

第3回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：平成30年12月10日（月）15:00～17:15

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）、江田麻季子（専門委員）川渕孝一、後藤禎一

（事務局）窪田規制改革推進室次長、大森参事官

（説明者）角山和久（一社）日本経済団体連合会未来産業・技術委員会企画部会ヘルステック戦略検討会委員

稲垣治（一社）日本経済団体連合会未来産業・技術委員会企画部会ヘルステック戦略検討会委員

小川尚子（一社）日本経済団体連合会産業技術本部上席主幹

宮崎敦文 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長

廣瀬佳恵 厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室長

木内哲平 厚生労働省老健局老人保健介護データ分析室長

武藤真祐 株式会社インテグリティ・ヘルスケア代表取締役会長

永井真理子 株式会社インテグリティ・ヘルスケア戦略企画室、CSO

鳥井陽一 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長

渡辺由美子 厚生労働省審議官（医療保険担当）

原田朋弘 厚生労働省保険局保険課医療保険制度改革推進官

城克文 社会保険診療報酬支払基金審議役

4. 議題：

（開会）

1. 医療ビッグデータの民間への提供拡大
2. オンライン医療の普及促進
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 それでは、定刻となりました。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」第3回を開催いたします。

皆様には御多忙の中、御出席いただきましてまことにありがとうございます。

本日は野坂委員、土屋専門委員、森田専門委員が欠席となっております。

また、江田委員が遅れるとの御連絡がありました。

また、本日は大田議長が出席しております。

さて、今回の議題は、お手元の資料にありますとおり3件「医療ビッグデータの民間への提供拡大」「オンライン医療の普及促進」「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。

それでは、ここからの進行は林座長にお願いいたします。よろしく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、早速議事に移ります。

本日の最初の議題は、ただいま御紹介のありました「医療ビッグデータの民間への提供拡大」です。

医療ビッグデータにつきましては、個人の長期経年変化の観察、有効な治療法の開発、疫学研究などに不可欠でございます。その成果は医療費の効率的な投入や総額の削減にもつながるものであり、官民挙げて取り組む必要がありますが、特に民間については医療ビッグデータの提供に厳しい制約が課されており、進んでおりません。

そこで本日は、日本経済団体連合会から未来産業・技術委員会ヘルステック検討会委員の角山和久様、稲垣治様。産業技術本部上席主幹の小川尚子様にお越しいただきました。民間企業の立場から医療ビッグデータを開放する必要性についてお話を伺い、それを妨げる規制改革の議論につなげられればと存じます。

また、厚生労働省保険局医療介護連携政策課より宮崎敦文課長、同課医療費適正化対策推進室より廣瀬佳恵室長、老健局老人保健課介護データ分析室より木内哲平室長にも御出席いただいております。

それでは、まずは経団連の小川様、角山様から御説明をお願いいたします。

○日本経済団体連合会（小川主幹） 御紹介いただきました、経団連の小川でございます。

本日は貴重なお時間を頂戴しまして、まことにありがとうございます。

本日、取り上げていただきます規制改革要望の背景となりました、経団連のヘルスケアに関する考え方を事務局からまず御説明をさせていただきたいと思っております。

私どもが今年3月に提言「Society 5.0時代のヘルスケア」を出しておりますので、それに沿って御説明いたします。

Society 5.0というのは、政府と経団連と連携しながら2016年から推進しているものでございます。簡単に一口で申し上げますと、デジタル技術をはじめとしました最先端の技術を人間の社会をよりよくする方向へ、皆様の生活ですとか社会全体をよりよくするほうに使っていくことでつくる社会、そうした社会をSociety 5.0というふうに呼んでおります。詳しくは11月に経団連として改めてSociety 5.0についての提言を出しておりますので、そちらをごらんいただければと思っております。

その中でもヘルスケアというのは、人々の生活に非常に関係の深いところでもございますし、また、データですとかデジタルの最新の技術が有効に生かされて、メリットが出や

すい分野であると私どもも注目しております。そういうことでいち早く取り上げて、この分野を掘り下げて議論したところでございます。

背景としましては、先ほど林座長のオープニングの中にもございましたように、日本は言うまでもなく超高齢社会を迎えていて、さまざまな課題が山積しておりますが、こうしたことを世界に先駆けて経験しますので、これをどう解決するかということが日本に問われておりますし、また、これをうまく解決することができたら、世界にとっても非常に有用な経験になるのではないかと考えております。

そうした中で、人生100年時代ということになりますので、一番重要なのは健康寿命を延伸して、死ぬまで元気に暮らせるということであろうと考えております。ですので、これまで治せなかった病気の治療や予防を行って、国民ひいては世界の人類の健康に貢献する。これは国連が採択しましたSDGsの達成にも寄与するものであると信じておまして、こうしたものを解決するモデルを打ち立てていきたいと産業界としては考えているところでございます。

3ページにまいりまして、まず今回考える新しいヘルスケアの背景に2つぐらい大きな技術的なトレンドがあると考えております。

1つは、デジタル技術、IT技術の進展を背景としまして、個人の身体がデータ化されていくことがございます。生理機能、行動、そういったさまざまなもののデータがとれるようになって、これが膨大に蓄積されていく動きが既に起こり始めています。

2つ目のトレンドとしましては、バイオテクノロジーの進歩によりまして生命のあり方がより精緻に観察することが可能になってまいりました。この2つが合わさって新しいヘルスケアというものがつくられるのではないかと考えております。

そのヘルスケアの姿なのですけれども、4ページにございますように、これまでのヘルスケアというのは、どうしても病気になってからそれを治すことが中心でございました。これが病気になる前の段階、未病と呼ばれる段階ですとか、さらにその前の段階からの予防が中心になっていくであろうと私どもは考えております。

また、これまでの治療は、どうしても平均的な集団に対するものになっておまして、一番多数の人に効く治療ではあるわけなのですけれども、個々人について見た場合にはもしかするとそれは最適な治療ではない、外してしまっている治療の場合もあったということが言えます。これを個別化することによって、一人一人に最適なヘルスケアを提供していく方向になると考えております。

また、これまでのヘルスケアは、どうしても病院でお医者様が中心になって提供されるものというところが大きかったわけなのですけれども、これからは個人個人が自分の健康にしっかり関与して、主体的にケアをしていくものになると考えております。その結果としてヘルスケアの範囲がここの絵に示しておりますように、より人生全般にわたって拡大をしまして、その結果、健康に生活できる期間も長くしていく。そのような姿を描いております。

5 ページに、そうしたヘルスケアが実現した場合の価値を示しております。まず、個々人のQuality of Lifeが向上するということで、健康で過ごせる期間が長くなる。それから、今まで非常に深刻であったがんですとか心疾患、精神疾患といったものにも、より有効に対応できるようになるということが考えられます。

社会全体にとりまして、そうした疾病の発生とか重症化というものを最小限にとどめることによって、全体として医療費が適正化されるとともに、このようなヘルスケアのビジネスを社会システムとして海外にも展開することで、日本の成長産業として育成していくことも社会全体にとっては価値と言えるのではないかと考えております。

具体的な進め方でございますけれども、まず日本におきまして国民のライフコースデータ、生涯にわたるデータの収集・連携・活用ということを進めるとともに、人体の仕組みの解明ということも進めてまいります。この2つを基礎としまして、新たなヘルスケアサービスを展開していき、さらにそうしたヘルスケアサービスを提供するためのエコシステム、産業界だけではなくて医療界ですとか介護事業者、自治体、住民といったさまざまな方々が有機的に連携して、サービスを提供していくようなエコシステムの構築ということも進めていきたいと考えております。

この中で本日の要望に非常にかかわりの深いライフコースデータ等の収集・連携・活用のところだけ簡単にお話したいと思います。

7 ページにございますように、人間が生まれてから、あるいは生まれる前から死ぬまでのところで、ここにあるようなゲノム・オミックスデータ、母子手帳データ、活動・健康データ、健診データ、医療データ、介護データ、さらにはリビングウィルといったところまで含めまして、さまざまなデータが発生いたします。こうしたものを例えばゲノム検査を普及させる、あるいは健診等の検査項目を充実するということで、より精緻に収集することを進めてまいりたいと思います。その際にはウェアラブルデバイスなども企業のほうでさまざまなものを開発しておりますので、さらに活用を進めていければと思っております。

また、医療・介護情報の電子化、標準化等もあわせて進めていただきまして、より使いやすい形で収集できるようになっていけばと思っております。

さらにこれらの個人に関するさまざまなデータをつなぐところが重要になってまいりますので、そのためのIDの整備、また、パーソナルデータストアとか、メディカルブロックチェーンといった連携の仕組みの構築、EHR、PHRの整備も進めていただきたいと思っております。

さらにこれを活用して新たなヘルスケアサービスの提供につなげていくために、保健医療データプラットフォームの整備、NDBのオープンデータ化と民間利用の拡大、次世代医療基盤法の運用の改善、そういったものを私どもはお願いしているところでございます。このあたりの詳しいお話につきましては、会員企業の専門家の方からこの後、御説明を頂きたいと思っております。

以上でございます。

○日本経済団体連合会（角山委員）　続きまして、要望でございます医療ビッグデータの民間活用の推進に関しまして説明申し上げます。

9ページにございますように、医療ビッグデータと申し上げましても拠点病院、診療所、クリニック等々の例がそこに書かれてございますけれども、そこからさまざまなタイプのデータが生じてまいります。今日中心にお話しさせていただきますのは、赤字の部分のレセプトデータでございます、保険診療において医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のデータでございます。

10ページに、そのレセプトデータが現在データベースとして蓄積されておりますので、その概要を記載してございます。正式名称はレセプト情報・特定健診等情報データベース、ナショナルデータベース、略してNDBと称しておりますけれども、厚生労働省が中心となりましてデータベースを整備していただいております。国民皆保険下における日本においては、国民の医療動向をほぼ全数に近い割合で評価できるデータベースでございます。医療費適正化計画の作成等に用いられておりまして、現在、約9年分のデータが格納されております。例えばレセプトデータですと148億件を超えるような傷病名ですとか投薬、処置のデータ及びその日付のデータが蓄積されております。従って、大規模かつ年齢差、地域差がなく、非常に悉皆性の高いデータベースと言えます。

11ページには、京都大学大学院医学研究科の中山先生の言葉を引用させていただきました。超高齢者も含め、国民全体に皆保険制度のもとでどのような医療が行われているのか、1億人規模の人口を擁する国レベルで解明できる、現時点で世界で唯一そして最大のデータベースであると、先生はNDBの潜在的価値に関して期待を寄せられております。

今NDBの利用について、どのような手法があるかに関しまして12ページで概要を御説明申し上げます。

まず1つは、NDBの第三者提供でございます、こちらガイドラインに基づき有識者会議における審査によって、データ提供の可否が決定します。根拠法である高齢者医療確保法に基づく利用以外の利用の場合、このような運営がなされております。

もう一つはNDBのオープンデータというものがございまして、こちら表形式で集計された結果が公開され、現在3回オープンデータとして公開されたものがございます。

13ページから、それぞれについて少しだけ詳細を御説明申し上げたいと思います。まず最初のNDBの第三者提供と呼ばれるデータベースの利用方法です。こちらガイドラインがございまして、提供依頼申出者の範囲というものがございます。①国の行政機関、②都道府県・市区町村、③国の研究所、④大学、⑤保険者の中央団体、⑥国所管の公益法人、⑦が唯一、民間が関与するところがございますけれども、これは研究の実施を補助する形で民間企業の関与が許されているということでございます。利用目的は医療サービスの質の向上などを目指した正確な根拠に基づく施策の推進に有益な分析・研究、そして学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究が認められており、全て有識者会議による審査を受

