

## 第16回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成30年4月17日（火）15:30～16:55

2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階1214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）

金丸恭文（議長代理）、江田麻季子

（専門委員）川淵孝一、戸田雄三

（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、中沢参事官

（説明者）神成淳司 慶應義塾大学環境情報学部教授（兼任）

内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室長代理／副政府CIO

（厚生労働省）渡辺大臣官房審議官（医療保険担当）、保険局 安藤保険課長

（社会保険診療報酬支払基金）伊藤理事長、城審議役、システム部 山崎部長

4. 議題：

（開会）

1. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて

2. 「一気通貫の在宅医療の実現」にかかる意見について

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、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16回を開催いたします。

皆様には、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、野坂委員、土屋専門委員、森田専門委員が御欠席となっております。江田委員は遅れて御出席でございます。また、大田議長、金丸議長代理が出席しております。よろしく願いいたします。

今回の議題は、お手元の資料でございますとおり2件でありまして、「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」と「『一気通貫の在宅医療の実現』にかかる意見について」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「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」ということで、今年2月に続きまして、昨年の閣議決定事

項のフォローアップを行います。

このテーマで、厚生労働省と支払基金をお招きするのは今期4回目となります。様々な方面の皆様から注目されている我が国の社会保障分野における重要な改革だと考えております。本件に係る、今期最後のフォローアップになるかどうか、閣議決定事項が着実に実行されているかについて、これからしっかりお話を伺いたいと思います。

本日は、厚生労働省より、渡辺由美子大臣官房審議官様、安藤公一保険局保険課長様、社会保険診療報酬支払基金より伊藤文郎理事長様、城克文審議役様、山崎章一システム部部長様にお越しいただいております。

また、少し遅れるということでございますが、本日も前回同様、本件に当初から深く関与しておられる内閣官房副政府CIOの神成淳司先生にもお越しいただくこととしております。

それでは、早速、厚生労働省及び社会保険診療報酬支払基金から、資料1-1から資料1-3に沿って、御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） 厚生労働省の渡辺でございます。

それでは、まず初めに、私のほうから資料1-1と1-2について、御説明をさせていただきます、残りの1-3は基金のほうから御説明をさせていただきます。

まず、資料1-1をお開きいただきますと、支払基金の改革につきましての「平成29年度の取組の実施状況」ということで、一覧の形で載せております。個別については、またこの後、詳しく御説明をさせていただきますが、ざっと全体を概観しておきますと、まず、大きく五つの柱が立っております。

一つ目は「審査支払新システムの構築」ということで、前回もこの場でもいろいろ御議論いただきましたが、調達仕様書を作成して、本年3月から分離調達を開始しております。

二点目の「審査業務の効率化」につきましては、大きく三つございまして、レセプト様式の見直しは、この後、お話をさせていただきます。それから、コンピュータチェックの公開基準の策定、高額医薬品等の注意付せんの廃止という三つがございます。

三点目の「支部間差異の解消」につきましては、設定ルールの見える化と取扱基準の策定をすることが、平成29年度の課題でございました。

四点目の「組織の在り方の見直し」につきましては、支部集約化に向けたモデル事業の検討ということで、実施は平成30年度になりますが、具体的な中身を決めておりますので、また後ほど、基金のほうから御説明をさせていただきます。

最後は「審査委員会のガバナンス強化」ということで、倫理規範の明文化ということに対応しております。

以上が全体の目次的なところでございまして、次に資料1-2で、先ほどの中では大きな柱の2の①に当たりますが「コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等について」、今回、平成30年度の診療報酬改定がございまして、その中で対応いたしましたので、その概略を御説明させていただきます。

1枚おめくりいただきまして「平成30年度診療報酬改定における対応」ということで、大きく三つ挙げております。

一つ目は、これも以前ここでも御報告を申し上げたと思いますが、できるだけ「摘要」欄の定性的な記載項目については、選択項目化できるものはしていこうということでございまして、今回、そこの右にございますように、医科、歯科、調剤、合計で124の項目について選択式にしております。

これにつきまして、分母、いわゆる「摘要」欄がフリーテキストになっているものは562項目ございますが、そのうちの124ということで2割強でございます。ただ、残りの部分は、実は9割方が、例えば、日付を書かせたりとか、薬品名を書かせたりということで、むしろ選択にするよりは、直接書いたほうがより簡潔にできるものということで、残りの10%近くが、どうしても医学上の必要性ということで個別記載にせざるを得ないということで、整理をしたものでございます。

二点目が「レセプトの添付書類の見直し」ということで、こういった添付書類を必要としているものが、現在、30項目ございますけれども、そのうち8項目につきましては、書類の廃止とかあるいは「摘要」欄への記載で済ますという形で見直しをしております。

添付を廃止した書類は、右にございますように項目としては3項目ということで少ないように見えるかもしれませんが、実際、非常に多く算定されているものでございまして、一例を挙げますと、療養病棟の入院基本料ということで、毎月の算定件数が25万7,933件ということで、約26万件ございます。これのそれぞれに医療区分と、ADLと言いまして、入院基本料の金額をどこにはめるかというベースになるものの評価票というものを付けておりました。ただ、実際、これは請求のあった段階で、一つ一つ原票に戻って、本当にこういう状態かというのを確かめるのは難しい、むしろこれは監査とかで対応すればいいということで、今回はレセプトへの添付は廃止をしております。

同じように、非常に件数の多い訪問診療も、一時、非常に不適正な利用があったということで、厳しくしたときに記録書を付けさせてございますけれども、これもむしろ指導監査での対応ということで、月の算定件数が約35万件ございますが、こういうものの添付書類という形は廃止をしているということでございます。

三点目が「未コード化傷病名の減少に向けた診療報酬における対応」ということで、まず一つは、現在、一般病床の6割を占めます約1,700のDPC病院につきまして、DPC病院の診療報酬体系というのは、普通のとは違ってやや複雑な体系になっておりますけれども、その中の機能評価係数Ⅱというのがございまして、その中で、未コード化の傷病名の割合に応じて減点をするという仕組みがございまして、

改定前は、未コード化傷病名が20%以上であったら減点ということでございましたけれども、今回の改定で、より厳しく、2%以上を減点ということにしております。

こういったDPC病院以外のところでも、現在、医療機関が診療実績データを提出することをできるだけ促進していこうということで、データを提出した場合の加算というのがござ

います。これは今、3,000病院ぐらいが取っておりますけれども、更にデータ提出加算で、提出データの中身を評価するということで、未コード化傷病名が10%未満の場合については加算という形で、むしろインセンティブという形にしておりますけれども、新たに今回、そういった加算も加えたということで、かなり先進的なDPC病院は、当然こういうところは、未コード化傷病名を減らしていくというのは当たり前ですので、より厳しくディスインセンティブを強化する形で、もう少しそれよりも一般病院に近いところについては、こういったインセンティブという形で、未コード化傷病名を減らすという取組をしているというところでございます。

残りの資料1-3のほうは、基金のほうから御説明をさせていただきます。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 支払基金の城でございます。

