

○高崎医療国際展開推進室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第4回「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、御多忙のところ、本検討会に御出席いただき、まことにありがとうございます。

本日は、田中構成員から欠席の御連絡をいただいております。

また、本日は、議題1に関連して、厚生労働科学研究「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」研究班から、東京大学大学院医学系研究科医療経済政策学特任教授の田倉参考人に御出席いただいております。

続きまして、オブザーバーとして、内閣官房健康・医療戦略室の田中参事官、経済産業省国際展開推進室の臼杵係長、観光庁外客受入担当参事官付の遠藤様に御参加いただいております。

なお、局長は、公務のため途中欠席させていただきます。

続きまして、お手元の資料の確認をさせていただきます。

議事次第、座席表のほか、議事次第の配付資料のとおり、資料1から4及び参考資料1と2となっております。資料の欠落等がございましたら、事務局にお申しつけください。よろしいでしょうか。

それでは、冒頭のカメラ撮りについては、ここまでとさせていただきます。

それでは、議事に移りたいと思います。以降の議事運営は座長にお願いいたします。どうぞよろしく申し上げます。

○遠藤座長 皆さん、お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は東日本大震災の記念日ということで、いろいろな御用事があったかと思います。

きょうも議題が3つあります。1は「自由診療における診療価格について」、2番目が「医療機関向けマニュアルについて」、3番目が「これまでの進捗」となっております。

お時間が限られていることもありまして、早速、議題1の「自由診療における診療価格について」の議論を始めさせていただきます。

資料の説明に入る前に、前回の検討会の後に、構成員の皆様から事務局に幾つか御質問等が寄せられたようです。そこで、まず、事務局からこれに対する御説明をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 事務局です。

前回の検討会が終了した後に、構成員の皆様から、第3回検討会で使用した資料5・6への御質問や御意見などを伺いました。伺いました意見は、大きく3つございました。

1つ目は、田倉先生から御説明いただいた資料の中に、日本の医療費の財源内訳の約39%が公的資金であることから、訪日外国人患者に対してどのような価格設定であるべきかということでした。

2点目は、医療機関の方から、外国人患者さんの対応は受付からイレギュラーな対応になり、さまざまなシーンでの通訳、翻訳、説明、同意などの経費を考えると、20円から

30円は欲しいといった御要望もありました。

3点目は、未収金対策への費用や未収金の損金の扱いをどのようにするのかといった御質問も寄せられました。

これらは田倉先生にお伝えして、本日御準備いただいたところでございます。

以上です。

○遠藤座長 御説明ありがとうございました。

いずれも大変重要な指摘をされているかと思えます。前回はお時間が余りなくて、田倉参考人にはまた本日も御説明のためにこのように御参加いただきまして、まことにありがとうございます。

それでは、用意していただきました資料1について、15分ぐらいで御説明をお願いできればと思います。よろしく願いいたします。

○田倉参考人 東京大学の田倉でございます。

厚生労働行政推進調査事業として「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」を、我々のほうで今進めております。

自由診療における診療価格について、第3回で基本的な概念と方法論について、皆様に御説明をさせていただきました。引き続きその留意点と実際の算定係数について、きょうは御紹介させていただきたいと思っております。

2ページ目をおめくりいただけますでしょうか。こちらにきょうお話しさせていただく要約をまとめております。

アジェンダは4つございまして、最初に、原価要素の取り扱いとして、固定費の部分を中心に、追加的な診療需要、訪日外国人の場合は追加的な診療需要と考えられるのですが、その場合においては、各種単価が上昇するという点について、少し考え方をお示ししたいと思っております。

医療資源の消費の範囲でございますが、簡単に申し上げれば、これはコストが増加する部分はどこなのかということでございます。こちらについては、間接費の部分は基本的に変わらないということで、算定では据え置きするという考え方について御紹介したいと思っております。

2つ目は、診療価格のお話でございます。先ほど御指摘のありました未収金の取り扱いについては、未収金の対策費は原価として算定していくべきと考えております。ただ、他の外国人への展開については、いろいろと幅広い検討が必要なのかなと思っております。

一方で、今回は日本人の部分は除外するような計算を御紹介させていただきたいと思っております。

もう一つ、実際の請求方法でございますが、こちらについては、考え方として、個別の患者さんごとの価格、平たく申し上げれば、コストを積み上げて請求をさせていただく考え方と、症例数が多くてある一定の体制を整えているケースにおいては、医療施設ごとの代表的・平均的な価格、平たく申し上げれば、標準価格のようなものを設定して、算定の

負荷や患者さんへの説明の負担を軽減する方法もあるということについて、お話をさせていただきたいと思っております。

3つ目は、公的な資本の回収についても御指摘いただいているところでございますが、考え方として、病院レベルで議論するのみならず、国民レベルで経済的なバランスをとる考え方について、お話をさせていただきたいと思っております。そういった観点も含めて、今回、算定をさせていただいているということでございます。

簡単に申し上げれば、診療報酬の公費の部分については、今回の算定で外国の方々にも相応の負担をしていただく形になっておりますし、いわゆる間接的な、公的なインフラについても、税金のみならず、広い観点から、地域医療への貢献のような間接的なものも含めて、幅広く御議論いただきたいと思っております。

最後に、調査・算定の事例でございますけれども、今回、実際に幾つかの症例について医療費原価を算定し、価格の設定をケースとして進めてきております。

結果として、かなり病態ごとに変動しているということがございます。一方で、海外のプライスをベンチマーク的に考えていかなければいけないというお話もさせていただいているところでございますけれども、こちらの海外価格についても、国によってかなりばらばらしているケースを御紹介させていただきたいと思っております。

具体的な診療価格の事例として、一般的で非常にポピュラーで数の多い病態のケースと、あと、こちらは協力機関からもぜひと言われてはおりますが、現場の負担感が非常に大きい特異的なケースの算定例について、後で結果をお示ししますけれども、1.3倍前後から3.6倍前後の診療報酬に対する価格設定が妥当ではないかということをお紹介させていただきたいと思っております。

一方、海外の事例につきましては、比較的件数が多く、なおかつ、国ごとの診療の差異が少ない咽頭炎についても御紹介させていただきますが、1件当たり2,000円から1万7000円ぐらいの幅があったということについて、御紹介させていただきます。

では、具体的な御説明に入らせていただきます。3ページ目をごらんいただけますでしょうか。

ビジーな資料で大変恐縮でございますけれども、最初は留意事項1として「倍数算定と原価要素」についてお話をさせていただきます。

左側が固定費の取り扱いについての考え方ではありますが、訪日外国人の場合、日本人を対象とした通常の診療体制に対して追加的な需要ということでもありますので、通常の経済的な観点からいきますと、簡単に申し上げれば、固定費も変動費としてカウントし、なおかつ、固定費の部分から変動費に変わる段階で、時間単価、平たく申し上げれば、労務費の単価みたいなものは上昇するという考え方があるということでもあります。

この観点について、後でまた詳しい御説明をさせていただきますが、今回の算定においてはこういった視点も入れて、現場の負担感について対応させていただいております。

もう一つ、右側が間接費の取り扱いについてのお話でございます。絵の上のほうをごら

んいただきたいと思いますが、真ん中に、今回、診療の中において現場で負担がふえる部分、例えば診察時間がふえるとか、もしくはいろいろな医療機器の占有率が上がるものについて、これが一般の事務、こちらでは「補助部門」と表現しておりますけれども、こちらの間接的な医療資源に対して影響が比較的小さいのではないかということについて、昨今、御指摘もいただいているところでもありますので、この部分は日本人と変わらない据え置きとさせていただいて、左側の診療部門、原価的などころについて、数字が直接動くような算定方式にさせていただいているところでもあります。

続きまして、次のページをごらんいただけますでしょうか。留意事項2として「価格設定等のあり方」について、簡単に方針を解説させていただきたいと思います。

左側が御指摘のあった未収金の取り扱いでございますが、上の段、価格水準と顧客満足度という観点から、価格というものは、多少幅広い観点からいくと、消費者・患者様の納得感が重要であるということでもありますので、今回の未収金の取り扱いについても、相手である患者様がある程度納得できるような説明ができる方法を考えなければいけないということで、今回は整理をさせていただいています。

結果として、下のほうにございますけれども、未収金の対策として、病院のほうで努力をされて投資したものについては、もちろんこれは算定の中に組み込むべきという考え方でおりますが、これを他の外国人の方に転嫁することに関しては、もう少し幅広い議論で、特に訪日外国人の共有の負担、共同負担みたいな考え方を、病院の経営以外の仕組みを含めて、御検討いただく必要があるのではないかと考えているところでございます。

ただ、一方で、日本人診療の未収金については、除外するのが合理的かなと考えております。

もう一つ、右側でございますが、こちらは診療価格の設定の中において、多分、先生方は御理解いただけると思うのですが、患者様の背景によってこのコストはかなりばらつくということでもあります。

簡単に申し上げれば、特異的なケースについての取り扱いをどうするかということでございますが、上の段の図をごらんいただきたいと思いますが、一般的に価格の設定をするときには、お一人もしくは一つのケース、サービスごとに積み上げた原価に対して価格を設定し、診療報酬を含めた請求をするのか、もしくは大きな母集団の平均的・代表的な価格を設定して、簡単に申し上げれば、標準価格として取り扱うのかということでもあります。

それぞれ長所、短所はございますが、通常、かなり大きな仕組みになってくれば、経営管理の観点から、標準価格を設定することが合理的という発想もあろうかと思えます。

一方で、症例数が少ないケース、特異的なケースについては、個別の原価を積み上げて請求することによって、病院側としてはかかった医療資源の消費に対してきちんと対価を得ることができるのではないかということで、こちらの下にも書いておりますけれども、個別算定をするときにおいては、この原価計算の手間がかなり大きいということと、それぞれの患者さんに説明する負担も大きいということでもあります。一方で、かかったコス

