

第10回投資等ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年3月13日（月）14:00～16:02

2. 場所：合同庁舎4号館2階共用第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）原英史（座長）、吉田晴乃（座長代理）、大田弘子（議長）、林いづみ
（専門委員）村上文洋

（政府）山本大臣、松本副大臣、羽深内閣府審議官

（事務局）田和規制改革推進室長、刀禰規制改革推進次長、西川参事官

（有識者）日本遠隔医療協会特任上席研究員 長谷川高志

順天堂大学客員教授 阿曾沼氏

（株式会社メドレー）代表取締役医師 豊田氏、医師 川田氏

（ポート株式会社）代表取締役CEO 春日氏、

医療研究チーム兼東京大学救急科学所属医師 園生氏

（株式会社リンケージ）代表取締役 木村氏

（内田洋行健康保険組合）事務局長 中家氏

（地方創生推進事務局）藤原審議官

（厚生労働省）保険局医療課 迫井課長

医政局医事課 武井課長、奥野企画法令調整官

（財務省）主税局調査課 吉野課長

（国税庁）長官官房企画課 武藤課長

課税部法人課税課 飯守課長

4. 議題：

（開会）

議題1 IT時代の遠隔診療

議題2 税・社会保険関係事務のIT化・ワンストップ化

（閉会）

5. 議事概要：

○西川参事官 それでは「規制改革推進会議 第10回投資等ワーキング・グループ」を開催いたします。

委員の皆様におかれましては、御多用中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日は大田議長、林委員にも御出席いただいております。

江田委員、高橋委員、八代委員は、所用により御欠席ということでございます。

山本大臣に御出席いただいております。松本副大臣は遅れて参ります。

それでは、開会に当たりまして、山本大臣より御挨拶をいただきます。よろしくお願ひします。

○山本大臣 委員の皆様におかれましては、お忙しいところ御出席いただきまして心から感謝申し上げます。

本日は、投資等ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項であります、IT時代の遠隔診療及び税・社会保険関係事務のIT化・ワンストップ化について、それぞれ関係者からヒアリングを行うと伺っております。

遠隔診療につきましては、さまざまな患者ニーズに適切に対応するため、制度や報酬上の問題について引き続き検討していく必要があります。また、税・社会保険関係事務、とりわけ従業員に関する納税事務につきましては、ICT等の一層の活用により被用者・雇用者双方の負担軽減に資するよう、税務手続の利便性向上に向けた取組みを行う必要があります。

委員の皆様におかれましては、改革の具体化に向けて活発な御議論をよろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございました。

○西川参事官 ありがとうございました。

それでは、ここからの進行は原座長、お願いいたします。

○原座長 どうもありがとうございます。

早速、議題1「IT時代の遠隔診療」に移らせていただきます。

本日は多くの方々にはヒアリングにお越しをいただいております、大変ありがとうございます。

遠隔診療につきましては、平成27年度の規制改革実施計画、これは前期の規制改革会議で取り組んだ課題でございますが、平成27年8月から、この規制改革実施計画に基づいて厚生労働省から通知が出されております。医師の判断で遠隔診療が可能であるという通知がなされているわけではありますが、普及に当たってはまだ課題があると認識しております。

こうした状況を踏まえて、今日は幾つかヒアリングをやらせていただきますが、1つ目、まず特定非営利活動法人日本遠隔診療医療協会特任上席研究員の長谷川様から、遠隔診療の推進に関する課題についてお伺いをいたします。その後、株式会社メドレー様、ポート株式会社様、株式会社リンケージ様から遠隔診療推進に関する御要望について、それぞれ御説明をいただきます。その後、地方創生推進事務局から国家戦略特区でも遠隔診療について取り組まれていますので、その取り組みの状況について。その後、厚生労働省から遠隔診療推進に関しての見解について御説明をいただくことにしたいと思います。

御意見、御質問は最後にまとめてお伺いするようにいたします。

また、本日は順天堂大学客員教授で国家戦略特区ワーキング・グループの委員でもいら

っしやる阿曾沼様にも、質疑対応のために御出席をいただいています。

では、初めに日本遠隔医療協会の長谷川様から御説明をお願いいたします。

○日本遠隔医療協会（長谷川氏） 日本遠隔医療協会の長谷川と申します。よろしくお願
いします。

日本遠隔医療協会は余りお聞きにならない団体かもしれませんが、いわゆる遠隔医療の
学術活動をしております日本遠隔医療学会の共同で動いている、傘下の組織でございます。
学会が論文とかアカデミックな活動をするのに対して、研修、教育、コンサルティング、
いろいろなことをやる実務部隊として働いております。私はその中で一番中心的に動いて
いる者でございます。

まず資料の1ページ目の下のところから入っていきたいと思いますが、私からは、少な
くとも私が見ている限りでの日本の遠隔医療の実情ということで御紹介したいと思います。

一言で言いますと、私が各地の医療機関を回っている限りでは、まだまだ取り組む施設
は多くない。日本遠隔医療学会で、多くの方々が研究して、こんな事例を私たちやりました
という報告がたくさん上がってきて、実際にこう進んでいるんだとわかるようになること
を期待しております。

関心がある方は結構多いのですが、立ち上げの支援がないとうまくいかないとか、そう
いうことは結構多いです。ですからかなり細かい手順等を決めないと進まないというイメ
ージを持っております。例えばお医者さんだったら誰でもお互いに話をして支援ができる
のかというと、一例として内科の方と皮膚科の方で簡単に話ができるかということ、言葉も
違うとか、そういったいろいろな難しい問題があります。さらに従来トライアルでも結構
継続しなかったものが多いですし、いろいろな事業補助金とか研究補助金があるけれども、
資金が終わると終わってしまったとよく言われておりました。まだ学会でも事例収集はな
かなか進んでおりません。

次に法的制約とかの問題もあるのですが、これは幸いにも一昨年規制改革会議の結果
といいますか、いわゆる私たちよく2015年8月10日事務連絡と言っていますが、あれが可
なり大きなきっかけになりまして、皆さん関心を持って進められるようになりました。そ
れは非常にうれしいことです。なので今、あのとき医師法20条に相当するような意味でも、
これが壁というものがあるという印象はありません。もちろん個別には多分いろいろあり
ますし、一点一点細かくとりあげれば、何かあるのですけれども、それは個別論というこ
とで考えております。

財源、よく診療報酬の不足とか言われております。これは事実その通りだと思うので
すが、これは別に診療報酬がないからできないんだというよりも、実際に実施しているサイ
ドにデータが足りない。まだまだデータが足りないので、ここが足りないとの問題の絞り
込みも厳しい段階にあります。例えて言えば、最近よく電話等再診で、遠隔で処方箋が発
行できると言っても、では電話等再診はどういう場で使ったら有効なんだということにつ
いては、実は言うほどデータが集まっておりません。なので、こういったデータが集まっ

て、こういったところではよくなかった、よかったというのが集まってくれば、もう少し言えるのだろうと思いますが、研究途上だと言えます。

少なくとも私が回っている限り、地域医療、地方を回っているせいなのでしょうけれども、初診ができたらくさんやるんだけれどもみたいなどころまでは行っておりません。要するにまだそれ以前の問題で結構大変だなという印象を持っております。

ただ、診療報酬がつくと有利だという意味では、既に報酬がある心臓ペースメーカーモニタリングみたいなものは結構伸びております。今もどんどん伸びていて、心臓ペースメーカーを扱っているメーカーですと今後、いろいろなやり方を考え直していかないと対応できないと懸念を持っているところもあるようです。

次に、やはり医療は発展すると、質、安全安心が大事となります。今までは研究者とか、限られた集団でやっていたので社会的にこんなことやっていいのかみたいなことは多くなかったわけです。大体大学の研究者は質の低いことはやらないわけですから。ただし、今後、取り組む人がふえてくると、思わぬ人、思わぬ意識を持った人が現れる。これは医師も患者さんもあります。もしかするとモラルハザード、質とか倫理にもとるようなことが起きたとしても不思議はありませんが、質とか倫理についての検討はまだなかなか進んでおりません。

地方に行きますと、地方行政とか地方の医師会とか、かなり情報不足という印象を持っております。ですから今後役に立つかもしれないけれども、いまひとつわからないね、みたいなことはよく言われております。ですからそういったところに情報提供しなければいけない。問題意識を埋めていかなければいけないと思います。

特に地域の医師会とか大都会の医者が乗り込んでくるのではないかという警戒心はまだまだ多いです。ですから私も最近回っていても、これで大丈夫なのだろうかみたいな御相談を受けることはよくあります。ですからまだ具体的なイメージが少ないのかなというイメージを持っております。

学術活動なのですが、今まではどちらかというと大きな研究補助金、実証事業などで動いていたのですが、それもだんだん形が見えてきたので、大分減ってきたかなと。ただ、そういった大きな補助金による研究では地道な細かい研究は少なく、大物をドンと出すものが多いのですけれども、その大物ドンだとなかなか必要なエビデンスが出てこない。重要な症例報告が出てこないという印象があります。

では産業界はどうだろうか。これは私から見える産業界ですが、まだ発展途上という意識です。実は今日何社か並んでいる方々は、これは私から見ると希望の星です。どういうことかといいますと、医師がちゃんと前面に出てきて企業をやっている。やはり医療のことは医療の専門家が語らないといけないと思うことがあるのです。工学技術者、つまりテレビ電話をつくった人とかが出てくると、どうしても医療の意識と違います。ですからこういった人々が出てきたのは非常にいい傾向だなと。ただ、まだ限られた人たちだけなので、このような人たちがもっと広がるような枠をつくらなければいけないと思います。

一言で言いますと、誰かが止めている、これがあるから進まないんだというものではなくて、こうやれば簡単に進むという道を誰もつくりません。みんな一歩歩くたびに穴に落ちて、穴に落ちたのをまた1歩ずつ上がっては頑張っているというような印象があります。だから苦労しているというのがあるのです。そうなるとなおさらいろいろなソフト的な意味のベースと人のインフラですかね。やはり人が足りないなという印象があります。つまり、そういったことを埋めるため、地域に人がいればいいな。学術関係の人がいればいいなど。そうした人たちが少ないので、私なんか日本中回っていますが、もっと他ににもやってくれる人がいればいいなと思っております。

次のページを見ますと、私が随所に行ったこういった写真が出ておりますが、要するに私、この1月、2月に日本中何カ所回ったかみたいなことなのです。ちょうど今、私ども群馬大学医学部附属病院の中で遠隔診療の臨床研究を続けております。それは各所、同時に7カ所ほどやったことある施設、やったことない施設の遠隔診療をドンと一遍に立ち上げております。こういったことを現地で結構いろいろやっている。こういったことをやる人間がふえるといいなというイメージです。

その下には厚生労働省事業遠隔医療従事者研修というものの写真があります。これも私どもの協会で行っているものですが、年間2カ所ほど、東京と大阪でやっておりますが、数十名ずつ集めて医師とか行政の方とか関係者を集めて遠隔医療を普及させるために教える。こういった活動も結構これがもとで広がってきている部分もあるので、どんどん続けていきたいなと思っておりますけれども、まだまだそういう教育に当たる人が少ないなと思っております。

分量が多いので問題の指摘はアイテムだけ読んでいくことにします。ちょうどこの写真で御紹介した遠隔診療多施設臨床研究をやっているおかげで、制度の問題だけではなくて人、組織、地域の準備不足が大きいなと。つまり日本全体が準備不足という印象を持っております。

それから、遠隔診療のモデルが不可欠なのですが、そのモデルがまだまだ足りない。つまり大まかにはこんなことができる、こんな価値があるというのは大分見えてきたのですが、一つ一つの病気ごとにこのモデル、このモデルが必要です。このモデルがないとできないのです。医療というのは1つ何かわかれば全部に応用できるではなくて、1つごとの症例をもとに個々にモデルが必要です。けれども、そのモデルをつくるにも、先ほど学会でもデータが少ないと言った通りですが、モデルづくりが少ないから、モデルのバリエーションが少ない。するとできることも数も減るという印象を持っております。

あと、地域や施設に行って支える人材が不可欠。ビジネスですと例えば話が飛ぶのかもしれないけれども、コンビニエンスストアみたいなものです。エリアマネージャーが各コンビニを回っていろいろ指導して回る。もしくはネットショッピングなんかですとサイトを立ち上げて、そのサイトをサポートされる方がいるとか、遠隔医療でそういう人がいるのでしょうかと言えば、おりません。しいて言うなら、今日いらっしゃるような企業

の方々で、医師で回ってくださっている方々は、そういう人たちのさきがけになっていますが、いかんせん少な過ぎるという印象を持っております。

やはり制度的にルールとか診療報酬ができたから、さあやってくれと書類を発行するのだと難しいのではないか。あるいは遠隔医療を専任でやっている人が少な過ぎるから専任者がいない。

