

第40回 健康・医療ワーキング・グループ 議事録

- 1．日時：平成27年11月26日（木）14:59～16:51
- 2．場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室
- 3．出席者：
 - （委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、岡素之（議長）、森下竜一（専門委員）滝口進、松山幸弘
 - （政府）河野内閣府特命担当大臣（規制改革）
 - （事務局）刀禰規制改革推進室次長、小野規制改革推進室次長、大熊参事官、湯本企画官
 - （健康保険組合連合会）白川副会長
 - （日本医師会）今村副会長
 - （厚生労働省）梅田大臣官房審議官
保険局 宮本保険課長
医政局医事課 渡辺課長、久米課長補佐
老健局高齢者支援課 安濟課長補佐
- 4．議題：
 - （開会）
 - 1．診療報酬の審査の効率化と統一性の確保
 - 2．在宅での看取りにおける規制の見直し
 - （閉会）
- 5．議事概要：

大熊参事官 それでは、「規制改革会議健康・医療ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様方には、御多用中御出席をいただき、まことにありがとうございます。

本日は佐々木委員、土屋専門委員、竹川専門委員が御欠席でございます。

本日の議題は「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」「在宅での看取りにおける規制の見直し」の2点でございます。

開会に当たりまして、河野大臣から御挨拶をいただきます。よろしく申し上げます。

河野大臣 きょうはお忙しいところ、お集まりをいただきましてありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

診療報酬の審査の効率化、統一性の確保、この問題につきましては衆議院の決算行政監視委員会でも数年前に取り上げたことがございます。実際に審査をやっているところを視

察でお伺いをしたり、いろいろとやりました。行革の視点からも、この問題はどこかで大胆に解決をしなければいけないと思っておりますので、まずしっかりと現状をお伺いし、次の議論に役立てていただきたいと思っております。

また、在宅での看取りに関する規制の見直し、これはやはり高齢化社会の中で1つの大きな問題になり得るところなのだろうと思っております。先般、看護協会でヒアリングをされたと、私は出席できませんでしたが、伺っております。医師会からもきょうは話を聞かせていただきたいと思っておりますので、この問題、やはりしっかりと解決していかなければならないと思いますので、御議論をお願いしたいと思っております。

なかなかワーキング・グループ全てに全部出席することがなっていないくて、大変申しわけなく思っておりますが、どうぞ皆様によりしっかりと議論をしていただきたいと思っておりますので、きょうはどうぞよろしく願いいたします。

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いたします。

(報道関係者退室)

大熊参事官 それでは、ここからの進行は翁座長をお願いいたします。

翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議題1は、「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」でございます。本件は新たなテーマとして議論を行うものでございます。本日は要望者として、健康保険組合連合会の白川副会長にお越しいただいております。また、所管省庁として厚生労働省にお越しいただいております。

まずは要望者から10分程度の御説明をいただきます。その後、厚生労働省から規制の現状などについて同じく10分程度の御説明をいただき、それから、質疑応答とさせていただきます。

それでは、健康保険組合連合会の白川副会長から、資料1-1について御説明をお願いいたします。

健康保険組合連合会(白川副会長) 健康保険組合連合会の白川です。

本日は意見陳述の機会を与えていただきまして、まことにありがとうございます。

資料の御説明をさせていただきます。

先ほど河野大臣から2年ほど前、衆議院で審査支払機関の問題について議論が行われたというお話がございましたけれども、そのときは国保連と支払基金の統合というのが主たるテーマだったと記憶をさせていただいております。

今回私どもが要望でまとめましたのは、そのうち支払基金側の業務効率化を図るにはどうしたらいいかということで、資料をまとめさせていただいております。

資料の1ページです。上のほうは支払基金と健保連がこういう契約をしておりますということです。基本的には診療報酬、保険適用になったものを支払基金が審査支払するというのが基本ですが、下の4、5にありますのは保険適用の話ではなく、支払基金法を改正

して業務内容を拡大した追加の業務ということです。

なお、下に第76条を掲げておりますが、4項にありますとおり、3行目ですが、診療報酬点数に照らして審査の上、支払うものとなっておりますので、レセプトにつきましては必ず審査支払機関を経由して審査をした上で医療機関に支払うという法的な定めがあるということです。

2ページ目は皆様方御存知だと思われそうですが、審査業務の流れを簡単にまとめさせていただきました。下の図ですが、コンピューターによるチェック、支払基金職員による審査を経た上で審査委員が審査する。審査委員は医師等の専門職の方ということに限定をされております。

なお、支払基金職員による審査というのは、これは実は非常に量が多い状況です。後ほど御説明をいたしますけれども、コンピューターによるチェックを行うとフラグがたくさん立ちます。それを職員がチェックをした上で審査会に回すという仕組みですが、支払基金職員による審査に非常に手間がかかるという現状です。

3ページ目ですが、支払基金の事業規模をまとめたものです。大体847億円程度の予算規模です。真ん中に収入内訳がありますが、健保組合が250億円、大体3分の1ぐらいです。協会けんぽが約4割、共済組合が1割、公費負担というのは市町村が子供の医療費を無料にするという、地域単独事業と言っていますが、その委託事業が中心です。これが16%ぐらいということです。

一方、支出のほうですが、給与が大体44%になります。審査委員会費が14%、業務経費が35%といった構成です。

4ページ、既に厚労省からこのワーキング・グループに御報告をさせていただいておりますが、事前点検制度の検討を健保連に検討グループを設置して、支払基金にも御参画いただき検討してまいりました。その中間取りまとめの要点をまとめたものです。

は5つありますが、上の4つは既に御報告済みです。5つ目も御報告していますが、読みますと、審査支払体制の効率化のためには、支払基金の体制の改革（支払基金法の改正等）、点検水準維持のための施策等についてさらなる検討が必要と考えられるというのが私どもの検討会の結論です。この方向に沿って本日は御提案をいたします。

5ページからは、支払基金がどういうことを行ってきたかということをもとめております。項目だけ申し上げますと、施設、主として職員宿舍の売却。右のほうですが、給与水準の引き下げ、職員数の削減、支出削減の取り組みといったことです。その結果、下のほうですが、レセプトの審査支払手数料は平均単価で見いただきますと、平成22年度90.24円から27年度77.60円ということで、14%ぐらい下げているということです。

その次のページです。なぜ手数料が下がったかというのを6ページ目のグラフで見いただきますと、左の表ですが、青い折れ線グラフはレセプトの件数です。9億7,000万枚というのが平成26年度です。平均手数料はこれに従ってずっと下がっております。点線の折れ線グラフです。一方、棒グラフですが、これが支払基金の事業規模、予算規模でして、

ほぼ横ばいという状況です。右のほうはそれを指数でプロットしたものです。レセプト件数が11%ぐらい上がっておりまして、その分、見合いで手数料単価は下がっているということです。一方、真ん中の赤のラインにつきましては、ほぼ100%近辺ということです。

6ページの下にポイントをまとめさせていただいておりますが、合理化による支出削減は大きくは進んでいないということ。それから、レセプト件数が大きく伸びているということ。3番目、アンダーラインの部分ですが、近年の手数料単価引き下げ要因のほとんどは、レセプト件数の増によるものと客観的には言えると考えております。

7ページ、レセプトの電子化が進んだ関係から、支払基金でもいろいろな審査の充実強化、コンピューターによる充実というものを進めております。突合・縦覧、突合というのは下に注がありますが、同一月の同一患者における医科と薬を結びつけて点検する。あるいは縦覧というのは1カ月ではなくて過去数カ月さかのぼってチェックをするといった内容です。そんな工夫をしているということです。

下に書いておりますとおり平成24年3月から突合・縦覧は始まりましてし、コンピューターチェックもかなり拡大をしております。寄与割合も増加しているという状況です。ただ、審査の支部間格差は相変わらず残っているという状況です。

8ページ、これは健保組合だけの数字ですが、支払基金の減額査定状況です。まず1回目の審査、原審査という言い方をしますが、件数はそちらのとおり、健保組合だけで3億2,000万件。減額査定される分が全体の0.73%です。金額は右に表示がありますが、4兆2,500億に対して91億7,000万円ですので、全体の0.22%という状況です。

資料には書いておりませんが、コンピューターチェックの寄与割合は大体56%ぐらいということです。したがって、残りの44%は審査委員会による減額となります。

2列目は、保険者からいわゆる再審査ということで点検した後、支払基金のほうにもう一回審査をお願いしたいと差し戻したものです。件数が240万件ありまして、そのうち減額査定が行われたものが59万件、約25%です。

ポイントは、上の欄の原審査で減額される健保組合分のレセプトが235万件です。一方、下の欄ですが、健保組合からこれは疑義があるということで再審査を申請するものが240万件とほぼ同数です。そのうち減額査定が行われた金額は18億円ということです。

以上をまとめますと9ページ目ですが、課題ということで数点まとめさせていただいております。

課題1は費用対効果という面です。健保組合の審査事務局手数料167億円、先ほど220億円と申しましたが、支払業務も入っておりますので審査に係る手数料は167億円です。それに対して減額査定額は110億円ということで、費用対効果はこのようになっています。もちろん牽制効果というものが大きいわけですが、牽制効果は残念ながら算出は不可能という状況です。