トがはっきりわかりますので、採算ラインがはっきりわかるというメリットもあります。

ただ、一方で、病院経営の観点から、症例数が多くなってきたときに、個別の原価計算をしていることがかなり負担になるということで、恐らくここは病院経営の判断だと思いますけれども、標準価格のような議論も出てくるのではないかと考えているところであります。

そういう観点から、この部分について、少し細かく御説明をさせていただきたいと思っております。次のスライドをごらんいただけますでしょうか。

原価・コストが非常にばらつくということと、標準原価ということと、病院経営の中から捉えていかなければいけないということについて、左側は、横軸が医療原価で、縦軸がその割合という形で、ごらんいただくとわかるとおり、左から右に山があつてかなりばらつくというようなケースにおいて、例えば患者さんA、B、Cという形で、患者さんAは比較的原価が安い、患者さんCは、比較的医療資源を使って原価が高いというケースが、同一疾病もしくは同一診療の中においても生じるのではないかと。

そういったケースにおいては、まさに経営的な効率性の観点から、山のピークの標準原価的な議論をしていく必要性もあろうかと思っております。

そういった観点に立った場合においては、右側の収益率という、収支均衡を考えていかなければいけないということで、先ほどの患者さんA、B、Cという非常に原価がばらついている方々に対して、最終的に、総合的に損益分岐点を考慮しながら、黒字になるところを病院のほうで検討する、例えば1点10円とか20円という議論がこのあたりで出てくる可能性もあるかなと考えております。

このような議論に使える数字を我々のほうで御用意していくということを念頭に、次のページをごらんいただけますでしょうか。

訪日外国人の診療価格について、今回、国内の2医療機関に御協力いただきまして、実際にケースを取りまとめたものを御紹介させていただきたいと思っております。

今回、外来のケースを3件、入院のケースを3件、外来から入院へ移行した患者様を1件として、計7件をイメージとして持ってきております。数が多くて非常に一般的なケースを2例、もしくは患者さんの数は少ないのですが、非常に特異的で病院の負担感が大きいものを2つ御用意しているところであります。

このグラフの見方でございますけれども、さきの検討会で御報告させていただいたとおり、今回は診療の部分で、診察時間がふえるとか、そういった手間がかかる部分を、我々は「増加分」と設定しております。

もう一つ、外国の患者様への対応として、特異的にかかる通訳もしくはコーディネートの費用、こちらは「追加費用」として我々は表現しておりますが、それを合算したものがこちらの数字になっております。

ちなみに、左上に解説を入れておりますけれども、追加的な通訳さんの部分については、今回、倍数計算で表現をするのがわかりやすいということもあつて、絶対値を倍数に換算

して、あわせてお示ししているところでもあります。

具体的には、左から、外来の咽頭炎ですと1.3倍ぐらい、1点13円とか、そのような議論になるものかなと思っております。続いて、じんましんのようなアレルギーの方については1.56倍、膀胱炎の方、これは出血性の症例のようですけれども、2.2倍。外来から入院へ重症化してしまった特異的なケースも含めた肺炎の患者さんについては、3.6倍ということでもあります。入院の手術のケースにおいて、虫垂炎の手術、こちらは非常に定型的なオペのようでありまして、1.2倍ぐらいで済んでいるということでもあります。

一方で、胆管炎のERCPの検査の例については2.9倍。あとは、大腿の骨折の治療で手術をして、その後、リハビリをかなりやって、母国への紹介を含めてかなり手間のかかったものについては、3.59倍というような数字になっているところでもあります。

このような7つの症例、一個一個に価格を設定して個別の患者さんに請求するのか。例えばこの7例が一つの医療機関として考えたときに、恐らくこれですと1点が23円前後の平均値になると思いますけれども、1点23円で病院として請求をするかどうか。このあたりについても患者さんへ個別に御説明ができるかどうかというのは、病院の裁量権や経営判断で御議論いただきたいと考えているところでもあります。

ちなみに、補足を2つほどさせていただきますが、先ほど御説明したポピュラーな外来の咽頭炎でございますが、こちらは、診療報酬の体系でいきますと、先生方は御存じのとおり、同じような病態であっても、例えば病床数と、あとは紹介の程度で、現行の診療報酬では280円前後と210円前後という形で、診療報酬、初診料が違っているところもありますので、こういった倍数計算をするときには、そもそも施設特性みたいなものによって数字が変わってくるところがありますので、やはり個別の施設できちんとした議論をしていく必要があるのかなと思っていただいているところでもあります。

続いて、海外の医療費の水準について、御説明をさせていただきたいと思っております。

こちらは先ほどちょっと御紹介しておりました外来の咽頭炎につきまして、理由としては非常にポピュラーであって、症例数も多かったというのと、あとは、診療の差異が国によって少ないのではないかとこの前提ではありますが、ごらんいただくとわかるとおり、右側が中国、左側がアメリカで、かなりばらついているところが御理解いただけると思っております。

今回、こういった国を選んだ理由は、多くの方々がこういった国から日本に来て受療されているということであって、海外の事例として、実際、例えば日本人の方が先方で治療を受けたときに、どういった価格になっているかの参考にさせていただきたいと思って御提示したものであります。

ちなみに、先ほどの症例で外来の咽頭炎の1.3倍ぐらいという数字、仮にこの方がイタリアの方で治療を受けたとしたときに、今回、どれぐらいの価格になるかというのを検証させていただいているところでもあります。

御存じのとおり、今、咽頭炎の方は、初診で加算料や管理を入れて、医薬品を入れて、

通常の診療報酬では4,000円から5,000円ぐらいの間で診ておられると伺っておりますが、仮に5,000円と置いたときに、1.3倍ぐらいにしますと6,500円ぐらいになるということで、イタリアのケースにほぼ近くなるということで、国際水準から見ても、今回算定しているものは比較的妥当ではないか。逆に言うと、これぐらいの価格を設定して外国の方に請求するのは、ほぼ妥当ではないかと我々研究班では考えているところでございます。

最後に、社会医療・公共インフラの投資と回収のバランスについて、簡単ながら、研究班で議論した結果を御紹介させていただきたいと思っております。

今回は価格設定の中における原価増加分、いわゆる診療報酬の本体に近いところでありますが、それと、公費の関係に当たるところについての御紹介であります。ごらんいただくとわかるとおり、日本人の診療構造の中の費用負担をされている構造の中で、今回の算定方式ですと、公費相当部分についても数倍の価格設定という形で、広く国民が負担している分以上に、外国の方からもきちんと価格として回収できるような仕組みにさせていただいております。

あと、もっと広い意味での公共インフラの話でございますが、例えば補助金・助成金、もしくは育成とか公共のインフラ、救急等の話でございます。先ほども御紹介した算定の中においては、補助金の部分については係数を掛けて考慮しておりますが、それ以外の広い医療システムもしくは公共インフラの話については、一病院の経営の観点から議論するのはなかなか難しいということで、今回は補助金以外のところは算定から外しております。

ただ、この部分についての考え方として、雑駁でありますけれども、右側に簡単にまとめたものを御紹介させていただければと思います。

国民の投資の部分、国民全体が支えている公共インフラの件に関しましては、自由診療にかかわる消費税、事業税等に伴う国庫への還元と、あと、医療機関経営の基盤の強化ということで、経営が安定することによる地域医療・地域住民への貢献、あと、増収ということが考えられますので、それが働いている方々に人件費のような形で適切に充当されるのであれば、雇用の安定化に伴う医療者の保険料・税収みたいな貢献もあって、そういった観点から、今回、病院のほうで外国の方から回収した投資部分を、広く国民に還元する仕組みを考えられるのではないかと考えているところでございます。

次のページをごらんいただけますでしょうか。今まで簡単に申し上げたことを、改めて整理させていただいたものがこちらでございます。

多少文章が多くてビジーな内容で恐縮なのですが、まず、医療原価の件でございます。1点は、症例によってかなり異なっていたということ。背景としては、年齢、重症度などの患者さんの背景があったということでございますが、これ自体は訪日外国人に限った特性ではなくて、日本人の診療でも同じと考えているところでございます。

よって、診療価格の設定に関しては、訪日外国人にかかわる病院の中における全体収支、もしくは外国人の診療にかかわる収支バランスの議論を、各病院が経営的な判断から進めていくことが重要ではないかと考えているところでございます。

診療価格の設定でございますが、請求としては、一般に症例ごとに算定する個別請求というものと、施設の代表の標準価格の設定というのが想定されますが、いずれも医療原価に基づくということで、繰り返しになりますけれども、医療原価の増加、例えば診療負担がふえるというところで、今回は、前回御説明したとおり、診療報酬の倍数算定で原価計算を簡便化しているというものと、あとは、原価の追加分ということで、通訳費等の原価を直接積分したものを合算して、日本人の診療報酬の倍数として取り扱おうと、医療経営における整合性の担保、もしくは各負担の軽減、説明の効率化が期待できると考えております。

このような考え方に基づいた概算の結果、件数が比較的多い一般的な病態のケースですと1.3倍前後、現場の負担感が非常に大きいという特異的なケースですと、3倍を超えるケースも算定しております。そういう観点から、それぞれの患者さんのケース、症例の構成を医療機関の中で考慮した価格設定の判断が望まれると考えております。

海外のプライス、ベンチマーク的なものを今回も御用意しておりますが、海外渡航中の邦人の診療費用というのは、日本の経済力等を背景に、その国における外国人への請求水準としては比較的高いクラスなのだろうと想像しておりますけれども、そういう観点から、日本人の診療報酬より高いケースがありましたので、日本人の診療よりも高い価格設定をし、回収していくことについては、国際的に見てもある程度妥当であるのかなと考えているところでございます。

最後に、前回、先生方に御説明して、ある程度御理解いただいた今回の算定方式を、また改めて参考資料として載せております。

繰り返しになりますけれども、今回、2段階方式で、下にお示しした通常診療の原価の増加分と、外国人特有の原価追加分、平たく申し上げれば、通訳等の費用を最終的には合算して、見せ方としてですけれども、診療報酬の倍数として取り扱おうと、現場の経営管理的には楽であるという話も協力機関から伺っているところでございます。

