

第31回 健康・医療ワーキング・グループ 議事録

1．日時：平成27年3月5日（木）10:00～12:02

2．場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室

3．出席者：

（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、大田弘子（議長代理）、
佐々木かをり、森下竜一

（専門委員）滝口進、土屋了介、松山幸弘

（事務局）刀禰規制改革推進室次長、市川規制改革推進室次長、大熊参事官、
湯本企画官

（要望者）鳥取大学医学部 鯉岡直人教授
大津市民病院 平沼修医師、吉村規子臨床工学技士
東松山医師会病院 松本万夫院長

（厚生労働省）医政局 神ノ田研究開発振興課長、渡邊医事課課長補佐
保険局 鳥井保険課長、中村国民健康保険課長、金光医療課専門官

4．議題：

（開会）

1．遠隔モニタリングの推進

2．保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入

（閉会）

5．議事概要：

大熊参事官 それでは、時間になりましたので規制改革会議健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。

皆様方には、御多用中、御出席いただき、誠にありがとうございます。

それでは、進行は、翁座長にお願いいたします。

よろしく申し上げます。

翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議題1は「遠隔モニタリングの推進」でございます。

本件は、新たなテーマとして議論を行うものでございます。

本日は、御要望者といたしまして、鳥取大学の鯉岡教授、大津市民病院医師の平沼先生と、臨床工学技士の吉村様、東松山医師会病院の松本院長の4名の方にお越しいただいております。

また、所管省庁といたしまして、厚生労働省にお越しいただいております。

まずは、要望者からそれぞれ10分程度の御説明をいただきます。その後、厚生労働省か

ら制度の現状や推進状況などについて御説明いただき、質疑応答とさせていただきたいと思いを思います。

それでは、鳥取大学の鰐岡教授から、資料1-1について説明をお願いいたします。よろしく申し上げます。

鰐岡教授 よろしく申し上げます。

資料1-1を御覧ください。

鳥取大学医学部病態検査学講座で教授をしております鰐岡と申します。附属病院では、呼吸器・膠原病内科で診療を行っています。

在宅酸素療法の遠隔モニタリングについて、説明させていただきます。

2ページ目を御覧ください。「本日の説明内容」です。

3ページ目を御覧ください。まず、遠隔医療の現状について、医療現場の立場から簡単に説明させていただきます。

4ページ目を御覧ください。遠隔医療に関しては様々な分類があると思いますが、これは医師会の遠隔医療の概念です。日本遠隔医療学会を参考にしています。

ここにお示しするものは、若干現状に則して、私が追加・変更しております。

遠隔医療は大きく2つに大別できると思います。つまり、医師に対する支援と、患者さんに対する遠隔モニタリング、遠隔診療です。どちらも診療報酬が発生する事案を念頭に置いています

5ページ目を御覧ください。遠隔モニタリングを臨床応用すれば、患者さんの病態を「点」ではなく「面」として診断可能になります。つまり、これまで名医というのは、外来で診察して、的確な診断をその場で下す点にありました。しかしながら、情報は多ければ多いほどの的確な臨床判断ができます。

本来、患者さんの病態は連続体です。外来受診時の短い時間では、診断は点となり、十分なものではないことがありました。遠隔モニタリングを臨床応用すれば、点と点を結んで、面として病態の連続性をある程度把握できます。将来的にはドクターの診断を支援するシステムに結び付くと思います。

6ページ目を御覧ください。次に、在宅酸素療法について、簡単に説明させていただきます。

7ページ目です。在宅酸素療法は、酸素吸入が必要なため入院を余儀なくされていた患者さんが、自宅で酸素吸入することで、自宅療養できる治療法です。

日本で健康保険の適用になる疾患には、このようなものがあります。これらの疾患の中で、呼吸器疾患に関連した慢性呼吸不全が大多数を占めております。

8ページ目を御覧ください。在宅酸素療法を受けている患者さんは、少し前のデータですけれども、現在、日本に約15万人おられます。自宅での酸素ガス供給装置は、酸素濃縮器と呼ばれるガス発生装置が約97パーセントを占めています。

9ページを御覧ください。在宅酸素療法の費用についてです。

在宅酸素療法は、自宅で行うものとしてはかなり診療報酬が高い在宅医療です。1か月に7万6,800円かかり、3割負担ならば2万3,040円、1割負担ならば7,680円です。

10ページです。在宅酸素療法の効果です。

酸素吸入が必要なため退院できなかった患者さんが、保険適用になったことで自宅療養ができるようになりました。医療費の削減にもつながっています。特に生存率や生活の質の向上と、入院回数を減らすことが期待できます。

11ページです。本システムを考案したきっかけです。

1日の中で長時間、酸素吸入をすればするほど、生命予後の改善が期待できます。このことは入院回数を減らし、医療費削減にもなります。

しかし、患者さんが自宅で本当に酸素吸入しているのか、医療スタッフが知ることはこれまでできませんでした。

12ページです。私たちは、在宅酸素療法を受けている患者さんが、長期酸素療法を有効に行えているかを確実に確認するため、情報通信技術を応用した遠隔モニタリングシステムを開発して、実際の臨床の場で利用しています。

13ページです。これまでの臨床的問題点を提示します。

実際のところ、患者さんの在宅における酸素吸入の実態はどうか、本当に低酸素状態はこの治療法で改善しているのか、これまでの方法では十分分かりませんでした。

14ページです。人の呼吸とは、空気中の酸素を取り込んで、二酸化炭素を排出することです。状態を診るためには、動脈血の酸素分圧と二酸化炭素分圧を調べれば良いわけです。

在宅酸素療法でこれらの生体情報を確認するためには、自宅で患者さんに自己測定してもらう必要があります。低酸素血症は、酸素飽和度が90パーセント以下の場合ですので、パルスオキシメータという装置を用いて酸素飽和度を測定してもらうのが簡単です。

パルスオキシメータは、このような小型のものであります。御自宅で簡単に、高齢の方でも測定できます。

15ページを御覧ください。自宅でどの程度、酸素吸入をしながら測定しているかの確認も重要です。そこで、フクダ電子様と共に、生体情報と機器情報を統合して解析するシステムを開発しました。

16ページです。フクダ電子様の開発に協力したシステムです。大きく2つのサブシステムから成り立っています。

自宅で患者さんが酸素吸入しているにもかかわらず、低酸素状態になっていないかを確認するため、生体情報としてこの専用パルスオキシメータで酸素飽和度を測定してもらいます。これに酸素ガスを発生させる酸素濃縮器の稼働情報を統合します。これにより、医師は確実な情報を持って患者さんに指導できます。

17ページです。どうやって解析しているかを、具体的な症例で簡単に説明させていただきます。

この患者さんの症例は、86歳男性の方で、慢性呼吸不全の患者さん。基礎疾患は肺気腫

です。

在宅酸素療法を行う場合には、医師は処方酸素流量ということで、大ざっぱに「安静時」、「労作時」、「就寝時」で処方します。「安静時」の場合は、軽度労作も含まれます。

この患者さんは、酸素流量を勝手に自己調節されているということを外来で伺いました。確認すると、息苦しいから自己調節したと答えておられます。

開発したシステムを利用して、2週間自己測定していただきました。

18ページです。結果ですけれども、これは酸素ガスを発生する酸素濃縮器の稼働情報です。PC上の専用ビューワーの画面です。

「安静時」、「労作時」、「就寝時」とありますが、色を変えた灰色が処方外で、患者さんが勝手に処方を変えていたものです。全体の25パーセントを占めておりました。

その理由ですけれども、19ページになります。酸素飽和度と脈拍数の散布図を、専用ビューワー、解析ソフトで自動描写したものです。酸素飽和度が90パーセント以上。これが正常の酸素になりますけれども、脈拍数が100以下。これが目標となります。

赤線で区切った、4つに分けた領域の左上が望ましい状態です。結果としましては、処方外の方が良い結果となっていました。これを考察しますと、患者さんは日常動作の関係によって息苦しさを自覚して、酸素の量を自分で増やしていたわけです。医師が設定した酸素流量を守ることによって、低酸素状態になっていた可能性があるということを意味しています。このことは従来は分からなかった点です。

20ページを御覧ください。測定データのうち、低酸素状態が何パーセントだったか、このシステムで調べたものです。

安静時1L/分の酸素吸入では、全測定の9.4パーセントが酸素飽和度90パーセント以下の低酸素状態でした。この結果を見まして、1.5L/分に吸入酸素の量を増加させました。そうしますと、低酸素状態は2.3パーセントまで改善していました。長期で考えると、患者さんの生命予後をよくすると思います。そして、結果として、将来的に入院リスクを低減できる可能性は十分あると思います。

このように、客観的に在宅酸素療法の効果を確認できます。

21ページを御覧ください。在宅酸素療法を受けている患者さんは、現在の決まりでは原則月に1度外来受診して、酸素飽和度を測定、あるいは動脈血ガス分析検査を受ける必要があります。患者さんによっては、高齢の方も多いので、かなりの負担の方もおられます。

当初は、この専用パルスオキシメータを持ってきてもらいました。外来でPCに接続して、保存データをダウンロードして、専用ビューワーで解析して、これらの一連の手順に約10分間掛かっておりました。

22ページを御覧ください。外来で短い時間にダウンロードして指導するには、時間が十分ではありません。また、煩雑でもあります。そこで、情報通信技術を利用して、クラウドシステムを構築しました。

自動的に統合された情報を専用サーバーに飛ばし、医師が自分のPCで時間の空いている

ときに、在宅酸素療法が本当に有効に行われているかを確認できます。外来での短時間の診察時間では見逃す可能性がある部分も、十分に吟味できます。

23ページを御覧ください。在宅酸素療法の遠隔モニタリングシステムを簡単に図示すると、このようになります。

酸素濃縮器の状況と、患者さんが自己測定した測定結果を自動でアップロードします。医師は手の空いている時間にいつでも参照して解析できます。

24ページを御覧ください。これがログイン画面です。手持ちPCでアクセスいたします。

25ページを御覧ください。淡路島で在宅酸素療法を受けている患者さん約130名のうち、新しい遠隔モニタリングシステムを80名に導入しました。その中で医師が積極的に参照している患者さんは、5名おられました。

「医師の評価」としましては、「医療機関に居ながら療養者の生体情報や機器の使用状況が分かる」、「処方した酸素流量の在宅における適正性、変更の判断材料になる」、「特に訪問診療前に担当看護師が事前に状況を確認の上、訪問可能」という御意見をいただいております。