課題2の部分です。コスト削減・合理化の効果ですが、申し上げたとおり、支払基金の支出額は800億とか850億程度でほぼ一定という状況です。なお、下に支払基金法の26条を

掲載しておりますが、アンダーラインを引いた部分です。事務の執行に要する費用をその提出する診療報酬請求書、レセプトの数を基準として負担させることになっております。要は必要な額は全部保険者が負担しなければいけないという構図になっているということです。

10ページ目、課題3は審査関連です。再審査が年間240万件、審査の支部間格差の解消が進んでいないということです。先ほど申し上げたとおり全体で110億円の減額査定が行われましたけれども、そのうち帯グラフにありますとおり、そのうち健保組合の依頼による再審査で減額されたものが17%という状況です。

課題4ですが、現行法のもとではコスト削減効果には限界があると私どもとしては意見を申し上げたいと思います。下に支払基金法の抜粋、第3条ですが、基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置くということ。それから、第16条のアンダーラインの部分ですが、従たる事務所ごとに審査委員会を設ける。したがって、各都道府県ごとに審査が完結するという形になっているということです。

ということを踏まえまして、本日要望したい点を2点まとめさせていただきました。

1つは、支払基金法を改正して支部の集約を含めた組織体制の抜本的見直しを通じて、コストの削減とより効果的・効率的なサービス提供を実現すべきではないかという提言です。

具体的には2つ目のアンダーラインを引いた部分ですが、地域ブロックごとの主要都市に支部機能を集約し、審査業務を一括実施する等の見直しを検討することによって、コストの大幅削減を含めた抜本的な合理化、効率化を目指すべきではないかという主張です。

12ページ、それによってどれぐらい、どういう効果があるかというのが上半分にまとめさせていただいております。まず施設の維持経費。支払基金の場合はほとんどが自前の建物で、駐車場つきというものを所有しております。この維持経費だけで52億円、営繕費は18億円。コンピューターも支部ごとに必要ですので、このシステム関連の経費が156億円年間かかります。職員、審査委員がこういう数ですので、この辺も削減可能ではないか。審査委員会費の削減も可能です。我々にとっては集約されれば支部間の格差というのも解消されるのではないかと考えております。

ただ、課題がございまして、1つは都道府県医師会との調整が相当困難と想定されます。それから、医療機関を指導いただいているのですけれども、その指導体制が弱体化する懸念というのはあるかなと考えております。

なお、ここに書いておりませんが、レセプトのフォーマットというものも変えていかないと、コンピューターのチェックの効果がこれ以上上がらないという問題もあるかと思えますし、支払基金の審査体制も効率化できないと考えております。

最後のページですが、2つ目の提言です。支払基金の業務内容の拡大ということです。支払基金は支払基金法15条で診療報酬に係る事務手続ということで業務内容が制限されて

おります。電子化の進展やデータ活用の重要性が増す中で、支払基金の業務範囲を拡大し、時代のニーズに合致したものに変わっていくべきではないかというのが2つ目の提言です。

最初の にありますとおり、本年5月の支払基金法改正で正常分娩の出産育児一時金あるいは番号制度に係る中間サーバーの設置、いわゆる診療報酬に係る事務以外のものについても一部認められております。

2つ目の は、さらに拡大すべきではないかと考える業務の例です。レセプトデータ分析結果の提供サービス。これは御案内のナショナルデータベースがありますが、使用制限が厳しく、個人情報との関係もありますので、使い勝手という意味では保険者側からはほとんど使えないという状況です。支払基金側でこういうデータ提供サービスを行ったかどうかという提案であります。

医療機関と保険者間の資格認証サービス。これは厚労省の検討会で今、番号制度の絡みで検討が進められております。実は医療機関側でも無資格者の医療サービスを行ったことにより医療費を取り損ねるものが結構な額、金額は承知しておりませんが、発生しているということから、資格認証サービスの必要性ということで、検討会が持たれております。

3つ目は療養費です。柔道整復療養費といったものの審査支払です。先ごろも住吉会系の暴力団の事件が発生いたしました。私どもに言わせると、あれは暴力団だからあれだけマスコミが取り上げたということでございまして、日常茶飯事と言うと語弊がありますが、かなりの頻度で療養費の不正申請というものがあります。

審査はどうなっているかといいますと、はっきり申し上げて公的な機関での審査は一切ございません。保険者のほうが受け取って審査をして支払うかどうか決めるというのが現状です。

療養費につきましては審査体制の問題、指導管理体制の問題あるいは支払い方の問題があります。療養費というのは受領委任といって、簡単に言うと診療報酬と同じで御本人は3割だけ負担をし、7割は柔道整復師から保険者に請求書が回ってくる。こういう形です。何が起こるかといいますと、支払う支払わないの話は保険者が柔道整復師と直接交渉しなければならないことになっています。かなり厳しいやりとりになりまして、保険者側の女性職員が泣き出すぐらいのかなり厳しい状況です。療養費自体は医療費40兆円のうち約1%、4,000億円強だと思いますが、一件一件の額も小さいということから、若干管理体制が弱いと感じておりますので、こういったことも支払基金として前向きに取り組んだらどうかというのが私どもの提案です。

少し長くなりましたが、私からの御提案は以上です。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、次に厚生労働省より資料1-2について御説明をお願いいたします。

厚生労働省（宮本課長） 厚生労働省保険局保険課長の宮本でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

資料1-2でございます。まず1ページをおめくりください。私のほうではきょう初め

てこの御要望を見させていただきましたので、御要望に全部お答えするという準備はないのですけれども、審査体制が都道府県単位になっている。そういうことにつきまして説明をさせていただきたいと思っています。

まず1ページ目でございますが、レセプトの審査の目的と役割ということで、この委員会でも従前、支払基金については何度も御議論をいただいておりますので、委員の皆様方には釈迦に説法かと思えますけれども、要するに審査は保険請求される診療行為が医療保険制度に定める保険診療のルールに適合しているかどうかをチェックするものでございます。医療機関に対して保険者に対して正しい請求がされるように、正しい請求がされれば速やかに支払いができるという意味と、まさに個別性、専門性といったものが非常に高い医療というものを社会保険診療という枠の中に押し込めると言ったら言葉がよくないかもしれませんが、その多様な医療を社会保険医療というルールの中に入れて、公的な医療保険制度を成立させるために必要な作業ということでございます。

では、そのような審査ということにどういう手段で正しい請求をしていただくかということでございますが、1つは不適切、適切ではない社会保険診療のルールに合っていないというものについて減額支給や不支給を行うということで、査定をするということです。それは先ほど健保連の白川さんから、いろいろこういう査定がされているということを説明いただきました。

2つ目は、個々の医療機関に対しましてあらかじめそういった不適切な請求がなされないように、保険診療の範囲というものはこういうことでありますよということを直接指導したり、説得したり、そういう作業をするということ。事前予防のような作業でございます。したがって、査定をするというだけではなくて、適正なレセプトが初めから出てくるように、不断に医療機関に働きかけるということも審査の1つの目的となっております。

また、査定した場合であっても、査定して終わりということではなくて、その査定内容がなぜ査定されたのかということを経営者に説明して回るということも支払基金の仕事でございます。そういったことで医師に働きかける必要があるということでございます。

2ページ、医療自体は非常に専門性が高いし、個別性のすごく高い行為でありますので、当然その保険診療のルールは療養担当規則であるとかそういったものを書いてあるわけですが、かなりの裁量性を認めております。具体的にはそこにありますように、必要に応じて何々をすると書いてあるわけでございます。だからその必要に応じてという場合について、それが本当に必要に応じているかどうかということを経営者に審査という手続では見ていくことになるわけでございます。

3ページ、審査に当たりますと、個別性・裁量性、個々の患者にとって専門家である医師がベストであると思う医療を行うという要請と、社会保険診療のルールの中にそれを入れていただくという、その調整をしなければいけない。具体的には医師はこれがベストだと思っていたとしても、それが社会保険診療の範囲から抜け出れば、出っ張っていけば

そこまでは認められませんよということで納得していただかなければいけないということでございます。

いわゆる不正請求などというのは論外といたしましても、患者にとってベストの医療をやっていると、それが医師の使命でありますし、また、それを行いたいと考えている医師に査定の結果を納得していただくというのは、かなり大変な作業であるということでございます。

4 ページ、そのために支払基金ではどういうやり方をやっているかといいますと、より専門的・医学的な知識や経験を有していて、その地域の医療機関への指導や説明力を発揮できる医師の方を審査委員に雇ってというか委託して、お願いをして、その調整の担い手になっていただいているということです。いわゆる同じ専門家が審査をするという、ピアレビューという形になります。保険診療には裁量がありますが、その裁量が適切なものであるかどうかは、基本的にはなかなか医師、専門家でないとわかりませんので、また、審査を受ける場合もそこを切るということになったら、それを納得してもらわなければいけないわけですが、それは同じ専門家が見てそこはおかしいと言うから納得をするという形になっているわけでございます。

