

### 3. 個別事項（その22）について

## 個別事項(その22)

### 横断的事項等

1

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、「個別事項（その 22）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

#### ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、個別事項（その 22）といたしまして、横断的事項を資料「総一 3」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

## 説明

### 1. 医療安全について

#### 1. 医療安全について

#### 2. 訪問看護ステーションの管理者について

#### 3. いわゆる敷地内薬局について

2

スライド2に目次がございます、3つテーマございます。

1つ目が、医療安全について

2つ目が、訪問看護ステーションの管理者について

3つ目が、いわゆる敷地内薬局についてでございます。

それでは、1つ目のテーマから進ませていただきます。

## これまでの医療安全施策について

医政局 地域医療計画課  
医療安全推進・医務指導室  
提 出 資 料

- 平成11年～平成12年、国内で医療上の重大事故が相次ぎ、医療安全の求めが高まった
- 平成13年4月、厚生労働省に医療安全推進室を設置
- 平成13年5月、医療安全対策検討会議を設置
- 平成14年4月、医療安全対策検討会議により**医療安全推進総合対策**を取りまとめ

### <医療安全推進総合対策（抜粋）>

- 医療安全対策について、主として医療事故を未然に防止するためにはどのような対策を講じるべきかという観点から精力的に検討
- 医療機関は、直接医療を国民へ提供する機関であることから、**医療機関における安全対策は最も重要**であり、全ての医療機関において緊急に取り組みられるべき課題
- 国として当面取り組むべき課題：**医療機関における安全管理体制の整備の徹底** など



### <その後の主な医療安全施策>

1. **病院等の医療安全管理体制の整備**（平成18年医療法改正→全ての医療機関管理者の義務）
2. 医療事故情報収集等事業（平成16年開始）
3. 医療事故調査制度（平成27年開始）
4. **医療安全関連の診療報酬**（平成18年**医療安全対策加算**新設、平成22年・30年改定 など）
5. その他
  - ・医療計画「**医療の安全の確保**」（平成20年 第5次医療計画～）
  - ・医療安全支援センターと医療安全支援センター総合支援事業
  - ・産科医療補償制度
  - ・医療安全推進週間、世界患者安全の日、閣僚級世界患者安全サミット等

3

3枚目でございますけれども、こちらに、

我が国におけるこれまでの主な医療安全施策につきまして経緯を取りまとめてございます。

## (参考) 医療法における医療安全管理体制確保について

医政局 地域医療計画課  
医療安全推進・医務指導室  
提出資料

- 医療法においては、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、医療安全管理委員会の設置等が義務づけられている。

### 医療法第6条の12(病院等の管理者の責務)

病院、診療所又は助産所の管理者は、(中略)、以下を講じなければならない。

- ① 医療の安全を確保するための指針の策定
- ② 従業者に対する研修の実施
- ③ その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置

### 医療法施行規則第1条の11(医療安全管理体制の確保)

1 病院等の管理者は、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない。(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入院施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会(以下「医療安全管理委員会」という。)を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。
  - イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析
  - ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知
  - ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し
- 三 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策についての職員研修を実施すること。
- 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

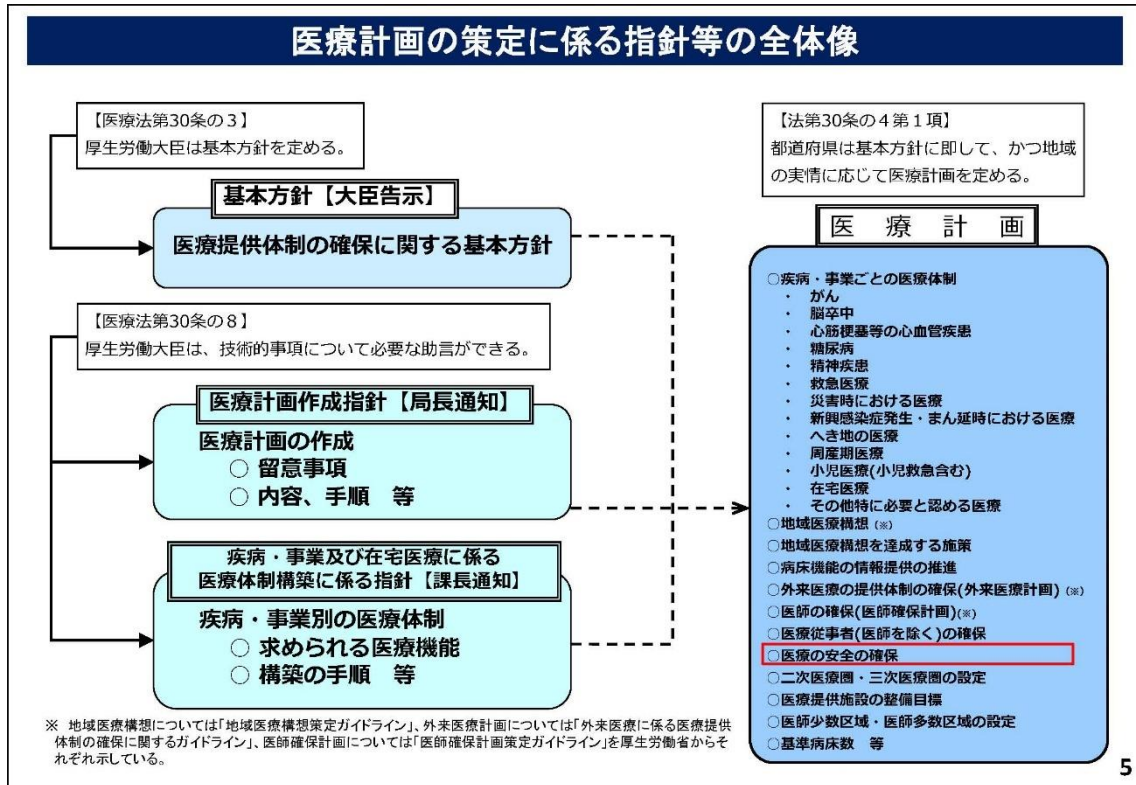
2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 院内感染対策の体制確保に係る措置
- 二 医薬品安全管理体制確保に係る措置
- 三 医療機器安全管理体制確保に係る措置
- 三の二 診療用放射線安全管理体制確保に係る措置
- 四 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たっての必要な措置

4

4 ページ目でございますけれども、

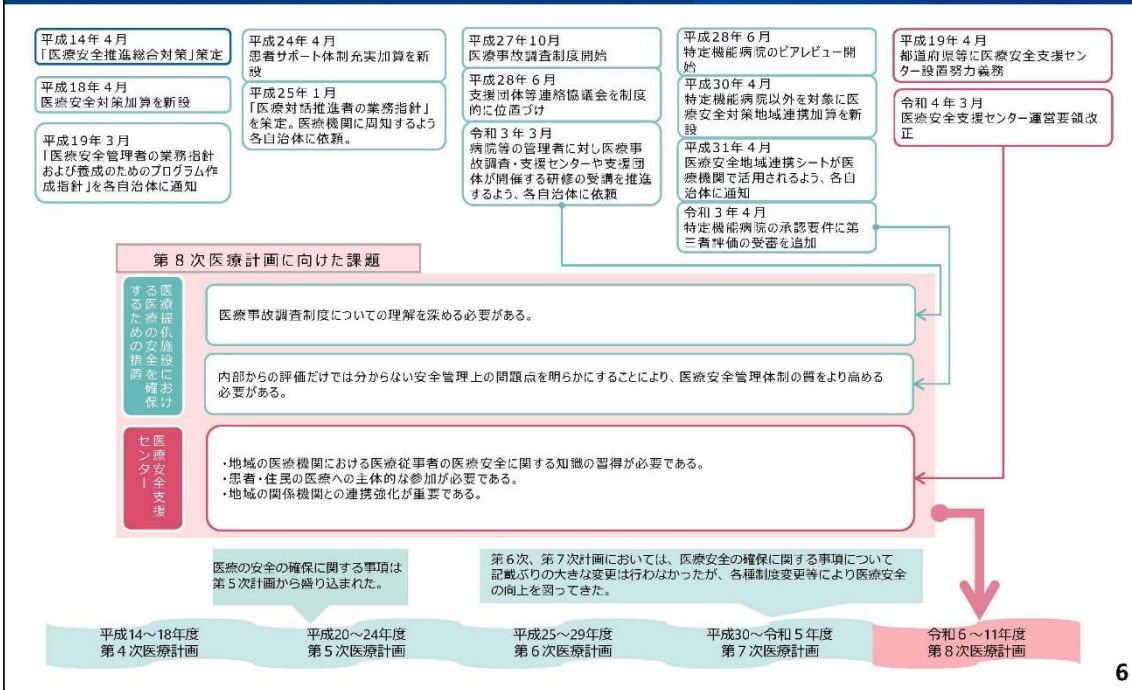
「医療安全推進総合対策」を受けまして、  
平成 18 年に医療法改正により整備されました  
医療機関における医療安全管理の義務について、ご紹介してございます。



5 ページ目から 7 ページ目でございますけれども、これは医療計画についてでございますが、

医療計画の中の項目に「医療安全の確保」の項目がございます。

## 医療計画における医療の安全の確保に関する事項について





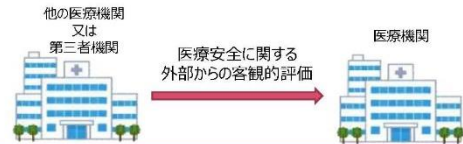
## 医療の安全の確保について（第8次医療計画の見直しのポイント）

### 概要

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者に制度についての理解をより深めていただくため、研修の受講を推進する。
- 医療機関における医療安全の取組への客観的な評価により、更なる医療安全の向上を図る。
- 医療安全支援センターについて、相談対応の質の向上を図る観点から、相談職員の研修の受講を推進する。また、医療安全推進協議会の開催等により、地域の医療提供施設や医療関係団体と連携、協力して運営する体制の構築を推進する。

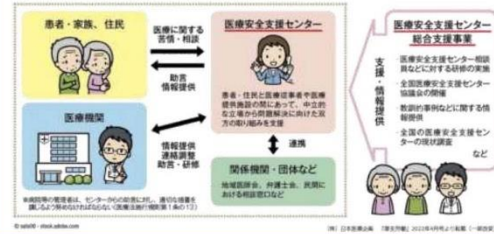
### 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置

- 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込む。



### 医療安全支援センター

- 医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推進協議会については、その開催状況についても把握する。



7ページ目にありますとおり、こちらは第8次医療計画における見直しのポイントでございますけれども、

病院等の管理者における研修の受講や  
他の病院からの客観的評価に関する項目、  
医療安全支援センターの体制強化

などが盛り込まれているところでございます。



## 医療安全の確保に係る診療報酬上の評価について

### A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 30点

● 算定要件(概要)

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定。

● 施設基準(概要)

<医療安全対策加算1 >

- イ 医療安全対策に係る研修\*を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。
- ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること

<医療安全対策加算2 >

- イ 医療安全対策に係る研修\*を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
- ロ、ハ (医療安全対策加算1のロ及びハと同様)

※医療安全対策に係る研修

次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

- (イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。
- (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。
- (ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

8

8 ページ目からは、医療安全の確保に係る主な診療報酬上の評価についてでございます。

医療安全対策加算につきましては、  
医療安全管理者が専従か専任か

という点で評価が分かれているところでございます。

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ-1-5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進④

## 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➤ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

### 医療安全対策加算

#### (新) 医療安全対策地域連携加算

- イ 医療安全対策地域連携加算1 50点(入院初日)
- ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点(入院初日)

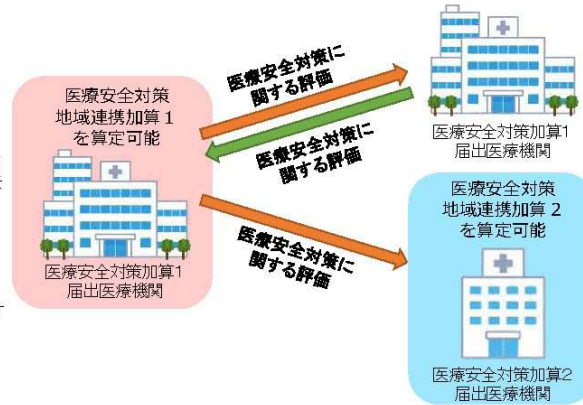
#### [施設基準]

