

第2回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和7年3月14日（金）14:00～16:34

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）大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、紀伊専門委員、
桜井専門委員、高山専門委員、時田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 野村室長、渡辺次長、坂内参事官

（説明者・関係者）

学校法人順天堂大学医学部附属練馬病院

杉田副院長・教授

横浜市メディカルコントロール協議会

竹内会長

一般社団法人日本救急医学会

横堀理事

一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会

田中代表理事

一般社団法人日本救急救命士会

喜熨斗会長

公益財団法人日本訪問看護財団

大竹事務局次長

厚生労働省

森大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、災害対策担当）

近藤医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長

佐藤大臣官房審議官（医薬担当）

重元医薬局総務課長

大原医薬局総務課薬事企画官

総務省消防庁

鳥井審議官

岡地消防・救急課救急企画室長

4. 議題：

（開会）

1. 救急救命処置の範囲の拡大について

2. 在宅医療における円滑な薬物治療の提供について（フォローアップを含む）

（閉会）

5. 議事録

○事務局 定刻を少し過ぎておりますが、ただいまより、規制改革推進会議第2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、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日もウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催いたしております。

なお、会議中は雑音が入らないよう、マイクをミュートにさせていただく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まして、座長より御指名がありますので、ミュートを解除して御発言ください。終わられましたら、再度ミュートにさせていただくよう御協力をお願いいたします。

本日は、議題1として「救急救命処置の範囲の拡大について」、議題2として「在宅医療における円滑な薬物治療の提供について」ということで、こちらは令和5年の規制改革実施計画のフォローアップを含んだものとなります。以上2点について御議論いただきたいと考えております。

本日は、印南専門委員は御欠席、間下委員と伊藤専門委員は遅れての御参加と連絡を受けております。

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

以上、事務局からの連絡でございます。

それでは、以降の議事進行については、佐藤座長、お願いいたします。

○佐藤座長 本日もよろしくお願いいたします。

それでは、早速議題1に入りたいと思います。議題1は、「救急救命処置の範囲の拡大について」です。

出席者を御紹介いたします。学校法人順天堂大学医学部附属練馬病院から、杉田学副院长・教授、横浜市メディカルコントロール協議会から、竹内一郎会長、一般社団法人日本救急医学会から、横堀将司理事、一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会から、田中秀治代表理事、一般社団法人日本救急救命士会から、喜熨斗智也会長、また、厚労省から森真弘大臣官房審議官ほか、医政局の皆様、総務省消防庁から鳥井陽一審議官ほか、消防・救急課救急企画室の皆様方に御出席いただいております。

では、早速ですけれども、順天堂大学医学部附属病院の杉田教授から御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分以内での御説明をよろしくお願いいたします。

○順天堂大学医学部附属練馬病院（杉田副院长） 杉田でございます。

それでは、資料を共有させていただきます。

皆さん、こんにちは。順天堂大学の杉田でございます。私は受け入れる病院の立場から、救急救命士の範囲の拡大についてお話しさせていただきたいと思っております。

時間も限られていますので、先に進めたいと思います。私は1992年に順天堂大学を卒業した後、公立昭和病院、東京大学、埼玉医科大、さいたま赤十字などを経て現職にありますが、私が医師になったのは、1992年の前年に救急救命士法が制定されましたので、第1号の救命士とともに私の医師人生が進んできたということになります。

いろいろなところで救急救命士と絡みがあるのですが、私どもの病院はとにかく受入側で、2023年に新しくできた病院ということで、おとし3次救命センターに指定されましたが、かなりの3次救急を受けているのと同時に、右側の表を見ていただければお分かりになるとおり、この東京ルールという搬送困難の症例をかなり受けているのが特徴です。2次救急、3次救急、それぞれかなり受けている状況です。

私と救急救命士の関わりは、いろいろ東京消防庁関連の指導医や総務省消防庁のプログラムなどで関わっているほかに、国際緊急援助隊救助チームのメディカルマネージャーとして日本の日の丸をつけてパキスタン地震やインドネシアパダン沖地震やネパール地震を警察、消防、海上保安庁の救助隊と一緒に災害現場で訓練を通じてきました。あとは、その経験もあって、現在は国連の国際搜索救助諮問グループの外部評価委員として、世界各国の都市搜索救助チームを評価しております。各国の救命士の標準的な力というのを知っております。

それから、災害救助現場では、左側が福知山線の脱線事故ですがけれども、コンファインド・スペース・メディシンといって瓦礫の中の救助、世界各国ではこういう危ないところには救命士が中に入って医療行為をやることがあるのですが、日本はかなりやることが少ないので、この中に医師を投入するということが結構ございます。

それから、臨床の現場では、今、どんどん搬送時間の拡大が話題になっております。平成15年に比べて倍ぐらいの時間がかかっているということで、医療の開始を現場で行わなければ助かる命が助からない状況になってきています。この状況はなぜ起きているかというと、救急搬送数が増加を続けているということで、これは受入側の病院の限界も迎えているということです。

我々は、現場で医療が開始されないと、今後はもう助かるものも助からない、それから、救急救命士によるタスクシフトというのは必ず必要だと思っております。今回、特に強調したいのは、この4つでございます。まず、乳酸リンゲル液をそのほかの電解質輸液も使用できるようにすること、それから骨髄路輸液、それから急性冠症候群に対するアスピリンとニトログリセリンの投与について、これを認めていただいたほうが一般市民に対するメリットが大きいと考えております。細胞外液と等張電解質ですが、現在、法律で認められている乳酸リンゲル液とそのほかの酢酸リンゲル、重炭酸リンゲルというのが、実はこの右側のラクテート、酢酸、重炭酸というのが違うだけなんですけれども、救急救命士法が施行された1991年当時は乳酸リンゲル液しかなかったわけです。その後、発売されて、各医療機関はいろいろな種類の同じような等張電解質を使っております。ですから、今後、処置の拡大に関して、法律上乳酸リンゲルしか使えないというのは大きな問題だと思って

おります。

それから、骨髄路輸液に関しては、ガイドラインの中で静脈路確保が不成功、あるいは確保困難だった場合に、成人のCPRの薬物の投与経路として骨髄路を提案するというのがエビデンスをもって推奨されております。ですから、これは簡単な訓練でできるようになりますので、これを推奨していただきたいと思っています。

それから、ACSの疑われるアスピリン、それからニログリセリンに関しては、明らかにエビデンスで医師以外の医療従事者が病院前でアスピリンを投与することを提案するというのがガイドラインではっきり書いてありまして、それが死亡率を下げるという明らかなエビデンスが起っておりまして、ですから、我々が特に死亡率が高い急性心筋梗塞の治療の鍵ということで、病院の中で幾らかテーテル治療までの時間を軽減したところで既に勝負がついているということが今後は起こりやすいと思いますので、この病院前からの治療が行われることを求めていきたいと思っています。

私のプレゼンは以上です。

○佐藤座長　ありがとうございました。

では、次に横浜市メディカルコントロール協議会の竹内会長から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○横浜市メディカルコントロール協議会（竹内会長）　横浜市メディカルコントロール協議会の竹内です。

今、スライドを共有させていただきます。

では、私から次に発表させていただきます。まず自己紹介を簡単にですが、今回関係するところで、私はもともと心臓の医者でしたが、その後、救命センターで腎臓の循環器系を専門とする医師として横浜市大に赴任して、そこからは横浜市大のメディカルコントロール協議会の会長を、2017年からでもうすぐ8年なのですが、やっています。

そのメディカルコントロール協議会が何かということなのですが、左上にありますように、消防と医療と行政と一緒に地域全体の救急医療の向上を目指すという組織になっています。具体的には、活動基準、プロトコルを決めたり、教育・スキルアップをしたり、いろいろな問題が出てきてきたときにそれを解決していくということをやっている組織になります。

横浜としては人口が376万人いますので、大きなメディカルコントロール（MC）としてやってきました。例えば日本の中で初めて交通事故に含まれるような重症の外傷を一つのところに集めようということをやっています。あるいは、京浜急行の脱線転覆炎上事故が2019年にありましたので、そういう場合には救急隊、消防隊だけではなくて医師が現場に入って一緒に活動するということもやっています。あるいは、ダイヤモンドプリンセス、ちょうど5年前ですが、横浜港にやってきたのは記憶に新しいですが、そのときに700名の陽性者対応を何とかできたのもメディカルコントロール協議会としてやってきた

一つの成果ではないかと思っています。あるいはこの4月から、来月からですけれども、2年間の予定で心肺停止の蘇生率を日本一に持っていこうというプロジェクトをやっている。こういうことをメディカルコントロール協議会として消防と我々救急医療と行政とが一緒になってやっているということになります。

今回の話であります救命士の処置拡大のために必要な3つのことということで考えてきました。当然ながら、まず一つは社会に対する有用性が大事だと思います。あともう一つは、国民に対して安全性を担保できるかどうか。あともう一つは、日本の社会の中で実装が可能かどうかというこの3つのことが大きな要因になってくるのではないかと考えています。

その中で、今回いろいろ挙がっている中で私が主張したい、一番これが有用性が高いのではないかと思う一つに関しては、現場からの救急隊員によるCPAPです。CPAPというのは簡便な人工呼吸器ということが言えると思いますが、特にそれは低侵襲、患者に対してほとんど不利益がなく、気管内挿管、特別な管を入れずに人工呼吸器が使えるというのがCPAPということになります。これは後から説明しますが、これからの日本の高齢化社会、心不全パンデミックということで一気に心不全患者が増えるという社会問題の解決の切り札になるのではないかと考えているところです。

ここを少し詳しく説明していきたいと思いますが、これも御存じのように、今後、日本は世界が類を見ないスピードで高齢者の心不全患者が増えていくということで、心不全パンデミックと言われています。現状はそういう末期の心不全の患者さんに関しても、最後の最後で苦しいということで119番しますと、どうしても現場で消防からすると重症と判断をせざるを得ない。今までの経過などを考えずに気管内挿管や人工呼吸器ということができる救命救急センターへ搬送されてしまうという現状があります。

ただ、今後、こういう患者さんが激増したときに、病院にこういう末期の心不全患者さんだけがあふれてしまうことによって、交通事故や心筋梗塞の治療をするベッドがなくなってしまう懸念というのが一つ心不全パンデミックとして心配されていると言えると思います。このように交通外傷、心筋梗塞、がんなどの治療ができなくなる、まさしくこれはコロナのときにダイヤモンドプリンセスが横浜に来たとき、あるいはコロナで各地域で起こったことと全く同じことがもっと長いスパンで起こると言えるのではないかと思います。

国としてもこれを何とか防ぐために、脳卒中、循環器病対策基本法ということで法律が制定されて、その中では、ここにありますように各地域で救急搬送体制の整備や循環器病に対する取組をしていくというのが法律でもうたわれて、各県の医療計画として載っているということになります。

ということで、簡便な人工呼吸器CPAPということなのですが、これに関して、当然今は救急救命士は法律でやることが許されてはいないのですが、まず横浜のMCでは、数年前に医師と救急救命士が一緒に行くドクターカーというシステムによってこれをやるということを取り組んでいました。その結果をお話ししたいと思いますけれども、コンセ

プトは先ほどの現場からつけるということが大事だと思うのですが、ただ、今の現状を考えますと、まず医師の試行するステップ1の試行期をやった上で、その次に今回のように規制緩和を審議していただいて、どこかのモデルケースをつくった上で、今度は救急隊のほうができるかということを確認した上で、ステップ3として全国に普及していく。全国の救急隊、特にこれは地方のほうで病院の搬送距離が長ければ長いほど有用だと思いますけれども、まず今、私が結果をお示しするのはこのステップ1、あくまでも医師と救急救命士が医師の責任の下にやったという結果になります。

研究期間は2020年から2年間、ドクターカーの件数の中で実際これをつけた。ちょうどこれは予想よりも少なかったのは、コロナ禍にどんぴしゃに当たってしまいまして、エアロゾルの問題などがあってなかなか予想された件数は少なかったのですが、それでも統計学的に解析をしますと、やはりCPAPを現場でつけるということによって体の酸素がしっかり上がるということで、統計学的にも優位に上がるということが証明されました。これはそれをグラフに表したもので、酸素のなかった人がCPAPをつけることによって患者さんにとって利益があることは明らかだろうということを横浜の実装として出しています。これは一応英文で発表させていただいています。

ただ、この後、本来であれば次のステップ2に進めたかったわけなのですが、ちょうどコロナ禍に入ったということで、簡単に言うと塩漬け状態としてちょうど止まっていて、その後、進んでいないという実情があります。

ということで、先ほどお話ししたようにステップ1、2、医師がまず試行して、それを次は消防のあるところでモデルケースをした上で全国に普及していくという目標は立てましたけれども、ステップ1のところで止まっているということに関して、これが実情です。

ということで、その安全性や実装可能かということに関しては我々の横浜MCのことで十分答えが出せたのではないかと思いますので、今後はこれから心不全パンデミックが進んでいく上での社会問題の解決策として、現場の救急救命士が簡便な人工呼吸器であるCPAPというものを使うということが非常に大きな国民のための心不全パンデミック対策の切り札になるのではないだろうかと考えているところです。

私からの発表は以上です。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、次に一般社団法人日本救急医学会の横堀理事から御説明を5分以内でよろしくお願いいたします。

○一般社団法人日本救急医学会（横堀理事）　日本医科大学の横堀です。私は日本救急医学会の理事を拝命しております。

私は、群馬大学を卒業しまして、その後、日本医科大学の大学院を出まして、今は日本医科大学の大学院教授を拝命しております。日本救急医学会の理事、それから、日本救急医学会だけではなくて脳神経外科学会、外傷学会の理事、あと、脳神経外傷学会の理事を務めさせていただいております。私が理事をしております日本救急医学会は、今、構成員

が1万251人でございます。1973年に正会員980名から設立され、国民の保険・医療・福祉に寄与すべく、発展に貢献することを目的としています。また救命士の法制度には非常に関わってきたところでございます。

