

## 第3回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年10月2日（月）15:30～17:39

2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階第2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）、金丸恭文（議長代理）、  
江田麻季子、野坂美穂

（専門委員）川淵孝一、土屋了介、戸田雄三

（政府）平井内閣審議官

（事務局）窪田規制改革推進室次長、福島規制改革推進室次長、中沢参事官

（説明者）東京大学大学院情報理工学系研究科 橋田教授

公益社団法人日本医師会 今村副会長

（厚生労働省）医政局 武井医事課長、森光研究開発振興課長

保険局 医療課 古元企画官

医薬・生活衛生局 紀平医薬情報室長

政策統括官付情報化担当参事官室 笹子政策企画官

渡辺大臣官房審議官（医療保険担当）

保険局 安藤保険課長

（社会保険診療報酬支払基金）伊藤理事長、城審議役

4. 議題：

（開会）

1. Society5.0に向けた医療の実現について

2. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、定刻より少し前ではございますけれども、本日は議事が盛りだくさんでございますので、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3回を開催させていただきたいと思っております。

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、金丸議長代理にも御出席をいただいております。よろしく願いいたします。

川淵専門委員は遅れての御出席となっております。

さて、本日の議題でございますが、一つ目は「Society5.0に向けた医療の実現について」、二つ目は「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」の2件でございます。

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、議事に入りたいと思います。

本日、最初の議題は、ただいま御紹介があったとおり「Society5.0 に向けた医療の実現について」であります。本件は、当ワーキング・グループの今期の最重要テーマと位置付けております。具体的には遠隔診療、服薬指導、電子処方箋及びこれらに伴う医薬品の配送などに関する規制の在り方を検証して、ICT、IoT、AIを全面的に活用した在宅医療の実現を目指そうというものです。

本日は、本テーマに関する第1回目の議論でございますので、各論の前に、まずはマクロ的な現状認識の共有化を目的としたいと思います。

御案内のように、団塊の世代が後期高齢者となり、在宅医療の重要性がますます高まっております。また、医師の方々の働き方改革も、待ったなしの状態と伺っております。そのような状況の中で、これからの在宅医療をどうやって支えていったらいいか。それを考えるに当たって、ICT、IoT、AI技術といった技術革新をどのように活用していくべきかといった点につきまして、本日は、まずはお三方の有識者の方々からお考えを伺っていきたいと思います。質疑応答につきましては、その後まとめてお願いしたいと思います。

最初は、官邸のデータ流通環境整備検討会「AI、IoT時代におけるデータ活用ワーキンググループ」のメンバーであります東京大学大学院情報理工学系研究科の橋田浩一教授にお話をお願いしております。

橋田先生からは「パーソナルデータの本人管理による患者中心の医療」というテーマで、ICT技術の更なる活用のための大前提となるパーソナルデータの持ち方についてと、それを医療分野にどうつなげていくかについて、御提案など、プレゼンをお願いしたいと思います。

それでは、橋田先生、御説明をよろしくお願いいたします。

○橋田教授 御紹介ありがとうございます。東京大学の橋田です。

この青い資料に基づいて、お話をしたいと思います。

2、3ページは一般論でありまして、データの活用によってどういういいことがあるかが2ページに書いてあります。市場原理が働くというのは、情報公開によって正しい評価がなされて、正しい選択がなされるというようなことです。

その次、技術とか知識の改良・創造、研究開発等は広い意味での学習ということになります。個人のリテラシの向上も、広い意味での学習に入ると思います。

サービスというのは、もっとショートスパンの、現場での仮説検証サイクルということで、医療だったら問診とか触診とか検査みたいなことをインタラクティブにすることによって患者さんの病名を突き止めるみたいなことがこれに当たります。

このように、データの活用は様々なレベルでなされるわけですが、AIがはやっていますが、AIのためにデータはどのような場面で使われるかということ、これも先ほどの下の

二つに相当しますが、一次利用と二次利用があります。一次利用というのは、AIを実際に世の中で実運用する場面での利用です。実運用の場合には、サービスの相手、多くの場合には個人に関するリッチな個票データが必要になってくる。

世の中でAIにデータが必要と言われているのは、二次利用のほうが主でありまして、研究開発あるいはトレーニング用のビッグデータが欲しいということなのですが、当然ながら、一次利用のほうが二次利用よりもより基本的で重要です。一次利用のためのリッチなデータがぱっと簡単に手に入る世の中であれば、二次利用のためにビッグデータを集めることも簡単ですので、やはり一次利用が重要だということです。

どういうデータが重要かという、医療等を考えてもそうですけれども、パーソナルデータです。日本を含むほとんどの国でGDPの大半が個人消費ですし、さらに個人サービスには、例えば育児など無料のものも多いので、世の中の価値のほとんどは個人向けサービスによって生み出されている。ですから、パーソナルデータが重要だと考えられます。それが潤沢に循環するような社会を作らないといけないのですけれども、それをAIで自動化するのは不可能なので、皆さん頑張りましょうという話になります。

どうやってパーソナルデータを流通させるかというのが4ページで、PDSという考え方があります。Personal Data Storeというもので、これはパーソナルデータを本人の意思で運用する仕組みです。運用というのはほぼデータの共有ということです。

この考え方そのものは全然新しくなくて、既に47年前の星新一の小説に「情報銀行」という概念が現れてきたりしますが、さすがに、クラウドもないスマホもない頃にこのようなことをやるのはかなり無理がありますので、ようやくこの10年ぐらいで、研究開発あるいは事業化等が盛んになってきたという状況です。

4ページの右下の絵を見ていただくと、PDSは大体このような形をしているのですけれども、左側は事業者のコンピュータですけれども、事業者のコンピュータとか個人のスマホとかを含む端末の間でデータを共有するために、ほとんどの場合、共有用のサーバを使います。ここで専用サーバが必要なのが、世の中にあるPDSのほとんどです。

今日、主にお話しするのは、専用サーバが要らないPLRというPDSで、これは我々が開発しているものです。なぜそのようなものを作っているのかということと、実際のユースケースに関して少しお話をいたします。

5ページは、パーソナルデータの共有がなぜ必要なのか。特に一次利用のための共有がなぜ必要かということです。医療に限りませんが、一つのサービス提供者が、一人の個人に対してですらあらゆるサービスを提供するのは不可能ですので、当然、各個人はたくさんの方からサービスを受けることになりますから、それらのサービスに対して個人のパーソナルデータを適宜提供することによって、サービスのクオリティを高めることが必要になってくるということです。

どうやってそのデータ共有を実現するのかというと、6ページのように、従来、特にいわゆる地域医療連携等においては、この左側のお姉さんが集中管理をする仲介者なのです

けれども、こういう集中管理の仕組みを作って、青い矢印で示されるデータ共有を管理することが行われてきたと思います。このために、集中データベースとかID連携みたいなハードウェアとかソフトウェアを導入して、それを運用するという余計な管理コストがかかってしまうというのが最初の問題です。さらに、真ん中の大きい三角の危険マークが示しますように、この集中管理者は、ここで共有されるあらゆるデータにアクセスできますので、この人が間違えたり悪意を持ったりすると、これらのデータが全て漏えいするというリスクが生み出されてしまうわけです。つまり、集中管理によるデータ共有は、わざわざコストをかけてリスクを高めているという、余りよろしくない方法です。

それをやめて分散管理にしましょうというのが7ページです。つまり、仲介者がいないやり方で、データ共有でデータを出す人とデータを受け取る人が仲介者を経ずに直接データをやり取りするわけです。あらゆるデータの共有を管理する仲介者がいませんから、全データが一挙に漏えいするリスクはない。しかも集中管理のコストもないということで、こちらのほうがより安全、より安価なやり方です。

このように直接データ共有することを想定しますと、多くの場合、個票データの共有には本人の同意が必要ですので、データ共有に関与する二人の当事者のうち、一人は本人だと考えられます。そうすると、8ページを御覧いただくと分かるように、パーソナルデータを全て本人が管理しているとなれば、本人同意に基づいて簡単にそのデータを集めることができるわけです。

よく聞くのは、1,000人の患者さんから本人同意をもらいました、だからデータを下さいみたいなことを病院に掛け合っても全く相手にされないというような話です。そうではなくて、患者さん本人がデータを持っていれば、本人同意でデータがもらえるようになるわけです。

そういうまいやり方はあるのかというのが9ページでありまして、PLRというのは先ほどのPDSの一種です。Personal Life Repositoryというものです。中継サーバとして、GoogleドライブとかDropboxとかOneDriveのような出来合いのオンラインストレージをそのまま使います。これらは単なるファイルシステム、ストレージであって、特にインテリジェンスはありません。

PLRでは、個人でも法人でもユーザーになれるのですが、それらのユーザーのアプリでデータをハンドリングします。手元のコンピュータの中あるいはクラウドにデータを保存するとき及びデータを送信するときは、全てそのデータは暗号化してあります。

したがって、GoogleとかDropboxなどのクラウドの管理者には当然、その暗号を解く鍵を渡しませんので、彼らには内容が分からない状態でデータの流通がなされるわけです。

PLRの特長がその次のページにまとめてあります。安全、安価、かつ簡単に使えて機能が多いということなのですが、ここで「安全」と「簡単」という点だけ簡単に御説明します。

11ページを御覧ください。安全だという話がありますが、最初のポイントは、先ほどから申し上げているように分散型であると。つまり、集中管理する仲介者がいないの

で、全データが漏えいするリスクはありません。

多要素認証等は当然やっていますが、より重要なのは、先ほどから申し上げている暗号化関連の話で、これはDRMつまりデジタル権利管理です。保存するデータ、送信するデータを全て暗号化するようにアプリの機能を制限してあります。PLRの正規のアプリを使う限りは、暗号を解いた平文のデータをまとめてファイルに保存するとかどこかに送ることはできないようになっています。つまり、ユーザーがうっかり間違えたとしても、データがまとまって漏えいすることは決してないというわけです。

技術的な話は今日は飛ばしますが、医療情報システム等に関するガイドライン、いわゆる3省4ガイドラインがありますけれども、あれは全て他人のデータを扱う事業者に対するガイドラインなので、PLRはこれを満たす必要がありません。しかし実際には、技術的にはガイドラインを満たしています。

その次に、簡単であるということを12ページで御説明します。実はITリテラシも端末も要らないということです。この絵のおばあちゃんが、病院と診療所で私の診療データを共有してほしいと思っても御本人はスマートフォンを持っていない場合に、例えば孫に小遣いでもやって、あんたちちょっと設定しなさいよと言うと、お孫さんが自分のスマホを使っておばあちゃんのアカウントを作って、病院と診療所に対してクラウドへのアクセス権限を発行するというような初期設定をしておけば、それ以降、おばあちゃんは何か特別なことをしなくても、病院と診療所はクラウド経由でデータ共有してコラボレーションしてくれるというのが上半分の話です。

それから、PLRは個人の間でデータ共有する機能があります。私はこのデータの扱いはよく分からないという場合には、もっとよく分かる家族などにデータを預けて、その人に運用を委託することが可能ですので、専門知識も要りません。

実際、この仕組みは現場で運用されています。13ページに「介護での利用」という話がありますけれども、山梨と鳥取と東京の三つの介護施設で、合計70人ちょっとの高齢者の方の介護記録をPLRベースのアプリで作って、介護施設内あるいは御家族と共有するようなことを、この2年ぐらいやっています。山梨が一番古くて、おととしの4月以降、私は一切、手を着けていません。もう現場で普通に運用しています。そういうことで、実証実験は既に終わって、実運用に入っている状態です。

