

第3回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和3年10月8日（金）17:00～19:14

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）大槻議長代理、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員

（政府）牧島大臣、小林副大臣

（事務局）村瀬室長、辻次長、吉岡次長、渡部次長、山西次長、木尾参事官

（説明者）大坪寛子 厚生労働省大臣官房審議官

（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）

堀内斉 厚生労働省大臣官房審議官（老健、傷害保険福祉担当）

山本史 厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）

榎本健太郎 厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当）

田中彰子 厚生労働省医政局研究開発振興課医療情報技術室長

榊原毅 厚生労働省保険局総務課長

森田博通 厚生労働省国民健康保険課長

伊藤健 厚生労働省大臣官房企画官（医薬・生活衛生局併任）

金光一瑛 厚生労働省保険局医療課長補佐

神田裕二 社会保険診療報酬支払基金理事長

須田俊孝 社会保険診療報酬支払基金理事長特任補佐

山崎章一 社会保険診療報酬支払基金常任顧問

4. 議題：

（開会）

1. 医療分野におけるDXのための電子署名の取扱いについて

（フォローアップ及び一部新規事項）

2. 社会保険診療報酬支払基金における審査・支払業務について（フォローアップ）

3. 電子処方箋システムの構築状況について（フォローアップ）

（閉会）

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議 第3回 医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には御多忙の中、本日も御出席をいただきましてありがとうございます。

本日も、引き続きウェブ会議ツールを用いてオンラインでの開催となっております。お手元に資料を御準備いただき、御参加をお願いいたします。

本日の議題は3件ございます。

まず1件目、医療分野におけるDX促進のための電子署名の取扱いについてのフォローアップ及び一部新規事項でございます。

2件目、社会保険診療報酬支払基金における審査支払業務についてのフォローアップでございます。

3件目、電子処方箋システムの構築状況についてのフォローアップでございます。

以上3件について御議論をいただきたいと思っております。

なお今回、お手元の資料の参考資料1に前回ワーキングにおける委員・専門委員の方々からの追加御質問に対する厚労省様の御回答をお配りしております。

また、第1回ワーキングにおいて議論させていただきました新型コロナウイルスの抗原検査キットの薬局等における販売及び第2回のワーキングで議論いたしました車両によるPCR検査や空きスペースを活用したコロナ診療に関連しまして、厚労省より早速関連する事務連絡が発出されてございますので、参考資料2及び参考資料3として資料をお配りしておりますので、御参照いただければと存じます。厚労省には、早速御対応いただきましてありがとうございます。なお本件に関連する質疑は本日ではなく、後日に別途お願いをしたいと思いますと考えてございます。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

本日は、牧島大臣、小林副大臣に御出席いただいております。

また、大槻議長代理、落合専門委員にも御出席いただいております。

初めに、牧島大臣から一言御挨拶を頂戴したいと思います。よろしくお願ひいたします。

○牧島大臣 ありがとうございます。御紹介を賜りましたデジタル大臣兼行政改革・規制改革の担当を拝命いたしました衆議院議員の牧島かれんでございます。

委員の皆様には規制改革を進めるための御議論に、本日もお忙しい中御参加いただいておりますことを心から感謝を申し上げます。

今般のコロナ危機によって我が国のデジタル化の遅れが明らかになったことは明白でございますが、デジタル改革と規制制度改革はともに車の両輪として強力に推進する必要が、今まさに求められていると感じています。特に国民の皆さんにとって身近な医療、介護分野での利用者本位、患者本位の改革は重要でございます。医療DXにおいては、オンライン診療、オンライン服薬指導に加えて電子処方箋の3点セットが基盤となります。

本日は、いずれも医療DXに関連する、医療分野におけるDX推進、社会保険診療報酬支払基金の審査支払業務、電子処方箋システムの3点について、現場のニーズに十分に答え、

スピード感のあるDX実現につながるものとなっているかといった観点から活発な御議論をお願いしたいと存じます。

既に小林史明副大臣にもオンラインで参加いただいておりますが、私の体制では規制改革について、小林副大臣にもしっかりと見ていただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

また、厚生労働省及び関係府省庁の皆様におかれましては、委員の皆様からの御意見をしっかりと受けとめていただいて、速やかな対応につなげていただけるようお願いを申し上げます。

私からの発言は以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐藤座長 大臣、ありがとうございました。

続きまして、小林副大臣から一言御挨拶をよろしくお願いいたします。

○小林副大臣 皆様よろしくお願いいたします。

もともと面識のある方もたくさんいらっしゃって、ライフワークは規制改革、そして、デジタルですので、今回、牧島大臣の下、ワンチームでやってまいりたいと思いますし、河野太郎大臣のDNAを引き継ぎながら、しっかりスピーディーに皆さんと一緒に結果を出していきたいと思っていますので、何とぞ御協力をよろしくお願いいたします。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

それでは、早速ですけれども議題1、医療分野におけるDX促進のための電子署名の取扱いに入らせていただきたいと思います。

本日、厚生労働省から大坪寛子大臣官房審議官、堀内斉大臣官房審議官、田中彰子医療情報技術推進室長、伊藤健大臣官房企画官、金光一瑛保険局医療課長補佐にお越しいただいております。

早速ですが、厚生労働省様からフォローアップの進捗状況について御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分以内でよろしくお願いいたします。

○大坪審議官 医政局の大坪でございます。

これまで小林史明副大臣におかれましては、様々な御指導をいただけてきたところですが、今回、医療の分野でのデジタル化という宿題をいただいておりますので、積極的に御指導をいただきながら進めてまいりたいと思います。よろしくお願いいたします。

まず、資料を御紹介いたします。令和3年6月の規制改革実施計画が閣議決定されたところで、また宿題をいただいております。記名・押印に替えるものとして認められている電子署名の利用が可能であるという旨をしっかりとガイドラインの中で検討するということ。それから、HPKI、御案内のとおり医師会で進めておりますが、これ以外の電子署名の利用に資するよう、当該資格の確認方法、考え方について明らかにすること。その2つ、宿題をいただいております。

次、これも前回お示ししていると思いますが、医療関係法令の中では署名が必要とされ

ている文書が3つございます。死亡診断書及び検案書は署名、処方箋については記名・押印または署名とそれぞれ医師法の施行規則の中で規定がされております。一方で、この下の四角囲い、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン、これはちょうど今年の1月に5.1版が発行されて改定をしたところですが、この中で、法令で署名または記名・押印が義務づけられた文書等において、電子署名に入る場合はHPKIに限らず認定特定認定事業者や他の認証局が発行する電子署名が利用可能であるということを記載はしております。

次、御指摘をいただいた前後から現在までのスケジュール感をお示ししております。ガイドラインに記載の見直し、一番下でございますが、この3年1月に見直しをしてガイドラインをお示したところです。その後、3月に規制改革会議のほうから御指摘をいただいた点、HPKIのさらなる普及策、また、クラウド型の電子署名、マイナポータルを活用した資格確認、こういったところのガイドラインでの見直しの御指示をいただいております。

それが6月の閣議決定になっているわけですが、厚生労働省といたしましては、その後7月に健康医療介護情報利活用検討会というのがございまして、そこで議論をしております。ガイドラインの見直しが必要であるということ、当然ですけれども、そういった宿題をいただき、この検討会の下に既に設置されております医療等情報利活用ワーキング・グループ、これは既存でございます。そこで検討会での議論を行うこととしております。より詳細にガイドラインの中のどこが見直すべきところか、分かりにくいか、そういったことを踏まえて見直しをする予定でございます。それが年度中の作業と考えております。

HPKIに限らず特定の認証事業者等が発行する電子署名が利用可能であるということ、今も書いてはいるのですけれども、紛らわしいのでそこを明確化する。また、電子処方箋の運用ガイドラインにつきましても、私どものこのガイドラインの見直しを踏まえて、検討をすると伺っております。

今後の対応の今度はマイナポータルのほうに行きますが、医師が対外的に発行する電子文書の資格確認の普及、これはHPKIを推奨しているわけではないのですが、医師の資格が今セットになっているので、これは改めて医師の資格を確認しなくていいという便利なツールであることは事実と、そういう意味で、これのさらなる普及を図る。今現在、足元でHPKIカードの発行実績1.9万枚ということですので、医者は30万人、その中で、まだそんなに普及が広がっているわけではございませんので、ここをさらに推進していく。

それに加えて2つ目の○、マイナポータルを活用した国家資格の確認手法の検討、マイナンバーを活用した国家資格、これは医師に限らずですけれども、こういったときの手続きをどうするか、これは下に表がございましてけれども、令和6年度には解消することが、もう既にデジタルガバメントの実行計画の中で定まるところでございます。それに向けて作業をしていくわけですし、今、足元のところは調査・研究を行っている。そして、令和4年度からシステム設計をするというスケジュールになっています。

この中で、マイナポータルとのひもづけにつきましてはどういったことが必要かですと

か、御議論をいただくことになっています。ですので、既存のシステム、安全管理に関するガイドラインの中で示している事業者に求める質ですとか、そういったこと、また、HPKIを進めるということとまた別に、マイナポータルと資格のひもづけ、これについても机上にあるというところでございます。

最後の紙は、HPKIカードとは何かと説明しているものですので、これは先生方も御案内のとおりでございますので、御参考でございます。

医政局からは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

早速質疑のほうに移りたいと思いますが、本議題につきましては、事前に佐々木専門委員から参考資料4の御提出をいただいております。医療の現場において、電子書面の負担により電子化がなかなか進んでいないという実情につきまして、佐々木専門委員から御発言・御説明のほうをよろしくお願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

先ほど電子処方箋が重要であるということをお話しいただきましたけれども、医療の現場では、介護もそうですが、多数の書類を作成し、それをほかの医療機関や介護事業所に送るという膨大な作業が発生しています。この書類については、書類を発行することが目的というよりは、中身を向こうに伝えることが目的なのですが、実際には紙で出力をして判子を押して、それを封筒に入れて届けるというプロセスが必要になっています。

例えば1例を挙げますと、診療情報提供書、これは私どもの外来に来た患者さんが、やはり病院に行ったほうが良いという場合に、私たちのほうから紹介状を持って患者さんに行っていただくのですけれども、そもそもこの患者さんを病院で受けていただけるかどうかということをあらかじめ確認しないといけませんので、私たちはまず診療情報提供書を作成した後、それを各医療機関にファクス等で送って、こういう患者さんを受けていただけるかということを確認します。受けていただけるということになったら、その紙をまた今度出力して判子を押して封筒に入れて患者さんに持って行っていただくのですけれども、わざわざこんなことをしなくても、そもそもデジタルでつくった情報を一旦アナログに落として、それを画像データで送って、確認したのをまた今度出力して判子を押して封筒に入れて持っていくという、1つの情報を伝えるのに大きな手間をかけているのです。

例えばこういうところでも電子署名がもうちょっと普及しますと、オンラインで向こうに診療情報を伝えただけで、あとは、患者さんはわざわざ封筒に印刷されたものが封緘されるのを待つ必要もないということだと思いますし、書類は同様に、介護保険のサービスを使っている方には居宅療養管理指導書とか、あるいは主治医意見書とか、あと、訪問看護、リハビリの指示書、精神科訪問看護の指示書、あるいは特別訪問看護の指示書、マッサージの同意書とか、あと、難病に関しては臨床調査個人票というのは毎年書くのですけれども、中身を毎回一から作り直しているわけではなくて、毎回ちょっとずつ変わっていくという感じのものなので、電子的につくると非常に手間がかからず楽につくれるので

すが、ただ、結局これは印刷して送って、送られたほうもまた紙としてそれをPDFで電子システムに取り込んだりとか、本当に無駄が多いのです。

デジタルな情報だけがやり取りされればよくて、そもそもこういったところに書類という概念は要らないのではないかとすら思っているのですけれども、情報のやり取りが目的なのであれば、わざわざ紙に出して判子を押すということではなくて、電子署名をした上で自由に情報をやり取りしたほうが無駄は少ないと思いますし、電子的にやり取りされた情報は、そのまま例えば電子カルテ等に取り込めますので、わざわざスキャンしてPDFでファイリングして中にストレージしていくなんてことも必要なくなる。

