

第12回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成30年2月20日（火）15:30～16:59
2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階第2特別会議室
3. 出席者：
 - （委員）林いづみ（座長）、森下竜一（座長代理）、大田弘子（議長）
 - （専門委員）川淵孝一、土屋了介、森田朗
 - （事務局）窪田規制改革推進室次長、中沢参事官
 - （説明者）南相馬市 田林副市长
 - 南相馬市立小高病院 藤井管理者、小野田総看護師長
 - （厚生労働省）医薬・生活衛生局 総務課 紀平医薬情報室室長、吉屋企画官
 - 医政局 地域医療計画課 久米課長補佐
 - 医事課 奥野課長補佐
4. 議題：
 - （開会）
 - Society 5.0に向けた医療の実現について
（南相馬市立小高病院からのヒアリング）
 - （閉会）
5. 議事概要：
 - 中沢参事官 定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」第12回を開催させていただきます。
 - 皆様には御多忙の中、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。
 - 本日は江田委員、野坂委員、戸田専門委員が御欠席となっております。
 - また、大田議長にも御出席いただいております。よろしく願いいたします。
 - 本日の議題でございますが、お手元の資料でございますとおり「Society 5.0に向けた医療の実現について」の1件となっております。
 - それでは、ここからの進行は林座長、よろしく願いいたします。
 - 林座長 ありがとうございます。
 - それでは、早速議事に移りたいと思います。
 - 本日の議題は、ただいま御紹介のとおり「Society 5.0に向けた医療の実現について」でございまして、福島県南相馬市の副市长様と、同市立小高病院様をお招きしております。
 - 小高病院のあります同市の小高区においては、1年半ほど前に避難指定が解除されて以

来、住民の方々の帰還が徐々に進んでいるものの、帰還者の高齢化が急速に進み、かつ、医療資源も不足するという中で、在宅医療の現場で遠隔診療、いわゆるオンライン診療も実際に行われていると伺っております。その意味で当ワーキング・グループが今期の議論の中心に据えておりますIoTなどを活用した在宅医療の実現を正に実践しておられる自治体、そして病院と言えらると思ひます。

本日は、実際のオンライン診療の現場において医療機関や患者の方々が本当に困っておられることは何なのか、そして、今後改善されるべきとお考えの規制上の課題などについて、生の声をいろいろとお聞かせいただきながら議論を深めてまいりたいと思ひます。

本日は、南相馬市より田林信哉副市長様。

南相馬市立小高病院より藤井宏二管理者様、外科のドクターでいらっしゃいます。

そして、同じく小高病院より小野田克子総看護師長様にお越しいただいております。

それでは、早速、資料1に沿って御説明をお願いいたします。

○田林副市長 福島県南相馬市からまいりました、副市長を務めております田林と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日は、こういった形で南相馬市の状況につきまして、国の議論の中で取り上げていただく機会を頂きまして、本当に有り難いことだと思っております。ありがとうございます。

南相馬市の遠隔診療、小高の医療復興を目指してということで、冒頭、私から南相馬市の現状あるいは遠隔診療を活用して地域医療を確保していること背景みたいなところについて簡単にお話をさせていだいて、その後に藤井医師から実際の遠隔診療の様子などについて話をさせていただければと思っております。

資料に沿って御説明いたします。

まず1枚おめぐりいただきまして、南相馬市についてということで、皆さん御案内のとおり東日本大震災の被害によりまして、地震、津波、原発ということで、トリプル災害を受けた中で、今、南相馬市は復興に向けて地域一丸となって取り組んでいるところでございます。大体人口規模が今6万1,452人ということで、これは市外に避難している方も含めての数字となります。

3ページ、南相馬市の特徴といたしまして、平成18年に三つの市と町が合併をして誕生した市でございます。それが今回、原子力発電所からの距離によりまして、ちょうど20キロ圏、30キロ圏の境界線が合併した市町の境界と重なったということで、いろいろな場面で格差が生まれたような状況になっております。原発事故によります避難指示の対象となったのが旧小高町、小高区を中心とした20キロ圏内ということで、ここだけが人が住めない町になってしまった。その外については緊急時避難準備区域ということで、避難の対象にはならなかったわけですが、そういった境界線が引かれたことで各種の支援措置、例えば医療・介護にかかる費用の無料化措置でありますとか、あるいは高速道路の無料化措置、原子力災害による賠償みたいなものも価格が違ってくるということで、なかなか市全体として一体感を持ってまちづくりを進めることが難しいような状況がある。そんな市

になってございます。

4 ページは被災状況ということで、津波の被災につきましても市の面積の10分の1ぐらいが津波で被災したような格好になっております。したがって、やはり住民の方々の状況としては、本当にそれぞれ事情が違う。津波で被災された方、原発で避難しないといけなかった方、そうでない方、いろいろな方々がいらっしゃるということでございます。

5 ページ、先ほど座長からお話でしたが、平成28年7月12日までは、南相馬市小高区を中心とした旧避難指示区域が避難の対象となっておりました。今はそこは解除されまして、一部、帰還困難区域がピンク色部分、残ってございますけれども、こちら1世帯しか住んでおりませんで、今はもう外に出ているということで、エリアの問題はほぼ解消されたと捉えております。

6 ページ、今の復興の状況といたしまして人口と世帯数でございます。表の中の一番左側、住民登録状況が23年3月11日ということで、もともと震災前は7万2,000人程度の規模の市でございました。それが今、震災でありますとか、社会減もありますけれども、住民登録をしている方が昨年末時点で6万1,449人となります。その中で、さらに市内に居住している方が旧避難指示区域内2,798人と赤囲みの中でございます。こちらは小高区と原町区の一部ということで、小高区に限ると大体2,500人ぐらいが生活している町になってございます。旧避難指示区域の外が5万1,544人ということで、合わせて大体5万5,000人ぐらいが暮らしている市ということになります。一方で、市外に居住している方が7,107人ということで、依然としてこういった形で一部の方が市外での生活を余儀なくされているというものでございます。

小高区の医療機関数を右下に表示してございます。病院については震災前、二つあったものが、震災後は一つということで、これは今日一緒に来ております小高病院ということになります。診療所等々については表にあるとおりでございます。

7 ページは高齢化率ということで、震災前は市全体25.8%、小高区27.9%であったものが、今日29年11月現在ですけれども、市全体で33.8%、小高区では50.6%ということで、二人に一人が高齢者という状況がございます。そんな中で高齢者の方々がばらばらに生活されている中で、どういう形で地域医療を確保していくかといった課題に向き合っております。その中で藤井医師が京都のほうから南相馬に被災地への思いを持って移ってこられて、そのお陰で遠隔診療、在宅診療の部分をしっかりと展開していただいていることで、何とか医療が確保できているといったような状況がございます。

南相馬市といたしましては、こういった状況にあるからこそ、ここでいいモデルができれば日本全体にそういったモデルを展開させることができる。逆境を逆に生かして先進地になることができると考えておまして、今日の遠隔診療あるいは遠隔服薬指導といった部分についても、そういった中で進めていければなと考えているところでございます。

私からは以上になります。

○藤井管理者 小高病院の藤井と申します。よろしく願いいたします。

こういう機会を与えていただいて、本当にうれしく思います。我々の体験といいますか、現状をお聞きいただいて、御協力いただければ有り難いと思います。

先ほど来、副市長が申しましたように、小高の高齢化というのは50%を上回っているわけで、ある意味、日本の社会の縮図のような、トップランナーのような形を意図せず走るような状況になってしまっているわけです。高齢者が50%以上ということで、ほとんど子供の声を聞くこともありませんし、帰ってこられるのは本当に御高齢の御夫婦であるとか、または単身で生活の不安もいとわずに、とにかくふるさとで過ごしたいということでの思いの結果の方がほとんどのように、我々が接する患者さんでは思います。

