

## 第8回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和2年3月10日（火）16:00～17:43

2. 場所：中央合同庁舎4号館4階共用第4特別会議室

3. 出席者：

（委員）高橋議長代理、大石座長、佐藤座長代理、大橋委員、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  
（政府）大塚副大臣  
（事務局）井上室長、彦谷次長、森山次長、小見山参事官、長瀬参事官  
（説明者）武藤真祐 医療法人社団鉄祐会 理事長  
原聖吾 株式会社MICIN 代表取締役

4. 議題：

（開会）

1. オンライン医療の普及促進（フォローアップ）
2. 規制改革ホットライン処理方針

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 定刻でございます。それでは、ただいまより第8回「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、御多忙中、御出席ありがとうございます。

本日は大塚副大臣が御出席と伺っていますが、御到着は後ほどでございます。また、高橋議長代理に御出席をいただいております。

議題でございますが、重点フォローアップ事項でございます「オンライン医療の普及促進」「規制改革ホットライン処理方針」の御議論を頂きます。

それでは、議事進行は大石座長にお願いしたいと存じます。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。

それでは、議事に移りたいと思います。

まず議題1「オンライン医療の普及促進（フォローアップ）」についてでございます。昨年末の第3回医療ワーキング・グループにおいても、オンライン医療の普及促進に向けた対応状況について厚生労働省からお話を伺いましたが、引き続きその後の対応を確認する必要があると判断しました。

しかしながら厚生労働省は、昨今の新型コロナウイルス感染症への対応を優先していただく必要がありますので、本日もとともには御出席いただくとは思っていたのですが、後日対応状況を伺うということにしました。なので、本日はオンライン医療の普及に取り組まれている事業者の方々から、今後のオンライン医療の在り方に関する御意見を伺いたいと

思います。

本日は2名いらしていただいています、医療法人社団鉄祐会理事長の武藤真佑様、よろしくお祈いします。あと、株式会社MICIN代表取締役の原聖吾様にお越しいたいています。

それでは、初めに武藤様、御説明をお願いします。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） 今日はこのような機会を頂きまして誠にありがとうございました。私は医療法人社団鉄祐会の理事長として在宅医療の提供を主にしておりますが、同時にYaDocというオンライン診療システムの提供もしておりますので、両方の観点に基づいて、昨今出ていますガイドラインも含めて診療報酬改定に対する意見・要望ということ、それからオンライン服薬指導に対しての意見、それから電子処方箋実務の完全電子化に向けた意見を簡単にまとめさせていただきます。

資料1-1を御覧いただければと思いますけれども、委員の皆様方も御存じのように、今年の診療報酬改定のおおよそ方向性が出ましたので、医療におけるICTの利活用についてお話ししたいと思います。

3ページ以降にもありますけれども「改定前」と書いてありますのは、2018年の診療報酬では大体このようになっています。2020年でこのようになっていくであろうということが右側に書いてございまして、それに併せて私の意見を書くといった形で進めさせていただきます。

まず初めに「要件の見直し①事前の対面診療に係る要件の見直し」ということでございます。

まず「事前の対面診療の期間」ということで、もともと改定前は、管理料等を初めて算定した月から6か月以上たってからオンライン診療を始められるといった内容になっておりました。これが初算定月からの経過期間が3か月間に短縮されたということで、これは実用的にも当然ながら6か月対面をやらないとオンライン診療が始まらないという状況と比較いたしまして、普及が促進される方向には行くのかなと思っております。

それから「対面診療の連続性」ということで、もともとは初算定月から6か月の間、毎月対面診療を行っていること、それから、初算定月から6か月以上経過している場合は直近12か月以内に6回以上対面診療を行うこととあります。

今回この改定を経まして、直近3か月の間対象疾患については毎月対面診療を受けていることとされました。6か月が3か月になったということは非常に短くなってよかったと思うのですが、実臨床の場で考えますと、隔月でいらしたり、若しくは今は長期処方が可能になっているということを考えても、3か月に1回来られるような方たちがいます。そういった毎月の診療でない方が今後増えていく中で、特に今回のコロナもそうですけれども、このオンライン診療に移行するというのがこの縛りがあるとなかなかできないと思います。従いまして、例えば3回対面診療を行った後にオンライン診療ができると

いったように、回数にすればこの月の縛りというものを考えなくてもいいと思いますし、これは初診プラスの3回の再診ということになっておりますが、そうしますと大体4か月ぐらいはかかるということに結果としてはなりますから、初診も含めて3回ということがあれば、一通り検査も終え、患者さんと医師の関係も構築できると一般的には思いますので、このようにしますとより速やかに移行ができるのではないかなと思っています。

おめくりいただきまして、これは緊急時の対応体制ということですが、もともとは「当該保険医療機関において緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること」で、これが改定後には「止むを得ず対応できない場合には、対面で受診できる医療機関を患者に説明し、診療計画に盛り込むことで、要件を満たすこととされた」となりました。実際に行くかもしれない医療機関を事前に説明しておけばいいということになりますので、これは日常的にも、何かがあったときにはこの病院に行ってほしいと患者に伝えておくということはありますから、実際に今後活用する機会が増えると考えております。

5ページに参りまして「要件の見直し③対象疾患の見直し」です。対象疾患が追加されて、改定前は「オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者」でありましたが、今回「定期的に通院が必要な慢性頭痛患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者が追加された」となりました。このように対象患者が増えたということで普及が促進されますが、実際には疾患の範囲がまだまだ限定的であるといった現状があります。

実際には可能な疾患でも当然ながらオンライン診療に向かないものもあれば、可能でないものでも向くものもありますので、医師が基本的にはきちんと決めるべきだと考えます。もちろん悪いといえますか変なことをする医師もいますので、考え方としてはホワイトケースを出していくというよりは実施を禁じるようなブラックケース、やってはいけないというのを決める、実際の臨床医が裁量と責任を持つべきです。この方が本来のプロフェッショナルオートノミーに基づいた考えになります。

避けられるべき状態、ブラックケースというのは様々あるとは思いますが、以前にはこういうのは駄目だということで挙げられていましたが、基本的には下に書いてありますが、患者さんがオンラインでの診療を強く求めて、結果として対面が本来必要なのに、医者がまあいいやと、もうオンラインでいいよというケースはやはりよくないです。ここはきちんと医師が考えるべきです。それから、十分に患者さんを把握できる状態でオンライン診療すべきです。今回3か月となりましたけれども、きちんと患者さんが把握できるような状況の下でやるべきと臨床医としても思います。

それから、厚労省も含めて危惧されているところかと思いますが、患者さんの受診の簡便さやサービスのよさに需要が流れて、競争原理で患者ニーズが優先されて診療の質が犠牲になるケース。こういったところも十分気をつけなければいけないわけでありまして。しかし、本質的にはやってはいけないことをむしろ決めるべきではないかなと思っています。

おめくりいただいて6ページですが「より柔軟な活用①②僻地若しくは医療資源が少な

い地域での活用」は、今回新設されました。「僻地等の医師が止むを得ない事情により診療ができない場合には、別の医師が初診であってもオンライン診察ができる仕組みが示された」と。実際に僻地では医師が入れ替わったり体調を崩してお休みになるとかいろいろなことが起こり得ますので、こういった新しい制度は非常によいと思っております。

それから「オンライン診察は当該保険医療機関内によって行う」ということになっておりましたが、今回「医師が外勤先で診療している患者に、元々勤務する医療機関でのオンライン診察を行うことができる仕組みが示された」となりました。

「地域の事情に応じた運用が可能になり、より有用な活用が図られる」

これらに関してはとてもよいと考えています。

次に行っていただきまして、これはオンライン在宅医療です。在宅管理料等の見直しがありまして、もともとは月1回の訪問診療を行っている場合に算定できるとありましたが、月1回以上の訪問診療を行っている方はたくさんいらっしゃいますので、現実的には、今回は月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できるということで、普及が促進されるのではないかなと思っております。

もう一つ「チームで診療を行う場合」ということで「オンライン診療における計画的な医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものとする」とあります。医師は同じ人ではないといけないということであったわけですが、今回のを見ますと「5名以下のチームで診療を行っている医療機関は、診療計画に記載し患者の同意を得ている場合には対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても良いとされた」となりました。

しかしながら、実際に1つの医療機関で5名以下でやっているところというのは、もちろんたくさんあります。あまりこの5人以下という制限の意図がはつきりしません。同じ医療機関であれば当然患者さんの情報は基本は共有をされ得るべきでありますし、電子カルテの中に情報は入っているわけでありますから、同じ医療機関であれば別に5名に限らずオンライン診療ができてよいのではないかなと、このように考えております。

おめぐりいただきまして8ページでございますけれども「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」ということで、D to P with Dということ、これは非常によいことだと思っております。

今回「かかりつけ医と専門医が情報通信機器を用いて連携し、診断を目的として診療を行うことができる仕組みが創設された」となりました。しかし、その文言だけを見ますと、診断というのは基本的には診察というよりは診断をするときのみということにも読み取れます。しかし、継続的に治療を行っていくときにも専門医のアドバイスが必要なので、これは言葉の定義によるものかもしれませんが、診療継続する間で専門医に相談をできるということの方が正しい表現であるべきかなと思っております。