資料1-3を御覧ください。

先ほどの資料1-1の1から5までのうちの、今、御説明したところ以外は、こちらで御説明をさせていただきます。

まず、1ページの「1 審査支払新システムの構築」の関係で、「計画・工程表」に掲げられた項目として、審査支払新システムの構築という項目がございました。ここでは業務単位での「モジュール化」、支部の業務サーバを本部に一元化することを基本として、稼働後でも、また業務内容の変化に応じて、エビデンスに依拠した追加的な対応を柔軟に行うことができるスケーラブルなシステムとするということでございました。

現状でございますが、今、その下に「審査支払新システムの調達状況」と記載をしておりますが、まず、工程管理支援につきましては、一番最後の業者確定が3月6日でございます。既に走っているところでございます。これを先行して工程管理支援をやっているところであります。

その次の受付システム以降で、大きく四つ、調達単位を区切っておりますが、これはあくまでも調達の単位でございまして、モジュールの単位ではございません。もっとモジュールについては細かく区分したものでやっておりますが、あくまでもくくった調達の単位でございます。

受付システムの、特に受付領域につきましては、入札の札は締めておりまして、4月26日に業者確定の予定ということであります。

それ以降につきましては、入札がまだこれからということでありまして、振分領域・観点別審査領域、審査委員会機能領域、その他ということで、御覧のような予定としております。こういった状況でございます。

2ページに、これも以前御確認いただいているものかと思いますが、全体のスケジュール表をお付けしておりますので、別途御覧いただければと思います。

3ページ、次の項目で「2 審査業務の効率化」の中の、コンピュータチェックルールの公開の部分でございます。「計画・工程表」では、支払基金でコンピュータチェックルールの公開基準を策定し、順次公開を進めるということで記載がされてございました。こ

れについてであります。

既に今般、3月時点で8万6,000件事例の公開を開始をしております。「コンピュータチェック対象事例の公開方法」と中ほどにございますが、公開場所はホームページで、ダウンロード形式という形で公開をしています。

次のページは、細かいものでございますので、詳細を一部例示として記載をしておりますが、展開イメージとしてございますように、マスターコードであったり、こういった名称のもの、こういったチェックかということに記載した表を、今、既に一部公開を始めております。基本的にはコンピュータチェックルールについては、全部可能な限り公開していくという方向で、今、詰めているというところでございます。

5ページの上の段にございます表が、今回公開をしたコンピュータチェックのオーダー数でございます。「③チェックマスター」については、全体では5万余の数がございますが、今回、まずできることということで2,795件。

「④点検状況（本部）」につきましては、14万弱がございますが、まず8万3,000余件ということございまして、合計8万6,000という数字のものですが、これを公開をいたしたところでございます。

全体を下の「（参考）」というところに記載をしておりますが、まず「①受付・事務点検（オンラインASP）」「②電子点数表」については、全て公開されているものでございます。

その下の「③チェックマスター」については、今、上でお示したものであります。

「④点検条件」であります。本部点検条件については、順次公開をしていくということで、もう公開を始めておりますが、支部の点検条件につきましては、本部チェックに移して行って確認をして、やめるものはやめてということで、後ほど出てきますが、そういった作業を行って、その後、本部チェックに移行がされたものについて、同じように順次公開をしていくという形で予定をしているところでございます。

6ページは、同じ「2. 審査業務の効率化」の中での「③高額医薬品等の注意付せんの廃止」であります。ここでは、高額注意付せんについては試行的に中止をして、効果検証をした上で、注意付せんの廃止かコンピュータチェックルールへの取組といったことを行うようにということで決めておりました。

高額注意付せんがどのようなものかというのを、その下を書いてございますが、高額査定点数の見落とし防止を図るという観点で、高額医薬品、機器、医療行為について、アラートが付くというものでございます。

数については下に記載されているとおりでございます。

7ページは、具体的に何をしたかということでありますが、このコンピュータチェックルールについて、12月の審査分、1月の審査分で試行的に中止をして、その結果について、速報的にはありますが確認をいたしました。

その検証結果が2段目にございますが、まず、原審査の実績として見たときには、全体

では前年同期比で大きな変化はなかったということでもあります。これはこういった高額注意付せんが比較的高い割合で付く手術・麻酔・入院分レセについては、もともと重点的に審査をしているというところもございます。

逆にその下のポツですが、高額注意付せんを貼付しない場合、要するに今回であります。職員・審査委員ともに、審査事務時間が減少していることでもあります。ですので、今後の取扱いとして、まず、平成30年4月から高額注意付せんを廃止としております。ただ、保険者さんに行った後、再審査で返ってきたときにどうかということも確認する必要がありますので、これは検証したいと思っております。

そして、その再審査の結果で、何かしらチェックをしておかなければならないものがあるということであれば、それはチェックのほうに入れていくなり、対応を検討したいと考えております。

次の項目が、8ページの「3 支部間差異の解消」であります。

「支部設定ルールの見える化と取扱基準の策定」ということで「計画・工程表」におきましては、支部のコンピュータチェックルールについて、合理性が認められないものについては廃止ということでもございました。具体的には、本部で取扱基準を策定して、順次見直しを進めるということでもございました。

二つ目の大きな項目であります。既に平成29年10月から、支部宛てに通知を發出して、事前整理を開始をいたしております。事前整理をしつつということでもあります。下に今の状況であります。平成29年10月移行の数の推移を掲げておりますが、順次、減少をしてきているというのは見えると思えます。

9ページで「支部点検条件の取扱い基準について」と書いてございますが、箱の中を御覧ください。今、支部点検条件は、どういう形で設定をされているかということ、まず記載をしております。

本部の電子点数表チェックマスターでは設定していないチェックについて、ただ、再審査で戻ってきたものとか、こういったものの傾向を参考にして、支部が独自に設定をしているものであります。支部の点検条件の中には、医療機関別の設定、医療機関ごとにチェックした設定と、支部内の全ての医療機関に対して設定する全医療機関設定という2種類がございます。

それぞれについて、その下の○ですが、なぜそれがあるかというところでもあります。医療機関別設定については、まず、特定の医療機関の請求傾向が明らかに多いといったものについて、若しくは特定の傷病名に一律に抗生剤が使われているといった傾向に特徴があるものについて、改善を求めていくために、確認をするためにチェックをするという使い方をしているというチェックのものがございます。

もう一つ、全医療機関設定の候補として設定する。基本的にチェックルールは、やはり現場から出てくるものでもございますので、そこで全医療機関設定をする前に、これを引っ掛けて効果があるかどうか、無駄な作業が出ないかどうかということも確認するために、

特定の医療機関でチェックをしてみる。そして、全医療機関設定に切り替えていくといった使い方をするものがございました。

もう一つ、全医療機関設定でございますが、これを先ほどの医療機関別設定から来たもの以外に、新たなチェックルールをほかに設けるようなもので、査定につながる可能性が高いというものであれば、最初から全医療機関設定をしていくというようなものもございました。これをどのように変えていくかということでもあります。

これは、もう下に字で書いておりますが、次の10ページにイメージ図を書いたものがございますので、こちらを御覧いただければと思います。

10ページにありますように、支部で医療機関別設定をしているものにつきましては、特定の医療機関の状況改善を促すようなものですから、一時的なものでありますので、これは原則として6か月です。大体チェックをして、お話をして相談をし、経験的に改善されるのに半年ぐらいの時間だということがございまして、ここで原則廃止ということを考えております。