遠隔診療を各地で政策的・組織的に推進する人も欠かせないのですが、地方の県庁とかに行っていわゆる保健福祉部、健康福祉部とかに行きますと、なかなか人材が不足しているなどというのは常に感じます。各地で先ほどの研修とありましたけれども、ああいったものがもっと広げられればいいなど、私は思っております。

印象としては、普通にできることを普通に広げるだけでも本当はできるはずなのだけれども、普通にできることをやれるだけの人数がいないとの印象を持っております。

推進方策への私見としては幾つかありますが、まず遠隔診療についてはよく中身を精査してみたいなど。つまり1つこんなものでやるのではないか、ではなかなか進まないの、個別の精査した議論、一つ一つのモデルを精査した議論がいいのではないか。そうするとこれはできる、これはできない、一つ一つを積み上げて、できるものは積み上げて、できないものは置いておいてと進めなければいけない。そのときも遠隔診療が根本の課題でしょうか。つまり医師不足を支援する、あるいは通院負担を感じている人を支援する。大目標があって、遠隔医療は手段である。手段であることはわかった上で、大目標の中にもどのような問題があるかを考えていったらいいのではないか。

そう考えていくと、推進方策への私見に書いてある目的は何だろうというところなのですが、これを考えて次に、そこから先、遠隔診療の形態や機能、効用のモデルの研究に進めていけばいいのではないか。今はとても足りないので、それを進めていきたい。何しろ遠隔医療はまだまだ現場医療者は不安で、自信がない事柄なので具体的に捉えて、現状認識を進めてやっていきたい。その中には善意と意欲だけで頑張るんだというのは今までたくさんいらっしゃいましたけれども、それだけではもたなかったなどというのは何例も出ています。

このページで最後にしたいと思いますが、1つには遠隔医療推進者から見たら診療報酬制度は大事ですが、一つ一つ欲しいというのもありますけれども、もう一つは私たちも制度を知らな過ぎたので、制度に即した研究ができて、エビデンスを出す。各種のモデルを作ることを進めたいと思います。あと、推進のためのモチベーションも診療報酬がないとできないという部分もあるかもしれませんが、まず現場の医療者に魅力的なものをつくっていかないと、診療報酬をとるためのトライアルも、やってくれない。つまりエビデンスを求める研究すら、取り組んで貰えないではないか。だからやはり私たちも説明不足かな。遠隔医療をやる人間が全部説明していかなければいけないと思っております。

機能、原理ごとに遠隔診療推進の理屈が異なりますので、このモデルをいろいろ考えなければいけない。どういう指導をしているのか、それともモニタリングでやっているのか

いろいろあると思います。

あと、推進の方向づけを整理して考える必要がある。

最後に、私はどちらかといえば遠隔医療の中では積極派のほうかもしれませんが、一方で冒険過剰にならないようにしたいと思っております。というのは、地域では結構不安を持っている人がいます。何かやったら危ないことが出るかもしれません。医療の質の問題はまだまだ明らかではありません。私たちが心配しているのは、もし遠隔医療で医療事故を起こして被害者が出たら、私たちは一発でおしまいだという危機感を持っております。なので、どうやって安全と安心を保ちながらやっていくかというのを考えていきたいと思っております。

資料が細か過ぎてなかなか全部御説明できないのですけれども、こういったところで説明にかえさせていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。ありがとうございました。

○原座長 ありがとうございました。

では、続いて希望の星とおっしゃられた3社の方々から現場の課題を教えていただければと思います。

まず株式会社メドレー様からお願いいたします。

○メドレー（豊田氏） どうぞよろしくお願いいたします。株式会社メドレーの豊田です。

資料にありますように、我々の会社の簡単な紹介、遠隔診療の概要、そして事例、課題と今後の展望といったセクションに分けてお話ししたいと思います。

最初ですけれども、まず私をここに呼んでいただいた理由として3つあると思っております。1つは私が脳神経外科医として臨床の現場をきちんと経験してきた医者であるということから、医療従事者からの観点でお話しできるという点。2つ目が今、株式会社として遠隔診療のシステムを日本に普及させようというところでリードしてやっているところで、会社としての視点からお話しできるという点。弊社は社内に医者が8名、5名+3名で8名です。弁護士も2名いるような形で、万全な体制でやっているというところで理解は深いただろうと思っております。

3点目としては、今300以上の医療機関が我々のシステムを御導入いただいております、特にビジネスという観点から成り立っている遠隔診療という点、日本の事例はほぼ全て我々のシステムを使っているというところで、最も現場の知見があるだろうということは言えるのかなと思っております。なので、そういった視点から私が今日お話しさせていただけたらと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

まず簡単に会社紹介ですけれども、現在、140名ぐらいの会社でして、私ともう一人の代表がいて、私はもともと医者のバックグラウンドがあってやっている。なので医療×ITというところで、しっかりチームを組んでやっている会社となります。日本の医療の課題を解決しようというミッションのもと、今4つの事業を展開しているのですけれども、そのうちの1つが遠隔診療の事業となります。

6 ページ目、こちらは釈迦に説法かもしれませんが、簡単に整理させてください。遠隔医療、遠隔診療という言葉が乱立していますが、遠隔医療が広義の概念、遠隔診療が狭義の概念となります。例えばDoctor to Doctorが病理であるとか放射線の画像を読むことを離れた地でサポートするのは、遠隔医療でD to Dの遠隔医療と、この中で特に今日話題になるだろう、そして我々が取り組んでいる遠隔診療というものがあくまで医師法に基づいた中でドクターが患者さんを見てあげるという一番右側の真ん中のところですね。こちらの領域をこれからお話させていただこうと思っています。

遠隔診療をめぐる変化ですけれども、こちらにも既に御存じの方が多いと思いますが、おとし通達が出て、ある程度拡大の解釈が明確になったというところ。スマートフォンなどの機器がこれだけ普及して、実際に遠隔診療をやろうと思ったときにやれる環境になっているということ。あとは国のニーズです。いわゆる症状とかそういったものを治療するということからどんどん予防的な医療、重症化予防への普及というものがこれからの重要な課題になっている中で、遠隔診療がとても相性がいいというところ。こういったところがめぐる変化だと思っています。

8 ページ、このCLINICSというのが先ほど申し上げた医療機関が今300ぐらい御契約いただいて、実際にお金を払いながらきちんと使っていただいているサービスということになります。オンラインでの予約、問診、ビデオ診察、クレジットカード決済、薬・処方箋の配送までをサポートする。患者さんにとってはアプリケーションをダウンロードしていただいて、スマートフォンやタブレットで活用できるというサービス、システムになっております。あくまで私が医者なので誤解されやすいのですけれども、我々はシステムをつくって各医療機関に行く。先ほど申し上げた5名の医者も、ほぼ営業や導入支援といった形で正しく遠隔診療を普及させるための活動に勤しんでおります。私の横にいる川田も医師としてやっていますが、そういったメンバーがいるという状況です。

めくっていただいて主な疾患、こちらは細かいので一々説明はできないのですけれども、簡単に言うと慢性疾患で定期的な通院が必要なもの。症状が大きく急変することが確率的にかなり低いもの。医者と患者がしっかりコミュニケーションをとっていれば、ある程度安定した外来が頻回に行われる想定がされるものが中心となっています。例えば糖尿病の専門医からは、人工透析に至る前に早く患者さんに医療を介入させてあげたいという声ですとか、めくっていただいて小児科の先生は、小児医療過疎地域の課題を解決したいという思いで使っている先生。また、精神科でひきこもりですとかパニック障害でそもそも家から出ることが難しい患者さんとかも世の中にいっぱいいるのですけれども、そういった患者さんにきちんと医療を届けてあげたい。それぞれの診療科の先生が今までの現場で感じてきた課題というのを解決するために、遠隔診療をそれぞれの形で活用していただいています。

ここまでが概要になります。

あとは事例紹介ということで、我々の事例及び海外の文献等も含めて御紹介したいと思

います。

まず1つ目、生活習慣病など重症化予防における活用です。やはり痛い、つらいの症状はないが、しっかりと治療を継続させなければいけないといった中で、高血圧患者の6割、糖尿病患者の4割が未治療のまま放置しているという実態もあります。遠隔診療をしっかりと組み合わせることで通院の負担が軽減され、治療率、通院継続率の向上が可能になるでしょう。あくまでこれは手段であって、目的としては脳卒中や人工透析などの重症化及び財政的にもかなり圧迫するような治療をなるべく、そこに至る方を防ぐことです。

実際に我々、企業さん、健保さん、医療機関と連携して禁煙プログラムというものを昨年実施しました。今n=400人までいっているのですが、こちら治療の効果率ですとApple to Appleで比べられないのであくまで継続率ということで持ってきましたけれども、もともと禁煙の治療、半分ぐらいの人が4回行く前に脱落してしまっていたというものが、我々のオンラインを組み合わせるものを活用した結果、1.5倍の継続率、75%まで継続率が向上した。こちら自治医科大さんと組んで論文化を進めているという状況になって、アカデミアの場でも禁煙学会とかでも発表させていただいているデータになります。

また、下は海外の文献ですけれども、糖尿病患者において遠隔診療が効果的だったというような文献は既に出ています。

めくっていただいて2番目です。小児科領域はどちらかというと社会的課題の面も強いですが、小児医療過疎地域、先ほど申し上げた千葉の先生ですら半径50キロ以内に小児科の専門医がいる医療機関が1つしかないという医療過疎地域です。千葉ですらそういう状況です。もちろん熱とかをいきなり遠隔で診るのは現実的ではないですが、お子さんの中にも、アトピーの患者さん、ぜんそくの患者さん等、定期的なコントロールが必要な患者さんにとっては価値があるだろう。また、親の世代がもちろんスマホフレンドリーであるというところで、浸透しやすい環境にあるというのも1つです。なので、専門医へのアクセスを確保するということが小児科全体というよりは、その中でもぜんそくや皮膚疾患などの比較的安定、慢性的なコントロールが必要な疾患については価値があるだろう。実際に海外の文献でも小児のぜんそくコントロールに関しては対面と同程度であるというものが、これはApple to Appleで比較しているのですけれども、こういった文献もあります。

そして3番目ですけれども、精神疾患領域。こちらはイメージしやすいと思いますが、鬱病でなかなか病院に行きづらくて重症化してしまった患者さん、先ほど申し上げたようなひきこもりやパニック障害などで外に出ることが難しい患者さん、そういった方々が周囲の目を気にすることなく診療できることが患者さんのメリットに、ベネフィットに即つながることかと。そして鬱病に関しても遠隔診療では対面と同程度まで治療できるという文献は既に出ています。

またADHDです。少し小児科とかぶるのですけれども、ADHDのお子さんに対する治療においても遠隔診療が有効であったという文献は既に出ています。

こちらはざっと我々の経験及び海外の文献を調べたところ、医者を含めた事例紹介になります。

最後、課題と今後の展望についてお話したいと思っています。

まず1つ目ですけれども、遠隔診療に対する共通理解が不足していると思っています。まず遠隔医療と遠隔診療がごっちゃになってしまうのですとか、前提条件がさまざま、また、先ほど長谷川さんもおっしゃっていましたが、東京の人が北海道の患者さんを診るのかみたいな議論になっているのですが、遠くの人を診るものだという認識であるとか、対面に置き替わるものなんだみたいな議論があるのですけれども、それは現場の認識とは違います。

遠隔診療ではなく、あくまでオンライン診療という方が適切かなと。遠隔と言うとどうしても離島・へき地であるとか、距離的に離れたものをイメージするのですけれども、これはあくまで距離の問題ではなくて、患者と医療がどうやって接するかというものに多様化を生み出すツールになります。なので対面診療の置きかえではなく、対面診療とオンライン診療を医療機関、医師がある程度総合的に判断して、使い分けられるような世の中にしていくのが適切だろうと思っています。病院に来なくなってしまった人、病院にそもそも来ていない人、これまで患者と呼ばれなかった人を患者にするためのツールがオンライン診療です。

2番目です。医療機関を巻き込んだ適切な普及というところで、先ほど長谷川さんもおっしゃっていましたが、きちんとこういう使い方をするのがいいんだということ言う人がいないということで、我々はそういった活動もしています。今、先ほど申し上げましたが、アカデミアを巻き込んで論文化を進めたりですとか、こちらは少し細かいですが、医療機関にどういうふうに遠隔診療を使うとよいか、どうするときちんと法的にも患者さんにもベネフィットがあるのかというところを、我々事例を持って各医療機関にお手伝い、お話している、コンサルのような役割もしているという状況で、こういったように使うのかという議論がされない限り、変な使い方をしてしまうところがどんどん出てくることをすごく危惧しております。

