

第8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5年3月30日（木）14:00～17:11

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）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、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、瀧専門委員、戸田専門委員、落合専門委員

（事務局）林室長、辻次長、木尾参事官

（説明者）山岸暁美

コミュニティヘルスケア研究機構理事長

杉浦伸哉

スギメディカル株式会社代表取締役社長

久保聡

スギメディカル株式会社取締役

中嶋崇郎

スギメディカル株式会社事業推進部医療企画課

佐野公威

スギメディカル株式会社事業推進部医療企画課

藤井江美

一般社団法人日本保険薬局協会副会長

石垣泰則

日本在宅医療連合学会代表理事

草場鉄周

日本プライマリ・ケア連合学会理事長

桜井なおみ

全国がん患者団体連合会理事

安部好弘

公益社団法人日本薬剤師会副会長

田尻泰典

公益社団法人日本薬剤師会副会長

川上純一

公益社団法人日本薬剤師会副会長

松本真人

健康保険組合連合会理事

須田俊孝

社会保険診療報酬支払基金理事長特任補佐

内山博之

デジタル庁国民向けサービスグループ 次長

山本史

厚生労働省大臣官房審議官

衣笠秀一

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課 課長

太田美紀

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課 薬事企画官

大坪寛子

厚生労働省大臣官房審議官

山本英紀

厚生労働省医政局医事課 課長

後藤友美

厚生労働省医政局看護課 看護サービス推進室長

日原知己

厚生労働省大臣官房審議官

三田一博

サイバーセキュリティ・情報化審議官

4. 議題：

（開会）

1. 医療関係職の偏在等を踏まえたタスクシェアの在り方について
 2. 各種レセプト関連業務のDXによる受診円滑化等について（フォローアップを含む）
 3. 規制改革ホットライン処理方針について
- （閉会）

○事務局 定刻になりました。それでは、ただいまより、規制改革推進会議第8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、御出席いただきありがとうございます。

本日は議題1として「医療関係職の偏在等を踏まえたタスクシェアの在り方について」、議題2として「各種レセプト関連業務のDXによる受診円滑化等について（フォローアップを含む）」、議題3として「規制改革ホットライン処理方針について」の3件について御議論いただきたいと思います。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。

○佐藤座長 それでは、本日もよろしくをお願いいたします。

本日は、落合専門委員、瀧専門委員、戸田専門委員にも御出席いただいております。

それでは、まず議題1「医療関係職の偏在等を踏まえたタスクシェアの在り方について」に入らせていただきます。

まずは出席者を御紹介いたします。コミュニティヘルスケア研究機構の山岸暁美理事長、スギメディカル株式会社から杉浦伸哉代表取締役社長、久保聡取締役、中嶋崇郎様、佐野公威様、日本保険薬局協会から藤井江美副会長、日本在宅医療連合会から石垣泰則代表理事、日本プライマリ・ケア連合会から草場鉄周理事長、全国がん患者団体連合会から桜井なおみ理事、日本薬剤師会から安部好弘副会長、田尻泰典副会長、川上純一副会長、厚労省からは大坪寛子大臣官房審議官、山本史大臣官房審議官ほか、医政局、医薬・生活衛生局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、まず、訪問看護ステーションに配置可能な薬剤の対象拡充に関しまして、コミュニティヘルスケア研究機構の山岸理事長及び厚労省から御説明をお願いします。

まずは山岸理事長、よろしくをお願いいたします。時間の関係上、申し訳ありませんが、5分以内でよろしくをお願いいたします。

○山岸理事長 分かりました。

慶應義塾大学の山岸と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、事例を2例、四角の番号は下の図の番号を示します、訪問看護あるある事例です。こうして利用者さんのお宅に行ったら脱水症状を呈していた。ドクターに報告して点滴の指示があった。点滴の輸液を医療機関まで取りに行き、また利用者さんのお宅に戻って点滴をする。また翌日の点滴を医療機関に取りに行くというような、非常に移動時間をロスするという、また、何より患者さんや利用者さんの急変に即時対応できない。こうしたシステムの不備により患者さんの苦痛を長引かせているという実態があります。

時間がないということで、事例2は飛ばします。

こういったことがよく起こっていて、我々も現行法下で何とか解決できないかということを探ってきました。ただ、こうした課題が残ります。特に皆さんのおっしゃる連携のところでは何とかできるかということですが、例えば薬剤師さんの24時間365日体制の強化といっても、薬剤師さんはふだん調剤薬局で調剤業務や服薬指導をやっておられますので、急に薬剤を持ってきてと言われても、そこを切り上げて迅速に届けるというのは難しいのではないかと。特に一人薬局の場合は、薬局を閉めて薬剤を届けることになり、その間、薬局を訪れた患者さんが今度は困ってしまうのではないかと。ということがあります。

また、小規模薬局における24時間体制は非常に負担が大き過ぎる。また、点滴を持ってきてもらっている間、訪問看護はその患者さん・利用者宅で結局待たなくてはならないという事実があります。ここの待っている間の時間のペイは誰がするのかということもありません。

3つ目、何より点滴を持ってきてもらう間の患者さん・利用者さんは、対応してもらえない、苦痛を長引かせるというところがあります。私たちが物が無いので何もできないし、発熱の場合、クーリングぐらいしかできないというところがあります。

それからもう一つ、予測処方をすればいいではないかという話もあります。ただ、独居、老々世帯も増えてきていて、同居者の誤薬の事故が既に問題になっていたりと、使用期限の管理がされていないということで、薬剤の品質担保ができないということ、また、一度処方されたものは使用しない場合も薬局も医療機関も引き取れないということで、非常に無駄が多いということ。また、そもそもドクターが架空の病名で処方箋を切らなくてはいけないということもグレーではないかということになります。

ここで調査結果を御紹介したいと思います。前回、地域・在宅看護師・認定の専門の対象の調査結果を提出しておりますが、今回、ここに挙げました調査協力者にも人材の協力を得て、全国の訪問看護師を対象とした調査をかけています。調査期間は1週間足らずでしたが、47都道府県531市区町村の1,340人のナースに回答を得ています。訪問看護師の手元に薬剤や輸液がないことで患者・利用者の急変に即時対応できなかった経験というのは、ここに見ていただくように、全体で見ても7割。都市部、人口減少地域、過疎地と見ていくと、人口や資源が少なくなればその経験は増える傾向もありますけれども、都市部でもこういったことが起こっているということが示されています。

また、薬局が24時間看板をかけていても、すぐに対応してくれるか。このスライドは夜間、週末、祝祭日などの営業時間外のことを尋ねていますけれども、見ていただくように、連絡さえ取れないということが結構あるのだということになります。責めているわけではなくて、調剤薬局の薬剤師さんが非常に多忙なことは分かっていますので、持続可能でかつ患者さんにとってよい医療やケアの提供体制の構築の必要性をお話ししたいと思います。

事例ですけれども、発熱、脱水、疼痛と挙げていますが、これは今回、1,400以上の事例

が集まっていますけれども、ちょっと目を通していただくと、何より訪問看護師の思いとしては、目の前で苦しんでいる患者さんの苦痛に対して即時対応したい、そして少しでも早くその苦痛を取り除いてさしあげたいという気持ち、また、おうちで過ごしたいという望みがあることから、救急搬送せずに済む予防手段であったり対応だったりをしてさしあげたいということに尽きると思います。本当に悔しい思いがにじみ出ていますので、ぜひ皆さんにもお目通しいただきたいです。

この辺りは時間がありませんので飛ばしまして、実際のスキームの御提案をさせていただきたいと思います。これも四角の番号は下の図の番号に連動しますが、まず、訪問看護ステーションは医療機関又は調剤薬局と連携協定を締結します。各主治医から訪問看護と連携薬局に対して急変時対応の包括指示を発行してもらいます。連携先の薬剤師が指定訪問看護事業所に取得された薬剤、これは包括指示書に掲載された処方箋薬になりますけれども、これの管理であったり、包括指示に基づく疑義照会だったりをして、しっかり薬剤師としての職能も発揮していただくと考えています。

それから、急変対応をした後は、使用した薬剤を看護師が医師・薬剤師に報告して、後から医師の処方箋が発行されて、しかるべきお金の処理もするというふうに考えています。

処方箋が後というのはあり得ないだろうというお話も出るかもしれませんが、実際、病院・病棟では、病棟のナースステーションに病棟配置薬を特別に置いているケースがあって、この場合の処方箋の取扱いは後出しになっています。医師法22条を読むと、もちろん処方箋を交付しなくてはいけないのだけれども、ただし、これこれの場合はその限りでないというところで、今回、訪問看護ステーションにおける患者・利用者の急変対応というのもこの法律のこのただし書のところで読めるのではないかと考えています。ですので、病棟配置薬の地域版の在宅医療に横展開するというスキームで考えております。

こうすることによって看護師の移動時間の大幅な短縮、つまりこの移動時間のうちにほかの利用者さんへの対応もできますし、何より患者さんの症状に対する即時対応が可能になりますし、医師の業務の効率化、また、本来薬剤師さんたちが目指しておられる服薬指導や安全な調剤のところへの貢献というのも可能かと考えます。

それからもう一つ、薬剤や衛生材料の訪問看護へのストックに関しては、特定行為研修修了者の活躍も阻んでいるというデータを少し紹介したいと思います。在宅領域の特定行為研修を受けたとて、必要な物品や薬剤が訪問看護師ステーションにストックできない、つまり手元に必要な物品や薬剤がないということで、うまく特定行為を生かせそうもないと多くのナースが回答しています。医療が入院、外来、在宅というセッティングで提供されるようになってきて久しいのに、制度が全く追いついていないということだと思います。患者さんにもケアプロバイダにも既にひずみが出ていることがデータでも示され、また、患者さんの不利益を見ても何もしないのかというところで、ぜひとも御検討いただきたいと思います。

最後にもう一点、タスクシフトはもちろん大事なことだと思いますが、これはよりよい

医療や持続可能な医療を提供するための戦術だと思います。今回のデータでも明らかになったように、医療にアクセスできない地域の方々もいらっしゃいます。困っている患者さんがいるのですから、あれこれ言っていないで直ちに動いて進めなくてはいけない事案とじっくり検討しなくてはいけない事案とをちゃんと峻別して進めていくべきだと思います。

圧倒的に医療資源が不足するということは、医療やケアをデリバリーする人材さえいないというところで非常に困っておられますので、直ちに検討する提案として、在宅療養支援診療所の出張所、いわゆるサテライトの設置はぜひ御検討いただきたいですし、そういったサテライトに配置するナースに関しては、特定行為をぜひ拡充していただきたいと思います。つまり、在宅療養支援診療所サテライトや僻地診療所において、医師の診断、これはオンライン診療も含まれますが、こういったことに資する検査であったり、各種心身機能の評価であったり、救急処置であったりといったスキルセットを持ったナースの配置をぜひ進めていっていただきたいと思っています。

これも見ていただくと、在宅領域の特定行為研修が進まないという理由も、6割の人が受けたが諦めているとか、受けるつもりはないと回答していて、その理由を尋ねたものですが、もちろんステーションを空けられないとか、高過ぎるという意見もありますが、研修を受けても研修してきたことが生かせる環境が整っていないとか、そもそもこの領域に在宅パッケージの4行為のニーズは高くないという回答が得られていますので、ぜひとも新しいプライマリ・ケアの特定行為の拡充をお願いしたいと思います。

参考に、これはフランスのIPAというナースの実践・職業行為として挙げられているものですが、こういったプライマリ・ケアで評価をするという部分だったり、ドクターの診断に資する検査をしっかりとナースがする、モニタリングをするというところは、タスクシェアにもつながるのではないかなと期待しております。

最後にもう一点、私たち看護師の場合は、規制緩和しないでも、現行法下の中でもかなりタスクシフトできることはあるのではないかと考えています。例えば在宅領域だと、入浴の可否や食形態を上げていかとか、今、これは全部ドクターに施設からも訪問看護からも問合せが行っていますけれども、療養上の世話の範囲の判断というのは本来看護がやってもいいはずで、そういった現行法下でもナースが責任を持ってできることと、これからいろいろ制度を改革していかななくてはいけないことをきちんと整理した上でタスクシフトを進めていくべきなのではないかなと思いました。

時間を超過して申し訳ありませんでした。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、次に厚労省様より、前回ワーキンググループでの落合専門委員、佐々木専門委員の御提案について、賛否を含め御説明をお願いいたします。こちらも時間の関係上、5分以内でよろしく願いいたします。

○衣笠課長 厚生労働省です。それでは、御説明いたします。

まず、資料1-2を見ていただければと思います。こちらは前回のワーキングで山岸理

事長から提示されました調査事例が50例ほどあったと思いますけれども、それについて我々のほうで大まかに分類させていただいたものです。当時示されたものだと、詳細が不明なものもあり、50例全部が分類できたわけではないですが、一応大まかに分類したものになります。

まず、「事項」のところを見ていただきますと、医師との連絡確保や医師の処方といったことに関係する内容が多く見られ、19件ほどあります。「主な事例の内容」というところに書いておりますが、解熱剤等が必要になったが夜間・休日で医師に連絡がつかず、必要な薬剤が処方されなかったということや、その下の欄にありますけれども、週末に主治医へ報告したものの、解熱剤の処方が過去になされたことがなく、処方が週明けになる説明があったという事例などです。

「課題等」というところで書いておりますが、こうしたことに対しては、医師に緊急時に連絡が取れ、かつ、医師が対応できる体制の確保といったことを行っていくことがまず課題であると考えます。

あとは「なお」というところに書いていますけれども、あらかじめ医師が処方し、それに基づき調剤された薬剤を患者宅や訪問看護事業所に保管しておくことで対応可能な事例もあるのではないかと考えます。

その次は、薬局の在庫がないといった事例もありまして、地域で必要な医薬品の品目情報を共有することや、融通し合うような対応をやっていくということが課題ではないかということです。

あと、薬局との連絡の確保や薬剤師の調剤の関係の事項で、夜間・休日のために薬局の連絡が取れなかったといったことで、夜間・休日の対応可能な薬局との連携体制を整備するといったことが必要と考えます。

「その他」で、輸液の話で医療機関に取りに行くのに時間や手間がかかるといったこともいろいろ挙げられていますが、薬局が輸液を提供することで時間や手間を縮減可能な事例もあるのではないかと思います。

また、書いていないのですが、現場のすごく熱心に取り組んでいる方の話だと、密接に関係者が連携していれば、患者宅の環境調整などをする中で、例えば脱水などはあまり起こるような状態にはならないのではないかという声も聞いていますので、よく連携するというのも実は課題なのではないかと考えています。

こうしたことを踏まえつつ、先ほど座長からもお話のありました対案などの話ですが、参考資料1を見ていただければと思います。こちらで、先ほどの座長のおっしゃった話も含めて質疑・意見ということでいただいています。

1番のところですが、前回のワーキングで御提案のありましたA案、B案について、それぞれ課題を具体的に御教示いただきたいという御趣旨の質問がまずありまして、これに対する回答です。先ほどの資料で御説明しましたように、いただいた第7回の中途報告の事例などを見ますと、医師に連絡がつかず薬が処方されないことや、医師に連絡できたと

しても、何らかの理由で速やかに処方できないことが要因である事例など、訪問看護事業所に配置可能な薬剤の対象を拡充することでは解決が難しいと考えられるものが多く含まれております。このため、必要な対策を講じるためには、その前提といたしまして、在宅医療における課題を正確に把握するとともに、薬局と訪問看護事業所の関係だけではなくて、医療機関も含めて、医療機関、薬局、訪問看護事業所を対象に総合的に対応を検討することが必要だと考えます。

したがって、厚労省としては、在宅医療の現場での具体的な課題はどのような課題があるのかを把握したいと考えておりました、団体の協力をいただきながら実態について調査を行うことを検討しているということです。

あと、具体的な課題ということですと、前回のワーキングで御提案のありましたものについては、全体の流れや処方箋の出し方、記載内容などが不明確な面もありますので、具体的にお答えすることは難しいと考えています。

それから、2番のところですけれども、こうした提案に賛同されない場合には直ちに実施可能な対案を提示いただきたいというものでありますが、これに対する我々の考えとしましては、右のほうですけれども、申し上げたとおり、まず、在宅医療における課題の正確な把握は重要だということで、在宅医療の実態について調査を行うということを前提として行っていきたいということになります。

厚労省からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次は、薬剤師による点滴交換等につきまして、スギメディカル様、日本保険薬局協会様及び日本在宅医療連合学会様より御説明をお願いいたします。こちらも御説明はそれぞれ5分以内をお願いいたします。

まずはスギメディカル様よりお願いいたします。

○杉浦代表取締役 ありがとうございます。スギメディカル株式会社の杉浦です。よろしくをお願いいたします。

今回、このような機会をいただきましてありがとうございます。今から1年半前の2021年9月に、在宅医療における薬剤師のタスクシェアを御提案させていただきました。そのときには、弊社グループの訪問看護ステーションにいる看護師の意見として出しました。

今回は、薬局・薬剤師の意見を紹介させていただき、改めてこの必要性について説明をさせていただきます。各専門家の専門性が存分に発揮され、患者様が望む医療を受けられるように、前向きに御検討いただけますと幸いです。

