

規制改革推進会議「公開ディスカッション」 議事録

1. 日時：平成30年3月27日（火）14:00～17:00

2. 場所：TKP赤坂駅カンファレンスセンター 13階 ホール13B

3. 出席者：

（委員）大田弘子（議長）、金丸恭文（議長代理）、長谷川幸洋（公開ディスカッション担当）、林いづみ（医療・介護ワーキング・グループ座長）、安念潤司、原英史、森下竜一

（専門委員）川淵孝一、戸田雄三

（政府）梶山内閣府特命担当大臣（規制改革）、長坂内閣府大臣政務官

（事務局）田和規制改革推進室長、窪田規制改革推進室次長、佐脇参事官、中沢参事官

（説明者）公益社団法人 日本医師会 今村副会長

社会医療法人 祐愛会織田病院 織田理事長

一般社団法人 日本医療ベンチャー協会 加藤理事

南相馬市 田林副市長

南相馬市立小高病院 藤井管理者

公益社団法人 日本薬剤師会 森副会長

公益社団法人 日本薬剤師会 田尻副会長

（有識者）株式会社ミナカラ 喜納代表取締役薬剤師

（厚労省）椎葉大臣官房審議官、森大臣官房審議官、武井医政局医事課長、屋敷医薬・生活衛生局総務課長、迫井保険局医療課長

4. 議題：

オンライン医療の推進に向けて ～Society 5.0のもとで拓ける医療の可能性～

5. 議事概要：

○大田議長 皆様、こんにちは。規制改革推進会議の議長をしております大田でございます。今日はお忙しいところをおいでいただきまして、ありがとうございます。

私どもは、様々な規制改革事項について議論をしておりますが、その中でも重要性が高く、かつ生活に密接に関連するものにつきましては、幅広く御意見を伺って、改革の方向性を見いだしたいと、公開ディスカッションを開催しております。今日はオンライン医療をテーマとして取り上げます。是非、かつ達な議論をよろしくお願いいたします。

会議の開会に当たりまして、長坂大臣政務官から御挨拶をいただきます。

大臣政務官、よろしくお願いいたします。

○長坂政務官 規制改革担当の大臣政務官、長坂康正でございます。

皆様、本日はお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

制度を設けたときには根拠があり必要であった規制も、社会の変化や技術の進歩とともに、その根拠が揺らいでくる場合がございます。そのような規制が残っておりますと、今日の社会に必要な新しい商品やサービスの展開が阻害され、その不利益は国民が被ることになります。そのために、どのような規制も不断の見直しをする必要があると考えております。

今回は「オンライン医療の推進に向けて」をテーマに意見交換を行っていただきます。規制改革推進会議におけるこれまでの議論を通じまして、超高齢化や医師不足、膨らみ続ける医療費等、医療を取り巻く課題を解決するためには、オンライン医療の推進を更に加速する必要があること、一方で、そのためには乗り越えなければならない課題も山積していることがはっきりとしてまいりました。

本日はここにお集まりをいただきました関係者の皆様方の活発な御議論によりまして、あるべきオンライン医療の姿と、そこに至る道筋が示されることを御期待申し上げます。また、議論を充実させるためには、会場で傍聴されている皆様、インターネットの生中継を視聴されている皆様におかれましても、積極的に御意見、御感想をお寄せいただきたいと思います。

本日はどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○大田議長 政務官、ありがとうございました。

本日は二部構成になっております。第一部ではオンライン医療を取り巻く現状と問題点について、御出席の皆様から御説明をいただき、議論すべき論点を共有したいと思っております。第二部では、一気通貫で完結できる在宅医療実現への道筋について、ディスカッションを行います。

まず、最初に、医療・介護ワーキング・グループ座長の林いづみ委員より基調講演ということで御説明をお願いいたします。

○林委員 皆様、こんにちは。

医療・介護ワーキング・グループの座長をしております林いづみと申します。

基調講演ということでなく、課題の御説明ということでお時間を頂きたいと思っております。

本日の公開ディスカッションを始めるに当たり、このテーマに係る社会的な課題について、まず、御説明したいと思います。

今回のテーマは高齢化の進展と医療資源の減少という、我が国が抱える大きな社会的課題と密接に関わっています。高齢化の進展については御存じのとおり、日本は世界最先端で超高齢社会に突入しております。2008年をピークに日本の総人口は減少に転じており、高齢者の数は年々増加しています。そのため、総人口に占める65歳以上の人口の割合、いわゆる高齢化率は既に20%台の後半に達しております。

スライドの図の赤枠の箇所は、日本の人口の最大のボリュームゾーンである第一次ベビーブーマー、いわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年を囲っていますが、65

歳以上の割合が 30%に達し、国民の四人に一人が 75 歳以上になると言われております。2025 年まで、もう 7 年を切っています。日本がこの超高齢社会にどのように対処するか、世界から注目されています。

世帯別に見ると、2015 年の時点でも、日本の全世帯の半分に 65 歳以上の高齢者がいることになりましたが、多くの方が単身又は高齢同士の御夫婦で暮らしておられます。認知症になる高齢者数も増えており、2025 年には 65 歳以上の高齢者の五人に一人が認知症患者になるとの推計もございます。

このように、高齢化に伴い全国的に在宅医療の中でも訪問診療を受ける患者が大幅に増加しています。そして今後更に在宅医療のニーズは急増していくことが予想されております。しかし、在宅医療のニーズに応える診療所の医師の平均年齢は既に 60 歳近くとなり、また在宅患者をケアする家族も高齢化し、いわゆる老老介護が珍しくなくなっております。つまり、高齢化により在宅患者を支える家族なども高齢化し、医療従事者の高齢化により医療資源も減少していく傾向にあります。この傾向が進んだときに、私たちの住む地域で在宅医療を継続することができるでしょうか。

本日の公開ディスカッションの第一部では、その在宅医療の持続可能性に危機感を抱いておられる自治体と病院であります南相馬市及び小高病院よりプレゼンテーションをいただくこととしております。

さて、こうした社会的課題を克服する手段として、我が国は現代の技術革新の成果を上手に利活用できているでしょうか。本日のテーマのオンライン医療に関する通知が初めて出されたのは今から約 20 年前の平成 9 年（1997 年）12 月 24 日です。厚生労働省の前身である厚生省が「情報通信機器を用いた診療（いわゆる『遠隔医療』について）」という局長通知を出されました。当時、日本ではようやく携帯電話のインターネット接続サービスが始まったところでした。この通知で想定されているのは電話やファクスなどでした。

その後の技術革新によって新たな医療サービスの可能性が確実に広がってきています。すなわちインターネットやスマートフォンの普及により、遠く離れた多数のものが IoT でつながり、4K/8K 技術といった超高精細映像技術の進展により、飛躍的に進化した映像表示を、また 4G/5G 技術により膨大なデータを高速で送信できるようになりました。また、このようにしてつながることで集積したデータを機械学習、特にディープラーニング（深層学習）と言われる技術によって進化した第三次 AI 技術、人工知能技術によって解析することも可能になりました。

既に可能となったこうした革新技術を社会的課題である高齢化社会の在宅医療のためにもっと活用できないでしょうか。

私ども医療・介護ワーキング・グループでは、医療分野での技術進歩の活用を阻害している要因を点検し、今後見直しを検討するために、「Society 5.0 に向けた医療の実現」を今期の改革の重要事項としまして、「オンラインを活用した一気通貫の医療」に向けた議論をしております。

さて、一気に通貫で完結できる在宅医療と聞いて、どのようなものを想像されますでしょうか。私たちのイメージですが、このスライドのとおり、診療から服薬指導までの一連の医療行為や受診に係る行為を、患者や付添い家族などが医療機関や薬局に出向くことなく在宅で、そして医師や薬剤師も家々に赴くことなく医療機関などで、それぞれ完結できる、そういったイメージが一気通貫のイメージでございます。

これが実現しますと、効率的な医療提供が可能になります。具体的にどの程度効率化が図れるか、現在のユースケースと比較したいと思います。

こちらはまず、外来と院外処方との組合せのケースです。まず、スライドにありますように、患者は家から医療機関に移動します。地域差がかなりあるとは思いますが、かかりつけの病院が近くなく交通手段が十分に確保できない地域であれば、相当な時間が掛かります。また、この絵では、おばあさんが一人で歩いておりますけれども、実際には家族の介助なしには通院できない方も多いと思います。

それから、医療機関に到着した後も、受付から診療まで、かなり待たされます。続いて診療ですが、こちらは一瞬と言っては恐縮ですけれども、短いケースが多いのではないかと思います。

医療機関で処方箋を受領後、院外処方の場合、薬を受領するために、更に薬局に移動する必要があります。薬局で処方箋を提出した後、薬剤師の方が処方箋を確認し、調剤されるまで、また待ちます。調剤終了後、薬剤師の方から服薬指導を受けて薬を受領し、帰宅の途に就きます。

このように、おばあさんが疲れ切った状態の絵を描いておりますけれども、本当に一日仕事です。当然、医療機関や薬局との距離によりまして、通院の負担が重くて、つらくて、受診を諦めてしまう人もいるのではないかと思います。

2番目のケースは、お医者様が訪問してくださる在宅医療と院外処方の組合せの場合です。お医者様が家まで来てくださるので、患者は移動する必要がありません。しかし、訪問診療の後、患者は薬局に処方箋医薬品を取りに行く必要がありますので、結局、薬局まで移動する必要があります。

3番目のケースは、オンライン診療と院外処方の組合せのケースです。オンライン診療については水色の部分がオンラインで提供可能となりまして、来年度というか来月になりますが、平成30年度診療報酬の改定では、オンライン診療料やオンライン医学管理料などが新設されますので、限定的ではございますが、保険適用も始まります。

本日の公開ディスカッションの第一部では、オンライン診療の現状と課題について医師会から、また、オンライン診療のユースケースについて織田病院様からプレゼンをいただきます。

しかしながら、このスライドにありますオレンジ色の部分は引き続きオンラインでは不可能であります。したがって、せっかくオンラインで診療が完了しても、処方箋を持って薬局に出向く必要があります。

さて、真に国民のニーズに応えるためには、オンライン診療のガイドラインなどの政策に利用者の視点を反映する必要があると思います。そこで、私どもでは、株式会社イー・ウーマンが主催している「働く人の円卓会議」というオンライン会議を通じまして、一気通貫で完結できる在宅医療に関する生の声を聞く試みを3月9日から16日まで実施いたしました。「オンライン医療、一気通貫の実現に期待しますか？」という問いかけに対し、85%の方が期待するというお答えでした。

実際にはお手元に資料をお配りしていると思いますが、1週間かけて3回意見を募集して、4日目でまとめるという形になっております。いろいろな意見の中では、効率化だけでなく患者や家族などの負担が軽減するといったメリットがあるという声、感染症予防の観点でもメリットがあるという声、それから重症化予防にもメリットがあるという声、家族間の情報共有の効率化にもなるという声も頂きました。

一方で、NOのほうの御意見の中には、オンライン診療への不安や懸念、すなわち医学的判断に係る懸念や医療行為に係る不安の声も頂いております。

こうした生の声を集めてみまして、私どもとしてはこの一気通貫で完結できる在宅医療に関しては、三つの視点が重要ではないかと考えました。まず第一に、利用者目線に立った課題の把握。第二に、状況に応じたオンラインと対面の組合せの仕方。第三に、医療データの相互連結の重要性です。3番目の点につきましては、パーソナルデータポータビリティの検討や、厚労省におかれましても医療等分野情報の連携基盤についても現在検討が進められているところと了解しております。

このように、超高齢社会に伴い在宅医療のニーズが急増する中で、患者が医療機関や薬局に出向くことなく在宅のままオンラインで受診から服薬指導や薬の授受まで一気通貫の医療を完結できる在宅医療が望まれております。

また、「一気通貫で完結できる在宅医療の実現」には、この円卓会議における国民の声にもあったとおり、効率的な医療の提供だけでなく、重症化予防、医療資源の偏在・不足への対応、医療関係者の働き方改革にも波及することが期待されています。

そして、これは、地域事情に即した地域包括ケアシステムの深化・推進のためにも必要なツールであると考えております。

しかしながら、現実にはこの「一気通貫のオンライン医療の実現」に当たっては、規制や制度上の課題があります。具体的にはこのスライドで点線で囲った処方箋の郵送、服薬指導に規制制度上の課題がございます。

詳細は第二部の初めに事務局から御説明いたしますが、簡単に申しますと、現行制度上、一般用医薬品のインターネットなどでの販売は可能ですが、処方箋医薬品については薬剤師が対面で服薬指導した上で販売する、いわゆる対面販売が義務付けられています。したがって、現行制度では、患者が通院困難なために在宅でオンライン診療を受けることができたとしても、薬剤師が患者の居宅等を訪問して処方箋医薬品を届けるときに対面で服薬指導を訪問薬剤師としてなされない限り、患者は薬局に行かなければ処方箋医薬品を受け

取ることができません。

また、処方箋の郵送につきましては、郵送の代わりにオンラインで授受する仕組みが考えられますが、現在の電子処方箋のガイドラインにおいては紙ベースの引換証が発行され、それを調剤薬局に持参する仕組みになっています。したがって、結局は現行の紙ベースの処方箋と同じように薬局に行かない限りは処方箋医薬品を受け取ることができません。

そこで、本日のディスカッションでは、オンライン診療が適する診療形態を明らかにするほか、診察から処方箋医薬品の授受までを一気通貫で完結できる在宅医療の実現に向けた課題や懸念点について、幅広く関係者の皆様から御意見を頂き、様々な観点から議論を行い、実現に向けた道筋を探りたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

○大田議長 ありがとうございます。

ここからはオンライン医療について有識者の方々、そして実際にオンライン医療に取り組んでこられた方々に御出席いただいておりますので、順次御説明をいただきます。

まず、日本医師会を代表して、オンライン医療の普及に向けた議論にこれまでも多方面で携わってこられました今村副会長から御説明をお願いいたします。

○今村副会長 皆様、こんにちは。ただいま御紹介いただきました、日本医師会で副会長を務めております今村聡でございます。本日は大変貴重な場にお招きをいただきまして、感謝申し上げます。

「オンライン診療の現状と課題」ということで、日本医師会の考え方を御説明させていただきます。

オンライン診療は、従来、遠隔診療と言われていましたが、これをオンライン診療と呼ぶということがガイドライン等でも決まりました。オンライン診療を本当に必要とする方たちがいて、その方たちにきちんと提供できる仕組みが大事であり、何よりも通院できない方々を守ることが我々医師の役割であると考えております。

具体例として、へき地や離島の患者さん、あるいは在宅医療の患者さんに、先ほど林委員からも御説明いただいたように、これからの将来を見越した上で、在宅医療の中できちんとした医療が提供できるのか、医療へのアクセスが困難な方への医療の提供を第一に考えているということでもあります。

それから、今更ながらのお話ですが、医療は患者さんとの信頼関係が基本だということで、医師はあらゆる感覚をフル活用して患者さんを診察しております。そのために、現状としてオンライン診療で入ってくる情報には、やはり直接対面で得られる情報と比べると差異があるということも事実でありまして、現状では対面診療等を組み合わせることが必要ではないかと考えているところです。

それから、普段から患者さんを診ている医師が、このオンライン診療を行うということが、患者さんの安心につながる。容態が急変した際も、直ちに駆けつけることができると考えています。

