

産業競争力会議

第17回実行実現点検会合（医療・介護等分野）

（開催要領）

1. 開催日時：2015年4月14日（火）10:30～11:30
2. 場 所：合同庁舎8号館特別中会議室
3. 出席者：
西村 康稔 内閣府副大臣
小泉進次郎 内閣府大臣政務官

小林 喜光 三菱ケミカルホールディングス代表取締役会長
竹中 平蔵 慶應義塾大学総合政策学部教授
岡 素之 住友商事株式会社 相談役

（議事次第）

1. 開会
 2. 成長戦略進化のための今後の検討方針について
 3. 『日本再興戦略』改訂2014」施策のフォローアップ
 4. 意見交換
 5. 閉会
-

（西村内閣府副大臣）

お忙しいところお集まりいただき、感謝申し上げます。

実行実現点検会合の医療・介護分野は、昨年10月にも開催して、KPI、施策の実行状況について点検をさせていただいたところである。今日はその際に指摘させていただいた事項を中心に各関係府省の取組を点検させていただき、本年1月の競争力会議で取りまとめた「今後の検討方針」の中に盛り込まれたもののうち、医療・介護のICT化に関するものについて御議論いただく。具体的には、1つ目は、マイナンバー制度が来年から導入される中で、医療の分野における番号制度の活用についてである。2つ目は、医療・介護、健康分野におけるデジタル基盤の整備について御議論をいただきたいと思っているが、医療情報をどうやりとりするのかというルール整備、それから、フォーマットの同一化のような話も含めて様々な論点があると思うので、民間議員の皆様にはよろし

くお願いしたい。いずれにしても、この議論を通じて、社会保障の持続可能性の確保と質の高いヘルスケアサービスの提供を成長産業化に繋げていくことで、成長戦略の大きな柱の1つにしていきたいと思っているので、よろしく願います。

(田中日本経済再生総合事務局次長)

本日は医療・介護分野をテーマに、本年1月29日に産業競争力会議でまとめられた「成長戦略進化のための今後の検討方針」に盛り込まれた項目について御議論いただいた後、昨年の改訂成長戦略に掲げられた施策の実行状況を点検してまいりたい。

「成長戦略進化のための今後の検討方針」の中では、「社会保障の持続可能性確保と質の高いヘルスケアサービスの成長産業化」と題し、①医療の国際展開の促進、②ヘルスケア産業の創出支援、③介護サービスの質の評価に向けた仕組み作り、④医療等分野における番号制度の活用に向けた検討、⑤医療・介護・健康分野におけるデジタル基盤の整備」と、5つの検討項目を提示している。

本日は、医療・介護のICT化に係る施策について、まず関係省庁から御説明をいただき、今後の検討の方向性などについて御説明をいただきたい。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室参事官)

まず健康・医療戦略の推進体制については、「次世代医療ICT基盤協議会」において、基盤づくり、現場の徹底的なデジタル化に係る議論を始めている。「次世代医療ICT協議会」の目的は大きく2つあり、①医療ICT基盤の構築、及び、②次世代医療ICT化推進である。まず、医療ICT基盤の構築については、現在、どのような医療を実施したか等のレセプトデータは標準化され、現場で電子的に存在し始めており、その結果に関する情報を、標準化されたデジタルデータとして収集・利活用できる全国規模の仕組みを構築する、というものである。

次に、次世代医療ICT化推進については、臨床におけるICTの徹底的な適用を図っていこうということで、レセプトデータを、2020年を目途に、結果を含めたアウトカムデータに広げ、更に2025年を目途に、例えば死亡診断書のようなデータも含められる大きな基盤にしていき、同時に医療現場のためのデジタル化をやっていく、というものである。

効果としては、世界最先端の医療行政、医療サービス、臨床研究、コホート研究、新技術、新産業創出を同時に図るということであり、実事業に即して、検討していきたいと考えている。

どのようなデータをどの段階で集めていくかについては、今集められているレセプトデータに加えて、標準的に存在しているアウトカムデータを集めたい

と考えている。もちろん作業は必要になるが、目的かつ費用を負担する仕組みがあれば、集めていくことができる。例えば、臨床研究を進める、あるいは、どの治療がどんな効果を持つのか等、医療を評価することを目的に集めていく。

