

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

（開催要領）

- 1 日時 平成27年2月3日（火）9:37～10:27
- 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 医療社団法人滉志会瀬田クリニックグループ代表
- 委員 坂村 健 東京大学大学院情報学環・学際情報学府教授
- 委員 鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科教授

<関係省庁>

- 林 修一郎 保険局医療課課長補佐

<事務局>

- 富屋 誠一郎 内閣府地方創生推進室室長代理
- 藤原 豊 内閣府地方創生推進室次長
- 松藤 保孝 内閣府地方創生推進室参事官
- 宇野 善昌 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・在宅医療の弾力化
- 3 閉会

○藤原次長 では、往診ルール在宅・在宅医療の弾力化のヒアリングでございます。

厚生労働省の方々にお出でいただいておりますが、以前も1回議論させていただいて、いただいた質問を絞り込ませていただいた上で提案者とはやりとりをしましたけれども、回答も返ってきているようでございます。これについて議論をさせていただければと思います。

総理のほうから前回の諮問会議で実現の方向で対応するよということ関係大臣のほうにも指示が飛んでおりますので、実現の方向で最大限努力することが政府として必要になっております。

それでは、八田座長、よろしくお願いたします。

○八田座長 お忙しいところをお越しくださしまして、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 厚生労働省保険局医療課の林と申します。どうぞよろしく願いいたします。

前回から日がたっておりませんので、御記憶に新しいところかと思いますが、まず、色刷りのほうの資料、前回と同じものでございます。ポイントだけ1分ぐらいで御説明させていただきますと、訪問診療や往診につきましては、1枚目でございますけれども、これは外来より診療報酬が高く設定をされております。医療上の必要性にかかわらず安易に実施されることは、健康保険の考え方からは望ましくないということもございますので、その実施に当たっては一定の要件が定められておるわけでございます。

本件の御提案につきましては、自己負担で往診を実施するということは既にルール上可能であるわけでございますから、論点は、本件のために保険給付を拡大してもよいのかどうかということがポイントでございます。ルールの緩和というよりは、保険給付の拡大をこのためにしてもよいのかどうかということがポイントであると考えております。税金や保険料を使って、このような事業を行うことがよいのかどうかということが論点であろうと考えております。

2枚目でございますけれども、「16キロメートルを超える往診・訪問診療の取扱いについて」ということで、このルール、16キロというのがクローズアップされておりますけれども、それより外側でも医学的な必要性があれば、それが他の医療機関で対応できないといったことであれば往診を行ってもよいとなっておりますので、このルールに関しては、16キロがどうかということもさることながら、その事業に医学的な必要性がどの程度あるのかということがポイントであるということでございます。

それから、「外来応需の体制のない保険医療機関について」というほうのルールでございますけれども、これも前回御説明させていただいたとおりでございますが、このルールは、軽い人だけを選択的に見るというような医療機関があることは非常に望ましくないということが、今、これはなかなかすぐには見直せないという側の意見と言いますか、論拠でございますので、こういった新しい事業が、軽い人だけを選択的に見るとか、事業所にとって都合のいい人だけを選択的に見るといったことがないかどうかというところをきちんと見ていかないといけないのだと考えております。そういった観点を踏まえて質問させていただいて、一部について御回答いただいたところでございます。

実際のところ、この医療機関というのは、まだ管理者の方がどんな方であるとか、あるいはどんなポリシーで医療機関を運営されるといったところについては今回の質問のお答えからはよく分からなかったところでございます。また、往診を実際になされるときに、どのような患者に往診をされて、どのような患者に往診をなさらないのかというところもよく分からなかったところでございます。

「取扱注意」と書いてある御回答のほうを参照いただきながらということかと思えます

けれども、「1. 実施医療機関の概要」の中で、二つ目の○ですけれども、管理者となる予定の医師や、採用予定の医師のプロフィール・専門性について御教示いただきたいという点。前回のここでの御議論では、かなり専門性の高い診療をされるのではないかという御指摘もあったところでございまして、読ませていただいたところ、病児保育を主として考えると、医師の専門は小児科及び耳鼻科を想定しているということで、これは一般の小児科、耳鼻科ということなのか、あるいはその中でも特に専門性が高いのかというのは、ちょっと私どもには理解が難しかったところでございます。