さて、皆さん御存じのとおり、高齢化が進んでおります。こういった中で、非常に救急の搬送件数も増えてきて、さらにはそれに救急隊が応需し切れなくなっている。そうすると、119番通報から現場に到着する時間、あるいは119番通報から病院に到着するまでの時間が非常に伸びています。20年間で1.58倍と言われています。東京は全国でも最長と言われています。

そして、これを受ける救急医側はどうかという話になりますと、やはり救急科も時間外労働が最多ということで、昨今の働き方改革によって対応しなければいけない。そうすると、地方の救急医が中央に行かなければならなくなってしまう。そうすると、御覧のように医師の偏在指数も非常に大きく開きが出てしまうということになる。例えば下位ですと、岩手県と東京都は1.6倍ぐらいの差が出てきてしまうということになります。

そういった中で、救急医の働き方を支援するといった中では救急救命士への期待が高まっているところになります。さらに、新型コロナウイルスの蔓延に非常に救急医療というのは脆弱で、このようにサージが起きてくる場合に必ず頓挫をしてしまう。これが救急医療になります。例えば1万人感染者が増えたと、129人の搬送困難が生じる。最長ですと150件、救急隊が病院を断られるというケースも東京都ではありました。

実際、救急医療と救命士の関わりというところになりますと、御覧のようになっておりますが、救命士というのはプロフェッショナルなですね。医師によるメディカルコントロール下で特定行為を含む33の救命処置ができるということ、これは非常に大きな力になるということが言えると思います。実際、救命士の活動がもっと改善していれば、助かる命も助かるのではないかということも幾つか経験をしております。

救命士の活動の現状の問題点は、やはり行為と場所の制限だと思いますが、例えば4歳の女兒などは、てんかんを既往に持っていて近くの救命センターが受入れできなかったもので、40分のもてんかん発作を起こしながら救命センターに搬送された。そうすると、救命士が現場で投薬をしていればこれは絶対に回避できたということになります。もう一人の18歳の男性は熱中症によるショックで、これも点滴が取れなくて、骨髄内の輸液路を確保することができればショックも離脱できたのではないかなと思いますし、あるいは救命士の活動の場所が限られることも大きな問題で、例えば病院の中でも入院患者か外来患者か分からないような状況だと、救命士は蘇生行為ができないということになっています。患者の命には入院も外来もないというところは明確にしたいというところでもあります。

こういったところで、救命士は医師の指示下においてメディカルコントロール下で特定行為、実質的な医療行為が可能であるということになります。高齢化や地方の医師偏在を想定すれば、今後、2040年に向けてますます深刻化する救急現場の諸問題に対して、その現場を担う職種である救命士の活躍がまさに救急医療を支えていく屋台骨になってくると

ということが言えます。

ということで、私、救急医学会からの要望としては、まず簡単にできるところ、即時の拡大というのは、非侵襲的な薬剤の投与、これは非常に大事なかなと思っています。既に米国やシンガポール、台湾等で導入されております。また、将来的な拡大としては、骨髄路の確保、それから外傷のエコーです。さらには入院患者への行動の適用拡大といったものも考えていく必要があるかなと思います。

以上です。御審議のほど、よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会様から5分程度で御説明をよろしくお願いいたします。

○一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会（田中代表理事） 全国救急救命士教育施設協議会代表理事の田中と申します。どうぞよろしくお願い致します。

まずは、私たちはどういうものかということをお説明いたします。この協議会ですが、JESAといいます。1991年の救命士法が制定されてから2年してこの協議会が設立されました。民間での救急救命士教育ということで、実は救命士は消防機関、そのほか自衛隊等での育成と、民間での育成が行われております。現在、このJESAは会員校45施設、1年間で約2,300名の救急救命士を輩出しております。

私は、先ほど来報告があった救急の先生方と同じように、1983年から救急救命センターで医師として活動しまして、ちょうど10年目に救命士の法律が変わり、その後、救急救命士の教育、育成等々に現在は力を注いでおります。

先ほどのお話ですが、この救命士の数ですが、年間3,300人の国家試験受験があります。つい先週あったのですが、このうちのブルーで書かれている2年制・3年制の学校と4年制の学校、計65%が私たちJESA、残りの黄色が消防機関が育成をしているということになっております。これがJESAの学校ですが、2・3年の学校が31校、4年制の大学が20校ありまして、全国で救命士の育成を切磋琢磨しているという状況でございます。

さて、皆さん御存じのように、救急救命士というのは医師からの指示をもらって重度傷病者に対して処置をする医療職であります。医師の指示の下、現在は33項目の救急救命処置が行われます。メディカルコントロール体制の下に気管挿管、薬剤投与、静脈路確保ということが行われてまいりました。

日本の救命士の処置範囲ですが、91年の法制定から徐々に上の段に書かれていますようにAED、さらに気管挿管、薬剤投与というところまでは心停止、そして赤い線からは心停止前の低血糖や心停止のショック状態の患者さんに対しての輸液などが行われてきました。この間、こういった高度な医療処置を行うためのメディカルコントロール体制が引かれ、そして、救急救命士法が改正されてからは病院の中でも救命士が活動できるようになりました。

しかし、先ほど来救急医の先生方がお話をされているように、この救急救命士と最も密

接な関係を持っているのが救急医です。この救急医の特にメディカルコントロールに関わっている先生たちは、救命士の活動を直接指示し、また、検証をし、そしてその教育をしているのです。こういったものを支えてきた救急救命士と救急医こそが、何を現場でしてほしいかを一番分かっています。こういったところが今、視点として欠けているのではないかと思います、今日発表させていただいております。

さて、現場で困っていることは、まずは救急搬送件数が増えているということ、そして、それによって病院までの到着時間が非常に長くなっているということです。これを見ただけであれば分かりますが、僅か平成30年から令和5年までの間で、現場に着くまで20分以上かかったものが倍になり、さらに病院に到着する方々も倍になっているのです。時間も長くなっております。これがなぜ起きているかというと、ウイルスのパンデミック、熱中症、自然災害はまだ日本でも今後も起こる可能性があります。ところが、高齢化によって搬送件数はどんどん伸びておりますので、実際には現場に届く時間が長くなっている。

これはどういうことが起きているかというと、例えば心臓が止まった人は、2020年代は救急車の到着まで9.4分だった。これが10.3分になると、赤い丸で書いてありますように、約7%の救命率が下がるのです。これが実際にデータを見てみますと、消防庁が出しているデータで、赤で書いてあるのは電気ショックを現場でしたデータです。2019年には31%の人が助かっていたのですが、2022年のコロナのパンデミック後は25.6%になっています。このように、救命士が最初に行う特定行為である電気ショックというのが行える時間が長くなっているだけで、これだけ救命率が下がっているということになります。

さて、もう一つ私がお話したい中では、救急救命士の活動範囲で困っていることとしては、海外と比べて投与できる薬剤が非常に少ないということです。また、先ほど来話をした救急医や救命士の意見が反映されていないということもあるかもしれません。

まず、薬剤です。これはロサンゼルスというアメリカの大都市で、病院が近いために日本の東京に環境が似ています。このロサンゼルスですら16剤の薬が打っています。そして、枠で書かれていますような一般市民でも短時間で投与できるグルコース、アスピリン、ニトロールといった、薬として口から、あるいは鼻からといった簡単な投与の仕方のできる薬剤がこの薬となりますが、これが10剤ぐらいを占めているのです。そう考えますと、日本はもっと多くの薬が使えてもいいだろうと思います。

これについて国の比較をしました。オーストラリアとアメリカの各地、ドイツといったものを比べますと、オレンジで書かれている教育の時間はほぼ一緒なのです。ところが、赤字で書いてあるように、投与できる薬剤の数はこんなに違う。これはやはりもっとも日本が多く薬剤を投与させるようにすべきだと考えております。

どういう患者に対してこれを行うべきかということですが、外傷患者であれば、左に書いてあるようにショック状態や緊張性気胸、腹腔内出血といった人たちをどうやって助けるかというのが最も重要なポイントなのですが、ここに今、救急救命士が行える処置はありません。さらに、内因性の患者であれば、多くの人が亡くなっている心臓の狭心症や脳

卒中、心不全、喘息、アナフィラキシーといったものに対して使える薬や処置がありません。アナフィラキシーにとっては最近やっとエピペンという薬が、その人が処方されていれば使えるのですが、これが今は使えないというのが現状です。

さて、一例を挙げますと、これは自衛隊の方々で日本国内の法律に当てはまらないという前提でございますが、彼らは国外での活動を前提にしまして、骨髄穿刺や甲状腺輪状間膜切開や胸腔穿刺という処置ができます。これは救急救命士であれば、有資格者であれば、自衛隊救命士と同様にしっかりとしたトレーニングを行えば、こういった処置はできるのだということの証明でもあるのではないかと思います。もちろん法律は日本国内で決められていることですから、救命士がこういうことを行えるようになることが、これから救命率を上げられる一つの方法かと思います。

さて、今後の規制改革に対する要望でございますが、まず私たちは、既に患者さんに投与中の投与可能、あるいは処方された、あるいは家族の方々によって行える処置といった簡単な薬剤投与の薬をもっと多く使わせていただきたいと考えております。そこで私のお願いでございますが、一番上段に書いてあるのは医療機関で追加を許可すべきもので、先ほど説明がございました輸液剤をもっと拡大していただきたい。

2番目は、病院の中で追加を期待したいということは、ビデオの硬性喉頭鏡を使ったり、皮下注射や経口の薬、経皮的な薬剤投与などもお願いしたい。さらに、患者さんが使用可能な薬で救急救命士にも使用を許可すべき簡単な投与ができるものが最下段にありまして、非常にこれは重要だと思ひまして、この項目についてぜひお願いしたいと思っています。

補足資料に詳しい内容が書かれておりますので、お時間の関係でこれぐらいにさせていただきますと思います。

最後になります。救急救命処置に関しては、平成27年に設置された救急救命処置の検討委員会がありました。公募して検討して多くの薬や処置が議論されました。ところが、いつの間にかそれがなくなり、議論がペースダウンしました。募集も現在はありません。

当時検討した内容には、今日提案の幾つかの行為、口腔内投与やCPAPなども含まれており、こういったものには未了のまま中断しているものが多くありますので、これからの解決法の一つとしては、改めて指示する救急医が現場の救命士とどのような処置を期待しているのか、追加の声が多い処置や薬剤などを再度調査・募集すべきだと思います。過去の検討で未了となっているものもぜひ検討を再開していただきたいと思います。

消防組織だけを今まで現場としてきましたが、今は医療機関にも様々な民間の救命士がおります。多様化した現在、1991年の法律で当てはめるのはなかなか問題かと思ひます。そろそろ職域によって行える処置や薬剤などを決めてもよい、すなわち消防だけではなくてほかのいろいろな方々が様々な処置をメディカルコントロールの医師と共に検討する時期に入ったのではないかと思います。

どうも御清聴ありがとうございました。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、同席されております日本救急救命士会の喜熨斗会長様から何か補足説明がありましたら、よろしくお願いいたします。

○日本救急医救命士会（喜熨斗会長） それでは、画面を共有します。

私ども一般社団法人日本救急救命士会でございますが、2024年4月23日に立ち上がったばかりの救急救命士の職能団体でございます。目的、事業内容につきましては、資料を御確認いただきたいと思います。

救急救命士は、法律の改正も伴いまして、これまで消防機関、または公的機関の海上保安庁や自衛隊のみならず、医療機関や民間、または教育機関といった様々な職域で業務を行っている救急救命士が多数おります。こういった様々な職域の救急救命士が一つになりまして意見や職能を高めていくといったことを目的としまして、日本救急救命士会が立ち上がりました。監督省庁でございます厚生労働省とも密に連携しながら進めてまいりたいと思っております。

日本救急救命士会の役員でございますが、理事が17名、全て救急救命士でございます。その他監事3名。現在の会員の内訳でございますが、最も割合として多いのは消防機関の救急救命士、そして、次に医療機関、教育機関といった順番になっております。

最後でございます。日本救急救命士会から、先ほど全国救急救命士教育施設協議会の田中代表理事から御説明がありました、特に上段にありました特Aの部分につきまして、私どもの会員にも調査をしましたところ、現場の救急救命士としましても、特にこの点につきましては要望が強いという状況でございました。具体的には、現在の乳酸リンゲル液1剤しか輸液剤が使えないことに対してその拡大、これは救急外来で使用する可能性のある輸液材、または転院搬送等を含めまして輸液を行うこともございますが、その際にその管理ができるような輸液剤まで拡大をしていただきたいと思います。

また、救急外来を含めまして救急救命処置として静脈からの採血を追加していただきたい、ビデオ硬性喉頭鏡の形式を限定しない、そして、最後でございますが、入院患者に対しましては、現在、救急救命士は救急救命処置を実施できないということになっています。つまり、胸骨圧迫や人工呼吸といったこともできないという状況でございますが、やはりこの急変対応につきましては救急救命士の専門性が高い部分でもございますので、こういったところは弾力的に対応できるような御検討をいただきたいと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次に高山専門委員から御説明を3分以内でよろしくお願いいたします。

○高山専門委員 高山でございます。

資料共有は事務局よりお願いいたします。

私は救急を専門とする医師ではありませんけれども、地方の公立病院の内科医として救命救急センターでの当直業務から病棟での入院医療、そして外来診療、在宅医療まで担っております。その立場から、救命救急処置の範囲の拡大について意見を申し上げます。

既に各プレゼンターの先生方から御発表いただきましたように、日本の救急医療体制は非常に逼迫した状況にあります。これは特に人手不足が進んでいる一部の地方において深刻化しております。いわゆる搬送困難事例というものが増加していて、現行の体制を維持管理するだけでは国民の命を守る救急医療が持ちこたえられないことは明らかなです。

救急医療体制においても、医療DXやタスクシフト、タスクシェアを推進していくということが重要です。地域における貴重な医療資源をどのように活用していくべきか、早急に対策を図っていく必要があると思います。

