

## 第42回 健康・医療ワーキング・グループ 議事録

1．日時：平成27年12月24日（木）14:00～16:11

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）土屋了介、松山幸弘

（事務局）羽深規制改革推進室長、刀禰規制改革推進室次長、大熊参事官、湯本企画官

（日本医師会）今村副会長

（厚生労働省）大臣官房 谷内審議官（医療保険担当）

保険局 宮本保険課長

大臣官房 梅田審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当）

老健局 佐藤高齢者支援課長

医政局 迫井地域医療計画課長

医政局医事課 久米課長補佐

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、誠にありがとうございます。

本日、カメラ撮りはありませんので、そのまま進めさせていただきます。

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。

ここからの進行は翁座長にお願いしたいと思います。

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、当ワーキング・グループで11月26日に健康保険組合連合会から規制改革要望のヒアリングを行い、12月16日に関係当事者である社会保険診療報酬支払基金からヒアリングを行いました。これらを踏まえ、本日は関係者であられる日本医師会より、今村副会長にお越しいただいております。また、所管省庁としまして、厚生労働省にお越しいただいております。

まずは、日本医師会様から御説明をいただき、その後、質疑応答とさせていただきます。

それでは、日本医師会様から資料1について御説明を15分ぐらいお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

日本医師会(今村副会長) 改めまして、こんにちは。日本医師会の今村でございます。お招きをいただきまして、ありがとうございました。

冒頭、こんなことを申し上げるのも何ですが、医師会の仕事は本当に多岐にわたるいろいろなことをやっているのですが、私個人といたしましては、保険の審査に関する仕事というのは余り経験がなくて、規制改革にお招きいただいたということで、各役員のさまざまな現場の意見等を聞いて、それをお話させていただきたいと思っております。

審査支払いの方法というか、仕組みについては、今までさんざんここで議論されて、今日の委員の先生方は十分熟知されていると思いますので、そのことについては資料の中にもさまざま書かせていただいていますけれども、余り詳しく申し述べるつもりもありません。私は今でも医療機関として医療を、本当に少しですけれども、行って、患者さんに少しでも良い医療を提供しようということで行っているわけですけれども、そうは言いつつ、医学的な価値と実際の保険のルールの中で、それが認められるかどうかということは、これは実は違っております。

今、医学は非常に高度化して細分化しておりますので、保険診療を行うときに当然知っておかなければいけないルールというものを全て熟知しているということが、これは基本であるとは思いますが、そうは言っても、そこがなかなか分からないで、医学的にこの患者さんにこういう医療をすればいいのではないかと提供したものが、実はそれは保険診療のルールで言うと、少し問題がありますねということがあります。

直近、実は内科であっても、今は総合的な診療を私も行うことがあるので、明らかにこれは誰が見ても爪の水虫、爪白癬であるという方がいらっしゃって、それに対して、従来は爪の白癬というのは外用薬では効かないと言われていて、薬を飲んでいただくのですが、これについては肝臓の障害とか皮膚の過敏症だとか、いろいろ問題があるので、適用を選んでいただけですが、外用薬であれば問題なく提供できるということで、それをお出しした。患者さんはそれで治った。よかったねという話なんです。実は保険診療上、それを査定されてきて、結構高いお薬なので、それを査定されるということは、ほかの診療代は全部マイナスになるという、医療機関としてはマイナスでお金を出して患者さんを診てあげるという結果になるわけです。

その支払基金にお電話をして、これはどういうことで私、査定されたんですかと言ったら、事務局の方が出てこられて、これはきちんと専門の先生にもう一度確認しますということで、これは実は顕微鏡でちゃんと菌を確認しないと、このお薬は使えないことになっています。申し訳ない。こちらがそのルールを知らないで出してしまったので、気をつけますというお話です。ですから、現場の医師は、このことが患者のためになると思ってやったことでも、保険のルールに合致しないというケースがあって、そういう査定をされた

ことに對して納得できるというのは、そういう審査支払機関の公平性・公正性が保たれているということを前提にして、私どもはそれを納得している。

今回問題になっている事務の効率化ということについて、私どもが効率化をしなくていいなどと言うつもりは全くありませんので、それは保険料を使って行うことですので、できるだけきちんとした効率化を行っていただきたい。ただ、そのときに、今、申し上げたような審査の公平性・公正性に問題が起こってくるようなことが起こっては、これは困ると思っています。そういう審査支払いを行う場所が支部である必要があるかどうかという議論があると伺っております。

例えば今の自由標榜制がいいかどうかという非常に難しい問題がありますが、内科があって、皮膚科があって、泌尿器科で標榜されている先生の医療機関の審査を行うときに、その中で内科が一番主になっていますので、内科を専門にしている先生のところにレセプトのチェックが行く。

そのときに泌尿器科の中身が非常にたくさん出ていたときに、その内科の先生のところに泌尿器的な審査が来たときに、自分ではなかなか分からない。これは是非泌尿器の先生に聞きたいというときに、今は同じ日にその場所に審査の専門の先生たちが集まっているので、毎月、いつも一緒にやっているの、泌尿器の先生に、これ、どう思う。僕はこれ、大丈夫だと思うけれども、先生、どうですかと聞いて、先生、これはだめだよという判断を、そういう集合の形でやっているということがあります。

ですので、幾ら専門性を持ってやっているといっても、今の医学というのはさっき申し上げたように非常に複雑多岐になっているので、そういう判断を集合的な場でできるということが、いきなりITで置きかえられるかどうかという問題はあろうかと思っています。だから、今後のITの技術がどんどん進歩していけば、将来的にそういうことが可能になるとは思いますが、現時点でいきなりそれを置きかえられるかどうかということについては、少し慎重に考えていただいた方がいいのかなということにはちょっとあります。

それから、今の医療は県単位でいろいろなことが進んでおります。その議論も多分あったと思うんですけれども、地域医療構想とか医療費適正化計画とか、さまざまなものが県単位で行われている。県医師会が中心になって、そこで協力しながらいろいろ進めていますので、一つの単位としては、県でやるという考え方というのは、一定の合理性があると考えています。

実は、この支払基金のお話とは別なのですが、産業保健と言って、今、労働者の方たちの健康保持のために仕組みがあって、産業保健推進センターというのが県に1カ所あるのですが、民主党政権のときにそれを集約化しよう、効率化しようということで、全国を幾つかのブロックに分けて、集めてそれをやろうとしたときに、いきなりそれをやったので、物すごい大混乱になって、結局また県単位に戻っちゃったということがありますので、そういうある固まりに集約化していくというときには、相当丁寧に状況を見ながらやっていただく必要があるんじゃないかと思っています。

良いと思ってやったことで混乱が起こってしまっただけでは意味がないので、こういうことをしたときに、現場で混乱が起こらないかどうかという検討もきちんとした上で進めていただけたらありがたいなと思っております。

あと、私の方から申し上げることは、最終的にまとめのページ、5ページを見ていただきたいんですが、繰り返しになりますけれども、ピアレビューということで、適切な医学的判断による審査実績に基づいた、保険者と医療機関の信頼関係ということが非常に重要であるということで、くれぐれも患者さんが受ける医療が公正・中立な立場で審査を行う。このことに多分先生方は全く異論はなくて、そういうお話じゃないんだよという認識でやっていただいていると思うんですけれども、その事務の効率化ということを図ったときに、そこに審査の公平性・公正性に影響が出るようなことがないようにしていただきたいということがお願いであります。

あと、申し上げたかったことは、都道府県ごとの、これはたまたま行政的に県が分かれているわけですが、地域ごとに相当に医療の状況というのは違う。これは、提供体制の違いということをお願いしたいのではなくて、ドクターの先生もいらっしゃるからあれですけれども、例えばがん登録というのがこれから始まるのですけれども、今、地域がん登録というのが43県あって、そのデータがどんどん集まってきて分析すると、発症率とか死亡率。死亡率が医療提供体制の問題も影響すると思うんですけれども、土屋先生、がんの専門家だからあれですけれども、県ごとに相当に差があります。

ですから、さまざまな生活習慣病についても、あるいは自殺率、鬱についても県ごとに相当違うので、そういう県ごとの実態の差というものがあるので、そういうものをある程度集約したときに、どこまで細かく見ていけるかという課題はあると思っておりますので、そういう意味で、全体として事務の効率化を図っていただくことは必要だと思うけれども、繰り返しになりますが、公平な審査に対して影響が出ないやり方で御検討いただきたいということを日本医師会として申し上げます。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑応答に移りたいと思います。どなたからでも結構でございますので、御質問、御意見などありましたらよろしくお願いいいたします。

森下先生、お願いします。

森下委員 今村先生に御質問ですけれども、現在、県単位でされていると、医師会そのものは都道府県単位になっているので、推薦とかの枠を考えると県を越えてやるのはなかなか難しいというのが実態としてあるのでしょうか。

日本医師会（今村副会長）そこはあると思います。すみません、私の方から本来申し上げなきゃいけないのですが、今は県医師会単位。もちろん、ブロックで意見交換はしょっちゅうやっているんですね。そうは言いつつも、大きくなればなるほど見えてくるものかだんだん薄くなるのは間違いないので、変な話、お一人お一人の医師会員から見れば、日本医師会など、遠くで何をやっているのか全然見えないけれども、地域の医師会は身近

だというのと同じです。

そうは言っても、県でも鳥取県の60万人と東京都の1,300万人を同じに考えるのかという議論はあると思うんですが、基本の骨格は都道府県単位で今、動いていますので、そういう意味では、そこは機能的にはそういう協議だとか、今、先生がまさしくおっしゃったような委員を選ぶとか、そういうことについては、一定の機能というのは県単位で残した方がいいと。ただ、それは箱物であるかどうかというのは、事務的に何ができるかですから、その話とはまた別だと思っていますけれども、機能は絶対にある程度地域の中に残した方がいいというのが私の感想です。

森下委員 多分、この話は、どこまでが都道府県で医者が絡むかという線引きをどうするかという話が一番大事だと思うんですね。先生言われるように、最終的な審査で医者が見る分に関しては、都道府県単位の医師会が推薦しますし、実際査定を受けるのも都道府県の先生なので、そちらの方が厚労省の言われる訴訟になりにくいというのは、多分事実だろうと思います。

一方で、その前段階としてのさばきとして、支払基金の方から事務の方が各都道府県単位でいなきゃいけないというお話があるんですが、ここは逆に言うとブロック単位で私は構わないのかなと思います。お手伝いする方が十分な数がいれば、別に都道府県ごとにその方がいなきゃいけないという話ではないでしょう。また一方、全体のコンピューターをチェックするところも、別に都道府県の医師会そのものが関係するような話でもないので、機械的な部分はある意味ブロックでもいい、あるいは全国でもいいんじゃないか。恐らくそこのところの医者の側から言う、査定を受けた側の満足感というか、納得感と現実の査定をする側のマンパワーをどうやって出すか。

ここの議論がうまくいけば、恐らく効率化ができるのかなと私は思っていて、その意味で、ここ以上は無理だということが明確になれば、言われたようにできるだけ安くしていく、効率化していくということで御協力いただければと思います。

厚労省さんには、今、言ったようなところで線分けが私はできるんじゃないかと思うんですけれども、絶対に都道府県でいなきゃいけない機能というのは、最低限を考えるとどういうものかというのは、何かもしアイデアがあればお教え願いたいと思います。

