

規制改革ホットライン処理方針
 (令和6年7月19日から令和6年9月17日までの回答)

健康・医療・介護ワーキング・グループ関連

提 案 事 項	所管省庁 回 答	区分(案) (注)	別添の該当 ページ
保険診療で行う情報通信機器を用いた禁煙治療の取り扱いについて	その他	△	1
オンライン診療・オンライン服薬指導の導入推進	その他	△	2
紙ベース院外処方箋の規格整備	その他	△	3
特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合(集中度)の算出について	その他	○	4
敷地内薬局についての診療報酬上要件の撤廃	その他	△	5
産業医の巡視について「実地」規制の緩和。	対応不可	△	6
医師以外による死亡認定	対応不可	○	7

(注)

◎	各ワーキング・グループで既に検討中又は検討を行う事項
○	所管省庁に再検討を要請(「◎」に該当するものを除く)する事項
△	再検討の要否を判断するため、事務局が提案内容に関する事実関係を確認する事項

提案内容に関する所管省庁の回答

別添

健康・医療・介護班関連

番号: 1

受付日	所管省庁への検討要請日	令和5年11月17日	回答取りまとめ日	令和6年8月20日
-----	-------------	------------	----------	-----------

提案事項	保険診療で行う情報通信機器を用いた禁煙治療の取り扱いについて
具体的内容	保険診療で初診から最終診療まで情報通信機器を用いた禁煙治療が恒久的な取扱いとなるよう提案いたします。
提案理由	<p>2020年4月新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、初診からの情報通信機器を用いた診療が求められたことから、禁煙診療も初診からオンライン診療が認められました。</p> <p>しかし、R5年3月31日付厚生労働省保険局医事課発連絡票「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」によりR5年7月31日をもって情報通信機器を用いた診療に係る特例の終了に伴い、禁煙治療の初診および最終診療を保険診療で行うことができなくなりました。</p> <p>一方、厚生労働省発「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、禁煙外来について、「定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合であって、治療によるリスクが極めて低いものとして、患者側の利益と不利益を十分に勘案した上で、直接の対面診療を組み合わせないオンライン診療を行うことが許容され得る。」と示されています。これをそのまま理解すると、初診から最終診療まで保険診療で禁煙治療を行うことができるという解釈が可能になると思います。</p> <p>上記の2文書をどのように整理したらよいかお尋ねいたします。</p> <p>保険診療によるオンライン診療で禁煙を達成したいという希望が強く寄せられていること、また、コロナウイルス感染症患者や疑われる患者が未だ後を絶たない現状を受け、できれば後者による禁煙治療の継続を希望いたします。</p>
提案主体	(一社)新潟県労働衛生医学協会

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	<p>新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、初回と5回目の情報通信機器を用いたニコチン依存症管理料の算定を認めていたところ、当該特例については令和5年5月8日以降は終了しています。</p> <p>情報通信機器を用いたニコチン依存症管理料にかかる診療報酬上の評価の在り方については、有効性及び安全性などのエビデンス等を踏まえ、専門家の意見を参考としつつ、必要に応じ、中央社会保険医療協議会(中医協)で議論してまいります。</p>	
該当法令等	診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)、診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令和6年3月5日保医発0305第4号)	
対応の分類	その他	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	△
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:2

受付日	所管省庁への検討要請日	令和5年11月17日	回答取りまとめ日	令和6年8月20日
-----	-------------	------------	----------	-----------

提案事項	オンライン診療・オンライン服薬指導の導入推進
具体的内容	オンライン診療・服薬指導について、病院・薬局での導入が進むよう、環境整備体制の確立及び活用促進・継続のための診療報酬・薬価の改定をしていただきたい。
提案理由	規制改革への対応として、ユーザーニーズの高い調剤薬のコンビニエンスストア受取りを開始したが、実態として上流である病院・薬局でのオンライン診療・服薬指導の活用推進が進んでおらず、患者側が利便性を享受できる体制が整っていないため、環境整備体制の確立及び活用促進・継続のための診療報酬・薬価の改定をしていただきたい。
提案主体	(一社)日本フランチャイズチェーン協会

