

第8回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年12月19日（火）15:00～17:09

2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、森下竜一（座長代理）、大田弘子（議長）、
江田麻季子、原英史

（専門委員）川淵孝一

（事務局）田和規制改革推進室長、窪田規制改革推進室次長、中沢参事官

（説明者）日本医療ベンチャー協会 加藤理事

（厚生労働省）医政局 研究開発振興課 森田医療情報企画調整官

医薬・生活衛生局 総務課 紀平薬事企画官

保険局 医療課 古元企画官

笹子政策企画官

4. 議題：

（開会）

1. 遠隔診療の診療報酬上の評価の拡充について
2. 電子処方箋の普及に向けた課題と今後の方向性について
3. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて

（質問状の提出）

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、定刻になりました。ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」第8回を開催いたします。

皆様には、御多忙の中、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

本日は、野坂委員、土屋専門委員、戸田専門委員、森田専門委員が御欠席となっております。森下委員におかれましては、後ほど御出席をされます。

それから、本日は、投資等ワーキング・グループ座長の原委員にも遅れて御出席いただけることになっております。また、大田議長にも御出席いただいております。よろしくお願いたします。

さて、本日の議題でございますけれども、お手元の次第でございますとおり3件でございます。1件目は「遠隔診療の診療報酬上の評価の拡充について」、2件目は「電子処方箋の普及に向けた課題と今後の方向性について」、3件目は「社会保険診療報酬支払基金

に関する見直しについて」となっております。

それでは、ここからの進行は、林座長よろしくお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

早速、議事に移りたいと思います。

最初の議題は「遠隔診療の診療報酬上の評価の拡充について」です。本日は、特に診療報酬上の評価に関するテーマに焦点を当てて進めてまいりますが、この点につきましては、当ワーキング・グループで要望者を交えて議論してきました。

新たな要望に関する議論と、前期の投資等ワーキング・グループにおいて議論して閣議決定されたテーマのフォローアップの両方を同時に行いたいと思います。

まず、事務局から、過去の議論について、本件の論点整理として資料1-1に沿って説明をお願いします。

○中沢参事官 それでは、資料1-1に沿いまして御説明をさせていただきます。

当ワーキング・グループにおきましては、Society5.0に向けた医療の実現に向けて、10月以降、様々な方面の方々からのヒアリングを通じまして得られましたいろいろな要望がございますけれども、本日は、先ほど座長からもお話がありましたとおり、特にいわゆる遠隔診療に係る診療報酬上の評価についてということで、これまでの要望を取りまとめまして、論点整理を行いまして、これから厚生労働省と議論をさせていただきたいということでございます。

資料1-1は、読み上げさせていただきます。

IoTやAIを始めとする革新的技術・データの活用は、治療及び予防の精度・効率を高めることで医療従事者の負担軽減や医療費の抑制に資するとともに、患者が自宅や職場等において、受診から処方せん医薬品の受領まで一気通貫で完結できる社会を実現することにより、通院困難な患者の利便性・満足度の向上や健康長寿に繋がるものと期待される。

こうした観点を踏まえ、本年6月に閣議決定した規制改革実施計画の「遠隔診療の診療報酬上の評価の拡充」の具体的な対応として、以下の事項について平成30年度診療報酬改定において対応すべきではないか。

1. 禁煙外来や高血圧など、疾患や受診目的が予め特定されており、初診が対面でなくても差し支えないと医師が判断できるものは、遠隔診療による初診を診療報酬上で評価すべきではないか。
2. 診療報酬上の評価においては、単に対面診療と遠隔診療の情報量を比較するだけでなく、通院困難な患者の利便性等向上により重症化を防止する等の、遠隔診療の有用性を、より適切に評価すべきではないか。また、情報通信機器を用いた診療と従来の電話等による再診は、目的や機能が異なるにも関わらず、診療報酬上区別されていない。遠隔診療の実態を反映できるように診療報酬上の項目設定などを見直すべきではないか。

3. より効果的・効率的な医療の提供を可能とする観点からも、糖尿病、高血圧症、悪性新生物、脳血管疾患等の慢性疾患患者において、対面とオンラインを組み合わせた効果的な指導・管理や血圧・血糖等の遠隔モニタリングなどについて、管理料の算定が可能になるよう、診療報酬上の評価を見直すべきではないか。
4. 一般病床が200床以上の医療機関においても、難病の患者に対する遠隔診療を診療報酬上で評価すべきではないか。
5. 遠隔診療の一つの類型として、ICTを活用した24時間モニタリングの普及が予想される中、出来高払い方式の報酬評価だけでなく、全体的な指導管理に基づく包括払い方式の報酬評価も検討すべきではないか。

以上でございます。

2ページ目に参考といたしまして、先ほども座長より御説明がありました本年6月の閣議決定の事項につきましても記載しておりますが、この内容につきましては、今、申し上げます論点整理の中に包含されておりますので、説明は省略させていただきます。

事務局からは以上です。

○林座長 ありがとうございます。

本日は後ほど、閣議決定された「IT時代の遠隔診療」を取りまとめされた原座長にも参加していただくことになっております。

それから、本日は本年10月10日に開催した第4回の当ワーキング・グループにおいて、遠隔診療に係る診療報酬上の評価拡充などについて要望されました日本医療ベンチャー協会の加藤浩晃理事にも、再度お越しいただいております。

加藤理事からは、先日御説明いただいた要望事項の中で、特に診療報酬に関する部分について、再度、簡単に御発表いただき、その上で厚生労働省からの御説明を受けたいと思います。

それでは加藤先生、前回の資料と全く同じなのですが、資料1-2に沿って説明をよろしく願いいたします。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） ただいま御紹介にあずかりました日本医療ベンチャー協会理事の加藤浩晃でございます。

前回、第4回の医療・介護ワーキング・グループで御発表させていただいた内容に沿って、再度、簡単にお話をさせていただきます。

診療報酬に関しましては、14ページの「②診療報酬改定（1）希少疾患」から説明をさせていただきます。希少疾患に関しましては、「現在直面している課題・具体例」とさせていただくものですが、一般病床が200床以上の医療機関においては遠隔診療を行っても保険診療で算定することができないという問題があります。こちらは具体例として書かせていただいております。

これはなぜかといいますと、15ページになりますが、「その課題において関係している規制・制度」といいますと、今、A001再診料の「（7）電話等による再診」では、テレビ

画像によるものとして、遠隔診療が保険診療において再診で算定できるとなっております。これに対し、一般病床が200床以上ある保険医療機関において再診を行った場合は、A002外来診療料で再診においてテレビ画像等による場合の算定がないという保険診療上の診療報酬点数となっております。

これは希少疾患に限ったことではないのですが、200床以上一般病床があるような医療機関が遠隔診療を行おうとしますと、診療報酬上の縛りによって遠隔診療が行えないという現状があります。

16ページになりますが、こちらを「見直し例」とさせていただくということで、10月に下させていただいた資料になりますが、A002外来診療料でもテレビ画像による再診の場合は算定を可能にするという方法、もしくは新しく「遠隔診療再診料」という保険診療の点数を整備していただくようなことができないかをお願いした次第であります。

二つ目の新しく保険診療を整備するという観点においては、昨今のナショナルデータベースなどで、診療報酬として、遠隔診療が現在日本で何件行われているかを調べようとしても、今は電話等再診で再診料に含まれてしまっております。このため、今、日本で保険診療において遠隔診療が何回行われているか、どれぐらいの年齢の方に対して、あとどの地方でというところも細かく算定できないという現状であります。そのために、新しく遠隔診療に関する点数を算定する項目を整備していただけないかというところから出させていただいた課題となっております。

17ページに、二つ目として「②診療報酬改定（2）慢性疾患」と書かせていただいておりますが、「現在直面している課題・具体例」とさせていただきますと、今、遠隔診療が広がっていくボトルネックとしまして、現場では、対面診療に比べて診療報酬が低いというところが一つボトルネックとなっております。遠隔診療を行うと、医療機関として収益が下がってしまうため、患者さんに導入しにくい、導入の障壁となって活用が進んでいないという事例があります。

例えば、特定疾患療養管理料は、診療所の場合225点が取られていますが、現在これが取れないという現状があります。

次は参考として、現時点では、大きくは再診料と処方箋料という骨格しか取れないという課題になっています。

最後、19ページになりますが、平成28年度の診療報酬点数におきまして、特定疾患療養管理料（10）で再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できないというところから今、管理料が算定できない形になっております。「見直し例」として、遠隔診療においても管理料を算定できるような形にさせていただいて、診療報酬のデメリットがあるというところから遠隔診療の推進が妨げられる事態を何とか改善していただけないかと思っております。

以上になります。

○林座長 ありがとうございます。

ただいま、ドクターですけれども加藤先生から、資料1-2に基づきまして具体的な診療報酬改定についての御要望を御説明いただきました。また、その前に事務局から資料1-1「Society5.0に向けた医療の実現にかかる『遠隔診療の診療報酬上の評価の拡充』に関する論点整理」を御説明させていただきました。以上の論点につきまして、厚生労働省から回答をお願いしたいと思います。

本日は、厚生労働省保険局より古元重和医療課企画官にお越しいただいております。

それでは、資料1-3に沿って、御説明をよろしく申し上げます。

○厚生労働省（古元企画官） ただいま御紹介いただきました保険局医療課企画官の古元と申します。どうぞよろしくお申し上げます。

それでは、資料1-3に基づきまして、現在の検討状況につきまして御報告をさせていただきます。よろしく申し上げます。

1 ページ目でございますが、今回の規制改革実施計画について記載してございます。平成30年度診療報酬改定に向けて対応を検討し、結論を得るといったことでございます。

2 ページ目でございますが、現在、診療報酬上の評価が行われております遠隔診療につきまして、大きく三つの類型に整理をした資料でございます。

まず、大きな一つの類型といたしましては一番上、ドクターからドクターに情報提供をして、画像診断若しくは病理診断といった診断を行っている。

そして、下の二つが医師と患者さんとが通信機器等を用いまして診察を行う。真ん中の段は、いわゆる電話等による再診がこれに該当するものでございまして、一番下でございますのは、情報通信機器を用いた遠隔モニタリングということで、現在の診療報酬上は心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算などがこれに該当するというところでございます。

3 ページ目から、実際に今回の診療報酬改定でどのような議論がなされているのかにつき、御報告申し上げたいと思います。

3 ページ目が、去る12月1日の中央社会保険医療協議会の資料でございます。先ほど、事務局の方より御説明いただきました資料1-1に掲げてあります五つの論点につきましては、私の説明の中で随時触れさせていただきたいと思います。

