

第2回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成30年11月8日（木）15:00～16:48

2. 場所：中央合同庁舎第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）、
江田麻季子

（専門委員）川淵孝一、後藤禎一、土屋了介

（事務局）窪田規制改革推進室次長、大森参事官

（説明者）神野正博 公益社団法人全日本病院協会副会長

（経済産業省）松田商務情報政策局情報経済課長

（財務省）鎌田主税局税制第三課課長補佐

（厚生労働省）北波医政局総務課長、奥山保険局医療課課長補佐

4. 議題：

（開会）

議題1. データ・ポータビリティに関する調査・検討の状況

議題2. 外国人観光客に係る診療価格の見直し

（閉会）

5. 議事概要：

○大森参事官 定刻になりました。ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」の第2回を開催いたします。

皆様には御多忙の中、本日は御出席頂きまして、誠にありがとうございます。

本日は野坂委員、森田専門委員が御欠席となっております。

また、大田議長は遅れて御出席される御予定になっています。

さて、今回の議題はお手元資料にありますとおり2件ございます。1件目が「データ・ポータビリティに関する調査・検討の状況」、2件目が「外国人観光客に係る診療価格の見直し」となっております。

それでは、ここからの進行は林座長をお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、早速議事に移りたいと思います。

本日の最初の議題は、ただいま御紹介がありましたとおり「データ・ポータビリティに関する調査・検討の状況」です。

私どものこの規制改革推進会議医療・介護ワーキングでは、今期の主な審議事項として、「医療等分野におけるデータ・ポータビリティの実現」を掲げております。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ような仕組み、データ・ポータビリティの実現を視野に入れつつ、医療機関の情報連携などにおいて、データの利活用を阻害している規制改革に取り組むこととしております。

経産省では、電力や金融分野も視野に入れてデータ・ポータビリティに関する検討会などを開いており、その中でもヘルスケア分野は最も注目される分野と目されております。ヘルスケア分野でのデータ・ポータビリティは、個人の揺りかごから墓場までの情報が一元的に管理され、転居などにかかわらず健康状態の経年変化を捉え、より適切な医療サービスを受けることを可能にするものです。

本日は経済産業省においてその検討内容についてお話を伺い、今後の当ワーキングにおける議論の参考にしたいと存じます。

本日は経済産業省商務情報政策局情報経済課から、松田洋平課長様にお越し頂きました。それでは、松田様、資料1に基づいて御説明をお願いいたします。

○経済産業省（松田課長） ありがとうございます。

「データポータビリティに関する検討について」ということで、パワーポイントの資料と、お手元に具体論の一つとして電力の世界でスマートメーター制度検討会ということでは既に少し動いているものも含めて、御紹介しながらやらせていただければと思います。メーンはパワーポイントに沿って御説明したいと思います。

1 ページ目、「データポータビリティに関する調査・検討会」ということで、これは経産省と総務省の合同で検討してございます。ただ、これはあくまで基礎的な海外の動向だったり国内の需要といったところをまずサーベイしようということになっております。

そんな中で、3つの分野についても少し深掘って議論しています。金融とヘルスケアと電力ということでございます。

構成員の名簿、右のほうを見て頂きますと、医療の関係では自治医科大学の山本先生に御参画いただいて、議論に参加いただいております。

2 ページ目、データ・ポータビリティに関する各国の取組状況の整理でございます。EUについては後でも詳細を御説明しますが、EUはGDPR、一般データ保護規則の中でデータ・ポータビリティというのはあらゆる業種に、あらゆる場合に認めるということで、この規則が今年の5月に施行されているということになっております。

アメリカもイギリスも、結果的には日本も同じような取組でございまして、こういった国々においては幾つかの分野に絞って分野別にデータ・ポータビリティを認めるということで、ルール、規制でやるようなものもあれば、インセンティブを業界に付けていくようなやり方もあるということになってございます。

3 ページ目、EUのGDPRの考え方でございます。実はGDPRの中ではデータ・ポータビリティ権という今日のお題に加えて、見て頂きますと、忘れられる権利という権利、消費者が望めば自分の問題があるようなデータについては消してくださいということが言える権利でありますとか、データ・ポータビリティの下にありますプロファイリングに対する異議

申し立て権といったこともセットで整理されているということになってございます。

4 ページ目、EU、欧州委員会のデータ・ポータビリティ権の意義・目的に関する彼らの説明ということでございますけれども、二つ意義があるということになっています。一つ目が、個人にとってパーソナルデータをコントロールするという基本的権利を強化するものということになっております。加えて、結果的には新興企業でありますとか中小企業にとって、デジタル・ジャイアンツに支配されたデータ市場にアクセスしやすくなるということで、より多くの消費者を得ることができる。逆に言うと、消費者側から見ると消費者にとっては多様な選択肢が示されるということになっております。

GDPRのデータ・ポータビリティ権の対象ということでもあります。東洋大学の生貝先生に整理によると、基本的にはみずから提供した個人データというものが対象になっているということですが、では、何が入るのかということですが、①フォーム等でみずから入力したデータはもちろん含むということですが、加えて②の観測されたデータ、例えば個人の検索履歴でありますとか位置情報、更には、健康計測機器等によって計測された心拍数などの生データも含まれ得るということで、オブザーブドされたデータも含むということになっている一方で、派生データ、推測データ、アルゴリズムでの解析結果や一定の評価については含まないという整理になっています。

彼ら、EUの中での考え方の効果ということですが、これは繰り返しの部分もありますけれども、消費者の「囲い込み」防止による消費者への権限付与でありますとか、イノベーション創出の機会といったものが増えるのではないかと整理されてございます。

GDPRが一般的なルールとして存在している以外に、幾つかの分野ではより具体的に詳細のルールを決めている分野がございます。一つは金融、決済の分野ということでありまして、これについては「Payment Services Directive 2」という改正決済サービス指令というものが出てありますけれども、この中で、個人がフィンテック企業にお願いをしてフィンテック企業が銀行口座にアクセスするということについて、これを法的に認めるスキームができております。

まだこれはルールとして完全に整備されているわけではありませんけれども、コネクテッドカーについてもどういうデータ・ポータビリティを実現するのかということについて、消費者の方と、業界の方と、ある種、規制当局が入るような形で議論が進み出しているということになってございます。

そういう意味では、全体像を整理してはございますけれども、横串的なルールとして真ん中にGDPR20条による「個人データ」のデータ・ポータビリティというものが存在していて、金融だったり幾つかの分野については、縦串でもより詳細のルールが決まっていっている。これがEUのポイントでございます。

基本的にはリアルな世界のためにデータが用意されたという世界から、だんだんデータのほうが個人を規定しているみたいな世界にどんどんなっているわけです。そうすると、情報圏に記録されるデータが個人の実体を規定する流れにどんどんなってくるので

はないか。そうなると、そのデータのコントロール若しくはプロファイリングの在り方について、個人に対してきちんとしたエンパワーメントが必要なのではないかということであり、今まで単純にデータを誰かが持っているという世界から、二つ目のところですが、現実とデータが高度に連動する社会にAIも含めてどんどんなっていくということであり、なっていくときに、データが社会的実体としてあらゆる評価の対象になっていく可能性があるということだと思っております。GDPRはこういう世界を見据えてルールが決まっていたということになっております。

5 ページ目、もうちょっと分野別のアプローチをしている国の紹介であります。一つはイギリスのmidataの仕組みというものがあります。分野は電力と金融と携帯とクレジットという4つの分野になっております。右側のピンク色のところに少し書いておりますけれども、これは何のためにやっているのかということ、個人が自己のデータを取得、更には第三者に提供して活用することで、各企業の提供サービスの比較等が可能になり、自己にとってよりよいサービス提供が受けられる、そういう選択肢が増えるということになっていきます。

6 ページ目の下を見て頂きますと、こういった分野をこのプログラムの対象にするかということについては、長期の契約（利用）があることでありますとか、頻繁に取引を行うことでありますとか、料金体系が複雑で競合との比較が簡単でないことといった幾つかのメルクマールを示した上で分野を特定している。これについては、先に業界の自主的なプログラムを行政が推奨するところからスタートして、後になって法的な枠組みが作られたということになっております。

7 ページ目、これはアメリカの例でございます。ポイントは、My Dataイニシアチブというのが左下にありますが、これはオバマ政権のときにデータ・ポータビリティを拡大していくというイニシアチブを発表して、これを実行していているということになっていまして、具体的には医療のデータ、電気利用のデータ、国税に関するデータ、学生に関するデータという4つぐらいのプログラムを動かしているということであり、

8 ページを見て頂きますと、その中で今回の議題であります医療のデータについては、ブルーボタンという仕組みができております。これについては、対象になるのはメディアケアの受給者でありますとか、退役軍人、兵役者の方が対象になるということで、アカウント登録をして、そうすると、基本的には自分のデータがダウンロードできて、それがサードパーティーに対しても使っていけるということになっております。これについては、法的根拠としては、ブルーボタンについては「Health Insurance Portability and Accountability Act」、HIPAAと言われているような法的枠組みができて、それに沿ったプログラムということになってございます。

9 ページ目、こうした取組を更に加速化するというので、インセンティブが設計されております。このHITECH法という法律で、EHRのインセンティブプログラムというものが設計されていると理解しております。これについては大変分かりやすくアメリカっぽい

などということでありませけれども、当初の5年間なりは、その間にシステムを電子化してデータ・ポータビリティができるようなシステムを入れると、その5年間は補助金がもらえるということになっていまして、その後、その間にやらないと、5年たつとディスインセンティブがついてくることになっていまして、診療報酬が1%ずつペナルティーとして削減されることになっております。これは各病院などでもシステムの更新は毎年やるものではないということなので、できれば計画的にやっている中の5年間のどこかでそういう投資をするならば補助金がついて、それを超えていくとディスインセンティブになるという大変分かりやすい制度になっております。

