

第11回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和6年4月26日（金）18:00～20:21

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、杉本委員、間下委員、落合委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、
桜井専門委員、高山専門委員、時田専門委員、岡元専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 林室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者）株式会社エール

平田代表取締役

住井管理者代理

社会福祉法人敬愛 特別養護老人ホームけいあいの郷山王台

小谷医務課長

社会福祉法人聖隷福祉事業団

森井松戸愛光園園長

深澤横須賀愛光園園長

高齢者住まい事業者団体連合会

光元事務局長

楠事務局次長

公益社団法人経済同友会

武藤規制改革委員会委員長

株式会社日本総合研究所

川崎上席主任研究員

社会医療法人清風会 奈義ファミリークリニック

松下所長

厚生労働省

宮本大臣官房審議官

林医政局医事課長

習田医政局看護課長

福田老健局老人保健課介護保険データ分析室長

吉田社会・援護局福祉人材確保対策室長

姫野医政局総務課長

4. 議題：

(開会)

1. 介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について
2. プライマリ・ケアへのアクセスの円滑化（総合診療科の院外標榜）について

(閉会)

5. 議事録：

○事務局 定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第11回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中御出席いただき、誠にありがとうございます。

本日は、ウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催しております。

なお、会議中は雑音が入らないよう、ミュートにさせていただきようお願いいたします。

御発言の際は、「挙手ボタン」を押していただき、座長より指名後、ミュートを解除して御発言いただき、御発言後は再度ミュートにさせていただきよう、御協力をお願いいたします。

本日は、議題1「介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について」、議題2「プライマリ・ケアへのアクセスの円滑化（総合診療科の院外標榜）について」の2件について御議論いただきたいと思います。

本日は、津川委員からは御欠席の連絡をいただいております。

また、本ワーキング・グループ所属委員のほか、落合委員に御出席いただいております。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。

○佐藤座長 よろしくをお願いいたします。本日2回目のワーキング・グループになります。

早速、議題1「介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について」に入らせていただきます。

出席者を御紹介いたします。株式会社エールから平田晶奈代表取締役、住井有希管理者代理。なお、平田様におかれましては御事情により6時25分頃までの御出席となります。

社会福祉法人敬愛 けいあいの郷山王台から、小谷洋子医務課長。

社会福祉法人聖隷福祉事業団から、森井正孝松戸愛光園園長、深澤庸一横須賀愛光園園長。

高齢者住まい事業者団体連合会から、光元兼二事務局長、楠裕之事務局長次長。

公益社団法人経済同友会から、武藤真祐規制改革委員会委員長。

厚生労働省から、宮本直樹大臣官房審議官ほか、医政局、老健局、社会・援護局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、まず、株式会社エール様から御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分以内でよろしくお願いいたします。

○株式会社エール（平田代表取締役） よろしく申し上げます。岡山県から参加をしております株式会社エールの平田と申します。

まず、事業概要についてですが、資料を参照していただければと思います。説明は割愛させていただきます。

当社は、主に訪問看護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、そして、障害児・者のデイサービスと居宅介護支援事業のサービスを展開していますが、今回は訪問看護と定期巡回のサービスにフォーカスを当ててお話をさせてもらいたいと思っています。

まず、当社の訪問サービスで勤務をしている介護福祉士と看護師の働き方のイメージをまとめた資料になります。

介護福祉士は、定期巡回の訪問がメインで、1回5～20分程度の訪問に回っているような形になります。看護師は、定期巡回のサービスと指定の訪問看護のサービスで、1回30～60分程度の訪問に回っている、そういった業務に当たっています。今日は、その中で様々な課題を皆さんにお伝えできればと思っています。

いろいろなケースの紹介を持ってきたのですけれども、まず現場でよく聞こえる声として摘便のケースがあります。介護職員がおむつ交換に入ったときに、明らかに便が直腸まで降りてきている状態で、御本人さんも便を出したいという訴えがあるにもかかわらず、介護職員では摘便に対応することができないので、看護師を呼ばなければならない。苦しい利用者様をそのまま置いて出なければならないということで、介護職員が直接対応できないことへのストレスを感じているという話をよく聞くことがあります。

爪切りについても、爪のトラブルを抱えている御高齢の方は実際にたくさんいらっしゃるのですけれども、爪のトラブルを抱えているという理由だけで私たち訪問看護が介入することはなかなか難しい状況です。今、介護職員が爪切りの対応ができないということで、結果、肥厚した爪にソックスが引っかかってしまって爪がはがれてしまう、本人に痛みが生じてしまう、そういった二次的なトラブルが生じているというお話をよく聞いています。

お薬のお話もよく聞くことがあります。御家族でも対応できるようなことが介護職員では対応できないということで、結果、家族や本人に対応してもらわなければならないということが現場ではよく起きていると聞いています。

最近、現場では服薬支援ロボットというものが導入されているのですけれども、このロボットのトラブルが生じたときに介護職員では対応できないため、看護師が応援要請されて現場に出向くことがあるのですけれども、それは介護士でも対応可能なことなのに、看護師が動いてしまうことによって、結果、利用者さんにも看護師が動いてしまったことによる費用の負担もかかっているというお話もよく聞いています。

経管栄養からの薬物注入についてです。今、タスク・シフト、タスク・シェアの動きの中で、介護職員さんの喀痰吸引等の資格において経管栄養の注入が認められていると思うのですけれども、あくまでも経管栄養からの注入については栄養剤の注入のみであって、薬物の注入ができないということで、在宅ではまず看護師が入って内服薬の注入をした後で、介護士が訪問して栄養剤の注入という二度手間が生じているような現状です。結果、介護士と看護師が訪問しなければならないので、御利用者様に負担がかかってしまう、御

家族に御迷惑をおかけしてしまうことも多々生じている状況です。

在宅酸素に関しても、酸素の流量の変更やオン・オフであれば介護職員での対応も可能なのではないかという声も上がっています。実際には、今は介護職員での流量の変更やオン・オフを行うことができないので、呼吸困難が見られたときには、介護職員から看護師がコールを受けて、流量の変更、オン・オフを行うためだけに訪問を行う、そういった現状が見られています。

インスリン注射や血糖測定についても、御家族や御本人が行うことができるのに、介護職が行えないということで、なかなか十分なケアが行えていないという現状があります。

蓄尿バッグは、在宅では御利用者様が外出や移動の頻度が多いため、よく破損されることがあるのですけれども、この交換を介護職が行うことができないということで、わざわざ看護職が対応に出向いているという現状があります。

時間がないのでこの辺りは割愛させていただいて、課題①に入らせていただきたいと思っています。

現状、いろいろな課題を見ていて感じることは、まずは、一番いいタイミングで利用者様の不快な症状に対応できないことが起きているため、利用者様にかなりの不利益が生じているなと思いますし、介護職でも対応できるところにわざわざ看護師が動いていることで、全くタスク・シフトやタスク・シェアが進んでいないという現状が生じていると思っています。

これらを解決するために、ある程度介護職員ができる医行為の幅を広げてもらって、医師または看護師から介護職員に事前指示をいただくことによって、介護職員がその場で対応できる幅を広げていただくことができれば、結果、利用者様にもっと安全・安楽に在宅で生活してもらうことができるのではないかと思いますし、介護職員のキャリアアップにもつながっていくのではないかと思います。

これは、あらかじめ事前の指示をこういった形でいただけないかということをもとめた図になりますので、また御参照いただければと思っています。

もう一つ、課題②としては、ストーマのケースを挙げていたのですけれども、実は私たち介護職員も看護職員も実際に介護職が行っていい行為というものをきちんと認識できていない現状があるということに、今回、現場のスタッフからのヒアリングをしていて気づきました。

まだまだ介護職員が行っていい内容がきちんと周知できていないという現状を知った上で、まずは管理職を対象として、現在、介護職で対応可能な医行為についての理解を深めることが必要なのではないかと感じました。

少し時間を超過してしまったのですけれども、私のお話は以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

続きまして、社会福祉法人敬愛 けいあい の郷山王台様から、御説明を5分以内でよろし

くお願いいたします。

○社会福祉法人敬愛 けいあいの郷山王台(小谷医務課長) よろしくお願いいたします。
私は、特別養護老人ホームけいあいの郷で医務課長させていただいております小谷と申します。

次のスライドをお願いします。

私どもは、今年の4月にオープンしたばかりの特養で、今、新規の入居を受け入れているところで、ショートステイも合わせて全体で200床の施設になります。

次のスライドをお願いします。

現在、特養でも入居者の方々は、この図に挙げているように医療依存度が上がってきているというのが実情です。介護度3以上ということで入所をしていますけれども、年々いろいろな御病気になったりして入退院を経て、最初はなかった医行為が増えているというのが現状です。

次のスライドをお願いいたします。

先ほどエール様からも出たのですけれども、施設において看護職員の数は圧倒的に少ないのですね。その中で、看護師しかできないような医行為が結構あって、その中でも一番時間を割いてしまうという薬剤関係のところ、介護職員はPTPから薬を取り出すことができないとか経皮吸収型薬剤の貼り替えができないというところがあります。

一包化した薬剤に関しては介護職員が服薬介助をしていいということになっているのですが、PTPのシートはどうしても湿気から守るために直前まで出せないということで、一包化した薬にシートのまま薬がついてくるといことが多々あるのですね。

服薬介助をしてもらうに当たり、介護職員は取り出しができないので、利用者さんに何とかやってもらうこともあるのですけれども、そもそも介護施設に入る高齢者の方々は指先の力が弱っていたり、認知症がベースにあって、なかなか自分で取り出すことができない方も多いのです。

そのため、では看護職員は何をしているかというと、一包化されたPTPからお薬を取り出して別の袋に詰めて、また薬につけるといような作業をしています。また、経皮吸収型薬剤も、はがれてしまったら、夜間ですと出勤して張り直さなければいけない場合も出てくるといことなのですね。

そういうところで、ついの住みかと言われている老人ホーム、特養でも、そういう規制があるために、例えば、利用者さんがお薬を取り出せないのであれば、この薬は使えないねということで薬剤の選択が制限されてしまったり、物によっては施設では対応できないということになってしまっていて、利用者さんの生活の継続が困難になるケースも考えられるわけです。

次のスライドをお願いします。

実際にPTPから取り出して薬をセットするまでに、表を見ながらお名前とか日付とかそういうのを確認してという作業をしますと、1人に1分から2分ぐらいかかるとします。

そうすると、それを1日3回分、朝昼晩、寝る前のお薬なんかも合わせていって、そこにPTPのシートのお薬がついていると、それをまた取り出す作業が含まれて、薬剤の管理だけでも、下に書いてあると思うのですけれども、かなりの時間を費やすことになるのですね。

全員にPTPがついているわけではないですが、想定として1ユニットに3人そのお薬がついているとした計算が下に書かれております。それで計算すると、看護師1日で1時間以上、薬のセットだけで拘束をされてしまうというところなのです。

次のスライドをお願いいたします。

酸素についても、先ほども言われておりましたが、オン・オフとか流量計を先生の指示がきちんと明確にあったとしても介護職員は切り換えられないのです。これで現場では何が起きているかという、特養では早番がいたとしても日勤だけというケースもあります。そうすると、看護師の出勤時間に合わせて酸素ボンベに変えたりということが起きてくるので、御利用者さんは食堂に行く時間を制限されてしまったりというところで、普通の暮らしから制限のある暮らしになってしまうということなのです。これも御本人ができるのであればいいのですけれども、できないような状態になるからこそ特養に入ってくるのであり、これは高齢の御家族の方はできるのに介護職員ができないということで、こういう不自由をかけてしまうということもあります。

また、せっかく酸素がそばにあっても、状態が悪くなってしまったときに、夜間は看護師がおられませんので、そういうところで適切な酸素を先生の指示があったとしても流すことができないというところで、利用者さんの生活に不自由が出てくるというところです。

次のスライドをお願いします。

インスリンも、先ほどエールの方が言われましたけれども、御家族ができるようになりかなり簡易的なものになってきているにもかかわらず、今、介護職員ができないというところがあります。実際に体験したのですけれども、コロナが蔓延して、看護職員が罹患して施設に出勤できなかったとき、インスリンを打つことができませんでした。私は応援で別の施設に行ったのですけれども、そのときかなりお待たせすることがあって、結局、朝御飯をお昼近くになって食べるようなところで、また血糖測定をしたり、先生の指示をいただいてインスリンの量を調整したりということもありました。これも、介護職員ができるのであれば、そういう御不自由はかけなかったなと感じたところです。