けてデータ提供の可否が決定されます。

14ページに、一体どのような方々がNDBの利用を申し出ているのかという、その内訳についてパイチャートで示しております。示してありますように半数が大学、続きまして国の行政機関、研究所等と続きまして、先ほど申しあげましたガイドラインにより民間企業の利用は非常に限られておりまして、ほぼ利用されていないというのが現状でございます。

この現状を踏まえまして、長い期間、民間提供に関する議論というものが行われてまいりました。詳しくは申しあげませんが、15ページにございますように平成25年から民間活用促進というものに関して議論が行われております。その一つがオープンデータという形で出ております。

16ページにオープンデータの説明を示しておりますけれども、こちらある切り口でもって集計されましたExcelの表が公開されており、日本語が理解できて、インターネットを使える者であれば誰でもダウンロードして見ることができるものでございます。データの項目と集計単位、集計対象の例をそこに少し書いてございますが、例えばある検査に関しましてどこの県で何回ぐらい処方されたのかというようなことが集計され、これが公表されているという状況でございます。

しかし、こちらも課題がございまして、集計対象が算定回数あるいは処方数量で集計されており、何人という集計ができない形になっています。それから、データの対象・項目に傷病名がなく、病名ベースでの分析が困難でございます。それから、最小集計単位が都道府県別でございまして、この分野で使われるいわゆる医療圏といったものとはまた少し別の観点での集計となり、我々としては単位が大き過ぎると感じております。

民間企業から特に製薬企業のNDBの利用ニーズはあるのかとよく御質問を受けるわけですが、それに関しまして17ページから御説明申し上げたいと思います。先ほど申しあげましたように、NDBは非常に悉皆性の高いデータベースでございますので、そもそも疾患の理解ですとか、治療実態の把握ですとか、各薬剤の使用実態の分析等にはほぼ国民の全数に近い割合で分析が可能でございますので、大変基礎的・基盤的な情報源の一つになり得ると我々は考えています。

18ページにもう少しその利用法について掘り下げたものを書いてございますが、例えば患者ニーズの高い分野の推定といったものができるかと考えております。治療実態を分析することで仮に処方されるお薬や治療の内容、診療の内容が頻繁に変わってしまうようであれば、もしそういった患者群があれば、そこは非常にアンメットニーズの高い領域であると推測できますので、そこは今後、研究開発を促すための非常によい情報リソースであると考えております。

それから、製薬企業は薬を販売した後、種々の安全性対策を行いますけれども、それが実際に効果があったのかどうなのかというものを、こういうデータベースをフォローしていくことで推測することができるかと考えています。

昨今、地域包括ケアということで推進がされておりますけれども、民間企業においても

これをサポートする形でいろいろなきめ細やかなサービスの創出、提供ができないかという機運がございますので、そういったアクティビティーへの基礎的な情報になると考えております。

19ページ、今日は主にNDBのお話をさせていただきましたが、現在、種々のデータベースとつながっていくことが議論され、計画されていると思います。例えば厚労省ではNDBと介護DBの連結といったものを検討されておられ、例えば疾患の予後の状態の把握が可能になると考えられております。それから、公的データベースとしては左側に書いてあります種々のデータベースとの連携、あるいは右側にありますような学校健診、母子手帳、死亡データ等々のデータベースとリンクしていくことで、先ほど7ページにありましたようなライフコースデータと呼ばれるデータベースが構築されていくのではないかと考えておりまして、民間企業といたしましては、こちらも引き続き利用可能な仕組みを構築していただきたいと考えております。

では、20ページからまとめを申し上げたいと思います。

まず、規制改革要望①でございますけれども、民間による主体的なNDB活用の実現をお願いしたいというものでございます。利用者の範囲の拡大に関しましては、生命科学及び将来の医療への寄与を目的とした研究開発を業とする企業には活用できるようにしていただきたいということ。

それから、その利用目的について、民間企業における新薬開発や医薬品の安全性評価など、医療サービスの質の向上を目的としたNDBの分析・研究においても利用できるようにしていただきたいと考えます。

21ページ、オープンデータという形で現在、公開されているデータに関しましては、①人数の集計を追加していただきたいということ、②傷病名を追加していただきたいということ、③現在の都道府県別から地理的条件等の自然的な条件、交通事情等を考慮した区分でございます二次医療圏へ、せめて変更していただきたいと考えてございます。

22ページに3番目のお願いでございます、今後の予防・先制医療の実現に向けてということで、現在、計画されておられますNDB・介護DB連結データベースに関しましては、民間利用ができるような仕組みにしていきたいということ。それから、今後さまざまなデータベースが連結されていくというふうに想定しておりますけれども、こちらも引き続き同様に民間企業も分析できる情報基盤を構築していただきたいと考えます。

私からは以上でございます。

○日本経済団体連合会（小川主幹）　まとめでございますけれども、民間企業も含めまして必要な医療サービスを早く安全に、確実にお届けするということは義務であると考えております。民間企業の活動でありながら、それは公共の福祉にも貢献するものであると考えております。

今お話しましたような予防・先制医療の拡大に向けまして、必要になるライフコース全般にわたるデータについて、セキュリティーはもちろん確保した上で、適切に連携・活用

できるような環境整備をぜひともお願いしたいと思っております。

こうしたデータを活用しながらのサービスの提供というものには、国民の理解というのが不可欠であると感じております。そのためにももちろん個人情報を実際に保護することを大前提とした上で、こうしたデータを活用したサービスを目に見える形で民間企業としても提供していくことによって、メリットを実感していただき、それによってまた理解ですとか信頼といったものを深めていきたいと考えております。ぜひとも御支援お願いいたします。

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。

ただいま資料1-1に基づいて、経団連から具体的な規制改革の御要望を頂きました。資料1-1の20ページ以降、3点です。NDBの利用者の範囲の拡大、利用目的の拡大。2点目としてオープンデータの集計項目や集計単位の改善。3点目として連結データベースの開放や連結の推進といった3つにまとめて、具体的な御要望を頂きました。

続きまして、厚生労働省からの御説明を資料1-2に基づいて伺いたいと思います。厚生労働省ではNDB及び介護DB情報などの連結解析基盤につきまして、法的、技術的な論点について整理するために有識者会議を設置して検討されたと伺いました。同会議の報告書、資料1-3にございますが、それについて含めまして宮崎課長から御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（宮崎課長） ありがとうございます。座ったまま御説明させていただきます。

厚生労働省保険局でございます。資料1-2に沿って御説明をさせていただきたいと存じますが、まず順番が違えて恐縮ですけれども、資料1-2の52ページをお開きいただけたらと思います。2アップになっていますので、上のほうになりますけれども、52ページにNDB、介護DBの概要ということで表形式にしております。NDBに関しては医療のレセプトに関するデータ、特定健診のデータを集めておりまして、ここに掲げられておりますような件数を現在持っております。先ほど御紹介がありましたけれども、世界でも有数のビッグデータであると考えております。

主な情報項目としては、これはレセプトでございますので、お金のやりとりにかかわる記録となりますので、傷病名、投薬、診療開始日等の項目を集めてございます。

収集根拠は高齢者医療確保法でございまして、実はこのナショナルデータベース、NDBに関しては、高齢者医療確保法の中で医療費適正化計画の作成、実施、評価のために使うということで収集の目的が決められております。先ほど経団連様からの御説明でもし誤解があったらいけないのですが、今回テーマになります研究開発等への第三者提供というのは、現時点では法律上は位置づけられておりませんで、ガイドラインに基づいて行っているという状況でございます。

下から2段目の第三者提供というところでございますけれども、お話がございましたよ

うに有識者会議の審査を経て実施をしているという形ですが、これは法律には医療費適正化計画の作成等のためとしか書いていなくて、第三者提供に関しては法律の目的外の利用をガイドラインに基づいて行っているというものでございます。このデータは、いずれも匿名されたものを国で集めている。国が匿名化しているわけではなくて、支払基金においてデータ等が集まってきたものを、匿名化した上で国に情報を渡すという形になっておりますので、国では既に匿名化されたデータを収集しているということでございまして、これをガイドラインに沿って研究等に提供してきているということでございます。

この間、規制改革会議も含めまして、いろいろな御議論の中でできるだけ幅広い主体にこの貴重なデータベースを活用していくべきだということで、例えば第三者提供の仕組みを入れたり、あるいはオープンデータという形で主体に限らず、広く集計表を提供するような形の取り組みなども年々やってきております。

今回、この後に御紹介いたします有識者会議につきましては、そうした流れの延長として幅広い主体によりましてこのデータベースを活用していただく。それによって国民保健の向上につなげるという観点から、ナショナルデータベース、医療のレセプトのデータベースと介護データベース、介護の請求にかかわるデータベースそれぞれ持っておりますけれども、それらのデータを連結して解析できるような仕組みを構築していく。あるいはそれぞれにつきまして第三者に提供する際の法律的根拠などをきちんとした上で、幅広い主体に提供していく。そういう方向で検討が行われたという経緯でございます。

資料1-2の表にお戻りいただきまして、先ほど座長よりお話がございました有識者会議につきまして1ページ目右上にございますような構成員の方々、10名の方々にお集まりいただきまして御議論を頂きました。検討の過程では4月、5月以降、11月までの間、有識者会議を開催いたしましたけれども、その中では日本製薬工業協会からのヒアリングなども行いまして、産業界からの活用に関する御要望などもいただいた上で、有識者の間で御議論いただきまして報告書を取りまとめたいただいたということでございます。

お聞きいただきまして2ページ目、3ページ目にこの有識者会議報告書のポイントを記載しております。

議論の経緯につきましては、これまでのデータベース活用に向けてのいろいろな御議論を踏まえて検討してきたということ。そして、議論の経緯等の2番目の○でありますけれども、まさに先ほどのヒアリングの中でのお話にもございましたが、悉皆的なデータベースでございまして、これを幅広い主体による利用促進をしていくことで国民生活の向上につながることを期待するというところでございました。そして、3番目の○であります、厚生労働省においては、この報告書を踏まえて法的措置も含めた必要な措置を講じることが適当という提言を頂いております。

具体的な中身としてありますのが、大きな2番目でございます、法律的な課題と対応でございます。現在、先ほど申し上げましたように第三者提供につきましてはガイドラインに基づいて行っているわけでございますけれども、この点につきましてはきちんと法律

に位置づけをするべきだ、制度化すべきだという提言を頂いております。法律的な課題と対応の2番目の○のところにありますけれども、利用の公益性の確保や個人の特定を防止しつつ、民間主体を含めた幅広い主体による公益目的での利用を図るために、その枠組みを制度化すべきである。そのためにこの第三者提供に関するさまざまな関連の規定をきちんと整備すべきだという提言を頂いております、これにつきましては次期通常国会に関連の法案の改正をすることで、きちんと制度化をして前に進めたいと考えております。

そのほか運用面の課題としてございますのは、この第三者提供を行うに当たって利用者を支援するためのいろいろな取り組みを進めていくということですか、あるいはオープンデータという形での情報提供についても、きちんと充実させていくべきだというような御指摘を頂いております。

3ページ、下段のほうになりますけれども、運用面の課題と対応の2番目としては、データベースのあり方につきまして技術的なところを検討していくべきということですか、実施体制や費用負担につきましては原則として費用負担を頂いた上で、サステナブルな仕組みとして構築していくことを検討すべきであるということをお指摘いただいております。

