

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

（開催要領）

- 1 日時 平成28年6月9日（木）9:49～10:26
- 2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室
- 3 出席

<WG委員>

- 座長 八田 達夫 アジア成長研究所所長
大阪大学社会経済研究所招聘教授
- 委員 阿曾沼 元博 医療法人社団混志会瀬田クリニックグループ代表
- 委員 鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科教授
- 委員 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長
- 委員 本間 正義 東京大学大学院農学生命科学研究科教授

<関係省庁>

- 林 修一郎 厚生労働省保険局医療課医療技術評価推進室長
- 西川 宜宏 厚生労働省保険局医療課課長補佐
- 久米 隼人 厚生労働省医政局医事課課長補佐

<事務局>

- 川上 尚貴 内閣府地方創生推進事務局次長
- 杉田 香子 内閣府地方創生推進事務局参事官補佐

（議事次第）

- 1 開会
- 2 議事 遠隔診療の保険適用の関係について
- 3 閉会

○事務局 それでは、ただ今より、国家戦略特区ワーキンググループのヒアリングを開催いたします。

本日は、遠隔診療への保険適用についての考え方について、厚生労働省にお越しいただいております。

それでは、八田座長、よろしくお願いたします。

○八田座長 いつも早朝からいらしていただきまして、本当にどうもありがとうございます。早速、御説明をお願いいたします。

○西川課長補佐 おはようございます。よろしくお願いたします。厚生労働省保険局医

療課の西川と申します。

お手元にお配りしている横置き「遠隔医療に対する診療報酬上の現行の取扱い」という資料がございます。こちらを簡単に御説明させていただきます。

こちらは診療報酬上の遠隔医療に関する評価について、ずっとこういった考え方でやっているということを御説明した資料でございます。医師対医師のケースと医師対患者のケースに分けて記載しておりますが、今回の場合で言いますと、医師対患者のケース、下の2番目の方だと思いますが、こちらについては、そこに記載がございますように、基本的には診療は対面診療が原則ということの上で、遠隔診療はあくまでも補完的な役割であるということ踏まえまして、診療報酬で評価をしていくということは、対面診療に比べて患者に対するサービスの質が上がるというようなエビデンスがあるということを前提に、診療報酬上、評価をさせていただいております。

下に※印が書いてありますが、現在のところ、再診に関しては電話等による再診を認めていまして、72点という評価を付けさせていただいております。

2枚目の方には、その再診に関しての詳しい記載があります。現在、この再診料については72点ということですが、その中に注9ということで、電話でもこの再診料を算定することができるということを明確に位置付けしております。現在、再診料に関しては、このように明確に位置付けた上で再診料を取れることにしておりますが、初診料については、こういった位置付けは現在行っておりませんので、遠隔での初診に関しては、診療報酬の初診料を算定することができないというのが現在の状態でございます。

今回の遠隔診療の初診への保険適用に関して、現在の厚生労働省の考え方を述べさせていただきますけれども、この問題というのは、今後、在宅医療のことですとかを考えていく上で非常に重要な論点だと思っております。ですので、今後、厚生労働省としてはよく議論をして、検討をさせていただきたいと考えております。

ただ、その中で、この遠隔での初診というものが実際どういう場面で行われ得るのか、どういう患者のニーズがあるのかという実際のところを我々も収集したり、色々な方からお聞きしたりして、よく勉強させていただきたいと思っております。その上で、先ほど申し上げたような考え方で医療保険としてどこまで見るべきなのかというところを検討した上で結論を出していきたいと思っております。

簡単ですが、説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○八田座長 ありがとうございました。

それでは、阿曾沼先生、どうぞ。

○阿曾沼委員 確かに、この議論のプロセスの中で、遠隔医療における初診を扱いに関して医師法の問題ということで議論していて、診療報酬上の取扱いや担保ということについては具体的な議論をしてこなかったという議論なのだろうと思います。

診療報酬での初診の扱いに関しては、例えば、患者の任意で診療を中止した場合は1カ月で初診料を再度取れるとか、例えば、28日処方で、28日後から起算して1カ月ぐらい来