70人ちょっとということで、非常に規模は小さいのですが、先ほどからお話ししているように、これは分散システムですので、70人に関して安定運用できるということは、すなわち何億人に関しても安定運用できることを意味しています。

14ページにありますように、今、PLRのセカンドバージョンを開発しております。右のようないろいろな機能を持つ統合アプリを作っております。これを、今年の秋から冬にかけて無料で一般公開する予定です。介護施設で使っている第一バージョンはAndroidでしか動かなかったのですが、新しいバージョンはAndroidだけではなくてiOSとかJavaでも動く。つまり、大きなサーバコンピュータでも動くようになっております。

15ページは、その開発をやっているプロジェクトの全体像ですけれども、AMEDで去年の10月から再来年の3月まで進めている臨床への応用です。全国各地にこのような地域医療連携をやっている地域がありますので、地域医療連携のサーバとPLRを連携させることによって、16ページの真ん中のように、患者さん個人と医療機関がEHRのサーバを経由してデータ共有できる形を作ることを、今年の2月から3月にかけてやりましたが、よく見るとこのEHRサーバは要らないので、今年から来年にかけてはそれをなくして、各個人のPLRと医療機関が直接連携する形を作りたい。そうすれば、専用サーバもVPNもデータベースも要らない、より安くて安全な運用形態になるということです。

この状態でも実は、細かいことは御説明しませんが、御本人がデータを持っていても、それがマスクされていて見えない。だけれども、それを医療機関は見るができるというような運用もできますので、従来のEHRのような形で使うことも可能です。

そういうことをやっていくと、大ざっぱに言って17ページみたいなことができるというなど考えています。個人を中心に家族、保険者、病院などが連携する。個人はセンサデータや日常の行動データをとって、それを皆さんと共有して活用することになる。

それを詳しく見た絵が18ページであります。左側は、地域医療連携サーバとか電子お薬手帳のサーバとか医療介護SNSみたいな一種の集中管理型のサービスが既にあって、それらとPLRクラウドを連携させることによって、例えば、簡単に複数の地域医療連携サービスを連携させるとか、複数の電子お薬手帳を連携させるとか、医療介護SNS同士あるいは医療介護SNSと地域医療連携を連携させるなどといったことができるわけです。

今、特に地域医療連携サービスが全国で300ぐらい運用されているので、それをどうやって相互連携するかという議論があるのは承知してはいますけれども、そのときに、例えばインターネットエクステンジみたいな、ちょっと高くつく技術を使って屋上屋を重ねるのではなくて、個人が結ばばいいではないかという話がこれであります。

薬局とか診療所とか介護施設とか、余り電子化されていない関連施設もあると思いますけれども、そのような小規模な事業者においては、PLRベースの安価な業務システムを導入して連携させることも可能です。

下の病院のところにもちょっと詳しく絵が描いてありますけれども、電子カルテシステムとPLRの本体を連携させて、病院の中からクラウドにアクセスしてデータを共有するようになれば、安全管理上も問題のない形で連携ができます。

19ページでは電子処方箋を考えてみました。この絵の左側は、医療機関から処方箋をもらってくるという話で、右側は、薬局にその処方箋を渡すということです。現在、想定されている電子処方箋の運用の形態をいろいろ読んでみると、患者さん御本人がエンパワーされていないとか特にツールを持っていないので、結構、運用がややこしくて、引換証を本人が薬局に持って行って、そこで認証して処方箋を受けるみたいなことが想定されているですけれども、PLRを使えば、紙の処方箋をほぼそのまま電子化して、当然それに署名か何かを入れて、患者さん自身のPLRに入れて、薬局はそれを取り出すというやり方

で、非常に簡単に運用することができるのではないかと思います。

病院から直接、処方箋をもらってもいいですし、地域医療連携のサービスがあれば、地域医療連携のサーバからももらってもいい。薬局に渡すときも、薬局に直接渡してもいいし、電子お薬手帳のサーバ経由で渡しても構いません。

当然、両方向のデータの流れが可能ですので、医療機関からは処方箋とともに診療データの一部がもらえるといい。患者さん御本人はふだんから生活行動データをためてしていると、それも含めて薬局に渡す。そうすると、薬局はより詳しい指導ができることになります。薬局から服薬指導を含めた情報が患者さんに行って、調剤データがまた医療機関のほうに返されるという双方向のデータの流れはこれで簡単に実現できるという絵であります。

20ページに書いてあるのは、先ほどのAMEDのプロジェクトで進めているサブテーマの一つで、同意の管理が簡単にできるという話です。電子的に同意をして、同意書を自動的に作り出して、本人の電子署名を付けてデータ共有先と共有するという簡単なやり方です。オンラインでつながっていますから、同意の取消し、変更なども随時できることになります。

21ページは、一般的な考え方としてMyDataというのがありまして、それを医療にも適用したいということで、今日はお話をしているわけです。MyDataは個人中心のデータ流通ということで、先ほどからお話ししているように低コストかつ低リスクです。その効果としては、まずリテラシの向上。また、共同行為の改善というのはお医者さんと患者さんのコミュニケーションがよくなって、治療にもいい結果が出てくる、いい効果があるということです。

例えば、母子健康手帳を日本からモンゴルに持って行って、実際に使ってもらくと、お母さんのヘルス・リテラシが向上して、健診率が上がって、乳幼児死亡率が下がったという成果が出ているそうです。あと、アメリカでOpenNotesの実験がされていますけれども、それを使うと、医療関係者と患者さんのコミュニケーションがよくなって、治療の効果が改善されたという結果が出ているようです。

そういうことをいかに推進すべきかを考えたときに、一つは公的機関が保有するパーソナルデータを、マイナポータルがせっかく運用されようとしているので、マイナポータル等で本人に提供する。レセプト、処方箋、母子保健のデータ、健診データなどいろいろあります。

右下の絵は、digi.meというイギリスのベンチャー企業がアイスランド政府と組んで、アイスランド国民30万人の医療データを政府が管理しているのですけれども、それをdigi.meが提供するPDSを使って国民に全部返しますと。国民一人一人が医療データを持っていることを前提に、いろいろなサービスをその上に組み立てますということを、この4月ぐらいにアナウンスしましたという絵です。

最後のポイントは「匿名加工医療情報作成事業者」という、次世代医療基盤法で定めら

れたいわゆる代理機関です。匿名加工医療情報作成事業者のビジネスとして、あれはオプトアウトとは言うものの、実際には患者さんにオプトインしてもらうときに、本人に医療データを提供する。かつ、本人が持っている日常生活のデータをもらうようにするのがお互いのためになるのではないのでしょうかという話です。

そろそろ時間が来ていますけれども、医療制度改革の効果として、異種医療機関の間のデータ共有あるいは診療所間のデータ共有が促進されるであろうと考えておりました、24ページにありますように、来年の診療報酬の改定がその大きな契機になると思いますが、データ共有しないと医療機関の経営が成り立たないとなると、どうやってデータ共有をしますかと。患者さんにデータを返して運用するのが一番安全、安価かつ便利ですよと来年の4月に言えるようにしたいなと考えております。

ちょっと時間がオーバーしましたが、以上です。

○林座長 ありがとうございます。

御質問は後ほどにいたしまして、続きまして、本日は日本医師会副会長の今村聡先生にお越しいただいております。「医療の現場におけるICT、IoT、AI等の取組について」及び「遠隔診療・ICT活用について」、御説明をいただきます。

それでは、今村副会長よろしくお願いたします。

○日本医師会（今村副会長） まずは、お招きをいただきまして貴重な機会を頂戴いたしましたことに、御礼申し上げたいと思います。

今日はSociety5.0ということですがけれども、今、現場でどのようなことがあるかについてお話をさせていただきたいと思います。

もともと日本医師会は、まだICTではなくてITと言っていた時代（H13年）に「日医IT化宣言」を公表し、医療、介護等でITを活用することを積極的に進めることを申し上げてきた立場でございます。2016年6月には「日医IT化宣言2016」を公表しております。

先ほども高齢者の医療、介護、在宅の医療のお話もございましたが、その中で、地域包括ケアという医療、介護、福祉、予防、生活等を一体的に提供するというので、一番前面に出ているのが「住まい」という言葉でございます。

実は、個人の身体的な問題も当然のことながら、高齢者が一番長くいる住宅、そしてその住まい方が医療にも大変大きな影響を与えているということがあって、そういう意味で、ICTがいかに活用できるかは一つの大きな課題だと思っております。

3ページを御覧いただきますと、夏場の熱中症搬送患者のうち、右側を見ていただきますと発生場所は住居が約4割ということで、実は高齢者の熱中症の救急搬送は非常に救急医療に大きな負荷をかけている。先ほども座長からお話があった医師の働き方改革、労働時間をいかに短くしていくかという中で、余分な負荷をかけないことが非常に大事だと思っております。

4ページにございますように、熱中症死亡者数の7割が65歳以上の高齢者になります。家族や訪問看護・介護サービス従事者による住環境の監視には限界があって、特に今、高

高齢者だけで住まわれている、あるいは単独で高齢者が住まわれているようなお家が非常に多い。残念ながら日本の住宅環境は余りよくありません。私も在宅医療をすると、都営住宅の5階になると、夜、訪問診療をしても本当に30度近いお部屋に高齢者がいるような状況にあって、こういう環境を外部からしっかりと積極的に介入できる仕組みが必要だと思っています。いわゆる住宅の温度、湿度をセンシングして、それを介護者に伝えられる。そして、介護者が外部からエアコン等に、積極的にIoTで介入できる仕組みは、今の仕組みの中で簡単にできるのではないかと考えています。

また、Internet of Humanということで、そういった在宅の高齢者の方たちの身体状況をビッグデータとして取り集めて、それを分析することも今後、必要になってくるのではないかと考えています。

もう一点、住環境に関わるものとして5ページです。ヒートショックという、いわゆる高齢者の入浴中の死亡事故が非常に多い。あるいは亡くなることまでなくて、脳梗塞や脳出血等の循環器疾病を引き起こして、そのことが医療や介護に大きな負荷をかけることもあります。

6ページを御覧いただくと、入浴中の急死者の搬送数は非常に多い。先ほど申し上げたような熱中症の防止と同じように、こういうこともセンシングの技術を活用すればかなり変わってくるのかなと思います。

もう一つはウェアラブルの端末で、これは今、水中で血圧や脈拍を測れるような端末を開発しているとは伺っておりますけれども、どうしてもウェアラブル端末というと、健康おたくみたいな人たちがまず着けて、本当に必要な人たちが使えないという状況にありますが、例えば、高齢者の方が入浴するときに、ウェアラブルの端末からスマホにアラームがすぐ入るようなことができれば、もっと早期に介入することができる仕組みが、今の技術で簡単にできるのではないかと考えているところです。

現実には、こちらは規制改革ではないのですが「総合科学技術・イノベーション会議」の分科会、ワーキングの中に「健康立国のための地域における人と暮らしシステム」というものがあって、その中でも経済産業省からは、8ページにありますように「センシング技術を用いたウェアラブルモニターで実現する循環器診断支援システムの開発」ということも挙げられております。

一方、9ページにありますように、民間の事業について、セコムのほうで「在宅遠隔医療サービスシステムの開発による重症化予防・在宅医療効率化の実現」というような、民間企業もこういった取組を既に始められているということですが、もう少しこういうことが国全体として進められるような体制整備を考えていただきたいと思っております。

10ページはちょっとびっくりしました。富士通がアイルランドで研究をしているのですが、日本のような超高齢社会を迎えて、在宅医療をこれから進めていく中で、海外でこういう実験をされているということです。これは病院に入院していた方が退院して、一人で在宅生活を送る上で、一体どのような住環境、住まい方、特に本人の体の状態がどのよう