それでは、内容につきましては、弊社の中嶋より説明いたしますので、よろしく願いいたします。

○中嶋氏 では、ここからはスギメディカルの中嶋から御説明させていただきます。よろしくをお願いいたします。

早速ですけれども、内容に入らせていただきます。今回は時間も限られていますので、

全てお話しはできませんけれども、残りは資料のほうで御確認いただければと思っております。

今回、具体的な事例を6つ御用意しております。こちらの事例を御説明した後に、杉浦からも申しましたが、最後に改めて必要性について御説明という流れでいきたいと思っております。

まず、1つ目の事例です。患者様は膵がんステージⅣ、いわゆる末期がんの患者様におけるケースです。皆さんがイメージしやすいように、この薬がどういったものか、機材がどういったものかという補足だけ、事例の1つ目でさせていただこうと思うのですが、まず、「フェンタニル注射液」と書いてあるのは、いわゆる麻薬の痛み止めです。「PCAポンプ（バルーンタイプ）」と書いてあるのが、麻薬が充填されている機材になります。この機材の中に麻薬が充填された状態で、この機材を薬剤師が調剤して患者さん宅に持って行って、患者さんの点滴につないで持続投与されるというものになります。

このPCAポンプという機材ですけれども、持続的に麻薬が投与されるだけではなくて、患者さんが痛みが激しいときにレスキューボタンというものを押すと、一時的に増量されるといったものになります。こういった機材をイメージしながら事例を見ていただければと思います。

1つ目の事例ですけれども、こういった急激な痛みの悪化等で使用量が増えたことによって主治医の方から容量アップの点滴交換の指示が出て、薬剤師が調剤したというものになります。指示が出たのは夕方、ここに処方箋発行後と書いてありますが、正確には調剤を終えた後、いつでも持っていける状態になってから、訪問するまでに2時間を要したということになります。この2時間という時間が、一般の方だと早いではないかと思われるかもしれませんが、現場にいる薬剤師、看護師を含め、すぐに持っていける状態になってから、薬剤師が点滴交換をできないが故に2時間もかかったというところが非常にもどかしいといった事例になります。

実際には、薬剤師が30分で持っていくことができたということですが、薬剤師が持っていても看護師さんが来て接続するまで患者さんは使えなかった、結果的に2時間かかったというところが非常に課題で、この規制を緩和していただきたいというのが現場の薬剤師の意見になります。

以降、同じような事例が続くのですが、こちらの事例2に関しましては、同じように麻薬を投与されているがんの患者様で、こちらの場合はなかなかスケジュールを合わせられずに、薬剤師が行ける時間、訪問看護師さんが行ける時間を合わせるのに非常に難儀した結果、処方が出た翌日の14時に交換という形になったというところです。

この薬剤師から聞いたのですが、患者様は薬が無くなってしまふことが怖くて、痛みがあっても、できるだけ先ほどのレスキューボタンを押さずに我慢していたとのこと。そんな患者様の声を目の前にしている薬剤師にとっては、「看護師しかできない」ではなくて「薬剤師と看護師のどちらかができる」ということでいいのではないかと感じ

ているということになります。

こちらと同じで、訪問できたのが18時から19時、患者さんから「薬がいつ無くなってしまふのかずっと心配で気が気でなかった」といった言葉を直接聞いている中で、薬剤師としてもどかしさを感じているというところになります。

また、4、5、6についても、違った角度の視点にはなるのですけれども、御覧いただければと思っております。ここでは割愛します。

そして最後に、本日、こういった事例を踏まえて改めてお伝えしたいことになります。読ませていただきます。

在宅医療の現場では、医師・看護師・薬剤師など医療専門職が、日々レギュラーが発生する中でも限られた人員体制で精一杯在宅患者さんに向き合っています。こちらは山岸理事長が先ほどお話しされたこととほとんど同じになるのですけれども、こういった状態の中で、かつ、末期がんの患者様の痛みというのは壮絶なので、現場で働く医療職の誰もが1分1秒でも早く対応したいと思っているというのが実情です。

また、点滴の交換・充填について、薬局・薬剤師はその機材の特徴であったり、薬学管理というのをよく理解しているということが、少なくとも今回ヒアリングに協力してくれた薬剤師はそうですし、多くの点滴薬剤を取り扱っている在宅医療に従事している薬剤師ならよく理解していると思っております。

薬剤師が、我々が提案する点滴の交換・充填をできるようになるということは、結果的に医療従事者にとっても患者さんにとってもよい結果を生むというのは明らかだと考えています。その下は、なお書きみたいところなのですけれども、この行為は、薬剤師の業務としては資格を付随するような業務であり、隣接業務でありますということ、何より薬学部の薬学教育モデル・コア・カリキュラムの中に入っている項目になりますので、基本的にはこの行為ができるという前提で考えていただいてもいいのかなと思っております。

また、その他にも、然るべき技能研修がもちろんなされる前提で、薬剤師が褥瘡のアセスメント等ができるようになるのであれば、同じように薬剤師が在宅医療の現場に行くときに「薬を持って行って、そのまま褥瘡の薬を塗ってあげることができるようになる」といった規制改革も検討していただきたいと思っております。

弊社からの説明は以上になるのですけれども、最後に一言だけ、大分繰り返しにはなるのですが、在宅医療の現場では皆さん一生懸命頑張っていますので、こういった薬剤師だからとか、看護師だからという縦割りの職種規制は、規制を改革し、在宅患者様にとって良い医療を届けられ、そして医療従事者の働き方の改革をするということになればいいなと我々としては願っています。

以上となります。御清聴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。

次に、日本保険薬局協会様より御説明をお願いいたします。こちらは短くて1分以内ということになっております。申し訳ありませんが、よろしくをお願いいたします。

○藤井副会長 よろしくお願ひいたします。

○事務局 ハウリングされていますね。

○佐藤座長 では、日本保険薬局協会さんのほうで調整いただいて、時間の関係もありますので、順番を変えて日本在宅医療連合学会の石垣代表理事よりまず御説明をお願いいたします。その後、日本保険薬局協会さんに戻ります。

○石垣代表理事 本日のお話ですけれども、在宅医療というのはペイシェントセンタードケア、患者さん家族を中心に多職種が協働して行うというのが大原則となっているところをまず基本理念として捉えていただきたいと思います。

IPWによるタスクシェア・シフトは、少子高齢化がこれから到来するところを乗り越えるためには必要不可欠ということで、地域偏在のお話が山岸さんからあったのですけれども、大都市は非常に多くの人口を抱えているような状況がありますし、僻地は僻地なりの課題を抱えているというところで、これは我が国全体の問題ではないかなと考えております。専門職の偏在がありますので、そのタスクをシフトする、そしてタスクをシェアすることとはどうしても必要なことでもありますし、IPWによるタスクシェア・タスクシフトは、医師の働き方改革を推進するための切り札でもあると思います。

在宅医療における薬剤師の行う医療行為につきまして、当学会の薬剤師は推進派ですけれども、在宅における点滴の交換・接続は針を刺す行為ではないので、薬剤師の教育のカリキュラムの中で十分実績ができるような内容であるということ聞いております。

ただ、実際に在宅で注射薬を供給している薬局は、6万か所の薬局のうちの1割以下だろうというところでございます。現在、在宅で訪問薬剤をやっている薬局につきましては、在宅の主治医、訪問看護師と連携が取れている状況でございます。それをもっともっと広めていく必要があると思います。

とはいえ、こういった制度を推進するに当たっては、日本在宅医療連合学会等での研修制度が必須であろうということでございます。これはアンケート調査を行ったのですけれども、京都、滋賀、大阪、奈良、兵庫、和歌山のアンケート調査で見ますと、実際に全薬局のうち、注射薬を処方している、あるいは滅菌の調剤を行っているところは1割に満たないということが現実ではありますが、それは推進することによってまだまだ増やすことができるということでもありますし、そういう方向を望んでいる薬剤師も多くあるというところでございます。

現実の注射薬の供給の状況でありますけれども、医療用のモルヒネや輸液、それから小児の在宅医療に関する輸液といったことが行われておりますが、接続後にフォローが必要で、30分程度のベッドサイド見守り、医師・看護師への報告が必要であると考えているところでございます。

今、使用できる薬剤には制限がございます。もっともっと増やしていただきたいという要望が出ております。これは昨年、在宅で治療可能となったライソゾーム病の酵素補充療法の際に日本在宅医療連合学会と日本先天代謝異常学会がマニュアルを作りました。そ

ここにおきましては、薬剤師のみではなくて在宅の医師、専門医療機関の医師、訪問看護師、薬剤師も関わった全体的な構造をしっかりと設計して供給体制をつくらないといけないよということでございます。今回の話をするに当たっては、その辺りを検討していただきたいと思えます。

また、在宅医療におきましては、医療安全管理の必要性が非常に重要であります。非常にハイリスクな分野であるということをお忘れはいけません。また、高齢者は他病を併存しているというリスクが必ずついて回ります。安全管理責任は医師が負うべきであろうかどうかということもでございます。最近では訴訟リスクも多くなっておりまして、患者さんが亡くなった後、実際に訴訟になるようなケースもございますので、こういった制度を進めていくに当たってはそういったリスクも考えていただくということで、リハビリテーション医学会におきましては、具体的なこういうリスクヘッジのための対応をつくっております。

医師の働き方改革の観点からということで、解決すべき項目を挙げてみました。ニーズは高いわけでございますけれども、幾つかポイントを押さえていかなければいけないところで、指揮命令系統の確立、責任の所在の明確化、技術的問題、研修について、それから患者さんの自主的判断の採用、これもリスクヘッジにつながるかと思えます。また、国民・医療機関・薬局へそれぞれ適切に情報を周知して、特に国民の理解が重要だと考えております。適正な報酬づけも重要ではないかと考えております。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、日本保険薬局協会さんは大丈夫ですかね。よろしく願いいたします。

○藤井副会長 よろしく願いいたします。

我々は資料等々はないですけども、現場からは、スギメディカルさんからお話があったような看護師さんとの連携というところで時間がかかっているということは出ております。

在宅医療を受ける患者様に対して過不足なく医療を提供することを前提としてということですが、やはり在宅医療、特に医療資源が潤沢でない地域では考慮する必要があり、課題の抽出はたくさんあると思えます。先ほど石垣先生からもありましたように、薬剤師が習得すべき知識、学ぶべき知識というものは学んだ上でという形にはなりますが、過不足なく提供するためには前向きに進めていければと考えているということで、意見として申し添えさせていただきます。

大変失礼いたしました。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、次は医師・看護師のタスクシェアに関しまして、日本プライマリ・ケア連合会の草場理事長より御説明をお願いいたします。こちら5分以内でよろしくお願いいたします。

○草場理事長 草場でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、タスクシェアに関する見解ということでございます。今回、タスクシェアについて今行われているような議論に関して私は結構違和感がありまして、基本的にカナダ、英国などの海外の医療システム、特にプライマリ・ケアにおいては、医師・看護師・薬剤師・リハ・ソーシャルワーカーは、お互いの専門性をきちんと尊重していくというのは前提なのですけれども、対等な立場で連携をしっかりとっていく。そして、質の高い患者ケアを提供するというのが基本だと考えています。

ただ、私自身は24年間日本の中でどっぷり医療をしてきましたけれども、医師をピラミッドとした各種指示を前提とした制度設計が非常に強固である。その枠組みを超えると強い反発が出るという状況が続いている。

また、ちょっと気になるのは、医師以外の専門職の皆さんが医師の判断にかなり強い付度と遠慮を示す風土というものが、全国的に見ると蔓延しているということを日々実感しております。

そして、議題となる様々なタスクシェアについては、医師などから他の職種に対してやってもいいよ、許しますよという恩恵の提供みたいな側面が感じられて、こういう前提が結局崩れていない。そういう中で、細かな「ここだけはやらせてください」みたいな議論になっているなというところに問題を感じます。ですので、規制改革というよりは、本来はこういった在り方そのものを構造的に変えていくということが大前提にないといけないのではないかなと感じます。

例えば看護師さんにおいては、比較的自由度の高い訪問看護や病院におられる専門看護師、診療看護師さんの業務はかなり独立性が高いと思いますけれども、ほとんどのナースは医師の指示の絶対性が目立っていて、看護側も逆に医師の指示がないと動かない、動けないといった立場で医師に対して臨むケースもありますので、結果的に医師の負担が大きくなるということは感じます。

ほかには、薬剤師さんにおいても医師の処方に対する疑義照会、あるいは複数医療機関からの多剤処方内容のチェックやフィードバック、そして服薬指導、これは外来だけではなくて訪問服薬指導も含めてですけれども、まだまだ医師に対する情報提供、あるいは問題点の指摘等が少ないなというのを感じます。医師に対して遠慮をされているなと感じます。

ですので、こういう小手先の規制改革で業務拡大をじわじわ図るというのもやり方なのかもしれませんけれども、本来は国家資格を持つ専門職がより対等かつ自立して協働する方向性というものを模索していただきたいということを強く望みたいと考えています。

地方においても、結局医療職全体が不足していますので、ある業務を他の職種にお願いするというをやっても、結局その相手もないという状況になりますので、医師への依存が相当残って中途半端な改革になるなと感じます。ですので、日本全体を見る視点というのがないと、都市部のある程度専門職が充足したところでの限られたタスクシェアと

いう議論にとどまるのではないかと私自身は感じているところです。

診療所や小病院には生活習慣病、筋骨格系の疾患、あるいはメンタルヘルス、小児医療など多様な健康問題を持つ方が受診されます。そして、御存じのとおり、非常に短時間でたくさんの患者さんを1人のドクター、開業医や勤務医の先生が診ているケースが多いので、ケアの量と質というものに関してかなりの限界がある。すばらしい先生であっても、3分診療でできることには限界があるわけです。

ですので、今日は訪問診療のお話ばかりなのですが、私としては小規模医療機関の外来看護師さんの機能をもっと上げていただきたい。採血や検査指示、予約業務だけではなくて、例えば虚弱高齢者に対する生活評価、認知機能評価、身体機能評価、あと、リハビリテーションの提供も私は可能ではないかなと思います。生活習慣病患者に対しては食事・運動の指導、又は禁煙指導も医師と連携して十分できます。疾病のある程度の管理もある程度の範囲で医師と協働できるはずです。小児患者については予防接種の管理、支援、そしてお母さんの育児状況の評価、虐待の可能性などといった点のチェック。メンタルヘルス患者さんに関しては、ドクターは投薬というものもしっかりやらなくてははいけませんので、カウンセリング的な機能を担っていくということも十分考えられるのではないのでしょうか。ですから、外来の看護師さんのタスクというものをどんどん増やしていくという方向性をぜひ検討いただきたいなと思っています。

医師の包括的な指示というものがありますので、こういったケアを今でも提供する余地がないわけではないのですが、ただ、看護師さんが提供できる機能として文書で明示していただくことが大切です。そして、今は診療報酬が全くつかず、再診料などの中に結局看護師さんの仕事も全て含まれるので、適切な評価がされていない状況があります。全ての看護師さんがこれをやらなくてはいけないということではありません。意欲を持つ看護師さんが中にはいらっしゃいますので、その能力を発揮できる環境をぜひ整備して、結果的にこれで給与などの待遇も更に改善される。つまり、努力をされたら診療報酬も上がり、看護師さんの給与も上がるという好循環をつくっていただきたい。

私も医師ですが、医師にとっては権限が奪われる不安ということではなくて、現時点でかなり過負荷ですので、信頼できる強力なパートナーがここで増えて、患者のケアの質がより向上するという発想を持つべきではないかなと考えています。

日本プライマリ・ケア連合学会では、こういった業務も含めて将来的に目指していける看護師さんを学会認定プライマリ・ケア看護師と位置づけて養成を始めています。まだ71名と非常に少ないですけれども、これからに期待しています。

あと、NPと特定行為に関してちょっとコメントさせていただくと、NPは、誰かがおっしゃっていましたが、活躍の場が大病院に非常に偏っているなと感じます。ですので、今後は既に述べたような小規模医療機関での外来看護機能の強化というものを意識して、プライマリ・ケア領域で活躍できる人材の養成にシフトしていただいたらどうかなと感じてございます。もちろん、在宅の中での褥瘡等の処置という役割などもありますけれども、

そんなにたくさんの方がいらっしゃるわけではないので、マジョリティーは外来のほうだと私は思っています。郡部などでは医師不足が顕著ですので、地域のケアの質を維持するためには大きな貢献を果たせるはずです。

また、特定行為は手順書の規定が細かいという課題がありますので、これはより看護師さんの裁量を増やす方向で検討を進めていただきたいと思いますし、特定行為研修も、看護師さんからお聞きすると、講義履修にたくさん負荷があり、プロセス評価が主軸になっている状況です。日本の教育は全体的にプロセス評価が多いのですが、そうではなくて、既に現場で働いている方への研修ですから、講義を受けるというよりは現場評価を主軸とするアウトカム評価を入れてほしい。そうすると、eラーニング等を使って効率のよい教育になります。そして、より多くの看護師さんが日常の業務と並行して積極的に挑戦できるものにすべきだと考えています。

あと、細かいところで、先ほど議論になっている内容に関する私自身の見解としては、訪問看護ステーションへの輸液、薬剤の配備は、おっしゃるとおり夜間・休日に稼働し、処方に応じる薬局は乏しい地域もございますので、日常から薬剤の在庫管理について、薬局・薬剤師と連携することを前提とすることが重要だと思いますが、それであれば、実現することに問題はない。我々処方する医師にとっても迅速な対応が可能になるメリットはあると感じています。

