

第 38 回道州制特区提案検討委員会

日 時： 平成 22 年 8 月 19 日(木) 14:00～16:00

場 所： かでる 2・7 710 会議室

出席者：

(委 員) 井上会長、五十嵐委員、河西委員、竹田委員、宮田委員

(事務局) 総合政策部地域主権局 斎藤担当局長、伊藤参事

(事務局)

委員の皆様、お暑い中、またご多忙のところを本委員会にご出席いただき深く感謝申し上げます。

定刻となりましたので、ただ今より第 38 回道州制特区提案検討委員会を開催いたします。本日は、委員 7 名中、南部委員・湯浅委員のお 2 人が欠席ということでございまして、宮田委員につきましては 30 分ほど遅れるとのご連絡をいただいております。

時間の関係もございましてこれから早速委員会を開催させていただきたいと思っております。それでは井上会長、議事の進行のほうをよろしく願いいたします。

(井上会長)

では、早速でございますけれども議事次第に沿うかたちで始めさせていただきたいというふうに思います。

前回は第 37 回ということでございましたけれども、6 月 3 日に開催し今日に至るまでということで 2 ヶ月プラス間が空いたわけでありまして。前回の委員会におきましては配布資料の 1 にありますように、新規の道民提案に関して 7 つの案件について審議を行ったところであります。

これまで第 35 回から 37 回の審議により第 5 回答申に向けまして今後さらに検討するというので今後検討を深めていくというふうになった案件は、その表の中で太字になっているものであります。5 項目ありまして、No.269・No.284・No.274・No.276・No.281 となっております。

本日の委員会は、同資料の一番右側の第 38 回の欄で○印がついている 4 つの案件、269・284・274・281 について先生方にご審議をいただきたいというふうに思います。

具体的な審議に入ります前に、前回の委員会を欠席された委員もおられますし、先程申し上げましたようになり間隔が空いたということでございまして、まず最初に事務局のほうから前回の審議結果について確認をしてもらおうと思っておりますので、よろしくお願いたします。

それでは事務局のほうから説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは前回の委員会の審議結果についてご説明をさせていただきます。資料2をご覧ください。1ページ目から順次ご説明を申し上げます。

まず1ページ目・269「携帯型心電計に関する使用制限緩和」でございます。

資料の右下にこれまでの委員会の論点を整理した表を載せてございます。269番につきましては、4月の第36回の委員会で遠隔医療における課題を探ることとなりました。前回の第37回の委員会では、在宅患者の受診を支える人的サポート体制というものが遠隔医療の課題となっているということから、在宅患者に対し介護職員が行うことができる業務の拡大について携帯型心電計の使用も含めまして過去の類似提案と合わせて検討を進めていくということとなりました。本件につきましては、後程分野別審議でご審議をいただくこととしてございます。

次に2ページでございます。272番「地域観光の振興」につきましては、第36回の委員会で旅行業の資格要件については、緩和ではなく厳しくしたほうが北海道観光のブランド化につながるというご意見。それと小規模なものであれば要件を緩和してもよいのではないかとご意見がございまして意見が賛否に分かれましたので、本件提案の取扱いにつきまして第37回、前回の委員会で決定することとなったところでございます。

前回の委員会では、旅行業の資格要件である経済的基盤を緩和することで事故が起きたときに消費者への弁済ができなくなるのではないかとご意見や、規制緩和をされない場合に地域にどのようなデメリットがあるのかなどについてもう少し調査を進めてからでもよいのではないかとご意見もいただいたところでございます。

今後の対応方向でございますが、本件提案につきましては、本委員会としては当面取り扱わないことといたしますが、関連情報の収集につきましては引き続き行っていくということとなっております。

次に3ページでございます。274番「地方自治法施行令第158条における「寄付金」取扱いの特例」につきましては、引き続き検討委員会で検討を深めていくこととなっております。本件につきましても後程分野別審議でご審議をいただくこととしてございます。

次に4ページでございます。275番「北海道特定活動法人制度の創設」です。これにつきましては、論点と今後の方向は未整理となっておりますので、前回の委員会で今後の取扱いにつきましてご審議をいただいたところでございます。

今後の対応方向でございますが、現行の認定NPO法人制度を活用しやすいように要件を緩和していくということで275番の提案の主旨が実現されるということから、本件提案につきましては当面取り扱わないことといたしまして、次の276番の提案について検討を深めていくこととなったところでございます。

次に5ページでございます。276番「認定NPO法人制度の認定要件」につきましては、引き続き検討委員会で検討を深めていくということとなっております。前回の委員会においては、国の税制調査会で認定NPO法人の見直しについて検討を進めているということ

をご報告申し上げたところでございます。

次に6ページでございます。281番「ポストバス」につきましては、第36回の委員会におきまして道内の事例調査ですとか日本郵政のヒアリングの結果、こういったものをふまえて第37回委員会で取扱いを決定するということとなりまして、前回の委員会でご議論をいただいたところでございます。

今後の対応方向でございますが、過疎化や高齢化が進展する中で地域の公共交通をいかに確保していくかという観点で検討を深めていくということとなりました。本件につきましても後程分野別審議でご審議をいただくこととしてございます。

次に7ページでございます。282番「国庫補助を受けた公共施設の転用に係る例外」につきましては、これは現行制度で十分対応可能であるということから、本件提案については当面取り扱わないとなりました。

次に8ページの283番でございます。「地域通貨を利用した社会福祉に係る給付」につきましては、地域通貨というものは、まだ制度としては根づいていないという中で社会福祉に係る給付に使用するのは無理があるということなどから、本件提案については当面取り扱わないこととなりました。

次に9ページでございます。284番「診療看護師の制度化に向けての規制緩和」につきましては、これは新たに追加提案があったものでございますが、本提案と同様の内容で構造改革特区にも提案され、国から回答が示されているということから、同じ内容で提案しても国からは同じ回答しか返ってこないのではないかというご意見をいただきました。

今後の対応方向でございますが、現在国において看護師の役割の拡大に向けた検討が進められておりますので、国の検討状況を見据えつつ他に問題点はないかなど、関係者のお話もお伺いしながら検討を進めていくこととなりました。本件につきましても後程分野別審議でご審議をいただくこととしてございます。

前回委員会の審議結果についての説明は以上でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

ただ今事務局から前回、あるいは前回までの審議の内容等について説明をもらいました。これらの件に関しまして委員の先生方からご意見、あるいはご質問があれば出していただきたいと思うのですがいかがでしょうか。

(河西委員)

4ページ、275「北海道特定活動法人制度の創設」というところで、今第37回提案検討委員会における分野別審議の論点のところをご説明いただきました。この論点であるとNPO法人だけに限定をされてしまう。提案の概要を見ますと、現在の社団・財団・NPOの区分をなくしと書いてありますから、これはNPOに限定したものではなくて、社団・財団と

いったところの組織もこういった優遇措置を講じてほしいというようところで整合性がとれなくなってしまうというふうに考えます。そのあたりはどのような考えで論点をまとめたのでしょうか。

ここに関しては、私が発言したと思いますけれども、現在の社団・財団に関しては新しい公益法人制度というのができて、それで今動いていますけれども、それ以外に対しては公益認定をされた財団法人・社団法人、そして公益認定を受けていない一般社団・一般財団という2階建ての制度ということなのです。

NPO法人は、それに対応してNPO法人の中でも認定NPOと認定がつかないNPO法人ということになっています。

そういった制度がある中で新たにこういう制度をつくってしまうと、今の国がつくった公益法人に係る3つの法律などがグチャグチャになってしまうから避けたほうがいいのではないかというような発言をしたと思います。

したがって、ここでの論点の整理の仕方としては、現行の法制度の枠の中で社団法人・財団法人に関しては優遇措置があり、また認定NPO法人というNPO法人に対しての優遇措置があって、認定NPOの認定がなかなか取れないからその部分を変えていくというような発言要旨に変えたほうがよろしいのではないかというふうに思います。

もうひとつこの提案の主旨としては、公共性をもって非営利活動を行っている社団法人・財団法人・NPO法人、そういったものに対してたとえば公共事業等の入札等などへの優遇措置を設けてくれというような話もあるのかなと思ったのですが、そのあたりに関しては、今回はふれなくてもいいということですね。

以上、質問と提案といったところです。よろしくお願いいたします。

(事務局)

論点整理のところは、ちょっと十分な整理がされていなかったのも非常に申し訳ないと思っています。この辺のところは直ささせていただきたいと思っております。

入札の関係につきましては、特に前回は、そこまでのご議論はなかったような感じがしますので、よろしいでしょうか。

(河西委員)

わかりました。

(事務局)

若干補足的にお話しさせていただきますが、今CSR、社会貢献か何かをされているような、子育てとか環境対策といった、そういったようなことに取り組んでいる企業ですとか団体につきましては、最近いろいろな入札制度の中で若干その社会貢献というようなことで優遇するようなかたちをとってきてございます。十分かどうかは別にいたしまして道庁

としてもそういう認識に則って、やはりいろいろ社会貢献をしている企業・団体等については何らかのかたちで優遇的な扱いをしていこう。このような大きな流れにあるということをご理解いただきたいというふうに思います。

したがって、特段この 275 の部分で、その部分を特化して取り上げるのはどうなのかというような感じもいたします。

(井上会長)

では、今ご指摘のあった 2 点、最初のほうはご意見ということでしたけれども、事務局のほうからも回答がありましたように、回答に沿って今一度議事録等々を確認の上、適切なかたちでこの論点を検証していただきたいというふうに思います。

2 点目のところは、新たに出てきたご意見というようなこともあります。ここでのご提案ということで直接にからむといえますか、そのようなものでもないかもしれない。

ただ、これは公表に基づいて提案者に中間段階でも結論等々を事務局からフィードバックされる際には、今あったような意見というようなものも、事務局から回答があったようなものについても何らかのかたちで周知をする、ご連絡を差し上げるというようにしていただければと思います。

その他いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

議論の中の大半の部分は、今日改めてご議論をしていただくというようになっておりますので、それらに関連してご意見等々を、またその際にいただければというふうに思います。

では(2)ということで、分野別審議についてということでもあります。

先程事務局から説明がありましたように、前回の委員会で時間の都合もありまして十分に審議を行うことのできなかつた、順番はかなり後ろのほうになりますが No.284 の「診療看護師の制度化に向けた規制緩和」についてということでも最初にご審議をいただければというふうに思います。

その際に事務局で医師会や看護協会など関係者の意見を聴取しているということでございますので、事務局から資料等々に基づき説明をお願いしたいと思います。

(事務局)