なければ初診料を取れるとか、初診料算定の判断そのものも色々な条件がありますね。当然初診の議論は診療報酬と切り離して議論をしていたつもりもなく、遠隔医療における初診うんぬんも、正直、診療報酬の担保ということを前提にして議論をしていたと考えていたのです。

なぜかと言うと、遠隔医療で同一病名で一連の治療で初診だけ自費でやって、再診は保険診療だと言ったら混合診療になってしまうという判断からです。患者の利益を考えれば当然の前提です。慢性疾患に罹っている患者が、例えば、急性期の病気になったので初診になりました。患者の状態はよく分かっているから、患者の初診は遠隔で診ました。この患者の再診も必要となれば、当然、初診料を自費で取れないですね。この問題をどう解決するのでしょうか。

なおかつ、診療報酬改定が2年に一度、中医協での議論を経ないと改定も出来なければ、2年間も待つのでしょうか。せっかく初診も遠隔で可能としているのに、やりたい医師も患者も2年間待たなければいけないのでしょうか。そんなことでは困りますので、現実的にできるようにするためには何が必要なのかということ、知恵を出してほしいと思います。中医協の2年毎の改定の間の特例で診療報酬を改定することもありますよね。期中特例でこういう問題を議論できないのでしょうか。2年以内もしくはその中間で診療報酬改定をやったことがあるのでしょうか。

○林室長 過去、社会的な大問題になって期中会計をしたという例がないわけではないということは一応ありますけれども、ここでの議論の御参考としては、既にいくつか経験をしていますけれども、例えば、16キロの話の前にさせていただいたときには、今の解釈で通知に書いてある解釈を明確にさせていただくことで期中には対応した。

ただ、あのときも、合わせて在宅専門の医療費を認めてほしいということもしていただいていたけれども、これはやはり考え方が大きく変わるもので、期中にどうこうというのは中々できるわけではないですし、中医協に1回出しましたけれども、やはりちゃんとデータを出して実際どういう実態にあるかということ、ちゃんと議論した上でないと、色々な弊害も想定し得るのでできないだろうという議論になりまして、私たちもその後、一生懸命色々なデータベースを回したり、データを出してもう一度お諮りして、改定に合わせてやらせていただいたということです。

今回も多分似たような話だと思うのですが、解釈上の問題の部分と、それから、きちんと実態を調べさせていただいて、あるいは先生方からいただいたり、あるいはヒアリングしていただいたり、そういうことをしてきちんとやっていく部分と、それでもなお、やはりここは認めてしまうと悪貨が良貨を駆逐するのでやめたほうがいいという部分と、それをちゃんと見極めていく作業なのだと思うのです。

2年というのは長いとおっしゃるかもしれませんが、そういったことをきちんとデータを集めたりしていくためには決して長い時間ではなくて、2年後の診療報酬改定はもう議論が始まっていきますから、むしろ急いで実態を集めたり、データを集めたり、そ

ういうことをしていかなければいけないというフェーズになっているのではないかと認識をしています。

○八田座長 他の方にも伺いますけれども、私の印象では、阿曾沼先生は随分マイルドにおっしゃったなと思ったのです。ここでの議論では、保険診療を前提とした遠隔診療を当然視して議論してきました。1カ月経ったらまた初診になってしまうから、一月ごとに遠隔診療が使えなくなる。これはばかばかしいですねという議論をかなりやったと思うのです。遠隔診療ができるようになったら、当たり前のこととして保険が使えることを前提にして議論してきました。実際、今度の解釈通知でなされたのと同様のことを保険でも適用するのだということをもう一度明確化されれば、それで済むのではないかと思うのです。

○西川課長補佐 おっしゃることは非常によく分かるのですけれども、遠隔地だけの話ということなのか、どういう場面で、どういう人に認めてあげなければいけないのかというところは、もう少し実際のケースに即して我々としても議論させていただきたいと思っております。本当にこういう人たちが困っているのだというようなケースがもしあるのだとすれば、我々も教えていただいて、よく勉強させていただきたいなど。

○八田座長 だけれども、今、阿曾沼先生がおっしゃったように、それを認めなかったら保険による遠隔診療初診の全否定になってしまうわけですね。もう一つの手は混合診療をこれから認めますということだけれども、それができない限り、遠隔診療で初診を認めるという制度改正は何の意味もなくなってしまうわけですね。

