

第3回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和元年12月18日（水）17:00～19:22

2. 場所：中央合同庁舎4号館2階共用第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）高橋議長代理、大石座長、菅原委員

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、武藤専門委員、安田専門委員

（事務局）彦谷次長、小見山参事官、長瀬参事官

（説明者）鳥井陽一 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長

森光敬子 厚生労働省保険局医療課長

加藤琢真 厚生労働省医政局医事課医師養成等企画調整室長

姫野泰啓 厚生労働省保険局保険課長

荻原和宏 厚生労働省保険局保険課医療保険制度改革推進官

4. 議題：

（開会）

1. 保険外医薬品（スイッチOTC等）選択肢の拡大

2. オンライン医療の普及促進（フォローアップ）

3. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直し（フォローアップ）

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 ただいまから第3回の規制改革推進会議「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

皆様、御多忙の中、ありがとうございます。

本日、高橋議長代理に御出席いただいております。高橋専門委員は、スカイプでのご参加、佐藤座長代理、大橋委員は御欠席ということでございます。

本日の議題は「保険外医薬品（スイッチOTC等）選択肢の拡大」「オンライン医療の普及促進」「社会保険診療報酬支払基金の見直し」の3つでございます。

それでは、議事進行は座長にお願いしたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、議事に移ります。

まず、1つ目の議題の「保険外医薬品（スイッチOTC等）選択肢の拡大」については、何回か審議しますが、本日は印南専門委員から公的医療保険の給付範囲等の見直しに関する研究外報告書の内容を中心に話を伺いたと思います。

では、よろしく願いします。

○印南専門委員 このような機会を頂きまして、ありがとうございます。

後で議事録から削除できるということを前提条件に、報告書には書いていない部分も含めて背景を説明したいと思います。

まず、この調査報告書は医療経済研究機構から出したものです。

検討メンバーについて一言で言いますと、過去中医協に関係していた方、現在保険行政に関係している方と、患者やマスコミの視点を入れるために加わっていただいた方ということになります。私が代表を務めています、皆の知恵を集めたと言ってよいと思います。

次に、3ページの「背景と原則」です。保険給付範囲の見直し等を打ち出した背景は、保険財政の持続可能性を確保するというのが一番の理由です。ここ数年の政策を振り返ってみますと、今回の全世代型社会保障検討会議でようやく後期高齢者の2割負担が実現しそうですが、給付範囲の見直しを検討し始めた時点ではそうではありませんでした。また、外来受診時定額負担は、もう6年から8年ぐらい繰り返し提案されていると思うのですが、反対が根強く、議論がこう着状況に陥っていると言ってよいと思います。薬剤に関しては、フランスのような有用性に基づく可変的給付率、つまり、実臨床で余り有用性がないというものは給付率を7割から3割ぐらいに下げたらどうかという提案もありますが、外来受診時定額負担とこの提案は、これも御存じだと思いますけれども、健康保険法の平成14年改正の附則2条で、表面給付率は7割以下にはしないという防波堤があって、これもなかなか乗り越えられないのが現状です。

そういう中で、患者の受診を必要以上に抑えず、もう少し国民の納得感がある提案はないかということで、検討を開始したということであります。これが1点です。

もう一点は、私は学者としては、実現が非常に困難であっても、あるべき姿みたいなものを提案する立場にあるのですが、これを繰り返しても、本当に10年どころか、20年实现しないのではないかという実感があります。なので、今回は実現困難な最善の案ではなく、実現可能性がちょっとでも高い次善の策を優先的に提案をするという趣旨で具体的内容を検討しました。なので、後で述べる具体例の部分は例示列举です。意図的に今回の提案から外したものの、今後さらに追加的に提案するものもあります。

背景はそれくらいにして、中身に入らせていただきます。規制改革系の会議体では、特に混合診療の問題を長く議論していたと思うのです。保険給付の話は混合診療の問題と絡むので、そもそも保険給付にまつわる基本原則は何かという議論を最初に整理しました。まず、1958年の新医療費体系の採用のとき以来、用語はちょっと時代によって揺れるのですが「必要にして適切な医療は現物給付する」という原則があります。報告書では「給付の哲学」と呼んでいます。混合診療が問題になった2004年に、これが実は国民皆保険の中心理念であると確認されているのです。

この裏返しの理屈が対偶命題に当たりますが、現在保険給付されていない医療は必要にして適切ではないということになって、これが混合診療原則禁止の支えになっているのです。今まで議論はここでストップしてしまうわけです。だから、給付範囲の見直しは不可

能だと思われているようなのですが、逆命題をよく考えると、そうではないのではないかとというのが私の基本的な発想です。

根拠は2つあります。まず、歴史的に見て、1958年のこの原則以前から保険制度は存在していますから、すべての給付範囲がこの原則に基づいて決められたわけではありません。それから、医学的なエビデンスをきちんと「必要にして適切か」どうかを検討して給付範囲に入れるようになったのは、もっと最近のことなのです。ですから、歴史的に見て、今ある給付範囲に入っているものが全て必要かつ適切かという、そうではないでしょうということが1つです。

もう一つは、医療技術は不断に進歩していますので、導入当時は必要にして適切であるというエビデンスがあっても、現在の目から見て本当に必要で適切かどうかはわからないわけです。本当は有用性を定期的に確認すべきなのです。フランスには、薬剤の実臨床上的有用性について、事後的に検討する制度があります。日本にも制度が全くないわけではないのですが、10年間で1個ぐらしか保険から除外されないので実質機能していません。

つまり、きちんと給付範囲を見直して組みかえるというシステムがまず不足しているということです。本当はこれを訴えたいのです。

でも、これはなかなか難しい。なぜかといいますと、これは後の議論と関連するのですが、実際に保険に収載するか、しないかはオール・オア・ナッシングの判断になっていて、いったん収載されると、これは既得権益になるのです。実は有用性が少ししかないものも薬機法上の審議を通過することがあって、理屈上は中医協で保険収載を見送ることができはずなのですが、過去にそうした例は抗肥満薬の1個しかありません。いったん収載されると申請者は外してほしくないですから、見直すという議論自体には反対するわけです。なので、定期的な見直しは事実上放置されてきたというのが背景にあります。

言い換えると、我々は必要にして適切な医療を現物給付するという原則をねじ曲げるつもりは全くなくて、むしろこれに基づいてきちんと見直すべきだという議論をしているということです。

次に、「必要にして適切」はやや抽象的なので、もう少しブレークダウンする必要があります。第一は、医学的・科学的エビデンスに基づく医療の必要度を再確認すべきだというものです。必要かと言われれば、今保険給付されている医療は全て必要という反論も論理的には可能なのですが、実際の必要度には随分程度差がありますねという議論をします。

それから、長い間の歴史的な経緯がありますし、政治も絡むので、必ずしも論理的に、明快に統一的に給付範囲が決まっているわけではなくて、制度内に幾つか矛盾を抱えています。公平性の確保、矛盾解消が2番目の基準です。

3番目は、大きく運用原則として挙げているのですが、患者の選択肢を拡大するという視点です。この観点から、部分給付の考え方を導入し、給付範囲を見直した議論は今までなかったと思います。

以上が議論の背景と原則になります。言ってみれば、保険財政の持続可能性を高めつつ、

かつ、患者さんの選択肢を拡大するというのが2つの大きな柱になっているということでもあります。

全体の概念図は4ページになります。

上段にある黒い太線で囲った部分が現在の現物給付の範囲です。その中で、左側に「光熱水費・室料」があります。それから、太い枠線内ですが右下の方に、医療の必要度の低いものを入れてあります。それから、右に飛び出しているのが保険外併用療養費制度で、これは評価療養、患者申出療養があつて、さらに選定療養と呼ばれるものがあります。選定療養というのは歴史的に全然違う経緯で保険外併用療養費に入ってきたものなのですが、詳しくは省略します。

下の破線で囲ってある部分は、保険者の方とか医師とか、患者さんみずからも健康づくり活動をしていることを示しています。これは予防給付はしないという大原則があるので、今まで給付は認められてこなかったということになります。

右下の方に「薬機法で承認されながら保険給付されていない医療機器・材料」というのがあります。薬剤については、ドラッグラグ問題を契機に、薬機法で承認された薬剤は原則として60日以内にほぼ自動的に収載するという、60日ルールがあります。なので、余り有用性の高くない薬剤も、一旦承認されると給付範囲に入ってくる。

これに比べて機器・材料の方は、実はデバイスラグもあったのですが、こういうルールが確立されなかったのです。値段が折り合わないのでメーカーが保険収載の申請を取り下げることがあります。あるいはエビデンス、特に機器・材料の場合には薬ほど明確なRCTができないので、有用性の判断が難しいわけです。その結果、メーカーの方からやはり申請を取り下げたりするものがある。それは患者さんから見ると、選択肢を狭めているのではないかなという議論であります。患者さんは、こういうものがあることすら知らないと思えます。

この姿を下段の図のように変えましょうという議論をします。まず、大きな議論をして、各論はにします。

まず、I-a ですが、これはOTC類似薬のように給付から除外して保険外併用療養費の対象にしてはいかがと考えます。健保連、協会けんぽの主張と比較しますと、彼らが原則的に言っているのは、保険給付から除外することだけです。保険外併用療養費の対象にする議論はしていないと思えます。

我々の提案では、そうではなくて、除外した上で保険外併用療養費の対象にしますので、除外対象の薬剤を医師から勧められた場合に、基本的に初診料とか再診料とか、は保険給付されることになるわけです。

2番目に、左側に「I-b 給付除外」と書いてありますが、これは保険外併用の療養費の対象にするのではなくて、そのまま除外するものです。これは主として制度内の矛盾とか不均衡があるためなのです。

IIとして右下に青く囲っているのは部分給付を認めるものです。先ほど説明したように、

保険収載の判断はオール・オア・ナッシングなので、特に機器や材料のようなものについては、部分的に給付して患者選択を広げましょうということになります。

Ⅲは、一定の条件のもとに健康づくり給付みたいなものを新たな給付として考えてはいかがかということ。今のところ、公的な医療保険は、疾病と負傷に伴う治療保険なのです。でも、シンプルな言い方をすると、傷病治療保険なのではなく健康保険ですから、健康づくりに資する予防的な給付を限定的に認めてもよいのではないかという趣旨であります。

次の5ページは現在の保険外併用療養費の選定療養との関係を示しています。

左側が現在の選定療養です。これは歴史的なものを引きずってしまっていて、保険外併用療養費の前身は特定療養費なのですが、特定療養費制度がつけられた際差額ベッド等が位置づけられました。歯科の金属材料も早期から入れられていました。その後、予約診療とか時間外診療というものが入って、さらに180日以上入院や制限回数を超える医療行為などが入って、ごちゃごちゃになっているというのが正直なところです。

混合診療の議論が小泉内閣で起きたときに、これが一部見直されて、特定療養費から現在の保険外併用療養費になり、内容は大きくは評価療養と選定療養というように整理されたのですが、選定療養部分の内容そのものは実は整理されないまま残っているということになります。

それを、この制度を使って患者の選択肢を拡大することができるのではないかというのがⅠ-aの議論の中心になります。

同じく5ページの右下に4つのカテゴリーに分けております。OTC類似薬が一番上の「医療の必要性が低いもの」に入れております。OTC類似薬以外にも、病気の治療に必要不可欠でないものが該当します。

2番目の「エビデンスが十分でないもの」は、現在も180日以上入院、制限回数を超えるリハビリとかは選定療養の対象になっているのですが、これら2つが入っていたら、同じようにエビデンスが十分でないものをここに入れてもいいのではないかという議論です。

それから、費用対効果評価というものが導入されたのですが、たくさん議論した割には、実は補正加算にしか使っていないという現状があります。費用対効果評価の低いもの、これは価格交渉させるということが趣旨だとは思いますが、余りにも採算が低いとメーカーはやはり自分で保険収載の申請を取り下げてしまいます。そうすると、これは結果的に患者さんの選択肢を狭めているということになる。

