

**地方公共団体のスーパーシティ提案についての
国家戦略特区WG委員等によるヒアリング（多気町等6町共同）
（議事要旨）**

（開催要領）

- 1 日時 令和3年5月14日（金）15:30～16:10
- 2 場所 永田町合同庁舎703会議室等（オンライン会議）
- 3 出席者

＜自治体等＞

| | |
|-------|---|
| 林 洋志 | 多気町企画調整課長 |
| 三井 諭 | 多気町企画調整課係長 |
| 花谷 賢志 | 多気町企画調整課主査 |
| 岡本 恵子 | 大台町企画課長 |
| 朝倉 正浩 | 明和町まちづくり戦略課長 |
| 森下 純 | 明和町まちづくり戦略課係長 |
| 山下 喜市 | 度会町みらい安心課長 |
| 田中 大輔 | 大紀町総務企画課長 |
| 玉本 真也 | 紀北町企画課長 |
| 鶴田 博樹 | 紀北町企画課課長補佐 |
| 筒井 尚之 | 伊勢湾熊野灘広域連携スーパーシティ推進協議会事務局長 |
| 椎名 隆之 | 多気町等6町共同スーパーシティ構想アーキテクト 大日本印刷株式会社事業企画室室長 |
| 小川 智也 | MRT株式会社代表取締役社長 |
| 城所 貴之 | 株式会社オリエンタルコンサルタンツ 社会・地域イノベーション推進室副室長 |

＜国家戦略特区ワーキンググループ委員＞

委員 阿曾沼 元博 医療法人社団混志会社社員・理事

＜内閣府地方創生推進事務局＞

喜多 功彦 内閣府地方創生推進事務局参事官
大森 正敏 内閣府地方創生推進事務局参事官

（議事次第）

- 1 開会
- 2 議事
 - (1) 提案内容説明

(2) 質疑応答

3 閉会

○喜多参事官 本日は、御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

これより多気町をはじめ6町からの提案、今日は医療・健康・ヘルスケア分野についてのヒアリングを実施させていただきたいと思います。

まず自治体から提案内容について、提案内容全体ではなくて、医療・健康・ヘルスケア分野の辺りについて、10分程度で御説明いただきまして、その後、質疑応答、全体で30分、長くて40分程度を予定しております。

本日の質疑応答の際の司会は、今、私の横に座っていらっしゃいます、阿曾沼先生にお願いしております。

それでは、まず自治体から提案内容の御説明をよろしくお願いします。

○林課長 本日は、お忙しい中、お時間をいただきまして、ありがとうございます。

私は6町の代表自治体であります多気町の企画調整課の林と申します。よろしくお願いたします。

早速ですが、医療・ヘルスケア分野の部分につきまして、代表企業であります大日本印刷株式会社の椎名様から御説明をお願いし、医療・ヘルスケア分野の施策内容につきましては、関連企業でありますMRT株式会社の小川社長から説明をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

それでは、まず椎名様、お願いできますでしょうか。

○椎名アーキテクト 椎名と申します。よろしくお願いたします。

そうしましたら、御提案の全体概要を私から説明させていただきます。

最初の資料を御覧いただけますでしょうか。今回、三重広域連携スーパーシティ構想といった全体コンセプトを説明させていただいております。大きな特徴としては、ここに書かれているように、4月からオープンしているVISONという大型の複合絵型施設の大きな集客力を左側の近隣6町、広域の自治体が連携した地域の活性化につなげていこうという、グリーンフィールドからブラウンフィールドへ地域を活性化させるといったところを大きな特徴として掲げて進めております。

地域の全体概要のイメージをつかんでいただけたらと思います。今回参加している多気町、明和町、大台町、度会町、大紀町、紀北町、計6町でおよそ7万7000人の人口規模だと御理解いただけたらと思います。三重県の中程度に位置しておりまして、総面積でいうと1,100キロ平方ぐらいで、およそ8割が森林という、典型的な中山間地のエリアをイメージしていただけたらと思います。