それから、対象疾患は「指定難病及びてんかんの疑いがある」となりましたが、専門医の判断を必要とする疾患は多くあります。指定難病というのはたくさんある難病のうちの

ごく一部しか指定されておられません。また専門医が少ない地域では、さほど珍しくない病気であっても専門医の判断を仰ぐということが重要でありますので、この辺りは今後対象の緩和が望まれると考えております。

おめくりいただきまして、今度は服薬指導になります。外来患者さんにも使えるようになったということではありますが「対象患者はオンライン診療を用いた診療により処方箋が交付された患者さんに限定されている」と。今の考えではそうであります。

ここは難しいと思いますけれども、オンライン診療をやっている患者さんというのがどれぐらいいるのかということで、これは以前、千葉の黒木先生が発表されていましたが、2019年でオンライン診療のレセプトは全体のレセプトの中の100万分の1です。つまり100万レセプトがあるとすればそのうち1しかオンライン診療絡みのレセプト請求はなかったという報告があるように、まだまだ使われていないのが現状であります。したがって、オンライン診療をやった人にオンライン服薬指導をやると言っても、それは更に輪をかけてほとんどいないということが今後予想されるわけであります。今回のコロナの件でいろいろと規制緩和が進むことを期待はしていますが、必ずしもオンライン診療の患者に限らずオンライン服薬指導というのは有用な場合があるのではないかなと思っております。

下に2つほど書いてございますけれども、1つは勤労・子育て世代で、要は時間がなくてなかなか行けない人達です。薬剤の適正使用はまだまだ改善の余地があると考えます。注射製剤など自宅でやる手技が増えていますから、オンラインで指導する効果というのは多分にあります。あとは、通院困難高齢者など、在宅医療が入るほどではないですけれどもなかなか実際に通院することが困難な高齢者はいらっしゃると思いますので、こういった方たちに対してきちんと残薬確認や多剤投与を解消するようなオンライン服薬指導もあると思っております。

10ページですが、通知に関して実施要件ということで、今回「『オンライン診療』『居宅への訪問指導』を行った際に交付した処方箋より調剤された薬剤」とか「複数の患者が居住する介護施設等においては対象外」とされています。しかし、今回外された方たち、特に例えば介護施設にいる高齢者の方たちに対して、訪問調剤薬局の薬剤師が行って服薬指導をするところをオンライン化するという事は非常に効果があると思います。薬剤師さんがいつも現場に行かなければ指導ができないというわけではありません。施設のスタッフと共同しながらオンライン服薬指導をすることはできるわけですから、必ずしもこの介護施設というものを外す必要はないのではないかなと思っております。

それから、種類に関してですが、実際には「オンライン服薬指導にかかる薬剤は当該薬局において当該患者に調剤し、服薬指導をしたことがあるものであること」と書いてありますが、一例で言いますと、例えば糖尿病でお薬を飲んでいる患者さんが、効果が弱くて別の薬剤に変えるということはあるわけですが、これを厳密に当てはめるとオンライン服薬指導はできないということになります。しかしながら同じ糖尿病の管理をしているわけ

でありますから、こういったところも広く認めていくのがよいのではないかなと思っております。

11ページの「全般」でまず、報酬差です。今回、オンライン診療のニコチン依存症管理料というものが認められました。単純に計算すると対面での管理料と比較しますと大体84.2%の水準であり、きっと普及が進むと予想します。それに比べてオンライン診療は対面診療との差が激し過ぎて一向に進んでいないというのが現状かと思えます。必ずしもこの84.2というものを全てに適用する必要があるとは言いませんけれども、ただ、やはりこれぐらいの診療報酬をつけて一度広めていかない限りは、基本的にはなかなかやる先生はいないだろうなということが見てとれます。

最後に「オンライン診察は当該保険医療機関内で行う」とありますが、実際には在宅医療であれば医師が保険医療機関内にいないということは十分ありますし、今後医師の柔軟な働き方やワークライフバランスを考えても、きちんとプライバシーが保たれるようなところであれば、オンライン診察をすることは一向に差し支えないだろうと思えますので、届出制を取るなど一定の緩和を図るべきではないかなと思っております。

12ページで、新型コロナについてはもう皆様もいろいろと取り計らいをいただいているところだと思えますが、いきなりコロナがはやったからオンライン診察をやれと言っても、ほとんどの人は準備もできていませんし病院内においては特にそうです。やはり平時からある程度こういったものができる状況の中で更に規制緩和が進んでいかなければ絵に描いた餅でありますから、是非この辺りも皆様方に御検討いただければと思います。

最後になります。オンライン診察というのは、単に電話で話す、動画で話すというところから疾患管理という新しいフェーズに移っていると考えます。最後の17ページを御覧いただきますけれど、オンラインで疾患を管理すると。循環器の疾患や呼吸器の疾患、がんなども含めて、いろいろと患者さんが日常的なデータを出して、それに対して医師が指導することが可能になります。今後、オンライン疾患管理というものを実現していくためにも、まず医学的エビデンスを創出していくような仕組み、それから、経済合理性をきちんと示していくこと。できればオンライン疾患管理の評価をしていくといったところにつながっていただければと思います。

長くなりましたけれども、私の発表を終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

続きまして、原様、御説明をお願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 株式会社MICINの原と申します。よろしく願いいたします。

私はもともと医師としてキャリアを始めていたのですが、4年ほど前に今の会社を立ち上げまして、オンライン診察のサービスを医療機関向けに提供する事業をやっております。本日の発表内容も、このオンライン診療を御導入いただいている先生方並びに関連する医

療従事者の方々の御意見を踏まえて作成しております。

資料を見ていただいて、序盤は私どもの説明ですので割愛をさせていただきまして、もう御存じのところも多いかもしれませんが制度の概要と現状から御紹介させていただければと思います。

4 ページ目を見ていただきまして、まずオンライン診察の制度自体は御存じのとおり2015年8月の厚労省の事務連絡から、遠隔診療と当時は呼ばれていたのですが、地域の制限であったり疾患の制限が外れた形で少しずつ広まってきております。18年4月の診療報酬改定でオンライン診察料とオンライン医学管理料というものが併せて新設されて、このタイミングから診療報酬でもこのオンライン診察が算定されるようになった、そのような経緯をたどってきております。

めくっていただいて5ページ目で、これ以外にも幾つかあろうかと思いますが、オンライン診療によって提供されるような付加価値というものは幅広く存在していると考えています。例えば在宅に診療がシフトしていく中で退院後の医療アクセスを向上するであったり、あと、医師の長時間労働や働く環境を改善したり、もう少し柔軟な働き方にしていったりと、こういったような価値が見込まれる領域として、もともとそういった期待感もあってオンライン診察が制度的にも変わってきているものと理解しております。

6 ページ目を御覧ください。先ほど武藤先生の御発表にもありましたが、実際にこのオンライン診療がどのぐらい算定されているのかというのを見ると、レセプトの全体の件数が月間で1億枚ほど出ている中で、オンライン診療の算定回数が100回を下回っていると。先ほど正に100万分の1といったところはこういった算定回数が示しているものと思われるます。

これが時系列で見ても、7ページ目を御覧いただきますと、平成30年、2018年4月の診療報酬改定以降、算定回数が決して増えてきてはいないと。先ほどの100万分の1程度のまま変わらずに推移してしまっている。こういった現状があろうかと思えます。

これがなぜこういった状況になっているかというのを私どもの目線でまとめているのが8ページ目になります。大きくは診療報酬上の課題と今回のトピックでもある服薬指導のところと2つに大別されるかと思えます。

診療報酬上の課題に関しては、その中でまた3つに分けていますが、対象疾患が制約されているというところ、医療機関側にとってオンライン診療をやった場合の収益性の低さ、その他厳格な実施要件が定められている、こういったものに分けられるかと思えます。

先ほどの武藤さんのお話とも重複しますが、それぞれ見ていきますと、対象疾患に関しては、多く定められた管理料を算定している患者のみが対象となるので対象疾患が少ないというところ。この収益性の低さに関しても、実際に対面診療で算定できる管理料に比べると、1,000円以上、患者さん1人当たり医療機関の収入としては下がってしまうと。あと、実施要件にも関しても、緊急時に30分以内に当該医療機関に対面で診察が可能であることであつたり、初回のオンライン診療の前に6か月以上対面で診療をしなければいけないと

いう厳格な実施要件が定められていると考えています。

あと、服薬指導に関しても、院外処方の場合、オンラインで診療したにもかかわらず、現状だと処方箋を紙で患者さんにお送りして、それを調剤薬局に御自身で処方箋を持って行っていただいて、そこで対面の服薬指導を受けて薬を受け取るといったプロセスになっているので、診療をオンラインでしているにもかかわらず薬を受け取るのは対面でなければいけないといった制度上の難しさが、このようにオンライン診療が普及していない原因であると考えています。

9ページ目以降はそれぞれの詳細になりますが、例えば9ページ目を御覧いただきますと、こちらで記載している疾患の一覧は、実は2018年の診療報酬改定以前、それまでは電話等再診という枠組みでもう少し幅広い疾患でオンライン診療は活用されていました。そういった疾患の一覧を並べているのですけれども、この中で赤字になっている部分が現状のオンライン診療料で算定することができる疾患です。趣旨としては、これだけ本来は多くの疾患で活用できる、少なくとも現場の医師たちはこういった疾患で活用していたにもかかわらず、今、オンライン診療料が算定できる疾患はこの赤字の部分に限られてしまっている、こういうものが見てとれるかと思えます。