それから、これは先ほどから繰り返し言っていますので省略しますが、医療保険の適用が薬機法の承認範囲より狭いものです。

Ⅰ-aとⅡは、これらを保険外併用療養費の細目に加えてはどうかという議論になります。

途中で少し申し上げたとおり、健保連・協会けんぽの主張と我々の提案の違いをあえて強調すると、保険財政の持続可能性を高めるために、給付範囲の再考をするという点では

同じなのですが、我々は国民皆保険と現行制度とのつながりを明確に議論していることにあります。

あとは各論になります。時間がなくなってきたので簡単に申し上げますと、7ページはOTC類似薬について述べています。

湿布、ビタミン剤、皮膚保湿剤、うがい薬などを列挙していますが、そのうち、ビタミン剤、うがい薬、湿布薬については、過去に財務省の方から強い要請があって中医協で議論していますが、事実的に骨抜きにされているというのが本当のところだと思うのです。OTC類似薬については、後で、具体的な外し方を議論します。

2番目が、主たる目的が疾病により失われた機能・審美性の補完であるものということで、筆頭に多焦点レンズを用いた白内障手術を挙げているのですが、これは実はつい先週、我々のもくろみどおり、選定療養の対象になりました。これを選定療養にしたということは、基本的な考え方が了承されたと我々は思っていて、目立たない例ではありますが、今後に与えるインパクトが結構大きい話だと私は思っています。

そのほか、実はコンタクトレンズは保険給付していないのに、コンタクトレンズ検査料は給付しているという不思議なことがある。これは除外しても良いはずですが。

特にOTC類似薬については、補足的に詳しくお話ししたいと思います。次の8ページは社保審で平成27年に議論したもので、OTC類似薬を保険給付から除外することに対してかなりネガティブなことが書いてあります。しかし、この議論はやや古いもので、現在ではここまでの反論はされない可能性があります。まず、保湿剤のヒルドイドの乱用とかの事件は、この議論は反映していないということです。SNSを通じて、公的保険の乱用が起きたのは、後のことです。

それから、OTC類似薬については、ここが一番大事なところなのですが、OTC類似薬で医療保険適用になっているものの適用範囲とOTCの適用範囲にはズレがあります。

我々は、OTC類似薬であるからという理由で、その医療適用を全部外すつもりはなくて、スイッチOTCの適用の部分のみ給付から外すことを考えています。一番わかりやすいのは、ロキソニンでしょうか。ロキソニンはすごく広い適用範囲を持っていますが、リウマチの治療にも使われているのです。その場合には、医師の指導のもとに容量を倍にしたり、いろいろなことがされます。この部分を保険から外してしまうと、リウマチの治療上困るわけですから、こういうものは残そうと考えています。ですから、社保審の慎重意見の2番目は対応可能だということになります。

製薬企業が新規成分の市販品の販売を躊躇する。つまり、今度はOTCにしなくなるのではないかという慎重意見の3番目ですが、でも、本来、OTCをつくるのだったらその部分は保険給付から外すべきというのが私の見方であります。

4番目の「かえてより高額な薬剤が使用される」と。これは別に薬剤に限らず、全ての医療行為について、こういうことが起きておまして、表向き議論するのは一種のタブーになっています。

これを出すのだったら、これはアップコーディングというのですが、そもそもアップコーディング全体に対して適切な対策を施すべきだと思います。方法はあります。座長から前回提出された資料の中に、横軸として法令等がありましたよね。あの中に通知がありました。中医協の世界では留意事項通知というのがあるのです。それは保険請求するときにはしなければいけないことが細かく書いてあって、ここを丁寧に決めると、実はそんなに乱用されないということが確認されています。

あと、大事なのは10ページになると思いますが、先ほど言った適用の違いの例のイメージ図を2つ出しておきました。

上段はアレルギー性疾患治療剤で、この場合は、スイッチOTCの適用範囲と医療用医薬品としての適用範囲が重なる部分はあるけれども、結構離れています。つまり、OTC類似薬ですが、OTC部分ではない適用がかなりあるということです。ですから、OTC類似薬を保険から除外すると多額の医療費が適正化されるというのは、ちょっと乱暴過ぎる議論で、実はOTCの適用だけを外さなくてはならないということを示します。これは結構大変な作業で、厚労省の医療課が行う作業だと思います。

ちなみに、どんなデータを使っても、現在、疾病別の薬剤費用というのは出ないのです。それは1つの薬剤が複数の疾病に使われる。それから、1つの疾病に対して複数の薬剤が使われるという関係があるので、1疾病と1薬剤というように切り出すのは非常に難しいということでもあります。ただ、こういう場合には保険の適用外ですよということは恐らくできるということになります。

下の例は貼付剤ですが、これは誰に聞いても、一々実証データを集めなくても、乱用されていることが明らかでありまして、近所の方に聞いていただければ、嫌というほど貼付剤を医療機関がくれるわけです。家に余っていて、家族にあげたりしている。ここは恐らくほとんど適用除外できるということになると思います。

11ページは、保険外併用療養費を拡大した場合の患者の選択肢の拡大の意味をもう少し明確にしたものです。現在あるOTC類似薬品の一部（医師の指導管理が必要な部分、用法用量が異なる部分）を残して保険から外します。患者さんが医療機関を受診した際、医師がどんな薬剤が必要かを判断をするわけです。もしOTC薬を初めから患者さんが購入しようと思って医師のところに相談に行くと、混合診療の禁止原則がありますから、初診料とか再診料も全部自己負担になってしまうわけです。保険外併用療養費の対象にすれば、医師の指導を受け、初診料や再診料は保険給付を受けながら、OTC類似薬を買うという選択肢が増えることになります。

下に書きましたが、現在でもOTCの購入に際しては、かかりつけ薬剤師が指導してくれるはずですが、でも、これは実際に機能しているのでしょうか。ですので、患者さんから見ると、現実的にOTC類似薬を選択する道は確実に広がるのではないかということです。もちろん、裏の問題として自己負担は若干上がります。

ざっとお話しすると以上になります。

あとは、実際の財政効果がどのぐらいかということは、実は計算してありますが、これも表に出しておりません。結構な金額になります。

それから、十分な説明ができませんでした。光熱水費とか室料を保険から外すことによる医療費適正化額はかなり大きいです。これを外す理由は、療養病床では自己負担を求めているのです。ところが、同じような病態の患者さんが一般病床に入っていると、保険給付しているのです。これは患者さんの間の不公平です。

もう一つ、医療保険と介護保険の間での差がありまして、介護保険では更に室料そのものの自己負担を求めているのです。ところが、医療保険は求めているのです。だから、2段階の不公平がある。これを全部すっきりさせる必要があります。

以上であります。あとは、何でも御質問していただければ、お答えします。

○大石座長 ありがとうございます。非常に勉強になりました。面白いです。

御質問とお答えも議事録に載せられないものも出てくるかもしれないのですけれども、御質問、いかがでしょうか。

武藤先生、どうぞ。

○武藤専門委員 武藤です。

大変勉強になりました。

1つ御質問と意見ですけれども、3ページに、今までエビデンスがないが故に保険収載から外されている医薬品、例えば脳循環薬のアバンとかカランとか、あと、クレスチンですかね。

○印南専門委員 承知しています。過去に保険給付から外したものが無いとは我々は言いません。

○武藤専門委員 そうですね。逆に言うと、ルールがあるにもかかわらず少ないのは、それはエビデンスがないからなのですか。そういうものはちゃんとエビデンスを明確にしているからなのでしょうか。

○印南専門委員 先ほど言ったように、いったん保険収載されると既得権益化していて、保険から外すのは困難です。実際に中医協で合意を得られるのは、例えば、その前年の社会保険診療行為別等調査で1件も例がなかったとか、極めて稀にしか使われていない。そういうものを外すことについては、合意ができるのです。なので、一応、制度はあるし、例がある。おっしゃるとおりです。なお、副作用に関するエビデンスはかなり集めていますが、実際の臨床上の有用性に関する情報収集の仕組みはありません。

もう少し有用性をきちんと定期的に見直すとか、システムチックに見直す必要があります。でないと、超高額な抗がん剤とか再生医療とかが給付できなくなるわけです。基本的に私個人は命を救う薬剤とか医療については、個別の値段がどんなに高くても公的保険で給付すべきだと思います。それが傷病による家計破綻を防止するという公的医療保険の中心的な存在意義だと思っています。これははっきりしていますので、その見返りとして医療の必要度の低いものは外した方がいいのではないかという議論であります。

○武藤専門委員 それから、5ページ目で、まさに新選定療養の中の費用対効果、今、これを使われているのが、結局、既収載品における補正係数のような形でやっているのですよね。例えば、イギリスのNICEのように、保険収載をするかどうかの判定にこのICERを使って、そして、もし保険収載が推奨されない場合には、新選定療養の中に落とすという位置づけではどうなのでしょう。

○印南専門委員 それも含めてあります。価格の折り合いが合わない場合には、保険での価格までしか償還せず、残額を保険外併用療養の対象にする方法を取ります基礎的な部分は給付しますから、差額は患者さんが持ってくださいと。費用対効果評価が償還の可否に使われるようになったら、その場合も同じ扱いにします。

○武藤専門委員 そうですね。費用対効果、例えばICERが1000万円以上でもって、もうそれは推奨しないということにして、ここに落とし込むという。

○印南専門委員 そういう手もあると思います。費用対効果評価については、中医協で2年間ぐらい勉強会ばかりやって、結局、加算の補正にしか使わないのかとがっかりしました。

○武藤専門委員 あの結果が補正係数だったのかな。やけにみんな大山鳴動でしましたが、ネズミー匹でしたね。

○印南専門委員 そうなのです。恐らく財務省とかも大分期待して、保険収載の可否に使うべきだと繰り返しおっしゃっていましたが、結局、落ちついた先は加算の補正なのです。これも本当は私も抜本的に見直すべきだと思っていまして、ここで言っているのかわかりませんが、本当は低い暫定価格をつけて、その後、メーカーの方に費用対効果のエビデンスを提出させることにする。そうすると、値段を早期に上げるために必死になってデータを集めます。価格を下げるのではなく上げる方に費用対効果評価を使うというのが合理的ではないかと思うのです。

○武藤専門委員 最後に、7ページなのですが、保険給付の必要性の低いものとして幾つか例がありましたけれども、例えば花粉症では、フェキソフェナジンはもう保険給付から外し、ザイザルみたいな薬はちゃんと医療としての適用を残し、それから、ヒルドイドなども重症のアトピーに関しては適用を残し、美容的なものに関しては外すという、めり張りをつけた方がいいのではないですか。

○印南専門委員 全くその通りなのです。ヒルドイドも全部が悪いわけではないのですが、SNSと女性週刊誌のおかげで化粧水がわりになるというのが広まってしまった結果、保険給付が急増しました。一応、中医協で対策をとりましたが、乱用以前の水準には戻らないのです。これも恐らく年間500億円ぐらいという非常に大きな金額で落ち着いてしまっています。こういうものは国民皆保険を維持する上では放置できないのではないかとというのが基本的なところですよ。

○武藤専門委員 以上です。

○印南専門委員 どうもありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

菅原委員、お願いします。

○菅原委員 1つは、実態把握の問題で、今、武藤先生もおっしゃっていましたが、利用実績に係る情報収集の在り方を見直しましょうという閣議決定を2014年頃にされた後、厚労省の検討会で議論をしていたのだと思うのですが、実際に、その仕組みをきちんとした基準に基づくものに作り替えたりされているのかどうか。

もう一つは、当時、日本版コンパッショネートユース制度の導入を議論されていたと思いますが、それがどういう形で進んでいるのでしょうか。

○印南専門委員 最初の上市後の実態調査は私も大賛成で、一応、フランスのように数年後にちゃんとやればいいというのが理屈なのですが、フランスの医療経済学者に聞いたら、フランスでもそんなにうまくいっておらず、多分に政治的になるというのは仕方がないと。

なぜかという、上市するときのRCTのような厳密な方法を求めると無理なのです。そもそも概念的に無理なので、実際にどうやってそれを評価するのかというのは極めて難しいと思うのです。

ただ、それは専門家のパネルをつくったり、あるいは多分に合意形成的な意味を含めてやるべきだと思いますし、それは皆さんが合意すればできるのではないかと私は思っております。だから、事後的に有効性・有用性をチェックするのだというシステムをつくるのが本当は一番いいと思います。そうすると、自動的にこれが行われるようになると思います。