10ページ目、総務省と経産省でやった調査・検討の中で、アンケート調査を国内で実施してございます。これは20代から60代の方を対象としたウェブアンケートを昨年の11月に実施しまして、大体4,000人の方から御回答いただいております。

ポイントは、分野別に見たデータ・ポータビリティの必要性ということで、金融と電力とヘルスケアについて、どれぐらい必要だと思うかということをお願いしたものであります。一言で申し上げますと、ヘルスケアについては「必要だと思う」と「まあ必要だと思う」を足して8割近い方が回答していて、特に「必要だと思う」についても、ほかに比べても高い33%程度の方が答えているということでありませ。金融なり電力というのは、取組は進んでいますけれども、パーセントとしては医療よりは低いことになっていると。

11ページ目、パーソナルデータを活用した各サービスの利用意向ということについても、3つの分野について聞いてございます。真ん中、赤枠で囲ったところが医療の関係、ヘルスケアの関係でございませけれども、「有料でも利用したい」というパーセンテージは、ほかと比べるとということですが、医療の分野については比較的高い数字が出てきている。他方で「無料であれば利用したい」というのがもちろん多いということでありませけれども、有料であってもということでありませして、ヘルスケアの分野についてはセカンドオピニオンでありますとか、旅先での通院時に情報提供が欲しいでありますとか、健康情報がある程度共有されるようなサービスといったものについてのニーズがあるということになっております。

12ページ目、データ・ポータビリティが権利として若しくは仕組みとして仮に認められていくとすると、その場合に個人が全部自分でデータをコントロールするというか、どこにサービス提供者がいて、どの人にデータを出すといいのかということとはなかなか個人には分からない面もあると思っていまして、その場合にそれをサポートするような仕組み、一応「情報銀行」とここではしていますけれども、そういった仕組みについてニーズがありますかということをお願いして、それについては、これは当たり前の結果ですが、データ・ポータビリティが必要だという方については、自分でやるだけではなくて、そういうサポートするような事業者についても必要だという人が比較的多いということになっております。

この後、幾つかの分野について、この検討会の中で少し進捗について整理した表がござ

います。一つ目が13ページ、電力分野におけるデータ・ポータビリティということになってございます。これについては、まず開示というのは本人に簡単に開示ができるかということと、移転というのは第三者に対しても用意に移転ができるかということで整理しております。電力データについては、本人への開示、電子化されてそのデータが標準化されて本人に返るということは対応済みであるということと、サードパーティーに出す場合についても基本的には対応済みですけれども、第三者移転のコストは本人が負担するというところで整理されております。

これはお手元、もう一つの資料で少しだけポイントを御説明したいと思いますけれども、スマートメーター制度検討会というのが平成23年に報告書を取りまとめております。簡単に申し上げますと、電力システム改革を進めていく中で、スマートメーターについても標準化なりルールを決めていこうということで、経済産業省の中で行ったものでございます。ポイントだけ何点か御説明したいと思います。

2ページ、まず、このスマートメーターからのデータを消費者にちゃんと渡すような仕組みが要るのではないかという議論の前提とすると、電力システム自体が基本的には電力会社が発電して消費者に一方的に流すようなシステムから、むしろ需要家側で再生可能エネルギーを作るということでありますとか、場合によってはデマンドレスポンスとこの分野では言いますが、火力発電所を電力会社がたくよりも、需要家側において、依頼して、需要を下げてもらおうといったやり取りができるようなサービスが世界的に可能になってきているということでもあります。そういったものを日本としても導入していくための基盤として、電力会社が持っているメーターと需要家側をつなぐようなルートについてきちんと整備していく必要があるのではないかというのが議論の発端でございます。

18ページ、どんなことで整理したかということでもありますけれども、スマートメーター導入にどんな効果が期待されるのかというのは、かなり議論がございました。これは全体で10回ぐらい議論しております。

その中では、一つは（2）のところでもありますけれども、まずは需要家側のメリットとして、消費者の方がいろいろな料金体系が使えるようになるとか見える化ができるといった可能性、更には、それを使ったサービスが享受できる可能性が整理されてございます。

（3）は電力会社のメリットということで、電力会社にとっても検針業務が効率化するでありますとか、先ほど申し上げたような需要家側における需要制御によって、自分たちの効率化も図れるのではないかという可能性を整理してございます。

最後の20ページで、それも含めてということではありますけれども、社会的なメリットということについても整理してございまして、これは究極的には再生可能エネルギーの導入を拡大するでありますとか、省エネ、省CO₂を進めていくといったことについての基盤となるのではないかということが整理されてございます。

22ページ、実はここがかなりもめた論点でございまして、電力使用情報は一体誰のものなのかというのが、この平成23年のときも相当議論になりました。議論の結果が整理され

たのが、22ページの（1）からの部分でございます。これについては、電力使用情報は需要家自身に関わる情報であって、我が国の個人情報保護法やOECDのガイドライン、これは個人情報保護法の根っこになっているガイドラインがありますけれども、それを踏まえれば、いわゆる需要家による情報の自己コントロール権を確保するというのが基本的考え方であるということであるので、当該情報は電力会社等から需要家に対して適正に提供されるべきものであるということと加えて、需要家が第三者への提供も含め、その利用を行うことができるものであるということを整理したということになってございます。

整理以前は、これは電力会社のものなのだとか、需要家のものなのだとか、渡していいのかとか、セキュリティーはどうなのだという相当いろいろな議論があったわけですが、基本的にはこれは個人データなので、個人がコントロールできるような形にするべきであるということと、個人が望めば第三者に提供することについてはきちんとそれを認めていくべきであろうと、当然そうであろうということが整理されたということになってございます。

この後、この医療等にも御参考になるかもしれませんが、23ページから書いてあるのは、結局スマートメーターから提供される情報は一体どんな情報なのかということが25ページ、ユースケースとデータの粒度、タイムラグといったことが整理されてございます。

27ページ、右上に全体のシステムの絵が描いてございます。この中で大きくスマートメーターからデータを提供するルートについては、Aルートという電力サイドに流れるルート、これは当然電力会社が置くことになってございますけれども、もう一つ、Bルートとこの分野では言っていて、需要家側が電力会社を経由しなくても直接データがとれる口を作ることがシステム上も設計されてございまして、このAルートとBルート両方を使って需要家側にきちんとした情報が流れるようにしようということが決まったということになっております。

この分野の関係で行きますと、コスト負担をどうするのだということも議論になっておりまして、48ページを見て頂きますと、費用負担の考え方ということで、特にBルートを置くというのは、普通は電力会社はもともとやるインセンティブがないわけでありまして、このBルートの実装費用はどうするのだということが、いろいろな論点がここで整理されております。実はこの後また更に議論があって、最終的には電力会社の負担でBルートも整備すると。ただし、それについてはいわゆる規制料金の中で解消していいということで整理されて整備が進んでいったことになっております。

加えて、あと一点だけ、この分野が一部医療の世界でも参考になるかもしれないということでもありますけれども、42ページに戻って頂きますと、アメリカのモデルということですが、需要家がオーケーしたときに誰でも電力会社がつないでいいのかということについては、電力会社も不安があるということがありまして、それについてはOpenADEという仕組みを彼らは作ってございまして、簡単に言うと一定のセキュリティーとか一定の信頼性

がある企業を登録して、その人に対しては簡単にデータを流していいという仕組みを作っている例もございます。これが一応平成23年2月に整理されて、先ほどのコスト負担等々も決めた上で、このルールに従った標準化を整備した上で、最終的に今スマートメーターが全国ほぼ全ての家庭に入っていくという過程になっているということでございます。

パワーポイント、14ページに戻って頂きまして、次は金融分野におけるデータ・ポータビリティということでございます。金融分野については、これは銀行の世界が先に進んでおります。カードの世界は同じような仕組みを検討中ということになってございます。

仕組みは15ページの左側を見ていただければと思います。2017年の改正「銀行法」の中で、銀行APIの開放が決まっております。これについては顧客がフィンテック企業に委託する。その委託を受けたフィンテック企業が、その人の口座で金融機関が持っている口座にアクセスしてデータを集めるという仕組みでございます。そういう意味では、個人の方で一つの銀行口座だけではなくて複数の銀行口座を持たれている方に対して、このデータのある種集めて、個人にとって最適な資産形成とか家計簿管理みたいなサービスを提供するというので、そのためのルールが決まったということになってございます。

その銀行法APIみたいな基本的なルールが設計されると、実際にビジネスの世界でどう動いているかということでもあります。簡単に言うと、ルールが決まると、今いろいろなクラウドで金融機関のシステムが作られています、右側のSaaSのところを見て頂きますと、簡単に言うと、銀行のAPI、要するに改正銀行法で決まったAPIの接続をシステム上担保するためのサービスがどんどん出てきていて、これを銀行さんは調達すれば、そのルールに基づいたAPIの開放ができることになっていまして、ルールが決まればシステムの設計はどんどん進んでいくということだと思っております。

16ページ、これは医療分野におけるデータ・ポータビリティについて、その検討会なりに整理したものでございまして、もしかしたら医療の分野の方から見られると一部間違っているところもあるかもしれませんが、医療全体については、健康情報なり医療情報のところが電子化、データ標準化が一定程度進んでいる一方で、データの本人への開示については、一部で実施されている一方で、紙で開示とか、いろいろな電子化が完全に進んでいないものも含めたことだろうというのと、移転については、まだこれからの議論ということだろうと思っております。

そういう意味では、18ページに飛んで頂きまして、この検討会で何か結論を勝手に作るということではありませんけれども、分野別にどんな論点があるのかということは少し整理しておりまして、医療については、データ・ポータビリティの実現に当たっては、紙でデータ・ポータビリティはなかなか難しいものですから、基本的には電子化とセットで進める必要があるだろうということでもありますとか、アメリカのような仕組みは簡単ではないと思っておりますけれども、データ・ポータビリティを実現するためのインセンティブとディスインセンティブというような設計を一定期間にわたってきちんと作っていくというのが、病院の方にとっても、消費者の方にとっても、政策としてはやりやすい政策なのではない

