

第15回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2016年10月27日（木） 9:30～11:57
2. 場 所：中央合同庁舎第4号館 3階共用特別会議室
3. 出席委員等
主査 榊原定征 東レ株式会社相談役最高顧問
委員 伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研主席研究員
同 新浪剛史 サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教

越智隆雄 内閣府副大臣

伊東芳郎 宮崎市健康管理部長
紅谷浩之 オレンジホームケアクリニック代表
横田裕行 日本医科大学大学院救急医学教授、
同付属病院高度救命救急センター一部長

（概要）

- （1） 人生の最終段階における医療の在り方について（有識者ヒアリング）
有識者からプレゼンテーション後、意見交換。

（厚生労働省）

資料1-1をご覧いただきたい。

まず、背景について御説明させていただきたい。

3ページ。グラフの青いところが65歳以上、高齢者が増えていき、赤いところ生産人口が減っていく。折れ線グラフの紫の高齢化率が一層高くなっていくことが想定される。

4ページは「死亡数の将来推計」で、年間の死亡者数は、2040年にピークを迎えて、2015年と比較すると30～40万人多い死亡者数になることが推計されている。

5ページは「死亡場所の推移」で、1950年ごろは、自宅で亡くなる方が8割以上であったが、その後、病院で亡くなる方の割合が増加、近年少し減っているものの、75%程度となっている。

6ページ。一方で、国民に対する意識調査を実施すると、治る見込みがない病気になった場合に、最期を迎えたい場所については、自宅が約55%と最も

多くなっている。

7 ページは、人生の最終段階における医療について、最近の国の動向である。社会保障制度改革推進法の中で人生の最終段階の環境整備がうたわれており、また、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」においては、国民への情報提供や、患者と医療従事者が話し合い患者本人による決定を基本とした医療を進めるプロセスの普及を図ることが示されている。

次に、検討会等の概要について。

9 ページ。人生の最終段階における医療の在り方については、これまで概ね5年に1回程度、検討会が開催されてきており、特に平成18年度～19年度にかけての検討会においては、医療機関における意思決定プロセスのガイドラインがつくられるなど、これまで検討を重ねてきたところである。

10 ページ、今申し上げたガイドラインについて。平成18年に富山県の射水市民病院における人工呼吸器の取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化した。先ほど申し上げた検討会において、人生の最終段階における患者の意思の確認方法や医療内容の決定手続などについて、標準的な考え方を整理したところである。

具体的には、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による意思決定を行うことが基本であるとしている。患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できればそれを尊重し治療方針をとっていく。また、家族も患者の意思を推定できない場合には、医療ケアチーム等で慎重に判断していく。さらに、家族の中で意見がまとまらない場合などにおいては、複数の専門家で構成する委員会を設置して、検討や助言を行うこととしている。

直近の検討会では、医療関係者のみならず、患者目線での方や法曹関係の方々にも入っていただき、平成24年度から25年度にかけて開催している。

あわせて、意識調査も行っており、その結果の中で主なものを御紹介させていただきます。

13 ページ。人生の最終段階における医療について、家族と話し合ったことがあるかについて、55.9%が全くないという回答であった。また、意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことについては、約7割が賛成という状況であるが、作成しているかと聞くと、書面を作成しているのは3%程度という結果になっている。

14 ページ。末期がん、認知症については、人工呼吸器や胃ろうなどを望まない人が多いという結果になっている。

15 ページ。ガイドラインの利用状況について、医師、看護師、介護職員ともに20%前後であり、そもそもガイドラインを知らないという回答も3～5

割あるという状況で、まだまだ周知が足りない状況である。

16 ページの下はこの検討会のまとめである。1つ目として、国民の相談に応じることができるような体制の整備、情報提供等によって国民が主体的に考えることができる機会を提供すること。2つ目として、ガイドラインの普及や医療関係者に対する研修等により、人生の最終段階における医療の提供体制の整備が必要であること。3つ目としては、患者本人の生き方を尊重した医療及びケアの提供という観点から、この時に名称を「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」に名称を変更している。

17 ページ以降は、こういったことを踏まえての取り組み状況である。

18 ページ。医療機関向けのリーフレットなどを用いて、ガイドラインの周知を図っているところである。

19 ページ。患者本人による意思決定を行う上では、医療従事者が適切な情報提供の説明を行うことが必要であるので、医療従事者のスキル向上の観点から、平成 26 年度と 27 年度に研修のモデルを策定し、幾つかの医療機関の医療チームにその研修を受けていただき、受けていただいた医療チームが実際に患者の相談に応じて、その評価を行っている。

21 ページ。このモデル事業で相談を受けた患者へのアンケート調査であるが、「患者の希望がより尊重されたと思う」と回答した者が 89%に達しており、概ね良好な結果である。

22 ページ。今年度からこの研修を全国展開しようと、まず、各地域で講師の育成研修をやった上で、全国を 8 ブロックに分けて、現在、研修を進めているところである。

25 ページは、今後の取組みについて。現在、「主に入院や在宅療養の場面における医療機関の取組（既存の取組）」として、ガイドラインの普及、あるいは医療従事者に対する研修事業を行っているところである。来年度は、医療機関以外の場面における取組として、幾つかの自治体で人生の最終段階の医療に関する普及啓発を行っているところであり、しっかりした情報提供を行う必要があり、そうした住民向けの普及啓発ツールを策定してまいりたい。また、患者の意思に反した医療が行われないように、患者の意思を、救急の医療機関あるいは消防機関といった関係機関と共有するための連携ルールなどを、地域ごとに策定するような事業を行ってまいりたい。また、検討会を立ち上げて、基礎データを収集し、追加的な施策の必要性等について有識者による検討を進めてまいりたい。

（横田教授）

資料 2 をご覧いただきたい。

スライド4にあるように、突然の心肺停止は全国で今、1年間に12万人発生するが、このような患者さんにおいて心臓の疾患が原因で、心停止の目撃者がある場合など条件が整うと、この12万人のうち、大体11%ぐらいの方が生存している。さらにAEDが使われると、45%が生存し35%ぐらいの方が社会復帰できる。そのような判断を救急の場面でするには、瞬時の判断が必要になってくる。そうすると、心肺停止で運ばれてきた患者にどのようなバックグラウンドがあって、この患者を蘇生すべきかしないのかといった判断、あるいは家族に意思を確認していると、とても蘇生に間に合わない。多々そういう状況が発生しており、それが、むしろ日常である。