な状態だったらどういう障害が起こるのか。転倒しやすいとか、そういうことを全部、ウェアラブルの端末と住居のセンシングの技術によって見つけていこうということを取り組まれているというようなお話を聞いて、正しく日本でこそ、こういうことを進めていっていただきたいと思っているところです。

次に、「2. 遠隔診療・ICT活用について」ということで、簡単にお話を申し上げたいと思います。12ページを御覧いただきたいのですが、未来投資会議で日本医師会会長の横倉から申し上げていることですが、診療は患者と直接対面をして行うことが原則である。遠隔診療、ICTの活用は非常に重要なものではあるけれども、あくまで補完的な役割であるということです。その一方で、長期処方の問題解決として、かかりつけ医がICTを活用して経過観察や指導を行うことは有効であるということを示しています。

医療分野のデータの利活用基盤の構築については、個人情報の厳格な管理を前提として、「医療等ID」によって国民一人一人の生涯を通じた保健情報が一元的に管理される。これを基に、一次予防から三次予防までの保健事業が安全に管理・実施されることが必要であるということ。そのことが個々の国民の健康資本を増大させて、経済成長にもつながっていくということを示しています。

遠隔診療という言葉については、いろいろな定義があるので、議論が多少混乱するのかなと思っています。整理をさせていただいてまず「(1) 医師対医師のケース」ということで、診療所等から病院に画像（レントゲン、CT、MRIの情報等）を送って、病院にいる専門的な知識を持った医師が、画像診断を行う等の遠隔画像診断、また、病理診断についてはどんどん積極的に活用していくべきだと考えております。

今、画像については8K技術もこれから実用化されていこうという中で、こういったものは、正しく我々が活用すべきものだと思います。ただし、画像データの情報を送ることになると、国内でなくても、国外でも幾らでも情報、画像を読むことが可能になりますので、そういった意味では、こういった要件の下で画像診断等を可能とするかという一定のルールは必要なのではないかと考えています。

それから「(2) 医師対患者のケース」の遠隔診療につきましては、先ほど申し上げた対面診療の補完的な役割を担うものだと考えております。今、今後のさらなる活用が非常にいろいろな場面で言われておりますが、現状は、特定健診・保健指導で遠隔の保健指導を行うことは認められていてできるのですが、実態として、保健指導における遠隔の活用は意外と進んでいないと聞いているところです。

診療の中でどの程度、現状で使われているかは、レセプトの情報で見ようと思うと、把握できていないのが実態です。というのは、保険診療上は電話再診扱いになっていて、電話再診という項目の中に全部一くりにされているので、現状どれぐらい遠隔診療が行われているかは、いろいろなところでいろいろな事業者の方が出しておられますが、きっちりとした把握がないので、是非ともそういう実態把握ができる仕組みは作ったほうがいいと思っています。

それから、禁煙指導とかうつ病の継続管理にいいとか、あるいは状態が安定している生活習慣病がいいのではないかと、様々に言われているのですけれども、恐らく適している疾病とそうでないものはきっとあるだろうと思います。その辺の疾病の絞り込みが、今後もう少しできていったほうがいいのではないかと。そのためにも今、どういった疾病に、この遠隔診療がどの程度行われているかという、先ほど申し上げた実態の把握が非常に重要になってくるのではないかと思います。

さらに遠隔診療を評価していくためには、一定程度そういった医療サービスが、患者さんの医療の質の向上に貢献したという、きちんとしたエビデンスも、これから集めていく必要があるのではないかと考えているところです。

こういった三つを検討した上で、遠隔診療に適した医療とそうでない医療の見極め、そして環境整備をきちんとしていったほうがいいのではないかと考えているところです。

追加で二点ほどお話を申し上げたいのですが、実はこの資料を作った後で、こういうことも是非この場でお話して、お願いさせていただければと思っていることが二点ございます。

一点目は、オリンピック・パラリンピックも含めて、今、訪日の外国人の方が増加している。今現在でも2,800万人です。国としては6,000万人まで増やしていこうという中で、今、成田空港では、自分で薬を買ったりということも含めて、日本で何らかの医療を受けている方が4%ぐらいいらっしゃって、実際、医療機関の受診が1%ぐらいいらっしゃるというデータがあると伺っております。したがって、6,000万人までとなると、相当の方を日本の医療機関が診ていかなければいけない。

例えば、東京のように非常に医療機関が充実しているところばかりではなくて、今の訪日外国人が、日本全国のすばらしいところを回っていこうという中で、医療を受ける必要になったときに、何が一番大きな課題になるかということ、恐らくそれは言葉であろうと思います。今、スマホ等のアプリでいろいろな翻訳のシステムがあったり、あるいは国としても医療通訳を養成することに取り組まれているようですが、それで十分にできるかということ、私も去年、ロシア人のお子さんが熱を出したから診てくれと言われて、通訳の人が一緒についてきたのでいいですよということで診ることはできたのですが、そうでなければなかなか安心してコミュニケーションをとれない。

そういう中で、遠隔で、どこかのセンターできちんと通訳の方が対応してくれるという仕組みができれば、安心して外国人の方にも医療が提供できる仕組みができるのではないかと考えております。是非御検討いただければと思います。

もう一点が、死亡診断書ですが、実は今、病院の医師が非常に勤務環境が厳しい中で、一時期、民間の医療保険の診断書が仕事に結構大きな負荷をかけるという実態がありましたが、そちらについては今、電子化されていて、救急病院のかなりの部分が電子化された診断書の発行が可能になっています。

しかしながら、死亡診断書（死体検案書）については、紙ベースで書いたものを御家族

に渡して、それを行政の窓口を持って行って、行政ではさらに死因の部分だけを電子化して保健所、県庁を経由して厚生労働省のいわゆる統計局に入って行って、WHOに報告する。死亡診断書の中には、かなり重要な情報が様々に入っているのに、ほとんどのものは活用されないで、地方法務局に紙ベースで積まれているだけという実態があると伺っております。これを電子化することによって、病院の医師の負担軽減にもつながりますし、行政の効率化にもつながります。また、日本の死因統計が正確になって、そのビッグデータを活用することは、今後の日本の社会にとって非常に資することになるのではないかと考えております。

これは行政の届出の話なので、電子化すると大きな規制がいろいろあるかと思っておりますけれども、そういう規制を改革して、是非とも電子化についてもお考えいただければと思います。

その際、いろいろな医療情報を電子的にやり取りするにあたって、今、国が言っているHPKI、いわゆる資格認証が非常に重要になってきて、その書類を書いている人が本当にその個人であること、資格を持った人間であるということ、その書類に電子的な印鑑を押すことが必要になってまいります。今日、私は医師資格証を持ってきておりますが、既に日本医師会が、認証のカードを全ての医師に発行できる体制を整えておりますので、こういったものを活用できる仕組みを、是非国の中でも準備をしていただければ大変有り難いと思っております。

長時間になりましたけれども、ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

医師会として、ICT診療の積極活用について賛同していただいた上に、具体的な御提案もいただきまして、誠にありがとうございます。

続きまして、最後になりますが、厚生労働省から「Society5.0に向けた医療の実現について」、御説明をお願いいたします。

本日は、医政局より武井貞治医事課長、森光敬子研究開発振興課長、保険局より古元重和企画官、医薬・生活衛生局より紀平哲也医薬情報室長、政策統括官付情報化担当参事官室より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、御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（武井医事課長） 御紹介ありがとうございます。医事課長の武井でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

資料1－3になりますので、まとめて私のほうから説明をさせていただきたいと思えます。タイトルが「Society5.0に向けた医療の実現について 厚生労働省」というペーパーでございます。

2ページを御覧いただきたいと思えます。「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」でございまして、基本的な考え方を最初に御紹介させていただきたいと思えます。

診療は、医師または歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本という考え方に立ちまして、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療の補完であるということとか、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法第20条等に抵触しないというスタンスでございます。

それから、留意事項がこのページの真ん中ほどにございますけれども、直接の対面診療を行うことが困難である場合ということで、例示として離島、へき地の患者の場合とか、②にございますように症状が安定している患者さんの場合に対して、療養環境の向上が認められる遠隔診療を実施する場合ということで、遠隔診療を行う場合を示させていただいているところでございます。

ページをめくっていただきまして「平成29年局長通知における明確化事項」ということで、禁煙外来とかソーシャルネットワークワーキングサービスなどを用いた対応につきまして、通知を出させていただいたところでございます。

禁煙外来につきましては、患者さんの要請に基づいて、患者さん側の利益、不利益を十分に勘案した上で、医師の判断により、直接の対面診療の必要性については柔軟に取り扱っても直ちに医師法第20条に抵触するものではございません。また、診療が中断するとして、結果として遠隔診療のみで診療が実施されたような場合とか、当事者が医師及び患者本人であることが確認できて、テレビ電話とか電子メールなどを使って直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合などを示させていただいたところでございます。それ以外の例については、3ページの下にあるとおりでございます。

4ページは「遠隔診療・介護ロボットの導入推進」という第7回未来投資会議で出された資料と同じでございますけれども、医療の質、生産性が向上するよう、診療報酬上の評価を行っていく状況の中で、例えばですが、かかりつけ医による日常的な健康指導や疾病管理が飛躍的に向上していく中で、慢性疾患の重症化予防等の領域で活用という視点がございます。画像の質の向上という背景の中で、診療報酬における評価、例えば医師対医師におきましては遠隔画像診断とか遠隔病理診断が行われておりますし、医師対患者につきましては、心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングが行われているところかと思えます。

平成30年度の改定に向けて、診療報酬上の評価ということで、例えばですけれどもオンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理といったことを検討するに際して、解像度の向上が背景としては非常に大きいと思えます。

下の段にございますように、介護ロボットにつきましても、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減を実現するという考え方に基づいています。厚生労働省におきましては、現場ニーズの蓄積・開発のコーディネートを行い、4ページの右下でございますけれども「現場主導の開発への転換」と「普及の加速化」を実現することによりまして、開発と普及の好循環をもたらすことを考えております。

マル新とございますように、二つほど新しいことが書かれておりますけれども、一つ目

が「企業主導から現場主導の開発へ転換」で、二つ目が「さらなる導入と活用の促進」になります。

めくっていただきますと、具体的な診療報酬の例が「医師と医師(DtoD)」、それから「医師と患者(DtoP)」について出されております。まず「医師と医師(DtoD)」につきましては「放射線画像を専門医のいる病院へ転送」ということで、医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算を算定いたしまして、受信側における診断料に係る費用は受信側、送信側の医療機関における相互の合議に委ねるということです。他の例といたしましては「病理画像を病理医のいる病院へ転送」ということもございます。

「医師と患者(DtoP)」でございますけれども「電話等による再診」ということで、こうした再診については、患者の病状の変化とか療養について医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し、治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定することになっております。「心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算)」なども例としてここに挙げさせていただいているところでございます。

6ページを御覧ください。「情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進④」についてでございます。先ほども出ました遠隔モニタリングでございますけれども、エビデンスに応じて評価を見直すということで、注も付いておりますけれども、現行と改定後のイメージが、6ページの下にございます。

受診時の診療に対する評価を行った上で、遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を行いまして、その間の月数に応じて、遠隔モニタリングによる指導管理に対する評価を上乘せるといったイメージが出されているところでございます。

7ページが「遠隔診療推進に向けた取組」でございます。「推進に向けた検討」につきましては「クラウド時代の医療ICTの在り方に関する懇談会」が開かれまして、この中で、有用性等に関する臨床研究が不足しているとか、いわゆる8K技術の活用可能性がある一方で、映像の伝送速度や色の再現性等、医療現場で活用するための検証が必要といった点も指摘されているところでございます。