「患者さんの評価」としましては、「医療機関とつながっているという安心感がある」、「機器異常発生時は事業者から、すぐに連絡が入って安心である」などがありました。

26ページを御覧ください。遠隔モニタリングを含めました遠隔医療の利点です。

遠隔モニタリング利用で医師は的確な臨床判断が行えます。

患者さんの利便性向上も期待できると思います。

また、遠隔モニタリングや遠隔診療で受診に代えられれば、患者さんの通院負担を減らすことができ、これからの高齢化に対応できる可能性もあるかと思います。

さらには、受診抑制による医療費抑制も期待できるかもしれません。

そして、新しい産業分野の育成も期待できます。

27ページを御覧ください。最後の資料です。遠隔モニタリングを含めた遠隔医療の課題です。ちょっと実験的に多くの症例で試してみた感想です。

まず、費用対効果があります。どんな良いものでも、持ち出しでは普及もしないのではないかと思います。

次に、診療報酬の側面があります。淡路島で導入しても、診療報酬が伴わないと、医師の利用が十分ではない印象がありました。逆に、診療報酬というインセンティブがあると、利用する医師を誘導して普及に結び付くかもしれません。

そして、自宅での酸素なしでの酸素飽和度も明確になるので、在宅酸素療法の必要のない患者さんへの安易な導入を抑制できる可能性もあります。結果として、医療費抑制に結び付くかもしれません。

以上であります。ありがとうございます。

翁座長 どうもありがとうございました。

続きまして、大津市民病院の平沼先生より、資料1 - 2について御説明いただきます。

それでは、よろしくお願いいたします。

平沼医師 大津市民病院の呼吸器内科の平沼と申します。

本日は「睡眠時無呼吸症候群の診療における遠隔モニタリングの有益性」について、説明と意見を述べさせていただきます。

2ページを御覧ください。

本日は、睡眠時無呼吸症候群についてもある程度の説明は必要と考えますので、手短かに説明させていただきます。

また、お手元の資料はかなり量が多いので、この中の一部を用いて説明させていただくことを御了承ください。

では、4ページを御覧ください。睡眠時無呼吸症候群、以下、SASと申します。

SASの患者は、いびきをかかれています、ぼっちゃりされている方をイメージしてください。

5ページを御覧ください。定義は大切ですので、定義を申します。

SASとは、「睡眠中に断続的に無呼吸を繰り返す、その結果、日中傾眠などの種々の症状を呈する疾患の総称」を言います。

上気道が閉塞していびきをかか「閉塞型」のタイプと、いびきをかかない「中枢型」のタイプの大きく2つに分かれるのですけれども、大半が「閉塞型」のタイプですので、私がSASについて述べる時は、閉塞型睡眠時無呼吸症候群とさせていただきます。

7ページをお願いします。上気道が閉塞する原因には2つあります。「形態的異常」と「機能的異常」があります。

肥満によって起動に脂肪沈着したり、扁桃が大きかったり、顎が小さいなどで、形態学的な異常で上気道が閉塞します。

また、「機能的異常」とは「気道を構成している筋肉の保持する力が低下する」。例えば、アルコールとか睡眠薬とかでございます。

睡眠についても述べる必要がありますので、8ページを御覧になってください。

「健常人の睡眠パターン」というのは、レム睡眠、夢を見る浅い睡眠、ノンレム睡眠と言いまして、深い睡眠から浅い睡眠があるのですけれども、質の良い睡眠と言われております。これが90分の周期ごとになります。

SASの患者さんの睡眠パターンは、9ページを御覧になってください。

上気道が閉塞して無呼吸になることによって、深い眠りが全くなって、浅い眠りだけになります。その結果、何度も中途覚醒して、日中眠たくなったり、ぼおっしたりします。その結果、居眠り運転とかが起こります。これは大体健常人の7倍ぐらい起こると言われています。

次、11ページを御覧になってください。SASは合併症も起こします。高血圧、心疾患、糖尿病、脳卒中。大変合併する率が高いと言われております。

ちょっと飛びますけれども、ここで14ページを御覧になってください。要は治療です。

「CPAP療法の原理」と書いてあるところなのですけれども、鼻にマスクをしまして、そ

こから陽圧の空気を送り込むことによって、閉塞した部位を広げるという、極めてシンプルな治療法です。これによって、いびきもかきませんし、無呼吸も起こりません。これを「Continuous Positive Airway Pressure」と言ひまして、「持続陽圧呼吸療法」といいまして、頭文字を取って「CPAP療法」といいます。

15ページを御覧になってください。CPAPによって生命予後が改善するというデータです。CPAPを付けている者、付けていない者で5年間追ひ掛けたところ、明らかに有意差が付いたというデータで、生命予後を改善します。

飛んで17ページ。これは疫学なのですけれども、現在、CPAP療法をされているのは15万人と言われていまして、大体、潜在患者さんの6パーセントと言われていいます。そうすると、潜在患者は200万人いると言われていいますので、どんどんこれから増えていくと思われまます。

ここから本題に入ります。19ページを開けてください。SAS診療について最も重要なことは、CPAP療法の継続なのです。

CPAP療法というのは、鼻にマスクを付けて空気を送り込むのですけれども、なかなか鼻のマスクのフィッティングとか、空気の圧が上がってなかなか寝付けないとかで、様々な要因で続かないことが多いのです。継続することが難しい場合があります。

ここに ~ まで「使用状況」、「リーク」といろいろ書いてありますけれども、こういうCPAP内の装置のデータを入手して、指導・管理していっております。

この情報入手には2つあります。いわゆるSDカードを患者さんに持ってきてもらってデータを入手する方法と、遠隔モニタリングで情報を入手する方法があります。

これを詳しく見ますと、次の20ページを見てください。これはデータカード、SDカードによる診療なのですけれども、CPAP装置内のSDカードを患者さん自身に医療機関に持ってきていただいて、それでデータ解析して、指導・管理してあります。

一方、遠隔モニタリングシステムというのはどういうことかと言ひますと、21ページを見てもらったら分かるように、SDカードはもう介しません。ワイヤレスモジュールによって、外部のサーバーにそこで送られます。ここで私たちがそこにアクセスして、情報を入手して、管理・指導してあります。

ちなみに、このサーバーは銀行並みのセキュリティと言われてあります。

ちょっとここで飛んで、24ページを見てください。「遠隔モニタリングシステム（ネムリンク）とSDカードによる診療の違い」です。

実は、SDカードによる診療は、患者さんが持ってこられなければデータは分からないのです。ただ、忘れられる方も結構おられますし、SDカード自体を抜いたり差したりする過程でうまく差し込めなくて、情報が入手できない場合もあります。

また、実は我々の施設は専門外来を有していませんので、特に臨床工学技士は業務を兼ねていますので、実際、SDカードを持ってきていただいても、時間的な問題もあってなかなかデータ解析するのが難しくて、実はその次の診療日というか診察日に説明することも

あります。

そこで我々は、遠隔モニタリングシステムを導入しました。「長所」としましては、業務の合間に、診療前日にデータが入手できますので、診療当日の段取りもすぐ立ちますので、すごく業務が効率化されます。また、医療従事者の負担も軽減します。

でも、ここ「短所」と書きましたけれども、これはずっとモニタリングしているわけではありせんし、また、一方向性で、双方向性ではありせんので、遠隔操作というか、その設定を変えたりすることはできません。

25ページを御覧になってください。実は、このシステムを導入してから、すごくやめられる率が低くなった。

先ほども言いましたけれども、なかなかつらい治療でございますので、やはりやめられる方がおられます。そこで、やめられる方が少なくなった印象があったので、SDカード分と遠隔医療分を、継続率についてレトロスペクティブに比較してみました。これは今年の4月に呼吸器学会で発表する内容の一部です。

26ページを見てください。下の継続率を見てもらったら分かりますけれども、遠隔モニタリングが72.7パーセント、SDカード分が60パーセントと、見たまま継続率は伸びております。つまり、遠隔モニタリングすることによって、生命予後の改善に寄与すると考えます。

ただ、このデータは、飽くまでも我々の施設のレトロスペクティブなデータでございます。

次に、28ページ。実は一方的に我々はこのシステムを導入したのですが、アンケートを取ってみました。患者さんがどう思われているかということで、これは去年の睡眠学会で発表したものの一部です。カード管理からネムリンク、遠隔モニタリングシステムに変更した33名に対して、アンケートを取りました。

ここで、30ページを御覧になってください。導入してから、煩わしさは減少したのか、安心感は向上しているのかということなのですけれども、7～8割ぐらい受け入れられています。

次に、31ページを御覧になってください。実は、このシステムを導入してから、療養レポートと言いまして、治療の現状が一目で分かるようなものを渡しているのですけれども、9割方の方が興味を持っておられるということから、すごく患者さんの治療への意識が、興味があるというか、高まっているなというのを感じました。

32ページを御覧になってください。あとは情報漏洩の心配なのですけれども、個人情報のこともありますので、2割方心配されることも納得はできます。

33ページを御覧になってください。ここでまとめとして「遠隔モニタリングシステムの有益性」です。

我々の施設のデータからでは、CPAPの継続率が上がりますので、予後の改善に寄与できます。

医療従事者の負担を軽減し、院内業務の効率を上げます。

アンケート結果からは、患者さんの治療への意識を高めることができますと思います。

最後、「結語」です。本当にこのシステム、良いシステムなのですけれども、いかにせん診療報酬が付与されていません。すごくハードルが高い状況なので、そのハードルを低くする環境づくりが必要かなと思っております。

そこで、患者の利便性とか医療従事者の負担軽減の観点もありまして、病状が落ち着いておられる方、今、マックス2か月、3か月に伸ばすことも可能なので、そういうふうに入診頻度を軽減すれば、その分医療費の抑制にもつながりますし、その分このシステムに診療報酬を付与することができるのではないかと個人的には思っております。

最後ですけれども、我々の意見を参考に議論して、このシステムが普及するような議論がなされれば良いと切に願っております。

以上です。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、最後ですが、東松山医師会病院の松本院長から、資料1 - 3について御説明いただきます。よろしく申し上げます。

松本院長 おはようございます。東松山医師会病院の松本です。私は日本不整脈学会の保険の担当委員長、そして、日本循環器学会、日本心不全学会、日本心臓病学会等の保険の担当もしています。本日、申し上げる内容は、各学会で合意を得たものと思っただけであれば幸いです。このような機会を与您いただきまして、ありがとうございます。

まず、ページをめくっていただきまして、少しお話をさせていただきます。

CIEDs(心臓の植え込み型電気治療器具)を植え込まれた患者さんでは、通常の身体診察(聴診とか血圧計測など)に加えまして、植え込まれた器具の状態をチェックしなければならないということが規定されています。器具の管理が必要であるということです。今までは対面診療で管理が行われてきています。しかし、この管理を行える施設、医療従事者、専門家の数自体がかなり限られているという現実あります。

また、患者さんの数は、高齢化が進んでいることから年々増加してきています。高齢になりますと身体活動度も低下し病院への通院等が難しくなっている患者さんが増えてきている現状です。

一方、今までお話があったように、インターネット等の通信機能の進展と向上があり、遠隔モニタリングが可能になっているということで、定期的対面診療を必ずしも必要としない患者もいるということです。