○西川課長補佐 混合診療に当たるかどうか、これはかなり具体的なケースに即して考えなければいけないとは思っています。

○八田座長 よく分かりません。

○西川課長補佐 電話での初診みたいなものの内容がどういったものか。本当に相談的な話なのかどうかということも考えて、また、遠隔地の話なのか、そうではない話なのかということも、個別ケースごとによく考えなければいけないのではないかと思っております。

○阿曾沼委員 例えば、糖尿病の慢性期の中で、連鎖して色々な合併症が出てくるということ的前提にしながら、目の疾患が出たり腎臓が非常に悪くなってきたというのは、基本的には糖尿病の継続診療の中で判断し、新たな病名が付けば初診となりますかね。この場合は当然初診料を取れるわけですね。そういったことを考えると、ケースを検討する上でも、保険の担保をするということの前提でケースを拾っていかないと、現場の先生たちは具体的な議論ができないと思うのです。今、初診としては保険対応しませんという前提でケースを見ていくのか、もしくは、それも保険対象にしますということでケースを見ていくかによって、具体案が随分変わってくるのではないかと思います。

ですから、期中改定の対象にできるということの可能性を考えて議論していくということが必要かなという気はします。

○林室長 期中改定とおっしゃっていますけれども、ここで期中改定しますなどというこ

とになったら、先生のところに何千も要望が来て、もう先生方は毎日ここで中医協をやっていたことになるので、それはどれだけのきちんとした議論の中でやっているかということには、中医協の議論についてはやはり重さを置いていただきたいと思いますというのです。

その上で、本件に関して、先生がおっしゃったようなものがそもそも初診なのかどうかとか、そういうところの整理をしていかなければいけないという部分はあると思います。そういう整理をしていかなければいけない部分と、エビデンスを集めなければいけない部分と。

だけれども、初診を全部保険の対象にしますと仮に粗っぽく言ってしまったら、そこにはやはり弊害が色々出てくるでしょうから、ちゃんと除外しなければいけない部分はやはりあると思います。別に引き延ばすために言っているわけではなくて、それを分けていくという作業から始めていきたいですということを申し上げているということでございます。

○鈴木委員 関連で御質問させていただいていいですか。初診のところなのですけれども、おっしゃることは色々よく分かるのですが、一体何を調査するのかというのが今いち分からなくて、我々が申し上げているのは、全く初めてで今まで遠隔診療を一回も使ったことがないという人がいきなり初診で、初めてでそれを使うというのはあまりないだろうと思うのです。

でも、実際に使ったことがあって、1カ月を超えてしまって、また初診になるというようなことは結構あるだろうと。離島・僻地などは特にそうですね。そういうことが絶対あり得ると思うのです。

だから、それは当然再診が認められている以上、ほぼ再診と同じようなものなので、認められるべきだというのが我々の立場でずっと議論をしてきたわけですが。そこについて何を調査されるのかということがよく分からなくて、そこはまず何を調査されるのかというのを具体的に教えていただきたいというのが1点です。

もう1個だけいいですか。今、西川さんが大変重要なことをおっしゃったのは、もし、初診料を認めないということになると、阿曾沼先生がおっしゃったように混合診療になってしまうのですね。そこを何か調査されると言ったのだけれども、実際にもうこの制度は始まってしまうわけなので、今の時点で調査されるということは、これは混合診療では適用しないという解釈を保険局はされているということなんでしょうか。

○西川課長補佐 何を調査するかというところですが、まさに先生おっしゃったとおりで、本当に初めて鈴木先生に診てもらいますみたいな人なのか、以前からずっと鈴木先生に診てもらっている人なのか、遠隔も初めてなのか、そうではないのかというところで、我々としてもどういうところまでを保険適用すべきだと求められているのかも今いち分かっていないところがあります。それは遠隔地だけの話なのか、高齢者だけの話なのかとか、在宅の方だけの問題なのかとか、そういったところをどこまでやるべきだと求められているのかも今いち分かっていない。どこにそういうニーズが、本当のところどこまで