ただ、帰ってはきたけれども、たちまち生活が立ち行かないということもよく見るところで、本当に引き籠もりのような、ふるさとから離れて現地の避難施設で何とかまたいわゆるコミュニケーションをリモデルしたつもりなのに、また小高に帰ってきたわけですがけれども、昔の仲間と話ができるかと思うと周りに誰もいないわけで、そういうコミュニケーションの崩壊というメンタルのストレスもあるのだと思うので、我々が目にしたところでも本当に鬱病になったりとか、御飯も食べられないとか、さらには廃用症候群といって引き籠もっている間に筋肉が拘縮してしまって動けないとか、これはとても一人では無理だろうなという人をよく目にするので驚いたわけであります。

だから帰ったのはいいけれども、何とかその人たちに救いの手をということで、小高では御覧いただきますような福祉協議会がパトロールに行ったりとか、見守り部隊が行ったりとか、保健師が巡回、いろいろな組織が絡もうとしているのですけれども、残念ながら散発的にできた組織でありますので、有機的なネットワークができていないのです。あるお宅に朝、例えば社会福祉協議会が行ったと思うと、午後、保健師が巡回に行ったりして、「何回同じことをしゃべらせるんだ」というふうなストレスにもつながるような、だからいい試みのみだけれども、有機的なネットワークになっていないということがすごく見ていて歯がゆかったわけであります。

9ページ、ということで住民がどこに何を言っても医療の情報のみにかかわらず、住民の情報が共有できるようなネットワークができたらいかなということ、協議会は2回開催、次3回目になるわけですがけれども、ここにありますように医療機関に言えばそれが訪問看護ステーションに伝わるし、区役所にも伝わるし、警察にも伝わる。1個石を投げるだけで周りにばっと、本当に波紋が広がるように患者さんの声がネットワーク化できればいいなど。ここに後で述べますような遠隔診療システム、これは多分こういうネットワークにうってつけのツールではなかろうかと思ってやっているわけであります。

10ページ、その医療復興への試みとして、たまたま我々は遠隔診療というものを始めたわけです。明確な意図は、また、明確な目的があって偉そうに始めたわけではなく、本当にたまたま偶然こういうものに触れる機会があってやっているわけですが、冒頭に言いましたように帰ってはきたのだけれども、独居老人でありますとか、御高齢の夫婦の生活、老老介護のようなお宅が実際に多い。話もできませんから認知症も進むし、これまでは田

舎ですから2世帯、3世帯住宅が当たり前だったのですが、孫や子供は引っ越しというか避難したままだし、車は孫が持っていつている、またはあったとしても車が流されてない。または認知症があったり、廃用症候群で動かさないとか、病気であって病院が必要なものだけれども、家庭力はないわ、地域力はないわということで、それまでは御近所さん同士の助け合いもあったわけですが、地域力の崩壊、本当に水没前のダム湖のような状態なので、患者さんの各お宅がダム湖の中に点在しているみたいなのが現実でした。

ということで、行きたくても行けないのだったら、こちらから行こうかと。これが通常のこれまでやってきた訪問診療なのですけれども、その合間にこういう時代ですから新しい端末に触れることができたので、これをどうにか使ってみようかということで始めているのが遠隔診療ということで、実際に我々がやっているのは訪問診療と遠隔診療の二本立てで患者さんを診ている。ある週は訪問に行くけれども、次の週は遠隔で診ましょう。そのようなことで純粋に遠隔だけということではありません。

11ページ、遠隔診療を活用した、偉そうに小高モデルと言っているわけですが、これは概要を御覧いただくにして、これは本来CLINICSというシステムなのですが、本来は都会型の患者さんをターゲットにしたマーケティングだったのだと思います。町なかでストレスで鬱病になったりしたときに、会社に知られずにメンタルクリニックに相談できるとか、都会型の想定をしていたのだと思うのですけれども、それを今、小高でやろうとしているわけです。都会型は当然、相手が40代、50代とか、割とパソコンに習熟している方が多いのですけれども、そういう方を想定したシステムなのですが、いかんせん小高は老老介護と言いましたけれども、80歳、90歳、100歳という方が我々の対象になるので、とてもではないけれどもパソコンとか携帯すら見たことがない人がたくさんおられるわけで、実際にどうしようかと思ったときに苦肉の策としてここに今看護師が来ていますけれども、看護師さんにタブレットを持って歩いてもらうということとにかくやってみようかということで始めたら、それが非常に効果があったということでまた後でお話しできればと思います。

期待される効用ですけれども、患者も医者も動かないで済む。冬の最中でも、また、雪が降った中でも、どちらも気兼ねなく相談できるし、相談にも乗れるしということで、動かなくて済むというメリットがすごく大きいです。私事ながら、今、骨折しているのですけれども、骨折した医者がのこの患者に出向くのではなくて、カメラ越しに顔だけやあと言って、患者さんに気を遣ってもらわなくて済むし、患者もふだんと変わらない私を見てもらえるということで、遠隔のメリットは正しく骨を折った自分が骨身にしみたということです。

あと、限られた医療資源と言いますけれども、そういう中で非常にやっていて思うのは、医療過疎地にこそ遠隔は必要なのではないか。これまでのように広範な医療過疎地圏にハコを置く、人を集めるという物理的にクラシックな問題で過疎地をカバーするのではなくて、少数の人材と少数の資材で広範な過疎地を診療圏にできるというのは遠隔診療の醍醐

味だと思って、それを今、南相馬市を挙げて副市長もおっしゃったように取り組もうと。遠隔診療で拾い上げたより高度な医療を要する患者をピックアップして基幹病院に送る。すごくパラダイムシフトが起こるのではないかというぐらいの手応えを小高では感じるわけでありませう。

遠隔診療の特徴を12ページに掲げてあるわけですがけれども、患者さんに新たな、当然相手は高齢者ですからパソコンを買ってもらっても必要もないし、詳しい契約のお金も要らない。病院の端末でできるということです。患者さんが自分で好きな時間の枠から診療所に予約できることもCLINICSの特徴になっています。診療の予約から処方箋、会計までがパッケージにされている、そういう設計枠です。

ただ、やってみて一番我々が驚いたのは6番目です。自宅での生活が見える。外科なので本来これも信用していなかったのですがけれども、実際にやってみると患者さんが居間の自分の座椅子に座って私と話をしてくれる。そうするとそれまで閉ざされた環境の中にいた患者さんが、ぱっと画面がつくと笑顔になるのです。すごく驚きました。顔を見てもらうだけで。さらにこれは割とワイドビューなので、実際に見ていただくと分かりますけれども、部屋の中の割と隅々まで見える。例えばこの人は脳梗塞だということがあらかじめ分かっていると、脳梗塞の人の手の動かし具合とか、またはこたつの横にごみがたまっていないかとか、洗濯物がたまっていないかとか、そういうことまでも見えるので、物すごく病院に来ていただく問診、視診のレベルを超えた質の深い医療情報が得られることにびっくりしました。それが一番大きな驚きでした。

それと7にあります効率化。医療資源のヒト・モノ・カネを問わず、あらゆる面で効率化につながるのだろうと確信してやっているわけです。

13ページ、私は京都から来たわけですがけれども、京都は医者が多い。本当に。福島県は本来少ないのですが、京都308に対して福島は188、6割ぐらいで圧倒的に少ない。

その中で14ページを見ていただくと、これは県と南相馬市が調べたのですがけれども、冒頭ありますような医療従事者の数を見ると相双地区、いわゆる福島県の海沿いの上半分、県の平均188.7に対して半分以下の84人でやっているのです。国の3分の1ぐらい。私が前にいた病院は250人おりましたから、その私がいた病院の3分の1しかいないのです。この地区で。驚きました。これは医者も疲れます。さらに看護師さんも足りないし、歯医者も足りない。足りなければ当然訪問看護ステーションも圧倒的に足りないし、あらゆる医療資源が足りない。病院数もこういうふうに震災後は半分をやっと超えるぐらいになって、医療施設、人材ともに圧倒的に不足したままなわけでありませう。だからここは遠隔診療で補う本当に絶好の地区だと思ひませう。

ただ、15ページを見ていただきますと遠隔診療の不便な面。これは仕様が都会型であるということで、まず第一にお金の引落としで加入にはクレジットカードが必要なのです。ところが、携帯もない高齢者がクレジットカードを持っているわけがない。ここは何とかしていただきたいなと。プリペイドカードにするのか何にするのか。ただ、それではいろいろ

