

## 健康・医療WG（第12回） 議事概要

1. 日時：平成25年11月8日（金）16:00～18:10
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）岡素之（議長）、翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、森下竜一、  
佐々木かをり
  - （専門委員）滝口進、松山幸弘
  - （政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、後藤田内閣府副大臣
  - （政府）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、中原参事官、大熊参事官、  
湯本企画官
  - （関係団体）医療法人社団プラタナス
  - （厚生労働省）土生医政局総務課長  
佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長
4. 議題：
  - （開会）
  - 1. 在宅医療・在宅介護の推進について
    - （1）事業者からのヒアリング
    - （2）厚生労働省からのヒアリング
  - 2. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について
  - （閉会）
5. 議事概要：
  - 大熊参事官 時間になりましたので規制改革会議健康・医療WGを開催いたします。  
皆様方には御多用中、御出席いただき誠にありがとうございます。  
開会に当たりまして、稲田大臣から御挨拶をいただきます。
  - 稲田大臣 本日はお忙しいところ御参集いただきましてありがとうございます。翁座長初め、本当に皆様方ありがとうございます。  
本日は今期の健康・医療WGの検討項目のうちで、在宅医療・在宅介護の推進、最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について議論を行う予定でございます。
  - 在宅医療・在宅介護については、介護のニーズと医療のニーズをあわせ持つ高齢者を地域で確実に支えていくために不可欠であり、今後さらに高齢化が進む中で非常に重要なテーマと認識をいたしております。

本日は事業者の方と厚生労働省からヒアリングを予定しておりまして、しっかりとまず現状をお伺いしたいと思っております。

医療提供体制については、これまで2回にわたって御議論をいただいたのですが、本日はさらに踏み込んで御議論をいただいて、論点を整理できればと思っております。引き続き委員各位の活発な御議論、今日もどうぞよろしくお願い申し上げます。

○大熊参事官 ありがとうございます。

報道の皆様は御退室をお願いします。

(報道官関係者退室)

○大熊参事官 それでは、ここからの進行は翁座長にお願いいたします。よろしくどうぞ。

○翁座長 それでは議題1「在宅医療・在宅介護の推進について」を始めさせていただきますと思います。

本日は医療法人社団プラタナス様に御出席いただいております。後ほど厚生労働省にもお越しいただく予定でございます。

まず、医療法人社団プラタナス様から、15分程度御説明をいただきまして、その後、質疑応答とさせていただきたいと思っております。それでは、よろしくお願いいたします。

○医療法人社団プラタナス 皆様こんにちは。医療法人社団プラタナスの総事務長を務めております大石と申します。よろしくお願い致します。

今日は15分ちょっと過ぎるかもしれないのですが、まずお手元の資料を使いまして御説明をさせていただきたいと思っております。

お手元の資料、補足とかもあるかと思ったので少し多めに持ってまいりましたが、説明の時間を短くさせていただきたいので、飛ばしながら御説明させていただきたいと思っております。

まず、御理解のことと思っておりますが、簡単に在宅療養が必要とされる背景を御説明したいと思います。

3ページを御覧いただきますと、在宅医療の推進に関しましては、御案内のとおり高齢化が進んでいる中で、死亡者もしくは高齢で病気の方が増えるということでニーズが増えているのですが、推進する背景としましては行政の視点及び患者様の視点、医療機関の視点という3つの視点からこれが推進されているということでございます。

4ページを御覧いただきますと、御案内のとおり高齢化人口の増加ということで、これからどんどん高齢化社会が進行します。

5ページにございますのは、高齢者及び高齢者の独居、老老世帯というのも増加してきて、その方々が安心して暮らせるような医療体制が必要になってくるということになります。

6ページは、その中でもこれから大きな課題となってまいりますのが看取りの問題でございます。今後お亡くなりになる方というのがどんどん増えてくるのですが、医療機関で亡くなる方は病床が増えない中ではある程度一定になるだろう。今のまま自宅と介護施

設の看取りが増えないとすると、この差分の青いところ、最大47万人の方の看取りの場所がなくなってくるという状況が推測されています。ですから、療養と看取りをどうやって安心して提供するかということで、在宅医療の体制が求められているという背景がある。

7ページ、次は患者様のほうに視点を移したときに、患者様がどういうふうにしてお亡くなりになりたいかということを示しております。これは死亡の場所というのがどこなのかということも過去のトレンドを追っているのですけれども、昭和50年ぐらいを境に自宅で亡くなる方が減って行って、病院で亡くなる方が増えていきます。現在は病院で亡くなる方が8割を超えているのですが、現実的にどこでお亡くなりになりたいかという患者さんのニーズを聞くと、理想の場所というのは実は6割方が自宅である、どこで亡くなりたかということと、実際に亡くなっている場所というのが一致していない状況がございます。

8ページにございますのは、国別で見たときに日本の状況というのはかなり特異であることを示してございます。日本ですと8割方が病院で亡くなっていますが、欧米諸国ですと例えばオランダ、ここは在宅が先進的だと言われているところなのですけれども、大体自宅と病院と施設というのが3分の1ずつという感じでございます。ですから、日本も患者様の希望だとか、療養環境を考えるともっともっと在宅にシフトしていいのではないかと状況がございます。

そういうふうなことで、在宅のニーズというのが今後の療養環境として増えているのですが、現実的には在宅を提供できるような体制になっているかということ、9ページを御覧いただきます。これは介護保険を受けている方々に対して、サンプルでピックアップして調査した内容なのです。デイサービスですから比較的まだ軽い方なのですが、介護を受けている方の中で実質的に主治医が不明な方が4分の1、主治医が病院の方が4分の1、主治医が在宅医でないような方が2割で、要は主治医が在宅を提供できるような関係になっているかということ、4分の1はそうですが残りの方は在宅が提供できるような患者、医者との関係が現時点では築けていないことを示しています。

そういう状況で、これから高齢化社会が進展するに当たる中で在宅のニーズは増えているのですけれども、必ずしもそれに見合った患者、かかりつけ医関係ができていないということをまずお示いたしました。

その次は、地域を調査した内容なのです。これは事例としまして横浜市青葉区、人口35万人の地域で、地域包括ケアシステムを作るということに当たって、まずは在宅医療の体制を作らなければいけないということを考えて、医師会と横浜市とがやっている取り組みの中で、どれくらいの在宅のニーズが発生するのか、それがどう提供できるのかということシミュレーションした内容でございます。

10ページは今後高齢化が進展するという状況。11ページには年間の死亡者が例えば2025年、今から約10年後に今の2倍ぐらいの3,000人が亡くなるという状況が書かれております。この3,000人の方の中で、自宅で亡くなる方というのはどれくらい増えるかということに分

析するために、現時点でどこで亡くなっているかというのを死亡診断書の内容を把握しました。本当に自宅で亡くなっている方は何人いるかということ把握し、今後病院で亡くなることができる方、要は病院のキャパシティを推測すると、残りが在宅で亡くなる方なのですけれども、その方々を看取るために必要なキャパというのは現状どれくらいなのかということ推測しました。

それが12ページに載っています。これで見ますと2025年で先ほど3,000人亡くなるという話を申し上げたのですが、青葉区内で在宅、看取りに必要なのキャパというのが現在の3.5倍ということです。3.5倍とは、かなりの在宅のキャパシティが増えなければいけないという結果が出てまいりました。

この中で13ページを見ますと、その3.5倍というのは実は900人なのですけれども、900人を仮に看取るとなったときに、地域の医療がどのような体制になっていけばいいかということパターンA、パターンBという2つのパターンで見ました。パターンAというのは地域の開業医の先生方、特に内科の先生方が中心になってきますが、その先生方を大量に動員しています。要は区内ほぼ全内科クリニックが在宅を担当します。開業医の方々の看取り数は現状で1人とか2人とかになってきますので、年間2人看取っているという形です。これがパターンA。

そうではなくて、開業医の先生方も地域によっては平均年齢が60を超えていますので結構厳しいというので、例えば開業医の先生方の半分が参加したパターンというのがパターンBでございます。その両方のパターンで見ても、やはり900人看取りの時代ということになってくると、全くそのキャパシティが足りなくて、結果として年間40名看取っているような大型の在宅クリニックというものが参入して、そこでかなりの数を看取らないと現状の3.5倍、900人の看取りができないということがわかってまいりました。

こういうふうなものを医師会の方々とシェアする中で、後半の規制の話になってくるのですけれども、自らも在宅を担当するが、専門の在宅クリニック等を育てていくことも必要なのではないかという議論などが出ます。

14ページまでは需要やキャパシティの話を申し上げたのですけれども、次はコストの話をしていきます。1人の患者様を入院で診ると、在宅で診ると、介護保険を含めるとどれくらいのコストの差があるのかというのをシミュレーションしました。大体入院と在宅だと在宅は入院の3分の1ぐらいの費用で済むということで、今後国民皆保険を守るという意味でも、コスト効率のいい医療を提供しなければいけない中で在宅医療を進める必要があると思います。

前半は前置きになったのですけれども、ここの中で申し上げたいのは、在宅のニーズというのは患者様のニーズでもありますし、社会のニーズでもありますし、コスト効率もいい。ただ、それを本当に提供できるような仕組みに今なっていません。主治医が在宅をやっているらっしゃる、9ページのチャートで言うと4分の1の患者さんに関しては、その主治医にずっと見ていただくのがいいのですけれども、残りのところをどうやって見るのか

が大きな社会的な課題ではないかということをもとめております。

次から私が勤務しております医療法人社団プラタナスで、在宅をどういうふうにして提供しているのかということを中心に簡単に御説明いたします。

16ページが医療法人社団プラタナスの概要でございます。2000年に本院を設立しまして、2004年に法人化いたしました。現時点で7カ所の分院を運営しております、その中で外来だけをやっている分院もあれば、在宅と外来を両方やっているところもあるし、在宅メインでやっているところもございます。あとは訪問看護ステーションもやっております。現在、在宅医療に関しまして法人全体で52名の医師が関わっております。常勤13人、非常勤39人です。機能強化型の在支診になっていて、年間1,800名の患者さんも診ております。個人の御自宅にいらっしゃる方が300名、老人ホームにいらっしゃる方が1,500名です。年間の看取り数が330名ですから、多分、国内の法人の中ではかなり看取りが多いところでございます。

17ページ、これは私どもプラタナスの運営の理念なのですが、在宅というのは後にも出てまいります、いつでも患者さんの状態が急変したときに電話を受ける、または往診をすることが必須になってまいります。そうなってくると1人の先生が、「赤ひげ先生」的にすごく頑張っても、これは体力的には限界もあります。先生もお風呂に入っているときなどもあるので、個々の先生の頑張りに頼るのではなくて、仕組みを作りみんなでグループで、情報共有しながら在宅医療を提供する。グループ診療と仕組みで、普通の先生が普通に生活をしながら、きちんとした「赤ひげ先生」になることを目指しております。

