基本的なビジネスモデルとして想定されるものです。

それに加え、非侵襲的な測定は民間事業者又は受益者本人が行うケースや認知症以外のパーキンソン病や動脈硬化などの非感染性疾患に適用するケース、検査結果を受益者本人や御家族が受け取るケースなどの応用例についても明確に基準を示していただくことがイノベーションを起こす上で必須であるため、個別に回答いただくようにどうかお願いいたします。

高齢化という大きな課題に関しては、目の前のリスクをおそれ、行動しないことによって苦しむのは私たちの子供であり、未来の私たち自身でもあります。

なぜ官僚を目指したのか、なぜ医師を目指したのか、なぜ研究者を目指したのか、その原点に立ち返っていただき、未来世代が認知症に絶望しなくてよい社会の構築のため、勇気のある小さな一歩を共に踏み出せたら幸いです。

私からは以上です。お時間いただきありがとうございます。

次のテーマ、お願いします。

○鈴木氏 経団連の鈴木と申します。本日はよろしくお願ひ申し上げます。

私のほうからは「医療機器の装着・測定における医行為該当性の明確化」について要望いたします。

スライド、お願いします。

現在、医師等による装着が求められる医療機器のうち、一般人の装着による危害のおそれが小さいものについては、本人若しくは家族・介護士等のケアギバーによる装着・測定も可能にさせていただきたいと考えております。

要望の背景としましてスライド左側、高齢人口の増加、一例としまして山岳地帯や島しょ部など交通不便な土地に住んでいるために移動の制約を受ける方の存在、医療従事者や介護士の働き方改革として業務負担を軽減する必要性、また、新型コロナウイルスの流行を契機としたオンライン診療の拡大等が挙げられます。

スライド右側に示しておりますが、昨今、技術の発展により、医療従事者以外でも簡単に装着・測定できる医療機器が登場しております。ここに一例として挙げます不整脈の初期スクリーニングに使用する心電計本体と電極を一体化した新型ホルター心電計では、厳密な電極の位置決めを必要とせず、ばんそうこうのように貼付するだけで正確な測定が可能となっております。

次のスライド、よろしくお願ひします。

ただいま申し上げました本ホルター心電計を用いた場合の検査の流れを見てみますと、来院せずとも本人若しくはケアギバーが直接装着できる簡便さを備えている機器にもかかわらず、現状では患者は装着のためだけに来院する必要がございます。装着が医師法における医行為に該当すると考えられることから、患者若しくは家族・介護士等のケアギバーによる装着ができないためです。

一方、米国においては、自宅で本人が装着・測定できるホルター心電計が既に存在しております。今回の要望が実現した場合には、来院せずに自宅等での機器装着が可能となり、

検査の準備から返却までをリモートで完結することも可能でございます。

これらのことを踏まえまして、このようなホルター心電計につきましては、医師が許可した場合には患者本人やケアギバーが装着できるように医行為に該当しないということを通知若しくはガイドライン等で明示していただきたいと思いますと考えております。

また、今後の技術進歩により、医師など医療従事者以外が簡便に装着できる医療機器が増えてくることが想定されます。一般人の使用による危害のおそれを適切に評価し、医師が許可した場合においては、本人・家族・ケアギバーによる装着・測定が柔軟かつ機動的に実施できる環境の整備をお願いできればと考えております。このような環境整備によって、患者・ケアギバー・医療従事者の負担軽減につながる医療機器の開発が促進され、持続可能な医療・介護提供体制の構築につながると考えております。

以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に、日本保険薬局協会様より御説明を5分程度でよろしく願いいたします。

○藤井副会長 日本保険薬局協会の藤井と申します。本日は貴重な機会をいただきましてありがとうございます。画面共有のほうをさせていただきます。

ありがとうございます。資料のほう、大丈夫でしょうか。

○佐藤座長 大丈夫です。

○藤井副会長 ありがとうございます。

では、早速、御説明させていただきます。

本日は「指定専用器具を用いた穿刺行為の規制緩和」ということと、もう一つ「検体測定室の構造等の規制緩和について」ということで御提案を申し上げます。

まず初めに、薬剤師の指定専用器具を用いた穿刺の必要性ということで、背景含めて書かせていただいております。

検体測定室や自己血糖測定、外部検査所へ検体を郵送する検査サービスなどの微量血液による健康状態を測定できるツールや実施機会が現在増えています。また、微量血液採取には受検者自ら穿刺を行うため、穿刺に対して不安、苦手、検体採取までの作業を手間と感じる方には穿刺行為がハードルになるということがございます。

自身で行う穿刺行為の課題ということで書かせていただいておりますけれども、自己穿刺は手技を伴う行為のため、穿刺方法について事前に口頭や書面での説明では理解が困難な受検者がいる。穿刺器具の固定が弱い、痛みの回避反射で穿刺が浅いことで再穿刺になることも少なくない。自身で行う穿刺への不安、穿刺失敗による再穿刺、手指の穿刺部分の消毒、自身で穿刺するため、手技の過程で消毒後の部位をほかの箇所に触れてしまう、採取可能と思われる部位の判断、こういったことをやはり行うというのにはなかなか課題があるということでございます。

今回、そういったことを踏まえて、検体採取のための穿刺が初めての受検者又は苦手な受検者に対して、薬剤師が専用器具で穿刺することにより、スムーズに安心感を持って測

定することが可能となると考えています。健康診断にプラスして体調把握、気づきの機会が増えると考えられ、更に治療検討が必要と思われる受検者に対して早期に医療機関への受診勧奨を行うことができると考えています。

今回の提案内容でございます。薬剤師による、指定専用器具を用いた微量血液採取を穿刺行為(医行為)から除外ということができないかということをご提案させていただきます。

現行規制のほうでは「検体測定室における一連の採血行為での医行為に該当する部分について」ということで、指先穿刺は医行為に該当するとされています。

また、医行為ということでは最高裁の決定というところでは、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生じるおそれのある行為と解するのが相当であるとされています。

ここで、こちらの用いる穿刺器具と検体採取量についてということでございます。

現在、自己穿刺に用いられる器具のほうは3種類ございまして、①、②、③ありますが、1つ目の1番がいわゆる単回使用専用、2番目のほうはある程度本体のほうは交換をせずに針の周辺とか針は交換するというような形。ですので、本体は複数の方にお使いするような形になります。

もう一種類は針の周辺部分がディスポーザブルタイプなので、針だけは交換するけれども、本体、針の周辺は交換しないということがあります。今回はやはり交換があるものと違う方と同じ針でというようなリスクが出ますので、あくまでも単回専用ですね。1回使ったらそれはもう使い捨て、こういった器具に関しては、この感染対策、安全性も高いと考えまして、いわゆる医行為というところから除外をしていただけないかということでございます。

この図でありますけれども、もう本当に全体がディスポーザブルタイプですので、穿刺の深さも0.5から0.8ということですので、やはり危険性というのは少ないのではないかとということで提案させていただいております。

また、先ほど申し上げましたように自己穿刺行為の場合、課題としてはやはり慣れない方がやる場合、怖くてなかなかできないということで、やってもらいたいという要望も実際でございます。また、やはり自分で穿刺すると反射的に痛いのではないかとということで指が逃げてしまう、こういった課題に対して、薬剤師のほうをサポートすることによって回避が可能ではないかというように考えております。

また、先ほどの穿刺方法の説明、あとはやり直しというところで時間が相当数かかってしまうということがありますが、こういったことも薬剤師のサポートにより、受検時間の短縮ということも考えられます。

そして、穿刺する部位の消毒、穿刺後の感染対策という意味では、やはり御自分でやるとなるとなかなか不十分な場合がありますので、こちら、検体採取前後、指の消毒の実施というものも併せて実施させていただければというように考えております。

基本的には自己で行っていただくという前提ではありますが、こういった薬剤師によるサポートというものをぜひ医行為から、このキットであれば除外ということが検討できな

いかということで1つ目、御提案をさせていただきます。

そういった検体測定に関わるところで、更に「検体測定室の構造等の規制緩和について」ということでもう一つ御提案をさせていただきます。

検体測定室、国民の健康の意識の醸成や医療機関受診の動機づけ（受診勧奨）を高める取組となっております。薬局で簡便な微量血液での測定結果で自分自身の血糖値や中性脂肪、LDLなどを把握することにより、セルフメディケーション、未病の早期発見、生活習慣改善への行動変容、重篤化防止、早期の医療機関の受診への動機づけとして期待されるものであります。

また、健康サポート薬局機能としてというところでございますけれども、やはり薬剤師による穿刺行為や構造設備要件緩和、そういったことを推進するためをお願いするものですし、また、重要な目的である医療機関への受診勧奨につながるため、測定結果に対して薬剤師の解説や助言の実施、そのほか台帳の保管期限の短縮規制緩和も併せて御検討いただきたいと考えて提案申し上げます。

まず、こちらの構造設備のほうでございます。

パーティション、こちらに書いてありますけれども、まず例えば薬局の中でありましたら、ほかの場所と区別できる高さがあり、背面にもつい立てが必要。1.8メートルほどということで間隔を空けましょうとか、そういったような構造の規制がございます。ただ、先ほどから申し上げるように穿刺器具を用いた穿刺、指先から採取する微量の場合、血液が飛沫する可能性は極めて低いというように考えております。また、健診センターや医療機関では、静脈からの採血でもパーティションで区切った設備まではいっていないのではないかと。

また、背面までを完全に覆うパーティション、こちらのほうもやはり待合室スペースが少ない小さい薬局ですと設置・実施が難しいので、飛沫防止を図る観点であれば背面までのつい立ては不要ではないかというように考えています。

また、プライバシー配慮ということもありますので、これに関しては手元が周りから見えなくなる程度の低い、現在服薬指導のカウンターに常設しているパーティションがそもそもあることがありますので、そういったことを活用できれば既存の設備で十分実施ができるのではないかと考えています。

また、そのほか、薬局の外で開催する市町村区の皆様と一緒に健康フェアなどをやったりしますが、そういった地域住民や自治体との健康相談会でもこういった構造、設置要件の緩和で検体測定が実施しやすくなると思っています。薬局以外でも多くの方へ病識を高める機会になるために、こちらの構造のほうの緩和をお願いしたいと考えています。

もう一つが受診勧奨につながる測定結果に基づく助言ということでございます。

こちら、受検者から測定結果による診断等に関する質問等があった場合は、検体測定室の従事者が回答せずに、かかりつけ医への相談等をするよう助言するものとするとなっておりますが、やはりこちらにも要望なのですけれども、測定結果を受検者に説明なく見せた

だけではよくない状態の体調を理解してもらえず、受診勧奨や生活習慣改善の行動変容まで至らない。特に定期検診を受けてない方は、その場で測定結果の解説ができないとなかなかそこから先、受診まではいかないと考えています。薬剤師が健康サポート役機能を発揮できるよう、測定結果に対して助言実施を認めていただきたいと考えています。

また、長期処方患者や服薬期間中のフォローアップで、患者の体調変化を口頭中心の確認だけではなく、薬局での簡易測定で客観的な指標を基に安心して服用を継続していただけることも考えられますし、処方の先生にも簡易検査で具体的に患者情報を提供できると考えております。

薬剤師が実施する解説、説明内容例という形で書かせていただいておりますけれども、こういった内容、ぜひ結果を基に我々として説明させていただきたいということで書かせていただいております。やはり一番は医療機関へ必要があれば受診勧奨を実施する、これが重要ですし、あくまでも確定診断は医師が行うもので薬剤師が行うものではないということは前提としては変わらずというようには考えております。

微量検体、薬剤師が実施するそのほかのメリットということでこちらに書かせていただいておりますが、今、薬局は健康サポート薬局ということで3,026薬局、認定をされております。この図にありますように、皆さん、健康を意識しているものの、身近にある健康サポート薬局については知らないということが問題となっております。こういった検体測定など身近な場所でやれることによって国民の健康サポート、気づきにつながるツールになるのではないかと考えております。

そして、最後でございます。長くなりまして申し訳ありません。台帳保管期限（20年間）の緩和をお願いしたいと思っております。ア、イ、ウ、エと書かれているもの、この内容を20年間保管すると書かれているのですが、医師のカルテのほうでも保存期間、最長5年間という形になりますので、やはりそういったものに合わせていただいて保管期間というものを見直ししていただければということで御提案申し上げます。

私のほうからは以上となります。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次に、國峯弁護士より御説明を5分程度でよろしく願いいたします。

○國峯弁護士 國峯と申します。よろしく申し上げます。

画面を共有させていただきます。

私からは、採血だったり、今の穿刺行為についての海外の制度がどうなっているかということを中心に御紹介させていただけたらと思います。

イギリスとアメリカとカナダについて調べたのですが、全体像としてカナダは日本と似ていて、採血というのは基本的には医師や看護師がやらなければいけないということに原則としてはなっているのですが、一方で、イギリスやアメリカについては、特に医師だったり看護師の資格というのは特に必要とされていまして、採血という技術に着目した独自のルールになっているような状況になっています。

まずイギリスなのですけれども、特に資格自体もなく、基本的に病院でOJTで訓練することになっているようです。基本的には病院にまず採用してもらうということがイギリスの場合は必要になってくるのが通常ということのようなのですけれども、そのときにはGSCEとかBTEC、これは日本でいうところの中学卒業資格や高校卒業資格というように理解しているのですが、ある意味で普通の中学、高校を卒業していれば誰でもできるような採用してもらえそうな仕事になっているということのようです。

ただ一方で、ガイドラインみたいなものがありまして、NPO団体が採血のための基本的な知識をまとめたガイドラインであったりとか、あと規制としても針の取扱いに関する規制というのがあって、これは10条ぐらいのシンプルな法律ではあるのですけれども、例えばより安全な針を利用しなければいけないよとか、従業員のトレーニングに関する基準だったりとか、こういったことが定められている法律があります。こんな感じで資格がないので、民間のトレーニングプログラムということがネットでいろいろ調べていると出てくるので、民間のそういうトレーニングプログラムによって運営されているというようなところが実態なのかなと思います。

アメリカについては、これは州によって制度が違うのですが、NCAという民間団体がPhlebotomy Certificateという資格を準備していて、これを採用のときの要件にするというところが一般的になされているというように理解をしております。この資格というのは専門学校とか大学で1年ぐらいで取得できるような資格になっており、大学を卒業してなくても取れる資格ということで、大学卒業資格がない人にとっては非常に人気の資格のようです。LPT、CPTIとか皮下注射だったり静脈注射というところで3段階の資格に分かれています。

