

## 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2月20日（金）14:15～14:57

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 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 鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科教授

#### <提案者>

駒崎 弘樹 認定NPO法人フローレンス代表理事

#### <関係省庁>

林 修一郎 厚生労働省保険局医療課課長補佐

南 新平 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課室長

宮澤 武憲 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課係長

#### <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

### （議事次第）

1 開会

2 議事 往診ルール・在宅医療の弾力化

3 閉会

---

○藤原次長 少し時間が押してしまいましたけれども、午後もよろしく願いいたします。

本日は、往診ルール・在宅医療の弾力化ということで、これは前回の諮問会議でも総理の指示の対象でございますため、前進を見た議論をぜひ期待したいと思っておりますが、さらにこれは地方創生特区を指定するに当たって近未来実証特区の検討会というものを副大臣、政務官のレベルで開催させていただいておりますが、遠隔診療の文脈でも16キロの話等々出てきておりますので、そのあたりも含めて今日は御議論いただければと思っております。

御提案をいただいておりますフローレンスの駒崎代表にもおいでいただいております。この間、鈴木委員からお話もございましたが、今日は厚労省の担当局の方にもおいでいただいておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、八田座長、よろしく願いいたします。

○八田座長 いつもお忙しいところお越しくささいまして、ありがとうございます。

それでは、早速御説明をお願いいたします。

○林課長補佐 資料を2つお手元に御用意させていただきました。

1つ目は、これまでお示ししている資料と同じものでございます。

3ページ目のところで少し補足をさせていただこうと思っておりますが、検討状況のところ、中医協においてこれまでも外来応需体制のない保険医療機関の取り扱いについては、議論をしまいた経緯がございます。引き続き検討することという形になっておりましたが、一昨日18日の中医協でこの件について議論の機会を設けさせていただきました。事務局としてはこの外来応需体制のない保険医療機関について、開放性をきちんと確認ができるような一定の要件を設けて、必ずしも外来という形にはこだわらないでいいのではないかとこの形での資料を提出させていただきまして、ただ、診療側、支払い側、両方からさまざまな御意見をいただきました。

一番ネックになるのは、こういったことをすることによって軽い患者さんを選んで診療をするような医療機関が出てきてしまうのではないかと。また、患者さんもここまで言うのは極端かもしれませんが、雨が降っているから往診に来てほしいとか、患者さんの側の利用についても、せつかく小児科も含めて医療を守るために患者さんあるいは御父兄に御協力いただいている中で、どこまでも自由に往診、訪問診療を使える形にまでしていくのは少し違うのではないかとこの御意見。中医協の場でいただいた御意見や、それ以前にいろいろ意見交換をさせていただいた中での御意見が混ざっていますけれども、そういったところが一番の懸念の点でございます。一昨日の段階では結論に至りませんでした。どういう形、どういう要件で外来応需の体制を求めていたところをかわりに代替していくのかというところを、具体的な議論に入っていきたいと私どもとしては思っております。

そういう意味からも具体的な状況をしっかりと教えていただきながら、all or nothing、ゼロか1という議論ではなくて、どういう場合にいいのかという議論にしていきたいと私どもとしては思っており、非常に私どもも汗をかいているところでございます。

もう一つの資料でございます。これは前回いただいた御質問への御答えということで、必ずしも十分ではないかもわかりませんが、御用意をさせていただきました。

1つ目は、保険財政圧迫と女性の社会進出の効果を定量的に比べられないかという御質問でございます。読み上げることはいたしませんけれども、具体的に女性の社会進出の効果でありますとか、あるいは一定のルールを変えたときの保険財政圧迫の弊害といったものを定量的に比べることは非常に難しいということで、これを定量化することは困難で

あるというお答えをさせていただいております。ただ、単純に比較考慮して判断することではなくて、両方どちらも追及していかななくてはいけないものだと思いますので、医療資源の効率的活用及び女性進出の両者を政策的に追及していく必要があることは言うまでもないと書かせていただきました。

