

規制改革推進会議（第29回）終了後記者会見 議事概要

1．日時：平成30年4月20日（金）16:34～16:51

2．場所：合同庁舎4館1階共用108会議室

3．出席者：

（委員）大田弘子議長、安念潤司座長、森下竜一座長代理

4．議事概要：

大田議長 お待たせいたしました。

きょうの規制改革推進会議では、2つの意見書を取りまとめました。1つは、保育・雇用ワーキング・グループで議論しておりました「日本で学ぶ留学生の就職率向上に向けた意見について」です。もう一つは、医療・介護ワーキング・グループで議論しておりました「『一気通貫の在宅医療』の実現にかかる意見について」です。この後段の「一気通貫の在宅医療」は、3月27日の公開ディスカッションで議論したテーマでもあります。

まず1つ目の意見書について、安念座長から御説明をいただきます。

安念座長 ありがとうございます。

お手元のA4横の資料1-2というのをごらんください。全体的な目標ということで少し読み上げさせていただきますが、近隣アジア諸国での給与水準が急速に高まる中、高度人材の重要な供給源である外国人留学生を我が国にとどめることは喫緊の課題となっている。しかし、現状は余り芳しくございませんで、留学生のうち約6割が国内企業への就職を希望しているのですが、実際に就職に至る割合は全体の3割です。日本再興戦略では、これを全体の5割に上げるという目標を掲げておりますが、なかなかその道は容易ではございませんで、日本の大学や大学院で学んだ留学生の方が日本で就職していただくのがスムーズにできるように以下のような措置をとることを提案しております。重要な項目だけ、かいつまんで御説明いたします。

まず第1に「1．在留資格の変更手続を透明化し、簡素化する」ということでございます。

この在留資格をそれまでは留学というものから、全部ではございませんが、多くの場合は「技術・人文知識・国際業務」という在留資格に変更するのですが、この不許可となる事例がそれなりにございまして、どういう場合に不許可となるのかをガイドライン等に基準を明示して周知していただきたいというのがでございます。

は、就職する場合、在留資格の切りかえに、就職する企業が一種の身元引き受けみたいな形になりますので、企業がいろいろな書類を入管に提出しなければいけないのですが、提出を求められる書類の種類が、ありていに申すと企業の格によって違ってございまして、上場企業の場合だとほとんどフリーパスみたいなものなのですが、小さい企業になってい

くといろいろ面倒が多くなるということがございますので、中小企業やスタートアップ企業についても作業が煩瑣にならないようにしていただきたいという提案をしております。

めくって裏返していただきまして2ページのところでございます。

2ポツの就職インセンティブと定着率向上のための高度人材ポイント制です。

高度人材ポイント制というのが発足しておりますが、いろいろな条件を合わせて70点に達しますと、出入国管理上の優遇措置が与えられることになっております。在留期間が例えば5年とか、さらには無期限という場合もありますし、家族と一緒に連れてきていい、さらに家族が働いてもいいといった特典がポイントに応じて与えられることになっておりますが、そのポイントが与えられる1つの項目が特定の大学、世界中の名のある大学を卒業したということになっております。これは別に日本の大学である必要はないのですが、日本の留学生のことを考えますと、このポイントが与えられるという優遇措置が与えられる日本の大学が13校、平たく申せば旧帝国大学と早慶ぐらいしかございませんで、これをもっと広げていただいて、特に地方にも配慮したようなやり方をしてもらいたいものだというのを提案しております。

次に、起業要件でございます。

これは日本に留学しておられる外国人の方が起業をする場合の要件。これは「経営・管理」という在留資格に切りかえるということなのですが、現在のルールでは、常勤2名以上の雇用または資本金もしくは出資金の総額が500万円以上の事業規模という要件を満たす必要がございます、これは留学生の方には大変難しいハードルでございます。

そこで、大学卒業者の起業に限り、資本金または出資金の引き下げを検討していただきたい。地方公共団体がサポートしている場合だけでなく、大学が支援する場合にも特例措置を認めていただきたいというのがでございます。

その次、インターンシップの活用でございますが、これは有給、無給の場合の区別があるわけですが、無給については特段の制限がないのですが、そのことを周知していただきたいということと、有給のインターンシップにおいても、別に4年生にならなくても3年生まででもできる場合があるのは法令上ははっきりしているのですが、それについても周知していただきたいということです。

5、就労のための日本語能力の強化でございますが、なかなか日本企業は、どうしても日本語能力が相当程度ないと就職できないということが多いものですから、日本語教育の仕方をもっと組織化して、例えば日本語教育に当たる教師の資格というものをもっと体系化するというか、公的に位置づけるといったようなことをしてもらいたいものです。さらには、留学生が就職された後も、日本語能力についてスキルアップするような機会を設けるべきだというようなことを提案しております。

