

第13回 医療・介護・保育ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年4月11日（火）15:30～16:29

2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階1214会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、江田麻季子（座長代理）、大田弘子（議長）、森下竜一（専門委員）川淵孝一、戸田雄三

（政府）山本内閣府特命担当大臣（規制改革）、羽深内閣府審議官
（事務局）刀禰規制改革推進室次長、福島規制改革推進室次長、中沢参事官
（厚生労働省）老健局 老人保健課 西嶋介護保険データ分析室長
医政局 地域医療計画課 伯野在宅医療推進室長
医事課 奥野課長補佐

4. 議題：

（開会）

議題：在宅での看取りにおける規制の見直しについて

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議第13回医療・介護・保育ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には、御多忙の中、またお足元が悪い中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日、安念委員、土屋専門委員が御欠席となっております。

また、本日は、山本規制改革担当大臣、大田議長にも御出席いただいております。よろしく願いいたします。

開会に当たりまして、山本大臣から御挨拶を頂戴したいと存じます。大臣よろしく願いいたします。

○山本大臣 皆様、本当にお忙しいところ、ありがとうございます。

本日は「在宅での看取りにおける規制の見直し」についてのフォローアップを行うと伺っておりますが、本件は、我が国の高齢化がますます進む中、住み慣れた場所での穏やかな看取りを望む患者やその家族からの切実な声を受けて実現しようとしている、大変重要な事項であります。

本日のフォローアップも含め、答申の取りまとめに向けた議論もいよいよ大詰めということで、利用者目線・国民目線での活発な御議論をよろしく願いしたいと思います。

ありがとうございます。

○中沢参事官 大臣ありがとうございます。

報道の方は御退室願います。

(報道関係者退室)

○中沢参事官 それでは、本日の議題でございます。お手元の議事次第にありますとおり「在宅での看取りにおける規制の見直しについて」となっております。

ここからの進行は、林座長によりしくお願いいたしたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。それでは早速、議事に移りたいと思います。

本日の議題は、ただいま御紹介がありましたとおり「在宅での看取りにおける規制の見直しについて」のフォローアップでございます。

本件は、我々の前会議体、規制改革会議の第4期において議論されたものでして、医師の確保が困難な地域において、一定の条件が満たされれば、医師が対面での死後診察によらずに死亡診断を行い、死亡診断書を交付することができるようにするものです。平成28年6月2日に閣議決定された規制改革項目であります。

本日は、本件に係るこれまでの検討状況について説明をお願いしており、厚生労働省から西嶋康浩老健局老人保健課介護保険データ分析室長、伯野春彦医政局地域医療計画課在宅医療推進室長、そして医政局医事課からは、武井課長が御出張中のこととして、奥野哲朗課長補佐にお越しいただいております。

それでは早速、資料1に沿って御説明をお願いいたします。

○厚生労働省(伯野室長) 厚生労働省医政局地域医療計画課の伯野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料1を御覧いただければと思います。1ページ目でございます。まず、No.1と書かれている「地域での看取りを円滑に進めるための取組の推進」というところを御説明させていただければと思います。「規制改革の内容」とありますが、これはどちらかという自宅や介護施設等、国民が望む場所で看取りを行う体制を確保することができるような取組を推進していくものでございます。

2ページ目を御覧いただければと思います。まず、28年度の取組でございます。①にございますが、平成26年度に介護保険法が改正されまして、在宅医療・介護連携推進事業とあって、市町村が在宅医療・介護の連携の取組を進めていくことが制度化されております。

具体的に申し上げますと、少し飛んで恐縮ですが5ページを御覧いただきまして「在宅医療・介護連携推進事業」とタイトルがある資料がございます。こちらの下の方を見てくださいと、左の方から(ア)地域の医療・介護の資源の把握をして、(イ)にございますとおり在宅医療・介護連携の課題を抽出して、(カ)にございますとおり人材育成を行ったり、あるいは向かって右の真ん中辺りの(ウ)にございますが、資源の状況と課題を抽出した上で、在宅医療と介護の提供体制を構築していきましようというものでございます。そのほかに、情報提供だとか、相談支援体制とか普及啓発といった取組を進め

ていく。これを平成30年の4月までに全ての市町村で実施することになっております。

また2ページを御覧いただければと思います。今、申し上げた①在宅医療・介護連携推進事業の取組は、各市町村で順次取組を進めている状況でございます。

次に②にございますが、平成28年度診療報酬改定におきまして、看取りの十分な実績等を有している医療機関に対して評価を充実しております。これも、後ろのほうの資料、まず7ページを御覧いただければと思います。「在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②」とございます。もともと、在宅療養実績加算1がございました。平成28年度の報酬改定で新たに作っているものが青字で書かれている部分で、加算2を設けております。具体的には施設基準のほうを見ていただいて、緊急の往診だとか看取りの件数が、これまでの加算の要件より少し実績が低いようなところに対してもこういった医療機関を増やしていこうという観点から、加算を新たに設けているものでございます。