最後2点です。3番目が診療報酬体系。こちらは多分これからずっと話が出ると思えますけれども、対面診療よりいい、もしくは対面だけよりもこちらのほうが患者さんにとっていいだろうというような思いで導入しようとしている医療機関にとっても、遠隔診療は、今ただ損をするだけ、やればやるほど損をするという状況になっていて、金銭的な面から遠隔診療の導入を見送っている医療機関はたくさんあります。あくまで対面よりも遠隔のほうがもうかるみたいなことはないと思いますけれども、医師がオンライン診療を活用する際にディスインセンティブにならないような体系は必要だろうと考えております。

こちらはまた繰り返しになりますけれども、あくまでオンライン診療は対面診療や入院診療や在宅医療といったいろいろなパターンの診療の多様化のうちの1つになっています。なので対面と同等であるとか、何かを置きかえるという議論ではなくて、時代の要請であ

るとか環境の変化とともに、オンライン診療というものも医療を提供する1つの手段として今後確立していくべきであろうと思っています。

以上がオンライン診療に関してのところですよ。

最後、1点だけですけれども、今、遠隔服薬指導というものが認められておりません。どういうことかということ、患者さんがオンライン診療をしたとしても処方箋は紙でなければいけず、その処方箋を持って調剤薬局に足を運ばなければいけない。都心であれば調剤薬局は山ほどあるので大丈夫だと思いますけれども、特に地方領域、在宅医療とかでそもそも病院に行くのが大変だから遠隔診療を使いたい方が、処方箋を持ってまた病院に行かなければいけない、もしくは薬剤師の方が訪問服薬指導をしなければいけないというのはマンパワー的にも患者さんのニーズ的にもおかしい状況なので、こちらの遠隔服薬指導という点についても現在、遠隔診療が普及する上でボトルネックになっているというところは共有させていただきたいと思います。

以上になります。どうもありがとうございました。

○原座長 ありがとうございました。

では次にポート株式会社様、お願いいたします。

○ポート（春日氏） ポート株式会社代表取締役の春日と申します。

私から規制改革推進に当たってご提案をさせていただきたいと思います。

まず我々のチームは2015年8月の遠隔診療の解釈の明文化の後に、3カ月後の2015年11月に遠隔診療のシステムをリリースしております。それまでは余り医療の領域でのビジネスという経験がございませんでしたので、実際にチームに医師2名を迎えています。

今回、我々が参加させていただきましたのも、我々は2015年11月からさまざまサービスを展開してはいますが、いろいろな保健所さん含めて関係各所さんから御指導もいただいているところもございますので、先ほど長谷川様からもお話があったと思いますが、医療はかなり個別具体の要素が強い、都市と地方でしたりとか、健常者なのか救急患者なのか、対象患者によっていろいろなモデルがあると思っています。今回、我々がお話させていただくのは、都市と地方の健常者を対象にお話させていただきたいと思います。

まず都市の健常者というところに当たってのお話ということで説明させていただきます。早速6ページに入らせていただければと思いますが、大きく3つ、今回御提案として書かせていただいています。

まず1つ目が法的解釈の明確化がされ、大枠的に問題はないのではないかと話もありますが、一方で先ほど申し上げましたように、医療はかなり個別具体性の内で議論すべきものでもあると捉えていますので、また、実現場で実際に混乱も出ている状況で、この遠隔診療をどのような形態でやっていいのかということに対する話はかなり出てきている状況です。より一層遠隔診療を推進していくに当たって、我々としては法的な解釈の明確化を再度していくべきではないかと捉えています。

もう一点が、これから我が国のICT医療を推進していくに当たって法律、ルールをある種

保険診療、要は国費と同時に語っていくと、推進スピードも遅れてしまうだろうと考えていますので、ここはまず自由診療、要は法的解釈だけでもまず規制改革していくべきではないかと捉えています。

3点目、先ほどメドレーさんからもお話がありましたが、現時点で遠隔診療を実施することはディスインセンティブになってしまう部分がありますので、ここはちゃんと改善していくべきではないかというところもございます。

7ページ、2015年11月、ローンチしたサービスは、詳細を簡単に申し上げますと自由診療で初診は遠隔診療。ソーシャル・ネットワーキング・サービス、チャットとか電話なども組み合わせします。高脂血症、ニキビ、花粉症、ある種、軽症患者ですね。そういったものの診療を扱いましょうというところではやっていたが、年内に一度サービスを停止しております。この停止した背景としましては、東京23区の保健所、各機関から総論、23区には遠隔診療を対象とする患者はいませんというような御返答をいただいております。サービス停止に至っている状況もございます。実際に現時点では一部再開しておりますが、この診療を再開した中でも再度御指導をいただいているという状況もございますので、まだ全国の現場に遠隔診療の認知というのが追いついていない状況ではないかと思っております、まずこの明確化が最重要ポイントではないかと思っております。

具体的に3点今日は御提案させていただきたいと思いますが、まず8ページです。初診から遠隔診療を行うことです。これは現時点の法的な関連法規を読むと、実際に初診から遠隔診療をすること自体は適法性があるという前提ではあるものの、これはなかなか実際に現場に落とし込もうとしたときに、関係各所から初診から遠隔診療自体は医師法違反だと言われるケースも非常に多いです。これは再度の周知という中で、現在の関連法規の文章では、なかなかわかりにくいところもありますので、ここを再度周知徹底する必要性もあるのではないかと。ここはまず1つは確認というところございます。

大きな論点として9ページ、10ページにあるのですが、まず9ページです。1つ目が遠隔診療と対面診療の適切な組み合わせをすることと関連法規に書かれておりますが、この適切な組み合わせというものの自体の解釈というのは、なかなか難しいところもあると思っております。

具体的な例として2つお話させていただきますと、例えば花粉症。これは1年に1回の通院になるケースが多いのですが、この場合は例えば時間軸によっては初診扱いになるケースも医療機関によってはございます。この場合は遠隔診療するに当たって、適切な組み合わせができているかどうかというのは結構判断に迷うものだと思うのです。

または性感染症、ピロリ菌等の検査キット。例えば郵送検診等で検査キットを通じて医師が陽性、陰性と診断できるようなものの中で、これで例えば陰性だったときに診断が終了で終診を迎えたとなった場合には、1回の診療だけで終わってしまうような診療というものの中にはあるかと思っております。こういった1回しか診療において回数がないものだったりとか、または患者がドロップアウトしてしまったケース。例えば遠隔だけやっていて、

対面は患者都合によりしなかった。こういった遠隔診療だけで終わってしまうケースも少なくはないので、適切な組み合わせというものをガイドライン上、敷くことはもちろん問題ないと思うのですが、あくまでも医師の判断、あくまでも医師の裁量権の中で適切な組み合わせをする遠隔診療ということで、推進していくべきではないかと捉えています。

10ページ、もう一つはテレビ電話の必然性及びツールの限定についてということなのですが、これは昨年3月、疑義照会上で東京都さんから厚生労働省さんに出ている議事照会上でも文字や写真を活用した診療というのは、有用な情報が得られないというような見解を示されているかと思うのですが、これは遠隔診療というものを最初の根本となる関連法規にある種、診察というのは手段のいかに問わず、医師が有用な情報を得られると判断できた場合には、遠隔診療と見なす、診療と見なすということを書いている一方で、ツールを限定するのか。要はあくまでも遠隔診療は、患者と医師の双方の合意によって適切なツールを用いて診療を行うべきである一方で、診療のツール、このツールでは有用な情報が得られないということを法律上、明記しては少し診療において制限を設けてしまうことになるのかなと思っていますので、ここもあくまでも医師の裁量権。医師の裁量と患者の同意の中で推進していくべきではないかというところで捉えています。

実際にここは参考事例ですけれども、11ページ以降は実際にチャットツールを必要としているというユーザーの声もアンケートの結果大きいことがわかりました。私も医師でないこともあるのでユーザー代弁者としての意見として聞いていただければと思いますが、やはりテキストだけでも十分に、極論、患者の行動変容というのはすることができるのではないかとということもありまして、実際に12ページに健診、医療ではないのですが、保健指導におけるダイエットのコンサルティング等でも平均10%の平均減量というのが達成できているという状況もございます。

13ページにも書かせていただいておりますが、患者の声としてやはり忙しいビジネスマンは、例えば19時に仕事が終わって病院に行こうと思ったら病院が閉まっているという状況になってしまうと、遠隔診療を普及させようとしてもリアルタイム性を必須とすることでは、結局、時間の調整が難しいのではないかとということもございます。

また、医師の声としてももちろんさまざまな医師のご意見があると思うのですが、例えば皮膚科の先生から聞いている情報としては、月に1回受診に来るよりもむしろ毎日の患部の状況を写真で撮って送ってくれたほうがいいのではないかとか、高血圧の患者においては高血圧の値を毎日データを送信してくれたほうが、むしろ家庭血圧の値をずっと把握することもできるのではないかとという声もいただいております。なのでこういったところもあくまでも患者と医師の双方の合意によって医療が成り立つ。こういったある種、患者側が医療を選択できる世の中にICT医療、この我が国のICT医療推進に当たっては、重要なポイントになるのではないかと考えています。

地方の医療については園生医師からお話させていただきます。

○ポート（園生氏） よろしく申し上げます。ポート株式会社の医師の園生と申します。

私自身、地域の救命センターで現在も働いております。こちらのポート株式会社で複数実施しております地域医療における遠隔診療の事例について紹介させていただくとともに、臨床医視点も交えた地域医療事例からの見解についてお伝えさせていただきます。

まず1番目なのですが、へき地医療、あるいは在宅診療など地域医療の課題の解決において、遠隔診療というのは総論としては非常に有効であると考えております。一方で、これに伴う金銭的あるいは人力的なリソースの部分は現在全て病院からの持ち出しになっているため、ここを推進するためのインセンティブは必須ではないかと考えております。

また、地域医療の現場においては、いまだ遠隔診療に対する非常に広い不信感と申すか、タブー視のようなものが見られておまして、この解決がまず先決ではないかと感じております。

日南市の事例を紹介させていただきたいと思っております。日南市におきましては、6カ月に1回の対面診療に組み合わせて、無医地区に対する1カ月に1回の訪問看護師の訪問による公民館での遠隔診療を実施しております。このような遠隔診療を行うことによって医師の往診に要していた1時間、2時間という時間を、通常の外来診療に振り分けることができるようになって、診療の効率が向上したとともに、患者さん側としましても実際に医師の顔を見ながら診療を受けることができ非常に安心したというように、非常に好評な意見をいただいております。

地域医療現場において具体的な診療報酬、インセンティブづけをどのように行うかというところの一提案になります。例えばこのような公民館への事務員あるいは訪問看護師の派遣におきましては、現状では全て病院側の負担で行っている事業になります。さらに診療報酬の低下分もありますので、そこを全て病院が負っている形になりますので、例えばこのような公民館などでの事務サポート、遠隔診療のデバイスのサポートに対する診療報酬づけなどが、1つの提案としてあり得るのではないかと考えております。

続きまして、在宅診療領域における提案です。在宅診療におきましては現行、非常に高い管理料がつけられているのですけれども、これも住宅の密集度によってかなり効率が変わってきますので、地域の医療現場におきましては、あの高い管理料をもってしても地域の家を回って訪問診療を行うということは、到底割に合わないという意見も非常に多く聞かれます。結果として地域の在宅診療というのはほぼ地域のクリニックさんではなくて、公的病院が慈善事業的に行っているような場所もいまだ広く見られます。そのような場所においては、例えば地理的な一定の条件のもとに、遠隔診療を絡めた在宅診療に対して一定の診療報酬面の評価をしていただく必要があるのではないかと考えています。

最後、19ページ目です。宮崎県西米良村において実際に公民館を用いた遠隔での初診医療相談あるいは初診の遠隔診療というのも実施しております。こちらに関しましては地域の高齢者の方の村内移動に伴う交通事故のリスク、あるいは御家族の方につき添いをするに伴う生産性低下、人的リソースの消費の部分に関しては解決できるような取り組み

と考えております。こちらにも例えば地域の診療所の配置だとか、あるいは集落の場所だとか、そういった地理的要件に応じて何らかの初診の遠隔診療報酬を組み込んでいただくというの、検討していただいてもいいのではないかと考えております。

私からは以上です。

○ポート（春日氏） 総論なのですけれども、最後のまとめとして都市型の医療においては診療報酬改定に限らず、まず法律の解釈の明確化というところから進めていただけないかというところの御提案です。これは正に医師の裁量権を担保して、患者が求める医療を提供する。患者と医師の双方の合意によって基づく医療を提供していただけないかと思っています。

最後に地域医療に関しては、実際に今、自治体とともにやっていく中で自治体の持ち出しになっている量がすごく多いので、ここは何とか地域医療に関しては、診療報酬制度というところに関しては検討いただけないかと考えています。

