

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事要旨）

（開催要領）

- 1 日時 平成27年1月23日（金）13:50～14:22
- 2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室
- 3 出席

<WG委員>

- 座長 八田 達夫 アジア成長研究所所長
大阪大学社会経済研究所招聘教授
- 委員 秋山 咲恵 株式会社サキコーポレーション代表取締役社長
- 委員 阿曾沼 元博 医療法人社団滉志会瀬田クリニックグループ代表
- 委員 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長
- 委員 本間 正義 東京大学大学院農学生命科学研究科教授

<関係省庁>

- 林 修一郎 厚生労働省保険局医療課課長補佐

<事務局>

- 内田 要 内閣府地方創生推進室長
- 富屋 誠一郎 内閣府地方創生推進室長代理
- 藤原 豊 内閣府地方創生推進室次長
- 宇野 善昌 内閣府地方創生推進室参事官
- 松藤 保孝 内閣府地方創生推進室参事官

（議事次第）

- 1 開会
- 2 議事 往診ルールの弾力化、在宅医療の柔軟な実施
- 3 閉会

○宇野参事官 それでは、午後のヒアリングを再開させていただきたいと思います。

まず1つ目が、厚生労働省保険局医療課から来ていただいております、往診ルールの弾力化、在宅医療の柔軟な実施というテーマでヒアリングを開催したいと思います。

本日提出されている資料は公表、議事録も公表ということによろしいでしょうか。

○林課長補佐 はい。

○宇野参事官 では、そういう形で進めさせていただきたいと思います。

それでは、座長のほうよろしくお願いたします。

○八田座長 お忙しいところお越しくださしまして、ありがとうございました。

それでは、早速御説明をお願いいたします。

○林課長補佐 お招きに預かりまして、ありがとうございます。厚生労働省保険局医療課の林と申します。よろしくをお願いいたします。

往診と訪問診療につきまして、まず言葉の定義を1枚目に御紹介させていただきましてから、論点について御説明をさせていただきたいと思っております。

往診と訪問診療という言葉を使わせていただいておりますけれども、表にございますように、往診というのは医師が予定外に患家に赴いて診療を行うこと。訪問診療はこれに対しまして定期的に訪問して診療を行うこと。こういう定義で言葉を使わせていただいております。

紙の最初に戻りますけれども、往診・訪問診療は、医療上の必要性によって在宅に赴いて診療する必要がある場合に実施するものでございます。往診や訪問診療は、外来診療と比べますと医療資源を多く必要といたします。また、診療報酬につきましても高く設定をされておりまして、表を御覧いただきますと外来診療が例えば再診料で72点であるのに対しまして、往診料ですと720点、在宅患者訪問診療料1という典型的なものと833点といったように高くなっておりますので、医療上の必要性にかかわらず、安易に実施されることがないように、その実施に当たっては一定の要件を定めているところでございます。

例えば往診ですと、往診は診療上必要があると認められる場合に行うことということ療養担当規則上、定めておりますし、訪問診療につきましては継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して、安易に算定してはならないという旨を算定ルール上、明記をいたしております。

2枚目に移らせていただきます。今回の論点として御提示いただきましたことの1つ目が、16キロメートルを超える往診や訪問診療の取り扱いについてということでございます。保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診や訪問診療については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がなく、特に患家の希望によって行われる場合は認められないものとされております。

これはどういう意義があるルールかと申しますと、周囲に診療を行う医療機関があるにもかかわらず、患者の希望によって遠方の医療機関から往診や訪問診療を行うことは医療資源を多く消費しますので、ひいては医療保険に負荷を及ぼす可能性もあるということでございます。このため、絶対的に必要であるという根拠がなく、患者さんの御希望によって16キロメートルを超えるような往診をした場合の往診料、これはそういう往診をしてはいけないということではなくて、患者負担とされているわけでございます。

