

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

（開催要領）

1 日時 平成27年7月31日（金） 9:35～9:52

2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室

3 出席

<WG委員>

座長 八田 達夫 アジア成長研究所所長

大阪大学社会経済研究所招聘教授

委員 阿曾沼 元博 医療法人社団滉志会瀬田クリニックグループ代表

委員 工藤 和美 シーラカンスK&H株式会社代表取締役

東洋大学理工学部建築学科教授

委員 鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科教授

委員 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長

委員 本間 正義 東京大学大学院農学生命科学研究科教授

<提案者>

小林 洋美 和歌山県企画部企画政策局企画総務課主幹

上野 雅巳 公立大学法人和歌山県立医科大学地域医療支援センター教授

<事務局>

川上 尚貴 内閣府地方創生推進室長代理

藤原 豊 内閣府地方創生推進室次長

塩見 英之 内閣府地方創生推進室参事官

富田 育稔 内閣府地方創生推進室参事官

竹内 重貴 内閣府地方創生推進室企画調整官

（議事次第）

1 開会

2 議事 遠隔医療の実証

3 閉会

○富田参事官 それでは、次は、和歌山県、和歌山県立医科大学のほうから遠隔医療の関係でお越しいただいております。時間の関係で説明を10分程度に行っていただき、10分程度、また議論をしていただくということで進めさせていただきたいと思います。

本日の資料については、公開ということでよろしゅうございますでしょうか。

○上野教授 はい。

○富田参事官 それでは、八田先生、また、よろしくお願いします。

○八田座長 お忙しいところ、お越しくださいます、ありがとうございます。

早速、御説明をお願いいたします。

○小林主幹 和歌山県の企画総務課の小林と申します。本日は、このような機会を与えていただきまして、どうもありがとうございます。

本県からは、「遠隔医療の実証」ということで御提案をさせていただいています。御承知のように、本県は、山間僻地が多い地形でございまして、南北に長い地形にもかかわらず、高度医療を行うような病院、それから、医師、とりわけ専門医につきましましては、北の西の端っこにあります、和歌山市に集中しているというのが現状でございます。そのため、患者が、高度な医療、それから、専門的な医療を受けようとなりましたら、大変御負担になって、患者にとりましても、家族にとりましても御負担になっているというような実情があります。

このような中で、普段通院している二次医療圏の中核病院で専門医の診察を可能にするために、もう一つの目的は、医師不足の解消のために、和歌山医大のほうでも定員増を図っておりまして、そこで、地域枠の学生を設定しておりまして、その学生たちが、卒業後、これらの病院でトレーニングを行うわけですが、その地域枠の学生の教育のため、この二つの目的で、和歌山医大とこの県内の公立の13の病院を結んで遠隔医療を昨年から実施したところでございますが、なかなか件数も上がらず、広がっていないのが現状となっております。

本日は、和歌山医大で実践している遠隔医療についてお話をさせていただいて、その中で課題になっていることですか、遠隔医療をもっと拡充していくために必要だと我々が考えているようなことについて御説明をさせていただきたいと思います。

説明は、和歌山県立医科大学地域医療支援センターの教授の上野のほうから説明させていただきます。

○上野教授 和歌山医大の上野といいます。ありがとうございます。

今、県庁のほうから説明しましたように、和歌山県としたら、やはり世界遺産に含まれている高野山から熊野を含めて山間部が多いのが現実、これはもちろん日本国中、地方の県であれば、医療の格差、医師の偏在も含めて、色んな件であると思います。

その中で、和歌山県立医科大学として、国の補助金を使って、地域医療支援センターを設置して、さらに和歌山県立医大と県内の13の医療機関を結んでインターネット回線を使ったテレビ会議システムを利用した遠隔医療施設も去年設置しました。

私の知っている限り、47都道府県の中で、県内の公的な病院プラス僻地拠点病院を結んで、こういうシステムを設置し、全体的に仕上がっているのは和歌山県だけだと自負しています。

