

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事要旨）

（開催要領）

1 日時 平成27年5月18日（月）12:18～12:37

2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室

3 出席

<WG委員>

座長 八田 達夫 アジア成長研究所所長
大阪大学社会経済研究所招聘教授

委員 鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科教授

委員 本間 正義 東京大学大学院農学生命科学研究科教授

<提案者>

成本 迅 京都府立医科大学准教授

岸本 泰士郎 慶應義塾大学専任講師

栗津 和也 IIJグローバルソリューションズ

飯干 紀代子 志學館大学教授

川村 里香 京都府立医科大学研究支援課

岩丸 宏明 シスコシステムズ

<事務局>

富屋 誠一郎 内閣府地方創生推進室長代理

宇野 善昌 内閣府地方創生推進室参事官

富田 育稔 内閣府地方創生推進室参事官

諸戸 修二 内閣府地方創生推進室参事官

（議事次第）

1 開会

2 議事 近未来技術実証特区

3 閉会

○宇野参事官 それでは、ワーキンググループのヒアリングを開催したいと思います。

近未来技術実証特区の関係で、京都府立大学その他の方々から提案をいただいておりますので、その提案について、今日はヒアリングをしたいと思います。

八田座長、よろしく願いいたします。

○八田座長 お忙しいところをお越しくださしまして、ありがとうございます。

早速、御説明をお願いいたします。

○成本准教授 よろしくをお願いいたします。

京都府立医科大学の成本と申します。よろしくをお願いいたします。

私は精神科医として、認知症の専門医ということで、京都府立医科大学は京都府下の市町村の医療を支援するというので、現在は、これは京都の北部の丹後半島にある市ですけども、京丹後市で医療の支援で入らせていただいております。そこで介護保険、医療保険を使って、地域包括ケアということで展開をしているところです。

今回の提案は、テレビ会議システムを中心とした遠隔技術を使って、地域包括ケアをさらに充実させていくような取組はできないかということで提案させていただきます。

まず、今回は近未来実証特区で、規制改革の提案ということでしたので、私どもの提案の中で規制改革に関連してきますものが、テレビ会議システムを用いた精神療法であったりとか、認知機能評価、長谷川式とか、認知症の診断に使う認知機能の評価がございませけれども、そういったものをしたときに、対面と同様に保険診療として認めていただけたら、あるいは、処方箋を発行できることがあります。

もう一つ、介護保険の分野におきましては、老人ホームに精神科医が赴いて診療しますと加算がとれるようになっているのですけれども、それを遠隔でもできるようになればと考えております。

ただ、この二つの改革は非常に小さいステップかなと思いますので、私たちが考えておりますのは、ここをとっかかりにして、もう少し広く遠隔技術を応用していきたいというものになります。

次のページ、これは御承知のことかと思うのですが、2025年、高齢者の人口が非常に増えてまして、現在、認知症の高齢者が439万人、その前段階のMCIとされる方が380万人いるわけですけども、2025年には、582万人、473万人ということで、全国では非常に多くの数になります。

京丹後市におきましては、この2025年を待たずにかなり高齢化が進んでおりまして、現在で3割近くの方が65歳以上で、2025年の5年前、2020年の段階で4割を超えてくるような状況にありまして、この認知症の方の問題は全国に先駆けて起きてくる状況になっております。

次をご覧ください。今回、私たちが注目しておりますのは、もちろん、認知症の方をきちんと診療していく、介護していくことは御本人のために非常に重要なことなのですが、認知症の方がふえてくることによる経済的なダメージといいますか、そういったところに少し着目しております。

医療費がかかることだけではなくて、経済被害です。私の患者さんでも、ときどきリフォーム詐欺にあったりとか、様々な経済被害に遭われる方がおられたりとか、認知症になると、経済活動になかなか御自身で参加できないという問題が出てきますので、御本人がお持ちのお金が塩漬けになってしまうという問題がございませ。

その下を見ていただきますと、これは全国銀行協会のレポートにあった資料ですけれども、70歳以上の高齢者の方が多くの預金を保有しておられるということはよく報道等で見られることですが、高齢者の方がかなりの割合の資産を保有されている状況がありまして、そういった方が一定の割合で認知症になられるということで、その資産が地域の中で回っていかないということが、地域の中で問題となっていると思います。

次をご覧ください。認知症の方が、自分のお金をうまく自分で使えなくなったときに、様々な支援の手法はあるのですが、そこを支援しようとする、まず、やはり認知症の診断、その方が認知症かどうかということと、どれぐらいいろいろな経済活動を意思決定していく、判断していく能力があるかといったことを医療できちんと評価をして、そこから様々な専門職、弁護士さんであったり、司法書士さんであったり、そういった財産管理をサポートしていくような職種の方、地域の介護のサービスと連携しながら、地域生活をサポートしていくことで、その方がきちんと自分のお金を自分のために使いながら地域で生活していくことができるわけです。

