

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28年9月26日（月）16:40～17:11
- 2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室
- 3 出席

<WG委員>

- | | | |
|----|--------|------------------------|
| 委員 | 阿曾沼 元博 | 医療法人社団滉志会瀬田クリニックグループ代表 |
| 委員 | 鈴木 亘 | 学習院大学経済学部経済学科教授 |
| 委員 | 原 英史 | 株式会社政策工房代表取締役社長 |
| 委員 | 本間 正義 | 東京大学大学院農学生命科学研究科教授 |

<関係省庁>

- | | | |
|--|--------|----------------------|
| | 波田野 正博 | 新潟県阿賀町副町長 |
| | 村岡 亨 | 新潟県阿賀町健康福祉課長補佐 |
| | 廣川 修 | 新潟県五泉市東蒲原郡医師会事務長 |
| | 伊藤 健介 | 株式会社共栄堂新潟第一エリアマネージャー |

<事務局>

- | | | |
|--|-------|-------------------|
| | 坂井 潤子 | 内閣府地方創生推進事務局参事官補佐 |
|--|-------|-------------------|

（議事次第）

- 1 開会
 - 2 議事 あがまちIT医療特区構想
 - 3 閉会
-

○坂井参事官補佐 お待たせして申し訳ありませんでした。

阿賀町から、副町長ほか、皆様にお越しいただいていまして、御提案いただいておりますあがまちIT医療特区構想について、本日は御提案の御説明をいただきます。

30分間となっておりますので、簡単に5分～10分の説明ということでお願いしようかと思えますけれども、原先生、よろしくお願ひします。

○原委員 大変ありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

御説明をお願ひいたします。

○波田野副町長 新潟県阿賀町の副町長をしております波田野と申します。よろしくお願ひいたします。

本日は、このような機会をいただきまして、大変感謝を申し上げます。

昨年、遠隔服薬指導の規制緩和に関する提案を行いましたところ、特区に限るという条件ではございましたけれども、法改正が行われ、私どもの構想の実現に向けて大きく前進をしていただいたことに感謝を申し上げる次第でございます。

今回提案をさせていただきました構想につきましては、この後、担当の村岡から内容を御説明させていただきたいと思いますが、医師、看護師、薬剤師といった医療従事者が慢性的に不足する中で、持続可能な地域医療の仕組みをどのように構築していくかということがテーマでございます。ぜひ、当町、阿賀町を医療特区に指定していただき、遠隔診療と遠隔服薬指導をセットにした事業を全国のモデルケースとして実施させていただきたいと考えております。日ごろから規制改革を通じた地方創生に御尽力されていらっしゃるワーキンググループの委員の皆様、心から敬意を表しますとともに、今後とも創意工夫と改革に熱心に取り組む自治体を御支援くださいますよう、改めてお願い申し上げます、簡単ではありますが、御挨拶とさせていただきます。よろしくお願いたします。

○村岡課長補佐 阿賀町健康福祉課の村岡と申します。

昨年12月、八田先生に御説明をさせていただいたのですけれども、今日は、阿曾沼先生を始め、ワーキンググループの皆様、直接プレゼンをさせていただく機会をいただきまして、大変ありがとうございます。

私からは、昨年の初回提案後、遠隔服薬指導ができるように改正された国家戦略特区法に合わせて、今回見直しを行った事業案の概要を御説明させていただきます。

初めに、お手元の資料で、新潟県の地図が載っているものを御覧いただきたいと思えます。A4横の資料でございます。

その地図の右側に、「県央」という枠で囲んだ文字があるかと思えますけれども、その文字の上の部分に③と■の2という符号の打ってある場所が阿賀町でございます。●が無医地区、▲は準無医地区でございます。人口は約1万2,000人、高齢化率は50%に迫っております。高齢化率とへき地の多さでは新潟県で阿賀町が1位ということで、特に、高齢者、障害者、病弱な方など、通院困難者に対する医療を持続可能な形でどのように提供していくのかということが大きな課題になっております。平成26年の厚労省調査によりますと、全国では637の無医地区がありますが、こういった地区を抱える自治体では、私ども阿賀町と共通する課題を持っているのではないかと考えております。

次に、同じくA4の横になっている資料でございますが、「“あがまちIT医療特区”構想」説明資料を御覧いただきたいと思えます。

左側に「医師不足の現状」となっておりますけれども、とにかく医師は西高東低ということが言われておりますが、新潟県は人口当たり医師数が全国44位の最下位クラス、さらに、医療機関が政令市である新潟市に集中するという地域偏在の問題もあります。特に整形外科や小児科などは、極端に新潟市内に集中しております。

