

第1回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和3年9月10日（金）17:00～19:36

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）大槻議長代理、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員

（政府）河野大臣

（事務局）村瀬室長、辻次長、吉岡次長、山西次長、木尾参事官

（説明者）正木義久 日本経済団体連合会ソーシャル・コミュニケーション本部長

伊藤智 アボットジャパン合同会社ガバメントアフェアーズディレクター

大野雅範 アボットダイアグノスティックスメディカル株式会社

感染症領域マーケティング部 部長

笹沼仁一 医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院 院長

山本史 厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）

間隆一郎 厚生労働省大臣官房審議官

（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）

佐々木健 厚生労働省内閣審議官

井内 努 厚生労働省保険局医療課長

（代理：金光 一瑛 厚生労働省保険局医療課長補佐）

4. 議題：

（開会）

1. オンライン診療・オンライン服薬指導に関する検討状況について

（フォローアップ）

2. 新型コロナウイルス抗原検査キットの薬局等における販売について

3. 地域医療構想調整会議のガバナンス向上について

（閉会）

5. 議事概要：

○木尾参事官 それでは、定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議・第1回「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

皆様には、御多忙中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日は、ウェブ会議ツールを用いてオンラインで開催しております。お手元に資料を御準備いただきまして、御参加のほど、お願いいたします。

本日の議題でございますけれども、3点ございます。

1点目、オンライン診療・オンライン服薬指導に関する検討状況についてのフォローアップ。

2点目、新型コロナウイルス抗原検査キットの薬局等における販売について。

3点目、地域医療構想調整会議のガバナンス向上について御議論をいただきたいと思っております。

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。

座長、よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 よろしくをお願いいたします。

先日8月23日に開催されました、第11回規制改革推進会議において、夏野議長から御指名によりまして、このワーキング・グループの座長を務めさせていただくことになりました、佐藤です。

どうぞ、よろしくお願いいたします。

座長代理につきましては、私より、武井一浩委員をお願いしております。

また、本日は、大槻議長代理に御出席いただいております。落合専門委員も18時からワーキング・グループに参加されることになっております。

河野大臣は、後ほど御出席されるということで、御出席され次第、御挨拶をいただくという予定になっております。

さて、本日は、第1回のワーキング・グループでありますので、ヒアリングの前に、本日御出席の皆様方から一言ずついただければと思います。

では、順番ですけれども、まずは、大槻議長代理より、お願いいたします。よろしくお願いいたします。

○大槻議長代理 皆さん、よろしくお願いいたします。

本当に国民の関心の高いところでもございますし、かつ重要なワーキングと感じておりますので、皆さん、どうぞ、よろしくお願いいたします。

そして、難しい専門性の高い分野と心得ておりますので、こうした形で、時々、皆さんの議論に傍聴をさせていただければと思っております、どうぞ、よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、武井座長代理、その後、中室委員、杉本委員の順番でよろしくお願いいたします。

○武井座長代理 武井でございます。

今、大槻さんがまさにおっしゃったとおりで、大変国民的関心が高く、かつ、いろんな形で、いろんな取組をやっていかなければいけないテーマが多いと思っておりますので、精一杯頑張りたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 中室先生、入られましたか。

○事務局 まだ、入室されてございませんので、杉本委員、よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 では、杉本委員、よろしくお願ひします。

○杉本委員 日本大学法学部の杉本純子と申します。

医療・介護に関しましては、全くの不勉強でございますけれども、医療を受ける側の一意見として、御意見をさせていただければと存じておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、続いて、専門委員の方々の御紹介です。

御挨拶の順番ですけれども、印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員の順番でお願ひします。

では、印南先生、最初にお願ひいたします。

○印南専門委員 慶應大学の印南でございます。

2期目というのでしょうか、再任されましたので、ぜひとも前の時期の議論を踏まえて、後退することのないよう、問題点を厳しく指摘していきたいと思っております。

よろしくお願ひします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、大石専門委員、よろしくお願ひいたします。

○大石専門委員 株式会社メディヴァの大石と申します。よろしくお願ひします。

私も2期目でございます、昨年は、医療・介護ワーキング・グループの座長を務めさせていただきました。

印南委員と同じく、昨年の議論を踏まえて、後退しないように、どんどん進めるように貢献したいと思ひます。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、次に、大浦専門委員、よろしくお願ひします。

○大浦専門委員 皆様、こんにちは、大浦敬子と申します。

専門委員の中でも、医師資格を持っているのは、私と佐々木先生だけかと思ひますので、医師の目から見ても、古いのではないかな、おかしいのではないかなということと一緒に改革していければいいかなと思っております。

どうぞ、よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、次に大橋専門委員、よろしくお願ひします。

○大橋専門委員 東京大学の大橋と申します。よろしくお願ひします。

前の期ですかね、途中からですけれども、専門委員でやらせていただいて、引き続き、何かしら御協力ができればなと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、佐々木専門委員、よろしくお願ひします。

○佐々木専門委員 よろしくお願ひします。

私は、主に在宅医療、高齢者医療、終末期医療に関わる訪問診療というのをやっている内科の医師です。大浦先生と一緒に現場のほうからということで、お話をさせていただければと思います。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

今、中室委員が入られたので、すみません、今、皆さんに御挨拶をお願ひしていますので、簡単に一言、よろしくお願ひいたします。

○中室委員 初めまして、慶應大学の中室でございます。

9月1日からデジ庁のほうでの勤務が始まって、少しばたばたしておりますけれども、私、専門は経済学でございます、医療や介護の分野にも大変関心を持っております、皆様に御指導をいただきたいと思っておりますので、どうぞ、よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

重ねてよろしくお願ひいたします。

では、議題1に入って大丈夫ですね。

それでは、議題1の「オンライン診療・オンライン服薬指導に関する検討状況について（フォローアップ）」に入らせていただきます。

厚生労働省からは、山本史大臣官房審議官、間隆一郎大臣官房審議官にお越しいただいております。

それでは、厚労省様から御説明をお願いします。

時間ですけれども、10分以内に、よろしくお願ひいたします。

○間大臣官房審議官 厚生労働省の医政局の審議官でございます。

それでは、まず、オンライン診療の状況について御報告したいと思います。

まず、資料の3ページでございます。

3ページの上側に、規制改革実施計画の内容が記載されております。

これは、先生方、御案内だと思いますので、詳細は省きますけれども、まず、bのところ、下線も引かせていただいておりますけれども、今後、オンライン診療が幅広く適正に実施されるように、オンライン診療のさらなる活用に向けた基本方針の策定ということが、求められてございます。

それから、もう一枚おめくりいただいて、4ページでございますけれども、こちらのほうについて、オンライン診療が初診からできるということについて、恒久化するということに関しまして、大きく2つ書かれております。

1つは、初診からの受診は、原則かかりつけ医としつつ、かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書等によって、患者の状態を把握できる場合を含むとしました。

その上で、さらに、健康な勤労世代とかかりつけ医がいない方もいらっしゃいますので、そういう意味では、診察に入る前に、初回のオンライン診療に先立って、患者さんとのオ

ンラインでのやりとりで、状況を聞き取って、それを把握できて、医師・患者双方が、オンライン診療が可能であると判断し、合意したという場合に、オンライン診療を認める方向で、具体案を検討するということが求められております。

さらに、診療報酬上の取扱いも含めて、取組を進めると、このようにされております。

そこで、検討会のオンライン診療の指針の見直しの検討会のほうで、5ページのほうのものを基本的にはお出しをしておるのですけれども、これについては、今後、1番、同じ資料の推進を進めていくというような方針を作っていくということ。

それから、2番、指針の改定に向けて、具体的な初診からのオンライン診療に必要な医学的な情報というのをどういうふうにか考えるか。

それから、オンラインでのやりとりの取扱いの詳細、実際の運用をどうするか、これは、プロセスの話をクリアにしていこうということでございます。

それから、初診からのオンライン診療に適さない症状・医薬品というのは、これは、日本医学会のほうから、医学的な見地から提言をいただいております。

医学会のコンセンサスを得たものもありましたので、これは、指針の中でどのように続けるかということを検討することになります。

3番で、その他ということで、今回のオンライン診療の特例の中でも、やはり、ルールにのっとらないものもございました。それは、大体研修等を受けていなくて、よく知らないでというようなケースもあるようでございます。

こういったことを踏まえて、安全性、信頼性の担保のための措置をどうするのかということについて検討する。

そして、4番目、令和4年度診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会において議論するというところでございます。

全体的な進め方ですけれども、2番、3番は、これは、オンライン診療の指針の見直し検討会において議論するのですが、今、ちょうど日程調整中でございますので、この秋に複数回検討会を開いて議論をいただいた上で、年内に指針の改定を行いたいと思っております。

そして、4番の診療報酬につきましては、今年の7月から、次の診療報酬改定全体についての議論が始まっております。

年度内には、その結論を出していくということでございますので、その中で、議論をしていただくこととなります。

そして、1番の件については、指針のほうを、まず、見直した上で、この基本方針の策定についても検討していきたいと、このように考えております。

その上で、追加的なことなのですが、2枚おめくりいただきまして、参考資料の議論の経緯というところを御覧いただきたいと思っております。

この中で、一番下の行なのですけれども、皆さん、御案内のように、この夏、大変感染者が多くなって、自宅療養も多くなったところでございます。

そこで、今年の8月16日には、診療報酬で、これはコロナ特例でございますけれども、自宅宿泊療養者に対する適切な診療を評価する観点から、電話や情報通信機器を用いた新型コロナウイルス感染症に係る診療について、初診料等に加えて、250点を加算するというようなことでございますので、現行が214点でございますので、倍以上にしたというような処置を講じてございます。

そして、その上で、お手元に記載がございませんけれども、コロナ診療をやっている方に見ていただいております、新型コロナウイルス感染症診療の手引というものを作っております、その中で、今みたいなことも前提として、例えば、自宅療養などの方については、自宅においては往診医などが処方することが推奨なのですけれども、しかし、患者が急増してタイミングが難しいといったような場合には、あらかじめ、事前にステロイド剤を処方しておくということも考慮される。その際には、内服を開始する基準を、患者さんにお伝えした上で、電話、オンライン診療により、ステロイドの内服開始を指示することが望ましいといったような形で、具体的な活用方策などもお示しをしているところでございます。

こういったようなことも踏まえて、検討会の先生方の御意見を伺いながら、しっかりと結論を出していきたいと思っております。

私からは、以上でございます。

○山本大臣官房審議官 続きまして、医薬の審議官、山本でございますが、オンライン服薬指導について、御説明をしたいと思っております。

扉の次のページを御覧いただければと思っております。

同じく規制改革実施計画の中で、オンライン服薬指導についても御提言をいただいております。

特にdでございますが、服薬指導について、大きく4つ入っているかと思っております。

従来、服薬指導のほうは、薬機法に基づくルールがあるわけですが、その中でオンライン診療または訪問診療を受診した場合に、限られているわけですが、それを限定しないということ。

2点目は、薬剤師の判断で、可能であれば、初回からオンラインを活用することも可能にすること。

3つ目として、介護施設の居住されている患者さんにもオンラインを活用していただくと、現在、そこは対象範囲に入っていないのですけれども、その制約をなくすということ。

そして、最後に診療報酬について検討する。この4点をいただいております。

最後の次のページでございますが、この図のほうですが、一番左側は、現在の薬機法の現行ルールと御理解いただきたいと思っております。

真ん中が、パンデミックが発生した昨年4月10日の中で、事務連絡を出させていただいて、コロナ禍の特例措置として出している内容でございます。

今回、できる限りコロナ特例を取り入れつつ、右側のルールの見直しの方向を掲げてお

ります。

例えば、一番上でございますが、初回でも薬剤師の判断によりオンライン服薬指導が可能なようにしていくと。

それから、通信方法については、映像と音声と両方を使っていただくという内容。

それから、処方箋については、現在、オンライン診療や訪問診療に限っているわけですが、対面診療の処方箋でもオンライン服薬指導を活用いただけるようにする。そして、介護施設についても実施可能にする。

最後ですが、薬剤の種類についても、基本、大丈夫だと薬剤師さんが判断できるものについては、原則全ての薬剤をオンライン服薬指導の対象にするという内容を考えております。

今後の予定でございますが、下に書いておりますように、今年の秋に、見直し案につきまして、パブコメに出したいと考えております。

○木尾参事官 すみません、事務局でございますけれども、大変恐縮ですが、今、河野大臣が入られましたので、一旦挨拶に移りたいと思います。

座長、お願いいたします。

○佐藤座長 では、河野大臣が入られましたので、御挨拶のほう、よろしくお願いいたします。

○河野大臣 すみません、遅くなりました。

このたび、大槻議長代理、佐藤座長をはじめ、皆様に、この医療・介護ワーキング・グループなどの委員、そして専門委員の任をお引き受けいただき、誠にありがとうございます。

医療・介護費、これは中期的に、2025年には70兆円に膨らんでいくという推計があります。また、足元では、新型コロナウイルスの感染拡大という未曾有の事態に直面し、医療・介護分野、大きな影響を受けています。もう今までのやり方が通用する時代ではないと言ってもいいのだと思います。

また、菅総理の強いリーダーシップのもと、この9月からデジタル庁も発足し、デジタル化を生かすための規制改革というものを通じて、暮らしに直結する医療・介護の制度や、慣行を見直し、患者本位、利用者本位を徹底していかなければいけないと思っております。

今日は、オンライン診療あるいはオンライン服薬指導について御議論をいただき、新型コロナ対応の特例措置の恒久化について御議論をいただきます。現在、オンライン診療は活用されつつありますけれども、実際の利用で、新たにいろいろなニーズや課題が分かってきたので、それを厚労省においてしっかり検証して報告していただきたいと思っております。

また、新型コロナウイルスの抗原検査キットが薬局で販売できるかどうか、こういうことについても取り上げていただけると承知しております。信頼できる抗原検査キットをどうやったら容易に入手できるのか、技術革新がこれだけ広がっていく中での出口戦略とし

でも重要なのではないかと、私は思っております、この分野の規制改革、これはもう待ったなしだろうと思っておりますので、ぜひ建設的な御議論、御提案をお願いしたいと思います。

また、最後に、地域医療構想調整会議のガバナンスについて議論していただくわけですが、3次救急の指定など、個々の事案についての合意形成には随分時間がかかっています。コロナ禍でも課題が明らかになってきております。地域の関係者と医療体制の将来像をどう作っていくのか、ぜひ様々な御示唆をお願いできればと思っております。

厚労省におかれては、今日の議論をしっかり受け止めて、速やかに対応していただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いたします。