かといったことが論点としては整理されてございます。

最後、19ページ、20ページ、これは関連の情報ということでもありますけれども、かつ医療分野は今のところ対象になっていない仕組みであります。データ・ポータビリティがどんどんいろいろな分野で認められていくと、全て自分でデータを管理するよりは信頼できる誰かに任せたいというニーズもあるということだと思っております。そうなったときに個人から委託を受けてデータのマネジメントをするような仕組みということで「情報銀行」というもの、これは医療なりを除いた形で、今、契約の約款を経産省と総務省で作ってお示ししているといったこともございます。

ただ、本丸は、本当はデータ・ポータビリティが実現すればこういったものは民間でもどんどん進んでいくはずでありますので、本当は順序が逆だという御指摘もあるわけですが、一定程度ニーズがほかの分野でもあるということに進んでいっているということでございます。

また、経済産業省と公正取引委員会と総務省で「デジタル・プラットフォームを巡る取引環境整備に関する検討会」というものを開催しまして、今週、中間論点整理を公表してございます。競争的な環境を維持するという観点では、データ・ポータビリティやAPIの開放といったデータの移転・開放ルールについても分野ごとにきちんと整理していく必要があるのではないかと。

データ・ポータビリティについては消費者に対する政策のみならず競争政策や競争基盤の整備としても一定の意義を持つということと、欧州で認められている情報の自己コントロール権のような立て付けから具体的な分野で検討していったらどうかということになります。特に社会経済に不可欠な基盤を提供するような今やデジタル・プラットフォームでありますとか、金融、電力、医療もそうかもしれませんけれども、相互運用性が重要な分野については、イノベーションが絶えず生じる競争環境を整備する観点から重要ではないかといったことが整備されてございます。

いろいろな分野でデジタル化が進んでいく中でルールをどう作っていくかというときに、法律だけではなくてシステムなりコードなりプログラムをどう設計するかも極めて重要になってきているということだと思っております。それが設計できないとなかなかちゃんと社会的価値を実現できないのではないかと問題意識でいろいろな議論を広げてございます。

その中で一点だけこの議論で参考になるのは、新しいプログラムなりコードなりシステムということとルールをどのようにセットで整備していくのかということでは、これは金融庁でやられている世界ですけれども、FISCという機関がございまして、金融情報システムに関する議論をする場でございまして、ここには金融業界の人もいれば金融規制当局の方も入って、ITのベンダーみたいな人も入って、どういうルールを作っていけばいいのか、どういうシステムだったら銀行法のAPIみたいなことが実現することができるかといったことを具体的に技術的に詰めていくという組織がございまして、そういう意味では、いろい

ろな分野でデータ・ポータビリティのルールを決めることと、それをシステムに落とししていくためにはかなり専門的な集中的な議論が要るのではないかということをごを思っています。

大変長くなりましたけれども、以上でございます。

○林座長 松田課長、御説明ありがとうございました。

現時点における我が国政府において、このデータ・ポータビリティに関してどのような検討が行われているかというところを短い時間で整理して頂き、ありがとうございます。大変貴重な、今後も使わせていただける資料かと思えます。

それでは、皆様、御意見、御質問はいかがでしょうか。

森下先生。

○森下座長代理 アメリカの例をお聞きしたいのですけれども、自分のデータをそのまま預けるというのは分かりやすい話だと思うのですが、前回ヒアリングで出てきたのは、例えば一回健保組合等がデータを取っていると。要するに、委託になっている場合はなかなか難しいという話が出てきたのですけれども、アメリカなどはそのようなケースはどう処理しているのですか。要するに、自分が直接的にデータを取っているわけではなくて、データそのものは会社なりが取ってしまった場合、そこから先はどのように移転するかという話なのですけれども。

○経済産業省（松田課長） アメリカのその点の詳細は今は承知していませんが、ただ、データ・ポータビリティといったときの基本的な考え方は、個人が頼めば個人が出したデータについては誰か第三者が持ってもそれを正に移転できる。しかも、そのコストについては、基本的には個人は負担しなくて、データを持っているデータホルダーが負担するというのが原則的な考え方かと思っております。

ただ、データを出した先に、更にその先の人との関係でも、基本的には個人のデータなので、個人との関係ではルールが適用されるということだと思います。

○森下座長代理 例えば健保組合が個人で健診して、そのデータを健保組合が持っていれば、今言う理屈で合うのだと思うのです。ただ、データ自体は医療機関が持っているというもう一者入っているわけです。これは多分アメリカでも同じようになり得ると思うので、その場合にどうするのが難しいというのが前回の話だったのですけれども、ヨーロッパでもアメリカでもいいのですけれども、そういうケースは何か御存じですか。

要するに、3者が絡んでいる。個人は直接はいいのだけれども、直接のところはデータを持っているわけではなくて、そこから更に別のところがデータを持っているというケースなのです。

○林座長 先ほど、資料のスマートメーターのところはBルートの解決策について御紹介くださったのですけれども、今、医療ではこのBルートがまだないものですから、結局10月29日のこちらのワーキングで「ルナルナ」等をなさっているエムティーアイ社が提案された、御本人が指定した第三者、例えばエムティーアイ社に対してデータ移管を請求する

場合にも、データを保有している協会けんぽなどからは第三者移転に当たると言って、本人が承諾しているのだけれども、そこが第三者移転に当たるからということではなかなか移転してもらえない、普及の阻害になっているというようなお話がありました。この解決につながるような事例があればということでの御質問かと思うのですが、その点では先ほど御紹介頂いた電力の場合のBルートのように、ユーザー個人が直接データを取得するという立て付けにすれば解決するということなのではないでしょうか。

○経済産業省（松田課長） Bルートの場合は、まずBルートを設定するところまでは電力会社の責任でありまして、そこからデータを取ることは、個人が自分で取ってもいいですし、誰かに頼んで取ってもらってもいいということはオープンになっているということになっていまして、幾つかのサービスは、正に個人に対して、私はBルートからデータを取ってあなたに見える化とかいろいろなサービス提供をしますというシステムを売っている人もいるということになっています。

ただ、私は医療の二つに分かれている詳細は把握できていなくて申しわけないのですが、基本的には個人の自己コントロール権なので、個人が常にコントロールできるという前提で考えていくと、個人が望んでいるのに第三者移転できないということは、医療の世界ではいろいろあるのかもしれないのですが、普通の個人情報の世界からすると極めて違和感がある話ということになるのではないかという気がします。

○林座長 ありがとうございます。

江田委員、どうぞ。

○江田委員 その流れでの質問なのですが、アメリカのブルーボタンの例なのですが、基本、メディケア、メディケイド、兵役の方ということで、パブリックなシステム。恐らくほとんどはプライベートな保険システムのアメリカにおいて、これはパブリックだからできてプライベートの保険者だったらできないということはあるのかというのは疑問に思ったのです。第三者のかかわり方も恐らく違うのではないかと思って、私も分からないのですが、その部分の質問が一つです。

もしこれがプライベートの保険は各自でやるようであれば、個人にとってみると、そのインターフェースはそれこそばらばらになっているのではないだろうかと思っていて、そのあたりがもしお分かりになるのであれば教えて頂きたい。

○経済産業省（松田課長） そういう意味では、我々も限られたリソースの中で、医療もどこまで深掘っているのかは微妙なところがあるわけですが、ただ、正にブルーボタンの世界はかなり限定的な公的な世界でやっていると思っています。

あとはHITECH法みたいな次のページにあるような仕組みで、これについては支給額なり支給件数もかなりの件数になっているということだと思っていて、必ずしもこれは17ページのブルーボタンにとどまっている話ではないという理解でおりますので、もう少し広いものを対象にインセンティブを作ったと聞いています。

この中は基本的には標準化された電子化を行って効率的なシステムを作ることと、その

中の要件としてデータ・ポータビリティができるような仕組みを入れろということが要件になっていたと聞いております。

○江田委員 もう一回戻って、第三者委託のところなのですけども、個人が請求すれば個人のものですから、データは自分のものということでコントロールできるというのは、このブルーボタンの中でも達成されているわけですね。ありがとうございます。

○経済産業省（松田課長） そうですし、根本的には全体の思想の基本にあるのは、アメリカは個人情報保護法は今のところないのですけれども、一応OECDの8原則というプライバシーの原則がありまして、それはアメリカも乗っかっているということになっております。そこには正に基本的な哲学として、個人の自己コントロール権を達成するのだというのが全体を通じた基本的な基軸になっておりますので、それをどういうふうにあわれとしてやっていくのか。

今までは少なくとも本人が開示請求すれば本人には返さなければいけないということはルールとして決まっていたわけですけども、今起こっているデータ・ポータビリティの議論は、更に本人が望めばサードパーティーにもデータ提供するところまで認めている。EUは全体のルールとして認めたということですし、今御紹介したアメリカなりイギリスは、幾つかの分野で必要性が高いところについて、そういう仕組みを作っているということでもありますので、本人への開示のある種の拡張だということだと思います。

拡張のポイントは、電子化された状態でマシンリーダブルな形でサードパーティーに出すことと、コスト負担は基本的にはデータホルダーがやるということでもあります。

ただ、更に細かいことを言うと、EUのGDPRについても新たなコスト、新たなシステム投資までは必要ないということになっておりますので、一般則としてはそこまで求めていない。今あるシステムでできるようなマシンリーダブルにデータが流せるのだったら、サードパーティーに流してくださいということになっていて、他方で金融なりコネクテッドカーみたいな幾つかの分野では更にもうちょっと消費者がデータをサードパーティーに出しやすい仕組みを作ろうということになっているという理解だと思います。

○林座長 よろしいですか。

川渕専門委員、お願いします。

○川渕専門委員 経済産業省というと、私も経済産業研究所のファカルティフェローを一時やっていましたが、結局、今日の資料の中の18ページに尽きるのではないかと思います。但し、ヘルス産業には電力業界と違って、情報の非対称性という特殊性もあるのですが、18ページの論点を見るとインセンティブという話がございます。経済産業研究所でペイ・フォー・パフォーマンスが医療界になじむかという研究をやったことがあるのですがアメリカは努力する者は報われるということで、医療の質を向上させると一定のメディケア診療報酬に加算があります。