3つ目の○でございますけれども、現時点においても片道16キロメートルを超えた場合でも往診が可能なルールがございますので、この片道16キロメートルを超えた往診を必要とする理由があるか否かの判断に当たっては、単に費用だけでなく、他の事業者による代替的なサービスがどの程度提供されているのか、あるいは代替的なサービスが提供されていないということを何か確認する方法があるのか。医学的な観点からの受診の必要性。これも何か民間のサービスを使っている人だからいいという形だと、どうしても関係者の理解が得られませんので、例えば病児保育を利用されている方の中でも、こういう状況になったときに受診が必要なんですという御説明を関係者にもきちんと理解できる形でしていただけるのかどうかとか、緊急時の対応を含めた地域における医療提供体制における位置づけ、例えば急変したときにはきちんと診てもらえるように、地域にきちんと合意を得てやっていただけるのかどうかとか、そういった観点も含めてきちんと関係者の理解を得られるような形で制度設計ができるかというところが、ポイントになるような気がしております。

一番下の※のところは経済的な分析ということでありまして、あくまで参考ではございますけれども、もともとの16キロルールというのは医療保険財政の負荷軽減を目的としておりまして、医師の医療時間が仮に延びてしまうと、それは医師の人件費について見ても相当大的な負担になる可能性があるということで、16キロルールを完全に撤廃することはなかなか経済的に見ても難しいことでございますので、どういう具体的な条件づけをしていくのか。これもゼロイチではなくて、きちんと考えていく必要があるのだろうと考えております。

②でございますが、病児保育の現状やニーズ等を踏まえて、提案を実施する方策について検討してほしいということでお話をいただきました。私どももこういった御指摘を受けて、しっかりと勉強させていただいたつもりでございます。これは担当課も来ておりますけれども、病児・病後児保育事業における保育の実施に当たっては、その実施要項によれば対象児童をかかりつけ医に受診させ、児童を診察した医師が入院の必要性はない旨署名した連絡票によって症状を確認して、実施を決定するとされております。

また、実施要項上、医療機関との連携体制を十分整えることによって、緊急時に児童を受け入れてもらうための医療機関をあらかじめ選定して、協力関係を構築することになっております。

ということございまして、あらかじめ診療を受け、状態が安定している児童が病児保育の対象となっているということでありまして、病児保育中に往診を必要とする状況を具体的にどのようなものなのかといったことを、先ほど申し上げましたような具体的な制

度設計で考えていくためには、きちんと見ていく必要があるのではないかと思います。

提案者様のされている事業は、この病児・病後児保育事業の要綱にのっとったものとは違うサービスだと承知をしておりますが、基本的にこの連絡票を使うかどうか別としましても、かかりつけ医に受診をして安定して病児保育ができるかどうかということは確認した上で、お預かりをされているスキームだとホームページ等から承知をしていますので、その上で往診を必要とされる状況が病児保育をされている方全部ということではなくて、特にこういう人の場合には16キロの外から往診する必要があるんですとか、もしそういう何か事情があればぜひ教えていただいて、それを踏まえた検討をさせていただければと思います。

以上です。

○八田座長 どうもありがとうございました。

もともと厚労省さんとしては、往診というのは保険で高い点数が与えられているから、これを無制限に使うと財政が圧迫する。したがって、今は16キロという条件をつけている。それから、外来応需については別途、軽い患者だけを選ぶということになったら困るということが理由なんだということでした。今日お話になったところで私の理解ではいろいろ制度設計をこれから改めていくとしたら、そこでゼロか1ではなくて、どういう条件をつけたらいいかということを実際に業者からの方からも伺いたい。

第1に、外来応需について軽い患者ばかりを選ばないようにする条件というのは何でしょうか。

第2に16キロルールについても、16キロを超えてやれるような病児保育はどういう場合ならばいいのでしょうか。さらに16キロをどこまで広げるか。

第3に地域との連携はどうやるか。

そういうようなさまざまな御質問がありましたので、駒崎さんからよろしく願いいたします。

○駒崎体表理事 ありがとうございます。NPOフローレンス代表理事の駒崎です。

今いただいた厚労省さんの御回答と、そして厚労省さんから出されている資料を拝見いたしましたして、五月雨式ではありますけれども、私の感想及び反論をさせていただけたらいいなと思っております。