さらに本日の御要望にもかかわりますけれども、保健医療分野の他の公的データベースとの関係整理に関しましては、今回の有識者会議ではレセプトデータのデータベース、匿名のデータベースということで共通項の多いNDBと介護DBについての議論を先行して行いましたが、例えばDPC、がん登録データベースといったそれ以外の公的データベースにつきましても、連結解析に向けて検討を進めていくべきだというような御提言を頂いております。

具体的には例えば匿名ではなくて顕名で集めているとか、患者さん本人の同意を得た上で集めているので、それを例えば法律的に患者さん本人の同意を得ているので、何かほかのデータベースと連結して分析するというためには、そこを改めて同意をとり直さなければいけないとか、あるいは法的な位置づけがあるものないものなど、いろいろデータベースによって性格が異なりますので、課題はそれぞれにあります。こうした課題にまず取り組んだ上で、連結して解析していく方向で検討を進めるべきという御提言を頂いております。

今日頂いた要望に関してさらに付言して申し上げますと、1点目の経団連の御要望の中で言いますと、利用者範囲の拡大や利用目的につきましては、申し上げましたように法的な制度の枠組みをしっかりとした上で、幅広い主体に提供できるような形で検討していきたいと考えております。

一方、NDBのオープンデータは主体にかかわらず、厚生労働省のホームページで提供しておりますので、誰でもアクセスできるわけですが、こちらもしっかりと充実させていく必要があると考えております。頂いた要望の中で例えば人数を追加する。これは今、レセプトデータベース全部一人一人に名寄せといいますか、レセプトをそのまま何件という形で出しているのを、それを人数ベースに整理するというのはかなり手間がかかるので、その手間との関係でどこまでできるのかということがあります。御要望をどれほど

反映できるのかというのは、これは今後の検討課題とさせていただければと思っています。

傷病名の追加につきましては、これは御専門の先生にとっては周知の事実だと思いますが、レセプトにつきましてはいわゆるレセプト病名という話があるので、現在は何かレセプト病名をそのままこの病名という形に出しますと誤解を与えかねないので、病名をつけていない形にしております。これをどういう形で病名と整理するのがいいのかというのは、研究者の方に研究をしていただいております。今の実際の研究者の方がどういうふうに行っているのかというのを見ますと、個別の加算とかで、主だった傷病ですと例えば脳梗塞に関する何か加算があると、その加算をとっているところをとってきて患者数にするとかいう形でいろいろ工夫をされていると聞いています。なのでやりようはあると思うのですが、なかなか単純にレセプト病名をそのまま傷病名とするのは難しいところがあるので、これは正直言うと難題だと思っています。課題だと思っているのですが、すぐ解決できるかどうかは難しいところがあります。

二次医療圏に変更するというのは、今年3月にも実は御要望としていただいております、受けとめております。オープンデータベースは1年に1回公表しているのですが、秋から冬ぐらいいまにかけていただいた要望を次の夏ぐらいい出すという形になりますので、今年3月に頂いた二次医療圏ごとというものは間に合わなかったのですが、来年出す第4回のオープンデータでは、少し幾つかの項目について340の二次医療圏単位で出すとどうなるのかということトライしたいと思っております。今、47の都道府県なのが341になると、かなりデータとして扱いにくくなるものですから、どこまでできるのかというのはあるのですが、そこはきちんとトライアルをしたいということで準備をしているところでございます。

今、申し上げましたけれども、オープンデータに関してはいろいろ御要望を頂きながら内容を充実させてきておまして、昨年は医療機器の団体から特定保険医療材料という、例えば在宅医療で使うカテーテルですとか、いろいろな細かな項目についてもオープンデータに加えてほしいという御要望があって、それを半年かけて準備をしまして、今年8月に第3回のオープンデータでは集計表として出すような取り組みもしております。できるところは頂いた御要望を反映するようなことで取り組みを進めておりますので、今後もこれは引き続き進めてまいりたいと思っております。

最後に規制改革要望の3として挙げられております民間利用や連結の推進につきましては、先ほど申し上げたようなとおりでございます、NDB、介護DBのデータを連結してやっていく取り組みにつきましては、それを民間に提供する方向についてもNDB、介護DB単体と同じような方向で考えております。まだ介護DBの第三者提供は今年から始まったばかりなので、そういう意味でどこまでのニーズがどれだけ出てくるかというところはありますので、NDBの第三者提供のほうが先行していくと思っておりますけれども、こういう方向も考えていきたいと思っています。

他のデータベースとの連携充実につきましては、有識者会議での報告のとおりでございます

まして、いろいろ正直申し上げると課題はありますけれども、連結していくような方向について、そういう方向でそれぞれの課題について検討していきたいということで考えてございます。

私からの説明は以上でございます。

○林座長 宮崎課長の大変具体的に正面から御回答いただきまして、感謝申し上げます。ありがとうございます。

今の御回答について要望者の経団連様から後ほど御意見、さらに質問があれば伺いたいたいと思いますが、まずは委員の先生方から御質問があれば伺いたいたいと思います。川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 今回の論点をまとめますと、昨年の骨太方針で健康・医療・介護ビッグデータを連結し、医療機関、保険者、研究者、民間等が活用できるようにすることという明記を受けて、今の宮崎課長の話によれば、有識者会議を設けて第三者提供の枠組みを制度化するために第三者提供の規定を整備すべきであるということ、高齢者医療介護法を改正するということだと思っておりますけれども、そこまではわかりました。

私が一番聞きたいのは2つありまして、非常にテクニカルな質問なのですが、自分も特定健診・保健指導で医療費が減るかどうかという研究をやって、結構大変だなと。まさに骨太だなと思ったのですが、まず経団連さんにお聞きしたいのは、今日の要望は都合3つありますね。先ほど御案内のとおりNDBというのは148億件、特定健診は2.3億、介護のデータは8.6億、要介護認定情報は5000万件ぐらいあるのです。そういうふうにはデータはいろいろあるので、我々もデータを分析するのですが、結局、要望の2番というのが先ほども課長からありましたが、私もオープンデータを発表されまして、いろいろ分析されている方もいるかと思うのですが、私はこのオープンデータをどんなに分析しても、人の研究にいちやもんをつけるのもどうかと思ったのですが、資料1-2の51ページにある松田晋也教授のこういう隔靴搔痒というか、わかったようなわからないような、人の批判してはいけないのですが、こういうざっくりというか漠とした結果しか出てこないのです。製薬メーカーさんなんかは個票データで分析されますね。そうするとやはり一番の御所望というか御要望は、要望1ではないか。

実は先ほど課長から出たように、国に提出する前に匿名化してあるわけです。匿名化してあるので余り個人情報問題は問題ないかと思うのですが、そこで皆さん方御遠慮されていますが、本当に研究に資するためには要望1ではないかなと思うのですが、要望2も必要ですかというのが私は余計なお世話ですけれども、1点目。

2点目は、これは宮崎課長の聞きたいのだけれども、実は私も苦勞されたのはよくわかっていますので、余り意地悪な質問をしたくないのだけれども、例えば今日の説明の資料1-2の3ページ目に、運用面の課題と対応というところでデータベースの整備のあり方。これは私も非常に苦勞されたと思うのですが、カナ氏名等のハッシュ化等云々と書いてありますね。ハッシュ化というのはこの会場の皆さんどこまで御存じかわかりません

が、暗号化ですよ。暗号化は大事なわけけれども、一部報道がありました、例えば特定健診・保健指導は新しい制度なので生年月日なんかは陽暦なのです。レセプトは古いから和暦だったりするのです。だから川渕孝一というと昭和34年生まれなのですけれども、余計なお世話ですが、1959年。これを連結するとなると結構手間暇があるのです。

こういう非常にローテクというか、そういうデータベースをつくる苦労というのがあって、その後にハッシュ化とか暗号化というのが出てくると思うのですけれども、宮崎課長に聞きたいのは、そこの技術的問題というのはクリアされたのですかというのが、私はそこが結構、どんなにデータをくっつけると言ってもくっつくようになっていくのか。インフラ整備的に。そこが先ほどナカヤマさんが世界に冠たる何とかと言ってみても、それはデータの数は多いですよ。ただ、実際はごみではないかなと。本当に貴重なデータベースになり得るかというのが、この後、レセプト改革みたいな話もあるのですけれども、結局そこをきちんとやらないと、今の現存するレセプトをどんなに分析しても、ガベージ・イン、ガベージ・アウトになるのではないかなと思うのですが、宮崎課長いかがでしょうか。

○林座長 時間の関係で、質問をまとめてまず。そうしたら森下先生お願いします。

○森下座長代理 川渕先生に絡むことで言えば、要望2のところなのですけれども、これは確かに人数、傷病名、二次医療圏というのがあればいいというのはそのとおりなのですが、一方で費用対効果というのもあるので、現実問題としてどの程度本当に必要とされているかというのは、少し民間企業側も考えてもらったほうがいいのか。特に傷病名に関して言われるようにレセプト病名で、これは支払基金のほうでも議論しているように、もともとのところを整理しないとなかなかここだけ公表しても仕方がないだろうと。今、検討会を厚労省はされているという御返事だったので、そこには民間企業の方も加わって、使いやすいような解析ができるかどうかというのをやってみたら助かるのかなと。そうしない限り、傷病名を入れるというのは確かに難しいですし、前に進まない話だと思うので、現行の制度をうまく活用して何かできないかというのを御一緒に、民間も一緒に知恵を出せないかというのはお願いしたいなと思います。

それから、1番のところなのですけれども、法改正をやるというのが趣旨だと思うのですが、通常国会で仮に法改正をされて、今後、具体的に民間企業がいつごろ使えるか。それから、そのときにどういう公益性の担保というか、条件がつくのか。どういうことを考えられているのか。余り厳しくなり過ぎると意味がないと思うので、そのあたりのお考えをお聞かせ願いたい。

3点目は、ほかの民間開放のスケジュールということで、これも先ほどここではちょっとありましたけれども、そんなに時間をかけてやるような話ではないと思うので、全体的なところを含めていつまでという期限のお約束をお願いできないか。これは要望ですけれども、今、川渕専門委員が言われたように和暦があったり西暦があったり、レセプトデータとかばらばらになっているというのが一番の問題で、政府として、厚労省として御自分の統計をできるだけ統一した様式に持っていくというのをしていく必要があるだ

ろう。規制改革推進会議でもワンスオンリーとかいろいろ決めていっていますけれども、まさに統計もワンスオンリーでないと結局意味がないので、ここはぜひ今後データベースもつくっていくときに非常に無駄な労力がかかるので、そこはぜひ統一の形をするような形で検討をお願いできないかと思っておりますので、いかがでしょうか。

○林座長 そうしましたら、まず川渕先生と森下先生から御質問があった点について、厚生労働省からお答えをいただけますでしょうか。

○厚生労働省（宮崎課長） ありがとうございます。

まず、確かに今、集めている項目がそれぞれのデータベースで違っていたり、あるいは同じデータベースの中でも全角と半角の問題があったりとかして、それにつきましてははたしか27年、3年ぐらい前だったのですけれども、御指摘を頂いて、もう一つ連結するIDをふやしてできるだけ適合率を上げるような工夫をしたりですとか、改善を図ってきています。