厚生労働省（宮本保険局保険課長） 厚生労働省としては、大体、先生がおっしゃるとおりではないかと思っていて、審査委員は都道府県単位で選んだ方が、顔の見える関係とか、審査の納得性ということが高まると思っています。それをサポートする体制としては、前に申し上げましたけれども、事前にどういうルールになっているとか、ルールが変わったときに、そういうことをお知らせに行くとか、きめ細かくやっていくことが大切なのです。

ただ、それはいろいろなことで効率化はできると思っておりますので、今いるような体制がそのまま要るかどうかというのは、検討していく可能性が大いにあるので、それをITの技術で置きかえられるものは置きかえていきますし、合理化できるものは合理化していっ

て、説明をするものをどれぐらい合理化していくかとか、ほかのもので合理化して人員を確保してやっていくということは可能だと思っています。ただ、それは実際に検討してみないとどうだということが、厚生労働省が直接やっているわけじゃないので分からないということがあるのですけれども、そういうことを大いに検討していったって効率化していくという努力はやらなければいけないと考えております。

厚生労働省(谷内大臣官房審議官) 改めまして、審議官の谷内でございますけれども、当然、現場が回ることも必要でございますし、我々としては規制改革会議からいろいろ御指摘賜ったことについては、全てきちんと俎上に乗せて検討しなきゃいけないと思っております。そういうことにつきまして、厚生労働省保険局としましては支払基金と真摯に議論していきたいと思っております。

日本医師会(今村副会長) 若干補足。指名もないのに申し訳ない。

できれば、さっき申し上げた機能というところで、審査の委員という方たちが1回はきちんと集まって情報交換するということは、結構大事なかなと思っていて、うちの県の今の傾向、他県と比べるとこういうふうになっているけれども、ここはこういうふうにするかというのとか。各委員の中での情報の共有とか合議をする場という言い方は変ですけれども、機会は必要だと思っています。だから、それが箱物が1個、丸々必要かどうかという議論ではなくて、そういう機能は絶対に必要なのではないかと考えていることだけ、あわせて申し上げさせていただきたいと思っております。

翁座長 一つお伺いしたいのですが、先ほど今村副会長から、例えばがんなどについては都道府県ごとに傾向も違うというお話、いただいたんですけども、確かに地域ごとに疾病の傾向とかは異なるということはあるだろうなと思っておりますが、すごくそれが高いところとそれが低いところで、審査基準は全く同じですね。

日本医師会(今村副会長) 基本的に同じだということ。ただ、医療は非常に年齢とか性別とか、その地域の特性というものがあるので、その辺の医療の裁量性をどう判断するかということに、個別の差が少し出るということは現状あると思っております。

それで、医療提供体制も県ごとに違ってきますので、例えば単純に費用の問題だけ見ちゃうと、同じ医療をやっているのに、こちらの県とこちらの県が違うじゃないかみたいな議論がどうしてもあるんですけども、そこは細かく丁寧に見ていかないと、何が原因でそうなっているかというのはいろいろな事情があるかと思っています。全てこういう審査の問題という話ではないのかなと思っております。

翁座長 私どもの問題意識としては、地域性というものに余り配慮し過ぎると、統一性ということが非常に重要で、国民皆保険の中で、給付の範囲というのが地域によって異なるということは、今まだそういう現状が残っていますので、それをもっと統一的にしていこうということが必要だと。そこについては。

日本医師会(今村副会長) 異論はないので、統一性と個別性というか、そのバランスをどこに取るかという話だと思います。だから、地域性を全く無視するというわけにも、

多分いかない。これは、東京と医療機関の少ない地方というものを、同じ疾病に対して、同じ医療が受けられるのかという問題も当然あるわけですし、さまざまな条件が違う中で全国的な診療報酬という同じ一つの価格でやっているということについての全国的な統一性の問題と、そういう個別性というもののバランスを見ていただく。だから、丁寧にやっていただきたいということや、えいやっということでやらないようにしていただきたいということです。

翁座長 土屋先生、お願いします。

土屋専門委員 今の森下先生のこと絡むんですけども、選定療養費の地域性はかなりあっていいかと思うんです。東京都と鳥取県では部屋代が違いますし、固定資産税が違う。診療内容については、翁座長、言われたように、東京と鳥取で診療内容が異なっては困るので、この辺の統一性というのは必要じゃないか。

特に私、今、がんの専門家と、昔のことを思い出して、そういう高度医療をやる立場からいくと、東京都の場合、13医科大学があるからまだいいんですけども、地方へ行くと1医科大学しかないんですね。1医科大学か、あるいは県単位のがん拠点病院でしかやらないような手術とか、あるいは特殊な病態での治療といったときに、審査ができるのは県では1カ所か2カ所ぐらい。それが10万点超すのは当たり前で、時に100万点超す、1,000万円を超えるというときに、1県の中ではとても判断できない。

自分のところで自分の判断をしているようなことになりますので、これがかなり保険財政を圧迫している要因の一つでもあります。そういうことからいくと、あるところからはブロック単位でないと、審査そのものの公平性というのがなかなか保てないのではないかと。

日常的なものについてどうかというのは、先ほど白癬の例をお出しになったのですが、これは診療所でITを駆使していただくと、顕微鏡もしていないのに投薬してしまったというのは、むしろ請求の段階でITがチェックすれば済む問題で、審査の問題ではない。また、審査の方も恐らくITで解決できる問題。ですから、今、問題なのは、なるべく効率をよくして無駄をなくそう、ムラをなくそうということでもありますので、その点を加味して、ブロック化あるいは全国統一的な判断基準というのが必要ではないかと思えます。

日本医師会（今村副会長） 今、先生がおっしゃった高額点数、私もちょっと資料を見ると、40万点以上の高額レセプトについては、基金本部にある特別審査委員会というところで行っているという、それなりの一定の配慮はされている。

まさしく先生おっしゃった、レセコンのいろいろな業者さんがいっぱい出されていますけれども、我々もさっき申し上げたように、物すごく総合診療的な能力を求められている中で、いろいろな科の知識を持たなきゃいけないということで、そういう保険診療上のルールを十分に理解しないで審査支払機関に出してしまうことが起こらないようにするためには、レセプトのコンピューター上にそういうものが組み込まれていれば、それはそれで確かに非常にいいと思う。ですから、ITの進歩自体を否定するものではないので、どんどんそういう機能を高めていただければいいなと思っています。

それから、医療の提供体制の話については、私はもともとの専門が麻酔科で集中治療室というニッチな世界で仕事をしていたのであれですが、例えばがんの診療などにしても、大学ごとにそれぞれのいろいろな治療法があったり、新しい治療に取り組みられたりといういろいろな問題があるわけで、そこは医療の専門家、日本医師会はもちろんそうですし、日本医学会も含めて、きちんとしたガイドラインで、ある程度、こういうものについては、一定この辺の裁量まではあるけれども、こういうことで全国そんなにでばこがないようにやりましょうということを、プロフェッショナルオートノミーの中でやっていかなきゃいけない話だと思っています。

おなかをこっちから切るか、こっちから切るかみたいな、ウナギの割り方みたいな話が、昔は本当に大学ごとにおなかの切り方が違うみたいな話は、多分専門家の外科の先生たちは一番よく分かっておられると思うんですけども、そういうことは医学の世界の中できちんと標準化をこれから図っていくという話だと思っています。

翁座長 林委員、お願いします。

林座長代理 ありがとうございます。本日の医師会様からの御説明、私たちにとっても非常にリーズナブルなお話で、思いは一つだと安心いたしました。

もとより私どもも、医師の審査が絶対、必須だということについては、全く異論ございません。ひとえに国民皆保険制度を持続可能にするために、毎年の事務費八百数十億円をいかに効率化していくかという一念で検討しています。特に平成27年度予算を見ても、支払基金の支出846.9億円のうち、審査委員会費は122億円にとどまるんですね。残りが各都道府県ごとの建物・人員、そして什器備品、パソコン維持費など、それらを抱えていることによる費用なので、ここが、まだまだ効率化できる部分ではないかと思いますので、前回からこういう話をしているわけです。

本日、今村先生からお話いただいたことは、つまり、医師の合議の仕組みとか事務との連携とか、それからセキュリティの確保も含めたインフラ。このようなネットワーク環境が整備されれば、支部の集約化や審査のネットワーク化も今後、可能とお考えであるということによろしいでしょうか。

日本医師会（今村副会長） はい。まさしく今後のいろいろな技術の進歩の中で、今、先生がおっしゃっていただいたような課題がきちんとクリアできる。そのときに合理化を図るというのは当然のことだと思います。繰り返しになりますけれども、公平な審査に影響の出ない形で効率化を図っていただきたいということだけを申し上げておきます。

ありがとうございます。

林座長代理 ありがとうございます。

そこで、厚労省の谷内審議官様にお伺いしたいのですが、先ほど真摯に捉えて検討してくださるということを伺いまして、また大変感謝申し上げますところですが、この問題は今に始まった問題ではなく、少なくとも十数年前から審査支払基金の事務の効率化が問われてきており、過去の記録などを見ますと、会議体なども設けられたと聞いております。



そういった中で、今、レセプトの電子化がほぼ100%、完成いたしましたので、この現状において、前回、河野大臣はゼロベースで見直すということをおっしゃられたわけですが、支払基金の事務の効率化については、こういった形で議論されていく余地があるということについて、決定事項までは無理だと思いますけれども、何らかのお考えをお示しいただければ幸いです。

厚生労働省（谷内大臣官房審議官） 前回の支払基金のヒアリングですが、私は診療報酬改定等の事務で忙しくしておりまして、出席できませんでしたけれども、当日の支払基金の説明を後で議事録で見ますと、改革にすごく消極的に聞こえるようなプレゼンだったと受け止めております。正にそういう議事録が残っております。

私は保険局に10月1日に参ったわけですが、支払基金の事務だけではなくて、正に日本の医療費が今40兆円を超えて、まだ毎年1兆円ずつ増えるような状況で、いかにその伸びを抑えていかなきゃいけないかということ、必死で毎年のように改革だとやっているような状況でございます。それにつきましては、支払基金の事務も当然同じようなことでやっていただかないといけないと、保険局全体として総意を持っているところでございます。

委員のおっしゃいました十数年前からの課題だというのは、申し訳ございません、今、初めて聞いたんですけれども、私としましては、ヒアリングのあった翌日に局長の命も受けまして、私と課長で支払基金に行き、改革は絶対やるんだからということ、理事長にも言わせていただきました。今後、規制改革会議だけではなくて、いろいろな方々からいろいろな御指摘を受けておりますので、それを全て俎上に乗せた上で、メリット、デメリットをきちんと分析した上で、やれるものはどんどんやっていくということ、やっていきたいと思います、理事長ともお話をしまして、当然そうですねと、理事長からもそういう話を承っております。

あとは、きちんとその改革をやること。スピードの問題だと思っておりますので、そこはまたいろいろ御指導も受けながら、どんどんやっていきたいと思っております。ただ、具体的なスケジュール、こうだというのは、今の時点では申し上げられないことは御容赦願いたいと思っております。

翁座長 お願いします。

森下委員 今村先生、せっかくわざわざ来ていただいたので、お伺いします。各県ごとに、あるいはブロックごとに審査が結構違うというので、御不満の声もいっぱい医師会に入っているのではないかと思います。全国の審査の統一性等で、医師会としてこういうところは改めてほしいというのがもし何かあれば、是非この機会にお聞きしておきたいんですけれどもね。