そのため「推進の方向性」といたしましては、平成27年度から順次、新たな診療手法の有効性や安全性エビデンスの収集を積極的に行うことや、総務省とともに8K技術等の遠隔診療への活用に向けた検証を行うということが、その方向性として記載されております。

ロードマップといたしまして、27、28、29年度、設備の普及とか人材育成、好事例等の発信、遠隔モニタリングの推進、臨床での実証・問題解決を進めている中で、右側でございますように、ゴールとして「ICT技術も活用した地域包括ケアの推進」を目指しているところでございます。

最後に、電子処方箋について簡単に御説明させていただきます。

9ページを御覧ください。「電子処方せんの利用と普及推進」というペーパーでございます。

電子処方箋の電子化を可能とする規制緩和（省令改正）を平成28年3月に施行しておりまして、地域医療連携ネットワークなど、実施環境の整った地域で実働していくということで、具体的な内容として電子版お薬手帳との連携とか、かかりつけ薬剤師・薬局の推進の体制、実施の状況が下の図にございますように、地域連携医療ネットワークの運営主体を電子処方せんサーバが担いまして、①から順次見ていただきますと、患者さんが受診をして、②診察・処方をして、③電子処方せんの登録、④電子処方せん引換証の発行ということで、これが⑤、⑥、⑦、⑧と続いていくわけでございます。⑧まで来ますと薬剤交付という形になり、こうした取組を進めていくという考え方でございます。

早くて恐縮でしたが、資料は以上になります。ありがとうございました。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明をいただきました三者の先生方に対して、御質問、御意見をよろしくお願いいたします。

土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 専門委員の土屋です。私は16時半で失礼するので、コメントと質問をしたいと思います。

厚生労働省の資料1-3で、2ページ目あるいは特に3ページ目の局長通知は大変見識のある通知で、有り難いと思います。かなり柔軟性のある考え方をお示しいただいて、現場としては大変やりやすくなると思います。

ただ、5ページ目にあるように、私は遠隔診療という言葉は好きではないので、ICTによる診療に対する診療報酬のところで大体みんな引っ掛かってしまって、4ページ目で介護のロボットうんぬんとありますけれども、例えば「HAL」が保険適用されたのですが、私は山海先生に損をするからやめたほうがいいと言ったのです。ドイツで認められて日本で認められないのはおかしいから申請するのだと言っていました。むしろ介護でどんどん使われて、厚労省が保険申請してくれと言ってくれば、言い値でできるけれども、こちらからお願いすると安くされるぞと言ったら案の定、安くされて、採算の合わない値段を付けられて、結局、解釈上、両足だから2倍でいいですよという話になったと裏で聞いたのです。

そういう今の中医協の診療報酬の決め方では、採算割れの値段を平気で付けてくるようなことをやって、しかも輸入薬剤についてはばかみたいな高い値段をかけて、後で半値にするようなばかげた、とても経済原則にのっとってやっているとは思えないような委員会に任せることなく、4ページ目で御説明があったように、産業振興とともに、これが普及していけば当然、値段が安くなるのはどの産業でも同じですので、その時間的経緯をよく考えてやっていただきたいというのが、厚生労働省へのお願いであります。

それから、医師会の今村先生のものもよく分かるのですが、ただ、日本の場合、大変ペースが遅い。そのときに、ちょっと表現にお気を付けいただきたいのが、12ページに横倉先生の提言で出ているのですが、下の枠の中の1行目の終わりから「個人情報の厳格な管

理を前提として」という言葉が入ってしまうと、多分、足かせになるのです。これは、先ほど橋田先生が言われて、この管理を個人が承認してということになると、一度に大量に漏えいすることはないということだったのですが、個人にしても、扱っている人がやれば漏えいは必ずあることが前提であって、それを100%は防げないので、その漏えいを前提とした下で、みんなで制度設計なり管理をやっていくことが大変必要なので、余りここで厳格、厳格と言われてしまうと、大概これで足を引っ張って、よその国に後れを取るものの元ですので、こういう表現はなるべく避けていただいたほうがよろしいのではないかと思います。

次の13ページ目で、病理診断うんぬんは、私は7年前に、既にかん研にいたときに、中国は日本以上に病理医が少ないので、中国との間で病理診断を既にやり始めました。ただ、このときに医者だけでやったら大変だなと分かったのは、当時は日本のオリンパスと浜ホトの電子病理が一番進んでいたのですが、話を1年ぐらい持ち越された間に、中国製のものでできるからそれを使えということを出されて、大概、それで中国のペースに持っていかれるので、特に外国との間でやるときには、そういうところの御支援も是非頂きたいというのがそのときの実感であります。

それから、医師会にお聞きしたいのは10ページに戻って、アイルランドでやっているのは大変いい実験であろうと思いますし、恐らくセンサーはほとんど日本製のものが使われていると思うのですけれども、問題は、このICTの問題よりも、これが24時間監視をして、24時間いつでも問題が起きる。そのときに、誰がどう対応するか。例えば、イギリスがブレア政権以降、大分GPを改善して、グループ診療が主体になった。いわゆる家庭医のGPのレベルで、ある程度のところは24時間対応できる。全部が全部、救急車で運ばなくてもいい、あるいは大病院へ来なくてもいいという体制が整っている。

日本の場合には、一部ではグループ診療で在宅診療をやっていますけれども、多くは個人でやられているとなると、24時間本当にこういうICT側の進歩に医療体制とか家庭医の体制がついていけるのかという点を、医師会だけの責任ではなくて、厚生行政そのものだと思うのですけれども、その辺についても御検討いただければと思います。

橋田先生の話はごもっともです。ただ、今、議論している時期ではなくて、お隣の韓国へ行ったらもう実現してしまっていることばかりなので、これを是非先生方のお力で、早く現場で取り入れていただきたい。そのときに、先ほど医師会にお願いしたように、漏らしていいということではないのですけれども、漏れるのが当たり前という前提でやっていかないと、いつまでたってもできないのではないかと。

私の友人が今、ソウル大学の盆唐病院の副理事長をやっていますけれども、彼が若いときから、2003年からペーパーレスの病院をソウル大学が作ったわけですけれども、そのときに、簡単なアプリと先生がおっしゃったのを、周辺の開業医というか診療所に全部配って、あつという間につないだら、周辺の中小病院が慌てて自分たちの仲間になる。これを全部売り付けたら、開発費が全部出てしまった。そういう商売気もないと、なかなか広ま

っていかないのではないか。

ですから、先生がお示しになったのは、本当にみんな小規模ばかりで、日本でもう20年ぐらいこういうことを、皆さんが言っているながら小規模なものしかできない。日本海総合病院にしても、それほど大きなものではないですし、また、末端側では、実際には限られた数人しか使っていないです。ですから、そこら辺が、全ての開業医なり診療所が使えるように。

今、酒田市の日本海総合病院のほうが有名ですがけれども、隣の鶴岡では、20年ぐらい前に経産省が、簡単な開業医用の電子カルテと呼べないような、ただパソコンに普通の開業医のそのまま写真で写したようなものが画面で出てくるのを、全部の開業医が使っている。荘内病院の救急外来にその末端の機材が置いてあると、夜中に患者さんが行っても、開業医を起こさずに救急外来で診察ができるという既存のシステムをうまく使うと、開業医の先生も協力するという、その辺も含めて、是非推進をしていただければと思います。

よろしく願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

今のは、御質問というよりはコメントとお願いですね。ありがとうございます。

それでは、江田委員お願いします。

○江田委員 本日は、本当にためになるお話をありがとうございました。大変勉強になりました。

今村先生の資料の中で、先ほどの海外から来た方をどのようにサポートするか。15ページ目になるかと思うのですがけれども、お話には出なかったのですが、資料を確認させていただくと、アメリカのケースが書いてありまして、こちらのケースは、恐らく公的資金が使われているパブリックの部分だと思います。

アメリカは、それ以外のものも非常に大きく発展しているというのが一点と、もう一つは、公的な保険に関しましても医療費削減ということで、MedicareでもTelemedicineみたいなことが、最近ではここにあります資料以降も進んでいるようなことを聞いております。

あとは、退役軍人に関しましても、スキャンダルの後、より多くの退役軍人のケアができるようにという形で、積極的なテクノロジーが使われているように聞いておりますので、動きを見ながら、我が国も、後れを取るというよりは先に行けるように、是非今後とも先生の御意見をいただきたいと思われました。

○日本医師会（今村副会長） ありがとうございます。

若干補足をさせていただきます。この資料については余り詳しく御説明をしなかったのですが、実は、日本の医療の海外展開というお話、インバウンドとアウトバウンドの話で、アウトバウンドの中で議論になったのが、日本の遠隔診療の技術を、例えばアジアに展開したらいいのではないかという中で、一体どういうルールで行われているのだろうということを、経産省が各国の医療先進国あるいは医療については後進国のデータを出してこられて、その一部をここに出させていただいています。

実は、医療が後れている国は何でもありということですが、一定の条件下で公的な保険という制約はあるもののアメリカなどでも一定のルールを決めて、別にこれが見本と言っているわけではないので、今後、日本でもこういうことを進めていくときに、ある程度のガイドライン的なものを厚労省にお作りいただいたほうがいいのではないかという意味で出させていただきました。

土屋先生からも、漏れることは当たり前だという御意見もありましたが、悪いものが広まってしまっはいけないので、できるだけよいものが広がるような仕組みも併せて議論させていただきながら、これを進めていくことが大事だなと思っているところです。

ありがとうございました。

○林座長 ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、金丸議長代理をお願いします。

○金丸議長代理 ありがとうございます。

最初の橋田先生の御説明の内容についてなのですが、3ページで、AIにはリッチデータが必要だと。しかも、一次利用のデータがすごく重要ですという話があったのですが、その話について、厚生労働省はどのような御認識でいらっしゃるのかを聞いてみたいと思います。

また、橋田先生には、ここで個票データとおっしゃっているのは、電子カルテとレセプトの合わせたものをおっしゃっているのか。そして今度、支払基金の改革のテーマの中で、レセプトの様式を見直そうということが決まっているのですが、橋田先生におかれて、そのレセプトの様式を構造化、データ化をするためにも、このような様式に変更すべきというような御提案とかは厚労省にされているのか。あるいは、していなくても、アイデアがあるのかというのをお聞かせいただけますか。

あと、厚労省には、3ページ一番下の「AIは意味を理解しないので、このような社会をAIで自動的に構築するのは不可能」というのは、橋田先生が、AIに誤った期待をするなということを行っていると思うのですが、私は厚労省の中の有識者会議に出ていたのですが、この注意について、そのようなことは分かっているよとおっしゃるのか、私はどうも違った方向に行きつつある気もしないわけではないのですが、AIに関しての見識、見解もお聞かせいただけますか。

○林座長 順番に、厚労省から二点の質問へのお答えをいただきたいと思います。

厚労省はどなたにお答えいただけますか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 政策統括官付の政策企画官の笹子と申します。

AIのためのデータ循環ということで、橋田先生から御指摘のあったデータの一次利用、二次利用を進めるべきではないかということに関する厚労省の見解でございますけれども、私ども厚生労働省といたしましても、このデータを活用したデータヘルス改革は非常に重要な論点だと思っております。今年の1月でございますけれども、他の先生も御案内のと

おり、厚生労働大臣の下にデータヘルス改革推進本部というものを立ち上げまして、健康、医療、介護の有機的な連結に向けた取組の計画方針を7月4日に発表させていただいております。

