

第1回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成30年10月29日（月）10:00～11:36
2. 場所：中央合同庁舎4号館12階共用1214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）、大田弘子（議長）、
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、後藤禎一、土屋了介、森田朗
 - （事務局）田和規制改革推進室長、大森参事官
 - （説明者）前多俊宏 株式会社エムティーアイ代表取締役社長
立石優子 株式会社エムティーアイ上席執行役員ヘルスケア事業本部長
神成淳司 慶應義塾大学 環境情報学部教授
内閣官房情報通信技術(IT)総合戦略室長代理/副政府CIO
（厚生労働省）渡辺大臣官房審議官(医療保険担当)、健康局健康課
中村女性の健康推進室長、医政局医事課堀岡医師養成等企画調整室長
（社会保険診療報酬支払基金）城審議役、システム部 山崎部長
4. 議題：
 - （開会）
 - 1. 医療・介護ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項
 - 2. 健診情報の入手の容易化
 - 3. 社会保険診療報酬支払基金に関する見直し
 - （閉会）
5. 議事概要：
 - 大森参事官 ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」の第1回を開催いたします。
 - 皆様には御多忙の中、御出席頂きまして、誠にありがとうございます。
 - さて、今回の議題は、お手元の資料にありますとおり3件ございます。1点目が「医療・介護ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項」、2点目が「健診情報の入手の容易化」、3点目が「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」となっております。
 - なお、本日は大田議長、金丸議長代理が出席しております。よろしく願いいたします。
 - では、ここからの進行は林座長、よろしく願いいたします。
 - 林座長 ありがとうございます。
 - 皆様、おはようございます。今期の公式の第1回となりました。皆様、おそろい頂きま

して本当にありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思います。

本日の最初の議題は、ただいま御紹介のありましたとおり、当ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項についてでございます。

まずは事務局から説明をお願いいたします。

○大森参事官 お手元の資料の右肩に資料1と書いてある縦のA4の資料、「医療・介護ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項」を御覧ください。1より読ませて頂きます。

「1. 医療等分野におけるデータ・ポータビリティの実現」、国民・患者の個人が生涯にわたる自身の医療・介護・健康情報を必要に応じて利活用出来る仕組み（データ・ポータビリティ）の実現を視野に入れつつ、医療機関等の情報連携などにおいて健康・医療・介護分野データの共有・活用を阻害している規制改革に取り組む。

以下、現時点で（ア）データ標準化、（イ）が本日のワーキング・グループのこの後の議事になっております健診情報の入手開示の容易化等、5つの案件を検討する予定としております。

項を移りまして、「2. 地域医療の担い手の確保」、看護師における死亡確認を認めるみとりガイドライン（情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン）において示されている一部の厳格過ぎる要件を見直し、医療現場の実態に即した修正等を検討する。

「3. 外国人観光客に係る診療価格の見直し」、外国人観光客（自由診療扱い）の増加を踏まえ、社会医療法人等一部の医療機関に課せられる税制優遇要件、すなわち「自費患者を診察した場合に請求する金額を社会保険診療報酬と同一の基準により計算すること」とされる要件緩和を検討する。

「4. 医薬情報の提供に係る規制の見直し」、医薬品について薬機法上の適切な「情報提供」と「広告」の区別をより明確化することで、製薬企業が患者に医薬情報を直接提供することを一定の条件下で可能とし、患者による当該情報へのアクセス改善を図る。

「5. AMEDの行政手続コストカット」、日本医療研究開発機構（AMED）と委託研究開発契約を締結する際の各種様式や手続の非効率等を洗い出し、研究機関や事業者が負担を感じている行政手続の削減を検討する。

「6. 重点的フォローアップ」、これに関しましては、（1）オンライン医療、（2）本日、この後のテーマである支払基金等、5つの案件を対象としております。

以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

私から若干補足させていただきます。

まず、1番に掲げました医療等分野におけるデータ・ポータビリティの実現についてでございます。これについては、昨年来、このワーキングでも勉強会などを重ねてまいりました。御案内のように、現在においては情報こそが新たな財産として注目されているわけ

ですが、大きく情報を集めたビッグデータの活用というところでは、これまで未来投資会議を初め、様々なところでの施策が進んでいるところです。

他方、このデータの個人の活用というところに視点を置いたデータ・ポータビリティの観点の施策は、我が国においてはいま一つ進んでいないところでございます。これを国際的に見ますと、エストニアなどに代表されるようなデータ・ポータビリティが、例えば米国のブルーボタンなどにおいても進んでいるところであり、台湾や韓国においても進んでおります。

我々がSociety5.0の恩恵を一番感じられるこの医療・健康・介護分野のデータの個人利用、共用、活用を阻害しているような規制改革に取り組むということが、これからのデータヘルスの実現においても必要であると考えております。

大きくはそういうことなのですけれども、では、具体的に今期何をするのかということで、（ア）から（オ）まで挙げてみました。

まず（ア）ですが、医療情報の流通性を向上するためには、具体的にはシステム・データフォーマットなどの、現在の厚労省標準規格を更に拡充して、普及促進する必要があると考えております。これについて検討して進めていきたいと思っております。

2番目の（イ）ですが、民間のPHRを促進するためには、健診機関等からの健診情報の入手、それから、入手だけでなく本人開示を現在よりも容易化することが求められているところでございます。本日、後ほどのヒアリングにおいてもこの点を掘り下げていきたいと思っております。

3番目の（ウ）地域医療連携ネットワーク等における第三者提供、これは今、進んでいるところではございますが、本人同意の在り方について、よりこの施策を推進するために検討していきたいと思っております。

4番目の（エ）ですが、医療ビッグデータの活用をするためには、現在、国等の行政機関が保有している匿名化医療情報を民間、企業や研究機関に提供する際の条件を見直して緩和していく必要があるのではないかと考えており、これについて検討したいと思っております。

最後に、（オ）になりますが、こうしたデータ・ポータビリティを真に実現するためには、まず、分野横断的なヘルスケア情報基盤に係る法規制の研究や検討をしていくことが必要であると考えております。現在の状況では、御案内のように、転居や転職があると、個人のヘルスケアデータは分断され、ぶつ切りになって、つなげて情報を活用することが出来ない状況にあります。それを分野横断的に個人が転職や転居にかかわらず、自分の情報を安心して託せるようなデータ情報基盤、ヘルスケアの情報基盤というものをどのように法制度として担保していくかということを中心に検討も進めていきたいと思っております。

私からは以上です。

御質問、御意見がございましたら、お願いいたします。

どうぞ。

○土屋専門委員 基本的に大賛成なのですが、1の（ア）の後半のところ「システム・

データフォーマット等の厚労省標準規格の拡充・普及促進」と。これは出来れば「厚労省の支援による標準規格の拡充・普及」として欲しいのです。理由は、このように書いておくと、厚労省は勝手に標準を決めて押し付けてくる。むしろ規制のもとになる文章になると思うので、この辺は気を付けたほうがよろしいのではないかと。競争原理でデファクトスタンダード的なものが一番使いやすくなるので、その余地を残していただければと思います。

○林座長 ありがとうございます。

何にせよ標準規格というものの成り立ちについては、先生のおっしゃるように民間主導でそれを吸い上げて国で作っていくことを進めていくべきだと思いますので、表現について少し検討していただけますか。

そのほか、よろしいでしょうか。

どうぞ。

○森下座長代理 今、土屋先生が言われた件は結構大事で、今までの例だと国のものは使いにくいというのが通常で、どちらかという民間ベースで品質がいいものを普及してもらわないと、むしろ一般病院は、特に民間病院は努力していいものを作っているの、逆行する可能性があるの、ここは非常に表現に気を付ける必要が私もあると思います。

○林座長 ありがとうございます。

この拡充というところをより実態に、民間からの御提案に基づいたというところで、押し付けにならないようなことを厚労省とも協議していきたいと思います。

ほか、よろしいでしょうか。

それでは、この資料に記載されたテーマを今期の主な審議事項として決定させていただきます。ありがとうございます。

では、入室いただいでください。

(ヒアリング対象者入室)

○林座長 それでは、早速ですが、今期の実質的な議論をスタートさせるべく議題の2つ目「健診情報の入手の容易化」に移ります。

本件は第3期における当ワーキングの主な審議事項として掲げております医療分野におけるデータ・ポータビリティの実現の各論を構成するものでして、民間PHRを推進する観点から取り上げるものです。

