

第4回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年10月10日（火）15:30～17:33

2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階第2特別会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、森下竜一（座長代理）、大田弘子（議長）、
江田麻季子、野坂美穂

（専門委員）川淵孝一、土屋了介

（政府）前川内閣府審議官

（事務局）田和規制改革推進室長、窪田規制改革推進室次長、福島規制改革推進室次長、
中沢参事官

（説明者）日本医療ベンチャー協会 加藤理事、落合理事

日本バイオテック協議会 塩村理事、松本監事

（厚生労働省）医政局 総務課 谷課長補佐

医事課 奥野課長補佐

保険局 医療課 中谷課長補佐

医政局 経済課 飯村ベンチャー等支援戦略室長

保険局 医療課 目黒課長補佐

谷内大臣官房審議官

老健局 込山振興課長

4. 議題：

（開会）

1. Society5.0に向けた医療の実現について

2. 医療イノベーション促進のための規制の在り方について

3. 介護分野における規制改革実施計画のフォローアップについて

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」第4回を開催させていただきます。

皆様におかれましては御多忙の中、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、戸田専門委員が御欠席となっております、川淵専門委員、土屋専門委員におかれましては、後ほど御出席される予定となっております。また、大田議長にも後ほど御

出席いただく予定となっております。

さて、本日の議題でございますが、お手元の資料にありますとおり3件でございます。1件目は「Society5.0に向けた医療の実現について」、2件目は「医療イノベーション促進のための規制の在り方について」、3件目は「介護分野における規制改革実施計画のフォローアップについて」となっております。

それでは、ここからの進行は、林座長よろしく願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に移りたいと思います。

本日、最初の議題は、ただいま御紹介のあったとおり、前回に引き続き「Society5.0に向けた医療の実現について」のヒアリングです。今回は、日本医療ベンチャー協会をお招きしております。現場の医師のお立場から見たICT、IoTなどを活用した診療に係る現状と課題について御説明をお願いしたいと思います。

本日は、加藤浩晃理事、落合孝文理事にお越しいただいております。また、厚生労働省より谷俊輔医政局総務課課長補佐、奥野哲朗医政局医事課課長補佐、中谷祐貴子保険局医療課課長補佐にもお越しいただいております。

それでは、日本医療ベンチャー協会様から御説明をよろしく願いします。

○日本医療ベンチャー協会（落合理事） それでは、日本医療ベンチャー協会の御説明をさせていただきます。まず最初に、理事の落合より、協会の御紹介ということで、極めて手短かに御紹介をさせていただきます。

配付しております資料の3ページ、協会の概要でございますけれども、協会の目的は、医療・ヘルスケアを取り巻く課題を解決していくことに関して、ベンチャー企業が果たしていく役割も大きいのではないかということで、国内外の企業、諸団体、関係省庁等との情報交換であったりオープンイノベーションの推進、こういうところを団体として行っていきたいと考えて設立したものであります。

4ページ、団体概要ですが、設立が今年5月26日ということで、今年できたばかりの団体となっております。

続きまして、5ページが役員構成でございます。本日の発表者につきましては、加藤理事、医師で、元厚生労働省で、京都府立医科大学等に所属しております。また、私、落合は弁護士でございます。

続きまして、活動内容ですけれども、総会や定例会で、業界全体の状況把握、課題の共有を行わせていただいたり、グループ活動をしており、遠隔診療グループで今日は参加させていただいており、そういった様々なテーマごとの検討をしていきたいと考えているところであります。また、セミナーについても、様々な経営に関する勉強会も行っていく予定でございます。

最後に、設立の経緯と遠隔診療のグループの形成ですけれども、もともとはメディカルベンチャー協議会というところで任意団体として10回程度、勉強会を開催させていただく

中で、各者が意見交換をしながら課題を共有して検討していくことに意味があるのではないかと、2017年5月に、それまでの開催実績も踏まえて社団化させていただいたものになっております。

8月に総会を開催しまして、150名程度の関係者に御出席いただいたところで、その後、9月26日に第1回の遠隔診療グループの会合を開催しまして、加藤理事、そのほかに当協会の小川理事、原理事、メドレーの豊田社長、ミナカラの喜納社長、そういった方々に御発表いただいて議論を行った末、今回の発表をさせていただくというものになります。

簡単ではございますが、私の発表は以上でございます。

○日本ベンチャー協会（加藤理事）では、次に私、加藤から、遠隔診療に関する制度課題の報告ということで、日本医療ベンチャー協会でもまとめたものを発表させていただきます。

まず、資料として、遠隔診療の話の前提という資料になりますが、こちらが遠隔診療に関して協会としての考えていることになっています。

①ですが、遠隔診療と対面診療を診療の質だけで比べると、現時点、この2017年の時点においては遠隔診療よりも対面診療のほうが医療の質としてはいい。これは触診だったりにおいというものも、医療現場では医師が患者さんの診察をする際に診ているのですが、そういうものは今、ICTのビデオ電話を通して診ているとカットされてしまう。そういうところが今はまだない時点において、遠隔診療と対面診療を単純に比較すると、対面診療の質がよりよいということになる前提で考えております。

しかし、遠隔診療というのは対面診療と直接的に対決させて比べるようなものではなく、②③には関係しますが、今、外来診療や在宅診療だったり、その診療スタイルが100点満点で完成されたような診療スタイルではないと考えています。例えば③の下の方に例で挙げさせていただいていますが、外来で待ち時間があつたり、外来での待合室の混雑がありましたり、待っているために患者さんが、病院は混んでいるのでちょっと行くのをやめようかなというところで自己中断をしたり、通院をしなかったり、あとは在宅診療におきましても、医師が移動していくというような物理的な移動を伴いますので、その医師の移動時間が効率化できるのではないかとというような未解決の問題があると思います。そのような未解決の問題を補って、診療全体の質を高める可能性があるものが遠隔診療であり、外来診療や在宅診療に組み合わせるものであると当協会としても考えております。

遠隔診療というお話をいろいろ事業者などにさせていただくと、やはりいまだに誤解がありまして、遠隔診療というのは大きく三つぐらい誤解されていることがあるのです。例えば、かかりつけの範囲を超えて遠方の患者さんを診察するようなものではないかとか、対面の代替のものではないかとか、診察を省略してしまつて、オンラインに置き換えることで短時間で多数の患者さんを診るものではないかとか、そのように誤解されて伝わってしまっていることがあるのですが、それは違うと我々も考えています。

次のページになりますが、遠隔診療の制度の現状というところで、この資料を提出させ

ていただいた10月5日、本日も変わっていないと思うのですが、その現状について、もう一度共有をさせていただきたいと思っています。

まず上としては、遠隔診療はあくまでも対面診療の補完であり、必ず再診だとは医師法上は言っていません。

例示で示された以外の疾患でも遠隔診療が可能だったり、へき地・離島でなくても遠隔診療が可能ということが通知で示されています。

電子メール、SNS等を組み合わせた遠隔診療でも患者の心身の有用な情報が得られる場合なら可能ということが、今年、2017年7月14日の通知でも言われています。

「保険者が実施する禁煙外来」は、直接の対面診療が結果的に行われなくても直ちに医師法20条に抵触しないということも今言われています。

まずこれが診療行為、医療行為ということで行う上でのルールと理解しております。そして、その中で更に上乘せで保険診療で行う場合は、遠隔診療を「初診」だったり「200床以上の病院」で行おうとする場合には、該当する診療報酬が今できていないため、行えないと我々は理解しております。

これを踏まえまして、今回、制度の課題と見直し例ということで三点、協会として意見を持ってきております。

一つ目としては医療の提供される患者の場所、二つ目が診療報酬改定、(1)として希少疾患、(2)として慢性疾患となっております。では、一つずつお話をさせていただきます。

「①医療提供される患者の場所」ですが、「1. 現在直面している課題・具体例」は、患者さんが医療法で規定されている場所以外で診療を常に受けようとする場合、医療行為を受けることができないと考えています。これは救急対応とかではなく、常に受けようとする場合と理解しています。ちょっと想像してもらおうと有り難いのですが、例えばへき地、田舎に住んでいる高齢の患者さん。私も福井で田舎なのですが、そういう田舎に住んでいる高齢の患者さんで、スマホも持っていない、家にパソコンもWi-Fiも全く飛んでいない。そのような患者さんで、かかりつけ医の診療所まで行くのにバスで三、四十分ぐらい掛かる。そういう人たちがかかりつけの診療所ではなく、例えばその町内に公民館がある。その公民館で、そこだとWi-Fiが飛んでいたり通信環境がいい。そういうところで、例えば町内にある近くの公民館で遠隔診療を受けたいと考えていた場合、医療法では規定されていない公民館では診察を受けることができないという点が、問題として考えております。

次のページ、「2. その課題において関係している規制・制度」になりますが、これは医療法第1条の二第2項と考えています。全文は、もう一枚めくったところで医療法第1条の二第2項と施行規則を持ってきておりますが、省略したものを読ませていただくと、医療は、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において提供されなければならないと書かれております。

これに関して「3. 見直し例」として考えておりますのが、医療法第1条の二第2項で医療を提供する場合の場所として規定されている居宅等の「等」の解釈を広く考えていただいて、公民館や会社などでも患者さんが遠隔診療を常に受けようと、毎回そこで受けようと考えている場合でもできるようにならないかと思っております。

また、※として書かせていただいておりますが、医療法では、医療者の場所は特に規定していないという理解をしております。

次は参考になりますので、もう一枚めくっていただいて、次は「②診療報酬改定（1）希少疾患」になります。

「1. 現在直面している課題・具体例」におきますと、一般病床が200床以上の医療機関においては、遠隔診療を行っても保険診療で算定することができないということが挙げられます。例えば、これも具体例として持ってこさせていただきますが、へき地に住んでいる希少疾患というか、難病の患者さんがいらっしゃいます。その患者さんが専門医に受診すると、難病の専門医というのはやはり大学病院だったり特定の大きい病院にしかいませんので、例えば都市部の大学病院に勤務しているところに通院をしようと思っていて、遠方から1時間ぐらいかけて受診をしているという患者さんがいるとします。そこで、担当の主治医の先生が、通院するのは大変だし、負担を軽減するために遠隔診療ができると、2回に1回は安定しているので遠隔診療にしましょうというふうに変更しようと考えていますが、例えば大学病院では、今、再診料ではなく外来診療料というものを再診の場合に算定することになっておりますので、大学病院の医師が遠隔診療を保険診療で行うことができないと我々は理解しております。

めくっていただくと、次に「2. その課題において関係している規制・制度」になります。これは何かと申しますと、28年度の診療報酬点数から抜粋しておりますが、A001再診料の「（7）電話等による再診」におきまして、「ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）」というふうに、再診料の中にテレビ画像等の再診料を算定できるということが書かれております。

下のA002を見ていただきますと、外来診療料において、許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定するものが、この外来診療料となっております。外来診療料の中には、例えば細かい注釈として、テレビ画像といったところが書かれていないのが現状になっております。

