

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

（開催要領）

- 1 日時 平成27年1月9日（金）15:33～16:03
- 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 大阪大学社会経済研究所 招聘教授
委員 秋山 咲恵 株式会社サキコーポレーション 代表取締役社長
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 原 英史 株式会社政策工房 代表取締役社長

<有識者>

駒崎 弘樹 認定NPO法人 フローレンス代表理事

<事務局>

富屋 誠一郎 内閣府地域活性化推進室長代理
藤原 豊 内閣府地域活性化推進室次長
宇野 善昌 内閣府地域活性化推進室参事官

（議事次第）

- 1 開会
 - 2 議事 往診ルールの弾力化
 - 3 閉会
-

○藤原次長 時間が押しておりますので、始めさせていただきます。

国家戦略特区ワーキンググループということでございますが、フローレンスの代表の駒崎さんから6月の成長戦略にやはり御提案を頂戴して、先の臨時国会に出した国家戦略特区法の改正案に保育士の2回試験という項目を入れさせていただいたのですが、解散総選挙ということで廃案になってしまいました。ただ、総理も、また石破大臣も、今月末から始まります国会に、きちんとその法案を再提出していくということになっていますので、少し時間はおくれますけれども、御提案は実現するものと確信をしている次第でございます。

駒崎さんのほうからは、きょう、御提案をまたさらにいただけるということでございますので、積極的な議論をさせていただきたいと思っておりますのでございます。

それでは、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した。

それでは、早速、御説明をお願いしたいと思います。

○駒崎代表理事 このたびはプレゼンテーションの機会をいただきまして、まことにありがとうございます。そしてまた、保育士2回化について風穴をあけてくださって、本当にありがとうございます。我々現場の保育事業者にとって保育士不足というのは大変深刻な事態になっておりまして、それを克服する手段として保育士2回化は本当にすばらしいものがあると思いますので、ぜひ実現を祈念しております。

さて、きょうは病児保育と往診について要望させていただきたいと思っております。皆様のお手元に資料がありますけれども、簡単にささっとお話しさせていただいて、10分ぐらいでお話しさせていただけたらと思います。

まず、安倍政権が掲げる女性の活躍、それに関して立ちはだかる壁として、子供の急な発熱というものがございます。乳幼児はとても頻繁に熱を出します。通常の保育所は、こうした熱を出したり風邪をひいたりした子をお預かりしてはくれません。37度5分の壁と言われていています。

子供が熱を出した場合、どうするかといいますと、親が会社を休んで看病しますけれども、何度も何度も休んでいると、もう君はいいよと言われてしまうことが多々あるわけなのです。私がこの病児保育の仕事を始めたきっかけも、子供が熱を出して会社を休んで看病したら職場から首を切られたお母さんの話を聞いたからです。そうしたことがいまだに起きています。子供が熱を出すときに休むといっても大体が母親なので、そうすると母親が、やはり仕事を続けられないかなんかといって諦めてしまうという事態になっています。こうした病児保育問題というものを何とかしようということで、私どもは10年前にフローレンスを立ち上げて、今やってきております。

さて、この病児保育なのですけれども、実は社会的インフラとしては足りていません。病児保育の施設というものは全国に1,100カ所程度しかありません。これは、認可保育所が今は2.2万施設あるのに比べて非常に少ない状況です。認可外保育所まで含めたら2.6万施設ぐらいあるので、割合としてはもっと下がりますけれども、いずれにせよ、とても少ない。かつ、国の施策の中心である施設型病児保育というものは、小児科に併設されていなくてはいけないという制度になっておりますね。小児科に併設しなくてはいけないので、小児科自体が不足しているという現状からすると、足りなくなるのも当たり前だということはございますけれども、いずれにせよ足りていないという状況があります。

そこで、私たちフローレンスは、2005年から訪問型病児保育というものを始めました。施設を持たない非施設型で、その子供の家に行ってあげるという仕組みです。その子供の家に保育者を派遣して、保育者が熱を出した子供を看病するというような、そうしたスキームをやってみたわけなのです。これがあれば、施設のように定員数に関係なくお預かりができる。病児保育の施設は定員4名なのです。せつかく施設をつくっても4名しかお預かりができないみたいな状況で、だから使えないみたいになるのですけれども、非施設