ろと安全性の担保ができないからということで今、入会審査を伴うクレジットカードにしているのだと思うのですが、ちょっと待って、小高を考えてねということで、その辺は皆さんのお知恵をお借りしたい。

それと、「ご高齢者には…」と書いていますが、やはり使いこなせないです。今60歳、70歳の方が年寄りになっていくと多分使えるかもしれないのですが、いきなり90歳、100歳のおじいさん、おばあさんは使えないということで今、看護師が持って行っています。看護師が持って行って、向こうでスイッチをつけて私と話をします。それでよかったのはプロが行くわけですから、直接私が話をしても多分、10分、20分では埒が明かないと思うのです。ところが、プロが行っていわゆる予診をとってくれて、それで必要なデータを携帯の電子カルテを持っていきますので、それに入れてくれると私は画面を見ながら電子カルテを見てということで、すごく医療の質が担保されました。苦肉の策で行ってもらったわけですが、小高型のシステムは今のところすごく医療の質が担保されていると思って、広げていただきたい。

圧倒的な問題は、意識していただきましたように処方箋までは小高病院で出せても、薬は薬局に取りに行かないといけない。ちょっと待ってよ。病院に行きたくても来られない人が薬局だけ行くわけがないというのがやっていて本当に思うのです。これはだから、ここに書いてありますように薬事法が壁になっているということなのですが、医者が遠隔でできているのに薬を渡す薬剤師がなぜできないのか。その素朴な疑問で無茶苦茶なロスだと思います。そのようなことでここもお知恵を何か出していただければ有り難い。

それに加えてさらに16ページ、今、小高で実際に我々が最も困っていることは、服薬指導なのです。今、実際に我々がやっている、看護師が処方箋を受け取ってから患者宅へ医薬品を持って行くというやり方はグレーゾーンなのですが、遠隔診療に行った次に訪問診療に行くのですが、我々が薬を持って患者さん宅に回っているのが実情です。厚労省にお話すると、目をつむっておくと言っていて、有り難いのですが、そこは目を開いて見てほしい、瞠目してほしい。無視したら何も始まらないということです。

そもそも服薬指導そのものが慢性疾患の安定期に要るのかどうなのか。ただ、これは薬剤師さんにけんかを売るつもりはないのですが、実際にやっている現場の医者としては、毎回毎回指導は要らないのではないかと。それは一言、愚痴のついでに申し述べさせていただきます。

2番目は配送手段です。今、我々は看護師が持って行っていることが多いのですが、本当にそれでいいのかというと、もっと最短、確実な方法があるのではないかと。今、無人自動車が走ろうとしているこの時代に、特に都会ではなくて田舎なので道路事情は物すごく安定しているはずなので、こういう無人自動車が行くのにうってつけではないのか。また、ドローンでもいいし、当面は宅急便でもいいです。

これに関わる更に大きな問題は、服薬を遠隔指導しようと思っても多分、高齢者は分か

らないだろうなど。下手をするとパソコンのつけ方も分からなかったりするわけですから、これをどうするのかということで訪問看護師が別にまた訪問看護に行くのか、又は何らかの介護職がそこに介在してもらうのか。又はAIを使って賢いロボットがいっぱいあるわけですから、自動に何時にロボットが起きて、おばあちゃん、お茶と一緒にこれを飲んだら駄目よとか、多分めっちゃくちゃ得意な分野だと思うので、そのようなところも使えるようになれば本当にパラダイムシフトが起こるのではないかと思います。

それがこの「遠隔服薬指導を進める上で」とありますけれども、タブレットをどうやって使いこなすのかであるとか、薬局の参入メリットをどうするのかであるかということ。遠隔診療だけではなくに、それと並列して行っている診療体系である訪問診療にも遠隔服薬指導があるべきだと。診療というのは診察と治療ということで診療と言うわけですが。今やっているのは単に診察にすぎないので、治療になっていない。その治療になっていない大きな原因が服薬指導にあるということで、我々やっている側からすると制度として成り立っていない。欠陥ですということ。それを補うために我々は捕まるのを覚悟して薬を持って行っているわけでありまして。だから是非我々を助けていただきたい。

あとは現地の新聞をお持ちしたので興味があれば見ていただきたい。17ページにありますのは実際に避難していった医療機関に聞くと、4分の1しか再開しようと思わない。とてもではないけれども、当面のお金はみんな補償金とかであるわけですがけれども、お金がない。お金も大事だけれども、将来の町のビジョンが持てないので、当然なかなか帰還意欲が湧かないなということであったり、18ページは実際に経営を再開した病院でも赤字が病院を圧迫して、また閉めようかということが今、震災後7年たった今でも苦勞しているということ。

19ページは小児科医、産科医が相双地区には、産科ができるのが三人しかいない。入院できる産婦人科が2施設しかない。人口10万人の中で産科もできないの、小児科の入院もできないのでは、若い者は帰ってこないねということで、ここは是非お国の力をお借りしたいねということが我々の言いたかったことでありまして、私の愚痴はこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。

○林座長 ありがとうございました。

小高区だけでも練馬区と足立区を合わせたぐらいの面積があって、その中で病院はまだ小高病院一つで、調剤薬局が二つしかないという御説明を伺いました。

本日は厚生労働省から医薬・生活衛生局総務課より紀平哲也医薬情報室室長、吉屋拓之企画官。医政局地域医療計画課より久米隼人課長補佐。医政局医事課より奥野哲朗課長補佐にお越しいただいておりますので、必要に応じて御対応をよろしく願いいたします。

それでは、先生方、御意見、御質問等をよろしく願いいたします。

では森下先生から。

○森下座長代理 まずシステムのお話をお聞きしたいのですが、加入にはクレジットカードが必要ということは、これは当然、自費での加入だということだと思うのですが、

月額で幾らぐらい取られているかという話と、端末等はどのような形で持っていない方には、先ほど看護師さんが持参と言われましたけれども、それ以外の方法で何か御自分で購入してもらったりとか、そういう形の負担があるかどうか。その点まず教えていただけますか。

○藤井管理者 第一点、患者さんがこのシステムというか遠隔診療に加入するときに費用はかかりません。月々もかからない。だから実際に病院に診療報酬としてかかるのは電話再診料だけ。だからほとんど我々としては持ち出しのような感じで、患者さんには加入へ資金要求はしません。

○森下座長代理 そうすると、クレジットカードが必要だというのはなぜなのですか。

○藤井管理者 これはだから向こうの会社の都会型のデザインなのだと思うのですけれども、我々としては何とかクレジットカードを使わなくて済むようにしてほしい。

○森下座長代理 システム加入上、必要だということで、現状はお金の決済に使うというわけではないのですね。

タブレットに関してはどうされているのですか。

○藤井管理者 タブレットは高齢者は持っていない人が大半です。仮にやっても小高には防災システム、箱型の端末があるわけですがけれども、いわゆる緊急時に押すと市が出てくるみたいな。でも聞くと高齢者は使ったことがない、使えない。それを使えない人がタブレットを使えません。だからそれに代わるものを何か考えてあげないと使えないと思います。

○林座長 ほかにいかがですか。では川渕先生。

○川渕専門委員 藤井先生から御説明いただきましたが、論点は服薬指導が対面原則になっているが何とかならないか。

そのときに申請するかどうかはよく分かりませんが、結局オールジャパンでの話か当該地区の特殊性を考えるかどうかです。

一番困っていることは、遠隔服薬指導をしたいのだけれども、規制が妨害しているということでしたが、ほかの医療機関も同じようにして苦勞をされているのでしょうか。

○藤井管理者 今、遠隔でやっているのは我々だけなのですけれども、ほかの方々は多分、直に皆診療所に来られる患者さんだけが相手なので、その足で、横に大体できていますから、そんなに大きな物理的な問題はないと思います。やはり遠隔でありますとか訪問、病院から離れて診察、患者さんをターゲットにするみたいなときに物すごく、こんなに障害があるとは思わないぐらいに驚きました。