あと、薬剤師さんの患者宅での補液の交換も、地方では24時間対応の訪問看護の確保がかなり難しい地域もございますので、少ない訪問看護のマンパワーを補うという意味で、訪問看護師さんとの連携を前提に、輸液を処方する薬剤師さんが輸液交換を行う。一定の研修を受けた後だと思えますけれども、リスクは少なく、問題はないと考えているところでございます。

以上、私からの見解です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、これまでの御説明について質疑に入りたいと思います。内容が多いものから、3部構成とさせていただきます。最初に訪問看護ステーションへの配置可能な薬剤の対象拡充について質疑を行い、その後、点滴交換、タスクシェアと質疑を移していきたいと思えます。

では、まず訪問看護ステーションに配置可能な薬剤の対象拡充についての質疑に入ります。大浦専門委員が途中退室されるということでしたので、もし差し支えなければ、先にお願いたします。

○大浦専門委員 ありがとうございます。3つ一緒にお話しさせていただきたいと思えます。

まず、この3つの問題ともに、根本的な原因としてお互いの職域を何とかして守ろうとする各団体さんのせめぎ合いみたいなものがあると思うのですね。なので、とにかくそういうことではなくて、本当に患者さんがいて、その人が苦しまないためにはどうしたらいい

いのかということを考えるような場所が今はないわけですよ。この規制改革委員会でやっても全然結果に結びつかないので、きちんと厚生労働省のほうで音頭を取って、そのような場所を患者団体さんも含めてつくっていただき、その上で薬剤をどれだけ増やすのか、それから、お互いのタスクシェアをどうするのかということをお考えになることを本当に強く強く心から願います。

それに当たりまして、もう一つ私が皆様方に気づいていただきたいのは、今だって人手不足ですけども、これから先、日本人は恐ろしく減るのですよ。この恐ろしく減った中で、何とか人はいますからみたいな話が出てくるのが私は本当に不思議で理解できません。これから先、就労人口がどれくらい減るのかということを経年、10年後に計算していただきたい。そうすると、それに対するパーセンテージでしか専門職は生まれません。たとえば学校があったとしても、みんな学校には行かないですから、看護師という仕事も薬剤師という仕事も、それから、皆さんは勘違いしてらっしゃるかもしれませんが、この状態が続けば、医師という仕事ですら誰も選ばない時代が来るかもしれないのですよ。

なので、もう一回、これから先、一体この国はどれくらい人口が減るのかということを経年この場で、次にもしこの議題が出るのであれば、人口動態により何%が専門職になっているので、だったらこれくらいしかいませんという数字を明らかにして、これでは話にならないよね、もう誰もいないじゃないということを経年分からないといけないかな。

それから、医学部があれば現場の医者が増えるか、これはないです。はっきり申し上げたいのですけれども、最近、目鼻の立った医師は、最初の数年間は現場にいますけれども、その後はほとんどが起業したり、経営者になったりで、ほぼほぼ現場にいることはないです。また、女性の医師も増えてきますので、女性の医師がしっかりと子供を育てて幸せに生きるためには、もっとたくさん人間が必要なのではないのでしょうか。

現在、たしか医師の働き方改革というのが実行されつつあって、これは厚生労働省さんが一番よく分かっていると思いますけれども、ほぼなし崩しにしましたね。つまり人はいないのですよね。だから、何かすごい誤解があるかもしれませんが、これから先も専門職がいそうだからどうにかなるのではないのかという議論は金輪際やめていただき、お互いに患者という立場で苦しんでいらっしゃる方々のためにいい仕事ができるように、タスクシェアぐらいはちゃんとやりましょうよ、見苦しいから。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは医療に限らないですが、人口減少を前提にしたこの国の在り方というのを考えなくてはいけないと思います。守れない既得権益を守ってどうするのだということになるので、考える必要があると思います。

では、質疑応答に入りたいと思います。最初のテーマは30分とさせていただきます。最初に、桜井理事に御出席いただいていますので、先ほどの厚労省さんの説明について、患者目線の観点からどういう感想を持たれたのか、そこから始めさせていただきます。よろしくお願

いたします。

○桜井理事 ありがとうございます。

一言で言うと、救われる患者さんがいるのであれば、できるところからやっていただきたいと思っています。今さら調査なのかなというところでは。在宅看護に関わる方々、薬剤師会の皆様からそれぞれすばらしい「縦割りを突破していきたい」という御提案があったと思うのです。今、大浦委員の御意見からもありましたけれども、これからの日本を考えたときには、社会保障の効率化や安全性の中での一定の医療の効率化ということを考えていかないといけない時期と思っています。道具があっても人がいなければ何もできませんし、人がいたとしても道具がなければ何もできないというのが現状だと思います。

そういう中で、患者と家族、国民が今、この現状をとにかく何とかしてほしいということで長年待っているのだということを、厚生労働省はきちんと認識していただいて、抜本的な構造改革というものにぜひ踏み込んでいただきたいと思っております。重ねて申し上げますけれども、とにかく「できるところからやっていただきたい」と思います。提案されているような「まずは調査から」ではありません。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかの委員の皆様方、いかがでしょうか。せっかく御出席いただいているので、日本薬剤師会さんからもコメントがあれば、いかがですか。特に今回は山岸先生から詳細なアンケート調査の結果も出ておりますし、よろしく願いいたします。

○安部副会長 日本薬剤師会でございます。ありがとうございます。

山岸先生の資料は大変興味深く見させていただきました。

1つだけ教えていただきたいことがありまして、参考の中のフランスのIPAで認められている看護職の実践・職業行為という資料を頂きましたけれども、このフランスの事例では、訪問看護ステーションなり、看護師さんがいらっしゃる場所に医薬品を置いて管理しているのでしょうか。

それからもう一点、9ページのところで、薬局に連絡すら取れなかったということがもし本当でありましたら、ゆゆしきことでもありますので、少しだけ説明をさせていただきますと、我々薬剤師は在宅患者さんと契約をして在宅に訪問させていただくわけですが、そのときの必須要件として、24時間連絡が取れる電話番号は患者さんとの契約書にももちろん書いてありますし、患者さんのお家の壁に電話番号を大きく書いて貼ったりして必ずお知らせしております。その番号は、おおむね薬局の薬剤師の携帯電話でありますので、夜中でも、トイレに入っているときは出られないかもしれませんが、通じるはずであります。

ただ、その番号が看護師さんに渡っているかどうかはちょっと不明でありますので、その点だけは御説明させていただきたいと思っております。

山岸先生の資料については以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、山岸先生から簡単に説明をお願いできますか。

○山岸理事長 御質問ありがとうございます。

IPAのことですけれども、フランスのIPAは開業権が認められていて、いわゆるDo処方に関してはナースが処方できることになっていますので、その場に薬剤を置くということは可能になっています。

IPAが診療所なのか訪問なのかというところですが、これはかなり機関差があって、外来だけでやっているところもあれば、必要に応じて訪問しているところもあるとお聞きしています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっていますので、大石専門委員、よろしく願いいたします。

○大石専門委員 まず質問をさせていただきたくて、意見はまた後でまとめてもう一回お話ししたいと思います。

厚労省さんに質問なのですけれども、非常に短期間ではあったのですが、山岸さんから各都道府県をカバーした、かつ、かなりの人数の訪問看護の方からの御意見をいただいているのにもかかわらず、もう一度調査をしなくてはいけないと思っているというところの、具体的になぜ調査が必要なのかとか、今設計されようとしている調査がこの山岸さんの調査と何が違うのかということをお教えいただきたいと思っています。

これ以上はかなり徹底した調査をやるのは実は結構難しいのではないかと考えていて、これが仮に時間稼ぎ的なものに結果としてなってしまうとすると、今日は結構がん末期の話が出ましたけれども、がんで在宅で亡くなっている方は年間5万人とか6万人いますが、その方々が1年間待つことによって6万人が苦しんで死んでいく可能性があるということについて、厚労省さんはどう思われているのか。

だから、2つあって、1つ目は、この調査はなぜもう一回やらなくてはいけないのかということと、2つ目は、それによって発生する時間差をどうお考えになっているのかということをお伺いさせてください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、いかがですか。

○衣笠課長 厚生労働省です。まず、山岸理事長が行われた調査との違いですけれども、我々としては先ほど申し上げたとおり、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの3つを総体的に捉える必要がありますので、それぞれの医師との関係といったことも含めて調査が必要なのではないかと考えています。

そういう意味で、我々としては医薬局だけではなくて医政局も含めてそういった調査をしていくということで、訪問看護ステーションの調査だけではなくて薬局サイド、若しくは医療機関サイドも含まれるかもしれませんけれども、そういったもう少し総合的な対応

として調査をしたいということが違うのではないかと考えております。

スピード感の話につきましては、当然スピード感を持って対応していきたいと考えておりまして、そこは重々承知しながら、踏まえながら、やらせていただきたいと考えています。

以上です。

○大石専門委員 ごめんなさい、今おっしゃったのは理由にならないというか、それはこういうことを考えましたということだと思いのです。

まず一番大事なのは、大浦先生もさっきおっしゃったのですけれども、あと、今日の発表者の皆さん全員がおっしゃったことは、やはり患者さんが一番大事であると。ですから、まず把握すべき最重要なことは、患者さんの現場で何が起きているのか。それによって患者さんがどう満足若しくは苦しんでいらっしゃるかということが一番大事で、それに関しては、山岸さんの調査は非常に実態を如実に表してらっしゃったと思うのです。

ですから、まずこれを認めるか認めないかということが一つあって、その次に、具体的になぜ今おっしゃったような厚労省の中のほかの部門をインボルブしてほかの機関に対する調査が必要なかということのちゃんと納得できる理由をおっしゃっていただきたいのが1つ目です。

2つ目は、速やかにやるということと言うと、山岸さんの調査は1か月くらいの間でやられたのですね。もしもそのスピード感でやっていただくのでしたら、それはそれで御納得の問題もあるかと思うのでやっていただいていると思うのですけれども、そういうスピード感でやっていただけるということをお約束いただけるのでしょうか。

この2つについてお答えをお願いします。

○佐藤座長 いかがでしょうか。

○衣笠課長 厚生労働省ですけれども、大変恐縮ですが、今回、山岸理事長がやられた調査は、それはそれで調査としての意義があるのかもしれませんが、あくまで困っているということの実態がある程度見えるということであって、我々としてはそれに対する対応もどうするかということに資する調査にもなるように、調査をしたいと考えています。そうした点はこれから内容を関係局と連携しながら詰めていくので、今、ここでお答えできるものとしては、先ほど申し上げたような程度と思っています。

○大石専門委員 スピード感についてお答えいただきたいのと、あとは、こういう方向性もあるのではないかと、例えば連携の方向性みたいなことをさっきおっしゃったのですけれども、それは昔から言われていて、具体的な解決に至っていないではないですか。なので、具体的な解決の代わりのものであるのだったらそれを示していただいて、その仮説が正しいか、正しくないかという調査をやっていただかないと意味がないと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんにはちょっと待ってもらいまして、佐々木専門委員からもお手が挙がっていますので、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

山岸理事長の調査でこれだけ困っているということが可視化されたことは間違いのない事実で、そして患者団体の皆さんからも、実際に患者さんたちも困っているということは何度も声が上げられているのですね。具体的にどう困っているのかということについても詳細なデータが既にあるので、3分の2の訪問看護師さんたちが都市部においても手元に薬がなかったので即応できなかったケースを経験している。在宅医療が足りなかった地域では3分の2の訪問看護師さんたちが薬が届くまでに数日以上を要したと言っている。さらに、在宅が足りない地域では50%から70%が医師は訪問をしないとやっている。都市部においても3分の1が近くに24時間対応の薬局がないと言っている。これが現実なのですね。

これについて、医師が頑張ればとか、薬局と連携すればという神学論争を今さらやっちゃって、問題の解決にならないことは重々承知している。医療と介護の連携だって、多職種連携だって、私が医者になった頃からずっとずっとやっていますけれども、地域医療は全然変わっていないですよ。地域包括ケアシステムという言葉ができたぐらいで、結局リソースが足りなければ連携などはできない。これは誰だって分かることで、それに対して現実的に目の前に困っている患者さんたちに対してどうするかということを実際に専門職が現場で考えてここで提案しているのに、よく分からないけれどももう一回調査をやって、現実的な解決策を考えますといっても誰が考えるのですか。

何のために議論しているのかということを変更してここで明らかにしたいと僕は思います。大浦専門委員も言っていましたけれども、各専門職が、各専門団体が、自分たちの権益を守るために議論しているのではなくて、困っている患者さんがそこにいて、でも、看護師しかいないときにどうするか、薬剤師しかいないときにどうするか、そこに医者がいなくてどうするか、医者に連絡がつかないときにどうするかという議論をしているのであって、医者に連絡がつくようにしますというのは答えにならない。そのことに厚生労働省さんはもうちょっと真摯に向き合っていただきたいと思いますが、いかがでしょう。

○佐藤座長 ありがとうございます。

EBPMとはよく言ったもので、エビデンスに基づいて政策はつくるものであって、理念や法律ではこうです、建前ではこうです政策はつくってはいけないのですね。なので、今の御指摘は、この厳しい現実に対してどういうふうに向き合うかということが問われているのだと思いますけれども、厚労省さん、いかがですか。

○衣笠課長 厚生労働省ですが、先ほどからお答えしているのは医薬局なのです。先ほどの医師の関係になりますと、それはそれで医師の処方話になってきますので、それは別の調査ということも含めて考える必要があると思っております、特にこれ以上はありません。

○佐々木専門委員 これ以上はないではなくて、御意見を聞かせてくださいと申し上げるのです。

○衣笠課長 先ほども申し上げていますが、訪問看護の薬剤の配置の話だけではなくて、褥瘡の話や輸液の交換もありますし、先ほどの医師側の話もありますので、トータ

ルで行う必要があるというのが我々の考えです。

そういう意味で、決して時間稼ぎなどではなくて、やはりそこは把握をしないと立案ができないというのは事実だということを御理解いただければと思います。

○佐々木専門委員 把握をしても、結局そこに専門職がないという事実は変わらないわけですよ。厚労省さんの回答されている文書にはそのことが前提として含まれていないように思うのですけれども、そのことに対して意見を求めているのです。

○太田企画官 医薬局でございます。

今回、資料にお示ししましたように、事例の分析をしますと、薬局の対応だけではなくて、医師との連絡がつかないということも大きな要因として挙げられますので、ここだけどうしようという話でもないと思いますし、ちゃんとした調査はまだできていないのですけれども、現場の関係者の話をこちらで聞きますと、ちゃんと連携できているところはうまく回っているというケースも多々聞いております。そういった形で連携が取れば、例えば薬剤を置いた場合に起こり得る安全管理の懸念もなくベストな対応ができるということもありますので、しっかり原因分析をした上で対応策を検討したいと考えております。

実際、今困っている患者さんに対して、薬局の関連からできることとしましては、右のところに書いてありますように、在庫がないとか、実際薬局に連絡が取れなかったというところは、先ほど日本薬剤師会さんからもコメントがありましたように、必ず対応薬局に連絡が取れるような体制を取っているところですので、そこは早急に徹底させて、在宅をやっていただく薬局さんにおいては、患者さんに急変があった場合には至急対応していただくという形で、厚労省のほうでも団体と連携して対応を取りたいと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木専門委員、よろしいですか。

○佐々木専門委員 24時間を標榜している薬局があつて連絡が取れないのはけしからんですけれども、24時間を標榜している薬局が近くにないと答えているのですよ。そういう問題があるからこそ、訪問看護ステーションに最低限の薬を置いておかなければいけないのではないですかという議論をここでしているのですけれども、日本薬剤師会さんが10キロ単位で全国津々浦々に24時間対応の訪問薬局をあと1年以内に必ず作りますよというのだったらそれでいいですけれども、それはできないでしょう。できているのだったらもうやっているわけだから。

だから、その現状に対してどうするかという現実解としてこういう提案をしているのだ、そういう前提があるのだということを理解できていますかというお話をしたのですけれども、理解できていないということでもいいのですね。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お時間も限られていますので、ちょっと順番を前後しますが、日本薬剤師会さんから先にお願います。

○安部副会長 ありがとうございます。

先ほど草場先生からのプレゼンでもあったとおり、皆さんサービスを提供するまでのタイムラグでお困りのところがある。これを最小限にするというのは当然努力しなければいけないところです。また、佐々木先生がおっしゃったように、多職種の連携でそれをやるのだといっても、それは進んでいないという御指摘がありました。

そういった意味では、今回の提案もそうですし、我々がどうやってそれを改善していくかというときに、当然我々ですと薬機法、薬剤師法という法律があって、お医者さんの場合は医師法があるわけであります。その範囲の中でどういう最善の組合せができるのかということについては、10年前にチーム医療の推進についての会議があって、それ以降、10年間議論されていないわけであります。その中で、佐々木先生がおっしゃったように在宅医療の在り方は大分変わってきているわけでありますので、今回の様々な問題も、この中の議論があって、苦しんでいる方にどうやって1時間でも1秒でも早くサービスを提供できるようにするのかというのは、例えばこの規制改革会議の議論の中でどうすべきだということが、もしなくても、それは法律上なかなか難しいところがあったり、それが本当に実現可能なビジネスモデルかということまで含めて考えなくてはいけないと思います。

