

2013年10月23日 中央社会保険医療協議会 総会（第252回） 議事録

○日時 平成25年10月23日（水）9:00～12:21

○場所 厚生労働省講堂（低層棟2階）

○出席者

森田朗会長 印南一路委員 関原健夫委員 牛丸聡委員 西村万里子委員 野口晴子委員
矢内邦夫委員 白川修二委員 花井圭子委員 石山恵司委員
田中伸一委員 伊藤文郎委員
安達秀樹委員 嘉山孝正委員 鈴木邦彦委員 西澤寛俊委員
万代恭嗣委員 堀憲郎委員 三浦洋嗣委員
丹沢秀樹専門委員 北村善明専門委員 福井トシ子専門委員
保険医療材料専門組織・松本純夫委員長

<事務局>

木倉保険局長 神田審議官 宇都宮医療課長 佐々木医療課企画官
竹林保険医療企画調査室長 近澤薬剤管理官 田口歯科医療管理官 他

○議題

- 医療機器の保険適用について
- 臨床検査の保険適用について
- 在宅医療（その4）について

○議事

○森田会長

おはようございます。ただいまより第252回「中央社会保険医療協議会 総会」を開催いたします。
まず委員の出席状況について御報告いたします。本日は、花井十伍委員が欠席でございます。また、藤原専門委員も御欠席です。
審議官は、公務のため、おくれて出席されるということでございます。
それでは、早速ですが、議事に入らせていただきます。

- （ 以下、 ○ 医療機器の保険適用について
○ 臨床検査の保険適用について
の二議案に関する部分は割愛し、
○ 在宅医療（その4）について
の部分を抜粋掲示した ）

○森田会長

ありがとうございます。それでは、ただいま説明のありました件につきましては、中医協として承認することにしたいと思いま

す。
続いて「○在宅医療（その4）について」を議題といたします。

事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

中医協総-3をごらんいただきたいと思います。

在宅医療（その4）でございますが、本日の内容としまして、下に書いてございます、7項目がございます。非常に分厚い資料で恐縮でございます。

1枚おめくりいただきまして、1番目ですが、機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等についてということで、4ページにその概要、5ページに24年度の改定が書いてございます。

6ページに、在支診・在支病の届け出数がふえているという状況を書いてございます。

7ページでございますが、事務連絡として、連携の場合について、具体的な距離の要件はないということでございます。

ただし、月1回以上の定期的なカンファレンスについては、対面で行うことが必要。

それから、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロを超える往診については、絶対的な理由がある場合に限り認められるということでございます。

8ページでございますが、今後の意向で、届け出を行う予定、希望を持っているところがあっても、右のほうのグラフでございますが、常勤医師を3名以上配置できない、あるいは月1回以上の定期的なカンファレンスの実施が難しいという回答が多かったということでございます。

9ページでございますが、機能強化型であっても、緊急時に往診した回数、実績がないところもあれば、機能強化型ではなくても、それなりに実績があるところが存在するということでございます。

10ページでございますが、機能強化型及びそれ以外の在支病・在支診のうち、6カ月間で実績が1件以上の医療機関を対象に分析したところ、緊急往診の実績は、そちらに書いてあるとおりでございますが、中央値で5件ということでございます。

なお、このグラフで、10の次が20、30、40となっておりますが、20というのは11～20、30というのは21～30、40というのは31～40でございますので、よろしく申し上げます。

11ページでございますが、みとりについて、機能強化型といっても、実績のないところもあれば、機能強化型ではなくても、それなりの実績があるところもあるということでございます。

12ページでございますが、みとりの実績として、中央値は2件でございます。

13ページでございますが、緊急時の往診についてですけれども、当該施設の医師が主治医でない患者に対して行う緊急往診というのは非常に少なく、ほとんどの場合は主治医が緊急往診を行っているということでございます。

14ページでございますけれども、夜間・緊急時の連絡方法についての医師からの指示は、9割があったということで、教えてもらっていることについての満足度は、満足とやや満足を合わせて95%以上になっているということでございます。

15ページです。夜間・休日に訪問診療を行っている医師に、実際に緊急連絡をした経験は大体4割ぐらいの患者さんが持っているらっしゃって、そのときの訪問医師の対応でございますけれども、90%は連絡がついて、80%はその場で解決、またはすぐに医師が往診をしていたということでございます。

16ページでございますけれども、他の医療機関との連携によって、24時間体制の負担が軽減されたかということにつきましては、赤い点線で囲んでございますが、どちらとも言えない、余り当てはまらない、全く当てはまらない、そういった回答が多かったということでございます。

17ページですが、在支診・在支病の施設基準として、緊急時に入院できる病床を確保しているということがありますが、18ページですが、緊急入院させようとしても、入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在するということでございます。

19ページですが、今度は患者さんに聞いたところ、夜間や緊急時の対応について、医療区分の高い患者さんほど、緊急時の対応について、救急車を呼んでくれという指示を受けている患者さんが多かったということでございます。

20ページでございますが、緊急時の入院等に係る評価としまして、在支診が連携の医療機関と緊急時に入院できる病床を常に確保しているということにはなっているんですけれども、連携する病院などの医療機関と実際の患者さんとの関係について、特段の規定が存在しないということ。それから、連携医療機関が実際に往診を行った場合の評価も存在していないということがございます。

こういった状況に対しまして、21ページでございますが、京都府の取り組みでございます。京都府については、在宅療養あんしん病院登録システムというものがございます。

下の四角に「在宅あんしん」と書いていますが「在宅療養あんしん」です。

在宅療養あんしん病院登録システムとして、患者さんが事前に入院を希望する病院を、最大3病院まで登録しておくことができるということで、日ごろから、連携体制がとれるということでございます。

22 ページでございますが、東京都においては、難病の患者さんに対しまして、在宅の医療機関と、いざというときに受け入れる専門の医療機関とが連携をして、丸2に書いてございますけれども、共同で訪問診療及び往診をする取り組みがなされているということでございます。

23 ページでございますが、その取り組みの1例として、新宿区の例でございますけれども、多発性硬化症の女性です。本事業の実施前というのは、入院回数が平均3カ月に1回ぐらいであったんですけども、本事業の実施後、21回入院されておりまして、全て共同で往診、訪問診療を行った連携医療機関で対応ということです。頻回に入院してございますけれども、この事業がなければ、入院しっ放しであったことが想定されるんですが、できるだけ在宅で過ごす期間をとということで、そのような在宅の期間を確保できたということでございます。

以上のことから、24 ページの論点でございますけれども、機能強化型の在支診・在支病について、それぞれの医療機関が実績要件を満たすことを必要とすることについて、どのように考えるか。

それから、こういった要件を満たしていなくても、十分な実績を要する在支診・在支病の評価について、あるいは緊急時の対応について、どう考えるか。

実際に要件の数字をどのように考えるかということ。

それから、京都府や東京都のような取り組みについての評価をどのように考えるかということが、提起されております。

25 ページから訪問看護でございます。

27 ページは事業所の推移でございます。従来からの資料でございます。

28 ページ、訪問看護ステーション1ステーション当たりの職員数が、わずかながらふえる傾向にあるということでございます。

29 ページ、ステーションの規模が大きくなるほど、収支の状況が黒字になるということ。

30 ページ、患者さんが訪問看護に求めることの上位としては、24時間対応、重症者への対応、頻回な訪問があるということでございます。

31 ページから、24時間対応、みとりの話でございます。

32 ページ、ステーションの規模が大きいほど、24時間対応体制加算を届け出ている割合が多いということ。

33 ページ、規模が大きいほど、1人以上のみとりに行っているステーションの割合が多いということ。

34 ページから、重症度の高い患者の受け入れでございます。

35 ページ、医療保険と介護保険の対象者のイメージですが、65歳以上の方につきましては、介護保険が優先になってございますけれども、その中で、厚生労働大臣が定める者、特掲診療料別表7とございますが、こういった末期の悪性腫瘍や難病の患者さん、特別訪問看護指示書の交付を受けた方、厚生労働大臣が定める者、特掲診療料別表8となつてございますけれども、こちらに書いてあるような方、こういった方々については、回数の制限なく、医療保険のほうで支払うことができるということでございます。

36 ページでございますが、ステーションの規模が大きいほど、特別訪問看護指示書の発行数が多いということ。

37 ページ、ステーションの規模が大きいほど、難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多い傾向にあるということでございます。

38 ページから、介護支援専門員、ケアマネの配置でございます。

39 ページ、福祉職の介護支援専門員、緑色の棒で書いてございますけれども、こういった方々は、看護師のケアマネさんに比べて、疾病への理解とか、こういった病気や医師などとの連携について、困難を感じている傾向にあるということでございます。

40 ページでございますが、居宅介護支援事業所を併設しているステーションは53.8%でございますが、そのうち、介護支援専門員と兼務している職員がいるステーションは33.3%という状況になっているということでございます。

41 ページですけれども、介護支援専門員との兼務者数を見ると、規模が大きいステーションのほうが、2人以上の兼務者がいる割合が多いということでございます。

こういった介護支援専門員が配置されることの効果について、42 ページに書いてございます。

43 ページから、その他でございます。

まず規模の拡大の話でございます。

45 ページ、サテライトについての説明でございますけれども、サテライトは主たる事業所があつて、そちらに管理部門を集中することによって、訪問看護に専念する。こういう形式をとることによって、移動に係る時間、コストを削減することが可能となるということ。

それから、サテライト側では、管理業務がなくなるので、訪問時間の増加、利用者のニーズへの対応ができやすくなるということでございます。

46 ページは、そういった概要が書いてございます。

47 ページでございますが、左の図は先ほどと同じで、職員がふえているということ。

サテライトの数は、大体二百数十ぐらいで、横ばいぐらいの傾向にあるということ。

48 ページ、ステーションの規模が大きいほど、サテライトを有しているステーションが多いということ。

49 ページ、サテライトを有しているステーションのほうが、特別管理加算の該当患者が多い。特別管理加算は、黄色い四角で囲ってあるような、特別な管理を必要とする利用者に対する訪問看護でございます。

50 ページ、サテライトを有しているステーションのほうが、難病末期の悪性腫瘍等に該当する患者が多いということでございます。

51 ページ、サテライトを有しているステーションのほうが、収支が黒字になる傾向があるということ。

52 ページ、現在、サテライトを設置しているステーションの設置目的として、利用者ニーズへの対応、職員の移動時間の短縮などが多いということ。

それから、サテライトの設置を検討してこなかったところにつきましては、人材確保が困難などの理由が多かったということでございます。

53 ページから、その他、訪看ステーションが担う機能ということですが。

54 ページに在宅医療連携拠点事業とございます。これは医政局の事業でございますけれども、下の吹き出しところに書いてございますが、在宅医療連携拠点の中に訪問看護ステーションもございます。こういった機能を担うことができるということでございます。

55 ページでございますが、訪看ステーションの活動として、赤枠で囲ったような、さまざまな活動をしているということでございます。

56 ページ、地域への情報発信・相談機能の実例が挙げられております。

57 ページ、人材育成機能です。各 A、B、C、D、E のステーションの例が挙げられているところでございます。

58 ページ、これらを踏まえて、論点として、機能が低い訪問看護ステーションとして、24 時間体制の有無、みとり数、あるいは介護支援専門員の配置等、こういうものを要件としてはどうかということ。それから、訪看ステーションの規模を、評価する際の指標としてはどうかということ。

また、その下書いてございますけれども、こういったさまざまな機能を有するところを、機能強化型訪問看護ステーション（仮称）として評価してはどうかということでございます。

59 ページから、在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供でございます。

61 ページ、在宅医療において投与できる薬剤というのは、下にあるような規定で限定してございますが、ここに電解質製剤等が含まれていないため、在宅医療の現場で点滴注射が使用されているのに、それが含まれていないという状況でございます。

62 ページ、この注射薬に限り、投薬することができるということでございます。

63 ページ、保険薬局において交付の対象となる注射薬についても、今、ごらんいただいた、厚生労働大臣の定める注射薬と同じ品目ということでございます。

64 ページでございますけれども、要介護度別にごらんいただきますと、赤い棒でございます。点滴の実施・管理、折れ線グラフのほうでございますけれども、要介護度が重くなるほど、点滴の実施・管理が多くなるということでございます。

それから、介護保険、健康保険、いずれにしても、点滴の実施・管理が多いということでございます。

65 ページでございますけれども、論点として、在宅医療で投与できる注射薬に電解質製剤等を加えてはどうか。また、保険薬局で交付できる注射薬も同様としてはどうかということでございます。

66 ページから、安全な調剤ということですが。

67 ページ、無菌製剤処理の様子が出てございます。

68 ページ、24 年度改定で、無菌製剤処理加算に関しまして、十分な施設だけではなくて、いわゆるドラフトチャンバのような設備を有しているということでも、OK にしたところでございます。

69 ページでございますけれども、こういった無菌調剤処理を実施している薬局数は、下から 2 段目でございますが、128 から 231 にふえているところでございます。

少数なんですけれども、そのうちの 8 割以上は、在宅の業務を実施している。

在宅業務を実施している薬局の中でも、在宅訪問薬剤管理指導の算定回数が、50 回以上と、比較的高いところが多いということでございます。

70 ページ、無菌調剤室の共同利用が、薬事法施行規則の一部改正で可能になったところでございますけれども、ただ、現行の調剤報酬においては、こういった共同利用の場合については、算定できないという状況でございます。

71 ページですけれども、これが調剤報酬で算定可能となれば、無菌製剤処理を実施したいかという問いに対して、実施したいと検討するを合わせますと、8 割ぐらいあったということでございます。

これを踏まえて、72 ページでございますが、無菌調剤室の共同利用で、無菌製剤処理加算を算定することとしてはどうかということでございます。

73 ページから、介護保険利用者の点滴でございます。

74 ページ、在宅患者訪問点滴注射管理指導料というものは、医師の指示のもとで、看護師等が点滴注射を実施するために必要な管理指導を、医師が看護師等に行うことに対する評価でございます。

75 ページでございますが、これは先ほどの図でございますけれども、介護保険の利用者であっても、一定程度の注射・点滴のニーズがあるということでございます。

76 ページに書いてございますように、健康保険法等の訪問看護利用者については、こういった指示を出した場合、算定可能でございますけれども、介護保険の利用者に対して指示を出した場合には、算定できないということで、薬剤料あるいは点滴に用いる回路代も算定できない。実際に使うときには、医師の所属する保険医療機関の持ち出しとなっている状況でございます。

これに対しまして、77 ページ、介護保険の訪問看護を受けている患者さんに対しましても、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるようにしてはどうかということでございます。

78 ページから、衛生材料の提供でございます。

79 ページに在宅医療で使用されている衛生材料のリストがございます。

80 ページでございますが、衛生材料を提供する主体というのは、医療機関でございますけれども、在宅での療養において、必要な材料が患者に提供されていないという指摘がございます。その場合、訪問看護ステーションが衛生材料を提供して、その費用を負担している、あるいは患者さんが自分で購入して負担している場合があるといった指摘がございます。

81 ページでございますが、訪問看護事業協会の調査では、色刷りの資料の場合、赤でございますけれども、右側のほう、利用者が負担しているケースも結構あるということでございます。ただし、これは医療従事者が必要だといったものに限らず、患者さんが自分の判断で買ったものも一部入ってございますので、そういう前提でござんいただきたいと思っております。

82 ページでございますが、在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、必要十分な衛生材料を医療機関が提供することになっているということでございますけれども、在宅人工呼吸指導管理を受けている方などについては、月 6,000 円以上の負担額があるケースもございます。

83 ページでございますが、訪問看護ステーションの中には、医療機関が必要な量を供給することになっていることを知らなかったり、あるいは必要な量を十分に供給してもらうように、依頼していないところもあったということでございます。

84 ページでございますが、こういった在宅医療に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが、訪問看護計画書とともに必要な量を医師に報告して、また、訪問看護報告書とともに使用実績を報告することとして、患者さんが必要とする衛生材料に

ついて、主治医がきちんと把握できるようにしてはどうかということ。

それから、こういった衛生材料の提供主体は、医療機関であることを再周知して、過不足があった場合には、対応を求めることができることとしてはどうかということ。

衛生材料を供給できる体制を有していると届け出をしている薬局に対して、必要な衛生材料の種類とその量について指示して、患者宅に提供される仕組みにとしてはどうかということでございます。

これらの仕組みは、後ほど資料が出てまいります。また御説明します。

85 ページから、保険薬局で交付できる特定保険医療材料でございます。先ほどの衛生材料は、普通の診療の中で包括されているものがございしますが、これは特定保険医療材料として、費用がとれるものについてでございます。

86 ページでございますけれども、医療計画作成指針において、薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められているということでございます。

87 ページでございますが、左側に保険薬局で給付できる特定保険医療材料、右側に病院・診療所で支給できる特定保険医療材料が掲載されてございますけれども、右側にあるもののうち、在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテルなど、下線がついているものについては、病院・診療所で支給できるにもかかわらず、薬局において給付が認められていないということでございます。

なお、左側の保険薬局で給付できるものに入っていて、病院・診療所のほうに書かれていないものについては、病院・診療所では加算で対応ということになってございますので、一応手当されているということになってございます。ただ、薬局側のほうでは、下線のものについては、給付が認められていないということで、88 ページでございますが、保険医療機関の医師の処方箋に基づき、保険薬局で交付ができる特定保険医療材料に、必要な在宅用の特定保険医療材料を追加することとしてはどうかということでございます。

89 ページから、材料等の流れです。

これは、今、御説明したことについての図でございます。

90 ページが現状でございます。医療機関から患者さんを訪問したときなどに、十分な衛生材料をお持ちすることになっているんですけれども、それに不足が生じた場合、訪問看護ステーションから不足分の材料などが提供されていて、そのお金がかかってしまっているということがございます。本来であれば、在宅療養管理指導料の中に含まれているものであるけれども、実情はそうでない場合があるということでございます。

これに対しまして、91 ページでございますけれども、衛生材料の提供につきましては、先ほど申しましたような訪問看護計画書や報告書で、必要なものについての報告を行います。医療機関は、在宅療養管理指導等のお金を使って、訪問したときなどに、こういった衛生材料を提供する。もしくは医療機関から薬局側に指示をしまして、薬局からこういった衛生材料などが提供できるようにしてはどうかということでございます。

ただ、そのときに、費用としては、本来、在宅療養管理指導料に入っているわけでございますので、薬局からその費用は医療機関に請求する。具体的な内容については、合議で精算していただくことにしてはどうかということでございます。

92 ページは、特定保険医療材料、点滴等についてのものでございます。これにつきましては、費用はちゃんと健康保険で請求できますので、医療機関から薬局に対して、処方箋による指示を行って、薬局が患者さんに提供したときに、これは保険の支払いということで、こういった費用を請求できるようにしてはどうかということでございます。

93 ページから、在宅医療における薬剤師の役割でございます。

95 ページでございますけれども、在宅医療における薬剤師について、在宅患者訪問薬剤管理指導の推進が求められているということでございます。

96 ページでございます。表の下から2番目でございますけれども、在宅業務届け出薬局数は四万何千薬局ということでございますが、実際に訪問を行っているのは、上に括弧書きでありますけれども、4,000 程度の薬局ということで、大体1割ぐらいしか訪問していない。実際、その回数につきましても、多くの場合が50回未満ということで、余り訪問がなされていないということでございます。

97 ページでございます。そういう中でありましても、全体としては、訪問の管理指導が伸びているんですが、その大部分、グラ

フの上のほうの居宅療養管理指導、つまり介護保険の居宅療養管理指導による算定回数が伸びているということでございます。

98 ページは、24 年改定の評価で、在宅患者調剤加算がつくられたということでございます。

99 ページでございますけれども、在宅訪問薬剤管理指導の一層の推進のために、これまで以上に、在宅業務の実施薬局の周知を行う仕組みを構築していくことが必要でございます。

100 ページでございますけれども、薬剤情報提供文書の交付を算定要件とする、薬剤服用歴管理指導料というのは、算定率が 95.8%もあることから、これを活用して情報提供を行ってはどうかということでございます。

101 ページでございますけれども、在宅患者訪問薬剤管理指導等を開始した経緯としては、処方医からの訪問依頼によるものが大半となっているということでございます。

102 ページでございますけれども、今度はちょっと視点が変わりますが、療担規則において、特定の保険薬局へ誘導が禁止されている。この規定は、保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取り扱いを明確化するとともに、適正な医薬分業の推進を図る観点から設けたものでございます。