本日は株式会社エムティーアイから、前多俊宏代表取締役社長、立石優子ヘルスケア事業本部長にお越し頂きました。

同社における民間PHRの先駆けとしての取組や御意見は、今後民間PHRを更に普及させるための制度改革を検討するに当たりまして、大変参考になるかと存じます。

また、厚生労働省健康局健康課の中村洋心女性の健康推進室長様、医政局医事課の堀岡伸彦医師養成等企画調整室長にも御同席いただいでおります。

それでは、早速、前多様、立石様、御説明をお願いいたします。

○株式会社エムティーアイ（立石上席執行役員） よろしくお願ひいたします。株式会社エムティーアイヘルスケア事業本部長の立石と申します。

健診データ・ポータビリティということで、早速御説明に入らせて頂きたいと思ひます。

1スライド目、本日の御提案骨子という形で1枚まとめさせて頂いておりましたが、当社としては、本人を起点に本人の情報、そして、専門家、専門組織といったものをつなげることによって、本人の健康を「つながり」で支えるということを実現したいと思っております。

そして、本人の意識変容による健康維持増進というところにつなげていきたいということで、本日お持ちしているのは健診結果の返却促進という形なのですが、目的のところに記載させて頂きましたが、唯一の健診データ保管機関である健診機関、「唯一の」というところは後ほど補足させて頂きますが、健診機関から受診者本人の合意に基づいて、本人に結果データを渡せる枠組みを確保させて頂きたいということで、御提案をお持ちいたしました。

この目的だけからすると、もう既に実現されていてもおかしくないとお考えの方もいらっしゃるのではないかとと思ひますし、これを実現することに対して反対される方は余り多くないのではないかとと思ひますが、現実には課題のほうに記載させて頂いておりましたが、健診機関で健診結果を本人の同意に基づいて返却することが、健診機関の独立した判断として実施出来ないというのが、今、現実として起こっております。

その健診機関が判断出来ない背景となっているのが、健診機関と健康増進実施事業者、これは企業並びに健保という形になりますが、その業務委託契約です。その業務委託契約の背景となっている各健診制度の複雑な重なりということで、ステークホルダーを整理するのが非常に難しくなっているという現状がございます。

解決手法として、1つ目はデータ・ポータビリティ、2つ目として医療機関の独立した権利義務として、健診機関が自由に受診者に対して結果を通知出来るような枠組み、3つ目として健康増進実施事業者、これは事業者や健保に対してこのようなことを進めるべきであるという指針の追加ということで、3点の解決手法を御提案させて頂きたいと思っております。

詳しい説明に入らせて頂きます。3スライド目、当社の考える「あるべき姿」ということで、冒頭に申し上げたとおりなのですが、受診者が、自身の健診結果とその経年経過を、私どもはスマートフォンを通じてアプリを提供しておりますので、手元でいつでもその結果を確認出来、内容を理解して、次のヘルスアクションをとれるようにするというをやっていききたいと思っております。

また、本人の手元に返った健診結果については、例えばかかり付けの医師やかかり付けの薬剤師、看護師といった専門家に本人から見せるという形で、ほかの専門家にもつながっていくということをやっていききたいと思っております。これは正に未来投資戦略2018で述べられている次世代ヘルスケアの事例ではないかとと思っておりますので、健康寿命の延

伸、そして、社会保障費の削減に貢献出来るのではないかと考えております。

当社ではCARADAというサービスを提供させていただいておりますが、その御説明を4スライド目、5スライド目に提示させていただいておりますが、スマートフォンのアプリを通じて個人が自身の健診データを経年で結果確認出来ると同時に、お薬手帳の機能等も搭載しておりますので、薬局等もつながり、かつ体重や血糖、睡眠、血圧といったようなバイタルデータも記録して共有出来るような中身になっております。

6スライド目、CARADAを通じた健診機関と受診者のつながりということをお話させていただきます。非常にシンプルなお話でございますが、健診機関はCARADAというものを通じて健診結果をお伝え出来ますということをお知らせして頂き、健診後はデータが見られることを通知して、スマートフォンから健診結果を受診者は受け取る。受診者の中には、もちろん専門用語であるとか検査値の変化をどう受け止めたらいいのか分からない方もたくさんいらっしゃいますので、そういったものを健診機関に対して、この検査値の意味はどう捉えればいいのかとか、次のアクションをどうとればいいのかということで相談が出来るというような機能になっております。

7スライド目から、少し補足資料を付け加えさせていただきました。経産省の「データポータビリティに関する調査・検討について」ということで、医療におけるデータ・ポータビリティというものは非常に必要性が高いということで、実に8割近い方々が自分たちの診療結果や健診記録というものを手元で保有したいと回答していると理解しております。

同資料の中で、スライド16に「日本：医療分野におけるデータポータビリティ」ということで、特に健診についての記載もございましたが、特定健診、これは40歳以上の方を対象とした健診になりますが、こちらについては電子保存の義務化もされておりますし、今後マイナポータルを通じて個人にデータを返却するという議論もされているかと思うのですが、「その他健診」とくくられている黄色の部分に関しては、標準化は議論されているものの、まだまだデータ・ポータビリティにつながっていない実態がございます。

「その他健診」とはということで9スライド目にまとめさせていただきましたが、特定健診というのはあくまでも40歳以上75歳未満というところに義務付けられた健診でございますが、それ以外に労働安全衛生法に基づく事業者の定期健診や学校保健法に基づく教職員の健診等々も含めて様々な健診がございまして、40歳未満に対する生活習慣改善アプローチや若年からの時系列経過を認識しようと思ったら、特定健診では足りないという現象があると思っております。

10スライド目、当社が考える対象となるべき健診種別と根拠法というところを掲載させていただきましたが、9スライド目で述べているような特定健診以外の部分で成人を対象としているものに関しては、全て網羅すべきであると考えております。

11スライド目、健診機関が唯一のデータ保管機関であるということをお話しましたが、このことの意味を少し御説明させていただきます。

まず、健保については、この特定健診に関しては義務として課せられておりますので、

40歳以上の特定健診データは保管されておりますが、40歳未満の健診データは保管していないことが多い。かつ、保管していた場合でもデータではなく紙やPDF保管など、分析や経年表示などにたえ得る形での保管がされていないと御理解いただければと思います。

また、企業については、当然労働安全衛生法に基づいて自社の従業員の定期健診結果に関しては5年分保管しておりますが、こちらと同じく紙やPDFでの保管などデータ化されていないことが多く、かつ企業従業員のみが対象となってしまうということで、企業にお勤めでない方々はこういった枠組みから外れてしまう。

ということで、冒頭の健診機関に戻るのですけれども、こちらは各種健診の実施機関でございますので、特定の法制度に限定されず5年程度の全ての健診情報を保管しており、かつ一定程度以上のシステム化、データ保存を行っており、医療機関であり、検査値の意味を理解している専門家でございますし、何よりも健診機関様自身が受診者のアフターフォローをしたいと望んでいるということが、私どもの理解でございます。なので、ステークホルダーはたくさんおるのですけれども、健診機関様からデータをお預かりするというのが、この健診データの利活用を進めていく上では一番効率的であると考えております。

そこで、12スライド目、健診機関向けCARADAのスキーム図ということの御説明になります。当社としては健診機関様との間にこのCARADAという受診者をつながるサービスの利用契約を結ばせていただいて、御本人の合意をもとに健診結果をユーザーデータサーバーに移して、取得した健診データを御本人に還元するというをやりたいのですけれども、こちらに課題が生じまして、13スライド目で整理させて頂きました。

健診機関からすると、この業務が健保や事業者から、健診業務の業務委託契約という形で落ちてきておりますので、業務委託元である健保や事業者に対してどのような説明をすべきかということの整理が必要となりました。その結果、この健診結果を個人に戻すということが健診データ保管の再委託に当たるという整理となりました。

この再委託が非常に大きな課題となっております、14スライド目に課題を2つ述べさせて頂きました。1つ目としては、再委託合意の取り付けということで、健診機関から保険者や事業者等の委託元に再委託の立て付けを説明して、書面での再委託合意、若しくは契約の書きかえというところが必要となるということで、コスト面や手続における負担が非常に大きいです。