救急要請から病院に搬送されるまでの時間というのは刻々と伸びています。こういう現状を鑑みると、救急救命士が従来の処置範囲にとどまらず、より広域に救命処置が求められる場面が増えているということは、各プレゼンターにも御発表いただいたとおりです。いただいた個別の御提案についてはいずれも重要であり、遅滞なく認めていただきたところですが、加えて、こうした救急救命士の役割の見直しとその処置可能範囲というものを継続的かつ柔軟に見直していくための検討体制について意見を申し述べます。

その前に、1つ目の話ですけれども、救急救命処置の見直しの効果についての取組事例を少し紹介させてください。実はこれは多くの先進国で共通した課題なのですね。やはり各国はプレホスピタルケアを強化することによってこの問題の解決に取り組んでいます。

例えばオーストラリアは、訓練を受けた救急救命士が緊急性が低いと判断される患者に対して現場でケアやアドバイスを提供しています。これによって救急搬送件数が54%にまで削減されたという報告があります。

また、カナダでも同様の取組が行われていて、通報されたうち救急搬送に至った割合が従来74.7%だったものが、こうしたプレホスピタルケアで救急救命士が活躍するようになると28.6%にまで激減して、コストも大幅に節約されたという報告があります。

もちろんこのワーキング・グループで今議論しているということは搬送を減らすという目的ではありませんけれども、過密になる救急医療に対してプレホスピタルケアの充実を突破口として、各国が救急救命士の役割を見直しているということを紹介させていただきました。

さて、この世界の趨勢を御紹介した上で、日本においても救急救命士の役割について継続的に見直していく必要があることを3つの切り口で申し上げます。

まず1つ目、制度改正の遅れによって医療現場のニーズの乖離が生じています。救命救急の現場では、既存の処置可能範囲では対応が難しい症例が増加してきています。これは既に御発表があったところです。

次に2つ目、医療技術の進展に対応した柔軟な制度設計が求められています。乳酸リングルに加えて酢酸リングルが登場したこともそうです。近年ではAIの活用、あるいは医療機器の小型化などで、いわゆる携帯して現場に持ち込める医療技術が日々進化してきています。当然プレホスピタルケアの可能性や役割も変化してきているわけです。定期的な評価と制度の見直しが必要になっています。

3つ目、救急隊の人員体制の強化が求められています。救急救命士の役割を拡大するためには、実習に参加できること、あるいは現場活動の時間の確保というものも不可欠です。ところが、多くの自治体で救急隊員を含む消防職員数の定数が満たし切れていないという問題があるようです。研究班などでこうしたことの検討が進められているということは承知しておりますけれども、こうした課題を継続的に検討する仕組みが必要だと考えます。会議体の立ち上げを御検討いただきたいと思います。

その会議体で具体的に御議論いただきたいことを6点、箇条書きにしております。

まず1つ目、定期的に評価・見直しをして、柔軟な制度改正を行うこと。

2つ目、最新の医学的知見や科学的根拠を確認すること。

適正な救急隊の人員数というものを算定し、安定的に確保する対策を検討すること。

地域の救急搬送データを分析し、処置可能範囲の拡大の影響を評価すること。

救急救命士の教育や研修体制を整備・立案すること。

最後に、パイロットプログラムを実施して、安全性や有効性を検証していくということ。

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、厚労省様から御説明をお願いいたします。こちらは10分以内をお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官）　厚生労働省の審議官の森でございます。

資料1－6「救急救命処置の範囲の拡大について」という資料を御覧ください。

救急救命制度ですけれども、ちょっと釈迦に説法になる部分もございますが、制度を丁寧一度確認させていただければと思います。この制度は平成3年に救急現場と搬送途上における応急処置の充実と救命率の向上を目的にして創設された国家資格でございます。

この国家試験を受けるために、受験資格として2通りございます。一つは、指定を受けた養成校等の2年以上の過程を経てそれを卒業していただいた方、もしくは救急隊として5年以上または2,000時間以上の勤務をしていただいて、さらに養成所で6か月以上の課程を修了した方という形になっております。毎年3,000人弱の方が救急救命士として新たに登録していただいておりまして、現在7万5000人、うち女性が16%という形になっております。

救命士の方に実際に活躍していただいている場所は、3分の2の方が消防本部、それから、看護師のダブルライセンスを持たれていて看護師等で働いている方が16%、それから、自衛隊・海保で働いている方が2%、それから、潜在的な救命士の方というのが16%という形になっております。

救急救命士の活動範囲については救急現場、救急搬送途上というのが基本的な考え方だったわけですが、令和3年に制度改正を行いまして、病院内において搬送患者が入院されるまでの間も一定の救命措置を実施することができるようになったところでございます。

次のページに参りまして、救急救命士が業として実施する行為というのは具体的に33定められております。右側の5つの行為が医師の具体的な指示の下に実施されなければならない特定行為と言われるものです。左側のほうが医師の包括的な指示の下に実施できる行為と定められておりまして、基本的にはこの内容を新たに追加する、もしくは修正しない限り救命士のできる範囲というのは変わらないという形になっております。

次のページに参りまして、この救命処置の範囲の拡大につきましては、平成¹27年度から救命処置の追加、除外等に関する提案・要望を受け付ける窓口を設置して、実際に検討を行っていくための組織として救急救命処置検討委員会というのを設置しております。27年度から具体的に提案等を受けるに当たってどういうことを行うかを検討して、平成30年、それから、令和2年の2回にわたって提案を募集しております。この提案いただいたもののうち、実際にトライしてみようとなったもの、もしくは差戻しとなったもの、それから未了となったものという3種類に分かれております。

次のページ、その後、令和3年に、先ほども申し上げましたけれども救命士法の改正を行いまして、救急救命士の活動範囲が拡大したことから、令和4年10月に病院前から医療機関内に至る救急医療を一体的に議論するために、救急医療を担う多職種が参加した救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会というのを厚労省に設置したところでございます。これらの救命処置の検討について、安全性、それから必要性、それから実際に救命士がやっていただくに当たって本当にできるかどうか、もしくはミスなくできるかどうかといった難易度、それからどういう教育課程を踏まえて対応していかなくてはいけないかという視点から検討いただいているところでございます。

当然安全性などは皆さんイメージが湧きやすいかと思いますが、必要性等についてもいろいろなタイプの必要性があります。必ず救命率が上がるとか、何をやったら具体的にどういう効果があるのかというだけではなくて、実際に今の搬送件数の中でどの程度の事例が含まれているのか、もしくはそれらの幾つかの行為の中で優先性がどのようなものがあるのかということを含めて議論していく。難易度についても実際に救命士がミスなく行えるようにするためにはどういったものが必要なのかといったことも含めて議論させていただいている。

それから、教育体制については、一定の教育の時間を要するものであれば、例えば今は2年とか半年と養成課程の期間が決まっていて、その中の教育課程がぱんぱんになっている中で無理やりねじ込めるものなのか、新たに教育課程を増やしたりするとなかなか成り手がなくなってしまうので、そういう中でどういう調整ができるのかということも含めて検討させていただいているところでございます。

開催実績のところはざっと御覧いただければと思います。令和5年以降、いろいろな検討を行ってきておりまして、例えば第6回のところではアナフィラキシーに対する薬剤投

¹ 「令和」と発言していたが、発言に誤りがあったため修正

与についての議論を行っておりまして、今年の3月も開催する予定という形になっております。

次のページに参りまして、今、具体的にワーキング・グループで検討を行っているものの一つが、今、申し上げたアナフィラキシーの傷病者に対するアドレナリンの筋肉注射です。エピペンを実際に交付されている方については御自身でお持ちなので、それでいいわけですが、そうでない方についてもエピペンを投与することができるようにするために具体的にどうやっていくかということの実証を行う体制というのを今、整備しているところです。一番右側の「今後の対応方針」のところを御覧いただくと、3月中に実証に向けた法令改正というのを検討させていただいて、具体的にその実証をやりつつ、どういう全国展開が可能なのかというのを確認していきたいと思っているところでございます。

もう一つが、こちらは国家戦略特区の関係ですが、エコーの先行的な実証について検討させていただいています。具体的には岡山県の吉備中央町から国家戦略特区としてエコーを搬送車の中で具体的に使って、実際に出血の状況等を確認できるようなことができないかということで、現在、先行的な実証についてどういうやり方でやっていくかということも含めて検討していくことになっております。こちらの関係は国家戦略特区の話でもありますので、内閣府の調査事業を使って研究デザインの精緻化みたいなことを実施しているところでございます。

厚生労働省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。

では、最後に総務省消防庁から御説明を5分以内によろしく願いいたします。

○総務省消防庁 総務省消防庁でございます。重複もありますので、簡潔に御報告させていただきますと思います。

資料でございますが、1ページ目は救急出動件数等の状況でございます。これはこれまで杉田先生、横堀先生に御指摘いただいたものと同じですので省略をさせていただきますが、いずれにしろ出動件数、搬送人員、それから現場到着所要時間、病院収容所要時間のいずれも伸びているトレンドにあるということでございます。

次をお願いします。これも厚労省の説明がございましたので、省略をいたします。

どれぐらい特定行為が使われているかということでございますけれども、現在、グラフを見たらお分かりいただきますように、この10年間でかなり増えておりまして、令和5年で約21万件、消防機関の救急救命士が行っている状況ということでございます。

次をお願いします。それから、教育なりの関係でございますが、これはもう釈迦に説法でございますけれども、そもそも消防機関の救急救命士は就業前教育ということで、免許を取得した後に就業する前に消防機関での教育訓練が7日以上、それから病院実習も160時間を経ってから現場で活躍をいただくということで、その中には特定行為関係のものも入っております。

それから、下半分ですが、特定行為の実施のための講習及び実習ということで、これは

特定行為が追加された際にこれが必要だということで、救急救命士試験にカリキュラムがなかった方に関しては追加で講習、実習、それから筆記、実技を行って、証明書を頂いた上でメディカルコントロール協議会に認定書を頂くということが義務化されておりますので、これをやっているということでございます。

その取得状況ですが、次のページでございまして、実際に今、現場で稼働している救急救命士が3万3000人強おりますけれども、ここにありますように気管挿管はその半分程度、それからアドレナリン、CPA前静脈路確保等については大体3万人と大半の方が取っていらっしゃるということでございます。

それから、近年の動きでございまして、これも厚労省から説明があったとおりでございますけれども、厚労省の検討委員会、あるいは現在ですと検討会、あるいはワーキング・グループというのが開催されてございまして、我々もオブザーバーとして参加しております。ここでは必要に応じまして消防機関のニーズや救急車の状況を踏まえた上での内容の確認というのを主にやっておりますが、主には実証がありますので、これに協力しているというのが現状でございます。

以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、これから大体3時半までをめぐりに質疑応答したいと思います。ここまで御報告いただいた皆様方におかれましても、追加のコメントや質問があれば、ぜひ議論に参加ください。

では、どちらからでもまずは挙手ボタンを押して質問、コメントをいただければと思います。

では、早速伊藤専門委員のお手が挙がっています。よろしくお願いします。

○伊藤専門委員　御説明ありがとうございました。

私は地方の救急搬送のデータを使って実証研究をしている研究者として、まず一つファクトとして述べたいことと、厚労省さんに向けて3つの質問を申し上げたいと思います。

まず、地方においては、先ほどありました医師不足などもありまして、どんどん救命救急センターの再編というのが進んでおります。ということは、つまり搬送が広域化しているわけですね。どういうことかということ、搬送時間が地方においてはそれだけでも長くなるということを踏まえると、プレホスピタルケアというのがとても重要である。救急医療の再編というのはそもそも厚労省が始めた地域医療構想にのっとって進めているものですので、一方で急性期の医療を再編しておいて、救急救命士の仕事そのままだというわけにはいかないだろうということで、まずこれはファクトとして私からも付言いたしたいと思います。

それに関して、厚労省さんに3点質問なのですが、まず、これまでも検討がなされたものの、差戻しや未了というものが多い、つまり判断するための材料がないというものが多かったように思います。つまり、根本的に重要なのは、判断するための情報の整備

なのではないかという点を感じております。具体的に言いますと、プレホスピタルの状態というのはいわゆる名なしさんの状態で、病院に入ると請求等もあるので診療報酬や保険証などを確認して本人の確認があるわけなのですけれども、現在、プレホスピタルのデータといわゆるホスピタルのデータというのが全然つながっていないので、プレホスピタルで何かをしたことによって、入院後に何が起こったのかということのいわゆるビフォーアフターの検証ができないというところが根本的な課題ではないかと思います。この点について、消防庁との連携も必要かと思いますが、どのように整備をしていく方針なのかということについて質問させてください。

そして、2点目です。救急救命士さんの待遇について、つまり、先ほども森さんからトレーニングの要件を課しても成り手がなくなったら意味がないという話がありました、そのとおりだと思います。トレーニングをして責任と裁量が拡大するからには、やはりその対価といいますか、いわゆる評価上の対価、人材としての評価に対する対価というものも大事かと思ひますし、あとは時間と場所が限られる中での措置でもありますので、これはいわゆる航空機の中でお医者さんが処置しても、何かあったとしてもそのお医者さん自身は免責になるといった対応があるのと同じように、ある程度時間的に限られた中での判断の中には当然エラーもあり得るということで、一定程度の免責なども考えられなくてはならないと思います。そもそも救急救命士の裁量を拡大するに当たってどのように待遇として改善していくことが大事とお考えか、主に公務員として働いていらっしゃる方が多いと思いますので、何かしらこれは工夫ができるのではないかと、その点についてどのようにお考えか伺いたいと思います。