それを具体的にどうやっているかということ、これから簡単に御説明いたします。

まず18ページは、私どもの展開地域で、東京と神奈川で展開して先ほどの1,800名、看取り300名強を実施しています。

19ページは、その中の在宅と外来をやっているクリニックの1つの分院、桜新町アーバンクリニックの例でございます。どういう患者さんの紹介を受けているかということ、どこで看取っているかということを示しますと、個人の自宅で亡くなられる方、療養される方はがんが多くて、うちの場合は約4割ががんでございます。がんの方は大体平均1.5カ月くらいでお亡くなりになります。非がんの方は、脳卒中だとか認知症とかいろんな方がいらっしゃるのですけれども、その方々は大体2年くらい拝見させていただいています。看取りの数に関しましては、ほぼ8割が御自宅で亡くなって、法人の中に有床診療所を持っておりますので、そこで7%亡くなっているということでございますので、自分の関連のところで大体9割方を看取らせていただいている感じです。

次のページから、先ほど申しました「仕組みでやる在宅医療」ということを御説明させていただきます。

21ページはアンケートベースです。他の先生方はどの程度困っていらっしゃるのかということ、学会に出したかったので調査をいたしました。在宅療養支援診療所に対してアンケートをやったのですが、どの程度負担を感じていらっしゃるかということで、これで見

てみても24時間コール、24時間往診に関しては、在宅医療をやっている診療所の先生方は「非常に負担である」と考えていらっしゃる。大体半数ぐらいが「非常に負担」もしくは「負担」というふうに思っているという感じでございます。

では、この負担だと思われている24時間対応をどう対応しているかということで御説明します。22ページに電話対応がございます。基本的には患者様と主治医の関係を大事にしていますが、主治医もいろいろ休みを取ったりしますので、ある程度持ち回りにさせていただいています。ですから、ファーストコールは主治医を含めた何人かの医師とナースとで持ち回りでとりまして、もしもファーストで電話を取り損ねたときにはセカンドの人がとるということで、電話は絶対とり損ねないようにします。

また、往診に関しましては当然主治医が行くこともございますが、23ページにございますとおり、法人の中に有床診療所がありまして、そこに1ライン必ず夜間、土日祝日も当直がおりまして、主治医がもしも行けなかったら主治医の指示のもとで臨時往診の医師が出動することになっております。ですから基本的には誰も行かないということは絶対ないという形になっております。これは患者様にとっても非常に安心感がございます。

24ページは有床診療所の使い方です。法人の中に有床診療所がございますので、例えば御自宅に帰られたのだけれども、やはり看取りのところまではしんどいという感じの御本人もしくは御家族の場合は、有床診療所のほうに御入院いただいて、そこで緩和ケアを含めて最終看取りまでさせていただくこともございますし、何かあって急性期で病院に入られた方が早めに帰ってきたい。病院も早く脱したい。だけれども、自宅に帰るまでにはまだワンステップ要るね、というときにはトランジット入院と申しまして、有床診療所に入らせていただいて、少し状態が安定しましたら自宅に戻っていただく。自宅に帰られたら私どもが訪問診療をさせていただきます。また、つらくなられたらレスパイトで入っていただく等の使い方もしております。こういうバックベッドがあることは、医療を提供している医師、看護師の安心感と患者様の安心感につながってございます。

この有床診療所が遠い地域に関しましては、近隣の病院と連携いたしまして、同じような関係を築くべく、連携専門のスタッフも置きまして、きちんと対応しております。

システム化、情報化に関しましては25ページ以降に書いてございますが、1つ申し上げたいのは、在宅というのは外来と違っていていろいろオペレーションが違うのです。例えば1日の半分は移動で外に出ている。その移動で外に出ている間に電子カルテを持っていて、その場で入力するだとか、患者さんのベッドサイドで入力するというのは非常に負担になりますし、患者様にも不評なので、外来の電子カルテみたいな形のものはいえなくて、私どもはディクテーションを使っております。

26ページを御覧いただきますと、要は移動の間に医師が直前に拝見させていただいた患者様の内容を録音します。録音した内容を電子ファイルでセンターに送りまして、そこで専任の、これはお子さんがいるから自宅にいらっしゃるような看護師さんがタイプして、それを医師が確認して電子カルテに貼るという形でやっております。これをやると移動時

間が仕事時間になるので、帰ってきてからの残業がなくなるであるとか、もしくはその残業の時間を使ってより多く患者様のところを回れるだとか、情報の共有もスムーズになるというメリットがございます。

27ページは、私どもの場合はiPhoneを使っています。iPhoneで全ての患者様のサマリーやカルテが見られるであるとか、iPhone上で処方箋だとかを写真を撮ってすぐ薬局に送るだとか、診療情報提供書などもiPhone上で作成して病院に送るだとか、そういうシステム化を行っております。

28ページは私どもが使っている電子カルテなのですが、在宅というのは外来と業務フローが違います。例えば処方箋なども外来ですと患者さんが来られて、そこで処方箋を作るではないですか。在宅というのは定期訪問なので前日に処方箋を作って、それを患者様のところへ持って行って、もしも変更があったらそこで直して患者様にお渡しして薬局が取りに来るのです。このため業務フローの設計の仕方が全然違うので、業務の設計及びそれに合わせて電子カルテというのも全部変えてございます。

29ページは、在宅というものの特性上、関係するケアマネージャーさんですとか、訪問看護ステーションだとかが自分の法人内にいるわけではなく、また、病院みたいに同じ建物の中にいるわけではなくて、地域に広がってございます。ですから地域に広がっているいろんな方々ときちんと情報連携をするために、従来ですとノートみたいなものをベッドサイドに置いておくのですけれども、やはりそれだとタイムラグが発生しますので、こういうクラウド型の地域連携システムを使いまして、そこで情報共有をしてございます。

このようなシステム化によりまして、30ページを御覧いただきますと、これは業務効率が改善し、50%ぐらい訪問診療に使える時間が上がりました。また、医師への負荷が格段に減りました。医師の負荷が減ったことによって、実はうちの場合は出産された場合の女医さんなどが非常に多くて、育児をしながら医師としてかかりつけ医としての仕事ができます。

31ページは、医療的にも在宅というのは専門性が強いものです。特に緩和ケアと認知症対応を私どもは重視しているのですが、そういうふうなことが学べるような場にしようと努力しています。32ページは、在宅医学会の専門医制度の研修施設になっていまして、指導医がおりますので、毎年専門医を生み出せるような法人になってございます。

33ページにございますのは、非常勤のアドバイザー的な先生に入っていて、その方々と主治医と副主治医ということで院内連携を組みます。主治医は大体、内科系の先生なのですが、副主治医は専門分野をサポートして、両方で患者様に対応するというのと、副主治医は主治医に対してアドバイスをし、教育をするという仕組みを持ってございます。特に認知症と緩和ケアについて力を入れておりまして、認知症は現時点で厚労省と世田谷区の認知症対応のモデル事業として、取り組ませていただいております。

ということで、医療法人社団プラタナスの1つの事例でございますが、ここで申し上げたいのは、在宅のというのは非常にニーズがあって、ある意味でやればどんどん患者さん

はいらっしゃるのですけれども、そこに質を高くすることと、医療者の負荷を減らして継続性を確保するためにはシステム化、仕組み化が必要で、グループで複数の医師が情報共有をしながらお互いサポートをし合い、また、専門性を高め合いながら対応をするという、ことが1つのあるべき姿ではないかと私どもは考えて、頑張っているという感じです。

近隣の先生方との関係なのですけれども、当然医師会員でございますし、いろいろ医師会のデューティーも分担しておりますし、在宅の専門ということで近隣の先生方ともうまく連携しまして、在宅医療が必要になったら近隣の先生方からの御紹介もいただいている関係でございます。

35ページ以降は、規制改革の要望ということで幾つか列挙させていただいております。

まず1つ目は、在宅医療専門診療所の開設基準の緩和ということがございます。

私どもは当然かかりつけ医の先生方が、かかりつけ医として在宅をやられることを決して否定するわけではございません。しかし、例えばがん末期の患者さんや神経難病の患者さんなどの頻回往診が必要な患者さんや、主治医がいらっしゃらない患者様だとかを受ける上で、在宅の専門診療所の役割というのは大きいのではないかと、思っています。在宅専門診療所でも、たまたま調子が悪いんですという患者さんが駆け込んできても、当然それを拒否することはないですし、それを診る力はあります。外来と在宅を同時にやるのも1つパターンとしてはあって、それは分院でやっているのですが、でも専門診療所としてもっと専門性を高めるような形は有ってしかるべきではないかと考えております。これが1つ目でございます。

2つ目はその延長上でございますが、特に外来をやっている診療所が在宅をやり始め、どんどん在宅の患者さんが増えてきますと、大体手狭になるのです。手狭になって近隣に場所を借りたいという形になってくるのですけれども、近隣に場所を出張所として借りたときに、それが診療所登録にならないので、結果として医療機関として正式に認可された場所ではなく、その結果、市区町村からの郵便物が来ないだとか、医薬品の納品が受けられないとかという日ごろの業務上、非常に不便が発生します。例えば在宅を中心にやっている先生の中で管理者などを別途定めながら、デポ的なものを認可していただきたい。それが2つ目でございます。

3つ目は、在宅というのはいろんな病院からいろんな症状の患者様がいらっしゃって、例えばがん末期の方なんかだと1.5カ月平均しかもちません。1週間も持たないケースもあります。そういう患者さん用にもいろんな医療機材などを準備しなければなりませんし、余ってしまうことは多々あります。現在、薬事法上では小分け販売は禁止されていて、分割販売は許されているのですが、実際に分割販売をやるためには、例えば添付文書をそれぞれの分割したものにつけなければいけないだとか、販売者の負荷が非常に高いので、実質的にできなくなっています。ですから、結果として在宅をやるクリニックでは、使用する材料に合わせて大量のいろんなものを仕入れて、結果として不良在庫を抱えてしまうことが多いです。それが嫌で在宅をやりませんというかかりつけ医系の先生もいらっしゃる

ので、ここをもう少し緩くしていただけないかと思っております。

38ページ以降は診療報酬が絡むので、この場で適切ではないのかもしれないのですが、一応申し上げたいのが幾つかございまして、4と書いてございますのは、在宅は居住地のみでの診療が認められているのですが、例えばショートステイで介護施設に入っているですとか、病院も早く出したいので、その横のホテルに入っていただくみたいなことが必要になってくるのですが、そこでの訪問診療というのは基本的には認められないのです。なので、これを認めていただけたほうが患者様にとっても、医療機関にとってもありがたいということでございます。

5番目は、がん末期の方なのでございますけれども、がん末期の方は残された日が非常に短いのですが、おうちに帰るためには介護認定をとらなければなりません。結構急激に病状が進むので、そのADLに合わせて区分変更すると後手に回ってしまうのです。ですから最初から末期で先が見えて、重症になることが見えているので、最低でも要介護2とかにさせていただいて、介護ベッドなどが導入できるようにしていただくとありがたいということでございます。

6番目は、基本的には訪問診療というのは1カ所しか主治医として点数が認められていないのですが、例えば認知症だとか精神科の訪問診療に対してもっときちんと訪問診療としての点数をとれると、別の法人にいらっしゃるような先生方なんかもあわせて、複数の専門家がみんなで連携しながら、よりいい医療が提供できるのにとおっしゃいました。なので要望事項に挙げさせていただきました。

以上でございます。

○翁座長 どうも大石様ありがとうございました。

それでは、御質問や御意見などございましたらお願いいたします。いかがでございますか。

○松山専門委員 1点教えていただきたいのですが、情報の共有というときに、この医療法人の業務に参加している医師もしくはスタッフの方々が、スマホ等を使って情報共有をするのは当然ですけれども、自分のところの法人に所属していない先生方との情報共有というのも、ここに説明があったシステムで共有がなされているかどうか。先ほどお話のあった近隣の病院に入院をお願いするような、例えば24ページの東京医療センターとか関東中央病院等もしくは開業医の先生方と患者さんのやりとりをなさる場合の情報共有について教えて下さい。