そのため、もう一枚めくっていただくと、見直し例として私たちが一つ考えさせていただいておりますのは、A002の外来診療料でもテレビ画像等による再診の場合は算定を可能にするというふうに規定をしていただきたいと思います。もしくは、新しく「遠隔診療再診料」という保険点数を整備することがあるといいのではないかと考えています。これは何かと申しますと、現状、遠隔診療というものが再診料の中に電話等再診ということで含まれてしまっておりますので、遠隔診療が行われるようになってきているときから遠隔診療が何件や

られているかという実態把握ができていないのが現状になっております。例えば昨年からナショナルデータベースが公開されておりまして、それを見ても遠隔診療を実際に何件しているかが分からない。そこを算定するためという意味だったり、そこで遠隔診療の実態把握をするという意味も込めて、このような新設ということも一つ考えていただくと有り難いと考えております。

最後に「②診療報酬改定（２）慢性疾患」の話をさせていただきます。これに関しましては、まず、遠隔診療の一つ適した疾患として我々が集めている報告によりますと、慢性疾患、特に高血圧、糖尿病などがかかりつけ医による継続的な経過観察を続ける上でとても大切であり有益だと、報告として集まっております。

「１．現在直面している課題・具体例」におきましては、医療機関は遠隔診療でも対面診療でも、患者さんの診察に必要な時間としては、実際に行ってみると当然変わらないのですね。患者さんが対面にいるか画面上から登場してくるかであって、時間を短くして診療を行っているということではありません。画面で患者さんが登場してきているだけということになりますので、患者さんに必要な時間というのは変わりません。しかし、遠隔診療を行うと、対面診療に比べて請求できる診療報酬は現時点では低く、医療機関において遠隔診療を行うと病院としての収益が下がるため、それが導入の障壁となっている場合があります。

参考となっている、このような特定疾患療養管理料が取れないというところが、今一つあります。

参考として、次のページをめくっていただくと、基本的には今、「再診料」と「処方せん料」が遠隔診療では取れると考えておりまして、管理料というような類いのものは算定できないことになっております。

「２．その課題において関係している規制・制度」におきましては、平成28年度診療報酬点数のB000特定疾患療養管理料の（10）で「再診が電話等により行われた場合にあつては、特定疾患療養管理料は算定できない」と明記されております。そのため、遠隔診療においてはできないというのが現状になっております。

「３．見直し例」としては、遠隔診療においても対面診療で算定されているような形で、何かしらの診療報酬の評価をお願いできればと考えております。

課題の報告としては以上になります。ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、まずは皆様から御意見や御質問がございましたら、お願いいたします。

では、森下先生、お願いします。

○森下座長代理 厚生労働省に御質問なのですけれども、最初のところの公民館等でできないという話なのですが、これは事実として本当にできないのか、「等」の中に入っているように読めなくもない気もするのですが、現状この運用はどうなっているのですか。

○厚生労働省（谷課長補佐） 御質問ありがとうございます。厚生労働省医政局総務課の

谷です。

御質問いただいた件なのですけれども、一応事実関係を改めて御説明させていただくと、頂いた資料の13ページにございますとおり、医療法において、御指摘いただいたとおり、医療を提供する場所は、「医療提供施設」又は「居宅等」という形になっていまして、「居宅等」については、この下に記載がございます施行規則の中でそれぞれ例示させていただいているところがございます。この施行規則で求めるところは、第5号にありますとおり、医療を受ける者、いわゆる患者さんが療養生活を営むことができる場所という限定がかかっているということでございますので、今回御指摘にありますような公民館というのは、その患者さんが療養生活を営む場所という形ではございません。そういう意味では、現状では、公民館は居宅等には含まれていないと認識しております。

○森下座長代理 そうすると、利便性が悪いという話になるのだらうと思うのです。スマホなりでやるときに場所を規定することの意味が果たしてどこにあるのかと。当然ながら遠隔医療の利便性は、ある意味どこにいてもできるということがメリットだと思うので、ここは確かに言われるように、規定することの意味が本来ないことをわざわざ規定しているとしか思えないので、ここは考えたほうがいいのではないかと私は思います。いかがですか。

○厚生労働省（谷課長補佐） 御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおりの点もあると思いますが、ここの限定している場所というところがございますけれども、今回御提案いただいているようなお話は、へき地のお話もありましたが、遠隔診療ですので、実際に医師がそこに行くか行かないかという違いはあると思うのですけれども、公民館に実際に医師が行くというものが遠隔診療に代わっているという形で理解をしていただくと、我々のほうでも、巡回診療、巡回して診療を行う、公民館に人を集めてそこにお医者さんが行くというような場合は当然あるかと思えます。そういう場合には、御質問にあったとおり、公民館ではできないということではなくて、公民館であっても診療所の届出さえしていただければ、そこで医療提供ができるという大前提があります。他方で、公民館を常に医療提供施設として使うわけではないと思えますので、我々のほうも柔軟に通知で対応させていただいていまして、もともと本拠となるような診療所なり医療機関があるのであれば、巡回診療のほうの方がより利便性が高いであるとか、巡回診療しなければいけないような場合には、診療所の届出ではなくて、巡回診療を行うというような簡易的な手続で対応もさせていただいています。そういう意味では、今回は実際に行く、行かないというところの違いはありますけれども、そういう手続的なものを活用するということも御検討いただければと考えています。

○森下座長代理 根本的に議論がかみ合っていないと思うのです。要するに、受けたい患者さんがいて、当然ながら場所も自由にならないと。スマホも使えないので、どこかにスマホなり、あるいは何か画面を置いておいてほしいという話を言われているのだと思うのです。そこをわざわざ診療所としてとか、巡回診療所として指定するというのは全然話が

違うことだと思ふのです。そこまでしなければいけないよだと利便性が極めて悪い話だと思ふので、もう少し実態に応じてそこは解釈されればいいのではないかと。

認めることによって何かデメリットがあるとはとても思えないのですけれども、何かデメリットがあるのでそういう固いお答えなのですか。

○厚生労働省（谷課長補佐） すみません。そういう観点でありましたら、診療所というものをなぜ届出させるかということにおきましては、医療というのは基本的に、当然ながら、その患者さんに対して適切に提供される必要があるもので、要は保健衛生上の問題でありますとか、その場所がいかに安全であるとか、いかに患者さんのプライバシーに配慮するであるとか、そういったところも考慮しないとイケないと思ふますので、最低限の届出という形でさせていただいているということでございます。

○森下座長代理 全く話にならない答えでびっくりしているのですけれども、これは本来、診療所を開こうという話ではないわけですね。プライバシーというのであればカーテンがあればいいのか。要するに自宅にいても同じなわけではないですか。これは本人が自宅以外のところで受けていたって基本的には分からないわけです。そうでしょう。スマホで受けているわけで、「あなたは今日どこにいますか」と聞くわけではありませんし、そういう意味では会社の一室で聞くということも当然あり得るわけですね。そうすると、実態として本人だけかどうかというのが大事であって、家族も一緒かもしれないけれども、全然話がすれ違っているのではないかというのが一つ。これは今すぐは難しいでしょうけれども、今の答えでは私は納得できないというのが趣旨です。

もう一点、二つ目の病院の話なののですけれども、200床以上というのは、確かに全部を認めるというのは恐らく大病院に集中しないよということ为背景なのだろうと思ふのですが、一方、難病に関しては、難病指定医は非常に大きい病院しかいらっしやいませんね。そうすると、やはりそこにわざわざ行かなければいけないというのは非常に大変ですし、月に1回、2回来てもらおうというのも非常に大変なので、ここに関しては、難病に関しての部分だけで言えば何か問題があるとは私は思えないのですが、いかがですか。

○厚生労働省（中谷課長補佐） 厚生労働省保険局医療課の中谷と申します。診療報酬に関する御質問ですので、お答えさせていただきます。

まずは前提として、診療報酬、医療保険で医療サービスの対価として支払われるものはあくまで医療保険サービスという形でのものなので、自由診療でやっていただくものに関しては遠隔診療を提供できるということで、医療保険、診療報酬が付かないからできないというのはちょっと誤解を招くのかなと思っております。

診療報酬の点数は、今も既に4,000項目ございますが、全ての医療サービス、全てのプロセスに一個一個、個別に点数設定しているものではございません。200床以上の保険医療機関というのは一定規模ございますので、当然ながら患者さんの問合せ、電話であったときに、その分のフィーを見るという仕組みにはなっておりません。それ以外の、例えば月当たりの医学管理は包括的に診療報酬をお支払いしているもので、その中で見ているというこ

とですから、電話等再診の再診料は取れないルールになっているということでございます。

この全体の課題を整理していただいていると思うのですが、おっしゃるとおり、今の対面診療を補完するという使い方で、メリットがきっとあるのだろうということは、我々、これから医療資源がなかなか乏しくなっていく中で、効率的に医療も提供できるし患者さんにもメリットがあるということは当然目指していくべき方向性だと思っておりますので、今年の未来投資会議でも厚生労働大臣から診療報酬改定でそういった報酬を付けていくとお話しさせていただいています。電話等再診の点数自体がそもそも古い点数設定のものでございまして、開業医さんが電話で問合せがあったときに対応するのは、開業医さんのレベルだと大変なのということの配慮で再診料を取れますという扱いにしたという歴史のものでございますので、これが今、遠隔診療のときも算定できるというだけで、遠隔診療のための点数ではございません。

ですので、今のサービス提供体系に合ったような診療報酬はどういうものかということで、今、御指摘があったように、例えば難病の方ですとか、定期的に通うときに当然受診するまでの体の負荷といいますか、御家族が付き添ってとか大変だということはよく分かりますので、そういった遠隔診療がなじむユースケースなどにつきまして、モデル事業とか、今日御提案があったような扱い方もお話をいろいろ伺っているところですので、次の改定に向けて、今日頂いた御指摘も踏まえて検討させていただきたいと思っております。

○森下座長代理 要約すると、前向きなお答えを頂いたということですのでいいですね。

○厚生労働省（中谷課長補佐） はい。長くてすみません。

○森下座長代理 ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

是非、資料16ページの、新しく「遠隔診療再診料」の保険点数を希少疾患について整備するとか、19ページの、慢性疾患についての見直しですね。「特定疾患療養管理料の算定を可能にする」というような具体的な御提案を頂いていますので、来年の報酬改定に向けて具体的に御検討いただければと思います。

ほかに御質問、どうぞ。

○土屋専門委員 先ほどの13ページをもう一度確認したいのですが、医療法は国会で決まったことで、厳格に受け止めないといけないと思うのですが、医療法第1条の二第2項の4行目で「医療を受ける者の居宅等」と、法律ではそうなっているわけですね。ところが、省令である施行規則では、下から2行目で「医療を受ける者が療養生活を」と。療養生活というと、いかにもベッドで就きっきりのような印象ですが、法律では「医療を受ける者の居宅」と書いてあるので、歩いている人もいっぱいいるわけですね。寝たきりではないわけです。厚労省が「療養生活」と書いてしまうと、一般の方はベッドに就きっきりではないかと。