以上、簡単ながら御説明させていただきました。

○遠藤座長 田倉先生、限られた時間の中で、わかりやすい御説明をありがとうございました。

皆様方の中ではこれからいろいろと御質問、御議論があるかと思いますが、その前に、事務局のほうでこれまでの議論も含めて取りまとめたものがございますので、その説明をお願いいたします。資料2です。

○永松総務課長補佐 今、田倉先生に御説明いただきました資料1の要点ということで、資料2にまとめさせていただきました。こちらの1枚紙を説明させていただきたいと思っております。

まず「1. これまでの経緯」としまして、訪日外国人旅行者に対する診療は、社会保険診療ではなく自由診療であるので、その診療価格は各医療機関において関連法令の範囲内で任意に設定するものでございます。



2番目、内閣官房健康・医療戦略本部の「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」におきまして、通訳等の附帯サービスの上乗せを含めた自由診療である外国人観光客向け医療に関する価格の合理的な設定方法を、この「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」において研究し、本検討会において議論し、そして、マニュアルに記載されるとされております。

こちらは、別紙になりますけれども、そちらの【取組2-11】のほうを御参照ください。次に移ります。「2. 本研究班の本年度の研究の進捗を踏まえた整理案」としまして、以下のように考えております。

1つ目、本年度の研究においては、医療原価は、患者の年齢や重症度などの患者背景から、同一疾病の診療でも変動が確認され、実際に調査を行った症例でもばらつきがありました。これは訪日外国人に限った特性ではなく、日本人の診療でも同じだと考えられます。

2つ目、一般に診療価格は、ある医療機関において、個別の患者ごとに算定する個別患者ごとの価格と、当該医療機関において、ある疾病を持つと想定される標準的な患者に算定する標準価格の2つがございます。

上記を算出する方法としまして、具体的には、詳細に医療費を計算する方法として、患者単位で患者の疾病や重症度に応じた原価コストを積算することがあります。また、医療機関における事務負担軽減のために、医療機関単位で収益のバランスがとれるように、訪日外国人患者に関する全体収支へ配慮し、診療報酬点数表を参照価格として倍数計算することも考えられます。もちろん、上記の組み合わせやその他の手法で請求することも考えられます。

今後、本研究班において「訪日外国人の診療価格算定方法マニュアル」が作成される予定でございます。

以上です。

○遠藤座長 事務局として、田倉参考人、あるいはこれまでの内閣府等の流れの中での整理をしていただきました。

さて、前回、ゆっくり時間がとれませんでしたけれども、この診療費に関する田倉参考人、あるいは事務局への御質問、御意見をぜひお願いいたします。

どうぞ。

○小林構成員 AMDA国際医療情報センター理事長の小林でございます。

改めてお伺いしたいのですが、これはタイトルが「自由診療における診療価格」となっておりますけれども、これは今回の訪日外国人だけに限定したものなのですね。

○田倉参考人 訪日外国人に限定した自由診療についての価格設定を議論させていただいております。

○小林構成員 わかりました。

在留外国人でも保険を持っていない、あるいは自分から入らなくて自由診療になってしまうときがありまして、彼らの自由診療は、先生がおっしゃっているこの研究の範疇には

入らないということでもよろしいでしょうか。

○田倉参考人 外国人特有の医学的、もしくは通訳等の必要性などを鑑みたときに、同類として考えるのであれば、この算定方式は病院の経営において参考になるのかなと考えております。

○小林構成員 この間の日本医師会の外国人医療対策会議に弁護士の方がいらっしゃって、お話を聞いたのですが、日本も難民と無国籍者の条約に加盟していて、在留外国人に関しては、基本的人権については日本国民と差別をしてはいけないと法律に入っているので、そう考えますと、在留外国人の場合の自由診療を日本人と別に設定することに関しては、法律上の問題がないかどうかということが心配になったものですから、それでお伺いした次第です。

○田倉参考人 法律的な観点については我々のほうでチェックをしておりますので、事務局のほうで答えいただけますでしょうか。

○遠藤座長 事務局で答えられますか。

○高崎医療国際展開推進室長 ありがとうございます。

在留外国人については、保険局のほうで日本の公的保険診療の枠組み内で検討されているかと思っておりますので、そちらにお伝えするようにいたします。

○小林構成員 よくわからなかったのですが、それは保険局にお尋ねになって、またお答えをいただけるということでしょうか。

○北波総務課長 公的医療保険の加入という話との関係とっております。いわゆる無保険のままでおられるようなステータスになるのかどうかというのは、1回検討はしますが、基本的には、市町村に居住されている方については国民健康保険に加入されるという前提で考えるのが一般的ではないかと思っております。

小林先生が御指摘のそういう事例についてどうなのかというのは、これは別途の話かもしれないので、しっかりと見てみたいと思います。次回、報告できればと思います。

○小林構成員 わかりました。

私は決して不法滞在云々の話をしていてではなくて、本来だったら保険に入れるはずなのに、実際に保険に入っていない、あるいは保険が切れているという方が少なくはないものですから、そういうときに訪日外国人の自由診療と彼らの自由診療を一緒にしてしまっているものかなと思って、それで質問をさせていただいた次第です。

○遠藤座長 では、事務局のほうで次回までに整理をしていただければと思います。

その他、御質問はございますか。

○三井構成員 ただいまお話をお伺いさせていただきましたら、一応、通訳の費用とか、そのような部分に関しましても、必要経費としてグロスで中に入れて、倍数計算を行っていくのが一番論理的ではないかとお伺いしたのですが、いつも歯科のほうから申し上げますのは、歯科は物すごく低点数になるわけです。

極端なことを言いますと、初診料が251点、処置料が50点で300点です。この部分で、例

えばそこにグロスに入れた倍数を20としたら、300点ですから6,000円です。そうすると、30分の通訳をお願いしても、6,000円ではペイできないというような症例が、いわゆる歯科の診療所であるとか、医科でも軽症例に関しては、そのような計算方法を考えますと通訳費は全く出ない。

だから、前々から申し上げていますように、通訳の費用、そのような部分に関しては、外側で請求できるようにしていただかなければ、軽症例は倍数だけの計算では成り立たないと思っているのですが、どうでしょうか。

○田倉参考人 御指摘ありがとうございます。

先ほどちょっと御説明をはしりました最後の算定方式についての御質問かなと思っておりますので、改めてそちらをごらんいただきながら回答させていただきます。今の御回答について、まず、2つ申し上げさせていただきたいのは、今回の算定方式でも、かかったコストについては、きちんと価格に反映できる仕組みにさせていただいております。なおかつ、それを倍数で説明したほうがいいのではないかという倍数の説明と、コストを積み上げたものの価格というのは、ある意味では独立している話であって、先生が御懸念のかかったコストについてはきちんと価格として設定する。結局、それが何倍なのかというのを、倍数として最後につけるようなイメージでもあるかなとお考えいただければと思います。

もう一つは、今回、先ほどの先生の御指摘のとおり、通常の診療に近い部分と、通訳のような追加のアドオンでかかったコストについては、一応、2つを分けて算定しておりますので、病院として、もしくは歯科クリニックを含めて、御説明がしやすいのであれば、そこは分けて請求をしてもいいのかなと思うのですけれども、その場合、請求が2つ出てくるので煩雑になるということで、病院はまとめたというお話なども伺っておりますので、そこは個別の医療機関の判断なのかなと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ほかに。

相川構成員。

○相川構成員 相川です。

非常にリーズナブルな説明をありがとうございました。

この点で、先ほどのまとめの資料2に「上記を算出する方法として、具体的には」と書いてありますが、このような方法でいくのが妥当な方法だと私は考えております。

1つ質問ですが、5ページのスライドに咽頭炎とか、いろいろありますね。これは外来症例では院内処方のコストですか。それとも院外処方のコストなのでしょうか。薬剤料は外国人でも日本人でも同じなのですが、それから、薬剤の調剤技術料も、多少説明が必要かもしれませんが、外国人でも日本人でも調剤技術料は余り変わらない。これは院内処方でのデータですか。

○田倉参考人 院内処方のデータです。ただ、調剤薬局の分については、何がしかの形で

アドオンできるようなものをこれからちょっと検討する予定ではおります。

○相川構成員 ということは、6 ページのアメリカなども院内ですか、院外ですか。

○田倉参考人 こちらは支払いベースなので、保険者とか代行機関のほうに請求書が上がってきたものを合算していますので、クリニックが別だとか、ほかの施設の調剤薬局みたいなどころからについてもまとめているということですので、海外のほうが比較的高目の数字が出ている可能性はあるかなと思っています。

○相川構成員 疾患によっては、膀胱炎とか咽頭炎などではかなり薬剤料がかかることもありますので。わかりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。

森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。

医療通訳の費用の件なのですが、病院の中に職員として常駐していて、1 症例ずつ通訳として入るという場合と、依頼を受けて外から派遣という形で来るとか、幾つかのパターンがあると思うのですが、そのとき、そのときで細かくコストを算定するのか、あるいは電話通訳なども全部入れて、時間で決めてしまうのかといったところがちょっと気になるところです。

それから、先ほど話が出たように、例えばそういった算定方法が、将来的に在住の外国人が通訳を使うときには充当されないのか、される可能性があるのかといったところも、WHOなどでも言われているように、健康権というのがありますので、法律で、日本人でなかったとしても、あるいは日本人であったとしても、中国からの帰国者等で言葉が不自由な方はいらっしゃるわけで、そういったところも含めながら議論をしていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 一応、御意見ということで、ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

池田構成員。

○池田構成員 日本医療教育財団の池田でございます。

貴重な説明をありがとうございます。

細かいことは今までのお話がありますが、今後のこととして、先ほどの資料でいくと、作成された後に公表されるという話ですけれども、その後、実際に病院さんとかクリニックさんでこれを運用されていく過程の中で、どのように推移していくかといった後追い調査とか、そういった収集、さらにフィードバック、そのあたりはどのようなスケジュールでされるのかなというのをお聞きしたいと思っています。

