

## 第9回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和3年3月22日（月）13:00～14:59

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）小林議長、高橋議長代理、大石座長、佐藤座長代理、大橋委員、菅原委員

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、武藤専門委員、安田専門委員

（政府）河野大臣、藤井副大臣

（事務局）井上室長、彦谷次長、山西次長、渡部次長、長瀬参事官

（説明者）小川尚子 （一社）日本経済団体連合会 産業技術本部統括主幹

角山和久 （一社）日本経済団体連合会 イノベーション委員会企画部会  
ヘルステック戦略検討会委員

小木曾稔 （一社）新経済連盟 政策部長

間隆一郎 厚生労働省 大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健  
医療担当）

山本英紀 厚生労働省 医政局医事課長

前田彰久 厚生労働省 医政局研究開発振興課医療情報技術推進室長

内田隆 厚生労働省 大臣官房企画官（医薬・生活衛生局併任）

4. 議題：

（開会）

1. 患者の医療情報アクセス円滑化

2. 医療分野における電子認証手段の見直し

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 それでは、定刻ですので、ただいまから第9回「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

今日もウェブでの開催でございます。資料を準備いただきたいと思います。

議題でございますが、前半が「患者の医療情報アクセス円滑化」、後半が「医療分野における電子認証手段の見直し」でございます。

それでは、議事進行につきましては、大石座長、どうぞよろしく願いいたします。

○大石座長 ありがとうございます。

本日は、藤井副大臣、小林議長、高橋議長代理に御出席いただいています。

安田専門委員が15分ぐらい遅れて入られます。

なお、河野大臣は御公務のため、後ほど御参加されますので、御参加されましたらご挨拶をいただく予定になっております。

それでは、藤井副大臣、一言、御挨拶をお願いします。

○藤井副大臣 内閣府副大臣の藤井比早之です。

いつもお世話になっておりまして、ありがとうございます。

今日は医療・介護ワーキング・グループということで、まさに医療・介護分野こそデジタル化等を進めればという分野だと私も確信しておりますので、これからのSociety5.0時代に向けて、またヘルスケア産業の育成等も含めてDXをぜひともよろしくお願い申し上げたいと思います。

有意義な、前向きな議論をしていただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

まさしく、Society5.0、デジタル化にとって非常に大事な議題を今日は2つ扱うかと思っております。

それでは、議題1「患者の医療情報アクセス円滑化」に入りたいと思います。

本日は、一般社団法人日本経済団体連合会から小川尚子産業技術本部統括主幹、角山和久イノベーション委員会企画部会ヘルステック戦略検討会委員のお二方にお越しいただいております。

また、厚生労働省から間隆一郎大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）、山本英紀医政局医事課長、前田彰久医政局研究開発振興課医療情報技術推進室長にお越しいただいております。

それでは、一般社団法人日本経済団体連合会より、御説明をお願いします。

10分ぐらいでお願いして、その後、厚労省から御説明をお願いしたいと思います。

○一般社団法人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。本日はこのような機会を頂戴しまして、ありがとうございます。

経団連のヘルスケアに関する考え方につきましては、昨年7月に経団連が公表した提言に基づき、このワーキング・グループの第1回会合にて御説明をいたしました。

本日、重複しての御説明を避け、より具体的な要望の説明に時間を割きたいと思っております。

前回、私どもが御説明しました主な柱として3点ございまして、そのうちの最初の柱が個人起点のヘルスケアのDXでございます。個人起点のヘルスケアの実現に当たりましては、個人のヘルスケアに関するライフコースデータの連携が不可欠になってまいります。

今般、コロナ禍におきまして、コロナ疑いの患者の健康状態や既往歴、治療歴などが全く分からない中で診断を行わなければならない医療関係者の方々は、非常にリスクを冒す決断をされていたというお話も伺っております。コロナ対策といたしましても、ライフコースデータの連携は先に進めなければならない課題であると認識しております。

さらに、ポストコロナを見据えましても、これから高齢がますます進んでまいります。私も身近な家族などで経験がございますが、高齢者が自らの健康状態や既往症、治療歴などについて完全に把握して医療関係者に説明ができるとは限らない。そういうことがどんどん増えてくると思います。いつでもどこでもその方のヘルスケアに関する情報がすぐに確認できる、閲覧できるという体制を早急に整備しなければいけないと思っております。