○佐藤座長 大臣、ありがとうございました。

それでは、厚生労働省さん、続きのほうをよろしくお願いたします。

○山本大臣官房審議官 それでは、先ほど説明しかけていたところに戻らせていただきます。

オンライン服薬指導の今後の予定でございますが、この秋に見直し案につきましてお示しして、パブリックコメント手続を実施したいと思います。

その上で、関連する施行規則の公布あるいは通知の改正をできれば年内をめどに行いたいと考えております。

また、診療報酬の議論につきましては、先ほどのオンライン診療と同様で、令和4年度改定において中医協で議論をしていただく予定にしております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、ただいまから御説明についての御意見、御質問を受け付けたいと思っております。

時間が限られておりますので、質疑応答が充実したものになりますよう、質問に関しては簡潔にお願いいたします。

大変恐縮ですが、終了時間5分前以降の質問については打ち切りということになります。

大体質疑応答は、全体で、今から40分程度というのを目安に進めさせていただければと思います。

では、どなたからでもZoomの手挙げ機能でも構いませんし、画面上、手を挙げていただいても見えますので、どなたからでもよろしくお願いたします。

いかがでしょうか。

○印南専門委員 では、私から。

○佐藤座長 では、よろしくお願いたします。

○印南専門委員 まず、オンライン診療におけるかかりつけ医の定義をはっきり教えてほしいと思っております。実質的にかかりつけ医といっても曖昧なので、かかりつけ医自体があまり普及していないし、その上でのオンライン診療となると、かなり限定されてしまうのではないかというのは、1つの危惧としてあります。

もう一つの質問は、結局、オンライン診療に不安を抱く、私も完全に安心しているわけ

ではないのですけれども、情報が限定されることから誤診のおそれがあることと、あとはなりすまし患者、なりすまし医師の問題だと思うのです。

これは、後でどなたかおっしゃるかもしれませんが、メールによる診療とか、あるいは空港でのオンライン診療になると、とりわけ、心配になるのではないかと思うのですが、それに対する対策をどのように考えておられるのか、厚生労働省に聞きたいと思います。よろしくをお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

私もオンライン診療の検討会に参加していますけれども、確かにかかりつけ医ではなくて、かかりつけの医者になっていたのですから、確かに、いつもどうなのだろうと思っていたのですけれども、よろしく願いいたします。

○間大臣官房審議官 お答えいたします。

まず、今、佐藤先生がおっしゃっていただいた、かかりつけの医者の話ですけれども、このところは、特定の縛りを設けるような意味でかかりつけの医者と言っているわけではなくて、要するに、普段から別の病気などでかかっている場合を想定しています。

そういう別の病気がかかっていたのだけれども、また、別の病気で初めてそこにかかるというような場合があるということでもあります。

今回の場合に、いろいろ議論の過程で、そうはいつだって、普段元気でなかなかかかっている医者などいないよという方がいらっしゃるということを前提に、先ほど御覧いただきました規制改革実施計画のcのところの後段のところ、あらかじめ初めてなのだけれども、先生と患者さんが話をして、あらかじめ情報を得た上で、これなら診察に入れるねと、合意した場合に、オンライン診療に入っていくという新たな枠組みを設ける方向で検討しているということでございます。

それから、印南先生から誤診というか、なりすましとか、そういうような御指摘がありました。そこは、以前から検討会などでも議論のあるところでもあります。

このところは、要するに、例えば、オンライン診療、アナログのやり方かもしれませんが、オンライン診療で患者さんのほうも、そこで保険証を画面に向かって掲示するとか、何らかの形で本人確認をお互いにしていくということは、重要だと思っております。ここも含めて検討会で検討し、指針の改定に反映させていきたいと、このように考えています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

印南先生、大丈夫ですね。

○印南専門委員 よろしいです、ありがとうございます。

○佐藤座長 では、大橋専門委員が手を挙げられているので、よろしくをお願いします。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

オンライン診療とオンライン服薬指導、それぞれ一つずつ御質問なのですけれども、ま

ず、オンライン診療が利用できる場所についてなのですが、今、例えば、海外渡航とかでPCR検査72時間以内とか、そういう非常に限られた時間でやらなくてはいけない中で、空港でPCR検査をしなければいけないという切実なニーズがあると認識しているのですけれども、空港というのは通常の診療所ではない場所ではありますが、そうした場所を開設許可していただけるようなことというのが可能なかどうか。ある意味、空港に置けば、そこをこれから頻繁に使われるということにはなると思うのですけれども、そうしたことというのは可能なかというのを確認させていただければというのが1点。

2点目は、オンライン服薬指導について、薬剤師が在宅で行うことが可能なかということ、この2点を教えていただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

先ほど印南先生からも御指摘ありましたけれども、空港の場合、なりすまし問題という御指摘がありましたけれども、空港でのオンライン診療というのは、今後どういう形になるのかということも含めて、では、よろしくお願いします。

厚労省さん。

○間大臣官房審議官 お答えいたします。

今、大橋先生からお話のありました、特にPCR検査などをして、その診断をしていくと、要するに、これは陽性なのか、陰性なのかというところがポイントなのだろうと思います。

現在も、例えば、巡回診療という位置づけ、法的には、そういうような位置づけの中で、空港の検査などでできるというようなことをしてしまして、これについても、今のコロナの状況下ですから、しばらくは続くわけですので、そのときに、通常の巡回診療であるような細かい要件はあまり取らずに、柔軟に取り扱うという対応をしているところでございますので、そういう意味では、空港でも御本人確認は、恐らく何らかのパスポートなのか、何なのかをしていただければいいのかなと思いますけれども、そういう空港の検査でのオンライン診療の活用ということについても、認められてしかるべきと思います。

その辺り、我々としては柔軟にできますよということなのですけれども、法的な整備については必要であれば、検討、整備していきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

あと、服薬指導です。

○山本大臣官房審議官 服薬指導について、薬剤師さんが在宅で服薬指導できるかどうかという御質問だったと思います。恐らく、先生がイメージされているのは、薬は薬局にあって、その薬局にお勤めの薬剤師さんが服薬指導だけ在宅から患者さんに向けて行うということではないかなと思っております。

先生方も御承知のとおり、調剤であったり、服薬指導というのは、薬を処方内容に沿ってきちんと調剤して、患者さんにお渡ししつつ、必要なチェックや服薬指導を患者さん向けにさせていただくというのが、全部一体であるべきかなと思っております。

その上で、在宅でできるのか、できないかというのは、幾つか論点、課題があって、それをよく議論して行って、できる、できないを判断ないし検討していくのかなと思っております。

今、思いつくところとしては、例えば、患者さんの情報をきちんと、まず、在宅から閲覧できたり、あるいは調剤記録とか服薬指導記録をきちんと作成して保存できるか、あるいは、それについてセキュリティをきちんと担保できるか、それから、服薬指導の際に交わされる様々なことに、プライバシー保護できるような在宅の環境かというようなところ、それから、離れているという前提ですけれども、薬局にあるお薬をきちんと別の薬剤師さんになるのでしょうか、調剤してお届けするというようなこととうまく一体的にできるか、また、薬剤師さんが、どこでもその仕事をしていいというよりは、やはり、薬局からきちんと管理できる、薬局にお勤めの薬剤師さんとしてきちんと管理をされながら薬剤師さんの仕事ができる場所をきちんと押さえてのインフラも整備する、そんなところができるかどうかというのが、1つの鍵になってくるのかなと思っております。

いずれにしろ、頭から否定もしませんし、できるといろいろなベネフィットがある、一方で、クリアすべき課題もあるかなど、現時点では考えております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続いて、大石専門委員ですね、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。

まずは、質問であり、意見でもあるのかもしれないのですけれども、ちょっと今の御質問に近い話なのですけれども、多分、オンライン診療というのは、今までなかなか医療を受けられなかった患者さんの医療へのアクセスを高めるということが、1つ大きなメリットだと思うのです。

そういう観点からいうと、例えば、通所介護に通っていらっしゃる患者さん、高齢者の通所介護の場所であるとか、もしくは、これは入っているのかもしれないのですけれども、例えば、勤労している方が職場から入るであるとか、ありとあらゆる日常的にいらっしゃる場所からオンライン診療を受けられるように、できるだけ広く場所を設定するべきではないかと思うのですが、そこら辺に対しての御意見をお伺いしたいということ。

あと、オンライン診療もオンライン服薬指導もそうなのですが、診療報酬の点数に関しては、中医協のほうで決めていくのだと思うのですけれども、それに関連する、例えば、服薬指導でしたら服薬計画を作るであるとか、いろんな施設基準みたいなものがありますね、1割規制だとか、そういうものに関して、これは、パブコメで意見を取るような内容になっているのか、それとも、そういうものを含めて中医協のほうに任せるといった感じになっているのか、プロセス的にどうなっているのか教えていただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、よろしくをお願いします。

○間大臣官房審議官 では、まず、前半の医療へのアクセスを高めるのが目的ですねという御指摘については、そういうことだろうと思います。

それで、必ずしも、例えば、先ほど通所介護の話を出されたというのは、例えば、御自宅にオンライン診療をやるような機器がないという方も中にはいらっしゃると思いますので、そういう方を考えると、通所介護の事業所の場というものを活用するのはどうなのかという御意見について、今、伺った感じでは、直感的には、私はありなのだろうと思います。

その上で、通所介護という事業の場であると同時に、そこは介護報酬に基づいてサービスをやっているところなので、そういう介護事業との関係の整理とか、要するに報酬が二重になったりしないかとか、そういうような問題もあるので、そこはどのような形で法的な整理ができるかというのを検討していきたいと思います。場の中を含めて、御指摘はそうなのだろうと思います。

この辺りは、また、大石先生にも引き続き、指針の見直しの検討会でも御議論をいただき、また、今後の基本方針を考える上でも、1つの重要なポイントかなと考えております。引き続き、よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、検討会は、私も参加しているのですが、そこでも診療報酬についても、何か意見を述べるという機会はあると思っていいのですか。

○大石専門委員 今のは、診療報酬ではないほうです。

○佐藤座長 ごめんなさい。

○間大臣官房審議官 今のは、アクセスがどういう場で利用できるかということですので、まず、指針の改定にと思いますが、あわせて、そういう御意見をいただければと思います。

○山本大臣官房審議官 服薬指導につきましても、点数や具体的な服薬指導計画の、どこでやるのだというお話をいただきましたが、服薬指導計画とか、いわゆるオペレーションなりをやるときの留意事項というのは、パブコメの中で出させていたかどうかと思っております。

その内容を受けて、診療報酬でどういう点数づけをするかということについては、中医協のほうで議論をしていただく予定ですので、そこにバトンタッチをすることになると思っております。

○金光保険局医療課長補佐 診療報酬についても、今、お問い合わせをいただいたところかと思っております。お答えさせていただきます。

これまでも、この場で、各種の御意見や御指導を賜っているところかと思っております。

我々としても、中医協のほうに、きちんと、こういった場での御議論を踏まえながらも、厚労省としては議論をしていただけるように整えたいと思っておりますし、今、パブリックコメントについて、1点、きちんと明確に御質問をいただきました。中医協の診療報酬を決める場合におきましても、パブリックコメントのプロセスは取っておりますので、そこはき

ちんと各種の御意見をきちんと踏まえられるように、議論を尽くせるように厚労省としては整理をしてみ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、大槻議長代理、よろしく申し上げます。

○大槻議長代理 ありがとうございます。

利用者目線の質問で申し訳ないのですが、オンライン服薬指導の件で1つ確認の質問です。ルールの見直しの方向性というところで、通信方法ですが、「音声のみ不可」ということが今の方向性になっているということですが、これは、画像がないと相当難しいという御判断なのでしょうか。

ニーズからいうと、オンラインだけにした場合と、場合によっては音声も可とした場合とだと、相当利用者の利便性は違うのではないかと思います。

私も、実際、電話診療で、身内の診療等をしてもらっていますが、オンラインにしろと言われたら、まずもって使えないような状況です。ニーズから考えた場合の方向性の考え方というのは、もう少し別であってもいいのかなと思った次第です。

オンラインでなければ駄目かということについての御説明をもう一度お願いしたいのと、厚労省さんが把握している範囲でのオンラインのみの場合と、電話も可とした場合のニーズの度合いの違いについて何かございましたら、教えてください。

それから、それならば、テレビ電話機能付きの電話は、これは可とするということでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、御回答をよろしく申し上げます。

○山本大臣官房審議官 オンラインというお言葉だったり、映像だったり、いろいろあったと思うのですが、基本的に音声だけではなくて、映像を御用意いただくと思っております。

やはり、患者さんの状態とかを診る、音声だけではなかなか分からない患者さんというのもたくさんいらっしゃるの、基本的には、映像と音声という仕組みで対応したいと思っています。

その上で、最後に御指摘のあったオンラインの動画ではないのですが、画像というか、動画というか、それがあのようなツールを使っていただくというのも否定はされないと考えております。

○大槻議長代理 ニーズについての把握はされていらっしゃいますか。

○山本大臣官房審議官 ニーズというのは、いわゆる音声だけでないと、なかなか入れないというようなお話でしょうか。

○大槻議長代理 そうです。

○山本大臣官房審議官 その部分については、また、いろいろ検討していきたいと思っておりますが、スマホなどをお持ちの方々などは、ある程度アクセスが、比較的できるのかなと

思いつつ、音声だけしか難しい方々について、どのぐらいのニーズがあるのかというのは、また、検討していきたいと思っております。

○大槻議長代理 ありがとうございます。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大浦専門委員、よろしくお願いいたします。

○大浦専門委員 幾つか今の会話の中でも質問したいことが出ましたので、質問させていただきます。

まず、最初に本人確認とかは、こういう何かアナログなものを見せ合ってやるというような話がありましたけれども、それは、今はとてもではないけれども、そういうデジタル化ができないからということであって、今後のIDのデジタル化のロードマップ、計画というものは、あられますでしょうか、1点目。

2点目、高齢者は、確かに、また逆に、もう本当にデバイスは無理です。全く使えない人ばかりです。そうしたときに、とても使いやすいデバイスというものがあるかどうかの御検討はなさっておられますでしょうか。どうしてもそういうものは値段が高くなりますので、そういうものに対して、今後、補助金を出すというようなことは検討されるのでしょうか。

3番目、先ほど大石委員からもおっしゃっていただきました通所の件なのですけれども、通所には、その方のことをもともとよく知っているスタッフがいて、サポートすることも可能ですので、また、そういうところに、先ほど申し上げたような通信デバイスを置くことは、決して悪いことではないと思いますので、その検討はいかがということと同時に、では通所から受診したのだから、通所の金額から引きますよというような検討の方向は、すみません、私の意見としては、もうそれをやっていただくと、通所は成り立たないと思いますので、できればそのような方向には行かないでいただきたいという要望です。

最後になりましたが、5番目かな、お薬手帳に関しましても、デジタル化してあげないと、絶対に分からないのですよ。ですので、お薬手帳のデジタル化のロードマップは、どういうふうになっておりますでしょうか。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに、お薬手帳もこの際だからデジタル化したほうがいいですね。