○川渕専門委員 そうすると小高区に今ある薬局は、いわゆる門前薬局で、そんなに不都合はないのだけれども、市立病院は非常に困っておられるということですか。

○藤井管理者 遠隔ではめちゃくちゃ困ります。

○川渕専門委員 これを受けて当局のお考えはどうでしょうか。少なくともこの地域に関しては少し特例とか、一定の措置や配慮があるのではないのでしょうか。

○林座長 お願いいたします。

○厚生労働省（紀平室長） 以前から小高地区のこの話というのは御相談を受けていまして、何かできないかという話はしていたところです。先ほど門前薬局というお話もありましたけれども、これは最近の議論の中でもずっとやっていますが、いわゆる都市部の大病院の前に薬局がずらっと並んでいる門前と、地方で診療所とか病院とかで1対1のような感じでそこに来られた患者さんに対応している薬局というのはある意味、同じ門前という立ち位置でも違うのではないかというところはあると思っています。

そういう前提がいろいろある中で、この小高地区で何かできないか。病院のほうで先生がお薬を持って行って訪問診療をされるというのは別に薬機法上、問題があるわけではないので、それはそれでいいのですけれども、今の医薬分業が進んで病院が処方箋を出す。薬局で受けてほしいというときに薬局側がどこまでどうできるかというのは、まず最初の話としてはあります。ただ、今、御紹介いただいたような状況で、薬剤種目の地区になかなか行けていないという中で、限られたリソースの中で対応しているので、なかなか実際に患者さんのところまで届けに行ったりというところまで手が回らないというのが現状だと認識しております。

これも以前から話が出ている、特区の中で遠隔服薬指導という話も小高地区で提供できないかみたいな話も、候補の一つとしては話としてしていたのですけれども、なかなかそれもうまく進んでいないというのが現状なので、次、何かできることを考えられないかというところで対応を考えなければいけないと思っています。ただ、今の法律が対面を前提としているので、そこをどういう形で対応するかというのは少し課題というか、検討しなければいけない状況かと思っています。

○大田議長 小高地区は被災されたということもありますけれども、これからの日本を考えると副市長も言われたように、ここは課題先進地域であって、いずれほかの地域も同じような状況になるのだと思います。

一気通貫で在宅医療が実現できなければ地域医療自体が崩れてしまう、そのときに服薬指導というのは極めて重要な鍵を握る、というのが今日のお話だったと思うのですが、そもそも服薬指導はなぜ対面が原則とされているのか。特区で認めるというような話ではなくて、藤井先生が言われた慢性疾患の安定期になったときに対面での服薬指導を行わなかった場合に、何が問題になるのか、改めて御見解をお聞きしたいと思います。

○林座長 では、御回答をお願いします。

○厚生労働省（紀平室長） 直接のお答えになるかどうか分からないのですけれども、服薬指導というものが今、法律上、どういう位置付けになっているかということですが、お薬をお渡しした後、飲めているかどうかを確認するところまでは法律上は言っていないで、法律上、対面で情報提供しなければいけないとされているのは、調剤をしてお薬を渡すときに情報提供しなければいけない。それを薬局の場で対面でというのが原則だというのが今の法規定になっているということです。

なぜそれがそうになっているのかというところは、医薬品そのものの自体が有効性・安全性を確認した上で国が承認するという形ですけれども、当然、副作用がゼロであることを保証して承認しているわけではなくて、一定程度、副作用のようなものが起こり得るという前提なので、使い方あるいは何に気を付けなければいけないのかというものをお渡しするときにきちんと説明をするというのがまず一つ、情報提供の意義としてあると思います。

もう一点、慢性期で繰り返し同じ薬を飲まれている患者さんで服薬指導が必要かという御質問も頂きましたけれども、その辺が実際に、当然きちんと飲めていて症状が安定されている患者さんであれば必要性が低いのもかもしれません、今、話題になっている例えばポリファーマシーと呼ばれるようなものでたくさんのお薬を飲まれている患者さん、あるいは残薬問題のように、もらっていてもきちんと飲み切れていないような患者さんも間々あるということであれば、そこできちんと状況を確認してお薬を渡すというところで、薬剤師もきちんと医師の確認に加えて、そこで手をかけることが必要ではないのかというのが、今の規定の前提になっているということかと思えます。

○大田議長 今のお話は、全て遠隔でできるのではないのでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） ですので、あくまで今の規定はそういうになっておりますということで、遠隔を前提として、それができるかできないかという前提で今の規定はなっていないと思いますので、これから今回のワーキング・グループで話題になっているとおり、診療から最後のところまで一気通貫でこういう形でできないかということであれば、診療のほうが対面は前提とするけれども、補完する形としてこういう形もあるということ、今、話が進んでいると理解していますので、ここで話題になっている薬のほうもどうするかということ、それに合わせて検討しなければいけないと認識しております。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 お話が続きで申し訳ないのですが、基本的には服薬指導というのは対面だけでなく、これはオンラインでも可能だという現状は事実だと思うのです。今回の遠隔診療のほうでもオンライン診察に関しまして、ある意味、管理料という形で手当している。同じような考え方というのは当然薬剤のほうもあると思っていて、例えば月1回は行くのだけれども、残りの部分に関してはオンラインでの助言で済ませるとか、あるいは3か月に1回は必ず行くけれども、残りの部分はオンラインの服薬指導においてそれを代わりにするとか、いろいろ知恵の出し様はあると思うのです。

どこからそれを行うかという問題があるのですが、今回のオンライン診療の診療報酬をかかりつけ医を前提としているように、これはかかりつけ薬局なら1か所決めてもらって、その中でやっていく。あるいは医療保険の中で薬剤の配達を含めて手配をしてもらう。そういう前提を置けばそれほど問題はないかなという気がしていて、これから先、先ほど議長も言いましたけれども、どんどん過疎化が進んでいって、本当に薬局に行くというのが病院に行く以上に大変だということが十分あり得るわけです。場合によっては医療圏で薬局が一つ、二つというのは十分あり得る状況だろう。そういう状況を考えるとき

には、今回のオンライン診療の診療報酬に合わせるような形でこの薬剤の配達、対面指導も当然考えるべきである。そういうことを先ほど、やるとは言いにくいのでそういう言い方をされたのだらうと思いますけれども、基本的にはそういう方向で考えて、これからの制度設計をするという理解をしてよろしいですか。

○厚生労働省（紀平室長） いわゆるオンライン診療の検討もこれから進んでいくと思いますので、それに合わせて薬のほうでどのように対応しなければいけないかということも検討していきたいと思います。

○藤井管理者 現場での意見を一ついいですか。ポリファーマシーって当然心配されると思うのですが、現場では大体訪問診療（遠隔診療）する人はそんなにたくさんの診療機関にかかっていなくて、一つか、せいぜいほかに歯医者とか限られたものです。それでも我々は申し送りノートといいますか、家にこの人のお薬はこうだということを皆、関連する医療従事者はそれを見て情報の共有をしているということで、AIが使えない中でもそのようなことでポリファーマシーは避けて、そのように取り組んでいるつもりです。だから本当にやり様はいくらでもある。それが昭和23年にできた薬事法がなぜ我々をストップさせるんだというのが本当に素朴な疑問です。

○林座長 先生、ありがとうございます。本当に言いたいことを言っていただいて。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 薬剤の対面指導が法律を変えないとできないのはもちろんだと思うのですが、むしろ願いは、どういう法律の条文にしたらそれが可能であるかというのを是非作っていただいて、政治家に示していただきたいのです。変えるのは政治家の責任なので、私は厚労省を責める気は全然ないので、むしろ今日の話でも薬剤師さんが遠隔で服薬指導に変わったら、できれば便利だとみんな共通の認識なわけですから、どういう条文にしたらいいかというのを是非お示ししていただきたい。それを採用するかしないかは内閣なり国会の責任ですので、そちらへ是非大臣に持って行ってもらいたいと思うわけです。