次のスライドをお願いいたします。

まとめになりますけれども、医行為として出されているものをタスク・シェアすることで、利用者さんに負担をかけずに今までの生活が継続できる。また、ついの住みかと言われている介護施設で最期まで落ち着いた生活ができるというところで、もちろんいろいろな研修とか看護職員との共同の作業で可能なのではないかと思う4項目を挙げさせていただきました。

次のスライドをお願いします。

先ほど時間がかかると言いましたけれども、看護職員は本当にぎりぎりの人数でどこも

やっております。その中で受診に同行したり、ここにあるような作業を1日の中でしなければいけない。その中でタスク・シェアができるのであれば、もっともっと私たちがやるべき予防的ケアの立案とか実践のところに力を入れられます。高齢者の生活を支えるために現場でそういうケアをしていくことが必要だと思いますので、今回こういう形で挙げさせていただきました。

お時間をいただきありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

次に、社会福祉法人聖隷福祉事業団様から、御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○社会福祉法人聖隷福祉事業団（森井園長） 社会福祉法人聖隷福祉事業団松戸愛光園の森井と横須賀愛光園の深澤です。よろしく願いいたします。

当法人の概要です。社会福祉法人聖隷福祉事業団は、現在、1都7県で210施設・516事業を展開する法人です。

事業内容としましては、保健・医療・福祉・介護サービスを柱とした総合的なヒューマンサービスを提供する複合体となっております。

両施設の概要についてはスライドを御覧ください。

今回の提案の基本的な考え方は、医療的ケアが必要な高齢者の増加と看護・介護人材の慢性的な不足によって、施設で生活している利用者に少なからず不利益が生じている現状があります。

これまで制度上の制約があり、看護師を待つ、代替手段の適用しかすべがなかったことに関し、介護職の可能な行為が増えることで、利用者のウェルビーイングにダイレクトに貢献できること、そしてチームケアによる質の向上を目指すことを軸にして、今回の内容を提案いたします。

初めに、褥瘡処置についてです。現状の課題については、程度に関係なく褥瘡の処置は介護職に認められておりません。タイムリーに行うことができないなど、表記のような現状があります。提案としましては、軽度の褥瘡に関して、看護師等の指示どおりの処置行為であれば介護職も可能とできないかと考えています。

与薬・PTPシートからの取り出しについてです。介護職は一包化されたものみの与薬介助しかできないため、看護師不在時は出勤要請が必要になったり、薬のセットにかかる作業に非常に時間がかかっている現状があります。こちらの提案としましては、本人または家族が行える服薬管理・与薬等については実施可能にしてはどうかと考えております。

続いて、血糖チェック・インスリン投与についてです。こちら看護士の勤務時間内のみの対応でしかないため、現実的にはそれ以上の対応が必要な場合は受入れ自体が困難となる状況があります。提案としましては、手技を含めた研修などによって介護職も可能とできないかと考えております。

在宅酸素療法の取扱いについてです。こちらについても同様に、オン・オフ、流量変更

など、本人または家族指導で行われている行為については、介護職で実施可能にできないかと考えます。

排便・浣腸についてです。看護師の配置基準は両施設とも常勤換算3以上で、現実的には1日日中のみの配置で、2～3人で全ての利用者の対応を行う必要があります。その中で、排便等排泄に係る支障がある方が非常に多くなっている施設では、看護師を待つなどして利用者さんに非常に苦痛が多いという課題があります。提案としましては、肛門付近に見えている場合、取り除く介助など、程度によって実施可能としてはどうか。浣腸についても、OJTやICTの活用によるリアルタイムな相談体制などの条件下で可能にしてはどうかと考えます。

爪切りです。介護施設利用者は、爪白癬や変形などが見られる方が多数を占めております。看護師だけではフットケアまで十分に手が回っていない状況です。提案としては、安全爪切りややすりなど、器具の指定などにより、介護職も実施可能としてはどうでしょうか。

蓄尿バッグの交換・カテーテルとの接続についてです。こちらは頻度が高いわけではありませんが、トラブル等で外れてしまった場合に、接続だけであっても看護師の出勤や緊急受診につながってしまう現状があります。こちらの提案についても、OJTの充実や相談体制などの整備で実施可能としてはどうかと考えます。

吸引についてです。現状、介護職は研修などによって吸引は可能ということになっておりますが、当施設でも計画的に研修を受講し、資格の取得を進めておりますけれども、どうしても職員の入れ替わりなどによって、10年を経過する今になっても、なかなか24時間有資格者で体制を整えるという勤務体制にはなっておりません。こちらは、現状の研修にかかる費用や時間、実地研修などの複雑さなど、研修のハードルの高さもボトルネックの一つと考えます。提案としまして、ICTの活用による相談・監督体制の整備などによって、研修内容の簡素化、施設内OJTの比重を大きくするコースの創設などできないかと考えます。

ここまでの提案のまとめです。総括として、利用者が自宅退院時に本人や家族指導で実施されている行為については、その指導の内容と同等程度の指導ということで、利用者の同意を得た上で介護職が実施可能ということにはできないかと考えております。

また、使用器具や限定などの条件、リアルタイムでの相談や確認体制など、ICT等の活用による緩和ができないかとも考えております。

参考資料については、時間の関係上、説明を省略させていただきますので、御確認をお願いいたします。

説明、提案は以上であります。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

次に、高齢者住まい事業者団体連合会様から御説明をお願いいたします。5分以内でよろしくをお願いいたします。

○高齢者住まい事業者団体連合会（光元事務局長） よろしく願いいたします。

このような機会を頂戴してありがとうございます。高齢者住まい事業者団体連合会の光元と申します。よろしく願いいたします。

最初に、私どもの高齢者住まい事業者団体連合会の構成ということで、居住系の3団体が集まり、そこから人を輩出して共通の課題に取り組んでいる、そのような団体連合会でございます。

次に進みたいと思います。

検討のポイントとして書いてございます。どのような観点で検討するかという前提となりますが、ここで書いてございます（１）、（２）、（３）の内容で検討を進め、会員の皆様と協議してまいった、そのような流れで今回提出してございます。

今回の意見を出すに当たってということでございますが、以下の観点から、多職種での業務を見直すことが必要であると考えておりますということで、この3点について重きを置いて考えてきました。

その流れの中で、そもそも医師・看護師のサービスの需要と供給のギャップが拡大しているのだろうというときに、医行為の線引きと現場の利便性の観点だけの議論ではなく、タスク・シフト／シェアを活用していかにサービスの供給量を増やすかという観点で議論するべきではということで考えてまいりました。

介護サイドでも、下のほうに2つ書いてございますが、サービス需給ギャップの解消という観点でももちろん意見が出てくる場合もありますし、医行為を行う際の責任の所在はどうなるのかという観点、また違う視点で御意見が出てくるということで、今、ホームにおいてどこまで医療体制を整え、どこまでの需要に対応するかというのは、下に書いてございますが、介護事業者による経営判断になってございます。

それらを踏まえまして、検討の内容として、実際に介護従事者の負担となっている行為、あるいは御利用者様の不利益になっている行為ということで挙げさせていただいております。

前のリード文の3つのところで記載してございますが、「よって」というところで、医政発1201を令和4年に出していただいたように、個別具体事例に対する解釈、今後も今回皆様からも出てきました御提案内容等がいろいろな解釈をされた上で積み上がって、共有化される仕組みがあれば、現場は非常に助かるのではないかと考えてございます。

一つ一つ皆様の御提案を伺っておりまして、同じような項目が出てきているのだなと感じております。カテーテルの内容で、バッグの交換とかチューブの接続、同時に入浴時のDIBキャップへの交換等々、そのようなことがカテーテルの観点では出てきておりました。

次のページで、これも同じく皆様から在宅酸素で、ボンベの交換とか、初動の部分とか、そのようなときに、今は看護師でないとできないので、御利用者様の日常生活の動きを止めてしまうときもあるということで、このような対応はいかがでしょうかと。

（３）、褥瘡の話もやはり出ておりました。軽度な褥瘡処置であるとか、ケースとして

出ておりました排泄物等で汚染された場合とか、そのようなリスクが膨らんでしまう可能性があるときなどについては、このような対応が行われるのが望ましいのではないかと考えております。

同じく、胃ろうの薬剤注入も、ほかの参加者の皆様から出ていた内容かなと思っております。例えば、痰吸引を受講した介護職員は薬剤注入をできるようにすることはできないだろうか。今、薬剤注入が不可とされておりますので、結局、医師・看護師の立ち会いが必要になって、介護職員が経管栄養を実施可能という意義が薄れている状況があるのではないかと考えてございます。

それ以外には、ストーマ装具の交換であったり、貼付薬の剥離という、この辺りは前回の令和4年度の事務連絡において解釈通知に記載されていなかった部分で、この辺りはよろしいのではないのでしょうかという御提案でございます。

今後の検討の方向性に関する御提案ですけれども、安全性に関するリスクが少なく、状況判断が容易であり、一定の作業修得、やはり感染症のこととか組織を壊してしまう場合はどうするのだとか、本当はそういった基本事項の知識がある上での行為が我々も望ましいと考えておまして、医行為と認められる対応については、一定の医学的知識・スキルの習得が必要でございましょうと。そのときには、ウェブ研修とかを履修したことをもって実施可としてはいかがでしょうか。

当然、それに当たっては、サービス需給ギャップの解消の観点から検討を進める。どっちがやるのが一番いいのか、どうシェアしていくのが一番いいのかという観点で進めて、医療的ケア体制を整えたときの介護報酬体系も含めて、研修環境、需給ギャップを解消するのだ、そして、報酬を含めてワンセットで検討すべきであると考え、そうすることで逆に介護職のキャリアアップにもつながるものと考えております。

今回は以上でございます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

次に、経済同友会様から御説明をお願いいたします。申し訳ありませんが、3分以内でよろしくをお願いいたします。

○経済同友会（武藤理事長） では、3分ということで、多くの論点はもう既に言っているのだから、経済同友会としても改めて、幾つかの例として挙げていますけれども、在宅酸素のオン・オフ、もしくは胃ろうからの薬剤注入、こういったことも含めて介護職ができることを増やしたほうがいいのではないかとすることを規制緩和の観点で提言をさせていただきます。

私も在宅医療に関わる立場からあえて追加で申し上げますと、1つは、今までのお話は基本的に施設在宅の話であったと思うのですが、居宅においても同じような状況が十分にあり得る。もちろん介護の方がずっといるというわけではありませんけれども、居宅においても介護の方がいらっしゃるときには、いろいろとできることがあれば非常にいいのではないかなと思っています。

良いという意味においては、1つは、コスト削減。今までお話がありましたように、介護士ができるのに看護師を呼ばなければいけないとなると、結局のところは介護も含めて医療費が上がるという観点なので、これの抑制効果もあるでしょうということ。

あとは、在宅の場合は訪問看護師さんが来てやらなければいけない。特に都市部だと看護師さんは少し離れたところに住んでいることもあって、移動そのものが大変だということもあるので、看護師さんの働き方改革にもつながるということも一つのポイントとして挙げたいと思います。

最後に、介護の方がこういった少し積極的な処置をやりたいと思うのか。もしくは、例えば施設でもおみとりをすることで介護の人の気持ちが痛んでしまうということをおっしゃるようなところもあるので、今日聞いていて嬉しいなと思ったのは、介護側の人たちがこういうことを積極的にやりたいとおっしゃっているので、ぜひこういった動きを捉えて規制緩和につなげていただければなと思っております。

経済同友会からは以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、本日は、岡元専門委員、高山専門委員、時田専門委員から御意見をいただいております。

代表して、高山専門委員から御説明をよろしくお願いたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

岡元、時田専門委員とともに、「介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について」と題する意見書を提出させていただいております。事務局より表示いただければと思います。私からは、その概略について具体例を交えつつ御説明をさせていただきます。

急速な高齢化の進展に伴って、医療と介護の連携強化が喫緊の課題となっております。そうした中で、医療職と介護職のタスク・シフトあるいはシェアを積極的に推進していく必要がございます。しかしながら、医療的ケアに関する過度な規制があって、十分に進んでいないというのが現状です。この状況を改善するために、私たちは2つの取組が必要だと考えております。

まず1点目、利用者本位の観点から、介護職員が日常的に実施できる行為を見直していただくことが必要です。

現状では、介護職員が実施可能な行為については多くの制限があり、適切なタイミングでのケアが提供できておらず、暮らしを支えることができておりません。どのような行為であれば介護職に任せられると、皆さんお考えになるでしょうか。

