

第6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31日（木）10:00～11:59

2. 場所：中央合同庁舎4号館12階 共用1214会議室

3. 出席者：

（委員）林座長、森下座長代理、野坂委員

（専門委員）川淵専門委員、後藤専門委員

（政府）中村審議官

（事務局）田和室長、窪田次長、森山次長、大森参事官

（説明者）戸渡速志 一般社団法人国立大学協会事務局次長

山田一男 東京大学医学部附属病院研究支援課長

谷広太 国立研究開発法人日本医療研究開発機構経営企画部長

石橋和昌 国立研究開発法人日本医療研究開発機構経営企画部総括グループ
グループ長

土肥克己 内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室参事官

横井理夫 内閣府政策総括官（科学技術・イノベーション担当）付参事官

黒木春郎 日本オンライン診療研究会会長

山下巖 日本オンライン診療研究会副会長

来田誠 日本オンライン診療研究会幹事

森光敬子 厚生労働省保険局医療課長

加藤琢真 厚生労働省医政局医事課専門官

4. 議題：

（開会）

1. AMEDの行政手続負担軽減の検討

2. オンライン医療の普及促進

（閉会）

5. 議事概要：

○大森参事官 皆さん、おはようございます。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」の第6回を開催いたします。

皆様には、本日は御多忙の中、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、森田専門委員、土屋専門委員が御欠席となっております。

今回の議題は、お手元の資料にありますとおり、2件ございます。「AMEDの行政手続負担軽減の検討」及び「オンライン医療の普及促進」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。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「AMEDの行政手続負担軽減の検討」です。AMED、日本医療研究開発機構。この後、日本医療研究開発機構を時々「AMED」と呼ばせていただくかもしれませんが、よろしくをお願いします。

本件は、当ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項として掲げたテーマの一つでございます。

各省庁における行政手続の簡素化につきましては、当会議の行政手続部会において取り組んでいるところでございますが、独立行政法人などの非営利分野については基本計画策定の対象外とされておりました。もっとも、大学や研究機関が行う医療研究の支援においてはAMEDが大きな役割を担っておられますので、その行政手続の簡素化も避けて通ることはできません。そこで、本件については、当ワーキング・グループで議論したいということで取り上げさせていただいております。

本日は、一般社団法人国立大学協会から戸渡速志事務局次長、東京大学医学部附属病院から山田一男研究支援課長にお越しいただきました。

また、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）から谷広太経営企画部長、石橋和昌経営企画部総括グループ長にもお越しいただいております。

また、AMEDの所管省庁として、内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室の土肥克己参事官にもお越しいただいております。

さらに、科学技術政策全体の企画、立案、総合調整を担っておられる内閣府政策総括官（科学技術・イノベーション担当）付の横井理夫参事官にもお越しいただく予定ですが、おくれたの御出席となるとの御連絡をいただいております。

それでは、まず、国立大学協会から御説明をお願いいたします。

○国立大学協会（戸渡事務局次長） ありがとうございます。国立大学協会の事務局次長をしております戸渡と申します。

本日は、このような大変貴重な機会をいただきましたことを、まずもって御礼申し上げたいと思います。

AMEDの発足によりまして、複数の省庁によって支援をされておりました医療分野の研究開発関連予算が一元化をされまして、基礎研究から応用研究、臨床研究、治験、さらには実用化に至るまで、研究の切れ目なく支援をする体制が整備をされたということは、より一層の研究推進に資するものであると考えておりまして、国立大学としてはもとより、我が国の医療分野研究の礎となるものであると、私どもは認識しているところでございます。

一方で、国立大学の法人化以来、運営費交付金の削減であるとか、あるいは重点配分枠の拡大といったことによりまして、研究の基盤的な経費というものが国立大学全体で縮小しています。そのために、研究者の外部資金獲得のための業務もふえておりまして、研究時間を従来どおり確保することも難しくなってきたという声が多々ございます。そして、さらに研究基盤が弱体化する、そういう悪循環に陥っているのではないかと考えてご

ざいます。

これをサポートする体制の整備も、人的なコストがかかるために厳しい状況、難しい状況でございますので、大学の研究力の低下を防ぐためにも、できるだけAMED委託業務につきましても業務負担が少なくなるように、さらに一層手続の効率化をお願いしたいと思っております。

このワーキング・グループにおけるヒアリングに当たりまして、私ども全国の国立大学病院事務部長会議等を通じまして、昨年の4月に全国国立大学病院、これは42大学45病院でございますけれども、アンケートを実施いたしました。

本日は、そのアンケートの結果に基づきまして、さらに改善をお願いしたい点につきまして御提案をさせていただければと思っております。

AMEDにおかれましても、負担軽減に向けた努力というのはこれまでも実施をいただいております、年々改善されていると承知をしておりますけれども、今後、さらに御検討される際の参考にしていただければと考えております。

それでは、本日、資料として資料1-1と参考資料を提出させていただいておりますけれども、この資料に基づきまして、東京大学医学部附属病院の山田研究支援課長から少し具体的に御説明させていただきたいと思っております。

○東京大学医学部附属病院（山田研究支援課長）　ただいま紹介いただきました東大病院の研究支援課長の山田でございます。

戸渡次長からお話がありましたとおり、国立大学病院事務部長会議の総務担当といたしまして、東大病院が各大学からアンケート調査を実施いたしまして、その結果を取りまとめて、特に多かった要望事項等を御報告させていただきます。

1つ目でございます。手続・様式についてということですが、手続といってもいろいろな段階の手続がございますが、まず、公募・申請手続につきまして要望があったものをまとめました。

現在、ほとんどの政府系資金の競争的資金は、e-Radと申しまして、府省共通研究開発管理システムというシステム上で電子申請する仕組みになってございます。AMEDの事業におきましても、応募の際はこのシステム上で入力する項目がございます、それとは別に公募要領ごとに指定された様式で研究提案書というものも作成して、最終的に申請する際は、研究提案書を別様式でつくったものをアップロードしてe-Radで申請する。そういう形をとられてございます。

その際に、e-Radの入力上で基本情報についても入力をしなければいけないということがございまして、また同じような内容を研究提案書にも記載をする。そういったことで、アンケートで要望がございましたのは、入力を2つするものですから、その間違いがあるのではないか、そのチェックの作業が非常に手間になっているというお話がございました。金額の単位にしても、こちらは千円単位とか、こちらは円単位とか、そういった違いもあるので、わかりにくいところがあるということで、e-Radの入力と重複する部分については、

極力、省略・整合化を図っていただきたいという御要望がございました。

例えば同じような研究の申請システムで文部科研費というのがございます。こちらでも電子申請なのですが、共有する部分については同じ情報をシステム上のものがそのまま申請書に反映するような形のシステムをとられてございます。

続きまして、担当事業課ごとに異なる時期の公募ということで、事業の公募についての御要望でございます。現在、AMEDの事業の公募につきましては、ホームページ上で事業ごとに事業の公募が随時更新されるような形でアップされております。新規公募の場合、4月の研究開始であれば前年度の11月ぐらいから公募が始まりまして、それ以降、ずっと随時、事業課ごとに公募事業がアップされる形にはなっているのですが、余りにも数が多過ぎて、公募期間が1カ月くらいなものも、どんどん下に下がって行って、まだ、公募されているのだけれども、すごく探しにくいといったことがございます。現在、ホームページ上で確認できる公募事業を見てみたところ、11月の公募開始が15件、12月公募開始の事業が10件、1月が6件と、公募期間中でもなかなか探しにくいという状態になってございます。

それが、随時公開されるというのは非常に丁寧な扱いで、いいかとは思いますが、かえって情報があり過ぎてわかりにくい状態になっているという要望がございましたので、受け手側が情報を整理しやすいような形で公開されるというような御配慮をいただければと思います。

次に、事業を開始する前に、研究開発参加者リストというものがございます。これは契約を締結する前に、その研究に参加する方を全部ここに記載しなさいといったような様式でございまして、これには例えばこの事業で雇用経費を負担する、例えば派遣さんとか、技術補助員的な方も全部載せないといけない。そこに名前が載っていないと、経費計上をお認めいただけないというものでございまして、例えばそこに変更があった場合は、翌月の10日までに変更届け出を出すというような取り扱いになっております。これが例えば年度末になって実績報告を出したときに、このリストに名前が載っていない、これはお金はお認めできませんねというような形になって、否認されるようなことになってございます。

これは、最初に作成するのが契約の締結前の話になりますもので、例えば年度で、特に派遣みたいな方は誰が来るか確定しないわけで、そのときはAとかBみたいな形でリストをつくるのですが、それを随時、人がかわるたびに変更届や出すというのは非常に煩雑で、特に大きな研究プロジェクトの場合はそこまで把握するのは非常に難しいところがございますので、できましたら、研究開発参加者リストというのは最初の段階と実績報告をする段階に最終版を出すような形の取り扱いにさせていただけると、大分省力化になるのかなと思います。

続きまして、年度末の実績報告書の提出に関してでございます。先ほど公募のときに申しましたとおり、今、いろいろな事業がありまして、通知もその事業課から全部個別に来るわけですね。そうすると、こちらの受け手側からすると、いっぱい事業を抱えていると、

同じような通知が同じような時期にどんと参りまして、特に研究代表者の先生が大勢いらっしやる大学になりますと、あつてはならないことですが、違うものを違うところに送ったり、同じようなものが相当ありますので、この辺の通知は取りまとめて、実績報告の提出の時期とかその辺のものは大体統一されておりますので、まとめて出していただいて、わかりやすいような通知の御配慮をいただけるといいかなと思います。