ところが、今や早期のリハビリが大事だということからいったら、どんどん歩き回らないといけないわけですね。歩いてはいけない病気もないわけではないけれども、多くは通

常のデイリーライフを送っていないとむしろ病気が治らないので、公民館に行くのなどは日常の療養生活の中に入るわけですから。そこまで散歩してくれなければ逆に医者が指導した価値がないとなると、厚労省が決めた「療養生活」というのは余計なことで、医療を受けるものが生活を営む場所であればいいわけです。公民館は当然入るわけです。公民館というのは生活の中です。そうすれば、別に公民館は私は名前を書く必要はないと思うので、森下座長代理が最初に言ったように、「等」の中を生活の場と解釈すれば、そんなものは当然地域の中に入って来るのです。それを「療養生活を営む」というのは、まるでベッドへ縛りつけられた患者だという古い認識で、昔の療養所の感覚の認識ではちょっと現代医療には追いつかないのではないかと。10年前、20年前に医学部を皆さんが出たときにはそうかもしれないけれども、今の医療は全く違いますので、現在に合わせた状況に直していただきたい気がいたします。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

医療法第1条の二の「居宅等」の解釈が、むしろこの規則で狭まっているのではないかという御指摘だったかと思います。むしろ今、遠隔医療を進めるという方向で、厚労省のほうもそういうお考えであるとすれば、ここの解釈を今必要になっている公民館とか地域の便利な場所に広げられないか。そういった場所のほうの方が自宅よりも適切かつ安全に、また、ICT設備なども備わっているかもしれません。解釈をもう少し柔軟にしていこうということが本日の要請にもありました。これも是非前向きに御検討いただければと思います。いかがでしょうか。

○厚生労働省（谷課長補佐） 補足させていただくと、今、御指摘のあった「療養生活を営む」場所というのは、我々のほうも多少と言うとあれですけども、柔軟に対応させていただいてまして、居宅で寝たきりの人だけしか駄目だという取扱いはしていません。ですので、職場であったり、リハビリをしながら働くとかというのもあると思いますので、そういうところは「居宅等」の中に幅広く含める方向性で、現状でも職場等を用いてやられている事業者もございますので、そういうところは対応しております。

公民館というのも、どこまでを生活の一部とみなすかというところの判断だと思いますので、少し細かく詳細をお聞きしながら我々のほうも検討したいと思っています。いずれにしても、療養生活というのが、必ず寝たきりで全く動けない人だけを対象にしているわけではないということは補足させていただきます。

○林座長 ただ、現実的に「居宅等」の解釈が問題になると、この規則が出てきて、規則に「療養生活」と書いてあると、非常に状況を理解してくださる役所の方の場合は例外的に認めてくださることがあるかもしれませんが、公民館とか会社となるとハードルが高いという現実を聞いております。そこはやはり解釈の疑義が人によって違わないように、より広げる解釈を規定することも必要ではないかと私は思います。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 一言でやめますが、「療養」というのは体を休めるという意味があるのです。だから、ベッドに就いたという印象をみんな受けてしまうわけです。これは「医療を受ける者の居宅等」と書いてあるのですけれども、そのまま書いていただければ、今言ったような解釈は容易にできるということでもあります。

○林座長 ありがとうございます。

川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 中谷さんに二点、加藤さんに一点です。

電話等による再診は意外に規制が厳しいので算定件数は少ないかと思います。社会医療診療行為別統計を見ても、加藤理事が言うように恐らく遠隔診療が何件とは出てこないと思うのですが、電話等による再診は何件ありますか。

二点目は、次の4月の同時改定で、恐らく未来投資会議の言うICT、IoT、AIをいろいろ入れていったらどうかということで、働き方改革とも関係して、結局、当局は一体どういう改定を狙っているというのか。

次に加藤さんに聞きたいのですが、200床以上の病院は、外来診療料は付いているけれども管理料がないという話でした。これは政策誘導なのではないかと思いつつ、一体全体、何点ぐらい付くと投下資本の回収ができるのか。そういう御試算はあるのか。

以上です。

○林座長 よろしいですか。

○厚生労働省（中谷課長補佐） 川渕先生、御無沙汰しております。

診療報酬の御質問、当然ながら電話等再診の算定回数ですが、件数ベースで申し上げると、月当たり約20万件。件は月当たりなので、1か月に複数回受診する方もおりますので、回数ベースでいきますと、1,300万回プラス145万回ですから、1,500万回ぐらいということかと思つてます。外来受診自体はもっとずっと回数が多いので、パーセンテージにしますとかなり少ないパーセンテージになるかと思つてます。

ただ、これは今、先生から御指摘があったように、電話等再診の今の診療報酬の算定要件でございます、治療上の意見を求められた場合に必要な指示ということで、これは患者さん側から医師に意見を求めるということなので、医師と、次に何月何日にオンラインで診察しましょうという要件だと、患者の求めなのかどうかということで、少し算定要件としては厳しく取られる場合もございます。この電話等再診というのは、そういう患者さんからの求めがあって、特にクリニックの先生の手間を配慮して再診料を取れますという扱いの点数でございますので、今、議論している遠隔診療に関しては、一定程度、どういったものと呼ぶのかという定義が曖昧だという御意見も医療界にありますので、その辺りを整理した上で、それに合う形での評価を検討したいと思っております。

○川渕専門委員 それはいいですね。

加藤さんはどうですか。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 管理料は団体としてどうかというところですが、

管理料としては、資料の17ページに書かせていただいているように、遠隔診療を行っていても患者さんに対して医療提供者は同じような時間で、画面を通して同じように診察をしているというところは変わらないと考えております。そのため、療養管理料と同等に近い点数があるといいのではないかと考えておりますし、やはり遠隔診療で点数が少ないとできないような現状が伝わっております。同じように医者が時間を使っているのに、遠隔診療の点数が低いために導入しにくいということは現状として伝え聞いております。

○川渕専門委員 恐らく一物一価とは言いながら、遠隔診療をやれば医療の効率化ができるのではないかという期待が裏にあると思うので質問しました。固定費がすごくかかるのは分かりますが、今日はベンチャーの方なので、例えばこの辺までだったらペイするという、一定のシミュレーションがあるのかなと思ったのですが、されていないのですか。

○林座長 なかなかそれは難しいお答えではないかと思うのですが、ほかに、もし、どうぞ。

○厚生労働省（中谷課長補佐） 一点、先ほどの私の発言を訂正させていただければと思います。件数と回数と申し上げたのは、回数と点数の間違いでございました。大変恐縮です。20万回、1か月当たりでございます。大変申し訳ございません。

○林座長 ありがとうございます。

では、お願いします。

○森下座長代理 最初の公民館の話をしたいのだけれども、公民館がどうこうというのは重要ではないと思うのです。公民館という話を持ち出すからちょっと話がややこしくなってしまうのだけれども、そうではなくて、むしろ患者さんが受けたい場所で受けられるようにしてあげる。そちらが趣旨だと思うのです。それはおっしゃるように会社である場合、あるいは場合によっては居住のスペースが、例えば親戚の家に行っているケースもある。いろいろなケースがあると思うのです。そうすると、遠隔医療というかICT医療のポイントは、結局、場所というのは本来意味がないというのが趣旨だと思うのです。そこを場所で仕切っていて、公民館を詳しく調査したらいけるかもしれませんという話では違うのだろうと思うのです。

そういう意味で、ちょっと質問の趣旨が、今のプレゼンではすごく公民館というスペシフィックな場所を言っているのだけれども、私が質問したいのはそうではなくて、そういう場所を関係なく、基本、言われるようなプライバシーが保てるとか、それは患者さんのほうの問題だろうけれども、そういう環境が整えられれば、本人が受けたい場所で受けさせてあげられるかどうか。そちらのほうのポイントだと思うのです。

「等」がそこに入るのであれば構わないのだけれども、非常に場所を限定するということになれば、これは当然ながら、本来分からない場所なのに、そこを規定するのは意味がないのではないかと思うので、ちょっと質問の趣旨が違うかなと思っています。そういう意味で、是非患者さんが受けたい場所で受けられるようにしてあげるような解釈ができるのであれば、それが望ましいのではないかというのが私の意見なのです。でも、それは先

ほど聞いていると、恐らくできそうな解釈をしているという意味ですね。

○厚生労働省（谷課長補佐） 基本的にはそういう形ですが、公民館という例示が出てきたので、我々としては、要は不特定多数の方がそこに来られるというところに着目してまして、そこで余り限定を無くしてしまうと、要は公民館でなくてもどこでもできることになってしまうのです。他方で、委員がおっしゃったとおり、患者さんが受けたいところで個人の生活に配慮して場所をどう設定するかというのは、我々も、職場も含めて柔軟に対応させていただいています。その中で少し公民館というのが象徴的になっていきましたが、その辺りは我々も、必ず場所を縛らなければいけないわけではなくて、医療を提供する場所というところで、いかにしっかり適切な医療が提供されるかどうかという観点で見えておりますので、その辺は幅広くといたしますか、我々のほうでも極力柔軟に対応していきたいと考えております。

○林座長 今、厚労省から「居宅等」の解釈は柔軟にしていくというお言葉を頂きましたので、是非ともよろしくお願ひしたいと思います。

では、江田委員、お願いします。

○江田委員 いつでも必要なときに医療を受けられるような体制にするというのは大切だと思うのですけれども、一つ懸念になるのは、医療費の増大みたいなところ。私も賛成ではあるのですけれども、もしこの点数が、19ページのように保険点数をイコールにしてはという御提案があったときに、必要以上にこの技術を使って医療費が増大するのではないかみたいな懸念点はございますでしょうかというのが一点と、もしあるのであれば、どのような形でそういったところをコントロールしていくのかというのは、加藤さんにも厚労省の方にもお聞きしたいと思ったのです。お願いします。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 我々、遠隔診療を実際にやっている者の立場からすると、やはり遠隔診療をすることで、今まで例えばサラリーマンでちょっと仕事が忙しくて来なかったと、悪くなってから受診する人がいたのですね。そういう人が、遠隔診療だったら、仕事の忙しい中でも遠隔診療をしようということで通院を継続してくれたりしますので、そういう意味では、医療費というのは、糖尿病でありましても、例えば重症で透析だったり、糖尿病網膜症だったり、合併症が出てきてとなりますと、やはり医療費というのは重症になったほうが軽症の場合と比べてゼロが二つぐらい高くなってしまふ。そういうことにおいて、軽症の患者さんの状態でずっと経過観察ができて、そして治療を継続できるということは、診療報酬として導入したときは一時期、確かに遠隔診療を新たに受診する患者さんが増えて上がるのかもしれませんが、トータルで長い目で見っていくと、重症化を予防するということで軽症の患者さんが増えて、糖尿病でしたら透析の患者さんなどが減っていったら、そういうことで全体としての医療費は抑えられるのではないかと、想像ですが、考えてはおります。