型、訪問型であれば、それは関係なく、人の数がいれば派遣ができる。

かつ、感性的疾患、うつる病気でもお預かりができるようになるわけです。例えば、インフルエンザの子がいます。病児保育の施設でお預かりします。ほかの子は風邪です。そうすると、みんなにインフルエンザがうつってしまうのでお預かりができなくなってしまいます。そういったことが訪問型ではないということで、そういった意味では預かれる範囲の幅も非常に広がるということで、多くの利用者に支持をされてきました。

日本で初めてこうした取り組みを行いました、大きなブレイクスルーとなりました。現在、首都圏において約3,600世帯の利用会員を擁しまして、病児保育の数、あるいは預かっている子供の数ということで言えば、日本最大の病児保育の団体となっております。

さて、次のページに行きます。

訪問型病児保育というイノベーションを起こした我々ですけれども、さらなるイノベーションを実現しました。それが、病児保育の現場に往診を行うというイノベーションです。これは世界でも試みがないということで、大変独自性の高いものなのですけれども、やり始めようと思ったきっかけは2つあります。1つは、病児保育の安全性を高めたいということです。訪問型病児保育は、感染性疾患のお預かりができたりとか定員数に関係ないという意味ではいいのですけれども、しかし、保育をするのは保育者なのですね。お医者さんでもないですし、看護師さんでもない。そうしますと、やはり子供の急変みたいな事態というのはリスクが高いわけなのです。ですから、熱を出した子を預かる前に診察に行ってもらおうということで、医療的なフィルタリングをかませお預かりするということはしているのですけれども、ただ、預かっている途中で体調が悪くなったみたいなこともありますから、そうした意味で、その現場にお医者さんが行って、さらに診察をするということで病児保育の安全性が高められるのではないかと思ったことが1つのきっかけでした。

2つ目のきっかけは、もうちょっと属人的なといいますか、個人的な思いに端を発するものなのですけれども、うちの利用会員さんで女医さんがいたのです。その女医さんがおっしゃっていたのです。小さい子供を持つ女医は病院には勤められないと。なぜならば、夜勤もできなければ宿直もできないし、あと、シフトで回っているのに、いきなりきょう休みますというのは全然できないと。なので、そういう意味において自分はしばらくは家にいようと思うみたいなことをおっしゃっていたことがありまして、すごくもったいないなと思ったのです。この医師不足が言われている中で、優秀な女性医師たちが、子育てをしているがために病院をやめざるを得ないという事態が起きてしまっているということが果たしていいのかと思いました。また、子育てに専念しないまでも、例えばほんのちょっとだけ働くということで検診医等の短期間のアルバイトということで、専門性と特に余り関係ないところでしか力を発揮できないというのはどうなのだろうと思ひまして、だとするならば、病児保育の現場に往診をするという、その往診医になっていただければ、子育てと医療という仕事の両立ができるのではないかと思ったのです。

というのも、この往診の時間帯は、大体10時から2時、3時ということで全然長くない

ですし、日中ですから働けるということがありますし、また、複数のチームで往診チームをつくれば、きょうはちょっと子供の体調でとか、都合でということで休むといったとしてもカバーができる。かつ、ずっと休んでいると腕がなまってしまいますけれども、ちょっとずつでも往診して、もちろん軽い子ですけれども、診ていくことによって医療的な知識のキャッチアップというのもできる。そうしたことで、そのママドクターの社会との接点の場として、病児保育の現場で往診というのはいいのではないかと思って、やり始めました。

そうしましたら、実際に子育て中の女医さんが4人も参加していただきまして、あっという間に往診チームができました。そして、病児保育の現場に往診というのを行ったことによって病児保育の安全性が高まり、かつ、女医さんも働けて、そして、利用者さんもすごく喜んでくれるし、子供たちの治りも早くなったということで、非常に大きなイノベーションを起こすことができたかと思います。