また、現代的な意義としては患者の急変時などに緊急の往診をするとか、介護事業所と連携するといった、地域において適切な医療を提供するに当たっても、患者さんの家と保険医療機関はある程度の距離にあることが望ましい。こういう議論もよくなされているところであります。

なお、絶対的な理由があれば16キロメートルを超えてもよいというようなことを申し上げましたけれども、そのような場合というのがどういう場合かというものを下の表に掲げさせていただきました。絶対的な理由としては、患者さんの家の所在地から半径16キロメートル以内に求める診療に専門的に対応できる保健医療機関が存在しない場合ですとか、そういった医療機関が存在していても、その医療機関が往診などを行っていない。こういった場合を例示いたしておりますので、例示でございますのでこれだけしかないということではございませんが、こういったような絶対的な理由があれば、16キロメートルを超えて往診料等の算定が可能としているわけでございます。

また、特殊の事情としては、これは少し古いルールでございますけれども、冬季の積雪とか、そういった事情も考慮するということが定められております。

続きまして3ページ目、外来応需の体制のない保険医療機関についてということでございます。外来応需の体制構築に関する考え方として、そもそも健康保険法63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受ける。これはいわゆるフリーアクセスの概念ですけれども、そういう規定がございます。この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要でして、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。こういう運用をいたしているところでございます。

どういうことかということ、在宅専門で在宅だけしかやらない。患者さんがその医療機関にやってきても患者さんを診ませんというようなことでは困る。患者さんがそこに来られたときにはやはり患者さんを診てください。こういうルールになっているということでございます。

在宅医療のみを行う保険医療機関に対しては、必要な場合に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おりますので、この体制がないまま在宅医療のみを行う保険医療機関は認められていないということでございます。

検討状況でございますけれども、平成25年10月には中医協において在宅医療を専門に行う保険医療機関のあり方についての議論をいたしまして、また、前回の診療報酬改定後の答申書の附帯意見においても、このあり方については引き続き検討する。このようになっておりますので、引き続き検討していきたいと考えております。

説明は以上でございます。

○八田座長 どうも御説明ありがとうございました。

いろいろな条件に関して理由があることはよくわかりました。

今、要望が出ているのは、従来型とかなり異なって、病児に対して保育士さんが在宅保育をやる。その際にお医者さんを派遣できるための病児保育専門の診療所を設置したいということなのです。

従来型の往診に対する規制にきちんとした理由があることはわかるけれども、ここで提

案されているようなサービスはこれまでほとんどないわけです。従って、この新しいカテゴリについてはまた新しい措置をとることが必要なように思うのです。

しかし今、厚労省さんとしてお考えになっているのは、そういう病児は、近くのかかりつけのお医者さんに往診してもらえばいいということです。しかし即効性を持って往診をしていただくというのは普通、忙しいお医者さんはなかなかできないのです。したがって、通院が困難な患者の求める診療に専門的に対応する保険医療機関が必要です。即効性を持って往診をしていただく医療機関というのは非常に特殊だと思うので、そういう専門性を認めることはできないですか。

○林課長補佐 今、この御要望の背景についてお話を伺いました。できればもう少し詳しくどんな患者さんの状態だということをお伺いすれば、またそれに応じたお答えができるのかもわからないなと思ってお伺いをしたのですけれども、これまでの判断で考えていきますと、軽度の軽い病気であれば、そもそもは外来に行っていただくというあり方がまずあるのだらうと思います。往診は診療上必要があると認められる場合に行うこととされていますので、その患者さんのお子さんの状態がよくわからない中で、その状況によっては必ずしも往診を必要としない状態もあるのかもしれないなと思います。

次に、往診が必要だといたしまして、その方の病状が例えば非常にまれな病気であるとか、障害があって非常に不安定な状態にあるとか、例えば専門性が相当高くないとできないような診療であるといったような、何かそういう理由があって遠くから往診をしてもらう、あるいは訪問診療してもらう。そういったことは現状でも例示されている中にあると思いますし、病児保育でお母様がいらっしゃる場所で診察をするというのはどれぐらいの医学的な必要性があるのかとか、専門性があるのかとか、そういったところから考えていくような判断事項になるのかなと考えるところでございます。