また、事業が進めば、トラウマを抱えた児童や引きこもり家庭等への往診のため、精神科系も必要となってくるということでございますが、このあたりもどの程度の専門性なのかということ、私どもは、ここの回答からだけでは理解がまだ進まなかったところでございます。

「2. 実施医療機関の医療提供体制」のところでございますけれども、病児保育の利用者以外から往診の求めがあった場合には、どのように対応するのかということで、これについては、病児保育の利用者以外からも一定の必要性があれば対応するというところでしたが、そもそも病児保育の利用者の中での往診の求めがあった場合にどのように対応するのかという御質問をさせていただいたことについてはお答えをいただいております。御質問の中では、3. の中で、主として想定される往診の対象者について、なぜ外来診療が困難で往診を要するのかとか、あるいは往診を行うまでに医学的な往診の必要性を判断する手続や、判断を行う方について御教示いただきたいといった、病児保育の方々の中でどのような方に往診をするのかということについては、今回、御回答がいただけなかったところでございますので、病児保育の利用者とそれ以外の方で判断の方法に差があるのか、あるいは判断の水準に差があるのかということについて、私どもはちょっと理解ができなかったところでございます。

それから、回答のほうの2. の二つ目の○でございます。患者側から、症状が落ちついた後にも慢性疾患の管理等のために継続的な診療を求められた場合の対応についてということでございます。これについては、在宅医療や訪問看護の枠組みで対応すると御回答いただいておりますが、この在宅医療や訪問看護というのが、自ら御提供されるのか、あるいはその地域でそういった医療資源が存在することを期待して、前提としてこういったことを書かれているのかということが、ちょっと理解が進まなかったところでございます。

それから、「3. 実施医療機関の専門性」という点につきましては、往診が可能になることで、病児保育の安全性をより一層高めることができるという御回答があったところでございます。

このほか、前回の御議論の中では、医師については他の小児科の医師の不足に拍車をかけることがないように、育休中あるいは直後の医師などを中心に採用するのだといった御指摘がありましたけれども、医師の採用方法について御教示いただきたいといったことについては御回答がなかったところでございます。

また、健康保険のルールの中では他の事業と医療機関の中で収支の移転というものがある場合には、それは不適切な収支の移転がないかどうかを見る必要がありますけれども、こういったところについても御回答がなかったところでございます。

全体としてはどういった患者に往診を提供するのか、そして、どのように往診を提供するのか、それから、医療機関と病児保育の事業所相互の関係、こういったところに着目をして、それが健康保険上適切な診療となるのかどうかと、この三つの点ですね。どういった患者に往診を提供するのか、どのように医療を提供するのか、医療機関と病児保育の関係、こういったところに着目をして、この事業が健康保険における医療の提供としてふさわしいものとなるのかどうかといったところに着目をして、私ども、非常に関心を持たせていただいているところでございます。

今回、短時間で御質問にお答えいただいたのだと思いますけれども、やはりなかなか伝言ゲーム的なところもあって、私どもの確認したい事項にお答えいただくのが難しかったかなと思う面と、やはり少し相互のフィードバックというか、コミュニケーションがあって、こういったところはこのように変えれば提供できるのですねというようなコミュニケーションをとることも必要なかなという感じもいたします。これをどうやって実現するかということが御関心なのだと思いますけれども、1かゼロかということだけではない部分もあるのではないかと感じるところで、御質問に対するお答えとしては、もう少し密なやりとりができたならなと感じたところでございます。

説明としては以上でございます。

○八田座長 ありがとうございます。

これは事業者と一緒に呼び出すということも可能ですかね。

○藤原次長 可能だと思いますが、いずれにしても、これに全部答えなければ制度改正が実現しないのだという前提でやるのかどうかということが一番ポイントで、本当にそういう御主張であれば、この質問表自体をワーキンググループの先生方の中で一回きちんとおむ必要があると思います。

○八田座長 それはそうです。

○鈴木委員 ここでやっていることは、個別の事例を認めてくださいという話ではなくて、個別の理由で上がってきたものを普遍化しているのですね。だから、出てきたもの自体に色々なところで共通する問題があるから一般論としてお話をしているわけで、ここのクリニックを認めてくださいという話をここでしているわけではないということですね。