既に本日、平田様などにより現場の声をたくさん伝えていただきました。例えば、PTPシートから薬剤を取り出したり、褥瘡を含めた傷口にガーゼを当てたり、水虫のある爪切りといったところは、実のところ、同居家族など、専門職でなくとも日常的に行われていることでした。

これらがどういう行為なのか、私たちに3つに整理いたしました。まず、安全に関

するリスクが少ないこと、次に、対応に当たって状況判断が容易であること、最後に、特段の知識や技術を必要としないこと。この辺りの整理は、今日御発表いただいた各団体の方々全てに共通していたと思います。正直、結論は出ているのではないかと感じた次第です。

厚労省としても、改めて整理して明確化していただきたいと思います。これまでどうであったかにこだわり過ぎず、現実はどのように進んでいるのか、これからどうすべきなのかという視点が必要です。そうしなければ、地域包括ケアの推進は掛け声ばかりとなってしまいます。

次に2点目、介護職員が実施する医行為に関する教育環境の整備を進める必要があります。既に喀痰吸引が実施されていますように、介護職員が医行為もしくは医行為に準じた処置を行うに当たっては、当然ながら一定の知識・技術を習得していることが前提となります。インスリン注射や血糖チェック、在宅酸素の流量調節、ポンベの変更といったことが想起されます。

こうしたことは同居家族でも行われていることが多いですが、やはりガイドラインや研修プログラムを整備して体系的な教育環境を整えていくことが必要です。国としても積極的に取り組んでいただきたいと思います。オンライン受講を可能として、地方での研修機会を充実させたり、参加費を助成することなども検討することが必要です。

喀痰吸引を例に挙げますと、介護職の方々が喀痰吸引を実施できるようになるためには、多くの時間と費用を要する研修の受講が義務づけられています。これではハードルが上がるばかりです。短期間で修了できる実践的なプログラムとして、研修体系を再検討いただければと思います。実際のところ、解剖学や生理学まで学んでいただく必要はないと思います。必要なのは、理屈ではなく、分かりやすい手順書なのです。

超高齢社会を迎える中で、私たちは医療と介護の連携を強化して、相互のタスク・シフトを大胆に推進していく必要があります。ここまで申し上げた規制の見直しだけではなく、介護報酬上のインセンティブの拡充、介護保険サービスの質を管理する体制の強化など、ハード・ソフト両面からの取組を進めていくことが必要です。

以上になりますが、最後に1つ、病院医師の立場から追加でコメントをさせていただきます。こうしたタスク・シェアに取り組んでくださる介護現場に対しては、ぜひとも介護報酬へと反映されるインセンティブをつけてください。質の高いケアに対してはそれに見合う介護報酬がなければ、地域ケアは向上していきません。それにより介護費が上昇することを心配する向きもあるかもしれません。ただ、介護現場で医療的ケアが実施できるようになることによって早期退院が実現するなど、医療費節減が生じます。そのバランスにおいても検討される必要があるはずです。

医療と介護のタスク・シェアを論じる以上、行政も縦割りになることなく、社会保障全体を見据えるような研究と検討、そして決断をお願いしたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

最後に、厚生労働省から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○厚生労働省（林医事課長） 厚生労働省でございます。

まず、医政局から、幾つか事前に御質問いただいておりますので、それについて御説明させていただきます。

①医療及び医行為の法的な定義につきましては、資料1-7-1の2ページで御説明をさせていただきます。医師法第17条について、「『医業』とは、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為を、反復継続する意思をもって行うこと」と解されており、関連法令として保健師助産師看護師法等において、こうした補助を行う者についても規定をしているところでございます。

②患者本人やその家族が行う医行為について違法性が阻却される考え方ですけれども、患者本人や家族が医行為を行うことについての考え方は、私もこの御質問をいただいて、法学的にどういう整理がなされているのか、勉強を試みたのですが、法学的にもかなり難しいというか、学説によるところもあるようでございますので、本人がなぜやっていいのかということ自体をここで議論するのはなかなか難しい、何時間もかかってしまうかなと考えております。

その上で、違法性阻却の考え方については、3ページにまとめさせていただきます。過去にもいろいろな事例がございますが、刑罰法規一般について判例がいろいろな違法性阻却事由として共通に挙げている条件がございます。（イ）の（1）から（5）でありますけれども、目的の正当性、手段の相当性、法益衡量、法益侵害の相対的軽微性、必要性・緊急性、こうしたものが要件として挙げられているということでございます。

③は別の局からまた後ほど御説明させていただきます。

次に④でございますが、これにつきましては資料1-7-2、資料1-7-3を提出させていただきます。平成17年、令和4年の通知としてお示しをさせていただいております。

5番目の御質問、それぞれの行為についての医行為該当性ということでございます。これについては、考え方をお話しさせていただきたいと思っております。ある行為が医行為であるか否かについては、個々の具体的に行われる行為に応じて判断する必要があるものでございますので、ここに挙げられている用語だけで一概によいですと答えすることは難しいものだと考えております。

各行為をどの職種が実施できるかということにつきましては、先ほどの医行為該当性、すなわち各行為の安全性や危険性などから個別に判断されるものでございます。また、どの職種に何ができるかということにつきましては、各資格の取得に至るまでの教育内容や、そのときの機械や器具など技術の水準が関わってくるものだと考えておりますし、加えて申し上げますと、今日も幾つかのお話の中にありましたけれども、仮に事故が起こった場

合の責任の所在も関連をしてくるものでございます。やはり、一見できそうに見えるということはあるにせよ、プロとして様々な状況に対応して行えるかどうかというところも問われてくるものだと考えております。

例えば爪切りといったことで、今も通常の爪切りは看護師でなくてもできるというふうにさせていただいておりますが、過去の判例を見ましても、こうした行為であっても、爪のケアとして行われたものが刑事事件に発展をしているという事例もございまして、なかなか一概に判断するのが難しい部分がございます。

6番目、安全性を理由とする場合のエビデンスの有無という御質問でございますけれども、今申し上げたとおりでございますが、これを間違ってしまった場合に危険であるということを実証することは難しいといえますか、実際に患者さんに危険を及ぼすわけでありますので、そういう形での実証はなされていないと思っておりますけれども、医学的見地から危険性があるものについては医行為であると整理をされているものでございます。

○厚生労働省（吉田室長） 続いて、社会・援護局の人材室長です。

6ページ目ですけれども、現行、介護職員が行う医行為及び法定研修・制度の内容について整理をさせていただいております。痰の吸引、経管栄養等ができるわけですが、左下の※の部分で研修の内容等も整理させていただいております。講義、演習、実地研修で構成されているところです。

今日のプレゼンの中でも御指摘がありました。特に講義については50時間お願いをしているところですが、コロナの中で現場でいろいろと試行錯誤をしていただいて、インターネット等を活用してオンラインでやる、オンデマンドでやるというような研修が定着をしてくれていますので、教育内容が担保できることを前提として、オンラインを使った研修を認めるなど、受講者の方々が受講しやすいような環境づくりを今も進めているところです。

7ページ目は、有資格者の推移、件数などをお示しさせていただいております。

以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

これから質疑に入りたいと思います。時間が超過しているものですから、遅くとも7時20分をめどに議論をしたいと思います。

では、御質問等があれば。あと、今日報告いただいた方々も、もし追加のコメント等があればぜひ質疑に参加いただければと思います。

では、コメント、質問のある方は挙手ボタンをよろしくお願いたします。いかがでしょうか。

伊藤専門委員からよろしくお願いたします。

○伊藤専門委員 事業者さんをはじめ、御説明いただいた皆さん、ありがとうございます。本当に具体的に課題がよく分かりました。

もちろんリスクはゼロではないと思うので、現状においても規制を緩和したら生じ得る一種のリスク事例はあると思うのですけれども、それ以上にメリットが多大であるとい

うことは恐らく明らかである。

これからどんどん人が減って、あの人じゃなければこれがやれないなんて言っていることがいかにばかばかしくなるかというのは明々白々であることを踏まえると、医行為であるということから先ほど例示いただいたようなものをさっさと外すということは当然あってしかるべき規制改革だと思っております。

事業者さんの御意見、高山先生のプレゼンに全面的に賛成です。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の御指摘ですけれども、今日具体的な事例が幾つか出てきたと思いますが、これらを医行為としないというような判断は、今後検討はあり得ると考えていいのですか。厚労省さんへの質問になってしまいますけれども。

○厚生労働省 あり得るかどうかは物によりけりだと思いますけれども、医行為というのはそもそも刑法で傷害罪に当たるものを違法性はないというふうにかテゴライズしているものでございますから、例えば、血が出るように注射をする行為なども、医療として行われなければ刑法上の処罰の対象になり得るものでありますので、そうした観点から考える必要もあると思います。

また、職種が何をするかということに関しても、教育と一致しているものでございますので、医行為を行うための教育を行っているのが医師・看護師であり、医行為を行わないケアを行う教育をされているのがその他介護福祉士などの職種であると思いますので、医行為を行わない教育をされている方が医行為を行うことの是非も考えていく必要があると思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、間下委員、よろしく申し上げます。

○間下委員 ありがとうございます。

3点、クイックに聞かせてください。

まず1点目ですけれども、お医者さんに聞いていると、喀痰吸引はむしろ難しいことで、ほかの今出ている項目なんかははるかに簡単なのに何でできないのだけということを知りたいのですが、そこはどうしてなのかなということ。喀痰吸引ができて、ほかができないというのはなぜなのかなというのが、私は素人なのでその疑問がありますというのが1点目。

2点目が、ICT技術等がどんどん進化して、自分でできる範囲が広がってきている状況ではありますが、いわゆる医行為とされていたもの自体がICTによって当たり前でできるようになってきていること、これが出てきたときに見直していくような流れがあるのかどうかということが2点目。

あと、米国ではホーム・ヘルス・エイドという仕組みを州単位で制度としてつくっているようですが、ナース・プラクティショナーみたいなものの介護版だと私は認識をしているのですけれども、こういったものについての御見解、御意見等があれば厚労省さ

んにお伺いしたいです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

3点ほど御質問があったと思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省 まず1つ目、喀痰吸引につきましては、現行は介護福祉士の業として含めるというふうに法制上の対応は図られているということでございますし、その法の制定に至るまでの経緯としては、先ほどの違法性阻却の5条件に照らして検討が行われ、緊急性といったことも含めてこれが満たされるというような検討が行われた上で、かつ、十分な研修体制も整えた上で実施をされたという経緯があるところでございます。

技術の進歩とこうしたことの判断が関連してくることがあるかどうかということは、もちろんあり得るものだと思っております。AEDの使用とか、エピペンのようなアレルギーの方に注射をするということも、これは器具の発達とともに、医行為ではない場合、一般の方ができる場合が形成されてきているものでございますので、もちろんそういったことはあり得るものだと思っております。

3つ目の海外の事例については、特に今ここでつぶさに承知しているわけではございませんけれども、おっしゃっている内容をお伺いした限りでは、日本でいうと訪問看護に近いのかなという印象を持ってお伺いさせていただいたところでございます。

○間下委員 70時間の研修等が必要なようですが、医行為自体も介護士の方ができるようにするという制度のようですね。

○佐藤座長 了解しました。ありがとうございます。

佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

医行為、医業の定義というのを見せていただいた限り、例えばおしっこのバッグを交換するというのは患者さんにとって全く不利益はないと思うのですよね。これはなぜ医行為になっているのか、ちょっとよく分かりません。

医療機器だから危険ということではなくて、患者さんの体に不利益が生じないものであれば、例えばパウチの交換というの、仮にずれたからといって患者さんの体に被害が生じるかという、便が漏れる程度ですから、どちらかというQOLの問題で、今はがれかかっているものを貼り直すということであれば、これは患者さんにはリスクはないのですよね。トータルで見たときに、今、医行為として整理されているものの中には、明らかに医行為とすべきでないものが含まれているのではないかと思います。

今、介護現場は、厚労省の方は現場を御存じかどうか分かりませんが、本当にむせながら食べているようなおじいちゃん、おばあちゃんに一生懸命時間をかけて御飯を食べさせているのですよ。窒息のリスクがあるような人たちに食事を提供しています。そういった行為ができる人たちに対して、経管から薬を入れることができないとか、酸素の量を調整することができないとか、容易なものが医行為になっていて、非常に難易度の高い