実際にどう集めるかについては、医療IDと、医療情報を扱うルール・仕組みが存在することを前提に、国民や患者から医療情報を預かって、それを適切に運用していく機関を設置するという制度を、IT戦略本部で議論していただいているので、このアイデアを、医療の現場にきちんと持ち込むことができないかと考えている。現在、保険者や国等、複数のプレイヤーが、色々な情報を集め始めており、これらの事業の横串を通していくことで、必要な標準や、標準に変換していく情報技術を更に充実させ、国が直轄でやっていく部分と代理機関が実施する部分が平行するという仕組みができれば、それをうまく利用する仕組みもあわせて作っていくことを、「次世代医療ICT協議会」で考えていくことになっている。その辺のバランスや、誰がどんなふうにお金を負担していくかも含めて、この協議会の大きな議論の目的だと考えている。

実際にどのような作業をしていくのかということについてご説明する。例えば副作用のデータベース等、医療機関のデータ収集事業等に横串を通しながら、なるべく多くの塊を国として作り、そこで得られた技術を民間にも廉価で提供していくことで、民間事業が成り立っていく。代理機関制度ができれば、例えば臨床研究を助ける事業に参加する医療機関を利用し、きちんと臨床研究対価をルールに則って出すような仕組みと織り交ぜながらやっていく。

国が多くの役割を占めることになるのか、民間が伸びていくのか、これは時々目的とお金のバランスになってくると思うので、その辺を協議会で1年以内にうまく議論していくことになっている。その全体を束ねていき、次世代医療ICT基盤を作っていくということである。

現場の電子化については、病院の受付から問診までの部分を、例えばタブレットを用意して、自分の年齢、主訴を入れれば、たちまちに診断のアシストがされ、同時に検査のオーダーがされるというようなシステムが入り始めている。このようなシステムにより、院内のロジスティクスが効率化していくとともに、報告等の事務作業はコンピューターが自動で作ってくれる。また、診断のアシストについては、例えば離島で専門医が少なかったとしても、大学病院と同じ判断ができるような医療が可能になると同時に、標準化されたデジタルデータとして主訴がコンピューターに入り始めるので、そのデータと、何の治療をし、結果どうなったかという情報が繋がっていくことによって、医療を全体的に、精密に見ていくことができる。電子化が進めば、現場の医療者は、彼らにしかできない仕事に専念していくことになり、これは非常に大きいと思っている。

最後に、どのような世界を目指しているのかについては、医療情報を匿名で

扱っていく部分で、研究開発や、医療の質・安全性向上に役立つ評価を行うとともに、未充足のニーズは何かということを見つけていく。ここは、ビッグデータの解析も入ってくるころである。例えば、セカンドオピニオンを受けたい場合に、受けていた検査のデータをこの病院に渡してくれ、ということをしつと頼めるような、PHR（個人医療記録）関係事業を想定している。

このように、全体を見ながらうまくバランスをとって基盤を作っていくことを、この協議会でやらせていただいている。

（安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官）

医療等分野における番号制度の活用に向けた検討についてご説明する。

昨年5月から研究会を開催し、その中に医療保険者あるいは保険者、有識者、医療関係者等々に御参加をいただき、昨年12月に中間取りまとめを行っている。中間取りまとめの概要であるが、医療等分野で情報連携が想定される具体的な場面を①マイナンバー制度の枠組みの中で、対応を検討できるもの、例えば行政機関や保険者が管理・利用する情報に番号をつけるもの、②現行のマイナンバー法の中で対応ができないもの、例えば医療機関間の連携や研究機関が管理・利用する場合、というふうに分けて整理を行った。

まずは、マイナンバー法の枠組みの中で検討できるものについて、実現を図っていくという結論になっている。このうち、「保険者間の健診データの連携」、「市町村等の予防接種の履歴の共有」に関しては、現国会に提出しているマイナンバー法の改正法案の中に盛り込んでいる。また、「医療保険のオンライン資格確認」に関しては、番号制度のインフラを活用し実現していこうということで、早期の導入を目指し検討を進めることにしている。これはマイナンバー法の仕組みにより、被保険者等の資格情報とマイナンバーが、紐付けて管理されることになるものである。このインフラを活用して、医療機関からオンラインで患者さんの資格状況のオーダーを出し、それを医療保険者から返すという仕組みが可能になる。このように、マイナンバー制度のインフラを活用することで、実現していきたいと考えている。

今申し上げた「行政機関・保険者が情報を管理している場合」と違い、医療機関や研究機関が情報を管理する場合は、現行のマイナンバー法の枠組みの外であるので、「医療保険のオンライン資格確認」で実現されるインフラの活用を含め、情報連携の仕組みを検討していきたいと考えている。