このオンライン診療については、資料2ページの①～③についての把握が必要であると思っています。現状でどのような患者さんに、どのような症例で、どのぐらい実施されているのか。

4月1日から保険診療の中に、いわゆるオンライン診療料あるいはオンラインの指導料というものが認められました。従来、オンライン診療をしてはいけないというわけではなくて、それを実施した場合に保険診療では電話再診での請求ということになっていました。しかし、電話再診が日本中で何件行われているかというデータは分かるのですが、その中に一体どれだけオンライン診療が含まれているのか、どのような患者さんに提供されていたのか、そういうことが全く見えない。一部の真面目にオンライン診療に取り組んでおられる先生たちが、こういうものに使うと非常に有効ですよというような、いわゆる医学的に言うと症例報告みたいな形では挙げられていましたが、やはり制度として進めていく上では一定程度のきちんとしたエビデンスが必要だということで、そういうことが今後保険診療の中に新たな項目として立てられたことによって、これからどんどん見えてくるものが非常にたくさんあると考えているところです。

そして、オンライン診療に適した疾患とは一体何なのか。それから、対面診療と比べて患者に対する医療サービスがどのように向上していくのかというようなエビデンスをこれから集めていく必要があり、その第一歩が始まったと考えています。

これまでの国の通知は、医師法第20条「無診察治療等の禁止」に関する整理が中心でありました。しかし、今後は医師、患者、事業者が安全・安心・有効にオンライン診療を行うためのガイドラインが必要ということで、厚生労働省の医政局の下に、今、このガイドライン作りがあと1回で完成するところまで来ているということでございます。

また、今回、今申し上げましたように、診療報酬の改定でオンライン診療の項目が新設されました。これは大変意義があることだと思っております。

しかしながら、今日、こうして規制改革推進会議でこれが取り上げられているということもそうですし、社会的にすごく大きな意味があるということですが、他方、ネットで検索すると、資料4ページ・5ページのようなものが出てきます。これを見ていただくと、残念ながら我々が考えているようなオンライン診療というものだけではなくて、医療者で大変残念なのですが安易な営利手段として利用することを考えている方がいることも事実です。我々は、国民にとって必要なオンライン診療が適切に実施されるような枠組みをどうやって作っていくのが課題であると考えているところです。

海外は先行してしまっていて、アメリカなど、あるいはここにはEUの例も書かせていただいています。アメリカなどでは遠隔診療の法律があったり、あるいは遠隔診療が実施できる人たちの資格がしっかりと位置付けられています。今回のガイドラインの中でも一定程度、そこまで厳密なものではありませんが、例えば研修をちゃんと実施していただくようにしたいと考えています。特にITを活用した医療の中で、非常に機微に触れる情報が電子的に行き来することになりますが、やはり患者さんの大事な個人情報ですから、そういったも

のをどうやって守っていくかという仕組みをきちんと構築しておくことが重要であろうと、つまり、ガイドラインのようなもので、きちんとまずはルールを決めていくということが非常に大事だと思っています。

その中で、厚生労働省も、医療福祉分野における PKI 認証局ということで、電子的にいろいろな医療や介護の情報がやり取りされる中で、やはり医療に関わっている人たちが、きちんとした資格を持っている本人であることを認証することが大事だということを言っておられるということで、医師の資格を電子的に証明する仕組みが既にあるって、こういった仕組みをきちんと活用することで、患者さんの在宅における医療とオンライン診療の安心を更に確保できると考えているところです。残念ながら、こういう仕組みがあるのに、それを国がきちんと利用できていないというのは大変もったいない話です。是非とも、こういったものを活用していただきたいと思っています。今日は南相馬からもお見えになっていますが、東日本大震災のときに、偽医者の方が活躍されて新聞に取り上げられたというような話があります。画面を通してというときに、医師の資格をどうやって認証するかということについて簡単にできる仕組みがもう既にあるということ、是非知っておいていただければと思っています。

まとめになります。現在でも肉眼を凌駕するような 4K/8K といった科学技術の分野があって、これは非常に進歩が速い。特に 8K については世界に先駆けて日本がリードするという状況になっている中で、対面診療を支えながら、よりよい診察につなげるということが、オンライン診療では期待されていると思います。

今後、科学技術の進展によって、オンライン診療の範囲も多分、変わってくると思います。やはり対面で見ていると、においとか、あるいは直接肌に触れることによって得られる情報が間違いなくあって、そういうものは残念ながら画面を通してでは今は得られません。あるいは診察室に入って来られたり、私どもが在宅に行って患者さんの動きを直接見るによって得られる情報があるって、そこに座って画面だけを通して見る情報とは明らかに違う。このような情報が、これから科学技術が進歩し、もっともっと情報量が増えてくることによって、当然のことながらオンライン診療の範囲は変わっていくと思っています。

しかしながら、変わらないものがある。これは医療者としての矜持であって、医療の本質は、患者さんと医師が直接接することによって得られる信頼関係が非常に重要であるということは、いつまでも変わらないと思っています。

結びに一つだけ、今日のオンライン診療と直接関わらないのですけれども、是非申し上げておきたいのは、地域包括ケアシステムにおいては、住まいというものが最初に入ります。住まいの在り方と住まい方は在宅医療における大変重要な情報です。患者さんと医師だけが診療しているのではなく、患者さんがどのような環境に生活されているかを知ることがすごく大事です。これは Society 5.0 の中の IoT の中で、例えば患者さんが住んでいる住環境における温度や湿度などは幾らでも情報として取れる。また、外からその家

の中にある、例えばエアコンにアクセスできると、熱中症で、例えば平成 29 年 8 月の 1 か月間では 6,400 人の方たちが救急車で搬送されて救急医療に負荷をかけていますが、こうしたことを防ぐことができます。IoT をもっと活用することで、オンラインの診療で患者対医師の情報提供とともに、その住環境をしっかりと把握することによって防げるもの、入浴死などもそうですけれども、そういうことができるのではないかと期待しています。オンライン診療で今できることと、できていないことを、これから見極めていくことが重要であると考えております。

ありがとうございました。

○大田議長 今村副会長、ありがとうございました。

続いて、地域の高齢化が進む佐賀県において、ICT や AI を活用した在宅医療に取り組んでおられる織田病院から織田理事長にお越しいただいております。

織田先生、よろしくお願ひいたします。

○織田理事長 今日は貴重な機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

早速、私のほうからユースケースということで話をさせていただきます。

我々の病院は佐賀県鹿島市にあります。医療圏の人口が 15 万人、高齢化率が 30% で、地方の一般的な都市です。

ただ、我々の地域では、85 歳以上の人口の急増によって医療が大きく変わりました。これについてお話をいたします。

これは我々の医療圏の後期高齢者の人口の推移です。ブルーが 75～79 歳、グリーンが 80～84 歳、赤が 85 歳以上です。2012 年に、この 85 歳以上がほかを逆転しました。そして今はもう、85 歳以上が増える一方でございます。

これによって、どのように医療が変わったか。左側が、我々の医療圏における救急車の搬送件数です。2004 年に 600 件ぐらいだったのが、今は 1,558 件というように、この 10 年ちょっとで急激に増えました。右の赤いほう、これが我々の病院の新規入院患者です。同じく 2004 年に 278 名だったのが、今は 800 件。以前は 1 割にも満たなかった 85 歳以上の入院が、今は 2 割を超えてきたということで、これは大変な状況に変わります。10 年という短い期間でこれが起こります。

これが全国で同様の状況になりつつあるということです。

これは中医協の資料だったと思います。一番左の 7 : 1 というのは、高度急性期・急性期の病院です。10 : 1 が急性期の病院ですけれども、85 歳で切りますと、既に全国的にも 7 : 1 の病床で 18% が 85 歳以上です。10 : 1 の病床になりますと 30%。そして回復期・療養になりますと、更に多いという状況になります。

これは 85 歳以上の方の要介護率を見えています。85 歳を超えると 5 割以上が要介護ということで、認知症や運動器障害を併せ持つ方が非常に多いです。10 年前までの、75 歳ぐらいが多かった時代は、要介護の率はそんなに高くなかった。この 10 年ちょっとで 85 歳以上が増えていますから、こういう要介護の方が非常に増えてきているということです。

これは上が高度急性期、急性期、回復期、慢性期、介護とあって、下が在宅というように御覧ください。病気が発症しますと、10年前までは比較的退院支援もスムーズに進んでいました。しかし、85歳以上が増えてきますと、退院支援がなかなかうまくいきません。安心して家に帰るということが非常に重要になってきます。また、回復期・療養の病床は、平均在院日数が60日ぐらいです。急性期は基本的に14日ぐらいで回っていますので、受皿として、もう間に合わないというような状況になります。おのずと、85歳以上が増えても在宅に帰っていくというような状況です。

そこで我々が取り組んだのは、「安心して在宅に返すための院内の仕組みづくり」です。さらに、「退院後もケアの継続を図る仕組みづくり」です。どんなに治療をうまくやっても、ケアの継続が図れなければ全く意味がありません。そういうことで、「ケアの継続を図る仕組みづくり」を行いました。

そしてさらに、「地域と共に支える仕組みづくり」ということで取り組んできて、赤の部分オンラインになります。ICTを使ったものになりますので、そこをお話しいたします。

まず、電子カルテのクラウド化です。

我々の病院でやっているのは、デスクトップの仮想化です。これをVPNでつないでおりまして、今、オンライン診療のガイドラインが出てきましたけれども、ほぼこれに沿ったような形でやっています。このような形で端末を実際に自宅に持ち込んで、ノートパソコンやiPadで見ることができ、ここで入力できます。ただ、この中にデータは残りません。仮想化していますので、あくまでも、この中にはデータは残りません。

次に、メディカル・ベースキャンプ（MBC）です。これは我々が作った造語ではあるのですが、退院直後、85歳以上の方というのは通院できないのです。また、連れて行く人もいない。そういうことで、退院直後を診るために、ケアの継続を図るために、退院後2週間に限ってメディカル・ベースキャンプというチームを作っています。訪問看護、訪問リハが中心です。そして2週間たつと、意外と安心されるのです。家に帰っても比較的、これだったら大丈夫というような状況になっていきますので、2週間たった段階で、地域の先生、かかりつけの先生にここでバトンタッチします。ですから、退院直後の2週間で我々が見て、そして安定された段階で地域の先生方にバトンタッチしていくということです。

これがメディカル・ベースキャンプのスタッフです。訪問看護、訪問リハ、ケアマネ、MSWと、多職種です。

ここにモニターがありますけれども、このモニターで在宅の患者を管理しています。

ここに出てきたのは、右側が退院決定者、そして入院決定者がリアルタイムで表示されます。

この中で、在宅においてケアの継続を図る上でメディカル・ベースキャンプ・チームが必要な人、また、安心して帰るためにMBCのチームが必要な人たちに関しては、このよう

に、地図上に自宅がマッピングされていきます。また、車の絵がありますけれども、どこにどのチームが動いているかという動態管理ができるようになっています。これがメディカル・ベースキャンプの管理をするシステムです。

次に、IoT や AI を使った在宅の見守りシステムについてお話しします。

(1) から順に、お声掛け機能、室温管理機能、テレビスイッチ監視機能、転倒検知、内服管理、ナースコール機能、バイタルデータ収集機能というものを、タブレットとスマートウォッチ、AI カメラを使って行っています。

お声掛け機能ですが、お年寄りには基本的にタブレットが使えません。タブレットが使えないものから、この写真ではタブレットが脇へ置きっ放しになっていますけれども、85 歳以上のお年寄りでもテレビは結構、リモコンを使って見ますし、85 歳以上のお年寄りの家へ行くと、テレビが必ずそばに置いてあります。そこでテレビにルーターを付けて、テレビを通じて患者さんとのやり取りを行います。我々も、退院後の元気にされている姿を見て安心しますし、患者さんも主治医の顔を見て安心するというので、お互いに顔を合わせるということが非常に重要です。そういうことで、今はこういう形でテレビを使った取組をやっています。

これはまず、左側が温度管理です。温度管理は先ほど今村副会長も言われましたように、在宅で夏場は非常に熱中症が多いので、部屋の温度が 33 度以上に上がったなら、こちらでアラートが鳴るといった形を採っています。また、スマートウォッチによって心拍情報が取れます。また、内服薬をちゃんと飲んでいるかどうかの情報。それから、AI カメラによって転倒を検知できる。これは比較的嚴重といいますか、セキュリティーはしっかりとさせています。

これが見守りシステムのモニターです。一番左を見ますと、転倒の可能性ありとか、部屋の温度が 30 度以上に上がっているといった情報がここに表示されますから、そのとき、先ほどのテレビを使ったお声掛け機能で、「どうですか。大丈夫ですか。」というような声を掛けるというシステムです。

繰り返しになりますけれども、左側、一番向こう側が病院です。右側、手前側は在宅・地域包括ケアです。一番大切なのは退院直後、いかに在宅に結び付けるかという、この 10 日間ぐらいが非常に重要です。この 10 日間を、とにかくどうカバーするかということで、多職種連携のチームが同じ情報を持つために、タブレットによるクラウド化した電子カルテを持ちます。また、一緒に IoT や AI を使って見守りシステムを運用する。これは二重になっていて、一つは記録が残るもの。もう一つは記録は残らないけれども、アラートで知らしめるもの。この二つのシステムを使って取り組んでいます。

時間が来ましたので、あとは資料を御覧いただきたいと思います。以上です。

○大田議長 織田先生、ありがとうございました。

続きまして、医療を取り巻く課題について、ベンチャー企業の立場から解決に取り組んでおられます、日本医療ベンチャー協会より加藤理事にお越しいただいております。

加藤理事、よろしくお願いいたします。

○加藤理事 よろしく願いいたします。日本医療ベンチャー協会の加藤と申します。

本協会では、オンライン診療の実態に関するアンケートを、実際に今、オンライン診療が行われている医師の先生方に対して行いましたので、その内容を共有させていただきます。

そのアンケートですが、オンライン診療の実態調査として、先ほど今村副会長から、オンライン診療料は4月からですが、今、電話等再診という形でオンライン診療、遠隔診療が行われているのはどのようなものかということ进行调查するために行ったものです。

平成30年3月までにオンライン診療を行ったことのある医師に対して、オンライン診療のプラットフォームサービスを提供している企業から各利用医師にメール等で連絡をして、そしてGoogleフォームにて回収しました。回答期間は3月5日～3月19日の15日間で、114名の医師からアンケートを回収することができました。

まずは医療機関の所在地です。東京、神奈川、静岡、大阪、福岡という順にパーセントで書かれています。医療機関の所在地の属性としては、右側のグラフを見ていただきますと、大都市が55.3%、地方都市が28.1%、その他の人口20万人未満の地域が16.7%といった構成におけるクリニックの医師から回答を頂きました。

回答した医師の年齢としては、このような分布になりまして、平均としては50.7歳でありました。

オンライン診療を行っている診療科としては、この4月からオンライン診療料となりますと、先ほど言われましたように限定された疾患でしかオンライン診療はできなくなってしまうのですが、現状ということだと内科で高血圧や糖尿病、皮膚科でアトピー。また、アレルギー科に関しては今の季節ですと花粉症と言われるようなアレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎などでオンライン診療が行われているということです。今後、オンライン診療料というところになりますと、ここにあるアレルギー科や皮膚科などではちょっとできなくなってしまうということはあると思いますが、現状としてはこのような形になっております。