地域課題も少子高齢化であったり、人口減少、医療に関しても医療不安みたいところが

ある中で、今回スーパーシティ構想を活用して、ここに掲げているような人口の活性化であったり、地域の産業活性または安全・安心に暮らしていく、こういった町の目標を掲げる中の施策の一つとして、医療・ヘルスケアといった取組を掲げている状況でございます。

スーパーシティデータ連携基盤を基に進めていく取組だと認識しております。データ連携基盤上、複数のサービスを連携させる中で、特に医療・ヘルスケア単体ではなく、モビリティサービスであったり、地域の産業活性となる観光、こういったものとの連携を図りながら、医療単体ではなく、地域の活性化そのものを目指していくといった位置づけで、医療・ヘルスケアの分野を捉えております。

医療・ヘルスケアの分野を担当している全体の組織図です。今回、医療・ヘルスケア分野を担当し、幹事企業として主に注力していただいているMRTの小川社長から個別施策を説明させていただきたいと思っております。

○小川代表取締役社長 MRT株式会社の小川と申します。よろしく申し上げます。

それでは、お手元の資料の6ページになりますけれども、先端サービスの概略から御説明させていただきます。

全体像としましては、地域が抱える課題を解決する目的がございます。大きな課題としましては、高齢者医療費の高騰、並びに公共交通機関の縮小によるアクセス不良、また、慢性疾患の放置による医療費増加、最後に地域医療高齢化に伴う中長期的な不安がございます。

これらの課題を解決するために、大きなサービスとしましては、1と2の二つがございます。1はデータ連携基盤によるウェルネス創造、2として、医療MaaSを用いたサービスの提供を考えております。

下の図を御覧ください。左下ですけれども、ヘルスケアのデータ連携に関しましては、マイナポータルの連動を基本と考えております。そして、データ連携基盤が生み出す自助・互助・共助の地域システムの構築を担ってまいります。ここではデータ連携基盤とともに、医療を支えるオンライン診療のサポート体制も強化してまいります。また、デジタルを用いた取組にも注力いたします。

ここでは医療のサポートが非常に重要になりますので、私どもの医療専門家ネットワークの全国約7万人の医師、並びに26万人の医療関係者のネットワークを活用します。

2でございますけれども、こちらはグリーンフィールドを用いました地域課題の活性化に伴う医療の取組の内容でございます。グリーンフィールドの中にあります、海外の長期滞在の方々への医療の提供、並びにオンライン診療を組み合わせたサポートを強化してまいります。

それでは、次のページを御覧ください。サービスの1ですけれども、データ連携によるウェルネスの創造ですが、住民課題としましては、慢性疾患の放置が非常に大きな課題となっております。そこで日頃から規則正しくしていただく、そして、データ連携をすることによりまして、御自身の健康が見える化する、日常生活の中で行動変容を起こすことが

非常に重要となります。そこで、コミュニケーションサポートツールとしましてのスマートフォンを活用して、連携の強化をしております。もちろん健診データとも連携をして、ここから健康相談、オンライン診療に持っていくための受診勧奨といった取組も強化しております。

ここでは、オンラインの健康相談、並びに受診勧奨、混合診療、オンライン服薬指導といったものを一つのサービスとしておりまして、山間地域でありますとか、医療のアクセスが不十分なところにも十分な医療を届けるようなサポート体制を構築いたします。

また、スマートフォンの類い、デバイスなどに明るくない方に関しては、医療MaaSの連携を強化しております。医療MaaSの強化に関しましては、下の図を御覧ください。

次にサービスの2ですけれども、今回、医療MaaSの提供に関しましては、大きな課題が幾つかございます。これまでは医療MaaSといいますと、例えば救急車両もしくは専用車両を用いた医療の提供サービスがございます。今回の取組に関しては、マルチパーパス車両を用いたサービスの提供を考えております。ここではあるときには医療のサービスとして、あるときにはオンライン診療を中心とした医療提供を考えております。