なので、今回、電子処方箋もそうだと思いますけれども、紙のものがデジタル化したということではなくて、伝えるべき情報をできるだけスマートにミスがない形で、改ざんされない形で伝わっていくということが重要なのであれば、何とか書というのはもはやもう要らないような気もするのですが、この辺りも含めてもし御議論いただけるようであれば、ありがたいかなと思っています。

実際、医師の働き方改革はいろいろ言われていますけれども、病院もそうだと思いますけれども、我々医師の業務時間の3分の1程度は書類の仕事です。なので、電子カルテと連動して情報だけやり取りできればいいということであれば、本当に残業が減ると思いますし、余計なことにエネルギーを使わずに患者さんに向き合うこともできると思います。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

まさにこれは医師の働き方改革にも関わる課題だと思います。

今の佐々木専門委員からの御指摘につきまして、厚労省さんから御回答をお願いしたいのですけれども、いかがでしょうか。

○大坪審議官 御指摘はそのとおりだと思います。

本日は、電子署名についての宿題をいただいていますので、それを中心にお話をしておりますけれども、そこについては、例えば医療情報のカルテにつきましても、標準化をどうしていくとか、それはもう医政局としての課題だと思っておりますので、これは引き続き検討を進めているところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

電子署名が負担になって、かえって電子化が進まないというのは本末転倒でありますので、その辺はぜひ進めていただければと思います。

では早速、質疑応答のほうを始めたいと思います。どちらからでも構いませんので、挙手ボタンのほうで合図をよろしくお願いします。なお質疑応答は全体的に45分を想定しております。終了予定時間の5分ぐらい前の段階で質問の受付を打ち切ることになるかもしれませんことをあらかじめ御承知おきください。それでは、どちらからでも、御質問・コメント等があれば、よろしくお願ひいたします。いかがでしょうか。

副大臣、よろしくお願ひします。

○小林副大臣 委員の方からなかったのですが、ちょっと先に呼び水的にということで2点です。

1点目は、そもそも押印というものが必要だから、それを電子署名に置き換えなくてはいかんということなのだと思うのですけれども、先ほど佐々木さんからお話があった中でも、押印しなくていいものはないのですかというのは伺いたいと思うのです。そもそも判子だから全部電子署名にしなくてはいけないとやると、すごい面倒くさいことが起こってしまうと思うのです。目的は真正性をどこまで担保するかなので、別に実印でもないようなものをあえてマイナポータルを使った公的個人認証みたいなものをやる必要もないし、資格確認すら必要ないのではないかという議論から私はやったほうがいいと思うので、どこまでの手続に本当に押印が必要なのかというのを検証していただきたい。

2つ目は、佐々木さんの御提案はそもそも書類を提供するというのではなくて、書類で提供している情報をもともと共有できるようにすることで、そもそも書類自体をなくしてしまうという御提案でもあったのだと思います。ここについては電子カルテの共有を進めますという大坪さんの答えだったのですが、そうなったときに、この手続は要らなくなるということも先回りして議論しないと、後からまたこの会議をやらなくてはいけなくなると思うので、同時に並行してやっていただく必要があるのではないかなと思うのです。

その2点、確認をお願いしたいです。

○佐藤座長 では、厚労省さん、よろしくお願いします。

○大坪審議官 今日の資料で、そもそも署名が必要なものは何かというのは3ページです。記名・押印または署名が必要な、これは医療に関する関係法令の中で定めているものですが、医師法施行規則の中で死亡診断書と検案書と処方箋だけであります。それ以外の分野で、いただいている参考資料の4のところ、訪問看護ですとか、様々ないただいておりますけれども、ここに関しては特段の定めはないということと認識しております。

副大臣の2つ目、書類かどうかではなくて、情報をどうやって共有するかということは御指摘のとおり、私どもの4ページ目の今後の対応（考え方）というところ、これは健康・医療・介護情報利活用検討会というのはもともと立ち上げていまして、医療情報の利活用のために何がネックになっているか、また、どうすればいいのか、この中で医療情報の標準化という話も出てまいります。ですので、必ずしも電子署名がどうのこうのということを考えているわけではなく、今回御指摘をいただいているので、そこに注目した資料をつくっていますけれども、それは医政局としても遠からず未来でもそうなるということに目がけて今議論をしているところでございますので、御指摘のとおりです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

副大臣、いかがでしょうか。追加のコメントがあれば。

○小林副大臣 大丈夫です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、中室委員、よろしくお願いします。

○中室委員 発言の機会をいただきまして、どうもありがとうございます。

私が聞きたいのはHPKIに関してなのですが、先ほど審議官から御説明がありまして、この利用率が非常に低くとどまってしまっているという問題があるかと思えます。これは前回の規制改革会議でも、やはりこのHPKIの利用率が低いという話が出ていて、ここまで低いということは、これを推奨すること自体が電子署名が進まないボトルネックになっているように私には思えますので、これを推奨するのをやめることはできないのでしょうか。すなわち、ほかの電子署名、クラウド型の電子署名でもいいわけですので、HPKIを推奨するのをやめることができないか、これをお聞かせいただきたいと思えます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、よろしくをお願いします。

○大坪審議官 これは医療情報システム安全管理に関するガイドラインについて今御意見をいただいたと思っております。このガイドラインの中でHPKIについて医師の資格が既に格納されていると、そこが便利だという意味で、これを電子署名に活用すると楽ですよという意味での推奨だと認識をしております。必ずしもHPKI以外のものを推奨していないという意味ではないのですけれども、それ以外の事業者において医師である確認をどうするかというところはあるのだろうと思えます。

それはまた今後の課題だと、何をもって医師の資格はあるかということ担保するか、そこはなるべく負担のない形で簡易にやりたいと思っておりますが、そもそもHPKIにおきましても医師免許のコピーですとか、出してきた人間が本当にその人だという個人情報、その2つぐらいしか確認はしておりませんので、そういうシステムが格納されたような他の事業者があれば、それは同じレベルになるのではないかと考えています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、大石専門委員、よろしくをお願いします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

処方箋だけではなくて、先ほど佐々木先生からもあったように、医療界は非常に多くの書類が飛び交っていて、また、署名をしなくてはいけないということになると、これは非常に手間がかかるわけなのです。基本的には、もともと法律にはそう書いてありますけれども、結局、医者であるということがきちり確認できて、その人がこの処方箋を出したということが確認できればよくて、電子化することによってコストの問題もそうなのですが、やはり現場の業務が止まらないことがすごい大事なのだと思えます。

もともと去年、規制改革推進会議でこの議題を取り扱ったときに、京都大学の黒田先生が参考人として来られたと思えますが、京大病院だと何千人もの外来の患者さん来られるわけなのです。私もみたいな普通の町の診療所でも数百人の患者さんが来られる、100人とか200人が来られる。その人たち全員に対して処方箋を出すときに、例えば一般で使っている電子署名の方法とか、普通の契約書とかが来るので私らもやるのですけれども、あれを一つ一つ開いてやっていると絶対に業務が止まるのです。ですから、業務を止めないよ

うにすること、要は全体的に効率化することが大事で、電子化した途端により厳しく要件を求めるとするのは、そもそも本末転倒だと思います。

黒田先生がそのときに御提唱されていたのは、もともと病院に医師が務めるときには、必ずこれは義務として医師免許書の原本を確認するのです。それで保険医登録というのをやります。ですから、例えば京大病院だと京大病院、どこどこクリニックはどこどこクリニックの名前で処方箋が出たということは、その先生が医師であるということを医療機関が確認し、そこで認証しているということになるので、電子カルテの中でスムーズに、例えば京大病院、どこどこクリニックが使っている電子カルテの中で、ちゃんと自分のIDパスワードを入れた先生は医師であるよと、その人がつくった処方箋は正しい法律の処方箋であるという、例えばそういう運用だとか、もっとフレキシブルなDX化した運用を考えていただきたいと思いますので、ぜひよろしくをお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員のコメントの御意見を伺って、それでまとめて厚労省さんに御回答をお願いします。落合専門委員、よろしくをお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。私も2点ほどコメントさせていただきます。

1点目は、御説明いただきました電子署名も利用できるようにしていくということでお進めいただいているということで、資料の4ページでも今後の対応についてという中で電子署名のことを言及していただいていると思います。その際に、認定特定認証事業者等と記載されています。ここの関係で既に発言があったところではありますけども、規制改革会議の中では、やはりクラウド型の電子署名というところも使いやすさという観点で非常に重要ですし、こういったものを利用していかないと、なかなか電子署名は普及が進まないのではないかとということで数年前から取り組んできております。そういった意味ではクラウドの電子署名の事業者というのも、こういった中に入れていただくというような形で整理を進めていただければと思います。これが1つ目です。

2つ目が、資格確認に関してというところでして、既に大石委員のほうからも御指摘があったところですが、その都度に資格確認を求めるといったことにならないようにするという事は非常に大事だと思っております。

例えば先ほどHPKIについておっしゃられた中で、医師の身分を示す書類を一度提示させて、それを登録して本人確認を一度しているということをおっしゃられていましたので、電子署名の事業者が、それと同様のことをしている場合や、大石委員が御指摘されたような病院の資格確認があって担保できるような場合のような、合理的に資格の属性があるということが分かるような形で認証され、その記録が残っている場合には、改めて都度行為の際に資格確認をする必要はなく、当人認証だけでできるようにするというような形で御整理いただくのが、使いやすさという観点では非常に重要ではないかと思っておりますので、こういった視点でぜひ御整理をいただけないかと考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、大石専門委員、落合専門委員からのコメント・御指摘がありましたけれども、特に資格確認のところを中心にコメントをいただきましたけれども、厚労省さんのほうから御回答をよろしく願いいたします。

○大坪審議官 大石先生からいただいた組織に勤めている人間であればよいのではないかと、それも一つの御提案だとは思いますが。組織のほうで責任を担保していただくみたいな形になってしまうのがよいかどうかということもありますし、すぐくまれではありますけれども、医師免許を持っていない人がその組織にいたという事故も過去にはありますので、そこら辺の出入りが大きい病院とかでそれをやり切れるかと、ちょっと個人的には思いますが、いずれにしましても現行上、組織の承認を否定しているわけではございません。

それがそのように明記されているわけではない中で、今走っているHPKIは医師免許を出すと、それから、個人情報を持ってきた人間はこの人ですということを証明する、それでもってカードが出るということで、毎回それを使えばいいという仕組みになっていますということを御紹介申し上げましたけれども、引き続き、その他の認定特定認証事業者などが出てきた場合にも、同等程度のリーズナブルなやり方で使っていただけるようにしたいと医政局としては思っております。そういったものがどんどん普及するような形でリーズナブルに判断していきたいと思っております。ありがとうございます。

落合先生からいただいた点で、加えまして、クラウドの電子署名、これは閣議決定でもいただいている宿題だと認識しておりますので、今後の検討会の議題になっていると認識をしています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石さん、今の回答への追加のコメントだと思いますが、よろしく願います。

○大石専門委員 簡単に2つです。

まず、医療機関はその勤めている者が医師であるということをちゃんと担保する義務を負っているのです、そこはあまり心配されないほうがいいかと思えます。

2つ目は、厚労省さんは、そういうことを禁止しているわけではないということは、いろいろな場面で聞くのですけれども、ちゃんと紙に書いていないと、やはりそれはできないものだと思って世の中は動きますし、現実に現場で聞きに行ったら、いや、書いていないから駄目ですと言われることはあるので、もしもオーケーなのだったら、はっきりそれはオーケーですと書いていただきたいと思います。よろしく願います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大浦専門委員、よろしく願います。

○大浦専門委員 多分この中で医師の資格を持っているのは私と佐々木先生だと思うのですが、根本的にすごく不思議だなと思うのは、本人確認と医師の国家資格を持っているというのがイコールでちゃんと結ばれるという仕組みがあれば、サインがそもそも要らないのではないかと考えるのです。私は説明を受けたとき、指でやらせてくださいと、そ