オンライン診療を行っている形式としましては、テレビ電話が多くを占めているような結果になっております。

5番目の、オンライン診療の際にサポートが必要な患者の割合ですが、患者さんが高齢の方などの場合はサポートが必要になってきます。こちらは、どれぐらいの患者さんの割合でサポートをしましたかというところのアンケートですが、0%というところは誰の介助もなくやることができる人で、これが最も多く56%でした。そのほか、逆に言うと44%の診察については、誰かしらの介助を伴って遠隔診療、オンライン診療を行っているという形になっております。

6番目として、1か月の再診に占めるオンライン診療の割合というところですが、これは5%未満が90.4%と多数を占めていました。

7番目、慢性疾患の病状が安定するのに要する期間ですが、これは今後、初診で対面診療を行ってからオンライン診療ができるというような保険診療の決まりが4月から施行されるということがあります。また、直近の12か月の間に6回対面診療をしているというところで遠隔診療ができるということを受けて実施したアンケートになりますが、3か月未満、1か月以下、2か月、3か月ということで、3か月未満、3か月までが72%と多くを占めておりました。

次は、病状が安定した慢性疾患の患者さんに対する対面診療の間隔ですが、これは3か月以上が約3分の1を占めておりました。

ここからは処方に関してです。オンライン診療での処方はどうに行われるかということ、院外処方が82.5%を占めております。

そのような中、処方箋の電子化が必要かというのは85.1%が必要と答えている。また、処方箋を電子化して送りたいかということも81.6%の医師が送りたいと回答しています。

最後に、薬の服薬指導までがオンラインで完結できる仕組みが必要かという問いに対しては、78.9%の医師が必要と回答しています。

医療ベンチャー協会としましても、かかりつけ医の先生方が、やはり患者さんとの信頼関係を持ってオンライン診療を行うことは大切と感じております。そして、必要とされる人に一貫してオンライン診療から薬の配送までを行えることが望まれると考えております。

以上です。ありがとうございました。

○大田議長 加藤理事、ありがとうございました。

次に、福島県南相馬市の田林副市長と、同市にあります小高病院の藤井先生を御紹介いたします。

南相馬市は御案内のように震災からの復興に、懸命に取り組んでおられます。復興への歩みは着実に進んでいますが、一方で住民の高齢化、医療資源の不足という問題は依然として深刻です。地域の高齢化、医療資源の不足という点では、南相馬市の状況はそう遠くない未来の日本の縮図のようにも思えます。

そのような状況の中で、住民の医療ニーズに応えるべく御尽力されてきたお二人から、オンライン医療に対する規制が現場にどのような影響を及ぼしているかなど、生の声をお聞かせいただきたく思います。

それでは田林副市長、よろしく願いいたします。

○田林副市長 よろしく願いいたします。南相馬市副市長の田林でございます。

本日は南相馬市の取組について御紹介、御報告させていただく機会を頂きまして、ありがとうございます。

まずは南相馬市の、これまでの7年間の復旧・復興に御協力いただきましたこと、皆様に、この場をお借りいたしまして、改めて御礼を申し上げます。ありがとうございます。

本日は、一部オンライン診療を実践しております自治体ということで、その状況について御報告させていただきます。

まずは、南相馬市の概況について、私のほうからお話をさせていただきます。

南相馬市は御案内のとおり、今回の震災と原子力発電所の事故により大きな被害を受けましたが、人口が今は6万1,000人ぐらいということで、もともと7万2,000人ぐらいのまちでございましたので、7～8割ぐらいは回復してきているような状況でございます。ただ、※印のところでございますけれども、そのうち6,600人は市外に避難ということで、いまだに避難生活を余儀なくされている方々がいらっしゃるまちということでございます。

そんな中で、重要無形民俗文化財に指定されております相馬野馬追という1,000年以上続く祭りなど文化のようなものも復興の心のよりどころとして、市民一丸となって取り組んでいるということでございます。

これから御報告するのは、南相馬市にある小高病院の事例です。小高病院の位置付けといたしまして、平成18年に三つの市と町が合併したのが南相馬市ということでございます。その中で、中心的なまちが原町区ということですが、その南の小高区は、震災前の人口が1万3,000人程度のまちでした。しかしながら、ここが原発事故による避難指示の対象となり、生活ができない、住むことができない区域となりました。その結果、一旦は全く誰も住んでいない、まちが消えたような状態になりました。そこから平成28年7月に避難指示が解除となりまして、1年半ぐらいで2,500人ぐらいが生活するまちとなっております。面積が92平方キロということで、東京都の練馬区と足立区を足したぐらいの面積の中で2,500の方が点在して暮らしているような状況でございます。

福島浜通りの状況ですけれども、震災後、こういう形で左の図のように避難指示がかかりまして、その後、右側ですが平成28年7月12日に、先ほど申し上げましたように、南相馬市小高区の避難指示が解除になりまして、順次、南の浪江町や双葉町、大熊町といったところの避難指示が解除されていくわけですけれども、その中で、南相馬市はこの福島浜通りの復興の、ある意味ではトップランナーということで、ここでしっかりと生活環境を作っていくことが、福島浜通り全体の復興にとって、とても重要になっているということでございます。

高齢化率・医療機関数でございます。上の表を御覧いただきますと、高齢化率は震災直前が南相馬市全体ですと25.8%、それが震災後、右側ですが33.8%となりました。小高区に限って見ますと27.9%であったものが、現在は50.6%ということで、二人に一人は65歳以上の高齢者の方々がお住まいになっている。

そんな中、医療の体制といたしましては、下の表ですけれども、震災前は病院の数が二つだったのが、震災後は一つということで、その一つが今回報告させていただきます小高病院ということになります。診療所等々の医療機関についても表にあるように、なかなか再開がままならない状態があるということでございます。

そんな中、先ほど大田議長のお話にございましたように、日本全体の20年先を先取りしているような地域になっているということで、この地域で地域医療がしっかりと確保できれば、逆に日本全体のモデルとして確立していくことができるのではないかとということで、先進的な遠隔医療にも取り組んで、これから御報告させていただきます藤井医師のお力添えの中で何とか医療を確保しているというのが実態でございます。

ここから先は藤井先生にバトンタッチしたいと思います。

○大田議長 副市長、ありがとうございました。

それでは、小高病院の藤井先生、よろしくをお願いします。

○藤井管理者 小高病院の藤井と申します。

長らく京都で外科医をしていたわけですがけれども、還暦を機に、何の弾みか南相馬の小高にやって来てしまったということで、以後2年足らずやっております。

先ほど副市長が申しましたように、この小高というのは高齢化率が50%を超えてしまった、本当に日本の近未来とか縮図のようなところであります。資源が少ない上に、いろいろな風評被害でもって産業の復興もままならない、そういうことを本当に肌で感じております。

小高区の高齢化率が高いということの一番の根本の原因は、やはり避難解除が2016年7月12日で1年半以上たちますけれども、それでも帰還が進みません。その大きな要因は、若い世代が帰って来ないということで、帰って来られるのは必然的に御高齢の単身であったり、家族には止められているけれども、「いや、わしは小高で死ぬ」と言って帰って来られる、そういう人が圧倒的に多いということで、凶らずも高齢化社会となってしまったということです。だから、帰って来られる人も共同体の再崩壊ということを何回も経験されているわけです。小高で暮らしていた集落が無くなった。避難先の仲よしさんたちともまた別れて、小高に戻ったと思ったら、前の人はもう死んでいないということで、度重なる再崩壊を経験した。挙げ句に、引き籠もってみたり、鬱になってみたり、さらには、先ほど副市長が100平方キロの面積があると言いましたけれども、そういう広い中で二千数百人しかいないわけで、陸の孤島というようなことで、動くこともままならないわけがあります。

そこで、その人たちの見守りをまずしようということで、ここにお示ししているように、社会福祉協議会や見守りパトロール隊など、6チームぐらいあるのですが、自然発生的にできたスキームでありまして、いわゆる情報の共有ができていないということが一番の問題のように思います。朝は協議会の方が行って午後に東電の方が行くというように、「同じことを何回しゃべらせるんだ」というようなことがあるわけです。

そういうことで、実はつい最近、第3回の小高区健康支援協議会がありました。患者さんがどこへ行っても関連する人たちみんなが情報を共有できるようにという目的で行っている会議です。そのようなことを後でお示しする遠隔診療システムというそのツールを使えば「情報共有」ということも非常にスムーズにいくわけです。今はいちいち顔を突き合

わせたり時間を取ったりするのですけれども、そういうものを使うことによって、非常にスムーズなやり取りが期待されます。そのように考えて、「小高医療ネットワーク」の構築ということ、今、一つの大きな仕事としてやっているわけです。

先ほど遠隔診療と言いましたけれども、小高に帰ってきたのはいいけれども、独居の老人や高齢御夫婦が多く、老老介護の方がほとんどです。認知症がある、あるいは車が動かせないなど、水没前のダム湖のような状態です。田舎ですから、これまでは三世帯同居でお子さん夫婦やお孫さんと同居だったので、おじいちゃん、おばあちゃんも、病院には車で送り迎えしてもらっていたわけですが、家庭力が崩壊してしまっている。また、地域もお隣さんまで何百メートルもあるというようなことがざらですので、地域力も崩壊してしまっている。このように、下支えのスキームが全くないということで、当初、訪問診療などをしていたのですが、病院に来られない人がたくさんいらっしゃいます。また、なかなか自分からは訪問診療にも手を挙げないような人もいます。家族に反対されて、無理やり自分だけ帰って来たというような人は我慢強いというのか、迷惑をかけたくないという人もいるわけです。そこで医者が行くのではなく、まずは電話でやり取りしましょうかというようなことで始まった、本当に苦肉の策のようなことであります。

これが実際に我々が今やっていることで、「小高モデル」と呼んでいるものです。当然、初診は対面ですわけですが、先ほど大田議長もおっしゃいましたように、相手が何せ御高齢ですので、自分でタブレットが操作できない。先ほどの御発表でもありましたように、遠隔診療を使っている対象のほとんどは都会の、こういうものに精通した方がターゲットになっていると思うのですが、いかんせん小高はお年寄りがターゲットですので、スマホなどは使えません。後でお示ししますけれども、我々が遠隔診療で診ているのは平均 87～88 歳です。やってみると、スマホはないというか見たこともないしパソコンなんか全然知らないというようなことが多かったわけです。

これは困ったということで、仕方なく我々のところでは、看護師に入ってもらって、専用のタブレット端末を看護師が持って行き、そこで患者さんを撮って私と中継してもらおう。また、訪問先にはポータブルの電子カルテを持って行っています。これによって、私は患者さんの顔も分かるし看護師さんが入力してくれた電子カルテで、予診でとってくれ、血圧などのバイタルサインも全部手元で分かります。最初はおっかなびっくりだったのですが、やってみると、いろいろなことがよく分かります。

私は外科なので、はなから、こんなものは全く信じていなかったのですが、やってみると顔色もよく分かるなど。苦しみの顔貌なども分かるわけです。当然、触れられないというつらさはあるのですが、対象を絞ればそれを補って余りある実力を感じました。患者さんの居室の中での振る舞いも分かります。患者さんは当然、アットホームなところでの診察ですから、会話に無理がない。何なら部屋にたまってるごみの量など、そういうことも見てとれる。診断に足るボリュームと質が対面よりも深いのではないかと思うぐらい使い勝手がよかったです。そういうこともさることながら、私が行くよりも時間が短縮でき

る。

こうすることで、やってみると外来診療そのもののパラダイムシフトが起こるのではないかというぐらいの手応えを感じました。先ほど林委員がおっしゃったように、病院まで行って、何時間も待って、また薬を受け取りに行くというようなことではなく、目的に見合った医療効果が得られる。これはパラダイムシフトが起こるのではないかと思ってやっております。

特徴は、新たな機器の購入は全く不要で、スマホなりパソコンへのソフトの導入だけで済みますから、我々が使っているところでは、患者さんへの負担はありません。また、患者さんが自分で十分に使える機器をお持ちであれば、患者さんが自分でできる。

それによって、いろいろなことが見えるわけですが、やはり最も特徴的なのは生活状態が見えるということと、使い様によっては移動の距離や時間の割愛、効率化ということが非常に図れるのではないかということが一番思いました。

不便な点も多々あるわけで、先ほど来言っているように、御高齢の方が対象なので機器の使用の面でハードルが高いので、そこは何らかの工夫が必要です。今は我々の看護師がタブレットを持って行っているわけですが、人件費もかかってきますので、ここは何かいろいろな解決のアイデアを皆さんから頂ければと思います。

一番大きな問題点は、先ほど来ありますような、医師が処方箋を出すことはできても、病院に来られなくて遠隔診療をしている人が薬局まで薬を受け取りに行けるわけがない。ですから、遠隔診療とは名ばかりで、診療というのは診察と治療で診療と言うわけですが、最後の出口の治療のところ、何でも、わざわざ出て行かなければいけないのかというのが、実際に今やっている私の素朴な疑問です。今のままでは、制度としては成立していないと思います。

そういうことで、私は京都から来たと言いましたが、京都は日本で一番医者が多く、有り余っていると言ってもいい。人口10万人当たり307.9人の医者があります。福島県は188.7人で京都の6割と、圧倒的に少ないです。福島県全体でも非常に少ない。

これを浜通りで見ると、相双地区は84.0人。下手をすれば京都の3割ぐらいです。このように圧倒的に少ない人数でやっているのです。看護師も少ないし、ありとあらゆるマンパワーが少ない。病院も当然少ないのですが、訪問看護ステーションも何もかも少ないので、やっていけないということです。小高では今、震災後、4医療施設が何とか稼働しているのですが、そのうち2施設はフルオープンではなく、例えば月水金というように曜日を限定してやっています。

動けない患者さんがターゲットの中心になっていて、しかも、そこに対して医療を提供する側はこれだけ少ないということで、それを解決する上で遠隔診療は非常に魅力的な、力のあるやり方だと感じています。

これから実例といいますか、実際に私が患者さんを遠隔診療している様子をお見せしたいと思います。

この患者さんは、交通事故で両膝に変形を来して以降、廃用症候群になって家の中に閉じ籠もり切りでした。その方が去年、脳梗塞を起こされて、我々の基幹病院である南相馬市立総合病院に入院して一命を取りとめたということです。

では、この方につないでみます。

(遠隔診療システム接続開始)

○藤井管理者 もしもし。映ったね。こんにちは。

○患者家族 こんにちは。

○藤井管理者 どうも。

○看護師 先生の顔が見えないです。

○藤井管理者 私の顔はどこで見えるのかな。

○看護師 もうちょっと下に。あ、映りました。

○藤井管理者 映ったかな。

○患者 よく見えるわ。

○藤井管理者 お昼、食べましたか。

○患者 おーっす。

○看護師 お昼食べたかって。

○患者 食べた。

○藤井管理者 ああ、そう。

ちょっと後遺症がある方なのですけれどもね。

どうですか、奥さん。今日は変わらないですか。

○看護師 変わらないかって。

○患者家族 変わらないです。

○藤井管理者 そうかそうか。今日はみんな、いっぱい見ているから、緊張するでしょう。

○患者家族 いやいや、先生しか映っていないから。

○藤井管理者 ああ、そうか。

物すごくきれいに映っていますよ。それは口紅を塗ったんですね。

○患者家族 してないよ。

○藤井管理者 してないんか。

○患者家族 先生、どこ見てるんですか。

○藤井管理者 それぐらい、きれいに映っています。

こうすることで、やり取りがよく分かって、本当に家の居間にいる患者さんの具合などもよく分かります。

もうちょっと画面を引いてみてください。そうすると、いろんなところが映り込むわけです。ちょっと荒れているなとか、そういうことも分かるので、家庭での振る舞いがよく分かるというのは非常に魅力的な方法だなと思います。