現状の保険制度においては、対面式の医療サービスが前提にあることから、せっかくの遠隔モニタリングの便宜性が生かされていないということがあります。

さらに、詳しく申し上げたいと思います。

次のページを見ていただければと思います。まず、CIEDsすなわち心臓植込型電氣的医療器具の概略をお示しします。このように実際植え込まれた患者さんはお分かりですけれど

も、他の方からは器具が植え込まれていることがよく分からないこともあると思います。

ペースメーカー、それから、植込み型除細動器、最近では心不全の治療用具である両室ペースメーカー等があります。こういったものが植え込まれた患者さんの状態に関し、健康状態、全身状態と含めて機械の作動状況をチェックする必要があります。全体を管理していかなければいけないということです。

従来は、添付文書にも最初の頃はあったのですが、植え込み後、最初は1か月、その後は3～4か月に1度は外来に通院いただきまして、チェックをしておりました。5ページを見ていただくと、現時点における「日本における心臓デバイスの植込み数の推移」が示されています。推計ですが、実際、植え込まれた患者さんは約30～40万人に達すると言われていています。

次のページを御覧いただきたいと思います。「従来の管理方法の課題」として、患者さんの立場からしますと、例えば、機械が自然に壊れているのにそれを自覚出来ないということもあります。例えば、リード断線、電池消耗ですが患者さん自身では、器具が故障したかどうかということに関して分からないということがあります。その事実は次の対面診療のときまで分からずに放置されることとなります。

医療提供側の我々からしましても、医者というのは患者さんのことを思っていて、本当は毎日でも診てあげたいのですが、実際はそうもいきません。患者さんの状態を知るには、患者さんからの訴えとか連絡がないと不可能であるということ、それから、外来に来なければ分からないわけです。従来は、保険診療の範囲では数か月に1回、最短でも1か月に1回という頻度で患者さんを診る以外には方法がなかったのです。

7ページで見ていただきますと、医療施設における、ペースメーカー外来の現状が示されています。患者さんに来ていただいたときには、このように医師ないしは臨床工学技士が患者さんと対面し、データを集計し、うまく作動しているかどうかをチェックしています。その後患者さんを医師が診察し、器具の状態を含め、最終的に方針を決定するような流れとなっているところが大半です。全体ではかなりの時間が掛かります。

患者さん側からすると、離れ島とか遠方から通院をする患者さんもおられますし、施設に入院している患者さんもいます。タクシーでおいでになるとか、飛行機でおいでになる方も中にはいらっしゃいますし、介護タクシーも利用したり、かつ患者さんの家族も一緒に来なければいけないという、通院には極めて手間が掛かることも事実です。

次のページをお願いします。これらの課題に対する解決策として、遠隔モニタリングが考案され、実用化されてまいりました。

様々なものがありますが、代表的なものを御紹介いたします。患者さんの中に植え込まれた器具からデータを毎晩採取することが可能で、それを電話回線等で解析センターに送り、そこで解析したデータを、インターネットを介して各医師に報告するというものです。これにより、定期的に器具の作動状況や患者さんの状態を把握することが出来ます。医療従事者は、その患者さんの状態を、情報によって遠隔地においても確認をすることが出来る

ものです。繰り返しになりますが、「医療者側からみた利点」を9ページに書いています。

「現行のフォローアップ」では、定期的に3か月ごとに診なければいけない。それぞれ、例えば、左側のように外来チェックの時間がかかり掛かる、遠隔モニタリングを導入すると、その業務の効率化が図れることが可能性として挙げられています。

回数が減るということと、チェック自体の時間も、例えば、外来においでになったときないしは外来においでになる前に、遠隔モニタリングを用いてデータを事前に解析しておくことも可能となり、診察時間の短縮が可能です。

以上のように、「外来における診療効率の改善（医師の専従時間軽減）」ができるということから、この軽減された時間を、医師などは、例えば、病棟におけるより重症な患者さんの手当等に使うことができるという効果があります。

それから、患者さんの管理精度も改善し、より安全性を高めることができるものと考えております。

次のページを御覧ください。「患者さん側からみた利点」です。

遠隔モニタリングは、患者さんから見れば、「毎日管理されていることの安心感」もあります。それから「外来通院による拘束時間の軽減（本人、家族）」があります。

例えば、若い人で仕事をしている場合、3か月ごとに病院に行くことで会社の仕事上の問題点がいろいろ発生します。もし通院が必要でないということが分かっているならば、仕事に専念することができることとなります。普段は、このように元気な患者さんは多くいるわけですので、その辺も御理解いただければと思います。

次の11ページ、遠隔地ですね。日本は島国ですので、いろいろな不便な場所があります。こういったところでも非常に有用であるということです。

次のページを御覧ください。また、高齢化社会の問題です。在宅療養、医療型療養でも、入院している場合でも、その現場・病院にペースメーカーその他の器具の取扱いを知っている先生が必ずしもいるとは限りません。このような遠隔モニタリングを使ってチェックをしていただくということで、管理をセンター化して、患者さんの安心につなげることが可能であるということです。

それでは、本当にこの遠隔モニタリングで、例えば、定期診療を少なくした場合、安全なのかどうかということが極めて重要です。これに関しては、マルチセンタースタディーのデータが既に出ておまして、それをお示しいたします。

TRUST試験、COMPAS試験、日本で行われましたJ-Home ICD試験。3つの代表的なものをお示ししています。安全性に関して、例えば、いつの間にか患者さんが亡くなっているとか、病状が悪化したとかということに関しては、遠隔モニタリングの従来の管理方法に対する非劣性が証明されています。

例えば、TRUST試験においては、3か月を12か月に延長しても問題ない、COMPASでは、6か月から18か月で問題ないということです。J-Home試験においては、実際に植え込み器具を入れた患者さんの75パーセントが、定期外来を延長しても良いというデータが出ていま

す。

次のページを御覧ください。あとは臨床上的有用性について、追加をさせていただきます。例えば、TRUST試験においては、臨床イベント発生から医師の介入まで、日数が34日間短縮した。どういうことかと言いますと、何らかの事象が起きたときに、患者さんを診るまでの時間が極めて短縮されるということになります。それは、毎日器具の状態や患者さんのチェックがなされていることによる効果を示しているということになります。ですから、例えば、このシステムを使わない場合は、患者さんにおきましては、その三十何日間、放置されていた可能性があるということになります。

COMPAS試験に関しては、122日短縮、日本のデータにおきましても、37日短縮ということです。

次のページを御覧いただきたいと思います。さらに、臨床上的有用性として、入院回数の減少、死亡率の減少が示されています。

COMPAS試験で、「心房性不整脈や脳卒中に関連する入院を66パーセント減少」、ECOST試験では「不適切作動による入院を72パーセント減少」。そして、最近のIN-TIME試験ですが、これは極めて新しいデータですけれども、「総死亡率を61パーセント減少」したというデータが示されています。

次のページを御覧いただきたいと思います。医療費削減に関してはどうかということですが、これは可能性もあります。現在では、対面診療を何度もしなければいけない。その都度、胸部の線写真を撮ったり、心電図をとったり、医療費の負担があるわけですが、遠隔の場合はそれがなくなるということです。

ただ、実際は毎日毎日診ておりますので、その経費に対する診療報酬がある程度ないと、実現しないということにもなります。もしかすると、医療費上はプラスマイナスの両面があるかもしれませんが、ただ、実際に患者さんに対する全体の“ケア”という面では、極めて重要だと判断をしております。

最後に「まとめ」でございます。

デバイスの遠隔モニタリングは安全であるということ。そして、対面診療の間隔を延長できるということ。

それから、遠隔モニタリングは医療効率を改善するということ。今後、高齢化社会を迎える中で、患者さんの管理において社会経済的需要に見合うものであるということ。

それから、入院回数、患者死亡率の軽減にも寄与しているということで、推進しない意味が全くないと思いますので、御検討いただければと思います。

以上です。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、厚生労働省の方から御説明をお願いします。

厚生労働省（神ノ田課長） 厚生労働省研究開発振興課長の神ノ田でございます。

事前に何点かヒアリング事項をいただいておりますので、私の方からは資料1 - 4に

沿って順番に御説明を申し上げます。

まず、1ページを御覧いただければと思います。こちらの資料で、遠隔診療の制度上の整理がどうなっているかというところについてまとめております。

局長通知により考え方を示しております、「基本的な考え方」といたしましては、「医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われる」というのが診療の基本ということでございます。「遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきもの」ということで整理されてございます。

無診察診療を禁止しております医師法第20条等における「診察」について、考え方を示しておりますけれども、これは「問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のもの」ということで考え方を示しております。

したがって、「直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない」ということでございます。

「留意事項」が何点かありまして、1点目は「初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること」。

2つ目には「直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること」とされております。

ただ、この2つにかかわらず、以下の場合については、「患者側の要請に基づき、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えない」としてありまして、1つ目のポツにありますように「離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合」。

また、2つ目が「直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性期疾患の患者など病状が安定している患者に対し、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保した上で実施することによって患者の療養環境の向上が認められる遠隔診療を実施する場合」としてあります。

先ほど来、お話の出ております遠隔モニタリングについてでございますけれども、このような遠隔診療の取扱いについては「医師が治療を行うに当たり、予め、診断を下し得る程度の患者の情報を得ることを求めるものであり、『遠隔モニタリング』として、遠隔の患者の状態を観察すること自体は規制されていない」ということでございます。

2ページを御覧いただければと思います。次に、遠隔医療の推進に向けた取組について、御説明を申し上げます。

1つ目が「遠隔医療設備整備事業」でございます。こちらの事業は、平成13年度から実施しております。医療施設等設備整備費補助金のメニュー予算の一つとして実施しております。27年度の予算案では、6億4,600万円ほど計上しております。

「事業内容」でございます。こちらの「基準額」のところに記載しておりますように、「遠隔病理診断装置」、「遠隔画像診断装置」、「在宅患者用遠隔診療装置」を整備するための費用の2分の1を助成しております。

これによりまして、右下の図のとおり、エックス線画像や病理画像を大学病院等に伝送しまして、「専門医から適切な助言を得ることにより、患者に対する治療や手術範囲の決定に活用」する取組ですとか、また、その下の「在宅患者の血圧、心拍数、呼吸数等の数値や音声などの情報をITを活用して収集」し、収集した情報に基づいて、医師が診療上の指示を行うといったような取組を支援しているところでございます。

3ページを御覧ください。もう一つの取組として「遠隔医療従事者研修事業」ということで、今年度より実施しております。27年度予算案には660万円余りを計上しております。

「現状・課題」のところに書いておりますけれども、現状といたしまして、遠隔医療やICTの知見に乏しい医療関係者が、遠隔医療の利用をちゅうちょする実態があるというようなこと。また、遠隔画像診断を実施する施設が少数にとどまっているといったような現状の課題に対応するために、今年度から実施しているものでございます。