103 ページでございますが、そうはいつでも、患者さんの側からすると、どこの薬局で訪問薬剤管理指導をしているのか、よくわからない。処方医からの依頼がほとんどということを考えますと、論点のところに書いてございますが、在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する意向がある薬局については、患者や家族に対して、訪問管理指導を行うことができる旨を文書や口頭にて情報提供すること。今の薬剤情報提供文書などの提供でやることについて、どうかということ。

それから、医療機関と連携を強化するという観点等から、保険医療機関で処方箋の交付にあわせて、患者さんに保険薬局の地図と書いていますが、地図に限らず、リストなどでもいいと思うんですけれども、こういったものを配付する際に、どこの薬局で在宅患者訪問薬剤管理指導を行っていますといった情報を提供すること等については、誘導の禁止に反しないことを明らかにしてはどうかということでございます。もちろんこれは特定の薬局に誘導するというのではなくて、あくまで患者さんがお住まい地域の近くで、こういうところで訪問しますということをお示しして、患者さんに選択していただくという趣旨でございます。

105 ページでございますけれども、薬局の 24 時間体制についてでございます。赤枠で囲ってございますけれども、患者さん側から薬局に求める機能として、夜間・休日の開局が 2 割ちょっとあるんですが、実際にそういうことに対応している薬局は、その半分、1 割ぐらいしかないという状況があります。

106 ページですけれども、薬局は、医師、訪問看護師以外として、ケアマネさんとの連携も求めているところでございます。

107 ページは、在支診の概要でございます。

その中でも、24 時間往診可能とか、情報提供が要件とされている中で、108 ページはあるクリニックの例でございますけれども、右下にございますように、調剤薬局がこういう連携のネットワークの中に入っているケースがあるということでございます。

109 ページでございますが、開局時間以外の緊急時への対応体制でございます。現在、在宅業務届け出薬局が算定できる基準調剤加算の要件として、「単独の保険薬局が常時調剤ができる体制に限らず」7 となっておりますが、もちろん単独でやってもいいんですけれども、それ以外に近隣の保険薬局で調剤ができる体制、あるいはみずからが対応できない場合、他の薬局の保険薬剤師が常時調剤できる体制を整備していればいいということになってございます。

それに対しまして、110 ページでございますけれども、こういった 24 時間の対応について、地域の薬局との連携を図りつつ、単独、自分の薬局で対応できることを原則としてはどうかということでございます。

また、医師以外に訪問看護師やケアマネへの情報提供についても、規定することとしてはどうかということでございます。

111 ページから、在宅歯科でございます。

歯科についての主な変遷が 112 ページ、113 ページにございます。

平成 22 年 4 月に歯科訪問診療料 1、同一建物居住者以外で 20 分以上診療した場合、2、同一建物居住者で 20 分以上診療した場合というものが評価として入りました。

それは 114 ページに書いてございますけれども、114 ページの右上の表でございます。基本的には 20 分以上の診療ということで、20 分未満になりますと、基本診療料の評価に落ちてしまうという状況がございます。

115 ページでございますけれども、患者 1 人当たりの訪問歯科診療所用時間として、全体で 1 人当たり 25 分以上になっているということでございます。

116 ページ、歯科訪問診療料の要件として、診療時間は 20 分以上の場合に限るとか、あるいは一番下の (10) にありますけれども、診療録に実施時刻、訪問先名などを書くことが、要件として定められているということがございます。

117 ページ、平成 20 年度改定時に在宅療養支援歯科診療所という仕組みができましたが、増加してきてはいるものの、まだ全体の 7%にとどまっているということがございます。

118 ページでございますが、歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、やや増加しているところでございます。

下のほうのグラフでございますけれども、これは凡例が書いてないんですが、左側の水色のグラフが居宅で、右側の赤いほうが施設です。特に施設側が大幅に増加している状況でございます。

119 ページでございますが、歯科訪問診療の課題として、装置・器具の購入にコストがかかる、要請がない、時間の確保が困難、こういったものが挙げられているということがございます。

120 ページについても、大体同じような傾向があります。

121 ページでございますが、歯科訪問診療 1 の実施割合でございます。1 というのは、先ほど言いましたが、居宅に対する訪問でございますけれども、1 カ月当たりの歯科訪問診療患者数は大部分が 100 人未満で、そのうちの約 6 割が 5 人未満という状況でございます。

ただし、122 ページにございますように、訪問診療 1 が少ない、20%未満のところ、つまり訪問診療 2 の同一建物の居住者への訪問が多いというところにつきましては、最大値として、2,635 とか、2,700 とか、こういった数字が出てきているところでございます。

123 ページでございますけれども、歯科訪問診療 1 の実施割合が少ないところにつきましては、一番右側にありますが、1 カ月当たり 2,400 人以上訪問しているところも出てきているところでございます。

その下に書いてございますが、月 2,400 人の患者に対して訪問診療を行うには、20 日医療機関が稼働するとしてという試算がございます。これはあくまで仮にこういう試算をしますという意味でございまして、実際にこうだということではございませんので、注意していただきたいと思えます。

124 ページは、連携に係る主な評価です。

125 ページですが、歯科訪問診療を行う歯科医師を知ったきっかけとしては、以前通院していた歯科診療所等々とあるんですけれども、医師や看護師からの紹介というのが、少ないということがございます。

126 ページでございますけれども、これは在宅医療を受けている患者さんで、歯や口の中に気になることがあって、歯科訪問診療を希望している者です。これが全体でございまして、希望している中で、45.5%は歯科訪問診療を受けていない。半分ぐらいが訪問診療を受けていないということがございます。

127 ページでございますけれども、義歯治療を行って、義歯を使用した者と義歯治療を行っていない者について、体重やアルブミンの変化を見たところ、治療を行っている方のほうが、体重やアルブミン値が増加しているということがございます。

以上から、128 ページでございますけれども、在宅を中心に歯科訪問診療を実施している在宅療養支援歯科診療所の評価について、どのように考えるか。

同一建物、歯科訪問診療 2 の評価、取り扱いについて、どういうことが考えられるか。

診療時間 20 分未満についての取り扱いをどう考えるか。

医科と歯科の医療機関の連携を促すために、どうするかということがございます。

129 ページから、在宅医療における患者紹介等の事例でございます。

131 ページでございますが、これは平成 23 年 2 月に事務連絡で、こういった紹介事例についての報告を求めたということがございます。

132 ページは、ことし 2 月の中医協で出したものでございますけれども、みとりビジネスの記事の抜粋でございます。

133 ページ、134 ページも 2 月の中医協の資料でございますけれども、こういった不適切な事例について資料を出して、一度御議論をいただいたということがございます。

135 ページでございますが、『朝日新聞』等で、こういった不適切な事例についての記事が、連日出たところでございます。

136 ページにございますように、事務連絡で、8 月 28 日に紹介事例について報告するように、厚生局と都道府県などに求めたと

ころでございます。

その結果、137 ページでございますけれども、20 件の報告がございました。

報告された事例として、(1) に書いてございますように、有料老人ホーム9カ所等々の状況でございました。

138 ページでございますけれども、(2) 患者紹介を受けた医療機関としては、歯科診療所7カ所、医科診療所5カ所。

仲介者として、株式会社が3社であったということ。

紹介料等について、こちらに書いてあるところでございますけれども、具体的には後ろのほうにございます。

139 ページでございますが、事例として紹介されてございますけれども、(1) 月2回の訪問診療が入居条件となっているような事例でございます。

(2) が9割の入居者に訪問診療が行われている事例ということで、これは仲介者なしということでございますけれども、軽費老人ホームにおいて、このようなことがあった。

(3) でございますけれども、これは特別養護老人ホームについて、株式会社が仲介して、歯科診療所にこういうところを紹介しました。診療報酬の70%から、経費を控除した額が紹介料として渡されるという事例でございます。

140 ページでございますが、2の制度上の問題ということで、保険医療機関については、右側のほうに書いてございますけれども、保険医療機関の選択の制限や過剰な診療につながる場合は、健康保険法の趣旨から見て不適切。また、不正請求に該当する場合は、当然厳正に対処ということでございます。

施設・住宅あるいは仲介者が、こういった紹介をして、紹介料を受け取るということについては、現行制度上は必ずしも違法とは言えない状況でございまして、今後、診療報酬あるいは療養担当規則等の対応について、検討する必要があるのではないかとということでございます。

141 ページから、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の評価でございます。

142 ページ、22年度の改定で、居住系施設、同一建物についての報酬が統一化されたということ。

143 ページでございますが、24年度の改定では、同一建物の中でも、特定施設のように介護保険法である程度縛りがかかるものについては、少し引き上げて、400点という報酬になったということでございます。

144 ページにそのイメージ図を描いてございます。

145 ページ、146 ページは、従来からの資料で、ふえているということでございます。

147 ページ、在宅医療の担当患者数は増加。特に機能強化型の在宅支診・在宅病で多いということ。

148 ページは、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料についての説明がございまして、表の一番下でございまして、主な要件として、計画的な医学管理のもとに、月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回算定ということで、先ほどの事例の月2回の訪問診療が入居条件の事例というのは、こういうところからきているのではないかとということでございます。

注として、特医総管については、養護老人ホーム、特定施設の患者さんでございまして。

149 ページ、150 ページが、主な変遷でございまして。

151 ページ、在医総管、特医総管の算定回数が増加傾向にあるということ。

152 ページも増加ということでございます。

153 ページ、医師の訪問頻度なんですけど、右側の赤枠で囲っているところのように、在医総管が算定可能な、月に2～3度というのが最も多かったということでございます。

154 ページ、一番下の対応(案)ですが、在宅時医学総合管理料等については、訪問診療料と同様に、同一建物かどうかに応じた評価体系とする。

あるいはかかりつけ医機能の確立などの目的もあることから、現在、議論している主治医機能のある医療機関の評価との連動を検討する。

こういったことが必要なのではないかとということでございます。

155 ページは、そのイメージでございまして。

156 ページは、在宅患者訪問診療料についての説明です。

157 ページ、在宅医療提供日（1日当たり）における医師1人当たりの訪問件数としては、強化型在支診は10件以上が半分以上あるような状況でございます。

158 ページでございますけれども、在宅医療提供日（1日当たり）における医師1人当たりの訪問件数として、30～60件程度、訪問を行っている施設が見られるということでございます。

159 ページですけれども、同一建物以外の算定割合が低いところについては、同一建物の訪問で、過度に訪問診療が行われていることが示唆されるということ。

160 ページは、先ほどの歯科の話です。

161 ページ、在宅患者訪問診療料の回数ですけれども、下の青いほうが、同一建物の居住者ですが、こういったところが、かなり増加してきているということでございます。

162 ページ、訪問1件当たりの診療時間は、約半数は20分未満という状況でございます。

163 ページは、先ほどの歯科の例で、歯科は25分以上でございます。

164 ページ、主治医として在宅医療を提供している患者数ですが、全体としては、特に在支診・在支病の場合は、認知症の患者さんが多いということだと思えます。

165 ページ、在宅患者の訪問について、医科と歯科を右左で比較してございますけれども、歯科に比べまして、医科のほうは、診療時間、訪問先名、患者の状態等を記載することが要件になっていないということでございます。

また、両方とも、表の一番下でございますけれども、患者への情報提供と同意の確認ということは、要件となっていないということでございます。

166 ページでございますけれども、在宅患者訪問診療料について、過剰診療等を防ぐために、患者等への説明と同意を含め、一定の診療内容による整理が必要と考えられたということでございます。

167 ページからは、紹介料を支払うことについてでございます。

168 ページ、現在の状況で、紹介料を支払うこと自体は、現行制度上は違法とは言えないということでございます。

2にありますように、（1）患者が自由に選択できるものである必要ということ。

（2）健康保険事業の健全な運営を確保する必要ということでございますけれども、一番下の下線にありますけれども、保険医療機関が患者紹介を受けて、紹介料を支払うことについては、患者を経済上の取引の対象とするものであり、保険診療そのものや保険財源の効果的・効率的な活用に対する国民の信頼を損なうものではないか。また、保険医療機関による過剰な診療につながるおそれがあるのではないかとございまして。

169 ページでございますけれども、こういったことから、療養担当規則の改正等によって、保険医療機関が患者の紹介を行う者に対して、患者の紹介を受ける対償として、紹介料等の経済上の利益を提供することを禁止してはどうかということでございまして。

療担規則の改正等とございますが、この「等」の中には、療担規則までいかなくても、例えばガイドライン的なものをつくるということもあり得ると考えてございます。

170 ページ、171 ページ、172 ページが、参照条文でございます。

173 ページでございますけれども、こういったことから、論点として、（1）ですけれども、同一建物に居住する患者さんに対する在宅時医学総合管理料、あるいは特医総管について、訪問診療料と同様に、同一建物かどうかということで、評価体系をつくるのはどうかということ。

（2）として、先ほど言いましたような、患者等への説明と同意の確認など、あるいは診療の実態に応じた適正な評価など、こういうことを検討する必要があるのではないかと。

（3）は、今、申しました療担規則の改正等について、どう考えるかということでございます。

174 ページから、最後でございますけれども、在宅医療を専門に行う保険医療機関ということでございます。

175 ページ、現在は在宅医療を専門に行う保険医療機関というのは、認めてございませんが、その趣旨として、2つ目の○でございますけれども、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して、療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、外来応需の体制を有していることを、保険医療機関に求める解釈上の運用をしているということでござい

す。

2でございますけれども、厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう、指導を行っているということでございますけれども、必ずしも全国一律の基準などはないという状況でございます。

176 ページでございますけれども、論点として、フリーアクセスを確保しつつ、在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関について、どのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制について、どのように考えられるかということで、要件の案などをそちらに示してございます。

長くなりましたが、説明は以上でございます。

を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関について、どのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制について、どのように考えられるかということで、要件の案などをそちらに示してございます。

長くなりましたが、説明は以上でございます。

○森田会長

どうもありがとうございました。

ただいま御説明いただいた内容は、大変盛りだくさんでございまして、また項目も非常に多くございますので、これから御審議いただく場合には、項目を4つのパートに分けて議論していただければと思います。

1つ目のグループといたしましては、1の機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について。

2つ目のグループが、2の訪問看護、3の在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供。

3つ目のグループといたしまして、4の在宅医療における薬剤師の役割、5の在宅歯科医療。

4つ目のグループといたしまして、6の在宅医療における患者紹介等の事例、7の在宅医療を専門に行う保険医療機関。

この4つのグループに分けて、御議論いただきたいと思っております。

また、この御議論を続けていきますと、エンドレスになる可能性もないとは言えないと思っております。本日のところは、一応11時を終了予定時間にしておりますけれども、12時ぐらいまでの延長はあり得ると思っております。どうしても本日中に時間が足りず、議論ができないような項目が出てまいりました場合には、後日、改めてこれについて御議論いただく時間を設けたいと思っております。

まず最初に第1のグループでございますけれども、機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について。資料で申し上げますと、24ページまででございますが、これにつきまして、御質問、御発言がございましたら、どうぞ。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

非常に詳細な御説明をいただいたわけですが、個別の議論に入ってしまう前に、全体を通して感じたことをお話させていただきたいと思っております。これは細かいところまで含めた内容になっておりますが、全体を読んでも、在宅医療に対する理念が見えない気がいたします。在宅医療というのは、かかりつけ医の在宅が基本になるべきで、それがスタートになるべきであると、我々は考えておりますが、在支診がスタートになっていると考えられます。

多くのかかりつけ医の先生方に、参加していただきやすくすべきだと思っており、連携型もその1つだと思うのですが、むしろそれは、効果がないという書きぶりになっております。

また、今回の話は、かかりつけ医の在宅推進にはつながらないと考えます。こういう話を聞きますと、却って多くの先生方の腰が引けてしまうような気がいたします。このままでいきますと、在支診・在支病のハードルはどんどん上がっていきますので、ますますかかりつけ医との距離が離れていってしまうのではないかと考えられます。

その究極の姿が、外来や社会的活動など、余分な業務を一切捨て去った在宅専門の医療機関でありまして、彼らがかかりつけ医ではないと考えております。在宅専門医の方々が、今、企業的なやり方で、本社、支社のような感じで、どんどん営業所をふやしていったら、あたかもホームヘルパーステーションのように、登録した非常勤医の方による在宅を推進しておりますが、むしろそういったものは、これからのかかりつけ医機能の推進による地域包括ケアの確立とはなじまない姿ではないかと考えております。在宅をそのように効率的に行うのであれば、点数は上げるのではなくて、引き下げてもよいはずだと思います。余分なこと

は一切せず、非常に効率化された企業的な運営になるからでございます。

さらに今回の話の中には、あたかも大病院に在宅を認めるような話も入っておりますが、これは機能分化の流れと逆行するものだと考えられます。

また、訪問看護ステーションの話もたくさん載っております。在宅医療において、訪問看護ステーションの活躍は非常に重要な位置を占めるのですが、今回のお話では、みずからの多機能化を推進する方向が中心になっております。むしろ地域包括ケアの中で求められているのは、ヘルパーの方々と協力して、24時間巡回型をふやしていく、そういう方向が中心になるべきではないかと思っておりますので、少し方向性が違うのではないかという気がいたします。

さらに地域においては、医療機関である、診療所、有床診療所、中小病院、そして郡市区医師会、そういったところこそ多機能化して、24時間対応する巡回型の訪問看護ステーションと連携して、地域包括ケアを支えていくべきだと考えております。そういう意味では、有床診療や中小病院の入院機能もその1つだと考えられます。そういった形で、日本型の既存資源を活用した、超高齢社会を支えていく仕組みをつくっていくのがよろしいのではないかと考えております。そういう意味では、少し方向性が違うのではないかという気が、全体としていたしました。

とりあえず総論としての感想です。

○森田会長

ありがとうございました。

西澤委員、手を挙げていらっしゃいましたので、どうぞ。

○西澤委員

1番目の在宅医療でございますが、これから高齢化を迎えて、在宅医療の推進というのは、機能分化の連携と同じように、改革の柱の1本になっていると思います。そういうことで、これからの在宅医療をいかに推進していくかという観点で、診療報酬上も考えなければならないと思っております。

私個人としましては、これからもできるだけ在宅医療を充実させて、本当に在宅で療養を希望する方々には、サービスを十分に提供して、在宅にいられるようにするのがいいと思っております。

そういう観点から、今回幾つか気づいた点と意見を申し上げたいと思います。

資料の見方ですが、11枚目のスライドです。看取りが載っておりまして、最後の結論が、機能強化型在支診／病院の回数が0回のところが存在する一方、在支診／病において、看取りの回数が2回以上のところが存在する。ここだけを読んでも、機能強化型は看取りを余りしていないということですが、上のデータは、緊急往診を行った医療機関のうち、在宅で看取りを行った。すなわち、緊急往診をした例について、その中での看取りの回数で、医療機関全ての看取りの回数を言っているものではないと思いますが、これはその解釈でいいのでしょうか。

○森田会長

御質問ですね。個別的ですが、先にお答えください。医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

そのとおりでございます。

○西澤委員

そうであれば、緊急往診を行った患者の中で、亡くなった患者が必ずいるとは限りませんので、そういう制限の中で0だというのは、看取りを余りしていないという解釈にはならないのではないかと思います。なので、機能強化型の在支診・在支病の実績としての数とは違うということを言っておきたいと思っております。そういうことで、下の文章は誤解を受けると思っております。

13ページの資料でございますが、ここも緊急往診を行った医療機関のうちということですが、主治医でない患者に対して、緊急時に往診した回数ということで、ほとんどを主治医が行っているということで、書き方では、機能強化型あるいは連携型においては、連携しているのだから、緊急往診に主治医でない医師が行く回数ももっとふえてもいいのではないかと読めるんですが、逆に連携していながらも、主治医の方がほとんど緊急往診をしているということは、非常にいいのではないかと。連携において、主治医以外の先生が行くということは、主治医の先生が行けない場合であって、連携であっても、ほとんど主治医が行くという

こは、評価していいのではないかと思います。これも文章の書き方が否定的なのか、評価するのかわで、意見が分かれるところですが、私は評価していいと思っております。

16枚目のパワーポイントですが、他の医療機関との連携による効果ということで、下のところを見ますと、連携することで、24時間体制の負担が軽減されているかどうかについては、どちらとも言えないを含んで、余り当てはまらない、全く当てはまらないを合わせ、40～50%が効果を十分に感じていないということで、連携すること自体が24時間体制の負担の軽減にはつながっていないという、たしか前回の検証部会の報告でも、結論めいた評価があったと思います。