かつ、再委託申請をしたから必ずそれを受けるということでもございませんので、それを拒否する委託元というものもあるということで、健診機関の管理業務が複雑化するのです。案内出来る受診者と出来ない受診者が分岐していきますので、そちらを管理して出来る受診者のみに結果をお返しし、アフターフォローを行うということで、フォロー可能なユーザー母数が少なくなってしまうので、効果が限定的になるということが1番目の課題になっております。

次に、2つ目なのですけれども、業務委託の延長線であるということになると、健診結果の表示内容に対して委託元の要請が入るケースが発生いたします。今、個人の手元に紙

で届く健診結果は、健診機関と保険者、あるいは事業者との関係上、どのように見せたいか、どういう基準値でもって返したいかということを契約書で述べられているケースもございます。その場合、そのような見せ方も業務委託元に応じて変更しなければいけないということで、紙で返すものとデータで表示されるものが完全に合致するようというようなオーダーがあった場合に、健診機関として医療従事者として独自に判断が可能であっても、委託元の意向に沿わなければいけないといった課題が発生するケースがございます。これが課題の2つ目です。

ただ、そのような形で業務委託元だけが責任と権限を持っているのかということをお考えたときに、15スライド目に、各主体の責任や権利についてということでもまとめさせていただきました。これは職域健診の事例でございますが、様々な観点から責任が重複しており、解釈が玉虫色になりがちであるというところではございます。

まず、上から実施責任のところになります。事業者は安衛法により年1回の健診が義務付けられている。一方で、40歳以上の特定健診は保険者に義務付けられているということで、40歳以上のところで重複している。

費用負担の観点からすると、これはケース・バイ・ケースで取り決められておりますので、保険者、事業者の費用負担、費用責任はばらばらでございますし、また、自己負担分という概念もございますので、本人も当然これに対してお金を払っているということもあつてございます。

受診項目の選択というのでも3つ目に挙げさせていただきましたが、どのような項目の検査を行うかということに関しても、保険者、事業者、本人、それぞれが考えを持って受診を行っておりますので、必ずしも業務委託元だけにその責任があるとは言いがたい。

4番目に契約の観点ですが、これも健診機関と契約しているのは必ずしも保険者ではなく、事業者が契約していることもあれば、中間に委託事業者が入っているようなケースもあるということで、ばらつきがございます。ただし、一貫しているのは、業務委託契約にございますので、委託元と委託先の関係性において、委託元が強いということではございます。

5番目、情報保護の観点として、健診結果は「個人情報」であることは間違いはないかと思つてございます。この取扱いに関しても、検査実施医療機関としての健診機関の情報の取扱いについては定められていないことが多いということで、これもばらつきがございます。

最後に、結果の取扱いに関する権利義務ということで、6番目にまとめさせていただきましたが、当然、法的義務を負って実施主体になっている保険者や事業者には「委託した健診業務の実施結果」の保管義務並びにその措置義務があると考えられますが、健診を実施した医療機関についても医療機関としての結果の保管義務があると考えられるのではないかとございますし、当然個人には開示請求権がある形になります。

ただ、このように非常にばらつきのある解釈の中で唯一言えるのは、そもそも健診制度とは何なのかということで、本人の健康を守るための健診制度であり、健診結果というのは本人の情報であるということだけは明確に言えるのではないかとございます。

16スライド目に、そのようなことを各ステークホルダーの視点からまとめさせて頂きましたが、やはり健保や事業者としては業務委託元としての管理責任義務というものがございまして、健診機関としては委託元の意向を無視出来ないという事情もございまして。このようなステークホルダーの責任を持った解釈というものがそれぞれに難しいという意味でいうと、受診者が健診機関から自主的なデータ提供を受けられるような指針や解釈といったところを、こういった場を通じて明確にしていただけるとスムーズに進むのではないかと考えております。

提案を3つお持ちいたしました。まず、規制改革提案①ということで、データ・ポータビリティと記載させて頂きました。あくまでも本人を守るための健康診断制度であり、本人の情報ということを考えると、本人とデータ保管機関である健診機関の整理ということで進められるのではないかとというのが提案①でございます。

提案②としては、医療機関の権利義務として整理頂くということで、健診機関は医療従事者ですので、受診者が本人の健診情報開示を求めた場合に、業務委託関係とは独立した権利義務として情報の提示が可能であるということを示すだけでいいと思っております。

提案③は、健康増進実施事業者に対する指針の追加ということで、これだけでは課題解決は出来ないのですけれども、少なくとも解釈のばらつきが無くなるということで提案をさせて頂きましたが、既に実施等に関する指針はございますので、その中で健康増進実施事業者が健診機関に対してこのような本人への直接提供やアフターフォロー等のサービスを提供することを妨げない、これは健康増進事業の一環であるということを示すだけでいいと思っております。ただ、これに関しては、再委託のスキームが残りますので、大きな課題としては残ったままになるというのが③です。

最後に、未来投資戦略の文脈よりということで記載させて頂きましたが、未来投資戦略2018では、次世代ヘルスケア・システムの構築というところを重点課題として置かれています。その中に、施策の目標として、個人・患者本位の新しいシステムを構築すると述べられておりますが、本日御説明をしている課題というのは、正に個人や患者本位というところを妨げるような現実課題があるところかと思っております。

新たに講ずべき具体的施策の中では、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の中で共有出来るということが記載されておりますが、現存している業務委託を最優位と解釈するのであれば、「個人の健診」の共有が困難になってしまう。

また、PHRの構築の部分では、個人の健康状態や服薬記録等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進につなげるための仕組みを作っていくということを述べられておりますが、当社としては、正にこの仕組みを作っていきたいと思っておりますし、同様の志を持った団体様、法人様の活動もまた今後妨げられていく可能性があるということでございます。

最後に、特定健診ということは、マイナポータルを通じて提供されていきますけれども、その特定健診は、健診の一部であるということで、健診全体の共有というところに進ませ

て頂きたいと思います。

最後の21スライド目に、当案件同様の整理を要する他事例についてということで転載をさせて頂きましたが、今、正に健診の標準フォーマットというところを模索されて、ツールを配布されている日本医学健康管理評価協議会ということで、構成団体は右のほうに記載させていただいておりますが、日本医師会を中心とした団体が、これを進めるに当たって共同宣言を行ったスライドのほうに記載されていた図になります。

この図を見ると、健診機関を起点として事業主や医療保険者には結果が返るのですけれども、健診機関から標準フォーマットにのっとった健診データを収集して利活用していこうという計画になっておりますので、正にここにも同じような問題が発生するというところで、業務委託の範囲というのはどこまでなのかを規定しないと、この先、データヘルスが進むのは難しいのではないかとということになります。

最後に、当社事業の御説明ということで、補足スライドを付け加えさせて頂きました。少しだけ述べさせて頂きますと、25スライド目、ヘルスケアサービスの全体像ということで、マイナス1歳から100歳までのライフコースの健康管理をサポートしようということで、「ルナルナ」という女性向けの月経管理並びに妊活支援のサービスを行っているのですけれども、こちらは1200万ダウンロードを2018年3月時点で突破しておりまして、日本の出生に非常に寄与しているようなサービスがございます。

その先に、電子母子手帳サービスということで、既に120以上の自治体に導入いただいておりますが、こちらにもまたお母さんと医療機関と自治体をつないでいくということで、例えば予防接種管理などの非常に煩雑な業務に関してもスムーズに行えるようにということでシステムを構築し、関係者をつないでいくということを実施させていただいております。

このような形でPHR事業を前に推し進めていきたいと思っておりますので、引き続き御支援いただければと思います。本日の御討議、よろしく願いいたします。

御説明は以上です。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。

それでは、早速これから議論を進めていきたいと思っております。

本日は厚労省様にも健康局と医政局からおいでいただいております。個人情報保護委員会の意見は別途お伺いする予定でおりますので、本日はデータヘルスを掲げていらっしゃる厚労省としての御見解を、それぞれの御担当の方からお答え頂くということをお願いしたいと思います。

また、本日御出席いただいている委員の土屋先生はエムティーアイの顧問でいらっしゃいますが、本日は委員として御発言を頂きますので、皆様、御了解をよろしく願いいたします。

それでは、皆様、どうぞ御自由に御意見、御質問を。

お願いします。

○川渕専門委員 私は特定健診・保健指導によって医療費が減るかという研究を以前、厚

生科研でやった覚えがあるのですが、このときも40歳以上で分析することの限界を感じました。

というのは、結局、1年目は1人2,310円医療費が減るという推計が出来たのですが、3年、4年とたっていくうちに統計的に有意が出てこないのです。これは当たり前でありまして、予防の効果が出るには一定の時間が掛かるのです。