うしたら、指紋認証か虹彩認証でいけたらどんどんいくわけです。

私たち医師の資格を持っている人間は、それなりの覚悟を持ってこの仕事をやっているのだと思うので。そうしたら、個人情報を出さないとか、出せないとか、嫌だとかいう人は、そもそも医療に関わらなくてもいいではないぐらいの勢いで、きちんと国家がその仕組みをつくれれば何の問題もなくすぐにやれるのです。クラウドサインぐらい危険なものは、私はないと思うのです。それから、やはりカードを持つというのも、あれは落としたらどうするのだろうと思うのです。落としたらほかの人が使えますよね。なので、やはり生体認証以外の話がDXで出てくること自身に私は大きな疑問を持っています。

なので、この議論はこの議論としてやっていただいてもいいですけども、では、これで仕組みをつくりましたというときに、やはり日本は遅れているよねという話になるのではないのでしょうか。3日4日でシステムができるわけではありませんし、どんなものを使ったとしても生体認証以外で医者かどうかの確認をしますというのは異常です。私には理解できない。

○佐藤座長 ありがとうございます。

生体認証の議論は、たしか外務省の会議でパスポートの本人確認も以前出ていたことがあったのですが、佐々木専門委員から、またコメントをいただいて、それで厚労省さんに御回答いただきます。では、佐々木先生、よろしくお願いします。

○佐々木専門委員 先ほど大石さんが言われたとおり、処方箋は基本的に電子カルテから今は出していくものなので、電子カルテにログインできているという時点で、その人はもう医師であるということではないのでしょうか。ログインのIDとパスワードを管理するのは個人の責任、大浦先生がおっしゃるとおり、生体認証でログインできる電子カルテも今出てきますし、我々の脳みその中の数字やコードでログインするものもあるのです。

現状、処方箋なんて紙1枚で、コピーしてシャチハタを押せば誰でも処方箋なんてできてしまうわけだから、それを思えば、電子カルテから直接情報が届いたというところでトレースできたほうが、よっぽど信頼度としてはむしろ上がるのではないかと思うのです。それは診療情報提供書についても同じです。なので、完璧を求めようとされず、今よりも全然まし、しかも現場もそれでスムーズになる。

とにかくこれ以上事務作業を増やしてほしくないのにカードリーダーをつけるというのは、もうむちゃくちゃな要求で、こんなものを使っている限りは絶対に普及しないと思います。HPKIをつくったコンセプトはすばらしいと思うのですけれども、ハードとセットにしたら絶対に普及しないと確信を持って言えると思います。なので、クラウド認証でもいいのですけれども、電カルだったら電カルからそのまま飛ばせる、それでいいではないかと私は思うのですけれども、そうしないと、電子処方箋なんて絶対に普及しないと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、大浦先生、佐々木先生からのコメントがございました。医者の立場としてのコメントでございましたけれども、厚労省さん、また回答をよろしくお願いします。

○伊藤企画官 今、佐々木先生から御指摘いただきました電子処方箋でございますけれども、こちらは電カルとつなげばIDパスワードでもそれで十分ではないかという御指摘だったかと思います。やはり今後、そういった現場の御負担と、あとはセキュリティーをどうやってしっかり担保していくかという両面を考えていく必要があるかと思っております、現時点においてはガイドラインを踏まえましてHPKIカード、必ずしもHPKIだけに限定しているわけではございません、クラウド型も検討しておりますし、将来的にはマイナンバーということもございますので、その辺りは引き続きよく議論していければと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

小林副大臣、よろしく申し上げます。

○小林副大臣 2点確認したいです。

先ほど大坪さんからの説明で、施設として認証していることは認めているというようなお話だったと思うのですが、それはもうそのとおりでという理解でいいのでしょうか。つまり個人が医師の確認を毎度しなくてはいけないということではなくて、ちゃんと医療機関が確認をしていけば、それはもう認めるのだという理解でいいのかというのが1点目。

2点目は、やはりこれまでの議論のとおり、何で判子を押さなくてはいけないのかなというところだと思うのです。これを全部電子署名にしろというのと、本当に面倒くさい話に必ずなると思うのです。だから、何か労を多くして、この改革は何だったのか、ということになるので、やはり何かしらで本人確認がされているということ、かつ医師免許があるという本人性の確認と免許の確認というところと、送られてきたデータが改ざんされていないかという真正性の確認というのをちゃんと分けて整理したほうがいいと思うのです。これを今一体にしてしまうから、全部オンライン資格確認にして、しかもそれをマイナンバーカードでとか、HPKIで、みたいな話になると、どんどん厳格になって、絶対複雑になっていくので、そこを分離して整理したほうがいいと思うのです。

そこは意見として申し上げますけれども、1点目の確認をさせてもらっていいですか。

○佐藤座長 では、厚労省さん、お願いします。

○大坪審議官 大石先生は正確に御理解されていると思うのですが、厚労省としては組織の認定は駄目とは言っていないという言い方、それはよろしくないということを先ほど大石先生から御指摘いただいたと思っております。組織認証というものをそもそも想定していないこともありましたが、ただいま現在それを禁止していないということなので、その辺に含めて、この安全ガイドラインの見直しのときに御議論いただくようにしたいと思っております。

小林副大臣からいただきました本人性と免許の資格を持っているかどうか、それがたまたま今HPKIだということでございます。本人の確認もできているし、医師の資格を持っていることも担保しているカードだと、それが改ざんの話というよりも、これは電子署名の

在り方の御議論なので、それでこういうものがありますという例示で推奨しているという御説明をしたところです。

○佐藤座長 副大臣、どうぞ。

○小林副大臣 そういう意味では、組織としての認証については、つまり認めていますよと、このガイドラインに書くことは今できるのですか。

○大坪審議官 先ほど申し上げましたように、それが安全性ガイドラインの見直しの中で議論して、その上で、ガイドラインの見直しのときに反映するかどうかというのを検討したいと思っています。

○小林副大臣 そういう意味では、先ほどの話でいくと、ぜひ書き込んでいただきたいということだと思います。

○大坪審議官 アジェンダに入れて議論させていただきます。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

落合専門委員、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 そうしましたら、今度は電子処方箋に限らないお話で、先ほど補足説明いただいた資料との関係です。電子処方箋以外もまだ様々、電子化できる書類あるのではないかということで、小林副大臣の繰り返しになってしまうのですが、規制改革会議の中ですと、いわゆる印鑑証明書ですとか、もしくは登録印みたいな形で管理されている印鑑ではないものについては、基本的に押印自体は要らないという整理にしております。訴訟法上の効果が特に生じない可能性が高いので、これらについては押印は基本的に廃止するよということ各省に依頼して見直しをしていただいていたと記憶しております。今後、そういったものも見直していただく際には、押印があるといっても、押印がどういう押印なのかというのを確認していただいた上で取り扱っていただきたいなと思っています。

私のほうで知る限りですと、医療分野ですと必ずしも印鑑証明書つきの実印まで求めている例は少ないように思います。基本的にほかの分野との比較で、セキュリティーについては全体で同様のリスクには同じ対応を行うようにしていくのが基本です。そのような観点では押印自体を単純に廃止するという形にするのが適切なものが多いのではないかと思いますけれども、それはまた個別に検証していただければと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、私もそれを指摘しようと思ひまして、実はデジタルガバメント・ワーキング・グループに前にいたのですが、そこでは判子は本当に法律上必要なものと、単なる習慣として押しているだけ、気持ちで押しているだけというものもあるのです。気持ちで押しているものまで電子署名を求めるといのは本来おかしな話でありますので、まさに法律に基づいて、法的根拠のあるところだけ今後も押印が続くわけなので、そこだけ電子署名という形

になるのではないかと、多分整理だと思ったのですけれども、その辺り、厚労省さん、いかがでしょう。

○小林副大臣 もう1つだけ。今、佐藤さんがおっしゃった部分もそうなのですけれども、落合さんがおっしゃった部分は、そもそも法律自体も見直すのではなかったかということだと思っております。つまり実印で印鑑登録されているようなものは、確かに、法律で押印を求めるといのはまだ理解できるけれども、認印でいいようなものを法律上書いているものは全部見直すのだよね、というはずだったと思っております。今、医師法上、書いてありますということなので、これは見直したほうがいいのではないのという、そもそもの議論も残っていると私は認識しているのです。

○佐藤座長 分かりました。

では、2つの議論があるのかな。回答のほうをよろしくお願いいたします。

○大坪審議官 今いただいた宿題につきましては、医事法制の根本に関わる問題でもございますので、ちょっとこの場で回答というのは、持ち帰らせていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○落合専門委員 念のため、特に申し上げたのが、処方箋以外のものについてということではあります。処方箋については押印というか電子署名を使うこと自体はとりあえずやるほうになっており、議論が分けられていたということですので、処方箋以外の残存するものについてという趣旨でございます。

○佐藤座長 分かりました。

○堀内審議官 老健局で介護の関係でございます。佐々木委員のほうから介護の関係ですと、委員提出資料において「居宅療養管理指導書」とされている書類（都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書）、あるいは主治医意見書と出しているところでございますけれども、この「居宅療養管理指導書」は、そもそも署名も押印も求めているものでございます。また、逆に主治医意見書、これは署名を求めています押印を求めているということで、そういう意味で押印はここは求めている。佐々木先生からこういうお話がありましたし、むしろそういう誤解があるのであれば、そういう誤解がないようにきちんと押印の廃止という中でもやっているものではございませんので、そこはきちんと我々も御説明しなくてはいけないと、今日お話を聞いて思ったところでございます。以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

落合さん、どうぞ。

○落合専門委員 補足させていただきますと、署名も含めて全体としてどう整理していたかということ、民事訴訟法の二段の推定の効果が出るかどうかということで基本的に整理をしていたと思っております。本人のものであることが確認できるような仕組みになっていな

いといけませんので、署名であれば、もともとこの人の署名はこういうもので対照できるということでない、適当にほかの人が書いたものも受け付けてしまう可能性があり、二段の推定の効果が生じない可能性があります。そういった署名について検証ができる取扱いをされているかどうかというのが、押印と署名を並べてみたときに検証が必要だと思いますので、一応そこは申し添えさせていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

武井委員、よろしく申し上げます。

○武井座長代理 ありがとうございます。まさに厚労省さんからも御説明がありましたとおり、電子処方箋というのは物すごく大事な入り口で、ここのところを相当根本的にやらないと次がないぐらい大事な話だと理解しています。その中で、今日の厚労省さんの御回答で、いろいろな形で電子処方箋の普及に向けて、これまでの議論をある程度乗り越えて柔軟になさっていかれると理解いたしましたので大変安心しているのですが、これまでもいろいろな試みがなされてきた中で、なぜ電子処方箋が進んでこなかったのかということについて、我々のような外の意見も一つの参考として聞いていただいて、客観的にみていく必要がある点がいろいろあるのではないかと考えています。

第一に、医師の本人確認が必要なのかという領域と、必要でも医師の本人確認が他の手段でも証明できませんかという2つがあると思うのですが、医師の本人の確認が必要な領域だとしても、カードを強制する本人確認は多分あり得なくて、これは先ほど大浦先生がおっしゃったとおり、医師側もカードを落としたらどうするのだとなるので、その1択だけというのは直さなくてははいけないと思います。これが1点目です。

2点目は、クラウド型の電子署名についても、先ほど大石委員がおっしゃったように、医療の現場のフローを止めかねないし、大浦先生のようにクラウド署名が不安だという方もいらっしゃるので、クラウド署名、電子署名を解禁するだけでは何も話が進まないということなのだと思います。そうした中で、まさに小林副大臣がおっしゃったとおり、電子署名自体が不要ではないかという世界を厳然とつくらなくてははいけないのだと思います。