現状は、私たちは京丹後市にそういった医療を届ける役割ではあるのですが、現状の体制のままではなかなかそれがうまくいかないということが起きていまして、これはやはり全国の自治体、特にへき地の自治体においては起きていることではないかと思っています。

我々は精神科医療において遠隔技術を使っていきたいと考えているのですが、下のスライドをご覧ください。遠隔医療については、放射線診断の分野等では非常に進んできていますけれども、実は精神科医療もかなりこの遠隔技術になじみのいい診療だと考えています。

つまり、お互いの顔が見えて声が聞こえていけば、多くの診療は行うことができます。ですので、放射線診断の世界と同様に、我々のところでもっと進めていけるのではないかと考えております。

次のページで、最初の規制緩和のところでは、医師と患者間の直接の診療を認めていくことを改革の一つのテーマとしておりましたけれども、遠隔で地域と我々の病院がつながることで、様々な利用方法が可能だと思っております。

もちろん医療機関同士のサポート、コンサルテーションもできますし、私たちのところで重要と考えておりますものが財産管理のサポートですので、京都市内にいる司法書士さん、弁護士さんが、京丹後市の地域で活動されているケアマネージャーさんであったり、地域包括支援センターの職員さんをサポートするといったことで、きめ細かくその方の経済活動の支援ができるのではないかと考えております。

その下が最後のスライドになりますけれども、私たちが遠隔技術を京丹後市に導入することで、様々な用途にそれを使うことができ、もちろん健康状態もそうですし、医療もそうなのですけれども、先ほど申し上げましたとおり、まず、医療できっちりとその方の認知症の程度を評価して、その方に必要な財産管理、経済活動の支援を様々な専門職と一緒に入れていくといった、包括的なサポートの枠組みを京丹後市で構築していきたいと考

えております。

以上です。どうもありがとうございます。

○八田座長 どうもありがとうございました。

最初の医療に関しては、離島及び本当に離れたところでは、初診を除いて遠隔診療がテレビ電話などを使ってできると思いますが、今、おっしゃっているのは、それを必ずしも離島でなくても、京丹後市でもできるようにしてほしいということなのか、それとも、初診も含めてということなのですか。

○成本准教授 できれば、初診も含めてということですし、京丹後市は京都市内から2時間半ぐらいはかかるのですけれども、僻地というところまではいかない自治体で、5万人ほど人口もいますので、そういった地方都市でもできるようにしていただければということです。

○八田座長 ということは、先端的な医療が得にくい場所だからという理由づけですかね。

○成本准教授 はい。

特に認知症の評価は、その方の経済活動を支えていくために、割ときめ細かくやっていく必要があるのですけれども、そこまでやるだけの人的なリソースが非常に不足していることが現状になります。

○八田座長 わかりました。そこら辺が理屈ですね。

今度は、2番目の財産管理の専門家が京丹後市のところをいろいろとヘルプするところでは、規制緩和は何が必要なのですか。

○成本准教授 正直、ここは申請のときに困ったところでして、今、そこに関して全く規制があるわけではございませんので、例えば、成年後見制度の中で司法書士さんが後見人につきました、その面談をテレビ会議システムを使ってやりましたといったことに、何か特に法的な規制があるというわけではないのですけれども、実際にそれを進めていったときに、何らかの課題といったことが起きてくる可能性は十分にあるのかなと考えております。

○八田座長 そうすると、前の医療のことをきちんとやることによって、後の財産管理などもできるようになる。だから、遠隔診療を可能にすることは、ただ精神医療をやりやすくできるだけではなくて、大きな意味がありますということですね。

○成本准教授 おっしゃるとおりです。

○八田座長 わかりました。

では、委員の方からお願いします。

○本間委員 個別に資料もいただいておりますが、海外ではどのような実態になっていて、日本が海外と今は合わせられない理由があるとすれば、それはどのようなことなのかについて、お願いします。

○岸本専任講師 私も海外全体を把握しているわけではないのですけれども、諸外国では、少なくとも精神科医療に関しては、遠隔医療は保険診療として認められていて、要するに、

対面の診療とほぼ対等に診療報酬を請求できる状況があるということです。

○八田座長 それはどこなのですか。

○岸本専任講師 アメリカにおいてはそうですし、カナダもそうです。

○本間委員 それは初診のときからですか。

○岸本専任講師 初診からです。

○八田座長 アメリカは余り公的保険がないから、民間の保険ということですね。

○岸本専任講師 そうです。当然、民間の保険によって温度差はあるようではありますけれども、基本的におおむね認める方向で来ている。

恐らく日本で問題になるかもしれないのが処方箋の発行だとは思いますが、御存じだとは思いますが、遠隔でということは基本的には想定されていないと思いますので、そこがネックになってくる可能性はあるのではないかと思います。