○林課長補佐 十分承知をいたしているつもりでございますが、医学的な必要がある場合の往診については16キロを超えても認めるというルールにしておるわけでございますので、医学的な必要がなくても認めてほしいとおっしゃっているわけでもおそれないのだと思いますから、その医学的な必要性というところの判断をどう考えるかといったところに結局は帰着してくるのだと思いますし、そうすると、この事業がそれに当たるかどうかということをよく確認させていただかないと、なかなか判断が難しいのではないかと。それ

に、もしかしたらもう既にできるものかもしれないということなのではないかと思っております。

○八田座長 まず、今、御説明いただいた中で、普通の小児科のことだから、これは専門性がないのではないかとおっしゃったけれども、それは専門性の意味だと思うのですね。高度医療という意味での専門性と、「他では得られない医療サービス」という意味での専門性とは、全く別だと思うのですよ。そして、今、問題になっているのは、病気になった子どもを在宅で保育している状況で、機敏に往診してもらえる。そういうサービスは普通はなかなか得がたいですから、このサービスの専門性は、赤ちゃんや子どもを抱えている親にとっては非常に貴重なものだと思います。こういう専門的なサービスをやりやすいようにしようということなのです。確かに、普通の内科の医者にうんと遠くから往診してもらうことを、自由勝手に気ままに許すのはまずいです。しかしそれとは、ちょっと違います。やはり子ども、赤ちゃんの場合には、先ほども阿曾沼先生が言っておられたけれども、昔は小児科は往診が普通だったわけです。ましてやお母さんがいないところで保育士が看護しているところで往診をしてもらえるというのは非常にありがたいことです。保育士が病院に連れていくよりは往診のほうがいい場合には、それに特化したところを認めましようという話です。

16キロ以内だったら、今だって保険でできるわけでしょう。だから、それを、範囲を超えたところでもできるようにしてくださいということです。

○阿曾沼委員 このサービスはきっと、不特定多数の人を全て対象とするということではないのだらうと思います。病児保育をするという人たちに限定するとか、医学的な必要性を誰が判断するのか、現実はその母親が判断するのでしょうか。熱があるとか、動けないといったら、普通に判断をすれば先生に診てもらおうということですよ。往診する医師は自宅に行って初診をするわけです。なおかつ、高度な専門性が必要であると判断すれば、その医師の判断と責任において近隣の専門病院に救急で運ぶとか、必要な医療機関や医師に診療情報提供書や紹介状を書いて、その専門医師に治療等を委ねるわけです。普通の医療機関がやっていることを病児保育に対してやっていくということですので、心配はないのではないかと思います。

○鈴木委員 そもそも病児保育は皆さん御担当なのですか。私が知っているときは、病児保育は皆さん方の御担当ではなくて社会・援護局か何かにあったと思うのですけれども、病児保育の現状は皆さん、御存じなのですか。この議論をすると病児保育の話をしなければいけないのですけれども、その御担当の方もいらしていただかないと、ちょっと話が進まないのではないかと。

つまり、今、病児保育はどういう現状になっているかということ、訪問というのが都市部では割と普通になっているのです。だから、クリニックのそばに病児保育を併設して、そこにいらっしゃいというのだと、数も少ないですし、ほとんど機能しないので、病児に対しては訪問して引き取るというようなやり方が結構普通になっているので、そこに医者

がくつついていくということは非常に利便性が高いわけですね。だから、そういう文脈で多分こういう御提案もあったと思うので、病児保育のことがわかっている方がいないと話が進まないのではないかと。高度医療とかそういう話ではありませんので、これは今どうなっているのですか。病児保育はどこが御担当なのですか。

○林課長補佐 病児保育は、ちょっとすみません、正確でないかも分かりませんが、雇用均等・児童家庭局か社会・援護局か別のところが担当しているのだと思います。

いずれにしても、今の議論が医学的な必要性というところに着目をするのか、それとも利便性ですとか、あるいは特定の事業者の事業を利用されている方への特別なサービスとして提供するのかといったところにかかわって。

○阿曾沼委員 ご質問ですが、医学的必要性の判断の定義とは何ですか。誰が、いつ、どのように判断をすれば、医学的必要性が判断されたとするのですか。普通の医療では日々行われているわけです。もし特殊な判断基準はあるのであるのであれば、教えて欲しいですね。医学的必要性の判断は誰が判断するというのですか。