特にそれは不適合だとされた結果について、個々の医師に納得していただくことはすごく大変で、直接審査を行った医師が支払基金の職員と面接をして、それで指導というか説得というか納得というか、そういうことをやっていただきますし、そのときだけではなくて、今後もそのルールに従っていただくということをしているわけでございます。したがって、その地域の中のことをよく知っている医師に要するに審査委員というものをやっていただくという仕組みになってございます。

既に御案内のように医療提供体制というのは医療法は都道府県知事の権限になっておりますし、各種の専門機関、医師会、歯科医師会、看護師会、薬剤師会というのは都道府県単位になっております。また、医学教育も1県1医大ということで都道府県単位ということになっております。そういう実態を踏まえて地元のことをわかっている医師が審査をするという形でやってきたということで、支払基金が都道府県単位で支部を置いて、そこで審査をするというようになっている。それが大きな理由であると考えてございます。

医療機関に対してだけではなく、地元の保険者でありますとか、先ほど白川さんの御説明にもありましたように、地方自治体に対するサービスというのもやっておりますので、そういった面でも都道府県単位であるということは、そういったものの対応もやりやすくなるということでございます。

6 ページ目は支部間差異と言われているものについてでございます。これは要するに審査をやっているときに、支部で結果が違うではないかということでございます。それについては支払基金も要するに検討の場を設けて支部間差異検討委員会というものを設けて、支部間の差異というものについて統一を図るということをやっているようですけども、これはなかなかそんなにきちんと進んでいないというのが現状であろうかと思えます。こ

れはかなり実は難しいことでして、医学的な見解が分かれるというものがあって、その分かれる見解をなかなか1つに統一するということがまずなかなか難しいということ。

もう一つは、分かれた見解を統一したとして、その統一したものを地域の医療機関に説得していかなければいけない。査定という形ですか、事前の説明という形でやるかはあれですが、説明をしていかなければいけない。説明して納得してもらわなければいけない。それが両方できて、差異というのはなくなるということなので、これは大変な作業だとは思いますが、これについてはきちんと今後もやっていかなければならないと考えてございます。

このような体制をとっておりますことによって、支払基金は基金創設から65年たっておりますけれども、審査関係の訴訟は31件ということで非常に訴訟がないというか、調整としてはうまくいっているということです。反面から見ればそれは緩いということになってしまうのかもしれませんが、調整としては非常にうまくいっておって、韓国なんかですとコンピューターで査定をやっていきますので、かなり効率化はできるのですけれども、訴訟は1年間で60件余り起こるということで、そういう難しさもあるわけでございます。

基金がまさに地域単位になっているというのは今、申しましたように医療というものの性格、それを社会保険診療の中に入れていくということ。そのときには要するにその地域のことをわかっている医師が審査をしているので、みんな医療機関は納得をしていて、余りそこは問題に、そこで軋轢が起こるということがなく、速やかな支払いができてということ。そのようなことからこれまで支部単位でやってきたということだと考えております。

また、最近の医療の動きを見ましても、医療提供体制については都道府県ごとに地域医療ビジョンというものをつくっておりますし、医療費適正化計画も都道府県単位でつくっております。また、御案内のように市町村国保につきましても、前回の法改正で財政責任を都道府県に移すということで都道府県単位化が図られているところで、平成30年に向けて今、医療を都道府県にまとめていこうという動きをしている最中でございますので、そういった動き等もあわせて考えていく必要があるのかなと思っております。

私のほうからは以上でございます。

翁座長 ありがとうございます。

それでは、質疑応答に移らせていただきます。御質問、御意見などありましたらお願いいたします。

林座長代理 健保連様と厚労省様に1つずつ質問させていただきたいと思っております。

まず厚労省の宮本保険課長にお伺いします。先ほど健保連の白川副会長様から、非常に説得力ある形で基金法の抜本的見直しの必要性と、具体的な御提言を2ついただきました。それぞれ具体的な数字の裏づけとともに御説明をいただいたわけですし、私としては、このような御提言をいただいたことに大変感謝しますし、また、賛同するところであります。

まず、御提言の1の、従たる事務所についての今の枠組みを見直すべきではないか、都

道府県ごとの従たる事務所の設置を定めた基金法の3条と16条に関する部分について、宮本課長様からはその必要性があるという趣旨の御説明をいただいたと思うのですが、私にはちっともそれが都道府県ごとに支部が必要な理由になるとは理解できませんでした。

実際に、高額医療費についての特別審査委員会は東京1カ所に設置されておりまして、集約しても審査の質は確保できるからこそそのように設けられているのだと思います。また、47支部中の24支部において常勤審査委員が不在であるということや、医療の専門分化が進み専門分野の審査委員の確保が困難であるといった状況の中で、今や、紙レセプトの時代ならともかく、IT化が進んでいますから、各都道府県の支部という場所に縛られなくても、オンライン上で審査を行う仕組みや体制の整備ができるはずでございます。

特に平成32年度のコンピューターシステムの更新を前に今、準備が始められていると思いますので、今この時期でこそ、抜本的な見直しの取り組みをする時期だと思います。こういった観点を踏まえて今一度、この従たる事務所を都道府県ごとに置くという規定に合理的な必要があるのかどうかということ、厚生省にお伺いしたいと思います。

もう一点、健保連様への御質問なのですが、繰り返しますが、まずはこのような具体的な御提言をいただいたということを感謝申し上げます。

本日の資料の中に、結局のところ基金は人員の削減など行っていると言うけれども、年800億、毎年800億のコストが一向に削減されていないという御指摘を数字とともにいただいております。この問題は、私が思うに基金法26条で「事務の執行に要する費用をその提出する診療報酬請求書の数を基準として負担させるものとする。」と定められ、かかった費用は全部払ってもらえる。ほかの同じサービスを提供する業者がいて、そこの価格競争をすることがなく、業務を独占する中で、かかった費用は全部払ってもらえるという大前提があるからこそ、毎年、支出と収入が全く同じ金額という不思議な構造が維持されている。ここが問題ではないかと思うのです。この点について、難しい御質問だとは思いますが、白川様からコメントをいただければと思います。

翁座長 それでは、厚生労働省様からお答えをお願いいたします。

厚生労働省（宮本課長） 健保連からいただいた御要望については、健保連と協会けんぽが支払基金の最大のスポンサーでございますので、よくよく真摯に受けとめて検討してまいりたいと考えております。

私が申し上げましたのは、支部がいるということとか、審査というものが何をやっているのかということ、要するに医療というのは患者のために医師がよかれと思うことを専門的知識に基づいてやるのですが、日本の場合はそれを社会保険診療という枠の中に入れなくてはいけないので、その枠の中に入れ込むという形が審査ということでございます。その審査をやるということは、個々の医師は自分のやった診療でベストだと思っているのですが、社会保険診療ではそこは認められないということ、わかっただけが必要があって、それをわかっただけのために地域の審査委員が要するにそういったことを審査するというので、かなりスムーズに調整を行うことができているとい

うことでございます。

だからといって、このことが支部を都道府県ごとに置かなければいけない理由のすべてとなっているのかどうかはわかりませんが、要するにわかっている医師が地域のことであるとか、医療のことであるとか、それなりにわかっている、知識のある、あるいは経験豊富な、あるいはそういう医者の中で信頼のある方が審査をすることによって、審査によって軋轢が起こるコストが少なくなっているということでございます。

そういったことを非常に留意していかないと、なかなか思い切って切りましたと言いましても、なかなかその後の納得がいかないと、またそれがコストになってしまうのでうまくいかないという側面があるので、そういった側面に十分配慮しながら改革といいますが、合理化といったものを進めていかなければいけないというつもりで申し上げたつもりでございます。

翁座長 白川副会長、お願いします。

健康保険組合連合会（白川副会長） 大変難しい御質問をいただきまして、私も民間企業におりましたので、価格はマーケットが決めるというのか、消費者が決めるというのが市場原理では正しいと思っておりますが、残念ながら支払基金はそういう構成にはなっておりません。毎年事務単価を幾らにするかという交渉を行うのですけれども、支払基金のサービスに対応した単価、委託費は幾らかという議論ではなく、いかに支払基金の経費を落とせるかという議論に終始せざるを得ないということで、言葉はきついです、本当に憤懣やるかたない状況です。

どういう対策があるかという御質問ですが、現在は全てのレセプトは審査をした上で払うのは非常に重要なことだと思っておりますので、これは遵守すべきと考えております。したがって、それにかかる費用は保険者が負担するという大きな流れは逆らえないと思っております。

ただ、業務内容を拡大して、診療報酬にかかる部分の比率を低くしていくということで、そこに係る委託料を下げっていくというような大きな流れをつくらないと、固定したままで今までどおりいかに経費を削るかという議論だけに終始するということが続くのではないかと懸念をしております。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 厚労省さんに御質問なのですけれども、確かに私も査定される側なので結構納得感がいく査定というのは非常に重要だというのはそのとおりだと思うのですが、一方で最終的な査定を医者がやって、その場所でやるという話と、突き合わせの一番初期のところ、どこかコンピューターで1カ所でまとめてやって自動的にやるという話とは違うと思うのです。ある意味、自動的にやる部分というのは、別にその県にあらうが府にあらうが見えない話であって、最終的なところさえ現地にあれば、今、言われている話というのはちゃんとできるのではないかと。そういう意味では統合していい部分、あるいはこれはまだ慎重にしたほうがいいのかというものを分けて議論しなければいけないので