それから3点目、地域に応じた対応ということです。先ほどJESAの田中さんの御説明にもありましたけれども、大都市に近い病院でも16剤、病院から遠い地方であれば50剤、救急救命士が処方できるけれども、日本では3剤しかないということは明らかに政策的な対応が遅れているかと思いますが、アメリカでも地方に応じて医療機関が近くにあれば、それほど薬剤がそろっていないなくても何とかあるというところも踏まえて、まずは地方都市からでもといいますか、実証可能な地域からでも実証して行って、地域に応じた対応というのが図られるべきではないか。もちろん資格のことがありますので、全国一律で安全や必要性や難易度ということに合わせてやるのが政策的にはある程度公平性という点で大事かもしれませんが、地方においてはよりプレホスピタルのケアが喫緊の課題になっているということを踏まえると、ある程度地域に応じた柔軟な対応というのが図られるべきだと思います。そもそも安全のための資格だということだと思いますけれども、その安全のための資格で何かができないことによって患者がかえって危険にさらされるということがあっては本末転倒だと思いますので、この3点についてどのようにお考えか伺いたいと思います。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答をお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官） 御質問ありがとうございます。

まず1点目からですけれども、情報を整備していかななくてはいけない、もしくはできるだけ多くの情報を集めていかななくてはいけないということについては全く同感でございますし、私どもとしてもやれることはやっていきたいと思っています。

ただ、プレホスピタルの部分に関して申し上げますと、医療機関は当然医療機関の中でやった行為についてカルテを作っていますので、その手前でやった部分については救急隊からいただいた情報を基に入力するといったことしかできないのですね。具体的にやったことを入力していただくためには、消防庁さんと連携しながらどういう情報のシェアや収集の仕方があるのかというのは考えていかななくてはいけないと思っています。

ただ、今、モデル的には救急隊員の方に搬送車内でどういうことをやっているかというのをスマホ等を通じて打ち込んでいただいて、それで病院に提供していただくようなこともやっていますので、そういうものも活用しながらシェアしていくということも考えられるかと思っておりますので、どこでどういう情報を蓄積していくのかというのはもう少し整理させていただければと考えております。

それから、救命士の処遇などに関してですけれども、なかなか免責だというのを書くのはほかの医療職種にも全くそういうものがない中で難しいわけですが、一番大切なのはプロトコルだと思っています。いろいろな良くない事例というのを見ると、プロトコル違反になっているというのが大体結果として発生しているところですので、必ずできるだけ明確に、しかも守りやすいプロトコルをつくらせていただいて、それを確実に守っていく。ちゃんとそのプロセスさえ守っていただければ、基本的にやるべき責任は果たしたのだと言えることが大切なのではないかなと思っています。

それから、地域に応じた導入の仕方があるのではないかという話です。大枠として申し上げれば、地域の実情に応じてどういう実証のやり方でやっていくかとか、そういうやり方を少し考えていくというのは当然あり得る議論だと思っていますし、少し柔軟に私どもも考えなくてはいけないところは、実証をやっていくのはなかなか大変なので、そういうやり方について考えていくというのはあるのではないかと考えております。

ただ、薬剤の話についてどのぐらいのボリュームがいいかというのはいろいろなニーズがあります。外国でやられているケースもあるので、一応国家試験として、しかも全国レベルで最低限のものとしてちゃんとやらなくてはいけない、もしくは救急搬送車にそういったものがどれだけ積めるかということも含めて、それから、間違いがないようにちゃんと選別していただかなくてはいけないなどのいろいろな条件の下にやらせていただく中で、どれぐらいがいいのかということも含めて丁寧に確認しながらやっていくのではないかと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

伊藤先生、大丈夫ですか。さら問いはありますか。

○伊藤専門委員　ありがとうございます。

1 点目のプレホスピタルとホスピタルデータに関しては、もちろん幾つかの地域では入力が自動反映されるようなシステムを構築しておりますし、やる気の問題といいますか、プレホスピタルの情報をなるべく搭載するようにということを踏まえれば、データも整ってまいります。そのような通達なり、簡単なものでも出していただけると、とても実証研究を評価するための情報がそろいますので、ぜひここは喫緊に取り組んでいただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、お手が挙がっていますので、横堀理事、よろしくお願いいたします。

○一般社団法人日本救急医学会（横堀理事）　ありがとうございます。

先ほど伊藤先生がおっしゃったリアルワールドデータ、病院前で行われた医療処置がどのように病院に行った患者さんに反映されてどんな転帰をもたらすのかを一元的に見る必要があるというのはすごく大事なところです。

実際に厚生労働省の委託研究事業でドクターカーの調査研究事業というものが行われております。実際にドクターカーが行って、医師ですけれども、医師が現場で行った投薬や医師が現場で行った処置がどのように患者さんの転帰に反映したのかというデータが今は取れるようになってきています。実際に今、192施設の救命センターに1万例近い症例が集まっておりますので、そういったところから実際に病院前でこの処置をやったらいよいよねみたいなものが明らかになってきたときに、それを救命士に下ろしていくというスキームもあるのではないかなと思いました。これは厚生労働省の意見も聞きたいと思いますが、私の提案というか、コメントとさせていただきます。

ありがとうございます。

○佐藤座長　具体的な御提案をありがとうございます。

厚労省さん、いかがですか。

○厚生労働省（森審議官）　御提案ありがとうございます。そういったこともデータの使えるものについては積極的に使わせていただきたいと思いますと思っております。

確かに医師の分に関してはいろいろ報酬上も請求できたりする部分があって、その部分についてはデータを取りやすいという部分がございます。救命士の部分はなかなか今の時点でどこの自治体でどれだけ取れるかというのはちょっと調べてみないと分からないので、そういうものを御提案のあった部分も含めて応用しながらやっていきたいという話の一つ。

あと、リアルワールドデータとして本当に大規模に取るのであれば、基本的にはデータの取り方は全国統一で形式をそろえて集めないと結局使えないデータになってしまうので、そこは今取れるもの、それから実証用を取るべきもの、それから本当に取るべきものというのは少し分けて考えなくてはいけないのではないかと考えています。

○厚生労働省　ちなみに、私どもも消防庁さんと連携をしたりしながらいろいろとデータ

を集めているという認識でございますし、例えば心停止レジストリといった形でまさにリアルワールドのデータについてはいろいろと集積をして、この解析を進めて政策に反映させたいと考えておりますので、そういった取組は一部させていただいているというところでございます。

○佐藤座長　ありがとうございました。

よろしいですね。

○一般社団法人日本救急医学会（横堀理事）　ありがとうございます。

○佐藤座長　では、お手が3人から挙がっております。順番に、間下委員、よろしくお願いします。

○間下委員　ありがとうございます。

ちょっと根本的な話でもう一度確認させていただきたいのですが、これは厚労省さんと消防庁さん両方なのですが、搬送時間が伸びてしまっているという現状の解消方法を、何を優先的に考えているのかというところと、なかなかそれを縮めることは難しいという現状の中で、救急救命士の役割や今後の進展についてどのように考えているかという全体感のところをもう一度確認させていただきたいと思います。お願いします。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、まず厚労省さんからお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官）　救急搬送件数がそもそも高齢化に合わせて増加してきています。それに対して救急の受け止める機能が限定的になってきているというところで一定の搬送時間が伸びてきているというのが現状だと考えております。ただ一方で、救急車がある意味便利使いしているというケースもある中で、そういったケースについては何かしらの形でコントロールしながらやっていくというのが一つの考え方です。

それからもう一つは、私どもももうちょっと根本的に救急の関係はこれから整理していきたいと考えているところです。今、次の地域医療構想をつくるための法案をこの国会に出しております、2040年に向けて救急搬送件数などを見ていくと、実は85歳以上高齢者が搬送件数の大半を占めるような形になっていきます。そうすると、搬送で対応しなくてはいけない中身も全然変わってくるという形になりますので、それに合わせた形で高度急性期の高度救命救急センター、救命センター、それから2次、3次という今までの分け方だけではなくて、高齢者でも例えば脱水や尿路感染症という状態の方をどこで受け止められるか。もしくは在宅とか高齢者の施設にいらっしゃるわけで、そのときに日頃、かかりつけ医と強く連携していただきながら、少し状態像が悪くなったとしても、ある程度その場所で支えていっていただけるような取組をしていただくということを通じて、搬送件数そのものをある程度コントロールしていく、それから、搬送先を拡大していく、それから、高度の急性期等についてはより効率化を図っていくという見直しをしていきたいと思っていますので、確かに今、御覧になっている搬送件数が非常に伸びてきているのはそのとおりですし、これを年齢階級別に普通に伸ばしていくともっと搬送件数が爆発していくとい

う形になるのは確かなのですけれども、そこはこちらも制度的に、もしくはシステムチックに少し見直していきたいと考えているところです。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、消防庁さん、いかがでしょう。

○総務省消防庁　ありがとうございます。

消防サイドのみでできることというのはなかなか限られておって、救急医療全体で考えないといけないと思うのですけれども、私どものみでできることといいますと、一つは軽症の方はどうするかというところに焦点を当てて、例えば電話で相談することをできるだけやっていただきますとか、あるいは救急だけでなく病院の救急車や民間の救急の事業者をいかに活用できるか。これも大分増えてきておりますけれども、これを推進していくとか、あるいはシフトの問題を工夫していくとか、消防隊自体も少しずつは増えておりますけれども、なかなかそれを増やすことは抜本的にはできないので、そういったいろいろな工夫をしながら進めているというのが実態でございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。

間下委員、さら問いですね。

○間下委員　さら問いです。ありがとうございます。

厚生労働省さんに確認なのですけれども、今後の時間軸を含めた、いわゆる平均的搬送時間の減少の計画や目標みたいなものは何となくできているのでしょうか。要はこれにもし時間がかかるとすると、短期的に解決できる方法をもっと詰めていかなければいけない。そこで今日の議論が出ているのだと思うのですけれども、そういう場合に救急救命士の扱いをどう考えていらっしゃるかというのを教えていただけますでしょうか。

○佐藤座長　お願いします。

○厚生労働省（森審議官）　救急医療体制の見直しについては、今後2～3年で考えていかななくてはいけないことだと思っています。新たな地域医療構想は令和9年4月から始めたいと思っていますので、それまでに都道府県で計画を策定していただき、さらに救急の現場でメディカルコントロール協議会も含めていろいろ議論していただかななくてはいけないことというのはそれまでの間にやっていただいて、少しその体制というのを変えていくということを考えなければならぬと考えているところです。

ただ、いずれにしても搬送時間が一定程度長くなるケースがあるといったことは考えられますので、そういったケースに合わせて救命士が行える特定行為の範囲なりをいろいろ議論していくというのは時代に合わせて当然やっていかなければならないことだと思っていますし、今日もいろいろなニーズをいただいていますので、これでフィットできるものとか、もうちょっと時間をかけなくてはいけないもの、優先順位が高いものなど、少しその仕分けをしていくことが必要だと考えています。

○間下委員　ありがとうございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。よろしいですね。

確認なのですけれども、これから例えば救急救命士の業務の範囲を広げるかどうかという検討をするというのは、先ほど御紹介いただいた会議体でいうと検討ワーキング・グループがあるということだったので、そちらで議論するという理解でいいですか。それとも何か新たな検討会を立ち上げるという理解でいいですか。

○厚生労働省（森審議官） 検討会で議論していくということです。今、どんどんいろいろな追加で要望いただいたものがあるので、私どもも検討したほうがいいだろうということは幾つかあると考えていますので、そこでやらせていただきたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。田中理事、よろしくお願いします。

○一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会（田中代表理事） 田中です。本日はありがとうございます。

今の話につながっていくことなのですが、脱水や尿路感染症といった軽症でありながら救急救命士が処置できない。今日、私が提案した中には経口補水、皆さんが町でOS1などといったものを買って飲めるようなものも含まれているのですね。もっと簡易にできる、トレーニングが必要ないものとして十分に救急搬送を減らしたりすることに資するものもありますし、それともう一つは、今、日本人の中で一番問題となるのは脳卒中や心疾患といった心不全を含めた心臓病といったものに対してのファーストタッチをする時間が、医療機関まで時間がかかるようになった場合に救命士がアスピリンというものをちょっと飲ませたり、あるいは脳卒中にしても、先ほどエビデンスがあると言ったものだけでも経口でぽっと飲めるような簡単な投与ができるものは、医師としてこれはもうエビデンスがあることが分かっていますから、すぐにでも投与可能ではないかなと思っています。こういったところをぜひ検討していただきたいですし、特区というものがもしあって、先ほど竹内先生から発表がありましたが、地域でこういったものをやっていきたいということがありますので、そういった地域ごとでエビデンスをしっかりと出していただくということもありませんかと思っています。

最後に、検討委員会ですが、私は思いますが、今までの未了の問題といったものを議論していただくことも含めてなのですが、私たち救急医の意見をもっと含んでいただけないかなと思っています。これだけ今日、救急医の先生方が同じような発言をしているのですが、検討委員会の中に入られているのは看護協会の方であったり、ほかの協会の方も入られています。やはりまず救命士と救急医が密接なメディカルコントロールの関係性のある中で必要だと言っているものをもっと出さしていただきたい、検討していただきたいというのが私の要望でございます。

どうぞよろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございました。

今の点、厚労省さん、いかがでしょうか。私もちょっとさっき気になったのですが、この検討会という中に救急救命士の方、あるいは救急医の方は入っていらっしゃるという理

解でいいのですか。今日、これでいろいろな御要望が出てきたということは、逆にあまりこの検討会に現場の意見が反映されていないのではないかということになるものですから、それも含めて御回答をお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官） この検討会は救命士が3人、それから救急医が2人入っていただいています。当然田中先生がおっしゃるように、救急の要望も聞かせていただいています。そういうものも含めて、次の議論になっていくときにはいろいろ検討させていただくことになると思いますが、救急医と救急救命士だけでやっているわけではないので、当然チーム医療として関係者がいっぱいいらっしゃいますので、そうした方々の意見も聞かせていただくというのが私どものプロセスとしては必要だと思っていますので、そこは御理解いただければと思います。

○一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会（田中代表理事） ありがとうございます。

おっしゃるとおりよく分かった上で今日発言させていただいていますのは、メディカルコントロールに関わっている先生方はどうでしょうか。まだまだ全国のメディカルコントロールの医師の意見を反映しているとは、私は十分思えておりません。