このスライドだけを見ると、そのように見えますが、前後の調査の中で、連携強化型の中の評価で、患者の在宅医療への移行がスムーズにあったという評価が、機能強化型の診療所で45%、病院で41%あった。それから、在宅の患者がふえたところが、強化型の診療所で30%、強化型の病院で36%あった。それから、緊急時の対応がより可能になったという評価も、診療所のほうで45%あったということです。患者もふえている、緊急時の対応もより行っているということになると、非常に頑張っているがゆえに、24時間の負担が軽減しないというか、医療機関が頑張っているから、こういうことになっているのではないかと思います。

この評価も見方によって違うのではないかと。負担軽減されなかったというのは、否定的ではなくて、患者もふえている、緊急の対応もしているということで、軽減するよりも、できるだけ時間を有効に使って、サービスの提供につなげているという、ポジティブな評価のほうがいいのではないかとと思っております。

18枚目ですが、緊急時の入院でございます。これは連携医療機関へ緊急入院させようとして、できなかったことがかなりあると書いてございますが、連携医療機関というのは、機能強化型の病院だけではなくて、ほかの医療機関も含めて、連携医療機関でございます。それは1つ申し上げたいと思います。

それと、できなかった経験があるというのは、病院におきましても、常にベッドが空いているとは限りません。できるだけ確保しようと思っても、入院患者が複数あれば、空床がないということです。ここの調査は入院させようと思って、最初にできなかった数を書いてございます。その患者が入院できなくて困ったかということ、報告書の中に書いてありますが、医療機関で対応して入院先を見つけたとか、救急車を呼んで探してもらったということで、ほとんどが対応できているということです。

例えば機能強化型在支診で、26.6%の患者さんが入院できなくて、困ったという例ではなくて、とりあえず連携している病院に入院できなかった数であって、対応は十分にできているということです。その辺りも、これ1枚だけでは解釈できない。できれば、報告書にあった次のスライドも一緒に出していただくと、実態が理解できたのではないかとと思っております。

22枚目のスライドでございます。21ページと22ページは、非常にいい資料だと思いますが、21ページの京都府における取り組みについては、恐らく後で安達先生からいろいろ説明していただけたと思いますが、これはすばらしいシステムだと思っております。あんしん病院があるのは、すばらしいと思っております。

東京のほうも、病院と訪問診療をしている医療機関との連携について書いてありますが、ここに書いてある医療機関というのは、下に書いてありますが、例えば慶應は1,044床ということで、こういう医療機関と連携して、緊急時のときには入院できるということですが、これはあくまでも難病とか、特殊な例だと思います。資料を見たときに、難病あるいはがん患者の場合という特殊な例と、高齢者の例とは違うと思います。東京都においては、自宅で難病患者とは書いてありますが、このスライドをさっと見てしまうと、高齢者においても、緊急のときには、このような大病院に入院できるんだということになると、意味が違うのではないかと思います。そういうことでは、もう少し資料の出し方に気をつけていただければと思います。

最後に専門医療機関は200床以上の病院が含まれると書いてございますが、難病などの専門医療機関である場合は、200床以上で当たり前なので、あえてこういう書き方はおかしいと思っております。

そういうことで、幾つか感想を申し上げました。

最後の論点でございますが、機能強化型について書いてございますが、在支診が初めてできたのが平成18年の改定で、初めは診療所だけでした。それから、こういう役割は中小病院もすべきだということで、拡大されて、前回の改定で強化型あるいは連携型ができたと思います。どうして強化、連携型ができたかということ、診療所、中小病院には1件でも多く在宅医療に取り組んでいただきたいということで、その数をふやそうということが、1つの目的だったと思っております。ですから、診療報酬を評価するときには、今、言ったように、インセンティブを与えるといいでしょうか、必要なサービスを広げるために、診療報酬である

程度の誘導という面と、実績を評価するという2つの面があると思っております。

そういうことで、論点の1つ目の○でございますが、連携型の機能強化型在支診／病において、それぞれ医療機関が実績要件を満たすことを必要とすることについて、どう考えるか。今は看取りだとか、緊急往診が、全て連携のグループ内で何件以上となっています。それを個々の医療機関に課すということですが、つくった趣旨からいうと、連携の場合は全体で見るのが本当ではないかと思っております。

こういう連携をしているところが多いですが、1件でもしていただくということで、今まで訪問診療の実績がないところに、グループに入って一緒にやりませんか、その中で月1回のカンファレンス等々で在宅医療の大事さとか、こういうふうにしたら、負担がかからないでできますということを説明して、1件でも多く入ってもらって、それならやってみようかということで、実績ができていくということです。このように実績を満たすことを要件とすると、実績がない限り、強化型に入れられないということになると、裾野を広げることにならないと思います。

そういうことで、1番目は、全体のグループで見るべきではないかと思っております。

とりあえず、印象と意見を1つだけ申し上げました。

○森田会長

ありがとうございました。

本日のアジェンダといいますのは、現在の制度において、いろいろ問題点が出ているので、そうしたことについて、少しずつ議論していこうということで、設定されているわけでございますけれども、鈴木委員から、全体の組み立て方の方向性についての御指摘もございました。その後、西澤委員から、グループ1についての具体的な御指摘もあったわけでございますけれども、鈴木委員の御指摘の点につきまして、確認をしておいたほうが良いと思います。

1号側の伊藤委員、手を挙げていらっしゃいますけれども、それに関連したことでございますか。お願いいたします。

○伊藤委員

私も全体の在宅医療について、少しお話をさせていただきたいと思っております。超高齢社会を迎えましたというのは、現実でありますし、住み慣れた地域で暮らしていきたいという国民の要望があるということでございます。これは大きな期待に応えていかなければいけない。そのために在宅医療が大事になってきたんだと思っております。

もともと診療所のお医者様方は、訪問診療といいますか、往診も加えられておまして、そういったDNAはずっとあるわけでありまして、今回こうした在宅医療を進めていく中で、歯科医師の先生方、薬剤師の先生方の参加が大変効果が高いということが、だんだんわかってきたわけでありまして。

一方で、新しく行っていくことに対して、例えば65ページの電解質の製剤が新たに加えられるとか、どうしても制度、規則が、場当たりの対応といえ、現実的な対応なのかもしれません。嘉山先生がよくおっしゃる、絆創膏はりのような対応でしかないように思われます。国民にわかりやすく進めていくためにも、在宅医療の制度、規則の大胆な改正、大幅な改正等々を、2015年なのか、2018年なのかわかりませんが、これを見据えて、しっかりと議論していかなければならないと思っておりますし、その節については、国民にわかりやすいものを示していかなければならないと思っています。

一方で、最後に示されるように、抜け道が多そうでありますので、罰則、規則等々もつけて、あわせてやっていただければと思っております。

もう一方で、こうしたことを進めていくことで、病院の中で問題になっております、ワインカップ型の病床のいびつな形は、2025年を目指して、しっかりと機能型の区別につながっていくようにしたい。こうしたものが、幸いにして出てくれば、さらにいいわけでありまして。

もう一つ、資料につきましては、主治医とかかりつけ医が混在をしておりますので、この辺りのところも、事務局にはしっかりお願いしたいと思っております。

それから、最後になりますが、24ページの京都府、東京都における大病院が、在宅医療の後方支援をする。これはこの病院がやろうとしたわけではなくて、地元の医師会、もしくは地元の診療所からの病診連携の中で生まれてきた必然性のものでありまして、急性期の病院が、こうしたところで、地域の医師会もしくは診療所の活動を支えていく、それが在宅医療に結び付いていくというならば、先ほど言われました、例えば200床以下の病院しか認めないとか、16キロ以上とか、こうしたことではなくて、

これらをぜひ評価をしていただく方向でお願いしたいと思います。

先ほどの鈴木先生とはちょっと違うわけでありますが、私はこうした地域支援型、まさに病診連携を進めていくやり方については、たとえ急性期の病院であれ、しっかりと評価をしていくべきだろうと思っております。

以上であります。

○森田会長

ありがとうございました。

全体的なことについて、ほかにいかがでしょうか。

なければ、今のところについて、事務局から、御意見、コメントはございますか。

○宇都宮医療課長

特にないんですけども、鈴木委員は誤解があるという印象を受けました。決して在宅を推進しないと、そういうことではなくて、推進する過程の中で、いろいろと課題が出てきているので、そこを解決しながら、どう推進していくかということで、資料をつくらせていただいたつもりです。その辺は、御理解いただければと思います。

○森田会長

特にございせんか。西澤委員から、個別的なページの資料についての御質問が出ておりますけれども、それについて、事務局からいかがでしょうか。

○宇都宮医療課長

質問というより、コメントという理解だったんですけども、何か御質問でございましょうか。

○森田会長

どうぞ。

○西澤委員

資料については、ある意味のコメントでした。このように非常に多くの議題を一緒にやると、資料も多くなり、混乱するというところで、重要な資料を絞っていると思いますが、絞り過ぎると、議論するときに材料として偏る傾向があるので、その辺りは注意していただきたいというのが、幾つか私が資料のことで申し上げたことです。

意見としては、最後のところで、連携型がそれぞれの実績を満たすことについては、反対であり、今までのように、病院全体で見るほうが、連携強化型の趣旨に合うのではないか。これは意見でございますので、それについて、コメントをいただければと思います。

○森田会長

失礼いたしました。

それでは、ほかにいかがでしょうか。矢内委員、どうぞ。

○矢内委員

今の議論ですが、私も在宅診療を積極的に推進していかなければいけないという前提でのお話になると思いますし、これをより充実する方向でという前提に立つわけでございます。

24 ページの論点の最初の○、連携型機能強化型というところですが、今の西澤先生の御意見とは、ちょっと違った意見を述べさせていただきますと思います。連携の体制を進めるに当たりましては、いわゆる護送船団方式というか、みんな一緒にいきましようというものではない方がいいのではないかと。機能強化というものがある程度進めていくことになれば、機能強化を看板に掲げていながら、先ほどデータにもありましたように、緊急の往診や看取りなどの実績が全くないところがございます。先ほど実績に余りこだわる必要はないというお話がありましたが、実績というものも評価していくべきではないか。実績のないところは、機能強化型という看板を外してもらえないかと思っています。

2 番目の○に常勤医師 3 名以上の配置というところがありますが、これも一定の考え方があって設けられたものであると思います。24 時間の対応として最低限確保しなければいけない基準は、引き続き、機能の中に確保していただきたいと思うわけでありまして。したがって、機能型要件を緩和する方向で検討していくことにならないようにしていただきたい。

その上で、実績を上げている在支診であるとか在支病につきましては、機能強化型並みに評価していくという方向性については、

理解しております。そういった評価をする際には、他の医療機関と連携して後方病床を確保するとか、緊急時の対応をするとか、そういう評価を加えていくべきかどうかというお話がありますが、こういったものを加えていただいて、実際に実績を上げているところについては評価をしていくことがあっていいと思っています。いずれにしても、実績をある程度見ながら、評価していただきたいと思います。

以上です。

○森田会長

西澤委員、どうぞ。

○西澤委員

先ほど私が説明しました、実績を評価する点数のつけ方、もう一つは、これから必要な医療提供体制を推進するための評価としての点数です。強化連携型は、まさしく後者のものだというので、私は説明したと思います。実績がないからどうこうということですが、一つ一つの医療機関で評価する方法と、今、ほかと連携してと言いましたが、まさしく機能強化型は、地域における在支診・在支病が連携して、1つの役割を果たす、グループで役割を果たそうということが、前回の改定で入れられた趣旨だったと思っています。それは前回改定に参加した1号側の先生方も、恐らく同じような理解をしていると思います。連携を評価したということですので、1つの医療機関の実績がなくても、強化型になっていいということなのです。

実績がないのに入っているのはおかしいということですが、これは点数がつきますから、訪問診療なり、看取りなりをしない限りは、収入になりません。ですから、やって初めての点数ですから、入っているだけでは、医療機関に何のメリットもない。入っていただくことによって、その医療機関により積極的に在宅医療に参加していただいて、できるだけ実績を積んでもらいたい。それも1つの医療機関だと無理であれば、グループの中で支援しながらやっていただきたい。そういう趣旨だということなのです。そういう趣旨の点数だったということをお理解いただければ、私はグループの実績でいいのではないかと思います。1つのグループが1つの医療機関という見方をしてもいいのではないかと考えています。

それと、この件につきまして、先ほど私から事務局にコメントをいただきたいという質問をしたと思いますので、そのお答えをいただければと思います。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

確かに西澤委員がおっしゃるように、導入するときにインセンティブとして、こういう評価をすることはあると思いますけれども、以前も御指摘を受けましたが、今回の件数が0とか、それは始まってから半年だけの数字ですので、始まったばかりだから、実績がないということは、やむを得ないのではないかと考えています。

ただ、制度が始まって、まだデータはとっていませんけれども、2年間でも実績がないとか、そういうことであれば、患者さんとしては、機能強化型について、より多くの報酬、お金を払うわけですから、実績がなくても高いということについて、ちゃんと説明できるのか、理解が得られるのかとか、そういう視点も必要なのではないかと。高いお金を払うということは、それによる質の高さとか、あるいは緊急時もちゃんと安心できるとか、そういう要素があると思います。きょうのデータでは、2年間の実績がないので、まだそこまでは言えませんが、そういった視点も必要なのではないかと考えています。

○森田会長

西澤委員、どうぞ。

○西澤委員

今の課長の趣旨はわかりました。ただ、実績がないのに高い点数と言いましたが、点数というのは、訪問診療を行って、あるいは看取りを行って、初めての点数ですから、実績がなければ、その医療機関に何のメリットもありません。そこら辺は、誤解がないようにと思います。

それから、例えば訪問診療を2件しかしていないのに、高い点数はおかしいという考えはあると思います。しかしながら、その医療機関は2件しかないかもしれないが、連携している医療機関全てでそこをカバーしています。ですから、単独でやるよりも、

質の担保があるのではないかと思います。そういう評価だったと、前回の改定のときに思いました。

前回改定で事務局から提案されたときに、私も甘いのではないかと思いましたが、いろいろそこで議論した結果、この点数はこれから在宅医療を推進するためには非常におもしろい。確かに在宅医療を進めていくためには、一つ一つの医療機関が努力することも大事だけれども、地域で、グループで連携してやることはより大事です。これはそれを推進する1つのきっかけになるのではないかということで、賛成したと思っております。

今後どういう議論になっていくかわかりませんが、そういう趣旨で入ったということを皆さん方には頭に置いていただいて、これが具体的な点数になるときに、在宅医療の推進につながるようなものにしていただきたいと思っております。

以上です。

○森田会長

白川委員、どうぞ。

○白川委員

西澤先生の意見で、強化型で連携しているところは、個別には実績が上がらなくても、現実には訪問診療しなければ強化型の点数は算定できないというのは、おっしゃるとおりですが、一方で、強化型でない一般の在支診・在支病が緊急往診、あるいは看取りをするケースがあるというデータがここにございます。それは低い点数の算定を受けるということで、現在は矛盾があるのではないかという問題提起だと思います。

それから、宇都宮課長がおっしゃったとおり、強化型を入れてから数カ月しか経っていない時点での調査ですから、今後、これがどういうふうに進むかというのは、もちろんわかりませんが、我々としては、当初の目的を達するような形で、うまく進展していただければいいと思っております。

一方で、若干矛盾があるので、ストラクチャーなのか、実績なのか、いろいろな議論があると思いますが、在支診・病等の要件の見直しについて議論しようという問題提起でありますので、これはおかしくないと思っております。

○森田会長

西澤委員、どうぞ。

○西澤委員

今、申し上げませんでした。実績のあるところの評価というのは、そのままいいとは思っていません。そちらの評価は別に考えていただければと思います。

それと、これをつくったときに、強化型とか、連携強化型の要件で、特に診療所などで、1人とか、2人でやっている先生は、24時間管理は難しいだろう。ですから、それは複数の医療機関で管理したほうがいいだろうということで、これは恐らく賛成だと思いますが、そういうことを評価してはどうかということだったと思います。

それから、連携強化型の条件の中に、他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携、という要件も入っています。

患者からの緊急時の連絡先の一元化、月1回以上の定期的なカンファレンスの実施、そういう評価もあったと思います。

緊急時の連絡先の一元化ということで、主治医の先生ができるだけ行くようにするけれども、行けないときには、誰が診るかを明確にしておいて、それこそ24時間、365日に患者さんにグループで対応できますという要件も入ったと思います。

そういうことで、強化型には、単独型よりも、より多くの要件がついていたはずですが、そこを読むと、その評価ということで、高い点数がついているという見方ができると思います。ですから、同じことをやっているのに、高いのはずるいという観点がありますが、強化型には、そういう要件もついているので、その辺りの評価をどうするかということも考えたほうがいいのかと思っております。

そういうことを含めて申し上げました。きょうは時間がありませんし、私はきょうまでですので、今後、具体的に議論するときには、そういうことをきちっと加味して、御判断いただければと思います。

以上です。

○森田会長

安達委員、どうぞ。

○安達委員

今の強化型在支診あるいは在支病の議論なんですけれども、この議論をある種の違和感を持って、私はずっと伺っております。21 ページに御紹介した京都府のシステムは、京都府医師会が、長い間、在宅医療の推進等を考えてきた結果、肝は真ん中に四角で囲ってある、京都地域包括ケア推進機構です。これは京都府の行政府の一機構として、新たに設定をされたものです。都道府県の中での一元的な取り組みが必要だということで、長年の間、京都府と協議を重ねながら、こういうものを設置していただきました。

この中で、あんしん病院登録システムは、御紹介いただいたように、3病院まで登録しておくことができるんですが、それはかかりつけ医が、利用者、在宅療養を受けている人との相談の中で登録をするんです。この登録はケア推進機構にいきます。推進機構には京都府の職員がおりまして、推進機構の特徴は、京都府の職員は事務共助に徹底するという点であります。実務に対しては、これに関連する多くの参加団体、患者さんの団体、医療関係者も含め、もちろん訪問看護ステーションも入りということでの合議体の中で議論をされていきますので、取り組んでいるのは、あんしん病院登録システムだけではありません。いずれせよ、事務局は事務共助に徹するという点で、かかりつけ医がここへ上げますと、登録を要請された病院に対しては、事務局からその連絡がいったって、こういう名前の方が登録を希望されていますということが、そこで伝わるということになります。

登録があるから入院に際して優先権があるというシステムではありません。それが3つの病院まで登録可能にしている理由があります。3つの病院があって、3つの病院とも稼働率が100%ということは、データ上ないので、3つ挙げておけば、どこかに入れる。もちろんこの登録には、京都の私病協と府病協の全ての病院に応じていただいています。もともと登録病院になることの呼びかけの中から、大学病院、基幹病院は除いています。これは病院の役割が違っていると認識しているからでありまして、もちろん登録された病院に入院された結果、基幹病院等での高次医療が必要になるということであれば、速やかな転院措置がとられるという形になっているわけです。

今の議論を聞いていて、冒頭申し上げましたように、ある程度違和感を感じておりますというのは、我々京都府医師会としては、在宅療養を担っているのは、かかりつけ医だと思っているということです。これは平成23年11月ですので、横倉会長が日本医師会の会長になられて、かかりつけ医という言葉が出てきましたけれども、それ以前から、我々としては、在宅療養の担い手、こういうシステムの中核はかかりつけ医だと思っていました。かかりつけ医が在宅療養支援診療所を申告して、在宅支援診療所になっておられようと、なっておられまいと、それは関係がない。かかりつけ医として往診をしている患者さんに対して、かかりつけ医が責任を持って、この事業に当たるとしております。

今、問題が出てきているような、冒頭、鈴木委員もおっしゃいましたような、ビジネスライクな在宅支援診療所は確かにあるんだと思います。報道などでも、ときどき目にすることがあります。ずっと出て行って、毎回来てくれる医師が違ったりとか、そういうことも含め、そういうものを想定しているわけではありません。このシステムは、現在、まだ走りながら考えていることが幾らでもありますので、問題点が出てくれば、その都度是正をするというスタイルでやっております。かかりつけ医の中の何パーセントが在宅療養支援診療所であって、何パーセントがそれ以外なのかという統計は、我々ははなからとる気もないので、とってはおりませんということになります。