日本医師会（今村副会長） 冒頭申し上げましたように、私も保険の審査に関してエキスパートというわけじゃないので、総論としては、それぞれの裁量性を残しつつ、ある一定のきちんとしたでこぼこをなくしてくださいという、お答えになったかならないか

のような要望になってしまうんですけれどもね。

余りに全部同じにしろとしてしまうと、これも弊害も出るし、かといって、余り極端なでこぼこがあってもまずいでしょうということで、常に日本医師会の会議の中でも、そういう保険審査の話というのはいつも大きな話題になっていて、現場の先生たちの負担になるという話もあるし、逆に査定のあり方がおかしいんじゃないかという話もあって、これは利害を調整するのはなかなか難しいだろうなと思っていますけれども、先ほど翁座長からのお話があったように、でこぼこをなるべくなくしつつ、それぞれの地域の特性というもののある程度反映できるような裁量は残すという、そういう総論的なことしかちょっと申し上げられないと思います。

もしお許しいただければ、中医協の委員でもある、保険審査に一番詳しい者が、私が変わなことを言わないように、今日はちゃんと来てもらっていますので、そういう現状についての御報告ができますけれども、いかがいたしましょうか。

翁座長 それでは、是非お願いします。

日本医師会（松本常任理事） 常任理事の松本でございます。保険医療を担当しております。

地元の方では、私は国保連合会の審査委員を十五、六年しておりましたけれども、今、言われて、いわゆる支部の差、支部間格差を是正する委員会というのは、現実に支払基金でございます、それぞれの地域、五、六県ずつでまず協議をいたしまして、各県の差がどのように出ているかというものをまず行いまして、それを国あるいは支払基金の方へ集めまして、そこで協議をする。そこには国保連合会の代表も参加して、こういう地域間格差があるけれども、それをどういうふうには是正していくかという議論を年に2回ほど行っております。そこでできれば統一していく。

でも、先ほどもありました、医療として、これがいい医療である、必要な医療であるけれども、保険診療にはそぐわないというものがございまして、その辺をどういうふうには持っていかということの中で、ある県では学会が推奨しているものを何とか認める方向でもいいんじゃないかという県も現実にはあります。保険上、絶対それは認めないという県もございまして、ゼロと100をどのようにして合わせていくかというのを中央でやるわけですが、うまくいく場合と、継続審議のような形になる場合とございまして、そういう矛盾の中で現実には行っているというのが現状でございます。

森下委員 先ほどのITの話になるんですけれども、査定される多くは、病名漏れであったり、本来検査しなきゃいけないのに検査が抜けているとか、ケアレスミスがかなり多いと思うんですよ。ああいうものが前段階で審査が早く、コンピューター上でできるようになれば、本来の保険請求の前に言ってもらくと、実は漏れがなくなるんじゃないかと思うんです。今後、もし中央である程度速い速度で処理できるようになれば、事前に分かるようになると思いますし、その過程が分かれば、同じものをレセコンの中に放り込んでおけば、そこは全部はじけますね。

恐らくそうするとかなりクレームも減るし、お互いにいいんじゃないかと私は実は思っているんですけども、もし仮に中央でそういう査定が進んできて、ある程度のところまではコンピューター上で判断が一致してくれば、当然、医師会のレセコン等にもそういうものを入れてくると思うんですけども、そういうことが望ましいという気がするんですけども、いかがでしょうかね。

日本医師会（松本常任理事） 先ほど今村副会長からもございました。それぞれのレセコンなり、電子カルテなり、行った治療、行った検査が傷病名とそぐわない。こういう傷病名ではこういう検査はできませんよ。こういう検査をすれば、こういう傷病名が要りますねというのがそれぞれのレセコンでチェックできるようになれば、正に先生が今おっしゃったように、随分効率化できますし、レセプトを請求する前にちゃんと事前チェックができる。それが一番望ましい。

それを実際には、我々管理者がカルテを一枚一枚見てから提出するというのが基本なんですけれども、現実にはなかなかそこまで時間がないということと、見落としがあって、そういう査定返戻というのが起きているというのが現状です。

日本医師会（今村副会長） 今の松本先生のお話に追加させていただくと、医療機関からすると、単なる病名漏れで査定されて自分の診療がマイナスのお金になってしまうというのは、正直言ってすごくつらいことです。ばかばかしいというか、実際には単純ミスだと。そういう単純ミスが起こらないようにするためには、コンピューター上の技術があれば、そんなのはできるでしょうという話です。

私自身も、こんな仕事をしながら、午前中にやった診療のカルテを全部、病名漏れがないかどうかを家に帰って、夜、毎日チェックするわけです。それでも一件二件とか、疲れていると忘れてりする。それをぱっと切られてくるわけで、これは不毛な作業だなと私も思っていますので、ITの業者さんにも是非お願いしたいなと私は思います。

森下委員 私もよく大学で、抜けているというので怒られます。結局のところ、支払基金の方がそういうチェックをどうやっているか分からないので、作れないのが大きいと思います。だから、支払基金の方で一括してコンピューターでやる部分がはっきりしてくれば、それに対応したソフトを作るというのは、今日お休みですけども、金丸さんのところなんか、すぐやってくれると思うので、そういう意味では支払基金側のやり方が明確になればなるほど、恐らく査定ミスは減るし、医者も楽になるということだと思うので、私は是非IT化して、特に最初のイニシアルチェックはできるだけ中央で機械的にやっていただいて、個別のところは医師会内でやられる方がいいと思います。

そうすると、正直言うと、今は単純ミスが7割ぐらい占めていると思うので、お互いかなりよくなるのではないかと思います。是非厚労省さん、そういう考え方をしてもらおうと、お互いクレームがかなり減ると思います。私も大学で怒られることが減って、助かるんですけどもね。

翁座長 その点、国保の方は、審査の基準を場所によっては出していますね。だけれど

も、支払基金の方はそれを出していないということが会計検査院の報告で指摘されていて、これを保険者が後でチェックするわけですから、そういったものが開示されていると、保険者の方もより効率的にそれをチェックできるようになると思いますし、そういったところも是非改めていただければなと思います。その点、もしお考えがございましたらお願いいたします。

厚生労働省（宮本保険局保険課長） 今の点も含めまして、支払基金とよく検討させていただきたいと思っております。

林座長代理 今の座長の御質問とかぶるのですけれども、レセコンチェックの効率化など、ただ今医師の先生方や座長から御指摘があった点は今、初めて御指摘しているわけではなく、私のような素人ですら、この件について少し事情を伺うと、ケアレスミスになるような項目があるなら、それを入力しなければ発信できないような今どきの形にどうしてしないのだろう、なぜそこで人手を使うのか、なぜ基金はコンピューターチェック項目を保険者に開示しないののだろうかとか、地元の病院の傾向というのもあるんだと基金の方はおっしゃっていましたが、そうであれば、それにフラグが立つようにすればいいだけの話で、そういったすごくプリミティブなところで事務の効率化が進まないでいる。それも何年も進まないでいるので、そうすると、果たして効率化する気があるのだろうかという懐疑的な気分になってしまうところがありました。今日は審議官からもお約束いただいたので、今後はそういうことはないと思うのですけれども、基金と厚労省だけでなく、そういった効率化への要望意見を持っている保険者、また医師会の審査に当たる先生方も踏まえて、効率化への実務的な対応を御検討いただけないかと思えます。

厚生労働省（谷内大臣官房審議官） 本日御指摘いただきましたことを真摯に検討していきたいと思えます。

岡議長 ありがとうございます。

前回の議事録によれば、河野大臣が審査の公平性と効率性を両立させるための一つの手法として、支払基金の民営化はできないのかという趣旨のお話をされたようですね。私は何でも民営化がいいと思っているわけではないのですけれども、競争する状態にするとよくなるというのが一般論としてよくあるのでお聞きしますが、今の支払基金とは別に、新しい基金ができて、どちらを使ってもいいということはあるのですか。これは一本にしておかないと基本的な問題点があるのか。どうでしょうか。

厚生労働省（宮本保険局保険課長） 基金の中で果たしている機能で、調停機能というものが一番大事な機能で、要するに紛争にならないように、保険者側と診療側を支払基金が中に入って調停するという機能があります。その調停機能というのは、余り複数あって、いろいろなところが違った調停をするようになると余りよろしくないということがあると思います。

大臣がおっしゃっているのは、そのところはちょっと置いておいて、業務の効率化みたいなお互いが競い合わなければ、例えば全国に国保連と支払基金の二つしかな

いわけですけれども、その二つだけでやると、何となく争うという気持ちがないので、効率化というのが疎かになりがちだということから、そういう御意見だと思います。

では、何個あればいいかという話ですけれども、今も二つあるわけですから、二つあって、実は国保連と支払基金は、保険者はどちらにも頼めるようになっています。今は、地域保険者は国保に頼んでいて、企業保険者は支払基金に頼んでいますが、法律上はどちらも頼めることになっているんですけれども、それが余り複数、調停機能は物すごくたくさんあると混乱してしまう気がします。それは一律の、それこそいろいろな格差になってしまうのであれだと思います。

一方で、そういうことをやっているのと効率化が進まないんじゃないかということは、非常に真摯に受け止めなければいけないということ。そういうものだからこそ、効率化ということには本当に気合を入れてやっていかないといけないということは、心して考えたいと思っています。

岡議長 ありがとうございます。

調停機能のところは一本化の方がよさそうだというのは何となく分かります。実務と運用、二つありますけれども、現在はどちらがより効率的だと厚労省は評価していますか。

厚生労働省（宮本保険局保険課長） 答えるのが非常に難しい御質問ですけれども、端的に今、国保連と支払基金というのは性格がちょっと違って、国保連は保険者としていろいろな事業ができるようになっていて、審査支払だけに特化されておりません。また、国保という性格から、そこに公費が入ったりしております。支払基金は、国費とか公費はもらわないでやっておりますので、そういった意味でも両者を単純にはなかなか比較できないものですから、審査手数料とかは国保連の方が低い状況にはあるんですけれども、ここはほかの事務から繰り入れているみたいな面もあります。

あと、審査の精度でも、こう言ってもいいかどうか分かりませんが、基金の方が精度が少し高いということもありますので、一概には比べられないんですけれども、調停機能ということだと、先ほども言いましたように数が限られておるので、効率化ということは国保連も基金もきちんと考えていかなければいけないということだと思います。

岡議長 ありがとうございます。

単純比較できないのだったら、是非比較できるようにしていただくようお願いいたします。ただ、公正・公平で、かつ効率化を目指しますという方向性は分かるのだけれども、今あるものが効率的かどうか分からないでは議論にならない。せめて今ある二つは、こういう点はこっちがすぐれているけれども、ここはこっちがすぐれているとか、その辺のところを分析して評価していただくと、効率化を目指すための何かヒントが出てくるかもしれませんので、是非御尽力いただければと思います。

翁座長 土屋先生、お願いします。

土屋専門委員 私も前回中座したので、河野大臣のコメントは直接伺えなかったんですが、私が出席している範囲で心配だったのは、支払基金の持っているITに関する知識が余

りにも脆弱で、金丸さんが出る間もなく。例えば私どもは、企業治験を請け負ったり、医師主導治験をやるときに、ICTを駆使して、わざわざ現場に来なくてもチェックができる。診療情報は、それで十分個人情報保護ができていますね。それを考えたら、もうちょっと駆使すれば効率化できるんじゃないかという思いがしたものですから、今、議長が言われたように、二つのもので競争させた方がいいのではないかという御意見も出てくる。是非、その辺はよろしく御指導をお願いしたいと思います。