これに対して、わが国も、ペイ・フォー・レポーティングとあって、詳細不明コードを極力少なくしてコーディングをきちんとやってくださいということで20点を付けたのです。

こういうことで、一番分からないのは、18ページに電子化自体はそれほど難しくなくむしろ対応は進んでいるのではないかという記述です。今日の資料の16ページにも日本の医療分野におけるデータ・ポータビリティの現状を示すポンチ絵がありますが、これを見れば分かりますように、紙で開示という箇所がありますね。先日も支払基金の方に聞いたのですけれども、紙で開示したほうが安上がりだと言うのです。そのため紙がすごく横行していると思ったのですが、あえて電子化はむしろ進んでいるというように経済産業省と総務省の検討会でおっしゃった根拠を教えてくださいたいと思います。

○林座長 お願いします。

○経済産業省（松田課長） この後ろにある論点は、その場で有識者の方に言って頂いたものを余りメリデメを付けずに並べているので、意外と進んでいるのではないかと言う人と、全く進んでいないのではないかと言う人がいらっしやって、ただ、ファクトとすると、少なくとも16ページのファクトではあるのだろうと。

○川渕専門委員 これがファクトだとすれば、どうやって電力や銀行業界のような世界へ持っていくのかその基本戦略を聞きたいなと思うのですがいかがでしょう。

○経済産業省（松田課長） 大変恐縮なのですが、我々はまずデータ・ポータビリティを一般則としてどのように日本で考えていくべきかを今議論しているというのが実情でありまして、正直、医療の世界については、先ほど先生方がおっしゃったような、正にGDPRの中でも個人がデータを渡したデータであれば分かりやすい。その次に観測されたデータも対象になっているわけですが、評価のデータは対象になっていないというのがありました。医療の世界でもどちらになるのかというのは、多分情報なりデータによってお医者さんが判断したデータとか、ある種、そうでないファクチュアルなデータとか、かなり場合分けが必要なのではないかと考えておまして、場合分けした上でどこまでをどう対象にしていくのかという議論が必要だと思いますし、場合分けした上で誰がどうコスト負担していくのかも議論としては必要なのではないかと考えております。

ただ、電力のときも今正におっしゃったようなところからスタートしたのですが、一貫通したロジックは個人のものなので、個人の利便性をどう高めていくのかという観点で全体を設計しようというのが、それは変わらない設計思想でありました。

そういう意味では、医療の世界も戦略がないかと言われると怒られてしまうかもしれませんが、少なくとも我々の基礎調査の段階だと、国民の方のニーズは圧倒的に高いということではあると思いますし、正に個人データがかなりの程度EUでも対象となっているようなものになっているはずであるとすると、先ほど申し上げたようなことを整理していく必要があるのかなということは思っております。

ただ、おっしゃるとおり、ほかの分野とは違う特性はもちろんあると思いますし、その情報自体がセンシティブ度合いも高いということだと思いますので、その特性を踏まえた上で整理していく必要があるかなということでございます。

○林座長 後藤専門委員。

○後藤専門委員 川渕先生と同じように16ページのポンチ絵で、医療情報の「電子カルテで保存」、その次に「HL7等で標準規格が存在」とあるのですけれども、アメリカと日本の最大の違いは、アメリカはHL7を結構厳密に守りながらルールに従ってデータベースを作るというところで、メディケアだろうが何だろうが、プライベートだろうがみんな同じデータを持ってこられる。ところが、日本の場合は電子カルテのベンダーはほとんどクローズドの世界を使ってHL7に準じていない人がすごく多いのです。そこを何か標準化しないと次へは進めないだろうというのが一つあると思います。

ですから、松田課長が説明されたスマートメーターですね。あれは平成23年で世の中に出回る前から基準を決めて、この方向で行きましょうというので行けるのですけれども、こちらの場合は世の中にベンダーが存在して、がちがちにみんなクローズドの世界と。そこを収益源にしている開発会社が多いのです。

これは画像情報はまた別なのです。レントゲンとかCTとか、あれはDICOMという共通言語でやっていますから誰でも引き出せるのですけれども、多分、標準化というのは進められていると思うのですが、経産省さんも入られて、その辺はどうなっているのだろうというのはお聞きしたいです。

○経済産業省（松田課長） 正におっしゃるところはかなりポイントかなと思ってまして、スマートメーターの場合はおっしゃったとおりこれから導入する段階で、資料の34ページなどにも実はあるのですけれども、簡単に言うと、スマートメーターから家庭側につながるころは標準化しないと、引っ越したら使えないとかというわけにはいかないものですから、実はHAN側インターフェースは標準化しました。逆にそのときに、家側のインターフェースも標準化をセットでやらないと、電力会社から出したけれども、こちらが繋がらないというのが問題ですから、両方セットで標準を決めたということになっていまして、逆に言うと、標準が搭載されたものだけが総括原価による回収の対象でありますし、HEMS側にも実は補助金が当時あったのですけれども、これも標準化されたものだけが補助金の対象になるという制度設計をして、それでかなり具体的に決まっていたということだと思います。

ただ、正に医療の世界を含めて、そうは言っても既にいろいろなシステムがあるという分野のほうがむしろ多いかなと思ってまして、ただ、そのときにアメリカのHITECH法みたいな、プラス5年ぐらいかけてそれでもちゃんと方向付けしていくことは大事な気もしてまして、システムは必ずどこかで刷新する若しくは改修する場面があるはずでありますので、来年やれと言うとみんな大変だと思いますけれども、一定期間で必ず標準化したものにしないと何らかディスインセンティブがあるとか、何かが認められないという設計をしていくことがすごく大事なことはないかと思います。全体をやると大変だと思いますけれども、特に需要度が高いところから取り組んでいくことは大事なことかと思えます。

○土屋専門委員 大変スマートなプレゼンテーションをありがとうございました。個人の持ち物だということを強調して頂いたのは大変ありがたいのです。

ただ、半分愚痴になりますが、電力のほうの7ページ目で、米国のカリフォルニア州におけるスマートメーターの導入計画で、期間が2007年、2008年となっているのですが、ちょうどこのころ2008年だと思うのですが、IBMがスマートプラネットというのを全世界的にやられたと。当時の前田泰宏課長に言われて、私はニューヨークまで引っ張っていかれてIBMで聞いたのですけれども、そのときに既に医療についてはメイヨーがリーダーになってこれをまとめていて、したがって今のような状況が既にできている。これは民間ベースでどんどん引っ張って行って、HITECH法につながってこうなったのだと思うのです。

同じ時期に日本で前田さんが一生懸命頑張ったのに、ちっとも進まなかった。その原因を考えると、後藤さんが言われた本資料の16ページのHL7で標準化というのが、日本では金の使い方が悪いというか、総務省で研究費は出しているのです。この研究班に入ったら、これを使ってやりましょうと。お誘いは来るのですが、研究班に誘われたほうには一切金が回ってこない。自分で金を用意しないとこれは新しく組めない。そんなのはなくて、アメリカのように5年のうちにやるのだったら補助金を出すよというようなことを、国が半分出して県が半分出してということの仕組みを作ればあつという間に広がると思うのですけれども、その仕組みが全くできていないということがあると思います。

ですから、是非この2ページ目で、経産省、総務省のデータ・ポータビリティ、ここにオブザーバーでもいいから厚労省を呼んでおいていただいて、標準的な考え方はこうなのだということを是非。ただ、厚労省の方も若い方は分かっていると思うのですが、圧力団体が古い方が多いものですから、それで引っ張られてなかなか発言できないと私は解釈しています。

16ページ、もう一つ、紙で開示と。紙のほうが安いというのは、要は、日本では大病院に公的病院が多くて、採算をちゃんと考えていないわけですね。紙は確かにコピー、市販でも10円で、自分でやれば2～3円で済むかもしれませんが、そこにコピーをしている人間の人件費を考えていないわけです。1時間やったら何千円とかかるのを考えないから、紙のほうが安いと言うのです。電子で患者さんが自分で引っ張り出せば病院に1銭もかかっていないので、そういう発想が、採算性とかコストパフォーマンスを考えない公的病院が多いので、ここも攻め込まないとなかなか解決していかないと私は思います。

○林座長 ありがとうございます。

標準化の点もそうなのですが、データ・ポータビリティ、個人情報保護法との関係なども含め、総務省、経産省と厚労省の交通整理が必要なのかという議論を前回からこのワーキングでもしてまして、今後、経産省及び関連省庁で、この研究会の調査・検討を受けてどのような取組をなさる予定なのか、又は個人的なお考えなどでもよろしいのですけれども、あれば是非お聞かせ頂きたいのですが。

○経済産業省（松田課長） 我々が今スタディーしているのが日本におけるスマートコミュニティと、米国におけるSmart Grid Frameworkの比較なのですが、医療に限ったお話ではないのですけれども、データ・ポータビリティなりデータの活用ということで、二つぐ

らいのことが必要なと思っています。

一つは、これは経済産業省の反省も込めてということでこの場で書いておりますけれども、スマートコミュニティーというイメージを示して、いきなりこれで実証を始めてしまうということがあると大体あまり物にならないということですが、アメリカのNISTという機関がありますが、彼らはスマートグリッドについて同じ時期に少し先行して始まっていましたが、右側に見て頂くような具体的なシステム設計図、かつその中でどこを標準化すべきかという200ページくらいのきちんとした技術的な資料を作っております。これを作るのに30人ぐらいのプロのチームを集めて数年かけて作っております。

これを規制当局がちゃんともらって、それを規制の中で使っていく。若しくは電力会社にこれに準拠しろと言うというやり方になっておりまして、そういう意味では、きちんとしたシステム設計をやらないと、せっかくいいことをやろうとしてもシステムに落とし込まれずにそのまま調達するとベンダーさんの言うことを聞いて余りいいものにならないということでありまして、システムの設計図をきちんと書くこと。