結局、私が言いたいことは、在宅療養を希望する方にとっては、在宅療養のシステムをきちっと体制整備することが必要でありますし、それが言わば1つのビジネスのようになっていくということは、我々は好まないということです。もちろん必要な対価がなければやっていけませんから、それ相応の対価は必要ですけども、いわゆるチェリーピッキングのような行為も含めて、ビジネスライクに過度になることは、賛成できないということです。

これを厚労省としてどうやるかということでもありますけれども、政府として、あるいは厚労省として、例えば全国知事会に対して、こういう働きかけをしてもらう。医政局の皆さん方は市町村単位ということをお考えのようですが、我々がやってきた感想、あるいはやる前からの計画立案の議論の中では、市町村単位では絶対にうまくいかない。理由はたくさんあります。もし御要望ならお渡しいたしますが、都道府県単位でなければなりません。都道府県知事の理解があって、地元の医師会との協議の中で、こういう形のものをつくっていただく。これがベストだとは我々も感じておりませんので、最初に申し上げましたように、走りながら考えておりますけれども、何らかのこういう形をつくるということは、京都で可能であったとすれば、他の都道府県で不可能であるはずはないだろうと思います。こういう認識を持つか、持たないかということだと思っておりますので、その辺は部局を

越えて、厚生労働省全体として考えていただければと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

嘉山委員、どうぞ。

○嘉山委員

全体的なことと会長がおっしゃったので、在宅に関しては、私ども急性期、大学病院でも、非常に大切だということはわかっておりまして、教育センター等々を、今、つくり始めています。

今回の議論を聞いていますと、前提が不明確なまま議論しているので、判断できないのではないかと思います。従来、我々日本人は、在宅で亡くなっていたわけです。ところが、昭和30年後半から、病院で亡くなるものが多くなったんですけども、急性期の病院では、これから300万のみとりはできないという現状が予測されたわけです。これからは在宅医療が必要だろう、やむを得ないだろう。希望する方とやむを得ないと両方あると思います。

その際に、今後、厚生労働省としては、どういう予測を立てているのか。例えば労働人口が減る中で、在宅の医療費は確かに安くなります。だけれども、トータル、医療に係る家族負担はふえるんです。そういう中で、家族負担がふえても、在宅を希望する人が一体どのぐらいいるのか。その辺は今後のバランスの需給だと思います。間違ふこともあるかもしれませんが、ある程度の予測を出す必要があると思います。現時点でわかっている需給をまだ1回も出していません。

出しておく、今、西澤先生が言われたように、在宅を進めないと大変なことになるという方向性も正しいだろうし、在宅は現実には希望しない人が多いということになった場合には、在宅医療のほうに誘導してしまうと、医療費の無駄になる可能性があるということで、厚生労働省としては、在宅で医療を受けざるを得ない人、あるいは希望する人が、どのぐらいいると予測しているのか。それがないと、この議論は成り立たないんです。中医協はディマンドとサプライをうまく調整するところですから、その辺はどうお考えなんでしょうか。

○森田会長

ありがとうございました。

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

今、手元にデータはないですけども、みとりについては、医政局で何かデータがあったような気がするんですが、私が記憶しているのは、内閣府のデータで、平成22年か23年のデータだと思いますけれども、介護が必要なときに、自宅で介護をずっと受けたいという方は37~38%ぐらいいらっしゃるというデータがあったと思います。そのほかにはケアつきの住宅とか、あるいは介護施設とか、病院というのは12~13%ぐらいだったと思います。例えばそのようなデータがある中で、在宅で介護を受けたり、みとられるように誘導ということではなくて、そういったニーズがあることに対して、どう答えていくかという観点ではないかと思います。

○森田会長

ありがとうございました。

4つのパートのうち、1つのパートでほぼ時間が尽きようとしていますけれども、嘉山委員、鈴木委員、簡潔にお願いいたします。

○嘉山委員

たしかあのときのデータでは、御本人は自宅でという希望が多かったんですけども、家族は自宅でという希望はそんなに多くなかったんです。今、課長は勘案しておっしゃったんですけども、それを具体的にやっていくのが、行政官の仕事だと思います。満点はなくてもね。

そういう観点で6ページを見ますと、先ほど伊藤委員がおっしゃったように、大きなコンセプトを考えておかないと、ただ単にその場でやっていったのでは、間に合わない可能性があるんです。

6ページの届け出数の数字で、厚生労働省は間に合うとお思いなのか。それとも、今のペースでいけば、十分であると予測をされるのか、これが一番のポイントになると思います。ですから、この辺をきちっとしておかないといけないと思います。森田会長、この辺が一番大事なところなので、流さないで、議論をお願いしたいと思います。

○森田会長

そういうつもりはありませんが、続いて、鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

個別の件でございます。先ほど西澤先生が連携型の話をされておりましたが、私も全く同感でございます。前回の改定を経験した方ならわかると思うのですが、これは非常に意味があることを始めたのです。少なくとも2年間で、ころころ変えるようなことはやめてほしい。それだけでも現場は混乱するし、せっかく在宅をやってみようという先生にとっては、意欲をそぐことにもなりかねないので、そういったことはやめてほしい。それぞれが要件を満たすということが入れば、連携する必要はないのではないかという声も出てきかねませんから、少なくとも廃止ということを考えているようでしたら、それには反対だと言わせていただきたいと思います。

それから、先ほどから多くの方々がおっしゃっている、20ページから24ページにかけてでございますが、京都府の在宅療養あんしん病院は、安達先生が一番詳しいわけですが、そもそもそこは大学病院とか基幹病院は除かれていて、しかも、誰でも3つを登録することになっております。その辺がここからは伝わって来ません。最大ではなくて、私は全員が3つを登録すると聞いておりますので、事務局が考えていることは、もしかしたら実際と違うのではないかという気もいたします。

東京都の例でございますが、難病という特殊なケースで、しかも東京という、ある意味特殊な地域の例だという気がしますので、これを一般化するようなことをもしお考えのようでしたら、それは違うのではないかという気がいたします。従来から、後方支援という役割はあるわけですが、それはあくまでも在支診や在支病、その他かかりつけ医の機能を果たしている医療機関の後方支援ということで、後方支援の大病院に直接患者さんが届け出をするというのは、通常はあり得ない話ではないかと思ひますし、往診を行うということも、特殊な例の話だと思ひます。ちょっとした情報で、すぐに一般化しようというのは、非常に危険ですので、おやめになったほうがよろしいのではないかと思ひます。

例えば多発性硬化症の話が、23ページの方もありますが、入院の原因になっている疾患というのは、通常の高齢者と同じような疾患でございますので、それだけの意味があるのかどうか。少なくともかかりつけ医の先生方の要請があれば、そういうこともあり得るのかもしれませんが、東京都では在宅難病患者訪問診療事業が行われているということですが、そういった限られたケースの話だと思ひますので、これを一般化するのには、軽々にするべきではないと考えております。

我々は、従来から、在支診・在支病以外の通常のかかりつけ医の先生方の在宅を評価すべきだと言っておりますので、これは改めてお願いしたいと思ひます。

その上で、10ページでございます。12ページも同じですが、このデータの在支病・在支診等は、いわゆる在宅専門の在支診も入っているのではないかと思ひますが、そういう理解でよろしいでしょうか。そこをお願いします。

○森田会長

確認ですので、事務局、それだけお願いします。

○宇都宮医療課長

こちらの資料に書いてあるように、機能強化型か、そうでないかですけれども、在支診・在支病というだけであって、専門かどうかとか、そこまでは把握していません。

○鈴木委員

在宅専門の診療所も当然入っていますね。

○宇都宮医療課長

入っている可能性もあるかもしれません。

○鈴木委員

そういうところが入りますと、全体を引き上げることになるわけですが、先ほども最初にお話しましたように、かかりつけ医の在宅という意味とは全く違う方針でやっつけらるわけですから、そこを一緒にするというのは、問題があると思ひますの

で、もしこういったもので、一定の要件をとということであれば、そういったところは外して考えるべきだと考えております。それから、19ページでございます。救急車の指示を受けている方が、医療区分の高い方ほど多いというのですが、実際のデータを見ますと、ほとんどの方は、訪問診療の医師とか、訪問看護師とか、そういったところに対応することになっていて、パーセントとしては非常に少ないと思います。しかも、医療区分1、2、3と書いていますけれども、在宅にいらっしゃる方が、どうして医療区分1、2、3なのかということがわかりません。これについては、どういうデータなのでしょう。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

調査のときに、医療区分について、実際に幾つかということをとった上で、こういうことをお聞きしているということです。

○鈴木委員

在宅の方に対しては、医療区分1、2、3という分け方は、使われていません。その辺は確認できないと思いますし、多くの方が救急車で運ばれているということではないと思います。仕組みのちょっとした工夫で、こういったものは改善可能な話だと思いますので、これがけしからぬとか、そういうことに結び付く話ではないと思います。

それと、24ページの論点でございます。最初のところは、先ほど申しましたように、それぞれの医療機関が実績要件を満たすことの必要性について、どのように考えるかということについては、連携型の趣旨に反しますので、満たす必要はないと考えております。

常勤医師についてでございますが、これは従来から3名いなくても、機能を果たしていればよいのではないかと御要望もありますので、これはそれ以外の要件を満たしていれば、同じ評価というのは、よろしいと思います。

先ほど言いましたように、機能強化型の要件でございますが、そのハードルはどんどん上げるべきではないと思っていますし、また、在宅専門のような、特化して、通常のかかりつけ医とは全く条件の違うところは、一緒にすべきではないと考えております。

また、最後の2つのところは、先ほど申し上げましたように、特殊な例を一般化するのは、控えるべきだと考えておりますし、これは例えば地域における在宅難病患者訪問診療事業とか、そんなところで対応すればいい話ではないかと思っております。東京の詳しい実情はわかりませんが、特殊な例の話だと聞いておりますので、改めてこれを一般化する必要はないと考えております。

以上でございます。

○森田会長

ありがとうございました。

最初のグループ1の議論は、これぐらいにさせていただきたいと思っております。

整理するのは難しいんですが、私が聞いていたところを整理いたしますと、前回の改定で、機能強化型については、一定の制度ができたわけでございますけれども、それが期待どおりに必ずしも使われていないところもある。それについて、どのような形で調整をするかというのが、そもそもきょうの問題提起だったと思っております。

それにつきまして、例えば機能強化型でとっているところでも、十分に期待された機能を果たしていないところもあるのではないかと例と、他方では、同じような機能を果たしているんだけど、それに該当していないところもある。そうした実態とのずれをどうするかということが、1つの論点だったと思っております。制度そのものは、1つの政策を実施するために、誘導するという効果も期待されるわけございまして、そちらのほうも、どのように加味していくべきか。そうした点についてのさまざまな御意見が出たと思っております。

ただ、最終的にそれをどういう方向で考えるかということにつきましては、嘉山委員、安達委員からもございましたけれども、制度をどういじるかということよりも、もっと根本的なところから考察する必要があるのではないかと。私自身はそのように整理できるのではないかと考えております。

○安達委員

会長、済みません。よろしいですか。

1のグループを終わるに当たって、6ページのデータについて、嘉山委員から事務局への御質問があるんですが、その回答は事務局からまだ聞いておりません。

○森田会長

それでは、その点だけお答えいただけますか。

○宇都宮医療課長

済みません。どのような御質問でございましたか。

○嘉山委員

あなた、課長なんだから、ちゃんと耳を開けて聞いておきなさい。そういう態度はすごく失礼です。

大きな枠組みの中で、今の在宅医療支援の届け出数の推移がここに書いてありますけれども、これで間に合いますかということ
を先ほど質問したんです。すごく単純なことです。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

失礼いたしました。在宅の療養については、当然高齢者の場合には、医療だけではなくて、介護のほうもでございます。また、在宅療養支援診療所だけが、在宅医療を提供しているわけでもないで、必要数としてどのぐらいとか、そういうものについてはわかりません。医政局もしくは老健局のほうでやるとすれば、計算する話だとは思いますが、それについては、今、数字としては出ていないのではないかと思います。そういうところで、これで足りるかどうかというのは、現時点ではなかなかお話しできないのではないかと感じてございます。

○嘉山委員

仮定でもいいので、やはり立てておかないと、議論は進まないと思います。立てておけば、どこが間違ったかがわかるので、次の反省にもなるんです。仮定でも立てておかなければ、どこが間違ったか絶対にわからないので、ベタライズできないんです。問題をすりかえるとは言いませんけれども、介護のほうもあるのだとしたら、介護のほうで、どのぐらい用意しているのかということもあわせて加味しないと、本当の議論はできないと思いますので、その辺はきちっとデータを出していただきたいと思えます。

○森田会長

ありがとうございました。

きちっとしたデータを出せるかどうかはわかりませんが、事務局も可能な限り努力をしていただきたいと思えます。

安達委員、よろしいですね。

○安達委員

はい。

○森田会長

それでは、グループ1についての議論はこれぐらいにさせていただきたいと思えます。

グループ2以降は、あと1時間をめどにしていきたいと思えますけれども、きょうは冷えてきて、席を立つ方もちらほら見られますので、ここで5分休憩をいたします。5分後、11時10分ぐらい、正確に言うと9分に再開いたします。

(休 憩)

○森田会長

それでは、2番目のグループについて、お願いいたします。訪問看護と在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供でございます。

三浦委員、どうぞ。

○三浦委員

注射薬についてということで、こちらのほうだけお話をさせていただきます。

最初に65ページがありますが、在宅医療における注射薬についての論点として、在宅医療で投与できる注射薬に電解質製剤等を加えてはどうか。また、保険薬局で交付できる注射薬も同様としてはどうかということについては、実際に注射薬を行っている

薬局において、医療機関側から、電解質製剤もそうですが、それ以外の注射薬についても、処方箋で交付できるようにしてほしいという求めがあるということも聞いておりますので、処方医側のニーズを確認した上で、その範囲もあわせて見直しをしていただきたいと思います。

88 ページ、保険薬局で交付できる特定保険医療材料の課題と論点の中の論点のほうであります。保険医療機関の医師の処方箋に基づいて、保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に、必要な在宅用の特定保険医療材料を追加するというにつきましても、異論はありません。ただ、実際には、包装が大き過ぎて、在庫が大変だという現場の意見や、一部逆ざやになっているので、何とかしてくれという指摘もありますので、小包装化をきちっと進めていただくということもお願いしたいと思います。

91 ページ、衛生材料の提供でありますけれども、先ほども医療課長から御説明がありましたが、医療機関から供給されることとなっている衛生材料等について、依頼に基づいて、保険薬局から患者宅へ提供できるようにするというにつきましても、費用のやりとりは医療機関と薬局間でという説明がありました。

スライド 79 のところに、これが書いてあります。衛生材料として、真ん中に、ガーゼとか、脱脂綿、綿棒、テープ類など書いてありますが、まさか薬局を運び屋としてお使いになるとはお考えになっていないと思いますが、91 ページの下のところにある、在宅患者訪問薬剤管理指導として担当している薬局が行うということについては、全く異論の無いところでありますが、訪問看護ステーションに薬事法上問題なく備蓄できるものもあると思いますので、そこら辺も検討していただければと思います。もう一つ、スライドの 110 でありますけれども、24 時間対応の論点のところについて、単独の薬局によるものと、地域の薬局の連携によるものとの評価を区別すると書いてあります。これにつきましては、現実問題として、地域の薬局の中で、それぞれが薬局間の連携を図りつつ、しかし、単独の対応も原則とするという方向で考えていただきたいと思います。

下のほうの医師以外にも、訪問看護師やケアマネへ情報提供するということが書いてありますが、これにつきましては、関係職種間で情報共有の仕組みの構築もあわせて検討していただければと思います。

以上です。

○森田会長

最後の点は、次のパーツの論点だったと思います。

安達委員、どうぞ。

○安達委員

細かい各論の議論に入ろうとしているんですけど、先ほどから御指摘があるように、全体像が見えないということがあって、その点について、事務局にお答えいただければと思って、2 点の質問をいたします。

訪問看護については、平成 20 年 4 月 1 日からの改定の実施を踏まえて、3 月下旬になって、それまで医療系で訪問看護を扱うことになっていたものを、突然介護保険で扱うということになりました。これは通知か省令か、どちらか記憶しておりませんが、それ 1 本でそう変わりました。そういう経緯があって、我々は現場にいて、とても戸惑った経験があるんですけど、このときは、中医協でもそれを議論した形跡もないし、介護保険の委員会においても、それが開かれて、検討された形跡がないように思うんですが、改定直前になって、訪問看護が突然医療系から介護を中心にするという決まった経緯というのは、どういうことだったのでしょかということが 1 つです。

なぜそれを何うかという、2 番目の質問ですが、今回提案されている訪問看護のいろんな体制の変更に関する御提案については、医療系の訪問看護だけの変更の提案です。実際には、今までの中医協資料でも示されたとおり、平成 20 年 3 月末の通知によって、医療系の訪問看護センター等はどんどん数が減っていて、介護系がふえている。そういう中で、数が減っている医療系だけをこういうふうに変えることで、全体との整合性はどうかとお考えなんですか。あるいはどういう影響が全体に及ぶとお考えなんですか。

この 2 点をまず聞かせていただければと思います。議論の前提だと思います。

○森田会長

それでは、三浦委員も含めてですけれども、医療課長、お願いいたします。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

今、安達委員は平成 20 年とおっしゃいましたけれども、12 年のほうですか。20 年でございますか。

○安達委員

年度は記憶が正確ではありません。介護保険がスタートした年だと思います。

○宇都宮医療課長

介護保険がスタートしたときであれば、平成 12 年だと思います。たしか以前にも一度お答えさせていただいたと思うんですけども、介護保険が導入されるに当たって、平成 11 年から中医協でも御議論はされてきたと理解してございます。平成 11 年 2 月の中医協の総会でも、医療保険と介護保険の区分けについて、あるいは医療保険と介護保険の給付の具体的区分などについて御議論いただいて、そういった経緯を踏まえて、平成 12 年から介護保険がスタートするときに、区分けというか、区分けがされてきたと思います。

平成 12 年 3 月に介護報酬の答申が行われて、3 月ということでございますけれども、平成 12 年 3 月 14 日に介護保険との給付調整についてということで、中医協の諮問答申が出ておりますけれども、中医協のほうは、3 月 1 日に診療報酬の諮問があって、3 日答申ということでした。

ただ、内容までは詳しくわからないんですけども、このときに、介護保険法のほうで、そもそも介護保険として、これは以前も読み上げさせていただいたんですが、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により、要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて、充実した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため」云々と書いてございまして、つまりそもそも介護保険法ができるときに、高齢者に必要な医療サービス、あるいは看護というものが組み込まれているというか、そういう概念であった。それに基づいて、区分けがなされたのではないかとということだと思います。

2 点目でございますが、医療と介護の同時改定でないのに、なぜ医療だけ先にやるかというお話だったと思うんですけども、これまでも同時改定のときでなければ、医療と介護にかかわるようなことをやらないということではなくて、むしろ必要部分について、医療側でできることであれば、それは多少先んじてやるということ、それはそれでよろしいのではないかとということでございます。もちろんこれが介護のほうにも大きく影響するとか、そういうことであれば、タイミングとしては行うべきではないかということかもしれませんが、そういうことでなければ、できるものから順次やっていくということでない、同時改定は 6 年に 1 回しかございませんので、6 年経たないと何もできないということでは、必ずしもないと考えてございます。

○安達委員

ありがとうございます。

平成 12 年だったと思いますが、議論した形跡がないと私が申し上げたのは、議事録にはあるんでしょうけれども、その当時、議論をされた中医協委員が、そういう視点を持って議論されたのかということ、そうではないと思う節が多々あるということと、必ずしも結論をそこで出すという議論ではなかったのではないかとという意味で申し上げました。

なぜそれを質問するのかといいますと、2 つ目の質問にも関係あるんですが、ここにある細目の医療保険の中における訪問看護の問題の解決というのは、衛生材料の提供とか、そういう細かい話も含めて、仮に訪問看護が医療系の役割であるという規定で行われていれば、ほとんど問題にならないことばかり、あるいはここで解決することばかりなのではないかと思っております。そういうことが多々含まれているという印象で、このデータを読んでいるものですから、そういう御質問をしました。

今、もう一度、訪問看護を医療に戻すとか、そういうことを直ちに言うわけではありませんけれども、仮に医療系で訪問看護を続けていたとすれば、こういう問題の相当の部分は起こらない、あるいは解決できるのではないかとということについては、どういう印象を課長はお持ちですか。一言、聞かせていただけますか。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