世の中に本人確認の方法は山ほどあって、指紋とか声紋もあります。あと先ほど大石先生がおっしゃったような組織確認型も考えられますし、佐々木先生がおっしゃったような電子カルテにアクセスできていることによるパスワード確認は、医療現場のフローからしてもこれは相当実効性のある手段なのだと思うのです。そういう意味で、医師の現場フローの中で自然に電子処方箋が入るとい世界を根本的につくと駄目だと思います。今の法律で記名・押印だ、署名だとなっている、だからそこからイコール記号をつないでいって、どこまで同じだという議論で制度設計をしてもおよそ何も現実味がある先までには行かないのではないかと考えるのです。

そういう意味で、今の制度の世界からの積み上げ型ではなくて、医師の現場のフローで電子処方箋がつけられるという世界のほうから逆算して根本的に考えないと何も変わらないのではないかと考えます。この話をこれまで1年やってきてもまだ電子処方箋をどうす

るかというところで止まっている一因として、そういう点もあるのではないかと思いますので、そこは根本的に議論をガラガラポンしてやらないといけないと思います。しかも医療現場のフローを含めてその議論に巻き込まないと、これは直らないのではないかと思います。

3点目に、大石さんのおっしゃった点で、「禁止はしていない」というのでは本当に駄目で、いいと書かないと現場が回らない世界であると。要するに推奨とか書いている世界で、禁止はしていないからやっていいとは現場は誰も思っていない点は改めて認識する必要があります。できるのならできるとはっきり書くということをいろいろな通知を出すことも大切なのだと思います。

そうした中で、デジタルでしたら情報をそのままデジタルのまま、わざわざ紙を通さない。アナログを通さないという世界を根本的につくらなければいけないのだと思います。

あともう1点なのですが、先ほどの署名・押印とかも、本人の確認に当たって認印を処方箋でなくせないのか。電子カルテでちゃんとしたパスワードがあって、この情報にデジタルでアクセスできた人が医師本人だという仕組みがあるのだったら、認印、三文判が本当にいるのかと。そういうところまで抜本的に直したのがこの1年間のデジタル一括関連法でした。ですのでその世界との平仄からしますと、果たして本当にこの押印なるものが本当に必要なのですかということさえ考えなくてはいけないのだと思います。

この電子処方箋の点は根本的に、紙の三文判よりも医療現場から見て楽な世界が構築されないと、なかなか電子処方箋は広がらないのではないかと思います。三文判を押したほうが楽だとなってしまうと紙のほうに走ってしまう。なのでそこまでのことをやらなくてはいけないので、医師の現場の中で電子処方箋を本当に使ってもらおうのだという強い問題意識をもって、過去の議論からのイコール記号というアプローチを離れてやっていかないといけないと思いますので、本当に根本的に議論をしていただくことを期待しております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくお願ひします。

○大石専門委員 私も武井先生が今おっしゃったみたいに根本的に考え直してもいいなと思っていて、その中で、先ほどいろいろなことを持ち帰っていろいろな検討会等で御議論いただくという話をされていましたが、そのときの視点として、やはり安全性ということを重視されていると思うのです。安全性は当然重要なのですけれども、安全性が最重要で、それ以外のものがないという形で議論が進みがちなので、いろいろなところで検討される時には、どういう目的で何を担保すべきかということを含めて見直していただいて、安全性も大事だけれども、業務を止めなく、より効率的にするであるとか、医師の働き方改革であるとか、同等に重要なものも見ながら御検討いただければありがたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 皆さんの御意見を伺っている意見です。最初にクラウド署名もできるようにと申し上げたのですけれども、全体として行うべきことが、この人が医師の資格を持っている何々さんなのかということと、その身元を確認した人が繰り返して行動しているのかという当人の確認と、これをちゃんと後で検証できるような形で記録にしておくという、この3つだと思います。この手法においては、いろいろな手法がありますので、特定の手法に限らずと考えております。技術中立性みたいな言い方をしますが、そういう形でできる限りやっていたらいいと思いますし、そのときに最重要なことは現場で使われる仕組みが導入されていくということだと思いますので、ぜひそういった視点で見直していただければと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは京都大学の黒田先生がおっしゃっていたことでしたけれども、禁止はしていないとよく厚労省さんはおっしゃるのですが、やはり現場はもう少し厳し目で判断するものだから、あたかも禁止されているかに振る舞うというのはよくある問題だということと、デジタル化の専門家の受け売りなのですけれども、やはりデジタル化自体が業務フローを変えるのです。そのデジタルの業務フローに合う形での電子署名の在り方というのを考えなくてはならない。紙の延長ではないそうです。それから、本来デジタル化のほうがセキュリティが厳しいというのはおかしな話で、紙よりも厳しいセキュリティをデジタルに求めるというのは、それもそれで本末転倒でしょうということになるのだと思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

皆様方の御協力で時間どおり進行しております。では、時間になりましたので、議題1のほうはここまでとさせていただきます。

武井委員のほうから大体全体のサマリーのようなコメントいただいておりますけれども、厚労省さんのほうから検討いただくという前向きな回答をいただいているのですが、いつまでに検討していただけるのかという期日をきちんと定めていただければと思います。

あとはいろいろな御指摘があったとおり、本当は電子署名が要らない書類にまで電子署名を求めているという。これはやはり即やめるということになってしかるべきですし、それから、本人確認とか資格確認はどのレベルで求めるのかということ。つまり病院がオーケーを出していればそれでいいのかどうかということも含めて、組織による資格確認というのを禁止はしていないということですので、その辺りはどのように今後捉えていくのかということ、どうやって現場に伝えていくのかということ、そういったことについて少し順番をつくって、今日も最後に工程表を見せていただきましたけれども、まさにその工程表の中に組み入れる形で御対応のほうをよろしくお願いいたします。

厚労省さんのほうから最後に何か一言あればよろしくお願いします。

○大坪審議官 様々な御指摘、ありがとうございます。

繰り返しいただいています御提言、書いていないからそれで世の中、社会がそれでもあるわけではないので、そこらへんは明示的にどのレベルを担保するかというのは、これから議論してまいりたいと思います。

それから、確かに紙の世界において押印するものを、これからデジタル化が進んだ中でそのまま引き継ぐのかと、それ以外にもログインする際に本人ですとか、そういったことが担保されているのであれば、それが必要であるかどうか、そういったことも御指摘のとおりだと思いますので、議論させていただきたいと思います。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、議題1はここまでです。

続いて議題2、社会保険診療報酬支払基金における審査支払業務のほうに移りたいと思います。

厚労省さんのほうから、榎本健太郎大臣官房審議官、榊原毅保険局総務課長、森田博通保険局国民健康保険課長、それから、支払基金のほうから、神田裕二理事長、須田俊孝理事長特任補佐、山崎章一常任顧問にお越しいただいております。

順番ですけれども、まずは支払基金様、厚労省様の順番で御説明をお願いいたします。申し訳ありませんが2つ合わせて5分以内ということをお願いできればと思います。

○榎本審議官 大臣官房審議官の榎本でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

議題2のほうでは、これまで進めてきております社会保険診療報酬支払基金の見直しにつきまして、閣議決定されました規制改革実施計画を御説明いたしたいと思います。

報告の中身としては、この計画で求められております支払基金の新しい審査支払システムの開発におけるAIの振り分け、あるいは在宅審査に向けた検討など、そういった現在の状況について、支払基金様のほうから御報告、その次に、同じ計画で求められております国保総合システムの更改と、支払基金、国保中央会の審査支払システムの普及に向けた方策につきまして、厚生労働省のほうから御報告したいと思います。

まず、支払基金より御説明いたします。

○神田理事長 支払基金の理事長の神田と申します。よろしくお願いいたします。

規制改革実施計画に直接書かれていることから御説明させていただくということで、6ページをお願いいたします。まず、AIを活用したレセプトの振り分けということでございます。先月から稼働しております新しい審査支払システムでAIを活用して、人が見るべきレセプトと、そうでないレセプトに振り分けをして、人が見ないレセプトについてはコンピューターチェックで完結をさせることにいたしております。それから、このAIのエンジンにつきましては、3か月ごとにその前1年間のレセプトを機械学習することによってフィードバックをして精度を維持向上させていくということにしております。

7ページをお開きいただきますと、簡単なポンチ絵が出ております。振分1と振分2と

書いてありまして、まず最初の振り分けで、入院ですとか、特審という点数の高いものですとか、新規の医療機関とか、そういうものは最初から人が見るべきほうに振ります。それから、一番下に書いてある判断の明らかなレセプト、再診料と処方箋料だけというようなものについては、コンピューターチェックにもかけずに、そのまま支払いをしております。外来のレセプトについては2つのエンジンにかけて振り分けをしまして、査定率がある程度のものについてはコンピューターチェックにかけ、そうでないものについては、そのまま支払いに回すというような形にしております。

続きまして、14ページをお開きいただきたいと思います。自動レポート機能ということで、審査の差異を見える化して解消していくという取組であります。先月の29日に既に取り扱いを統一しております113事例についてホームページに差異の結果を公表させていただいております。今後、4年度については、さらに多くのコンピューターチェックがついている対象事例をレポートするというようにしております。

具体的な内容は14ページのところを見ていただきますと、最初に差異の結果をそのまま公表することにしておりますが、その後、どうして差異が生じているのかということを検証して、検証後の結果をレポートするとしております。算定ルールに関するものについては上の段でありますけれども、職員のものについては職員を指導する、審査委員のものについては審査委員を指導する。医学的判断に関するものでばらけているものについては、特定のブロックだけに限られているものについては、ブロックに設置されず診療科別ワーキング・グループで調整をする、全国的にばらけているものについては、本部の検討会で検証するという事でPDCAを回していくこととしております。113事例、先月公表したもののについては、本年度末までに完了させるということにしております。

続きまして、17ページ以下、在宅審査についてでありますけれども、今月からセキュリティー対策を講じて、被保険者名ですとか、そういうものについてマスキングをした形で、PCを自宅に持って帰って在宅審査を開始するという事で群馬支部におきまして審査事務に従事する職員は全員、それから、審査委員の3割について在宅審査事務を実際に行ってもらおうということにしております。当初は1か月のうち7日間程度という勤務体系でやることにしております。紙のレセプトもまだ残っていますので、紙のレセプトを家に持ち帰るわけにはいきませんので、そういう形でやることにしております。今後、審査実績等を検証しながら、ほかの支部にも積極的に展開していくことにいたしております。

その他の項目ということで、20ページ以降でありますけれども、既存のコンピューターチェックルールの見直しということで、具体的には22ページの表を御覧いただきますと、これまで支部で14万の支部点検条件というコンピューターチェックがありましたけれども、先月稼働した新しい審査支払システムまでに全て本部の点検条件に統一しております。

2つ目でありますけれども、コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しということで、症状詳記ということで文書で書いてありますとコンピューターチェックにかけられないということで、診療報酬改定の際に要望いたしまして、96%の項目については

選択式に変えていただくというようなことをしております。

それから、手数料の階層化ということですが、先ほど7ページのフローで見ていただきましたように、判断が明らかなレセプトは再診料と処方箋料だけと、査定するところがないようなものについてはコンピューターチェックにかけないわけですので、手数料を安くするというので、来年度から手数料体系を変えるということで、今後、保険者団体と協議をしていくということにしております。

21ページでありますけれども、コンピューターチェックルールの公開ということで、医学的判断に関するものですか、用法用量に関するものについては、例えば用法用量をオープンにすると、用量いっぱい請求がたくさん出てくるのではないかというような懸念があります。そういうものについて試行的に4,600事例ぐらいを公開いたしまして、問題があるかどうかを検証して、問題がなければさらに拡大をしていくということにしております。それから、その要件をレセコンに取り込めるように、ファイル形式で、順次提供していくことにしております。

21ページの(5)でありますけれども、ASP機能の拡充ということで、これはオンライン請求の受付段階でチェックをしまして、これはおかしいよという連絡を医療機関のほうにすることにしております。5日から10日までに請求するのですが、おかしいと指摘されたものについては12日までに訂正すれば、レセプトが返戻されることなく、その月の請求に間に合うということで、これは先月リリースした新システムにおいて拡充をするというようなことをしております。