さらに、長期のヘルスケアデータに加えまして、購買、移動、運動、食生活、そして様々な生活に関わるデータもライフコースデータに加えていくことによりまして、民間企業としても、より皆さんが健康に過ごすためのいろいろなサービスが提供できるようになると期待をしております。

そうしたことから私どもは今、厚生労働省で精力的にデータヘルス改革を進めていただいていることが非常にありがたく、期待をしているところでございます。

あわせて、民間のPHRのサービスも最近発達してきております。官民連携して、補完し合うような形で個人のライフコースデータの連携をなるべく早く効果的な形で進めることができればと思っております。

本日、これから御説明します要望はこうしたことに関する要望としてお聞き取りいただければと思います。

私からの説明は以上になります。

この後、ヘルステック戦略検討会の委員より、具体的な要望について御説明いただきます。

よろしく申し上げます。

○一般社団法人日本経済団体連合会（角山委員） 経団連の角山と申します。

では、要望の詳細について御説明申し上げます。

今の説明にもございましたが、個人の健康・医療データは病院の診療、会社、自治体の健康診断やがん検診などに加えて、スマートフォンやスマートウオッチなどのデバイスにより、日常生活においても多種多様なデータが大量に発生していくのが現状です。

このような多種多様な、かつ大量の健康・医療データを個人がスマートフォンのPHRアプリなどによって電磁的に管理できるようになることで、予防、未病対策を含めまして個人が健康をデザインできるようになると考えております。

昨今、厚労省におかれましては、データヘルス改革の自身の保健・医療情報を活用できる仕組みの拡大などの取組によって、マイナポータルで健診等情報を閲覧やダウンロードできる仕組みの整備などを進めていただいております。こちらは大変期待しているところでございます。

本日は、医療機関の診療の中で発生する診療記録などに、個人がアクセスし利用する場合の課題についてお話しさせていただければと思います。

こちらは、医療機関に開示請求可能な診療記録に関しまして、説明しているページでございます。

平成15年の報告書にはなりますが、厚労省の検討会におかれましては、開示請求可能な診療記録は上のほうに記載がありますように定義されておりまして、種々の検査結果やエックス線などの検査により発生する画像記録、診療に関する記録、その他医師が記載する様々な記録について対象になっていると読めます。

開示の可否や範囲については患者の置かれている状況や、各医療機関の御判断がございまして、またこれに関しましては様々な意見もあろうかと存じますが、診療記録を本人が活用できることにより、個人を介した複数の医療機関間の情報連携といったものも進みますし、個人に蓄積されるデータにより、個人起点の健康管理、予防、未病対策を促進すると期待されます。

このページから、医療機関の診療記録の開示手続きに関しまして、3つ課題をお話しさせていただきます。

診療記録の開示に関する手続きに関しましては、記載しております【診療情報の提供等に関する指針】において、医療機関の管理者が当該指針の規定を参考にして定めることになるとされております。

1つ目は、診療記録の開示請求方法についての課題です。

当該指針においては、上の赤字にございますように、「申立ての方式は書面による申立てとすることが望ましい」とされております。

一方、下にあります個人情報保護法におきましては、赤字のとおり「電磁的記録を含む」とされておりますので、それによらない請求も可能だと考えております。

実際には、指針の記載によって医療機関窓口への書面提出による開示請求という方法が取られている場合も多いと考えられまして、医療機関に請求手続きをしに行く場合と、医療機関から診療記録を受け取りに行く場合の2度の訪問を必要とされているようでして、本人が診療記録を活用することの阻害要因の一つと推察しております。

2つ目は、診療記録の開示に関わる日数についてでございます。

厚労省の平成30年「医療機関における診療録の開示に係る実態調査」によりますと、開示所要日数は右図のパイチャートにありますように2週間程度が38%、3週間程度が37%、4週間程度が25%となっております。

実際、開示するか否かは担当の医師の先生や医療機関内の検討委員会にて検討することになっておりますので、当然ながらある程度日数がかかるのは仕方がないとは理解いたしますが、開示における日数についても今後、医療現場でデジタル化が推進されていくと考えますので、おのずと短くなることが予想され、個人が活用しやすい環境に近づくと考えてございます。