##### 医療安全対策地域連携加算1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する**専任の医師**又は**専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。**
- (4) 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

##### 医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行	
1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点



改定後	
1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

9

そのほか、医療安全対策地域連携加算、

## 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

- 安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

### (新) 報告書管理体制加算 (退院時1回) 7点

#### 【算定要件】

組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**退院時1回に限り、所定点数に加算**する。

#### 【施設基準の概要】

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) **医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) **画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (4) **医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置**されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される**報告書確認対策チームが設置**されていること。
- (6) 報告書確認管理者が行う業務（報告書管理に係る企画立案、各部門との調整、各部門への支援、**報告書作成から概ね2週間後に主治医等による当該報告書の確認状況の確認、未確認報告書の把握、未確認報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて対応状況の確認等**）
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務（各部門における報告書管理の実施状況の評価、報告書管理のための業務改善計画書の作成、**報告書管理を目的とした院内研修を少なくとも年1回程度実施、報告書管理の評価に係るカンファレンスの月1回程度開催等**）
- (8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

10

報告書管理体制加算などの評価があるところがございます。

### 医療安全対策加算の届出医療機関数

○ 医療安全対策加算を届け出る医療機関数は、加算1、加算2いずれにおいても増加傾向となっている。



出典：保険医療機関等システム（各年7月1日時点）、医療施設調査・病院報告（結果の概要）

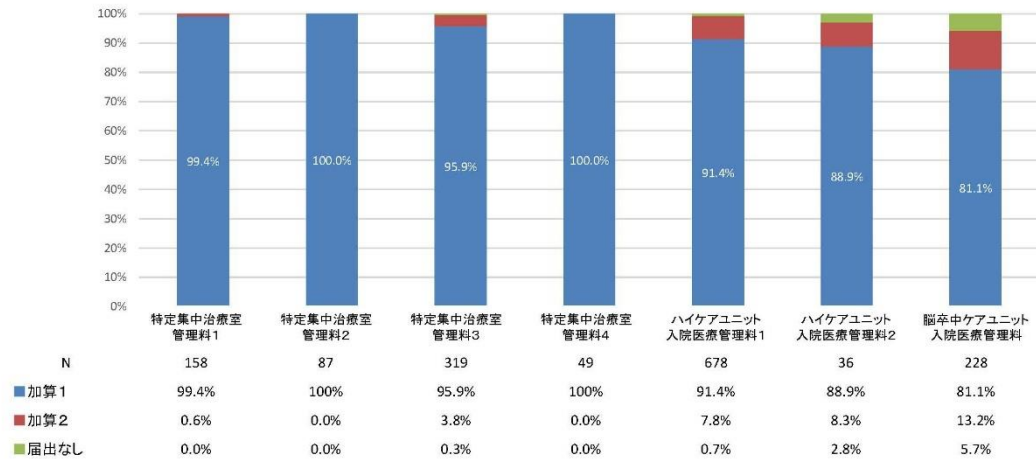
11 ページ目でございます。

医療安全対策加算を届け出る医療機関数の推移でございまして、  
年々、増加傾向となっております。

特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における医療安全対策加算の届出状況①

○ 特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関の多くが医療安全対策加算1の届出を行っている。

特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における  
医療安全対策加算の届出状況



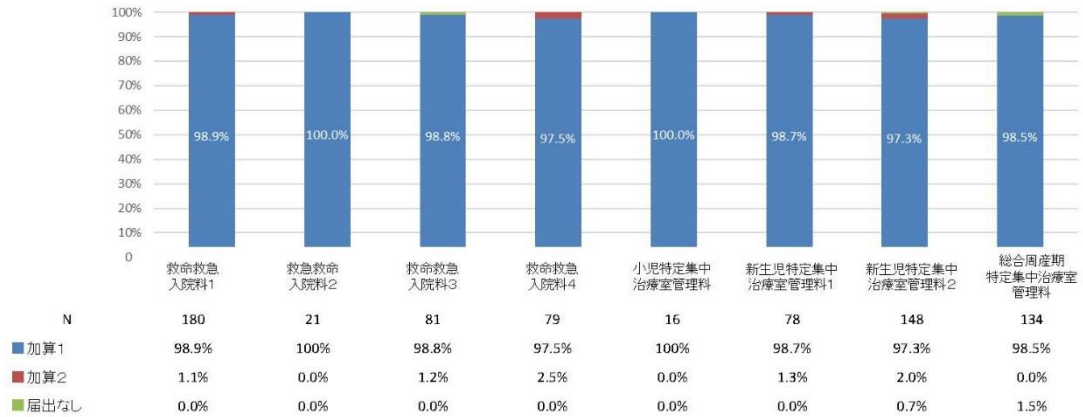
出典:保険医療機関等システム(令和5年7月1日時点)

中でも、12 ページ、そして、14 ページ目にありますとおり、  
ICUやHCUといった高度な医療の提供に関する治療室においては、  
もう多くの所で医療安全対策加算1の届出を行っていただいているところで  
ございます。

特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関における医療安全対策加算の届出状況②

○ 特定集中治療室管理料等を届け出る医療機関の多くが医療安全対策加算1の届出を行っている。

救命救急入院料等を届け出る医療機関における  
医療安全対策加算の届出状況

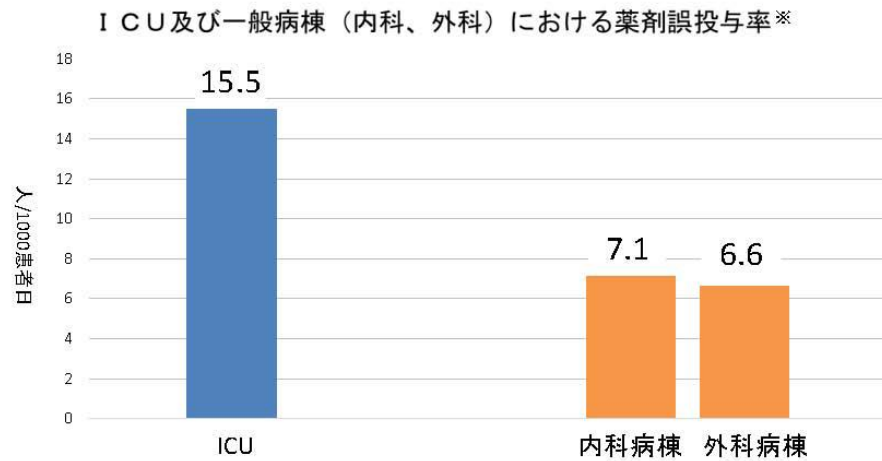


出典: 保険医療機関等システム(令和6年7月1日時点)



### ICUにおける薬剤誤投与発生率

○ ICUにおいては、一般病棟と比較して薬剤誤投与の発生率が高いことが報告されている。



※投薬プロセスにおけるあらゆるエラーを指し、患者に傷害が発生したもの、しなかつたものの両者を含む。

出典:

\*: Morimoto T, Sakuma M, Matsui K, Kuramoto N, Toshiro J, Murakami J, Fukui T, Saito M, Hiraide A, Bates DW. Incidence of adverse drug events and medication errors in Japan: the JADE study. J Gen Intern Med. 2011 Feb;26(2):143-53. doi: 10.1007/s11606-010-1518-3. Epub 2010 Sep 25. PMID: 20872082; PMCID: PMC3019321.  
 件/1000患者数の数値は上記文献の(薬剤誤投与発生件数、入室患者日数)＝集中治療室(50、3,230)、内科病棟(182、25,734)、外科病棟(201、30,419)から算出。

13

一方で、13 ページにありますとおり、

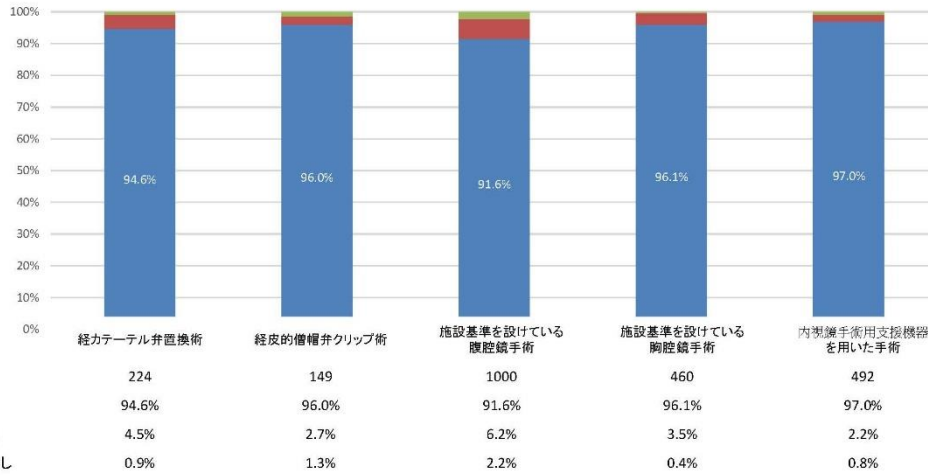
ICUでは薬剤の誤投与が発生する割合が一般病棟よりも高い  
 ということでございまして、

実際に医療安全対策の必要性が高いことも示唆されます。

経カテーテル心臓弁手術・腹腔鏡手術等実施医療機関における医療安全対策加算の届出状況

- 経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、腹腔鏡手術、胸腔鏡手術、内視鏡手術用支援機器使用手術実施機関における医療安全対策加算の届出状況は以下のとおり。
- いずれの施設基準届出施設においても9割以上の医療機関において医療安全対策加算1の届出があるが、一部で医療安全対策加算2の届出または加算1・2のいずれも届出がない医療機関が存在する。

経カテーテル心臓弁手術・腹腔鏡手術等実施医療機関における医療安全対策加算の届出状況



※腹腔鏡・胸腔鏡・内視鏡手術用支援機器は複数の施設基準を含む。  
出典：保険医療機関等システム(令和5年7月1日時点)

15 ページ目は、

経カテーテル弁置換術や腹腔鏡手術・胸腔鏡手術のうち、施設基準の届出が必要な手術、あるいは、ロボット手術を実施する医療機関における加算の状況でございます。

こちらも概ね9割5分、95%以上で加算1の届出がなされているところでございます。

## 日本における手術関連事件事例

病院名	術式	死亡者数(名)	事例概要
<b>慈恵医科大学 青戸病院</b> <sup>※1</sup>	腹腔鏡下前立腺摘出術	1	60歳の男性患者に対し、術中の輸血が適切に行われず、患者が脳死となり、1ヶ月後に死亡。 手術に直接かかわった医師たちは、経験が不十分であり、指導者のいるところで手術を実施すべきであった。止血に時間がかかり、出血が持続し、腹腔鏡下手術に時間がかかっていたにも関わらず開腹手術に切り替える時期が遅れ、また、輸血の時期が適切でなかったことによって患者の病態が悪化し、その後、脳死に至ったと考えられる。 病院内での手術をバックアップする院内体制が十分に機能していなかった。
<b>群馬大学医学部 付属病院</b> <sup>※2</sup>	開腹肝切除術	10	A医師による開腹肝切除術109例のうち、10例が死亡。28例目までの死亡率は17.9%であった。 指導体制や管理体制が不十分であった可能性に加え、手術適応の判断基準の問題、重症症例の入院が集中していたことによる術後管理に携わる人手不足等があったことが要因とされている。
	腹腔鏡下肝切除術	8	A医師による腹腔鏡下肝切除術103例のうち、8例が死亡。14例目までの死亡は4事例で、その時点での死亡率は28.6%であった。 指導体制や管理体制が不十分な状態で新規手術を導入すると、初期に死亡率が高く、それが経験とともに漸減していくという“ラーニングカーブ”が発生している。実際に、内視鏡技術認定医が術者の一員として手術に深く関わったのは最初の2事例のみであった。指導体制や管理体制が十分であれば、初期の死亡事例を回避できた可能性があったとされている。
<b>千葉県 がんセンター</b> <sup>※3</sup>	腹腔鏡下手術	11	腹腔鏡下手術を受けた患者11名が術後短期間に相次いで死亡。 11事例について、術者は総計で4名、内3名はそれぞれ1事例を担当し、残る8事例については、肝胆臓を専門とする術者1名が担当していた。 事例の発生に際し、原因を究明した事例もあったものの、その他多くの事例については原因を究明し、再発防止に向けて、教訓を得ることの意義を認識し、意欲的な取り組みを行うということがなかった。結果として、死亡事例が続いた。