○江田委員 お願いします。

○厚生労働省（中谷課長補佐） 御質問ありがとうございます。

今の点数のままで単純にオンラインでも算定できるとなりますと、当然、病院にわざわざ行くというハードルが無くなりますので、我々が今まで診療報酬点数を設定してきた経験からいいますと、需要は伸びるので、医療費は増大する方向に動くはずです。

ただ、点数を設定する際に、先ほど申し上げたように遠隔診療として有用な使い方、難病の方とかが先ほどございましたけれども、そういった有用なユースケースですね。具体的に患者さんも望まれているようなところについて、まずは診療報酬で評価をするという形で、医療費が増大する方向に行くのか、余り増えないのかというのは点数の要件次第というところもあろうかと思えます。

ただ、長期的に見ますと、きちんとした予防介入をすることでクオリティーがしっかり上がるのであれば、やはり進めていくべき医療ではないかと考えていますが、大事に育てるべきものではないかと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

では、野坂委員、お願いします。

○野坂委員 先ほどの江田委員の質問と関連していると思えますけれども、遠隔診療が普及し、患者さんが必要以上に頻繁に遠隔診療を利用することで、例えば逆に予約がしづらくなるとか、患者さんにとってのマイナスの側面がないのかどうか、何か懸念事項があれば教えていただきたいと思えます。

あとは管理料が取れないという点で、予約料として患者さんに費用を負担してもらうケースもあると聞いているのですが、そういった別の方法ではやはり限界があるとお考えかどうか。この点についてお伺いしたいと思います。

○林座長 加藤先生への御質問ですか。

○野坂委員 そうですね。

○林座長 では、加藤先生、お願いします。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） ありがとうございます。

遠隔診療をすることにおいて、例えば乱用していくというふうには、我々と言うとあれですが、私としては考えてはいません。プロフェッショナルオートノミーというところが医療の現場にはありまして、一部不届きなクリニックなどが出てきてそういうことをするかもしれないということは否定できないことは確かですが、全体として医師はそういうところに持っていったりするようには思っておりませんので、遠隔診療をすることにおいてそれが乱発されて、そのことによって遠隔診療が対面診療の補完というような立ち位置が変わるとは考えていません。

患者さんのマイナスに関しましては、患者さんは病院において今も予約が取りにくいというところはあると思うのですが、遠隔診療をすることで、先ほども話が出ていましたが、医師の今使われていないリソースが活躍できるというところも一つはあると思えます。そういう意味では、確かに一部の医師に集中してその医師の予約とかは取りにくくなるかもしれませんが、全体として医療を受けられる手段が広がるということは、患者さ

んにとってはマイナスではないと考えています。

○林座長 ありがとうございます。

では、森下先生。

○森下座長代理 今回の保険の考え方についてなのですが、厚労省にお願いしたいと思うのは、個別の一件一件の点数を付けていくということになると、やはり青天井になっていく可能性があるのと、実際にこれからのICTの進め方は、多分24時間モニタリングが中心になってくると思うのです。そうすると、この時点で何かが発生するという出来高払いの方式はちょっとなじまなくなってくると思うのです。むしろどちらかというとDPC的な要素というか、全体の指導管理料的なものを入れていかないと、今の個別に立てるというやり方は、かえって技術の発展とかイノベーションを阻害する可能性もあると思います。

ですから、将来的な医療の在り方として、恐らく24時間の管理が、しかも永続的にやれる状況の中で、どういう点数体系を付ければいいのか。そういう観点から立て直してもらわないと、多分、変な方向に伸びるICTになりかねないと思うので、そこだけは是非意見を共有したいと思うのです。

○厚生労働省（中谷課長補佐） 御指摘ありがとうございます。我々も今、正に日本の診療報酬の体系がDPCを除きほとんどそうした出来高体系になっていることの問題点を痛感しておるところで、ICTを活用することできちんと、例えば透析の導入をどれぐらい防いだですとか、そういった評価軸とともに、包括的な上手な管理なりというところの評価ができないかというのは内部でも議論しているところで、持ち帰って議論させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。何かちょっと明るくなってきましたね。

最後に私から加藤先生にお伺いしたいのですが、遠隔診療というのは対面診療の置き換えではなくて組合せだというお話を冒頭に頂きまして、私どももそのように考えております。前回、医師会の今村副会長もそのようにおっしゃっていたところでございます。

そうなりますと、現状でどういう組合せの仕方が患者さんにとってニーズがあるのか。どんな疾患について、どんな場面とか程度で遠隔診療を組み合わせていくのがいいとお考えなのか。抽象的な質問で恐縮なのですがけれども、まずはベストプラクティスを広げていくという意味では、どんなところがよろしいのでしょうか。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） ありがとうございます。

まずは今回、資料にも入れさせていただいた生活習慣病、慢性疾患の高血圧、糖尿病というところは一ついいと思います。

取組としましては、先々週末に、私は遠隔医療学会の運営委員として所属しているのですが、遠隔医療学会で数々の取組として、このような事例が個別では上がってきているのですが、エビデンスとして、多数例の報告としてはまだ上がってきていない現状です。しかし、遠隔医療が今は行えるようになってきて、いろいろな場面で使えるということは分かってきておりますので、その報告をもってやっていきたいとは思っているのですが、お

話しさせていただいたように、一つはこのような慢性疾患は、今の時点での例として良いのではないかと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

そうすると、今日お話のあった公民館でというような例も、経過観察的なものをイメージされているのでしょうか。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） そうですね。高血圧で通院中の高齢の患者さんで、例えば今、毎月受診しているところを3か月に1回の通院にしましょう、間の2回は遠隔診療にしましょうというようなことが今の考えとしてはあるという話です。

○林座長 ありがとうございます。

では、土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 先ほど江田委員が言われた過剰受診の問題は、必ずしも遠隔診療というか、ICTの問題だけではなくて、現実にも、日本では外来診療が多過ぎるので、やはり上限は設けるべきだと思います。これはむしろ患者さん個人にとっては、やはりICTを使ったものがあつたほうが便利になるので、そこはうまくバランスをとっていただく必要があるかと思ひます。むしろ正しい規制は規制すべきだと思います。

それと公民館にこだわると、社会教育法第20条には、健康の増進、社会福祉の増進ということもちゃんと公民館の役割に入っているのです。ですから、その点をよくお考えいただきたいと思ひます。

○林座長 勉強になりました。ありがとうございます。

落合先生、お願いします。

○日本医療ベンチャー協会（落合理事） 先ほど野坂委員から御質問があつた中で、予約料ではなぜ駄目なのかというところの御指摘、ちょっと回答が漏れておりましたので補足させていただきます。現状、予約料というのが使われている部分はありますけれども、予約料になる場合は、病院が同じだけの報酬を得ようとする、その分、自己負担が非常に増えてくるというところがありまして、そうしてしまうと究極的にはお金持ちでないと医療を受けられなくなり、不公平が出てくるのではないかとすることがあります。そういった意味では、なるべく予約料ではない形で診療を提供できることが国民全体にとっていいのではないかと考えているところです。

○林座長 ありがとうございます。

議論は尽きないところなのですが、時間の関係もありますので、今日はここまでとさせていただきます。

日本医療ベンチャー協会の加藤先生、落合先生、本当にありがとうございました。当ワーキング・グループとしましては、Society5.0に向けた医療の実現に向けて、今後もヒアリングを続けていくながら、ICT、IoT、AI等の活用に係る論点・課題を整理して、今後の見直しにつなげていきたいと思ひております。今後ともよろしくお願ひいたします。それでは、皆様御退室ください。

(日本医療ベンチャー協会、厚生労働省退室)

(日本バイオテック協議会、厚生労働省入室)

○林座長 お待たせいたしました。それでは、次の議題に移りたいと思います。

本日二つ目の議題は「医療イノベーション促進のための規制の在り方について」です。

創薬イノベーションの促進については、過去、前会議体の「規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ」の第2期において議論され、革新的な医薬品・医療機器の価格に関する制度の改善に係る項目として、平成26年6月の閣議決定で実現いたしました。それでもなお創薬に特化したベンチャー企業からは、薬価算定方法などについて改善を求める声強いことを踏まえまして、今回、事業者からのヒアリングを行うことといたしました。

本日は、先月の中医協においてもヒアリングを受けられた日本バイオテック協議会の塩村仁理事と松本正監事にお越しいただいております。また、厚生労働省より飯村康夫医政局経済課ベンチャー等支援戦略室長、目黒芳朗保険局医療課課長補佐にもお越しいただいております。

では、日本バイオテック協議会様から御説明をお願いいたします。

○日本バイオテック協議会（松本監事） 日本バイオテック協議会の松本、隣の塩村の2名でございます。

本日は、このような貴重な機会を与えてくださりまして、誠にありがとうございました。

早速、私ども日本バイオテック協議会の簡単な御説明をさせていただきます。スライドで言いますと2枚目のスライドに当たります。私どもの協議会は、会員数が36社で構成されております。2009年7月に設立された団体でございます。隔月で官民で勉強会を開催しておりまして、今年、来月11月に第60回目の勉強会を開催する運びとなっております。

会の設立の目的は、官民の対話を通じまして日本におけるバイオテックの推進を図り、我が国の医療への貢献及び医療産業及び会員各社の健全な発展に寄与するところを目的としております。

厚生労働大臣の諮問機関の医療系ベンチャー振興推進会議におきましては、現在、構成メンバーの先生方の15名中6名が私どもの会員企業から参加させていただいております。会員企業は、開発要請・公募品に対する真摯な対応も含め、主に難病のお薬に対する果敢な治療薬の開発の挑戦、希少疾病等の提供を通じまして、患者さんの治療に貢献できるよう日々精進させていただいている次第でございます。

引き続きまして、塩村理事から、今回、中医協に対しても説明させていただきました薬価に対する私どもの考え方について説明をさせていただきます。

○日本バイオテック協議会（塩村理事） 塩村仁と申します。よろしく申し上げます。

3ページ目を御覧ください。「薬価は“魔の山”」と書いてございますが、これは新しい会社が立ち上がっていくときに、魔の川とか、死の谷とか、ダーウィンの海などという言葉がございまして、それをもじって付けてみたものです。有名な小説とは関係がないわけです。

薬価は公定価格ということで、我が国特有の制度でございます。これは優れた制度で、必要な制度であることは間違いありません。けれども、これまでも非常によく機能しております。日本の医薬品の価格は、一般に言われているように決して高いわけではございません。世界的に比べても適切な価格、あるいはどちらかという目安の価格になっております。ただ、新参者にとって非常に厳しいということ、魔の山という言葉で表しております。特に原価計算方式についてなかなか厳しいものがあるということ、今日は御説明させていただきます。

中医協でも9月13日に御説明させていただいた内容なのですが、少しかみ砕いてくどくど説明するかもしれませんが、御容赦いただければと思います。

現行の原価計算方式の課題としまして、4ページを御覧いただければと思います。そのページの赤でアスタリスクがついているリファレンスは、8ページに細かく解説がありますので、適宜8ページに飛びながら御説明を申し上げたいと思っております。