最後に、診療記録の受領方法についてです。

先ほどから出てきております指針におきまして、診療記録の受領方法についての規定はございませんが、令和4年に施行予定の改正個人情報保護法におきましては、開示する方法としてこれまで書面による交付が主とされてきておりましたが、電磁的記録による提供

も含めて開示請求する本人が指示できるようになるとされております。

そうしますと、下に書いておりますような【医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス】にも、書面の交付ということが書いてありますけれども、今後、こういうことも改変されていくと期待しております。

最後に要望をまとめさせていただいております。

これまでお話をさせていただきましたように、本人が医療機関から診療記録の開示・提供を受けるには、医療機関から書面による請求が求められる、日数がかかるなど、手続に要する負担がございます。

開示手続につきましては、各医療機関によって御努力されている部分があるかと思いますので、まずは医療機関の診療記録の開示に係る実態を再度調査していただいた上で、請求や受領などにおきまして可能な部分につきましてはデジタル化を推進していただき、開示に係る手続の負担軽減により、診療記録におきましても、より個人が把握し活用しやすい環境整備をお願いできればと思います。

個人が自らの健康・医療情報を把握、管理して健康管理や病気のケアに主体的に関与できるということは、医療費・介護費の適正化、あるいは健康寿命の延伸にも寄与することが期待されます。

医療現場での医療情報の活用、管理の仕組みとの関係ですとか、本人の認証、セキュリティー問題、それから本人が蓄積、活用する仕組みを含めまして全体を俯瞰しながら、最適な仕組みが構築されることが今後に求められると思いますので、積極的な御意見等をお願いいたします。

発表は以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

では、続きまして、厚生労働省から御説明をお願いします。

○厚生労働省（間審議官） 医政局の間でございます。

本日も、よろしく願いいたします。

お手元の資料1-2でございます。

まず最初に、全体的なことも後で申し上げたいと思うのですが、端的に課題を3つ頂戴しましたので、それに対してはどう考えているか、どう改善していくかについて御説明申し上げたいと思います。

まず、課題の第1点として御指摘いただいたのは、まさに申請の方法で、「申立ての方式は書面による申立てとすることが望ましい」と規定されているところが、2回通わなければいけなくなっているという現実につながっているのではないかという御指摘でありました。

どうもこの指針をつくるときの議論を聞くと、要するに記録に残る形でということが本旨であったと私ども受け止めております。要するに、口頭で言った、言わない、要求した、要求していないとならないようにということだと思っています。

そう考えますと、これは必ずしも紙に限る必要はないのではないかと考えておりまして、現状でも電子的な何らかの申請を排除することではないのだらうと思います。

その意味では、今後、記録に残る申立ての方式として、文書による方式と並びまして、メール等による電子的な何らかの申請を例示することを念頭に、検討会において検討したいと思っております。

その際に詰めなければいけない点は、基本的にこれは恐らく電子カルテなどの診療記録の話だと思しますので、そうなるとかなりセンシティブな個人情報、要配慮個人情報でございますので、本人確認あるいは代理人であること、御家族等であることの確認をどういう形でやるのか、どのタイミングでやるのがいいのかは整理が必要だと思います。メールで誰か全然関係ない人が問い合わせきて、それについて答えてしまったことでトラブルになるのは避けなければいけないと思っています。

他方で、要配慮個人情報なので、どこまでというのはなかなか難しいのですけれども、患者さんあるいは医療機関双方にとって過重な負担にならないようにしなければいけないことでございますので、本人確認をどうするかについてよく検討をしたいと思っています。その上で、御指摘のような点についても前進をさせたいと思っています。これが1点目です。

御指摘である課題の2点目は、日数がかかるというお話でございました。先ほど御紹介いただきましたので繰り返しません、現状でございますように過去のかかっている程度の期間がございます。

実はこの調査は、特定機能病院と大学病院で、もちろん両方かぶっているわけでございますけれども、そういったところに対する調査でございますので、その他の一般病院でありますとか、あるいは診療所などは含まれないデータでございます。この辺りも考えながら、どうするかということなのですけれども、なかなか一律に期間を定めてというのは難しいと思っております。