それと、様式の変更というところですが、最近AMED様のほうも大分御配慮いただいて、余りそういうことは聞かなくなりましたので、大学もいっぱい研究者を抱えていると、実績報告とかその辺の準備を1月、2月ぐらいからそろそろ始めて、書類をつくり始めるのです。つくり始めて、いざ出そうとしたときになって、様式が変わったとなりますと、場合によっては大幅につくり直すとなると相当また手間になりますので、その辺の変更などがある場合は前もって御周知いただけたら、その辺の情報をいただきたいというのと、現場として見ると相当業務が負担になるような通知を、突然、去年はこのような取り扱いだったのにことしは余計なものがついたり、その辺のところ非常に負担になると物理的に無理な場合がございますので、その辺のところの御配慮をいただきたいと思います。

続きまして、再委託契約についてでございます。これにつきましては、再委託契約という仕組みから申しますと、大きな研究プロジェクトで複数の機関が参加するようなプロジェクトの場合、ほとんどの場合は代表機関のほうにAMED様のほうから全額委託されて、研究組織の各機関に代表機関から再委託契約という形で研究資金をお配りするような形になってございます。

その場合、また代表機関と分担機関との間で再委託契約というのを結ばなくてはならないのですが、参考資料にございますとおり、AMED様のほうから「再委託契約書における注意書き」という通知がございまして、再委託契約書はこういった形でつくりなさいといった御指導をいただいております。

代表機関もいろいろな機関がございまして、ざっくり言うとひな形をつくっていただきたい。ひな形をつくっていただければ、多少のアレンジはあるかもしれないのですが、こちらの業務として相当省ける。

こういった形はわかるのですが、そうすると、こちらが一からつくらなければいけないということになるので、実際、東大のほうが逆の再委託契約を受ける場合がございますけれども、各大学でかなり苦心されているのだらうなと思われまして、できればひな形をつくっていただきたいと思います。特に、この辺のところアンケートでも相当数の御希望がございました。

続きまして、契約期間でございます。経費の執行のところはAMED様のほうも画期的な年度またぎの経費の執行ができるというような仕組みをとっておられて、大変ありがたいのですが、年度またぎでも経費の執行に関しては、完了年度の経費をもって経費を計上するという形になるので、例えば予算的には前年度に計上していたのだけれども、最終

的に完了したのが翌年度なので、翌年度の経費で使いなさいと。そうすると、予定していた前年度の方はお金が余ったままで決算されますので、その辺が先生としてはできるだけ使っている予算は使いたいという御要望もございましたので、できればもともと年度をまたいで計画されているようなものでしたら、複数年度の契約ということをご検討いただければと思います。

例を申しますと、JSTの委託契約というのは、複数年度の計画の場合、最初から複数年度契約という形でやっておりますので、その辺も参考にいただければと思います。

続きまして、経費の執行のルールでございます。経費の執行のルールにつきましては、AMED様も大分お考えいただいて、相当御配慮いただいて、発足当時から相当改善されている部分がございます。ただ、やはりいろいろな事業課が御担当になりますので、問い合わせというのも各大学から個別に行くと思うのですが、事務要領で結構細かいところまで御指示いただいているのですが、やはり人がやることなので、人によって若干解釈の違いがございます。こっこの課でこう言われたのだけれども、こっこの課でちょっと違うことを言われたみたいなのがたびたびあるというような御報告をアンケートでいただいております。

先ほど再委託契約のことをお話しましたが、28年度までは、再委託機関でも例えば研究費が1,000万円以上のものは代表機関の負担が大きいということで、再委託機関でもAMED様と直接契約しますというような取り扱いがQ&Aにも載っておりました。29年度からそれがなくなりまして、それかといって、AMEDとの直接契約がなくなって全部代表機関のところに来たかというところ、そういうわけでもなくて、そういうのもあって、その辺の基準がよくわからないような状態で、代表機関からしますと、AMEDから委託されてこない、どういう仕組みでやるのかよくわからないところがございますので、その辺の情報の共有の仕組みをよく考えていただければと思います。

情報共有というところで同じですけれども、AMEDの契約というのが3月ぐらいですかね、研究代表者との間で事業計画とか経費の積算のところを詰めて、最終的な契約の締結案をつくって、POとかPDの確認をいただいて、御承認いただいて、大学のほうに契約を委託されるという仕組みなのですが、その最終バージョンがなかなか事務方と共有できていないということがございます。例えば途中で変更申請とかをする場合もよくあるのですが、どこの段階のものが今最終かというのが事務方によくわからない。研究代表者と我々事務局とAMEDの事業課の担当の方と情報共有できるような仕組みを考えていただければと思います。

最後になりますけれども、確かにAMED様のほうも、例えば先ほど申しました年度またぎの経費執行というのは、今までの政府系の委託事業の中でほとんどあり得なかったような仕組みでございまして、当時、私どもとしては、これは使いよくなったなということで大変喜びました。

まだまだ、例えば先ほどの再委託契約書のひな形をつくっていただきたいというような

希望とか、いろいろございますので、これからも私どもはAMED様のほうと研究成果を上げていきたいという形で、我々も先生方の支援をしてまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

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。

冒頭、私が申し上げましたとおり、規制改革推進会議では行政手続部会において行政手続のコスト削減を進めておりまして、昨年度の答申でも閣議決定されている内容としましては3つの原則がございます。その1が電子化の徹底、デジタルファースト、第2は同じ情報は1度だけの原則、ワンスオンリー、3つ目の原則が書式・様式の統一を掲げております。これは全ての省庁にお願いして、見直しを随時進めているところでございます。

それでは、続きまして、日本医療研究開発機構（AMED）様から御説明及び、ただいまいただきました御要望への回答をお願いいたします。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） AMEDの経営企画部長をしております谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、既に御案内の先生もいらっしゃるかと思えますけれども、AMEDがどういう組織であるか、またどういう仕事をしているかというところから御紹介させていただきまして、具体的な契約等の中身といいますか、手続についてもその中で御説明をし、先ほど御指摘いただきました改善すべき点という御意見につきましての回答をその中で御説明させていただきたいと思えます。

それでは、資料1－2「AMEDにおける契約手続き等について」という資料をごらんください。

右下の1でございますけれども、最初に機構の概要を書いております。平成27年に発足して、現在、第1期中長期計画、5年間の中長期計画の4年目に当たっているということでございます。役員、職員、組織を示しております。一番下の「目的」のところに書いておりますとおり、医療分野の研究開発のファンディングエージェンシーでございます。基礎から実用化までの一貫した研究開発を推進するというところでございます。

2ページでございます。これはAMEDを含む医療分野の研究開発全体の推進体制でございます。健康・医療戦略推進本部が国の司令塔でございます。この推進本部から大きな方針が示されます。内閣府の御指導を受けながら、所管府省である文科省、厚労省、経産省、ここは一つにまとめて書いてあるところがみそでございますけれども、補助金、運営費交付金の交付を受けて、これらをもとに予算を集約して一体的に日本の医療分野の研究開発のファンディングを行っているということでございます。

一番下に赤い括弧で、「研究費等のワンストップサービス化」ということを書かせていただいておりますけれども、その中に、先ほど国立大学協会様からもお話があったところでございますけれども、さまざまな研究費の配分の中で、事務負担の軽減ということについても十分に留意をして取り組んでまいったところでございます。

ポイントは、文科省、厚労省、経産省と、従来各省がばらばらにやっていたものを一つに束ねて統一的去って行く、一体的に行って行くというところでございますので、先ほど座長からお話のありました書式の統一でありますとか、電子化、ワンスオンリーといったようなところもできるだけ実現をするということで努力をしましてまいりました。後ほど具体的に御紹介させていただきます。

3 ページ目は予算でございます。これぐらいの規模だという御紹介でございます。

4 ページでございます。医療分野の研究開発等の推進体制の中で、具体的にどういうプロジェクトをもってやっているのかということでございます。我々は9プロと言っておりますが、9つのプロジェクトを中心に行っております。縦軸に疾患領域の統合プロジェクトがございます。がんとか、精神あるいは認知症といったような疾患、脳とことろに関するもの、それから感染症、難病といったような疾患領域に分けたようなプロジェクト。横軸でございますが、横断的な統合プロジェクトということで、医薬品、医療機器、拠点、再生医療、ゲノムの医療といったような形でのプロジェクトを推進してございます。

5 ページになりますが、そういったプロジェクトを具体的にどういうふうに進めているのか、どういうふう管理をしているのかということでございます。プロジェクトごとにこれを統括するプログラムディレクターというものを置きます。プログラムディレクターのもとに、そのプロジェクトを構成している事業ごとにPS、プログラムスーパーバイザーを配置し、さらにプログラムオフィサーがそのPSを補佐して管理実務を行うという体制で進めているということでございます。

6 ページをごらんください。きょう議論になっております一つのポイントでございますけれども、公募から研究開始までの流れということで、特に初年度のものをイメージして書いてございます。

我々は、先ほどからお話がございますように、非常に数多くのファンディングをお預かりしております。そのため、事務処理も手続が非常に煩雑になるし、できるだけそれを効率的にやっというこ、事務処理説明会というのを最初書いてございます。これは前年度末、ことしも2月27日に予定しておりますけれども、事務処理説明会ということで関係の方々に集まっておきまして、丸一日かけて公募の手続の中身について、御質問もお受けし、事業ごとにまたブースを設けて御説明させていただくというような機会をつくらせていただいております。

それから、公募開始に入るわけですが、いきなり公募するということではなくて、物によっては公募予告ということで、あらかじめ公募いたしますという予告を出させていただきます。公募につきましては、公募をしたらもちろん速やかにウェブで公開いたしますし、同時にメルマガでも公募いたしましたということをお知らせしてございます。それから、提案の締め切りがあり、書類選考を行い、面接選考を必要に応じて行い、採択を決定して、契約を締結して、研究を開始するという手続になってございます。

期間を書いておりますけれども、これは一番長い丁寧なものということで、数が多い、

もしくは規模の大きなもの、特に採択に時間がかかるものについて書かせていただいております。物によってはもっと短いものもございます。

公募情報の掲載状況を7ページに示させていただきます。先ほど、数が多くてわかりにくいということでございましたので、どうやって工夫しようかと今考えているところでございますが、少なくともAMEDのウェブサイトのトップページに公募の情報は常に最新のもの載せているという状況にしてございます。その中には、予告が出ているものも含めて載せております。