そしてもう一つは、救急救命士が行う処置の拡大に関していろいろな職種との関係性は重要ですが、やはりほかの職種の方の意見を聞く前に、まずはメディカルコントロールをやっている医師と救命士の方々がどのように思っているのかをもっと反映できるようにぜひお願いできればと思います。

ありがとうございます。私からの質問は以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。佐々木専門委員、お願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私は田中先生と一部重複というか、かなり重複はしているのですが、純粋に疑問なのは、例えばACSに対するアスピリンやニトログリセリンの投与がなぜできないのかということなのですね。これは薬を飲ませるだけですし、あとは例えば乳酸リンゲル液をその他の等張の電解質輸液に変えろとか、あるいは骨髓路の輸液ルートを確認するとか、これは杉田先生のほうに書かれていますけれども、これができないと判断する理由が見つからないと思うのですね。

厚労省さんのお話を聞いていると、この話だけではないのですが、基本的に新しいことを許可することのリスクがそれをやらないことのリスクとの比較の文脈では語られないというか、何かあったらどうするのというので基本動かないというのがちょっとあるのかなと思います。

例えばリアルワールドでデータを集めて云々という話がありましたが、アスピリンやニトログリセリンはリアルワールドのデータ云々以前に世界中でEBMが重なっていて、ガイドラインにもそうしろと書いてあるのに、それができない状況なのですよということに対してなぜ課題意識がないのかというのが、私は医師ですけれども疑問しかありません。

例えばそんなことではなくて救急の搬送時間の短縮が最も大事なのだというのものもあるかもしれませんが、アスピリンとニトロに関しては搬送時間が短縮するかしないかにかかわらずファーストタッチで投薬すべきものなので、それとこれとは全く別の文脈のものだと私は思います。

2つ目は、検討委員会です。これは救急医が何名、救急救命士が何名と厚労省さんはおっしゃいましたが、これは高額療養費の検討に当たった人たちと全く同じで、現場のことをよく知っていて現場の課題に直面している人がここに何人いるのか、私はよく分かりません。厚労省さんのおっしゃる関係者の意見調整というのはチーム医療だから云々ではなく、看護師さんがやれる範囲はどこまでか、あるいは病院の運営にどういう影響が出るのか、各職能団体の利害調整の面のほうがむしろ大きいのではないかと私は感じざるを得ません。そうでなければ許可されない理由がないと思うのですね。

救急というのは、今まさにこういう状況で、救急車を呼んで、救急搬送に時間がかかって、もしかしたら救命できたかもしれない人が救命できない状況が生じているかもしれないのだということに、ちょっと私たちは想像力が足りないのではないかなと思います。アスピリンが許可されないことのリスクと、アスピリンが投薬できずに急性冠症候群の治療がうまくいかなかったことのリスクというのは比較のしようがないほど大きな違いがあるのだと思いますけれども、この部分に対して厚労省さんの態度というか姿勢は少しバランス感覚を欠いているのではないかなと思わざるを得ません。明らかに安全である、しかも国際的な様々なエビデンスの中でガイドラインにも付記されているような行為が、しかもファーストアクセスが日本の場合には救急救命士だという前提において、救急救命士しか投薬ができないという状況において、例えばアスピリンの投与がこれは検討が必要だと厚労省さんのほうで判断をしている理由というのが何か特段にあれば、教えていただきたいです。

○佐藤座長　ありがとうございます。

恐らくここにいる皆さんが思っている疑問を佐々木専門委員が端的にまとめていただいたのかなと思います。厚労省さん、いかがですか。いわゆるこれは不作為のリスクというもので、何もしないことにも当然リスクはあるのだけれども、そこが意外と見過ごされるケースだと思いますけれども、いかがですか。非常に素朴な疑問だと思うのですね。なぜアスピリンは駄目なのという話だと思います。

○順天堂大学医学部附属練馬病院（杉田副院長）　その前に杉田から一言だけ追加してもいいですか。

今の議論はまさにそのとおりなのです。恐らく薬剤なので、薬剤を救命士が自分の判断で投与するところがあるところがリスクを伴うという御理解だと思いますが、私どもが言っているのは、医師のメディカルコントロール下において明らかにACSが強く疑われる患者さんに対して、救命士がCCUネットワークなどの既にそういう患者さんを運ぶよということで病院内でカテーテルの準備を始めている一方で搬送までの時間に現場で医師の指示の下に

アスピリンを投与してほしいと言っているだけの話で、何も病状を全て救命士に判断させて自分の判断でアスピリンを投与しろと言っているわけではないので、そこは両輪なので、そういった内容のことはプレホスピタルとインホスピタルをつなぐという意味で、ぜひ早くこういったことを理解していただければいいかなと感じております。

以上です。

○佐藤座長 杉田先生、ありがとうございました。非常にポイント整理になっていると思います。

厚労省さん、いかがですか。

○厚生労働省（森審議官） アスピリンに関しては、実は今までの提案の中に入ってきておりません。そういう中で行為について検討を行ってきたというのが今までの経過です。

それから、ニトロに関しては一回差戻しという形になっています。これはいただいたデータが十分なものではなかったという形になっていますので、別に議論の必要性については私どもも当然認識しているというところでございます。

○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 そのいただいたデータというのは具体的にどういうものなのでしょう。論文がたくさんありますけれども。

○佐藤座長 結構エビデンスはあるのではないかと御指摘ですね。

○厚生労働省（森審議官） 検討会に出していただいたエビデンスという意味で申し上げます。

○佐々木専門委員 つまり、手続上の問題だということなのですね。

○厚生労働省（森審議官） 今の時点ではそう申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございます。十分なエビデンスを集めていらっしゃらないということなのだと思います。

では、時間の関係上、このセッションは桜井専門委員までとさせていただきます。

続きまして、時田専門委員と桜井専門委員、お二人続けてお願いします。

○時田専門委員 ありがとうございます。

私は介護の分野で参加をしている者ですので、救急医療についてはいろいろ今日学ばせていただいている最中です。その中で、救急搬送に関して先ほど厚労省の方から今後は85歳以上の方の救急搬送が増えるのではないかとのお話がありました。それは間違いのないことだと思いますが、85歳以上の方々の救急搬送が本当に必要かどうかという判断も当然起こるだろうと思います。

介護の現場から申し上げて、今、医療介護連携というのが自治体で主催された検討会議で行われておりますけれども、この場に救急医療の、あるいは消防の方の参加というのは全くないのです。これからの地域医療を考える際に、救急医療に対しての視点が全く地域の中になくというのは、これは行政側の判断だと思いますけれども、ここに私たちは救

急搬送の医療に関する知見を深めることと併せて現場が簡単に救急車を呼ばないということに対する現場側の知見がもう少し必要だと思いました。それによって現場でできることが増えていく、あるいはほかの方法があるということに対する学びを現場のほうも深めたり、方法を考えたりという必要があるのだろうと思いました。それによって、本来必要な救急搬送医療が適切に行われるようになるためには、介護の側から国民、市民、住民に対する何らかのメッセージを出すということも非常に必要ではないかなと感じた次第です。

これは感想です。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、桜井専門委員、お願いいたします。

○桜井専門委員　ありがとうございます。

私もコメントに近いものになります。私はがん患者の立場から今回参加させていただいているのですけれども、こういう現場の課題があるというのは全く存じ上げず、本当に驚いて皆さんの発表を聞いておりました。これは救急なので、通常の診療とは全くシチュエーションが違っていると思っています。ぜひ議論もスピード感を持って対応していただかないと、何も変わらないのではないかなと思いました。

その上で、先ほど先生たちからもいろいろな議論が出ております。デジタルの活用とか、それに対して厚労省からは仕組みを全国に広げていくときのいろいろな問題があるのだ等々の話もありましたので、ぜひパイロットの地区を早々に決めてやられたらいいのではないかなと思っています。こういう心不全で搬送される患者さんたちが増えることはもう目の前に見えていますので、ぜひスピード感を持って対応していただきたいなと思いました。

私からは以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、お手が挙がっている落合委員、いいですけれども、端的に手短にお願いします。

○落合委員　ありがとうございます。

間下委員や佐々木先生がおっしゃられていた中で、リスクの比較ということがあまりされていないということもあるかなと思いますし、何ができればゴールなのかというのがよく分からないというのが、こういった救急救命措置だったり何をしたいのかという議論をするときに最大の問題だと思っています。エビデンスを受け取ったけれども何がどうできていけばいいのか、というゴールポストが明らかではないので、そうすると、手続として受け取って、これはできるかもしれないし、できないかもしれないといってもなかなか実際にはゴールにたどり着かない、ということがかなり多くあるように思っています。

特に今回の事例がそのまま直結するかどうかというのはありますけれども、吉備中央町の特区内で考えていただいて、救急救命士に関して御提案いただいていた件もありましたが、それもなかなか進まなくて数年間止まっているというか、少なくとも措置ができるには至っていないという状況ですので、ぜひ何をすればゴールが明らかになるかというのを明確

にしていきたいと思いますし、受け取ったというだけで、本当にこういうものがあればできますというコミュニケーションをした上で、それを満たすようなものがあつたのかなかったのかという建設的な議論をぜひ進めていきたいと思っています。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、厚労省さんからここまでのコメントを受けて何か最後にあれば、お願いいたします。

○厚生労働省（森審議官）　時田さんの介護現場の話は、私も100%同感でございます。医療と介護で強く連携してやっていくことがこれからも大切ですし、その部分については私どもも強いメッセージ性を持ってやっていきたいと思っています。

それから、桜井さんと落合先生の話についても、私どもは実証などをできるだけスピーディーにやっていくということが必要だと思っています。その際、救命士なので救命率の向上をどう図っていくかというのが最終的なパフォーマンスゴールなのですけれども、そのときにコストパフォーマンスとタイムパフォーマンスといったものを考えてやっていかなくはいけない中で、数値化して簡単に見せられないところがなかなか難しいというところでございますが、やらなくてはいけないことは速やかにスピード感を持ってやらせていただきたいと思っています。

以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございました。

では、お時間になりましたので、議題1はここまでとさせていただきます。

最後にスピード感のある対応というお言葉をいただきましたが、これは非常に大事だと思います。タスクシェアの話をするとき必ずこれが起きるのですけれども、先ほど佐々木専門委員から御指摘のあったとおり、結局新しくやったら何が起きるのかというやることに伴うリスクを言うのだけれども、何もしないことに伴うリスクというものもあるはずなのに、そこが無視されがちということで、ありていに言うとステークホルダーの間の利害調整を重視するあまりに現場の声がなかなか反映されないといった問題があるかと思います。

今日、それぞれの現場の方々からいただいた全体としての感想になりますけれども、救急救命士の方、それともちろん救急医の方との連携の下でできることというのはまだまだあるのではないかとということ、そして、まず彼ら救急救命士がファーストコンタクトとファーストタッチの人々であるということも考えると、彼らに対してもっともっと本来できることを増やしていくということは、これだけ社会が高齢化して救急搬送の時間が伸びていき、現場が逼迫していく中においてはやはり求められていることであり、かつ、91年の法律をいつまでも引きずっていてもしょうがないので随時見直していくことも必要だし、今の現状に合わせた制度、あるいはその運営のアップデートというのは必ず求められる。くどいですが、これはスピード感を持ってやらないと、現場はどんどん動いていきますので、そこは本当に現場の声に耳を澄ませて対応いただければと思います。これは厚労省さ

んだけではなくて消防庁さんについても全く同じような話になるかと思います。

ありがとうございました。

では、議題1はここまでです。御説明いただいた方々はここで退室いただいて結構です。本当に今日は大変勉強になりました。ありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

では、議題1はここまでですが、いつものことですけれども、議題1に御参加された委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の関係上発言できなかったことがあれば、今日は金曜日だから、3月17日月曜日までに事務局に御連絡ください。事務局から厚労省、消防庁にまとめて連絡いたします。

議題2に行っても大丈夫ですか。

○事務局 事務局です。大丈夫でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、議題2に入りたいと思います。議題2は、「在宅医療における円滑な薬物治療の提供について」、これはフォローアップを含みます。こちらに入らせていただきます。

出席者を御紹介します。公益財団法人日本訪問看護財団から、大竹尊典事務局次長、厚労省から佐藤大作大臣官房審議官ほか、医薬局の皆様にご出席いただいております。

では、まず公益財団法人日本訪問看護財団様から5分以内に御説明をよろしくお願いいたします。

○公益財団法人日本訪問看護財団（大竹事務局次長） 御紹介ありがとうございます。日本訪問看護財団事務局次長の大竹と申します。

画面の共有をさせていただきます。

本日は貴重な機会を頂戴いたしまして誠にありがとうございます。在宅医療における円滑な薬物治療の提供について、訪問看護の立場からということで少しお話をさせていただきます。

私どもは訪問看護を推進する団体で活動をさせていただいております。今回、フォローアップのワーキングということで、これまで様々な御議論がされていると承知をしております。その中で、訪問看護ステーションが過疎地域においてどのような利用者様に対応させていただいているかというところで、お薬との関係について事例を通してお伝えさせていただければなと思っております。

まず、事例でございますが、A町は人口約2,000人、820戸ぐらいの町でございます。この地域に薬局はございません。車でステーションから60分のエリアに主治医の所属する在宅療養支援病院がございます。当該地域を訪問エリアとする訪問看護ステーションは、常勤換算3.5人と小規模でございます。全国的に過疎地域の訪問看護ステーションにおきましては、3～4人ぐらいの規模のステーションが多うございます。そういったステーションでも24時間対応体制を取っておりまして、緊急対応時には訪問看護師が自宅から直行するといったケースが多うございます。

そして、このステーションのBさんという利用者様は、80歳、高血圧症で既往歴に脳卒中がごございます。要介護4で嚥下障害があるという状況でございます。この方への訪問看護提供を通じまして、ある日、主治医より38度以上の発熱時には解熱剤を内服するという事前の指示がございましたけれども、薬剤は自宅で管理をしており、訪問看護師が訪問時に残数を確認するといったことを日常的なケアとして行っておりました。