私どもの会員企業の製造販売する医薬品の多くは、新規性が高いということで原価計算方式で薬価算定されております。8ページを御覧いただきますと、原価計算方式の概略を書いてございます。製品の製造原価に販管費、営業利益、流通経費や消費税を加えて薬価とするということです。今まで治療法がなかった医薬品とか、有効性や安全性が革命的に改善した医薬品です。例えば今までの有効率が30%であったものが7割になるとか、そういうケースで適用される方式であります。類似薬がない医薬品に適用されますので、希少疾病や難病の治療薬がこれに該当するわけでございます。

4ページに戻っていただきまして、現行方式では企業規模に関わりなく、同一の係数を用いて算定される。これが問題というか、困っていると申し上げたいと思います。

行ったり来たりで恐縮ですが、もう一度8ページに戻っていただきまして、係数といいますのは、個々の会社の事情ももちろん聞いていただくのですけれども、基本的にはいわゆる業界の平均的な数字をリファレンスとして使う。その数字のリファレンスを係数と申しております。例えば販管費、販売の経費とか研究費につきましては、日本政策投資銀行の統計を使って、0.452という係数を使います。営業利益率については、同じように平均を使って、0.147を使います。流通経費率も、そこに書いてあるようなことをやります。

9ページを御覧いただきますと、原価計算方式というのは、申しましたように、積み上げて作るのですけれども、赤い枠で囲ったのが係数でございます。各種統計での医薬品産業での平均値を採りますので、この医薬品産業というのは、もちろん大手の新薬を創出しているメーカーも入っておりますし、いわゆる後発品、ジェネリックのメーカーも入っております。それからOTCです。換えて言えば、ベンザとかルルのような薬局で販売されている医薬品の会社も含まれているということでございます。

バイオテック会社、私どものような新しい会社の実数と結構乖離しているということが挙げられます。それと、詳しく説明するのは難しいのですけれども、現実的には④の製品製造原価を基に係数を掛けていきますので、製品製造原価の3倍程度に落ち着くことが多う

ございます。これはもちろん個々の会社の事情もヒアリングしていただいて反映されるのですけれども、ある種、結果としてはそうなることが多い状況になります。

4ページに戻っていただければと思います。新薬というのはなかなか開発が大変で、やっとならば新薬の認可を取った後、先ほど言いました、既に薬価がずっと下がっていったしまった長期収載とか後発医薬品も全部総合した平均的な営業利益率を適用されるのは、ちょっと私どもにとっては酷であるということを感じております。

もう一つ、開発失敗に係る費用が織り込まれていない。この赤字を吸収する手だてのないベンチャー企業にとっては、もうどうしようもないということでございます。

これは誤解を招くとあれなのですが、失敗したのはあなたたちが下手だからではないかと思われるとは思いますが、実際のところ、8ページをまた御覧いただきますと、10年前ですと、1.3万個ぐらい新しい物質を手がけて、それで1個薬ができるというものでした。それが今は倍以上厳しくなっているということがあります。

11ページにあります、これはよく言われています。医薬品開発に要する時間と成功率を表したのですが、70万個の化合物を最初に同定して、そこからずっと始めて行って、最終的に30ぐらいの薬ができるということで、ほとんどが失敗してしまうわけです。これは否めない事実でございます。製薬会社の研究開発費の多くは、実はこの失敗したものにかかってきた費用なのでございます。ところが、原価計算では、それではという考え方はなしに、成功まで至ったものに直接的に費やされた研究開発費を算定するという制度でございますので、普通の大きな会社ですと、既に販売しているものもありますので、いろいろヘッジすることができるのですが、なかなか新参者にとってはそういうのはできないという厳しさがあるということでございます。

次に、また4ページに戻っていただきまして、世界初の革新的医薬品を日本から上市することを私どもは目指しておるわけです。昨今、厚生労働省では先駆け指定という制度を作られまして、非常にユニークなもの、世界に先駆けて開発するものについては手厚く審査を見ましょと。手厚くといっても時間は非常に短縮されて審査しますという制度をして、現に今動いている最中でございますけれども、こういうものを日本から上市しますと、米国は自由薬価ですので、米国はメーカーが好きなように価格を付けていい。それは制度の違いですから致し方ないのですが、しかし、価格を決めるときに、私どももそうですし、やはりどこかに外国の価格というのは頭の中に入れていまして、それをある種、参照していくというのは否めない事実でございます。

米国は自由に価格を付けるという逆のハンディキャップを持っておられて、日本ではそれができないというハンディキャップがある。そうすると、経済合理的に考えると、実はアメリカから申請して、アメリカから認可を取っていくのが経済的に合理的であるということがあります。過去にそのようにして開発した薬もございます。

次に、5ページを御覧ください。現行の原価計算方式に対する主張なのですが、今まで長年、原価計算方式に代わる何かいい方法がないかということは随分議論されてきたわ

けでございませぬけれども、なかなかいい方法が見つからない。そこで、新しい方法も確かに模索していかなければならないわけですが、まずは原価計算方式を上手に運用することができないかということで、世界初の革新的医薬品を日本で初めて上市する場合には、イノベーション促進の視点を入れた原価構成によって計算していただけないかということでもあります。

ただ、やみくもに誰にでもいいというわけではなくて、例えば対象としては、患者数が限定されたセグメント。オーファン薬とか希少疾病用医薬品あるいは難病ということイメージしております。オーファン薬の日本での規定は患者数5万人以下という規定がございませぬので、そういうことをイメージしております。それから、産学連携等によるベンチャー企業発の国内創薬。現在、アカデミアとの協力で様々な医薬品が正に芽生えようとしているところでございませぬが、こういう医薬品に限ってはどうかと。

原価計算の計算方法は予測に基づく計算方式ですので、高く付け過ぎたり、あるいは逆に安く付け過ぎたり、これは事実としてあります。これはある意味、仮価格と考えて、一定期間後に、思ったよりもたくさん売れば下げればよろしいですし、その薬の性能によって売れないなら仕方ないですが、そうではなくて予測とは違った売行きしか示さなければ、それは上げることを考えてもいいのではないかと提議しております。

次に、6ページを御覧ください。より具体的なお話でございませぬけれども、どういうことを言っているかといいますと、一つは係数につきまして、先ほど申しました同業者の平均的な係数に余りこだわらずに、それぞれの会社の実情を酌み取っていただけないかということでございます。

12ページを御覧いただきますと、薬価収載の手続が示されております。私どものメーカーが申請前後から交渉を始めるのですが、まずは医政局経済課にいろいろな情報を提供し、こういう価格でいかがかという話をします。経済課は、それをよくヒアリングした上で、保険局医療課と経済課が直接的に対話する。私どもメーカーが医療課とお話することはございませぬ。保険局医療課は、中医協に諮って、これが適切かどうかを決めていくという手続をしておるわけでございます。

先だって中医協においては、製造原価や輸入原価などがメーカーの言いなりになっているのではないかとコメントをなされた委員がいらっしゃいましたけれども、実際にそういうことはございませぬ。医療課あるいは経済課におかれては、非常に厳しい、目の前にして言いにくいのですが、ちょっと私たちからすると厳し過ぎるのではないかとするような査定をされております。それは当然、お仕事ですから仕方ないわけですが、しかし、そうではなくて、実情をよく見てやっていただけないかということをおっしゃいます。

次に、加算の全体掛けということをおっしゃいます。9ページと10ページを御覧ください。ちょっと分かりにくいのですが、結構これは価格に大きく反映しますので、細かい話をしております。

10ページに書いておりますけれども、原価計算方式と類似薬効比較方式、両方に薬として非常に有効性が高いとか、あるいは副作用が大きく改善されたというケースにおいては加算をする。単に同じ薬に値段を付けるのではなしに、類似薬効比較方式の場合はそれにプラスアルファを付けてあげましょうという制度であります。原価計算方式でも同様に加算をしましょうという方式がありまして、例えば類似薬効比較方式では、そこに書いてありますような画期的な度合いによってパーセントが変わっているわけでございます。例えば類似薬効比較方式で、類似薬100円の場合に加算100%と言いますと、簡単な話ですけれども、その価格は200円になるわけです。原価計算方式では、営業利益率に加算率を乗じるというように決まっております。これは最大100%まで加算をしていただけるということで、同じではないかと思えるのですけれども、実は営業利益率というのは、先ほど申しましたように0.147ですので、100%加算をしても0.147が0.29ぐらいになるという計算になるわけです。だから、原価計算方式で、本来なら100円と査定されたものに100%の加算が認められると、実質21%加算になるわけです。

そもそも原価計算方式というのは、申しましたように、治療方法がなかった疾病の初めての医薬品とか、非常にユニークで大きく医療を変えるような医薬品が多いのに、類似薬効比較方式のどちらかという革新性が少ないものと比べて不利に扱うのは非常に不公平ではないかということ、先だって、お話ししているところでございます。

次にまた6ページに戻っていただきますと、これも細かいようにお感じになるかもしれないのですけれども、現在、政府におかれては、研究開発に対して非常に手厚い援助をいただいております。AMEDという組織が数年前にできまして、私たちから言わせると非常によく機能している制度になっております。しかしながら、そういう政府の補助金を頂きますと、後々うまくいったときに、原価計算のときに研究開発費からそれを控除されてしまうのです。だから、補助金とはいえ、実はそこで戻していることになるわけです。結局これは、そのときは頂いてうれしい、よかったと思うのですけれども、よく考えるとこれは損をしているのではないかということがあります。例えばオーファンの補助金というのは非常に使いやすい、いい制度なのですけれども、これはその後、毎年返していきまので、返していくのにまた取られてしまっているということで、これはちょっと勘弁していただけないか。

最後に、PMDAにおける申請手続のうんぬんと書いてございますけれども、誤解がないように申し上げたいのですが、日本の審査のシステムは、今、世界で最先端を行っていると思います。再生医療関係におきましては、条件つき承認という制度も走っておりまして、海外でも、日本で最初に認可を取ったらどうかということが増えているやに聞いております。それを現在、医薬品にも広げようということで、もう多分、近々にもそういう制度が始まるということで、審査においては、恐らく今の状態では、これ以上和らげることは難しいと実感しております。

ここで申し上げますのは、私どもの会社は、もちろん認可を取った会社もありま

すけれども、まだ認可まで全然至っていない会社もありますので、申請手続で苦勞している分野があるということをおっしゃるので、くれぐれも審査をこれ以上緩めてくれということをおっしゃっているわけではありません。ただ、常に審査という規制については、いつも振り返りながら今までどおり進めていただければ、改革がもしあればやっていただければ非常によろしいのではないかと思います。