ホームページの公募情報のところに行ってくださいと、簡単に検索もできるということで、もし希望のものがあれば見つけられるという形にはさせていただいていると理解をさせていただきます。

9ページ目はメールマガジンでございますけれども、公募開始の都度、発行しているメールマガジンもございますし、月一で総合メルマガというものを発行しております。この中では、その月に出した公募をまとめてお知らせしているという状況もございます。

10ページをごらんください。研究報告、検査でございます。これは中間報告、実績報告、それぞれ必要な局面で、これはもう簡略化するのは難しいと思っておりますけれども、報告書を出していただくという形にしてございますし、途中で必要に応じて検査をさせていただく。これは大事な税金をお預かりしているということで、こういう形は最低限やむを得ないのかなと思っております。

それから、11ページ、先ほど申し上げた事務処理説明会でございます。これは30年、昨年の具体的な例でございますけれども、午前、午後、質問ブースを設ける形で丁寧にやらせていただいているつもりでございます。

その中で、例えば様式の変更でありますとか、新しくAMEDとして取り組んでいくので、対応をお願いいたしますというものについては、こういった事務処理説明会の中で丁寧に御説明をさせていただいているつもりでございます。

次のページをごらんください。12ページでございます。研究費につきましては、AMED発足当初から課題であると思っております。これをいかに使いやすくするかということについて意を用いてまいりました。

研究費の増額措置、経費の柔軟な使用、研究機器の合理的な運用といったところについて取り組みをしてまいったところでございます。きょう全部は御紹介いたしません。後ろのほうに「研究費の機能的運用について」ということで、それぞれ取り組みについてまとめてございます。後ほど必要に応じて御説明させていただきたいと思っております。

13ページ、経費の執行ルールの斉一化でございます。AMEDのウェブページにいろいろなルールの理解等についてわかりやすく御説明させていただくという趣旨でFAQ、それから関連の規定と申しますか、ガイドラインといったものについて、ウェブページに整理をさせていただきます。

あとは参考資料で「研究費の機能的運用について」、先ほど申し上げたものをおつけし

ております。

細部にわたりますので、必要に応じて質疑応答の中で御説明させていただきたいと思っております。

資料の1-1、先ほど国立大学協会様から御指摘のありました点について、必ずしも十分触れなかったところについて後ほど申し上げると言ったところについて御説明させていただきます。

最初のe-Radのところは、我々は内閣府のCSTIさんのほうで指定されておりますe-Radのシステムのベースに沿ってやらせていただいていると思っております、自動化とか、科研費のほうでシステムをつくっておられるということでありましたけれども、そこまでは予算的に対応できるシステムをつくり上げるというのはなかなか難しいところがございますけれども、重複といっても基本的にはもとのファイルから入力していくという形であれば、十分な簡素化が図られているのではないかと理解しております、さらに御議論があれば対応させていただきたいと思っております。

○林座長 今の意味がわからなかったのですけれども、2回入力しなければいけないという事実はあるのだと思うのです。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） e-Radのシステムと、申請書と当然重複した項目はあります。申請に当たって2カ所、確かに書き込むところがあるのではないかとということではあるのですけれども、もともと申請のもとになっているデータから入れ込むことになるわけですので、確かに手続的には2カ所別々のところに入れるということかもしれませんけれども。

○林座長 まさにそれが先ほど申し上げたワンスオンリー、同じ情報は1度だけ、民間の出すほうの側にとっては手間を1回にしてくださいということを各役所をお願いしているところですか。AMEDではそれはできませんか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） e-Radのシステムと申請書を多分電子的につなげるということだと思いますけれども、そこはシステムのまさに改修を必要とすることになると思われまので、これは内閣府さんとよく相談しなければいけません。追加的な予算措置をしてそのシステムをつくるという形になるかと思っておりますので、そういうハードルがあるということだと認識しております。

○林座長 内閣府のほうはいかがですか。

○内閣府政策統括官（科学技術・イノベーション担当）付（横井参事官） 内閣府のほうから説明申し上げます。

今の御指摘の点ですけれども、e-Radというのは、各府省が所管する競争的資金制度について、研究開発関連に関する手続をできるだけオンライン化して、応募受付から実績報告等の一連の業務を支援する。もともと、研究者への不合理な重複、過度の集中を回避することを目的として、府省横断的にシステムを設けたという経緯がございます。

先ほどから御議論があったように、科研費では電子申請システムというものが既に立ち

上がりつつあるという状況でございます。

内閣府のほうでやらせていただいていることとしましては、競争的資金に関する関係府省連絡会において、これまでできるだけルールを統一化して利便性を図ろうということをやってきていて、申請書、提案書について、一昨年、29年4月によろやく共通のフォーマットを定めて、それをAMEDさんも含めて各府省さんの公募的研究資金について、その申し合わせに従って各様式の見直しを行っていただいているという状況でございます。

e-Radとずれがあるではないかというお話につきましては。

○林座長 ずれと重複の両方問題があります。

○内閣府政策統括官（科学技術・イノベーション担当）付（横井参事官） 重複の問題については、それぞれの制度ごとに少しずつ、先ほど予算の問題も御指摘がありましたけれども、直していただければと考えております。もしくは、e-Radのシステムの中でやるべきだという御意見もあるかもしれませんが、e-Radの現状について御説明しますと、申し合わせの共通フォーマットに今の時点では対応できていないというのが現状です。これについては、オンライン入力への全面移行を前提とさせていただいて、随時見直しということを考えておまして、今後、必要な改修が行えるように各省と検討していきたいと考えております。

○林座長 e-Radへの入力のみとして、研究開発提案書の作成自体を省略できるように、必要な予算措置などを講じてやっていただければ、AMEDさんのほうでも予算さえとればそこは自動化していきたいということだと思いますので、ぜひ両方で協力して進めていただければと思います。

（1）のところは今御回答をいただいたのですが、その次のところの御回答を続けていただけますか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） 公募の時期がばらばらであるという御指摘でございます。これはちょっと痛しかゆしいと思いますか、実態を申し上げますと、役所ごとに事業の担当が別々でありますけれども、比較的早い時期から公募をかけてもいいよという役所と、国の政府原案がまとまっていないのに前の年の暮れまでに公募するのはちょっとという考え方もありまして、そういう意味では公募を始められる時期がずれてございます。これは、できるだけ我々は研究開始のスタートを早めたいというのは共通の思いでございますので、他方で、どこまでそれを早い時期から公募をかけられるかということについては省庁の考え方もあります。

それから、各事業によって公募期間をしっかりとらないといけないとか、例えば大学、アカデミアと企業とのマッチングをしてもらってから応募をしてもらうような事業もございます。こうした事業は公募期間をしっかりとる必要がございます。

また、先ほどもちょっと申し上げましたけれども、事業によってはたくさんの課題を採択するということになって、非常に多くの応募がある場合は審査に非常に時間がかかります。ここは丁寧にやっております。

したがって、結果的に、事業については公募の時期がずれて、他方でなるべく早くやりたいということで、少しずつ前倒しをしている中でありませけれども、結果的にばらばらになっているように見えるということでもあります。

他方で、応募をされる大学もしくは研究機関のほうから、応募の時期がしょっちゅう変わるのも混乱をするということも言われておりまして、一気に時期を変えるということは我々もしがたいと思っております、全体の方向性のお話だけで恐縮なのですが、なるべく早く公募を始めて、研究開始を早めるという大方針のもとで、事業ごとの対応をさせていただいているというのが実態でございます。

○林座長 ありがとうございます。

このペースで全部をお答えをいただくと、多分討議ができなくなってしまいそうなので、本題のいろいろな回答はこの後の質疑の中でいただくようにしたいと思います。

御説明、御回答、ありがとうございます。

それでは、委員の先生方から御質問、御意見がございますか。

では、川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 今の話を聞いていますと、パワーポイントの7枚目、【まとめ】に尽きるのではないかなと思います。

そもそも、AMEDができた背景は、4省庁、文科省、厚労省、経産省、総務省という縦割りに横串を入れようということで私は日本版NIHと呼んでいますが、なけなしの公金を使う以上はある程度はルールも必要かと思えます。しかし研究者マインドから言うと、先ほど林先生がおっしゃった3原則は守っていただきたいなど。

そうすると、まず、e-Radシステムに一本化できれば、事務的コストをかけないで、研究に没頭できるのではないか。これはどなたに責任持って回答いただけるのかわかりませんが、e-Radへの一本化ができれば、私はそれなりに一歩進むのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

もう一つはばらばらというところですか。私はてっきり4省庁がAMEDに全部委託しているのかなと思っていました。9プロジェクトということも初めて知ったのですけれども、これも全てAMEDが仕切っているのかと思ったら、そうではないということでした。そうすると、このばらばらは、説明会に出られない人もいると思うので、もうちょっと工夫がないのかなと。

3点目は、再委託のひな形です。日本の大学は前例主義なので、ひな形とおりに書くと、大体通るのですね。ひな形があると多分世の中は進むのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。これは仕切っている方にお答えいただきたいのですが、いかがでしょうか。

○林座長 3つそれぞれ御回答者が違うかもしれないので、まず、e-Radに一本化できないかというのは、これは内閣府からのお答えになるのでしょうか。

○内閣府政策統括官（科学技術・イノベーション担当）付（横井参事官） 内閣府のほう

から回答させていただきます。

内閣府はどちらかというと言頭取りが中心になりますので、各省さんとそういうお話があるということも踏まえて、引き続き検討していきたいと思います。内閣府としましても、研究生産性の向上とか研究効率を上げるという観点から、研究者の方々からこういう御要望を受け取ったということも踏まえて検討していきたいと考えております。