そういった意味では、今日は医政局も来ているみたいですが、こういった議論があってこういう問題があるということでありますので、チーム医療の推進の会議というのは10年間やっておりませんので止まっているわけですね。ですから、今の社会に合わせた、医療に合わせたチーム医療の在り方、どこをタスクシフトするのか、どこを協働してやっていくのかということところは、全ての人たちが集まって議論すべきことだと思いますので、そういった方向に進めれば大変建設的ではないかと考えております。

○川上副会長 日本薬剤師会より、もう一点。現実的な解決として、今回、病棟配置薬の仕組みを横展開というお話をいただいていますけれども、私自身は医療機関の薬剤部長で医薬品安全管理責任者をやっております。病棟の配置薬も単純に配置しているだけではなく、その医療機関の管理者の医師がいて、当直員の医師がいる、あるいはオンコールでの体制を取っている。これらの配置薬の日々の取扱いなどは病棟のナースの方もされていますが、病棟薬剤師や医薬品安全管理責任者などが医療法に基づいて管理をしている。そもそも入院している患者さんはそれなりの医療ニーズがある方、入院が必要な方を対象とした配置薬ですので、今の医療法の中で行っている枠組みを単純に横展開していくというのは、医療機関の立場からすると難しいなと思いつながら伺いました。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、桜井理事、よろしく申し上げます。

○桜井理事 ありがとうございます。

厚生労働省様にぜひ考えていただきたいのですけれども、困っている調査だからではなくて、今現在で困っているのですよ。なので、その部分をしっかり認識していただきたい

いと思います。

調査に関しては、遺族調査なども行われております。この中でも死亡前1週間前の患者さんの苦痛の症状といえますと、3割の人が強い痛みを感じていたと御遺族の方が回答されているのですよ。1か月前でも50%です。これを何とかしようというところがこの会議の意義だと思っていますので、ぜひ前向きに考えていただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、山岸先生、よろしくをお願いします。

○山岸理事長 ありがとうございます。

正に皆さんがおっしゃってくださったように、今この瞬間も苦しんでいる患者さんがいらっしゃるということです。悠長なことを言っていられないということは厚労省にお伝えしたいと思います。

それから、前回、データを基に佐々木先生、落合先生からも御提案がありますし、今回、私からも薬剤師の職能を生かした形の提案もさせていただいていますが、なぜそれをたたき台に、今この瞬間に話し合いがスタートできないのか、そこを教えていただきたいです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんに振る前に、落合専門委員からもお手が挙がっていますので、お願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

私からは1つ、先ほど佐々木先生がおっしゃられた点と大浦先生がおっしゃられた点に関係して申し上げたいと思います。まず、大浦先生が皆さんで集まってという議論をしていただいたとっております。これは薬剤師会様もおっしゃられたことで、チーム医療に関する議論がされていないことによって、全体としてのタスクシフトの問題について、しっかり議論がされていないことがあったと思います。

これはこれで実施すべきものだと思いますし、そういったときに特に重要な点としては、専門職だけではなくて、患者団体であったり、そういうところに接しておられる、実際にいろいろな意味で現場におられる、必ずしも医療専門職だけに限らない方に入っていくことが非常に重要ではないかと思います。これは様々な視点から指摘がされたことだと思いますので、ぜひ御検討いただければと思います。

第2点として、佐々木先生からおっしゃられた点についてですが、一つは、構造的に無理なものは無理だということは自認しないとむしろ壊れてしまうことがあると思います。もし仮に10キロ四方でどこでも対応できるように配置しますとしたときに、そこにいる方はボランティアでそれを対応するのでしょうか。それとも、それは数少ない人数を対応するためだけの費用をお支払いになられるつもりなのでしょうか、というところまでかかってくるかと思います。

そういうことを考えた場合に、今の現状においても厳しい。人口動態の議論も大浦先生からありましたが、少なくともここ30年などの範囲で見た場合に、日本の人口が急激に増

加するということは極めて極端な移民政策を取らない限りは起こらないことだと思っていますので、そうすると、当然ながら今よりも状況は厳しくなります。例えば今日のこの瞬間に大丈夫なことであっても、3年後に保てるのかどうか極めて厳しい場合は存在することを考えて、そういう意味で、構造的に無理なものを工夫してできると言われるのは若干まやかしかが入っている議論になってしまうので、そういった形にはしないようにしていただくことが大事であるかと思えます。

申し上げ過ぎてしまいますが、大石先生からもお話があったタイミングということがあると思っています。先ほど第1点として申し上げた皆さんで集まって会議するというのは必要なので行っていただきたいとは思いますが、今、直ちに困っている状況は既に生じているわけであります。非常に多くの方が苦しまれることになるわけです。前回の会議でも申し上げた気もしますが、3年後に解決したからといって今亡くなった方が戻ってくるわけではないということです。山岸先生からも先ほど直ちに議論できるものはするべきだというお話があったかと思えます。

そういった意味では、山岸先生の調査も踏まえて、至急対応できるところは急ぎで検討していただくということと、構造的に無理なことは諦めるということ、更には中長期的にしっかり関係者が集まって議論していただくことというこの3つをお願いできればと思います。

以上です。

○佐藤座長 構造的に無理、例えばビジネスモデルとして成立しないものはやはり無理なものは無理ということになりますし、時間軸で考えなくてはいけないこと、つまり今すぐにやるべきこと、できること、それから、もちろんチーム医療を含めて時間をかけてやらなくてはいけないことというのは分けて考えたほうが良いと思うのですが、例えばアンケート調査を取りますという時間軸をいただいて、どういう順番で対応策を打ち出していくのか。既に現場が困っているという事実は目の前にあるわけですから、そこも含めて、厚労省さん、いかがでしょうか。

○衣笠課長 厚生労働省です。おっしゃるとおり時間軸ですぐできること、できないこと、慎重に考えなければいけないことなどはいろいろあると思うのです。先ほどちょっと申し上げましたが、24時間体制を標榜しているはずなのにちゃんと対応していないというところはしっかりと取り組むように、我々としても指導を徹底して対応するように持っていくということは、まず足元でできることと思っています。

それから、正に今苦しんでいるとおっしゃっているような話は、恐らく対応がきちんとできておらずそうなっていると思われれます。具体の地域や具体の都道府県といったところを教えていただいて、どのような事例かということをお伝えいただければ、やれる範囲がどこまでかはよく聞いてみないと分からないのですが、個別の事案への対応として都道府県等を通じて我々からの指導等で改善などを図るようなこともしたいと思っています。そのため、そこもお教えいただければ、対応できる可能性はあると考えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大体24時間の営業は、やっていないところが問題なのです。それが一つあるということと、それから都道府県に言って何ができるのだろうかというのが若干疑問です。

時間が限られているので、落合専門委員、瀧委員の順番でこの件については終わりにさせていただきます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今おっしゃっていただいた中で、都道府県とおっしゃっていただいた点は、そういう問題ではなく、というか全体として困られているところがあって構造的に厳しい状態にあるということなのです。一つ一つの穴を潰しにいきますということだと、構造的に負けているのを全く取り返せないとか、むしろそこの調査をするのに時間がかかって、より一層手遅れになることのように思いました。そういう意味では全くお答えいただいた意味がないように感じました。そういうことではないと思います。

また、先ほどおっしゃっていただいた中で24時間対応というお話がありましたが、これも佐々木先生がおっしゃられたように、そもそも薬局が近くにない場合で、それだけで問題が解決できるとすること自体が極めて矮小化されてしまうということです。実際はかなりの部分が助からないという話になってしまうかと思しますので、これもやはり適切ではないのだろうと思います。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、瀧委員、お願いいたします。

○瀧専門委員 手短かにいたします。本日はありがとうございました。

それこそ調査よりも早く行動というところは、私も本当にそう思うところであるのですが、とはいえ調査のところでも1つお願いがございまして、その中でも先ほど厚労省さんからもうまくいっている要素もあるといただいたと思うのですね。何割が本当に問題がないリージョンとして存在していて、何割ぐらいで限界的に本当に困るケースが存在していて、先ほど佐々木先生からもありましたけれども、結局1人で踏ん張るしかない、シェアというよりも全部やるしかないという環境がある人たちの将来推計というのは普通にできることなのだと思います。平均的には例えば医療の水準が保てているとか、数字で議論をさせていただくことがすごく大事なのかなと思っています。

私も素人なので、例えば今回、令和4年の厚生労働白書などを拝見していて、タスクシェアも普通にしっかりと記載もされていると思うのですね。そこで記載されていることと実際に今されていないことのギャップが、私みたいな初めて来た人間からすると全然理解できなかったというのがありまして、そういうときには、私はビジネスの人間なのでけれども、平均的にできていることとエッジケースでできていないことを丁寧により分けて、どちらが問題があるのかで、エッジケースに集中して平均ができなくなるという議論もあ

と思っていますので、その辺を割合や分布において示していただくことが調査上は非常に重要なこととおもっていますので、その点もぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の調査の話は、私も経済学者なので、セグメント分析なのですね。今回、例えば医療機関にも聞きます、あちらにも聞きます、こちらにも聞きますで全体が薄れていって、平均を取っても意味がないことになりますので、ちゃんと困っているところはやはり困っているのですよ。地方は困っているのです。だから、都会が困っていないから平均を取ったら困っていないでは話にならないので、そこはちゃんと分けて、問題のあるエリアについてはちゃんと対応を打つという姿勢は求められるかなという気がしました。

武井委員、手短にお願いします。

○武井座長代理 困っていないところが何割あろうとも、困っているところが一定数あるわけで、困っていないところがどのくらいかと調査するのは無駄な時間だと思います。まず困っているところをどうするかで、何割困っていない、しかもその困っていないところが横展開できない理由が、さっき落合先生がおっしゃったように、どういう政策をやろうとも供給がないという問題なので、そこに関してこれから調査に時間をかけても政府が供給を強制できるのですか。そここのところの回答に関して、何の回答もない状態で調査だけと言われても、なかなか目の前の苦しんでいらっしゃる患者さんが救われていないという状態が解決しないと思うので、この状態で調査調査と言われても、国民目線的には到底納得ができない話だと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、日本薬剤師会さんも手が挙がっているのですけれども、まず厚労省さんに御回答いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○太田企画官 厚労省でございます。

今回、困っているケースというのが明示されたというところで認識はしているのですけれども、繰り返しになりますが、実際に困っている具体的な地域は今後こちらで実態を把握するためにも、ぜひ情報を調査された先生におかれましては、こちらに情報提供をいただければと思いますが、その辺りは可能でしょうか。

○佐藤座長 これは山岸先生への質問ですか。

○事務局 事務局ですが、太田さんは参加されていませんでしたけれども、昨日、山岸さんに説明の機会をいただいたのですが、何をおっしゃっているのか理解ができません。

○太田企画官 ここでロジの話あまり言うのもあれかと思ったのですけれども、昨日、急に直前になっての説明の機会ということで、我々のほうはほかの業務もありまして参加ができなかったのです。なので、昨日の説明会に参加できなくて大変申し訳なかったのですけれども、今日の朝に資料を頂いたという状況でもございます。資料がどうこうという

話ではないのですけれども、実際にどのようなところが困っているのかというところについては、こちらでぜひ参考にさせていただきたいと思ひますし、それこそ喫緊の対応ということで何かできることがあるかもしれませんので、可能であれば情報提供をいただきたいというお願いでございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

薬剤師会さんから手が挙がっているのですが、時間がないので手短にお願いします。

○安部副会長 手短に申し上げます。

薬局のサービスが行き届かないところがあるということではありますが、数字だけお知らせしたいと思ひます。10年以上継続して在宅患者さんにサービスを提供している、訪問をしている薬局の数というのは、全6万薬局のうちの2万2000薬局です。訪問看護ステーションの数は大体1万4000件です。

その中で、これからどうやって体制整備をしていくかというのは、第8次医療計画の中の在宅医療のところ既に取りまとめとして、地域の中の過不足については、在宅医療を提供する薬局の数や規模というものを都道府県がしっかりと把握して、調整すると明確に書かれておりますので、4月1日から、今度は都道府県の中の第8次医療計画の議論が始まりますので、今、薬局のサービスが行き届かないようなところがあれば、そういったところの体制をどう整備するかということは、国、県と併せて我々薬剤師会も汗をかきますので、しっかりと体制整備していきたいと思ひますし、先ほどから申し上げているお苦しみの方に1秒でも早く医薬品が提供できるようにしっかりと取り組んでいきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

そろそろ次に移らなくてはいけないものですから、簡単にまとめさせていただきますと、この問題は目線が合っていないのだと思うのですね。つまり厚労省さんも日本薬剤師会さんも、これを構造問題として理解していないのだと思ひます。ケース・バイ・ケースの特殊事例として理解されているのかもしれませんが、恐らくアンケート調査の量を考えると、これはもはや構造問題と言わざるを得ない。構造問題であれば、それは指導しますで解決する問題ではないでしょうということになってくると思うのですけれども、もちろん日中、平日の連携はいいのですが、週末はどうするのだ、夜中はどうするのだという話をしているので、訪問医療をやっていますという薬局さんがあるのは分かるのですが、それが24時間できていますかということが問われているということなのだと思いますので、くどいようですが、そこはセグメント的に考えていただかないと対応できないかなという気がしました。

厚労省さん、いろいろと御回答いただいたのですけれども、最後にせつかなので、山本審議官からもし何かコメントがあれば、お願いします。それでこの件は終わりにさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○山本審議官 任せていて申し訳ございませんでした。山本でございます。

今日の議論で、いろいろな先生方から御提言や御意見、御説明もありましたし、私どもも在宅医療を非常に充実させていくべき、そして地域の医療資源が偏在しているというのは、現実問題として非常にそれを踏まえて対策を取っていかなければいけないというのを強く思っております。また、いろいろなやり方でチャレンジしていかなくてはいけないとも思っております。

ですので、調査調査で時間を稼ぐのではないかという話ですが、決してそんなことではなくて、実態は把握させていただきつつ、やれることをやっていくということでございますし、佐々木先生がさっきおっしゃっていた、患者さんが急変したときにすぐに駆けつけられる人が、訪問看護ステーションも含め、薬局も含め、なかなかいないケースが多いのだという現実も一定程度ある、特に僻地、医療資源が不足気味のところというのも念頭に置いた上で、必要な調査は手短にしっかりやる、それから、起きてから何とかするという以外にあらかじめ地域の医師・薬剤師・看護師が用意しておくという発想は私どもの資料にも少し考えは書いておりますが、あらかじめどうこうしておくことで対応可能なケースが今の仕組みの中でもあるとは思っております。

それから、連絡先、あるいはその地域の24時間対応の訪看ステーション、あるいは医療機関、薬局というものをお互いがよく認識するというのも、少しの足しになると思います。そういった目の前でできることと中期的にやっていくことの両方をよく考えていき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。

では、次に入りたいと思うのですが、草場先生が途中で退室されるというお話だったので、順番を前後させまして、医師、看護師のタスクシェアについての質疑に入りたいと思います。質問、コメントがあれば、ぜひよろしくお願いします。

このタスクシェアなのでありますが、先ほど山岸先生からも後半のほうで御指摘のあった特定行為の話にも関わります。草場先生の資料にもありましたけれども、山岸先生からは特定行為に100万円のお金がかかるのだけれども、その割にはメリットが少ないとか、在宅医療のニーズが少ないという現場からの指摘があったのですが、もし厚労省さんからこの点について、つまり特定行為についての現場のニーズというのはどういうふうに理解されているのかということも含めて、コメントがあればよろしく願いいたします。そこから始めさせてください。

○後藤室長 厚生労働省看護課の後藤と申します。

特定行為に関してなのですが、徐々に修了者が増えてきておりまして、直近では7,000人弱が今全国におります。そもそも特定行為研修は、在宅医療の分野で活躍していただきたいという期待の下で創設されたわけなのですが、どうしてもこれは医行為を列挙したものになりますので、非常に急性期のニーズとマッチしているところがございま

して、今、大部分が病院のほうに修了生がいて、どうしても地域のほうに少ないという実態になっているかと思っております。

これが在宅のニーズとマッチしているかということなのですが、どうしても急性期と在宅では特定行為の発生頻度がそもそも違うのかなと思っております、どちらかという地域にたくさんの修了生を配置するというよりは、もしかしたら拠点的なところに修了生がいてとか、病院からアウトリーチしてとか、そういった行為については地域でその特定行為が実施できるような体制を確保するという視点が重要かなと考えておまして、今、私どももそういった考え方の下に、どうしたら地域で特定行為修了生を増やしていけるのかという施策を打っているところでございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

この点、山岸先生、あるいは草場先生、いかがですか。

○草場理事長 草場ですけれども、今の説明自体は理解できますし、特定行為というものを増やすという方向で実現するということが妥当かどうかはちょっと分かりませんが、少なくとも看護師さん自身の自主的な看護ケアというものを発揮できるような方向がプライマリ・ケア領域には欠けているのですね。

ですから、これは厚生労働省だけで動く話ではなくて看護協会さんがもっと動くべきだと私は理解しています。プライマリ・ケアの専門性というのは看護界の中でもあまり評価されていないと私は感じていて、ここは看護協会さんとも十分対話をいただいて、厚生労働省さんとしてもプライマリ・ケアの中で看護能力をもっと発揮するということが診療機能にとってはかなりメリットがあるという視点を今後の検討の中に私としては盛り込んでいただきたい。だから、特定行為とイコールにするかというのはちょっとまた別次元かなとは思っていました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