2番目のコンパッショネートユースですが、これは実質的に制度は存在して、使われていると思います。むしろ患者申出療養の領域が本当はここに重なっていたのですが、それが患者申出療養という形をとったために、極めて厳しいプロトコル制限がかかって、むしろ私の目から見ると、コンパッショネートユースを拡大する議論をした方が本当はよかったのかもしれないと今でも思っております。ただ、実態としては存在するということだと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

高橋専門委員、お願いします。

○高橋専門委員 再生医療の場合に、今、条件つき承認が保険でカバーされることになっていますが、それはまだ完全な効果が確立しているわけではないので、そういうものが選定療養にいくと理解したらよろしいのでしょうか。教えてください。

○印南専門委員 その場合は、枠組みとしては恐らく評価療養の方だと思います。むしろ再生医療というのは、患者さんによって効く、効かないというのが割とあると思うのですが、そういうリスクがあっても患者さんがどうしてもやりたいとなった場合には選定療養の可能性はあると思います。

○高橋専門委員 だから、今は保険になっているけれども、そこは外れるという感じですか。

○印南専門委員 いえ、再生医療については、正直、そこまで詳しく検討しておりません。

○高橋専門委員 そうですか。わかりました。

○大石座長 高橋先生、今の印南先生のロジックの中でいうと、反対にどうするのがいいと思われませんか。

○高橋専門委員 そうですね。再生医療は、今、世界と違う法律で動いていまして、日本は独自の条件つき承認という法律を再生医療に対して持っているのです。そこでは安全性だけ確認して、効果判定は可能性でオーケーということで承認を得られるので、その後、保険点数が今はついているのですけれども、私自身、効果が余りわからないのに物すごく高額になるので、そこを保険でカバーするのはどうなのだろうと思っていたので、こういう形になると妥当なのかもしれないと思います。けれども、これは再生医療学会とかとも話し合わないといけないことです。

○大石座長 わかりました。ありがとうございます。

ほか、ございますか。

○印南専門委員 一言だけ。

評価療養の中に入ると、基礎的な部分を保険給付しながら、エビデンスを集めて評価するということになります。実際にそれは機能していますし、たくさん例があります。

一方で、逆に評価療養に入ったために、塩漬けになったまま、しかも、非常に高い自己負担額を設定されて、基礎的な部分は給付されるのだけれども、そちらの方が高いという現象も実は起きていまして、その後、それが保険導入されると、市場価格が非常に高いので、高い点数になってしまうのです。患者団体の方が、保険外併用の拡大よりも、保険への速やかな収載を望む気持ちはよくわかります。

本来は非常に効果的な医療を安く国民に提供するのが本当の趣旨だと思うのです。なので、なるべく早く評価療養に入れると解決するような錯覚をしてしまいますけれども、必ずしも全部がそうではないということをちょっと一言。

○大石座長 わかりました。ありがとうございます。

私の方から1つ。

私、これは非常に画期的で、でも、現行法の延長上なので、かなりいい考えではないかと思うのですけれども、これが出されてからのいろいろな関係団体等々の反応とかはどんな感じですか。

○印南専門委員 実は医師会はこのアイデアそのものに対しては強く反対と言っていないのです。国民皆保険の理念を守りながら慎重に検討すべきだということで、絶対反対とまでは言っていないと私は解釈しています。

ただ、本当に出てきて政策として実現しそうになったときに、大反対される可能性があります。

それから、保険者の方は保険者の方で我々とは全く別個に給付範囲の見直しの議論をされて、同じような結論を出したので、賛成だと思うのです。

ただ、健保連と協会けんぽの記者会見は結構影響力を持っているし、マスコミ報道にもよりますけれども、花粉症薬を全部いきなり保険から外してしまうという議論が注目され、かなり反対されました。これは行動経済学的にいうと目先の損失がすごくはっきりしているのに対し、将来自分や家族がかかるかもしれないがん等の治療に用いられる高額薬剤は保険で使えるのだという、将来の利益は認識しにくいからなのです。

そうすると、特に高齢者の反発を買います。私も近所の自治会の人たちとこういう話をすると、開口一番、俺はそんなの困るという反応が返ってきますが、本当によく説得すれば何とかなるのではないかなと期待しております。国民にどう理解していただくかということが鍵だと考えています。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、お時間も来ましたので、次の議題に行きたいと思います。

印南先生、どうもありがとうございました。

次は議題2の「オンライン医療の普及促進」で、厚労省様の方から御説明ですね。

オンライン医療普及促進に関しては、平成30年6月に答申が取りまとめられていて、その後、対応について、引き続き確認が必要な項目があります。

ということで、本日は、オンライン診療に係る診療報酬上の評価拡充に向けた検討・対応状況と、オンライン服薬指導の実現に向けた検討・対応状況を中心に、厚生労働省からヒアリングをいたします。

本日は、鳥井陽一医薬・生活衛生局総務課長、森光敬子保健局医療課長、加藤琢真医政局医事課医師養成等企画調整室長にお越しいただいています。

では、よろしくをお願いします。

○森光医療課長

よろしいでしょうか。

私の方からは、まず「オンライン診療に係る診療報酬上の評価の検討状況について」ということを御説明させていただいた後に、服薬指導については、鳥井課長の方から御説明をさせていただきたいと思います。

まず「オンライン診療に係る診療報酬上の評価の検討状況について」ということで、資料2-1ということでお手元に配られているかと思います。

最初にお断りさせていただきますが、今、中央社会医療協議会の方でこの診療報酬上の評価の検討を行っておりまして、現在までに3回やっております。お手元にあります資料については、第2回までの資料の内容となっております。3回目は本日の午前中に行われましたので、それについては口頭で補足をさせていただきながら、説明をさせていただきたいと思います。

まず、2ページ目は「診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対

応」ということで、今回、こちらに資料をお持ちしたのはその中の真ん中でございます。枠囲いになっております「情報通信機器を用いた診察」ということで、オンライン診療について、どのように評価を行っていくかというところでございます。

3 ページ目は「オンライン診療の新設」ということで、前回の平成30年度の診療報酬の改定で、初めて保険診療上オンラインでの診察を認めるということで、オンライン診療料というのが新設されました。

この際に、何分、有効性・安全性に関して未知数であるという部分もありましたので、そこにありますように、[算定要件]については(1)から(5)までありますけれども、青い字で下線を引いた部分が規定されております。[施設基準]もそこにあるとおりでございます。

一番下にあります[オンライン診療料が算定可能な患者]というところでございますが、そこに「以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者」となっております。

この管理料によって、対象とする疾患の幅がある程度決まったというところでございます。ですので、オンライン診療料について、私どもが考えなければいけない部分としては、患者さんの始めるまでのこういう形で運用してくださいという要件と対象となる疾患、この2軸で検討させていただいておるところでございます。

次をめくっていただいて、簡単に説明しますと、オンライン診療を行ったときの医学管理料ということで、通常でありますと、先ほどちょっと御説明しました管理料を算定している患者ということで、特定疾患療養管理料とか小児科療養指導料とか、そういう指導料の対象となる患者ですけれども、医学管理という部分についての評価を同じにするというのはちょっと難しいだろうということで、オンライン医学管理料というのを別につくりまして、この算定を認めたということでございます。現在の算定の件数は、下の欄に係るところでございます。

現在検討している方向性ということでございますが、5 ページ目を見ていただくと、まず、オンライン診療料の普及という意味では、前回入れましたけれども、正直申し上げて、算定されている件数がない。

ただ、手を挙げて診療をやりたいと言っている医療機関の数として届出されているのは、1,000を超える医療機関からオンライン診療料を算定したいということで手を挙げていただいております。ですので、実際、医療機関等に調査を行いまして、算定できない患者がどういう要件で満たせないのかというところを聞いたものが5 ページ目になります。

そこにありますように、治療上の必要性のためオンライン診療の適用となり得るけれども、診療報酬上の要件が満たせないため算定できない患者について、満たせない要件ごとの患者数を聞いております。先ほど言いましたように、オンライン診療料を取る場合に、一定の要件がはまっておりますが、どの要件が障害となって取れないのかということをお尋ねしたものでございます。

1番目が、オンライン診療料の対象となる管理料を算定していること。これは、要するに、対象となっている疾患が違うということの意味しております。

2つ目が、初診から6か月以上、同一医師による対面資料が必要であること。この要件が障害となって取れていないというグループ。

3つ目は、②の実績を有する医師がオンライン診療を行う必要がある。これで取れない。

4つ目は、3月ごとに対面診療を行うことというところのグループです。

5つ目が、緊急時におおむね30分以内に対面診療が可能であること。これが一番多い障害となっております。

6番目が、オンライン診療は対面診療を行った保険医療機関内で行う必要があること。

7番目が、オンライン在宅管理料が在宅時医学総合管理料の月1回訪問診療を行っている場合に限った加算であることが障害になっているということで、それぞれ一定の割合があるということでございます。

後ろの方に行く前に、本日午前中に特にこの要件の中の幾つかについて議論を行いましたので、それについて少し御報告をさせていただきます。

最初の①は疾病の話なので、後ろでまた説明させていただきますが、②の「初診から6か月以上同一医師による対面診療が必要であること」という要件に関しましては、本日の午前中、中医協で議論させていただきまして、事務局からは、3月で3回の診療を行った患者であれば、医師と患者の間の一定の信頼関係がある程度熟成されており、また、病状の安定も確認されるのではないかとということで御提案をさせていただき、中医協の中では、そういう方向性について、おおむねいいのではないかとという感触を頂いておるところでございます。

④の「3月ごとに対面診療を行うこと」については、実はオンライン診療をやっている先生からも、実際、患者さんの状態を直接会って一遍確認したいという御意見が出ておりましたので、これについては検討しておりません。

一番大きかった⑤の「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること」ということですが、これについては賛否ありますけれども、基本的にはこの30分という数字にすごくこだわるといって話ではありませんで、日常診療圏であればいいだろうというのがおおむねの意見でございます。

ですので、中医協の委員からも例が出ましたけれども、千葉に住んでいて、1時間半かけて都内に通っていらっちゃって、都内で診察を受けているという場合には対象となるのかと。もちろん、それは日常診療圏ということになりますということでお答えをさせていただいております、その方向性については、基本的に御了承いただいております。

⑥の「オンライン診療は対面診療を行った保険医療機関内で行う必要があること」ということですが、これはどういう場面なのかということでいろいろ確認をしております、特に僻地等の診療所に派遣元となる病院から医師が派遣されて、そこで診察を

している。それは対面診療なのですが、ただ、その間にオンラインで診療したいといった場合には、派遣元の病院にいるわけなので、そういう場合、オンライン診療ができないといった場合に、何とかしてほしいという御要望が実は上がっていたということでございまして、それについては問題ないのではないかとということで、中医協の中でも議論が進んでおるとのことでございます。

⑦は在宅医療を行っている場合の関係でございますけれども、これは「オンライン在宅管理料が在宅時医学総合管理料の月1回訪問診療を行っている場合に限った加算であること」ということでございまして、基本的には在宅時医学総合管理料というのは、在宅での主治医の先生が月に1回訪問診療をしている場合に、医学管理料というのが取れて、患者さんと医師の間にきちんと信頼関係があるという場合に関しては、加算を認めるということになっておりまして、これについては、基本的には月1回の訪問診療に対して月1回の加算であろうと。

ただ、それ以外についてはどうなのかというのは、少し意見が分かれておりまして、とにかくそんなに回数を、2回訪問診療して、更にオンライン診療を2回、3回とやるのかということについて、それはどうなのだろうかという御意見もありまして、そこは少しディスカッションされているところでございます。

要件につきましては、正に今、中医協の中で議論を行っておりまして、できるだけ安全性とか有効性を確認しつつ、広げていくという方向性で議論をしていただいておりますところでございます。

続きまして「オンライン診療のエビデンスに係る記載」というところでございますが、対象疾患を広げるということにつきましては、現在、中医協の中でも、有効性と安全性についてのエビデンスが確立しているものであれば、広げてもいいのではないかと御意見になっておりますが、オンライン診療を進めたいという先生方の中には、どういうエビデンスなのか、どういうところはエビデンスがある程度あると言えるのかということで疑問等がございました。