○森下座長代理 今の点ですけれども、言頭取りをしてもらうのではなくて、ちゃんとやってもらわないと困るのです。正直、現場の負担が非常に大きいと思いますし、AMEDをつくる時に健康・医療戦略室で大分議論してつくった話で、私もその議論のときの一人として、いい面もあるのだけれども、弊害も出てきている。

もし内閣府ができないのであれば、和泉補佐官に頼んでも強制的にやってもらわなければいけない話だと私は思うのです。もうちょっと主体性を持って内閣府も考えてもらわないと、健康・医療戦略室のほうでやるか、どっちかの話だと思いますよ。これはかなり大きい問題だし、先ほど言ったように政府部内でもう決まっている話なので、独立行政法人とかそういうところだけ違うという話ではないと私は思っているのです、もう少し主体性を持って考えていただきたいと思うのです。

○内閣府政策統括官（科学技術・イノベーション担当）付（横井参事官） 済みません。こちらのお答えの仕方が悪かったかもしれませんが、AMED内部の話はAMEDさんにやっていただくことになると思いますが、政府全体の話、これを統一化していく、オンライン化の方向にしていくということは内閣府のほうが主体的というか、関係省を引っ張っていく立場にございますので、関係省さんと連携をとりながら司令塔としての機能は発揮させていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○森下座長代理 AMEDさんにはぜひこれをお願いしたいと思うのです。今、日本の研究力が落ちているというのはいろいろなところで言われているのだけれども、現実的には余りに仕事がふえている。事務量が以前に比べて圧倒的に多いです。ここまで事務量がふえるというのは想定外なのです。研究する時間が本当にない。若い人なんかでもね。

予算配分のやり方はよくなったと思うのです。若手にも結構費用が来ているし。改善点は明らかに見えていまして、末松理事長の努力も非常によくわかるのだけれども、一方で、こんなことを言って申しわけないけれども、保身的な要素があって、いろいろなメディア等でたたかれるので、どうしても細かくなる。その気持ちもわかるのですけれども、現実問題としては本当に研究時間がとれなくなりつつある。これが日本の研究力を落としている一つだと思うのです。

もし費用的な面でどうしても難しいというのであれば、それこそ末松理事長から健康・医療戦略室の会合で発言してもらえばいいと思うのです。私もサポートしますし、決して政府の体制としてそれができないような状況にないと思っておりますので、ぜひ積極的にe-Rad一本化というところで考えていただきたいと思うので、そのあたり、引き続きどうなったかということも教えていただければと思います。

○林座長 私たちもしつこくフォローしていきますので、よろしくお願いいたします。

では、川淵先生からの2点目の御質問は、ばらばらというのは横連携ですね、部門とか事業課単位でいろいろな事務の指示が申請者に対して出されたりする、こういったばらばら問題について、AMEDのほうでは今後どのように対処していただけるでしょうか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） 現在、努力の途上で、必ずしも成果が十分に見えていないということかと思えます。我々もまだというべきか、4年ということで実績を積み重ねてきて、新しい仕事のやり方を構築していく途中でございます。そういう意味では、まだ現場もふなれなところがあるというところで、ばらばら感であるとか、事務負担の重さをさらに感じるような局面をつくっているというのは事実かもしれません。

ただ、おっしゃるように、ばらばら感というのをできるだけ束ねていくとか、効率化していくというのは、不断の努力を重ねていく必要があるのではあるかと思っております。

そういうのは、事業によっては束ねてやっていきます、連携してやっていきますということは少しずつ出てきておりますので、これは引き続き取り組ませていただきたいと思えます。

○林座長 ありがとうございます。

文科、厚労、経産からの予算がAMEDの中で縦割りで執行されているといったことになりますと、何のためにAMEDをつくったのかわからないということになってしまいますので、ぜひ私どもが言っている3原則、デジタルファースト、ワンスオンリー、様式等の統一というところを踏まえて、申請者にとっての事務コストを極力軽減するような形で、AMEDの中でも統一的な取り組みをお願いしたいと思えます。

次に、川淵先生からの3点目の御質問は、再委託契約書のひな形ができないかということでしたが、森下座長代理からもお話があった、事務量が減っていない、むしろふえているのではないかという点では、冒頭に国立大学協会から御要望のありました、例えば研究開発参加者リストを変更の都度、提出を求めているのを、何とか初めと終わりの2回に簡略化できないかとか、年度末の実績報告書の提出もe-Radを使ってシステム化できないかとか、こういったところも含めて、事務量の削減のためにAMEDのほうで本日の御要望を踏まえてどういう御回答をいただけるかというところをまとめてお答えいただければと思います。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） 研究開発者リストにつきましては、少し検討させていただきたいと思えます。適正な予算の執行という観点から丁寧に見させていただいているということかと思えますけれども、ここは柔軟に見られないかということについては考えさせていただきたいと思えます。ちょっとお約束はできませんが、できるだけ簡素化という方向で何ができるか検討してまいりたいと思えます。

報告書等につきましても、1回の通知でということ、まとめていくということについても、やり方についてどういう工夫ができるかというのは考えさせていただきたいと思

ます。

ひな形ですが、これは我々も非常に悩ましくて、結果として注意書きという紙になっているのですけれども、実際の契約自体にAMEDは契約者としてはかかわらない契約の紙を、AMEDがひな形をつくるということについて非常に抵抗があります。それは契約者さん同士で実績なりをつくっていかれたものが標準的な形になっていくのであろうと。我々としては、その契約の中でこういったものを書いていただきたいかということについては明示をさせていただいておりますけれども、直接契約を結ぶわけではない者がひな形をつくるということについてはやや抵抗があるということで、こういう形になっているということを御説明させていただきたいと思えます。

○林座長 今の再委託関係では、御要望の中では、AMEDと直接の契約になるのか、または再委託になるのか、この区別の判断ルールが不明である、そこもクリアにさせていただけないかという御質問がありましたが、いかがでしょうか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（石橋経営企画部総括グループ長） 石橋のほうから御説明させていただきます。

今、お伺いした話ですけれども、以前は先ほどのお話ですと1000万未満の研究であれば、AMEDの直接研究であったと。過去、そのルールがあったかどうか、ちょっと微妙だと思うのですけれども、少なくとも現在は各分担機関と直接契約になるのか、再委託契約になるのかというのは、その研究課題に係る代表研究機関のお申し出、つまり代表機関が全部まとめて引き受けますよ、再委託をこっちのほうでやりますという形で全体額を代表機関にお渡しするというような契約を結ぶのか、いやいや、そこまで事務処理的なことはできないので、分担機関もAMEDと直接契約してくださいということがあれば、少なくともそのお申し出に従って全部直接契約にするか、再委託契約にするか、分ける形になっていますので、先ほど御質問にあったような金額基準に基づいてAMEDが判断して締結の要否というのは、少なくとも現時点ではやっていないということです。

○林座長 そうすると、採択したときの代表機関及びそのメンバー、プラスアルファのところが出てきたときには、それは原則として再委託の図式になるということなのでしょうか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（石橋経営企画部総括グループ長） そこも、まずは変更契約が最初にあって、これこれこういうことで研究機関を加えますという話になると思うのですけれども、原則的にはこういう研究開発をやってくださいということで公募していますので、わかりました、私が代表機関としてこういう人たちを取りまとめて、それで成果を出しますと言っているのです、研究が終われば別ですけれども、求められている研究が終わっていないのに、途中で研究機関が外れたりというのは、原則、制度上ないというのが普通だと思っています。

○森下座長代理 再委託の様式はAMEDは直接関係ないからつくりにくいという話なのだけれども、研究者の側からいくと、AMEDの意向に沿わないと書類が突き返されるわけですよ

ね。やはり二重、三重のミスが起きる原因だと思うのですけどね。

もともとの費用はAMEDが出していて、実際に再委託で何かトラブルなり、問題が起きると、AMEDから我々は責任を問われるわけだから、そこに対して基準書をつくったからそれが越権行為であるとは思わないのです。むしろ、どちらかという、ひな形をつくってもらって、それをベースにやらせてもらったほうがミスも減るし、大学側の事務も減るので、そこがすごく抵抗感があるというのは理解できないところがあって、そんなに難しい話でもないように思うのですけれども、そこを考え直してもらうことはできないですか。

現場の大学からいくと、大学間の様式だと、どっちが上か下かになるのです。再委託先が先なのか、それとも大もとが先なのかで、もとの大学、例えば東京大学から受けたケースと大阪大学から受けたケースで、それぞれ大学のものが違うと、違ったものをつくらなければいけないわけですよ。そこから受けると。そうであれば、結局、AMEDに行くわけだから、AMEDでやったもので標準的にやったほうがみんな効率がいいし、それに対して何か問題があるとは思わないのです。

○林座長 済みません、要望者の山田さん、先ほど理解が違うのではないかというようなこともありましたし、また実際に代表機関と分担機関との間で再委託についての調整でどのくらい負担がかかっているのかということも教えていただけますか。

○東京大学医学部附属病院（山田研究支援課長） 私ども東大で再委託先というのが、受けているのが93件くらいあって、再委託先が180くらいですかね。最初が一番苦労いたします。契約を締結するとき、各大学の法務担当みたいな部署があって、提案されたもので一応確認してくださいということで、うちの大学の法務担当がここを直してくださいというような指示があって、それを相手の大学のほうに返すと、相手の大学にも法務担当があって、そこでまた何かあって、それを1カ月ぐらいやりとりをするのです。

先ほどAMED様のほうからの紹介で、代表元にはなるべく短期間のうちに委託契約をしますと。そうすると、そこから再委託契約の交渉が始まると、そこで2～3カ月かかって、お互いに合意するまで相当時間がかかって、研究費を最終的に再委託元までお配りするのに時間がかかるというのが現実としてよくあるのかなと思っております。

○林座長 もちろん再委託先との関係においてバリエーションというのはあると思いますので、今、AMEDでここは押さえてという再委託の骨子を示して下さっているということなので、その骨子だけをまとめたようなひな形のようなものがあれば、それをベースに180もある再委託契約の交渉もスムーズにいくのではないかと思いますので、少し御検討の要素として入れていただければと思います。