それでは説明に入らせていただきます。

その前に 1 点ご報告をさせていただきます。

資料 3 の 82 ページをご覧くださいなのですが、提案項目 277 は「NPO バンク支援」でございます。前回の委員会で改正貸金業法が 6 月 18 日に本格施行されるところや、国においては NPO バンク 全体を適用除外する方向で内閣府令の改正を進めていることから、改正内容を見極めることといたしまして本件の提案につきましては取り扱わないこととなっておりますが、改正された内閣府令が 6 月 18 日に施行されましたので、その内容について簡

単にご説明を申し上げます。

82 ページの真ん中あたり、2. 府令改正の概要、(5)NPO バンクに対する対応の 2 番です。「指定信用情報機関の信用情報の使用・提供義務の免除及び総量規制の適用除外で、生活困窮者向けの貸付を行う NPO バンク、それ以外の NPO バンク、それぞれに要件を設けまして、要件を満たす NPO バンクについては適用を除外するとあります。

したがいまして、指定信用情報機関の制度から NPO バンクを適用除外するという特区の提案につきましては、国において提案の主旨に沿ったかたちで措置をされたということでございます。ご報告は以上でございます。

それでは資料のご説明に入らせていただきます。資料 2 の 9 ページをご覧ください。

「診療看護師の制度化に向けての規制緩和」でございます。これにつきましては、前回の委員会におきまして新規提案としてご説明を申し上げましたが、時間の関係上十分にご説明ができずに終わってしまいましたので、本日提案の内容等につきまして改めてご説明をさせていただきます。

提案の概要でございますが、大学院において必要な養成コースを終了いたしまして、教育機関の最終試験で認められた方につきましては、医師の指示なしにその概要欄、①から⑨に掲げる医療行為ができるようにするという提案でございます。

事実関係等の整理欄の①をご覧くださいなのですが、看護師の役割についてでございます。看護師とは、法律におきまして療養上の世話、または診療の補助を行うことを業とするものとされてございます。また同じ法律によりまして医師の指示なしに診療の行為を行うことはできないということになってございます。

今回の提案につきましては、一部の行為につきましては医師の指示なしにそれをできるようにしてもらいたいという提案でございます。

②でございます。診療看護師を巡る動きです。ここにありますように既にアメリカでは通常の看護師とは別に「診療看護師」というものが州政府の資格として認められて、医師の指示を受けずに症状の診断ですとか薬の処方などを行って地域医療を担っているということでございます。

日本におきましては、アメリカのような診療看護師制度は現在のところないわけでございますけれども、国におきまして看護師の役割拡大に向けた検討が始まってございます。

③でございます。厚生労働省が設置をいたしましたチーム医療の推進に関する検討会というものが今年の 3 月に報告書を取りまとめてございます。

資料 3 の 5 ページをご覧くださいなのですが、そこに報告書を抜粋したものを載せてございます。その中の 8 ページをご覧くださいなのですが、8 ページの下のほうに波線を引いてございます。この報告書の中では、看護師が能力を最大限に発揮し得るように、実施可能な行為の範囲をさらに拡大することが期待されているということが書かれてございます。

次に 9 ページの上のほうでございます。同じく波線が引かれておりますが、一定の医行

為を医師の指示を受けて実施できる特定看護師の検討をすべきであるということが書かれています。

一方、その9ページの下の方の波線でございますが、医師の指示を受けずに診療行為を行う診療看護師につきましては、導入の必要性を含め慎重な検討が必要であるとされてございます。

国の最終報告書には、提言を具体化するために必要な実態調査ですとか試行事業などを早急に実施すべきとの提言も入ってございますことから、厚生労働省では提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行うための組織、「チーム医療推進会議」を立ち上げてございます。「チーム医療推進会議」は、資料3の12ページでございます。

第1回目の会議が5月12日に開催をされまして、この資料3の14ページを見ていただきたいのですが、提言に対する厚生労働省の具体的な対応が示されてございます。3つに区切られてございます一番上の区切りでございます。厚生労働省の対応ということで看護業務実態調査の実施ですとかモデル事業の実施、これが具体的な対応ということで示されてございます。

15ページをご覧いただきたいのですが、その具体的な検討をより進めていくために、この「チーム医療推進会議」の下に「チーム医療推進のための看護業務検討WG」が設けられてございます。

このワーキンググループでは、そこに①から⑤まで載ってございますけれども一般看護師の業務の範囲ですとか特定看護師が実施できる特定の医行為の範囲ですとか特定看護師の要件ですとか、こういったものについて検討していくということになってございまして、16ページの上の方に載ってございますけれども、5月26日に第1回目、6月14日には第2回目の会議が開催をされています。

現在ワーキンググループにおきましては、その16ページの2のところを書いてございます「看護業務実態調査」、看護師が行う医行為の範囲に関する研究のための調査です。これを全国の病院ですとか施設などを対象に実施をしております。

もうひとつ、今度は17ページに入りますけれども上の3番です。「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」というものを実施しています。これは何かと申しますと、専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成、こういったものに取り組んでいる大学院などのカリキュラムの内容、こういったものの情報収集のための事業ということでございます。

この施行事業につきましては、手挙げ方式でございましたが、17ページの(2)にございますけれども、本提案者が国から指定を受けた4大学院のひとつに入りまして、今後修士課程のカリキュラムの内容ですとか実習の実施状況等の報告を国に行う予定となっております。

19ページをご覧ください。19ページに検討のイメージ図というのが、これは国がつくったものでございますが載せてございます。実態調査と試行事業、これを平行してやっけてきて、いろいろ内部で検討いたしまして12月中に一定の結論をとりまとめる予定とな

ってございます。

次に 21 ページをご覧ください。これは 6 月に国の行政刷新会議に出されました規制・制度改革に関する分科会の第一次報告書の抜粋でございます。その中の 22 ページでございますが、特定看護師の制度化に向けたモデル事業を早急に実施するとともに、特定看護師の業務範囲、自律的な判断が可能な範囲等について平行して検討するということが明記をされてございます。

この分科会の第一次報告書に対する日本医師会の見解というものが出されております。23 ページ以降でございます。27 ページをご覧くださいなのですが、一番最初のところに現行法の下での看護師の診療補助行為を拡大していくことについては賛成であると書いてございます。

次に 28 ページを見ていただきたいのですが、しかしながら特定の医行為が「特定看護師（仮称）」ですとか「診療看護師（仮称）」の業務独占となった場合、むしろ看護師の業務縮小となって看護師で対応している地域のチーム医療は崩壊するということが書かれてございます。

それでその下をご覧くださいなのですが、このような新しい資格の職種をつくるのが本当に必要かどうか慎重であるべきであるとの見解が示されてございます。

また北海道医師会さんにもお話をお伺いいたしました。29 ページに、いただいた会報の関係部分を資料として載せさせていただいております。北海道医師会さんとしては、国民皆保険の視点、医療の質の視点、業務分担の視点から、診療看護師の導入は基本的には反対であるということ。そしてチーム医療推進のため新たな職種の創設ではなく、看護師が実施可能な範囲を明らかにすることが必要であるとのご意見をいただいております。

日本看護協会でございますけれども、日本看護協会は、正式な見解は出されておられません。ただ、30 ページをご覧くださいなのですが、日本看護協会のホームページのほうから取らせていただきました。その検討会の委員として参加をされています日本看護協会の副会長の方が会議の中で特定看護師試行の早期試行の法制化を求める旨の発言をされております。

診療看護師につきましては、患者の安全を考えれば慎重な検討が必要とした上で、特定看護師の導入をふまえて発展的な検討をしてほしいというようなお考えを述べられてございます。

北海道看護協会にもお話を伺いました。資料はございませんが、北海道看護協会といたしましては、まず特定看護師を制度化して、その上で検討課題などを洗い出す必要があるのかもしれないけれども、医師の指示を受けないで医行為の一部を実施する診療看護師は時期尚早ではないかとのご意見をいただいております。

このように、現在国におきまして看護師の役割拡大に向けた検討というものが進められております。ただ、国のほうは一般看護師の業務の範囲ですとか特定看護師が実施できる特定の医行為の範囲ですとか特定看護師の要件、こういった検討が行われておりますけれ

ども、診療看護師制度の検討は行われてございません。

現在の国のこういった検討状況をふまえて事務局で提案者に意向をお聞きいたしました。提案者のほうからは、まずは国の特定看護師制度の試行事業に参加する中で情報提供や提案などを行っていき、将来的には診療看護師制度の実現を目指していきたいというご意見をいただいております。

ただ今ご説明いたしましたように、国の検討の方向ですとか関係団体からのご意見、こういったものをふまえますと一足飛びに医師の指示を受けない診療看護師制度の創設を、国に提案していくということは現時点においては非常にハードルが高いのではないかとというふうに考えておりますことから、まず12月にとりまとめる予定となっております国の特定看護師制度の検討結果、これを見据えていく必要があるのではないかと事務局としては考えてございます。

ご説明は以上でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

ただ今事務局から前回審議未了でありました284「診療看護師の制度化に向けての規制緩和」ということに関しまして説明がありました。

ただ今の説明等々に関連いたしまして先生方からご意見等、さらにご質問等があればお出しいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

しばらく休んでいたので前回の話の続きがちょっと見えにくいかもしれませんが、ただ今事務局から説明があった部分について若干、これは繰り返しのようになりますが整理しておきます。資料3の2ページのところに特定看護師、すべてこれ以降、各団体等々で議論になっているところに(仮称)というかたちでついておりますけれども、この特定看護師で一般的に「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を医師の支持を受けて実施するというようなところが書いてありまして、それ以下にいくつかのところが事業として書いてあります。

さらに4ページを見ますと、北海道医療大学がこの診療看護師ということの制度について国とそして道に特区提案をしているというようなことが書かれてあります。我われのところにも上がってきているのも、提案者というのはこの組織なのかなというふうに推測いたします。

それ以降の部分は厚生労働省等で「チーム医療推進会議」というようなものが開催されていて、この中で特定看護師というものの制度というようなものについて議論が行われているということ、あるいは17ページにおきましては、提案者と思われるこの北海道医療大学大学院看護福祉学研究科というようなところもこの特定看護師(仮称)の養成調査試行事業に参加しているというようなことが書かれてあります。

それ以外のところは、規制制度改革に関するような政府の機関、あるいは日本医師会等々

の議論というようなものも含まれていて、「診療看護師」という前にこの12月ぐらいを目途に一定程度、特定看護師についての結論が上がってくるというようなこともあって、それからさらに一歩進んだかたちでの診療看護師については検討を続けながらも改めて国に提案していくというのは、その帰趨を見た上で国に上げたかどうかというようなことが事務局がまとめてきた提案ということになります。

これらについてご意見をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

河西先生、どうぞ。

(河西委員)

事務局、そして会長がまとめてくださったように、まずは特定看護師、こちらのほうが実際に動き始めて、ある程度の成果が見えたら次の段階として診療看護師という話が出てきたときにまた特区提案をするというような対応の仕方でもよろしいというふうに考えます。