あと州によっては資格を設けているところもありまして、カリフォルニアなんかだと、ここに参考で書かせていただいているような例えば未経験者であれば40時間の基礎研修と40時間の実習研修をやるような州が定める資格というのがあって、この研修を受けた上でテストを受ける形にカリフォルニアではなっているということのようです。

それから、カナダについては、これも州によって異なるのですが、一番大きいオンタリオ州で調べてみると、原則として日本と同じように医師と看護師に限られています。ただ、大きな例外がオンタリオ州にありまして、医療機関で雇用されている人は資格者でなくても従業員であれば実施可能という例外規定になっているようでして、したがって、病院に勤めている人であれば広くできてしまうということになっているようです。そのため、これがかなり広く利用されていて、したがって、医師でなくても採血ができるので民間のトレーニングプログラムがイギリスと同じようにかなり整備をされているというような状況になっているようです。

ですので、簡単にまとめますと、いずれの国も、この3か国についていえば、医師とか看護師の資格というのが実質的には特に求められてはいない。これは恐らく採血だけであれば医師の知見までは要らないという政策的判断なのかなと思っています。ただ一方で、

やはり採血に必要な技術ということに着目したルールというのはあって、ちゃんと適切な場所に注射できるのかとか、針の衛生管理とか、そういった注射に関連する技術というのはあると思いますので、そういったところのトレーニングというものが制度だったりとか民間のプログラムによって整備されているというような状況であると理解をしております。

すみません、簡単なのですけれども、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、全国がん患者団体連合会、桜井理事より御説明をやはり5分程度でよろしく願いいたします。

○桜井理事 ありがとうございます。本日は貴重な機会をいただきましてありがとうございます。

私、一般社団法人全国がん患者団体連合会の理事を務めております、一般社団法人CSRプロジェクトの桜井と申します。

私からは、今回の採血について少し患者の立場から思うことについてお話をさせていただこうと思います。

まず、私の患者歴なのですけれども、私はがんの体験者として、これまでも自身の採血、抗がん剤ですとかを含めて検査関係を含めて延べで100回以上はもう受けてきているなと思っていますが、やはり抗がん剤の影響等々もあって、採血は非常に私、毎回苦勞をしておりまして、よくこれは冗談交じりで患者同士で言うのですが、採血のマイスター制度のようなものがあると非常にいいななんていうことをよく言っております。本当に患者にとっては血管を探られる作業というのはとても苦痛でしかないなというふうには思っております。

それから、私、介護もずっとしておりまして、父親が50代で膵臓がんを罹患した後、糖尿病になったということで治療をずっと続けておりました。若いうちも自分で採血を取って、いろいろ割と健康行動をしっかりしている父だったのでしっかりできていたのですけれども、やはりだんだんそれができなくなってくるに関しましては、糖尿病というのは治すというよりはコントロールすることが非常に重要な疾患になっておりましたので、それができなくなってから急激に悪化していったなということを感じています。そういう点で、血糖値等々に関しては、家族との情報共有などもデータを含めていろいろできたらよかったなというふうな思いがございまして、やはりこういうところ、身近な薬局などでできるようになったら非常にスムーズでいいなというふうなことは介護者の立場としても私はすごく感じているところです。

こんなよくマクドナルド等々であると思うのですけれども、こんな採血マイスター制度みたいなものが出てくると普及もしていくし、強化もされてくる。先ほどお話があったようなトレーニングというのはやはり必要だなということは思っております。

今現在、今日、皆さんのお話等々も伺っていて感じているのは、医療に関しては、ゼロリスクはあり得ないと思っています。これを前提として考えていったときに、医療安全と



というのは誰のためなのかというように考えていくことが重要だと思っています。管理者側のほうの立場というのも非常に重要なのですけれども、やはり私たち家族、それから、当事者としては、QOL改善・維持とか、利便性みたいなところも考えていきたいなということはこの場でお伝えしたいなと思っています。

そういう点で、やはり互いの職能の重なり合いの部分をどんどん私は拾って行ってほしいなと思っています。よくこういうがん領域でも連携強化とか多職種連携というのは言葉ではもうたくさん使われているのですけれども、では、実際にそれを現場でできるかというのは、やはり人がいない、時間がかかるということでできてないケースなんかは本当に多くありますので、言葉だけではなくて実態の部分というのは必要になってくるなと思っています。

ただ、薬剤師さんのこういう技術に関しましては、採血はすごく小さい量ではあっても医療に関する情報などは医師のほうと連携をしていただいて、感染症ですとか合併症、どんな併存疾患を持っているかということではやはり共有はしておいていただきたいなというのはありますし、先ほどお話にあったようなプライバシーの部分、あそこは背面までは要らないかもしれないのですけれども、患者さんの中では自分が病気を持って通っているということに対して非常に後ろ向きに考えている患者さんたちもいらっしゃいますので、プライバシー等々に関しては一定の配慮というのはやはりしていただきたいなというように思っております。

私からは以上になります。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、最後に、厚労省様より御説明を5分でお願いいたします。

○大坪審議官 引き続き医政局大坪です。

これは前にもお示ししている資料ですけれども、おめくりをいただきまして次の2ページに行きます。

これは御存じのとおりなので、もう読んでいただければと思います。医行為とはという定義をお示ししているものであります。医行為と診療の補助という体系図になりますけれども、もうこの中で診療放射線技師、助産師が診療の補助とは別にできるものもございますし、基本的には医行為としては保助看法の中で看護師ができる業務、それを一部解除する形で複数の職種においてできるものがあるということです。今し方お話があったような検体検査ですとか採血ですとかは臨床検査技師の方たちが担えるということになっています。

診療の補助とは何かということを書かせていただいております。これを見ていただきますと、この保助看法の解除をする対象者の中に薬剤師は含まれておりませんで、診療の補助行為ができないという形になっています。

薬剤師さんの業務は薬剤師法において薬の調剤ということになりますので、基本的には学習カリキュラムの中にもこれらの医療職種とは異なって、人体を対象とするものが含

まれていないというように承知をしています。

次のページをおめくりいただきますと、もうこれも御参考です。

医師法と保助看法とございます。医師法である医業、医行為、これに関して保助看法の中で第5条では療養上の世話と診療の補助というように書かれておりますけれども、これを解除する形で複数職種が実際にはタスクシフト／タスクシェアをしているというところ  
です。

医師法の17条の解釈、これはよく問題になります。平成17年に疑義があったことからこういう解釈を出してございまして、ここでいうところの医業は、当該行為を行うに当たり云々かんぬんということが書かれています。

これまでの経緯をすみません、17年の通知で介護現場において疑義、こういう行為は医行為なのかというお尋ねがたくさんあったことを踏まえまして、一旦ここで通知を出しています。個々にこういう行為は医行為ではありませんというものをお出しさせていただいております。また、その後の規制改革実行計画において、それでは不十分で、時代の変化とともにいろいろできること、できないことが増えてまいりますので、介護の現場において更にこういうことはどうなのかというお尋ねを受けて厚生労働省の中でヒアリングを行った結果を令和4年の通知で更にお出ししております。

この中ではもう基本的にはたくさん介護の現場からいただいたものを通知に落としていただきますけれども、おおむね在宅ですとかそういった現場で医師の指示がなくてもできるものがたくさん増えているので、基本的には在宅のお問合せが多かったですけれども、在宅の介護現場でインシュリンの投与でどこまでできるのかとか、血糖関係でどこまでできるのかとか、経管栄養関係ですとか、そういうカテゴライズした形で令和4年に通知を出させていただいております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、これから質疑に入りたいと思います。

ただ、今回、いろいろなことがあります。テーマがいろいろと多岐にわたりますので2部構成とさせていただきます。まず最初に、日本経済団体連合会様からの御提案事項について質疑を行い、その後、日本保険薬局協会様からの御提案事項についての質疑というようにさせていただきます。

では、まずは経団連様からの御提案についての質疑に入ります。

もしよろしければ、本日は日本難病・疾病団体協議会の辻常務理事、北村山公立病院の鈴木診療部長にも御参加いただいておりますので、コメントがあればぜひよろしくお願いたします。もちろん、桜井理事におかれましても、質疑に適宜御参加いただければと思  
います。

では、いかがでしょうか。

では、すみません、質問の前に、大浦専門委員のほうからこの件についても御質問が出

ています。

生体データの件、ざっくり言いますと法律上の解釈は恣意的ではなく行っていただきたいということ。それから、心電図の件ですね。やはり施設に入所する高齢者の健康管理に資することに加え、医療・介護現場のストレス軽減にもつながるのではないかという御指摘でしたけれども、まずこの辺り、特に心電図の話、医行為の先ほどあった生体データの話を含めて、この段階で厚労省さん、どういう見解であると思えばよろしいですか。お願いできますか。

○大坪審議官 すみません、すごい多岐にわたっているので、1つずつ、漏れがあったらまた後で指摘してください。いいですか。

○佐藤座長 いいですよ。

○大坪審議官 最初、冒頭申し上げます。遠隔医療の相談で、医師の指示・監督の下で看護師等が医学的助言を行えるようにしてほしいという御質問をいただいております。オンライン診療の指針を規制改革の先生方とも議論させていただく中で定めたわけですが、その中では遠隔健康医療相談みたいなカラムがあって、その書き方が遠隔医療相談のうち、医師がやる場合と医師でない場合みたいに書き分けられていたと思うのですが、医師ではない場合がやる場合にはこのオンライン指針の対象になっていませんというようになっていて、相談者の一般的な医学的な情報の提供ですとか一般的な受診勧奨ということとはできるようになっているというように考えています。

ですから、これの具体がどこまでかというのはありますけれども、基本的な一般的な御助言ですとかそういったことはできるものだというように考えておりますので、そういったことを改めて指針の中にもこういうことはできますよということはお示したほうがいいのかというようには考えておりますので、検討させていただきたいと思います。

もう少し言うと、御助言の範囲というのがどこまでなのかというのもあるので、それが当方でお示ししている一般的なお話であれば全然問題ないのではというように考えております。

例えばそのオンライン指針にも書いてあったと思うのですが、子供が熱出ましたとかというと、#8000とかに電話していただくわけですね。そうすると、看護師さんとかどういう方が出られているかあれですけれども、普通の一般的な相談なんかを受けたりとかそういうことも医師の判断を伴わないような情報提供とか受診勧奨とか、そういうことはしておりますので、また具体的内容いかんで御相談なのかというようには思っております。

それから、ホルター心電図についてもお話がありました。すみません、私は理解していないだけなのかもしれませんが、どういった機器なのかというのがこれではわからなくて、私は大学病院にいた頃感覚で言うと、ホルター心電図は病院に来てもらって、それを渡して、つけて24時間後にまた来てねみたいな感じだったので医療機器であるわけですが、病院に来ないシチュエーションでホルター心電図が手に入るということ

の理解ができなかったものですから、一般で何かホルター心電図は売られているのかどうかという認識がごめんなさい、分からないというのがありました。

普通にどこでも売っているような体温計とか血圧計とか、そういうものは別に普通に皆さん、お着けになっているので、サチュレーションモニターとか、そういう範疇の医療機器であればそれは当然お着けになるのかなというように伺いながら聞いておりました。ちょっと理解が不足していて申し訳ございません。

何が言いたいかというと、どの程度の医療機器なのかということをごちゃと教えていただいてからかなと思いました。

あともう一つは何でしたか。心電図。

○佐藤座長 生体データですね。

○大坪審議官 生体データ、これも先ほど遠隔かどうかはさておきまして、一般論の話ということは別に差し障りないというか、通常、皆さんはされているのではないかと思います。ただ、診断につながるような、一般論で言いますと、どこまでの解釈をされたいかということになります。ここにお示しいただいているような一般的にアルゴリズムに基づいたデータ、こういう場合にはこうなる方が何割ですみたいな、そういう話というのはもうちまたにあふれているような気もいたしますし、それは個々個別の診断をしたというようにはとらえないのではないかと思います。

ですので、これも個々、あなたのデータについて関連する疾患との関係性がどうのこうのという話ではなくて、一般論であれば支障はないのではないかと思います。個別具体を教えていただかないと、いいです、悪いですという話にはちょっとこの場では難しいかなというようには思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

まず経団連さんにも確認したいのですけれども、お手が挙がっているので、北村山公立病院の鈴木先生、お願いします。

○鈴木部長 ありがとうございます。北村山公立病院の鈴木と申します。

まず自己紹介ですけれども、山形県にあります300床ぐらいの地方の中規模の公立病院で勤務しております医師です。よろしくお願いします。

まず初めの話題としましては、遠隔健康医療相談ということについてなのですが、私が感じたことをお伝えさせていただきますと、医師は有症状の患者さんの対応でもう手いっぱいな状態で、こういった医療相談というレベルにおいて、そういったコメディカルの方が対応してくれるというのは非常にありがたいなと感じて聞いておりました。

ただ、1つ懸念材料としましては、その対応をしてくださる看護師なり保健師もあり得るかもしれませんが、そういった方がどのぐらいの経験、どのぐらいの知識を持っているかということで若干の懸念があって、ある程度の経験年数というものを決めていって、それを条件に対応するというのがあるのかなと考えておりました。

それから、もう一つのホルター心電図に関しましては、我々の解釈では、症状のある患者さん、あるいは通常の心電図で引っかかった患者さんの精密検査としてやる検査というようにとらえております。なので、精度の管理が非常に大事であります。不整脈を見るのか、それとも虚血性の心疾患を見るのかで、今までのホルターの心電図は電極の貼る場所が若干変わったりもしておりました。そういった精度の管理をできるほどの新しい機械が十分に機能してくれるのかということがどうなのかということで、これがもしそのとおりの精度を持っているのであれば、内科学会あるいは循環器の学会などでそういったものをガイドラインとして採用を進めていくとかそういうことがまずなされていってからの話なのかなというようにも考えております。

それから、生体データに関しましては、これは個人情報ということになりますので、中央の検査、セントラルラボに集めてデータを積み重ねていくというのはもちろんデータ量としては大きくなりますのでよりよい研究がなされるとは思いますが、逆に言えば、個人データが流出するという懸念もございますので、そのデータ管理という点も併せて一緒に考えていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、お手が挙がっているのですが、経団連さんのほうに確認で、ホルター心電図のところ、今、厚労省さんから質問がありましたけれども、どんなイメージでいらっしゃるのかということをもう少し具体的にお願ひできますか。