それは、ページ数がそれぞれ違うこともありますし、電子カルテの中には御本人や御家族に対してちょっと気を遣わなければいけないような記述がある場合がございます。例えば本人はこういうふうにおっしゃっている、ところが別のときに御家族が来て、本人がそう言っていますけれどもこうなのですよというような場合がありますし、あるいは疾患の種類によってはそれをそのままお見せするのはどうなのかということもあるので、一定の配慮が必要な場合がございます。部分開示にせざるを得ない場合もあると思っています。

一方で、医療機関への過度な期待を避けつつ、一定の期間の間に、まだ検討中とか、あとどれぐらいかかりますとか、もうすぐですなのか分かりませんが、応答する、ほったらかしにしないことは考えられるのではないかと考えています。

そういう意味で、これも先ほど検討すると申し上げましたけれども、これについても一定期間内に医療機関に何らかの応答を求めることを指針において規定することを念頭に、検討会において検討したいと思っております。

3点目、受領方法についてでございます。現状は、また別のガイドラインなのですけれども、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」というガイドラインにおきまして、御指摘のとおり「書面の交付による方法等によること」とされているということでございます。

その一方で、これも御指摘のように個人情報保護法の令和2年の改正におきまして、「本人は個人情報取扱事業者に対し、電磁的記録の提供による方法等による開示を請求することができる」とされておりまして、これが令和4年4月施行でございます。そこに向けて、個人情報保護委員会とも相談しながら必要なガイダンスの改正をしたいと思っております。

いずれについても、必要な検討で対応したいと思っております。

その上で、冒頭、経団連の小川様から御指摘がありましたように、あるいは角山様からお話を伺いましたように、こういう医療・介護のデータを個人がしっかり管理を、個人が持つものにふさわしいものなのですが、そこに持っていただいてちゃんと活用することについては大きな方向性として厚労省も考えているところでございます。その大きな方向性は一緒だと思っております。

そこで、これは御案内かと思えますけれども、参考になります。手元の資料の次のページになりますけれども、これは先ほど御紹介いただいたデータヘルス改革なのですけれども、この中のACTION1、ACTION3と関係するのですけれども、私どもとしては、まず健診や必要な診療情報などについても、マイナポータル、要するにPHRで個人が管理できるようにした上で、例えばある病院にかかっていました、そして、別の病院にかかりますといったときに、「先生、私はこういう状態なのですけれども」というのを、マイナポータルに載ったような情報を本人の同意の下で別の医療機関の先生に見てもらえるようにするということに取り組んでおります。

これは順次やっていくわけですけれども、本格的な実施は令和4年夏を予定してございます。その中で、先ほど経団連からお出しいただいた資料1-1の6ページにある中で、右上に「検査結果データ」と「画像データ」と「診療記録」が分かれて出ておりますけれども、ちょっと私どもの資料の次のページを御覧いただければと思います。

私どもは健診データなどに併せて、薬剤情報、それから過去のレセプトデータから引っ張ってくるのですけれども、具体的な薬剤情報に併せて②の緑色のところにありますように、手術とか放射線治療していますとか、例えば人工透析していますとか、そういったような情報をマイナポータルで確認できるようにしていこうと思っております。令和4年8月を目指しております。

さらに、ちょっとまだこれは検討中なのですけれども、このデータ自体は広げていくことを考えておりまして、その中で検査データ、あるいは医師が診断をしたときのキーとなる画像、キー画像と言いますけれども、そういったものもマイナポータル、PHRに統合できないかを検討して実施していこうと考えているところでございます。

こういったことで、いろいろな手続の話よりもこうやって個人に整理されたデータについてお渡しをしていく。そして、それを医療機関間でも受診するときに活用できるようにすることを挑戦していきたいと思っています。

私のほうからは説明は以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明について御意見、御質問等がありましたらお願いします。

本議題は14時ぐらいまでを考えておりますので、限られた時間の中で質疑応答が充実したのものになるようにできるように、できるだけ簡潔に御質問いただければと思います。5分前ぐらいになると御質問を打ち切らせていただきますので、よろしくをお願いします。