その上でさらに言いますと、森下先生の御指摘にもかかわりますけれども、例えばカナ氏名等で集めるといっても今まで集めていなかったもので、カナ氏名も加えるようにするか、あるいは個人単位の被保険者番号が入れば、それをそれぞれのデータベースで入れるようにすれば、幾つかのハッシュ化を複数することで精度は高めないとはいけないのですけれども、そういうこともやっていかなければいけない。連結して精度を高めようと思えば、そういう方向になろうと思っておりますので、その中では当然どういう項目を集めないと連結できないのかということもあわせて、技術的などころも検討してやっていくことになるかと思っております。そうするとある程度共通項というものが出てくることになるのではないかと思います。

他のデータベースとの連結の時期については、これは正直申し上げるとなかなか今の私の立場で、今の検討状況で何年度までというのを申し上げるのは難しいというのが正直なところでございます。それは例えばがん登録で申し上げれば、がん登録推進法の中になんか細かな規定があって、それに対する検討というのはそれぞれ有識者会議で議論もされていたりということがございます。それぞれについて少し時期なり熟度が異なっておりますので、現時点で、申し上げることは難しいのですけれども、一応有識者会議の中では、それぞれのデータベースにつきまして検討の課題と、進むべきステップをそれぞれ書かれています。担当部局より報告して議論を頂きましたので、その内容に沿ってそれぞれやっていくということだろうと思っております。

○林座長 森下先生の御質問の今のお答えは、ほかのデータベースの民間開放のスケジュールについてだったと思うのですけれども、その前にありました今回の通常国会の法改正の後の実際に使えるようになる時期。

○厚生労働省（宮崎課長） これはシステム開発ともかかわりますけれども、私どもは2020年度中の運用開始を目指しておりますので、そのためにも次期通常国会に法案を出して、その上で具体的な内容を詰めていきたいと考えております。

実際に出すときには、有識者会議の報告書の中でも段階的にその内容を決めて、広げていくべきだというお話も頂いておりますので、2020年度にスタートして一斉にわっといくというよりは、2020年度から体制を整えて、御指摘の中にございましたような、どういう場合に提供していくんだというガイドラインなどいろいろ議論いただいた上で、広げていくという形になるのではないかと考えております。

○林座長 もう一点、森下先生からレセプト病名の問題などについて検討する際に、もとの整理が必要という、その検討をする際に民間の委員を入れていただけないかという御意見、御要望があったのですけれども、この点についてはいかがでしょうか。

○厚生労働省（宮崎課長） 私の説明が誤解をお渡ししてしまったかもしれませんけれども、今やっていますのは、研究者の方に研究テーマとして病名決定に関する研究あるいは患者調査との関係に関する研究というのをやっていただいております、会議体というよりはまず研究班でやっていただいている形になっています。その成果を見てさらに実業界の方から意見を聞く必要があるかどうかということは判断することになると思います。今の時点ではまだ研究班での研究段階となります。

○林座長 例えば資料1-1の21ページの②にあります高齢者に多い認知症、骨粗鬆症、糖尿病という三大病みたいな、こういうものも研究班では議論されているのでしょうか。

○厚生労働省（宮崎課長） 糖尿病は入っていたと思いますが、認知症は入っていたかどうか記憶にございません。済みません。いずれにしろ、そういう大きな疾患群に関して、どういう形で病名決定できるかということで研究されていると理解しております。

○林座長 ありがとうございます。

そうしましたら、厚労省からはこのようなお答えを頂いたのですが、両委員からの経団連様への質問も含め、また、厚労省へのさらなる御意見、御質問を含め、御意見等ございましたらよろしく願いいたします。

○日本経済団体連合会（角山委員） 質問にございました要望の優先順位ですが、これは順番のとおりでございまして、先生の御理解で正しいかと思っております。よろしく願いします。

それから、いろいろな情報が独り歩きしてしまうのではないかという御懸念の中で、レセプト病名というものがあつたかと思っておりますけれども、いろいろな国のデータベースを利用させていただくような民間企業もあるかと思っておりますが、その中で多分、1つのデータベースで何か全てがわかるとか、あるいは1項目を全て見れば、それで何かがわかるということはないとの認識で、民間側は利用していると思っております。

したがって、例えば病名で人数をカウントしたとしても、同時に検査値等を見ることによって正確な人数を見積もるとするのは、この手のデータベースを研究するときの1つの常套手段であると考えますので、そこまで御心配いただかなくてもひょっとしたら誤解はそんなに生じないのかなど。むしろオープンデータはいろいろな方が御覧になれますので、そちらは少し慎重な対応は確かに必要なのかもしれないというふうに考えま

す。

○林座長 御要望としては今そこまでということによろしいですか。

○日本経済団体連合会（稲垣委員） 例えばレセプト病名であったとしても、情報の1つとして我々は活用できるものがあると思っております。今のような形で本当にいいかというところは検討が必要ではあるのですけれども、活用できる情報がせつかくあるものについては活用させていただきたいという思いはございます。

○林座長 今の点について厚労省からいかがでしょうか。

○厚生労働省（宮崎課長） 御指摘を踏まえて、今の研究班の研究の状況とあわせて、どういう形が一番いいのかというのを考えていくということだと思います。御指摘のようなお考えもわかりますし、そもそもこのNDBに対する御期待やオープンデータに対する御期待も、これ1つで100%の回答をしろということではないというのは、有識者会議の場で製薬業界の方から来ていただいたお話でも、MID-NETなどいろいろなデータがあるので、そのうちの1つとして活用されればということで、そういう理解はしておりますけれども、殊、傷病名はどういう形がいいのかは長年の課題的なところもありますので、研究したいと思っております。

○林座長 ありがとうございます。

ほかに、どうぞ。

○日本経済団体連合会（小川主幹） 議論全体について、経団連としての受けとめを簡単に申し述べたいと思います。

まずいろいろと真剣に検討していただいていることにお礼申し上げたいと思います。

その上で全体についてですけれども、ぜひともスピード感を大切にいただきたいと思います。そう申しますのは、これはビジネスのエゴのために申しているのではなくて、我々は非常に危機感を抱いているからです。

消費者データの収集や活用面では完全に米中の企業にやられてしまっていて、日本の企業はなかなか巻き返しが難しいのですけれども、ヘルスケアの分野はまだ勝ち目があると思っております。先ほどから御説明があるように、非常に良質なデータが日本には蓄積があるということは、他国にない強みであると思っております。

ただ、うかうかしているとそうしたアドバンテージを活かすことなく、米中の企業に抜かれると思っております。例えば、GAFAsは既にヘルスケアデータを一から集めて、大量に集めて、この分野にも進出してこようという動きが非常に急速に進んでおります。日本もこの動きに負けないように急いで進める必要があるというのが、スピード感について申し上げた理由でございます。

2つ目ですけれども、NDBの民間活用のところ、法改正後のスケジュールについてもお示しいただきまして、ぜひともお願いしたいと思っております。先ほど委員からも御発言がありましたけれども、法改正後の検討の際、公益目的について、余りにも厳しい条件にさ

れてしまいますと、また絵に描いた餅に終わってしまいます。民間は本業をもって公益に貢献したいと思っておりますので、そのところをぜひ御理解いただきまして、本当に使える制度にさせていただきたいというのが2つ目でございます。

3つ目も委員の方からも御指摘がありました。ぜひそういう検討を進めていかれる際に当事者である民間企業、民間の関係者も議論の場に加えていただきたいというのが改めてのお願いでございます。

以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

では、お願いします。

○後藤専門委員 今、民間企業という話がありましたけれども、どうしてもNDBという医薬の話に偏っていくのですが、実はこれは画像診断とか医療機器でも活かせるデータというのは必ずあると思います。その辺の意見もぜひ吸い取っていただいて、より中にあるデータが活かせるような活動を、業界もそうですけれども、厚労省も経団連さんをお願いします。

以上です。

○林座長 今の点について厚労省から御意見いただけますか。

○厚生労働省（宮崎課長） まさに御指摘のとおり、医薬品に限った話ではございませんので、いろいろな研究につながるということが大事だと思います。先ほど少し紹介しましたけれども、オープンデータでも保険医療材料ということでいろいろな医療機器の状況ですとか、そういうこともオープンにするような形でやっておりますので、御指摘を踏まえて今後もいろいろ民間の御要望などもきちんとお伺いしながら進めてまいりたいと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

私からも2点お伺いしたいと思います。規制改革提案のとおり、このような国民の健康医療に関する情報については、国民及び日本経済に資する公的なデータとして政府が主体となって一元的に整備を拡充していただいて、国民に対して積極的に提供すべきではないかという意見も多いと存じます。このような要望に対して、つまり一元的な整備拡充について政府として具体的な計画があるのか。つまり、例えば先ほどのお話でもがん登録推進法については別途検討しているので、まだ見通しが立たないというお話がありました。そのように各方ばらばらでやっているとスピード感というものがなかなか難しい、限界があるのではないかと思いますので、一元的な観点での整備拡充というところについての具体的な御計画があるのかというのを1点、お伺いしたいと思います。

もう一つ、データ活用のあり方として、これはデータを出す側の国民のインセンティブにもつながるのですが、国民自身が直接的にデータを取得して第三者に提供可能とするような利活用の仕組み、すなわちデータ・ポータビリティを視野に入れているのかどうか。この点も政府としての御見解を伺いたいと思います。

○厚生労働省（宮崎課長） まず1点目の一元的な整備という観点ですけれども、これはまず厚生労働省の中ではデータヘルス改革推進本部という横串の組織をつくりまして、その中で例えばこの連結解析の話、あるいはAIですとかがんゲノムですとかを、そういった部局横断的な組織をつくりまして、スケジュール管理をしながら進めております。全部を1つの組織でやるのは専門性もあり難しいので、そういうプロジェクト的に進めておりまして、今年の夏には2020年度までの工程表を出して御議論に供したところでありまして。引き続きデータヘルス改革推進本部を活用して、局あって省なしにならないようにやっていきたいと思っています。それは政府全体としてもそうでありまして、私どもIT室ですとかマイナンバーとの関係で言えば番号室とか、関係する部局と連携をしながら進捗状況を御報告し、あるいはそちらからいろいろ全体の進捗から見てもう少しやれないかとか、いろいろ協議をしながら全体を進めております。それぞれの段階で連携をしながら進めてまいりたいと思っています。

ポータビリティのお話、2点目でありますけれども、今日のテーマに係りますNDB、介護DBに関しては、もう先に匿名化したデータでありますので、個人に戻すというようなものではないと思いますが、まさに御指摘がありましたような点はPHRなどで今、データヘルス改革推進本部の柱の一つとして厚生労働省として検討をしております。

例えば当面のものとしては、被保険者番号の個人単位化をしてオンライン資格確認制度というものを医療保険の中に入れて上で、特定健診データなど、マイナポータルを活用して個人が見られるような仕組みを導入することを目指して進めております。御指摘のような医療等のデータの活用が個人としてメリットを感じられるような仕組みについても、それはきちんと対応していきたいと考えて取り組んでいるところでございます。

○林座長 宮崎課長から大変心強いお答えを頂きましたので、ぜひともスピードアップして進めていただきますようお願いしたいと思います。

議論は尽きないところでありますが、本日は時間の関係でここまでとさせていただきます。皆様御多忙の中、御対応いただきましてまことにありがとうございました。今後とも引き続きどうぞよろしく願いいたします。