○医療法人社団プラタナス いろいろ時間がなかったので端折ったのですが、スマホで例えばカルテが見られるというのは基本的には法人内と、機能強化型の連携先の、要は複数の診療所でいざとなったらバックアップしますよという契約をしている、契約というか取り決めをしているところは、それで見られるようになっています。

もう一段進みまして、例えば外部の看護ステーションと情報連携しているというシステムに関しましては、一部の病院様なんかも入ったりすることは可能なのですが、こ

これは基本的に別のシステムになっていて、基本的に患者様の御同意を得て、こういう場面の中で共有しますということでOKをいただいた患者様に対して、必要な機関と共有するという形で、2段階に分かれているという感じでございます。

○松山専門委員 要するに技術的には仕組みはあるということですね。

○医療法人社団プラタナス そうですね。

○松山専門委員 追加で1点、では相手の提携先の医師が持っている診療情報等は、こちらで見られるようになっているのですか。

○医療法人社団プラタナス それは残念ながら地域で解決する問題で、そうはなっていないです。例えば病院のカルテをうちが見られるという仕組みは、残念ながら世田谷では運用されていないです。

○松山専門委員 ありがとうございます。

○翁座長 他にいかがでございますか。お願いします。

○佐々木委員 在宅のケアのニーズが高いということなのですが、データで先ほどの5ページを見ると、そもそも老人の世帯というのが単身か夫婦のみとのこと。今まで調査された中でケアをしている人というのは、平均何歳ぐらいの方がケアを在宅ですることになりますか。

○医療法人社団プラタナス 統計的にはとっていないのですが、感覚としては老老の方は結構いらっしゃって、旦那様を奥さんが看ている、奥様が旦那さんを看ている、そうすると平均80を超えているケースも結構ございます。あとはお子さんが看っていて、お子さんが看いてもお子さん自体が60代という感じもあるので、かなり高齢の方々の在宅というのは課題がありまして、そこで8ページなんか御覧いただきますと、日本の場合、在宅、在宅と言うと個人の御自宅に行くことが在宅と言われているのですが、いわゆる施設在宅、欧米ですと例えばナーシングホームとか、そういう自宅なのだけれども、ある程度ケアができる。有料老人ホームはその範疇に入りますが、そういうふうなところとの在宅と、御自宅での在宅を両方ともきちんとしていく必要があるかと思っています。

○佐々木委員 これは私の知りたいこととして、在宅介護を推進しようとなると、私としては「それってまた女の人が職場から離れて、家で診ることになってしまうのか」と思ってしまいます。在宅を望む人が多いという統計が先ほどあったのですが、これも厚生労働省の統計でしたが、何歳の人にいつごろどういう条件で聞いたのかによって、「家族と」とか答えるかもしれないのですが、この辺は相当きちんと見ていかないといけないデータだと思います。そもそもが「方向性としてどうなのか」、「収入を失った人はどうなのか」とか、そのあたりは今回とは違うのですが、気になります。ですから上手なサポートができるようにしていかないと、すごく負担の大きい人が出てきてしまいそうです。負担も、かかる金額だけではきっとできないのかなど。そのあたりは何か在宅を見ていらっしゃって感じている、実は潜んでいる課題などがあれば教えていただきたいと思っております。

○医療法人社団プラタナス まさしくおっしゃるとおりで、結局、先ほど施設在宅がとても大事だと思っているというのも、周りを見ていると当然在宅に回るとそういうふうな方々が、若いお嬢さんが見ているみたいなものもありますし、医療介護に勤めていると、「親が介護になったから、あなた医療関係だから実家に戻って介護しなさいよ」という、別に看護師さんではなくても医療事務の方でも、結構そうやって抜けていくのを目の当たりにしています。どちらかと言うと女性に負担は行きがちで、ですから個人の御自宅ではなくて老人ホームというのか、サ高住でもいいのですけれども、ケアを提供できる人がいる場所での在宅というのもそういう意味で大事だと思います。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 今のお話の続きですけれども、私は昨年、父を88歳で亡くして、介護をしていたのが84歳の母だったのですが、どう見ても無理ということで、5年間ぐらいは自宅近くの特養にお世話になりました。そこで感じたのは、先ほど有床診療所をお持ちということがあったのですが、それは非常に重要だと思います。本人は亡くなる数カ月まで、まだ口がきけるときは自宅に戻りたいと言っているのです。しかし、とても家族はそれを受け入れられない。だから施設にお願いしたわけです。最後は家族及び本人も結構安心して死を迎えることができるような経験をしました。先ほどおっしゃられたように自宅だけではなくて、近くの有床診療所とか老人ホーム、特養などで看取りをきちんとやっていただければ、在宅の概念を広くとらえてもいいように思います。日本で在宅というと、すぐ自宅というイメージが強いのですが、必ずしもそれにこだわる必要はないような気がします。

○医療法人社団プラタナス これは診療報酬を論じる場所ではないですけれども、有床診療所をまじめにやると5000万から1億円の赤字が出ます。それもあって増えないのですけれども、でもあるとすごく便利で、「万が一のときに有床診があるから頑張れるわ」みたいな感じの御本人様、御家族もありますので、もっと活用できると思います。

○松山専門委員 今の有床診療所のお話ですけれども、病院の定義を変えてしまって、みんな病院にしてしまえばいいのです。例えばアメリカは病床数2つ以上が病院ですから。日本は20以上ですね。でも有床診療所も実質的に病床に十分値するサービスをしていて貢献しているわけですから、その見直しというのは必要になってくるのではないかと思います。

○佐々木委員 本当にこの時点で言うのが、発言が正しいかどうかわかりませんが、私も3年前に母が倒れまして、病院、急性期、リハビリ、自宅、介護施設といろいろやって、今は有料の老人ホームにいるわけなのですけれども、その度ごとにいろいろ考えることがあるのですが、有料老人ホームは今、結局いろいろ探して安いところを見つけてもかなりかかるわけです。なので、必死に働かなくちゃ、ということなのです。

そうすると、介護の規制改革をしていくに当たり、余り国のお金を子供ではなくて老人ばかりにかけようには当然できないと思うけれども、自宅ではなくていいのですが、余

り今度個人に負担がかかるようなやり方で国の財政を抑えてしまうと、今度は、結局は働き手がいなくなっていくたり、その人たちの精神状態が悪くなったりします。本当に何が今大切なのか、こんなところで大きい話をするのは変ですけども、相当見直していけないといけないのだらうなと思いました。現場の声は本当にしっかり聞きたいと思います。

○医療法人社団プラタナス　でも片一方で負担の話ばかり振られてもあれなので、でも現実には病院で寝たきりみたいな感じになっていらっしゃる方が、おうちに帰って食べられるようになったり、歩けるようになるというケースも結構見ているので、やり方は当然考えなければいけないのですけれども、でも片方に自宅だとか、普通の生活の場、病院って規制されているわけですから、自分らしい生活もできないですね。やはりその場の持つ力というのはもっと使えるといいなと思います。

○翁座長　お伺いしたいのですけれども、在宅医療専門の診療所開設の認可の判断が地域ごとに異なると書いてあるのですが、その在宅医療専門の診療所開設自体はOKであるにもかかわらず、各地域によっていろいろな基準を各地域独自に設けているという実情なのでしょう。その辺の実態を教えてください。

○医療法人社団プラタナス　まず、ここに要望と書きながら、私どももこれが正確に規制されているのか、それとも規制されていないのだけれども、運用上そうなっているのか理解できていないところがあります。ただ、うちは神奈川と東京でやっているのですけれども、東京は比較的緩いのです。いろんなことが緩くて、診療所をマンションの一室に開設して、「患者さんは別に来てくださっても構わないですよ」とか言いつつ、看板も上げないから来ないというようなものでも全然問題ありません。しかし神奈川は、外来の時間をちゃんと設定しないとだめですとか、もっと細かい行政区では「レントゲンを必ず置いてください」というので、使いもしないレントゲンを買わされたとかいう事例もあります。そもそも、その根拠がどうなっているかわからなくて、大体は保健所が管轄しているのですが、保健所長さんが在宅推進派だったので、「こういうふうなことがあるんです」と言ったら、その方は御存じなかった。ご担当の方が決めているんですね。だから規制自体がよくわからないのです。実態として例えば神奈川の一部の地域だと開設できない場合がございます。まずそれが規制なのかそうでないのかということが明らかになること自体が結構助かると思います。

○翁座長　後ほど厚生労働省を呼んでいますので、そこは確認します。

他にいかがですか。

○後藤田副大臣　今日はどうもありがとうございます。

皆さんのようにしっかりやってくださっているところはいいのですけれども、私なんか最近よく聞くのは、自分の親が75を過ぎて、在宅で診療に来てくれましたと。うちも身内が医者ばかりなのでよくけんかしているのですが、血压をはかって聴診器を当てて多分所用30分かちょっとで5,000円を払わされた。何だこれはということをお不思議に言う方が最近3～4人いまして、これはどういうことなのかなと。多分これはまともに在宅をやった

ら本当に経営的に、先ほどもお話があったように大変だと思うのです。うちも姉が病院をやっているのですが、これだけ人、スタッフ、医者を入れて大丈夫なのと、この前もそこに勤める医者から言われたのですが、それが本来の姿だと思うのです。一方でそれで利益ばかりため込んで、チェーン店化している人たち、もっと言うと特養なんかもそうですね。こういうものが一方でいる。これは厚生労働政策、もっと言うと政治に関係するのです。医師会と政治の関係、老施協と政治の関係全て。

こういうものを見ていて、そういうところは徹底的に特養も社福もやるのだけれども、在宅と言ってもまたこれいいもの悪いものがあるような意見がいろいろあるのですが、その点についてももしお気づきの点があれば教えてもらいたいのと、あわせて皆さんのいる桜新町の中で医師会は在宅に積極的なのかどうか。厚労省の資料を見ると増えているとか、うちの徳島もほとんどないくせに10万人あたりは結構高い数字になっていて、この厚労省の数字は本当かと。医師会なんかははっきり言ってやる気ないです。木曜、日曜はゴルフしたいみたいな世界だから、そこら辺をちょっと教えてください。

○医療法人社団プラタナス まず正直言ってとても頑張っているところもあれば、いい加減にやっているところもあります。開業医さんお独りでも頑張っていらっしゃる方もいらっしゃればいい加減な方もいらっしゃいますし、私どもみたいに組織化してやっているところでも、まともなところがあればいい加減なところもある。だからそこは多分、開業形態だとか組織だとかではなくて、要するに理念だとか何のために医療をやっているかによると思うのです。だからそれを一律、組織でないとだめだとか、専門でないとだめだと切るのではないと思います。私たちは大体ざっと概要を聞くと、ここはまともだなというのがわかるのですが、それは何で見るかという、まず1つは看取りの数。看取りを数多くをやっているところは、それなりに真剣にやらないとできないですし、次の患者も来ないです。だから看取りの数です。

