

第5回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：平成31年1月17日（木）15:00～16:52

2. 場所：中央合同庁舎4号館2階 第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）大田議長、金丸議長代理、林座長、森下座長代理

（専門委員）川渕専門委員、後藤専門委員、土屋専門委員

（政府）中村内閣府審議官

（事務局）窪田規制改革推進室次長、大森参事官

（説明者）森光敬子 厚生労働省保険局医療課長

渡辺由美子 厚生労働省審議官（医療保険担当）

安藤公一 厚生労働省保険局保険課長

神田裕二 社会保険診療報酬支払基金理事長

城克文 社会保険診療報酬支払基金審議役

矢作尚久 社会保険診療報酬支払基金特別技術顧問

4. 議題：

（開会）

1. 患者申出療養制度の普及に向けた対応

2. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直し

（閉会）

5. 議事概要：

○大森参事官 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」の第5回を開催いたします。

皆様には、本日も御多忙の中、御出席いただきましてまことにありがとうございます。

本日は、江田委員、野坂委員、森田専門委員が欠席となっております。また、大田議長が出席、金丸議長代理がおくれての御出席となる予定です。

さて、今回の議題は、お手元の資料にありますとおり、2件。両件ともフォローアップ案件でございます、「患者申出療養制度の普及に向けた対応」及び「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」となっております。

それでは、ここからの進行は、林座長にお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

本年1回目の開催となります。今年もどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、議事に移ります。

本日最初の議題は、ただいま御紹介のありました「患者申出療養制度の普及に向けた対

応」です。

本制度が創設されて2年がたっても、なかなか実績が上がっていないという状況に鑑み、昨年6月の規制改革実施計画では、運用改善策の検討や制度の周知を求めたところがございます。本日は、厚生労働省保険局医療課から森光敬子課長様にお越しいただきました。

それでは、厚生労働省における現在の検討状況について御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（森光課長） 本日は、お時間いただきましてありがとうございます。私は保険局医療課長をしております森光です。どうぞよろしくお願いいたします。

患者申出療養制度につきましては、私よりもここにいらっしゃる先生の方が詳しいと思いますけれども、現状、それから、これをどう持っていこうとしているのか、改良していこうとしているのかを含めて、少し御説明をさせていただきたいと思います。

1 ページめくっていただきまして、これは先生方が重々御理解されていると思われる「患者申出療養について」ということで、平成28年4月から、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療法の仕組みとして患者申出療養制度ができたということがございます。基本的には、臨床研究中核病院や患者申出療養の窓口機能を有する特定機能病院に対して申出に対する相談を実施し、臨床研究中核病院が作成する書類を添えて患者から国に対して申出をするということ、患者申出療養評価会議で、安全性、有効性、実施計画の内容を審査して患者申出療養が実施されるという仕組みになってございます。基本的には、原則6週間でこの仕組みを動かしていこうという内容になっております。

また、下に※がありますけれども、既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合には、原則2週間以内に実施体制等を評価してやっていくという仕組みとしてスタートしたということがございます。

「患者からの相談」につきましては、治験でできるものはないのか、また先進医療という形で参加できないのか、その上で、どうしても行えない場合に患者申出療養ということに参加していくという形での相談のフローチャートができております。基本的には、このフローチャートに沿って、臨床研究中核病院等の相談窓口でも相談を受けていると伺っておりますし、私も幾つか臨床研究中核病院を回りまして、このような形で相談を受けていらっしゃるところを見学させていただいたところでもあります。

次の3ページ目を見ていただきますと、「患者申出療養の実施状況」でございますが、12月末時点で6件の申出がありまして、これが受理されて、最後の2つの5番目、6番目につきましては、まだ患者症例数が入っていないという状況ではございます。

また、最後のインフィグラチニブ経口投与療法に関しましては、12月に告示が出て、恐らく1月から実施しているはずですが、名古屋大学病院で既に治験をやっていた患者が、治験が急に中止になったということ、どうしても1月からこの投与を受けたいという申出がありましたので、それについて、できるだけ早く審査しようということ、11月に審査をし、1月からスタートとなっているものでございます。

4 ページ目は、この会議等で、患者申出療養をどのように普及していくのか、制度を改

善していくのかということ御指示いただいた内容でございますけれども、下のほうにありますように、迅速に利用できるよう、具体的な運用改善策を検討し、所要の措置を講ずるということで御指示をいただいております。これについては、後で、ゲノム医療を含めた形で、少し改善というか、バスケットをつくった形で、できるだけ早く患者の申出に応えられるような仕組みをつくりたいということで、少し検討しているものがございますので、それを御紹介させていただきたいと思っております。

その下の「制度の周知及び医療機関に向けた支援」のところ、Q&Aの作成ですとか、書面のプロトコル作成の負担軽減ですとか、そういう御指示をいただいております。

次の5ページ、6ページは今の説明の内容ですので、それについて今年度中に対応していこうと考えております。

次の7ページの相談事例の現状でございますけれども、現在、特定機能病院等への患者からの相談件数が12月末までで118件です。制度一般に関する照会ということで、具体的なものが41件、一度相談があったが、その後に相談がないものが21件、実施困難と判断したものが22件、残りの34件のうち、拡大治験への紹介等ができたものが19件、既存の患者申出療養に参加できたものが4件、相談継続中が5件となっています。そして、これまでに患者申出療養として実施できているのが6件という内容でございます。

実施困難と判断した事例ということで、22件の事例をそこに載せてございます。21のシトルリン投与については、緊急で治療が必要な症例であり、医師の判断で断念した経緯となっておりますが、これにつきましては、現在、病院に詳細な経緯を確認しておるところでございます。ただ、CPS-1欠損症というものが、尿素サイクル異常症ということで、基本的には先天性の代謝異常の一つの形でございます。通常は特殊ミルク等を経口投与する形でアンモニア血症を抑える病気でございますけれども、ちょっと容体が不安定ということで、正直言って、1週間単位で待てる状況ではなかったのだろうと推測するものでございまして、患者申出療養としては、スピード感としてはちょっと難しいものであったのだろうと考えております。

それから、12ページ以降が制度の趣旨に沿った運用改善策でございます。「患者からの申出を想定した臨床研究計画書の先行作成」というところでございますが、これは13ページ以降に、がんゲノム医療の関係で少し取り組みをしておりますので、それについて説明させていただきます。

2番目の「質の高い相談体制の構築」でございますが、これは医療機関の相談員に対する研修という中で、主治医となる医師等が相談対応を適切に行えるような内容を盛り込むということで、Q&Aも含めて、今、作成中ございまして、本年度中に実施することになると思っております。

それから、実際の相談事例等を医療機関間で効果的に情報共有するための「患者申出療養相談窓口ネットワーク」を構築ということで、これも本年度中に構築ができる状況です。

それから、「臨床研究中核病院からのヒアリング」ということで、これは繰り返しヒア

リングを行っておりまして、逆に窓口でどういう相談があって、迷うケースがあったとかいうのも含めてヒアリングを行っておりまして、それを受けて、今、運用改善を一つ一つ図っているところがございます。これは繰り返し行っていくべきだろうと思っておりますので、引き続き繰り返しやっっていこうと思っております。

改善の中で細かいことは出てきますけれども、今は確かに6件という数字ですけれども、この6件を私どもも審査の経験を積むに当たって、窓口でこういうことを患者にちゃんと説明していけば、もう少し早く対応できたのではないとか、経済的負担も少し楽になったのではないかといったケースもございましたので、そういう意味では、様式を整えるとか、そういうことをして負担軽減をして、早く患者に医療を届けられるようにしたいと思っております。

次に、13ページ以降でございますけれども、私どもの先行的な仕組みということで、これまで患者の申し出を起点にしてというところがございまして、はっきり言えば受け身を中心に来てきた部分ではございます。がんゲノム医療に関しては、厚生労働省として2年ぐらい前からかなり旗を振って、しっかりやっっていかなければいけないという認識のもとで進めておりますけれども、その中で、どうしても今の治験ですとか先進医療等ではちょっと難しい、患者申出療養という仕組みであれば何とか救える可能性があるというグループというか、ある程度、形としてぼわっと見えてきた状況でございますので、そういう方々に対して、先にプロトコルなりをつくっていこうというのが今回の簡単な概要でございます。簡単ですが、少し説明をさせていただきます。

13ページにありますように、がんについては、例えば、同じ「肺がん」であっても、原因となる遺伝子は様々であって、薬剤もそれに応じた形で選択していくこととなります。

ゲノム医療については、原因となる遺伝子を特定して、より効果が高い治療薬を選択することが可能になるということで、「個別化医療」につながるものだと私どもは考えておるところでございます。

14ページですけれども、ゲノム情報で治療成績が大幅に向上するというグラフになっていますが、これはちょっと前に非常に話題になったイレッサというお薬の関係です。これが全ての手術不能非小細胞肺がんを対象に保険適用が承認されましたけれども、EGFR遺伝子の異常がある非小細胞肺がんのみに有効であることがわかって、効能効果が変更されました。そうしますと、EGFR遺伝子の異常がきちんと検出されれば、その方をターゲットとして投与することができる。効果も上がりますし、逆にEGFR遺伝子異常を持たない方にとっては、別のお薬を選んで投与できるということがありますし、財政的にもよくなるし、効果も上がることもあると考えているところがございます。

15ページなのですけれども、これまではコンパニオン診断という形で、遺伝子異常をターゲットとした薬については、コンパニオン、それと対になる診断ということで、一度に調べられる1つの遺伝子異常という形で、ターゲットとなる遺伝子を検出する検査を、お薬が承認されるときに併せてコンパニオン診断薬を承認して、1つのセットとして考えて

