

## 第5回 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和4年3月31日（木）17:00～18:23
2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室
3. 出席者：  
（委員）佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員  
（専門委員）大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員、村上専門委員  
（政府）牧島大臣、山田大臣政務官  
（事務局）村瀬室長、辻次長、木尾参事官  
（説明者）尾関英浩 公益社団法人全国老人福祉施設協議会老施協総研運営委員会委員長  
加藤 馨 公益社団法人全国老人福祉施設協議会老施協総研運営委員会副委員長  
小林悦子 一般社団法人生活を支える看護師の会会長  
堀内 斉 厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当）  
須藤明彦 厚生労働省老健局高齢者支援課長  
石毛雅之 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐  
金光一瑛 厚生労働省保険局医療課長補佐

#### 4. 議題：

（開会）

1. 特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について
2. 規制改革ホットライン処理方針について

（閉会）

○事務局 それでは、ただいまより第5回「規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には御多忙の中、御出席いただき、ありがとうございます。

本日もウェブ会議ツールを用いてオンラインで開催してございます。お手元に資料を御準備いただき、御参加をお願い申し上げます。

本日は、議題1として「特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について」、議題2として「規制改革ホットライン処理方針について」の2件について御議論いただきたいと思っております。

なお、参考資料として、昨年12月の中間取りまとめを受けまして、新型コロナウイルス抗原定性検査キット購入時に薬局から求められておりました書面への署名を不要とすること等についての事務連絡が3月17日に厚生労働省から発出されましたので、御報告いたし

ます。厚生労働省の皆様におかれましては、御対応ありがとうございました。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 本日もよろしくお願いいたします。

本日は、山田大臣政務官に御出席いただいております。途中で退席される御予定と伺っております。なお、牧島大臣は公務終了後、御出席いただける予定と伺っております。

また、落合専門委員、村上専門委員にも御出席いただいております。

初めに、山田大臣政務官に大臣メッセージ代読及び一言御挨拶をいただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。

○山田大臣政務官 大臣政務官をやっております、山田太郎でございます。牧島大臣からメッセージを預かっておりますので、代読させていただきます。

委員の皆様方には、本日も会議に御出席いただき、御礼申し上げます。

まず、本日、オンライン服薬指導の新型コロナ特例措置を恒久化するための、厚生労働省令改正が行われるなど、在宅で診療から薬剤の受取までを可能とする一連の制度改革、具体的には、オンライン診療、オンライン服薬指導、電子処方箋の制度的な基盤について、一定の形が整うこととなりました。

規制改革推進会議での多くの議論の結果でもありまして、委員の皆様方の熱意と御貢献、そして厚労省の方々の真摯な対応に、改めて感謝させていただきます。

さて、昨日のデジタル臨時行政調査会では、岸田総理から、全国どこでも医療・介護サービスや医薬品に円滑にアクセスし、健康を維持・増進するための医療・介護のデジタル化について、御指示がありました。昨年末のデジタル臨調でも薬局DX等の御指示をいただいたところでありますが、皆様方には引き続き、デジタル原則を基礎としつつ、医療DX・薬局DX、更には介護DXの推進に御知見を賜りますよう、どうかよろしくお願いいたします。

本日は、特別養護老人ホームにおける医療アクセスについて、継続の御議論をいただければと思っております。我が国では、62万人の高齢者の方々が特別養護老人ホームに入所されておりまして、終の棲家として、看護職、介護職員の方々が献身的にケアを行っておられるとともに、配置医師の方々が、主に介護保険を原資としつつ、日常的な健康管理等に目配りをされていると理解しております。

一方、特養の平均的な要介護度は上昇しまして、令和元年現在では3.95になるなど、生活の場である施設内での、医療ニーズが高まりつつあるとお聞きしております。

このような中、特養の現場からは、まず高齢者の急変時や看取りの対応など、「健康管理、療養上の指導」を超えた診療が、現行の介護保険、そして医療保険の役割分担の中で円滑に実施できない、そして、特養でも配置医師が臨機応変に往診や訪問診療、オンライン診療を行うことが可能となるよう、制度的基盤を整備する必要があるのではないかといった指摘も伺っております。

生活の場である特養におきまして、高齢者の方々の急変時に医療を施設内で提供できる

か、病院死ではなく施設内で生を全うすることができるのか、現場の看護職、介護職員の方々のやりがいは向上するかといった観点から、今後の特養における医療アクセスの在り方について御議論をお願いしたいと思っております。

厚生労働省には、本日の議論をしっかりと受け止めていただいて、速やかな対応につなげていただきますよう、どうかよろしく申し上げます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは早速、議題1「特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について」に入らせていただきます。

まず、出席者を御紹介いたします。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会から、尾関英浩老施協総研運営委員会委員長、加藤馨老施協総研運営委員会副委員長、一般社団法人生活を支える看護師の会から、小林悦子会長、厚労省からは、堀内斉大臣官房審議官、須藤明彦高齢者支援課長ほかの皆様方に御出席いただいております。

では、まずは厚生労働省様から御説明をお願いいたします。時間も限られておりますので、すみませんが10分以内での説明をよろしくをお願いいたします。

○堀内審議官 大臣官房審議官の堀内です。

資料1-1に基づきまして、厚労省より説明させていただきます。

本件に関しましては、昨年12月20日にほかのテーマとともに一度御説明させていただいたところでございますが、今回、事務局から特養における医療サービスへの介護保険・医療保険給付の考え方、令和3年度に行っている実態調査の状況、今後の検討課題や段取り等について、本日、説明をするようにと御指示がございましたので、その点につきまして御説明させていただきます。

資料の1ページ目でございます。似たような資料を12月20日にも示させていただきましたが、まず、介護老人福祉施設における医療の提供ということで、介護老人福祉施設は基準上、入所者に対して「健康管理及び療養上の指導」を行うために必要な数の医師を配置することとされてございます。したがって、配置医師が行う「健康管理及び療養上の指導」は介護報酬で評価されるということで、初診・再診料等については診療報酬の算定ができないことになってございます。今、申し上げたところのイメージとしては、下のポンチ絵で示してございますけれども、黄色の「健康管理・療養上の指導」の部分は介護保険で評価してございます。

他方で、ブルーの「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」で診療報酬の算定ができないとされているもの以外の医療行為を行った場合には、配置医師であっても医療保険で評価されることになってございます。

2つ目の○でございますが、一方で、配置医師以外の医師につきましては、緊急の場合や配置医師の専門外の傷病の場合、末期の悪性腫瘍の場合、看取りの場合につきましては、

診療報酬で算定が可能となっております。こうした取扱いにつきましては、3つ目の○でございますけれども、保険局医療課長通知ということで示しているところでございます。

2ページも前回、御説明しましたが、介護老人福祉施設における医療の提供に関するこれまでの取組ということで、昨年4月からスタートしました令和3年度の介護報酬改定、特に看取りの強化ということで、看取り介護加算について充実を行っております。詳細は参考資料ということで18ページに付けてございますけれども、主な点はこのポツ3つでございます。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組の要件化、看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員の明記、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分の設置の実施など充実を図っているところでございます。

また、こうした介護報酬の見直しをするに当たって、令和2年度には調査を行っております。そしてまた、令和3年度も調査を行っているということで、2ページの下のほうになりますけれども、特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業を行っております。