確かにそういう面もあるかと思えますけれども、ただ、現実在宅の高齢者がふえてくる中で、訪問看護というものが、個別ステーションを立ち上げて、実際に看護が提供されているという現実がございます。また、先ほど申しましたように、そもそも介護保険法の中でも、看護を含めて提供するというところでございますので、そういう現実を踏まえて、さらによい方向へどういうふうに進んでいくかということではないかと思えます。

○安達委員

ありがとうございました。

○森田会長

白川委員、どうぞ。

○白川委員

訪問看護ステーションについて、意見を申し上げたいと思います。58ページ目のシートで、機能が高い訪問看護ステーションの評価についてという論点が挙げられておりますが、訪問看護ステーションの位置づけとか、役割については、先ほども鈴木先生が言及されましたし、今の形ではなくて、例えばリハビリ等の複合機能を持たせたらどうかとか、あるいは地域包括ケアの仕組みの中で、どういう位置づけにするのかという、さまざまな意見がありますが、それをやり出すときがないと思います。

今回の提案で、資料を見ますと、大規模化をすれば、損益的にもよくなるし、あるいは重症の患者や、救急時の対応力も高まる。したがって、大規模化を進めるうえでの論点の中心として、機能強化型をつくってはどうかという提案になっております。

確かに示されましたデータを見ると、そのとおりなのだろうと思えますが、訪問看護ステーションの大規模化というのは、数年前から議論をされていまして、少しずつは進んでいるようでございますが、劇的に進むということはないだろうし、強化型の創設と大規模化の促進とのつながりについて、いま一步、理解できないところがございます。

なぜ大規模化が進まないのかという要因分析が、今まで余りなされていないように思いますし、この辺は福井先生にお聞きしたほうがいいのかもかもしれませんが、訪問看護ステーションで働いている看護師が、どういう希望をお持ちなのかとか、あるいは患者宅との距離の問題とか、いろいろな要因があると思います。ですから、そちらを解決するようなことを含めて複合的にやらない限り、単純に機能強化型をというだけでは済まないのではないかという気がしております。その辺につきましても、事務局なり、福井先生のほうで、どういう要因なのかということが、わかるような資料でもあれば、提出していただきたいし、解説もしていただければと思っております。

○森田会長

福井専門委員、どうぞ。

○福井専門委員

質問にお答える前に1点、冒頭、鈴木委員より、機能強化型や多機能を推進していくことが、地域包括ケアを具体化することに近づかないのではないかと御意見があり、むしろヘルパーさんたちと一緒に、24時間巡回型にしていく方向のほうが、重要ではないかという御指摘があったかと思えます。ですが、機能強化型をしていくことで、24時間対応を強化していきたいというのが、大規模化の第一歩のねらいということは、まずお伝えさせていただきたいと思えます。

それから、ただいま御質問のございました、なぜ大規模化が進まないのかということの要因分析については、今、幾つかの団体に検討しているところでございますけれども、難しいのは、御自宅との距離だろうと思えます。1件当たり2時間半ぐらいかかってしまうと、1日に数件訪問できてようやくというところが現状ですので、そのことが解決できるような仕組みとしては、サテライト的なものを挙げているわけです。サテライトをふやしつつ、大規模化を図っていくことを、機能強化型と捉えて、提案をさせていただいております。これが現状でわかっているところです。

もう一つは、少し話が変わりますが、薬剤師さんとの関連のところ、資料の91ページでお話がありました。薬局が運び屋になるのかという御意見がありましたが、私はこの提案をいただいて、大変期待を持ったところです。薬局から患者さんへ必要なものが提供されれば、患者の時間的なロスを解決するというところに、非常に役に立つと理解しています。

それから、備蓄できるものもあるのではないかとということで、79ページの資料を使ってお話がありましたけれども、備蓄できる

ものも確かにあるのかもしれませんが、今後、医療依存度の高い患者さんが、在宅で療養を続けていくために、必要な医療器材、医薬品などに関するものは、薬剤師さんから、患者さん、利用者さん、御家族の方に説明をしていただくことが必要なのではないかと思います。複雑な器材も多くなってきておりますし、説明されているものを医療従事者が読んでもなかなか難しいものもございまして、御家族の方にも御理解していただけるようにしていくためには、パッケージの方法を変えていただくとか、薬剤師さんから詳細に説明をしていただくとか、そういった幾つかの対応によって、医療依存度が高くても在宅で療養し、看取りまでの期間に訪問看護師がかかわっていくことができるのではないかと考えております。それらをトータルでご検討いただいた場合に機能強化型として機能を果たせるのではないかと考えております。

以上です。

○森田会長

白川委員、よろしいですか。

○白川委員

福井先生の話の前半部分ですが、論点を見ますと、地域包括ケアにおいて、中核的な役割を果たす訪問看護ステーションを、機能強化型訪問看護ステーションとして評価してはどうかという提起でございまして。今の話ですと、ステーションと自宅との距離が一番の問題で、サテライト化を進めて、それを克服していくべきだという趣旨の発言でございまして、私もそのとおりで思います。

そうしますと、具体的な話で、機能強化型にするのであれば、サテライトであるとか、ネットワークであるとか、そういったことの促進につながる要件の設定が必要なのではないかという気がいたします。それだけでいいのかどうかは、また別の話でございしますが。

地域包括ケアにおいて、中核的な役割を果たすという、抽象的な書き方が何を指しているのか、私にはよく理解できないのですが、今、具体的な要件をどういうふうと考えていらっしゃるのかということ、事務局に伺いたいと思います。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

細かい具体的な要件というところまではいってはいませんが、今、御指摘のように、まさに地域包括ケアの中核的な役割を考えてございまして、それは先ほど安達委員からの指摘もございましたように、訪問看護は介護保険と医療保険の両方の役割を常に担っている中で、さらに先ほど資料でごらんいただいたように、ケアマネジャーの資格を持って、実際にそういう業務をなさっている方もいらっしゃるということで、医療保険と介護保険の橋渡しの、いわゆるケアマネンドを誰がやるかというのは、地域包括ケアにおいて課題となっております。そういう役割も担っていただくということが、考えられる。そういう観点から、ある程度要件は考えられていくと思っております。

もう一つ、先ほどの大規模化の話がございましたけれども、大規模化を促進するために、機能強化型をつくるということではなくて、それはまた別の観点でございまして、むしろサテライトなどを活用して、大規模化を進めるということがございます。

ただ、大規模化が進まない原因として、在宅をやっていただく看護師の養成の問題が結構あります。これは医師でもそうですけども、病院の中でしか業務をしていらっしゃる方というのは、在宅の仕事をするときに、結構ハードルが高いということがございます。それについては、この資料でも57ページに人材育成機能ということで示させていただいておりますけれども、機能強化型のステーションで、人材育成機能も発揮して、訪問看護師をふやしていくということも、考えられるのではないかと考えているところでございます。

○森田会長

石山委員、どうぞ。

○石山委員

今の訪問看護の関係について、大規模化を進めていくということは、必要だと思います。中小のセンターが大規模化に向かわない原因を分析しながら、話を進めていっていただきたい。これは意見です。

もう一点、質問ですが、スライド 70 の無菌調剤室の共同利用の絵を見て、私はびっくりしました。A の薬局に設備がなければ、B の薬局に電話を一本入れて、持ってきてくれないかと頼めば済むのではないか。わざわざこういうまどろっこしいことをやる理由があるのかどうかということ疑問に思ったものですから、お答え願いたいと思います。

○森田会長

薬剤管理官、どうぞ。

○近澤薬剤管理官

薬剤管理官でございます。

今の無菌調剤のことについて、お答えいたします。処方箋自身は、この場合、A の薬局に持っていきますので、実際に調剤ができるのは、A の薬局の薬剤師しかできないことになります。ですので、この場合、ここに無菌製剤を処理する場所がなければ、できないんです。それなので、B の薬局の施設を借りて、無菌製剤化して、それを A 薬局として交付することになります。B に持っていけばいいのではないかという話もあるんですけども、これについては、患者さんが自分の行きたい薬局に行く。その薬局でできるかどうかということで、通常は A の薬局にあれば、本当は問題ないんですけども、無菌処理の施設が普及していないこともあって、こういう形で共同利用して、普及させていこうという考えになっております。

○石山委員

この図で言うと、B の薬局からそういう要請を受けて、A に持っていったからといって、中身が違うものになることはないでしょう。単純な話なんです。規制だとかいった問題があるからできないのであれば、その問題を克服すればいいんです。

実は、私、先週 1 つ経験したんです。A 剤と B 剤という 2 つの薬剤なんですが、A 剤しかない薬局と B 剤しかない薬局があって、どうするんだというんです。患者にとっては、行ったり来たりなんです。2 つの薬局の間で調整は全くやってくれません。やってくれたのは、B 剤がある薬局を教えてくださいただけでした。これについては、いろんな問題点はあると思うんですけども、管理料が問題であるなら、2 分の 1 ずつで配分すればいいのではないかという考えをすぐに持ってしまいます。その辺はすごい規制がかかっているのではないかと思って、この点についても質問したわけです。

○森田会長

薬剤管理官、どうぞ。

○近澤薬剤管理官

薬剤管理官でございます。

細かい話ですけども、今の御経験の話は、基本的には A 薬局がその薬を本当は用意しておかなければいけなかった。もし欠品しているんだったら、卸業者に頼んで、それを取り寄せて調剤するというのが、基本だと思います。こちらのほうは、無菌調剤という、製剤化をする、調製化をするということなので、特別な場合のケースになっております。ですので、今のお話は、通常は A 薬局が品ぞろえをちゃんとして交付すべきであったと理解しております。

○森田会長

先ほども言いましたように、きょうは 12 時ぐらいをめどに考えておりまして、その後、用事のある方もいらっしゃるようですので、なるべく早く進めたいと思います。

今、手を挙げていらっしゃる方について、ここでお話するというのと、もう一つは、第 4 グループに分けておりますけれども、最後のものにつきましては、本日はなくて、次回以降に議論していただくことにしたいと思います。

急にたくさん挙がりましてので、どなたが順番かわかりませんが、西澤委員、どうぞ。

○西澤委員

かなりたくさんありますが、順を追っていきたいと思います。

○森田会長

重要なものを簡潔にお願いします。

○西澤委員

訪問看護ステーションは、非常に大事だと思っていますので、これを重視することは賛成です。ただ、今回の強化型の提案は、看護協会からの提案で、すぐに受け入れられたということで、私たち医師会、病院団体ももうちょっと提案をきちんとして、受

け入れられるように頑張らなければいけないという印象を持ちました。

それはさておきまして、41 ページと 42 ページですが、ケアマネジャーがいるということ、居宅介護支援事業所と兼任しているということ、この辺りの評価ですが、要するに訪問看護ステーションで、ケアマネジャーの資格でもって働くということなのか、あるいはケアマネジャーがいればいだけなのか、訪問看護ステーションの看護師がケアマネの資格を持っていることを評価するのか、持っているだけでは評価しないのか、その辺りが不明ですが、まずその質問に答えていただければと思います。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

先ほど申しましたように、強化型につきましては、地域包括ケアの中核という観点からいきますと、単にライセンスを持っているということではなくて、居宅介護支援事業所として機能を果たすことが1つあるのではないかと思います。

○西澤委員

居宅介護支援事業所として機能を果たす。これは訪問看護ステーションとの関係はどういうことでしょうか。

○宇都宮医療課長

そういう両方の側面を持つ。言わば二枚看板です。

○西澤委員

よくわからないのですが、訪問看護ステーションに居宅介護支援事業所の業務を持たせるという解釈ですか。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

訪問看護ステーションがその業務をできるということではなくて、訪問看護ステーションでありながら、もう一つ、介護保険法の居宅介護支援事業所としての届け出も行うということだと思います。そういった両方の機能を果たすことが、例えば考えられるのではないかと思います。

○西澤委員

わかりました。

訪問看護ステーションが居宅介護支援事業所としての届け出を出すというのは、1つのところで、2つの事業所を併任するということですね。そうであれば、同じ法人の中に、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所があっても全く同じだと思いますが、その場合も同じ評価をすべきだと思いますが、それについてはいかがでしょうか。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

その辺の細かいところまでは、まだ想定はしていないんですけども、業務としては、一体的に行っているのか、あるいは全く別々にやっているのかとか、その辺はいろいろあると思うんですが、そういった細かいところまでは検討していません。むしろその辺は中医協の中で御議論いただければと思います。

○西澤委員

わかりました。

その辺りをはっきりしないと、これに対しては、賛成も反対も言えないと思います。

例えば訪問看護ステーションにあえて別の事業所を併任する必要はなくて、法人の中に、それぞれの事業所が単独であったほうが、よりよいことができます。その連携をすればいいだけです。ですから、それを基本としていただきたい。何らかの理由で、例えば法人が小さくて、2つは持てないということで、一緒にやったほうがいいのかあるのであれば、そういう場合は例外として認める。それが原則ではないかと思っております。その辺りは、きちっと議論していただければと思っています。

それから、49 ページ、50 ページですが、サテライトの有無で、サテライトを持っている訪問看護のほうが、ここに書いてあるような特別管理加算が多いとか、特掲診療料の別表7の疾患が多いということですが、サテライトを持っているから多いのか、こういう患者さんを診るがために、サテライトが必要だったのか、どちらかわかりません。サテライトをつくった理由が書いて

あったと思いますが、たしか必要に応じてという答えが載っていたと思います。利用者ニーズへの対応が一番多いということは、恐らくこういう患者さんの利用ニーズがあって、サテライトをつくったのではないかと思います。

書きぶりで解釈が変わるので、サテライトを増やせば、加算をとっている患者、あるいは診療料をとっている患者がふえるのではなくて、そういう患者を診るためにサテライトが必要だという考え方のほうが、私は正しいのではないかと考えています。そういう意味で、サテライトをつくる時は、明らかなメリットがあって、サテライトがいいということで、進めていただければと考えております。

54 ページですが、これは最後の論点の中にも入っていますが、包括ケアにおいて、中核的な役割を果たす訪問看護ステーションを評価ということであれば、54 ページに在宅医療連携拠点事業とございまして、吹き出しに書いてある上のほう、連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・介護を横断的にと書いてあります。ですから、ケアマネジャーの資格を持つ看護師を評価するのであれば、医療ソーシャルワーカーも評価すべきです。あえていうならば、地域医療包括ケアを担っている、中心となる医療機関において、MSW がいるということ、MSW が仕事をしているということの評価を同時に行っていただきたいと思います。

それから、地域包括ケアの中心、訪問看護もその中心の1つであります。医療機関も例外ではありません。地域包括ケアの役割ということでは、医療機関も例外ではございませんので、そういう役割を果たしている医療機関の評価も同時に議論していただきたい。

以上でございます。

○森田会長

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

今のお話は、私が最初にお話させていただきましたように、訪問看護ステーションの多機能化というよりも、24 時間の巡回型の看護・介護、そちらのほうを推進してほしいと思います。

今、西澤先生がおっしゃったように、実際、医療機関とか、医師会では既に一体的な運営がなされています。ですから、その評価はどうするのかという気がします。訪問看護と居宅介護支援を一緒にするということですが、一体的な運営は既に行われておりますし、そういったものとの違いがどうなるのかという気がいたしますので、その辺は整理して議論しないと、片手落ちになるのではないかと思います。

37 ページでございますが、とにかく大きいほどいいんだと言うことですが、たくさんいれば、いろんな患者さんを診ることにもなるでしょうから、重い方も多いでしょうし、いろんなこともやりやすくなると思うのですけれども、先ほどの強化型の在支診ではありませんが、例えば3人の医師がいなくても、同様の機能を果たしていれば、評価するという話もありましたが、それと同じようなことが言えるのではないかと思います。

大規模化といいますけれども、少しずつは進んでいるわけですから、方向性としてはいいと思いますが、急に大きくというのは難しいし、機能強化型といっても、要件を見ますと、例えば医師会とか、中小病院、有床診療所、診療所みたいところが、実際、訪問看護を持ったり、居宅介護支援を持ったりして、一体的に運営をしているということと、どう違うのかという気がします。訪問看護ステーションだけ評価するというのは、強化型といっても、例えば看取りの数は、医療機関でカウントしているはずですから、それとだぶってカウントする話になります。実際は訪問看護ステーションの方が行かれるんでしょうけれども、医療機関の要件に入っていますから、そういうものをだぶってみるのはどうなのかということがあります。

介護支援専門員も兼務であれ、専従であれ、いらっしゃるということを要件にということですが、通常、医師会や、医療機関でも、居宅介護支援事業所を持って密接に連携をとってやっておりますので、そこどう違うのか。こちらの強化型だけを評価するというのは、片手落ちになると思いますので、その辺は、最初に申し上げたような方向性のほうが、地域包括ケアの確立に向けては、よろしいのではないかと思います。

46 ページのサテライトのところでございますが、まさにこういった運営というのは、企業的な訪問看護ステーションのやり方だと思うんですが、実際、サテライトを持っているところが、47 ページを見ますと、200 カ所前後ありますが、その運営母体のデータというのはあるのでしょうか。ぜひ教えていただきたいと思います。もし営利企業が多いということであれば、既に訪問看

護は介護保険を通して営利企業が参入しておりますが、そういったものをさらに推進することにもなると思います。

一方で、先ほど在宅専門の診療所は、このような形で、大都市部でどんどん成長しているわけですが、そういったところと、地域包括ケアの考え方との整合性がとれるのかという気がいたします。そちらの経営母体についても、データがあれば、教えていただきたいと思います。

55 ページでございますが、こういうものを見ますと、訪問看護ステーションの活動ということで、県の訪問看護連絡協議会への参加や、その役員とか、外部の講義・勉強会等の講師とありますが、こういうことを、訪問看護ステーションの活動として診療報酬で評価してよいのでしょうか。そうした活動をやっていただくのはいいことだし、私どもの医師会の活動もこうやってお認めいただけるのだったら、医師会で苦勞されている先生方にも喜んでいただけたと思うのですが、なぜ訪問看護ステーションのところだけ、こういった資料が出てきて、役員とか、講師とか、そういったことが書かれているのでしょうか。

我々に対しては、そうした活動は診療報酬には関係ないとおっしゃり切られてはいるわけですが、皆さんお感じになっているように、訪問看護ステーションには非常に優しい内容になっているという気がいたします。団体の資料をそのまま出しているような気がいたしますので、役員や講師がいるのを評価するようなことは、おかしいのではないかと思います。

65 ページは、電解質製剤を加えるという話ですが、医療機関でできればそれでいいわけですから、それができない場合の話だろうと思います。

84 ページでございますが、ここも論点のところ、特定の薬局を指示するような話が出ていますが、次の論点に入っているようですので、そちらでお話させていただきますが、今まで特定の薬局を指示してはいけないと言っておきながら、一定の要件を満たせばいいというような話は、現場を混乱させると思いますので、そういうことはされないほうがいいと思います。

72 ページは、先ほどから議論になっています、無菌調剤室の共同利用なのですが、これも借りるほうと、貸すほうがあるわけですが、契約を結んだとして、本当にそういうところで、無菌で処理をしたかどうかをどうやって確認するのか、そういうところも問題になってくるのではないかと思います。貸すほうと、借りるほうでは、負担も違いますから、その辺の取り分なども変わってくると思いますし、提案としては、まだ大ざっぱな感じがいたします。

以上のような意見と質問をさせていただきました。

質問に関しては、後ほどで結構ですから、データお出しいただければと思います。

○森田会長

ありがとうございました。

三浦委員、どうぞ。

○三浦委員

先ほど福井専門委員から、訪問看護においても、患者への医薬品の供給、あるいは薬の説明というのは、薬剤師さんをお願いしたいというお話がありました。地域においては、医療機関を中心として、訪問看護ステーションと薬局の連携を一層推進していきたいとか考えております。

ただ、患者への材料の供給等については、先ほども申しましたけれども、訪問薬剤管理指導をきちっと行っている患者さんを対象として行うということは、当然であると思いますが、先ほどおっしゃったような、訪看ステーションの時間的なロスを省くためということではなくて、患者さんを中心とした医療連携のためだと考えております。

それから、今、鈴木委員からお話がありました、在宅で使用される無菌的に調整される注射薬の調剤について、施設の共同利用ということでもありますけれども、ここにも出ておりますが、実際に無菌調剤を行う施設がある薬局においては、確かに在宅等に行っている薬局が多いことは事実であります。