10ページ目は医療機関の収入のところですが、オンライン診療料71点、オンライン医学管理料100点という点数がついていますが、対面の場合はこの管理料と呼ばれるものが200点、300点以上の点数を取れるものが幾つかあって、実際そこに比べると医療機関にとっては、先ほど申し上げた単価で言うと患者さん1人当たり1,000円以上差がつく形になっていると。医療機関からすると経済的な意味でのオンライン診療をやる上での動機づけは非常に乏しいものになっていると言えるかと思えます。

11ページ目なのですが、これは保険診療から離れて、自由診療も含めたときにオンライン診療のガイドラインでの制度上の制約を記載しております。

大きくは3つがこのガイドライン上の条件として定められているかと考えておりますが、具体的には、まず初回は基本的には対面ですること。あとは診療のやり取りのフォーマットとして、視覚及び聴覚を用いてリアルタイムにやり取りをすること。その手法が定められていること。あとは診療計画で、事前に診療計画を定めるということがガイドライン上定められています。

これも議論はあるところですが、実際この初診の活用につきましても、疾患によっては初回でオンラインの診療をしていくものを認めていくものがあるけれどもよろしいかと考えています。具体的には、例えばひきこもりでそもそも対面で初回の診療が難しいような疾患であったり、あとは場合によって、今回の感染症のようなケースで、これは治療薬だったり検査だったりそういったものがある程度整備されている前提ではありますが、そういうタイミングでは初回から診療するというのも検討してもよろしいかと考えております。

診療の手法については、先ほど申し上げたビデオ通話を前提としているのですけれども、疾患によってはもう少し柔軟な形での運用というのがあり得るのではないかと。具体的に

は、例えば皮膚科のような領域の疾患で、非同期で、例えば画像と患者さんの症状、問診等を含めて診療する。そういったような形での診療というのも検討する余地があるのではないかと考えております。

診療計画に関しても、これは対面診療の際にも、特に診療計画が求められる疾患が一部に限られている中で、オンライン診療の場合、必ず診療計画を全て定めるといえるものは医療従事者側の負担も大きくなっているのではないかと考えております。

12ページ目は国外の事例ですが、既に他国でいわゆるオンライン診療を活用した事例は広まっておりまして、特に昨今のコロナウイルス感染症の中でも他国でオンライン診療を活用するような事例が多く見られてきております。こういった観点からも、他国でICTを活用した医療水準から見たときに日本が後れを取ってしまう、こういったようなリスクもあり得るのではないかと考えております。

14ページ目以降は、このような制度下で私どもがどういった取組をしていたかというものの御紹介になります。この辺りは割愛させていただきまして、ページめくっていただいて17ページ目のところをだけ簡単に触れさせていただきます。

2月28日、3月3日に新型コロナウイルス感染症に関する事務連絡が発出されたのを受けまして、私どもも新たな事務連絡に基づく対応を急ぎ進めていっております。具体的には医療相談あるいはもともと基礎疾患がある患者さんが医療機関を受診する際に、どういったところでオンライン診療を受けることができるのかというような情報提供をするようなウェブサイトを構築したり、今回、オンライン診療、オンライン服薬指導がこの事務連絡でできるようになったのにあわせて、オンライン診療を行った医療機関から直接ファクスを調剤薬局にお送りする、そういう機能も開発をして、特にこの有事のタイミングだからこそ必要になるような機能の開発も進めていっております。

まためくっていただいて、今回の2020年診療報酬改定と昨年の薬機法改正がございましたので、こちらも踏まえて、そもそも2020年にどういった変化が想定されていたかというところが19ページの内容になります。

整理としては先ほど御覧いただいたオンライン診療がなかなか普及しない原因と書かせていただいた分類で記載しておりますが、右側の列が2020年の変化の見通しとして、今回の診療報酬改定と改正薬機法で想定されていた内容になります。

変化の概要につきましては、先ほどの武藤先生の概要にも重なりますのでこの詳細は述べませんが、対象疾患については一部の疾患で追加されている、収益性の低さについて大きな変化はない、あと、厳格な実施要件については、幾つか緊急対応の要件やオンライン診療を受診するまでの期間の要件が外れるというところは変化としては見えています。

あと、服薬指導に関しては、オンライン服薬指導が薬機法改正によって可能になるというような形で、ここも制度上変化があり、これらの変化自体については我々も非常に前向きに捉えているところでございます。

20ページ目はオンライン服薬指導の、今回の改正薬機法の主要な改正項目の内容になり

ます。テレビ電話等で服薬指導をできるようにする、こういったようなことが昨年11月に成立した改正薬機法の中で記載されております。

21ページは、オンライン服薬指導が認められる中で、同時に電子処方箋の運用も見直していくというような動きが進んでいます。ちょうど今、電子処方箋の運用ガイドラインの改定が進んでいまして、ここの内容につきましては私どもも非常に好意的に見ております。

具体的には、これまでは電子処方箋を実際に活用しようとした場合に大きく2つハードルがありました。1つは薬局内のサーバーを確立するということが求められていたこと。あとは、処方箋の代わりに処方箋の引換証というものを紙で薬局に持っていかないと。この2つが大きな制約になっていたと理解しているのですが、今回ガイドラインの改正の中で、1つ目についてはクラウドのサーバーで活用できるようにするというところ、もう一つは完全に電子化された形で電子処方箋が運用されるという内容になっていますので、こちらについては我々としても非常に前向きに捉えております。

このような制度の変更を踏まえて、その上でも更に規制緩和を求めたいと考えているところが22ページ目の内容になります。

整理の仕方は、先ほど御覧いただいている課題の整理と同じ切り口になっているのですが、右側の列に書かせていただいているものが今後の規制緩和を求めたい内容でございます。

1つ目の「対象疾患の制約」については、オンライン診療の適用可否は医師の裁量に委ねてはどうかと考えております。毎回中医協の議論の中で、疾患ごとに、この疾患は含めるか含めないというかという議論を繰り返しているばかりだとなかなか対象の疾患も広がりが見えないので、基本的な考え方を示した上で、オンライン診療の適用可否は医師の裁量に委ねる、こういった形が望ましいのではないかと考えております。

あと「収益性の低さ」に関しても、先ほどの武藤先生のお話と同様ですが、特に管理料の加算が非常に低くなっているところで、これは医師にとってオンライン診療をやろうとするときの動機づけに乏しくなっているもので、対面診療と比較しても十分にここは評価されるような算定方法を検討していただきたいと考えております。

「厳格な実施要件」に関しては、オンライン診療の診療報酬の制約条件と、先ほど御紹介したオンライン診療のガイドラインに書かれているもの、ここが食い違うようなものが存在をしていて、ここの齟齬をなくするような形で制度を整備していただきたいと考えております。具体的には、オンライン診療の診療報酬の場合には同一医師で診療をするということが求められているのに対して、ガイドライン上では、この診療計画上あらかじめ提示している形であれば同一の医師ではない形でも診療することが認められている、こういったところの齟齬を埋めていくような形で設計していただくことで、より運用しやすくなるのではないかと考えています。

あと「服薬指導」に関しては、これも重なりますが、オンライン服薬指導が実現できる対象の患者さんが、オンライン診療をやった患者さんと訪問診療した患者さんに限られて

いますが、普通に対面診療をした後の服薬指導の部分のみオンラインで行う、そういったものも当然ケースとしては想定されるので、こういったことも可能にするような形が望ましいのではないかと考えております。

あと、電子処方箋につきましては先ほど申し上げたこのガイドラインが整備されているので、これを一刻も早く策定していくということが重要ではないかと考えております。特に、もともと今年の9月1日から改正薬機法が施行されてオンライン服薬指導ができるようになるというスケジュールだったところが、2月28日、3月3日の通知で早まってオンラインで服薬指導が始まっていますので、それに合わせて電子処方箋のガイドラインを早急に整備して発出していくことが必要ではないかと考えております。

23ページ目、24ページ目のところは、これに加えて、特に直近の事務連絡に関するところでの規制緩和の内容になります。

今回この2月、3月に出た事務連絡によって、まず慢性疾患等の継続投薬についてオンライン診療を活用できるような形になっております。診療報酬としては電話等再診あるいは外来診療料という形で算定できるようになっていると。もう一つは、院外処方の場合にも薬局の訪問なく、自宅でオンラインで服薬指導を受けて薬を受けることができるようになっていくと。このような変化については非常に我々も望ましい変化だと考えております。

ただ、一方、もう少しこの辺りを更に整備していったらよいのではないかとということでは下に書かせていただいているところですが、1つは、今回この事務連絡の中でオンライン診療が実際に活用されるケースが増えてくると考えております。実際我々も医療機関、患者さんからの問合せが急増していて、実際に活用されるケースが増えてきています。これを一時的なオンライン診療の広がりとするのではなくて、この中で様々な局面で様々な患者さんにオンライン診療が活用されるケースができるので、これをきちんとエビデンスとして次の診療報酬改定あるいはガイドラインの議論につなげるべく、あらかじめこういった形でこのデータの整備、そしてプロセスをしていくのか、そういったものを定めていくことが必要ではないかと考えています。