では、また今度行きますからね。またね。

- 患者 はい。
- 患者家族 もう終わり。
- 藤井管理者 終わり。
- 患者家族 またね。
- 藤井管理者 はい、はい。
- 患者 ありがとうございます。
- 藤井管理者 またね。
- 患者家族 よろしくお願ひします。
- 藤井管理者 はい。

(遠隔診療システム接続終了)

○藤井管理者 こういう感じで、この方は訪問診療と遠隔診療を、ほぼ交互にやっていて、薬に関しては、この人はまだ奥さんが動かれるからいいのですが、全く独居の方は遠隔診療で処方箋を出して、それで今度、訪問診療に行くときに、法律違反ですけれども、私が持参をして患者さんにお届けするというようなことをやっています。これは内緒ですけれども、そういうことです。

現在、累積患者数は二十人おまして、うち三人は今、入院中等で、実際に今やっているのは十七名の患者さんで遠隔診療をやっています。その平均年齢は 86.8 歳、中央値が 89 歳。90 歳前後のおじいちゃん、おばあちゃんがほとんどということです。

対象疾患は高血圧が十七人中十四人、脳梗塞後遺症が十七人中三人ということで、あとは糖尿病やぜんそくなどの方が対象になっております。

そこで実際に我々がやってみて、小高の遠隔診療で最も困っているのは、先ほど申しましたように、お薬がついてこないということです。せっかく入口は遠隔診察でできているのに、最後の出口が何で対面なのだろうかと、これは本当に素朴な疑問で、服薬指導そのものが、やはりここは遠隔服薬指導を組み込まないと、制度として成立できていない。もっと激しく言うと、遠隔診療に本当にいつも服薬指導が要るのだろうかと。対象疾患は慢性疾患の安定期ですので、毎回聞かれるおじいちゃん、ばあちゃんもつらいのではないかと思うぐらいです。それはちょっと言い過ぎにしても、服薬指導そのものについて、ここで真剣に導入の方向にかじを切っていただきたいということです。

それから、やはり配送手段ですね。小高は薬剤師さんも少ないので、薬局から持っていくということは実際、できません。それで今、私が持っていくわけですけれども、もっと確実に手に入って、お薬を手元にお届けできる方法はないかというようなことが最も頭を悩ませるところです。

今は無人自動車等がありますけれども、無人自動車の活用や、あるいは小高では結構、ドローンを実験的にやっているので、将来的にはドローンも使えるのではないかと、そういう方法があるのではないかと。小高は主要産業が農業ですけれども、今、原発被害又はその風評被害でもって農作業そのものはほとんどストップしています。広大な休耕している

農地の中に何本も農道が走っているわけですが、車のメーカーに聞くと、今でも専用道路であれば無人自動車が使えます。小高には今、使っていない農道が腐るほどあるわけですから、そのどれかを薬配送用の無人自動車の専用の特化レーンにして、生活道路との交差点だけ、ちょっと何か信号を付けて、車が通る間だけ赤信号にするとか、いろいろな取組ができるのではないかと思います。

これまでやってきたような、過疎地に箱を作って人を集めるというのではなくて、コンパクトな診療体系を作って、キークリニックはそこで遠隔診療をして、そこから患者さんを基幹病院なりに移送する、そのようなところに力を注ぐべきではないか。そしてお薬の配送には無人自動車を使うなど、今の時代、いろいろな切り口があります。

ただ、問題は相手がお年寄りなので、やはり介助者が必要です。今の90歳近い人にこういうものが使いこなせるかという、なかなか難しい。遠隔服薬指導を進める上で、高齢者にタブレットでどうやって指導したらいいのかということを思います。今、世界中でAIが話題をさらっているわけですから、逆にAIにとっては得意分野かもしれません。お薬のあれこれを、それこそテレビに登場させて、おじいちゃん、おばあちゃんに繰り返し説明するとか、または、「おじいちゃん、どうですか」とか、そういうことは多分、AIは得意だと思えます。今は人がいちいち行っていて、当面はそうしないといけないかもしれませんが、人がいちいち行くのではなく、薬は無人自動車で運んで、薬の指導はAIがする。そういうことに多分、今後の方策として光を当てるべきではないかと思います。

あとは当然、薬剤師の方にも参入するメリットがないと、なかなか。今は医薬分業で、なかなかうまく共同作業ができていないので、医薬協業といいますか、共に助け合いながらということで、やはり参入メリットの確保も考えないといけないのかなと。

さらに、遠隔服薬指導は、今は遠隔診療でしか使えないということになっているわけですが、当然、これは訪問診療でも使えないと意味がない。実際、遠隔診療だけでやっているわけではなくて、我々は訪問診療と遠隔診療を併用しているわけですから、ある日、遠隔でやって遠隔服薬指導ができたのに、訪問診療になったら、今度はお薬を取りに行かなければいけないというのはあり得ないと思います。

そういうことで、実際に我々がやってみると、まだまだ制度としては工夫をいただきたいことがありましたので、我々の経験を皆さんにお伝えして、どうか我々を解剖していただきたいと思います。

以上です。

○大田議長 どうもありがとうございました。

実際の現場まで見せていただきまして、大変参考になりました。今の藤井先生のお話の中で、遠隔服薬指導の必要性について言及がありましたが、実際に服薬指導をなさるお立場からの御意見もあると思います。

日本薬剤師会から森副会長、及び田尻副会長にお越しいただいております。御説明をよろしく願います。

○森副会長 ただいま御紹介いただきました、日本薬剤師会の森でございます。今日は、このような機会を頂きまして、ありがとうございました。

私のほうからは、在宅医療における薬剤師の役割ということで、高齢化が進んでいる中で、在宅で医療・介護を受ける患者さんが増えています。そうした中、薬剤師はどのような思いで、そして、どのような視点で在宅医療に取り組んでいるのか、そして、どのように役割を担っているかということに関して、時間は限られておりますけれども、御説明させていただきたいと思っております。

まずは在宅医療の受入体制の整備です。今、必要な医薬品が届かないというお話がありました。まずは在宅医療で必要な医薬品等の供給体制の整備が必要です。通常の医薬品はもちろんですが、在宅医療ではターミナルケアに対応した医療用麻薬の使用などが行われ、また、近年、入院中に行われていた医療が在宅の現場で行われるようになりました。在宅中心静脈栄養法などの注射薬の無菌製剤など、そうした薬剤の供給体制の整備も必要になります。そして、しっかりと在宅で使う医薬品の供給体制を確保した上で、薬剤師がチーム医療の一員として、かかりつけ医などの多職種と連携した質の高い訪問薬剤管理指導ができるような、そういう地域での体制を整備しているところになります。

そうした中、今後、2025年に向けて、在宅で追加的に医療を受ける方が約30万人ほど増えるというような調査結果も出てきています。そうしたところで重要なのが、既存の薬局の機能をいかに活かすかということだと思っております。今、全国に約5万8,000の薬局があります。そのうち4万8,000の薬局が、在宅訪問薬剤管理指導の届出をしています。何かといたら、うちは在宅での指導・管理をやりますよということで届出をしています。ただ、現状は、医療保険と介護保険に分かれていますけれども、約1万7,000の薬局で在宅医療に取り組んでいます。地域の中で必要な在宅医療の受入体制を整備するためには、こうした既存の薬局が機能することが重要であると思っております。

そうした中、在宅訪問薬剤管理指導の実施状況です。こちらは数字をつかむために、医療保険及び介護保険の算定回数ということになってはいますが、実際はもう少し訪問が進んでいるのではないかと思っております。平成13年当時を見ていただくと、年間約100万回の訪問であったものが、平成28年には約800万回。どうでしょう、一日に約2.2万回の訪問が行われるようになっております。

そうした訪問を行うきっかけですけれども、以前は一番左にありますように、医師の指示型ということで、医師・歯科医師の先生から、薬のことが心配だから薬剤師さん、行ってくださいねということが多かったのですけれども、近年はCにありますように、多職種提案型ということで、例えばケアマネジャーの方や訪問看護の方が、在宅で薬の管理ができていない、患者さんがきちんと飲んでいないということ、薬局に御連絡いただけます。そうした中、薬剤師が患者さんのお宅を訪問し、薬剤の確認・整理をした上で、必要に応じて医師に情報を提供して、訪問薬剤管理指導に結び付ける、そういう取組も進んでおります。

実際に在宅訪問をしたときにあった問題点ですが、ここにあるような問題が出ております。一番下にありますが、一番の問題は、在宅に行ってみたら押し入れから山ほど薬が出てきたとか、薬がばらばらになっていたとか、薬の管理に関しての様々な問題点があります。そうしたことと上から2番目にありますように、服用薬剤の理解不足ということが重なって、薬剤を飲み忘れていたり、薬剤を飲み過ぎていたり、様々な問題点があります。ケースによっては、高齢化を迎えた中で高齢者は薬の作用が強くなることや、多剤併用から副作用が出ていたなど、様々な服薬上の問題点が起きております。

そうした中で在宅医療における薬剤師の主な役割ですけれども、在宅患者への最適かつ効果的で安全・安心な薬物療法の提供をするために、医薬品の供給はもちろん、患者さんの状況に応じた調剤、一包化であったり錠剤を潰したり、ここにあるような、様々な業務に取り組んでいます。

そうした上で、薬剤師が居宅に行ったときにやらなければいけないこと。ある意味ではできることということになりますけれども、多くの場合、在宅患者さんの場合には、その処方箋が事前にファクスで送られてきます。薬局では、それを基に調剤準備をして薬を作って、患者さんのお宅に行きます。患者さんのお宅でやることは、まず、処方箋を受領すること。処方箋が偽造ではないこと。昨年、偽造薬が出ましたので、処方箋も非常に心配なのですけれども。それから、ファクスで送信された内容と同じであることを確認します。

その上で、患者さんの服薬状況や体調の変化、残薬の状況等、様々な情報を収集して、何か疑問があれば、医師への疑義照会をその場で行います。疑義照会の結果、例えばあるときには薬が変更になったり、薬の量が変わったり、残薬があるため1週間分減らして投与するというようなことがあります。そうしたときには、基本的には薬局に一度戻って調剤をし直して、患者さんに届けるということになります。ただし、例えば塗り薬が3本あったけれども前回は1本余ったから今回は1本要らないよということなどの場合は患者さんのお宅から持ち帰ってくるができるようにはなっております。

そうした中、在宅で療養される患者さんは高齢者が多いので、高齢者に絞った話をここから少しさせていただきたいと思っております。高齢者の薬物治療の特徴と問題点ということですが、どうしても高齢になると複数の疾患を合併します。そうしますと、当然、複数の診療科にかかったり、複数の医療機関を受診することがあります。そのため多剤服用、多くの薬を飲むことになります。多くの薬が出るということは、当然、同じような薬が出ることもあれば、飲み合わせの悪いお薬が出ることもあります。また、多くの薬が出ることによる誤服薬という問題もあります。また、一般的に高齢になると理解力、記憶力が低下します。また、視覚・聴覚機能の低下ということも起こり、きちんと指示どおり薬を飲めなかったり間違っただり、その結果、残薬が出るという問題があります。また、生理機能の低下。腎機能・肝機能が低下することによって、薬の作用が強くなること、副作用が発現しやすくなること、生体機能が低下することによって、例えばふらつきが出る

ことよっての転倒や、薬の飲み込みが悪くなるなど、様々な特徴があるのではないかと思います。

そうした中、こちらの資料を見ていただければ、高齢者では6種類以上の投薬が有害事象の発生増加に関連しているという調査研究も出ていますし、右側にあるように、高齢者の有害事象の主な症状として、意識障害や低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき、転倒といったものが挙げられております。

そうした高齢者への調剤ですけれども、個々の患者に適した調剤設計を行っています。錠剤、カプセル剤、散剤が飲めない。飲めないといっても、いろいろな理由があるのではないかと思います。一つは左にありますように、理解不足で飲めないという場合もあれば、錠剤が飲み込みにくい。また、散剤が苦手だということもあります。また、身体能力の問題として、片手しか使えなくて、なかなか錠剤をヒートシールから出せない。また、一包化して、一つの袋に入れてもそれを切れないなど、様々な問題点があります。それぞれの問題点に合わせた中で、例えば錠剤が飲めないのであれば、錠剤の特性を調べた上で、粉碎をして患者さんに投与するとか、理解力が低下しているのであれば、本人への服薬指導ももちろんですけれども、介護・看護者への指導をするなど様々なことをして医薬品を提供しております。

そうした中、先ほど注射薬の調剤という話をさせていただきましたけれども、この注射薬の調剤に関しては、高齢の方だけではなくて、このように小児への注射薬の調剤も現在進んでいるところでございます。

そうした薬が供給できる体制をしっかりと確保した上で、在宅での薬学的管理指導ですけれども、先ほど今村先生からもお話がありましたように、薬剤師も実際に患者さんの在宅にお伺いしたときに、様々な状況を見ています。もちろん、薬剤師としての薬の視点はもちろんですが、患者さんそのもの、生活そのもの、そういう様々な情報を見て、この薬物治療が安全なのか、何か薬がその患者さんにとって悪い影響をしていないのか、ということ判断しています。

ここに図が出ていますが、まず、患者さんそのものを見るということで、例えば認知機能がどうなのか、きちんと理解できているのかどうか。そして、食事はどうなのか、排せつはどうなのか、睡眠はどうなのか、運動はどうなのか。そうしたことを支えるため、介護状況や看護状況、薬の保管状況、自宅の様子等、患者さんの生活を始めとする様々なことを見ながら、薬学的な指導をしています。

例えば一例を採ると、高齢の方でどうしても夜、眠れないということで睡眠薬が出ている患者さんがいます。高齢になると、どうしても夜中にトイレに行くということも増え、自宅の様子を見せていただきますとトイレが遠いところにある、段差があるということがあります。そういう中で、当然、高齢者は運動機能が落ちています。睡眠薬には鎮静催眠作用というのがありますけれども、筋弛緩作用というものもあって、どうしても転倒しやすくなります。そういう状況の中では、筋弛緩作用が弱いお薬の処方を医師に提案する

こともあれば、患者さんの状況によってはポータブルトイレを置くことをお勧めするなど、そのようなこともしております。

そして患者の暮らし、患者そのものを見ながら、投与された薬が最適なのか安全なのかということを考えながら仕事をしているところでございます。

そうした上で、在宅でのチーム医療ですけれども、左側にありますように、病院の中では、ある意味では各スタッフがいてチーム医療を行う体制ができていないかと思っています。在宅では患者の生活、それから療養を支える、医療を支える、そういうスタッフが集まってチーム医療を構成しています。チーム医療では、顔の見える関係であること、それから信頼関係があることが重要になります。そういう意味では、やはり地域に密着したかかりつけ薬剤師・薬局が地域の中でチーム医療を支えていく必要があるのではないかと考えております。