あるのかというところもまだよく分かっていないので、そういったところを調査と言いますか、色々な遠隔診療、今でも取り組んでおられるような先生は多分おられるでしょうから、そういった先生からお話を聞くなどしてやっていきたいと思っているということです。

○鈴木委員 でも、再診は認めているわけですね。

だから、再診の範囲まではどこまでニーズがあるかとかいうことを認めているわけですね。調べるべきことは、再診と1カ月超えてしまった初診の人がどれぐらいいるかとか、その程度のことなのではないですか。再診は認めているわけなので、でも、1カ月超えてしまって初診でやりたいのだけれどもというような、途中で1カ月を切れてしまった人がどれぐらいいるかということ調査すればよくて、どれぐらいニーズがあるかとか、それを一から調べ直す必要は全然ないのではないですか。

○西川課長補佐 再診とおっしゃっているのは電話での再診ということですか。

○鈴木委員 はい。

○西川課長補佐 その患者は今まで一度も対面で鈴木先生に診てもらったことがないというような患者の場合ということですか。

○鈴木委員 そうではなくて、もう使っているのだけれども、再診の期間が切れてしまったと。それで初診になってしまったという人がどれぐらいいるかということ調べれば十分なのです。

○八田座長 今まで遠隔診療を受けていても、1カ月たまたま受けなかったから、その後全く同じ病気で受診しても、今は初診扱いになるから、遠隔診療そのものを受けられない。

だけれども、今度初診でも遠隔診療を受けられるということなのだから、少なくともそのタイプの初診については当初から保険を認めてもいいのではないのでしょうか。

○鈴木委員 そういう人間がいるということで認めていいのではないかと思うのです。大風呂敷を広げる必要はないのではないかと。

○西川課長補佐 本当にそういうケース限定でということであれば、まさにそういう前提に立って我々も議論を検討させていただくことはできると思います。

○鈴木委員 それは大体いつぐらいに調べて、どんなことをやるかというのは御報告いただけるのでしょうか。

○八田座長 例えば、今のように限れば、どのぐらいの期間がかかりますか。永遠にそこに限るわけではないけれども、少なくとも最初の取っ掛かりとしてそこからやりたいですね。

○西川課長補佐 分かりました。

○阿曾沼委員 ユースケースをちゃんと見た上で検討するということだと思うのですけれども、それは非常に重要なことで、例えば、風邪で5日間薬をもらいましたと。それで治癒してしまいましたと。治癒したのだけれども、1週間後にまた引いてしまいましたと。これは初診料を取れますね。医療機関からすると、初診料は280点以上ですから、再診料の70点程度と差がすごく大きいわけです。そういう意味で、そのユースケースを調べて、何

か具体的な議論ができるといいなと思います。

○八田座長 少なくとも、前に遠隔診療をした人、何カ月か以内に行っている人ならば何の問題もないのではないですか。例えば、半年前とかね。

○西川課長補佐 阿曾沼先生がおっしゃったように、初診料は医療機関にとっては非常に重要な点数で、であるからこそ、初診料が財源に占める規模というのは結構大きいものがあるわけですので、ここをいじるというのは我々も慎重にならざるを得ないところがあります。当然財源に影響するところもありますので、どういうところまで保険で見るべきかという議論をしっかりと実際の場面に即してやりたいというのは、そういう点もあるということはお理解いただきたいと思います。

○鈴木委員 先ほど私が御質問した2番目の方なのですが、混合診療について、とりあえず今、再診だけでスタートするわけなので、これが混合診療になってしまうと使えないということになってしまいますので、その解釈はいかがですか。

○西川課長補佐 中々仮定の話で今はっきりとしたことを申し上げられないというのがありますが、先ほども少し申し上げましたように、個別のケースで見ていけば、混合診療に当たるとは言えないようなものもあると思います。

○鈴木委員 だから、直ちに全てを混合診療とするわけではないというぐらいのことですかね。

○阿曾沼委員 ただ、診療報酬の問題というのは非常に微妙なので、事後のレセプトチェックをどうやって厳格化していくかとか、色々な総合的な判断が必要だとは思いますが、せつかく初診もできるようになったというステージに上がったわけですから、それが保険診療の対象にならないということは回避したいなと。是非そうして、何かいい方策を早急に考えてほしいと思います。