では、あわせて厚労省さん、回答をよろしくお願いいたします。

○間大臣官房審議官 まず、本人確認の話がございました。技術的には、これからの話としては、医療者側も資格確認の話が、別途あるわけですけれども、これについてHPKIカードあるいはクラウド型認証といったようなものも使いながら、医師であることの確認とかというの、技術的には今できます。

それから、患者のほうもマイナンバーカードを使えばできるということなのですが、そこまでシステムをくみ上げて、それが普及するまで、何もできないということであっては

いけないので、まずはアナログ的な形かもしれませんが、簡易なやり方から始めていくということではないかと、インフラの整備も見ながら、そういった近未来的なやり方に切り替えていくというのは、必要かなと思います。

高齢者向けのデバイスについては、すみません、これは、高齢者向けというよりもユニバーサルなデザインだということだと思いますけれども、本当は、タブレット端末が一番今の中では簡単なのですが、それも難しいという方についてどうするのかというのは、これからの課題だと思っています。

それから、通所の話については、先ほど大浦先生からお話がありましたように、私はそこに、例えば看護師さん、要するに、ふだんから利用者さんのことをよく分かっている人がいるというのは、結構いいことなのではないかなと思います。

その上で、先ほどの事業運営上の話の整理というのは、やはりつけていかななくてはいけないので、あまり変な形にはならず、通所の場というものをどう活用するかというのは、今後、先ほど申し上げましたように、法的根拠も含めて整理が必要だと考えているところでございます。

それから、お薬手帳は、お願いします。

○山本大臣官房審議官 お薬手帳は、紙のお薬手帳から始まっておりますが、今、電子のお薬手帳についても、そういった商品を提供される方々がおられます。

ただ、それは、今のシステムとか仕組みの中で、紙かスマホの中に入れるかと、そういうものでございまして、今後、例えば、電子処方箋とか、いろいろ仕組みがデジタルのほうを整っていくにつれて、では、お薬手帳もどうしていくかという議論を開始していますし、その前に、そうはいつでも浸透していくまでのつなぎとして、電子のお薬手帳をバージョンアップしていくということについても、手前の議論として、現在、進めているところでございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

例えば、お薬手帳のデジタル化について、今、検討というか、進めていくということですが、何か工程表みたいなものはあるのですか、いつまでという決まりはあるのですかというのと、先ほどの法的な整備、通所サービスについて法的整備が必要だということ、確かに必要だと思うのですが、いつぐらいまでにできると思ってよろしいですか。

○間大臣官房審議官 通所の話は、今、お伺いしましたので、これから整理していきたいと思っておりますけれども、先ほど申し上げましたように、指針をまず見直しをすると、その上で方針を作っていくということですので、活用方針だと思いますので、そういったものの中で整理をしていくのではないかと考えています。

○山本大臣官房審議官 電子お薬手帳でございますが、まず、今、提供されている電子お薬手帳の使い勝手をよくしていこうという検討については、今年度予算事業で検討したり、検討を進めておりますので、その中で、こんな機能が要るとか、あったらいいとか、そ

ういったことをまとめた上で、実現をしていく予定でございます。

一方で、医療のデジタルの仕組みが整うことで、例えば、電子処方箋のシステムが運用開始するに合わせて、次世代お薬手帳と言えればいいのか、そういったものをどう構築するかという議論は、並行してキックオフをしているところでございます。

そういう意味で、今のお薬手帳の使い勝手改革と、次世代の電子お薬手帳の在り方の検討というのが、走っていると思っただけであればありがたいです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、中室委員から、お手が挙がっているので、お願いします。

○中室委員 大槻委員と、大浦委員の質問と重複してしまって大変恐縮なのですが、このオンライン診療について、音声だけは駄目だということについて、何でそういうふうになるのかということが、よく理解できませんでしたので、もう一度御説明をお願いします。

なぜかという、今はコロナ特例で電話オーケーということになっているのだと思うのです。それが、コロナが明けた後、元に戻ったら、やはり御不便を感じる方というのは、すごく多いのではないかなと思うのです。

しかも、新聞報道等では、やはりオンライン診療が十分に普及していないというようなことが指摘されている中で、利便性を犠牲にして逆戻りするということが、なぜ起こるのかということが、私にはよく理解できなかつたので、その点、教えていただきたいと思えます。

先ほどの説明では、画像があったほうが良いと思うというようなことだったので、やはり、そういうことではなくて、大槻委員のおっしゃったように、どのように必要があるのかということ、きちんと示していただいた上で、そういう判断になるというのだらいいのですけれども、誰かが、このように思うとか、誰かが、このように考えるというようなことでの意思決定なのだすると、ちょっとそこは、もう一回しっかり考えていただく必要があるのではないかなと思ったのですけれども、その点いかがでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

そういえば、以前、オンライン診療についてのアンケート調査があったときに、利用者の半分以上ではなかったか、電話だったような気がしたのですけれども、実態はかなりオンライン診療とは言いながらも、電話のほうが多かったような気がするのですが、その辺り、厚労省さんは、どのように考えられていらっしゃいますかね、今の中室先生の質問も含めてお願いします。

○間大臣官房審議官 現在行われております、コロナの特例の中では、要するに、怖くて診療所に行けないという方が多くいらっしゃるという状況の中で、オンライン診療と、それとは別の概念で電話というものも認めているということでもあります。

その上で、今回はオンライン診療、いわゆるオンライン診療を考える上で、去年の暮れぐらいだったと思うのですけれども、これは、関係大臣が話をされまして、田村大臣、河

野大臣、平井大臣も話をされまして、このオンラインも初診から原則、すみません、ちょっと厳密な言い方を確認しますけれども。

○佐藤座長 これは、3大臣の談話ですね。

○間大臣官房審議官 そうです。画像があるということにすると、要するに患者さんの情報をできるだけ多く得て、幅広く適正に実施するというようなお考えだったと受けとめております。

そういった意味で、やはり、医師も基本的に、なかなか情報の少ない中で、しかし、オンライン診療を進めていく観点から、今回このようなルールを掲げているものでありますので、まず、こうしたオンライン診療、画像のあるような形で幅広く適正に実施するということを進めていきたいと考えています。

これは、大きな方針だと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員 手短に電子処方箋とか、いろんな電子的なシステムを今後整備されていくということの中で、さっきおっしゃった中で、完璧になるまで待つのではなくて、現実的な方法を考えながら実施していくとおっしゃってくださったので、安心はしているのですけれども、1つだけ強調する意味で申し上げたいのは、HPKI問題ですね。HPKIを使う以上は、なかなか進まないの、これは、去年の検討会の中でも取り上げさせていただきましたけれども、やはり、より現実的な扱いやすい、長く普及することを第一優先とするような仕組みを考えていただけることが、必須だと思っています。

ぜひ、よろしくお願いします。意見でございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

このHPKIの話は、たしか前回も出て、かなり議論があったと思うのですけれども、今の点、厚労省さん、いかがでしょうか。何かこの段階で御意見があれば。

○間大臣官房審議官 では、すみません、医政局のほうから、先ほども少し御説明したのですけれども、おっしゃるとおり、ここでまた議論をさせていただいて、そのときにも、HPKIカードみたいなものに拘泥してはいけないねという、やはり前に進めなければいけないねという中で、クラウド型認証なども、ちゃんと正面から、要するにそれでいいのだということ、明記しなさいと、このような御議論があったと思うのです。そういう方向で考えているということですので、これまでの議論を踏まえて進めていきたいと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大槻議長代理、よろしくお願いします。

○大槻議長代理 すみません、手短に、先ほどのお薬手帳なのですけれども、そうすると、今やっているお薬手帳、そして、それを次世代にしていくという二段階のことなのですが、保険証のほうは、マイナンバーに乗っかるような形になりますね。お薬手帳も、マイ

ナンバーに統一していくような方向性というのも考えていらっしゃるのでしょうか。利用者としては、それが、一番一貫性があって使いやすいかと思うのですが。

○佐藤座長 ありがとうございます。いかがですかね。

○山本大臣官房審議官 マイナンバーカードを使ってというのは、今考えている電子処方箋の仕組みが実現できれば、例えば、患者さんの薬剤情報とか、処方箋情報とかが、マイナンバーカードで、患者さんも病院も薬局も見ることができると、これが電子処方箋の仕組みの中ででき上がるかなと思っております。

一方で、お薬手帳、それが実現された暁に、お薬手帳が、どんな仕組み、例えば、マイナンバーカードとバインドさせるのか、それとも、そうではない仕組みでやるか。例えば、マイナポータルに乗っかって、お薬手帳が活用できるようにするか、そこら辺は、要は次世代の議論の中で検討する予定ですし、そこも段階的に、もしかしたらバージョンアップなり、切り替わっていく可能性もございます。そこは、これからの議論でございます。

○大槻議長代理 分かりました。なるべく分かりやすく、せっかく作るのであれば、中途半端なものでないものを、ぜひお願いしたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

まさに、せっかくマイナンバーカードもあるわけですし、マイナポータルもあるわけですから、あるものを積極的に活用するという視点はあってよろしいかと思えます。

では、順番で、杉本委員、よろしく申し上げます。

○杉本委員 ありがとうございます。

2点、質問と意見を述べさせていただきたいと思えます。

1点目は、先ほど、最初にかかりつけ医の定義についてお話がありましたけれども、事前に診療録あるいは情報提供書や健康診断の結果などを共有できていれば、初診からかかりつけ医以外でも診療が受けられるということでしたが、その事前の情報共有というのは、どうやって行われるのかというのが、まずお聞きしたい点です。

結局は、病院に行って、診療録などを紙で渡さないといけないのか、先ほど本人確認については、アナログに画面上で保険証を見せるようなところからおっしゃっていましたが、診療録や健康診断の結果などを、画面上で医師の方にお見せしても、なかなか細かいところまでは見えないのではないかと思いますし、例えば、Zoomなどですと画面共有で情報を双方で細部まで見られるかもしれませんが、今、LINEなどを使ってオンライン診療をされているところだと、LINEのビデオ通話などではなかなか書面の細部までは見えないのではないかと思います。そういった情報共有を事前にどのように行うのか、また、事前の情報共有を行うとなったときに、そのためのツールなどが新たに作られることも予定されているのか、その辺りの点をお聞きできればと思います。

2点目は、オンライン服薬指導に関してです。私は今、家族の薬に関しては全てアプリでお薬手帳を管理しており、QRコードを読み取って情報を入れているのですが、例えば、オンライン服薬指導をされるときにも、そういったQRコードやURLを、メールやLINEなどで

送れるような仕組みがあれば、今使っているアプリでも薬の情報を管理できるのではないかと思います。段階的に、次世代のお薬手帳を作っていかれるということですが、最初の一步として、例えば、現在使用されているアプリなどを活用して在宅でのオンライン服薬指導や調剤などができるようになったりするのか、その辺りの計画についてお聞きできればうれしく思います。よろしくお願ひ致します。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、お願いいたします。

○間大臣官房審議官 ありがとうございます。

オンライン診療のことについてお答えします。

結局、この辺りの共有の話は、オンライン診療のアプリの機能で、どういう機能を実装するのかということによって違ってくるといふ面があると思います。その中で、メールのような形でお送りをしてということもあり得るのだらうと思います。

その上でなのですけれども、そここのところで、スタックしてしまう、使えなくなってしまうということになると、これは、また変な話なので、今回、規制改革の実行計画の中で、新たな枠組みとして、今、検討することになっている、結局、全く初めてですよという場合も、結局は、オンライン診療前に、画像で患者と医師が対話をしながら患者情報を得て、そして、合意を得たらオンライン診療に移行するという枠組みもあるわけですから、そういった中で、お伝えをしていくと。

要するに、送れないから受けられないとか、そういうようなことにはならないのかなと思います。

その意味では、アプリのほうを開発している事業者さんとかとも話をしなければいけないのだと思いますけれども、そういう文書の送付機能があれば、そういうもので共有するということは考えられるのかなと思います。その辺り、また、今後の運用の中で考えていきたいと思ひます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○山本大臣官房審議官 お薬手帳を在宅で、スマホで、今あるアプリでお薬手帳をというお話でしたが、モバイル端末を用いてオンライン資格確認をできるようにといった検討も、現在、進めております。これが、仮にうまく実装されれば、スマホを使って本人確認や様々な同意などの行為が、患者さん側のスマホからできるようになるのではないかと期待しております。そういう意味で、医療機関や薬局の処方情報や調剤情報も見ることができるようになるというようなことが期待されております。

今、申し上げたのは、電子処方箋システムがうまくいって、患者さん側でのモバイル端末を用いた、いわゆる資格確認のツールもうまくいったらということですが、幾つもの可能性はありますし、ユーザーの側から、どういったものが便利か、あるいは情報が一元的にお手元で見ただけか、何が患者さんの健康管理のために手元に情報が

あるといいか、それをどこから引き出して見られるようにするのがいいかというのは、これから引き続き検討を続けていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、時間も迫ってきていますので、あと2人、佐々木専門委員と武井委員、ここまでで、まず一旦打ち止めとさせていただきます。

では、お待たせしました、佐々木専門委員、よろしくお願いいたします。

○佐々木専門委員 2つあるのですけれども、1つは、先ほど事前の情報をメールで送ってという話がありましたが、メールによる診療というのは形態として認められないだろうかというのを私は考えています。

例えば、イギリスとかだとGPが家族とメールでオンラインのコンサルテーションをして、それで薬を出したりみたいなのもしています。私もたくさんのお患者さんを診ていますが、患者さんの御家族から、「（患者さんの御家族が）家に帰ってきたらこんな状況なのだけれども」とメールが届いて、それを翌朝返して、御家族がそれ見て安心してみたいなこともあるのですが、これは現状、今は診療にはならないので、アドバイスという形でやっています。

本当に診療しなくてはいけないというケースは、あえてそこからまた電話をかけて、電話再診という形にしたりしているのですけれども、多くの場合は、メールでかなりの部分がカバーされるのではないかなと思っています。

その患者の利便ということで、今回議論されていますけれども、患者さんの利便は何も迅速性、即時性だけではないと思うのです。今答えはなくてもいいけれども、明日の朝までに答えがあればいいかなみたいなものもあると思いますし、医師の側としても、オンラインというのは、基本的には患者さんと医師の合意で予約を取って、その時間、端末の前になければいけないので、非常に負担が大きいのですけれども、メールであれば、隙間の時間に返すこともできるので、また、オンラインとか電話のように、しゃべりっぱなしということではなくて、記録が基本的に文字情報で残りますし、様々な添付もできるから、例えば、生活習慣病の患者指導などにおいては、もしかすると、メールのほうが優位な側面もあるのではないかなと思っています。

これについて、海外では、普通にメール診療として、チョイスとして存在している国も少なくないのですが、日本において、こういうのを検討していただける余地がないかというのが1つ。