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	<p>オンライン診療については、令和5年6月に策定した「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」に基づき、国民・患者向けの啓発資料の作成、医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成や、遠隔医療に関するエビデンスの収集・構築等の取組を進めています。</p> <p>また、服薬指導については、令和4年9月30日に薬剤師が調剤に従事する薬剤師と相互に連絡をとることのできる場所で行うことを可能とするなど、実施しやすい環境整備に取り組んでいるところです。</p> <p>今後においても必要に応じ、診療報酬上の評価の在り方については、中央社会保険医療協議会(中医協)で議論してまいります。</p>	
該当法令等	診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)、診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令和6年3月5日保医発0305第4号)	
対応の分類	その他	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	△
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:3

受付日	所管省庁への検討要請日	令和5年11月17日	回答取りまとめ日	令和6年8月20日
-----	-------------	------------	----------	-----------

提案事項	紙ベース院外処方箋の規格整備
具体的内容	電子処方箋が整備されても、停電や災害により医療機関のシステムがダウンした際や緊急時対応として紙ベースの処方箋は一定数発行されるため規格を整理するもの。
提案理由	<p>現在国内で交付されている院外処方箋の9割以上はA5判の紙ベースのものであるが、用紙サイズや偽造防止処置の有無については明確に規定されていない。そのため一部の医療機関においては独自判断でA4判かつ透かしが入った特殊用紙で発行されている。それ以外にもA4判横組みで左半分が通常の処方箋で、もう片方が血液検査や血圧のデータを記載している医療機関も存在する。 https://www.kouritu-cch.jp/wordpress/wp-content/themes/kouritu-cch-pc/pdf/to-insurance_sample-2105.pdf</p> <p>2021.3.22の規制改革推進会議第9回医療・介護WGIにおいて、調剤薬局における紙処方箋の真偽確認は薬剤師の目視のみだと厚労省は発言している。それでゆくと医師の認印を偽造できればいくらでも処方箋を複製できることになる(実際保険医の大多数は書類への押印を朱肉の認印ではなくいわゆる「シヤチハタ印」で済ませている。朱肉の認印であっても100円ショップで売られている既製品。つまりどちらも安価に偽造可能)。現在処方箋にQRコードを印刷するなど透かしに頼らない偽造防止技術が開発されてもいるため、それら新技術を取り入れて薬剤の適正利用を進めてほしい。</p>
提案主体	個人

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	保険診療における処方箋については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(昭和32年厚生省令第15号)において、「保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。」と定めています。	
該当法令等	「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(昭和32年厚生省令第15号)	
対応の分類	その他	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	△
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:4

受付日	所管省庁への検討要請日	令和6年3月19日	回答取りまとめ日	令和6年8月20日
-----	-------------	-----------	----------	-----------

提案事項	特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合(集中度)の算出について
具体的内容	情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に係る処方箋の受付回数を含めて集中度の算出ができるようにしていただきたい。
提案理由	調剤基本料は、医薬品の備蓄、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費を評価したものであるところ、情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)が調剤基本料の設定にかかる集中度の算定において考慮されないことは、調剤基本料の定義と矛盾している。 服薬指導がオンラインであっても、複数の医療機関からの処方箋を受付けていれば備蓄医薬品数は多く、また、建物や機器等も薬局の設備基準に沿って整備しており、集中度の算出においてオンライン服薬指導が除外されることの合理的理由がないと考える。 現行の集中度算出ルールは、薬局がオンライン服薬指導を導入する意欲を削ぐものであり、結果として、歩行困難など様々な理由で薬局に行くことが難しい患者がオンライン服薬指導という手段を選択できない状況を生み出しており、国民の医療アクセス向上に反していると考えます。
提案主体	民間企業

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	調剤基本料については、医薬品の備蓄の効率や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえて調剤報酬の体系の評価が設定されているところです。 厚生労働省としては、引き続き、オンライン服薬指導にかかる診療報酬上の評価の在り方については、オンライン服薬指導の実態及びエビデンス等を踏まえ、必要に応じ、中央社会保険医療協議会(中医協)で議論してまいります。	
該当法令等	診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)、診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令和6年3月5日保医発0305第4号)	
対応の分類	その他	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	○
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:5

受付日	所管省庁への検討要請日	令和6年4月22日	回答取りまとめ日	令和6年8月20日
-----	-------------	-----------	----------	-----------