救急医療においては、患者の意思、家族の意思を最も大切にするが、それが把握できなという場面が多々ある。それを待っていると十分な救急医療を提供できないことが背景にある。

冒頭で結論を申し上げますと、患者の意思や家族の意思を、何か社会で共有できるようなシステムがあると、救急医療自体の質も高まってくるのではないかと。

スライド8。平成16年2月に日本医師会は「医師の職業倫理指針」を作成しており、ここで終末期のことを触れている。日本医師会や厚労省からもガイドラインが出ているが、どのようなときに終末期あるいは人生の最終段階の医療と定義されるのか、あるいはそのように判断されたときにどのような対応法があるのかということについて、どのガイドラインにも記載がない。そこが、救急医や集中治療医、循環器のドクターの迷うところで、なかなかガイドラインが使えないことも、そういうところに原因があるのではないかと。

そこで、私ども日本救急医学会、日本集中治療学会、日本循環器学会は具体的な判断を示し、こういう状態であれば終末期と判断できて、そういう場合にはこういう対応ができるといったガイドラインをつくって、それを社会に発信しようと、3学会で合同の委員会が組まれた。

その前段に、日本救急医学会が救急医療における終末期への対応を提言した際に、このスライド15のシナリオ4のような架空のシナリオを7つ用意し、全国の救急医とそこに勤務するナースにどのように対応するかとアンケート調査を行った。このアンケートの結果がスライド16番である。例えば、治療水準を下げる、家族の希望というところに目が行くが、よく見ていただくと、それぞれ数は少ないが、どの項目にも意見が存在するということが、また、専門医とナースとでは、少し傾向が違っていることがわかる。7つのシナリオを全部集計した結果がスライド17であり、ここから個人の倫理的な判断あるいは治療方針の判断は、個人によってやはり違うということ、職種によってその判断は大分異なってくるとことの2つがわかった。終末期と判断する際に

は、個人の判断ではなくて、多職種でしかも複数の人間の判断が関与すべきだということが明らかになった。そこで、この具体的なガイドラインでは、前提となるのは、個人の判断ではなくて、多職種の判断であることを強調させていただいた。かつ、その判断に至ったプロセスを、後で十分検証できるような記録を残しておく重要性、必要性も強調した。

こういった基本的なスタンスで、日本救急学会のガイドラインを平成 18 年に作成した。このガイドラインは、とても丁寧なプロセスを踏んで作成しており、我々が案を作り、宗教家の皆さん、法曹界の皆さん、警察の皆さん、それからパブリックコメント、さらに看護学会あるいは患者さんの団体等から意見をいただき、まとめたものが日本救急医学会のガイドラインであり、これが 3 学会合同のガイドラインの基礎になった。この骨子が、スライド 21 と 22 に書かれている。終末期とはこのような状態を指す、あるいは、終末期と判断されたときにはこういう対応が可能ということをおおむね 4 項目であるが、具体的に示した。ガイドラインはいろいろなところで公表されていたところであり、一般の方にもわかるよう絵も入れて出版もしている。

さらに、このガイドラインを使ったか使わなかったかということをおおむね、日本救急学会で Web 登録のシステムを構築し、進めていたところ、日本救急学会だけではなく、日本集中治療学会、心臓の専門家の集団である日本循環器学会も同じような考え方ということから、上記 3 学会が合同で作成したものを 3 学会合同のガイドラインとした。公表したのは一昨年の 11 月 4 日である。

冒頭で申し上げたが、このガイドラインを使うか、あるいは多職種、多数の人間が関与するという判断は、患者の元気な時の意思あるいは家族の皆さんのお考えが、一番の前提になる。それが、例えば、ひとり暮らしの人やあるいは個人が特定できない患者も、救急の場面では多数存在するが、そういった場合は、医療者側の見識、良識にのっとって、医療、ケアチームで判断していくこともあるが、大前提は、やはり患者個人あるいは家族の判断というところがポイントになる。

救急車を要請する、救命センターに来る場面というのは、いずれにしても突然起こった事象での要請になる。そういうときにも、あらかじめ家族等で話し合っておく、あるいはそれが地域で共有できるようなシステムがあると、患者にとっても家族にとっても一番優しい医療になっていくのではないかと。そういう意味も含めて、この 3 学会合同のガイドラインを作成した。

このガイドラインは、患者目線に立った、患者の最期のお看取りをいかに救急医、集中治療医、循環器の専門医が人間の尊厳を持って行うかといった視点に立ったガイドラインであることを強調したい。

今、3 学会の合同ガイドラインの登録システムも構築中であり、来年度早々

にはできるよう作業を急いでいる。そういった経緯も含めて、その意味づけも含め、この3学会合同ガイドラインについて説明させていただいた。

(紅谷代表)

資料3をご覧ください。

オレンジホームケアクリニックは福井県福井市において在宅診療メインでやっているクリニックである。在宅患者数は今、約230人おり、年間80~100人ぐらいの方を看取らせていただいている。在宅医療に限らず、人生全体における医療の役割について、在宅医療という立場と地域包括ケアの最前線、現場から感じていることも一緒にお伝えしたい。

スライド3。病気になったときに、それを検査し治療するのが医療の役割である。人生のある時に人生の最終段階に至るような大きな病気を発病すると病院医療の役割として検査治療が行われる。当然、このまま病院で医療を続ける方もいらっしゃるが、病院と連携しながら在宅医療に引き継いで緩和ケア、看取り、または亡くなった後もさらに家族ケアや地域ケアというようにつながっていく。地域包括ケアシステムの中で医療の役割を考えたときに、予防や健康増進など、生活全体を支えることが、今後、医療の役割になっていくと考える。そういった意味で、人生の最終段階の議論が、がんを患ったり、老衰になって胃ろうをどうするかとなってから始まる話題ではなく、もっと、生まれてからどのように過ごしていきたいか、そのようなことから既に人生の最終段階につながる話し合いが始まるべきだと考えており、もっと以前から話し合いが十分行われることが重要であると感じている。

「医療のパラダイムシフト」、病院で、病気を管理し、治療していく役割から、生活の中で、その人の生活の中での医療面を支えるという役割が変わっていくときに、医療側が役割を少し変更していく必要もあるのではないか。例えば、眼鏡も、視力矯正器具という意味では医療用具であるが、既にファッションアイテムとして生活の中に密着しているように、医師や看護師も地域に出たときは病気を持ってその人の人生や大切なことを守るために便利に使われるような、そこは、医療の専門家としてアドバイスしてけるような役割が変わっていく必要があるとも考えている。