それから、先ほど厚労省さんから、オンライン診療は、やはり画像を伴うのが原則だというお話がありましたが、これも、やはり海外のGPは、テレヘルスというと、テレフォンのコンサルテーションとビデオコンサルテーションが基本的には選択できるのです。

患者さんたちで、特に通院が困難であると、医療へのアクセスが悪い人たちというのは、基本的にフィジカルに問題を持っているのは、やはり高齢者ということになるので、高齢者がスマホでしかオンラインコンサルテーションができないというのは、やはりこれは利

便という意味ではどうなのだろうか。若い人たちは、もしかすると、顔を見て話したほうが安心というのものもあるかもしれませんが、状況によって、例えば、かかりつけ医、これまで受診履歴のある先生とやりとりをするのだということであれば、お互い相手を知っているという前提で、別に顔を見なくても、必ずしも問題はないのではないかと、私たちは、在宅医療だと、電話再診とあって、患者さんから具合が悪い、どうしようと電話がかかってきて、電話だけで指示をして、とりあえず、終わるということはよくあるのですが、お互いに相手が分かっているという前提であれば、例えば、メール診療とか、電話診療というのは、普通にあって構わないのではないかなと、私は考えますが、いかがでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答のほうをよろしくお願いします。

○間大臣官房審議官 今の佐々木先生のメールによってというので、御家族がきっと安心されるのだらうと思います。

そういう意味では、まさに先生がおっしゃったとおり、健康相談の枠組みというか、コンサルティングの枠組みでやっておられるということなので、その分については問題ないのだと思います。

それは、診療といい、また、その報酬を伴うということにするのかということについては、今回のオンライン診療の射程の中には、まだ入っていないと思います。

今、先生おっしゃったように、ずっと関係性のある、例えば、イギリスのGPみたいに家庭医として登録されているとか、全部相手が特定されているという仕組みが前提になっているように思いますので、我々としては、今、それについては、イエスですというふうには申し上げることはできないと思います。

ただ、そういうやりとり、診療ではなくて、やりとりをして相談に応じるということについては、有益な面があると思っています。

やはり、難しいのは、メールとかの場合には、なりすましのリスクがあるわけですから、そうなってくると、例えば、それで睡眠剤を処方してほしいみたいな話になったときに、それがどういうふうに流れていくのかといったようなことも、社会的にもいろいろ心配なこともあります。いい使い方を、多分、先生はされていると思いますけれども、それを社会実装するかどうかということについては、まだまだ議論が足りないと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木先生、よろしいですかね。大丈夫ですか。

では、お待たせしました、武井委員、よろしくお願いいたします。

○武井座長代理 武井です。

患者の方に対して、適正な選択肢を提供するというのが、今のコロナの状況下で、まさに国民の最大の関心事になっていると理解しています。その観点からみて、いろいろな規

制があって、そのいろいろな規制によって選択肢の提供が十分になされていないのではないかという国民側の深刻な危機意識があると。それに対して、厚労省さんも正面から向き合って対処されている状況なのだと思います。

いろいろある規制の正当性と合理性を本当に真摯に見直さなければいけない状況になっているわけで、正面から規制しているものもあれば、規制だと思っていなくても規制しているもの、規制したつもりではなくても規制となっているものも相当ありますので、相当抜本的に見直さなければいけない。規制が置かれた当時の過去の前提から異なっているのではないかという点、過剰に規制していないかという点、また規制の理由となるいろんな懸念があってもその規制以外にほかに選択肢がないのかという点。こうしたことを本当に考えていかないと、規制というのは合理化されないのではないかと、そういう真摯な懸念を持っています。

今日の議論の中では、例えば、通所施設がオンライン診療のできる場所になっていないとか、空港の検査PCR、ブースに関連したオンライン診療の問題、また高齢者施設においてオンライン在宅管理料が算定できないとか、そういう問題は、規制する意図があったかどうかはさておき、規制としての合理性はないのだと思います。なぜこういう規制が放置されるのかということは真剣に考えるべきだし、こういった点は即刻直すべきなのだと思います。

また先ほどのメールの点なども、およそ百ゼロで駄目だということではなく、懸念している事態が何で、それに対してどういうふうに懸念を切り取ることがあるのかと考えるべきであり、百ゼロで全部駄目ですとやっても、全然選択肢が生まれてきません。およそ選択肢をなくしてしまっているというのが多過ぎるのではないかという懸念が、国民から見ると感じますので、もし、そういう規制のつもりでないとしたら、そのところはちゃんと丁寧に、規制が過剰になっていないかどうかということを考えていく必要があるのだと思います。

あと、オンラインの1割規制についても、これも規制の意味がよく分からないといえますか、オンラインを1つやったらその9倍対面診療をしなければいけないということにつながるわけで、1割ということの合理的根拠はないのだと思うのです。こうしたことも立派な規制であり、何で入っているのか。最初にちょっと入れた規制も、最初はいいのかもしれないけれども、ある程度期間が経つことに規制は見直さないと、思っていらっしゃる以上に相当現場に対して規制の効果が増幅する状況になります。そこが今、真正面から国民の関心事になっているわけですので、今回のオンラインのテーマにしても、大きく見直していただくという考え方の整理が必要ではないかと思います。

最後に、オンライン診療の診療報酬の評価についても、エビデンスの問題があると思うのですが、対面診療との比較というのも、オンライン診療を止めるだけになりえます。そういうのも新しい医療のやり方を考えるとか、過去がこうだからこうだ、それによって意図せぬ規制を生み出しているということを考えていただいて、やはり、国民が本当

に今、コロナの中で求めていることを本当にやっていっていただくと。厚労省さんも問題意識をもっていらっしゃると思いますので、いろんな手段の選択肢の幅というのをより広く考えていただく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

コメントが多かったと思いますが、厚労省さんのほうから、何かリプライがあれば、確かに、今日あまり議論できなかつたのですが、例の1割の縛り、これは今後も続くのですかね、これはどういう対応になりそうなのですかね。

○金光保険局医療課長補佐 厚労省でございます。

今、1割の要件についての御指摘がございました。診療報酬のオンライン診療料の算定に当たっては、全体に占めるオンライン診療の実施の割合が1割という要件を、現在入れさせていただいているところであります。

新型コロナの状況下において、その施設基準に入れている要件については、撤回をさせていただいているところがございますが、その後、どのように診療報酬改定の中でやっていくのか、今日も多く御議論をいただいているところかと思ひますし、こういった御議論も踏まえつつ、厚労省としては、きちんと整理をして、議論を尽くしてまいりたいと思ひてございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大体お時間になってきました。今日は、いろいろと厚労省さんのほうからも前向きな御回答が多くいただけたと思ひます。

オンライン診療であれ、オンライン服薬であれ、多分方向感としては、これを進めようということは両者一致していると思うのですが、問題は、その範囲とスピードだと思うのです。検討いたしますというのがよく出てくるのですが、いつまで検討するのかということ、やはり期限はきちんと定めていただかないといけなかなということ。

それから、さっき空港の話が出てきましたね。これは、意外と急いでやらないといけななことだと思うのです。これから、また、海外とかに行くようになってきます、渡航者も増えてきますので、恒久化を前提にした議論と、コロナ対応として急いでやらないといけな議論と、多分、通所施設の問題も、恐らくコロナ対応の中で考えなければいけなことだと思いますので、少しその辺のスピードというときに、そのスピード感が分野によって違うのだということは、御認識いただければと思ひます。

今後、厚労省の関係検討会等における議論の状況を踏まえて、必要に応じて、また、こちらのワーキング・グループでフォローアップを行いたいと思ひます。

それで、厚労省さんをお願いなのですが、厚労省さんにおかれましては、省としての決定を行う前に、こちらの規制改革推進会議にも御報告をいただけるようお願いいたします。

あと、今日結果的に委員の先生方、専門委員の先生方、時間的な制約でなかなか御発言

ができなかった、思いの丈を言えなかったということもあると思いますので、それにつきましては、事務局のほうに来週13日月曜日までに御連絡をいただければと思います。

それでは、先生方からいただいた御意見、まとめて厚労省のほうに連絡をするということにさせていただければと思います。よろしいでしょうか。

では、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。一応、予定のお時間になりました。

厚労省の皆様、ありがとうございました。お疲れさまでした。

では、議題2に移りたいと思います。

議題の2は「新型コロナウイルス抗原検査キットの薬局等における販売について」というのがテーマになります。

日本経済団体連合会から、正木義久ソーシャル・コミュニケーション本部長。

それから、アボットジャパン合同会社から伊藤智ガバメントアフェアーズディレクター。

それから、アボットダイアグノスティックスメディカル株式会社から、大野雅範感染領域マーケティング部部長。

引き続き、厚生労働省からは、大臣官房審議官の山本史様、佐々木健内閣審議官にお越しいただいております。

では、今、御紹介した順番でいきたいと思います。

最初は、経団連様からの御説明をお願いいたします。時間の関係上、申し訳ありませんが、5分以内で御説明をお願いいたします。

○正木ソーシャル・コミュニケーション本部長 経団連正木です。

経団連は、抗原簡易キットを薬局やドラッグストア、通信販売で購入できるようにするべきだと主張しております。本日、その趣旨等について御説明させていただきます。

抗原定性検査、その簡易キットでございますが、鼻に綿棒のようなスワブを入れまして、拭い液を取って、その小さな容器で試薬と混ぜ合わせたものデバイスに垂らしますと15分で結果が出るということでございます。

CとTの両方に線が出たら陽性、Cの部分だけ線が出たら陰性です。陽性一致率、陰性一致率とも98%以上となっております。

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部では、各大臣、とりわけ尾身分科会長は、この簡易キットの活用を強く訴えておまして、基本的対処方針にも記載されております。

これは、西村大臣が8月6日に経済3団体に示したスライドですけれども、現在、このキットの職場での活用というのが、強く求められております。

「提携医療機関を置くなどの条件を満たして活用せよ」というお話でございます。

厚労省さんでは、ウェブサイトで承認されたキットを公開しておまして、現在、16種類の簡易キットが承認されております。

また、職場での活用について、「職場における積極的な検査等の実施手順に関するQ&A」、さらには「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイド

ライン」といったものを出されております。

経団連では、これ自体はしっかり受け止めて周知しております。ただ、企業で厚労省承認のキットを購入するには、診療所などがある事業所であれば、そちらを通じて購入できるわけですが、そうではない事業所は、検体採取に関する注意点を理解した職員というのを設けた上で、御覧のような、例えば、発熱、せき、のどの痛みとかが表れたときに使うのだとか、そういうことを約束する一筆を入れて、医薬品の卸売り事業者から購入しなければならない。これは、非常にハードルが高いということでございます。

一方、一般のドラッグストア、これはネット上ですけれども、このように多数の商品が売られております。これらは厚労省で承認していない、性能の保証がないもので、研究用などと銘打たれております。企業では、活用せよと言われると、こういうものを購入して活用してしまっているところがあるとも聞いております。

これは、いかななものかということで、経団連、今週6日、御覧のような提言を発表しまして、3本柱の1つに、「積極的な検査の実施」を掲げまして、厚労省承認の簡易キットを薬局等で販売して、無症状の場合にも自身で検体採取できるようにということを訴えております。

6日には、菅総理に十倉会長から直接説明して、総理からもしっかり検討するというお話があった次第です。

昨日などは、西村大臣が国会で、薬局で手軽に買えるような仕組みが必要と述べて、厚労省に市販化を検討するように求めているという報道も拝見しました。

改めて、私どもの主張を述べてまいりますと、「感染拡大を未然に防ぐために検査を拡充する」政府の方針に強く同意しております。

その上で、きちんと検査の精度などが担保されている厚労省承認の簡易キット、この検査が広く行えるようになっていただきたい。

そこで、まず、検査対象です。発熱、せき、咽頭痛、頭痛、筋肉痛、下痢、倦怠感などの症状のある「有症状者」に限って行うとされていますけれども、「症状の有無にかかわらず」可能とするべきです。

実際、企業の現場には、出張、外出など、人と会う仕事をするとき、検査したいといったニーズがありますし、一般においても、ちょっと筋肉痛というときに、いきなり医療機関に行くのはハードルが高いとの声があります。

ワクチン・検査パッケージという考え方が、今週政府から出てはいますが、今後、イベント会場などで、いわゆるワクチンパスポートでワクチン接種を証明するか、接種していない方については、無症状であっても、例えばゲート前で、15分で結果の出る簡易キットで陰性を証明してから入場いただくような運用が期待されているわけです。

そして、販売については、医薬品卸売り事業者を通じてというだけではなくて、一般の薬局やドラッグストアでも購入できるようにするべきで、いわゆる零売にとどまらず、一般用医薬品、OTC医薬品として売ることができるようにするべきだと考えております。

また、医療従事者や一定の職員の介在というのを不要として、全て自分の検査を可能とするべきです。これによって、一般の市民があらかじめキットを購入しておいて、のどの痛みがあるときなどに検査するということができます。

現在の仕組みでは、起きたら頭が痛いので、入社して検査を受けようということになって、職場の側にも懸念する声があります。

また、通信販売での購入とか、自宅での買い置きというのができるようになれば、自宅療養中の方が家にいながら検査をして、自らの状態を確かめるということもできます。もちろん、あわせて陽性となれば、速やかに行政検査が必要だということの周知はすべきだと考えております。

厚労省さんの医療機器・対外診断薬部会がまとめた「一般用検査薬の導入に関する一般原則」に照らしてみても、検体の採取に侵襲性というのはありませんし、性能については、既に厚労省の承認がある、検査方法は簡便。尿糖、尿蛋白、妊娠検査薬、排卵日予測検査など、ほかの対外診断用医薬品と同様に一般用医薬品として薬局、薬店で購入できるというのが妥当ではないかと考えております。

神奈川県では、キットを配付して、実際の反応も家庭で十分に扱えると、陽性なら通勤、通学はちゃんと控えていますよということになって、使用も判定も分かりやすいという評価がされております。

なお、この規制緩和が実現したとしても、厚労省の医療機器・対外診断薬部会における「一般用検査薬の承認審査等に係る運用について」に、まともに従っていきますと、標準審査期間、通常品目で7か月となっております。

現在の感染症拡大防止の必要性に鑑みて、みなし、暫定あるいは緊急のプロセスで承認をしていただかないと、11月からワクチン・検査パッケージの本格的実施というのは、絶望的なことになってしまいます。

お示したように、イギリスなどでは、薬局等で7個入りの検査キットを無料で受け取ることができまして、4日に一度ぐらいのペースで検査を行って、これをもって保健省のアプリ「NHS COVID Pass」に陰性証明のQRコードを発行してもらえということで、これを大学など、様々な施設入場時にかざすということになっております。ウィズコロナで社会経済生活を正常化するには、こうした仕組みが不可欠だと考えております。御検討をよろしくお願いいたします。

御説明は、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、アボット様より、御説明のほうを5分以内でよろしく申し上げます。