もう一点は、今回に直接は関係ないんですが、効率化するときには疾病分類とかDPCの煩雑さということも影響すると思うんです。最初は出来高から、こういう支払いの効率化ということでDPCということだったと思いますが、最初に導入したときに、これは医政局の方だと思いますけれども、いずれはDRGという発想が述べられていたと思うんです。その後、DPCのままお進めになって、しかもだんだんいろいろな要素を取り入れて複雑化して、一時薄くなった診療報酬が、またどんどん厚くなる傾向がある。これでは、幾らICTを使ってもますます煩雑化して行って、我々臨床家の頭の中では覚え切れない。

ですから、DRG/PPSにしたから、全てが解決するわけじゃないと思うんですが、もう一つ根本的な単純化というか、それも保険局の方でお考えいただいて御指導いただく必要があるんじゃないかと思いますので、御検討願いたいと思います。

翁座長 ありがとうございます。

今、議長と土屋先生からお話があったんですけれども、前回、河野大臣からは、最も効率的なレセプト審査体制をゼロベースで考えるようにというワーキング・グループへの課題を出されておまして、私どももそれに沿って検討したいと思っているんですが、私自身、この支払基金の一つの問題点、ガバナンスというか、今、土屋先生が正におっしゃったように、こういったたくさんのデータを処理しているところというのは、最も先進的なIT技術を使ってやるべきところでございますし、現在は産業界はみんなクラウドコンピューティングのデータ処理をし、AIを使って、どういうふうにその分野を効率的かつ質を高めていくかという議論をしているわけです。

ただ、そういうところと少しかけ離れた印象があるわけですし、こういった体制のままでは問題で、そこはガバナンス上の何らかの工夫をしていただくということが必要だと感じております。

あと、今まで厚生労働省と、この前の期でいろいろ議論させていただくと、あそこは民間ですからとおっしゃって、監督権限がおありになるのに、そのところについて必ずしも積極的に関わろうとされていないという感じもちょっと受けております。そういう意味で、こういったあり方自体を、私どもも検討していきたいなと思っておりますけれども、是非厚生労働省の方でも御検討していただければと考えております。

はい。

松山専門委員 将来の課題ですけれども、今、安倍政権で進めようとしているデータヘルズというものを本格化すると、将来的には保険者と医療機関が協力して患者側にみずか

らアクセスするというパターンになっていくと思うんですね。というのは、アメリカを筆頭に、いわゆる地域住民全体の健康の向上と医療費の節約を同時追求するときには何が変わっていているかということ、患者が来るのを医療機関が待つのではなくて、保険者と医療機関が一緒になって、どの人に最も医療が今、求められているかというのをデータで把握する時代に入りつつあるんですね。

そうすると、レセプトのチェックという概念が変わってきて、保険者はもう事前に医療機関といろいろ協議していますから、把握できるわけですね。それは、医療行為そのものを制約するという事ではないんですね。そうすると、実は支払基金という存在が要らなくなる可能性があるんじゃないかと私は見えています。そういう意味で、厚労省さんにはデータヘルスを追求していったときに、今の制度とどこが違ってくるかというのを今のうちから御検討していただきたいと思っています。

翁座長 ありがとうございます。

お願いします。

林座長代理 今、松山先生からお話があったのはこの先の将来のお話だと思うんですけども、もうちょっと近いところに戻させていただきますと、先ほど翁座長から、今まで厚労省は基金の話のときに民民だからということを言われてきたというお話がありました。例えば「審査前点検制度」というものを、私どもの規制改革会議の前の期では提案させていただきました。保険者がまず点検して、問題があったものについてだけ基金に審査をお願いすると。

これが保険者機能を発揮するいい形だと思って御提案したのですが、実際にはそれを利用しない保険者にとって、基金のコスト負担増になってはいけないという理由で、審査前点検のレセプト1枚当たりの価格が非常に高額になってしまったために、審査前点検の経済合理性がなくなり手を挙げる保険者がいなくなってしまったという残念な結果になっています。そのときも厚労省がおっしゃったのは、これは民民ですからということですが、そこで問題として出てくるのは、基金法26条の条文だと思います。昭和20年代に作られた当時の状況の中では仕方なかった条文だと思いますが、支払基金の事務の執行に要する費用は費用対効果は問わず、とにかく全部、提出する診療報酬請求書の数をもとに、保険者に負担させる仕組み。

つまり、公共的な事業に係る費用については、それはみんなで平等に負担しましょうという当時の形が、民民と言いながら26条で残っているわけですし、それがゆえに審査前点検を導入しようとする、基金の全体コストが減らない前提では、審査前点検をする保険者の費用負担が減ると、審査前点検できない保険者の費用負担が増えてしまうという理屈が、この26条から出てきてしまうんですね。

しかし、今一度考えると、保険者と支払基金とは民民の契約である以上、基金法のこの26条は必要ないのではないかと、という疑問がございます。すぐに御回答いただくことは難しいとは思いますが、基金の効率化を考える上でも、この26条の費用の負担のあ

り方というのは大きなポイントではないかと思っていますので、この点も厚労省においては御検討いただけないかなと思っています。

厚生労働省（宮本保険局保険課長） その点につきましては、よく検討させていただきたいと思います。前回御提案いただいた事前審査の仕組みというのが、一つのヒントといえますか、考えるきっかけだと思っています。前回提示をしたのは、今すぐというか、かなり早い時期でやると、今はそういうものを予定していない中でシステムを組んでしまっている。

それと、あの条文があるということで、レセプト枚数でやるということで、今のものが回るように価格設定しなければいけないということになりますので、今すぐだと、残念ながら事前点検をやる保険者さんがいなくなってしまうということなので、それを長期的にシステムの組みかえの中にビルトインして考えていけば、またそういう事前点検もできるのかもしれませんが。ただ、事前点検には事前点検の問題点などもあって、基金に調停を頼むとお金が付加されてかかるということだと、保険者が（査定額の）小さいものについては審査に出さなくなってしまうというものが起こって、審査の質が下がってしまうという問題があると思っています。

でも、その問題も乗り越えられない問題なのかどうかというのは、もうちょっと検討してみないといけないと思いますので、今の御指摘を踏まえて、よく検討してまいりたいと思っています。

翁座長 お願いします。

岡議長 ITの利活用の話が何度も出ていますが、我々民間企業も地方自治体もそうですが、いきなりIT化などできない。まず、業務プロセスを整理整頓してシンプルで共通のものにして、それをIT化するという手順がどこでも共通でございます。今日のテーマについても、そういう事務の簡素化とか共通化を図らないとIT化になかなか進まないと思います。

私は、決して厚労省がおくれているという認識はございません。あえて申し上げますと、日本全体がおくれているんですけれども、この中で、医療の分野はやり方によってはIT化が早くできるのではないかと、また、そうすることが国民にとってすごいメリットがあるし、マイナンバーにもいい効果があるのかなと思います。

マイナンバーの利活用という観点では、税と社会保障は当たり前だけれども、国民がマイナンバーカードを持ってよかったなと実感するためには、医療分野で有効活用されることが非常に重要である。これはかなり共通認識になっておりまして、既に医師会の方でも検討して、医療番号という形で先行されたものをマイナンバーにドッキングさせるという説明がついた先日の産業競争力会議で厚労省からありました。是非、そののところに力を入れていただきたいとあえて申し上げたいと思います。

翁座長 事務局の方から何かございますか。

大熊参事官 いえ。



翁座長 よろしいでしょうか。

それでは、今日は活発な御議論をどうもありがとうございました。

また、医師会の今村副会長、松本理事にはいろいろと現場の実態をお知らせいただきまして、ありがとうございます。また、厚生労働省からは、私たちの問題意識と共通のところをお話いただきまして、大変心強く思っております。

私どもも引き続き検討・議論させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、日本医師会様、厚生労働省様、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の「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。

本件は当ワーキング・グループで、10月23日に日本看護協会から規制改革要望のヒアリングを行い、11月26日に日本医師会からヒアリングを行いました。

本日は、これまでのヒアリングの結果を踏まえて、厚生労働省と議論を行います。

まず、事務局から、これまでのワーキング・グループにおける要望と議論を基にした論点を説明いたします。

次に、厚生労働省から各論点についての見解を御説明いただき、その後、質疑応答とさせていただきます。

それでは、事務局から資料2-1について説明をお願いいたします。

大熊参事官 資料2-1を御覧ください。「在宅での看取りにおける規制の見直し」に関する論点でございます。

1. 厚生労働省は、将来的に死亡者数の大幅な増加が見込まれることを踏まえ、医療関係者などの協力も得ながら、在宅医療での医師間の連携や介護老人福祉施設等における協力病院の確保などを含め、地域での看取りを円滑に進めるための包括的な対応策を早急に検討し、推進すべきではないか。

2. 在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、厚生労働省は、受診後24時間を経過していても、以下の(1)～(5)の全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後視察によらず死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討すべきではないか。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三徴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。

(5) 看護師からの報告を受けた医師が、必要に応じテレビ電話等のICTを活用した通信手

段を組み合わせて患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や犯罪性の疑いがないと判断できること。

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、厚生労働省より各論点に対する見解につきまして、資料2 - 2を含め、御説明をお願いいたします。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） ありがとうございます。

お手元の資料2 - 2を御覧ください。

まず、めくっていただいて、2ページ目で、論点を二つ、事務局から今、御提示いただきました。すみません、二つ目の方の論点から先に、全体の御議論、御意見をたくさん賜りましたのがこちらでしたので、医師が直接対面での死後診察を行わずに死亡診断を行うことが認められる場合の要件というところから、先に御説明させていただきたいと思えます。前回、御議論いただきましたように、今、医療をめぐる環境、高齢化も進んでおりますし、大きく環境が変化していく、そういうものに対応すべきだという強い御指摘がございましたので、私どももその方向でできることをやっていくべきということでもとめさせていただいております。

この四角の中にありますが、医師会や医療機関・介護施設間の連携がまずは大事ですが、これによっても医師による直接対面での死後診察が難しい場合、医師が直接対面での死後診察を行わずに死亡診断を行うことが認められる例外的な措置の要件として、例えば次の事項が考えられる。先ほど事務局の方で言っていたいただいたものと、おおむね共通点があるかと思えます。

まず1点目ですが、離島、へき地等であって、医師間、医療機関・介護施設間の連携による対応、本来はここを強化していくべきということですが、それが困難である場合ということがあると思えます。

それから、予め患者及び家族の同意がある。これは、人間の命の終わりということで、非常に厳粛かつデリケートな内容ですので、これを医療者だけで決めるということではなくて、あらかじめ十分なコミュニケーションを関係者と図っておく必要があるという考え方です。

それから、3点目ですが、早晚状況が予測されて、死亡が近いということが医師により判断されている。これも伝聞ではなく、直接の対面での診察によって死期が近いと判断されているような状況というものを想定しております。

そして、4点目ですが、十分な教育を受けた看護師が対応する。特に法医学的な教育というものは、医師には比較的されておりますが、看護師さんについて、不十分な点がありますので、そこを強化していくことは条件になるかと考えております。

そして、5番目ですが、医師が判断するに当たり、今、ICTにも、あるいはいろいろな技術的な進歩がございますので、テレビ電話であったり、あるいは適切な医療機器等を用い