いたところで、その図にありますように、EGFR遺伝子検査で異常ありであれば、このイレッサを2週間投与、ない場合にはALK遺伝子検査をやって、異常があればザーコリを入れるという形で検査をやっていた。これを一度に調べられるのは1つの遺伝子ということで、複数の遺伝子を検査するには時間と費用がかかるという状況でございました。それを現在、遺伝子パネル検査ということで、次世代シーケンサーを用いて、一度に多数のがん関連遺伝子を調べることが可能となっております。

このパネルを用いた遺伝子検査自身については、16ページにありますように、いわゆるテンプレートのDNAの調製があって、塩基配列が決定して解析という幾つかのプロセスがありますが、これを1つにまとめて、がんの遺伝子検査という形で、薬事の申請、承認に向けて、今、動いているという状況でございます。

ただ、この結果自身は出てきますけれども、これをどう患者に使うのかといった場合には、この検査レポートについて、16ページの下に会議している図があるかと思いますが、エキスパートパネルということで、抗がん剤治療の専門家等々が集まった形で、このレポートをしっかり解析して治療方針を出していくことが必要という状況でございます。この結果をもとに、患者に対する治療方針を決定していくことが新しいがんの治療の一つのシステムではないかということで、2年前からこれを実現化させるために厚生労働省として頑張ってきているところでございます。

ただ、このがん遺伝子のパネル検査の結果というところでございますが、17ページを見ていただきますと、パネル検査をされた方を100%としたとして、9%の方は既に承認薬が存在する遺伝子が出てくる。また、別の9%は既承認薬の適応外使用が候補となる遺伝子が見つかる。18%が本邦未承認薬（治験等）で、日本ではまだ薬として全く形になっていないものが候補となる遺伝子治療が見つかるという状況でございます。17ページの上にあります青い矢印は、既承認薬が存在する遺伝子9%については、すぐに保険診療という形で診療を開始することができるものでございます。

ただ、残りの②③のグループの方々について、がんゲノム医療を日本において進めていくに当たってどうするのが非常に課題になる。これは、患者から見たときの進め方の話と、国全体で考えたときの話が1つありまして、いわゆる既承認薬の適応外使用に関して、できるだけ広く承認をとっていただくことを企業に対してはちゃんと要請していくことは必要でしょうと思っていますので、今、肺がんしか適応がないというお薬であっても、大腸がんとか、別のがんについても適応を申請していただき、承認していただくというのが私ども厚生労働省の本筋だと思っていますし、実際、できるだけ早く承認できるような仕組みも、今の薬機法改正なりの中で検討されていると伺っております。

ただ、個別の患者から見たときには、たとえ適応外使用という形でも、できるだけ早く承認をとるということで施策を打っていたとしても、実際の患者がパネル検査を受けて、その患者の状況としては、まだ自分のがんの遺伝子異常に合うお薬が保険の診療の中で受け入れないという状況が出てくることはそのとおりだという状況だと思われま

そのときに、18ページにありますように、基本的には、既に治験だとか先進医療という形で何らかの試験が動いていて、患者にとって負担が余りない形で受けられるという状況があるのであれば、そちらを当然御推薦するという形で御紹介して、そちらに入っていた。ただ、治験ですとか臨床研究という場合、どうしても適格基準という形で、貧血がひどいとか、年齢だとかいう形で治験の対象から外れる可能性があるというのは、個別の患者から見たときには当然あり得ます。そうしたときにはどうしても、保険の中で迷子になるという状況が出てくるだろう。そういう方が患者申出療養という形で手を挙げてこられる可能性がある。ここまで制度として私どもが構築してきた中で、パーセントでいけば、絶対そういう患者が出てくると思われまますので、そうであれば先にプロトコルをある程度用意して待っていこうかと。

ただ、このプロトコルを先に用意することのメリットも、早くできることのほかに、患者の症例のデータを1つにまとめて、それを実際やる先生方の間にオープンにすることによって、1例目の患者はどういう副作用が起きるかわかりませんが、2例目、3例目をやろうとした場合に、先の症例の方がこんな形で投与されて、何日目かにこういう副作用が出ましたよとか、そういう情報は非常に役に立つだろうということで、次の方のためにもそういうデータを1つにまとめて情報共有していくという形で、投与するだけではなくて、その後の診療がうまくいくような仕組みを是非つくりたい。

また、集まることで、希少ながんであったとしても、企業側に対して、適応外であったものを適応内にしていただくような、効能追加の申請のための材料になるということで提供することもできるということで、先にかまえる形で仕組みをつくることによって、できるだけスムーズに患者に治療をお届けすることができ、また、先にデータを集めることによって診療も質が高くなるのではないかと考えて、その計画書の作成について、窓口となっている臨床中核病院のグループでつくってくださいというお願いをしております。今、作成中ですので、できるだけ早くつくりますというお答えいただいておりますので、それが出てくれば申請という形で受けつけて、患者が手を挙げれば、そのプロトコルに乗れるような形をとっていきたいと考えておるところでございます。

20ページ以降は、先ほどちょっと話がありました普及啓発の取り組みという形で、制度の説明、パンフレット、それから、説明用ホームページの改定の案をつくっておりますので、あとは細部をチェックしますと、本年度中にアップしていくことができるかと思えます。また、Q&Aですとか、テンプレートといったものもつくって措置をしていくということでございます。

最後に、22ページを見ていただければと思うのですが、林座長からもちょっとお話ありましたけれども、書面の作成の簡素化ということで、私どももこの6例の審査をさせていただいて、こういうところは簡素化してもいいのではないかとこのところについて例示として挙げております。

1つは、予定症例数というところは議論になったところでございますけれども、これは

ある意味、目安としての位置づけだろうということで、症例数を設定せずに予定実施期間のみを設定することでもいいと考えております。

また、有効性の評価が非常に困難な場合もあります。ですので、安全性を中心とした評価項目の設定でも、それは全然問題はないと私どもは考えております。

それから、当然ではありますけれども、少数例であるならば、厳格なモニタリング体制は求めなくていいのではないかとというのが3つ目でございます。

4つ目が、既に実施されている先進医療を、そのまま患者申出療養という形で実施する場合については、既存の先進医療の臨床研究計画を提出していただく。その上で、正誤表というか、どこが変わって、どうなっているかをつけていただければ、分厚いものを改めて書く必要はないという形で、少し簡素化をしていきたいと思っています。私どもも6例やって、ここはこうやってもいいのではないかとという形で、簡素化をしっかり言えるようになってきたということで、これは臨床研究中核病院ですとか、プロトコルをつくるところにもしっかり周知をしていきたいと思ひますし、説明をしていきたいと考えておるところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

それでは、御意見、御質問をお願いいたします。どうぞ。

○森下座長代理 まだまだ6例ということで、非常に少ないのは残念だと思うのですが、一方で今回、22ページに出てきた簡素化に関しては、以前から私どもが言っていた内容で、やっとここをしてもらったかなということで大変感謝したいと思ひます。特に予定症例数を設定するというのが、本来、患者からの視点に立っているのに、そこに医療する側の医師の視点が入るといふ、ここはもともと矛盾していると思ひるので、そういう意味では、予定症例数の設定がなく、期間のみというのは、今後、患者申出療養をふやす上で重要だろうと思ひます。

また、安全性の評価だけというのも、1例だけだと当然なので、そういう意味で非常に現実に即したところに今後なっていくのではないかと期待しているのですが、一方で、そうは言っても枚数が非常に多いという状況であれば、医者側から言うと、1人のためにそれだけの手間をかけられるかというものにどうしてもつながっていきますので、引き続き書面の簡素化に関しては随時見直していただいて、患者が試したいときに御自分の希望が通るような形で実行ができるように考えていただければと思ひます。

ちなみに、これはいつから変更になるかというのはいかがですか。

○厚生労働省（森光課長） 既にお問い合わせについてはこのように回答しておりますので、これについては、Q & Aだとか、患者申出療養会議できちんと資料として提出していきたいと思ひています。

○森下座長代理 案になっていますが、案ではなくて、もう実行されているという理解でよろしいですね。

○厚生労働省（森光課長） はい。

○林座長 よろしいでしょうか。それでは、川淵先生、どうぞ。

○川淵専門委員 お聞きしたいのは次の2点です。一つは資料の18ページと19ページが肝だと思うのですが、患者申出療養をつくったはいいいけれども、なかなか進まない。ついに全国がん登録の結果が出てきて、年間99万人とわかった中でがん遺伝子パネル検査は画期的だと思っているのですけれども、これはまだ保険収載されていないので、ややもすると混合診療になってしまいますね。がん遺伝子パネル検査の保険適用は間近いのですか。

○厚生労働省（森光課長） がん遺伝子パネル検査自身は、もう申請されていますし、承認間近とは伺っております。そうしますと、当然、保険適用という話になりますので、我々としては、逆に待ち構えていないといけないことと、もう一つ、昨年から先進医療という形で、既に先進医療の枠組みでこのパネル検査自身はやっています。それぞれの患者数を足し上げますと、やはり数百人の規模で先進医療の対象という形で動いておりますので、そういうのも考えると、間近いのかなと思っています。

○川淵専門委員 この検査を受けてみて、適用外の抗がん剤については患者申出療養にいくかと思いますが、ポイントは臨床研究中核病院がオーケーを出すか否か。がんゲノム医療中核病院は11カ所ですが、がんゲノム医療連携病院100カ所以上と書いてあるのは、今までは、臨床研究中核病院に限定していたけれども、今後は臨床研究中核病院以外にも少し広まっていくのかなということでしょうか。