この点について、年度末ということではございますけれども、現状を説明するようにと事務局から指示をいただいておりますので、3ページ以降で概要を説明させていただきます。3ページ、本件の調査の概要でございますけれども、医療処置の提供者（配置医師、看護職員等）や提供者ごとの役割、各施設の医療処置の提供方針、外部医療機関との連携のあり方等について調査しております。ワーキング・グループのメンバーであります佐々木先生にも入っていただいております。

検討会は、そこに書いてございますように4回やりまして、今、最終的な取りまとめを行っているところでございます。

4ページ以降、幾つかそこでの資料を抜粋しております。特養の医療処置の提供者ということで、少し数字が潰れていて恐縮ですけれども、どういう行為を配置医師や看護職員、研修を受けた介護職員が実施しているのか、あるいは往診や訪問診療等をどういう形で提供しているかを調べたものでございます。全ての医療処置につきまして、看護職員が提供する割合が高くなってございます。また、介護職員のうち、研修を受けた者につきましては、喀たん吸引等ができることになってございまして、口腔ケアやたんの吸引、咀嚼・嚥下機能の訓練といったものが高くなってございます。全体を見ますと、一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が大きいと見てとれるものとなっております。

6ページは、外部医療機関等の緊急的な受診理由を調べたものでございます。緊急的な受診理由では、発熱等の症状から肺炎が疑われるということが最も多く、また、外傷や骨折の疑い、誤嚥性肺炎の対応が続いております。施設での対応が難しいケースに対しましては、外部の医療機関等を活用することで対応していることが見てとれると思います。

7ページを御覧ください。特別養護老人ホームでの医療処置の提供方針ということで、

御覧いただきますと、かなりのばらつきが見てとれます。「摘便」、「浣腸」、「褥瘡」など、上の方のものにつきましては、8割以上の施設が入所は断らないとしている一方で、「医療用麻薬の点滴以外での投与」や「透析が必要な入居者の日常的な観察・送迎」を行うということでは、7割以上の施設が入所を断っているという実態がございます。

8ページは、同じ調査で、特別養護老人ホーム9施設のヒアリングを行った結果を取りまとめてございます。看護職員の役割、配置医師の役割、医療職と介護職の連携状況等を聞いたものでございます。上のほうに囲っているところだけ御紹介させていただきますけれども、例えば、入所者が入院することによるリロケーションダメージを懸念して、一次的な抗生剤の投与や保液を目的とした点滴は、施設は行ってもよいのではないかという意見がありました。逆に言いますと、そうしたことは行わない施設もあるということがございます。また、経営的な観点や職員負荷を懸念して、医療処置の提供を最小限とする方針を持っている施設も見受けられたところでございます。

最後、9ページになります。今後の取組方針、厚労省の現時点での考え方でございます。

1つ目のポツ、医療ニーズの高い利用者も多く入居しているということで、12月のときも議論がございましたけれども、利用者にとってどのようなニーズがあるかということも適切に把握して、利用者にとって、特養に入ったから医療サービスが受けられないということはないようにしなくてはならないと我々も考えてございます。

また、利用者に対する一定の医療処置につきましては、大きく2つに分けられると思います。施設内での対応と外部との連携ということでございます。施設内での対応につきましては、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれます。また、施設での対応が難しいケースは、外部の連携医療機関等を活用していくというところでございます。

4つ目のポツを御覧いただきますと、施設内での対応能力の強化ということで、これまでも配置医師の緊急時対応加算、あるいは看護体制加算等の仕組みをやってきましたし、先ほども少し触れましたけれども、看取りの加算の充実なども行っているところでございます。

また、報酬ではございませんが、介護職員も一定の研修を受ければ、先ほど申し上げました喀たん吸引などもできるとしているところでございます。このような介護報酬上の対応につきましては、加算の実態等を踏まえつつ、引き続き検討を進めていこうと思っております。

また、外部との連携でございます。先ほども触れましたけれども、配置医師が行うもの、外部との連携につきましては、診療報酬などで区分されているところでございますけれども、これまでの調査で、実態等を含めまして、まだ調査が不十分な点もあります。12月のときにも、印南委員からも配置医のあり方という問題も提起されましたけれども、残念ながら、今回の調査では十分にそういうところまで深掘りができてございませんので、今日も老施協の方々からもいろいろプレゼンもあるかと思えますし、今日の委員の御意見など

も踏まえながら、明日以降、来年度になりますけれども、早急にそうした問題意識を踏まえた調査項目なども考えて、検討を進めてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、全国老人福祉施設協議会様より御説明をお願いいたします。すみませんが、時間の関係上、5分以内でよろしくをお願いいたします。

○尾関委員長 それでは、全国老協の尾関と申します。まず、画面の共有をさせていただきます。

それでは、始めさせていただきます。私は全国老人福祉施設協議会、老協協総研運営委員会委員長の尾関でございます。本日はヒアリングの機会をいただきまして、感謝申し上げます。

それでは、提出資料の説明をさせていただきます。

1 ページは現状でございますが、医療アクセス向上の必要性につきましては、4段落目でございます。配置医の機能の向上を主軸として、地域の医療資源の状況を踏まえ、協力医療機関との連携体制強化、オンライン診療との組合せなども含め、あくまでも入所者にとってどの方法が好ましいかという観点から検討していくことが必要かと考えております。

2～3 ページ目につきましては、「健康管理」の範囲を超える医療ニーズについて4点にまとめておりますが、それぞれからの議論が必要と考えております。

まず、1つ目、専門医療等の対応についてということですが、特養入所者の重度化が進み、専門医療を必要とする場合が増えております。

次に、(2) 認知症対応について、特養の入所者は認知症である場合が多く、重度のBPSD対応、専門的な認知症医療を必要とする場合があり、介護現場と専門医等との密接な連携が求められております。

(3) 看取り対応について、基本的には生活の場として、特養での看取りが求められております。家族の希望は、配置医による看取りでございます。入所時から関わって、本人の状態をよく把握している配置医に最期まで診ていただきたいという声強いわけでございます。

最後に4点目、新型コロナ対応についてです。コロナ対応は、日常的な「健康管理」の範囲を超える分野です。特養では、夜間を含めた人員体制、機器や設備などの理由で対応できません。医療逼迫により施設内療養を余儀なくされたことで、クラスターやそれに伴う死亡事例が増加したことは御存じのとおりでございます。

4 ページからは、配置医の機能についてです。特養の配置医に関する問題は主に3点、勤務形態、いわゆる非常勤医師が多いこと。また、専門性の問題、内科医が主だということ。そして、報酬の面から、「健康管理」を超える専門医療などについて、対応が困難な場合が多くあるということでございます。

5 ページは、配置医の意義についてでございます。配置医の多くは内科医であり、専門

医療に対応困難な場合が多くある一方で、現に「健康管理」を超える専門医療、夜間・緊急対応、看取りなどで大きく活躍している方も一定数存在しているのが実態でございます。また、配置医は、主治医的な役割、受診指示はもちろん、運営基準や各種加算、産業医としての役割も担っていただいている側面もあり、業務量も増えていると認識をしております。

6 ページ目、訪問診療に関する留意点についてでございます。留意点は4点あると考えております。

1つ目、特養では常時、医療的処置を必要とする入所者が大多数を占めるわけではないため、訪問診療による完全な医療体制の構築を目指す必要性は薄い。

2つ目、訪問診療を引き受けてくれる医師がほとんどいない地域があること、いわゆる地域間格差の問題でございます。

3点目、複数の訪問医の関与で、受入準備など、施設側の負担増加が危惧されること。

4点目、さらに、医師それぞれで診療方針が異なり、混乱する場合は想定されることと考えております。

7 ページからは、解決の方向性とその課題についてでございます。まず、大前提として2点を申し上げたいと思います。

1つ目、特養に対して訪問診療を導入することは一つの有効な解決方法だと考えておりますが、まずは配置医の行うべき日常的な「健康管理」の範囲を明確化し、配置医の機能を引き出すことを前提とすべき。