全医療機関設定の候補としてやるものについては、中で検証をした上でありますが、全医療機関設定にするのにふさわしいものであれば、全医療機関設定にしていくものということと、これは違うというものであれば廃止をするというのを中できちんと、やめるものはやめていくということができるようなサイクルにしたいと考えております。

全医療機関設定になったものについては、支部単位でありますので、これを一定期間、本部にきちんと報告をしていただいて、登録をしていただいて、それを本部で検証した上でこれも集約していく、そして本部のほうで、仮に効果があるものであれば、全国の全医療機関に共通に付けていくものとして付けていきまして、そうではないものについては廃止をするということを進めるというルールにしたいということでもあります。

もちろん、診療報酬改定があるとか、新しい医療行為なり技術なりが現場で普及するといったことによって、常に支部で発見されるようなチェックの項目の候補というものがございますので、常にそれは発生してくるわけではありますが、これをきちんと管理をする。そして把握をし、そして終わったものは廃止をする、若しくは全国に回すというPDCAサイクルの中の一環として処理をしていくところでございます。ただ、基本的には、今ある支部別の点検状況による差異といったものを解消するという方向に進めたいと考えております。

次の項目が、11ページの「支部集約化に向けたモデル（実証）事業の検討」であります。これは「平成30年度に予定しているモデル（実証）事業の基本設計」と真ん中に項目がございまして、既に実証事業は着手しているということでお話をしたところでございます。

「実施の目的」は、ここに記載されておりますように、集約支部に配置される審査事務担当職員と、被集約支部の職員・審査委員との円滑な連携ができるかどうか、被集約支部のサービスレベルを維持できるかといったことをきちんと検証していくということでもあります。

審査事務以外の事務についても、集約可能性を検証していくということでもあります。実施箇所と実施期間を表に整理をいたしました。全国で3か所、東北、九州、近畿であります。

1組目は、6月～8月までの2か月間、福島を宮城にということでもあります。

2組目は、7月～9月までの2か月間、佐賀・熊本を福岡にということでもあります。

3組目は、ちょっと空けて10月～12月、滋賀・京都・奈良を大阪にということでもあります。

ここで集約する業務としては、原審査、再審査の事務、請求支払の業務、一部の庶務事務であります。

これにつきましては、9月末までに中間報告を行いまして、年末までに最終報告ということで予定をいたしております。

12ページ「5 審査委員会のガバナンス強化」ということで、工程表では審査委員の取扱いということではありますが、自らが関連する医療機関等は担当しない、審査を担当する医療機関等の定期的な変更といったものをきちんと明文化するということが記載されておりました。

これにつきましては、審査委員会の運営規程準則というのがございまして、ここを改正をいたしております。これは3月28日付けで、一番下のところに下線を引いているものがございまして「審査委員の担当は、自ら開設又は診療等に従事している保険医療機関等を除き、かつ、一定期間毎に改め、定める」ということを明記をいたしております。

「6 その他」として、13ページに関連の事項を記載をいたしております。返戻査定理由を明確化するということも、平成29年度から実施をするということを進めておりました。

二つ目の小さくくりの中で「電子審査録のレセ電連携機能を活用した記載割合向上に向けた取り組み」と書いてあります。固有名詞をいっぱい並べておりますが、下に注釈で、薄い字で※1と※2がございまして、電子審査録というのは請求状況等の過去の審査状況を閲覧できたり、記録を残したりすることができる審査録が付けられるようになっておまして、こことレセプト電算処理システムで表示している、今の来ているデータをそこから候補を出して、その査定とか返戻の状況に合わせて連携をして、審査結果理由を書くという機能を追加をしたというのがございます。

これによりまして、きちんと査定の返戻の理由を、明らかに分かりやすく書くということができるようサポートするツールを入れたわけでございます。これが、昨年、ちょうど1年ぐらい前からやり始めてはいるのですが、本格稼働をし始めたのは、大体夏ごろでありまして、ちょうど1年前と比べておりますが、これによりまして、きちんと分かりやすい理由、記載割合を書いておくということの状況が改善をしておるところでございます。

我々の中で、平成29年度に50%、平成32年度に80%としたものについて、改善をしておりますので、これを前倒しをしているというのがございます。

これは次のページを御覧いただいたほうがいいと思いますが、【参考】として14ページ

に、どういうことを課題として何をしたのかということ、分かりやすく例を入れておりますが、査定したときに、それを返したり査定理由を付けるわけですが、そこに同じものに対して、例示ですが、記載されるのはこんなに違うものがございます。

これはHbA1cの連月算定の場合に理由を書いたときに、連月測定は認められませんとか連月算定をされています、疑い病名ですということと、若しくは糖尿病の疑いで連月算定されていますと書かれている。これをきちんと分かりやすく書くということで、下に、当然だと思いますが、糖尿病の疑いでこうこうで、それについてはこうですので御留意願いますといったものを、きちんと候補を出して、これをきちんとお返しできるようにという、統一的な書き方をするというのを入れたということで、御紹介であります。

15ページも関連であります。審査の一般的な取扱いを公表していくということを進めております。これも統一的な審査基準を実際、進めていくということでありまして、一般的取扱いというのを公表をしておりますが、これにつきましても順次、以下のものについても数値を占めておりますけれども、御覧いただきますように個別の査定の仕方の細かいところも調整を図る必要がありますので、一つずつではあります。事例を積み重ねていくということをやっているところでございます。

資料につきましてもの説明は以上でございます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

それでは、御意見、御質問などをよろしく願いいたします。

では、森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 では、私のほうから最初に質問します。

資料1-2「コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等について」のところなのですが、一つ目の質問は、定性的な記載項目の選択項目化で、日付等が残った分が562ということで、2割ぐらいを今回は選択式にしたということだったので、言われる意味は分かるのですが、一方で日付等が入る項目は、本当にそんな必要なのか。要するに定期的にここを見直して、日付の必要がないものがあるような気もするのですが、そういうチェックはした上でこの数字なのかあるいはまだしていないのであれば、そういうことをされるかどうかというのが一点。

もう一点は、3番の未コード化傷病名の話なのですが、20%から今度は2%ということで、数を見るとすごいなと思うのですが、實際上、これにどれぐらいの医療機関が入ってくるのか、現状どれぐらい入っていて、そこがどの程度減るかということだと思うのですが、大体の数字というのをお持ちでしたら教えてほしいと思うのですが、この二点、まずお願いします。

○林座長 よろしく申し上げます。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず、一点目ですが、私の先ほどの説明がよくなかったようで、全体が562あって、そのうち、今回こういう選択形式にしたものが124でございます。残りの部分のうち、約9割が、例えば一つの例で申しますと、退院後訪問指導料というの

があるのですが、そこに退院日を記載させるとか、あとは個別記載として、例えば、精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算というのがあるのですが、そこで使った抗精神病薬を全て記載することとかについては、選択肢というよりはむしろ書いてもらったほうが早いということで残したものでございます。

そもそもそれ自体が要るか要らないかという判断もしたのかということですが、今回、この562を全体をやるにつきましては、そういう必要性ということも加味した上で判断しております。

これから2年に1回の診療報酬改定ごとにこういうものはしっかり見ていくというPDCAサイクルを作りましたので、次回のときに状況変化を見てどうするかということを考えていると思っております。