た遠隔的な死後診察、遠隔的な診断ツールを用いた診察が医者によって行われるということ。

そして、これはそもそも前提でございますが、最終的な死亡診断は医師によって行われる。

このような要件というものが考えられるのではないかと。これらについて検討してまいりたいと考えているところです。

先ほど資料2 - 1でお示しいただきました1番目の方ですが、そもそも論のところをきっちりやるべし。それは私どもも前回もお話させていただきましたように、最も重要と考えております。

3ページ目でございますが、地域における医師間連携等の看取り体制の確保ということで、厚生労働省としては、住み慣れた自宅や介護施設等、国民が望む場所での看取りを行う体制を確保することができるように、大きくこの4つのことを進めていきたいと思っております。

一つ目は、平成27年度から開始された市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業というものがございますが、ここで、例えば地域での看取りや在宅療養が円滑に行われるように、医師間の連携体制の構築、主治医・副主治医制というものを持っていけば、主治医の先生が、死亡されたという連絡を受けて、たまたま行けない場合に、副主治医の方が行けるようになるということも含め、医療・介護関係者が情報共有をしていく支援をして、切れ目のない在宅医療と在宅介護の連携に係る取組を進めております。これは、平成30年度までに全ての市町村で実施できるように支援していく予定としております。

それから、2点目でございますが、特別養護老人ホーム等におきましては、その人らしさを尊重した看取りということが今後もますます重要になってくると思っております。「看取り介護加算」というのを報酬上、位置づけております。平成27年度介護報酬改定におきましても、体制構築・強化とかPDCAサイクルによって、これを推進することを要件として加算を充実しておりますので、しっかりと看取りをやっていただくようなところに対して、プラスのインセンティブが働くように、より望ましい形での看取りが推進されるように進めているところでございます。

また、介護報酬と診療報酬の今後の改定を念頭に、医療ニーズの高い介護保険施設等の利用者に対するサービス提供のあり方の調査検討も、役所の方もPDCAを回しながら、看取り介護の実態、現状を踏まえて、必要な施策をとってまいりたいと考えているところです。

3点目でございますが、各都道府県が作成する医療計画におきましても、看取りも含めた在宅医療の提供体制の構築ということに記載することになっております。平成30年度から始まる第7次医療計画におきましても、各都道府県が医師間の連携等の看取り体制確保のための施策が進むようなことを計画していただく必要がありまして、国の方では、この各都道府県が作成する医療計画の指針を作りまして、そこに具体的に記載することを検討してまいりたいと考えております。

そして、最後、4点目ですが、これら全てを推進するためには、現場の関係者の理解が不可欠です。そして、国民に対して、人生の最終段階をどのように過ごしたいかについて、患者さん、あるいは御家族の方々が満足できるような最期を迎えられる、みずからの意思決定を支援する取組を進めていかなければならない。これは、看取りに関することに対しての誤解も生じないように、普及啓発を図る必要があります。

不幸にして救急車を呼んでしまって、静かな看取りをしたかったのにという場合だったり、あるいは警察が来て検案になってということがないように、これは看取りの体制をあらかじめ患者・御家族、そして施設なり医療関係者が話し合っておいて、医師が死亡されたらと連絡を受けた直後に何らかの理由で来られなくても、24時間体制でいる必要はございません。

ほとんどのドクターは間を置いてからであっても患者さんの元を訪れて死亡診断をされるという現状になっておりますが、それでも間に合わない場合のさまざまな連携体制の構築をする中で、そういう情報が関係者の間で図られるように普及啓発を図ってまいりたい。これらの取組を推進していくこととしております。

御説明は以上でございます。

翁座長 どうもありがとうございました。

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

具体的に本日、私どもの論点が用意されておりまして、今、御説明を伺ったところでは、そんなに大きな認識の違いはないと思えますけれども、特に具体的に私どもの論点についてコメントがございましたら、ちょっとお願いできればと思えますが。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） 基本的には、御指摘いただいた方向で私ども、考えております。

1点、このような求められるケースとして私どもが想定されているものの中に「離島、へき地等であって」ということを説明させていただいておりますので、それを補足させていただければと思っております。離島、へき地等であって、医師間の連携等による対応が困難である地域というのは、これは今、さまざまな法律の中で、例えば離島振興法とか山村振興法であるとか、医師確保対策が困難なへき地として、どういう地域があるかというのを全部で7つぐらいの法律で定めているものがありまして、その地域を対象とするということを考えております。

さらに、法律によって指定されているという以外に、へき地保健医療対策、これも各都道府県がへき地保健医療計画を立てるんですが、そこで無医地区というものを都道府県で定めて、その地域、これはおおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住していて、医療機関へのアクセスが容易ではないという定義がされておりますが、そのような地区を対象とすることと考えております。

翁座長 前回もこの議論がありまして、河野大臣もいらっしゃって、「等」というとこ

ろに含まれている。私どもはもう少し広く考えていたわけでございますけれども、河野大臣は「等」というところにももう少し広がりというか、基本的に離島、へき地とワーディングされていますけれども、それだけではなく、あるケースもあるだろうということで、「等」というのが含まれているのではないかという大臣はおっしゃっておられたわけですが、この点につきまして、今の厚生労働省に御意見、御感想がありましたら。

お願いいたします。

松山専門委員 死亡者数が40万人ぐらい、これからさらに増えていくわけですね。そうすると、この看取りの問題が発生するのはどちらかというと人口の多い地区になると思うのです。したがって、に最終的な死亡診断が医師により行われるという条件が入っていますから、わざわざ枕言葉で「離島、へき地等であって」というのを入れなくてもよいのではないかという気がします。そうしないと、制約がかかっているような印象を受けます。

翁座長 どうぞ。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） それについての私どもの考え方ですけれども、前回、このワーキング・グループで日本医師会の副会長先生からお話があったとおり、死亡診断ということは、患者さんが亡くなった直後に診察をしなければいけないというルールには、必ずしも今なっておりませんので、実際にはあらかじめうちで最期まで見るかどうか、救急車を使わないかということをしつちり訪問診察で、つまり在宅診療であったり、施設でお医者さんが診ていらっしゃる方というのが前提で、それをあらかじめ確認した上で死亡されたという連絡があったら、時間がたった後であっても伺って診察しているというのが現状、ほとんどの場合であると。

これは、死亡診断というのが非常に厳粛な、責任のある重い役割でございますので、それを良心に照らして、医師としての、これは別に既得権益というものではなくて、当然の義務というか、責任において行っておられるということに対して、余り一気にいろいろな事例で、どんな事例が想定されるかというのは、今後も我々、それに対して真摯に耳を傾ける必要があると思うんですが、急にいろいろなケースを入れるよりは、安易に拡大するよりは、まずは離島、へき地から進めていって、そしてどんな状況があるか、あるいは具体的にどのようなフィージビリティがあるのかということを見ながら、一歩ずつ進めていきたいという御説明もありましたし、私どももそのように考えているところです。

時間があっても、医師の責任として最期に患者さん、家族に向き合おうとしているという、それに対するディスインセンティブというか、ディスカレッジすることがあっては残念なことになりますし、また気になるのは、患者さん、家族のために善意で変えていくような制度になったとしても、何か悪用なり、違う形で犯罪ということもあり得るので、我々が想定しないようなことで乱用されては困るということもありますので、一つずつ前に進めるようなことで検討させていただければというのが、私どもの今の考えでございます。

翁座長 ありがとうございます。

土屋先生。

土屋専門委員 河野大臣の選挙区の医療を司るんですけども、 の離島、へき地等ということですが、先ほど松山委員、言われたように、一番悩みの多いのは離島、へき地ではなくて、東京の周辺のドーナツ圏です。医師の一番少ないのは埼玉、千葉、神奈川ということです。特に私ども神奈川県は西部というのは医師不足で大変悩んでおりますし、これは最も大きな悩みです。我々の立場からすると、「離島、へき地等」というのは逆差別であると言わざるを得ない。むしろ、そういう一番問題のあるところをマスクするような表現であるということから言って、これは外していただきたい。

それから、3番目の「早晚」というのは、一見分かったようで分からないのは、これは定義がはっきりしないわけでありまして、24時間以内というのが足かせになっているわけで、かといって、「早晚」としたから解決するかという問題があります。

4点目は、規制改革会議側から言っておきながら、これは個人的な意見と受け止めていただきたいんですが、法医学教育を受けるというのは基準にならないと思います。これは、犯罪性があるんじゃないかというのを医学的に学問するのが法医学であって、厚生省も21条の解釈を体表の異常ということではっきりしていただいて、問題が解決したわけでありまして、法医学の先生方にも立派な方がいるのは分かるんですが、学会そのものとして、これは混乱を招いた教育をしているわけでありまして、今の日本の法医学の教育が、それで看護師を助けるとはとても思えないわけでありまして。

これはむしろきちんとした臨床の教育を受けて、判断の解る看護師であれば特に問題ないと思います。法医学教育なんかをやると、かえって混乱を招くと考えております。

翁座長 今の点につきまして、何かコメントをお願いいたします。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） 医政局でございます。

繰り返しになりますけれども、今まで我々、在宅医療、看取りも含めて、しっかりやっていたいかなければいけないということで、これは何十年というスパンで、私が入省したのは十何年前でございますけれども、そのときから、都市部であっても、離島、へき地であっても、しっかりと体制を整えていかなきゃいけないということで、診療報酬、介護報酬、それから医療政策の中でずっと対策をとってきた。その中で、やっと今、現場が看取りの体制を作っていくと、それは、都市部ではもちろんたくさんお医者さんがいらっしゃいますから、その中でこういった連携ができるかと、今、試行錯誤して、やっとそういう体制をとっていくところを検討してきている。

それが実際に運用されているところ、我々の知り合いの方でも何人もいらっしゃいます。そういったところに対して、連携していない医療機関があったとして、その場合には看護師による死亡確認によることとしていいのかどうかということがございまして、そこを我々としては、まずは本当に連携などができない、お医者さんが本当にいないというところでやってみて、それで法医学のお話もございましたけれども、犯罪性の部分とか、いろいろな問題点など、もしかしたら出てくるかもしれません、もし、そういうところで何か問題が明らかになれば、しっかり少しずつ検討した上で、そういうものを広げるかどうか

ということも含めて検討するといったことが、現場の気持ちを酌んだ対応になるのではないかと考えております。

それから、法医学教育について御指摘ございましたけれども、こちらは法医学という言葉を使っておりますが、要はそういった犯罪の見逃しがないようなことをしたいということでございますので、そこについては、そういった能力があるような看護師さんにしていくところの教育をするということでございますので、そこは言葉上の問題だと思います。

翁座長 お願いします。

土屋専門委員 後半のことからいくと、体表の異常は臨床的に分かるわけで、犯罪性があるかないかは、正に医学的に解釈しないと分からない。それができれば、この看護師は法医学者で、これを全て求めるのはとても困難なことだと思います。したがって、体表の診察ができればよろしいのであって、犯罪性があるなしは、それを届けばよろしいということになります。

それと、先ほどの最初の説明では、離島、へき地等の逆差別だということの説明には全くなっていないと思います。

翁座長 お願いします。

刀禰次長 事務局ですが、議論の整理のために厚生労働省に教えていただきたい。今の先生のお話ですけれども、一つ目は、医師の数が絶対量がそろわない離島、へき地があるとしても、都市部で相対的に医師の少ない地域について問題があるのではないかという専門委員の指摘に対して、そこについても対象とすることがなぜまずいのかをもう少し具体的に分かりやすく。今、精神的なお話があった気がするんですけども、そういうことではなく、現実論として何か不都合があるのか、ないのかを具体的に御説明いただいた方がよろしいのではないかというのが1点でございます。