下の2点は、恐らく時限的に電話等再診、外来診療料というのが算定されるようになっていくと考えているのですが、これについても対面と比べてときに十分に医療機関にとって不利益にならないように管理料と呼ばれる追加の点数が算定できるようにするということがあったり、一番最後のポイントは、オンライン診療をやった場合のオンライン診療料のときには、診療報酬と別に、オンライン診療のサービスを使った場合の情報通信機器の費用を10割自己負担で患者さんから請求することができるのですが、これが電話等再診や外来診療料では今は取れない形になっていると。こういった部分も患者に請求可能とするような形の整備も必要ではないかと考えております。

一番最後の24ページ目のところは、先ほど申し上げたオンライン診療で今回つくられてくるデータ、エビデンスというものをきちんと次の制度改正につなげるためのプロセスを整備していったらどうかという議論です。2020年の診療報酬改定の議論の中でも、このエ

ビデンスの考え方というものは提示されているのですが、では具体的にどのようなものがこの一定のレベルのエビデンスなのか。学会だったら学会でどのようなプロセスを通じてこういうものを出していくと、診療報酬だったりガイドラインだったりに反映されるかというところがあらかじめ整備されていくことで、今回一過性のオンライン診療の普及にとどまらず、それ以降もきちんと適切な形でオンライン診療が広まっていくような世界をつくっていくのではないかと考えております。

私の方からは以上になります。ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

ただいまのお二人の御説明について御意見・御質問等がございましたらお願いします。いかがでしょうか。

武藤委員、お願いします。

○武藤専門委員 どうも御説明、ありがとうございました。

武藤先生のこれを見て、どうしたらいいのかと思って考えていたのが大分回答が出ました。1つは、今まで月縛りでもってやっていたルールを回数縛りすればかなり解決すると。あと、オンライン服薬指導とオンライン診療を切り離してしまうという、これも解決の1つだと思えますね。

それから、もう一つ気づいたのは、電話再診のときには非常に自由に柔軟にやられたものが、オンラインになった途端に疾患縛りや様々な縛りが入ったので、逆に、もう一つの方法は、電話再診は「電話再診等」になっていますから、その「等」の中で、例えばSNSを使ってチャットと静止画像で組み合わせたような形でもって行うとか、電話再診等ルールの方から攻め込むというやり方も考えられるではないかと思えますけれども、その辺の御意見はいかがでしょうか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） ありがとうございます。

電話再診等というものを拡大解釈してやっていくというのは一つのやり方だと思います。先生のおっしゃるとおりだと思います。

あと、静止画像等チャットでできるものもあるとは思いますが、必ずしも診療においてはできないものもあるとは思いますが。誤診につながるようなものがあるとするならば、その辺りはどう担保していくかという議論にはなります。先ほど資料にもございましたように、ホワイトリストとブラックリストという考え方で言うならば、ブラックリストはどうするのだという概念で物事を決めて、ブラックリストにないけれども問題が起きたようなケースは、都度、ある程度規制を厳しくしていく。

そのような運用ができるような柔軟な体制にしていただけると有り難いかなと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

印南先生、どうぞ。

○印南専門委員 御質問と意見があります。1つは原先生の資料の9ページで、こちらに診療報酬上の対応前と比べて、診療報酬対応後は、これだけオンライン診療の対象疾病が減少減点されたとなっています。同じことは武藤先生の方からもあったのですが、これはなぜなのでしょう。

○株式会社MICIN（原代表取締役） こちらに関しては、2018年以前のタイミングでは、電話等再診で算定されていたものになります。なので、それ以前のタイミングでも診療報酬としては、電話等再診の名目で医師の方々が診療されていたような疾患群でございます。なので、そことの比較で申し上げますと、それまでも電話等再診の名目では例えば70点取っていたところが、それ以降だとオンライン診療料で疾患領域が定められてしまって、ほかの疾患領域では算定できなくなっているという趣旨でございます。

○印南専門委員 比較しているのは、オンライン診療と電話等の場合を比較しているということですね。

○株式会社MICIN（原代表取締役） そうです。黒字になっているところは、それまでは電話等再診で取っていたものになります。

○印南専門委員 自由診療とか任意でやっていたオンライン診療自体が狭まったというわけではないということですね。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 自由診療でやっていた部分については、そういう意味では大きな変化はなかったと考えています。

○印南専門委員 分かりました。

もう一つは意見なのですが、混合診療の議論等によく出てくるのですが、「ホワイトリスト方式ではなくてブラックリスト方式にする。それは医師の裁量とかあるいは医師の善意を信じる」という議論がよくあるのですが、これはなかなか難しい。個人的な意見で、ほかの委員の先生がどう思っているかは別ですが、これは結構医療の世界では難しいのではないかなど。なぜかというところ、ブラックリストに挙げるべきもの考え始めると本当に切りがなくて、そういうのをあげつらっていくうちに本当に医師への信頼がなくなるのではないかなと思うからです。ブラックリスト化と言わずに、むしろホワイトリストをもっと積極的に緩和するという方向の方がみんなにとってハッピーではないか個人的には思いますもちろん、賛同されなくてよいですし、あるいは反論をしていただければ嬉しいのですが。

○大石座長 武藤先生、どうぞ。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） 今、原先生もおっしゃったところであると思うのですが、オンライン診療の制度ができるまでは電話等再診の中で使われていたものが結果としてこのオンライン診療の制度では使えなくなってしまうという意味においては、ある程度制限がかかってしまった事実というのはあるかと思えます。

もう一つ、電話等再診では、誰が話しているか分からない電話の中で診療が行われています。クリニックに電話をすれば、出てきた人は医者でしょうが、患者本人ではなく御家

族が話している場合なども含めると、結構緩く適用がなされていたというのは事実だと思います。それがオンライン診療という、もしかしたら動画を使って本人が同定しやすくなったかもしれない仕組みが入ったのにもかかわらず、その運用が非常に厳密になってしまったということは言えるのではないかなと思っています。

あと、先生がおっしゃったホワイトリスト、ブラックリストというのは難しい話だとは思いますが、ホワイトリストを挙げていくとむしろ切りがないといえますか、様々な疾患がどんどん増えていく可能性があります。ブラックでもホワイトでもないグレーなところもあります。その扱いをどのように考えるかというのは一つのポリシーだと思いますし、明らかにブラックであるものも世の中では横行しているものもありますので、それはそれできちんと制限をかけていくべきです。

それから、ホワイトもブラックも、やはりある程度運用の中で、広げたり狭めたりする仕組みがあってしかるべきかなと思っています。ありがとうございます。

○大石座長 高橋先生、どうぞ。

○高橋専門委員 オンライン診療が100万分の1で全然進んでないというのが残念で、基本的にやはり進めた方がいいと思っているので、意見になりますけれども、診療報酬というものでインセンティブがこれだとやはり広がらないのかなというのが1つ。

また、例えば毎月診ている人だけというのは、むしろ毎月診ないといけない、本当に診ないといけない人はこんなオンライン診療は駄目なのではないかという、その要件と対象がマッチしていないのではないかと思います。

それと、医師の裁量なのですけれども、そこは病名という、昔の名残の病名でくくるのではなくて症例によってということで、そこは医師の裁量が入るべきだと思いますし、病名に縛られる医療というのは徐々に変えていかないといけないと私は思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

2点質問で2点コメントなのですけれども、まず質問の方で、今回、収益性が確保できないということで診療報酬の見直しをしてほしいという話が出てきていると思うのですが、もう一方は、IT機器を入れるときにお金がかかるわけですから、むしろ投資に対する助成金、例えばIT補助金の活用とか、使ったときに支援するのではなくて、買ったときに支援してくれというやり方もあると思うのですが、その辺りはどうなのかなというのが1つ。

それから、オンラインの場合、患者とお医者さんだけではなくて、もう一つ間にベンダーが絡みますよね。このベンダーとのリスク分担はどうなっているのか。例えば通信が途絶えて適正な治療ができなかったとか、画面上に何かそごがあったときとか、そういう何らかの事故が発生したときのその辺のリスク分担は。それが全部お医者さんに帰るもの

であれば医者としてはやりたくないですよ。あるいはベンダーとの役割分担、特にリスク関係はどうなっているのかという質問です。

あと1点、2点はただのコメントになってしまうのですけれども、よくこの種のこと、対面診療に比べてのエビデンスはどうこうというのですけれども、そもそも別に対面診療のエビデンスも持っていないわけですよ。オンラインになった途端にエビデンスと言い出して、ふだんの診療について何もエビデンスを求めないというのはおかしい話で、これは公共施設などでも民営化すると質が下がるというけれども、直営で質を測っている人は誰もいないですよ。なので、何か変えると急にこういう厳格なことを言うというのはどうなのだろうなど。もし、オンライン診療のエビデンスを求めるのなら同じことを対面にも求めるべきで、どちらがどうかの問題ですから、さもないと比較対象はないという話になってしまうので。

それから、月並みですけれども、やはり今回のコロナで、早急にオンライン診療の機器を導入していくのは難しいかもしれませんが、これを契機に。オンライン診療の普及促進というのは本来もっと早くやるべきことだった。中国はそれをやっていたわけですから、やはりもっと早くやるべきだったという平時の体制の不備がよく出てきたのかなという気はしました。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