その中ほどにありますように「オンライン診療の適切な実施に関する指針」でも「安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる」と書かれているのですが、エビデンスにも様々な幅があり、では、どういうエビデンスを集めればいいのか、非常に問合せもあるということでしたので、そういうことであればということで、私どもとしては基本的な考え方の整理を中医協の中で行わせていただきました。

そこにありますように、中医協の資料の中で、＜基本的な考え方＞の中にも「安全性や有効性のエビデンスが確認されていること」と出されておりますが、エビデンスについては、9ページに資料がついておりますので、説明させていただきますが、オンライン診療の活用の際に必要なエビデンスとはどういうものなのかを整理させていただいております。

まず、特性としては、そこにありますように、オンライン診療というのは、基本的には

診察の手段の一つとして考えられる。ただ、対面診療に比べて得られる患者の心身の状態に関する情報が限定され、医療の質に大きく影響し得ると考えられるという特性を持っております。

ですので、そこに「オンライン診療のエビデンスを評価するに当たっての考え方」ということで、4点整理をさせていただいております。

まず、エビデンスに関する前提として「医学的なエビデンスのレベルには様々な段階があり、メタアナリシスやシステマティック・レビュー等のエビデンスレベルの高いものと、ケースレポートや専門家の意見等のエビデンスレベルの低いものがある」という前提の中で、では、どのようにまとめるのか、求めていくのかということで、1つ目は「オンライン診療は医療の質に大きく影響し得ると考えられるため、評価に当たっては診療の安全性がしっかりと担保された上で、有効性についても一定のレベルのエビデンスが確認されていることが必要」と。

2つ目は「オンライン診療の有効性を評価するに当たってのアウトカムの考え方は、個別の診療領域ごとに様々であるが、最低限、例えば受診継続率等が対面診療に比べて劣らないこと等の確認は必要ではないか」と。よりいい医療というのも当然ありますけれども、最低限、受診の継続がちゃんとできますよといったようなレベルのエビデンスを確認することが必要だろうということでございます。

3つ目が「個別の診療領域でオンライン診療の必要性や活用方法が異なると考えられることから、学会により標準的な治療法として位置付けられることが望ましいのではないか」ということで整理をさせていただいております。これもおおむね了承を得ているというところでございます。

基本的には学会等のガイドライン等に位置づけられることが望ましいと考えておりますが、学会に対しても、私ども厚生労働省として、これは医事課と協力して、学会でどのような利活用を考えているのか、エビデンスについてどのような収集を行っているのか等について尋ねております。それが7ページ目になります。これは日本医学会の方に御協力いただきまして、3科の学会にアンケートを行って尋ねたものでございます。

そうしますと、検討会の設置、研究事業の実施、シンポジウム・研修会の開催というようなことが、その他の取り組みとして一定の活用を検討する取り組みが行われておるという状況でございました。

次に、8ページ目は「ICTの利活用を診療ガイドライン・指針に組み込むことに対する考え」ということで、個別の疾患に対して、関連したICTの利活用を診療ガイドライン・診療指針に組み込む取り組みについて尋ねたところ、「取り組む必要がある」と「将来的には取り組む必要があるが、現時点では時期尚早」が多くて、ほぼ同数という状況でございました。

基本的には「取り組む必要がある」と答えたところが19、「将来的には必要があるが時期尚早」というのが20という学会の反応であったということでございます。そのような形

で収集をしております。

ただ、今回、診療報酬改定に向けて、幾つかの学会から、正にオンラインを診療の中に位置づけていきたいということで2つほど御提示がありまして、1つが、ニコチン依存症管理料、いわゆるニコチン依存症に対する治療としてオンライン診療を位置づけていきたいということで、エビデンスを収集した形で提出がございました。

もう一つは、日本頭痛学会の方から、慢性頭痛においてオンライン診療を活用したいということで、正にガイドラインを作成した上で御提出がありまして、これについても前回と今回の中医協で御提示させていただき、安全性を確保するための要件は考えてほしいという要請はありましたけれども、オンライン診療の中に取り込んでいくということでほぼ了承を得ておるという状況でございます。

以上、報告をさせていただきます。

○大石座長 ありがとうございます。

○鳥井総務課長

では、服薬指導の方について、御説明させていただきます。

お手元の資料で申しますと、資料2-2の1ページ目の「1 オンラインによる服薬指導の活用・患者が服薬指導を受ける場所の見直し」でございます。

復習になりますけれども、2ページ目で、規制改革実施計画で載っておりますのが、今、薬剤師法施行規則上、薬剤師が服薬指導を職場等では実施できないようになっておりますので、この見直しを検討し、措置をするということと、それから、その下の方のオンラインの服薬指導については、検討し結論を得るということになってございます。

3ページ目でございますが、服薬指導につきましては、最初の○のところでございますけれども、診療よりも一回り後を進んでいるような形になっておりまして、調剤時に薬剤師は必ず対面で情報提供と薬学的指導を行うことが義務づけられております。この考え方としては、リスクが高いものについては対面でやる。リスクが低い一般薬のようなものについては、必ずしも対面でなくていいという整理を法律上しておりますので、その要請からこういう法律上の書き方になっているわけでございます。

参考までに、2番目の○の下にありますけれども、調剤時に必ず一度は対面でやってくれということになっていて、その後のフォローアップについては、必ずしも対面でやる必要はなくて、電話やオンラインでもいいと、むしろちゃんとやってくださいということになっております。

調剤時の対面指導義務につきましては、1番目の○の米印でございますが、現在、国家戦略特区において実証事業が行われているということでございます。

その一方で、今回、薬機法の一部改正を前の通常国会に提出して御審議いただきましたが、ここにおきまして、規制改革実施計画も踏まえて、遠隔診療については、実際に一定のガイドラインに基づいて行われているという実態があり、そのような中で、処方箋薬といえども、必ずしも一律に対面にするという状況ではなかろうということで、適

正な指導を確保することが可能であると認められる場合には例外とするという規定をその中に設けております。これについては、省令ないし通知で今後定めていく予定ということでございます。

この改正法が今月の4日に臨時国会でようやく成立し、公布されております。これにつきましては、公布の日から起算して1年を超えない範囲内、つまり、来年の12月4日まで施行するということになってございます。

今後でございますけれども、オンライン診療の適切な実施に関する指針が先行してありますので、それとの整合性は必要であろうということで、これをベースにしながら専門家の意見を聴き、省令等において具体的なルールを定めることを予定いたしております。

具体的には、5ページでございますが、これは国会の審議に際しての参考資料でございますけれども、基本的な考え方ということで、5つお示ししております。

患者側の要請と合意があること、初回等は原則対面であること、かかりつけ薬剤師が実施すること、緊急時の処方医等との連絡体制の確保、機器の画質や音質の確保等ということでございまして、これは基本的にはオンライン診療のガイドラインをベースにしておりますので、れこれをたたき台にしながら、今後、ルールをつくっていくということでございます。

資料には書いてございませんけれども、一方で、中医協での診療報酬や調剤報酬の審議が進んでおりますので私どもとしては、たたき台みたいなものをその場にも供しながら御審議いただくことを考えておりますが、まだ本日はそこまでできておりませんので、また必要に応じて御報告させていただきたいと思っております。

場所につきましては、戻っていただきまして3ページ目の下のところですが、薬剤師による服薬指導というのは、薬局のほかは居宅と福祉施設等で行うということが法令上書かれておりますので、職場等、プライバシーが確保され安全にできるところについては、幅広く認めるという省令改正をオンライン服薬指導と併せて措置をする方向で検討しているところでございます。

以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明について、御意見、御質問等がございましたら、よろしくお願いします。

では、武藤先生。

○武藤専門委員 武藤です。

最初の方のオンライン診療に関しての5ページ目なのですが、今、中医協でいろいろ御意見を頂いているという話を伺いましたけれども、この中で、②の同一医師に関すると、これに関しては何か議論はございましたでしょうか。

というのは、僻地の診療だと、例えば、月がわりで医師がかわったり、あるいは在宅の場合ですと、グループで複数の医師がかかわる場合もあるものですから、同一医師という

のは条件が厳しいのではないかなと思ったのですが。

○森光医療課長 その点については、ちょっと御説明が漏れましたけれども、在宅についてチーム診療で行っているような場合で、もともと患者さんにちゃんと説明をしている場合であれば、初診といえますか、そのお医者さんが初めての方であってもいいのではないかという議論はさせていただいておるところでございます。

○武藤専門委員 そもそもオンラインについて教えてほしいのですけれども、これは動画像を使って音声で交信するというのが条件なのでしたか。

○森光医療課長 それについては、資料の中にはございませんけれども、リアルタイムに双方向でわかるような動画と音声を使ってということになっております。

○武藤専門委員 例えば、静止画像でラインあるいはチャットのような形で交信するというのは認められていないのですか。

○森光医療課長 今のところ、それについては認めておりません。

○武藤専門委員 それが認められないという根拠は何かあるのですか。

○森光医療課長 私どもとしては、基本的に診察にかわるものとしてオンライン診療というものをしておりますので、診察にかわるものという意味ではそのレベルを求めているというものでございます。

そのほかに、例えば、普通に電話で患者さんの問合せに答えるとか、そのような話は、保険の外といえますか、プラスアルファでフォローするというものであれば、そういうものを使っていただいて結構だと思いますけれども、診察にかわるものとしてこれを評価するといった場合には、それだけのものを求めているということでございます。

○武藤専門委員 オンライン診療が普及しない一つの理由は、交信手続といえますか、より簡易な形で対面にかわるような程度でもってできれば、例えば静止画像であるとか、文字とかラインによる交信とか、それはもちろん証明しなければいけないとは思いますがけれども、そのように少し緩和してあげた方がいいのではないかというのが趣旨なのですかね。

○加藤企画調整室長 医政局医事課でございます。

まず、そもそも医師法の2020条には無診察診療の禁止というものがございまして、診察せずに治療を行ってはならないと明確に記載されています。その中で、このオンライン診療は、リアルタイムな視覚と聴覚の情報をもってどこまで通常の対面診療の代替とし得るのかという観点で、我々としては、医師法の中で指針を議論させていただいたわけでございます。

その中で、御指摘のとおり、チャットでどうかというようなことは指針の改定検討会の中でも議論させていただきましたが、そこで得られる情報は非常に限定的であり、通常の診療の代替をし得ることはないだろうということと、ただ、チャットの使い方に関しても、もちろん現状のアドヒアランスを、ただ単に医師に報告するということを妨げるものではないという議論が一部ございました。

それを診察の中で補完的に使っていただく分にはいいのではないかという御議論はありましたが、御指摘のような通常の対面診療の代替になり得るという判断はありませんでしたので、このオンライン診療というのは、改めて申し上げますけれども、リアルタイムによる視覚と聴覚のコミュニケーションの中で行えるものをオンライン診療と定めておりますので、その中で、我々としても今後何ををなし得るのかということは引き続き検討していきたいと思えます。

○武藤専門委員 もう一点だけですが、オンラインカンファレンスもまた全然使われていないというのが実情だと思うのです。オンラインカンファレンスこそ、本当にチャットでもいいのではないかと思うのですけれどもね。

○森光医療課長 それはオンライン診療とはまた別に、中医協の中で議論しております。今回、いろいろな会議の合理化といった視点で、例えば、地域において患者さんに対してかかわるいろいろな方がカンファレンスをするとか、あと、院内でもそうなのですから、そういう場合にチャットを使ったり、掲示板を使ったり、ウェブでのカンファレンスとか、そういうものも機能的に認めていこうということで今回御提示をしているという状況でございます。

○武藤専門委員 了解です。

○大石座長 ほか、いかがでしょう。

では、印南先生、どうぞ。

○印南専門委員 やや大上段な議論をさせて下さい。基本的には要望です。

在宅医療のときと同じように、診療報酬で誘導しつつ、でも、濫用されたり、医療の質の問題が生じたりと、いろいろなことがあるので、そういうものを見極めながら、徐々に要件を緩和していくというスタンスだと思っています。