最初のほうで、訪問に行ったときの問題点として、薬の管理ができていないというお話をさせていただきました。その一例をお話しさせていただきたいと思います。この患者さんは薬の管理ができていないということで薬局が行ったら、実は1か所だけではなくて2か所から、A病院とB診療所から合計11種類の薬が出ていました。上の左側にありますように、このような状態で、今何を飲んでいるのか、また、それがどこの医療機関から出ているのかということも分からないような状況でした。まず、この今ある薬を全部整理した上で、二つの医療機関の医師に連絡をしています。そして、現在飲んでいる薬を改めて確認した上で、さらに、これだけ残薬があるということは、今まで医師もこの薬を飲んでいるという前提で診察をしていますから、医師にこの治療の可否をお伺いした上で、最終的に下にあるような形で薬を一包化し、さらにこの患者さんが一番きちんと飲める状況というのはベッドの横の壁に貼ること、そのことによって一番きちんと飲めるということで、そういう対応もさせていただいております。

ここにありますように、一包化をするだけで服薬できる患者さんもいれば、今ありましたように、カレンダー上のポケットに入れることがベストな患者さんや、左の下にあるように、箱に入れて整理をすることできちんと飲める患者さんなどがいます。その状況に応じて様々な対応をさせていただいております。

そうしたことを行えるのは、やはり信頼関係ができていて、患者さんのことを分かっている、かかりつけ薬剤師ではないかと考えております。

こちらに、「ライフステージにおける患者と薬剤師・薬局のかかわり」ということでイメージ図を出させていただいております。幼少期から成人期、中年、それから高齢になるまでの間、患者の抱える薬物治療の問題には様々なものがあります。そうしたことに、薬剤師として様々な対応をしていきますけれども、そこにありますように、一元的で継続的な薬学的管理指導のためには、やはり患者さんが一つの薬局を決めていただいて、その薬剤師と継続して関わることが一番ではないかと考えています。

今、国は地域包括ケアシステムの構築に向けて進んでおります。ここに薬局があります

けれども、薬局にはいろいろな機能があります。在宅で療養している患者さんに一般用医薬品が必要になるときがあります。医用材料・衛生材料が必要になるときがあります。何かあれば健康相談もあれば介護相談もある。そうした薬局の機能をフルに生かして、かかりつけ医を始め、地域のケアマネジャーや看護師、ある意味では行政も保険者もそうかもしれない、そういう人たちと連携をした中で、今後、在宅医療を提供していきたいと思っております。

あと3枚ありまして、1枚がICTの活用です。技術進歩の中で、様々なことにICTが活用できるのではないかと思っております。見守りもそうかもしれませんが、先ほどの発表の中にありましたように、まずは今、地域医療連携ネットワークというものがある、電子版のお薬手帳もその中に乗ることになっています。2020年にはそれを連結した全国保健医療情報ネットワークというものがある、構築されると聞いております。そういう中での患者情報を共有すること。

また、多職種との連携ツール。院内のチーム医療であれば集まれる機会が多いと思えますけれども、地域の中でのチーム医療はなかなか一堂に集まれない。そういうところでも活用が望まれるのではないかと思っております。

あと2枚です。医療資源の乏しい地域、いわゆる過疎地等で今どうしているのかということですが、その一例を持ってきました。これは北海道の例で、遠別町というところに住んでいる患者さんですが、遠別町では診療科にも限りがあるということで、実は稚内市の医療機関に通っている患者さんもいます。冬など、どうしても稚内まで行けないというときには、これはオンライン診療でしょうか、そうした患者さんの処方箋が医療機関から来て、あるときは患者さん自身が薬局に来ますけれども、来られないときには現状は薬局が患者さんのところに届けているというような事例です。多くの地域でこのような対応をしていると思っております。

最後に、遠隔服薬指導について。薬剤師による対面での服薬指導義務の特例ということで、28年9月に施行されています。対象患者と条件ですが、まず、離島やへき地に居住していること。その上で、遠隔診療が行われている患者さんで、対面での服薬指導ができない患者さん。その場合にテレビ電話による服薬指導が可能となっております。

対面による服薬指導ということが原則だと思いますが、対面が困難なケースとしてどのようなものがあるのかという実態を把握すること。それから、現状の課題や問題点には様々なものがあると思います。薬はラインに乗らないという問題点もあると思います。そういう課題や問題点を踏まえ、検証した上で、将来的な普及・推進を踏まえた見極め、対応をしていくべきではないかと思っております。

私からは以上です。ありがとうございました。

○大田議長 ありがとうございました。

いずれも大変有意義な御説明をいただきまして、オンライン医療での課題が見えてまいりました。この後、休憩を挟みまして、第二部のディスカッションに入ります。3時40分

まで休憩とさせていただきます。40分までに、また席にお戻りください。

ありがとうございました。

(休 憩)

○大田議長 それでは、第二部に入ります。第二部では、一気通貫で完結できる在宅医療実現への道筋について、ディスカッションを行います。

まず、事務局より論点の整理をお願いいたします。

○中沢参事官 内閣府規制改革推進室で医療・介護ワーキング・グループの事務局をしております、参事官の中沢と申します。よろしくをお願いいたします。

私からは、今ほど議長から御紹介いただきましたとおり、本日の論点の整理ということで、第一部におきまして各方面の先生方から御発表いただきました内容を踏まえまして、これからのディスカッションの論点をお示ししたいと思っております。

御発表いただきましたとおり、医療サービス全体のうち診療の部分については遠隔診療、いわゆるオンライン診療が一定の条件付きではございますけれども、既に医師法上の問題もなく、この4月の診療報酬改定においてもオンライン診療に係る諸項目が新たに設定されたところでございます。もちろん、もろ手を挙げてというわけではないかもしれませんが、今後の超高齢社会におきまして、在宅医療推進のためにはオンライン診療というものが有益なピースであるという認識ははっきりしてきたかなと考えているところでございます。今後は間もなくオンライン診療に係る指針、いわゆるガイドラインが出される予定でございます。それに基づいた現場での運用実績が上がればエビデンスも積み上がりまして、それにより運用上の課題点なども新たに見つかるでしょうが、それを踏まえた施策を更に打つということで、どんどん使いやすい制度にしていくという好循環が生まれてくると期待しているところでございます。

こういうところで、オンライン診療については特に大きな論点、対立点がないといたしますと、本日の論点がこの中でどこにあるのかということについて見ていただきたいと思います。この資料の右側に図式化されております一気通貫の在宅医療サービスのフローにつきまして、これまで御説明がなされたところでございます。詳細は割愛いたしますが、政府が進めようとしております在宅医療を更に使いやすくするためのネックは何かということにつきましては、まず一つ目が処方箋の交付・授受、そして二つ目が服薬指導の部分であるということが分かってきたところでございます。これらの点が改善されれば、患者さんや医療従事者の方々の移動に伴う時間の無駄を削減することも可能になりますし、ひいては医療資源の効率的な活用が可能になるのではないかと考えております。この処方箋の問題と服薬指導の問題は、実は密接に関係しております。その点をこれから御説明したいと思います。

まず、このページで、今ほどお示しした二つの論点のうち、まず、処方箋の交付に係る

制度の現状をお示ししたいと思います。医療用の医薬品の安全かつ有効な取扱いを担保するため、医師が交付する処方箋においては、そもそもコピーという発想はございません。全て医師の方の記名・押印のある処方箋の原本を直接手渡しでやり取りすることが基本になっているところでございます。

次に、3ページを御覧ください。処方箋交付に係る規制の2ということで記載しております。先ほど、そうは言いましたけれども、ICT技術の進んだ現在、処方箋を電子媒体でも受渡しできるようにすべきではないかという議論は既に2014年の日本再興戦略においても明記されまして、政府の方針として閣議決定された経緯にございます。ただ、ここに記載がございまして、ちょうど2年前に策定されました電子処方箋の運用ガイドラインにおきましては、やはり処方箋の真正性や、同じ処方箋が繰り返し使われなないための仕組み、あるいは患者の方が薬局を自由に選べるフリーアクセスの仕組みを担保するためには、処方箋の引換証が必要である。つまり、紙媒体の呪縛からは逃れられない仕組みに現在でもなっているということでございます。

次に、4ページを御覧ください。電子処方箋の今の仕組み上で依然として紙が残るという問題があると申し上げましたけれども、仮にこの問題をクリアする新たな手法が出されたとしても、それでもなおもう一つ大きな課題が残ってしまうわけでありまして。それが、ここで赤字で記載しております服薬指導の問題であります。服薬指導につきましては、現在の法律上も対面で行われなければならないと規定されているわけでございます。このことは、患者の方あるいは患者の看護をされている方、もしくは薬剤師の方が対面という状況で服薬指導を行うためには必ず時間を掛けて、物理的な移動をして服薬指導を行わなければならないということを意味しているわけでございます。それがたとえ、先ほど南相馬の先生からもお話がありましたけれども、例えば慢性疾患の病状の安定している患者さんに対しての服薬指導であっても、この対面が必要ということでありまして。これが服薬指導に係る制度の現状となっております。

次に、5ページを御覧ください。ここから、本日の論点を幾つか挙げております。その一つ目です。服薬指導の対面原則につきましては、ここに記載がありますとおり、様々な理由があるわけですが、赤い点線の中にありますように、同じ医療サービスの中でもお医者様が関係する、よりセンシティブと考えられている診療の部分についても一定の条件を満たせば、限定的とはいえオンラインが認められつつある現状であります。これだけICT技術が進んでいるにもかかわらず、服薬指導はなぜ、どうしても対面でなければならないのかというのが論点の一つ目でございます。

6ページ、論点の二つ目でございます。法律上、対面となっている服薬指導ですけれども、第一部でも御紹介があったとおり、国家戦略特区においては一定の条件を満たせば遠隔つまりオンラインによる服薬指導の実証実験は可能という立て付けになっているわけですが、この実証実験においては具体的に何をどのように実証して、どのような場合にうまくいったと認められ、あるいは失敗となる場合も何が基準で失敗とみなされてしま

うのか、そういった評価基準が現時点では明確になっていないということで、その点を明確にしなければ、今後の発展はないのではないかと考えている。これが服薬指導の論点の二点目でございます。

7ページ目、論点の三つ目でございます。第一部で南相馬市のほうから御説明がありまして、遠隔服薬指導については実証実験が合法的に認められている国家戦略特区以外においても、正に南相馬のように、例えば医療の過疎地域等においては遠隔服薬指導の具体的かつ現実的なニーズが既に存在しているわけでございます。また将来的には、医療資源の偏在や高齢化の更なる進展に伴って、南相馬同様のニーズがこれから様々な地域で顕在化してくる可能性があるということで、その切実な今のニーズをどうやって守っていくべきかということが論点の三つ目でございます。

8ページ、論点4でございます。これは、話は戻りまして処方箋についてでございます。これまで遠隔服薬指導についてお話ししてきましたけれども、この電子処方箋にも問題点があることは先ほど御説明したとおりでして、在宅医療を一気通貫で進めるに当たっての障害と考えれば、これをペーパーレス化する、あるいは使いやすくする、そのためにはどうしたらいいのかということについても時間が許せば御議論いただきたいと思っております。

事務局からは以上です。ありがとうございました。

○大田議長 ありがとうございました。

ここからディスカッションに入ります。進行は公開ディスカッション担当の長谷川委員をお願いいたします。

○長谷川委員 長谷川でございます。

それでは、ディスカッションを始めさせていただきます。

今日はこの会場にお見えの方以外にも、ニコニコ生放送によるインターネット中継も行っておりまして、一般傍聴の方に加え視聴者の方からも御意見を頂戴できればと思っております。

さて、これまでの御説明内容を、ざっと簡単に振り返りますと、まず、林委員のほうからは、オンライン医療が今必要とされる背景には高齢化と医師不足がある。それを踏まえると、一気通貫で完結できる在宅医療が必要で、そのために常時モニタリングやAIの活用により医療の水準を現状から更に一段引き上げる必要があるという説明がございました。

日本医師会からは、オンライン診療は対面診療を補完することでよりよい診察につながるという期待が持てる。ただ、医師と患者の信頼関係を基本とする医療の本質は変えてはならない。あるいは、オンライン診療を安易な営利手段として利用しようとしている方もいらっしゃるというようなお話がございました。

織田病院からは、テレビやタブレットを通した患者へのお声掛けやAIカメラによる服薬管理、積極的なICTの活用について、様々な取組を御紹介いただきました。

日本医療ベンチャー協会からは、オンライン診療がどのような場所でどのような疾患に

対して行われているかの実態、あるいは処方箋の電子化や服薬指導に関する問題意識などを御紹介いただきました。

そして南相馬市からは、医療機関がない患者さん、自宅から出ることが難しい患者さんに対して一気通貫の在宅医療を実現するには、遠隔服薬指導の扱いが鍵になるという、正に本日の本質的なテーマのところの指摘がなされたところでございます。

また、日本薬剤師会からは、今行われている訪問薬剤師の役割や活躍されている事例の御紹介、それから残薬管理の問題などについて御指摘を頂いたところでございます。

さて、そのような議論を踏まえまして、これからは二点について、皆様方の御意見を頂戴していきたいと思っております。

まず一点目。南相馬市の小高区のような地域において、一気通貫の在宅医療は欠かせないものであるかどうか。これは欠かせないということだろうと考えておりますけれども、さらに、それをより広く、幅広く実現していく、一気通貫の在宅医療を幅広く実現していくための障壁、ハードルは何かという点について議論を深めたいと思っております。

それでは、最初に林委員から改めて御意見を頂戴できればと思っております。

○林委員 第一部の冒頭でも申し上げましたとおり、日本の高齢化率は非常な勢いで上昇し続けております。南相馬市の小高区と同水準に高齢化している自治体も少なくないのではないかと思います。こうした自治体では、医師の高齢化も進んでいると思っておりますので、たとえ現状では医療資源が充足しているという地域であっても、先ほど南相馬市の副市長がおっしゃったように、今後、我が国全体で南相馬市と同じような状況が生じることが懸念される場所ですので、ここで地域医療を崩壊させないためには、一気通貫の在宅医療の実現が欠かせないのではないかと考えております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

南相馬市の藤井先生、先ほどの御発表に加えて御発言はございますか。

○藤井管理者 実際、我々は苦肉の策で自分が持っていくというようなことになって、法律違反ではあるわけですが、ただ、医者が法律違反を犯して成り立つ制度というのはあり得ません。オンライン診療という名前が今、診察にとどまっているということについて、現場としては何としてもそこを突破していただきたいという思いが日に日に募るわけでありまして。その辺の具体的な方策については、逆にここでお教をいただきたいと思っております。是非突破していただきたいと思っております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

佐賀県の織田病院の織田先生、とても興味深い取組を御紹介いただきまして、ありがとうございました。

更に付け加えての御発言があれば今伺いたいと思っております。

○織田理事長 最後に2枚、説明しそびれた部分がありますから、これを見ていただければ分かりやすいと思っております。

後ろから2枚目です。これを見ていただければ分かりますように、85歳以上が急速に増え

るというのは、これはもう我々の地域だけではなくて、先日、千葉市を見たら、千葉市は9年後に85歳以上が逆転します。福岡市は11年後です。同じ状況がもう、すぐそこまで来ているということです。やはり85歳以上の方には通院は無理です。基本的にもう在宅できないといけない。地域の人材資源は限られていますので、それをカバーするのは遠隔しかないだろうと思います。そういう意味では、今回、服薬指導を含めて、やはりこの辺は一気通貫でいけるように、早急にしていかななくてはいけないのではないかと思います。