出典:

※1 平成15年12月26日 青戸病院医療事故についての記者会見 理事長発言

※2 群馬大学医学部附属病院 医療事故調査委員会報告書

※3 千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係る第三者検証委員会報告書

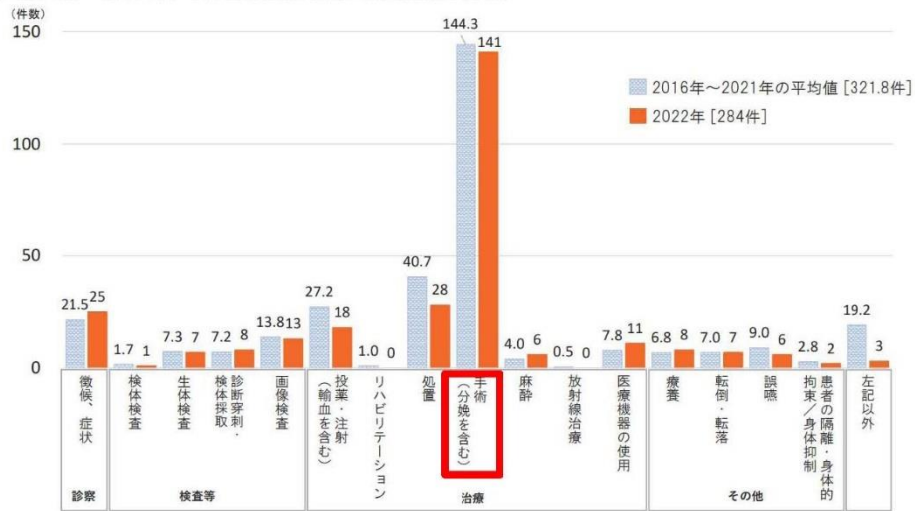
16

16 ページでは、日本における手術関連の事件事例をご紹介します。

## 手術のリスク

○ 医療事故調査・支援センターに報告された医療事故の起因となった医療(疑いを含む)の内訳は以下のとおり。院内調査結果報告件数は「手術(分娩を含む)」によるものが最も多い。

### ■起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数



\*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2016年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。  
\*「左記以外」には、院内感染、突然の心筋停止状態での発見等が含まれ、分類困難だったものである。

出典:医療事故調査・支援センター 2022年 年報 20-1.

17

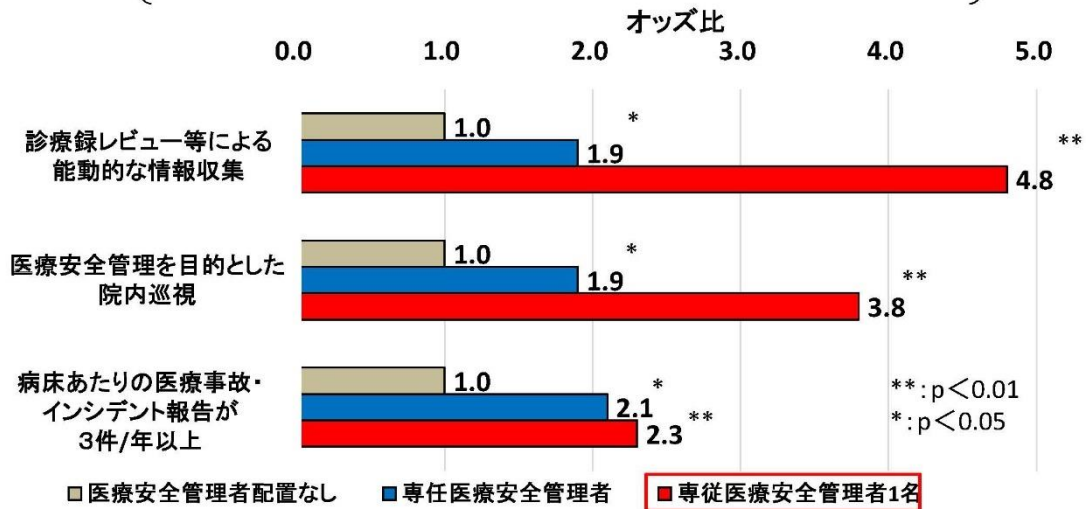
また、17 ページにありますとおり、

手術は他の医療の提供の内容と比べまして、  
医療事故のリスクが高いということが示されております。

### 専従の医療安全管理者の配置による効果

○ 専従の医療安全管理者の配置により、医療安全の状況に関する情報収集体制が強化され、インシデントの報告も増加するとの報告がある。

- ・ 全国より層化抽出された病院に、アンケート調査を実施 (n=722)
- ・ 「医療安全管理者配置なし」を対照とし、医療安全活動実施のオッズ比(病床規模・機能で調整)を算出



鶴岡麻子, et al. 病院における専従・専任の医療安全管理者の配置と院内の医療安全管理活動との関係. 日本医療・病院管理学会誌, 2018, 55.2: 71-78.より改変

18

18 ページ目でございます。加算 1 の要件でございます。

専従の医療安全管理者の配置によりまして、  
 医療安全の状況に関する情報収集体制が強化され、  
 インシデントの報告も増加するとの報告があることをご紹介します。

## 医療安全についての課題と論点

### 【課題】

(医療安全について)

- 医療安全については、医療法において医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、措置を講じることが病院管理者に義務付けられていることに加え、医療安全推進総合対策や医療計画に基づき各種の施策が講じられている。
- 診療報酬においては、医療安全管理部門の設置及び組織的な医療安全対策を評価する医療安全対策加算等により評価がなされており、加算1の要件である専従の医療安全管理者の配置がなされている場合は、院内巡視が実施される割合やインシデント報告の件数が増加することが報告されている。
- 特定集中治療室等における治療や手術の実施は医療事故のリスクが相対的に高く、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関においては、9割以上が医療安全対策加算1の届出を行っている。



### 【論点】

- 特定集中治療室等における治療や腹腔鏡手術等は医療事故のリスクが相対的に高いことや、特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における医療安全管理加算1の届出状況を踏まえ、これらの医療機関において医療安全管理加算1の届出を要件とすることについてどのように考えるか。

19

次、19 ページ目でございます。

こちらに課題と論点をまとめてございます。論点につきましては、

ICU等における治療や腹腔鏡手術等は  
医療事故のリスクが相対的に高いことや、

特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や  
腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における  
医療安全管理（ママ）加算1の届出状況を踏まえ、

これらの医療機関において、  
医療安全管理（ママ）加算1の届出を要件とすることについて、  
どのように考えるか。としております。



**説明****2. 訪問看護ステーションの管理者について**

1. 医療安全について
- 2. 訪問看護ステーションの管理者について**
3. いわゆる敷地内薬局について

20

2つ目のテーマでございます。

<b>論点① 管理者の責務及び兼務範囲の明確化</b>	社会 保 障 審 議 会 ( 介 護 給 付 費 分 科 会 ) 5 . 1 1 . 3 0
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>論点①</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 現行の運営基準（人員配置基準）上、管理者は、原則として常勤専従（兼務不可）であるが、管理上支障がない場合は同一敷地内又は隣接する事業所の職員との兼務を認めている。</li> <li>■ 現行の運営基準上、管理者の責務は「従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う」こととされている。実際に管理者が行っている業務は、現場でのマネジメントに関するものが多い。また、管理者の多くは、「関係者との連携」（人間関係作り等）やリスクマネジメント等の知識・技術を自身に必要と考えている。</li> <li>■ 今後も高齢化の進展による介護サービス需要の増大、現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれ、中でもサービス提供の管理や経営の能力を持つ人材には限りがある中で、提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者の人員配置基準における対応としてどのような方策が考えられるか。</li> </ul> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>対応案</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 管理者の責務について、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化してはどうか。</li> <li>■ その上で、管理者が上記の責務を果たせる場合には、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、事業所間の兼務が可能である旨を明確化してはどうか。具体的には、同一の事業者によって設置される他の事業所・施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所・施設等で従事する時間帯も、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握し、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を的確に行うことができることについて、当該他の事業所の管理者又は従業者としての職務にも従事できる旨を明確化してはどうか。</li> </ul> <p style="font-size: small; margin: 0;">(※) 上記見直しに伴い、「常勤」の計算にあたり勤務時間を通算できる「同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所」についても、管理者について、同様の明確化を行う。</p> </div>	<b>21</b>

訪問看護ステーションの管理者要件についてでございますけれども、

訪問看護につきましては、前回 12 月 15 日の中医協総会で、  
 介護保険における訪問看護との制度上の差異について、  
 ご議論いただいたところでございます。

その後、12 月 19 日に介護給付費分科会から、  
 令和 6 年度の介護報酬改定に関する審議報告がされたことを踏まえまして、  
 こちらは訪問看護ステーションの管理者要件について  
 新たにご議論いただくものということでございます。

21 ページには、  
 介護保険における介護サービス事業所の管理者の  
 責務の明確化および業務範囲の明確化に関する資料をご紹介します、

### 対応案

- 管理者の責務について、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化してはどうか。
  - その上で、管理者が上記の責務を果たせる場合には、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、事業所間の兼務が可能である旨を明確化してはどうか。具体的には、同一の事業者によって設置される他の事業所・施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所・施設等で従事する時間帯も、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握し、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を的確に行うことができることについて、当該他の事業所の管理者又は従業者としての職務にも従事できる旨を明確化してはどうか。
- (※) 上記見直しに伴い、「常勤」の計算にあたり勤務時間を通算できる「同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所」についても、管理者について、同様の明確化を行う。

21

具体的には、訪問看護を含む介護サービス事業者の管理者について、  
 管理者の責務については、  
 利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、  
 職員および業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨の明確化。

管理者の業務範囲については、  
 管理者がその責務を果たせる場合には、  
 同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても、  
 同一の事業者によって設置されている他の事業所等である場合には  
 職務を兼ねても差し支えない旨を明確化するというものでございます。

## 訪問看護ステーションの管理者に係る規定

- 管理者は当該訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならない。
- 管理者の責務として、従事者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと、従事者に運営規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うことが挙げられる。
- また、主治の医師との関係や訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の必要な管理をしなければならないこととしている。

### ■ 指定基準における管理者の規定

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）（抄）

（管理者）

第三条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師、助産師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

3 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

（主治の医師との関係）

第十六条 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

2～4（略）

（訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成）

第十七条 1～3（略）

4 指定訪問看護ステーションの管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

（管理者の責務）

第二十条 指定訪問看護ステーションの管理者は、指定訪問看護ステーションの従業者の管理及び指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

2 指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

（衛生管理等）

第二十三条 指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2 指定訪問看護ステーションの管理者は、当該指定訪問看護ステーションの設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

（事業報告）

第三十一条 指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業の報告を、厚生労働大臣に提出しなければならない。

22

22 ページは、医療保険の訪問看護ステーションの管理者に係る規定をお示ししてございます。

現在の管理者の責務の規定は介護保険と同様でございまして、従事者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと、従事者に運営規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うことなどが定められてございます。

管理者は定められた業務のほか、主治医との連絡調整であったり、指定訪問看護を提供する看護師の監督等、主治医等の医師との関係や訪問看護計画書および訪問看護報告書の作成などの必要な管理をしなければならないとされているところでございます。



## 訪問看護ステーションの管理者の兼務に係る規定

- 管理者は常勤専従が求められている一方で、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる場合がある。
- 管理者は、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等の他の職務を兼ねることができる場合がある。

### ■ 指定基準関連通知における管理者の取扱い

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（令和4年保発0304第4号）（抄）

#### 2 人員に関する事項

##### (2) 管理者

- ① 基準省令第3条第1項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、**当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこと**とし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、**以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。**
  - イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合
  - ロ 当該指定訪問看護ステーションが介護保険法（平成9年法律第123号）による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合
- ハ **同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合**（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、**例外的に認められる場合もあり得る。**）

#### 4 運営に関する事項

##### (10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）

- ① 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治医の指示に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。
- ② 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（基準省令第17条関係）
- ③ 指定訪問看護ステーションの管理者にあつては、訪問看護計画書に沿った実施状況を把握し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならないこと。