中医協の議論ですから、僻地を除いて、基本的にはそんなに地域性を考慮せずに一律の議論として要件緩和の議論を行っていると思うのです。

話が飛ぶように見えるのかもしれませんが、例えば、地域医療構想は人口動態とか医療需要の変化に対する病床機能の変化には対応する仕組みだと理解しますけれども、ある意味、予想を上回る急速な人口減少とか、大きな人口移動とか、人口減少や過疎化に対しては、今のところ、大きなフレームワークがないのです。

人口減少のスピードも地域によって違いますし、科学技術の発展も予想以上に速かったり、意外に地方では普及しなかったり、いろいろあると思うのです。そういうときに、「面で支える柔軟な医療提供体制」という観点から考えると、このオンライン診療というのは非常に重要なツールになり得ると思えます。

そういう観点から見ますと、人口減少が進んでいく地域とかをうまく切り出して、そういう地域については、もう少しオンライン診療の要件を緩和してもいいのではないかと。

その際には、同時に管理者要件も緩和しないといけません。先ほど厚労省の資料に一例が出ていましたが、そういう面で支える地域医療体制の例はほかにも幾つかあって、逆に

そういうものが実現すると、地域医療構想の方にもいい結果をもたらすのではないかと私は個人的に思っています。そういう観点で、僻地だけではなくて、人口減少地域に対する部分的な規制緩和を是非視点としてもう少し取り入れていただきたいなと思います。

以上です。

○大石座長 安田委員、お願いします。

○安田専門委員 ありがとうございます。

説明の中で、要件ごとに何が阻害要因になっているかという調査は丁寧にやっているといると思うのですが、オンライン診療という形になりますと、通信であるとか、機器であるとかといったものが必要になると思うのです。

医療機関側はある程度そういう設備があるので、手を挙げていらっしゃると思うのですが、利用者さん側がそれを使える環境にあるのかとか、それを使える能力があるのかということも進まない要素の一つになっているのではないかと思います。特に慢性期疾患の高齢者の方は、オンライン診療が使えて、医療機関で長時間待たなくて済むと、本人にもメリットがあり、医療機関側にも診療時間を効率化する効果があるのではないかという気がするのですが、高齢者こそオンラインが使えないみたいな矛盾があるのではないか思うのですけれども、そういったことを調べたことはありますか。

○森光医療課長 調べてははいないわけなのですが、実際は携帯をお持ちで携帯を操作できれば、ある程度はできるのだらうと思います。ただ、おっしゃるとおり、携帯を持っていても、機器の操作がうまくできない方もいらっしゃるので、そういうデータとしては私どもも持っていない状況です。

○加藤企画調整室長 医政局医事課でございます。

指針の改定検討会でも、今、御指摘の点、高齢者がデバイスをうまく使えなくて、オンライン診療を使えないのではないかという御指摘もありましたが、実例として、訪問看護との組合せの中で、今回、指針の中でD to PP with Nというような形でお示ししていますけれども、訪問看護の看護師がデバイスを持って行って、そこで使うと効果的にオンライン診療をできるだろうということは、今日もいらっしゃっていますが、総務省さんの実証実験の中でもそういった取り組みがされておりますので、我々も、そういった実例をもって今後も検討してまいりたいと思います。

○安田専門委員 今、いいことを言っていたかと思っているのですが、どちらかというと、服薬の方に近いかもしれないのですけれども、お薬が飲めていないという状況を最初に発見するのは、実はヘルパーさんではないかという気がしているのです。

そういう方の情報をうまく取り込むことで、先ほど武藤先生がおっしゃったような、今、オンラインの音声とか画像が出ていなくても、代弁する専門職の意見もかりて、静止画像とか、いろいろなものを使って複合的に見ていくことでオンライン診療にできないのかなと思います。専門職を巻き込むみたいな、もう少し広い視点を上手に使っていただくと、ハードルがクリアできる場所が出てくるのかなと思います。

○森光医療課長 おっしゃっているのは、ある意味、在宅とか、そういうところでICTをどのように活用していくかというところ、そこにいろいろな人が、特に複数の方がいらっしゃるのを、昔はよく集まってカンファレンスみたいな話もありましたし、例えば、情報共有をメールとか電話でという話がありましたが、今は地域によっては、患者さんごとに掲示板があって、そこにかかわる人が全部書き込んで、情報を共有していくという仕組みをとっておるところもあります。

私どもとしては、そういうところをしっかりとやっていただきたいと思っておりますので、顔を合わせたカンファレンスを義務づけたり、そういうことではなくて、正にリアルタイムで情報共有することが患者さんに質のいい在宅医療を提供することにつながると思っておりますので、そういうものをオンライン診療という形ではなくて、別の形で先ほどの会議だとか、いろいろな形で少し緩めることによって、どんどん地域で使っていただきたいと思っています。

また、地域の方でも、正にそういう方面で取り組んでいこうという意欲を持っている方も結構いらっしゃるので、是非そういうことで活用していただきたいと思っております。

○大石座長 では、高橋代理、お願いします。

○高橋議長代理 極めて素人の質問をさせていただきます。

オンライン服薬指導ですけれども、服薬指導の場合、視覚と聴覚の両方が同時に必要なのですか。それが1点目。

もう一つは、資料2-1の8ページ目のICTの利活用の件ですが、時期尚早という赤い部分が20あるということですが、その中の1番目の○が「対面診療が基本であると考えているため」と。これは時期尚早ということとどのように関係しているのか、理由づけがよくわからないのです。基本であると考えているということは、時期尚早ではなくて、必要がないということになってしまうのではないかなと思うのですが、これはどう理解したらいいのかなと思いました。

○森光医療課長 まず、8ページの方からお答えさせていただきます。

これは私どもの分類ですが、「対面診療が基本であると考えている」という学会ですと、いろいろなタイプの診療科がございますので、例えば、圧触診みたいなものが診療の基本となっている診療科のグループですと、それはさすがにオンラインではできないというようなどころがある。

ただ、そういうところであったとしても、その領域の中の一部のところは研究として進められるのではないかとか、そういうこともあるので、正直に言えば、対面診療が基本であるけれどもというところがある学会はここに入れたりということで、まとめるために非常に短いワードでまとめておりますけれども、そういう学会のスタンスであれば、時期尚早という形で書かせていただいておりますのでございます。

○高橋議長代理 技術とかツールが進歩すれば、変わり得るということでもいいのですか。

○森光医療課長 はい。

○大石座長 ほか、いかがですか。

○鳥井総務課長 もう一点、服薬指導については、基本的にリスクの高いものは、薬剤師さんが専門的知識に基づいて、いろいろな状況を把握した上で調剤し、指導するという前提でございますので、においは無理ですけれども、映像と音声があるという前提でどこまでできるかという議論をしております。

○高橋議長代理 服薬指導の場合、先ほど静止画という話がありましたけれども、電話だけでやりとりできる、音声だけでやりとりできるということでは駄目ということなのですか。

○鳥井総務課長 お薬を渡すときに少なくとも1回は対面で服薬指導をやってくださいという法律になっていますので、そのときのルールについては今申し上げたとおりですが、ただ、今はそれだけではなくて、もっとフォローアップもしなければいけないということがございますので、それについては多様な方法が考えられると思います。電話でもできます。

○大石座長 よろしいですか。

私の方からも質問と意見なのですけれども、よろしいですか。

全般的にできる限り安全にということを重視されていることはわかるのですが、多分、これではオンライン診療は進まないなという感じもすごくします。スタートは、水が冷たいか、温かいかわからないから、ぽつっと足をつけてみてというところから始めるのはいいのですけれども、そこから先、ちゃんとフィードバックがかかって、ベターな方に進むというところが今の御説明ではちょっと欠けているのではないかなと思うのです。

まず、プロセス論的な話でいうと、例えば、オンライン診療をやっていらっしゃるお医者さんたちが1,000か所いらっしゃる中で、32施設しか答えていないアンケートというのは何の意味があるのだろうかということであるとか、あと、学会に関して言うと、7ページでは7とか6とか9とか8とあるから多く見えますけれども、結局、59のうちの44が考えておりませんということですよね。特に取り組みを行っていないという感じですよ。

という状況の中で、本当にここの「エビデンスを評価するに当たっての考え方」というのが、オンライン診療を正しく促進するのにワークするのかということが大きな問題だと思うのです。

なので、この内容もそうだし、これの具体性が十分ではないなと思っていて、例えば、受診継続率が対面診療に比べて劣らないことというのが診療科によって違う。だとすると、内科でも眼科でもいいですけれども、今、対面診療の継続率というのは何%ですか。受診継続率が対面診療に比べて劣らないということは、具体的な数字がないと、それに対してベターかどうかは評価できないではないですか。それはどれぐらいというのは、具体的に押さえていらっしゃるのですか。

○森光医療課長 基本的にそれぞれの診療科によって違うと思います。例えば、今回のニコチン依存症管理料のような場合については、5回のシリーズでやるに当たって、もともと

と継続率がどれぐらいというのが出ておりますので、それに対して劣らないということを示すということですが、それぞれの診療科の診療の内容によって、もともとある程度出ておりますので、それに対して劣らないということを示していただくことになると思います。

○大石座長 だとすると、これは例で言っているのだけれども、どこかで公表されているのかとか、あと、そこから先、劣らないことを確認するというのはどういうプロセスでやるのかとか、かなり具体的に決めていかないと、何となくこれに合わないというので、次のステップに進まないというのがずっと続くおそれがあると思うのです。

ですから、いろいろな心配事があるのはわかりますし、いろいろなことをおっしゃる方がいるのもわかるのですけれども、やはりこれは進める方向性でどうするかということをもう少し考えていただきたいなと思います。

どうぞ。

○武藤専門委員 オンライン服薬指導の3ページの「国家戦略特区を改正し、実証的に事業を実施中」ということで、愛知、兵庫、福岡市で登録薬局数29件、患者数16名というのは、やけに少ないのではないかと思うのですけれども、これは何かネックがあるのでしょうか。

○鳥井総務課長 幾つかネックはあると思いますけれども、そもそも特区自体が全国で10か所でそんなに面積的にも大きくなくて、しかも、今回は周りに薬局が少ないという要件でやっている。それから、遠隔診療をやっている場合に限っているなど幾つかの要件があります。

それから、実際に見てみますと、そういうところではIT機器の操作がなかなか大変だとか、いろいろな素要素も重なって、今のところ、なかなか進んでいないと認識しています。

○武藤専門委員 これで実証実験と言えるのかというのが気になるのです。

○鳥井総務課長 従いまして、今回は実証実験は実証実験として、一応、参考にはいたしますけれども、そのみで制度設計をするということではなくて、オンライン診療の状況を見ながら、基本的にはそれに沿った形で例外措置をつくっていくという考え方で今回は対応したいと思いますが、特区自体は今後も続きますので、その状況を踏まえながら必要な見直しは行っていくということを考えています。

○大石座長 例えば、看取りに使った場合とか、今の実証実験もそうなのですが、すごく数が少ないというのは、そもそも何か設計が間違えていて、非常に使いにくい形になっているのではないかということが推測されるのです。

ですから、まずは先ほど申し上げた、より具体化するべきです。さらに、世の中でオンライン診療は役に立つはずだよねと言われている僻地の例であるとか、在宅の例であるとか、あとは、忙しく仕事をしていてなかなか受診できない、ニコチン中毒の方だけではなくて、生活習慣病の方の例だとか、いろいろなところで今の医療の仕組みでは漏れている方がいるはずです。この人たちは、オンライン診療のベネフィットを受けられるかもしれない。そのような人たちが受けられるようにするためには、どのような制度設計をするの

かということを考えるべきです。安全を確保するためにエビデンスをとらなくてはならないでしょうが、どうやってエビデンスをとって、どうやって証明するのかということもちゃんと考えていただきたいなと思います。

これらをまた御検討した結果を報告していただければと思います。時間も大分オーバーしましたので、オンライン診療に関してはここまでとさせていただきたいと思います。また次回でよろしくお願ひします。

(ヒアリング者退室)

○大石座長 ちょっと時間をオーバーしていますので、次の議題に行きたいのですが、説明者の方に入れかわっていただくよう、よろしくお願ひします。

(ヒアリング者入室)