あとは、年度またぎの物品調達とか役務提供に係る契約についてですが、AMEDでもこれは可能にされているということなので、いつから実施されているのか、また、研究費の機能的運用に向けた取り組みについて、年度またぎの点はどういうふうに大学等に周知されているのかというあたりをAMED様から御紹介いただけますか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（谷経営企画部長） 資料1－2の後ろのほう

についております機能的運用というものですが、26ページに「年度を跨ぐ物品調達・役務提供に係る契約」ということで整理をさせていただいております。

実際に契約をしてから仕事が完了するまでに2カ年度にわたるようなものについて、要は年度を越えてしまうようなものについて、前年度のところから契約をして、最終的なところで支払いをするという契約が可能であるというふうに改めたわけでございます。これは、29年度からこういうものを実現してございます。

具体的な事例を28、29ページに書いております。実際に契約をして、納品をされて、検収をして、支払いをするというのが、従来なら1会計年度の中でやってくださいということだったのですけれども、それを2カ年度、年度をまたぐ契約についても可能にすることにしたというものが28、29の対比表になっておりますけれども、29年度からできるようにさせていただいた。これはAMEDのホームページにも載せておりますし、事務処理要領とか、説明会でも説明をさせていただいております。

○林座長 ありがとうございます。

そういうことなのですけれども、いかがでしょうか。

○東京大学医学部附属病院（山田研究支援課長） 例えば2年目の頭にどうしてもすぐ使いたいというような場合にはすごく有効なものだと思うのです。納品とか検収までに時間がかかるような契約についてはすごくありがたい制度だと思うのですけれども、複数年度にわたって実施するような研究で、例えば前年度に予定していた仕事なのだけれども、ある事情でちょっとおくれちゃいました、本当は10月ぐらいに発注するつもりだったものが1月にずれ込んで、2月か3月に終わるつもりだったのが4月、5月に終わってしまいました、そういうのも使えるのですが、予算的には翌年度の予算を使ってくださいという話なのです。だから、前年度の予算は余ってしまうのです。

だから、繰り越しの手続もあるのですけれども、繰り越しの手続であらかじめ繰り越しの額を確定させて翌年度繰り越しますよという申請があって、お認めいただいて繰り越しできるという制度なので、特に役務契約で出来高みたいなものと、繰り越し額自体が行って見ないとわからないみたいなものもあるので、その辺が最初から複数年度の契約というような形をとらせていただけると、有効的に使えるのだらうと考えております。

○林座長 実際の予算の執行については、今、お話のあったような状況があるために、そこを柔軟に対処できるようにJSTを初めAMEDでもこういう制度を取り入れて、研究者にとっては非常に大きな進歩だと評価されているところなのですが、今のお話があったような繰り越しの点も、もう少し柔軟にこの手続の中で対応できないでしょうか。いかがでしょうか。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（石橋経営企画部総括グループ長） ちょっと細かくなりますので、私のほうから。

繰り越しですけれども、そもそもAMEDは運営費交付金で事業をやっているというよりは、補助金のほうで事業をやっていますので、そもそも繰り越しというのは国の制度にのっと

っているものなので、これはAMEDに限った話ではなくて、AMEDでどうにかできるというわけでは必ずしもないというところです。

ただし、繰越制度自体は今はずごく簡素化されていて、もともと繰越明許という予算の枠組みの中であるので、書類さえ整っていれば繰り越しできるような形には少なくともなっている。

それから、先ほど御発言にあった、今の繰越制度の中でも額が確定しないとという話があったけれども、現行の事務手続上ではそれは織り込まれていて、そもそも繰越申請があって、承認があって、繰越額を確定するという形なので、少なくとも繰り越しの申請の段階で繰越額が確定していなくてもいいという今の状態ではあります。

なので、そこは先ほど来からいろいろ議論になっているのですけれども、政府で対応する一番上流の部分と、AMEDの事務的な部分でやれる部分と、それから申しわけないのですけれども、大学の事務担当のほうで引き受けてもらわなければいけないところを、全部まとめて議論されている感があるので、なかなかしんどいところがございますが、そこをある程度クリアにさせていただけるとありがたいと思っています。

以上です。

○林座長 今の御回答にあったような点もあるのかもしれませんが、引き継ぎ、この繰り越しの手続が実際に簡素化できるような形なのか、実態を把握した上で議論を続けていきたいと思います。

○森下座長代理 今の点、恐らく一番多いのは臨床試験に関してです。AMEDになって臨床試験の支援をしたことがあるのだけれども、臨床試験というのは予定どおり終わらないのです。契約が終わりになったら次に年になるけれども、最初の年に何人入ったと。それは正直わからないわけです。これで結構トラブルが多いのは私どもも経験しているので、その辺は現実に即してもらわないと、せっかくの予算が使いにくくて、慌てて年度内に終わらなければいけないとか、あるいは年度内には終わりそうにないから試験を先延ばしにするとか、いろいろなことが現場では実際に起きているのです。

そこは今、座長が言われたようにしっかり整理してもらって、最大限できる範囲内で頑張ってもらわないと、せっかくの臨床試験までお金を出すという制度が生きてこないと思うので、そこは考慮しなければいけないと思います。

○林座長 どうぞ。

○国立研究開発法人日本医療研究開発機構（石橋経営企画部総括グループ長） ありがとうございます。

なので、できる限り早く判明した場合は変更契約という手段もとれますし、あとは当然繰り越しという手段もとれますので、そこは実はAMED側の事業担当者、あるいは研究者側の事務担当者でうまくすり合わせたほうがいいということではあると思います。

○林座長 どうぞ。

○森下座長代理 時間がないところを申しわけないです。

もう一点、これは一部のケースだと思うのですが、臨床試験が延長しているのに、次の年の予算が削られて臨床試験ができなくなったというケースも何件か実は聞いているのです。2年目の見直しは確かに重要なだけけれども、一方で臨床試験で組んでいる場合はある程度決まっているので、それは理不尽ではないかという声も聞くのです。今回の予算の行政手続とはまた別なのだけれども、より研究者の方が使いやすいようにというのは、不断的に見直しをしてもらって、ぜひ現場の声を聞いてもらうというのだけお願いしたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

議論は尽きないところでございますが、本日は時間の関係でここまでとさせていただきます。目指すところは同じであると思っておりますので、要望者の御意見も伺いながら、柔軟にスピードアップして取り組んでいただければと思います。

皆様、御多忙の中、御対応いただきありがとうございます。

それでは、御退室ください。

(ヒアリング対象者交代)

○林座長 お待たせして済みません。引き続き、2つ目の議題に移ります。

本日、2つ目の議題は、「オンライン医療の普及促進」です。本件は、当会議の前期に主な審議事項として取り組んだ案件で、昨年6月に閣議決定された規制改革実施計画のフォローアップとなります。

本日は、日本オンライン診療研究会から、黒木春郎会長、山下巖副会長、来田誠幹事にお越しいただいております。臨床の現場におけるオンライン資料の実態に関する調査結果と見解について御説明いただきます。

また、厚生労働省保険局から森光敬子医療課長に、医政局から加藤琢真医事課専門官にもお越しいただいております。

それでは、まず日本オンライン診療研究会から御説明をお願いいたします。

○日本オンライン診療研究会（黒木会長） 日本オンライン診療研究会会長、外房こどもクリニックの黒木と申します。今日はよろしくお願いたします。

資料2-1に沿って御説明いたします。日本オンライン診療研究会は、オンライン診療の適切な普及のために、実際の臨床での知見を蓄積、議論し、発信することを目的として結成されました。

活動内容といたしましては、オンライン診療の実際の知見の共有を目的とした勉強会等の実施、また、適切なオンライン診療の普及のための議論とメディア等への発信を行っております。

役員は私、そしてお隣にいらっしゃいます山下先生、事務局長として舟串先生、また来田先生、監事は産婦人科の田村先生です。

次をごらんください。改めて御説明で恐縮ですが、オンライン診療と申しますのは、遠隔医療のうち、医師・患者間において情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、

診断の結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為というふうに定義いたします。

平成27年に厚労省より、遠隔診療は物理的な遠隔地に限らないとするという通達があり、以降、診療方法の全く新しい領域として普及が進むことが期待されております。

昨年4月より、オンライン診療料、オンライン医学管理料として保険診療に組み込まれました。

今回は、オンライン診療を実際に行っている医療機関において実施したアンケート結果、及びそれに対する見解を紹介いたします。

当研究会によるアンケート調査ですが、研究会登録会員並びに公開研究会での参加者、また、主要システムベンダーの声かけから、2週間程度で集まりました医療機関から154通の回答を得ました。

アンケート名は「オンライン診療の実施に関わるアンケート」としております。

回答者には医療機関名を記入してもらい、医療機関開設者又は勤務医師の回答である保証を得ました。次ページ以降に、その回答の集計と分析結果をご紹介します。

まず、勤務体系ですが、開業医が128名、83%、勤務医が15%です。

続きまして、医療機関の所在地ですが、東京が40カ所で、これが断トツに多く、続いて千葉県、大阪府、愛知県等です。

次のページをお願いいたします。オンライン診療を利用している、又は利用したい診療科をお選びくださいという設問です。診療科では、内科が72名、続いて小児科、リウマチ科、皮膚科、精神科と続いております。

オンライン診療を過去3カ月以内に行いましたかという質問に関して、「はい」という答えが70%、「いいえ」が29%でした。

次のページで、過去3カ月以内にオンライン診療を行った医療機関への質問です。オンライン診療を開始してどのくらいたちますか。2年以上が20%、1～2年未満が40%、半年～1年未満が23%、3カ月以上半年未満が9%、3カ月未満が8%と続いております。