○林課長補佐 これは往診を行われる医師の方が最終的には判断をしますし。

○阿曾沼委員 そうですよ、医師が判断するのだから、いいのではないですか。

○林課長補佐 そういう意味で、例えばこの管理者となる予定の方がどのような方法で判断をされるかということをお質問させていただいたことについても御回答がなかった。

○阿曾沼委員 だって、これは病児保育だから小児科の先生がやるに決まっているという前提だと思いますよ。当然小児科の先生がやるのでしょ。当然ながらちゃんと小児科の医者が責任を持ってやるということが大前提だと思います。そうでなければ現実的にできないわけですから。サービスを受ける人たちだって安心できないしメリットがないわけですから。往診に来たら、私は肝臓がんの専門で小児は判らないんですなどと言われたって困るわけでしょう。当たり前のお話なのです。事業者だってそんなことはわかっているわけですよ。

○林課長補佐 当たり前のお話であれば御回答いただければ良かったなど。管理者も決まっていられないし、この医療機関がどのようなポリシーで診療されるかということが私どもは、今日いただいた回答ではよくわからなかったということをお率直に申し上げた次第でございます。

○阿曾沼委員 具体的なプランさえあれば認められるという話ですか。この点は非常に重要なポイントだと思います。女性の社会進出という面でも、病児保育の現状を考えたときに、キチンと安心して預かってくれる人がいなくて、自分が仕事に出られない場合にそれをサポートしてくれる保育士さんや専門の医師が対応してくれるということは、働く女性にとってもものすごく重要なことです。従って、是非実現する観点で考えてほしいと思います。回答が何か、本当にできるんですか、やれるならやってみろみたいな感じに聞こえてしまいます。

○鈴木委員 というか、そもそも雇児局がここにいないで議論ができるのかという気がし

ますけれども。

○林課長補佐 最初に申し上げたことに重ねてということで、往診ができるかできないかということについて言うと、保険給付という観点を除けばもうできるわけなのですね。

○阿曾沼委員 現実の保険給付の問題は分かります。その場合に薬の処方が必要だったとか、医学的処置したら混合診療になってしまうのでしょうか。16キロを越えて行くことは自費でできるけれども、そこで処置や投薬があれば全部混合診療で自費になってしまうわけですね。そんなのは実際的には何のサービスにもならないですね。若い母親で病気の子どもがいて、折角安心出来るのに16キロを超えたら全て自費で負担が大きくなってしまいますから。それも解消したいですね。

○林課長補佐 したがって、現状よりも保険給付の範囲を拡大してほしいという御要望だと受けとめております。そこは御異論のないところだと思うのですが。

○鈴木委員 そして、それが野放しだという話ではないですよ。病児保育という概念の中で16キロというのはいかにも現実から離れているので、そこは限定つきで拡大できないかという話です。

○林課長補佐 したがって、私どもがこれを制度設計として考えようとするれば、どこの部分に着目をして広げたらいいのか。単に野放しにするということでもない。病児保育だからいいのか、何だからいいのか、色々な観点からやはりコミュニケーションが必要だと思うのです。この事業が実質どういうものなのかということも十分に分からないので、どこをどのように広げれば。

○鈴木委員 でも、全然個別事例の話ではないのですよ。ここがたまたま言ってきただけの話で、そういう問題は東京中にあるのですよ。

○八田座長 政府としてやらなければいけないのです。

○鈴木委員 だから、雇児局とお話をしていただいたほうがよほど現状が分かると思うのです。

○林課長補佐 そういう点で言うと、病児保育に限定して広げてほしいという、病児保育だからということ認めてほしいということですか。

○八田座長 病児保育で来たものについては、要請したものについては断ってはいけない、そういうことだと思いますよ。これは簡単だからとかそういうことではなくて、全部引き受けなければいけない。

○阿曾沼委員 当然法律的に、在宅専門なのか、外来応需義務がちゃんとできるのかとか、色々な観点でチェックしなければいけないと思いますが、新たな制度設計を病児保育の在宅対応において行うということだろうと思います。