2つ目は、医師1人当たり何人の患者を持たせているか。今日は省いたのですけれども、先ほどの何を負担としているかというアンケートの中で、患者さんを大量に持っているところは負担を感じています。質を保つ適正人数は多分一般在宅だったら常勤換算で医師1人当たり50~60人の担当患者ですね。施設、老人ホームだったらもう少し効率がいいのですが、それだって多分120~150人がマックスだと思います。ですから、その1人当たり何人診ているかというのを大体見ると、割とまともかなというのが見られるという2つ目。ひどいところになると、老人ホームで例えば1人の医師で300とか400とか持っている。それは別にチェーンでやっているところではなくて、開業医さんでお独りで400人診ているのです。患者の顔なんて絶対覚えられないということをやっている方もいらっしゃいます。

あと、夜間往診とコールの体制です。在宅療養支援診療所の点数をとるためには、患者さんに「夜間必ず電話に出ますよ、臨時往診しますよ」というのを書いた紙と、「ここに電話をかけてください」という紙を渡さなければいけないのですけれども、そこで本当に

それができる体制になっているか。結局そういう紙を渡していても電話を切っている人は多いので、その体制です。大体その辺を数字で見たりヒアリングしたりすると、まともかどうかというのはわかります。

5,000円に関しましては、これは私たちも言われているかもしれないと思うのは、あの5,000円は何かあったときの保険代が入っているのです。何もなかったとしても夜間は誰かがいて、必ず何かあったときのために電話をとったりとか、行ったりとかいうコストが入っているので、だからそこが本当に夜間体制も張っているとすると、何もなかった時期だけを見て、これが5,000円かと言われるとつらいところがあるなという感じがします。ただ、体制も仕組みもなく単に5,000円とっているところもあります。

最後おっしゃった医師会は熱心かということに関しましては、世田谷区は世田谷医師会という日本最大の地区医師会のところと、玉川医師会という2つの医師会に分かれています。私どもを含めて幾つか個人で熱心にやっていたりしゃる方もいますし、ちょっとした組織でやっていたりしゃる方もいます。大体うちが世田谷の患者さんを2割ぐらい診ているのですけれども、残りの8割はそういう先生方が分けて診ています。

世田谷は、まだまだ人口の流入もありますので、外来患者さんも増えます。今、国のモデル事業になっている柏市を見ますと、若年人口の流入が少ないので、外来が必ず減ることが予測され、在宅に向かうモチベーションがより高くなるんじゃないでしょうか。そうではない人口流入地は、地域全体ではなかなか火がつかないのではと思います。

○森下委員　ドクターのほうの話なのですけれども、プラタナスで働いて在宅医療されている先生方は、そのままずっと在宅診療の専門をされたいと思っているのか、それとも割と頻りに次は開業に移っていかれたり、人の入れかわりはどんな感じなのか。

○医療法人社団プラタナス　まず、働いている先生方のパターンとしては、もともと家庭医を目指していて、家庭医の中で「やはりこれからは在宅だよ」というパターンの人がいます。それから、何らかの内科とか老年科的なことをやっていて、その延長で来られた人もいます。

もう一つは、病院勤めで、病院は当直などがあってしんどくなったのと、今まで診ていてがんとかで治せなかった患者さんを、今後はその次のところを診たいというふうに来られた先生方もいる。何かいろんな思いがそれぞれあるのです。

その方々が次どうするかというと、結構開業志望の方が多いのですけれども、こういう仕組みでやる在宅というのを1回体験すると、これは抜けられないと。なので、たまたま夫婦とかで働かれている方は御夫婦で開業されて、2人でバックアップされるのだと思いますけれども、でも、そうでない人は結果として長くいたり、あとはうちを卒業して比較的近隣で開業されて、うちと連携して、夜間のバックアップはその先生も参加して、自分もやるけれども、他の日は他の人たちにやってもらうという、そんな感じで卒業生のネットワークみたいな感じで開業される人もいます。そういう感じですが、ただ、在宅が嫌だからやめたという感じの人は余りいないです。

○翁座長 どうもありがとうございました。

では、最後をお願いします。

○滝口専門委員 1点だけ。現場レベルでこうあったらいいとか、ここが不便だといったようなことについて、当局とそれに関する規制について議論をなさったり、話し合いをしたことはございますか。

○医療法人社団プラタナス 現場の立場なので、「この規制を変えてくれ」みたいなことはやっていないのですが、新しい仕組みを考えた時とかに、「こういうふうなことをしたいのだけれども、これはできますか」みたいな問い合わせは結構させていただいています。比較的趣旨をわかっただいて、好意的に「こうだったらできるよ」みたいなサジェスチョンをいただいたりすることはあります。

○滝口専門委員 在宅療養というのは、もともと観念的に政策の目的があって構成された制度だと考えておりますから、実際にそれが始まると、現場レベルでこんな問題が起こってくるのか、ここは不都合だとか、ここはもう少しこうしたほうがいいのかという議論が生まれます。また、1つの制度ができると、これをうまく利用して稼ぐ人も出てきますし、一方でどんなに頑張っても赤字が続くというケースも出てくるので、むしろこの会議全体として進めなければいけないのは、そういった制度を1つ作ったときに、行政はこれをどう効率よく、かつ、合理的に現場の意見を速やかに酌んで変えていけるかという姿勢を促すことなのだろうと私は考えるのです。

○翁座長 ありがとうございます。

今日は貴重なお話ありがとうございました。この問題は引き続き取り組んでまいりますので、いろいろこれからも現場のお話をお聞かせいただければと思います。今日は貴重なお話をどうもありがとうございました。

それでは、続いて厚生労働省からのヒアリングに移りたいと思います。お願いいたします。

(厚生労働省関係者入室)

○翁座長 どうもありがとうございます。

それでは、厚生労働省からのヒアリングということで、少し時間が押してしまして、今回の在宅医療についてでございますけれども、10分ぐらいでかいつまんでお話いただければと思います。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 厚生労働省医政局の佐々木と申します。本日もよろしくお願いたします。

今日は医政局と、介護保険を担当しております老健局と、医療保険を担当しております保険局と3局でまいりました。代表して私から御説明いたします。

それでは、お手元の在宅医療・在宅介護の推進についての「1. 背景」から、御指示どおり手短にとっております。

まず、なぜ在宅が必要か、我々は施策として推進しようとしているのかですが、在宅医

療・介護に係る背景はいろいろと細かく書いておりますけれども、図1の終末期の療養場所に関する希望、また、その隣の療養に関する希望などを見ますと、国民の皆さんが終末期または終末期を迎えるプロセスにおいて、病院ではなく、できるだけ住みなれた御自宅、住みなれた町で療養環境を望んでいる。ここが一番の私どもの施策の原点でございます。

ひところ入院医療だとお金がかかるから在宅をやろうとしているのではないかという噂が流れた時期もありましたけれども、決して私どもはそういう観点ではございませんで、あくまでも国民の意向がこちらに向いてきている。その視点で今、施策を行っているところでございます。

その次が死亡場所の推移。これは御覧になった委員も多いかと思えます。『ALWAYS』とかああいう映画の世界の頃には8割が御自宅で亡くなり、1割ぐらいが病院で亡くなる方だったというのが、今ではそこが逆転いたしまして、1割ぐらいの方が御自宅で、そして8割ほどの方が病院で亡くなっているというデータです。こういう現実と先ほど申し上げました国民の皆さんの御意向との差を埋めるべく、施策を進めているということでございます。

その次の在宅医療、介護の推進に当たっての課題というところですが、これは一言で申しますとボリューム感が今後どれだけ広がっていくのか。それをあらわした資料でございます。具体的にはこれはあるスケールなのですが、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上の高齢者に占める割合という資料になってはいますが、ここで私どもは特に思い浮かばなければならないのは、有吉佐和子さんの『恍惚の人』が昭和47年に出されて、そのときから認知症の方をどう取り組むのか。それが世に問われた作品でございました。昭和47年ですから1972年です。もう40年前のことでございます。

それに対して、今正にボリューム感としてこの認知症に対して在宅でどう国民が向き合うことができるのか。これを非常に大きな課題として、在宅、その中でも特に認知症をどう捉えていくべきなのか。これを政策課題の問題認識として捉えております。これが問題認識の2つ目ということになるかと思えます。

その中で在宅医療・介護の推進についてということで、様々な施策が書かれておりますけれども、では実際、今、踏み出そうとしているアクションがどのタイミングから行われているかという、特にこれだけ大きな踏み出しをしているというのは、実は昨年度、平成24年度、診療報酬改定で言うと22年度ぐらいですから、この10年以内のところからというのが実態でございます。ですので、正に今、診療報酬、また、先ほど申した認知症を含めた介護、そして私ども医政局としての施策がオンゴーイングの中で、今後先ほどのボリューム感に立ち向かおうとしております。

次が社会保障と税の一体改革における位置付けでございますけれども、先ほど申し上げたような私どもの施策の状況ということもありまして、社会保障と税の一体改革の中でもこの点については特に進めるべしと。しかもキーワードとして地域包括ケアという形に進めるべしと。医療と介護が縦割りという形ではなくて、予防の段階から予防、保健、医療、

福祉、介護、住まい、生活、これらを地域でどう見るのか。その視点でやる必要があるだ  
という言葉で地域包括ケア。

さらに今、国会で御審議いただいております法案の中には、地域の実情に応じたと。日  
本全国が同じやり方ではなくて、地域の実情に応じた形で先ほど言った横串を刺した施策  
を進めるべきだという法案の形になっております。今、申し上げたのはステレオタイプで  
やるというのではなくて、地域の実情に応じた形で、より都道府県さらには市町村、日常  
生活圏域、数字で申し上げますと都道府県が47、市町村が1,742、日常生活圏域を中学校区  
だとすれば9,000弱あります。それぐらいのきめ細かさで取り組むべき課題だと思ってお  
ります。

そうした中で9ページ、将来像に向けての医療・介護機能再編の病床の段階から、さら  
には介護、そして在宅、居住系サービスごとの切り口、さらにはそのボリューム感をこう  
いう形で進めていくべきではないかという提案もいただいておりますし、私どもの施策も  
その方向でございます。

10ページが同じ社会保障制度改革の一連のものになりますので、10ページ、11ページは  
省略いたします。

次は「3. 在宅医療・介護の連携推進」というスライドに移っていただければと思いま  
す。

在宅医療・介護の連携推進の方向性とありますが、先ほど申した地域包括ケアという形  
で進めようとしておるのは、正にこういう、具体的にどういうところがプレイヤーとして  
参加していただくのか。それを1枚の形にしたのがこの絵でございます。

その次が、もう少し別の切り口で書いているのが地域包括ケアという見出しではありま  
すが、基本的には同じ、先ほど申した予防、保健、医療、介護、福祉、医療、住まい、暮  
らし、これを別の切り口から見たのがこの絵でございます。皆さん時々シームレスという  
表現をお聞きになるかと思えます。このシームというのは縫い目。野球に詳しい方はツー  
シームというピッチングの投げ方があると思えますけれども、あれは縫い目です。その縫  
い目というものが感じられないぐらい、それぞれのサービスが一体的に一連の流れとして  
行われるようにということが、この絵の中でもシームレスというのがこういう形の絵柄を  
考えているものでございます。