スライド5は、これまでの病院と在宅の連携であり、スライド6は、地域包括ケアをイメージしたときに、これからこのような連携になっていくとよいと感じているところである。これまでは、病院を退院する時に初めて人生の最終段階の議論が始まり、最後、どこで生活したいか、治療を受けたいかなどのお話が始まることが多いので、病院でカンファレンスが始まる。その時に、自宅に帰れるかどうかという議題になりがちであるが、地域の生活を中心に考

えるスライド6の図では、病院にいる時間は、長い人生においては寄り道期間になるので、それまでの人生で感じたこと、考えたことを大事にしていくべきではないか。基本的には、家に帰ることを前提として、どのように病気を患った状態で生活していくか、その人の思いを叶えていくかというところにスポットを当て直す。ここのスポットが違うまま話し合いが行われると、家に帰るのは無理だから施設に入るといようなカンファレンスになるか、こういうところを工夫すると家でも生活できるとう話し合いになるか結構違いを感じる。例えば、1日3食、食事はとるべきなど、それは医療的には重要であるが、その人にとっては、たとえ1日1食しか食べられなくても近所の知り合いが届けてくれるご飯と一緒に食べることが一番の喜びだったりする場合がある。そのときに、病院では、この人は一人では1食しか食べられないから施設の方がよいという結論になりがちなところに課題を感じている。

スライド7は、厚労省の人生の最終段階における医療体制整備事業への参加時のデータである。期間中に9人の末期がんの患者が病院から在宅に移行し、9人中5人は、初めから在宅で死にたい、家に帰って亡くなりたいたいという希望で帰ってこられた。4人は、家で死ぬのが怖い、家族に負担をかけたくないなどの理由から病院で亡くなることを希望して帰ってこられた。私たちは診察の中で、退院時に決めた決定があることにとらわれずに、病院で死ぬことや家で死ぬことの意味、その人の人生や家族の関係などについて繰り返し話し合いを続けた結果、この4人の方、全てが、在宅での看取りを考えられた。9人ともが自宅で亡くなられたという結果につながった。日々、人間誰でも気持ちは変わってくるので支え続ける必要がある。

もう一点、普通の外来であれば、最後はどこで過ごしたいか、最後の医療はどのように受けたいかなどそこまで突っ込んだ質問は余りしないかもしれないが、在宅診療では、そういった突っ込んだ話題が出てくるような診察の機会が57.9%、2回に1回以上は、人生の最終段階にまつわるような相談が、診察の現場で行われていたことがわかった。診察イコール相談になってしまっている。病院のような退院時のカンファレンスで、今から意思決定の相談をしましょうという場で、こうしましょうと決める会議のようなカンファレンスではなく、日常の中にそのような相談が紛れ込んでいる。

スライド8。これは、あえて実感という形で書かせていただいたが、ACP（アドバンスケアプランニング）という言葉を知っているか知らないかは別にして、自分はこのように医療を受けたいのだとすごく信念を持っていらっしゃる方が時々いる。そういう方は、そうでない方と比べて不本意な入院が少なくなくて済む。また、急な方針転換でばたばたすることもない分、緊急往診や緊急訪問看護などが少なくなくて済んで、病状面でも安定して最期を迎えられる方が

多いという印象がある。

もう一つは、病院で医療を最後まで存分に受けながら亡くなるのと、自宅で医療を最小限に、生活を営みながら亡くなるのとでは、後者の方が、苦痛が少なく亡くなる方が多いことは、在宅医療に関わる医師や看護師の多くが感じていることだと思われる。病院で行われる医療と比べて、在宅だとなぜこのように皆さん楽そうに旅立つのだろうかというところから、在宅医療を専門的に行い始めた先生が意外と多いことも、実感している。

スライド9からが課題だと感じていることを挙げさせていただいている。スライド9の課題①、先ほども申し上げたが、病院で大きな病気を患って初めて話し合いが始まるのではなく、もっと早い段階から話し合いが行われていることが望ましい。かかりつけ医の外来で余りこの話題がないのは、時間がないことが一番大きな理由だと思うが、例えば、血圧の薬をもらいに月に1回受診されている方が、1年間に12回、5年間で60回ドクターと面談する機会があるわけであるが、その中で、自分はがんになったらどのような医療を受けたいか、自分は認知症になったらどういうところで生活を送りたいか、胃ろうをするしないについてどう思っているかなどのが、実際、外来の現場で出ているかということ、非常に少ないのではないか。

スライド10の課題②。まだ国民の皆さんが在宅医療についてご存じないところが、すごく残念に思う。いろいろメリット、デメリットはもちろんあり、全員がそれを選ぶべきではないが、全員に選択肢としては挙がるべきかと感じており、十分な情報提供が行われるとよい。

スライド11。「人生の最終段階の医療」という言葉は、やはり、病気になってどう死ぬかという話題になりがちで、皆さん話題としては避けたくなるような話題になっている。本来は、誰にも訪れる病とか老いとか死に対して、そうなったときでも生き生きと自分らしく最後まで生きるためにどう過ごすかということまで話せることが一番望ましいので、少しポジティブな話し合いにもなるべきかと感じる。課題②とあわせて、皆さんが今後の人生を考える上で、大事な話し合いとして楽しみながら自分の人生設計の一つとして考えられると、よりよいと感じている。

当院では、重度な障害児の保育園や児童館を運営している。そこに通う子どもたちは生まれた時から人生の最終段階のような話し合いが常に行われるような子どもたちであるが、その子の病気や症状にばかりスポットを当てるとどうしても暗くなりがちなので、この子の成長をどのように楽しむか、この家族でどのように成長していくかというところにスポットを当てて話をしていくと、非常に、お母さんも子供本人も前向きな話し合いになっていく。重い障害を持った子を産んだお母さんは、その後社会復帰されないことがほとん

どであるが、当院にかかわっているお母さんの7割以上が、今、仕事を持って働いているというところにつながっている。

スライド 12 の課題④。病院を退院後、話し合いが続けられているかという
とまだまだ難しい。在宅医療チームにメディカルソーシャルワーカーなどが
常駐するようになれば話し合いが継続できるか。例えば、介護職も含めて、
ケアマネジャーやヘルパーが、日常の中で人生の最終段階の相談に乗ってし
まう。病院の相談室という場所で行われるのが人生の最終段階の医療相談と
決めつけないで、現場で決めて、話し合いが積み上がっていくのが望ましい。