オンライン診療に関しましては、町内に設けます大型のスクリーンを用いまして、オンライン診療の活用いたします。

また、薬剤に関しても、車両内の無人のシステムを用いまして、そこで薬剤の受け取りを考えております。

さらにドクター、医療従事者、例えば看護師さんに同乗していただきまして、医療サポートを行うことによりまして、より対面診療に近い医療を提供することを考えております。

こういった移動型の車両によりまして、医療アクセスの解消ができるとともに、デジタルデバイド問題を解決することができます。

また、地域にとりましては、マルチタスクの車両を活用しますので、大きな維持コストの削減になります。また、公的モビリティの有効活用といったものも非常に意義があると考えております。

最後にサービス3ですけれども、海外の医師と日本滞在外国人をつなぐオンライン診療の取組でございます。長期滞在していただけるような観光客は、この間、ほとんど見込めておりません。ですので、地域課題を解決し、産業を活性化するためには、長期的な滞在をしていただくような観光客を呼び込むことが非常に重要となります。ただ、海外の方々が長期的に滞在するためには、安心・安全な医療が提供できる、そして、より快適な環境を構築するという、医療の体制構築は必須だと考えております。

現状、医療特区の中では、海外のドクターは存在して、実際に対面で診療することが認めておりますけれども、オンライン診療を活用して海外の患者様を診療するという点に関しましては、明確な規定がございません。そこを解決することによりまして、長期滞在している海外の方が安心して診療を受けていただけるということで、地域振興の活性化にもつながると考えております。

概略ではございますけれども、サービスの御説明をさせていただきました。以上となります。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

今回の御提案は、一連の医療を提供する上でのオンライン診療強化、必要な医療デバイス活用、そしてそれをマルチパーパス車両の中でも活用可能とすること、その中で必要な規制改革を求めるということだと理解してよろしいですか。

○小川代表取締役社長 そのとおりでございます。

○阿曾沼委員 幾つか質問したい点があるのですが、オンライン診療をやる上で、具体的にどこをどう変えてほしいという点を教えていただきたいと思います。

○小川代表取締役社長 かしこまりました。

オンライン診療の中で、モビリティの活用と、もう一つは海外のドクターの活用がございます。

モビリティの活用なのでございますけれども、本来でしたら、例えば医療を受ける側の規定が大きな課題となっております。患者様が医療を受ける場所が提示されておまして、病院、医療施設であったり、制限がございます。そうすると、こういったマルチパーパスの車両を使った中での医療提供を受ける場というのは、明確な定義がございません。救急車両であったり、健診車両であったり、医療を専門とするような車両の中で医療の提供を受けることは認められておりますけれども、マルチパーパスの車両の中での医療提供を受けるという定義が明確にされておきませんので、その規制の緩和ができればと思います。

○阿曾沼委員 分かりました。

今の件についてですが、別に明確な規制があるわけではないということなのですね。患者さんは健全な療養環境下であれば良いわけですから。

○小川代表取締役社長 はい。

○阿曾沼委員 オンライン診療においては、患者さんは事務所内であっても、公民館内であってもいいわけです。患者さんは病気を持っていながらも社会生活をしているという前提の中で、広く居宅以外も療養環境だということの判断もされ始めています。療養環境というものは車中でも大丈夫だということが明示されれば、それでいいということですか。車両の中でオンライン診療、もしくは対面診療、処置をすることについて、車の中が療養環境だということを認めてほしいということですか。

○小川代表取締役社長 そうでございます。安全が担保できることと、専門的な医療行為を行う安全性であったり、衛生環境といったものが、マルチパーパス車両の中でどれだけ維持できるかというところは課題だと思いますけれども、そこを担保する上で、安全な医療を提供できればと考えております。

○阿曾沼委員 こういう環境の中でも、療養環境だから、医療や診察ができるということを示してほしいということですね。

○小川代表取締役社長 はい。

あとは、オンライン診療を前提とすることが今回の肝でございますので、療養しない環境下でも診療が有効に行えるということもお願いできればと考えております。

○阿曾沼委員 分かりました。

例えば患者さん自身がいちいちマルチパーパス車に来なくても、いろんなところで受けられれば、それはそれでいいということですね。

○小川代表取締役社長 おっしゃるとおりです。できれば公民館であったり、公的施設の中でも一室を借りて診療行為が行われるという環境がいいと思いますけれども、そうはいつでも、山間部が多かったり、交通手段がない方々も結構いらっしゃいますので、そう考えると、こういった車両を使って居宅の近くまでお伺いすることの意味は、非常に大きいと考えております。