そして、この試みは、我々の病児保育の現場をよくすることにはとどまらないかと思っています。というのも、我々以外の病児保育の事業者、訪問型病児保育の事業者があらわれたとして、その人たちも我々と同じように往診ができれば、さらに安全性の高い社会的インフラというのは広がっていくことになります。折しも施設型病児保育だけでは病児保育の社会的インフラはつくれないう事態になっていますから、政策で訪問型病児保育が広がっていくとしたら、この往診もセットで広げていくことによって、非常に安全性の高い病児保育インフラというのを日本全国に広げていけるのではないかと思っています。

さて、こうしたイノベーションなのですけれども、現在そのイノベーションを阻む壁によって苦しめられております。

1つ目が16キロの壁です。この往診には、実は16キロまでという規制が存在します。これは、こちらにありますとおり「診療報酬の算定方法を定める件」という平成18年の、これは告示なのでしょうか、通達なのでしょうか、ちょっとわからないですけれども、2つの文書によって規定されているわけなのです。この16キロが、なぜ16キロなのかということがよくわからなかったのです。例えば1キロとかであれば、自分の町の縄張りを持つとかそういう意味合いがあるのかなと思うのですけれども、16キロというと、まあまあ広いですけれども、でも、16キロである意味合いという、その根拠というのがよくわからなかったので、厚生労働省に聞いてみました。そうしましたら、ちょっとそれは特によくわからないですと、ただ、決まっていることなのでということでおっしゃっていたのです。

では、しょうがないかと思ったのですが、しかし、16キロというと、例えばこの霞が関からだとか大田区ぐらいになってしまうのです。そうすると、我々は首都圏でやっていますから、横浜とか川崎とかは往診に行けないのです。あと、立川市とかは行けないですし、そういう意味でとても限定されてしまう。

では、16キロを何とかするためには、診療所をもう一つ連携して、その診療所からまた16キロの円でとか、という感じで、非常に手間がかかるし現実的ではないわけなのです。

なので、この16キロという壁が、本当にすごく大切な根拠があれば別に、子供の命にかかわるとかそういうことがあれば、ぜひ遵守したいと思うのですが、さして意味がないのであれば、取っ払っていただければと思います。

2つ目です。往診専門クリニックというものを認めていただけない状況になっています。どういうことかといいますと、我々のこの往診のスキームは、当初はある医療法人さんに協力していただいて、その医療法人に医師を登録させてもらって、その医療法人名義で往診をしていました。そこから順調に回り始めたら、今度は我々の提携してくださっている医師が、では、私がこのフローレンスの病児保育の往診専門のクリニックを立ち上げるわと。そうすればもっと機動的に往診もできるしということで、個人クリニックを立ち上げてくださいました。それで立ち上げてくださって、そこから往診するというスキームをやったのですけれども、そうしたら、診療報酬請求の事例というのは往診ばかりになるのですね。そうすると、いや、これは前例がないと。普通、クリニックというのは往診以外もやるでしょうと。往診しかやらないというのは類例もないし、よくわからないということで、社会保険診療報酬支払基金さんから御指導をいただいてしまいました。また、地域の保健所等も、往診だけのクリニック設立というのは基本認めていないですよというようなことをおっしゃっているわけなのです。

しかし、往診のみのクリニックというのは認められないということを定めた法律や政省令というのは存在していません。にもかかわらず、社会保険診療報酬支払基金や保健所さんが独自の解釈によってそれを強いているような状況になってしまいます。そうすると、せっかくのこうした医療が、医療という剣をもってして新たな社会的課題を解決していくというようなイノベーションを阻んでしまうわけなのです。なので、ここを、もちろん法律に書いていないので法律を変えてくれということではないのですけれども、運用の部分をぜひ認めていただければと思っております。

この規制緩和によって何がもたらされるかということを書いたページに書いてみたのですが、もちろん、この訪問型病児保育プラス往診というイノベーションが拡散していくということがあるでしょう。それは、最初は我々の現場でそれが実現されますけれども、ベビーシッター会社さんで今、病児保育をやり始めているところが結構出てきています。例えば、そういったところが往診も加えるとなったら、より積極的に病児保育というのが広がっていく。今は社会的インフラとしては非常に脆弱ですけれども、そうした新たな形で病児保育の広がりをもたらしことができるということがあります。