過去3カ月以内にオンライン診療を行った医療機関への質問として、保険診療において1カ月当たりオンライン診療を何回程度行っていますか。5回未満が69%、5～10回程度が17%、11～20回程度は6%、20～30回程度は4%、30回以上が4%でした。

続いて、過去3カ月以内にオンライン診療を行った医療機関への質問で、そのうちにオンライン診療料を算定した診療の割合です。これは、オンライン診療料算定はゼロ%という医療機関が60%です。10%程度が7%、以下20%はゼロ、50%が8%と続いております。

オンライン診療の対象となっている疾患ですが、これはごらんいただくとおり、多岐の疾患にわたっております。

次のページですが、過去3カ月以内にオンライン診療を行っていない医療機関への質問です。過去にオンライン診療を行ったことがありますかということに関して、「はい」が18%、「いいえ」が82%です。

同様に、過去3カ月以内にオンライン診療を行っていない医療機関への質問です。現在、オンライン診療を行っていない主な理由を教えてください。院内のリソース不足や多忙など、医療機関内の事情により利用が難しい、これが8回答19%です。オンライン診療料や電話等再診などの制限が厳しく利用が難しい、これが29%。患者側のニーズが乏しいなど、患者側の事情により利用が難しい、これが26%。その他が26%です。

その他の回答で自由記載があります。

以上のアンケート結果から読み取れることですが、現状におきましてはオンライン診療を実施し、又は関心を寄せている医療機関は、離島・へき地の患者さんを対象としている診療所ではない。これはオンライン診療を実際に行っている地域がどこかというところで、やはり東京を初めとした都市部が多く見られますから、そこからそういうことが言えると思います。

また、オンライン診療を過去3カ月以内に実施している医療機関の中で、現在、オンライン診療料を全く算定していない医療機関が6割でした。これは、診療報酬がつく以前から実施している、あるいは、これは保険診療ですけれども、経過措置による電話等再診でのオンライン診療を行っていると考えられます。

臨床の現場では、オンライン診療料の対象となっていない診療科においても、オンライン診療が有効な診療ツールとして活用されている。それも読み取れるかと思います。

次に、過去3カ月以内にオンライン診療を行っていない理由の第1位が、診療料算定の制限が厳しく、利用が難しいということでした。

以上から、私たちの見解として、以下3点を鑑みた政策が実現実施されることを望みます。

1は、多くの医師は患者志向医療としてオンライン診療を用いることを望んでおります。そのための努力も行っています。これはアンケートでの自由記載からも読み取れることです。医療は本来患者さんのものですから、医師はそのために働く教育を受けております。

2番、しかしながら、悪用事例対策としてオンライン診療に制限がかけられている現状があります。そのために適正利用が広がらないという現状があるかと考えます。これは、医療本来の姿からは本末転倒ではないかと考えます。

3番としまして、現実的には一部の悪用事例をなくす必要はあります。医療者の倫理の啓発がなされなくてはなりませんし、同時に、受診する側、患者さんのリテラシー教育も必要であると考えます。

以上で、アンケートの紹介は終わります。

○林座長 ありがとうございます。

続いて、厚生労働省から、オンライン診療に係るデータ収集の現状について御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（森光医療課長） 私のほうから、資料に従いまして少し御説明させていただきたいと思っております。

「オンライン診療の適切な推進に向けて」ということで、データ・事例収集に取り組んでございます。赤い枠で囲った中に簡単に3行でまとめておりますけれども、それを少し詳しく説明させてもらいたいと思います。

3つありまして、1つは、診療報酬改定の結果検証に係る特別調査を実施しております。これは平成30年度の調査に関してはもう既に発出しております。平成31年度も併せて調査をする予定にしております。これは、平成30年度改定でオンライン診療料等を新たに入れておりますので、まだ実際の運用が始まっていない可能性もあるということで、2年度にかけて調査をするということです。

2番目、各診療領域におけるICT利活用について、学会にアンケート調査を実施しているということでございます。私ども、日本医学会連合の門田先生のところまで御相談に行きまして、各学会で、ICT、もちろんオンライン診療を含めて、どのような形で活用していこうとしていらっしゃるのか、また既にガイドラインとか指針がある分野があるのか、それから検討状況といったところも含めて、全領域に調査をかけさせてほしいということで御相談させていただきました。

是非とさせていただきまして、私どものほうから日本医学会連合を通じて傘下の学会にアンケート調査をさせていただいておりまして、今、回答を待っているところでございます。まだ数十ぐらいしか返ってきておりませんので、全体が返ってきましたらかなり全体の様相がわかるかと思っております。

それから、総務省が実施されております「オンライン診療の普及促進に向けたモデル構築にかかる調査研究」がございまして、これに併せて会議とか調査に参画をさせていただいているということでございます。

次の3ページ目に検証調査のことが書いてありますけれども、もともと診療報酬改定がありましたら、その後、新しい項目が入ったり、大きく内容を変えた場合には、その部分についてかなり広くアンケート調査をしたり、実態調査をすることが通例となっております。

今回、オンライン診療の届出のある、これは1,700医療機関ということで、すごく誤解を受けているところもあるのですが、含むということで、一つの診療所でいろいろな届出を行っていらっしゃると思いますので、オンライン診療料とか、小児かかりつけ診療料とか、いろいろな届出がなされております。そういうところを対象に、1,700の医療機関に対して施設調査を行っております。

また、そのときに来ていただいている患者さんに対しても、調査票を渡して調査を行っております。これは患者さんに渡して、記入してもらって郵送で返してもらうという形で、どのような形で医療機関のサービスに対して理解されているのか、満足度があるのかというところを聞く内容になっております。

そのうち、オンライン診療に関する調査項目として、そこに書いてありますように、医療機関のほうには、オンライン診療を行った患者数、導入理由、診療にかかる時間、オン

ライン診療に対する考え方といったものを聞いております。また、患者調査のほうですけれども、これはオンライン診療に当たっての説明とか、診療を受けた場所、診療を受けた際に感じたこと等を書いていただいて、直接郵送で送っていただくという調査の形になっております。

取りまとめですけれども、30年度調査に関しては2月、これはもうちょっと先になるかもしれませんが、取りまとめを予定しております、中医協での報告は3月以降になるかと思えます。31年度調査も、平成31年7月から9月の間に調査を実施し、10月には、これはショートでまとめて報告をしていくということで、これを診療報酬の次の改定に生かすということを私どもは考えております。

下の各診療領域におけるICTの利活用というところでございますが、先ほど少し説明させていただきましたけれども、今、いろいろな領域において、オンライン診療を含めていろいろなICTを活用して患者さんに対する医療サービスの質を上げていこう、また、患者管理というか、日常生活の管理などに役立ててもらうためのいろいろなツールを開発していこうといったような動きがございます。

そういうのをまとめて、各学会の現状、今どういう取り組みがなされているのかということと、今後、取り組む方向性はありますかということも含めて把握したいということで、今、アンケート調査をかけてございます。

これは、日本医学会連合に加盟する各学会、研究会が対象でございます、学会は129、研究会は30～40ぐらいの数がございまして、そこに対してアンケート調査をかけております。医学会連合を通じておりますので、おそらく日本におけるほぼ全ての医学領域に対しての調査になっていると思えます。

調査の内容としては、各診療領域の個別の診療ガイドライン、診療指針等にICTの利活用に関する記載が既にもう入っているかどうかということの確認。それから、学会でもいろいろ取り組んでいらっしゃると思いますので、ICTの利活用を検討するための委員会がもう既に設置されているのか。また、学会主導で研究事業が行われているか。若しくは、シンポジウムなどをやっていらっしゃる場合もあるので、そういうことに関して取り組んでいらっしゃるのかということ聞いております。

また、ICTの利活用、これもオンライン診療を含めるのですけれども、診療ガイドラインとか診療指針に組み込んでいくという取り組みがありますか、それについて将来的にどう考えていらっしゃるかと聞いております。

今、調査実施中で、回収を3月までということにしているのですが、返ってきているのは20とか30ぐらいでございます。何も取り組みがないところからは早く返ってくるということもございまして、これからを期待しておりますけれども、そういう形現状でございます。

次の参考のほうは総務省さんの事業なので、こういうものに一緒に参加させていただいておりますということでございます。

医療課のほうからは以上です。

では、医事課から。

○厚生労働省（加藤医事課専門官） 厚生労働省保険局医事課でございます。

医事課のほうでは、平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を定めまして、平成30年6月の閣議決定で定められました規制改革の実実施計画の中で、オンライン診療のナンバー6になりますね、指針の改定を1年に1回ということで規定していただいておりますので、その見直しに向けた検討会を今月から開始いたしました。

その改定の検討会におきましても様々な御意見を頂きましたので、そういった御意見に基づきまして、実際にオンライン診療をされている先生方と、オンライン診療を使われている利用者さんに対して、オンライン診療研究会のほうにアンケート調査を行っていただくように、厚生労働省としても協力しまして、今、アンケート調査を実施し始めたところでございます。

このアンケートによりまして、どれぐらい生産性が向上するのか、利便性が向上するのかというところをデータとしても出していきたいと思いますので、まとまりましたら、また御報告させていただきたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

御案内のように、規制改革の昨年の閣議決定事項として、次期、平成31年度、2020年3月以降の診療報酬改定におけるオンライン診療に係る診療報酬上の評価拡充に向けた検討というものが挙がっております。この事項の実施時期は、次期診療報酬改定時期である平成31年度結論でありますので、まさにそのための検討が今年の4月から進むことになると思われ、その前の3月に向けて中医協での取りまとめやアンケートなどの取りまとめが行われることだと思います。

そうしますと、中医協において診療報酬等の評価拡充を検討するためには、先ほど研究会の黒木先生から御紹介のあったような、現状でオンライン診療料の対象になっていなくても、臨床の現場において積極的に活用されている疾患でのオンライン診療の有用性とか安全性を早急に確認することが必要なはずだと思いますが、この点について、先ほどの厚生労働省の調査ではこういったものも含まれているのでしょうか。