以上です。

○原座長 ありがとうございます。

次に株式会社リンケージ様からお願いいたします。

○リンケージ（木村氏） 株式会社リンケージ代表取締役の木村と申します。よろしくお願いいたします。

弊社は2011年に会社を設立して以来、予防医療に特化して事業を展開しております。本日はメドレー様、ポート様に続きまして、医療保険者目線でご提言をさせていただければと考えております。

弊社は遠隔診療につきましては、3年前の平成25年度、海外駐在員の健康支援サービス向けに経済産業省から採択を頂き構築した事業を、国内の禁煙外来で展開している事業となります。平成27年度からは特定保健指導領域で展開しているものも含めお話しできればと思います。あくまでも本日の提言の主眼としましては、遠隔診療は手段でございまして、目的は健康寿命の延伸です。平均寿命－健康寿命が約11年間ある日本において、健康寿命を延伸するために医療保険者様と手を組みながら、新たなあるべき事業を構築することを目的としております。

本日の提言は2ページ目に書いてありますが、提案内容、制度課題、経済的・社会的抑制効果、世論。最後に5番目の賛同医療保険者様のところで、隣に座られております内田洋行健康保険組合の中家事務長からもお話しいただき医療保険者の生の声をお伝えできればと思っております。

では3ページ目に入ります。内容としましては中段に書いておりますとおり、通達としては、遠隔診療はあくまで直接の対面診療の補完とされておりますが、弊社では大手企業健保様含む、医療保険者様が疾病予防として保健事業領域で行う遠隔診療事業は、健康増進法及び健康保険法上で、医療保険者の責務で行うことから完全遠隔でも実施可能ではないかと考えております。

4番目は前者の提言にもありましたので割愛しまして5番目、参考事例で持ってきております遠隔特定保健指導です。特定保健指導の領域では平成25年、こちらは遠隔で行うことが認められておりまして、多くの実績が積み重ねられております。後ほど少し事例も御紹介させていただきます。

3番目、経済的・社会的抑制効果では、今までの従来の医療保険者の中で禁煙外来をやりたいくても制度的な課題がございました。12週間以内に5回通院すること。私どももそうですが、忙しいビジネスパーソンも12週間という短い期間の中で5回通院するのはなかなか大変で完遂率が約5割だったものを、遠隔診療を活用することでこちらを伸ばしていくという事業でございます。

次のページをおめくりいただきまして、弊社では先ほど申し上げましたとおり、昔から提供しておりました予防医療で使っておりましたオンライン面談健康支援ツール「D-CUBE」を、禁煙事業で展開させていただいております。冒頭申し上げましたとおり、遠隔診療を実施することが目的ではなく、健康寿命延伸を目的としています。よって、遠隔診療を活用しながら正しく禁煙に成功する仕組みを構築しました。何かと申し上げますと、次のページをおめくりいただきますと、これも制度的な課題なのですが、禁煙外来というのが今まで様々な属性の禁煙挑戦者に一律の指導しかしていなかったものを、対象者をスクリーニングして分類化することで、喫煙者属性に応じたオーダーメイドの最適な支援を行うことができるようになり、診療プラスアルファの新しいスクリーニングの仕組みをつくることで成功率を飛躍的に上げております。今までの常識に固執せずに、これから必要なものを挑戦的に取り入れているものでございます。

10ページ、こちらの抑制効果としましては、これは健康保険組合連合会様の提供しているポスターから引用しておるのですけれども、禁煙年数10年以上の方々禁煙年数5年未満の方と比較すると、医療費で約8万1,800円の差が生じる点がうたわれております。こういうところも医療保険者の皆さんはわかっていたものの、なかなか取り組む新たなサービスがなかったということで、遠隔診療での禁煙外来が着目されておるところでございます。

次のページをおめくりいただきまして、今、日本国内の喫煙者は約2,000万人いると言われております。このうちオンライン面談での禁煙事業にて受診喚起を行い、1%が禁煙に取り組むことを想定した場合、約124億円の新たな市場を構築いたします。

次のページは健康経営について書かせていただいております。今、健康経営のほうでは労働生産性や長期病欠リスク、さまざまな指標が出始めておりますが、ここら辺を勘案して、例えば日本航空様ですと1億円の投資をして社員の禁煙に取り組んだときに、3億円のベネフィットが出ましたという内容を公表することで、医療保険者が積極的に禁煙に着目する背景となっているのが事実でございます。

13ページ目、14ページ目、世論のほうなのですけれども、こちらは少し新聞等も含めて掲載させていただいております。13ページ目の内田洋行様のページは最終スライドにて御説明させていただきます。

14ページにつきましては、これは離島になるのですけれども、協会けんぽ沖縄支部というところで、弊社は日本で初めて協会けんぽの遠隔特定保健指導を実施させていただいております。先月だけでも40名、遠隔の特定保健指導を実施しております。今まで諦められていた、ほったらかしにされていた、やらなければいけないのはわかっていたけれども、手が届かなかった方々に対して健康支援を実現しているという新たな成功事例として設けさせていただいています。この実績をもとに今、大手企業の健康保険組合様でも、例えば御自宅にいる奥様方、小規模事業所や山間僻地等、今まで全く手が届かなかった方々に関しても予防医療が提供できているところでございます。

15ページ目、こちらは本日御提言させていただく際に、来春から約二十数健保様がこの事業を活用させていただいて、健保に加入している何百万人の対象加入者の方々がこれに携わっていくわけなのですけれども、内田洋行様、オートボックス様、すかいらく様、日本航空様、ディスコ様、他にも大手の方々に業種も書かせていただいておりますが、運輸業、不動産業、証券業、これ以外にも製薬業、鉄道業等々が、皆様本事業にチャレンジしていくところでございます。

今日は賛同医療保険者を代表して内田洋行健康保険組合の中家様から御説明させていただきます。

○内田洋行健康保険組合（中家氏） 内田洋行健康保険組合の中家でございます。よろしくお願いたします。

私ども健保は、厚生労働省のデータヘルス計画推進事業の公募事業で、27年度、28年度、2年連続でこの遠隔診療をテーマにチャレンジさせていただいております。

27年度のテーマは、特定保健指導をICT活用して行うというテーマでございました。28年度は、今日のテーマになっております遠隔禁煙外来の実証事業を行うということで、1月から3月、今まさに実証をやっている最中で、3月末に厚生労働省様に結果報告書を提出する運びとなっております。

今回のデータヘルス推進事業の課題は、特定保健指導の積極的レベルの対象者が禁煙に成功することで動機づけレベルに下がる。この対象者が105名も私どもの中にいるということなのです。そういう背景がございまして、この階層化のレベルをしっかりと下げようということを目的に、禁煙外来の事業を行うことで現在やっているということでございます。

資料のブルーのラインは健康経営という言葉が今、経済産業省初め、厚生労働省も含めて健康経営を推進しているわけでございますが、そういう観点での効果を書いております。

私ども25企業のグループ会社なのですが、その中で1,043名の喫煙者がいます。2020年までの3年間で20%の方々に禁煙を成功してもらおうということで取り組んでいるということでございます。これはコスト削減、コスト改善というような経済効果であらわしますと、20%の方々が禁煙に成功しますと8,800万円の効果が出ることを資料に書いております。

前提としては、1人年間50万円の損失があるというように言われるわけですが、喫煙者が禁煙に成功することによる労働生産性の改善で1億円が見込まれます。具体的にいわゆ

る禁煙外来の治療費として1,200万がかかります。その差額の8,800万が投資対効果費用になります。投資対効果は8.3倍ということですので素晴らしい効果が出ます。これが経営的な観点でございます。

最後に、私どもは今、今回は東京地区を中心に限定した人数で実証事業を今やっているわけなのですが、全国展開を是非したいと考えております。禁煙外来の完全遠隔診療が実現しますと、私どもの小さな健保でも全国に散らばっておりますので、全国展開の実現が可能になるということを考えております。是非よろしくお願ひしたいと思ひます。

○原座長 どうもありがとうございました。

では、次に地方創生推進事務局から、国家戦略特区での遠隔診療の取り組みについて状況を御説明お願ひします。

○地方創生推進事務局（藤原審議官） 内閣府の特区担当でございます。

遠隔診療につきまして、原座長や本日おいでいただいております阿曾沼先生も特区ワーキング・グループの委員でいらっしゃいますので、先生方に引っ張っていただいておりますこの数年間の状況を御説明を申し上げたいと思ひます。

資料1-5が検討経緯でございますが、平成27年1月ということで2年前から、ドローンとか自動走行とか遠隔教育と並んで遠隔診療の問題を近未来技術と位置づけまして、それを特区でいかに規制改革をしていくかということ議論してきております。その1つの成果が半年後でございますが、平成27年6月30日の成長戦略の中で、ある意味、誤解があった部分も含めてあった3つの制約、すなわち、①離島・へき地でないところでも可能だということ、②特定の9種類の疾患はあくまで例示であり、それ以外も可能だということ、それから、③初診以外でも可能だということ整理いたしました。その結果が8月10日でございますが、これは全国措置として、こういった通知を新たに厚労省のほうで打っていただいたという経緯がございます。

ただ、それから昨年に至るまでまた各地から要望が来ておまして、遠隔診療で初診を行うことが医政局の通知なものですから、これは可能なのですけれども、保険局との調整が進んでいないということがありまして、初診料が保険の対象にならないという制約があるということで、また再度、昨年の後半から今年にかけて議論してございます。

今、ワーキング・グループで具体的なユースケースと書いてございますけれども、例えば初診といっても過去からの疾患の延長のような場合とか、それはおそらく初診とあまり言わないのでしょうかけれども、その場合であれば保険の対象になるのではないかなど、議論しております。最終的には、この平成30年度の診療報酬改定において体系を見直していただくというところまでいかないと、なかなか措置が難しいということでございます。

それから、事業者の方からもお話がございましたが、これにセットで3ページ、遠隔服薬指導の問題についても、特区では議論してございます。これも同じように平成27年6月30日に近未来技術の1つの成果として、あくまで遠隔診療とセットなのですけれども、遠隔服薬指導を認めていこうということで、この平成27年6月に成長戦略の中で書かせて

いただきまして、前回の改正特区法の中で規制改革事項として盛り込みまして、去年9月から施行されてございます。まだ施行して半年ということで、このメニューを使って遠隔服薬指導を特区で実現することを検討していただいている自治体がいくつかございます。特に、養父市は具体的な病院あるいは事業者とこの問題について議論を深めておられまして、規制改革事項の早期実現を我々もサポートしていきたいと思っております。

とりあえず以上でございます。

○原座長 ありがとうございます。

では次に厚生労働省さんの御説明をいただく前に、順番が逆になってしまって恐縮なのですが、資料1-7について先に御紹介をさせていただきたいと思えます。

これは私の名前で「遠隔診療 特に議論したい課題」ということで、今日いただくお話、資料を先に拝見させていただきまして、私なりに論点整理を試してみたという資料でございます。

厚生労働省さんに時間も限られておりますので、できれば御説明の中でできる限りこれにお答えいただく形で御説明をいただければと思えます。

ざっと御紹介をいたしますと、まず1つ目、遠隔診療の規制のところ、これまでもお話がありましたように、平成27年8月の厚生労働省さんの通知で基本的には解禁されたということだったと理解しております。離島・へき地以外でも可能である。9疾患例示されているもの以外でも可能である。それから、直接の対面診療との適切な組み合わせということですが、これは初診から遠隔診療も可能であることが通知で明確にされたということだと思いますが、今日お話がありましたように現場では解釈が混乱している面があるということで、さらに明確化をしていく必要があるのかと思えます。

個別に申し上げますと、まず1)の、都市部でも患者の事情で対面診療が困難な場合は含まれるということによろしいのかどうか。これは先ほど23区内の保健所で「区内では遠隔診療が必要な患者はいない」といわれているとのお話がありましたが、これは解釈を明確に確認したい。

2)ですが、初診も可能ということを改めて確認をさせていただきたい。その次、1回で完結する診療、これは先ほどポートさんからもお話がありましたが、必ずしも対面診療を組み込む必要のないケース、例えば急変時には対面診療の体制確保といったことを適切に組み合わせることで、これは認められると考えてよろしいのかどうか。その次、これはリンケージ様からお話がありました禁煙外来です。禁煙外来について必ず1回は対面で来ないといけませんという必要はないかという点です。

それから、3)、これはポート様からお話があったテレビ画像などというところですが、写真とメールで皮膚の状況を送るとか、SNSで送るといったことも認められないのかどうかといった点でございます。

2つ目の柱として、診療報酬の扱いで、これは平成30年改定に向けての取り扱いが検討されているということだと理解しておりますが、課題として3つほど挙げております。患

者の利便性向上という観点から対象を拡大、積極的に進めていただけるのかどうか。特にポート様ほか、今日は具体的な御提案もありましたが、具体的にどのような検討を進めていただけるのかどうかを教えてください。