○大石座長 では、続きまして、第3の議題「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」に入りたいと思います。

本件に関しましては、平成29年以降、毎年答申を取りまとめていまして、新コンピューターシステムの開発状況や、審査の一元化に向けた対応状況及び支部の集約化・統合化に向けた対応等の状況を引き続きワーキング・グループにおいてしっかりと確認する必要がありますので、きょういらしていただきました。

本日は、厚生労働省から姫野泰啓保健局保険課長様、荻原和宏保健局保険課医療保険制度改革推進官にお越しいただいています。

それでは、よろしくお願ひします。

○姫野保険課長

ありがとうございます。保険課長でございます。

資料に沿って御説明させていただきたいと思います。「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しの進捗状況について」という資料でございます。

まず、1ページにこれまでの経緯をお示ししてございます。

(見直しの背景)と書いてございますけれども、一連の規制改革会議などでの御指摘なども踏まえまして、我々の方で整理した背景でございます。

1点目といたしましては、支払基金におきまして審査に要する費用を保険料で賄われておりますので、国民負担の軽減の観点から、業務の効率化を進める必要があると考えてございます。

2点目でございますけれども、支部間の審査結果の不合理的な差異があるといった御指摘も頂いてございます。医療を受ける国民の公平性の観点から、そういった差異の解消を図っていく必要があるといったことが背景だと我々としては理解をしております。

経緯でございますが、今、座長からもございましたように、規制改革実施計画の中でもこれまで累次、方針をお示しいただいておりますけれども、診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置ということで、平成28年の閣議決定でお示しいただいております。

それを受けまして厚労省内に有識者会議を設けまして、検討を進め、審査業務の効率化、

基準の統一化という2つの大きなテーマで報告書をまとめてございます。

また、ビッグデータの活用ということで、診療報酬のレセプトという貴重なデータを扱ってございますので、こういったビッグデータの活用についても方針を示してございます。

また、③でございますが、組織体制の在り方についても議論をいたしてございます。

こういった有識者会議の報告書も踏まえまして、計画、工程表を平成29年に作成し、厚生労働省と支払基金の中で検討を進めてきてございます。

平成30年の規制改革実施計画の中では、支払基金のコンピューターシステムの大幅な刷新ということで、政府CIOとの連携のもとで進めるようにということでお示しいただいてございます。

また、47都道府県ごとに支部を置いてございますけれども、こちらの最大限の集約化、統合化の実現、審査の一元化に向けた体制の整備、手数料体系の見直し、こういった方針もお示しいただいてございます。

これを受けまして、今般、この5月に支払基金法の改正ということまで実施をいたしたところでございます。

それを受けまして、6月の実施計画の中ではさらなる宿題事項もお示しいただきまして、現在、それに基づきまして取り組みを進めているところでございます。

主な取り組み内容を5つに整理してございますけれども、まずは、実施計画の中でもお示しいただいておりましたように、新システムの構築が一つの大きな課題となっております。また、背景にもございましたように、業務の効率化、支部間の差異の解消といった2つの大命題に応えるべく、組織の見直し、審査支払機能の効率的な在り方についても引き続き検討していく。こういった5つの分野に分けまして取り組みを進めているところでございます。

次のページに法改正の概要をつけてございます。

こちらは規制改革実施計画を踏まえまして改正をした法律改正でございますが、主な内容といたしましては、現在、47都道府県ごとの支部長が担っている権限を本部に集約して、本部によるガバナンスを強化するというところでございます。

②にありますように、職員によるレセプトの事務点検の業務の実施場所を、47から全国10か所程度の審査事務センターに順次集約していくということの方針として打ち出しまして、審査結果の不合理的な差異の解消に向けた取り組みを加速したいと考えてございます。

③にございますが、審査委員会はお医者様、歯科医師様などが実際に審査をする委員会ですが、こちらも支部ごとではなくて本部のもとに直轄で置くという形にしまして、設置場所は、これまで同様47都道府県ではございますけれども、本部のガバナンスがしっかりとときく形にする法改正をしてございます。

具体的なイメージ図がその下にございますけれども、現在、本部の下に47都道府県ごとの支部が設置されておまして、その支部のもとに審査委員会が置かれているという格好になってございます。これを、この法改正、見直し後は、A県、B県、C県と書いてござ

いますが、審査委員会を本部が直接管理するという形になります。

その上で、現在、支部ごとにありました支部の機能につきましては、審査委員会の事務的な補助をするような審査事務局の機能は引き続き一部残りますけれども、主な事務業務の大宗を占めますレセプトの事務点検業務につきましては、審査事務センターという形で10か所程度に集約をしていくという構想でございます。

次のページにその他の法改正事項を整理してございます。

まず、1点目ですけれども、支払基金の業務運営に関する理念規定を創設してございます。公正・中立な審査の実施、データ分析等を通じた国民の保健医療の向上、こういったことを理念として書かせていただいております。また、ICTの活用による効率化、透明性の確保、適正なレセプトの提出に向けた医療機関等への支援、国保連との有機的な連携の推進、こういったものも理念に書き込んでございます。

②でございますけれども、データ分析等に関する業務というものも支払基金法の中に新たに追加いたしましたので、こういったものについても業務が可能になってございます。

③ですが、手数料の階層化も実施計画の中でお示しいただいていた方向性でございますが、現行ですと、保険者が支払基金に支払う手数料はレセプトの枚数を基準に設定されております。これを、改正後につきましては、レセプトの枚数だけではなくて、審査の内容なども勘案して設定することができるようになってございます。

具体的には新システムの稼働後、コンピューターチェックのみで審査が完結するレセプトをふやしていこうということでございますが、そうしますと、コンピューターチェックのみで済む簡易な審査内容であれば、単価を変えろといったことも今後検討していきたいと考えてございます。

④は、審査委員会の構成について、柔軟化を図るという改正でございます。

次のページは、法案の審査過程で出てまいりました国会での御議論の紹介ですけれども、最終的に採決する際の附帯決議ということで、衆議院、参議院それぞれつけてございます。

内容ですが「十」と書いてありますところですが、審査結果の不合理な差異の解消に向けて、厚生労働省として支払基金を適切に指導するということになっております。

また、レセプト事務点検作業の集約化、先ほどの10か所程度の審査事務センターということですが、その集約化を進めるに当たっては、職員の家庭の実情等に十分配慮するといったことが国会の中での宿題となっております。

次のページが今年度の規制改革実施計画の中での宿題としていただいている事項でございますが、a、b、cの3点ございまして、まずは、先ほどの繰り返しになりますが、10か所程度設置予定の審査事務センターへ集約する計画の具体的な工程を明らかにし、公表するというので、これは今年度中ということになっておりますので、現在、調整をしているところでございます。

bですけれども、コンピューターチェックルールの本部集約による支部間の不合理な差異の解消、コンピューターチェックルールの公開に関する実績・効果等について、確認、

公表するということになってございます。

cでございますけれども、国保中央会等も含めまして、審査委員会の役割、必要性、審査支払システムの整合的かつ効率的な運用の可能性について留意しつつ、その具体的な方針、対象業務などを明らかにしていくということも頂いてございます。

6ページからは、こういったものを踏まえまして、これまでの取り組み状況を整理したものでございます。

先ほど御紹介した5つのフレームに沿って整理してございます。

1点目ですけれども「審査支払新システムの構築」ということが一番大きな課題になってございます。

現在のシステムにつきましては、全ての機能を一体的にしたものでございましたので、柔軟性に欠けるという御指摘も頂いてございました。そのため、内閣官房のIT戦略室とも連携の上、業務単位で受付部門、審査の部分、支払の部分にモジュール化しまして、柔軟なシステムにするという基本方針のもと、現在、調達を実施してございます。

新システムの稼働につきましては、2021年9月を予定してございまして、調達については、開発業者が決定し、開発に着手しているという状況でございます。

2つ目の○ですけれども、過去の審査結果に基づきまして、AIなども活用することによって、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトへの振り分けなどを検討することを目的に調査研究も行っております。

こういったものを踏まえまして、新システム稼働時においては、AIによる振り分け機能を実装させるべく開発を進めてございます。こういったものを実装することによりまして、新システム導入後2年以内に、コンピューターチェックのみで審査完了できるレセプトを9割にするという目標を立ててございます。

参考として12ページをごらんいただければと思っております。

こちらは「コンピューターチェック9割完結に向けた取り組み（イメージ）」というものでございますが、電子レセプトが支払基金に入ってまいりまして、コンピューターチェックとして①から④が書いてございますが、①の受付などの形式的なチェック、②の電子点数表、そして、③④と幾つかの審査条件がございまして、こういったコンピューターチェックをした結果、6%ぐらいのものにつきましては疑義があるということで、いわゆる「付せん」と申してございますが、そういったマークがされます。それを職員がチェックし、審査委員会でドクターがチェックをし、最終的に査定などに至るというフローになってございます。6%ぐらい付せんがされますけれども、残り94%の部分につきましても、職員がチェックをして、査定につなげていくというフローも一部ございます。

一方で、職員のチェックも必要なく、コンピューターチェックのみで請求の結果が出るものが65%あるという状況でございます。この65%の部分はコンピューターチェックのみで結論が出ている部分ですけれども、こういったものを9割までふやしていこうということを目指しているということでございます。

資料をお戻りいただきまして6ページの3つ目の○ですが、審査手数料につきましては、先ほど法改正のところでも申し上げたとおりですけれども、こういった審査内容に応じた手数料というものも新しいシステム稼働後に実現していくということを考えてございます。2021年9月に新システム稼働という予定でございますので、2022年度以降の手数料体系でこういった差別化をしていきたいと考えてございます。

「2. 審査業務の効率化」の部分でございますが、1点目は「コンピューターチェックルールの公開」でございます。

こちらは、医療機関が請求をする際に正しい請求をしていただければと、その分、支払基金における審査業務が効率化するという考え方のもと、コンピューターチェックのルールについても、できるだけ公開していくという取り組みを進めてございます。

従来ですと、先ほど参考資料で見いただきました①の形式的なチェックとか、②の電子点数表に基づくチェックルールが約130万件ございますが、こういったもののみ公開してございました。2018年3月からは、さらに、例えば、医薬品と診療行為の組合せなどを条件としたチェックルールについても、一定の公開基準を設定いたしまして、公開することとしてございます。

2019年11月時点の状況でございますが、こういったチェックルールが36万件ございますが、そのうち約8万6000件を公開してございます。2019年11月時点で、合計しますと166万件あるコンピューターチェックルールのうち、140万件を公開しているということになってございます。これも公開基準に基づきまして、公開できるものはないのかということを引き続き検討しているところでございます。

2つ目が「高額医薬品等の注意付せんの廃止」でございます。これも先ほどの参考資料で見いただきましたように、コンピューターチェックをかけた中で疑義ありとされた部分について、職員あるいは審査委員会で審査を頂くわけですが、そういった付せんをつけるチェックルールといたしまして、従来、高額な医薬品であるということのみを理由として注意付せんをつけるということを行ってございましたけれども、注意付せんをつけることを試行的に中止して審査結果の状況を検証し、最終的には2018年4月から廃止いたしました。これによりまして、付せんが添付されるレセプトが25%程度減少したということになってございます。

次に、7ページの「3. 支部間差異の解消」の取り組みでございます。

まずは、支部独自で設定されたチェックルールの見直しを行ってございます。2018年4月でございますけれども、支部間の不合理な差異を解消することを目的といたしまして、支部ごとに設定したコンピューターチェックルールについては、一定期間が経過すれば、基本的には本部のコンピューターチェックルールに取り込むか、あるいは廃止するという方針を決定してございます。

既存の支部別の独自のコンピューターチェックルールについては、見直しを行った結果、2017年10月時点で約14万件ございましたけれども、今年の9月時点で約2万5000件まで減

少してございます。

今後、更に見直しを行いまして、2021年9月に新システムが稼働した際には、こういった支部ごとのコンピューターチェックルールについては、全て本部に取り込むか、あるいは廃止をするという方向で進めていきたいと考えてございます。