これに関して、「医療保険のオンライン資格確認」の仕組みでは、医療保険者が資格情報を医療機関に返すことになっている。こういうインフラができた時、例えば1つの方法として、ICカードを医療機関に提示し、ICカードの認証の仕組みを活用してオンラインで資格情報を確認するという方法が考えられ、

これにより、事務の効率化と過誤請求の縮減につながる。

このように、「医療保険のオンライン資格確認」で出来るインフラ、あるいはそのバックヤードにあるマイナンバー制度のインフラも活用することが、医療機関や研究機関における個人番号導入の検討に当たって、非常に重要な役割を果たすのではないかと考えられるので、そういったインフラの活用も含め検討をしていくということで、現在、関係者の方々と議論をしているところである。

これを受け、健康・医療分野における番号活用のイメージとして、ステップ1、2、3と分けて実現をしていきたいと思っている。ステップ1は、先ほどの現行のマイナンバー法改正法案で対応するもの、ステップ2は、マイナンバーのインフラを活用して実現していくオンライン資格確認、更にステップ3は、医療連携や研究分野における番号の活用、ということである。

最後に、個人番号というのは、様々な機関に分散して存在している同一患者の情報の突合や統合を効率化することが大きな役割である。従って、この番号の導入だけではなく、医療情報の電子化、デジタル化、データの標準化、医療機関や介護機関を繋ぐ情報・ネットワークの整備あるいは様々なデータベースの構築をあわせて行っていくことにより、医療サービスの向上や、研究開発の高度化が実現できるものと考えている。

（田中日本経済再生総合事務局次長）

それでは、民間議員から御意見をいただきたい。小林主査から主査ペーパーを御準備いただいているので、まずは小林主査にお願いできればと思う。

（小林主査）

今から年央にかけての再改訂に当たって、どのように次の検討方針を明確にしていくかという意味で、進捗状況を明確にチェックする時期かと思うので、今回のICT化について少しお話をさせていただく。

医療のICT化により、医療・介護サービスの効率化及び質の向上、創薬・医療研究の高度化、あるいは新たな産業創出等が期待できる訳であるが、とりわけ医療情報の機微性や、民間事業者中心の我が国の医療介護提供体制と、ICT化を進める上でかなり制約となってきた要因を踏まえ、スピード感を持って目に見える形で進めるよう、以下の各分野を含め、工程を明確にした上で進める必要があるのではないかと。

まず、「情報利活用に係る制度整備」について。医療介護情報を、種々の分野で効率的に利活用するに当たって、番号制度の導入が当然不可欠な訳であるが、医療情報の連携に使えるマイナンバーと紐付けられた「番号/符号」を活用することについて、速やかに制度化する方針を決定し、法制上の措置を講ずるべき

であると考え。更に、この紐付けられた医療情報について、本人同意を前提としているが、医療・介護関係者の間でやりとりする際のルール等を整備するとともに、医療情報の管理収集を誰がどのような形で担うか等、医療介護情報の利活用促進のための施策を検討すべきである。

次に、「医療・介護現場でのデータのデジタル化・標準化の推進」に関しては、医療情報の連携に使えるマイナンバーと紐付けられた「番号/符号」の導入等による制度的基盤整備と並行して、検査、治療、投薬等の診療情報の収集・利活用を促進しつつ、データの標準化・電子化を進めていく必要がある。検査結果等のアウトカムデータを、同一のフォーマットで出力できるようなインターフェースの普及を図るべきである。また、ICT化を進めることで医療・介護現場での生産性向上に繋げるという視点も、不可欠であろうと思う。

最後に、「ICT化で利用可能となるデータの医療介護政策への活用方策の検討」に関しては、現在、レセプトデータと特定健診データを活用した保険者による医療効率化のための取組（データヘルス計画）が進められている訳であるが、DPCデータ等を将来の医療需要の推計等に活用する方策についても検討が進められている。こうした取組も踏まえつつ、今後ICT化を進めていくことにより情報収集が可能となる診療・検査等の医療情報を、医療費適正化対策等の医療・介護政策にどう活用していくか。この辺を検討して、医療・介護情報連携に関する制度設計等に反映するべきと考える。