まず、情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方についての整理でございます。

基本的な考え方が七点ございます。

- 1) 特定された疾患・患者であること
- 2) 一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと
- 3) 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 4) 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 5) 事前に治療計画を作成していること
- 6) 医師と患者の両者の合意があること

7) 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること
こういった七点の基本的な考え方に沿った治療について、遠隔診療という形で評価をしてはどうか。こういった基本的な考え方が示されております。

そこで、一番下の米印でございますが、まず今回、この会議でも論点の1番目に挙がっております初診の患者さんにつきましては、この基本的な考え方の2番、一定期間継続的に対面診療を行っている方とか、患者さんと御相談の上、事前に治療計画を策定するといった部分になかなか該当しにくいということで、初診の患者さんについては、今回の検討の対象には含まれていない。こういった現状がございます。

4ページ目は「オンラインを用いた診察と現行の電話等再診との整理（案）」でございます。先ほど、電話等再診につきましてはお話をいただいたところでございます。課題でございますが、電話等再診は患者さんから療養上の意見を求められて電話等で指示する場合、診療報酬上の評価をしております。

現状では、とはいえ事前に日取りを決めて、オンライン診察依頼が来るような場合でも、電話等再診として実際に取り扱っている事例があると認識しております。そのような場合にも、再診料を算定することとなりまして、オンラインによる計画的な診察と従来の電話等再診がレセプト上もなかなか区別できないといった状況がございます。そこは、先ほど加藤様からお話もあった内容かと思えます。

そういったことから、対応案でございますが、オンラインによる計画的な診療と患者の求めによる電話等再診、定期的な診察と患者さんのその都度の求めによる再診は目的や趣旨が異なりますので、診療報酬上の区別をしてはどうか。この会議の御意向に沿った内容の検討だと思えます。

このほか、オンラインによる診療の新たな報酬については、先ほど申し上げました「基本的な考え方」を要件としてはどうか。

対面診療との違いを考慮して、対面診療よりは低い水準の報酬としてはどうか。

また、診察時間やその頻度は様々なケースが今後、想定されますので、新たな報酬については月1回などの算定上限を設けてはどうかといった対応案を示しております。

今、説明申し上げたのが4ページ目でございます。このうち、先ほど事務局から御説明いただきました論点整理の2番が、このページの対応案の「1）」に該当するものでございます。診療報酬を区別するというところで、論点整理の二つ目が、この対応案の「1）」に該当するものでございます。

5ページ目は「オンラインを用いた医学管理と現行の医学管理料との整理（案）」でございます。先ほどはいわゆる基本診療料の話でしたが、今度は医学管理料の話になります。

課題といたしましては、特に「2）」を御覧いただきたいと思えますが、外来診療を継続的に行っている方で、1か月間オンライン診察のみの場合における医学管理をどのように考えるのか。

また、「ア-2）」ですけれども、外来診療を月2回継続的に行い医学管理料を月2回

算定する患者さんで、オンライン診察を併用することで外来診療の回数が減る場合もございます。これをどう考えるのか。

さらに、在宅の患者さんでございますけれども、訪問診療を継続的に行っている方で、オンライン診察を併用することで訪問診療の回数が減る場合の在宅の医学管理をどのように取り扱うのか。

入院されていない患者さんでございますので、外来にいらっしゃる方と在宅にいらっしゃる方のところの訪問診療、いろいろなバリエーションがある中で、管理料の在り方をどのように検討していくのかといった議論をしているところでございます。

対応案でございますが、外来の医学管理は、一定期間以上継続的に診療している患者さんで、対面診察にオンライン診察を併用する場合については、対面診察による医学管理の継続に有用と考えられるものについては、オンラインによる医学管理の評価を検討してはどうか。また、在宅の医学管理は、月1回以上定期的に訪問診療を行っている患者で、訪問診療にオンライン診察を併用する場合、訪問診療による医学管理の継続や訪問する医師の負担軽減にも有用と考えられるものについては、オンラインによる在宅時医学管理の評価を検討してはどうかということで、外来と在宅に分けて、少し論点の対応案を整理してございます。

この対応案の「1）」が、資料1-1で御説明いただきました論点整理の五つの項目のうち3番の遠隔モニタリングの管理料の算定、5番の全体的な指導管理に基づく包括払い方式の報酬評価ということで、診療報酬は、基本診療料と特掲診療料の組合せで評価をしているものでございます。そういったもので、医学管理も含めてこういった形の評価ができないのか。こうした御提案でございます。

6ページ目は、先ほどテキストでいろいろと御説明申し上げましたが、文章だけではなかなか分かりづらいというお話がございまして、こういった具体的な事例でお示しをしております。

まず、6ページ目は在宅の患者さんの例でございます。真ん中の表のような図でございますけれども、●が実際に訪問診療をしていた。この方ですと1週目、3週目、5週目、2週間に一度、訪問診療をしていたような方。そのうちの一部がオンライン診療を併用する形になりまして、●が○に変わるということで、例えば5週目はドクターが訪問しますけれども、7週目はオンラインを併用してやりましょうといったことが起こり得るということでもあります。

まず、こういう場合に算定できる診療料として、一番下のオレンジ色のオンラインの診察といった新しい評価ができないのかということを検討してございます。また、管理料につきましても、これまでは月に2回行きますと月2回分の管理料が取れたわけですがけれども、そのうち1回はオンラインを併用した場合に、どのように評価をするのか。これは正に今、中医協で議論をしているところでございます。

こういった形で、オンラインの診察ということで評価を検討している。

7 ページ目が外来でございます。6 ページ目は在宅にいらっしゃる患者さん、7 ページ目は実際に通院して来られる患者さんでございます。これは1年以上継続して通院しているような慢性疾患の患者さんのイメージでございます。従来はこの方も1 週目、5 週目、9 週目、13 週目ということで、月に1 回対面の受診をされていましたが、その一部をオンライン診療にすることによりまして、例えば5 週目にいらっしやっていた部分を〇とすると、1 か月間全く医療機関に通院しない時期が出てくるわけですが、こういった場合についても、例えばオンラインの診察、これも新しい評価、そしてオンラインにおける医学管理もこれまでなかった形の評価をすることによりまして医学管理を評価できないのかといった議論をしているところでございます。

最後でございますが、オンライン診察を定期的に行うに当たりましては、先ほど申し上げましたとおり、例えば事前にそれなりにきっちり治療計画を作成するとか、あとは、こういった疾病でもよろしいわけではありませんで、両者の合意の下に、一定のルールに従った中で何らか対象となる疾患があるとすれば、こういったものが対象になるだろうというものが8 ページのリストでございます。

現行でございます指導管理を要件としている報酬の例ということで記載してございます。先ほど御発表の中にありました特定疾患療養管理料が一番上でございます。これはプライマリケア機能の担う地域のかかりつけ医師がという性格の管理料でございますが、このうちの下から二つ目の難病外来指導管理料については、現行でも200床以上でも算定が可能な管理料でございます。一番上の特定疾患は200床未満でしか取れない点数なのですけれども、先ほどの論点整理の4 番にございました難病の患者さんの管理については、ある程度、大規模な病院でも、その指導管理について評価はできないのかといったことも含めまして、検討をさせていただいているということでございます。

中医協は現在、改定率が決まるなど大きな動きがございますが、実際に確定してまいりますのは年明け以降になります。こういった形で論点に沿って検討が進んでおりますということを本日はまず御報告させていただきます。

以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

資料1-1の私どもの論点整理、資料1-2の御要望点を踏まえて、資料1-3に沿って、現状の中医協での議論の状況について厚生労働省から御説明をいただきました。

それでは、皆様から御意見、御質問などをよろしくお願いいたします。

川渕先生、お願いします。

○川渕専門委員 結局、事務局案の資料1-1で都合五つのご説明がございましたけれども、1 番目は解釈上駄目ですよということですね。そこで二つ聞きたいことがあります。一つは加藤先生の御指摘にもあった4 番目の200床以上の医療機関についてです。難病の患者さんに対して評価すべきではないかということですが、外来で結構バーンアウトする先生も多いので、これは恐らく医師の働き方改革にも関係して大きなテーマかなと

思います。これは古元企画官に聞いたほうがいいのか、結局、200床以上においても評価できているということでしょうか。つまり、難病外来指導管理料は遠隔診療を想定したものではないと思うのですが、私は拡大解釈して、もう評価されているのか、これが一点目です。

二点目は、加藤先生にお聞きしたいのですが、遠隔診療は、旧来の電話等による再診と全く別物かと思っているのですがいかがでしょうか。例えば今、古元さんの資料1-3の4ページ目で、区分してもいいのだけれども、対面診療より低い水準の報酬にしますよとか、月1回ぐらいでどうですかという話でしたが、これで御納得されますか。

○林座長 ありがとうございます。

まず、資料1-1の論点整理の4ポツの200床以上の医療機関における診療報酬上の評価の点について、厚生労働省からただいまの御質問についての回答をお願いします。

○厚生労働省（古元企画官） ありがとうございます。

一点目の件につきまして、現状の整理を御説明させていただきます。200床以上の病院では、今、電話再診は診療報酬上の評価はできないという形になってございます。といいますのは、200床以上の病院で再診に行かれる方は、外来診療料というまた別の点数を算定するというルールになってございます。電話再診が評価されないといった場合には、こういった管理料というものは、難病の管理料を含めまして算定できない形になっております。ですから、現状で申し上げますと、評価はできていない。

ただ、4月の診療報酬改定におきまして、今日この場で確定的なことはもちろん申し上げられないのですけれども、7ページにございますように、例えば難病の患者さんがある月に受診できない場合であったとしても、オンラインの診察という新しい基本診療料を算定していただく形で評価できないか。こういった方向で今、検討を進めているということで、現状は御指摘のとおり算定できないということで御理解いただければと思います。

○林座長 現状はできないけれども、来年の4月からはできるようになる見込みだという回答でよろしいですか。

○厚生労働省（古元企画官） 見込みとまではなかなか。その方向で検討をさせていただいているということございまして、そういった御理解をいただければ有り難いです。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、川渕先生の二点目の質問、論点の2番目のオンライン診療を診療報酬上、評価する場合の遠隔診療の有用性をより適切に評価すべきではないかという点について、ただいまの厚生労働省のお答えについて、加藤先生はどのように評価されていますでしょうか。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 川渕先生の質問とも少し関係してきますが、医療ベンチャー協会としましても、全く新たなものとしてオンライン診療料というものを算定していただきたいと考えております。