もっと欲張れば、民生委員、カラオケ喫茶やクリーニング屋などの地域のお
ばちゃんやおじちゃんがいろいろな地域の相談に乗っていたりするので、そ
ういう方にそういう意識が広がっていくと充実するのではないか。

スライド 13。大きな病気を発病する前の地域のアプローチとして、一つ目
は予防アプローチとしてフレイル予防、その手前のソーシャルフレイル、孤
独の予防によりつながりをしっかりキープすること、二つ目は、医療者がい
なくても語れる場や対話文化を持つような地域ベースのACPが行われること、
三つ目、外来診療において将来のことを話し合う、最期まで責任を持つかか
りつけ医機能がもっと充実してくることがある。そうすることで、いざ病氣
が発症したときに、その人が持っている方針や覚悟がよりはっきりして、実
際、病院で行われる医療も、その人に合った医療が選べるのではないか。

加えて、地域と病院の ACP の双方向共有。その人が望む生活について地域
でいろいろ語っていても、それが病院にうまくつながらないと意味がないの
で、ここがうまくつながるような仕組みや連携が重要である。

同様に、その人が望む治療を終えて、病院から生活に戻ろうというときに地
域ともつながる ACP である。ここで気をつけたいのは、病院で決めたことは
必ずしも絶対ではないということである。病気で落ち込んで悩んでいるとき
に決めた選択肢は、非常に弱気な選択肢になっている可能性がある。家
に帰って生活を取り戻した人が、病氣を持った上でこう過ごしていきたいと
いうことを話し合える機会はすごく重要である。

そして在宅医療も、病院医療を引き継いで緩和ケアから看取りだけを行う
在宅医療ではなくて、もっと生活維持をするために、その人の生活を立て直
すことを支えるような、エンパワメントで行けるような在宅医療にもう少し
バージョンアップして行って、改めて医療が必要ない期間をつくることを目
標にするような在宅医療ができると、よりよい。

その結果、たとえ亡くなったとしても、家族や地域と対話をして支えてきた
ということが次の自分たちの世代に引き継がれていく形が理想的である。

スライド 14。病院と在宅の話をしていくと病院医療と在宅医療のどちらが

よいかという議論になりがちであるが、和食と洋食のどちらがよいか、どちらが値段が高いかといった議論をしているような感覚であり、それは一概に言えないのではないか。ある程度自分の見通しを持ってレストランに行けばオーダーを迷うこともないし、結果として好きなものを食べて楽しんで、かつ、リーズナブルに済んでいる。決めずに行って迷って、おなかがすいていることに任せてハンバーグ、チキン、ケーキ、和菓子のどれも食べたいなどと注文してしまうと、結果的には値段が高くてついてしまう。在宅医療、病院医療のどちらもいいところがあるので、ある程度見通しを立てて、どのように組み合わせながら使うとよいか、本人がしっかり考えていれば、結果的に、先ほど経験として申したが、そういったことを少し考えている方の方が緊急往診などが少なく済むのではないかと感じている。

(伊東部長)

資料4に沿って説明する。

1 ページ。医療の現場から、救急で運ばれてきた患者に延命治療を行ったところ家族が望まない、患者本人の希望と家族の希望が一致しているかどうか分からないという声があった。また、介護の現場からは、認知症で本人の意思が確認できない、延命治療をめぐる家族の間で意見が違ふといった声もあった。

平成19、20年の国の議論において、都市部では、最後はお金をかけた自宅マンションで過ごしたいという方もいれば、一方、田舎では、最後くらい病院にかかって死なせてあげたいという地域もあり、全国ばらばらだという感じがあったことから、全国統一的な取組とは別に、地方で取り組めることがあるのではないかと平成25年に独自で「在宅療養支援事業」を立ち上げた。

背景には、この頃、終末期を考える書物や映像が非常に流れており、延命は可能であるが、短くても質のよい人生を送りたいと思う人が増えているということが実感としてあった。ただ、患者自身が自分のことを決めるのはまれで、家族が代わって決めることが一般的であるが、家族の範囲も規定されていない。そういったことから、市民一人一人が自分の最後の時間をどのように過ごしたいか、どのような医療を受けたいかということを元気なうちに考えておいてほしい、また、それを家族なり周囲の者、かかりつけ医なりに話しておいて情報共有できるようにしてほしいということもあった。加えて市民が在宅療養への理解を深めてほしいという中で出てきた話でもある。

3 ページ。はじめからエンディングノートありきではなかったが、有識者の方々に検討いただいた中で、行政が取り組む際に必ず押さえておきたい点として、医療費を削減するためにやっておくのではないということ、書面として

残すことが全てではない。加えて、治療しない希望だけではなくて、したいという希望もよい。更に、きちんと水先案内人ができる医療従事者を育てなければいけないとあった。一方で、エンディングノートに関して、行政で作成する必要があるのか、エンディングノート作成に向けてのガイド本を作成してはどうか、ブームが去った後は名称だけが残って、誤解を招く可能性があるのではないかといった意見があった。

4 ページ。既存のエンディングノートでは、延命治療を望むか望まないかという2 択が多いが、延命治療もさまざまで、どのような医療行為があるのかを知らないで選択するのが難しいという実態があったので、それをイメージできるよう、手引きで解説、事例紹介をすることにした。「私の想いをつなぐノート」では、気管挿管や気管切開、胃ろうなどいろいろな延命治療について説明している。

そういうことを含めて、私たちが目指していることは、それぞれの地域特性に根差した実効性のある取組にしていくこと、既に病気を抱えている患者だけではなく、家族や市民一人一人が若いときから意思決定能力の低下に備えて、自分の意思を決定するための情報提供、支援体制を整備するために、医療関係者だけではなくて消防なども包括した広域な連携体制の構築である。

6 ページは関係機関との連携について。まず、医療関係者の研修会においてロールプレイング形式でエンディングノートをどのようなタイミングで患者に渡すかといったトレーニングを行った。一方、消防局の救急救命士、救急隊に出向き、エンディングノートについて研修を実施した。また、二次救急医療病院の先生方にも集まっただき、エンディングノートの取組について告知するなど、市全体で取り組んでいる。