「事業内容」といたしましては、遠隔医療を行うための機器の導入を検討している医師等、あるいは実際に遠隔医療、遠隔診療を行っている医師等を対象に、遠隔医療の目的、機能や運用していくためのポイントなどについて、情報通信システムを活用した、実技を含む研修を行っているところでございます。

「実施箇所」、「実施日数」、「対象者」、「受講者数」等については、こちらに記載のとおりでございます。

続きまして、4ページでございます。「遠隔医療システムの導入状況」ということで、先ほど御説明しました整備事業の実績を左の方に整理しておりますけれども、13年度からの累計で、交付件数は447件に上っております。

導入状況でございます。病院と診療所に分けて整理しております。

「病院」の方を御覧いただければと思いますが、23年度の状況といたしまして、病院の総数が8,460のところ、遠隔画像診断を導入しているのが1,157、遠隔病理診断を導入しているのが190、在宅医療が8となっております。

平成20年との比較で伸び率をお示ししておりますけれども、遠隔画像診断については35パーセントぐらいの増。病理診断は横ばい。ちょっと理由はよく分からないのですが、遠隔在宅医療については大幅に減っているというような状況でございます。

「一般診療所」についてでございますが、診療所の総数9万8,000ぐらいのところ、遠隔画像診断につきましては1,246、遠隔病理診断は229、在宅医療が552ということで、診療所につきましては、まだまだ少数にとどまっているというような状況でございます。

伸び率につきましては、画像診断が134と34パーセント増、病理診断が16.8パーセント増ということです。在宅医療については大幅に増えております。

続きまして、5ページを御覧ください。他国での取組状況ということで、整理をさせて

いただいております。

まず「制度」でございます。「法令等」につきましては、日本の状況は先ほど御説明しましたとおりでございます。遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条に抵触するものではないと。また、遠隔モニタリングとして、遠隔の患者の状態を観察すること自体は規制されていないという状況でございます。

米国においてはどうかと言いますと、「対面診療を求める直接的規制はないが遠隔医療の実施細目、設備等に関する基準等が、州政府により定められている」ということでございます。

実施の内容についてですけれども、「一般的に、専門医による医療相談、疾病が悪化しないような疾病管理が多い」というような状況だということでもあります。

EUの状況であります。「対面診療を求める直接的規制はない」ということですが、文化的にということかと思えますけれども、医師は患者やコミュニティとのつながりを重視して、遠隔医療に対しては医師からの強い反発があるという状況があるということでございます。

遠隔モニタリングの実施の有無も含め、具体的な内容については不明でございます。

「資格制度」でございます。日本についてはございませんが、米国におきましては、「保健福祉省の一組織（CMS:メディケア・メディケイド・サービスセンター）が、遠隔医療に従事できる資格制度（受け手側、依頼側）を設けている」ということでございます。

EUにおきましては、医療機関に対して、医療従事者がこの遠隔医療機器の使用に必要な技能を有しているかどうか、それを保証することを求めている例があるということでございます。

「財政支援」につきましては、日本は13年度より補助事業を実施しております。米国は、保健福祉省が基盤整備を実施しているということでもあります。EUは、実態が不明だということでもあります。

6ページは「診療報酬等」の状況について整理しております。

日本は、「支給要件」についてですけれども、「医師対医師」につきましては、患者に対する医療サービスが向上している場合は、診療報酬上、評価を行っているということです。

また「医師対患者」につきましては、対面診療に比べて患者に対する医療サービスの質が上がるという科学的なデータが必要ということで要件が示されておまして、現状の支給内容としましては、再診料のほかに、医師対医師につきましては、遠隔画像診断、遠隔病理診断が報酬上、評価されております。また、医師対患者につきましては「心臓ペースメーカー指導管理料」として評価されている例がございます。

米国の状況でございます。

まず、要件ですけれども、3つほど示されておまして、患者は病院、診療所等にいることが必要ということで、患者の自宅というのは不可となっております。

2点目は、リアルタイムでのやり取りが行われていることが必要だということ。

3点目には、患者側医療機関は過疎地か都市部以外に立地しているということが要件となっております。

「支給内容」としては、専門医による医療相談、疾病管理等について診療報酬化されておりまして、遠隔地で診断・治療を実施する医師側の医療機関につきましては、医師診療報酬表の80パーセントが支払われることになっております。

また、患者が診察を受ける医療機関側につきましては、「施設料」ということで、24ドル程度が支払われるということでございます。

EU諸国の状況でございます。

端的に申し上げますと、遠隔かどうかというのは、区分されていないということのようでございます。治療が遠隔であるか否かにかかわらず請求可能ということございまして、診療報酬は患者側の国の規則に沿って支払われることになっております。

大変駆け足になりましたけれども、説明は以上でございます。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑応答に移らせていただきたいと思います。

御質問、御意見などありましたら、よろしくお願いたします。

滝口専門委員、お願いたします。

滝口専門委員 今日、先生方が御発表になった遠隔モニタリングについては、いずれも極めて結構なことだと考えておりますが、今回、私どもに対して何を期待なさっておられるのかということが今一つ理解できないところでございまして、最終的には診療報酬の点数を付けるということなのでございましょうか。

松本院長 良いですか。

翁座長 どうぞ。

松本院長 では、松本が少しお話をさせていただきます。

まず1点は、先ほどから厚労省の方からお話ありましたけれども、例えば、定期的な対面診療がないと、患者さんを診たことにならないというふうなことがあります。

例えば、植え込み型デバイスの場合には、今までの通例として、これは規則ではないのですけれども、通例として3か月ないし4か月ごとに対面診断をしなければいけないとなっております。ただ、実際は、これは先ほど申し上げました75パーセントぐらいの患者さんが、必ずしもそれが必要ではないということなのです。それで、対面診療をなくしても、患者さんの状態を管理できるということが遠隔モニタリングなのです。このために対面診療の間隔を延長してほしいということが、まず第1点でございます。

次に、診療報酬に関しては、遠隔モニタリングには経費がかかるわけで、診療報酬が当然ないといけないということです。ですから、先ほど他の先生方も診療報酬、診療報酬と申し上げておりますけれども、それは日本の皆保険制度があることから、最終的には診療報酬としてこれを付けていただかないと、実際の運用はできないということをお申上げて

いるのです。

翁座長 お願いします。

滝口専門委員 おっしゃることは極めてよく分かるのですが、私ども規制改革会議でございますから、何か規制があって、これについてはやってはいけないとか、これについて非常に高いハードルがある、それをどういう議論をもって外すかというところが専らの役割と考えております。

松本院長 そのとおりだと思いますね。ですから、規制は、対面診療をしなければ報酬は出ませんよということが規制なわけです。そこを何とかしてほしい。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 おっしゃるとおりだと思うのですね。実際に、私も循環器学会の会員ですが、確かに普段非常に診るのは大変ですし、なかなかペースメーカーを見られる病院というのはそんなに多くないのですね。そうすると、やはりそこまでに行く手間というものはある。やはり2つの病院に余分にかからなければいけないといったようなことがあるので、できるだけ回数を減らしたいという。

ここはやはり厚生労働省さんの方に、頑張ってもらいたいですね。今のお話を聞いていると、やはり会話が後ろ向きだと思うのですね。要するに、遠隔診療なりモニタリングを進めるということに関して、支援をするのではなくて、例外的だから良いのですよという言い方に終始している。これからの医療の提供体制を考えて、人口の過疎化とかを考えると、積極的に促進するように、むしろ方針転換をしていただく必要があるのではないかと思うのですね。

その中で、現在の医療体制の安全性はもちろん維持しながら、逆に言うと技術革新を図って、より安全な、世界にグローバルに通じるような技術を出すような方向転換をしてみよう。これは正に研究開発振興課のお仕事だろうと思いますし、財政的な面でちゃんと保険診療の値段を付け、診療報酬の中で対応していただいて、そうした技術革新を促進するような方針に転換していただく必要があるのではないかと。

今回、健康医療戦略推進法も成立しましたがけれども、御存じのように、第2条には、国民に最高水準の医療を提供するとともに、我が国経済の成長に資するものとするということが、健康医療戦略の基本理念になっていきますので、是非、日本のIT技術等を利用して、グローバルに通じるような遠隔診断、あるいはモニタリングシステムを作るという観点から、イノベーションを促進する観点の保険診療の体制というものをつくってもらいたいと思います。

これは残念ながら、よくある局ごとの縦割りになっていて、診療報酬は保険局であって、研究課は医政局である、それぞれ別々に対応しているというふうな聞こえざるを得ないと思うのですね。その意味では、日本の実情を生かして積極的にイノベーションが促進できるような遠隔診療を推進する体制をむしろつくってほしい。そのために必要な規制を変えろということであれば、規制改革会議の仕事ですし、実際にそういうふうな形で医薬品・

医療機器に関しても第1期、第2期で整備させてもらいましたので、この件に関しては体制自体、受け身なのではなくて、むしろ推進するのだという方向に、是非、厚労省さんに変わっていただきたいなと思います。

翁座長 大田議長代理、お願いいたします。

大田議長代理 今の点、医政局と保険局で分かれているわけですが、遠隔診療については、どういう連携を取っておられるのか。厚生労働省としてこの遠隔診療をどう進めていこうとおられるのか、両方の連携の下でお答えいただけますでしょうか。

厚生労働省(神ノ田課長) 先ほど何点が御質問のようなこと、御指摘ありましたので、それについてお答えさせていただきたいと思いますが、医師法について、遠隔診療と対面診療を組み合わせるといことで考え方を示していますが、何か月に1回対面診療をしなければいけないとか、そういうような規制はしておりません。

先ほど例が挙がっているのは、恐らく診療報酬上のルールとして、これぐらいの間隔で対面診療ということを求めています、それは遡ると薬事法の世界で、機器の承認の条件として、これぐらいの間隔でちゃんと診療を受けてください、それでないとなんか安全性は確保できないということ、そういう条件が薬事法上付されているということ、診療報酬上もそれを超えて認めるようなことができないというような、そういう関係になっております。そういうことで良いですね。

厚生労働省(金光専門官) はい。

厚生労働省(神ノ田課長) 先ほどのもう一点の御質問ですが、医政局と保険局との関係ですが、もちろん私は研究開発振興課ということで、遠隔診療を推進する立場です。法的規制については、医事課が医師法を所管しているという関係です。そういう法的なルールの下で推進していこうということで、先ほど来、御説明しております設備整備ですとか、研修等の事業をやっております。

診療報酬の点数を付ける際には、毎回やっているのですけれども、各所管課の方から要望を取るようなことを保険局医療課の方でしてありまして、各所管課の方で、例えば、うちの立場から、遠隔診療についてこういう良い技術が開発されたので、是非、評価してほしいというようなことで申入れをすることもありますし、また、直接学会等からヒアリングするようなこともあって、それを総合的に医療課の方でまとめて、中医協の場で決めていくというような、そういう手続になっております。