おもしろいと思ったのは、35歳ぐらいから介入すると結構いいのではないかという保険者側からの意見です。ところが40歳以上の特定健診・保健指導のデータは専ら旧厚生省管轄なのですが、40歳未満の労働安全衛生法のものは旧労働省管轄。すなわち、事業者に義務付けているわけです。

2008年からの特定健診・保健指導は、保険者に義務付けだというたて付けで、ある意味では縦割りで、結構これは面倒くさいことになっているなと思いました。さらに、ワクチンとか学校保健安全法もあったりして、本当は一气通貫につながればいいなと思ったのです。正に、そういう混乱が今現場で起こっているということを知って、やはりそうかと思った次第です。

今日、厚生労働省から健康局と医政局の方がお見えですけれども、まず、どうですか。今の御提案の①と②が一番大事だと思うのですが、これは率直にどうですか。出来ませんか。

もう一つは、旧労働省とすり合わせしなくてはいけないのかなと思うのですが、いかがですか。

その2件、お聞きしたいです。

○林座長 それでは、厚労省、よろしくお願ひいたします。

①と②というのは、17ページと18ページの規制改革要望の①と②になります。

○厚生労働省（堀岡室長） 縦割りかどうかというのはあれなのですが、18ページの医政局部分の診療情報の提供に関しては、最近もカルテの開示希望が新聞の話題にもなっています。特に一番下の部分で、診療情報の提供等に関する指針のところがあるのですが、医療従事者は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合は、原則、これに応じなければならないということになっています。別に自分の目の前だけ、身ぎれいに言ってもしょうがないのですが、診療録に当たるものは基本的に開示しなさいと医政局は言っています。医政局の部分だけで申し上げれば、開示出来ることになっております。

○川淵専門委員 問題ないですね。

○林座長 お願いします。

○土屋専門委員 それはかなり現場では問題があって、開示ということは施設側が許可するという意味にとられているのです。今、エムティーアイさんが言ったのはそういうことではなくて、本人が希望したらいつでも手に入るというのが患者側の求めなわけです。開示というのはあくまで施設側の姿勢での言葉ですので、そうではない。これは大変大きな問題だと思っています。

○林座長 今回の関連で行きますと、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という中にも、開示の原則としては、健康組合等は本人からデータ開示の請求を受けたときには開示しなければならないということがいろいろと詳細に規定されているわけなので、先ほど来御説明のあったような、健保組合と健診機関との業務委託契約いかんにかかわらず、健保組合としては、本人又はその代理人であるこういった会社様からの請求を受けたときには積極的に健診情報を開示することが求められていると思うのですが、この点についての厚労省の御見解はいかがでしょうか。

○厚生労働省（中村室長） 健康局の中村でございます。

先ほど来、お話があったように、まず健診の制度自体が非常にばらばらになっていて、それぞれ目的も違って、データを保管する人も違う。ただ、今、国の動きとしてはそういったものを一元的に集めていって、本人の健康増進に寄与するような動きがあるということは事実としていて、そういった方向に進んでいくことは今後必要であるということは、厚労省としても認識しております。

先ほどの健診情報を委託先が委託元の同意によらずに、自由に本人のデータなので開示出来るようにするかどうかということですが、先ほど個人情報保護法のところはまた別途お話を聞くというようなことですが、個人情報保護法のガイドラインの中に、委託元と委託先との情報の保有の関係性ということについての記載がございまして、そちらの中では、委託先の持っているデータは、特に委託元から委託先に権限を移譲するという契約がない限り、委託元のデータとして扱うということが、個人情報保護法のガイドラインの中に記載されております。まずはそちらで対応するのが基本なのかなと考えております。

○林座長 今回の点、もちろん個情委からも聞くのですけれども、あくまでも個情委の話も出発点は個人、本人の同意ですから、本件ではそもそもが本人の同意で出発しているのです、委託先のところの話に行かないです。

そう思いますので、今日は厚労省から本人の同意がある場合、つまり、本人の請求がある場合については、健保組合についてはこういうガイダンスが既にある状態で開示しなければならないことになっているわけですし、また、開示の原則については健保組合だけでなく、ほかの国民健康保険や協会けんぽなどの保険者についても遵守すべき原則ではないかと思うのですが、厚労省としてはこの点はいかにお考えでしょうか。

○厚生労働省（中村室長） 本人の同意というものの扱いなのかなと考えているのですけれども、今、データそのものの保持は、もともと健診の責任を持っているのは法律上保険者であるとか、事業主だとかに健診を実施するということについての義務を負っているということ、そして、健診実施者はその実施主体としての委託を受けているということですので、本人の同意というものをもともとの責任者である実施の責任を持っているところがしっかりと把握出来るかどうかポイントなのかなと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 情報を記載した診療録とか、情報を入れたデータベースとかというものと、情報そのものの持ち主は違う問題だと思うのです。情報は健診を受けた個人の情報であって、持ち主は個人なのです。ですので、先ほどここでエムティーアイさんが示されたスライドの20ページにある、本人のための健診制度であり、本人の情報であると。持ち物は本人だと。

ですから、これは7ページに戻って、経産省の調べられたものでは、金融関係では銀行やクレジットカードの入出金の「必要だと思う」というのが20%、ただ、ヘルスケアについては、33%の方が必要だと。しかも「まあ必要だと思う」を入れたら半分以上、3分の2なわけです。

ということは、もう銀行では既に夜中でも私のパソコンなりスマホで自分の金額は分かるわけです。引き出そうと思えば手数料をとられても引き出すことは出来るわけです。ところが、医療のほうはいまだに遅々として進まない。銀行のお金に相当するのが正に私どもの健康情報なので、これがいつでも引き出せないと、夜中に何かあったときに、病院に行ったところで役に立たないわけです。朝まで開示の許可を待てなどというのは、厚労省が進めている緊急の医療体制とは相反するわけです。そこを間違っていたでは困るので、情報の持ち主はあくまで個人であると。保管の義務が健診センターや診療施設にある。

今までは、我々が育ったときには診療録は紙で書いたものしかデータベースがなかったからそういう頭になってしまうので、各医療施設も自分の持ち物だと思っている病院長が多いわけです。違います。これは患者さんからお預かりしているのであって、ただ、病院として記録したものを5年間保管しなさいというのが法律の趣旨でありますので、そこをはっきり分けて考えて頂きたい。

○林座長 ありがとうございます。

厚労省からいかがですか。

○厚生労働省（堀岡室長） 先生のおっしゃるとおりで、法律的な規制の概念としては基本的にそのとおりです。診療録の上の情報というのは患者の個人情報でございます、その紙の保管の義務と物理的な所有権は医療機関にあるのですけれども、データそのものは患者の個人情報でございます。診療録の考え方としては以上のとおりです。

一言だけ付け加えさせて頂くと、この間も新聞で問題になりましたけれども、開示のときに法外なお金を取ったり、余計な手続を定めている医療機関は確かにいろいろあって、それについては私たちも自制を求めていかないといけないと思っております。特定機能病院で一部すごく高い金額を取っている例がございましたので、調査して、出来るだけ円滑に開示が進むというほうにはしたいと思っております。

一つ誤解があるかもしれないのですが、健診は診療と診療ではないものがいろいろあるので、診療のところについてはどちらかというと医療の考え方でガイドラインはあるのですけれども、健診というのはいろいろなデータがまざっています。多分、ここでいろいろやりづらいことになっていると思うのは、平成15年に診療録については考え方を整理して、

患者の個人情報だとしたのですけれども、その後、個人情報保護法が出来て、その中に委託元、委託先ということが法律の考え方で明示されていて、我々も今回、これで勉強したのですが、その中に情報は委託元のものであるということが明記されてしまっている。なので、そこで結構各保険者とかそういうところが防衛的な対応をしているのかとは思っているところなのです。そこから先は、我々は責任者ではないので、答えようがないところでございます。

○林座長 正にそここのところの交通整理が必要だと思ひまして、本件を取り上げさせて頂きました。このまま今の状況で日本がスタックしているわけにはいかないので、この不条理な状況を改善するべく議論を整理していきたいと思ひています。