○八田座長 今、これは離島でもだめなのですか。

○岸本専任講師 だめです。

○八田座長 だから、薬剤師さんがちゃんと行かなければいけない。

○岸本専任講師 週5日は開けていなくてはいけないという部分で、結局、前に進めないという状況になっております。

○八田座長 どうぞ。

○鈴木委員 京都府立医大がずっと遠隔のことを20年ぐらいやっているのはよく知っているのですが、画像診断とか、そのようなものについては、専門医は京都府立医大にしかないもので、画像を送ってもらってということは理屈としてよくわかっているのですが、認知症ということについて、先ほど八田先生が言ったことですが、府立医大まで送らなければいけないほどの専門性があるのか。

つまり、京丹後市はそんなに小さなところではないので、エクスプローラーとか、あのようなもので行くところですので、その点で、そこにいる精神科医でできない理由がもしあると非常に説得的なのではあると思いますが、それはいかがでしょうか。

○成本准教授 実際、京丹後市内で常勤の精神科医はゼロです。私自身、月2回エクスプローラーに乗って行っているのですが、病院まで3時間半かけて行っておりまして、往復の時間のほうが長いような状況で診療していますので、診られる数が非常に限られているということがあります。

認知症の方は、診断をつけていくだけでもそれだけでは不十分な状況なのですが、加えて経済活動をしっかり支援しましょうということになりますと、さらに一歩、専門性の高い診療が求められまして、しっかり能力が残っているにもかかわらず支援を入れてしまいますと、権利侵害にもなってしまいますので、その方ができないところはどのようなところかということを引きつり評価をして、そこだけ支援を段階的に入れていくことが重要かなと思っておりますので、そのような地域を実現したいと思うと、かなりリソースが投入できるような環境にしないと、ちょっと難しいのではないかと思います。

○岸本専任講師 私は慶應から来ているのですけれども、慶應は伊豆大島にも定期的に医師を派遣してまして、毎回、飛行機で飛ばなくてはいけなくて、そのような認知症の専門的な診療は、今、行っているドクターあるいは向こうにいらっしゃるドクターでは不十分であるという状況になります。

○八田座長 今のことに関連するのですけれども、特区で申請している自治体によっては、テレビ電話などの設備を既に十分に整えているので、それを使っているのだけれども、それを保険に適用してもらいたいとか、そのような事情を言われるところもあるのですが、おたくはそちらの観点ではどうですか。

要するに、専門的な精神科医がいないことの他に、ここの京丹後市が特別に必要なという理由は何かということですか。

○成本准教授 京丹後市が特にテレビ会議、遠隔技術が既に配備されているとかという現状ではないのですけれども、そのような認知症の先進的な取組を進めていきたいと考えている地域ですので、よりそれを充実したいということですか。

○八田座長 これまで認知症に関する取組は何年か続けられてきたのですか。

○成本准教授 そうです。実際は、この中でいうとD to Nになりますけれども、参考資料につけさせていただいたのですが、ケアマネージャーさんに対して私がアドバイスをするとか、そういった取組はこれまでも。

○八田座長 何年ぐらいですか。

○成本准教授 4年前ぐらいからさせていただいています。カナダのトロントで同じようなことをやっていたものを視察で見えてきて、その後を開始している状況です。

○八田座長 どうぞ。

○本間委員 認知症に限るという形の御提案なのですが、例えば、初診する前から認知症とわかっているわけではないですね。だから、遠隔でやって、初診で認知症でなかったという場合にどうするのか。ちょっと細かい話ですけれども、そのあたりは、認知症にとりあえずは限ってということで、今後はもっと緩和してほしいという要望だとは思いますが、認知症に限ることに伴って、今、言ったような初診の問題とか、幾つか問題があるような気がするのですが、そのあたりはどのようにお考えでしょうか。

○成本准教授 私が京丹後市で外来をしておりますと、初診患者さんの7、8割ぐらいは認知症の鑑別診断をしてくださいという形で来られる方なのです。

最近では、私は京都市内の大学病院でも外来をしていますが、そこですと、正常な方が心配になって来られることが非常にふえています。

○八田座長 私も大学病院へ鑑別診断に行ったことがある。

○成本准教授 京丹後市に行きますと、大体、早い段階ではなくて、ある程度は診断がつくような段階で来られる方が多い。それだけちょっと進行した段階で来られる方がどうしても僻地では多くなっているという現状ですので、そのあたりはあることと、段々それが進んでいくと、正常な方が来られることもあると思うのですけれども、そこで一回評価を

しておく、本当にその方が認知症になられたときに変化がわかるということがありますので、今、このような現状ですということをそこで確認しておくことは、それはそれで意味があることかなと思います。

○岸本専任講師 ただ、おっしゃるように、要するに、相手の顔が見えて、声が聞こえればできますので、精神科領域全般で考えていただくと本当は一番いいのかなということなのです。

D to P、ドクターから患者さんというところで認められているケースはまだ恐らく少ないと思うのですが、それもいい実証の領域だとは思いますが。

諸外国のデータが中心ですけれども、対面でやった診療と、遠隔を使った診療であるとか、診断あるいは治療効果だとか、満足度に関して、ほぼ差がないというデータは海外では割といっぱいあります。

○八田座長 わかりました。

それでは、よろしいですか。

お忙しいところをどうもありがとうございました。