密接に連携しながら進めております。

翁座長 よろしいですか。

大田議長代理 保険局からもお願いします。

翁座長 はい、お願いします。

厚生労働省(金光専門官) 保険局医療課でございます。

今、医政局の研究開発振興課長からもございましたとおり、保険局医療課としては、独自に走っていくというよりは、研究開発振興課であるとか医事課の方できちんとかうい

う制度なのだということをもって、例えば、有効性であるとか安全性というところについてきちんと確保されたものは、診療報酬上きちんと評価していくというような立場であります。

また、先ほど課長からもございましたとおり、各所管の課で様々推進している事業があると聞いておって、ちょうど28年の改定を控えている中で、今、正に各課から様々な状況を伺う中で、こういったものを診療報酬上評価していくべきか、また、していく方がより現場にとって良いのかということ、今、正にヒアリングし、また、学会からもちょうどこの3月上旬というふうにしておりますが、要望を受け付けるという形で進めているところでございます。

こういった学会からの要望であるとか、所管課からの御要望というところをきちんと受け止めさせていただいて、厚生労働省としてきちんと診療報酬上の評価ができるように進めてまいりたいと思っているところでございます。

大田議長代理 ちょっと良いですか。

翁座長 お願いします。

大田議長代理 具体的に2点、今日お話のあった機器については、中医協で検討していただけるのかというのが1点です。

それから、森下委員が言われたように、高齢化が進む中で、医療や診療報酬の考え方を変えるべきだという点について、具体的に検討に着手していただけるのかどうか。

厚生労働省（金光専門官） 保険局医療課でございます。

今日、御提案をいただいている、例えば、在宅酸素療法の遠隔モニタリングであるとか、お三方の先生から御要望をいただいているところでございます。

また、一番最後の松本先生は不整脈学会の保険の立場ということで、以前からも幾つか御要望についてはディスカッションする場をいただいているところでございますので、また、先ほど私も申し上げましたとおり、学会からの御要望というものを今後広く受け付ける形でスタートすることが3月上旬というところで見据えておりますので、その中できちんと御対応させていただき、また中医協で御審議をいただくということを考えております。

診療報酬の中で、今、森下先生から御提案をいただいた、どういうふうにも高齢化を見据えてやっていくのかというのは、正に大きな議論になってまいりますが、今日いただいた御意見というのは、きちんと局に持って帰って、検討させていただきたいと思っております。

翁座長 松本先生、どうぞお願いします。

松本院長 よろしいですか。

話が診療報酬の話に行っているのですが、この場にそぐわないのかもしれないのですけれども、ちょっと関連しているので少し述べさせていただきますが、学会としては、この問題に関しては8年前からお願い申し上げます。2年の改定ごとに、この遠隔モニタリングに関しては認めてほしいということをお願いしております。遠隔モニタリングを使用した場合は4か月ごとの“対面診療”を条件に診療報酬を付けるという点で部分的には受け付

けてもらっていますが、これは本来の遠隔モニタリングに関しては認めていただいていないというのが我々の思うところです。是非、患者さんのことを本当に考えて制度を改めてほしいと思います。

薬事承認と先ほどおっしゃいましたけれども、薬事承認の際に、対面診療という言葉は一切ないと思います。多くの添付文書には3～4か月ごとに管理しなければいけないと書いてあります。対面診療と書いてあるのはごく一部の会社のものだけで、他には書いていないのですね。これに関しましても、JADIAという組織があり、その方たちとも相談をし、添付文書等の一致した改訂をすることになっています。

この関係に関しましては、我々、学会だけではなくて、患者さんの要望も大きいということ、是非、お考えいただければと思います。

翁座長 いかがですか。お答えをお願いします。

厚生労働省（金光専門官） 心臓ペースメーカーの遠隔モニタリングについて、今、御指摘がございました。

心臓ペースメーカー指導管理料という形で、今、診療報酬上は評価をさせていただいております。その中で、遠隔モニタリングによる場合という形で個別に点数を設定させていただいて、評価をさせていただいております。これは平成22年の改定で新設をしたものでございまして、24年にはまた増点もさせていただいて、我々としてはできる限り評価をしてまいりたいという気持ちの中で進めているところでございます。

いろいろそれに対しての御要望、御意見もあるところだとは思いますが、事実関係としてそういったところがある中で、また、神ノ田課長からも御説明をしましたが、薬事法の中で、添付文書において、少なくとも4か月ごとに電池の消耗や合併症発現の有無などを定期的に確認するという文言があることを踏まえて、診療報酬の算定については、できる限り安全に、また、患者さんに不利益のないようにということで工夫をさせていただいているところでございます。そこをもう少し、例えば、エビデンスによって広げてほしいというお声があるようでしたら、そこはきちんと真摯に対応させていただきたいと思います。

翁座長 佐々木委員、お願いします。

佐々木委員 ちょっと稚拙な質問かと思うのですが、この遠隔というのは、距離的なものなど何か定義があるのでしょうか。例えば、医師法は1948年成立だったかと思うのですが、その頃はITがなかったわけで、そういった中でできてきたものを土台に改良していることが積み重なっていると思うのですね。それで、先ほど来、出ている、例えば、定期的に確認をするということに関しても、直接会って見なければ確認ができなかった時代と、それを電子的に日々確認することができる今。先ほど来、伺っていても、確認しないと言っているのではなく、むしろ確認の頻度を上げるためにこのIT的技術を使いたいということだと思うのです。

大変素人なので変な質問をしているのかもしれませんが、病院の中で、例えば、入院患者さんに何か機器が付いていて、それをモニタールームのようなところで見ている。これ

だって遠隔であって、ずっとそこに対面しているのではないと思うのです。そうすると、例えば、建物が違うと駄目なのかということになると、同じ病院で違うフロアは良いのかとなってくるので、この遠隔とおっしゃっていることの定義を明確にして議論をする必要があるのではないかと。逆に言えば、私からすると、隣の部屋だって直接見ていないとするとそれは遠隔で、何メートル離れると遠隔とするという規定がなければ、同じ技術を持ってしてチェックできているわけですから、そんなに取り立てて遠隔だけを安全でないとか対面していないと分けることが、今の時代的・環境的な判断からすると不自然な気がするのです。少しこの遠隔ということについての定義があれば教えていただきたいと思います。

翁座長 それでは、定義について、厚生労働省の方からお願いいたします。

厚生労働省（渡邊課長補佐） 医政局医事課でございます。

医師法上、診察について方法を特に問うているわけではございませんで、局長通知におきまして、遠隔診療の定義というものを明確にお示ししてはございません。

なお、お答えになっているか分かりませんが、医師法は戦後すぐにできた法律でございますが、当時IT技術は発達していなかったわけでございますが、時代の変化の中で、いわゆる遠隔診療というものが現場で行われてきております。そういったことを踏まえまして、先ほど御説明させていただきましたように、医師法第20条の診察とは、「現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のもの」であるという規範を示させていただきます。遠隔診療も、その規範に照らして一応の判断を下し得るものであれば、やっていただいても構わないということをお示ししているということでございます。

翁座長 それでは、土屋専門委員、お願いいたします。

土屋専門委員 これは診療されている先生方の方にお聴きたいのですが、今で遠隔医療は分かったのですが、モニタリングの定義をどういうふうに考えていらっしゃるのか。

厳格に言うと、こういうコンティニューアスにモニタリングするというのが一番あれで、欧米のICUなり循環器病棟に行くと、24時間3交代で技師が画面を見つめている。アラームが鳴る、鳴らないにかかわらずモニタリングするというのが一番厳格だと思うのですね。

先ほどから聞いていると、1日1回チェックをすれば診察しないで済むというのも、1日1回のモニタリングだということ。月1回というのものもあるかもしれませんが、どこまで許容してやっていらっしゃるのかということ、ちょっと定義としてお聴きできればと思います。

翁座長 お願いいたします。

鯉岡教授 在宅酸素の方から申し上げます。

在宅酸素では、原則月1回、外来患者さん、外来に来ていただいて、酸素飽和度というものを測定したり、動脈血ガス分析をしているのですけれども、実際おうちではどの程度のものかというのが分からなかったもので、リアルタイムに必ずしもする必要はなくて、むしろ日常の患者さんの生活、リアルワールドでの状態を把握するためということでありませう。

もちろんリアルタイムにも理論上は可能なのですけれども、そこまでしなくても、監視という意味よりも、データを保存しておいて、ICTを用いて医師が時間があるときにモニターするというそれをモニタリングと考えるのも良く、今までの狭義の定義を、もう少しデフィニションを大きく取っても良いのではないかなと思います。

在宅酸素においてこのシステムは世界で初であります。各分野から一気にICTを利用した新しい技術が、今、日本で集積されつつあります。

良い技術であったとしても、実際、使ってみていただきますと、医師の方は、結局やってもやらなくても、変な話、お金は変わらないわけであります。患者さんにとっては非常に良いのですけれども。したがって、国の方策として、あるいは診療報酬というインセンティブを付けていただいて、この技術を広めていただくと、ICTの企業様は非常に多く協力していただいていますので、裾野は広がるのではないかなと思います。そういった意味でも遠隔モニタリングというのは、これから日本の基幹部分の一つを担う可能性もあるのではないかなということで、私の説明とさせていただきます。

十分なお答えになっていなかったかもしれません。

翁座長 大津市民病院さん、お願いします。

吉村臨床工学技士 臨床工学技士の立場から述べさせていただきたいと思うのですが、まず、院内におけるモニタリングというものは、常時24時間生体情報をモニタリングすることが定義になると思うのですが、我々、SASの診療におけますCPAP療法に関しましては、先生がおっしゃったとおり、毎日毎日モニタリングするのではなく、サーバーにその情報を蓄積した上で、患者様がどれぐらい装着されているのか、そして、装着されることで無呼吸・低呼吸指数がどれぐらい下がっているのかというものを、定期的に医療者がそれを閲覧することで患者さんに適切な指導をできると考えております。

翁座長 ありがとうございます。

松本院長 遠隔モニタリングの正確な定義は、決まったものはないと思います。ただし、結局、患者さんに対して、例えば、医者として患者さんを診たときに、では、1週間薬を例えば出して、その後また診るというよりも、恐らく毎日診た方が良く決まっていますね。でも、実際は不可能です。それと同じようなことだと思うのです。

この植え込み型デバイスというのは、患者さんの中に植え込まれていますので、四六時中データが取れます。それは随時付きっきりで監視することは可能ですが、やはり実際の管理上は無理がありますので、最低限1日に1回はデータを採取し、解析し、問題となる事象をあらかじめ決めておいて、アラートと言いますが、危険性のあるイベント等があるかないかをチェックさせていただいて、それを医療提供者側に送っていただくというのが現在の遠隔モニタリングのシステムになります。送る場合も、例えば、毎日送る場合もありますし、施設によっていろいろでして、1か月に1回とか1週間に1回とか設定をして行っているのが現状です。ですから、これは現実味が無いとやはりできませんので、そういうふうな現状であるというふうに御理解いただければと思います。