それでは、皆様御退室ください。

（ヒアリング対象者交代）

（後略）

○林座長 それでは、次の議題に移らせていただきます。

本日、2つ目の議題は「オンライン医療の普及促進」です。

本件は、御案内のとおり、さっきの当ワーキングにおける最重要事項として取り組んだものです。規制改革推進会議として最後の1年となる今期につきましては、特にフォローアップに力を入れ、規制改革実施計画が所管省庁において措置される前に、当会議において事前にレビューを行うこととしております。本件もしっかりとフォローしていきたいと存じます。

本日は、株式会社インテグリティ・ヘルスケアより代表取締役会長の武藤真祐様、最高戦略責任者の永井真理子様にお越しいただきました。

また、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課より鳥井陽一課長様にも御出席いただいております。

それでは、まず武藤様、永井様から国家戦略特区における遠隔服薬指導の実例を踏まえて、オンライン服薬指導の効果や今後の課題などについて御説明をお願いいたします。

○株式会社インテグリティ・ヘルスケア（武藤会長） こんにちは。今日はこのような貴重な機会を頂きまして、ありがとうございます。もともとオンライン診療の導入、今年4月に当たりましては、皆様方に大変御支援を頂いたと伺っております。ありがとうございます。

今回はその延長となりますが、オンライン服薬指導について我々も今、実証事業にかかわっておりますし、また、そこから見えてきた今後の展望などがありますので、今日はそのについてお話をさせていただければと思います。

おめくりいただきまして要旨のところになりますが、ここに簡単に今日お話ししたいことをまとめてございます。

1つは今、福岡におきましてオンライン服薬指導の実証をしております。ポイントとしましては、まだまだ事例数が少なく、在宅医療のケースのみであることから検証の範囲が限定的でございます。したがって、今後の普及に向けては、外来のケースも含めて多様なケースを想定した検討を行うことが望ましいと考えております。

2つ目でありませけれども、オンライン服薬指導の普及に向けた論点整理でございます。実際のプロセスを幾つか丁寧に整理いたしますと、処方箋の受渡しに係る課題というものが大きくあります。また、安全性の観点からの薬の取扱いやコスト負担など、実際に導入していくに当たっては、かなりいろいろときちんと考えなければいけないことがあろうかと思っております。

それから、今、オンライン服薬指導が非常に論点となっておりますが、しかしながら、医療の質向上に向けたICT活用の方向性という観点で言いますと、それだけにはとどまらない薬局での利用法があろうかと思っております。例えば患者宅での服薬管理や相談におきましてICTの導入が可能ではないか。また、薬剤師の付加価値を今後高めていく必要があると思っておりますので、この観点も重要ではないかと思っております。

5ページ、これは改めまして今、オンラインでそもそも何ができるかということをもとめた図になっております。患者様のフローと、オペレーションのフローで考えますと、まず患者さんは多くの場合は予約をして、そして病院に行きまして問診を受け、診察をされる。その後、処方してもらって会計をし、そして調剤、服薬指導。これは院内と院外で異なるわけでありませ。また、服薬相談などもあり得る。

これを見ていきますと処方、これは例えば電子処方箋の議論が開始されていると思ひませ。ただまだこれから。調剤、服薬指導以外のプロセスは、オンラインでできるように

なっています。こちらもオンライン診療の導入が可能になってできたこととございます。

6 ページ、今年の7月18日、調剤報酬の方針決定を受けてオンライン服薬指導の実証が始まりました。ありがたいことに国内で初めての実証事業は我々が開発しましたシステムを使ってやっていただいたわけでありますけれども、福岡市で始まりました。

この実証がなかなか難しいといえますのは、まずオンライン診療をやっている患者さんで、この国家戦略特区に当てはまる地域に住んでいらして、そして御理解いただける薬局がないと実証が始まらない。全部をかけ合わせていきますと大変な要件になります。今回このケースでは患者は今まで在宅医療を受けている方なので、今までは薬剤師さんが来るタイミングで自宅に御家族が行って待っていなければいけなかった。家族も薬の話を聞きたいと思っていたけれども、なかなかうまくいかなかったわけですが、オンラインでこういった話を聞けるので安心していきますと、そのような声もありました。

しかしながら、次のページをめくっていただきますと、このオンライン服薬指導というものは今までにない新しいパラダイムシフトを生むと、考えられる一方で、まだまだ十分な数の検証ができていないということが課題です。

実は私たちの知る限りでは、国内で延べ7人の患者様がオンライン服薬指導の実証を受けています。福岡市では我々のシステムを使って3名、愛知県で1名、合計4名の方は我々がつくってきましたシステムを使っていただいています。ただ、いずれにしましても7名の実証をもって多くのことを語るというのはまだまだ難しい。これは当然ながらそのように思うわけであります。

もう一つは、外来の患者様ではなくて、我々の場合は在宅の患者様でありましたので、したがって、患者様の立場に立って考えますと、今までは薬剤師さんが来て指導をしてくれた。それをオンラインに変えるというのは患者さんにとってみれば、今まで通り来てくれればいいじゃないかという話になって、これは薬局側にとってみたら楽かもしれませんが、必ずしも患者さんのメリットにはならないという事情がございました。

したがって、このオンライン服薬指導を今後広く導入していくに当たりましても、有用性、安全性、実行可能性の3点で評価をしていくとするならば、有用性に関してはまだまだ検証が行えていないのではないかと思います。例えば医師と薬剤師が情報共有すること、もしくは患者さんのおうちでの残薬管理や定期的な服薬フォローといった、単に薬剤師さんと患者さんがビデオで話すという以上のICT活用というものはあると思うのですが、まだまだこのあたりも検証が行えていないという現状がございます。

それから、安全性でありますけれども、もとは多剤投与であるとか禁忌など、そういった調剤のときに確認が必要なものをできることがメリットかと思いますが、まだそのような事例がないといったこともあります。

実行可能性ですが、例えばデバイスの問題、バッテリー切れであるとか、操作ミスといったトラブルはありましたが、何回か重ねることで患者さんがなれてきたということがありますので、ここはある程度高齢の方でも使えるのではないかと思います。ただ、一方で

今回、離島へき地ということもありまして、通信環境が非常に影響するということがありましたので、国が今後進めていくさまざまな回線の充実ということも重要なことになってくるかと思えます。

改めまして、では今後オンライン服薬指導の普及に向けた論点の整理というところがございます。9ページを見ていただきますと、これはあくまでも整理ということではありますが、外来と在宅でオンライン服薬指導というものは使えるわけでありまして。外来でも診療は対面、オンラインということがあり得る。服薬指導も対面、オンラインがあり得る。それから、在宅にいても同じようなことが言えるわけです。

これらを押しなべて考えると出てきます論点が10ページでございます。ここに4つ挙げてありますが、まず一つは薬局の指定であります。医療機関が薬局を指定できないということは、皆様御存じだと思いますけれども、したがって、患者さんが薬局を選択する必要があります。医師が薬局に処方箋を送る必要がオンラインであるとあり得るわけです。つまりそれは患者様が来て、処方箋を届けるのであればオンラインの意味はありませんので、基本的にはオンラインでやるということは、医療機関から薬局に直接処方箋を送らないといけません。これは現段階では印鑑が必要な紙でということになっていきますので、まず患者さんがかかりつけ薬局を決めて、それを医療機関に伝えなければいけません。現在の外来では、患者さんに渡せばどこかに持っていきますので、別にそこまでやる必要はないのですけれども、もしこれを医療機関と薬局の間でやるとなると、まず医療機関がどの薬局なのかを確定する必要があります。また、薬局がオンラインに対応しているかどうかはまだわからないわけでありましてから、こういった情報共有をしっかりとしないと、一貫通貫といえども現実的には難しいこととなります。

それから、2番目として処方箋の受渡しになりますが、現在では郵便で送るということになっています。現実的にはFAXで最初に情報共有をしていると思いますが、いずれにしても郵送をしてから処方箋をしなければいけません。いけない郵便で送った後に、ではその後、オンライン服薬指導を受けるというロジックになるわけですが、そうしましたら患者さんとしては薬局にいつ処方箋が着いたのか分からないといけません。着いた後にオンライン服薬指導をオンラインでやるわけですから、そのあたりのロジもしっかり決めないと、処方箋が知らない間に流れていって、患者さんはよくわからないまま薬を受け取れないといったような状況もありえます。

ここで改めて電子処方箋の電子化と合わせない限り、なかなか現実的には難しいのではないかということも見えてまいりました。

3番目ですが、服薬指導に必要な情報の共有。今、御存じのように薬学部が6年間の教育になって、さまざまなプロフェッショナルな教育がなされていく中で、薬剤師さんが実際にやっていることというのは結構薬を詰めているような時間がほとんどで、余り専門性が生かされていないという現状がございます。これはいろいろ法律上の要点もありますが、一方で処方箋しか見ないで服薬指導しなければいけないという大きな情報のギャップがあ

るというのは現状でございます。

したがって、薬剤師さんが質の高い指導をするためには病名や、採血の結果などの情報というのは今後必須となるでしょう。お薬手帳に書いてあるのも院外処方箋がほとんどで、必ずしも院内処方箋はわからない。たがって、こういったお薬の情報の一元化、もしくは医療機関が持っている情報の共有化というものが進まない限り、単にビデオで話してどうこうするというような矮小化された議論になってしまう可能性があるかと思えます。

最後の論点としましては、薬剤によっては麻薬ですとか、ある種の向精神薬のようにほかのところに行ってしまうのはかなりまずいということがありますから、全ての薬を配達可能とするのかというのは1つ論点でしょうし、あとは実際に配達にかかるコストは誰が負担をするんだと。それは患者さんなのか、薬局なのか、はたまた何を使って送ったらいのかといったところも決めないと、現実的には難しいことが起こるのではないかと考えております。

最後の一つ大きなこととして申し上げたいのは、12ページにもございますけれども、この場で皆様が議論していただいているのはオンライン服薬指導だと認識しているところではございますが、実は薬剤師さんと患者さんとの接点はそこだけではとどまりません、オンライン服薬相談でありますとか、オンライン服薬管理というものもございます。オンライン服薬相談といいますのは、例えば患者さんがおうちに帰った後に薬の飲み方が結局よくわからないですとか、もしくは吸入薬もここにいらっしゃる皆様であれば適切に使えますと思いますが、高齢者であれば実はきちんと吸えていないということが結構ございます。そのようなもの、デバイスをうまく使えていないというときに、ビデオを通じて指導することは非常に有用であるということは、これは多くの薬剤師さんがおっしゃっているところであります。医師はなかなかそういった時間はございません。

おうちに帰った後の服薬相談も、これはまた薬局に行ってしまうとなると大変ですので、オンラインを導入することで非常に効率が上がる、質が上がるということは誰もがおっしゃっているところであります。もしくはほかのところから薬をもらったのだけれども、これを飲んでいいだろうか、現実的には相談したいということがあろうかと思えます。

もう一つはオンライン服薬管理でありまして、これは例えばきちんと薬を飲まなければいけない場合、今後がん治療が外来でますます行われてくるにつれて、さまざまな副作用も起こり得る。もしくはきちんと飲まなければいけないような状況が生まれてくる中で、ここに対してやはりいついつ飲むんですよといったようなリマインドをする。もしくは飲んだらきちんとそれを薬剤師や医師に報告をするといったようなことが、コンプライアンスの向上がもっと求められてくるような中で、このようにICTが使える可能性があるのではないかと考えております。

時間も長くなりまして少し短目にいきますけれども、13ページにはICT化がますます利用できる患者像ということで4つ書いてございます。一つ一つは申し上げませんが、

例えば今後、注射を使っていく患者さん、外来で使っていきような方もふえるでしょうし、高齢者の多剤投与に対しての適切な指導、抗がん剤を使ったときの指導であるとか、そういった幾つかのケースの中で病院の外での薬剤に関するICT化の導入というのは、多くの可能性がある。このように医師としても、もしくは薬剤師と話している中でも思うところがあります。