次に未コード化傷病名の話でございますが、現在、DPCで未コード化傷病名を20%以上減点しているのは、実は今、ここにはまっているものはゼロでございます。2%以上にしますと、対象が200病院ぐらいありますので、そういうところの未コード化の解消が進んでいくと考えております。

○森下座長代理 分かりました。

是非、診療報酬改定ごとに、やはり定期的にチェックをしないと、今回の結果を見ても、かなりコンピューターに負荷がかかっている状況があるのだと思うのです。そのところを簡素化していかないと、これはどんどんたまってきますので、是非そこをお願いしたいなと思います。200病院ということで、とりあえず第一段としては、そういう形でいくということで、それは非常にいいかなと思います。

もう一点は、資料1-3のほうの問題なのですけれども、私も最近、2週間いつも出ていたものを1週間にしろといきなり言われて、査定を食らっている最中なのですけれども、この時期になってもまたそんなことが起きているのかと思ってびっくりしているのです。数年間行っているところでもそういうことが起こるので、多分、担当者が替わっただろうなという話を病院とはしているのですけれども、やはりそういう状況だと、なかなか安心してというか、一体何が根拠で変わっているのか、現状まだ分からない状況なので、早く改善してほしいなと思っています。

その原因としてひょっとしたらと思ったのが、今日9ページのところの説明を聞いていて、特定医療機関に限定される点検条件が無くなるという話だったので、やはり医者は結構好みがあるので、同じ抗生物質を使ったり、同じ病気に対して同じ薬を使うというのはよくある話なのです。これは必ずしももうけ主義というのではなくて、自分が使いやすいとかがあるので、基本的にこの条件が当初実情と合っていなかったあるいは一部の悪いところのためにほかのところ犠牲になったのかもしれないけれども、理不尽な感じは受けます。今回、6か月後に一応廃止ということですが、実際にはいつごろ廃止なるのですか。実際の本当の意味でのスケジュールです。

○林座長 では、基金からお答えをお願いします。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 今の9ページの箱の下のところを御覧いただけますでしょうか。既存の支部点検条件が11万9,000件と書いてございます。もう役割の済んだものとか、もちろん半年以上過ぎているものとかが当然あるわけですが、こういったもの。各都道府県と同じような設定をされていてかぶっているものとかも含めてこういう数字であります。それが設定するときにはするわけですが、検証というか、使わなくなってもそのまま放置されているというのが現状でありましたし、我々のほうでどれだけのものがかぶっているかというの、現状把握し切れていない状況でございました。それを改善するという作業に着手をしたわけですが、正直、全て完了するまでにどれぐらいかというのは、まだ、現状、手元では分からない状況であります。ここに書いてございますように、2018年の半ば、秋ぐらいとなりますが、ここで作業状況を整理して、いつまでにやるかというのははっきりさせたいというそのぐらいの作業量になってございまして、現状でまだ、いつまでにというのは出せておりませんが、しかるべきタイミングできちんと終わるように、そこを設定したいと思っております。

○森下座長代理 急速に改革というか進化は進んでいると思いますけれども、余り時間がたっても意味がないので、是非早めをお願いしたいと思うのと、先ほど言いましたけれども、査定される側から言うと、過去にやられているのは納得感がないのが多いのです。突然変わったりとか、逆に、今まで駄目だったのが書いてみたらオーケーになったとか、何となく、どのように誰がやっているのかというのが今まで非常に不透明で、よく言われるうわさは審査員が替わったとか、属人的なお話をしているわけですがけれども、そういう状況があるとすると、やはりこれは不公平感があるので、是非頑張って、早めに統一化をしていただきたいということをお願いしたいと思っております。

○林座長 ほかにございますか。

では、川渕先生、お願いします。

○川渕専門委員 二点、御質問したいと思っております。

まず、この4月の改定で摘要欄の見直しと8万6,000項目のコンピュータチェックの公開があったのは、称賛したいと思います。

そこで、聞きたいのは、一つは未コード化傷病名のところで、今回もインセンティブとディスインセンティブが付いたということなのですけれども、この傷病名のコード化を、これからどう改善するかです。今回のレセプトの改革で結構肝かなと思っているのは、いわゆる保険病名という保険請求を査定・返戻がないように通すがゆえに病名を付けるという性悪説のように運用されている実態をどう是正するかです。

例えば、ICDコーディングでは詳細不明な病名は99番を付けるのですが、先生によってはなかなか病名が付かない場合があります。しかし、疑い病名は1回までという保険請求のルールがあって、ここが臨床科医の中の納得感がない。やはりなかなか分からない病名もあるのかなと思うのです。そうすると、こういうインセンティブ、ディスインセンティブといっても結局、レセプト自身変わらないといけない。つまり、今までやってきた方法と

変わらないのかと思う一方で、何かここはこのように変えようとしているということがあるのかどうか。

二点目は、モジュール化ということで、3月6日に既に工程管理支援等の業者が確定したというのは分かったのですけれども、この後、受付システム、審査システム、請求支払システムといろいろ確定されていく中では横串が入らないと、結構各種各様みたいなことになりはしないかと。結局、何のためにレセプト改革をやっているのかです。今日は支払基金が中心ですが、例えば国保連合会は416億円の手数料で査定は521億円に及びます。結構コストパフォーマンスがいいなと思うのですが、一方で支払基金は、レセプト1枚当たり74円ぐらいかかっているということです。

支払基金改革とかレセプト改革の裏側にあるコンセプトは、やはり効率化だし、無駄な医療費をなるべく適正化したいということだと思のですが、結構大掛かりなお金をかけてシステムを変える見返りが求められます。業者を個々に確定していくのはいいけれども、モジュール化の横串はどうやって調整するのかなというのが一抹の不安なので聞きたいと思います。

二点、お願いします。

○林座長 どちらも非常に本質的で大きな質問だったと思いますので、一つずつ、まず、資料1-2の未コード化の傷病名についての基本的なお考えを御説明ください。

○厚生労働省（渡辺審議官） 非常にいい御指摘、ありがとうございました。

多分、二つの段階があると思っております、今、この診療報酬改定で対応したものは、既にコードがあるにもかかわらず、結局コードを書いていない傷病名というところをできるだけ減らしていこうということです。先生がおっしゃったのは、そもそもそういうコードが付いていないいろいろな傷病というものをどう処理していくかということだと思いますが、これにつきましては、厚労省もオブザーバーという形で入っておりますけれども、できるだけコードの付いていないものをコード化していく、標準化をしていくという委員会を作っております、レセコンの業界にも入っていただいて、定期的に未コードのものをコード化していこうという取組もありますので、そういうところを活用しながら、コードを付けていくという作業と、コードが付いているものはちゃんとレセプトにコードを付けてもらうという、二つの方向で進めていくということかと思っております。

○林座長 私はよく分からなかったのですけれども、今のお答えで分かりましたか。

○川淵専門委員 例えば今回のコンピュータチェック対象事例を見ていただけたら分かるのですけれどもマスターコードがありますね。これは恐らくMEDISが作ったコードかと思いますが、これに対応して傷病名マスターもあるのです。これが日本独自に作ってきているのですが、その一方で国際疾病分類があります。国際標準で病名を書きますよと閣議決定になってはいますが、そうすると病名はどうするのでしょうか。