次に、まず医療の側から見たときに、どういう位置付けになっているかを御説明いたし  
ます。

これはこの後の医療提供体制でも重要なキーワードになるものですが、医療計画  
は都道府県が医療を患者の目線から、その移動可能な単位で行うエリア、47都道府県を344  
のエリアに区切って、それぞれの医療提供体制を定めるものでございますが、その中でこ  
とし3月に47都道府県で策定いただいた計画の中に、初めて在宅医療という柱を立てて策  
定いただきました。本当は当然という言葉を使ってはいけないのですけれども、今回が初  
回ということもあって、都道府県の在宅医療に取り組む記載の書きぶりは正直様々でござ

います。これは書きぶりだけではなく、恐らく実態も様々なところがあるかと思えます。

そうした中で、少なくとも47都道府県が自分のところの都道府県、344の2次医療圏、1,742の市町村を考えたときに在宅医療をどう位置付けるか。これは入院医療も含めた流れの中での位置付けを、今年第一歩を踏み出したところでございます。

その次の在宅医療の体制が、本来、在宅医療というものを位置付けるとすれば、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、さらには最終的には看取りも含めて、ここまでをカバーする必要があるのではないかということを示したものです。

次からは、私どもが行っている予算事業でございます。

この在宅医療連携拠点事業というのは、一昨年、平成23年度に10カ所、平成24年度に105カ所。これは何を指しているかということ、在宅医療を行うには医療機関だけで完結するものではございませんので、先ほど正にシームレス、縫い目のない形でやるために、拠点となるところがあってシームレスが完結するだろうという仮説で進めたものでございます。ここに105カ所とありますけれども、これを今はスライドで言うと2つ後ろになりますが、介護と連携した在宅医療の体制整備、在宅医療推進事業、24年度補正予算、地域医療再生交付金の拡充500億円の内数と書いておりますけれども、財源を変えた形になりますが、今年度は去年の105カ所から約3倍増の約300カ所で今これが進んでいるところでございます。

その他にも、これは拠点づくりでございます。その次に資料にありますのが人材育成をどうするかだとか、個別サービスを充実するためにはどうすればよいのかとか、こういう形で様々なアプローチで取り組んでいるところでございます。

その次からが多職種共同による在宅チーム医療を担う人材育成、先ほど申した人材育成の話です。その次が小児。子供についても在宅医療というのは当然対象になりますので、子供の在宅医療についても今年度から拠点づくりを進めているという資料になります。

その次が24年度診療報酬改定の概要というものですが、現実的には医療を行うということになりますと、この国民皆保険のもとでは診療報酬で基本的には収入を得ることになります。ですので、この収入のもとになります診療報酬での誘導というのは非常に重要な意味を持ちます。これは24年度の以下における重点配分というところの中で、3本柱の1つに在宅医療の充実というものを盛り込んで行ったところでございます。これが昨年です。平成26年度、これは2年おきに診療報酬改定を行いますので、来年のものにつきましてもちょうど今、同じ時間帯に社会保障審議会医療保険部会での御議論をいただいておりますけれども、次回改定においても重点的なテーマとして在宅医療に取り組む予定でございます。

ここから先は、では診療報酬のカテゴリの考え方でおります在宅療養を実際に行う、またはそれをサポートする診療所、病床数が20床未満のところは診療所で、病床数が20床以上が病院ですので、それぞれの診療所、病院でどういうところを、どういう観点から診療報酬でサポートしているかという資料が続きます。

また、その次の在宅医療の充実②が、具体的に点数といたしますけれども、これが対価に

なるわけです。対価が平成22年と24年で比べてこれだけ手厚くした。そして、その次の資料が実際にそれに組み込んでくださっている届出数という表現になりますが、組み込んでいる医療機関がどれだけ増えているのかという資料になります。また、その次は都道府県ごとに取り組み込んでくださっている診療所の分布という資料になります。

その後、訪問看護ステーションですとか、また、患者紹介の具体的な事例、さらには保険医療機関についてということで、ここは重要なところなので一番最後のスライドは読みます。健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全て被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。

全国一律の運用基準や指針ではなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

在宅医療を専門に行いたい診療所にとって、外来診療が前提となった現行制度が制約要件になっているとの指摘がある。

論点、フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関についてどのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制についてどのように考えられるのか。

この点については、ではどういう形で在宅医療を行ってくださる方々が、どういう外来との関係を列挙したほうが望ましいのか、するべきなのか。これをつい先日、平成25年10月23日、30日の厚生労働省の議論の中でも取り上げていることを御紹介して、私のプレゼンを終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

○翁座長 ありがとうございました。

正に一番最後のところについて、プラタナスさんから先ほどお話を伺ったところでして、各地域によって相当いろいろなことを言われて、なかなか在宅診療を進めていくというふうに言いながら、その運用にばらつきがあって、どうなっているのだろうということだったのです。ですから、在宅診療の推進についてはどういうタイムスケジュールで、どういうふうに運用のばらつきの問題については考えておられるのか、そこだけ最初にお伺いしたいのですが。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 2つの視点でお答えしたいと思います。

まず、一番最後のスライドが診療報酬上の話で申し上げましたので、これは確実にタイムスケジュールが決まっています、来年2月には次期診療報酬改定の内容を決定いたしますので、少なくとも診療報酬上のどういう扱いでやるのか。これを全体がそもそも点数が変わりますので、そうした中での議論は来年2月までに結論を得ることとしております。

もう一つのタイミングというものがあります。それは何かと申しますと、今、プログラム法案を議論いただいておりますけれども、それを受けての医療法、介護保険法の法改正を予定しておりますので、そうしたときに在宅での医療、介護を進めるという観点からも、

恐らくは先ほど申した来年2月よりは、もう少し直接のかかわりはぼやっとした表現になるかと思いますが、在宅医療をどういうふうな進め方がよいのかというのは、来年1月からの通常国会に提出予定の法案の中でも検討課題としておりますので、法律に直接書き込むべき内容とは少し距離感はありますけれども、法改正を受けての運用の中での議論というのは来年の法改正、そして、それを踏まえた議論の中でやっていくという2段階ステップになろうかと思っております。

○翁座長 ただ、私が伺った限りでは外来時間の制限とか、X線設備があることを求められたり求められなかったりというようなことについては、指導レベルですぐにでも解決できる場所があるように思うのですけれども、もしよろしければ実情をお話いただいて。

○医療法人社団プラタナス 簡単に自己紹介いたしますと、私どもは医療法人社団プラタナスといたしまして、世田谷に本院がございますクリニックでございます。法人内に今、7カ所の分院がございます、その中で外来だけやっているところもあれば、外来と在宅をやっているところもあるし、規制があるので一応外来をやっているとは言いつつ、実質的に在宅に専念しているクリニックもございます。

現在、常勤、非常勤合わせて52名の医師で、常勤13名なのですけれども、1,800名の患者さんを拝見させていただいて、その1,800名のうちの300名は個人の御自宅、1,500名は老人ホームでございます。個人の御自宅はがん末期の方も多いので、緩和ケアですとか認知症の対応だとか専門性を持ってやらせていただいている、年間320名ぐらい看取りをさせていただいているので、多分、国内の法人の中ではトップクラスの数をやらせていただいているという法人です。

そういう背景の中で、私どもが疑問に思っていますのは2つございまして、1つはそもそもということなのですけれども、例えば在宅メインでやっている診療所のところの目の前で誰かが倒れて、「お医者さんいませんか」と言って来られたときに、「いやいやうち在宅だけなので診ませんよ」ということはそもそもないです。それを1つの前提と置いたときに、基本的に今、医療全体というのはどんどん専門特化していると思うのです。例えば大学病院で簡易な外来というのは見るべきではないとか、療養と急性期というのは分けていくだとか、急性期の中でもいわゆる一般病院の中できちんと分けていくということで、どんどん専門特化することが医療の質の担保と効率性がアップし、そのほうがベターだという前提があります。だから専門特化して連携をすることが大原則だと思うのです。

私ども在宅というのは1つの専門性だと思っております。内科のかかりつけ医の先生が、ずっと診ていらっしゃる患者さんを最期まで看るのは、患者様にとってハッピーですし、その先生が夜間も対応できますと言ったら、それはそれでやってくださっても全然問題ありません。しかし、特に都会なんかですと在宅をやっていらっしゃる主治医を持っている人は、この資料の中でもございますが、4分の1ぐらいなのです。そうなってくると、残りは主治医が在宅をやらない。資料は介護を受けている人の例です。既に介護を受けている人で、在宅をやっていくという主治医を持っていらっしゃる人が4分の1で、主治医が

不明であるという人が4分の1、大学病院含めて大きな病院が主治医だとおっしゃっている方が大体4分の1、在宅をやらない主治医がいらっしゃるのが4分の1という感じになってくるので、もしも主治医に在宅を求めることがメインになってくると、4分の3というのは路頭に迷うわけです。そういう話だとか、私どもは療養型病院で診られるものは全て在宅で診られるというレベルまででやっていますし、緩和ケアなんかもやっていて、非常に専門性が高いのです。

私個人が例えばがん末期になったときに、やっぱり専門的にモルヒネの使い方を教わった先生に看取られたいです。そうでないと、絶対痛いから。だから、専門性を重視することになってくると、政策もその専門性をより重視した形に動くべきではないかと思っています。だとすると在宅の専門診療所も認めるべきではないかと。専門診療所である以上は看取りを年間1〜2件しかやらないのは認めません、という方向性で特化し、外来機能は外来機能でとても頑張っている先生方がさらに頑張られて、お互いきちんと連携する仕組みを作っていくというのが、今の病院政策の方向性を参考にすると本筋ではないかと。なぜ在宅だけが、方向性が異なっているかという疑問が1つ。

もう一つは、各都道府県で指導が違って、極端な話、レントゲンがなかったら在宅医療はやってはいけないとおっしゃるような保健所もあれば、いいですよという形でおっしゃるところもあって、そこら辺の指導の統一もできないのかなと思っています。

長くなって申しわけないです。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 一応、法律的なところの区分で、これは論点を明確にするためなのですけれども、まず先ほど在宅メインの診療所の話から始まったので、そちらから整理いたしますと、これは御案内のとおり直近整理をした中で、外来応需体制が必要という意見のほうがまず大方。ただ、これは少なくとも診療報酬としての評価というところでの議論の中でのもので、これにつきましては診療報酬を決定する場面というのは役人側がというよりは、保険者ですとか医療を提供する方々ですとか、学識経験者の方々が議論しているので、余り私どもが誘導的に議論することはできない場面での議論の状況についてまず1点報告します。

事実上は今の前提になるのですけれども、医療法上どうなるのか。先ほどの例えばX線などの構造とかですね。多分、保健所となると医療法に基づいての話と、さっと読みましたが、資料1、プラタナスさんが出した資料の35ページの厚生局。これはあれですかね。診療報酬の疑義解釈をしたときの話だったのでしょうか。

○医療法人社団プラタナス 診療報酬というのは、それは在宅医療として診療報酬をとるためにはという、そういうことですか。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 単純に診療所開設の認可の判断が、各地域の厚生局とあったので、基本的に診療所の開設は医療法で保健所がやるのと、ちょっとどちらなのかなと思って。

○医療法人社団プラタナス ごめんなさい、これは保健所かもしれないです。厚生局です

か。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 診療報酬の疑義解釈ではなくて、そちらでしたか。

○医療法人社団プラタナス クリニックの事務長をしています村上と申します。

プラタナスの卒業生の先生が神奈川の南のほうで開業されようとして、在宅専門でされたいと思って初めに厚生局に計画の段階から相談しに行ったときに、「外来をやらないのですか。やってもらわないと困りますね」みたいな感じで、外来の診療時間を一定数、半分ぐらい結局確保させられました。外の看板ももっと大きくしてもらわなければいけませんということの要件などを言われて、初めて開設ができました。そこは在宅の患者さんが結構もういらっしゃって、在宅にもっと専任したかった、という先生がちょうど1年半ぐらい前にいらっしゃったので。