○厚生労働省（森光課長） 今の状況の話をさせていただきますと、がんゲノム医療中核病院11施設ですけれども、これは全部、臨床研究中核病院です。ですので、機能的にはがんゲノム医療中核拠点病院は全て臨床研究中核病院で、まさに患者申出療養の支援をする病院となっています。ですので、そこは円滑にやれることになっています。

プラスがんゲノム医療連携病院100施設以上と書いてあるのですけれども、こことこの違い、どうなっているのかというところで、いろいろお話をさせていただきます。基本的には、パネルのところで、専門家の先生たちの中で検査レポートを見て、本当にどういう治療がこの患者にいいのか、レポートをしっかり書くだけの能力があるところでないといけないというのが、このパネル検査に関してのポイントらしくて、そういう意味では、エキスパートパネルというものがしっかり持っていて、いわゆる臨床研究だとか、そういうベースもあって、やれるところが今のところ11と。

ただし、患者は全国にいらっしゃいますので、そののがん医療連携病院でかかっていらっしゃる方で、保険収載後、がん遺伝子パネルを受けたいといった場合には、そこで検体の採取をして、患者が行く必要はないです、がんゲノム中核医療病院に送って、そこで検査とレポートなりを書いてもらって、治療はがんゲノム医療連携病院でやるという仕組みを考えているということでございます。そういう意味では、患者自身は11施設に直接行かなくても、がんゲノム医療連携病院に行けば、そういう検査と治療が受けられる仕組みになっていると伺っております。

○川渕専門委員 何でこんな質問をしたかというのと、一時、がんの均てん化ということが言われて、田舎の方に行くと、なかなか一定のレベルの医療が受けられないという話がある中で、臨床研究中核病院が事務作業でえらい疲れていると報道されていました。ヒアリングされてそんなことはないですか。

○厚生労働省（森光課長） 私はこの前が研発課長で臨床研究中核病院を担当していたので、正直、いろいろな臨床研究があるので、疲れていらっしゃるのはそのとおりだと思います。ですのでけれども、別に患者申出療養で疲れているわけではなくて、様々な臨床研究で疲れているのは、私も直接いろいろお伺いしているので、そのとおりだと思います。私もがんの専門家ではないので、何とも言い難いのですが、治療の均てん化というのは、確かに本当にいい治療を日本全国で受けられるようにしてあげることが大事なことなのですが、がんといってもいろいろなタイプがあって、日本中にいるわけではないので、その専門家のレポートが必要という話であると、ある程度集約化した病院でないといけないのだろうとは推測します。なので、それはそう簡単に広げるのは。

○川渕専門委員 そうすると、がんゲノム医療連携病院は47都道府県全部にあるのですか。100以上というのは。

○厚生労働省（森光課長） 全国で受けられるようにということで、わざわざつくったと聞いていますので、1県に1つあるかどうかは知りませんが、47都道府県で100あるので、恐らくあると思います。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 治療を実施できる施設は当然100施設ぐらいあると私も信じております。ただ、今、森光さんがおっしゃったように、判定できるだけの知識のある医者はそう多くはなくて、しかも日進月歩ですので、かなり数を絞ってやっていくしかない。残念ながら東京とか関西に集中しているのは否めない状況で、コストと質とアクセスを考えたら、アクセスは当面は我慢していただくよりしょうがないのではないかと。100カ所あると、治療を現場で受けることについては、各県に1カ所あれば、これは均てん化と理解していただかないと、島根県が横に広いから3カ所などと言われても、とても用意ができない。これはみんなでコンセンサスとしないといけないのではないかとというのが私の感想です。

迫井さん、森光さんには大変御努力いただいて、先ほど森下先生が言われた22ページの結果が出たのは大変喜ばしいと思うのです。私は実はこれをつくるときに唯一反対派だったのは、22ページでもう1カ所、是非変えてほしいのは、「臨床研究」という言葉が出てきて、臨床研究計画書を書けと言うのですけれども、これは土台無理なのですね。たった1例で出すのが圧倒的に多いというのは既存なのでわかっているわけで、これはその患者に対する治療計画書でいいわけです。治療計画書であれば、予定症例数などという考えは出なかったですし、また厳格なモニタリングなどはあり得ないはずで。そこの所の最初のボタンのかけ違いで私は反対したわけです。緊急ですぐやらなければならないと。先ほど1週間待てない患者がいたと、まさにそのために患者申出療養があってほしいと思ったわ

けです。

ですから、本来ならば各病院のIRBがしっかりしていれば、そこで判断して、手続がちゃんと行われているかどうかを中央の基幹病院が判断すればいいのであって、症例のデータを全部持って行って中央で判断するなどというのは、それこそアクセスの問題から言ってもおかしな話で、ただ、残念ながら日本の病院は、私も地方のがんセンターを経験しましたけれども、レベルが恐ろしく違うわけですね。中央でないと判断できないということはあります。ただ、手続の方法がしっかり定められていれば、それぞれができる。それをちゃんと踏んでいるかどうかを中央でチェックすべきだと。その辺まで含めて、22ページは是非文章化して、皆さんがわかりやすく迅速に対応できるようにということでお願いしたいと思います。

ですから、先ほどお示しになった分類がありましたね。確かに保険適用になるものですね。17ページ。これは承認薬があればいいですけども、問題は、がんの場合でも②と③のところは患者申出療養が出てくる可能性があるのも、これについて迅速にやるということになると、今言ったように、各症例ごとにどうだということ、臨床計画書ができるのであれば、先進医療に各施設が申請しているので、そんなものを事前に用意するなどのことはあり得ない症例が②と③に出てくる。それに対して患者申出療養が生かされれば、本来の目的が達せられる。是非22ページの「臨床研究」という言葉は外していただいたほうが理解できるのではないかと。よろしくをお願いします。

○林座長 どうでしょう。先進医療との違いがあってしかるべきなのですから、先進医療の臨床研究計画書ではなく、患者の治療計画書でよいのではないかと、ずっとおっしゃっていただいていることなのですけども、一言いただけますか。

○厚生労働省（森光課長） 私もこの前が臨床研究法を担当していたので、先生がおっしゃる意味はわからないでもないです。ただ、臨床研究自身は、先生おっしゃるとおり、前向きに計画をつくって介入試験という形でやるものもあれば、観察研究という形で、患者に本当に必要な医療を提供するというのだけれども、観察研究という形でしっかりウオッチしながらやるという臨床研究もありますので、そのタイプだと考えていただければ有り難いかなと思っております。

○林座長 どうぞ。

○後藤専門委員 ちょうど、一昨日の日経の1面に今日のことが書いてありまして、私も読んでいて、なるほどと、今日の話もすごく理解が早くなりました。この新聞によりますと、連携病院は全国135カ所で、全国で医療を提供する体制が整うと。新聞が正しいのかどうかわかりませんが、全国でできると書いてあります。私の周りにもヘルスケア関連のメンバーがいるのですけれども、聞かれたのは、患者申出療養って何と。やはりみんな知らないのですね。ネットで練ったりして、そこにちゃんと行き着けばわかる話ですけども、やはり日ごろの露出が少ないから、相談件数が少ないのではないかと思います。

それと、そういうことを告知して周知啓蒙していったときに、すごい数の相談がふえた

ときに、先ほど川渕先生が、拠点病院の先生方、臨床をやっている方が疲れていらっしゃるのではないかと仰っていましたが、普及していったときにマンパワーと費用は成り立つ仕組みになっているのでしょうかというのが私からの質問です。

○厚生労働省（森光課長） 疲れているのでしょうかという話に関しては、疲れていると思います。これは実際にお会いしたので、よくわかるのです。ただ、患者申出療養で疲れているかどうかということからすると、正直申し上げて、病院における、特に臨床研究中核病院のように、かなり先進的な医療をやろうとしている病院において、こういう研究部門についての負荷はかなりかかっている状況にあります。正直、幾つか理由があると思うのは、お金の問題もあるでしょうけれども、日本において、臨床研究というところとか、先進的な医療をしっかりとやっていくという意味での人材が、まだそんなに層が厚くないところが1つ大きいのだろうと。

私も、全国できちっとした臨床研究を広げていきたいという思いの中で、人を集めたり、お金を集めたりという中で苦闘した結論としては、先進的な医療をきっちり評価しながら臨床をやっていくという層がもう少し厚くないといけないだろうという気はしております。それはお金が先なのか、人が先なのか、それとも政府が先なのかという悩みはあります。ですので、そういう後押しを一方でしている、患者申出療養に限らず、そういうところの体制をしっかりと厚くしていこうということは、正直、厚生労働省として進めている体制ではあります。ありますけれども、本当の意味でニーズに対して追いついていないという状況であるのはそのとおりだと思います。

○林座長 大田議長、どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。やっと患者申出療養が一步進むかなという感じで、うれしくお聞きしました。

今、後藤さんが、患者申出療養が知られていないという話をされましたが、現場の医療機関でも、どういうケースがこれに該当するのかを理解していただかなければいけません。Q&Aは具体的にどんな形をお考えなのか、今、お考えの時点で何かあればお聞かせください。これが1点です。

あと3つあります。以前から先進医療とどう違うのかというのは随分議論をさせていただきましたが、きょうの資料22ページの上から2つ目には、「仮に、有効性の評価が困難な場合であっても、安全性を中心とした評価項目を設定することが可能。」と書かれています。先進医療における安全性、有効性の評価との違いというのは具体的にどうお考えでしょうか。これが2点目です。