こういった全国にも共通する課題の打開策といたしまして、医療関係者と患者の双方が移動を伴わない遠隔診療と遠隔服薬指導を自治体規模で行うモデルケースとして、当阿賀

町で実施し、これを全国に水平展開していくことで、医療の地域格差を是正するという事業プランを御提案させていただき次第でございます。

もし特区の御指定をいただきました場合に、特区内で行う事業の具体的内容でございますが、この表の右側の欄を御覧いただきたいと思っております。

遠隔診療パターンⅠ、パターンⅡ、パターンⅢと遠隔服薬指導ということで、4種類を想定しております。もちろん医療の基本は医師による直接の対面診療と薬剤師による直接の対面服薬指導でございますが、それを補完する形で遠隔診療と遠隔服薬指導を行うことで、持続可能な地域医療体制をつくるのが目的でございます。

まず、パターンⅠとパターンⅡは、主にへき地集落の住民の慢性疾患の在宅患者向けに行う遠隔診療でございます。

パターンⅢですが、阿賀町には高齢者のニーズが高い整形外科の常勤医もいませんし、若いお母さん方から強い要望がある小児科医の常勤医の先生もおりません。そこで、都市部の総合病院と町の診療所をつなぐ遠隔診療システムを整備し、患者さんが何とか診療所まで来られれば、整形外科や小児科、あるいは眼科や皮膚科といった専門医の診療が受けられる仕組みをつくりたいというものでございます。

一番下の遠隔服薬指導ですが、御存じのとおり、現代治療の大半が投薬によって行われている今日、患者さんの病状の安定と回復を図るためには、薬の専門家である薬剤師が直接患者にかかわり、服薬状況、残薬、副作用の有無、効果、こういったことを確認することが重要になっております。しかし、通院困難者は薬局にも行けないという方が多いので、遠隔診療を行った患者に対し、遠隔服薬指導と薬の宅配を行うものです。この遠隔服薬指導と薬の宅配につきましては、過去に東大病院などが行った同様の提案に対する厚労省の指摘事項などを踏まえ、具体的に私どもがどのような手順で行うのか、わかりやすく映像化したデモンストレーションビデオを作成し、内閣府にお届けしてありますので、委員の皆様にも機会がありましたらぜひ御覧いただきたいと思っております。

以上のような事業を特区内で行う場合に必要となる規制緩和の内容につきましては、提案書本体の2ページ目を御覧ください。

7点ほどありますが、特に一番右の欄の下から3つ目でございます。

このたび改正されました国家戦略特区法では、遠隔服薬指導を行った場合は、薬剤師と患者の会話内容を全て録音、録画しなさいという新たな規制が設けられました。この後、薬剤師の伊藤さんからも言っていただきますが、これはぜひ考え直していただきたいと思っております。

私からの御説明は、以上でございます。

次に、薬剤師の伊藤さんからお願いいたします。

○伊藤エリアマネージャー 阿賀町で薬剤師として勤務する立場から、現状について御報告させていただきます。

今ほどもお話がありましたが、大きな紙の上から5行目になります。改正国家戦略特

区法第20条の5、第16項には、遠隔服薬指導を行う場合、薬剤師と患者さんの会話内容を全て録音、録画することが定められております。

このような条件下では、恐らく患者さんもそうですが、薬剤師も尻込みをしてしまい、やれなくなってしまうことが予想されます。また、プライバシーの観点からも問題があるのではないかと考えております。さらには、テレビ電話システムに音声と映像のストレージ機能を持たせることは巨額の費用がかかり、阿賀町のような小さな自治体の財政規模から考えましても、とても現実的な話ではないのかなと考えます。いずれにしても記録をとることは必要であると考えますけれども、もしその記録をとる必要があるようであれば、録音、録画ではないそれ以外の方法で措置していただきたく存じます。

また、下の行になりますが、薬局が半年ごとに県に実施状況を報告することになっている点ですが、それがあまりにも大変な作業になってしまいますと、薬局としては、事業に参加することができなくなってしまうことが想定されますので、報告様式は県に任せてほしいというお話になります。