2つ目、各施設の状況は千差万別です。実情をしっかりと調査した上で具体的な方法を検討し、各施設の実情に応じてそれを選択できるようにすることを前提とすべきと考えます。

8～9 ページは、専門医療等に対する対応の考え方についてです。

1つ目、配置医の行うべき日常的な「健康管理」の範囲を明確化し、それをを超える専門医療等や夜間等の時間外診療については診療報酬の対象にすべきです。「日常的な健康管理」の範囲については、厚労省通知により形式的には明確化されているとも言えますが、正当な対価が支払われるようになれば、配置医もその専門性の範囲内で最大限の機能を発揮することが可能となると考えます。

2つ目、また、配置医以外の医師に訪問診療やオンライン診療を依頼した場合にも、診療報酬の対象にすることで医療アクセスを高めることにつながると考えます。

10～11 ページは、認知症に対する対応の考え方です。医師と介護現場職員との情報連携による認知症対応の体制の構築と、それを評価する仕組みが必要と考えます。近年、認知症専門医等の関与によりまして、認知症の入所者の状態に合わない投薬や多剤投与のために認知症が進行してしまっている方も多うございますが、それを改善する事例も増えてきており、いわゆるポリファーマシーの改善への期待が高まっております。

また、配置医の認知症対応の専門性を高め、評価する仕組みが必要と考えます。配置医が認知症の入所者への対応に係る専門性を向上させるための研修プログラムを開発するな

どして、それを受講した配置医についてはその診療を診療報酬の対応とする、あるいは介護報酬の加算の対象として、その原資で委嘱費を増額することも考えられるのではないかと思います。

12ページは、看取りに対する対応の考え方です。やはり、配置医による看取りに対する更なる評価と報酬の充実を図ることが適当であると考えます。

13ページは、新型コロナに対する対応の考え方です。先ほど申し上げたとおり、施設内療養では対応はなかなか難しいと考えます。やはり感染した入所者の入院原則を堅持すべきだと考えます。

最後に、14～16ページについては補論でございますが、医療と介護の連携について、医療機関と特養との間で、入院の際などの生活支援情報についてやり取りを行う際の共有様式が整備されていないという現状もございます。共有すべき情報に見落としや漏れが見られたり、情報共有に多大な時間や労力を費やすなど、様々な課題が生じているのも現状でございます。16ページに書いてございますように、情報連携のインセンティブと定型様式を国で定め、その活用を自治体に促すことが必要ではないかと考えます。

特養においては入所者に対する医療アクセスの向上が急務となっているところであり、令和6年度の診療報酬改定と介護報酬改定の同時改定に向けて、その早急な検討を求めてまいりたいと存じます。

以上で説明を終了させていただきます。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に、生活を支える看護師の会様より御説明を5分以内でお願いいたします。

○小林会長 では、資料のほうをお願いします。

こんにちは。一般社団法人生活を支える看護師の会の小林悦子と申します。どうぞよろしく申し上げます。

次をお願いします。私は「生ききるための看取り援助～介護施設が支える新しい看取りの文化～」を提唱している者です。2006年からの8年間、特養の看護職員として制度を読み取りながら仕組み作りをしてきました。現在は「生ききる」ための看取りを多くの介護施設の仲間に普及する活動をしております。核家族化が進む日本で新しい看取りという文化を作っていかなければならないと考えているからです。施設の介護力を生かして、家族とチームになって行く。これが素敵なのですね。介護職員のやりがいにつながっていくことを経験してきました。生ききって迎えた死も大切に、そして盛大にお見送りをする援助もすることで、家族が満足してくださることもあります。

そのためには、早い時期から家族と向き合って、共に学ぶ。生きて死ぬとはどういうことなのだというをちゃんと学んだ上で、家族が選択できる力を支えなければいけないということを実感してきた8年間でした。多くの利用者とその家族が特養に求めているのは、最期まで生ききること、生活の継続でした。

次をお願いします。その視点で考えた医療アクセスの向上です。現場に近く、そして幾



つかの特養を知る者として今日は情報提供させていただきますが、先に情報をくださった皆さんと重複する部分はお許してください。

まず、看取り介護の選択をする前の、「迷いの時期」を医療で支えなければいけないと思っています。看取り介護の時期になってからの報酬算定ではなく、もっと早い時期から特養における医療に報酬算定を行うという意味です。なぜかという、病院に行くほどではないけれども、御飯も食べられない、薬も飲めないようなときに、何もしないことを家族や介護職員は心配して、念のために病院に行くなどということが多々あります。よって、この迷う数日間、点滴などで経過を見られると、理解や相談が進みます。よって、配置医師がこれができる仕組みがある、内科往診ができたり、保険診療ができるとうれしいです。ただし、配置医師側に環境が整わない場合があるので、そういう場合には、その事象が改善するまでの期間、訪問診療に依頼するシステムがいいのではないかと考えております。

例えば、感染症などで入院するほどでもないけれども医療管理が必要な場合には、配置医師だけではなく訪問診療のお力を使えるという意味です。皆さんは御存じだと思いますが、入院して戻ってくると、病気は治っていますが、生活をする力がすごく低下して帰ってきますので、生活の場で治療が行えるということはとても利用者にとって利益があります。

なお、一方、現在も既に皮膚科などの往診が導入できる仕組みはあります。ただし、これが取り入れられない特養がとても多いです。病院との窓口を担うのは看護職員が多いのですが、外部機関との連携や交渉がなかなか苦手な看護師が多いために取り入れられない、ここをサポートするのも大事ではないかと考えます。その上で、赤字で一番下にありますが、訪れた看取りの時期にはほとんど医療は使いません。看取りの時期になってから報酬算定ができるのでは遅いのではないかなと思います。看取り介護へ医師の協力を得るためという視点から考えると、配置医師には死亡診断のときの対応に厚い報酬があると、協力体制ができるのかなということも考えます。

いずれにせよ、ルールを作ってもなかなか運用と活用ができない現場です。その現場を支えるということがアクセス向上とともに必要だと考えております。

次をお願いします。そんなときに特養に何を求めるかということを考えます。医療アクセスの向上と同時に、特に生活を支える看護師たちに特養の専門職である看護というものの教育、情報提供がもっと必要ではないかと思っています。医療の提供が増えると、入院は減少すると思います。しかし、下手すると医療に頼ることが増えてしまうのが現場の悩みです。取り分け医師主導の看取りになることを危惧します。介護職員の専門性が輝く看取り介護の現場で生活感を壊さないような限定的な提供として制限をかけるべきだと考えます。

今現在、行われている健康管理の延長線上での生ききった老衰死を、親父は勲章をもらったのだと喜ぶ家族がたくさんいます。この老衰死が多い特養になかなか医療は要らないかなという気持ちを持つという意見です。医師の存在はとても大きいですが、看取

りの場面での医師の役目は少ないほうがハッピーではないかと考えております。

次をお願いいたします。以上をおさらいさせていただくと、医療アクセスの向上に期待することは、受診、入院を減らすということです。もちろん、入院しなければならないレベルになったときはもう入院です。