ベンダーとの分担について、お願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 1点目の御質問に関して、その初期導入のところで補助金のような形もあり得るのではないかと御質問があったと思うのですが、おっしゃるような形もあり得るかとは思いますが。ただ、実はオンライン診療がちょうど始まった当初にもオンライン診療サービスを提供する企業が、これを導入すると中小企業のIT導入補助金が得られる、そういったものを示しながら導入を勧めていたような企業もあったのですけれども、なかなかそれだけではその当時はあまり進まなかったという現状はございました。なので、場合によってはワントイムの補助だけだと、なかなか医療機関側のインセンティブが働きにくいということは可能性としてあるかと考えております。

2点目の御質問に関して、これは私どもの考え方になりますが、基本的に提供しているシステムに起因するような不備があった場合には、そのベンダーのところで責任を負うと。ただ、それ以外のところで診療に関しては医師側が責任を負う、そういった分界点で整理をしております。

○大石座長 ありがとうございます。

では、どうぞ。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） ありがとうございます。

今、話がありましたように、補助金というのは確かに少し誘導を図る可能性はあるかなと思うのですけれども、必ずしもイニシャルだけでは十分ではない可能性があると思って

います。

それから、ベンダーのリスクに関しては、今の話もありましたけれども、通信の不備とかそういった必ずしもシステム提供者側が負えないものもあるので、その辺りは免責も含めて、きちんとドクターや患者さん側に理解していただいた上で使っていただくことには現実的にはなろうかと思えます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにごありますか。安田さん、どうぞ。

○安田専門委員 ありがとうございます。

私もオンライン診療はもっと普及した方がいいと考えているのですが、今までの話だと対面診療に比べて遜色ない部分はやりましょうという評価なのですが、もっと積極的に評価していいところもあるのではないかと感じております。

例えば、先ほど原さんの資料の9ページを私も注目して見ていたのですがけれども、今起こっている状態を見ないと適正に診断ができない疾患というのも多分あるのだと思います。私の受診経験でいうと、蕁麻疹は起きているときに見ないとよく分からないので、起きているときに来てよと言われるのですけれども、お医者さんに着くまでに治まってしまうということがよくあって、結局写真を撮って写真を見せながら説明するみたいなことをやっていました。こういうケースを考えると、今起きている症状を見せるときに積極的に活用するみたいな、病名とか疾患とかではなくシチュエーションで、もっと積極評価できる部分を設定できるのではないかと思います。

ほかにも、今回のコロナのような感染症のケースや、このページにある月経困難症のような、今とても医療機関まで行けない症状がある、みたいなときに電話で相談をして、薬の服用をしていいかどうか医師の指示を受ける、みたいなことができるだけでも、患者にとって全然シチュエーションが違ってくるということがあると思うので、そういうよさというのも要件なのかガイドラインなのか分からないのですけれども、うまく取り込めるといいのではないかと思います。これは感想になります。

もう一つ、武藤先生がおっしゃっていたブラックケース、ネガティブリストの方でいくと、これもシチュエーションとして認知症の方が単身で受診をする場合みたいなものはちょっとリスクがありそうだなというのは聞いていて感じまして、例えば認知症の方とか小児の場合は必ず誰かが同席するよとということを見条件づけをしてリスクを回避すればオンライン診療や電話再診でもよいとする、というような、何でもかんでも駄目というよりは条件づけをして認めるという方法も含めてもうちょっとポジティブな評価を取り込めないものかと思えます。これも同じように意見でございます。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。

では、菅原委員、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

武藤先生と原先生の話お考えには全面的に賛同致します。お話の内容で進むとよいので

すが、改めてこの問題を検討するときに基本的な考え方を関係者で共有した方がいいと思っているのは、先生方もおっしゃっていた、診察は対面診療をするかオンライン診療をするかは、医師に委ねられた裁量であるというところです。そういう意味ではオンライン診療と対面診療はイコールフットイングであることが基本的な考え方として共有されていくということが必要だと思います。もちろん、それには患者の同意、医師と患者の信頼関係がきちんと構築されていることも踏まえる必要があります。

オンライン診療を保管的、部分的な診療として認めるのではなくて、新しい診療の新類型として認める。要するに、オンライン診療の特性を生かしてこの方がより効果的な診療ができる疾病もあることをきちんとエビデンスベースで積み上げていくことが必要です。そうした意味では、今回のコロナ対策では服薬指導も含めて多少は緩和されて使われているケースが出てくるので、最初からエビデンス、今回のデータをどのように蓄積していくかを考えることが、実は今後加速化させていくポイントなのではないかと思います。

正にオンライン診療、服薬指導というのはデータ蓄積しやすいため、データの蓄積方法や体制、あるいはこの蓄積されたデータを今後の診療報酬改定にどのように結びつけていくのか、中医協でどのように取り扱うのか等のプロセスなどについて、もし御意見等があればお願いします。

もう一つ、患者目線で考えると特に離島やへき地など地方の方や高齢者などの薬局へのアクセスが困難な方とか、ワーキングマザーなど共稼ぎで子育て中の方、今回休校になり一人親世帯で何人も子供を抱えている方にとっては便利です。患者のプライバシーの確保という意味でも有効ではないかと思いますがいかがでしょうか。

○大石座長 ただいまの御意見について、原さん、お願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 特に1点目のところなのですが、正に私どもでも書かせていただいた内容にも重なるところで、このタイミングで、おっしゃるような形でいろいろな例が積み重なってくるので、それをあらかじめどういう道筋で診療報酬だったら診療報酬につなげていくかというのを示しておくことは重要だと考えます。

具体的には、実際、ある種の臨床研究の形になるのだとすると、どういう例数でどういうエンドポイントを見にいったら、それを学会であれば学会、どういう主体でそのデータをバリデートするような形で、データとして中医協だったら中医協に出していくと。そういう形でどのようにデータを取っていくのか、プロセスするのかなどをあらかじめ決めていくことが重要ではないかと考えます。

先だつての中医協の議論でも、頭痛の議論があつたときに、幾つか学会からのエビデンスが出されていたのですが、そのときに、この学会は日本医学会に属しているのかいないのかというような議論になったり、あるいは、患者が希望しているという調査はどこにあるのかとか、ちょっと異なった議論が出てきてしまったりして、本来的にはエビデンスに基づいてこれを考えていこうということであれば、あらかじめこういうエビデンスでやるのだったら、こういうものをクリアするのだったら入れていく、入れていかないと、そう

いう指針が定められているとよいのかなと考えております。

○大石座長 武藤先生、お願いします。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） ありがとうございます。

私自身もやはり患者さんの目線に立って考えると非常に有用なケースというのは多々あるだろうと思います。今回の新型コロナにおいてもそういった事例が蓄積していく中で、また規制緩和が進んでいけばよいなと思っています。

1点、新しい診療と位置づけるべきという御意見を頂いた中で、改めて私の資料の10ページを見ていただきますと、このオンライン診療の基本理念の三原則が、指針が最初に出たときに提示されています。患者の日常生活の情報を得ることにより医療の質のさらなる向上に結びつけていくこと。それからアクセシビリティをよくする。それから、患者さんが治療に能動的に参画し、治療の効果を最大化する。この三原則があったことを鑑みましても、今ある議論はこの2番目のアクセスをどうするかというような話を中心でありますし、ひいては質の向上を目指していくようなものではまだまだ十分ではない現状です。今、対面診療と比べてどうなのかといった議論になっていますが、先ほどの疾患の管理なども含めて、本来はもっとオンラインで患者さんの情報を取ることが、より今まで対面でできなかったことに価値をつけていくことが十分できると思います。しかしまだまだその議論に残念ながらなっていません。

学会でどのようなエビデンスを出せばいいかということも含めてでありますけれども、もっと本来あるべき理念に向かって規制も緩和していただきたい、

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。お願いします。

○大橋委員 御説明ありがとうございます。

今の三原則のところなのですけれども、例えば、このオンラインというのは、もし記録を残せるのであれば、後で患者とお医者さんとの間の、通常では密室の中だと思いますけれども、後で振り返れるという意味で言うと、そこも患者さんのメリットになりはしないのかなと思うのですけれども、そういうところはあまり売りというかベネフィットにならないのかなというのは1つ思っていたところです。

2点目は、今回ちょっと違うかもしれませんが、MICINさんはオンライン勧奨、受診勧奨に取り組みされたと思うのですけれども、あれはここで生かされる場所はないのかなというのを一つ思っていたのですけれども、御経験を含めて教えていただければと思います。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長）

患者さんが振り返ることの重要性というのは本当におっしゃるとおりでありまして、我々もそういったこともしています。やはり患者さんが日常的に自分の情報を入れること自体が、健康に対する自己管理のインセンティブになるのは間違いございません。それからおっしゃるように、なかなか医療のピア・レビューというのが行われな残念ながら実際の臨床の現場でありますので、本当にこのような状況のときに適正な医療がなされ

たのか分かる仕組みはあった方がよいと考えます。本来のあるべきスタンダード化が進むということも含めて十分に価値が出る余地はあるだろうと現実的に思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