また戻って、6ページを御覧いただきまして、先ほどは、既存の加算より少し条件が低いものでございますが、こちらは更にもっとやっているところでございます。具体的には、施設基準が下のほうに①～⑥がございまして、②を見ていただきまして、当然、ほかにも要件がございまして、緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上といったところについては、より手厚い報酬をしているという形で、看取りに対する報酬の充実を行っているところでございます。

また戻って、2ページを御覧いただきまして、③で医療計画関係でございます。都道府県が医療計画を現在も作っておりますが、次期医療計画、ちょうど第7次の医療計画が平成30年度から開始されます。ですので、平成29年度、正に今、都道府県が医療計画を作っていくこととなります。国としては各都道府県が医療計画を作る際の基本的な方向性を示しておりますが、その中で、在宅での看取りについて、都道府県がしっかりPDCAで回していけるように、指標をしっかりと充実させていきたいと思いますということを掲げております。その指標を充実させていくということを決めたところでございます。

さらに④を御覧いただきまして、もう一つ、人生の最終段階における医療、いわゆる終末期医療の問題でございます。患者さんの意思決定を支援する取組として、平成28年度は医療・ケアチームの育成研修を実施しております。具体的には、こちら後ろのほうに参考資料を設けておりますが、10ページを御覧ください。

26年度、27年度にモデル事業を実施して、研修のプログラムを作成しました。その作成したプログラムを、平成28年度から全国展開していこうということで、上のほうに四角で囲っているところの下のほうに【事業内容】がございまして、患者さんの相談にしっかり対応できるような医療・ケアチームを育成するための研修ということで、平成28年度から全国8ブロックで医療・ケアチームの養成研修を実施しております。具体的な実績としては一番下にございますが、平成28年度は214チームということで養成を行ったところでございます。これは継続して実施をしていきたいと思っております。

また2ページに戻っていただきまして、以上が平成28年度の主な取組でございますが、

下のほうに「今後の予定」がございます。平成29年度でございますが、次の取組を予定しております。

①でございますが、先ほど冒頭で申し上げた介護保険法の改正によって制度化された市町村における在宅医療・介護連携推進事業について、基本的に市町村がやっていくものがございますが、やはり医療は、これまでなかなか市町村が取り組んでこなかった分野でございますので、都道府県が市町村をしっかりと支援していこうということで、都道府県による市町村支援の努力義務化を、現在、介護保険法の改正案を出して、正に今、審査をいただいているところでございますが、そういった法令改正を行っていくことが一点でございます。

もう一点、②でございますが、平成30年度は診療報酬と介護報酬の同時改定のタイミングでございますので、当然、それぞれの審議会等で議論をしっかりとさせていただいて、看取りへの更なる対応を検討していきたいと思っております。

もう一点、③でございますが、医療・ケアチーム、いわゆる終末期医療の医療従事者に対する研修でございますが、これは当然、継続的に実施していきますというところと併せて、最後の11ページを御覧いただければと思います。「人生の最終段階における医療に関する取組」ということで、向かって右側の下のほうに③に「医療機関での相談対応の充実」とございます。これは今、申し上げた医療従事者、医療・ケアチームの育成という観点でございます。これだけではなくて、もう少し手前の段階というか、より広くという観点で、①でございますが「住民向け普及啓発」をしっかりとやっていこうということで、啓発用の資料を作成することを考えております。

もう一点は②でございますが、在宅医療を受けているのだけれども、急変したときに、どうしても家族が慌てて救急車を呼んでしまうという実態が散見されております。そうすると、本人の意思に反して蘇生をされてしまうといったことが現場で起こっている実態がございますので、本人の意思に反した搬送だとか医療が行われないように、事前にその地域で、在宅医療の関係者だとか消防の関係者が集まって協議をして、ルール作りをしていく。そういったものを、国が少し旗振りをさせていただいて、ルール作りの策定を支援していく取組を行おうと思っております。

以上が、1番の「地域での看取りを円滑に進めるための取組の推進」という観点でございます。

続けて、2番を医事課から説明させていただきます。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 続きまして、医政局医事課の奥野と申します。何とぞよろしくお願いたします。

3ページ目の「2. 在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続の整備」について、簡単に御説明させていただきます。

まず、簡単に背景から御説明させていただきます。これは看取った後の話でございますが、その後、我が国においては、一般的には火葬がされるとなっておりますので、火葬許

可を得る際に、医師の死亡診断書が必要でございます。その際、医師法20条により、医師が自ら診察をした上で診断書を交付することとされておりますので、基本的には医師が看取って、そのまま診断書を書くということが一般的でございました。