そして、遠隔診療の推進のボトルネックとなっている特定疾患療養管理料であったり、難病外来指導管理料が評価されていない点におきましても、またそれ以外の点に関しまし

ても、今の対面診療の継続という意味で遠隔診療を使う際にボトルネックとならないように、電話等再診では取れないとされているようなところを、オンライン診療料というのを新しく算定していただいて、そこでは管理料も取れる余地を作るような建て付けにしていたらと要望しております。

○川渕専門委員　そこは、古元さんどうですか。

御案内の再診料を取れない200床以上のところは、外来診療料があるが、恐らくこれは点数が低くて加藤先生は御不満なのかなと思うのですがいかがでしょうか。イコールフットイングということと、これからSociety5.0に対する経済的インセンティブとして付けてほしいという御要望かと思うのですがどうですか。

それに対して、どうですかということだと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（古元企画官）　電話による再診は、非常に経緯の古い点数でございまして、診療所の先生が、急なことで患者さんからの求めに応じて電話でいろいろ相談に乗ったということで発祥した点数でございまして、今後想定されますオンライン診療、いわゆる定期的に管理していこうといったものとは診療の形態、内容が違ってくるのだろうということで、今回、オンラインの診療料という新しい概念のものをできないものかと議論しているところであります。

それに合わせまして管理料も、言ってみれば診察をして疾病管理をするわけですので、セットでどう評価するのが望ましいのかということですので、またこういった御意見を頂きながら検討していきたいと思っております。

○林座長　それでは、加藤先生どうぞ。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事）　もう一度確認なのですが、オンライン診療料においては今の電話等再診と外来診療料みたいな、病床によって200床以下だと電話等再診ですけれども200床以上だと外来診療料となっているようなところではなく、200床以上でもオンライン診療料が取れる形になっていくと今、想定されているのかということだけをお聞きしたいと思います。

よろしくをお願いします。

○林座長　お願いします。

○厚生労働省（古元企画官）　病床とこのオンライン診療の評価については、正に中医協で検討してございますので、今日は明確には申し上げられないのですが、論点としてはございます。

○林座長　是非、オンライン診療を進めるという政策誘導の点も含めて、報酬水準を設定していただきたいと思うのですが、現状、厚労省というか中医協での議論では、対面、オンライン診療、電話等再診という三つの報酬水準の差は、どのように設定するお考えで議論されているのでしょうか。

○厚生労働省（古元企画官）　これも中医協の議論でございまして、まず、再診料と電話等再診の話の申し上げますと、再診料と電話等再診は同点です。ただ、電話等の再診しか

行っていない場合については、様々な管理料は取れませんよという仕組みになっているのです。実際に、対面でいろいろ御指導いただいて、当然、聴診をされたりとか、問診だけでない診断の中で管理をされるということだと思っております。ですから、普通の対面の再診と電話等再診は、点数は同じだけれども、管理料を取れる、取れないという違いがあります。

また別の概念の、仮称ですけれども今回のオンライン診療料といったものにつきましては、単価自体は、診察内容が基本、対面とは情報量が違ってくるといこともございまして、4ページの対応案の「3）」に、対面診察よりは低い水準の報酬としてはどうかというのが中医協の議論としてあります。

ただ、従来の電話再診では管理料は取れなかったわけなのですけれども、5ページにございますとおり、電話再診では取れなかったけれども、オンライン診療料のときは管理料を取れるようにしてはどうかということなのです。

電話再診とオンライン診療は違うものだということですので、診療料と管理料のセットで評価ができればということでもあります。

複雑な御説明で申し訳ございません。

○林座長 ありがとうございます。

まず、森下先生からお願いします。

○森下座長代理 今の延長線上の質問になるのですけれども、論点整理の資料1-1の5ポツの24時間モニタリングがこれから進んでくるのだらうと思うのですが、その場合は、今の話の中で行くと医学管理料のほうで診察をされていて、場合によっては包括的な運用等がされてくるという理解でいいのですか。

要するに、オンライン管理料というベースのところではなくて、将来的にもし技術が進んでくれば24時間モニタリングの管理料みたいなものができてきて、点数設定がされてくる。こういう世界の図を見ればいいのですか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） ありがとうございます。

オンライン診療料というのは、正にこれまでの再診料みたいな、基本診療料に当たる部分ですので、御指摘のような内容は、いわゆる管理料のような形の評価は、今後いろいろな機器が承認される中で出てくるのだとは思っております。

○森下座長代理 是非、フレキシブルに管理料のところを考えていただいて、先ほど林座長が言われたように、政策的な誘導ができて、技術革新が起きるような点数設定が望ましいかなと思うので、是非うまく運用していただければと思います。

○林座長 ありがとうございます。

関連して確認なのですが、資料1-3の8ページに、報酬の例として何項目か挙がっているのですが、これ以外のものについても、今後は拡大していくということで考えてよろしいのかというのが一点。

それから、遠隔モニタリングの適用症例としては、現在、在宅酸素療法とCPAPの2例のみということなのですが、この遠隔モニタリングについては、ほかの症例においても検討される予定なのではないでしょうか。

この二点を確認させていただければと思います。

○厚生労働省（古元企画官） 一点目でございます。8ページでございますのは、既に保険で評価をしている管理料です。ただ、これは基本、対面で診察をした場合にこういった評価があるということでありまして、今回まだこれの全てがオンラインの場合でも算定できるという話が決定したわけではありませんで、こういったものがオンライン診療の場合に管理料の種類としてはなじむのではないかとといったことで、例示として挙げているものがございますので、こういったものを中心に検討して、どこまでの管理料を対象にするのかといった議論が今後の議論としては御指摘のとおりあるということでありまして。

二つ目でございますが、遠隔モニタリングにつきましては、例えば本日の資料でいいますと資料1-3の2ページ目、心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算もございまして、今おっしゃった以外に具体的に何か検討をというものは、現在はございませんけれども、例えば医療機器の薬事承認の内容とか、モニタリングをすることが患者さんの病状にとってどれだけ有用であるかといった有効性のエビデンスなどを確認しながら、今後も検討をしていくこととなりますので、新しいものが今後も検討されていくことになると思います。

○林座長 加藤先生、どうぞ。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） オンライン診療の点数が一般の再診料よりも低くなるという点について、一般論として、遠隔診療の場合、対面の場合よりも情報量が少ないために低くなる傾向があるという議論も分かります。しかし、現状としまして、例えば遠隔診療をしている小児科の先生と話をさせていただくと、病院に子供が来ると、子供はすごく緊張していてふだんの症状が見えなかった。だけれども、オンライン診療をすると、家でのふだんの症状を見ることができ、医療機関では分からない子供の状態が分かるといったこともあります。現時点でそれでどういうエビデンスがありますかと言われると、必ずしもエビデンスとしてそろってはいないのですが、そのような現場で分かってきたこともあります。なので、一般論としては本当に情報量が少ないということも分かりますが、それだけではないところも診療報酬の算定に際して一つ考えていただけたらと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

論点2で、我々も情報量を比較するだけでない、ほかの面の遠隔診療の有用性があるのではないかとこのことを指摘しているのですが、今、加藤先生のほうから、情報量の面でもオンライン診療は対面に勝るとも劣らない面があるのではないかとこの御指摘を頂いたのではないかと思いますので、是非ともその辺を反映するような診療報酬上の項目設定を御検討いただきたいと思います。

大田議長、どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。

対面と比べてオンラインがどうかという比較ではなくて、両者は目的が多分違うのだと思うのです。オンラインの場合は、今、加藤先生も言われましたように、患者の普通の状態が見られる、継続してモニタリングすることができる、データの蓄積ができるといった、対面では不可能なことができるようになるわけですね。これは明らかに患者の利便を高めますし、医師にとっても重要な材料を提供することになると思います。そこで考え方をお聞きしたいのですが、厚労省としては、オンライン診療、遠隔診療を政策的に誘導していきたいというお考えをお持ちだと考えていいのかどうか。この点を確認させてください。

それから、併せて質問です。資料の3ページ目に、七点の基本的な考え方が書かれています。この中でどうしても分からないのが2番目の「一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと」です。「一定期間継続的に」ということだと、下の*印にありますように、初診の患者は駄目だということになります。しかし、平成29年7月14日の医政局長通知では、直接の対面診療が行われなくとも、医師法第20条に抵触するものではないということが書かれています。結果として、遠隔診療のみで診療が実施された場合も認められているわけですから、ここの基本的考え方に書かれているように、医師と患者の両者の合意があり、事前に治療計画が作成され、医師もそのことに合意している場合は、遠隔診療による初診も診療報酬上で評価すべきではないかと思うのですが、これについていかがでしょうか。

もう一点、今の2番に関してですが、「受診間隔が長すぎないこと」というのがなぜここに書かれているのかが分かりません。6番にあるように治療計画を作成していればいいわけであって、受診間隔が長いかわかりかというのとは関係ないと思うのです。2番について、この二点の質問にお答えいただければと思います。

○林座長 今、三点御質問をいただきました。

最初の政策誘導をする気があるのかどうかという点から順番にお答えいただければと思います。

○厚生労働省（古元企画官） 私の回答できる範囲で一生懸命回答させていただきたいと思いますが、まず、これから高齢者の方が特に首都圏などでは相当程度増えてくるとか、患者さんの病状の管理をしっかりして、治療をしていくことが重要だと思っておりますので、そうしたオンライン診療を必要とされる方には、きっちりとした評価をすることだと私は思っております。

そういった意味で、従来の電話等再診は、先ほど申し上げましたが、診療所の先生が、急に患者さんが状態が悪くなってちょっと電話がかかってくるというのが今ある現状の評価、それしかありませんので、そういった意味で今回、オンライン診療というのを位置付けたいという思いでございます。患者さんのニーズに合ったものを作りたいということでもあります。

先ほどの3ページ目の「一定期間継続的に対面診療を行っており、受診期間が長すぎないこと」という考え方について。まず一点目の御質問で、おっしゃったとおり医政局長の通知を我々も存じ上げておるのですけれども、診療報酬上の評価として、対面診療が原則であるという中医協の中の議論の中で、こうした考え方を今、御提案しているものでございます。ここでまずは中医協の御議論を御紹介する形でしかなかなかできないのですけれども、対面で診察を行っていて、受診期間が長過ぎない。では何か月以上かというのは、加藤先生も意見があると思うのですけれども、疾病によって期間、間隔は違うと思います。その部分の一部を、正にオンライン診療で補完する形でフォローアップができれば、それはふさわしいのかなとは思ってはございます。