まず、この16キロの部分で貴重な医療資源が消費されてしまうという御指摘がありました。この医師の方針、訪問診療が5分延長した施策で云々かんぬんとあるのですけれども、医師のコストがふえるのと医療費用の増大というのは別のことですね。つまり、例えば我々、今4人の女医さんが働いてくださっていますけれども、その方々が往診して、でも、移動している時間は一切診療報酬をもらえないので、単なるコストなのです。往診したとき初めて720点がいただけて、ある種ペイできるみたいな話なので、移動時間が延びようが、そのコストを払うのは我々ですので、診療報酬の額がふえていくわけではないので、全体的な医療費がふえるというロジックは違うのではないかと素朴に思いました。

○林課長補佐 既に過去2回、同じ御質問があつて議論をしているところですので、今日は御説明を省略させていただいたのですけれども、ミクロに見るとそのように感じられることはもっともだと思います。

なぜこういうことを申し上げているかという、診療報酬というのは医療経済実態調査を行ったり、マクロに見れば医療機関の収支状況を勘案して、診療報酬の値づけを行っていきます。また、医師の受給という意味でも本来、外来で働かれるお医者さんがほかのところでは使われるということになると、今度別にそちらの外来のお医者さんも補充しなければいけない。したがって、マクロに見たときには結果的に往診料をさらに高くしなければいけないという形で医療財政を圧迫していくこととなりますので、自分の事業所だけがやっても別に大丈夫ではないかと思われることはもっともだと思いますが、これを日本全国全ての往診で移動時間が延びていく施策にしてしまったとすれば、それは医療費の増大につながっていくと御理解いただきたい。

○駒崎代表理事 なるほど。それに対してなのですからけれども、そんなことは起き得ません。なぜならば、往診というのは効率がすごく悪いからです。我々はやってみて思ったのですけれども、外来診療では患者さんが並んでいてくれます。10分診療して、次と言ったら来てくれて、10分診療して次、来てくれるという感じです。一方で、往診は我々の場合、20～30分かけてその子の家まで行って、10分とか20分診て、また20～30分かけて行くわけです。そうすると何が起きるかという、普通の外来診療の場合は10分に1人子供を診られるのに対して、往診の場合は70分に1人しか子供を診られないのです。そうすると普通に外来をやっていたほうがもうかると言えども、そこは子供にとって必要だ、病児保育にとって必要だということやらせていただいていることになるので、診療報酬の部分という意味において言うと、みんなが往診をやり始めることはないだろうということは、やってみるとよくよく肌感覚でわかるということでございます。

また、先ほどどちらかが延びると、どちらかがへこむみたいな話をおっしゃっていましたが、実は今、私どもが往診でドクターして下さっている女医さんたちというのは子育て中で、なかなか普通の外来に立てない、宿直できない、病院に勤められないという人が往診医として働いてくださっているということがありますので、既存のシステムの中ではなかなか働けない、繰り入れられていない方々がやったださっているという状況ですので、先ほど言ったようなところには当てはまらないかなと感じましたということです。

なので、診療報酬がふえるという話に関しては、むしろそうではないのではないかな。なぜならば、往診のほうが成り立ちづらいからです。

あと、開放性の件。先ほど往診専門医でも大丈夫なのではないか。ある条件をつければ認めていく方向でいったらどうかということでも一步踏み出してくださったみたいなニュアンスを受け取ったのですけれども、それは厚労省は頑張ってくれたな、と思いました。

個人的には、保険医療機関、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いう開放性という部分がキーワードかなと思っていて、この開放性が定められた当時においては、恐らく門構えをもって地域みんなが、ここに小児科があるんだ、ここに内科があるんだとわかる。なので地域に開放されていることを想定されたと思うのです。しかし、今ではインターネットがあるわけなのです。ですので、そこで我が町にはこういうサービスがあるんだ。障害児のところに往診してくれるサービスがあるんだみたいなことでわかる。そうした意味で新たな開放性というものが今、得ることができる。開放性という部分の定義が現在では変わってきているのではなかろうかと思しますので、厚労省さんがそうした時代を踏まえて、前に一步踏み出そうとしてくださっているというのはすばらしいかなと思いました。