では、原さん、お願いします。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 2点目に関してですが、私どもは昨シーズン、内閣府のサンドボックス制度でインフルエンザのオンライン受診勧奨の取組をやっております。何をしたかという、事前にインフルエンザの検査キットの患者さんの御自宅に置いておいて、インフルエンザの疑いの方がいらっしゃったら、その検査を御自身で検査をしていただいて、オンラインで医者をつないでインフルエンザかどうかを判断する。これは診療ではなく受診勧奨なのですけれども、そういう取組をやっておりました。

その取組自体は正に今御指摘いただいたとおり、こういった新興・再興感染症のアウトブレイクがあるようなタイミングでオンライン診療をインフラとして活用していくことを考えての取組であったのですが、我々としてもこういった取組を今回正に生かしていければと考えております。ただ、まだ今回のケースの場合難しさがあるとすると、その検査の部分で、インフルエンザの場合等と比べても十分な感度、特異度で検査ができるかどうかというところ。あと、患者御自身が検査を自分でできるかというところ、そういったところがまだハードルとしてはあるのかなと。

あとは治療薬の部分で、実際に感染が分かったとして、すぐそこで確立された治療薬を提供するなど何らかの対応方法が変わるのかどうか。こういったところがもう少し整備されてくるとともに、初回からオンラインで受診勧奨したり診療したりと、そういう活用の広がりももう少し見えてくるのではないかなと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

では、武藤先生、どうぞ。

○武藤専門委員 先ほどの話に戻って対象疾患の拡大の話なのですけれども、原さんの資料の9ページ目で、諸外国では皮膚科疾患、精神科疾患が非常にオンライン診療で活用されているのですけれども、我が国では何で活用されないかという、この障害になっているは何ですか。学会が反対するとかそういうイメージなのですか。それをまずお尋ねしたいと思います。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 私もなぜなのかというのを十分理解し切れていない部分もあると思いますが、1つはおっしゃるように、学会側としてこういった疾患を含めようという動きがなかなか見えにくいようなところもあろうかと思っております。あと、これは診療報酬上の課題にも重なりますが、精神科疾患、皮膚科疾患だとやはり管理料で、例えば通院精神療法であるとか、皮膚科の管理料であるとか、そこが一定高い点数で取れる点数がついておりますので、皮膚科、精神科の先生方からすると、対面でその点数を取って

る方が少なくとも経営的なメリットは大きいと。そういうような課題はあるのかなと考えております。

○武藤専門委員 もう一点、武藤先生にお聞きしたいのは、先ほどオンライン診療とオンライン服薬指導を切り離すということが非常に有効だと思うのですが、やはりこれに反対するのはどういう立場の人が反対をするのですか。そもそも一緒にしたというのはどういう経緯なのでしたか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） 1つはオンライン診療そのものを促進するという意味合いもあったのかとは思いますが、私は背景をよく存じ上げません。

○武藤専門委員 オンライン服薬指導などを国家戦略特区で実施したときも本当に1桁とかそういう状況ですよ。ですからこれを幾ら診療報酬でやったとしても、そんなにこれは増えないのではないかなと思うのですが、やはり切離しが一番いいのではないかなと思うのですが、その辺りの何か方策はありますか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） ありがとうございます。

我々も福岡や愛知でオンライン服薬指導の実証に参加しましたが、本当に実例を集めることが難しく、オンライン診療をやっていて服薬指導をやってもいいと思う医者や薬剤師と患者さんがいる僻地というところほとんどいないという現状でありました。ですので、オンライン診療縛りにしてしまうと、そもそもオンライン診療が広まっていないのに、享受できる人が少ないというのはそのとおりであります。ただ、無秩序にやるというのも問題はあるかもしれませんので、現実的な運用というのがあろうと思っておりますけれども、1つは切り離した方がよいのではないかと私は思っております。

○武藤専門委員 まさしく私もそう思いますけれどもね。

○大石座長 大塚副大臣、お願いします。

○大塚副大臣 何となく聞いていて議論がタコつぼ化しているような、細かいところに落ち込んでしまっているような気がしてならないわけなのですが、基本的に先ほども出ていましたように、オンライン診療と対面診療を比較するためのエビデンスといってもベンチマークがないわけなので、基準がないときに何のエビデンスを取っても何も検証できないということにはなから明らかだと思います。基本的にコミュニケーションの方法ですよ。オンラインにするかどうか、電話も含めですけれどもね。

コミュニケーションの方法によって医療の質がどうかということの以前に、普通にお医者さんにかかっても納得のいかない診断がなされるという経験をしたことがある人は多いと思いますし、基本は医療の質、医師の質をどのように担保するかという問題だと思います。倫理面まで含めてしっかりしたお医者さんであれば、どのようなコミュニケーションの方法を取ったとしても、それは医師の裁量に任せて必ず大丈夫であるはずなわけです。これは絶対触診しなくては駄目だとそのお医者さんが思えば、1回どこかで来てもらえませんかという話になるに決まっているわけでありまして、これはコミュニケーションの方法によってこれを担保しようと思っても、基本の医師の質が一律で完全担保されているわ

けではない中で不可能であるということで、比較の土俵としてもおかしいし、そもそも比較対象のデータがない中で比較もできないということだと思います。だから、そこで幾らこの議論をいじくり回しても全然前に進まない。前に進めたくない人たちの論法に乗っているのではないかとすら思うてしまうわけであります。

点数の問題も、これは基本的にちゃんとしたお医者さんだということであれば、医師がサービスを同じ時間を使って同じ患者さんに対して提供しているのでコミュニケーションの方法によって算定が違うということがあってはいけない、ある必要がない、理由ないと思うわけです。それは基本的に医師のサービスを提供したことに対する対価ということで、一律でなければいけないということだろうと思います。

それと、現下のコロナの状況ですけれども、今、政府としても集まるリスクがあり、できるだけ集まらないでくれと言っているわけです。そうした状況も受けて、一般の患者さんでもできるだけ病院に行きたくない、クリニックに行きたくないと強く思っている状況にあるわけです。最近聞いた話だと、日頃は人気で、開院前から1時間並んでもなかなか順番が回ってこないという病院にふらっと行っただけなのに30分で会計まで終わったというような話もあるわけです。ちなみにそれは皮膚科だそうで、あまりコロナと関係ないというところでもそういう状況になっている中で、今このオンライン診療を活用しなくてどうすると思うわけです。

そのときに、これは質問なのですけれども、報道などでシステムを提供している業者さんがこの期に無償で提供するというようなケースも報じられていますけれども、そこについて御見解があったらお伺いしたいと思うのが1点と、しっかり組まれたシステムがやはりあるべきだろうと通常は思うわけですが、こういうときの対応として、何もそのためにしっかり組まれたシステムがなければオンライン診療ができないものでもないという気もしています。なぜならみんなスマホを持っていてテレビ電話が使えるという状況で、データは当然クリニックでパソコンで管理をしているわけであり、最後、会計はどうするのかというのは常に気になっているわけですから、それぐらいのものであって、何のシステムを導入しなくてもテレビ電話でパッとやろうと思えばできると。

通常の経営をしっかりやっていくというベースであればしっかりしたものを入れた方がいいかもしれないということは留保しておきますけれども、こういうときであればテレビ電話でもいいのではないかと思います、その点についても見解をお伺いできればなと思っております。

それから、先ほど医師の裁量でと言ったこととも絡んでいますけれども、初診についても検討が必要です。例えば花粉症のようなケースであれば、前回受診してから10か月とか開くわけですけれども、しかし毎年かかっている人にとって花粉症だということは自明でありまして、お医者さんが話を聞けばこれは花粉症だとすぐにでも診断できる。去年は何を飲んでいましたかと。では同じのを出しておきましょうねと。これで済む話であります。それ以上のやり取りがほぼなされるとは思えないものについて初診が駄目な理由もさっぱ

り分からないと思いますけれども、その辺も御見解がお伺いできればと思っております。

最後に、オンライン服薬指導については、これもテレビ電話で対応できると思いますし、場合によって代引きの宅配便でも対応できるのではないかとってはいるわけですが、結局これが進まないのは明らかに町の薬局の経営が立ち行かなくなることを皆さん心配しているからにはほかならないわけであって、町の個人経営の薬局がしっかり立ち行くような仕組みを提案していければ、むしろそういうところがかかりつけ薬局として確固とした経営基盤をつくっていくことができるようなスキームを提案していけばいいのではないかなと思いますけれども、その点についても御意見があればお伺いしたいです。

○大石座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） ありがとうございます。

無償で提供することはどう思うか、これは難しいと思うのです。各企業のスタンスを反映していますからそれぞれなのだろうと思っています。

それから、テレビ電話でもよいのではないかというのはおっしゃるとおりでありまして、本当に緊急の事態はそれもあるのかなと思います。ただ、セキュリティの問題とか、あとは実際に患者さんがどんだんかけてくるとなると医療機関側がまたパンクしたりもしますので、ある程度オペレーション機能とコミュニケーション機能というものがつなっている必要があります。コミュニケーションだけ考えますともう何でもいいやということにはなるのですが、実際のオペレーションまで考えると、結構これは簡単ではありません。