山岸先生、いかがでしょう。お願いします。

○山岸理事長 ありがとうございます。

私も説明は理解したのですが、データでも示されたように、5人以下のステーションが8割ですので、なかなか空けられない。そして、病院の場合は病院が研修費を出して、資格を取ってまた病院に戻って来てもらうというところで個人の負担はありませんけれども、訪問看護ステーションは看護師個人が負担しなくてはいけないということ。それから、医師の理解がなく、実際は包括指示が出ないというところ、また、先ほどの繰り返しになりますが、特定行為の研修を終わって、さて特定行為をやろうとて、必要物品や薬剤がないということできないというところで、やはり皆さんが今回おっしゃっていただきました構造的な問題があるというところで、その構造の改革と特定行為の今後の在り方というのを併せて検討していただきたいということが一つ。

あと、最後に申し上げた特定行為にしなくても、今、漫然と医師に委ねている、先ほど

申し上げた療養上の世話の範囲の判断とか、もう既に現行法下でできることというのは多々あると思いますので、そういったものも一度整理していただいて、厚労省から出していただくことで現場もそこはしっかり国も認めているのだからというところで動きやすくなると思いますので、その辺りも併せて御検討いただけたらと思います。

ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の山岸先生からの御指摘については、厚労省さんとしてはいかがですか。特定行為とは限らないけれどもということですから、

○山本課長 医事課長の山本でございます。

御指摘のとおり、基本的には特定行為以外の様々な行為の組合せで医療現場が成り立っていると思っております。従前も様々な取組をさせていただいて、個別に具体的に今ここでどうというお答えはできないと思うのですが、医療現場が円滑にできるように、現場が困っている事態があるということは我々も今回理解しましたが、それがなぜ起きているのか、どうやったら解決できるのかということをしかりと考えていきたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

○草場理事長 私からお聞きしたいのは、先ほど診療報酬の件を指摘したのですが、もちろん診療報酬を決めるのは中医協ということにはなると思うのですが、ただ、看護の団体が出ておられないということもあるので、なかなか看護師さんの意見というのが出ないので、結局看護師さんの様々な行為に関しては点数がなかなかつかないということは非常に残念に思っているのですが、こういう方向については何か今後の検討の方向性などはあるのでしょうか。これは厚労省さんにお聞きしたいなと思います。

○佐藤座長 よろしくお願ひします。

○山本課長 医事課長の山本でございます。

その点は、所管が保健局になりますので、ここで私から責任を持って発言できないことを御容赦いただければと思っております。大変申し訳ございません。

○佐藤座長 ただ、これは草場先生からの御指摘が正しくて、特定行為であれ、看護師の役割を広げていくのであれ、診療報酬にちゃんと反映していかないと、なかなかそれは現場のほうのインセンティブになりませんし、経営の問題もありますので、診療報酬と一体的に捉えていく必要があるかなという気がいたします。もちろん担当が違うのは分かっています。

ほかはいかがですか。

時間も限られていますので、もし追加でコメントがあれば後でまた戻るとしまして、もともとはこちらを2番目にしていたものですから、薬剤師の点滴交換等についての質疑に

入らせていただければと思います。こちらについてコメント、質問があれば、よろしくお願いたします。

医政局さんにはスギメディカルさんや日本在宅医療連合学会さんからもいろいろコメントが出ていますけれども、こちらについてどういう受け止め方をされるか。これはさっきと同じで現場の声なのですけれども、どんな対応を考えられるのか、あるいはどんな認識を持たれているかについて、もしよろしければそこから始めさせていければと思います。

○山本課長 医事課長の山本でございます。

これも今日の御議論と非常に関係しているところだと思っています。こうした事態が発生している原因、背景を含めて、関係者の意見をしっかりと聞きながら、現場の実態を把握しながら考えさせていただければと思っています。個別具体的にこれについてというのはなかなか難しい状況ではございます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくお願いいたします。

○大石専門委員 質問になるのですけれども、私はスギメディカルさんがおっしゃっている、在宅の現場においては限られた人数で、全員で在宅患者に向き合ってもらえるというのはすごく正しいのだと思うのですね。点滴の穿刺は別なのですけれども、特に交換に関しては、家族ですらやってもいい。家族は別扱いであるからというのはあるのだと思いますけれども、家族ですらやってもいいような行為なわけなのです。にもかかわらず、人手がない中でやってはいけないという理屈、要はこういう職種はこういう壁の中で働くべきだからという話はあるということは理解しているのですけれども、そもそもそれが是かという問題もありますし、それを横に置いておいたときに、どういう問題があるからこれはやってはいけないと思われているのかということについて、厚労省さんにお伺いしたいなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょう、家族がやってもいいのになぜ薬剤師がやってはいけないのかという話だと思います。

○山本課長 医事課長の山本でございます。

基本的には現行法体系の中でそれぞれの業務が定められているというのが一つなのだろうと思っています。

その上で、今日の参加されている方々のプレゼンの中にもありましたとおり、それぞれの専門性を発揮しつつ連携という対応もしてきているという中であらうと思っています。

以上でございます。

○佐藤座長 大石専門委員、いかがですか。

○大石専門委員 ということは、要は現行法上この職種はこれをやるべきで、ほかの職種はそれをやってはいけないということ以外には特段大きな課題はないと今のお答えは理解

したのですけれども、それでよろしいですかねという確認と、ちょっとお伺いしたいのですけれども、先ほどスギメディカルさんと日本保険薬局協会さんから御発表いただいたのですけれども、薬剤師会さんもこれについて賛成でいらっしゃるのですか。

○佐藤座長 では、まず厚労省さんから、今の状況でいいと思っているのかということについて、その後に薬剤師会さんに伺います。

○山本課長 医事課長の山本でございます。

私の説明が必ずしも十分でなくて申し訳ございませんでした。現行法体系がそうになっている前提というか、その上でのお話ではあるのですけれども、医療の安全をどう確保していくのか、その上で必要なカリキュラムであったり、国家試験というのがなされた上で実施されているということに今回の背景はあると考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、日本薬剤師会さん、よろしくお願ひします。

○安部副会長 少し繰り返しになりますが、2013年にチーム医療の推進の会議がありました。私もメンバーとして出ておまして、点滴の交換、流量の調整、非常時にそういったことを薬剤師ができるようにしてはどうかという議論を行いました。2013年の段階では、それは医行為に当たるので薬剤師はやってはならないという結論になったわけでありまして。

そういった意味では、先ほども申し上げたように、それから10年たって在宅医療の在り方も変わりましたので、点滴の交換なり、機材も随分変わっていますので、それが医行為に当たるかどうかというところが大きな論点かと思っておりますので、そこについてはチーム医療の中での理解の中でやらなければ、薬剤師だけがしゃにむに点滴の交換だけやるということではなく、全体の中でのそういった役割を担っていく。それは多職種の中で、みんなの理解の中で、チームの理解の中で進めるべきだと思っております。

○大石専門委員 分かりました。

そうしますと、先ほどの看護師さんの問題に関しても、チーム医療の中の理解があればやってもいいといひますか、同じような形でお互い歩み寄って人的資源の少ない在宅医療現場を支えるべきだと理解いたしましたけれども、それでよろしゅうございますか。

○山本課長 引き続きであります。過去に訪問看護ステーションにおいて看護サービスを行う上で必要な物資について、簡単な薬剤も含めて議論した結果、訪問看護ステーションで購入して配置できるものというのはもう既に幾つかあるわけでありまして。その範囲をどう考えるかということは、医療全体の中で訪問看護ステーションが果たす役割、今の機能ということを考えて、医師・薬剤師・看護師といった方々からこの範囲は全然問題ないでしょうという合意があれば、それはそれでいよいよではないかと私は思っております。

○大石専門委員 ありがとうございます。

ぜひそうやって議論していただいて、歩み寄っ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。

では、桜井理事、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。

それぞれのお立場で「患者さんのために何とかしたい」と考えていらっしゃるということは本当に伝わってきました。私はチーム医療というのは縦割りになってそれを連携という言葉だけで捉えればいいというものではないと思っております。お互いの間で譲るところは譲って、にじみ出しの部分をカバーしていただきたいなと思っておりますので、ぜひそういう議論を正にこの場所でやっ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。

ほかはいかがでしょう。

スギメディカルさん、よろしく願いいたします。

○中嶋氏 ありがとうございます。貴重な御意見、大変勉強になります。

最後になると思うのですが私から。今回御提案した内容というのは、ちょうど一年半前の規制改革会議でも上げさせていただいた内容です。その後、いろいろな方から賛同の声もいただいて、ぜひそうやっていただければと思ってきたこの一年半でした。

今回、またこのような場をいただきまして、改めてお話をさせていただいて、我々は一企業ですので、現場で何が起きているのかということと伝えることまでと認識していますので、先ほども少しお話が出た医行為かどうかとか、法的構成については、我々では言及すべきではないと思っています。その辺りをどのように進めたらいいのかとか、我々にできることがあれば、ぜひ協力させていただきたいと思っておりますので、厚労省様を含め薬剤師会様、日本保険薬局協会様と一緒にどうやって改革できるかというところをこれから議論していければと思っております。よろしく願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

杉本委員からお手が挙がっていますので、よろしく願いいたします。

○杉本委員 ありがとうございます。

私からはスギメディカル様と厚労省様に質問させていただきたいのですが、先ほど薬剤師会の方からもありましたが、そもそも今回の対象の行為が医行為に当たるのかどうかも含めて議論をする余地があるのではないかというお答えがいただけたのは非常に大きなことではないかと思っております。スギメディカル様からの報告資料の中には、こういった点滴の交換などについては薬剤師の業務の範囲内に該当するのではないか、この行為が下記に該当するものと考えますというふうに1、2、3と挙げられておられるのですが、まず1つ、この行為は下記に該当するものと考えるところから、点滴の交換というのは薬剤師の業務の範囲に該当すると捉えることが、現在の機材などの発展などもあって薬剤師の業務の範囲内と考えられ得ると考えておられてプレゼンの報告書の中にこのような記載をされているのかということが、スギメディカル様への質問になります。

それを踏まえまして、先ほど厚労省様からは今回の対象の行為が医行為に該当するとい

うところから、そういった法律の範囲内での業務からは反してしまうということで、医行為に当たってしまうから薬剤師にはできないということだったので、スギメディカル様のこの行為というのが薬剤師の業務範囲内に当たると考えておられるという解釈に対して厚労省様がどう考えておられるのか、医行為に該当するか否かの検討をする余地もあるのかどうかも含めて、その部分についてお考えをお聞かせいただければと思います。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 では、まずはスギメディカルさん、よろしくお願ひいたします。

○中嶋氏 ありがとうございます。

まず、薬剤師の業務範囲かどうかということについては、我々としては薬剤師の業務範囲を定義する立場にはないので、意見は差し控えさせていただこうと思うのですが、ただ、資料に書いてあることというのは実際に我々が考えていることでして、要は薬剤師は、点滴の薬剤のことも分かった上で、フォローアップもできる上で、その薬を持っていく、そこから先の点滴交換等の行為は十分できるだろうとは思っています。少なくとも現場の薬剤師はそう思っています。

かつ、そのところというのは、薬学部のコア・カリキュラムにも入っている内容ですので、基礎的な知識も持っているという前提を、我々として考えているところです。これが、薬剤師の業務範囲なのか、医行為なのか、診療補助なのかという法的構成については、ぜひこれから議論していただき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。

厚労省さんにも確認になりますけれども、これはどういう解釈になりますか。

○山本課長 医事課長でございます。

このパワーポイントだけで100%確実にというのはなかなか申し上げにくいところがあるのですが、拝見する限りにおいては、医行為に該当するものではないかと考えております。

その上でどう対応していくかにつきましては、今日、様々御議論いただいたとおり、現場の問題を解決するというのが最大の目的だと思っておりますので、そのためにどういう方法があるのか、実態を踏まえて考えていきたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

日本薬剤師会さん、お願ひします。

○安部副会長 ありがとうございます。

最初の山岸先生の話に戻って恐縮ですが、御指摘の中で、なかなか薬局の対応が行き届かない地域が過疎地を中心にあつたということでもありますので、我々も我々の立場でどのような状況かというものは、医療計画を待たずにしっかりと見ていきたいと思っておりますので、できればどういった地域でどういうふうに足りなかったかというデータがありま

したら、差し支えなければ日本薬剤師会に情報提供いただければ、我々もしっかりと検討いたしますので、よろしく願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。本件につきまして、ほかに何か御質問はありますでしょうか。議題1全体を通してでも構いませんけれども、いかがですか。大丈夫ですかね。

では、議題1はここまでとさせていただければと思いますが、いずれにしても、3つ全部を通してなのですけれども、現場が困っているということだと思います。これはもはや構造問題ではないですか。幾つかけしからん薬局がいるとか、幾つかけしからん事案があったという話ではなくて、構造的にそれぞれみんなは頑張っているわけであって、別に誰かがなまけてるわけではなく、全体の構造的な問題としてこれは理解したほうがいいのかなという気がします。

では、大石先生から手が挙がっているので、終わる前に大石先生からお願いします。

○大石専門委員 ごめんなさい。先生、先にポイントの整理をしていただければ。私はもう一個だけコメントしたかったです。

○佐藤座長 了解しました。

ポイント1は、つまり構造問題として理解しなければならないかなということと、それから、2つの言葉が出ていますね。「壁」という言葉と「にじみ出し」という言葉で、恐らくこれまでの連携は壁を前提にお互いに連携するのですが、壁というのは手がつながないのですね。したがって、連携というのは実は難しい。もちろんにじみ出しというのはお互いのテリトリーに歩み寄れば手はつなげるわけですから、それによって有効な対応ができるのではないかと、困っている患者さんにもスピーディーに応じられるのではないかと話になってくると思います。草場先生はもう退室してしまいましたけれども、チーム医療というのはヒエラルキーではないのだ、つまりそれぞれの医療の現場の人たちが皆対等のパートナーとしてやるからチーム医療なのであって、誰か1人ボスがいるわけではないということだと思いますので、タスクシェアというのは対等な立場でのチームづくりであるということも考えていかなくてはいけないかなと思いました。

最後ですけれども、調査はいいのですけれども、やはり現場の実態を踏まえて早急な対応というのが必要だと思います。じっくり考えなくてはいけない対策もあるので、今日伺った話についてはいずれも緊急な対応を求められる分野だと思いますので、調査して5年後に対応しますでは救われる命も救われないということになってしまいますので、ぜひそこはスピード感を持ってとよく規制改革は言いますが、迅速な対応が正に求められる分野かとは思いました。

では、大石専門委員、よろしく願いします。あと、落合専門委員からも。この2人でこの議題はおしまいにしたいと思います。よろしく願いします。

○大石専門委員 手短にもう一個だけポイントといいますか、コメントを申し上げますと、今までのいろいろな法体系というのは、病院医療や診療所の外来での医療を前提として立

てられていると思うのですね。そうすると、例えば病院だったら病院の中に薬剤師さんもいらっしゃるし、看護師さんも数がいらっしゃいますし、そもそも患者さんはナースステーションから非常に近いところにいらっしゃるという状況の中でどうするのかということで法体系がつくられていると思うのですけれども、在宅医療というのはこれだけ大きくなって重要になってきてこれからどんどん伸びる中では、全然違う考え方、背景が必要になってくると思います。やはりリソースが非常に少なく、アウェーの場で、いろいろな職種の人たちがいわゆる一般的なチーム医療を超えてどんどんできることをやっていかないと、在宅医療というのは成り立たないという状況になっていると思うので、その特殊な場面の中でどういうふうにして考えるのかというのは、今までの延長上から切り離して考えないといけないのだと思うのですね。

また、その意見を聞く方に関しても、例えば看護協会さんは今回出ていないですけども、看護協会さんみたいに病院の看護なども全部含めて見ていらっしゃる方よりは、訪問看護に特化されているいろいろな団体さんであるとか、また、薬局に関しても、訪問薬局に割と力を入れていらっしゃる場所にお伺いするだとか、何か意見を聞く相手なども変わってくるのではないかなと思いますので、今後どうあるべきかというところまで遡ってお考え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、最後に落合専門委員、よろしくお願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

私も特定のテーマだけではなくて全般にわたってですけども、病院に通院してもらってという形ではなくて、御自宅も含めてというのが現実的に選択される時代になってきている中で、全体として構造的に人がどのくらいいるのか、事業として成り立つ範囲がどうなるのかが変わってきている中だと思います。例えば特定行為研修であっても修了者がなかなか増えないということであったり、若しくは専門の職種の方であっても、本当は1人で回さざるを得なくなり、それがいいかどうかともかく現実としてそういう場面は起こり得るのだと思います。そういうときに結局法的な整理のために必要なことができない、つまりそれは放置しておくことになるという整理の仕方というのが、非常に全体として問題になってきていると思います。改めて役割であったり、若しくは職業としてこの世界に入ってくる方というのは、もちろん転職などはしやすい時代になってきているのでほかの職種に行っていただくこともあるかもしれませんが、とはいえ、例えば20歳前後で入ってきて40～50年働いていかれたりするときに、そのたびにこういう勉強はしていなかったのかという話になってきているのが今の状況だと思います。本当にどういうことを勉強して、その方にとってキャリアがどういうふうに地方においても適切に形成できるのかも踏まえた上で、役割の在り方だったり、構造的に無理なものはどういう形で対処するかを考えることを適切に全体的に考えていただきたいと思います。