一方、少し危惧することは、先ほども申し上げましたが、医療思考が優位になって、生活感が損なわれてしまうことです。食べられなくなった方がいたとき、点滴を提供できるようになると、つい点滴でと考えてしまう。そうすると、今、行われている介護職員の一さじ一さじ食事を提供する、食べる力の支援というものが損なわれるのではないかという現場サイドの悩みです。

私の知る有料老人ホームさんでは、水分が取れない方に死亡するまで点滴をしているという看取りもあります。私たちが特養で行っている生活を支える看取りでは、点滴はしません。というか、できません。だからこそ、特養でできることをやり尽くそうという心意気で、生ききっていただくということに価値を付けて、我々は特養の看取りというものを育ててきました。今回、規制改革を考えていただけることはとてもありがたく、しかしそこにプラスアルファして、我々特養の現場の人間が運用しやすいような仕組みを期待して、今日はお話しさせていただきました。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、今までの御説明について、御質問、御意見がございましたら、お願いいたします。質問はできるだけ簡潔に よろしく お願いいたします。いかがでしょうか。

村上専門委員、よろしくお祈いします。

○村上専門委員 村上です。私から厚労省さんに2点お願いというか、質問をさせていただきます。

まず、お三方、御説明ありがとうございます。

お話を伺っていますと、やはり医療保険と介護保険のはざまに落ちて現場のニーズに対応できていないところを、今後、どう変えていくかが課題なのだろうと思います。厚労省では、今年度、実態調査を行われて、まだ不十分なので来年度も引き続き行うということでしたので、そのときに、現場で実際に行われていること、本来行うべきだけでも制度上の問題があってできていないことを整理していただいて、それぞれ介護保険で手当てするのか、医療保険で手当てするのか等を決めていただくのがいいのではないかなと思います。

制度上の配置医の役割の具体化・明確化も大切ですが、現場で実際に行われている様々なことに対して、介護保険と医療保険のどちらで対応するのかを整理するほうが、課題が見えていいのではないかなと思います。そのときに、特養以外の施設はどうしているのかについても、十分参考にしていただきたいのと、オンライン診療の有効活用を是非積極的に盛り込んでいただければと思います。

2点目が、恐らく医療の範囲を広げると、いわゆる一部の施設では過剰診療みたいなことが懸念されると思いますので、そういった事態にならないような仕組み作りも併せて手当てする必要があると思います。これも特養以外の施設はどのような対応をしているのかを参考に、特養以外の施設との整合性が取れるような仕組み作りの検討をお願いできればと思います。

あまり時間がないと思いますので、できれば2022年度前半ぐらいにその辺りを整理して、教えていただければと思います。

私からは以上です。ありがとうございました。作り

○佐藤座長 ありがとうございます。

2点ほどコメントというか、質問も兼ねていると思いますけれども、御指摘がありました。厚労省さん、いかがでしょう。

○堀内審議官 審議官の堀内です。

村上委員から御指摘がありました点、私どもも今回の発表をするに当たって痛感しているところがございます。

例えば先ほど私が資料で説明しましたけれども、4ページ、5ページ、あるいは7ページでいろいろな医療行為を誰がやっているかという点でこの調査を行っておりますが、今回、例えばこの議題にあるということで、この資料を改めて見ますと、このうち、どれが先ほどのポンチ絵でいう黄色に当たるものなのか、ブルーに当たるものなのか、外部の方がどれを使っているのかといったところが、自分たちの反省も込めて言いますと、明らかになっていないということで、私どももそうした点も十分に意識して調査を行わなければいけないと認識しておりましたし、今も委員から御指摘がありましたので、その点を十分考慮した、目的意識を持った調査を企画していきたいと思っております。

以上です。

○村上専門委員 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

調査は結構なのですけれども、これはある程度期限を定めてやってくれないと、いつまでも調査し続けることになって決まらないので、今後の調査のスケジュールはどうなっているのですか。時間軸というか、今後の時間の流れを確認したいのですが、いかがでしょう。

○須藤課長 担当の高齢者支援課長でございます。

こちらの老人保健健康増進等事業で行うというもので、令和4年度の実施に向けて、事業者の公募等をかけて、これから事業者を決定していく段取りになってございます。基本的には来年度をかけてしっかり調査をしてまいりたいということで考えてございます。

○佐藤座長 令和4年度で決着をするというか、大体見通しを立てるという理解で大丈夫ですか。

○須藤課長 まず、この調査につきましては令和4年度でしっかりやらせていただきたい

と申し述べたいと思います。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくをお願いします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

質問なのか要望なのか分からないのですが、厚労省さんのほうでいろいろ調査をされて、今後も調査されるということなので、できればそこに入れていただきたい、もしくは既にあるのだったら出していただきたいという要望になります。

何を言いたいかという、最後の出口のところが医療保険、介護保険というお金の話になってくると思うのですね。規制改革推進会議が直接報酬の話を取扱う場ではないことは重々理解しているのですが、本当は何が課題なのかということを理解するためには、きっちりお金の流れであるとか、お金の多寡ということを理解しないと問題の本質が見失われるかと思っています。

ですから、例えばどこかの参考資料にあった配置医は幾らもらっているのかというのが、20~30万みたいな話があったのですが、多分、常勤の配置医と非常勤の配置医によって違って来るであるとか、一番低い人は、私の周りでも月に5万という人がいるのですね。そうすると、5万の人と30万の人と50万の人と100万の人で使っている時間がどれくらいなのか。

ですから、お金の話とともに、配置医はどういう人で、その人は在支診の力を持っているのか、そうではなくてたまたま近所のお医者さんに少し頼んでいるという状況なのか、使っている時間はどれくらいで、どの程度の頻度で施設に行くのかとか、定期で施設に行っているのかとか、往診以外にも施設に行っているのかであるとか、また、今日も議題に出ていたいろいろな専門能力を持っているのかとか、スタッフの能力アップですね、特養の中での看護師さんや介護士さんの役割というのは非常に大きいと思うのですが、そこを上げていくサポートをやっていくということも大きな役割だと思いますが、そういうことはやっているのか、やっていないのかみたいなことだったり、それに対しての満足度ということをお金とセットでちゃんと調べていただきたいということで、これは別々のものではなくてセットでやることに意味があると思うのですね。

もう一つは、モデル的で構わないので、そういう意味で調査は要らなくて、今でもできるはずだと思うのですが、例えば有料老人ホームと特養の場合と、がん末期の看取り、普通の看取り、通常の往診、日頃の健康管理でお医者さんがもらうお金は在支診と配置医で比べたときにどれだけ違うのかということであるとか、特養に対しては加算がつけましたが、それがそのままスルーで医師に流れているのか、それとも特養の加算としてそのまま止まっているのかということ。がん末期などは訪問診療で取れますけれども、それ以外のときにはどうなっているのかということだったり、要はお金の払い方のモデルとその流れみたいなことを把握していただきたい。

もう一つは、そもそも居宅に患者さんがいらっしゃる場合と特養にいらっしゃる場合と

病院にいらっしゃる場合だと、医療保険と介護保険をセットにして両方合わせた費用は、大体1対2対3なのですね。要は、病院で3かかるのが居宅だと1で、特養は間の2なのです。ですから、既に特養に対して結構介護保険でお金が払われていて、それが医者には必ずしも払われていないけれども、それは特養のほうで担っている役割が多いから払われていないという前提なので、これに加えて、お医者さんに対して医療保険等で払ったときに、これはさっきの村上委員の話に近いのかもしれないですけども、全体としての役割だったり、お金の多寡がどうなるのかということも含めて考えていただきたい。