○原委員 今ケース・バイ・ケースで混合診療にならない場合もあるとおっしゃられたのはどういうケースですか。先ほど阿曾沼先生が言われたような、元々ずっと診ていただいでいて、この部分については初診に当たるのではないかとと言われるようなケースを前提にしたときに、どういう場合に認められることがあるのでしょうか。

○林室長 私が申し上げたのは、まさにここをちゃんと整理しないといけませんねということなのです。阿曾沼先生も病名が新たに付けられたりとか色々なケースがあるということなのですけれども。

○原委員 整理しないといけないのは分かるのですけれども、認められるケースはどういうロジックで、どうやって認められることがあり得ますかということ。限られた例でもいいので、教えてほしいのです。

○林室長 例えば、最初の診察と2回目の診察で病名が変わって、一連のものでなければ、それは別の診療と解釈される場合もありますね。元々は風邪で掛かった方だけれども、それとは別に悪性腫瘍で掛かりましたと、これは一連の診療ではないと整理をするというような事例があります。他の例を挙げると、健康診断のために掛かったのだけれども、そこ

で病気が見つかって、その時点から保険診療に切替わるというような事例もあります。

したがって、そういったものは一連の診療かどうかということ判断するようなことをしていますから、考え方としては一連かどうかということで見ているということがありますけれども、この場合に即して、それをどう当てはめるかということはもちろん考えなければいけないと。

○原委員 だから、前に診てもらっていたのとは全然別の病気で初診料で、自由診療で単にもらってしまえばというのだったらでき得るということ。

○林室長 典型例としては、全く違う病気であれば、それは混合診療にはならないわけですが、先生が一つのケースとおっしゃったので、それを申し上げました。

○原委員 分かりました。

阿曾沼先生、先ほど実態上はほぼ困難ではないかとおっしゃっていたのは。

○阿曾沼委員 真面目にちゃんとやろうという医療機関の先生たちは、診療報酬上のルールをきちんと考えて、初診で扱うのは無理だというふうに思ってしまうかもしれません。診療報酬の世界というのは糊代も大きく、判断等によるところも多く、悪貨が良貨を駆逐しない形にすることが必要だと思います。その意味で、慎重に検討ということは理解できます。

でも、せっかく初診が可能となったのですから、先生たちが迷わずに正当にできるような仕組みを作る上で、診療報酬の担保が非常に重要だと思うので、その辺を具体的に議論していただきたいと思います。

○原委員 診療報酬の議論はもちろんやっていくべきだと思うのですが、その前のステップとして、今のようなやり方であれば可能ですよということをもう少し明確にするということはある得る。

○阿曾沼委員 そうですね。ですから、ユースケースをきちんと整理して、議論がスタートできるということであれば、それは一定の進歩だと思います。

○林室長 原先生がおっしゃっていることと阿曾沼先生がおっしゃっていることは、まとめて一つのことだと思うのです。今、解釈がある意味グレーと言うか、分かりにくいので整理をすべき部分と、それから、ちゃんと検討していく部分と、それを一緒にやっていかなければいけないのだと思います。先生方のおっしゃっていることは私も基本的に同感でありまして、今後進めていくやり方としては、おっしゃるとおりだと思っているということを付け加えさせていただきたいと思います。

○鈴木委員 もう一点、今のテーマとは離れるのですが、念のために確認しておきたいのは、今回の保険適用の地域の範囲ですが、これは遠隔診療通知にあるとおりで、別に離島・僻地に限らずというようなことでよろしいのでしょうか。

○西川課長補佐 そこはまさにこれからの議論ではないかと思っていまして、まずは離島・僻地のみでやるのか、それ以外のところでも、こういう条件の患者、先ほどから議論に出ていますように、再診で一度受けた患者の場合はどうするのかといったところは、ま

さに仕組み方の問題ということなのではないかと思っています。

○鈴木委員 でも、この通知自体は離島・僻地に限ってなくて、例示ですと書いてありますので、それは別に保険局の方で離島・僻地に限るということではないわけですね。そこはどうかのですか。