ケアをやっている専門職に対して非合理的な制限だと思うのですよね。

現状のケア職がどの程度のレベルのケアができているのかということを見極めたときに、例えば、高事連さんとか事業者の皆さんがプレゼンされた内容というのは、これは文字どおり朝飯前というか、これぐらいならできますよという内容なのだと思います。

なので、医行為として整理されるべきものか、そうでないのかということをはきちんともう一回行為別に見直すということが1つと、現状の介護職の方々がやっている難易度の高いケアのレベルと比較したときに、これは本当にリスクなのかということをはちゃんと見たいというところがあるかなと思うのですよね。

私は、特養の配置医師をやっています。先日、真夜中に特養から電話がかかってきて、用件は何かというと喀痰吸引をしてほしいというのですよね。こちらの特養は看護師さんの採用が困難で、看護師の採用をするためにオンコールの義務を外しますということをは相談されて、それはしょうがないですね、看護婦さんは日中だけですねということで、時間外を私たちのほうで対応することになったのですけれども、喀痰吸引の往診には30分時間がかかりました。この間、もしその方が窒息を起こしていたら亡くなっているのですよね。

医行為をやるべき職種でない人たちに医行為をさせるためにはいろいろな整備が必要だというのはもちろん分かるのですけれども、医療難度の高い方々をケアしなければいけない立場の人たちにそういったことができないことのリスクをやはり考えるべきだと思うのですよね。

高山先生がおっしゃったとおり、コストの問題もあります。介護職が吸引できればそれで済むのに、夜中の2時に往診医を呼んだら往診料で2万、3万とお金がかかってしまうし、往診できないとなったら救急搬送になるわけで、救急搬送をして救急外来で吸引するのです。こんな馬鹿な話はないと思うのですよね。

法律がこうだからということではなくて、現実には即したときに現場では違和感しかない縦割りを今何とかしなければいけないという、常識的な議論をする必要があるのではないかなと思っています。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のはまさに現場からの声だと思いますけれども、厚労省さん、いかがですか。法律で書いているからではなくて、実態に即した対応が今緊急に求められているのだと思います。

○厚生労働省 ありがとうございます。

医行為として整理されているものは、一見リスクがないように見えても、間違ってしまった場合に感染症のリスクがある、あるいは状況の判断を必要とするといったものが今入っていると思いますので、そこは難易度の問題ではなく、医学、医療について学んだ資格のある方がやっていただくという前提で、医行為として看護師等にやっていただいているものだと考えております。

○佐藤座長 今の佐々木先生の御指摘は、確かに医行為もどきを行うことに対するリスクはあるかもしれないけれども、それを現場でできないことによって対応が遅れることのリ

スクがあるのではないかと。吸引について30分かかったということですので、逆に医行為というか、そういう行為を迅速にできないことに伴うリスクは、まさに不作為だと思いませんけれども、この辺りはリスクではないのですか。

○厚生労働省 それはリスクかもしれませんが、だからどうすればいいかということは建設的に話し合っていく必要があると思いますが、そうは言っても、教育されていないものを誰でもやらなければならないというふうになることが、それがリスクを回避する方法だということも一概には言えないと思います。

今日は非常に質の高いケアをされようとしている事業者様のお話だと思いますけれども、どんな介護福祉士さん、あるいはどんな資格のない介護職員さんがこういったケアをやっていいのかといったことにもなると思いますし、そこは一概にやらないリスクがあるから誰でもやっていいという簡単な話ではないと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木先生、大丈夫ですか。

○佐々木専門委員 大丈夫です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

岡元専門委員、よろしく願いいたします。

○岡元専門委員 岡元です。

私からは、介護の現場、介護士としての視点ですけれども、介護職員が医行為をやりたがらないと思っていたというお話が挙がっていたと思うのですが、確かにそういった職員もいることはいます。生活を支えるという視点での仕事ですので。ただ、現場で対応できなくて本当に困っているのは、もちろん御本人とケアに当たっている介護職員なのですね。責任をやはり感じています。キャリアを積むほど医行為に興味を持つ職員が多いのは現実で、自分でもできそうなのにやってはいけないというジレンマにある職員が現場にはおります。

御登壇いただいた皆様のプレゼンを伺っても、課題は共通しているものが本当であって、明らかに御利用様に不利益があるものが明確であったかと思えます。何をもって医行為とするのか、タスク・シェアが進めば進むほど医行為であるかが曖昧になりやすく、特に介護士としてはそこがすごく曖昧になってくるので、何をもって医行為とするかという定義ははっきりさせていただきたいのですが、まずは介護士も要介護者の方御本人も、安全でストレスなく適切なケアができる、高山専門委員からも御提案がありました、安全に関するリスクが少ない、介護士の状況判断が容易であるもの、対応に当たり特段の知識・技術を必要としない、まずはこれらの行為のタスク・シェアが進むような規制改革の見直しをお願いしたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お手が何人かから挙がっていますので、今のはコメントとして受け取らせていただきます

す。また後でまとめて厚労省さんに御回答いただければと思います。

では、お待たせしました。桜井専門委員、よろしく申し上げます。

○桜井専門委員 ありがとうございます。

私は、父親は糖尿だったのですけれども、独居で、在宅で最期までみとりをした経験があります。そのときは、在宅医療の方とか、特に介護の皆さんの経験量と知識はすごかったのですよね。本当に感謝しているのです。

そのときに、例えば血糖値のチェックとかインスリンの注射は、本人ができなかった場合は諦めてしまうのですよね。そうすると重症化につながっていくわけで、確かに父親などの数値がどんどん上がっていく時期があったのですよね。こういうところを介護職の方等々ができるようにしていただけると、家族の側もとても助かりますし、何しろ本人がそれを放置することでの重症化のリスクを比べたときに明らかにメリットが大きいと思っております。

ですので、家族、少なくとも本人ができるようなこと、PTPシートを空けるとか、こういうものに関しては介護職の皆さんができるようにしていくというのが当たり前の流れなのではないかなと思っております。

その上で、厚労省のほうは研修が必要ということをおっしゃられたとしたら、以前、看護師の特定医療行為なんかもそうだったのですが、やはり時間やお金がかかるということで、すごく研修の受講者数が伸び悩んでいたのではないかなと思っています。

今回、厚労省のほうからも出されている資料1-7-1の7ページに、認定特定行為業務従事者認定証件数の推移ということで過去5年分のものが出ていますけれども、これは厚労省としては十分ニーズに応じた数あるいは見込んだ数の推移になっていると判断されているのでしょうか。私などは、これはまだ全然足りないのではないかなと思っております。

先ほども見直しを行うということもありましたけれども、やはりこういうものを受講するに対してインセンティブの付与も必要なのではないかなと思っておりますが、厚労省のほうはこの数字の推移に対してどのようにお考えでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の御質問についてはいかがでしょうか。御回答をお願いできますか。

○厚生労働省 御意見ありがとうございます。7ページ目の件数の推移についてコメントをいただいたかと思えます。特定行為の件数については（通信不良）で書いていますが、これ以外にも医療的ケア科目を修了した介護福祉士さんがやられる行為が別途あると（通信不良）いけないなと思っておりますが、いずれにしても今日のお話にもあるとおり、今後さらに高齢化が進んでいく、医療が必要な方が増えていく中で、こういう医行為ができる介護福祉士を増やしていく必要があるという観点から、先ほど御説明したとおり、なるべく受けやすいような環境をつくっていくことが必要かなと思っております、繰り返しますが、講義50時間についてはインターネット等の研修で実施するということである

とか、あわせて費用負担の面も御指摘をいただきました。我々としては、地域医療を（通信不良）の中で、そちらに載っている研修などの経費について支援をするようなスキームも用意をしているところでございます。

そういうような形で、経済的な側面、また、受けやすい環境の整備を進めながら、多くの介護職員の方々、やりたいという方々が受けていただけるような環境をしっかりとつくっていくことが必要だと考えております。

以上です。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。ちょっと聞こえづらいところがあったのですが、今は何とか聞き取れたかな。桜井専門委員、よろしいですか。

○桜井専門委員 ありがとうございます。

できる範囲の拡大みたいなところを併せて検討していただきたいなと思っておりますが、ここはいかがでしょうか。

○厚生労働省 その点については、先ほど医事課長のほうからずっと申し上げており、医行為に当てはまるか、当てはまらないかというようなところの整理とも関わってくるところだと思います。

ずっと御答弁させていただいており、我々として一つ一つ考え方を整理してやってきているところですので、今日御意見をいただいておりますので、様々もう一度見直さないと、振り返らないといけないところもあるのだと思いますが、いずれにしてもできるだけ現時点では研修を受けやすい環境を整備していくことが必要かなと思っております。

○桜井専門委員 ぜひ受けやすい環境づくりと、見直しをしっかりとやっていただきたいなと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ちょっと法律的な確認をさせていただきたいのですけれども、さっき吸引の話がありましたけれども、ほかの行為が今日いろいろ出てきたと思いますけれども、例えば摘便であるとか、こういうほかの行為についても、医行為かどうかという判断をし直すのは、通知か省令改正か何かでできると思っているのでしょうか。それとも、さらなる法律改正が必要なのか。つまり、定期的に見直すことができるものだと思います。よろしいのですか。

○厚生労働省 何が医行為であるということを列挙している法律等があるわけではありませんので、そういう意味では、資料1-7等でお示ししているような、これは行為ではないですよという通知でお示しするようなお示しの仕方を、これは令和3年の議論に基づいて厚労省のほうで努力をさせていただいたものでございます。

したがって、医行為ではないというふうに通達等でお示しをすれば明確化されるようなものもあると思いますし、一方で、明らかに人の皮膚を傷つけて血が出るのに、それはやはり刑法の関係でも医行為ではありませんというわけにはいきませんので、そういったものをどう考えるかということと、そこは両方あり得るものだと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくをお願いします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

ちょっと違う軸での御質問をしたいのですけれども、今日の御発表の中にあつたように、高齢化が進む中で、特に特養とか有料老人ホームの中では医療依存度が高い方々がどんどん増えてくると思うのですね。もしも今日出てきたような、それを医行為とするか、医行為的なものとするか、これを介護職ができないということになると、要は看護師がやることになると思うのです。そうすると、24時間365日看護師を配置することが必要になってくると思うのですけれども、片一方で、特養にしても有料にしても看護師を採用するというのは非常に厳しい状態にあるかと思えます。今後、医療依存度が高い高齢者がどんどん増える中で、どれだけの看護師さんが必要なかということと、現状のギャップと、必要な看護師さんの数を確保するための具体的な施策があれば、それを教えていただきたいと思うのです。

もしも数に非常に大きなギャップがあつて、かつそれを具体的に埋める方法がないとすれば、別の手段として今日挙がつてきたようなことをタスク・シフトするということしか多分ないと思うのですね。ですから、代替手段である看護師さんを増やすということが、ギャップの量とそれに対応する方策をぜひ教えていただきたいと思えます。

○佐藤座長 ありがとうございます。いかがですか。今のままでいけば、看護師さんをたくさん雇わなければいけないということになります。これは医療費も関わりますし、そもそも人手不足なので本当にできるのかということも問われると思えます。

○厚生労働省 今日のお話を伺つていても、今、看護師さんがいないからこれらの措置ができていないということではなくて、看護師さんがいらっしゃるのはいらっしゃるのだけれども、タイムリーにできないとか、負担が多いというようなお話だつたと思えますので、今できていないというお話だというふうには受け止めていなかったわけでございますけれども、看護師確保の施策は様々やっておりますから、今日ここでデータ等の持ち合わせはございませんけれども、そういったものについてはしっかり進めていきたいと考えております。

○大石専門委員 タイムリーにいなかったというのは夜間にいなかったというようなことも含めてだと思えますので、後日で結構なので、今申し上げた数と対策を出していただけるとありがたいと思えます。お願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、よろしくをお願いします。

お待たせしました。時田専門委員、よろしくをお願いします。

○時田専門委員 よろしくお願ひいたします。

個別具体の事例でお尋ねしたいと思つております。爪切りは、看護教育の中で、あるいは医師の教育の中で勉強されている行為ですか。

○佐藤座長 いかがですか。

○厚生労働省（習田看護課長） 看護課でございます。

具体的にどの程度ということは今つぶさに申し上げられないのですが、基礎看護技術として教えられている教育内容だと思います。

○時田専門委員 現場では看護師さんが自信を持って爪のケアができる、それはまずあり得ない。うちのナースはレベルが低いのかもしれませんけれども、実はできていないですね。よほど看護師さんたちも別の爪ケアの研修を受けていらっしやらないと、行為として反対に心配です。