あと、病児保育においてどんな子供に往診が必要なのかというところなのですが、子供もいろいろおまして、慢性疾患を持っていたりだとか、障害があったりだとかする子は特に往診が必要になりましょうし、また、普通の子供であっても急変して、そのまま入院してしまう事例もあったりするのです。そうしたときに、もちろん保育者がかかりつけ医まで運んでみたいなきもし得るのですが、そうするとかかりつけ医はかかりつけ医は無茶苦茶混んでいるわけです。普通の地域の小児科なので。なのでそうしたところによって、待たされてはひどくなるから移るということよりも、ある種、予防的にきちんと往診したほうが早期の時点で発見できたりして、マクロとしては医療費の削減になるのではないかとすら思っております。

この病児・病後児保育事業は国でやられておりますけれども、今、基本的に施設型なのです。99.999%が施設型です。なので施設型においては小児科医の中でやっていたりということなので、基本的にはこういう問題はないのですが、施設型だと病児保育のニーズというのはなかなかカバーし切れないという状況になっています。では、どんどんふやしていこうということで子ども・子育て会議等でもお話されているのですが、しかし、小児科医の数に合わせてしか施設型はふえないので、今、小児科医の数は多いわけでもないですから、病児保育の必要なニーズと小児科医がやる病児施設のふえ方というと、どう考えても病児保育のニーズのほうが高いわけです。そう考えると訪問型病児保育というものをきちんと位置づけていかなければいけない。そうなったときに安全性の担保は重要な話題として、そのときに往診というものが訪問型病児保育をやっているところで重めの子を預かるという場合、行けているということであれば、さらに安全性が担保されて、病児保育のインフラが整っていくということが言えるのではなかろうかと思しますので、ぜひこれを厚労省の保育施策の中でもしっかりと位置づけていただきたいと思いました。

○八田座長 どうもありがとうございました。

補足の質問ですけれども、基本的にはよくわかりまして、そんなにペイするものではないということなのですね。だけれども、これは必要だからやらざるを得ないということがわかりました。その際に、往診してちょうだいという要請があったら基本的には全部引き受けるのか、それとも何かの条件をつけるのか、その辺については。

○駒崎代表理事 ありがとうございます。

個人的なケースになってしまいますけれども、基本的には往診というのは患家の求めに応じて行くことになるので、患家の求めに応じない、来なくていいよというところに行くことは絶対にはないです。皆さんに来てくださいというような要請があって行くは行くのですけれども、その中でも一応、優先順位というのはつけています。というのも、重い子を優先すべきだからです。重い子のところに行くというふうにしています。なので例えば前日も病児保育をしていて、治りかけているなというときには優先順位を下げ、重めの子という形でやらせていただいております。

病児保育においては、そもそも16キロに医学的根拠も科学的根拠もないのであれば、別に要らないのかなと。ただ、では何キロでもいいのかという話で言うと、例えば32キロにはそもそも行けないし、行くと経済合理性とか物すごく下がりますので、規制しなくても余り行かないわけです。ただ、志として、あるいは病状的に心配だというときには採算度外視でいこうという形で行くことになるので、16キロを外したらみんな40キロの地点まで行くかといったら行かないわけですし、そこは御安心いただいたほうがいいかなと思います。

○八田座長 そうすると往診には点数が高いかもしれないけれども、何よりも時間コストという物すごいコストを払うから、おのずから限度があるだろうということだと思います。

鈴木さん、どうぞ。

○鈴木委員 今日の厚労省のお話は大分前向きになっていただいている印象で、落としどころを我々で条件とか、八田先生言われたように要件とか条件づけというものが合理的なものをいかにつくるかというのがポイントだと思うのです。