支部間差異の取り組みのもう一点といたしまして「本部審査の拡大」ということにも取り組んでございます。2018年10月診療分からですけれども、本部で直接審査をするレセプトの金額を「40万点以上」から「38万点以上」に拡大してございます。また、肺移植などの手術を含む診療についても、本部審査の対象に追加をして取り組んでございます。

3つ目が「審査基準の統一化」でございます。先ほどのコンピューターチェックルールを経まして、職員あるいは審査委員会で審査をした結果、支部間での差異が見られる事例などがございます。こういった基準の統一に向けた検討を行うために、2015年3月から支払基金の本部に検討のための委員会を設置し、これまで検討してございます。

これまでのところ、26事例の基準を統一化して公表してございますけれども、現在、更に23事例を検討中でして、まとめ次第、公表していきたいと考えてございます。

これに加えまして、新しいシステムが導入された際には、支部ごとの審査結果に差異があるケースを自動的にレポートするレポート機能を設定したいと考えてございまして、これを活用しまして、本部主導のもとで更に支部間差異の解消を図っていきたいと考えてございます。

8ページの「4. 組織の在り方の見直し」でございます。これも先ほどの法改正の内容と重複いたしますけれども、2番目の○にありますように、レセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度の事務センターに順次集約をしていくということでございます。

この集約に当たりましては、昨年度モデル事業も行っておりまして、そこで抽出された課題、例えば、審査委員会の先生方と事務職員が遠隔でやりとりをする際に不都合が生じるケースも報告されてございますので、そういった不都合がないように、今回の新システムの導入に際しまして、コミュニケーションツールの改善をするということにも配慮しながら、丁寧に集約に向けた検討を進めているところでございます。今年度中にその工程を取りまとめたいと考えてございます。

また、業務効率化を着実に進めることによりまして、人員についても適正な規模にしていきたいと考えてございます。2024年度末の段階で、2017年度の定員規模を20%程度、約800人になりますけれども、削減したいということでございます。

最後に「5. 審査支払機能の効率的な在り方」ということでございます。

今までのところは主に支払基金の話でございましてけれども、支払基金及び国保連それぞれの運用の際に、統一的な判断基準が必要だというケースもございます。そういった場合の統一的な判断基準を提供することを目的といたしまして、審査委員等を構成員とする連絡会議を厚生労働省に設置してございます。本年9月に第1回の連絡会議を開催したところでございますけれども、こういった連絡会議を活用しまして、支払基金と国保の間の統

一化に向けた取り組みを進めていきたいと考えてございます。

また、審査支払機関のシステムの共有化も図っていく必要があると考えてございまして、支払基金と国保連のシステムについては、従来から、オンライン請求で来た場合に、受付時に記載誤りなどを修正するASPというプログラムがございますが、こういったものですか、あるいは基本マスタ、コンピューターチェックマスタといったものを共同で開発をしております。

国保連につきましても、オンライン請求のシステムについては、支払基金のシステムを活用して2020年度にクラウド化する予定でございます。

国保につきましても、システムの次期の刷新が2024年度ということになってございまして、そのタイミングで双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能するようにしたいと考えてございます。そのためにも、現在、支払基金で新システムの刷新に向けて仕様書を作成し、準備を進めてございますけれども、こういったものにつきましても、国保中央会にも全て提供することにしてございまして、定期的な情報共有の場を設けまして、週に1回程度情報交換をしているということでございます。

また、今年の11月からでございますけれども、国保中央会の職員が支払基金において診療報酬改定のシステム関連業務に直接参画するという事で、お互いのコミュニケーションをとりやすい形で取り組んでございます。

以上が取り組みの内容でございまして、次の9ページはそれを時系列の工程表に整理し直したものでございますので、御参照いただければと思います。

説明は以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、委員の先生方から御質問、御意見がございましたら。

では、武藤先生、お願いします。

○武藤専門委員 武藤です。

3点ほどございますが、1つは、6ページの「新システムに係る調達の状況」の中で、モジュール化をすると。これは非常に素晴らしいことだと思いますけれども、今後、例えば、国保連さんの方はシステム更新時期が違いますよね。ですから、国保連との歩調を合わせるような、何かそのあたりの配慮というのはされますでしょうか。

○姫野保険課長 御質問ありがとうございます。

国保連につきましても、御指摘のとおり、システム更新の時期が若干先になっているところがございますので、現時点で方針が確定できるというタイミングではございません。

ただ、一方で、そういった支払基金の動きをしっかりと国保連の方でも見ていただきながら、今後の方針を考えていく必要があるだろうと思っております。

従いまして、先ほどの資料の8ページの5番の2つ目の国保連のオンライン請求システムにつきましても、今回、支払基金と同様にクラウド化していくということで一歩進めて

ございますし、更に先を見据えまして、支払基金の今回のシステム刷新の仕様書ですとか、そういったものも全て共有して、国保における対応も足並みをそろえてできるような体制をつくってございます。

○武藤専門委員 それで、いずれ両者が同じシステムを使うような時代が来れば非常にいいと思いますけれどもね。

もう一つ、7ページの「審査基準の統一化」も大変すばらしいと思います。ただ、毎回言っているのですけれども、そもそも診療報酬体系そのものをより簡素化し、いろいろな解釈が入らないような明確な基準にしていくというのが原則だと思いますが、それがこうしたルールを通じて一つになると思うのですけれども、そもそもそうした診療報酬の設計の段階でどのようにするかという議論はどこでやっているのですか。

○姫野保険課長 ありがとうございます。

診療報酬の担当課でないものですから、責任を持ってお答えできない部分がほとんどではあるのですけれども、今、御指摘いただきました審査基準の統一化に向けた連絡会議は、実は診療報酬を担当している医療課、支払基金の所管をしている保険課、国保を担当している国民健康保険課の3課が一緒になって連絡会議をつくってございます。そういった中で、正に診療報酬の基準の統一化に向けた連絡調整をしていくというのが一つでございます。

また、診療報酬が複雑であるという御指摘は、いろいろなタイミングでいろいろな方から受けているところでございます。正に診療報酬の中身は中医協でしていくことではございますけれども、一方で、例えば、医療保険部会という中でも診療報酬の基本方針を決めていく中で、保険者サイドからも診療報酬の簡素化をしてほしいという御意見も頂きながら、そういった中で議論をしていきながら、実際の報酬の設定につなげてくというのが現在のプロセスと考えてございます。

○武藤専門委員 最後に、今、我々は大学で韓国の健康保険審査評価委員（HIRA）と定期的に意見交換をやっているのですけれども、支払基金さんも、今後、審査ばかりではなく、医療の質の評価とか、韓国のHIRAの場合、いろいろなデータを使って評価指標の開発とか、そういうこともやっています。そこまで踏み込むようなお考えはありますかでしょうか。

○姫野保険課長 正にデータを用いているいろいろな評価をしたり、分析をしたりといったところが支払基金にも求められているという面もあろうかと思えます。具体的にどうするかというのは、まだこれからの部分は大きいと思えますし、レセプトという大きなデータベースはございますけれども、それを誰が用いるのかということも幅広い御議論を頂く必要があるかと思えます。

ただ、一方で、支払基金がそういう貴重な情報を持っているというのは間違いないところでございますので、今回の法改正の中でも、データの集約とか分析とか、そういったものが支払基金の業務としてできるという環境整備がされたというところでございます。これから具体的にどうするかというのは、厚労省も含めてしっかりと考えていく必要がある

うかと思っております。

○武藤専門委員 ありがとうございます。

○大石座長 菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

70年ぶりの基金法改正という大きな仕事をし、今後の改革のベースをつくったこと、その御努力に敬意を表させていただきます。

今、今回の改革プロセスのスケジュールなどを見させていただいて、やるべきことの整理はほぼついているのですが、その進捗具合が、非常に見えにくいと思いました。

要するに、ゴールの期限は明確なのですが、その間の要所、要所でチェックすべき部分とか、もう少し詳細な計画をおつくりになって、確認できるようにしておいた方が、いいのではないかということです。

新システムの構築で業務単位で受付、審査、支払毎にモジュール化したというのは、ある意味、合理的な面もある一方、それぞれベンダーも違う時に各々のインターフェースの一連の流れの整合性をきちんととるために、どのような取り組みをされるのか教えてください。

また、システムをつくる時に、多分、レセプト様式とか、傷病コードをもう一回見直す作業も併せてされているということでもいいのかという確認です。

それから、今回の改革の目的は組織改革ありきではないものの、仕組みの効率化のみならず、最適化を図っていくために10程度の支部に集約をしていくということだと思います。

これは国会の附帯決議もあり、雇用に配慮は必要と思いますが、幾つかの地区での実証、サテライトオフィスを使った結果がどういう状況で、当初の10程度という目標に達するような取り組みができそうなのかを聞かせていただきたいと思います。

最後に、支払基金と国保連のシステム連携が非常に大きな課題ですが、これはやり方を間違えるとコストが莫大にかかってくる問題です。支払基金のシステム構築を最初にして、国保連との機能の集約化がその後に来るといった話を聞いたような気がするのですが、どういうスケジュールで動いていくのか教えてください。

国保連の方が、地域ごとの違いが支払基金以上に大きい印象があるので、そここのところのスケジュール感を綿密にやらないと、システムを1度つくってしまうと、やり直すには時間とコストがかかるためそのあたりの計画を教えてくださいと思います。

○姫野保険課長 ありがとうございます。

まず、1点目ですけれども、プロセスのもう少し詳細な工程管理をできるようなものをつくった方がいいのではないかと。それはおっしゃるとおりだと思います。我々もそういったところをしっかりと工程管理できるように進めていきたいと思っています。

それから、モジュール化した結果、ばらばらにならないように全体の整合性を取る仕組みはあるのかということですが、現在、開発をする段階でもモジュールごとにそれぞれの調達もしておりますけれども、全体の工程管理をするという業務も別途調達をして、そ

こも委託をする形で、全体のコーディネートもしながら進めていくような形にしてまいります。

3点目のレセプトの様式の見直しですとか、傷病名コードの話かと思いますが、レセプトにつきましては、なかなか一足飛びにがらっと変えるというわけにはいかない部分もありますけれども、例えば、摘要欄といたしまして、手書きに近い形で記述しないといけないような部分もございますが、そういったものもできる限り選択式で記載できるようにする。そういうことで、結果的にコンピューターチェックにも使いやすくなると、そんな様式の変更は随時しているところがございますけれども、まだ完全にできているわけではありませんので、課題だと認識してございます。

それから、支部の集約のモデル事業の結果をどう反映していくかということですが、資料をつけていなくて恐縮ですけれども、全国で3か所程度行っております。例えば、大阪の支部に京都、滋賀、奈良の支部の職員を集めて、そこで京都、滋賀、奈良、大阪の審査委員会のレセプトを事務点検する。その上で、各審査委員会の先生方とコミュニケーションをしながら審査すると、そんな実証実験を行っております。

その中では、先ほども申し上げましたが、例えば、審査委員会の先生方と事務職員が1枚のレセプトを見て少し意見交換をしないといけない局面が当然出てくるわけですが、その際に、遠隔でやることで少しコミュニケーションがとりにくかったという御指摘も頂いてございます。

そういったものを解消すべく、例えば、1枚のレセプトを同時に見ながら通信できるような環境を整えていくとか、そういったことで集約を円滑に進めるような方向で現在検討を進めているというところがございます。

また、国保連とのつながりは、菅原委員がおっしゃるとおりで、この組織のもともとの成り立ちからしまして、支払基金というのは一つの民間法人ということで本部と支部があった。それも支部をなくして本部直轄という形にできたわけですが、国保連合会につきましては、都道府県ごとに各市町村が共同設立した公法人という形になりますので、それと中央にあります国保中央会は上下関係がないということで、そこは支払基金と大分様相が違っているのは御指摘のとおりでございます。

ただ、一方で、我々が目指したいと思っておりますのは、審査の基準とか、そういったものに差異が生じないようにしていく。システムについても、できる限り整合的で効率的に回っていく。お互いにそういったシステムにしていくということかと思っておりますので、御指摘のとおり、コストをかけずにどうやっていくのかというのは非常に難しい課題であると思っております。