一方で、例えば、たまたまその医師が死亡時に遠方にいるなどして駆けつけることができなかつたときなどについて、御遺体を長時間保存あるいは搬送されるようなケース、いつも医師が常駐できないゆえに住み慣れた場所を離れて他の施設に入院をするようなケースがございましたことから、今般、遠隔でも死亡診断ができないかということで御指摘いただきました。

法律面で申し上げますと、直接と同等程度あるいはそれに代替し得る程度の情報を得ることができれば、遠隔診療は認められておりますので、法的には可能でございます。一定の実態上の整備あるいはルールを決めて、推進をしていくことが可能でございます。

その際の留意点でございますが、死亡診断書につきましては、法律上あるいは社会上の重要性が高くございますので、その内容に誤りがあるてはならない。また、我々は「異状」と呼んでいますが、例えば通常ではないような死の兆候があったときに見逃しがあるてはならないという観点は、留意をしながら進めなければいけないということでございますので、御提示いただいております五つの要件がございます。3ページの真ん中に点線で囲まれているところでございますが、aからeまで5要件を御提示いただいております。この5要件について、平成28年度につきまして研究を進め、その具体化に努めてまいりました。

大変申し訳ないのですが、議論が3月31日まで続きました関係で、まだ少し内容を整理中でございます。書面に起こすことができかねまして、その点は大変申し訳ございません。公表する形になりましたら、それ次第、御提供させていただきますが、本日は、口頭で申し上げることができる範囲内で申し上げさせていただきます。

まず、a要件につきまして、医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていることでございます。この要件につきましては、一つ目といたしまして、ICTを利用した死亡診断を行う。医師が、生前に直接対面で診療を行っていることが一つの要件でございます。そうでないと、生前の状態を詳しく知っていないということで、なかなか遠隔で診断することは難しかろうということでございます。

その生前の対面での診療は、死亡前14日以内ということで考えております。これは、14日より更に前であったとすると、早晚死亡することが予想しづらいという医療側の意見を参考にさせていただきます。

続きまして、b要件でございますが、終末期の際の対応について事前の取り決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があることでございます。こちらについては、一定の書面を提示させていただいた上で、患者の方若しくは家族の方あるいは看護師と共通で同意の文書を作ることを考えております。また、看護師からの電話連絡に対応できる体制がきちんと整っていることも必要であろうと考えてございます。

続きまして、c要件でございますが、医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあることとございます。こちらについては、いろいろ場所的あるいは時間的制約が考えられたのですけれども、我々としては時間的な制約ということで、直接対面での死亡診断を行うまでに24時間以上を要するような場合には遠隔で認めることを考えてございます。なぜ24時間かと申しますと、例えば24時間を経過してくると、腹部に腐敗性変色といった体表面の変化が出てきますので、きれいな状態で埋葬するという御家族の感情なども考えると、24時間程度が限界かなということとございます。

続きまして、d要件でございますが、法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死亡している際に確認する3要件、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できることとされてございます。こちらにつきましては、まず法医学等に関する一定の教育については、例えば内因性の死亡あるいは外因性の死亡がどのようなものがあるかですとか、実際に解剖などの場に赴いて検死いただくあるいは機器を用いたシミュレーションやエンゼルケアについて学んでいただくといったものを考えておまして、それほど長い期間は考えてございません。10日かそれぐらいと考えておりますが、ここはまだ少し議論がございまして、正確なことは申し上げられませんが、それほど長くはない期間の研修を考えてございます。

また、この際の看護師の方については、一定程度の看取りの経験が必要であろうということで、5年以上の訪問看護あるいは介護老人保健施設等での経験を有するということ、また、担当する患者10名の死亡に立ち会っている看護師という要件を考えてございます。

続きまして、e要件でございますが、看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話などのICTを活用した通信手段を組み合わせるなどにより、患者の状況を把握するなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること、ということとございます。

こちらは、かなり医学的細かい点になってしまいますが、死の三兆候については、例えば心肺停止は、心電図若しくはポータブルエコーなどの技術も最近では発達しておりますので、そういったものを使って確認をするということとすとか、あるいは目の瞳孔の確認などはペンライトによって確認をしてくださいますとすとか、そういった少し細かい医学的な要件について詰めを行っているところでございます。

今後の予定でございますが、先ほど申し上げた看護師の養成というものを速やかに開始をさせていただいて、年度内に、その看護師の養成を開始する。実際に配置をし、遠隔による死亡診断が行える体制を整えていくことを年度内に措置していく予定でございます。

以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見などをよろしくお願いいたします。

森下先生。

○森下委員 この話は、前会議体から引継ぎなのですが、大変重要な課題だと思っていま

す。

その上で質問としては、まず3ページの今の報告書の話なのですが、報告書を見ない中では何とも言いづらいのですが、いつぐらいに公表予定があるのかということが一点。

それから、先ほど10名以上の死亡に立ち会った看護師の方とあったのですが、これは結構ハードルが高いのではないかと思うのです。10名という数字の根拠は何かあるのでしょうかということが二つ目の質問です。