オンライン診療に関する調査項目として、オンライン診療を行った患者数と書いてあるのですが、これはオンライン診療料の適用のあるオンライン診療に限っているのか、それとも電話等再診のようなものも含んでいるのか、どちらでしょうか。

○厚生労働省（森光医療課長） 質問の内容には、オンライン診療を行っている患者のうち、保険算定している患者数と、算定していない、いわゆる保険外の診療となっている患者数も確認をしております。

○林座長 そうしますと、オンライン診療料を算定していない医療機関が60%という先ほどの調査結果についても、これで把握されているということなののでしょうか。

○厚生労働省（森光医療課長） 私ども1,700の医療機関を抽出しております。その中に、

オンライン診療をやっている医療機関も含まれます。その中で、診療料の対象になっている患者がどのくらいいるかということがわかります。おそらくオンライン診療研究研究会の調査の母数になっているのは、オンライン診療にかなり興味のある、参加されているところでの母数になると思いますが、私どもは一定の基準を示して、対象を層化抽出しておりますので、そういう意味では日本の医療のある程度の母数の中でどれくらい診療されているのかというところは出てくるかと思えます。

○林座長 ありがとうございます。

続いて、皆様から御意見、御質問を。どうぞ、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点目は、黒木先生のパワーポイントの15ページ目についてです。これが今日の要点かと思えます。一研究会のアンケート調査でnが154、一定のバイアスがあるのではないかということですのでけれども、そうは言ってもオンライン診療を比較的積極的にやってきた人たちの現状と課題が見えてきたかなと思えます。

今回のオンライン診療料は相当規制が厳しかったので、よかれと思ってやった点数改定が、残念ながら結果的に算定していないのが6割もあると。

そこで前回も黒木先生に聞いたのですけれども、今回、要件が厳しくなって、ガイドラインも厳しくなって、どうされているのですかと聞いたら、経過措置による電話等再診がありますと。しかし、これも実は今回規制が強化しているのです。そこを今回の中医協の特別調査で深掘りしないと、本当のところが見えてこないのかなと。

つまり、今まで電話等再診がありました、それでやってきた診療料が多いと思えます。そこへオンライン診療料が入ってきたが、要件が非常に厳しくなっていますよね。その結果、一体全体、現場はどうなっているのか。

先日の首相の所信方針演説の中にもありましたし、今回の医師の働き方改革もそうですが、私は次の改定はオンライン診療の検証結果を踏まえて、規制緩和のほうに、舵を切っていくべきを得ないのではないかと思うのですがいかがでしょう。

○厚生労働省（森光医療課長） 基本的には、検証調査の中では、おっしゃっているように、以前、電話等再診によってとって、今はとれなくなったようなところも、ある程度調査できるようにはしております。

ただ、緩和という話は一部求められている部分はあると思うのですが、私としては基本的に医療の質をきちっと上げていくためにどう使っていくかという話だろうと思っています。ですので、今やっつけらっしゃるものうち、いわゆるこちらの医事課のほうでやっつけらっしゃる指針というのは、まさにそれをある程度守っていただかなければ、捕まる捕まらないという世界です。保険診療というのは、まさにその中の質のいい、保険として認められる部分についての評価をどのように決めますかということなのです。

そういう意味では、医学会連合に尋ねましたけれども、どのようにこれを活用していくのか、それをまさに医学的にしっかりやっていくべきだろうと思えます。診療の中で、一

部こういうふうに使ったほうがいいだろうというような検討をされている方はいっぱいいらっしゃるし、私もこのヒアリングの前にAMEDにおりましたので、そういう研究だとか取り組みを学会の中で是非進めようとしている学会も結構ある。そういうところがどういうふうに活用していく指針をつくっていくのか、それをしっかり見据えた上で考えないといけないだろうと思っています。

だから、制限という話は実際ありますよね。それは一定の質を担保ということと、そこにありますように、やはり悪用防止という視点で、若干不安がありながら一步進んだというのが1回目のまさに昨年の診療報酬改定だったと思います。

今後、次に何を考えるかということ、本当に質のいい医療というものにこれがどう活用されていくのかということを考えなければいけないと思っています。そういう意味では、しっかり実情と、一方でどういうふうに、いわゆる糖尿病だとか、いろいろな診療にどう活用していくのかということの研究されているところをつかまえてこないといけないと思っています。

○川渕専門委員 関連して2つ目の質問です。今、日本医学会連合の加盟する学会にも打診中ということでしたが、黒木先生のパワポを見ると、在宅とか生活習慣病のところが結構利用されたかと思ったら、むしろ精神科とか小児とか、アトピー患者が物すごく利活用されている。そういうところまで踏まえて、本当に積極的に活用される疾患におけるオンライン診療の有用性や安全性が確認できるのかどうか。これは医政局がやるのですか。保険局は医政局がやった後に点数をつけるのでしょうか。オンライン診療の有用性、安全性を検証すべく、中医協の特別調査とか、学会にもお願いしているのではないかと思いますので、そうしたエビデンスまで検証できるのかどうか。

○厚生労働省（森光医療課長） 検証という意味では、まさにどういう状況になっているかということは検証という形でわかります。ただ、申し訳ないですけれども、保険局というのはまさに値段をつけるところですので、その基本となるようなエビデンスというものを自ら研究費を流してやっているというようなところではないです。だから、本当に研究をやっている、実は私もいろいろなところに研究費を配るほうでしたので、やっていたよねというところもあったので、広く学会に聞こうということです。

実際、いろいろな研究を進めていらっしゃる学会は相当あったはずなので、大分前にお金を配ったはずなので、さすがにもうそろそろエビデンスがあるのではないのかというのが正直なところかなと。

○森下座長代理 以前、研究開発振興課のほうでしたからあれですけれども、実際、各学会のアンケートで出てくるのは、今後こういうふうなオンライン診療がいいのではないかという話で、24時間モニタリングとか割と前向きなお話が出てくると思うのです。一方で、現状の地域医療なり、介護士さんのところの話は、やはり学会とは違うところにあるだろうと。

今回の仕組み自体、かかりつけ医がベースになっている。これは私は非常によかったと

思うのです。やはり基盤として、ふだん診ている先生方が患者さんの状況をオンラインを通して、今まで診察室に来たときだけしか診られなかったのが、それ以外のところも含めて管理してあげられる、あるいはフォローしてあげられるという点で非常に意味があるだろうと。

ただ、最初だったので厳し過ぎるところがあって、例えば同じ医師に、今6カ月ですか、会わなければいけない。医者もインフルエンザにもかかりますし、一回でも切れたらどうなるのかみたいな話もありますし、働き方改革の中でずっと開業医の先生もそこにいられるか。これもやはり厳しいだろうと。そういう意味では、より実情に応じた形で変えていただくというのが今回の改定の一つのポイントなのだろうと。

一方では、言われるように、過剰なものとか、あるいは単に患者さんが面倒くさいからだけというのは確かに違うのだろう。

そういう中で何ができるかというのはしっかり議論してもらい必要があるのでしょうか。けれども、実際にやっていきたいのは、現実的に医師会を含めて開業医の先生方のほうでも、ここはやり過ぎではないか、ここまでは厳しくしなくていいのではないかという話は結構聞こえてくるので、是非そういうのは前向きに捉えてもらって、患者さんが利便性に加えて見守りができるような機能という点では条件を緩和してもらい必要があるだろうと。それは是非お願いしたいと思います。

一方で、これからスーパーシティ構想とか、政府内でも新しいAIホスピタルが出てきていますけれども、こうした状況の中では研究開発の方向性というのがあると思うのです。これはもちろん研発課でやるような予算もありますけれども、一方で保険自体もそういう方向へ誘導するような仕組みが必要だと思うので、オンライン診療を伸ばしていかないと、少なくとも地域の医療というのは、医師の働き方改革をした中では多分崩壊してしまうと思うのです。これを全部診なければいけないとなると。そういうところは積極的に、お金という観点で厳しいというのはわかりますけれども、一方で誘導的な要素というのは保険者は出てくるので、そこも是非考慮してほしいと思うので、方向性に関しては是非この会議でも御報告いただいて、すり合わせをしながら、よい方向に持っていくという点では御協力いただきたいと思います。

○林座長 まさにこれから始まる中医協での診療報酬上の評価拡充の検討のエビデンスとして、本日、黒木先生から御紹介いただいたアンケート調査結果、これは参考資料のほうに詳細がございますが、これを診療報酬改定の議論の俎上に乗せていただきたいと思いますので、よろしく申し上げます。

その観点で、先ほどお時間がなかったので御紹介いただけなかったのですが、参考資料について黒木先生から補充で、又は研究会の先生方から補充で御説明がありましたらお願いいたします。

例えば20ページ、21ページのあたりに制限などについての御意見も書かれていますし、今、森下座長代理からのコメントのあった6回以上という話も出ていますので。お願いし

ます。

○日本オンライン診療研究会（黒木会長） では、最初に私から。

参考資料の20ページ、21ページに、会員あるいは研究会に参加の先生方からの自由記載の結果を載せております。

大きく読み取れることは、今、オンライン診療を積極的にやっている医師は、別に自分の経済的な優位性や利便性を追求するのではなくて、患者さんにとって利便性が高い、あるいは診療の質が上がる、それは患者さんの通院支援という点からです。これで導入している。だって、やって手間はかかるし、お金は下がるわけですから、これでやっているということです。

一方で、先ほども申し上げましたが、なかなか現状の保険診療の枠では進みづらいです。新規に始めることが難しくなって、そこに対する様々な意見というか、抑制を減らしていただきたいと考えています。

オンライン診療というのは、言ってみれば一つの基本手技ですから、本来は疾患別に適用があるわけではないと思うのです。その患者さんの状態によって、この状態であればオンライン診療が適用となる、これを医師と患者で決めていくというのが本来の姿であると思います。