次に、12ページの（3）で、制度運用について、臨床研究中核病院からのヒアリングを行ってくださると。これは大変有り難いと思いますが、迫井課長においでいただいたときに、臨床研究中核病院以外の医療機関で患者申出療養に携わった方について御意見を伺うこともやってみたいと言っておられました。臨床研究中核病院以外でも幅広く意見を集めて運用改善につなげていただけるのかどうか、これが3点目です。

最後に1点、臨床研究計画書の事前作成ですが、今後、がん遺伝子パネル以外にもこういう作成を考えておられるのかどうか、お聞かせください。

以上です。

○林座長 4点ですね。よろしく申し上げます。

○厚生労働省(森光課長) Q&Aについては、私どもから出すものもありますけれども、臨床研究中核病院に寄せられた質問等の中で、これは共有したほうが良いというものについては共有の形で作成していこうと思っておりますし、ホームページに載せるとか、臨床研究中核病院のホームページだとか、そういうところにも載せていただきたいと思っております。そういう形で活用していきたいと思っております。

安全性、有効性の違いというところなのですが、結局、先進医療自身は、ある技術とか、あるお薬が本当に有効であるのかを見定めるための制度でございますので、実際、先進医療という形でプロトコルを出される場合には、ちゃんとしたコントロール群があって、それに対して、どれぐらい有効であるのかが見えるようなプロトコルをつくっていただかなければいけませんし、その有効性をはかるに当たって、投与から何日目にこういうところを検査するとか、そういうところもしっかり書いていただくし、最終的な、例えば、1年後にこういうデータをとっていきますよとか、そういうところもしっかりやっていただかないと、いわゆる評価はできません。

今、先進医療の仕組み自身は、結局、その評価で有効であることが認められれば保険適用になるという流れになっていきますので、患者申出療養というよりは、有効性が本当にエビデンスとして明らかなものでないといけないということで、最初にプロトコル設定のときに有効性の項目はどう設定し、どうとるのか、まさに誰がとって、どうやるのかも含めて、ものによってはきっちりつくっていただく必要がありますので、プロトコルにおいても、主要評価項目、副次評価項目がまさにプロトコルのポイントになります。

ただ、いわゆる患者申出療養といった場合に、患者起点であるのだけれども、患者の安全性とか、そういうことを考えるのであれば、この方について、普通の臨床ではなく、このお薬を投与したからという視点で、例えば、1週間後、2週間後、3週間後にはこの検査をやるのかということ、しっかりウオッチしていくことは絶対必要です。それは安全性の面でもそうです。

それから、有効性といったときに、この患者自身について、どう患者が受け取っているかが大事ではあるけれども、客観的に効いているという指標が疾患によってはありますので、この値が改善していますよということがあるのであれば、主治医としてしっかりウオッチして、こう効いていますよ、若しくはこの薬は効いていないですねということはいわないといけない。それは普通の診療と同じです。そういう意味では、計画の中にしっかり入れておいて確認してくださいということだと思います。はっきり言えば、それぐらい、安全性と有効性の項目に対する比重というのは違うのだらうと思います。

それから、ヒアリングのところなのですが、臨床研究中核病院に集まっていた

くので、その話はよくさせていただく部分はあるのですが、臨床研究中核病院は、臨床研究中核病院自身だけではなくて、周り、若しくは連携している病院の臨床研究なり、そういうものを支えていくという役割をもともと持っています。ですので、臨床研究中核病院はそのほかの病院の臨床研究だとか、先進医療、患者申出療養の受け付けたものをすくひ上げていただくことをお願いしております。そういう意味で、直接周りの病院にお尋ねする必要があるので、臨床研究中核病院にどういうお尋ねがありましたかと確認するといふのもいいのかなと思っています。実際、臨床研究中核病院の中には、連携病院という形でしっかりタグを組んでいる病院もありますので、そういう意味で情報共有を非常によくしているところもありますので、そういうところに聞いていくというのは、おっしゃるとおり、あると思います。

それから、がん以外であるのかというところなのですが、がんの話については、私も前職から、どうやって患者のお薬に、治療につなげればいいのかを1年ぐらい悩み続けて、その中でこの制度、先進医療だとか、拡大治験だとか、いろいろしながら、その中で漏れる人たちの部分について、どう負担を軽くしながらやればいいのかと悩んで、解決策の一つなのかなと思って生まれてきたものなのですけれども、それ以外でというと、正直、今のところ、余り思い浮かんでいる部分ではありません。ただ、別に拒否するものではないですし、これ自身は、先ほどお話がありましたように、毎年99万人の方が新しくがんという、それぐらいボリュームのあるものなので、明らかにこういうことを申し出てこられる方はいらっしゃるのだろうなという予測が立つ領域なので、患者申出療養会議の先生方の了解という意味でもとりやすかったところもあります。それ以外の領域でどういうものがあるのかは、今、考えていますし、別に拒否するものではありませんので、そういう意味では、何かあれば考えていきたいというのはあると思います。

○林座長 ありがとうございます。

最後のところなのですが、がん遺伝子パネル検査後の想定される臨床研究計画書などのひな形をあらかじめ作成するというので、どのくらいの期間短縮が図れるのかという点はどのようにお考えでしょうか。

○厚生労働省（森光課長） どの程度というところについては、実際、患者申出療養についての1ページ目を見ていただければと思うのですが、プロトコルが先に承認されているものは、臨床研究中核病院は原則2週間以内となります。プロトコルの作り方についても、今、相談をさせていただいているのですけれども、もともとターゲットとなる遺伝子異常もそんなに数があるわけではありませんし、その遺伝子異常をターゲットとするお薬も、確かに数はあるけれども、パターンとしてそんなに山ほどあるというわけではありませんので、できれば多いものから既につくっておいていただければというのがありますし、全体のパッケージとしてつくっていただければ、プロトコルとして先に認めていただければ、2番目の方は臨床研究中核病院での審査さえ済めば、実施がすぐに行えることとなりますので、そういう意味では、どのくらいというのはいちよつとあれですけれども、通常の

ものよりは随分早い、まさに国の患者申出療養の申請の会議を月1回程度やっていますけれども、それを待たずに臨床研究中核病院での評価でやれるものにも移っていきますので、かなり早くはなると思います。

○林座長 現在、患者から相談を受けてから、国に対して申請するまでは、どのくらいの期間がかかっているのでしょうか。それが今回の運用改善策を実施することでどのくらい短くなるのか。申請後は6週間とか2週間で決まっていますけれども、問題は申請に行くまでが見えないところですね。

○厚生労働省（森光課長）そこは、3カ月以上かかっていると伺っています。おっしゃるとおり、幾つかはそういう資料をつくるためという部分もあるし、取り寄せるためというのもあると思いますし、あと、患者からのフローチャート、2ページにありますように、患者からこういうことはできないかと言われたときに、基本は該当する治験があるのか、それから、その患者はその治験に入れるグループに入っているかどうか、また、選ばれるかどうかということが1つありますし、それから、先進医療を同時に探すのでしょうかけれども、そうした上で、ない場合に拡大治験ができないかどうかとか、そういう交渉がありますので、そこは多少かかっているとは思いますが。

ただ、今回のパネルの話は、パネル検査結果が出るときには、基本的には、対象となる、あなたの持っているがんの遺伝子異常について、こういう遺伝子変異に対して、こういうお薬がありますよというところまで出るのですが、さらに、どこまでやれるかはがんセンター等々が考えているようですが、プラスどこでどういう治験が行われているか、どういう臨床研究が行われているかという情報も提供したいという話になっていますので、最初に患者がそれ以外になるので、患者申出療養をという仕組みを利用したいというところに行き着くまでがかなり早いと思います。パネル検査と同時に、どういう治験がどこで、あなたの場合、これに入れるか入れないかも含めて、早目に、一つ一つ探すところからではなくて、検査結果と同時にそれらを提供できる状況にあると聞いていますので、すぐしたいと、できると、そういう形で仕組みをつくっていくと聞いておりますので、早いとは思いますが。

○林座長 そうすると、今までの、申請までに数カ月かかるということではなく、パネル検査結果が出たらすぐ申請して、そうなれば、2週間とかですぐに始められると期待してよろしいでしょうか。

○厚生労働省（森光課長）疲れている臨床研究中核病院がどれぐらい対応できるかというのは当然ありますけれども、以前よりはかなり整理した形で情報が患者に提供される。そこから始まりますので、スピード感としてはかなりアップしていると。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 先ほどから現場が疲弊だということで、人材がどうかということなので、ちょっとコメントなのですが、国立がんセンターで臨床試験の整備が急速に進んだのは私が副院長から院長の時代で、今から15～16年前なのですね。そのときは厚生労働省

に御協力いただいて、5年間、1億円ずつ、そのための整備費をいただいて整備をしたわけです。人材としては42名定員をふやして、一部兼任もありましたけれども、その体制を初めてつくったわけです。ニューヨークのスローンケタリングと比べて、ちょうど向こうも五十何人でいいではないかと言ったら、今、副院長をやっている藤原君に怒られて、中央部門だけでスローンケタリングが50人だと。実は、各診療グループにそれぞれ何十人ずつついている、合計では200人ぐらいいるのだと言われて、彼我の差に当時もびっくりしたのですが、それでもそれだけの予算をつけて、人材も自分たちで育てて、何とかがんセンターをやっていると。