最後のところですが、来年10月に全国の職員の約3割、集約される支部の6割の職員を14か所の集約拠点に集約することにいたしております。そのために、全ての処理マニュアルを統一いたしまして、統一的な業務処理を行っていくということにしております。

私からは以上です。

○榎本審議官 続きまして、厚生労働省の資料を御覧ください。

審査支払機能の具体的工程を明らかにすることが計画で求められておりますことを今年の3月に審査支払機能の検討会で、システムの整合的かつ効率的な在り方の実現に向けて取りまとめられましたので、それについて御説明申し上げたいと思います。

まず、2024年の国保総合システムの更改のタイミングに向けて整合性の実現に注力することとしております。具体的には、オンライン請求システムなどについて共同利用を進めていくことにしております。審査領域につきましても、整合的なものにしていくことにございます。これらを2024年4月までのタスクとして取り組んでまいるということにございます。

詳細につきましては、次のスライド3のほうに流れがございますが、時間の関係で細かに御説明申し上げられませんが、工程表の中でそれぞれの段階に応じて整合性の確保、見える化について整理をしているものでございます。

スライド2に戻っていただきまして、審査支払領域についても今後共同利用を深めてい

くということで、2026年4月を目指して共同利用機能の共同開発を進めることにしてございます。具体的には審査支払領域の共同利用、それから、共同利用機能とその他の機能の効率性の実現を目指して共同開発に取り組むことにしているところでございます。

こういった構成を実現するために、スライド4を御覧いただきますと、開発推進体制の整備を私どもでも進めているところでございます。検討会でも厚生労働省がしっかりリーダーシップを発揮すべきという御意見を頂戴したことから、厚生労働省主導で支払基金、国保中央会に参画いただいて、また、デジタル庁にも御参画いただいて技術的な知見の下で進めていく次第です。

スライド5のほうには開発体制のイメージ図を載せてございます。中心になりますのは審査支払システム共同開発推進会議でございまして、こちらに厚労省、デジタル庁、支払基金、国保中央会の4者が集まることとしております。8月末に第1回を開催したところでございます。このほか、右上に小さい枠がございまして、有識者の方々にもお集まりいただいてアドバイザリーボードで技術的な知見をいただいたり、あるいは共同開発作業班を置いて具体的な方針や業務要件の整合性の確保についてのすり合わせを行うことにしております。これらを実際に運営していくために共同開発準備室を設置することにしております。こういった枠組みに従って今後、開発を進めていきたいということでございます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、質疑時間は大体30分としまして、皆様方のコメント・質問を受け付けたいと思います。

まずは印南委員、よろしく申し上げます。

○印南専門委員 幾つか質問させていただきます。

まず、審査基準の統一に関してですけれども、審査支払機能の在り方検討会に出ていまして、支部間の連絡会議と支払基金、国保連の間の連絡会議が非常に重要だと認識したのですが、このコロナ禍の中で、本当にどれだけこの連絡会議が開かれて、その結果、どれぐらい基準が統一されてきたのか教えていただきたいというのが第1点です。

第2点は、最初のほうの図にAIによるチェックと、初めから目視で行うものが振り分けられていました。目視の部分はどうしても必要だということはよく分かるのですが、その部分がアプリオりに決めすぎていませんか。ここの部分もできるだけAI、コンピューターチェックを使って、審査の方の負担をより目視、重要な部分に集中させるという観点が必要ではないでしょうか。

それに関連しまして、この資料の中に見当たらないのは、超高額薬剤についてです。最近是最適使用推進ガイドラインが出ているのですが、それがきちんと順守されているかどうかということはチェックされているのでしょうか。ガイドラインはガイドラインであって、それ自体で返戻の理由にならないことはよく分かっているのですが、先ほど申したとおり、より重要なものにエネルギーを集中するという意味では、そこは重要ではないかと

思っています。

3つ目は、支払基金というよりは国保連のほうだと思いますけれども、柔道整復師のマッサージやあはきの療養費については、ほとんどまだレセプトも電子化されていないし、この部分は置き去りになっているのではないかと思うのです。その部分について、どのように対応されるのか教えてください。

最後になりますけれども、レセプトを返戻した場合、返戻の理由には、いろいろあると思うのですが、モノによっては保険者にとって非常に貴重な情報かもしれないと思うのです。保険者機能を強化するという意味で、保険者に対するいろいろなフィードバックをもう少し重点的に考えてはいかかかと、これはコメントであります。

以上です。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、印南専門委員から3点質問、1点コメントが来ていましたけれども、厚労省さん、よろしくお願いします。

○榎本審議官 まず、審査支払機関における審査基準の統一化を推進するための連絡会議の開催状況について、印南先生のお尋ねがございました。これまで連絡会議と、実はその下に運営部会とか、実務者打ち合わせなどがあるのですけれども、これまで連絡会議は2回、運営部会は1回、実務者打ち合わせは8回開催しているところでございます。こういったところで事例の統一などの議論を進めさせていただいているところでございます。

○神田理事長 AIの7ページを御覧いただきますと、人が見るべきほうに、特審のレセプトは380万円以上のレセプト、それから、入院のレセプト、新規の医療機関、審査委員からここの医療機関のレセプトはいつも査定率が高いからと頼まれたものとして、これは現場の実態に即してやっておりますけれども、別にこれに固執するつもりはありませんので、例えば入院のレセプトであっても療養病床ですとか、包括払いのものをここに入れる必要はないのではないかという意見もありますので、これについては検討してさらに精査をしていきたいと考えています。

○榎本審議官 3つ目の御質問で、柔整とかマッサージ、あはきの療養費の電子化ということについてお尋ねをいただきました。これについては事実関係を確認させていただきますので、しばらく御猶予をいただければと思います。

○神田理事長 あと1点、超高額薬剤について最適使用推進ガイドラインに適合しているかどうかチェックをしているのかというお話ですけれども、今、基本的には380万円以上のレセプトは全部本部に上がってきて特別審査委員会にかかるようになっていますので、丁寧な審査がされていますので、極めて高いものについては特別審査委員会で大学病院のその道の専門家がチェックをするという形になっています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

ほかの委員から質問がないので、私から1点確認なのですけれども、在宅審査のある種

実証実験のようなものをやられているということなのですが、これは効果をどう検証してどういう形でほかの支部にも展開していくとか、何かそういう見通しはあるのですか。

○神田理事長 検証しなければいけない中身としては、情報セキュリティーの問題ですとか、審査実績がキープできるかどうか、そういう問題があります。10月から始めておりますけれども、今年度中にはその結果を踏まえて、来年10月に審査事務の集約ということで全国の職員を14か所の拠点に集めますので、遠距離通勤になる人間とかが出てまいりますので、そのときにはかなり幅広く入れていきたいと思ってやっております。

あと、新型コロナの関係で感染状況が厳しい地域などについては、国からも在宅勤務の要請というのがありますので、そういう地域については優先的に導入することを検討していきたいと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石専門委員、お願いします。

○大石専門委員 御報告ありがとうございました。

1つお伺いしたいというか要望なのですけれども、自動レポート機能は非常に有効だと思っていて、この結果、今なぜ差異が発生しているのかということを検証されて、それはそれでPDCAを回すために非常に重要だと思うのですけれども、そもそも上がってきたデータをそのまま公開する、要はなぜそうなったのかということの前に、元データとして公開して、ある種、いろいろなところで見ていただいて、いろいろな方が研究して、ここに課題があるのではないかと、公開をすること自体に意味があるかと思っておりますので、継続的にそれはお願いしたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大橋専門委員、よろしく申し上げます。

○大橋専門委員 まず1点は、システムの効率的な稼働を考えたときに、電子レセプトだとこれは在宅でも実施できるということなので、この電子レセプトの普及割合を高めていくのは非常に重要ではないかと思っているわけなのですけれども、その辺りというのは厚労省さんでしっかりグリップを握っておられるのかということの一つ教えていただきたい。

2点目は、目視の話をもう1回整理していただけるということではありますけれども、そもそも全部AIにしてしまって、その後、ダブルチェックするときとか、何か目視をもう少しセカンダリーな位置づけにできないのかということぐらいの整理をしていただいてもいいのではないかと思うのです。入り口が目視だけという整理になっているところに若干違和感を持っているのですが、そのような整理でできないのかというのが2点目です。

あと、レセプトの利活用を考えてみると、単に査定だけではなくて、もっと幅広い利活用の仕方というのは恐らくあると思うのです。先ほど印南委員からもありましたけれども、保険者に関してのものもありますし、あるいは民間企業にも匿名化のところを外せば使えるような貴重な情報もあると思うのです。そういったちょっと幅広い利活用の方向へもっ

と人材を割いて、目視のほうの人材から配置転換をしていくような大きな考え方で組織の運用の在り方を考えることはできないのか。

以上3点ですけれども、お願いできればと思っています。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

最後の御指摘は、まさにデータの利活用に関わる話だと思います。

御回答をよろしく申し上げます。

○榎本審議官 まず、電子レセの普及を進めることが重要だという御指摘をいただきまして、それは全くおっしゃるとおりだと私どもも考えてございます。

ただ、請求の仕方が、基本的にはオンラインで請求していただくということでこれまでも取り組んでいるところでございますが、これについてはこれまでの過程の中で、平成21年度に現場の実情を考慮しながら医療機関の選択によって電子媒体での請求、あるいは高齢者のみで医師が運営しているような医療機関などについて、例外的に紙媒体で請求を認めたという経緯がございます。こうしたことについて、今後、縮小を図っていかないといけないのではないか、あるいは一方で、保険者のほうから返戻するときに紙媒体で返すなどといったこともあったりしますので、そういったところの在り方の見直しについては、この3月の検討会で取りまとめられた報告書の中で、医療機関のほうからの返戻、再請求、それから、保険者からのものについても、紙媒体を減らしていく必要があるのだという御提言をいただいて、それは進めていきたいと考えてございます。

ただ、最初に申し上げた、もともとオンラインで請求していない医療機関について整理をする必要もございますので、こういった点についても、恐らく現場のほうでなかなかこれが進まない背景としては、診療所とかの規模が非常に小さかったり、レセプトの数あまり多くなくて、なかなか電子媒体でやれるような仕組みを導入するのにためらっておられるところがあったりする。まずは現場の今の実態を把握した上で、具体的にどうするかということも併せて考えてみたいと思っていますところでございます。

○神田理事長 まず、AIによる振り分けをファーストにして、目視をセカンダリーにできないのかということですが、現状でいうと幾つかの問題があると思っています。レセプトについては症状詳記とか、コメントという欄が結構ありまして、そこに書かれたものを読んで、最終的には審査委員が医学的に判断をしているということでもありますけれども、現在のAIのレベルでテキストデータである症状詳記を読み込んで査定か請求どおりでいかというところまで判定できると現状ではなっていないという点が1つあります。

もう1点は、AIは判定ができますけれども、ブラックボックスなので、何でこう査定されたのかという理由がつけられない問題があります。今、支払基金では、査定をしたらほぼ100%必ず理由をつけて、なぜ査定されたのかというのを医療機関に納得してもらい、保険者にも納得していただくとしていますけれども、AIですと、それができないという点がありますので、やはり現状でいうと査定されればその人が医療を受けられなくなってしまうという問題がありますので、一次的には見なくていいものはAIで振り分けてもそれで完

結するのですけれども、最終的にはまだ人が判断をするとなっております。

一方で検査値データなどを提出してもらえないかという話がありますので、検査値データをレセプトにつけて出していただくことによって、できるだけAIによって振り分けられるような部分というのを増やしていけないかという方向で検討しております。

それから、新しい部分に振り向けていくべきではないかということでもありますけれども、この20日からオンライン資格確認システムの運用が始まって、私どもはそれを担っております。それに伴ってレセプトの薬剤情報ですとか、あるいは健診情報などの提供も始めておりますし、来年度には手術ですとか、透析といったほかのレセプト情報の提供、それから、電子処方箋の管理サービスを受託するというところで取り組んでいますので、先生が御指摘のように審査の効率化で浮いた人材については、データヘルス部門とかに集中的に投入して、新しい事業展開をしていきたいと考えております。