ほかに御質問はございますか。

お願いします。

○森田専門委員 この問題は先ほど土屋先生がおっしゃいましたように、制度的に言えば、情報は完全な個人のものであるという形での、北欧諸国にあるような基本的人権の一つみたいな形で認めてしまえばかなり解決する話だと思ひます。ただ、これは健康情報だけではなくて、ほかのいろいろな行政情報もそういう扱いにしたほうがすっきりするのではないかと思ひますけれども、我が国の場合、なかなかそこまで行かないだろうと。

医療関係については個人のものであるということなのですけれども、先ほど、銀行の金融機関に預けてある情報と対比されまして、私もそう思ひますし、銀行にあるお金は私のものであるし、私の健康状態についての情報も私のものであるとしたほうがいいと思ひます。

ただ、一つ問題になりますのは、この医療に関する情報というのは、自分で作成するわけではなくて、医療機関、健診機関がその情報を作成することになります。それが誰のものかという問題を少し複雑にしているのかなと思ひます。それははっきりと、その辺の立法上の整理が出来れば、委託とか再委託という問題もかなり整理出来るのかなという気がしています。

いずれにしても、そういうこともあって、物理的な情報を保管している媒体が誰のものかというのと、そこに書き込まれている情報は誰が作っているのかというようなことをもうちょっと整理して、私自身はあくまでも本人のものと言う必要があると思ひます。

もう一点は、今日の御説明で大変こういうものが進んでいて、すばらしいことだと思ひますが、他方におきましては、あくまでも同意の原則ですけれども、今日はあまりおっしゃいませんでしたが、このデータをもっと社会的に活用する場合には、個人IDの問題がかなり重要なことになってくるのではないかと思ひます。これにつきましては、厚労省は一応この夏に方向性を示しているところだと思ひますけれども、これ以上申しませんが、そこをすっきりさせていきますと、もっと効率的に情報が集まってくるということだと思ひます。これは正にマイナンバーそのものをどう扱うかという問題にもかかわってくるころだと思ひます。

最後の点はコメントです。

○林座長 ありがとうございます。

土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 御指摘ありがとうございます。

森田先生が言われるとおりで、作成が業者であるというところがひっかかるのですが、ただ、その作成に当たって、患者なり保険者は金を払っているわけですね。だから、そこで作成のことも含めて権利は患者側にあるというのが、私なりの解釈です。

○森田専門委員 それは法的にきちんとそのように整理して、情報を作成する人も、自分の思いで作ったから自分のものだという、そこを断ち切るかどうかということだと思います。

○林座長 あとは、情報データということについては、有体物のような物というよりは、物が誰に所有されているかという帰属の問題よりも、利用を優先してアクセスして活用出来るというところで、個人のアクセス権や利用権が確保されるようなインフラを作ることが、実質的なのではないかと。誰に帰属するかという議論をするよりは、いかに使えるようにするかという観点から議論を進めていきたいと思っております。

お願いします。

○土屋専門委員 このICTに関しては、内閣府がお金を出してというか、AIホスピタルによる高度診断・治療システムというもののプログラムが動いていると思うのです。これはAMED中心でしょうけれども、要は、厚労省の管轄になると思うのですが、私は中村祐輔さんの講演を1回聞いたのですが、表題からしてAIホスピタル、施設側の発想で考えているのです。ここがそもそも内閣府としても間違いではないか。患者個人なり国民を中心としたAIの診断というよりも、健康管理のシステムあるいは医療のシステムを日本は考えていけない。ここに何億円も金をつぎ込むというのは、ホスピタルという言葉にあるように、施設側の上から目線が抜け切れていないということを感じますので、是非その辺は厚労省、内閣府で御反省頂きたいと思えます。

○林座長 キャッチーな名前を付けがちだというのがあるのかもしれないのですが。

そのほか、いかがでしょうか。

お願いします。

○金丸議長代理 せっかくエムティーアイさんに、質問があります。資料12ページで「健診機関向けCARADAのスキーム図（当社想定）」とあるのですけれども、例えばこんな形で今実現している健診機関との関係性はないということですか。どこかあるのですか。

○株式会社エムティーアイ（立石上席執行役員） このような形で解釈されて進んでいらっしゃる健診機関もいらっしゃいます。

○金丸議長代理 この健診機関とエムティーアイさんとの間で、健康診断データと書いていますね。これはデジタルデータでもらうわけですね。そうすると、健診システム側が吐き出す出口を特別に作ってもらったのですか。それとも、これは印刷用のデータをそのまま

まもらってきて読みかえたりするようなものなのですか。

○株式会社エムティーアイ（立石上席執行役員） 健診システムの中からデータを吐き出して、それを当社システムにアップロードして頂くような仕組みになっています。

○株式会社エムティーアイ（前多社長） その部分も非常に後進国的になっていて、ほとんどのところが80年代、90年代のホストコンピュータみたいなものを使っていて、インターネットでつながるなどということはまずなく、USBメモリあるいはCD-ROMデータが当然だと言われていて、USB等に吐き出したデータをインターネット接続端末からアップロード頂くということになっています。

○金丸議長代理 だから、厚労省がいろいろなことをこれから考えて、Society5.0に対応するようなデータシームレスヘルスのトータルデザインが必要で、今のような現実を踏まえた上でやらないと、開示義務と法律に書いても、紙でどんどん印刷して開示されてくるわけです。そうすると、またそれを読み取らないといけないわけで、非効率なので、全体の相互のインターフェースやAPIなども標準化をしなければならない。そこは厚労省の仕事の範疇に入っているのかな。入っていないですね。だから、それでは、誰がどうやるのかという話です。

○厚生労働省（中村室長） 健診情報とか、医療情報だとか、そういったデータを統一化していく動きは、恐らく厚労省だけではなくて、総務省とか内閣官房のIT室を含めて、そういう話は進んでいると思います。

当然、厚労省として出来ることもやっていく必要があって、そのデータが今、全然ばらばらになっていて、集め方も全然ばらばらだというのは一つの問題で、それを解決していくということが国全体の目標に進むために必要であるということは厚労省も認識していますし、そういったことを含めて今後整理していく必要があるという認識は厚労省としてもございます。

○株式会社エムティーアイ（前多社長） 実態が余りにもぼろぼろで、幾つかの健保に、我々もお手伝いで中を見に行っていたことがあるのですが、ホワイトラベルのCD-ROMが山積みになっていて、対処出来なくなってしまっているのです。

今こういった形で契約して頂いた健診機関や企業の健診データも、項目が余りにもばらばらで、理研にいたAIの専門家が当社に勤めているので、分析しようとしたところ、項目数が7,000項目になっていて、これを整理しないと処理出来ないという状況になっています。

健診機関のほうもセキュリティーに関しての概念が古く、とにかく隔離しておけばいいということで、ネットには接続されていません。しかしながら、実際には健診機関の人たちもメールでやり取りすることがあるのでインターネットには接続されているので、我々はセキュリティーのコンサルもして、インターネットに接続しても安全であるということ、例えば当社は金融機関のモバイルインターネットの部分を80行ぐらいやっていますので、そういう意味ではどうセキュリティーを構築していったらいいかを十分に指導出来る

能力があると自分たちで思っているのですけれども、健診機関が及び腰で、なかなか出来ないという実態もあります。

データが個人のものであるということを明記しなければならないと感じている部分、座長がおっしゃったように交通整理がどうしても必要なのは、健診機関の方でさえも自分たちのデータを見ていいか悪いか分からない。40代未満の人たちは、私たちは見られると言っているのです。40歳以上の人たちは、これは健保と相談しないと見ていいか分からないと言って、幹部の40歳以上の方々は自分の健診結果をスマホで見られないということが起きています。なので、この辺の明記というのは、どうしても必要ではないか。そして、みんながはっきり分かることが必要だと思うのです。

それと、先ほどのデータの所有と作成者ということがあるので、少なくとも遺伝子情報に関しては、誰が作成しようが誰に解析してもらおうが、どのチップを使って解析しようが、これは個人のものだとはっきりしていますね。しかし、例えば血液の内容は、誰が解析したかによって、誰のものかとか誰が預かるべきかが曖昧になるべきではないと思うのです。これも個人のものであると。自分の遺伝子情報が自分のものであるように、血液の中身もその情報は自分のもので当然だと思うのです。