この中で、様々な方向性あるいは政策群を出させていただいておりますけれども、厚生労働省の中でも、例えばナショナルデータベースであれば、メタボ健診の情報あるいはレセプト情報もございます。さらには、介護データベースにも同様に情報がございます。こういったものを含めてビッグデータを検索、連結といったことができるようにした上で、研究者の方々、民間企業の方々あるいは保険者の方々にお使いいただけるようなデータを提供していくサービスを今後、検討していくことを発表させていただいております。そういった意味では、方向性は同じくしていると御回答させていただきます。

そのデータヘルス改革推進計画の中で、最先端技術の導入というコンテキストの中で、例えば、がんゲノムの情報の収集等を行っていくとともに、AIの開発基盤をクラウドで提供するサービスも発表させていただいております。

私は、全体の取りまとめなものですから、個々の取りまとめの担当がどのような見識を持っているということはお答えしづらいわけでありましてけれども、当然のことながら、AIは意味を理解しないというのはこのとおりではないかと思っておりますので、先生の御指摘を担当課のほうにきちんと伝えさせていただきたいと思っております。

以上です。

○金丸議長代理 分かりました。

この場で、私は笹子さんのキャリアというか御専門性がどの程度とかが分からないので、それを責め立てる気はないのですが、有識者会議で思っていたというか、これはずっと申し上げているのですけれども、この橋田先生の問題提起は、一次利用というか発生したデータがきっちり詳細化されて、それを網羅的に把握ができて、しかもそれがデジタルデータで再利用可能で構造化されているべきだという話なのです。

これが当たり前の大前提なのですけれども、特にレセプトデータは、今はそうならないのです。それを今回、変えようということで、その変え方いかんによっては、AIというブラックボックスのAIエンジンをめちゃくちゃ使うという、手前で、そんなに大掛かりなことをしなくても分析できるようなデータであるべきなのです。そのことについて分かってくださいねと、私はお願いしておきたいのです。

今まで会議で登場された方で分かっている人は、余りいなかったのではないかと。今は、レセプトデータの中に詳細なデータは何らかの形で入っているわけですね。お医者様の医療行為であるとか、あるいは使われた薬であるとか量であるとかが入っているのだけれども、民間企業のデータサイエンティストというか分析をなさっておられる人たちも、本来ならば、構造化データであればそんなに手間暇かけなくてもいい分析を今はやっているのです。

その分析をしているという行為をもってデータサイエンティストだと言っていたら、

我々は竹やりでB-29を落とすかのごとく、無駄な作業を今回無くして、AIも最新のAIでそんなにお金もかからないということをやっていかなければいけないのです。だから私は笹子さんも、今やっぺららっしゃるようなプロジェクトには、全体の取りまとめで、私が申し上げたようなことは御関心を引き続き持って、まともなプロジェクトにしてほしい。

後で橋田先生から御回答があるのでしょうかけれども、ちゃんとそのデータ様式について、このようにすべきだというお考えがもしあれば、是非そういうものも聞いていただきたいと思います。

○林座長 それでは、橋田先生、金丸議長代理からの御質問に回答をお願いします。

○橋田教授 レセプト等をどうすべきかという話に関して、もう今ので議論が尽くされているような気がするのですが、レセプトに限らず、AIには一次利用のためのデータがまず必要だと思います。一次利用の場面で、データが標準的に構造化されていて、簡単に組み合わせて利用できるだけではなくて、二次利用の段階でもデータが標準化かつ構造化されていないといけないわけです。

AIの研究を私もやっていたからよく分かりますけれども、研究費の九十何パーセントはデータの収集とクレンジングとかノーマライゼーションにかかるわけです。そのようなことをいつまでもやっていたら、幾ら金があっても足りません。だから、日常生活、日常業務の中でちゃんと標準的に構造化された大量のデータが作られて、それが循環していて、それを簡単に集めて分析できるようにしないと、国際的な競争に負けますというのが、先ほどの議論の補足になると思います。

もう一つは個票データです。個票データというのは、もちろん電カルも含まれますしレセプトも含まれますが、個人の日常生活において作り出されるデータも、特に生活習慣病等を考えると、重要になってくるのではないかと。

もちろん、様々なセンサーが日常生活で使われるようになっているとはいえ、まだまだセンサーの精度等は不十分なところがありますが、現在、様々なセンサーが開発されていますから、そういう開発の成果にも期待したいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、森下先生をお願いします。

○森下座長代理 今の金丸議長代理のお話にもつながるのですが、先ほど、今村先生が言われた死亡診断書の交付のところなども同じような例だと思うのです。本来であれば、これは非常に大きなビッグデータになるものでしょうし、ここのところをきっちりするかしないかは、非常に大きい話だと思います。これは是非電子化をしてもらい必要があるだろうと思いますし、そのときには、そのデータが使えるような形式も考えていくべきだろうと。

厚労省への御質問としては、この点に関して、先ほどの今村先生の御提案をどう思うかというのが一つあります。

二点目は、ICT医療に向いている領域があると思うのです。一つは、データとして向いて

いるという画像診断的なものもありますし、もう一個は、今後、医師の働き方改革をする中で、ある程度、活用せざるを得ない部分もかなりあるのだと思います。例えば、先ほど言ったようなインバウンドのところもそうですし、私も大阪で調べてみたのですけれども、大阪だとアジア人が非常に多くて中国語、韓国語、タイ語対応と、東京圏はまだ英語が7割ぐらいでいいのですけれども、実は大阪へ行くと7割がアジア系なのです。そうすると、これは本当に来られても分からない。ホテルなども非常に困っていますし、今、厚労省が整備された非常に高度ないわゆるインバウンド型、ツーリズム型の医療がされているのですけれども、実際には、いわゆるインバウンド、日常のところが開業医の先生方は非常に困っている。

また、同様に困っているのが、実は在留資格を持っている方が今、非常に数が増えていて、確か日本全体で200万人、大阪でも数十万人だと思いますけれども、この方々も結局は日本語がしゃべれない。しかも、最近はベトナムの方とかが非常に増えていて、通訳の方が実はなかなか見つからない。こういうところはICTを活用するしかないのだろうと思います。そういう意味では、医療通訳士を増やさなければいけないという問題がありますが、一方で、全部が全部、対応はできないので、特に地方での旅行者が増えていることを考えますと、そういう窓口的なところでICTを活用する必要があるのではないかと。

同様に夜間の救急なども、24時間、救急に医師が対応するのは不可能なので、こういうところも場合によってはICTを活用するべきだと思いますし、あとはセカンドオピニオンのあたりも、私はICT医療でいいのかなという気がしています。このあたりを、厚労省さんがどう考えているかが二点目です。

三点目は、これも今村先生の先ほどの話に戻るのでありますが、10ページにあった在宅全体での管理です。今後、高齢者の方が非常に増えてくる中で、このようなところを、かかりつけ医、主治医がちゃんと見ていくのが非常に重要だと思うのです。スマートハウス、アイルランドの例が出ていますけれども、今までの厚労省の考え方は、例えば画像に関する遠隔診療あるいは病院に関する遠隔診療とか、電話の再診とか遠隔モニタリングという個別の診療報酬の点数付けが多かったと思います。ただ、これからは患者さんの在宅の医療全体を見るような形で考えていく。

そうすると、個別に、例えば温度を測ったら何点とか、心電図を測ったら何点みたいなことをやっているのと、なかなかイノベーションが進まないと思うのです。むしろ在宅での管理を全部ICTでやった場合に、例えばどのような形で診療報酬を考えるのか。ある意味、ICT指導料というか、在宅のICT医療の管理指導料みたいな考え方が必要になってくるのではないかと思うのです。そういう意味では、是非診療報酬の考え方も、個別のものと包括的なものも少し入れていかないと、普及をしないのではないかという気がしてまして、この点に関してお考えを伺いたい。

三つ御質問したいと思います。

○林座長 それでは、厚労省お願いいたします。

○厚生労働省（武井医事課長） 医事課長でございます。

一点目の死亡診断書について、まず本日、今村先生より非常に大事な御指摘を頂いたと考えております。特に死亡診断書が電子化されますと、その後の利用に大きく貢献していくことが期待されますので、今まで、関連する研究は確かに行っておりましたけれども、今後については、本日頂きました御提言を踏まえて、厚労省としてもしっかりとまた検討を深めてまいりたいと考えております。

○厚生労働省（森光研究開発振興課長） 今、担当がいないのですけれども、ただ医政局として、医療通訳士の育成とか、そういうサービスを利用するといったことに関して、進める施策をしております。

実は、先生のおっしゃるようなICTを使うところについては、私どもの今の施策の中には含まれていない部分があるので、それについても担当にちゃんと伝えて、活用することについても少し検討させていただきたいと思っております。

○林座長 今の点は、医政局の担当はどこになるのですか。

○厚生労働省（森光研究開発振興課長） 総務課になります。

○林座長 分かりました。

引き続き、フォローさせていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

それでは、三点目のお答えをお願いします。

○厚生労働省（古元企画官） 保険局医療課の迫井課長の代理でまいりました企画官の古元と申します。

遠隔診療につきましては、30年度診療報酬改定に向けましても、検討課題の一つとして取り上げてございます。今後、具体的に中医協で議論をしていくということでございますが、今、御質問いただきましたのは、個々の検査での評価では、全体で評価してはどうかということだと思っております。

当然のことながら、前提としては疾病に対する治療等の療養が対象になるということでございますが、今、具体的には、例えばオンライン診療を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病の患者さんの効果的な管理の在り方といったものを、御宿題も頂いている中で検討していきたいと考えております。その中に、この今村先生の御提案のようなものがどのような形で入ってくるのかは、今後の検討の中に入っていくのではないかと考えてございます。

○森下座長代理 補足させてもらおうと、窓センサーをいきなりではなくても、例えば心電図のモニターとか血圧とか、いろいろなものが考えられるわけですね。そうすると、今までは往診という形でそれを対応していたのですけれども、なかなか往診に頼るのは無理があるだろうと。むしろ、普段はそういうICTなりを活用して診察する中で、異常があればむしろ行く。方向性を逆に変えていく必要があるのだろうと思っております。

それは、今までは在宅指導料という、いわゆる在宅指導というのは単に指導の話なので、もっと積極的にICT医療を活用する形で患者さんの健康を守るというポジティブな視点を入れなければいけないと思いました。

そういう意味では、診療報酬の体制自体が時代後れになっていて、むしろ積極的に何を付けることによって、いわゆる補完的な役割の遠隔医療をもっと高めていくことができるのか、患者さんの利便性が増すのか。そういう観点でやらないと、これはなかなか進まないだろう。一方で、そういう観点ですることによって、関連産業はかなり起きる可能性があると思います。今のところは、個別にこれをやらないと点数にならない。このようなことをやっているとしたら、商売にならないのは当たり前であって、むしろそうではなくて、よりいいものを作ることによって、既存の技術を置き換えていくことで、ビジネスができてくる。ITの世界はそういうパターンだと思います。むしろ、どんどん便利になる中で、新しいプレーヤーができてきて、それが世界に通じるものができてくる。

日本の場合、全体的に管理がしっかりしているものができていることは非常に大きなポイントなので、その中でここが、遠隔ICTなどが非常に適しているということになれば、これは他の国にも十分輸出ができる話でしょうし、場合によっては、日本にいてもそういうものを管理できるような会社はあり得ると思うのです。その意味では、産業活動の一つの大きなポイントは、包括的にどうやって支援するかというのが一番大きなポイントで、今まで個別の、技術指導料というのは保険の発想の下にあったので、現物給付的なところがあるので、そういう考え方が多いと思いますけれども、私はそれを改めないで難しいのかなと思っているので、本格的にICT医療を進めるために、どういう診療報酬体系であれば産業化が進むのか。あるいは、全体的な医者の指導がやりやすくなるのかという点で見直してもらえればいいかなと思っています。