○鈴木氏 経団連、鈴木です。ありがとうございます。

まず、厚生労働省様のほうから御質問があった点ですが、こちら、体温計等と同じクラスIIのカテゴリゼーションには入るのですが、一般の方が通常ドラッグストアや電気店で買えるものではありません。あくまでこちらは医師向けに販売をして、鈴木先生のコメントにもありましたように医師が不整脈のスクリーニングで引っかかってきた患者様に対して必要であれば精密検査のために使うというタイプのものがございます。

また、鈴木先生のコメントにありましたように、通常、現行のホルター心電計はモデルにもよりますが、電極が複数ございます。これは複数箇所からの電位を拾うという意味で複数あるのですが、こちら、会員企業が開発したものはその機能を割り切っておりまして、単極誘導のタイプでございます。専門的な話になって申し訳ないのですが、単極誘導というのは電極が2つしかありませんので、2つの電極が拾える範囲の電位を拾うという製品コンセプトとして割り切ったものがございますので、そういった使い方を想定しております。単極誘導に機能を絞ったことによって貼り方がシンプルになって、ゆえに専門知識のない医師若しくは医療従事者の皆様以外でもほぼ間違いがなく貼れるという製品コンセプトになっております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、確認なのですけれども、ここでは患者が来院せずにということだったので、イメージは在宅医療とか介護施設とかそういうところがイメージだと思ってもよろしいですか。それとももう少し違うのですか。

○鈴木氏 そのようなイメージです。これは実はビジネスモデルにも工夫が入っておりまして、先ほど厚生労働省の方からのコメントがあったように、通常、現行のホルター心電図検査を行う場合は、まず来院して、そこで機器をつける。検査が終わって24時間なり72時間なり心電図を取った後に、その機器を外しにもう一回来るということが必要で、最低2回の来院が必要なのです。

このホルター心電計は性能を意図的に非常に削っていることから相当小型化しておりまして、まず来院時に機器を貼り付けることが必要です。なぜなら、これは医行為に当たりますので、お医者様につけてもらわなければいけない。機器を装着する時は来院することが必要なのですが、実は検査が終わってデータが取れた段階では、これは患者さん自ら郵送していただきます。郵送した先が解析センターになっておりまして、解析センターで心電図を解析した結果を主治医にクラウドで戻すというモデルになっております。

ゆえに、これは使い捨てなのです。ですから、検査が終わった後に機器を外すために来院する必要がないというところはクリアしている。ただ、問題は、これはつける時に来院するというところがクリアできていないので、つけるというところを御自宅でつけられるようにすると、例えばモデルとしては患者さんのお宅に先生の指示で事前に郵送しておき、指定日に患者さん若しくは御家族、ケアギバーの方に貼っていただく。それをそのまま郵送で返していただくということができまますので、トータルとして患者さんは一度も来院しなくてもよいというモデルが構築できます。そういったモデルになっております。

○佐藤座長 よく分かりました。ありがとうございます。

お待たせしました。では、桜井理事、よろしくお願いいたします。

○桜井理事 私からは、このデータヘルスに関するところ、No. 39の解釈・生活改善提案の部分について、やはり御意見を申し上げたいなと思った。

先ほど鈴木先生のほうからもお話があったかと思うのですけれども、やはり患者の立場としては、どこにこのデータが保管されるのかなということ非常に懸念はします。例えば今、私たちも遺伝性の疾患なども分かるようになっていたりとかあるので、こういう情報が外に漏れるということをちょっと懸念しますので、ビジネス応用ということはあるかと思えますけれども、これがどういように社会に対して還元されていくのかですとか、どういようにデータの個人情報保護が守られるのかということはずごく気になったところです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、この件、お二人から御質問があったので、経団連さん、度々すみませんが、御回答をお願いできますか。

○河岡氏 その点について、経団連の河岡からお答えさせていただきます。

まず、先ほど御質問いただいたデータの取扱いに関してなのですが、おっしゃるとおりで、こういった個人の疾病に対するリスクのデータが流出してしまうという事故が起きたときに、例えばそれがあってはならないことなのですが、保険の入りやすさであったりですかそういった観点で患者様の不利益になってしまうというのは何があっても避けなければいけないことであるというように認識しております。

こうした個人情報を取り扱う際のデータの取扱いに関しては研究の目的においてどういった扱いをするかということが定められているかと思しますので、そうした形で、今、実際に厚生労働省様の中のLIFEという介護の質を測定するようなシステムの中でも、データベースの中で個人のデータと個人情報がひもづかないようにある程度暗号化されて、データベースの中で個人のお名前とIDがひもづくようなデータベースと実際のデータと暗号化されたタグみたいなものがひもづいたデータベースを技術的に分けて、もし仮に流出したとしても、元の誰のデータだったのかが分からないという形で、実際に今、厚生労働省様が運営されていると思うのですけれども、そういった形でセキュリティー面に関しては技術的な配慮をきちんとすることによって、実際に積み重なっていったデータが公益に貢献しつつ、ただ、患者様の不利益にならないように最大限仕組みをつくっていくということが必要だというように考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほか、委員・専門委員の皆様方からも含めて御質問、コメントがあれば。

すみません、ちょっと確認なのですが、先ほどから出ている看護師さんによる健康相談というか遠隔健康医療相談についてなのですが、恐らく経団連さんの最大の懸念は、相談の範囲というところで、頂いた彼らの資料の3ページでもいいですし、要するに患者個人の心身の状態、つまり、個別具体、一般論はいいのだけれども、それもどの程度具体的なのか分からないのですが、患者個人の心身の状態に応じた医学的助言は、今はバツだとなっているのですが、この辺りというのは解釈としてはそうなのですか。ちょっと確認です。厚労省さんに確認させてもらっていいのですか。それとも、いや、これはできるのだよということなのですか。ここまでならいいのだよと何かあるのですか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

その具体が分からない中で答えが当たっているか分かりませんが、先ほど申し上げましたように、例えば夜間の子供の#8000事業とかというのがあります。そうすると、子供が熱出ましたとかといって親御さんが電話するわけですが、それはもう応答マニュアルみたいなのが決まっていますので、看護師の方でも相談、個別の状態に応じて医師の判断を必ずしも必要としない一般的な情報提供。熱が40度で受診したほうがいいとか悪いとか、発疹があるので皮膚科に行ったほうがいいですよとか、そういうことはやっているのですね。ですので、個別具体、どこまでおっしゃっているかは分かりませんが、例えばそういう事業の中でもやっている範囲であれば全く問題ないような気がいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

また経団連さんに聞いたほうがいいと思いますけれども、これは例えばどういう内容で実は駄目だったとか何かちゅうちょしているというのはできるだけもう少し具体的にありますか。

○牧園氏 ありがとうございます。

まさに厚労省様が具体のお話とおっしゃったとおりなのですが、指針の中でそもそも具体例が今のところあまり示されていないというところもありまして、明確にこういうことになりますというところは難しい面があるのですが、その上で、あくまで一例を挙げるとすれば、例えば頭痛を訴えるような相談者に対して考えられる原因を回答する場合に、一般的な情報提供であれば頭痛の原因として例えば脳梗塞、くも膜下出血、緊張性頭痛とか偏頭痛等々があります。脳梗塞の場合はこうこうこうです、緊張性頭痛の場合はこうこうこうですといったような、言わばインターネットで頭痛、原因というように検索した際に出てくるような回答に終始してしまっている例というのがあります。

そういった中で個人の状態に応じた医学的助言になると、頭痛の原因としては緊張性頭痛、偏頭痛等があります。御相談者様の場合は脳梗塞とかくも膜下出血とかは年齢とか痛みの程度とか症状の経過等からして可能性は高くないと考えられますので、まずは対処法として市販薬などもありますというところでお答えできるといったような解釈をしている事業者がごございます。そこが厚労省様の解釈と一致しているかどうかというところはまた別の話ではございますが、そういう認識でございます。

あとはちょっと細かな表現の問題にはなるのですが、結構業界の中では言葉尻ですが、相談者の状態をヒアリングした上で、あなたはというような言葉遣いで回答したりとか、御相談者様の場合はとかといった表現をすると個人の状態に応じているのではないかというように指摘を受けかねないということで結構萎縮をしているというところも聞いております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

また厚労省さんですけれども、この辺りはどこまでが医行為で、どこまでがこれならオーケーという感じになりますか。

○大坪審議官 先ほどオンライン指針の中に書かれていないという御指摘、ありがとうございます。

今今現在、私、たまたま今、オンライン指針を持っているのですが、最初の冒頭の本指針の対象というところに遠隔健康医療相談という定義がありまして、これは本指針が適用されませんというようにしているところがあって、そこで先ほど私が申し上げた、子ども医療電話相談事業#8000応答マニュアルに沿って、患者個別の状態に応じた医師の判断を伴わない医療に関する一般的な情報提供や受診勧奨（発疹がある場合は皮膚科を受診してくださいと勧奨することなど）とか幾つか定義を置いています。例えば学校の先生が学校医に嘔吐した場合の一般的な対処方法を相談するとか、よく個別の範囲でもこのく



らいはやっていると思うのですね。それは別に医行為でも何でもなくて、受診勧奨するとかはありでないかと思っています。

一方で、先ほど御提示いただいた頭痛というのは、かなり医者でも悩むような話を電話でそこまで言える勇気は少なくとも私にはないですけども、なかなか右の端から左の端まで言って、あなたの場合は鎮痛薬を飲んでちょっと様子を見ましようと言える医師ではない方はなかなかいらっしゃらないのではないかと思って伺っておりました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

でも、現場では実際こういう対応はあり得るのですか。すみません、経団連さんにまた聞くことになってしまいます。

○牧園氏 すみません、実際、こういう対応をちまたでやっているかどうかというところはまた別ですけども、イメージとしてお答えさせていただいたところでございます。あくまで先ほどの一例でして、ちまたのサービス事業者がやる場合に、では、これはどうなのだというところが全ての相談回答において悩んでいるというのが実情というように聞いております。なので、その辺、明確化をある程度していただいた上で、あとは具体例のお示しをもう少し充実していただいた上で、先ほどの主張の繰り返し、御提案の繰り返しになりますけれども、医師と医師以外という二分というところはあるべきなのか、看護師、医師以外の無資格者と同じ扱いでいいのか、考え方でいいのかということも含めて御検討いただけるとありがたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、ちょっと時間もあれなので、後でまた戻ることはできますけれども、日本保険薬局協会様からの御提案についても議論をしたいというように思いますが、もう一つだけ。先ほど心電図について、いわゆる宅配で配送して本人か家族につけてもらって、その結果をまた返すという、そういうビジネスモデルを一つ念頭に置いておられるということなのだと思うのですが、この辺、厚労省さん的にはどうなのですか。

すみません、もう一人、辻さんが手を挙げられていた。また戻ります。ごめんなさい。厚労省さん、いかがですか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

どうということなのかイメージが湧きました。先ほど鈴木先生がおっしゃっていただいたように、私の認識で申し上げて恐縮ですけども、ホルター心電図は精密検査なので、通常の心電図で異常が疑われた場合の精密検査の類いになると思っています。ですので、その検診結果をお持ちになったり症状があるということをお持ちになった上で、ホルターが必要かどうかという判断も含めて、またほかの疾患で胸痛が起こることもありますし、それが虚血性心疾患なのか、不整脈なのかどうか、ある程度の心電図を拝見して当たりをつけた上で必要な検査としてホルター心電図をつける場合があるということだと思っています。

したがって、心疾患に異常がありますと書かれたら全員ホルターを着けるわけではない

ので、そこら辺の判断がまず医療者に当たっていただく必要があるのではないかという気がいたします。それが全くドラッグストアで売っているような体温計であったり、多少違っていてもGoogleの時計ではないですけども、心拍数を測りますくらいの話であれば、それはあり得ると思っていますが、精密検査の類いのものになった場合にはやや難しいのではないかと直感的には思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、お待たせしました。辻様、よろしく申し上げます。

○辻常務理事 ありがとうございます。日本難病・疾病団体協議会といいまして、難病や慢性疾患、大体100ぐらいの団体が集まった患者団体の連合体です。大体20万人ぐらい、構成員であります。今日はお招きいただき、ありがとうございます。

では、早速、質問と意見というところで、まず最初に、医師の監督の下で看護師等が助言等をするところなのですけども、患者のほうとしましては、医師だけしか行えないというところについては何でなのかなというところがございまして、ナースの方、経験豊富な方とかスーパーナースの方もいらっしゃいますので、そういう意味では機会が非常に少ないところについては、指導が必要な環境が整うのであれば何も医師に限定する必要はないのかなというのが一つ感想です。

ただ、その場合、医師の指導・監督の下というのがどのように行われているのか、その部分がよく分からないので、横っちょにいるのか、あるいは電話でつながり放しにするのか、時々聞きながらやるのか、そこら辺のイメージがちょっと湧かなかったなというところがあります。そこら辺をはっきりさせた上で、必要なものを医師だけに限る必要はないのではないかなというように思うのと、あとはその場合、間違った場合と言ったら変ですけども、責任がどこにあるのか。看護師の人にあるのか、助言・指導している医師の下にあるのか、そこら辺によっても患者側が受ける印象が大分違いますので、そこら辺をはっきりさせたほうがいいのかというように思っています。

先ほどの頭痛の例で言いますと、もちろんいろいろな症状から言われると思うのですけれども、例えばそれが薬の副作用なのか、あるいはどのような薬を飲んでいてどのような状況なのかまで聞いた上で、医師の指導の下で、これは副作用の可能性が高いとか、あるいはそうではなくて通常によくあるパターンだとか、そこら辺の感じなのかなというのを予想していたのですが、それで間違っていなければそのような意見とさせていただければと思っています。

それから、2番目は、では、ホルター心電図なのですけども、ホルター心電図についてはどんどん進めていただいて、介護施設、もちろん介護施設の判断でつける、つけなくて、医師がつけたほうがいいですよというところであれば、「では、介護施設でつけます」とかそういう話になると思うのですが、技術が発展しているのであればどんどんつけたらいいなど。医者の監督の下は要らないなというのが感想でございます。この場合も検査でエラーが出た場合とか、そこら辺の責任の所在をきちっとさせておく必要があるの