○伊藤ガバメントアフェアーズディレクター アボットの伊藤と申します。

私からは、海外での抗原検査キットのOTC化の状況について説明させていただきます。

最初にアボットについて簡単に御紹介させていただきます。

アボットは、130年の歴史があり、診断薬、診断機器、循環器、糖尿病などの医療機器、栄養剤、そして、ジェネリックの分野において160か国以上、10万人以上の従業員がいます。

海外での新型コロナウイルス検査の開発については、早期から核酸検査、抗体検査並びに先ほど経団連様からも紹介いただきましたPanbioというような抗原検査を開発しまして、今年の4月にはセルフテスト用の抗原定性検査を海外で発売しております。

抗原定性検査または抗原簡易検査の位置づけにつきましては、これ以降、抗原検査と呼ばせていただきますけれども、CDCのガイダンスを御紹介いたします。

抗原検査は、核酸検出検査よりも感度、特異度は低くなりますものの、RT-PCRでは培養できない量のウイルス核酸を検出する場合もあり、ウイルス核酸の存在は必ずしも伝染性を示すとは限らないとされています。

次に、蓄積されてきたデータからは、抗原検査、無症候者のスクリーニングにも使用できるとされています。

また、こういった簡便な検査を繰り返し行うことで、感染者をすばやく特定し、感染の予防管理が可能とされています。

こちらは、抗原検査は、PCRに比べて安価で、即時に結果が出るということで、海外では診断目的より無症状者を対象とした大規模なスクリーニング目的で頻回に使用されています。

また、使用される場所は、家庭、職場、学校、イベントなど多岐にわたり、本人が鼻腔検体を採取し、検査、結果判定するセルフテストやブースなど、検査専用の場所で検査が行われます。

こちらで示している写真ですけれども、ドイツの例になりますが、チュービンゲン市では14歳以上の居住者を対象に、毎日のスクリーニング検査が実施されました。また、写真に示すようなコロナテストセンターというのが、街角に設置され、無料でテストが受けられるような体制になっています。

コロナテストセンターでの検査は、当日でもスマホで申し込むことができまして、予約情報と身分証を示すことで検査を受けられます。15分経った頃にメールで結果を受け取るようになっています。この結果は、ショッピング、病院訪問などの際の陰性証明という形で使われております。

そのほかにも、学校における学生、教職員、職場、イベントなどへの使用実績というのがございまして、これらの場合は、自治体、政府、もしくは使用する職場、イベントなどの会社がまとめて購入して、抗原検査を対象集団に配付使用するような形を取っております。

こちらは、弊社の抗原検査、OTCまたはセルフテストの製品として販売されている国のリストになります。

続いて、シンガポールの例ですけれども、感染者とのコンタクトトレースといったものは、公費での抗原検査が行われていますけれども、入店の際の陰性証明のような個人での

使用については、シンガポールでは、OTC、DIY Covid-19 test kitsと呼ばれるような形の写真のようなテストの1回分の製品が、薬局もしくはオンラインで販売されています。

購入に当たっては、鼻の手術歴とか、既往症の有無を確認しまして、使用方法のビデオ説明及びFAQを確認するための、右側のほうになりますけれども、QRコードのスクリーンが求められます。また、政府が抗原検査の普及キャンペーンを展開しまして、正しい使い方、陽性になった場合の対応などについて、啓蒙活動を行っております。

最後、まとめになりますけれども、海外では、抗原検査のメリット、低価格であって、迅速、簡便というところを生かしまして、大規模スクリーニング、陰性証明というのに活用されております。

また、大規模スクリーニング、陰性証明の展開に当たっては、セルフテストを認める国も増えてきており、一般の個人が製品を購入できるように、OTCを認める国も増えてきています。

最後に、海外の状況から3点ほど述べさせていただきます。

最初に無症候者への使用拡大についてですが、国内においても感染リスクを懸念する企業、団体などが抗原検査をスクリーニング目的で使用するニーズというのがございました。昨今、さらに拡大していると実感しております。

そういった観点から、無症候者に対する抗原検査の使用の拡大、さらに無症候者が必要時に検査できるよう、セルフテストといった使用者自身の測定及び判定というのを可能にすることが必要と考えます。

また、次に、どこで購入できるかという問い合わせをいただきますので、まずは医療機関で使用されている製品、企業などが容易に購入できるよう、薬局、ドラッグストアのほうの販売が必要ではないかと思っております。

OTC化というのは、一般の方々が購入できるといった観点以外に、一般の方々へ適正使用の普及の観点からも重要だと考えています。

企業から情報をダイレクトに一般使用者に伝えるためには、現在、広告、宣伝の規制緩和といったもの、もしくはOTC化というのが必要になると考えております。

以上で、私からの説明を終わります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、厚労省様より御説明のほう、5分以内をお願いします。

○佐々木内閣審議官 厚生労働省のコロナ本部の審議官の佐々木と申します。よろしくお願いたします。

資料は、今、画面に出ておりますものを使います。ページをおめくりください。

新型コロナウイルス抗原検査キットの薬局等の販売に関してでございますけれども、現状は、先ほど来御紹介がありましたが、発熱があるような方などが地域の身近な医療機関でスムーズに検査できる体制という中で、職場に、やはりどうしても熱があっても、なかなか休めないということで来てしまったという方々について、できるだけ早く受診してい

ただくというのが原則ですけれども、やはり、その間にも職場での感染の可能性もあるので、早く検査を受けていただくということで、職場で購入して使えるという仕組みも、既に御紹介がありましたけれども、作ったところでございます。

無症状者へということの御要望が出ておりますが、この簡易キットの使い方に関しましては、新型コロナウイルス感染症病原体検査の指針というのを作っております。

これは、国内の感染症の専門家、感染症研究所、感染症学会、環境感染学会など、あと、臨床検査技師会とか、関係する団体に全て参加していただいて作っております。

そういう意味では、そういった有識者のコメントということで、無症状者に対しては推奨されないと、現時点でなっておるところでございますので、無症状者への使用に関しては、なかなか難しいということを御理解いただきたいと思います。

抗原簡易キットに関して、医療用医薬品ということで薬機法上、通常、販売が医療機関に限られておりますけれども、先ほど御紹介したとおり、広く使えるように医療機関と連携しているということで、職場でも使えるということ。

そして、経団連さんのほうからも、なかなか使いにくいというお話もあったので、医薬品販売業者等のリストを公表するなど、取組を進めているところでございます。

ですので、まず、我々としては、この既にある仕組みについて、さらに何が課題かということをしつかりと深掘りをさせていただいて、迅速にこういうところを進めつつ、研修のやり方であるとか、あとは陽性の場合に医療機関をちゃんと受けていただくとか、そういった課題とかもありますので、今後、そういった検査の質の確保。

それから、簡易キットの使用方法についても、今、申し上げたとおり、現時点では当然無症状者はというところでございますけれども、今後、いろんな知見が蓄積してきて、様々な検討結果、幅広い使用方法というのはあるかもしれませんが、現時点では、無症状者に使用ということはお勧めできないということでございますので、そういった条件の中で、より広く入手しやすく、利用していただいて、かつ、医療機関で使用していただくということでございます。

なお、最後に、これは、法律上のことなので、共通の理解をしていただきたいと思いますのですが、感染症法という法律の中で、新型コロナウイルスの感染症に関しては、新型インフルエンザ等感染症というものに位置づけられております。これに関しては、診断した時には、直ちに届出、全数把握など、非常に厳密な運用というものが法律的に位置づけられておりますので、やはり医療機関との連携ということにつきましては、これは法律上の関係からも、今の仕組みということを御理解いただくしかないかなと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、これから大体7時ぐらいをめどに議論のほうを始めたいと思います。

前回と同様、御質問のほう、できるだけ多くの質問を受け付けたいので、簡潔によろしくお願いいたします。

では、どなたからでも、では、印南先生、お願いします。

○印南専門委員 先ほど、検査の信頼度が98%、感度、特異度とも98%とおっしゃっていましたが、この程度の信頼率だと、無症状まで対象を拡大すると、実際の陽性的中率は、かなり下がると思うのです。

私は、基本的には、無症状の方も気軽に検査できるようにすべきだと思うのですが、諸外国は、偽陽性が出た場合、どういう対応を取っているのか。1回やって陽性が出ても、もう一回やるとか、自由に何回でも検査をして、何回分かの総合的な結果を使っているのかどうかというところを教えてください。

○佐藤座長 これは、恐らくアボット様ですね。御回答、御説明をよろしくお願いします。

○伊藤ガバメントアフェアーズディレクター アボットの伊藤でございます。御質問、ありがとうございます。

抗原定性検査で陽性が出た場合ですけれども、基本的には、PCRで確認ということになっておりますので、そのPCRで、公的機関での確認等を行っております。そこで陽性が出た場合には、陽性ということになりますし、陰性という判断であれば、陰性ということになる。

先ほどおっしゃられました、無症状者における性能というところも若干答えさせていただきますと、ウイルス量が少ない場合は、確かに先生おっしゃるとおり、陽性一致率というところが下がってくる。

先ほど、私のほうからも説明をさせていただきましたけれども、RT-PCRでは、かなり感度がいいというか、基本的に増幅回数を増やせば検出できるというところになりますので、感染しないようなレベルでの検出もできてしまうということです。

弊社の製品のデータになってしまうのですけれども、全体の話ではなくて、弊社の話になってしまうのですけれども、全体、無症状者を対象とした、海外で臨床試験というのをやっております、そこでのPCRとの陽性一致率というのは、やはりウイルス量が少ない場合、つまり、CT値と言われるものが、増幅回数が多いものにつきましては、全体で見ますと、やはり、66%ぐらい陽性一致率というのは下がっていく。

ただ、CT値、30以下ということで、CT値が低いほど、ウイルス量が多くなるのですけれども、30以下の対象に考えたときに、ウイルス量が多い無症状者の場合ですと、陽性一致率は93.8%ということで、PCRとのある程度の一致率というのが出ております。

こういったデータを含めて評価をいただいて、海外では、無症状者への使用というものが拡大されているという理解になります。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、大橋専門委員、よろしくお願いします。

○大橋専門委員 経済活動を、今後、再開をスムーズに行うために、スクリーニング検査とか、あるいはセルフテストというのは、すごく重要なことだと思っているのです。

1点御質問をさせていただきたいのですけれども、そもそも検査の指針においては、医

療従事者の観点だと思えますけれども、無症状者に対しては推奨しないと言っている。

他方で、卸から医療機関を通じて、職場への提供ができる形になっているのだという御説明なのですが、実際問題として、これは、事業者さんの観点から、これは、提供できる形になっているのか、アボットさんから広告の話が1点ありましたけれども、添付書類とかの関係で、これは、できるのかどうかということ、まず、ちょっと教えていただいてよろしいですか。

○佐藤座長 アボットさん。

○伊藤ガバメントアフェアーズディレクター アボットの伊藤ですけれども、私のほうから、医薬品の卸売販売業からの購入ということでは、例えば、まず、企業が購入する際には、卸売販売業さんは、一般向けに商売をしておりませんので、基本的にBtoBのビジネスになっております。

そういった観点から、与信の審査ですとか、基本売買契約の締結といった形の企業間のビジネスのプロセスを踏む必要がございます。

そういった観点からいくと、なかなか、では明日買いたいといったときに、すぐには買えるかということ、そういった状況にはなっていないというところで、その辺の問題点というのは聞いております。

○大橋専門委員 ちょっと私が問題意識として持ったのは、多分、添付書類では、検査の指針の内容が書かれていて、検査の指針では、使うなと推奨されていないので、そうすると、実際問題として職場で使わないのではないかというのが、私の問題意識だったのですが、

○伊藤ガバメントアフェアーズディレクター ありがとうございます。

添付文書のほうの重要な基本的注意という中に、検査に用いる検体については、厚生労働省より公表されている新型コロナウイルス感染症病原体検査の指針を参照することというような形で記載がございます。

その記載がございますので、使用方法については、先ほど、厚労省様のほうからも説明がございました、いわゆる病原体検査の指針、こちらを参照することになります。

こちらの中で、先ほど説明がございましたけれども、無症状者に使えないという形になっておりますので、この指針のほうは、まず、変わっていかないと、現状は無症状者には使えないという理解でおります。

○大橋専門委員 そうすると、やはりこの指針は、医療従事者に対してのものなので、セルフテストとか、そういうものに対しては、別のルールをしっかりと設けてくれないと、実際問題として、スクリーニングに使えないのではないかと思うのですが、厚労省さん、どうでしょうか。

○佐々木内閣審議官 今、いろいろな内容の話が混ざっていると思うのですが、いわゆる予防接種と検査というような関係で、今、議論を進めておる中でも、確かにPCR検査だけではなく、抗原定性検査の使用ということについても、御提案といたしますか、政府の文書に

も入っておりますが、これに関しても、無症状者への使用が推奨されていないことも含めて、どういう使い方をするかということを検討していくということになっておりますので、現時点で、どういう形で使っていくかということが決まっているものではございません。

○大橋専門委員 ただ、これは早急に検討していただかないと、多分、企業さんのほうが使えないという状況になりかねないことを非常に懸念しております。

○佐々木内閣審議官 厚生労働省ですけれども、現時点では、繰り返しになりますけれども、無症状者に対しては、推奨されていないというのが指針でございます。

先ほど申し上げましたけれども、新たな知見のもとに、常に、この指針も見直しております。これも出してから既に5回ほど見直しをしておりますので、様々なデータを踏まえて、引き続き、見直しをしていきますけれども、現時点では、無症状者には推奨されないということでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次、大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員 手短になのですけれども、非常に現行の指針だとか、規制の中で、非常に難しい状況であるということは、厚労省さんの御説明の中で理解したのですが、片一方で、企業だとか、学校だとか、いろんなイベント会場だとか、非常に困っているという状況もあるかと思えます。

この困っている状況の解決が、諸外国に比べて、非常に遅れているということが大きな課題だと思うのです。

今後、先ほどの御発表を拝見すると、キットを入手しやすくするような方策について、関係者の意見を聞きながら検討と、今後の取組についておっしゃっていただきまして、その内容については、まだ決まっていないから今後検討するということだと思いますが、全ていつまでにこの検討が終わるのか、その結果、諸外国と同じぐらいの、やり方は違うかもしれないですし、ものは違うかもしれないのですけれども、同じぐらいの状態にもっていけるのかどうかという、そこの目標感を教えていただけますでしょうか。

よろしくお願いします。

○佐藤座長 では、厚労省さん、お願いします。

○佐々木内閣審議官 佐々木でございます。お答えいたします。

諸外国と同じ程度というのが、若干漠然とまして、お答えは難しいのですが、先ほど申し上げたように、感染症法上のコロナの感染症の位置づけとか、薬機法等我が国の様々な法律の関係もありますので、その中で、我が国にとって、できるだけ広く使えるような形でということは考えているところでございます。