○林座長 ありがとうございます。

今の点、すごく本質的なお話だと思うのですが、小さいところから行きますと、厚労省にお伺いしたいのですが、予防医療の観点で、健診情報の履歴管理が重要だということは当然だと思うのですが、そうしますと、少なくとも健診情報については保険者間で共通的なデータ標準に準拠していることが必要だと考えるのですけれども、その点については厚労省ではどのようにお考えでしょうか。

○厚生労働省（中村室長） 今、御質問がありました保険者間でのデータは共通であるべきである、データの連続性だとか、そういった問題意識については、保険者間については、今はもう既に特定健診の中では共通のものを使用しております。そういったところについては対応出来ているのかなと思っております。

○林座長 エムティーアイ様の目から見てどうですか。

○株式会社エムティーアイ（立石上席執行役員） 今おっしゃったのは、あくまでも特定健診というところに限定されたお話だと思いますので、それ以外のところでも標準化の議論は必要かと思っております。

○林座長 という現実なのですけれども、厚労省ではいかがですか。

○厚生労働省（中村室長） 標準化については、はっきり申し上げて、必要であるという認識は深く持っております。ただ、先ほどお話があったとおり、今までの歴史上、それぞれ別々の目的があって、別々の法律に基づいて、別々のところが実施主体でという歴史的背景があるので、それをなかなか今すぐに同一にするというようなことが難しい状況であるということ、そういう認識はありますが、今後そういったことに向けての動きは必要だと認識しております。

○林座長 ありがとうございます。

厚労省のデータヘルス改革本部では、PHR普及推進に取り組んでおられるわけですので、今後、この本日御指摘頂いたような点を踏まえて、更に民間企業のサービスの在り方についても進められるように検討をスピードアップして頂きたいと思います。

議論は尽きないところでございますが、時間の関係で、本日はここまでとさせていただきます。前多様、立石様におかれましては、今後も御意見を是非伺いたいと思いますので、引き続きどうぞよろしく願いいたします。

本日は、お忙しい中、ありがとうございます。

(ヒアリング対象者交代)

○林座長 それでは、次の議題に移りたいと思います。

本日、最後の議題は「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」です。

本件は既に皆様よく御存じのとおり、数回にわたります規制改革実施計画に盛り込まれてきました。それでもいまだ十分な改革が伴っておらず、きめ細かなフォローアップが不可欠な案件であると認識しております。

本日は、厚生労働省より渡辺由美子大臣官房審議官にいらしていただいております。

また、社会保険診療報酬支払基金より城克文審議役、山崎章一システム部部長にもお越しいただいております。

また、本日もこれまでと同様、本件に当初より深く御尽力いただいております内閣官房副政府CIOの神成淳司先生にもお越しいただいております。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速、厚生労働省及び社会保険診療報酬支払基金から「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」平成30年3月公表の実施状況について、御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） 厚生労働省の渡辺でございます。

それでは、最初の議題につきましては、資料3-1-1と3-1-2に沿って御説明をさせていただきます。

初めに、私から3-1-1の資料で全体を概観させて頂きまして、個別の詳細につきましては、支払基金の城審議役から、3-1-2に沿って御説明させていただきます。

3-1-1の資料を1枚おめくり頂きまして、そこに一表で載せてございますけれども、30年度における支払基金改革の主な取組事項ということで、計画に掲げられました主な事項を左に掲げております。まだ年度途中でございますので、現在進行中のものもございまして、主なものということで挙げさせていただいております。

まず「（1）審査プロセスの効率化・高度化の推進」ということでございます。これにつきましては、新システムの構築ということが何よりも大きな課題でございますが、これにつきましては、モジュールごとに4月から調達を順次開始し、事業が決定したのから開発に着手ということで、着実に進めているところでございます。

「（２）より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化」ということで、これにつきましては後ほど城から御説明させていただきますが、大きくは２つございます。

１つ目は、支部設定コンピュータチェックルール、いわゆる支部の独自チェックルールというものでございますけれども、29年10月時点で約14万件あったわけでございますが、これにつきましては計画的に本部チェックルールに移行する、あるいは廃止するというところで作業を進めておりまして、その進捗状況を後ほど御説明させていただきます。

２つ目が、本部で審査を行うレセプトの対象範囲を拡大ということで、これも後ほど御説明させていただきますが、厚労省で告示改正を行いまして、11月審査分から本部で審査する。これは特別審査委員会でやっておりますが、これの対象レセプトの点数引き下げ、すなわち対象レセプトの範囲の拡大ということを行っております。

「（３）支払基金の組織の在り方の見直し」ということで、これは閣議決定の中でもシステムの高度化等々も併せて、機能の集約化に向けて最大限の検討をしていくということが言われておりますが、これにつきましても既にこの会議でも以前御報告させていただきましたが、全国3カ所、9支部、そこがございます宮城、福岡、大阪におきまして、支部機能の集約化による業務増えの影響等に対する実証テストを実施しております。これを9月末に中間報告を公表し、年内に最終結果を報告する予定で進めております。

最後に「（４）その他」ということでございまして、これも後ほど詳細に御説明を申し上げますが、4月のこの会議で、今回の30年度の診療報酬改定で、レセプト様式につきまして、いわゆる摘要欄のところを選択式の項目を増やしたということをお報告申し上げましたが、これに基づいて、基金でもコンピュータチェックを開始しておりますので、その状況を御報告させて頂くということ。

それから、審査委員会のよりガバナンス強化ということで、学識委員による判断の仕組みの確立、これも後ほど御説明させていただきます。

それから、今後システムの調達をしていくに当たりまして、これもかねてより基金の中にIT等の専門人材の体制の強化ということが言われておりましたので、これにつきましては、右にございますように、最新の専門的知見を踏まえた新システムの構築等への対応を図るために、本年7月付でございますが、医療分野のICTに関する知見等を有する特別技術顧問（CIO）として、慶應義塾大学准教授の矢作直久氏、矢作氏は医師でもございますけれども、IT分野にも非常に詳しいということで採用し、既にいろいろな面でアドバイスを頂きながら進めているところでございます。

以上、全体の概観を申し上げましたが、3-1-2に基づきまして、個別の項目について御説明させていただきます。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 支払基金の城でございます。

資料3-1-2に従いまして、御説明をいたします。

1 ページ、支部間差異の解消について、先ほど半減というお話を審議官からいただきましたが、それについての御説明をいたします。

これは一番上にございますように、コンピュータチェックルールについて、この2018年度半ばに作業状況を整理する、そして、作業完了までの工程を明らかにするというございました。現段階である程度作業状況の整理、そして、完了までの工程の見通しを立てておりますので、その御報告でございます。

その次の2つ目の項目でございますが、作業状況及び作業完了までの工程とございます。29年の10月にやり方の通知を事前整理の方向性を決めて、支部に発出し、そして、30年の4月に支部の点検条件をどうするかという基準を策定いたしました。そして、実際の作業に着手し、現時点では30年9月の段階で、支部で行う点検条件の見直し・整理については完了いたしております。そして、本部に報告をもらっております。実証テストを行っているところにつきましては少し作業の日程をずらして、実証テストを優先しておりますので引き続き残りますが、一応完了したということがございます。

この10月以降は、本部この点検条件の検証作業に既に着手いたしております。そして、効率がよいものは本部条件として入れていく、それ以外のは廃止していくという方向でございまして、下のグラフがございますが、御覧頂きますと、29年の10月で全国で14万余の点検条件がございました。これを30年9月のところを御覧頂きますと、7万2000余ということで整理しています。そのうち全医療機関に対してかけているものが4万6000余、医療機関別の設定が2万6000余ということになります。これにつきまして、今、7万余ありますが、31年の9月、1年後までにこの中を更に精査し、約5万を廃止する見込みで進めております。

そして、今のグラフの下に本部登録数とございますが、単純に廃止していく一方で、効率のよいものは本部で全国一律にかける、本部登録の条件とするということでありまして、それを31年9月までに1,500事例、そして、そのシステム稼働時まで3,000事例という形で整理し、最終的にはこれを整理し切るという見通しで進めたいと思っております。

これについては以上でございます。

過去の、以前4月にお話しをしました資料を参考1、参考2としてお付けいたしておりますので、これも御参考にしていただけたらと思ひます。

4ページ、本部審査の拡大であります。これは今、お話がありましたように、厚生労働省で告示の整理をして頂きまして、40万点以上から38万点という拡大をいたしました。これは下のほうに改正内容とございますが、これは厚生労働省告示が改正されたということでありまして、審査につきましても、30年10月診療分、11月審査分からこれについては特別審査委員会で審査するという形の取扱いにしていくということでございます。5ページはその関係の告示でございますので、また御覧いただければと思ひます。