○八田座長 今おっしゃったように、特殊な病気とかそういったときにこういう例外を認めるというのはよくわかります。しかしお母さんの立場からしたら子供が急病になった。とにかく会社には行かざるを得ないというときに、一応この会社に頼めば万全の経験のある保育士さんを派遣してくれて、過去にもその人が来てくれた。そして、豊富な往診の経験を持つ小児科のお医者さんが連携して診に来てくれるということになったら、お母さんとしても物すごく安心だろうと思うのです。

母親でない人が風邪の子を病院に連れて行って、そこで診てもらって帰ってきなさいとするよりは、こういうサービスを活用する方がいいのではないか。しかも今これが16キロメートル以内では可能になっているわけですから、そういうサービスを、もう少し広い範囲ではどうか。だから全ておっしゃる理由はわかるけれども、ここの患者の求める診療に対応できるというものが、専門的な特殊な病気ということよりは、状況的に専門的にこういう状況に非常に特化していろいろサービスをしている病院という意味では解釈できるのではないかと思うのです。こういう病児保育のサービスは、そんなにどこにでもあるものではないですから、運用でその専門性を認めていただければ大変いいことではないか

と思うのです。

○阿曾沼委員 法的な質問、確認ですが、これは自費だったらいいのですね。患者の希望があれば。従って患者の要望と希望を制限するものではないということですね。しかし、往診料が自費だと処方等の保険診療が加わった場合は混合診療になってしまうということでしょうか。全て自費扱いとなるということでしょうか。

○林課長補佐 そこは自費になる。そのとおりです。

○阿曾沼委員 混合診療になってしまうということですね。ということは患者さんの希望があっても自費で全てお金を払って下さいという事になってしまうのですね。

○林課長補佐 混合診療といいますか、混合せずに根っこから保険外診療であるという整理になります。

○阿曾沼委員 16キロ以上の往診を希望する人たちが往診に来てもらったら、全部自費になってしまうわけですか。

○林課長補佐 医学的にというか絶対的に必要な理由がない限りは。

○阿曾沼委員 病気と患者が判断して往診を求めるわけですから、往診に行く前に往診医師は医学的に必要があるかないかなんていうことは普通考えないですね。行ってみなければわからないということは往々にしてあるではないですか。

○林課長補佐 できれば近くのお医者さんが来てくれるのであれば、そちらのほうに先にお願いをいただきたい。

○阿曾沼委員 確かに近くに医師が来てくれれば問題ないのですが、議論になっている病児保育ということを専門的に扱い、その経験を積んだ先生とがグループがやりたいと言っている部分に関しても、特例は認められないのかということですか。

しかし、それって患者さんや患者さんの家族の医師や医療機関の選択の自由を制限するわけですよね。フリーアクセスの担保と言いながら、地域限定をしたり距離で限定するというのは、フリーアクセスの精神とは少し相違する感じがします。国民皆保険制度の中で確保すべきフリーアクセスの為に、とにかく患者さんの近くに施設をつくらなければいけないということで、歴史的に施設をいっぱい創ってきたわけですが、それはある意味施設オリエンテッドなフリーアクセス議論で、本来患者が望む医療の技術、サービスに対してのフリーアクセスは、現実的には制限されているということですね。

病児保育と限定すれば、選定療養にすれば本当はいいのかもしれないですね。しかし、もともと16キロという距離の限定に関しては合理的かつ客観的な意味では根拠レスなんではないですか。今回の申請は、根拠レスなもので患者の自由な選択を制限するというのはいかがなものかという要望だと思うのです。

○林課長補佐 もちろん閾値のところはどう違うかという議論はもちろんあることは承知をしていますし、それはさておき、近いところと遠いところでどちらのお医者さんに来てもらうほうが、保険財政という観点から見て望ましいかという価値観でつくられているものです。