○遠藤座長 これは事務局のほうですかね。

○高崎医療国際展開推進室長 ありがとうございます。

ことしの例としまして、こちらに2 医療機関、7 症例の結果を書きいただいておりますけれども、来年度以降もより n をふやして、より広いデータを集めて、研究結果として

お示しいただけるよう、田倉先生にはお願いしているところでございます。

○池田構成員 ぜひお願いしたいと思います。

○遠藤座長 田倉参考人には引き続き研究していただけるということなので、今のコメントのように、何か追加してこれもぜひということがあったら、いかがでしょうか。

私の個人的なあれですが、今回はとるほうの側のあれですけれども、支払う側からいくと、個人のポケットマネー、あるいはインシュアランスカンパニーですよ。できれば、そういう方々から、これだったら日本は妥当だよというコメントみたいなものを、また先生のほうからヒアリングしていただけるといいなと思います。

○田倉参考人 ありがとうございます。

一応、情報としては、今、支払い側のデータも集めておりますので、今回、ある程度先生方のコンセンサスを得られて整理ができれば、次は支払い側がどのような背景で、どのような形で支払っているかというもの、それに伴う価格交渉とか、未収金みたいなものがふえているか、ふえていないかとか、そういったところについては、先ほど事務局からも御説明がありましたけれども、来年度、整理をして、また先生方に御報告できたらいいかなと思っております。

○遠藤座長 松本構成員。

○松本構成員 先生に御説明いただいた10ページ目の参考資料の計算方法2の案でございますが、これが全体像を示しているということだと思います。通常診療の原価増加分と外国人診療の原価追加分ということでお示しいただきましたが、結局、これを単独でやるのか、あるいは組み合わせるのかということだと思いますけれども、単独のほうが、特に下の部分を倍数計算したほうが使いやすいのではないかとということが1つ。

もう一点は、先ほど三井構成員や森田構成員もおっしゃいましたけれども、各事情があるので、その2つを組み合わせたほうがいいのではないかとということもあるので、例えば、今後は本当に倍数計算だけで実際にやってみて、問題がないのかどうかということと、もう一つは、これはやはり上に積んで別にやったほうがいいのではないかとということ、ある程度方向性としてしっかりわかるような形でn数を積み上げて、また御報告いただければありがたいと思いましたが、その辺はいかがでしょうか。

○田倉参考人 御指摘ありがとうございます。

ぜひそういう観点からサンプル数をふやして、あと、内訳もある程度先生方と御議論できるようなデータをつくっていきなと思っております。ありがとうございます。

○遠藤座長 どうぞ。

○小森構成員 1つ確認なのですが、こういうデータをとると、そもそも日本の医療費そのものが世界的に非常に格安である、安いのではないかと受けとめられるのですけれども、そういう観点で捉まえてよろしいのでしょうか。

○田倉参考人 これは一般論でありますけれども、日本のサービスというか、診療のクオリティーに対して、国際的に見てやはり価格は低目に出ていると思います。ただ、いろい

ろなインフラ系の話とか、その他の仕組みのコストがそこに乗っているか、乗っていないかという議論はまた別にありますので、解釈はいろいろありますけれども、そのような捉え方になる可能性もあるのではないかなと思って、今回、数字をつくっているところであります。

○小森構成員 なぜそんなことを質問したかという、心配事項として、日本に行ったら安くていい医療が受けられるという観点で捉まえて来られてしまうと、日本の方々が困るケースが出てきてしまうと思うので、きちんとしたデータとして出していただければ、我々現場としては非常に助かると思いますので、ありがとうございました。

○田倉参考人 1点だけ。日本人が使う診療報酬としては、できるだけリーズナブルで公平に使えることが重要であると考えていますが、外国の方々へのメッセージとしては、それなりにコストがかかっている、それなりに対価を払っていただくというメッセージが今回の報告で出てくればいいのかと考えているところであります。

○遠藤座長 ありがとうございました。

貴重な研究成果、そして、今後の先生の研究に対して、非常に期待あるいは注文が生まれて、引き続き研究をしてくださるということで、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、またもし何かこういう御質問をしたかったということがありましたら、事務局のほうにお寄せいただいて、それを田倉参考人のほうにまた伝えていただくということで、お願いいたします。

では、次に、本日の議題の2つ目でございます。「医療機関向けマニュアルについて」に移りたいと思います。

まず、資料3-1について、事務局から御説明をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 資料3-1を御説明申し上げます。

1ページ目のほうへお進みください。「外国人患者の受入環境整備に関する研究」の概要でございます。

背景としまして、政府は未来投資戦略において、訪日・在留外国人患者が安心・安全に日本の医療機関を受診できるよう「外国人患者受入体制が整備された医療機関」の整備に加えて「地域の実情を踏まえながら外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、受入環境の更なる充実を目指す」と掲げられております。

そして、今後の課題としまして、外国人受け入れ体制が整っていない医療機関への支援や、都道府県の取り組みへの支援が必要だと考えております。

そこで、こちらの研究班におかれまして、医療機関向け及び自治体向けの「外国人患者受入マニュアル」の作成をしていただいているところでございます。

2ページ目に移ります。

このようなマニュアルの整備状況がどのようになっているかというものでございますけれども、先日行いました平成30年度の医療機関における外国人患者の受け入れにかかわる実態調査におきまして、院内マニュアル等の体制が「整備されている」と回答したのは312

病院、7.1%でありました。

3 ページ目に移ります。

現状としましては、多くの医療機関が外国人患者の受け入れに負担を感じていますが、マニュアル等を整備し、体制整備をしている医療機関というのは少数なのが現状でございます。

課題としまして、医療機関が外国人患者の受け入れ体制を整備する際に、参考となる情報をまとめたマニュアル等が必要だと考えております。

今後の方向性として、外国人患者の受け入れ体制を整備する際に参考となる知識や情報、体制を整備する際のポイントなどをまとめたマニュアルを参考とし、医療機関や地域の課題の協議及び整備方針に活用していただきたいと考えております。

そこで、本日御議論いただきたいこととしましては、医療機関の外国人患者受け入れの負担を軽減させ、院内・院外の対応力を向上させるためのマニュアルが、今、こちらの資料3-2として作成されておりますが、医療機関にマニュアルを有効に活用していただくためにはどのような取り組みを行うべきか、御議論いただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

本来ならば、この研究の主任研究者でいらっしゃいます北川先生から御発表をお願いしたいところですが、本日、所用により御欠席ということで、ペーパーをいただいておりますので、事務局から代読をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 北川教授からの挨拶を事務局のほうで代読させていただきたいと思います。

厚生労働省政策科学研究推進事業・外国人患者の受入環境整備に関する研究班、主任研究者の北川です。

このたびは、本研究班が取り組む医療機関向け「外国人患者受入のための医療機関向けマニュアル」を検討会で御報告させていただく機会をいただき、厚く御礼申し上げます。

本来であれば、検討会に直接お伺いして御報告申し上げたいところですが、本日は所用のため欠席させていただきます。まことに申しわけございませんが、何とぞよろしくお願い申し上げます。

現在、医療機関では外国人患者受け入れ体制の整備が急務となっておりますが、医療現場からは、具体的にどのように体制整備を進めていけばよいのか、あるいはトラブルを防止するためにはどのような点に配慮すべきなのかといった非常に多くの疑問や不安の声が聞かれております。

私自身、大学病院の病院長という立場でございますため、同じお気持ちを共有しながら、特に在留・訪日外国人患者の受け入れ体制整備をこれからなされる医療機関の具体的な疑問や不安にお応えし、少しでも御負担を軽減させていただくために、本マニュアル

作成に鋭意取り組んでまいりました。

本日は、本マニュアルがこうした医療機関の皆様にも有効に御活用いただけるよう、検討会構成員の先生方に御議論いただけることを心より感謝申し上げます。

何とぞ御指導、御鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

2019年3月11日。

慶應義塾大学病院長 北川雄光。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。北川主任研究者からの御挨拶をいただきました。

それでは、具体的に資料3-2と3-3につきまして、厚生労働科学研究「外国人患者の受入環境整備に関する研究」の分担研究者でいらっしゃいます岡村先生から、御説明をお願いいたします。

○岡村構成員 国際医療福祉大学院の岡村でございます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

お手元に資料3-2という、ちょっと分厚いホチキスどめの資料があるかと思います。まず、こちらに基づいて御説明をしたいと思います。

1枚おめくりいただきまして、目次のところをごらんいただいでよろしいでしょうか。

以前、こちらの検討会でも目次案について御検討いただいたかと思いますが、基本的な構成はそのときと同じようにしております。ただ、そのときよりはもう少し見やすい章立てにさせていただいております。

第1章、第2章は、どちらかという外国人の患者、今回は在留外国人患者さんと訪日旅行者患者さんということなのですが、医療機関の受け入れ体制整備といった観点から申しますと、やはり訪日の方のほうがちょっと特殊なケースが多いので、内容的には訪日外国人旅行者対応の要素が強くなっております。

あと、今回は診療所から、それこそ500床、1,000床以上の病院、全てに通ずるという話になっておりますが、ただ、実際の受け入れ体制整備のあり方というのは、それぞれの医療機関の状況、外国人患者さんの受診状況、地域の状況によって全く違ってきます。

ですので、今回のマニュアルでは、本当にこれ1冊あったら全て対応できるというものは、恐らく5,000ページつくっても書き切れないので、まずは、どの医療機関でも、今回は特に外国人患者さんの受け入れに余りなれていない、どちらかという初心者の医療機関さんを対象としているということなので、ポイント的なところを中心にまとめさせていただいた次第でございます。