もう一つ、やはり悪用事例が数多く言われておりますので、そこは抑制しなければいけない。ただ、悪用事例の抑制という議論ですと、オンライン診療の利点を生かす本来の議論がなされなくなってしまいます。そういった面があると思いますので、悪用事例に対しては医師の倫理、もう一つは患者さんのリテラシーの教育、これを私たちも進めたいと思っておりますが、是非、オンライン診療の本来の利点を生かすような制度に育てていくことができると考えております。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

今の点でおっしゃられた疾患別ではない、つまり、例えば不適切事例として男性型脱毛症なんかも挙げられたりしますけれども、疾患でこれが不適切だという考え方でなく、行為の態様においてそれが悪用されている、そこを捉えて規制すべきではないかという御趣旨かと思うのですが、厚労省からはその点はいかがでしょうか。疾患で切り分けるのが適切なのか、合理的なのかどうか。

○厚生労働省（加藤医事課専門官） 医事課でございます。

今、座長のほうから男性型脱毛症、AGAだとか、EDだとか、そういったことが疾患ベースで規制がかかっているというような御指摘がございましたけれども、我々はあくまでも初診は対面診療で行うことにさせていただいております。

これの根拠としましては、診断に関しましては対面診療で行わないとできないだろう。これはオンライン診療をされている先生方からも、そうだろうというふうに言っているものですね。

AGA、男性型脱毛症なども診断が容易なように見えますけれども、実際は円形脱毛症とかいろいろな脱毛症があって、その中でしっかり判断しないといけないということがございまして、一見簡単なように見えてもいろいろな疾患が隠れていることがございますので、これは皮膚科の先生方にもヒアリングもしましたが、安易にオンライン診療できるのではないかとされている疾患も一般的に考えられているように簡単にはできないことを指針でお示しさせていただいております。

医事課の指針としましては、これから個別の疾患で切っていくつもりはございませんので、あくまで例示として、今、話題として挙がっているものに関して、そうではないですよということで指針の中でも例示で示させていただいているわけでございます。

○林座長 ありがとうございます。

そうすると、不適切かどうかを疾患で判断するということは行うつもりはないということによろしいですね。

先生から何かありますか。

○日本オンライン診療研究会（黒木会長） 今のおりだと思うのですが、話題になったAGAも、初診もオンラインで、しかも投薬までしている。その診療のやり方が話題になってしまったので、その疾患がオンラインの適用ではないという議論ではないと思います。

補足がありましたら、来田先生、山下先生。

○日本オンライン診療研究会（来田幹事） 指針の文脈になってしまうのですが、とはいえ、今日は保険診療のお話が多いかと思うのですけれども、もうすぐ改訂されるということですが、Q&Aでは初診からオンラインをやってよいのは禁煙外来に限るみたいな形で書かれていますし、実際に保健所から医療機関のほうには禁煙外来以外はやっては駄目だよというような個別具体的に指導も入っているというお話を仲間の先生からも聞きますので、そのあたりは整合性がないというか、原則論ではないのかなと思います。

○森下座長代理 禁煙に関しては、診療ではなくて、あくまでも保険組合の話です。健康診断の話ですね。健康保険がやるものに関しての話であって、そこは医療の話をしているのではないでしょう。そこはもともとの切り分けで、おっしゃったように、1回目の初診をしないと、合併症がどうあるかもわからないし、それこそEDだったら場合によっては狭心症があったら駄目なわけですよ。そういうものに関しては、やはり1回診なければ駄目ですよ。だから、その診察が絡む分と、いわゆるたばこに関しての禁煙指導という医療ではない指導の部分、これは別に病名をつけるわけではないですから、その区分けをしっかりとっているのです、そこをごっちゃにすると話としてはおかしくなるので、そういう意味では今のガイドラインで分けているというのはそこがポイントだと思うのです。それは、前回この会議で議論してそうなっているのです、あくまでも医療の中で禁煙指導をする場合は保険も使えますし、その場合は別に遠隔がオーケーなわけではないですよ。100%いいわけではないと。

○林座長 今、確認させていただいたので、末端というか現場での説明が時によって非常

に限定的な説明をされることもあるというのも事実ですので、そこを周知徹底していただきたいと思うことと、そうは言っても、現実には昨年の診療報酬の対象になった疾患は極めて限定されておりますので、それを今後、評価拡充をする上では、今回の研究会から出ていますアンケートや、実際に電話等再診の中でこれだけ患者のニーズがあるというものがエビデンスとして挙がっていますので、そういったものも含めていけないかということ、有用性を検討の対象にさせていただけないかということなのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（森光医療課長） 基本的には私ども、まずは今出されている疾患というのは、慢性で長く診るといところで、もともとある特定疾患療養管理料等を引いてやっております。もちろん管理料を見直すのか、それともこちらを見直すのかということもありますけれども、基本的に今私どもがやろうとしていることは、こういうオンライン診療を一部取り込む診療というのがどういうものがあって、どういうふうにしていけばいいのかということと併せて学会からも聞いておりますし、いろいろなところの調査をしているという状況です。

だから、そこをいきなり最初から限定的に考えようという話ではありません。ただ、基本は慢性の患者さんで、オンライン診療を診療の一部に取り込んでいくという部分についてどういうものがふさわしいのか。

実際、11ページに書かれているものの中でも、どう取り込めばいいのかという疾患も正直ありますので、これを丸飲みにはできないかと。それはちょっと見ていただければと思います。

○日本オンライン診療研究会（山下副会長） 今、遠隔診療をやりたいと思っても、現実的にできないのは、さっき川渕先生がおっしゃったように、新しい患者さんにオンライン診療をしても、電話等再診料もとれないし、オンライン診療もとれないし、結局、自費でやるか、やらないか、今までやっていた人もできなくなってしまっている状態なのです。

だから、解禁してちょっとずつということ、別に厚労省がわざとやったとは思っていないのですけれども、結果的に本当にやりたい、やってほしい人ができなくなってしまった状況があるので、本当は来年まで待たずに、疾患の縛りというのを今度の3月で外していただければ有り難いというぐらい、余り疾患縛りに合理性を持っている人はいないのではないかと考えています。それは勝手な言い方かもしれないですけども、実際にそれでできなくて困っているという方がたくさんいます。

現場から思うと、いろいろな縛りをつけることはとても大事だと思います。ただ、遠隔診療をされる方の中にいろいろなパターンがあって、一個一個の対面診療の価値がそれほどなくて、会って顔を見て、副作用はないから次に行きましょうというような方で、1カ月毎回毎回通っているサラリーマンはもうドロップアウトしてしまうわけですね。そういう方をレスキューしたいというものもありますし、ハードルが高いからしっかり診療しなければいけないのだけれども、通院が大変だから遠隔診療したいと。いろいろなパターン

があるので、それに応じて縛りがあるのならいいのですけれども、全部に共通する縛りが入ってしまったので、結果的にそれにうまく乗る方というのはほとんどいないというのが現状で、事実上、我々から見ると詰んでいる、そんな感覚なのです。

だから、できればそこを整理して、パターン化して、こういう縛りが一番ふさわしいのではないかというのを選んでいただきたいと考えています。

○林座長 オンライン診療の普及促進は、政府でも決めた方針だと思うのですが、その上では、今お話のあったような実質的な課題というのはやはりあるのではないかと思うのですが、その辺、もちろん規制の必要もありますし、保険の範囲というものもちろん限界があるものなのですが、もう少しここを柔軟にして、全体としてオンライン医療の普及促進ができるように、この次の改定に向けた議論が始まる時に反映していただけないかというのがずっと言っている趣旨なのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（森光医療課長） それは、実際の今の調査結果とか、私どもが独自にやっている部分もありますし、それから学会でのアンケート調査をしている部分もあります。そういうものを見た上で検討させていただきたいと思っています。

○林座長 昨年10月の分までのアンケートの取りまとめというのは、2月ぐらいにまとめて、3月の中医協での取りまとめに向けてということなのですから。

○厚生労働省（森光医療課長） 3月かどうかははっきり申し上げられないですけども、早くしないといけないと思っていますので、中医協にはできるだけ早く出したいと思っています。

○林座長 1月も末なので、そろそろ厚労省内の30年度の調査の取りまとめに入っておられる時期だと思うのですが、現状での厚労省の見解とかデータの傾向というのはどんなものなのでしょうか。

○厚生労働省（森光医療課長） 学会のアンケートのほうは私どもが直接事務局としてやっているのですが、私どもにメールも含めて一通一通返ってくる状況なのですが、1,700の医療機関に出している部分は全部委託調査で出しているのですが、まだ見ておりません。

○林座長 では、またそれは時期が来ましたら御紹介いただけるかと思います。

医事課のほうから何かございますか。

○厚生労働省（加藤医事課専門官） 指針を作成している医事課として一つ共有させていただきたいのは、これで指針ができて、オンライン診療の普及促進ということでいろいろと動きがございまして、今回改めて、改定するに当たって、我々はもちろん広げるためにはどうすればいいかという議論もしていますけれども、この1年、余りにも不適切な事例の報告もございました。痩せ薬と言って糖尿病の薬をオンライン診療だけで患者に送りつけて、健康被害が出ているとか。

この会議体自体は規制を緩める方向で御議論いただいているのだと思いますが、我々としては明らかに不適切なものをどう減らして、オンライン診療が適切に推進していくためにはどうすればいいかということでも議論しないといけないと思っていますので、

指針に関してはそういった形で、広げる方向としっかり規制する方向と両方で議論していきたいと思いますので、また御支援をよろしくお願いいたします。

○林座長 不適切事例のために本来進めるべきオンライン診療の普及促進がとまってしまわないように、是非バランスのよい議論をお願いしたいと思います。

皆さん、よろしいですか。

それでは、お時間の関係がございますので、ここで本日の議論は以上とさせていただきます。

○大森参事官 今後の日程等につきましては、追って事務局から御案内申し上げます。

○林座長 ありがとうございました。

では、本日はこれで会議を終了いたします。