一方で、できる範囲で早めにできることは早めに処置をしていただくとともに、特に関心のある事項、例えば直接体に対して介入していくことについては当然ながらいろいろな判断もあるかもしれませんが、一方で、単にもともと得意とされているような領域であったり、隣接した知識を既に学習されていることが一般的に予見されるような範囲などについては、早めにできる整理を変えていただくとともに、若しくはできる範囲を明示していただくといいと思いますが、そういうことをまずしっかり行っていただきたいと思いました。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、議題1はここまでとさせていただきます。委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の制約上発言できなかったことがあれば、事務局に明日までに御連絡ください。事務局から厚労省にまとめて連絡をいたします。

次は議題2なのですが、すみません、私は別の会議がありまして、ここから先は武井座長代理に進行をお願いいたします。

では、武井先生、お願いいたします。

○武井座長代理 よろしく申し上げます。

続きまして、議題2「各種レセプト関連業務のDXによる受診円滑化等について」に入らせていただきます。

まずは御出席の皆様を御紹介いたします。全国がん患者団体連合会の桜井なおみ理事様には先ほどの議題から引き続き御出席いただきます。ありがとうございます。あと、健康保険組合連合会から松本真人理事様、社会保険診療報酬支払基金から須田俊孝理事長特任補佐様、厚生労働省様から三田一博サイバーセキュリティ・情報化審議官様、日原知己大臣官房審議官様、デジタル庁から内山博之次長様に御出席いただいております。本日は大変お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

それでは、まず健康保険組合理事会様より10分程度で御説明をお願いできればと思います。よろしく申し上げます。

○松本理事 ただいま御紹介いただきました、健康保険組合連合会理事の松本でございます。本日はこうした形で発言の機会をいただきましてありがとうございます。

早速ですが、論点になっております3点につきまして、本会の主張・要望を順に説明させていただきます。

まず、前提として、今回は3つのテーマがありますけれども、共通的に社会保険報酬支払基金という組織が出てまいります。そこを我々健康保険組合の関係を少しだけ御説明いたします。私どもは、診療報酬明細書、レセプトと呼んでおりますけれども、その内容の整合性の審査、また、それに基づきます医療機関への支払い並びに出産育児一時金に伴う支払いと特定健診に関する費用決済等の内容を支払基金様に委託しております、基金様が契約に基づきましてそれを受託しているという関係にあるものでございます。

それでは、資料の2-1を御覧ください。資料の2ページ目に我々の主張と現状をまとめております。現行では、公費対象の患者は令和6年秋の健康保険証の廃止以降であっても、保険医療機関等を受診する際にはマイナンバーカードをカードリーダーに提示し、オンライン資格確認を行う一方で、公費の受給者証を窓口で提示しなくてはならないという二度手間が生じることとなります。

対象患者がマイナンバーカード1枚で受診可能になるには、オンライン資格確認システムに公費負担医療制度の受給資格を登録する必要があると見られます。利便性の向上の観点から、地方自治体独自の医療費助成制度を含む全ての公費負担医療制度について、保険証と同様に受給資格、期間、助成の範囲、負担割合等の情報をぜひマイナンバーカードに格納すべきであると考えております。これにより、患者はマイナンバーカード1枚で保険者負担分と公費負担分の受給が可能となります。

次のページは公費負担の一例として乳幼児医療費助成制度の例を示しておりますが、詳細な説明は割愛いたしますけれども、そこに記載のとおり、都道府県ごと、地方自治体ごとに独自の判断基準とする制度になっておりまして、医療機関や保険者にとっては非常に煩雑な業務となっております。また、これがなかなか全体として把握されていないという問題もございます。

次のページは、オンライン資格確認等システムに公費登録が行われた場合のメリットを挙げております。公費受給者証の廃止につながることで、患者はマイナンバーカードのみを提示することにより公費負担による医療を受けることができ、患者の利便性の向上につながります。

また、複数制度の併用の複雑な算出も審査支払機関での算出が可能となるため、この審査支払機関というのは先ほど説明した支払基金様などが該当いたしますが、患者はマイナポータルで公費負担を反映した医療費の確認が可能となるため、医療費の透明性が図られるとともに、医療費控除の手续にも役立つこととなります。窓口業務においても、マイナンバーカードを読み取るだけで資格情報と公費助成情報を取得することができます。

また、地方自治体独自の公費について、支払基金が全てを受託した場合、保険者及び地方自治体への請求が1枚のレセプトで可能となり、全ての公費受給資格の確認も併せて行うことになり、請求事務の更なる効率化につながります。

一方、地方自治体は公費受給者証の発行義務がなくなるほか、独自の医療費助成制度受給対象者の情報を保険者にも提供し、保険者はそれを都度入力する業務が発生しているため、これらの効率化にもつながります。

また、これまでの公費対象者の資格喪失後受診では、医療機関への返戻、又は患者が旧保険者へ医療費を返還の上、新保険者へ請求とされていた手続が必要であり、保険者や患者にとって煩雑な作業を要するものとなっております。オンライン資格確認等システムに公費登録が行われた場合には、審査支払機関において振替・分割請求をすることが可能となり、患者の手続も不要になるメリットがあります。

こうした形で患者、医療機関、地方自治体のそれぞれがメリットを得られるということでもあります。

以降のスライドは参考になりますので、後ほど御確認ください。

続きまして、レセプト原本一元化についてです。スライドの8ページを御覧ください。審査支払機関でレセプトが一元管理された場合、現在は保険者ごとに管理しておりますけれども、セキュリティーの強化や大規模災害での医療体制の維持につながります。

今回の主張といたしましては、下部の「まとめ」にありますように、審査支払機能の在り方に関する検討会で提案いただいた「支払基金のレセプト原本一元化システム」の導入に向けた検討の再開を要望するものであります。一元化の具体的なメリットとしては、大規模災害に被災した医療機関及び保険者から依頼を受けた審査支払機関が再度写しを提供することが可能になるほか、保険者ごとの管理でなくなることから、全体としてセキュリティーの強化につながります。審査支払機関が保険者からレセプト原本を取り寄せることなく再審査事務が行えるため、保険者や審査支払機関の業務効率化にもつながります。審査支払機関においてレセプトを一元管理する場合には、長期にわたる統計や分析も可能となります。また、ビッグデータを活用した保健事業の充実及び保険者支援事業の拡大も期待できます。

次ページ以降は、レセプト原本データ一元管理のイメージと検討会の報告書の抜粋、2021年4月に支払基金様が提出した論点になりますので、御確認いただきたいと思います。

それでは、最後に社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについてになります。資料は13ページを御覧ください。

支払基金改革の現況と本会の考え方をまとめております。支払基金改革は、システムの高度化を図り、審査の効率化や審査事務の集約化が進められ、令和3年9月からはAIによる振分機能を用いたレセプト審査が導入されており、職員・審査委員が確認するレセプトが令和5年10月には10%になる見通しと聞いております。あわせて、審査委員の在宅審査の取組も進められているところです。

その一方で、審査会費について、20ページにございますが、令和7年度までの中期財政フレームにおいて、年間約115億円とほぼ横ばいの見通しが示されております。本会といたしましては、審査支払事務のAI化に伴う審査委員会の役割を見直す必要があり、基金改革を審査委員会費にも反映させるべきと考え、4点の要望をまとめました。

1点目、支払基金の審査事務の効率化やAI化に伴う審査の合理化に合わせ、審査委員会費及び審査手数料の低減目標をぜひ設定していただきたい。

2点目、在宅審査の費用対効果を検証の上、更に拡大していただきたい。

3点目、審査委員会費について、その内訳等について透明化を図るため、保険者に開示していただきたい。

最後の4点目ですが、47都道府県に設置されている審査委員会をブロックごとに設置するなどの効率化・集約を目指すべきと考えております。

以降の資料は本件の内容に関連した支払基金作成資料の抜粋になりますので、後ほど御高覧いただければと思います。

以上、雑駁でございましたが、私からの説明は以上になります。

○武井座長代理 分かりやすい御説明を誠にありがとうございました。

続きまして、厚生労働省様より10分程度で御説明をお願いできればと思います。よろしく申し上げます。

○三田審議官 厚生労働省です。よろしく申し上げます。

まず、1点目のオンライン資格確認による公費負担医療制度の受給資格の確認への対応について説明させていただきます。

資料の1ページを御覧ください。医療保険のオンライン資格確認の概要です。オンライン資格確認とは、医療機関・薬局の窓口でマイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、患者の方の直近の資格情報、例えば加入している医療保険や医療保険制度における自己負担限度額等がオンラインで確認できるようになる仕組みです。

2ページを御覧ください。オンライン資格確認の導入を予定している公費負担医療制度の一つとして、生活保護の医療扶助の例を紹介させていただきます。医療扶助とは、生活保護受給者の医療費を公費で負担するものであり、各自治体で発行する医療券等を利用して給付を行っています。医療扶助にオンライン資格確認を導入することにより、これまで以上に迅速・確実な資格確認を実現するとともに、被保護者の紙医療券等の受け取りや福祉事務所の医療券等発行事務に係る負担軽減等の効果が期待されます。

また、生活保護受給者についても、医療保険と同様に健診情報や薬剤情報等をマイナポータル及び本人同意の下で医療機関や薬局において閲覧することが可能になり、よりよい医療が受けられるようになります。

一方で、医療扶助は福祉事務所受診する医療機関等を個別に決定・委託するという方式であり、オンライン資格確認導入後も医療扶助の適正な実施を確保するため、この方式を維持します。

このように、医療保険におけるオンライン資格確認の仕組みを最大限活用しつつ、医療扶助独自の仕組みを維持する方針で、令和5年度中からの運用開始に向けた準備を進めております。

3ページを御覧ください。本年2月にマイナンバーカードと健康保健証の一体化に関する検討会において公表された中間取りまとめでは、「公費負担医療の受給者証とマイナンバーカードを一元化すれば、カードのメリットやカード取得のインセンティブになるのではないか」という意見があり、医療DXの取組の中でその実現を図る」と記載されています。

4ページを御覧ください。医療DXの推進に関する工程表（骨子案）でも、全国医療情報プラットフォームの構築について、公費負担医療や地方単独の医療助成などに係る情報を共有していくこととされています。御要望いただきましたオンライン資格確認による公費

負担医療制度の受給資格の確認につきましては、3ページや4ページで記載している方針も踏まえて、まずは公費負担医療制度においてオンライン資格確認を実現することのメリットやその制度の仕組みを構築するに当たっての課題等について整理し、1ページ、2ページで御説明した医療保険や医療扶助のオンライン資格確認の事例も参考にしながら、デジタル庁とも連携をして検討を進めてまいります。

以上です。

○日原審議官 次のスライドを見ていただきたいと思いますけれども、ここにございますように、本件は、先ほども御説明がございましたが、今は保険者の方がレセプトの原本を保管されておりますことから、医療機関などからの再審査が出てきた場合には、支払基金では保険者にレセプト原本の送付を依頼して、保険者から送付をしてもらって再審査を行うということになってございます。こうしたやり取りを省略できないかということで、令和3年に保険局の検討会で御議論いただいた事項でございます。

次のページを見ていただきたいと思いますけれども、スライドの2と3が、そのときの対応案としてお示ししたものでございます。時間の関係もございますので、詳しい御説明は省かせていただきますけれども、先ほどの健保連様からの資料にもございましたとおり、当時からこれは保険者によって御意見が異なっておりまして、継続して検討ということになっていたものでございます。

次のページを見ていただきたいと思います。こちらに現状と課題を書かせていただいておりますけれども、ポイントは2つ目のポツでございまして、保険者によりますレセプト原本一元管理業務の支払基金への新たな委託という論点でございますので、全ての被用者・保険者の方にとってメリットがある仕組みでなければならないということと、業務運用が効率化されるかどうか、それからシステム改修費用などの費用対効果はどうかといった観点からも、全ての保険者の合意の下で進める必要があると考えております。

ただ、現時点でも保険者間では御意見が異なっておりまして、一部の保険者は必要性を感じていないと伺ってございます。本件の検討については厚労省、支払基金、被用者保険の保険者による協議の中で進めることとなるわけでございますけれども、その際には、この検討会の開催時からオンライン資格確認の導入が進展していることや、支払基金におけるデータヘルスの取組が進んでいるといった新たな要素にも留意しながら進める必要があると考えております。

それを次のページのスライドにまとめておりますので、御覧いただけますでしょうか。まず1点目でございますけれども、オンライン資格確認によりまして、医療機関からの再審査請求の減少があるということはどう考えるかということ。

それから、②でありますけれども、レセプトの返付などに関する事務負担といたしますのは、各保険者におかれても電子レセプトをデジタルで管理されていると思いますので、それほど大きくないのではないかという点をどう考えるか。

それから、3点目でありますけれども、公費実施機関からの申出につきましても、資格

関係のものにつきましては、将来的にオンライン資格確認が可能となれば減少が見込まれることをどう考えるか。

それから、最後にレセプトデータを活用した分析という点では、支払基金が委託を受けてNDBの運用、あるいは健康スコアリングレポートの健保組合などへの提供のほか、保険者様などからの依頼に基づいてレセプト情報を活用したデータ提供・分析などの取組を行っていきまして、こういう状況の変化も踏まえて検討していく必要があると考えております。

続きまして、③になりますけれども、審査支払事務のAI化に伴う審査委員会の運営見直しについて御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、スライド1でございますけれども、こちらの水色の部分は令和2年7月の規制改革実施計画の中で支払基金について措置すべきとされた事項でございます。この内容に基づきまして、この下の「現状と今後の検討」にございますように、昨年10月に47都道府県にありました支部を廃止いたしまして、審査事務を全国14か所の審査事務センターの分室に集約してございます。全国統一的な業務実施体制へ移行したということでございまして、今後も更に効率的な組織体制を検討していくこととしてございます。

次のページからは、個別のテーマについて御説明したいと思っておりますけれども、まず、審査事務センターの分室についてでございます。審査事務センターへの集約につきましては、職員の方の中には御家庭の事情などでそれに伴う転居が難しい方もおられまして、そうした方たちへの配慮は、ここにございますように国会の附帯決議でも求められているところでございます。

こうした転居の難しい方々が都道府県をまたいで通勤できる選択肢を確保して、豊富な知識・経験を持っておられる職員の方が離職せざるを得ないといったことがないように、分室を全国4か所に設置してございます。現時点でということ申し上げますと、集約後まだ半年というところでございまして、フレックスと在宅勤務の制度をフルに活用してようやく分室での勤務をこなしているという職員の方もおると伺っておりまして、分室の廃止は困難でございますけれども、今後は職員の方の実情に十分配慮しつつ、在宅勤務の状況などを見ながら廃止を検討することとしております。

次のスライドを見ていただきたいと思います。こちらは審査委員会の運営に関するものでございます。質の高い審査を維持するためには、各都道府県の医療機関や医師の状況を十分に知っている審査委員が審査や指導を行うことが必要でありますことから、審査委員会は引き続き47都道府県に設置してございまして、これは法改正時の附帯決議でも、そこにはございますように決議をされてございます。

それから、在宅審査につきましては昨年の6月から開始しておりまして、本年2月時点で見ますと、3割程度の審査委員の方が在宅審査を実施しているということでございます。昨年9月のアンケートで見ますと、9割程度の審査委員の方は事業所勤務と組み合わせた形でこの業務運営をされているということでございます。在宅審査については引き続き充実を図ることとしておりまして、その効果についても分析をしていく必要があると考えて

おります。

それから、次のスライド4にまいりまして、こちらは審査委員会経費に関する取組について御説明させていただきたいと思っております。審査委員の方の多くは非常勤でありますことから、審査委員会の経費につきましては、審査の従事時間、あるいは業務量に応じた手当額としていくことが重要と考えておりまして、本年6月の審査委員の改選後からは、新たな手当制度へ見直すこととしてございます。

具体的には、現在の審査委員会の出席回数ベースによる支給方法から審査時間をベースとした形に変更しまして、今後、そのAI振分けによる目視対象レセプトの削減に伴いまして審査の従事時間が減れば、それに比例して支出も減っていくという仕組みにしたいと考えてございます。

それから、最後になりますけれども、6ページにまいりまして、こちらにはこれまでの支払基金改革による財政効果をまとめてございます。令和7年度までで、平成29年度と比べて78.5億円の財政効果を見込んでございまして、実際に平成30年度から令和3年度までの4年間におきまして、既に60億円の財政効果の削減を達成してございます。

こうした財政効果を活用しまして、令和5年度より審査支払手数料の階層化、具体的に申し上げますと、その下にありますように、判断が明らかなレセプトと一般分のレセプトに区分して手数料の設定を行うということを実現しているということでございます。

私からの説明は以上でございます。

○武井座長代理 御説明、誠にありがとうございました。

続きまして、デジタル庁様から5分程度で御説明をお願いできればと思います。よろしくお願いたします。

○内山次長 デジタル庁でございます。資料2-3を御説明させていただきます。

1ページ目は、先ほど厚生労働省からも御説明がありましたけれども、医療DX推進に関する工程表でこのような記載がされてございます。こうしたものを受けまして、デジタル庁では、厚生労働省とも連携をしまして、特に乳幼児の医療費助成、地方単独事業などを中心にプロトタイプのシステム、先行事業を実施しようとしてございます。令和4年度補正予算を使って乳幼児医療費助成受給者証と予防接種の接種券情報などを自治体・患者・医療機関が管理・共有できる仕組みを幾つかの自治体でモデル的に先行的にプロトタイプをつくらうと考えてございます。