ある土曜日の夜でございますけれども、38度の発熱があるというお電話がありまして、利用者さん御自身も水分が摂取できないということで御相談がありました。訪問看護師は繰り返してきた誤嚥性肺炎と同様の症状だと判断をいたしまして緊急訪問した。そして、主治医に電話で御報告の上、解熱剤の内服の指示を事前にいただいておりますので、介助により1時間後には37度台に解熱をしたという事例でございます。

そして、意識がはっきりしたため、とろみをつけた水分の摂取も介助したのですが、まだ熱の影響なのか誤嚥が見られましたため、さらに進めて症状が悪化してはいけないということで中止をしたという状況でございます。

次の日でございますが、まだちょっと微熱が継続しておりまして、ちょっと尿量も減少していた。また、脱水症状が見られたので、再度主治医に御連絡をさしあげました。そうしましたら、在宅で輸液加療の指示を頂戴いたしまして、お薬がその場にございませんので、訪問看護師が病院に輸液セットを含め往復2時間かけて輸液をようやく投与できたといった事例でございます。その後、尿量も戻ってきて、状態的には落ち着いたという内容でございます。

現行制度において工夫した成果といたしましては、こういった医師の包括指示で頓服処方がありましたので、苦痛は最小限にできたというところでございます。ただ一方で、患者様は容態に注意が必要なところがございますが、輸液がございましたので、訪問看護師が病院まで取りに行くといったことが発生してしまった。

では、どうすればタイムリーな医療を届けられたのかという観点でございますが、医療提供において薬剤は不可欠でございます。ステーションが緊急で呼ばれる事象は、発熱や疼痛の増強などの一定の傾向がありまして、限定的でございます。高齢者は脱水傾向になりやすく、今後、85歳以上の方々が増加することを考慮いたしますと、輸液と薬剤が必要時に使用できる環境というものがあれば、状況は異なったのかなというところがございます。

冒頭申し上げましたとおり、過疎地のステーションの運営の特性としては、大多数が小規模でして、移動距離が長いというところがございます。こういった現状を解決するのに私どもとして考えられる部分としましては、脱水症状に対する輸液などは高齢者の方の不要な入院を減らすことが期待できる。そして、過疎地域では法人が異なる病院、薬局、ステーションがそれぞれ負担なく連携して利用者に薬剤が届くシステムが必要だと考えてございます。

そういった中で、厚生労働省様におきましては、薬局・薬剤師の機能強化等に関する検

討会が開催されまして、いろいろと御議論をいただいているということで承知しております。3月10日にも開催されており、以下の方向で取りまとめ案が議論されたものと承知しております。

1つ目は、面としての薬剤の提供に係る提供体制といったものを前向きに御検討いただけるということ、ありがたく存じます。

そして、体制構築は前提としつつも、個別具体的に全部対応することが難しいといった場合には、医師の指示の下、医師または薬剤師の確認の上で患者に当該医薬品を使用することを実施可能とし、その対象医薬品を輸液とするということで取りまとめ案が出されていらっしゃるということで承知をしております。

こういったことを踏まえまして、私どもとしましては、上記検討会においてステーションの配置薬剤の拡充が地域の実情に応じた一つの選択肢になるという結論は、現場にとって朗報であると受け止めております。

一方で、輸液と同様に実態調査において現場ニーズがあるとされていましたが解熱鎮痛剤や軟膏、下剤、感冒薬が対象医薬品とならなかったことについては、再度御検討いただく必要もあるのかなと感じております。

実際にこういった部分を実施する際の論点、あるいは現場運用というところにつきましては、少し御配慮いただきたいと考えております。ステーションが新たに配置を認められた薬剤を適切に活用できるよう、以下の明示が必要ではないかと考えるところでございます。

具体的には、実施に当たって必要とされている都道府県や地域の関係団体等への報告及び実施状況の共有の方法並びに必要な事項につきまして、整理・明示をいただけると大変ありがたい。

本制度は在宅療養中の患者の急な状態の変化時において臨時的に対応するという特例であると受け止めておりますので、患者の状態に応じて医師の指示の下で看護師が迅速に対応できる運用とすることが求められると考えます。

その上で、患者、医師、薬剤師、訪問看護師に合意があれば足るとする理解でよいのか、また、訪問看護ステーションから2次医療圏単位の行政機械への事前共有・実績の報告を求めるものなのか、そして、これらの報告・連絡・相談の流れや必要な事項を明確化すべきではないかと考えております。

また、当該薬剤の入手方法(輸液投与に必要な針や点滴ライン、固定用テープ等を含む)、また、保管・管理方法、留意事項、医療保険上の対応についても検討していく必要があるのではないかと考えています。

この保管・管理方法につきましては、実態から既に事前に処方いただいていた点滴等につきましては患者様の御自宅に置かれていて、それらについては患者様、御家族と共に私ども看護師も一緒に管理させていただいたりしておる実態もございます。こういった実態も含めまして、さっきの事例のとおり、実効性のある対応とする観点からは薬剤

の範囲の拡大というものも検討の余地があるのではないかと考えております。特に輸液につきましては今回御検討いただきましたけれども、被覆剤やその他の軟膏、あるいは下剤、解熱鎮痛剤、止痢剤、感冒薬などの追加といったものも考えられるのではないかと考えておるところでございます。

そして、円滑な運用及び効果的な対応としていくためには、以下の3点についても重要ではないかなと考えているところでございます。

1つ目は、訪問看護ステーションが必要時に卸の業者さんから必要な薬剤を円滑に入手できるよう、販売業者様への御周知をいただくこと。

そして2つ目に、必要時に薬剤が症状緩和に使用できるように、医師、看護師、薬剤師等の在宅医療に従事する方々への御周知。

そして最後に、こういった特例を一定期間運用していただきまして評価を行い、さらには対象医薬品等についてはそれらで事足りるのかといったところについて御検討いただければと考えているところでございます。

御清聴ありがとうございました。私どもの発表は以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございました。

続きまして、厚労省様から10分以内に御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（佐藤審議官）　厚労省審議官の佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

今、資料をお出しします。

それでは、よろしくお願いいたします。

厚生労働省からの資料ということでございますが、経緯も含めて簡単に御説明させていただきます。

2ページ目ですが、令和5年度の規制改革実施計画に、在宅医療における円滑な薬物の提供について、在宅医療の実施状況については地域の異なる、また、地域の多職種連携の重要性などを考慮し、在宅患者が適時に必要な薬剤を入手できないことがないよう、次の措置を講ずるという形で記載をしています。

次のページをお願いします。具体的にはbのところですが、厚生労働省は夜間・休日を含む24時間対応が可能となるよう、輪番制の導入や日々の対応薬局の公表等を実施するとともに、その実施状況についてその是正等を図ることも方策に含めて必要な対応を検討するということと、cの部分ですが、bによっても24時間対応が可能な薬局が存在しない地域については、在宅患者に円滑に薬剤を提供する体制の整備に向けて必要な対応を検討するということが書かれてございます。

bについては、令和5年度検討、結論と書かれてございまして、昨年、本ワーキングに報告をさせていただいています。cについては令和5年度に検討開始、遅くとも令和6年度中に結論するという事になってございます。

次をお願いします。4枚目です。令和5年の12月から、薬局・薬剤師の機能強化に関す

る検討会において議論を開始しています。

次をお願いします。ということで、これまで複数回の検討を進めてまいりまして、佐々木専門委員にも参考人としてヒアリングを実施させていただいております。今年度中に取りまとめを行う予定にしています。

次をお願いします。医療計画の作成支援において地域に求める在宅医療の体系図ということであります。医療機関、薬局、訪問看護事業所等の関係者が多職種連携を図りつつ、必要な体制を構築するということです。

次をお願いします。7ページですけれども、令和5年度の厚生労働科学研究における実態調査ということで、渡邊伸一先生のところでやっていただいた研究班の結果になってございます。訪問看護事業所を対象にした調査では、過去1年間に利用者の状態が変化して迅速な対応が必要になった事例が起きた割合の中央値が0.78%、薬剤が入手できずに速やかに対応できなかったものが0.17%、一方で、事業者別に見ますと、過去1年に薬剤が入手できずに速やかに対応できなかった経験があるという方が約16%いらっしゃるという結果になってございます。

8枚目をお願いします。厚労科研の訪問看護ステーションに対する調査ということで、医薬品が入手できずに速やかに対応できなかった事例というもので出させていただいています。入手できなかった医薬品の種類としては、この表を御覧いただくと、麻薬、解鎮と輸液などという形になってございます。

では、次のページをお願いします。9ページですけれども、利用者（患者）の状態が変化して迅速な対応が必要になった事態における対応手順について、訪問看護ステーションにおける申合せの有無の状況を確認しています。医療機関との申合せについてはほとんどの訪問看護ステーションで実施されていますが、一方、薬局との申合せは約半分で行われていないという状況がこの結果ということになります。この令和5年の調査の時点では薬局との連携はあまり進んでないということをお示しさせていただいているということになっています。

スライド10をお願いします。在宅患者の状態が変化して迅速な対応が必要になった事態における対応のための事前の準備の状況についても調査をさせていただいています。患者や訪問看護ステーションに調剤済みの医療用医薬品を配置する対応や、患者にOTCを購入してもらって配置しておくといった対応が主に行われていて、本来これがやるべき姿ということだと思います。

次をお願いします。11ページです。令和6年度の規制改革実施計画において、令和6年度上期の措置事項として、在宅患者への適時の薬物治療の対応が夜間・休日含め24時間365日可能な薬局が存在しない地域における必要な体制の整備などの必要な対応を検討するために、1次医療圏ごとの薬局における在宅対応に関する体制・機能の情報を公表するとされております。これを受けまして、8月1日時点の状況を厚労省のホームページに掲載しています。

次をお願いします。平成6年の8月1日時点の1次医療圏ごとの薬局の対応等の状況をまとめたものでございます。市区町村1,741のうち、薬局があるのが1,603ということです。このうち輪番制による対応を含む夜間・休日対応の薬局が存在するのが1,474、在宅対応可能な薬局があるのが1,523ということで、多くの市区町村には対応可能な薬局が存在しています。対応薬局がない市区町村というのもありますが、一方でその全てに訪問看護ステーションがあるわけではない。当然逆もあるわけですが、薬局も訪問看護ステーションも近隣の市区町村にあって、そこは近隣の市区町村から対応しているような場合もあるので、一概に1次医療圏がないから対応するところがないということではないということもこの数字を見る際には御注意いただきたいと思います。

13をお願いします。昨年6月までの検討会の議論を踏まえた実態と課題の整理をいたしまして、その後の検討会ではこれを踏まえて議論を実施してきています。多くの在宅患者においては対応できている一方、少数であるけれども患者の状態変化により緊急な薬剤の提供が必要となった場合に円滑に提供できなかった事例というものは存在するし、中には薬局との連携が必ずしもできていないという事例もあるということで、関係者の連携が必ずしも十分ではないという状況なのだろうと思います。こういったところを見ていくと、解決策としては事前に薬局と連携して体制をつくっておくということが非常に重要だということになるのだろうと思います。

14ページをお願いします。令和5年度の規制改革実施計画のbの事項への対応状況ということで、令和6年の4月の本ワーキングで一度報告させていただいています。その後の対応としては、地域薬剤師会において非会員の薬局も含めた対応可能薬局リストを作成して公表するとか、当該情報を厚労省のホームページで周知する、都道府県にも情報提供する、自治体への監視指導について、特に健康サポート薬局や地域の連携薬局への監視指導については24時間対応等の確認をするように通知をしています。

15ページをお願いします。地域における薬局機能に係る体制の公表状況は、こういう感じでやっております。

16ページをお願いします。令和5年度の規制改革実施計画のcの事項についてです。厚労省において検討会を開催して、24時間対応可能な薬局が存在しない地域を含めた在宅医療における薬剤提供の在り方として検討して、取りまとめ公表予定というのが年度内のスケジュールになってございます。

17をお願いします。検討会での主な意見をここに載せさせていただいています。在宅患者が適時必要な薬剤を入手できるように、夜間・休日の対応を行う薬局を含めた地域での体制整備というのが非常に大事だということです。個々の地域で実情を把握した上で連携体制の構築を検討していただくということが必要でありまして、事前に医師、薬局、薬剤師、訪問看護師間で対処方法を取り決めるなど、連携体制を構築することが重要です。先ほどのアンケートの結果でも、この部分の薬局との間の連携というものがあまりよくできていないという状況があったかと思います。医師と看護師が協働している情報が薬局薬剤

師に入らないという状況を把握することで解決できる問題もあるわけでありまして、事前に各職種が連携して協議することが重要というのが主な意見ということになります。

18ページをお願いします。検討会の議論のまとめの案ということで少し細かいものになっていますけれども、地域における薬剤提供体制の構築の推進というものの、それは行政を含めた課題の共有が必要であるということと、都道府県レベルだけではなくて、もう少し小さい地域レベルでの取組というものがあって、それを連携させていくということ、それに基づいた形で個別の患者への対応を実施していくという流れになっています。

19ページをお願いします。個別の患者への対応の案というものをここにお示しさせていただきます。個別の在宅患者の対応については、薬剤の提供の課題が生じた場合に在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師等において具体的に薬剤師の関与による円滑な薬剤提供を実施できるようにするための対応を協議するということで、具体的には地域薬剤師会への情報提供・相談、臨時的な対応が可能な薬局の確保、あらかじめ処方・調剤した薬剤の患者宅への配置や患者宅にある一般薬の活用などを検討するということであります。

それでも困難な場合には、担当する医師、訪問看護師、薬剤師等で臨時的な対応の検討を行うということで、その臨時的な対応という点では在宅療養中に患者の急な状態の変化において訪問看護ステーションに処置・投薬で対応する場合に必要な医薬品を常備しておき、医師の指示の下で使用するということですが、これはあくまで臨時的な対応ということであり、改善策を検討していただくことは必要だとは思っています。