理由としては、限られたご説明だったと思うのですがけれども実際に政府、それから厚労省等で検討されている内容を見ますと、少なくとも診療看護師に関しては、導入するにしても慎重に検討すべきだというような方向性が示されていて、また医療の現場の方々からも積極的にこれを推進しようというような意見がある反面、実際現場での事務医療の崩壊につながるというような非常に強い危機意識を持った発言等が見られる。

そういうことからすると、特区提案というかたちで北海道が提案をして、もし認められたとしても実際の医療現場がそれでうまく機能するかということに関しては、我われが検証していないところなので、これは我われとしてもやはり慎重にならざるをえない。やはり医療というのは人間の生命を扱うような現場、その中で比較的症状が安定しているとはいえ、万が一のことを考えるとそのリスクからすれば特区提案するというのは慎重にするべきではないかというふうに考えます。

以上です。

(井上会長)

ありがとうございました。

その他いかがでしょうか。

(五十嵐副会長)

対応方法としては、結論から言えばこれでよろしいのかなということですが。少なくともモデル実証というのでしょうか、調査研究を早急に進めるという姿勢が示されておりますので、その結果を見て診療看護師については判断してよろしいのかと。

特定看護師については、もう既に動き出しているといいますか、かなりこちらのほうは相当程度国としても認めてもいいという方向にあるのかなという気もいたしますので、ちょっとそちらのほうの動きを見てからということ結構だと思います。

以上です。

(井上会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

では結論といたしましては、今回の第5回の答申に盛り込むということは難しいかという感じはいたしますけれども、継続審議というようなかたちで、我われの言い方でいえば本棚に一旦移すということで了解いただければというふうに思います。

国の中でどういう結論が出るのか、あるいは関連する団体、国レベルと地方レベル、あるいは団体の中でも若干ニュアンスは違うというようなこともありますけれども、この特区提案委員会というのは、第一義的には提案者の意向を十分に尊重しながらということですので、状況を見ながら必要あればもう少し踏み込んだかたちで改めて提案する機会をうかがいたいというふうに思います。

それまでの間どうかたちで国の答申が出てくるのか、現場では、特定看護師はどのような受けとめ方をされるのか、そのようなところも慎重に見極めていくというようなかたちで先生方のご了解をいただいております。

それでは次に説明をさせていただきたいと思うのですが 269、今度は上のほうから審議をさせていただきたいと思います。同じように医療関係ということになりますが、「携帯型心電計に関する使用制限緩和」等々、今日審議すべき項目について事務局のほうからそれぞれご説明をさせていただきたいと思います。

(事務局)

資料2の1ページに戻っていただきまして 269 番でございます。

前回の委員会で五十嵐委員から在宅でヘルパーさんに心電図測定をしてもらいたいけれども規制されて困っているというような方の声を拾ってほしいとお話ございましたので、介護福祉士会とホームヘルプサービス協会に出向きましてお話を伺ってまいりました。まずそのヒアリングの結果についてご説明をさせていただきます。

(事務局)

それでは、失礼いたします。事務局の内藤と申します。

私のほうで介護職員の業務拡大に関する関係者ヒアリングをさせていただきましたので、資料3の41ページをご覧いただきたいと思います。

前回の委員会におきまして介護の現場において携帯型心電計を含めてどのようなニーズがあり、どのような点で困っているのかということを知りたいというお話ございましたので、施設2カ所を訪問しお話を伺ってまいりました。

最初にA介護ヘルパーステーションとしてございますが、北海道ホームヘルプサービス協議会の役員をされている所長さんにお話を伺いました。

まず携帯型心電計のニーズについてです。実際には、特に聞いたことはないということですが、今後北海道で遠隔医療が進展していけばそういったニーズが今後表れるかもしれないということでもございました。

尚、介護職員の業務範囲に関しましてはいろいろとお話を聞いてまいりました。まず訪問介護における介護ヘルパーの痰の吸引等につきましては、厚生労働省の通知に沿って本人の文書による同意を取って対応しておられまして、実施するにあたってはヘルパーの方は主治医や看護師から直接指導や研修を受けているということでもございました。ただ継続的なフォローアップ体制を確保することが重要なので、なかなかその各事業所レベルで対応するというのは大変なので、法的な研修制度を整備してほしいというお話もございました。

また痰の吸引以外で胃ろうによる経管栄養のように現行の中でも家族の方であれば問題なくできて、一方ヘルパーではできないという行為については、在宅でもできるように見直してもよいのではないかというご意見もいただきました。

その他、痰の吸引や経管栄養以外にも介護ヘルパーの方に対して利用者の方からやってほしいというニーズが高い行為といたしましては、糖尿病をもった方へのインシュリン注射でありますとか、人工肛門をされている方のパウチの取替えなどがあるというお話も聞いてございます。

尚、訪問看護師の関係につきましては、介護のためにヘルパーの方は毎日でも在宅のほうに入りますけれども、なかなか訪問看護師の方は、療養が必要なときにしか入らないので、また24時間体制でもないということでヘルパーと看護師の連携や役割分担は重要だけれども、今後その責任の範囲も含めてもっともっと関係者間で話し合っていかなければいけないのではないかというようなご意見もいただいたところでございます。

次にBデイサービスセンターとしてございますが、北海道介護福祉士会の役員をされております所長さんにお話を伺ってまいりました。

まず携帯型心電計のニーズにつきましては、睡眠中、あるいは食事中も装着して心電図を測定するポータブル心電計、いわゆるホルター心電図、こちらの装着のサポートをすることはございますが、今回の提案にあるような携帯型心電計のニーズというのは、こちらでも特に聞いたことはないというようなことでした。

尚、携帯型心電計の装着につきましては、本人の意志で装着するのを手伝ってあげるぐらいであれば医行為には該当しないのではないかというご意見もいただきました。また介護職員の業務範囲に関しましては、医行為の範囲に入るか明確ではない行為については、協力していただいているお医者様と相談しながら対応しているということでもございました。

また、介護福祉士自体は、介護が必要な方の生活を支援するというのが本来の役割であるので、生活の場に医行為に該当するものが入ってくるとしてもあくまで生活支援の一環として考えるべきではないかと。またそれを実際にするかしないかというのは現場の管理職員や利用者が同意して決めることになるというご意見をいただきました。

尚、お伺いしたデイサービスセンターのほうでは、痰の吸引につきましては、併設の特別養護老人ホームで看護師の方が行うこととしているということでございました。

以上、簡単ではございますがヒアリング結果でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

ただ今の事務局からの説明に関しましてご意見・ご質問があればお出しいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

ちょっと確認なのですが、今事務局の説明の中では、介護職員等の痰の吸引等についての現場でのヒアリングということについて今の説明の中ではかなりの部分を占めたのだと思うのです。今回ここで提案になっている部分というのは、携帯型心電計使用に関する使用制限緩和というようなことで上がっていると思うのですが、ここについての資料というのはどのあたりに出ているのでしょうか。

(事務局)

ただ今の説明のほうではごく簡単にしか触れさせていただかなかったのですけれども、両方の施設に行った際に今回の提案内容についてのご説明をし、ご意見をいただいたところでございます。

ただ、実際問題、携帯型心電計ということについては、両施設ともそういうのは利用されているのだろうかというような反応でございました。

一方で前回の検討委員会の中でも、従前から話題になっておりました介護職員の業務拡大の話もございましたので、そちらのほうの話を聞きましたら、そちらについてはかなり両方とも問題意識を持ってお話をされたというのが概ねの実情でございます。

(五十嵐副会長)

何か状況がよくわかりましたといえますか、結局この提案者がおっしゃっているように、きつこの携帯型心電計というのは、利便性はデータが送られるというところにあるので、遠隔医療と結びついていないとあまり意味がないのですよね。

そうすると、ここでいっている使用するということは、ここでお答えいただいたように装着は問題ないのであっても使用するという意味は何だろうということを今改めて思ったのです。装着を手伝うことは、服を着せることと同じですから付けることはできるのでしょうけれども、何かそれを計測するために計測器械そのものをセットするということは医行為に当たるというので、その緩和をお願いしたいということですよ。

なかなかニーズがないと言われてしまうとつらいところがあって、タマゴが先かニワトリが先かというようなところが若干あるのかもしれませんが、これができないから遠隔医療ができていないのだとは思われなくて、やはり全体の遠隔医療をやっていくための仕組み

とか、あるいはいろいろな技術進歩というものと、それから地域での理解がないと進まないという気もいたしましたので、これひとつ提案をしてもどうなのかなという疑問をちょっと思っています。

それから、改めて聞いていただきました介護職員の業務拡大についても、前のときもこの業務だけをというのではなくて、特区として提案するのであれば今の制度で問題がないのは、その本人の同意を得ていてきちんと研修を受けている方についてはできるということに今もなっているわけです。そこに差があるということが問題であるということを指摘しましたので、そちらのほうであれば道として仕組みをつくるのだということは、特区としてはなじむのかなと思うのですけれども、それはちょっとこの提案とは違いますので省いておいても、ついでに聞いていただいて恐縮ですが、今回はこの提案とは違う話でしたので、議論の対象にはならなかったかなというふうに思っています。

この携帯型心電計というのは、ちょっと弱い気がするのですけれども。

(井上会長)

宮田さん、どうぞ。

(宮田委員)

どうも遅くなりまして。

一番最初にこれが出てきたときにも申し上げたと思うのですけれども、携帯型心電計についてのことではなくて、携帯型の心電計ですとかいろいろな計測機器などが出てくるときに、そういったものを装着して、ですから会長が言うとおりの遠隔医療ですとか医療ネットワークですとかいろいろ規制されている、読み取っている内容ですよ、心電計の話でメインできているように見えますが、そうではなくて、そういった新しい機器などというものを北海道が遠隔医療ですとか地域の病診連携の中でそういったデータを、北海道の中は広域ですから、そういったところでの規制を取ることによって、もう少し田舎のほうで受けられない検査ですとかいろいろなものも含め、電送でこのようなことができるようなものを率先してやるのかどうかということのニーズを読み取らなければ、この心電計についてのヒアリングではないと思うのです。

だからその他にもいろいろな機器でそういったものを装着してデータを取れたらもっと早く診断ができたり、診断に導けるようなそういった機器があるのであればそれを装着してもらおう、手伝いをする。

これは医行為とそうではない生活の支援ということでの介護者のことを入れるとそういうことになってしまうのですけれども、読み取りとしてはそのようなことを、医療の先進地域として北海道を位置づける意味でこういったものの規制の緩和をしていくことが可能かどうかということを経験して、携帯型心電計の特区の話をしてもしようがないではないですか。そういうことではないはずなのです。

そうですね。

(五十嵐副会長)

そういうことです。

(井上会長)

河西先生、どうぞ。

(河西委員)