なお、スピード感のところでございますけれども、我々も改良できることは、そんなに時間をかけてやっていくということではなく、できることから迅速にやっていきたいと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大浦専門委員、よろしく申し上げます。

○大浦専門委員 すみません、これは、一応規制の改革を推進する会議だと思っておりますけれども、今まで、こういう法律がああでこうで、というのをずっと説明されても、ここで議論すべきは、改革することだと思っております。それと、現実的な問題として、無症状の人がどうなのかということを知るのが、私は、一番大事だと思っております。既に熱があるか、そういう人たちは、もっとほかの方法でチェックすることは可能なはずですね。だけれども、では、大規模イベントに行きましょうとか、何かどこかに行きたいのですけれども、例えば、田舎にいる親のところに行きたいのですけれどもという人が、今、本当に会いに行けていないわけですよ。その人たちは、無症状なのに会いに行けないのです。そういう人たちの証明のために使ってはいけなんでしょうか。もう本当に。

○佐々木内閣審議官 お答えしてよろしいでしょうか、厚生労働省、佐々木でございます。

○佐藤座長 どうぞ。

○佐々木内閣審議官 今の御質問に直接お答えできるかどうか分かりませんが、いわゆる陰性証明というようなことを念頭に置いておられるということであれば、現状のこの製品は、有症状の方に対して使うということでございますので、イメージが一致しているかどうか分かりませんが、現状では、使えるものではないということですが、いわゆる社会生活とか、様々なことに関しては、厚労省で議論するというのではなく、コロナ室などを中心に、内閣官房を中心に政府全体で検討しているということでございますので、厚労省は、そういう意味では技術的な、感染症とか、そういう部分についてはしましけれども、何をどういう形で使うかというのは、厚労省だけで決めるということは難しい。

○佐藤座長 あまり議論がかみ合っていないような気がしてきたのですけれども、要するに、厚労省さんの説明は、感染症法がどうこうと、制度の趣旨の話と法的根拠の話なので、ただ、ここで議論になっているのは、まず、喫緊の課題として、経済活動を再開するに当たって、無症状の方々が実際どうなのかということを知らなければいけないという事実が1つ。第2に、既に研究用製品として出回っているわけですね。全く規制のかからない範囲で、これをどうする、自分たちの庭だけきれいにしていただけようがないですね。かえって質の悪い抗原検査がはびこるほうが、かえってまずいのではないですかと、これは規制の結果の問題なのですけれども、この辺にちゃんと答えていただかないと、なかなか、もし、厚労省さんで決められないのなら、では、ほかのところで決めたら、それでいいのですかという話に今度はなってしまうのですけれども、その辺を踏まえて、御回答をいただければと思います。

私は、今のはコメントなので、別にいいですので、その辺を踏まえて回答をお願いします。

○佐々木内閣審議官 分かりました。厚労省の佐々木でございます。

まず、いわゆる研究用のキットの問題に関しては、我々として、未承認のものは、

性能が確認されたものではなく、使用はおすすめしないと周知をしているところであり
ます。

それで、承認済みの製品については、リストを公表して、周知を図っているというところ
でございますので、そういうことを引き続きしていきたいと思えます。

また、どういう製品であるとか、どういう承認のものであるかということについては、
今、申し上げたとおりなのですが、その製品が無症状者に使えるのか、使えないかという
と、現状では、感染症の国内の専門家が集まって検討した中では推奨されないとなってお
りますので、そういった前提で、今、社会生活に対してどう使っていくかということにつ
いては、政府全体として議論するべきことだと思っております。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。ちょっと時間がもったいないので、
ありがとうございました。

では、順番で、中室委員から、よろしくお願ひします。

○中室委員 私、素人なので教えていただきたいのですが、販売のところと、消費
のところと、全然ステージが別なのではないかなと思うのです。

例えばですけれども、職場で抗原検査キットを使うというときに、その企業さんが、無
症状者に対して使っていたとすると、それはそれで止められないということですね。逆に、
ちょっと症状があるのですけれども、自分で、例えば、職場がすごく遠いとか、ちょっと
この症状だと分からない、自分でよく判断できないというような、例えば、ふだんの平熱
がすごく低い方とか、そういう方が、逆に薬局へ行って抗原検査を買うということは、で
きないということになっているということなのではないでしょうか。

ですので、どうして販売のところを規制すると、無症状者に対して検査が行えないとい
うことが保障されているのかということが、ちょっと私にはよく理解できなかったのです
けれども、そこは、どう整理すればよろしいのでしょうか。

つまり、自分が薬局に行って、抗原検査を買いたいという有症状の人は、どうすればよ
ろしいのでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、回答をよろしくお願ひします。

○佐々木内閣審議官 お答えします。厚労省の佐々木でございます。

有症状の方の方は、受診をしていただきたいと思えます。さりながら、受診するという場
合にも、いろいろと、そういう時間がなくて出勤してしまったという場合に、職場で検査
ができるように買えるルートを作っていると、そういうことでございます。

○中室委員 でも、例えば、フリーランスの方だったりとか、そういう方はどうすれば、
大きな企業に勤めている場合はいいですけれども、そういう働き方ではない方というのも
たくさんいらっしゃるのではないのでしょうか。

○佐々木内閣審議官 受診をしていただきたいと思っております。

○佐藤座長 その受診が、なかなかうまくできていないというのが、一方であるのですけ

れども。

○佐々木内閣審議官 すみません、繰り返しになりますけれども、感染症法上、新型コロナウイルス感染症は。

○佐藤座長 ごめんなさい、ちょっと、これはやめます。禅問答なので、感染症法上の趣旨は分かりましたので、大丈夫です。

すみません、時間も限られているものですから、申し訳ないです。

では、大橋先生から、お願いします。

○大橋専門委員 先ほどの件は、私は、しっかり進めてほしいと思っているので、ぜひ、よろしくお願いします。

対個人なのですけれども、短期的には零売しかないのだと思うのですが、OTC化は絶対にやってほしいと思っています。ただ、短期的には、零売だとすると、これは従来の零売とはちょっと違う形でやっていただかないといけないのかなと思います。陳列の仕方、販売するときに、具体的に商品名を言えるようにすること、販売数量も最小限にしない、十分な量の在庫を抱えること、そうしたことを、しっかりしていかないと、零売の意味がないのだと思っていますので、そこは、やっていただけるということで、座長、確証を取ってください。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、零売について、厚労省さんのほうで、どういう方針なのかということについて、お話をいただければと思います。

○佐々木内閣審議官 厚労省の佐々木でございます。

零売という仕組みがあるのは事実でございますけれども、とりあえず、今回、我々が考えておりますのは、できるだけ、今よりもさらに簡易キットを入手しやすくするということは考えようと思っております。

そのやり方については、様々な方法があるのですけれども、現時点で、零売でやるかどうかということについて、決まっているとか、そういうことではございませんので、いずれにしても、先ほどスピード感を持ってというお話もありましたので、何らかの方法で検査の質を確保しながら、さらに入手しやすくするということについて、早急に考えていきたいということでございます。具体的な中身について、少し。

○佐藤座長 申し訳ない、確認ですけれども、零売も検討の中に入っているということでもいいのですが、それとも、それは検討の中に、今のところ厚労省さんの中で入っていないという理解でいいのですか。

○佐々木内閣審議官 すみません、厚労省の佐々木でございますけれども、いろんな仕組みがありますので、その中で、今回の簡易キットを入手しやすくするというものについて、ふさわしいものをちょっと考えたいと思っております。

○佐藤座長 大橋先生、よろしいでしょうか。

○大橋専門委員 個人と職場でしっかり使える、これは、実績を上げてもらわないといけ

ないので、ルールをやっていますといっても、実際に実績がなければ、やっていないことと同じなので、しっかり実績が上がるようにしていただきたいということでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。では、落合委員、よろしくをお願いします。

○落合専門委員 では、私から2点ほど伺えればと思います。

1点目が、今、大橋先生がおっしゃられたところとつながりますけれども、仮に零售で行う場合には、例えば、アクセスできる機関のリストだとか、そういうところまで準備していただくということでない、ほとんど零售をやられている薬局というのはないのではないかと思いますので、実効性がなくなると思います。できる、できないというだけでなく、実際に個人がリーチできるようにするためにどういう政策もあわせて行うかというところまで、御検討をお願いしたいと思います。

2点目についてなのですが、ほかの方法という、いろいろな方法があるということで、そうすると考えられる方法としては、一番分かりやすいのがOTCにするという方法だと思っております。

OTCにするというのに当たって、結局何も管理されていないものが出回っているより、やはり厚労省に管理していただいたものが適切に使われるようにしていくという観点でもってルールを整備していただくということが、非常に大事なのではないかなと思います。こういったOTCの承認というの、ぜひ、急いで進めていただくという検討ができないかということになります。OTCとしての承認に当たっては、既存の承認のプロセスですと非常に時間がかかるので、そこをファストトラックでできるような形というの併せて考えていただく必要があるのではないかなと思っております。

この2点について、御意見をいただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さんのほうから、よろしくをお願いします。

○佐々木内閣審議官 まず、1点目でございますけれども、当然何らかの制度的な見直しということをした場合には、そういった制度の趣旨が、国民、それから、関係者に十分伝わるような形で周知をしたいと思っております。

あと、もう一つのOTC化の話でございますけれども、感染症法上のコロナウイルスの位置づけから考えますと、疑い患者を含めて確実に受診につなげるということが必要なもので、一般用検査薬には向かないと考えております。

○佐藤座長 落合委員、よろしいでしょうか。

○落合専門委員 今の枠組みを前提にしておっしゃっていただいている部分もありますけれども、この辺りの科学的知見も日々変わっているところがあると思いますし、それに合わせて制度改正なども何度も行われている部分ではありますし、感染症法も当然、改正はされないものという前提で考えるタイミングではないと思いますので、その点は、硬直的にならないような形で御検討をいただければと思っております。

○佐藤座長 では、武井委員、よろしくをお願いします。

○武井座長代理 今おっしゃった「一般検査薬には向かない」というのは、有症状者が増えたら病院がパンクするから向かないということでおっしゃっているのでしょうか。御質問です。

○佐藤座長 お願いします。

○佐々木内閣審議官 厚労省がお答えすればよろしいですかね。

○武井座長代理 御願いたします。

○佐々木内閣審議官 そもそも感染症法の位置づけからして、コロナウイルスの感染症というのは、疑い患者を含めて確実に受診につなげる必要があるので、いわゆるOTCというか、一般用の検査薬というものには向かないと考えているということです。

○武井座長代理 それは、受診の受け皿が足りないからですか。

○佐々木内閣審議官 もともと我々としては、受診していただきたいと思っております。

○武井座長代理 一般の検査薬でコロナの疑いが分かったかたは、その後、PCR検査とか受診にもつながるわけですね。

○佐々木内閣審議官 今、売っております抗原検査キットは、有症状の方に使用するものです。

○武井座長代理 いやそこでなく、なぜ無症状の方に使わせないのか、どういう理由でおっしゃっているのかの腹落ちを皆さんしていないので、こういう御質問になっています。

○佐々木内閣審議官 無症状の方には推奨されないと、専門家の提言を踏まえた指針で。

○武井座長代理 専門家の提言は、あくまで、○のものが○である保証がないということをおっしゃっているわけですね。でも逆に世の中には、×だと分かるだけでも大変有益だと、そういう国民の声も、今日の議論で相当出てきているわけです。「○だから○の保証はないですよ」ということを国民に告知することを伴わせることも当然考えられるわけで、現状は国民の選択肢を根本的に奪っている規制になっているのだと思います。それを指針が言ったからだというご説明ですと、何か議論を避けているようにも聞こえてしまいます。議論に納得性がない中で、ここまで国民の関心の高い事項に関して、なぜできないのか、みなさん腹落ちしていないから、今日のような議論にみなさんなっているのだと思います。いかなる形でもなぜできないのか、という理由の部分ですね。一般に検査薬を使うことによって、国民の選択肢が増え、それで今とても負荷がかかっている経済活動にもリンクしていくと。そうした議論は先ほど政府全体というお話があったことから厚労省さんだけで決める話にならないのかもしれませんが、総合的な判断の中で、「指針はこういつているけれども、こうする」ということをやっていかないといけないのだと思います。医療機関との連携の点だけでなく、その議論は十分していかないといけないのだと思います。

あと、OTCと零売の問題も、既存の零売を直すというアイデアなのか、OTCを早めるのかというのも、厚労省さんのほうでご検討されるのだと思いますが、OTCで通常7か月が適用になるというのは、普通の薬とは異なる検査薬で、この状況下で何で7か月もかかるのだと国民的理解が得られないのだと思います。零売には零売の課題もありますので、OTCの

ほうの7ヶ月というのも本件では早めていただく必要があるのだと思います。さきほど落合先生がおっしゃいましたけれども、相当スピードアップしてやっていただかないと、国民に相当フラストレーションがたまっています。

厚労省さんとしても国民のフラストレーションに真摯に向き合っていらっしゃるのだと思いますが、本当にやらないとこれらの論点はまずいのだと思います。経済活動の側のほうでも深刻なフラストレーションが国民に本当にたまっています。「これまでこうなっているからこうだ」といった現行の枠組みの議論にとらわれなくて、根本的に見直すよう、広く考えていただかないといけない状況になっていると思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

どうしても、厚労省さんは、その枠の中での議論になってしまうのですが、やはり、経済をどう再開するかという、その肝としては、抗原検査は重要で、ワクチン接種は感染拡大を防止する決め手であれば、抗原検査は、経済活動再開の決め手になり得るということだと思うので、そういう視点もあるのだということだけ、少し御留意いただければと思います。

時間の関係上、あと、佐々木先生で済みまいかな、すみません、では、佐々木先生、お待たせしました。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。

この議論がかみ合わないのは、なぜかというところ、多分、抗原検査の検査としての特性が、やはり専門家しか理解できていないというところがあるのだと思うのです。

私は、日々コロナの患者を診ています。中には、抗原検査が陰性だったからといって、飲み歩いて感染を広げるスーパースプレッターみたいな人たちは、一定の割合でいらっしゃる。

厚労省さんがおっしゃっているとおり、やはり、症状のない人たちに対して、我々抗原検査で患者の診断ということにはしません。基本的には、PCRを使うのです。ですので、抗原検査は、先ほど陰性証明ではないのだと、陽性だったら引っ込んでいろと、陰性だったら、それでも感染していないということではないのだということ、国民は理解するかというと、多分理解しないと思います。陰性証明として取り扱うということだと思いますし、これを使って経済活動を再開させようというモチベーションの多くも、多分、ここで陰性証明を取れば、経済活動を再開しても大丈夫ではないかという前提があるのだと思うのです。