○西川課長補佐 もちろん、そこは自動的に離島・僻地に限られるということではなくて、そこで判断をした上で、どこまで認めるかということになると思います。

○八田座長 そうすると、先ほどの範囲の議論というのは、今からやるとしたら、どうしますかね。いくつかのトピックがあると思うのですけれども、先ほどの保険に適用するかどうかという議論がまだ完全に終わっていませんね。繰り返しになるけれども、私は保険適用を当然のこととしてここでは議論してきたと思って、それがこれから2年かかるなどといったら何のための成長戦略だろうと思うのです。

だから、もし、何らかの形で全面解禁がすぐはできないということならば、もっと前におっしゃるべきだったと思う。実質的に再診なのに保険上はそう見做されなくなるのは困るという話をずっとしてきたわけだから、それは明らかに保険のことを前提にしていますね。少なくともこの成長戦略の観点からは、保険でもすぐにできるものは何かという解釈通知をすべきではないかと思っています。もちろん将来にわたってそこに限るわけではないけれども、2年後には大改定がされるわけでしょうけれども、少なくとも解釈通知をした上で、大改革に至る工程表みたいなものが分かると、どのようにこれが進んでいるかというのが具体化すると思うのです。

○林室長 今日いただいた御指摘の中では、既に対面診療が行われた方に対する初診ということが御要望の中心であったと思いますので、そのように限るというよりも明確にしていただければ検討が進みやすいものだと思います。あらゆるものを厚生労働省でまず整理してくれと言われるよりは、今日、そこについて特に宿題をいただいたとすれば、もし、それが解決すれば、その部分については混合診療の問題とかを検討しなくてよいかもしれないですし、そのように限っていただければ、少し話が早くなる。

あと1点だけ。今日申し上げていることは一応、前の議論の中でも、議事要旨を見ていただければ分かると思いますけれども、御説明をさせていただいた内容が多うございますので、いらっしゃらなかった先生もいらっしゃるかも分かりませんが、そこは御理解いただきたいと思います。

○八田座長 では、こちらも具体的にケースを提案して、できるだけ早くできるものを解釈通知で急いでいただく。そういうことでよろしいですか。

では、そこについては整理されたと。

○林室長 そういうことも含めて、ただ、他のところも色々検討しなければいけないと思いますので、その部分だけ急いでほしいというのはよく分かりますけれども、それ以外にも色々な問題があるということも、また今日お話ししたと考えております。

○八田座長 もちろんです。それは長期的にも議論していくべきことだと思います。分か

りました。

○鈴木委員 1点だけ。今、全員保険局でいらっしゃいますね。

○久米課長補佐 私は医政局です。

○鈴木委員 保険局の方だけにちょっと確認したいのですけれども、先ほどの遠隔診療の保険適用の範囲ですが、一応医政局の通知では、離島・僻地に限るものではないとされていて、例示ですとされていますので、保険局は基本的にそれに従うということによろしいのですね。先ほどおっしゃった、離島・僻地から始めるか、何とかかんとかということなのですか。保険局としては、地域限定して保険適用を始めるとか、そういうことをおっしゃっているのですか。保険局としては、医政局がこう言っている以上は、医政局の範囲で保険適用するのが我々は当然なのではないかと思っているのですけれども、そこは先ほどの御回答だとちょっと不明確なので、もう少しよく分かるように説明してください。

○西川課長補佐 医政局の範囲で、それと全く同じ範囲を自動的に保険適用するという事ではないです。

だから、そこは一旦保険局の方で、まさに医療保険の論理でどこまで保険適用を認めるべきかというのをきちんと考えさせていただいて、範囲を決めさせていただくと思っております。

○鈴木委員 そうすると、保険局で遠隔地ということの定義をされるわけですか。そのカバーの範囲を教えていただきたいと思うのです。

○西川課長補佐 今ここでどこまでカバーしますということは、今後の議論次第ですので申し上げられませんが、まさに遠隔地にまずは限ることなのか、先ほどの繰り返しになりますけれども、それ以外にもここまでの地域の範囲だったらいいのではないかと、そこは、まさにこれから検討させていただきたいと思っています。