物理的に手を画面の中で挙げてくださっても結構ですし、Zoom上の手挙げ機能を使ってくださっても結構です。

まずは印南専門委員からお手が挙がっていますので、よろしくをお願いします。

○印南専門委員 お願いします。

経団連に質問と、厚労省に対する要望があります。

経団連に対する質問ですが、これは個人を起点のヘルスケアのDXということで、言ってみると非常に強い個人を前提にされているのではないかと私は想像します。

もちろんそれ自体はいいのですが、医療の分野になると、弱い個人が対象の場合が多いので、どうしても父権主義的な部分がゼロにはできないと思うのです。もちろん、強い個人、よりスマートな患者さんを育てるという視点も当然必要ですけれども、一方で医療は弱い患者さんが相手です。資料のどこかに出ていますけれども、情報をお渡しすることによって、ご本人が悩まれたり、御本人と医療機関の間のトラブルとか、患者さんと家族の間のトラブルとかが起きたり、いろいろなこともやはり想定されます。そこについては、経団連としてはどのようにお考えになっているか、一つお聞きしたいです。

基本的には強い個人でいいとは思っているのですけれども、そういう弱い個人や家族間でのトラブルなどに関しても、一定の配慮をしないと物事が進まないとは私は考えておまして、それが経団連に対する質問です。

厚労省に対する質問は、この検討会は既に開始しているのですか。それともこれからでしょうかというものです。

開始していないとすれば、先ほどの期限を切るのは困難と言って片づけられていたけれども、期限を切ること自体の可否も検討されてはいかがかと思えます。

というのは、ちょっと例が違いますけれども、新薬の収載は60日ルールという結構強烈的なルールがあると思うのです。あちらも複雑と言えば複雑なので、例としてはあまり適切ではないかもしれませんが、一定の期間を区切るという考え方自体も検討の対象にすること自体をしていただきたいと思えます。

以上です。

○大石座長 では、ただいまの印南専門委員からの御質問と御要望について、まず、経団



連からお願いします。

○一般社団法人日本経済団体連合会（小川主幹） 経団連小川です。御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおり気をつけなければならない問題、配慮の必要な問題、多々あるかと思えます。

ただ、そうした問題を乗り越えてもこうしたライフコースデータの連携によるメリットは、非常に大きいものがあると思っております。

まず何よりも、国民全体のリテラシーを上げていくということが必要です。これは、政府にもぜひ御努力をお願いしたいと思いますし、産業界もできる限り役割を果たしてまいりたいと思えます。

その上で、なるべく国民全員が理解できるようにして、そして自分の意思で、自分の納得するところから始めてこうしたデータの活用をしていくことが基本かと思えます。

家族間の問題とか、病院の先生との問題、いろいろと私たちもまだきちんと把握できていないところもあろうかと思えます。医療関係者の方々とも意見交換をしながらこれからなるべくよりよい方法を御一緒に検討していければと思えます。

ありがとうございます。

○大石座長 印南先生、今のお答えでよろしいですか。

○印南専門委員 基本はその通りなのです。それはそうですよ。個人を起点にするというのは原則であるべきですけれども、それは原則として当然主張しながらも、そうではない場面についても検討されて一緒に提案されるほうが、周囲に対しては説得力を持つのではないかというのが私の議論のポイントだったのです。

○大石座長 多分、今、経団連としてお答えすることは難しいと思えますので、今のポイントは非常に重要だと思えますので、また御検討いただけるといいかなと思えます。

○一般社団法人日本経済団体連合会（小川主幹） かしこまりました。ありがとうございます。

○大石座長 では、引き続きまして厚労省、いかがでしょうか。

○厚生労働省（間審議官） 印南先生の御質問にお答えをしたいと思います。

整理をしておきたいのですけれども、PHRで何を載せていくのか。今のデータヘルス改革の流れに乗っているもの、これは電子カルテ情報そのものではなくて、その中から一部、検査データや画像などがあるかもしれませんが、基本的にレセプト情報を中心に診療情報を提供していくことを考えています。

これ自体はもう既にずっと検討をしてきていて、どんな項目をと、先ほど御覧いただいた資料の検討会でも議論をしてきていることとございます。

その上で、最初に経団連から御提案のあった課題、診療記録、電子カルテの開示の話につきましては、今後検討でございますが、この話は一般に、現在患者さんがカルテ情報を開示してほしい場合は、多くの場合には通常は先生方との信頼関係でやっているわけです。

けれども、あるいは説明も聞いているわけなので、カルテを開示してくださいという場合には緊張関係にある場合が多いのだらうと思います。

この辺りのことでトラブルにできるだけならないように、上手にルールづくりをすることについて、別途これから検討する。こちらのほうはこれから検討ということでございます。