最後になりますが、私たち薬剤師は、厚生労働省及び行政の御指導のもと、地域医療の維持のために医療機関と連携をとり、業務を実施しております。私たちの薬剤師業務は対面で行うことが大前提、原則であると考えておりますが、本件のような地域的な特性もご勘案いただければ幸いです。

以上です。

○廣川事務長 医師会の事務長の廣川でございます。よろしくお願いたします。

当医師会は、開業医、病院や施設等に勤務する医師54名で構成してございまして、小さな医師会でございます。小さいながらも、協力することや団結力はどこにも負けないと自負しております。

資料を2枚ほど用意いたしました。

これが阿賀町の様子でございます。福島県から流れてくる阿賀野川の両側に点在する集落が阿賀町でございます。山紫水明という誇りを持っていますけれども、冬になると2メートルから3メートルほどの雪が降って、この雪が住民の健康や生活を厳しいものにしてるのが事実でございます。

2枚目の資料でございます。これは、今年の7月5日、地方紙の新潟日報に掲載された記事でございます。「上川診療所が3カ月ぶり再開」という大きな見出しで県民に知らされました。実は、今年、所長の阿部医師が亡くなりました。その後、当医師会も協力しながら診療を続けてきたわけでございますが、4月から常勤医がいなくなりまして、診療所を休止しなければならない状態になったわけでございます。阿賀町の努力によりまして、7月1日から近藤崇医師が来てくださったのです。新潟県では、このような山間地に医師が来ることは奇跡的なことであり、また、私たちが待ち望んでいるものでございます。

記事の一文を読ませていただきます。「診療所を再開した1日、早速訪れた患者は『上川にはもう常勤医は来ないかとも思っていた』と話し、安心したように笑顔を見せた」と

いう一文があります。本当に私はうれしくなったわけでございます。このように住民に喜ばれるような医療環境を整備していくことが私たちの責務であると考え、意を新たにしているところでございます。

このたび、阿賀町と医師会で共同提案した特区構想の事業も、町民の健康と安心を支える事業と考えております。行政、薬剤師、医師の三者が力を合わせて推進していくことをお誓い申し上げます。御審議いただき、また、具体的な御指導をいただければ、幸いです。どうぞよろしく願いいたします。

○原委員 ありがとうございます。

それでは、阿曾沼先生、お願いします。

○阿曾沼委員 診療パターンを幾つか具体的にお示しいただきましたので、ご希望が大変わかりやすいご説明でした。ありがとうございました。

ところで、診療パターンⅢですが、診療所と専門医が遠隔でテレビ会議をしながら患者さんを目の前にコンサルテーションをするというのは、現在でも可能ですが、もう1つ具体的に何をどうして欲しいかがよく分からなかったのですが。例えば、お母さんが子供さんを連れて診療所に行って、遠隔医療技術を使って市民病院の小児科の先生からコンサルテーションを受けることは、今でも可能ですね。これはより踏み込んで何かをしたいということでしょうか。

○村岡課長補佐 阿曾沼先生に、逆にぜひこれを機会に伺いたいのですけれども、コンサルテーションではなく、例えば、町の診療所には実は常勤の小児科医がいないので、お母さん方は常勤の先生にいてほしいと。いないわけですので、例えば、新潟市内の総合病院の小児科の先生が、外来の時間を利用して、診療所に来た子供さんを診察するというのは現行法で可能なものなのですか。

○阿曾沼委員 診療所に当然専門ではないかもしれませんが、先生がいる訳ですね。その場合は基本的にコンサルテーションは幾らでもできるわけです。レセプトを請求するとき、主治医、誰がレセプトを請求しますか、診療報酬がどこへ帰属しますかといったときには、基本的には診療所に全部帰属しますから。

○村岡課長補佐 ということは、診療所の内科の先生がやったことにしてという。

○阿曾沼委員 やったことにしてというわけではありません。ちゃんと診療所の先生がカルテに書いて、何々先生のコンサルテーションを受けて、最終的に処方する責任、最終的に診断する責任は診療所の先生になるわけです。しかし、診療所の内科の先生が小児科の領域で、私は確定診断出来ない、責任は取りたくないと言われると困りますが、そんなことはないでしょう。コンサルテーションをされる医師との信頼関係があれば。例えば、非常勤契約をした場合は、リアルに先生がその診療所に来なければいけませんから、遠隔非常勤制度というものがあればですが。いまそれをするという事は難しいと思います。その場合でもやはり診療所の先生がいなければならぬとか、遠隔非常勤医師の診察の診療報酬をどうするか等きちんと整理をしないといけないうでしょう。