○長谷川委員 今、スライドが出ましたけれども、23ページのスライドをもう一度出してくださいませか。

これを見ると、要するに患者さんが医療のほうに赤い矢印で向かっている。これが現状、これまでです。

しかし24ページ目、この矢印がひっくり返って青い矢印で、医療の側が地域の患者さんに寄り添っていく。こういうことですね。

○織田理事長 そういうことです。85歳ぐらいになって無理して車を運転して通院して来られる方がいるのですが、非常に危ない。そういうのを見ますと、やはり在宅にシフトしていかななくてはいけないのは当然だろうと思います。ただ、限られた人材ですから、そういう意味ではオンラインをうまく使いながらやっていかななくてはいけないのではないかと考えます。

○長谷川委員 ありがとうございます。

薬剤師会のほうからは、森副会長に御発表をいただきました。

先ほど、北海道の例で訪問しているということでしたけれども、それだけでは足りないのではないかと御指摘が現場から上がっているわけですが、それについてはどのようにお考えですか。

○森副会長 まずは小高区ですけれども、震災の後の復興で大変苦勞をされているのではないかと考えています。そういう中で、医療復興について小高区を見ますと震災前に病院が二つであったものが一つ、診療所が七つであったものが三つ、歯科診療所は五つであったものが今は一つもないような状況です。薬局も確か私の記憶ですと四つあったものが一時、ゼロになってしまって、県の薬剤師会を含めた関係者の努力もあって、昨年、やっと二つになったのではないかと思います。

そうした中で、何とか必要な医薬品を届けようと思って努力をしているところだと思うのですが、一つは被災地であり復興中の地区においても必要な医療・医薬品が届くようにしていかなければならないこと。それはそのとおりだと思うのですが、そのために被災地の場合には少し分けて考えないと本当に困ってしまうのではないかと思います。特区の制度がどのくらい使えるのか、何か課題があるのか分かりませんが、例えば特区のようなものを使った中で、住民がまずは困らないようにしなければいけないのではないかと思います。

それから、オンライン診療が進む中でのオンライン服薬指導というお話ですけれども、

オンライン診療であってもきちんと自分たちが対面で服薬指導をできるのであれば、対面が原則だと思います。ただし、どうしても対面での服薬指導ができないケースがあるのであれば、それはどのようにしていくかということは考えていかなければいけないのではないかと考えております。ただ、そのときには、やはり対面ということを考えて中で、なじまないことなど、いろいろ検討しなければならないことがあると思います。先ほどの、薬はラインに乗らないということもありますし、規制がかかっている医薬品もあるということで、そういうことに関して今後の検討課題ではないかと考えております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

以上の御意見を踏まえて、今度は厚生労働省に御意見をお伺いしたいのですけれども、事務局でまとめられたペーパーの中の最初のところ、対面原則の必要性という問題。これについては、まず、厚生労働省の基本的なお考えを聞いた上で、皆さんの御意見を拝聴しようかと思っておりますけれども、後で今村さんからも御発言いただきたいと思っております。それとも先にお話しされますか。

○今村副会長 よろしいですか。進行を妨げるようで大変恐縮ですけれども、感想も含めて発言させていただきます。

まず、織田病院の取組は、日本の将来の在宅医療の在り方を提示していると思っていて、私のお話の中身にもかなり近いものがあったと思います。ただ、こういう仕組みを作っていく上での財源というか、これは織田病院だから成り立っていて、今、非常に病院経営が厳しい中で、全ての病院が同じようにできるのかという課題はありますけれども、なるほど未来の医療はこういうものだなというものが示されたということで、すごく感服いたしました。

ただ、薬剤師さんの役割が、地域の中にちょっと抜けていたかなというのがあります。実は日本の薬剤師さんの数は世界の中、OECDの中でも断トツに多いのです。医療者の資源が非常に乏しいと言っているながら、薬剤師については薬学部の定員管理を全くしていません。どんどん養成されて、100万人しか子供がいないのに薬学部の定員数が1万6,000人もいる。17万人も薬剤師がいる国なんて、どこにもないのです。この人材をどうやって活用するかは非常に大きな国家的な話だと思っていて、今、在宅に取り組んでいる方がまだあの程度しかいないというのは、私は是非、今日ここに薬剤師会が来られているので、もっともっと、薬剤師会が御説明になった薬剤師の役割というのはすごく大事で、あれをもっと現場で発揮していただくということが、まず大事なのではないかとは思っています。その中でオンラインを上手に組み合わせていくということはある得ると思うのですが、そもそもいる人材が活用されていないのは非常に問題だということを改めて申し上げたいと思います。

以上です。

○長谷川委員 ありがとうございます。

今の御意見も踏まえた上で、厚生労働省の森審議官、お願いできますか。

○森審議官 対面の原則ということに関して、その必要性というのはやはり医療の中で患者さんと医療従事者の間の信頼関係をまずちゃんと作っていくということの中で、いろいろなリスクを避け、本当に効果のある治療を行って、患者さんを元気にしていくということのために大事な原則だと思っております。

ただ、オンライン診療のガイドラインが今、検討されているように、対面だけで全て賄うということが現実に困難な状況はあちらこちらに見えている。こういう状況の中で、オンラインでのアクセスを対面と組み合わせていくという考え方が出てきているわけですし、それがどのような格好で適切に行われるのかということ、しっかりガイドしていくことが今、必要とされているのだろうという認識でございます。したがって、その原則というものが、もう、原理原則みたいな形で、何が何でもそうしなければいけませんと、こういう考え方に立っているわけではございません。その点は是非御理解をいただきたいと思っております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

今のお話で信頼が必要だということについては、林委員のお考え、あるいはほかの委員の皆さんのお考えでも異論はないところだと思うのですが、その点はいかがですか。

○林委員 おっしゃるとおりです。医師も薬剤師も同様に、患者との間の信頼関係が基本であるというのは本当におっしゃるとおりだと思います。ただ、今、厚労省からもお話があったように、原理主義的に対面原則というのではなくて、状況に応じてオンラインと対面をどう組み合わせていくのかということが最適な解答として求められているのだろうと思います。

その中で、先ほど薬剤師協会の森先生から、被災地は別というお言葉がありました。ただ、第一部から申し上げているように、南相馬の例は決して例外ではないのです。炭坑のカナリアのように、我々の近未来を象徴して示してくださっていると思います。したがって、いきなり全国一律に解禁とかという話をしていくわけではなくて、例えば高齢化が進んでいる、移動距離が大きい、医療資源が乏しいといったような、この南相馬と同様の通院困難な環境にある患者さんについて、どのような手が打てるかということ、我々は議論していかなければいけないと思っております。

そういう意味で、森副会長からもそういった例外の場合について、どういことができるか考えるというお言葉を頂きました。そこで即効性のある対応というのは、やはり遠隔服薬指導を組み合わせていくことではないかと思っております。

○長谷川委員 加藤先生、どうぞ。

○加藤理事 医療ベンチャー協会の加藤でございます。

私自身も医師としてオンライン診療をしております。やはり患者さんと信頼関係を持って、そしてオンライン診療ができていると思っております。また、今回のアンケートで答えていただいた先生方に関しても、そのような信頼を持って、そしてオンライン診療というものが行われると思っております。オンライン診療は患者さんとの信頼関係があつてこ

そ成り立つと述べておりますように、薬剤師さんのオンラインでの服薬指導に関しまして、信用というところによってオンラインでの服薬指導が成り立つという点では、何も違いはないのではないかと考えております。オンラインでの服薬指導においても、患者さんと薬剤師さんの信用というところで作っていけると考えております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

藤井先生、どうぞ。

○藤井管理者 実際にやってみて、私も意外だったのは、患者さんとテレビでつながると、ぱっと笑顔になられるのですね。最初はやっている自分としても非常に不安だったのですが、受け入れてもらえたわけです。患者さんは孤立点在中で、医療機関と結ばれたという実感が物すごくおありなのだと思います。そういう意味では、逆に我々も報われたという思いがするぐらいの意外な効用でした。実際、今日見ていただいた方は、脳梗塞後で構音障害もあって、なかなか意思疎通を欠くのですけれども、それでもああいうふうには私の顔を見てもらうと笑顔が出るというのは、本当に報われたという思いがあります。

それから、一つ大きな要因は、やはり看護師と一緒にいるということが多分大きいのだろうと思います。いきなり私と話をしても、多分、なかなか話の取っかかりがつかないかもしれないかもしれませんが、地元の看護師さん、患者のことをよく知っている、家庭のこともよく知っている看護師さんが行って、しばらく場を和ませてくれた後に私とつないでくれるので、そういう意味では逆に信頼が深まるぐらいの手応えを感じてやっております。

以上、経験をちょっとお話しさせていただきました。

○長谷川委員 ありがとうございます。

今村先生、どうぞ。

○今村副会長 藤井先生の取組は、本当に素晴らしい在宅医療の取組だと思って私も拝見していました。今は医師会の役員をして、もうほとんどゼロになってしまったのですが、一時は私もすごく在宅医療をやっていたので、その有用性もよく分かります。

その上で一点だけ。お薬を届けても別に法律違反ではありませんので。

○藤井管理者 そうですか。では、これからも堂々と。

○今村副会長 私もよく患者さんのところにお薬と一緒に持って行って、そこで医師が服薬指導をするということをやっています。院内処方をするということも結構ありますので、そういった場合には直接私が行って、状態を見ながら患者さんに直接御説明するということもあります。

○藤井管理者 院外処方でもいいのですか。

○今村副会長 それは大丈夫です。藤井先生が提言された中で、やはり大事な要素だと思ったのは、介助者がどうしても必要だということだと思います。御高齢の方なので、ITリテラシーの面ではなかなか難しい。御高齢の方と一対一でやるのは難しいし、介助者がいるからこそ、その療養環境が確認できるというメリットがある。それをどなたがやるのかということで、たまたま小高区は薬剤師の方が少ない、そこで看護師さんがいらっしや

るから看護師さんがする、あるいは介護の方がやるという状況だと思うのです。

先ほど私が、「薬剤師さん、もっと頑張ってください」と申し上げたのは、日本中、全てが薬剤師さんがいないというわけでも多分なくて、薬剤師さんが在宅に行って介助者になるということもあり得るわけです。いろいろな形があると思っておりますので、オンラインの服薬指導の話とはまた別の論点にはなりますが、そういった多様な方たちが関わるのが在宅医療にとって物すごく大事だと思っております。

先生のお話はすばらしいお話しだと思いました。これから大変な地域が日本中に出てくる中で、どういう体制を作っていくかは、やはり地域の実情に応じてやっていただかなければいけないのかなと思っております。

先ほどの医療ベンチャー協会のお話でも、今、オンライン診療を行っているところは、逆に医師が割と多い都市部です。医療にアクセスできないような方たちにオンライン診療を提供していくというのが本来的な方向性だと思っておりますので、その辺の仕組みを作っていく上で、どういう中で進めていくのかがすごく大事だと思っております。先ほど林委員がおっしゃったように、小高区と同じような状況にあるところから、まずいろいろなことをやっていくという、その条件付けという話ではないかなと思っております。

○長谷川委員 ありがとうございます。

森下委員、いかがですか。

○森下委員 オンライン診療がこれから非常に重要になることは間違いないだろうと思うのです。その中で、医者の方のオンライン診療に関しては、かかりつけ医的な機能を持って、その中で対面と補完するような形でやっていく。そこに保険点数を付けていくということで、かなり整理されましたし、今年が実際に動き出す元年になるのだろうと。

そうすると、やはりそこに薬というものをちゃんとしないと、そこだけ乖離していると、せっかくのオンライン医療がうまくいかないのではないかと。うまくビルドインしてもらう必要があると思うのです。

今、お話があったように、医者が薬を届ける部分。要するに、院内処方をしている分に関しては全く問題がないわけですが、やはり国として医薬分業、あるいは医薬協業でもいいのですが、これを進めていく中で、やはりここは薬剤師さんにもついてきてもらわないと、むしろ院内処方のほうがいいというか、ある意味、在宅に関しては便利だということになると、これはちょっとおかしな話になると思うのです。

その中で、おっしゃったような、在宅での残薬管理。これは非常に重要なので、100%、全部が全部、対面で済ませるというわけではなくて、何回かはお薬を郵送なりして届ける中で、オンラインで対面指導をしてもらう。やはりこれは組合せの問題ですから、その中で健康サポート薬局なりがどういう機能を果たすか。全体像をしっかりと考えていくと、今までの厚労省の方針ともぴたり合って、いい方向性に行くのではないかと、今日、お話を伺っていて思いました。

そういう意味では、実際に小高区のようなケース、これは大阪辺りでも田舎に行くと同

じような状況ですから、そういう状況を想定しながら、では、どういう方がこのオンライン診療に参加していくのか。医者だけでなく薬剤師、あるいは看護師など、いろいろな方がこれに参加できると思うので、それぞれの地区ごとに、今村先生が言われたように、やはりニーズも違いますし、配置されている機関も違うので、それぞれの方が参加できるような体制を作っていく。そのために知恵を出し合うというのが今日の議論の方向性かなと思うので、今日の話の中で、どういう形にすればいいのかということが、かなり見えてきたのではないかと考えています。そういう意味では、今日は医師会と薬剤師会の両方が来られていますから、是非前向きなお話でこのまま行けばいいのではないかと考えて聞いておりました。

○長谷川委員 ありがとうございます。

田尻さん、どうぞ。

○田尻副会長 薬剤師会の田尻と申します。

先ほどの南相馬の件について、例えばうちのパワーポイントの 23 ページに遠別町のことが書いてありますが、実は、これはよく見ますと、先生のところより、もっと医療資源が乏しい中で、どうにか地域で工夫をして、ほかの薬局も含めてそこに手が届くような努力をされている。ですから、今、森下委員からもありましたように、私たちは別にオンラインが嫌いだとかそういうことを申しているのではなくて、例えばすばらしい利用法があるなと思っています。先ほど森のほうからも、少し話がありましたけれども、薬はラインに乗らない。確かにそうでしょうね。薬というのは、やはり患者さんと対面で手を取りながら、きちんとした使用方法をお伝えする。塗り薬、飲み薬、いろいろな使い方があります。ですから、そこは是非対面でやりたい。それよりも、それを実際に使ってもらった翌日とか翌々日に、どうでしたかと。そういう意味でのオンラインの服薬指導というものは十分にあり得ると思いますし、現状よりもそれは特に在宅においてはそちらのほうが非常に安心でしょうし、患者さん自身も安心だろうと思います。ですから、全て駄目、全ていいということではなくて、やはりその辺は上手に組み合わせて使っていく。恐らく医療を提供する側の医師のほうと似たような環境ではないかと考えていますので、ちょっと発言させていただきました。

○長谷川委員 喜納さん、どうぞ。

○喜納代表取締役 ミナカラ薬局の喜納と申します。薬剤師です。

弊社の事例で少し今のお話をさせていただきたいと思っています。弊社では、処方箋を写真撮影していただくと、どうしても薬局に行けない患者さんに、実際に薬剤師がお薬をお届けして、対面で服薬指導をするような事業をやっています。あるいは、オンラインで 24 時間 365 日、薬剤師さんに相談できるようなサービスを提供しております。

その中で、かなり患者さんに弊社のサービスをよく活用していただいているのですが、一番活用されているのは服薬中の飲み合わせや、今出ているお薬のところから症状が変わってしまって市販薬を飲んでも大丈夫かということなど、要は、日常生活の中で服薬に困