それと、先ほどの御発言の中で、介護職のレベルの低いところもあるので一概には言えないとおっしゃいましたけれども、これは大変残念な発言だと思います。にもかかわらず介護職員に喀痰吸引をさせる。それは非常に矛盾していませんか。レベルが高くないと思っている介護職員に教育を施して喀痰吸引をさせることはどうなのですかと反対に思います。

もう一つ、特養では今、みとりのケアは当たり前行為として行っています。夜間のみとりにドクターもナースもいません。介護職員がみとっています。その行為については、今、特設医療法ということの規制はないのですけれども、人の最期をみとるという行為を現場で介護職員ができていながらもかかわらず、それよりもよほど簡単な医行為とされているものができない、これ自体が非常に矛盾していると介護現場の者としては思います。

ですので、まずみとりについて、加算もついているわけですから、これをどんなふうに解釈されているのかを伺いたいところです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。

○厚生労働省 まず、誤解があるのかも分かりませんが、私が申し上げたのは難易度の問題ということではなくて、医行為を実施するかどうかについての教育と実施者というのが連動しているということを申し上げております。

みとりにつきましては、最終的に死亡の診断を行うという部分については必ず医師が行うということでございますけれども、人が亡くなっていくプロセスそのものは自然に起こり得るものでございますので、そこに医師がずっと立ち会っていないてはならないということにはなっていないところでございます。

○佐藤座長 時田専門委員、よろしいですか。

○時田専門委員 あと、言葉の定義で矛盾を感じているところですが、老健でみとりは「ターミナルケア」と言っているのですけれども、特養のみとりは「みとり」なのですよね。これは何か双方に違いがあるのでしょうか。

○厚生労働省（福田室長） 老健局でございます。

加算上の表記の問題かと思いますが、今この場で申し上げられませんが。

○時田専門委員 余計な質問でした。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。落合委員、よろしくお願いします。

○落合委員 どうもありがとうございます。

私は途中から参加でしたので、もし重複しているところがあったら申しわけございませんが、何点か御質問させていただきたいと思います。

今回御提案がある内容が、かなり大幅にいろいろ種類があるということで、一概に全て同じ話なのかどうかということはあるかと思いますが、実際に医行為にしなければならぬという部分は、先ほど刑法の傷害といったところを念頭に置いておっしゃられたかと思いますが、例えばそういう観点で見ているときに、もともとは針を刺さなければならなかったところに、例えば血液だとか何とかというのは、それを取ってこなければならなかったのが、画像によりある程度判定をすることによって検査ができるような形になってきたときに、実際にはそこで人の身体を刺したりということによって、そこでほかの保健衛生上の問題になったりとか、そういうことになる可能性は実際にはほぼないような状態になることもあるかとは思いますが。

ICTの技術だけではないのかもしれませんが、様々な技術が変わっていく中で、そういうリスクが特に変わってきたようなものと、実際には容易にできるようになっているものは、実態を踏まえて、特に刑法との関係では明らかに法益侵害がないはずですので、医行為ではない、医行為でなくてもできるという形にさせていただくことが考えられるのではないかと思います。いかがでしょうかというのがまず1つ目になります。

2つ目としましては、全ての行為がリスクベースで整理されているのかどうかというのはよく分からない部分がございます。例えば、今回厚労省から御提出されていた資料の中で列挙されているような医行為との関係で医行為に該当しないとされた行為は、本当に今、医行為だと言われているものよりリスクが低いものばかりなのか、というのはよく分からないというのが正直なところだと思います。

先ほど技術変化の例を申し上げましたが、そうでないにしても、本質的にリスクがあまり高くないと評価できるようなものをちゃんと整理・分類した上で、そういったものについては医行為に該当しないという形で明確化をしていくことが考えられるかと思いますが、この点をどう考えられるでしょうかというのが第2点です。

第3点としましては、実際に医行為であると考えられるような場合であっても、例えば介護職とか専門職の方が実施されるような場合に対して、違法性阻却事由に関する考え方が厚労省の資料の中でも少し示されているところもございますが、そういった部分について違法性阻却を認めていくことも、そういう視点で見たときに、類型的に医行為に該当する必要性はないのではないかと、という整理をしていくこともあろうかと思えます。

もちろん違法性阻却みたいなものを考えるときに、身体の侵害の程度等にもよるかと思えますけれども、同意があるということでもって一定程度刑法上も考慮され得るような場

合もあるかと思imasので。そうすると、特に専門家が実施して同意があるような場合の違法性阻却みたいなものを考えていっていただく、というのも重要ではないかと思imasすが、いかがでしょうか。

以上3点です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○厚生労働省 ありがとうございます。

まず、リスクについて定量的な比較はなかなか難しいのではないかと御指摘は、確かにそういう面もあるかも分かりませんが、医学的な知見に照らして私どもは真摯に判断させていただいているところでございます。

それから、技術の進歩によってリスクがなくなれば医行為でなくなるものもあり得るのかと。それはそのとおりだと思います。血糖の測定も血を採らないといけないという技術しかない状態と、例えば吸光度、光などによって侵襲的でなく測れるようになった場合とでは、血糖測定というものに対する考え方も変わってき得るものだと思います。

それから、過去の例で申し上げれば、例えばAEDは一般の方が使える状態に今なっているわけでございますけれども、自動で心電図の判断をして、安全にショックをかけることが機械でできるようになったから一般の方ができるようになったわけでありまして、正しい位置に貼りつけて、心電図を医師が読んで、適切な電圧をかけてないとできないという機械しかない状態とでは判断も変わってくるかと思imas。

専門職がやれば違法性阻却になるかどうかということについては、これも条件に照らして考えていくべきものではないかと思imas。一定の専門職が行うことで違法性阻却が認めると解されている前例はあると認識しております。

○落合委員 ありがとうございます。

特に技術変化の点や専門職の活用の点については、最終的にどの事案がどうかというのは個別評価はあるとは思imasすが、一定合理性がある方向で御回答いただいた部分があったと思imas。

一方で、全体でいろいろなもののリスクが、本当に同様のリスクであったり、もしくは医学的な危険性というのも、研修によってとか何らかの学習によって代替できる部分はあると思imas。そういうところは看護師の方であっても特定行為を認めていたり、そのほかの業態とのタスク・シフトに関する、それは包括的に整理されたことはないとは思imasすが、少なくとも部分的にそういったものを認めていった場面では、リスクを適切にまず評価をする。それは安全性があるのかと。

仮にあるとすると、その部分について、こういうもともとの技能があつて、さらにこういう追加の学習をすれば、合理的にリスクは限定できる状況になるということは十二分にあるのではないかと思imasので、そういった視点で各提案についてぜひ御検討いただけないかと思imasすが、いかがでしょうか。

○厚生労働省 まず、総論的な考え方としてはおっしゃるとおりだと思います。各御提案についてそれが当てはまるかどうかということについては、ここで一概には申し上げられませんけれども、総論的にはこちらの考え方で考えていくべきものだという事はそのとおりだと思っております。

あと、いただいた御意見中では、同意があれば専門職でなくてもいいのかということについては慎重な検討が必要だと思いますし、その行為そのものができるかどうかということに加えて、その行為をやってよい状況かどうかといった判断をするところも含めて考えていく必要があると考えております。

○落合委員 ありがとうございます。

その部分については、刑法上であっても最終的に起こる危険といえますか、例えば同意殺人罪みたいなどころまで行ってしまいますと、いかに同意があっても刑法上の犯罪になってしまうということもありますし、そこでは、リスクの程度によっては同意だけでは処分できない利益が残ることもあろうかとは思っております。

一般論としてはおっしゃっていただいたことは分かりますというところでもございますが、一方で、必ずしもそこまで難しい行為を言われていないもののがかなり多いのではないかと考えます。

そうであれば、その点については同意と、もちろん専門職のほうがリスクの遮断という意味で適切に訓練されている部分があるので、少し広げられるという部分があるのは、現実のリスク管理としては理解できる部分があるのかなとは思いますが。しっかり詰めて議論していただくと、タスク・シフト自体は非常に重要課題になっていて、本日の場面だけではなくて、薬剤師や、様々な専門業種との関係でも、非常に問題になっていた医療・介護の担い手不足というところの関係では、特に地方部においては重要だと思いますので、ぜひしっかり御検討いただけるとありがたいなと思っております。

ただ、一般的な理解についてはある程度前向きな方向も示していただいたと思いますので、ぜひ御検討のほどよろしく願いいたします。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、こちらで最後とさせていただきます。お待たせしました。杉本委員、よろしく願います。

○杉本委員 ありがとうございます。

私からは1点質問させていただきたいと思っております。これまでの議論を聞いておまして、自分は医療が専門ではないので素朴に疑問に思う点ですけれども、厚労省の方のお答えですと、医行為というのは医師でなければ傷害罪が成立するような行為が基本的には前提となっているということでこれまで議論もされてきたと思うのですが、だとした場合に、傷害罪は人の身体を傷害した者に対する罪ですけれども、それを前提としたときのPTPシートからの薬の取り出しとか、今日もプレゼンでも挙がっていたお薬カレンダーへの配薬と

か、そういったものがなぜ医行為とされているのかということがこれまでの議論を聞いていても少し分かりづらいなと思いました。

処方されているお薬は前提として医師が処方しているお薬であって、誤った薬を服薬するわけではないわけで、それを前提とした上で、なぜ薬を取り出すという行為が医行為となり、それが傷害罪に当たる可能性がある行為として医行為になっているのか、少し理解が難しいなと思ったので、教えていただけるとありがたいです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがですか。

○厚生労働省 ありがとうございます。

今日は取り出すという行為というお尋ねですけれども、そこについて医行為ですという表現をさせていただいているということではなくて、これまで一包化したものを服薬介助をすることについては医行為ではないとお示しをしているものでございます。

服薬の介助につきましては、一連の行為を捉えて見ていくべきものだと思っております。医療現場でも、与薬の誤り、処方を出しているけれども、患者さんに何を正確に飲んでいただくかというところの誤りによる医療事故はそれなりに発生しておりますし、そういう意味でその場の状況の判断が求められる場合もあると思いますので、一概にリスクがない行為であると言えるものではないという認識でございます。

○杉本委員 そうしますと、今日挙がっておられた取り出すという行為自体は医行為ではなく、お薬を取り出して飲んでもらうまでの一連の行為自体が医行為という捉え方なのでしょうか。

今日挙がっているのは、どのプレゼンでも取り出すという行為、あるいは薬カレンダーに配薬をするという行為を医行為だと捉えてプレゼンされていたように思われるのですけれども、その具体的な行為ではないという前提なのでしょうか。教えてください。

○厚生労働省 今日の御指摘はこの辺りが明確ではないのではないかと御指摘だと思います。確かに、通知でそこまで明確にお示ししているものではありませんので、明確でないという御指摘だと思いますので、その辺りは私どものほうでも改めて整理を考えるものかどうかということは持ち帰りたいと思います。

○杉本委員 よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

時間が超過しているものですから、議題1はここまでとさせていただければと思います。

全体として、午前中の議論もそうだったのですけれども、制度の立てつけと現場の実態がかなり乖離しているのかなど。現場においては現状困っているということ、そして、困っている患者さんとか利用者の方がいらっしゃる。この状況を踏まえて、法律がこうだからこうなのではなくて、実態にどう即していくかという視点をぜひ厚生労働省さんに持っていただければと思います。もちろんいろいろな行為には何らかのリスクが伴いますが、そ

れに対する便益もあるわけですから、便益とリスクを比較衡量する考え方が必要かと思えます。

あと、やはり現場で困っているのは医行為の範囲で、これは医行為なの、そうではないのというところにつきましてより明確にしていくということ。それは、技術の進歩とか現場の実態に合わせて、医行為の範囲をあまりしゃくし定規にならないで適宜見直していくことが必要でありますし、喀痰吸引がそうでしたか、つまり、医療行為であっても研修すればある程度できるようになるものであれば、対象を広げていくこともあり得べしだと思います。

さっき大石先生が、何人看護師が必要なのだとおっしゃっていましたが、現実には人がいないのです。なので、全ての医行為を医療従事者がやるというのはもはや無理な時代になってきているわけですが、その現状も踏まえた上で対応が求められるのかなと思えました。