（竹中主査）

今の主査ペーパーである程度言い尽くされていると思うが、様々な利活用ができるから、とにかく急いでやってほしいというのが前提だと思う。1つだけ、全く違う視点で申し上げたい。主査もおっしゃったように医療というのは情報が非常に機微にわたるし、民間事業者中心の体制であるし、非常に難しい問題があるというのはよく分かる。初めてマイナンバーと紐付けられた「番号/符号」と聞いたとき、何か全然わからなくて、すごいことを考えるのだなと思ったが、それはそれで1つの工夫だとして、今日御説明されたことのほとんどは、いわゆる医療サービスを提供する側のサプライサイドの説明なのである。

もちろんこれはこれで否定しない。重要であるし、皆さんは、特に厚労省はそういうことをお考えにならなければいけない重要な立場にあるのは理解するが、我々は成長戦略としてこれを考えている。成長の最大のポイントは、事業者による競争なのである。健全な競争を促進してもらうことが最大の成長戦略で、そのためにこの情報がどのように活用されるかということが実は一番重要であるにもかかわらず、今日の説明でほとんど出てきていない。「患者に」という言葉が1カ所か2カ所出てきているだけだ。例えば私が何かの手術を受けた

場合に、この病院でどのぐらい事例があって、どのぐらいの成功確率で、どのぐらいのコストがかかっている、何日間の平均入院だったのか。友人の医者に聞いたのだが、上手な医者ほど平均の入院日数が少なく、下手な医者ほど入院日数が長くなる。一方、入院日数が長くなればなるほど病院は利益が得られる仕組みになっている。そういうところに競争メカニズムを持ち込んで、健全な競争をしてもらおうということが第一だと思うのである。

ここに書いておられることを否定するのではないが、患者の側が何をどのように求めている、その情報を、どのように、どの時点で発表していくかという視点が、今の時点ではごそっと抜けているような気がする。先程説明いただいたことはこれで発展させていくとして、今の部分を、KPIも含めて成長戦略の中に根本的につけ足していけるような努力を、是非していただけないだろうか。それが結果的に、主査がおっしゃったように、色々な問題を効率的に早く進めるということにも繋がっていくのではないかと思うので、以上の点はぜひ問題提起させていただきたい。

(岡議員)

いまの説明では不十分で、患者の視点、国民の視点に立った、もっとわかりやすい説明をしていかないと、マイナンバーを使えば医療がより効率的・効果的に行われるということが国民にわからないし伝わらない。国民がマイナンバーのカードを持って病院に行ったら、こういうふうに利便性が高まる、という説明が必ず必要なのだろうと思う。

先ほど厚労省から「医療情報連携ネットワーク」の説明があったが、まさにこの説明の中で、患者の立場に立ち、このカードを持っていけば、このネットワーク内のどこに行ってもサービスが受けられるというようなイメージになるかと思う。そのためには病院や薬局等が全て連携していることが前提になる。従って、まず医療、医薬の連携体制を作り、患者がそのカードを持っていけばどこでもサービスが受けられる、大変便利なものであるという形の説明をぜひ国民にすべきではないかと思う。

(竹中主査)

今の関連で、マイナンバーを持っていても、どこでもサービスが受けられるということとはできないと聞いた。それはどうしようもないのか。

(西村内閣府副大臣)

ひもづいているから大丈夫なのではないか。

（向井内閣審議官）

マイナンバーを医療機関に持ち込むのではない。例えばマイナンバーカードを健康保険証の代わりとして使うことにより、マイナンバーカードのICチップから被保険者資格の確認に必要な情報を拾えるということである。もともとマイナンバー制度は番号そのものでは本人を確認しない制度になっている。だからマイナンバーを持っていくときは必ず本人確認書類が要る。

（西村内閣府副大臣）

マイナンバーカードを持っていけば本人確認もできるし、その番号が保険証の番号や医療番号にひもづいているから、自分の情報が全て分かるのではないのか。

（向井内閣審議官）

マイナンバーがあれば本人確認ができるということではない。もちろんソリューションはいっぱいあり、今最も簡単なソリューションとして考えられそうなのは、いわゆる公的個人認証と紐付けることである。支払基金が公的個人認証を用いて本人確認を行い、その公的個人認証と医療IDがひもづいて、医療IDから診療情報を引っ張るということだと思う。