ただ、現場に伺いたいのは、もちろん医者が行ければそれで薬剤師さんがいなくても解決するわけですが、看護師さんは一時、震災の後にも話題になったと思うのですが、訪問看護ステーションを一人開業させると。結局、最終的に1か所しかできなかったと思うのですが、正にこういう地区で看護師さんが訪問看護に週に3回も行っている。これは一人開業の形でできれば看護師さんも処方ができる。全部開放しろとは言わないまでも、ある範囲のことができればかなりの部分は解決するのではないかと思うのです。特に慢性期であればです。是非ここは規制改革推進会議ですから、そういうものをもう一度、持ち出していただく必要があるのではないか。全国でいうとまた厚労省も抵抗するでしょうから、特区でも何でもいいですから突破口として、それをやらないと住民が一番困るのではないかというのが二点目です。

三点目は、8ページ目で大変いろいろな見守りの活動がある。私もこの3月までで終わるのですが、神奈川県のことをやっている、神奈川県は県西部の箱根のほうは割と過疎

までいかないですけれども、山の中にこういうものがある、ただ、六つの系統が先ほども言われていたのですが、これが有機的に結び付いていないのです。医療のアプリだけではこれは無理だと思うのです。むしろ市が中心になって、これの有機的な結び付きのアプリにするかどうかは別として、それをやらないと全部が全部医療ではなくて介護福祉が入ってきますので、それが有機的にいけば毎日誰かしらが来ているようなところまではいかないまでも、1日おきに誰か来れば代替要員をどなたかに頼むとか、遠隔で服薬指導ができれば翌日、別の方が届けてもいいとか、そんなことも考えたほうがいいかなというのが印象です。

以上です。

○林座長 今の点、厚労省では地域包括の構想の中で、そういう情報連携のようなことは御計画なさっていないのでしょうか。

○厚生労働省（久米課長補佐） 担当がいないのであれですけれども、基本的に医療、介護、福祉などの連携は進めていくべきということで、それぞれ各局が連携してやっているという認識でいますし、それは地域で、ここで書かれているような話は警察だとかそういうものを越えたつながりということですので、それは正に総合部局というか、副市長さんもいらっしゃっていますが、そういう方が進めることに当たっては、それぞれのところから支援というのはあるのだと思っています。

○林座長 そのインフラとしてAPI連携するだとか、そういうものも出てくるのだと思うのですけれども。

○土屋専門委員 先ほど小高地区でのモデルを全国にと言うのですけれども、私はそれは反対で、それぞれ地域特性が強くて、逆にそれぞれで考えて、よそのいいところ取りしてまねして広げるしかないのではないかと。基本的なソフトは一緒かもしれないですけれども、神奈川県という小さな県を見ていると地域によって特性が物すごい違うのです。

それと今、お使いになっているアプリだけではなくて、神奈川県で私は特区で現地視察のお手伝いなんかしたのですが、全く別のものを使ってタブレットを使ってやっていらっしゃるというのがあって、同じように薬局の問題があって週に2回、農協の脇の個室に薬局を開業するとか、いろいろな工夫をそれぞれの地区でやっているの、むしろ先ほど8ページ目で言ったような、厚労省が一律に地域包括ケアだと言って押しつけるよりも、各地域で工夫されたものを厚労省が面倒を見てみんなで開陳して、いいところ取りするのはボトムアップでやらないと、こういうものはなかなかうまくいかないだろうと思うのです。一度うまくいったからって隣の県に持って行ったら、うちはこれでは困るというのが現実ではないかという気がしますので、余り大風呂敷を広げて、これをやると全国で通用するというのは逆に余り宣伝しないほうがいいかなという気がいたします。

○林座長 ありがとうございます。

私からも藤井先生に教えていただきたいのですが、11ページのところで看護師さんがタブレットを持って今、実際に訪問されているということで、それが必要だということはよ

く分かったのですけれども、練馬区と足立区を合わせた面積と同じぐらい広いエリアに看護師さんが行かれるというのも、かなりの負担ではないかと思ひまして、例えば看護師さん以外の介護の従事者とか、家族がそういったタブレットなどの操作を手伝うサポートをするだとか、又は去年11月のこちらのワーキングに織田病院という九州の先生にヒアリングをさせていただいたのですけれども、お年寄りにはタブレットになじみがないので遠隔診療を行うときにテレビを活用されているのです。そういったテレビの活用とかも使えそうとお思いになりますでしょうか。

○藤井管理者 思います。ただ、日柄一日ぼーっとしている高齢者も多く、テレビのスイッチすらつけない人もいますので、そこをいかに取り組むかというのはAIのような勝手に自分で起きて、眠ってみたい機械は物すごく使い勝手があるなと思います。

看護師の問題については、広大な診療圏をカバーするのに看護師さんが一人行って帰ってくるのに1時間掛かるとか、だから効率が悪いです。ただし、患者さんのことをよく知っている地元の看護師と一緒に行って、茶飲み話のようなことでポイントを絞り出してくれるということは、医療の物すごく質はアップします。だからどこまで何を求めるかということで、実際にうちでも患者さんの家族が画面越しにやり取りすることもあるし、それはそれでいけますけれども、メリットとしては専門家が介在して予診をとってもらうことは、思いのほかのメリットだったなど。コスト面は省いて、そのように思いました。

○林座長 ありがとうございます。

せっかくなので小野田克子総看護師長様にも、是非現場でお感じになっていることを教えていただきたいのですけれども、自宅での生活状態が見えるという点で実際に病院にいらっしゃって会うときと、在宅の場で患者さんを診る場合とで違いというのはお感じになりますか。

○小野田総看護師長 実際にこの地域柄なのか、高齢者の方はすごく先生ということを作り難い存在だと思われています。「わざわざ先生に来ていただいて～」ということになる。訪問診療ですので予定で伺います。その日になると、とてもきれいに片付けたり、きちんと今日は洋服を着替えたりということをされる。でも、そういう点では看護師が行って、「今日は先生は画面越し」と言うと、ちょっとふだんの姿でいる。今、先生が「ぱっと顔が出る」おっしゃっていましたが、つなぐまでの間、機器なものですから、山の近くに自宅がありますとタブレットもなかなかつなぐのに時間が掛かることがあります。「ぱっと出ている」、先生のところではそう思うのですけれども、私たちは意外と話をしながら機器の「つなぎ」をしています。そういう意味では気軽にというか、先生と話を始められる。そうすると本人の後ろの背景とか、私たちが自宅に入って「今日着替えていないな」とか感じることを、先生にも同じように伝わっている。あとは気まずい質問をされたりとか、そういうことも表情としては先生がそばにいないものですから、ふと出てしまうとか、そういうところも先生にもちゃんと伝わっているところがあります。

○林座長 ありがとうございます。

よく対面原則を言われるときに、画面を通してでは分からない嗅覚を含めた五感を通じた情報収集のメリットが強調されるのですけれども、メリット・デメリットをトータルで見たときに、遠隔診療、遠隔服薬指導というものと対面とを比べたときに、対面のほうが絶対に優れていると言えるのでしょうか。そこはどうですか。

○藤井管理者 実際に対象は何回も何回も診ているじいちゃん、ばあちゃんなので、今更嗅覚もないだろうし、触覚、においもそんなに問題ではなしに、目で見た振る舞いであったりとか、患者さんの声のトーンであるとか、それだけで十分余りある。さらに立ち居振る舞いまで見てとれて、病院の診察までは伺えないような情報量の質の深さというのはびっくりしました。だからそれは五感を上回る質だと思いました。

○林座長 ありがとうございます。ましてや病院に行けない方へも医療を届けることが可能になるわけですから、トータルとしての遠隔医療のメリットというのは非常にあると思うのですが、どうぞ。

○森下座長代理 藤井先生に質問なのですけれども、医者働き方改革のほうの観点なのですが、これは実際に遠隔医療をされているときに、先生方はどういう形で対応しているのですか。要するに往診であればずっとついて歩いているではないですか。今回の場合は看護師さんだけがやっているわけですから結構待ち時間等もあるわけですね。どういうところの隙間に入れて診察されているのかなど。

○藤井管理者 私は外来が週3回あるのですけれども、その外来の合間、合間に何時に行くねとか言って、割と時間を連絡して行ってもらう。だから待ち時間を利用して行ってもらうとか、そういうことでやっています。