具体的にどのような形なのか。目次でいいますと、これから4番の「海外旅行保険」と11番の「医療費概算の事前提示」を例にとって御説明申し上げたいと思います。

まず、20ページに「海外旅行保険」の説明をさせていただいております。

今、総合対策のほうでも、訪日外国人旅行者の方に海外旅行保険に入っていたかましようという取り組みが進んでおります。それで、訪日外国人旅行者患者さんが海外旅行保



険を持っていたら安心だと誤解されている医療機関さんが多くいらっしゃいます。

ただ、実際、医療機関にとってみれば、そういう発想自体がリスクで、なぜかというところ、この中にも書かせていただいているのですが、今いらっしゃっている訪日旅行者患者さんの中には、Pay&Claim型の海外旅行保険の方が少なくありません。

このタイプの海外旅行保険だと、まずは全額を医療機関に支払って、母国に戻って請求するタイプになります。ですので、まず、全額を医療機関に入れなければいけないので、医療機関としてみれば、その方が海外旅行保険を持っていようが、その時点ではやはり同じように医療費を請求して、支払っていただかなければいけない。

もう一つ、キャッシュレスサービス型の海外医療保険がございます。これも訪日旅行者の方の中には、自分はキャッシュレスサービスに入っているから、医療機関さんはどうぞそちらに請求してください、自分は支払いませんと言うのですが、実際、キャッシュレスサービス型の海外医療保険でも、保険会社と医療機関が直接契約している場合は別ですが、そうでない大部分の場合には、まず被保険者である訪日旅行者患者さんが保険会社もしくは代理店に「今からキャッシュレスサービスを使います」と言って、そこで資格審査が行われて、資格審査でオーケーが出て、そうすると、その後、支払い証書というのが医療機関に行きます。保険会社がキャッシュレスサービスで払ってくださるのは、支払い証書の範囲のみです。

ですので、支払い証書が届かない場合もありますし、前段階ではじかれる場合があるので、そのときは、幾らその方がキャッシュレスサービスの海外旅行保険を持っていたとしても、医療機関にとってみれば、きちんと全額、100%自費で直接請求する形で対応しないといけないということで、外国人旅行者患者さんの受け入れになれている医療機関さんだったら当然のことなわけですけれども、まだなれていない医療機関さんだとそのあたりを誤解されているので、そうではないのですよ、やはり気をつけてくださいねということを説明として書かせていただいております。

それを踏まえまして、今度は75ページをごらんください。

これは第3章のところなので、ここは場面、場面で、受付の方にこうしましょう、あぁしましょうということになっています。

例えば75ページ「23.3 海外旅行保険やその他の海外の民間保険を保有している場合の保険情報の確認方法」で、こうしましょうということで、Pay&Claim型の場合には、現金やクレジットで全額支払う外国人患者さんと同じように扱いますとか、あと、そうはいつても、その患者さんのことを考えると、一応、その方がその後、請求しやすいことも医療機関としては把握しておいたほうがいいので、保険開始日とか補償範囲についても確認しましょうということです。

あと、ちょっと飛ばしまして3)に行きまして、患者さんがキャッシュレスサービス付きの保険を保有している場合には、まず、患者さん自身に、保険会社に確認しましたか、確認していない場合には至急確認しましょうということで、キャッシュレスサービスつき

の保険を持って、保険会社に連絡しないまま診療を始めてしまうと、保険会社が払ってくださらないケースもありますので、それぞれの種類によって、こちら辺は単純にハウツーで、こうしましょう、ああしましょうという書き方にさせていただいております。

この「ああしましょう」「こうしましょう」も、実際にはもっといろいろなタイプの保険があるので、まずは第2章のところで、海外旅行保険はこんなにいろいろあるので、注意しましょうねということをもまずは御説明させていただいている次第でございます。

もう一つ、概算医療費のところ、目次に戻っていただいでよろしいでしょうか。2ページです。

こちらも以前から概算医療費の提示の必要性というのは言われていたかと思しますので、その御説明をまず37ページでして、実務的にどうするかというのを77ページの23.5でしている形になっております。

37ページをお開きいただいでよろしいでしょうか。

まずは、概算医療費提示の必要性・重要性を御理解いただきましょうということで、1つは、もう既によく議論になっておりますとおり、そんなの聞いていないとか、そんな価格だったら治療を受けなかったのに、医療機関が勝手にしたとって医療費の支払いを拒んだり、医療費は支払ってくださっても、結局、いろいろもめるケースも非常に多いので、そういう意味での事前提示が大事になってきます。

ただ、これは訪日旅行者患者さん独特なのですけれども、それだけではなくて「②治療方針・治療計画の参考」という欄をつくらせていただいでいるのですが、実際、今、研究班でいろいろな地域の医療機関さんを回らせていただいでいるのですが、結構リスクなケースでも未収金を一切出していない医療機関さんはここがすごくすぐれています。

どういうことかといいますと、概算医療費を提示します。ここに1つ、次のページで脳出血の患者さんの事例を載せているのですけれども、例えば、概算医療費を提示しました。入院期間2カ月で700万円ぐらいがでてきました。ところが、訪日の方、この方の場合、海外旅行保険は200万円しか補償範囲がなく、500万円払えない。さあどうしようかということで、医療機関さんと外国人旅行者患者さんの家族が話し合いました。

そもそもこの概算医療費というのは完治を目指した額で、リハビリ等も入っていました。ただ、訪日旅行者患者さんの場合には、常に全員が完治を求めることをよしとされるのではなくて、場合によっては、医療費がそこまで膨らむと払えないので、できるだけ早く退院して医療搬送で帰って、残りは自国で治療を続けたいとか、反対に、日本の医療機関は安心なので、ここで最後まで治療を受けたいとか、中には、お金の問題はないのだけれども、やはり言葉のよく通じない、なれない環境にいるのは不安だから早く帰りたいとか、その後の治療方針・治療計画というのはいろいろなパターンがあります。

その調整作業がきちんと医療機関でできるかどうかで、特に入院とか重症患者さんの場合には未収金防止にもつながるといことがわかってきたし、何よりも患者さん自身がそれで助かるというような状態も発生しております。

ただ、その場合には、治療計画・治療方針を医療機関と患者さん、患者さん家族で検討するのに、やはり概算医療費が出ていないと話が始まらないという意味もございますので、説明のほうが長くなってしまったのですが、そのあたりを書いております。

それを踏まえた上で、先ほどの田倉先生のお話にも絡んでくるのかもしれませんが、通常、日本の医療機関は早い段階で概算医療費を提示できるような仕組みがございません。実際に概算医療費は軽症の患者さんだと割と比較的すぐ出るかもしれませんが、例えばオペや入院が必要な患者さんの概算医療費を出すというのは決して容易なことではないので、実際にインタビューをさせていただいた医療機関さんの中で一番多いのは、同じような疾患の日本人の患者さん5名とか何名かの平均をとって、それに外国人患者価格という倍数を掛けて、やはり概算ですので、概算よりも実際の医療費が高くなってしまうと、それもトラブルのもとになるので、30%オンするとか、何%オンするということがございましたので、そういう事例も挙げさせていただいております。

ただ、このマニュアル全体に言えるのですが、そのあたりは正解は1つではなくて、その医療機関さんの状況とか、外国人患者さんの受診状況によって違ってきますので、こういう考え方がありますよということをお示しするだけで、こうしたらいいですよ、これしかだめですよみたいな書き方はしていないという状況です。

そういう意味で、概算医療費の必要性を踏まえた上で、77ページの23.5に行きまして、概算医療費の算出及び提示方法について、窓口業務としての流れを書いているということになっております。

では、実際に、このあたりをどのように検討していくかというのは、別の章のマニュアルづくりとか検討方法のところでも触れさせていただいております。このような形で、ある意味、本当に最低限なのですけれども、まずはこれだけ御理解してくださいということ、これ1冊を読めば大体のところはわかるようなつくりにしております。

以上でございます。

○遠藤座長 岡村先生、御説明ありがとうございました。

さて、全てを御説明いただくとそれこそ何時間もかかってしまうわけですが、ただいま2つの例を挙げて、マニュアルの考え方あるいは使い方について御説明いただきましたが、御質問、あるいはこれはまだたたき台ですので、きょうの御議論でも追加のコメントがあれば、それを考慮に入れてくださるということですので、どうぞ御忌憚のない御意見を願いたします。

○三井構成員 歯科のほうなのですが、日本の国内の損保会社の海外旅行保険は、歯科の外傷においては保険該当しますが、歯科一般の部分に関しては保険に該当しないということらしいのですけれども、今お話しになった海外での帰国後になってから精算する部分であるとか、キャッシュレス型の保険という部分、その部分に関しては歯科の適用はあるのでしょうか。

○岡村構成員 ピンキリという言い方は変ですけれども、いろいろです。そもそも歯科を

カバーしていない場合もありますし、歯科の中でも、虫歯で痛みがひどい緊急性の高い場合と、かぶせ物が外れたとか、それも保険会社ですごく詳しいです。

その意味で、支払い証書と先ほど申し上げましたが、キャッシュレスの場合でも割とそのあたりに言及するのがありますし、その一方でPay&Claimタイプだと、全体の額が小さいと、実は海外旅行保険会社は余りに気にせずに払ってくれるケースがあります。

あと、話がどんどん飛ぶのですけれども、例えばPay&Claimの場合には、結局、患者さんは母国に戻って母国の保険会社に請求するのですが、そのときに、医療機関の診断書で本当にその医療行為が必要だったかどうかを保険会社は判断するのです。その診断書の書き方で、通ったり、通りにくかったりします。

なので、診断書のところで書いているのですが、普通の診断書というのはその方の診療情報なのですけれども、訪日の方の場合には保険請求の証拠なので、なぜこの治療が必要だったとか、なぜこの薬が必要だったのかというのがきちんと書けていなくて、入院などで額が大きくなってくると、医療機関になぜこんな薬・治療を行ったのですかという、時差があるので、夜中のナースのところに電話がかかってくるとか、そんなケースもあった。済みません。ちょっと話が飛びましたが、一言で言うといろいろです。