6は「地方における就職支援を強化する」ということございまして、実際には留学生の7割の方が東京以外の大学で学んでおられますので、マッチングのためのさまざまな工夫であるとか、さらには日本の企業に就職された後も雇用管理の改善を図るべきであると

いったような提案をしているところでございます。

以上でございます。

大田議長 それでは、これに関連して出された主な意見を御紹介いたします。

まず、高度人材ポイント制において優遇される特定の大学の選定基準は何なのかという質問がありました。これはスーパーグローバル大学のトップ校と文科省が10年間のプロジェクトの中で選定した大学のトップと指定されている学校が該当します。4年前にスタートしたプロジェクトです。

2つ目の質問として、今、未来投資会議で外国人材の活用について議論しておりますが、そこで、外国人材全体の活用を見ると、もっといろいろな問題があるのではないか。その議論との整合性はとれるのかと。これに対して、安念座長から、より高次で見ると幾つかのいろいろな問題があるが、規制改革推進会議としては、日本の一定の大学を出た学生の就職率をより高めたいという視点で意見書をまとめたという回答がありました。

次の質問です。大学を卒業した後、在留資格を変更する必要がある、主に「技術・人文知識・国際業務」という在留資格に変更されますが、この資格変更が不許可になる場合があります、その説明に丁寧さを欠くということが意見書にも書かれております。この不許可事例はどれくらいあるのかという質問がありました。これは大体1割という答えが安念座長からありました。

不許可以外に、6割が希望しながら3割しか就職できない理由は何なのかということで、事務局からシンクタンクのアンケート結果が紹介されました。日本のいわゆる就活に乗りおくれる学生がいるというような回答です。

以上です。

続いて、もう一つの意見書であります「『一気通貫の在宅医療』の実現のために」について、医療・介護ワーキング・グループの林座長が、きょう事情があり出席できませんので、かわりに座長代理の森下委員から説明をお願いいたします。

森下座長代理 資料2-1をご覧くださいと思います。

2-1のところ、これまで行いましたワーキングの様、公開ディスカッションの内容等を書いておまして、このような議論を経て、資料2-2の意見書を取りまとめております。

少しかいつまんで御説明いたしますけれども、皆様方御存じのように、我が国では2015年時点で、全世帯の半分に高齢者、65歳がおりまして、その多くは独居または高齢者の夫婦である。2025年になりますと国民の4人に1人が75歳以上となり、高齢者の5人に1人が認知症患者になるという推測も出ております。こうした状況の中で、全国的に、訪問診療を受ける移動困難な患者が大幅に増加いたしまして、医療分野、介護分野においても「在宅」ニーズが拡大をしている。

こうした中、皆様方御存じのように、診療に関しましては「オンライン診療」促進に向けた議論が進みまして、本年4月の診療報酬改定では、オンライン診療についての科目が

新設され、これに先立ち、厚生労働省からは「オンライン診療の適切な実施に関する指針」というものが公表され、これによりまして、移動が困難な患者が在宅のまま診療を受けられる可能性を広げる第一歩が始まるものと期待されております。

一方、移動が困難な患者におきましては、受診から服薬の指導、薬の授受までの「一気通貫の在宅医療」を実現しなければ、オンライン診療の利便性は享受できない。言いかえまして、オンラインにより受診できても医師が院外処方した薬を受け取るためには、薬局に出向いて服薬指導を受けなければならないという規定になっております。この規定が現在、その下の段になりますが、院外処方される薬につきましては、薬剤師が「対面」で服薬指導した上で販売することが義務づけられており、オンラインによる服薬指導は認められておりません。これは院内、医者自身が薬を処方した場合は、直接、患者さんのお宅に郵送するということが認められていますので、院外に出したときにこういう不便さが生じるということで、本来、医薬分業の中で薬剤師に任せているにもかかわらず、実際上はこの利便性が落ちてきているということが存在いたします。

また、医師は患者に対して処方箋の「原本」を提供し、薬剤師はその「原本」によらなければ調剤できないとされており、このため、患者はオンライン診療を受けた場合でも、先ほど御紹介したように医師が院外処方した薬を受け取るために、郵送された処方箋またはその引換証を持参して薬局に出向き、薬剤師から対面で服薬指導を受けなければならない。こういったような一気通貫を阻害する要素があるということになります。

次のページになりますけれども、「一気通貫の在宅医療」を実現するということは、患者と家族の負担を軽減するだけでなく、医療従事者の負担を和らげることにもなります。また、地域の限られた医療資源を最大限に生かすためにも必要である。以下に述べた改革により、オンライン服薬指導と処方箋の完全電子化を実現させ、移動が困難で必要に迫られている患者が一刻も早く「一気通貫の在宅医療」を享受できるようにすべきであるということで、具体的な案をそれ以降にまとめております。