7 ページ、悩んだけれども決められない、一度決めただけでも気持ちが変わったということもあってよい。書くことも難しいのでとにかく考えていただくことが重要であると考えている。エンディングノートは、保健所、保健センター、あるいはかかりつけ医、薬局、地域包括支援センターなど、医療介護関係者が説明しながら配付するというのが特徴であり、どのような延命治療があるか自分で学べというのは、少し酷であり、その辺りを説明しながらお渡ししている。

8 ページは周知する側が押さえておきたいポイントについて。今、申し上げたようなことを何度もトレーニングし、お渡ししている状況である。

私たちの取組は、一つの文化をつくるような仕事であると考えている。現在、1 万部ほど配付しているが、市民の公開講座や出前講座などでも非常にニーズがある事業である。時間をかけて、しかし確実に市民に普及させていきたいと取り組んでいる。

(委員)

自然な死を迎えたい、あるいは経管栄養や人工呼吸器など侵襲性のある治療は望まないという方が増えているといろいろなところで聞く。そういった人々の意識の状況の調査や把握は非常に重要である。

1点、厚生労働省にお伺いしたい。急性期、慢性期それぞれにおいて、人生の最終段階である、あるいはその可能性があるかと捉えられる件数や人数など、客観的で定量的な情報は把握されているか。90年代には、例えば、寝たきりの方の人数が取り上げられることが割と多かったと思うが、介護保険が導入されて以降は、そういった数字を余り目にしなくなっている印象がある。人生の最終段階の医療の在り方について国民的な議論をするため、あるいは国民へ情報提供をするという観点から、そういった情報の整備は、今、どういう段階にあるのか教えていただきたい。

(厚生労働省)

有識者の検討会においても「人生の最終段階」の定義をどうするか議論になった。人生の最終段階には、いろいろなパターンがあって、がんのようにずっと元気であったが、最後の何カ月間の中で非常に落ちていくパターン、老衰などはじわじわ年をかけて落ちていくパターン、脳血管疾患などは慢性期でありながら急性増悪を繰り返しながら落ちていくように予後がいつと余り予測できないパターン。

基本的に「人生の最終段階」を定義すると、不治、治らないということ、かつ死期が迫っている。この2点であるが、後者の、死期が迫っていることを、どこの範囲で捉えるかなかなか難しいところがあるので、ガイドラインの解説書でも、患者の状態を踏まえて、やはり個々に医療ケアチームが適切に判断していくようになっている。そういったことから、「人生の最終段階」の数は、なかなか定義が難しいということもあり、把握できていない実態である。

(委員)

終末期医療は医療費削減のためではなく、QOLを上げるための仕組みづくり。ここでのQOLとは、話し合いや心のケアをしっかりとすること。定量的な検証は難しいが、文化づくりが非常に重要。現在は在宅での医療・介護に対して本人や家族に不安感があるが、メディアでも、この不安感を取り除いてQOLを上げていかなくはないという議論が出てきた。このタイミングを捉まえ、経済財政諮問会議においても、ワイズスペンディングなお金の使い方QOLを上げていく議論をすべき。

政策として、この文化づくりをどう支援するのか、またその結果として、ど

うやって安心して看取る体制を構築するかが議論の方向性として重要。その際、地域性、すなわち地域に任せることが大変重要で、同じ特性にカテゴリーされる地域もあるだろうが、全国レベルで標準化すべきではない。

何点かご質問したい。有識者の方々がやっている文化を広める取組を、政府としてどうやって横展開していけばよいか。具体的には、ペインコントロールに関する課題や家族への負荷をどう解決していけばよいか。また、今後認知症患者がますます増えていく中で、患者の意向をどのように汲み取ればよいか。また、家族という概念も変わってきた中で、家族とコミュニケーションできるタイミングをどうつくっていけばよいか。

(伊東部長)

最初は医療関係者だけで、地域包括ケアシステムの中で普及させていこうと考えていたが、実際、なかなか普及が進まない、医療従事者だけでは足りないということもあり、これを聞いた方々で、さらに横に広げていただけるような方々、例えば、民生委員の方々などに養成を始めているところである。

地方の在り方について、私どもは医療圏レベルで取り組んでいるが、実態として、これが県レベルの取り組みとなるとなかなか進まなくなるというか、人口 100 万以上になると、いろいろな意見が出過ぎて、逆にまとまりもなくなってくる。

市議会議員、県議会議員が視察にこられるが、今、宮崎市役所で一番視察が多いのがこのテーマである。そうやって横に広がっていくようになったのが、この 1、2 年である。いま一つ、プッシュしたいところであるが、自分の地元が地に足がついているかどうか、まだその段階であるので、その辺りを検証していきたい。

(紅谷代表)

先ほど、紹介した重症な障害児たちのアプローチに関しては、少し手応えを感じている。障害を持っていつ死ぬかもわからない状態で家で過ごしているお子さんの話題は暗くなりがちであるが、子供には成長や発達、家族や友達などの楽しいキーワードも必ずあるので、そちらにスポットを当ててみると、みんな生き生きとしてきて地域にもどんどん広がっていくという感じする。医療や福祉は、悪いところを見つけて治してあげようというスタンスで始まってくるので、悪いところをまず見つけようとするが、今後の高齢化社会や人生の最終段階を迎える方が多くなる時代、障害を持った方が生活をする時代になってくると、悪いところを探していると、それがたくさんになってきてしまうので、むしろ、いいところにスポットを当てていく。

医学はマルかバツかでやってきたところがあると思うが、生活においては0から100点のうち今どこだという話をすることになるので、今、70点ぐらいの人生だというときに、マイナス30点の方を指さすと暗い話になるが、70点にどう積み上がっているかという方を議論ができるとよい。具体的な方法ではないが、子供たちのケアの中で、いろいろ気づきがあった。例えば、高齢者、末期がんの方で、1週間後に亡くなるかもしれない人でも、今のいいところをどう見つけるかということのを他職種でつないでいくことが、前向きな話し合いとなり広がりが見えると実感している。

自宅でのペインコントロールについて、専門的な入院をしてのケアでないと痛みがとりきれない場合もあるが、それはかなり少ない。末期がんの患者の100人、200人診療し、1人、2人いるかいないかという印象で、自宅でも十分ホスピスと同様のペインコントロールができていく実感がある。中には、自宅にいて、家族にいての安心感、病院には連れて行けないペットがいる安心感、たばこが吸える解放感、お酒が飲める安心感で、痛みが病院にいるときよりも少なくなる方もいる。そこは在宅医療の大きなメリットとして打ち出したい。