あとはおっしゃるとおり、設計図を描くことと利害調整が別の次元で必ず必要になってくると考えています。その利害調整の仕組みと設計図をきちんと描くことが、経産省の見ている分野でもそうでありまして、ほかの分野でも必要になってくるのではないかと考えております。これはCSTIなどでも、こういう仕組みをどうやって日本の中で整備していけばいいのかということについては議論を始めているということでございます。

もうちょっと申し上げますと、こういうデータがちゃんと使えるようにならないと、AIだとかと言ってみても、AIは結局それ自体はツールなので、ちゃんとしたデータをとれる環境をどう作っていくのかというときにもその設計図なり利害調整の仕組みが要るのではないかと考えて議論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。

ほかにございますか。

江田さん、どうぞ。

○江田委員 うまく質問にできるかはあれですが、具体的な設計図はとても大切で、課長から御提示頂いた金融の例も、しっかりAPIが定義されれば民間も力強く自信を持って入っていけるいい例だと思いますので、思い切ったことをやって頂きたいというお願いと、その際にニーズですね。10ページにありますけれども、本当に医療の分野、ヘルスケアの分野は、病院に行くたびにそこだけのデータしか出てこなかったり、移転をしてしまうと母子手帳もなかなかつながらないようなこともまだ起きているような気がしますので、是非とも世論をバックに思い切った提案をして頂きたいと切に思います。

その際に、ばらばら皆さん御意向はあるとは思いますが、民間の声も吸い上げて頂きたくて、この会でもヒアリングで来て頂いた新しいサービスを提供されている方々、非常に今のニーズに合った、共働き世代の生活パターンに合ったようなサービスを提案されていますので、そういった方々の声も入れ込んで設計して頂きたいと思いました。

○林座長 御要望、意見なのですけれども、いかがでしょうか。

○経済産業省（松田課長） 我々はまず基礎的なところを整備しているのですが、そこまで具体的なお話を今は持ち合わせていないのですが、ただ、銀行法のAPIで御紹介したように、ルールがきちんと決まって標準が決まれば、企業の方はどんどんそれに沿った開発ができることになりますので、そこだけきちんと決めればビジネスでかなりのことが動いていくのではないかと考えております。

繰り返しですけれども、そのためには利害調整の段階とちゃんとしたシステム設計図を描くという二つが必要になってくると思っております、我々も幾つかの分野でデータの連携とかいろいろなことをやっているわけですけれども、大体利害調整の話とシステムの話と一緒にメンバーでやったりすると、ろくなことにならないと言うとあれですが、余りいい結論が得られないものですから、それはチームを分けながらきちんと議論していくことが必要だと思います。

スマートメーターのときも、この制度検討会は割と大きな利害調整なり了解を取る場でありまして、これとは別で標準化をやるチームはできていまして、その標準化は標準化でかなり専門的な議論をしていると。ただ、標準の切り方というのは、最終的にはかなり利害と実は絡む部分がありますから、それは両方きちんと誰かが見て整理していく必要があるかなとは思っています。

○林座長 ありがとうございます。

先ほど診療情報についてお話があったのですけれども、この8ページのブルーボタンで患者がダウンロードできるデータ項目に「医療処置」も入っているとおり、患者と医療機関との間の診療契約に基づく診療結果である、医療処置の情報は、当然ながら患者に戻すことが、受託を受けた医師側にとって、診療契約上の義務だと思います。個人に返すというのが本来の出発点であって、それはGDPRの観点でも、情報を利用して更に何か開発したという、派生してくる情報というよりは、最初に患者自身から発生している診療の結果としての情報ですから、これは、当然個人に戻される情報に当たると思います。

本日の資料中の、スマートメーター制度検討会の報告書の中から、ここでのすごい議論の結果、取扱いについて決められたところについて、医療についても参考になるのではないかとということで松田課長から御紹介頂いた、例えばBルートの取扱いの仕方だとかコスト負担の在り方などは、確かに医療においても今後データ・ポータビリティのルールを決めていく際にとっても参考になるのではないかと私自身は思いました。

Bルートというのはユーザーが直接データを取得するという部分ですけれども、医療の分野においても患者が直接自分の診療情報を取得することを考えると、それを生涯を通して管理するのは非常に大変なので、PDSのような、情報銀行という言い方は余り医療については抵抗があると思うのですけれども、パーソナルデータを管理する、例えばエムティーアイさんみたいなところを使えるような、そのようなシステムも必要なのではないかと考えます。それを支えるための法制度というもの、例えばアメリカのHIPAAのような、この分

野の特性に合った、特化した法律も必要なのではないかと、今日御紹介頂いた中から感じた次第です。

ほかに先生方、よろしいですか。

土屋先生。

○土屋専門委員 先ほど森下先生から話題になった保険組合とか、それが問題ということなのですが、アメリカでも多くは会社がHMOと契約して、かかる病院を決めてしまうと。しかしながら、データは患者個人がそんなものを無視して各病院、かかった病院からもらっているのです、これは日本でも情報の持ち主が本人だということを強くやれば問題にならないのではないかという気がします。

もう一つ、システムをしっかりと設計図を描いてやらないといけない。例えば韓国ではソウル大学の分院の衛星都市にある盆唐病院というところが2003年にできたときには、先ほどおっしゃったように30人の専門部隊がシステムを全部設計して、それでオーダーをして会社に作らせているのです。ところが、日本ではそこまでできる病院がないというか、ほとんどが最初からベンダー頼りになってしまう。ですから、もし経産省さんがおやりになるのであれば、大きな病院では自己開発ができるような支援をやって頂くと競争が起こって、デファクトスタンダードがかなりいいものが設計できるのではないかと。

それを全ての東大病院を初め大病院まで全部がベンダー頼りでやっているのです、ほとんど2社に集約されるような異常な事態が日本で起こっていて、先ほど後藤さんが言われたようにクローズドの電子カルテしかない。今や世界中クラウドだと言っているのに、クラウドのほうが秘密保持が心配だなどと言う医者が圧倒的に多いわけです。その辺を、是非うまく予算を使って誘導するような政策を取っていただければと思います。よろしく願います。

○林座長 どうぞ。

○森下座長代理 アメリカのブルーボタンの話でのダウンロードできるデータなのですが、基本的には診察した場合、医者が個人に返すという点はそのとおりだろうと思うのですが、どこまで返すかという話があると思うのです。要するに、細かいCTなどの全ての情報、要するに、カルテ全部を見られるのか、それともその中の抽出されたものを見るのか。ブルーボタンを見ている限りでは全部でないようにも見えるのですけれども、この辺はどうなっているのかというのが御質問の一つです。

もう一つは、先ほど言ったような保険組合が入ったときに、結局、医者が個人に渡せないのは、医者は直接の契約関係ではなくて最終的に保険組合との契約関係なので、直接患者さんではないわけです。そこは多分戻せない理由だと思うのですけれども。

○林座長 でも、それはその組合との契約と患者との間の診療契約と両方あるわけです。

○森下座長代理 だけれども、私たちは診療契約を結んでいませんからね。結局、患者さんではないのですよ。健康組合、ドックだから。ドックの場合と患者さんが来ている場合はケースが違うと思うのです。そこを整理しないと話がおかしくなってしまう。

○林座長 でも、患者は健診を受けるときには。

○森下座長代理 だから、健診の方は患者さんではないのです。あくまでも契約で来ているだけなので、あれは医者個人と直接ではないのですよ。

○林座長 何らかの身体への関係を受ける以上、おっしゃるところの健診契約を医療機関と保険組合が結ぶ契約と別に、実際には医療機関と患者との間では診療契約があるわけです。何も契約がなかったら、医者は何で私の裸を見られるのですかという話になります。

○森下座長代理 でも、そこにおいてのデータを医者が自由に見られるかという、必ずしも自由ではないのですね。診察の場合は主治医という関係があるので見られますけれども、健診で来た場合、その方のデータを私がずっと見続けるわけではないのです。その場では見ますけれども、その場で契約は終わるのですね。それ以降は契約がないのですよ。だから、そこが多分お話としては違うのだと思いますよ。

○林座長 でも、患者の利用者目線でいけば、自分についての情報をこの医療機関が保管しているという、この関係はあるわけですね。先生自身はそこだけで終わっても。

○森下座長代理 医療機関は持っていますけれども、その医療機関がそのデータを利用して何かをすることはないですから。

だから、ずっと継続的に診察の場合は続いていますね。一方、ドックの場合は一回受診が終わったらそこで関係としては切れているのです。だから、ある意味、全部のデータを動かしているのと同じなのです。

○林座長 それは現状では、Bルートがなくて、直接には患者に情報が戻ってきていないところが問題なのですね。

○森下座長代理 その中身は医療機関が持っているデータでなくなるというのが、多分医療機関側の発想なのです。

○林座長 そこは誤解があると思います。今までの考え方を整理する必要があると思います。

座長と座長代理で議論がつきないところではございますが（笑）、お時間の関係で今日はここまでとさせていただきます。

どうぞ。

○経済産業省（松田課長） 一点だけ、森下先生の関係で言うと、ブルーボタンのところは、データは私たちは限定されているという理解で、ここに書いているものがまず出せるということで聞いております。

契約の問題は正にほかの分野で言いますと、林先生にも御意見をいただいておりますが、AIとデータの契約のガイドラインという400ページぐらいのガイドラインを経産省で作っております。これは具体的などちらかという産業データの世界で、誰が本当にデータを持っているのか、どういう契約を前提としているのかというところは去年相当整理しております。そういう意味では、また医療の世界は医療の世界でそれが必要なのではないかという気がいたしております。

実は、農業の分野では農業版のデータ契約ガイドラインを農水省でお作りになって、経産省もお手伝いしているということでありまして、多分医療はより難しい関係だと思いません。ただ、一体契約上どうなっているのかということと個人情報保護法上どうなっているのかという、法的にどうなって契約上どうなっているのかという整理は必要なのではないかという気がしています。