さらに、80医学部ある中で、今、地域枠というのが、文科省と厚労省の責任において設

置られて、地域卒業者が今後、僻地拠点病院とかで、全国47都道府県、多くの県で働くようになると思うのですが、その子たちが、さらに大学とか、公的な大きな病院の専門医のコンサルトや、いい教育を受けることも患者のためもありますし、こういう若い医師のためにも必要であると思って、遠隔医療システムを設置しました。それが去年なのですけれども、それ以降、講義の配信とか、遠隔診療を実施するようにしているのですけれども、なかなか遠隔診療の実施状況が、この下に書いてあるのですけれども、伸び悩んでいるのが現状です。

そこで、今回提案させていただくのは、ページをめくっていただいて、「実証実験（案）」というところなのですけれども、左側が大きな病院、特に大学病院、それから、地域の中核病院、あるいは僻地拠点病院が右側というふうに考えてください。それで、今実際にしているのは、大学の専門医の診察をインターネット回線、テレビ会議システムを使って、対面式のこちら側の病院にも医師と患者がおって、私たち大学の専門医が診察する形にしています。このインターネット回線の中には、画像診断、血液データ、あるいは心電図所見、全てが見られるようにしています。もちろん、割と画像のいい感じで、患者の顔色まで伺えるシステムにしています。もちろん、こちらからは、患者にタッチはできないのですけれども、向こうにいる医師、あるいは看護師によって、色んな動作もできるようにしています。それで診断をして、こちらの専門医として、地域の病院の先生に、指導・助言しているのが現状です。

そこで、今回提案させていただくのは、ここで診療報酬ですけれども、専門医側が、今は完全にボランティア的な状態で診察しているのですけれども、そこに診療報酬がどういう割合になるのか分からないのですけれども、患者側と私たち専門医側にも付くようにしてもらうことによって、さらに需要が高まるのではないかと考えています。

今後、老老介護とか、日本には多くの山間部があって、二次医療機関、あるいは近くの診療所へ行くのも困難なお年寄り、それで、交通の便の悪いところにおられる方、さらには、日本国中に色んな中核病院もあるのですけれども、やはり医師の偏在があって、専門医が確実にそこにいないという現状が地方の県では多くあります。

その中で、専門医の診断を受けることもある、病院を診断するには大事なことなので、このようなシステムが今後発展することが、新しい医療の形ですけれども、医師の偏在、医師不足の中で、今後必要なことになってくるのではないかと考えています。ということで、診療報酬を患者側ではなくて、コンサルトするほうにも付いていただけたら、2番目の健康保険法第76条にあることにおいて、直接診療報酬を請求することを可能にすることも認めていただけたら、それを和歌山県として各和歌山全体にこのシステムを置いているし、さらに、これをもっと小さな診療所にも設置するように、これから和歌山県と進めていく中で、この構想を県としてやっていって、それが全国に波及すれば、今後の新しい医療の形として進むのではないかと考えています。

さらに、このシステムはインターネット回線、テレビ会議システムなので、海外、特に

アジアの先生と話をすることができて、さらに、アジアの医師が、和歌山医大も含めて、日本の大学病院に研修に来ると。そのときには、自分の患者を連れてやってくるということも、今後考えられます。そのときに、3番目に医療法第30条4、これも、今既存メニューとして活用されようとしているのですけれども、既存の基準病床数に加えて、海外から研修に来る医師が、患者を連れてきたときに、ベッドの増床の申請を許可していただくことが進めば、もっとこのことも進んでいくのではないかと思います。ということで、今回、遠隔医療システムももう既に作っているのですけれども、そこに診療報酬の専門医側にも付くことを認めてもらえるようなことが進んで、和歌山県として、それを実証して全国に波及すればいいかなと思っています。

以上です。

○八田座長 どうもありがとうございました。

この三つの規制改革要求のうち、健康保険法第76条についてですけれども、これは、要するに、遠隔診療が認められるとすると、そのときに、遠隔診療に関わる色んなテレビ回線とか、そういうことに関する費用、これを保険で賄ってもらいたいと、そういうことですか。

○上野教授 それと、診察したことによって診療報酬が発生しますね。その部分の一部は患者側と、一部は専門医側に、どんな割合になるか分かりませんが、そうすることによって、今は私たちはボランティア的な形で診察しているわけなのです。それを専門医側に付くことによって、もっと。