かなというように思っています。

それから、最後、3番目です。認知症とか、この場合は糖たんぱくの話だったので、糖たんぱくは何で認知症なのかよく分からないわけですが、例えばここはまず質問なのですが、会社とかで健康診断とかあるいは行政府で定期健康診断をやると思うのですが、そこら辺である程度のデータやアドバイスが出てくると思うのですが、ここの関係がよく分からなかったのです。これにもう取り替えようとしているか、あるいは並列させようとしているのか、あるいは受託しようと思っているのか、あるいは単なる補完で自由にさせようと思っているのか、そこら辺の位置づけが分からなかったです。そういう意味で、医者に寄らずにサービスを使う場面がちょっと分からなかったので、何かそういうのを抜くような形にならないのかどうかというのがまず心配です。

それと、きちっとそういうのが大丈夫よというところであれば、企業同士、いろいろな企業があると思いますので、切磋琢磨していいサービスを提供してくれればいいなというように思いますし、企業とか、あるいは団体によってはそこと契約してやっていくというようなことも考えられているのかなと思います。先ほども言いましたように責任の部分と質の高さの部分でどうやって担保していくのか。競争原理に任せるのか、そこら辺のところをやっていかないと非常に質の悪いサービス、要するにもうけ主義のサービスとか、そういうのに走らないようにしていただきたいなというところはある。

それと、もう一つは、これは先ほどの電話相談、そういうのにもよるのですが、要するに患者側、ユーザー側の質がはっきり言って日本はあまりよくないというか、お医者さんにお任せしてしまっている。アメリカとかそういうところはどうか分からないのですが、そういう意味で、ユーザーとしてあまり育っていない人に対して何か押しつけみたいところとか、あるいはちょっと誤解を生むようなところがあると大変だなと思っているので、そこら辺のユーザーの指導。例えばこういうサービスを受けようと思ったらもう一月に1回ぐらい検査を受けるような人が出たり、そういうようなことがないようにユーザーも育てるようなところも考えていったら双方のためにはなるのかなというようには思いました。

3点、質問と意見はそんなところですか。長くなりましてすみません。

○佐藤座長 ありがとうございます。

生体データについて御質問があったと思いますが、経団連さん、いかがですか。

○河岡氏 それについて経団連の河岡がお答えいたします。

まず糖たんぱくがなぜ認知症かというところに関してなのですが、そのスライドの前のスライドにあるかなとは思いますが、すみません、時間の都合上、削ってしまったのですが、左側に機能性医学的アプローチの考え方というところがあって、肥満、ストレス、食の偏り、過度な飲酒、運動不足、腸内フローラの状態悪化というのがありまして、近年、免疫関連疾患の発症に関しては腸内細菌叢の関係が非常に深いということが『New

England Journal of Medicine』ですとか『Nature』ですとか、そういったトップジャーナルにおいて報告されていることでして、これの非常にキーになるのが慢性的な炎症状態というのが自覚症状のないレベルで炎症性が蓄積していった、それが免疫系の制御不全を引き起こして、過度に活性化してしまった免疫系が神経細胞の細胞死を誘導して結果として認知症になるのではないかということで様々なエビデンスが出てきております。

これに対して、では、どういう手法が有効なのかということに関して、現状、論文で報告されている内容で成果が出ているのがこういった食生活の改善ですとか運動習慣の改善ですとか心理的状況の改善といった機能性医学的なアプローチになります。これを会社の健康診断等の関係に関してなのですけれども、並列して生じるようなものだというように考えております。会社の健康診断というのが疾患の診断を目的として、病名の診断も目的としているのに対し、機能性医学的アプローチは病名の診断を必ずしも目的にするわけではなく、例えばなのですけれども、同じ認知症でも糖の過剰摂取によってAGEsが非常にたまってしまって、それによって免疫系が制御不全になっている方ですとか、神経栄養に関わるような栄養素が不足してしまってなっている方ですとか、同じ疾患でも代謝の状況が異なっているという状況が生じているということが分かってきています。

これに関して、例えばなのですけれども、炎症性で言うとCRPとホモシステインの合成パラメーターを使用することによって、もっと早い段階でこの人は認知症になるリスクがあって、これはこの人の場合、ストレス性ではなく炎症性によって認知症の発症リスクが高いということがかなり早い段階で分かるということが研究によって分かってきているので、そこに関して診断の目的のために検査をするというものだけでなく、未然に例えば自分は代謝の中でどういうところに現状負荷がかかっている、それを改善して将来的に何か疾患に罹患するリスクを避けるためにはどういった食生活に変えるべきなのか、そういったところを介護事業の方ですとか看護師の方がアドバイスできるような、そういった体制が整っていると、そもそも疾患を発症する人の絶対数を減らせるのではないかと、そういったことを目指してビジネスを開発したいというように考えております。

質の悪いサービスをどう排除といいますか、どうやってサービスの質を担保するかという点に関してなのですけれども、ここは議論が必要なところかなとは思いますが、ある程度アルゴリズムですとかAIによって何か検査結果を解釈するという必要が出てくると思うのですが、その際にきちんと根拠のあるものなのかということをも明示的に示すという形が整うことによって質の担保ができるかと思えます。

例えば一例で言うと、論文によって報告されているものだけに限定したものですとか、医師免許を持った者が監修したもの、その医師の判断をトレースするような例えばAIのみに限定するですとか、そういった専門的な知識を有しているものから学習したものなのか、それとも全く根拠のないものなのかということに関しては質を担保する上では、そういった基準の引き方というのはあり得ると思っています。とても有益な御指摘、ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、お待たせしました。落合専門委員、大石専門委員、大橋専門委員からお手が挙がっています。時間の関係で、3人、まとめてそれぞれお話しただいて、リプライいただくという形にさせていただきます。では、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

私のほうもそうしましたら3つテーマがありましたので、それぞれコメントさせていただきたいと思います。

1つ目が、まず遠隔健康医療相談の関係でございますが、この部分では、やはりオンライン診療の指針の中では医師が行う場合については、患者個人の心身の状態に応じた必要な医学的助言を行う行為というのが認められております。一方で、医師以外については、そういった今、申し上げたような医学的助言と言われるような部分が、一般的な医学の情報の提供となっているかと思っております。この間に医学的なものなのか、そうでないのか、言葉の面で言うとそういう部分に違いはあるように思います。

実際に、オンライン診療の指針の今申し上げた部分以外でも、受診勧奨との切り分けの中であったり、様々な部分で解釈のヒントみたいなものは確かに落ちていると言え落ちていると認識はしておりますが、具体例がなく、医学的助言とは何なのだとされたときに、必ずしも明確に分かりにくい部分はあるのではないかと、思っております。

これは言ってみますと、プログラム医療機器のときに該当性の判断で事例集をつくっていただいたり、ガイドラインで事例を挙げていただいた、といったものがあると多分やりやすいのではないかとこの話が入っております。また、多分医学的助言ということで、看護師の方ができる範囲がどこなのかはちょっと難しい部分はあるかと思っております。ここが必ずできるはずだと、具体例が明確でない中であまり言いにくいところではあると思っておりますが、一般人の方に比べると相当程度の教育であったり、実務経験をお持ちではあるかと思っております。その中で一般人の方よりはもう少しできることがあるのではないかと、それは多分社会的な妥当性もある範囲なのだと思いますので、資格を持っていて医師の指導がある中でということでも明確化し、該当する場合を明確化していただく取組を行っていただいた上で、その中で可能であれば、できる限りそこで看護師であればここまで行っていいというような部分もつくっていただけないか、ということだと思います。厚労省様のほうでどう思われますでしょうか、というのがまず1つ目の健康医療相談についてです。

2つ目が疾病名の表示等についてということですが、この部分についてもやはり病名の診断であったり、誤認に基づく行動といった弊害も予想される場所ではございますので、一定の信頼性の担保のようなことは必要だろうと思っております。

この部分もプログラム医療機器の場合にはある程度明確化された部分があると思っております。例えばそういった学会等である程度適切なエビデンスがあって、指針化されているものにとっって判断をしていくような場合だったりするか、そういうことかどうかで整理をされているような部分も、プログラム医療機器の場合にはあったと思っております。

やはり疾病名の表示までいかない何らかのリスクの疾病・疾患のリスクの警告の部分については、一定の条件をつけた上で、基本、医師法と薬機法で違う法律なので、違う解釈ということも原理的にはあり得なくはないところではあります。

ただし、医師法も薬機法もどちらも、医療としての線引きを引くための法律ではあると思います。その意味では、人が行くと医行為で、プログラムだとプログラム医療機器だということで、両方似たような行動になっているような場合も結局はあるかと思しますので、ここの部分はプログラム医療機器のほうなども参考に、一定の条件をつけた上で、こういう場合だったらできることを明確化していただくことがよいのではないかと、思っております。こちらはどう考えられるかということですが。

第3点のホルター心電図の関係についてでございます。こちらについてもどのようにしてこれを利用できる状態になっているかはあろうかとは思いますが、場合によっては、医師そのものが全て手で行う必要があるのかという論点でもあるのかもしれないと思います。一定の指示であったり、指導があったりする中で、一定の専門職種等が取り組むような場合は、何か必ずしも医師でなければとこだわるリスクも必ずしも高くない部分もあるのではないのでしょうか。しっかり練習、指導もできるでしょうし、やはり知見のある方ということもあるかと思しますので、こういった部分についても御検討いただく余地があるのではないかと、思っておりますので、厚労省様のほうにお考えを伺いたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、大石専門委員と大橋専門委員の話を聞いてから厚労省さんに回したいと思っております。

では、大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 すみません、時間もないので簡潔に。まず厚労省さんだけではなくて発表者様に1つありまして、先ほどの医療相談、健康相談の件なのですが、看護師さんがやられた場合、やはり看護師さんに責任が発生すると思うのですね。医師がやった場合は当然、医師は責任が発生するという前提の下で相談を受けていると思いますが、そこら辺の責任をどう負うのかということについてどうお考えなのか。それはセットだと思いますので、そこについてのお考えを教えてくださいというのが1つ。

あと2つ目、厚労省様に対してですけれども、先ほどのホルター心電図に対する御意見をお伺いすると、ホルター心電図をつけなくてはいけなからどうか、若しくはほかの病気かどうかという判断の部分と、そうではなくて医師が判断した後に誰がつけるかという問題を切り離して考えたほうが良いと思うのです。

先ほどの御回答はどちらかということ判断をして、かつ着けるとするのがセットになっていたと思うのですよ。例えば在宅医療の場面で医師がこれは心電図、着けたほうが良いよねと言って、でも、今、手元にないので後で例えば送るか届けて、それを介護士が着けるという場合なんかもあるでしょうし、健康診断で着けたほうが良いよねと言って、その後、

郵送で送ってくる場合もあると思いますので、その着けたとき、最近やはりデバイス自体が非常に進化しているので、間違えたところに着けたりするとアラートが鳴るようになっているものも結構あると思うのです。そういうように技術が進化している中で着けるという行為をどう考えるのかということの部分についての御意見を伺えるとありがたいなと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、すみません、大橋専門委員、お願いします。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

まず医行為というのは医師が行うのでなければ保健衛生上の危害を生じるおそれがあるものだという事は、イノベーションの進展とか、あるいは経験とか知見の蓄積に応じて医行為の範囲は変わるということが書かれているのだと思っています。

2点あるのですけれども、1点、経団連さんなのですが、そもそも医行為の範囲が明確にされていないという点は恐らく医師法上問題がないものとして取り組んでいいのではないかと。実際に外国企業で取り組んでいるところは多くあると思います。そうしたことを取り組むことに何か問題があるのでしょうかということが1点お伺いしたい点です。

2点目は厚労省さんなのですが、厚労省様として企業がそうした対応を取った場合に困ることがあるのですか。もし困ることがあるとすれば、ブラックリストをつくっていただくなどして、こうした企業の提案が一つ一つ細かく出てきて、これは単なる今回3つですけれども、もっとたくさんあって、一個一個やっていたら規制改革会議も大変なので、あるいは厚労省さんも大変なので、ちょっと整理をしていただくような努力をしていただく必要があるのだろうなと思います。よって、企業さんが勝手に取り組むことについて厚労省さんは問題があるのでしょうかということを教えていただければということです。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、まず最初に、経団連さんのほうから、大石専門委員と大橋専門委員から御質問があったのでお願いできますか。経団連さんのほうからよろしくお願いします。

○牧園氏 では、健康相談について牧園のほうから回答させていただきます。

責任の所在というところであったかと思っております。ここは確かに検討が深く必要な面だと思っております。基本的にはケース・バイ・ケースの部分も多くあるとは思っています。例えばですけれども、サービス主体においてマニュアルがどこまでちゃんと整備されていたのか、看護師がそのマニュアルにどこまでちゃんと沿っていたのか、マニュアルで判断できないところについて、医師に指示を仰いだのかどうかであったりとか、医師の指示がどこまで具体的であったのか、医師が言ったことを口述筆記のような形でテキストチャットでそのまま返しましたという場合なのか、そうではないのか等々、そういったところのケースに応じて考慮すべきであるとは思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

もう一つ、大橋先生からの質問もあったと思いますけれども、今、医行為、駄目だと言われてなければやってもいいのではないかという話だったと思うのです。すみません、こちらですね。

○河岡氏 私からお答えさせていただきます。

スマートウォッチの例を出させていただいたのですけれども、このような会社の名前を背負って研究開発をしていると、法的にグレーゾーンであったときに、例えばあの企業が研究開発していたものが法律のグレーゾーンでアウトだったということを突然言われてしまったときに、それが報道されることによって会社が被る損害ですとかそういったことを考えると、やはり一企業の従業員としてなかなか手を出せないということで、リスクを恐れてなかなかそもそも研究開発に手を出せないという状況ですとか、私、アカデミアにいた頃に、今、アカデミアですごくアントレプレナー教育といいますか、研究から起業へという教育をかなり政府の方々を含めて力を入れてらっしゃると思うのですけれども、知り合いの研究者の中で技術開発を行って実際に非侵襲的なデバイスだったのですが、開発を行ったのですが、事業化する際にこれは薬機法的にグレーなのではないかという、その実態を伴わないおそれによって、会社を立ち上げたはいいが、市場に製品を出す前にその申請を出すのに物すごく時間とお金がかかるというので実際に会社が潰れてしまったりというようなものを見ていて、恐らく今回のような場を設けていただいて直接お話しすることによって、皆さんの温度感というのは分かるので unnecessary 恐怖みたいなものはなくなると思うのですが、やはり会社の名前を背負うですとか起業してやっていくという中で規制がかなり諸外国に比べて厳しいというのは、なかなか開発現場を萎縮させてしまうというのが一研究開発の部門にいる人間としては感じるころとしてはあります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、まず厚労省さんに、落合専門委員と大石専門委員から御指摘がありましたけれども、いかがでしょうか。確かに病名表示に似ているなと思ったのです。お願いします。