○林座長 ありがとうございます。

関連して、私からも厚労省に二点お伺いしたいと思います。

本日の資料1-3の7ページにロードマップがございまして。ロードマップの平成30年度のところに「産業振興等も伴いながら、医療現場への更なる普及を促す」と記載されているわけなのですが、このロードマップを拝見しますと、厚労省は平成27年度からエビデンスを収集されているということなのですが、このエビデンスを踏まえまして、どのような形で、どの程度、この普及をさせることができるかとお考えになっているのか。現時点でのお考えを伺いたいと思います。これが一点目です。

二点目の質問は、電子処方せんの運用と普及促進策についてですが、資料1-3の9ページによりますと、平成28年3月に処方せんの電子化が可能となっているわけですが、現在、この電子処方せんの普及が進んでいない理由は何なのか。また、普及を促進するために、どのような対応が必要とお考えなのか伺いたいと思います。

特に、運用と普及が進むと、紙の電子処方せん引換証というものなしに、患者が自宅在宅のまま処方箋、医薬品を受け取ることができるようになるのかどうか。そこを確認させていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

○厚生労働省（森光研究開発振興課長） 一点目のエビデンスの収集でございましてけれども、28年から、私どものほうで一つ遠隔モニタリング、先ほど森下先生のほうから少しあ

りましたが、それよりは少し包括的な、モニタリングというよりは少し幅の狭い話ではありませんけれども、在宅呼吸管理等の機器を使用したモニタリングをしていくというようなことで、患者さんのよりよいケアができるのではないかとということで、そのモデル的な構築をするようなエビデンス収集をやらせていただいています。これも、そういうエビデンスを収集した上で、できれば診療報酬という形につなげられないかとということで、エビデンスの収集を28、29年度という形でやらせていただいています。

もう一点は、遠隔精神科、いわゆる精神科医療の遠隔、ICTの機器を使って、質の高いとか、通常の対面だけではなくて、日々のサポートまでICTを使ってやれないかというような形でエビデンス収集をしたいということです。これは遅く始まりましたので28、29年度でやりたいのですが、一応、どういう形で導入していくかという手引という形をまず作って、これがどれぐらいその後、エビデンスという形で確立するかというところをやっていきたいと思っております。

この二点については、今、エビデンスという形で収集します。

将来的な普及等については、もう少しお時間を頂ければと思っております。モニタリングは、診療報酬の形になれば少し普及をしていくと思っておりますが、精神科のほうについては、もう少し時間を頂きたいと思っております。

○林座長 まだ一点目のところで恐縮ですけれども、このロードマップですと、平成30年度には、「更なる普及を促す」ということで、今もう29年度の秋でございますので、一体どのような絵姿を描いておられるのかを確認したかったわけでございます。

今村先生の資料にも、遠隔診療に適した疾患の絞り込みもありまして、疾患によって、対面と遠隔診療との組合せの程度とか、どのような疾患について、こういった場面でどの程度で遠隔診療による補完が最適なのかとか、そういったところを今後、もちろん医師会にも調査をお願いしながら、促進に向けて動かなければいけないところを、平成27年度から、厚労省では調査を始めていらっしゃるということで、そういった点について、もう2年、平成27年、28年と来て、30年度に向けて現時点でどのような把握をされ、どのような施策を企画なさっているのか。それを確認したいと思っております。

本日、すぐにお答えが頂けないようであれば、後日、また書面で中間報告のような形で頂ければと思っておりますので、よろしく申し上げます。

二点目の電子処方箋のほうの御回答をお願いします。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 電子処方箋でございます。

規制改革会議の健康・医療ワーキング・グループの御支援も頂きながら、ここに書かせていただきましたけれども、平成28年に省令を改正いたしまして、処方箋の電子的記録による作成、交付及び保存を可能としたとともに、ガイドラインということで電子処方箋の運用ガイドラインを3月31日付で通達させていただいております。

その際、電子処方箋につきましては、こちらのペーパーでも書かせていただきましたけれども、メリットはあるということでもありますので、なるべく普及させていくといった方

針ではありますけれども、一方で、我が国の医療システムにつきましては、もう御案内のとおり医師等が患者に処方箋を交付いたしまして、患者自らが選択した薬局に処方箋を持ち込み、調剤を受けるといった仕組みになっている。いわゆるフリーアクセスということでございます。

したがって、この運用ガイドラインにおきましては、電子処方箋に対応できない薬局でも、患者が調剤を受けられるような公的な仕組みを整理しているということでありませう。

その中で、電子処方箋はいろいろなメリットがございますけれども、これを導入することによって、先ほど橋田先生のほうからも御紹介がございましたけれども、地域医療連携ネットワークは全国で250程度あると承知しておりますけれども、こういったネットワークなど、実施環境の整った地域で実働的に取り組む必要があつて、参加する医療機関とか薬局が増えていくということで、電子化が進んでいくのではないかと。そこにつなげていくのが重要なと思つております。

そういった意味では、現時点ではなかなか進んでいないという認識でございます。一方で、フリーアクセスというところで、どのようにしていくのか。すなわち地域医療ネットワークの参加医療機関、薬局を増やしていくのにどうしたらいいのかというところが論点ではないかと思つているところでございます。

○林座長 この紙の引換証が不要になるのかどうかという点はいかがですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 申し上げましたとおり、我が国の医療システムは、医師等が処方箋を交付いたしまして、患者自らが選択した薬局に処方箋を持ち込むといった仕組みになっているわけでございますので、薬局が電子化されていないこととなりますと、それは紙のものを、移行期間としては仕組みを用意しておく必要があるといった認識でガイドラインは作られております。

○林座長 これについては、またじっくり場を改めてお話ししたいと思います。

森下委員、どうぞ。

○森下座長代理 私も今、話が理解できなかった。電子処方箋が出ているので紙が要するというのはよく分からないのだけれども、今回の規制改革推進会議は前の会議体も含めて、患者さんの利便性を増しましょうと。特に、在宅の方であったり、病気をもちながら働いている人を応援しましょう。これは総理の意向でもありますし、そのような方々が医療を受けやすい環境を作ろう。

そういう環境を考えると、例えば在宅で調子が悪いから、病院に行けないあるいは薬局に行けない。こういう方々が薬を得るための手法は大事だと思います。その場合、院内でやっている医療機関の場合は、院内から薬を送ることができますね。逆に院外でやっている場合は、患者さんはどうやって薬を得ることができるのか。

せっかくそこは電子処方箋で電子化されたとしても、そこから先、薬局からそこに薬が届かないと手に入らないですね。現状は、そこは手に入りようがないという理解ですか。

それとも、薬局から家に送っていいのですか。

○厚生労働省（笹子政策企画官） 送るといのは郵送なりですか。

○森下座長代理 要するに、どういう形で寝たきりに近いような方が薬を手にいれたらいいのかという質問なのです。

○厚生労働省（紀平医薬情報室長） 医薬・生活衛生局の紀平でございます。

在宅で療養されている患者さんに、どのようにお薬を届けるかという話は、まず一つは、御家族の方が薬局に処方箋を持ち込んで、そこで説明を代わりに受けて、本人の下に届ける。

もう一つが、在宅の実際のところに薬剤師自身が赴いて、処方箋と引換えにお薬を渡すということが現状の方法かとは思いますが。

○森下座長代理 それは、本当の電子化ではないですね。

○厚生労働省（紀平医薬情報室長） 電子化とは別の論点での、現状の対策の対応といえますか。

○森下座長代理 結局、何でこのような質問をするかという、本当に医療過疎ですね。いわゆるへき地の過疎ではなくて、医療過疎状態がいっぱいあって、それこそ薬局も無くなりつつある。そうすると、医者には、例えば1か月に1回かかるにしても、その薬を家族が取りに行けない。つまり、今は老老介護が普通ですから、それこそ運転免許証も返している。そうすると、そういう方々は、薬剤師が来ない限りは絶対に薬が手に入らないのかというと、薬剤師もいなければ手に入りようがないではないですか。それは、患者さんに対してかわいそうというか、余りに医療過疎の状態を見捨てている回答ではないかと思うのです。

せっかくの電子化はそういうときに役立つものだと私は思っているのですけれども、違うのですか。

○厚生労働省（紀平医薬情報室長） 今、申し上げたのは、現状の方法であり得る方法ということでお答えしました。

御指摘いただいた点は、特区のほうでも遠隔服薬指導という形でいろいろ御指摘をいただいていることかと思しますので、今後の対応については今、検討を進めようとしているところでございます。

○林座長 ありがとうございます。

橋田先生、最後に確認なのですが、資料1-1の19ページで、PLRを使えば、今、電子化に対応できないでいる薬局なども、容易に電子処方箋の運用ができるようになって、患者経由で電子処方箋を渡すことができるので、引換証が不要になるということによろしいですか。

○橋田教授 薬局のほうは電子化されていなくても、スマホかタブレットか何かを導入して、それにPLRを入れて、患者さんとデータ共有できる体制を整えれば、処方箋の内容が見られますし、プリントアウトもできますから、非常に安い設備投資でこの体制に対応でき

るという絵です。

○林座長 ありがとうございます。

ぜひ、厚労省にはPLRによる電子処方箋の運用を前向きに御検討いただきたいと思えます。

あと、この19ページの図で、医療機関から地域医療連携サーバを通じた形の絵がありますが、これは現状あるのでその絵が入っているだけで、理論上はサーバを通すことは必要ではないのですね。

○橋田教授 そうなのですけれども、実際に既に安定運用している地域医療連携ネットワークがありますので、それをPLRに全部替えること自体にコストがかかりますから、それはそれでそのまま運用してもらおうということで、先ほどのAMEDプロジェクトも進めております。

○林座長 ありがとうございます。

現状を踏まえて、非常に合理的な形で今、橋田先生のほうから御提案いただいていると思いますので、厚労省には是非御検討をお願いしたいと思います。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、議論の尽きないところでありまして、時間の関係もありますので、本日はここまでとさせていただきます。橋田先生、今村副会長、厚労省の皆様、本日は御多忙のところありがとうございました。当ワーキング・グループとしましては、今後もこうしたヒアリングを続けながら、皆様から頂いた御意見を参考にさせていただき、Society5.0に向けた医療の実現に向けて、医療現場とりわけ在宅医療現場におけるICT、IoT、AIなどの活用に係る論点、課題を整理して、今後の見直しにつなげていきたいと思えます。今後とも、よろしく願いいたします。

それでは、皆様御退室ください。ありがとうございました。

(橋田教授、今村副会長、厚生労働省退室)

(厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金入室)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思えます。

本日二つ目の議題は「社会保険診療報酬支払基金に関する見直しについて」ということで、今年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です。本テーマについては、過去の規制改革会議健康・医療ワーキング・グループにおける議論を踏まえて、昨年以來、規制改革推進会議の本会議においても議論が重ねられた結果、お手元の資料の一番後ろ、資料2-3にありますとおり、その改革計画が本年6月に閣議決定されております。

これを受け、資料2-2にあるように、厚生労働省及び支払基金から、本年7月4日に「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」が公表されたところです。この7月4日の計画書の説明は時間の関係上省略しますが、その内容を踏まえ、事前に厚労省に対して質問をお送りしていますので、今回は、それに対する回答を中心に御説明をお願いいたしま

す。

本日は、厚生労働省より渡辺由美子大臣官房審議官、安藤公一保険局保険課長、また社会保険診療報酬支払基金より伊藤文郎理事長、城克文審議役にお越しいただいております。

それでは、御説明をよろしく願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） 厚生労働省の審議官をしております渡辺と申します。どうぞよろしく願いいたします。