クラウドの話は、正にクラウドを政府も産業もどんどん使っていこうという方向で、セキュリティをきちんとしながら使っていくという方向で今政策を別途やっています。その中では基本的にはセキュリティを議論しているのですけれども、上に乗っかってくるデータはどんなものがあるのかということは、本当はそこも一定のルールが分野別にできてくると、クラウドにチェンジするときに大きな変革ができるのではないかという気はいたします。

最後にすみません。

○林座長 重ねて貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

松田様におかれましては、今後ともまたいろいろと助言を頂きたいと思しますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はありがとうございました。

(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。

本日二つ目の議題は「外国人観光客に係る診療価格の見直し」です。

御案内のとおり、訪日外国人観光客は政府の取組が功を奏して急増しておりますが、それに伴い、観光中の予期せぬ事情で本邦の医療機関を受診する外国人観光客も増加しております。日本を観光先に選んでくださった人々に出国まで不安を感じることなく過ごして頂くため、医療機関側において外国人患者を受け入れる体制を整えることも不可欠であると思えます。本日はその観点から、この議題を取り上げたいと思います。

本日は全日本病院協会より神野正博副会長様にお越しいただいております。

また、財務省主税局税制三課より鎌田絢子課長補佐、厚生労働省医政局総務課より北波孝課長、保険局医療課より奥山晃正課長補佐にも御同席いただいております。

それでは、神野副会長、資料2をもとに御説明をお願いいたします。

○全日本病院協会（神野副会長） 全日本病院協会の副会長の神野でございます。私の病院は石川県能登半島でございます。今日は出てまいりました。

外国人観光客に係る診療価格ということで、事前にこのワーキング・グループの事務局からヒアリングを頂いた折には、実はまだ厚生労働省の税制改正要望というものが出ておりませんでしたので、ここを強く申し上げましたけれども、正直申しまして、今厚労省からも財務省に対して税制改革要望で、全部ではございませんけれども、この中身の一部の要望が出ているということをお知りおきの上、お願いいたします。

2 ページ目、オレゴン・ルールというのは、昔から救急医療でよく言われているお話で

あります。フリーアクセスとハイクオリティとローコスト、この3つは無理だとアメリカのオレゴン州の当局が張り出したということで、実際に見たことはありませんけれども、有名になっている言葉でございます。確かにフリーアクセス、いつでも診てもらえてハイクオリティならば、高い医療費が必要であろう。ハイクオリティでローコストならば、ちょっと待ってね、少し時間がかかりますよと。あるいはフリーアクセスでローコストということであれば、質が多少悪いのではないのでしょうかということが言われるということでもあります。

3 ページ目、三つどもえ、これはよく祭りや太鼓とか、日本に昔からありますけれども、じゃんけんぽんであります。グー、チョキ、パーの関係と言われますが、この正にオレゴン・ルールも全く同じ話で、次のページでありますけれども、4 ページ、医療の質とコストと、そして、このアクセスのところ、実際にアクセスをよくするために、もしうまく回っているとすれば、医師あるいは医療機関の自己犠牲があつてこれが回っているのではないのでしょうかということを強く申し上げたいと思います。

5 ページ目、外国人への医療ということで、訪日観光客は今御紹介がありましたように、これは私よりも政府のほうがお詳しいと思いますけれども、政府観光局のほうでも2018年3315万人ということで、訪日観光客がたくさん参ります。この方々は下に赤で書いてありますけれども、原則自費でお金を頂くという方々になると思います。

それから、右上、在日外国人ということになりますと、これは仕事をしていれば健康保険あるいは国民健康保険に入っていらっしゃいますので、ここに関しては保険診療ということになると思います。そして、今正に政府で議論されていらっしゃる外国人労働者という視点が入ったときに、多くは健康保険ということになると思いますが、全部が健康保険なのか自費なのかという話が出てくることになるのかなと思うわけでございます。

6 ページ目、日本の医療費の相場観ということで、これはいろいろなデータがありますけれども、大まかに言うところなことではないかということで、いわゆる先進国に比べると日本はびりに近いところにある。特に米国と比べると大きな医療費の違いがございます。ただ、アメリカの場合は保険によって、あるいは医療機関によってみんな価格が異なっておりますので、日本のような公定価格がないという中で、純粹に比較はなかなか難しいというのが現状かなと思いますけれども、非常に高いというのは事実であります。右に行きますと、多少医療レベルは低そうな国々が並んでいるわけでございます。

7 ページ、日本の医療費の相場観ということで、これもいろいろなところにデータは出ておりますけれども、よく例に出されます虫垂炎の日本の60万円に比べて、バリ島でもそれより高そうでありまして、北京でも場合によっては高いところがあることが事実でございます。そういった意味では日本の医療費は相場として安いということかと思えます。

8 ページ目、もう一つ相場観でありますけれども、これはニューヨーク・タイムズの社説から引用したのですが、大腸内視鏡、今正に大腸がんが増えております。日本では保険診療としては1万5500円、カプセル内視鏡という先端機器を使っても1万5500円、もちろ

んこれに初診料、再診料が掛かるわけでありますけれども、それに比べまして、アメリカではボルチモアで19万円ですし、一番高いニューヨーク州では85万円というように、相場観としては特に先進国の医療費は非常に高いわけであります。

9ページ目、正に必要な医療通訳という方々の話になりますけれども、通訳を職員として採用した場合、これは医療機関ごとにいろいろ給与はあるわけでありますが、それなりに数百万円の経費がかかります。通訳派遣、これもいろいろな派遣会社がありますけれども、1～2時間派遣を願いますと相場観としては2万円前後と。それから、電話通訳というのが最近ございますけれども、月30分を超えますと2万円から5万円前後というのが大体の現行の相場観だと思います。

IT、AI機器による自動翻訳ということに関しましては、これはこれからの話でありますけれども、導入にはそれなりの経費がかかりそうかなと思われまます。

10ページ目、日本人に対して先ほどのオレゴン・ルール、あるいは三つどもえの話をいたしましたけれども、質と利便性を提供しているのが日本の医療機関でございます。そして、日本人あるいは日本語対応と同等の質を確保するというのは、私たち日本のサービス業全体の真骨頂ではないかと思えます。そして、外国語による説明の時間あるいは通訳を間に入れた場合は当然時間もかかりますし、通訳コストを転嫁できないものか。一方で医療通訳という方々も、せっかく勉強したのですけれども、なかなか生活が大変だということも漏れ伺っております。医療通訳の方々の生活の保障も確保する必要があるということも重要になるのかなと思えます。

さて、外国人の話と2枚ほど離れますけれども、11ページは保険外併用療養費ということで、国が認めています保険診療との併用が認められている療養であります。評価療養というのは保険導入のための評価を行うもの、選定療養というのは正に差額ベッドとか歯科における金歯とか、保険導入を前提としないものでありますけれども、これはきちんと病院ごとに明示して、そして、それを頂くという種類のものかと思えます。

12ページ目、今回の要望でございます社会医療法人でありますけれども、簡単に御説明いたしますが、2006年の医療法改正で制定されたものでございます。社会医療法人というのは、公的医療機関が本来やるべき5事業、救急医療等確保対策と言われているようなもの、右の図で行きますとイ、ロ、ハ、ニ、ホでありますけれども、救急あるいは災害、へき地、周産期、小児といったものを所定の基準の下で行っているという公的病院に準ずるということで、税制優遇措置を受けているものでございます。救急医療事業等に関わる固定資産税と法人税に関わるものに関しましては非課税という医療法人の種別でございます。下にありますように、2018年10月1日現在で、厚労省の資料によりますと、298法人が認可されております。

冒頭申し上げましたように、私どもは石川県の能登半島の病院でございますので、東京都心に比べると外国人観光客も少のうございますけれども、幾つかの例が出ております。私どもは未収金というのは何とか発生しない医療をやっております。ただ、病名を見て頂

きますと、何と肺結核が外国人から出てきたり、アナフィラキシーとか閉塞性黄疸、ウイルス性の炎症等々で急な病気というものに私たちは対応しているということでありまして、外来だけではなくて入院ということになりますと、入院中の夜間とか休日の通訳業務に関しても、一手間、二手間必要であるという状況でございます。

14ページ目、これは健診でありますので、ここに関しては今の制度上でも自由に値決めが出来ると理解いたしておりますので、例えば最近では中国から32万円を頂きまして、PET-CTあるいは少し遺伝子検査的なものも含めて、私どもは旅行会社を通じていわゆるメディカルツーリズムということで来ていただいています。こういう方はまた今月も既に4～5人来ている状況でございます。

さて、最後でございますけれども、要望事項であります。訪日外国人の診療におきまして、社会保険診療報酬と同一の基準により計算された額を請求しろという社会医療法人等の認定要件であります。社会医療法人等というのは、私どもの特定医療法人とか財団法人、あるいはJAさんがやっていたらっしゃる病院というものがあると思っておりますけれども、認定要件を見直して、社会医療法人でも費用に見合った額を請求出来るようにして頂きたいというのが1番目の要望でございます。

そして、2番目でありますけれども、在留外国人の保険診療において、一物一価の原則から、二重価格はあり得ません。ただ、通訳等の費用に関しまして、実際に厚生労働省からも療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いということでいろいろなことが発せられておりますけれども、その中では診断書の翻訳料等とうたわれておりますが、それ以外に先ほど挙げましたような選定療養費などで保険外療養費としてきちんと明示して、そして、上乘せすることが出来るようにして頂きたいというのが要望事項でございます。

ちなみに、国立病院機構の例えば国立がんセンターは既に1点30円でございます。1点20円という国立病院もでございます。それから、赤十字病院、例えば広尾の日赤病院等は1点20円だと伺っております。にもかかわらず、私たち民間の社会医療法人が1点10円という規制がかかっているのは私はいかがなものかと、今回の機会をいただいているいろいろ調べてみましたら、思うところございました。