○大田議長 追加的に。

ここは中医協の議論を御紹介くださったページだということなのですが、厚生労働省としては今後の検討の中で医政局長通知との整合性はとっていただけると考えていいのか。

それから、受診間隔はどれぐらいの期間かを御質問したわけではなくて、なぜ治療計画を作成していることに加えて、「受診間隔が長すぎないこと」という要件が必要なのかという質問です。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） まず、医政局長通知の考え方も踏まえた上で、診療報酬上の検討を行うことは、そうだろうと思っております。

受診間隔につきましては、しっかり計画を立てた上で行うということでございますので、そこは言ってみれば、結果としては同じことを言っているようなことではないかと私は思っているのですけれども、受診間隔が、しっかり患者さんをそれまで診察していらっしゃる先生が、定期的に受診していただくことが重要だということだと私は考えております。

○林座長 原先生、この件はいかがですか。

○原委員 ありがとうございます。

この点、遠隔診療については、前期は投資等ワーキング・グループで議論をしております。初診の遠隔診療を認めるかどうかというのも散々議論をし、医師法上は初診も可能であるということ、これも従来から確認をされていたことなのですが、改めて確認をしたということでございます。

今のお話を聞いておりましたが、よく分からないのは、初診を認めるのかどうか。初診の論点に関して、医師法上、認められるのかどうかという判断と、診療報酬上どう扱うのかという判断が乖離する理由が厚労省としてあるとお考えになっているのかどうかを教えてください。

今、御紹介をいただいた中で、中医協としては対面診療が原則であると引き続きお考えであるというように聞こえたのですが、それは厚労省も同じお考えなのか。少なくとも、前期の投資等ワーキング・グループで議論していた医政局のお話とは全然乖離をしているように聞こえたのですが、お考えをお聞かせいただければと思います。

○林座長 よろしく申し上げます。

○厚生労働省（古元企画官） 保険局に所属しております、私は診療報酬を担当してございます。診療報酬上の評価を行う、行わないの判断の中で、こういった形で対面診療が原則であるといったことを中医協の中では議論としていただいているところでございます。

○原委員 厚労省としてどうお考えになりますかと伺ったのですけれども。それは伺っても難しいのですか。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下座長代理 これはいわゆる医学管理の話と初診として遠隔診療をしてもいいという話を切り離して考えないとしようがない話だと思うのです。というのは、管理をするということは、治療計画を立てなければいけないという話になるので、そうすると、1回も診ずに治療計画を立てられるかという話になると、なかなか難しいという予想はゼロではないと思うのです。

その意味では、治療計画に関しても、ある程度、期間によって変更があり得るので、2か月なのか3か月なのかという議論はあるにしても、医者の感覚的に言うと、今の案はそんなにおかしくはないだろう。

一方で、厚労省にはっきりしてほしいのは、初診から遠隔医療がいいというのは前回、結論がついている話なので、それとこの話をごっちゃにしてしまうのはまずいのではないかと思うのです。ですから、あくまでも今回、議論しているのは、医学管理の報酬料なので、医学管理という観点からいえば、一度会わない限りは治療計画が立たないというところはあるのだろうと思います。

だから、医師会の味方をしているような意見で申し訳ないのですけれども、1回も診ずに治療計画を立てるというのは非常に困難だと思うので、そういう意味では、初診で診て、その後また来て対面なりがあって、そこからまたオンラインに戻る。こういう流れをもちろん否定しているわけではないのだというのは理解しているので、厚労省はそこだけは明確にしてほしいと思うのですが、どうですか。

○大田議長 今の森下先生のお考えは理解できるのですが、もしそうだとすると、やはり先ほどの「一定期間継続的に対面診療を行っており」というのはハードルを非常に高くするものであって、私は不必要であると思います。

計画が作られればそれでいいのだと思いますが、いかがでしょうか。

○林座長 すみません、みんなでいろいろなことを言っていて、どれに答えればいいのかと思われるかもしれません。

森下先生にお言葉を返すようで恐縮なのですけれども、治療計画を立てていない1回目の対面診療に初診料が付くのは何でなのですか。

○森下座長代理 これは単純に、初診でも治療計画がなくても治療はしなければいけないからという理由だと思います。

要するに、例えば出血があって来た場合、それを止めなければいけないし、血圧が高い

ということがあれば、それに対しての指導をしなければいけない。これは本当の治療なので、治療計画とはまた別物なのです。緊急時の治療と、慢性的な疾患に対してどのように生活指導をしていってどのように服薬管理をするかというのはまた別問題なので、そこに関しては指導管理料といわゆる初診料とはまた別の考えに今はなっているはずです。

基本、言われているのは慢性疾患の管理料の話ですね。ですから、8ページの話に関してオンラインの話をしているので、いわゆる初診のところの一回こっきりという話とはまた別の議論をしていると私は理解しているのです。これはそういう理解で作られていますね。

○林座長 3ページの冒頭に「医学管理を」と書いてあるからということですか。

○森下座長代理 3ページのところでは、医学管理を診療報酬で評価をするということで、いわゆる管理料という話ですね。

先ほど、厚労省の話を知っていると、単純にオンラインを使うというのは、オンラインの管理料、医学管理ということで、これはいわゆる従来の電話などと同じような扱いをするという話ですね。

それに対して、医学管理は何かというのが8ページに出てきていて、今ある特定疾患療養管理料とか生活習慣病管理料に関して、これをオンラインでも可能にするという理解でいいのですね。

厚労省の代わりに答えてはいけないのでしょうかけれども、私はそういう理解をしているのですが、それはよろしいですか。

○林座長 どうぞ。

○厚生労働省（古元企画官） ありがとうございます。

あまねくどういった病気でもという話ではございませんで、そこは私の説明が不十分であつたら申し訳ございませんでした。

今、森下先生の御指摘がございましたとおり、一定程度ターゲットを押さえた上で、こういった定期的な管理ができるといった疾病について、オンラインで定期的に管理をしていくところから始めてはどうかという御提案が今、中医協でございますので、そういった意味で、先ほどの基本的な考え方が出てきてございます。

補足とさせていただきます。

○林座長 原先生、どうぞ。

○原委員 今のは医学管理に関する話なのということだと理解をしたのですが、そうすると、前期の遠隔診療を医師法上認めるかのときに、例えば皮膚科で、写真で送れば初診でも遠隔診療で可能なのではないかとといった議論がございましたが、これは可能なのですか。

○林座長 厚労省、お願いします。

あと、禁煙外来もありましたね。

○厚生労働省（古元企画官） 今おっしゃったのは、初診の患者さんということでござ

いでしょうか。

○原委員 そうです。

○厚生労働省（古元企画官） それは、算定はできないということでございます。

○原委員 それはどこに書かれているのですか。

3 ページは違う話なのですね。

○厚生労働省（古元企画官） 今日は、この特定された疾患の患者さん、例えば生活習慣病の方について今回、中医協において議論をしているという御報告をさせていただいております。

○森下座長代理 原さんの質問に関して言うと、現時点ではそういう点数がないのだけでも、将来的に、例えばオンラインでAI等を使って皮膚科の診断ができれば、それはその時点で診療報酬として新たな算定を初診でもし得るという理解でいいですね。現在、そういうことはまだないですから。

だから、ちょっと話がこんがらがっていると思うのです。

○林座長 では、厚労省お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 私は現状の整理を聞かれたのかと思ひまして、大変失礼いたしました。

○森下座長代理 だから、将来的にはどうかという話です。

○厚生労働省（古元企画官） 対面診療が原則であるというのがこれまでの中医協の議論としてございますので、まず初診でできるかできないかというところが一つございます。あとは、皮膚科の画像といったものについて、どのように取り扱うのか。そういった画像についても、どういったクオリティーのものであればよいかといったことも含めて議論は当然、あり得るとは思います。

○林座長 まず、原先生どうぞ。

○原委員 それは、この30年度の報酬改定に向けて議論をいただいているのですか。

対面診療が原則であるということ自体、見直していただくべきではないかと思ひます。

○林座長 今日の資料1-1の2ページ目に、今年の実施計画の閣議決定された項目を付けていますけれども、12番で、その点を30年度に向けて検討し、結論を得ることになっているはずなのです。

お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） この中で、糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導管理等の例を含めた遠隔診療の診療報酬上の評価の在り方について、今回実際に検討しておりまして、その結果を本日御説明申し上げたという認識でございますので、生活習慣病などの管理、必要なオンライン診療、これまでにない評価の仕方について検討をしておるところでございます。

○森下座長代理 原さんが質問されているのは、初診時に遠隔だけでもいいのではないかとというのは、医政局長通知で行けているので、それに対しては当然、診療報酬の体系で支

払われるでしょうという話を言われているだけだと思います。

先ほどそれは駄目だと言ったので、それは間違っていると思うのです。別に初診に関しても、遠隔でも診療報酬の対象になると思います。

まさかならないという認識を持っていますか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） いわゆる医事課の医師法の形の整理があることは、私どもは承知しておる中で、中医協の中での議論では、3ページに記載いたしました基本的な考え方に沿いまして、現時点の議論の中では、初診の患者さんについてはオンラインで行われた場合は評価をしないという方向での検討がなされているところでございます。

○原委員 これは違う話なのでしょうか。

○森下座長代理 それは違う話です。

○林座長 先ほど、私は12番と言ってしまいましたけれども、初診も可能であることというのは、11番ですね。

○森下座長代理 今、言われているのは、追加の指導管理料をオンラインでやることの評価の話であって、今、原さんとか皆さんが議論しているのは、初診で遠隔医療がオーケーかどうか。それに対しては保険適用というか通常の診療と同じ扱いをしますよねという11番の話をしているのです。

これは医政局長通知が出ているので、もう前回片が付いた話だと思うので、そこをごっちゃにしていると話が迷走してしまうので、ポイントをしっかり理解してもらわないと。

○厚生労働省（古元企画官） 失礼しました。

初診をオンラインで行った場合については、現在中医協では、算定できるという議論は特にございません。

○森下座長代理 違う。追加でという意味でしょう。

オンラインに関して追加で、上乘せをするという議論をされていないという意味ですね。対面ではオンラインでも構わないので、今までどおりの算定の要件に入ってくるわけです。

ここで議論しているのは、オンラインを使った場合、追加で費用を加算するという議論をしているわけですね。中医協の議論で、その追加の費用がないという話でしょう。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 現在も、初診の患者さんにつきましては、初診料は対面でしか算定できませんという形でございます。