○三井構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 小林構成員。

○小林構成員 小林でございます。

今、岡村先生がおっしゃったことは、本当にそのとおりだと思います。これは結局、未納の問題も含めて、外国人の患者さんをよく診てさしあげようという面と、もう一つは、医療機関と医療を行う我々のリスクマネジメントの問題なのですよね。ですから、これはやはりちゃんと外国人医療に携わる人が知っていなければいけない。最終的にはこれをお配りになるわけですよね。どうなのでしょう。

○岡村構成員 済みません。事務局のほうからお願いします。

○高崎医療国際展開推進室長 ホームページで公表して周知を図っていきたいと思っております。

○小林構成員 ホームページで公表するだけではなくて、これは配布をするのですか。

○高崎医療国際展開推進室長 予算等の兼ね合いもありますが。

○小林構成員 わかりました。

ぜひ配布していただきたいのですが、ホームページにこれだけ載ると、正直言って、全部見るのがとても大変で、多分見ないと思います。松本先生がいらっしゃるのに、私がこんなことを言ったら怒られてしまうかもしれませんが、たしか日本医師会の横倉会長が各都道府県に、外国人医療対策委員会を設けなさいとおっしゃったような気がするのですけれども、そういうところから各郡市医師会を通じて、こういうことを医療を行う我々の側に徹底して周知をするということが大事だと思います。

歯科医師会についても、今、先生は一例一例おっしゃったけれども、一例一例ここで言

うのはとても大変なことで、それは歯科医師会として何らかの方法で会員に周知していくことが大事ではないかと思えます。

○岡村構成員 ちょっと追加になってしまうのですが、病院を回らせていただいている、最低限これなのですけれども、もう少し具体的な情報が欲しいというお声をたくさんいただいたので、本当はマニュアルの流れでも診療所と病院は違いますし、病院でも外来と入院は違いますし、入院でもアシスタンスが入ったのと入らないのでは違います。

あと、回ってびっくりしたのが、特に地方の観光地に行くと、交通事故の外国人患者さんがすごくふえていて、そうすると、自賠責絡みとか、そういうケースもいろいろ出ている、ほかの病院さんはどうしているのですかというお声をすごく聞くので、もう少し状況別みたいなものをまた検討していければいいかなと思っております。

○小林構成員 小林です。

ちょっと言い忘れましたが、この件は配布するだけではなくて、各都道府県医師会の外国人医療対策委員会等を通じて研修会を行って、その研修会で具体的なお話をしながらこれを配布していくという方法をとっていかないと、なかなか周知できないかなと思います。

以上です。

○遠藤座長 最後の小林構成員がサジェスションされたのは、まさに先ほど事務局から、ここでの検討会の期待として、このマニュアルをどうやって活用していくのかということに通じることだと思います。御提案ありがとうございます。

その他、御質問、コメントはございますか。

森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。

6 ページですが、1 番の【解説】の2 段落目、在住の方と訪日の方という分け方をされていらっしゃるから、こういうくだりになっているのだろうとは思うのですが、第2 パラグラフで、「従来、日本で外国人患者と言えは」云々とありまして、3 行目に「日本の医療文化や医療習慣も一定程度理解しています。また、日本語でのコミュニケーションが可能な者も少なくないため、多くの医療機関では外国人患者と言っても日本人患者と特段区別することなく受入れを行って来ました」と書かれてあるのですが、前に日本医師会でもお話をさせていただきましたように、昔から住んでいる在住の外国人の方々でも、あるいは日本国籍の方でも、日本語が不自由な方というのは前からいらして、もしかしたら、それは病院側としては余り関知はしていなかったかもしれないけれども、恐らく草の根の人たちがサポートをされていたので、余り気づかれなかったのかもしれないし、その数字というのが実際にはなかなかデータとして出てきていないのかもしれないですが、神奈川の例で恐縮ですが、ことし7,000件ある派遣のうち、2004年だったら2,000件、2010年だったら4,000件なのです。神奈川だと人口が900万人ぐらいで、ことしは外国人の方が19万8000人ぐらいなので、平均2.2%ぐらいです。

そうすると、現在の日本に住んでいらっしゃる外国人の数とパーセンテージ的にはほぼ同じなので、もしかしたら、日本全体で見たときも、ばらつきはあっても、それぐらいのポテンシャルは、要するに困っている外国人の方で、通訳を使いたかったけれども、使えなかった数が2,000件とかあったのかもしれないと考えたときに、この表現だともう少し。余り小さいことは言いたくないのですが。

○岡村構成員 でも、わかります。ここはすごく難しくて、どこまで書こうかなと。

○森田構成員 そうですね。医療問題はね。

○岡村構成員 そうなのです。まだ医療機関さんの多くは「外国人患者」の一言で片づけていて、在留も訪日も一緒くたになっていて、実際、在留の方でも今までいろいろなことで十分な医療にアクセスできなかつたり、十分なケアを受けられなかつたりした方はたくさんいらっしゃるのですが、医療機関さんの中では全然困っていませんでしたという言い方をされる方がいらっしゃるの、その方々に対して、そういう方と訪日を一緒にするとやはり違うし、あとは、家族通訳とか友人通訳というのはいろいろ問題があるので、本当はそこも書こうとは思っていたのですが、ちょっと主眼からずれるかなと思ってやめたのですが、御指摘の点はごもっともなので、この文章は再検討します。ありがとうございました。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○豊見構成員 薬剤師会の豊見でございます。

薬局の関係でいいますと、59ページや93ページに記載をしていただいているところがございます、ほかの項目も薬局でも非常に役に立つマニュアルをつくっていただいたと思っております。

現在、地方でも薬局で外国人に対応するというのが非常にふえているわけですが、このマニュアルで、今後の要望ということなのですけれども、薬局と病院・診療所との違いですとか、薬局ではこうだというのがあれば、そういったものも出していただけると、薬局での非常に対応がスムーズに行くのではないかなと思いますので、ぜひ御検討いただければと思います。よろしく申し上げます。

○岡村構成員 貴重な御意見ありがとうございます。

こちらでふやすのか、地方自治体用マニュアルのほうなのかはわからないのですが、ただ、この検討会でも議論になりましたが、今、軽症の患者さんでも、どこの医療機関に行ったらいいのかわからないという意味で、大学病院とか大きな病院に行かれていて、本当は薬局に行けて、そこで解決するケースも少なくないみたいなのです。

あとは、実は今回は薬局さんも回らせていただいております、そうしますと、自国では薬局で買えたお薬が日本では処方箋が必要ということで、訪日の場合には、診療所につながるという、薬局と診療所・病院の連携がすごく大事なと認識しておりますので、またお知恵をおかりしながら、書き方等を御指導いただければと思います。よろしくお願

いたします。

○遠藤座長 お待たせいたしました。小森構成員、どうぞ。

○小森構成員 法律家の方もいらっしゃるのですが、1つお聞きしたいのですけれども、病院というのは、各病院おのおの診療単価が少しずつ違うのです。日本の方々でも、お支払いするときに何もわかっていないのですが、多くの病院の場合は黙示されていて、その病院がどういう診療体系で、どれだけの医療費をとるかということが張りつけてあって、それに日本人は誰も細かい関心を払わずにお支払いをしてくださるのですけれども、この事前説明のときに、外国の方々にそこまで説明しなければならない義務があるのか、それとも、日本人と同じように、張ってある黙示で別に法的に何の問題もないのか、それだけはちょっと確認したいなと思うのです。それだから、そういう費用だよということでもいいわけですよ。その辺がちょっとわからないのです。

○遠藤座長 これは大磯先生なのか、事務局なのか。

○大磯構成員 私も医療機関を利用したときに、そういうものが張ってあることは余りにせずに利用していますが、どのような価格体系かというものについては、先ほどの田倉先生のお話にもありましたように、算定方法については、各医療機関で設定されるものであろうと思います。

そして、実際に概算を出すときにどこまで説明をされるかというところは、円滑な支払いが得られるかどうかという問題となります。

基本的には、事前に何か掲示をしていなければ医療費がとれないというものではないと考えます。

○遠藤座長 ということで、いかがでしょうか。

○小森構成員 わかりました。病院全体にはそのように伝えておきます。

○遠藤座長 どうぞ、松本構成員。

○松本構成員 このマニュアルは非常に膨大な量で、全部は今すぐに見切れませんが、55ページから58ページにかけてずっと「外部医療機関との連携・協力」が出てきていますけれども、例えば「(1) 行政機関(県・市町村等)」でいえば、もう少しこの辺の書き込みをしないと、どうかなと思いますし、いろいろな事業はほかにもありますし、しっかりやっていただかなければいけないところがたくさん入っていると思います。

それから「(7) 地域の医療機関」と「(10) 他地域の医療機関」というのは、なぜこのように分けているのかよくわからない面があります。この辺も整合性がとれていないように思いますし、地域の医療機関と他地域の医療機関というのはよくわからないところがあります。それから「(8) 地域の医師会や医療団体」のところも、書き込みとしてどうなのかなと思う点があるので、この辺については意見を言わせていただきたいと思います。

○岡村構成員 ぜひお願いします。

○遠藤座長 では、小林構成員。

○小林構成員 岡村先生、葉のほうで1つお願いがあるのですけれども、つい先日、私の

ところへ訪日外国人のアメリカ人の方がいらっしゃって、お薬を出してほしいということで聞きましたら、ジェイゾロフト150ミリグラムが出ていたのです。日本では、たしかジェイゾロフトは1日の最大量が100ミリグラムなのです。

どうしても150ミリグラム下さいと言われて、保険外診療になりますので、保険診療ですと査定されますが、されなくて150ミリグラムを出したのですけれども、そういうケースというのは、もしもそれで事故が起こった場合、米国では制限量が日本と違うのかもしれませんが、もしそれが日本の中で法律に触れるのであれば、それは危ないということ、してはいけないということ、この中に書いておいていただきたいと思うのですけれども、法律的にはどうなのでしょう。