はないか。実際に今、先ほど口が滑ったのかわかりませんが、宮本さんからなぜ県ごとに支部がなければいけないのかよくわからないという話がありましたが、やはり多くの方の意見は別に支部でなくてもいいのではないかと。要するにそういう機能は残ってればいいという話だと思っております。

そういう意味では最終的な部分での顔の見える、説明ができるという部分と、自動的に統合していったら全国1つでもいいのではないかと。ブロック別でもいいのではないかと。ものを分けた議論は必要なのだろうと1つは思います。

もう一点は、白川さんからお話があった整復師のところですが、なぜこれが支払基金にいいのか私は不思議なのですが、どういう理由でそこだけ違うのか。これはある意味一物二価が日本の中にあるような話で非常におかしいと思っております。ここをなぜ統合してはいけないのかというのは私は全然理解できなかったのですが、前半のところの意見の部分と、後半の質問に関してお答え願えればと思っております。

厚生労働省（宮本課長） どうもありがとうございます。

支部が何で都道府県になければいけないのかと疑問に思うとは言っていないので、そんなことを言うと担当課長として大変なので、そういうことは言っていないということでもよろしく願います。

ただし、私が言ったことは今、先生がおっしゃったことと同じように、医療という非常に専門性の高いものを社会保険診療という枠に押し込めてという言葉はよくないかもしれませんが、入れているので日本の要するに公的な医療保険制度というものは成り立っている。そこに本当は軋轢が生じるのに軋轢がないように調整をしているという、ある意味そこはうまく仕組みなのでございまして、そのところをきちんと理解した上で、先生がおっしゃるようなどういう効率化が図っていけるのかということを考えていくことが非常に前向きになるのかなと思っております。

ただ、実務のことは私はほとんど担当課長でございますけれども、わかりませんので、また支払基金から直接お話を聞くような機会を設けていただければいいと思っておりますけれども、物事が進んでいけばいろいろな改革というのはあれです。コンピューターとかいろいろな新しいものができているので、いろいろなそういう合理的に仕事をやっていくという見直しは非常に必要だと思っておりますけれども、今、基金が持っているいいところといいますか、そういうところも御理解をいただきながら、今後御議論をさせていただければと思っておりますので、どうぞよろしく願います。

もう一点、地域ごとにあるというのは査定だけではなくて、事前に説明して変なものを出さないでもらうということも非常に大事なことなので、そのためにきめ細かくやっているということ。まさに健保連の御提言にいただいた2つのところというのは、かなりこの問題の本質的なことだと思っておりますので、その辺を踏まえて御議論を賜ればありがたいと思っております。

翁座長 お願いいたします。

健康保険組合連合会（白川副会長） 今回の森下先生のお話は非常に重要だと思っております。子どもは極端な例としてブロック化を申し上げておりますが、段階はおっしゃるとおり幾つかあると思うのです。子どもの資料の2ページ目に審査業務の流れということで書かせていただいておりますが、下のポンチ絵の支払基金職員による審査、ここまではブロックとか本部で一括して行う。審査委員会は各都道府県で少し縮小した形でやっていただくとか、いろいろな段階は私も考えられると思っております。

翁座長 療養費については経緯としてどうして今、支払基金がやっていないのかという御質問があったのですけれども、お答えいただけますか。鍼灸などについて歴史的な経緯はどうして健保連なのか。

森下委員 なぜ支払基金でないのか。これは厚労省ですかね。

健康保険組合連合会（白川副会長） 私がお答えします。先ほど申し上げたとおり、支払基金は診療報酬に係る事務を行うということで決まっております、療養費は診療報酬ではございませんので、基本的には行えない。行うかどうかは支払基金法を改正すれば行える。あとは支払基金がやる気があるかどうかということだと思いますけれども、そういう位置づけです。

森下委員 わかりました。そうするとやはり1つにするのが当然効率的ですね。そこだけ別だという法律体系も非常に不思議な話で、時間的な問題なのでしょうけれども、ここは言われるように支払基金の業務拡大として、ちゃんと法改正をすべきではないかと思えます。

それから、前半のところのやつは政府全体で今、ICTの活用というのが前面に戦略がありますので、ぜひそのところはICTの活用という観点からも積極的にやっていただくのがいいのではないかと思いますので、考えられるという話ですので、ぜひよろしく願いいたします。

林座長代理 関連で厚労省様に確認したいのですが、きょうの健保連様の御提言の2のところ、15条の業務内容の拡大のところがございます。平成27年5月に成立した改正基金法の15条の5号から7号で新しい業務が加わっているのですが、これと関連して例えばレセプトデータ分析結果の提供サービスなどは基金ができるということになっているのかどうかということ、1点確認したいと思います。

平成27年5月改正の基金法の26条では、この1項5号から7号に係る業務に関する費用については、何も対応がされていないのですけれども、その費用についてはどのようにお考えなのでしょうか。

厚生労働省（宮本課長） まず初めの点でございますけれども、27年5月に基金法の改正でできるようになったことと、直接レセプトデータの分析みたいなことは関連しないと思います。ただ、支払基金はまさにレセプトデータをいろいろ持っているところがございますので、レセプトデータの分析ということだけではなく、そういったいろいろな知見を生かして例えば地方の医療提供体制に対するアドバイスとか、そのようなことができる能

力はあるのではないかと考えております。

それから、2点目はただいまわからないので、後日、資料等でお答えをさせていただければと思います。

林座長代理 補足しますと、5月改正の15条1項6号では、保険者が委託されたさまざまな健康保険法などに関する業務についての情報の収集または整理に関する事務、7号が情報の利用または提供に関する事務とありまして、8号が前各号の業務に附帯する業務と書かれていますので、この辺でレセプトデータ分析結果の提供サービスを読み込めるのかどうかというのを伺いたかったのですけれども。

翁座長 御確認いただいて。

厚生労働省（宮本課長） 整理して、御対応させていただきたいと思います。

翁座長 よろしく申し上げます。

大臣、申し上げます。

河野大臣 余り私がここで発言してもいけないのかもしれませんが、支払基金が本当に説得なんかやっているかということ、多分説得なんかしていないですね。数年前に神奈川の歯医者さんがほかの都道府県、全部合わせたものより査定の数が多いということがあって、大きな問題になりましたけれども、それは誰も納得をしていない。1人の人間が来て、その人間が行った先で問題を起こしてたらい回しにされていて、その人がたまたま神奈川で査定に当たったから査定の数がふえましたという非常に乱暴なことが起きているわけです。

訴訟が少ないというのは、文句を言えば次の査定でまたいじめられるから、それは明確に皆さん言っています。おとなしくしていないと次にいじめられて呼び出しを食う。だからそれはもう黙っているしかないんです。現に神奈川の査定の件数が多いときに、それを国会で取り上げたからまたさらにいじめがひどくなったと言って皆さん泣いていたという現実がありますから、支払基金がいろいろなところを説得しているかと言えば、恐らく説得なんかは何もしていないのだと思います。

地域と言ったって、北海道も1つ、香川県や佐賀県も1つというのは全くおかしな話ですし、高知県とか鳥取、島根のような人口の少ないところも東京も1つというのは余り合理性はないわけで、別に都道府県に1つあるから説得をしているとか地域性があるからという理屈は、恐らく相当前からないのだと思うのです。

そうすると、ほとんど合理的な理由がないのにどうしてそんなに都道府県に従たる事務所を置くのにこだわるかということ、恐らく天下りやら何やらの利権があって、それをみんなで守っているという構造があるのだろう。これだけ医療費を削減しなければいけないというときに、全くコストの削減ができない組織が市場原理も何もなしで1つぽんとありますというのはおかしな話で、それは査定をするというサービスをどれだけ合理的、効果的にやれるかというのは市場で競争してもらって、よりよいサービスをいかに安く提供するかという時代であるにもかかわらず、全くそういう競争原理も取り入れられずに800億円だ

か何だかのお金が毎年消えていますというのは、それはこの御時勢、行政改革の視点から見ても到底これは受け入れられないのだろうと思うのです。

レセプトを紙でやっているときには、それは北海道のレセプトを沖縄や東京へ持っていったというわけにはいかなかったかもしれませんが、少なくともこれだけの投資をしてレセプトを電子化して、その果実をとることをしないというのだったら、一体全体電子レセプトにしたのは何だったのか。電子レセプトにした以上、それなりにAIなり何なりの技術を使って相当裁きをしっかりやって人間が見なければいけないものを減らしますという業務の流れを効率化するためにレセプトの電子化というのをやったわけで、ただ単に紙のものを電子に置きかえましたというだけで、それを何も使わなかったら、それは投資でも何でもないわけです。だからちょっと厚労省の全く現実離れをした説明というのは聞いていて非常に違和感があって、それは一度課長、お医者さんのところを回って本当に医者が説得されているのかどうか。神奈川の歯医者さんに聞いてもらえば全くそんなことはないというのがわかりますよ。幾らでも紹介します。やはり現場を見てもらって、一体全体現実に何が起きているのかというところから議論してもらって、一体全体どこにどういう利権があって都道府県ごとに委員会がなければいけないのかというのを見た上で議論してもらわないと、なかなかそう簡単にはいかないと思うのです。