あと、高山先生から最後にコメントをいただいたのですが、他方においては、もちろん厚生労働省さんの懸念も分かって、介護施設もいろいろあるよねというときに、介護施設の質保証というのを一方ではちゃんとやるべきで、それはそれで別途措置すべき対応かと思いました。ありがとうございました。

では、全ての議論を網羅できているとは思わないのですが、時間の関係上、ここまでとさせていただきます。

今日御報告いただいた方々、本当に分かりやすい説明で現場の実態がよく伝わりました。ありがとうございました。議題1はここまでとさせていただきます。

この段階で30分押しなのですけれども、ありがとうございます。

それで、今日時間の制約上発言できなかった御質問等があれば、事務局に対して4月30日までに御連絡ください。事務局から厚労省にまとめて連絡いたします。

では、議題1の方々はこちらで退出いただいて結構です。ありがとうございました。

(議題1関係者退室)

○佐藤座長 ちょうど30分押しになりました。

続きまして、議題2「プライマリ・ケアへのアクセスの円滑化（総合診療科の院外標榜）について」に移りたいと思います。

出席者を御紹介いたします。大変お待たせして申し訳ありませんでした。

株式会社日本総合研究所から、川崎真規リサーチ・コンサルティング部門上席主任研究員。

社会医療法人清風会、奈義ファミリークリニックから松下明所長。

厚労省から、引き続き宮本直樹大臣官房審議官ほか、医政局総務課の皆様方に御出席いただいております。

まず、日本総研様から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○株式会社日本総合研究所（川崎上席主任研究員） かしこまりました。日本総合研究所、

川崎です。

私たちの健康・医療政策コンソーシアムから御意見をさせていただきます。

私は、心身等に不調を複数抱える患者です。昨年は5つ以上のクリニックを受診しています。クリニックが標榜しております診療科目に応じた疾患等の治療を受けました。しかしながら、心身等の全ての不調を訴えられていません。例えば、私は抱えている疾患以外に、皮膚の痒みや、膝、足首、あとは不定期に起こる冷えや、ある部位の継続する鈍痛などに見舞われておりますが、これらの様々な不調が伝えられていません。私は、未分化な健康問題として伝えたいと考えています。

私のように、このように自分の抱えている不調を医療機関の診療ごとに分けて伝えることに不安を感じてる方は多くいると考えます。我々は、国民が抱える不調などの健康問題を未分化な状況で相談できる患者と医師の関係性が構築された社会が必要だと考えています。これは、何も私のような現役世代だけではなく、高齢者の方にも多く発生していると考えます。65歳以上や75歳以上の多くの方が多疾患を併存しています。

多疾患を持つ患者数が増えることによる社会的影響も懸念されています。健康アウトカムの低下や、患者の治療負担の増加、医療資源量への影響などが報告をされています。

未分化な健康問題に対応し、多疾患を診ていただけるモデルがあります。しかしながら、日本ではほぼ知られていない、総合診療医の先生方がこれらを提供されます。私の体や心だけではなく、予防や健康増進、家族の健康問題も相談に乗っていただけます。このような考え方は既に40年以上前からあり、様々な研究や実践も行われています。

しかしながら、我々国民は、「総合診療を提供する医療機関」を探しにくい状況にあります。院外標榜されていないため、国民が知る機会是非常に少ないです。ウェブ上でも様々な記載がありますが、総合的な内科と誤解させかねない記載が様々ございます。また、来年4月からはかかりつけ医機能を報告した医療機関が分かるようになりますが、総合診療を提供している機関かどうかを国民が判断する情報にはなっていません。

医療機関を我々国民は診療科目で探します。厚生労働省の医療情報ネットでも同様に、診療科目と場所が検索の項目にございます。診療科目で探す際に、「総合診療科」がこの選択肢の中にはございません。規制で院外標榜ができないために選択肢にないということです。診療科目として「総合診療科」を探せるようにするためにも、院外標榜をしていく必要がございます。

未分化な健康問題を伝えて診てもらえる科である「総合診療」への患者アクセスが円滑に行われていないというのが現状と考えます。国民の総合診療へのフリーアクセス、フリーチョイスが円滑に行われていないという問題と考えます。

現行の規制下では、様々な診療科目を院外標榜はできます。ただ、それをもって、「国民の未分化な健康問題を扱い、継続してそれらを診る」ことを意味しているわけでは決してないです。総合診療科というものを町なかで見ることができないなど、認識する機会がなく、このような未分化な健康状態を専門にする総合診療医を知る機会は国民にほとんど

ないと考えます。

理想的な社会としては、医療機関が総合診療を院外標榜でき、我々患者は未分化な健康問題を相談できる社会と考えます。総合診療を提供できる医師を自分のかかりつけ医にしたいという国民は、総合診療科を院外標榜している医療機関を探し、そこにアクセスすることができるのが理想的と考えます。これは、現在の内科や外科、整形外科などが連携している地域医療に未分化な健康問題を扱う総合診療科が加わるということでもありますので、国民の多様な要望に適した地域医療が提供されると考えます。

これは、政府や厚労省さんが進めているかかりつけ医を持つということにもつながり、多くの国民の皆様がかかりつけ医に関心を持ち、かかりつけ医を持つと考えるものと考えます。

しかしながら、総合診療の院外標榜について、昨年国会で議論があったものの、その後検討はなされていないです。昨年の4月5日に政府参考人より、4つの視点から院外標榜の検討には至らないという判断がなされています。

私たちは示された4つの院外標榜を検討しない理由として示されたものにつきまして考えた結果、本件はこれに該当しないと考えていくのがよいのではと思います。独立した診療分野が形成されていると考えますのは、基本専門領域の中に総合診療科が既に設置されている点から考えられます。

国民の求めの高い診療分野であるという点は、既に国会でも議論されている点から明らかと考えます。

国民が適切に受診できるという点については、総合診療を既存の標榜科目に加えることで、国民の多くはこれまでの受診行動の中で自然と総合診療を受ける機会が提供されるため、適切に受診できると考えます。

また、この技術が医師に普及していないのではという点については、年間200名以上の医師が誕生しておりますし、学会においても数千名の方々が認定医として存在していますので、該当しないと考えます。

総合診療の院外標榜で想定されるメリットとして、国民側の観点からは、どの診療科を標榜するとよいかといったような、私たち誰でも一度でも持っている社会的な悩みが解消します。

2つ目として、医学的な観点からの予防・健康増進についての国民的理解も進みます。複数の疾患や不調を同時に1人の医師に伝え、また、自分だけではなく、患者の健康問題についても相談できる安心感が社会的に得られます。

医師の皆様におかれましても、プライマリ・ケアを担う医療機関として何科を標榜すべきか迷う機会が軽減されます。また、皮膚科の中でも、非常にまれな皮膚疾患を持たれている方とのミスマッチも軽減されます。そして、総合診療を希望する専攻医数の向上や、開業医の皆様の中で総合診療を担いたいと思われる医師増につながると考えます。

国民のデメリットとして受診の混乱が生じるのではないかとこの点につきましては、

我々としてはほぼ想定できないと考えます。

また、医師の観点から、総合診療の知見を持たない医師が総合診療科を標榜することによって質の担保されない総合診療が社会的に広がる可能性は考えられるものの、これは総合診療のみに限ったことではないと考えますし、後述する取組でこのリスクは軽減できるものと考えます。

総合診療を院外標榜可能とする際に検討すべきこととして、1つ目が、既存のかかりつけ医機能と混同した議論とならないようにすべきという点です。2つ目が、質の高い総合診療を国民に届けるために、総合診療科の標榜は日本専門医機構の認定した総合診療専門医やプライマリ・ケア連合学会などの学会が認定した医師のみが標榜できるようにするなど、要件を検討すべきです。

そして、国民は一般的に医療機関を診療科目で検索します。医療機関が「総合診療専門医」の所在を広告するだけでは不十分です。しかも、これでは海外の家庭医資格等の総合診療に関する資格を取得された医師が対象外となってしまいます。

まとめでございます。我々は、プライマリ・ケアへの患者アクセスを円滑化することに向けて、厚生労働者さんにおいては、医療機関が総合診療の院外標榜を行えるようにし、国民が未分化な健康問題を医師などに相談できる社会へ向かうために取り組むことを希望します。

具体的には、総合診療の院外標榜について議論する機会として、2008年2月以降開催されていない厚生労働省さんの医道審議会の標榜部会の開催を求めます。

私からは以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

続きまして、奈義ファミリークリニック、松下所長から、時間の関係上5分以内で御説明をよろしく願いいたします。

○奈義ファミリークリニック（松下所長） よろしく願いします。

岡山家庭医療センター、奈義・津山・湯郷と3つのクリニックを運営しています。岡山県の北側で、那岐山の麓の奈義町で主にしています。

次をお願いします。

私自身は、もともと神奈川県出身ですが、無医村というか、山奥の医者になろうと思って山形大学に進学して、山奥の医者コースみたいなものがあって訓練して地域に出るイメージで入ったのですが、そんなものはないよと。先輩方は皆さん、循環器とか、呼吸器とか、専門を15年、20年やってから山奥に行けばいいと言うのですけれども、それは乱暴だなと思ったのですね。何でそこを目指したいのにないのだという疑問があって、今からも30何年前ですけれども、インターネットがない時代だったので図書館でいろいろ調べたのですね。

次をお願いします。

図書館でいろいろ調べますと、プライマリ・ケアと表示してある本があって、アメリカ

のファミリーメディスン、家庭医療の教科書で、それを読むと3年間ぐらいいろいろな科を研修して地域に出る準備をすると。これは自分が思っていた山奥の医者コースに近いなと思ひまして、この本を片手に山形で研修しようかなとその当時は思っていました。

次をお願いします。

その中で、プライマリ・ケアを専門にする医者だみたいな表現があって、専門というと臓器別の専門医のイメージが出てくるので、プライマリ・ケア、主に一次医療を担当する医師の専門性はどこなのかなというのが、その当時、本を読んで、自分がこれからどうやって研修しようかなというときに悩んだところでもあります。

次をお願いします。

その中で、当時、岡山県の川崎医大の総合診療部というのが歴史がある部門だったのですが、そこでアメリカっぽい家庭医療の後期研修を受けられるということで来まして、初期研修と合わせて5年間したのですが、まだ1期生、2期生みたいな形でちょっと自信が持てなくて、アメリカに渡って、もう一回ミシガン州で家庭医療のレジデントを3年間受けることになりました。その後、大学に戻って、地域の人口5,000人ぐらいの町で今24年やっています。

次をお願いします。

その中で、最初のプライマリ・ケアを専門にする医師の専門性とは何かというのをずっと突き詰めてきて、実際に診療したり、学生さんや研修医、うちでは総合診療専門医の後期研修も受けているので、彼らにどう伝えたら分かるだろうか、特に一般の方、地域の方にどう伝えたらいいのだろうかと思ひながらしていたのですが、1つは先ほどの川崎さんが出された矢印モデルです。

これは、ジョージ・エンゲルという方の、本人が真ん中において、右に行くと自律神経、臓器、細胞、分子、左に行くと本人の上の階層の家族、地域、国、地球と、ちょっと壮大なモデルなのですが、実際医療の現場ではこれは全部つながっていて、ある断面を切り取って治療が行われていると。特に大きい病院の三次医療機関では、臓器の傷んだところをどう治すか、がんセンターや京都大学など、より細胞レベル、分子レベルの治療が今進んできていますが、実際に地域では、臓器の問題がそれほどひどくないけれども、体調が悪いという方がおられます。

例えばよく地域の講演会でお伝えするのは、50代の男性が、喉がもやっとすると言って来られるのですね。「もやっとするのですか、何でしょうね」と言うと、「これはがんですか」と言われるのですね。「がんかどうかは検査してみないと分からないですけども」と言いますと、2つの大学病院で造影CTと内視鏡、2か所目の病院ではPET-CTもしたけれども、異常がないと言われたのですね。「じゃあ、がんはないのではないですか」と言うと、「本当はないのですか」と深刻なのですよね。私がこの人は手ごわいなと思ったのが通じたのか、2か所目の大学病院では、「私があまりしつこいので、精神科に行けと言うのです」と言うのですね。「精神科に行ったら、うちではないと言うのです。私はどうし