以上でございます。どうもありがとうございます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

委員からの質問をする前に、今日の御要望を受けて、厚労省と財務省からまずは御意見、お答えをいただければと思います。

まずは厚労省から、いかがでしょうか。

○厚生労働省（北波課長） 厚労省でございます。

今、神野副会長からもお話がありましたが、この件については税制改正要望ということで財務当局とも協議をしているというところでございます。

一つは、訪日外国人の方に対して適切な医療を提供するという事は、私たちも大きな政策課題として考えているところでございます。そういうこともあって、税の世界という

よりもむしろ政策としていろいろな受けやすい環境であるとか外国語対応ができる医療機関をふやしていくとか、一定の水準での医療が提供できるような体制を取ることが、今3000万人程度になっている、これからもふえ続ける訪日外国人の方に対して、安心して滞在いただけるような体制としては重要だと考えております。

そのような中で、総合的な対策を観光庁や様々な関係行政機関とともに推進している中で、いろいろな御要望も承りながら、何が実現できるかということについては、それぞれの担当のところと協議している、こういう段階であるということだけはまずお伝えしたいと思います。

○厚生労働省（奥山課長補佐） 厚生労働省保険局から、要望の二つ目にございました。在留外国人の保険診療について、保険診療の現状がどうなっているのかということをお少し御説明させていただきます。

まず、保険診療においては同一の保険料を支払っている被保険者という意味で、日本人であろうが在留外国人であろうが、そこで受けられる診療あるいはかかる費用といったものは同一となっているのが原則でございます。ここに言及されております選定療養費というものは保険外併用療養費の一つでして、患者様の御選択によって通常受ける診療に付加的に追加サービスみたいなものを加えたものについて一旦保険給付から外した上で、改めて保険外併用療養費という療養費払いをする仕組みになってございます。

これは保険給付の中の制度で、日本人であろうが在留外国人であろうが、同一に制度として運用されることが適切ではないかと思っております。実は通訳等にかかる費用というのは既にお話のございましたとおり、そもそも保険診療とは直接関係のないサービスという整理を我々はしております。翻訳料、ほかにも通訳料については、別途、患者様に同意頂いた上で実費を取ることは可能と整理させていただいております。ですので、選定療養費となると、それは保険の中の話ということになってまいりますけれども、この通訳料等については保険ではないところとして、そういった整理の中で別途取る形で、現状としては我々は運用しているところということをお知りいただければと思います。

○財務省（鎌田課長補佐） 財務省でございます。

先ほど、神野副会長様から御説明がございましたし、厚生労働省さんから御説明もございましたが、今回の訪日外国人に係る社会医療法人に対する認定要件につきまして、その緩和をするという要望については、今年の夏、31年度税制改正ということで御要望を頂戴しているところございまして、現在検討中でございます。引き続き厚生労働省さんからお話を聞きながら、今後の税制改正プロセスの中で議論させて頂くことになろうかと思っております。

○林座長 まずは各省からお答えを頂いたわけなのですけれども、では、委員からの御質問をどうぞ。

川渕先生。

○川渕専門委員

神野先生の病院は和倉温泉の近くにあつて、中に、台湾に進出した加賀屋さんもあるからか、資料の13ページを見ても結構台湾からの旅行客が多い一方で、船員が結構おられますね。

そうするとどうなのでしょう。こういう自由診療は料金を自由に決定できるかと思つたら、一応診療報酬に準拠するプライシングだということでしたが、奥山さんによれば、選定療養費まで行かなくても翻訳料は実費請求できますよということなので、これでもペイしないのかどうか。論点は原価計算してみても赤字になるのか。

もう一つ聞きたいのは、資料の15ページにある社会医療法人等の中にどんな法人が含まれるのか。私はてっきり国立病院機構も日赤も同じ診療報酬だから、在日外国人の人に対しても同じプライシングかと思つたら、違うということを知りました。そこはイコールフットィングではないとすれば、この等の中に一体全体厚生連、済生会、自治体病院などは含まれているのか都合2点を聞きたいのです。

北波さんのほうが詳しいのかな。

○厚生労働省（北波課長）　ここで言う社会医療法人等というのは、要するに、特定医療法人とかいわゆる民間の法人であつて、税制上の優遇措置を受けているところになります。そもそも公的医療機関とか、要するに、非課税のところについては、この枠にはないということです。

もう一つ申し上げますと、医療法人であれば自由診療は可能なのです。社会医療法人は、そもそも、医療法人は社会医療法人でなければならぬわけではなくて、こういう社会医療法人というものをされるということであればということで、医療法人から申請を受けて税制上の優遇も講じさせていただいているときの条件であるということは、まず前提としてあろうかと思ひます。

そういう中で、正に社会医療法人という趣旨を踏まえて、社会保険と同一の水準というところで担保してくださいということで申し上げている。立て付けはそうなつていふことを御理解いただければと思ひます。

○川渕専門委員　社会医療法人は公的病院の機能を代替するものとして資料の12ページにあります。やつと298まで来たわけですが、結構そのほかに認定要件は厳しい。具体的には資料の12ページ目にいろいろ書いてありますが、こういうものを全部クリアしても、なおかつ料金は診療報酬に準じてやれということだとすれば、自治体病院とか国立病院機構も同じ料金にしないと、これはフェアではないのではないかと私は思ひますがどうでしょうか。

○森下座長代理　先生、それは税制優遇があるからの話ですよ。要するに、自由診療機関であれば。

○川渕専門委員　だって、済生会、厚生連も一応公的と言つているけれども民間です。

○森下座長代理　公的の意味が、税制優遇が入つていふかどうかというお話で、例えば普通の医療機関であつて私が医療法人をやつていふれば、自由診療なので自由にお金を請求は

するのですよ。

○川渕専門委員 分かりますよ。

○森下座長代理 通常は在日の方には3倍ぐらい取るのです。

○川渕専門委員 そうしたら、みんな医療法人に戻ってしまうではないか。

○森下座長代理 在日の方は自費なので、自費の方がもし特定医療法人に行くと安い金額で行ってしまうので、そちらに行くと赤字になってしまうのです。特定医療法人が訪日外国人を自費で診てしまうと。

○川渕専門委員 そこで1点10円で赤字になるかとセットで聞いているのです。

○全日本病院協会（神野副会長） ここに書いてあるのは、私たちは法のとおり一般的な保険診療の価格で御請求をしております。なので、一番上のインドネシアの方も13万2300円、入院しておりますけれども、これは保険診療の1点10円の価格で御請求してこの額でしたということになります。

外来もですけれども、特に入院に関しては先ほども申しあげましたように、夜中も対応しなければいけないということでありまして、しかもこの方は英語をしゃべれるかどうかも分かりませんけれども、恐らく夜中は英語も大変私どもの病院としては苦しゅうございますし、ましてやインドネシア語となると、いろいろな通訳機関などを利用しながら対応せざるを得ないということになりますので、それで先ほど通訳料のお話をしましたけれども、それに上乗せするのは全部病院持ちというのが現状であるということになります。

○川渕専門委員 繰り返しますが、そういう通訳料を実費請求しても赤字ですか。

○森下座長代理 先生、基本、先ほど言ったように保険診療ではないので、通常、普通の医療機関に来ると3倍ぐらい取るのですよ。だから、3倍とられるので、訪日外国人の方は社会医療法人に行くと安いのを知っているわけです。なので、社会医療法人に行っても同じ値段でやられると、それは正直社会医療法人としては持ち出しになってしまうので赤字になって、要するに、安いところに訪日外国人の方が集中してしまうでしょう。

○川渕専門委員 それは困りますよね。

○森下座長代理 だから、税制を一回外して値段を高くさせてくださいというのが今日の要望なのです。

○全日本病院協会（神野副会長） 日本人にもちゃんとしっかりお話をしなければいけないというのは大原則なのですが、海外の方々との間で同じ説明をするにも時間が掛かる。それプラス通訳ということですので、時間的なロスが大変大きいというのは現状かと思えます。

○森下座長代理 あとは生活習慣が違うので、あちこちを汚したりとか、クリーニング費用等もすごくかかるのです。ですから、訪日外国人の方はドックも含めて大体3倍から5倍というのが、一般の医療法人では自由診療でやっているケースなのです。

○川渕専門委員 だとするとこの金額では赤字になりますね。クリーニング代、実費請求できませんものね。

○森下座長代理　なので、社会医療法人の方は今、訪日外国人の方がたくさん来られていて赤字になるので困っているのです、こういう要望が上がってきている。それを一応税制適格では外されるというお話だと思います。

私からの質問は、先ほど日赤とかで20円、30円という点数を変えて対応しているとなっているのですが、それは可能なのですか。それは不思議な気がしたのですが。

○林座長　今、手を挙げていらしたので、どうぞ。

○厚生労働省（北波課長）　基本的には社会医療法人についてはそのような形で運営はしておりますけれども、一般的に医療法人、それから、公的医療機関について、自由診療のところでのどのような値決めをするかについて、特段制限しているわけではございません。そういうことがありますから、当然1点20円換算、これはコスト計算の便宜としてやっている部分もあろうかと思えますし、特定の費目ということで追加して別途支払っていただいて、いろいろな形態はあろうかと思えます。それは自由診療の話ですから、私たちは民間が自由に医療を提供されるというのが我が国の立て付けなので、そこら辺はそうやっていただくかと。

一つ申し上げますと、バランス論というのも当然ありますし、私たちも公平な目で見ると必要があると思えます。医療機関、医療法人は基本的には課税事業者でありますので、全ての収入について、確かに20%程度の法人税がかかっているというところがございます。一方、社会医療法人につきましては、その部分は非課税という優遇措置がついているということでありますので、全く普通の医療法人と同じかというところ、そこら辺のバランスも考えた上で御議論頂く必要があるかと思えます。