やはりこれはいいサービスをどう提供するかというのは、普通の市場原理で競争すればいいだけの話だと私は正直思っています。それができないのだったら、なぜできないか。恐らくできない理由は何一つないと思います。だから課長、少し現場を見てもらって、本当にどういう利権を崩さなければいけないのかというのを調べて報告をしてもらうぐらいのことをやってもらわないと、厚労省はこれを行政で見ているということにはならないのではないですか。

翁座長 ありがとうございます。

何かコメントがございましたらお願いいたします。

厚生労働省（宮本課長） 大臣から御指摘をいただきましたので、これからよく現場を見て勉強させていただきたいと思っております。

できればこの場に現にやっている支払基金と、また、査定を受けている診療側の方をもし可能であればまた御意見を聞いていただければありがたいなと思っております。私もよく勉強させていただきたいと思っております。

翁座長 よろしくお願いいたします。

滝口先生、お願いします。

滝口専門委員 今、いろいろと御議論を拝聴しておりまして、1つは支払基金の本質的な機能というものをもう一度きちんと見直す必要があるのではないかと感じております。実際には審査支払基金ですから支払いに関する機能、審査に関する機能というようにたてつけはなっておりますし、そもそも支払基金は保険者と契約をして保険者から業務委託を受けて審査を行っているという形ではありますけれども、実際は先ほど宮本課長もおっし

やったように、請求側と支払い側の間に立ってその債権債務を調停する、という働きが最も本質的で重要な機能である、と私は考えております。

つまり、第三者が間に入る形で、これは認める、これは認めないを支払い側、請求側、学識者の三者構成になっている体制の中で決める。それによって請求側もある程度納得をする、支払い側も納得をするという仕組みが、これは隠れたというか、むしろ本質的な支払基金の機能である、ということになりますと、その部分だけについては恐らく「選択と競争」というものになじまないかもしれない。刑事裁判がサービスとされて、これを複数の裁判所がうちはより安くやりますから、とって競争するわけにはいかないというのと同じように、ADRとしての機能はどうしてもある程度公的なものとして残す必要があるのではないかと。

一方で、例えばそのために必要な事前の事務、かつて事務共助と呼ばれたような機能であるとか、支払いの機能であるとか、今回、白川副会長から御提案がありましたようなさまざまなそれ以外のサービス、こういったものは当然支払基金もやれるようにする。しかし、ほかの事業者もできて、その中で競争してより効率的で質の高いものが提供される、というところは十分に可能なのだろうと考えておりますので、この調停機能だけはきちんと支払基金に残して、恐らくこれで支払基金でかかる費用は10分の1ぐらいになってしまうのではないかと考えますから、それ以外は支払基金も存分に競争に参加をしていただいて、競えるような体制をつくるということが重要なのではないかと考えております。

翁座長 ありがとうございます。

松山先生、お願いいたします。

松山専門委員 厚労省の方から地域の信頼関係のある中での審査が有効でコストがかからないというお話だったのですけれども、私は10年ぐらい前に知り合いの医師が審査をしている現場を見学させていただいたことがあります。そのときにその先生にどういう判断基準で審査しているのですかと聞きましたら、2つことを言われました。1つ目はお互いさまであるということです。要は自分が審査をしている相手の医療機関が、逆に自分の経営している医療機関のレセプトを審査することもあるわけです。だからある程度お互いさまである。

では先生が審査でレセプトをはねる判断基準はと聞きましたら、後で問題になったときに自分の医師としての能力を問われるようなレセプトは承認しないということでした。これが2つ目の判断基準です。それを聞いて、確かに調停機能を果たすためには人間としての信頼関係は必要だとは思いますが、実態はなれ合いになっている、逆にコストがかかっている可能性もあるのではないかとというのが私の印象でした。このことが一般論として言えるかどうかというのは別の問題ですが、地域の信頼関係に基づくレセプト審査の方がコストがかからないという厚労省さんの説明には疑義があります。

翁座長 ありがとうございます。

そろそろ時間となってきましたので、本日はこれぐらいにしたいと思いますが、きょう

はいろいろ白川副会長の非常に前向きな御提言をいただきまして、本質的な議論、論点が随分出てきたと思います。今後も本ワーキングでこの問題について深く議論させていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思います。

岡議長 よろしいですか。

岡議長 結構です。

翁座長 健康保険組合連合会様、厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

(説明者入れかえ)

翁座長 それでは、議題2「在宅での看取りにおける規制の見直し」に移らせていただきます。

本件は10月23日に当ワーキング・グループで、日本看護協会から規制改革要望のヒアリングを行いました。これを踏まえ、本日は関係当事者である日本医師会より今村副会長にお越しいただいております。また、所管省庁として厚生労働省にお越しいただいております。

まず日本医師会から10分程度の御説明をいただきます。その後、厚生労働省から10分程度の御説明をいただき、質疑応答とさせていただきます。

それでは、日本医師会の今村副会長から資料2 - 1について御説明をお願いいたします。

日本医師会(今村副会長) 皆さん、こんにちは。まずきょうはお招きをいただきまして、ありがとうございました。日本医師会で副会長を務めております今村と申します。

今回の規制改革の趣旨というのは、患者さんが亡くなった後に医師が直接の診察をしないで死亡診断書等を発行できるという要件のお話だと理解をしております。私も今、日本医師会の役員なんかしているので在宅医療はやらなくなってしまったのですけれども、普通に診療しているときは40人ぐらい在宅医療を行って、随分たくさん看取りの方もさせていただきました。そういった個人的な感想も含めてお話をさせていただきたいと思います。

ページをめくっていただいで右下にございますが、私ども亡くなったときに今までかかりつけ医としてかかわっていた患者さんが亡くなった、最期を看取るということ。人間、亡くなるのは一生に1回しかございませんから、そういう最後の診察というのは最後の医療だという思いで今までおりますし、日本医師会もそのように申し上げております。

そういった中で死亡診断書の交付に関する法令というのは医師法20条がここにあるようにありまして、これは先生方、何回も聞かれていますので十分御存じだと思いますが、24時間以内の診療中の患者が亡くなった場合には診断書を発行するということ。診察しなくてもいい。しかしながら、現実には今、在宅医療をやられている先生、自分が責任を持ってやられている方というのは、こういうただし書があっても実際にはその死に立ち会われているということがほとんどだと思います。御家族、御遺族も最期に先生が診てくださることによって納得をされる。私どもも実際に自分のケースもありましたけれども、外に出張に行っていて、訪問看護師さんからお電話をいただいで、今、呼吸停止、心停止をされましたということで、今の時間だけ確認をとにかくしておいでくださいということで、3時

間ほどで戻って御遺族の前で手を合わせるといふことで御遺族も本当に長い間、診ていただいていたと納得をされて、そういうものが一般的な現状だと思えます。

ただし、これから在宅の患者さんがふえてくる中で、本当に対応が十分できるのかということでのこういうお話になっているという理解をしております。

2 ページを見ていただきますと、現状は24時間。これは法医学会は実はこのただし書そのものもよくないと言っておりまして、犯罪の見逃し等が起こらないようにということで、24時間以内であっても死後診察はきちんと行うべきだという御主張をされているわけです。

今般の議論は、24時間以内に診ていなかった方。これは2日前なのか、1週間前なのかという、ここの線引きははっきりしていないわけですが、改めて診察を医師がしなくて死亡診断書を交付できるということがあり得るのか。そういう議論だと思っております。

3 ページ、我々診断書を発行する場合と検案書を発行する場合があります。これについても既にお話があったかと思えますけれども、死亡診断書は診療継続中の患者が診療にかかわる傷病が原因で亡くなった場合に発行する。検案書は診療していなかった患者さんが亡くなった場合と、診療されていても診療にかかわる傷病でないのではないか。そうでない原因で亡くなった場合には検案書を発行するということになっていて、きょうはここにドクターの先生もいらっしゃるのですが、実際に診断書、検案書を書かれたことがあると思えますが、ほとんどの方はそういう経験がないと思うので4 ページにこれが診断書、検案書ですよという事例を挙げさせていただいて、実はこの中身も相当古くなっていて、現状に合っていないし、実はこういう中身も電子化して医師が直接行政に送れるようにということで、まさしく私が今、厚労省の予算をいただいて、その研究を始めているところでありまして。こういうものを書くということを見ていただければと思います。

5 ページにあります、これが看護協会が出された資料なのですが、実は結構よくできていてわかりやすくなっておるので、これを使ってお話をさせていただきたいのですが、一番上で自宅や介護で亡くなったときに、主治医がいる場合といない場合が分けられている。まず主治医がいない、今まで訪問診療等、医療を直接受けていなかった場合には警察に連絡がいった検案という作業を行うわけですが、そのときに監察医等が死体検案書を発行すると書いてありますが、実は監察医制度があるのは御存じのとおり、東京と大阪、神戸など、横浜はなくなりましたので、ごくごく限られたところでしかないのですが、実際上は地域の先生がここに行って検案書を発行しているというのが現状です。つまり在宅医療をやっていないけれども普通の街の先生たちがこの検案書を発行している。これが現状です。