14ページにありますけれども、こういったICTを活用したかかりつけ薬局機能強化の方向性ということで言いますと、2つあると思っています。1つはもちろん患者さんへの付加価値の提供で、かかりつけを登録し、情報共有を進める。もしくはオンラインで服薬指導、相談ができる。残薬管理ができる。このようなことが直接行かなくてもできるということは今まで申し上げたとおりであります。また、それとあわせて薬剤師さんたちの働き方改革にもつながるのではないかと。今は行って全部やらなければいけないものを、オンラインを使うことによって業務の効率化ができる。もしくは労務の管理ができる、もしくは容易に患者さんの管理ができる。このようなケースが十分あり得るわけですから、このような観点も必要なのではないかと思っております。

15ページには、こういった抗がん剤を使ったときの医薬連携の疾患管理モデルを我々は今あるところと実際に実証しようと思っております。医薬連携、いろいろ言われてはいますけれども、私としても本当に重要だと思っております。16ページにまとめてございますが、1つは医師、薬剤師の働き方改革、それから、間違いなく病院の経営効率化の改善にもつながるのではないかと。副作用で入院しなければいけないような方も減るでしょうし、回転率が上がってくる可能性がある。したがって、医師、薬剤師、患者それぞれにとってどのようなメリットがあるかということをも改めて考えることによって、単にオンライン服薬指導という話にとどまらない議論ができるのではないかと思っております。

最後に17ページに簡単にまとめてございます。特区で実証が始まったものの、今後の普及に向けてはもう少し検討すべきではないかということと、2点目としましては、電子処方箋の運用も含めた一連のプロセスでの有用性、安全性の検証をしてほしい。それから、最後になりますけれども、今後、病院外で薬物治療がふえてくる中で、この薬剤師の付加価値を高めるようなICTの導入をぜひ御検討いただければと思います。

以上となります。

○林座長 ありがとうございます。

現状の課題、処方箋の電子化が不可欠であることとか、薬剤師さんへの病名や採血などの情報提供が必須であるということなどの現状の課題と、11ページ以下におきましてはICTを活用したかかりつけ薬局機能の強化ができるというポテンシャルについても御説明いただいたところでございます。

続きまして、厚生労働省より規制改革実施計画で定められた措置期限が迫っております。3点、第1にオンライン服薬指導の実現、第2に服薬指導の場所の見直し、第3に処方箋

の完全な電子化。この3点について検討状況を御報告お願いいたします。

○厚生労働省（鳥井課長） 厚労省の医薬生活衛生局総務課課長の鳥井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元の資料でございますが、厚労省から出している資料2-2でございます。

まず1ページ目、オンラインによる服薬指導の活用・患者が服薬指導を受ける場所の見直しということでございまして、2ページ目が本年6月の規制改革実施計画なので、これは省略させていただきます。

現状と課題でございますけれども、3ページ目でございます。最初のところは御承知かと思いますが、現在は医薬品医療機器等法の9条の3で、薬局開設者は、処方箋により調剤された薬剤を販売し、または授与する場合には、薬剤師に、対面により必要な情報を提供させ、及び必要な指導を行わせなければならないとされております。したがって、テレビ電話の服薬指導は、少なくとも調剤時については現行法上、行うことができないということとなっております。

そのため、国家戦略特区において、医療資源が乏しい地域の患者を対象とする等の制限がついておりますが、特例を設けて検証をするということになっております。特区法の法改正自体は28年に行われましたが、実質的には今年6月から愛知県、福岡県、兵庫県養父市において事業が進められているということでございます。

先ほど武藤先生からもコメントがありましたけれども、対応薬局からの手は数としては結構挙がってきており、少しずつふえている状況ではございますが、実際の服薬指導まで至るといえるケースはまだまだ少ない。私どもの把握では11月初めぐらいの時点では6件でありましたので、まだ直近の数字が手元にありませんけれども、まだまだ少ない状況であるのは事実でございます。

以上が国家戦略特区における実証事業でございますが、一方で規制緩和の実実施計画等におきましては、薬機法改正を視野に入れて検討をする必要がございます。これは鶏が先か卵が先かという議論がございますけれども、私どもとしては特区は特区として引き続き実施はいたしますが、一般的なルールとしてのオンライン服薬指導の活用については、審議会において議論をしております。先月の22日の審議会においてこの話を取り上げまして、具体的には4ページ目に資料がついておりますが、要点は3ページ目に書いてあります。遠隔診療の状況が進捗しておりますので、そういう状況も踏まえて対面でなくてもテレビ電話等を用いることにより、適切な服薬指導が行われると考えられる場合というのは恐らくあるだろうということ。そういう場合については法令上もこの際、対面服薬指導義務の例外措置を設けてはどうかということ。①のところでございます。ただ、その例外の具体的な内容については、オンライン診療ガイドラインの要件も参考にしながら、特区の実施を踏まえて適切なルールを整備するということにしてはどうかということで考えております。これは一応、専門家による検討を想定してございます。

③のところでございますけれども、場所の話でございますが、あわせて調剤の一部や服

薬指導を行う場所については、患者の療養の場が多様化しておりますし、医療のほうでもかなり幅広く認められ、近年例えば職場における診療も認めるといった取扱いが明確化されておりますので、服薬指導についてもそのような取扱いとすべきではないかということで資料を出させていただきまして、そこで議論を頂いたところです。

議論の中ではこのとおりに進めていくべきだという議論もありましたし、あるいは慎重に検討すべきだという御意見もありましたけれども、方向性自体について否定的といいますか、やるべきではないという意見もなかったと認識いたしており、私どもといたしましては、この方向性を踏まえて、最速で次の通常国会における法改正を目指すということで案を取りまとめて出せないかということで今進めているという状況でございます。

また、それとは別に、詳細については特区の実証等も踏まえた中身の詳細の設計が必要だと思っておりますので、それは1回で終わるかどうかもありますし、継続的に今後、必要に応じて繰り返し見直しをしながら進めるべきということなのかと思っておりますけれども、いずれにいたしましても法改正の準備と、それと並行して中身の詳細を検討していくことが必要になろうかと思っております。

4 ページ目、検討の方向性は今、言ったとおりでございますけれども、留意事項として医療保険の取扱いがあり、これはまた別途ということでございます。これはあくまで規制の中でどうかという議論でございます。

以上がオンライン服薬指導の現在の検討状況です。

それから、電子処方箋の普及に向けた取り組みについてはスライドの5枚目以降にございますけれども、6 ページ目は6月の規制改革実施計画でございまして、オンラインを活用した一気通貫の在宅医療の実現に向けて、電子処方箋の運用ガイドラインを改めて、電子処方箋のスキームを完全に電子化するための工程表を作成し、公表するというところでございますけれども、これは大変残念なのですが、少し作業が遅れております。

7 ページ目に現状が書いてございますけれども、一応、28年3月に電子処方箋の運用ガイドラインを策定してございまして、省令改正もやっておりますので、制度上は動かすことは可能であるということでございますが、現在これに準じた運用が行われている地域というのは承知していないところでございます。

昨年のこの場でも御議論があったかと思っておりますけれども、普及に向けてということでは、そもそも地域の情報ネットワークの整備が進んでいるところと進んでいないところがあるという点は置くとしても、私どもが提示しているスキームでは紙の引換証を用いた運用を示しているわけですが、これをなくして完全に電子化すべきではないかという課題が1つございます。もう一点、メリットがわかりにくいということで、インセンティブが見えにくいということがあると考えておりますので、なかなか難しい課題であります、私どもとしては実証事業をまず今年度は動かしてみたいということで、実証しながらメリットや課題を明らかにするというを考えております。それが下の検討状況ということでございます。

そういうことで、今年度は予算事業により完全電子化した場合の運用方法の検討ということで実証をする予定でありました。それで実証事業の調達に向けて手続を進めているのですけれども、開札を行ったところ各々の面で折り合いがつかず、落札者が決まっていないう状況でございます。現在、再度公告を行いまして、可及的速やかに手続を進めているところでございます。そういう状況です遅れておりますけれども、事業者を早急に決めまして事業開始に向けて取り組む必要があると考えております。

それを踏まえた上で、検討状況の最後にありますけれども、来年度以降はメリットと課題を整理するとともに、ガイドラインもできましたら見直すということで、完全電子化した形のガイドラインの見直しということも検討していきたいということで考えております。

8ページ目、9ページ目は昨年もこの場にお出しした資料でございますが、9ページの下に工程表もついておりますけれども、今の段階であまりクリアなものが必ずしも書けておりませんので、ここは仮のものが置いてありますが、これも今後どこまでいくかということでトライさせていただきたいと思っております。

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、委員の皆様から御質問、御意見よろしくお願ひいたします。

大田議長、お願いします。

○大田議長 厚労省にお伺ひします。

オンラインでの服薬指導の活用について3点お尋ねします。

1つはオンラインで服薬指導を受ける対象についてです。このワーキング・グループでは、対象は、オンライン診療や訪問診療の対象患者で、薬剤師による訪問での服薬指導を受けられない者は、地域的な制限を設けずにオンライン服薬指導の対象とすべきであると。地域的制限は設けずに、ということですずっと議論しております。厚労省にもその方向で御検討いただいていると考えておりますけれども、厚生科学審議会での議論を踏まえてもこのことに変更はないかどうかを確認させてください。これが1点です。

それから、特区での実証との関連についてです。以前、5月15日のワーキング・グループで、このときは屋敷課長がおいでくださったのですが、私から実証結果を踏まえることが前提なのかどうかということをお質問させていただきました。それに対して屋敷課長からは、結果が完全に出ないと結論が出せないという性質のものではない。特区の状況も見ながら、この制度見直しも同時並行的に進めていくということで、御発言を頂いているのですが、特区での実証状況にかかわらずに今年度末までに結論を出していただくということで考えていいでしょうか。これが2つ目です。

3番目に、厚生科学審議会でご議論くださった方向性についてです。オンラインでも適切な服薬指導が行われると考えられる場合について、①に「法令上、対面服薬指導義務の例外を設けることとしてはどうか」ということが書かれていて、②では、「例外」の具体的内容については、「適切なルール整備をすることとしてはどうか。そのために専門家に

よる検討を行うこととしてはどうか」という方向性として出していただいています。いる閣議決定では「平成30年度検討、平成30年度上期措置」になっていますが、「例外」を設け、その例外に対するルール整備を行う、ここまでを「措置」と考えて、これを31年度上期までにやっていただくという受けとめでよろしいかどうか。3点、確認をお願いいたします。

○林座長 では厚労省、お答えをお願いします。

○厚生労働省（鳥井課長） 1点目の地域的な制限をオンラインによる服薬指導を設けずにやるということなのかということでございますけれども、11月21日の制度部会の中でも例えば地域的な制限を設けてそこだけでオンライン服薬指導をやるべしという意見も出ておりませんし、私どもとしては、現時点では、地域的な制限という切り口ではなくて、どのようなことであれば適切にやったと言えるのかという軸で考えております。ただ、今後の検討によるのかもしれませんが、地域的な資源のあり方によって少しルールを変えるという議論を全く排除するというわけではございませんが、少なくともある一定の地域だけでできるという議論にはなっていないし、そういうことも想定はしておりません。