○榎本審議官 先ほど印南先生のほうから御質問のあった件、あはき、柔整の状況について確認をさせていただきましたところ、これにつきましては、それぞれの施術者から保険者に対して直接請求がなされる形になっております。このため公的な関与をどうするか、何らかの方法で請求をまとめて行う仕組みができないかといったようなことをまさに検討を進めている段階でございますので、今、そういう状況にあるということを御理解いただければと思います。

それから、先ほどオンライン請求の普及に向けてということで、1つ補足させていただきたいと思いますが、厚生労働省では今年10月20日からオンライン資格確認という仕組みをスタートさせることにしております。オンライン資格確認がスタートいたしますと、オンライン請求にも活用できるネットワークを整備していただくように各医療機関に進めていただくこととなりますので、私どもはこの整備に向けて促進しております。こういったものの普及を通じて、オンライン請求がより普及するようにしております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大浦専門委員、よろしくお願ひします。

○大浦専門委員 今、AIがブラックボックスでという話があったのですけれども、それに関しては、多分もっといいAIを使えば必ずきちんと答えが出せるに決まっているので、そこは本当にしっかりやっていただければと思います。

質問ですが、先ほど20%が目視で、72%はAIを最初に使って、またその後に目視なのか、そんな図だったと思うのですけれども、これは多分レセプトの枚数だと思うのです。これから先、いろいろな目標値をつくっていくに当たって、この出来高です、金額を追っていったほうがいいのかと思います。多分20%目視となっていますけれども、金額にしたらこちらのほうがはるかに大きいのではないかと思うのです。なので、もちろん私はレセプトはAIが見ていったほうがいいのかと思いますので、それを推し進めるためにも、ぜひ指標の一つに金額的な出来高は入れていただきたいというのと、現時点で、こ

の出来高の割合はどうなっているのかというのをお教え願えればと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大橋専門委員、先ほどの質問の続きですか。

○大橋専門委員 全部の後でもいいですけども。

○佐藤座長 では、まず、杉本委員からコメントをいただいて、まとめて厚労省さんに御回答をいただきます。

○杉本委員 先ほど大橋委員からも御質問がありましたレセプトの電子化についてです。その際の御回答で聞きたかった点についてお聞きできたところもあるのですが、やはり紙と電子データの併存というのは事務的な手続としてはかなり煩雑になると思いますので、どんどん紙の比率を少なくしていくことが大事だと思います。

先ほどの御回答では、高齢のお医者様の診療所ではなかなか電子化を普及させていくのは難しいということでしたが、そういうようなところに対して何かしらのサポート体制など、レセプトの電子化をお手伝いするような方策等は考えられているのでしょうか。その辺りのサポート体制を整えながら電子化率を100%に近いところまで普及させていくことが大事なのではないかと思うのですが、その辺りのことについてお聞きできますとありがたく思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、御回答のほうをよろしくお願いします。

○神田理事長 出来高を入れるべきではないかというお話ですけども、基本的には7ページの先ほどの振り分けのフローを見ていただくと、入院レセプトが入っていますので、現状でいうと2割のレセプトですが、出来高でいえば7割の医療費について目視をするようになっていると、それから、Xgboostというポンチ絵でいうと9ページですけども、そのレセプトが査定されるかどうかというのを例えば薬だとか、医療行為だとか、そういうことで分岐させていくのですが、その中の重要な要素の一つは点数なのです。点数が高ければ人が見るべきほうに大方振られるという論理が組み込まれていますので、先生が御指摘のような点は十分この中に入っているといえるのではないかと考えております。

○榎本審議官 あと、杉本先生からレセの電子化について御提言を頂戴しました。どうもありがとうございます。私どもとしても紙のレセを処理することが支払基金にとってみてもかなりの労力になっているという状況は重々承知しているところでございます。できるだけこれを少なくしていくように取り組んでいかなければならないというのも現状で考えているところでございます。

高齢ドクターに対するサポートというような御提案をいただきましたけれども、こういったところのそもそも実態を、平成22年に始まって今どこまでそれがだんだん減ってきているのかといったところをよく把握しながら考えていく必要があるのではないかと考えて

おります。一方で、現場がどういう実情になっているかということも関係者の間で丁寧に議論をしながら整理をしていく必要もあるかと思っております。そういった中で、御提案のようなサポートも必要ではないかという御意見も恐らくあるかと思っておりますので、いろいろと関係者の御意見もお聞きしながら、整理をして考えていきたいと思っております。御提案、どうもありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

関係者の御意見を伺うというのは、何か検討会やワーキング・グループを直接立ち上げるという意味ですか。アンケート調査をするという意味ですか。

○榎本審議官 まず、実態をよく把握することが必要だと思いますし、恐らく医療機関の現場のほうの問題になってくるかと思っておりますので、それぞれどうなっているのかを個別に調整させていただきながら進めていく形になるのか、枠組みは具体的にかちっと固まっているものではございませんけれども、今のところそのようなイメージで考えています。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

大橋専門委員、よろしく申し上げます。

○大橋専門委員 先ほどの利活用のところなのですが、御説明からすると、支払基金はほかのところでもいろいろ人材のニーズがあるので、なかなか利活用に割きたいと思うけれども、難しいというお話だったかもしれませんが、他方で、このレセプトはやはり国民の財産であるということを考えてみると、しっかり国民のニーズに戻していく必要があるという姿勢というか哲学はまず持っていただかないといけないのかなと思っております。それは一体何かというと、やはり患者なり、我々それぞれが患者になり得るわけですが、患者が主体的な選択をするためのインフラとしてレセプトというのは位置づけられるべきものだと思うのです。

そうすると、このレセプトを使って例えば医療機関の情報であるとか、あるいは場合によっては医師の情報とか、そういうものをしっかり利活用の中で国民に返していく。それで医療機関や医師を選択をする上でのインフラとして使っていく。そうしたものを支払基金さんでできないのであれば、厚労省も情報公開とか、医療機関情報というのはしっかり公開のための様々な補助事業とかをやられていると思いますけれども、そうしたものをしっかりこの機会に根づかせていくようなことをぜひ考えていただく必要がないのかなと思っております。

ちょうどDXをこれだけ進めていこうとしているわけですから、これまでの補助事業みたいにちょこちょこやるのではなくて、大きく考え方変えていくような形で取組を今回進めていただけないかということで、これは御提案ですけれども、よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、落合専門委員からのコメントを受けて、またまとめて回答をお願いいたします。落合さん、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 私からは2点です。

1点目は、これまで議論に出てきた中で在宅での審査という話だったり、あと、小規模な医療機関等の負担というお話があったと思っています。全体として、今日議論しているほかのテーマとも共通すると思うのですけれども、できるだけ電子化して人の手でやらなくてもいい部分については業務効率化をできるようにして行って、人が本当にやるべき仕事のところになるべくリソースを配分しようという視点の中での議論だと思っています。

そういった意味で、サポートをつけていただくというような杉本先生がおっしゃられたようなことも考慮が必要ではありますが、そもそもシステム自体を設計するに当たって、やはりそういったリモートワークで審査委員を様々な部分で在宅からできるようにしていただくとか、小規模の機関であっても利用しやすいような形にそもそも設計していただくということが、電子処方箋も同じような問題があると思うのですけれども、非常に重要ではないかと思っています。こういったことを今後どういう形で御検討されていかれるかというところを伺えればというのが1つ目です。

2つ目は、データの利活用として大橋先生がおっしゃられたほかに、どちらかという医療側のほうでも、例えば国保連ですとか、保険者間で共有していくとか、こういった形の中で適正請求を図っていくとか、そのための必要な知見のアップデートとかにも使えらると思います。そういった点についてはどういう形で考えていかれるかというのを教えていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、支払基金さん、まとめて回答をお願いします。

○神田理事長 データヘルスの関係で、各種の情報を国民に還元していくようにするべきではないかということで、実は支払基金は、この4月にデータヘルス部門ということで90人の三部体制の部門を設置いたしております。それは先ほどあったように個別の事業をばらばら受託するだけではなくて、全体を俯瞰して付加価値のある事業をどのようにやっていくのか、保険者のデータヘルスに貢献する、あるいは地方公共団体の地域医療構想等の策定に貢献する、そういうこともやっていきたいということでもあります。

それから、個人への還元ということでPHRという観点で言いますと、今月から健診情報ですとか、レセプトの薬剤情報の提供、マイナポータルを通じて提供していくということも始まっておりますし、来年度から先ほど申し上げたようなレセプトのその他のいっどこで受診をしたのかという基本情報、そういうことと、手術ですとか透析の情報、また、電子処方箋ができれば、医師がいつ処方したのか、薬局が調剤した処方調剤情報というの、そこに載せてフィードバックができるようになりますので、先生が御指摘のような点はしっかりと我々もそうしていきたいということで組織体制もつくって、そのように取り組んでいきたいと思っています。

それから、リモートワーク、紙のレセプトを家に持ち帰って審査するというわけにはいかないのですけれども、少なくとも電子レセプトについては10月から自宅で審査できる体

制というのをつくってやっておりますし、来年度以降、それを職員ですとか、あるいは感染状況が厳しい地域の審査委員にも広げていきたいということでやっておりますので、基本的には御指摘のような方向でやらせていただいております。

それから、国保連との情報共有というようなことは、今でも国保連と支払基金は情報の共有とか、そういうことはしております。現在でも、ここの医療機関のこういうものはどういう状況になっているのかということを実際の担当者とか、審査委員が情報交換しながらやっております。ただ、データそのものを直接やり取りするという形には今なっておりませんが、今後、コンピューターチェックも支払基金と国保連の間で統一をしていくということになっておりますし、2026年に向けて審査支払システムの共同開発をしていくとなっておりますので、そうすると、かなり情報共有の基盤ができていくのではないかと考えておりますので、御指摘のような形で情報共有、コンピューターチェックなどの審査基準もそろっていきますので、より情報共有がしやすい形になっていくと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お時間になってきていますので、特段追加のコメント等がなければ、議題2はここまでとさせていただきます。

支払基金さんのこの改革につきましては、随分と長いおつき合いをいただいているのですけれども、それは恐らく我々規制改革推進会議のほうと方向感は合っているとしても、スピード感がちょっと違うのかなということが一つあると思います。どうしても小規模な開業医の方々、高齢者の開業医の方々に対する御配慮等々があるのは分かるのですけれども、やはりスピード感を持って、これも支払基金のDX化だと思うのですけれども、そちらのほうを進めていただければと思います。あと、今日はデータの利活用の話が出てきました。大橋先生から、まさにレセプトは国民の財産だと、それはそのとおりだと思いますので、ぜひ国民の財産を国民に還元するという体制を整えていただければと思います。あとは保険者機能の強化、これは印南先生から最初のほうに御示唆があったのだと思いますけれども、まさに保険者機能の強化につなげることができればと思います。

どうもありがとうございます。では、議題2はここまでとさせていただきます。議題2のほうは時間がなかったものですから、委員の方々から御意見を十分聴取できなかったと思いますので、追加の御意見ある方は来週の月曜日中に事務局のほうに御連絡をお願いいたします。また厚労省さんにまとめて連絡するようにします。

では議題3、次は電子処方箋システムの構築状況に入らせていただきます。厚生労働省からは山本史大臣官房審議官、伊藤健大臣官房企画官にお越しいただいております。

それでは、厚労省様からの御説明をお願いします。毎度申し訳ありませんが、5分以内での御説明をよろしく願いいたします。

○山本審議官 医薬の山本でございます。よろしく願いいたします。お手元の資料に沿って御説明させていただきたいと思っております。

電子処方箋システムでございますが、現在、令和4年度に運用開始ということを目指し

て進めております。

2 ページを御覧いただければと思います。電子処方箋管理サービスができた暁にはという、サービスの仕組みを踏まえた人なり、情報なりの動き、全体のイメージを示しております。図の上が処方箋電子化によって、人がどう動くか、あるいは情報が動くかということでございます。この電子処方箋管理サービス、このオンライン資格確認を基盤として構築をいたします。お医者さんが処方箋を発行するところで処方箋の情報が管理サービスのほうに入りまして、これを薬局側で処方箋情報を取り込んでいただいて調剤していただく。そして調剤情報は改めて薬局から電子処方箋管理サービスに入れていただくということでございます。