残念ながら診療報酬との兼ね合いが当然出てきますから、最終的に問題が起こったときに、医師法や医療法では、診療所の内科の先生が全ての責任を負う事になるでしょう。コンサルテーションをした先生はあくまでもコンサルテーションです。それは画像診断と一緒にです。

パターンⅢに関しては、最終的な医療の責任、誰が確定診断をするか、処方責任は診療所の内科の先生にしかないので、それであれば、別に今でもできるわけです。
○村岡課長補佐 先生、もう1つだけお伺いしたいのですけれども、貴重なお時間をいただいて、すみません。

病院と診療所をつなぐテレビ電話システムは、患者さんの顔を映すだけのシステムだったら多分医療機器とはいわないと思うのですが、そこに拡大スコープあるいは画像共有システムなどをオプションでつけた場合に、これはトータルで医療機器承認が必要だということになりますか。

○阿曾沼委員 基本的に画像を映すのはPACSの端末ですから、画像診断をする端末は医療機器で薬事承認しないとイケません。しかし、電子カルテの端末は薬事承認は要りません。しかし、PACSである医用画像システムの端末やディスプレイは、基本的には薬事承認をしないとイケないことになっています。

電子カルテそのものの端末も薬事承認するかしないかも議論になって、アメリカのFDAなどは電子カルテで使うモバイル端末も薬事承認すべきという議論があるとも言われています。しかし、現時点では具体的な議論になっていません。しかし、画像診断システムに関しては診断に大きな影響を与えるものでありますから、薬事承認の対象となっています。薬事承認品目である画像診断機器とシームレスに連携するものですから、画像で取り違えが起こったり、混同が起こったり、画像の劣化によって正確な診断ができなければ医療に大きな影響がでますので。しかし、その画像診断システムから情報を受け取って表示する電子カルテ端末ではそこまで求めていません。しかし、サブシステムである内視鏡画像システムは薬事承認が当然必要です。例えば、診療所の内科の先生が内視鏡をやり、より精密に診断する上で、同時または蓄積した映像や画像を専門医に診て貰うというのは、それはコンサルテーションですから、それは別に構わないです。患者さんに対して医療責任を誰が持つか、主治医は誰なのかということさえはっきりすれば、誰のコンサルテーションを受けても、医師法や医療法上では構わないと理解しています。ですから、病院と診療所の間は、患者さんが診療所に来てくれていれば、問題はないということです。

今回、患者さん宅においても、初診であったとしても、お医者さんと患者さんの合意によって、医者の方責任において初診も可能となっていますから、そこはいいのだと思います。

ご提案を聞く限り、現状でもできることが結構あるのでパターンⅠ～Ⅲまでと服薬指導に関してより明確なご提案があると議論を深められるかと思えます。

ところで、服薬指導をやった後に介護ヘルパーさんが薬局に薬をとりに行くことは今で

も可能と思います。介護を受けている人、訪問介護を受けている、訪問医療を受けていらっしゃる人で、本人が行かれない状況であれば。

○村岡課長補佐 ヘルパーさんは看護者に当たるということですか。

○阿曾沼委員 看護者ではなくても、介護としてヘルパーさんに行ってもらって、薬局でとることは今でも可能ですね。

○伊藤エリアマネージャー 実質はそうですね。

○阿曾沼委員 少しご要求内容を現状での可否をきちんと精査をしていただくとよいと思います。

○村岡課長補佐 そのお薬の問題の重要性は言うに及ばずなのですが、ヘルパーさんとか、隣の奥さんが頼まれて薬局に行っても、多分薬局としてはお薬を渡さざるを得ないのですが、その人たちが果たして残薬があるかどうかとか、副作用が出ているかどうかは、確認が恐らくできないのではないかと。

○阿曾沼委員 ですから、それは服薬指導を遠隔でテレビ電話でやって、その後の搬送手段としてどうするかということで、お薬を取りに行く代理者に服薬指導する訳ではありませんから。

○村岡課長補佐 直接薬剤師さんから患者さんとテレビ電話でお話ししていただくことが大事だろうということから、始まっていますね。

○阿曾沼委員 遠隔医療においては遠隔服薬指導ができますから。ですから、今、医師会の先生方と相談するなり、薬局と相談をして、具体的にやりたいことをもう少し整理されると良いと思います。ご提案の多くは現状でも出来る事が多いので、それを踏まえて何が問題か、県の方、厚労省からいらした方もいる様ですので、もっと御議論されると良いと思います。専門医が遠隔医療でコンサルテーションをすることは幾らでもできますから。それは昔からできるのです。医療機関同士はできる。