ただ、その当時、二月に1回、臨床試験の審査委員会をやると、川淵先生の机から私の机までいっぱいになるようなファイルが立って、数日前に企画室という事務局からワゴンで持ってくるわけですね。それを数日のうちに、前月から引き継いでいるのは流し読みで済みますけれども、新しく審査するものはその都度、夜中まで読んで準備して座長をやらなければならないという労力をするわけです。恐らく今はIT化が進んで、画面を見れば済むのでしょうけれども、量的にはもっとふえているだろうと思うのです。したがって、これを準備してくる事務局の人材はとても大事なわけです。

がんセンターの場合には、開院当初、50年前から企画室がありましたので、そこに人材がいてやっていたけれども、当然ながら診療報酬では雇えない人間を雇わなければいけない。ですから、地方がんセンターの管理を経験してわかったのが、彼我の差が物すごいあって、日本中で10カ所といっても、これはほとんど大学病院になるわけですね。ただ、地方と言うと申し訳ないのですが、がんセンターとかがん研以外は、人材は確かに大学病院にいるのですけれども、症例はないのです。症例はセンター病院に集まっているわけです。したがって、センター病院は症例はあるけれども、人材はいない。そのところを文部科学省と厚生労働省で協力していただいて、東京のようなセンター化を、1カ所の病院で、やはり大学病院だと思うのですけれども、そこで整えてやる。ただ、大学病院はガバナンスが悪いわけですね。セクショナリズムで、相変わらず講座制でやっていますので、こんな病院ではとてもがんの臨床試験はできないのでありまして、その根本的なところで手をつけていただかないと、この議論はいつまでたっても空論ですね。森光さんは一番苦労なさっていると思うので、是非そこを表に出していただきたい。金は絶対かかります。そうしないと整備はできませんので。それをやらないで、やれやれということも大変なので、私は最初、反対をした急先鋒だったのです。コメントです。

○林座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○森下座長代理 阪大も臨床研究一生懸命なので、余り何も言わなかったら怒られそうなので、疲弊しているのは事実なので、是非御支援のほう、よろしく願いいたします。これに限らずですけれども、非常に多いので。ただ、臨床研究中核病院ができて、いろいろなものが早くはなっているので、引き続き先生方に、厚生労働省だけではなくて、文部科

学省の支援も要りますけれども、是非、そのこのところの体制整備をお願いしたいと思いません。

○林座長 患者申出療養制度に関する啓蒙周知の活動について補充で質問させていただきたいのですが、医療機関の相談員に対する研修は、現状どのように実施されているのか、また、今後、周知のための、現在検討されている具体的な研修内容は、どのように改善されることを検討をされているのでしょうか。

○厚生労働省（森光課長） 毎年、患者申出療養としては3月にやっておるということで、今年は主治医等の医師、いわゆる患者に近いところにいらっしゃる医師が相談対応を適切に行えるようにするための内容を盛り込んだ研修会を開くことを考えているということでございます。

こう言っておいて何ですが、実際行くと、患者は今の治療に対して、もっと違う治療がないですかというところから始まっていくので、言葉というよりは、保険治療はないと言われたけれども、それ以外の治療はないのですかというところからの御質問で、確かに制度の周知は大事ではあるのですけれども、その質問にどう答えていくのか、受けとめですね。今、受けている治療以外のものはないのか、それから、もう治療法がないと言われたのだけれども、ほかにないのか、どこかでやっているところはありませんかという御相談が来るのですね。実は、病院にはいろいろな窓口が、医療法でも、臨床研究法でも、山ほど窓口をつくらなければいけないので、先生よく御存じだと思うのですけれども、医療相談という窓口だったり、研究相談という窓口だったり、いろいろな窓口がございますけれども、基本的に治療内容について、もっと違う治療を探したいという方については、最終的には1つにお持ちして行って、その中でどういう制度を使っていくのかという形で、迷われているところが、逆に制度で迷わないように、患者用に、ちゃんと導けるようにしていただければと思っています。

○林座長 そうですね。たらい回しにならないように、是非ワンストップで相談させていただけるようにしたいと思いますし、また、相談を受ける相談員や医療機関自身も、どう説明すればいいかということについて、具体的なQ&Aなどの整備も必要だと思うのですが、おつくりになるQ&Aはどのようなものを今は想定されていますか。

○厚生労働省（森光課長） 主治医というか、病院側の人に対するQ&Aも当然ありますけれども、患者に対してQ&Aが一番大事な部分だろうと思っていまして、特に説明しなければいけない部分については、費用の話の部分、それから、安全性、有効性の部分については、ここまで説明をちゃんとしてくださいという話もありますし、あと期間の話、こちら辺はしっかり、患者に対してのQ&Aとしては必要だろうと。そのほか、逆に窓口に集まった質問がありますので、それをもとにプラスアルファしていくということで、今、つくりつつあるところです。あとは、医療機関に対するQ&Aという形で考えています。

○林座長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。そうしましたら、規制改革項目にありますとおり、患者が

望む場合に、原則として制度を迅速に利用できるようにすること、また、従来の評価療養との違いを明確にする観点から、具体的な負担軽減策を講じていただくことを、本日御説明いただきましたところの実施とともに、さらに、このがん遺伝子パネル以外のものについても、できれば土屋先生おっしゃるような、患者の治療計画書レベルの簡易な書類作成で済むようにお進めいただければと期待しております。本日はどうもありがとうございます。

○厚生労働省（森光課長） どうもありがとうございました。

（ヒアリング対象者交代）

○林座長 それでは、引き続き本日の2つ目の議題に移ります。本日2つ目の議題は「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」でございます。

本件も議題1の患者申出療養に引き続きまして、昨年6月に閣議決定された規制改革実施計画に盛り込まれた事項の重点フォローアップとなります。

本日は、厚生労働省より渡辺由美子大臣官房審議官様、安藤公一保険局保険課長様、そして社会保険診療報酬支払基金より神田裕二理事長様、城克文審議役様、そして矢作尚久特別技術顧問・支払基金CIOにもお越しいただいております。

それでは、厚生労働省及び社会保険診療報酬支払基金から、現状の取り組みについて御説明をよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） それでは、よろしくお願いいたします。

支払基金の改革の関係は、これまでも法律改正事項以外につきましては随時御報告を申し上げてまいりましたが、本日は特に組織にかかわる法律改正事項につきまして、通常国会に提出しようとしておりますので、その点につきまして、まず厚生労働省から御説明申し上げた後で、システムの関係につきましては、支払基金の矢作CIOから御報告させていただきます。

それでは、資料2-1をごらんいただきたいと思います。1枚おめくりいただきまして、右下に2ページと書いてあるところでございます。「支払資金の組織の見直し」についてでございます。これはもう申し上げるまでもございませませんが、昨年6月に閣議決定をされました規制改革実施計画の中で、「支部の最大限の集約化・統合化の実現」を前提に集約化の在り方を検証し、それを踏まえた法案提出を行う（平成31年措置）となっております。この間、支払基金におきましても、集約化につきましてのモデル事業なども実施してきた中で、これを踏まえて今国会に法案を提出していきたいと考えております。

その具体的な内容でございますが、下の図を見ながらお聞きいただければと思います。まず、現行の支払基金、これはもう御案内のとおりでございますけれども、47の都道府県に支部を設置することが法律上、必置規定として置かれております。支払基金というのは1つの組織ではありますが、法律上はかなり支部の独立性が高いものになっておりまして、最終的な審査決定を行う審査委員会も支部のもとに設置をするという状況になってございます。

ただ、これまでの規制改革会議での様々な御議論、さらに、全国一つの診療報酬体系のもとで審査を行っていることを考えますと、いわゆるローカルルールといいますか、不合理な差異はできるだけ解消していく必要があるということで、今般の法律改正では、その下の①にございますように、支部長が今、担っている権限を本部に集約しまして、本部によるガバナンスを、もちろん審査基準だけではないですけれども、いろいろな面で強化していくことを法律改正事項にしたいと考えております。具体的には、現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止するというので、したがって、支払基金法上はもはや支部はなくなるということをございます。

なお、今、いろいろシステム刷新も行ってありますが、実際には様々な事務がございますので、これは独立した支部という形ではなくて、権限を理事長から委任された本部の事務執行機関という形で、法律事項ではなく、基金の内部規定としまして、仮称でございますけれども、審査事務局を設置することを考えております。これがまず法律改正の第1弾ということで、様々な準備もございますので、2021年4月1日施行を考えております。

その上で、更に基金の業務の、特に事務点検のところ、事務量が多いところでございますが、ここにつきましては、現在進行中のシステム刷新の状況なども見極めながら、特にコンピューターチェックと、その後の職員による一次的な目視という基礎的な部分につきましては、全国10カ所程度の、これも仮称でございますが、審査事務センターに順次集約をしていくということで、これは単に事務の集約を図るだけではなくて、できるだけ一次段階での審査を広域でやることによりまして、審査結果の不合理な際の解消に向けた取り組みを加速していきたいと考えております。

その上で、実際に専門的な医学判断が必要となる審査委員会につきましては、これまで支部のもとに設置されておりましたけれども、今回、支部がなくなることもございますので、法律上は審査委員会は基金に置くという形で、本部のもとに設置することになります。

ただ、実際の審査は、先ほど申しましたが、まだかなり業務量もございますし、また治療の特性、傾向審査等も踏まえますと、設置場所は基金の内部規定ということで、法律事項ではございませんが、47都道府県と考えております。47都道府県の審査補助業務は47の審査事務局で行ってまいりますけれども、審査事務の大宗を占める、先ほど申しました一次審査的などところにつきましては、全国10カ所程度に業務集約をしていくことで、閣議決定で御指摘をされております支部の最大限の集約化、統合化の実現を目指した法改正を行いたいと考えております。