今回の中医協の議論の中にございますオンライン診療料についても、初診の患者さんについては算定するということは、今のところ具体的な議論はございません。

○林座長 そういうことであれば、我々の論点の1番目に挙げたように、初診が対面でなくても差し支えないと医師が判断できるものについては、この遠隔診療による初診も診療報酬上で評価すべきではないのでしょうか。

お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 繰り返しとなりますけれども、中医協の中での議論では、対面診療原則の中で、初診についてはやはり対面が原則という議論がなされております。

○森下座長代理 原則はいいのですけれども、1回の診療で完結する医療は遠隔医療でいいというのが出ているので、そうするとそれは保険診療の対象にならないというのはおかしな話ですね。

整理してもらったほうがいいと思います。話がおかしくなってきた気がします。

○林座長 このまま中医協の議論が終わってしまうようであると、医政局長通知とのそごが生ずることになると思いますので、是非この点は掘り下げて、ちょっとフォローさせていただきたいと思います。

どうぞ。

○大田議長 これから遠隔診療に関するガイドラインが示されて、その中で、従来、認められていなかった場所、加藤先生の資料にあります職場とか公民館が認められた場合は、診療報酬上も評価対象になると考えていいのでしょうか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 3ページの基本的な考え方の御意見を頂いたところでございます。一番下の7番目、一定のルールに沿った診療というもののの中で、ガイドラインをどのように取り扱っていくのかといった検討はさせていただいているところでございます。

○林座長 どうぞ。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 恐らく厚生労働省としては、未来投資会議で安倍首相が、病気になったときに重症化を防いで回復を早めるために、かかりつけ医との継続的な経過観察が必要だと言われたことを意識されていると思います。そして、そういうところに遠隔診療は有用だとおっしゃっていたところとの関係で、かかりつけ医という仕組みが形成されてから初診料を評価するという意味で、遠隔診療で再診料を評価するというをおっしゃっているのではないかと思うのです。遠隔診療で初診の点数が評価されると、確かに今、一次診療で診療圏をまたいで、東京の医師が北海道の人を診療するのではないかということで、未来投資会議で安倍首相が言われていたような場面とは相反するようなケースが保険診療においても広く行われていく可能性があるというところを懸念されていると思います。確かに一つの診療圏という点では心配かなとは考えますけれども、それを保険診療に落としたときに、今正に、医政局長通知とのそごがあるような状態で、遠隔診療はすなわち初診からはできず、再診からしかできませんというのが良いわけではなく、かかりつけ医がしっかり形成できるようにすることと、保険が適用される遠隔診療で初診が行えるところは、何かしら両立した政策というか体系は、今後できるのではないかと私としては考えるのですが、そういうところに関してはいかがお考えなのでしょうか。

恐らくかかりつけ医の仕組みを作るためには再診だということで、今、初診は遠隔診療は駄目だと、一義的に考えられているのではないかと思います。厚生労働省としてどう考えていくのかということをお伺いしたいと思っております。

○林座長 是非、医療を受ける国民の立場に立って、通院困難な国民の立場に立って、政策を立案していただきたいと思うのです。

今の点も含めて、厚労省としてオンライン診療の普及をどう政策誘導されるおつもりかというところに通じることかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○厚生労働省（古元企画官） ありがとうございます。

正に患者さんの立場に立って、我々も仕事をしているつもりでございます。

これまでにないオンライン診療をどういった形で始めていき、また大きく育てていくのかという観点で、まず今回の御説明の内容から始めて行きたいという思いでございますので、またいろいろ意見交換をさせていただきながら、進めていきたいと考えてございます。

○林座長 ありがとうございます。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 今ここで、必ず未来永劫、遠隔診療は初診が点数を取れないというのは、やめていただきたいと考えています。

ですが、かかりつけ医の診療圏を維持しつつ、遠隔診療を導入するモデルがまだ今の時点でも形成されていないことも分かっておりますので、かかりつけ医の制度も考えながらも、遠隔診療の初診の保険での評価というところは捨てずに、政策として考えていただけたらとは思っております。

○林座長 今の加藤先生の御意見なのですけれども、私の個人的な意見は、診療圏という立場とはちょっと違って、国民の患者の立場で議論させていただきたいと思っています。

ただ、今日の議論は、初診のところについては整理できていないように思いますので、今後、もう一度是非整理して、フォローさせていただきたいと思います。

最後に、江田先生どうぞ。

○江田委員 国民目線の一言なのですけれども、4ページ目とかを見ていきますと、計画的な診療と患者の求めによる電話等再診を分けて考えるというのは分かりやすくいいのですけれども、機器のタイプというか、電話であったりオンラインであったりとかを先に決めてしまうと、技術がどんどん進歩していく中で、非常に窮屈なものになる可能性があるのです。一つ考慮の点としては、今後も様々な技術発展が進んでいく中で、より患者さんの回復あるいは健康状態の維持という観点から、機器とつなげないで考えていただきたいなというのがお願いでございます。

○林座長 是非よろしく申し上げます。

加藤先生、どうぞ。

○日本医療ベンチャー協会（加藤理事） 最初に川渕先生に質問された内容に戻るのですけれども、今の厚生労働省の資料では電話等再診が月1回と書いていただいているのですが、月1回などと限定されてしまうと、柔軟な診療のところで使えなかったりする可能性があります。そういうところはフレキシブルな対応をしていただきたいというところがあります。また、遠隔診療の点数が低過ぎるというところが今、議論されていますが、個人的には、全て低く評価するというのではなく、新たな価値がある部分も評価していただ

きたいと思っています。遠隔診療で支払われる点数が低過ぎると、診療のボトルネックになる可能性がありますので、一般論として対面診療より遠隔診療の点数を低くするとしても、大幅に低くならないよう、この点も診療報酬上として考慮いただけたらと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

議論は尽きないところなのですが、当初の予定時間を過ぎてしまいましたので、本日はここまでとさせていただきます。

厚生労働省におかれましては、これからの具体的な診療報酬項目の大詰めに当たりまして、本日の議論内容を是非とも考慮していただきますようよろしくお願いいたします。

また、先ほどの初診の点については、今後また整理して、もう一度取り上げたいと思います。

厚生労働省の皆様、日本医療ベンチャー協会の皆様、本日はありがとうございました。それでは、御退室ください。

(日本医療ベンチャー協会 退室)

(厚生労働省 入室)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思います。

本日の2番目の議題は「電子処方箋の普及に向けた課題と今後の方向性について」です。

本件は、これまで当ワーキング・グループにおける議論の中でも今後の課題として俎上に上がっていたものですが、今回、電子処方箋に焦点を絞って、現状と課題、将来に向けた方向性などについて議論していきたいと思います。

まず、事務局から電子処方箋に係るこれまでの検討経緯について資料2-1に沿って説明をお願いします。

○中沢参事官 資料2-1を御覧いただきたいと思います。電子処方箋に係るこれまでの議論の経緯を1枚でまとめてございます。

一番上の○を御覧ください。平成17年に、法令の規定上は書面によらなければならないとされているものであっても、対象によっては電磁的に作成、保存等が可能となるという内容の法律が施行されたわけですが、処方箋については、疑義照会の円滑な実施や署名、押印の問題もありまして、その時点では電子化の対象外とされておったわけでありまして。

二つ目の○、そうではありますけれども、その後、総理大臣を本部長とする高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部、いわゆるIT総合戦略本部がございまして、その下部組織でありますIT新改革戦略評価専門調査会におきまして、平成19年に提出した報告書におきまして、処方箋についても電子化の積極的な検討が指示されたということでございます。

それ以降、度々変更を経まして、資料の中ほどでございますけれども、平成22年、規制改革推進会議の前々身でございます行政刷新会議の報告に基づきまして、翌平成23年度中

に処方箋の発行に係る考え方を明確化し、結論を得るということが規制・制度改革に係る対処方針として閣議決定されております。◆のところです。

なお、この閣議決定の本文中では、ここに記載がありますとおり、単に「処方せん」と書いてございますけれども、本件に関連する実施状況等のほかの記述から、これは明確に電子処方箋のことを指しているということは申し添えさせていただきます。

これを受けまして、その下に二つ〇が並んでおります。先ほどのIT総合戦略本部が処方箋の発行に係る考え方、これも「処方せん」と単に書いてありますけれども、この項目の報告書上のタイトルは処方箋の電子化という項目になっておりますので、当然ながら電子化のことを明示しているわけです。電子処方箋の考え方につきましては、平成23年、24年と、検討を深掘りすべしという方向性が打ち出されたということでもあります。

矢印が1個ありまして、その下でございます。これらを踏まえまして、未来投資会議の前身であります産業競争力会議の検討を経まして、日本再興戦略2014及び2015におきまして、電子処方箋導入の方向性や運用に係る具体的なガイドラインの策定が閣議決定されまして、その期限につきましても平成27年度末と明示されたわけでございます。

この閣議決定を受けまして、資料の一番下でございますとおり、閣議決定どおり、平成27年度中ということなので平成28年の3月末に「電子処方せんの運用ガイドライン」が厚生労働省の医政局長、医薬・生活衛生局長、保険局長、政策統括官の連名で通知されました。

このガイドラインの実物につきましては、委員の皆様のお手元にファイルがございますけれども、そのファイルの中で附箋を張ってあるところがそのガイドラインの実物でございます。この運用ガイドラインにおきましては、処方箋の電子化は医療機関と薬局の連携や服薬管理の効率化等に資するだけではなく、電子版お薬手帳との連携によりまして、患者自らが服薬等の医療情報の履歴を電子的に管理し、健康増進への活用の第一歩になるなど多くのメリットがあるので、運用ルールや地域医療連携ネットワークの整備普及を進め、できるだけ早く国民がそのメリットを享受できるようにする必要があると、このガイドラインの中に明記されてはおりますけれども、後ほど厚生労働省のほうから御説明があると思いますが、その普及には様々な課題がありまして、現在に至るまで活用されていないという実態でございます。

事務局からの経緯説明は以上です。

○林座長 ありがとうございます。

情報通信機器を活用した医療について、平成の初めころから様々な通知などが出されていたにもかかわらず、相変わらず進んでない。そして、その中で鍵となります電子処方箋についてもただいま資料2-1に整理したように、ちょっと遡っても平成17年、今から12年前なわけですが、様々な取組がされたにもかかわらず、結局ガイドラインについても1年半以上たっても、現在でも活用されていないという状況でございます。

本日は、厚生労働省より森田博通医政局研究開発振興課医療情報企画調整官、紀平哲也

医薬・生活衛生局総務課薬事企画官、古元重和保険局医療課企画官、笹子宗一郎政策企画官にお越しいただいております。

それでは、電子処方箋について、当ワーキング・グループにおけるこういった議論の際に、委員から投げ掛けられた問題意識も踏まえて、普及に向けた施策の方向性等について、資料2-2に沿って、厚労省から御説明をよろしく願いいたします。