○遠藤座長 医事課の話になるのか。

○高崎医療国際展開推進室長 今すぐお答えはできないのですけれども、関係法令、例えば薬機法等を確認して、何らかのお返事ができるようにいたします。

○遠藤座長 森構成員。

○森構成員 今の話ともちょっと関係すると思うのですが、この中にずっと書かれているのは、日本の文化とか習慣をよくわかっているか、わかっていないかということが書かれているのですけれども、一番大事なのは、日本は法治国家なので、日本の医療にかかわる法についてある程度説明ができなければまずいと思うのです。今の話でもそうですけれども、日本ではこういう量なのですよということも、実は外国人は何もわかりませんよね。全く違うとか、かなり量が違いますよね。

私は精神科なものですから精神科のことだけを申し上げると、精神科は精神保健福祉法という法律に基づいて強制入院ができるのです。ですから、これから依存症、特にいろいろな薬をやって警察が連れてくるケースというのは、当然、旅行者でもふえてくる可能性が極めて高いのですが、その場合は法律に基づいて我々は処置をします。

そうすると、実は国際法上の監禁罪のようなことを日本でやることになります。ですが、これは監禁罪にはならないということが日本の法律の中で決まっていて、除外してくれるわけです。それが精神保健指定医という資格を持った人が措置入院をさせたり、医療保護入院という、いろいろな法律があるのですが、本人が入院したくないと言っても、強制的に入院させることができます。つまり、人権にかかわることをやることができ、それは刑法上の監禁罪に問われないということで阻却事由になっているのです。そのようなことをきちんと説明してあげないと、訴えてくるのです。

なので、精神科についてはもう少し細かく、その後、何か細かくやられるみたいですから、その中では精神科で何を困っているかということや、ぜひこちらにもお問い合わせいただければ、全く違うところで困っていますので、よろしくお願ひします。これは国際法上の問題もいろいろ絡んできます。それから、この間のニュージーランドもそうですけれども、いろいろな問題が今起こってきていますので、ぜひよろしくお願ひします。

○岡村構成員 ありがとうございます。



○松本構成員 マニュアルとしてこれだけの仕事をしておられて、本当にありがたいとは思いますが、先ほど岡村構成員自身もおっしゃいましたとおり、加入保険の部分とか、それに付随した実践的な問題点とか、その辺は海老原構成員、小林構成員も非常に事例をたくさん集積されていらっしゃると思うので、そういった方々の目から見て、事例も80ページとかに結構書いてありますけれども、どうしてもこういうものを入れておきたいという事例があったら、少し収集していただけるとありがたいと思います。

○岡村構成員 御協力いただけると、大変ありがたいと思います。

○遠藤座長 大磯構成員。

○大磯構成員 リスクマネジメントのところで、マニュアルでいうと67ページ以降の「22 医療紛争」ですけれども、今回、この訪日外国人の検討会に参加させていただいて、いろいろな先生方のお話を聞いていて、外国人患者さんの診療というのは、診療に付随する行為が非常にバラエティーに富んでいるというのが特徴になっていまして、リスクマネジメントの観点から、診療基本契約書や定款みたいなものをつくるに当たって、一体何が医療機関が負うべき債務なのか、契約上の債務というのは一体どこまでなのかというところをある程度明らかにしておくべきだと思います。それをできるところまで羅列した形で基本契約書みたいなものを作成することが重要なのかなど。書かれていることをしなかった場合には債務不履行だということが明確になりますので、リスクマネジメントの観点からはそのように考えるのです。

一方で、医療法人が業務として行える行為というのは、本来業務である診療業務と付随業務と附帯業務しかないわけなのです。南谷先生や海老原先生が本当にウルトラCみたいな対応をされて、無事に事なきを得たという事例の報告が前々回の検討会でもあったのですけれども、それは実は診療契約の債務としては入っていないのではないのか。もっと言うと、本来は、医療法人としての業務として含まれない、行ってはいけないような行為まで入っているのではないかという懸念もあるのです。

医療者なので、困っている人に対しては何でもしてあげたいと思う気持ちというのはとても大切だとは思いますが、リスクマネジメントの観点からすると、あれもこれもするというのはかえってリスクが増大することになりますし、同時に、法令上も、本来行ってはいけない行為をやっているのかもしれないというところに関しては、どちらも明確にする意味で、診療契約上の債務とは一体何かというところは列挙できたらいいかなど思っているのです、よろしくお願いします。

○遠藤座長 ということで、なかなか難しい。研究班のメンバーにはそういう法的な専門家は入っていらっしゃらないので、大磯構成員のことについて。

○岡村構成員 その点についても、今後の検討課題と思っています。先生のおっしゃることもわかっています、私も特にそのあたり、一応、専門は法律だったはずなので、気にはしているのですが、その一方で、実際に、都内はいいのですけれども、地方に行ったら、本当に医療機関さんしかその人たちに対応できる方がいらっしゃらないというのが現状です。

なので、これから国の総合対策でも、それぞれの地方自治体でそういうワンストップ窓口とか協議会ができて、それが機能していけば当然いいのですけれども、例えばあすそういうケースに対応したら、今は結局、医療機関さんがやらざるを得ないというのもあるので、そのあたりをまたどうしていくかという問題もあります。ただ、議論をしていく必要は絶対にあると思います。

○遠藤座長 総務課長、何かございますか。

○北波総務課長 この件につきましては、北川先生を初め、皆様をお願いしております。今回は初年度ということで、一定の成果をいただきたいと。これに基づきまして、事業を進めていきたいということでございます。

当然ながら、改訂版も視野に入れたいと思っておりますし、現在、この会でもいろいろな先生方からの御指摘をいただいておりますので、すぐ全部をこなしてここに入れてしまうというのはなかなか無理がございますので、まずは使ってみて、その中でいろいろな話が出てくる。それも反映させていくという形をとるのではないかと考えております。

2019年度につきましては、コーディネーターの研修とか、いろいろな予算事業もつけておりますので、そういう中で、いろいろな活用方法、また、活用するところでの問題点、そういうものも受けながらいいものにしていくような方向ではないかと考えておりますので、どうぞ御指摘のほうは引き続きよろしくお願ひしたいと考えております。

○遠藤座長 まとめていただいた形になりましたが、よろしいでしょうか。ほかにございますか。

都道府県でも、ぜひこういったマニュアルを使っていただければと思いますし、先ほど小林構成員がおっしゃったように、医師会等でもそういう単位で使っていただいて、その使い勝手から、また研究班にフィードバックをしていただければと思います。よろしいでしょうか。

今、総務課長のまとめはありましたけれども、永松補佐から何かございますか。

○永松総務課長補佐 本マニュアルに関する御意見は、今後も事務局が窓口となり、研究班へお伝え申し上げたいと思います。

そして、研究班の皆様におかれましては、御意見を参考としまして、次回に向けて推敲していただければと思います。

次回の検討会におきましては、皆様のご了承を得まして、正式なマニュアルの公開とさせていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そういう手続を進めますので、研究班の皆様におかれましては、次回の検討会に向けてまたマニュアルの作業を進めてください。お願いいたします。

○岡村構成員 よろしくお願ひいたします。

○遠藤座長 3番目の議題に移ります。これまで4回議論をしてきたわけではありますが、次の議題は「これまでの進捗」ということになります。

これまで4回、大変限られた時間に熱心に御討議をいただきました。参考資料1の2の「協議事項」というのをごらんいただいて、思い出していただければと思います。この検討会に与えられた検討すべき内容ということではありますが、1つは「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」、これが内閣で出たものですが、それを受けた厚生労働省の取り組みについて、2つ目が「その他、訪日外国人旅行者等に対する医療の提供等の在り方について」となっております。

この政府の総合対策に掲げられました諸課題を議論するために、参考資料2にあります6つの項目、①が「医療機関の整備方針」。

②が「医療機関向けマニュアル、都道府県向けマニュアル」、これはきょう詳しく議論したところであります。

③の「自由診療における診療価格」も前回、今回と議論を深めました。

④の「医療通訳者の養成・確保・配置」も前回で深く議論をさせていただきました。

⑤の「医療通訳・ICTツールの役割分担」についても議論いたしました。

⑥の「医療コーディネーター」についても、いずれにしても、一通り議論をいたしました。

そこで、事務局には、これまでの進捗とこれまでの検討会の成果をどのように取りまとめるか、御説明をまずお願いいたします。

○永松総務課長補佐 今回の訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会の成果物として、2つのものを考えております。

1つ目が、構成員の皆様からいただいた御意見を整理としました資料4になります。

本日、この資料4につきましても、事前に構成員の方々にごらんいただいておりますので、量も多いことですし、読み上げることはいたしません、御確認いただければと思います。

また、こちらは第1回から第3回目までの検討会で行われた議論を整理したもので、本で行われた議論を追加していく予定でございます。

成果の2点目としましては、厚生労働省と観光庁の連名で、これから都道府県宛てに発出する予定でございます外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関の選定依頼、こちらの通知を次回までの成果として持ってくる予定でございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これまでの4回の検討会の成果をまとめていただきました。

さて、厚生労働省でとりあえず第4回で大体カバーして、おかげさまで今の成果もこの検討によって上げたわけでもありますけれども、次回の検討会に向けての作業を進めていただきたいと思います、ここで構成員の皆様から、これが抜けているのではないかとか、ここはもう少し深く議論すべきではないかという御自由な意見を出していただければと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○松本構成員 前回、都道府県に設けられるワンストップ窓口が若干問題になったと記憶しておりますけれども、これは実際にどのような行政の窓口を考えていらっしゃるのか。例えば、行政のあくまで直接の職員なり機能を使うのか、それとも、ある特定の窓口を想定されているのか、あるいはまた、それは委託も可能とし、非常に自由に各都道府県で行っていくべきことなのか、その辺について何かお考えがあったら、お聞かせ願いたいと思います。

○遠藤座長 では、よろしく申し上げます。

○永松総務課長補佐 事務局でございます。

前回も少し申し上げました、平成31年度に開始する都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ事業がございます。こちらはさまざまな訪日外国人に関する医療の問題に關しまして、医療機関や民間事業者だけでは解決できない問題に対しまして、都道府県を通じて医療機関の皆様に適宜助言やさまざまな情報提供をしていくものと考えております。