2番として「オンライン服薬指導の実現について」ということで、既に医師のオンライン診療を対面との組み合わせで認められているということですので、診療とのイコールドットアップということを考えますと、薬剤師によるオンライン服薬指導も対面と適切に組み合わせることで認めるはずである。服薬指導で対面原則が認められる理由というのは、医薬品の副作用等についての情報提供や多剤併用の弊害防止、残薬管理等にある。しかし、近年のICT技術の発展を考えれば、スマートフォンやタブレット活用をした服薬指導も可能と考えられる。

現在、移動が困難な患者に関しては、薬剤師の訪問により服薬指導や薬剤管理等を実施する「訪問薬剤管理指導制度」が設けられておりまして、その推進は非常に重要であると考えております。しかし、地域の薬局というのは、薬剤師さんが一人だけの薬局というのが非常に多いということを考えますと、この制度の推進だけでは患者のニーズに応えることは難しい。通常、実際、実働する訪問薬剤師の不足等により、訪問服薬指導を受けられ

ず、受けるために薬局へ行かなければならないという患者・地域が存在しております。

こうした現状を踏まえ、対面と組み合わせたオンライン服薬指導の仕組みづくりを早期に行うべきである。

これに関連して、平成28年の改正特区法に基づく国家戦略特区では、実証実験を行うということが可能になっておりますが、実際にはまだ行われておりません。一方、特区制度発足後、急速なICT技術の発展を背景にいたしまして、既に先ほど述べたように、ことしの4月から全国的なオンライン診療の指針が始まり、保険適用も開始されております。このようなオンライン診療に関する政策の進展や超高齢化に伴う在宅医療ニーズの拡大を考えれば、特区制度にとどまらず、さらに移動困難な患者さんに寄り添った「一気通貫の在宅医療」の実現を図るべきである。

実際、公開ディスカッションに来られた記者の方はお聞きになったかもしれませんが、福島県相馬市のような地域、ここではオンライン診療、訪問診療の対象患者のように、必要性に迫られた方が非常にたくさんいらっしゃるということが実際に出てまいります。そうしますと、オンライン服薬指導、訪問服薬指導、こういったことの組み合わせを可能にして、オンラインの服薬指導を可能にするように制度を見直すべきである。もし、見直しに関しまして実証実験が必要不可欠であると考えるのであれば、厚生労働省が実証を要する具体的な懸念点と実証を通じて評価する基準等を明らかにすべきであるとしております。

3番として「処方箋の完全電子化の実現について」。

これは現在、電子データも処方箋の原本となり得ますが「電子処方せん」の運用ガイドライン」というのがありまして、ここでは電子処方箋の引換証、処方箋確認番号を患者が薬局に持参するモデルが求められています。要するに、処方箋はオンラインなのですが、電子データになっているにもかかわらず、一部、紙によって、再度、もう一度行かなければいけないというところで途切れているわけです。この部分も電子処方箋の交付から受け取りまでを完全に電子化し、紙のやりとりをなさなければ電子化の意味はない。当然「一気通貫の在宅医療」も実現できない。

また、医師の資格を電子的に証明する仕組みを使えば、押印した紙によらずとも処方箋の原本確認を行うことが可能であるということで、以上を踏まえ、速やかに当該ガイドラインを改めて、電子処方箋のスキームを完全に電子化すべきであるということで意見書を取りまとめております。

大田議長 これに関連して出された質問は1つです。処方薬の服薬指導は対面原則が続いてきたわけですが、ここでの意見書の提言は、それに風穴をあけるものなのかという質問がありました。これに対して、森下委員のほうから、そもそも診療自体、対面原則だったわけですが、オンラインと組み合わせるといえることが、できるようになっているわけで、処方薬についてもそれと同様のことであるという回答がありました。

私どもからは以上です。

司会 それでは、御質問のある方は挙手の上、お名前、所属を触れていただきまして簡

潔にお願いできればと思います。どなたか、おられますでしょうか。

どうぞ。

記者 オンライン服薬指導についてお伺いしたいのですが、今回、意見書で求められているのは、特区以外でも必要性が認められる地域や患者であれば、組み合わせによってオンライン服薬指導を認めるべきだという認識でよろしいのでしょうか。

森下座長代理 はい。そのように考えてもらって結構かと思います。特区はもともとオンライン診療が認められない時点で始まって、実際に実証実験の場は用意されましたけれども、実例がない。その後、ICTが急速に進むことによって、むしろ特区を乗り越えて現実が進んできたということがあって、先ほど言いましたように3月にはガイドライン、4月にはオンライン診療が実際に始まった。そう考えますと、当然ながら服薬の指導に関しましても、これはある意味、診察が解禁されているのに、そこだけ対面が残るということになりますと、まさに一気通貫を阻害する。何のためにオンライン診療しているかわからないということになりますので、やはりイコールフットイングをすべきであるということで、ある意味、特区制度を超えて現実が動いたということではないかと私は理解しております。

記者 ありがとうございます。

司会 ほかにございますでしょうか。

それでは、ここで記者会見を終了いたします。ありがとうございました。

大田議長 ありがとうございます。