さらに、医療的なアウトリーチというものが病児保育以外でも応用可能になってきます。例えばなのですけれども、重度の障害児に対して往診ということができるようになるわけですね。どういうことかという、例えば、重症心身障害児と言われる知的障害と身体障害が組み合わされたようなちょっと重い子ですね。なかなか歩けなかったりする寝たきりの子がいるのですけれども、そうした子を預かる障害児保育も我々はやっているのですが、そうした御家庭の悩みは、病院に行くというときに、うつってきてしまうということなの

です。地域の小児科に行って、小児科の待合室に40分いて、そうすると免疫力の弱い重症心身障害児というのは、ほかの病気をうつされてきてしまうわけなのです。そうすると、やはり病院に行きづらい。でも、病院に行かないとまた悪くなっていってしまうしという事で、いわゆる在宅医療というのが非常に必要になります。

だけれども、この在宅医療というのは結構不足しているのです。成り手がそんなにいないということなので、もっと気軽に往診の仕組みがあれば、そうしたなかなか病院、クリニックに行けないような障害を持つ子供たちも助けられるのですね。しかし、この往診の壁があると、なかなかそれができない。だから、そうしたマイノリティーは、不便でちょっと危険かもしれないけれども、普通の子と一緒にクリニックに行ってくださいというのが現状なわけなのです。そこを変えることもできるようになるでしょう。

さらに、ひきこもり家庭や児童養護施設への往診ということもできるようになってくると思います。例えば、若年ひきこもりというものが今は問題になっています。部屋にひきこもって何年もいるというような青少年ですね。こうしたひきこもり当事者の支援をしているNPOの育てあげネットの経営者の方が友人なのですけれども、やはり彼らと話すと、その中の少なくとも3割の子供たちは精神的に何らかの疾患を抱えていると。だから、病院に連れて行って医療的なある種のケアを受けなくては行けないが、しかし、ひきこもり当事者たちを引っ張って精神科医に連れていくとかということとはできないわけですね。暴れたり何なりするわけですから。なので、精神科医のほうに来てもらって、それでセラピーを受けるということができればいいのかなとすごく言っていました。しかし、今は基本的には、一部本当にやっぴらっしゃる精神科医さんもいらっしやいますけれども、なかなかそういうことは一般的には行われないうことになるわけですね。でも、例えば往診専門クリニックをつくって、そういった子たちを回っていくみたいなスキームができれば、ひきこもり当事者の社会復帰というのはもっともっと進んでいくということが出来る可能性があるわけなのです。

また、児童養護施設で虐待等でトラウマを負った子供たちがかなりいらっしやいます。そうした子供たちに対するトラウマケアというものが、アメリカ等ではとても進んでおります。EMDRであったりだとか、TF-CBTと言われるメソッドがあるのですが、そうしたものを使ってトラウマを回復することによって、その後の犯罪加害者になる確率であったりとか、生活保護に陥る確率であったりとか、あるいは精神疾患を病む確率を下げる事が出来るのです。なので、子供のトラウマケアというのはアメリカ等では非常に進んでいるのですが、日本では余りそういうことはやられていないわけなのです。

でも、例えば児童養護施設にトラウマケアのできる精神科医を派遣して、往診して、12回のセッションをしてとかということができれば、非常に後々の子供たちのクオリティー・オブ・ライフを上げられますし、あと、社会が受けるだろうダメージというのも減らせる。そうしたこともできるので、往診をある種もっともっと便利に使えることによって、社会問題解決の生産性というのは向上できるわけなのです。ですから、これは病児保育

にかかわらず、大きなベネフィットを社会にもたらせるのではないかと考えております。

というわけで、ぜひこの往診の壁というものを、2つありますけれども、改善していただけたらうれしいです。よろしく願いいたします。

○八田座長 どうもありがとうございました。

それでは、委員の方から御質問、御意見はございませんでしょうか。

○阿曾沼委員 往診専門ではだめな理由というのは、具体的には幾つか言われているのですか。例えば、応需義務の為に管理者である院長が常駐して施設中で外来診察をしていないからだめだとか。