6ページ、コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直しということで、これも摘要欄にコメントが書かれるもののうち、コンピュータチェックで判別しやすいように選択出来る方式にするということでありました。対応状況のところ、下の中ほどのところにございますが、レセプト摘要欄のフリーテキスト記載事項の選択式記載が導入、これは下

の表を見て頂きますと、左側の計を見て頂きますと、全部で項目として562ある中、124、大体2割が既に選択式記載とされておりまして。これについて、コードの記録の有無について、30年10月分からコンピュータチェックを実施するというところで進めているというところでございます。

最後の7ページ、学識経験者審査委員が最終判断する仕組みを確立するというところでございます。これは計画工程表でも意見が相違するような事案が生じた場合には、中立な立場にある学識委員に判断を委ねる仕組みとするというところでございました。これにつきましては、審査運営委員会の設置要綱というものがございまして、これに「審査委員間に意見の相違が生じた際には、（学識経験者の委員が当たる）審査運営委員長が判断する」という旨を明記し、これについて対応したところでございます。

以上でございます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

それでは、御意見、御質問をお願いいたします。

お願いします。

○森下座長代理 3点お伺いしたいのですけれども、まず最初のところの支部間差異の解消のところなのですが、7万2707件あったものが、本部登録1,500ということで、これは集約されているのか、重複が非常に多かったのか、それとも意味のないものが多かったのか、どういうケースがあったのかをお伺いしたいと思っています。

2点目は2ページのところの今後の支部の場合の医療機関別の設定に関して「6か月の時限的な設定とする」ということで、そこはいいと思うのですが「ただし、改善されない場合は、設定期間を延長し改善要請を継続する」ということで、これは実質的に無期限になるようなケースがあると意味がないと思うので、このあたりのところ、実際にチェックしていかないと、いつの間にかまた増えてきているということになりかねない。どのようにされるのかという具体的な話を聞きたいと思います。

最後の点は6ページ目で、この表はちょっと意味が分からないのですけれども、本来、選択式記載が100%でなければいけないところがまだ22%なのかと読めるのです。もしそうであるとすると、残りは一体いつまでにやるのかをお聞きしたいと思います。この3点をお願いします。

○林座長 では、お答えをお願いします。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） まず、1ページの下グラフのところを御覧いただいてということだと思いますが、真ん中の30年9月のところに7万2707件とあるもの、これを2万にしということで、それ以外は廃止ということではありますが、本部登録数1,500、要するに、その消えるものは何かという話だと思います。

まず、下のほうの2万6000は医療機関別でありますので、これは全て廃止する方針ですので、丸ごと消えるということで進めたいということでもあります。

それから、4万6000余のほうですが、まず、取扱い基準に、下のほうに書いてあります

けれども、ここに反するものでまだ残っているものがありますので、取扱い基準に当たるものを廃止するということ。

それから、例えば以前廃止した高額注意附箋というものがありますが、ああいうチェックになっていない、ただ確認するだけのものがございます。こういったものは廃止と。要するに、1項目だけで突き合わせもしないで、ただ単に注意附箋が立つのと同じようなものが支部でついているものもございますので、これを廃止するというところでございます。

ここから先は中身の検証になりますが、チェックをしているのだけれども査定につながらない有効性の低いもの。これは我々のほうで中身、査定率等々を含めて検証いたします。そして、その結果、有効性の低いものは落としていきます。そういった作業もありますので、時間も頂きたいということでもあります。

あとは、その支部だけでやっているようなもの、ほかの全国でやっていないものがありまして、中身は見ますが、それは基本的には要らないのだろうといったもの。あとは本部条件に全国の支部でやっているものも、要するに、40とか30とか重複している数があります。これは本部に持ってきて1になる。こういった形の整理をしていくことによって、大体1,500,3,000と足して、合計4,500事例ぐらいまで持っていこうということでございます。

2つ目の御質問です。6カ月のお話につきましては、ある程度どうしても新しいルールは現場の医療機関別のところから発生してくるのは仕方ないので、そういったものを見つけて支部でチェックする。そして、それについて各医療機関でビヘービアが直れば消していく。そういうルールで6カ月ぐらいは必要だというお話をいたしておりました。おっしゃるように、これは野方図に置いておくといつまでもまた増えてしまうこととなりますので、基本的にはそれは置かせないということで、きちんと本部で確認し、登録もしてもらって消していく形を考えたいと思っています。

○厚生労働省（渡辺審議官） 3点目でございますけれども、摘要欄のフリーテキスト化の解消ということで、これは4月のこのワーキングでも御報告させて頂きましたが、現在562ある中で、今回選択項目にしたのは124でございます。残りの部分の9割近くは、例えば日付を書かせるとか、使った向精神薬の名前を全部書くとか、むしろプルダウンでやるよりは書いたほうが簡単というか、そういうものが残り9割で、1割ぐらいは今回の改定に合わせた見直しでは、医学的な判断として記述が必要ではないかということで残したものでございます。

ただ、一つは、このフリーテキスト欄の見直しは今後改定のたびに定期的に行っていくということでルール化をしております。また、増えているものもございますので、それも逐次見直していく。

それから、先ほど申し上げました、例えば日付だけ書いてあるとか薬だけ、プルダウンにするよりは書いたほうが早いのですが、それをいかに効率的にコンピュータチェックに乗せていくかということだと思っておりますので、そちらはまた基金とも相談しながら、レセプトの様式というよりは書いてあるものをどう読み取って早くコンピュータに入れてチェッ

クしやすくしていくかということの考え方で、今後更に検討していきたいと思っております。

○森下座長代理 追加で、最初のところは非常にたくさん消えていく話だったのですけれども、率直に言って、城さんは見られてどう思ったのか、中身を見てどうだったかという御感想があれば1点と、6ページのところのレセプト形式、これは前からICTなりを活用して、出来るだけコンピュータチェックだけではなくて今後のデータベースの活用になるよという話をしていたと思うのですが、そここのところの記載がないのでどうなっているのかという点を追加でお聞きしたいと思います。

○社会保険診療報酬支払基金（城審議役） 感想を申し上げる立場かどうかということとはさておきまして、非常に多いということと、これまでの支払基金の体制であったり、システムが、支部完結型でやってきた結果が蓄積してこうなっているということ。それから、ガバナンスといいますか、支部で登録した条件をそのまま、もう今は要らないとなっても、チェックする側としてはそれを消すという作業ではなくて、更に新しいものを突っ込んでいくという形でやっていく。そして、進めていく。これは現場としては分かるのですが、そういったものを全てきちんとやっていかなかった結果として、これだけ詰め込まれてしまった。これが支部間差異の原因の一部でもあろうということもございますので、きちんと直さないといけないだろうと考えています。

整理して、そして審査結果と突き合わせをするという形をすることによって、ある程度膨大ではありますが、少しの時間をいただければ出来そうかなというのがありますので、これはしっかりやりたいと思います。

○厚生労働省（渡辺審議官） 2点目の、以前から森下先生から御指摘をいただいている点でございますけれども、特に今後のビッグデータとの関係ということになりますと、出来るだけレセプト傷病名をICD-10といかにひも付けていくかということかと思っております。

これも前回、私が余り明確な御説明が出来なかったので、もう一度整理して申し上げますと、傷病名とICD-10とのひも付けということにつきましては、支払基金が事務局をしております傷病名マスターの作業委員会というものが月1回開催されておりまして、この中でICD-10といわゆる病名とのリンクということについて、定期的な検討をしております。そこには厚労省もオブザーバーとして参加しております。

一つ一つ見ていくと結構難しいケースも、例えばICD-10コードは1つなのですが、実は傷病名でインフルエンザがいろいろなパターンがあって、それに6つぐらいひもづいてるとか、個別に見ていくといろいろ検討しなければいけないところはあるのですが、そういう中でそういう場がありますので、定期的に検討していきたいと思っております。

○森下座長代理 病名の正確さというカルテの問題と、お金を請求してもらうというところの話は別の話だと思うので、きちんと区別しないと、医者の方からすると細かい病名を付けたがるのは分かりますけれども、それでいくと、それこそ正式な病名がわけがわからなくなってくるので、ここはきちんとお金を払う側としては整理してもらうことが大事