特区の実証結果が前提かどうかということでございますけれども、これは私の前任者が5月のワーキング・グループで発言したとおりに考えておまして、特区の結果が出せない結論が出ないということではないと考えてございます。ただ、そちらの進捗があったほうがもちろん望ましいわけでございますが、ないからといって結論を出すことはできないということではないと思います。

方向性の中の期限との関係でございますけれども、これはなかなかお答えしづらいのでございますが、一応、例外措置を設けるという意味での結論というものは、平成30年度に出す。具体的に申しますと、法案の形で次の通常国会に出したいということで、まだ決まったわけではございませんけれども、それまでに結論は出ると考えてございます。ただ、大変恐縮でございますが、その法案がいつ通るかということもございまして、あるいはその法案審議の中での御意見をどう受けとめるかということもございまして、できるだけ上期に間に合えばいいとは思っておりますけれども、今の段階で上期までに全て終わるということは、なかなか断定はしにくい状況かなと思っております。

○大田議長 ありがとうございます。前向きなお答えを頂きました。

特区での実証結果が出ないと結論が出せないものではない、ということですから、今年度末には結論を出していただけるということですね。

○厚生労働省（鳥井課長） 少なくとも法改正をするかどうかということについては、結論は出したいと思っております。

○林座長 確認ですが、当然ながらそこで言う法改正というのは、法令上、対面服薬指導義務の例外を設けるという法改正を次期通常国会で出されるということですね。

○厚生労働省（鳥井課長） それを目指して作業をしたいと思っております。

○林座長 その例外を設ける中での極めて具体的なものは別としても、その中での方向

性、適切なルールの整備というところの方向性については、この法改正の中に盛り込まれるのでしょうか。

○厚生労働省（鳥井課長）そこはこれから検討なのですが、いずれにしろ国会でも議論になると思いますので、ある程度のイメージというのは私たちも持って臨みたいと思っておりますけれども、まだ今の段階でこれがいいということではございません。

最終的には法律で全てを書いてしまうということになりますと、またこれはこれ、それはそれで問題があるかと思っておりますので、下位法令ですとか、場合によってはガイドラインといったようなものもあわせて全体として適切になるようにということになるのだらうと現段階では考えております。

○林座長 ガイドラインか下位法令かはともかく、その点も含めて適切なルール整備ということ平成31年度上期中に終わられるよう、私どもとしては閣議決定されたものと理解しておりますので、引き続きよろしくお願ひしたいと思ひます。

ほかの皆様、では森下座長代理。

○森下座長代理 今の点は議長も座長も言われましたように、必ずよろしくお願ひいたします。

私のほうは電子処方箋の実務の話なのですが、入札公告がうまくいかなかったという話で、結局またやり直しを今しているということなのですが、そんなに難しい話ではないのではないかとおもっていたのですが、なぜそんなに難航するのかよくわからないのですが、よほど複雑な仕組みを要求されるとか、何か非常に難しい技術的な問題があるから遅れているんだとか、そういう話ではないのですよね。単純に費用の問題なのですか。

○厚生労働省（鳥井課長） 落札しなかったのは費用の問題です。

○森下座長代理 技術的な面から言えばそんなに難しくないと厚労省としては認識をされている。

○厚生労働省（鳥井課長） 技術的な問題については、一応ガイドラインにできるだけ沿うようにと。ただ、紙を使ってくれというところについては別の選択肢を出してもらおうという想定で、技術的に高いハードルを課しているということはないと考えています。

○森下座長代理 どこがポイントかいま一つわからないところがあるのですが、ガイドライン自体が実態に合わないのでつくりにくいということはないのですか。要するにわざわざ電子化しているのに、ガイドラインが電子化をそもそも阻害するような要素を持っているガイドラインなので、そこが齟齬を来しているということはないと理解してよろしいですか。

○厚生労働省（鳥井課長） そうは理解しておりませんが、少なくとも紙のやりとりが必須だということは、これは外すという前提です。

○森下座長代理 であればそんな難しい話ではないのだらうと思うのですが、ぜひ早目に決めていただいて、期間を守ってやるようにお願ひしたいと思ひます。

○林座長 関連で、昨年の12月19日のこちらの医療・介護ワーキングで、厚労省からの御見解で、患者が電子処方箋対応の薬局を選択した場合に、電子処方箋引換書を交付しない仕組みとすることは可能であるという御見解を頂いているのですが、この点はガイドラインの改訂を待たなくても、実証事業の内容に沿った対応というのを進めることは可能なのですよね。

○厚生労働省（鳥井課長） もともとがガイドラインですので、そこは厳密に言うと個別に判断かということなのだと思いますけれども、そうですね。今回の実証は、その部分はガイドラインが実態に合っていないという前提で始めておりますので。

○林座長 川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 国際派の鳥井課長にしては歯切れが非常に悪いなと今日聞いておって、あんなにアメリカの医療を熟知しているのに、何で日本に帰ってくるとこんなに歯切れが悪いのかなと思っているのですが、シンガポールの医療にも造詣の深い武藤先生が今日は特区の現状についてお話がありまして、惨たんたる結果というのはわかりまして、武藤先生にお聞きしたいのは、結局、先ほどの福岡市、市長が非常にポジティブなのでもうちょっとうまくいくかなと思ったなら3件、それも在宅だと。

実はこれはそもそも出てきた遠隔服薬指導の案というのは、私の知っている限りでは先生も御苦労されている被災したところ。先生は石巻だし、この話は南相馬市から出てきて、結局わざわざ薬局に行かなくても、というかそんなに薬局もないので、わざわざ薬局に行かなくてもオンラインでできないかという話があったと思うのです。私は在宅というのもあり得るかなと思ったのですけれども、このままいくと愛知県も1件とか、特区をやるまでもないという結果になっていると思うのです。

それで私は先ほど鳥井さんの、先ほど森下先生も聞いた資料2-2の電子処方箋のポンチ絵は非常にきれいなのです。現行ガイドラインに基づく電子処方箋の運用とか、今後のスケジュールとあるではないですか。マッキンゼー流に言うと、あるべき姿があって、それで現行との乖離を見ながらどうやって夢に近づけていくか。この夢物語みたいな8ページ、9ページがあるでしょう。鳥井課長もこれに向けたと思うのだけれども、これが先ほど出てきたかかりつけ医・薬剤師とか、電子処方箋のセットで考えなければいけない。

私がいつも思うのは、お薬手帳の電子化はあんなにうまくいっているのに、何で電子処方箋になるとこんな入札も成立しないのかなといつも思うのです。ですからやはりコストに見合うだけの価値というものが今の規制改革の議論にないのかなと。だからもう少し一貫通貫に医療が受けられるという全体像の中での最適化を考えなければいけないと思うのですが、武藤先生どうですか。課長がつくられたのか誰がつくったか知りませんが、電子処方箋の運用のポンチ絵があるでしょう。ここの中のどこがネックになるからうまくいかない、あるいはどこを改良すれば一貫通貫の医療になるのか、その意見を聞きたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○株式会社インテグリティ・ヘルスケア（武藤会長） どうもありがとうございます。

幾つかポイントがあるかと思っています。まず未来像は非常にすばらしいとっていて、私もこうあるべきだと思っているのですが、仮にそれを阻害するものがあるとするならば、まず第1点がオンライン診療とオンライン服薬指導というものを組み合わせて考える必要があるのか、そうでないのか。つまり、オンライン診療そのものが残念ながらそれほどまだ広まっていない中で、そのまたごく一部をオンライン服薬指導ということになると、N分の1×N分の1みたいな感じで非常に数が少ない。ですから一気通貫ということで考えるならば、オンライン診療そのものをまず広げていくということがなければ、オンライン服薬指導が広まる可能性が低い。

2つ目が、私たちも先ほど申し上げましたように、情報を医師、薬剤師もしくはそれ以外の医療・介護にかかわる人たちも共有をして、かつ、患者さんもPHR的に使うような美しい世界があるべきだと思うのですが、医療情報を必ずしも出したがらないですとか、薬剤師さんの社会的な地位が必ずしもまだ十分高くないと思っている人もいます。私は実際に全くそうは思っておりませんで、プロフェッショナルとしての価値を発揮するような場が必ずしもないからしていない。悪い循環に入っている。例えば電子カルテの情報を見て服薬指導をすることで、必ず質は上がると思いますから、何かしらインセンティブをつけるようなことをしていけば、薬剤師の出す価値は間違いなく上がる。そのように思っております。

また、先ほど先生がおっしゃったように地方では薬剤師さんが本当に少ない。これは被災地に限らず少ないわけなので、労働主役型の仕事というもののままでいけば、薬をきちんと受け取ることすらできないような人がふえてくるのは間違いありませんので、オンラインということと配達も含めて薬剤師さんの働き方改革といった観点をしっかり入れて欲しい。それが結局、全ての人にとって価値のあるモデルをつくるインセンティブに今ならなると思っております。人が足りないというところをどう解決するかという観点が必要だと思います。

○林座長 ありがとうございます。

この問題を矮小化して議論するのではなくて、今、武藤先生がおっしゃられたり、プレゼンのペーパーにも書かれているような観点を捉え直して普及促進を図っていくことが国民にとっても重要だと思うのですが、鳥井課長からその辺についての御見解を伺えないでしょうか。

○厚生労働省（鳥井課長） まさにおっしゃるとおり、電子処方箋ができればいいという話ではないはずなので、医療の質とこれから従事者の制約が強まっていく中でどういうことをやっていくかというのは、非常に重要な論点なので、そういった観点でこの問題を考えていくことは必要なのかなと思います。ただ、全体の地域医療連携ネットワークというものをどうやって進めていくか、本当はそちらの絵柄がないとなかなか普及という意味では厳しいのかなという気がしております。それはまた別のところで厚労省も検討していくと認識しております。

○林座長 そのとおりでぜひお進めいただきたいのですが、武藤先生から冒頭にもお話があったように、いろいろ進めていく上で必須のピースは処方箋の電子化を進めない、オンライン医療にしても何にしても全てが詰まってしまうので、そのところ、実証事業の仕様の概要というのが公開されていないのでよくわからないのですが、何のために今さら実証事業が必要なのかもよく私は理解していませんが、ぜひとも全体の枠組みをICT活用をするために、電子処方箋を進めることが不可欠なんだというところで、政策をスピードアップしていただく必要があるのではないかと思いますので、ぜひスピードアップした取り組みをお願いしたいと思います。

それと1点確認なのですが、患者が服薬指導を受ける場所の見直し、この点については閣議決定したとおりの平成31年度上半期どおりのスケジュールで措置されるということで考えてよろしいですか。

○厚生労働省（鳥井課長） これもまだ検討中ですが、オンラインの服薬指導と平仄を合わせてできればやりたいなと思っておりますので、できるだけ急ぎたいと思っておりますが、そこは検討中ということでございます。

○林座長 オンライン服薬指導と同様、平成31年度上半期措置という閣議決定でございますので、あわせて閣議決定事項の実行をお願いしたいと思います。

ほかに御意見よろしいですか。ではお願いします。

○後藤専門委員 先ほど入札されていないという話で、コストがかかって森下先生からも、もっといろいろな原因があるのではないですかという質問がありましたが、これはやはりセキュリティーに多大なコストがかかるのではないですかね。それを担保するのに皆さんお金をかけなければいけないというところが1つネックではないかなと思うのですが、原因はそこではないのですか。コストが落ちないというのは、システムでセキュリティーを構築しようと思ったら、かなりコストが高いものになると思うのです。