何を言っているかということ、今のいろいろな事例で申し上げたのですけれども、これも具体的に知りたいのですが、経済性をきっちりいろいろな見方で見てからでないと、この話の本質というのは議論できないと思いますので、是非そこら辺のきちんとした調査をお願いしたいと思います。また、現状でデータをお持ちなのだったら、それを出していただきたいなと思います。よろしくをお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょう。お金の話と仕事の話がちゃんとマッチしているのかどうかということだと思います。

○石毛補佐 厚生労働省でございます。

今日、お配りしている資料の例えば12ページを御覧いただければと思うのですけれども、今、お話があったように、常勤なのか、非常勤なのか、勤務している時間がどれぐらいなのかといったことは過去に調査してございます。

一方で、今、委員から御指摘があったように、報酬面でどういう取扱いをしているのか、あるいは幾らもらっているのか、先ほど月20~30万という老施協様のお話もありましたけれども、そこに関しては、御指摘のとおり今まで調査をやったことがなくて、我々としては問題意識を持っているので、今の御指摘を踏まえて、働き方の部分と経済面、報酬、お金の部分をセットにして調査をしっかりと設計していきたいと思います。御指摘ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。よろしいですか。

では、佐々木専門委員、よろしくお願ひいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私自身も特養の嘱託医を2か所でやっていますので、現場のほうから、医療の面からお話をさせていただくと、生活を支える看護師の会の小林さんがおっしゃるとおり、基本的には、皆さんは要介護状態、治らない病気や障害とともに人生の最終段階に近いところを生きておられる。医療でやれることは非常に限定的ですから、医者がしゃしゃり出るとは百害あって一利なしだと私も思っています。老施協さんの発表にもありましたとおり、よく分からないお医者さんたちがどんどん抗認知症薬や向精神薬を飲ませて、患者さんたちをどろどろにして、肺炎や骨折を起こしているという実態もありますし、薬を減らしていくというの、やはり日々の観察がちゃんとできるというベースがあるからこそ、そ

ういった意味では、特養は特にこれまで看護と介護が主体になって生活を支援するという部分がうまくできてきたと思います。

日常生活を支える部分の医療の主役は看護であり、看護と介護のタスクシフトの中で、例えば吸引や経管などはどんどん介護職もできるようになったらいいなと思うのですが、一方で、医療が必要なのは急変時なのですね。急変が起こったときは施設もオペレーションが非常にばたばたします。1人を救急車で運ばなければいけない。誰かが転んだとなるとそちらに人手が取られて、目が届かないところでまた何かが起こったりみたいなことがありますし、何かぱっと起こったときに、ぱっと相談ができて、場合によっては往診に来てくれて、施設の中でトラブルシュートできれば、病院に行かなくてもいいケースはすごくたくさんあると思いますけれども、現状、多くの配置医師は電話に出なかったり、少なくとも往診に行くお医者さんはかなり少ないと思います。そうなると、施設としては、仮に医者が電話に出て、「大丈夫だ、様子を見ておけ」と。でも、「先生が来るのは来週の月曜日でしょう、何かあったらどうするのですか」「そのときは病院に行け」となってしまうと、結局、「それなら今、救急車で病院に行きます」ということになってしまうのですね。

私は救急医の立場にいたこともありますけれども、特養から、何でこんな症状で救急車で来るのだという人々をたくさん見ていましたので、こういうことなのだというのは在宅医療をやって初めて知りました。医療へのアクセスがないのですよ。定期診療はあるのだけれども、そうでない医療はないのですね。この人たちが病院に運ばれて、大したことはないのだけれども、帰れないから、施設で診られないからといって結局入院してしまう。

確か前回か前々回の私のプレゼンで一度御案内したと思いますけれども、私たちは入居者70人の施設で、延べ入院日数を1年間で1,500日ぐらい減らしました。入院日数が10分の1に下がりました。大したことはやっていないのですよ。熱が出たときに電話を取って、肺炎だったら往診に行って、施設の中で飲み薬を飲ませる。それが難しいのだったら2～3日点滴をする。それだけで入院は減るのですよ。入院医療費の削減分はかなり大きいと思います。特養は日々のマネジメントで、大石先生が御指摘のとおり在宅と病院の間ぐらいのマネジメントだけれども、実際にはそれとは別に急性期医療のコストがかなりかかっているのではないかと私は思っていました、救急医療、急性期にかかっている部分のコストをある程度在宅医療に振り向けたとしても、そこはとんとんというか、お釣りが出るくらいではないかなと思うのですね。全ての入居者に24時間の訪問診療が必要かという、恐らくそうではないかもしれないとは思いますが、必要に応じて訪問診療が選択できたほうが望ましいと思うし、配置医師と訪問診療を行う医師は別々でないほうがいいとも思います。やはり主治医として1人決まった人がいて、その人は配置医師で、定期巡回のように定期診療だけで診るのか、24時間何か起こったときに往診してくれるという契約の下で診るのか、選択ができていいとは思いますが、ただ現状、配置医師が頑張っているのに夜に電話に出て往診に行っても、ここの部分は評価されないですよ。基本的には配置

医師の報酬の中に含まれているし、それを例えば1か月20万のコストの中でやれと言われると、変な話、月に1回外来に来てくれる人よりも単価としては安い可能性もあるのですね。こんな仕事やってられるかということで、結局、まともな医者は配置医師を受けない。そうなると、ますます施設での医療アクセスが悪化してという悪循環に今はなっているのではないかなと思うのですね。

医療資源の適正利用化、必要な人に必要なレベルの医療が提供できるという意味で考えると、配置医師一択で、それ以外は外部医師を利用できるとなっているけれども、実際にはほとんど機能していない。結局みんな救急車で病院という現状は、入居者にとっても急性期医療にとっても非常に大きな負担だろうと思っていて、どの点までどの程度医療の介入を認めるのかというのはもちろん議論していただく必要があろうかと思いますが、実際、特養よりも軽度な人たちが入っている特定施設、サ高住、グループホームには、通常、24時間の訪問診療が入っているのですね。そこで急変時対応もやっているし、看取りもやっているけれども、特養はそうでない形で行われている。ここの部分がちょっと私は、いろいろな施設類型を見ているんですけども、すごく矛盾があるなと感じているところです。○佐藤座長 ありがとうございます。

まず大浦専門委員からコメントいただいて、その後、大臣がお越しになったので、御挨拶いただくという流れにさせていただきます。よろしくお願いします。

では、大浦専門委員、よろしく申し上げます。

○大浦専門委員 この件なのですけれども、結局のところ、大事なのは配置医以外の人が在宅のように特養に入ってきていいかどうかということを議論されているのだと思うのですね。それに診療報酬が付くかどうかというのが議論されているところだと思うので、実は診療報酬になった場合は、社会保険の支払基金がしっかりと監査でチェックしますから、いわゆるレセプトではねるというやつですね。なので、その機能がしっかりしていれば、やり過ぎをそこまで心配しなくてもいいかもしれないと私は考えています。

この話は、私も実は小規模の特養をやっていますけれども、うちだったら別に点滴もするし、こんなに大騒ぎするような話ではないと思うことが大騒ぎになっている施設さんもあるということだし、うちは普通に看取りますけれども、看取りを普通にすることの方がやはり難しいという施設さんやそこでじたばたする施設さんもあるという事実があるわけですよ。