提案事項	敷地内薬局についての診療報酬上要件の撤廃
具体的内容	2022年の診療報酬改定にて急性期充実体制加算が、また、2024年の改訂予定の中に総合入院体制加算が見直されようとしています。いずれも敷地内薬局を病院が誘致し運用していれば、それらが算定できないというものです。これら二つの診療報酬は何ら敷地内薬局と関連を持たないものでありますので撤廃をお願いいたします。
提案理由	規制改革にて2016年に病院と調剤薬局を隔てる壁や道路の条件が撤廃されたことで、患者さん目線の制度として敷地内薬局が多くの病院などで取り入れられています。ぼつんと丘の上に病院が建っているような場合であれば、一旦車に乗って門前の調剤薬局まで行き、また車を降りて薬をもらわなければならない手間です。敷地内薬局であれば、病院の駐車場までに薬局がありますので非常に導線もよく患者さんにとっては利便性が良いです。また現在の算定では調剤料も他の薬局より低くなっていますので支払いを抑えることもできます。薬剤師会が推進している面分業は相互作用チェックなどのメリットがありますが、自宅の近所の薬局は、患者さんや薬剤師が近所の人の可能性もあり、特に大きな病気を抱えている方はプライバシーを意識して行きたくない方もおられます。今後の調剤薬局の在り方は在宅中心になるかと思いますが、敷地内薬局に大反対している日本薬剤師会会員の施設で在宅中心に行っている(行えている)施設はどれくらいあるのでしょうか。1人薬剤師では無理で調剤しかしていないのではないのでしょうか。むしろ敷地内薬局を展開しているチェーン薬局の方が人材の豊富さなどから在宅などに力を入れているところが多いと感じます。未来の薬局の姿はむしろチェーン薬局のほうが具現化しているとまで感じております。また、病院との連携も敷地内薬局のほうが取りやすく薬剤師の研修にもメリットがあります。なにより、患者にとって、いろんな形態の薬局の選択肢が広がるのは良いことだと思います。是非とも診療報酬で敷地内薬局の規制をかけないでいただきたいです。
提案主体	個人

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」(昭和32年厚生省第16号)において、保険薬局は「保険医療機関との一体的な構造」であることを禁止しております。 診療報酬上、急性期充実体制加算及び総合入院体制加算については、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。」と定められています。当該加算の施設基準については、充実した急性期医療を提供する体制及び外来を縮小する体制を評価する制度趣旨から、新規の敷地内薬局をもたないことを要件としております。 敷地内薬局についての診療報酬上の評価の在り方については、敷地内薬局の実態等を踏まえ、必要に応じ、中央社会保険医療協議会(中医協)等で議論してまいりたいと考えています。	
該当法令等	「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」(昭和32年厚生省第16号)	
対応の分類	その他	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	△
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:6

受付日	所管省庁への検討要請日	令和6年8月22日	回答取りまとめ日	令和6年9月17日
-----	-------------	-----------	----------	-----------

提案事項	産業医の巡視について「実地」規制の緩和。
具体的内容	職場における労働者の安全と健康の確保等を目的とする労働安全衛生法は、一定規模以上の事業所に産業医（事業場における労働者の健康管理について専門的な立場から指導・助言を行う医師）を選任することを義務付け、また、選任された産業医には1か月に1回（要件を満たす場合は2か月に1回）作業場等を巡視することを義務付けている。この産業医の巡視については、後述する通知において「実地」で行うものとされている。生産性向上等の観点から、この「実地」の限定を緩和し、危険物を扱っていない等一定の要件を満たす事業場において、例えばウェブカメラでの代替等、巡視を遠隔で実施する方法を選択可能とできるよう提案する。
提案理由	<p>○産業医の巡視は、労働者の疾病罹患の外部要因（病原体、有害物質、ストレス等）の発見・解決に資することは論を待たない。</p> <p>○しかし、政府のデジタル原則の下で点検等の遠隔実施が進められており、産業医の巡視も生産性向上等の観点から、ウェブカメラ等による代替が必要と考える。厚労省の検討会においても、産業医の巡視へIT利活用可能性が要望されている（産業保健のあり方に関する検討会 第1回～第3回の議論の概要）</p> <p>○なお、実地での巡視には、匂いにより有害物質に気付ける等の利点はあるが、週に1回巡視する衛生管理者との連携で解決可能と考えられる。また、有害物質を扱わない事業所も存在するため、一律に実地を義務付けるのは適当でない。</p> <p>○また、産業医は、本業の診療の傍らで行う者がほとんどであるため（医師会が関わる産業保健の現状）、産業医活動の生産性の向上は、本業の診療業務に好影響が生じ、医療提供体制の問題解決にも資する。また、労働時間の短縮等を目的として開始された医師の働き方改革にも合致する。</p> <p>○さらに、産業医選任義務に反している理由として、「産業医の委託費用を負担する余裕がない」、「産業医を引き受けてくれる医師がない」が合わせて20%超（平成30年労働安全衛生調査(実態調査)・事業所）。</p> <p>○産業医の巡視コストが下がることで産業医の選任がしやすくなり、法の目的にも資する。</p> <p>○近年はリモートワーク等特定の事業場に常駐する以外の働き方も増加。そのため、制度構築時と比較し、社会環境の変化（作業場等における病気の発生要因の確認という必要性の相対的低下）も付言する。</p>
提案主体	個人