そのほかに、次の3ページでございますが、支払基金法の法律が制定されてからちょうど70年でございますけれども、これまで余り大きな改正をしたことがございませぬので、この際、せっかくの法改正のチャンスでありますので、幾つか見直しをしようと考えております。

まず1つは、基金の業務運営に関する理念規定の創設でございます。現行の支払基金法

は、基本的に業務を羅列しているような感じになっておりますので、そういったものを貫く基本理念ということで、当然のことではございますけれども、公正・中立な審査の実施、あるいはデータ分析等を通じた国民の保健医療の向上や福祉の増進。それから、規制改革会議でも様々御指摘をいただきましたICTの活用による業務運営の効率化、あるいは運営の透明性の確保。さらには、今後の基金の大きな方向としまして、いわゆるレセプトをコンピューターでチェックするということは、ICTで自動的にやっていくことを考えますと、むしろ職員及び審査委員の先生方には、査定を目指すというよりは、査定されない適正なレセプトを提出していただくように医療機関に働きかけていく、そういったことが最終的には審査の理念だと思いますので、そういうことも理念規定に出していただいております。あと、もう一つの大きな審査支払機関でございます国保連とも、当然、1つの診療報酬体系のもとでやっておりますので、有機的な連携を推進していくといったことを理念規定で掲げたいと思っております。

それから、2点目は新たな業務ということで、データ分析等に関する業務を追加しております。現在も審査の終わったレセプト、それから、特定健診情報につきましては、国保分も含めまして、支払基金でハッシュ化という暗号化をしてデータを厚生労働省に渡していただきまして、NDBというビッグデータとなっています。これにつきましては、現在、全て厚生労働省本省で様々な第三者提供も含めて事務をやっておりますが、こういったものの一部を今後、基金等に担っていただくこともあり得るということで、今回、そういったこともできるように業務規定を見直すとともに、そういった実施に当たっては、情報通信技術とか、データ分析等の専門家の意見を聞く仕組みも設けたいと思っております。

それから、3点目は、規制改革会議でも林座長より何回か御指摘いただいておりますけれども、現在、審査手数料につきましては、具体的には保険者と支払基金の契約によっているわけでございますけれども、現在の法律上の規定は、基本的には紙の時代の名残もありまして、レセプトの枚数を基準に設定することになっておりますが、今後、新システムの稼働に伴いまして、コンピューターチェックで実質審査が完結するレセプトも増加していくと思っておりますので、そういったものと、かなり専門的な判断を要するもので、審査委員の先生方にじっくり見ていただくものについて、例えばですけれども、単価を変えるとか、そういったことが柔軟に行えるように規制緩和をしたいと思っております。

最後、4点目は審査員の委嘱に関する事項でございますが、今、審査委員会は三者構成になっておりますが、審査委員を増減する場合も、常に3の倍数で増減しないといけないこともございますので、機動的な確保が可能となるように、診療担当者代表と保険者代表のみ同数とするということで、これも一部、規制緩和をしております。

以上が法律事項でございますけれども、今日はお手元の資料2-3ということで参考資料を配らせていただいております。これは、この規制改革会議が始まる直前に、厚労省の社会保障審議会の医療保険部会に諮った資料でございます、1枚おめくりいただきまして、右下に1と書いてある「医療保険制度の適切かつ効率的な運営を図るための健康保険等の

一部を改正する法律案（仮称）の概要」というのがございますが、今、申し上げました支払基金法の改正につきましては、「改正の概要」の「6. 審査支払基金の機能の強化」ということで、支払基金法とあわせて、先ほど御説明申し上げました理念規定とか、そういったところにつきましては国保連も共通でございますので、併せて国保法の改正も行うことを考えております。

全体としては、私どもが今回、保険局で出してまいります法案は、一度ここでも御報告申し上げましたオンライン資格確認の導入ですとか、あるいはNDB、介護DB等の連結解析等を含めまして、医療保険のインフラといいますか、適用とか、データの活用とか、そういったあたりを基盤整備をする一括法という形で今国会に提出していきたいと考えております。

なお、本法案につきましては、「改正の概要」の2番にございますが、年末の予算編成過程の中で、オンライン資格確認、あるいは電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金、これは消費税財源を活用して300億円の基金が創設されております。これの設置に関する法律事項も入りますので、全体としては予算関連法案ということで、今後、与党審査を経てということになります。2月中旬の通常国会への提出を目指して、今、作業を進めているというところを御報告申し上げたいと思います。

厚生労働省からは以上でございます。

○社会保険診療報酬支払基金（矢作特別技術顧問） それでは、資料2-2をお手元に御用意いただけますと幸いです。

まず、1枚目をおめくりいただきまして、現システム調達の基本方針はおさらいになってしまいますけれども、新システムは機能単位のモジュール化の実現と、そのモジュールを標準的な接続方式で統合していくことによって、業務変化に柔軟に対応可能な、そして品質の高いシステム構築を目指しております。同時に、より費用のかからない、またベンダーロックインとならないことを前提に調達を進めております。

この新システム構築においては、政府における「クラウド・バイ・デフォルト原則」にのっとり、クラウドサービスの利用を第一候補として検討しております。

システム調達の現状について御報告申し上げます。新システムの調達は平成30年度より開始しまして、工程管理支援並びに受付機能については業者確定いたしまして開発を着手いたしました。一方で、振分・観点別審査機能並びに請求・支払機能については不調でした。その理由としましては、技術評価の結果、我々の求める品質を満たした提案になっていませんでしたので、一度、調達計画を見直しし、振分・観点別審査機能と連携する開発領域である審査委員会機能等の一部調達を一時中止いたしました。

1枚おめくりいただきまして、再調達に向けての取り組みについて御報告申し上げたいと思います。今回、不調並びに一時中止しました機能については、システム調達の基本方針にのっとり再調達を進めているという状況でございます。その際に、多くの業者からの提案をなるべく受けられるような状況を整えるために、以下の3つの取り組みを実施し

ております。

まず、開発業者に対するヒアリングを行いました。つまり、どうしてこういった結果になったのかを我々も真摯に受けとめながら、ヒアリングの結果、開発業者の審査支払業務の中身に対する知識不足等による不安が入札不参加の主たる理由となったのではないかということが見えてきました。そこで、我々としましては、丁寧な説明と対応を進めるために、開発業務向けの説明会を開催いたしました。それと同時に、調達仕様書に添付する要件定義のドキュメントの精度の向上を進めてまいりました。

また1枚おめくりいただきまして、こういった関係も含めまして、開発スケジュールに関しましては、その内容については特に大きな変更はございませんが、品質のよいシステムを開発していくに当たって、リリース時期を当初の平成33年の1月から9月へと変更させていただきました。

最後のページをおめくりいただきますと、今回の新システム導入による効果について、少しお話をさせていただきたいと思っております。新システムの導入によって、以下のシステム関連経費の縮減を図ってまいりたいと考えております。

第1点目としましては、将来の機器老朽化に伴う機器更新費用、いわゆる積立額の縮減を目指してまいります。特に冒頭での基本方針のとおり、基盤設計とモジュール化によって、第2点目としましては、いわゆる診療報酬改定、法改正等に伴うシステム改修経費の縮減を図っていきたいと思っております。具体的には、現審査・再審査システムの基盤、それから、点数表別の基盤を共通化することによって、経費の縮減を図っていかうと考えております。また、同時にコンピューターチェックの機能を見直しし、いわゆるマスター化を実現していくことによって、こういったことを実現していかうと考えております。第3点目としましては、システム機器維持・管理経費の縮減を行っていくことを考えております。いずれもIT戦略室と相談しながら現在進めておりまして、着実に粛々と準備を進めているという状況でございます。

以上です。

○林座長 御説明ありがとうございました。

それでは、御質問、御意見、お願いいたします。どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。神田理事長もお久しぶりでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

渡辺審議官に2点お尋ねいたします。審査委員会については、「役割と必要性について、今後、平成32年度末までに検討」となっていますので、審査委員会の具体的な設置場所といったものは、改定のハードルが高い形ではなくて、内部規定でということを経前からお願いしておりましたが、今の御説明ですと、内部規定ですね。これは確認です。

それから、もう一点、手数料体系の見直しという事項について、先ほどの御説明では、手数料の階層化を行うと。「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が増加することを考慮し」とありますが、規制改革の実施事項では、それ以外に新システムの

導入による事務コストの軽減とか、保険者自身によるシステムの利用、あるいは審査プロセスの外部事業者への委託等を踏まえて、手数料体系を見直すとなっております。これは「平成30年度に検討、結論」です。3月末までに手数料体系について御検討いただき、結論を出してくださるということでよろしいのでしょうか。以上2点、お願いします。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず1点目でございますけれども、先ほど申し上げましたように、法律上は基金に審査委員会を置くという規定だけでございますので、設置場所とか、そういったことについては全て基金の内部規定となっております。

それから、手数料の体系の見直しにつきまして、先ほど申し上げましたように、法律上、枚数比例しかできないという形になっておりますので、先ほど申しました一例でございますけれども、審査の手間のかかり方によって体系が変えられるように、今回の法改正をもって、そういうことができる、少なくとも法的な枠組みにはしたということで、我々としては、一定程度、結論というか、出るとしております。