初診に関しては、私も先生のおっしゃるとおりだと思っていて、初診でも十分に対応できるものもありますし、花粉症のように去年と同じ症状だったものを今年診てもらう場合は初診からであってもいいのかなと思います。ただ、野放図に解禁すると、これも診てくださいあれも診てくださいということにもなりかねないので、一般の医師としてはあまり好まないと思います。何でも初診もオーケーというのは臨床上の危険性が伴う可能性があります。

最後に、オンライン服薬指導に関しては、確かに実際に全てオンラインでやられてしまうと、町の門前薬局とかがあまり意味をなさない可能性というのはあるとは思いますが。ただ一方で、かかりつけ薬局という概念があるように、薬に関してもそれはオンラインであれ対面であれ、きちんと薬剤師さんを信用して、そこで服薬指導も含めて、一元管理をできるという価値を、先生がおっしゃるように薬局が出せるのであればそこはきちんと残っていくと思います。対物から対人サービスと言われるように、薬局も自分たちの役割をきちんと考え直すよい機会なのではないかと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

原さん、いかがでしょうか。

○株式会社MICIN（原代表取締役） 私も武藤先生とおおむね同様の意見なのですが、費用

に関しては、そこは各事業者さんの考えに基づく形で運用されるのでよろしいのかなと思って、例えば我々はそもそもコロナに限らず無償で、サービスのシステムを提供しておりますし、それは各社の考えがあるのかなと。

あと、汎用システムに関しては、武藤先生が言ったのに加えるとすると、やはり、今、運用の中で診療報酬であったりガイドラインであったり、準拠しなければいけないものが幾つかある中で、我々事業者が果たしている役割は実はそういったものにどう対応しているのかというところを、医療機関をサポートする部分で役に立っている部分も多分にはあるかと思えます。そういった観点で正にこういうオンライン診療みたいなものを広げていくところのサポートをするところ、そういった意味でのオンライン診療のシステムを提供するプレイヤーの価値というのは一定あるのかなと考えております。

初診に関しても、先ほど私の御説明でもさせていただきましたが、一定認めていく余地のある疾患は多分に存在しているかなと思えます。

あと、服薬指導に関しても、先ほどの汎用システムの話にも重なりますが、これも大きな調剤チェーンであれば、こういう仕組みを例えば独自で開発したり、独自でいろいろなガイドラインに準拠するものつくっていきたりすると思うのですが、一方で、個人経営の薬局などが実際それをやろうとすると、そこのハードルが一定あって、そういうところを例えばオンライン服薬指導のシステムを提供する事業者がサポートをして、きちんと経営としても成り立たせていくと、そういった役割がそこには存在し得るのかなと捉えております。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。

どうぞ。

○佐藤座長代理 では、手短に。

タコつぼに入らないように風呂敷を広げて言うと、多分日本の医療の大問題の2点、つまりフリーアクセスの問題と出来高払による診療報酬がこの問題に大きく絡んでいるのかなと思うのは、例えばオンライン診療でコンビニ受診が増えるのではないのと、これはフリーアクセスがあるからですよね。むしろこれかかりつけ医をちゃんと通すようにしていけばある程度コントロールが利くと思えます。つまり、いきなり専門医のところに行かないでちゃんとかかりつけ医でオンライン診療をやって、必要であれば専門医につなげる。それはオンラインであれ対面であれというやり方も1つあると思うのです。

2つ目は、出来高払なので、結局そこでどちらでやるかで、やり方によって報酬は変わってくるけれども、ある意味包括払いにするのと、もう一つはP4Pではないけれども成果払いにすれば対面だろうとオンラインだろうと治ればいいわけで、あるいは悪くならなくてはいいいわけですから、そこはある種成果払いに転換していけばいい話ということになる。

もちろん医者の方の技術料、その人はどういう人かと。それに応じて払うという点は本来診

療報酬の中にはないですけれども、医者技術料をちゃんと反映させるというやり方だっ  
て本来あるので、ある意味オンライン医療の普及を阻害する要因というのは、やはり日本  
のこういう2つの大きな制度の弊害をよく反映しているのかなと思います。ちょっと感想  
めいていますが。

○大石座長 ありがとうございます。

よろしいですか。

今のに対して何かありますか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） おっしゃるとおりだと思いますけれども、日本の  
医療のすばらしいものをつくり上げてきた面でも同時に、今後新しい時代に合わせ  
て変わっていくためにも、もう一回見直すということはあってもよいのかもしれない。

○大石座長 どうぞ。

○大塚副大臣 先ほどセキュリティーとオペレーションのことがあったのですけれども、  
例えばオペレーションについては予約を取れば問題はないですよ。お医者さん側から電  
話をすればますます問題ないですねと思うわけなのですがどうなのでしょうということと、  
セキュリティーについては、クリニックでお医者さん側が電話しているとすれば、それは  
あまり問題がないような気はするのですが、電話を盗聴されるリスクということなのかど  
うなのか、その辺をもう一回教えていただければと。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長）

オペレーションはそのとおりだと思います。医師がかけるという意味であれば問題ない  
かと思います。ただ、結構面倒な場合もあるので、そこを医師が全くいとわずにやれば問  
題ないのかもしれない。

あと、先生がおっしゃられたように支払とか予約とか、そういったところまでつなが  
ったオペレーションの中で汎用ソフトが使われるのであればよいのかもしれない。

あと、セキュリティーに関しては、汎用ソフトというのは誰が情報を見ているか分か  
らないというのは事実です。医療の非常に機微な情報をどう守るかは大変重要です。

○大塚副大臣 テレビ電話のセキュリティーリスクは感じますか。

○医療法人社団鉄祐会（武藤理事長） 汎用ソフトですと、大塚先生はこういう病気を  
持っているという情報が盗まれるという可能性もゼロではないという話だと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

最後に私の方からも少しお話ししたいのですけれども、多分、今回のオンライン診療に  
すごく制限をかけているものは、診療報酬的などころから来ているものと、そもそもガイ  
ドラインから来ているところがあるかと思うのです。ガイドラインは何に依拠しているか  
というと、医師法の中にある、医師は自ら診察しないで治療や診断書とか処方箋を出して  
はいけないという医師法の20条と、医療法の中にある医療の提供場所は診療所とか老人施  
設だけですよというのと、あとは今話題に出ている一連の個人情報保護に関する法律という  
この3本だと思うのです。

どこまでさかのぼってこれはおかしいというかという問題はあるのですが、そもそも医師法は、対面で目の前に患者が座っていないと、これをもって診察と呼ばないとは言っていないわけではないですか。これはその時代にできたので自動的にそういうことになっているかもしれないですけど、オンラインであろうと何だろうと医師は自ら診察をしているわけで、かつ、その中で治療とか処方を決めているということだと、今日出たホワイトリストにするかブラックリストにするかという話になってくるかと思うのですけれども、もっと広くやってもいいのだろうなと思います。

その中で医療提供場所も、お医者さんが別にそこら辺でうろろしているわけではなくて、やはりお医者さんはカルテとかも保存しなくてはいけないので、道端でオンライン診療をしていいというのは絶対ないわけで、診療所にちゃんと先生がいれば、患者さんが別に診療所にいなくてもいいのではないかなと本当だったら解釈できるのではないかなと思うのです。

個人情報保護に関しても、今まさしくお話に出た、例えば電話だって盗聴されるかもしれないなくて、当然オペレーションを考えたりセキュリティーをすごく気にされる先生はそういうシステムを選べばいいけれども、そうではなかったとすると、電話も含めてもっと緩い方法というのを選ぶという選択肢を入れることによって、結果として事業者の方もすごく開発コストがかかると思うのです。そこら辺が軽減できて、かつお医者さん側もいろいろなチョイスができるという原則のところに戻って、本来あるべき姿というのを見てみてもいいのかなと思いました。それが一つ感想です。

2つ目は対象の行為なのですけれども、診療だけではなくていわゆる受診勧奨。例えば今回だったら、コロナではないと言われて相談センターには相手にされないのだけれども、熱は続くし私はどうすればいいのでしょうかと、これは受診勧奨になりますよね。今、それで自分で勝手に思っただけのこと医療機関に行くとうまく迷惑がかかるし、怒られると。例えばこういうものをもっと解禁してもいい。だから診療だけではなくてなぜ受診勧奨が対象になっているのかということであったり、あとは今日の御議論の中でもおっしゃってくださいましたけれども、自由診療が何でそうなっているのか。

あと、実はよく見てみると海外の患者さんを診るのも初診対面の原則になるのですね。それだと、例えば日本の医療を海外に広めるといったときに、一発目から来てくださいというと、やはりなかなか広がらない。そういう問題があると思うので、その範囲ももっと自由に考えてもいいのではないかなと個人的には思いました。

あと、今回、新型コロナの話で2月28日に事務連絡が出ていますけれども、私が見たところ、これはオンライン診療の拡大ではなくて電話再診料の適用だと思うのです。なので、そういう話で言うと、今のコロナの話の中では電話でもいいしファクスでもいいし何でもいいということになっていて、緊急措置として非常に広がっている。それは今のコロナの中ではいい話だし、その中で計画的な疾患の治療だけではなくて花粉症みたいなのも別にやってもいいですよということになってはいるので、これはいいことなのです。

れども、反対に言うと、このコロナが収まったときに、これをオンライン診療として解釈してオンライン診療を使われる先生もいらっしゃるし、電話再診料の中でやられるという電話でやる方もいらっしゃるの、結果としてオンライン診療がどの程度寄与したかということが非常にデータが取りにくくなっているのではないかなと思うのです。