○林課長補佐 そこまで真剣にやろうとされているのだと思いますから、やはりこの医療機関の管理者の方がどういうポリシーでやろうとされているのか、そこを私どももやはりそのやり方というのは、是非本当に直接お伺いしたいとは思いますが。そうでないと、やはりこうではないかという想像での話にしか今もなっていないと思いますし、これが実際に

どこをどのように、この16キロルールだけに限らないと思います。医療機関の開設、管理の問題で色々あると思いますけれども、そういったところをどのように提供しようとされているのか、どういう医学的なサービスを提供しようとされているのか、そこはやはり是非直接お伺いしたいと思います。

○八田座長 その機会を作ってもいいと思うけれども、その前提として、今、議論されてきたように、非常に社会的ニーズのあるもので、しかも、これは普通の内科の医者や看護士を遠くに往診してもらうというのとはちょっと違って、病児保育ということと結びついたことです。赤んぼうの場合には往診というのは当たり前ですから。しかも、母親がそのときにいない、そういう非常に特殊性があるものです。したがって、ここで認めたから全てが拡大していくということを危惧する必要はありません。社会的ニーズがあるところにやるような方向を見出していきたいとお考えになるなら、当事者も来たいと思います。しかし、「やるならやってみろ」的調子で潰すことを意図されるなら、連れてきてもしようがないなど率直に思います。

要するに、前提として、そういうちゃんと社会的ニーズのあるものならやってみよう、だから具体的に話を聞きたい、それなら来ていただきます。

○林課長補佐 例えば、これは16キロの中では既にやっていたらしゃるサービスなのかね。そのあたりすら情報が無い状況なのです。

○八田座長 今はまだ診療所はつくっていないのですね。これは認められればつくりたいということではないかと思います。

○藤原次長 おそらく、その範囲ではビジネスにならないからできないということです。まさに誰が管理者になるということまでできないと制度改正ができないというと、新規ビジネスをする方が、立ち行かなくなると思います。

○八田座長 ここのところ、病児保育自身は非常に手広くやっているところです。非常に積極的にやっているところですが、往診をどこまで手広くやっているかというのは知りませんがね。

○阿曾沼委員 私の伺った範囲では、小児科の医師とキチンと連携をして、必要に応じて往診をしているという様に理解しています。

○八田座長 16キロ以内ですね。

○阿曾沼委員 そうです、16キロ以内ではやっていると伺っています。実際にやっている中で具体的なニーズがあり、問題意識が生まれて、ちゃんと対応したいというところからの御提案だと理解をしています。

○林課長補佐 是非そういう話を私どもも。

○藤原次長 今、先生がおっしゃったことです。

○八田座長 確認したいことがそこだけならば、もちろん確認してもいいですけども、それを前提にするならばできるということでしょうかね。

○林課長補佐 やはり最初に申し上げたとおりでして、こういった患者に往診を提供され

るのか、そして、どのように提供されているのか。あと、医療機関と病児保育の事業所間に資金の流れはないのかどうかといったところは、やはり最低限確認する必要があると思います。

○八田座長 そうすると、鈴木委員がおっしゃったように、今の病児保育の担当のところともちょっとお話しになったほうがいいと思いますね。実際に進んでいるわけだから。

○鈴木委員 そう思いますよ。これは言わばちょっとエアポケット的なところなのですね。厚生労働省としては両方の間ぐらいのところなので、だから、非常に施策が手薄くなりやすいとか、ニーズがキャッチされにくい部分ですので、これは一つの例ですけれども、非常にいい事案だと思うのです。つまり、保育と医政の連携という意味では、ニーズがあってこういうことが出ているので、是非両方の御担当でお話をさせていただいたほうが話としてはスムーズなのではないでしょうか。個別の事案に特化する必要はないので、こういうものは全部病児保育のほうで把握していると思うのですね、ニーズについては。

○林課長補佐 今日はお声がけいただけていないので、その部分については回答を保留にさせていただきたいと思います。

○阿曾沼委員 ぽっと出で今まで経験もなく、何かおもしろそうだからやろうという人たちではないと思いますし、それなりの実績を積んで想いを持ってやっていたらっしゃる方が、今までのやっている中で改善をしたい、ニーズに応えたい、そういう志を持っている方だと理解をしてお話ししているつもりであります。