ったときに、圧倒的に使われています。そのときに薬剤師さんがオンラインでもアドバイスをすると、とても感謝をされています。

私も薬剤師ですから、対面に勝る服薬指導はないと思っています。ただ、オンラインは対面を代替するものではなくて、対面の服薬指導を補完したり、よりよくする要素があるものだと思います。例えば患者さんは、実際に薬のことについて心配になる瞬間がいつ来るのかということ、当然ながら薬を飲む瞬間です。ないしは、飲んだ後に体調が変わった瞬間です。これはどこで起きるかということ、朝昼晩だったりの、実際にお薬を飲むタイミングだったり、いずれにしても日常生活で薬剤師がいない場所でやって来ます。

今回、例えばオンライン服薬指導というものができたときに、例えば薬の場合はちゃんと薬の説明をしたり、薬情といって薬の情報を紙で説明したりといったものがありますので、それをテレビ電話などで説明したものが例えば録画されていると、服用した後で困ったときに、日常生活で薬剤師さんにアドバイスを受けたものが後でまた見られたりする。このように、オンラインなりの補完されるようなよさというものがあると思います。ですから、一薬剤師としても、薬局を持っている者としても、私たちの価値をより患者さんに提供するためにも、うまくオンライン服薬指導の制度ができていくといいなと思っています。

以上です。

○長谷川委員 大田議長、どうぞ。

○大田議長 厚生労働省の森審議官に三点、お伺いします。

先ほど対面原則のところ、対面とオンラインの組合せを考えていく必要があるというお話がありました。現在、オンライン診療は認められているのに、オンライン服薬指導は認められていません。先ほどのお答えでいくと、遠隔服薬指導もこれから認める方向で検討して下さるということでしょうか。これが一点目です。

それから、訪問診療のときの遠隔服薬指導はできないのですが、これはなぜできないのでしょうか。これが二点目です。特区で遠隔服薬指導をする場合も訪問診療時はできないのですよね。

それから、三点目。電子処方箋の運用ガイドラインというものがあるのですが、依然として電子処方箋の引換証と確認番号を患者が薬局に持参しなければならない。これを、なるべくオンラインで解決するための技術的な工夫は既になさっているのでしょうか。それとも、駄目だから諦めてくれということなのでしょう。

○森審議官 一つ目と二つ目の御質問が、現状、どこでスタートしようとしているかという話に関わっているものですから、まとめてのお答えという格好を採らせていただきたいと思います。

つまり、オンライン診療が遠隔診療の中の一つというように、今、御紹介いただいていると思うので、そうした遠隔診療をやっている中で、遠隔服薬指導という格好の実証をやるうと言っているのが、特区制度の中で遠隔服薬指導を、対面の原則の特例という言い方

ではありますけれども、今、やることになっています。その実証をどんどんやっていく中で、どのような形で有効な遠隔服薬指導を診療と組み合わせてやっていくのかという形を具現化していこうという話が、まず、今、優先的にやらなければいけない話だという状況になっています。これが特区制度の中での、国会での御議論を踏まえて、やはりきちんと実証をやって、その実証の結果を踏まえて全国的な展開を考えなさいということで、衆議院、参議院で附帯決議をいただいている状況でございますので、私どもとしては、まず、できるだけ必要十分な実施の基準、要綱というものを決めて、それを御了承いただいて、実際に遠隔服薬指導を特区の中でトライしようという自治体の方々、あるいはそれに関与する医療機関、薬局といった方々にチャレンジしていただきたい。その結果を踏まえて、どのような場合に本当に遠隔服薬指導をうまくできて、役に立っているのかということをも明らかにしていきたい。そういう状況でございます。

ですから、その形で今、進めているものですから、特区制度の中では遠隔診療にセットして遠隔服薬指導というように規定されているものですから、そのときのやり方が、結局、訪問診療に遠隔服薬指導を組み合わせるといって今はなっていないというのが、二つ目の御質問に対する直接的なお答えになります。

三点目のお話ですけれども、電子処方箋のお話。これについて、今、特に紙の引換証の話がすごく引っ掛かるという御指摘だと思います。この引換証がなぜ要るのかということに関して、これは、実はそもそも処方箋というのは何で直接患者さんに渡さなければいけないことになっているのかということにも実は関わりがあります。つまり、処方の内容を医師から直接患者さんに、これだよと言ってお渡しになります。ですから、患者さんは、どんな薬が自分に処方されたのかを、ちゃんと御覧になることができます。患者さんの知る権利という、ちょっとくちはばつたいのですけれども、そういったことにもちゃんと配慮した形で処方箋が発行されるようになったという経緯がございます。それもありまして、電子メールや、あるいは電子的な形で情報が医療機関から薬局に行くだけだと、患者さんはその内容を直接知ることが不自由になってしまうということに関して、今の代替手段として考えられているやり方が、そういう引換証のような形態ですけれども、処方内容がちゃんと書かれているものを患者さんがお持ちになるということが、今の仕組みになっていることの一つの重要な理由なのです。もう一つは、そういう電子的な対応ができない、まだ設備投資ができていない薬局に行った場合に、電子処方箋が受け取れないので、引換証で代わりに調剤するということができるようにという、そういうことでもあるのですが、いずれにしても、患者さんが処方内容をちゃんと見られるようにするという、御自身が見たいときに見られるようにするというのも、実は大事な観点であると私どもは考えています。

それを電子処方箋のスタイルで実現することは、これは十分可能だと思うのです。それを電子処方箋の新しい様式、スタイルとして実装していくように、様式の定めなど、そういうことについて取り組んでいこうと考えて、今、やっているところでございます。

もちろん医療保険で請求するとか、そういうことも、電子処方箋でもちゃんとできないといけないので、まずは平成30年度からの診療報酬改定の中で、電子処方箋でもちゃんと保険請求できるように、実はその部分も様式の変更をしなければいけないというテクニカルな話はあるのですが、そうしたことも随時改良を重ねて、使えるものにしていこうと考えてやっているところでございます。

三点に対するお答えとしては、以上のような格好でお答えとさせていただきたいと思えます。

○長谷川委員 ありがとうございます。

今、厚生労働省からは、まずは特区で実証実験という御説明を頂いたのですが、今日のプレゼンテーションを聞いている限りでは、南相馬市で藤井先生が取り組んでおられることは、正にその実証実験をやっているのではないかと思ったのですが、藤井先生、特区での実証実験というこの御説明についてはどう思われますか。

○藤井管理者 我々も特区を目指したのですが、ちょっと無理なところがあって、できずにいるのですが、実際に今、特区の中で遠隔診療そのものを行っているところ、動いているところがあるのですか。ないように思うのですが、そこについてお聞かせください。

○長谷川委員 いかがですか。

○森審議官 特区の中でということで、私どもも手を挙げていただく自治体等にお伺いをしているのですが、今の時点で複数の自治体からの御提案を頂いて、実際にどうやってやるのかということについて、私どもの職員を現地に派遣して、実情を伺いながら実証実験がちゃんとできるようにということでサポートもさせていただいているという状況でございます。

○藤井管理者 ということは、まだ動いていないわけで、我々のほうで今、実証実験といえますか、正に症例が集まっているわけですので、是非、我々を解剖していただきたい。それから、e-処方箋の控えということでしたけれども、患者に自分の服薬内容を知らせるためという理由は分かりましたけれども、ただ、それだけでは、病院にも行けない独居老人を薬局に行かせる理由にはどうしてもならないと思うのです。お薬手帳を自分で持っていればいいだけのことです。だから、独居老人を薬局に行かせる理由としては非常に弱いと思います。

○長谷川委員 具体的に聞きますけれども、今のお話で、既に実証実験をやり、症例が集まりつつあるというのが藤井先生の御説明です。これについては、ずばり聞きますと、南相馬市をなぜ特区に認めないのですか。

○屋敷総務課長 医薬・生活衛生局総務課の屋敷と申します。

特区として認めていただくのは、恐らく田林副市長が一番御苦勞をされているので、お聞きいただければよろしいかと思いますが、特区に選定する基準があるようにお聞きをしておりまして、申し訳ないのですが、私ども厚労省のほうで特区として認めるということではなくて、内閣府のほうで認めるということなので、担当参事官または田林副市長がよく

事情を御承知かと思えますし、原委員も関わっておられるとお聞きしていますので、それからからお聞きいただければと思います。

○長谷川委員 原委員、お願いします。

○原委員 国家戦略特区の話は私がやっておりますので、経緯を少しだけお話ししますと、まず、この特区の遠隔服薬指導の特例については、私たちは3年前に議論をしておりました。平成27年に厚労省と相当協議をさせていただいて、その当時の議論は、先ほどもちよっとお話がありましたが、医師の方については偏在の問題があって、対面で対応できないケースがある。したがって例外的に対面ではない、遠隔診療を認めるのだけれども、当時の厚労省の御説明では、薬剤師さんについては数が多く、そういった問題はないのですと。対面で対応できないケースは基本的にはないと認識していますという御説明でした。

そういった中で、私たちはお話をして、それであれば相当程度狭い要件を課して、例外的なケースでまず実証してみましよう。それで課した要件が、特区の中、なおかつ離島・へき地等で遠隔診療に伴う場合という、相当狭い要件で実証をまずやろうとしたのです。

この実証はもう、早急にやらないといけなくて、これは厚労省にも御協力をいただいて早急にやりたいと思いますが、一方で今日のお話を伺っていても思ったのは、やはりそれから3年たって、相当状況は変わってきているということだと思います。これは特区以外の、先ほどの南相馬のような地域でもニーズが明らかに出てきているし、また、訪問診療についてのニーズも明らかになっているということだと思います。こういった状況の変化があったときに新しい状況に応じて早急に対応していくということは当然だと思います。特区の制度が先にあるからといって、そこで余り硬直的になるべきではないということです。

これは厚労省も御存じでいらっしゃると思うのですが、国家戦略特区の制度をやっている中で同じようなケースが実は幾つもあったって、保育の分野で特区の制度を作ったのだけれども、その後、全国でニーズが大きくなっていったということで、実証事業とほぼ同時並行で全国措置を別途やるというようなことはやっているケースがございますので、是非、硬直的にならずに新しいニーズに対応していくということで議論をいただけたらと思います。

○長谷川委員 森副会長、お願いします。

○森副会長 先ほど、小高区は別だと言った理由は、災害で急に医療インフラが無くなったところを、ほかと同じに扱わないで何か手当てをしてやったらどうですかという意味で意見を申し上げました。

それから、先ほどの藤井先生からありました、処方箋を患者がわざわざ薬局にということですけども、家から来られない患者さんには医療機関からファクスで送っていただいても、例えば写真に撮って送っていただいても、内容が分かれば薬局でお届けすることができますので、現状は処方箋が電子でなければ困ったという事例はないと思います。

○長谷川委員 森下委員、どうぞ。

○森下委員 この話は特区ありきというか特区の話をつんぬんするのは、もう、ちょっと遅いというか、もう過ぎてしまったのではないかと思うのです。特区の話のときは、今お話があったようなオンライン診療に対して保険で手当てをして、実際にもうスタートするという状況ではなかったときのお話なので、どちらかという現実がもう追い越しているのです、今更特区で実証するというのは、逆に言うと意味が無くなったのではないかと。

そうではなくて、これから始まるオンライン診療の中で、医者側の側は対応できたので、残っている部分をいかにして対応してもらうか。患者さんの利便性を高めるためにはどうやったらいいかということで、特区の話とは別に分けて、全国的にもう、今の土台の上で議論してもらおう話なので、特区で実証されないといけないという話はちょっと納得できない。

それから電子処方箋に関しては、今、正に森審議官からありましたように、形態さえ整えば十分必要な要素は満たせるのではないかという話なので、これはむしろ前向きにやってくださるととったのですけれども、その理解でよろしいでしょうか。

○森審議官 最後の御確認については、そのように私どもも考えておりますので、今、そのように検討も進めているということでございます。

特区制度のお話に関しては、実際のところ、絶対にそれでなければ駄目と言って私どもが強硬に主張するというスタンスではなくて、ただ、この特区制度の最終的な法律を作った際の衆議院、参議院で附帯決議をいただいているということ、国会の決議をいただいているということがあるのですということです。行政としては、国会の附帯決議の言われていることは絶対に尊重しなければいけない、そこは御理解いただきたいと思えます。ただ、それを乗り越えてという御提言については、これは今日のお話の中でも、本当に困っている医療の現場があるということ、それに対して手だてを考えるという話について、私どもも知恵を絞りたいと思えます。

それから、遠隔ありきというのも、ちょっとどうだろうかというのはあって、今日のお話の中で、やはり訪問服薬指導をする、薬剤師が実際に行くということもオプションの中にあるということは、是非、皆様にもお考えいただきたいと思えます。その上で、それをフォローするのにオンラインの活用ということをやっていくというのが非常に分かりやすい、これだったら患者さんにとっていいサービスが受けられて、そして自分が療養に取り組む、そして元気になっていくということのために元気が出るのではないかと思います。

○森下委員 正にオンライン医療のほうもそのように、対面の補完であるということがちゃんと書かれていますから、それと同じ論理でいけば全く問題ないのではないかと思いますので、是非、前向きなお話を頂いて大変うれしく思っていますので、よろしく願います。

○長谷川委員 林委員、どうぞ。

○林委員 今のお話について、厚労省に御質問させていただきたいのですが、厚労省としては、今、患者数ベースで訪問薬剤師のサービスを受けている在宅患者の数は、例えば有

料老人ホームなどではなく、戸別の家庭で受けていらっしゃる患者の数というのはどのくらいだと把握していらっしゃいますか。それが一点です。

それから二点目。厚労省としては、遠隔服薬指導にどのような懸念を持っていらっしゃるのか。どのような懸念が解消されれば広げることができると考えておられるのか。実証実験をなさるといふ以上は、そこがクリアになっていないと、やる意味がないのではないかと思いますので、その点についてもお答えいただきたいと思います。

○森審議官 1番目の御質問については、正確な数字は分かりません。実際に、これは今日の薬剤師会からのプレゼンの中で、介護の側のほうで薬剤師の訪問件数がかなり伸びているという数字を提示いただいています。こういう数字があることはあるのですが、その内訳として、例えば有料老人ホーム、特別養護老人ホームといったところでまとめてやっているものと、戸別の家庭に伺ってやっているものと、その辺りの区別をどうやって弁別して、実際に、本当に居宅で暮らしている患者さんのところにどのくらいの数が行けているのか。これをきちんと把握するということが、やはり必要だとは思っていますが、現状ではまだ数字として幾らですということを申し上げる状況にはなっていません。

それから、もう一つの御質問については、懸念がという話がありきではないとは思っています。必要性について理解をしているからこそ特区の制度の際にも、例外として設定されることについて、私どもも対面の服薬指導と組み合わせながらの形を想定しつつ、遠隔服薬指導というものをやれるように、実際にどのようなケースでやれるのかということ、むしろ明らかにしていきたいと考えて、実証を踏まえてというように、ずっとお答えをしてきています。