○林座長 2点、よろしくお願いします。

○厚生労働省（奥野課長補佐） ありがとうございます。

まず、公表の時期につきましては、できるだけ急いでございますが、5月には頑張っただけで公表できるように文書をまとめたいて考えているところでございます。

もう一つ、なぜ10体かということですが、法医学の先生など複数の先生に御意見を伺って、いろいろなケースがあり得る、要は異状の見逃しがあってはいけないという中で、見逃さないためには複数のケースを見ていなければいけないだろうと。ケースが多くあることから、10例程度が適切ではないかという御意見を頂いたので、研究会でそのように考えていると聞いております。

○森下委員 私も死亡に立ち会いますけれども、10人見ている医者はそうそういないと思うのです。がんとか末期のところを診ていれば別ですけれども、ある程度ベテランでという意見なのでしょうが、結構ハードルが高いというか、一応、医者の監督下でという条件ですね。そう考えると、なかなか現実の看取りの場でそのような方がたくさんいらっしゃるのかなということも不安なのですが、どれぐらいいらっしゃるかと考えられているのですか。候補として、今後どれぐらいの数が出てくるかということになりますか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 今現在、どの程度そういう看護師がいらっしゃるかということは、ちょっと統計がございませんので分かりかねます。例えば10体ということも、過去それだけということではなくて、その研修で経験していただくことも含めてカウントすることも考え得ますので、そういった形で経験を積んでいただくことはあるのではないかと考えております。

○江田座長代理 看護師の方は足りないということも聞いておりますが、その方々をこれから研修して全国をカバーしていくということですが、これは実際にできるという根拠があつての今回の結論なのでしょうか。

国民としては、そういう方がいないがために、実質こういったことが起こらないのではないかという危機感がございます。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 今年度中に研修事業を立ち上げる予定でございます。その際には、例えば看護協会の方などにも御協力いただいて、人材をしっかりと御登録いただいて、体制をしっかりと構築していくということかと思っております。

○江田座長代理 具体的に何名というかどれぐらいの数の看護師の方が、この研修をいつ

までに受ければ、全国レベルでこれが実施できるのか。そういった目的を持たないと、研修を開始するだけでは難しいのではないのでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 御指摘の点につきましては、議論が大変ぎりぎりまでずれ込んでいて申し訳ないのですが、やっと a から e 要件について具体的な議論を終えたところでございますので、その点も踏まえて養成数あるいはどこに配置をしていくかということは、少し年度の早めに議論して結論を出していきたいと思っております。

○林座長 どうぞ。

○森下委員 私も、絵に描いた餅にならないかということが大変心配なのです。

今のお話の中で、亡くなった方を研修で見ることはなかなか現実的にならないと思うのです。私も昔、法医学の授業を受けましたけれども、それでも 1 週間で 1 体、2 体とか、そんなものですね。それをわざわざ 1 週間丸々看護師さんが受けることも考えづらいので、もう少し現実に即したことも考えていく必要があるのではないかという危惧を持っています。

今のは意見なのですが、別の観点で、前半で話があった 10 ページの研修と医療体制整備事業と、今お話があった 3 ページの話は、現状は全くリンクしていないのですか。

○厚生労働省（伯野室長） 10 ページの研修と、これからという話は、現時点ではリンクしていません。まず、これは 26 年度からモデル的に始めて、ようやく 28 年度のプログラムができて、これから全国で研修をしていこうと、今年度から始めていっている研修でございます。ですので、今のいろいろな議論がされている規制改革とは、現時点ではリンクはしていませんが、場合によってはそういったリンクも可能性はあるかなと思っています。

○森下委員 普通に考えたら、今後どこかでリンクしたいと。せっかくの医療体制整備事業をされているのであれば、その中でも今の在宅の看取りをされる方々がこの中で育っていくほうが当然、効率はいいだろうと思いますし、恐らく候補になる方もたくさん入っているだろうと思うのです。余り別々にやる事業の意味もないかなと思うので、是非連携をうまく取るようお願いしたいと思います。

○林座長 ただいまの点は、よろしいでしょうか。

○厚生労働省（伯野室長） どういう研修プログラムにするかという医事課のスタンスも恐らくあると思いますので、その辺はうまくリンクできるところはしっかりリンクしていきたいと思います。

○林座長 大田先生。

○大田議長 今、議論に出ていた看護師のところで、もともと離島やへき地を念頭に置いているわけですが、看護師が不足していてそういう研修を受けられるのかという問題があります。