○鈴木委員 特に病児保育はほとんど小児科にとっては持ち出しみたいなものなので、全然採算の合う業務ではないのですね。しかも、併設している病児保育の事業所自体も8割が赤字という世界なので、それはそれなりの想いを持ってこういうものを出してきていると思います。ぽっと出ではないと思います。

○阿曾沼委員 つい最近も、小児科クリニックが開設した病児保育施設が閉鎖になりましたね。やはり施設設置型の施設では運転資金が続かないということなのだろうと思います。それを、在宅医療として運営し、継続的事業体としてやっていく覚悟と知恵を持った人たちにやってもらわないといけないのではないかと思います。

○八田座長 今色々出たようなこともありますから、病児保育担当の部署と話し合われて、政府として新しい、非常に必要度の高いサービスを特区で始めるという方向で、もちろんそれにはどういう問題があるかということも御協議の上、御指摘いただいたらまたそれはありがたいです。まずその段階を踏んでからということにしたいと思います。

○阿曾沼委員 正直、御説明頂いたことは承知の上です。法律がこうなっているということは十分に理解をしています。これまでの制度設計の経緯も理解をしています。それで、なおかつやってほしいなということでもありますから、バットで打ち返すのではなくて、キャッチャーミットを持っていただいて、まず受け取って、いい回答であるボールを投げ返してほしいということです。

○林課長補佐 そうですね。そういった点からも御質問させていただいたところで、やは

りもう少し事業について私どもも理解を深めさせていただきたいと思います。

○八田座長 要するに、病児保育ということについて、そのものについても現状を把握していただくには、一事業者よりも、ある意味では担当課のほうが詳しいでしょうから、協議されて、どのように設計したらいいかということもお考えいただければと思います。

○林課長補佐 前は医学的な専門性が十分あるのだという御議論だったので、そのお答えがあるのかなと思ってこういう質問をさせていただいたのですけれども。

○八田座長 高度な医療という専門性ではなくて、こういうサービスというものが、他に得がたいサービスであろうということです。

坂村先生、何かコメントはありますか。

○坂村委員 一つ質問なのですけれども、何が今問題になっているかというのと、一つは、この2ページに書いてあることなのですけれども、往診・訪問診療を行うことは、医療資源を多く消費し、ひいては医療保険に負荷を及ぼす可能性があると書いてありますが、多分この心配が一つあるのではないかと、ここは重要な問題だと思うのです。

逆に質問なのですけれども、こういうことを認めていってしまうと、どのぐらい医療資源を消費して、医療保険に負荷がどのぐらい及ぶと推定なさっているのですか。

○林課長補佐 これは今あるサービスだということではありませんので、何か定量的な推計があるということではございませんけれども、やはりその医師の件数費というのは時間に応じてかかりますから、移動時間が長ければ長くなるほど往診についてはコストがかかっていくということですね。それぞれのサービスの単価というのは、厳密にそのコスト計算をしているわけではありませんけれども、結果的にそういったことで医師の動きが非効率になっていくと、そういったところの単価を引き上げていくという方向からも診療報酬に影響が出てくるということなのだと思います。

前日も御説明いたしました、元々このルールができたときには、往診の距離に応じた診療報酬ということだったものですから、距離が長くなればなるほど直接的にコストがかかる、お金がかかるということがございます。現在はそういうルールはなくなっておりますが、とはいっても、マクロに見れば、コストが上がっていけば、それだけ報酬にも影響が出てくるということだと考えております。

○鈴木委員 でも、現実的に過剰と言えるような往診が見られるのは、ほとんど老人の分野ですね。私は子どもの分野でこういう話は聞いたことがないのです。つまり、子どもの場合は急性の疾患とかそういうもので出てくるので、あまり慢性疾患とかボーダーラインで過剰診療ができるような範囲はかなり限られていると思うので、そういう意味でも、子どもの分野という限定であれば、あまり過剰な診療行為ということ、あるいは過剰な報酬をとるということをそんなに想定しなくてもいいのではないかと思うのです。

○坂村委員 程度問題ですね。どのぐらいかというのを、どのように負荷を及ぼす可能性があるかがやはり知りたいですね。今おっしゃっていたのは一般論みたいなもので、多分こういうことをやったら上がるだろうと言っているだけです。それは何かやれば上がる