スケジュール的には、先ほど申し上げましたように、国保については、2024年がシステム刷新の時期ということでございますし、支払基金につきましては、もともとは2021年1月にシステム刷新をしようということで、規制改革会議の中で我々もお約束をしておったのですが、どうしてもなかなかスケジュールが間に合わなくて9月に後ろ倒しになってい

るということで、そのスケジュールをこれ以上遅らせるわけにはいかないという思いもありまして、今はまず支払基金の方に注力をしているところでございますが、国保についても、非効率なことにならないように、現段階で情報を密に共有しながら取り組みを進めていきたいと思っております。

御指摘の問題点は我々も共有しておりますので、しっかりと取り組んでいきたいと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに御質問、御意見はございますか。

印南先生、よろしく申し上げます。

○印南専門委員 支部間差異の解消というところなのですが、資料のどこかに「不合理な差」という表現があったと思うのです。私から見ると、例えば都道府県、日本は縦長ですから、北海道と沖縄は全然気候が違うし、食生活も相当違うし、生活習慣も違いがある。それに加えて、現実的に出身医学部によるプラクティスの差が相当あって、それに医師の裁量権が加わっている。患者の個体差も当然ありますよね。

そういうものを全部考えた上で、どこからどこまでが合理的な差異で、どこが不合理な審査の差なのかというのを知りたいというのが1つです。これはシステムチックに完全にデータを集めているとは思っていないので、定性的な説明で構いません。

もう一つは、AIの利用の場所と程度です。AIというと過剰な期待を我々は持っていて、医療分野では、画像診断等は確かにもう人間を上回るような使われ方がされているのですが、今言ったように、どこから合理的か、どこから先が不合理かというのがはっきりしない状況で、AIを使って本当にこれが解消できるのか。AIを使って解消するまでは書いていないと思うのですが、その見込みとか期待みたいなことをお知らせください。

○姫野保険課長 ありがとうございます。

どこまでが不合理な差異で、どこまでが合理的な差異なのか、印南先生もおっしゃっており、これは恐らくなかなか一律に決められるものではないと思っております。

ですので、そういった意味では、8ページにあります判断基準の統一化ということも、これは正に連絡会議を設けて、その中に審査委員の方も入っていただいて、全国でばらつきがあったものについて、審査委員の先生方の御意見を聞きながら、正にドクターの意見を聞きながら、これは統一した方がいいのかどうかというのを医学的に判断していただく。そういうプロセスを踏みながら、個別に判断をしていくというのが今の取り組みかと思っております。

そういった意味で、コンピューター的に一律にここまでがオーケーで、ここまでがアウトというのはなかなか整理しにくいところはあるかと思いますが、一方で、AIの機能をどう活用していくのかということで、今、新システムの中では振り分け機能に活用するという形で支払基金の中で研究していただいておりますけれども、過去のレセプトの査定の結

果を学習していきながら、こういった傾向のものであればコンピューターチェックだけで済んでいるのかといった傾向を見ながら振り分けていく。そういったところで活用していくというのを基本にしたいと考えてございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

安田委員、お願いします。

○安田専門委員 一言だけ、質問というよりは応援かなと思っているのですが、ご説明をうかがって、この取り組みは着実に進めていただいていると感じるのですが、コストを減らそう、組織を変えようとなっていくと、関係者の方々の中で楽しくない仕事になっていきそうな気がして、そんな中で、ちゃんと推進に拍車がかかるかというところ、関係者の方々の気持ち（マインド）、意欲の部分がちょっと心配だなという気がしています。

組織やシステム、ガバナンスを変えていく中で、先ほど出ていたデータ分析の部分は、新たに機能の追加もしますというところが、多分、関係者にとっての新しい希望にあたるころかなと思います。武藤先生がおっしゃったような質の評価であるとか、もう少しこんな前向きな業務に向かっていくためにやっているという、何か進めたくなる目的、内容とセットで推進していただけるとよいのではないかと感じました。

○姫野保険課長 ありがとうございます。

この点は、私が答えるより、むしろ実際に現場で頑張っていただいています支払基金の人たちの声の方が本当はいいのかもしれないけれども、今、実際に改革に取り組む人たちのモチベーションがしっかりと維持されるように、ここは厚生労働省としてもしっかりと応援していきたいと思っています。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

高橋代理、大丈夫ですか。

では、最後に私の方から。これは何度も見ているのですが、質問なのですが、12ページのイメージというのは、実際にやられた結果、これだったという実験の結果で合っていますよね。

○姫野保険課長 はい。

○大石座長 もしもこれであったとすると、これを何回か見ている今更言うのもあれなのですが、結局、はねてちゃんとみんなが見なくてはいけなかったものというのは、これでいうと6%ではないですか。特に職員がチェックしてのところというのは、職員もチェックして、審査会にもかけてという、ここの6%以外のところというのは、要は、90%は実はもう既に達成し得るのではないかと考えていて、だとすると、なぜ令和4年から令和6年ぐらいまで待たなくてはいけないのか。これは単純にシステムがそれまで完成しないからという理解でよろしいのでしょうか。

○姫野保険課長 12ページの図で見ていただきますと、6%ぐらいがコンピューターで付せんがついてきますので、その残りは付せんがつかないということではありますが、逆につかないものの中を職員がいろいろ、「チェック」と書いていますけれども、例えば、コンピューターで少し検索をして、職員が独自に条件を当てはめることで、実際に29%の中から6.2%の方に振り分けられてくるものが現にございます。コンピューターでは見つからないけれども、職員あるいは審査委員の中で見つかるレセプトも現にあるということで、今はこういったフローにしております。

ですので、現在、コンピューターチェックで9割以上完了しているかということ、そういうわけではないということなのですけれども、正に29%から6.2%の方に流れていくようなレセプトを、事前にもっとコンピューターでしっかりとチェックできるようにすれば、職員の労力がより削減できるということはおっしゃるとおりだと思いますので、そういった意味で、今後、新しいシステム導入によって振り分け機能なども強化して、職員による目視ができるだけ少なく済むようにしていきたいということでございます。

説明がわかりにくくて恐縮でございます。

○大石座長 いや、よくわかりました。ありがとうございます。

多分、振り分け、イコール、AIということだと思うのですが、AIを使うところ、若しくは振り分けを使うところというのは、まさしく今おっしゃったフィードバックをどれだけかけられるかということだと思うのです。

ですから、今、スタティックに見て、これはイエス、こちらはノーという、駄目か、そうではないかという振り分けではなくて、振り分けた結果を精査して、それが必ず次のときにはより使われていく。

多分、この6%が6.2%になったところは、6からちょっと落ちて29%から6.2%の方に上がっていったという入り練りがあると思うのですが、そこが限りなく少なくなっていくプロセスがはっきりしていることがすごく大事なのではないかなと思うので、そういうものを入れていただきたいということが1つです。

あと、結局、最も効率的で、最も公平で、でも、専門家の目も入った仕組みをどうつくっていくのかということがポイントだと思いますので、効率性というのは、先ほどから出ているコンピューター化というのが一つあるかと思うのですが、残りの公平性と専門的な目が入るというところに関しては、先ほど印南先生からも御質問があったのですが、これは合理的、これは不合理というのはわかりにくいと思うのです。だから、取りあえず差があるものは全件を1回はねて、はねた中でどうだったかというフィードバックをかける。コンピューターは別にはねられるではないですか。

初めはこれはオーケーか、そうではないかというのを全件見るのは結構手間だと思うのですが、その結果、これはおかしかったよね、そうではないねというのもまたフィードバックをかけて、次はそれが減っていくというプロセスを入れていく必要があるのではないかなと思います。それが2つ目。

3つ目、専門性に関しては、医療というのは日進月歩のところもございますし、一番専門的な目を持って審査できるのは、前線に立っていらっしゃる開業医の先生、若しくは病院勤務の先生だと思います。働き方改革もありますから、その方々が自分たちの時間を最も効率よく使えるような仕組みをつくっていく必要があって、そうなってくると、やはり支部を減らして、若しくはサテライトをつくるというだけではなくて、本当に自宅でできるとか、自分の病院でできるという仕組みをつくっていくべきではないかと思うので、そこを引き続き検討していただきたい。

あとは、そのときにセキュリティーの問題が出てくると思いますが、セキュリティーは大事なのですけれども、今はいろいろな仕組みが出てきていますし、現在、支払基金がとられていらっしゃる閉域のセキュリティーを確保した仕組みというのは、コストがかかる割には実は危なかったりするもので、最新技術なども見ていただけるといいなと思います。

あとは、それを取りまとめたときに、これは菅原委員と似たような意見になってしまうかもしれないのですけれども、9ページにあります工程表が、現在から向かって進んでいるものと、目標から見たときに逆算しているものとまざっている感じがして、できれば、いつまでにこれをやる。それを分解すると、これとこれになるという風に整理をしてください。

先ほどの効率的な仕組みをつくるという話でいうと、例えば9割にするとか、そういう個別の目標をいつぐらいかということに落とし込んで、そのためにやらなくてはいけないことはこういうことで、それをやるためにはいつまでに何をやらなくてはいけないか。これは今までこままでできている、できていない、おくらしている、おくらしているのはなぜかとか、物によってはおくらしてもしょうがないものもあると思うのですけれども、そういうもう少し大きなクリティカルパス的な工程表があると、多分、皆さん、今どこの議論をしていて、どこがうまくいって、どこは駄目で、どこは応援しなくてはいけないのか、どこは単におくらしているのかというのがわかって議論が錯綜しにくくなると思うので、是非そのような工程表などもつくりながら、共有していただくと有り難いと思います。

以上でございます。

○姫野保険課長 御指摘ありがとうございます。

1点目のフィードバック機能をしっかりと組み込んでいくようにという御指摘でございますけれども、我々も正にそのとおりだと思ってございます。AIによる振り分け機能につきましても、定期的にまた新たなレセプトの審査結果を学習して、振り分け機能を改善していくことも必要だと思っておりますので、そういった方向で引き続き開発・検討を進めていきたいと思っております。

また、差があるものについて、どうやって把握していくかということですが、現在ですと、例えば、再審査で上がってきて、その結果、差が見つかったケースとか、あるいは保険者さんからの指摘で見つかったケースとか、そういったものを統一していくプロセスに乗せていくわけですが、新しいシステムを導入しまして、自動レポート機能

を設けることによりまして、より広範に本部主導でそういった差異を見つけて、統一化につなげていくことも可能になってくるのではないかと考えています。そういった視点で、今後、業務のフローについてもしっかりと検討していきたいと考えてございます。

それから、サテライトオフィスや自宅での審査についても、現在、支払基金において調査研究をしながら進めてございます。セキュリティー、コストといった面で御指摘いただいた点を踏まえて、引き続きしっかりと研究をしていきたいと思っております。

工程表の件につきましては、菅原委員からも御指摘があったとおりでございますけれども、我々としても、しっかりと進捗管理できるように改めて考えていきたいと思っております。

○菅原委員 確認だけです。

例えば、令和元年の実施計画で出した支払基金に関する見通しや、組織の見直しは、令和元年度検討・結論・措置となっているのですが、余り時間がないのですけれども、具体的に支部をどうするのか、コンピューターチェックルールの実績状況などの詳細は、結論を出し措置する前に、こちらに早めに詳しく説明をしていただければ、よろしく願います。

○大石座長 ありがとうございます。

○姫野保険課長 審査事務センターの集約など、こちらは職員も含めて、非常に広範な関係者ともしっかりと調整しながら進めていかないといけないと思っておりますので、今、正に支払基金においてしっかりと調整をしてもらっているところでございます。最終的な結論が出るタイミングでは、委員の先生方にもしっかりと御報告をしたいと考えてございます。

○大石座長 ありがとうございました。

そうしましたら、大分時間もオーバーしてしまったのですけれども、議題3については以上とさせていただきます。どうもありがとうございます。

本日の議題はここまでなのですけれども、事務局から何かございますでしょうか。

○長瀬参事官 今後の日程は事務局から御連絡をさせていただきます。

○大石座長 ありがとうございます。

では、取りあえず本日の会議はこれで終了なのですけれども、皆さん、本当にお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございました。時間をオーバーして申し訳ございませんでした。