○森下座長代理 外来の間に入れるみたいな形で今のところは対応されている。

○藤井管理者 はい。

○森下座長代理 もう少し都会であれば密度が狭いでしょうけれども、移動が15分とか20分ぐらい掛かるイメージですか。

○藤井管理者 そうです。

○森下座長代理 そうなるとそうなってしまいますね。しかし、非常に往診に行くのに比べると。

○藤井管理者 計画的な時間活用につながると思います。

○森下座長代理 往診のときですと、その時間帯で何人診られて、現在のオンラインですとどのぐらい診られるとか、そういう比較はできますか。

○藤井管理者 そこまではないです。

○森下座長代理 往診のときですと三、四人ですか。

○藤井管理者 それぐらいかな。

○森下座長代理 そういう意味では効率はだいぶよくなりまね。

○林座長 もしよかったら看護師長様からどうぞ。

○小野田総看護師長 やはり先ほど言ったように先生は有り難い存在なので、訪問すると、

「1か月ぶりに来てくれた。先生に全て言わないといけない。」と思うので、二人で行くとなかなか帰してもらえないのです。なのでそこは遠隔診療で私たちのほうが先にバイタルサイン等を測って、五感という部分で私たちが気が付いた看護師としての知識で先生に先に情報を送る。先生のほうがポイントを絞って患者さんに問診をしてくださって、薬の処方内容などを考えてくださる。ある程度の時間で先生が画面を見ながら、「じゃあね」と先生側から切ってくれるので、患者も満足のまま終わるという感じです。

○林座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○川渕専門委員 厚生労働省の方に確認したいのは、今日の結論は、小高地区については特区というスキームではないにしろ何か一貫通貫に診療、服薬指導も含めてできるようなことをこれから考えていただけるということですね。また、これから来るであろう未曾有の少子高齢化社会で、いわゆる一般論で遠隔医療の中での服薬指導の在り方を今後、御提案いただくという理解でよろしいですね。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（紀平室長） 順番に御説明させていただきます。

まず特区でできるのかどうかというのは、今、特区指定されていない状況ですので、厚生労働省の問題ではなくて内閣府のほうでまずどうかという話が前提としてあります。なので現時点で特区でいけるかいけないかという話は、こちらからはお答えできません。

とはいえ今までお話ししていたように、オンライン診療がこれから形をある程度整理していこうという中で、それとある意味、セットの話ではありますので、薬のほうでそれに合わせた形で何をどうしなければいけないかという検討は、しなければいけないことになって思っています。

ただ、今、林座長からもお話がちらっと出ましたけれども、対面とオンラインとどちらがいいのかという議論があったのは、5年前、OTCのネット販売のときにもいろいろ話があったと思いますが、要はインターネット販売でOTCを販売するとき、一般の消費者の方がぼんと飛び込みで来たときに売っていいかどうかという話をすると、医師がオンラインであれ訪問であれ診療した状態で処方箋が出てくる患者さんの状態とではまた前提条件が違ってくるでしょうから、しかもオンライン診療の中で対面を補完するものとしてオンライン診療が位置付けられたとしたときという前提とかもいろいろ考えれば、また、今までいわゆるネット販売で言ったような議論とは違う考慮もしなければいけないと思っています。当然そのOTCのネット販売の議論のときのように、いろいろな関係団体あるいは患者さんもいろいろな患者さんがいる中で、例えば医薬品の安全性の確保をどうするのかといった心配をされている方たちもいらっしゃいますので、いろいろな方たちの御意見を聞きながら検討していかなければいけないと思います。

○厚生労働省（吉屋企画官） 川渕先生の御質問は、小高病院の対応をどうされるのかという話と、それとは別に日本全体でどうするんですかという話と二つあったと思ひまして、

両方お答えさせていただいたような気もしますが、前者の話は今の特区では少なくともいろいろな議論があるけれども、なかなか難しい部分もあるのかなという気もしまして、後者のことについて申し上げますと、これに関してはそもそも厚生労働省としても特区法でこれを実証していきましょうということを議論したときに、そのとき遠隔診療、そのときからまたさらに今、議論が進展して、どういう形でガイドラインを作っていきますかという議論になっているので、さらにそれを踏まえた形でやっていかなければいけないと思っているわけですが、現実問題としては今、紀平室長が申し上げたような形で議論を進めていかなければいけないとは思っていますが、実際に特区で実証ができた形であれば、こういうものは大丈夫であるとか、こういうものはちょっとまずいなとか、こういうガイドラインで考えたほうがいいのかというところを進めていかないと、先ほどおっしゃったような制度として条文を示していただきたいと言われても、なかなか難しいだろうなと思っています。

私たち自身も医薬の話は要するに薬を、紀平室長も申し上げましたけれども、お医者さんが診断されて、それに基づいて渡すものなので、いわゆるOTCよりはもう少し違うかもしれないけれども、そもそも薬剤師さんはダブルチェックの機能があって、お医者さんがやったものに加えて先ほどのポリファーマシーも含めて、これで本当にいいのかというのをちゃんと確認したいということもあるものですから、これがどういう場合であれば大丈夫で、どういう場合だったら駄目なのかというところまでよく踏み込まないと、なかなか難しいので、特区法が成立してからまだ特区が出来上がっていないのですけれども、こちら側で何らかの形で実証したものでないと難しいだろうなという気はします。ただ、それがないと駄目かという、それはまた別問題なので議論をひっくり返すつもりはないのですけれども、そちら側で実証したいなという思いは非常に強く高いということは御理解いただければと思います。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 コメントなのですが、3ページ目のよく東京都に比べると面積が大変だというのが出るのですけれども、これは居住面積にしないと、例えば練馬区とか足立区はべったりしていて、全部居住地区なのです。恐らく南相馬の場合は、高速道路を境に東側が居住地区で、西側はほとんど山林だということから言うと約半分。そうしないと都会の連中はこれを見ると反発するのです。逆に練馬と足立は全部居住地区なので、救急車の到着時間が物すごい遅い地区なのです。都会には都会の逆の悩みがあるので、こういうものを示されるときに居住地区の面積でどのぐらいと言うほうが、応援団が増えるのではないかと。コメントです。

○林座長 ありがとうございます。

では順番で大田先生。

○大田議長 先ほど藤井先生が言われたように昭和23年に薬事法ができたときと状況は物すごく変わっていて、対面でなくてもそれを補完する優れた機器ができてきています。今、

現に小高病院でもそれを実証しておられるわけです。あくまでこれは特区でどうこうではなくて、オールジャパンとして見直しをお願いしたいと思います。

紀平室長にお伺いしたいのですが、スケジュール感はどうなっているのか。今も雪の中で動けない高齢者がたくさんいます。高齢者でなくても藤井先生も雪の中で骨を折られたということで、私どもも雪の中では本当に動けなくなりますので、これは急ぐ話だと思います。見直しのスケジュール感を伺わせてください。

○厚生労働省（紀平室長） スケジュールは今、手持ちで御用意していないのでお答えできる状況にないのですが、確かに旧薬事法が昭和23年にできて、基本的に薬局とかの周りの規定はそのままになっているのもあるのですが、今更言うお話ではないですが、その間、幾つかのいわゆる薬害問題もあって、いろいろな規定ができてきているというのもありますし、5年前にはOTCのインターネット販売というところで、対面とネット販売の議論もされた上で今の規定がなっていると思います。

ただ、そこから更に5年たっているいろいろな機器とか環境も変わってきていて、しかも地域の状況がどんどん悪化すると言うとあれですけども、悪くなる状況の中でどのように薬を届けるかというのが今の課題になっているという認識はありますので、検討しなければいけないだろうというのは冒頭からお話しているところです。スケジュールの話はすみません、今お答えできる状況にありませんので、持ち帰って検討させていただきます。

○林座長 スケジュールの点は、持ち帰って検討して御回答いただきたいと思います。

森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 先ほどの吉屋さんのお話は納得できないなど。これはもともと医者が診ている中で一部をある意味、薬剤師さんのところに権限といいますか、薬局の中でやっていた。もしそれで不便になるのであれば医薬分業する意味がないではないかという根本の議論にまた戻らと思うのです。