本日、説明時間が10分ということで限られておりますので、初めに私のほうから一括して資料の御説明をさせていただければと思います。

お手元に資料2-1をお配りしております。この3ページ目から別紙ということで関係資料も付けてございますので、こちらもところどころ御覧いただきながら、御説明申し上げたいと思います。

今、座長のほうからお話がありましたように、今回、最初に四つの質問を頂いておりますので、それぞれに沿って御回答を申し上げたいと思います。

まず、【質問1】でございますが、これは先ほど御紹介のありました効率化・高度化計画を実施していくに当たっての体制についての御質問と、それから、特にレセプト様式の見直しあるいはシステムの刷新についての具体的なタイムテーブルあるいは進捗状況ということで、大きく二つに分けられると思って整理をさせていただいております。

最初に体制のところ、主として御質問の(1)と(3)に関わるところでございますが、これは別紙1に少し資料も付けさせていただいております。今回、このプロジェクトは、長期にわたるプロジェクトであると同時に、一定のスピード感を持ってやっていかなければいけないということで、そこにございますように厚労省保険局、それから支払基金、さらには同じ審査支払機関ということで国保中央会の幹部による連絡会議を9月に立ち上げまして、さらに、その下に実務レベルでの調整を行う体制を整備しております。

さらに、システム開発につきましては、特にデッドラインが決まっております、急いでやる必要があるということで、この三者に加えまして、閣議決定の中でも指摘をされております政府CIOと連携を取るということでございますので、これを交えた協議の場を、実は明日付けで立ち上げまして、これから週次ペースぐらいで、特に当面は仕様書の作成を進めなければいけないということで、急ピッチで集中的に調整を行う場を設置しております。

担当部署とか責任者等々につきましては、別紙1のとおりでございます。

(2)と(4)についてということで、まず、レセプト様式とかコード体系等の見直しにつきましては、中医協におきまして、実際に検討を始めておるところでございます。個別の説明は省略させていただきますが、先週水曜日の中医協でも、これは別紙2になりますけれども、診療報酬に係る事務の効率化・高度化等ということで、横断的事項ということで、例えば別紙2の1ページ目の「1. 課題」の「(1) 診療報酬に係る事務の効率化・高度化」の③にもございますけれども、レセプトの摘要欄は、フリーテキストの形で記載

するものとか、あるいは別途資料を添付しなければならないものについては、できるだけコンピュータになじむような形で高度化をしていくということで、事務局からも提案をし、また御議論いただいているところでございます。今後、30年4月に予定されております30年度診療報酬改定の中で、できるだけ実現をしていきたいと考えております。

資料2-1にお戻りいただきまして、システム刷新につきましては、既に閣議決定の中でも「モジュール化」を基本としてシステム刷新をしていくということが指摘をされているところでございます。これにつきましては、別紙3-1から3-3まで付けてございませうけれども、横紙の資料でございますが別紙3-1で、基本的には大きく受付、審査、支払という三つのモジュールに分けまして、それぞれの業務単位のモジュール化を基本として、さらにそれぞれの要件定義をこれからしていくということで、現在、進めているところでございます。

具体的には、調達仕様書をこれから作っていくわけでございますが、全体的な32年度までのスケジュール感としましては、別紙3-2に付けてございます。大きく分けると、まず29年度内は調達仕様書を作り、そして業者の調達をする。来年度は、基本設計、さらにシステム開発まで進めまして、様々な試験、総合試験とか受入検証も必要でございますが、32年度中の稼働を目指して進めていきたいと考えております。

もう少し詳しい月次レベルでの現在の見通しを別紙3-3に付けてございますので、また御覧いただければと考えております。

以上のシステム設計につきましては、閣議決定の中でも言われておりますように、政府CIOとの連携を図るということで、実際にもIT総合戦略室のほうから御支援を頂きながら、基金のほうでも詳細について詰めを進めている状況でございます。

以上が【質問1】に関することでございます。

それから、【質問2】は、今回の工程表の中に掲げております支払基金の人員体制のスリム化あるいはコンピュータチェックの寄与度の向上ということで、具体的な数値目標を立てておりますが、これについて、今後のシステム刷新とか業務の見直しという中で、再設定されるのかどうかという御質問でございます。

これにつきましては、次の2ページにございますように、当然こういった数値目標は、これで固定ということではございませんで、適時の検証が必要であると考えております。当然これはシステムの刷新状況にも左右されますし、特に人員体制のところはシステムの刷新に伴って、実際に業務フローとか体制の見直しがございますので、それがどう変わっていくかが特に人員体制のところには関わってこようかと思っております。

ただ、現在の目標は7月4日に公表したばかりでございますので、現時点でこれを見直すというよりは、まずはここで掲げた数値目標に沿って進めていくというのが今、この時点で申し上げられることかと思っております。先ほど申しましたように、32年度を目標としておりますシステム稼働に一定のめどがついた段階で、業務フローなどの見直しと併せて、厚労省と支払基金において、この数値目標について検証していく作業はきっちりと進めてい

たいと考えております。

次の【質問3】は、業務効率化・高度化計画の最後のほうに書いてございますけれども、審査支払機関の法的な位置づけ、審査委員会の三者構成の在り方、その役割と必要性、さらには審査支払機関として支払基金だけでなく国保中央会等を含めた全体としての効率的な在り方という、かなり大きな制度論に関わるところでございます。これについての今後の検討の具体的なプロセス、体制等々ということでお尋ねを頂いております。

これらはそれぞれ互いに関連をしておりますので、一体的に議論を進めていく必要があると考えておりますけれども、何よりもその前提となりますのが、審査基準の統一化作業をしっかりとやっていくということであろうかと思っております。

これは今、計画表にも掲げております審査プロセスの見直し、審査基準の統一化につきましても、できるだけPDCAが回るようにしていくことを目標に進めていきたいと思っております。まずはこれに着手をして、その結果等も見ながら、工程表の中でも32年度のシステム本格稼働までに一定の結論を得るということが書かれておりますので、医療機関あるいは保険者等関係者の意見も丁寧にお伺いしながら、これは制度論でございますので、厚生労働省が中心となって検討を進めて成案を得たいと考えております。

最後に【質問4】は、支払基金法の改正について、特に第3条は支部の設置についての根拠規定でございます。それから、支払基金の業務の第15条、審査委員会の設置根拠規定の第16条、さらには特別審査委員会と言いまして、基金の本部に置かれている審査委員会の範囲、第26条は手数料でございますが、これらについての具体的な内容でございます。

これは法改正の内容にも関わることでございまして、今いろいろと検討しているところですので、具体的な案までお示しできる状況にはなってございませんが、今、進めております新システムの構築とか審査プロセスの見直しあるいは審査基準の統一化等の具体的な内容、それからそれに伴う実務面の見直しと併せて検討していきたいと考えております。

先般、林座長のほうからお話のありました来年度実施をしようとしているモデル事業は、私ども現行の第3条規定でも、モデル事業であれば取り組むことは可能だと考えております。

それから、同様に30年度実施事項になっております本部の特別審査委員会の審査対象の拡大ですが、審査対象につきましては、現在、厚生労働大臣の告示に示しておりますので、拡大していくことになれば、この告示改正で対応可能ではないかと考えております。

審査委員会につきましても、例えば特定の診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式等を活用して効率的な運営ができないかということも工程表の中で書かれておりますが、30年度実施の三つについては、法改正を待たずして取り組むことができると考えておりますので、これについてはしっかりと今後、内容を詰めていきたいと考えております。

以上、簡単でございますが、またこの後、御質疑等頂ければと思っております。よろしく願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、御意見、御質問等をよろしくお願いいたします。

金丸議長代理、お願いいたします。

○金丸議長代理 ありがとうございます。

先ほど御説明の中で、中医協のほうで横断的な事項について御検討が始まったということで、別紙2で情報をお示ししていただいたのですが、すごく重要なことが盛りだくさんで、これを読みますと、ここに書いてあるような課題と、そして例えば住所情報がないとか、実臨床に即したコード体系になっていないとか、傷病名や診療行為の選択が統一されていないとか、国際的に標準化された用語や分類を参照したマスター等の整備・普及が重要とか書いてあるようなことを解決したような新しい仕様が決まると思っておりますか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 逆に言いますと、新しい仕様にしていくためには、レセプト様式そのものを直していかなければいけない。

先ほど申しました症状詳記というところは、例えば留意事項通知の中にある、ア、イ、ウ、エ、オを選択して記述するようになっているのであれば、摘要欄を選択制にすることなども考えられます。我々が目指しているシステムの形からしてレセプト様式を変えなければいけないところもあるので、そこは相互に検討していくことになります。

○金丸議長代理 レセプトを変えるべきというのは、私どものこの会議でもずっと御提言をさせていただいて、今回、変えようということが決まったわけです。変えるために何をなすべきかということで、中医協の御専門の先生方の御意見がここに出ているわけですから、ここに書いてあるようなことについては今回、厚労省も自ら、例えば告示や通知等の記載に曖昧な部分があると言われていたわけですから、こういう曖昧な部分を無くしていただかないと、新しいシステムが設計できないですね。そういう曖昧な部分は、例えば厚労省は直す。コード体系も新しく決める。そして、ここに書いてある新しい国際的に標準化された用語とかマスター等の整備がなされると思っておりますかという御質問です。

○厚生労働省（渡辺審議官） その方向で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。

ほかにいかがですか。

江田委員、お願いします。

○江田委員 質問1に対するお答えに、別紙1で担当責任部署がいっぱい関わっているのは分かったのですが、例えばこちらの資料2-2で工程表みたいなものがありますね。各プロジェクトごとにどなたが責任を持たれて、こちらを遂行していくのかというものをお示しいただくと、私たちとしても少し安心できるのですが、そういったところまで決まっているのでしょうか。

○厚生労働省（渡辺審議官） これは中身にもよると思うのですが、工程表にたくさん項目があるのですが、一つ一つが独立しているというよりは、結構関連してくるところが大

きいので、余りばらけてしまうと、むしろ相互関係が見えなくなるので、今、我々のほうで考えておりますのは、別紙1にありますように、国保中央会も入りますが、基本的には厚労省と基金が中心になってこのプロジェクト全体を俯瞰しながら、もちろん基金で詰めていただかなければいけないところも、ものによってはありますけれども、まずはそういうプロジェクト全体を動かす体制を作ろうとしています。

ただ、システムのところは少し急がなければいけないところもありますし、政府CIOに見ていただかなければいけないところもありますので、そこはもう少し別部隊というか実質、重なる人が多いのですが、特別の場を作って進めていこうというのが今の大きな考え方でございます。

○江田委員 連携部分が多いことは重々承知しておりますし、それを包括的に見なければいけないというニーズもあるのですけれども、どうしても複数になってしまうと、どなたがどの部分の最終責任者か分からない部分が出てきてしまって曖昧になりますので、分かる範囲で、責任者の方をプロジェクトごとに付けていただくと、私たちも是非とも安心ができるということなので、御検討をお願いいたします。

○林座長 今日は時間も少ないところなので、この資料2-2でいきますと通し番号4~6ページの工程表でアからナまでであるので、それを幾つかまとめて一グループだということかもしれませんが、そのアからナについてのプロジェクトベースで責任者、プロセス、進捗状況、今後の対応について、後ほど書面で御説明いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

森下先生、お願いします。

○森下座長代理 今の金丸議長代理の御質問に続くのですけれども、資料2-1の6ページに、実際に診療行為コードのレセプトの体系が出ているのですが、外科のところは出ているのですけれども、内科のほうはどうなりそうなのですか。