以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、御質問はいかがでしょうか。

どうぞ。

○森下座長代理 今、お話に出た営業利益率の加算というのは、林座長が言われたように、前期の我々の会議で決めた内容なのですけれども、まず厚労省への御質問としては、どれぐらいこれが使われているかということと、今、協議会からお話があった加算の全体掛けです。どう考えても類似薬効と比較して、ここは全体に掛けるほうがやはり公平ではないかと思うのですが、その二点について、いかがですか。

○厚生労働省（目黒課長補佐） まず一点目の御質問でございますけれども、基本的に薬価算定につきましては類似薬効比較方式が原則として、類似薬効比較方式によらない場合に原価計算方式ということにしておりまして、原価計算方式の際には、今日御指摘の営業利益率を用いた薬価算定をしているということでございます。

二点目、全体について加算すべきではないかという御指摘ですけれども、これにつきましては、今、中医協で4大臣によって合意されました薬価制度抜本改革に向けた基本方針に基づいて議論しているところでございまして、当然ながら、今の御指摘のような、原価計算におけるイノベーションの評価というものについても論点として提示して、中医協で御議論いただいているところでございます。

○森下座長代理 引き続きですけれども、総理から先日のSTSフォーラムでもイノベーションを推進するには規制改革だという発言があったように、やはりイノベーション促進の視点を入れるのは大変重要だと思うのです。実際に政府内でもいろいろと話が進んでいますが、是非産学連携等による成果を評価すべきではないか。別に国内企業に限らなくても結構ですけれども、日本の大学なりを利用したり、あるいは日本の企業とのオープンイノベーションを利用したものは積極的に評価すべきだと思いますので、営業利益率という固定的な観点ではなくて、やはり全体的な観点で見たいと思います。

先ほどの質問としては、実際に前回、イノベーション創出加算という名前で規制改革で求めたものが制度化されましたけれども、これがどの程度本当に利用されたかということをお聞きしたいという趣旨なのです。確かプラス50からプラス100まで上げたと思うのですが、もし利用がないのであれば、それは制度として不十分だったということで、より全体加算のような形でメリットを見せなければ意味がないのではないかとこの観点から御質問させてもらっています。

○厚生労働省（目黒課長補佐） すみません。質問の趣旨を取り違えていましたので、失礼しました。

実際に原価計算において営業利益に加算をした、どれぐらいの割合で100%加算したとか、そういったデータについては、今、手元に持ち合わせてございません。

○林座長 ありがとうございます。

ほかに御質問はありますか。

では、川渕先生。

○川渕専門委員 二つお聞きしたいのですが、一つは、バイオテック協議会36社の本気度についてです。私自身、決算書を全部見たわけではないのですがけれども、結構赤字基調の会社も多いのかなと思います。結局、今そんなに画期的な新薬が出てこない中で、ビジネスモデルはどうなっているのか。例えば類似薬効がベースですがバイオテックには類似薬はないのだから、やはり原価計算方式になりますね。そうすると、今、御指摘された課題が当然生じますが、その現状はどんな悲惨なことになっている。

塩村さんのところは、私の記憶によると、途中で駄目になったものをもう一回敗者復活させてやるというビジネスモデルだったと記憶しているのですが、そういうのが36社の主流なのかどうか。

もう一つ聞きたかったのは、政府の補助金についてです。社会医療法人制度でも同様のジレンマがありました。つまり、社会医療法人とって、公的な病院に代わるような不採算医療をやっている、例えば救急件数が一定の数値を下回ると突然補助金を返せとか言われるのです。そんなことを言ったって、救急車が何台来るか分からないということで、これは当局がちゃんと解決しました。同様にオーファン補助金も一体全体どれぐらいの規模で、どんな目に遭っているのか、もうちょっとリアルなお話が聞けないかなと思いました。

以上です。

○林座長 お答えしにくいかもしれないのですがけれども、二点御質問がありましたので、よろしくをお願いします。

○日本バイオテック協議会（塩村理事） 本気度ですね。本気度というか、おっしゃるとおり36社の中でもいろいろなモデルがある。一つは、割と本当にシーズからゼロから立ち上げて新しい化合物を見付けて、それはバイオでもあるし、あるいは小分子でもあるし、そういうものから黙々と進めていく。場合によってはそれが最後まで認可に行きつかなくても、途中の段階で会社ごと売却するとか、そういうことで全然問題ないモデルもあります。そういうのはどちらかというと理科系のお医者さんが始めた会社とか、技術者や研究者が始めた会社はそういうケースが多いと思います。いわゆる大学発ベンチャーというのがそれに近いです。

それと、医薬品の開発というのは非常にノウハウとか蓄積が重要、経験値が利くビジネスで、なかなかITのように、ITの方に言うと失礼かもしれませんが、ちょっとした

思いつきでなってしまうとか。すみません。ITの方に怒られるのですが、そういう分野とはちょっと違う。言いたかったことは、30代の方が創業するのは結構難しいのです。どうしても、ある種、甲羅に大分コケが生えたような人たちがやるということで、逆に、途中から受け継いで最後まで仕上げていくタイプの会社もあります。様々でございます。

バイオベンチャーというのは、先ほど申しましたように成功確率が非常に低い、ハイリスク・ハイリターンが基本的なビジネスモデルなので、まだ日本で海外のように大きな会社になった例はないのです。でも、よく考えてみれば、古い話ですけれども、エーザイという会社でも、本を正せばガレージから始まっているのですね。キッセイ薬品もそうですし、ただそれをバイオベンチャーと呼ばないだけであって、そういう例は実はあるのです。時間は掛かりますけれども、そういう会社が出てくるということはあります。

人・物・金というのが苦勞するところ、もう当たり前のことなのですけれども、物はシーズを見付けないと始まりませんからいいのですけれども、あとは人も結構大事で、先ほど言ったように非常に経験の富んだ人が要りますし、お医者さんの参画は非常に有効な手段なのです。お医者さんというのは、日本ではなかなか私企業に勤めるケースがまだまだ多くはないということがあります。

最後に金です。いわゆるリスクマネーというのは、日本ではたくさんはないです。割と小口になってしまうというのがあります。そういう大きなお金を取れるかどうかというときの判断基準で、先ほど言いました魔の川とか死の谷、ダーウィンの海というものは世界共通であるのですけれども、日本の場合は、最近は大分予見性が出てきたのですが、薬価が幾らになるか分からないというのは、特に新しければ新しいほど分からない。これは別に当局が悪いわけでもないし、我々が悪いのでもないのです。分からないのは分からないですね。ただ、それをある種、そのときの政府の気持ちとか、今年は財政が厳しいから厳しめにやろうなどということがないとは言えないですね。そういうことがないとは言えないと投資家が思うわけです。事実とは別に。そのお金を起こすというのは非常に困難を伴うというのがあります。

規制改革推進会議でこんなことを申し上げていいのかどうかあれですけれども、政府は非常に補助金についていろいろ考えておられるのですけれども、最近のAMEDのCiCLEという制度につきましては、事実としてこういうことがあったということをお伝えしておきますと、非常に優れた制度で、貸付金として出しましょうと。総額も非常に大きくて、ユニークなものについて出しましょうと。それも複数年でよろしいですということでありました。貸付けですから、失敗した場合には10%返しなさいと。成功したら返しなさいと。それも年賦でいいです。非常にいい制度を作っていただいたのです。

実は私のところもそれに当選したのですけれども、信用がない会社は担保を持ってこいという制度なのです。担保がなければ信用保証しなさい、銀行保証を持ってこいという制度なのです。私のところは、こんなことをこういうところで言っているのか分からないのですけれども、言ってしましますが、マラリアのワクチンを開発しているのです。これは

誰がどう考えても国内で売れるものではない。それに対して非常に理解を示していただいて、70億円余りの融資をしましょうということをもって、これでもう最後まで、うまくいけばいけると思ったのですが、私は担保は多分1割でいいのだろうと思ったのです。ところが、担保を全額持ってこいと。75億持ってこられるなら苦勞せんわと。結果としてみたら、5社ぐらい当選しましたけれども、実際には4社は大手なのです。1社だけ私どもが入っていましたけれども、そういう細かいところの制度。制度としては非常にいいのだけれども、ちょっとしたところで実用面で困ってしまうことがあるのです。

今回は今回で減額して取りましたけれども、せっかくいい制度をお作りになったので、最後の本当の隅のところをきちんとされることを。これはAMEDを罵ろうとかそういう趣旨ではなくて、せっかく惜しい制度ですので、次にやられるときは、そこまで厳しく言われなくてもいいのではないかと。それが最近あった一番悔しかったケースです。

○林座長 ありがとうございます。

では、森下先生。

○森下座長代理 先ほどの続きで申し訳ないですが、厚労省さん、後日で結構なので、実際に何件あったかを是非御報告いただきたい。

それから、バイオテック協議会の補助金の控除に関して、どういう考え方で今の考えになっているか、理屈の問題ですね。普通であれば、実際には助成金等は返す話になっていると思うので、二重取りする必要性がよく分からないので、ロジックを一回教えてほしいと思います。ロジックがないのであれば変えてもらったほうがいいだろうと。

三点目はPMDAの申請手続。これは政府全体で今、行政手続の部会もしていますので、是非同じような形で医薬品の申請などもやる必要があるのだろうということで、これは事務局で一回調べたほうがいいのかな。事務局のほうで少し現状を調べてもらって、ここが入ってくるかどうかを含めて議論をしてもらえればと思います。

○林座長 よろしいでしょうか。

それでは、本件につきましては、今日はここまでとさせていただきます。

厚生労働省におかれましては、中医協における今後の薬価改定に向けた議論に当たりまして、本日の議論にも配慮していただけますようよろしくお願いいたします。

日本バイオテック協議会及び厚生労働省の皆様、ありがとうございました。それでは、御退室ください。

(日本バイオテック協議会、厚生労働省退室)

(厚生労働省入室)

○林座長 大変お待たせしました。それでは、本日最後の議題に移りたいと思います。

最後の議題は「介護分野における規制改革実施計画のフォローアップについて」です。介護分野、取り分け介護保険内・外サービスの柔軟な組合せの実現については、当ワーキング・グループの前期、第1期におきまして最重要テーマと位置付け、様々な事業者、自治体などからヒアリングや公開ディスカッションを通じて議論を重ねまして、本年6月に

規制改革実施計画として閣議決定されたという経緯でございます。今回は厚生労働省から、閣議決定事項の中で老健局に係る事項の現時点での検討状況及び今後のスケジュールなどについて御説明をお願いいたします。

本日は、厚生労働省より谷内繁大臣官房審議官、込山愛郎老健局振興課長にお越しいただいております。

それでは、御説明をよろしくをお願いいたします。

○厚生労働省（谷内審議官） 厚生労働省老健局審議官でございます。

それでは、資料3に基づきまして、介護分野におきます規制改革実施計画の進捗状況について御説明申し上げます。

まず1ページをお開けください。老健局は三つほど大きなテーマを頂いておりまして、一つ目が「介護サービス利用者の選択に資する情報公表制度及び第三者評価の改善」でございます。