もう4年度はあと2日ですので、実際は5年度に入ってからつくることになると思っておりますけれども、御案内のように、乳幼児医療費助成などの地方単独事業は、それぞれの自治体で制度なども違いますので、これからどうしていったらいいかということを実証・検証するために、こうしたものを幾つかの自治体でつくらせていただければと思っております。

短くなりましたけれども、私からの説明は以上でございます。

○武井座長代理 ありがとうございます。

では、ここから質疑に入りたいと思います。全部で3つの事項がございましたが、1つ目の公費負担医療の話と2と3の話は分けまして、まず1つ目の話を先に議論させていただければと思います。御発言等がございます方は挙手をお願いできればと思います。

座長代理の私から厚労省さんとデジタル庁さんに御質問なのですが、オンライン資格に関して、自治体さんの個別の判断に全部委ねるのかどうかという論点があるような気がしています。ローカルルールという論点についてはこのテーマに限らずほかのところでもいろいろ論点になっているのですが、地方自治という概念の中で、法律制度の要件などの実体面と、法制度の中のそれ以外の手続のプロセスルールがあって、特に後者のプロセスのほうについて、各自治体ごとにばらばらだと、いろいろな形でデメリット、弊害、非効率性、あと国民の方から見た利便性を損なうという論点があるのだと思います。そういう論点に関しまして、このオンライン資格の確認対象にするかどうかとか、支払基金さんに委託するかどうかも含めてどういう方向性でお考えなのか、それとも今の論点を踏まえて今後検討するということなのかというローカルルールの取扱いについて。この話は申請される方の目線から見てどういう利便性があるのかということ考えたときにこのローカルルールの話の論点が出てくると思うのですが、この点に関しまして、もしこの段階で厚労省さんとデジタル庁さんのほうで何かコメント等がございましたら、お願いできればと思います。

○三田審議官 厚生労働省でございます。御指摘いただきありがとうございます。

デジタル庁さんの御説明にもありましたとおり、正にこれからどんなことができますかといったことを幾つかの自治体に御協力いただきながら考えていくということになります。

実際のお話として、現在、公費負担医療の特に地方が単独で行われているものにつきましては、それぞれの地方の御判断によって実施がされている。同じような観点で行われている、例えば乳幼児に関する医療費助成やお子様に対する医療費助成などもかなりたくさん自治体で行われているものであっても、それぞれの内容は自治体によって違うという現状がございますということでございます。これはずっとそうであったということなので、そうした中でいろいろな当事者の方々や関係者の方々から今日も御指摘があったようなマイナンバーカードなどを活用してオンラインで便利にしていけないかという御意見が出てきていることを承知しているということなので、正にこれから御指摘いただいた論点も含めてどんなことができるかということデジタル庁さんとも協力をしながら検討していきたいというのが今の現状ということで御理解をいただければと思います。

以上でございます。

○武井座長代理 デジタル庁さん、いかがでしょうか。

○内山次長 デジタル庁でございます。

制度面は今、所管が厚生労働省ですし、厚生労働省からのお話にあったとおりだと思っております。

一方で、今、座長からお話のありましたプロセスですが、私どもシステムを所管

している立場から言えば、いわゆるマイナンバーカードを保険証として使えるようになりつつあるわけですが、これは当然全国統一のシステムでできています。この文脈の中で、今回の公費負担医療ないし乳幼児医療費は、健康保険証がマイナンバーカードでできるにもかかわらず、別途紙を持っていかなければいけないのかというのが国民の皆様の声だと思っております。

そういう意味では、今の制度的には特に地方単独事業はそれぞれ1,741でばらばらではありますけれども、マイナンバーカードを使ってできないかというシステムのところは、基本的には全国で一つのシステム的なものができ、それをそれぞれの自治体が使っていたかどうかというのはそれぞれの自治体の判断かもしれませんが、ベースになるものは全国共通でつくるべきだし、それをつくっていかうと考えています。

ただ、それをつくるに当たって、今、正に1,741でばらばらですから、どういうふうにつくっていくかは少し研究をさせていただかないといけないと思っております。

ちなみに、コロナのワクチンで、デジタル庁でVRSというワクチンの記録システムを作りましたが、これもシステムとして提供しているということでもございまして、それぞれの接種記録は自治体が持っておりますし、その接種記録をVRSに入れるかどうかというのは、基本的には自治体の判断でございます。自治体内に医療機関がないという町が1つ参加しなかったことがあったと思っておりますけれども、結果的に基本的には全ての自治体に参加していただきましたが、国で作ったシステムを使っていただくかどうかは判断だと思っておりますけれども、用意するのは全国共通だと考えてございます。

○武井座長代理 ありがとうございます。

これは本当によくほかの箇所でも出てくるのですけれども、自治体ごとに個別に判断を留保すべき合理性というか、正当な理由といたしましうか、そういうものが問われている議題だと思っております。実体法に関してはある程度地方自治があると思うのですけれども、プロセスという言い方をさせていただいていますが、プロセスがばらばらであることで、システムの対応であったり、支払基金さんに委託するかをどうかを含めて、それによっていろいろ起きている国民の利便性・不便を考えたときに、本当にばらばらであることを主張するどこまでの正当な理由があるのかということを見ている上での制度設計をすべきだと思っております。とにかく自治体の判断でということだけだと、逆に手を挙げるほうも手を挙げるのにもう一回判断しなくてはいけないという状態が本当にいいのかということにもなるので、ローカルルールの取扱いという論点が大きくここに介在すると思っております。そこを本当にやらないと、本当の意味での国民の方からの利便性が達成されないのではないかなと思うので、ぜひその論点に関しては正面から向き合ってください、厚労省さんとデジ庁さんと連携して見ていただければと思うところでございます。

松本さん、1つ目の論点に関して、先ほどの厚労省さん、デジ庁さんの御説明を含めて何かコメント、その他はございますでしょうか。

○松本理事 どうもありがとうございます。

今、武井様からお話があったとおりで、地方自治体の意向を考えることはもちろん重要だと思えますし、地方自治体ごとに何を助成するかはもちろんあると思うのですが、私も御説明したとおり、せっかくマイナンバーカードというのは非常に便利なツールになろうとしているものですから、その情報をぜひ入れていただきたいのと、残念ですが、厚労省様とデジタル庁様からこれをいつまでにやりたいというスケジュール感が全くなかったものですから、マイナンバーカードの保険証化に関しては令和6年と明確に出ているわけで、そうすると、それが1年後ですか、2年後ですかという期待を持つと思うのですが、この辺について、今お考えの計画なり、構想があれば、ぜひ御紹介いただければと思います。

○武井座長代理 厚労省さんとデジ庁さん、お願いできますでしょうか。

○三田審議官 厚生労働省でございます。

今、正にいろいろな御意見、御指摘をいただいているところでありまして、それから座長からも、要望されている健保連からもいろいろ御要望いただいているとおり、いろいろな論点が挙げられ、検討が必要という指摘になっているということだと思います。

やや繰り返しになりますけれども、自治体ごとに現状があって、自治体ごとに様々な状況になっていて、それらを一体どのように整理をしてシステム化していけるかということは、多少の研究が必要ということだと考えていますので、先ほどデジタル庁さんから実証事業などのお話があったけれども、そういった状況を踏まえながら、そのスケジュール感も含めてこれから検討していくということで考えているということでございます。

以上でございます。

○武井座長代理 デジタル庁さん、何かございましたら、いかがでしょうか。

○内山次長 基本的に今、厚生労働省がお答えになったとおりなのですが、先ほど厚生労働省と私どもから医療DXの推進に関する工程表（骨子案）の説明をさせていただいたわけですが、これは一応骨子案でございますので、今後またこの工程表を作っていくということになっていきますので、その工程表の議論の中でも検討させていただければと思っています。

○武井座長代理 松本さん、よろしいでしょうか。

では、お手が挙がっていますので、戸田委員、お願いいたします。

○戸田専門委員 ありがとうございます。

現在、デジタル庁様で取り組まれている自治体システムの標準化ですが、標準化の議論がスタートする、かなり前のことだったと思うのですが、公費扶助については標準化の対象にしないという結論が出たと思うのですね。自治体によってかなり補助内容も違いますし、認定基準もかなり違う、毎年のように変更しているところもあるし、小規模自治体になると対象者の数が非常に少なく、システム化の負担ができないという意見もあつたりして、結局標準化の対象にはしないという話になったのですが、これは先ほどの御説明ですと、標準化のような一律の取組をするのではなくて、希望する自治

体だけがやっていくという形だと考えてよろしいのでしょうか。乳幼児健診などの非常に数が多いものはつくるけれども、そうでないものは自治体の判断で切り捨てるものは切り捨てるという仕切りなののでしょうか。

○武井座長代理 厚労省さん、いかがでしょうか。

○三田審議官 厚生労働省でございます。

ここもやや繰り返しになってしまいますけれども、現状で非常に多様な状況になっていて、状況を確認しながら、点検しながら、これから進めていくということになるのだと思います。まずはデジタル庁さんのほうで先ほど御説明があったとおりの検討、研究なりをされていくので、そうした中で一緒にそこを追って連携をして検討を進めて、それから、先ほどスケジュールのお話もありましたけれども、そうしたことも含めて今後どうしていくかということ併せて検討していくということかと思えます。

現状、様々な自治体の状況というのがあって、大きなところも小さなところもあり、制度的にも様々、内容的にも様々であるということなので、そうした状況を踏まえて何をどこまでやっていけるかということかと思えます。

デジタル庁さんのほうでシステムについて、そうは言ってもある程度共通的な部分が用意できないかという観点から検討されるので、そこで制度や仕組みによっては多くの自治体が参加可能になるのか、あるいはなかなか限界があるのかといったことも含めて検討していった、対応の方向性を考えていくということだと思っているところでございます。

以上です。

○武井座長代理 戸田委員、どうぞ。

○戸田専門委員 ということだと、あまり多くは期待できないと考えていたほうがよろしいでしょうか。国民からすると、全てを網羅していただかないと受給資格があるのかどうかといった判断もつかないし、優先順位がどうなっているかということも調べなくては分からないというのが現状なのですけれども、そういったものは解決できないということではよろしいでしょうか。

○三田審議官 厚生労働省でございます。

現時点でそういったところまで含めて明確にお答えすることはなかなか難しいということではございますけれども、多くの当事者の御意見なりお声がありますし、マイナンバーカードの活用などといったことも含めて多くの方のメリットになるような道を考えていくということは大事なことだと考えていますので、今時点でこれはどうなのだと行って、そうだとか、そうではないと言うのはなかなか難しいということをぜひ御理解いただきたいのですけれども、デジタル庁と協力をして、連携をして、なるべくよい方向に行けるようにそういう検討をしていきたいということでございます。

○戸田専門委員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○武井座長代理 前向きな御回答であると理解いたしました。

それでは、大石委員、お願いできますでしょうか。

○大石専門委員 ありがとうございます。

前向きな回答だったかどうかよく分からなかったので、同じようなことをもう一回申し上げるのですけれども、どういうものを公費助成するかどうかというのはそれぞれの自治体の判断だと思うのですけれども、住民から見ると、自治体というのは道を挟んで向こう側は別の自治体ということは普通にあるわけですね。そうなってくると、道のこちら側の病院に行くときには要らないけれども、向こうに行くときは要るということになってくると、結局紙と両方持って歩くことになるではないですか。

病院側から言っても、紙も来るかもしれないし、来ないかもしれないという状況になると、結局業務は減らないのですね。むしろマイナンバーカードと紙とが両方発生することによって業務は増えるのだと思うのです。

ですから、健保連さんが御説明されていた、今後こういうメリットが見込まれますということを全部おじゃんにする可能性があると思っているので、何を公費負担にするかどうかという自治体の判断と、それをどういうふうにしてプロセスするのか、要するにそのシステムを使うということについては全然別のものとして切り離してお考えいただいたほうがいいと思いますし、自治体に対する問いかけも、どうしますかというオープンエンドではなくて、基本的には公費に関してもマイナンバーカードを使うという方向性であるということの中でよほど困った状況を述べよということと、どうやったらそれに載せられるかということを考えてくださいという投げかけをしたほうがいいのではないかなと思います。

まだ現時点では明確な御回答がいただけないということは理解していますけれども、ぜひそういうふうに御検討いただければと思っています。

以上です。

○武井座長代理 では、幾つかまとめまして、次に大橋委員、お願いできますでしょうか。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

3点お伺いできればと思うのですけれども、まず1点目は、厚労省さんから健康保健証の取組について御提案いただいて、これは健康保険法の改正によってマイナンバーカードと健康保険証がひもづけられた。私の理解ですと、利用者証明用の電子証明書を検索キーとして利用するという結構スマートな方法を取られたのかなと思っているのですけれども、今回の公費負担についてはこうした法改正を伴う話になっているのかどうかということをお伺いできればと思っています。

2点目は、健康保険証のマイナンバーカードの利用についてなのですが、これは自治体によって違うということになっているのかどうかというのが2点目です。

3点目はデジ庁さんになのですが、マイナンバーカードの幅広い利用という観点で言うと、こうした個別法の一つ一つの改正の積み上げというのは現状では重要だと思っておりますが、その根っことしては、番号法をしっかりと改正することで利用しやすくするというのが本筋なのかなという感じもするのですけれども、その辺りについてどうお考えかという3点を教えていただければと思います。

○武井座長代理 では、大石委員の点も含めまして、厚労省さんとデジ庁さんにお願ひできますでしょうか。

○三田審議官 厚生労働省でございます。

まず、大石委員から、そもそも自治体ごとに制度が違うということをごをどう考えるのかという御指摘かなと受け止めさせていただきました。

○大石専門委員 ごめんなさい、制度ではなくて、何を助成するかということについては各自治体別の考え方でいいですけども、公費のものに関してマイナンバーカードを使えるようにするというについては統一がいいのではないかという意見でございました。

○三田審議官 失礼いたしました。

先ほどから繰り返しになって大変恐縮なのですけれども、制度が違うことによって登録しておくべき情報といったものも同じでいいのか、違ったほうがいいのかといったこともございますし、そういったことも含めてこれから検討していきたいということかと思ひます。まずはその状況を把握して考えていくということだと考えているということでございます。十分なお答えになっていないのは十分承知しているのですけれども、現状そういうことであるということ御理解いただければと思ひます。

それから、大橋委員から、一つはマイナンバーカードの健康保険証利用については法律改正を行いましたねということでございます。先ほどちょっと御紹介もしました、マイナンバーカードの医療扶助に関する利用についても法律改正を伴っているということでございます。

恐らくこれもこれから様々な検討が必要だと思ひますけれども、多分いろいろあって、公費負担医療制度の中でも法令に基づいて一律に行われているものがあるので、そういったものについて全国で一律に導入するといったことであれば、法律の改正がもししたら必要になるかもしれないということはあるかもしれません。

他方で、それぞれ任意にマイナンバーカードを活用していくということであれば、そこはどうかというまた少し違う議論があるかもしれません。

それから、公費負担医療の中には更に様々なものもありまして、国が担当して行っているようなものの中にも法律ではなくて予算をベースに行っているものや研究に近いようなものもあると理解して、そういったものはまた更に違う議論になるのかもしれない。

それから、先ほど来議論になっている自治体ごとというお話は、正に自治体ごとに条例で行われているお話だと思ひますので、それはまた更に別の議論になる。それほど公費負担医療の制度自体にすごく多様なものがたくさんあるということで、議論もそれぞれに応じた議論をきちんと積み上げていく必要があるということだと考えています。そういう難しさもあるということは御理解いただきたいかなというのが1つ目のお話でございます。

それから、健康保険証についてマイナンバーカード利用する場合に、自治体ごとに何か違うのかということがありますけれども、健康保険証の場合にはもう法令改正も行って、制度は違ひますけれども、全国一律に適用されるものでありまして、その仕組みの導入に

についても法律改正を行って導入しているものなので、これが何か自治体ごとに違いがあったらばらばらになっているといったことではないというのが一応の理解でございます。

3つ目のお尋ねはデジ庁さんへのお尋ねかと思しますので、私からは割愛させていただきます。

以上でございます。

○武井座長代理 では、デジ庁さん、お願いできますでしょうか。

○内山次長 御質問いただきました個別法の改正とマイナ法の改正との関係ですけれども、当然健康保険証は例えば健康保険法に規定があるわけですし、運転免許証もこれからまたマイナンバーカードを利用していくわけですけれども、これも当然道交法に規定があるわけございまして、当然それはマイナンバー法では規定はございませんから、そうしたものをやっていくというときには当然個別法の改正が必要になってまいります。

ただ、当然マイナンバー法と一体的に改正をするということはあるかかもしれませんけれども、マイナンバー法だけをいじればオーケーということにはならないかと思っています。

○武井座長代理 大橋委員、大丈夫でしょうか。

○大橋専門委員 はい、当面は。ありがとうございます。

○武井座長代理 大石委員も今の関連でしょうか。

○大石専門委員 よろしいですか。

さっきのお答えについてなのですけれども、ちょっとしつこいようで申し訳ないのですが、今の段階で明確なお答えをいただけないのは理解しているのです。それはさっき申し上げたとおりなのですけれども、やはり方向性についてお伺いしたくて、今から課題を調査はされるのでしょうかけれども、方向性としては公費医療をオンライン資格確認の対象にしていくということを目指していらっしゃる、それによって患者さんの利便性を上げたり、先ほど健保連さんがおっしゃっていた一連のメリットを取っていく方向であるという方向性に関してはどこを目指していらっしゃるかということについて、もう一度はっきりお伺いしたいというのが一つ。