だと思うので、よろしくお願ひします。

○林座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

川渕専門委員、お願ひします。

○川渕専門委員 2点お聞きたいのですが、まず一つは、いわゆる保険病名についてです。

医療機関にしてみれば、返戻、査定が嫌だから、結構多くの病名を書かれるのですが、結局何が主病名で、何が副病名かわかりません。例えばDPCなどは結構整理したのですが、DPCをやっていない病院は結構ありますし、診療所はやっていませんね。そういうところを今回レセプト改革で変わるのかなと期待しているのですがいかがでしょうか。

いわゆる保険病名がベースになってみんな保険請求もやっているし、疾病統計も取っているのですが、土台が今回のレセプト様式の見直しでどう変わるのか。確かに摘要欄は少し改革されたのだけでも、保険病名は変えないのかというところを確認しておきたい。

もう一つは、登録事例数が減って、いわゆるローカルルールというものが減ってきましたよということですが、こういう理解でいいのかどうか。例えば、歯科のCTスキャンは支部によっては最初にエックス線を撮ってくださいと突き返されるというケースがあると聞きました。

そういう妥当性、有効性に疑義が生じた登録事例については支部宛てに連絡して再検証して、また本部に報告するとありますが事例数は減ったけれども、そういう技術的な所もローカルルールで無くなったのかどうか。都合2点目です。

○林座長 では、1点目をまず渡辺審議官から。

○厚生労働省（渡辺審議官） 御指摘のありました、確かにDPCはきっちりと主傷病という形も書かせるようになっております。今、DPC病院は全て対象になっておりますけれども、それ以外の出来高病院でもそういうデータをきちんと整えるということに対して、今は加算という形ですが、インセンティブを与えております。今回の30年度の改定でもそういう対象範囲を広げていくということにしておりますので、30年で一気に呵成にということまでは行きませんが、ただ、方向性としては、そういうことをより強く打ち出しております。先ほどの今のものについてのICD-10とのひも付けとか、これはコードのほうの作業でございますけれども、そういうものも並行してやっていくので、方向性としてはそういうことを打ち出しているということかと思ひます。

○社会保障診療報酬支払基金（城審議役） 先ほどの2つ目のお話ですが、今、ここで整理しているのは既存の条件の整理ですが、今、お話のあったように、既存のというよりは、新しい事例として、歯科のCTは今までそんなになかったと思ひますけれども、これを入れた場合にどうするかという取扱いの定まっていない事例だろうと私は思ひます。そういうものについては、出てきたところの支部でまず判断するという事になっていまして。審査委員会がそうなっています。ですが、全国の取扱いのずれというものは発生しま

すので、現状どうなっているかと申し上げますと、これはこうではないか、あちらと違うぞというお話があれば、それを本部で突き合わせをし、ほかの都道府県の各審査委員会にどういう取扱いをしているのか集約し、そうした中で整合性を付けるような整理をする。もちろん医学的な判断がありますので、相当もめはしますが、一定の見解を出して全国にフィードバックするやり方を取っています。

ただ、それも何か起きてからということではなくて、例えば今後新システムの下では、審査の結果の不整合、こういったものを出来るだけ見えるようにというか、自動で出てくるようなものにして差異が起きないように、結果は各審査委員会で審査するというのがある以上は1回は起きますけれども、速やかにそれが見つかるような方策を導入したいということでは考えています。いきなりすぐシステム上対応出来るかどうかは別として、その方向性にはございます。

○林座長 森田先生、よろしいですか。

○森田専門委員 別にないです。

○林座長 お願いします。

○金丸議長代理 今度、個人個人に医療IDが振られますね。そうしたときに、タイミングによってはこの新システムの完成時期と医療IDの導入時期が必ずしも一致するとは限らないと思うのですが、過去データも含めると、旧健康保険証の番号と医療IDの2種類をどんな形で持つつもりなのか。

それから、今、いろいろ委員の皆様から御質問が出たのですけれども、将来性のあるシステムにしておかなければいけないためにも、データベースの構造と検索するときの条件が、病名も含めて、全てにIDが振ればIDで検索出来るのですけれども、曖昧検索のようなどころだとタグ付けなどしておかなければいけないわけでしょう。それはいつごろ、まだ間に合うと思っていっているのですか。

○神成副政府CIO まだ間に合います。

○金丸議長代理 では、まだ間に合うのだったら、来るべきときにその配慮は入れておかないと、データベースの構造、コード体系がしっかりしていれば、後でPDCAで改善可能ですが、DBの構造まで大掛かりに変更することは避けたい。だから、そこは是非IT室、あるいは今度入られたCIOの方々に緻密なチェックが必要だと思うので、よろしくをお願いします。

あと、IDの共存の在り方について、お願いします。

○厚生労働省（渡辺審議官） まず、話を整理させていただきますと、先生がおっしゃった、今の被保険者番号というのをまず個人単位化していこうということで、それを一つのキーとして、まず我々がやろうと思っておりますのは、被保険者は保険者番号ですので、オンラインで資格確認が出来るようにするというのをやろうということで、これは既に私どものほうでも方針を出しておりましたように、基金の中にもそういう準備室が出来て、2020年代の早いうちにやるということで、これはお尻も決まっております。

先生がおっしゃった次のステップとして、今度はそれを正に医療IDとして使っていくことについて、これは私どもの省内で、別の部署になりますけれども、有識者会議でどうやって医療IDを作るかということで議論はあったのですが、結論としては正に個人単位化される被保番をベースに使っていこうとなっています。

ただ、医療IDなるものの管理とか、どういうものを使うとか、そういうものについては一定の法制的仕組みが必要ではないかということで、これは別途担当部局で検討しているということで、まだそちらは具体化のもう一つ手前ぐらいという状況です。ベースとして、被保番の個人単位化を作っていくところは合意が出来ているのですが、今の時点で明確に工程が出来ているのは、それを使ってオンラインの資格確認をしていこうという段階だと。システムも出来るだけそれと整合的になるように、今、被保番の全体管理をして中間サーバーを持っているのは基金のところにありますので、そのような状況でございます。○神成副政府CIO 被保番のフォーマットは既に厚生労働省が発表をしておりますので、それを踏まえた対応をきちんと進めていく事になると思います。

データベース構造に関しても、支払基金側のシステム構築スケジュールを踏まえたと、対応は可能ですね？

○社会保険診療報酬支払基金（山崎部長） 現段階ではそちらのほうも対応可能というように準備しております。

○神成副政府CIO ご指摘を踏まえ、基金側金と内閣官房の連携体制をさらに強化して進めて参りたいと思います。

○林座長 是非よろしくお願いたします。

1点小さなところなのですが、4ページの本部審査の拡大のところ、高額レセプトの対象基準を今回引き下げるというのに際して、医科40万点という現在のものを38万点に引き下げたということなのですが、この引き下げ幅の微妙さというのは、どんな根拠なのでしょう。

○厚生労働省（渡辺審議官） これは大分前ですが、前回引き下げたときも2万点引き下げているということなのですが、結局本部で審査するものが増えるというのは、本部に特別審査委員会というものがありますので、当然その体制を整えなければいけないということがございます。そこの兼ね合い等も見ながら、実は今回40万点以上から38万点以上に変更するに当たって、大体特審で見る月のレセプトが2,500件から3,000件ぐらいに500件ぐらい増えるということで、当然それに必要な特別審査委員会の増員もしておりますので、そこの兼ね合いも見ながらということで、アプリオリに出てくる数字というよりは、そこの特審の審査体制も見ながらということでございます。

ついでに申し上げますと、肺移植とか心移植とか肝移植、これについては全て特審で見るというのは、現場サイドから、移植施設のある都道府県は今、21あるのですが、その中で例えば肝臓とかの専門医が審査委員にいないところもあるので、そういうところはむしろ特別審査委員会でやって欲しいと。そういう現場のことも踏まえて、今回点数だけでな

くて、こういう種類についても特審でやる形にしたものでございます。

○林座長 ありがとうございます。

本部審査の拡大の点については、こういった点数とともに分野でという両面から、今後も是非継続的な取組をお願いしたいと思います。

そのほか、御質問はありますか。

事務局から何かございますか。

○大森参事官 今後の日程等につきましては、追って事務局から御案内をさせていただきます。

○林座長 ありがとうございます。

では、本日はこれで会議を終了いたします。傍聴者の皆様は御退席ください。