（岡議員）

国民の立場からすると、一人一人にマイナンバーカードが配付されて、このカードさえ持っていけば、全ての医療サービスが受けられるということが重要ではないか。附属した他の番号がシステムの中で必要なことは私も分かるが、それは個人に関わる話ではない。患者はマイナンバーカード1枚しか持っていないという状態でないと、使い勝手が大変複雑になりわからなくなってしまうので、そうはならないということを確認したい。ぜひそうしていただかないと、作っても結局何の役にも立たないことになるのが心配である。

1つ事例として、群馬県前橋市が中心となった医療機関の連携がある。これは病院、クリニック、歯科、薬局、保健所、全部でこのマイナンバーを使って進めていくことに、先行事例として今取りかかっている。こういった、ベストプラクティスというか、先行事例というか、モデルができ上がれば、それを横展開すればいい。今日のお話では全国展開という話でももちろん結構だが、具体的にやろうと思うと、そういうモデル的なところから入っていかないと、2025年というのは大変遠いなという印象を受ける。

(田中日本経済再生総合事務局次長)

主査からは、主査ペーパーに基づき、スケジュール感を含め様々な御指摘をいただいた。議員からは、患者視点から見てどうなのか、情報提供による競争をどう促すかという視点も提示された。これらの御指摘について関係省庁から回答をお願いします。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室参事官)

今御指摘いただいた点に関連して、まず、2025年にならなければこの基盤が動かないということではなく、今おっしゃったような地域の取組同士が繋がっていくことも基盤の1つの要素になる。例えば、明治時代、私設の線路が沢山できてきて、最後に国有化したようなイメージで、例えばデータが交換できる標準のインターフェース等国がやっている事業から割と安く持っていけるものを受け取ってもらうことを前提に、協議会の中に、ワーキンググループとしてどんどん入っていただく。仲間作りをしながら、それらを全部繋げていくので、そういう意味では、既に動いているもの、来年動き出すもの、そういうものがどんどん積み上がっていくようなイメージを今、考えている。

国民視点については、こういう基盤ができると国民としてどんなサービス、利便ができるのかということ整理している。医療に対して、こういうことがあってほしいとよく言われていることに対して、基盤ができることによって、解決の方向としては、こういうことができるようになるということ整理しているということである。どんな形で段階的に実現していくかは、今申し上げた、色々な事業が積み重なっていく中で、この事業はこの地域の人にこんなことをサービスとして提供できるようになるとか、そういう段階的なKPIはできるとは思うので、これも協議会で議論をさせていただきたいと考えている。

(竹中主査)

私のポイントは、健全な競争が促進するような情報が欲しいということだ。従って、先ほど言った成功事例等、国民が何を求めているのか、今はどこまで公表されることになっているのかを、一度、一覧表で出しておいていただくと、我々が今後議論するときに大変助かると思う。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室参事官)

承知した。

(岡議員)

病気になったとき、どのような動きをしているかと患者の立場から考えると、

資料には、薬、薬局のことがどこにも書いていない。病院に行く、診てもらう、そして薬局に行って薬をもらう、これらが全部つながっている訳だから、その意味では、薬局まで含めてこういう基盤ができれば、マイナンバーを持っていけば、これらのサービスが全部受けられる。

それから、病院間の連携という意味では、例えばかかりつけのクリニックに行ってマイナンバーを出したら、他の大病院で撮ったMRIのデータが届いているというようなレベルまで連携をしていただくと、国民にとってすごく便利だと思うし、私はICTを使うメリットはそこにあるのではないかと思う。

そういったことを実現するために、色々な民間企業が関与出来るし、成長戦略にも繋がると思っているので、サービスの範囲をできるだけ広げるべきではないかと思う。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室参事官)

今岡議員がおっしゃったことは、我々の協議会において、患者目線から見たときの目的の一丁目一番地に来ていると考えている。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

御議論いただいたマイナンバーと紐付けた「番号/符号」に関して、医療機関も行政機関と同様にマイナンバー法の枠組みの中に入れるという訳ではなく、私どもが説明したような、バックヤードとして、マイナンバーのインフラ等を利用していくということだったので、安心をした。

それから、私どもの資料には、医療機関に持っていくものはICカードとしか書いていない。これは技術的には様々な可能性があるから、そういう書きぶりになっているが、内閣官房がおっしゃったとおり、マイナンバーカードとなる可能性ももちろんある。私どもとしてはきちんと議論をして、しかるべく方向に持っていきたいと考えている。

(向井内閣審議官)

公的なカードが2枚発行されることはおおよそあり得ないと考えている。

(竹中主査)