もともと、この a から e は全ての要件を満たすということで、お互いに補い合って看取りができるようにということになっています。e のところで通信手段によって医師が自ら確認できるようにということになっていますから、さらに d で看護師に厳しい要件をかけると、もうできなくなると思います。したがって、離島、へき地を念頭に置いて、先ほど

おっしゃったような要件を本当にかけるのかということが一つ目の質問です。

前の規制改革会議では、へき地だけではなくて都市部の看取りについても問題提起していますが、今後、都市部で死亡者の数が増えていく場合に、都市部でもワークするとお考えかということが二つ目です。

○林座長 2点、よろしくお願いします。

○厚生労働省（奥野課長補佐） まず、1点目の看護師の方につきましては、今、特に離島、へき地に実際におられる看護師の方が実際に研修を受けられて、これをやられることが想定されていると思いますので、研修の期間などはなるべく短く、すぐに必要な機器の使い方ですとか、最低限必要なものを身に付けていただく。あとは、実際に異状というのが、どういうものが典型的なもので、どこに気を付けて見なければいけないかということ最低限把握していただく程度のものであるということはお考えしております。

それは、医師で指示を受けて見られるところはそれに任せるということでございます。御懸念の点は我々も同じように思っておりますので、そんなに過度なものにはしないつもりでございます。

2点目につきましては、今回、場所の要件は特にかけておりませんので、へき地とかでなくてもあり得ると思っております。ただ、我々が懸念しておりますのは、異状などの見逃しが起こってしまうと、やはり医師が診たほうがいいのではないかという流れになってしまうことが非常に怖い。我々も今後、高齢者が増えてきて、こういった体制がどんどん増えていくことはある意味必要なことだと思っております、少し過剰になると受け取られるかもしれませんが、そういったものがしばまないように、開始時点では慎重にやっていきたいという思いがございますので、その点は、何とぞ、御理解いただければと思っております。

○林座長 どうぞ。

○大田議長 研修については、そういう御配慮をなさるということで安心いたしました、先ほどおっしゃった要件だと5年以上の訪問看護の経験があるとか、10名以上の死亡に立ち会っているとか、その全部を満たす人となると相当少なくなると思うのです。そこら辺はいかがでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 実際に、今、困っているところの現場にも意見を聞いてみたいと思います。そういった看護師が全くいないということでは全くお話にならないとは、御指摘のとおりです。

ただ、しっかりと医師のいない場合もあるときに従事している看護師さんですから、5年以上の経験は多分あると思うのです。あとは、そういった看取りに立ち会うことをどれほど経験されているのかが、実はほとんどなかったりすると、過剰要件になってきますので、そこを他の方法で代替できるかといったことは、まだ少し議論の余地はあるかと思えます。

○森下委員 やはり10名以上が気になりますね。医者でもなかなか10名は、大学病院とか

ではありませんし、主治医で持っているときにはありますけれども、一旦ポジションが上に上がったりとすると、死亡に立ち会う場はそんなにないのです。

看護師さんの場合は時間対応で動いているから、例えば夜間帯に亡くなると日勤の方は見ないし、昼間たまたま亡くなったことがあれば見ますけれども、まれですね。そんな数を入れてしまうと、現実問題、動かないのではないですか。ゼロは困るでしょうけれども。特に過疎のところではそんなに亡くなることは想定し難いのです。何か絵に描いた餅だと思ってしまって、実際に後からでも変えてそんなにいなかったときに、その要件を決めてしまって本当に大丈夫ですか。すごく過剰な要件だと思わないでもないですけどもね。

○林座長 関連です。今日の1ページ目にあります答申の2項目めの冒頭を御覧いただきたいのですけれども、以下のaからeの全ての要件を満たす場合には、医師が対面によらずに死亡診断をできるようにということを改革要望しています。今のお話でdの看護師さんの要件ですが、研修を受けるだけでなく、5年以上の訪問看護とか10名の死亡立会いという要件を新しく加えておられる点が、こちらの要望とは基本的に異なっているところです。特に、我々の答申で「以下のaからeの全ての要件を満たす場合には」ということは、つまり要件を客観化することを我々は求めたわけでして、特にdのところ、死の三兆候の確認を含め、医師とあらかじめ取り決めた事項など医師の判断に必要な情報を、この間の審議会で検討していただいて、ドクターの観点で判断に必要な基準を立てていただき、その基準を研修の中で看護師さんたちが研修すれば、過去の勤務経験などを問わず、どなたでも対応ができるようになるということを要望し、その実施時期として「平成29年度中の結論・措置」ということを、お願いしているわけです。

どのような議論で、今おっしゃったような5年以上の訪問看護要件だとか10名の死亡立会いという要件が加わってしまったのでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） なぜ、教育だけでないのかという点につきましては、先ほど申し上げましたとおり、今正にへき地におられる看護師さんが研修を受けられる対象にまずなってくるだろうと我々は考えております。