○村岡課長補佐 私どもは、国家戦略特区に御指定を仮にいただけない場合は、このパターンⅢをやりたいと思っけています。

○阿曾沼委員 パターンⅠもパターンⅡもいいのではないですか。特区で結構いろいろとできていると思いますし、集会場に行かなくたって、慢性疾患の患者さんは自宅でできるわけです。

○原委員 いや、これは診療ですね。別に特区でなくても。

○阿曾沼委員 遠隔診療ですから、特区でなくてもできますね。しかもこれは「へき地」と書いてありますから、診療パターンⅠは全く問題なくできるのではないですか。

○村岡課長補佐 ただ、どうしても通院困難者は薬局に実際に行けないのです。

○阿曾沼委員 ですから、遠隔医療をやっている人は遠隔服薬指導ができて、いわゆる物を代理の人が持っていくということまではできるはずなので、それをもう一回確認してください。

今、遠隔医療にかかわらない遠隔服薬指導はまだできないのです。遠隔医療にかかわる

遠隔服薬指導は可能です。

○村岡課長補佐 それは国家戦略特区内においてはというくだりがありますので。

○阿曾沼委員 もう少し整理して下さい。

○村岡課長補佐 私どもはとにかくできればいいので、構造改革特区でも、何かほかに道がないかなと。

○阿曾沼委員 フェイスタイムでもスカイプを使ったってできるわけですから、より具体的な御提案を出してください。どの法改正が必要なのかを具体的に。医師会がやる気になっているということが非常に大きいですからね。

○村岡課長補佐 本当に熱心な先生ばかりで、本当に私は頭が下がる思いです。

○阿曾沼委員 折角ですから、薬局の方や医師会とタイアップして、より一歩進んで全ての薬の宅配なども含めて、トータルパッケージでやりたいなどの提案があるとかですね。

○鈴木委員 1点だけよろしいでしょうか。むしろ事務局に言うような感じなのかもしれないのでけれども、一般論としてなのですが、特区に指定されているところは、こういう単発のテーマではなくて、割と総合的にいろいろとやります。小さなところでもいろいろな特区の要望を出していますというところは多いので、ここの1つのテーマで特区指定というのは傾向としては難しいかなという気はするのですが、1つのアイデアとしては、新潟市が特区になっておりますので、飛び地というのは変ですけれども、新潟との連携で遠隔医療などがもっとあるということになると、飛び地指定というものはないですけれども、何か連携技がひょっとしたらあり得るのかもしれない。

特に新潟の総合病院との連携などは既にあるのでしょうし、もっと使うといいということになると、新潟をちょっと口説いていただいて、連携でやるということができるとすごく現実的かなという気がちょっとしましたので、事務局で確認をいただいてから、そういう方向もできるかどうかということを確認したいと思います。

同じような環境にある自治体と連携して新潟に物を申すとか、1つだけで言うと、あまり関心を持たれないかな。

○村岡課長補佐 新潟市さんは、資源を提供する側になってしまうので、あまり。どうかかなと。

○鈴木委員 でも、彼らが診療報酬をとれるわけなので、新潟市の病院のほう、彼らも得なわけですね。

○村岡課長補佐 遠隔診療パターンⅢですけれども、これは恐らく診療所が診療報酬を請求して、例えば、委託料などをその病院にお支払いするような形になるのかなとは思っておりますけれども。

○鈴木委員 そんなに得はないと。

○村岡課長補佐 むしろ新潟市内のお医者さんも忙しいので、難しい。

○阿曾沼委員 地域包括病棟か何かを持っていらっしやると、地域の連携という意味で、こういうパターンができると良いかもしれませんね。

地域全体を俯瞰出来ていないので、もう少し伺って見ないと具体策の示唆が申し上げられないのですが、薬局と医師会が連携していることなので、そして行政もやる気になっているということであれば、国家戦略特区の医療分野のメニューの中で、もしくは、近未来の技術とかもあわせてのご提案があれば良いと思います。

ぜひその新潟県の厚労省から出向されていらっしゃる方と議論を進めて下さい。

○原委員 よろしいですか。

それでは、どうも大変ありがとうございました。