それから、もう一つの法医学の関係は、事務局で論点を整理したときの意識としては、あえて「一定の」と書いてあるんです。「十分な」と言いますと、正に専門委員が言われたような、十分な教育を受けている方は法医学者になってしまいますので、別に法医学者の本来のものが全て求められているわけではなくて、どの部分を臨床と言うか、どの部分を法医学と言うかは、またきちんと詰めていただければいいと思います。

少なくともこのことを判断するに必要な、現在、普通の看護師さんでは持っていないかもしれないものについては、何らかのレッスンを受けていただかないと不安ではないかという声にお応えして、その水準は一定のものであって、十分な法医学の教育というのは、ちょっと矛盾があるのかなと感じていますので、その点についての見解もお聞かせいただきたいと思います。

翁座長 今の点につきまして、お願いいたします。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） 都市部、逆差別じゃないかということでございますけれども、都市部には医師はいるということが一番違うところではないかと思えます。離島、へき地で幾ら連携しようとしても、医師が現実的にいないというところで対応

するというのと、都市部では医療圏という形で医療提供体制を組んでおりますし、その中で本当に医師が都市部でいないのかというところ。そこを連携によって、我々対応するという事で推進してきているというところでございます。なので、差別というよりは、本当に医療提供体制をどういうふうに考えていくかというところで発言させていただいてるところでございます。

それから、法医学の部分は、十分か一定かというところの違いについてでございますけれども、どこまで必要とされるかというのは、これはかなり専門的な部分でございますので、ここを看護師が法医学者のレベルの教育を受けて、そういう知識を持っていなければならないかということでは恐らくありませんで、そうしたことをある程度医師に伝えることができるか、そういったことを判断できるということで書いておりますので、そこは専門的な部分は厚生労働省で審議会などでも検討して、それでどのレベルが必要かということは検討したいと思います。

翁座長 お願いします。

刀禰次長 今のお答で、2点目の法医学の方は、結局「一定の」でいいということをおっしゃられたと理解しますので、一定の中身はきちんと専門家が詰めていくということで、その点については、むしろ「十分な」と言いますと、過度なことを求める方がいるのではないかと懸念があるというのは御理解いただいておりますので、認識に違いはないと思いますので、「一定の」の範囲を議論していけばよろしいかと思っております。

その上で、最初の方ですけれども、恐らく先生方が言っておられるのは、厚生労働省の紙で言えば、離島、へき地等であっても、後ろに連携による対応が困難であるということが書いてあるわけですが、現在、厚生労働省において、この困難であるところを都市部で減らしていきたいというお気持ちなり政策はあるにしても、現実に困難なことが現在又はこれから起きるのではないかと。

その可能性があるのであれば、この「離島、へき地」という制約をつけることはおかしいのではないかとということが問われているわけだと思っておりますので、その現実に困難なことではないとおっしゃっているのか、あってもしょうがないとおっしゃっているのか、そこをクリアにさせていただきたいということだろうと思っております。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（迫井医政局地域医療計画課長） 医政局地域医療計画課でございます。地域医療をいかに充実し、かつ必要な体制を整備するかという観点で、医療計画を初め、さまざまな施策を担当しております。

御指摘の中で、私どもとしては、これまで確かに、例えば介護の施設・居宅において看取りが十分行われてこなかった。それを今後、先ほど松山委員おっしゃいましたけれども、120万人程度から160万人程度でピークである。この40万人をどうするんだという話があります。それから、地域包括ケアシステムを構築するのだということを前提に、これは政府全体としてと言っていいと思うんですが、その取組の中に、私どもの関係で言えば、今後、



医療計画の中に在宅をしっかり位置づける。在宅の一番重要なところは高齢者医療であり、それをもっと言えば、終末期、看取りに対する対応がかなめになりますということになります。

その中で、これは事務局の方の問題提起の(3)にも現に書いてあるのですが、我々としては、まずオーソドックスに、こういうことを今後求められているのですよというのを、ある意味定型的に全国に広げていきたいと考えております。その中には、在宅の医師、それから介護施設、それから在宅に関わるさまざまな関係者と連携をとっていく。こういうルールでやっていくんですよと。

実は、ありていに申し上げれば、看取り、死に直面するというのは、なかなか対応困難であり、ある意味年輪も含めて、いろいろなスキルが求められる業務でありますので、ともすれば、どちらかという避けられるものなら避けたいという気持ちがあるのは事実であります。一方で、こういった難しい局面に対応する以上、分かりやすく、かつ誰でもがある程度入っていけるような体制を作っていくことが重要だと思っているので、先ほどから医政局の考えとしてお伝えしようとしているのは、ある意味定型的に、死に関する死亡診断書も含めて、対応はしっかり医師がやっていくことが原則なので、そこを余り条件をつけたり、曖昧な形にするのは、我々としてはよろしくないと思っています。

一方で、先ほどの40万人増加の話、それから対面での死亡診察がそもそも困難じゃないかという問題意識をいただいておりますので、まずはそれが一番、オーソドックスに想定されるのは離島、へき地であろうから、これについては、実はそういうことを現場の声としてお聞きすることもありますので、そういったことをまず念頭に対応を考えていきたいと考えております。

ですから、さらにこういったことを進めていく中で、都市部で最終的にこういうことが必要だ、ニーズがあるということであれば、もちろんそういったことを考えることを排除する必要はないと思うのですが、まずはオーソドックスに、関係者が理解を得やすい形で進めていくという意味でも、こういう形でやらせていただけないかというのが、医療の体制整備をする立場からの考え方です。

翁座長 森下委員、お願いいたします。

森下委員 今の話、前提論としては分かるんですけども、「離島、へき地等」の「等」が入っているのを必ず抜いてしゃべるのはまずいと思うんです。前回も大臣から、そういうお話が出たように、「等」が入っているというので河野大臣も納得されているし、この表現でいいんじゃないかという話が出ている中で、いかにも「等」がないかのような言い方をするのは非常におかしい。是非「等」があるということを改めて再確認してもらって、必ず「へき地等」と「等」をつけてお話ししてもらいたいというのが第1点。

それから、二つ目は、看護師の教育のところはおっしゃるとおりだと思うんですよ。ある程度は最低限要る。しかしながら、実際にやる場所が、先ほど来お話があったように、本当に「離島、へき地等」ということで設定されているのであれば、その看護師さんに

必要以上の教育を常に受け続けなさいということも實際上、難しいですね。看護師さんですら確保が難しい地区ですから。その意味では、一定の教育で現実が十分動くようなものでなければ、全く絵に描いた餅で意味がない。

その意味で、言われていることは、片方では現実を見て、とりあえずできることからしますと言いながら、もう片方ではできないような話を押しつけるようなイメージを受けざるを得ないです。ここが前提条件は正しいんだけど、言われている最後のところは、厚労省さんの言い方が、皆さんが納得できないところに陥っているのではないかと。

そこを改めて明確にしてもらって、今、困っている方が非常に多くいらっしゃるの事実だし、この話が始まってから、かなりいろいろな医療関係の方から、これは本当に何とかしてもらわないと手が回らない。非常に重要な話だというお声を私、いっぱいいただきます。是非現実を見てもらって、そこは動くような形にしてほしい。言葉が「十分」なのか「一定」なのか、これは精神論的なお話で、申し訳ないですけども、官僚の方の作文の中では重要かもしれないけれども、世間一般ではどっちでもいい話なので、現実が動くかどうか重要であって、そういう観点で厚労省さんもしっかり考えてほしい。

これ、ここまで議論して、結局やったけれども、全然看取りが出なかったという話になると、厚労省さんは一体何をやっているんだ。何のために変えたのかという話になりかねないわけです。現実問題として、物すごく数が出て、実際に警察の方が介入せざるを得ない状況がいっぱい出ているわけです。そういう状況も考えた上で動くようなシステムを作ってもらいたい。現実問題として起こっているところをまず解決していかなくちゃいけないということは、多分御一緒の認識なので、是非そここのところは誤解がないように記述してほしいと思います。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） 「離島、へき地等」の部分について、補足的に説明させていただきます。

我々考えておりますのは、今、労働者派遣法の中で、医師確保が困難なへき地ということとして、医師の労働者派遣が特例的に認められている地域というのがございます。これをいわゆるへき地と言って医療的な配慮をしているという部分でございまして、医療の中ではへき地と言うとここだという範囲があるんです。それは何かと申しますと、離島振興法に定める地域とか、奄美群島振興法に定められる地域とか、小笠原諸島振興法、沖縄振興法。それから、辺地というもの、山村振興法、過疎地域の特別措置法、こういう法律の中に位置づけられるいわゆるへき地。この中には離島も当然含まれていますが、これを医療上のへき地と言っている。

これは、具体的な場所の地域ですから、これだけではなくて、いわゆる無医地区といったもの、これは定性的なものです。医療機関がない地域であって、その基点を中心におおむね半径4km以内に医療機関を十分に利用することができない地域があるので、ここも認めます。

プラスして、これに準ずるようなもの、例えば豪雪地帯で医療機関がなくて、医療が十分受けられないとか、そういう都道府県知事が認めるところを「等」として認めて、そこを対象範囲としたいと考えておりました、我々としては、通常の医療上のへき地と言われるところに加えて、そういうところもしっかり対応できるようにしていこう。そういうところで大臣の要請にも、一部がもしもありませんけれども、応えていると考えております。

森下委員 ちょっと違う気がしますけれども、具体的に言うと、この話で言えば、無医地区というのは1人医者がいるのも無医地区と一緒にですから。その方が旅行できないというのを前提に話をしているわけだから、本当の意味の無医地区というところを言っちゃうと、実際上に合わなくなってくると思う。全く医者がないという話じゃなくて、1人ぐらい医者があるけれども、できないとか、あるいは施設で1人いるけれども、その方が休めないとか、もともとそういう状況を想定されている話なので、もうちょっと現実を考えて、「等」のところは考えてもらいたいなと思います。これは文面上、こういうものを落とし込むのが難しいというのは非常によく分かるんですけども、実態を考えて、是非そこは考慮していただきたいと思います。

翁座長 お願いします。

岡議長 常識的には家族はお医者さんに看取ってほしい。それがまず大前提で、お医者さんに看取ってもらいたいと思っていただけれども、いろいろな制約からそれはできない。しかし、今の法律では禁じられている。そこを何とか、そういう例外規定を作って認めてやってもいいのではないかとということですね。

規制改革会議の論点の(1)から(5)の全ての要件をカバーしたときは例外としていいじゃないかという提案であり、厚労省さんの例外的措置の要件と基本的には大きな違いはないわけですね。私は、極めて限定的な地域も含めて、(3)の「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」でいいんじゃないかと思うんです。あと4つの条件を加えて、5つの条件全部がそろったケースを想定するとかなり限定的になってくるのではないかと思うんですね。

さらに、冒頭に申し上げたように、家族の気持ちとしては医者に診てもらいたい。でも、残念ながらできない。この5番目に犯罪性の疑いがないと判断できるということも書いてあるわけですね。この5つを全部そろえてもまだだめだと。とりあえずは離島、へき地辺りからやってみて、さらにやっていると、そこにすごく距離を感じるわけです。