○厚生労働省（笹子政策企画官） ありがとうございます。

厚生労働省政策企画官の笹子と申します。私から今、座長のほうから御指摘のございました電子処方箋の普及に向けた課題と今後の方向性につきまして、お手元の資料2-2に基づきまして御説明させていただきます。

「電子処方せんの運用ガイドライン」につきましては、先ほど事務局から御説明いただきましたとおり、平成28年3月31日に「電子処方せんの運用ガイドライン」ということで通知させていただいておりますけれども、発出から1年半以上たった現在でも活用されていないというのが事実でございまして、一方で私どもとしても、先ほども御指摘がございましたが、処方箋の電子化につきましては服薬管理の効率化とか、医療機関と薬局の連携を深めていく、さらには電子版お薬手帳との連携などによって、患者自らの服薬等の医療情報の履歴を管理するという健康増進への活用がなされるということがございますので、促進のメリットがあると考えております。一方で様々な課題があるということではあります。私どもとしても前向きに検討させていただければと思っております。今日資料を提出させていただいたところであります。

また、運用ガイドラインにおきましても、様々な技術進歩といったものを踏まえて、見直すべきは見直すということはガイドラインの1ページ目にも明記させていただいておりますので、まず、資料の御説明の前に我が省のスタンスを御説明させていただきました。

その上で1ページ目が今、申し上げたガイドラインでございまして、まず、保険請求への対応が必ずしもきちんできていなかったということがございまして、赤い矢印のところでございますけれども、調剤報酬請求に必要な都道府県番号等々の追記が必要であるということがございますので、こちらにつきましては早急に修正する方向で検討してございます。一方で現在、平成30年の診療報酬改定の作業の真ただ中でございますので、その改定作業の中で仮に処方箋様式が変更されるということであるならば、これも合わせて対応しなくてはいけないということがございますので、全体として見れば、下線を引かせていただきましたけれども、平成30年度診療報酬改定に合わせて準備していくといったスタンスでございます。

なお、参考に書かせていただきましたが、運用ガイドラインは通知でございまして。電子処方箋の運用ガイドラインでは地域医療情報連携ネットワークあるいはASPサーバ、アプリケーションサービスプロバイダーが提供するサーバということがございますけれども、これを活用する際の仕組みを示しております。地域の医療情報連携ネットワークを使うというのは、参加施設が多い、あるいは利用する医療機関と薬局が特定された、ある意味セ

キュアなネットワークサービスであることから、安全性を確保できる可能性が高い。あるいは、そのほかの様々な情報連携を行っていますので、メリットを出していけるのではないかとといった仮説に立ちまして、普及が進むのではないかとという観点から、その仕組みを示しているところがございますけれども、「しかしながら」というところで書かせていただきましたが、その運用において、必ずこれを活用するというところまでは求めておらず、いたがしまして、法令、セキュリティ等の問題をクリアできるのであれば、10月2日に東京大学の橋田先生が御提唱されたPLRの活用可能性も含めて、別の運用方法があり得るということは否定されるものではないと考えているところでございます。

2 ページ目は、御議論の際に参考になるかと思ひまして、現在のガイドラインの仕組みを添付させていただいておりますので、これは割愛させていただきます。

3 ページ目に行っていただきまして、委員の皆様の御質問等々からも、地域医療情報連携ネットワークの現状あるいは今後についての御質問がございましたので、このペーパーを作らせていただいております。

一つ目の○でございますけれども、御案内のとおり地域医療情報連携ネットワークというのは、患者の同意の下で医療機関等の間で、診療上必要な情報、基本情報とか処方データ等々を電子的に共有、閲覧できることを可能とする仕組みでございます。

この仕組みにつきましては、医療機関、薬局等の地域の保健医療関係者が必要性を共有し、主体的に計画して継続的に運営を行うことが必要と考えておりますが、こうしたネットワークの構築等を支援するために、厚生労働省としてもその構築について、地域医療介護総合確保基金を活用してきたほか、平成28年度の診療報酬改定におきまして、ICTを活用した医療情報共有について新たに評価するなどの取組を行うことによって、その普及を図ってきたということでございます。

最後の○でございますが、地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及を図るための取組の一環といたしまして、医療情報連携ネットワークの構築あるいは運用を行う際に、参考となる情報を一元的に発信するウェブサイトも開設させていただいているところでございます。

なお、参考でございますように、電子処方箋の実証事業を複数年にわたって実施した別府市の「ゆけむり医療ネット」も地域医療介護総合確保基金等を活用して構築されているということでございます。

4 ページ目は、地域医療介護総合確保基金での具体例ということで、御参考にお持ちいたしました。

厚生労働省の告示におきまして、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針というものが法律に基づいて定められているわけでございますけれども、この中で情報通信技術の活用が、情報共有等に有効な手段であるということが明示されているところでございます。

こういった根拠をもちまして、地域医療介護総合確保基金で活用され、例えば広島県の

ひろしま医療情報ネットワーク整備事業、島根県のみめネット、滋賀県の医療情報ICT化推進事業といったところで活用され、地域医療情報連携ネットワークが整備されてきているという状況でございます。

5 ページ目は、参考3でございます。先ほど地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及を図るための取組の一環として、ウェブサイトを構築したということを申し上げましたけれども、その具体的なものを御紹介するものでございます。

医療情報連携ネットワーク支援Naviというものでございまして、様々なネットワークの構築・運用事例を御紹介するということであったり、ネットワーク構築の一般的な流れ、まずは計画して、構築して、運用して、更改をする。構築やランニング費用だけでなく更改の費用についても考慮することが重要だと思いますけれども、そういった4ステップに分類いたしまして、各ステップでの実施事項などを掲載させていただくとともに、最後に一番下でございますが、その他関連の情報を御紹介するといったことをさせていただいているというところでございます。

6 ページ目を御覧いただきたいと思えます。電子処方箋の普及に向けた医療機関、薬局への導入に関する課題ということで、私どもが認識しているものでございます。

まず、コストでございます。導入時に、医療情報の電子的なやり取りに対応したシステムの導入あるいは改修コストを要するというところで、病院・診療所、薬局あるいはネットワークといったところのシステム導入、改修のコストが必要だということでございますし、導入コストに加えまして、継続的なランニングコストの負担をどうしていくのかについて、関係者の合意が必要であるという、コスト面の課題があるのではないかと考えております。

次に、薬局の業務実態でございます。○の下の括弧書きですが、薬局のペーパーレス化が必ずしも進んでいないというところであり、薬剤師による調剤業務は紙の処方箋を片手に行うのが通常でありまして、タブレット端末を全薬剤師に配って、それを見ながら作業するのかなど、そういった御意見があると聞いております。

次に、その他ですが、処方医あるいは調剤を行った薬剤師、この医療従事者と呼ばれる方々が、電子署名を行う必要があるということでございますけれども、そのためにHPKIという仕組みがございます。これは保健医療福祉分野の国家資格情報を含んだICカードを用いて、システムにアクセスしようとする利用者の認証や電子署名の付与を可能とする仕組みでございまして、Healthcare Public Key Infrastructureの略でございますけれども、このカードの取得を促進する必要がございますが、特に薬剤師につきましてはこれが普及していないといった課題があるということでございます。

さらに、紙の電子処方箋引換証を使用するというのが現在のガイドラインの仕組みでございますけれども、引換証を使用しない場合には、処方情報の紙での交付を希望する患者、あるいは災害時、システム障害時の対応、患者への処方情報をどのように提供していくのかといった課題があるのではないかと考えてございまして、赤い矢印のところでも囲わせていただきましたけれども、これらの様々な課題を踏まえた上で医療機関、薬局が電子処方

箋に対応するシステムを導入し活用するためには、今後、具体的な運用事例を作っていかなければならないと考えておりました。電子処方箋の発行から、この処方箋を用いた調剤の実施、薬剤の交付に至るまでの運用手順の例示とか、導入により医療機関、薬局、患者それぞれが受けるメリットの提示といったことを進めていく必要があると考えているところでございます。

7ページ目をお開きいただきまして、論点の一つとして、紙の処方箋として使用可能な電子処方箋引換証を求めているわけでございますけれども、この運用についてです。

申し上げたとおり、ガイドラインにおいては、一つ目の○でございますけれども、フリーアクセスなどの観点から本格運用、これはほぼ全ての薬局が電子処方箋に対応できる状態までの間は、患者が電子処方箋に対応していない非対応の薬局でも調剤を受けることができるように、紙の処方箋と電子処方箋が併用された移行期の仕組みということで、電子処方箋引換証を用いる仕組みとしております。

米印のところでございますけれども、我が国の公的医療保険制度におきましては、患者による医療機関などの自由な選択を保障して、適正な医薬分業を確保するために、フリーアクセスの原則として、保険医療機関などに対して、全ての被保険者に療養の給付を行う開放性を有することを求め、保険医療機関及び保険医療費担当規則という厚生労働省令でございますけれども、この規則におきまして、保険医療機関は患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示を行ってはならないということを規定しているところでございます。

一番下の○でございます。ただし、一方で、上記を踏まえながらも、移行期においても、患者が調剤を受ける薬局を自由に選択可能である体制を確保した上で、患者が電子処方箋対応の薬局を選択した場合に、こうした引換証を交付しない仕組みとすることは可能と考えているところでございますので、御報告させていただきます。

これまで、厚生労働省として電子処方箋を進めていく方向性、課題あるいはフリーアクセスについての考え方を御説明させていただきましたが、最後にまとめとして、8ページ目が「電子処方箋の普及に向けた今後のスケジュール」でございます。医療現場におけるICT利活用というところは今後とも進めていくという必要性を書かせていただいているところでございますが、その下の電子処方箋の普及に向けた今後のスケジュールということでございまして、平成30年度に電子処方箋の運用実証事業を行いまして、課題を把握し、31年度におきまして、電子処方箋の仕組みを再検討したいと考えてございます。

下のポンチ絵に、現状と将来像のイメージを書かせていただいておりますけれども、私ども厚生労働省として、2020年度、平成32年度に全国保健医療情報ネットワークを構築していくことを考えてございまして、保健医療の記録共有サービスと書かせていただいておりますけれども、保健医療従事者が、例えば患者の初診時とか救急時において、患者の基本情報とか処方情報などがあらかじめ共有されることによって、適切、効率的な医療を提供する。そのようなネットワークサービスを本格稼働させるといったことを検討してござ