##### (14) 管理者の責務（基準省令第20条関係）

基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

##### (18) 衛生管理等（基準省令第23条関係）

基準省令第23条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに指定訪問看護ステーションの設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものであること。特に、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等が感染源となることを予防し、また看護師等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備え付けるなど対策を講じる必要があること。

##### (23) 事業報告（基準省令第31条関係）

基準省令第31条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業の報告をしなければならない旨を定めたものであること。なお、具体的な事業報告の方法等については、別に通知するところによるものであること。

23

23 ページは、管理者の兼務に係る規定でございます。

管理者は、指定訪問看護ステーションの管理上、支障がない場合は、同一敷地内にある、または道路を隔てて隣接する地域内にある事業所・施設等の他の職務を兼ねることができる場合がある

ということをお示ししてございます。

## 訪問看護についての課題と論点

### 【課題】

#### (訪問看護ステーションの管理者について)

- 訪問看護ステーションの管理者は、当該訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないとしている。
- 管理者の責務として、従事者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと、従事者に運営規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うことが挙げられる。
- 管理者は上記の他、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等の主治の医師との関係や訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の必要な管理をしなければならないこととしている。
- 管理者は、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等の他の職務を兼ねることができる場合がある。
- 介護保険の訪問看護では、管理者の責務について、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されている。  
また、管理者の責務を明確にした上で、当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されている。



### 【論点】

#### (訪問看護ステーションの管理者について)

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

24 ページに課題と論点をまとめてございます。

論点、2つに分けてございます。

介護保険における訪問看護について。

こちらは管理者の責務について、

利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員および業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑みまして、

医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。



2つ目の丸でございます。

介護保険の訪問看護におきましては、  
管理者の責務を明確にした上で、  
同一敷地内にある、または道路を隔てて隣接する敷地内にある  
事業所・施設等に限らず、  
同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化  
することが検討されていることを踏まえまして、

医療保険の訪問看護の管理者が  
同一敷地内にある、または道路を隔てて隣接する敷地内にある  
事業所・施設等に限らず、  
当該他の事業所等の管理者または従業者としての職務に従事することについて、  
どのように考えるか。

とさせていただきます。

**説明****3. いわゆる敷地内薬局について**

1. 医療安全について
2. 訪問看護ステーションの管理者について
- 3. いわゆる敷地内薬局について**

25

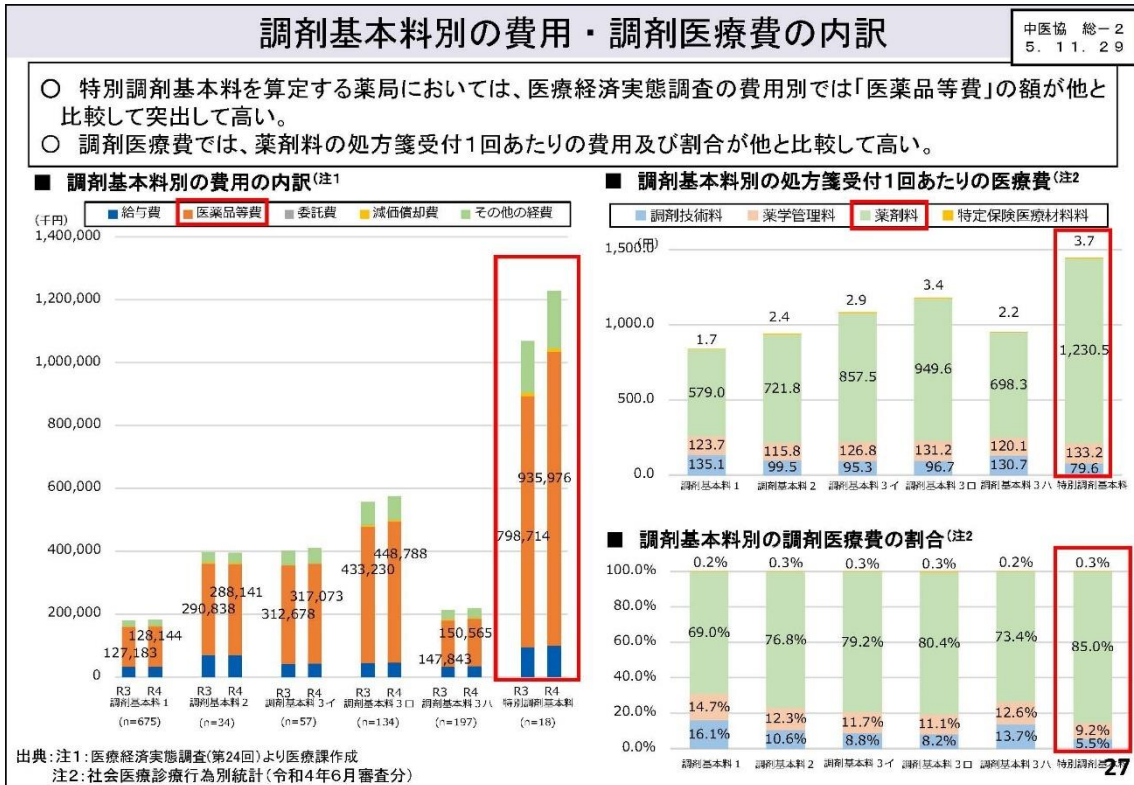
それでは、3つ目のテーマでございます。

いわゆる敷地内薬局についてでございます。

特別調剤基本料		中医協 総-2 5. 11. 29
○ いわゆる敷地内薬局等については、(1)「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有し、かつ、(2)、(3)の一定の要件を満たす場合、調剤報酬の評価は(4)の取扱いとされている。		
(1)医療機関と不動産取引等その他特別な関係	次のいずれかに該当する薬局は、「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有すると判断 ① 医療機関と <b>不動産の賃貸借取引関係</b> にある ② 医療機関が <b>譲り渡した不動産を利用して開局</b> している ③ 薬局が所有する <b>会議室その他設備を医療機関に貸与</b> している ④ 医療機関による <b>開局時期の指定を受けて開局</b> した	
(2)処方箋集中度	当該医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超えるもの	
(3)特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局	次のいずれかに該当する薬局は「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」を有すると判断 ア 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成28年10月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。 イ 平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成28年10月1日以降に、病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。 ウ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。 エ 平成30年3月31日以前に開局した保険薬局であって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成30年4月1日以降に、診療所である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。 オ ウ及びエについては、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。	
(4)調剤報酬の評価	特別調剤基本料 (7点)	
	地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算：それぞれの点数の100分の80に相当する点数を加算する。	
	服薬情報等提供料：当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。	
(例外)対象とならない薬局	医療資源の少ない地域に所在する薬局 <基準> いずれにも該当した場合：①医療資源の少ない地域に所在、②中学校区内の医療機関数：10以下+200床以上の医療機関なし、③処方箋受付回数：1月に2,500回以下	
	同一建物内に診療所が所在 ※同一建物内に診療所がある場合（医療モール等）は、調剤基本料2又は調剤基本料3として対応	

26

27 ページ目でございます。



いわゆる敷地内薬局の調剤につきまして、  
こちらは27ページ目でございますけども、

医療経済実態調査によります費用別の数値を  
調剤基本料別で集計してお示してございます。

これは過去にお示したものでございます。

特別調剤基本料の「医薬品等費」の費用の合計額が、  
ほかと比較して突出して高くなってございます。

また、右の調剤医療費でも薬剤料の割合が高くなってございます。

## いわゆる敷地内薬局に係る指摘事項

(令和5年11月29日 中医協総会 調剤について(その3))

- 敷地内薬局に関しては、令和4年度の改定において、診療報酬と調剤報酬で対応されたが、その後も誘致・出店が止まらないばかりか、先日、敷地内薬局の誘致を巡り、医療機関の元事務部長、敷地内薬局の運営会社の役員が逮捕、起訴されるという事案が発生した。昭和50年代から繰り返し指摘され続けてきたが、適切な医薬分業のために保険薬局は、経営上はもちろん、保険医療機関から経済的、構造的、機能的に独立していることが不可欠であること、敷地内薬局は国の目指す医療の姿に逆行すること、保険医療に係る財源は国民皆保険制度で成り立っているため、公費・保険料等をこのように使うことは適切ではない。
- 今回の改定においては、**誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において更なる強い対応をすべきと考えるが、該当薬局の調剤基本料等での対応には限界がある。そのため、様々な側面での対応が必要。**
- 院内処方から敷地内薬局へという話ではなく、ほとんどの大学病院や公立病院は基本的に既に院外処方をしている。それを新たに敷地内に戻すという流れであると認識している。
- いわゆる敷地内薬局については、令和4年度に損益率が増加し、損益差額が他の調剤基本料の薬局に比べて高いことが読み取れる。また、これまでの診療報酬改定で適正化を図ってきたにもかかわらず、特別調剤基本料を算定する薬局が毎年非常に増加しており、医療機関からの独立性という観点で望ましい姿とは言えない。もはや1つのビジネスモデルとして確立された印象さえ受ける。一方で**特別調剤基本料の点数を引き下げることにも限界がある。**
- 元々調剤は病院や診療所が医薬品で収益を確保していたことについて指摘があり、院外に出した経緯がある。それがきっかけで、医薬分業が進んだと認識している。本来であれば、かかりつけ機能を持った面薬局がしっかりと育てば良かったが、患者の利便性という名の下に病院の近くに薬局が開局されるようになり、敷地内に認められるようになってきた。患者にとっては、特別調剤基本料であれば負担が減る。そうすると病院の近くの薬局では患者負担が低くなるため、その薬局へ行くという動機に繋がる。そのため、**調剤基本料の適正化だけでは上手いかな**と考える。

28

28 ページでございます。

いわゆる敷地内薬局に対しまして、11月29日の、  
こちらは中医協総会におきまして、いただいた指摘事項でございます。

2つ目の丸の太字の所でございますけれども、  
「誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において更なる強い対応」  
を求めるべきといったご指摘や、

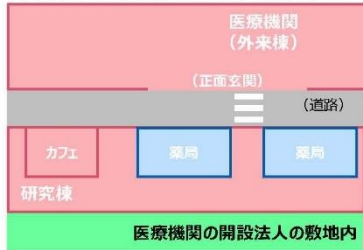
4ポツ目で、これも太字にしてございますけれども、  
「特別調剤基本料の点数を引き下げることにも限界がある」  
といったご指摘をいただいたところでございます。

## 独立した構造の保険医療機関と保険薬局イメージ

中医協 総-2  
5. 11. 29

- 保険医療機関と保険薬局の独立性を確保するため、薬担規則において保険薬局は「保険医療機関との一体的な構造」であることを禁止している。(例: 医療機関と薬局が専用通路でつながっている)
- 上記規定を満たすとされているものの、医療機関の敷地内にあることと建物の構造上の関係から、利用する患者・家族等にとって医療機関と薬局が一体となっていると認識されてもおかしくない事例も存在する。

### ■ 敷地内にある建物に薬局を誘致



### ■ 医療機関の敷地内に薬局を誘致し新たに建物を建設



### ■ 医療機関の敷地内に新たに建物を建設して薬局を誘致



### ■ 医療機関の移転に伴って薬局を誘致



29

29 ページは、

11月29日の調剤（その3）のときにもお示したものでございます。

いわゆる敷地内薬局については、

建物の構造上の関係から、

利用される患者さんや家族等にとりまして、

医療機関と薬局が一体となっていると認識されてもおかしくない

といった事例も存在するというところでございます。



院内処方と院外処方を敷地内薬局で調剤した際の費用のイメージ

○ 通常の院内処方と、院外処方を敷地内薬局で調剤した際に請求される診療報酬のイメージは以下のとおり。

院内処方の場合		院外処方を敷地内薬局で調剤した場合	
医療機関における請求		医療機関における請求	
外来診療料	74点	外来診療料	74点
処方料	42点	処方箋料	68点
調剤料	11点	薬局における請求	
請求点数	127点	特別調剤基本料	7点
		薬剤調製料(内服薬1剤)	4点
		調剤管理料(7日分以下)	24点
		服薬管理指導料2	59点
		請求点数	94点
※上記の点数に加えて、医学管理、検査、処置、薬剤等に係る費用を出来高算定する		※上記の点数に加えて、医学管理、検査、処置、薬剤等に係る費用を出来高算定する	