○医療法人社団プラタナス あと、レントゲンのほうは保健所で、実際に開業しようと思ったら、「レントゲンがないと開業してはいけません」というのは、地域の保健所に言われました。これは神奈川の川崎の例でございます。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） わかりました。実は今のは保健所か厚生局かというよりは、基準の判断がばらつくのは本当にいいのかという御指摘だと思いますので、医療法上は都道府県知事におりているとは言え、確かにその御指摘が何であちはよくてというのは当然ながらナショナルミニマムとしての医療提供を考えたときに望ましくないというのは御指摘どおりだと思いますので、そこら辺の判断のばらつきがあってよいとは我々も思っていません。

また、一方で判断のばらつきの話と、そのさらに根っこにあった、ではどこまでが医療機関としてやるというときに必要な設備構造なのか。例えばX線などにつきましては、今、このもともとの法律の考え方からすれば、確かに外来応需の原則。つまり外来での患者さんを診るというもので、これは本当に御指摘どおりで、それに基づいての法体系になっています。

ただ、確かに一方で今の実際の業体系として外来がそれだけ、他の医療機関が例えば十分カバーしている中で在宅を行っていない、在宅のニーズがあるにもかかわらず、それが行われていない実態の中でプラタナスさんのような業体系が望ましいのではないかという、もしそういう御指摘であれば、これについては、何が言いたいかということ、地域の実情に応じて物事を考えるという一方での医療計画の性格からしてもそういう御指摘だとすれば、それは今までの議論の想定の中ではない話なので、今、にわかには申し上げられません。

もう一つ、今後の議論でボリューム感で申しますと、確かにプラタナスさんは桜新町が一番ベースでしたか。今はベースはどこになるのですか。

○医療法人社団プラタナス ベースは複数あるので、神奈川と世田谷あたりです。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） ボリューム感を考えたときに确实

にあるのは、都市部における高齢者増ということになりますので、ちょうど老健局にはなりませんけれども、都市部における高齢者増に対してどう対応していくのか。これは医療に限らず、様々な切り口で検討しているところですので、その視点での検討というのはしているところなので、そうしたときに例えばサ高住の整備の話などもありますので、そうした中での御指摘は一旦、受けとめるべきものだと思っています。

○翁座長 それでは、他に御意見お願いいたします。

○森下委員 今の意見の続きになってしまうのですが、厚労省としては在宅専門の診療所というのを基本的に増やそうと思っているのか、それとも望ましくないという認識なのか、どんな感じなのか。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） ずるい答えだと言われるかもしれませんが、基本的に医療機関の原則というのは、外来の患者さんを診るというベースの上で在宅を行っていただくという考え方で、一方で先ほど今後の少なくともニーズのボリュームを考えていったときに、在宅をしてくださる先生は当然ながら必要だし、もう一つ大事なものは在宅医療だけではなく、先ほど地域包括ケア、シームレスという話をしましたので、そういうチームを作れる医師または在宅医療の提供体制の整備が必要だと思っています。

○森下委員 言いたいことはわかるのですが、ただ、現実問題として普通に開業して在宅をするというのはものすごい負担ですね。これはいずれ限界が来るというのは間違いないと思うのです。そうすると、どこかの時点で在宅専門の診療所というものを認めて考えていかないと、多分、現実問題回らないのではないかと思います。

先ほども話を聞きましたけれども、普通に在宅と開業を両方すると、やめる人が非常に多い。ただ、プラタナスさんみたいな形でちゃんとやってあげれば、むしろ医者としてのQOLも高いので非常に続きやすいという話もあったので、そういう意味で根本的な考えのところで機能分担を見直さない限りは、なかなか急増する在宅には対応できないのではないかと思います。少し現実的な対応が要るのかなという気がしたのですが、そういう方向性の議論はまだしていないのですか。

○医療法人社団プラタナス 今の御意見を具体的に数字でお話をしたいのですが、私どもの資料の13ページを御覧いただきたいのですが、これは今おっしゃった地域包括ケアシステムの仕組みを作るために、青葉区の医師会と横浜市と青葉区と、私どもがアドバイザーとして入ってやらせていただいた例なのですが、死亡診断書ごとにこれからどれだけのキャパシティが必要かということを見たのです。

看取りだけで見たときに、今、自宅で亡くなっている、在宅で亡くなっている方の3.5倍の看取り、合計900人を2025年には看取らなければいけないということがシミュレーションで出てまいりまして、ではそれをサポートするためにどういう医療体制が必要なのかというのが13ページにあるのです。パターンAというのは青葉区にいる医師会員の中で、特に内科系の先生方が全員頑張って年間看取り大体2名ぐらいではないのですか。それで看取

ってようやく200名なのです。それだと900人には到底届かないので、年間40名ぐらい看取っている在宅専門の診療所がここで言うとAパターンで6カ所、Bパターンだとそこまで皆さん開業医の先生方が参加してくださらなかったら12カ所という感じで、かなりこの在宅メインの方々が入らないと、向こうの900名時代、3.5倍の看取りの時代には対応できないという数字のシミュレーションがあるのです。

これに似たようなことを今、他の自治体などでアドバイスさせているのですけれども、各地域で本当に地域包括ケアシステムというものを考えたときに、そこをサポートする医療体制を具体的にどれだけの数を看取っている人が、どれだけ必要なかというのを積み上げてみたときに、違う世界が見えてくるのではないかと思って、今の先生のお話しと同趣旨でございます。

○翁座長 松山先生、お願いします。

○松山専門委員 今のお話の続きでもあるのですけれども、在宅を充実させるための規制の在り方として、施設単位で見るか事業体単位で見るかによって大分違ってくると思うのです。プラタナスさんみたいに在宅専従の拠点と外来もやりますという拠点を持っているところがあったら、それは地域全体をそれでカバーしているわけですから、個別施設ごとの規制はやめたほうがいいのではないかと思います。

このように複数の医師が一緒になって地域全体をカバーするという仕組みは非常に重要です。ある方から在宅専従開業医の状況を聞いたのですが、一生懸命頑張って1人で100人診ているというのです。キャパシティから言って大体60人ぐらいが限度だと思うのですけれども、都内で100人診ていて家族が心配しているわけです。年中無休で土日もないのです。電話も頻繁にかかってくる。それでも本人元気だから頑張っていますが、どう見てもそういう先生が地域でグループを組んで機能分担してやっていただいたほうが、地域の在宅ケアは非常によくはなるはずなのです。それを実践するとき、施設単位で規制するよりは、地域をカバーしているという事実を見た上で、事業体単位での評価というのが必要になってくるのではないかという気がします。

○翁座長 もう一つだけ、それとあわせてですけれども、外来と在宅専門というのは、少しお話も伺ったのですが、オペレーションが違っているし、業務フローなども随分違うみたいで、皆さん移動しながらいろいろ仕事を工夫されてやっておられて、ですから今、正に松山先生がおっしゃったように、施設というものをどこまで重視するかということについては、少し実際のオペレーション、どういうふうなオペレーションで、グループでやっているかというところを見ながら、少しお考えいただければどうかと思います。

どうぞお願いいたします。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 資料2の26ページを御覧いただければと思います。先ほど来御指摘の、もともと地域包括ケアというのもこちらから申し上げましたし、地域でどう見るかという御指摘もいただいております。

先ほど中医協という役人だけではなく、保険者や医者や学識経験者が入っている場面で

意見をいただいたのは、外来応需体制が必要というもの。恐らくその背景には26ページにあるような、今も少なくとも診療報酬体系の中での考え方、複数機関との連携も考えていきながら、今の枠組みをベースにした形がよいだろうということが評価されているのだらうと思っております。もちろん物事というのは常に様々な課題は出てくるわけですが、少なくとも今この瞬間ではなぜこういう評価、今の応需体制が必要という評価をいただいているかというのを、私どもなりに26ページのような形でチームでカバーすることを想定しているものであることを最後に御紹介したいと思います。もちろん様々な御意見をいただいた上で物事を考えるべき。これについては当然だと思っております。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 今、キーワードで、チームでカバーするというお話があったのですが、その定義が非常に重要だと思うのです。プラタナスさんみたいに同じ理念を持った先生方が1つの経済的利害共通事業体の中でチームを組むという場合と、地域のそれぞれ経済利害が独立している事業体が、お互いのメリットを考えて業務提携するというのでは全然違って、本来はプラタナスさんみたいに同じ経済的利害の中で多くの先生方がチームを組むほうが、明らかに効率がいいのです。そうしないと経済的利害が元々対立している者同士が業務提携できていても、あるとき利害対立すればばらばらになってしまうのです。そういう意味で仕事の流れ、情報共有の在り方から言っても、海外の事例からも明らかのように、1つの事業体になっていることが重要なのです。その中でチーム医療を行い、情報共有を進める。その事業体の周りにいて独立経営を志向する事業体は、そこと業務提携するかどうかに関しては独自の判断でやればよいと思います。

○翁座長 お願いします。

○滝口専門委員 まず1点は、先ほどの森下先生の御質問ともかぶるのですが、厚生労働省としては在宅医療を推進したいわけですね。そうするためにどうするのが運用上最も効率よく、合理的で、経済的にも合理的な提供体制が築けるかということを前提として考えたときに、在宅療養も専門の診療所を認めていくという考え方は、あっておかしくないだろうと考えますが、あくまでも医療法の診療所の開設規定というものにこだわっていると、なかなかその部分の整合性がとりにくいのではないかと考えます。

医療法は私の勘違いでなければ、医療を業とする場合には診療所を開設しなければいけない、診療所を開設した場合には速やかに届出をしなければいけないという考え方が基本にあって、これ自体は何も診療所を作る前にあれこれいろいろと許可を与えるものではないので、そのあたりはもう少し柔軟に解釈をした上で、フレキシブルに取り組めるのではないかと考えるのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） 経済合理性、それは経営主体のところでは寡占状態を作ることになるのですか。

○滝口専門委員 国全体としての経済合理性です。

○厚生労働省（佐々木医師確保等地域医療対策室長） チームを作るという考え方について

ては、私どもはそれぞれ様々の複数のところが独立していても、チームを組むべきだと。それは例えば地域ケア会議という形でもありますし、個々の症例についてもやる。それが本当に合理的か否かというのは成果として物を考えたときに、実はそちらのほうも極めて医療、介護という分野での成果としては重要なことだと思っているのと、あと、法律の話で言うと実は省令レベルで施設構造基準とか、それを書いた上で、それを届けるとなっていますので、滝口専門委員のただ届けるだけではなくて、下位規定の中で施設構造まで定めていることは補足したいと思います。

○翁座長 余り時間がないので、お二人少しずつで。

○松山専門委員 1点だけ御指摘したいのですけれども、今、厚労省さんから地域包括ケアをやるときに、経済利益が独立している事業者の間の連携を重視しているというお話がありました。しかし、2009年にノーベル経済学賞をもらったウィリアムソンによれば、医療の場合は、それは極めて実現が難しいのです。