16キロの件なのですけれども、合理性とか何とかというよりは私の私的な意見ですが、要するに小児科医の島を荒らさないというか、医師会が文句を言わない範囲だというのが私の理解ですので、例えば病児保育と関連づけるとか、何か条件があって島を荒らさない。要するにあなたたちのお客さんは取りませんというようなことをきちんと言えるような条件づけを考えたほうがいいのではないかと思うのです。

1つは、病児保育を利用している利用者のお母さんが保育で困っているというのを何かうまく条件づけられるというのが1つと、もう一つ病児保育の大きな特徴は、病児保育があるところは確にかかりつけ医、協力医があるわけですけれども、問題は全然病児保育がないところなので、圧倒的に少ないということが非常に重要なことなので、そうすると例えば病児保育が非常に少ないエリアである場合には16キロ以上を認めるとか、何か具体的な言いわけをするための御提案はないかなと思うのです。

○駒崎代表理事 わかりました。

○阿曾沼委員 私は余り言いわけは全く必要ないと思っています。基本的に重症度等のトリアージは病児保育をやる医師たちがやるわけです。それは当然ながら診療録として残しておく訳です。もし必要であれば専門の医療機関に委ねなければいけませんから、病児保

育を必要として呼んだ利用者のかかりつけ医が全くいないという困る事があるかもしれません。従って、利用者が常に日頃かかっている医師や医療機関の名前を明らかにする事が重要でしょう。重症であった場合等は、それらの医療機関に病児を預ける等という仕組みができていれば、むしろ医療連携的には補完関係になるのではないかと思います。地域における小児科医は非常に少ないですから、おっしゃるように一々往診なんかとてもできない状況もあると思いますので、きちんと運用出来ればある意味、むしろ補完関係になるという気がします。

○駒崎代表理事 確かにそうかもしれないです。まさに小児科医の島は実は余り荒らさなくて、というのも小児科医に来る1日の子供の量と病児保育の量は全然比べものにならないほど、1日に小児科医がさばく子供の数のほうが多いので、小児科医にしてみれば全然痛くもかゆくもないという状況だと思いますので、余りそこは気にされなくてもいいかなと、もし厚労省さんが小児科サイドとか医師会のことを御配慮されているのだったら、それは言いたい。

○阿曾沼委員 むしろ小児科クリニックで病児保育を併設しているところがつぶれてしまっている例もあります。むしろ私は補完関係としては非常にいい仕組みなのではないかと思えます。

○駒崎代表理事 そうですね。あと補完関係で言えばまさにおっしゃったようなことと、病後児保育施設とあって、保育園で併設している治りかけの子をお預かりする施設があるのです。そことか医師が往診してくれればもう少し重い子を診られるのに、すごく軽い子しか診られないというすごく位置づけが曖昧な施設になってしまっていて、新宿区のある病後児保育施設は37.5度以上の子は預かれませんということを書いて、それだったら意味がないではないかみたいな、そういう感じにもなっているのです。だからそこを我々が往診していく中で、では病後児保育施設に寄りますよという感じで寄ってあげて、それで診てあげますよということであれば、より重い子もお預かりできるし、せっかくそこに年間1,000万近い補助金を出しているのに余り使われない。稼働率も東京で2割、3割の世界なので、すごく無駄になってしまっているわけです。

○八田座長 施設に対する往診ということもあるわけですね。

○駒崎代表理事 それにもつながってくるので、それは施設の場合は個人に行くわけではないから、往診料というのはとれないのですけれども、そこは施設の人から月々の委託料みたいな感じでいただければ、もうけるわけではないのでいいと思うのです。

そういう感じで医療が保育の部分へ入ることによってイノベーションが起きて、今まで助けられなかったことが助けられるということがし得ると思うのです。なので御懸念もあろうかと思うのですが、ぜひこの部分は一步踏み出していただいて、よりよい子育て支援インフラをつくっていただけると。厚労省さんと一緒につくっていただけると思います。