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	近年のデジタル技術の進展に伴い、情報通信機器を用いて遠隔で産業医の職務を実施することへのニーズが高まっていることは承知しています。こういったニーズ等を踏まえ、令和3年3月31日基発0331第4号において、情報通信機器を用いて遠隔で産業医の職務の一部を実施することについて、考え方及び留意すべき事項を示しています。	
該当法令等	・労働安全衛生規則15条、令和3年3月31日基発0331第4号「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」	
対応の分類	対応不可	
対応の概要	<p>・産業医による巡視においては、作業場等を巡視し、労働者にとって好ましくない作業環境や作業内容等を把握するとともに、健康診断や健康相談だけでは得られない労働者の健康に関する情報を得て、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、その場で労働者の健康障害を防止するための必要な措置を講じる必要があります。</p> <p>・労働者の作業環境の把握等に向けては、視覚や聴覚を用いた情報収集だけでなく、臭いや皮膚への刺激等嗅覚や触覚による情報を得る必要もあることが想定されます。</p> <p>・これらを踏まえ、産業医による職場巡視は実地で実施する必要があることと示しているところであり、現在においてもこの状況は変わっていないと考えております。</p>	

区分(案)	△
-------	---

提案内容に関する所管省庁の回答

健康・医療・介護班関連

番号:7

受付日	所管省庁への検討要請日	令和6年8月22日	回答取りまとめ日	令和6年9月17日
-----	-------------	-----------	----------	-----------

提案事項	医師以外による死亡認定
具体的内容	死亡届に添付する医師記入の死亡診断書の提出義務が事実上医療機関や介護施設(医師が常駐もしくは迅速に駆けつける体制の整った施設)以外での臨終を認めない規制となっている。そのため死亡認定を医療従事者である看護師等も行えるようにして、自宅での臨終を可能としてほしい。
提案理由	死亡届を市町村役場が受理することによって、火葬や埋葬の許可証が発行され公営火葬場の予約も可能になる。しかし法令様式の死亡届の右半分は医師が記入する死亡診断書(もしくは死体検案書)であり、診断書も記載されることにより死亡届の効力が発生するため医師が臨終に立ち会うか死体検案を行うことが必須となっている。往診および在宅診療を行う医師は開業医でも極めて少数であり、勤務医は働き方改革等の影響で院外での医療行為を行うことはまずあり得ない。それにより医師が常駐している病院や施設での死亡(もしくは死後に病院へ遺体持ち込み)しか死亡診断ができない。 また医療費抑制のため行政は健康政策を推し進めているため、年単位で医療機関を受診することのない国民が多くなる。日本年金機構が平成22~23年度に行った75歳以上の年金受給高齢者の実地現況調査では後期高齢者医療保険を1年以上使用していない国民が調査対象者の2割程度に上った。そこから10年以上経過しているため、医療保険を使わない高齢者はそれ以上になっていると思われる。今後高齢者を中心に多死社会に移行するため、多忙な医師のみが死亡認定ができることへの規制を改めなくてはならない。
提案主体	個人

	所管省庁	厚生労働省
制度の現状	死亡診断書(死体検案書)は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すものです。したがって、死亡診断書(死体検案書)は、医師の医学的な判断に基づき、死亡に関する医学的、客観的な事実を正確に記入する必要があるため、原則として、医師(又は歯科医師)でなければ、これを交付することはできません。	
該当法令等	医師法第17条 医師法施行規則第20条	
対応の分類	対応不可	
対応の概要	制度の現状欄に記載のとおりです。	

区分(案)	○
-------	---