こういったニーズの聞き取りに関して言えば、非常に先端的で先進的でまだほとんどの方が実体験していないものを、ニーズはありますかと聞いてもなかなかニーズがありますと言ってくれないわけですね。

ここで我われが検討すべきなのは、こういった今、宮田委員がおっしゃったような遠隔医療をやったときに、こういったところに問題が出てきて規制に引っかかるか、これを洗い出して、そこに関して我われがどう判断していくかというところが必要なのではないのでしょうか。その中にこの携帯型心電計の装着とかそういった問題というのが出てくるわけなのです。

したがって、もし宮田委員がおっしゃるように遠隔医療でこの北海道を先進的な地域にしていくのであれば、現場のニーズを聞くというのは確かに大切なアプローチの仕方なのですが、そうではなくて遠隔医療をやったときにどういう問題が起こってくるのか、そして規制緩和とどう関わっていくかといったような視点での考察というのも必要ではないかというふうに思います。

(井上会長)

ありがとうございます。

その他ご意見いかがでしょうか。

(事務局)

36 回目の委員会で遠隔医療における課題を探ったほうがいいということになりましたので、いろいろ課題を探らせていただいて前回の 37 回の委員会でご報告をいたしました。

結論といたしましては、遠隔医療について、法の規制について困っているところはない。

財政的な部分で、要するにお金がないので十分な器械を買えないとか、現実に困っているのはそういう分野です。それでなおかつ器械が買えたとしても受診を支える人的サポート体制、これがやはり充実しないといくら遠隔医療の器械を買ってもサポートする人たちの手が回らなければ十分な活用はできないですねというところで、在宅患者に対し介護職員が行うことができる業務の拡大について検討を進めていきたいと思いますということになった

というふうに認識をしております。

(井上会長)

今出ている議論というのは、扱いが少し難しくなっているのだろうと思うのですが、要するに、資料2の最初のページにあるように、第36回提案検討委員会での検討というのは、今改めて宮田委員のところから出ましたけれども、携帯型心電計の使用に限らず遠隔医療など情報通信ネットワークを活用した医療情報ネットワークを構築する観点から議論を進めていったらどうかということで、今宮田委員のほうから出たのは限りなくこのところの繰り返し、強調だったと思うのです。

そして今日の説明等々も含めていうと、若干この部分から離れてしまっていて、たとえば痰の吸引のところですか、あるいは携帯型の心電計の扱いというようなところにきているので、もう少し議論というのは36回のところの原点に戻って整理したほうがいいのではないかなというふうな議論だと思うのです。

あとは、やはり現場というところを考え合わせると、この提案者の方がどのような意味合いで出されてきたのか若干読みにくくなってきているのは事実です。たとえば、同じ資料の中なのですが、「心電計について使用できるようにする」というのは、どこまでを指しているのか。つまり心電計を装着するところまで、そして外すところまでのところでは、これは自分でできる人はいいのだけれどもできなければ、これは触らせて、そしてヘルパーや看護職員にやってもらったりすればいいのではないかな、そこまではいいのではないかなというふうに言われているのかということです。

これの「実現するために考えられる手法」というところに書いてあるのは、心電図検査について医行為に当たらないというふうになってきていて、今度はここで「検査」というところ、心電計を使つての検査というところまで踏み込んでいくと、これは何を以て検査というのか。このところが見えてこない医療行為に当たる、あるいは当たらない。現状では当たるのだけれども、これぐらいのことは許されるのではないかな、許してもいいのではないかなということで国に提案していくのかということ。このところも若干細かい議論になってくると見えにくい。

ただもう一度原点の原点に戻ってくると、このところで特区提案として上がってきているのが269「携帯型心電計に関する使用制限緩和」というかたちになっているので、そのところだけ扱ってどういう判断をするのか。あるいは、これをきっかけにしてもう少し、先程あったように「遠隔医療など情報通信ネットワークを活用した医療情報ネットワーク」というようなところをどう発展させていくか。特に北海道という地域では非常に大事なことになっていますので、このところを扱っていく。そのあたりのところの見極めが大切なのかなというふうに思います。

だから269の提案そのものであれば、これはニーズがどこにあるのかというふうなところから始まってきて、そして実際に先程言ったように検査とか、どこまでが現行できて

いて、どこまでが現行でできないのかというところがきちんと整理されたり検査というところが整理されたりしていかないと、269 だけではいけない。

しかし、もう少し広い範囲で考えてということになると、前々回の議論のところの原点、最初に書いてあるところまで戻っていかなければいけない。そうなることは第 5 回を目標としたところの議論ではなくて、もう少し中長期的な視野といいますか、第 6 回なり第 7 回というところを目指して整理していく議題になるのかもしれない。そのあたりを含めてご議論いただければと思います。

宮田委員、どうぞ。

(宮田委員)

ありがとうございます。決して私は文句をつけて怒っているわけでも何でもないのでけれども、声が大きいので。

いろいろお手数をかけているのですけれども、こういうことだと思うのです。

たとえば今民間ですと血を採ってそれを DNA 分析すると、ガンになりやすい DNA の情報を取って、その部分を集中的に注意してその病気にならないようにするというキットが送られてくるわけです。キットが送られてきて自分で血を採ってそれを送り返すと分析してくれるのです。

たとえばそのときに、自分でやるのはちょっとわからないからヘルパーさんなりそういった人に採ってくださいと頼んだときには、これは医行為になるのかならないのかというようなことなのです。

要するに、心電計を個人で使ったらいいですよというものをお手伝いして採ったら医行為になってしまうのかならないのかというのと同じで、そのキットですとかそういったものでも、たとえば北大の医学部ですとか札幌医大でそういった分析をしますよというビジネスがはじまったときに、それが北海道ではいいのです。ただ、送られたときにヘルパーさんがそれを個人の承認を取って手伝ってあげるというのは医行為ではなくて個人の意志の支援なのだというかたちにして積極的にそういったものを受け付けますよというようなことです。

とにかく新しい医療ですとか検査というものを受け付ける。そしてそれが電送されるネットワークがこのように確立されて、それを使うことができる地域だということによって、先程のお話の通り予算がないのだけれどもそういうことが認められる地域だということになることによって医療機器メーカーですとか情報通信企業などが先進的なモデル事業にもってくるですとか、北海道でそのような事業を実証実験するとか、まさにそういったものを呼び水にするのが規制緩和であり道州制特区の検討だと思っているのです。

ですから、ここで読み取らなければいけないのは、そういった心電計で出てきてそういったものが使えることになったら、心臓病の早期発見や適切な治療を早く執り行うことができるのではないのか。読み直すと、たとえばそれが糖尿病の検査ですとか、あるいはガ

ンの検査ですとかDNAの検査、そういうことを緩和することによっていち早く治療などに当てられるような、ある意味、医療特区的な要素を北海道が持てるのか持てないのかということを読み取れば、そういうことを検討したほうが、特区として出すとすれば良い提案になるのではないかと。

ですから5回目の答申には間に合わないと思いますけれども、そういう検討をされたほうがいいと思います。

今検討して心電計の特区になりましたというのは、これは絶対におかしな話ですよ。どうやっても、みなさんも調べていておかしな話で、そうではないところの観点で掘り下げたほうがこのアイディアは生きるのではないかというふうに思います。このような意見です。

(井上会長)

ありがとうございました。

その他いかがでしょうか。五十嵐さんどうぞ。

(五十嵐副会長)

技術的な問題ではないような気がするのですが、概要のところでは携帯型心電計を使えるようにするということが目的のように読めてしまったのですが、今の、我われの委員会としては、この方の提案は「心臓病の早期発見・適切な治療、遠隔地に住む方たちにとっても心臓病の早期発見や適切な治療を行うための・・・」という、そこがたぶん頭にあるともっと我われとしてもストンと理解できるのかなと思います。

遠隔における検査の方法を、情報通信ネットワークを使って行うためにどうしたらよいかということ考えたときに、やはり出てくるのは、使用するというのは、この資料の40ページになりますけれども、装着するだけではなくて結局使用するということは、それで何らかの操作をするわけです。だから薬を飲ませることは医行為になりますけれども渡すことは医行為ではないとか、非常に細かいことですが、付けることは医行為ではないけれども、そこに何か装置のスイッチを入れたりスイッチを合わせるということが医行為になるということですよ。

だから、やはりそのところが最後のところでネックがどこかに出てくる。そういったものを緩和するためには、そのためにという順番でいくと、そのためには毎日行くヘルパーさんがある一定の研修を受けていればできるのですよということ、ひとつは出てくるのですが、そういう組み立ての読み取りと我われの委員会としてはそういうやり方でもいいのかなというふうに思います。

(井上会長)

ありがとうございます。その他どうでしょうか。

これは、1点確認なのですが、40ページのEというところが今後目指すべき方向だろうと、あるいは現実に「遠隔医療」というかたちで行われている部分だと思うのです。

このところで医療行為に当たるというふうになっているけれども、この説明のところで「介護福祉の患者への使用は医行為」というので(診療の補助)というのは、具体的にどんなことを指すのですか、だめだというのは。

これは心電図で検査というのは、これは何らかのかたちでネットだとか、心電図そのものというのはネットか何かで医者のところへ送られるわけですよね。そのことについて判断することが検査ではないのですか。スイッチを入れることも検査になるわけですか。

(事務局)

そういったことも医行為に入るという解釈です。

(井上会長)

自分でやればいいわけですよね。

(五十嵐副会長)

自分でやれば医行為ではないのです。人がやるのは医行為なのです。

(井上会長)

それは、データが、要するに違ったデータ、正確にデータが取れないとか、データが装着のし具合によって間違えるかもしれない。そういうことなのですね。しかしそれは本人がやっても同じですよ。

(五十嵐副会長)

そうなのです。

(竹田委員)

本人がやれば自己満足といいますか、自己責任の問題ですよ。

ご本人がやればそれは別に医行為という範囲ではなくて、あくまでご自分の行為ということですから、医行為という判断の以前の問題だという気がするのですけれども。

(井上会長)

ここでそこまで議論が拡張するとあれなのでもうやめますが、要するに、たとえば宮田さんが言っていたように今でも、たとえば血液検査ですとか、あるいはその他、便などもそうですし、あるいは喀痰の検査などというのは、たぶんキットを送ってきて、そして針を射して血を出して、それにセンサーか何かついていて封筒に入れてたぶん送り返すのだ

と思うのです。これは、ちょっと私は手が痛いからあなたやってよと、配偶者にやらせた。

そして、その人がいないから今度は第三者である介護士にやらせた。ここになると今度はだめになった。

それは現場の患者さんといいますか、その検査を受けようとする人、ここだったら心臓が元々弱いという人にとってみれば非常に深刻な問題ですよ。自分はもう寝たきりですし、第一自分では尿も採れない。

(事務局)

訪問看護師さんだったらできるのです。

(井上会長)