あとは、どこかにあったかもしれないですけれども、介護保険はどうなるのですか。もしかするとどこかにあって私が見逃しているのかもしれないですけれども、お伺いしたいと思います。

この2つです。

○武井座長代理 では、厚労省さん、お願いします。

○三田審議官 厚生労働省でございます。

若干ふわふわしたような感じのお答えをしまして大変恐縮でございますが、私どもがお出した資料の3ページ目にありますとおり、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会というのを開催していて、その中間取りまとめにおきましても、囲みが2つあって、一体化には意義がありますよねとマイナンバーカードと健康保険証の一体

化の意義というのを考えた上で、更に公費負担医療の受給者証とマイナンバーカードを一体化すれば、カードのメリットやカード取得のインセンティブになるのではないかという意見もあって、医療DXの取組の中でその実現を図るということで書いております。

それから、現在パブリックコメントを行っております医療DXの推進に関する工程表の中でも、公費負担医療や地方単独の医療助成などに係る情報の共有などといったこともこれから考えていくということなので、方向感としてはなるべく多くの方の利便性を高めていって、その様々なメリットが享受できるようにという方向感を持っているということでございます。

一方で、先ほど申し上げましたように、内容を一つ一つ見ていこうというときには、多様な制度的な背景とか、自治体ごとに違うとか、ベースになる法的根拠がある・ないとか、様々なものがありますので、その辺りの難しさもありつつ、検討を進めていくということかと考えているということでございます。

これでもちゃんとしたお答えになっているかどうかというのはございますけれども、今の時点ではこういうお答えかと考えております。

もう一つ、介護保険証のお話をいただきましたけれども、介護保険証についてマイナンバーカードを活用して電子化をするという御指摘は従来からあるところでございます。ただ、介護保険証の利用の仕方というのは健康保険証の利用の仕方と少し違うところなどもあって、介護保険証のマイナンバーカードを活用した電子化については、今年2月27日に介護保険部会で議論を始めています。なるべく電子化をしていってデジタル化を進めるということで議論しているのです、それをこれから議論していくということであります。

以上でございます。

○大石専門委員 ありがとうございます。方向性の目線が合っていてよかったです。

難しいことはいろいろあるかと思えますけれども、一つ一つ課題を挙げて潰していっていただければと思います。よろしくをお願いします。

○武井座長代理 お待たせして申し訳ありませんでした。桜井理事、お願いできますでしょうか。

○桜井理事 ありがとうございます。

本当に今は多様な支援が自治体ごとにあって、それが自治体の個性にもつながっていると私は思っているのですが、そういった大切な情報が、すごくホームページの奥深い場所にあって、本当に探せないのです。私たちもがん患者さんの支援などをやっても、そんな支援があったんだという声をよく聞くのですね。小児がんもそうですし、がんではなくても、今、里帰り出産や育児をされる方がいらっしゃいますので、そういうときにも本当に「知らなかった」ということをよく私たちも耳にします。まずデジタル庁の方に対しましては、ぜひ情報に入り易いインターフェースにしていきたい。使う側の目線に立ったつくりをしていただきたいです。こういうものは民間企業などだと導入サポートというのを必ずやるのですね。なので、そういうことをしっかりサポートしていただ

ればと思います。

それから、厚生労働省におかれましても、いろいろ自治体ごとで感覚の違いなどがあるかと思いますが、新しいことにチャレンジするのが怖いとか、やりたくないという気持ちもあるというのは分かるのですけれども、やらないとどんどん支援がガラパゴス化してしまうのではないかなというのは危惧しております。それを変えていくことが大切だと思います。ぜひデッドラインを決めていただいて、やるぞという心意気でぜひ頑張ってくださいたいなと一国民として思います。

以上です。ありがとうございます。

○武井座長代理 貴重な御指摘だと思います。

あと、お時間の都合で落合委員と瀧委員、合わせてお願いできますでしょうか。まず落合委員、お願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

先ほどの大石委員からの御質問に対する答えの中でもあったのですが、いろいろ課題がある中ではありますが、公費負担の部分についてオンライン資格確認の対象にしていくという方向でお考えいただいているということだと理解しました。この点はその意欲を示していただいたということと、あとは介護保険についてもお考えいただいているということだと思いましたので、理解が異なる場合には教えてくださいということ。もう一点は、支払いや審査業務の委託という部分について、これがなかなか自治体ごとに異なっている状況があり、全体として効率化されない部分はどうしてもあると思いますし、窓口負担などの関係でも実際に患者側に負担が残る部分もあるのではないかと思います。

そういう意味では、審査支払業務については一元化というのをより一層進めていただくということもあると思いますし、その中で委託を支払基金側に義務づけていくことも含めて今後考えていっていただくべきではないかと思いますので、この点も御検討いただければと思います。

私からは以上です。

○武井座長代理 ありがとうございます。

そうしましたら、瀧委員、お願いできますでしょうか。

○瀧専門委員 落合さんとかなりかぶるのですけれども、私も普通に考えると、この公費負担の部分についてオンライン資格確認の対象とすることを目指すというのはもうベースラインとして、シナリオとしてあって、いつやるのだという話に切り換えていくべきなのだと思います。

そこには、例えば全部を切り換えられるめどが立たないとその話は進められないのか、中途段階で刻んでやるのかみたいなのが、次にもしやると決めるのであれば論点として出てくると思いますので、ぜひ次の議論の中ではタイムラインといいますか、ステップをお示しいただければと思っている次第でございます。

皆さんもそうだと思うのですけれども、私も子育て世帯で、母子手帳や医療証から診察

券まですべてを束にしたケースを持ち歩くのですよ。いつどれが必要になるか分からないから、私たちはしょうがないから全部突っ込んでいくのですよ。それなのに、これは今日のトピックではないですけれども、例えばそれでも注射の券を忘れて病院でお金を払うみたいなことを子育て世帯はやるのですね。

私はどちらかというと若い人間を代表していると思うので、刻むのであれば子育て世帯のところなどを早めに入れていただきたいという要望はあるのですけれども、とにかく全部が難しいという議論が仮に出るのであれば、その軸というか、理由を示していただきたいと思っていますし、本当に基本的なルールとして、to beとしてそこに行くというのを表明することはある意味できることだと思うのですけれども、ちゃんとタイムラインを示していただければと思っています。

以上でございます。

○武井座長代理 ありがとうございます。

そういう意味で、この段階でおっしゃることはいろいろあるかもしれませんが、本当に真摯かつ国民の声が出ていると思いますので、厚労省さんとデジ庁さんには、このタイミングでやらなくてはまたガラパゴス化したシステムにもなりかねないので、すごく大事なタイミングだと思うので、このタイミングでやっていただくことは大事だと思いますので、ぜひスピード感を持った前向きな御検討を行っていただければと思います。よろしくお願ひします。

そうしましたら、2つ目、3つ目のレセプト原本の点と支払事務のAI化に関する論点について御議論したいと思いますけれども、まず松本さんから厚労省さんの御回答を踏まえて何かコメント等はございますでしょうか。

○松本理事 我々の要望はもう説明しましたので、一元管理につきましては、厚労省様から保険者で意見がという記載があったと思うのですけれども、特にどの点を慮られたというか、そういう御判断に至ったかをちょっと教えていただければ、我々もそういうことを次のステップとして検討する必要があるかと思うので、そこを教えていただきたいというのがございます。

あと、AI化については当然そういった作業の効率化、生産性の向上があれば費用が下がっていくと考えるのが普通かと思っておりますので、それへの期待を込めての話でございますので、それについて教えていただければというところでございます。

以上です。

○武井座長代理 ありがとうございます。

では、厚労省様、お願いできますでしょうか。

○日原審議官 まず、1点目のレセプト原本の一元管理について御説明させていただきますと、御要望は先ほど御説明も伺わせていただいたのですが、現時点におきましても、ほかの保険者さんですと、逆に電子レセプトの原本データをぜひ保管したいというお客様もいらっしゃいます。

具体的には、保険者機能を発揮して、例えば各事業所に応じた保険事業を行うといったことをそのための分析業務に活用したいということで、原本データを手元に置きたいのであまりそのニーズを感じていないという声を伺っています。

それから、2点目の御質問をもう一度お伺いしてよろしいでしょうか。

○武井座長代理 松本さん、もう一度とのことなので、お願いします。AIのことです。

○松本理事 これは基金さんとも手数料のお話の中で十分にお伝えしておりますけれども、基本的にはそういった形でAIの振分けなどのいろいろな効率化が進めば、当然必要な審査委員会費は下がっていくだろうというのが一般的な受け止め方なのですが、残念ながら、資料の最後にありますけれども、支払基金様からお示しいただいている中期の財政フレームの中ではほとんど審査委員会費の金額が変わっていないというところがございます。

これは基本的には労務費だとは思いますが、その辺がウエートの的には2割弱を占める数字でもありますので、ぜひその辺の先の見通しについてとか、今後どのように進めますというところをお伺いしたいということでございます。

○須田理事長特任補佐 それでは、支払基金からお答えさせていただいてもよろしゅうございますでしょうか。

○武井座長代理 お願いします。

○須田理事長特任補佐 支払基金の須田と申します。よろしくお願ひいたします。

今、松本様からいただきましたお話につきましては、支払基金はいつも御指摘をいただいているところがございます。健保連の資料の20ページの審査委員会費が今後も変わらない見通しではないかという資料は、昨年12月の時点で我々がお示ししたものでございます。

実はその12月の後、我々どもは先ほど厚労省から御説明をいただきましたような手当の見直しというものにつきましては、昨年12月の時点ではまだ全く調整も何もできていなかったという時点で、先ほどの手当の見直しを見込まない見通しというのが御提示いただいた資料なのですが、その後、年が明けまして、医師会と審査委員長等との調整が進みまして、まだ調整が完全に終わったわけではないのですが、今日お示ししましたように、審査時間が減れば手当の全体も減らしていけるという仕組みが導入できる見通しが立ちましたので、今後、この新制度を導入していく中で、健保連様が期待されている審査会費の低減というものについても実現を図っていきたいという考えでおります。

以上でございます。

○武井座長代理 松本さん、いかがでしょうか。

○松本理事 ありがとうございます。

今、審査会の手当に関する見直しを図られたというお話でございましたけれども、せっかくであれば、そういったものをベースにした財政フレームをぜひ早めに私どもにも御提示いただきたい。私どもはこのデータしか持っておりませんので、今日はこれしか御提示できなかったということがございます。

それと、先ほどのレセプトの話なのですが、別の保険者さんが活用されていると

いう話を伺いましたけれども、いろいろな事業をやる時に原本でなくては駄目なのかというのがちょっと分かりかねるのですね。支払いといっても、いろいろな保健事業というところをやりたいと私は受け止めましたので、原本でなくてはいけないという必然性があるのかということについて、もし教えていただければと思います。

○武井座長代理 厚労省さん、いかがでしょうか。

○日原審議官 どうも御質問ありがとうございます。

もう少し私が伺っていますのは、原本でなくてはいけないというか、これを実施することになりますと、やはりシステム改修などの費用が新たにかかってまいります。私どもが伺っておりますところでは、原本をその保険者で管理をしていて、特段コストをかけてこうした新しい仕組みをつくるということに対して強いニーズを感じていないということでも伺っております。

ですので、原本でなくてはいけないかどうかということの前に、これは費用もかなりかかりますし、運用を始めた後も運用コストというものが毎年かかってまいりますので、そういうものも踏まえた上での御意見なのかなと。ここは推測でございますけれども、そのように受け止めております。

○武井座長代理 松本さん、よろしいでしょうか。

○松本理事 ありがとうございます。

そういった御意見かとは思いますが、であれば、そういったイニシャルのコスト、あるいは運用コスト、いろいろなものをテーブルにのせて、こういった場で議論をするほうが合理的な議論になるかと思っておりますので、次にもしこういう機会がございましたら、ぜひそういう形でお願いできればと思います。

○武井座長代理 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

大石委員、お願いいたします。

○大石専門委員 これは支払基金さんへ御提言なのですけれども、保険者さんが支払基金さんにいろいろなものを任せたいかどうかということ判断するとき、コストがどうなるのかというのはすごく重要な判断になるかと思うのですね。ですから、今後、先ほどお話のありました審査委員会費等も含めてこういうコストになっていく予定であるという数字的な中長期プランみたいなものをきちんと出して行って、むしろ例えば先ほどの公費負担の話なども含めてどんどん支払基金に任せるのが効率的だというふうにして、業務を集めて、その中で全体の効率化を図っていくというサイクルをつくられたほうがいいのではないかなと思いますので、御検討いただければと思います。

○武井座長代理 厚労省さんか支払基金さん、いかがでしょうか。

○須田理事長特任補佐 それでは、支払基金からお答えさせていただきます。

御提案ありがとうございます。先ほどの健保連の資料の20ページで御説明いただきましたけれども、このような形で、令和7年度までの間に、人件費が中心になりますけれども、

800人の定員を削減するという事で、この部分だけで60億円といった費用を削減して、低い手数料で、低い対価で効率的な質の高い業務をやっているようにしていきますということにつきましては、できる限りお示しをさせていただいているところでございます。

ただ、先ほどのやり取りでありましたように、残念ながらその後いろいろな検討が進んで、結果としてお示ししたものが正確なものになっていなかったということもございます。

いずれにいたしましても、そういったことでありまして、先の見通しというものをなるべくしっかり示していくということについては重要だと我々も考えておりますので、先ほどの松本様の御指摘も踏まえまして、今の大石様の御指摘も踏まえまして、今後ともこういった見通しを示していくということについては対応してまいりたいと考えております。御指摘ありがとうございます。

○大石専門委員 見通しというより、もうちょっと予算といいますか、事業計画的に今すぐこの場で答えよではないのですけれども、どの程度減るのかということをもっと具体的な数字で出していただき、当然それは与条件の中でできました、できませんでしたというのがありますけれども、普通の企業や事業体ですと、そういうコミットメントを出していくのだと思うのですね。それに対して振り返りというのをやっているはずなので、本当にどの程度減るのかということ今度具体的に出していただければと思います。

○武井座長代理 支払基金さん、よろしいでしょうか。

○須田理事長特任補佐 できる範囲で対応させていただきます。ありがとうございます。

○武井座長代理 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

桜井さん、何かございますでしょうか。

○桜井理事 ありがとうございます。

病理などの診断もそうなのですけれども、その評価が結構自治体ごとでばらばらというのもありました。審査会も私の知っているドクターなども多忙な中、毎月1回行っていたりして、これは無駄が多い、どうなっているのだろうなと思っていましたので、AIで進んでいったらものすごいコスト削減になっていくのではないかと思います。社会保障費が限られている中で、そこで浮いた費用や時間がまたどこかに回っていればすごくいいだろうなと思ってこの取組を拝聴していました。この前の議題などもそうなのですけれども、ぜひ工程をしっかり組んで、デッドラインを決めて取り組んでいていただきたいなというのはすごく思っているところです。ぜひロードマップをしっかり国民に対して提示していただきたいなと思います。

○武井座長代理 ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

それでは、超過していますけれども、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。委員、専門委員の皆様におかれましては、もし時間の制約等で御発言できなかった御質問等がある場合には、事務局に対して3月31日金曜日中に御連絡いただけ

ればと思います。事務局から関係府庁にまとめて御連絡します。

では、議題2はこちらで終わりたいと思います。ありがとうございました。

続きまして、議題3として「規制改革ホットライン処理方針について」、議論をいたします。事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 資料3でございます。

記載しておりますとおり、規制改革ホットラインの案件の取扱いについて御説明いたします。今回お諮りする案件は記載の1件のみでございます。再検討の要否を判断するために、事務局において提案内容に関する事実関係を確認するという意味で△とさせていただきます。

よろしく願いいたします。

○武井座長代理 では、ただいまの事務局の御説明に関して、よろしいでしょうか。

それでは、規制改革ホットライン処理方針につきましては、資料3のとおりに決定いたします。

そのほかに事務局から何かございますでしょうか。

○事務局 もう一点ございまして、参考資料4でございます。

令和4年規制改革実施計画において、社会保険診療報酬支払基金等における審査支払事務の円滑化の事項に関して、厚生労働省作成の「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」の資料をお配りしてございます。

本ロードマップにつきまして、委員、専門委員の方々にも事務局から御意見の照会を行ったところでございますけれども、3点ほど主な御指摘いただいているかと思っております。

1点目として、紙レセプト等による請求を行う医療機関等の届出について、オンライン請求への移行が確実なものとなっているかを実質的に審査する仕組みとする必要がある。

2点目、オンライン請求に移行しない医療機関等に何らかのディスインセンティブを生じる仕組みも必要ではないかということも検討すべきである。

3点目、将来的に柔道整復師やあはきの療養費請求についてもオンライン請求の導入促進が必要であること等の御指摘をいただいているところでございます。

こうした御指摘を踏まえまして、今後、厚労省との議論を進めてまいりたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

○武井座長代理 ありがとうございました。

では、本日の会議はこれで終了といたします。皆様、本日はお忙しい中、御参加いただきましてありがとうございました。

なお、委員、専門委員の皆様におかれましては、御都合のつく方に限って10分程度御議論できればなと思っておりますので、このまま残っていただければと思います。よろしく願いします。