ですから、皆さんの御意見で出た、どうやってエビデンスを蓄積するのかというところなのですけれども、やはりどういうエビデンスで蓄積されたらよりオンライン診療が広がるかということが明確に定義されていて、いろいろな行為はそれにひもづいてちゃんと情報が取れるようにしていかないと国としてはいけないのではないかなと思いました。

感想も含めてなのですが以上です。

すみません。大分お時間をオーバーしてしまいましたが、ありがとうございました。

では、これで議題1は以上としたいと思います。皆さん御多忙中、本当にありがとうございました。またよろしく申し上げます。

(説明者退室)

○大石座長 続きまして、ホットライン案件の方に行きたいのですが、その前に先ほどからずっと話題に出ています2月28日の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対しての電話や情報通信機器を用いた診療処方箋の取扱いについてという厚生労働省からの事務連絡ですが、これに関しては、やはり今のコロナの状況の中で非常に重要なことだと思いますので、この推進会議の中でもこれの事務連絡を医療機関だとか患者様、利用者様にどうやって周知・浸透させるのか、それによって新型コロナウイルスの感染の拡大を防止するのかということを考えていく必要があると思っています。

現実問題、ここから先は私の個人的な話なのですが、これがどの程度医療機関に知られているかということをござっと聞いてみたところ、これが出ているということは、ちょうど診療報酬改定で皆さん非常に耳が立っている時期でもあるので、ほぼほぼ全ての医療機関はこれを知っているという状況であると思います。

通信機器に関しては、先ほど申し上げたとおり、別にテレビ電話でもいいしLINEでもいいし電話でもいいということになっていて、算定方法も電話再診料にのっるということになっているのでここも大丈夫なのですが、多分、普及していないとすると幾つかあって、1つは、本来外来に来てもらうのより実際半分ぐらいの収入になってしまうのです。いろいろな加算が取れないという問題。

2つ目は、やはりオペレーション的にどうやってはめるのかが分からないということと、あとは正直言って、そういう電話がかかってきたときに事務さんがお医者さんにとりつくのは、先ほど武藤先生の話にもあったのですが、通常の流れが阻害されるのでちょっと嫌がるというこら辺がありますけれども、でも、少なくとも周知徹底はされていて、かつ、先ほどの皮膚科のお話もありましたけれども、今、医療機関は非常に患者さんが来なくて困っていらっしゃるの、もうちょっと経済的なインセンティブなどがきちんと普通につけば十分徹底されるのではないかということ。

あとは対象のものが、先ほど申し上げた計画的なものであったり、花粉症もある種、初診という扱いでありますけれども去年からの続きなので、これはもうオーケーになっているのですけれども、本当に気になる急性期の軽症の風邪とか、あとは先ほど申し上げた相談センターは相手にしてくれていないけれども、熱がずっと続いていて私はすごく不安なのですけれどもどうすればいいですかとかという、こういうものをどうするかということが1つの大きな課題ではないかと思っていて、特にこの受診勧奨に関しては一切お金もつかないですし軽微な風邪とかは診てはいけないということになっているので、そこは一つの課題かなと個人的にも思います。

ほかの御意見等もございましたらお願いします。

どうぞ。

○高橋議長代理 先ほどからこのことに関してデータを取るとかという話で、これは現在進行形なわけですがけれども、どなたもどのようにデータを取るということは一切言っていないわけですよね。これは後から検証できないですよね。できるのでしょうか。

○大石座長 レセプトを見ると電話再診料で何々の病気を診たというのは取れると思うので、そこは取れるのですけれども、その結果どうだったかとか、それはいわゆるオンライン診療ではないので、オンライン診療であったとするとどうだったかとかというのは取れないです。

○高橋議長代理 それはとてもではないですけれども、厚労省はそんなことを指示したりアレンジする余裕は全くないのですよね。誰がやるのですか。

○大石座長 誰もやらないのではないですかね。

○大塚副大臣 そもそも何のデータを取れといたら何が確認ができるかという設計ができるのか。

○高橋議長代理 もったいないですね。

○大塚副大臣 そもそも問題として、何を検証しようとするのか問題設定ができるのだろうかという気がします。先ほどの比較対象がないときに何をもって何を検証するか、これは誰にも分からないのではないかという気がするのだけでもね。

○大石座長 誰にも分からないし、今この状態の中で誰も考える担当もないし考えられないし。こういう状況の中でどれだけ電話再診料が普及したかは当然取れて、先ほど副大臣がおっしゃったみたいに、本当にがちがちのシステムで縛って、縛ることによってコストが上がって、医療機関も嫌がり薬局も嫌がり、かつ事業者も大変なってというのではないような形を考えるとという意味では、こういう緊急事態ではあるのだけれども結構ニーズがあったね、使えたねというのは言えるかもしれないですね。

○大塚副大臣 先ほどは業者がいたので言いづらかったけれども、今、無料で提供しようという人たちは当然これでロックインしようとしているわけなので、どこかで有料期間に入ったときに使ってもらおうということやっているわけだけれども、実際にこれはそういうシステムを入れなくてもできますよねということが、先ほど言いたかった主眼ではあっ

て、逆に医療機関にこういうやり方でできますよというのを提示してあげれば、コストもかからず追加投資せず、今までとおりの手持ちのデバイスでできますよと。オペレーションをこのように管理したらいいのではないですかということが分かればやる人が増えるのではないのかなと、このように思っているのです。

○大石座長 医療機関を運営する側としては、それは十分あり得ると思います。

○彦谷次長 今日、厚労省から当初は来ていただくことを予定しておりましたが、先方もいろいろと忙しいものですからという話になりましたので、また後日、日程的には調整させていただきたいと思います。

それから、最後にいろいろと御議論いただいたところについては、周知徹底だけではなくて具体的にどういうことができるかもう少し示した方がよろしいのではないかとといったような点も含めて、厚労省に事務方から伝えさせていただきたいと思います。

○武藤専門委員 通知の前後で、電話再診の量の変化とか、例えば疾患名は分かるし電話再診料も分かるし、それから医療機関名も分かるので、それはできると思うのです。

先ほどもちょっと言いましたが、電話再診は「電話再診等」になっているので、だからそちらを拡充した方が、より縛りのない「電話再診等」を拡充した方が突破口になるのではないかと考えていて、それでいろいろなデバイスの話も、単なる電話ではなくて、それこそいろいろな静止画像とかチャットだとかテレビ電話でもいいのだけれども、多分「電話再診等」はそれでもいいのです。だから、それを進めた方がいい。まさに時期は今です。新型コロナをやるときにはそれを進めた方が、今後その技術を汎用化する法がいいのではないかと思います。

○大石座長 企業で普通に使っているZOOMとかLINE for Businessとか、それなりにセキュリティが利いているものは多分あって、プラス、誰が責任を取るのかという話の中で、クリニックは基本的にちゃんと対応しますという責任感の中で動かすことは可能だと思います。

ただ、私が1つ分からないのが、診療形態が違うからあれなのではけれども、うちなどは電話再診は、腹痛が治まりました、お電話ありがとう、オーケーみたいな、すごく軽微なものの事務連絡のときに手間代として入っているではないですか、だから73点しか取れないというものと理解していて、あれは定義上診察なのですか。診察なのでしょうけれども、何かそのずれ感はあるのかなと。ただ、おっしゃるとおり、これは拡大した方が多分本当の意味での遠隔診療は広がり得る。法整備は難しいですけれどもね。

○武藤専門委員 そうなのです。一般的に電話再診というのは大体フォローアップに使っているのです。それは医者の方もそうですし、薬剤師さんの方も、例えば薬を変えたときに、その後どうですかというフォローアップに使っているのです。電話再診を例えば電話再診料1と2にして、1の方はより濃密な、今回のようなよりコミュニケーションとしてレベル高いものを設定するとか、より上位の電話等再診を設定してはどうかと思うのだけれどいかがでしょうか。

○大石座長 ありがとうございます。

議題2「規制改革ホットライン処理方針」について、事務局から御説明をお願いします。

○長瀬参事官 資料2でございます。これは定期的に受け付けています規制改革の提案といたしまして2件、事務局としてこれからワーキングでどう取り上げ得るのかという点の精査をしたいと思っています。

いずれも要望者も一緒なのですが、医薬品の登録販売者の要件についてでございます。現状月当たり80時間、過去2年間の実務経験がなくてはいけないというものなのですが、1つは80時間という時間をもうちょっと短縮してくれと。これは介護とかいろいろな家庭の事情を抱える人を考えればということでございます。あるいは、そもそも2年間という期間を短縮する、こういった2つのやり方でもうちょっとハードルを下げたいというような内容でございます。先ほど申し上げたとおり、内容の制度的な背景なり中身をまずは精査確認をしたいと思っています。

○大石座長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの御説明と資料2について何かございますでしょうか。

よろしいですか。

それでは「規制改革ホットライン処理方針」については資料2のとおりに決定いたします。

本日の議事は以上になりますけれども、事務局から何かございますか。

○長瀬参事官 以後の日程でございますが、追って事務局から御案内をさせていただきます。

以上です。

○大石座長 それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。

本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。またよろしくお願いたします。