それを解決する手段としては、ある一定の規模以上のフルサービスを提供する事業者、急性期から在宅に至るまで地域住民が必要とするケアサービスを全部提供できるような事業者が1つあって、それに独立経営の事業者が連携するという仕組みが重要です。多数の独立事業者を単に競争させただけでは、実は在宅ケアのチームはできないというのがウィリアムソンの理論から言えるのです。

○医療法人社団プラタナス 多分、ケアの人たちと症例をチームで検討するという話と、主治医同士がサポートし合う仕組みというのは多分、違う話だと思うのです。主治医同士がサポートし合う仕組みとして、機能強化型の在支診で作られたことになると思うのですけれども、実際、機能強化型在支診の数は増えていますが、機能はしていない。主治医以外が往診をしたことがある割合が8%と非常に低くて、数字上も機能していないことが分かりますし、実態的にもなかなか使いにくいねと言われていています。

その理由は今、出た経済的なこともあります。機能させるために私どもが作った仕組みなどを御覧いただきますと、やはり莫大な労力とコストがかかっているのです。それをシステム化するだとか、きちんと対応できるような仕掛けにしていくためには、ある程度のコストを掛けれるように、規模が必要になってきて、その規模をやってくると自然と専門になっていくという流れがあると思うのです。ですから何と申しますか、いろんな仕組みがあるのかもしれないですが、それが実態としてどう動いているのかというのを、当然御覧になっていらっしゃると思いますけれども、もう少し深く把握していただきながら考えていただくと、解決策が出てくるのかなというふうに思っております。

○翁座長 この点についてよろしいですか。もし何かコメントがありましたら。

どうもありがとうございました。今日は議論が尽きないところですが、この在宅医療についてはこれで終わらせていただきます。どうもプラタナスさんありがとうございました。

○翁座長 それでは、議題2「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築につい

て」に移らせていただきたいと思います。

本議題につきましては10月9日、10月21日と、2回にわたって議題といたしました。今回は、これまでのワーキンググループにて委員の皆様からいただいた御意見などをもとに、厚生労働省と意見交換を行いたいと思います。

まずは事務局から資料について御説明いただきまして、説明後、簡単に厚生労働省からの御見解を伺ってから意見交換とさせていただきます。それでは、お願いいたします。

○大熊参事官 それでは、資料3を御覧ください。「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」に関する論点（案）。

1. 総論、医療計画の在り方の見直し。4人に1人が65歳以上となり、今後の医療計画の在り方はわが国にとって決定的に重要である。現在は、医療提供体制のコントロールの方法として、主に病床規制のみを用いており、時代と乖離した医療計画になっている。地域における医療・介護資源を最大限に生かし、医療と介護の切れ目のないネットワークを作るには、ICTの全面的活用を計画的に行うことが必要であり、また、プライマリケアの充実を図るためにも、保険者機能を活用して、以下のような医療計画の抜本的見直しを行うことが必要ではないか。

①、各都道府県においては、医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画、地域医療再生計画等、様々な計画が策定されている。医療計画の策定にあたっては、まずこれらを一元化し、将来の医療提供体制の全体像を描くべきではないか。

②、質の高い医療・介護サービスを効率的に提供するには、ICTの計画的な活用により、医療機関や患者の情報共有を推進していくことが不可欠である。医療機関のネットワーク化、患者自らの情報共有による自己決定、予防の充実等のために、医療のICT化を織り込んだ医療計画を策定すべきではないか。

③、効率的な医療提供体制を作るには保険者の視点がきわめて重要である。保険者等による医療機関の外部評価を行うとともに、外部評価のデータを公表することなどにより、医療機関間の競争をより促し、質の高い医療が地域に提供されるようにすべきではないか。

④、都道府県は、地域ごとの患者数に応じた必要医師・看護師数、医療機器数等の指標を設け、医療計画に盛り込むべきではないか。また、そのためには、地域ごとに単なる免許保有者ではなく実質的に就業可能な医師数や、潜在的な看護師数、入院と外来とを区別した患者数等、必要な統計データを把握し、厚生労働省として一元的に管理、公表すべきではないか。

⑤、都道府県は、上記④の指標を活用し、医師の偏在が解消されるよう、診療科ごとに地域別定員の目途を設け、公表すべきではないか。また、医師不足の地域や不足している診療科への就業へのインセンティブを充実させるべきではないか。

⑥、医療圏の範囲の設定に当たっては、人口だけでなく、患者の利便性を第一に考え、医療機関からの時間距離のデータなどを活用すべきではないか。また地域ごとの疾病の特徴等を踏まえ、2次医療圏を広域化するなど、医療圏の範囲を柔軟に見直すべきではない

か。

## 2. 各論1、病床規制等の従前の規制の抜本的見直し。

(1)、病床規制は、現在、医療計画における唯一の医療提供体制に対する規制であるが、むしろ、これにより病床が既得権化し、実力のある医療機関の増床が妨げられる結果、病院の適正な競争を阻害している。病床規制の撤廃も含めて検討し、以下のような見直しを行うべきではないか。

①、医療機関の設立主体別の病床の稼働状況について調査した上で、公的病院と民間病院それぞれについて、非稼働病床の削減方策を検討すべきではないか。その際、保険診療を担う民間医療機関については、都道府県知事が保険者の意向を踏まえた上で非稼働病床の削減を命じることができるようになるべきではないか。

②、基準病床数について、高齢化等、人口動態に応じた見直しが適時に行われるよう、あらかじめ医療計画の期間（5年間）満了後の状況に適した基準病床数の推計を行うべきではないか。

③、既存病院の建替え・補修の場合や、2次医療圏の境目においてそれぞれ別の2次医療圏に属する病院が統合する場合、病院の経営統合により開設者が変わる場合などには、柔軟に対応すべきではないか。

(2)、7：1看護基準については、本来、急性期医療を担う病院への医療資源の集中を目的とした制度であるが、結果として、資金力のある病院に必要以上に看護師が集中したとの指摘がある。真に急性期医療を担う病院にのみ7：1看護基準が適用されるよう、平均在院日数の要件等の厳格な適用を行うべきではないか。

(3)、地域医療支援センターの事業については、都道府県自らが取り組んだり、公益法人等へ委託したりしている場合があるが、医師のキャリア支援は、実際に医師を雇用している病院が行わなければ実効性がないとの指摘がある。地域医療センターの事業は、地域の中核を担う病院へ委託すべきではないか。

## 3. 各論2、プライマリケアの専門医（ゲートキーパー機能）を中心としたネットワークの確立。

我が国では、医療機関ごとの役割分担が明確でないため、本来救急医療を担うべき大規模病院がプライマリケアも行っており、救急医療に特化しにくい仕組みとなっている。地域住民にとっても、必要なときにあらゆる病気を診てもらえるプライマリケア体制の確立は大きな安心につながる。高齢化に伴い、常時複数の疾患を持つ患者が増えることから、診療科を越えたプライマリケアを担う専門医が必要である。フリーアクセスを担保しつつ、プライマリケアの専門医がゲートキーパー機能を担う、以下のような新たな医療提供の仕組みを確立すべきではないか。

①、住民が必要な医療を必要な時に得られるように、地域医療の中でのゲートキーパー機能を確立すべきではないか。

②、ゲートキーパー機能の確立のために、プライマリケアの専門医として必要な資格や継続的な研修等の制度について検討すべきではないか。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。それでは、厚生労働省からよろしく願いいたします。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 医政局総務課長でございます。本日もコメントする機会を与えていただきまして、誠にありがとうございます。順次御説明をさせていただきたいと思っております。

まず1. ①、各種計画の一元化あるいは全体像の策定ということでございます。様々な計画がございます。これらが整合的であることは、御指摘のとおり大変重要であると思っております。ただ、他方で根拠法あるいは目的、趣旨は異なっておりますので、一元化についてはなかなか難しいのではないかと率直に言っております。ただ、本日も医療と介護の連携といった御議論がございましたが、まず私どもとしましては最初の御指摘の2つ、医療計画と介護保険事業支援計画、これについては法的な面も含めましてさらに一体的、整合的に作れるような仕組みを検討したいと考えております。

現在、具体的に社会保障審議会医療部会で議論しております。例えばでございますけれども、両方にまたがるような基本方針を厚労省で作らせていただく。あるいは先ほど来、在宅医療のお話が出ておりますが、市町村の位置付け、市町村と医療計画の位置付け、そういったものをより明確にできないかといったことも考えております。

計画のサイクルの問題がございます。医療計画は5年、介護保険は保険料の関係もございまして3年ということで、なかなかこの同時改定というのがございませぬので、これはむしろ医療計画を6年にして、中間的に、介護と在宅医療の接続のところは3年ごとに見直していく。そういった方法もあるのではないかと。平成30年度は同時改定ということでございますので、それ以降そうした扱いをするということも含めまして、検討していきたいと考えております。

1. ②でございます。ICTの活用。これも大変重要でございます。普及のための各種の補助事業につきましては、現在、概算要求をしております。IT戦略本部が今年6月に全政府的な工程表を作っておられますので、私どもはそれに沿いまして、平成26年度以降は標準的なシステムの検証確立に取り組み、何とか平成30年度までに全国的な普及展開を図れるような道筋を作っていきたいと思っております。また、前回御指摘がございましたように、地域医療ビジョンの実現方策の中でも、医療計画におけるICTの活用につきまして、検討してまいりたいと考えております。

③は医療提供体制の策定に保険者の視点を入れていく。これも御指摘のとおり重要な視点と思っております。次期医療法改正に向けまして、保険者が、都道府県が作ります医療計画への策定プロセスに何らかの形で関与していただく。そういった仕組みの在り方につきまして医療部会で御議論いただきたいと考えております。当然、保険者も現在、ICTの活用に順次取り組んでいただいております。そうした医療費分析を支援するシステムも順次稼働する予定となっておりますので、そうした取組と連携を図ってまいりたいと考えております。

④でございます。地域ごとの医療従事者数等でございますけれども、これは現時点では残念ながらまだ全くないという状況でございます。私どもはまずは地域医療ビジョンの中で将来必要となる地域ごとの医師数等について推計が可能かどうか、まずそこを検討させていただきたいと考えております。その他の課題も大変重要であることは認識しておりますけれども、まず第1にそこから取り組みたいということでございます。

個別データの収集等につきましても、現在の調査でもある程度対応できるものもあろうかと思っております。それから、新たな調査をやることになると、当然予算的な制約あるいは調査対象者の負担もでございます。そういったものも含めまして可能な限り対応することと、一元的に公表することも御指摘のとおり重要だと思っております。ホームページ上等でできる限り努力をしておりますけれども、その改善に努めてまいりたいと考えております。

⑤は医師偏在の解消ということで、地域別の定員等々ということでございます。これも④にもつながる話でございます。診療科ごとというのは相当ハードルが高い話でございます。すぐにとというのは極めて難しいと思っておりますけれども、先ほど申し上げましたとおり、地域ごとの、まずは必要な医師数というものを推計が可能かどうか、検討させていただきたいと思っております。ただ、政策的には何度か御説明させていただいたと思っておりますが、地域医療支援センターの法的な位置付けでございますとか、大学側の地域枠との関連も含めまして、地域ごとの医師確保対策の充実に努めてまいりたいと考えております。

⑥の2次医療圏でございます。これまでも都道府県に対しましては様々な助言をしておりますけれども、次期医療計画は平成30年度ということでございます。その策定に向けまして、柔軟な見直しにつつましてさらに助言に努めてまいりたいと考えております。