いわゆる保険病名では、疑い病名は1回だけしか使えないので分からないのだけれどもいいかと言って病名を書いてしまうことが往々にしてあります。それが統計になってしま

うと屋上屋を架すことにつながります。本当の病名は何かというのが結構大事で、今のレセプトはいっぱい病名を書かせているのですが、原病名は何で、あとは併発疾患なのか合併症なのかが分かりません。これをきっかけにルール化すれば、結構ドクターは真面目だから、性善説で行くのではないかという夢を描いているのですがいかがでしょうか。

というのも日本独自のいわゆる病名マスターを作ったのもICD-9、10は、死因統計から入っているので臨床病名ではないからです。臨床家にすると、今のICD-10はすごく不満なわけです。それでMEDISさんが作った病名コードがあるのですが、これをこれまでどおり踏襲していくのか、閣議決定にある、「国際的な規格への準拠を進める」をどう調整するのかが、結構肝だなと思うのです。そこをどうされるのかなと。これまでどおりでいくのですか。

○森下座長代理 閣議決定で決めたように、国際規格の準拠を進めるというのは、正に先生が言われた内容なので、ここは私も実は質問しようと思ったのですが、具体的に下の項目に出てこないで、どうされるのかなと。大項目で書いていて、ここは閣議決定になっていますから、当然何かされるのだろうと思っています。そこは確かに先生のおっしゃるとおりで、ちょっとお聞きしたいです。

○川渕専門委員 ICD-10は死因病名だから、今の傷病名マスターでいいのではないかとこのだけでも、疑い病名は1回しか使わないから、みんなえいと付けるのが医療事務であとで先生たちにこれでいいですかと確認しています。世の中は今そうになっているのです。仮の病名ということで統計を取っているわけですが一気にここで真の病名を付ければいいようなルール化をすればいいかなと思って、あえてここを聞くのです。

○林座長 厚労省の、先ほどちょっと御紹介くださった標準化の委員会での、議論の今の方向とか現状とか今後の方針というものについて、現時点でお話いただける範囲でまず御紹介いただいて、残りはまた書面などで教えていただくということで、まずは御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず、標準化委員会は、厚労省はオブザーバーに入っているものですので、厚労省の下にある委員会ではございません。

私が十分理解できていないのかもしれないのですが、先生がおっしゃった傷病名マスターに載っているものについては、傷病名マスターは、おっしゃっているICD-10に一応ひも付けはできているので、その意味では全く国際基準と全然違うものを進めているというわけではないということとも言えると思います。ただ、それがどれぐらいきちんと普及をしているかということなのか、また整理してお出ししたいと思います。

○川渕専門委員 途中から入ったのでよく分かりませんが、閣議決定で、「国際的な規格への準拠を進める」と書いてあるから、アメリカ合衆国のICD-9、10CMみたいに、クリニカル・モディフィケーションをするのかなと読んだのです。

○森下座長代理 私が議論したところなので、私から説明しますが、もともとの趣旨としては、結局、日本のレセプトデータというか医療統計が非常に質が低い。一つの理由は、

やはり傷病名が多過ぎるのです。實際上、同じ高血圧でも10種類ぐらいあるわけです。糖尿病に関して、それこそ先ほどの話で疑いということで、本当の数より上乗せされた可能性がある。それを改善して、かつ世界的に日本のデータの品質を確立するためには、ICD-10をベースにすべきだろうと。ただし、ICD-10にすぐに統一はできないので、ICD-10に絡むような傷病名を上の方に持っていきましょと。そうすると上の方から当然チェックはしていくので、必然的にそこは中心になってくるから質が上がるのではないかと。ただし、ICD-10に全部行くと、傷病名自体がリンクされていないのがたくさんあるので、整理はできないだろうから、ここに書いているように「準拠を進める」という言い方で、当時合意をしたという経緯があるのです。そこはやはりやってもらわないと、これは幾らビッグデータにしても質が低かったら意味がないので、ここが本当に肝なのです。そういう意味でここに書かれていると思って、先ほどは見逃していたのですけれども、そうではないとすれば、やはりその趣旨に基づいてやってもらわないと、せっかく膨大なデータがあっても、日本独自の訳の分からない病名がたくさん上に来るというのでは意味がないので、そこは是非。これから国際的な感染症対策も含めていろいろな対策会議がG20で開かれていますけれども、そういうところの規格データが、こういう言い方はしたくないのだけれども、日本のものが、いろいろな意味で外れてしまっているのです。そうすると、結局、本当にその疾患が多いのか少ないのかと。アルツハイマーなどでも、日本は増えているのに先進国は減っているのです。だから本当のところ、それはどうなのだという声は結構あるわけです。

そういう意味で、しっかりICD-10をベースにしてやっていかないと、多分、厚生行政自体が立たなくなってくる可能性があるのです。そういう意味で、一遍にほかのものを廃止はできないけれども、できるだけICD-10に近いところが、特にコンピュータチェックの中で選ばれるようにしてほしいというのが趣旨だったので、そこは是非お願いしたいと思います。

○林座長 では、今の点は、「国際的な規格への準拠を進める」という規制改革項目でいいますと、No.23のbのところに入っているのですけれども、やはりフォローアップは今日で終わらなさそうですね。また、お答えをよろしくお願ひしたいと思います。

川渕先生の御質問の二点目も、非常に重要な点だと思います。モジュール化に対応した形の改革工程になっているのか、そして、そのモジュール化による業務全体の効率化、例えば、今の1レセプト当たりの処理時間や手数料の1レセプト74.6円というものについて、どの程度の効率化を見込んでいるのかといった辺りのお答えを頂ければと思います。よろしくお願ひします。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 支払基金の城でございます。

まず、今回のモジュール化等々の部分は、元の問題意識は、振り返りますと、ベンダーロックを排除するとかスパゲッティシステムにならないようにということで、とにかく改修のときのコストがやたらとかかる、ランニングが高いといった部分について改善ができ

るようにということでモジュール化をすとか、改修のときに柔軟なスケラブルなシステムにするといったことを、有識者会議の頃からそういう御指摘だったということで、それを踏まえて進めるということだったと記憶をいたしております。

その関係で、今回もモジュール化ということで、データベース型ではなくてファイルを各モジュールで引き渡していくような形にすることによって、独立した形で運用できることといったことも含めて設計していくという思想というか哲学でやっているところでございます。

それが、逆に横串を通さないという御指摘は、そのとおりでありまして、それがどうなっているかといいますと、基本的には各モジュールごとに完結をさせて、そうしたそれぞれの単位でやりますので、それぞれのをきちんと完結して次に渡せるようにしてもらおうということは当然必要ですし、マニュアルも含めて、そういうものを整備させていくという形で、ちゃんとつなげるようにさせるということによって、逆に言うとはっきりしたシステムを設計させなければいけないし、それを作らせないといけないということを要件にしていくことだと思います。