法医学の先生などとも話をさせていただいて、全て研修でカバーしようとする、それなりの研修が必要になってくる可能性がある。そこで、一定の経験でそれをカバーすることにすれば、研修はかなり限りなく短くできるのではないかということで、その組合せということで、一定の経験値を考えることといたしております。

○林座長 もう一度伺いますけれども、そうすると「死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報」としては、こういったものがこの会議で定められたのでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 研究会で、ということですね。まだ、その点については種々異論、議論が出ていて、これという確定的なものはないのですけれども、例えば、体面の体幹の損傷の具合とかをしっかりと写真を撮って確認をするとか、死後硬直の程度、死斑の程度あるいは頭部などに傷がないかどうかとか、まぶたの裏を確認するといった、

一般的に死後、医師がやるいろいろなことをどうしていくかということ、細かく確認項目ということで列挙しようと考えております。

○林座長 そうすると、確認するための要件を、医師にとっても異状死を見逃さないためにチェックすべきポイントをそういった形でリストアップしたのであれば、10名の死亡立会い経験があることなどの要件は不要になるのではないのでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 10名要件などにつきましては様々な意見もあって、一回も見ない人というのはまずあり得ない。そういうものに慣れていないと、なかなか触るときとかにちゅうちょもしてしまいますし、そういった経験は少なくとも必要だろうという意見はあった。

なぜ10件かというのは、先生方の御意見を集約させていただいてそのような形としていくところでございますが、この点については、今日頂いた御意見もフィードバックさせていただいて、現実に即さないのではないか、そのような看護師さんはいないのではないかという御意見もございましたので、そのようなことがないように、しっかりと最後の詰めをしていきたいと思っております。

○森下委員 多分、法医学の先生の意見に引っ張られ過ぎていますね。今、正に法医学の授業を聞いているような説明なのだけれども、それは法医学者が見るときの判断であって、そんな判断は正直、普通の医者でもやっていないですよ。私が名医なのかもしれないけれども（笑）、正直、私は10人も立ち会ったことはないし、私自身この基準だったら看取りはできないですよ。

普通は、看護師さんの場合は三交代勤務だし、その時間帯の中でたまたま亡くなった方が数人いることが普通であって、10人も亡くなることは、むしろ逆に怪しいと私は思うのです（笑）。そういうところをもっと現実に即しないと全く効果はないし、多分、厚労省さんも、話を聞いていて法医学の授業を聞いているような感覚になっているのだと思うのですが。ゼロは確かにどうかと思うけれども、十分研修を受けて、少なくとも数人看取れば十分な話です。だって、これは上に全体を指導する医者がいるのだから。看護師さん単独でやると言っているわけではないのだからね。

そういう意味で、やはり現実的な話をしないと全く規制改革する意味もないし、恐らく、来年また来てもらったときに人数が全然いないという話で、お困りになるのは厚労省さんだと思うので、もっと普通に考えたことをされたほうがいいと思います。法医学の立場から言えばそういう気持ちは分かるけれども、それは飽くまでも法医学であって、現実にはないですよ。

○林座長 川渕先生。

○川渕専門委員 途中から入ったので、この前のいきさつを存じ上げないのですけれども、今、聞いておりましたら二つだけ提案したいと思えました。一つは、実現可能性についてです。先日、訪問看護ステーションの方にお会いしたときに、長崎は離島が多いので大変ですねと言ったら、川渕さん、火葬場もないから、ちょっと危なくなると皆さん本島に行

っていただくということでした。これまでゼロ回答に近かった厚労省が前向きな回答ということで非常に評価するのですけれども、もうちょっと現場の意見を聞く必要があるのでは。厚生科研でやっておられるのだから大丈夫かと思いますが、例えばこれから多死社会ということで、今、年間120万人が170万人になろうとしているわけですね。その中で一番在宅死が多いのは東京都です。2015年で17.3%です。

へき地より、むしろ都市部のほうの、行ってみたら頓死という状態が、結構これから散見されるのではないかと。あるいは実際、検死が結構あるということ、先日東京のとある先生から聞きました。

実際、7ページの診療報酬の点数を見ると、在宅療養実績加算1は看取りが1年間に4件以上、新しくできた2が2件以上、ちょっと厳しい条件とおっしゃった6ページの加算は看取りが20件以上と、一般の医師でもこれはなかなかカバーできていないのではないかと。厚労省はいつも「あるべき論」ですが、実際にやってみると全然手が挙がらないということが散見されるのではないかと。こういう診療報酬の点数がどれぐらい算定されているのか、絵に描いた餅にならないように検証されたらよろしいかと思います。

もう一つは、研修についてです。今、私の知っている範囲でも、看護師に係る研修はいわゆる専門看護師、認定看護師、今度始まった特定行為といろいろありますね。これは、喀痰吸引についても在宅でできるようにしたらと言ったら、今度はホームヘルパーも一定の研修を受けなければならなくなりました。研修、研修、研修です。相乗りして、例えば、特定行為をやった暁には都合10日間も受けなくていいとか、研修内容を少し省略できる方法を取り入れたらどうですか。