○林座長 皆目、仕様書が公開されていないので。

○後藤専門委員 そうなのです。私もガイドラインを読んでいないからわからないのですが。

○厚生労働省（鳥井課長） 仕様書の中で何か指定しているということはないので、恐らくそういうことはないと思いますけれども、ただ、やっていく中でこれは必要だよということにはなる可能性はございます。

○後藤専門委員 でも電子処方箋をつくる時にセキュリティーの問題は大きな課題の一つだと、そこをしっかりとっておかないと大変ことになると思います。

○林座長 ちなみに実証事業の仕様の概要を簡単に結構ですので、御説明いただけますか。

○厚生労働省（鳥井課長） 事業者から出てきたものは開示するわけにはいきませんので、この場では申し上げられませんが、こちらから示した仕様書自体はオープンですので、必要があればお渡しできますし、ただ、それを見ましてもそんな大したことはないとか、患者が希望すれば紙も渡すとか、そういうこととか、もちろん各種法令に反しな

いというのは当然ですけれども、ガイドラインには阻害要因として例えば紙のところがあるので、そういうところは従う必要はないけれども、それ以外のところは極力参考にしていただきたいというようなことが書いてございます。

○林座長 関連して御質問したいのですが、電子処方箋が最大限に効果を発揮するのは診療から服薬指導までを一気通貫で行う場合だと思いますので、実際にオンラインでの一気通貫の在宅医療が行われている福岡市や養父市などの特区における実証もあわせて行ってはいかがかと思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井課長） 電子処方箋がですか。

○林座長 実際にオンラインでの一気通貫の在宅医療をインテグリティの武藤先生にも確認したいと思いますが、福岡市や養父市等の特区でなさっているわけなので、別に新たに実証事業と言わずとも、そこでやっておられるものを活用する。

○厚生労働省（鳥井課長） それは自治体からそういう話があれば、私どもとしても対応したいと思います。

○林座長 武藤先生、いかがですか。

○株式会社インテグリティ・ヘルスケア（武藤会長） ありがとうございます。別に我々もやりたいと手を挙げているわけでは全くないのですけれども、ただ、電子処方箋はこうあるべき。オンライン診療、オンライン服薬指導をばらばらにいろいろ検証しても、本当に一気通貫には最終的にはならないのではないかと。これは多分皆様思っておられるとおりで、何らかのフィールドの中で全てが一気通貫になるにはどういう課題があるかというのは、多分、実証したほうがいいのだと思います。

一方で、実証というのは今日お話しましたように非常にNの少ない中でやっているのです、その結果によってむしろ変なほうに引っ張られる可能性もあるというのは事実だと思っております。ですから実証の重要性は否定しませんが、むしろよくわかったり頭のいい人たちがそれなりに議論をしっかりしてつくるほうでも、そんなに間違ったことにはならない可能性もある。もちろん両方合わせればいいと思うのですが、なので必ずしも実証しなければ何も決められないというふうに多分冒頭、議論で皆様方おっしゃったと思うのですけれども、そうでもないのだろうなど。ただ、説得力はきっとあるなど、そのように思っております。

○林座長 私どももずっと実証と言われるたびにそういうことを申し上げてきていますが、実証事業をやります、これで時間がかかりますということであれば、もう既にある特区での例などをぜひ活用していただくのも一助ではないかと思っておりますので、ぜひ厚労省にはその辺、御検討を頂いてスピードアップしていただきたいと思っております。

ほかによろしいですか。それでは、議論の尽きないところでありますが、お時間の関係で本日はここまでとさせていただきます。武藤先生、永井様におかれましては、今後も御意見を伺うことがあると存じますが、その際はぜひともよろしくお願いいたします。

厚労省におかれましては、閣議決定の重みを踏まえまして、その確実な措置をぜひお願

いたします。

それでは、御退室ください。

(ヒアリング対象者交代)

○林座長 お待たせいたしました。それでは、本日最後の議題「社会保険診療報酬支払基金に関する見直し」に移ります。

本件の根深さや進捗の遅さはもはや説明不要かと思っておりますので、早速、議題に入りたいと思います。

本日は、厚生労働省より渡辺由美子大臣官房審議官、それから、原田朋弘保険局保険課医療保険制度改革推進官においでいただいております。社会保険診療報酬支払基金より、城克文審議役にお越しいただいております。

それでは、厚生労働省及び支払基金から支部集約トライアルの実施結果など、現状の取り組みについて御報告をお願いいたします。

○厚生労働省（渡辺審議官） お手元の資料3に沿いまして御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、支部集約に向けては2ページでございますように今年6月の閣議決定で最大限の集約化、統合化の実現ということで、このモデル実証事業も行いながら、その検証結果を踏まえて来年年明けの通常国会に法案を提出していくことになってございます。この方針は変わっておりません。私も年明けの国会への提出ということで、法案作業も進めているところでございます。

それに先立つモデル（実証）事業は、ちょうど先週の金曜日に全て終了したところでございます。具体的には3つのエリア、東北、九州、近畿ということで、それぞれそこに掲げてございますような期間でテストを行ってまいりました。

具体的には次の3ページでございますけれども、実際に例えば東北地域でありますと福島支部は現在職員は55名おりますが、そのうち約7割の39名が宮城支部に行って実際に審査を行う。同じような形でそれぞれ九州、近畿エリアでも、九州の場合ですと福岡に、それから、近畿の場合ですと大阪にということで、職員の移動も含めてこういった実証事業をやってまいりました。

実際には集約をされる側の残ったところ、例えば東北であれば福島などでは職員の主な業務としては、そこにごございます紙レセプトとか受付処理はございますが、主としては後ろのほうにごございます審査委員会の運営ですとか補助事務が中心になります。一方で集約支部、例えば東北の場合ですと宮城などになりますけれども、ここでは審査事務ということで、付箋を貼ったり張ったり、それをもとに職員が目視をしたりという審査業務をやることになります。東北を例にとりますと、福島の審査をする職員は宮城の支部にこの期間中は勤務をしているわけですが、その審査に当たりましては実際に福島の支部に残っている審査委員と、例えばLINE WORKSなどを使いながらコミュニケーションをとるとい

も含めて実証を行ってまいりました。

ちょうど先週、最後の近畿が終了したところでございますので、今、課題の整理をしてございます。いずれにしましても冒頭申し上げましたとおり、まさに閣議決定に書かれている事項をしっかりとやっていくことで現在、準備を進めているところでございますので、その点をもう一度確認の意味も込めて御報告をさせていただきたいと思っております。

それから、本日は支払基金関係でもう一つ、これは審査支払ではございませんけれども、やはりこれとも密接に関連するオンライン資格確認等の進捗状況についても御報告をさせていただきたいと思っております。

「被保険者番号の個人単位化、オンライン資格確認等に関する閣議決定」というものをお配りしてございますけれども、こちらをご覧ください。未来投資戦略とか、あるいは骨太の中でも引用されておりますが、オンライン資格確認についての工程表が閣議決定の中でも示されております。

このオンライン資格確認の考え方でございますが、束ねておる資料の5ページ目をご覧いただきますと、もともとこれはマイナンバーを導入する際に、情報連携を行っていく際の中間サーバーを管理していくということで、支払基金と国保中央会が共同で中間サーバーを管理しております。この中間サーバーを持つことによりまして、被保険者の資格情報を個人が保険者を移動しても、ここで一元的に管理ができるというインフラが整っております。これをさらに活用してオンライン資格確認を導入していこうという考え方でございます。

資格情報を一元管理するわけですが、同時にここは審査支払機関ですので、さまざまなレセプト情報とか特定健診情報もございますので、こういったものとの連結も可能になっていくわけでございます。そのためには、まず一番左のところでございますけれども、現在の被保険者番号というのは世帯単位でつけておりますので、これを個人単位化するというので現行の世帯単位番号に2桁を追加して、まず1人1番号という形にする。これをベースに被保険者の資格情報を右側でございます支払基金と国保中央会でマイナンバーのインフラも活用しながら共同管理をしていく。具体的には下にございますように患者さんは医療機関にかかるときにマイナンバーカード、あるいはマイナンバーカードを持っていない方については被保険者証で医療機関を受診するときに、そこに入っている情報でオンラインによって資格確認をするという仕組みでございます。

これは何のメリットがあるかといいますと、最初の上のほうの四角に書いてございますように、今ですと例えば保険者が既に変更していたという場合に古い保険証を持ってかかってしまうというような場合、これは過誤請求とか未収金というものが発生して、保険者にとっても、あるいは医療機関にとっても非常に手間がかかるというところがありますが、こういうところが大幅に減少するとか、あるいは高額療養費の限度額適用認定証といいまして、高額療養費は普通、償還払いでございますけれども、この認定証があると現物払いみたいな形にできるのですが、この発行事務も大幅に削減できるということで、全体とし

て見ればこういう保険事務のインフラは、医療機関にとっても保険者にとってもかなり効率化ができるということでございます。

このオンライン資格確認の導入を目指しているわけですが、さらにその次の発展形として6ページでございますように、冒頭も申しましたけれども、支払基金あるいは中央会では特定健診データとか医療費とか薬剤情報も持っておりますので、こういうものを個人単位の被保番とこういった情報を1対1で管理することになりまして、例えば左のほうにございますマイナポータルなどを活用して、個人がこういう特定健診データですとか、あるいは医療費情報などを見られるようにする。あるいは下のほうにございますように保険医療機関が、これはもちろん本人の同意をとった上でございますが、こういったところで薬剤情報とか特定健診データを見ることができる、一種のPHRといいますか、こういうサービスを将来的にはこれにさらに付加することも検討しています。

なお、一番下にございますけれども、イニシャルコストは、国のほうでみて見ておりますが、ランニングコストは基本的には保険者の費用で賄っていきますので、そういったものをできるだけ低減するためにオンライン資格確認等の導入に当たってはクラウドを活用してかなり運営コストを縮減するという方向で進めていきたいと思っております。

次の7ページは、全体のスケジュールでございますけれども、上のほうから2つ目の矢印、その下あたりをごらんいただきますと、大体2020年度の後半、3月目途ぐらいにマイナンバーカードによる資格確認を開始する。それから、その後、保険証による資格確認を開始するというので、大体2020年度後半から2021年度前半にかけてこれを稼働させるということで、システム開発をこれから進めていくという状況であるということでございます。

こういう資格管理というのはある意味、審査支払の前提としての一丁目一番地のところでございますので、こういうものも審査支払機関としてしっかりやっていながら、同時にできるだけ効率的かつ質の高い審査の形にしていくということで、冒頭、申し上げましたような組織の見直しもしていくということでございます。

以上、簡単でございますが、御報告でございます。

○林座長 御説明ありがとうございました。

後半のオンライン資格確認等のイメージの御説明につきましては、今期の当ワーキングの中心課題となっておりますデータ・ポータビリティにもつながる重要な項目であると思います。また、前半の支払基金についての平成30年6月15日閣議決定の規制改革実施計画の31項目にあります支部の最大限の集約化、統合化の実現につきましては、ただいま渡辺様より厚生労働省として、来年の通常国会にこの規制改革実施計画を踏まえた改正法案の提出の決意宣言をしていただいたものと捉えさせていただきました。どうぞよろしくお願いたします。

皆様お尋ねしたいことはたくさんあるかと思いますが、時間の関係で本日はここまでとさせていただきます。

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 今後の日程につきましては、追って事務局から御案内申し上げます。

○林座長 ありがとうございました。

では、本日はこれにて会議を終了いたします。