○大坪審議官 確かに大石先生がおっしゃった判断かどうかというのは、両方混ぜて回答したような気がいたします。私が申し上げたかったことは、先ほど鈴木先生からもありましたように、いきなりホルターをつけるというシチュエーションがあまりないものですから、一般の心電図を本当はお家で簡単につけられたいいのだろうとは思いますが、ホルターを必要かどうか判断するときに来院していますよねというか、そういう医師が何らかそこで診察をされるだろうということが想定されたので、その場合はその場で医療機関の中でつけてお返しするのではないかなというように思ったということです。

その場合に、医師がホルターをつけるということは通常あまりなくて、それは検査技師の方であったり看護師の方であったり、医療施設の中では必ずしも医師がやっているものではないというように理解をしています。ですので、判断を伴うから病院に来て装着しますよねという意味で申し上げたということでもあります。すみません。



それから、助言のことでも落合先生からもいただきました。先ほどの経団連の方から認知症の具体の話もいただきました。ただ、例えば仮に認知症であれば、このパラメーター、MCIと言われている前認知症状態というものを何で判断するか。これはもうPETでアミロイドAを取れば分かるのかとかさんざん議論がある中で、その1つのデータに基づいて決め切って御助言をするということは、なかなかコンセンサスが得られている範囲であればそれは当然なさっていいことなのではないかと思っているので、どなたか先生もおっしゃいましたけれども、医学的なエビデンスのレベルがどれくらい高い話を情報提供しているのかということも一つ確認しないといけないような気がします。サプリメントでも何でもそうですけれども、いろいろなものが効きますというものがどれくらい確からしい情報に基づいて情報を提供しているかというところも関わってくるのかなというように聞いていて伺っていて思いました。

いずれにいたしましても、ホルターにしる、医学的助言にしましても、個別具体的にこういうことが当たるのかどうかというようなお尋ねをいただくと、もう少しはっきり答えられると思っています。

オンライン指針の中では、先ほど御紹介しましたように健康相談の範囲というのは書かせていただいています。その中で受診勧奨だとか、それは皮膚科ですよとか、それは行ったほうがいいのかということはもちろん差し障りないことは書いているのですが、それを超えたものかどうかをもまた教えていただければと思います。

それから、もう一つ、最後に経団連の方が事業開発、大橋先生もおっしゃった、企業がそういう開発をしたら厚労省さんは困りますかということに関しては全然困らないわけですが、確かに経団連の方がおっしゃったように後から売れないではないとか、後から規制があったなら早く言ってよということは当然あるだろうと思います。そういった意味では、今日、資料にお示ししていませんけれども、平成26年に経産省と厚労省のほうで健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドラインをつくらせていただいて、開発に当たって参考にしてくださいということで、この中身がいいかどうかというのはまた規制改革の先生方には御意見があるかもしれませんが、例えば関係法令との解釈に関して、どういうことは違法であって、どういうことは適法であってというガイドラインを結構なページ数があるものを出させていただいています。

その中で例えば医師法17条との関係においては、民間事業者の方が医業に該当しない範囲で検体採取や検定、検査後のサービス提供を実施する必要がありますよと。適法になることは、検体採取する際に利用者が自ら検体を採取した上で民間事業者が検査後のサービス提供として検査結果の事実やその項目の基準値をお知らせすることは全然問題ないですということですか、あとそこから医学的判断を行った上で必要な食事療法とか運動上の注意、サービスの紹介、こういうところまで踏み込むとちょっと診断を超えたサービスになりますというような御案内をガイドラインの中でお示ししていますので、一旦これをお読みいただければ開発の手助けにはなるのではないかと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員からお手が挙がっています。すみません、簡潔にお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

お考えとして示していただいた内容自体は、少なくとも私個人的としてはあまり違和感がない内容だったと思っています。一方で、今、おっしゃっていただいたこと自体が必ずしも明示的に書かれていない場合が多いといえますか、全部読んでいくと多分そうだろうと思うのですが、なかなかそこまで分からないわけです。プログラム医療機器や、先ほど御紹介いただいたガイドラインも有用なものだと思っておりました。書いてあること自体は非常に有用ではあるのですが、ただ、医行為というのが世の中のありとあらゆる行為にかかってくるような部分がやはりどうしてもあるので、事例がほかのガイドラインより長かったとしても、それでも必ずしも十分ではないというか、いろいろな研究開発をされるに当たって、それを見ただけで森羅万象のものが分かるわけではないので、やはり具体例のできる限りの充実がとにかく重要だろうと思います。そういった観点でのガイドライン等の一層の整備をお願いできればと思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、時間のコントロールのマネジメントの不便で、まだ1つ残っております。第2部になりますけれども、日本保険薬局協会様からの御提案というか採血の話ですね。これについて今度、議論したいと思います。

こちらにつきましては適宜、國峯弁護士、桜井理事、辻常務理事、鈴木診療部長にもまた参加いただければと思います。

御質問、コメントがあればよろしくをお願いします。

出てくる前になるのですけれども、これも大浦専門委員から御意見が出ていたので。まず、ここから厚労省さんの御意見を伺わせてください。

これは具体的にインシュリン投与など自己対応が認められているような行為は研修を受けた他者でも行い得るのではないかという話。インシュリン投与は自分でやっていいのだからというやつですね。ならば採血も含めていいのではないのという話だと思います。その辺、まず厚労省さんからお願いできますか。

○大坪審議官 採血ですね。厚生労働省の考え方を申し上げますと、検体採血は実はこのガイドラインをつくっているわけですが、検体測定室ガイドラインというのができた経緯というのがありまして、平成23年頃に自己採血ですとか他者採血ですとか簡易検査の問題というのが結構浮上したことで、薬剤師の皆様が穿刺や採血の補助を行って、そこから感染した衛生上の問題ですとか、あとは測定値の結果のみで判断して受診の機会を失ったとか、何かそういう事件があった頃がありまして、それを契機にして様々な関係者のヒアリングを経て26年にこのガイドラインがつけられたという社会背景がまず一つございま

す。それまで何もガイドラインがなかったというところがございます。

一方で、厚生労働省的に申し上げますと、自己注射に係る取扱いというのは過去にお示ししてしまして、例の17条のどうたらこうたらの後に、中医協に出されている資料なのですけれども、自己注射に関する取扱いも形式的には医行為の違反に当たるのですね。本当は自己注射であっても医師でないというので。ところが、これは公衆衛生上の危害を防止することを目的としている医師法の趣旨を鑑みると、自分で自分に刺しているのですから、そこは違法性が阻却されるという考え方を取っています。自分にやっているのだから公衆衛生上の危害を誰か第三者に与えるわけではないのだという解釈にしています。

一方で、では、家族がどうなのだみたいな話も結構ありまして、本当は違反なのですけれども、家族要件は幾つかお示ししてしまして、目的が正当であるなんて、これも別に誰が確認するものでもないですが、患者の治療のためであるとか、用いる手段が正当であるとか、その行為によって引き起こされる法益侵害よりも得られる利益が大きいとか、あとは家族関係として永続的に続く家族、固定された関係であるので、それは通りすぎりの人ではないのでというところで自己と同様とみなす範囲というのをお示したことがございます。

それは実は昭和56年に「インシュリンの自己注射について」という事務連が出てしまして、自己注射が始まった頃ですけれども、そういうときに今と同じような議論があって、本当は医師がやるのだが、本人までは違法性が阻却される。本人に関連する範囲はどこかということできりぎりやりてこういう通知が出ているという背景事情がございます。

その上で、また23年頃に第三者が行ったりですとか検査室で行って感染を起こすという事例がある特別区で幾つかあったりしたものですからガイドラインをつくりましょうという経緯を踏まえて今日がございます。

それと冒頭申し上げました、まず薬剤師の先生方におかれましては、業の中で医師の補助、診療の補助の対象職種に入っていないということがまずありまして、薬品の調剤を業とする、そこまででございます。通常の職種で保助看法を解除する形で医療行為ができる職種はたくさんございまして、その中で例えば一般のコロナのワクチンをどこまで打ち手、広げましょうかという議論があったわけですし、そこは教育カリキュラムにも跳ねる話で、そこまでの人体を触るという教育をカリキュラム上、受けていらっしやらないとか、通常の業務において人を触る業務をされていないという観点から今般もコロナの対象職種を広げるに当たってもそういう判断があったところでもありますというのがすみません、まず背景事情であります。

ですので、こういったこれまでの経緯を鑑みますと、お手伝いしてさしあげたいというお気持ちはよく分かるのですけれども、そこを簡単だからとか微量だからとかそういうことで侵襲を他者に加えるということの範囲を広げるというところが直ちにはなじまないというような形にお答えせざるを得ないところはございます。厚労省の立場です。

もう一つ、検査所の環境についてのお尋ねがあって、オープンスペースでもというお話

があったと思っています。これも先ほどの繰り返しののですけれども、感染が結構起こったりとかということでガイドラインを26年に定めたということがありまして、その中でどうしても薬局とかドラッグストアとかだと陳列台と同じところに置いてあったとか、ここが採血ですというスペースが取れないとかということでガイドラインをつくり、更に令和4年には、このガイドラインの疑義解釈のQ&Aとかも出させていただき、こういう範囲でやってください、こういう衛生管理をやってくださいとか、そういうことを定めているという現状であります。

ですので、そこが確実に全てのところで担保できているかを調査しているわけではありませんが、パーティションをしなくてもフリースペースでどうぞというだけの根拠となるものが私どもには今、持っておらず、もうそういった間違い、感染というのは絶対起こりませんから、さあどうぞと言えるだけのエビデンスを持っていないというところであります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっているのが今、お二人ですね。では、北村山公立病院の鈴木先生、お願いいたします。

○鈴木部長 よろしく申し上げます。

今、厚労省の方から説明がありましたように、やはり感染ということを我々は一番危惧しております。たった一滴の血液といえども、血液というのは皆様御存じのようにB型肝炎、C型肝炎、HIVあるいはクロイツフェルト・ヤコブ病を促すプリオンなどが存在している可能性というのは排除できないわけですし、たった一滴でも、例えば外科の手術におきまして患者さんの血液が一滴目に入っただけで執刀した医師が劇症肝炎を患ったということもありましたし、それだけの危険な行為である。

インシュリンの場合、もし出血した場合、自分の血液を自分で被る分には自分の血液なのでいいのですけれども、不特定多数の患者さんがいらっしゃる薬局において薬剤師が不特定多数の患者さんの血液に接触する機会が増えるというのは非常に危険なので、そういったことをまずやる覚悟があるかどうか。そして、先ほど厚労省の方がおっしゃったように、現在の薬学部の課程におきましては、生体、体に触れる教育というのはなされていないわけですので、一体どれだけの薬剤師がそういうことについて取り組んでくれるかというのは非常に疑問にも感じておりますので、当面は、いわゆる手挙げ方式で手を挙げた薬剤師さんが何らかの研修を受けて、マスクしてアイシールドをして手袋をして感染対策をしっかりやりながらやるということでしか考えにくいのかなというように感じておりました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、辻理事、お願いします。

○辻常務理事 すみません。

私もほぼ同じ意見なのですけれども、薬剤師が何でその仕事をやるにしても担わなけれ

ばいけないのかが全然分からないのです。臨床検査技師もいるでしょうし、何でそれを薬剤師がやるのかというので教育も全然受けてないというのはこちらも分かっておりますし、薬の専門性のところを高めていただくのが本業なのに何でそこまで。

それと、もう一つは、薬を渡されるまでにすごく時間がかかるのですよね。慢性疾患は特にそうですけれども、そのときに薬剤師さんが違う仕事をしているということは「ええっ」というところが患者はあります。それと、そのほか、血圧計とかいろいろ備えているところもあると思うのですけれども、その紙切れですとか、あるいは故障の対応で薬剤師さん、あるいは薬をやっている方たちが時間を取られているのを見ると、私たちが待っているのにといいところもありますし、本業を放っておいていいのというような感じがある。

そういう意味では、薬剤師がどうのこうのというよりも、薬局をどうするのかというような問題かと思えますので、この点については薬局で採血若しくはそういうようなことをするというところは、私は全然それを広げるのは薬局として悪くはないのかなというように思っています、その際に臨床検査技師を配置するのか、熟練した看護師を配置するのか、よく分かりませんが、薬局の機能追加というところではスペースの問題とかそういうのはもちろんあると思いますが、賛成です。

といいますのは、やはり地方の方でなかなかアクセスできないとか、薬局が非常に身近な存在であるとか、それから、もともと採血についてのニーズが高いのだと思うのですよね。採血は血糖値も含めてですけれども、そこを満足させられてないというような現状があると思うので、一部薬局がそれを担う、あるいは行政が薬局に委託する、そういうところはあっていいかと思えますし、それを薬剤師が担うのではなくて適切な方が担っていくというのは非常に患者のほうから、ユーザーのほうからするといい方法である。それで競争が起きて質が良くなったり、あるいは行政サービスの幅がよくなったりということは大変歓迎したいと思っています。

その場合、先ほども言いましたけれども、やはり責任の問題。何か事故が起こったときとかそういうところはどこがきちっと負うのかというのを明確にしていいただければ、本当にそういう意味で薬局が進化することは望んでおります。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは1回、日本保険薬局協会さんにお答えいただいたほうがいいかもしれませんけれども、現場でどんなニーズがあるのかとか、やはりこれは一応タスクシェアだと思うのですが、この辺り、薬剤師さんとしては実際のところはどういう意向なのかということですね。お願いできますか。

○藤井副会長 ありがとうございます。

薬局として、今、辻様のほうからお話があった薬を出すところというイメージがやはりまだあるなというところでは、今、我々が求められているのは、健康サポート機能も発揮していく。処方箋がなくとも薬局にて来ていろいろな健康相談をしていく、そういった二

ーズを果たしていくべきということも言われているところがあります。

その中で、今もこの検体測定を使って患者様が自己穿刺をしていただいて、その結果を見るお手伝いをさせていただくというのがあります。ただ、そこで、先ほど課題で申し上げたようになかなか初めてやられる方、ちょこっと刺すだけなのだけれども、針はどうしても怖くてというところで、今、現状では我々は一切そこに対して手を出すことができない。せつかく健康、自分の状態は今どうだろうと思って来たのに、そこに対して手技的なサポートが全くできないというのは非常にもどかしいところがあります。