実際に我々のほうで全体を設計するのは、支払基金で基本的には仕様を書いておりますので、ここで言うのがいいかどうか分かりませんが、IT戦略室に十分御相談をしながら、見ていただきながらやっておりますので、そのそごはないようにできていると思っています。ただ、それで概念的には、今の段階で今後の改修費、今回の実際の刷新の費用もそうですし、その後の改修費もそうですし、実際のランニングも、こういう形にすることによって定性的には下げられるだろうと思っておりますが、まだ、機器も含めて、この秋に全体像をはっきりさせるので、どれぐらいになるのか、人がどれぐらい減らせるかというのと正にバーターみたいな話もございますので、幾ら下がるかまでは、現段階では我々が申し上げられる数字はありません。ただ、基本的には下げていく方向を目指しているということで、御理解いただければと思います。

○林座長 定量的な目標が今ないのであれば、いつ設定されるのですか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） まず、全体の刷新の費用についてははっきりするのが、スケジュールですと、ハードの調達粗々の全体像が見えるのが秋ですので、この秋に全体の費用をはっきりさせたいと思っております。そして、どこまでというのは、実際運用したときの話で、人のあれもあります。

○神成副政府CIO 途中からすみません。

入札内容については、IT総合戦略室においても、確認をしておりますし、全体費用の圧縮に関する議論にも参加をしております。その中で、従来と比較してどの程度費用を削減可能かの議論もしております。ですが、当初の想定とはシステム構成そのものが変わってきておりますので、単純にどの程度削減をしたのかということをお知らせするのは非常に難しいのと、どの程度価格が下がる事を見積もっているかという点を申し上げますと、入札に影響を及ぼしてしまいます。

○林座長 今、ないということなので、いつ定量的な目標を設定するのですかという時期を伺っています。

○神成副政府CIO 定量的な目標は内部としてはありますが、入札のめどが立つ時期までは具体的に申し上げられない状況です。

○林座長 例えば、入札が決まらないとということなのですが、少なくとも工程管理支援等についてはもう入札が終わって、業者が確定していると。モジュール単位でこれからだんだん決まっていくわけですね。そうすると、工程管理の支援の部分ではどれだけ効率化ができるというところは見込めるのではないですか。これは段階的に最後まで行かないと見積りもできないということなのですか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 工程管理は、我々の作業の進捗の手伝いみたいなところですから、何かと比較のしようがないのであれですが、そこはさておき、ほかの部分について、現行のシステムを作ったときに幾らあったかというのはありますけれども、それより大幅に下げて比較はできますが、現状の水準でやったときに、そういう意味でかさむシステムを作るのに比べて、次はどれぐらい下げたかとか、比較対象を何と取るのかというのはあれですので、そういう意味ではどれぐらいの額より下に下げて調達をするとか、ある程度の目安を考えたいと思っています。

○神成副政府CIO 一昨年度、厚生労働省の会議において、林先生、金丸先生、森下先生と一緒に支払基金のシステム改革に関する議論をさせていただきました。その際に支払基金側から提示された、次期のシステム刷新の予算がございました。その予算額よりは抑えて、その会議において提言させていただいた機能については全て実装するというのが最低条件です。

○林座長 内情をよく御存じの先生から、そのように御説明をいただいているわけなのですが、やはり客観的に外から見ますと、この改革というのは、保険者の観点から見ますと、いかに業務全体の効率化をしていただくか、そして、モジュール化によって保険者自身による利用とか、外部事業者への委託が可能な仕組みにすることで、基金にも競争原理を働かせて、より保険者にメリットのあるような審査支払の業務をしていただくと。そうでなければ今回の改革の意味というのがないと、そこは城さんもうなずいてくださっているので、共有しているところだと思うのですが、そうであれば、いつの時期になったら、これだけ効率化するというような定量的な目標を、いつ設定するかということぐらいは、今後の業務改革のプロセスとして入れていただくべきではないかと思っておりますので、今、お答えがないということなのですけれども、是非、その点を考えて、お答えを準備していただきたいと思っております。

○神成副政府CIO 了解しました。どのような提示が可能かも含め、検討します。

○林座長 では、戸田専門委員、どうぞ。

○戸田専門委員 非常にいろいろな複雑なことを、物すごくチャレンジングにやっている

ということは伝わってくるのですけれども、今、正に林座長がおっしゃったように、私などの民間企業の人間からすると、詳しいHowは分からないのですけれども、効率化というのは、いつまでにどのぐらいの効率化をするのだと、定量的に挙げるといのは、まず第一前提なのです。そういう中で、どういう手段でどのぐらいの費用をかけて効率化をしていくのだと。そうすると、費用面は非常にかさむと、これはもうやってもしようがないと、やらないほうがいいということも多々あるわけです。

あとは、もう一つの解決策としては、2、3年は先ほどのベンダーさんとかで、一方では、2、3年は赤字だけれども、4年後以降はどんどん累積で黒字が出てくるので、これはやる意味があるとか、何かそういうところを、もっとざっくりとインプットとアウトプットの関係が見えないと、ちょっと失礼な言い方ですけれども、これは作業のための作業です。大前提をもう少し分かりやすく説明していただかないと、いつもこの各論に巻き込まれてしまっていて、これをやることによって、幾ら我々が得をするのですかというのが見えにくい。正に林さんがおっしゃったように、もっと定量的に目標設定するのが大事であって、それを是非お願いします。

ですから、入札価格というのを言ってくれという意味ではなくて、入札価格というのも一つのコストですね。だけれども、ここで言っているいろいろな組織を統合とかの部分での、いわゆるコストダウンもあるわけです。ですから、いろいろな項目ごとに、このプロジェクト全体を本当にやる意味があるかどうかというのが、部外者から見ていると見えないので、そこは是非お願いしたい。やはり定量的なインプット、定量的なゴールの関係というのが大前提だと思いますので、よろしくお願いします。

○林座長 今のは御意見ですか。

○戸田専門委員 もし、それで何かあるならば是非教えていただきたい。今は幾らかかかっていて、これでもって、どのぐらいのコストダウンになるのですか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 正に何と何を比較するかということの指標をどう取るかということと、いつの時点のどういうものということが、どういうお示しの仕方が、まずは時期をとということでしたので、どういうお示しの仕方ならどのぐらいまでにできるのかということも含めて、いずれにしても、例えば組織の話はまた法律改正にもつながっていきますし、当然これは組織の話ですので、人員にも関わることで、それを軽々に数字というのをこういう場で明らかにできるかどうかということもありますので、いずれにしても、どういうことができるかを考えてみたいと思います。

○林座長 よろしく申し上げます。

議長、どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。支部の集約化と審査委員会について御質問します。

支部集約化に向けたモデル事業が始まるわけですが、最終的に何箇所ぐらいに集約していくというイメージがありませんと何をチェックするのか分かりにくい。集約に伴う実際上の課題を見るということですが、どれぐらいの規模の集約をするかで見ると違

ってくると思います。どの程度集約するかというのはいつ頃お決めになるのでしょうか。

私は、全国1か所か2か所が望ましいと思っているのですが、どうもお話を聞くと、複数都道府県に一つぐらいのイメージがなされているのかなという懸念があります。これはいつ決めるのでしょうか。これが一点目です。

次に、支部を集約するときには支払基金法の第3条第1項「各都道府県に置く」という部分の法改正が必要なわけですが、法改正に踏み切るかどうかはどの時点で何を見て、お決めになるのか。これが二点目です。