また、今までずっとかかりつけの薬局として、薬をお渡ししていた患者さんが、在宅へ移行されたときに、その患者さんが、その薬剤師に注射を調整してもらいたいという話があるだろう。そういう場合には、事前に契約を結んでおいて、無菌調剤室を持つ薬局に行って、無菌調剤というのは、一定程度訓練をしておかないとできないものでありますので、そこはあらかじめ事前に指導を受けて、きちんと無菌的な調剤を行って、かかりつけの薬剤師が届けるという方向に、今後、進むべきだろうと私どもも考えておりますので、そのところは御理解をお願いしたいと思っています。

○森田会長

花井圭子委員、どうぞ。

○花井圭子委員

58 ページの機能が強い訪問看護ステーションの評価につきまして、質問なんですけれども、訪問看護の重要性は十分認識しているつもりですし、24 時間体制が広まれば、国民の安心につながると考えておりますので、その観点から、大規模化によって、それが達成できるなら、その方向性がいいと思います。

ただ、今回提案された内容で、地域包括ケアにおいて中核的な役割を果たすということ、それから、先ほど課長のお話の中に、医療と介護の橋渡し役を果たす、あるいは居宅介護支援事業所としての役割もということ、今回提案されている機能強化型の訪問看護ステーションの担う範囲というのは、一体どういうふうになるのかというのが、もう少し提示されて、イメージが湧くようなものがほしいと思います。

そして、地域包括支援センターとの役割の違いは、全く違うものなのか、機能強化型のステーションというのは、そこまでも視野に入れているのか。介護との関係で、どこまでの機能を持つステーションとして、新しく創設しようとしているのか、その辺はもう少し具体的な内容を示していただきたいと思います。

以上です。

○森田会長

合わせてお答えいただきたいと思います。伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員

私も 58 ページの訪問看護ステーションの規模を、評価の際の指標にしてはどうかというのは、特に異存はありませんが、29 ページの表を見ますと、規模拡大が進めば進むほど、黒字化になるというデータが出ています。これだけの指標を見ますと、利益が出るところは、さらに利益が出てしまうという話ではなくて、できれば移動に係るコストを削減するとか、ICT の活用によって、請求時の業務を時間短縮し、なおかつ、簡単にいえば、本来の業務である訪問時間を増加できたところを1つの案件にしないと、1つのハードだけの案件で評価するということではなくて、ソフトの事業、実際の訪問看護の実務をふやせるというところを評価することが、妥当ではないかと思います。1つだけの指標ではなくて、2つの複合指標で評価をしていただければと思っています。

私から以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

矢内委員、万代委員で終わりにします。

○矢内委員

58 ページの論点で、先ほど医療課長から説明のあったところですが、介護支援専門員等の配置で連携を強める方向は、そういう方向で私も同感ですが、強化をしていくときに問題なのは、訪問看護師の絶対量が足りないということです。強化をしようと思っても、総数が足りないところがあるのではないかと。したがって、特定のステーションを強化しても、それだけで足りるかどうか。総数の問題が常に足かせになるのではないかと。全体の底上げというか、広がりをつくるためには、訪問できる看護師さんを増やすという方向が必要なのではないかと。

そのときに、先ほど課長のお話にありましたように、育成という観点で、訪問看護師をどこで育成するかということがあり、新人を受け入れて教育をしてくれるという役割を訪問看護ステーションが担ってくれるということは、非常に大事な要素ではないかと思うので、そういった要素を織り込んでいただきたいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

万代委員、どうぞ。

○万代委員

このパートの後半、3番の在宅における注射薬等の提案につきましては、おおむね賛成でございますが、ただ、無菌調剤につきましては、先ほど鈴木委員が言われましたように、誰でもできるものではないと思いますので、一定の手順を踏んで、きちんと無菌が担保されることが必要だと考えておりますので、その点は、要件等を設定していただきたいと思っております。

訪問看護に関してでございますけれども、きょうは大規模化の議論ということで、この方向性については、これでいいと思いますが、ただ、28ページの現状のところにありますように、現在でも小規模の訪問看護ステーションが3分の2程度あるということも、非常に重要だと思います。大規模化を進める中において、例えば財政均衡のような形で、診療報酬改定の率にもよりますが、小規模のほうが、点数等が圧縮される。そういうことは考えておられないと思いますけれども、もしそういうことがありますと、日本の訪問看護は壊れてしまうと思います。

先ほど白川委員が、なぜ大規模化が進まないかという要因分析ということを言われましたけれども、新宿区は在宅の先生方がかなり頑張っておられますので、そういうところの人たちと話をしていますと、指示書を在宅の先生が書くわけですが、小規模でいいところがある。顔の見えるというか、患者さんにしても、大規模の訪問看護ステーションから、日によって違う人が来るというよりは、一定程度同じ人が来て診てもらおうというのが、普通の足で歩いて行く外来とは違う、在宅における患者さんについては、そういったことが重要なのではないかと思いますので、そういった意味では、矢内委員が言われたように、訪問看護全体の底上げをするといった考え方で、改定に臨んでいくことが必要だと考えております。

最後ですけれども、先ほど発言を止められてしまいました。嘉山委員が言われた在宅のところで、100万人の死亡が160万人の死亡にふえていく中で、それをどこでみとるかということで、在宅も非常に重要だと思いますが、本当にそれだけでいいのか。在宅が担当する部分はどれぐらいなのかという、共通認識を委員の皆さんの中で持っていて、共通認識の中で、在宅が担当する部分はどうするのかという議論にならないと、嘉山委員の言うとおりで、議論が散逸してしまうと思います。事務局としても、そういったデータをそろえた上で、日本の高齢者医療、看取りも含めて、今後どうするかということ、データに基づいた前提を置いて、その中で個々のパーツを議論していく方向が非常に大切だと思います。

議論が後戻りになって、私はそういうことは好まないんですけれども、先ほどの嘉山委員の発言は、非常に重要だと思います。例えば正確なデータがなくても、皆さんの共通認識で、きょうはこういう全体像の中で、ここのパートを議論しているという、そういった議論にしていきたいと思っております。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

幾つか質問もあったかと思っておりますけれども、医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

鈴木委員の御質問で、47ページのサテライトの数について、運営母体のデータはあるのかという御質問だったと思うんですが、これについては、データがございません。ですから、運営母体がどちらかというのは、わからないところでございます。

訪問看護ステーション、例えば55ページ辺りで、外部の講師をやっているか評価するとか、その辺のところをおっしゃったんですけれども、講師をやれば評価するとか、そういうことではなくて、あくまで最後の論点に書いてあるように、必要な情報提供とか、そういうものを行っているところについて、どう考えるか。講師をやれば評価とかではなくて、逆に情報提供を要件にするとか、そういうことも含めて、御議論いただきたいという話でございますので、これがストレートに1対1で評価するということでは、必ずしもないのではないかと思います。

質問というか、ちょっとあれでしたけれども、規模拡大のみではなくて、もうちょっと時間の効率的な使い方とか、訪問時間をふやすということの評価について、どうだということがございましたが、それはサテライト型にしたほうが、管理的な業務から解放されて、訪問時間が長いところを評価するということではないかと思います。

前後しましたが、花井圭子委員から、地域包括ケアの中核ということで、機能強化型にどこまでやらせるのかというお話だったと思っておりますけれども、地域包括支援センターまでは考えてございません。地域包括支援センターは、基本的に介護予防を担当し

て、介護予防のプランをつくったり、あるいは成年後見人制度の運営みたいなことをやったり、業務が医療保険とかなり離れてしまいます。もちろんそういった役割を担うところがあってもいいとは思うんですけども、現時点でそういうところまでやっていただいて、評価するというは考えていないところでございます。

大体そんなところかと思えます。

○森田会長

ありがとうございました。

これでグループ2を終わります。

グループ3にいきたいと思いましたが、予定された時間を過ぎておりますので、委員の方もお疲れのようですので、じっくりと御議論いただくためには、機会を改めてと思っておりますが、それでよろしいでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○森田会長

ありがとうございました。それでは、進行の不便もあつたかもしれませんが、予想外に時間がかかったということでございます。あとのテーマについては、別の機会にお願いいたします。

本日の議題そのものは、積み残しが出ましたが、以上でございます。

最後になりますけれども、10月26日付で、中医協の委員、専門委員の任期を終えられる方がいらっしゃいます。任期を迎えられて、退任される方がいらっしゃいますので、最後になりますけれども、一言ずつ御挨拶をお願いしたいと思います。

最初に嘉山委員からお願いいたします。

ちなみに、今度、任期を迎えられる方は、嘉山委員、西澤委員、北村専門委員でございます。シナリオの順番が嘉山委員になっておりますので、お願いいたします。

○嘉山委員

わかりました。手短かに挨拶させていただきます。

4年間、2期中医協委員を務めさせていただきました。

1号側の森田会長を初め、2号側の白川先生を初め、公益の先生方にも本当にお世話になりました。

私自身も大学におりまして、医療のことには関心は持っていたんですが、どちらかといえば、医学あるいは教育のほうに関心を持っていたので、ここに来て大変勉強になりました。

あと、事務局、佐藤、鈴木、宇都宮と3課長の皆さんには、いろんな軋轢の中で、要求を聞いていただきまして、本当に感謝申し上げます。無理を言ったことはわかっているんですが、国民のためだと思って、我慢して聞いてください。

私と安達先生と鈴木先生が入ったわけですが、そのときに、ドクターフィー、これは継続審議になっています。

それから、白川先生には叱られるかもしれませんが、キャピタルコストだとか、オペレーションコストという概念をここに持ち込みまして、そういうことを考えよう、今までの切り口と違うことを入れさせていただいたので、それは感謝しています。これを今後役立たせていただければと思います。

勤務医の労働環境は、現実には上がっていないんですが、彼らのモチベーションは上がりました。中医協で、診療報酬での手当をしたということがありますので、人間というのは、モチベーションが上がると、労働環境が悪くても頑張れるということがあります。それがいいか、悪いかはわからないんですけども、いずれにしても、モチベーションは非常に上がっていると感じています。

最後に中医協なんですけれども、中医協は現場での診療報酬上の問題点を抽出して、それを解決していく場所だと思っています。したがって、現場を大事にして、エビデンスをもとに、ここはいろんな審議会がありますけれども、法定機関ですから、今後も国民のために頑張っていっていただければと思います。

後任の中川君は、私自身よく存じ上げている人間でありまして、信用が置ける人物なので、革新を期待しておりますので、皆さんよろしくをお願いします。

どうもありがとうございました。（拍手）

○森田会長

西澤委員、お願いいたします。

○西澤委員

中医協委員を3期、6年させていただきました。

最初に関係の皆様にお礼を申し上げます。最後だということで、ここ1～2カ月の中医協で、事務局の資料の出し方とか、言いたいことを言わせていただきました。これも私が辞めた後、しっかりした議論を行っていただきたいという思いで言いましたので、その辺りは申しわけなく思っております。

6年間の感想ですが、中医協委員を受けたときには、6年間は長い、最後までもつかと思いました。しかし、今、終わりの日を迎えてみますと、あつと言う間に過ぎたと思っております。それぐらい大事な仕事をさせていただいて、真剣に取り組んできたという思いでございます。思いからいうと、もういいかと言われると、まだまだ積み残したことがあって、あと10年でも20年でもやりたいという気持ちがございます。ですから、この思いを、これからほかの中医協の先生方に引き継いでいただいて、中医協というものを大事にしていっていただきたいと考えております。

私の基本的な姿勢は、国民に質の高い医療を継続して提供できるために、診療報酬がどうあるべきか、点数がどうあるべきかということ常々頭に置いて、議論してきたつもりでございます。そして、それも強引に自分の意見を押し出すというよりは、できるだけ1号側委員の方々、公益側の委員の方々に理解をいただくということを、心がけてきたところでございます。しかしながら、思いが入って、強い言い方で、そう聞こえなかった面もあるのではないかと思います。その思いは、最後まで押し通せたのではないかと考えています。

私が6年間生きてきて幸せだったのは、ちょうど医療崩壊と言われたときに、中医協委員になりましたが、それからは3回とも本体がプラス改定だったということです。それによって、医療崩壊という言葉が消えた。そういうことでは、幸せな時期に中医協委員をやらせていただいたと思っております。

思い出に残る点数でございますが、技術料の評価、特に手術料の大幅アップは、技術料を本当に認めていただいたということでは、すごく大きな点数だったと思います。

あと、医師事務作業補助者の評価、7対1、10対1の看護補助者の評価、これも医師の雑務を減らすと言ったら怒られますが、医師の本来業務に専念できるということで、喜ばれましたし、看護補助者に関しましても、これで看護師さんが看護業務に専任できるということで、これも喜ばれたと考えております。

もう一つ、1号側からは反対されたんですが、地域特性でございます。地域の特性に配慮した評価はまだ効果は出ておりませんが、1つ穴を開けたつもりですので、これをいい形に何とか育てていっていただければと思っております。

この辺りが、思い出に残った点数でございます。

最後にこの1～2カ月、強引に押ししましたが、基本問題小委を開けということや、根拠に基づく診療報酬改定をすべきだということで、お願いしまして、ようやくいいまいしょうか、1号側からも合意を得まして、今後、基本診療料のあり方、あるいはコスト調査について、議論を再開することになりました。これが私の遺言だと思って、今後、大事にしていきたいと思っております。これはすぐの改定には結び付きませんが、でも、10年後、20年後、長い間こういう議論をすることが、将来に向けてすごく大事だと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

これは言うか、言わないか、どうすべきか迷ったんですが、1つだけ心残りは、看護職員の夜勤72時間問題でございます。正直言いまして、今、労働環境というのは、医政局でも対応しています。看護協会あるいは福井専門委員が懸念しますとおりに、急に我々が労働環境を悪くするようなことは絶対にありません。これは保証いたします。ということで、基本診療料の要件から抜いて、加算に切りかえてもいい時期が来ていると思いますので、これは検討していただきたいと思っております。

多少長くなりました。1号側の委員の方々、公益側委員の方々、私たち2号側の委員、全て1つの方向に向かって、真剣に議論できたことは、本当に幸せに思っています。

診療報酬改定のときになると、事務局の方は正月、特に若い方々は、厚労省の中に寝泊りしながらやっている。その御苦労も肌で見て感じておりました。対立する場面も多かったんですが、そういう面では、大変な仕事に就いていらっしゃるということで、御苦労様ということと、感謝を申し上げます。本当にありがとうございました。(拍手)

○森田会長

北村専門委員、お願いいたします。

○北村専門委員

4年前にコメディカルの代表という形で、専門委員として、この席に座らせていただきました。そのときは、チーム医療推進協議会、現在18の医療専門資格の団体で組織しておりますけれども、その代表という形で選任されたと思っております。

4年の間、さまざまな経験、勉強をさせていただきましたこと、この場をおかりして、お礼申し上げます。

私の後には、やはりコメディカルから代表という形で、この席に座ると思いますが、私同様、またよろしくお願ひしたいと思ひます。

また、今後のコメディカルの専門委員の選任に当たっては、今、組織しているチーム医療推進協議会という大きな団体ができるので、その中から推薦していただきたいということをお願いしまして、退任の挨拶にかえさせていただきます。ありがとうございました。(拍手)

○森田会長

どうもありがとうございました。

3人の委員の方には、これまで中医協における御議論に貢献いただきまして、大変感謝申し上げるところでございます。嘉山先生の鋭い質問とか、西澤先生の緻密な議論が聞けないというのは、ちょっと寂しい気もいたしますけれども、今後とも中医協への御支援をよろしくお願ひしたいと思ひます。どうもありがとうございました。

それでは、次回の日程等について、事務局からお願いいたします。

○宇都宮医療課長

今回は今月の終わりを考えております。決まり次第、連絡させていただきますので、よろしくお願ひいたします。

○森田会長

どうもありがとうございました。

それでは、本日の総会はこれにて閉会といたします。ありがとうございました。

(了)

<照会先>

厚生労働省保険局医療課企画法令第1係

代表： 03-5253-1111 (内線3288)

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000029035.html> にて公開されたものを抜粋し転写)

2013年10月30日 中央社会保険医療協議会 総会（第253回） 議事録

○日時 平成25年10月30日（水）9:00～11:06

○場所 於 厚生労働省専用15・16会議室（12階）

○出席者

森田朗会長 印南一路委員 関原健夫委員 牛丸聡委員 西村万里子委員 野口晴子委員

矢内邦夫委員 白川修二委員 花井圭子委員 花井十伍委員 石山恵司委員

田中伸一委員 伊藤文郎委員

鈴木邦彦委員 安達秀樹委員 中川俊男委員 万代恭嗣委員

長瀬輝誼委員 堀憲郎委員 三浦洋嗣委員

丹沢秀樹専門委員 宮島喜文専門委員 福井トシ子専門委員

<事務局>

木倉保険局長 神田審議官 宇都宮医療課長 佐々木医療課企画官

竹林保険医療企画調査室長 近澤薬剤管理官 田口歯科医療管理官 他

○議題

- 診療報酬基本問題小委員会の今後の在り方（案）について
- 公知申請とされた適応外薬の保険適用について
- 在宅医療（その4）について〔続き〕

○議事

○森田会長

皆様、おはようございます。ただいまより第253回「中央社会保険医療協議会 総会」を開催いたします。

まず委員の出席状況について御報告いたします。本日は、藤原専門委員が御欠席です。また、西村委員、関原委員は、おくれて到着されるということでございます。

また、局長、審議官も、現在、国会にいらっしゃっているということで、おくれて来られるということでございます。

次に委員の交代について御報告いたします。嘉山孝正委員、西澤寛俊委員、北村善明専門委員、森清一専門委員におかれましては、10月26日付で退任され、30日付でそれぞれの後任として、中川俊男委員、長瀬輝誼委員、宮島喜文専門委員、十河功二専門委員が発令されております。今回発令された委員の方々からは、みずからが公務員であり、高い倫理観を保って行動する旨の宣誓をいただいております。

それでは、早速でございますが、新しく委員となられました、中川委員、長瀬委員、宮島専門委員から、順に一言ずつ御挨拶をお願いいたします。

中川委員、どうぞ。

○中川委員

日本医師会の副会長をしております、中川俊男です。

1号側の皆さん、公益側の皆さん、何よりも事務局の皆さん、御指導のほど、よろしく願いいたします。

○森田会長

ありがとうございました。

続いて、長瀬委員、お願いいたします。

○長瀬委員

長瀬でございます。ひとつよろしく願いいたします。

○森田会長

宮島専門委員、よろしくお願ひいたします。

○宮島専門委員

宮島でございます。よろしくお願ひいたします。

○森田会長

ありがとうございました。

また、委員の異動に伴いまして、小委員会及び部会に属する委員につきましても、異動がございます。

小委員会及び部会に属する委員につきましても、中医協の承認を経て、会長が指名することとされております。委員のお手元に新しい中医協の委員名簿とともに、異動のある小委員会及び部会の名簿の案をお配りしてあると思います。

この案について、御承認いただければ、このとおりに指名したいと思いますが、いかがでございますでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○森田会長

特に異議がないと思われまます。ありがとうございました。それでは、そのように指名させていただきます。

それでは、議事に入らせていただきます。

（以下、○診療報酬基本問題小委員会の今後の在り方（案）について

○公知申請とされた適応外薬の保険適用について

の二議案に関する部分は割愛し、

○在宅医療（その4）について〔続き〕

の部分抜粋掲示した）

○森田会長

ほかにいかがでしょうか。

特に御質問がないようですので、次の項目に移りたいと思います。

「6. 在宅医療における患者紹介等の事例」と「7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関」について、資料で申し上げますと、129ページから最後のページまででございます。

これにつきまして、御質問、御発言がありましたら、どうぞ。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

前回、総論を申し上げさせていただきましたが、在宅は最先端のところをどんどん上げていって、東京スカイツリーのようにするのではなくて、裾野を広げていって、富士山のようにしていく必要があると思います。裾野が広いほど、上は安定するというのが一般的な考え方ですので、ぜひそのような方針で臨んでいくべきだと思います。

その観点で148ページを見ますと、機能強化型在支診・在支病、通常の在支診・在支病、それ以外の在総管、特医総管の点数が載っておりますが、これを見ればおわかりのように、同じことをしても、在支診・在支病以外ですと、半分の点数しかとれないという格差がございます。医師会の先生方も、最期に近い段階になって、なかなか負担が増えるというお話ができないという声も多いので、むしろ裾野を広げて、少しずつ多くの先生がとれるという方向で、それ以外と書かれておりますが、通常の先生方の在宅、これが緊急往診や看取りの3分の1を担っているわけですから、ここの評価をするべきだと思います。