ただ、実施に当たってはあらかじめ地域の行政関係者等に報告をしていただくとか、定期的に情報を共有していただくことが必要と考えています。それについてはまだフォーマットが何かあるということではないわけでありまして、そういうことです。やはり現場に過度な負担がないようにそこは配慮したいとは考えています。報告された情報に基づいて地域への監視指導や体制の構築にも活用していくということになるかと思えます。

20ページをお願いします。検討会では臨時的な対応について、対象患者や薬剤の範囲について、先ほどのアンケートの状況等もありましたけれども、それを踏まえて特に脱水時に対応できるように輸液、体液保持剤という形で対応できるのではないかとということをお示しさせていただいております。

次のページをお願いします。これが最後のページになりますけれども、対象医薬品については訪問看護ステーションが卸売販売業者から、いわゆる販売先変更届というものがありますけれども、訪看ステーションに対して適切に保管・管理するような形で購入していただくような形にさせていただくということ、その訪問看護ステーションにおいて適切な対応が可能となるような保管方法についても示していくということを考えているということになるかと思っております。

厚労省からは以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、これから質疑に入りたいと思います。30分程度をめどに議論させていただければ

と思います。

では、佐々木専門委員、お願いします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

厚労省様におかれましては、非常に前向きに議論を進めていただきまして、まずその点、感謝申し上げます。

その上で、追加で意見をさせていただきたいのですが、まずは配置できる薬剤ですが、許可していただいたといっても、結局輸液だけですとやはり現場の課題は改善しないのだろうと私は確信しています。令和5年度に調査を実施していただいたということなのですが、これは御覧いただければ分かります、対象のサンプルサイズが僅か92ステーションなのです。たったこれだけのステーションで個別の薬の必要性の判断をしようというのは恐らく無理なのではないかと思います。基本的には医師の指示に基づいて使用するものですので、管理上困難が伴わない、あるいは医療用の麻薬のようにちょっと難しさがあるものを除けば、制限をかける理由は基本的にはないのではないかと思います。

訪問看護財団からは、輸液のみならずドレッシング材、浣腸、ステロイド以外の軟膏、湿布、下剤、そしてできたらステロイドの軟膏、解熱鎮痛剤、止痢剤、総合感冒薬などと書かれていますけれども、これはまさに私たちが現場で今欲しいのだけれどもそこないと困っているような内容のものです。こういった薬剤が休日・夜間に手配できないと、結局こういった症状の緩和のためだけに病院に行かなくてはいけないという患者さんが出てきます。それがそもそもの議論のスタート地点だったはずですので、先ほど救急車を減らさなくてはいいかという話もありましたけれども、そういったことを勘案しても、必要な医療に、特に薬剤に24時間きちんとアクセスできる状況をつくっていただきたいと思っています。

厚労省さんの認識で、厚労省さんの資料の13ページには、多くの在宅患者においては円滑に薬剤提供の対応ができていると書いていますが、これは認識の違いです。円滑に薬剤提供の対応ができているのではなくて、たまたま24時間の薬剤アクセスの問題が生じなかった患者さんたちです。何事もなければ円滑に見えるのですけれども、ただ、この患者さんも、夜に何かが起こったら薬を届けなくてはいけないのです。私が参考人として登壇したときには資料を提供させていただきましたけれども、休日・夜間の薬剤提供のニーズはゼロにはできない。すごく少ないのですけれども、ゼロにはできない。だけれども、それが起こったときに、やはり患者さんはすごく被害が大きいのです。だからこそ、そのときカバーするための傘が欲しいということを伝えてきたつもりです。

20ページの3つ目のポツですけれども、解熱鎮痛剤、輸液、医療用麻薬の中で云々かんぬんと書かれていて、例えば軟膏、下剤については薬剤が必要となる疾患・症状を踏まえると、事前に処方・調剤した薬剤を配置することが適切であると、解熱鎮痛剤、感冒薬については事前に処方・調剤しておけと書いてあるのですけれども、こういうことはもちろん予測される方ではやっているのですけれども、そうではないケースで起こったときにど

うしますかということを経験してきただけなのではないです。私たちはもちろん主治医の先生方はレスキューオーダーを準備しているのですよ。だけれども、何が起きるか全て予測して全てに備えるということはできませんね。だから、それが起こったときに対処できる安全弁が必要ですよというのが議論の出発点だったはずなんです。あれも起こるかもしれない、これも起こるかもしれない、事前に処方しておけ、全部出しておけとやったら、厚労省さんは何をやるかというところで厚生局が出てきて、これは症状がないからこんな処方では認められんと言って切るではないですか。事前のレスキューオーダーは保険で100%カバーされるのですか。私たちは経験上必ずしもそうではないと思っていますけれども、この辺りが全く一貫性がないと思いますし、そもそも私たちがスタート地点で問題意識として思っていた部分と厚労省さんが今回プレゼンでお伝えになった内容は、少し理解のそごがあるように思いました。発言をさせていただきました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

御意見を幾つか伺った上でまとめて厚労省さんに御回答いただきたいと思います。

では、次に伊藤専門委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤専門委員 御説明ありがとうございます。

これはフォローアップ事案ですので、一定の進捗が見られたということに対してもちろん感謝を申し上げます。

その上で、私の感覚からすると、例えば湿布も貼れないとか、鎮痛剤も貼れないとか、下剤も無理だとか、ステロイドの軟膏すら無理というのはなぜそうなるのというのが本当に素朴な疑問としてあります。先ほどの議題1でなぜそんなこともできないのというのが本当に素朴な疑問と全く同じ問題をこれははらんでいるのかなと思います。

ただ、話を許可いただいたというか、拡大を目指しているという輸液に絞りますけれども、具体的に通知などがないと現場は動けないと思うのですが、ここでは医師、薬剤師、当事者の合意があれば配置が可能という認識で出されていますけれども、例えば実際に蓋を開けてみると、何か関係団体や医師会が反対するといったローカルルールで、一瞬形式的に規制が改革されたように見えても、実質的には変わらないみたいなことにならないように、具体的にその設計ないし運用ないし周知などをしていただきたいと思います。この点についてどのようにお考えなのかを詳しくいただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、こちらで厚労省さんに御回答いただきますが、私も気になるのは、例えば臨時的な対応であるとか、関係団体への事前の報告が必要であるというのは現場にとってすごく大きなプレッシャーになってしまって、結果的にこれが実施されないというか、それが大きな普及のボトルネックになるのではないかとことは皆が懸念するところだと思いますが、いかがですか。

○厚生労働省（佐藤審議官） 御指摘ありがとうございます。

いろいろな手続があるのではないかなということなのですが、一番重要なのは、日頃から関係職種の皆さんが協議をされていて、よく情報共有をされているということが大事で、それがちゃんとできていれば、相互に情報を共有するとか、行政にも周知するという作業はそんなに大したことではないのではないかと我々は思っています。そのようにおっしゃるのは、日頃からちゃんと協議ができていないからと私どもは思っているということです。それは先ほどの厚労科研での調査結果でもありますけれども、特に薬剤師さんと訪問看護の間の意思疎通というものがなかなかできていないというのが一つの大きな問題なのかなと思います。

佐々木先生からも御指摘をいただきました。輸液だけではないかなということをおっしゃられていますけれども、先ほどの20ページでもありますけれども、それ以外のものについて、事前に処方していただいて患家に置いておかれるとか、OTCでも対応できるというものを順番に除外していくと、最後に残るのが輸液というのが今回の私どもの検討会での議論の結果ということで、ここについては何かそれを保険で切られるのではないかなということは恐らく我々もないだろうと思っていますし、そこはもうそういう前提の中で、いわゆる多職種間で今回議論をしてきた結果がこういうことなのだろうと思います。

医師の指示なのだから置いておけるだろうということをおっしゃるのですけれども、そもそも薬剤の管理は薬剤師の仕事であって、それを何の前提もなくほかの職種の方の専門性で行うというのは、私はおかしいと思います。

なので、そういう中で、もともときちんと協議をしてやっていただけたところの範囲を決めて、それでもできない部分でどこがあるのですかということで今回、コンセンサスが得られた部分というのが輸液ということなので、もちろんほかの薬剤についても今後似たような対応ができるかどうかということについては引き続き検討になっていくのだろうと思います。

そういう観点では、伊藤委員から御指摘いただいたような湿布やステロイドというものはどうなるのかということですので、これもきちんと事前に協議をいただいて、患者のお宅に事前に処方していただいて配置するというところが基本なのだろうと思いますし、そういう形で持っていれば、ないということにはならないでしょうし、日頃から患者さんをずっと見ておられれば一定程度の予測性はあるのだろうと我々も思っていますので、そういったところはしっかり職種間でも情報共有をされて、あらかじめ御対応いただきたいと思っております。

あと、今回の私どもの検討会は、いわゆる職能の方々も薬剤師も看護師の方も入って議論をしているところでありまして、蓋を開けたら医師会が邪魔をするということはないように我々もきちんと現場に対しても通知等で周知をさせていただこうと思っておりますので、どうぞ御協力をよろしく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。

佐々木専門委員、いかがですか。

○佐々木専門委員　つまり、これは規制緩和に見せかけたゼロ回答ということですね。つまり、議論がまた全くゼロに戻ってしまって、申し訳ないのですけれども、連携ができないのは薬局が対応できないから連携ができないのであって、その部分をどうやって地域で補完するかという話をしていたはずですね。事前に処方しておけば何とかなるだろう、患者に何が起こるかは予見できるだろう、それは予見できますけれども、どのくらいのパーセンテージ、どのくらいの範囲までレスキューオーダーを出しておくのか、そんなことを言われても全ての患者に事前に出しておけという話になりませんか。どうですか。それは社会保障としてあり得るのですか。

あるいは薬局との役割分担は、薬剤師の職能としてそれは適切なのでしょうか。24時間対応というのは、できたら起こしたくないし、起こったときには、聞いていますか、厚労省さん。

○厚生労働省（佐藤審議官）　よろしいでしょうか。

今の佐々木先生の御指摘ですが、今日の11ページの資料にもありますように、きちんと薬局にも責務を果たしていただくといえますか、24時間365日対応可能なものもちゃんと整備していただくということが前提での議論ということになっていますので、それができないからというところを前提に考えると、それはやはりちゃんと全体のシステムという観点では不十分なのではないかなと思っています。

○佐々木専門委員　システムで補完できないからこそ、臨機応変にお互いサポートし合うために、特に薬剤の24時間アクセスが担保されなければ安全な療養生活ができないという認識があってこういう議論があったのですよね。地域の輪番制が機能していないということは皆さんも実質御存じだと思いますし、ホームページに公開された地域連携加算を取っている薬剤師さんのところに夜に電話したら、薬は届くのですか。電話には出るけれども薬を届けられないという薬局があるではないですか。実際電話に出ない薬局だってあるではないですか。そういったところに監督をしっかりしますよと言っても、薬が届かなかったら患者さんは別にハッピーではないですよ。誰のための何のための厚労行政なのですか。これはただ単に薬剤師さんたちの利権を守りたいだけではないですか。患者さんたちが夜、予測不可能な事態で薬が必要になったときにどうしますという話をして、訪問診療のクリニックには薬がないし、訪看ステーションにも薬がないし、薬局にしかないのですよ。厚労省さんの判断としては、そのときに救急車を呼べということなのですね。訪看ステーションに薬を置くぐらいだったら救急車を呼べ、それでいいのですか。

○佐藤座長　ありがとうございます。

ちょっと議論が白熱するとあれなので、いかがですか。やはり認識にまだずれがあるかなという気はしていて、連携がプランAであることは間違いないけれども、我々はその連携ができない地域があるよねというところを念頭にこれまで議論してきたのだと思うので

すけれども、御案内のとおり1人薬局というのもいらっしゃるわけですから、1人で24時間起きているのかというわけにもいかないではないですか。だから、その辺りの実効性というのをどこまで考えて議論されているのかなというのは、疑問ですと言って厚労省さんに答えを求めるとまたここで紛糾しそうなので、そういう形で我々はいまだに疑問に思っている。多分厚労省さんの認識について疑問に思っているということだけ申し添えたいと思います。

佐々木先生もまだ言いたいことはおありでしょうけれども、ほかの委員の方々からも手が挙がっていますので、時間があればまた議論いただければと思います。

では、落合委員、お願いします。

○落合委員 どうもありがとうございます。

私もこの検討会に参加させていただいておりまして、実はその前のオンラインの販売のときよりこちらのほうが議論は楽なのかなと思いきや、割と極めて保守的な意見がかなり出てきてかなり大変だったとは記憶しております。

ただ一方で、思った以上にかなりいろいろな方々が厳しい意見を言われる中で、厚労省の方々としては前に進めるような議論を進めていただいたという部分について、特に感謝を申し上げたいと思っております。

これはいろいろなエビデンスを検討会の中でも積み重ねていった部分もあったように思っておりまして、その中では私も、先ほど何度か座長がおっしゃられていたような、実際には連携できていなかったり、ワークできていないという場面というのが数字上も出てきているようなデータもあったかなと思っております、そういう場面において連携ができない場面というのはあるだろうと、それをどうやって実効性を持って改善できるようにしていくのかというのが大事ではないか、という議論をさせていただいていたと記憶しております。

その上で、今回、措置を整理していくという中では、そういうものがない場所があるということはまず前提にというか、そういうことがあり得るだろうということはまず受け止めていただいたので、一応輸液のところまでは進んできたという流れだったように記憶しております。

その上で、今後、本当に今回の内容だけで解決ができるのだろうかということ、まず一歩進んだということ自体は大事ではあると思うのですが、一方で、検討会の際にも何回か申し上げさせていただいておりましたが、それで本当に良くなっているのかどうかというのは、ちゃんとモニタリングをして改善していくということが必要ではないかということも申し上げさせていただいておりました。これは健康サポート薬局であったり地域連携薬局と言われているものの機能であったり、それが本当に配置できているのか、それが役割を発揮できているのか、また、制度上位置づけるということについてどのように評価していくのか、といったところを定期的・継続的に見直していただくというのは非常に大事ではないかなと思っておりますが、それも一定程度は取りまとめの中で御考慮いただける