2の2)で取り扱いの原則論として書いておりましたが、これは次のページにもつけておりますけれども、現状の取り扱いというのは、あくまでも対面診療に比べて医療サービスの質が上がるという科学的なデータを根拠に条件に認めることになっています。先ほど豊田さんから対面診療とオンラインというのは置きかえるとか比較するものでないというお話もありましたので、これは私のメモで書いた対面診療と同程度も認めるべきという言い方がいいのかどうかわかりませんが、少なくとも対面診療よりも上がるというデータがないと認めないというのは改められないのでしょうかというのが2点目です。

3)、これも皆様からお話がありました遠隔診療導入のインセンティブ確保の方策。これは具体的な方策についてどのようなことが検討されているのか、どういったことがあり得るのかというお話をいただきたい。

最後に人材育成。これは長谷川様から最初にお話がありましたが、具体的な方策、強化の方策についてどのようなことがあり得るのか、お話を是非いただけましたらと思います。

では厚生労働省さんからお願いいたします。

○厚生労働省（武井課長） ありがとうございます。厚生労働省医政局医事課でございます。

それでは、資料とあわせて今、御提案いただいた内容についてもあわせて回答させていただきます。

まず資料の説明ですけれども、めくっていただきまして資料の一番最初に出てくる通知がございます。3ページ、4ページの資料になりますが、これは先ほどから出ております平成27年8月10日の事務連絡でございます。情報通信機器を用いた診療、いわゆる遠隔診療についてという標題になってございます。

大事なところだけポイントを押さえて説明していきたいと思っております。まずページの中ほどに基本的な考え方が示しておりますけれども、遠隔診療についても現代医学から見て疾病に対して一応の判断を下し得る程度のものであれば、医師法第20条等に抵触するものではないということで、これが遠隔診療の取り扱いを示したものでございます。具体的にはその下にありますように、離島・へき地等の患者を挙げているが、これは例示である。これ以外のものも入ってくるということでございます。

それから、先ほど来、出ておりますように、9つの事例についても例示であるということが次のページにございますし、3つ目のところに、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面資料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ことということで、これも今日論点になっております適切な組み合わせに関する説明でございます。

あわせて次のページ以降に平成23年の通知がございますけれども、この中で大事なところ

ろを見ていただきますと、3ページのところに遠隔診療の取り扱いに関しまして(7)(8)がございます。これは診療録の記載等について直接の対面診療の場合と同様であることですとか、(8)にございますように診療の実施の責任は当然、診療を実施した医師または歯科医師が負うものであるという点が大きかと思えます。

それで先ほど提案がございました資料1-7との関連でございますけれども、1ポツの遠隔治療の規制のところは、前半は御指摘のとおりでございます。残された課題の(1)(2)の最初のところでございますが、まず(1)につきましては直接の対面診療を行うことが困難の解釈の中で、都市部についてどうなのかということで、これは都市部についても含まれると考えております。

2番目の直接の対面診療と適切に組み合わせの中で初診が可能であるかという御質問でございますけれども、初診は可能であると考えております。

その2つ、適切な組み合わせのところでは1回の診療ですとか禁煙外来ですけれども、これは先ほどの説明にもございましたが、患者側の利点を十分に勘案した上で直接の対面診療と適切に組み合わせを行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないということとあわせて、今日の議論でも何度も出ているのですけれども、医師の判断というものがございますので、多様な病態に対する臨床上の医師の判断が重要になってくると思えますので、そういった一定の判断のもとにこういった最終的な判断が下されることとあわせて、患者さんの安全安心というのも非常に重要であると考えております。

それから、3つ目のところにテレビ画像等の解釈ということで写真、メール、SNSという点について御提言が今日あったかと思うのですけれども、これも医師が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と判断できる場合には可能と考えておりますので、そういった流れの中で解釈していくのが妥当であると考えております。

医政局からは以上です。

○厚生労働省（迫井課長）　引き続きまして、厚生労働省保険局医療課、診療報酬関係を担当しております。

資料は先ほどの続きですけれども、資料1-6の8~10のこまでございますが、内容的には御案内だと思いますので、ごくごく簡単に御紹介をしますと、8こま目はあくまで診療報酬の現状で、医師とのコミュニケーションあるいは診療サービスの中でこういった活用が今あります。それから、実際には患者さんとの関係で、これはあくまで現状ですが、電話等再診あるいはモニタリングというものがありますということです。

9ページ目にまとめておりますけれども、これは今後の議論の進め方ということでございますが、今お話をしました課題のところを書いてある前半2行は、8こま目に書いてあるような報酬評価がされているけれども、「加え」となっていますが、その下、これは先ほど実際の現場の方々から御紹介いただきましたさまざまな形のものが進展をしておりますので、当然こういったことを踏まえて、より質が高く適切な医療ということで検討して

いくのが当然だろうということをございまして、あくまで進めていくということをございます。

次のページの、これは未来投資会議の構造改革徹底推進会合で塩崎大臣から提出しておりますけれども、基本的にはより質が高く、適切な診療ということで、こういったことを積極的に進めていくというのがまず厚労省のスタンスであります。

その上で先ほどの資料1-7の御議論をいただくことに関連で、現時点で御説明させていただくとすれば、下のほうの診療報酬のところを書いてございますが、現行の取り扱いは今、お話をしたとおりであります。記載のとおりでありまして、3つ論点を掲げていただいております。

まず患者さんの利便性向上の観点からの対象拡大を積極的に拡大すべき。それから、先に3)の話とも関連しますのでお話をしておきますと、インセンティブの確保ということを検討する。この2つにつきましては、当方としても課題として認識をして、中医協で議論を進めていただくつもりで、我々としても準備をしたいと思っております。

現時点で問題認識としてお伝えしておきたいのは、この論点につきましては例えば患者さんの利便性の向上という意味からしますと、従来から、患者さんの利便性、選択という観点から、費用負担をむしろ保険外に求めてもいいのではないかという論点もあり得ます。一方で保険給付をどこまでやっていくのかという、俗に言う混合診療的な要素が含まれてきますので、そのあたりを慎重に議論しつつ、どのようにインセンティブを付与するのかということになります。

もう一点は、インセンティブという捉え方も実はかなり幅がありまして、ヒアリングで今お話をされましたように、進めようにも採算が合わないから広まらないではないかという、普及を妨げているという意味での課題はあり得ます。ただ、一方で診療報酬をあまり大きく設定しますと、これは例えば入院基本料の7対1の議論でありますとか、先ほどもどなたかおっしゃいましたけれども、訪問診療の報酬を過去の報酬改定で大きくつけたがために、大きく現場のサービスが変わっていった、その後は報酬を見直すようになった。これは長い目で見てどう考えも現場の方々にとっても余りよろしくないということでもありますので、診療報酬の影響は大きいものですから、そこは少し慎重に考えさせていただくのかなというのが、我々の事務局の基本的なスタンスであります。

もう一点、2) 取り扱いの原則論のところをございます。これは先ほど御紹介いただきました前回改定のときの資料にあります、資料1-7の2枚目でありますけれども、これは下線のところを書いてございますように、対面診療に比べて患者に対する医療サービスの質があがるという科学的なデータ、これは今回、診療報酬の議論をするに当たって、もちろんこの考え方と整合はとるつもりでありますけれども、文字面を全て一言一句このままということではないと理解しています。

考え方として、結局、現状のシステムよりもメリットが少なくともなければ導入の意味がないではないかという考え方と、何らか論理的な裏づけが必要だという趣旨で「エビデ

ンス」ということだろうと思いますので、科学的なデータというのはかなり幅があると思いますから、そこは実態に即した議論をさせていただくように、我々としても工夫させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○原座長 皆様から御議論をいただく前に確認ですが、前段のほうで禁煙外来、これは先ほどから御提案のあったような完全遠隔でも適切になされていけば構わないと理解してよろしいのでしょうか。

○厚生労働省（武井課長） 医政局でございます。

これも説明の中で触れさせていただいたのですけれども、今回の場合は患者さんの利点を十分に勘案するということと、臨床上の医師の判断、この2つをしっかりと捉えていくところが重要になってくると思いますので、医師が可能と判断した場合には可能ということになるかと思いますが、そこは臨床上のしっかりした判断があつてということになると思います。

○原座長 リンケージさん、今の点で何かコメントはございますか。

○リンケージ（木村氏） ありがとうございます。

具体的には医師の判断のもと、完全遠隔診療を認める場合につきましては医療保険者が求めるプログラムに関して認可するという解釈でよろしかったでしょうか。

○厚生労働省（武井課長） 多様な病態に対する適切な医療上の判断が重要になると思いますので、その点について十分踏まえて、現場での判断はケース・バイ・ケースになっていくと思います。

○原座長 その現場での判断というのが、実際に現場の行政機関にだめだと言われるというケースが起きて、いろいろと問題になっていますということなのですが。

○厚生労働省（武井課長） 現場の医療上の判断と医師の判断という趣旨です。

○原座長 医師の判断で適切になされるということであればやって構わないということでもよろしいですか。

○厚生労働省（武井課長） 医師の判断をこの場で適切かどうかというのは、なかなか判断できないのですけれども、十分その医師の判断が診療所の中で担保されるかどうかというところがポイントだと思います。

○原座長 しつこいようなのですが、医師の判断が適切であるかどうかを行政機関が判断をされるのでしょうか。そうすると、そこがまた問題になる。

○厚生労働省（武井課長） あくまでも個々の患者さんの病態に応じた臨床上の判断になりますので、これは通知の中にもあったのですけれども、最終的に責任を負うのは医師、歯科医師ですので、医師、歯科医師が責任を持ってそこを判断することになります。

○原座長 わかりました。他にございますか。

○メドレー（豊田氏） 質問なのですが、臨床の立場として自由診療だからいい、保険診療だからだめという議論は、余り患者さんのことを考えていないのではないかと思います。

っていて、例えば禁煙外来という外来の性質上、結果的に全部オンラインになったとしてもそこは許容されるという判断なのか、自由診療だからいいのかというところを伺いたい。例えばこれは医療保険者が実施すると書いてありますけれども、あくまで医療を実施するのは医療者であり、病院であって、受けるのは患者さんなので、そこがすっ飛ばしになっているような感じがしてしまって気持ちが悪いなと思っています。なので医療機関が自由診療で今、禁煙を行うことでいいのか、保険は事実上、無理なのですけれども、そういった概念として、禁煙外来においては全部オンラインになっても許容され得るのか、そういったところを明確にさせていただきたいなと思っています。

○原座長 わかりました。私のメモでは、自由診療の場合というのは1つの例示として書いてありますけれども、それ以外の上のところ、むしろ必ずしも対面診療を組み込まないケース、これは保険診療も含めて適切に組み合わせられて構わないのですよねという確認をさせていただいたつもりですが、よろしゅうございますか。

○厚生労働省（迫井課長） 保険局医療課でございますが、この議論をする前に1つ、むしろ原座長に確認をさせていただきたいのですが、これは保険診療、自由診療の話になっていきますが、この文書の前提の「疾病の診断を伴わない」というのは、医行為の前提での明確化なのか、医行為ではないという話なのか、そこをまず明確にさせていただきたいと思えます。自由診療と指摘をされていますが、これはあくまで医行為ですという前提なのかどうなのか。後段は医行為だという話だと思えますが、その手前のところが疾病の診断を伴わない何々と、医行為ではないけれども、医行為みたいな議論だとかみ合わないの、その点だけすみません。

○原座長 わかりました。これは診療という言葉が適切ではないのかもしれませんが、禁煙外来の場合には何か病気があって外来に来られているということではなくて、疾病の判断の部分がない指導という趣旨で記載をしていますが、もし記載の仕方が不適切であれば修正させてください。そんな理解でよろしいですか。そういう前提です。

○厚生労働省（迫井課長） これは医事課長からお話があるかもしれませんが、私の理解では医行為でなければ一般サービスでありますので、診療の範疇にそもそも入らないので、診療報酬を支払うとか、医師法とかいう話にならないわけです。疾病の診断を伴わないということですから、医行為なのか医行為でないのかよくわからない。それで自由診療ではいい悪いの議論をしても余りロジックとして成り立たないので、そこだけすみませんが、確認をさせていただきたいという趣旨でございます。

○原座長 今なされているリンケージさんの場合には、疾病の診断はされていますか。

○リンケージ（木村氏） 禁煙対策に関しましては、医療保険者共通の見解としまして、ニコチン依存症という疾病に関して禁煙指導と禁煙補助薬処方をしておりますので、医行為か医行為でないかという御質問に関しては、医行為であると考えております。