その上で、論点のところでございます。173ページでございますが、最近、不適切事例が明らかになってきているということで、そういったものを排除しなければならないということは、我々も十分に認識しておりますので、(1)(2)(3)ということですが、(1)については、そういう方向でいかにざるを得ないと理解しております。

また(2)についても、箸の上げおろしまで決めるのはどうかと思いますが、きちっと記載をするということも、不適切事例を排除するためにはやむを得ないと思います。我々医科にとって、時間の記載はやむを得ないとしても、時間を要件にすることは

行き過ぎだと思しますので、そういうものは入れるべきではないと思います。

厚労大臣がガイドラインをつくったらどうかということを書いていらっしゃるようなのですが、そういったものがない中で、ここまで来てしまっておりますので、そういったものをきちっとつくっていくという方向も重要ではないかと思えます。

(3)の療担規則の話ですが、前回、我々を規制しても、紹介業者のようなところを規制しないと、意味がないのではないかとのお話もさせていただきましたが、我々が中医協の議論の中でできるものとしては、療担規則で我々は経済的な利益の提供ができないということを、言葉巧みに紹介業者に迫られたときに、それを最後のとりでに断ることができるのであれば、こういったこともやむを得ないと思えますが、紹介業者とか、言葉巧みにすり寄ってくる方々を規制するというのも、ぜひ行っていただきたいと思えます。

176 ページ、在宅医療を専門に行う保険医療機関でございますが、これも前回お話させていただきましたが、今までのお話から考えましても、今後はかかりつけ医が在宅医療の中心的存在になっていくということは、我々医師会としても推進しているわけです。

そういった中で、外来をしないで、地域のさまざまな活動もしないで、在宅専門に特化していく存在をどうするかということですが、現状、そういったものが、一定程度、大都市部にはあるということです。それをすぐに禁止することができないというのは、我々もわかっておりますが、中長期的には、そういった先生方にも外来診療をしていただき、地域医療にも参加していただき、できれば医師会にも入っていただいて、一緒に地域包括ケアを推進していく、我々の仲間になっていただきたいと考えておりますので、この時点で在宅専門の診療所を別枠で認めるとか、そういう話は、今後のかかりつけ医中心の在宅推進の流れを見れば、ふさわしくないのではないかと考えます。

以上です。

○森田会長

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。石山委員、どうぞ。

○石山委員

在宅医療の患者紹介等の項目ですけれども、私は昨年来から医療現場における不正請求や事故等について、いろいろ質問をしてみました。マスコミ的にこれだけいろいろ取り上げられているということは、まさに鈴木先生が朝日新聞の紙面でコメントされたとおり、氷山の一角ではないかと理解しております。

その中で、何点か意見と質問があります。スライド 158 と 160 に医科と歯科の訪問件数の最大値が載っております。患者紹介に係る不適切事例のうち、具体的事例として報告が挙げたのは、20 ケースだというお話ですけれども、事務局におかれましては、関係行政か、地元の医師会の方か、それは私にはわかりませんが、この事例のトレースをしていただいて、今後の指導等を強化していただきたいというのが1点です。

2点目は、今、鈴木先生もおっしゃったように、スライド 140 に対応策が載っておりますが、ここでは診療報酬による対応だとか、療担規則等による対応だとか、いろいろ載っておりますけれども、この方向で議論を進めていただきたい。これは意見です。

3つ目は、先ほどの堀先生の項目にもかかわるんですけれども、スライド 116、117 に歯科訪問診療の要件や在宅歯科診療所の施設基準などが載っております。これについては、厚労省のコメントもそうなんです。医科についても、患者の状態や時間を書くかどうかについて、いろいろと議論があると思えますけれども、データの記録は必要なので、医科のケースにおいても実施していただきたいと思えます。

そこで、厚労省に意見を伺いたいんですけれども、情報提供を要件とする案が示されておりますが、普通、医療の世界ですと、家族の方は素人です。例えば親父さんはこういうケースだから、どうだ、こうだと言われても、普通の方はその情報の正否が判断できません。我々もいろんな病名を言われても、風邪ならわかりますけれども、細かい話になるとわかりませんので、医師と患者・家族間の情報格差をどうするのかをお聞きしたい。

もう一点、情報提供の仕方、独居認知症の患者の方には、どうやって必要な情報をお伝えするのか。親族の方に情報を提供するのか、この辺の具体的な方策なりを伺いたいということです。

3点、意見と質問ですけれども、お願いいたします。

以上です。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

1点目は、158～160ページのような、算定割合が非常に多いところのトレースというお話だと思いますけれども、これはあくまで在宅医療の調査の事例でございまして、現場で不適切な状況があるとか、そういった情報があれば、指導などをすることについては、厚生局なりでも行っているところでございます。このケース自体がそれに当たるかどうかというのは、また別なんですけれども、そういった状況が疑われるような場合には、我々も適切に対応していくということだと思います。

あと、施設基準などの記載が必要ということもございました。

○石山委員

これはそのとおりだと思いますけれども、3つ目の点、特に認知症の方とか、親族のことです。

○宇都宮医療課長

情報提供のお話ですね。

○石山委員

はい。

○宇都宮医療課長

これについては、一律にどういうやり方であるというのは難しいんですけども、認知症の方についていえば、医療のほうでも、特に高齢者で介護保険を使っている方などであれば、ケアマネジャーさんであるとか、そういったところと十分に連携させていただきます。当然御家族がいれば、御家族に対する御説明をきちんとするという事は、言うまでもないんですけども、介護側と連携する中で、きちんとした情報をお伝えしていくという話ですとか、あるいは本当に状況がひどい方であれば、御存じだと思いますが、成年後見制度のようなものもございまして、また、そういったことについては、それぞれ地域包括支援センターのほうで、その辺の手配・調整などしているという理解でございまして、そういったものの活用なども考えられると思っております。

○森田会長

石山委員、よろしゅうございますか。

○石山委員

わかりました。

あと、1点、鈴木先生がおっしゃったので、お聞きしたいんですけども、患者紹介の話で、どうも悪いのは紹介業者だという感じです。ただ、紹介を受けるほうも受けるほうなのではないんですか。これは非常に単純な話です。

○鈴木委員

そういうお話は、客観的に聞くとわかるんですが、例えば振り込め詐欺がなぜなくなるのか、どうしてあんなものに引っかかるのかと思うんですけども、実際に電話がかかってくると、普通の方ほど引っかかってしまうのです。そのくらい、言葉巧みに来られるのだらうと思います。ですから、そこは分けて考えていただければと思います。

○森田会長

安達委員、どうぞ。

○安達委員

石山委員の御指摘は、我々が心すべきことだろうと思っております。明らかに医師の基本的倫理観等々の判断に属する部分がある程度あって、我々の中で、そういう勧誘を受けたときに、鋭敏にセンサーが働いているかどうかということが、問われる問題でもあるということは、間違えなくたしかだろうと思います。

しかしながら、一方で、紹介する業者のほうは、ある意味悪質と言えるような囲い込みをやっている、入居者に対しては、歩けるのにもかかわらず、通院できるのにもかかわらず、来てもらったほうが楽でしょうという条件設定をしながら勧誘をして、言

わば患者さんのフリーアクセスも阻害しながら、事業を進めるという側面があります。

もとを絶たなければだめだという意味では、紹介業の中に、例えば皆保険制度のような、公的な運用をするものについては、それを対象としてはならないという形の法的な措置をされることと、療担規則に書くことと、双方向性で両方ともやらないと、完全には根絶できないのではないかと考えております。

前にも御紹介いたしました、私の知る限り、例えば私は京都府医師会の内部の経験しかございませんが、こういう勧誘が来たということが、今、我々が共有システムとして持っている医師会員のメーリングリストに流れて、全員がその意識を共有した。つまりそんなことはあり得ないだろう。基本的に医師の倫理観に抵触する話だという意見が多数を占める中で、私の把握している限りでは、京都府の会員はそれに応需した医療機関はないようです。ですから、この取材をされた記者の方にも、取材を申し込まれましたけれども、京都府は応需している医療機関はないという認識でしたので、そちらのほうはということで、取材は受けておりませんが、そういうことなんだろうと思います。

ですから、これは両方とも規定されないといけない。どちらが一番強いのかといたら、そういう囲い込みをした上で、歩ける人にまで往診を要請するというような類いの、医療の公的性格に全く思いをいたさない営業体系の中での新しい業種という捉え方の中でやる方に対しての禁止ということも、我々は必ず必要だろうと考えております。そういうことだと思います。

○森田会長

石山委員、どうぞ。

○石山委員

今、安達先生のお話でかなり理解はできたんですけども、鈴木先生のお話ですと、医師の方というのは、人権、識見、全て最高だと理解しておりましたので、その辺はきちっとやっていただきたいと思います。

○鈴木委員

非常に高い評価をいただいて、ありがとうございます。我々もぜひそうありたいと考えております。

ただ、在宅というのは、未開拓の分野でもありまして、どんな行動が望ましいのか、それこそガイドラインみたいなものがないのです。入院とか外来というのは、長い歴史の間でそれができているわけです。在宅はこれからつくられていくところだと思いますので、我々の指針となるべきガイドラインを、我々も一緒になってつくって行って、それに沿って、安心して医療ができるようにしていきたいと考えておりますので、これからもよろしく願いいたします。

○森田会長

この件ですか。矢内委員、どうぞ。

○矢内委員

私からも、保険医療機関による患者紹介料の支払いについて意見を若干述べさせていただきます。今後の人口構造の変化を見据えますと、当然のことながら、在宅医療、訪問看護をさらに推進していかなければならないと思いますが、報道等にありますが、先ほどからも出ておりますが、患者を囲い込んで、医療とは言えないような行為で利益を得るといふ、いわゆる患者紹介ビジネスは、在宅医療であるとか、訪問医療の現場を頑張っている方々、あるいは制度全体に対する影響、信頼を落とすものではないかということで、厳しい対応が必要だと思います。

169 ページを見ていただきますと、課題のところ、保険医療機関が患者の紹介を受け、紹介料を支払うこと自体は、現行制度上は違法とは言えないとありますが、これは法令上特に規定がないということだと思います。したがって、保険医療機関の収益は、診療報酬という公費であり、その公費を使って、公費に対して紹介料を充てるというのは、医療機関としては当然認められない行為だと思うので、これは療担規則で速やかに規定を改正していただきたいと思います。

173 ページの論点にもありますように、在宅医療は量も必要ですが、今、質を重視する局面になってきているのではないかと思います。在宅医療の絶対量を増やすという必要性は十分に認めますが、質の悪いものも含めて増やしていいということではないと思います。悪いものを増やしていてもしょうがない。したがって、ここで示されている評価体系、いろいろと具体的に示されていますが、そういう方向性については理解できます。

医療機関については、140 ページを見ていただきますと、先ほどからも意見が出ておりますが、医療機関については、療担規則で対応できると思いますが、患者を紹介して、紹介料を受け取っている施設サイドに規制がないということは、問題だと思います。

す。これらの不祥事を、全体として実効あるように解決するためには、こういったところへの対応も必要ではないか。ぜひ全体として実効性ある形で、不適切な事例に対して対処できるような、そういうものが機能するような体制をつくっていただきたいと思います。

これに関連しまして、これは中医協マターではないですが、柔道整復あるいはあん摩、はり、きゅう、こういった療養費払いで保険給付しているものがございまして、ここもいろいろ不適切事例があると思います。これらについても、制度的な対応をしていただけたらと思います。そういったこともお願いしたいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。御意見ということで、承っておきます。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員

私からも紹介ビジネスにつきまして、意見を述べます。我が国は、皆さん御存じのように、国民皆保険を堅持しているわけでありまして、こうした皆保険制度を悪用したようなビジネスは、法律上でも取り締まるべきだと思います。

おかしな話ですが、私どもの市民病院でも、たまにお見えになる方が、7割ももらっているから、自分の3割分はいいのではないかとおっしゃられる方がいて、何ともならないお話があります。こんなことは絶対に許すべきことではないと思っております。不適切に思われるビジネスがあった場合、調査しておいていただくわけですが、実際に厚生労働省が素早い対応をして、こういうことについて、どういう見解を持ってお話をしていただけるのかを明らかにしていただきたいと思っております。各地方の厚生局がどう対応されるかはわかりません。先ほども歯科診療所のお話がありましたが、実態がどうだかわからない。診療所に10人お見えになるのかかわからない。これは8月28日の件でありますので、こんな特異なものについては、幾つか全国に散見できるならいざ知らず、これはわずかのことであります。こうしたものは、しっかりとすぐに調査をし、素早い行動をし、国民に知らしめていくべきだろうと思っております。

もう一つは、表記のお話であります。主治医というお話と、ここにかかりつけ医という表記がございまして、これが混在しておりますので、せっかく医師会の先生方も、かかりつけ医という御努力をなさってみえましたので、ここでは主治医ということよりも、かかりつけ医という表記を使っただいて、少し分けていただいたほうが良いような気がします。最近のものを見ると、そんな気がいたしております。

以上であります。

○森田会長

今の件ですか。鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

私どもは、従来から、かかりつけ医機能と言っておりますので、1号側の先生にもそう言っていただければ、これからの議論を、かかりつけ医という表記で統一することには、我々も大賛成でございます。

○白川委員

名前について、1号側で見解が一致しているということにはございません。今のことは、伊藤委員の御発言ということで、御勘弁いただければと思います。

○森田会長

花井圭子委員、手を挙げていらっしゃいます。どうぞ。

○花井圭子委員

ホームページを見ていましたら、住宅会社のコマーシャルに、サ高住のことが出ておりまして、退院後の受け皿として機能しとか、患者様の囲い込みが可能となりますということが、堂々と書かれているんです。紹介料をもらう医師に対しての規制もそうなんですけれども、こういう会社とか、前にも言ったんですが、サ高住のあり方は、中医協ではなくて、介護のほうだと思わんですけれども、国交省と厚労省が一緒につくったと思うんですが、あり方に問題があるとすれば、何らかの規制をかけるということをしなければ、医師個人の話ではないと思いますので、ぜひ全体的な構造の中で、どうしていくかということを考えていた

だきたいと思います。

○森田会長

ありがとうございました。

三浦委員、どうぞ。

○三浦委員

スライドの169の対応(案)の下線部分、上から3行目ではありますが、保険医療機関が、患者の紹介を行う者に対して、患者の紹介を受ける対償として、紹介料等の経済上の利益を提供することを禁止してはどうかと書いてあります。

それから、スライド173の論点の(3)の2行目以降、患者の紹介を受ける対償として、紹介料等の経済上の利益を提供することを禁止することについて、どう考えるかとございます。

このことについてですが、これは患者の紹介料に該当するかどうかはわかりませんが、例えば保険薬局と福祉系施設においても、似たようなケースが見受けられると、私どもは聞いています。福祉系施設の入所患者さんの処方箋を一括して依頼することの見返りに、利益供与や施設内の業務を担当するように求められることもあると聞いておりますので、保険薬局においても、仲介者の有無にかかわらず、対価を支払って患者紹介を受けるような行為は禁止するものであるということ、私どもとしても、明記していただいたほうがよいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

堀委員、どうぞ。

○堀委員

先ほども申し上げましたけれども、企業的に営利目的で大々的に行うような不適切な事例については、一貫して排除をお願いしたいと申し上げてきましたし、そういった観点で、診療報酬で規制をするというところも、一定の理解をして、会員に対しても協力も求めてきたところではあります。

資料を拝見しますと、10年ぐらい前から、診療報酬で規制をするという仕組み、ディスインセンティブをかけるということはやられてきていますが、本当に実効性があったのかどうかということが気になっておまして、イタチごっこをしているところもあるのではないかと懸念をしております。診療報酬で規制をするということについては、当然いいところもあるかもしれませんが、地道にやっている適切な訪問診療についても、一定のブレーキをかけてしまうという側面もありますので、抑止の効果と悪影響については、慎重に御検討いただきたいと思っております。

先ほども話がありましたけれども、不適切事例はこれまでも個別に何とか対応できないのかということでお話をし、法的にはなかなか難しいと言われておりますが、その観点で再度検討する余地がないのか、改めて事務局には御検討いただきたいと思っております。

そういったことからしますと、先ほどから出ている患者紹介ビジネスに対して、療担規則で規制をするというところは、診療報酬で規制するよりは、ずっと本質的ですし、適切な訪問診療には影響がないということを考えますと、一定の考える余地があるところだと思っております。

さらに申し上げたいのは、これは中医協マターではないかもしれませんが、例えば医療法では、営利を目的としたものは禁止しております。ですから、診療所、病院の開設に当たって、都道府県知事が認可をするときに、都道府県知事は営利を目的とするものについては、認可をしないと、はっきりと決まっております。こういったことが形骸化しないような施策がないのかどうか、これも検討をお願いしたいと思います。

保険医の指定については、6年に1回更新があります。そういったときに、営利目的か、あるいは開設者がどうかということについても、しっかりと把握をして対応する、そういった視点と一緒にお願いできないかということ、1つ要望しておきたいと思っております。

1点だけ、165ページです。先ほどから出ています、情報提供のことが書かれていますが、これについては、歯科では特別な歴史がありまして、平成18年の改定で、文書提供が在宅にも入っております。結果として、非常に煩雑で、臨床医療の円滑な提供

ができないと、全国の臨床現場からの意見が出まして、1年後には廃止になって、20年改定では18年度改定で入った文書提供が廃止になりました。そういったことで、歯科の臨床現場には、文書提供について非常に問題意識がありまして、特に今回は医学的な見地ではなくて、抑制の視点から入るということについては、恐らく相当な抵抗があると思います。

さらに歯科におきましては、通常、算定される医学管理であります、歯科疾患管理料あるいは歯科疾患在宅療養管理料には、既に文書提供が義務づけられておりますので、訪問診療自体に文書ということになりますと、屋上屋を重ねるような弊害があるということで、ここは慎重にお願いしたいと要望しておきたいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

田中委員、先に手を挙げていらっしゃいました。どうぞ。

○田中委員

きょうは時間がありそうなので、発言させていただきます。

たくさんの意見が出て、特に診療側の先生が、そういう強い問題意識を持たれているということに、非常に安心感を持ちました。今、さまざま議論されている医療施設の不適切な事例の中で、皆さん問題意識はある程度共通していると思いますので、具体的にどういうことが、こういう不適切な事例を招かない、そういったことは許さないという仕組みになるのかということを考えていく必要があろうかと思えます。

私の意見です。これはいろいろあるわけですが、今、既に意見もありましたが、特に認知症の方を相手にしたビジネス、あるいは発達障害の方とか、患者御本人の意思の確認が非常に難しいケースにつけ込んで、こういうものがビジネスとして入り込むということは、容易に予想がつくわけです。医療が抑止的になったら困るんですけれども、そういったところの一定の確認、チェック機能をしっかり仕組みとして入れないと、そういうところが不正の温床になっていく、一番弱いところにそういったものが入り込んでいくだろうと思います。

特に御本人の意思が反映されにくいケースの患者さんに対しては、具体的に考えていただきたいですし、これは介護なり医療、自治体と連携をした1つの政策の中で考えないと、中医協の中で議論できる問題ではないと思います。人の弱みにつけ込んだ医療ビジネスを許さないチェック機能の構築を強く要望します。

もう一つ、堀委員がおっしゃったように、いろんなことが予想されるわけですが、例えばニュースなどを見ていて、この資料の中にも書かれています。135のスライドとか、いろいろ書かれていて、これが本当だとしたら、情けない。多くの国民はそういうふう思うわけです。ですから、これが事実なのかどうなのか。調査に限界はあると思うんですけれども、明らかに不適切な事例があるという状況、あるいはそれが法令違反とは言えないということであったとすれば、どういうルールが必要なのかを、医療行政の中でよく斟酌をして、基本的には指導していただきたいと思います。

先ほど花井圭子委員がおっしゃっていたような、ああいうあからさまな表現については、個別的に指導していく。社会全体が適切に監視をしているんだということを具体的に進めていただきたいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

花井十伍委員、どうぞ。

○花井十伍委員

173のスライドの論点の(2)に、患者等への説明と同意の確認を行うこととし、以下、家族等へ説明することを要件にという文章がありますが、これは普通の先生方にとっては、箸の上げおろしで、当たり前のことです。当たり前のことを書かざるを得ないというのは、非常に残念な状況だと認識しています。