審査委員会について、今回御説明いただいたのは計画・工程表の12番で、これについては「審査委員の担当」を「一定期間毎に改め」となっているのですが、この「一定期間毎」というのは誰が決めるのでしょうか。審査委員会ごとに決めるのでしょうか。これが一つ目の質問です。

12番の前に11番があって、「審査委員会の在り方の見直し」ということで幾つか書かれております。例えば「ウェブ会議方式の活用」や「三者構成の審査委員会」などがあって、この中には「（平成30年度）に実施」と書かれたものが二つはあるのですが、それ以外も平成30年度になさるのでしょうか。これが二つ目の質問です。

最後に、倫理規定、ガバナンスの向上について、今回第一歩は踏み出しても、これだけで中立公正な審査が行われるのかと。自分の病院は関係しなくても、同じ地域内の病院や医師に配慮してしまうことはあるだろうと思います。したがって、最終的には、7月に出された計画・工程表の14ページの最後なのですが、「これらを踏まえ、上記の改革については速やかに検討を開始し、審査機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止する観点から、システム本格稼働時期までを目途としてドイツ等他の先進国の仕組みも参考にしつつ再検証して以下の点について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずることとする」と。その下に「審査委員会の三者構成の役割と必要性」、「各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性」と書かれており、この部分が重要になってきます。こういうことには、いつ、どんな形で検討に着手されるのでしょうか。これが三点目です。お願いします。

○林座長 それではお答え、よろしく申し上げます。

○厚生労働省（渡辺審議官） 一点目と三点目についてお答えしたいと思います。

まず、一点目の集約化と法改正の決断がいつ頃というのは多分同じ話だと思います。これは、先ほど言いましたモデル事業というのもやるわけですけれども、制度改正になりますので、私ども厚労省で一定の案といいますか、その考え方も含めて整理をした上で、様々な関係者がいらっしゃいますので、もちろん規制改革推進会議とも御相談をしなければいけないと思っておりますが、そういう方々と調整する必要があります。

一方で、実際の現場でワークするかどうかというところ、例えば今回のモデル事業ですと、実際に通ってもらって審査をすることもやってみるということで、人事配置という面からの検証も含め総合的に勘案して、平成31年の法改正で通常国会に提出ということであ

れば、年内には少なくとも政府部内での成案を得ることになりますので、そこに向けて検討していくということだと思います。

ただ、組織に関わることでもありますので、いろいろな方と調整をしなければいけませんので、どこまでをこういうオープンな場で調整させていただくかということは、これから改めて御相談をしたいと思います。

それともちょっと関連いたしますが、御指摘のあった去年の7月の工程表の中で、審査委員会の位置付けというところについての検討をどうするかということですが、7月の時点では、システム本格稼働時期ということですので、これは2020年ですので、それまでということではございますけれども、恐らく支部組織の集約化ということを考えていけば、今、審査委員会というのは支部に属するということになっていますので、その審査委員会の位置付けをどうするかということも、当然併せて法制的には整理をしなければいけません。あるいは審査委員会と再審査の関係とか、一部は平成31年の法改正の検討と併せてやっていかなければいけないと思っておりますので、いずれにしても全体を整理して、平成30年度のここでの課題ということで、制度改正案の議論をしていただくということになるかと思っております。その上で、先ほど御指摘のあったウェブ会議など、先行して取り組めるものは取り組んでいきたいと思っております。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 支払基金の城でございます。

先ほど御指摘がありましたように、平成30年度に取り組むべしという先ほどの11番にございます項目については、私どもは、平成30年度に行うべきものを行っていくということで今考えているところでございます。その上で、先ほどの審査委員会の話というか、審査の担当を一定期間でというお話でございますが、これは準則でありまして、各支部で審査委員会がございまして、本当は各支部で定めることになっている関係で準則という形にして我々が示し、それに従って、各支部でその規定を作ってくださいというルールになっております。実際には半年といった形で定めているもの、大体そんな感じになっているはずです。

○大田議長 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

支部の集約のスケールで、何箇所ぐらいに集約していくのかというのは、先ほどの審議官のお話ですと、いろいろな関係者の話を聞きながら検討していくということですか。

○厚生労働省（渡辺審議官）プロセスとしてはそうなると思いますが、そもそも支部が今担っている機能について統括的な、法律上の権限的なものを行わせるというのがありますし、あるいは事実上の事務ということで、例えば職員審査と言われるものもやっていますし、あるいは審査委員会のサポートとかいろいろな機能がありますので、そういうものをもう一回整理をしながら、どれをどこまで集約するかということをお我々のほうでまず考え方を整理した上で、調整をしていくということになるかと思っております。

○大田議長 今の実証テストのやり方ですと、被集約支部と集約支部の関係でいくと、複数県を束ねるようなイメージが浮かんでくるのですが、それは所与の前提では決していない

と見てよろしいですね。

○厚生労働省（渡辺審議官） それはこれからだと思います。ただ、ちょっと申し上げておきたいのは、実証テストをやる段階では、今のシステムというのはまだ刷新をされていないシステムですので、そういう意味では、今の業務量の中でやらなければいけないので、完全に完成形のものを実証できるかということ、それはできませんので、実証テストで整理をすることと、制度論で整理をすることをうまく組み合わせながら案を作っていくということになるかと思います。

○林座長 今回の関連でよろしいでしょうか。

資料1-3の11ページの実証テストなのですが、ややこしいですけれども、例えばこのページで行きますと、大阪の場合ですと、被集約支部というのは滋賀、京都、奈良のほうですね。こちらのほうにはどういう業務が残って、どの程度の人員を配置して、この実証実験をなさるのですか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 基本的には、審査の事務等は移行をしますので、審査委員会の庶務のような、審査委員会が基本的には残るだけですので、全体でイメージとしては大体3分の2ぐらいの人数は動いて、3分の1ぐらいが残るイメージなのですが、大体被集約支部という動くほうの支部の定員の66%の人は集約支部に行って勤務をするという形になります。

○林座長 その庶務事務というものの内容は、例えばどんなものなのでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 城でございます。

まず、医療機関からのレセプトの持込み、若しくは郵送のレセプトの受付の部分で残る部分がございます。それを受けるといふ仕事であったりします。それから、審査委員会の関係の連絡庶務、そこに審査委員会の委員が来ますので、それに対する庶務であります、そういった仕事の職員は残ります。そんな感じだと思います。

○林座長 そうすると、残っている紙レセプトの郵送の受付とか、あとは審査委員のドクターの先生方が会議をするときの対応をするということでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） それもでございます。

先ほどのことに一点補足しますと、紙に限らず、媒体を郵送してくるところがございますので、その媒体の郵送を受け付けて、それを読み込ませるといふ作業はあると思います。その程度の話になります。

○林座長 分かりました。ありがとうございます。

ほかにございますか。

議長代理、よろしいですか。

○金丸議長代理 では、最後に、今日はいろいろな議論があったのですが、我々の大きな期待も、その期待を受けて、対応なさるおつもりの支払基金側も、新システムが完成しないことには絵に描いた餅になります。いろいろ関わってまいりましたけれども、新システムの完成の確率は依然として高くはないのではないかという危機感を持っておりま