医者の方でももう既に対応ができないので今回、オンライン診療という形で新しく診療報酬も作って行って管理する。当然そのところで医者の診療計画の下での話ですから、従来の先ほどあったOTCの議論と一緒にするのはとんでもなくおかしい話だし、残薬の問題を含めて結局は調整するのは私ども医者もやるわけですから、薬剤師さんだけで完結する話ではない。

そうすると、そこの議論は一からある意味、診療計画を基にやるという前提で議論しているのですから、先ほどの言い方は納得できないなど。これは根本的に新しいオンライン診療の中でどう対応するのかというので看護師さん、薬剤師さん含めて全体のチーム医療を考えていく中で、薬剤師だけ違うんだみたいなことを言われると納得できない。多分皆さん一緒だと思うのです。そういう考え方をおっしゃるのは私は非常に心外だなど。むしろどうやって医師、薬、看護師さんも合わせて地方の医療を守るかという観点で議論をしてもらうのが大前提だと思います。先ほどのは改めてほしいなというのがコメントです。

○厚生労働省（吉屋企画官） あえてきつめに申し上げましたけれども、今回の南相馬の

話だけしていると、これなら大丈夫ではないかと皆さんおっしゃるような形で動いているのかもしれませんが、慢性の方でという先ほども議論がありました。慢性でない方の場合もあると思いますし、看護師さんみたいな方がちゃんと入ってくださらない方もいらっしゃると思いますし、お医者さんがいいと言っても薬剤師さん自身はその方は初めて診る方であるかもしれませんし、いろいろな場合があると思うので、大丈夫な場合も多分あると思うので、どういうときであればうまくいくかというのが見えてこない、なかなかうんと言えないのだろうなということにして、何でもかんでも駄目とか、何でもかんでもいいとか、そういう話ではないのではないかと趣旨でございます。

○森下座長代理 「見えてからでなければいけない」というのは同じことを言っていますよ。見えるかどうか待っていたら10年後でしょう。そこまで持つわけがないです。これは南相馬の例が特殊だと言うけれども、南相馬はむしろうまくいっている例です。むしろもっとひどい地区もいっぱいあるわけです。言われていることは全く逆で、南相馬の状況を待ってられないような地区も十分あるわけです。そういう意味では当然想像力を働かせることができること、できないことがあるのは分かりますけれども、やるべきことを早くしなければいけないのは明らかです。だから実験を待ってからみたいな話は一体何年先の話なのか。それが十分間に合わない人もたくさんいらっしゃるの事実なのだから、ある程度、先ほども言ったように対面との補完をしながらオンライン診療も始まったわけですから、対面の服薬指導を補完しながらやるような形でやればいわけだから、最初からそんなにネガティブな話をする必要は全くないと思うのです。だから発想を逆にしてもらわないと困るかなと。

○藤井管理者 現場の臨床医から一言だけいいですか。普通の診療上での院内処方の際は、多分、薬剤師は介在していないと思うのです。何で院外処方だけこんなにみんなキャーキャー言うのだろうぐらいにたくさんお金を付けて、信じられない。院外処方というか、私が出した処方を患者さんのところに行って、飲み方を伝えて何が悪いんだというのが素朴な疑問であるのが一つ。

入口が遠隔で診察が始まっているのに出口が対面かよというのが、本当に爆発寸前の気持ちです。こんな制度がなっていないではないか。もうそこだけです。

愚痴は以上です。

○林座長 ありがとうございます。

今の藤井先生からの現場の声だと思います。私たちも何なんだこの議論はというふうにずっと思いながら何年も議論をしているのですけれども、どうですか。やはり今までと同じ回答を繰り返しますか。

○厚生労働省（紀平室長） 今までと同じ回答とおっしゃられるとそうかもしれませんけれども、そういうこともあって特区法で遠隔服薬指導の規定ができていると思っております。もちろんその中で実証された結果が出てくれば議論がしやすいということもありますが、こちらはそれを待たずという状況もだんだんというか、あるということかと思っ

ておりますので、オンライン診療の検討とあわせて様子を見ながら話はしていかなければいけないと思っております。

各いろいろな地域の状況のお話というのは、私もお話を伺ったら実際に見に行ったりしていますけれども、地域の特に高齢者の方というのはオンラインで状況を確認するだけではなくて、時々実際にお会いして、医療だけではなくて栄養の状態とか運動の話というのは藤井先生からもお話がありました、やはり改善することが大事で、行くのが保健師さんであれケアマネさんであれ看護師さんであれ薬剤師であれ、誰かは一定程度の頻度では状況を見に行かなければいけない。その中でこういったオンラインという形のをどう使っていくかというのが全体の課題かと思っておりますので、薬のほうでもできること、やらなければいけないこと、あるいは気を付けなければいけないことは何かという課題の整理をしていきたいと思えます。

○林座長 関連でいいですか。二点伺いたいのですけれども、先ほどから特区での遠隔服薬指導の実証のことを厚労省からお話がありました。実際に実証というのはどういう懸念点に対して、どのような実証を行おうとされているのか。そして、どのような実証結果が得られれば、遠隔服薬指導の懸念点が解消するとお考えになっているのでしょうか。これが一点目です。

二点目なのですが、先ほど藤井先生からもお話があった対面で行う、訪問診療のときに遠隔服薬指導が使えないという話。これは特区のほうでも対面で行う訪問診療のときには遠隔服薬指導はできないそうなので、この問題は解決していないのですけれども、何で訪問診療のときに遠隔服薬指導ができないのか。移動が困難な在宅の患者さんに対して在宅で診療から処方箋、医薬品の譲受けまで一気通貫で実現したいというニーズを考えたときに、どうしてそれができないというのか。もう一度その理由を教えてくださいたいと思えます。

二点です。お願いします。

○厚生労働省（紀平室長） まず一点目の特区の検証の話ですけれども、具体的な課題設定でこれを解決するためというものがあるわけではなくて、実際にやってみて問題があるのか、どこにあるのか、あるいはないのか、問題のあるケースはどのようなものなのか、実際にやってみないと分からないということがあると思っておりますので、それは具体的な解決すべき課題が挙がっているというものではないと思っております。ただ、もちろん想定される懸念というのはありますので、それを実際にやってみてどうかということかと思っております。

もう一点のなぜ訪問診療のときに遠隔ができないかという話ですけれども、今の調剤報酬でもあり、薬剤師が実際に訪問をしてやるということはできますので、医師の方が訪問診療できる状況であれば、薬剤師も訪問で調剤対応できるというのが今の前提になっているかと思えます。ただ、もちろん地域によって実際に薬剤師が行けないような地域もあるという前提がこのお話ですので、それが今日ずっとされているお話かと思っております。

ます。

○林座長 だから何でその訪問診療時に遠隔服薬指導が使えないのかという理由です。理由はどうしてですか。

○厚生労働省（紀平室長） それは特区法の中でというお話でしょうか。

○林座長 今、特区でもそれはできないということなのですけれども、ニーズを考えて、実際にお医者様が訪問診療しているときに薬剤師による遠隔服薬指導が使えないのは、どのような弊害を心配されておられるのですか。

○厚生労働省（紀平室長） これも繰り返しのことになるかもしれませんが、今の法の規定がそこを前提としていない形になっていると思いますので、なぜできないのかと言われると、今の法の規定がそうだからというお答えになってしまうかもしれません。特区のときにその議論はあったと思いますけれども、そのときにもあくまで医師のほうで遠隔診療できる、そして服薬指導のほうも遠隔でやってもらっていいという前提であれば、服薬指導も遠隔でいいでしょうということに議論としてはなっただと思っていますので、そういう前提が付いたと考えております。

○林座長 そうすると、法改正が必要だということでしょうか。

○厚生労働省（紀平室長） 法改正は必要だと思っておりますし、特区のときの議論の中で遠隔服薬指導をする前提条件というものが設定されている。それはそうしないときには懸念があるからだという議論があったからだと思っておりますし、場所についても国会の附帯決議とかでもいろいろ指摘をされているところですので、その前提を踏まえた上で議論をしなければいけないと思っています。