質問と意見なんですけど、かねてから言っているように、診療報酬明細書の交付を推進してほしいということは、お願いしていると思います。診療所では十分に進んでいないこともあり、月に何回か訪問する場合、毎回は煩瑣だというのは理解するので、月1回交付するとか、明細を患者さんが受け取ることによって、ある種こういうものの抑止力になると思います。だから、この機

会に明細の交付の推進をお願いしたいというのが1点です。

それから、質問です。関連しますが、結局お金のやりとりがあるはずで、これは集金業務です。例えば施設が一括して集めたりとか、そういうこともあるんですか。そういうところは、実態として、事務局はある程度把握をされているのかどうか。もし事務局で把握しているものがあれば、教えていただきたいと思います。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

今のところ、報告として、施設が一括して集めるというケースについては、聞いておりません。ただ、先ほど出てきた事例の中で、週2回以上は必ずかからなければいけないとか、そういった診療の仕方に統一的なものをつけている場合がある。そこまでしか、現在のところは、把握できてございません。

○花井十伍委員

わかりました。

今後その辺の状況を調べていただくとともに、重ねてですが、明細書については、これを機に、推進していただけるようにしていただけたらと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

安達委員、どうぞ。

○安達委員

最後のところの在宅医療を専門に行う保険医療機関について、いわゆるそういう医療機関にも、外来応需機能を求めるか否かということが、1つの論点として提出されているものと理解いたします。

我々は、以前から何度も申し上げておりますけれども、在宅医療というのは、かかりつけ医の機能の延長だと思っておりますので、かかりつけ医が家族関係もわかり、その人の今までの疾病背景もわかる形で、在宅医療を担うということが、一番いい形なんだということを前から主張しておりますし、実際そう感じているところであります。

一方では、都市部などが多いんでしょうけれども、実際に私は見たことがありませんが、報道などを読むと、例えば朝になると、在宅診療所からは、一斉に数台の車がぼっと出て行く、そして、夕方に帰ってくるということが報道されていて、言わばビジネスライクに在宅医療をやっている。これも社会的な要望からすれば、必要な1つの活動であることは理解いたします。

その中で、強化型在支診は3人の常勤医師の配置が条件ですが、それ以外にパートの医師の方々を雇用して、そういう人たちも含めて、たくさんの在宅を担って機動的にやる。そうすると、例えば在宅医療を受けている1人の患者さんからすると、先週来てくれた医師と、2週間後あるいは1週間後に来られた医師は違うかもしれない。それは何が違うのかということ、かかりつけ医の延長ということは、お互いに顔が見えていて、気心が知れている。ですから、そこで初めて出てくる訴えがあると思います。医師が来ているというだけで、医師が変わって、ただ医療の提供を受けているということからは、決して見えてこない状況が見えるというのが、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療の特徴ではないかと理解しております。

そういう意味でいうと、ここに論点が設定されていますけれども、在宅医療を主とした業務として行われる、診療所、保険医療機関についても、外来の機能は持たれるべきだろうと思います。つまり日常の在宅医療ではない患者さんに対しても、一定の応需をして、そういう方たちが、いわゆるかかりつけの患者さんになる。その中でのノウハウも学んでいただく必要があるだろうと思いますし、医療提供の姿勢として、そういう姿勢を持っていただくことも必要なんだというのが、我々の意見です。

事務局に御質問があるのは、176 ページの論点の考えられる要件案(例)として、ポツが4つありますが、3つのポツはあれとして、3番目のポツ、患者が外来受診できる連携医療機関の確保はどういう意味ですか。在宅医療を行う専門医療機関は、外来を持たなくてもいい、ほかの外来機能を持っている医療機関と連携していればいい、そういう意味での例ですか。

○森田会長

医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

これはあくまでも例として挙げたものですので、こうしろということではないんですが、今、安達委員が御指摘のように、必ずしも自分のところで外来ができなくても、十分に情報共有されている、あるいはその患者さんが在宅に入る前、外来にかかってきたときには、そちらの先生にかかっていたけれども、在宅に入らなければならなくなったときに、もともと外来をやっていた先生は在宅をやっていないで、要は協力して在宅専門にやっていたらっしゃる先生にお任せというか、そういうケースもあるということでごさいます、いろいろと考えられるものを挙げたということでごさいますので、これについて御議論いただければと思います。

○安達委員

そういうことを考えておられるんだとすると、別の意味でまた問題があるかもしれません。ある意味では、外来をやっている医療機関の患者さんを連携で囲い込むことになるわけです。そういうことなので、この例は余りにも不適切な気がして、何の意味がわからなかったので、お尋ねしましたが、あくまでもプランの1つだということですから、これは要件として消したほうがいいのではないかと思いますし、むしろストレートに、在宅を主に行う保険医療機関においても、保険医療機関がみずから外来機能を持つことというのも、要件の1つの例として掲げていただいたほうが、議論がしやすいと思います。

○森田会長

白川委員、どうぞ。

○白川委員

今の安達先生のお話でごさいます、在宅医療を担う医師は、かかりつけ医的な方が理想であろうというのは、十分に理解しますし、私もそういうふうに考えます。ただ、現実問題、少数の医師で在宅医療を担い、かつ24時間、緊急対応もというのは、医師の負担が大き過ぎるということで、いろいろな工夫をしていこうというのが、今回あるいは前回の考え方だと思っております。したがって、在宅専門の診療所がいいか、悪いかというのは、もう少し突き詰めて議論をしなければいけないとは思いますが、今、在宅医療は、歯科、薬局を含めて、体制をつくっていきこうという段階でごさいますので、余り固定的な考え方に捉われないほうがいい。トライアルみたいなこともあるでしょうし、いろいろな形態が地域によってあり得ると考えております。外来機能を持ちながら、在宅もその先生が診ていくのが1つのいいモデルだとは考えられますが、一方では、ときどき医師は変わったとしても、24時間面倒を診てもらえることを望む患者もいると思っておりますので、この辺は、今後もう少し議論しながら、要件も議論させていただければと考えております。

○森田会長

安達委員、先にどうぞ。

○安達委員

白川委員の御意見も理解しております。ですから、そういうニーズがあることは理解した上でと先ほどから申し上げております。ただし、在宅で患者さんに接するということは、患者さんにとっては、来る医師だけが医療的な側面として頼りですから、その中で、訴えやすい環境をつくることも大事です。外来でかかりつけ患者さんと接触をするという経験が、医師の中にも求められることなので、そういう意味では、かかりつけ医が1人で、自分のかかりつけ患者さんを診ようということを申し上げたのではなくて、在宅を主にされるところも、そういう経験を積んでいただいて、在宅医療をぜひやっていただきたいという意味では、専門にやる医療機関においても、一定の外来機能はあったほうがいいのではないかと申し上げました。補足しておきます。

○森田会長

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員

今の話については、最初にも申し上げさせていただきましたけれども、すぐに在宅専門の先生を禁止するとか、そういうことではなくて、徐々に地域における仕組みの中に溶け込んでいくような形で、収斂していけばいいと考えております。これからの議

論ももちろん必要だと思います。

それと、先ほどから、不適切事例を排除するために、保険医療機関のみを規制していくという話が進んでいるのですが、確かにこの場では、そういう議論しかできないのはわかるのですが、私が直接見聞きした例も含めて、相手方を規制することも考えていかないと、この問題の解決はなかなか難しいと思います。振り込む方に注意を促しても振り込め詐欺がなくなるのと同じだと思います。

例えばサ高住も国交省との共管だということですが、あつという間に10万戸にふえてしまい、目標は60万戸だそうですけども、これからもどんどんそうしてハードがふえていった場合、ソフトである医療や介護のサービスの部分が追いつかないということもあると思います。不適切事例がこれ以上ふえないように、厚労省全体あるいは他の省庁等も含めて相手方の規制を考えていただきたいと思います。

140ページですけども、考えられる対応案として、療養担当規則による話が出ましたが、診療報酬についての対応は、一部の診療報酬だけをどんどん上げていったところに目をつけられたということもあると思うので、先ほど言いましたように、在宅の裾野を広げていくということが重要だと思います。

もう一つは、そうはいいいながらも、在宅医療の推進という方向性は、損なわないような形で行ってほしいということをお願いしたいと思います。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

まだ意見はございますか。白川委員、どうぞ。

○白川委員

今の不適正事例の件で、いろいろな委員からお話が出ました。法的に現在は問題ないということではありますが、あえて申し上げます。診療報酬の2割ぐらゐ紹介料を払う例が出ておりまして、実際には何割払っているか、我々は承知しておりませんが、2割払ってももとがとれるというのは、診療報酬が高過ぎるということになりかねない。もう一つは、2割分を払ったのを取り返すために、過剰な診療をしているのではないかと疑われるということでございます。

法律違反でないとしても、在宅にかかわる診療報酬項目については、中医協がこれから議論、点数づけしていくわけでございますし、もう一つの過剰診療ではないかという件については、厚生労働省できっちり調べて、正していただくということだと思います。

これは我々1号側の委員からも、何人かから発言がありました。以前から、この中医協でも申し上げております、茨城県の日本医科大学の不正事件のときにも申し上げましたが、患者からの情報は、我々保険者のほうに随分入ってくるんです。今回の不適切事例についても、新聞に載ったからわかったわけですが、どなたかからの情報でだんだんわかってきたのだと思います。

保険者に入ってきた情報をどうしているかという、厚生局に連絡する仕組みになっております。保険者は一生懸命そういう情報を、もちろん自分のところで若干調べた上で連絡するのですが、厚生局が一向に動いてくれないということで、保険者側は怒っておりますし、半分は諦めております。そういう情報は、厚生局に言ってもしょうがないし、らちが明かない。こういうことになると、負のスパイラルみたいになっていって、ますます不適切な事例が横行するということになりかねません。前にも申し上げましたが、厚生労働省におかれては、そういう事実があるのだということ踏まえ、もう一度、チェック体制を構築していただくよう、改めてお願いを申し上げます。

○森田会長

どうぞ。

○白川委員

日本医科大学と間違えてしまいました。東京医科大学です。大変失礼いたしました。

○鈴木委員

日本医大は実在しますので、間違えないようにお願いします。

○白川委員

失礼いたしました。

○森田会長

そこは訂正していただきます。

石山委員、どうぞ。

○石山委員

今、白川先生がおっしゃったので、不適正事例はこれ以上言うつもりはないんですけども、前段の安達先生の在宅医療専門の議論です。まだ主治医機能について一生懸命構築している時期に、外来を求めるかどうかという議論は、まだ必要ないのではないか。それ以上に主治医機能の充実なり、方向なりが、本当に固まった後に出てくる新しいテーマだと思っております。したがって、現段階では、在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというほうに議論を集中させたほうが、得策ではないかというのが、私の意見です。

以上です。

○安達委員

御指摘の点はよく理解できます。ただ、非常に急速なスピードで、大規模化した、在宅医療を専従にする医療機関が、特に都市部ではふえてきて、しかも、それが1つのビジネスのようになり、例えば不適切事例にあるような、紹介を応需するというケースや、同一建物を中心にして、在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないということがある。

先日のその4の前半でありましたように、例えば強化型在支診でも、急変時は救急車を呼んでくださいなんて、患者さんに言っているところがあるというのは、その1つの事例です。

そういうこともあるので、もちろんかかりつけ医の機能と並行することは、委員が御指摘のとおりですが、今回の改定の中では、少なくとも対応できるものについて、一定の結論を出さないと、次の2年後になると、相当様相が変わってしまうということを、我々は懸念しておりますので、先ほどの意見も申し上げました。

○石山委員

わかりました。基本的にどういう網をかぶせるか。この辺については、今回の方向に向けて議論を進めて、結論を出すべきだというのは、同じ意見です。

以上です。

○森田会長

中川委員、どうぞ。

○中川委員

先ほどの白川委員の3割も払っているんだから、診療報酬が高いというのは、ちょっと短絡的ではないかということ、1つ感想として申し上げたいと思います。

それと、在宅医療を専門にする医療機関のところで思ったんですが、一般用医薬品のインターネット販売のときに、実店舗のない薬局はだめだという要件にしたんです。在宅医療を受けている患者さんは、どこの先生が来てくれるのかということといえば、きちんとした診療所があって、そこで外来応需機能を果たしていて、あの先生が来てくれるんだということは、非常に大事なことだと思います。自分のところに来てくれる先生が、電話の向こうにしかいない。今でいえば、クラウドコンピュータから先生が来るということでは、在宅医療を受けている患者さん、御家族の不安は解消できないのではないかと。事務局、176 ページは、受ける側の患者さんの立場から、安心する在宅医療という観点から、いろいろ要件を考えていただきたいと思います。

○森田会長

関原委員、どうぞ。

○関原委員

今の点ですけども、これだけ在宅専門の先生がふえているのは、既存のかかりつけ医、主治医では十分対応できない、ワークしていないから、マーケットとして出てきていると思います。実際、私は東京都内に住んでいますが、たくさんの方が在宅専門

のお医者さんを利用しますし、24時間、365日回ってきてくれるというのは、幾ら主治医や開業医の先生にお願いしても、ニーズが全て達成されるわけではないということから、ふえてきていると思います。

もちろん在宅医に外来があったほうがいいんですが、それによって、在宅医療全体のキャパシティが減ってくる、ふえない。つまりニーズはどんどんふえるけれども、それに対する供給体制が十分に賄えないのではないかと思いますので、もう少し今のまま進んでいっていいという気もしております。

一方、コミッションを取るとか、ひどい例はたくさんありますけれども、全体の中で半分もあるということではなくて、量から見れば、普通に真面目にやっている在宅の人が圧倒的に多いと思いますので、不適切事例については、適正に対処するとしても、それをもって、今、ふえている在宅専門の医療機関に対する制限が大きくなることについては、これから大いに議論していかなければいかぬと思います。

○森田会長

ありがとうございました。

まだございますか。田中委員、どうぞ。

○田中委員

在宅医療について理解を深めたいので、話をしますけれども、実態がかなり先行しているということは、承知していないという前提で話をしますが、何となく私の中のイメージでは、例えば夜間とか休日の診療所に詰めているお医者さんというのは、ほとんど地域の先生です。開業医の先生だったり、病院の先生だったりするわけですが、例えば在宅医療を専門に行う機関ですが、患者の立場からしたら、いつも同じ先生ではないかもしれないけれども、地域の先生がそこにいらっしゃるというのは、安心感につながると思います。それが、今、現実在宅医療を専門に行う事業者がいっぱいあって、実態が違うのであれば、そこをどういうふうに対処していくかということは、必要だと思います。

各委員からさまざまな意見が出ていますけれども、患者の立場からすれば、かかりつけ医、いつも診てもらっている先生に、夜中の2時、3時に電話できるかとか、本当に救急のときは救急車を呼びますけれども、かかりつけ医の機能を補完するという意味での在宅医療のニーズというのが、これからどんどんふえてくるということであれば、今のかかりつけ医なり主治医の機能とどういうふうに連携するべきかを考える必要があると思います。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はないと、患者の立場では考えます。どちらにしても地域にいる先生に診ていただければ、患者としては一番安心だと思います。

実態をわからずに発言をしていれば、御容赦いただきたいと思います。

○森田会長

ありがとうございました。

万代委員、どうぞ。

○万代委員

不適切事例につきましては、長々とやるべきではないかと思ひますし、肅々と対応することで、医療側も医療を正していくということだと思います。

それへの対応といたしまして、療担規則と診療報酬上で対応してはどうかという提案ですけれども、まずは堀井委員がおっしゃったように、療担規則のほうで縛るのが第一だと思います。もちろん診療報酬上何かの規制をかけるということについても、必要だと思います。

その中で、165 ページに在宅患者訪問診療料の件が歯科と並べて掲示されています。これも三段論法的に、先ほど来の新聞報道による不適切事例がある。さらに159 ページあるいは158 ページの辺りで、訪問件数が多いというデータが示されまして、そのところで何らかの不適切な状況があるのではないかということから、それを防ぐために、あるいはそれを規制するためにスライドが出ていると思ひますし、166 ページの対応(案)が出ていると思ひます。

この中で、歯科と並べて、医科の診療が全く同じかということ、そうではないだろうと思ひます。歯科の診療と医科の診療は少し違ひまして、特に在宅の患者さんに対する診療については、例えば血圧をはかるとか、体を診察するだけではなくて、いろんな指導が入るだろうと思ひます。それが短時間で済む場合もあるでしょうし、長時間で済む場合もあるということからすると、時

間要件のところは、歯科が20分以上ということで、あたかも医科のほうにも20分以上という制限を入れようという目論見にも思えますけれども、それについては、反対でございます。従来から申し上げていますように、時間で全て規定できるのかということでございます。

もちろん先ほど認知症がある方に対して、患者さんの同意をどう取るかという議論もありましたけれども、そういったことも含めまして、同じ内容の診察をしても、人によって、物わがりのいい方、悪い方もおられますし、そういった意味では、時間で一律に規制するというのは、非常に問題があると思います。

関原委員がいみじくもおっしゃったように、現行で一生懸命在宅をやっている方のことを考えれば、時間要件を要件に持ち込むということは、かえって、訪問診療の芽を摘んでしまう。角を矯めて牛を殺すような結果になるのではないかと恐れます。その分、例えば記載要件とか、患者への情報提供というものは必要でございますから、そういったことでやっていく。時間は、記録、データとして重要だという議論がございましたし、それに反対するつもりはございませんけれども、それを要件にすることは、在宅の医療を委縮させてしまうのではないかと思います。

今後、具体的な点数なり、要件の設定が入ると思いますが、事務局においては、そのところも十分に勘案いただいて、時間の要件を入れることによって、訪問診療が委縮しないということも十分考えた形にさせていただきたいと思っております。

以上です。

○森田会長

ありがとうございました。

堀委員、どうぞ。

○堀委員

今、御発言があったとおり、歯科も20分が適当だとは思っているわけではありません。今、万代委員が言われたように、診療行為を時間で縛るということについては、かねてから、やむを得ない措置という理解をしておりました。前から、こういったことについては、本質的ではないと繰り返し申し上げて問題提起をしているところでありまして、今回の改定では、あわせて御検討いただきたいと申し上げておきたいと思っております。

○森田会長

ありがとうございました。

石山委員、どうぞ。

○石山委員

縛るか、縛らないか、要件は別にして、通常の世界ですと、いつ何時に何って、この方を5分診たというのは、記録としてとるのは当然だと思います。何か不手際があるんですか。それを書くことが大変なんですか。万代委員は前にもおっしゃいましたけれどもね。今、バー（一）が入っていて、厚労省の方がどう考えているかはわかりませんが、記録というのは、とるものなのではないんですか。

○万代委員

勘違いしないでいただきたいんですけど、私は時間を記録することを受け入れないと言っているわけではありません。一定程度以上の時間でないと算定できないという要件にするのはまずいと申し上げているのであって、データとして、時間を記録すること自体には全く反対しておりません。

○森田会長

ありがとうございました。

大分長く議論してまいりましたけれども、ほかに御発言ございませんでしょうか。どうぞ。

○鈴木委員

在宅専門の診療所について、1号側、公益の先生からも御意見があったので、いかがなものかと思っておりますけれども、在宅に熱心に取り組んでいる先生方の中でも、在宅専門で企業的にやっつけようとするところに対する批判というのは、強いのです。ですから、本来のかかりつけ医の在宅を推進するという方向性を損なうようなことは、去年が在宅医療元年だそうですから、ことは2年目で、まだまだこれからの話ですから、早い段階で方向性はしっかりと決めておく必要があると思っております。今、あた

かも、そういうものを新たなジャンルとして認めるということは、するべきではないと考えております。

○森田会長

ありがとうございました。

それでは、この議論はそろそろ終わりにしてよろしいでしょうか。

本日いろんな御意見が出ましたし、1号側、2号側で活発な議論がされたと思います。ただ、基本的な方向はそれほど変わらないようにも思いましたので、きょう出た御意見を踏まえて、今後さらに議論を深めていければと思っております。

本日は異例に早く終わったような気がいたしますけれども、議題は以上でございます。

次回の日程につきまして、事務局からお願いします。医療課長、どうぞ。

○宇都宮医療課長

医療課長でございます。

今回はあさって11月1日を予定してございます。よろしく願いいたします。

○森田会長

ありがとうございました。本日の総会はこれにて閉会といたします。

(了)

<照会先>

厚生労働省保険局医療課企画法令第1係

代表：03-5253-1111（内線3288）

（ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000029037.html> にて公開されたものを抜粋し転写 ）