訪問看護師だったらできる。しかし介護福祉士だったらできない。看護師ではできて介護福祉士ではできないというこの境界線は何ですか。

(五十嵐副会長)

それは、看護師は国家資格として医療をする人ですから。

(事務局)

それは、保助看法で診療課目が決まっています、それはそういうことをやりますというふうになっています。介護職員は、そういう医行為については、経管栄養ですとか痰の吸引の部分について今医行為とは異質のようなかたちになっていますけれども、そもそも介護職員の業務の中には医行為というのは入っていないのです。そういうことがありますので、そこには訪問看護師はできますけれども介護福祉士ですとかヘルパーさんはできないという、きっちりその部分は線が引かれているというのが制度設計として現行法ではそのようになっているということです。

(井上会長)

いや、それはわかりました。もうやめると言っているのだからあとひとつだけ。

それは、要するに法律がそうですし、そしてどこまでが医行為であって、その間の部分は誰がどういう資格がないとできないかというのはわかります。それだったらここで我われが特区提案のところで議論する必要は全くないわけです。それで不自由を感じている人がいて、そのことによって救われる命を救いたいという可能性のある人たちがいて、その人たちというのが私たちが提案を受け付けた人たちなのです。

その人たちが不便でどうしようもないからもう少し法律の壁というのを、要するに一歩前に押し出すことができないのかどうかということで、この人がどういう方か私は知りませんが、そういう人たちがある種の救いを求めて出てきているというふうに考えら

れるのが特区提案ではないのですか。

だからできないものはできない、できないものはできないというふうに言っていれば、要するにこういう特区提案をやっていることに意味自体が何もないのではないですか。

(五十嵐副会長)

その通りです。

(井上会長)

これはどうでしょうか。

(事務局)

それは会長のおっしゃる通りですけれども、実際に携帯型の心電計というのは、遠隔医療も含めて実際にそのようなニーズがあるのだということについて少し見極めたほうがいいということで先程私どものほうから説明をさせていただきました。実際にヘルパーステーション、あるいはデイサービスセンターのほうでは、そういったようなことというのはあまりないというようなことがあります。

それはいろいろな現場があろうかと思えますけれども、それを全道的に考えたときに普通協会の役員をやっている方ですからそれは遠隔だとかなにかといったときになかなか現実的には今の段階ではニーズがない。それは、21 ページの一番上のほうに「遠隔医療の進展については今後の意味があるかもしれない」ということで、なかなか今の段階では現実的には難しいのではないかというのが、大変申し訳ございませんが事務局からの押さえでございます。

(井上会長)

どうですか五十嵐さん。

(五十嵐副会長)

だから出てきたということは、きっと1人でもいるのです。たぶん1人か2人かもしれないのですけれどもいらっしゃるからたぶん出てきたと思うのです。ニーズを聞いてくださいというのはそういう意味だったのですけれども、たぶんいるのだらうと。ただそれほど多くないということは事実としてあるのかというふうにひとつ思います。

それから特区提案としてこれを出すのは、もうひとつ理屈で言えば、それは看護師さんの業界で訪問看護を増やせばいいという話なのです。でも訪問看護というのはそれだけ単価が高いので、それは医療費の圧迫になりますので、ひいては要するに、このことはできる、できないというのは法律の決まりはその通りですし、その法律に基づいて看護学校というのはそういう教育をしているわけですし、介護福祉士の学校もそういう教育をしてい

て、介護福祉士の学校では医行為については教えていないわけです。

ただ、現状なぜこういう問題が出てきたかという、そういうニーズが確かに増えてきたということ。

もうひとつは財政問題があって、訪問看護をそれだけ増やせるかという、訪問看護を増やせばそれだけ医療費がかさみますのでますます財政を圧迫する。かつこれほどの軽微な、今となつてはほとんど軽微な医療行為については看護師の資格がなくてもある程度スキルを持った介護福祉士がやってもいいのではないかという議論も出てきた。

それは高度な知識を持った人たちはより高度な医療に当たるべきであって、いわばこういう医行為になるのかどうかという境界線、非常にグレーなゾーンについては、介護福祉士を教育して、その人たちができるようにしたほうが社会全般にとってもコスト的にもよいだろうと。それから身近にいる人たちもできるというかたちになってくるだろうというところでこういう議論が出てきて、それは厚労省の中でもやっていますし、こういう特区提案にも何度も出ています。

ところが1回決まった法律は、なかなか崩せなくて、常にどこから風穴を開けるのかなと考えているわけです。真正面から介護福祉士といったらだめだと。そうであれば、ここで宮田さんのおっしゃる通りで、北海道というこの地域にふさわしい特区提案というのは何かと考えると「遠隔医療」というところからスタートすると、これはもしかしたら一点突破できるかもしれないという感じがします。

ですので、ここを引っくり返してといったのはそういう意味で、その中に携帯型の心電計もあるかもしれないし、血液検査はいいかどうかわかりませんが、そういうものを洗い出したときにどんなものがあるだろうかと。たとえばそういう検討する権限というだけでも、そんな権限は勝手にやれという話になってしまうかもしれませんけれども、そういうものを1つでも2つでも3つでも見つけていくとそれがつながって、北海道らしい遠隔医療とか遠隔の検査ができる北海道というものをつくるのだという特区提案に結びつくだろうという、そういうことは私も大賛成ですので、そういう提案の方向に持っていけないかということです。

(井上会長)

ありがとうございました。

その他いかがでしょうか。

今五十嵐副会長がまとめられた方向で少し整理をして、これは今の段階で5回答申に盛り込みますということ、あるいは本棚に入れるということの仕分けというのは、今日の段階ではしておきませんが、少し検討して今日の議論を整理していただければというふうに思います。

この方の具体的な提案についてももう少し詳しくわかればありがたいと思うのです。これは、ご本人なのでしょうか。ここで論議をしても、また時間を取りますので。

ニーズがない。これは施設等々で聞いてきていただいたということはあるが、道民の1人の方がこうやって正式なルールを通じて提案をされたということは、気軽に扱うべきでは当然ないわけです。五十嵐副会長の話を中心にしながら整理していくということで。

(事務局)

39 ページと 40 ページのところに、前回にもお付けした資料でございますけれども、遠隔医療を想定して、遠隔医療でどこが今、いわゆる一般的にもその部分は介護福祉士が、遠隔医療でなくてもそこに関与はできないという部分にも該当するわけですが、遠隔医療のシステムに置き換えたときにも、結局 40 ページの E の部分、在宅患者が自ら使用する場合にはいいのですけれども、結果的にそれを、たとえば携帯型心電計を前提にした場合ですが、介護福祉士が使用を補助するというようなことになると診療行為に当たるといってできないということでございます。

39 ページの部分には、遠隔診療についてのいろいろな定義ですとか、いろいろ留意事項等も記載してございます。今日のご議論をふまえて宮田委員のほうからもお話がございましたけれども、実際に携帯型心電計以外にどのようなものが現実的に遠隔医療のところであるのかというあたりを少し関係する方々からまた、道医師会さんとか、あるいは3人くらいの先生とか、そういった方々にもお話を聞いて整理をしたいと思います。

それで、1点確認なのでございますけれども、前回の委員会の中では、注2のところの論点整理の対応方法と書いてあるのですが、在宅患者に対するケアとして、介護職員が行うことができる業務の拡大について、携帯型心電計の使用も含めて検討を深めていくというような整理になっているわけです。

もちろん、いわゆる道州制の特区提案としたときには、本道を含めた場合に、いわゆる広域分散型の地域構造ということもあり、遠隔医療ということをも束出しにしていくということは、それは結論としてはいいと思うのです。実際に一つひとつの局面の行為で見れば、今介護福祉士の方がやれることというのは、たとえば事実関係整理の部分でいくと、もう既に痰の吸引ですとか経管栄養というのは、一定の場合に特養などでは認められている。では、このようなことも在宅の部分についても認めてもいいのかとか、実際に今回のヒアリングの際には、人工肛門のパウチですとかインシュリンですとか、そういったようなものについてもその部分は、もちろん一定の研修ですとか看護師との連携などということはあるのですが、そのあたりについても拡大してもらいたいという声もあります。そこまで要するに幅としては広げて考えてよろしいのか。そうではなくてあくまで遠隔医療システムに関連してということで、そこでもって横に置いてしまうということなのか、その辺だけ委員会の中で少し確認をしていただければ大変ありがたいと思います。

(井上会長)

今の事務局からの提案については、いかがでしょうか。

(五十嵐副会長)

今回は、遠隔医療というところで入口を絞って、それで検討していただいたほうがよろしいかというふうに私は思います。

というのは、前に介護福祉士は1回やりましたので、もう1回蒸し返すというのはなかなか今回難しいですから、遠隔医療という視点から切ったときということで結構かと思えます。

(井上会長)

よろしいですか。

(宮田委員)

遠隔医療ということで切って、そういうところは装着、あるいはキットの使用の支援というのは、あえて書かない。

(五十嵐副会長)

遠隔医療のときに何が必要かというのは、もう少し洗い出してみないと、むしろこれだけではないかもしれない。

だから遠隔医療で切ったときに必要な行為というのが、結果としてこれしかないわけではないと思うのですけれども、結局それ以降いただいたときに、では次も同じような特区でとか、遠隔医療でこれができないからできないのではなくて、もうひとつもしかしたら違うものがあって、もう1回改めて特区提案というのは大変なので、遠隔医療で切ったときに何ができないかということ、何がネックかをもう1回あげさせてみて、そのことを特区提案として出すという。遠隔医療の心電図だけではなくて。

(事務局)

何度も事務局で申し訳ないのですが、今五十嵐副会長が言われた遠隔医療に伴って要するにできないというあたりの部分については、心電計だけの問題ではなくて、おそらくたぶん他にもあると思うのです。今宮田委員のほうから言われたようにキットの問題とかいろいろあると思うのです。結局40ページのEのようなかたちになると思うのです。

そうすると、その部分を病院との関連でいくときに、通信システムの部分を取って左側の部分だけ見ると、結局Bの在宅患者が自ら使用する場合についてはよくて、いわゆる介護福祉士に使用補助か何かをお願いする場合はだめだというような遠隔のシステム以前の問題としてその部分で終わってしまうのです。そうであれば遠隔システムを含めてそういう軽微な部分は、本道の場合医師不足でもありますから、では少なくとも先程の特定

看護師の関係でも、特定看護師になるかどうかは別にして看護師の診療補助の範囲の拡大というのをやっているわけですから、一方では介護職員かなにかについて、医行為は別として、研修などで一定の条件を寄与した上で、その部分は必ずしも遠隔の医療システムだけに限らず認めていったほうが結果的に本道の保健福祉医療の増進につながるのではないのか。こういうストーリーもできるわけです。そういう思いもございまして遠隔システムだけで見ているのですかという部分で一応どうなのでしょうかとということ。