して、神成副CIOの獅子奮迅の活躍を期待しています。

それから今日は、川渕専門委員が聞かれた横串のところはこれまでも議論してきたのですけれども、基本的にはデータベースの設計を誰がやるのか、全画面が統一したデザインにならなければいけないので、ユーザーインターフェースのデザインは誰がいつやるのか。

いろいろなデータが病院側から発生してくるのですけれども、データ種別ごとにデータフローはちゃんと書かなければいけないので、これは横串なのです。モジュール化とサブシステム単位に発注するということは本来必ずしもイコールではないのですけれども、モジュールの塊をサブシステムと思って、サブシステム単位に入札が行われるので、そこは相当危機感を持って、チーム神成さんたちが頑張ってもらいたいなど。もちろん私もいろいろな協力はしますが、データベースの設計というのは先ほどの病名とコード体系をどうするか、国際標準とひも付けをするというので、それはどんなひも付けのやり方をするかということと、サブシステム単位に切ったものをつなげるのは、まさかバッチ処理でやるわけではないですねというのもあるので、これは引き続き議論とプロジェクト管理、進捗管理をちゃんとやっていきたいと今日は思いました。よろしくお願ひします。

○林座長 ありがとうございます。

政府CIOの関与については、これまでも度々お願ひしているところなので、今後も是非よろしくお願ひしたいと思ひますし、また、こういった仕組みの改定については、是非保険者、健保連も参画させるべきではないかと思ひますので、御検討のほどよろしくお願ひします。

それでは、議論は尽きないところでありますが、時間の関係上、本日はここまでとさせていただきます。

本件につきましては、当ワーキング・グループとしましても、引き続き注視してまいりたいと思ひます。厚生労働省並びに支払基金の皆様、本日はありがとうございます。御退室ください。

(神成副政府CIO、厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金 退室)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思ひます。

本日、二つ目の議題は「『一気通貫の在宅医療の実現』にかかる意見について」ということで、当ワーキング・グループにおける今期のこれまでの議論や先月の公開ディスカッションを受けて公表する意見案について、まず事務局から御説明をお願いします。

○中沢参事官 事務局でございます。

委員、専門委員の皆様には、お手元の資料2「『一気通貫の在宅医療の実現』のために(案)」を御覧いただきたいと思うのですが、あらかじめ申し上げますが、本資料は委員、専門委員の皆様のお手元限りとさせていただきます。各省庁の傍聴の皆様がおられますが、お渡しはしておりません。後日、本件公表のタイミングで速やかにホームページ上にもアップさせていただきますので、あらかじめ御承知おきくださいますようお願いいたします。委員、専門委員の皆様も公表前の間、資料の取扱いには御注意くださるようお

願ひ申し上げます。

資料の中身でございますが、御覧いただいておりますとおりでありまして、本年2月20日の医療・介護ワーキング・グループにおきまして、南相馬市及び小高病院から規制改革要望として挙がってきたものが起点となっております。さらに、その後の3月27日の公開ディスカッションでも主要な論点となりましたものについて整理をして、議長、座長と御相談の上、取りまとめたものが案として皆様に御提示しております。

中身は、医師による診療ですらオンラインが医師法上も認められていて、診療報酬上も評価されつつあるという中において、薬剤師による服薬指導だけがどうして対面でなければならないのかという視座を出発点としております。

服薬指導について、いきなり全国展開という議論をしているわけではもちろんございませんで、あくまでも薬剤師による対面を原則としつつも、それを補完するものとして、それを必要とする地域、患者の方々の目線で安全性を確保した上で、オンライン服薬指導を認めてもよいのではないかという立て付けの意見となっております。

2ページ目の下段の3のところでございますけれども、もう一つの論点といたしまして、一気通貫の在宅医療を実現するためには、オンラインでの服薬指導と併せて、処方箋の完全電子化を実現する必要があるということも書かせていただいております。こちらも当ワーキング・グループでの有識者や、あるいは規制改革推進会議の委員の方々から挙がってきた意見、要望でありまして、さきの公開ディスカッションにおきましても、厚生労働省から前向きな回答があったものでございます。記載のとおりでございます。

簡単ではございますが、事務局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。

この点について、御意見、御質問等がございましたらお願いいたします。

先日の公開ディスカッションを受けて、通院困難な、また、薬局に行くのが困難な在宅患者の皆様方に、診療とともに服薬指導もオンラインで受けるようにすべきではないかということを議論いたしましたので、それを反映した意見書を発出したいということで準備しております。

川渕専門委員。

○川渕専門委員 これに異論はないのですけれども、ある雑誌に、厚労省の医政局の医事課の方が、「遠隔で十分な服薬指導ができるのかどうかという観点から、その実現可能性について、国家戦略特区内で実証を可能とする手当がなされたものと認識しています。規制改革会議などは、遠隔診療ができるのなら遠隔服薬指導もできるのではないかと、言っていますが、しっかりと検証し、エビデンスに基づいた議論をすることが重要だと思います。もし、実現が可能なのであれば、働き方改革が言われる中で、医師や薬剤師の負担軽減に資するかもしれませんし、アクセスの悪いへき地などでは、わざわざ遠方まで薬を取りに行かなければならない患者の負担軽減になるかもしれません。」とおっしゃっています。

先般、医政局がガイドラインを出して、私としては前向きな回答だったのかと思いつつ、この方から出てくる言葉の中に二つだけ引っ掛かるのが、例の公開ディスカッションのときも国家戦略特区内で実証をするということをよくおっしゃっていましたが、確認ですけれども、南相馬市が国家戦略特区でやろうとしたのだけれども、様々な理由で進んでいないと私は理解しているのですが、やはり当局は国家戦略特区の枠組みでやるのかどうか。

もう一つは、よくエビデンスに基づいた議論とおっしゃいますが、その挙証責任は誰にあるのか。また、何をもちょうエビデンスというのかがよく分かりません。

○森下座長代理 これは、前回の公開ディスカッションで言いましたけれども、基本的にオンライン診療がされていない時点での特区の話なのです。だからオンライン診療が実現化している今、特区の話というのはある意味で消えているわけで、現実が特区の話よりも先へ行ってしまったのです。

○川渕専門委員 消えているのですね。

○森下座長代理 多分、それは原稿だから古いのですよ。

○川渕専門委員 古いのか。

○森下座長代理 3、4か月前の内容なので、多分その内容と現在は違うと思いますよ。

○川渕専門委員 確かに2月号でした。

○森下座長代理 2月号は大分古いですね。だから、昨年末はそういう認識だったと思いますけれども、オンライン診療で今回認めたことによって、特区の意義が無くなってしまっているのです。

○川渕専門委員 特区ではないという理解で。

○大田議長 特区の議論がなされたときと大分状況が変わっているということだと思います。

○林座長 おっしゃるとおり、公開ディスカッションのときにもその辺の整理をしたところだと思いますので、またそこを詰めていきたいと思っております。

よろしければ、必要な修正を加えた上で、当ワーキング・グループの意見として、その後、日を置かずに規制改革推進会議にお諮りした上で、規制改革推進会議の意見として公表いただくことにしたいと思います。

以上の進め方について、案文の最終調整も含めて、私に御一任いただけますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○林座長 ありがとうございます。それでは、その方向で進めさせていただきます。

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 次回の会議日程につきましては、追って御案内をさせていただきます。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで会議を終了いたします。