○林課長補佐 今日はせっかく提案者様にもお越しいただいて、具体的なお話を聞かせていただきましたので、私どもとしてもある程度きちんと責任を持った形でさらに検討した



いと思っております。

ここでの議論はお子さんだけなので大丈夫です。そんなに広がりませんということで済むのですけれども、やはりいろいろな形態がございます。病児保育というものを単純に高齢者住宅に置きかえたときに、今、新聞でも報道がされるようないろいろな問題が生じています。歯科診療もいろいろあります。医師のほうから押しかけて診療をして、そのお金がまたほかのサービスの支出の補填に使われていたりして、そういうものを療養担当規則で縛ったりとか、いろいろ私どもも苦勞をしております、社会保障の改革と言っても実際に具体的な話としてはそういう細かな節約をきちんとして、皆さんが適正に使っていくことに御協力をいただくことが必要なわけがございますので、自分だけが例外だというスタンスではなくて、できるだけ普遍化したルールとして重症の人を診るということ、もう一つは、地域で在宅医療ないし往診の体制が確保できないということ。この2つぐらいは何らかの方法で確認をする手続を入れさせていただいた上でということであれば、また大分話が違ってくるのだと思います。

○駒崎代表理事 今の話は引き取らせていただいて、少し深めたいのですけれども、高齢者マンションに行きまくって、往診しまくって荒稼ぎするということを多分御懸念されている。それは実際に診療報酬も4分の1に下げられてということをやられたと思うのです。それはよくわかります。

ただ、一方で病児保育という場合は基本的にはその子の家に行くという形になるので、そこでたくさん20人診ることが形式的にできないのです。先ほど言った病後児保育施設の場合は確かに定員4人なので、もしかしたらマックス4人診られるかもしれませんが、その場合は例えばそれこそ施設の場合なので4分の1に下げるとかすればいいだけの話だと思うのです。ということで、高齢者におけるマンション的な形で病児が一定、何十人も住んでいる場所があるみたいなのは、日本では入院している病院だったらあるかもしれませんが、基本的には考えづらいではないですか。だから、その場合分けはきちんとしていただきたいというものがあります。

あと、お話の後者にあった医療機関が整っていないところという条件にすると、東京だとできなくなってしまうので、東京だと基本的には一応、お医者さんはあるわけです。でも、子供を預かったときにお医者さんに連れて行ってというふうにするよりも、なぜならばそこにすごいたくさんの子供がいて、そこに行って病気が感染してしまったり、かつ、小児科医に患者が集中すると結局過負荷になってしまうのであれば、基本的には往診という形にしたほうが小児科の負荷も分散されるし、良いのではないかと。医療機関が整っていないというような文言を入れた瞬間に東京はできないですね、大阪はできないですね、神戸はできないですねみたいな感じに全部なくなってしまって、結局その病児保育が必要とされる都市部ではできなくなってしまうという話になるので、その部分はぜひ繊細に取り扱っていただけると嬉しいなと思います。

○林課長補佐 医療機関があるからどこでもだめですと言っているわけではありませんの

で、そもそも2ページにあるような絶対的な理由の中でも、患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても、当該保険医療機関が往診等を行っていないというのが今でも書いているルールですから、外来に行ける医療機関があるからだめと申し上げるつもりがあるわけではなくて、先ほどおっしゃっていた近未来実証特区の話も同じだと思いますけれども、実態的に往診とか訪問診療のサービスが得られないということは何らか確認するようなことができるかどうかとか、そういうことをある程度担保していく必要があるのだと思っています。

○八田座長 ほかにございませんか。どうぞ。

○鈴木委員 これは特区として今、出しているのですけれども、正規のプロセスと言うのは変ですが、厚労省としては別に法律を変えるという話ではないので、中医協に諮って進めることになるのでしょうか。先ほど言ったようないろいろな条件づけとか担保ができた場合に、中医協にプロセスとしては図るのですか。

○林課長補佐 そうですね。特に16キロメートルのほうは診療報酬の要件になっていますので、中医協に諮るべき法定の諮問事項の一部を構成しています。告示に書いてあるレベルよりは少し低いレベルですので、明示的に中医協の場で議論しなくても委員が了解していれば、反対がなければいいというレベルかもしれませんけれども、いずれにしても中医協の了解がないと進まないレベルの話ではございます。