○林座長 今の御提案について、もし何か御意見があれば、いかがでしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） どこで研修をするかなどはこれからの詰めなので、御意見を踏まえて、なるべく負担にならないようにという形で進めていこうと思います。

○大田議長 5年の訪問看護の経験ということは、どういう議論で出てきたのでしょうか。看護師の経験年数が必要ということは分かるのですけれども、訪問看護の経験が5年なければいけないということは、どういう理由でしょうか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 訪問看護というのは、やはり御自宅に行って、その中で患者さんを診るということで、御自宅に行ったときの一定の対応の仕方というか、やはり看取りが人生の一番最後ということで慎重な対応が求められるので、病院だけにしかいたことがない看護師さんは、いきなり在宅に行って適切に対応しなさいと言ってもなかなか難しかりょうということもございましたので、在宅での経験が必要だろうということで5年という御意見がございました。

あと5年あれば、一定程度、看取りの発生もあるのではないかとということで、御意見はございました。

○大田議長 病院で10年なり20年の経験を積んだ方でもできないということですね。

○厚生労働省（奥野課長補佐） この要件では、そうなってまいります。

○大田議長 それが必須ですか。

○厚生労働省（奥野課長補佐） 今日の御意見を踏まえて、伝えさせていただきます。

問題意識については、非常に私も納得できるものはございますので、ゼロ人みたいにならないように、持ち帰らせていただきます。

○森下委員 正直な話、1年でもいいのではないか。

医者が往診行く場合などは、昨日まで大丈夫みたいな人に看取りを考えて往診に行くわけではないですよ。医者と一緒にしないにしても、飽くまでも医者が付いた上での看護師さんの話で、単独で行けといった話ではないし、単独で看取れという話ではないですね。そう考えたら、そこに5年という規制は全く意味がないと思うのだけれどもね。

ゼロでは困るというのであれば1年とかでも全然構わないし、現実に即して、せっかくこれから先、厚労省さんとしては看取りを在宅でという話をしているのであれば、正にそこに十分な体制がなかったら、ある特定の看護師さんだけが亡くなるたびに呼び出されて行くという、変な話そのまま行くと、亡くなりそうだったらその看護師さんが回るという話でしょう。それは現実的ではないと思うのです。もうちょっと現実に即して、検討会での議論としては当然ハイスpekなことを言うでしょうけれども、それと現実の場は違うから、そこは厚労省さんがちゃんとやるべきだと思います。

ぜひ、ゼロではないようにお祈りしますけれども。

○林座長 座長代理、よろしくお願いします。

○江田座長代理 ちょっと視点を変えた質問です。

eの項目のテレビ電話装置などICTを活用したという文面がありますがけれども、こちらのほうでは技術も日進月歩で進んでいるという理解でございます。具体的に、どのような装置、どのような技術を使っていくのか。そして、今後もその技術が進むに当たって、それをどうやって取り入れていくのか、議論の内容を教えていただければと思います。

○厚生労働省（奥野課長補佐） どういった機器をとということにつきましては、初めはいろいろな業者などにどういった機械があるかなどもいろいろ調べたのですが、結果として、医者からすると写真を撮っていることがまず大事だと。それを送ってもらえれば、基本的には大丈夫ということで、余り高度なICT装置は不要だと。まだ、これは決まっていないですが、最悪、スマートフォンの最近の能力であれば可能かもしれないぐらいの話という意見もありましたので、そんなに何かを買ってこれをやれみたいなことにはならなそうです。

○江田座長代理 看護師さんの負担を考えたときに、それ以前に、もしかしたら技術がサポートできる部分もあるのではないかと今、感じましたので、是非ともその辺りも考慮して、看護師さんの研修の負担を下げただけければと思います。

○林座長 どうぞ。

○川渕専門委員 今度は伯野さんに二つ質問です。

一つは、5ページの在宅医療・連携拠点事業についてです。立て付けは平成30年4月に

全ての市区町村が実施するとなっていますが、実際、自治体に行くと、非常に低調で、本当に大丈夫なのか。

2点目は、先ほどの点数についてです。例えば地域包括診療料という点数がありますが、1年目は122。2年たつと93と、届出をした診療所がむしろ減ったのです。何でやめたのですかと聞いたら、365日24時間などやっているとということでした。それでは、在宅療養支援診療所・病院はいかがでしょう。フォローアップということなのですが、普及状況はいかがですか。うまくいっているのですか。