離島、へき地でなくても、この5つの条件がそろったところだったら何が問題なのですか。逆にこの5つがそろってもだめな場合というのはどういうことが考えられて反対なのかということをお教えいただきたい。

厚生労働省(梅田大臣官房審議官) ありがとうございます。

「離島、へき地等」以外のところを完全に今の時点で全く広げたくありませんと言っているわけではないのですが、まずは離島、へき地とか、要はアクセスが悪いところから進めていって、一歩ずつ検証しながら広げていく方がいいのではないかと。これは関係者の

理解なり、死生観に関わることなのでという言い方をしました。

事務局が書いてくださっている論点の(3)ですが、「医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況」というのは、もちろん離島、へき地がそうですし、あとは都市部でも相対的に医師が少ないところがあるではないかという御指摘ですが、都市部であれば交通のアクセスがいいですし、あとはたまたま囑託の先生が忙しくて、あるいは海外に行っていてということであっても、我々が今、進めておりますのは、地域の医師会の先生方とネットワークを組んで、複数で主治医、副主治医制度をネットワークで必ずサポートができるような支援体制を作ると。その順番を絶たれてしまうと、せっかく新しい考え方を導入しようと思っても、むしろそこが一步一步やる時点でつまづいてしまわないかという懸念があるんです。

ということで、まずは離島、へき地等から、ただ段階的に進めさせていただいて、そこで状況を見て、またいろいろな御指摘を賜りたいという考え方です。

岡議長 ということは、厚労省としては、看取りはお医者さんで看取れる体制にしていくというのが基本的考え方であって、残念ながら今できていないところがあるとするならば、それはむしろ例外的にして、近い将来は離島も含めて、全部体制を整えようというお考えだという理解でよろしいですか。

厚生労働省(梅田大臣官房審議官) はい。

岡議長 極めて基本的な考え方として、お医者さんが全部看取ってくれる体制をとっていただけるのだったら、それは一つの答えだと思います。しかし現実はそのでない。離島だけじゃなくて、先ほど来専門委員の方が言っているように、都会の中にもあるということですから、相当力を入れて体制を整えていただかなければならないということになりますね。

翁座長 土屋先生。

土屋専門委員 医師間、医療機関・介護施設間の連携とありますけれども、その連携が最も取れていないのは都会なんですね。その証拠には、孤独死は都会でしか起きない。離島、へき地で孤独死というのはほとんどあり得ない。ですから、この看取り以前の医療環境、介護環境が整っていないというのは、正に都市圏だということですね。ここで一番皆さんが悩まれている。ましてや、亡くなった後、その前の診察もなければ、看取りまで、24時間どころか、もっと放ったらかされているのがいる。これを解決することを考えなければ。離島、へき地を蔑ろにしると言っているのではなくて、現実にある問題をどうやって解決するかという観点から考えていただきたいということです。

翁座長 あと、3ページの厚労省の出していただいた体制確保というのは、例えば医療計画については、平成30年度から始まる第7次医療計画で具体的に記載するという一方で、今、現実にはいろいろなことが起こっているのに、これを待っていては、すぐにできないんじゃないかと思います。その意味で、これを来年からやるのであれば、都市部でも大丈夫ですということは私たちも責任を持って、厚労省が来年からやると言っていますからという

ことを外に向けて御説明することはできます。しかし、まだ何年も待たなければいけないのに、都市部で今、困っておられる医療機関の方々や患者の方々はどう説明すればいいのかという問題も残っているように思いますが、いかがでしょうか。

厚生労働省（迫井医政局地域医療計画課長） 医政局、正確には老健局にも関わる話ですが、まとめて右代表でお答えさせていただきたいのですが、私どものペーパーの は、書くときにちゅうちょしているのは、実は現時点でも医療計画に在宅医療については記載事項になっています。なので、さらにやってほしいということで、「更に」とあえて書いています。

これを3番目に入れているのは、実は一番実効性が高いのが の部分でありまして、医療介護総合確保推進のための総合確保推進法、先般制度を作ってください、医療と介護、それぞれさまざまな見直しを行っていますが、 に記載してありますのは、特に介護保険の地域支援事業の中に位置づけられておりますけれども、全ての市町村において、向こう3年間の猶予期間がありますけれども、在宅医療と介護の連携をしっかりとやっていただくように取り組んでくださいという事業を始めています。このことと、30年からの次の見直しに、これはさらにですが、具体的な記載事項として在宅医療の推進を掲げる。その在宅医療の中身として、先ほど御説明させていただいたとおり、終末期あるいは看取りについては当然含まれて、しっかり充実していくということが必要ですと。

先ほど土屋委員からお話ありましたけれども、実際問題、連携が一番重要なのは、介護系の施設、それから医療機関、在宅医療との連携が問題になりますので、そういったことを含めて情報の共有とか。

それから、 に書かせていただいていますけれども、現場では依然として、医師法の意味するところとか、医師法の現時点の正確な理解がないがゆえに、適切な看取りがうまくいけていないという問題も入っているように我々は理解しています。ですから、今からの対応でしっかり充実しますという意味で、医療法にも書きましたが、決して今の時点で何もやっていないわけじゃありません。ただ、今から前向きにやるという意味で、介護の事業と医療計画の話を含めて書かせていただいている、現場の理解も含めて進めていきたい、そういう思いでここに記載させていただいているということでございます。

翁座長 お願いします。

林座長代理 少し角度を変えて御質問したいんですが、私たちの資料2-1の御提案と厚労省の資料2-2の2ページの から というのは、先ほどの「離島、へき地等」を除けば、一見一致しているんですが、项目的には一致していても、内容の書きぶりは相当違って、厚労省の方がかなりシンプルにまとめた形になっていると思います。

その観点で質問ですが、 の「予め患者及び家族の同意がある」。この「同意」の点について、私どもの方では、(2)で書いたように、「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」。つまり、今まで診察に当たっておられたお医者様と看護師と、そして家族、そして

患者と一体となった、その中で同意という、かなりハードルの高いものですが、厚労省の考えておられる「同意」というのは、こういった形の同意をお考えなのでしょうか。誰に対する同意でしょうか。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） これは、もちろん医師、看護師も含めての関係者、もちろん介護施設であれば、その施設の方も含め、コミュニケーションをとって、患者さん、あるいは御家族の意思決定を支援するような仕組みができた上での同意ということです。実は、患者、家族だけということではなく、それを支える人たちも含めてということなので、同じ意味と考えております。

林座長代理 ありがとうございます。

そういったしますと、同意するときの患者としては、自分を最後まで診てくれたお医者様の死亡診断書をいただくというつもりではないのでしょうか。

そうしますと、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況でも、我々の方の2-1の(3)ですけれども、別に離島、へき地でなくても、当該医師が例えば長期、1週間海外出張なのでおいでになれないという状況であっても、(4)で、この同意をとったときにチームになっている看護師さんが、死の三徴候の確認を含め、あらかじめ医師と取り決めた事項など、このお医者さんの判断に必要な情報を速やかに報告できること。こういった条件を整えていけば、また(5)の条件もあるんですけれども、死亡診断書が当該、今まで診てくださったお医者さんから出るというところが、むしろその患者の最期の遺志に沿うわけだと思います。

それを地域の医師会から派遣された別のお医者さんから死亡診断書を出していただくというよりは、こちらの考えているあり方で行う方が、よほど死者にとっての最期の遺志を全うすることになるのではないのでしょうか。それを離島、へき地というところ限定することから始めるのがよいのだと、そこで地理的なことで切られているところと、内容的な書き込みが余りされていないところが、ちょっとアンバランスな感じがするのですが、どんな設計でお考えになっているのかということをもう一度確認させていただけますか。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） 先ほど来申し上げておるかもしれませんが、まずはどうやっても医師の連携が取れないようなところ、これが基本的な考え方です。先ほど岡議長の方からも質問ありましたけれども、我々としては、できるだけ医師に看取りをしてもらいたいという思いがあって、その体制が今、どうしても組めないところからそういうことをやってみて、問題があれば、それを見つけていきたいと思っていますところでございます。

林座長代理 確認しますけれども、おっしゃる医師の連携というのは、今まで診察していたA医師でない、医師会から連絡を受けたB医師が診断書を出せば、それでいいとお考えだということですね。同意はそういうものでいいのだと。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） 理想としては、それは我々書いておりますように、主治医の方がいればいいと思いますけれども、法医学の観点や、そういったものも

ありますので、基本的には医師に診ていただくという形が理想かと思っております。

岡議長 B医師でもいいんでしょう。

林座長代理 でも、同意がA医師だったらどうするんですか。同意を取るときに、A医師と患者、看護師、家族の中での同意というのは、このA医師がいらっしゃらないときは、看護師さんの徴候の報告でもって、後に医師に診断書を出してもらうことでいいですよという同意だったら。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） どういうシチュエーションを想定しているかというと、経過が長くて、かかりつけの先生がそれまで診ていらして、家族とも話して、看護師さんとも話していらっしゃる場合に、もしそのお医者さんが、私はこれから1か月、海外の学会に行って不在にしますということであれば、それはその旨、そのお医者さんが主治医の立場で患者さんなり家族にお話をされると思います。そのときに連携されているドクターが、何かあったらかわりにサポートいたしますということも。

というのも、末期の状況であっても、そこは予測どおりに進まない事例もありますので、そういう意味で相談する、不在の間に対応するネットワークを作るというのは、これは当然必要になってまいります。そのために支援していきたいと思えますし、そのことを主治医の先生から患者や御家族にあらかじめ説明することなのではないかと思えます。

翁座長 お願いします。

岡議長 今の説明ですが、1か月学会に行く場合もあれば、数日間ゴルフの旅行をすることもありますから、いろいろなケースがあるかと思えます。そういう意味で、本来、御本人も家族も含めて主治医に看取ってもらいたいということは繰り返し申し上げているとおりだけれども、そうでない例外のケースを今議論している。主治医のAさんじゃなくて、連携をとったB医師でもいいではないかということですね。

その場合と、一定の法医学の知識を持った看護師との間に、そんなに大きな差を私は感じていないのですよ。しかも、5つの条件の中に、最終的に死亡診断書は主治医に書いていただく可能性があるわけですから、看取りそのものの確認をそういう形でやるということはA医師がいないときにB医師が行うことと、B医師の代わりに一定の要件を持った看護師が行うこととの差は、国民の立場から見たら、そんなにないように思うのです。繰り返しますけれども、ここに書いてあるように5つの条件が全部そろっているんですよ。

翁座長 お願いします。

厚生労働省（迫井医政局地域医療計画課長） ここは進め方の違いであると同時に、すごく大事な点だと私、思って、是非お答えさせていただきたいと思っているんですが、いみじくも在宅医療がなかなか進んでいない。それから、適切な看取りが行われていないと、さまざまな課題があります。その中の一つの代表例が、今、在宅医療を一生懸命ドクターにやっていただきたいと言っても、二の足を踏まれるケースが多い。それは、1人で全部しょってしまうので、重い責任を負えない。それから、24時間いなければいけない。旅行かどうかは別として、離れられない。こういったことが現実にあります。

ですから、この問題だけではなくて、象徴的にそういった問題があるので、したがって、これは看取りの問題に限らず、在宅医療を進めていくためには、例として主治医、副主治医制と書かせていただきましたけれども、みんなで連携して、みんなで受け止める体制を作っていくことが必要だということです。だから、この問題に対処するためというよりは、今から日本中で看取りが増えていかざるを得ないので、そういう体制を作ることに現にしているし、それを進めさせていただきたいと思っているんです。