○原座長 診断も含んでいると考えてよろしいですね。わかりました。では、私の提出資料で「疾病の診断を伴わない」というところは削除し、「禁煙外来が自由診療で行われる

場合に完全遠隔診療を可能とすべきではないか」との質問に修正します。その前提でお答えいただければと思いますが、お答えは先ほどいただいたと考えてよろしいですか。

○厚生労働省（武井課長） ええ、既に答えていると思います。

○原座長 それでは、今、基本的には論点の1の部分については構わない、オーケーですというお答えをいただきましたが、現場では混乱が生じていますので改めて明確にする。通知なのか、他の方策があるのか含めて明確にするための方策を御検討いただければと思います。

○ポート（春日氏） 1点質問なのですが、今、医事課長からお話いただいた内容というのは、現段階で明文化されている法律の解釈の中である種、担保されていると解釈してよろしいんですかという質問です。明確化というよりは、この文書の中から医師が責任を持つことを前提とすることと、適切に組み合わせをすることはある種、ガイドライン上、持っていて、ただ、あくまでも例えば対面を組み合わせるのかとか、初診をどうするのかというのは全て医師が判断する、またはテキストでやるのか、動画でやるのか、そういったものも医師が判断するものだということによろしいのですか。

○厚生労働省（武井課長） 今日何度か説明させていただいているところかと思うのですが、1つは適切な組み合わせ、これは医師の判断になるかと思います。それから、最初のところに課題として出されていた、直接の対面診療を行うことが困難の解釈なのですけれども、これは例えば離島、遠隔地というのは例示として出されているわけですが、それは1つの例示で、それ以外のところも当然考えられますということで、これは現状の前回の通知の中でも明らかに既にされていることかと思えます。

それから、初診と組み合わせについても、全て初診は対面でやらなければならないと言っているわけではないですので、そこは適切な組み合わせの中で御判断いただく。これも既に明確にしているところですので、そこは既に出された通知上で明らかになっていると考えています。

○原座長 余り明確にされていますと堂々と言われても困るのですが、実際の現場では違っている。

○ポート（春日氏） 1点、逆にそれで言うと疑義照会のツールの部分で、弊社の資料1-3の10ページにございますが、疑義照会上は電子メール、ソーシャル・ネットワーキング・サービス等の文字及び写真のみによって得られる情報により診察を行うものである場合は、直接対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に対する有用な情報は得られないということに対して、貴見のとおりという回答をされていたかと思うのです。ここが我々としては物すごく大きな論点で、文字及び写真では診療に有用な情報を得られないという疑義照会に回答されている中で、今のお話ですと余りツールの限定性といいますか、文字や写真だからだめという話ではなく、あくまでも医師の判断ですという回答をいただいたと認識しているのですが、ここはどういった解釈の中で今の話としては回答いただいているのかなというところは明確化していきたいなと思っているのですが。

○厚生労働省（奥野企画法令調整官） 医政局医事課の企画法令調整官をしております奥野と申します。

この疑義照会につきましての回答なのですが、恐らく双方の解釈違いがある可能性がございまして、我々としてはSNSだとか写真などではだめとお答えしたつもりはなく、全体としてお答えをした。前段としてそういう日本語が書いてあったというのはそのとおりなのですが、あくまでも総合的に有用な情報が得られない場合に、適切な診療が行われていない場合に21条に反するという総合的なお答えをただけであって、SNSとかそういうものを使ってはいけないというお答えをしたものではないということでございます。

○ポート（春日氏） 総合的に見て、とおっしゃいますのは、余り医療の領域に深くないからこういった勘違いをしてしまうかもしれないのですが、これを見ると電子メール、ソーシャル・ネットワーキング・サービス等の文字及び写真によって得られる情報による診察を行うことと、対面診療を行わず遠隔診療だけで診療を完結することを想定するという2つが全体と言っていると認識していたのですが、この2つ以外のことがあるということですか。

○厚生労働省（奥野企画法令調整官） お答えしたのは、あくまでもSNSや電子メール等を使った上で適切な情報が得られなければ20条違反になりますよというようなことで、その前段が全然だめと言っているわけではなくて、情報が得られなければだめだよという解釈です。

○ポート（春日氏） そうですね。これ物すごく難しいなと思っているのが、我々、実際の実現場のところでは、こういった情報で得ることはそもそも、こういった情報で得ること自体が診療としてふさわしくないと捉えていますという回答をいただいているのです。現場では。現時点の回答としては、これは総合的に見てこのツールであることとか、遠隔なのか対面なのかということではなく、有用な情報を得られないということに関しての場合は医師法違反であるということによろしいのですか。

○厚生労働省（奥野企画法令調整官） おっしゃるとおりです。

○ポート（春日氏） その場合に保健所さんだったりとか、厚労省さんだったりとかいうのは、どういった観点で診療上の有用な情報が得られる得られないという判断を規制することができるのかということも逆にお伺いしたいのですが。

○厚生労働省（奥野企画法令調整官） 先ほど医事課長からお答えさせていただいたとおり、まずは現場の医師の判断になろうかと思しますので、その医師の責任において行うということと考えております。

○原座長 では医師の責任でいいですという御回答を今日はいただいたと理解しております。今の点も含めて疑義照会への回答は間違っていた、あるいは少なくとも誤解を招く回答であったということかと思しますので、きちんと今の御回答に基づいた明確化の措置を図っていただければと思います。

あと林委員と阿曾沼先生に順次、今の議論で抜けている点も含めてコメントをいただきましたらと思います。お願いいたします。

○林委員 平成26年閣議決定の規制改革答申の際に、この件について議論させていただきました。その議論のとき、「世界最先端テスト」に基づいて調査をしていただいたところ、現時点において対面原則なるものを掲げている国は日本だけでした。

医師法20条の「医師はみずから診察しないで治療してはならない。」、これは大原則でありますけれども、だからといって条文にもない対面原則というものを持ち出し、しかも今ではインターネットを使って実際にリアルに会うのと同様に対面できるにもかかわらず、直接物理的に会わなければ対面にならないというロジックで運用がなされています。平成元年ころからICTを医療に活用することが厚労省の中でも言われ、当時は平成十何年にはそれが完成しているというロードマップもつくられていたにもかかわらず、全く進んでいないのではないかと。離島、へき地にファックスで送るといった時点の通達から何も進歩していないのではないかと、ということをして26年当時、議論いたしました。そのときに平成9年通知の見直しをお願いし、答申を出した結果、この点がよくなるように願っていたのですが、残念ながらここで出されている27年の通知の文書は、相変わらず日本語として一般の人にとってどこが変わったのかわかるようになっていない。ゆえに実際に千代田区などで今、厚労省が御説明なさる内容とは乖離した実務が行われているということだと思います。

今日の御説明の中でも奥歯に物が挟まったような御回答をいただきましたが、もう一步よりクリアにこれを直すような実務が必要であると思います。医師法20条の解釈としてこういった厚労省の通知を重ねることでもいいのかどうか。また、直し方も平成9年のものを全面改定するのではなく、9年の通知の解釈はこうであるという迂遠な方法をとったゆえに、またその書き方もすごくわかりにくかったために、現在でもこういった弊害が起こっています。厚労省はこの4月には塩崎大臣のもとで見直しをされると伺っておりますので、是非この通知、20条の解釈のあり方についても、ICTを活用したデータヘルスが実現するように見直していただきたいと思います。

以上です。

○原座長 続けて阿曾沼先生。

○阿曾沼氏 先ほどの議論の中で、医療の安心と安全を付託されているのは誰なのかということでありますが、医療法のもとにおいては全てが医師の責任において診療や治療が行われているということです。医師と患者との合意に基づく契約の中で医療行為が行われるわけですから、いわゆる遠隔医療行為において医師は責任を取れるかという覚悟を求められているわけです。その覚悟を持ってやれるのか、全ての責任をとることの必要性を本当に医療者が自覚できるのかということをお問われているのではないかと思います。その意味において、事業者も医師も覚悟を持って遠隔医療に当たる必要があるのではないかと率直に思います。

豊田先生もおっしゃったように、そもそも遠隔医療という言葉を使うことはもう止めた

ほうが良いと思いますネット診療だとか、オンライン診療だとか、名が体を表す表現にすべきだと思います。今の社会の文化、環境、価値観、意識に合わせた名称が必要なのではないかと思います。

私自身は1983年に財団法人医療情報システム開発センター、MEDISが厚生省と通産省と共同研究事業として実施した電子カルテと遠隔医療のフィージビリティースタディーや実証実験に参加しましたが、そのときの論点整理や課題として列挙されてきたことが、現在でも課題として議論されているということに驚きを隠せないでいます。また、1990年代にアメリカのクリーブランドクリニックとてんかんの診断支援や遠隔医療の実験もしましたし、2000年以降には同じクリーブランドクリニックで、糖尿病の長期ケアの為の遠隔医療やPHRが実医療として実施がされていきました。しかし、日本では実験ばかりがされていて、全く具体的に普遍的な医療として進むことがなく残念でなりませんでした。最近やっとネット医療の議論が急速に復活したということと事業として実施しようとする事業者が出てきたので非常に期待をしています。

ドラッグラグとかデバイスラグが議論されていますけれども、正にネット医療ラグになるのではないかとさえ思います。先ほど申し上げた1983年の議論では、現代社会の様に全ての人間が個々人で通信手段を持ち歩くということが想定されていなかったわけです。しかし現在は当たり前のこととなり、将来はもっともっと進んでいき、全ての人間が情報の発信者であり受信者である、ICTネットワークが普遍的な文化になっていく訳です。その社会にふさわしいネット医療をどう普遍化するかを、行政も含めて早急に考えていく必要があると思います。

また、ネット医療における診療報酬上の担保に関する議論ですが、私は選定療養の定義を変えて、このトラックで考えるのも1つの手ではないかと考えています。いわゆる遠隔医療の実施では、外来管理加算をICTネット加算とし、特定疾患療養管理加算などの指導管理料と再診料を加えて担保するとかを考えるべきとは思いますが、一方で診療報酬体系の中で、どう全体感のバランスを考えてこのネット診療を捉えていくかも重要です。私は保険診療の診療報酬として点数化するか、もしくは選定療養の中で考えるのか、議論を具体的にしていく必要があるのではないかと考えています。

ただ、残念ながら、現在の選定療養トラックでの項目は、将来保険収載をしないという前提でありますから、自費に固定化するということになります。この事が医療界の中でどう理解されていくのかというのは、なかなか難しい議論のあるところだろうとは思いますが、ただ、新しい技術を取りれた医療サービスは、コストとベネフィットとの折り合いで、事業者から見ると保険収載リスクもあり、将来政策的観点からはしごを外されるという問題がありますから、保険診療点数化だけを強く求めることが必要かどうかをシッカリ議論すべきだと思います。

最後に禁煙外来など、自費診療分野から始めるということは、手段としてはいいとは思いますが、ネット医療を普遍化するという観点では必ずしも得策ではないような気もし

ます。もっと王道の議論を深くしていく必要があるのではないかと考えています。今日伺った事業者、希望の星の3社と云われているという方々は、より幅広いユースケースについて議論していただいているわけですから、ユースケースを積み重ねることによって実態医療に近づけていただきたいと思います。

以上でございます。

○原座長 今の林先生と阿曾沼先生の御意見について、何か厚労省からありますか。

○厚生労働省（迫井課長） 保険局医療課でございます。

私ども今、非常に貴重などいいますか、重要な論点を議論していただいていると拝聴しておりました。衛生法規と保険給付との関係というのは、あらゆる局面で幅広い医師の責任のもとで行われるという医行為、医療サービスは非常に幅がありまして、基本的には個別性も高く、あるドクターによってはこうだけれども、ある病院ではこうだけれどもということがどうしてもつきまとってしまいます。公的医療保険は皆保険であり、日本全体で一律の運用をしつつ、最低限の医療サービスとか、クオリティを担保しながら、これは公的資金を使って運用していますので、自由診療の範囲はかなり広いけれども、医療保険で認めていく、導入していくものは一定のクオリティを求めるということにどうしてもならざるを得ませんので、先ほどいろいろ御議論をお聞きしておりますと、現場で混乱があるというのは逆に言いますと衛生法規だけの運用ではなかなか、患者さんにとっては情報の非対称性もありますので、一定程度のクオリティを担保してあげないとということにどうしてもなっております。

そのルールにつきましては、現に先ほど御紹介いただき、私どももお話をしましたが、ずっと未来永劫同じ基準ということでは必ずしもないと思いますので、実態に即してそういった議論を進めていく中で解決できる部分もあると思いますし、そういったことも念頭に今度の改定に向けて、事務局としても議論をお願いしたいと考えております。

○阿曾沼氏 最後に本日の議論で少し気になっていた点について意見を述べさせていただきたいと思います。診療報酬上の担保を考える前提として、対面診療との比較が必要との議論がありましたが、比較すべき、いや比較すべき問題ではないなどの意見がありました。もし比較するのであれば、そのエンドポイントをどうするかという議論が必要です。医療の世界では生物統計学的な妥当性確認の為の治験を求められますが、このネット診療の妥当性や有効性検証で治験と同じようなレベルを求める事はふさわしくないと思っています。医薬品等の治験では患者QOLは評価の対象になりにくいですが、ネット診療の評価では患者QOL、PS状態、患者満足度などをエンドポイントとしてうまく使うべきではないかと思っています。遠隔医療学会はそういった指標のあり方、評価項目のあり方を議論すべきだと思っています。