だろうなというのは分かるのだけれども、どのぐらいなのかという程度が重要ですね。大変なことになってしまうのか、ほんのちょっとなのか。それで、ほんのちょっとでも社会の利便性が上がって、例えば先ほどから問題になっている働く女性のためにプラスになるのかとか、そのように考えないと、単に何かやったら上がるだろうというぐらいでは答えになっていないというか、もうちょっと検討してきて教えてもらわないと。

それがあまりにひどいというのだったら、考えられることは二つで、その診療報酬の制度自身がおかしいのではないかということもあるかもしれないですね。もう一つは、本当にそんな大きな問題があるのかと認識するかもしれないですね。だから、もうちょっと緻密に言ってもらわないと、みんな納得しないということではないですかね。

なぜかという、前提条件として、おそらくこれから少子高齢化とか色々なことを迎えて、今までと違って病院に來いというだけだとなかなか色々なものが阻害して、働きながら子どもを育てるとか、本当に寝たきりの老人の人がいるとか、そういうのが問題だから、やり方を根本的に変えないと社会が進まないのではないかという議論が今起こっているわけだから、そのときにそれに対して何も今を変えないでそのまま進んだら、まずいですね。だから、もしも変えるのだとしたら、逆にどうということが問題なのかを言っていたきたいと思います。そうすれば、では、そういうことがあるならこのようにとか、もう少し建設的、前向きに進むではないですか。でも、さっきから聞いていると、ただ高いとか、負荷があるとかというだけだと前進しない。必ずしも強引にやろうと八田先生も言っているわけではないから、何が問題なのかがわかれば、そのどこを変えたほうがいいのか分かるのではないかと思うのですね、横で聞いていると。

○八田座長 前回こちらの説明も足りなかったかもしれません。もし、専門性が高いということ高度医療という意味で捉えられるように言ったとしたらこちらの間違いです。まさにこういう在宅医療という他では得がたいサービスという意味で言ったということが一つ。

それから、事業者自体は大変病児医療に対して専門性がある、今まで経験のある、ある意味でパイオニアと言われている人たちであるから、その問題意識で拡大したいということだと思います。

それから、鈴木委員がおっしゃったように、この分野はそんなにお金がかるとかそういうことではなくて、むしろ赤字でやっているようなところなので、社会的ニーズが高いのになかなか供給されないということがある。そのようなことをひっくるめて、やはり病児医療担当の課の方たちの御意見も入れながら、新しい制度構築を作っていただきたいなと思います。

ということで、坂村先生がおっしゃったように、お金がかかるからできないというふうに前提してしまわないで、本当にこれはいい機会なので、新しいシステムを作っていくように、是非御検討をお願いしたいと思います。

○阿曾沼委員 費用という点ですが、在宅での病児医療などは、そんなに経済的負担があ

るとは推計できませんし、インフルエンザの子どもなども小児科に比べて他の小児に感染させてしまうより在宅でやったほうがいいのですよね。在宅でやってあげるといふ医者と事業者がいれば、働く女性にとってありがたいことだと思います。

○坂村委員 医療のあり方も世界的に見て今はどんどん変わってきていて、日本でもそうですけれども、やはりサービスを主体とした方向に業種がどんどん変わろうとしているときに、医療だけはそうではないということはないと思うのです。特に少子高齢化で一番私が思うのは、寝たきりの人が多くなったときに、病院に行きたくても行かれない人がどんどん増えてきたら、もう極端なことを言うと病院には属しない、回っていただけみたいな、そういう医者の形態が主体になっていくかもしれない。今はそういう人は少ないかもしれないけれども、そのように世の中が変わっていくかもしれないですね。だから、病院へ行くというよりは、医者が逆に来るみたいな形になっていくことはありますね。そうなったときに今の制度がそぐっていないのだとすると、何かちょっと少し。

○八田座長 ということで、これは是非もう一歩御検討をお願いしたいと思います。

では、時間になりましたので。

○林課長補佐 私どものほうでも病児保育について勉強するようにということがございますので、勉強させていただきたいと思います。また、もう少し知りたいこともありますので、それも事務局のほうと御相談させていただければと思います。

○八田座長 どうもありがとうございました。