ですから、優先として、先にそちらをやらせていただきたいというのが、冒頭、岡議長が、これは方針の違いだなという趣旨のコメントを先ほどいただいたと思いますけれども、進め方として、まずはドクターに看取ってほしいと思われるし、死亡診断書を書くべきはドクターだと多くの方が思っておられることを前提として、そういった体制を作っていくこと自体が、在宅医療を含めて広げていくことにつながる。

したがって、A医師の代替としてB医師という連携体制を作っていくのか、B看護師さんという体制を取るのか、我々としては、まず日本全国にB医師を含めて連携体制を作っていくって、介護とも含めた連携体制をしっかり作っていくことで、この問題に対処させていただきたい。

ただ、それが一方でなかなか難しい局面もあろうから、本当に離島、へき地という名称だけではなくて、「等」というのはいろいろな実行上、そういったことも含めていることだろうと思いますけれども、そういったことで対応させていただきたい。そのスタンスといたしますか、進め方の違いが少しあるので、この点は我々としてはすごく重視して対応させていただきたいということでありませう。

翁座長 はい。岡議長、お願いいたします。

岡議長 今の説明は納得できるのだけれども、医師だけじゃなくて、看護師も入れた方が連携の幅が広がるのではないですか。これからの制度設計のときに、我々の論点にあるような条件が相整ったときは、看取りについても、看護師もその連携の中に入ってくることも含めた形で検討していただいてもよろしいのではないかと。

ふだんの診療は全部お医者さんにやっていたいで、お医者さんはあと数日で亡くなりそうだと分かっている。家族、患者とも、もしそうやって先生がいなるときは看護師さんの看取りでもいいですよと同意している等々、こういう条件が全部整っていて、先生には何度かICTを使って現場も見てもらっている。本当は先生に看取りをしてほしかったが、今回は看護師さんにやってもらうという形で進めることについて反対する理由なんか何もないわけですね。ただ、厚労省の大きな戦略にちょっとコンフリクトするところがあるというニュアンスはちょっと分かりますが、地域で連携しようと言っているのに連携に看護師を入れてしまえば全然コンフリクトしないじゃないですか。何でそこで医師に限定するのか、私は今一つ分からない。大きな方針の下で目指すのはことだが、いい形ができるまでの間は、例外的にこういう形を認めますというのはできないんですか。

厚生労働省（梅田大臣官房審議官） A医師のかわりにB看護師じゃなくて、B医師じ



やないとなぜだめなのか。これは、別にB医師というのは医者であれば誰でもというわけではなくて、在宅であったり、施設で訪問診療している場合は、その方について複数のネットワークで医療情報を共有している。たともう終末期で、死亡が間近となっても、必ずしもそれは予測どおりに進むとも限らず、また御家族の場合も、身近で見ておられる家族は受け止めておられても、ほかの親類の方がいらして、どうしてももう少し治療ができないのかとか、いろいろデリケートな事例は枚挙にいとまがないです。

遠くからいらした親戚の方が、もうちょっと何で医者に見せないの、治療してくださらないのかと言われたときのためにもありますし、死亡が間近だからといって、そこで手を尽くすべきいろいろな可能性があるので、B医師というのはただ単に医師免許を持っているだけではなくて、日頃から在宅医療を支援するためのネットワークで情報を共有しているような、そういう体制ということを考えております。

もう御理解いただいているというのはよく分かっておりますし、土屋専門委員からも御指摘ありましたが、医療・介護の連携が一番取れていないのは都会部だという御指摘は真摯に受け止めさせていただきたいと思っております。それをいかに解決していくかということも順番としてやらせていただく。それを迂回するようなものを作ってしまうと、必ずしも医療・介護の連携体制で行こうと言っているものに対して、違うメッセージが現場に届いていってしまうことを心配しておりますので、一歩ずつ進めさせていただきたいという考え方であります。

土屋専門委員 時間がないので手短にやりますけれども、A医師、B医師というか、主治医、副主治医という考えは、私、決して反対ではないんですが、それを進めるのに最も不適當なのが離島、へき地ですね。1人の医者を探すのも大変なところで、副主治医というのはまず考えられない。その発想がありながら離島、へき地を最初に出されるのは私は矛盾であろう。

もう一つは、これはロンドンにいるサカタ先生がよく日本に帰ってきて講演されて、ブレア政権以来、GPの制度がよくなった。A、Bでやるところが多くなった。五、六人で組んでいるので、24時間カバーできる。これは、正に都会での解決法になるわけですね。とても離島ではそんな真似はできない。ですから、離島、へき地にこだわらずに、できるところをやるということであれば、都会も含めて、是非考えていただきたいと思います。ですから、これは迫井さんの説明、自己矛盾がある。A、Bを出すのであれば、正に都会でまず始めて、それをいかに離島、へき地へ応用するかと考えるのが自然だろうと思います。

翁座長 森下委員、お願いいたします。

森下委員 現実問題として、厚労省さんが言うようにうまくいくなったら、医療は崩壊しないわけです。申し訳ないけれども、机上の空論がうまくいかないから、今、いろいろな問題が起きているわけでしょう。看取りのところなんて、もっと難しい話を、計画どおり医者の配置ができる、これは正直ふざけた話でしょう。そんなことができるんなら、誰も困らない。現実、過疎で無医村ができているのも、結局うまくいかないからじゃ

ないですか。これから新専門医制度が始まるし、より悪化するのではないかとみんな思っているわけです。そんなことは、ここの局だけで決められないような話をされているわけです。幾ら何でもちょっとふざけている。

もうちょっと現状が対処できないところから始まって、その中で医者が診てほしい。その気持ちも分かるし、医者も本当は診たい。診たくないなんて、誰も言っていない。けれども、診られない状況があるのも事実だから、何とかしましょう。その中で現実的な環境下で、ここまでだったらいいですよという話をしてくれるなら分かるけれども、計画があるから、この計画どおりうまくいくから必要ないですよという言われ方をしたらね。でも、それに近いことを正直言われていますよ。この話は、机上の空論でしかないわけです。

そんなことができるんだったら、医学部の新設は要らないし、何も問題ない。それができていないのが事実じゃないですか。その中でどうやって解決するかという、もうちょっと真面目に考えてもらわないと、幾ら何でもその説明は、この件に関しては厚労省さんは大変だと非常に同情はしているけれども、それにしあって現状、現場の人たちが困っている話を解決できなさ過ぎる。もうちょっと真面目に、できること、できないことで、ここはどうしてもできないのは分かりますので、話をしてもらわないと、配置できれば何でもかんでもうまくいきますみたいな話は、さすがに無理がある。

岡議長 先ほど使われた「迂回」という言葉が耳に残っちゃったんだけど、そうじゃないんですね。目指すべきものだったら、それを是非実現してほしい。ただ、現実にはいくつか問題があるので、できるまでは例外を認めたらいい。この程度の例外を作って、実現できないのだったら、その理想がもともと実現できないものだったんです。だって、この5つの条件を全部カバーするケースがどれくらいあるのかなと思うぐらい、我々の会議で出した論点の5つの条件、全てを認めた場合ですよ。

こんなものよりもっといいものができるのなら、是非それを実現してほしいと思います。ただ現実にはいろいろなことが起きているわけだから、その体制ができるまでは、こういう例外措置を認めましょう。しかし、それは飽くまでも例外だということを明確にしておいた方がいいじゃないですか。

厚生労働省（久米医政局医事課長補佐） その例外措置を作るための、まず第一歩として、この離島、へき地でまず見てみようというところから始めようということです。

岡議長 それは、先ほどから何回も土屋さんが言ったけれども、問題の所在が離島、へき地よりも都会にあるという現実を無視してはいけませんね。

翁座長 松山委員、お願いいたします。

松山専門委員 別の観点で1点だけデータを教えていただきたいんですけども、厚労省さんの資料で3ページの に特別養護老人ホーム等においては、看取り介護加算を設けておりと書いてありますが、現時点で特別養護老人ホームで看取りがちゃんとできている施設の割合がどのぐらいかというデータがあったら教えていただきたい。

というのは、私の父が4年前に亡くなるときに、ついのすみかと言われた都市部の特別

養護老人ホームに入っていて、看取りが必要になったときに出ていってくださいと言われてまして、大変な思いをしたことがあるのです。なぜ出ていかないといけないのと聞いたら、業務提携している医療機関とトラブルがあり診てもらえないということを言われて、愕然としたのです。

厚生労働省（佐藤老健局高齢者支援課長） 老健局の高齢者支援課長でございます。

お手元の参考資料の7ページでございます。7ページの下にグラフが書いてございます。看取り介護加算は、平成18年に創設されました。そして、平成21年4月の改定におきまして、看取りに向けた体制の評価とケアの評価を別個に行うことにし、その後、直近の27年度の改定で、これは11ページの真ん中の紫の図になりますけれども、さらにその充実をさせていただいております。

そして、お戻りいただきまして、看取り介護加算算定の状況でございますけれども、青の棒にございますように、26年2月現在におきまして、1月当たり大体3万5,000日。施設単位でのデータというのはございせんけれども、創設以降、徐々にではございますけれども、着実に特養における算定した日数というのは増えてきております。データが26年2月以降の足元の数字が手元にございましたので、口頭で申し上げますけれども、27年度改定を踏まえた今年の8月分の算定状況は4万4,600、5月分ですと4万6,000。一番増えてきて4万6,000まで来ておるとい状況でございます。

翁座長 はい。

土屋専門委員 これは、最期の日に慌てて救急車で病院へ運び込んでしまったというのは、算定から全部外してあるんですか。私も家族をこういうところで看取るつもりだったのが、最期に二度も三度も救急車で病院に運ばれて、最期は病院で亡くなったという家族を持っているんです。そういうものが本当に算定から外してあるのかどうか。

厚生労働省（佐藤老健局高齢者支援課長） 実際に施設において看取りそのものを行っているという日数はカウントされておりますが、施設でそういうものが行われていない場合には、算定から除かれることになっております。

土屋専門委員 なっているのが本当に実行されているかどうかです。というのは、我々現場で病院が困るのは、最期の最期に病院に担ぎ込まれるんです。それが都会でも問題になっている。

翁座長 そろそろ時間になりましたので、今日の土屋先生の質問については後ほどお答えいただければと思います。

本日、委員の先生方ほとんど皆様から、進め方、離島、へき地等からということでは、この現実の切実な都市部の看取りをめぐる問題に応えられるのかという問題提起がなされたと感じております。ですので、いただいた論点と私どもの論点と共通するところもありますが、もう少し詰めなければならぬところがあるように思いますので、これはまた引き続き、是非検討及び議論をさせていただければと思います。ワーキンググループでの委員との議論は、今回が最後になりますので、皆様の御意見を基に事務局レベルで調整して

いただくということをお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

また、委員の先生方にも御意見を聞きながら今後進めさせていただきたいと思います。

本日は、どうもありがとうございました。時間が超過いたしまして、失礼いたしました。

本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。

なお、規制シートというのをお送りしておりまして、岡議長の方から、明日までに規制シートについて意見を出していただくようにということになっております。電子メールでお送りしておりますので、何か意見がございましたら、明日まででお忙しいと思いますが、よろしく願いいたします。

次に、事務的な連絡がありましたら、事務局の方からお願いいたします。

大熊参事官 次回の日程や議題については、追って御連絡させていただきます。

翁座長 それでは、これで会議を終了いたします。