業務の合間というよりは大体時間を区切らせていただいております。お昼休みの間とか、処方箋が少し途切れる時間に予約制であったりとか、その辺はおっしゃるとおり通常のところでたくさん人がいらっしゃる中でプライバシーを考えればやはりそこは配慮すべきことなので、その辺のやりようというのはいろいろ工夫させていただいております。ただ、先ほど先生もおっしゃったように感染症という感染をどう防ぐかというところは非常に大きな問題なので、今回はあくまでも使い捨て単回使用、基本的には自己穿刺が基本なのだけれども、そこでどうしても手間取ってしまう方に対して、何らか我々もそういったところに手を差し伸べることができるということを緩和していただけないだろうかというように考えているところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員、挙がっていますので、佐々木先生、よろしくをお願いします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私は薬剤師さんが採血をお手伝いできる状況になるというのは望ましいことだなというように感じています。今、やはり病院の外来を受診する人たちの実は大部分は、本当は病院まで来なくてもいい人たちというのが結構多いと思いますし、そういった人たちに実際に薬局でも健康相談できるのだよということがちゃんと伝えられる。必要に応じて血液検査もできるというのがすごく重要なことかなと思っています。

あと今、制度上、リフィルという仕組みがありますけれども、生活習慣病などで病状が安定した人たちには処方箋が3回まで使えるということになっているのですが、3回分けて薬局に薬をもらいに行くことのメリットというのが、ただ単に薬をもらいに行くだけだったら3倍の薬を全て出してもらえばいいだけなので、そこでちゃんと薬剤師さんたちが臨床家として関わってくれる。その中で例えばHbA1cとか中性脂肪とかある程度の範囲が測れて、それによって医師の指示に基づいてある一定の範囲内で薬剤の調整などが薬剤師さんたちとできたりするとリフィル処方箋というのもすごく生きてくるのではないかなというように思うのですね。

今すぐどうこうというのは多分急には変わらないのかもしれませんが、ただ、やはり地域にいる医療専門職の人材のバランスで考えると、診療所で働く医師は11万人しかないが、薬局薬剤師というのは19万人もいるのですよね。やはりこの人たちが力をより効果的に発揮できるというのはすごく大事だと思いますし、辻様がおっしゃるとおり、薬

局は今、本当に対物業務に忙殺されて何だかという状況があると思いますけれども、そこはそこで別の面から規制改革をきちんと進めてきちんと対人業務に充てられる時間を同時に確保していくということも同時に重要なことというようには思っています。意見です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

この話は少し大きな話で、対人業務をどう充実させていくかというところ、ここにかかってくるのかなと思います。多分薬局の対人業務の充実というのは厚労省さんの方針でもあったと思いますし、あと過去にいろいろな事故があったとかいろいろな懸念があったということはよく分かるのですけれども、ただ、今、御指摘のある技術進歩というのはあるわけで、今回、使い捨てる採血ということになっていますし、新しい技術を前提にすれば、それによって保証される安全性というのでも出てくるのだと思うのですが、ある意味ちゃんとトレーニングしなければいけないのはよく分かるのですが、状況の変化というのを考えながら見直すべき時期に来ているのかなと思ったのですが、対人業務の充実という観点から厚労省さんの的にはこの辺り、どうですか。今、佐々木先生からのコメントです。

厚労省さん、聞こえていますか。

○大坪審議官 聞こえています。薬局の所管は医薬局になるものですから、すみません。

○佐藤座長 ちょっと答えづらいだろうなと思いながら聞いたのですけれども、すみません。

○大坪審議官 なので、持ち帰らせていただきます。

○佐藤座長 承知しました。ありがとうございます。

すみません、では、落合専門委員、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

過去に事故もあったということでしたので、そこからの技術進歩であったり、手法等は当然ながら制限して議論されるべきとは思っております。実際、どこまで本当に安全性、先ほども出ていた保健衛生上の危害を生じるおそれがあるかについては、結局、穿刺行為を行うにしても、その中で血が飛散しないとか、そこから衛生上の問題が生じる形で大きい傷口が残ったりするかも踏まえながら議論していただくことが大事ではないかと思います。

一方で、特定行為などの場合でも、当然ながら研修等を行いながらという話はあると思います。手段を限定して、その中で本当に安全性としてどうなのかをまず例えば調査研究を試してみたりしながら、実際のリスク、危害を生じるおそれというのがどの程度あるのか、それが限定できているのかを見ていただきながら、保険薬局協会さんなどもそういったことは多分協力して取り組まれるだろうと思いますので、科学的に検証できるような形で手段の限定や必要な研修を設定していただければ、これも多分タスクシフトでずっと議論させていただいている議論の延長線だと思いますし、それが薬剤師というか薬局の規制の関係で言うと対物から対人へということにもなるのだと思います。幾つかの意味で

やはりできることをできる方がやっていただくようにするということは、これは必要な議論ではないかということである。いろいろな職種問わず議論していることではあると思います。その中で薬剤師の方というのは、比較的高度な教育をもともと受けられていることもあると思いますし、そういった方を生かしていくことも大事な観点ではないかと思っておりますので、ぜひ今、申し上げたような観点で、今、この場で御回答というのは難しいと思うのですが、引き続き御検討いただけないでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、杉本委員、よろしく申し上げます。

○杉本委員 ありがとうございます。

今の議論の流れで、今、お伺いしているとおり、自分で採血をするというのが少し怖いと思われる方をサポートしたいというのが要望かと思っております。ただ、その採血をするという行為がいわゆる医行為の定義に該当してしまうということで、ここを何らか解釈できないか、あるいは医行為の該当を外せないかということだと思いますけれども、資料でも挙げていただいています医行為の定義について判断されました最高裁の令和2年9月16日の判決では、確かに、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為が医行為というように定義されているのですが、個人的には判例を読みますと結構大事なところなのと思うのが、では、どういう行為が医行為に当たるのかについて最高裁は実はいろいろな具体的な判断を判旨の中で挙げています。

ちょっと読み上げますと、ある行為が医行為に当たるか否かについては、当該行為の方法や作用のみならず、その目的、行為者と相手方との関係、当該行為が行われる際の具体的な状況、実情や社会における受け止め方などを考慮した上で社会通念に照らして判断するのが相当であるというように書かれています。

この判例はタトゥーを施術する行為が医行為に当たるのかという判例なので実情や社会における受け止め方などの文言が入っているかと思うのですが、このように定義に当たるかどうかをその文言に照らして解釈するだけではなくて、具体的な事情を含めて解釈をすることが医行為に当たるか否かを判断するには相当であるというように最高裁も続きで述べていますので、今のようなサポートをしたいという御要望、それもきちんと考慮した上でこのような行為が薬剤師の方に可能なのかどうかというのを柔軟に解釈し得る余地というのは、この最高裁の判決から見ても可能な余地があるのではないかというように考えますので、そのような柔軟な解釈も含めて検討していただくのがいいのかなというように思っております。

意見です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お時間の関係もありますので、では、印南専門委員を最後にさせていただきます。よろしく申し上げます。

○印南専門委員 日本保険薬局協会に質問なのですが、薬局業務の対物から対人へという



大きな流れがありますし、その対人業務の中心の具体例として健康サポート薬局というのがあります。一方で、僅か3,000ぐらいの薬局しかその役割を果たしてないわけです。日本保険薬局協会としては、この穿刺採血が健康サポート薬局のやれる行為の一つにあつたらいいなというのはよく分かるのですけれども、その健康サポート薬局自体をもっと普及させるとかそういう考えの中でこれがどのぐらいの位置づけを持っているのですか。ほかのことも考えているのでしょうか。これは単なる手始めで、ほかのことも考えていて、そのうちの最初の一つなのか、それともかなり実態的にこれがあれば健康サポート薬局がもっと普及するという、そういう位置づけなのか教えてください。

○佐藤座長 すみません、お願いします。

○藤井副会長 答えさせていただきます。

健康サポート薬局というのはやはり一つ象徴的な認可だというように思っておりますので、まずは、そこはぜひとも取組をさせていただきたいのですが、ただ、我々としては最終的にはそれ以外、地域連携薬局とか専門認定薬局とかいろいろなくくりの中では、やはりある程度きちんと設備があつてやれる薬局であれば、患者様の身近な存在としてはもうあまり徐々に段階的に解除とは言いながら、全ての薬局がそういったことを患者様に提供できるという、お客様に提供できるというのが目指すべき姿というようには考えております。

○印南専門委員 ちょっと抽象的だった感じがします。別に健康サポート薬局に限定しなくても、薬局の対人業務の充実という中でどのぐらいの位置づけやウエートを持っているのでしょうかという質問だったのですが。

○佐藤座長 ありがとうございます。

先ほどから手挙げ方式ではないけれども、一種の実証かもしれませんが、やる気のあるというか協力いただける薬局にまず率先してこういう採血に関わってもらおうというのは一つの考え方だと思います。ただ、そうはいつでも、今、この段階で薬剤師さんがやってはいけないのですよね。なので、この辺り、例えば先ほどから確かに採血は危険な部分もあるといいますけれども、繰り返していますが、今回使い捨てなので比較的安全性が高いということもあるので、何かトレーニングとかをして、限定的ですが手を挙げてやる気のある薬剤師さんにある意味実証的にやってみて実際効果を見る、安全性を確認するといったこと、こういった取組というのは厚労省さんのにはあり得る選択肢なのですか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

私どもの資料でいうと2ページのところで、今日、医行為ができる範囲という体制図を1回お示ししていて、別に薬剤師さん自身は診療の補助がそもそもできないことの法律になっているので、今、できませんという回答しかできないのですけれども、保助看法を解除して診療の補助ができる職種が9つあるのですね。これらの方たちは診療の補助を解除することができて医行為を行うことが指示の下でできる。その中で臨床検査技師さん等々は現実にほとんど採血とかはやっていただいている。それが全然足りなくて、もっと職種

を広げなければいけないとかという議論があったときに、例えば今般のコロナのワクチンのときとか、医師、看護師では足りない、であればどこまで広げますかという議論の中で今般の法改正において診療放射線技師と救急救命士と臨床工学技士と臨床検査技師、ここまでワクチンは広げましょうということの法律が成立したという形になります。

ですので、今回の採血においても、もう既に診療の補助として医行為ができる方たちの中でどこまでのタスクシフトをしていくかという議論がまず第1段階目にあるのだろうというようには思います。そこを飛び越えて、現時点において診療の補助行為ができない職種であって、教育カリキュラムにおいても人体を触ることを業としていない教育を受けている方たちをいきなり実証実験する必要性がどこにあるかという議論になっていくだろうというようには思います。

いずれにしても、先ほど先生方からお話がありますように責任論になるので、リスクは小さくなったから大丈夫だろうといったときのリスクの責任は誰が取るのかということも一緒に考えていかないと、何万分の1になってもやはり医行為は医者が責任を取りますので、そういったところもきっちり議論していただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大体お時間になりましたので、議題2はここまでとさせていただきます。いろいろと議論が今回多岐にわたったので議題2は思いがけず時間がかかりましたけれども、まず前半の話、経団連さんからの話があったのは看護師の遠隔健康診断を含めてですが、やはりガイドラインというか、どこまでが医行為なのか。多分広げてくれとかという話は明確にしてくれという話だったと思いますので、やはりその辺り、落合専門委員から御指摘があったと思いますが、このガイドラインについてももう少し明確化という方向での検討をお願いできればということだと思います。なかなかケース・バイ・ケースと言われてしまうと現場は多分ちゅうちょするというか、予見可能性に欠くということにもなりますので、やはり何かあらかじめ基準があるということが大事なのかと思います。

それから、今日の最後の採血の話は非常に重要なテーマという、これはある意味、対人業務へのシフトという大きな話があります。ただ、他方では言われて見ると薬剤師さんはこの段階で医療行為として認められているわけではないので、認めてもらうためには結構大きな法改正に関わる話だと思います。ただ、今日、担当者の方がいらっしゃらないということなのですが、薬局の対人業務の充実をこれからどうするのかという、この辺り、あと印南先生から御指摘のあった、確かに生活サポートといいますか、やはり薬局の患者さんへの生活への支援とかいろいろな相談役とか、そういった機能というものの充実というのもあるだろうと思いますので、そういう大きな枠の中で議論しなければいけないかなと思います。

あともちろん、看護師の話もそうですし、薬剤師の話もそうですけれども、責任論というのはどこかに出てくる話、この間の前回のナースプラクティショナーでも同じような話があったのですが、やはりちゃんと責任のところは取れる体制、あるいは誰が取るのかを

明確にすること、この辺りは残っている宿題かなというようには思いました。すみません、強引にまとめましたけれども、随分と思った以上に遅れているのですが、議題2はここまですべてとさせていただきます。また御意見等々あれば事務局にあしたまでをお願いします。

議題3はフォローアップではありますが、**「医療現場の負担軽減のための手続のデジタル化等について」**ということになります。

議題2で参加いただいた方々、ありがとうございました。

それでは、まずは出席者を御紹介します。なお、今年の4月27日の本ワーキング・グループで大石専門委員から御提出いただいた動画を御覧になりたい場合は内閣府の規制改革ホームページ上で公開されているということですので、そちらを御覧ください。

では、出席者になりますけれども、厚労省から引き続き大坪寛子大臣官房審議官ほか、老健局、政策統括官付の皆様方に御出席いただいております。

では、すみません、時間が押している中で、厚労省さん、5分以内で説明をお願いいたします。

○大坪審議官 引き続き大坪です。

これはデジタル化ですとか業務の簡略化とかということで御指摘をいただいていたと思います。工程表作成までのプロセスでありますけれども、医療関係者等々に調査を行いまして、資料を作成する申請書ですとかの中で相当な業務量があるものは何でしょうということをお伺いしております。そこで負担軽減の観点から電子署名の可否も含めてですけれども、整理を行うということで着手をしております。今後も引き続き医療従事者の負担軽減を実現する観点から、医療現場での書類について継続的な検討を行っていくことが重要だろうというように考えております。

調査を行った概要はこの最初の紙、2ページ目に書いておりまして、手続の主体として医療関係者、医師、手続先としては申請や届出やそういったものについてお伺いしております。措置としてはデジタル化を進めるための工程表の策定を目的として行っています。

次の3ページのところで、先ほど申し上げましたようなプロセスについて御説明をさせていただいて、今、どういったものが業務量として多いのか、そういったことをお伺いして整理を行ったところであります。