○阿曾沼委員 分かりました。

あと、7万人の専門医というのは、例えば網羅的に全ての診療の専門医を集めていらっしゃるのか、これからネットワークをつくられようとしているのか、どちらなのでしょううか。

○小川代表取締役社長 弊社には、既に7万人のドクターのネットワークがございます。一般の病院に勤務されている先生方がメインでございます、北は北海道から南は沖縄まで、幅広く先生方のネットワークを構築しております。

○阿曾沼委員 なるほど。

○小川代表取締役社長 これまではオンライン診療といいますと、かかりつけの先生と一対一での関係性があったかと思うのですけれども、D to Pという中で、診療が必ず必要となっています。そうすると、専門家の先生方のオンライン診療への参画というのは、非常に意味があると考えております。

○阿曾沼委員 専門医のネットワークというのは、一般的に言えば、D to Dとして専門医がドクターを支援するというシチュエーションが普通一般的ですが、これは基本的にD to Pを想定しているのか、D to P with Dを想定しているのか、どちらですか。

○小川代表取締役社長 主にはD to Pで考えております。マルチパーパス車両の中には、看護師等に同乗していただくことも想定しておりますので、D to P with Dで考えております。

○阿曾沼委員 オンライン診療を7万人のドクターが対応するとか、もしくは海外の医師がやることについて、D to Dであれば規制はないと思いますが、D to Pでとなると専門医の7万人の処方権限を持つとか検査指示などの医療行為をするわけですね。

○小川代表取締役社長 おっしゃるとおりです、ある一定の客観的データの収集であったり、医学的な判断をするに当たりまして、データの連携などが必要だと考えております。ただ、そうはいつでも、D to Bで間を介すよりも、D to Pで直接それを判断することによりまして、適切な医療を早く届けることも意味があると思います。

○阿曾沼委員 分かりました。

6町の患者さんが7万人のネットワークの医師の診察を受けて、処方及び検査の指示を受けます。そうすると、7万人のお医者さんというのは、どこの医療機関所属の医師として処方権限なり、検査権限を持つのでしょうか。

○小川代表取締役社長 一つ、現状はかかりつけのドクターだと考えております。多気町から大阪であったり、約2時間かけて専門の先生の受診を受けているような患者さんもいらっしゃるのですけれども、まずはかかりつけの遠方にいらっしゃる先生の診察が重要になると考えています。そして、疾患のカテゴリーによりまして、全国的な医師のサポートを受ける体制が強化できればと考えております。

○阿曾沼委員 分かりました。

そうすると、7万人の医師ネットワークの専門医というのは、初診からいきなり患者さんの診察はしないで、基本的には近隣のかかりつけ医のD to Dでの支援を考えると考えればいいですか。

○小川代表取締役社長 まずはそういった段階からの取組が必要だと考えておりまして、いきなり初診から専門医というのは、地理的な負担が大きいかと思っておりますので、その辺りは今回つくります医療機関、クリニックと連携することを前提として考えております。

○阿曾沼委員 7万人の専門医の活用の仕方は、大きな規制改革の項目になるかもしれませんが、基本的に医師は既にどこかの医療機関に所属をしているわけですね。例えば永田町クリニックのA医師が多気町の患者さんを診た場合、カルテをつくるのは永田町クリニックということになるわけですね。

○小川代表取締役社長 そうです。

○阿曾沼委員 処方箋を出すのは、永田町クリニックということになるわけですね。

○小川代表取締役社長 はい。

○阿曾沼委員 帰属している医療機関の医師が診察をするということは、基本的に全国の7万人の医師の中の誰かが多気町及び6町村の患者さんの診察権限を持ち、診察責任を持つということになるわけですね。

○小川代表取締役社長 はい。

○阿曾沼委員 経過観察も7万人の方がおやりになるのですか。

○小川代表取締役社長 はい。あくまでも地域に根差したクリニック、もしくは今回つくるクリニックは、補助的にサポートをいたします。万が一何かが起こった場合の緊急の介入先として、サポートをする必要があると思っておりますので、全国の専門の先生だけにお任せすることは考えておりません。