「（１）介護事業者選択に資する情報の分かりやすい表示への見直し」、「（２）情報公表システムにおける利用者の選択に資する機能の追加」を指摘していただいておりますけれども、これにつきましては、情報公表システムのリニューアルに向けまして、利用者にとって利便性を高める観点から、規制改革推進会議から頂いた例示等も踏まえまして調査研究を行って、平成30年度から所用の措置を実施していきたいと考えております。

続きまして「（３）情報公表システムの周知」でございます。これは規制改革推進会議から頂いた周知方法でございますけれども、平成29年7月3日に全国介護保険担当課長会議を開催しておりまして、その際、要介護認定及び要支援認定の結果通知書に情報公表システムのURLを記載いただくよう、自治体に文書をもって周知させていただいたところでございます。

続きまして「（４）第三者評価受審促進に向けた具体的数値目標の設定と支援等の実施」でございます。まず、aの事業類型別・都道府県別の数値目標の設定及び公表につきましては、全国組織でございます全国社会福祉協議会に設置されました有識者で構成する検討会で検討を行いまして、その結果を踏まえて、今年度末までに、都道府県等に対して説明・周知を行う予定でございます。

また、bの各都道府県におけます第三者評価受審率等の公表につきましては、今年度末までに、先ほど申し上げました全国社会福祉協議会のホームページにおきまして、都道府県別・サービス別の受審率を公表する予定でございます。

「（５）第三者評価受審に係るインセンティブの強化」でございます。aの例えば介護事業者が他の監査評価等で提出した資料と同様のものを使うように介護事業者への負担を軽減することの検討、また、bの第三者評価受審介護事業者に対して既に講じられております負担軽減策等の受審メリットを分かりやすく示すことにつきましては、（４）のaにございますように、全国社会福祉協議会に設置された検討会で検討を行い、その結果を踏まえまして、都道府県等に対して説明・周知を行いたいと考えております。

また、cの第三者評価の受審状況をより分かりやすく表示するとともに、評価結果も分かるようにするという点につきましては、今年度末までにそういったものの表示の仕様を検討しまして、平成30年度にシステム改修を実施したいと考えております。

次の3ページでございます。「(6) 第三者評価の利用者選択情報としての位置付けの強化」でございますけれども、aの契約締結時におきます介護事業者からの重要事項説明として、第三者評価の受審状況等の説明を義務化するという点につきましては、今年度末までに事業者基準の解釈通知の改正作業を行いまして、平成30年度に通知を発出する予定でございます。

bは(5) cの再掲でございますので、省略させていただきます。

「(9) 介護事業者向けの手引書等の作成」につきましては、全国社会福祉協議会におきまして、本年4月に第三者評価の受け方・活かし方についても手引書を作成しております。6月の都道府県推進機関の担当者が参集する会議の場でその手引書を示して、介護事業者に対する周知のための協力を依頼済みでございます。

大きな二つ目の項目の「介護保険内・外サービスの柔軟な組合せの実現」、4ページ、5ページでございますけれども、こちらで整理した表を6ページに付けておりますので、6ページを用いまして御説明申し上げたいと思います。

まず、左上の検討事項、訪問介護におけます「保険サービス」と「保険外サービス」の同時一体的な提供、これは(11) bでございます。これにつきましては、右にございますように、この中では下記のような課題を踏まえて在り方を検討する、29年度検討開始と整理されているところでございます。

また、左の真ん中の箱でございますけれども、訪問介護は現行ルールの整理、これは(11) aに書いてございます。また、3の通所介護を提供中の利用者に対しまして保険外サービスを提供する場合のルールの整備、これは(12)でございます。4の支給限度額を超えたサービス分の価格ルールの明確化、これは(14)でございますけれども、これにつきましては、規制改革実施計画では一覧性や明確性を持たせた通知を平成29年度に検討して、結論を得た上で、一覧性や明確性を持たせた通知を30年度上期中に速やかに措置して発出しなさいということになっております。

5でございますけれども、指名料、時間指定料の徴収、(13)でございます。これにつきましては、平成29年度に整理開始となっております。

5ページに戻っていただきまして、保険内・外サービスの問題につきましては、調査研究事業におきまして10月中に検討会を立ち上げて、学識経験者、自治体職員、ケアマネジャー及び介護事業者等に構成員として参画いただく予定でございます。また、検討に当たりましては、まずは各保険者等の運用実態等を把握した上で、現行のルールの整理等を行って、その整理を行ったものを踏まえまして、30年度に厚労省において一覧性や明確性を持たせた通知の発出に向け、対応を進めていきたいと考えております。

なお、(12)のaにつきましては、皆様御承知のように、これは国交省で検討する事項

でございますので、老健局では国交省とも連携を取っていきたいと考えております。

続きまして、大きな項目の3番目、7ページ、「介護サービス供給の在り方の見直し」でございます。

まず「(15) 介護保険事業（支援）計画におけるニーズを反映した的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策」でございます。これにつきましては、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び特定施設などの各種サービスにつきまして、ニーズを反映した的確なサービス量を見込むことなどを介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針に記載する予定でございまして、その指針案につきましては、本年7月上旬にその案を自治体に提示しております。今年の秋に告示の予定でございます。

なお、介護保険事業（支援）計画の策定に当たりましては、その状況につきまして、厚生労働省から各都道府県にヒアリングを行うこととしております。その際にも改めて、今、私が述べました考え方について周知を行っていきたいと考えております。

8ページ、同じように「(16) 介護保険事業（支援）計画における特定施設のサービス量の見込みの実態把握」でございます。これにつきましては、先ほども述べましたように、ニーズを反映した的確なサービス量を見込むことなどを指針に記載する予定でございます。また、国からの支援といたしまして、サービス見込量の推計支援ツールである「地域包括ケア『見える化』システム」の活用につきまして、講習会などを実施いたしまして、市町村の推計を支援していきたいと考えております。

また、その結果の公表でございますけれども、平成30年度には、計画策定に係りますアンケートを全市町村に実施して、サービス見込量の推計方法を確認して、その結果を公表していきたいと考えております。

「(17) 介護事業者選定のための公募に係る留意点の明確化」、a b cと項目を頂いておりますけれども、これにつきましては、自治体及び介護事業者に対しまして実態把握のための調査を行い、その結果を踏まえまして、今年度末までに都道府県等に対して公募に係る留意点の周知を行いたいと考えております。

最後に9ページでございます。大きな項目の四つ目「介護事業の展開促進・業務効率化の促進」でございます。

まず「(19) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護の事業展開上の支障となる規制の見直し」で指摘いただきました項目につきましては、29年5月に一度、介護給付費分科会において議論していただいているところでございます。いずれにしても、今年度末までにその論点につきまして結論を得たいと考えております。

最後に「(20) 介護報酬体系の簡明化」でございます。これにつきましては、同様でございます。簡明化につきましては、介護給付費分科会において議論しているところでございまして、その簡素化の観点を踏まえまして、今年度末までに結論を得たいと考えております。

私からの説明は以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見をよろしく願います。

そうしたら、まず私からよろしいでしょうか。規制改革実施計画の事項番号で言うと、4ページの(10)から5ページの(14)まで、これが我々はガイドラインと呼んでいたものです。保険内・外のサービスの柔軟な組合せをする際、これまで保険外と内を明確に区別しないと組み合わせられないということだったので、だったら予測可能性を持たせるようなガイドラインを通知の形で出していただくということで、今年度の閣議決定をいただいたわけです。当ワーキング・グループに対して、いつごろ、どのような形で、厚生労働省から、この点の通知の内容を事前に確認させていただけるのでしょうか。

○厚生労働省（谷内審議官） 先ほど申しましたように、この検討につきましても、検討会を立ち上げて検討していきたいと考えておりますけれども、当然その検討に当たりましては、規制改革事務局の方と当方の厚生労働省老健局と緊密に連携してやっていきたいと考えております。その中で、規制改革事務局サイドの方が先生方の関係で今の状況を報告しなければいけないということになりましたら、我々は当然、この推進会議に呼ばれる立場でございますので、呼ばれた際にはきちんと説明させていただきたいと考えております。

○林座長 それは私どもも調査研究事業での検討に参加させていただきながら一緒に作っていきたくて思っていますので、是非よろしく願います。

ちなみに、この調査研究事業なのですが、タイムスケジュールとしてはどのようにお考えなのでしょうか。平成30年上期となつてはおりますけれども、既に我々が意見書を今年の春にも出してありますし、柔軟な組合せの方法とか懸念される弊害についてどのような手を打つかということについては、ある程度意見を出しているところでございますので、全体のイメージなどを共有しながら検討させていただきたいと思っているのですが、厚労省のほうで今計画されているスケジュール感を少しお教えいただけますでしょうか。

○厚生労働省（谷内審議官） すみません。今、林座長から冒頭に、検討会にメンバーとして参加させていただきたいという断定的なお話がありましたけれども、この場で今初めて伺った話でございますが、今のところ、老健局としましては、検討会の中でこの規制改革のメンバーの方が入るということは想定しておりませんので、まだ断定的に言われても、ちょっと今は、基本的にはこの検討会は、実務的・技術的な観点で調査、課題の整理を行いまして、それを踏まえて厚労省で通知を決めていきたいと考えております。規制改革推進会議の皆様とは、この場で当然いつでも議論できると考えておりますので、その際に議論するものだという認識にしておりますので、そこはすみませんけれども、まだ。

もう一つ、スケジュール感でございます。今月中に立ち上げて、平成29年度中に検討・結論でございますので、それに間に合うようにやっていきたいと思っております。

○林座長 私は断定したつもりはなく、希望を述べさせていただきましたので、是非前向きに御検討をお願いしたいと思います。

では、森下先生。

○森下座長代理 今の点、厚労省はすぐに言いづらいと思うのですが、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」のときは私も入らせてもらいましたし、やはり規制改革の方向性というものをしっかり認識していただく必要があるだろうと。今回も実務者と言いながら、利益相反の方が当然ながら多くなる話にどうしてもなってくると思うのです。そういう中では、やはり透明性の観点からも、今の林座長の御意見は少し御考慮いただいたほうがいい気がしますので、御検討いただければと思います。

構成員のメンバー構成等は、いつごろこちらの会議のほうになり、あるいは事前にある程度教えていただけるのか。その辺はいかがでしょうか。

○厚生労働省（込山課長） お答えします。

検討会につきましては、めどといたしましては10月中には立ち上げたいと考えていますので、メンバーの方などが決まり次第、こちらの事務局にもお知らせしたいと思っております。

○林座長 ほかにいかがでしょうか。

では、川渕先生。

○川渕専門委員 二点お聞きしたいと思います。

一つ目は、平成30年度に計上されたシステム改修に関する費用対効果です。先日、社協の方々にヒアリングしたときに、何か疲れているなというか、納得感がない感じがしました。介護ビジネスが成長産業になるか分かりませんが、一定の会議の場を設けて、手引書を作成して周知徹底しても、上から目線では形骸化するおそれがあるのではないのでしょうか。