○阿曾沼委員 保険財政という観点でいけば、近くのお医者さんが来てもらえないのだったら、別に遠くから来てもらって保険財政は余り大きく影響しないではないですか。

○林課長補佐 近くのお医者さんが来てもらえないのだったら構わないということは既に書いてあるわけですから。

○阿曾沼委員 今回の要望は、病児専門というのは病児を専門にした訪問診療、往診というものをとにかく16キロ以上に広げることによって、病児を持った家族の安心をサポートしてあげたいという非常に純粋な要求だと思うのです。

○八田座長 補足して言うと、例えば非常に特殊な病気を診るお医者さんの場合は認められているわけですが、そういう非常に特殊な病気を診るお医者さんがいたるところに出てきたら、別に特殊な例外を認める必要はないですね。それと同じで病児保育の専門もいたるところで出てきて、近くに往診をどんどんしますよというものが出てくれば、もうそんな例外を認める必要はないと思います。しかし今はやはりまれなのです。こういうものは今まさにできつつあるような状況で、しかもまだ正式には認められていない。そうすると、そういうところは先ほど阿曾沼先生もおっしゃったように、専門的なところとして認めていいのではないかと。ただし、私も厚労省さんがおっしゃったように無制限にやる必要はないと思います。それは往診の適正な範囲というものがあるので、16キロよりも広げるけれども、一定の限度は設けたほうが良いとは思いますが。

○阿曾沼委員 病児保育でのサービスの基本は、先ずは保育士の人たちが行くという前提であって、必要に応じて小児科の先生が往診するという事がセットとなっていると理解しています。専門の医師が状況を見てトリアージをして、当然必要な場合は必要な病院に緊急搬送しなければいけないことは当然あるわけです。現状ではそういったサポートをやるところが非常に少ないという認識での提案です。16キロを少しでも緩和してもらおうということが、これらのニーズの充足になるのではないかと思います。

○秋山委員 あと、加えてということなのですが、もちろん原理原則を踏まえることは必要なことだと思うのですが、今回、国家戦略特区でこれをやりたいという背景に社会情勢の変化と、それに伴って国民のニーズ、需要が変わってきていて、それを政府がそちらにかじを切っていこうという流れを踏まえる必要があると思っております。

それはどういうことかということ、今回御提案いただいた事業者さんの提案の背景というのは、今、女性の活躍推進という話、それから、今後女性あるいは女性に限らず、子育てしながら仕事を持って、みんなで家計を支えていくという生活スタイルというのがこれからの日本の中心的な中間層の姿になっていくわけなのですけれども、そうしたときに子供を保育所に預けたりとかしながら働いている中で、病気になったときの選択肢が余りにも少ない。そのことで働く女性の多くが仕事と育児の両立ができない。なぜならば、しょっちゅう子どもが熱を出して、そのたびごとに会社を休んでいる人も勤め続けることができない。会社に非常にいづらいということがあって、何とかその社会問題を解決できないだろうかということ、提案いただいているのが病児保育の往診サービスというのが私ど

もの理解なのです。

今、先生方おっしゃった背景がそういう形であるということになりますので、できれば原理原則を踏まえつつ、どうやればそれがまず実験的にでもやれるか。やった結果、ある条件のもとであれば非常に社会的意義があるサービスであるということであれば、広げていくべきだと思いますし、それはとにかく一步を踏み出さないことには問題も解決しないし、あまり神学議論みたいなところで時間を使うよりは、実際におやりになりたいという事業者さんがいらっしゃいますので、ぜひ具体的内容を検討いただいて、どうすればできるかということと一緒に議論させていただきたいと思います。