いますので、このネットワークの様々なサービスの一環として電子処方箋も考えられるのではないかという観点から、電子処方箋の仕組みを31年度に再検討し、32年度の本格稼働につなげていきたいと考えているところでございます。

私からの御説明は以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、御意見、御質問等よろしく申し上げます。

川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 結局、最後の平成28年3月31日付けの「電子処方せん」の運用ガイドラインにいいことが書いてあって、処方箋の電子化により、医療機関と薬局の連携や、服薬管理の効率化、電子版お薬手帳との連携が恐らく進んでいくのではないかと思います。

しかし、笹子企画官から説明があったように課題は山積です。コストから始まって、薬局の業務実態、それから処方箋を電子化するValue for Moneyがないと、皆さんが乗ってこないのかなと思って聞いていました。そこで質問は二つありまして、一つ目は医療機関と薬局との連携です。これは先般、12月15日の中医協総会で、非常にいいエビデンスが出ていて、日本病院薬剤師会の調査によれば、外来時に医療機関から保険薬局に情報提供しているところが25%ありますと。その中には病名とか検査値のデータを提供しているという。私は国に先んじて行動した非常に立派な医療機関だと思いますけれども、薬局もこういう情報を得て、検査値を共有化することによって、アドヒアランスの改善や残薬の減少につながったというアウトカムの改善も見られたとありました。

こういう一定のエビデンスがあるにもかかわらず、医療機関と薬局の連携がどうして進まないのか、もう一遍原点に戻って考える必要があるかと思います。もしコストが問題ということであれば、経済的インセンティブを付けてやっつけていけば、一つ突破口になるのではないかと思います。ここはむしろ保険局の古元さんのテーマかもしれませんが、その御見解が一つ。

もう一つは、全国保健医療情報ネットワークは非常にいい構想と思うのですが、一方で、電子版お薬手帳は随分流布しています。なぜ電子版お薬手帳が流布して、電子処方箋は余り普及していないのかを一つ考えなくてはいけないのかと思うのです。

そのときの一つの起爆剤が、レセプト改革です。レセプトの様式を見直そうということで、今は医科を中心に議論やっておりますけれども、やがて歯科とか薬局も抜本的に見直す。

そうすると、レセプト改革等が進みますと、電子版お薬手帳の例を見ても分かりますように、これがきっかけになるのではないかと思います。

その点は笹子企画官がどう思っておられるか都合二点でございます。

○林座長 二点御質問がありました。

それでは、まずはどちらから。

○厚生労働省（古元企画官） まず一点目について、保険局でございます。

御指摘いただきましたとおり、中医協で医療機関と薬局との情報提供については、先週また議論をさせていただいたところでございます。その中で様々なエビデンスがあったというのは御指摘のとおりでございます、正に今、中医協でその議論をしているということです。

ただ、その議論の中では直接的に電子処方箋が、ということで議論ではございませんでしたが、情報共有の重要性については議論があったところであります。

あと、電子処方箋に係るコストに関しましては、この資料の6ページで、システム導入といったところにインシャルコストがかかるのだろうといったところも御指摘を頂いているところでございます。

ただ、これについて、こういったことを含めてということになりますと、患者さんの治療そのものとの線引きがなかなか難しい面もございます、そこを含めた診療報酬ということはなかなか難しい。ただ、情報共有をすることの重要性については御指摘のとおりかと思えます。

○林座長 今のシステムの運用コストのところなのですけれども、今の流れで追加で質問させていただきたいのですが、2020年には全国保健医療情報ネットワークを本格稼働させると8ページに書かれていますが、そうであるとすると、いずれそこに組み込む前提であるとしたら、医療機関とか薬局が今、個別に負担するコストは何なのですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 私から御説明させていただきます。

今の仕組みでありますと、サービスプロバイダーが処方箋を薬局に対して、薬局がダウンロードできるようにするというのと、その前に医療機関がサービスプロバイダーのところに処方箋をアップロードするという二つの流れがあるわけでございます。

○林座長 今のというのは、地域のほうをおっしゃっているのですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 使われていないですけれども、今、ガイドラインで想定されているASPサーバの仕組みの御説明でございます。

その際には、当然のことながら医療機関であれば電子カルテシステム始め、医療機関の中の医療情報システムがあるわけでございますけれども、ここからアプリケーションサービスプロバイダーに電子処方箋をアップロードするという機能を追加する必要があるわけでございますので、そのところのシステム改修が必要になるわけでございますし、薬局のほうも同じように電子処方箋を取り込むためのシステム改修が必要になるというところでもあります。

○林座長 2020年の全国保健医療情報ネットワーク本格稼働に向けて、そのコストはどのように負担を考えておられるのですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） それが非常に大きな課題だと思っております、2020年度から本格稼働するに当たっては、そもそもどのようなサービスをこのネットワークで提供していくのか。さらには、当然のことながら個人情報保護の措置とか、セキュリティが確保されるシステムの検討が必要でございます。

さらに今、座長から御指摘いただいたように、こういったシステムを作ることになると相当な初期費用とランニングコストがかかる可能性もありますけれども、そういったネットワークの整備の初期、さらには更新のコスト、運営のコストがゼロということはありませんので、それを誰が負担していくのかといったこと。このネットワークは誰が運営していくのか。このネットワークに参加していただく医療機関、薬局等々が増えていかななくてはいけないので、ネットワークへの参加の促進など、様々な課題があると考えてございまして、これは非常に重い課題だと思ひまして、私どもとしても来年度から検討していくことになってございます。

○林座長 それはこれから検討するということにして、この2020本格稼働とおっしゃっているということなのですね。

○厚生労働省（笹子政策企画官） はい。

○林座長 分かりました。

江田さん、どうですか。そんなにコストがかかるのですか。

○江田委員 もちろんセキュリティーの観点とか、そういうことをしっかりやっていかなければいけないとは思いますが、これだけインフラが全国的に浸透している我が国でありますので、クラウドベースでやることも可能ですし、システム改修というときに非常に莫大なハードのシステムをイメージしますけれども、専用機ではない時代でございますので、ソフトウェアベースでできるはずで、こういった改修等は、普通は私どもの感覚から言うと、使われるユーザーからのニーズがよりあって、それに対応しないとビジネスをやっていけないという感覚でどんどん進んでいくのですけれども、その感覚がどうも現在の医療機関、薬局にはないように、インセンティブがないように感じます。国民のサービスを向上していこうというところで、プラスに働いていないのではないかと印象を私は受けたのですけれども、それはいかがでしょうか。

例えば、電子化が進んで、私みたいな一市民が薬局に行ったときに紙の処方箋を持っていかなくてもいいとか、お薬手帳を常に持って毎日仕事に行っているわけではないので、そういった面で電子手帳を利用できるとか、そういったところをより利用したいと思うようなマーケット原理が働いていれば、その薬局がはやって、自然にコストもカバーできるような運営ができると思うのです。その仕組みがどうも動いていないような印象を受けたのですけれども、その点についてはいかがお考えでしょうか。

○林座長 新たなシステム導入に一定のコストはかかるとしても、それを埋める、もっと余りある別の、患者情報の有効利用とか安全性確保とか紙のほうの印刷とか保管とか、そういった点のコスト削減のメリットとかも考えて、今のコストの問題、あとは経営努力というものもあると思うのですけれども、通常、普通の民で考えるときであれば、そのバランスを見て進めるかどうかを考えると思うのですけれども、その辺は厚労省はどのようにお考えなのでしょうか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） まず、システムにつきまして誤解があったら申し訳な

いのですけれども、私どもも情報通信技術の進展を踏まえて、例えばクラウドの活用も含めて検討すべきと考えておりますので、後世に禍根を残すようなレガシーを作りたいなどということは全く思っておりません。なるべく安くて、なるべく使い勝手がいいという観点から検討していきたいと思っております。

ただ、セキュリティ確保の部分等はもう御案内のとおり、相当コストがかかってしまうということも事実でございますが、いずれにしてもそういった考え方でございます。

また、電子版お薬手帳と処方箋は、処方箋は患者さんに対して、法律に基づいて交付されて、それに基づいて調剤がなされるといったものでございますけれども、電子版お薬手帳は、そういった法律に基づくものではなくて、個々の方のお薬の履歴の確認を、薬局に持っていったりすることによって服薬管理等々がしやすくなるということでございますけれども、いずれにいたしましても、その二つが両方同じ方向を向いて、効果が出ていくような連携は当然していかなくてはならないと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

川渕先生の質問の二点目のお答えをまだ頂いていなかったなので、お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 保険局でございます。レセプトの関係でございます。

今日のこの時点で具体的にどうこうというお話はできないのですが、将来的な検討課題だろうと思っております。

○川渕専門委員 望むらくは、今日は四人も厚労省の企画官に来ていただいているので、横串をそろそろ入れていただきたいと思っております。

つまり、コストが問題だとすれば、やはり診療報酬だし、コストはそんなにマージナルにかからないとすれば、薬局の再編か。お薬手帳の電子化が進んだのは、特に大型の薬局チェーンがどんどん患者を取り込むためにやったのではないか。相互に互換性があれば much better と思うのですけれども、市場原理原則があるとしたら、それはそれで取り込んでいかなくてはいけないし、一方で、せつかくレセプト改革するのであれば、今度は医療機関と開局薬剤師さんとの連携を目指すべきです。それが医薬分業の存在価値だと思うのですがいかがでしょうか。くしくも中医協で日医の今村先生も、薬剤師間の連携は大切だとおっしゃっているわけです。今こそ、天の時ではないかと思っておりますので、是非頑張ってください。

○林座長 最後はエールだったのですね。ありがとうございます。

私からも質問したいのですけれども、HPKIの電子署名についてなのですが、伺ったところによると、医師の資格確認としてHPKIカードが採用されたということなのですが、薬剤師の資格確認にも採用すれば、このカードの取得が進むのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（紀平薬事企画官） 医薬局のほうからお答えさせていただきます。

医師のほうは、もともと紙のほうでも資格確認の仕組みがあって、そこでHPKIでも代替できますというのが先日出た話かと思っております。

薬剤師のほうは少し状況が違うのではないかとということもありますけれども、当然、将来的にはそういうことも想定して進めることにしなければいけないのではないかとは思いますが。

現行、HPKIカードの発行については、日本薬剤師会のほうで今、いろいろな仕組みを準備していて、順次発行できるようにこれから進めていくと聞いていますので、発行されたものの取り扱いについても今後検討していくことになるかと思えます。