○原座長 議長、いかがですか。

○大田議長 1点だけ。今年度、在宅医療における遠隔診療の実施指針が策定されることになっていますが、これはできているのでしょうか。

○厚生労働省（武井課長） 担当は多分研究開発振興課になるかと思うのですが、今日担当が来ておりませんので、また後ほどお伝えさせていただければと思います。

○原座長 ありがとうございます。

皆様から何か確認事項等ございますか。大丈夫でしょうか。大分時間が超過してしまいましたすみませんでした。

それでは、今日のお話の中で、まず医療関係のさまざまな規制に関して、規制上の現場での問題については、基本的には医師の判断のもとで認められるという明確な回答を示していただいたと思いますので、先ほど林先生おっしゃられたようにいいかげん通知の解釈、解釈でやっていくということではなくて、より明確に、全面的に書き直すことも含めて御検討をいただければと思います。

それから、診療報酬の部分は先ほど来、議論のあったような初診のところも含めて引き続き取扱いについて検討いただく。原則論の部分に関して、これは今コメントにもございましたけれども、患者の満足といったことも含めて、是非見直しについて検討をいただければと思います。

何か補足はございますか。よろしゅうございますか。それでは、大変ありがとうございました。時間が延びてしまつてすみませんでした。

（長谷川氏、阿曾沼氏、メドレー、ポート、リンケージ、地方創生推進事務局、厚生労働省 退室）
（財務省、国税庁 入室）

○原座長 すみませんでした、時間が遅れてしまいまして、大変失礼いたしました。

次に議題2「税・社会保険関係事務のIT化・ワンストップ化」に移らせていただきます。

このワーキング・グループで先月ですが、東アジア国際ビジネス支援センターの安達事務局長から、韓国での税・社会保険の事例、その他お話を伺っております。本日の議論はその続きでございますが、まず最初に資料2-1と資料2-2、時間が限られておりますので簡単に御紹介をいたしますけれども、資料2-1は税と社会保険関係手続の改革案のイメージということで、私なりに作成させていただいたものでございます。現状は御存じのとおり、税と社会保険で従業員の事務について、企業に相当程度の事務負担がかかっている。それから、年金事務所とかいろいろなところと同じような届出を出さなければいけなくなっているというのが1つ目の現状という絵です。

次のページに行きまして改革案としては、このワンストップサービスというところに、従業員、企業、行政機関がそれぞれアクセスできる状態をつくることによって、3つほど左上のオレンジのところを書いてありますけれども、まずデジタルファースト、今、紙の手続になっているところを電子手続に一本化していく。それから、ワンストップ・ワンズオンリーで1回求めた情報を何度も求めない。それから、全体最適という書き方をしておりますが、これは決して企業の事務負担というだけではなくて従業員も含めた、あるいは行政負担も含めた全体の事務手続を最適化していくという設計ができればということで、今後議論していければと考えております。

続きまして、今日財務省さんにお越しをいただいておりますが、資料2-2で特に今日お話をできればということをお3点ほど挙げさせていただいております。

まず総論として原則、先ほど申し上げましたようにデジタルファースト、ワンストップ・ワンスオンリー、全体の最適といった原則を挙げておりますが、こういった原則と方向性については合意をいただけるのかどうか。

2点目、紙の義務づけが残っているもの、例えば保険料控除証明についてまだ残っている部分があるわけですが、こういったものの電子化を検討いただければと思います。

3点目、従業員から企業に対する提出を求めている申告に関する証明書類、これは扶養控除申告や保険料控除、住宅ローン控除についての証明書類を今、従業員から企業に出されているわけでありましたが、この事務負担感が強いことを踏まえて手続を不要にする、あるいは企業ないしワンストップ窓口への一括送付への変更などを含めて、全体プロセスの最適化に資する改善策を御検討いただければ。今日は1回目でございますので、検討に当たっての論点や留意点などがございましたら、是非教えていただければと思っております。

では、財務省さんからお願いいたします。

○財務省（吉野課長） 財務省の吉野でございます。

せっかくの機会をいただきましたので、御説明しようと思っておりますが、座長からお示しいただいた3点の論点につきまして、その各論めいたものが後ろについていると思っておりますので、総論の流れの中で各論を必要に応じ資料2-2の別紙も触れさせていただこうと思っております。

まず総論でございますが、お時間の関係もありますので座長のポイント1でございますが、いわゆるデジタルファースト、ワンストップ・ワンスオンリー、自前主義からの脱却、コストの全体最適化ということにつきましては、原則について全く異論はございません。ただし、さまざまな主体が関与いたしますので、原則に沿って改革を進める際には、各主体の対応可能性みたいなものを逐一検討する必要があるだろうと思っておりますので、具体的に留意すべき点については、後ほど各論のところでも少し申し上げようと思っております。

総論的に申し上げますと、年末調整事務の議論がメインになろうかと思っておりますけれども、かねてからも申し上げておりますが、被用者、雇用者、金融機関、課税当局と社会全体のコストがネットで削減されるような制度の見直しが必要だと思っております。そのときの観点といたしましては、我々なりの観点ですが、雇用者の事務負担のあり方は当然でございますが、各国とも徴収の原則といえますか潮流がございます。租税原則、徴税費最小の原則がございます。金融課税を含めました課税体系全体のお話もでございます。それから、国民の受けとめの話、確定申告の負担感等の話もございまして、全ての要素を勘案いたしまして改革を進めるべき問題ではないかと思っております。

いずれにしましても、事業者、従業員、関係機関の負担を全体として最適化すべきということにつきましては、私ども全く同意するところでございまして、委員の皆様方におかれましても共有いただければと思っております。

その中で座長がお示ししていただいている絵の中にもございますが、社会保障関連の電子手続との連携がございます。我々もやりたいこと、できること、おのおのあると思いたしますが、現状におきましては届出対象、記載事項、提出のタイミングはさまざまであることは先生方御承知のとおりですので、制度の趣旨、情報が本当に同じかどうか、それから、本当に必要な情報かどうかについては十分踏まえた上で検討させていただきたいと思っております。

続きましてポイント2、電子化、デジタルファーストの類いだと思えますけれども、これにつきましては一連の事務負担が電子で完結しない、文書が混ざるということで御迷惑をかけている、もしくは負担感が大きいことは十分理解しております。座長からも御指摘がありました保険料控除の申告書につきましては、既に電子提出が可能になっておりますが、申告書に添付する証明書につきましては、電子提出ができないという状況になっております。平成28年度の税制改正で30年分の所得税からでございますが、保険会社が控除証明書を電子的に従業員に交付することができるように改正されました。現在、業界団体と丁寧に協議しているところでございます。

その他も含めまして、いわゆる署名、証明書、申告書の電子化、電子提出をできる限り推し進めていくことに全く異論はございませんけれども、発行主体、雇用者、従業員の理解等々が必要であることは当然御案内のとおりですので、一つ一つ丁寧に検討する必要はあろうかと思えます。

ちなみに保険料控除の類いで御説明申し上げますと、口頭になって申しわけありませんけれども、保険料控除証明書、先ほど申し上げましたように保険会社から従業員のところは電子交付が可能になりましたが、従業員から企業のところ、その他につきましても住宅ローンについても年末調整できるようになっております。2年目以降になっておりますが、それらについては税務署・従業員・企業、金融機関・従業員・企業、いずれの間も電子的な交付がまだ可能になっておりませんので、それにつきましてもできる限り電子的な方法により提供可能としていくことに全く異論はございませんし、必要に応じ丁寧に関係者を説得しながら検討していく必要があろうかと思えます。

ただ、一般論でもあるのですが、保険会社と金融機関の協力が当然不可欠であること。それから、改ざん防止措置は当然必要であるということ。それから、システム改修のコストを関係者に負っていただくことが当然必要でございますので、そこら辺も含めまして検討してまいりたいと思えます。

もう一つ、保険料控除に限らず、全ての証明書を電子化することになりますと、非常に小さな話で恐縮ですが、念のため申し上げますれば、外国政府または外国の地方公共団体が発行した書類、いわゆる国外扶養親族に係る親族関係の証明書でありますとか、勤労学生控除に係る学校法人に提出する証明書は非常に適用者が少ないので、それについても全部電子化するとなりますとコストとメリットが見合わない書面もあるかと思えますので、それは当然御承知だと思いますけれども、そういうものも含めまして留意して検討を進め

ていく必要があるかと思えます。

続きまして、3つ目のポイントでございます。いわゆる各証明書につきまして書類の不要化、ワンストップ窓口ないしは一括窓口への送付等々、全体最適化に係る施策というお話だと思います。各論で申し上げたほうがわかりやすいと思えますので、別紙2の各施策のところをめくりながらお聞きいただければと思えます。

各施策、2ページ以降になっているところでございますが、財務省への質問事項という細かい紙のほうを触れながら総論としてお答えしていこうと思えますが、2(1)①に年末調整手続に係る負担の削減をするための方策ということで、事業者による申告書の回収・チェックの不要化。いわゆる確認方法は事業者任せにしようかというお話だと思います。控除証明書、申告書の回収や確認をある意味、事業者任せればよいという御趣旨だと思いますけれども、本当にこれは法令上、書式等を定めずに確認についても事業者任せという方法を仮にとった場合ですが、これは検討しないと申し上げているわけではありませんが、留意点として今日論点を明示するために申し上げますけれども、実態に即した計算が行えず、最終的に年末調整の年税額の適正な計算が行えないおそれが当然生じます。

もう一つ、誤りが事後的に生じた場合に追加納税のコストが当然、事業所側に生じます。もっとわかりやすく申し上げますと、現行、統一書式で毎年提出させておりますので、仮に誤りがあった場合には事業者の責めに帰すべき事由ではないということで、不納付加算税等を課しておりませんが、確認方法等をある意味なくすとかいう方法をとりますと、誰の責めに帰すべき事由なのかという議論をせざるを得なくなりますので、そうなりますと不納付加算税を課すのか課さないのか。課した場合に事業者さんにどういう負担がかかるのかということについて、少なくとも議論をせざるを得ないという状況になろうかと思えます。

なお、いわゆる事務処理が電子で完結しないということに負担感が大きいということでございますが、負担感を軽減する観点から申告書、証明書の電子化や電子提出の可能性について検討していくことについてはもちろん賛成でございます。その際については従業員10名以下の零細事業者が74%占めているとか、中小企業の2割が記帳をパソコンでやっていないとか、いろいろなことがございますので、そこら辺の観点も含めまして丁寧に検討が必要なのではないかと思えます。

続きまして、次の例に扶養状況に変動がない場合の扶養控除申告書の省略という論点が掲げられているかと思えます。これを仮に採用いたしますと、これも留意点を述べるにとどめますけれども、提出を省略したのか、失念してしまったのかということの判別がつかなくなることが予想されます。それによって混乱が生じるのではないかということですが、具体的には納税者本人に追加納税などが生じ得ますので、納税者本人に不利益が及ぶ可能性がございます。そうしますと納税者本人に必ず定期的にチェックをさせなければ結局同じことであるので、現行の取り扱いと同じような事務負担を、もしくは確認行為を幾

たびも行うようなことが事業者さんにかえって負担になる可能性もある。

これはたとえ話ですけれども、年金受給が申請主義でございました。あのとき年金問題が生じまして、いろいろ申請が行われなかったことによって定期便の対応等が必要になったことを踏まえますと、毎年必ず申告書に書いて申請をさせるということの意味もまた一方であろうかと思えます。仮にそれを省略いたしますと、従業員の制度の認識が必ずしも高くない中で、変動がある場合にのみ申告をさせることになりましますと、かえって忘れたということで事後の是正手続、先ほど申し上げたような手続が必要になります。そうしたときに事業者にとって負担が増す可能性もございますので、結果として現状が変わらないか、誤りが生じた結果、事務負担が増加する可能性もございますので、そこら辺は留意して検討する必要があるのではないかと。ちなみに先ほど座長がおっしゃられた韓国につきましても、毎年必ず提出させております。省略化しておりません。変更する場合のみではなくて、必ず提出するという方式をとっていると聞いております。

なお、現行制度におきましても、事業者さんにもよりますが、扶養控除申告書の電子的提出は可能でございますので、従業員と事業主の間の申告書の電子的やりとりの仕組みを事業者に応じてイントラネットで企業の中で準備をしております、そういう企業もたくさん現れております。私どもの知り合いの企業におきましても、いわゆる毎年のデータが残っております、これですすかしいですかとメールで来まして、オーケーならばオーケー、変更して送るなら送るというのを会社の中でやっておられる方々もおられますので、必ずしも制度として申告を省略する必要があるかどうかという観点も含めて、検討していく必要があるかと思えます。