そうすると、平均値で決めなければいけない場合、ひずみが出ることは仕方がないことで、全ての施設がハッピーになることを求めれば、私は何も決まらないと思います。

でも、やはり決めたほうがいいですよ。今回の場合、診療報酬を出してもらって、配置医以外の人を入れるような状況を作ったほうが、医者としても見えていますけれども、私はいいのではないかなと思います。特に配置医の人で、皮膚疾患がよく分かる人はそんなにいないわけがないのですね。そうすると、いちいち皮膚科に受診になるよりも、例えば往診、もしくはウェブで受診してもらって、写真をしっかり撮って見てもらったほうがはる

かに施設の職員さんにも御本人様にもストレスはないのではないかなと思います。

看取りに関しても、おかげさまでうちは普通にできていますけれども、そんなことはできないから病院に行かせるみたいな感じのところもゼロではありません。そうすると、言い方は失礼ですけども、それを十把一からげにしてやるのはちょっと無理があるかなと私は思います。

先ほど、看護師の方が、いろいろな選択肢があって、それは実情に合わせて選べたらいいなおっしゃっていましたが、それもあるかと思えますし、私はやはり支払基金がしっかりしていればいいのではないかと、ばさっと決めてしまわないとこの話はいつまでたってもずるずるとなって、本当は来てほしい配置医以外の方がいつまでたっても特養に来られないという話になるのが高齢者にとっても、施設側にとっても、多分この国の診療報酬の在り方にとっても一番不利益だと思いますので、できる限り速やかに何らかの結論を出していただきたいなと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに支払基金がしっかりしていればいいのですけれども、なかなか。やはり特養さんは千差万別なので、なかなか平均で見るのもある意味ミスリーディングなのかもしれないですね。

大石専門委員のお手が挙がっていますけれども、大臣が来られたので、まずは大臣から一言いただければと思います。よろしく願いいたします。

○牧島大臣 恐縮です。国会がございまして、遅くなりましたことをお詫び申し上げます。

私自身のメッセージは山田政務官より読み上げをいただいたと聞いております。オンライン診療、オンライン服薬指導、電子処方箋など、制度的な基盤について一定の形を整えることができた医療DX、そして看護・介護DXについてもですけども、このような議論を先生方に今日も進めていただいていることに感謝申し上げます。

今、お話があったとおり、複数の施設類型があって、高齢者の方々にもいろいろな症状などもあって、そんな中で看取りまでどのように考えるのか、どのような医療の提供ができるのかという点、本当に有識者の方々には専門家でいらっしゃいますので、そうした先生方のお声をお伺いしながら御意見をしっかりと反映していきたいと思っております。

御知見をこのように分かち合ってくださいていることに感謝申し上げます。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。大石専門委員、よろしく願いします。

○大石専門委員 ここは委員同士で議論して意見交換をする場所ではないのかもしれないのですけれども、ちょっと私は本件について、ある種、意見とともに佐々木先生の御意見をお伺いしたいことがあります。何かというと、佐々木先生の場合であるとか、私どもも実は特養の配置医をやっていたり、もしくはあえて訪問診療的な契約をしたりしていて、



そこではいわゆる自然な看取りということをどうサポートするのかということを中心としていたり、あとは先生のおっしゃったとおり、うちの場合、例えば肺炎なども病院に運ばないでその場で治すというのもやっているのです、入院費をすごく減らしていると思うのです。で、それなりに感謝をされている。

配置医全員が佐々木先生のような方々であったとすると、これは確実に意味があると思うのですけれども、残念ながら、多くの配置医さんは、金額が安いからというものもあるかと思うのですけれども、そもそも全国にそんなにちゃんとした在支診がないという状況の中で、結局報酬だけ取って何もしてくれない、いざとなったら全部救急車を呼んでしまうということは大きな問題になっていて、これは語弊があるかもしれないのですけれども、私は佐々木先生がおっしゃるみたいに、配置医が訪問診療、往診をするというのがベストだと思っているのですけれども、現行の配置医さんに点数を付けると、あまりいいことが起こらない、医療費も上がってしまうリスクがあるかと思うのです。

ですから、その適正化をきちんとして、正しい配置医さんとそうでない人を分ける方法であるとか、それはなかなかレセプトチェックではできない部分もあるかと思うので、そこをきちんとモニタリングする方法もセットで考えないといけないなと思っていて、反対に言うと、それをセットで考えられるのであったら、報酬はきちんと付けて、やるべきことをやっていただくというのがいいのではないかと思うのです。ここは悩ましいなと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木専門委員、何かありますでしょうか。配置医のクオリティーコントロールの問題かと思います。

○佐々木専門委員 そうですね、大石先生のおっしゃるとおりで、これは特養の嘱託だけではなくて、現状の施設在宅医療もそうなのだと思いますけれども、医療法人の中にはそれこそ何千という患者さんを抱えながら、年間数件の看取りしかしないという医療機関もあります。緊急往診をほとんどしないというところもあって、そこが同じように診療報酬を取っているというのは、これはこれで問題で、特養の嘱託というか、特養に対する医療だけではなくて、在宅医療としてしかるべき要件を満たしているのかみたいなところをきちんとチェックする機能というのは恐らく必要なのだろうとは思っています。

現状、恐らく特養の嘱託医で訪問診療をされている先生方は、特に地方ではかなり少なく、地元の古くからの先生が何らかのつながりで診てくださっているところも多いと思いますので、幾つかの制度が並列するのがもしかすると合理的なのかもしれませんけれども、ただ、今、大石先生も訪問診療的な関わりをされているとおっしゃっていましたが、特養で何かあったときのトラブルシュートをちゃんとやって入院を減らして、看取りをしようと思うと、診療形態としては訪問診療に準じたものにしないと、なかなか難しいは難しいのですね。

ここの部分にやりがいを感じて、医師として、法人として取り組むグループも当然ある

し、そうでなくて、もらえないのだったらほどほどでやりますというところもあるし、ただ、やはり一番守らなければいけないのは入居者のQOLと、異常に高い病院死率の日本をもう少し適正な形に、人生の最終段階を過ごす場所というのを正していかなければいけないのではないかなと思いますので、そういった意味で、ここはきちんと議論をして、結果の出る形にしないとイケないのだと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次にお手が挙がっているので、落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今の議論の中でもちょっと出ていたとは思いますが、医療が提供されるということ自体は、病院でなく、特養も含めて、そういった施設で看取りが進むという中で必要なことなのだろうと思っています。

一方で、小林先生が終末期に過剰な医療が行われるような可能性というのもおっしゃられていたのかなと思いますので、そういったところも配慮しながら議論を進めていく必要があるのかなと思っています。

そういった中では、配置医自体の見直しというところと訪問診療の在り方、また、看護師の方々もどういう形で入っていただくのかといったところを総合して考える必要があるのではないかと思います。そのときに、例えば配置医については週1回で月額30万ぐらい支払われていたり、そのときに特養で提供される医療として「健康管理及び療養上の指導」といったものがあると思うのですけれども、こういったものの範囲であったり切り分けというところが必ずしも明確でなく、ちゃんと医療につながる場合も含めて、診療報酬と介護報酬で担保される範囲がどこなのかというのを継ぎ目がなくなるような形で、ただ一方で、あまりに過剰な医療も含めて、変な形でお金がもうかるという形にならないように、全体的な姿を見ながら調査を早めに進めていただくことが必要ではないかなと思っています。