○阿曾沼委員 分かりました。

○小川代表取締役社長 地域の医師会の先生方との連携も重要だと考えておりますので、そこも考えつつ、専門性の高い診断に関しては、全国の専門医の先生にもお願いをするという形を考えております。

○阿曾沼委員 地域の先生方との議論はされていらっしゃいますか。

○小川代表取締役社長 これに関しては三つの医師会が関係しておりまして、それぞれの医師会によりまして違うものがございますので、こういった取組を御支援いただけるように、これからお話を続けていきたいと考えております。

○阿曾沼委員 分かりました。

あと、海外のお医者さんがオンラインで診察する対象者というのは、海外から来た自国民ということ想定しているのですか。

○小川代表取締役社長 おっしゃるとおりです。

○阿曾沼委員 海外のお医者さんは、外国人全体を診るということではなくて、自国民の患者さんを診るわけですか。

○小川代表取締役社長 そうです。

○阿曾沼委員 これも処方が必要な場合はどうされますか。

○小川代表取締役社長 今回はD to Pを考えております。つまりクリニックの中に日本人ドクターがおります。医学的に判断し、処方権に関しては、海外のドクターに御判断を仰ぎながらも、実際に処方をするには、日本国内の医師という立てつけにしないと、海外のドクターから処方箋は発行できないと思います。

○阿曾沼委員 分かりました。

これも基本的にはD to Dということですね。

○小川代表取締役社長 はい。

○阿曾沼委員 これは規制で何か問題になりますか。

○小川代表取締役社長 オンライン診療の趣旨に、対面の原則というものがまずございますし、海外のドクターが診察をする場合、医療法並びに万が一医療事故があった場合、どちらの国の医療法を適用するかという問題は、明確なものがございません。

○阿曾沼委員 日本に来て、日本で診療を受けた場合、インバウンドの患者さんでも何か問題があれば、日本の国内法で処理をするというのが原則です。

それから、今、D to Dとおっしゃったので、外国人の患者さんが日本のクリニックにいらっちゃって、海外の医師は日本側の医師に対するコンサルテーションをするというシチュエーションだと伺ったのですが、日本人の医師が責任を取らずに、海外の先生が患者さんの処方権限とか、医療の責任を持つので、それに関連する規制を整理してほしいということなのでしょうか。

○小川代表取締役社長 コンサルテーションというよりも、D to Pが基本ではあるのですが、けれども、例えば血液検査をする、処方をするという、実際の業務になりますと、日本にいるドクターもしくは看護師が行います。あくまでも医学的判断をして、検査並びに処方が必要だと判断するのは、海外のドクターだと考えております。

○阿曾沼委員 クリニックで画像検査をやって、それを放射線診断専門医に診てもらってレポートを受け取り、それをクリニック主治医が説明をするということについては今でもやっていますね。基本的にこの患者さんはこうで、海外の処方であれば、こういう処方

すということを直接海外の患者さんが言うのではなくて、お薬をもし出さなければいけないとすれば、日本人の医師に出してもらわなければいけないわけですね。

○小川代表取締役社長 はい。

○阿曾沼委員 そういうことであれば、今でもできると考えていますけれども、それはいかがでしょうか。

○小川代表取締役社長 予防診断並びに健診結果等に関しましては、現状のオンライン診療などでいうと、リアルタイム性が請求されないカテゴリだと考えております。予防診断でも医学的判断をリアルタイムで行うわけではなく、健診であるとか、検査を行う、そして、説明を行うというのが医療行為の範疇だと考えておりますので、突発的に起こったことに関して、もしくはこれまでの疾患の変化に関して、今まさにリアルタイム性を持って診断、判断を仰ぐというオンライン診療の在り方は、これまでではなかったようなことだと考えております。