また、家族の負担について、私たちは、ひとり暮らしの末期がんの方の自宅での看取りも実践している。御家族の負担としては、むしろサービスをうまく使うときの心理的な負担や亡くなりゆく家族を見る心の負担が相当大きいと感じる。医療保険や介護保険のサービスでできる医者の往診やヘルパーによる生活面の援助といったことではなく、心のケアの部分のサービスが少ないと感じる。心のケアで安心ができ、先ほどの宮崎市の取組のような、最後はこのようなになって亡くなっていくのだということを理解できていれば、安心して過ごせる医療につながっていくのではないか。

(横田教授)

以前、日本救急医学会でも、地域医療に関して議論したことがある。在宅でも、施設にいても、終末期の患者さんが救急車を要請する場面は、それ自体が救命救急センターの搬送基準を満たしてしまう。そうすると、ほとんどの場合が、高度の医療機関、救命センターに搬送される。

しかし、ある地域では、医療機関、医師会、介護施設それから住民の皆さんの代表、行政が参加した会議体で、いざ、自分が具合が悪くなった時に、自分が現在こういう状態で急変をした時の対応について事前意思を救急隊や介護の方がわかるよう、例えば、玄関あるいは冷蔵庫の中に掲示する取組を行っている。ただ、それはほんの一部であり、かつ、その地区でもまだまだ十分に同システムを使うことが広まっていないと聞く。行政のサポートなどを少し手

厚くすると、それがさらに周知され、地域性を考慮したシステムができ上がってくると思う。

（紅谷代表）

「みんなの保健室」というものを地域で取り組んでおり、地域の街角で誰でも立ち寄れる場所で地域住民企業の方、八百屋さんなどが集えるような場所を提供している。初めは、ここに看護師がいることに意味があると思っていたが、そうではなく、住民同士がそこで認知症の不安を話し合うだけでも安心して帰られている。また、今、医療とは関係ない企業であるダイハツさんとコラボという話が出ている。やはり生活を守っていく以上は、飲食や車などの生活を守る人たちがまずその地域包括ケアのメインメンバーであるべきで、医療福祉は最終的なバックになればよいと考えている。食事、交通、娯楽などといった形で生活を充実させてきてくださった企業やお店の方々が、今後、高齢化時代、末期がんの人、障害を持った方が地域にいる時代になっても、その方々を幸せにしていくというところでは、恐らく医療介護よりも技術や知識を持っているはずなので、医療福祉だけで話をするのではなくてもっといろいろなものを巻き込んでいく。

例えば、コンビニエンスストアがお弁当を一つからでも自宅へ運んでくれるというサービスだけでも、地域の高齢者の方や病気を患った方も非常に助かっていて、福祉サービスとしての介護食よりもCMでやっているあのお弁当が食べたいとなった時に、それが来るという楽しみにスポットが変わっていることを実感している。ここは、議論を医療福祉でがっとう絞っていくというよりは、広げていくことで少し解決する道もあると感じている。

（委員）

人生の最終段階における医療について、日常の中で話題にしておくことが大事である。例えば、サラリーマンが退職する前に年金セミナーを受ける際、毎年の健診や人間ドックなどのときにも、自身や両親の人生の最終段階に思いをはせる動線があるかもしれない。

先ほどご説明いただいた病児保育のように、地域、友達、ご近所とのつながりの中でこのテーマにつなげられる仕組みがあるとよい。「みんなの保健室」のような取組を共有させていただきたい。

（委員）

伊東部長からご説明いただいたような取組を基礎自治体に対して推進することが重要。また、ACPをどうやって広げていくかや、心のケアや文化性など

について国民運動的に話し合いができる体制をどうつくるかが重要。

横田教授にご説明いただいたような救急医療での取組もまだ広くは知られていない。文化をつくっていくための国民会議を立ち上げ、どうやって QOL を上げていくかということを中心に議論していくべき。

(2) 社会保障の給付と負担等の見直しについて（関係省庁ヒアリング）

財務省から資料 5-1、5-2 を説明。資料 6 を基に厚生厚労省から関係審議会における検討状況等を説明。その後、意見交換。以下、主な意見。

（委員）

病床機能報告制度の現状における報告方法には問題があると感じる。病床機能報告制度とは、2025 年の地域医療構想に向けて地域で協議の場を設けるために、基礎的なデータ、現状把握のデータを整備するための報告制度である。地域医療構想は、1 日当たりの点数で、例えば 3,000 点、600 点、225 点という客観的な区分で病床の機能、高度急性期から慢性期までの機能を区分しているのに対して、その進捗管理であるはずの現状の病床機能報告制度は、各医療機関がフィーリングで自分たちの病床の機能を区分している。そこに、客観的な基準が存在しないので、ほぼ同様の機能を持ちながら「急性期」と報告する病院も「高度急性期」と報告する病院もある。このため、この「地域医療構想」と「病床機能報告」の 2 つは全く整合性のないダブルスタンダードになっている。したがって現状の病床機能報告制度をいかに続けていても、地域医療構想と結びついていかない。仏つくって魂入れずのような形骸化した状態になっているのではないかと危惧する。また、幾つかの医療機関の方にお聞きすると、まさに報告のための報告のようになってしまっている。結果的に病院も行政も余計な事務コストをかけているのではないか。

例えば、病床機能報告では許可病床のうち幾つ実際に稼働しているか稼働病床を調べなければならないが、ほとんどの病院がこの許可病床と稼働病床を同一で報告している。これは実際の DPC のデータからもかけ離れた報告である。また、病床機能報告の中で、6 年後の自院の病床規模・機能の予定についても報告することになっているが、多くの病院は単に現在の病床とほぼ同じ水準を報告している。ちなみに、高知県では 2025 年には地域医療構想上は、慢性期病床を減らすはずであるが、2021 年の病床規模の予定を各病院が報告した集計によれば、慢性期病床はむしろ増えてしまっている。地域医療構想と病床機能報告の不整合は放置されたままとも言える。いわば、地域医療構想は「絵に描いた餅」のようになってしまっている部分があるのではないか。

従って、少なくとも DPC 算定を行っている病院については、自動的に DPC で

報告されている診療行為の内容から統計処理して、その 1 日あたり点数区分に従って、地域医療構想で定めた通り、3,000 点、600 点、225 点に合わせて機能を査定するような仕組みとすべきである。今のままの報告制度を続けていても、地域医療構想の実現は難しいのではないかと。