翁座長 はい、お願いいたします。

土屋専門委員 私が聴きしたのは、やはりデフィニションがしっかりしていないと、この場では診療報酬のことはやるわけではないのですが、やはり診療報酬へ持っていくときには、その辺がどういう定義でしているのかというのがないと、なかなか議論が深まらないかなという気がしましたので、お聴きしました。

もう一点は、先生の方で、9ページ目に「医療者側からみた利点」ということで、診療時間が大変能率的になるという。しかし、これは何か月に1回来るのではなく、毎日これをチェックすると、診療時間としてはむしろ増えてしまうので、その辺もモニタリングの定義というのを明確にしないと難しいかなという気がいたします。

松本院長 よろしいですか。

翁座長 はい、お願いします。

松本院長 土屋先生、ありがとうございます。

実は遠隔モニタリングで行いますと、先生が御心配されているように、異常が早く分かるわけですね。これは先ほどいろいろなスタディーで申し上げましたけれども、逆に、例えば、25パーセントの患者さんに関しては、頻回に来ていただく可能性も出てまいります。

要するに、逆に言えば、異常が何かあったときに必ずしも対面診療するわけではないのですけれども、例えば、IN-TIME試験などにおきましては、異常があると患者さんにその都度電話をしたりして、状態を確認したりしているのですね。逆に言えば、そういう機会が比較的多くなります。それが多くなることによって、その患者さんの生命予後が良くなっていると御理解いただくのが良いと思います。全体では入院回数、対面診療回数は減少しているのに変わりはありません。

土屋専門委員 私は遠隔診療とかモニタリングに反対しているわけではなくて、推進もむしろ私自身もやっている方なので、それ自体は賛成なのですが、「費用対効果」という言葉がこちらから出たので、それを考えると、今、先生が言われたように、それで回避できるのがどのぐらいでという総数が、どのぐらいの経済的効果があるのかというものまで出さないと、なかなか診療報酬の議論になっていかないかなと思いますので、是非、そういうものをですね。

これだけだと、便利だということにはなかなか通用しないかなと思ったので、お聴きしたわけです。

翁座長 松山専門委員、お願いいたします。

松山専門委員 厚労省に教えていただきたいのですけれども、6ページのところに「遠隔医療に関する他国との比較」ということで、米国のことが書いてあります。最初に米国の遠隔医療の要件として、「患者は、病院、診療所等にいること」となっているのですが、これは遠隔なのですかね。普通、患者が医療機関にいないから遠隔なのではないかなと思うのです。これは「欧米における遠隔医療の課題に関する研究」から抜粋なさっていると思うのですが、これがちょっとよく理解できないのです。

なぜかと言うと、私もアメリカに時々見に行きますけれども、今、アメリカでは「e ビジット」といって、スマートフォンで診療をやって、診療報酬を払う仕組みがあります。同様に、自宅のパソコンからインターネットで医療相談しても診療報酬が払われます。どうもこの定義がよく分からないのですが、お願いします。

厚生労働省（神ノ田課長） ちょっと説明をはしょってしまいましたけれども、注書きで書かせていただいています。アメリカも州ごとに規則が違うということで、先ほど御指摘のようなものも恐らくあるのだらうと思います。この研究班の中で把握したものとして、こういう要件が課されているような州があったということです。

この「患者が、病院、診療所等にいること」というのは、医師対医師の遠隔診療ということで、専門医に相談する必要がある場合に、過疎地の病院で専門医が十分いないというときに、大規模な病院の専門医に相談したいというようなものとして、要件として示されているということです。

翁座長 はい、お願いします。

松山専門委員 そうすると、多分その法規制はマイナーなものであり、今は変更されている可能性があると思います。それから、御承知だと思うのですが、アメリカでは集中治療室の遠隔モニタリングでeICUというのがあり、全米に普及しています。都市部にあるオペレーションセンターから何キロ離れていようが関係なく、24時間集中治療室の患者のモニタリングをできるのです。

翁座長 林委員、お願いします。

林座長代理 ありがとうございます。

厚労省にお伺いしたいのですが、資料1 - 4の5ページの比較の表で、米国とEU諸国のところには、第1行目に「対面診療を求める直接的規制はない」と書かれております。他方、日本のところでは「医師法第20条により」という条文が引かれており、1ページの局長通知でも直接の対面診療を原則として掲げられております。そうすると、欧米には存在しない直接の対面診療の原則というものが規制であることは、厚労省自身お認めになっているのではないかと思います。

そこで質問なのですが、この医師法第20条の条文のどこをどう読めば直接の対面診療という規制の根拠が出てくるのでしょうか。

厚生労働省（渡邊課長補佐） 先ほどの御説明とも重なってしまうかもしれませんが、医師法第20条では、自ら診察しないで治療を行ってはならないということしか書かれておりません。したがって、医師法の中で対面とか遠隔といった方法について、特に言及はされていないということになります。

その上で、「現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のもの」という診察の定義に照らしまして、対面の方が、五感をもって患者から多くの情報を得た上で診断をできるというのがありますので、そういった対面と遠隔との比較の中で、基本的には対面が原則である必要がある、その上で遠隔診療というのは補完である、という位置付

けを局長通知の中で書かせていただいているということでございます。

ただし、遠隔診療も、技術が発達してきて、対面診療と変わらないような診察をできるというものも出てきていると思いますので、そこは原則論に戻ると言いますか、ちゃんと診断を下し得るものであれば、遠隔診療でもやっていただいて構わないということになるということでございます。

翁座長 お願いします。

林座長代理 そうすると、この局長通知は、もともとは情報通信機器を用いた診療、いわゆる遠隔診療を推進しようという思いで書かれたものであると思うのですが、この書き方では、むしろ原則は直接の対面診療という、欧米にはないような規制をこの局長通知で裏付けされているような結果になっていると思います。

それでは、個別の機器に対する助成金を幾らやっても、ちっとも遠隔診療は進まない。資料1 - 4の4ページの統計の数値を見ても、零点数パーセントしか進んでいない。平成13年からちっとも進んでいないという現状を見れば、やはり個別の助成金ではなく、欧米に存在していない直接の対面診療原則なる局長通知を改めることが必要なのではないのでしょうか。

厚生労働省（渡邊課長補佐） 実は現在、別途、国家戦略特区さんとも議論させていただいております、その中で、この通知の書き方が悪いのではないかという指摘も受けています。

この通知は、これは局長までも相談していますが、気持ちといたしましては、遠隔診療をしっかりと進めていきたいという気持ちで医師法との関係を整理させていただいたということがまず前提としてあります。

その上で、この書きぶりにつきまして、私がこの場で判断するのは難しいというのがありますけれども、国家戦略特区との議論も踏まえつつ、どのような書き方ができるかというのを検討していきたいと思っております。

林座長代理 ありがとうございます

是非、松本先生も資料の1 - 3の3ページの4項のところでおっしゃったように、現在の保険制度では対面式の医療サービスが前提になっていることが、遠隔モニタリングの便益性が生かされていないということを主張されていますので、やはりこの基本から改めていくということをお願いしたいと思います。

翁座長 森下委員、お願いします。

森下委員 今、お話が出たように、基本は医療機器・医薬品みたいな、形があるものは、日本は結構インセンティブを付けてやるのは得意なのですね。ところが、これは医療方法であったり診断技術であったり、あるいはモニタリングといったような形がないものに関しては、今まで非常に日本はインセンティブの付け方が下手だった。これはやはり物主義というか、基本的に物があって医療が成り立つという要素があって、そこが強く表に出ていたと思うのです。

その意味では、今回、個別の診療報酬の話は別途置くとしても、これは当然認めてもらったら良いと思うのですが、一方で、こういう新しいタイプの診断技術、モニタリングという形のないインフラに対して、積極的に評価をして、インセンティブを付けて、保険診療につなぐという仕組みをつくらないと、毎回、同じような話になってしまうと思うのですね。その意味では、少し技術の本質に注目をして、是非、そういうものの研究開発の推進体制と、それに対して保険局サイドの方でインセンティブを付けるという一つのスキームを、是非、考えてほしいと思うのです。

そういうものができれば、この辺の話というのは割とスムーズにいくと思うので、今まで個別の革新的医薬品とかに関しては、新薬創出加算でインセンティブを付けて、物に関してはうまくいったと思うのです。ですから、是非、個別の技術に対して、日本発で、かつ世界に通じるような、先ほどICTを活用してとありましたけれども、やはりそういうものはどんどん増えてくると思いますし、実際、血圧計などでも、テレメトリーでも測るような血圧計とかできていますが、なかなかそういうものも診療報酬の中では報われないという現実があると思うのです。

ですから、そういうものを評価する仕組みというのを、是非、省全体で考えてあげれば、非常にスムーズにこの遠隔診療のモニタリングの話も進むと思うので、省、枠を超えて、局を超えて少し議論をしていただいて、是非、推進の方策のために何をすれば良いかという観点でお話を聴かせてもらえれば、非常に有り難いなと思います。

翁座長 規制改革会議の考え方は、今、お話いただいたとおりです。

普及推進する方向で、基本的な考え方を変えていただく方向で、是非、御検討いただきたいと思えますし、このように高齢化、そして技術革新、ITイノベーションの変化というのは非常に医療を大きく変えている状況でございますので、是非、この点を前向きに基本的な考え方を御検討いただくと同時に、診療報酬の考え方についても、是非、整理して、前向きに御検討いただきたいと思えます。どうぞよろしくをお願いします。

それでは、このテーマについては、これで一旦終わりしたいと思います。

今日は、遠くからどうもありがとうございました。

(要望者、厚生労働省議題 1 関係者退室)

(厚生労働省議題 2 関係者入室)

翁座長 それでは、議題 2 の「保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入」に移らせていただきます。

本件は、重点フォローアップ事項の一つで、昨年 12 月 5 日の健康医療ワーキング・グループでフォローアップを行いました。その後の検討結果を御報告いただくものです。

まず、厚生労働省より前回の議論を踏まえた結果を御説明いただいた上で、質疑応答とさせていただきます。

それでは、厚生労働省から、資料に基づきまして御説明をお願いいたします。

厚生労働省(鳥井課長) 厚生労働省の保険局保険課の鳥井でございます。今日はよろ

しくお願いいたします。

私の方から、お手元の資料2に沿いまして、「保険者による事前点検を可能とする仕組み」の検討結果について、御説明させていただきたいと思います。

まず、1ページめくっていただきまして、ここは答申そのものでございますので省略をいたします。

2ページ目でございますが、私ども審査支払機関であります支払基金、国保中央会、それから、私どもを交えまして、11月以降もトップのレベルを含めて打合せを行い、検討を行ってまいりました。