(五十嵐副会長)

忸怩たる思いがあってそれはまさにおっしゃる通りなのです。だから前にもそれはやろうとしていて、介護福祉士の範囲を広げると、医療行為拡大ということを出したらそこでも道の中でも上がっていかないわけです。医師会も看護協会もこぞって反対でしたので。だからここをもう1回蒸し返すと同じ議論になってしまう。

(宮田委員)

だから遠隔医療、遠隔診断、そういった遠隔検査などというこの中に限っての行為としての補助のエリアを区切っていこうということですよ。

(五十嵐副委員長)

そうですね、今回。今回というか、第5回というのではなくて、第5回には間に合わない可能性が高いということです。

(宮田委員)

遠隔診断・遠隔医療に関わるその補助的なもの、一部はそれを含める。たとえば今の、要するに正面からやると結構な抵抗にあって、ずっと昔に出したときには、結局必要ないと言われてしまったのです。できないと。

(五十嵐副会長)

できない、道提案にもならなかったです。

(河西委員)

今回こういった遠隔システムということを入れたEのタイプにすることによって、実際にインシュリンを打ったりなどもできるようになるのではないですかというのが、たぶん宮田さんのご意見だと思います。

(事務局)

委員会の中で言われていることはよくわかるのですが、つなぎになりますけれども資料

の53ページをちょっと見ていただいでよろしいでしょうか。

先程の特定看護師の関係でいったときに日本医師会と看護協会のほうの診療部分の拡大と特定看護師の制度化の関係についての見解がよせられていたのですけれども、今度は、要するにいわゆる介護職員による痰の吸引ですとか胃ろう処置の解禁等ということなのですけれども、53 ページの一番下のほうに「日本医師会の見解」ということで出ています。法的に整理を行った上で、「医行為」ではないと明確に示される行為について、必要な研修を受け、認められた介護職員が行うことには、問題はないと考える。しかし、法的に認められた医療職種以外の者が「医行為」を実施することは容認できない。これは当然のことです。

日本看護協会のほうでは、委員として出席した理事から原則は医師、看護師が実施する行為だが、介護職員がやらざるを得ない状況である以上、それは現実的にそのようになっている部分がございます。安全上の観点からの慎重な議論が必要と安全体制の構築の必要性を強調したいということです。

ここは、少なくとも研修ですとかそういったことについてきっちりやればよいというような流れにもなっておりますので、そういうことを考えますと遠隔医療の部分で、そこは要するに提案としたときに明確的に根拠はないのだというのはいいのですが、もう世の中がそこまで、経管栄養ですとか痰の吸引の部分でいったときに認めるような方向が、実は看護職員でも医行為の部分としてやるという流れになっていますので、そうであるならばその辺についても合わせて提案してもよろしいのかなと。事務局ではそのようなことで考えていたのですけれども。

(井上会長)

竹田委員、どうぞ。

(竹田委員)

確認も含めて、おそらくそれをすべきだろうということだと思うのです。ただ、それを真正面からいうと医師会、看護師協会、いろいろな障害が出てくるので、そうではなくて遠隔医療をやる際には、そういう補助的な業務をやってくれる人が絶対に必要です。たとえば、それをつけてくれたりとか。それは遠隔医療の際には医行為ではないということにしましょう、というような内容をつくればいいのかと私は思います。いかがでしょうか。

(事務局)

遠隔の場合には、検査ですとかそういったイメージをしていたのですけれども。

(井上会長)

検査というところからどこまでが検査なのですか。

つまり、たとえば採尿するとか採血するというところから検査は始まっている。

(事務局)

検査のための採血であればそうなっていますよね。

(井上会長)

それは間違いなくそうなのですね。

(事務局)

今、身体障害者協会とか重症身障障害者を守る会などが要望しているのは、検査というよりも患者の身の回りのことなのです。

(井上会長)

だから、今、話の途中かもしれませんが、そのあたりのところを整理してもらって、それを今度は、たとえば介護福祉士の業務の範囲の拡大、医療行為ではないもの、医療行為として外すというわけにはいかないのですか。

(事務局)

いや、それはできます。ただ遠隔医療にした場合、どこまでそれをピックアップできるのかということです。

(井上会長)

私の理解は、宮田さんなどが言われた遠隔医療の問題についてはもう少し幅広い視点で少し時間をかけて事例を集めていくということで先程の話は結論が出ているのかというふうに理解しているのです。

だからこれはたとえば、心電計だったら心電計、最終的には遠隔医療の一翼を担うのかもしれないけれども、少なくとも今ここにきているものというのは、とにかく検査そのものではなくて、たとえば採血をするとか採尿するとか、あるいは心電計をつけてそしてスイッチを入れてあげるというようなところまで医行為としてやってはいけないということについては、これからの時代変わっていかないのではないかということで、ここの部分だけ洗い出して研修を受けたりそういうことをすることによって介護福祉士にやってもらうというような方向では進めていけないのですか。

遠隔医療というのは、これは時間がかかります。遠隔医療のここのところを整理していくというのは、

だから第5回の提案にというのは、そこまで入れていくと抱き合わせでいくと時間がな

いので、第5回というのは少し、医行為というふうに厳密に言うとまとまりがないのではないかと。

これからの時代というのは、北海道では確実にそうなっていますよね。

長くなってすみません。

(事務局)

ですから、その部分は、先程からお願いしているのは、要するに遠隔医療の部分というのは、会長がおっしゃるように実態の部分を含めたときに時間がかかりますので、そうではなくて現実に我われがヒアリングをしている部分でいったときに、もう不具合になっている部分があるわけです。国の段階では、確実にそこは介護職員の業務拡大という部分は、日本医師会も明確にその部分は切り分ければそれはそれでいいということになっていますから、では少なくとも経管栄養ですとか痰の吸引の部分については、今は施設では認められています。ただ、在宅の部分ですとか、人工肛門とか、パウチの取替えですとか、そのようなものを我われも聞いてきているわけです。その部分だけでも第5回目の提案にして、遠隔医療についてはもう少しその辺については実態論があるかも含めてその部分は、いろいろ中央答申からもそれはある部分は、検査のハードの部分だというふうにするのですけれども、それはどうかたちになっているかというのは実際もう少し調べてみたいと。

今日の資料の中でも遠隔医療の部分でいろいろな慢性疾患患者の部分は遠隔治療を適正にし、認められる部分で、在宅酸素療法を行っている患者さんとかいろいろ出ていますけれども、そのあたりはどうかたちになるのか、そこはデータも含めて時間をかけて整理をさせていただきたいと思います。

そういう方向でよろしいですか。

(井上会長)

よろしいですか。

いろいろなかたちで広がっていくのだらうと思いますけれども、現場の方が少し安心できるようなかたちで進めていくことを検討していくということ。

どのように時間がかかるかわからないけれども、遠隔医療全体まで、こちらの部分とこちらの部分を抱き合わせにしてというと、時間がいくらあっても足りないもので、とりあえず今事務局のほうでまとめられましたけれども、そちらの今不自由されている部分を中心にして類似のものがあるのかないのか。あればそれらも抱き合わせにして一度ぶつけていこうではないかということ。これで整理していただけますか。

(事務局)

その辺につきましては、改めて関係する団体がいろいろございますので、今日の委員会

で方向を確認できましたから、その類似の、今会長がおっしゃったようなことで他に何かあるのか、おそらくそういう視点でお尋ねするというところもあるという話が出てくるかもしれないので、それができればバッティングしたかたちで提案できれば一番望ましいのではないかと思いますので、その辺はまたしっかり協会のほうともお話をさせていただきたいと思います。

(河西委員)

ちょっと確認があります。

今回特区提案に関していえば、遠隔システムというキーワードを前面に出さなくても、少なくとも今回聞き取り調査の中で出てきたようなニーズ、ここに関わる課題、そしてそれに関わる規制に関しては緩和というような判断から今のような戦術でやっていくということなのですね。

(事務局)

そうでございます。

(井上会長)

可能なかどうかというのはわからないけれども。

(事務局)

世の中の動きとすればこちらのほうのペーパーに書いていますけれども、17年の段階で医行為に当たらないと思うのは、少なくとも体温測定、血圧測定、軽微な傷の処置、爪切り。今年4月から特別養護老人ホーム等においては、それは最終的に医師・看護師さんのほうで判断されるわけですが、経管栄養ですとか痰の吸引については一定の要するに観察などについては介護職員がやっていいというような流れになってきていますので、少なくともそういった同じような類型のものについて出すときに、それは検討のまな板には事務局としては上がるだろうと、こういう認識の下で作業を進めたいというふうに思っております。

(井上会長)

できない、できないのではなくて、できるようにするためにはどうするかという意味では、これは局長を批判しているわけではなくて、そもそも痰の吸引だってそうです。五十嵐さんも言われたけれども、上にあがっていかないのです。そのようにここでモタモタしてつぶしてしまったあとに国がやりますといたら同じようにやらざるをえなくなってくる。そうすると北海道はいったい何をやっているのだという話になるわけです。

やはり現場の人、そして本当に患者だったら患者の方、そこの立場に立ってまとめられ

るといいかもしれませんね。

(事務局)

そうですね。おっしゃる通りです。

(井上会長)

誰がどうやってつぶしたのかということは議事録を見ればわかるわけですから。逆に私がつぶしたわけではないですけれども。

(事務局)

先程の繰り返しで恐縮でございますけれども、しっかりその辺については現場の、あるいは業界の方々からのお話を聞いた上で整理して、次回の委員会でお出ししたいと思います。よろしく願いいたします。

(井上会長)

審議により、次の案件について説明をいただきます。

(事務局)

資料2の3ページでございます。274番でございます。

ここの提案は、コンビニでふるさと納税を可能にするという提案でございます。

これは、道内の自治体からの提案でございます。北海道市長会に伺っているいろいろお話しした際に、市長会としても平成20年からコンビニ等で寄付金の収納ができるようにしてほしいという、この提案と同様の内容の要請を国のほうに行っているということでございます。

お時間もなくなってまいりましたので要点をかいつまんでご説明させていただきます。資料3の63ページをご覧いただきたいのですが、事務局で調査をいたしましたところ、平成21年に大阪府箕面市がこの提案と同様の内容で構造改革特区へ提案を行ってございまして、既に国から回答が出されていたことがわかりました。

提案の内容は、本提案と全く同様、ふるさと納税の収納事務を私人に委託できるようにしてほしいというものでございます。

国からの回答が64ページの上のほうにございます。ふるさと納税は、相手方が特定される歳入でございまして、常時徴収するものではないから委託することが経済性の確保の要件に合致しないという内容でございます。したがって認めないということでございます。箕面市は、国に対して再々検討要請までいたしました。が、国の回答は変わらなかったということです。