ただ、抗原検査は、現状は、アボットさんの製品がどれぐらい優れているか分かりませんが、現状は、そこまで感度は高くないと我々は認識しています。

ですので、もし陰性パスポートを出すのだったら、PCR検査まではやるべきだと、私は思いますし、もし抗原検査をやるのだとしたら、検査の限界について、きちんと了承を取った上で、あと、もう一つ大事なものは、陽性だったときに、きちんと確実に、そこから先をつないでいくということが、医療につないでいくということがすごく重要なのだと思うの

です。

今、コロナの世界では、ノラPCRと僕らは呼んでいるのですけれども、PCRを自分で買ってやるのだという人たちが、自分で陽性だったと、自分で隔離していたら、いつの間にか重症化してしまって、保健所が把握しないままにぐちゃぐちゃになっているみたいなケースも、やはりあるのですね。

ですので、検査というのを、国民に広く公開することのメリット、利益は確かにあるのですけれども、それが不適切に運用されたときに、結構、そこで生じる不利益というのは、場合によっては、人の命に係わるものもあるので、ですので、医療者としての判断としては、そこで経済を優先するのか、医療を優先するのかみたいな議論になってしまうのですけれども、どこら辺で線を引くのが合理的なのかというのを、やはり医者が決めるのも、専門家が決めるのもないし、経済が決めるのもないし、国民が納得できる辺りでラインを引くという作業を、最初にやる必要が恐らくあって、陰性証明を取って、おばあちゃんに会いに行ったら、おばあちゃんを感染させてしまったという事案が起こったときに、では、どうするのだという問題も、もちろんあると思うので、ここら辺は、これは、単なる規制改革ということだけではなくて、検査の限界も含めた上で、国民がどのようにここから先の経済的な活動の再開を望むのかというところで、もう少し詰めたほうがいいのかと思って、どちらかというところ、厚労省さん寄りの意見になってしまっているのかもしれないけれども、この件については、私も日々現場におりますので、ちょっと意見として言わせていただきました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに、医療の現場の声としては、よく分かります。

さて、時間も限られてきたのですけれども、そろそろ時間が終わりということになると思います。

いずれにせよ抗原検査につきましては、既に研究用として、質が担保されていないものが出回ってしまっているという現実もあるわけなので、かつ、やはり会社、企業側からいってしまうと、経団連さんたちからの要望がありますように、企業側からは、抗原検査を積極的に活用したいという要望もある。

ただ、もちろん、佐々木先生が御指摘のとおり、PCRも含めてですけれども、検査は100%ではないということ、この辺は、むしろ国民にちゃんと周知する必要がある。

どうもこの辺り、幾つかの連立方程式、私、経済学者なので、連立方程式があるようで、ただ、やはり厚労省さんとしましては、現行の枠を前提に、これ以上できませんと言われても、やはり新しいニーズは、これから出てきているわけなので、そこは、やはり厚労省の中だけで決められることではないということであれば、政府全体の中で、やはり議論していかなければいけないのかなという気はしています。

もう少し、この件は議論を進めていかなければいけないとは思いますが、聖域なしに、OTC化であれ、零売の活用であれ、やはり早急な対応というのを求めるということ

にはなると思います。

ただ、くどいようですけれども、あわせて、国民に対する検査に関する精度も含めた周知が必要なのかなと思います。

研究用の検査薬は、抗原検査は推奨できませんといっても、実際みんな買っているのに、厚労省さんが推奨しませんと言われても、やはりそういうニーズがあるということなので、そこも含めて対応すべきところは、対応したほうがいいのかという気はしました。

すみません、最後は、ただの感想です。

時間になりましたので、経団連様、アボット様、厚労省様、また、ほかの委員の方々、御意見等々があれば、事務局にメールをいただければと思います。それは、委員の先生方へのお願いです。

では、経団連様、アボット様、厚労省様、ありがとうございました。議題2は、ここまですべてとさせていただきます。

○正木ソーシャル・コミュニケーション本部長 ありがとうございました。

ずっと1年以上前から、みんな、検査の拡充を待っていますので、お願いします。

○佐藤座長 というわけで、すみません、時間が押しているというか、遅れているというのが正しい言い方なのですが、それでは、今度は議題3に入ります。

議題3は「地域医療構想調整会議のガバナンス向上について」ということになります。少し系統が、話が変わりますけれども、よろしくをお願いします。

では、新百合ヶ丘総合病院のほうから、笹沼仁一院長。

引き続き、厚労省様からは、間隆一郎大臣官房審議官にお越しいただいております。

では、笹沼様、お待たせしました。笹沼様から、御説明のほうを申し訳ないですが、5分以内をお願いいたします。

○笹沼院長 新百合ヶ丘総合病院の笹沼です。よろしくをお願いします。

画面を共有させていただきます。

当院は、2012年8月に377床の総合病院として開院して、2020年、昨年4月に186床の増床により病床数563床の病院となっております。

昨年増床時に、救命センターを目指すために救急専用病棟を20床、そのほか地域に不足していた緩和ケア病棟、回復期リハビリと病棟、これを新設しております。診療科約40診療科。

当院、現在、約常勤医師200名を超える医師がいます、その中で救急専従7名、そのほか、産婦人科、小児科を含め、総勢200名を超える医師という陣容です。

当院の目標は、この地域は、後で説明しますが、川崎市麻生区というところにありますけれども、救急と産科と小児科を含む総合病院がないという地域の要望に応じて開設されました。

地域医療と高度先端医療を両軸として、地域の住民の方々の日常生活における最良の安心につながるということを目標に運営しております。

川崎地域は、人口154万なのですけれども、麻生区は、北の端にありまして、新百合ヶ丘総合病院は、ここにあります。

川崎北部医療圏というのは、非常に人口が増えている。さらに2025年以降も、高齢者人口が増え続けるという、介護需要、医療需要がまだまだ伸びる地域です。

この地域は、救命センター、川崎市には3つあるのですけれども、そのほか、2次医療応需医療機関というのも、南と北では大分医療に違いがありまして、南は16施設、北側は7施設ということで、どちらかという、北部地域というのは医療が不足している地域、医療提供状況が不足している地域です。

その地域に開業をして、北部地域の救急の自己完結率の改善や救急車の現場滞在時間の短縮に貢献できるように努めてまいりました。

夜間は、このような診療科、約8名から9名の夜間休日の救急診療体制で、いざというときに、地域の医療機関の救急体制も補完できるようにということで、痛ましい事故だったのですけれども、2年前の登戸小学校の多発傷害事件でも当院は対応しております。

コロナウイルスの対応なのですけれども、ちょうど昨年1月に新型インフルエンザの訓練を振り返っている時期にコロナウイルスというのが来まして、神奈川県はダイヤモンドクルーズがあったために、もう2月の時点から擬似症対応、さらに3月からは接触者外来を始めまして、4月から新棟がオープンするということで、そのオープンするところ、やはりもう、行政と相談して、コロナ対応をしなければいけないだろうということで、3月の末に準備していましたが、あつという間に第一波が、緊急事態宣言が出るということで、もう使い始めていた回復期リハ病棟、100ベッド、丸々患者さんを戻して、コロナ対応病床にするというようなことで、対応をし始めました。

一旦は落ち着いたのですけれども、冬場からまた感染が拡大したということで、再度受入れ病床、2月が6床、8月現在18床、9月、来週から34床に増やすように今準備しています。

今までの延べ陽性患者さんの状況、あとカクテル抗体療法も、既に8月で37名ですけれども、今40名を超えるところまで治療しています。

さらに、この地域では小児科を含めた接触者外来、やはり今、家族感染もはやっていますので、そういった中で小児も含めた接触者外来、発熱外来も継続しております。

今まで、大体実績としては、救急車は7,000弱ぐらい。昨年、小児科の救急というのは、小児医療というのは昨年少し減ったのですけれども、それでも前半では、当院が一番川崎市市内では救急車の受入れが多かったと。

やはり救急を行う場合に、救急専門医の存在というのが非常に重要でありまして、各専門の診療科と連携することによって、2次医療、2次救急の幅を広げる、あるいは重症者対応を可能にするということで、今後救急医の育成を目指していくと。

そういった中で、川崎市、21の救命センターがあるのですけれども、その中で、当院同等に専門医を養成する基幹医療施設のプログラム、あるいは指導医を養成する指導施設の

基準も、既を取得しているという状況です。

こういった中で、我々が救命センターに今後、指定されれば、ER型の救急救命センターとして、重症から非常に幅広い患者さんを受け入れる。それで、消化器、外傷領域、この辺のスタッフをかなり充実させました。ここ2年間、昨年と今年で医師を60名、看護師を130から140名ぐらい増員しまして、新東が増設したということもありますけれども、より幅広い救急、3次救急だけではなくて2次救急の受入れも向上すると。

そういったことで、今まで以上の救急受入れ実績が可能になるのではないかと想定しています。

やはり一番は、この2次医療圏、通常神奈川県には、2次医療圏に複数の救命センターがあることもありまして、大体人口30万から40万に1つなのですけれども、この川崎北部は85万のところには1か所しかない。川崎南部は、やはり同じぐらいで2か所あると、大体40万に1か所ぐらい。そういった中で、設置されることによって、今回のパンデミックもそうなのですけれども、やはり、いざというときに、有事の際に、危機管理において、県民、市民が安心して暮らせる医療体制が確保されるのではないかとということで、やはり地域に不足していた救急医療を行うことを目的で設立された当院ですので、こういった救命救急センターの指定を目指しているというのが現状です。

ただ、この構想は、2016年、当院の186床が、まだ、地域医療構想調整会議が始まる前だと思えますけれども、その前の時点で186床が正式に病床配分が決定しまして、そのとき、救急救命センターを目指そうとしたときから、行政との打ち合わせを始めました。

昨年度から計3回、大体3時間から4時間に及ぶ地域医療構想調整会議、前半の2回は非公開で3回目だけ公開だったのですけれども、こういう議論がずっと行われてはいるのですけれども、残念ながら、まだコンセンサスが得られていないと。

こういった指定を得ることによって、やはりスタッフの充実を図り、今は中等症だけなのですけれども、より重症の、あるいは、より多くの患者さんの治療が可能になってくる、そういう市民目線での医療に取り組んでいるということを理解してほしいというのが、やはりこの調整会議に、我々は望むことです。

ちょっと駆け足ですけれども、以上、当院からの説明です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、厚労省様から御説明を5分以内で、よろしく願いいたします。

○間大臣官房審議官 医政局の審議官の間でございます。再びよろしく願いいたします。

まず、最初に新百合丘総合病院の笹沼先生、地域医療に御尽力いただきまして誠にありがとうございます。

今回、救命救急センターの話なのですけれども、私どもの資料を御覧いただきたいと思えます。資料の1ページであります。

この細かいことについて、御説明するつもりはございません。救命救急センターはよく最後のとりでとも言われます。基本的に難しい病気あるいは例えば傷害、外傷などでも断

らないというようなことをモットーに受け入れておられまして、幅広い疾患に対応した高度の専門的医療、ほかの医療機関では対応できない重篤患者に対する医療を提供することにより、患者の命を守るため、各都道府県知事の指定によって、救命救急センターを全国的に整備すると、知事の指定ということになってございます。

この救急医療においては、やはりアクセス時間が、例えば、脳梗塞を起こしたとかいったような場合に、治療開始が早くなるということが非常に重要なので、そういう意味では厚生労働省では、疾病の特性とかアクセス時間を考慮した体制整備が必要だということ、これは各県にお示しをするとともに、救命救急センターについては、当初人口100万人に1か所を目途に整備を行う方針を示してまいりました。

現在では、人口100万人に2.3か所まで整備されておりまして、今年の5月1日時点では、全国で297か所、神奈川県においては21か所整備されております。

救急医療体制は、ドクターの先生方は御案内かと思っておりますけれども、役割分担をしなから面で支えるということをやっております、要するに軽度の救急患者、入院の必要のないようなもの、診ていただいて帰っていただけるような初期救急、1次救急、それから入院医療が必要となる2次救急、この24時間体制で、輪番制で行ったりいたします。

それから、今、お話ありました高度な専門的医療が必要となる3次救命救急センターというようなものを、機能分化、そして連携行って、それぞれの病院が、それぞれの役割を果たしながら、面で救急医療あるいは地域を支えると、こういう対応をしております。

したがって、とにかく、特に救命救急センターの場合は受け入れて、そして、そこで一旦治療を行って、症状が落ち着いたらほかの医療機関に転院し、治療することなどが行われているところでございます。

重篤な救急患者への医療提供体制をさらに整備するといった場合には、対応する施設数を増やすという場合とか、そのほか、既に対応を行っている施設の受入病床を増やすという方法もあります。

この辺りは、それぞれのニーズもそうですし、それから地理的な特性、各県で御判断いただいて検討するということが必要だと。それで知事が指定をされるということで考えています。

先ほどお話のありました地域医療構想調整会議は、医療法に基づいて、医療機関、自治体などの地域医療関係者から構成される会議であります。

これは議決機関ではありません。地域における関係者の意識の意識合わせをするような観点から、病床過剰地域、病床がもう既に多くなって多過ぎるというような場合に、新たな病床を設置するような場合には、この地域医療構想調整会議に附議することが求められていますけれども、今回御提案のようなケースについては、新たに病床を整備するものではないと、既存の病床のまま、救命救急センターの指定を受けるということを目指されるものだと思いますので、地域医療構想調整会議での協議が法令上求められているのではないと思います。

その上で、神奈川県が求められているというのは、恐らく2次救急の話も含めて、この役割分担をしていく面的な整備、そして断らない救命救急センターという意味で、どのような体制がいいのかということを考える上で、県において地域の御意見を伺っているものだと考えています。その意味では、そういったプロセスというのは、あってもいいとは思いますが。

その上で、この必要性があるのかどうか県においてしっかり判断していただきたいと考えております。

私からは、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、残りあまり時間は残っていませんけれども、委員の先生方、専門委員の先生方から御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 ありがとうございます。

本件の新百合丘病院の、この病院自体がどうだという話よりは、ちょっと多分、今回その調整会議の在り方について議論するべきなのだと思いますので、ちょっとその観点からお話をしたいと思います。

基本的には、先ほど厚労省さんは、例えば本件に関しては調整会議が必ずしも必須ではないけれども、神奈川県として設定しているとおっしゃいましたが、これは多分、調整会議の位置づけが非常に不明瞭なのだと思うのです。法的にどうであるのだとか、厚労省が、こういうふうに決めているということとは全然別に、現場では違う形で動いていて、結果として、ここで何を目的にどういう議論をするのか、その結果、それは、コンセンサスを全員一致で必要なのか、そうではないのか、そもそも神奈川県はどのポイントを議論してほしいのかとか、そういう論点だとか位置づけだとか、結果的に物が決まるプロセスだとか、いつまでに決まるのだという仕組みがはっきりしていないということが問題なのだと思います。

ですから、それは各県、もしくは、各調整会議の中で、独自に判断して動いてくださいではなくて、調整会議はこういうものであるということを再度徹底して、その位置づけを明確にするということが必要なのではないかなと思います。