○林座長　お願いします。

○森下座長代理　今の点なのですが、現状ではどれぐらいの方が取得されているのですか。

○厚生労働省（紀平薬事企画官）　薬剤師のほうはまだそんなに出ていなくて、一般会員の方向けの発行はもう少し時間がたってから始めるということ聞いております。

○森下座長代理　そんなにという文学的な表現ではなくて、実数を聞きたいのです。

○厚生労働省（紀平薬事企画官）　人数の話は定量的に進めています。今、手元に持ってきておりません。

○森下座長代理　調べてもらって御報告いただけますか。

○厚生労働省（紀平薬事企画官）　分かりました。

○林座長　どうぞ。

○厚生労働省（笹子政策企画官）　10月時点で30名程度と聞いております。

○森下座長代理　薬剤師が30名ですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官）　薬剤師です。

○森下座長代理　でも、医者も少ないですね。

○厚生労働省（笹子政策企画官）　医者も1万名ちょっとです。

○森下座長代理　確かそうですね。医師会も頑張って言われていますけれども、私も持っていないので余り言えないですけども。

○厚生労働省（笹子政策企画官）　先生にも是非持っていただきたいと思いますが、私どももこの普及は非常に重要だと思っていますので、課題として進めていきたいと考えております。

○森下座長代理　今日の電子処方箋だけではなくて、今後、遠隔医療をやるときに、恐らく薬剤師も医師もなりすましの話が出てくるので、普及は本当に大きな課題だと思うので、インセンティブなり、何か仕組み等の中で入れ込んでいかなければいけないのかなという気はしているのです。

またちょっとその辺も議論させてもらえればと思います。

○厚生労働省（笹子政策企画官）　全国ネットワーク構築のときも、課題としては結局同じなので。

○森下座長代理　そうですね。結局そこははっきりしないと、絵に描いた餅になってしまいますね。

○林座長　そうですね。私はオリンピックにも関係しているのですけれども、2020のこと

であれば、本当にそれに向けて本人確認の方法とかを、この電子署名も一つの手法だと思いますけれども、そういったものを具体的に議論していかなければいけない時期かと思えますので、是非ともスピードアップをお願いしたいと思います。

もう一つ、紙ベースの処方箋が必要だとおっしゃる理由として、フリーアクセスというのを挙げられているのですが、電子カルテの場合は紙媒体で保存することも求められていませんし、災害時のみ紙ベースに切り替えるということも認められているので、電子処方箋についても同様に、別に紙の引換証を併存させなくてもよろしいのではないのでしょうか。

お願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 先ほど、当方からの説明の中にございましたとおり、例えば医療機関から特定の薬局にその患者さんを御紹介するようなことは認められておりません。そういった中で、患者さんが実際に地域の幾つかの薬局を御自身で選択するに当たって、その一部が電子処方箋に対応している。ただ、それ以外に対応していないといった状況であれば、紙も併用する形が、移行期として必要なのではないかとといったことで、フリーアクセス、患者さんの選択の範囲という意味で御理解いただければと思います。

7ページの一番下に、それが移行期の原則としてある中で、患者さんが調剤を受ける薬局を自由に選択可能である体制を確保した上であれば、紙のものを交付しない仕組みとすることは可能とは書いてございます。

この趣旨でございませけれども、例えば電子処方箋の使用について、その患者さんが居住地近くの薬局を御自身の意思で選択する際に、医療機関が地域の薬局の一覧表のようなものをお示しして、このうち、これは電子処方箋に対応している、対応していないといったことを分かりやすく御説明して、患者さんが選べる形があるとか、患者さんが初めはこの薬局に行こうと思ったのだけれども、やはりこちらに行きたいと。ただ、そちらは電子処方箋に対応していないような場合は紙をお渡しするとか、そういった患者さんの選択ができる体制。そういったものがあれば、これは必ずしも紙がなくてもよろしいのではないかとということで、今回少し検討して記載してございます。

○林座長 ありがとうございます。

そういう体制があればというのは、誰かが変えてくれればではなくて、それを変えるのは国なのですね。

そういう体制を作るべく現状を変えていくのは厚労省なのではないですか。

この全国保健医療情報ネットワークというのは、私は非常にいいと思っているのです。今までの医療機関と薬局ではなくて、そこに患者が入って情報共有できるというのはすごくいいと思っているのです。

どうぞ。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 私どもが先ほど来御説明しているとおりに、なるべく進めたいと考えております。

その中で今回、このフリーアクセスの問題につきましても、一定の条件が確保されるのであれば、紙の引換証が必ずしも必要でない仕組みとすることは可能という方向性を出させていただいているわけでございます。

一方で、6ページ目辺りにも書かせていただきましたけれども、様々な課題、HPKIも先ほど御指摘いただきましたし、コストのお話もございました。こういったものも含めて、実証などを通じて成功事例を作っていくことが必要と考えてございまして、その中でどういった場合であれば、今、古元のほうからご説明させていただいたとおり、例えば医療機関に、地域における薬局のリストを作って、その中で電子処方箋に対応している薬局をちゃんと記載した上でということも一つのやり方でしょうし、そこはまだ今後、検証が必要だと考えておりますけれども、そういったことを、実証等を通じて課題を整理し、方向性を整理して、31年度の電子処方箋の仕組みを再検討というところで結実させていければと考えているということでございます。

○林座長 ありがとうございます。

江田先生、どうぞ。

○江田委員 2020年の実現を考えるとスピード感が、2020年の再検討がどういうことなのか今の御説明で分からなかったのですけれども、もし実施を始めるとしたら、来年にはもうそういった仕組みができて、2019年には実験をして、今、オリンピック関係でもそのようにプランをしていると思うのですけれども、その感じのタイムラインが必要だと思います。

今、その具体的なところが見えないので、なかなか不安に感じているところがございます。

一つ質問なのですけれども、不勉強なところもあると思います。3ページの地域医療情報連携ネットワーク、各地でいろいろな試みがされていて、ちょっと涙ぐましい感じはするのですけれども、誰が主体か分からないような状況ですけれども、合意を得て進めていच्छる。

4ページの下にもいろいろな事業が広がっているという話ですが、こういった試みと、2020以降にプランをされている全国保健医療情報ネットワークとの関係は、どのように理解したらよろしいのでしょうか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（森田医療情報企画調整官） 医政局です。

まず、電子処方箋に関しては6ページに挙げた課題があるというのは、関係局の共通認識です。

今のお話は、むしろ電子処方箋は置いておいて、地域のネットワークと全国ネットワークのつながりに関する御質問と理解しました。

その意味では、もともと地域単位のネットワークを全国展開していくことが、成長戦略の目標になっておりました。去年、未来投資会議で議論がなされ、地域のネットワークを

一つずつ広げていくというよりも、全国的なネットワークを展開するべきではないかということになり、今年の未来投資戦略に明確に記載されたということです。現在、その検討を進める中で、ネットワークの全国展開をどう実現していくかが正に論点です。既存のインフラをうまく活用していくということは重要ですが、一方で、新しく作ったほうが効率的な部分があるのでは、といった議論もありますので、そういったことを正に検討している段階です。

○江田委員 ありがとうございます。

そうしますと、この全国保健医療情報ネットワークに関しましては、厚生労働省がリードをとって、全国に広げていくという理解でよろしいですか。

○厚生労働省（森田医療情報企画調整官） はい。

○林座長 是非ともよろしく申し上げます。

議論は尽きないところなのですが、実は時間を過ぎてしまいましたので、本日はここまでとさせていただきます。

電子処方箋の普及に向けた仕組みをできるだけ早く実効性のある形で構築するということは、当ワーキング・グループが目指している診察から処方箋、医薬品が患者の手元に届くまでの利便性を高める一気通貫の医療システムの実現のために不可欠なものだと考えております。

厚生労働省におかれましては、御説明の中にあつたとおり、政府の決定に沿いまして、電子処方箋普及に向けた取組を更に加速していただきたく、よろしく願いいたします。

厚生労働省の皆様、本日はありがとうございました。

御退室ください。

（厚生労働省 退室）

○林座長 続きまして、本日最後の議題「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」に移りたいと思います。

本件は、前回12月5日に開催した第7回ワーキング・グループで議論したテーマですが、時間切れで質問が消化できなかったため、追加質問を委員の皆様から集めて、去る12月12日に厚生労働省及び支払基金に対して提出したところです。

この追加質問について、事務局から御説明をお願いします。

○中沢参事官 それでは、お手元の資料3について簡単に御説明させていただきます。

社会保険診療報酬支払基金に関する見直しにつきましては、先ほど座長からもお話がありましたとおり、12月5日に開催されました前回の第7回のワーキング・グループにおいて議論されましたけれども、時間切れということで、座長から、「今日出し尽くせなかった質問については書面で後日出します」という御発言があったところであり

この追加質問につきましては、座長の御指示の下で原案を作成しまして、御案内のとおり委員、専門委員の皆様のお確認を頂いた上で、これも座長から先ほどお話がありましたとおり、先週の火曜日にこの資料を正式に厚生労働省及び支払基金に投げたところであり

ます。

実際には、この資料3に加えまして、各質問に対しての個別の回答シートも付けて投げているのですが、本日はその回答シートは省略させていただいております。

設問は御案内のとおり6問ありまして、質問1は新システム構築に向けた対応ということで、調達仕様書の基本方針及びシステム部門の体制強化について質問を投げております。

質問2はコンピュータチェックルールの公開の基準案の中身についてです。

質問3は本部審査の拡大に関して、どのような想定をしているのかという話です。

質問4は支部機能集約化のために実施されるモデル事業と新システムの基本設計についての関係を聞いております。

2ページの質問5には、本年7月の時点では、厚生労働省は平成30年の通常国会で社会保険診療報酬支払基金法を改正すると言っていたのですが、それが前回のワーキングでは平成31年となっておりました。何で1年後ろ倒しされたのかの説明を求めています。

最後の質問6は、手数料体系を見直して階層化すると言っておりました。この具体的な中身について聞いております。

これらに対する回答につきましては、具体的な日には未定ながら、年明け最初の当ワーキング・グループにおいて、得た回答については公表する予定であります。

事務局からは以上です。

○林座長 ありがとうございます。

既に皆様に内容を御確認いただいておりますので、よろしいですね。

回答は書面で御提出いただくこととしております。

厚生労働省及び支払基金からの回答書面について、次回の当ワーキング・グループの場で公表したいと思います。

本日の議事は以上ですが、事務局から何かございますか。

○中沢参事官 今後の会議日程につきましては、追って御案内をさせていただきます。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

本日はこれで終了いたします。ありがとうございました。