※内服薬1剤7日分処方の場合

30

30 ページでございます。

診療報酬および調剤報酬の処方の費用に関するイメージでございます。

左側は院内処方の場合の医療機関が請求する処方に関する主な費用。

右側がいわゆる敷地内薬局が院外処方を受領した場合の

医療機関および薬局がそれぞれ請求する処方に関する主な費用

ということをイメージとしてお示ししてございます。

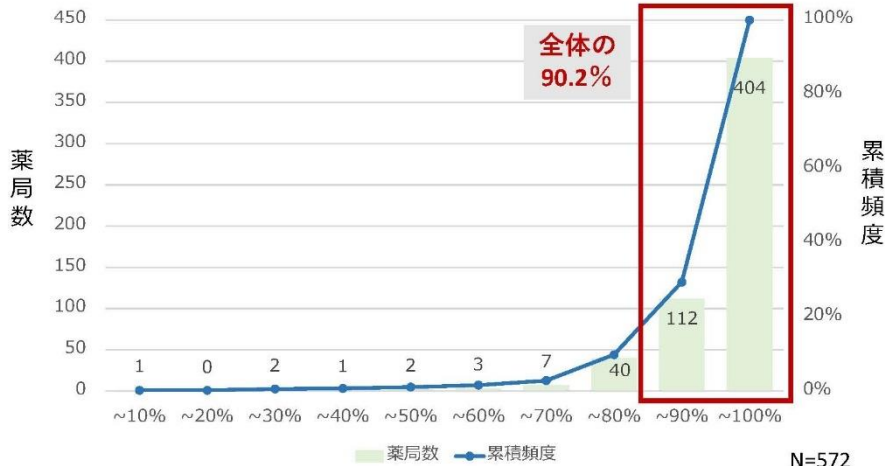
こちら、緑と赤でハイライトしてございます。

処方料、院内処方の場合は42点。

そして、院外処方を実施する場合は68点ということでございます。

いわゆる敷地内薬局における特別な関係を有する医療機関からの処方箋受付割合

○ 特別調剤基本料を算定する薬局のうち、受付処方箋に占める特別な関係にある医療機関からの割合が8割を超える薬局は90.2%であった。



特別調剤基本料を算定する薬局における特定の医療機関からの処方箋受付割合

<参考> 特別調剤基本料 施設基準  
 次のいずれかに該当する保険薬局であること。  
 ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、処方箋集申率が70%を超えるもの。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。  
 イ 調剤基本料の施設基準に係る届出を行っていないもの

出典: NDBデータ(令和5年5月診療分)  
 特別調剤基本料を算定する薬局を集計した。

31

次に、31 ページ目でございます。

こちらは、いわゆる敷地内薬局が受け付けた全ての処方箋のうち、誘致した医療機関から受け付けた処方箋の割合ということでございまして、

全体の90.2%の、  
 いわゆる敷地内薬局が誘致した医療機関から  
 全体の80%以上の処方箋を受け付けていた

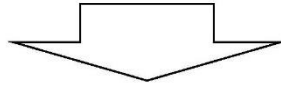
という結果をお示しするものでございます。

## いわゆる敷地内薬局についての課題と論点

### 【課題】

(いわゆる敷地内薬局について)

- 医療経済実態調査によれば、特別調剤基本料を算定する薬局において「医薬品等費」が費用に占める割合が、その他の薬局と比較して突出して高い。
- また、調剤医療費について見ると、処方箋受付1回あたりの薬剤料の費用及び割合がその他の薬局と比較して高い。
- 11月29日の中医協総会においては、いわゆる敷地内薬局について、誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において更なる強い対応をすべきとの意見があった。
- 医療機関の敷地内にあることと建物の構造上の関係から、利用する患者・家族等にとって医療機関と薬局が一体となっていると考える事例も存在する。
- 特別調剤基本料を算定する薬局のうち、受付処方箋に占める特別の関係にある医療機関からの割合が8割を超える薬局は90.2%であった。



### 【論点】

(いわゆる敷地内薬局について)

- いわゆる敷地内薬局を有する医療機関の処方に関する評価の在り方について、どのように考えるか。

32

論点といたしまして、32 ページでございます。

いわゆる敷地内薬局を有する医療機関の処方に関する評価の在り方について、どのように考えるか。

とさせていただきます。事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

## 質 疑

### 医療安全、訪看 S T の管理者、 敷地内薬局について

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。最初に長島委員、お願いいたします。

#### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。まず、医療安全について、19 ページの論点に沿ってコメントいたします。

○ 特定集中治療室等における治療や腹腔鏡手術等は医療事故のリスクが相対的に高いことや、特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における医療安全管理加算1の届出状況を踏まえ、これらの医療機関において医療安全管理加算1の届出を要件とすることについてどのように考えるか。

論点に示されているような課題や必要性を踏まえれば、特定集中治療室管理料等において医療安全管理加算1の届出を要件とすることも理解できるころではあります。

ただし、少数ではあるものの、まだ届出していない医療機関もある中、早急に義務化してしまうと、地域における高度急性期医療の提供が途絶えてしまう恐れもあります。

したがって、経過措置を設けることは当然必要ですし、経過措置期間中も丁寧に状況をフォローしながら、今後の対応を検討していくことが欠かせないと考えます。

次に、訪問看護ステーションの管理者について、24 ページの論点に沿ってコメントします。

**(訪問看護ステーションの管理者について)**

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

1つ目の丸の管理者の責務について、また2つ目の丸の職務に従事する範囲についても、医療と介護を同じく扱うことについては無理があると考えます。

介護保険の場合、営利企業が利益を出すためには効率性を図る視点が重要なものかもしれませんが、非営利性と公益性が求められる医療におきましては、そのような視点はなじみません。

また、患者さんの生活を支援するという要素を含む介護と、疾患を有する患者さんの健康と命を守る医療とでは、従事者の責務も本質的に異なり、

医療における責務からすれば、職務に従事する範囲についても、経済的合理性よりも安全性がより重視されなければいけないのは当然のことであると考えます。

特に、緊急時においては複数の職務を兼務している状況で対応できるものなのか、強い懸念がありますので、医療の場合は介護とは別の観点から検討しなければならないと考えます。

私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員に意見を聴く機会を検討していただければ幸いです。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、太田委員、お願いいたします。



## ○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。私からは19ページの医療安全についての論点に関して発言をさせていただきます。

○ 特定集中治療室等における治療や腹腔鏡手術等は医療事故のリスクが相対的に高いことや、特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における医療安全管理加算1の届出状況を踏まえ、これらの医療機関において医療安全管理加算1の届出を要件とすることについてどのように考えるか。

われわれ病院医療を行っている者にとって医療安全の確保というものは非常に重要な課題でございます。

そういう意味におきまして、今回、論点に挙げていただきました医療事故のリスクが相対的に高いであろう高次医療を行っている特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関、また高次の腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行っている医療機関における医療安全管理（ママ）加算1の届出を要件化するという点に関しては賛成いたします。

ただ、先ほど長島委員からもありましたように、この加算には研修を受けた人の専従という要件がございます。

研修を受けるためには結構な、これ、時間がかかる研修でございまして、そういう意味で、

しっかりとした経過措置を確保していただいて、スムーズにこの改正が進むような形で、ご配慮いただきたいというふうに思います。以上でございます。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、森委員、お願いいたします。

## ○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。敷地内薬局についてコメントさせていただきます。

（いわゆる敷地内薬局について）

○ いわゆる敷地内薬局を有する医療機関の処方に関する評価の在り方について、どのように考えるか。

これまでの改定において、診療報酬・調剤報酬で対応されましたが、その後も誘致・開設が止まらない状況です。

薬局側はもちろん、誘致する医療機関側にも問題があり、公募の際、薬局運営とは関係のない病院のアメニティ施設や診療棟などの建設の整備などを条件としている事例が散見されています。

誘致する医療機関側、応募する薬局側の双方において、これ以上、敷地内薬局が出てこないよう、これまでとは異なる対応、強い対応が必要です。そのため、今回の論点にも示されているとおり、敷地内薬局を有する医療機関についても対応が必要と考えます。

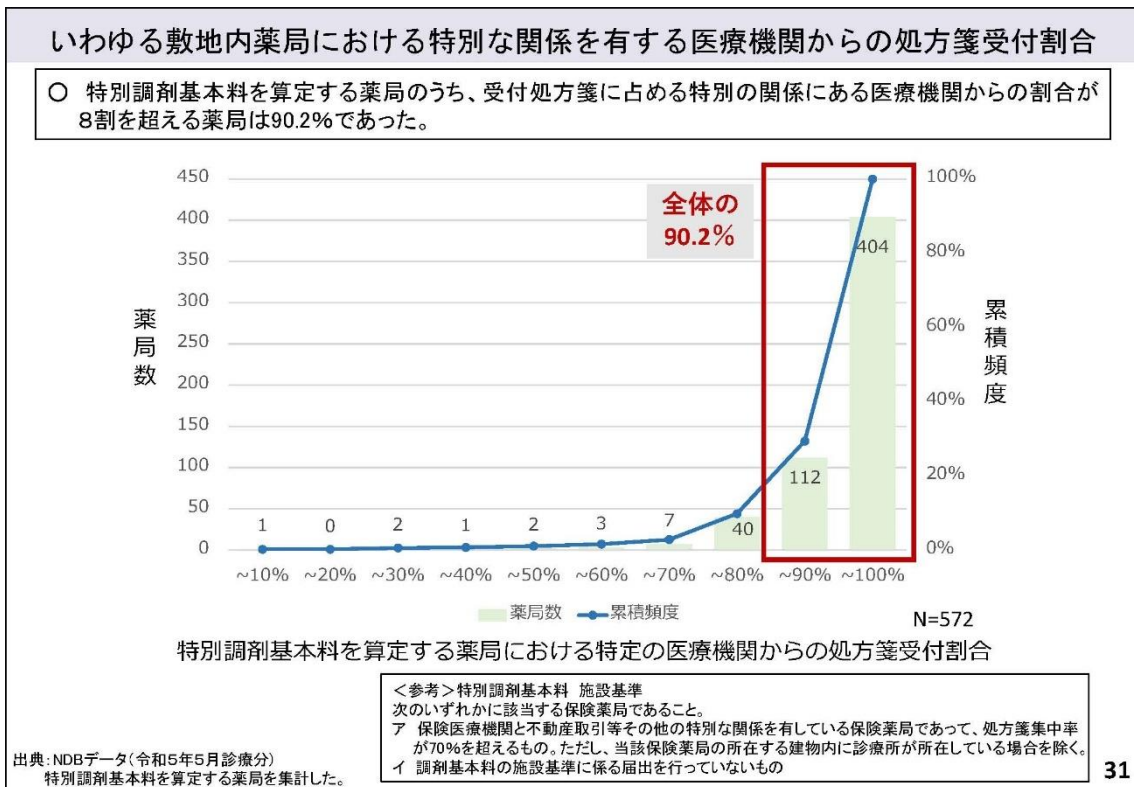
また、業界誌報道によれば、家賃以外に保証金を数億円支払い、保証金の返金は受けないという契約を結んでいる、リベートに当たる恐れがあるものや、病院の出入口の玄関マットで敷地内薬局へ誘導するようなものなど、不適切な事例が報告されています。

敷地内の開設が認められているからとあって、このようなビジネスモデルの関係性がよいということではありません。健康保険法や医療機関と薬局双方の療養担当規則や、その運用の見直しも不可欠ではないかと考えます。

例えば、運用に関しては、新規指定時には厚生局において誘致条件、契約内容を確認し、特に土地・建物の賃貸借料については相場と比較した上で、保険医療機関と保険薬局の独立性が確保されていることを確認し、不適切な場合は開設を許可しないなどの対応をとるべきです。