もう一つ、NDB オープンデータセットについて。医薬品コード別の算定やレセの算定項目ごとに細かい医療行為が可視化できるようになっており非常に画期的なデータベースになっているが、もう少し工夫していただきたい点があると思うので申し上げたい。

1 点目、算定回数を単純に都道府県別に並べており、東京や大阪などは必然的に棒グラフ（回数）が長くなっており見にくいデータになっている。算定回数のみではなくて、算定の実人数、つまり、何人の方に医療行為をして、このような算定回数になっているか示していただきたい。

2 点目、都道府県別と性・年齢・階級別のデータが別々にとられているが、できれば都道府県かつ性・年齢・階級別をクロス集計で比べてみることでよくなると思うが、匿名化されたサンプリングデータなども公開していただきたい。また、病気ごとの分類、さらに同じ病名でも診療行為に幅がある場合の細分類、診療行為の内容ごとの回数・点数も示してほしい。このデータは今後、診療・治療行為の標準化のために不可欠なデータとなると思うので、更なる工夫を検討いただきたい。

（厚生労働省）

個人の特定がなされない範囲でどんな工夫ができるか検討させていただきたい。

（厚生労働省）

平成 28 年度から医療行為について病棟ごとに分析ができるように、病棟コードがレセプト上に導入されたので、今後分析が可能になる。初年度であるので、病棟コードがきちんと入っていない場合も恐らくあり、少し時間はかかる可能性はあり、時期を明言することは難しいが、できるだけ早期に客観的な基準の策定につながるよう努力してまいりたい。

（委員）

病床機能報告制度はブラッシュアップをしていただくことになっているかと思う。また、今、御説明があったように、病棟コードが付記されるということなのでエビデンスベースで地域医療構想の進捗を見ていける形にしたい。

地域医療介護総合確保基金については「骨太の方針 2015」において、改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点で配分することになっている。これは、パフォーマンス指標とも関わってくるが、単なる電子化などではなく、特に病床の機能分化・連携に充当されているどうか、中身について今後、検証し、その情報をいただくと大変ありがたい。

医療費の「地域差半減」について、外来医療費だけでなく入院医療費を含めて取り組むことを、直近2回の経済財政諮問会議で明確にいただいたと承知している。入院医療費の地域差是正をどのようにやっていくのか、今後明確にしていきたい。

生活保護について。資料5-2の30ページのとおり、扶助基準にとどまらずさまざまな論点がある。扶助基準の次期検証に合わせて制度の全般的な見直しが行えるよう、ぜひ早めに取り組んでいただきたい。また、34ページの「入院外の1月あたり受診回数」の分布を見ると、頻回受診は医療扶助に限らず医療全般の課題と言えるものの、特に医療扶助費の適正化についてはこれまでも総務省から勧告を受けるなどいろいろな経緯があるので着実に取り組んでいただきたい。

かかりつけ医を普及させるために受診時定額負担の導入を検討しようということと、受診時定額負担を導入すべきだが全部は難しいのでかかりつけ医以外を対象にするということは、課題の設定とそれへのアプローチがまったく異なる。かかりつけ医を普及させることが重要であり、私の考え方は前者である。年末まで鋭意な御検討をお願いしたい。

介護納付金の総報酬制の導入は、軽度者向け給付の改革などをきちんと進めることが大前提である。医療、介護ともに、給付の改革や行き過ぎた優遇措置の見直しが全体的に先送りされ、現役の負担がどんどんふえていくことだけが実施されるようなことになれば、これまでと状況は全く変わらない。ぜひ全体としての改革を進めていただきたい。

(委員)

まず、かかりつけ医について。これから現役世代の医者がかかりつけ医になっていく中で、これまでの医学教育でやっている技術以外に、例えば人生の最終段階における医療に必要な地域のネットワーク構築といったことがたくさんある。医師たちがやりがいを持って地域医療ができるよう、必要な議論を始めるべきではないか。

それから、資料5-2の18ページの診療行為の地域差のようなデータは、関係者が自分ごととして考える素材となり得る。17ページに「ピアレビュー」とあるが、専門家同士で情報を共有していくことが医療の質を高めると考え

る。

19 ページ。これは昨年から申し上げているが、「保険者努力支援制度」はよい制度であり進めていただきたいが、金額的にもボリュームのある制度である。ぜひお願いしたい1つ目は、予防効果を上げる上で、被用者保険についてはデータヘルス・ポータルサイトで標準化が進みそうであるが、国保に関しては計画の標準化もまだ詰まっていない。治療も予防も効果・効率を上げるためには取組みのパターン化が不可欠である。もちろん、市町村の独自性、地域の独自性を求めるのも大事であるが、標準化・パターン化を進めるべきではないか。2つ目は、検討中の指標の例にある「重症化予防の取組」といった目前の高リスク者への取組だけでなく、中期的な視点から見た集団への網かけ、予防というの組み入れていただきたい。

(委員)

資料5-2の11ページについて、厚労省や各自治体の首長の方々の権限・ガバナンスを明確にする必要がある。厚生労働省から都道府県への出向者と、その指導内容や成果についてお示しいただきたい。例えば13ページのグラフ、人口10万人対療養病床数には最大で「6.9倍」も差がある。地方に丸投げするのではなく、国がどうやってガバナンスを効かせていくべきか、本WGでも検討していくべき。

国保の調整交付金についてはスキームを考え直すべき。効果を出すための方策についてお話をいただきたい。

後発医薬品の価格は少なくとも3割に下げるか、入札制度を導入すべき。また、種類も絞り込むべき。一方で、オブジーボのような高額な薬剤が使える体制に予算を確保していくべき。QOLを上げるためには創薬は大変重要。

資料6の2ページ。医療保険において、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大について、厚労省より方向性をお示しいただきたい。

3ページ。スイッチOTCが減るようなモデルハザードが起こらないようにすることが重要。

(厚生労働省)

資料5-2の19ページの「医療費適正化に向けた保険者へのインセンティブの強化」に関して、保険者インセンティブについては、特定健診、保健指導の実施率だけでなく、重症化予防の取組も指標に加えるよう、検討している。保険者は重症化予防のほかにも、さまざまな健康・予防の取組をやっているため、そうしたものもインセンティブに加えていくことが議論されているの

で、引き続き、検討を進めてまいりたい。

データヘルス計画の標準化については、小さな規模の保険者に対してはそうした支援も必要であるので、有識者の方にも指導いただきながら、そうした取組も進めている。かつ保険者がなかなかできないところについては、外部の目を活用することも必要であり、マッチングのための機会を作るなど、外部事業者の活用も支援している。