○厚生労働省（伯野室長） まず、在宅医療・介護連携推進事業なのですが、私の隣にせつかく担当室長が来ていますので、西嶋室長のほうから答えてもらいます。

○厚生労働省（西嶋室長）

在宅医療・介護連携推進事業につきましては、今、川淵先生から御指摘のとおり（ア）から（ク）という項目について、全ての市町村で実施をすることになっていますが、先生の御推察どおり、まだ達成できていません。

これは、実は毎年度フォローアップしているのですけれども、徐々には進んでいるのですが、まだまだというところが実態です。今回、介護保険法の改正を国会審議中でして、その中で、実は今までやってきましたのは全ての市町村でどうぞやってくださいということだったのですが、市町村も人事異動はあるし小さいところは一人の職員がいろいろなことをやっているわけで、とてもではないけれどもここまで回らない。医療との連携などは、医師会ともそんなに話したこともないみたいな人が担当していますので、そこは今回の介護保険法の改正の中で、都道府県がきちんと市町村をサポートすることを努力義務化しているということを審議中でございます。

趣旨としては、実は都道府県ベースで見ると、県内で在宅医療介護連携が進んでいるところは必ず一つはあるのです。ですので、県が主体となって、県内の横展開をしていただく。その際には、医療関係でいえば県の医師会から郡市の医師会にきちんと落としてもらって、医療側もきちんとサポートする。介護側も、市町村の人をサポートする。そういう体制を作ることで、事業というよりも医療と介護の連携そのものを進めていこうということを今回の介護保険法の改正の中で具現化していますので、これは引き続き我々もフォローアップしていきたいと思っています。

○厚生労働省（伯野室長） もう一点の診療報酬の観点なのですが、御指摘のとおり、地域包括診療料については、なかなか算定要件が厳しいということで伸びないこともありましたので、平成28年度の改定で、常勤医師の要件を少し緩和しております。その後どうなっているかということも含めて、引き続き検討が必要かと思っています。

あわせて、非常に名前は似ているのですが、地域包括診療加算というものがございまして、こちらについてはもう少し緩い要件ではあるのですが、1,000件ぐらい出てきているところがございます。診療報酬は一つに限ってやるものではありませんので、総合的にどういった報酬が望ましいのかということは今年度の改定に合わせて議論していくと考えてお

ります。

○川渕専門委員 今、1,000件とおっしゃったけれども、47で割ったら1都道府県20件ぐらいですね。

○厚生労働省（伯野室長） 失礼しました。4,700でした。申し訳ございません。

○川渕専門委員 これも6,536から4,701に減少していますね。資料の6、7ページはどうですか、算定状況は芳しいですか。

○厚生労働省（伯野室長） 6、7ページの実績は、まだ出てきていません。これは28年度改定ですので、まだ実績までは出てきていない。

○川渕専門委員 中間報告は何も出ていないのか。改定は去年の4月でしたね。

○厚生労働省（伯野室長） もうそろそろ調査をして、議論の素地にするところでございます。

○林座長 要は、28年にこうしていろいろ計画を立て、インセンティブの点数も付け、市町村へのいろいろな計画も作っているけれども、果たしてこれでどこまで連携が進んだのかというところについて、川渕専門委員からいろいろな御指摘があり、率直にお答えいただいたのではないかと考えています。

本日は、答申のフォローアップとして、看取り関係の2点をお話ししておりますが、今年、私どもが中心的に議論している介護分野の見直しにおきましても、先日の公開ディスカッションでご紹介した、実際に3人、自分の両親とおしゅうとめさんを看取ってきた方のお話によれば、おしゅうとめさんについては、最後に、医療機関と介護とうまく連携できて在宅で看取れ、長年の介護の最後をそういったいい形で終わることができたということで、非常に感謝されておられました。

介護を続ける家族にとっても、御本人にとっても、非常に大事な施策であると思いますので、是非こういった取組が本当に実効性があるようお願いしていきたくて思っております。

そういった意味で、看護師の要件については、私どもの考えていた客観的な要件で速やかに診断ができるようにという点に、いろいろな経験要件などが加算されているので、その辺に懸念点があります。本日のフォローアップの中では各委員からその点の懸念を示させていただきましたので、今後、より具体的な計画を立てる中において、是非本日の意見も御配慮いただきまして、今年度中に在宅看取りについての環境整備が確実に措置済みとなるようお願いしたいと思います。

それでは、そろそろお時間となりましたので、本日はここまでとさせていただきます。

ただいま申し上げましたように、本件の実施時期については、昨年閣議決定上「平成29年度中の結論・措置」と明記されておりますので、当ワーキング・グループとしましても、引き続き進捗をしっかりとフォローアップしていきたくて思っています。

本日は、どうもありがとうございました。

本日の議題は以上です。事務局から何かございますか。

○中沢参事官 次回のワーキング・グループの日程につきましては、追って御案内をさせていただきます。

以上です。

○林座長 ありがとうございました。では、本日はこれにて会議を終了いたします。