ただ、実際にどういう手数料にしていくかというのは、まさに新システムを開発中でございますので、新システムになりますと、先ほど言いました、実質上コンピューターチェックだけで終わるものと、そうでないものをある程度振り分けることもできますし、モジュール化をしていけば、例えば、受付は基金でやってもらって、審査のところだけはやりたいというような、保険者による直接審査もシステム上、やりやすくなるかと思えます。いずれにしても、具体的な手数料設定は今の新システムのでき上がりと連動するところもありますので、今の体系がこう変わりますという手数料体系として、今、お示しすることまではできませんが、少なくともそういうことができる法的な枠組み、規制緩和はやるということでございます。

○林座長 城さんから補足はございますか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） ほぼ説明されてしまいましたが、1つ申し上げるとしたら、すぐにでも着手できればということで、保険者とも昨年も相談をしている中で、今のシステムも、あと何年で潰してしまうシステムを何億もかけて改修してまでやることではないということもございましたので、新システムの中できちんと対応すべしという方向で、我々も、やるという方向ということでは結論はもう得ているということでございます。

○林座長 一部機能のみ、つまり直接審査を選択した場合には、異なる手数料体系になるという前提での体系の整備も御検討いただいているということでよろしいでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） もちろん、そういうことは書かれていることでございます。我々はそういう方向で検討するという前提で、どれぐらいになるかとか、そういう水準はまだこれからの話になりますが、そういったことは検討組上に上がっていることは当然でございます。

○林座長 よろしいでしょうか。ほかにいかがでしょうか。では、川渕先生。

○川渕専門委員 2点お聞きしたいのですけれども、1つは、結局、一時的なレセプト審

査は全国10カ所程度の審査事務センターに集約していくと。しかしながら、医学的判断を要する二次的レセプト審査については、都道府県単位の今ある審査委員会が引き続き行うということです。そうすると、一種のダブルスタンダードになってしまうのではないかと。つまり、中央集権でやるのかなと思いつつ、やはり今までどおりの47都道府県となる制度改正する意味があるのかどうか。国保連は、47都道府県にあるので、そこと合わせるのか。よく出てくる傾向審査ですけれども、何が47都道府県にこだわるのか、その理由がいまいちよくわからない。

もう一つ、矢作先生に聞きたいのは、資料の4ページ目に点数表別基盤共通化とありますが、今の診療報酬点数表がどんどん分厚くなっていて、結局、わけがわからなくなっています。出来高払いを前提にしてやってきたから、査定が出てくると思うのですが、今、厚生労働省は専ら包括払いのほうにかじを切っています。そうするとDPCみたいに、簡素化してはどうか。結局、これまでのシステムを引きずるところもあると思うのだけれども、折角、法改正までするのだったら、一気にレセプト改革まで、というか、診療報酬点数表改革まで踏み込めないかなと思います。多分、そこがベンダーがわからないから手を挙げないのではないかとと思うのですが、矢作先生、どうですか。

○林座長 では、1点目。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず、1点目につきましては、基準ということで申し上げれば、診療報酬の告示があり、その下に様々な通知がありということで、ここは厚生労働省で決めているわけですが、更にそこに書かれていない曖昧さの部分を、これまで、例えば、基金で言えば、支部ごとに、まさにローカルルールという形でやってきたのですが、これにつきましては、以前、ここの規制改革でも御報告させていただきましたが、まさにそういうローカルルールを全部集めて14万件近くあったものを、今、精査して、基本的にはサーバーも基金の中では一元化して、そういうローカルルールをなくしていこうとしています。ですから、現時点ではそういうものがまだかなり多数残っていますが、できるだけ集約化し、厚生労働省がかなりリーダーシップをとらなければいけないと思っていますが、国保と社保で違いがないように共通化していくと。

その上で、地域医療の特性を踏まえて各審査委員会は設置するという場合の、審査委員会は何を判断するのかというところだと思うのですが、今、ローカルルールがある中でやっているんで、そこが整理されてくれば、ありようも大分変わってはくると思うのですが、私も実際、各地の審査委員会を訪れて、いわゆる傾向審査というところですね。ですから、個々の一枚一枚のレセプトを見ていけば、それは何の紛れもなく、きれいなレセプトだと。ただ、医療機関単位で見ていくと、これはどうか？というところがある。そういうときに医療機関の特性とか、そういうところを見る場合に、ある程度、地域医療の単位というか、そういうところの見解も必要ですし、非常に積極的なところなどは、先ほど適正なレセプトを出していただくための医療機関への支援を理念に盛り込むと申し上げましたが、実際に個別面談をして、医療機関と基金の審査委員が話をしたりというところも実際伺ってき

ましたので、そういう機能みたいなところは、地域医療の単位として必要ではないかとは思っております。

いずれにしても、先ほど議長からもお話ありましたように、審査委員会の在り方については、引き続き平成32年度を目指して検討していくことになっておりますので、審査の実務の変化とか、あるいは現場の意見なども聞きながら考えていきたいと思っております。

○林座長 よろしいですか。

○川渕専門委員 そうすると、国保との抱き合わせで47にこだわるというわけではないのですね。

○厚生労働省（渡辺審議官） 国保連は法人としては47あり、別々ですが、ただ、審査としては、先ほど申しましたように、1つの診療報酬体系のもとでやっていますので、例えば、東京都の国保連と大阪の国保連で違いがあるというのは、基金のローカルルールと同じですので、これはできるだけ47を一元化していくということで、同じような取り組みを国保もやっているところでございます。

○林座長 それでは、2つ目の質問は。

○社会保険診療報酬支払基金（矢作特別技術顧問） 御指摘、まことにありがとうございます。おっしゃるとおりでして、私も昨年7月に着任いたしまして、臨床家としての、これからの医療のあるべき姿から、いろいろな議論をさせていただく中で、先生からの御指摘は何とか盛り込めないかという思いはございます。一方で、今のシステムを見るに、いわゆる重厚長大な、すばらしくよくできた大きな仕組みゆえに、何かを変更しようとする、それすらも大変な課題を抱えることになってしまって、今回の大きなステップとしては、キーワードであるモジュール化というところになっているのではないかと思っております。ですから、そういう意味では、ステップ・バイ・ステップでこれを進めていかないといけない中での、私の一番大きな役回りは、先生からいただいた御指摘のとおりで、そういったグランドデザインとシステムデザインを明確にしながら、今、どこから着手できるかという、まず第一歩が今回でき始めるところなのではないかというところではございます。先ほど御説明申し上げたとおり、当初、我々が期待していたスペックについても、ただでさえ医療というわかりにくい世界に、あらゆるベンダーがチャレンジをしてくるような環境を整えることも含めて、丁寧な説明をして進めていかないといけないのではないかとこのところを真摯に受けとめて現在進めているところではございます。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 システムの構築としては大変よくやられていると思うのですね。ただ、同じ質問になるのですけれども、先ほどの2ページの、審査支払業務に対する知識不足でベンダーが参加しないと。これは知識不足というより、わかりにくい診療報酬体系だということに尽きると思うのですね。川渕さんが言われたように、そこをいじらないと、幾らコンピューターシステムをいじっても、診療報酬の項目自体がとてつもなく数が多くなっ

ている。確かにDPCになったときには診療報酬点数表が極端に薄くなったのが、今は出来高と同じぐらいか、それを超える厚さになっているわけですね。出来高と何が違うのだというぐらいに、1つの疾患で、いろいろな条件で分けてしまっている。だったら出来高のほうがよっぽど簡単ではないかというぐらいに、DPCが初期の目的から外れているのではないか。DPCを導入したときに、特定機能病院以外に、がんセンターと循環器病センターだけ加わってくれというので参加したわけですがけれども、そのときには、数年うちにDRGにしますと、厚生労働省として明言していたのですね、当時は。DRGになれば、今ほどの複雑なコンピューターの体系を組まないで済むのではないかと。アメリカは保険会社ごとにやっても、あれだけコンピューター化が進んでいるわけですから、きょう保険課長がいらしているので、是非そこをつないでいただかないと、支払基金のほうも、コンピューターにどれだけ金をかけても簡略化できない。

もう一点、現場から言うと、皆さんがホテルに泊まって、朝飯をレストランで食べて、レセプションに行ったら、いきなり勘定入っているわけですね。ところが、皆さんが大きな病院へ行って、診療が終わって会計へ持っていったら、いきなりは会計してくれないわけですね。大体20~30分待たされるわけです。看板に計算と会計と書いてあるわけですね。まず計算のところへ出させられるわけです。それはなぜかという、診療報酬体系は難しいので、各現場で入力したのでは、そのままでは払いができないわけですね。医事課の後ろのほうで全部それをチェックして、支払基金以上にチェックして、それでやっと計算が出てくる。それだけ苦労したにもかかわらず、支払基金に申請してみたら削られる。病院は二重に苦労しているわけです。ですから、診療報酬体系を変えない限り、そちらは簡略化しても、病院は一向に簡略化しない。本来ならば各現場で入力したのがそのままいってしまってもいいはずなのですけれども、それができない。一々人力でやっているというのが今の診療報酬体系ですので、その辺も含めて、今回、コンピューターシステムの構築を考えていただきたい。恐らく支払基金もその思いは一緒だと思うのですね。是非よろしくお願ひしたい。