たらしいのですか」みたいな感じで、がんノイローゼっぽいのかなと思ったのですね。

こういうときに、一生懸命臓器のほうにベクトルを進めてもなかなか解決しませんので、私たちのプライマリ・ケアの専門性としては、御本人の中にもうちょっと入って行って、この人に何が起きているのか、本人の上の階層の家族と本人の関係で何かあるのか、地域という大きいですけども、職場と本人の関係で何か起きているのではないかという視点にベクトルを切り換えてお話を聞いてみますと、この人自身がなぜそんなにがんが心配かという、親は喉頭がん、祖父は咽頭がん、2人ともがんで死んでいて、2人とも51歳と52歳だったと。自分は55歳まで元気で来たのだけれども、この間55歳になった途端に喉がおかしい、もやっとするのです、分かりますかということで、確かに3代目も喉のがんになったなという不安なのです。なので、幾ら専門医ががんがないと言っても、私のこの不安は取れないですということなのです。

もう少しお話を聞いてみたいですけども、あなたはこのままずっといろいろな病院で造影CTや内視鏡をしてもいいことはないのです、こうしませんかと。あなたががんにならなければ経過を見ないといけなないので、一緒に経過を追わせてくださいと。半年に1回、1年に1回、適切な専門家と私はやり取りするので、記録を追っかけながら喉のがんがないかを見たいのです。

代わりと言っては何ですけども、喉のがん以外の喉がもやっとする症状というのもあるので、もう少しほかの全体の環境の変化とか、そういったのも聞かせてほしいのですということで聞いてみますと、高校生の娘さんがいて最近自分に冷たいとか、仕事がうまくいってなくて上司から怒られる場面が多いとか、そういった環境の変化がストレス要因で、首の筋肉のスパズムとか食道のスパズムを起こしているということもあるかなということで、そういういろいろなことがあるともやもやしますねということでお話ししたりすることがあります。

次をお願いします。

そういう中で、総合診療専門医の在り方というのが、在り方検討会の中で、扱う問題の広さと多様性、地域を診る、多職種と連携する、こういったサービスのことがよく取り上げられるのですが、私としては多くの多様な問題を解決するだけではなくて、生物、心理、社会にまたがってできるかどうかとっております。

次をお願いします。

臓器の多様性については、幕の内弁当みたいなものかなと思ってまして、ハンバーグとかエビフライみたいおかずを内科、小児科、整形外科できちんと整え、御飯という部分がコミュニケーションかなと思ってまして、この辺りをきちんと整える訓練を受けた医者が総合診療であってほしいなど。

最後ですね。次をお願いします。

標榜に関しては、患者さんにとっては自分の健康に不安を感じたときに最初にかかれる医師の目印が今ないので。総合診療という標榜が患者さんがかかる目印になるのでは

ないかなど。

2つ目は、この領域を目指そうと選んで入ってくださっている先生方にとって将来像が必要で、国全体でこの領域を広めていこうというポリシーがあるならば、標榜としての総合診療というのは旗印になるのではないか。

海外の統計で、2,000人に1人程度の総合診療機能を果たす医師が必要と言われていまして、今の人口でいきますと6万人が養成されるには、年間200人、300人では追いつきませんので、ベテランの先生方が手挙げしてこの目印を立てることで、これが生涯教育や研修につながっていただくといいなと思っております。

時間が押しましてすみません。以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

次に、桜井専門委員から御説明をお願いします。手短にお願いたします。

○桜井専門委員 分かりました。

私のほうから意見書を提出させていただいております。一国民の声として聞いていただければと思います。

初めて医療機関を受診する人にとって、体と心の間にあるようなもの、こういった困り事はなかなか相談することができない、どこの診療科を受けていいのかが分からないというのが厳然とした課題としてあると思っております。

最初からその専門家のところに行けるということは、もう自分の中でこの病気の部位を診断しているようなことにもつながりますので、摩訶不思議なことが起こっていると思っています。

今後、高齢者においては、幾つかの複数の疾患を併存していることは珍しくないというか、当たり前のことになってくるかなと思います。このとき、専門の場所に行くとなら回しになってしまうのも現状だと思っておりますので、これを一つの場所で、ワンストップでさばいてくれるような、そういう総合診療科へのアクセスの確保はこれからの喫緊の課題だと思っています。

もう一つ、私もAYA世代といって若年でがんを罹患した体験者ですけれども、私たち若い世代で大きな病気を経験した者にとっては治療完了後の長期的なフォローアップは欠かせないのです。これが、晩期合併症による疾患の早期発見とか重症化予防などにもつながってくるということを言われているのですけれども、地域の中で本当に探せないのです。

プライマリ・ケアの先生がいらしていることを本当に私たちも最近知ったということで、まずこの名称を表記できないということがずっとこれまで放置されてきたということも課題だと思っておりますし、そもそも地域の中でのいるにもかかわらず看板が掲げられないとは驚愕なことではないかなと思っております。

こうしたことがあるので、私たちも病院を探せなくて、結局、急性期の病院に戻ってしまう。移行期医療というものは非常に重要だと言われております。これは本人の病気の重症化予防だけではなくて、医療経済的にも重要だと思っております。これがなかなか

進んでいない原因となっております。

その課題の一因としまして、看板が出せないということから来るのであれば、これは速やかに解決していただいて、私たちがきちんと総合診療にアクセスできるような医療法の広告規制というものをぜひ緩和していただきたいなと思っております。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に厚労省に御説明をお願いしたいのですけれども、8時に伊藤専門委員が退出ということなので、もしよろしければ先に伊藤先生のほうからコメントを端的に言っていただければと思います。

○伊藤専門委員 ありがとうございます。

3点記載したのですけれども、まず標榜するしないと四の五のやっている割に、ウェブでは適当に書いて、しかも、医師が何科を名乗るのが自由って、結局、何のためにこんな議論をやっているのか、そもそもつじつまが合っていないですよということも根本的な違和感としてあります。

標榜科をそんなに四の五の議論したいのであれば、きちんと標榜科ごとにこういう専門性があるからこれを名乗ってくださいと、医師に対するクオリティコントロールをきちんとしていただきたい。これはまずセットではないかと思っております。

2番目です。厚労省がやらない理由としていろいろ掲げている中で、コンセンサスとかいろいろ書いてあるのですけれども、こういうものは国のほうから、こういう専門医機構があって診療科として成立したがゆえに専門家と出しますということを通知で出せばいいだけの話なので、自分から何もしないでコンセンサスがないというのはちょっと変だと思いました。

それから、先ほども申し上げましたけれども、専門医機構では既に総合診療科は2018年に診療領域としてなっているわけですから、6年もたっていて何もしないというのは明らかに政策が手遅れというか、誰かをいじめたいのか、誰かを守りたいのか分かりませんが、結局それで、現現時点において総合診療というものを広めようとしている専門医の方々、それから、これからそういった医療者になりたいなと思っている研修医の方々に対して多くの不利益をもたらしていると思います。この点は早急に解消していただきたいというのが私の意見です。

言いつ放しになってしまいますが、そろそろ失礼します。話を割ってすみませんでした。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間が長引いてしまいましたすみません。

では、お待たせしました。厚労省さんから説明をお願いします。時間の関係上、もう8時になってしまいますので、5分をお願いいたします。

○厚生労働省（姫野総務課長） 厚生労働省医政局総務課長の姫野でございます。

資料に沿って御説明いたします。まず、医療法における広告規制の基本的な考え方でご

ざいます。

医療は人の生命・身体に関わるサービスでありますので、一定の広告に対する制約を設けております。限定的に認められた事項以外は原則として広告禁止でありまして、認められた事項としてここに掲げられておりますような項目がございます。

特にこの中の②番「診療科名」というところを広告可能としておるわけではありますが、今、総合診療専門医というお話も出ておりましたが、⑦番にありますように、こういった医師の専門性に係る資格名、専門医ということも広告が可能になってございます。

次のページになりますけれども、標榜科というのが今回テーマですので、診療科名についての規制がどうなっているかということではありますが、診療科名につきましては法律の第6条の6で「政令で定める診療科名」を標榜できることになってございます。

この診療科名につきましては政令で定めておりますけれども、2項にありますように、厚生労働大臣がこの政令の制定あるいは改廃する場合には、医学医術に関する学術団体及び医道審議会の意見を聴かなければならないということで、こういったところで医学的な知見をしっかりと把握した上で定めることになってございます。

これまでの経過でございますけれども、昭和23年から続いてございますが、当初、個別に標榜診療科というものを一つ一つ追加あるいは修正・変更してきてございましたけれども、平成20年以降、標榜科の定め方について大幅に緩和をしてございます。

次のページに具体的な現行制度を記載してございますけれども、改正前は具体的な標榜診療科名を限定列挙してございましたが、現在は単独で広告可能な診療科ということで、内科・外科といった基本的な領域と、プラス、人体の部位や患者特性、診療方法、症状、疾患の名称、こういったものを組み合わせて標榜できるという形にしてございます。

具体的には次の6ページになりますけれども、例えば内科・外科といった単独で標榜可能な診療科に②番にありますような言葉を組み合わせるという形で、胸部外科といった形で標榜することを自由に認めているということでもあります。

逆に、次の7ページでございますけれども、組合せとして不合理なものについてはできませんということもここでお示しをしてございます。

今回議題として取り上げていただきました標榜診療科の考え方について、次のページで記載してございますが、先ほどの日本総研さんからの御説明と重複するところがありますので割愛いたしますけれども、患者や住民が自分の症状等に合った適切な医療機関の選択を行うことを支援する観点から、①から④に掲げておりますような考え方、視点に従って、医学的な御意見も伺いながら総合的に判断をしていくということになってございます。

次のページは、この基準について、実はこういった専門医の人数というのは我々は何か明確な基準を設けているわけではありませんけれども、規制改革事務局様のほうから提出するようということでありましたので、あえてこういった数字も添付してございます。我々としては、これは特に基準と考えているものではございません。

それから、先ほどもウェブ広告などで自由に広告できるのに比べて、一般的な広告では

制限があるのが不合理ではないかという御指摘もございましたが、ここの第6条の3項で、次に掲げる事項以外の広告がされても医療を受ける者による医療に関する適切な選択が阻害されるおそれが少ない場合として厚生労働省令で定める場合を除いて広告を限定的にしていると記載してございます。

具体的には、その次のページに省令の規定を記載してございます。1号から4号の中の特に1号ですけれども、患者が自ら求めて入手する情報を表示するウェブサイトその他これに準じる広告については、広告の限定規制の例外ということで比較的自由に広告することを認めているところでございます。

最後のページは、総合診療専門医という日本専門医機構の認めるプログラムの基準などを記載してございますが、こういった総合診療専門医につきましては現在も広告可能でございますし、また、先ほど医療情報ネットのナビイの中でこういった専門医の総合診療科が記載されていないということでありましたが、この検索サイトの中でも日本専門医機構の総合診療専門医がその病院に在るかどうかということは検索可能な状況になってございます。こういったツールを使いまして、我々としては総合診療専門医の所在を広く患者の皆様にも知っていただけるように努めているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間がもう過ぎているのですけれども、ここから質疑に入りたいと思います。御質問、コメントのある方。

早速ですが、落合委員、よろしくお願ひいたします。

○落合委員 御説明どうもありがとうございます。

この論点についても、なぜ今のような整理になっているのかということはやや分からないところもありまして、御説明もいただいている中で、特に標榜診療科名について4要件を挙げていただいているという部分があると思っております。8ページです。

こちらはやや定性的な要件になっていて、客観性が不明なように思われます。資料の9ページなどを見ていると、この数字だけを見ても、臨床検査専門医は総合診療専門医よりもさらに数が少ないということになっておりまして、そういう意味ではよりマイナーなものになっていることもあります。

結局、どういう状況であれば標榜が4要件に当たるのかどうか、というのを明確に整理した上で、考え直していただくことも必要なのではないかと感じておりまして、日本総研のほうからも、この点については4つ考えを具体的に整理していただいていると思っております。

そういう中で、客観的な基準としてどうなのかということと、要件について、日本総研からの御説明でも、定性的なので何とも言えないのですけれども、該当すると思われるような御説明があるので、これについてどう考えられているか、というところをお伺いしたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、端的によろしくお願いします。

○厚生労働省 まず9ページの表につきましては、先ほどの繰り返しになりますけれども、専門医の数に応じて判断する話ではなく、その専門医資格が主流かどうかということを標榜科によって表すといった学会の強弱を表すメルクマールではないと思っておりますので、この数字について我々は現時点でこれが基準であるという考えではございません。

2点目の4要件についてでありますけれども、現時点で我々は学会様のほうからこういった標榜科を加えるということについて具体的な御提案をいただいているところではありませんので、具体的にこの要件に照らしてどうなのかというのはなかなか判断し難いところがあるかなと思います。