○阿曾沼委員 分かりました。

例えばインバウンドで中国、ベトナムから患者さんが来たのだけれども、主治医と連絡を取りたいということで、チャットとか、LINEで先生と直接話して状況を聞いて、日本の薬は取りあえずこういうふうに出しましょうということは、普通に行われていると認識しているので、D to Dであった場合は、全ての医療の責任を海外のドクターが取るということに認めてほしいという話になってしまうので、それはすごく大変だと思いますので、そこはどう考えるかですね。

もう少し具体的にお聞きできるといいと思いました。

○小川代表取締役社長 かしこまりました。ありがとうございます。具体的な内容に関しましては、改めて検討させていただきます。

○阿曾沼委員 今後、インバウンドもしくはインバウンドの医療目的でない患者さんの対応をどうするかということに関しては、重要なポイントでもあります。多気町としては、新世代型新設クリニック連携と書いてあるのですが、これは具体的にどういうことになるのですか。

○小川代表取締役社長 6町の中に今回新たにクリニックを開設することが決まっております。基本的には地域医療ですが、こういった取組を担うようなセンターとしての役割を考えております。

○阿曾沼委員 現行法の中でできる範囲もありそうだという気がしますので、ただ、それでは困るという必然的な問題があつて、こうしなければいけないというところをもう少しお聞かせいただきたい。今のままですと、海外のお医者さんが、医療法でいえば主治医として診察、検査、処方指示を行います。検査などの指示を実行するのは、日本の医療機関です。日本の医療機関の医師がそれを了解して、主治医としてカルテに書けば、コンサルテーションですから、やってできないことはないと思います。どの規制をどういうふうにするのかとか、どの条文をどういうふうに明文化するかというところをもう少しお聞かせ

いただけるとありがたいと思っています。

○小川代表取締役社長 これは厚生労働省に確認を取りまして、医政局さんから御意見をいただいていたのですけれども、明確なものであったり、もしくはできないみたいなことでありました。

○阿曾沼委員 どこにお伺いになりましたか。

○小川代表取締役社長 医政局です。

○阿曾沼委員 医政局の何課ですか。

○小川代表取締役社長 保険局かもしれません。

○阿曾沼委員 医政局ですと、医療課とか、地域医療課とか、総務課とか、経済課などがありますので、そのときにどんな回答をもらったのかも含めて、また教えていただけるとありがたいと思います。

○小川代表取締役社長 かしこまりました。

○阿曾沼委員 前例がないから、大変です、難しいですということだと思いますが、現在でも可能な方策はあると思いますが、それでは駄目なのだ、ということの御提案だと思います。その辺も含めて、7万人の専門医ネットワークを使う、医療の均てん化のためにもということでしょうから。D to DではなくD to Pとしてやるには大きな制度改革が必要だと思います。所属医療機関の権限で診断をするのか、カルテをどうするのか、カルテの保存はどこの医療機関でやるのか、もしくは地域におけるかかりつけ医との関係はどうなのか、本邦での未承認医薬品の使用など、また医療責任のあり方など、ユースケースとして整理をしていただくと、より理解がしやすくなりますので、よろしく願います。

○小川代表取締役社長 ありがとうございます。

○阿曾沼委員 マルチパーパス車両のことは、療養環境のところを明文化して、車の中でも療養環境だということをやんと明示してほしいということですね。この点は通知等を再確認いただき、行政の方々と再度御相談ください。

○小川代表取締役社長 かしこまりました。

あと、車両の中で、個人が所有している車両と自治体の車両に関しては、適用となる法令が異なると考えております。

○阿曾沼委員 そうですね。

○小川代表取締役社長 消防車両になりますと、消防法の適用範囲になりますので、全く違うくくりになります。マルチパーパス車両はどこに主軸を置くのかによっても、適用の法令が変わってくると考えております。

○阿曾沼委員 移動クリニックという括りですね。

○小川代表取締役社長 そうだと思います。

○阿曾沼委員 設置要件が変わってしまいますけれどもね。

○小川代表取締役社長 概念が全く違うということを御理解いただければと思います。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

斬新な御提案をいただきまして、色々と御質問をさせていただきましたけれども、私も理解が進みましたので、ありがとうございました。

○小川代表取締役社長 ありがとうございました。

○阿曾沼委員 時間になりましたので、よろしいですか。

ありがとうございました。