○林座長　どうぞ。

○全日本病院協会（神野副会長）　医療法人制度の話になってしまいますけれども、社会医療法人は先ほど申し上げましたように、へき地とか救急とか周産期とか小児とか、そこは本来ならば公的な病院がやるべきところが、そういう力がないところを民間でやっていると認めていただいているということでもありますので、私はいろいろところでイコールフットイングをいただかないと、また、今、社会医療法人は監査法人も入らなければいけない。どんどん制度が変わっております。そういった意味では、明朝会計と言ったら失礼ですけれども、非常により公的な制度の中で運営しているわけでもありますので、公的病院、公立病院さんとのイコールフットイングがあってもいいのかなと思えます。

公立病院さんの場合は、法人税も固定資産税も全てに関してなしでありますけれども、私どもは救急医療等に関わる場所の固定資産税だけなしということでありまして、そこにもまたイコールフットイングは行われていないというような現状でございます。

○森下座長代理　先ほどの30円に関して、あれは30円の保険診療を提供するのではなくて、類似的に1点30円で計算して、自由診療として申請しているという理解ですね。

○厚生労働省（北波課長）　そうです。請求書の内訳の書き方ということになります。

○林座長　土屋先生。

○土屋専門委員 私の経験では、イコールフットィングどころかマイナスフットィングで大変苦勞されていると思うのは、自治体病院は全国の協議会を見ても、平均14%の税金が入っているのです。私はこの間まで神奈川県にいましたけれども、神奈川県は僻地はどこにもないのです。あれだけコンパクトな県で、しかも、専門病院が4つと、一つだけローカルな病院だと。それにもかかわらず、20%税金が入っているのですね。500億のうち100億は税金です。それにもかかわらず、救命救急センターは1個もない。専門病院ですから、ほとんどこの5事業をやっていないのです。それにもかかわらず20%も税金を入れていて、どうして民間の五つの事業をやっているながら、外国人を診たらそれも一緒にやれと。これはどう見ても不公平ですね。少なくとも外国人が特に観光で来ている方などは、都会と同じように自由診療でやらないと、機械の維持もできなくなるということで、是非これは厚生労働省のほうで御検討いただいて、外国人に関する自由診療というのは、原価に見合った価格設定が出来ないとおかしいと。

ちなみに、私はいまだにがん研究会の有明病院の理事をやっていますけれども、1点30円でやって、それでもぎりぎりです。というのは、通訳が入ると診療時間が2倍かかるわけですね。2倍で済むかという、患者さんと家族が相談しているのは現地語ですから、我々はちっとも分からない。終わってからやっと通訳が翻訳するというので、2倍どころかもっと時間が掛かる。それ以外にいろいろ手続でまた時間が掛かる。コーディネーターのお金もかかる。そういうことをプラスしていくと3倍でもなお足りないぐらいで、もともと診療点数自体がかなり厳しくて、どんなに努力してもぎりぎりで行っている病院がほとんどで、あるいは民間では赤字が多い。それにもかかわらずこういう上乗せで余計なことが押し付けられるというのは大変不公平であろうと、公的病院にずっと勤めた我が身でもそう思います。

○林座長 先ほど、通訳事業については別途実費として請求可能というお話を頂いたのですが、例えば今お話のあったような外国人の方の場合の診療時間の長時間化した場合のコストに追加で発生する費用については、現状どれが請求可能かどうかをまず御確認して頂きたいのと、もし請求不可能であるとすると、税制上、何が問題なのかと、それをクリアするためにはどうしたらいいのかという点について、厚労省と財務省からお答えを頂きたいと思います。いかがでしょうか。

○厚生労働省（奥山課長補佐） まず前段の長時間化したコストと何が請求可能かということですが、先ほど申しましたように、保険と直接関係のないサービスということで、通訳料ですとか翻訳料とかは入っておりますが、この長時間化したときの費用の中には含まれておりません。

というのは、本来的に保険給付の中で見えるものを、医療機関の判断で別途個人に対して、患者さんに対して請求することをどんどんやっていくと、患者さんが本来保険給付に含まれているのに二重に払うことですか、予測外の費用を病院で請求されるといったことも考えられるということで、我々のほうの審議会の中央社会保険医療協議会の中で御議論頂

いた上で、療養の給付、保険給付されるものとそれとはまた違うものをしっかり明確に分けて、療養の給付と関係ないものとして認めているものについては、取っていいよということにしているところがございます。

そういった中で、長時間化したときのコストについては、これも御議論頂いた上でということになるかと思えますけれども、一般的に例えば日本人が受診をしたときでも診療時間の長短は人によって様々ですし、患者さんの状態によって様々。そういった中で、どこまでを別途請求していい費用と見るのかというところは、少し整理しないと難しいところがあるのかなと今の段階では考えております。

○林座長 財務省としては、厚労省が請求不可能とされた項目については、税制上、この場合、どのように処理されるということなのでしょう。外国人患者に請求する金額について、社会医療法人に価格設定を完全に委ねるということは認められないとしても、実費請求であれば可能であると、財務省ではお考えなのでしょうか。

○財務省（鎌田課長補佐） 財務省でございます。

私どもは公益法人等に該当するものとして社会医療法人を税法上掲げておるところでございますが、そこで引用しておりますのは医療法42条の2の規定でございまして、関係する法令として、医療法施行規則で自費患者に対して請求する金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されることということが決まっているというものでございまして、医療法の関係法令の中でこういった仕切りをするのか、また、運用上どこまで認めるのかというところを、まずは厚生労働省さんにおいて整理して頂くということではないかと思えます。

○林座長 まずは土屋先生。

○土屋専門委員 二つ分けて考えないといけないのは、保険を持っている人は日本人と同じでしょうがないのです。言葉が通じなくてもです。13ページの神野先生がお持ちになったのを見ると、社保に入っているのは二人だけなのです。問題はあとの私費の方なのです。この自由診療を認めろということですね。彼らは旅行者であれば旅行保険に入っているわけで、自賠責でやっているのと同じわけですね。あるいは労災でやっているの。これは通常健康保険ではないわけですから、それをごっちゃに議論してもしょうがないのです。この私費の方をちゃんとコストに見合ったものをとらせてくださいということで、決して無理な要求ではないと思えます。

○林座長 では、厚生労働省。

○厚生労働省（北波課長） そういうところも含めて、どういう費用を勘案すればいいのかについては、正に今いろいろと議論させていただいているところがございます。

繰り返しになりますけれども、この社会医療法人というのは手挙げであるというところはございます。だから、一方的に医療機関たるものこうやれと言っているわけではなくて、社会医療法人というふうに手を挙げてこられた方につきましては、税制上の非課税という部分もありますし、そういう中でいろいろと考えるべきものかと思っています。

○林座長 どうぞ。

○森下座長代理 今の財務省のお答えを聞いていると、あくまでも医療に関わる部分が公的な保険に準ずるとのことなので、多分、通訳は別だと通常は聞こえる話だと思うのです。そこに関しては税制適格と関係なく請求ができるという理解で、これは多分ほかの医療法人も含めての話になると思うのですが、その理解でいいのですよねというのは、奥山さん、どうですか。

○厚生労働省（奥山課長補佐） そのように考えております。

○森下座長代理 これは結構ほかの医療機関にとっても大きいと思うのです。かなりこういう方が来られていて、どこからも同じような話を聞いているので、一般の医療法人にとってもそこは周知してもらえると大変助かるかなという気がします。

○林座長 今の点は、財務省としても、社会医療法人等が実費にかかる費用見合いを精算する限りにおいては税制への抵触はなくて、受け入れられるということによろしいのでしょうか。

○厚生労働省（北波課長） 今、ここら辺の整理をしているところでございます。私どもがまず基本的なスタンスだけを申し上げますと、当然ながら医療法人の方は民間でやっておられる、それから、社会医療法人に手を挙げておられるということにつきましては、非常に尊い医療機関だと思っておりますので、きちんと見なければならぬというスタンスの中で、どこまで公平性の観点からできるかというところをきちんと議論する。それから整理していくという作業途上にあることを御理解いただければと思います。

○林座長 神野副会長、最後にいかがですか。

○全日本病院協会（神野副会長） 私どもは石川県ですけれども、石川県の医療審議会に社会医療法人の最終的に認可の申請を出したときに、多くの公益委員の方々から、また新しい公立病院が私たちの県にできたのねということで非常に励まして頂きました。私どもも医療法人として社会医療法人になったということで、公的なやるべきサービスを提供するという誇りを持ったわけでありましてけれども、だんだんやっていくうちに、総務省の話ですが、交付税の話とか今回の話とか、まだまだ氏帯刀は許されたけれどもなかなかそれ以上にならないということがよく分かってきたところでございます。

そういった意味で、我々の使命としては、繰り返しますけれども、できればイコールフットリングということで、同じことをやっていらっしゃる公立病院さんあるいは公的病院さんと同じ立場でやらせて頂きたいというのが私どもの主張でございます。

○林座長 ありがとうございます。

土屋先生。

○土屋専門委員 開設主体別医療機関の財政・税制上の措置というのを見ると、公立病院あるいは国立病院機構、これは全てにわたって非課税なのです。それに比べて社会医療法人はいずれも一部非課税であって、非課税というのは1個もないのです。先ほどの神野先生が言われた、全部が非課税になっているわけではない。これほどイコールフットイン

グでない事実はないわけですね。この表は今調べたらすぐ出てくるのです。これで検討している、検討していると言われても民間の方は納得できないだろうと。しかも、公的病院が担わなければいけないものを押し付けているわけですから、これは手挙げだからというのは理由にならないと思います。

○林座長 議論は尽きないところなのですが、お時間の関係で今日はここまでとさせていただきます。

神野副会長におかれましては、お忙しいところ、能登からおいで頂きまして、誠にありがとうございました。

本日のお話を踏まえまして、是非、財務省と厚生労働省には前向きな御検討をお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

それでは、本日の議事は以上ですが、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、追ってまた事務局から御連絡させていただきます。

○林座長 ありがとうございました。

それでは、本日はこれにて会議を終了いたします。