外科のほうは外保連のものを使うと出ていますけれども、多分、内科のほうは圧倒的に多いと思うので、内科のほうはどういう形でやる予定なのですか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 現時点では、何を使うというところまでは決まっていません。

傷病名のところは、現在電子レセプト請求は基本的に傷病名マスターを使うことになっており、これはICD-10と整合的になっています。ただ、例えばDPCで見ましても、全体の1%程度ではあるのですが、未コード化傷病名を使っているところがあります。これはもちろん病気そのものが新しく、まだコード化されていない場合もあり、これについては、コード化に向けた作業グループがあります。医療機関側が、コードがあるにもかかわらず使わないところもあるので、診療報酬上の措置も合わせて、検討しているところでございます。

○森下座長代理 コード化されていないということは、要するに、本来そんなに重要ではないという話だろうから、本来であればコード化されていないものがあるのはおかしい状

態だと思っております。もうコード化されていないものを使ってもらわないようにするとか、あるいはそれ自体入らないようにするでも構わないと思います。

大体、コード化されていないものを延々と使っているという状況自体、本来おかしいと思うのです。新しくこれからなるものというのは分かりますけれども、もう何十年も使ってコード化されていないのであれば、それは本来であればコードになる重要性がないという意味ですね。だから考え方として、そこを減らしてもらうのではなくて、その部分を無くしてしまえばいいのではないかと思いますけれども、無くさない理由は何かありますか。

○厚生労働省（渡辺審議官） 私の御説明が悪かったと思うのですが、要するに未コード化部分が多いというのは、病気そのものが新しくてまだコードが付いていないというのと、それからコードはもうあるのですけれども、医療機関としてコード番号ではなくて傷病名を書いてくるところがあるので、そういうところについては、ちゃんとコードがあるものは使ってもらおうというインセンティブを与えていこうということでございます。

○森下座長代理 それは、コードがなかったら入力できないようにしてしまえば済む話だと思います。

実際に、わざわざコストをかけてコードを入力してもらわなくても、コードでないと入力できないようにしておけば、本来できないですね。だから、何かその考え方が間違っているのではないかと思います。

そこはまた回答を頂ければいいと思うのですが、もう一方で、これは政府全体で、規制改革推進会議で行政手続の簡素化をしていて、厚労省にもいろいろいっていると思いますが、2020年までに20%削減する。行政手続という観点で言えば、今回のものなども、支払基金という形ではありますけれども、当然その範囲内だろうと思うので、でき上がったら、2割ぐらい医療機関の負担が減るような形には最低でもしてもらわなければいけないのかなと思っていますので、是非、負担が減る方向で考えてもらえますか。

既存のものを全部残さないといけないという発想で考えているのは間違っているのではないかと思いますので、今のところはもう少し考えたほうがいいのではないかと思います。

○林座長 ほかにいかがですか。

それでは、金丸議長代理。

○金丸議長代理 支部間差異のことについて御質問したいのですが、先般の会議では、支部間差異が大きな議題になって、支部間差異がどれぐらいあって、その支部間差異を今回の新システムでは極小化しようということになっていると思うのです。ただ、支部間差異を無くしていく作業は物すごく大変だと思うのですけれども、支部間差異を無くすプロジェクトと言いますか、その責任を持っていらっしゃる部署とか人とかは、先ほどの体制表の中のどこになるのでしょうか。

○厚生労働省（渡辺審議官） もちろん、これは厚労省だけでできるものではございませんけれども、全体の枠組みを作っていくのは厚生労働省の保険局が中心になってやってい

くことだと思えます。

ただ、これは支部間もそうですし、あるいは基金と国保の間もそうですが、事例は、ある程度積み上がっているのですが、それを定期的を集めて、検討・検証し厚労省の告示や通知自体を明確化していくというプロセスも必要になってくると思えますので、その辺りのPDCAをもう一回きちんとしてほしいと思えます。

今もないわけではないのですが、うまくワークしていないところがありますので、そこはしっかり検証して、もう一度作り上げていきたいと思っております。

○林座長 よろしいですか。

それでは、川淵委員お願いします。

○川淵専門委員 専門委員なので、専門的な立場から三つお聞きします。

私は、この改革は物すごく大事だし、具体的になってきたのが今の別紙2だと思うのです。別紙2の1ページには、本当にこれは誰がお書きになったのか、よく書かれているなど。課題が山積だなどということが、今までのいろいろな問題が全部書いてあるのですけれども、三つぐらい聞きたいのが、一つ目は、先ほどから出ていますように告示、通知等の記載に曖昧な部分が有りということで、これは診療報酬点数表が料金体系から施策誘導プライスになっているのでしようがない部分もあると思うのですけれども、診療報酬点数表解釈本があるわけです。今日は支払基金の理事長もお見えなので、審査するときに、解釈ということがあっていいのか、あるいはそういうものはあるものなのかということで、私自身いつも一物一価なのでしようがないのかなと思いつつながら、先ほどの金丸さんからの支部間差異という言葉も、普通の人聞いてもこれは何のことか多分分からないと思えます。

私は、料金表だとすればそんなに解釈がないのかなと思いつつながら聞いていたのが、③なのです。そうは言いながら、いろいろな医療はまだ不確実性が多いので、この後にいっぱい何項目も出てきますけれども、今のレセプトは、アナログがベースですから、摘要欄にいろいろなアナログなものを書かせているわけです。それでいろいろ審査をしているのです。今回、公式に聞きますけれども、アナログのレセプトで行くのか、後でコード化の話が出てきますけれども、デジタルで行くのか。先日、京都に行きますと、AIチェッカーというものがあって、アナログのレセプトなのだけれども、AIを使って、病院が査定されないように頑張っているようなツールが出ているそうなのです。

世の中は進化したなと思うのですが、そうすると世の中というのは、アナログのレセプトで行くのであれば、アナログのICT系で行くのか、人工知能を入れるのだったら、私はそれはそれでいいのかなと思いつつながら、テキストファイルでずっと検索していくと、ビッグデータだと結構賢くなるらしいです。それか、やはりデジタル系で行くのか。ここが一点目です。

というのは、前回の中医協でも、レセプトの摘要欄にフリーテキスト形式で、選択制というのが当局から提案されたそうなのですけれども、選択制というのはますます屋上屋を架すのではないかと。どちらかにしないと、水素ガスもあってEVもあるというのではなく

て、アナログでいくのかデジタルでいくのか、ここは決めなくてはいけない。

二つ目は、コードなのです。私はずっとレセプトの研究をやっけていまして、先ほど渡辺審議官が言ったように、傷病名マスターというのがあるのです。これはMEDISという団体が一生懸命作ってきたのです。我が国は、今までこれを踏襲したのだけれども、これは病名だけです。それで、よく森下竜一先生がおっしゃるICD-10も病名ですね。問題は病名を、⑤に書いてあるように実臨床に即していないコード体系をどう変えるか。私は専門委員だから言いますが、アメリカはICD-9-CMということで、国からモディフィケーションしたのです。そこはどうかです。我が国がやってきた傷病名マスターをこのまま踏襲するかどうか。

そうすると、⑤と⑥が矛盾するのです。国際的にうんぬんと言い出すと、傷病名マスターが日本独自の路線なのかなと思うので、ここを本当にどうするか。今日はあえて、先ほど森下先生がおっしゃったように、外科系の手術、Kコードの話が出ましたね。これは傷病名ではなくて、診療行為のマスターなのです。これもコードがありまして、日本はどうするかですね。正に私はここが正念場だと思うのは、コードをきちんと決めると、結構、一物一価にはまってしまう一方、今までの現実路線で行くのであれば、アナログもしょうがないのかなと。あるいは併用でいくのか。⑤と⑥が、コードも何となく二つ書いてあるような。

最後は、この資料の5ページ目に、これから医科のほかに歯科と薬局もやると書いてあるのです。私がいつも思うのは、薬局のレセプトは病名がないのです。薬剤師は、「川淵さん、お医者さんに何と言われましたか」と聞くのです。何と言われたかなど、もう分かっているだろうと思ったら、病名がないのです。ここを、いよいよ本来の医薬分業に立ち返ると、薬局のレセプトをこれから見直すというのだけれども、ここは少し画期的なイノベーションが入るのか。つまり、薬局のレセプトをどう変えるかが結構、本来あるべき医薬分業になると思うのです。そこをどう考えておられるか。

その三点をお願いします。

○林座長 ありがとうございます。

どの順でも結構ですので、お答えいただければと思います。

○厚生労働省（渡辺審議官） 今日、この場で結論的なことを言えない部分もございませうけれども、初めの告示、通知の曖昧さをどう解消していくのかというところで、デジタルとアナログという言い方で整理できるのか分かりませんが、今、我々がやろうとしていることをもう少し詳しく申し上げますと、別紙2の4ページ目に事例を載せております。

診療報酬というのは、先生がおっしゃるように料金表であると同時に、医療の行為体系といえますか、そういうものも記載をしておりますので、例えばある点数を取るときに、こういう状態の人だったら取れるということで、例えばこの4ページであれば、これは在宅自己腹膜灌流ですけれども、下の通知にありますアからオのようなものを定めています。

現在は、摘要欄にこれをいちいち書かせているのですけれども、ただ、これはある意味

アからオのどれかを書くということであれば、そこは選択制にしてしまえばよいのではないか。こういう形で整理できるものが結構あるのではないかとということで、ここは、まずは第一歩としてやっていこうかと思っております。

ただ、そうは言っても、いろいろ人間の症状は複雑ですので、全部アからオなどという形できれいに切れるわけではありませんので、そこは現場の先生に書いていただいたほうが良いものもあり、そこは残っていくのだと思います。

そこを、先生がおっしゃるようにAIとかでできるのかどうかというところは、また多分、コストとの見合いもありますので、今後の検討課題だと思います。まずは、現状でもできることは、できるだけ直していこうというのが、我々が今、考えていることとございます。

それから、二点目のコードのお話は、先ほど森下先生からもお話がありましたし、外保連は、かなり積み重ねがありますので、まずは、そういうところから、現在のKコードとの関連付けをさせていってはどうかと考えております。

いずれにしても、中医協での議論を踏まえて、今日出た先生方の御意見も、また担当課には伝えた上で、30年改定でできるだけのことをやりたいと思っております。もちろん1回の改定で全て一気にきれいにするわけにはいかないところもあります。実は今までもこういうことはたびごとの改定でやってきたのですが、こういうまとまった形で提示をしたのは今回が実は初めてでございます。PDCAとして、これからの改定でしっかりやっていきたいと思っております。

それから、最後のレセプトの傷病も、かねてよりいろいろ御議論があるのは承知しております。いずれにしても歯科、調剤のほうのレセプトも、この流れの中で検討はしていきますので、先生の今日の御議論もまた担当課に伝えた上で、今後、検討していきたいと思っております。

○川渕専門委員 傷病名も入れることがあり得るのですね。

○厚生労働省（渡辺審議官） 本日の時点では、お答えできないですが、先生の問題意識は理解します。

○林座長 ありがとうございます。

本当に議論の尽きないところであり、私自身もあと10個ぐらい質問したいところであるのですが、お時間の関係で、本日はここまでとさせていただきます。

当ワーキング・グループといたしましては、引き続き、支払基金改革の進捗を注視しまして、必要に応じて皆様にまたお越しいただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

厚労省及び支払基金におかれましては、閣議決定された実施計画に沿った改革の確実な実施をよろしくお願いいたします。本日はありがとうございます。

本日の議事は以上ですが、事務局から何かありますか。

○中沢参事官 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した。

本日はこれにて会議を終了いたします。