今日のペーパーの中でも、それは決してフリーアクセスの問題とそごするものではないと思いますし、今、中医協さんで検討となっているのですが、これも私は内容を詳しく勉強しておりませんが、多分、今、特区で提案いただいているものと、ここで想定している在宅医療を専門に行う保険医療機関というもののカテゴリは、必ずしも一致しないのではないかと。要はこの議論とはまた別の次元で検討していただく必要があるのではないかと考えておりますので、そのあたりも含めて前向きに御検討いただきたいと思います。

○林課長補佐 今、御指摘のあったところは、病児保育に付随する診療というものがどの程度に専門的かというところで、それがほかで代替できないような専門性なのであれば、十分、今の解釈の中でも読める範囲内ではないかという御指摘もあったのではないかと思います。

そのあたりはもしお許しいただけるのであれば、実際にやろうとされている方から御連絡をいただければ、私どもも実際にどういう診療をされようとしているのかお話を伺いするようなことは可能だと思いますし、それが病児と言っても小児科の患者さんですから、病児とだけ言われてもなかなかすぐには普通の小児科の診療と違うんですというふうに感じることがまだできないわけですが、そこはまずお話を伺って。

○阿曾沼委員 やってくれる人が少ないという現状です。病児保育のための往診をしてくれるお医者さんというのはそう簡単ではない。

○八田座長 結局、おばあちゃんがいるならば病気のとき対応できるけれども、いない限り働けないという現状があります。

○阿曾沼委員 熱があると保育所も預かってくれないうですし。

○林課長補佐 そういう課題があることはそのとおりだと思います。医療政策上のことを申し上げるとすれば、それだけ小児科医が少ないという中でどこまでの皆様が望むサービスを提供できるのか、ミクロに見たら確かにいいサービスかもしれないけれども、マクロに見てそれが最適につながっているのか。こちらには高い給料で小児科のお医者さんが確保できたけれども、こちらにはむしろ病院に行ったら小児科のお医者さんがいなくなってしまうということでも困るわけですから。

○秋山委員 逆に事業者の方からヒアリングをした中で非常に興味深かったのは、女医さんで育児休業だとかをおとりになられている方、あるいはまだお子さんが小さくて、フル

タイムのお医者さんとして現場復帰したときには、非常に勤務状況が厳しいということから復帰を躊躇されているような、言ってみれば潜在的な眠れるお医者様がむしろそういう形態であれば、お医者さんとして仕事ができるというような需要もあるようです。ですから、そういう意味では非常にWin-Winではないですけれども、どちらの面でも社会的な意義は非常に大きいサービスではないかと思います。

○阿曾沼委員 今の議論は、広域にやろうとしたらそういう議論は必ず出てくると思うのですけれども、今回は特区の中で地域を限定する、もしくは要件を付してやるということであるとすれば、やる意味はあると思います。そこで成功体験を見ていけば全国に広がっていくという意味でも非常にいいと思います。

今、先生がおっしゃったように、家庭にいるお医者さん、子育てをやっている様な先生たちを活用するという事だと思えます。一方で外来応需の問題というのは出てくるのかもしれませんが、一定の外来応需に資する体制を整えることが条件であるとすれば、それでもやるということならば、大きな変化を生み出せると思えます。

○八田座長 要望者とどういふふうに関係していたかというのは事務局とも相談しますが、それはぜひ向こうの考えが伝わるようにしたいと思えます。

これはもしできたら厚労省の政策としても大きく取り上げていけるような、すごくいい政策だと思うのです。赤ちゃんを抱える母親にとっては本当に助かる話だろうと思うのです。

○阿曾沼委員 多くの人が潜在的に望んでいると思えます。

○八田座長 ある意味で、私は経済学者だから、本当は混合診療として往診料をとればいいではないかと思うのです。しかし実際は混合診療でできないわけだから、これはやはり専門性があると解釈したほうがスムーズだと思います。でも、往診を制限していらっしゃる理由はよくわかりました。