ような方向でもあるのかなと思っはおります。

なので、佐々木先生のおっしゃられている姿まで行かないと、最終的にはいろいろなものが解決しないであろうというところはあるつつも、相当程度いろいろな議論がある中で進めていただいた部分もあったように思っております。

しかしながら、前回の会議でも私も発言させていただきましたが、やはり輸液の点もございますが、解熱鎮痛剤、感冒薬等もそうだと思いますし、本当に現場で必要になるようなものをしっかり利用できるようにできるのか、また、こういった本当に実際に使えるような、お互いに本当に助け合えるようなものになっているのか、また、その際にも発言させていただきましたが、ここで看護師側の拡大もしていく中で、一方で薬剤師にもまたできる部分というのを増やしていけるところはないか、といった議論もさせていただきましたので、ぜひそういったところは本日の御議論も踏まえて、一層しっかり厚労省には御検討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。

お時間の関係もありますので、まず高山先生からコメントをいただいて、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、高山先生、お願いいたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

佐々木先生がコメントしていただいたとおりなのですが、私も在宅医療に関わりながら、厚生労働省からの御説明はちょっと私の現場感と距離があるというか、感覚的に相容れないところがある御説明だったなと思います。そこはぜひ御理解いただいて、説明ぶりも含めて溝を埋めていっていただいたほうがいいのではないかなと思います。

あとは、佐々木先生が指摘したところと同じなのですが、厚生労働省資料の20ページで、事前に処方・調剤した薬剤を配置することが適切であるというけれども、私も在宅医療としてこうしたスタンバイ処方をすることはあります。というか、しょっちゅうやっています。ただ、これが結構薬剤の無駄を生じさせているのですね。近年、医療費増大がホットな話題となっているわけですが、ある意味スタンバイ処方というのは過剰処方となっているわけです。こうした無駄というのは全て若い世代に負担させています。むしろ解熱鎮痛剤や感冒薬、あるいは下剤などについては誰でも必要になる事態が起こり得るのですけれども、いつ必要になるかは分からないわけで、だからこそ、訪問看護ステーションに、特定の患者さんのためではなくどの患者さんでも使えるようにストックしておくというのが無駄を省くという意味でも適切だと思います。

あと、一般用医薬品でも対応可能ではないかとお考えかもしれませんが、離島や僻地では24時間対応の薬局がないだけでなく、そもそも薬局やドラッグストアがないところもあります。そうした場合、結局のところ何が起きてしまうかというと、軽症であるにもかかわらず、在宅で様子を見ることができずに救急搬送されてしまうということが

実際に起きているわけですね。こういうものが積み重なって、どんどん高齢者の軽症が運ばれる時代が来るのだとさっきの議題1でありましたけれども、まさにこういう基本的医薬品へのアクセスが不十分であるがゆえにそういうケースが増えていくということが将来的に見えているということだと思います。

だからこそ、訪問看護ステーションに基本的な医薬品があれば、在宅患者さんが救われるだけでなく、救急医療を適切に適正に維持することができるようになります。訪問看護ステーションというのは地域の医療相談の窓口としての機能も持たせていますので、このリソースを使わない手はないはずなのですね。今回、輸液剤を認めていただけたということは、0から1に進んだわけですから、私は大きな進展だと思います。感謝しております。地域医療が少しずつ変わっていくのだなという実感もあります。さらに効率化を図っていくためには、その他の基本的医薬品についても配置できるように、遅滞なく進めていただくようお願いしたいと思います。

最後に1点だけ質問です。解熱鎮痛剤や下剤というものについて、今の時点で症状がない場合、保険病名は記載できませんね。症状がないわけですから、病名は記載できないのですけれども、事前処方しても構わないのでしょうか。これはグレーな現場判断としてこれまで行われてきたと私は思っているのですけれども、今回、厚労省さんが公式に認めていただけたとすれば、これは私たち現場としては革新的な出来事なのですから、ここはぜひ教えていただきたいと思います。

○佐藤座長　ありがとうございます。

今の最後の点は御質問だったと思いますが、厚労省さん、いかがですか。簡単に言うと、事前処方というのはどこまでの範囲で認めていいのかという話だったと思います。

○厚生労働省（佐藤審議官）　厚労省でございます。

いかに処方の際に理由をきちんと書いていただけるかということに尽きるだろうと思います。

○高山専門委員　理由は書きますけれども、病名はなくてもいいのですね。

○厚生労働省（佐藤審議官）　それは保険病名で対応していただくとか、糖尿的な出し方をしていただくという感じになるのだろうと思います。

○高山専門委員　それは風邪も引いていないし、発熱もしていないのだけれども、保険病名として感冒という病名をつけてよいということですね。

○厚生労働省（佐藤審議官）　実際にそうせざるを得ないと思います。

○高山専門委員　ありがとうございます。非常に革新的なお答えをいただいたと思います。

○佐藤座長　大丈夫ですか。私は財政学者なので、そういうものはすごく大丈夫なのかなという気がするのですけれども、お二人手が挙がっておりますので、時間の関係上、桜井専門委員までとさせていただきます。

では、大石専門委員、お願いいたします。

○大石専門委員　できるだけ短く。

輸液を置けるようになったということと、今の症状がなくても保険病名でいけるということはかなり画期的なことが進んだと思いますので、まずは感謝申し上げたいと思います。我々も現場を預かっていますし、あとは現場のコンサルもやっていますので、みんなに伝えます。

それはそれで一歩進んだのは進んだのですけれども、現場から見た違和感と患者から見た違和感というのが、佐々木専門委員含め皆さんがおっしゃったとおり私もすごくそれを感じています。短く言ってしまうと、各地域に24時間対応の薬局はほとんどところにあるのではないかと。なかったとしても隣の町にあるからいいのではないかと。それがうまくいかないのだったら事前処方すればいいのではないかと。また、訪問看護師と薬局との間の連携の努力が足りないので、それをもうちょっと頑張ってくれという、短くて言ってしまうとそういうことだったと思うのですけれども、例えば隣の町から運ぶといったときにどれだけ時間がかかるかということだったり、その結果、患者さんがどれだけ苦しむのかという感覚というのはおありなのかとか、あとは、連携というのはすさまじく手間がかかるのです。現場で連携をやられてみるといいと思いますけれども、各方面といろいろな連携をやるためにすさまじく時間が取られていて、本来業務に時間が割けなくなっている職種もあったりするぐらいなのですね。

ですから、そういうことはあまり安易に言われたいほうがいいのではないかなと思っていて、できれば、今出されている案がよろしくない、それはいろいろな理由でよろしくないという背景はあるかと思うのですけれども、だとすると、現場が納得して実効性があると思う対案を出していただきたいです。もしもそれがあって、みんなが納得するのだったら、それはその方向でもいけると思うのですけれども、先ほど出されたように、もう大きくは問題ないし、あとは皆さん頑張ってください、努力が足りませんと言われるのであれば、繰り返しになってしまいますけれども、患者感覚と現場感覚から言うとこれではやれないなと思いますし、あとは、出された案が必ずしも保険財政的にも良いとも思わないので、何か違う案を考えていただけるとありがたいと思います。もしもあるのだったら、今、おっしゃってください。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、桜井専門委員からコメントをいただいて、厚労省さんにお返ししたいと思います。

○桜井専門委員　ありがとうございます。

私はこの間、薬局・薬剤師の機能強化の検討会をちょっと耳にしたのですけれども、訪問看護の薬剤というのは輸液管理だけなんだというのが率直な感想でした。ちょっと残念だったなと思います。

ただ、皆さんから今聞いたらこれでも大きな一歩だと聞いてちょっと驚いているのですけれども、その中の議論で、薬局がきちんと包括ケアの体制の中に入っていればいいのかみたいな話があったり、あるいはそこに薬剤師が入っていくことに対してまたお金がかか

るので支援してほしい的な発言もあって、世の中これだけ社会保障をどれだけこれから効率化していくかということをみんなで一生懸命考えている中で、まるで時代に逆行するような議論が行われていて、すごくピントが外れているなというか、世の中の多くの患者さんだったりその御家族から見たら納得できない議論なのではないかなと思っています。

実態としても24時間対応できていないところがほとんどだと思っています。歯科医の方もこれを自分たちがやっているのだと言うのだったら、本気でやってほしいと思いますね。できていないのが現状なので、できていないところをどうやって効率的にやっていくのかというのがこの規制改革のほうからの提案だと思っていますので、限られた社会保障の財源の中でこういったことをこれからやっていくのかということを厚労省のほうでそういう視点をお持ちなのかどうかというのを私は聞きたいなと思いました。

以上になります。

○佐藤座長　ありがとうございます。

先ほど大石専門委員から御指摘のあったとおり、もともと現場が疲弊している、現場が困っているというのがこの議論の出発点だったのに、現場のお前らが頑張っていない、現場が悪いと言われてしまったら、それは現場の方々には怒るよねというのはそのとおりだと思うのですけれども、これは桜井専門委員からの御指摘も含めていかがですか。

○厚生労働省（佐藤審議官）　どうもありがとうございます。

先ほど保険の件を申し上げたのですが、非常に画期的と御評価いただいたのですが、我々も本当にそれで大丈夫かというところは保険局にも改めて確認をしておきたいと思いますので、そこはちょっと留保させていただければと思います。

あと、今日もいろいろと御意見をいただきました。薬局がちゃんとできていないではないかという御意見もあったと思うのですけれども、24時間対応を輪番を含めてということで、それは薬局側でもしっかりとこの体制の中で努力していただくということが前提になってきます。これは薬局がサボっているからほかの人たちに頑張ってもらおうということではなくて、ちゃんと薬局側にも頑張ってもらわなくてはいけないということなので、そこはちゃんと私どもの検討会の中でもむしろしっかりと薬局にはやってくれということを改めて認識していただいたということなのだろうと思っています。そうでないと、どこかにまたしわ寄せが来るとか、薬局が動かないことを前提に議論するということは本来の姿ではないと思っていますし、そういう意味で薬局もきちんとやっていただくということなのだろうと思っています。

薬剤のレンジについては、今回、こういうロジックで輸液という形になってきています。ほかにもという御意見も確かにあるのですけれども、現状としては検討会の議論の中でも事前処方で対応できるとか、OTCでも入手できるとか、ほかにも何とかうまくやっている方法があるという部分については今回の中には入れていないということであります。

ただ、これまでもいろいろなワセリンなどといった処置に使うような薬剤については訪問看護ステーションでも配置ができるということにしていますので、それも併せて考えて

いただきたいということです。

これはどうしてもいろいろな方々のコンセンサスを得ながら議論というのを進めていく中で、今回、ここまでのところまで何とか来られたという部分については、一歩ということではありますけれども御評価をいただきたいなと思います。

我々も引き続き現場の中で皆さんがどんな御苦勞をされているのかとか、そういう中でこれからまだできることがないのかということについては引き続き検討していきたいと思っています。

あと、離島・僻地についてはまた別の議論を同じ検討会の中でさせていただいていますので、そこはまたこれとは少し切り離して考えていただきたいと思いますし、そこを切り離して我々も別の案を考えていこうと思っておりますので、引き続きいろいろな御議論をよろしくお願いしたいと思っております。

私どもからは以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。

まだ御意見があるかもしれませんが、お時間なので議題2はここまでとさせていただければと思います。

もちろん厚労省さんにおかれましては非常に御尽力いただき、まさに大きな一歩というか、厚労省さんのには月面着陸並みの大きな一歩だったのではないかと思いますのですけれども、ただ、それはあくまでも一歩であって、2歩目、3歩目が大事なのだと思います。なので、今回、臨時的な対応と言いながらも輸液についてはお認めいただきましたけれども、さらに現場の声を聞きながら、どういうニーズがあるかということは真摯にくみ取っていただければと思います。

あと気になるのは、臨時的な対応とは言いますけれども、現場の実情というのがありますので、当事者がちゃんと合意できていれば、訪問看護ステーションに輸液も置けるといところはちゃんと担保いただければと思います。

いろいろ通知を出されると思いますけれども、訪問看護ステーションが現状どうなっているかということにつきましてはちゃんとフォローアップをいただいて、何らかのなかなか普及しないボトルネックがあれば、そこはちゃんと検証し、是正に努めていただければと思う次第です。

あと、やはり議論がかみ合わないなと思っているのは、こちらは困っている現場があるというのが前提で、それは全てではない、それは分かっているのですよ。ただ、困っている人たちがいるということを認識して議論を始めているのですけれども、厚労省さんが見ているのは全国平均だなと思って、それは平均を見てしまえばそうではないし、規模的に見れば大した問題ではないし、人数的に見れば大した問題ではないじゃん、要するに連携すればいいの shouldn't という話になってしまうのは、申し訳ないですが、霞が関と現場の目線が合っていないのではないかといいところはあります。学者の私が言うのも変なのですが、できるだけそこはもっと実務的にというか、現場的な感覚というのを持って

対応いただければいいかなと思う次第であります。そこは分かっていると思うのですけれども、お願いいたします。

では、議題2は以上とさせていただきます。繰り返しになりますけれども、時間の関係上、もっと言いたかったことがあるという方々がいらっしゃると思います。いらっしゃるに違いないのですけれども、そちらにつきましても3月17日までに事務局に御連絡いただければと思います。

あともう一つ、高山先生から御指摘のあった画期的なやつですけれども、一般的な病名でいいのかどうかという件につきましては保険局に問い合わせることなので、回答が出てきたら、お知らせいただければと思います。

では、議題2はここまでとさせていただきます。厚労省さん、日本訪問看護財団様、ありがとうございます。非常に貴重なお話だったと思います。

では、本日はこれで会議を終了とさせていただきます。本日も御参加いただき、また、長時間にわたり御議論いただきありがとうございます。

では、速記はここで止めていただければと思います。