○林座長 対面原則の例外として遠隔診療が認められますというときに、対面している原則のほうである訪問診療をしているのに、そこで薬についての遠隔服薬指導ができないというのはどういう理屈なのだろうというのがよく分からないのですけれども、並行してしまうので土屋先生に譲ります。どうぞ。

○土屋専門委員 私は厚労省と同じで法律を変えなければ駄目だろうと思っています。ただ、一点は実証実験うんぬんという話のところなのですが、是非実証を待たずに海外の例を是非参考にしてほしいと思うのです。そういうものがやられている国があるわけですから、是非それで安全性が担保されているものがあれば導入していただきたいというのが一点。

二点目は、先ほどの藤井先生のお気持ちは分かるし、先生の病院の状況も分かるのですが、院内の処方でも薬剤師さんの介在というのは先端医療をやっていると必須ですので、これを全部に広げてしまうとちょっと困るということだけは一言、言わせていただきたい。原則やはり薬剤師さんの介在というのはこれから必須であろうと思います。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 診療報酬のことを聞きたいのですけれども、11ページの絵でいくと看護師さんが行ってオンラインの診療をするわけですね。この場合、診療報酬を取る方法とし

ては看護師さんの在宅の訪問ということでは取れないのですか。それとも医師の診察のほう。

○藤井管理者 今、小高病院は電話再診料で取っているだけで、うんと報酬は少ないです。

○森下座長代理 電話再診料だけということは、看護師さんの往診分は入らない。

○藤井管理者 入っていないです。

○森下座長代理 そこは持ち出しなのですね。

○藤井管理者 はい。訪問看護すると570点。それを71点で済ませている。だからなかなか民間の医療機関での参入はこういう方式は難しい。

実証実験は小高で現在進行中なので、是非我々を解剖してもらいたい。そのように思います。

○林座長 そうですね。そのとおりですね。

森田先生、いいですか。

○森田専門委員 実は私自身は厚労省で医療情報化のむしろ推進のほうに関わっておりますのと、もう一つは、これは厚生科学審議会の医薬品医療機器制度部会の部会長をやっているものですから、利益相反の関係になるかもしれないので余り具体的なことは言わないのですが、医療の遠隔診療も含めてですが、情報化を進めていくときに考えなければならない視点といいますのは、やはり人口減少がこれから急速に進んでいくだろう。そして多分、今の診療報酬の仕組みですと、一人患者さんを診て幾らという形になっていますから、保険財政のほうから言って地域の医療を支えていくというのは非常に難しくなってくる。

そのときに正にこういう人口が希薄なところで訪問診療をやっているときに、移動にかかるコストをいかに下げていくのか。一人の先生ができるだけたくさん患者さんを診る。そして看護師さんもできるだけ効率的にケアをしていく。そうした仕組みにしていかなないと多分持たなくなってしまう。

先生自体が足りなくなってくると、結局、診療を受けられない患者さんが出てくることになりまして、こちらのほうが医療の質の低下に大変大きな問題になってくる。全ての患者さんに対してきちんと先生が診療すること自体が非常に難しくなってくるときに、質が下がってもということは申しませんが、可能な限り効率化していくためには先生の診療時間をどのような形で配分していくか。それと看護師さんも同じような形でケアというものをどのように結び付けていくのか。可能な限りそこはITを使っていかなければ、これは持たなくなってしまう。

伺っている限りで言いますと、小高区の場合には震災の特別なところで費用の問題はそれほど深刻ではないかなと思いますけれども、通常診療報酬の話は、多分これから大変厳しくなってくる。そのためにもできるだけこういう意味での遠隔診療の仕組みを入れていく必要があると思います。

都市部はどうするかというのは後に置いておいてもいいと思いますけれども、原則、一

般が多分、人口が少なくなってくる多くの地域の話になるかなと思います。その観点で見ますと、薬事法だけどうしてなっているのかというのは私もよく分かりませんし、厚労省の立場から言うと、本当はしたいのだけれども、何かでできない理由があるのかなという気がいたまして、これは余計かもしれませんが、それはむしろこの会議なり何なりがプッシュするというのが一つの在り方かなと思っております。

いずれにしても、それは懇切丁寧に対面でやったほうがいいのかもかもしれませんが、対面の状況を作ること自体のコストというのはすごくかかるわけですから、そこをどう考えていくのか。

もう一つは、ITの技術の進歩が非常に早いわけですし、正直申し上げて今はロボット手術の場合には患部を直接見ないで手術される。4Kか8Kか知りませんが、そこまで精度が上がっているわけですから、そういう意味で言えば頭をどういうふうに切り替えていくのかなということかなと思っております。

もう一つあえて申し上げますと、今はタブレットで情報を共有されているということですが、もっと言えばマイナンバーか医療等IDか、マイナンバーでもいいのかなと思いますが、そうした形でこの情報をクラウドに上げておいて共有化していきますと、仮にもしこの地域の高齢者の方が何らかの事情で、この地域を出て、ほかで診療を受けられる場合も、ここでの治療の情報がそのまま生かせるような仕組みというものもあるかなと思いますし、お薬に関して言いましても、そのようにやったらと私も動いているのですけれども、製造段階から共通のバーコードでトレースできるような仕組みを作っていくと、確認のコストも随分減るはずですし、そうした意味での新しい技術を作っていく可能性はあると思いますし、土屋先生おっしゃいましたけれども、海外ではかなり活用されているところもあるわけですので、是非進めていただきたいと思いますし、厚労省も十分御存じなところだと思います。

質問ではありませんけれども、一つあれしますと、今日の話では情報共有の場合には個人情報の問題であるとか、あるいはいろいろな意味での制度的な障害について具体的な話が出ませんでした。私の関わっているところだと、とにかく個人情報の共有の話その他で大変大きな論点があろうかなと思いまして、これは林先生のほうが御専門かもしれませんが、そういうものがあると気付いたということだけを申し上げておきます。

○林座長 ありがとうございます。幾つも本質的な課題を整理していただいたように思います。

ほかにはいかがでしょうか。

では、最後にもう一度、藤井先生にお伺いしたいのですが、10ページのところで遠隔診療を導入されて、病院に行きたくても行けない方に対しては、訪問診療で来られないならこちらから行く。それを端末でできないかということ今なさっているということでしたけれども、小高区では遠隔診療の対象とされている疾患とか年齢についての患者属性がどのようなものかということをお伺いしたいのと、今後、現在行っているそういう対象

以外にも、遠隔診療の活用が有用だと思われるような疾患とかユースケースのアイデアがありましたら、お教えいただきたいと思います。

○藤井管理者 今、実際に我々でやっているのは15症例で、平均年齢80歳を上回っています。85～86歳でほとんどは高血圧と高脂血症です。だけれども、足がないから来られないとか、又は廃用症候群で動けない。そういうものが実症例で動いています。

今後の活用ということに関して言いますと、例えば小高には糖尿病の専門医がおりませんが、東京から医者をついてくるのではなくて、東京の医者と一緒に遠隔連携すれば、それで私が処方すればいいとか、いろいろな運用の仕方があるので、だから動線が無くなるわけですから、遠隔による物すごくメリットだと思う。都会に行かなくてもいいし、都会から来なくてもいい。一番のメリットがそういう特殊外来も十分、田舎で享受できるのではないかと、そういう底力を感じます。

○林座長 ありがとうございます。

議論は尽きないところでございますけれども、お時間となりましたので本日はここまでとさせていただきます。

当ワーキング・グループとしましては、今後IoT等を全面的に活用した一気通貫の在宅医療の実現に向けて、ただいま御指摘いただいた様々な論点や課題も踏まえまして、引き続き議論を深めてまいりたいと思います。

南相馬の皆様、本日は大変参考になります貴重なお話をどうもありがとうございました。では御退室ください。

本日の議事は以上です。事務局から何かございますか。

○中沢参事官 次回日程につきましては、別途改めまして御案内させていただきます。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで会議を終了させていただきます。