○秋山委員 多分ここでいろいろこういう制限がある、この制度の大前提として医療報酬、診療報酬の設定の、訪問診療とか往診のほうが点数が非常に高く設定されているので、そこを野放図に自由になると医療費が非常に膨らんでしまうというような懸念が前提としてあるように見えるのですけれども、今後これから社会的なニーズがそういう方向に移っていくことを考えれば、診療の部分と往診の部分あるいは訪問診療の部分、移動して出先でやるという部分について、また違う考え方でこういうものを設定していけば、もっともっとニュートラルな形で医療サービスが、フリーアクセスの意味合いが現代にマッチしたような形になるのではないかと思いますけれども、ここで言うべきことかどうかわからないのですが。

○八田座長 要するに最初から当人負担にしまえということですね。ここの往診費はね。

○阿曾沼委員 繰り返しになりますが、医療は施設フリーアクセスは十分に担保しているが、医療技術やサービスに関しては必ずしもフリーアクセスが担保されて居ない訳です。

なおかつ二次医療圏の設定も、県域とかに制限され、生活圏という観点での設定が無いのではないかと思います。しかし、今回の申請は色々な意味で価値のあるものだと思います。当然これで失敗したり問題が起こっては困りますから、そこは十分に話し合っていたということだと思います。

○林課長補佐 わかりました。今の御指摘にお答えすると、この報酬体系をどうするかというのは私どもにとっても非常に大きな問題で、訪問診療全体としてはこれからの高齢社会を支えていくために、ある程度推進をしていかななくてはなりゆかないという中で、多少誘導的な報酬設定にもなっている面があります。

そういう中で、余りに往診をされる先生、訪問診療される先生方が自分の好きな患者さんだけ選ぶようなことをされてしまうと、どうしても楽な患者さんばかりに行ってしまうと、そうするとそこは無駄が生じてしまうということで、中医協でも10月に議論したと申し上げた。そのときにはそういったような観点からの議論がなされていたりとか、あと、医師のプリミティブな倫理観として患者さんを選ぶというのはよくない。患者さんから求められればいつでも自分は診療しなければいけないという倫理観から、そういったものは自分のところを診てほしいといった人に関しては必ず行く、あるいは必ずいらっしゃればそこで診るという態度でやるべきなのではないか。そういったような観点から、今おっしゃっていただいたような御指摘にもお応えするような議論、まさに中医協で少し深いところからやっているというところがございますので、またこれは次の改定に向けてもやっていきたいと思います。

○八田座長 ほかにございますか。事務局からどうぞ。

○宇野参事官 2つ質問があるのですが、1つは距離によって診療報酬は変わるのですか。1枚目の紙だとあまり距離とか関係なく720点とか833点と決まっているように見えるので、距離に応じて診療報酬が変わるのであれば、遠ければ医療保険に負担がかかるという理屈はわかるのですが、そのように見えなかったのが1点と、外来応需のほうは今、附帯意見がついている状態で、この検討のスケジュール感はどういうふうにお持ちなのか教えていただけますか。

○林課長補佐 わかりました。

1つ目の御指摘でございますけれども、現在は距離による診療報酬の差というのはついていない状況です。したがって16キロの外は基本的には算定できないというふうになっておりますけれども、絶対的な理由があって診療された場合も同じ報酬が払われるという形になっております。歴史的には差がついていた時代があるということで、もともとは差がついていた中でこういうルールもあるということでございますが、ただ、診療報酬というのは結局、医療機関のコストをマクロに調査して、それにある程度見合うように改定率を設定していくということで、診療報酬改定を行っておりますので、医療上の必要がないのに無駄にコストがかかるような運営を医療機関がされていくことになると、結局マクロ的な意味で医療費が上がっていく。こういう関係にはなっていると承知をしています。

それから、2つ目の御指摘の中医協での議論ですけれども、これは年度内にまず本件について議論の機会を設けたいと思っていますので、私どもも今そのための資料づくりとか、そういう準備を進めているところでございます。

○八田座長 よろしいですか。

どうも今日はありがとうございました。