これから恐らく在宅で亡くなる方たちは医療を受けていなくても相当にふえてくる。東京でも実は在宅死と言われている方の中に相当孤独死みたいな方がいらっちゃって、独居で知らないうちに亡くなっている。そうすると結局そこに行って検案書を発行するのがかかりつけでない、地域の医師が発行しているというのが現状です。

左側の主治医がいる場合ですけれども、ここに死亡確認があって、先ほどお話ししたように診療中の病気でなくなったら診断書、そうでなかったら検案をして検案書という流れになっていますが、実は確認と書かれているものに2つの意味があって、1つは亡くなっているということを確認するという作業と、そこに犯罪性がなくて、もともと診療していた疾病で亡くなるという診断行為というものを一緒にしてここは確認と書かれています。

これは医療の専門職であれば死の三兆候といって瞳孔散大、呼吸停止、心拍停止、いわゆる脈拍の停止。これは亡くなっているか亡くなっていないかというのはわかるので、たとえば災害などで亡くなったときにずっとしばらくの間、心肺停止の方が何名と言って、それは死んでるってことでしょうか。何で死んでるって言わないのかというと、医師が診断していないから、それは死亡と言えないから心肺停止だと言っている。そういう話なのですが、医療専門職であれば亡くなっているか亡くなっていないかの確認はできます。しかし、そこに犯罪性があるのかないのか、もともと予期されていた疾病で亡くなっていたかどうかの診断という行為はどうしても必要になります。この診断行為はどうしても医師がやらざるを得ないと考えているということです。

7ページ、今回24時間以上を経過して医師が一定の死後の確認を行うことを条件として、医師が「直接の」というのは、例えば今、ICTなどが非常に発達している。遠隔医療みたいな話もありますので、亡くなっているのは亡くなっている。だけれども、そこに本当に犯罪性がないかどうか。これは極論でこういうことはそんなに多いとは思いませんが、例えばがん末期だと言われている方が本当に苦しくて、私は苦しくて苦しくてしょうがないから何とかしてくれと言って、家族が見るに見かねて、そこで例えば何かのことをして安楽死みたいなことを行った。それは今の時点で犯罪である。同情はできても犯罪である。そういうことが起こっていないかどうかの判断はしなくてはいけないということがあります。それは十分な教育を受けた医療専門職によるそういった犯罪性の有無であるとか、疾病によって亡くなったという判断はしていただかなければいけないということになりますし、死後の直接の診察をしなくてもよいとする環境は極めて限られているのではないかと考えています。

8ページにありますように、医師や看護師からの報告に基づいて死亡診断書を交付するプロセスですが、例えば本来的には我々はいろいろな在宅医療の中で自分1人でやるのは大変なので、連携の仕組みをつくってほしいとか、施設の場合にはきちんとそういうバックアップができる協力病院を持ってほしいということ、これは我々の責任として整備しなければいけない。これからの在宅医療の増加を含めて思っておりますが、そういうことがどうしても困難な場所であるとか、物理的に離島、へき地などの速やかな直接の死後診察が困難な地理的な状況ということは、物理的に空間が限られるべきだ。それから、看護協会もおっしゃっているようにしっかりとしたもともと医師と看護師の間の具体的な手順の取り決めというものが非常に必要であろう。ここにありますように、看護師が死の三兆候を確認する。看護師から医師に死の三兆候を確認した旨を報告。できればここはもう少

しほかのいろいろな附帯的な条件を確認していただく必要があろうと思っています。

そして、医師による確認行為というのは、これはそこで直接対面で診察をしなくてもいいケースということはあるかもしれないということで、ここで3を書かせていただいております。

9ページ、もともとこれはしようがないことだと思いますが、そもそもそういうことが想定されていないので、看護師さんの養成課程の中では法医学的な教育というのは残念ながら受けられていないので、先ほど言った体表からの検案によって、例えば索状痕があるとか、目に溢血があるとかないとか、いわゆるそういった法医学的な知識に関しては相当の研修を受けていただかなければいけないと思っています。

死亡の事実確認と死因の判断ということですが、看護師による確認、亡くなっていますという確認の後に、医学的に疑義の起こり得ない症例に限定すべきだということと、家族の看取りに対する心情というものもこれは尊重していただきたいと思っています。

10ページにありますように、これは河野大臣も国家公安委員長として死因究明等を担当されているということなのですが、その中でももともと医学部の学生、そして国家試験でも法医学の知識は問われるわけですが、もともとそういうことができるという医師であっても資質を向上してくださいということで、厚生労働省から研修ということが求められていて、我々もこういう研修会を今、何回も開催させていただいているところです。したがって、そういう教育を受けていない方たちについては、相当程度の研修を受けていただかなければならないと思っています。

11ページにありますように、在宅等の安らかな看取りということで、実は看護協会が特養の例を挙げられていて、私どもも特養の看取りということについては課題があるんだという認識は持っております。

12ページをごらんいただきますと、特養における看取りというのは一般的には配置医師がいらっしゃって、職員の看護師がいらっしゃって、特養は協力病院を持つこととなっております。配置医師がきちんと機能していないということがよく言われるわけでありまして、1つの理由は御存じのとおり介護保険の中で介護報酬というものがすごく抑えられている中で、配置医師の待遇というものが非常によくはないということで、例えば週末は私は診ませんとか、夜中は診ませんというような問題が起こっている。一方、今まで訪問診療を受けていた方が特養に入ると、かかりつけ医はそこで特養に訪問診療できない仕組みなのです。もっとそういうところをちゃんと自分たちが最期まで看取りたいというかかりつけ医の思いというのは、今の仕組みでは実現できない。がん末期に限ってのみ、今、訪問診療と訪問看護というものが認められているということです。きょうの議題とは直接つながりませんが、ぜひともそういったこれからの在宅医療がふえていく中で、そういったかかりつけ医の思い、今まで診ていた先生に診てもらいたいという患者・家族の思い、そういうものに答えられるような仕組みも考えていただきたいと思います。

13ページ、条件ですが、先ほど申し上げたような医師と看護師の十分な連携、そして法

医学的な教育を十分受けていること。時間の経過から早晚、死亡することが予測されているということ。これは私も介護保険の認定審査会なんか今でもよく出ているのですが、がん末期と書いてあっても実際には2週間後に亡くなる方もいれば3カ月、半年という、なかなかその予後を完全に予期することは難しいので、相当程度医師の判断で早晚死亡することが予測されていること、そして犯罪性の疑いがないこと、医師の不在、地理的な条件で死後の速やかな診察が難しい。そして医師の何らかの確認行為、これは例えば先ほど申し上げたようなICTを活用するとか、今はいろいろな情報を先生に送ることができるので、看護師さんが死の三兆候プラス今こういう状況になっていますという幾つかの情報をきちんとお伝えしていただくことが必要ではないかと思っています。

最後になりますが、地域における看取りを円滑に進めるための在宅医療での医師間の連携、そして特養での協力病院の確保ということは言わずもがなですが、推進をしていかなければいけない。そして、今回のようなことは極めて限られた状況のもとで限定的に行われるべきであるということと、教育を十分していただきたい。こういうことを最後に申し上げて私のお話とさせていただきます。

翁座長 ありがとうございます。

それでは、厚生労働省からお話をお願いいたします。

厚生労働省（梅田審議官） 厚生労働省でございます。

私どもの資料で基本的な考え方と現状と論点ということで御説明をさせていただきたいと思えます。

今、今村副会長が言われましたように、今後高齢化社会が進む中で看取りの体制づくりというのは喫緊の課題と認識しております。

スライドの2ページ目をごらんください。死亡診断書というのはそもそも人の死亡に関する厳粛な医学的、法律的な証明でございます。最も責任の重い厳粛な診断行為であるということは御理解いただけていると思えます。1人の人間の生命の終わりを判断して、それを宣告するということですし、死亡という不可逆的な事象について、不可逆的だという判断をして医療行為をその場でとめるということにもなりますし、また、単に死んでいるかどうかということだけではなくて、死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的にあらわす。死亡に至るまでのプロセス、死因の判断も含めての診断だということも先ほど今村副会長が御説明されたとおりです。

ですので2つ目の にありますように、その判断には十分な教育、経験に基づく能力と慎重な確認が不可欠。このために医師による直接対面での死後診察を経て、死亡診断が行われるべきというのは基本的な考え方ですし、かかりつけ医が不在な場合であっても、不在な場合にどうするかということが今回の出発点だと思うのですが、現状では医師間や医療機関、介護福祉施設間との連携によって対応することが行われております。

少し資料をおめくりいただきまして6ページ目になります。在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、このようなところが主な施設基準と書いてございますが、24時間連絡を受

ける体制を確保していて、24時間往診可能であるという要件を満たすところに手を挙げていただいている、次のページになりますが、7ページ目でございます。在宅療養支援の診療所や支援病院の届け出数というのは年々ふえているところでございます。

また、これらを応援するための施策もいろいろ考えているところでございまして、8ページ目は施設に関係して、介護老人福祉施設での看取り対応の強化ということで報酬の改定を行っております。上から3つ目の箱で囲っておりますところの赤い字で でございますが、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院または特養の協力医療機関の医師が当該特養において看取った場合に給付の対象とするということで、できる限り看取りを促進ができるようにしてきております。それから、その次のページですが、看取りに関する指針というものも示させていただいているところでございます。指針の中には医師や医療機関との連携体制、夜間及び緊急時の対応を含むということをお考えいただいて、指針もつくっていただくことになっております。