そういうことはあり得るのか。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

公的とも必ずしも限らないと技術的には思われるので、そのところはこういう書きぶりに現時点ではさせていただいているところである。

(竹中主査)

それでは困るというのが岡議員の御意見である。

(安藤厚生労働省情報政策・政策評価審議官)

その御議論は十分に理解したので、きちんと伝えたいと思う。

(岡議員)

先ほど少し話したが、群馬県前橋市のケースを情報として聞いてみてほしい。全ての医療機関、薬剤師も歯科も全部連携して、カード1枚で県民がサービスを受けられることを目指し、今検討に着手したという話を伺ったばかりなので、御披露させていただいた。

(小泉内閣府大臣政務官)

単純な問題で、2枚目の発行の含みを持たせているけれども、あり得ない。1枚と2枚どちらがいいかといったら、1枚のほうがいいに決まっている。

(西村内閣府副大臣)

先ほど竹中議員が言われた点だが、うまい医師ほど早く手術を終えて的確に治療し早く退院できるが、そうでない場合は長く入院し、医療費も高くなり、病院の実入りもいいというのは、インセンティブを逆向きに与えていかないといけないと思う。患者の方でもその違いがわかって、競争原理が働いていくということについて、保険制度の中で何らかの方向性をぜひ考えていただきたいと思う。

あと、お薬の話をお議員がされたが、これは別のところで議論をしているが、現在は、お薬手帳を各薬局が出し、お年寄りが色々な薬局からもらった色々な薬を沢山飲んでる。今回マイナンバーが入れば、それを全部一覧で見られるようになる。今でもやろうと思えば一覧にできると思うのだが、それができていない。カードさえあれば手帳も要らなくなりカードで見られるし、御本人も家で見られるようになる。この患者の利便性という観点と、本来的確に飲めば早く治療が終わって費用も少なくて済むという全体の医療費の抑制、適正化という観点からも、マイナンバーを活用して、この機会にぜひ進めてほしいと思うので、その点をぜひ検討していただきたい。

(神田厚生労働省医薬食品局長)

お薬手帳に関しては、今、西村大臣がおっしゃったように、薬局でばらばら

出しているという状況があるので、現在、電子版お薬手帳というものを検討している。現在は、複数の薬局で使用できる日本薬剤師会が作っているようなものと、特定の薬局チェーンでのみ使えるものがあるので、それを相互に見られるような環境をつくらうということで、平成27年度に標準仕様を作り、電子版お薬手帳として全ての服薬情報を集約していく方向で検討を進めている。

（吉田厚生労働省大臣官房審議官）

竹中先生がおっしゃった、技術の劣る人間が長く治療した結果、保険制度からみて実入りがよくなるということ。いたずらに入院を長くした場合、必ずしも得にならないような仕組みを、これまでも累次にわたって入れてきてはいるけれども、今の御指摘のような観点、適正な医療という意味から議論はあろうと思うので、御指摘は御指摘として今後の議論の中で考えたいと思う。

（福島厚生労働省大臣官房審議官）

医療の質の評価について、ICTと直接関係していないが、医療機関ごとにどのような治療成績があるのか、例えば死亡率、回復率、再入院率、患者満足度等のアウトカム指標、プロセス指標、適切な医療行為が行われた割合等について、幾つかの病院グループに補助金を出し、これまで開発と公表を行ってきた。

一番難しいのは、アウトカム評価である。もともと患者ごとに重症度が違い、リスク調整をどうやって合理的に行うのか、標準化が難しい。更にアウトカムと言っても、患者が求めているものは、自分の病気の治療成績であり、それについて包括的な指標ではなく、個別にできるだけ詳細な指標を開発する必要がある。そういう観点で幾つか既に進めている。

（竹中主査）

単純だが、この病院で、この病床については、どれだけの手術事例があって、どれだけの成功事例があるかというのは、現在私たちは簡単に入手することはできるのか、できないのか。

（福島厚生労働省大臣官房審議官）

まず成功事例は、そもそも全部の病院について把握できていないが、幾つかの手術については、昨年10月から「病床機能報告制度」というものが始まっており、全病院について、有床診療所も含めてどのような手術を何件行っているかを全部収集しており、これは公表することにしている。

(竹中主査)

結果はわからないか。

(福島厚生労働省大臣官房審議官)

アウトカムについては、これからである。

(神田厚生労働省医薬食品局長)