後発医薬品の使用促進についても、後発医薬品の使用割合だけではなく、前年度からどれだけポイントが上がったか。そのポイントが上がった部分をインセンティブの評価の指標に入れる方向で議論を進めている。やった効果もきちんとインセンティブで評価することを考えてまいりたい。

(厚生労働省)

医療保険部会で審議をいただいた上で、最終的には厚労省としてどうするか判断するということである。また、時期尚早という意見が出ているというご指摘について、これは金融資産に関するものであるが、この意見の趣旨としてはマイナンバー制度の更なる活用ということが前提ではないかという意味での時期尚早ということである。

医療費等の「見える化」等については、積極的に進めてまいりたいと考えている。また、後発医薬品の使用促進などを進めた上で、よい薬についてはきちんと使えるような仕組みをとの御指摘はそのとおりであるので、そのような基本スタンスでやってまいりたい。

(厚生労働省)

介護の総報酬割について、2号被保険者の保険料をどう取るかといったことも大事であるが、これは給付全体をどう押さえていくかといったこと、あるいは負担をどうしていくかといったことをセットできちんと考えていきたい。

(厚生労働省)

地域医療介護総合確保基金について、しっかりそれが医療機能の分化・連携につながっているのかどうか検証すべきというご意見をいただいた。まず、都道府県に対して当然、予算の執行状況の調査等はしているが、今後は、具体的にどういう事業をどういう方法でやって、その結果、どうなっていたのかということの調査を行って、より効率的・効果的な事業が行えるようにしっかりやってまいりたい。

(厚生労働省)

生活扶助以外もきちんと検討するようという御指摘については、まさにそれ以外の部分も含めて、制度全体についてきちんと検証して、必要な見直しに取り組んでまいりたい。

頻回受診に関しては、医療全体の問題もあるが、それ以外でも生活保護の側としてもどうやったらさらに効果が上がるのかということについて、頻回であればなぜそうなっているのかということをもう少し解明して、より有効な対策が講じられないか検討して取り組んでまいりたい。

(委員)

厚労省にガバナンスを示して頂くことが重要。調整交付金のインセンティブの仕組みをお示しいただきたい。

(厚生労働省)

調整交付金については、制度的には平成 30 年度からの実施であるが、一部前倒しで今年度から手がけている。そういう意味ではこれからインセンティブをかける状況である。

(委員)

資料 6 について。個々の改革項目を着実に実現する必要性について、国民の理解が得られるように整理していく必要がある。その際、3つの視点が必要である。第1の視点は、年齢などによる過度な優遇あるいは明らかに不合理な負担格差を是正する。負担の公平性を確保するといった視点である。こういった視点からすると、高額療養費について、70歳以上のみを対象とした外来時の特例的な月額上限を廃止すべき。また、外来以外の負担上限額についても、70歳未満に合わせていくことが求められる。また、高齢者に対する過度な優遇策となっている後期高齢者の保険料軽減特例も廃止すべきである。入院時の光熱水費に係る自己負担の導入も、介護との公平性を欠くといった観点から、必要な改革である。加えて、福祉用具の貸与において生じている不合理な価格差も是正する必要がある。

第2の視点は、給付や負担の適正化・効率化・無駄の排除という視点であるが、具体的には高額介護サービス費の見直し、利用者負担の1割から2割への引き上げ、あるいは生活援助サービスの給付のあり方を見直し、こういったことを確実に措置する必要がある。また、医療保険においても、頻回受診を抑制する観点から、追加的な定額負担の導入、これはいろいろ意見があるが、導入を進めるべきと考える。こういった改革は、いずれも国民の痛みを伴うものであるが、確実に実現することが何としても必要だと考える。

第3の視点は、医療や介護の提供体制の効率化を図り、資源を有効活用する。こういった視点からすると、長期療養型の介護療養病床等の廃止が必要となってくる。給付の効率化が図れるような形へ転換していくということが求められる。

こうした視点を踏まえて、改革の確実な実現を図っていくことが必要である。

(3) 医療費適正化等に関する KPI について

厚生労働省から資料7を説明後、意見交換。以下、主な意見。

(委員)

資料7に、入院医療費の地域差半減に関して「政策的手段を駆使して」とあるが、政策的手段とは具体的に何があるのか、今後ぜひ明らかにしていただきたい。

もう一点、依然として体系の中で空白になっているのは、在宅医療費の推計がなされないことである。療養病床からの受け皿でもあるところの在宅医療費の見込みが推計されないと、場合によっては都道府県や市町村が困ってしまうかもしれない。先ほど、財務省から地域医療構想を踏まえた在宅医療の受け皿のあり方について、都道府県・市町村において検討を進める必要があるという御意見があったが、まさに都道府県・市町村が困らないようにぜひ体制を整えていただきたい。

また、資料7で外来医療費の地域差半減に関して「取組について追加を検討」とされている点だが、社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第2次報告案である10月21日の資料に、その期限について一定の記述があった。現状の取組では入院外医療費の地域差半減は達成できないことが宣言されているわけだが、今後の課題として、取組の追加に関し、「生活習慣病等については平成30年度に、NDBを活用したその他の取組みについては平成31年度に、それぞれ追加の可否を判断し、都道府県に提示することを目指すこととするが、この目途に関わらず、できる限り早く取組の追加を検討する」と記述されている。ぜひ前倒しでいろいろなデータのさらなる検証を深めていただきたいが、取組追加のスケジュールについて改革工程表をどう改定するか、御検討いただきたい。

(委員)

入院日数の計画のばらつきなど、計画の妥当性を担保し、計画を執行していくガバナンスの体制についてお示しいただきたい。

(厚生労働省)

最後の点は、宿題として受けとめさせていただく。

追加の検討の時期については、社会保障制度改革推進本部の専門調査会の記述も参考にしながら対応を考えてまいりたい。

(委員)

院外処方等の推進等、医薬分業の効果についてお示しいただきたい。

また、かかりつけの薬局のあり方についてお示しいただきたい。人生の最終段階における医療に合わせて、どう健康にしていくかというところにも大きく関与する問題。

(委員)

きょう御議論いただいた年末までに検討して結論を得ることとなっている改革事項は必ず実現する。そういった方向で結論を出していただくよう、厚生労働省に改めてお願いをしたい。