図の下のほうでございます。この情報を活用していくという観点で書いておりますが、様々な医療機関、あるいは様々な薬局からの処方情報、あるいは調剤情報が一元的に管理されますので、普及が進んでいくという前提でございますが、リアルタイムでこれまで重複投薬を薬局側でやっていたりしたわけですけれども、一元的に重複投薬チェックなどが可能になる。レセプト情報を参照することで、処方箋が来た日から過去1か月より前のお薬情報は医療機関、あるいは薬局側から参照できるようにはなるのですけれども、この電子処方箋のシステムが開始されることで、処方箋が発行される当日までの過去1か月の分もチェックが可能になりますので、そういう意味でリアルタイムといえますか、隙間なく患者さんの処方、あるいは調剤情報を一元的に見ることができ、それを使うことができると考えております。

前回、御指摘ないしは御意見をいただいたところでございますが、お薬手帳というものが、現在別のツールとして紙ないしは電子アプリで患者の皆様、あるいは医療機関、薬局の医療従事者の方々にお使いいただいております。この電子処方箋ができた暁にお薬手帳をどうしていくのか、あるいはどういうことを考えているかということでございますが、次世代のお薬手帳にどんな機能があるといいかというのは、今年度、次世代のお薬手帳に期待される機能がどんなものがあるか等々を検討しております。

一方、電子処方箋管理サービス開始の暁に、どうやって連携させていくかというところでございますが、囲み書いておりますようにマイナポータルと次世代の電子版お薬手帳をリンクさせて連携させることで、この電子処方箋システムにため込まれている患者さんの処方情報、調剤情報をお薬手帳のほうに取り込むことを可能にしたいと考えます。これについて来年、電子処方箋のシステムを構築する傍らで、お薬手帳のアプリの開発をしていただけるように考えていきたいと思っております。

3 ページで、今後のスケジュールでございます。当初2022年、来年の9月にリリースをしたいと考えておったのですが、入札手続を取ったところ、事業者が決定いたしませんでした。このため、現在再入札の手続を実施しておりまして、11月にもできるだけ早く利用者さんを決定いたしまして、2023年の1月に、この電子処方箋のシステムをリリースしたいと考えております。

先ほども申しあげましたように、事業者さんが決まった以降、2022年にお薬手帳のほうもアプリ事業者、お薬手帳のほうは結局各アプリの事業者さん、ベンダーさんが開発をされていくことになると思いますが、リンクができるように、恐らくマイナポータル改修なども必要になってくるかと思いますが、アプリ事業者さんが開発できるように、そして、システム側もお薬手帳のアプリとリンクができるように、あるいは処方箋情報がマイナポータルに取り出せるように、そういった各種の作業を進め、このリリースに間に合うようにお薬手帳を開発していただきたいと思っております。

簡単ではございますが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

質疑に移る前に1点確認なのですが、7月に予定されていた入札で結局参加者がいなかったということなのですが、その原因については何か調べられていますか。仕様の問題ですか、予定価格の問題ですか。

○山本審議官 入札説明会に参加された事業者さんは何社さんかあったそうで、その方々に支払基金のほうから伺ったところ、価格ではなくて、来年の9月にリリースという開発スケジュールでは短いといいますか、開発スケジュールが自分たちはそれではできないということで提案がなかったと、そういう事業者さんが非常に多かったと聞いております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、委員、専門委員の皆様方からの御意見を伺いたいと思います。今回の議題3については、先ほどの議題1の電子署名、HKPIに関する御議論とも強い関連がありますので、場合によりましては議題1のほうにも言及いただきながら質疑をいただいても結構です。どちら様からでもよろしくお願いいたします。いかがでしょうか。

小林副大臣、よろしくお願いいたします。

○小林副大臣 先ほどのスケジュールのところを見ると、仕様設計のところから再発注ということになると思うのですが、発注はどこになるのですか。再調達手続だから。

○伊藤企画官 入札手続をしておりますのは支払基金になります。支払基金から調達手続をかけまして、事業者が応募するような形になっています。

○小林副大臣 なので、今手続が。

○山本審議官 今ちょうど再調達プロセスに入っておりまして、11月の初めに事業者さんが決まる予定でございます。

○小林副大臣 そういうことですね。

ワクチン接種記録システムをやってみてもそうなのですが、仕様をつくって開発しますとってから、連携される民間企業さんには連携するアプリをつくってもらいますという話なのですが、仕様の段階からその人たちの意見を多少聞いておかないと、そもそも仕様が間違っているという問題は出ると思っています。

基本的に仕様というのは相当間違うと思ってやったほうがいいので、ユーザーとか接続先、連携先と一緒に作るほうが実はいいと思っています。なので、ワクチン接種記録シ

システムも医師会とかなり話をしながらつくったということで受け入れてもらったということがあったので、その辺は今のうちにそのような事業者と連携が取れているのかどうか。アプリケーションをやってくる人たちと十分にこの仕様ならいけるというような共有ができていくのかどうかを確認させてください。

○佐藤座長 ありがとうございます。まさに重要な点だと思います。

厚労省さんのほう、御回答をお願いできますか。

○山本審議官 まず、電子処方箋システムのほうの調達仕様につきましては、当初から日本医師会や薬剤師会など関係団体、あるいは内閣官房のIT総合戦略室などと議論を交わさせていただいた上で検討を行ってまいりました。また、電子処方箋システムの調達にかかります調達仕様書の案につきましては、今年4月に意見招請という手続を行って、いわゆる事業者さんからの御意見・御指摘をいただくプロセスを構えた上で、結果的には調達仕様書の修正などもそこでかけております。そういう意味で、電子処方箋システムの調達の中で、システムの調達仕様書などを皆様に御覧いただいております。その上で、これからお薬手帳のアプリ事業者さんのほうにも、皆さんのお薬手帳、通達されるのか、PHR、特定健診情報とか、いろいろマイナポータルを通じて取り出すようなアプリを開発されている皆様も多くございますので、そういった関心のある皆様に出来上がっていくであろう電子処方箋システムとうまくリンクを取れるように、できるだけ広く事業者さんと意見を交わしていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

杉本委員、よろしく申し上げます。

○杉本委員 2点あります。

1点は、もしかすると私が聞き逃してしまったかもしれないのですが、薬剤情報の閲覧についてです。予定ではこの10月からマイナポータルで薬剤情報が閲覧できるようになるとお聞きしておりますが、この予定というのは順調に進んでいるのか、進捗状況についてお伺いできればと思います。

もう1点は、お薬手帳のことなのですが、以前のWGでもお薬手帳のデジタル化について話題となりましたが、マイナポータルを介してお薬手帳と連携する新たなアプリを開発されるということで、スケジュールを先ほど御説明いただきましたが、連携をするためには、今後は新しく開発されるアプリを改めてダウンロードしなければいけないのでしょうか、既存のお薬手帳のアプリと連携するということがあまり考えられていないということなのでしょうか。

以上、お聞かせいただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、御回答をお願いします。

○山本審議官 PHR、マイナポータルから患者さんが取り寄せることができるタイミングですけれども、先ほどの議題でも少しコメントがあったと思いますが、10月20日と支払基

金の方がおっしゃっていたような気がします。一応、私どもは担当していませんが、今月のしかるべきところからできるようになるという理解でおります。

それから、お薬手帳、今使っているものが、そのまま次世代としてマイナポータルにリンクして使えるかどうかというのは、現行のアプリの仕様にもよると思っております。そう意味で、そこを全て使えるようになるというのはちょっと難しいというか、そこはわからないのですけれども、少なくとも先ほど申し上げましたように、既にアプリ事業者さんのほうでは、PHRはマイナポータルを通して患者さんの手元に寄せられるようなアプリの開発を先に進めておられます。そういう意味で、お薬手帳もそこに統合されていくとか、様々な選択肢があるとは思っております。お答えになっておりますでしょうか。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

杉本委員、よろしいでしょうか。

○杉本委員 その続きで1点ですが、私の理解によれば、令和3年9月の診療分以降のものが今後マイナポータルを介して閲覧でき、お薬手帳とも連携ができると理解しているのですが、それ以前のお薬情報も、自分にとってその履歴は結構大事なと思うのですけれども、それとは連携ができずに、さらにお薬手帳のアプリも分かれてしまうとすると、自分の中でのお薬手帳の管理が少し不便になるのかなと思った次第です。これは意見です。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大槻委員、よろしく願います。

○大槻議長代理 システム周りで2点ほど御質問と1個コメントです。

今、小林副大臣からもありましたけれども、3ページ目のシステムの今後のスケジュールを見ていると、大丈夫かなというのが素直な感想でございます。民間のほうのシステム構築を様々見てきましたけれども、ここでいうと、外との連携なのですけれども、医療機関とか、薬局のシステム改修がリリースよりも後まで矢印が伸びているのですが、恐らく主体的に動くところ、エンティティと違って、相当頑張ってやっていただかないと、なかなか早くは進まないのかなと思います。そこら辺のスケジュール感と、民間というか外部医療機関も含めた、システム改修も含めたスケジュールについて、もう一遍確認したいということ。

それから、2ページ目なのですが、出来上がった後の電子処方箋の管理と情報共有のリアルタイム性です。これはどれくらいリアルタイムなのでしょうか。そこまで悪意でやる人はいないとは思いますが、お薬の買い回りというか、いろいろなところで処方箋を取得するような動きの抑止という観点で、本当の意味でリアルでできるのでしょうかという質問です。

最後にコメントとしては、先ほど杉本委員からもあったのですが、「現場」という話です。このトピックだけでなく、前のところも絡んでですが、支援のニーズのありなし等も

含めてこれから御検討されるということですが、国全体としてデジタルを進める中で、一部でも進まないという効率性はなかなか上がらない。そう考えると、ニーズがあるなしに関わらず、恐らく相当このサポートをする必要があるでしょう。システムは入れてみないと利便性が分からない、しかも当初は面倒くさいので、そこら辺の巻き込み方、民間の小規模なところも巻き込む方法もぜひ御検討いただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。

○山本審議官 まず、リアルタイムで、性善説、性悪説いろいろあるのですが、どういうものまで見られるのかということです。医療施設や薬局で導入されるという前提ですが、時間軸としては新しい処方箋が医療機関で発行されようとするその日、あるいは薬局側でいくと、処方箋を調剤してほしいということで、患者さんから依頼を受けて薬剤師さんが薬局に処方箋情報を取り込もうとするその日までに発行された過去1か月のものを含め確認できることになります。

○大槻議長代理 では、リアルといってもバッチ処理ということですよ。

○山本審議官 そういう意味では、調剤とか処方箋発行というところでチェックをしていくということになります。

それから、導入していくスケジュールを押し付けてはいけないのではないかと、リリースのとき以降でどのぐらいまでで、どういった導入のスピードを考えているのかということなのですが、そこについては併せて今検討をしていこうと思っております。今、ここを目標にしていますというものはないのですけれども、やはりリリースしてから、いろいろな医療機関、そして、いろいろな薬局でこれが導入されることで、このシステムのよさが発揮できると思っておりますので、やはり幅広く導入をしていただくのをできるだけ早く実現したいと思っております。

すみません、先生、最後の御指摘は何でしたか。

○大槻議長代理 現場の支援です。

○山本審議官 アプリの事業者さんへの支援ということですか。それとも、医療機関や薬局ですか。

○大槻議長代理 医療機関ということです。本件に関わらず、前の議題等も含めてです。

○山本審議官 そこは現実的に取り得る、しかも改革ができるだけ早く進んでいくような支援策は考えていきたいと思っております。今これだと申し上げられる用意はございませんが、そこは大事だと認識しております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 私からは2つでございます。