何かありますか。

○林室長 地域を限定することを前提で議論しましょうと言っているわけではなくて、保険は保険で、例えば、対面診療ができないときにやるべきものだと考えとすれば、ある程度医療機関へのアクセスが悪いところでやるものなのですよという考え方を示すというように、全くこの切り口とは違って、保険の考え方としてこういうときにやるというところだったらできますねという議論になることだってあるわけです。そういう意味で、ここに書いてあることと独立に検討した場合に似た結果になることもありますし、違う結果になることもあるということをおっしゃっているだけです。

○鈴木委員 保険局は保険局で、医政局とは別に範囲を考えられるのですか。

○林室長 これは昔の議論で言うと、例えば、在宅医療などもそうで、保険給付ということに限らなければ、どんな遠くから自費で医者をお呼びいただいても、それは結構ですけれども、保険給付という法律的にやるという観点から言うと、医者をお呼ぶのは近くからにしてくださいねというルールがあるわけです。

なので、医師法の観点から、どんな診療をしてもいいからといって、それが直ちに保険給付されるということとは違うのですということを申し上げています。

○鈴木委員 そうなると、もう一つお聞きしたいのは、それはいつまでに、どういう形で決めるのですか。中医協に諮るとか、つまり、その範囲が決まらないと、例えば、特区の方で言うと、ドローン特区とか色々計画しているわけですがけれども、それは離島・僻地しかやりませんということになると、できないということになってしまいます。

だから、都市部であっても、我々としては、非常に対面が困難なところというのは当然範囲に入るだろうと考えているわけです。そこは医政局とか医薬局とやらなければいけないかもしれませんが、保険局は保険局でということになると、保険局の方ではどのように、いつぐらいまでの計画でそれを決めるのかというのを分かれば教えていただきたいのです。

○林室長 中医協の議論自体は、次の改定に向けて、改定の1年ないしそれ以上前から始まっていきますので、そういう時間的な相場観の中で徐々に提案をしていくことになると思います。そのときの提案の仕方として、何か地域を限定するとかいうことを前提にしているわけではないということは改めて申し上げますけれども、実態として、例えば、今どういう課題があるのかということを経験していきながら議論していくことになるのだと思います。

○鈴木委員 分かりました。

○八田座長 基本的には、特区の場面には、特区で具体的な場所が上がってきて、区域会議で決めて、そしてそのときに厚生労働省とも折衝する。そういうふうに区域主導で決めるということではないのですか。それで、最後は諮問会議で決定する。これは特区のことですからね。そのように私は考えていました。

だから、全国でこういう基準で全部地図を描いて色を着けるというのではなくて、基本的な基準があれば、そして、そこに基づいて区域会議ですね。政府と自治体と事業者とが入ったそこで決めて、そして、その後、そこで自主的に決めたものを厚生労働省と交渉するというようなことなのだと思います。

○林室長 これがお金の給付を伴わないものであれば、おっしゃるように特区だけでやっってくださいというのは簡単に言えると思うのですけれども、これはお金の給付を伴うので、特区以外の被保険者の方が払われた保険料が特区の方のところに流れるということになりますから、やはりそこは特区だからというだけではなくて、もう少し、先ほどから申し上げているような、どういう場合に保険給付に値するかという考え方が必要なのだと思っています。

○八田座長 最終的には、厚生労働省を無視していきなりというわけにはいかないと思いますけれども、素案を決めたり何かして、これでいいですねという交渉をそこからスタートするということだと私は思っていて、全部の地図に色分けしたところから始めるのではないだろうと思うのです。

○鈴木委員 ボールを投げるということですね。

○八田座長 そういうことですね。

○林室長 特区の中でこういういい事例があるということを御紹介していただいて、それが本当にいい事例であるならば、私たちもそれは中医協でしっかり検討すべきことだと思いますから、両方で検討していくところがきちんと重なるような検討ができればいいと思います。

○八田座長 そう思います。そして、本当に意見が割れたら、厚生労働大臣と他の大臣が諮問会議で議論して最終決定する、そういうことでいいのではないですか。

そうしたら、それはそれで、あと、次は遠隔服薬指導に関することがありますね。

どうもありがとうございました。