相当な業務量の定義としては、年1回以上で、1回1時間以上ぐらいかかるような作業に当たるものはどんなものがありますかというお尋ねをしています。そこから絞り込みをいたしまして、資料がごちゃごちゃしてすみません。

次の4ページのところで調査を行った対象者、対象関係団体がここにございまして、どんな不都合がありますか、これがデジタル化されないことの不都合がどのように解決されるとよいと思いませんかということをお尋ねしました。

次の5ページに行きまして、その結果、厚生労働省関係で言いますと38件挙がってまいりました。そのうち、提出先が国であるものが15件、地方公共団体であるものが12件、支払基金ですとか患者に対してお渡しするような書類といったものが挙がってまいりました。

この中では、もう既にデジタル化するという事で手続を開始しているものもありまして、その中からデジタル化が困難なものというものもありまして、こういったものの整理をしたところであります。

次のページに行きますと、工程表をつくらせていただきました。38件、出てきたものから工程表をつくらせていただきました。もともと規制改革の計画において令和7年までにオンライン化を行うという目標がある中で、我々としましては、提出先が国なのか、地方公共団体なのか、又は支払基金なのか、民民の患者に対してなのかということでもちょっと時間軸を変えておりますが、まず国に出すものとか自治体に出すものというのとはにかくなるべく早い段階で片づけていきたいと思っておりますので、少し早めに目標を立てさせていただいております。

そこまででaに関しては以上であります。

引き続きbについても御説明してよろしいでしょうか。

○佐藤座長 お願いします。

○大坪審議官 恐れ入ります。電子署名の要否に関しては去年からずっと御指摘、御指導をいただいていたところであります。これについては実施事項のb、医療従事者の負担軽減の観点から電子署名の要否などについて整理を行うこととしております。これが先ほど申し上げた実施事項aの工程表の策定の対象となっていなかった手続も含めて今後もこれまで同様、引き続き医療従事者の負担軽減を実現する観点から医療現場での書類について継続的な検討を行っていく必要があるという御指示をいただいているものというように理解をしております。

ここで、7ページの破線で囲っているところですが、行政手続等の棚卸結果を活用し、各部局にお願いをして検討しました。

デジタル庁及び内閣府において取りまとめている情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律に基づく行政手続等の棚卸結果を活用し、厚生労働省が所管するものについては記載のとおりですけれども、このうち医療現場での書類に該当するものが198件、更にこのうちオンラインでの申請が可能なのが114件。医療従事者に電子署名を求めているものはこの中にはありませんでした。紙媒体の場合には、医療従事者の記名を求めているものが35件あったということですのでけれども、デジタル化に伴って電子署名を求めているのではないということです。

電子署名の要否につきましては、行政手続におけるガイドラインが定められていますけれども、これに基づいて電子署名による本人確認、また、本人であるかどうかと医師の資格を持っているか、これがずっと去年来、議論になっていたわけですが、その確認が必要かといった観点から検討することとしています。

現時点において具体的な見直しにつながったという手続はまだないのですけれども、先ほどの実施事項aとともに、この実施事項bについても引き続き検討を行わせていただきたいと思います。

厚生労働省から以上です。すみません。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、今の御説明につきまして、委員の皆様方から質問、疑問があれば。

印南先生、よろしく申し上げます。

○印南専門委員 厚生労働省さんに聞きたいのですが、この記述を見ると、これは釈迦に説法なのですけれども、紙の文書が原本のままそれをデジタル化するというデジテーションの話と、それから、根本的に電子化することを機会に業務そのものを見直すというDXの話とがあると思うのですね。いろいろな手続を見ていると、紙が原本であるということとを再検討していないように私は思えて、というのは今、この時間にやっている健康・医療・介護情報利活用検討会も何かそういう前提で進んでいるような、私の理解ではそうなっているのですよ。

ちょっと調べますと、電子データを原本とみなすことができれば多くの紙に印刷して保管するとか一切不要になって結構問題の根本的解決になるというように私は考えるのですけれども、そういった観点からの検討はどうなのでしょうかとというのが質問です。電子契約に関する文献を見ますと、電子署名とタイムスタンプがあれば改ざん不可能ですし、それから、あちこちのコンピューターに同じものが存在しても同じハッシュ関数をかけられるので全く同一なのです。そういうように考えると、そういう観点からの検討は進んでいるのでしょうかということが質問です。お願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さんから御回答をお願いできますか。

○蒔苗参事官 今、御指摘のあった方向で作業しているところでございます。確かに遅れているという御指摘かもしれませんが、計画の範囲内できちっとやっていきたいと思えます。

○印南専門委員 では、電子データの原本化も進んでいるという理解でよろしいのですね。

○佐藤座長 大丈夫ですか。

○蒔苗参事官 すみません、今、確認して、今回そこまで作業依頼が来ていなかったのも、そこは確認して後日お答えしたいと思えます。

○佐藤座長 では、お願いします。

○大坪審議官 印南先生、今のところで、これは手続論で確かに宿題をいただいたとされていて、原本に関しては今、医政局でも様々な紙だったものを医療法人の事業報告書すとかデジタル化するように変えているのですけれども、では、全部がデジタルでできるかということ、それがやはり両論でいかざるを得ないだろうということもありまして、法律上は両方置いているわけですので、どちらが主かみたいな話がどれくらいそういうことが通常できるようになるかということにもよるのだらうと思えますけれども、今はもうどちらが原本なのかという話よりも、どちらでもできるようにするというところまでを頑張っています。

○印南専門委員 分かりました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今の点についてなのですが、やはりデジタル臨調のほうでもデジタル原則ということで原則としてデジタルのほうに統一をしていくということで進めておりますので、それはそれで政府全体の方針として決めている点でもあります。そこはぜひデジタル化を進めていただくことは大事ではないかというか、そういうような取組をできる限り進めていくということになっております。例えば官報についてもデジタル法制局のプロジェクトの中で電子を原本にしていくという準備も進めております。国自体の法令という基盤的なものについてもデジタル化をしていこうという話になっておりますので、現状でいろいろな整備の問題でできないということは、理屈の問題として、できないということはないはずだと思います。

もうその場所に全く電子機器がないということであれば紙を使うしかないこともあるのかもしれませんが、基本的にそれは理屈の問題ではなくて、現場がそうなのですというだけかもしれません。なので、そういった意味でデジタル化はぜひ進めていただきたいというのが1つ目でございます。

あと2つ目としては、ちょっと気になるところといたしましては、厚労省様というかほかの省庁の方でも多分そうだとは思っていますが、見直していただくと、何とか省庁の部分についてはそれなりに電子化がちゃんと進んでいくこともあるとは思っております。とはいえ、現場が変わったとなるにはどうなるかという、自治体でのローカルルール的なものについてどういう考慮がされているのかによります。また、電子でもよいというようになったときにも、紙のまま残置するという可能性もあると思います。現実にもそこが本当に効力を持つような形でデジタル化が進むような形になっているのか、どうなのだろうかということはやはりあるように思っております。こういったローカルルールや現場へのフォローアップといった観点で、どういう形で進めていかれるかという辺りも教えていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。地方のローカルルールの問題です。

○厚生労働省 方向感是一緒でございまして、もちろんできるものからやっております。確かに現場の事情でなかなか難しいものは少し丁寧に時間をかけながらやっていく部分はありますけれども、基本的には方向感是一緒でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

よろしいですか。どうぞ。

○落合専門委員 今回の点は、そうすると、一応原本化、デジタルのほうでもはや原本とい

う言葉遣い自体が適切なのかどうかということはあるかとは思いますが、デジタルで完結しているような形をぜひ目指していただければと思っております。1点目はありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、まだありますか。

○落合専門委員 あと2点目のほうがあります。

○佐藤座長 そうでした。2点目がありましたね。ごめんなさい。

○大坪審議官 6ページの工程表に書いてございますけれども、地方公共団体が提出先になっている部分につきましても技術的助言等に基づいて対応していきたいと思っております。

○落合専門委員 ありがとうございます。

そちらのほうは計測というか、どのくらいそういう事例があつて、対応できているのがどのくらいの割合なのかということは見ておられますでしょうか。

○大坪審議官 まだ分かりませんので、今後の検討課題でございます。

○落合専門委員 承知しました。そこまで行わないと、現実には多分まだ紙が増えた状態のままになってしまうのは、別に医療だけに限らず、大体どこの現場もそういう感じになっておりますので、ぜひそこまでフォローアップをお願いいたします。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

地方は多分ばらつきがあると思うのですね。進んでいる自治体もあれば進まない自治体もあると思いますので、地方でいいところはもちろんだん進むと思うのですけれども、地域間での進み具合、進捗の格差というのはちゃんと把握されたほうがいいかなと思いました。

お手が挙がっているのが、佐々木先生が先でしたか。では、よろしく申し上げます。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

落合先生にもう実は言っていたいのですけれども、医療現場で非常に日々、大量の書類を作っているのは皆さん御存じのとおりだと思います。我々の法人だけでも昨年は1年間で14万枚の処方箋と約3万枚の訪問看護指示書と居宅療養管理指導書は12万枚発行しています。これらの多くは電子カルテで電子情報として作られたものをわざわざ紙にプリントアウトをして封筒に入れて送ります。送られた先では、これをPDFにして、また電子情報として保管をする。本当に環境にも悪い紙作業は一刻も早くやめてほしいのですね。その紙の原本と並走となるとみんな一応何かあったときのために紙というように絶対になるので、紙ではなくて今後はデジタルだというようにしていただかないとこれは進まないのです。

念のため、念のためが多くて、例えば患者さん療養方針の決定は別に法的拘束力は何もないのに、私は今日、署名をした上で捺印を求められ、死亡診断書だって署名だけでいいと言っているのに、自治体によってはいまだにハンコも一応押してくれというところがあ

るのですよね。こういうのは本当にやめてほしいので、だから、もうデジタルなのだ、いつからはデジタルなのだというように、やはり基本はデジタルなのだというようにしていただかないと絶対に進まない。だけれども、そうしていただくと、進むところはもう一気に進む。

例えば医療機関間の診療情報なんて今もうほとんど手書きの診療情報を書く先生なんてほとんどいないので、だから、その点はもうあつという間に進むと思いますし、これだけでも患者さんの情報がリアルタイムで届くのですよね。今は一々出力して紙にしたものをファクスで送る。その後、原本を送るということをやっています。救急外来でファクスを受け取るのも面倒くさいし、原本が来ると原本の個人情報の取扱いとかもやはり面倒くさいので、もうこれは本当にデジタルにしていただかないと、デジタルライゼーションが目的ではなくてDXが目的なのですが、そこは本当に何とかしていただきたいと切に願います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、杉本委員、よろしくをお願いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

今年の4月のこのテーマについて議論されましたその後の進捗、自分が質問したところの進捗をちょっと知りたいなと思っているのですけれども、今年の4月の議事録を見直していますと、入院をしたときなどの診療に関わらないサービスについての患者さんの同意を書面に署名を得るということがあって、これがかなり作業負担も思いということで黒田先生がお話しされておられまして、それは何に基づくものなのかと質問をしたところ、これは「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」という通知に基づく必要な書面ですというようにお答えいただきまして、その書面というところを、何とか電磁的な方法でも同意を得るといような、チェックボックスにチェックを入れるとかそういうような形でも同意を得るといことができるようになれば、かなり負担も小さくなるのではないかという御提案だったかと思います。

議事録を見ると、通知の中に今は書面という文言があるので、厚生局に電磁的にできないかと言っただけけれども、書面と書いているからということで突っぱねられてしまっていてできないということを黒田先生がお話しされておられまして、では、その通知の中に電磁的方法でもいいという内容が入ればかなり変わるのではないかというやり取りをさせていただいたのですが、今日御提示いただきました提出先が患者さんになっているものについての工程表の中にこれも入ってくるのかなと、ごめんなさい、専門ではないのできちんと理解できているか分かりませんが、そのように思ったのです。

この部分については、工程表を拝見していると、自治体等を通してデジタル化を妨げるような内容はないのだということを周知していくというように書かれていると思うのですけれども、逆に病院がデジタル化をしたくても、地方によっては通知の中に書面という文言があるから駄目だというように書かれてしまっていてできないというお声があるようなのですが、この通知の中に電磁的な方法でもいいよというように加えるとか、



そういった御対応あるいは検討というのはその後、なされたりしているのでしょうかというような進捗をお伺いできればと思います。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょう。

○大坪審議官 ありがとうございます。

杉本先生から今、いただいたところ、確かに前回、京都の黒田先生からもこんなもの、あんなものという御提示があったと思っています。先生がおっしゃっていたのが「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」という保険局が出している通知に基づいたものと、それ以外にも死亡診断書ですとか精神障害者保健福祉手帳用の診断書ですとか、あとは医療保護入院に関する入院届、こんなことが去年、今年の春の規制改革で具体としてお示しいただいたと思っています。

今回、私どもが今日の報告でお示ししましたように、各関係団体に対してデジタル化されていないことで非常に負担感が大きいものについて提出をいただきました。結論から申し上げますと、関係団体、どこからもこれが例示として挙げられていませんでした。したがって、これが煩雑であるというところの範疇に挙がってこなかったものですから、まずは、私どもはそこではなくて、実際に挙がってきているものについて今、手続のデジタル化を考えているところです。患者宛てに提出するものもたくさん例えばあるわけですが、そういうものは挙がってきてはいるのですが、その中に先生が今、御指摘になった書類に関しては含まれていなかったということなのです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。よろしいですか。

○杉本委員 はい。では、一応現場の早急なニーズとしては差し当たり挙がってきていないから優先、プライオリティーとしては少し下がっているという経過という判断でよろしいですか。今後、そういったところにも通知の内容に電磁的方法でもいいというような文言を加えるとかそういった検討は、プライオリティーが低いとはいえ、今後検討される可能性はあるということなのでしょうか。黒田先生が実際にこのような現場の負担というのを4月にお話しされていたというところはあるので、全く負担がないというわけではないのだらうと思うのですが、優先順位の問題という理解でしょうか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

今日提出させていただいた資料の中でもどこの関係団体に聞いたのかですとか、どういう定義で聞いたのかということは書かせていただいています。年1回以上、1回1時間以上かかる作業、こういったもので特出しをしていただいた中には含まれていないということです。ですから、先生おっしゃったとおり、優先順位だと思いますけれども、まずは今、先生方が大変煩雑だと、負担があると思われるものについて着手したいというように考えています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ただ、一般論になってしまいますけれども、これから通知を出すときは書面でというよりはデジタルファーストであれば書面でなくても電子媒体でもいいよぐらいの通知の書き方はできますよね。