並行いたしまして、保険者団体、健保連あるいは総合健保の団体にも説明を実施しております。

その結果、私どもで案をまとめましたので、それを3ページ以下に付けております。

3ページ目はイメージ図でございまして、前回御説明したものとほぼ変わらないわけでございますが、少し分かりやすくしたものでございます。

端的に言いますと、まず、医療機関から審査受付機関に請求が出てまいりまして、それを「受付」をし、最低限の「コンピュータチェック」をする。まとめてやった方が明らかに効率的だろうと思われるものを「コンピュータチェック」をいたしまして、それで希望保険者の方にお渡しをする。そこで約1か月間の点検をいたしまして、これは疑義があるというもののみを審査支払機関にまた送り返すということでございます。

それ以外の部分につきましては、n月に全て請求どおり支払ってしまいますので、疑義のないレセプトについてはここで支払いを確定し、査定はしないという取扱いになるわけでございます。疑義のあるものについては、左側のルートに乗せまして、「コンピュータチェック」をし、「審査委員会による審査」をし、それから「請求・支払」で査定分は相殺処理をするという形でやれるのではないかとということでございます。

その詳細をフロー図にいたしましたのが4ページ目でございます。ここは返戻レセプトの取扱いなども書いておりまして、複雑になりますので省略をいたしますが、一応このようなフローが考えられるということでございます。

5ページ目。これも一度御説明いたしましたけれども、通常の保険者分と希望保険者分とでは業務処理上、違いが生じますので、端的に申しますと、減少するところは青、増加するところは赤ということで整理をした図でございます。

6ページ目、対象レセプトでございます。これは、業務にあまり負荷が掛かるものは除いた方がコストも安くなるだろうという観点等から整理をしておりますので、対象レセプトは、公費併用を除く電子レセプトでございます。公費併用は、公費も入っておりますので、保険者のところで違う取扱いをするというのはいかなるものかと考えておりますので、まずは除かせていただいたということです。

それから、紙レセプトは別処理になりまして、コストも掛かりますので、まずはオンライン請求で考えたいということです。

それから「審査依頼されたレセプトの審査範囲」ということで、申出のときにここがおかしいというところのみを見るのではなくて、責任関係をはっきりさせるという観点から、申出があったものについては、基本的には全部審査委員会で見るということ。

それから「点検期間超過レセプトの取扱い」でございますが、ここはまだ詳細は完全に詰め切っておりませんが、後でやはりこれは査定した方が良いのではないかということが出てきた場合の取扱いというのは、多少残っております。

7ページ目でございます。システム開発として、どういうものが必要かということでございまして、これは、今、御説明した業務処理に必要なシステムということで、保険者の希望の有無によりレセプトを振り分け、それで送信をし、点検結果の受信を可能とするという流れを可能とするような開発。

2番目に、レセプトの管理単位を事前点検の有無で区分するという開発。

3番目に、事務費が変わってきますので、それに必要な開発が必要だということでありまして、概算で、約4.4億円でございます。これは飽くまで概算でございます。

8ページ目。このような新たな流れを設けるといたしましても、審査・支払に要する費用と言いますのは、保険者が全て負担をしており、原則は国庫は入っていないということでございまして、それは国民の契約の中で手数料を取っていくということでございまして、さはさりながら、幾らぐらいかかるかということを支払基金の協力を得て出させていただいたものでございます。レセプト件数の10パーセント相当は利用する等の一定の前提を置いて、仮定計算をいたしますと、基本手数料、疑義のないものについては65円程度、追加手数料、疑義のあるレセプトに追加されるものについては590円程度ということで、合計655円程度ということでございます。これは平成26年平均手数料が80.60円で、そのベースで試算したものでございます。

それから、欄外に書いておりますけれども、システム関連経費をどうするかという問題がこれ以外に生じまして、10パーセントの件数が利用するという仮定ですと、レセプト1件当たり3円程度となる見込みでございます。なお、これは全額保険者負担の場合でございます。

それから、保険者の側のシステム改修も、多少は必要になってくるだろうということでございます。

次の9ページです。そこに試算の前提が書いてございますけれども、ポイントは4番目でございます。額をまずどうやって出したかということでございますが、まず疑義のないレセプトについてでございますが、別添の10ページを御覧いただきますと、そこに書いてありますように、人件費と固定経費。固定経費は建物の維持管理ですとか、システム関連の経費ですが、人件費については、この新たな仕組みに伴って要らなくなる、減少することが可能なところがどれぐらいの割合があるかということで、直近の業務量調査に基づいて出しております。

具体的には、そこにありますように、24.8パーセント分は審査事務とか2次点検の事務

等々の事務がなくなりますので、その分が安くできるということでございまして、それで9.73円。

それから、下の方に書いておりますけれども、審査委員会による審査が、該当分だけは要らなくなるだろうということで、これが5.51円分ということでございます。したがって、この部分をディスカウントして65円程度と、これは飽くまで概算でございます。

それから、疑義のあるレセプトにつきましては、11ページ目でございますけれども、これは実際やったことがなく、まだ該当するデータがないために、とりあえずは工程が類似している保険者からの再審査請求において、審査委員の人件費が幾らかかるという単価を予算上はじいておりますので、それが210円程度。それに比例計算で職員の人件費をオンいたしまして590円程度という、これはとりあえずの見込みとしかならないわけでございますけれども、これで試算をしているわけでございます。

そのほか、システム関連経費は、先ほどの4.4億円に運用経費と更新経費7年分がかかるという想定で、対象レセプト件数が全体の1割だと3円程度オンされるということでございます。

12ページ、13ページ目のメリット・デメリットでございますけれども、これは前回も議論させていただきましたが、簡単に申しますと、メリットはレセプトの手数料の引下げができる。デメリットは、やはりコストがかかるので、これをどうするかという問題があります。

それから、突合・縦覧点検と医療機関単位の傾向チェックを、審査支払機関では全てをまとめてやっているところから外れるということでございますので、突合・縦覧点検は自分でやらないといけません。それから、医療機関単位の傾向チェックも、その保険者だけで見るということになってしまうということがございます。

13ページ目、課題でございますけれども、そういうことに加えて、この仕組みですと、点検体制を不十分に作るインセンティブが生じます。要するに、安い手数料で済むというインセンティブが出かねませんので、そこについては国の指導監査等できちんと対応するということを検討しております。

以上のようなメリット・デメリット、業務内容のフロー、手数料の仮定試算も含めまして、去る1月の19、20日に健保組合向けの説明会を実施いたしました。1,400健保組合がありますけれども、うち226組合が参加をしております。ここには保険者のほか、点検委託業者数社がオブザーバー参加をしております。

アンケートも取りまして、参加意向等も聞いております。その結果は14ページにまとめておりますけれども、参加意向は「参加する・参加を前向きに検討する」というところが12組合、「将来的に検討することも有り得るが、現時点では判断できない」というのが112組合でございます。その理由といたしましては、次の で、やはりコストが安くなる可能性があるからということでございます。

3番目に、将来的に検討するとした理由でございますけれども、この手数料単価では判

断できないというのが最も多い意見でございました。

「その他主な意見」といたしまして、費用対効果がこれでは見込めないということとか、あるいは追加手数料より低い査定見込み額のレセプトは審査を依頼しないことが想定されるですとか、あるいは期間の問題。それから、やはり公費レセと紙レセをやった方がコスト的には下がるという御意見。コンピュータチェックの内容を保険者が選択できないか。参加しない保険者が不利益を被らないようにすべきといったような意見がございました。

したがって、案はできたのですけれども、手数料の問題を含め、さらに課題があるものですから、15ページ目で、さらに詰めるべき事項ということでもまとめております。1番大きいのは手数料。それから、費用負担の在り方、体制の問題。そういったところでございます。

こういう検討状況でございますので、16ページ目でございますが、費用負担や審査支払機関にどこまでやってもらうか等は契約を結んで決めることとなりますので、当事者である健保組合の代表である健保連の下に、もう一方の当事者であります支払基金、それから政府の私どもも交えまして、主に実務的な観点から詰めを行うとともに、手数料水準についてもさらに協議をするという場として検討グループの設置をお願いし、健保連の方で検討グループが立ち上がっております。昨日、第1回目をやったところでございます。

17ページ目で「周知すべき手続内容」については、案の詳細を詰めた上で、それに基づいて整理をしまいたいと考えております。

今後のスケジュールでございますけれども、実務的な詰めがある程度まとまりましたら、もう一つ、関係者でございます診療担当者にも理解を求め、固まった内容でどれぐらいの保険者が参加するかどうかを見極めた上で、それができればシステム開発に着手していくという流れになるかと思っております。

検討会の方は、私どもの方から、半年を一つのめどにお願いできないかということをお願いをしております。健保連の方ではその方向で進めるというようなことで、大体夏か秋頃を一つのめどにして検討したいということで聞いております。

私の方からは以上でございます。

翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑応答に移らせていただきます。御質問等ございましたらお願いします。

大田議長代理、お願いします。

大田議長代理 ありがとうございます。

ちょっと早く失礼しなければいけませんので、どうしても聴きたいことだけ伺っておきます。

10ページに「疑義のないレセプトの手数料」として65円が出ています。この中で固定経費の35.9円、これの根拠がよく分かりません。「審査関連を含むシステム全般の経費他」とありますが、審査関連が幾らなのか。審査前点検を実施する保険者は、既存の審査関連のサービス全部を受けるわけではありませんので、固定経費の中で抜ける分があるはずで

す。負担するシステム費などは、受けるサービス部分だけにすべきだと思うのですけれども、これについてどうお考えかというのが一つです。

それから、人件費について審査業務で9.73円、残る審査業務が13.76円となっているのですけれども、この根拠がよく分かりません。13.76円の中に、医療機関への訪問懇談、来所懇談、調査分析などがありますけれども、これが審査前点検に必須であるのか。削減の余地があるように思うのですが、この13.76円について根拠を教えてくださいというのの一つです。

それから、18ページの支払基金法の26条に、提出するレセプトの数を基準として負担させるとなっているわけですが、疑義のないレセプトについて今のような割り振り方でやるというのは、この26条に違反しないのでしょうか。

よろしくをお願いします。

厚生労働省（鳥井課長） 最初の御質問の方は、まず、基金にかかる経費を、人件費とそれ以外で分けます。

人件費の方は、基金で業務量調査を行っておりまして、どの業務に何パーセントをやっているかということ进行调查して結果が出ておりますので、そこからまた簡単に申しますと、5ページにあります疑義のないレセプトに関する、不要になる、減少する業務である青の部分で、ここを何かということをして洗い出して割り振っていった結果、24.8パーセントが不要になるであろうということで、この出し方をしているわけでございます。