○鈴木委員 そうすると、告示ではないので次回の改定まで待たなければいけないということではないのですね。診療報酬の改定とかいう話ではないわけです。

○林課長補佐 そのあたりも含めて議論する必要があると思っていまして、外来応需の体制について議論をしたときも、単純に広げていくとここでの議論とはまた別かもわかりませんが、高齢者に対して投網でかけるように診療をするという悪い習慣が起きてしまって、そうすると、またそれを規制するようになって、かえって在宅医療の推進に逆効果になるのではないかという御意見もあるので、報酬上の評価と例えば外来をしなればいけないというルールは、もしかすると不可分のものかもしれないわけです。外来をしない訪問診療専門の医療機関にどう評価するのかというのは今まで議論したことがないわけですから、それをした上でやらなければいけないかもしれない。そういうことも含めてまだ具体的なところはもう少し中医協で議論を詰めていく必要があると思います。したがって、報酬改定との関係で言うと、まだ今の時点ではわからないということだと思います。

○阿曾沼委員 今でも16キロメートルを超えても往診ができるわけですね。それは自費でやってくださいという話ですね。例えば通常の往診では、依頼時に病児の状況を聞いていく訳ですから、往診時に解熱剤、例えば座薬等を持って行って、そこで処方する事もある訳です。その場合は往診料そのものが自費であるわけですから処方も自費となってしまいますね。混合診療となってしまいますから。それはそれでいいのですか。

○駒崎代表理事 いや、困りますね。

○阿曾沼委員 運用する上では利用者の負担が多くなる、全て自費になってしまうという

問題は残ってしまうわけですから、この点をキチンと対応出来ないといけませんね。

○林課長補佐 自費であれば今でもできますので、自費でできるかどうかでここで議論されているわけではなくて、根っこから往診料を保険給付するかどうか。いつもこれは規制緩和ではなくて給付の拡大だと申し上げておりますけれども、そこまで給付を拡大するかどうかということが、もともとの議論のポイントになります。

○阿曾沼委員 わかりました。確認です。

○八田座長 そうすると、今までのお話を簡単にまとめると、もともと厚労省さんとしては、往診を拡大することで費用が大きくなってしまふことを懸念されていて、特にこれは病児保育以外のところで実際に問題が起きていることであるという御指摘があった。駒崎さんからいろいろと御説明があって、病児保育の場合には、これだけでもうけようという色彩は非常に弱いので、16キロを拡大することによって、それがコスト的な弊害を呼ぶことにはならないだろう。外来応需のことについても同様だ。むしろ、今のところは病状の重い人から選ぶというトライアージをやっている。それから、なるべく広い範囲ということではインターネットということがあるから、むしろこちらから場所をみんなにオープンにすることによって、もっと広い範囲の患者さんに対して門戸を開くことになるのではないか。そういう御指摘があった。

条件として何か欲しいというときに、専門性ということですが、現在ない専門性としては、病児に対して往診するというそのサービス自体が極めて特殊なサービスで、これまで余りなかった。そういうことにだから、ほかの科と一緒に扱わないで、病児保育という専門性に着目して、緩めることが必要なのではないかと思うのです。もしこれを、介護関係のこと、歯科などと同列の基準でやったらいろいろな問題が起きるかもしれない。しかし病児保育は、本当に今、社会的な必要度が余りに高いものだから、それだけシングルアウトする理由があるのではないかと思うのです。そこについてはいかがでしょうか。先ほどから条件と言われたことに関して、実はそこが条件なのではないかと思うのです。

○林課長補佐 そうですね。関係者、相手がある話でもありますので、これからいろいろお話もまたぜひ伺いながら知恵を絞りたいと思います。どれがいいと言っているわけではないですけれども、何かの民間サービスと抱き合わせでやるからいいですみたいな形に見えることは決してよくないと思っています。医学的な判断の場で審議がされ、また、実際にレセプト審査をするのも医療の専門家が審査をするわけですから、何か民間のサービスを使っているからいいんですということではなくて、医学的にこういう患者だからいいんですという形のほうが、小児であるとかそういうことも含めて、そういうような普遍的な形で表現できるほうが基本的には望ましいと思っております。