○八田座長 医師法第20条で、僻地以外のところでも遠隔地で、こういうテレビ電話や何かのことが認められれば、そうすると、診療報酬が付きますね。

○小林主幹 これが認められた場合でも、今請求できるのは画像診断であったり、病理診断であったりというような診断料のところの部分、DtDの場合は、その部分だと思うのです。

○上野教授 だから、初診料とかが付いて来ないわけですね。

○阿曾沼委員 コンサルテーション、あくまでも支援をやっているわけですから、コンサルテーションフィーというのは、主治医となっているわけでないので、診療報酬では認めていないわけですね。あくまでも診療報酬上は、主治医となる医師ですから。

私は、むしろ遠隔医療のネットワークの作り方で課題があるのではないかと感じています。今回のお話もそうですが、多くのプロジェクトが公的医療機関が中心なんですね。やることが目的化していて、患者に一番近い診療所であったり、民間の医療機関などとのネットワークインフラが出来ていないことが多いような気がします。本当に必要とする患者群がいて、必要性を日々感じている医療機関や医師のネットワークが出来ていることが必要だと思います。現実にはナショナルプロジェクトがあるので、予算獲得のためにわかネットワークを作り、予算が切れると慌てている、という側面もあります。

このお話も、県の予算が付いたのかと思うのですけれども、民間医療機関や診療所を積

極的に参加させ、予算を配分してやってないのではないのでしょうか。私は、そこが遠隔医療の普及の最大の問題だと思います。

○小林主幹 民間の医療機関ではないのですけれども、来年度に向けて、今県の医療政策部局のほうで検討しておりますのは、僻地の診療所とつないでというような形。

○上野教授 1人しか医師がいないところ。

○小林主幹 1人医師が駐在しているような僻地の診療所と、地域の中核病院とをつないでというような形を、今検討しています。

○阿曾沼委員 遠隔医療も、相当規制改革が進んで、色んなことが出来てきて、残っている大きな課題とすれば、専門医の人達の努力に報いる診療報酬上での対応なのかと思います。

しかし、それは保険行政の中で、相当ハードルが高いのだろーと思います。今回の御提案は若干、課題の整理が、ちょっと足りないような気がするのです。

○上野教授 おっしゃるとおり、やはり、説明したら、今専門医の診断をしてほしいということがあって、もちろん、さらに色々説明して回ると、遠隔救急ですね。今1人で患者を夜に診ていたときに、多くの先生と相談したいというのも一つあって、それも、もしよかったら、こちらに診療報酬が付けば、もっと、これは医者側の問題なのですけれども。そうすると、それも進むかなと思っていまして、遠隔救急もやってほしい。地方の先生方にとっては、やってほしいことの一つなのです。

○本間委員 関連するのですけれども、平成26年4月から始まっていて、遠隔診療4人というのはいかにも少なく、そのニーズのほうをもう少し訴えるということがないと、何だか医者が怠慢で金を貰わないとやれないよ、みたいな、そんなふうに聞こえてしまうのです。

ですから、この4人の方に、今のシステムをどう思っているのかについてアンケートなりインタビューなりして聞いて、フィードバックして、そこからもっともっとうこういうニーズがあるのだと明示し、それで、だんだん忙しくなってくるから、診療報酬も必要だという、そういうアプローチもあるかと思うのです。

ですから、そのあたり、阿曾沼先生が言われたように、現状についての分析というか、評価というか、もう少しほしい気がします。

○小林主幹 確かに、そうだと思います。

○阿曾沼委員 例えば、今の救急での問題ですが、確かに救急患者がいた時に、三次救急をやっている和歌山県立医大の救急部門の専門医や担当医達が、常に遠隔でサポートできるという体制が本当に作れるとか、対象疾患が明確になっていると、事業としては、それなりの具体性が出てくるのかなという気がします。

○八田座長 それでは、時間がまいりましたので、どうも今日は、遠方からわざわざいらしていただきまして、どうもありがとうございました。