この点について、厚労省さんのほうでどう思われるかというのを伺えればと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今日は配置医師の話をしてはいますが、ある意味看護師さんももちろん非常に重要な役割を果たしていらっしゃいますので、看護師さんとの間のタスクシフトとか、タスクシェアリングの関係も出てきますし、佐々木専門委員からも指摘があったとおり、在宅医療とのイコールフットィングという考え方も出ていますし、連立方程式を幾つか並べている感じがするのですけれども、厚労省さん、この辺りはいかがでしょう。

○須藤課長 高齢者支援課長でございます。

なかなか私は今の先生から御指摘いただいた連立方程式の全てにお答えできる知見もあるところではございませんが、落合先生からも出ましたように、配置医自体の在り方を考える上でも、様々な先生から報酬を実際は幾らいただいている、それに見合ったことをされているのかどうかといったところや、医療ニーズに携わる施設内の看護師の方といった

役割分担も含めて、丁寧に令和4年度調査でしっかりと必要なところを調査できるように取り組んでまいりたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今日はちょっと時間に余裕がありますので、もし尾関様、あるいは小林先生のほうでコメントがあれば、是非議論に参加いただければと思います。

加藤さん、どうぞ。

○加藤副委員長 全国老施協の副委員長の加藤でございます。

今、各先生方のお話を聞かせていただいて、逆に受ける側の立場でいうと、結構頑張っていたら配置医が一定数いることは間違いないのです。

ただ、その先生たちに十分な評価ができないというもどかしさもあります。先ほど言ったように、訪問診療に準じた形で駆けつけてきてくれたり、あるいは指示を出して、点滴をして、入院せずに環境を変えずに点滴をしてくれるような先生方も一定数おりますので、やはりそういう方を評価できるような形を構築していただく。全くそういうものがない場合は外付けという、こちら側の立場としては選択できるものは欲しいなというのは実感しておりますので、よろしく願いいたします。

○佐藤座長 貴重なコメントをありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。

杉本委員、よろしく願いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

私からは小林さんに少しお伺いしてみたいことがあります。非常に御報告は勉強になりました。

その中で、懸念されておられる、医療の過剰な提供みたいなものが規制緩和によってできてしまうのではないかと。なので、必要な者だけに医療が提供されるような取決めやルールがあるべきであるという御報告だったのですけれども、現場で働いておられる方の目線から見て、必要な者に対してだけ行われる医療の提供のために必要な取決めやルールというのは、例えばどういうものがあるとそういう見極めになるのか、あるいはルールだけでなく、介護職員の方の役割をもう少し向上するということも含めて必要なのか、現場で見てこられた小林さんの意見をお伺いできればと思います。よろしく願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、小林先生、是非よろしく願いします。

○小林会長 ありがとうございます。

失礼な発言になるかもしれませんが、例えば訪問看護でも、退院した直後には必要でも、その方の生活が安定したら、訪問看護は終了するべきですが、延々と訪問看護に行っているという事例もあります。その現実と同じように、全ての入居者さんに訪問診療が入ってくるのは、一方ではとてもありがたいことです。なぜかという、特養も在宅ですので、一般の在宅と同じように訪問診療を入れることは素晴らしいことだとは思いますが、

そこに対して、いい表現をすると、お医者様は一生懸命やってくれる。そうすると、家族が点滴ぐらいはと言うと、点滴をしてくれてしまう。でも、それは本当に佐々木先生がおっしゃるように、必要かどうかということを考えて提供できるお医者さんばかりでもないような、報酬が絡むとなおのこと、往診に行ったのだから点滴ぐらいはしておこうかみたいなストーリーになってしまうことを懸念します。

なので、ルール化というか、もっと言うと、我々特養側の人間が、「先生、この人は点滴を望んでいないよ」と言えるような生活を支えていこうという認識を持てると、医者が例えば提案してくれても、それが家族と利用者の希望という形で、「じゃあ君たちで少しずつ口から食べてもらいなさい」という形で終了していくとは思いますが。

こんな回答になりますけれども、お願いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

御報告の資料にもありました、医療の正義に弱い介護現場というのが非常に特徴を捉えた言葉なのかなとも思っていて、ただ、その調和が非常に難しく、お医者様もよかれと思ってそうされている場合もあるでしょうし、その調和を図るのはなかなか難しいだろうなど、今回、改めて思った次第です。ありがとうございます。

○小林会長 本当におっしゃられるとおりで、介護現場、もしくは一般の方は、私たちは素人だから分からないのよねみたいな言葉で、何でも医者に答えを求める癖がありますので、お医者さんがどうするみたいな形で提案してくれたら、それは指示・命令に変わってしまう。医者側は決してそんなつもりではなくても、先生が言うのだから、もう今日から御飯は食べない、食事を止めるみたいなことが安易に起こってしまうのが施設なのですね。なので、やはりそこはみんなでちゃんと対等に相談ができる関係性を作っていかなければならないということがあります。

ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大橋専門委員からお手が挙がっているので、よろしくお願いします。

○大橋専門委員 お話を伺っている限りにおいて、今回の配置医における「健康管理」、あるいは「療養上の指導」に対する仕事の医療行為と、報酬の与え方というのがずれているということは、極めて問題ではないかなと個人的には思っています。一括してお金を与えてしまうと、本当に患者のために医師の方が一生懸命やられている一方で、そうでない医師もいるというのが今日の佐々木先生等のお話だったのではないかと思います。

これを厚労省は令和4年度の調査で調べるというのですけれども、どうやって調べるのかというのがちょっと僕はよく分かっていなくて、調査研究をする内容ではなくて、実際にその行為があったのかどうかということで、過去のデータなり何なりから探っていかなないと、これはいわゆる詐取行為に近いのではないかと考えていて、調査研究の中身に合わないのではないかとというのが私が思っていることなのですけれども、こういうことを厚労省さんは次の調査でどうやって調べようとしているのかを是非教えていただければと思い

ます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに気になっていたのですけれども、どういう調査プランを考えていらっしゃるのか、御説明をお願いできますか。

○須藤課長 高齢者支援課長でございます。

今の御指摘を考える前提として、やはり先ほどから、先生方からも御意見が出ているように、実際に配置医師の雇用の実態であったり、報酬上の評価も含めて、お金と仕事がどういうふうに関連されているのかといったところや、また、実際にどういう医療措置がどうなっているのかというところをしっかりとリンクさせたような形で把握していかないと、そのずれがどのぐらいなのかも含めてなかなか捉えきれないのではないかと思いますので、資料の9ページ一番下にも書かせていただいているような形で、しっかりと現状、課題も踏まえまして、配置医師の報酬上の評価、医療処置の実態といったところなど、まだまだ明らかにできていなかった部分が、これは自省も含めてでございますがありますので、しっかりと令和4年度の調査において把握してまいりたいと考えておるところでございます。

○大橋専門委員 ちょっといいですか。

医療行為を見ず、評価もせず、一括してお金を渡したら、やらないという人が出るのは自明の理ではないかと思うのですね。よって、この報酬体系自体に問題があるのではないかと私は思っていて、これは幾ら調査しても、そういう人が一定数出るのとははや避け難いのではないかというのは、調査するまでもないというところだと思うのです。

○佐藤座長 どうでしょう、実態を調べたいというのはよく分かるのですけれども、調べてどうするのかということよりも、何を具体的に調べようとしているのか、いまいち伝わり切れていないのかなという気がしました。

あと、特養でやたら救急車を呼ぶというのであれば、ある程度はレセプトを見れば分かりますよね。過去の診療行為というか、過去のデータで遡って調べるという手も確かになきにしもあらずだと思ったのですけれども、いかがでしょう。