ただ、固定経費の中で、不要になる部分もあるのではないかと御指摘だと思いますので、それは確かに一つ一つ見ていってそういうものがある可能性もあるかもしれないので、そこはそうだと思います。ただ、健保組合全体の負担の仕方として、ここをディスカウントすると、他のところで何らかの形で負担をお願いするというような形で整理をできるかどうかという問題になってきますので、そこは今後精査させていただきたいと考えております。

大田議長代理 システム費も、全部を負担しなければいけないのですか。利用しないシステムがあるはずなのですがね。

厚生労働省（鳥井課長） そこは議論のあるところだと思います。この案は全ての保険者でシステム経費を均等に負担するという案なので、それが良いかどうかという議論はあるかと思います。そこは当事者の方が、ここはもっと安くすべき、ここで求めるべきでないという意思が出るような手数料であれば、そこは精査をしてみたいと考えております。

26条との関係でございますけれども、御質問の趣旨を私が理解しているかどうか分かりませんが、このような希望保険者別の手数料を設定することについては、26条との関係では特段問題はないと考えております。

ちょっとお答えになっているかどうか分かりません。

翁座長 滝口専門委員、お願いします。

滝口専門委員 基金の通常のレセプトに関する業務というのは、基金法の第15条1～3項で示された3業務であるというふうに認識をしておりますが、それはそれでよろしいわけですか。

厚生労働省（鳥井課長） はい、結構です。

滝口専門委員 手数料については、同法の第26条によりますと、それぞれの業務執行に要する費用を、レセプトの数に応じて各保険者に負担させるというふうにしか読めないのですが、そこはいかがでしょうか。

つまり、レセプトを10件しか出さない保険者は、10件分の負担である。100件レセプトを出す、つまり、審査依頼する保険者は、100件分の負担であるというふうにしか読めないのですが、そこについてはいかがでしょうか。

もともとこの26条の規定というのは、まず一つは、基金の総価方式を担保しているわけですね。全部かかった費用をレセプトで除して、1件当たりの手数料を決めなさいというのが1点。

一方で、各保険者に対する負担としては、提出するレセプトの数を基準としてその負担を各保険者はしてくださいと書いてあるわけですから、もし今回の仕組みを進めた場合、ある保険者は10件しか審査請求をしないということが起こったときに、この10件分だけを負担すれば良いのではないかという議論が法律上起こる可能性があるのではないかと思うのですが。

厚生労働省（鳥井課長） お答えなっているかどうか分かりませんが、整理はしてみたいと思いますが、私どもとして、国の立場としては、トータルとしてその事務執行に要する費用が賄えれば良いわけで、それをどうやって決めるかということのルールが26条に書いてあるわけでございますが、我々は、法律に違反しない限りはそれで良いという立場でございますので、柔軟に考えられるところは柔軟に考えることは可能であると考えております。

翁座長 お願いします。

滝口専門委員 別にそれではいけないと言うつもりは全くないのですけれども、ただ、基金法というのはかなり厳密に書かれた法律ですから、業務にしてもこれとこれとこれしかやってはいけない、この業務をやるときには厚労大臣の認可を取れといったような内容まで書かれているので、後で、例えば、誰かが訴訟を起こして、うちの保険組合が、法律に違反して余分に負担を強いられているのではないかとなったときに、その訴訟に耐えられるのかどうかということを伺いたかったのです。

厚生労働省（鳥井課長） 訴訟で耐えられるのかどうかというのはちょっとお答えしかねますけれども、確かに業務は割とかっちり決まっています、それ以外のことはやれないようになっているのですが、費用負担の仕方の問題については、要は帳尻が合っていて、かつ公正であれば良いわけですので、その限りにおいて柔軟に考えれば良いのではないかと考えております。

翁座長 林委員、お願いします。

林座長代理 違う点をお伺いしたいと思います。

ただいまの社会保険診療報酬支払基金法の26条というのは、飽くまでも各保険者と基金との国民の契約において、審査支払業務を委託した際の対価について、診療報酬請求書の数を基準として決めるということが定められているだけだと思うのですが、違いますでしょうか。

厚生労働省（鳥井課長） 私も同じ理解でございます。

林座長代理 ありがとうございます。

そうしますと、法律上は国民の契約で対価を決めるという関係にあり、基金が出されている資料でも、審査支払業務の手数料は、支払基金が保険者の委託を受けて審査及び請求・支払を実施することの対価だと書かれておりますので、サービス提供者が受け取る対価を国民で決める際の一つのルールとして、診療報酬請求書の数を基準とするということを定めているだけだということを確認させていただきました。

そこで私の不思議に思うところなのですけれども、国民の契約でサービスの対価を両者が交渉して合意して決めるというのであれば、なぜ現在行われているような支出、つまり基金側でかかるコストをレセプト件数で除する方法で手数料を算定するという計算のやり方が続いているのでしょうか。

普通の国民のサービスであれば、いかにコストを削減して、よりリーズナブルな価格を提供することによって競争して、良いサービスを受けるということを合意して契約が成立するはずなのですけれども、そういったことができない構造で、毎度、手数料が定められてきている。

御案内のように、かねてより、審査支払機関の年間八百数十億円に及ぶ事務費の効率化・合理化については議論しなければならないとなっただけで、相変わらず全都道府県に従たる事務所が置かれ、何千人の人が雇われ、そこに建物や什器、備品が置かれて、固定費が発生するという状況が改まらないという経緯があるわけなので、こういった手数料の定め方自体、今後、平成28年度の議論が始まるのだと思うのですが、厚労省は今までみたいに支出をレセプト件数で割る方法で今回の65円というような金額を出して、それをベースに組合側と協議を設定して、それと大して違わない数字で毎年決まっていくというようなやり方ではなく、同じサービスをするのにどれだけのコストがかかるかという普通の客観的な水準で金額を定めていくべきではないかと思います。

その意味で、もう一回、資料2の10ページのところで、先ほどもちょっとお答えいただいたのですが、の「固定経費」。これを丸々入れているという点が、今後、組合側が基金と交渉されるときにはポイントになっていくはずであると思います。また、の「審査業務」のところ、この13.76円が入っているという点は、4ページの「保険者による事前点検の業務処理フロー（案）」を見ますと、「疑義のないレセプト」については「コンピュータチェック」と「データ作成」以外に「審査」の段階では審査支払機関はやることはない

はずなので、これが丸々入っているというのもおかしいのではないかと思います。

ですので、是非、事務費の削減という観点を持って、厚労省も、この交渉にどういう立場で入っておられるのか私はよく分からないのですけれども、入られる以上は、その観点で、是非、進めていただければと思います。

以上です。

翁座長 お願いいたします。

厚生労働省（鳥井課長） 1点だけ。

全くおっしゃるとおりの民民のことなので、したがいまして、これは毎年の手数料交渉で、慣習的に1年に1回ですが、保険者側と審査支払機関が交渉して定めているものであって、私どもが幾らにしろと言っているわけでは全くありません。認可もしておりません。

したがって、その中で、いつかも資料をお出ししましたけれども、現に電子化の推進を背景にいたしまして、かなりレセプトの単価は下がってきておりまして、リストラも進んできておるわけでございます。その結果が毎年毎年、民民の契約の形で現われておりまして、ただ、それが不十分かどうかというのは議論のあるところだと思っておりますが、さらにこれはやっていかなければいけないと思っております。

この話も同じでございまして、飽くまで当事者は保険者。しかも、健保連ではなくて、厳密に言うと個々の保険者なのです。それに代わって健保連が契約をしているというのが今の姿でございまして、健保組合若しくはその代表である保険者と支払機関の間で、この価格は適当なのかどうかということを十分議論するというのが本来あるべきやり方でありまして、そういう中で、私どももある種オブザーバー的、せいぜいがレフェリー的な立場として参画していくということでございます。

この手数料も我々がこういうふうによれと言ったわけではなくて、支払基金に対して、まず出さないと話が始まらないので出してくれということで御協力をいただいて、それで出てきたものがこれで、まずここから始めようということでございます。そこは十分話し合いをさせていただきたいと考えております。

林座長代理 ありがとうございます。

やはり、この「疑義のないレセプト1件65円」という案は、審査前点検の制度は作るけれども、使われないようにしよう、利用のインセンティブをなくするという金額の設定としか思えませんので、是非、今後の前向きな検討をお願いしたいと思います。

翁座長 他にいかがでございますか。よろしいですか。

この10ページなのですけれども、やはり固定経費の割り振りというのが、この審査関連も含んでいるのに、なぜこれまで負担することになるのかということが私も非常に分かりにくいと思っております。

支払基金に関しまして、平成27年度でレセプト1件当たりのコストについて、全業務で80円、管理業務で7.85円、請求支払業務で16.99円、そして審査業務は55.16円という形で既に支払基金から公表されているのです。私ども外から見れば、この審査業務55.16円とい

うのが念頭にあって、そしてこれがレセプト1件当たりのコストとして明確に出されているわけですから、これに対して出てきているのが65円ということは、本来80円から55円を引けば25円レベルの話がなぜ65円まで高くなるのか。少なくとも管理業務と請求支払業務というのは、今日の資料では、人件費は5.36円と10.34円と書いてありますけれども、レセプト1件当たりのコストとして公表されている数字は7.85円と16.99円で、その乖離の部分約9円が固定費なのかなというようにも思えます。審査業務を除いた固定費はその分だけではないかというように感じる次第で、今日お示しの固定費36円との差は極めて大きいです。

またそこについて何かコメントがありましたら、後ほど教えていただきたいと思うのですが、いずれにせよ、多くの保険者の方がいろいろ御回答いただいているようなのですが、現時点で判断できない理由として、手数料とかやはり費用対効果というのが分からないというお答えをされていますね。197組合中113組合の方がそういう御回答をされていて、やはりコスト減につながるものであれば積極的に参加されたいとお思いの基金も、今、「参加する・参加を前向きに検討する」というのが12で、「将来的に検討することも有り得るが、現時点で判断できない」というのが112ということで、こういったところがちゅうちょしているのは、やはりそのコストが実際どういうふうにきちんと計算されて、明確に手数料に反映されているのかということが分かりにくいということもあるのではないかと思います。

ですから、先ほど大田議長代理からも御指摘ありましたけれども、固定経費や審査業務のところについて、是非、しっかり御検討いただきたいと思います。

厚生労働省（鳥井課長） 御指摘は検討グループの方にも伝えたいと思います。

翁座長 他はいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、本日はこのテーマにつきましても一旦終了とさせていただきますが、今、いろいろ御議論ございましたし、御検討いただきたいと思いますということについても申し上げたつもりでございますので、是非、またこれをお持ち帰りいただいて、さらに御検討いただきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。また引き続きよろしく願いいたします。

（厚生労働省議題2 関係者退室）

翁座長 それでは、本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。

事務的な連絡がありましたら、事務局からお願いいたします。

大熊参事官 次回の日程は、未定でございます。議題などの詳細については、追って事務局から御連絡させていただきます。

翁座長 それでは、これで会議は終了いたします。ありがとうございました。