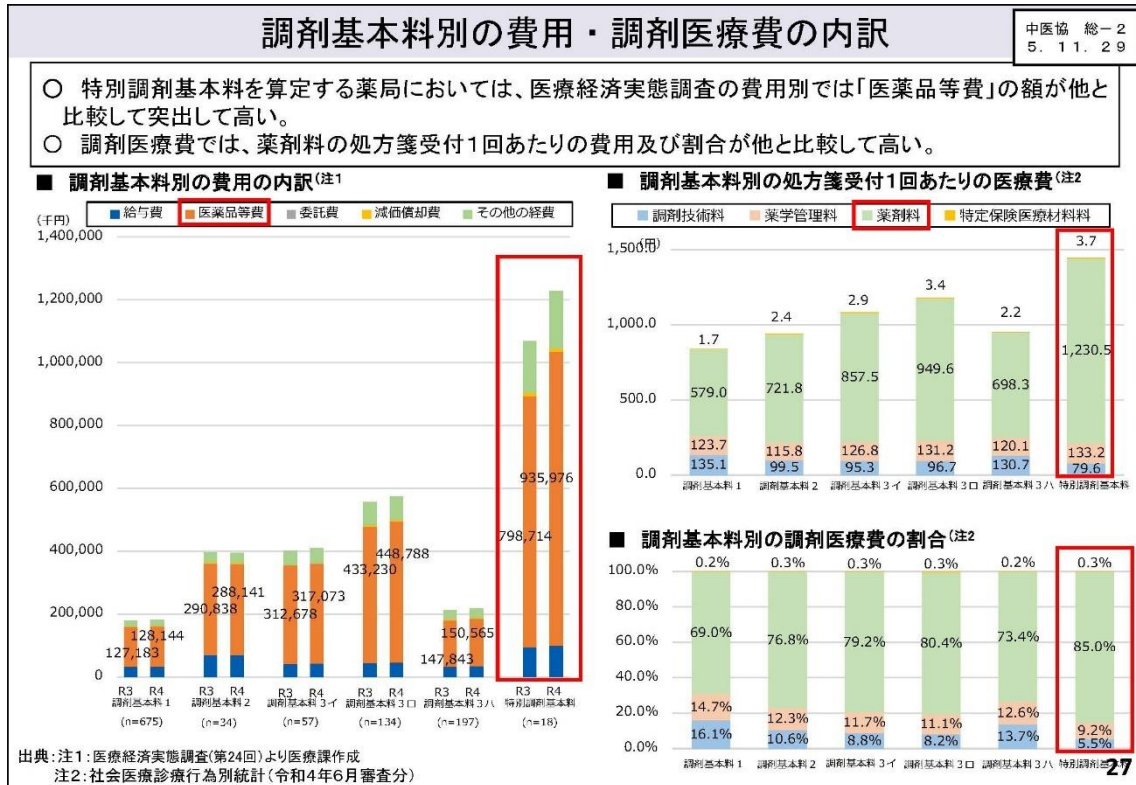
これについては、既に開局している敷地内薬局についても同様であり、指定の更新時等にこれらを確認し、不適切な事案については取消を含めて厳正な対応ができるよう、根拠となる関係省令や文書の整備を進めることをお願いします。

その際には、現在の療養担当規則・薬担規則は患者の誘導という観点での規定となっていますが、



31 ページ目でも示されているとおり、敷地内薬局は相当高い処方箋集中率を示す傾向がありますので、直接的な誘導だけではなく、医療機関の敷地内にあるという特殊性を踏まえて、広い視点からの検討が必要と考えます。

その中の1つとして敷地内薬局の評価がありますが、これに関して院内の調剤所と同程度の機能ということであれば、例えば、医療機関では多剤投与の場合に薬剤料を減額する規定がありますので、同様の調剤においては、敷地内薬局での薬剤料も院内調剤と同じ評価とすることも考えられると思います。



また、今後整理すべき点として、27 ページ目で示されているとおり、敷地内薬局の収益構造は医薬品の費用が突出している構成になっており、

現在、流通改善に係る検討会では、過度な薬価差、薬価差の偏在に関する課題が指摘されています。このような敷地内薬局の医薬品購入の状況も今後、分析する必要があります。

流通改善については、流改懇での議論が先日取りまとめ、流通改善ガイドラインの改訂が今後、予定されておりますので、それに合わせた対応も必要と考えます。

最後に、敷地内薬局については、今回の改定において広い観点で厳正に対応すべきですし、それ以降も継続して検討課題にすべきですし、

場合によっては、関係者、関係団体を中医協の場に呼んで意見を聴く機会も必要かもしれません。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

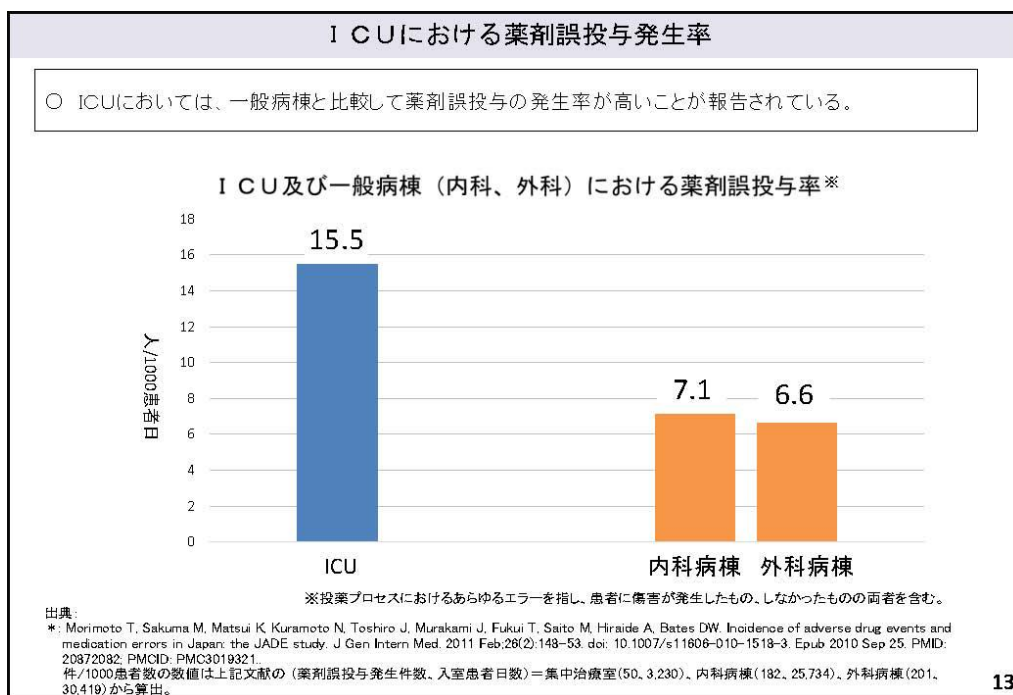
はい、ありがとうございました。ほか、よろしいですか。はい、それでは松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず医療安全についてでございますが、これは保険診療のみならず全ての医療行為において最優先すべきことだと考えております。

○ 特定集中治療室等における治療や腹腔鏡手術等は医療事故のリスクが相対的に高いことや、特定集中治療室管理料等の届出を行う医療機関や腹腔鏡手術等の施設基準の届出を行う医療機関における医療安全管理加算1の届出状況を踏まえ、これらの医療機関において医療安全管理加算1の届出を要件とすることについてどのように考えるか。

19 ページの論点につきましては、資料の 13 ページ、あるいは、18 ページを見てもみますと、集中治療室において薬剤の誤投与が一般病棟より多い中で、専従の医療安全管理者を配置した場合にモニタリング体制が強化されるということが示されており、

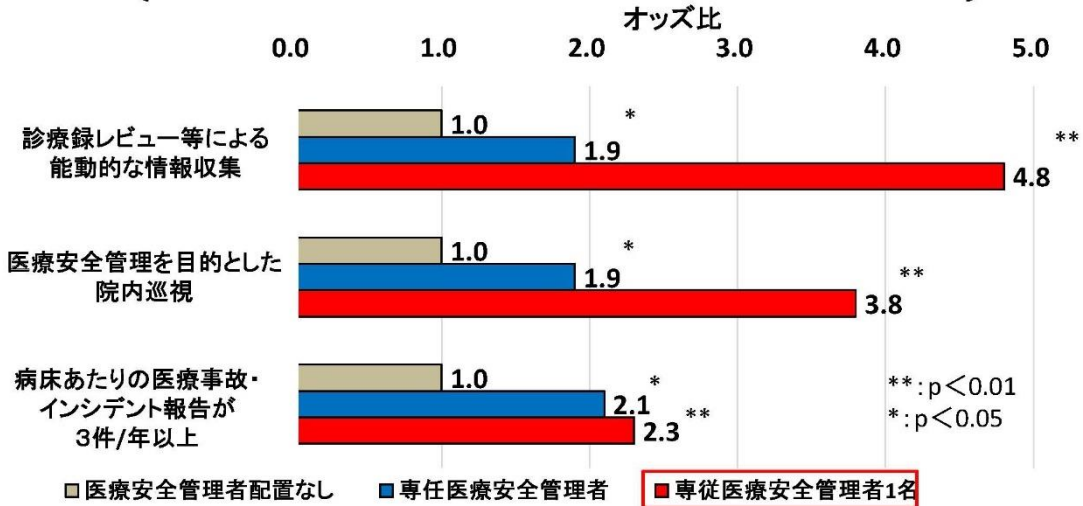




専従の医療安全管理者の配置による効果

○ 専従の医療安全管理者の配置により、医療安全の状況に関する情報収集体制が強化され、インシデントの報告も増加するとの報告がある。

- ・ 全国より層化抽出された病院に、アンケート調査を実施 (n=722)
- ・ 「医療安全管理者配置なし」を対照とし、医療安全活動実施のオッズ比(病床規模・機能で調整)を算出



鶴岡麻子, et al. 病院における専従・専任の医療安全管理者の配置と院内の医療安全管理活動との関係. 日本医療・病院管理学会誌, 2018, 55.2: 71-78.より改変

18

既に多くの治療室や高度な手術を行う医療機関において、安全管理者の専従配置を要件とする医療安全対策加算1の届出が行われている実態を踏まえ、特定集中治療室やリスクの高い手術を行う医療機関において、医療安全対策加算1の届出を義務化すべきというふうに考えます。

(訪問看護ステーションの管理者について)

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

次に、24 ページにございます訪問看護ステーションの管理者についてでございますが、1点目の、管理者の責務を介護と整合性をとり、明確化することには異論はございません。

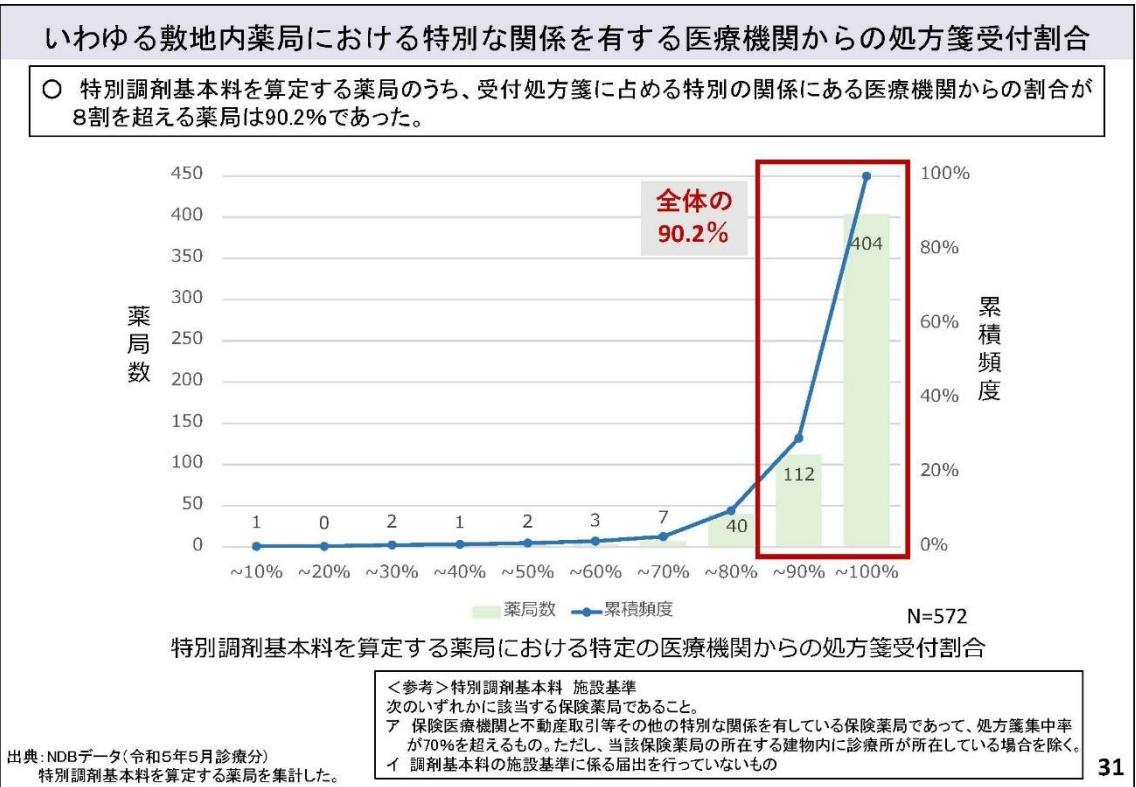
2つ目の管理者の兼務につきましては、管理業務に支障がないと認められる範囲内ということはわかりましたが、離れた場所にある事業所と兼務した場合に本当に管理者としての責務を果たすことができるのか、若干の疑問がございます。