○駒崎代表理事 私が言われたのは、事例がないということです。

○阿曾沼委員 事例がないというだけですね。

○駒崎代表理事 基本的には、今のところはそうです。

○八田座長 では、秋山さん。

○秋山委員 特区でやろうとしていることは、規制緩和という言葉が表に出ていますけれども、要はグレーゾーンをなくして、そのニーズがあることに対してもっとやるべきことをやるようにするということですので、今回の御提案は極めてそれに、社会的ニーズがあって、グレーゾーンであって、やるということであれば、あと、これは具体的に何を進めればいいのかということを確認させていただければいいのかなと思います。

○八田座長 原委員。

○原委員 2つあるうちの往診専門のほうについて、先ほどのお話によると、平成26年度診療報酬改定での意見を踏まえて引き続き検討を行っているという話になっているので、その状況をもう一回確認してみて、そんなに後ろ向きではないようなことを言っているみたいです。

○駒崎代表理事 そうなのですか。

○原委員 要するに、昔は、全ての被保険者に対して平等に診療を提供しないといけなかったので、外来でやって来た人にもちゃんと提供できるような体制をつくるのが必須だという理屈でやっていたのだけれども、在宅診療専門のところも実際に出てきているので、そこは考えますよみたいな話であるかのように、本当に前向きに進むのかはわかりませんが、ちょっとそこは確認をして。

○駒崎代表理事 少なくとも現場としては全くそんな話はしていなくて、全然だめだからみたいな感じにはなっています。でも、よかったです。

○原委員 それは決して、それで進むかどうかは、まだ確認しなければわかりません。

16キロというのは、確認ですけれども、診療所の場所と患者さんの場所ということですか。

○駒崎代表理事 そうです。

○原委員 実際に御社でやられている場合には、お医者さんはまた別のところにいらっしやって、そこから駆けつけるのですか。

○駒崎代表理事 一応、往診を専門というかセミ専門でやる医院というのを医師と連携し、立ち上げまして、葛飾区にそれを置いています。だから、その葛飾区から16キロという感じですよ。

○原委員 皆さんそこに詰めるのですか。

○駒崎代表理事 詰めはしないです。詰めはしないのですけれども。

○八田座長 ディスパッチセンター。

○駒崎代表理事 ディスパッチセンターみたいな感じですよ。

○原委員 ますます全然関係ないわけですね。

○駒崎代表理事 ますます全然関係ないです。

○八田座長 そうすると、両方とも特区ではなくてもいいように思います。全国で当然のような気がします。

○駒崎代表理事 そうですね。全国でやったほうが良いとは思いますが。

○秋山委員 多分、理屈的には、この16キロの規制に当てはまらない類型であるという取り扱いができるかどうか、もしくは、同じ枠組みの中でやるのだったら、この16キロの壁の取り扱いを特例的に認めるのか、そういう整理になるかと思えます。

○八田座長 そういうことによって、さらりと往診専門の病院が入ってしまうと。

○阿曾沼委員 中医協において引き続き何の検討をしているのかという点に興味があるところですね。

○八田座長 これは、とにかく特区で要望することにしましょうよ。それで、した上で、厚労省が全国にしたいと言えれば、それはそれで歓迎だし、何かいろいろできない理由があるというのなら、それはぜひ特区でやりましょうということですね。

事務的には何かありますか。

○藤原次長 早速、関係各省とヒアリングをさせていただくことにいたします。

○秋山委員 ちなみに、もし例えばこういうことが仕組みとしてできるとなったときに、御社以外にこういうことを手がける主体というのはたくさんありそうなのですか。

○駒崎代表理事 訪問型病児保育の主体自体がそこまでは多くないのですけれども、ただ、我々が10年前にやり始めたことによって、普通のベビーシッター会社が病児保育もやるようになってきたのです。だから、そういう参入は生まれているので、彼らがもしかしたらこれをやってくれるかもしれないです。かつ、国家戦略特区で医師以外にも医療法人の理事長になれるようになれば、さらにこうした福祉と医療のコンバージョンみたいなものは、マージは進んでくるのではないかと思いますね。