次のページですが、介護老人福祉施設の看取り対応の実態です。特養における看取り対応の指針の整備状況ですが、指針ありというところが18年に比べ21年はふえてきているというところですし、その次のページですが、介護老人福祉施設のうち入所者や家族の求めに応じて看取り介護を行っているとか、今後条件が整えば看取りの対応を考える。これらを合わせますと約87%以上の施設で看取り対応を行うという考えがとおりで、そのために医師の連携で対応ができるようにというような施策が行われているところでございます。

2ページ目にお戻りいただきまして、一方で今回御提案されたようなケースがどのような場合があるかということをお考えしました。例えば離島、へき地等の限界的な状況におきましては、医師による直接対面での死後診察が難しいというご指摘があります。これは亡くなる前にもともと診療していた患者さんであって、その病気によって亡くなられた場合は死後に診察をして死亡診断書を交付することができる、検案でなくても大丈夫という、これは医療界の間でも少し誤解があるところがあるのですが、死後診察がされて死亡診断書が交付されます。ただ、それが難しい場合の例外的措置として何ができるかという、例えばそのようなケースは の離島、へき地などの遠隔地であって医師による直接対面での診察を行うことが困難である場合、そして として看護師が現地で行う行為の内容または医師はどのような情報があれば死亡診断を行うことができるか、先ほど今村副会長からICTの活用ということがありました。これらの要件は検討を行う必要があるかと。これはさまざまな人の死に関することですので、さまざまな立場の方々のさまざまなお考えを踏まえながら、検討をしていく必要があるかと思っております。

その次のパラグラフで「仮に」なのですが、当初の日本看護協会の御提案のとおり、医師が死後診察を行わないということでの死亡診断書の発行となりますと、これは医師がみずから診察しないで診断してはならない旨を規定した医師法第20条、無診察診療を禁止しているという法律そのものの改正を要しますので、厚生労働省としましては直ちに関係者等の合意を得ることは困難と考えております。

いずれにしましても、在宅医療、介護施設等の現場で医師による死後診察、死亡診断が困難となるような状況が生じないように、現場ではかなりその医師間の連携が行われていたり、あるいは患者家族の方々とあらかじめよく相談をされて、死後にかかりつけの先生が訪問されるということもあります。そのような対応で一層医師間、医療機関・介護施設間の連携促進が行われ、地域による医師確保・偏在対策等も進めつつ、穏やかな看取りができるような体制を確保してまいりたいと考えております。

説明は以上でございます。

翁座長 ありがとうございます。

それでは、質疑応答に移らせていただきます。御質問、御意見がありましたらよろしく願います。

滝口専門委員、お願いします。

滝口専門委員 今、厚労省の審議官から御説明がありましたが、私の認識では日本看護協会の御提案は、医師が死後診察を行わないのではなくて、看護師から死亡診断に必要な情報をとって行う、ありていに申し上げれば保助看法の第5条の規定をある程度解釈を拡大することによって、必ずしも拡大の必要もないのかもしれませんが、「診療の補助」というたてつけをとれば、あくまでも診断をするのは医師であって、看護師はその補助をしているということが成立すると考えることは可能なだろうと私は考えております。

かつて2012年にチーム医療推進のための看護業務のワーキングで、「絶対的医行為」というものについての議論の経緯がありますけれども、要は診療の補助としてすらやってはいけない医行為というものがあるのかないのか。このあたりはまだ議論が実は詰まっておりますし、そもそもある医行為を診療の補助として看護師にやらせるか、やらせないかという判断は、まさに医師の裁量で決まる、というのが大方の考え方でありますから、これはやはり保助看法5条の解釈で十分で、医師法20条の改正を必要としないのではないかと、ということは前回の会議でも申し上げた経緯がございますので、このあたりについての御見解を伺えればと考えております。

厚生労働省（梅田審議官） 医師が死後診察を行わないという文言でご提案があったのでここで書いたのですが、ただ、その論点としては、今後それではどういう条件があれば例外的な措置、極めてまれなケースでどのような事例があるのかどうかというのは、今後つぶさに情報を集めて検討してまいりたいと考えております。

厚生労働省（久米課長補佐） 補足で、私は医政局医事課の久米と申します。

今、審議官が申し上げましたとおり、看護協会の提案では文字にして医師が死後診察を行わないということが書いておりまして、死後診察をしないという、看護師の確認をもって診断をするということです。このように、医師が何も関与しない形で仮に情報を受けただけで、それが診察と本当に言えるのか、提案は診療の補助の範囲を少し超えてしまうのではないかと、我々は資料を作成させていただきました。

滝口専門委員 そうしますと、今、御省としては保助看法5条を超えるものだという御

認識であるということによろしいですか。

厚生労働省（久米課長補佐） そのとおりでございます。

翁座長 そのほかにいかがでございますか。

森下委員、お願いします。

森下委員 今村先生に御質問なのですが、看護師の法医学等に関する十分な教育は重要だというのはそのとおりで、昔、法医学の研修に行ったのを思い出して、そういえばそんなものがあつたなと思っていたのですが、そういう意味での教育というのは学生のときは非常にできるし、これから先あると思うのですが、現実問題、今の学生が出てくるといのは大分先の話なので、近々のところで何らかの対応をしていくということでは、今いらっしゃるような方で例えばこういう対応をする看護師さんに何らかの講習を受けていただく。そういうイメージでよろしいのですか。

日本医師会（今村副会長） 具体的な講習のイメージがあるわけではなくて、それぞれ死因究明等推進計画ができ上がって、医師にも研修を受けてもらうということで、これは専門的に判断ができるような、いわゆる我々警察医とか警察協力医と言っていますけれども、そういう方たちについては4日間の研修を受けていただいています。3日間の研修、朝から夕方までと、実際の大学の法医学教室などの解剖等に実習参加をしていただくということをやっておりますので、もともと先ほども申し上げたような一定の教育を受けていても、時間がたってしまうと我々も正直言って、ではそんな法医学の知識をいつまでも持っているということではあります。そうは言いつつ、一定程度ちゃんと学んだ人たちが再度そういったかなり濃厚な研修を受けているということがありますので、もしこういふことで進めて何かそういう看護師さんにも研修をしていただくということになれば、そういったものに準じたかなりの時間をかけていただかなければ難しいのではないかと思っております。

善意で我々みんなやっていますけれども、そこに一部の悪意が混じるということは、今も介護施設でいろいろな問題が起こったり、特養で実はこれは医師の問題もあると思うのです。一応、死亡診断をしていますから、それはその能力が問われるということがあるかもしれないけれども、現実には虐待で亡くなったのではないかとと思われるケースが、茶毘に付してしまつたために何の証拠もなくわからないということが現実問題に起こっている。大変残念なことですが、今は社会保障の財源が厳しいという中で前回も介護報酬の切り下げが行われて、介護の現場で働いている方たちの待遇が非常に悪いという問題もあるし、そこで働く労働者の中に本当に真面目な方たちが多数いる中に、一部の非常にブラックな人たちが混じり込んでくるということも現実にある。

それから、我々こういう話をするときには規制を本当に国民にとっていい方向で改善しようとしても、それを悪意で利用する人たちが起こっては意味がないので、そういうことも含めて慎重に考えていく必要があると思っていますので、こういう先ほどのような意見を言わせていただいているところであります。

翁座長 お願いします。

林座長代理 私は医学の素人なので恐縮ですけれども、きょうの日本医師会からの御提言は非常に積極的に建設的な御提案をいただいたと捉えております。特に資料2 - 1の2ページ目の「現状と見直しの視点」という図がわかりやすいと思うのですが、現状では医師法20条のただし書で24時間以内でということでありさえすれば、フリーハンドで医師が診断しなくても死亡診断書を出せる状態で、先ほど今村副会長様がおっしゃったような、例えば安楽死させてしまったようなことが起こったとき、医師が診断されてお帰りになった直後にそういうことが起こるリスクだってあり得ると思うのですが、そこはすごく簡単に時間で整理してしまっている。むしろこの「見直しの視点」では、20条のただし書の場面をより実質的にお考えになって、13ページで、直接の診察をしなくても死亡診断書を作成してもよいと考えられる条件を挙げてくださっています。そういった意味で20条ただし書をもう少し実質的に見直すという1つの契機になるのではないかということで、厚労省様にもぜひ前向きにお取り組みいただけないかと思えます。

日本医師会（今村副会長） ありがとうございます。

よろしいですか、先に私の名前を出していただいたので。

私も申し上げたのですが、今、フリーハンドというお話があって、そのことが好ましいと思っているわけではない。法医学会も非常にそこは慎重で、24時間以内であってもきちんと医師は死後診察すべきだろう。現状は在宅医療をやっておられる先生たちに2つ実は意見がありまして、すごく一生懸命在宅医療をやっている方たちも、最後は24時間以内であっても自分が診ていた患者さんなので、ちゃんと死後の診察は、これはセレモニーと言われるかもしれないけれども、そこが最後の医療だから大事だとおっしゃっている方はたくさんいらっしゃいます。