経済性の確保の要件に合致しないとは何を意味するのかということにつきまして今回総

務省に確認をいたしました。国のほうからは、ふるさと納税をコンビニに取り扱わせる場合、取扱い件数が少ないということが想定される。したがって1件当たりの手数料が高額になることから、費用の面で地方公共団体にとってデメリットのほうが大きいという理由であるという回答がありました。

もちろんこれと同じ内容で私どもが国に提案をいたしますと、箕面市への回答と同様の回答が国のほうから示されることとなりますので、国に提案する場合には国が認めない理由としてございます経済性の確保の要件をクリアしていかなければならないということになります。

それで経済性の確保をどのようなかたちで示せば国が納得するのかということになりますけれども、事務局といたしましては、まず道内の市町村の声を聞いてみる必要があるのではないかと考えてございます。具体的には、ふるさと納税のコンビニ収納の希望の有無ですとか、妥当と思う手数料の額などにつきまして市町村にアンケート調査を行いまして、収納代理業者が何社かございますのでそちらの意向も聞いて、その結果をふまえて本委員会でご検討をいただくということにはいかがかというふうに考えてございます。

以上でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

274番の地方自治の強化というところになりますけれども、「寄付金」取扱いの特例(コンビニでのふるさと納税)ということに関して事務局から説明がありました。

何度かこの場で議論したことですが、ご意見等があったらお出しいただきたいと思いません。

事務局から説明があった通り、この資料3の63ページに、これは大阪の箕面市というところから構造改革特区提案に上がっているものがあります。それに対して省庁からということで、これについては経済性の確保の要件に合致しないと考えるというのがその理由で受け入れられていないということでもあります。

事務局からの提案ということでありましたけれども、これは道内の各市町村にアンケート調査等々をやって、その上で判断をしたい。つまり積極的な賛成というものがなければ国に提案しても同じような理由で経済性はやはり確保されていませんというようなかたちで却下されるということがあるということでした。いかがでしょうか。

これは、私ばかりしゃべってはいけないのですが、アンケートを取られたときに本当にこれが通ったら本当にあなたたちはやってくれますねというふうにしておかないと、通ったものの、通せ通せでここで審議をして答申に盛り込んで国に上がって行って国がそこまでということで仮に認められたけれども、実績は1件も上がってこなかったといたら、これは少しみっともないかたちになります。

これは、当然入ってくる部分と、そしてコンビニに支払わなければいけないシステムの

運用料というようなものを負担しなければいけないので、そのところの採算をよく考えた上で、やはりこういうことを実現してほしいですかということを聞いていただかないとダメなのではないかというふうに思います。

私ばかりしゃべってもいけないので、その他先生方から。

宮田委員、どうぞ。

(宮田委員)

ありがとうございます。

ごめんなさい、ちょっと僕は覚えていなかったのですが、5千円を超えた部分の寄付金から5千円を差し引いた金額というのは、5千円は自治体に入ることですか。これはどの部分を控除するのですか。

税額の控除でしょう。5万円寄付しました。5千円引かれて4万5千円がその人の所得税と住民税の合計から控除されるというのでしょうか。そういうことですね。この寄付金の上限というのはあるのですか？ないのですよね。

5千円を引いた額ということだから、要するに5千円が自治体のほうの基礎的な事務手数料になるのかしら。

5万円寄付しますよね。それで5千円を引いたら残りの金額が、ある一定の割合で控除されるということでしょう。

(井上会長)

ふるさと納税をするときに、今では委任を受けているところの銀行に行ってお金を払わなければいけないのだけれども、そうすると銀行は開いている時間が決められているのでなかなか集まるものも集まらないかもしれない。コンビニは夜でも開いているわけだから。

(宮田委員)

いっていることはわかります。コンビニの手数料というのは、この場合はまだ決まっていなくていいわけですね。

(井上会長)

だからそれはきちんと各自治体で試算をして、そしてメリットがあるなということで私のところはこれが通ったら必ずやりますというところまで詰めてアンケートに答えてもらわないと、結局コストが高くなって私はやりませんといったら何のためにこれを上げたのかというふうになって笑いものになってしまう。

(宮田委員)

概要のところだけ把握したかったのですが、そうすると委託することから外にお金手数料が出ていくということで経済性の要件に合致しない。

自治体は、収納係が1年中そこにいるからその銀行の指定した口座に振り込んでもらったら別に新しいコストはかからないから経済的であるということなのでしょうか、この場合の経済性に合致しないというのは。

(事務局)

指定された銀行には、そこに持って行ったら手数料は全くかからないという例もあります。

(井上会長)

金融機関というのは、結局収納すると同時にそのお金がしばらくの間届かないわけです。だからそのところで資金量確保のために、たとえば手数料ゼロで受け入れることも可能なのですけれども。

ただ、コンビニの場合は、それは全くないわけだから、素通りしていくわけだから、だから当然手数料は取るでしょうと。その手数料が、要するに変動費的なものなのか固定費的なものなのかよくわからないけれども、そうやっていても寄付金が集まらなければコストばかりかかる。

(宮田委員)

それは、送る人は5万円送りたいわけだけれども、自分の利便性のためにコンビニから送るときの送金料を自分が払うというのは、ありえますよね。

(井上会長)

それはどうなのでしょう。自分が払うのではないですか。

(宮田委員)

手数料は、銀行から振り込むにしても送金料を自分で払うわけでしょう、200円とか。それを送ったら送る金額を振り込みにしろとお客さんがいつているのかどうかという部分で。

(河西委員)

ちょっとよろしいでしょうか。

この政府からの回答というのは、ロジックとしては欠けている部分があるのです。

すなわち、金融機関ですと9時から3時までしか窓口が開いていないわけです。そこで持って行く。それに対してコンビニは24時間、4倍の時間振り込むチャンスがあるから、それによってふるさと納税が絶対額として増えていく。その部分が欠けていて、ただ単

に収納手数料、コンビニを使った場合は、札幌市などは水道料金だと1回当たり80円コストがかかるのです。

そこで問題なのは、その80円のコストを支払っても、それでふるさと納税が倍とか3倍に増えれば経済効率というのは当然良いわけなのです。ところがその部分をはしょっていて、ただ単に1件当たりの収納料金だけで経済効率が低いというような回答の仕方、これは政府の今回の回答に関していえば、ロジックに関しては非常に不適切な回答だというふうに思います。

ただ、その裏を読むと、もしかしたらふるさと納税がものすごく盛んになって、コンビニを開放することによってふるさと納税がバンバン行われていくと、税の考え方というのは非常に乱れていくといいますか、その住んでいる地域に対して納税をするというような考え方から自分の好きなところに納税できるということになると、そのコストの発生と実際の納税のところ乖離する可能性がある。その部分を恐れてあまりやりたくないのかなというふうに皆さんはおっしゃっています。

今回の問題というのは、こういった回答が返ってきた、それに対して違ったかたちでないと出しても同じ回答しか返ってこない。そこをこの委員会で検討するかどうかということですね。

(宮田委員)

コンビニに手数料がどのくらいになるかというのは聞いていないのですよね。コンビニに聞かないと、要するにコンビニに送金額が5万円とか10万とか10万を超えたりという中で、その手数料がいくらなのかというのを聞かないとしょうがないですね。

(河西委員)

たとえばウェルネットとか、ああいった会社ですね。

(宮田委員)

コンビニがどのくらいの手数料でやってくれるのか、代行業者がどのくらいで引き受けてくれるのか。

(事務局)

代行業者に関しては、従前にもいいましたがそんなに高くはないです。件数にもよりますけれども。

(宮田委員)

そんなに高くはないですね。

(井上会長)

ただ、これは当然河西先生も言われているけれども、国が同じような類似の案件に対してこのようなかたちで経済性の確保の要件に合致しないというふうに回答してきているわけですから、そこを結局抽象論でいっていても最終的に判断できないので、具体的に事務局からいわれているように各市町村なりにアンケート調査等をして、その際には道がコストの計算をするのかどうかは別として、きちんとしたシュミレーションをして、各自治体にこれが認められれば私どもはやっていきますというような確たる判断を持って上げてもらう。それをベースにして全部が全部賛成でもないだろうし、反対がなくても手を挙げないところはほとんどないでしょう。それをベースにしてここで議論をして、上げられるものだったら答申の中に盛り込むということで、そういうことでどうですか。

(河西委員)

すみません、1点質問があります。

3 ページに「クレジットカードによる納付」と書いてあります。既に夕張市と小樽市がインターネットでふるさと納税の納付を受け付けている。これを見ると、少なくともクレジットカードの会社に支払う手数料のほうがコンビニ等を使った収納代行業者に支払う手数料より高いはずなのです。こちらが認められていて、なぜコンビニが認められていないのだろうかという疑問があります。

少なくともクレジット会社の手数料は、3%から 10%ぐらい取っていますよね、金額に応じて。それに対してコンビニなどでふるさと納税をした場合、たとえば税金と同じような感じでやったとすると、1件当たり 80 円ぐらいですよ。そうすると圧倒的にコストパフォーマンスからいえば確かに、金融機関にふるさと納税で納付をするよりもコンビニエンスストアを使って納付したほうが高くなるけれども、コンビニエンスストアで納付するよりもはるかにクレジットカード決済のほうが高くなる。

そのあたり今回の国からの回答に関しては、論理の一貫性というものが見受けられないような気がします。

(事務局)

お金の部分からいくとそうです。国の回答は、64 ページの真ん中のところに書いてございます。要するにクレジット会社の収納委託というのとコンビニ納税とは制度的に違うのです。クレジットカードについては指定代理者による立替払いということでございます。これは法律上できますということです。

(井上会長)

先程まとめたようなかたちで近々に動いていただければというふうに思います。

そういうことで進めていくということで了解いただきたいと思います。

次の案件ですが、ポストバスについてです。

(事務局)

資料2の6ページでございます。281番「ポストバス」でございます。

前回の委員会で井上会長から郵便配送車から一步踏み出て宅配業者などからもヒアリングを行ってほしいというお話がございましたので、宅配業者のところに行ってお話を伺ってまいりました。そのヒアリング結果について簡単にご説明をさせていただきます。

(事務局)

時間の都合もありますのでごく簡単に説明させていただきます。資料3の72ページのほうをご覧いただきたいと思います。

前回、日本郵政さんのほうにお話を伺ってまいりましたが、その後宅配業者の大手2社を訪問しお話を伺ってまいりました。

まずA社・B社とございますがA社です。集荷と配達については営業圏から大型トラック、もしくは軽車両を使って集荷・配達に回っているということでございまして、今回提案のありました貨客の同時輸送については、特に宅配の場合でしたら時間指定の配達も多いし、物の配送によってルートも変わってくるということで、使用しているトラックも車両構造上助手席しかないということでなかなか難しいのではないかと話をいただいたところでございます。

一方、2のほうにございますB社でございます。集荷と配達については、ほぼ同様な仕組みなっているところでございます。貨客同時輸送の可能性についても同様の問題点は指摘されたところではあります。