ですので、まさにこういった判断基準について客観的な基準が必要だということでありましたが、逆に、我々は医学医術の専門団体あるいは医道審議会といった専門家の意見を聞いた上で判断することが法律の中で定められているものでありますので、こういった医学の専門知識、専門家の意見を聞いた上で判断をするというのが現在の枠組みであるということをお理解いただければと思っております。

○落合委員 ありがとうございます。

プロセスについては説明していただいたと思うのですが、その基準自体が、意見を聴くということと、判断の基準、ゴールのところは客観性があるかどうかというのは別だと思っておりますので、話が全くかみ合っていないように思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省 標榜科についてどういった方の意見を聴くかということで、まさに専門団体の意見を聴くということをお定められた法律がそんなに数あるわけではないかと思っております。そういった意味で、かなり学術的な専門性の高い判断を要する分野であると我々は受け止めております。そういった意味で、行政の立場から一律に形式的な要件をお示しするというのは難しい分野であるということをお理解いただきたいと思っております。

一方で、総合診療専門医ということについては、ある意味専門医機構が認定した者については広告できることになっておりますので、そういった総合診療専門医は検索して探すことができる。また、広告でも標榜できるということで、我々としては、広く患者の皆様へ情報を届けていくというツールがありますので、そういったところを引き続き対応していきたいと思っております。

○落合委員 ありがとうございます。

結局、団体の意見を聴くという以外に特に何もおっしゃっていないように思っております。4要件についてお聞きしたらより抽象的なことで返されているので、具体化をしようと思ってお聞きしたところ、何でより抽象的な御回答をされるのかというのが全く理解できないところがあります。

この辺りは、要するに理由はないということなののでしょうか。どういう基準があるのかというのは、全くないということなのか、それともこういうことがあればできるというのが何かあるのかどうか、この点についてはいかがでしょうか。

○厚生労働省 ありがとうございます。

例えば4つの要件のうち1つ目、独立した診療分野が形成されているかどうかということについては、まさに医学的な観点から、これが独立した診療分野とされるかどうかということを検討する必要があるということでもありますので、これを何か客観的な指標でもって判断できるかということ、現時点では我々はそういった材料を持ち合わせていないということでもあります。そういった意味では、具体的な基準としてはここの4つが現時点で我々がお示しできる要件になろうかと思っております。

○落合委員 ありがとうございます。

1つ目は、それこそ日本総研がおっしゃられていた中で、日本医学会の中にもプライマリ・ケア連合学会が加盟しているということで専門家が認めているのでありますから、厚労省のほうで御判断できないのであれば、医学会の御判断に従われたらいかがでしょうか。

○佐藤座長 議論がかみ合っていないようですので、一旦ここで打ち切らせてください。

お手が挙がっていますので、大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

コメントと質問があります。まずコメントのほうですけれども、総合診療医の標榜は、今日の話の中で外来の話が中心だったのですけれども、実は入院患者さんにとっても非常に大事だと思っています。

特に、高齢者が増えて、高齢の方々は複数疾患を持っている中で、何か臓器別の課題があって大きな病院に入院した後、どこかに転院するわけですね。転院したときに、総合診療を標榜している、要は複数疾患が診られる形の病院であるということは、安全・安心に転院できる先である、だから、地域を支える病院であるということの証左にもなっていますので、外来の話だけではなくて、入院患者さんにとってもこの標榜というのは重要なのではないかと考えております。これが1つ目、コメントのほうです。

質問は、総合診療が結構難しいなと思うのは、学会としてはプライマリ・ケア連合学会が所管しているかと思うのですけれども、ほかの学会と違って、総合診療だけが専門医機構が専門医を輩出するようなプログラムをつくっているわけですので、ここでねじれの構造といいますか、プライマリ・ケア連合学会だけでは決められない。プライマリ・ケア連合学会のほうに総合診療医の専門医のプログラムとか認定だとかを任せないで、専門医機構のほうに持っていったのは多分厚労省だと思うのですね。

そういうことの中で、では、連合学会だけでこれを標榜させてくれということを単独で言うのは結構難しいと思うのですよ。そういうことの中では、厚労省のほうで総合診療科というのをどうしていきたいのか。その標榜はニーズがあるということは今日の発表の中でもいっぱいありましたし、あと、松下先生を含めてそこで頑張っている先生方がいらっしゃるという中で両方側のニーズがあると思うのですけれども、それをどういうふうに持っていくのかということ、厚労省のほうで考えていただかなくてはいけないと思うのですけれども、そこら辺をどう思っているのかというのが1つ目。

2つ目の質問として、専門医はネットで検索すれば出てくるのではないか、それ自体は広告できるのではないかとおっしゃいましたが、現実問題、専門医は750人ぐらいいなくて、松下先生のさっきのお話で、患者さん2,000人に対して1人の総合診療的に診られるようなお医者さんが必要だということの中では、今いらっしゃるプライマリ・ケアを担っていらっしゃる先生方の中でもそれに該当する方々はいらっしゃるはずですし、そういう人たちを足し合わさないと6万人にはならないと思うのです。

だとすると、何らかの形で、それは認定医なのか、もしくは産業医的な講習なのかみたいなことを経て、より広く総合診療を標榜できるようなクリニックがないと、750人のところだけを探していくというのは現実的ではないので、そこをどういうふうにしていくのかということについてどうお考えなのかということをお教えください。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省 御指摘ありがとうございます。

まずコメントということでありましたけれども、1点目、入院にとっても総合診療専門医というのは大事だという点は、我々も同じく重要だと思ってございます。そういった意味では、入院も外来も含めて総合診療専門医の存在が我々の情報検索サイトでも分かるようにしているところであります。

○大石専門委員 専門医が重要なのは当然そうなのです。標榜が重要だと申し上げています。

○厚生労働省 分かりました。

それで、総合診療科ということについては、先ほどの日本総研さんの御説明でもありましたけれども、どういったものが総合診療科なのかということをお自由標榜の中で標榜できるだけではクオリティーコントロールができないのではないかと、そういった意味で標榜科については国のほうで認定する仕組みが必要ではないかという御指摘もありましたが、確かに、これはまさに病院としての総合診療科というものを認めた場合に出てくる論点かなと、我々もお伺いして思っています。

病院としての診療科といった場合に、そのクオリティーコントロールをする仕組みは今ございませんので、そういった意味では、認定医という意味では、お医者さんに着目して総合診療専門医がいらっしゃるかどうかということで認定をしております。そういったものを広告できる仕組みにし、また、そういった総合診療専門医の方を増やすような、いろいろな研修とか、そういった取組を我々も積極的に進めているところでありますけれども、それを超えて病院としての診療科を個別認定するところまで現時点では踏み込めていないところかなと、我々も思っています。

○佐藤座長 大石専門委員、よろしいですか。

○大石専門委員 あまり話がかみ合っていないとか、お答えにはなっていないですけ

れども、取りあえずお伺いいたしました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

時間も押しているので、もしなければここまでというところになります。

今日御報告いただいた川崎さん、どうぞ。

○株式会社日本総合研究所（川崎上席主任研究員） 日本総研の川崎です。

先ほど厚労省様から御説明のあった医療情報ネットでございますが、そちらには総合診療医を検索できる項目はないと認識しております。今お送りしたリンクを開いていただければ分かるとおおり、総合内科などはございますが、総合診療の専門医につきましての選択項目はないと認識しておりますので、その点だけ共有させていただきます。

○佐藤座長 情報ありがとうございます。

○厚生労働省 1点、事実関係を。

検索項目としてないのは御指摘のとおりですけれども、キーワードで「総合診療専門医」と入れていただきますと、病院の中に何名いらっしゃるかというのは検索可能な状況になってございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、松下先生、手短にお願いします。

○奈義ファミリークリニック（松下所長） 何となく意見がかみ合わないのが、標榜としての総合診療科という話を投げても総合診療専門医のことで話が返ってきてしまって、そこはさっき大石先生が言っていた、今後の開業されている先生がこの標榜科を上げることのメリットの部分に着目していかないと、現存の総合診療専門医が標榜できますよとか宣伝できますよという問題ではないのではないかなと。この領域を目指して多くの現時点で働いている先生方に手挙げをして、質のコントロールをどうするか、どういうふうに研修していただくかというところが論点なのではないかなと私は思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。

では、20分近く押しになっていますので、議題2はここまでとさせていただければと思います。

ちょっと話がかみ合っていないなど。かみ合っていない理由が幾つかあって、1つは松下先生がおっしゃったとおり、我々は総合診療科の標榜の話をしているけれども、総合診療専門医として話が返ってくるので、数がぐっと減ってしまうわけですね。その数は、幾ら検索しても、さっき大石専門委員がおっしゃったとおり、日本にそんなにたくさんいるわけではないではないですか。検索できるからといって見つけられますかという、そうではないということになってくると思うのですよね。

それから、いろいろ学会の意見を聴きながら標榜する診療科の名前を決めているのだと

ということですがけれども、それが、申し訳ないけれども、業界団体の意見を聴いているわけですから互いにライバルという関係もあるわけなので、自分のお客さんを取られたくないから総合診療科というのを標榜してほしくないというグループも当然出てくるはずなので、その辺りが果たして医学的な知見に基づいて判断していますかということも問われてくる。

本来、落合先生がさんざん言っていた定量的な客観的な基準があれば、これに基づいて決めますと言えるのですけれども、単に御意見を伺いますですと、医学的な知見ではなくて自分たちの利害関係が出てきてしまうということも当然あり得るので、やはり基準が明確ではないというのはここに表れてくるのかなという気がしました。

実態は、さっきと同じ話で、現場と制度の立てつけに大きな乖離があって、現場では総合診療科を求めている人たちは確かにいると思うのですよね。だとすれば、そういう人たちに選択権を与えるべきで、厚労省さんはネットでサーチすればいいではないですかと言いますけれども、逆にそれが認められるのだったら看板に標榜してもいいはずだし、逆に看板を見て判断する人たちもいるわけですから。みんながみんなネットを見ているわけではないですからね。

日本はフリーアクセスの国ですので、そうであれば完全にフリーアクセスを円滑に行われるような環境整備をするべきだし、あと、大石専門委員がおっしゃったのは、これから国としてプライマリ・ケア、総合診療医を普及させていくのだというのであれば、国は現場に丸投げしないで、主導的にこの普及促進に向けた対応をするべきだと思います。

もちろんクオリティーコントロールが大事だというのはそのとおりだと思いますので、誰でも標榜していいと言っているわけではなくて、一定の資格とか認定を通して、ある一定の基準が満たされていれば標榜していいよという立てつけはあってももちろんいいと思います。

ただ、やはりもっと患者さん目線、患者本位で、フリーアクセスをちゃんと担保できるような形で、この標榜の問題についても取り組んでいただければよろしいのかなと思いました。

かみ合わなかったもので、こういうまとめでよろしいのかどうかは分からないのですけれども、私が思いついた限りは以上になります。

ありがとうございました。

○厚生労働省 厚労省ですけれども、1点だけ、誤解を生じないように補足させていただきます。

総合診療専門医というものをネットで検索すればいいだけではないかと言っているわけではなくて、これは看板に広告も可能でございます。

クオリティーコントロールという御指摘も、まさに日本総研さんの説明資料の中にもありましたので、そういった意味では、専門医でなくても、一般の内科医の方でも総合診療科ですと名乗っていいのかどうか、そこがまさに論点かと思しますので、その辺りはよく整理していただければありがたいなと思ってございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

こちらとしても何らかの基準が必要だということは言っているのですけれども、そこは今いる方々も活用できる範囲で広く対応できるような余地を残したほうがいいだろうということなのかなと思います。今、専門医だけだと数が少な過ぎるので、そこはむしろ厚労省さんのほうで考えてもらえれば助かります。

もうすっかり時間が過ぎていますが、議題2はここまでとさせていただきます。それでもまだ20分押しで終わったのは奇跡だと思います。

議題2はここまでですが、時間の関係上、質疑の時間が短かったものですから、追加の御質問がある方は事務局に4月30日までに御連絡いただければと思います。事務局から厚労省へまとめて連絡いたします。

では、議題2は以上です。報告していただいた皆様方、ありがとうございました。

では、本日はこれで会議は終了です。本日も御参加いただきましてありがとうございます。長丁場でした。夜の部もお疲れさまでした。

では、速記はここで止めてください。