2. (1) 柱書きのところでございます。病床規制の撤廃というのは、現在行われております国民会議をもとにした改正法の議論とは相当方向性の違う話ということでございますので、なかなか撤廃というのは、これまでの御議論の方向性とはベクトルが違うのかなと思っております。一方で地域において必要な医療機能の病床を確保することは当然のことでございます。病床規制には特例病床という例外がございますので、その特例制度の運用ということで必要な対応を図ってまいりたいと考えております。

①、非稼働病床の削減方策、その際に都道府県知事の何らかの権限等の強化ということでございます。これは具体的に今、医療部会で議論をさせていただいているところでございます。まずは1年間稼働していない病床の立入調査というものを今年度やっております。それから、現行の医療法にも公的医療機関につきましては、削減を命ずることができるという風になっておりますけれども、民間の医療機関を含めましたこうした何らかの規定を設けられないかということにつつまして、具体的に医療部会で議論をしていきたいと考えております。

②、2次医療圏の基準病床数の推計でございますけれども、これは地域医療ビジョンにおきまして2025年の将来像というものを推計いたしまして、医療機能ごとの将来の必要量

を策定する予定になっております。これとあわせまして、基準病床数の策定方法につきましても、必要な検討を行ってまいりたいと考えております。

③、経営統合の場合等の対応でございます。現在の運用といたしまして、建替え前後に病床数の変更がなければ、医療法上の勧告の対象には該当しないという運用を各都道府県にお願いしてございます。その場合に一時的に仮設の病床等で増になるということも含めまして、勧告の対象としないという運用をしているところでございますけれども、一部運用が徹底されていないところがあれば、さらに対応してまいりたいと考えてございます。そうした意味で、2次医療圏を超えた病院等の移転、建替え等も現実に行われている場合もございますし、開設者が変わる場合でも、特段、私どもの方で制限は行っておりませんが、個別に必ずしもスムーズにいけない自治体等ございましたら、適切な運用について助言してまいりたいと思っております。

7:1 看護基準は診療報酬上の基準でございます。平成24年の前回の診療報酬改定でも、一定の平均在院日数短縮等の改定を行ったところでございます。さらに平成26年度診療報酬改定、これは具体的に今、中医協で御議論いただいているということでございます。急性期病床を担う機能の明確化といった観点も含めまして、見直しについて引き続き議論していただきたいと考えております。

(3)でございますけれども、地域医療支援センターにつきましては、これも御説明いたしましたとおり、医療法上の位置付けを現在議論していただいているところでございます。御指摘も踏まえまして委託もできるという方向で今、議論していただいているところでございますので、各都道府県の判断で適切な団体に委託をすることも可能となるような制度にしていきたいと考えております。

3のプライマリケアの専門医(ゲートキーパー機能)の確立というところでございます。国民会議の報告も踏まえまして、フリーアクセスを踏まえつつ、緩やかなゲートキーパー機能の構築ということで、各種の検討を行っているところでございます。具体的に申し上げますと、次期医療保険制度の改正に向けまして大病院の外来の給付の在り方を検討することになっております。また、医療法上では、大学病院等の特定機能病院につきまして、さらに承認基準の紹介率を引き上げる方向で検討していきたいと考えております。診療報酬上の評価の在り方につきましても、主治医機能の強化を図る方向で、中医協で御議論いただいているところでございます。

最後にプライマリケアの専門医の資格、継続的な研修等でございます。これは前回、ヒアリングをされたと聞いておりますけれども、第三者機関におきまして養成プログラムの評価、認定というものを検討していただいているところでございますが、その中で当然、経験症例数等の診療実績を基本的な要件としながら、定期的に専門医の更新をして、継続的にその能力を担保するといった前提で議論していただいていると承知をしております。私どもといたしましても、こうした取り組みが円滑に進むように支援するとともに、診療科を含めます広告規制の在り方につきまして、今後の検討課題とさせていただきたいと思

います。

少し長くなりまして恐縮でございますが、以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、今の御回答について何か御質問ございましたらお願いいたします。

○松山専門委員 1. ③の保険者等による医療機関の外部評価の件なのですが、御承知のとおり日本外科学会が2011年からナショナルデータベースを稼働させていて、あれを使えば、主たる医療機関のほとんどの成績表を作ることができるかと伺っています。そうすると御承知のとおりアメリカ、カナダ、オーストラリアなどでは、少なくとも非課税もしくは公立病院に関しては成績表をウェブで政府が公開していますね。できれば日本も近い将来、そのデータベースができたのであれば、少なくとも公費が投入されている国公立病院、大学附属病院の成績表なるものを作っていただいて、それを専門家間で分析するという作業を是非やっていただければと思います。日本外科学会ナショナルデータベースの最終目標として、国民にどうやって開示するかという問題があると思うのですが、その辺については今、どういう状況になっているのでしょうか。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長） 確認ですが、2つありまして、1つはNCD、この前も佐々木委員から御発言がありましたが、あれは基本的には外科学会のもので、一応、資料3の御指摘が保険者等による評価であったので、あのような答えをしたのですが、何が言いたいかというと、いずれ医療のクオリティインデックス的なものを外向けに出すべきではないかという御指摘については、基本的には進める方向で、ただ、保険者が持っているデータを使うのか、それとも外科学会のような形でプロフェッショナルオートノミー的にやるのが良いのか。一番信頼に足るデータの出し方が必要だと思いますので、それは今まさに検討をされていて、来年度予算が通れば良いなと思っているのです。

○松山専門委員 追加のコメントですが、残念ながら日本の保険者は能力的に今、足りない面が大きいので、最初は多分、外科学会のデータを使うべきだろうと思います。保険者の能力アップに努力なさっているというのは伺っているので、短期間で海外レベルに追いつけば、私はかなりのことができるのではないかと考えています。

○林座長代理 今、総務課長から御回答をいただいたのですが、正直に言って、こちらの論点は、比較的具体的に、今回、お出ししておりますが、それについて具体的な形では今、お答えがほとんどなかったのではないかと考えております。

つきましては、今日はもう時間もないので、回答期限を切ってそれぞれの①、②レベルの論点のそれぞれについて、YES、NOをお答えいただき、YESについてはいつまでにやるのか、NOについてはその理由を書面でお答えいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） この会議全体としてそういうことをお求めになるということであれば、もちろん全ての答えがYES、NOで答えられるか、そういう単純なもの

ばかりではありませんし、答えが十分かどうかというのはまたそれを見ていただいて、御判断いただければと思いますが、いずれにしても文書で回答しろという御指示であれば、そのようにさせていただきます。

○林座長代理 ありがとうございます。是非よろしく申し上げます。

それと、お答えの中で、医療計画については次期平成30年度で見直すというようなお答えが幾つかありましたが、今、平成25年ですので、5年先のことをお答えになってもそれでは納得ができないので、現時点において厚労省として、政策担当者としてどういう風にお考えになるかという視点で、回答を御準備いただきたいと思います。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 5年というのは私が勝手に判断しているわけではなくて、医療計画というのは5年ごとに見直す、これは法律に書いてございまして、私どもがやるわけではなく、各都道府県に法律に従ってやっていただく、そういう法律で決められたルールに沿って、その中でコメントさせていただいたということでございます。

ただ、できる施策をどんどんできるものからやっていくべきということは、まさにそのとおりで、国民会議でもそのような御指摘をいただいているところでございまして、前々回に御説明させていただく機会もあったかと思いますが、来年の通常国会に法案の提出を予定しておりまして、平成30年度ではなく平成26年度に、まずは病床機能の報告制度を稼働させる。それから、できれば平成27年度から、医療計画に付加する形で、具体的な地域医療ビジョンというものを各都道府県に作っていただけないかという方向で今、御議論いただいているところでございまして、全体が決められたスケジュールの中で、新しいものを着実にできるだけ早く実施していく、私どもはそういう姿勢で対応させていただきたいと存じます。

○佐々木委員 ペーパーで御回答いただくときは是非お願いしたいのですが、今、私たちの方で書かせていただいた、例えば将来の医療提供体制の全体像を描くべきではないか。これは先ほどもいろいろバックグラウンドが違って難しいですよということなのですが、これは是非お答えいただくときに、YESにするためには何をしたらいいのかということも一緒に教えていただけますか。つまり、今これをしていくべきではないかということ、これが違うのでできませんという回答が返ってくるのかなと思うのですが、私たちは規制改革する上で、例えばこれをしたらどうだろうかと言っているわけですので、こういう理由でできないが、もしYESにするならこういう手順を踏まなければいけないとか、ここを直したほうがいいのかというお知恵まできってお持ちだと思っておりますので、YESにするならどうするかも是非つけ加えていただきたいと思います。

○林座長代理 1点だけ、先ほど医療計画を5年ごとに見直すことが前提だということですが、5年未満の段階で見直してはいけないとは法律には書いていないし、必要があれば見直すことはあってしかるべきだと思います。その意味で、必要があるかどうかという観点でいえば、私どもは必要があると思っておりますので、それを申し上げたいと思います。

もう1点ですが、先ほど来、外来診療所ですね。外来ベースが大前提だというお話が出ていましたけれども、それも結局、医療法に書いてあるわけではなく、省令で、昔ながらの診療所は外来を念頭に置いていたから、今はそういう形になっているだけではないかと思えます。今、新たな形で「在宅診療」というものが必要だということであれば、そういう観点で省令を見直すということもあるのではないかと思えます。厚労省が何かお考えになるときに、省令で縛っているからできませんという回答はなしにしていきたいと思えます。

○森下委員 あまり時間もありませんので文章で結構なのですけれども、既存病院の建替え、あるいは2次医療圏の統合において、病床規制は実際には柔軟に対応しているという話なのですけれども、現場ではほとんどそれは伝わっていない。もし本当に柔軟であれば、具体例としてこういうケースだと病床規制の対象になりませんというガイドラインなり事例を少し紹介してもらえないかと思うのです。逆にそういうものが出てこない限りは、多分現場レベルでは、夜中に引っ越したり、半分壊して半分作ったりというわけのわからない話がずっと続くと思うのです。

私が聞いている限りでは、耐震規制で、少し事務局にも調べてもらいましたけれども、まだまだ多くの病院が建替えや補修が必要だということで、かなり費用が必要で苦勞をしているという話を聞いていますので、その辺の実態も含めてまた御紹介いただければと思います。もしそういう耐震規制がいつまでに必要ということであれば、それに対して手を打たないと、実際の医療機関はそれでやめてしまうというケースもあるように聞いていますので、是非その辺は具体化した形で見せてあげればと思います。

○翁座長 他によろしゅうございますか。

それでは、今日いただいたお答えに、例えばいつまでにとか、これを実現するためにはどうすればいいのかといったことについて、書面でやりとりさせていただくということで、引き続きよろしくお願ひしたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

(厚生労働省関係者退室)

○翁座長 本議題につきましては、事務局で取りまとめていただいて、後日皆様にご確認いただき、論点をまとめていくことにさせていただきたいと思えます。

本日のワーキンググループの議題は以上でございますが、事務局から何かございますか。

○大熊参事官 次回の健康・医療ワーキンググループの日程は、未定でございます。決まり次第、追って事務局から連絡させていただきます。

○翁座長 それでは、これにて会議は終了させていただきます。