介護保険との整合性は理解はできますが、利用者に不利益が生じないように、ある程度、ほかの事業者に従事できるケース、できないケースを明確にしておくなど、慎重に対応はしていただきたいと思えます。

(いわゆる敷地内薬局について)  
 ○ いわゆる敷地内薬局を有する医療機関の処方に関する評価の在り方について、どのように考えるか。

続きまして、32 ページの敷地内薬局に関する論点についてコメントいたします。

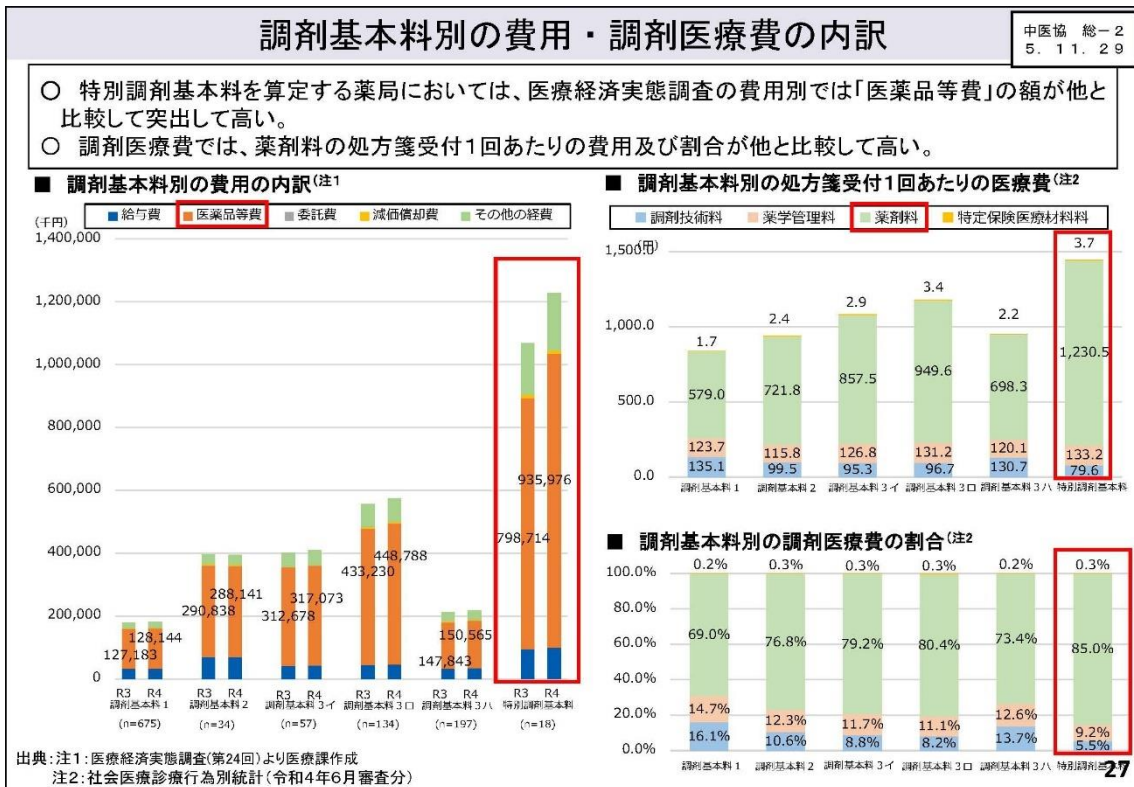
2年前にも同じことを指摘いたしました。敷地内に薬局を有する医療機関については、実質的に院内処方と同様に取り扱うべきです。



資料の 31 ページを見てみますと、特別調剤基本料を算定する薬局の 9 割で、特別の関係にある医療機関からの処方箋が 8 割を超えております。

これは薬局の独立性という観点で問題ですが、裏を返せば、薬局と医療機関の一体性が示されているということですので、医療機関としては院内処方に近い実態にありますので、処方箋料を処方料と同程度の水準まで減額することが考えられます。

ただ、以前にも発言いたしましたが、敷地内薬局がいわば既成事実化していることを踏まえ、医療機関が薬局を誘致する背景を含めまして、令和 8 年度改定に向けて、少し根本的な議論をしたほうがよいと感じております。



27 ページにも一部紹介がありますが、医療経済実態調査の結果からも、敷地内薬局は医薬品費と土地・建物賃借料が突出して高いにもかかわらず、令和 3 年から 4 年にかけては利益率が増加しているということがわかっております。

また、保険財政に影響があることなので、今後、参考のために森委員からも先ほどご指摘ございましたけれども、流通改善の検討状況について事務局に教えていただきたいというふうに思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。先ほど松本委員からご質問がありましたけれども、事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官

はい。薬剤管理官でございます。流通関連のご質問に対しまして、担当部署は別になりますけれども、把握している範囲で回答いたします。

流通関連の検討は、先ほど森委員からも話がありましたが、先週、「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」、いわゆる流改懇が開催されまして、流通改善ガイドラインの改訂のための議論が行われております。

19	○ 「医薬品の安定供給」を確保する観点から、特に医療上の必要性の高い医薬品として基礎的医薬品、安定確保医薬品（カテゴリーA）、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬及び覚せい剤については、価格交渉の段階から別枠とし、個々の医薬品の価値を踏まえた単品単価交渉とすること。
20	○ これまでも単品単価交渉を行ってきた新薬創出等加算品等についても、引き続き単品単価交渉を行うものとし、流通改善が後戻りすることのないよう注意する。

薬価に関連する改訂内容としては、「医薬品の安定供給」を確保する観点から、特に医療上の必要性が高い医薬品として基礎的医薬品、あるいは安定確保医薬品のカテゴリーA、不採算品再算定品などは価格交渉の段階から別枠として個々の医薬品の価値を踏まえた単品単価交渉とすること。



また、これまで単品単価交渉を行ってきた新薬創出等加算品等についても引き続き単品単価交渉を行って、流通改善が後戻りすることのないようにすることについていうもの。

<b>26</b>	<p>(3) 頻繁な価格交渉の改善</p> <p>○ 頻繁な価格交渉は、卸売業者の使命である安定供給に支障を来すとともに購入側にも負担増となることや、未妥結減算制度の趣旨を踏まえ、<u>当年度内は妥結価格の変更を原則行わないこととし、変更を行うのは期中で薬価改定（再算定等）があるなど医薬品の価値に変動がある場合とすること。</u></p>
-----------	--

また、そのほかに、頻繁な価格交渉を避けるために、年度内は妥結価格の変更を原則行わないこと。

<b>24</b>	<p><u>○ 価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼するに当たっては、価格交渉を代行する者がこうした交渉を行うことがないよう流通改善ガイドラインを遵守するように注意すること。</u></p>
-----------	---

また、卸との価格交渉を代行業者に依頼するものは代行業者に流通改善ガイドラインを遵守させるように注意すること。

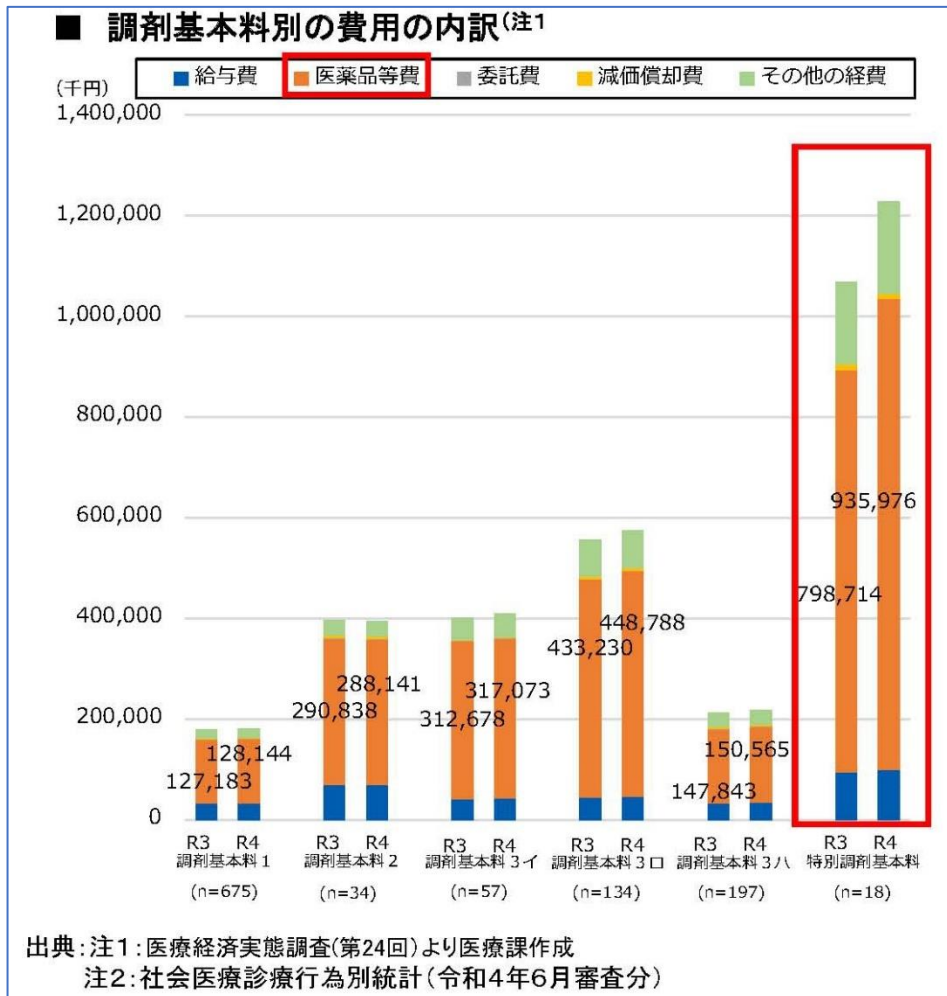
そういったようなことをガイドラインで明記する案を示しておりまして、薬価制度改革を中医協の中でも議論する中で今後の検討課題とされた、こういう医療用医薬品の適正な流通のために改訂する内容になっているものがございます。

今後、この改訂案につきましては、パブリックコメントをした後に年度内にガイドラインを改訂する予定と担当部署のほうから聞いているところでございます。

また、流通改善ガイドラインの改訂のほかに、流通関連では過度な薬価差に関する課題もございます。これは引き続き継続検討とされているものがございます。



このあたりは、もともと販売先のカテゴリー別のデータで、20店舗以上のチェーン薬局のカテゴリーの薬価差額がほかの薬局や医療機関のカテゴリーと比較して大きくなっていることが指摘されているということがあります。



実際には、個々の薬局や医療機関の購入規模など、あとは開設者とかグループによってもあるかもしれませんが、

薬価差の状況が異なると思いますので、

今後、こういったものが把握可能なデータ次第ではありますが、今回のような敷地内薬局の「医薬品等費」の実態も含めながら整理すべき課題ではないかと考えてるところでございます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。ご説明ありがとうございました。敷地内薬局に関する検討においては、今、言及もありました薬価差に関する分析も必要だというふうに考えました。

ガイドラインの内容が徹底されるよう、診療報酬においても改訂の考え方が反映されるよう、適切に対応をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい。皆さまと同意見ですが、あえて強調させていただきたいと思います。

敷地内薬局については特別調剤基本料による対応にも限界があることや、患者様の受け止めに踏まえれば、

グループ薬局全体として調剤基本料を引き下げることとは無論、

敷地内薬局を有する医療機関の処方院内処方と同程度の評価とする方向で検討していただきたいというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。長島委員、お願いいたします。

### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。この、いわゆる敷地内薬局について、関連することで事務局に確認させていただきます。

患者さんが処方箋を持って、どこの薬局に行くかは患者さんの自由な選択により、医療機関は介入できないと認識しておりますが、この考え方に変更はありますでしょうか。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。事務局、いかがでしょうか。

### ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。今、長島委員からご指摘ありましたように、患者さんが処方箋を持たれて、どの薬局を選べるかは、これは自由でございます。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。長島委員、いかがでしょうか。はい。太田委員、お願いいたします。

### ○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい。私、今回の論点に関して直接言及はいたしません、さまざまな病院で敷地内薬局が開設されているということは私自身、認識しております。特に大学病院等で開設しているところもございますし、公立の大規模な中核の病院で開設しているところがございます。

そういう意味で、そういう病院が、では駄目な病院なのかというものに関して言うと、正直、私ども病院団体の中でもさまざま議論が現実がございます。今、現在の認められている制度の中で、いろいろと医療機関として厳しい経営環境の中、対応してきたというような形で主張される先生方も現実にはいらっしゃいます。

そういう意味で、先ほど松本委員のほうから、R 8、次の改定に向かって、この問題は根本的にやっぱり考えていったらどうだというようなご発言ありましたが、

この診療報酬の制度、支払制度を検討する場ではなく、やはりこれ、厚生労働省として、国として、この敷地内薬局というものはどのような形で位置づけるものなのかというものをやはりしっかりと検討していただいて、われわれ、診療報酬というものは、その大きな医療政策の方向にベクトルを合わせて制度を整備していくものだというふうに思っております。

医療機関側からしても予見可能性というものが非常に確保しづらい中で、さまざまな対応を迫られている医療機関、病院というのもございますので、ぜひとも、この辺、しっかりと国として、厚生労働省として、対応いただきたいというふうに思っております。以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。オンラインで佐保委員、お手が挙がっています。お願いいたします。

#### ○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。私からは24ページの訪問看護ステーションの管理者について発言をいたします。

##### （訪問看護ステーションの管理者について）

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

管理者の責務を明確化することに異論はありませんが、管理者として行う業務以外、人員不足の状況では、管理者自身が実務を行ったり、補助することもありますし、ほかに明確化できない業務もあろうかというふうに考えております。

また、兼務の提案は人手不足が背景にあると考えますが、兼務を可能とすることで管理者の負担が増す、労働時間が増えるなど労働環境の悪化につながるのではないかと。

そうなれば、管理者のなり手がさらに減るのではないかとというふうに懸念いたしますので、現場の実態を踏まえて検討すべきというふうに考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

ありがとうございます。医療安全対策加算は概ね算定されているということですが、本来であれば、全ての医療機関で医療安全管理体制が強化され、さらに強化されることになればと思いますし、そのことが当然のようになること。

そのことによって、患者が安心して安全な医療を受けているという実感につながっていくものと考えますので、医療報酬（ママ）だけにとどまらず、画像診断の情報の適切な管理など、さまざまな点で医療安全対策施策を進めていただくことを要望いたします。以上です。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、江澤委員、お願いいたします。



○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

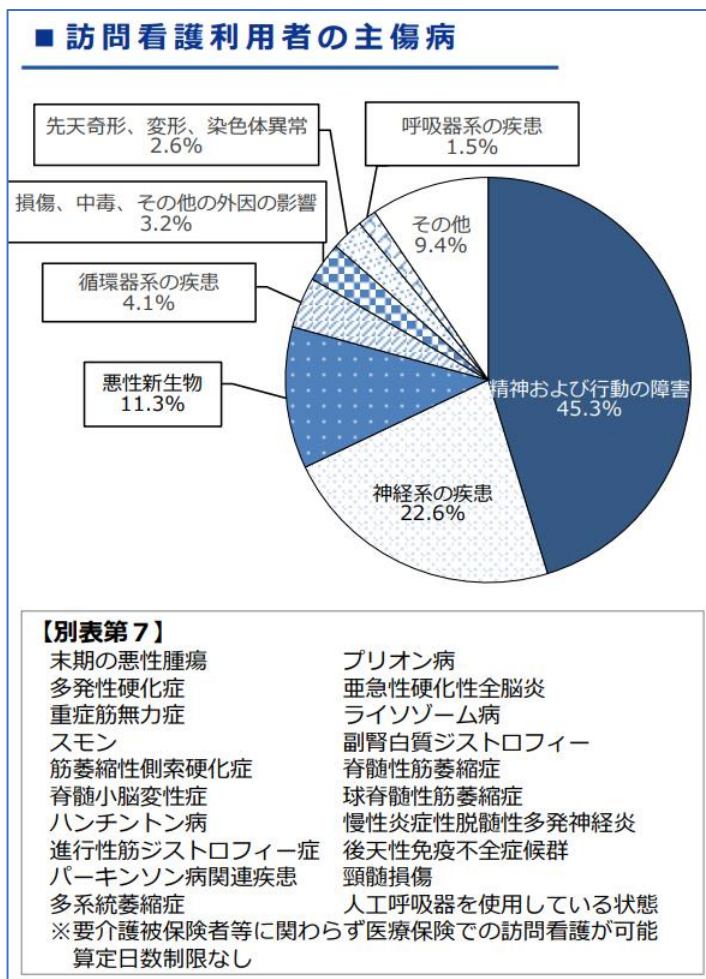
訪問看護ステーションの管理者について1点、申し上げます。

**（訪問看護ステーションの管理者について）**

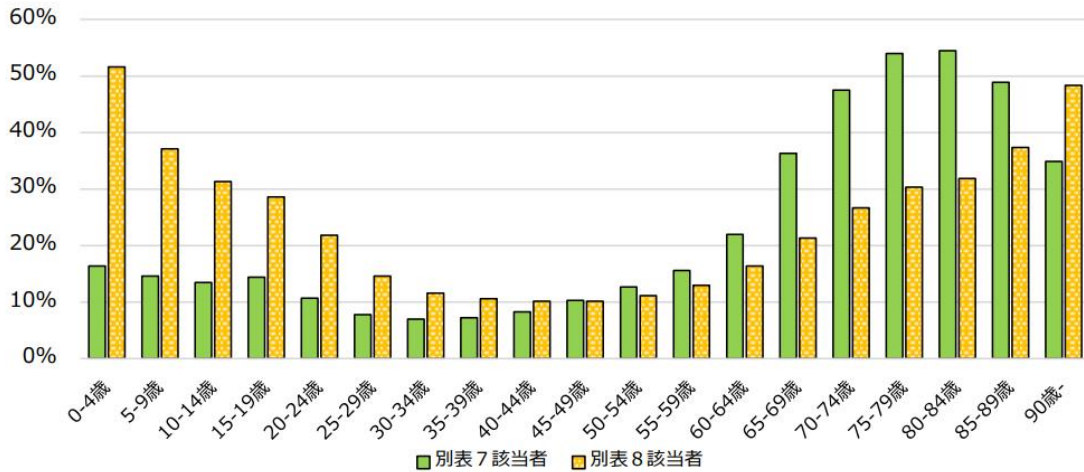
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

訪問看護の医療保険サービスの対象は別表7の末期の悪性腫瘍や難病、あるいは



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



【別表第8】

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
  - 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 

在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
  - 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
  - 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
  - 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

10月20日の中医協総会資料「総-2」P11から抜粋

別表8の真皮を超える褥瘡の状態や気管切開、人工呼吸器等となっております。そのほか、医師による14日間以内の特別訪問看護指示書というのがあります。

これらの医療保険の対象というのは状態の変化、あるいは緊急対応の頻度が高いということがまず前提にあります。

また、訪問看護ステーションの多くは看護職員の数も少なく、管理者のみに専従しているということは極めて少なく、管理者も現場を担っているという実態が多いかというふうに思います。

つきましては、管理者が現場で陣頭指揮をとっていくことが患者さんの質の高いサービス提供には欠かせないことを申し上げたいと思います。以上でございます。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。先ほど、長島委員から木澤委員のご意見も伺ってはどうかというようなご要望がございましたので、木澤専門委員、お願いいたします。

### ○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。訪問看護ステーションの管理者について、医療保険においても管理者の責務を明確にすることは重要であり、進めていただきたいと考えております。

#### （訪問看護ステーションの管理者について）

- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化することが検討されていることに鑑み、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務を明確化してはどうか。
- 介護保険における訪問看護において、管理者の責務を明確にした上で、管理者が当該責務を果たせる場合に、同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、同一の事業者によって設置されている事業所間の兼務が可能である旨を明確化することが検討されていることを踏まえ、医療保険の訪問看護の管理者が同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する敷地内にある事業所・施設等に限らず、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事することについて、どのように考えるか。

24

訪問看護ステーションの管理者は、質の高い訪問看護を提供するために、職員の教育、労務管理を行うだけでなく、利用者の病状や生活状況等もよく見極めながら、職員とケアの内容、地域で活用できる社会資源等について話し合い、在宅での療養が円滑に進むよう工夫をしています。

また、利用者や家族の思いを大切に、在宅療養を支えるためには主治医や介護、福祉、行政等の関係者と顔の見える関係を築き、地域において密な連携体制を構築していくことが重要です。

こうした看護管理者の役割が十分に果たせるようにすることが重要と考えております。私からは以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

○厚労省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室・松本晴樹室長

会長、事務局から、ちょっとよろしいでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

事務局からお手が挙がっています。お願いいたします。

○厚労省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室・松本晴樹室長

医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長の松本と申します。先ほどの高町委員の医療安全に関するですね、コメントに関して一言コメントをさせていただきたいんですけども。医療安全の部分の医療法を所管をしております。

医療機関、全ての医療機関にですね、医療法、それから省令、通知等で求めている医療安全のところですね、しっかりこれからも考えていきたいと思っております。

それからですね、本日のご参考でございますけれども、今年の12月にですね、一般社団法人日本外科学会からも腹腔鏡手術や胸腔鏡手術、心臓のカテーテル手術等の実施に当たりまして、医療機関全体の安全管理体制の充実を要望する要望書、

それから、一般社団法人の日本集中治療医学会からもですね、集中治療室を有する医療機関における医療安全管理体制の強化等に関するの要望書等をいただいておりますので、

ご参考までに、ご紹介をさせていただきました。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。続きまして、じゃ、安川さん、お願いします。

## ○厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官

はい。薬剤管理官でございます。敷地内薬局に関しまして、根本的な議論とか、そういったご指摘もありましたけど、ちょっと現状だけ、ご説明させていただきます。

今回、こういった敷地内薬局っていうのが増えている現状というところは、もとのきっかけは保険制度の中の構造規制の緩和、いわゆる「フェンス規制」っていうのを平成 28 年に緩和したことで、敷地内に薬局が開設しやすくなったことの結果で、こういった事象がいろいろ起こっているというようなことと認識をしております。

そういった中で、さまざまな医療機関と薬局の独立性がどうかとか、いうところの、いろいろ課題というところがあるっていうのを、さまざまなご指摘をしているところでございます。

じゃあ、一方、薬局としてどうかって話の中の、そもそも論のところに関しまして、これは薬機法の世界の中で、薬局のあり方の議論の中でも、「敷地内の薬局はどうか」というところは課題として挙げられております。

こういったのも、実態も把握しながらという中で、やっぱり医療機関との関係性、そういったところの懸念を示す意見というのも、やっぱり、医薬のほうの部署のほうの検討会でも課題として出ているというものでございます。

ただ、いずれにしても、薬機法の中の衛生規制というよりは、こちらは医療保険制度のさまざまな中の医療機関と薬局の独立性のところ、かなり重要なところになってくると思いますので、

基本的には、こういった保険制度の中で、この薬局のあり方はどうなのかというところも含めて整理していくべきというので、いろいろ、これからの実態分析も医薬のほうでもしているというふうに認識していますので、そういった情報も含めながら何ができるかというところを、今回の改定も、今、こういった議論をいただいていますけども、引き続き検討すべきものなのかなというふうに思っているとでございます。以上です。



○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかは、よろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかには特にご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

ここで、しばらく休憩を差し挟みますので、よろしく願いいたします。

○厚労省担当者

厚生労働省事務局でございます。ただいまから 10 分間、休憩いたします。

▼ 休憩 11:02 ~ 11:12