先ほどの入院日数の話に関して、現在は「DPC」という包括払いになっており、ある病気について、手術の有無や主な手技は何をやるかということで平均在院日数が決まっている。例えば、盲腸で1週間入院するというと、初期かつ短期の部分は高くお金を出し、その後は平均的に出し、平均在院日数を超えると、がくっと下げている。従って、今の診療報酬制度の中でも短期にするインセンティブは十分働く仕組みにはなっている。

(田中日本経済再生総合事務局次長)

今日取り扱った医療・介護のICTに係る項目については、また4月28日にICTをテーマとしたワーキンググループを別途開催する予定であり、その際に更に深い御議論をいただきたいと思っているので、本日いただいた意見を踏まえ、引き続きこの問題について、各省において施策具体化の検討をお願いしたい。

続いて、フォローアップに議論を移したいと思う。資料2-1として、既に成長戦略の改訂で記された施策についての進捗状況について取りまとめさせていただいている。また、有識者ヒアリングも行わせていただき、参考資料として配付させていただいているので、これも御参照いただければと思う。

10月に点検会合を開催した際に主査、民間議員の方々からいただいた御指摘を踏まえて各省で御検討をいただいていると思うので、本日はそれについて御説明をいただきたい。

(吉田厚生労働省大臣官房審議官)

御報告する進捗状況は、大きく3つの項目である。

1つ目、非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設については、現在、国会に医療法の一部を改正する法律案としての、地域医療連携推進法人という新しいカテゴリを設けるという法案を提出させていただいている。具体的には、非営利の参加法人から成る一般社団法人に、一定の要件を課した上で、都道府県知事が認定するという仕組みを医療法に設けることにしており、この中で連携推進法人が、参加法人の統一的な連携推進方針や業務などを定めるという形を予定している。

2つ目、個人や医療保険の保険者が行う、健康づくりや健康に向けた取組のインセンティブを強化するための2つの戦略記載事項については、別途、国民健康保険法の改正法案を国会に提出しており、今日から本会議で審議をいただくことになっている。その中で個人に対するインセンティブについては、保険者が行う保健事業、いわゆるヘルス事業の中に個人の自助努力への支援の項目を追加し、具体的な内容については、法律成立後、ガイドラインの中で27年度中に明記をする予定で、今、準備を進めているところである。また、保険者に対するインセンティブについては、今回の国民健康保険法改正法案の検討過程において、今年1月に社会保障制度改革推進本部で改革骨子を決定し、その中でいわゆる加減算等についても広く薄くする仕組みや、段階的に減算する仕組みに変えることを明記している。これについては、30年度からの実施を予定しているため、これも法律成立後、具体的な関係者との議論を通じて細部を詰めてまいりたいと思っている。

最後3つ目、「保険給付対象範囲の整理・検討」という項目のうち、いわゆる選定療養と呼ばれるアメニティーの向上に関するものに関しても、その後、実態調査を2014年7月に行うとともに、現在引き続いて学会等が選定療養に対してどのようなものがあり得るか調査を行っており、これがまとめ次第、中央社会保険医療協議会など議論につなげてまいりたいと思っている。

また、患者申出療養については、現在提出中の国民健康保険法改正案の中に、新しい保険外併用療養の仕組みの1つとして盛り込んでおり、これについては平成28年4月施行という形で、国会にて御審議をいただいているところである。

(吉田文部科学省高等教育局長)

大学附属病院の大学からの別法人化については、日本再興戦略の趣旨、及び、これまで具体の提案をいただいた岡山大学の構想を踏まえ、また、先ほど厚生労働省から御説明のあった地域医療連携推進法人制度、この制度設計もあわせ、大学病院が持っている医学部と附属病院が一体となった教育研究臨床機能を担保する制度上・財政上の措置のあり方について、現在検討を続けているところであり、できるだけ早期の結論を得たいということで進めている。

(小林主査)

今報告があったように、大きな3つのポイントについて、法案の成立に向けて、あるいは法案が成立した際には中身の具体的な推進をぜひお願いしたい。KPIとしても、今後もきちんとチェックをしていきたいと思う。

1点目「ヘルスケア産業の創出支援」について、2014年3月にグレーゾーンの解消が成功した事例として、自分で簡単な血液検査をして健康管理をすると

いうヘルスケアソリューションビジネスがある。これと類似した例がアメリカにもあり、当時まだ若い19歳のスタンフォード大学を中退した女性が起業したアメリカのTheranosという会社だ。ビジネスモデルは、今、我々がやっている自己採血と変わらないのだが、今や時価総額1兆円で、非常にしっかりしたプロフィットも生んでいる。先ほど話があった、ディマンドサイド、患者サイドからの見方も必要だが、逆に、ビジネスとしてサプライサイドがきちんとプロフィットを生める形をもう少し考えないと、色々な制度をつくったはいいけれども、結果として、競争以前にそもそも皆が儲からない仕組みになってしまうと、ほとんど意味がないと感じる。