こういった訪日外国人の患者さんへの対応としましては、医療機関、行政及びさまざまな民間事業者もございますので、それぞれの求められている立場を皆様ご理解して、連携して対応していくべきだと考えております。

医療機関におきましては、例えば日本人でも外国人でも、診療だけではなくて、前後のサービスも行っておりました。

民間事業者におきましても、訪日外国人旅行客へのトラブル対応ができるアシスタントサービスを提供している会社もあります。

行政、特に都道府県におきましては、これから行います補助事業を活用して、医療機関に対して、例えば、さまざまな行政手続の御案内などをすることができるのではないかと考えております。

厚生労働省は、2018年度に地域における外国人受け入れ体制のモデル構築事業を5つの都道府県で実施しました。年度末でございますので、今後、これらのモデル都道府県におきまして行った取り組みの報告が提出される予定でございます。これらの先進的な5都道府県の事例を参考にしながら、各都道府県での受け入れ体制を強化していただきたいと思っております。

また、2019年度は、都道府県が主体となって受け入れ体制を強化していただくために、予算を準備している次第でございます。前回の検討会でも申し上げましたが、厚生労働省と各都道府県、医療機関が協力しながら、こういうものを積み上げていく必要があると考えております。

○松本構成員 わかりましたけれども、1点だけ気になるのは、5ページ目に「医療現場をコーディネートできる機能をもったものが期待される」と書いてありますが、期待されるということがもう一つよくわからないというか、期待されるというよりは、実際にこういったものにするというきちんとした書き込みにしていただいたほうがいいのかなと思う

のです。

○遠藤座長 いかがでしょうか。

では、事務局が考えている間に、大磯構成員。

○大磯構成員 松本先生とほとんど同じ内容なのですが、要は、医療機関は患者さんを取り扱うので、基本的に取り扱う情報は要配慮個人情報です。民間の活用というのはもちろん進められるべきだとは思いますが、要配慮個人情報を取り扱うに当たっては、オプトアウトではなく、オプトインでとらなければいけない、トレーサビリティの確保もしなければいけないという形で、負担が非常に重くなっていくのです。

だからこそ、行政機関等個人情報保護法であったり、個人情報保護条例が使えるようなところがちゃんと窓口となって取り扱うと、円滑に患者情報というセンシティブな情報を取り扱うことができるのかなと思いますので、松本先生がおっしゃるように、ぜひよろしくをお願いします。

○遠藤座長 小森構成員。

○小森構成員 この5ページのところは、私がしゃべったことが間違っているのかなと思っているので、キャッシュレス対応について「多くの医療機関において、利益率が約2～3%程度である」というのは間違いであって、今、病院の約5割は赤字ですよ。利益がある病院の利益率も、実際、何%でしたか。全体がこのパーセンテージよりちょっと低かったと思うので、ここはきちんと書いていただかないといけないところかなと。

カードに関しては、もしやってもらえるならば、手数料を非常に低く抑えた、医療機関で使えるキャッシュレスのシステムをつくっていただければ、今、多くの病院というか、5割以上の病院はカードがまだ利用できない状況にあるのが、一気に使えるようになるためには、そういう努力をしていただくことが大切であるというのがポイントだと思いますので、この書き方を変えていただければと思います。言っていることと違うことが書いてあるような気がします。

○遠藤座長 よろしくをお願いします。よろしいですか。

あと、今、都道府県の役割について議論が出てきたのですけれども、河口構成員、きょうは田中構成員はいらっしゃらないのですけれども、何か一言。

○河口構成員 本当に皆さんから都道府県の役割を期待されている部分も大きいなと思っるところでありますけれども、どこまでのものが本当に都道府県に求められているのかというところを、都道府県と厚生労働省さん、観光庁でしっかり話し合って、連携していく体制をつくっていかないといけないかなと思っております。

それとあわせて、個別の話になって、きょうはお話の中に出てこなかったのですけれども、都道府県向けのマニュアル構成案を考えていただいている、それも参考にしながらということになってくるかと思っております。その中で、本当にことしの研究会の成果をしっかりと積み上げていただいて、いいマニュアルをつくっていただければと思っております。

1点なのですが、2番の体制整備の実施のところ、2の3のところ、外国人患者の受け入れ可能な医療機関の選定ということで、「受け入れ可能医療機関として、施設、人材、サービス提供に必要な案件を列挙する」と書いていただいているのですけれども、それはこの検討会での議論と整合をとった形での整理をお願いできるということでしょうか。

以上です。

○永松総務課長補佐 御質問ありがとうございます。

こちらに関しましては、整合性をとる形で準備させていただきます。

○松本構成員 私の先ほどの説明がちょっとよくなかったのですが、これは意見としてまとめたものであれば、機能を持ったものを期待されるのではなくて、機能を持ったものにする必要があるとか、そういう意見をきちんと書いていただきたいと思います。

○永松総務課長補佐 ありがとうございます。

最初に御説明すべきだったことかと思えますけれども、こちらの御発言は、皆様の御発言をまとめることから始めましたので、その点、御理解いただければと思います。

○遠藤座長 では、また持ち帰ってゆっくりごらんになって、先ほどの小森構成員の発言の趣旨と違うというものがあつたら、事務局に連絡をしていただくということでしょうか。

ほかに全般を通じて御意見等はございますでしょうか。よろしいですか。

どうぞ。

○池田構成員 マニュアルの件ですが、自治体のマニュアル構成案というのが表になっているのですけれども、医療機関向けのマニュアルの構成案のようなものというものはあるのでしょうか。この表です。大きな冊子がありますけれども、自治体向けのマニュアル案は表になっています。これが医療機関向けのマニュアルとして、このような表になっているのかどうかということなのですが。

○遠藤座長 これが、きょう岡村構成員から御説明のあった目次的なものかなと。

○池田構成員 このような表があればわかりやすいし、これに関する説明とか解説とか、場合によってはこれをバージョンアップしていくとか、そういう方法もあるかなと思ったので、その確認です。

○遠藤座長 これは高崎室長から。

○高崎医療国際展開推進室長 説明が不足しておりまして済みません。マニュアルには医療機関向けマニュアルと自治体向けマニュアルの2種類ございまして、きょう御議論いただいたものがこちらの医療機関向けマニュアルの中身も含めたものでした。

ただ、自治体向けマニュアルのほうは、今、研究班でまとめる作業を鋭意していただいております、きょうは項目のみの御提案でございます。これと同等のものは医療機関向けマニュアルの冒頭の索引がそれに相当するものかなと思いますので、こちらをあわせてごらんいただければと思います。

○池田構成員 もう少しコンパクトになれば、もっと利用しやすくなるのかなと思いました。

○遠藤座長 ほかに何か御意見はございますか。

海老原構成員、どうぞ。

○海老原構成員 NTT東日本関東病院の海老原と申します。

先ほどの医療コーディネーターのお話と、大磯構成員からあった、やっていることの法的な裏づけ、あと、先ほど小林構成員からあった、日本の法律を余り理解されないで薬剤を多く求める、医療文化や法律の違う国から来る患者さんたちを相手にしているのが医療通訳やコーディネーターという方々なので、本当におっしゃるとおりで、そのあたりの法整備、背景、立場などをこれからこういった場で整理していただけると、現場はもっと働きやすくなりますし、来年度、厚労省のほうでもコーディネーターの育成等を行っていただけるということで、より働きやすく、ことしのラグビーワールドカップと来年のオリンピックに向けて進んでいけるのではないかということで、引き続き私もいろいろ協力できればと考えております。ありがとうございます。

○遠藤座長 相川構成員。

○相川構成員 予定としては、次回が今年度では最後の検討会になるのでしょうか。まず、それが質問です。

○永松総務課長補佐 そのとおりでございます。

○相川構成員 もしそうだとしますと、今まで4回の検討会でかなり情報が共有されまして、またこれからどのような方向でまとめていくかということになりますけれども、私、第1回のときに申し上げたのですが、今回の検討会のタイトルが「訪日外国人旅行者等」と「等」となっているわけですね。

「等」となっていますと、資料3-2のように、外国人患者は全て含むわけですが、特に今、緊急の課題となっておりますオリンピックやラグビーの観戦に来る人、あるいは一般の観光客がふえているということになりますと、できれば次回は主に在留とか医療渡航のところまで広げないで、訪日する外国人旅行者を中心にした形でまとめていただきませんか、在留の人、あるいは医療渡航者、これはジャパンインターナショナルホスピタルズなどがいろいろ対応しているわけですが、そこまで広げるとなかなか結論も出にくいのではないかと思います。

しかしながら、やはり「外国人患者」ということですから、資料3-2にあるような広げた理解も必要だと思いますが、次回はぜひ集中してそちらのほうのまとめも聞かせていただければ、ありがたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

この検討会は、当初より先生がおっしゃったとおりで、今回は旅行者が中心と。ただ、切って切れないところ、オーバーラップする部分がありますので、私としても議論をなるべくいろいろとお聞きした次第ではありますが、その方向でまた取りまとめをお願い

したいと思います。

ほかに。

どうぞ、森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。

ワンストップ窓口のことなのですけれども、もしかしたら各都道府県に置かれるかもしれないということで、たしか表の中に「通訳」という字も入っていたかと思うのです。なので、窓口のところから、例えば、医療通訳の派遣が必要になった場合には、国際交流協会なり、通訳の派遣の団体ともひもづくような形で、例えば育成ですとか、わかりませんが、電話通訳がそこで対応できるようにするとか、そういったところも一つ御検討いただければなと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

では、きょうはいつもより15分早いですが、1回ぐらいは早目に終わってもよろしいかと思ひまして、一応、これで議事を全部終了いたしました。

それでは、事務局から連絡事項をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 ありがとうございます。

次回開催につきましては、日程調整を行った上で、詳細については改めて御連絡させていただきたいと思ひます。

○遠藤座長 本日もお疲れさまでした。特に田倉参考人、ありがとうございました。