○大坪審議官 通知で済むものもあるかもしれませんが、中には法律事項になっているものもあります。ですので、そこは軽重があると思っています。ただ、そういうような指摘があるということは常に頭に置いておこうと思っています。すみません。

○佐藤座長 ありがとうございます。ぜひ御検討いただければと思います。

ほか、いかがでしょうか。

武井委員。

○武井座長代理 すみません、今の皆さんの御発言に近いのですが、4月にビデオとかを見ながら相当本当に困っていますと。しかも、先ほどの病室でテレビを使うための申請書とか、あと何万種類ものの黄色とかいろいろな色に分けて作らなければいけないとか、あと先ほどの佐々木先生のお話みたいに本当にギャグとしか思えないような、電子のものを紙にして、紙から電子みたいな訳の分からない世界になっている。そういう中で、基本はもう書面はなくすというというのは、何かアンケートで聞いて今、困っている箇所だけ書面をなくすというのではなくて、もう基本的に書面はなくす、逆に書面でないといけないものは何ですかというのを聞く。若しくは聞くではなく政府のほうで決める。そういう、そこまでの作業をほかのデジタル化のところはこの2、3年でやってきているのです。

その中で、今すぐ困っているところだけまずやりましたと多分このスピード感になってしまいます。あといろいろな行政の文書にある通知、紙でなければいけないというのは、そんなのはさっさと直せばいい話であって、本当に書面でなければいけないもの以外は書面は要らないということを明確に出す。そういうスタンスでやっていかないと、スピード感もおよそ出ないですし、今日と同じ議論をまた今後繰り返すような気がします。

厚労省の皆さんも本当にお忙しいので、やることはいっぱいあると思いますけれども、何かスタンスがちょっと違うのかなというようにお伺いしたので。ほかでやっているデジタル化、ましてやこれだけいろいろな病院の皆さんも当然お忙しい中での負担の軽減の話でもありますし、あと佐々木先生の御指摘のとおりで、印南さんがおっしゃったように本当に原本をデジタルにするというのを大きく打ち出すということを根本的にやるべきタイミングだと。そういう議論を4月にしていたと思うので、いろいろな順番があるとはいえ、今の作業を続けていてもスピード感が出ない懸念がありますので、そこはちょっと変えていただく必要があるように思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

スピード感という点ではいかがですか。一応工程表は見せていただいていますけれども、これで全部網羅できるという感じなのですか。

○大坪審議官 よろしいですか。4月のときの議論は、たしか京都の黒田先生はこれがすごい大変だということで幾つか御提示をいただいたと思っています。それを踏まえて9団体に対してお話を聞いて、実際皆さんが負担と思っているものを全部ノミネートしていただいた。その中で、38種類の書類について相当な業務量があるということが私どもの承知している現状でありまして、そこについてはもう喫緊だろうと思っていますので、まずそこに取りかからせていただきたい。

それ以外について、おっしゃっている意味は分かるのですが、医療の現場において、全て紙を廃止するというのでついでこれられない方たちがいらっしゃったときに医療の提供体制に直ちに影響することがないようにということも重要な観点でありますので、そこは医療の現場とよく話をしながら、あちらもウィン・ウィンで、あちらも本当に大変だから何とかしてくれというものであれば進むだろうと思いますが、そこを急に切り替えられてしまうと困るよというものであれば、そこは無理に進めても、片や本来の目的である医療の提供に影響が来るようなことがあるといけませんので、そこはよく相談しながら進めていきたいと思っています。

○武井座長代理 私の趣旨は、別に電子化されると困るという、「書面でないと困るものを聞く」というのは分かるのですが、「書面であることで困る」というほうを聞いているのは逆ではないかという、そういう御指摘なのです。書面でないと困るものがあるのを聞くのは分かるのです。「書面であることで困ることを聞かれた」という場合は、そんなに別に書面で困っていませんよという回答しか返ってこないのではスピード感が出ないのではないかということです。

○大坪審議官 分かりました。

○佐藤座長 人は慣れてしまうので、意外と書面に慣れてしまうとそれを面倒だとは確かに思わないのですよね。なので、むしろ書面でなければ絶対困るものという言い方をしたほうが確かによかったと思います。

すみません、落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今議論していただいていた中で一つあると思ったのが、このデジタル化の中でデジタル化のレベル感が何段階かあると思っています。もちろんDXのほうでもそういう話がありますが、いわゆる義務づけまでするかどうかのようなデジタル化も世の中にはございます。例えば税の領域で、電子帳簿保存法といったような領域では、一部の例えば電子取引であれば電子でエビデンスをとというようなところが義務になるような部分があります。

こういう部分もありますが、一方で、ここまで行ってくださいと申し上げているというより、電子を選択できる方には電子を利用できるようにしていただきたいということです。紙をまだ現時点で完全に排除するというまでの要請は行わせていただいていないのと思います。ただ、少なくとも選択をしたい方は電子をできるようにすることです。

そのときに、追加の投資もなるべくかからないように、例えばコロナ禍のときに、前回

も申し上げたかもしれませんが、やはり電子メールであったりですとか、そのほかの簡易的な手法で提出していただけるようにすることによって、省庁側もそうですし、医療機関側もコストがかからないような形で電子化をするということも一つ大事だと思います。そこで完全にきれいなシステムになっていなかったとしても、まずはそういう電子を取り入れることによって業務がよくなることができると、それが現場にとっては現場の選択肢を増やすという意味で負担もなく、そういう意味でプラスになるのではないかと考えております。その点は電子化の進め方であったり、どの程度のレベル感の電子化をまずは最初に進めていただくべきなのかについては、ぜひ御整理をさせていただいた上で、できる限りほぼ全ての手続について、電子化を選択できるようにしていただければと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。お願いします。

○大坪審議官 すみません、医政局の範疇で申し上げますと全くそのとおりだと思っておりますので、法改正のタイミングとか何か見直しのタイミングがあるときは、それはそのようにさせていただいているのですけれども、全部を全て確認してというところができるかというのは、この工程表の中ではまずは先生方にとっても面倒くさいとお考えのところからということで進めさせていただいておりますが、今後引き続きそういったことは常に注意しながら、なるべく併存するような形で、将来的にはそれがスタンダードになるような形で進めていきたいというように思っています。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、杉本委員、よろしく申し上げます。

○杉本委員 すみません、既にもうお話に出ていたらごめんなさい。先ほど佐々木先生が大変だというようにおっしゃられていた、データで作って紙に出して封筒に入れて郵送した、またPDFにするという、その一連の作業、ここの部分は大変だという調査で挙がってきた38件の中に含まれているのでしょうか。ごめんなさい、佐々木先生、具体的にどういう作業になるのでしょうか。大変だという業務の38件が具体的には書かれていないので、先生が先ほど挙げられた手続というのはこの中に入っているのかなとちょっとお聞きできればなと思ったのです。

○福田室長 老健局でございます。

○佐藤座長 どうぞ。

○福田室長 佐々木先生からいわゆる「居宅療養管理指導書」（都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書）、これは紙で書いて、またPDFでやり取りするというお話がございました。これは例えば医師の方とかが行って、居宅療養管理指導費の算定にケアマネジャーに対する情報提供が必要というところのプロセスで必要な作業なのですが、当該文書については、自署による記名・押印、そういったものを求めておりませんで、またメールでの対応も可能というのが現状でございます。ただ、これは一貫し

ていると思うのですけれども、そうしたルールがありながら現場には行き届いていないというところが問題かなというように思いました。

これは直接的なお答えをすると、ですので、ルール上の制限はないので、この項目には入っていないというのがお答えになるのですけれども、本質的に存在する問題というのはほかの様々な文書ですとか手続と同じだと思いますので、御意見を踏まえて必要な周知ですとかそういったことを考えたいと思います。

○杉本委員 ありがとうございます。

ということは、佐々木先生が挙げられた一連の作業というのは現時点でもデジタル化は可能なものということなのですよ。きっとそうですよね。なのですが、現場では古くからずっと続いてきた方法があるので、それをなかなか変えるのが難しいというところかと思うのですけれども、だとすると、やはりデジタル、メールなどを使ってもいいのだということをごだけ周知していくかが非常に今度は重要になってくるかと思うのですが、具体的なそういった周知というのは、周知していくとは工程に書いてくださってはいるのですが、どういう方法で周知をしていくのか、どういうように現場の意識改革といいますか、意識を変えてデジタルでやっても今でもいいのだよというのを先生方に知っていただけるかというのは大切なのではないかなと思うのですが、佐々木先生、そういった点から何か現時点でも可能なのだということは先生方、御承知なのでしょうか。

○佐々木専門委員 居宅療養管理指導については例えば薬局さんと我々のやり取りとかは実はPDFというか電子情報でやり取りをもう既にしているところは部分的にはあります。ただ、多分訪問看護指示書とか医療機関間の診療情報提供書はそんなようにはなっていないと思うのですよね。訪問看護関係は、我々は指示書を出すし、向こうは報告書を出すし、結構大変なのですけれども、この辺はそもそも何とか書というのは要らないのだろうと思うのですよね。必要なのは指示と報告なので、何でわざわざ書にするのかというのは前から疑問なのです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○佐々木専門委員 私もその38の書類は何がリストアップされているのか分からないのですが、作成に1時間かかる書類なんてそうそうはないので、作成に1時間かかって年に1回以上という両方の要件を満たす書類はそうそうないと思うのですけれども、でも、時間はそんなかからないが月に何回も作らなければいけない、全ての患者において作らなければいけないという面倒くさい書類は山のようにあるので、こういったものがきちんとカウントされているのかとても心配なのです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。確かに非常に大変すごく重い負担というのをイメージしているのかなと思ったのですけれども、瑣末なものはあるのではないですか。時間は1回当たりかからないけれども、毎日やらなければいけないものとか、こういったものも一応含まれていると思っていいのですか。それとも結構重い大きな仕事という感じなのですか。

○佐々木専門委員 年1回以上アンド1時間なのか、その辺が分からないのです。

○大坪審議官 佐々木先生、すみません。大坪です。

私の説明が3ページのところ、これは年1回以上又はでした。すみません。

○佐々木専門委員 又はですね。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

では、武井委員、よろしくお願いします。

○武井座長代理 あとそういう意味で、これは現場が結局変わらなくても困らないとか、今のままで慣れているから多少大変でも無理している、我慢しているというものは結構ありますし、あと佐々木先生の事例みたいに幾らこちらが要らないと言っても向こうが要ると言ったときにけんかしてまで出さないのかということ、結局その場ですべて出してしまうという感覚の問題、認識の問題もいろいろあるのだと思います。そういった認識を直す観点から、やはりデジタル化の便益というのをもっと訴求すべきだと思っていまして、紙のほうが改ざんがされないとか保存が利くとかという話ではもうないのだと思うのです。むしろ紙だともらってしまっていてなくしてしまったらどこにあるのか分からなくなってしまうわけであって、デジタルでちゃんと保存しているほうがいつでも後で見られるし、あと改ざんもされてないという信頼感があるというものも多々あるのだと思うのです。

その観点から、紙よりも今、最近、デジタルのほうがある程度いいという側面もある。紙、「何とか書」をもらっている理由が実はデジタルのほうがよりいいかもしれないという、そういう便益もきちんと訴求した上で、もしいろいろな行政文書とかで書面を求めないとしても認識を変えましょうと。そういう訴求までやっていかないと現場の感覚は変わらないと思いますし、そういった訴求は多分今すぐでもできる話だと思うので、本当に書面でないといけないものは何なのかという作業をやるのはいいのですけれども、紙でも困ってないというものを放置するということはやめないとこの話は全然スピード感が出ないと思います。本当にいろいろな作業でお忙しい中で効率的に進めるには、発想の転換をやっていかないといけないのではないかなというように思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

ごめんなさい、今さらの質問なのですけれども、これは調査対象が団体さんですよ。日本医師会とか薬剤師会とか看護協会とか。これは彼らに現場に聞くようにとお願いしたのですか。それとも日本医師会の方に聞いたという理解でいいのですか。これは団体の方に聞いたのか、団体の方々が現場を調べていただいたのか、どちらなのですか。

○大坪審議官 すみません、会員に聞いていただいた団体もあると承知しております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

何でそれを聞いたかということ、地方公共団体が12件は妙に少ないなと思って、地方公共団体は1,700あるのですよ。だから、それによってはすごいことをやっているところもあれ

ば、そうではないところもあったので、これはどう解釈するのかなと思っているものですから。多分これから、先ほどから出ていますけれども、地域差が結構あるはずなので、そこ辺りは確認されて実態を把握されたほうがいいかな。これは介護でも同じなので。

どうぞ、お願いします。

○大坪審議官 これは一義的には2ページを見ていただいて、手続する主体の医療関係団体9団体にまず伺っています。医療関係団体から挙がってきたものについて地方公共団体に照会をかけたというものです。

○佐藤座長 なるほど。分かりました。ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。大丈夫ですか。

すみません、では、30分遅れということになりますけれども、議題3も一応ここまでとさせていただきます。非常にいろいろな取組をされているのは分かるのですが、スピード感ということと、やはりデジタルファーストだと思いますので、困っているところを対応してあげることが当然なのですが、困ってないところも含めてもう少しデジタル化のほうは深掘りしていく必要はあるのかなという気はします。

もちろん、先ほどから何度も出ている選択肢として電子媒体での提出を可能にする、あるいは保管を可能にするということ、これはやはりあってしかるべきかと思えますし、そもそもデジタル化というのは国の方針なので、これは国としても進めていくべきことだと思いますし、くどいようなのですが、介護保険部会とか介護保険絡みでよくローカルルールの話が出るので、多分同じことは医療の現場にも言えるはずなので、地方公共団体レベルはかなり差があるはずなので、この辺の地域差というところにも目配りはあっていいかなというような気がしました。よろしいでしょうか。

では、議題3はここまでとさせていただきます。まだ何か御質問等々あればあしたまでに事務局に御連絡いただければと思います。

すみません、今日も4時間、長丁場になりましたけれども、お付き合いいただきましてありがとうございました。本日の会議はこれで終了いたします。ありがとうございます。

委員・専門委員の方々につきましては、御都合がつく方に限って大体30分程度だと思いますが、この後、いろいろと御相談申し上げたいと思います。お残りください。

では、会議は終わりです。お疲れさまでした。