○阿曾沼委員 16キロの壁ですが、ご希望としては合理的な距離とか地域というのはあるのですか。

○駒崎代表理事 このケースにおいては、往診はうちで往診カーを持って、ドライバーを雇って、それで先生を乗せて行くのですよ。だから、特に別に20キロでも30キロでも、子供が熱を出していて、ちょっと心配だなと思えばそこに行くという感じにはするので、あ

まり距離はそこまで。もちろん、首都圏でやっているの、静岡とかまでは行かないですけども、例えば横浜とか。

○八田座長 要するに、事業者が考えればいいということですね。規制でやる必要はない。

○駒崎代表理事 そうですね。静岡まで行く経済合理性は確かにないので、余り規制しなくても、ある程度普通のところにはおさまるといいますか。

○八田座長 経済合理性はないけれども、たまに知っている人で行きたいと思ったら、それは行ってもいいかもしれないですね。

○駒崎代表理事 そうですし、あと我々も、経済合理性はなくても、この子は重いなと思ったら採算度外視で行っています。それで鼻とかを吸ってあげたり何なりすることによって楽になったりということもあるので、そこはケース・バイ・ケースですね。

○八田座長 ちょっとこの訪問型病児保育について基礎の基礎を伺いたいのですけれども、要するに、保育士さんが行くわけですか。

○駒崎代表理事 保育者ですね。保育士であったりとか、幼稚園の先生であったりとか、あるいは元ヘルパーさんとか、資格要件は幅があるのですけれども、いずれにせよ、病児保育のトレーニングを受けた保育・福祉サイドの人間。

○八田座長 訪問型保育の形として、まず行っているわけですね。

○駒崎代表理事 そうですね。国の制度は特に使っていないです。これは、いわゆるベビーシッター事業者と同様に、我々も純民間としてやらせていただいています。

○八田座長 補助金はどこからも来ない。

○駒崎代表理事 補助金は来ないです。

○八田座長 それで消費税まで取られる。

○駒崎代表理事 消費税まで取られます。

○八田座長 そういう形ならば訪問型の保育はできて、しかし、それにもかかわらず、ある種の届け出要件を満たさなければいけないのですか。

○駒崎代表理事 最近でき始めました。ベビーシッターによる殺人事件とかが起き始めたので、登録制みたいなものというのは来年度から施行されます。

ただ、ちょっと補足すると、国の制度は施設型がほとんどなのですけれども、一応、国でも我々の仕組みをもとに制度はつくってくれたのですが、国の補助金をもらって訪問型病児保育をやっているところは日本に1つしかありません。愛媛のほうの訪問看護ステーションか何かはやっていますので、特に余り大々的にはやっていないという状況です。だから、国のほうは、本当は国の制度として施設型とともに訪問型病児保育で使えるバウチャーとかを出したりすれば、もっともっと病児保育のインフラはできるのですけれども、そのようにはまだなっていないので、これからはならないみたいなので、民間でとりあえず頑張ろうと。でも、頑張るにはちょっといろいろな壁があるねという感じですね。

○八田座長 では、今の形態としては、とにかく保育士さんがそこに行って、そして、16キロ以内だと、お医者さんが行くわけですか。

- 駒崎代表理事 今だと預かる前に、親が病院に1日前とか2日前とかに連れて行って。
- 八田座長 自分が選んだ病院ですね。
- 駒崎代表理事 そうですね。それで、お医者さんが、これは預かって大丈夫だよとかと言ってくれた状況があったら、そのときに行くという感じですね。なので、一応お医者さんには見てもらっている状況ではあると。ただ、子供の容態は結構変わるので、預かっている途中に、例えば8時から18時まで預かっているときに、例えば10時に往診医が車で来て、診て、ちょっと鼻を吸ってあげましょうかとか、ちょっとぜんそくぎみだから吸入しましょうかとかと医療的処置をして、それでまた往診を、次のちょっと重目の子のところに行くという、1日に何件か。
- 八田座長 では、往診カーが必ず来るわけではなくて、必要度のあるところに行くと。
- 駒崎代表理事 ある程度重い子を選んでやっています。
- 八田座長 わかりました。極めて合理的ですね。
- 我々としてもこれは上げていきたいと思えます。
- 駒崎代表理事 ぜひよろしく願いいたします。
- 八田座長 よろしく願いいたします。