続きまして、ポイント3の中で(1)①の賃金から保険料が天引きされている場合の保険料控除の申告書を省略する等々のお話でございます。①の中の例の1つでございます。これは団体保険のことをおっしゃっておられるかと思えますけれども、賃金から保険料が天引きされている場合に保険料控除申告書の提出を省略することにつきましては、給与の受給者がほかに払った生命保険料がある場合、保険に2つ以上入っておられる方がおられます。そういう場合どうするのかとか、配当金の支払いの際、配当金の額が給与の支払者において把握できるか。配当金は生命保険料控除の計算上の控除になっておりますので、配当金についても支払者が把握できるのかどうか等々、制度の詳細について詰める必要がございますので、こういう点に留意しながら丁寧に検討する必要があるかと思えます。

続きまして、今度は発行先の話ですけれども、発行企業が事業者へ直接証明書を出すとか、事業者が直接発行企業から保険料控除の証明書を取得できるような仕組みについても提示がございます。3ページのところでございます。この制度を仮に採用した場合でございますが、留意すべき点は幾つかございます。控除関連証明書を発行する生命保険会社自身が、自分の契約者がどこの企業に勤務しているのかというのを必ずしも知りませんということがまず1つございます。もちろん契約者に契約時にどこに勤めているんだということを登録させることも当然であろうかと思えますが、そうした場合に次に同じ企業の中に同

姓同名の人がいることが想定されますので、その同一性を確認する方法が当然必要になります。そうしますと、もう制度ができておりますので、一番好ましいのはマイナンバーを活用するとか、いろいろなことがございますが、現在その点に関しましては保険会社等にマイナンバーを使わせることは現状できませんので、それをどう考えるか。

それから、転職、離職が想定されますので、その場合に保険会社は毎年契約者に勤務先の変更を確認する必要があるということが次でございます。仮に勤務先の変更を失念した場合に、その証明書はどこに行ってしまうのか、とか心配しだしたらキリがないところがございますので、そこの実務的なところをよくよく検討する必要があるかと。保険会社と勤務先の企業間のやりとりでございますので、システム改修のコストも保険会社と勤務先の企業の間で生じることが考えられますので、その点も含めて検討する必要があるのではないかと考えております。

細かい点に入ってまいります、次、発行企業が直接国税庁に対し、保険料控除に関する証明書を電子的に提出するという例も書いてございます。(2)のあたりかと思えますけれども、それにつきましては現行、生命保険料控除証明書を本人に交付すればいいとだけ書いてございます。国税庁に提出する必要はございませんので、仮にこのスキームを採用いたしますと、国税庁にも当然出していただきますし、本人に提出しないことはあり得ないので、本人と国税庁の両方に出させることとなりますので、生命保険会社に事務負担が生じるという点が1つございます。

それから、韓国の例をならっておっしゃっておられるのではないかと推定いたしますが、国税庁が収集した生命保険料控除証明書等の情報をいわゆる日本で言うところのマイナポータルのようなものに載せて、韓国だとホームタックスなのだと思いますが、そこに載せて提供するという案ではなかろうかと思えますが、それにつきましては金融機関が当然システムの改修が必要。これは当たり前のことでございますが、生命保険会社が紐付けをしなければいけなくなりますので、マイナンバーの活用が必要になるだろう。

さらに細かいこと、心配事を申し上げますと、生命保険料控除は契約者と保険料の支払者が異なる場合がございます。そのため、控除関連証明書の名義人と当該控除を適用する納税者が異なる場合がございますので、保険会社から契約者名義の保険料控除証明書を国税庁に提出いただくのだと思えますけれども、その場合に、どのような場合に支払者に帰属させるべき証明書なのかということを判別しなければいけないということがございます。ひと手間、ふた手間が当然納税者に生ずる可能性がございます。

国税庁におきましても、今は年末調整で終わってしまうような方々だけを扱えばよろしいですが、恐らくこのようなシステムにいたしますと、いわゆる申告不要な方々の控除関連証明書も大量に国税庁に提出いただくこととなります。そのシステムを全部国税庁で受けて選り分けることとなりますので、ある程度システム対応が必要になる。ある程度というか、契約者は相当多くございますので、システム改修のお金は普通のシステム改修より大きくなると思われまます。直ちに採用することが可能かどうか慎重に検討する必要がある

かと思えますけれども、排除せずに丁寧に検討していきたいと考えております。

次に、プッシュ型サービスのお話が最後になるかと思えますが、出ておりますけれども、これがプッシュ型サービスでも究極系として年末調整を廃止して記入済み申告書というお話で仮にやろうとすると、なかなか直ちに採用することは困難ではないかと考えておりまして、行政手続部会でも少し申し上げましたが、いわゆる源泉徴収税額と年税額はどうしても一致いたしませんので、多数の納税者が確定申告が必要になる。そうなった場合に個人への企業負担の押しつけのようなイメージに少なくともなる。諸外国のプッシュ型のサービスにつきましても、申告が必要な申告納税の国において利便性向上の観点からこれを入れているという国が多くございまして、源泉徴収の歴史の流れの中から源泉徴収主義をとっている国の中でいわゆる記入済み申告書に移行した国は、あまり把握できておりません。

事業者にとっても追加的な情報提出、提出期限の前倒しといった新たな負担が生じる可能性がありますのと、課税当局におきましては実調率が相当低くなっております。個人について1%、法人については3%という非常にさみしい状況になっておりますので、その中で申告対応、申告処理もやらなければいけなくなります。非常に人手とシステム等々、申告会場の予算などが必要になる。これは皆様方に申し上げてもなかなか御理解いただけないところでございます。

最後に給与の500万円以下のところは、給与所得者の7割でございまして、源泉徴収票は国税庁に提出されておきませんので、プッシュ型をやろうとしましても多くの納税者に対して我々が対応できないという状況にあります。

それから、今までやっておることではございますが、我々も手をこまねているわけではございまして、e-Taxの個人向けのサービス拡充につきましても医療費控除の領収書につきましても、第三者の作成書類の添付省略をやったり、e-Taxについても送信可能サイズ、容量の拡大を行ったり、マイナポータル利用につきましても少なくとも予定納税額等についての情報でありますとか、e-Taxの送信が完了した旨の情報につきましてもマイナポータルでお知らせいたしますとか、厚労省で今、協議中ではございますが、医療費の支払い情報につきましても、マイナポータルに載せるといったことも関係省庁間で協議をしているところでございまして、何もプッシュ型サービスをやらないつもりはございません。やってまいります、究極系としてのサービスを行おうとするのは、なかなか難しい面があるのではないかと考えております。

早足になりましたが、以上でございます。

○原座長 ありがとうございます。

今日お話をいただきましたような留意事項を踏まえながら、さらに具体的な検討をここでもしていければと思えますが、村上さんから今日の段階で御確認しておきたいことがあれば。

○村上専門委員 どうも御丁寧な説明ありがとうございました。

今後いろいろ検討していくにあたり、若干気になっていることが幾つかありますので、留意いただければと思います。

1つ目がワンスオンリーですが、1度出させた情報を再度提出させない。これを実現するためには、相手が多数ある話なので、1つずつ細かく論点を決めて潰していくことになると思いますので、おっしゃった方法でいいと思います。ただ、そのときに紙の時代の制度などがまだ残っているのを、そのまま連携させようとするとかかなり非効率になるので、全てデジタルを前提として、なおかつマイナンバーの利用範囲を今後拡大するという前提で、制度設計は時間をかけてやっていく必要があると思います。

もうひとつは、サービスデザインという考え方を今、電子行政分科会では掲げています。サービス提供者の法律制度の理屈はわかるのだけれども、結果としてユーザーが不便で使わないとか、ユーザーが相当時間を要している場合があります。例えば先ほどの紙の制度と関連するのですけれども、e-Taxの場合、書類作成コーナーは非常に評判がよくて皆さんも使われている。私も使っていたのですけれども、最後の書類のオンライン申請のところが手間で、カードの取得とか、カードリーダーとかJavaの問題とかあって、結局、皆さんはオンライン申請を使わず、紙に印刷して郵送したりしています。確定申告書類の印鑑は三文判でもいいのに、なぜオンライン申請になると実印と同じ意味合いを持つ電子署名を求めるのか。住基カードの普及促進などいろいろ背景や理由はあったと思いますが、e-Taxにログインした時点で本人だと確認できれば、電子署名は不要かもしれない。印鑑をそのまま電子署名に置き換えるのではなく、紙から離れて電子データを前提として制度の見直しをすれば、制度もすっきりすると思います。このような観点でこれから一緒に検討させていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いします。

○財務省（吉野課長） おっしゃるとおりでございまして、紙をただ紙から電子にしてもだめだというのはおっしゃるとおりだと思いますので、これは情報の流れをどう仕組むかというお話ですので、これは次の論点でもかかわりますけれども、ユーザーにとってどれだけフレンドリーかというお話と、それは関係者にとってどれだけフレンドリーかというお話と、課税当局も処理がしやすいというのが一番よろしいかと思っておりますので、それはその観点から検討していきたいと思っております。

電子署名のお話ですが、ログインしていればいいではないかというところまでいくかどうかは定かではありませんが、少なくともいわゆる電子証明書についてはカードリーダー云々の議論がございまして、相当いろいろ検討を進めております。利便性が高まるようにと思ってやっておりますが、ただ、なりすまし申告・還付申告というのは否定できない世界がございまして、何らかの形で本人確認が行われて、申告データの真正性を担保することは非常に重要だと思っておりますので、その観点だけは申し上げておかなければいけないと思います。

○村上専門委員 もう一点だけ。バックオフィス連携を考えると、何でもかんでもバックオフィスにすると、先ほどおっしゃったように余分なお金がかかるケースもあると思

いますので、情報銀行のように、本人経由での電子的な受け渡しも含めて、最適な制度設計ができればいいと思っています。

○財務省（吉野課長） まさしくおっしゃるとおりで、それが本人中心になると本人がどれだけ不平を言うかという問題もありますので、そのバランスだと思います。

○原座長 ありがとうございます。

吉田委員からも幾つか質問事項をいただいております、プッシュ型のプレプリントを是非しっかりと実現してほしいといったことをいただいているのですが、後ほどまた紙で御質問、コメントを送らせていただきます。

それから、1点だけ確認させていただきたいのは、最初の紙の手続がまだ残っていますという部分について、保険会社さんその他、関係者との協力が必要で、慎重に検討していかないといけないということだったのですが、「電子的にも可能にする」ということであれば、別に関係省との調整は要らないような気もするのですが、何でそんなに進んでいないのでしょうか。

○財務省（吉野課長） 恐らく先生がおっしゃっているのは、保険料控除の中でも保険会社から本人のところと、本人と企業のところみたいな話があるのだと思うのですが、本人にとっては当然本人ですので問題ないのですが、本人から企業に出すときに、企業が本人確認できるのかという問題が残っているのだと思います。そこは慎重になる部分があって、本人がそれを本当にそうなのか、電子的になったときに確認できるのかというおそれが一応あってまだ議論がとまっておりますが、一つ一つ潰していく必要があって、我々としては制度的に可能にすることに何も憂いはありませんので、ただ、電子的に可能になっているのに事業者が一切やらないという制度もどうかと思いますので、利用可能性も含めてちゃんとやっつけていかなければいけないと思っております。

○村上専門委員 時間も来ているので手短かに。保険の控除に関しては昔からの流れでやっているが、実はやめたいんだという話を聞いたことがあります。保険料の控除は高度成長期の加入者増には役だったが、加入者が増えた現状では、どこまで効果があるかわからないということです。だから現状の制度のまま無理やり電子化するのではなく、数万円、数千円の話なので、いっそのことやめてしまうという制度のシンプル化も含めて考えたほうがいいと思います。

○財務省（吉野課長） 大田議長にも御参加頂いている政府税調でも長年議論はしてきておりますが、制度の簡素化はもちろんのこと、存否も含めまして常に議論はさせていただくべきだと思います。

○原座長 大田議長、どうぞ。

○大田議長 この年末調整というのは、そもそも企業のコストで徴税の事務を肩がわりしてもらっているわけですね。企業に長いことお願いして、それが当たり前のようになっていますので、ここで効率化を図って企業の負担を大胆に削減するのは徴税当局の義務だと思います。できない理由というのは幾らでもあるでしょうが、何とか減らすのだと。是が

非でも減らすのだということで、是非知恵をお出しいただきたいと思います。

○原座長 ではちょっと時間が過ぎてしまいましたが、事務局から何かございますか。

○西川参事官 次回の投資ワーキングの日程につきましては、また御案内させていただきます。

○原座長 それでは、大変ありがとうございました。