一方、そうではなくて本当に24時間の条件がついているのだからということでおっしゃる方も確かにいらっしゃるという現状がある。まさしく御指摘のとおり、私が離れて1分後に起こったらどうするんだという話があって、この24時間というもののそもそも根拠は何なのというのは確かにあるのです。便宜的にこういう時間で切っていて、おおよそのくらいだったら死亡が予想されているんだからということでの24時間だと思います。

ただ、今回はここからあと先の話なので、2日目なのか3日目なのか1週間なのかということが全然何の議論もない中で無制限にこういう話を拡大することについては、決してどんどん推進すればいいという立場ではない。ただ、今の在宅医療の現場の中でそういったどうしても医師が確認できないような現状があるのであれば、そこは先ほど言った体制の整備、これは医師会の私は責任だと思っていて、看護協会が言われるように特養等そういう救急車に乗せて診断のために病院に連れて行ってしまったみたいなことが現実にあちこちでも頻発しているのであれば、それは医師会の責任としてきちんとそういうことが起こらないような体制整備、先ほど厚労省もおっしゃいましたけれども、医師との連携だとか協力病院との関係だとか、そういうことをやっていかなければいけないというのは

我々の責務だと思っているのです。そういうことをやった上でどうしてもできないものがあつたとすれば、そういうものに対して何らかのことは考えなければいけないのではないかという限定的な進め方というように御理解をいただきたいと思っています。

厚生労働省（久米課長補佐） 1つ誤解と申しますか、我々は決して後ろ向きというつもりでこちらに検討を行うということを書かせていただいたわけではございません。本来なら20条の改正を必要とするという中で、どうやったら本当に困っている方たちに迅速な診断をすることができるかという観点で、この制度をどう検討するかということを考えさせていただいております。医師会さんの資料にも何らかの確認行為によりということが書かれていますが、先ほどもICTという話もありましたけれども、それをもって遠隔的な診療というか、そのような形をもって何らかの確認行為を死後診察の形として、その後に診断とするということをお願いしております。法改正をすることにするといろいろな方の御意見を踏まえて長期的な検討となりますので、まずは離島とかへき地とかで困っている方に何とか迅速に対応することができないかというようなことで、この案を作成しておりますので、そこを御理解いただけましたら我々も迅速に検討を進めていきたいと思っております。

翁座長 ありがとうございます。

林座長代理 よくわかりました。ただし書のほうをいじらなくても解決する策はあるかもしれないと捉えました。

翁座長 どうぞお願いします。

森下委員 厚労省の今のお話なのですけれども、今、厚労省が出されている案だと20条改正はしなくていいというので提案されたと聞いたのですが、それでよろしいですね。

厚生労働省（久米課長補佐） そのとおりでございます。

森下委員 もう一点は、今村先生が言われているように医師会の今案は、その中で解決がつく。要するに20条の改正に至らなくても今、言われた話は十分にいけるという理解でもいいですか。

厚生労働省（久米課長補佐） はい。いろいろな条件があると思いますけれども、我々が懸念しているものは診察を何らかの形で挟むということですので、その部分をクリアできれば対応できる部分があるかと思えます。

森下委員 いろいろな御意見が委員の中であると思いますが、個人的には20条改正は手をつけたいほうがいいのではないかという意見なので、迅速に現場のニーズに応じてやれる範囲内でまずやっていくということでもよろしいかなと思うので、そういう意味では厚労省さんの言われる内容というのは、そこは非常に私は納得できるかなと思っています。

河野大臣 ありがとうございます。

かなり現実的に問題がもう顕在化している話ですから、余り手をこまねいている余地はないのかなと思います。

やれるところがあるというならば、そこからでも踏み出して、やっているうちに見えて

くる問題点もあるでしょうし、やっているうちに解決できてくるところもあると思いますので、なるべくこれはスピード感を持ってやっていかなければいけないと思いますし、本筋の看取りの体制をどのようにやっていくのかというところも、そこなしにこれだけやるというわけにもいかないのだろうと思うのです。ですから、やれるところから少しスピード感を持って当たっていただきたいと思います。そういう意味で今村先生、きょうはありがとうございます。前向きな御提案をいただいたと思いますので、一步でも二歩でも踏み出していけたらと思います。

翁座長 お願いします。

大熊参事官 最後に厚労省さんから言われたのが少し気になるのですけれども、離島、へき地に限る必要はまずないのかなと思っているのです。連携で今後自主的に対応していくのが原則だと思いますけれども、ただ、今回の新たな対応、離島、へき地に限る必要はなくて、実態としてはそう進んでいくにしても、何らかの理由で医師が駆けつけられないような場合に、今回の新たな提案で医師が遠隔地でICTを使って判断していくというのを認めていくというのを、別に離島、へき地だけにする必要はないのかなと思っているのですが。

厚生労働省（久米課長補佐） その点でございますけれども、先ほど審議官からも御説明させていただきましたが、今、要はどのように在宅医療を進めていくか、看取りの体制をとっていくかということで、一生懸命厚生労働省のほうでも10年、15年とかけて今どうやったらお医者さんに看取っていただけるかというところを進めてきた。そのために介護報酬、診療報酬、医療法の中で包括ケアを進めてきたところがございます。そうして一生懸命現場が対応していこうというようになっている中で、ではそういうお医者さんでなくても対応しないでいいよということで進めるのがよいのか。まずは離島、へき地とかそういうところで本当に困っているのではないかというところから始めて、そこで見えてくる問題点ですとか、そういうところも見ながら検討を進めていくべきではないかと考えておりますが、いかがでしょうか。

日本医師会（今村副会長） 今、事務方からの御発言で、もともとベースはかかりつけ医がいて、訪問診療をしている。この頻度はさまざまだと思うのですけれども、それがベースになっているのです。だからそもそも医師がいて訪問診療をしているというのが前提にまずあるわけですから、その方がたまたま何らかの理由で簡単にアクセスできない。亡くなったときに死後診察が速やかにできないケースというのは極めて限られていると私は思っているのです。

例えば直後に診察をしなければいけないということは全然言っていないので、実際に私も患者さん、在宅医療をするときに、それも末期になっているときに、どのように患者さんに御説明をしているかという、いざ亡くなりかけたときに本当におうちで最期まで診るかどうか、救急車を使わないかどうかということをしつこく確認した上で、たまたま私がそこにいられないこともあるので、そのときは今24時間の訪問看護を使っているので、

訪問看護師さんに行っていて、お亡くなりになったかどうかの確認をした上で、私が申しわけないけれども、時間がたった後で伺って診察をさせていただいて、診断をさせていただきますということを説明して大体看取りをしているというケースがほとんどだと私は思っているのです。

だから本当に医師が行けない状況というものを安易に拡大はまず最初はしないほうがいいと思っていて、まずはそういうものが機能するかどうかをきちんと、例えばICTとか、確かに今、画像は4Kから8Kになってきて、極めてリアルに見えるようになっていきますので、そういうものを活用して、これだったら大丈夫だねということで、そういう中で我々も体制整備をしていく中で、やはり追いつかないよという話が起こってくれば、それを徐々に広げていくというのが現実的なのではないか。先ほど申し上げたように、いきなり何か制度をつくったときに、それが本当にいい方向に行くかどうかというのはわかりませんので、慎重にはやっていただきたいという思いでいるということだけ申し上げておきます。

河野大臣 離島、へき地などと言っているわけですから、そういう条件をクリアするところからという意味で言えば、それは離島、へき地が多いのかもしれないし、逆に言うところでもそういう状況ができるところがあるかもしれないので、具体的な状況を少し詰めた上で、そこからまずスタートをしてみるというのが大事なのではないか。だから「等」に何が入るかはいろいろな状況があると思いますが、場所というよりは、そういう状況が起きるかどうかということなのではないでしょうか。

翁座長 議長、お願いします。

岡議長 ありがとうございます。

冒頭の今村さんのお話のとおり、多くの方々の受けとめ方としては、最期はずっと面倒を見てもらった先生に看取ってもらったほうがいいと思います。私は、そういう体制がしっかりとられるようにするというのも厚労省としての責任だと思うのです。

しかし、一方で、お独りの高齢者がどんどん増えていくという環境変化の中で、残念ながら、そうしてもらえない事態が増えている。これからも増えていく可能性が大きいと思うので、そのような事態にどう対応したらよろしいのかということ、先ほど来、審議官も含め、今村さんも限定的と言いながら、前向きに考えていただいているようですが、是非、そのような方向で、できれば、先ほど大臣も言われましたようにスピードアップして検討を進めていただきたいと思います。

翁座長 ありがとうございます。

ほかよろしいでしょうか。

それでは、本日はどうもありがとうございました。今、岡議長が申し上げたような形でぜひ総合的に検討を進めていただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

本議題につきましても、引き続き当ワーキング・グループで検討してまいりますので、よろしく願いいたします。

それでは、きょうはこれで本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。どうもありがとうございました。

大熊参事官 次回の日程や議題については、追って事務局から連絡させていただきます。

翁座長 どうもきょうはありがとうございました。これにて終了いたします。