○八田座長 ほかのサービスとコンビだからということではなくて、医学的には問題なく、かつ、コスト面で危惧されているような問題がほかの診療科とは違う。そういうことではないでしょうか。あと、組み合わせるかどうかは別の話だと思います。

○駒崎代表理事 今のものに補足ですけれども、往診は医学面では外来の診療と変わらな

くて、例えば往診が昔想定された離島とか、なかなか医療機関がなかったということで往診がされていたと思うので、医学的な意味というよりは社会インフラ的な意味ですね。社会インフラとして往診してあげないと。

○八田座長 私が子供のときなんて小児科は往診が当たり前です。午前は医院で、午後は往診でというのが標準でした。いつの間にかなくなってしまったけれども。

○阿曾沼委員 私が子供の時代でもそうでした。

○駒崎代表理事 なので、要はそうやって医学的に何かがすごく変わったというよりかは、社会インフラ的なものだと思うので。

○八田座長 10分ごとにやったほうがもうかるからです。今のほうがおかしいので、元来、病児は往診のほうが自然です。

○駒崎代表理事 なので医学的にはめてしまうと往診はいろいろ難しくなるので、インフラ的な意味合いから検討していただけたらいいかなという希望です。

○八田座長 本当に子供のとき、当たり前でしたね。熱が出たら往診するというのは。

○藤原次長 私どもの大臣も関心が非常に高く、なぜ往診が昔、当たり前だったのがなくなったのか、いろいろと問題意識をお持ちなのですけれども、これは厚労省さんとしてはやはり効率性の観点ですか。今おっしゃったように、なぜ各地でそういったものがなくなったのかということについては、何か見解はございますか。

○林課長補佐 にわかになぜかということ、私もまだ生きている経験が長くありませんので難しいかもわかりません。また勉強させていただきたいと思います。

○八田座長 そうですよ。スクーターとか持ったのは大体小児科のお医者さんが初めだったです。その前は自転車だったけれども。

○鈴木委員 今日せっかく雇児局が来ていらっしゃいますので、何かありますか。

○南室長 保育課の南と申します。

我々は保育を担当している者の立場から言わせていただきますと、全くいいとか悪いか言う立場にはないのですけれども、実施要項というものを定めておりまして、先ほど紙にも書いてありますが、お医者さんに見ていただいて、入院する必要がないという旨の署名をした連絡票というものをお医者さんに署名をしていただくということが1つ。それから、ふだんから協力医療機関というものを選定しておいて、あと、指導助言を行っていたり指導医というものをあらかじめ選定する。何か緊急のことが起こった場合に医療機関あるいは指導医と、どういうふうに対応したらいいのかということや文章であらかじめ取り決めておくこと。そういったことをしていただければ基本的にはいいということであって、そこに往診という形をとるのか、通常はお医者さんに行ってやるというのが普通だと思いますけれども、特に往診がだめだと何も規定はしておりませんし、そこは我々としてはあとは患者さんというか、病児の保護者とお医者さんとの関係となろうかと考えております。

○八田座長 ほかにございますか。

○藤原次長 いずれにしても、制度改正という形での成果が求められる項目でございますので、3月に恐らく国家戦略特区の諮問会議でもこれは報告させていただかなければいけない事項になると思いますので、速やかな対応をぜひお願いできればと思っております。

○駒崎代表理事 ぜひよろしく申し上げます。厚労省、南室長が頑張って病児保育施設をふやそうとしてくれていますけれども、公的には病児保育施設はふえないのです。足りないのです。そこは民間で頑張っただけでふやしていきたいと思っておりますので、そこに安全と安心を付与できるように往診をつけられるようになったらもっとインフラが広がってきますので、それが子供たちのためになり、働く親たちのためになりますから、決してそれで濫用して大もうけとかそういう話では全くないので、ぜひ前向きに御検討いただければと思います。

○八田座長 これは働く女性にとっては、これが一番の問題だと思うのです。ぜひもう一歩踏み込んで御検討いただきたいと思っております。

今日はどうもお忙しいところありがとうございました。