○林座長 どうでしょうか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 診療報酬体系の話ですので、私からお答えします。しっかりしたお答えはなかなか難しいのですが、御指摘のように、我々は、中医協などで議論しているときは、医療はどうあるべきか、あるいは保険制度はどうあるべきかという中で体系をつくっていつているのですが、支払基金の改革の議論が出てきた中で、ここでも何度か御指摘をいただきましたが、例えば、レセプトの様式の在り方ですとか、症病名、コードの在り方とか、医療をどうするか、医療保険制度をどうするかだけではなくて、つくった診療報酬をまさに医療保険制度で動かしている、そういう立場から見ると、請求事務への負担とか、そういうことも含めて考えるべきだと改めて思っています。先生方から見ると、まだ遅々として進んでいないとおっしゃるかもしれませんが、先般も御報告しましたように、平成30年の診療報酬改定では、一部レセプトの様式の見直しとか、そういうこと

も着手し、改定のたびごとに、請求、支払という立場から見て、見直しを定期的にやっ
ていこうという機運にもなっておりますので、体系をドラスティックに一気にというのはな
かなか難しいところではありますが、今、御指摘のありましたような、事務負担とか、ある
いは今後のデータ活用ということも含めた、そういう視点も診療報酬改定の中では持って
いきたいと思っております。

○林座長 森下先生。

○森下座長代理 今の土屋先生の点なのですけれども、今回、ここでどうこうという話で
はないのですけれども、これから医者、医療現場の働き方改革が始まる中で、明らかに
人手が足りなくなってくる。診療報酬の査定に対する回答が大学病院の中でもかなり厳密
化されてきている。ここにもかなり人手で取られているのですね。今まではステークホル
ダーの中に人手とか時間という発想がなかったのですけれども、それを入れていかないと、
もう回らないのではないかと思うのですね。そういう意味では、抜本的にどこかで省力化
を思い切って図らない限り、もちろんシステムの負担もありますけれども、医療現場自体
の負担が非常に無駄になっているのではないかと思うのですね。

これから先、10年ぐらいで極端に医療現場の人も減ってくるので、厚生労働省は本当に
真剣に考えないと、物理的な面でできなくなってくる危険性も実は出てきていると思うの
で、改めてしっかり議論してもらったほうがいいのではないかという気がします。医者も
ほとんどが団塊の世代なのです。そこが引退してしまうと急激にいなくなるので、非常
に深刻な状況だと思っているので、改革という観点よりも、サステナビリティの観点か
らも考えなければいけないのではないかと思うので、是非議論していただきたいという気
がします。さすがに、今すぐ、このシステムがどうこうとは言いませんけれども。

○林座長 すごく本質的な問題だと思うのですが、こちら辺で一言、神田理事長からもい
ただけないでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金（神田理事長） 私どもは厚生労働省がつくった点数表に照
らして審査をする立場なのですけれども、先ほど渡辺審議官からお話ありましたように、
今、進んでいる改革と新しい審査支払システムを車の両輪でできるだけ不合理な審査の差
異を平準化していくのが我々の責務だと思っています。審査事務センターができますけれ
ども、それは各都道府県にあつたら駄目ではないかという御指摘もあろうかと思いますが、
集まってやるということは、ある程度ルールが同じでないと、せっかく集まって事務点検
しているのに、このレセプトはどの県だからと点検方法を変えるのでは、これは集める効
果が出ませんので、そういう意味で、支部独自で14万件あったコンピューターチェックル
ールを、今、7万件まで減らして、1年先には2万件まで減らして、できるだけそろえて
いきたいと思いますということをやっているわけですし、同じ人間が、ある県だけではなくて複
数県持つようになれば、同じルールで点検するようになれば、自然とそろってくると思う
のです。できるだけ車の両輪にして、コンピューターチェックもできるだけ全国統一的
なコンピューターチェックに、本部のチェックに集約、移行させることと、審査事務セン

ターとを両輪にして、不合理な格差はできるだけ平準化していくということかと思えます。

点数表に関しては、先ほどあったとおり、なかなか難しいとは思うのですが、レセプトの様式も記述式のものを選択式に2割ぐらいのものは変えていただいていますし、これからの取組みで言うと、コンピューターチェックルールを公開することにもしていますので、病院が大変ではないかとおっしゃっておりますが、それをオープンにすることによって、逆にベンダーのほうでチェックルールを取り込むことによって、出す前にベンダーのレセコンに取り込むことによって、そういう余計なチェックをできるだけしなくてもいいよということ、点数表がどうであれ、そういう取組みは私どものできる部分としては進めていきたいと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

金丸議長代理。

○金丸議長代理 この新システムへの期待は、きょうの御議論をお伺いしていても高まる一方ですが、支払基金としては、要件が確定したものしか設計できません。今のような診療報酬体系等の議論は本質的ではあるのですが、いずれタイムリミットが来てしまう。そうすると、今回のものがファイナルではなくて、ファーストステップのシステムとして位置づけたほうがよくて、その後、変更しやすいものにしてほしいと思っていて、いろいろなアドバイスをしています。データベースの設計を根本から変えると全部つくり変えなければいけなくなる。大きな時間とコストがかかるので、いずれ支払基金のプロジェクトの節目がやってきますから、そのときに有識者の方々に機能のレビューが必要です。そこは川淵先生とか、いろいろな方々に入っていただいて、再確認して、それが固まっていないと、全権が支払基金にあるのだったらいいと思うのですが、その時点でベストを尽くした設計をどの程度活かすか。

ファーストステップでは削って、セカンドステップに回したほうがいいというものは回すべきだと私は思っていますので、そのためにも、掲げている、さっき矢作CIOが御説明いただいた方針をいかに貫けるか。規制改革会議も政府の一員だとして、発注サイド側だとすると、発注サイド側の厚生労働省、支払基金と規制改革会議も、議論の方向性は、共有できています。しかしベンダーの方々が何十社集まっても、相当出来が悪いだろうと思っています。

今回掲げている方針は、世界では標準なのですが、日本のIT社会では、特殊に思われてしまう。そうすると、業者選定は結構難しく、そういう意味で不調になっていて、私は不調も辞さなくていいと思っています。現実の制約条件の中でこのプロジェクトを運用していて、是非みんなの期待に添えるようなシステムにしてください、しましようという感じですね。そのための大物理事長として神田さんに来てもらったので、今日はまだ当事者意識が薄いので、支払基金はもう神田理事長の責任ですから、是非古巣というか、厚生労働省にも、こういうものを早く決めろということがあれば、支払基金の皆様が仕事をしやすい環境作りを積極的にやっていただければと思います。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

先ほど神田理事長が車の両輪とおっしゃったとおり、法制度の改革と業務改革、システム改革を本当に両輪で進めていかなければいけないと痛感しております。法制度のほうですが、先ほど渡辺審議官からもお話あったように、支払基金法を、国民がまだ飢えているという昭和23年から70年ぶりの抜本改革でございますので、2月中旬からの通常国会への改正案の提出、また、その成立に向けたところが速やかにいくように期待しているところでございますが、関係者であります支払基金の各支部等をはじめとする関係者との調整というか、受けとめなどについて、もしお教えいただけたところがありましたら、お聞かせいただけますでしょうか。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず、国全体の制度面ということで申し上げますと、先ほど申し上げましたが、まさに政府の審議会の医療保険部会は、医療関係団体、医療保険者団体、全て入った中で、きょうも御報告し、御了解を得ているところでございます。それから、基金の中も、これはまた基金のほうから御説明あるかもしれませんが、私自身も実は各都道府県の審査委員会で委員長と直接お話をしながら、今回の改革についての理解を求めるといってもやってまいりましたので、その意味では、大きな方向としての今回の改革についてはおおむねの御了解は得られているのではないかと思います。いずれにしても、これは国会に出ていく法案ですので、与党の、国会との調整はこれからとまってまいりたいと思います。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 城でございます。

基金内部ということで申し上げますと、1番は当然、支部で勤務する職員であったり、労組であったりということになると思います。職員に対しましては、あらあら骨格が明らかになってまいりましたので、私どもで内部向けの全職員に対する説明を、各支部、それから、本部も含めましてさせていただきました。受けとめの内容というか、各職員の反応についてはまだ我々のほうで集めているところでありますが、基本的に本格化したということと、それから、早いということではあるものの、一定の準備期間があること、これも含めて、受けとめとしては、しっかり対応すべしという方向性と、あとは不安が非常に大きいというのはございます。そこは職場であったり、転勤であったりということもありますので、そこについては十分、我々のほうで説明し、意見を吸い上げ、我々としてやることをやっていくということだろうと考えております。

○林座長 本来、平成15年に基金法の改正で民間の法人になった時点でこういった改革が行われていればと思うところはございますが、基金が新しいポテンシャルを持った機能集団になれるかどうかというところだと思いますので、内部の皆様にもそういったところをポジティブに御理解いただければと期待しているところでございます。

では、土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 先ほどからの御説明で、地域格差がなくなるというのは大変期待するの

ですが、地域特性という言葉がいつも出てくるのですけれども、私の解釈では、地域特性というのは、選択療養とか、評価療養のところでは差は多分、出るだろうと思うのですけれども、診療本体が差があるというのはみんな疑問に思うところで、同じ治療をやっておきながら、これがある県では通らないというところですので、むしろ地域特性という言葉が余り使ってしまうと、診療本体のところに入り込まれると大変困る。それだけ是非御留意いただければと思います。

○林座長 ほかにいかがですか。よろしいでしょうか。

それでは、本日はどうもありがとうございました。本日はここまでとさせていただきますが、是非とも速やかにこの改革が成立しますように期待しておりますので、引き続きどうぞよろしく願いいたします。

○大森参事官 今後の日程につきましては、また別途御案内申し上げます。

以上でございます。

○林座長 それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。どうもありがとうございました。