アメリカのTheranos等の事例について、国民皆保険ではない等、色々な条件の違いにより、ビジネスモデルが非常にプロフィットブルになるということなのか、きちんとした原因解析を行う必要がある。特にヘルスケアソリューションビジネスは、時間がかかるとは言え、ある程度プロフィットの見込みがないと誰も参入してこないという危険性があるのではないかという問題点だけ指摘したいと思う。

(竹中主査)

文科省から「検討を進めている」とご説明いただいたのは、いつ結論が出るのか。

(吉田文部科学省高等教育局長)

できるだけ早くと思っている。

(岡議員)

厚労省の説明で、患者申出療養をしっかりとやっていただいていることを感じたので、ぜひ我々が答申し、閣議決定された内容で実現していただきたいと思う。

(竹中主査)

できるだけ早くなのだが、目途を言っていたきたい。

(吉田文部科学省高等教育局長)

もちろんこれは再興戦略の改訂ということで、それに間に合うような形で、なるべく早くと思っている。

(竹中主査)

間に合うように結論が出るということか。

(吉田文部科学省高等教育局長)

ご指摘のとおりである。

(石川経済産業省大臣官房審議官)

主査から御指摘があったグレーゾーンについて、これまであった9件の申請のうち、自己採血について1件あった。おっしゃるとおり、規制を緩和しても、ビジネスモデルができないと申請につながらず、そのあたりを推進する努力はまだ必要である。地域経済活性化支援機構が「地域ヘルスケア産業支援ファンド」を設立しており、既に5件に出資している。先程のグレーゾーンの申請をした会社とは別に、自己採血をするようなベンチャー企業に出資する事例も出てきてはいるが、まだ5件であるので、もっと件数を増やしていきたいと思っている。

最後に、主査のペーパーにも御指摘があるが、もっと地域で次世代ヘルスケア産業協議会を設置して積極的に動かし、掘り起こしをすべきということであり、今、各県で関係者に呼びかけて動かししているところであるが、これを更に全国で展開できるように推進させていただきたいと思っている。

(小泉内閣府大臣政務官)

各省、有識者の皆様に御礼申し上げます。

まず、文科省について、新型法人制度の骨格が固まってきたので、引き続き検討加速をお願いしたいと思う。

厚労省についても、今日から本会議ということもあるので、法案の成立、円滑な施行に向けて引き続き御尽力をいただきたいと思っている。

マイナンバーについては、たびたび言っているが、3つのことに留意をいただきたい。1つはマイナンバーを住基ネットの二の舞にはしないということ。2つ目は、制度とシステムが複雑なのは分かるが、作り手が作りやすいようにではなく、利用者が使いやすいような設計にしなければいけないということ。3つ目は、マイナンバーで何が変わるのか、明確にわかりやすく国民に伝えるということ。その中で、今日もカードの話が偶然出たが、今、財布の中に一体何枚のカードが入っているのか。お札とかで財布が厚くなるのはいいけれども、カードで厚くなることは最悪、それを考えればカードは1枚、2枚、どちらがいいか。1枚に決まっているから、ぜひそういったことを考えて結果を出して

いただきたいと思っている。

また、竹中先生からは競争というお話があったが、データと競争というのは一体不可分だと思っている、データがあるからこそ健全な競争が働く。例えば佐賀県は今、ICT化を相当頑張っているけれども、救急車が出動すると乗車している隊員の皆さんが全員タブレットを持っていて、どこの病院が受入れを何回拒否したか、どこの病院が一発目から受け入れたかが、全部開示されている。どこの病院の受入れ率が高い、あるいは最近受け入れていない、ということが分かることで、それぞれの病院間の競争を働かせ、より命を救う結果を導いている。その佐賀県のシステムが今、各県他の地域にも広がり始めており、こういったことの事例をぜひ広げていきたい。

最後に、現代では理屈が立たないようなことは速やかに解消いただきたいし、また、薬のデリバリーもできると思うので、そういったことも、実現に向け、スピード感を持ってやっていただきたい。