1つが資格確認をどういう形でやられるかという点です。1つ目の議題でも議論になっ

ておりましたけれども、オンライン資格確認のシステムは少し先にできてくるということですが、まだ途上ということもありますので、ほかの代替的な手段をどのように使えるようにしていくのかということは重要ではないかと思っています。議題の1つ目でもHPKIに限定されず、もう少し広い形で使えるものを書いていくべきではないかという議論をさせていただきました。例えばオンライン診療であったりですとか、もしくは対面診療で身分証を忘れてきたような方、マイナンバーカードを持っていない方とかとの関係でも、どういう形でちゃんと代替的に情報が取れるのかと、資格確認ができるようにしていくのかというのは、非常に重要だと思いますので、こういった御整理をされる予定かというのを伺えればと思います。

2つ目ですけれども、大槻委員のほうから御質問されたところと重複する部分もありますけれども、例えば医療機関からのレセプトが上がってきた際に時間がかかっていたりすることがあると思うのです。

こういった電子処方箋システムの運用というのが始まってきたときに、直近の情報というのを素早く読めるようになるのか、昔の情報の確認もあるとは思いますが、直近でどういう処方等がされているかというほうがより重要となる場面もあるのではないかなとも思われます。そういった意味ではタイムリーに情報を閲覧できるようになっているのかということも伺えられればと思います。その際に、今の場合ですと、重複投薬については同意なしで閲覧できるような仕組みを準備されているようですが、例えば副作用だったり、過量投薬との関係でも利用するということもあり得るのではないかと思いますので、この辺りをどのように御整理されているのかというのを伺えればと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、御回答をお願いします。

○山本審議官 まず、1点目の資格確認というか、本人確認でございますが、大きく分けて、先ほどの議題1にもあったような医師や薬剤師の資格確認がございます。そこは先ほどの議論にもございますように、これからどういうことまで可能かということも議論していきますが、具体的にはHPKIカードの活用に加えてクラウド型で電子署名していくとか、あるいはマイナンバーカードにゆくゆく資格情報が入るということも活用していくことができるだろうと思っております。また、御議論があった組織的な認証という手段として、どのように可能かということも議論の中で検討していきたいと思っております。

一方で、患者さんの資格確認について、例えばマイナンバーカードを忘れたとか、持ってこなかったとか、あるいは保険証を忘れたとか、そういった患者さんに対してどのぐらいの選択肢が用意できるかということなのですが、今考えておりますのは、マイナンバーカードも保険証も当日持参していない患者さんの場合、例えば被保険者番号を医療機関が把握していれば、すなわち再診のときなどがそうだと思うのですけれども、そういう意味ではシステム上で確認、それを利用していただくということは可能だと思っております。

初めて来た患者さんがマイナンバーカードも保険証も何も持っておられないという場合には、このシステムをその時点でお使いいただくのは難しいのかなと考えております。

それから、2つ目の御意見の患者さんの同意がない場合にどのぐらいの薬剤情報や処方情報を閲覧できるようにすることができるかというのは、いろいろ検討をまだ進めているところでございます。やはり個人情報とかいろいろな検討事項がございますので、今すぐにかこうということはございませんが、例えば他の医療機関が処方した情報などと重ね合わせて重複があるかどうかということについては、そういったことができるようにしたいとも考えております。

一方で、副作用や過量になっているのではないかとといったチェック機能も、リリース最初の段階から機能として搭載していくというのは、そこまでは考えておりません。もちろんリリース後にそういった現場で非常に意義がある、そして、患者さんのためにもなるといった機能を搭載していくことは、ぜひ積極的に考えていきたいと思いますが、現時点、リリース時にそこまでの機能を載せるのは、今のところは考えておりません。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

1点だけ確認なのですがすけれども、先ほどの問題になっている電子処方箋システムなのですがすけれども、仕様書上、これはHPKIが前提なのですか、ほかの電子署名でも大丈夫なことになっている、仕様書の中身の話です。

○山本審議官 前提にはしておりません。ほかの選択肢も組めるようにはしております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、大丈夫ですか。

○落合専門委員 1点だけ追加で、オンライン診療とか、オンライン服薬指導の場合は、先ほどおっしゃっていただいた中で、資格確認の方法としては番号とかを教えてもらって確認するという形になるのでしょうか。

○山本審議官 それは今やろうとしているオンライン診療とか、オンライン服薬指導でしょうか、それとも、電子処方箋のシステムが出来上がった後ですか。

○落合専門委員 電子処方箋のシステムが出来上がった後のことです。

○山本審議官 今、考えていることはそういうことで御説明させていただきますが、電子処方箋システムで処方箋を発行して、それを御活用いただく場合、在宅とかで患者さんがいるままでどうやってやるかということで、被保険者番号に加えて医療機関からアクセスコードを発行していただくかと考えております。それを一緒に患者さんが薬局のほうにお伝えいただくことで、薬局が処方箋情報を取得できるようにするといったことを検討しております。まだ決めきっているものではないでございますが、例えばそういったやり方で回せるのではないかと考えています。

○落合専門委員 ありがとうございます。具体的な手法はまた御検討いただくということなのですがすけれども、ぜひ使いやすくなるように設計を御留意いただけるとありがたいです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木専門員、お待たせしました。よろしくお願いします。

○佐々木専門委員 落合先生と大分重複するかもしれませんが、先ほどの過去1か月分が閲覧できるようになると聞いたように記憶しているのですけれども、その記憶は正しかったでしょうか。

○佐藤座長 では、まずその回答をお願いします。

○山本審議官 電子処方箋の仕組みで直近1か月分含めて閲覧できるようになるというものでございます。それより昔のものはレセプト情報として、医療機関や薬局のほうで参照できる仕組みとしておりますので、それと合わせていただくといったところでございます。

○佐々木専門委員 長期処方事例は結構増えていると思いますし、特に大病院は長期処方が出てくることが多いので、1か月分だと一々そこで目視をしてレセプト情報を閲覧して、重複処方をこちらで手作業で確認ということになると、利益がかなり失われてしまうのではないかと感じたのが一つ。

それから、これは今に始まった問題ではないのですが、薬局さんのところに患者が処方箋を持って行って服薬指導を受けたりとか、あとは処方内容が適正かどうかを確認して医療機関に疑義照会をするのですけれども、そもそもその人の病名とか、肝機能、腎機能が分からない状況で、この薬の量とか内容が適切かどうかという判断がすごく難しいところで、薬剤師さんたちが処方箋の中から病名を推測し、その人の全身状態とか、その人から口頭で聞いた情報で、その薬の量で適正かどうかというのをアナログで判断しているのですが、もしこういったポータルができるのであれば、最低限のラボデータとか、病名ぐらまでは、最新の血液データとか病名ぐらまではやはり共有できるようにしないと、電子処方箋にしたところで、薬局さんでやられる服薬指導の質が上がるのかというと、ただ単に情報がアナログからデジタルになっただけということになってしまうと思うのです。

せっかく特定健診のデータとかも共有できるということであれば、何がしかその人の基本情報に関するものを医療職がアクセスできるようにしておく必要があると思いますし、複数の医療機関から薬が出るときに、その薬の中身について、各々で医療機関が患者の了解を得なければ、ほかの医療機関から出た薬が閲覧できないというのは不具合が大きい。

そもそも保険医療なわけですから保険医療を受けているというのは、どこの医療機関で受けても同じルールで診療しているわけですから、自費医療で何の薬をもらっているかまで知る必要はないと思いますけれども、保険医療でやっている限りはどの病院からどの薬が処方されて、どの薬局で受け取ってというのは、係る医療職はやはり共有しておけるということがベースとしてあっていいのではないかと、ここは個人情報とかいう話ではなくて、安全な医療を提供していく上であっていいのではないかと思いますし、副作用とかアレルギーの情報もやはり共有されないと、これはちょっと問題だなと思います。でないと、何のために情報を共有するのか分からないのですよね。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、回答をお願いできますか。

○伊藤企画官 まさに重複投薬につきましては、1か月だけではなくて、もう少し長いスパンで見る必要があるので、必ずしも目視では難しいという御指摘ではございましたが、今の電子処方箋システムで考えておりますのは、処方箋発行段階におきまして、ある程度医薬品コードと用法用量、あと、過去の処方調剤情報といったものを自動でチェックして、それを画面上に出すような仕組みを想定しております。その上で、医師が判断をして処方箋を発行していただくということになりますので、ある程度、そこで仕分けというのはできるかなと考えているところでございます。

2点目の病名であるとか副反応、いろいろな情報というのが共有されることが重要でないかという御指摘でございますが、これは現行の処方箋でどこまで書かれるかというところもでございますので、電子化に当たりまして、どういった情報を入れていくのが必要なかというのは、まさに検討しているところでございますので、先生の御指摘を踏まえまして、今後よく検討していきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

先ほどの電子処方箋もそうなのですけれども、アナログを単にデジタルにして置き換えるだけでは何も変わらないということになりますので、せっきやくデジタルでやるのであれば、それに見合うサービスの質があっているのではないかという気がします。

では、時間になりましたので、議題3はここまでとさせていただきます。

この電子処方箋システムはアイデアとしては非常によろしいと思うのですが、ただ、ちゃんと使われるかどうかということ、それは何人かの委員の方からも指摘がありましたけれども、現場の声、現場のニーズ、ちゃんとそれをくみ上げているかどうかということに関わってくると思いますし、そこはある程度対話を通して、仕様であれシステムというものは構築されていったほうがよろしいのではないかと思います。

すみません、予定時間を10分超えてしまいました。今日の議論はここまでということにさせていただきます。また追加の御意見等々があれば、月曜日までにいただければと思います。

せっきやく大臣、副大臣に最後まで残っていただいておりますので、簡単に感想も含めて御意見をいただければと思います。

では、大臣からお願いできますか。

○牧島大臣 大変活発な御意見を皆様からいただきましてありがとうございます。

おまとめいただいたとおりだと思いますが、デジタル庁も規制改革と一緒に活動することが明確になって、デジタイゼーションではなくてデジタルライゼーションするのはスピリットとして持っております。なので、今あるものをただデジタル化するのではなくて付加価値をどうやってつけていくのかという観点を大事にしていくということ。それから、国民目線ととか、患者目線ととか、ユーザー目線ととか、UI、UXというところもデジタル庁でかなり強く打ち出しているコンセプトですので、そこも併せて皆様と今後

も協議をしていきたいと思っているということ。

これで最後にしますが、DXのところはやはりもうちょっと意識しないといけないのかなと思っております。DFFTも併せて私が担当しておりますけれども、国外のことだけではなくて、国内の国民のデータの利便性をどうやって戻していくのかという観点で、今までの御議論で委員の先生方から不十分だという御指摘を受けたのかなと私自身は受けとめておりまして、一緒に頑張りたいと思いました。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、副大臣、よろしくお願ひいたします。

○小林副大臣 本当にありがとうございます。

山本さん、最後のところなのですけれども、やはり資格確認は要らないと思うのです。電子カルテにもうログインして、そこから出すわけなので、これは絶対なしにしていたきたいという前提で検討をお願いしたいと思っています。難しければデジタル庁は相談に乗りますし、これを本当につくっていいのかみたいな話になるので、使われないシステムをやはりつくってはいけないと思うのです。なので、資格確認のところは本気で見直しをお願いしたいというのが1点目です。

2つ目は、VRSをつくって医師会と話したのですけれども、何かシステムがたくさん出てきてしまって、ログインのIDとパスワードがたくさんあるんですねということで、Amazonと楽天と大体IDとパスワードを一緒にしているわけです。だったら、G-MISのIDで全部入れるようにしようねというのを一応VRSの関係で皆さんとも整理をしたはずだと思っていますから、今後つくるときは医療従事者とか薬剤師さんの業務が減るという前提で整理をするということは、やりながら考えていただきたいなと思っています。全力で応援しますので、ぜひ御一緒にできたなと思っています。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、本日の議論はここまでとさせていただきます。

本日は、お忙しい中御参加いただきまして、ありがとうございました。また、厚労省関係、御対応いただきました関係者の皆様方、誠にありがとうございました。