二点目は、小規模多機能型居宅介護についてです。先日、尾道に行ってきたのですが、小多機より看護師がいる看多機のほうが効果的ということでしたが、いずれもそんなに施設数が増えていないですね。そこでよくニーズを反映した的確なサービス量を見込むという計画経済みたいな話が出てきますが、見えてくると「見える化」でうまくいきますか。どんな方法でやるのですか。

以上二点。

○林座長 私の質問より難しいと思いますけれども、どうぞ。

○川渕専門委員 私は専門委員ですから。

○厚生労働省（谷内審議官） 川渕先生、質問ありがとうございます。

まず一つ目の全国社会福祉協議会がやられていることにつきまして、本当に大丈夫かという御指摘でございます。川渕先生が全国社会福祉協議会のヒアリングの際にどなたに会われて、その方がどういった状態であったかというのを私は把握しておりませんので、その際、もしかしたらその担当者が疲れていたのかもしれないので分かりませんが、いずれにしても、ここにある文言につきましては、規制改革実施計画におきまして閣議決定されたこととございますので、厚生労働省並びに全国社会福祉協議会として、当然

きちんとやっていかなければいけないということの責めを負う。担当する者として、当然そういう気構えでやるということでございますので、そういう印象を受けられたということであれば、今日川渕先生からそういう指摘を受けたということも踏まえ、きちんと全国社会福祉協議会の担当者には申し述べたいと思います。

○川渕専門委員 私の失言で社協がお叱りを受けるのは勘弁していただきたいのですが、東京都は補助金が出るから少し公表が進んでいるけれども、他のところは全く出ない。また、公表、公表と責められても、すごく事務コストがかかる割には、やろうという機運が何となく現場にない感じがしました。議事録を見ていただければ残っていると思いますけれども、せっかくのシステム改修も形骸化しないことを祈るばかりです。

○厚生労働省（谷内審議官） 今、御指摘いただいたことを踏まえまして、例えば平成30年度にやるシステム改修と費用対効果を見ながらやっていきたいと思っています。

先ほど川渕先生から指摘いただいた二点目の話でございます。小多機、看多機、尾道の事例を見ていただいたということでございますけれども、当然、地域によっては小多機が非常にうまくいっているところもございますので、全国的にこれがうまくいっていないということではないということは、まず一点申し上げたいと思います。

これにつきましては、社会主義のような国だとおっしゃいましたけれども、一応、介護保険事業計画でニーズを見込んだ上で、それに見合った保険料を自治体ごとに3年置きに決めなければいけない。そういった事情もあって、そういう仕組みになっているということは御理解いただいた上で、これにつきましては平成12年の介護保険制度発足以来同じようなことをずっとやり続けております。それと、小多機、看多機につきましては、厚生労働省老健局としても、特に27年度改定できちんと伸ばしていきたいということで、27年度介護報酬改定はかなり厳しい改定ではあったのですが、その中でもきちんと伸ばしていったということもございます。政策的に伸ばすという方法もありますので、そういった全体を見ながらきちんとやっていきたいと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

では、土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 全然別の観点なのですが、全国社会福祉協議会というのがあちこち出てくるのですが、私も医療関係なので、社会福祉のほうは専門でないので詳しく分かりませんが、今、役員名簿を見ますと、会長とか副会長、常務理事や学識経験者とあって、出どころが分からないのですが、副会長が4人いるのがみんな県の社会福祉協議会の会長とか、要は全部身内なのですね。やはりこういう組織、他の入っていない組織というのはとかく従来どおりということに決まるので、改革ということを考えると、このメンバー構成は余り好ましくないのではないかと思いますけれども、その点、厚労省はどのような御指導をなさっているのでしょうか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（谷内審議官） 今、土屋専門委員から御指摘いただいたのは、全国社会福

祉協議会のメンバーということですか。

○土屋専門委員 はい。会長、副会長、常務理事。

○厚生労働省（谷内審議官） その中で、今回検討するということでありましたのは、有識者で構成する検討会になっております。

○土屋専門委員 それはいいのです。それを監督する理事会自体がこういう構成では心もとないのではないかとということをお聞きしているのです。

○厚生労働省（込山課長） 全国社会福祉協議会は、御案内のとおり各都道府県の社会福祉協議会の集まりという形でございますので、そういったことから副会長なりはそれぞれの都道府県の社協の会長出身の方がなる形になっています。

理事会等はそういう構成なのですが、今回御指摘いただいている第三者評価の充実などについては、きちんと検討会などを立ち上げて、外部の目できちんとこれをどうてこ入れしていくか、こういうことについては忌憚ない御意見を頂くことにしていますので、それに向けて検討を進めているところでございます。

○土屋専門委員 具体的なことがなくて大変申し訳ないのだけれども、検討会が正しく方針どおりいっているかどうかチェックするのが正に理事会で、それが最終的に社会福祉協議会の意見として出てくるのであって、検討会のメンバーがどれだけよくても、それをチェックする機構がないと組織としては不完全だというのが今の会社法なり何なりの考え方の基本だと思うのです。このメンバーを見ていて、その辺はやはり一度御検討いただく必要があるのではないかなと。メンバーの一人一人が悪いと言っているのではなくて、やはり組織体として批判の目がないとおかしいのではないかとということをお指摘したいわけです。

○林座長 ありがとうございます。

前期の公開ディスカッションのときも、情報公開制度や第三者評価制度がほとんど知られていない、使われていない、受審率も低いということが指摘されました。介護を受ける御本人とか家族が介護サービス、介護保険サービスも契約ですから、契約するに当たってどんなサービスが幾らで得られるのか、どんな組合せがあるのかという情報をまず得られる必要があるだろう。そして、その情報というのはちゃんと第三者によって評価された正しいものでなければならぬだろうという出発点がこの論点だったわけなのです。実際には正直、使い勝手に言いますと、民間業者の方がウェブサイトで開いているもののほうがずっと使いやすかったりする状況がありますので、システム改修に当たっては是非この改革の精神がいかされるような御検討をお願いしたいと思っております。

どうぞ、お願いします。

○厚生労働省（谷内審議官） この大きな項目の1の「介護サービス利用者の選択に資する情報公表制度及び第三者評価の改善」につきましても、規制改革推進会議の皆さんが一番重要だと思っておられる「介護保険内・外サービスの柔軟な組合せの実現」と同様、今こういう状況になっているということをきちんと厚生労働省老健局と規制改革事務局で緊密に連携を取りながらやっていきたいと思っておりますし、必要があればまた呼んでいただいて、

今の検討状況を報告せよということでありましたら報告に参りたいと思いますので、そういった形でまたやらせていただければと思っております。

○林座長 では、大田議長、お願いします。

○大田議長 ありがとうございます。

「介護保険内・外サービスの柔軟な組合せの実現」について、検討事項を6ページに整理してくださっておりますが、この全てを同じ検討会で議論するということですか。

○厚生労働省（谷内審議官） 6ページに整理させていただいた表で申し上げますと、2と3と4につきましては、この規制改革推進会議の中で29年度中に検討・結論を得た上で、厚生労働省が平成30年度上半期中に速やかに措置となっておりますので、まずこの検討会におきましてきちんと実務的な議論の整理をしていただいた上で、厚生労働省としまして結論を得て、平成30年度に通知を发出するというところでございます。

それ以外の1と5につきましては、具体的に様々な事例が出てきて、議論はされると思っておりますけれども、どういう形で結論を得るかにつきましては、現時点では未定ということでございます。

○大田議長 基本的には、今度作られる検討会の議題として1から5が載るということですか。

○厚生労働省（谷内審議官） 正確に申し上げますと、今後、様々な保険者とか事業者から具体的な提案なり、こういった事例があるということを議論する中で、例えば1とか5のような事例も出てきた際に議論が行われることになると思います。ただ、議論は行われますけれども、こういった形で結論を得るかどうかににつきましては、現時点では、この検討会の中かどうかも含めまして、老健局としては決め切っていないということでございます。

○大田議長 検討会は多くの場合、人選が全てです。人選によって利用者の多様なニーズになるべく応えられるような介護保険を志向するのか、それともあくまで公的性格を守るというところを重視するかが決まってきます。お考えはいろいろあっていいのですけれども、人選のバランスが後者になってしまいますと、私どもが意図した利用者の立場に立って介護の多様なニーズに 대응していこう、介護の不安を軽減していこう、というところに行かない可能性がありますので、くれぐれも私どもの趣旨を踏まえて、人選には多様性を持たせていただきたい。そして最初に林座長が言われた、この規制改革の趣旨をしっかりと入れ込むような人選、こちらにも専門委員がおられますので、そういうこともお考えいただきたいと思っております。

○林座長 ありがとうございます。よろしくお願いします。

最後に、9ページの「(20) 介護報酬体系の簡明化」について伺いたいと思っております。お品書きが2万もある焼き鳥屋とかいうコラムが書かれていたりするぐらい、介護報酬の項目が非常に多くなっていて、事業者のプロの方とはともかくとして、利用者とか家族がサービスを主体的に選択できるような整理された状況ではないという現実があります。契約を

選択する立場の側に立つ上では、介護報酬体系の簡明化が重要だという認識で、閣議決定により平成29年度検討・結論で簡明化をお約束いただいたところです。厚労省では、現在のところ、簡素化のイメージとして、サービスコード数を整理して数自体を減らすという方向性でお考えなのか、あるいは何かシステムの対応をすることで簡素化、使い勝手をよくするというをお考えなのか、その辺はいかがでしょうか。

○厚生労働省（谷内審議官） 今、林座長に御指摘していただいた点でございますけれども、サービスコード数が2万近くあって、それは非常に多いのではないかと御指摘をこの場で頂いたことは承知しておるところでございます。ただ、これにつきましては、介護サービスの種類が増えてきたといったことと、さらにはその中でもこういった政策を進めていきたいといったようなことについては加点したり、そういったこともやっている中で増えてきた実情がございます。

老健局としましては、特に介護給付費分科会の議論の中では、数自体を必ず減らすというところまではなかなか言えないのかもしれませんが、いずれにしましても、分かりにくいところにつきましては、まとめられるものはまとめていって、極力介護のプロ以外にも分かりやすいような形で様々な項目について整理していきたい。そういうつもりでやっていきたいと思えます。

○林座長 ありがとうございます。

是非ユーザーの観点で御検討いただければと思います。ありがとうございます。

やはり議論が尽きないところなのですが、5時半になってしましまして、すみません。本日はここまでとさせていただきます。

介護分野における規制改革実施計画の進捗状況については、当ワーキング・グループにおける今期の重点フォローアップテーマの一つとなっております。本件については、今後必要に応じてヒアリングを実施しつつ、議論を継続させていただきたいと存じます。

厚労省におかれましては、閣議決定事項の確実な実施を是非ともお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

（厚生労働省退室）

○林座長 本日の議事は以上ですが、事務局から何かございますか。

○中沢参事官 今後の日程につきましては、追って事務局から御案内させていただきます。

○林座長 それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。ありがとうございました。