○須藤課長 高齢者支援課長でございます。

もともと、資料の1ページでもお出しさせていただいているように、一定のどういう医療行為が介護保険での評価なのか、診療報酬での評価なのかというのはこの通知で整理しておるといのがございます。

ただ、これも先ほど老施協様からの御意見にも、ほかの先生方からもありましたように、実際に例えば「健康管理・療養上の指導」がその範囲も含めて明瞭化されていない部分もあるのではないかという御指摘もありました。そうした点や、実際に配置医師の方々も含めて、どのようなお金をもらい、それに見合った職務であったり、そこをしっかりと踏まえた上で、最終的な報酬の調整の話も含めてどうなのだという議論につなげていく必要があると思いますので、まずは先ほど述べたような雇用実態であったり、報酬上の評価

であったり、それにどういう医療的な行為をされているのかというところをつまびらかに調査しないといけないのではないかという認識から、令和4年度はしっかりと調査を実施してまいりたいと考えておるところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

武井委員、どうぞ。

○武井委員 ありがとうございます。

厚労省さんにコメントなのですけれども、この話は長年はざまに落ちていた話なので、今後の検討をされるときにもまたはざまに落ちるような進め方をしないでいただきたいといえますか、ちゃんとワンセットで一括の処理がなされるような検討をお願いいたしますというのが1点目です。

2点目は、本件は相応の考慮すべき事項があるいろいろな連立方程式にはなっていると。いろいろ考慮要素があるので、制度設計の選択肢もいろいろありえるのだと思いますけれども、今から実態調査に1年をかけて、それから制度設計ということではなく、制度設計と実態調査はある意味同時並行でやっていくべき話ではないかと思えます。実態調査もある程度制度設計の問題意識があってこそできる話でもありますし、この話は長年はざまに落ちてきた話でもあります。先ほど佐々木先生がおっしゃったように、無用な入院が減るのであれば、財政的にもプラスな話にもなるわけですし、それだけでなく特に必要な方への医療アクセスが向上します。どこまでが必要な方かというのは論点があるわけですが、医療アクセスの向上の面もあるわけです。そういう意味で、実態調査を1年やっただけから制度設計の連立方程式を解くということではなく、同時並行である程度早くこの在り方について議論を開始して、いろいろな関係者の方々、今日いらっしやっている関係者の方々も含めまして、納得のいく落としどころを早く議論を進めていって、論点整理をしていただくことが大事かなと思う次第でございます。

以上、コメントです。厚労省さん、もしコメントがございましたら、お願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに実態把握という問題と、先ほども言ったのですけれども、報酬の払い方の見直しは診療報酬、介護報酬の改定と合わせないといけないので、お金の払い方の問題と、今日のまさに配置医の役割であるとか、仕切りは規制に関わる話になりますので、ある意味同時に進めてもらわないと、実態把握を待っていたらいつまでたってもほかのことができないということになりますので、その辺はスムーズにお願いできればと思います。

では、厚労省さんに回答いただく前に、まず落合専門委員のお手が挙がっているので、お願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今の武井先生からの調査と平行して制度のほうもというお話がありまして、最終的に診療報酬の部分も調整するというので、大橋先生からは不適正になっている部分は見直す

べきという、渡し方自体やその点数の在り方自体も含めてということだったのだと思います。一方で、ニーズが出た場合に配置医だけではなく、訪問やオンライン診療ということもあると思うのですけれども、一定程度評価をしていくということ自体も、これは介護報酬によるのか、医療の診療報酬によるのかはあると思うのですけれども、あろうかと思っております。

見直しを同時に進めていくということはありますが、ニーズが認められれば評価する部分はあるのかなと思うのですけれども、この辺りはそういったニーズや合理性が認められるような調査結果が出た場合には、今後、評価をしていく方向で進めていただくという形でよろしいでしょうかというのを厚労省さんに伺えればと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、武井委員からのコメント、落合専門委員から質問が出ておりましたので、厚労省さん、よろしくをお願いします。

○堀内審議官 審議官の堀内です。

武井先生と落合先生からのお話、また、本日も他の委員からもいろいろな御指摘がありましたが、本件には課題がたくさんあります。連立方程式、まさにそのとおりでございます。しかもはざまに落ちることのないようにという武井先生からのコメントもありましたし、落合先生からも診療報酬の在り方について御意見がございました。

本日も保険局からも来ておまして、今日の議論を十分認識していると思いますので、厚労省のほうでも、老健局、保険局できちんと問題意識を持って、また、制度設計と調査を同時並行という御指摘もございましたけれども、私も調査するに当たっても、何を聞くのか、ある程度具体的な制度設計なども念頭に置きながら質問項目を考えていかないと、調査結果が出たときに、何かまた不十分な点があるということもあると思いますので、その辺は今日の御議論を真摯に受け止めて検討していきたいと思っております。

何よりも、利用者のQOL、介護現場で働く方々のやりがい、今日の現場の方々のお話もございましたので、そうしたこともきちんと勘案して、そういう面では非常に大きな論点だと思いますけれども、こういう機会に御意見もいただきましたので、真摯に受け止めて、早急に検討を進めていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。大体お時間になってきていますね。大丈夫ですかね。

では、ありがとうございます。

これはまさに現場が本当に困っている話でもあると思いますので、調査するのはいいことなのでも、調査を待たずに対応を打っていただけるようによろしく願いいたします。

あと、私は経済学者なのでいつもこう言うのですけれども、平均を見ていてもよく分からないことが多いと思うので、特養は千差万別ですので、ちゃんとセグメント分析といたしますか、地域差はないのかとか、規模別に違いはないのかとか、設立主体別に違いがない

かというのをちゃんと調べられたほうがいいと思います。

では、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

それでは、議題1はここまでとさせていただきます。

また、委員、専門委員の方々につきまして、もしこの後、まだ質問があったという方、あるいは思いついたという方は、明日までに事務局に連絡いただければと思います。

本日は尾関様、小林先生、ありがとうございました。大変参考になりました。

それでは、次の議題2「規制改革のホットライン処理方針について」に移りたいと思います。事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 資料2でございます。規制改革ホットラインの案件について、その取扱いをお諮りいたします。本日、案件が極めて多いことから、詳細は割愛させていただきます。

まず、◎を付けているものがございますが、番号で申し上げますと、ちょっと長いですが、2、5、10、11、12、13、16、17、19、32です。この案件については、ワーキング・グループで検討中であつたり、あるいは検討を行う予定の事項であることから、◎とさせていただきます。

一方、9と25の2件については、このホットラインでの御要望と厚労省様の回答がかみ合っていないので、再検討を要請する事項として○とさせていただきます。

その他の事項につきましては、再検討の可否を判断するために、ニーズなり制度の状況を含めて、事務局で提案内容に関する事実関係を確認するというところで△とさせていただきます。

事務局からは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

ただいまの事務局の説明について、御意見、御質問はありますでしょうか。大丈夫ですね。

それでは、ありがとうございました。規制改革ホットライン処理方針については、資料2のとおり決定とさせていただきます。

初めて時間どおりに終わったような気がするのですが、本日はこれで会議終了です。御参加ありがとうございました。前回は3時間だったことを考えると、半分です。

では、委員、専門委員の方々につきまして、御都合のつく方はこの後15分程度、また御相談申し上げたいと思いますので、このまま残っていただければと思います。

では、本日の会議はここまでとさせていただきます。本日もお疲れさまでした。ありがとうございました。