このB社におかれましては、会社の方針として社会貢献活動に熱心でございまして、たとえば地方ごとに独自のエリアを検討しながら、たとえば自治体からの要望を受けてポストの確認を行って高齢者の在宅安否を確認しているといったようなこともやられているということで、そういった中で人を運んでほしいという話も耳にしたことがあるということです。

今回お邪魔しましてこういった提案をお話ししましたところ、いわゆる過疎地での高齢者向けの新しいサービスとして、会社として何かできることはないかということを実際に現場を回っているドライバーなどに今回の貨客同時輸送の件も含めましていろいろと話を聞いてみるというお話をいただいたところでございます。

その後再度伺いましたところでは、現在このB社におかれましては、過疎地におけるいわゆる買い物難民の対策をテーマに会社として自治体にアンケート調査などをされているということでございました。その結果をふまえて規制緩和などを求めていく事項ができましたら、私ども事務局のほうにも提供いただけるということになっているところでございます。

以上でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

今B社のところなのですが、いつ頃その会社の中では意見の集約などをされる予定なのかというような時期については何かお聞きになったりとか。

(事務局)

前回まいりましたのは7月の頭でございまして、その段階でお中元時期が終わってからのということで、それまで待ってくれというふうには言われまして、今8月になりましたものですから、そろそろどんな状況かというところをまたお知らせいただこうかというふうに思っているところでございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

では、ただ今の事務局の説明に関しましてご意見、あるいはご質問等があればお出しいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

(河西委員)

すみません、ちょっと質問があります。

イギリスのポストバスというのがありますが、これはなぜイギリスの場合は郵便を取り扱っている事業者1社のみで独占的に事業をやっているのでしょうか。

(事務局)

これにつきましては、私ども事務局のほうで調べた事項ですけれども、資料の69ページのほうにその当時の経過が若干書いてございます。イギリスのポストバスの写真が載ってございます。

その下のほうにイギリスでは云々というかたちで書いてございます。どうやら地域における足の確保のために地元の自治体等が安く運行してくれるところを入札制度にかけた。その際にイギリスの郵便事業を行っているロイヤルメールが自分のところの車両を使ってそういったサービスをやることによって安くできますよということで、入札をしてそれをやる例が規制緩和以降広がったということで、いわゆるイギリスのポストバスというものが知名度も上がり、定着していったということだと聞いております。

(河西委員)

ありがとうございました。

これからすると結論的にいえば、もしこのような仕組みをやるとしたら入札制度で最もメリットの高い条件を提示したところに任せる。実際にそれでやってもらって、不具合があれば当然交代もあるかもしれないですけども、こういったイギリスの制度を取り入れることを考えればこういった民間の事業者さんが積極的に考えてくださるとするのは非常にありがたいことだと思います。

(井上会長)

ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

竹田委員、どうぞ。

(竹田委員)

質問なのですが、情報提供というか確認なのですけども、札幌市もこれをやるのですよね。地下鉄を使って荷物を運ぶという。

(事務局)

地下鉄で貨物の運搬を試験的にやるという話を聞いております。

(井上会長)

では、これは答申に向けて前向きに詰めていくということよろしいでしょうか。

では本日審議しましたものは、一番最初に審議していただきました「診療看護師の制度化に向けた規制緩和」という部分ですけども、これは特定看護師の扱いというものを極めていって、その後に必要であれば提案としてできるということでご理解いただくということです。

残りの3点につきましては、整理を片方で行いながら前向きに答申に織り込むような方向で対応するというかたちでご意見をいただいたというふうに思います。

では、今日はまた一部、予定していたものはだいたいここまでですけども、次回以降「認定NPO法人制度の認定要件の緩和」という、これは前向きに対応しようとしているのですが、それについて次回審議をしてもらいたい。また前回の委員会から継続されている「特区理学療法士・特区作業療法士資格の創設」というのは、次回以降検討をしていきたい、最後の判断をしていきたいというふうに思っています。

では、次の議題に移ってよろしいでしょうか。

これは4時までですか。4時になったらピタッと冷房が切れるので。

では時間をとらないように(3)次回第39回委員会についてということです。事務局からご連絡をいただきたいと思います。

(事務局)

今回の委員会でございますが、9月の開催を予定してございまして、現在委員の皆様と日程の調整をさせていただいております。具体的な日程が決まりましたら改めてご連絡させていただきますのでよろしくお願い申し上げます。

(井上会長)

では、「その他」というところで事務局のほうから用意されているものがあつたらご報告いただきたいと思います。

(事務局)

本日多面的にいろいろ先生方からご意見をいただきました「ふるさと納税」の関係についても、現金書留で送る場合は本人負担というようなかたちになっておりまして、その辺を含めて河西先生からお話があった、要するに24時間対応というようなことから、その部分は状況を把握し、管理する側、その辺は市町村に対するアンケートを取ったりすることについては、きちんと意向が確認できる文言にしていきたいというふうに思っています。

また、介護士が行える医行為の部分についても、きちんと北海道医師会をはじめ関係する団体にも確認するようにしたいと思います。

最後でございますが、ひとつ皆様方にご了解いただきたいと思いますのですが、第5回目の特区提案に向けて本委員会としての答申の時期について事務局側の考え方を説明させていただきたいと思います。

答申につきましては、当初本年の夏頃を目途に考えていたわけでございますが、前回の37回委員会で私どもの地域振興監のほうからもお話しさせていただきましたけれども、本年4月から新しく振興局体制がスタートし、その振興局におきましてこれまで以上に地域に軸足を置いて地域の皆様からいろいろなお話をお聞きし、地域課題の解決に向けた政策提案のとりまとめを現在行っているところでございます。

この政策提案につきましては、本年9月上旬を目途にとりまとめることとしておりまして、今後とりまとめていく中で地域振興を立体的かつ効果的に進めていく上で特区提案につながるものもあろうかと期待しているところでございまして、これまでの道民提案に加えましてこうしたものも強く取り込んで総合化して特区提案に結びつけていきたいというふうに考えてございます。

こうしたことから第5回の答申につきましては、年内を目途にとりまとめていただきたいと思いますというふうに考えておりますので、委員の皆様方におかれましては、この点につきましてよろしくご理解とご協力をお願いするしだいでございます。

以上でございます。

(井上会長)

ありがとうございました。

事務局から説明がありましたが、今の説明に対してご意見・ご質問があればお出しただきたいと思います。

(河西委員)

すみません、第5回答申が年内ということなのですが、その年内のほしい、この委員会のスケジュールが9月に次の第39回を行って、それ以降どのような予定で考えていらっしゃるか教えていただきたいのですけれども。

(事務局)

あくまで今の現時点でのスケジュールということで9月にまた委員会の開催をお願いしたいと思っております。10月から11月にかけて、これまでもかなり、最終的に一枚物のかたちにアップしていくのですけれども、11月くらいまでに答申案についてはほしいの審議を終えたい。

最終的に12月には、委員会としての道に対する答申、それを受けまして私どものほうとしてはパブリックコメント、その他一連の行政的推移がございますので、それらをふまえた上で議会のほうに提案をしていきたいというのが現時点での、本当に大まかなものですが、そのようなスケジュールで進めていきたいと思っております。

(河西委員)

そうしますと、10月もしくは11月に第40回の委員会を行うということですか。

(事務局)

その40回目の委員会、その40回の1回で終わるのか、41回目までやるのか、その辺については今日いろいろ先生方からいただいた意見もふまえてある程度、個別にまたヒアリングというようなこともございますので、私どもはしっかりその辺についてはやっていきたいと思いますが、またその上に立ってもう少し掘り下げたほうがいいというようなことがあればその状況を見極めた上で会長とその辺についてはご相談させていただきたいというふうに思います。

(河西委員)

わかりました。ありがとうございました。

(井上会長)

第5回というのは、結局知事に答申するというのは、答申の提案がここで承認された段階で上げていけばいいのだけれども、最終的にこれは国に上がっていく前に議会の承認を得なければいけないので、議会はいつも開いているわけではないのでそのスケジュール

を片方でならみながらいつ上げていくかというところになりますよね。

(宮田委員)

ちょっとごめんなさい、それでいいと思うのですけれども。9月に各総合振興局からの案をとりまとめたというかたちになっても、今回の5回目のものはそれには間に合いませんよね。

(事務局)

最終的には政策提案の部分については、北海道モデルと振興局が準備している政策提案があるのですが、一部、いわゆる規制緩和的なこととか現在の法律ではちょっと対応が悪いというようなことも、少なくとも最終的に特区提案として出せるかどうかは別にして、本委員会でご検討いただいている項目についてはもう少し総合振興局に聞かなければわからない問題もありますけれども、だいたいのは私どものものを補足しておりますので、できれば先程会長のほうからこれまでの積み残しの特区理学療法士その他のお話もございましたけれども、次回のときには少しその辺についても資料としてはお示しできるように私どもとしては十分進めていきたいと思えます。

それは事前に少しずつ内容は変わっていくかもしれませんが、ポッと出しても先生方も大変でしょうから、それについては私どものほうで進めさせていただきたいと思っております。

(宮田委員)

道庁内の総合振興局の話がひとつ、経済界に対して何か具体的に、たとえば道経連などに対して経済的な特区をどうするか。

そういった経済団体からの案の話は上がってくるでしょうか。

(井上会長)

これに関わって上がってくるというのは、別な特区提案があるので、みなさん方はご存知ですよ、こちらは。ただ、最初ほどたくさん案件が上がってくるというかたちではないです。

それぞれいわれているように総合振興局の問題もあるし、道経連をはじめとした経済界のこともありますけれども、ここで少なくとも3本、4本、5本くらいではちょっとさびしい感じもするので、積極的にそういう提案が上がってくるのは、どの場にあっても整理しながら進んでいけばと思います。

(事務局)

観光の関係では、本委員会の前にご検討された免税店の関係ですとか、いろいろなそう

いう部分は、クラスターの関係でいけば、道の動向については前回も提案させていただき
ましたけれども、そういうことも込みにしたかたちで今規制緩和も含めて税制も含めそれ
なりに検討を進めさせていただくと。

これを掻き分けてここの委員会に出てくるのか、それはパッケージで出してくるのかと
いう問題もございますけれども、いずれにいたしましてもその辺についてはよくこれから
状況を見た上で更に検討することも、そのような案件を調整した上で進めてまいりたいと
思います。

(井上会長)

他にございませんでしょうか。

ではこれで終了ということにさせていただきたいと思います。日程調整の件は、みなさ
ん方お忙しいのは重々知っておりますので、なるべく早くスケジュールを決めたいと思
いますので、事務局からの書簡に対しては速やかにご回答いただければと思います。

これにて終了します。ご苦労様でした。

(事務局)

どうもありがとうございました。