先ほどの、小高区の小高病院のお話でもありましたが、在宅の患者さんでITリテラシーと言っては何ですが、なかなかそういうものをお使いになるのは大変だというケースがむしろメインのターゲットとして今、想定されているわけですから、そういう方々に対しては、やはり介助する人が必要になってしまいます。その介助する人を確保できない、お一人様のケースをどうするかという話になると、これはなかなか難しいのではないかと想像はできるのです。ですが、そこを考えて難しくしても、なかなか答えがないので、今回、小高病院の藤井先生に御紹介いただいたように、やはりこういう形であればできるのですというケースを、できるだけ増やして、それによって類型化できる、遠隔診療にセットになる遠隔服薬指導はこういう格好でやりましょう、やれるようにしましょう、というように持っていければと、今日も思いました。

○林委員 ありがとうございます。

二点目のほうから申し上げますと、やはり厚労省として遠隔服薬指導の課題と、課題をクリアするための条件を御検討いただくということが、この件の可及的速やかな解決のためには必須ではないかと思えます。

それから一点目の、実際に訪問薬剤師のサービスを受けていらっしゃる在宅患者の方の数が分からないというのは、私は、厚労省としては介護保険の利用を管理されているわけ

ですから、これは把握していかざるべきではないかと思っております。771万件の利用が年間にあるといっても、月4回、がん患者の方の場合は月8回までということですが、単純計算で割ると、患者数はせいぜい16万とか8万という人数になります。この中に更に有料老人ホームなどの集団での活用の部分が相当程度含まれているとなりますと、本当に在宅で今、老老介護などで在宅介護の限界点をいかに引き上げるかということも去年のこのディスカッションで議論しましたが、そういった方々にとって、この訪問薬剤師の指導の恩恵を受けられている在宅患者というのは本当に一握りではないかと思えますし、これから薬剤師の方々がどれだけ在宅ニーズに対応できるかということを考えてときに、遠隔服薬指導との組合せということは、決してできないことではないと思います。本日の薬剤師会のプレゼン8ページの在宅で行う調剤の行為のうち、遠隔でできないものが一体どれだけあるのだろうかという印象も持っております。薬剤の交付は、薬自体は郵送すればいいわけで、そこの組合せができるのではないかと思っております。

○長谷川委員 大田議長、どうぞ。

○大田議長 遠隔服薬指導が懸念される点として、ITリテラシーをお挙げになりましたけれども、オンライン診療でもそれは同じ問題があって、織田先生のところはテレビの画面を使うという工夫をしておられるわけです。ですから、最初の質問に戻るのですが、オンライン診療はできているのに、なぜオンラインの服薬指導が認められないのかというのが、私はまだ納得できません。もちろんオンラインだけでやれとか、そういうことは全く申し上げておりません。対面と組み合わせて服薬指導をするということが、なぜこんなに難しいのだろうかというのが疑問です。改めてこの点をお聞かせいただきたいと思えます。

○森審議官 難しいとおっしゃっているのは、今、特区の制度があって、特区の中での実証実験でないとできないというように説明をしているからかと思うのですが、その実証実験をやることを、できるだけ余り高いハードルではなくて、実際にどこでもできるようにしましょうということで、内閣府の方々と厚生労働省の間で要件を詰めて、そして今、やれるようにしたという、そういう経緯は一方であるわけです。ですから、実証実験自体について、できるだけ事前に、何だったらよくて何だったら駄目だということをきちんと決めておかないといけないという御意見はもっともなものですけれども、そこに余り厳格なものを立ててしまうということは、むしろ実証のチャレンジをしにくくするという議論もあり、それはそうだと思って、余り難しい要件を立てていない。むしろ必要十分なレベルの要件でやれるように今はしてあるのです。ですから、それを選ばれるところがもう少し出てきてほしいと私どもも思っておりますけれども、そこは今の設定された可能な領域はそこにありますよということ、これが一つ。

それから、対面の原則に関して、これは医薬品医療機器法の中で、法律に原則ということで書かれている中で求められている話が、遠隔診療の自由度に比べると少し厳格になっているという、そういう法律上の規定の仕方の差というものがあるということ、これがなかなか、私どもが、「はい、分かりました。そうしましょう。」とは言えないということ

の背景にあるということ、これは申し上げておきたいと思います。

○大田議長 今困っておられる高齢者はたくさんおられます。実証実験はまだ始まっていないわけですが、既に南相馬はやっておられるわけですから、この実態を踏まえて、期限を設けて検討していただきたいと思います。

それからもう一点だけ。在宅の服薬指導が増えているという森さんからのお話もありまして、これはそのとおりで、いいことだと思うのですが、これから85歳以上がどんどん増える時代に、本当にそれで持つのだろうか。薬剤師さんがたくさんおられるとしても、持つのだろうかということがありますし、財源の面でいっても、医療費の財源は限りがあります。いろいろなケースがあるのですが、私が手元に持っている調剤報酬点数表では、在宅患者訪問薬剤管理指導料が、同じ建物に居住しておられる場合ではない、居住者以外の場合は1回が650点で6,500円。月に4回行くと2万6,000円。75歳以上の1割負担であっても御負担は2,600円になるわけです。本当にこれが、これから持続可能なのだろうか。その意味でもうまく組み合わせるということをお検討いただきたいと思います。

○森審議官 おっしゃるところについては私どもも非常に同感するところでございます。コストの問題も含めて、合理的な設計、バランスというものを追求しなければいけないということだと思っています。

それから、薬剤師については平均年齢が46歳ぐらいで、診療所にお勤めの医師の方々に比べると10歳以上若いということもありますので、こうした人材をよく活用するということが併せて進めていくということで、一つのソリューションだけで全て賄えるほど、現状は生易しくないということは重々分かっておりますので、いろいろな手だてを併せて講じることで、これからの日本の社会を何とか持たせていくということが大事だと考えているということについては、私どもも同じ認識でございます。

○長谷川委員 一旦ここでフロアをオープンにして、一般傍聴の方で御意見がある方がいたら、挙手の上、御発言をお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

○傍聴者 二点ほど質問といたしますか、意見という形で申し上げたいと思います。既に議論されていたので、その延長線上になるかと思うのですが、やはり訪問診療を受けていらっしゃる患者さんにとっても遠隔服薬指導は非常に重要な方法だと思いますので、是非とも早期に対応される必要があるのではないかと考えています。

二つ目は、特区の話はちょっと別に置いておいてということになるかとは思いますが、特区の制度の中でも非常に地域を限定するような形で今のところ決め込まれているとか、要件が出ています。さはさりながら、実証実験を積み上げるということで考えていく場合に、特定する部分が余り厳しくなりますと、せつかくの実証という形でもなかなか積み上げが不足するのではないかと懸念しますので、その柔軟な対応ということが特区においても必要かと思えますし、いわんや全国を考えるとときにも同様のことではないかと考えています。

○長谷川委員 ありがとうございます。

ニコニコ生放送で御視聴の方からも意見が寄せられておりますので、ここで御紹介しておきます。

まず、一つ目。これは前向きな意見ですけれども、医療機関が近くにあるなら外出の機会に薬屋さんへ行くのはよいだろうけれども、すごい田舎では片道2時間も掛かるから大変だという御意見。

それから、結局、薬の配送ができないとオンライン診療の意味が無くなってしまう。だから、薬についてもやったほうが良いという御意見です。

それから、中間的な御意見の方としては、遠隔服薬指導は今後は確実に必要だけれども、一方で対面しなくなってしまうと、いろいろ気付くものも無くなってしまうということなのでしょかという御意見。

それから、消極的な御意見としては、オンラインでオーケーとなったら要らない薬がばんばん出てきて、医療費が高騰してしまうのではないかということ。

それから、先ほど来出ている南相馬については、今回の議論をきっかけに、南相馬を是非特区にしてあげてくださいという御意見もございました。

それから、今までの議論を踏まえて、先ほど厚生労働省の御説明の中で挙げられていた、特区の法律案に関する附帯決議というところ。ちょっと今、資料で調べてみたのですが、ここに書かれていることは、要するに、あくまで離島や過疎地などでの対面での服薬指導が困難な地域、そういうところに限定すべきであって、これらの地域要件を外した全国展開を前提としないこと。このことが入っているということでありまして、これを読むと、何も特区での実証実験でなければならないとは私には読めないのです。むしろ特区での、こういう附帯決議があったから、厚生労働省としては、まず、特区での実証実験からやりましょうというように行政としてお考えになったということだけれども、先ほど原委員や森下委員が御指摘になったように、既にニーズがあるがために、南相馬では実質的な実証実験のようなことがもう進んでいると。これを踏まえて行政として、では、自分たちの政策展開を考えると、南相馬の例を勉強させていただいて、新たな方策を考えましょうということは、国会の附帯決議と何ら矛盾しないと思いますけれども、いかがですか。

○屋敷総務課長 今、御指摘いただきました附帯決議でございますが、どのように解釈するかということで、様々な御意見があるかと思いますが、まず、特区法の改正に対する附帯決議ということにつきましては、特区で行われる当該事業の実施に当たっての、全国展開を前提としないということがまず言われているのだろうと思います。そうしますと、恐らく御指摘をいただいているのは、特区事業でないものについてはどうなのだという事をおっしゃっているのではないかと思います。その点につきましては、平成25年の薬事法改正、これは対面の服薬指導についての義務化が行われた法律でございますが、そのときにもやはり対面で必要な情報提供、薬学的知見に基づく指導等を行うことを今後とも堅持するという事、基本はそうなっているということ。その上で、先ほど来、森審議官から申し上げているように、ITの進展ということがあって、それにどのように対応するかと

いったところを進めていくということですので、この附帯決議につきましては、行政府として、そのようなものだと私どもは受け止めているということですのでございます。

○長谷川委員 先ほど森審議官からは、今後とも知恵をしっかりと絞っていききたいという御発言を頂きましたので、私どもとしては非常に前向きに考える姿勢を示されたらと受け止めたいと思います。

皆さん、いかがですか。

川渕専門委員、どうぞ。

○川渕専門委員 二点、御質問をさせていただきます。

私はここでまた実証実験かと思っ、何か残念だなと思いつつ聞いていました。先ほど今村先生がおっしゃったように、オンライン診療は、もともと遠隔診療と言っていて、英訳すると telemedicine と言うのです。遠隔診療といったときに、物理的にも遠隔だけれども機能的・経済的にも遠隔ということで、結構、田舎の話ばかりしていますが、先ほど千葉市や福岡市の話も出ましたように、これからは都市部、都会でも、物理的には近いけれども機能的・経済的にという問題も出てくると思います。

そこで二つ聞きたいのは、一つは、仮に、実証実験をするとして、遠隔服薬指導をやる人がいませんよね。福島の小高区には。2薬局ですら、今、県の薬剤師さんを通じて、やっとやってもらっているわけです。そういう状況の中で、どうツールが出てくるのか。そこでちょっと聞きたいのは、ミナカラ薬局は今、そういうツールを持っているような感じだから、ミナカラ薬局がやりますと言ったときに、森審議官、いいですよと言っただけですよ、というのが一つ。薬剤師だし、そういうツールも持っていますよね。

それからもう一つは、どうしても佐賀県の話を知りたい。佐賀県は日本で一番医薬分業が進んでいる県なのです。佐賀県のように非常に医薬分業が進んでいる県もあれば、そうでないところ、私の出身地の北陸などは進んでいなかったのです。非常に地域差があるわけですが、先ほど織田先生のお話の中に薬局の話が出てこなかった。皆さん、誰も言わないけれども、在宅というのは、薬局の人はもうからないのです。薬剤師会も、誰も言わないのです。何か、頑張ろうと言っているけれども、もうからないから嫌々やっているとか、根性でやっているとか、そういう話ですよ。そうなってくると、結局、これからどうするかというときに、佐賀はどうなっているのか。

この二点についてお聞きしたい。

○長谷川委員 一言ずつ御回答を頂いて、それで議長にマイクをお返しいたします。

○森副会長 一点目は私から是非お答えしたいと思います。プレゼンの中でも言いましたが、特に在宅の患者さんで急に対応するということがあります。私は、自分で作った薬は自分で届けたいと思います。それで責任を果たせると思っています。ですから、日本薬剤師会としても、地域の中できちんと医薬品が供給できる体制は確保したいと思います。そうした中で、何かあったときに、では、薬が違った、急に必要だといったときに、東京から福島というのは無理だと思います。もしオンライン服薬指導を可能にするのであれば、

何かあったときにすぐに対応できる薬局という限定を付けて始める。

林委員が幾つかお話をされました。私の7ページの中で、オンラインでできることはいかなど。確かにこれができて充実したら私もいいと思います。ただ、薬の説明にしても、高齢の方に目の前で薬を一つ一つ説明しても、帰ってから分からなくなったという方もいるので、今後、オンライン服薬指導を進めるのであれば、どういうケースがなじむのか、どういうケースがなじまないのかということ、きちんと検証したほうがいいのではないかと思います。

○長谷川委員 森審議官からお願いします。

○森審議官 今、森副会長がおっしゃったように、実際に、具体的にこういうケースだったらできる、こういうケースだったらやばいですねということ、明らかにするようにして、検討を進めることが肝心ではないかと思います。やはり患者さんが危険にさらされるようなことがないようにしておくということ、これは医療を担っていく側としては絶対に担保しなければいけないと、医師会も薬剤師会もおっしゃっていますし、行政の側としても当然それを担保するように制度を仕組むということが基本だと思っています。ただ、チャレンジは必要だと思っています。

○長谷川委員 ありがとうございます。

織田さんからも一言お願いします。

○織田理事長 確かに佐賀では医薬分業が進んでいます。実際に訪問で管理しているところが圧倒的に多いと思います。オンライン自体、服薬指導に関しては書いていなかったのですが、今後、検討していきたいと思います。

○長谷川委員 ありがとうございます。

それでは、議長にマイクをお返しします。

○大田議長 限られた時間でしたが、かつ達な御議論をありがとうございました。

今日は、厚生労働省からもオンライン服薬指導に前向きな御発言をいただきまして、私は大変うれしく思いました。大事なことは、利用者の立場に立って、せっかく出てきた先進技術を活用するという、それから高齢化のスピードが非常に速いからです、スピード感を持って取り組むということだと思いました。私どもはこの議論を継続させていきたいと思っております。

それでは最後に、梶山大臣から御所感をお願いいたします。

○梶山大臣 担当大臣の梶山でございます。

今日は活発な御議論をありがとうございました。

そして、会場の皆さんからも御意見を頂き、また、ネットで視聴している皆さんからも貴重な御意見を頂きました。心より感謝を申し上げます。

今日の議論によりまして、診療から処方箋医薬品の受け取りまで、在宅で一貫して完結させるニーズがあるということがよく分かりました。また、そのニーズもこれから増えつつあるという中で、その一貫して完結させることについて現状では在宅でできない切れ目

があるということもはっきりしたわけであります。技術の進展も大変なスピードで進んでいますけれども、高齢化社会というものもものすごいスピードで進んでいる。そして、独居の高齢者もいれば、また老老介護という問題もある。また、昼間は介護をしてくれる方がいるけれども夜はどうしようもなく、一人でいる方もおいでになるという中で、どういう形で患者本位の在り方を考えていくかということは非常に重要なことだと思っております。ただ、あまり時間はかけられない。やはり必要なところはしっかりと対応していくということも含めて、厚生労働省及び規制改革推進会議で精力的な検討をお願いしたいと思います。私も担当大臣として、精一杯の努力をしてみたいと思います。

以上です。

○大田議長 大臣、ありがとうございました。

これをもちまして「公開ディスカッション」を終了いたします。

皆様、どうも長時間ありがとうございました。