もう一つは、それが本当にきちんと運営されているかどうかということをも明らかにするために、やはりこういう重要な会議に関しては、完全に公開する、誰でも傍聴してもいいですよ、また議事録もきちんと取ります。それは、誰でも見られますという、そういう形にするべきなのではないかと思います。

ですから、調整会議で意見を聞くということ自体は悪くないのですけれども、位置づけの明確化と、そこの公開ということをも求めたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

それをやっていくのは、厚労省の責任なのではないかと、私は思っています。その点についても、よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答をお願いします。

○間大臣官房審議官 もともと、地域医療構想調整会議は、今後2042年に高齢者の数のピークが来るわけですがけれども、中長期的な人口構造の変化を見据えると、医療需要に見合った病院の単にベッドというのではなくて、先ほど笹沼院長さんからも、例えば、川崎の場合、例えばですがけれども、高齢者が増えていくというお話がありました。

そうすると、医療ニーズも急性期のニーズが減り、療養とか、リハビリのニーズがだんだん増えていくわけです。それに見合った医療体制を作るという観点から、各医療機関が担うべき、単に医療をやっていますというのではなくて、どういう機能、高度救命救急センターのような、高度急性のような機能なのか、手術するような機能なのか、それともリハビリなのか、あるいは療養なのかといったようなことを、分化連携をさせていくということが、より強靱で柔軟な医療提供体制につながると考えて、その協議を行ってくださいと法律上位置づけられているものであります。

その上で、大石先生がおっしゃいましたように、これは、やはり大事な地域がどうあるべきかという議論ですので、そのガバナンスのような観点から、国で地域医療構想の策定ガイドラインにおいて、この調整会議は、都道府県、技術等に応じて参加を求める関係者について公平性、公正性に留意してしなさいと、要するに参加の話も考慮しなさい。あるいは地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報とか医療機関の経営情報を扱うような場合は非公開としてもいいのですけれども、その他の場合は公開とすることとか、協議の内容、結果については、原則として周知広報すること、あるいは公表することを示してございます。

こういったものを示しているところでございますので、こういうような公平性、公正性のある運営をしっかりと取り組んでいただくことが必要だと考えておまして、そういった働きかけは、引き続き取り組んでいきたいと思っております。

○佐藤座長 どうぞ。

○大石専門委員 ごめんなさい、ちょっと今のお答えに関して、でも現実的に、この新百合の例だけではなくて、私もこの業界でずっと仕事をしているので、そうなっていない事例というのをすごく見るわけなのです。

例えば、そういう議論するための構成員がどういう方なのか、それぞれの例えば、団体の代表として出て来られますけれども、でも、必ずしも視点が公平な視点で議論していないことというのも結構あったり、その結果、もともとの目的に合わないような議論であるとか、もしくはその結果になっていることに対して、ちゃんとやはり、そういうふうになるべきだと言っていますではなくて、そうなっているかどうかということをやちゃんとモニターし、監督し、指導するということが必要になってきますし、あと、それを、全てを厚労省が担うのではなくて、一般の方々が、それを判断できるように、透明性の確保ということは必要になってくると思います。

それができていないということに対しては、やはり指導していくということが必要なのではないのでしょうか。

○佐藤座長 厚労省さん、いかがでしょう。

○間大臣官房審議官 先ほど申し上げましたように、大石先生の御指摘は重く受け止めたと思いますけれども、やはり地域の医療現場でいる方々が、しっかり話し合うということはやはり大事なことだと思っています。

その上で、おっしゃるように、透明性みたいなことを高めていくことは重要でありますので、そういうのを示しておりますし、そういったものについては、徹底を図っていきたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは、制度というよりか、運用の仕方の問題ですね。ありがとうございます。

では、大浦専門委員、よろしくをお願いします。

○大浦専門委員 すみません、印南先生のほうが先だったので。

○佐藤座長 では、印南先生、よろしくをお願いします。

○印南専門委員 2点ほど、1つは、今、地域づくりも含めてということで、地域医療構想は割と中長期的な話だし、利害対立があるので、調整会議が大変なことはよく分かるのです。でも、どうして医療従事者だけで協議を行い、その他の保険者とか住民とか患者は、都道府県知事の判断でようやく協議に参加できることになってしまっているのでしょうか。

厚生労働省が地域医療構想調整会議を十分に把握・監視していないのではないか、制度の在り方が、公平性、透明性を確保するようになっていないのではないかという疑問を生じさせるのが、今日の論点ではないかと思うのです。これが1点です。

それから、諮問会議のほうでも、たびたび地域医療構想調整会議の進展のスピードが遅いと指摘されています。ちょっと先の話ですけれども、着々と進めていかななくてはいけない話なのに、進捗が遅いのではないかと指摘がたびたびされているわけです。

それに関連して、厚生労働省は、全国で行われている地域医療構想調整会議の実態をきちんと定期的に把握しているのか。例えば、議事録をちゃんと全部見ているのかとか、参加者が誰かとか、そういうことをシステムチックに把握しているのか。これは質問です。よろしくをお願いします。

○佐藤座長 すみません、時間の関係もありますので、今の御質問、次の大浦専門委員の質問の後をお願いします。

では、大浦専門委員、お願いいたします。

○大浦専門委員 じつは、私、長く医療法人の経営をしておりましたので、このときに、最初に作ったときに、何が起こっていたのかということを知っているわけです。

そうすると、これは、一体何のために作られた調整会議かというと、病床数を、今過剰だから減らすために、明解にあのときには、そういう理由で始められたものだと、私は理解しています。これは、事実だったと、私は理解しています。医療サイドもそう思ってい

たと思います。

そこで、ところが、厚生労働省さんが、各都道府県に投げたのです。そうしたら、投げたところで、各都道府県には、全ての既得権益者がいますので、そこで、どうやって、この既得権益を守るかということで、大騒動になったのです。これが事実だと私は理解しています。

最終的に、今、厚生労働省の担当者の方が非常に口触りよくお話になりましたけれども、要するに、なあなあで終わったというものだと理解しております。

私、今、この件に関して、質問をする気はない案件なので、私の知っている歴史的な事実をお伝えするのが1つと。

それから、間違いなく、今、印南先生がおっしゃったように、もっと普通の人たちというか、医者だけが専門家だというのは、大きな間違いだと思いますので、この地域医療構想調整会議に、もっと法律であったりとか、特に経済というものを学んでいらっしゃる方、その専門家みたいな方々を入れるという根本的、抜本的な改革というのをなさったらいかがかと思います。

最低限、議事録は出しましょう、以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のは、御質問ではなかったのですが、ちょっとだけ続けさせていただいて、大橋先生まで、一回厚労省さんに回したいと思います。

では、大橋先生、いらっしゃいますね、よろしくお願いします。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

基本的に賛同の意を示したいということで、手を挙げただけですが、基本的には、協議の定義というものをしっかりしてもらいたいというのが1つ。

既得権益者の利益が固定化されるようなことというのは、地域住民のためにならないので、そういう意味でいうと、そこを担保するような仕組み、多様なステークホルダーを入れるということも重要だと思います。

ただ、なかなか既得権益のいる前で、住民が声を上げられるのかということのも、場合によってはあるのかもしれませんが。ここは、しっかり、地方分権はありますけれども、やはり座組は厚労省さんで組めるとすれば、その座組はしっかり組んで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、印南先生から御質問が1つあったと思います。

それも含めて、厚労省さん、この段階で回答をお願いいたします。

○間大臣官房審議官 お答えします。

地域医療構想のスピードが遅いではないかという御指摘もありました。これ自体は、コロナの中ではあっても、各県でいろいろ再編などの議論は進められていて、それに対して重点支援区域などで応用するというのもやってきております。

それをさらに進むように支援していかなくてはいけないと思っております、機能再編などに必要な補助金、税制なども用意して、そしてその議論を促しているという状況でございます。

その開催状況については、回数等について把握しております。その上で、議論の詳細について、一つ一つについて、そこまでは承知しておりませんが、これはやはり住民の皆さんが見えるような形で、それでチェックしていただくということも非常に重要なことと思っておりますので、先ほど大浦先生からもお話ありました議事録の話、これについては、議事録あるいは議事概要なども公開するという事はしっかりと求めていきたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、時間の関係もありますので、次の佐々木先生、落合委員で打ち止めとさせていただきます。

では、佐々木専門委員、よろしくお願いたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

まさに既得権者というか、既得権益を守る仕組みとなっている現状があるのではないかと私は思います。

特に日本医師会は別として、地区医師会は非常に地域ごとに様々で、地域住民のニーズを最優先に行動している組織もあれば、同業者組合として、ギルドとして機能しているところもあって、そういうところは、やはり自分達の損益というのを、開業医にとって、やはり診療は生活に直結するので、やはり地域医療構想に関しては、最大の受益者である地域住民の意思がもうちょっときちんと反映される形にすべきだと思いますし、こういった形でそこで意思決定がなされているのか、その計画が公開されないというのは異常だと思いますので、そこはやはりオープンにするべきではないかなと、もう既に皆様がおっしゃったとおりで、すみません、焼き直しになってしまって、失礼します。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、落合委員、よろしくお願いたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今回のケースについては、何かの厚労省さん自体の問題というよりは、自治体のほうが、本来、法令上の認可ですとか、登録等の要件にかかっていないような調整会議を要件にしてしまったという、そういう運用をされたことが原因だったのだろうと思っております。

とはいえ、厚労省のほうでは、本来的に調整会議の開催が必要であれば、関連する文書において、要件に調整会議というのを書き込んだりということをするはずだと思います。それをされていないということは、そういう必要は必ずしもないということだと理解しております。今回の事案は、ここを誤解されている自治体が多く出たりしているのではない

かということだと思います。もともとこのテーマについて強制的な権限がある位置づけで調整会議が設置されたわけではないと思います。こういった解釈を明確化するであったり、指導を自治体にさせていただくという形も含めて実施していただくと、今回のような問題が起こるということが、減らせるのではないかなと思いましたので御検討いただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんから何かございますでしょうか。

○間大臣官房審議官 佐々木先生から既得権益を守る構造になっているのではないかとこの話もございました。

もともと地域医療構想調整会議は、先ほど申し上げましたように、中長期の医療需要の変化を考えると、みんな急性期やります、総合病院でやります、みたいなものでは成り立っていないねと、地域によってはもっと例えば療養病床、年配の方が療養できるような病床のほうが多くしなくてはいけないのではないかと。そして、リハビリの病棟を増やさなくてはいけないのではないかと。

一方で、急性期需要は、中長期的には減ってくるのではないかと、人口構造の変化で医療需要が変化するということを前提に、それぞれの地域で医療需要がどう変化するのかという数字を出しながら、かつ、それぞれの病院が、今どれぐらいできているのか、言っているようにできているのか、どうなのかというデータも見せ合いながら、将来どうしていくのだと、それは一遍に明日からということでは、難しいかもしれません。しかし、そのところは、各医療機関がそれぞれ腹決めをしていただかなくてはいけないので、それを議論する場として地域医療構想調整会議というのがあります。

ここは、大事なことは、やはり病院がスタンドアロンで成り立っていくということよりも、連携しながら、役割分担して連携することが非常に重要だという考え方でできています。

今回のコロナにおきましても、1つの病院で、コロナ患者さんをいっぱい受け入れてというだけではやはり回らないと、ある程度の回復した患者さんの場合には、後方支援の、要するにコロナ患者が治った、しかし体が弱ってしまってなかなか退院できないという方を受け入れるところがないと、コロナ受入れ病院が回転しないというようなことが起きて、ちょっとコロナ患者の受け入れにちゅうちょしていた病院におかれても、そういう直った患者さんを受け入れてくださいとお願いしながら回していくということが行われております。

このような形で、だんだんそれぞれの病院が単独でやるというよりも、つながっていかなくてはならないと、単に競争するだけではないのだということは、認識が広まってきていると思います。

そういった趣旨で地域医療構想調整会議というのがあるので、単に既得権益の、何かそれを守るためとか、そういうようなこと目的とするわけではなくて、それぞれが役割分担

して機能を変えていくということを目的に議論を進めていただいております。

これについては、もう繰り返し、繰り返し趣旨を徹底していきたいと思っているところでございます。

落合先生からもお話しいただきました。確かに要件化していないものを聞いているということなのですが、先ほどのコロナのようなケースについても、地域医療構想調整会議を使って、コロナ受入れ病院と後方支援病院の役割分担をするといった議論もなされております。その場を使うということについて、使うなということにはならないと思えますけれども、先ほど来ありますように、やはり透明性ということについては、しっかり確保しなくてはいけないということについては、我々も強く意識し、また働きかけをしっかりとしていきたいと思えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ここまでの議論を受けて、もし、笹沼先生のほうから、何か追加でコメント等があれば、ぜひ、この機会によろしくお願いします。

○笹沼院長 やはり議論が病院ごと、地域の医療関係者が集まって、役割分担、機能分担といたしますけれども、なかなか簡単にはいかないのですね。そこを住民の方、やはり医療というのは、公的な部分、国民のためにあると思うのです。保険でやっています。当然、医師も保険医であって、病院も保険診療をやっている。そういった中で、税金の中で行われている行為なので、やはりもう少し、そういった事業そのものが公的である、国民のためであるという目線で、その地域でどういう医療体制を今後構築したらいいかというのは、当事者同士だけではなくて、やはりもう少し大きな力を持って考えていったほうが、国民のためなのではないかなというのが、今、考えています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間も過ぎておりますので、議論はここまでとさせていただきます。

最後に一言感想になってしまいますが、先ほどの議題2とは打って変わって、厚労省さんの言われていることは、多分正論だと思います。

ただ問題は、この正論が多分運用につながっていないところが、これがなかなか地方分権の、地方自治体が介在することによる難しさのような気がします。

この問題、実は、少し大きな話でありまして、事務局とも相談ですけれども、今後もフォローアップというか、また、議論する機会があるかもしれません。多分あると思いますので、よろしく願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、時間になりましたので、今日の議論は、ここまでとさせていただきます。

まずは、笹沼先生、厚労省様、ありがとうございました。

それから、委員の方々、最後時間がなくて押ししてしまいましたので、もし、この件、あるいは前の議題の件も含めまして、本日の議論について、もし、御意見等がありましたら、

9月13日までに事務局のほうに連絡をお願いいたします。

まだ、事務局から追加で何かコメントとかありますか。

○木尾参事官 すみません、1点だけ。事務局から厚労省さんにまとめて御連絡をさせていただきますけれども、また、その結果は、別途このワーキングのほうに報告をさせていただきますたいと思っております。

どうぞ、よろしく願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

初回、第1回目からすごくヘビーな課題が3つ並びましたけれども、大変お疲れさまでした。2時間半でしたね。

では、本日は皆様方、お忙しい中、長時間にわたりまして、誠にありがとうございます。引き続き、よろしく願いいたします。

お疲れさまでした。今日は、以上です。