それについても期限を切るように考えると。先ほど、期限が定められないと言ったのは、医療機関の応答期限のお話でございますので、私どもの検討についてはその辺りをよく考えて、先ほど御説明した中で、個人情報保護関係の記載につきましては、来年4月の施行に向けてということで検討すると言っておりますので、そういったものとの足並みを合わせることを含めて検討をしっかりと進めたいと思っています。

私からは以上であります。

○大石座長 ありがとうございます。

印南先生、よろしいでしょうか。

○印南専門委員 分かっているのですが、今の厚労省のプレゼン、後半部分はレセプト情報の話がほとんどで、カルテの情報ではないのですよね。

カルテの情報のほうがよりセンシティブだということは分かりますが、やはり個人を起点になるべく情報を開示したほうが良いと考えると、初めから期限を検討することを排除するとか、そういう検討の仕方よりも、全部テーブルに検討すべき課題を出して検討したほうが良いのではないかと思うということでもあります。

以上です。

○大石座長 厚労省、どうぞ。

○厚生労働省（間審議官） 御指摘、理解をいたしました。

私どもは、個人にどのような情報を持っていただくのがいいだろうかということ、これは検討会で議論をして、それでカルテ情報、さらに先ほど申し上げましたように診療記録の中の検査情報やキー画像などをPHRに載せていくということがいいのではないかと考えているということでございます。これは議論の過程の中でそうなってきた。

その上で、さらに将来、カルテ情報そのものを載せるのがいいのかどうかというのは、慎重な検討をする必要があると思っています。

その一方で、個別に開示請求があったときの対応ということを本日御提案いただいておりますので、そういったものについて別途検討することを申し上げたということでもあります。

御指摘は理解をした上で進めていきたいと思っています。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、引き続きの御質問に行きたいと思っています。

高橋議長代理、お願いします。

○高橋議長代理 3点質問させていただきます。

まず、1点目が経団連の要望の1番目ですけれども、厚労省のお答えはメール等だと本人確認等で問題が生じる可能性があるということだと思いますけれども、そもそもメールを例えば事前に届けておけば、そういう心配はないわけですし、現時点で書面で求めているときにはどういう確認をさせているのか。印鑑証明か何かを出させているのか、あるいは本人を確認する書類を別途要求しているのか、現時点でどういう本人確認をされているのか、それと同等のことを要求するのであれば当然だと思うのですけれども、メールになった途端に要求が厳しくなるのはちょっと納得できない気がします。

2番目、今の印南先生のお話とも関連があるのですが、2番目の要望について所要日数が要は長くかかり過ぎるということなので、期限を切ることを検討するのになぜそんなに時間がかかるのか。検討することについて、検討の期限を切っていただくことはそんな問題はないのではないかと思いますけれども、いかがか。

3つ目が、データヘルスの集中改革プラン、これは非常にいいと思うのですけれども、その中でマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活動するというお話があります。一方で、マイナンバーの普及が非常に遅れていることが日本にとっていろいろな問題を惹起しているわけです。そういう意味で、例えばこういうデータを集中するにはマイナンバーを取った人には集中できますというインセンティブをむしろつけることで、マイナンバーの普及を促進させることが考えられると思うのですけれども、厚労省としてどうお考えになるか。以上3点です。

○大石座長 まず、厚労省、お願いします。

○厚生労働省（間審議官） 高橋先生、御質問ありがとうございます。

まず、本人確認は、本人の場合と御家族と代理の場合、あるいは成年後見とかいろいろなパターンがあると思いますけれども、現状は先ほど経団連から御指摘があったように対面でやっていることが多いと思いますので、そうなる患者さん本人であれば例えば保険証などで確認している場合もあるでしょうし、それから代理の成年後見の場合には後見人であることの書類を持ってきていることもあるだろうと思います。

ですから、それはメールだからどうこうというよりも、本人確認がどのタイミングでやるのか。最初の申請のときにやるのか、受け取るときにやるのかとか、そのときにどんなもので確認するのかということも同等程度の確認をする必要があることだと思っています。

2番目の期限の話は、今後、期限とか応答のルールを定めることについて先ほど検討すると申し上げたのですけれども、これは先ほどの本人確認のルールのお話とかを含めて一体的に整理をしたいと思っています。

時間がかかるというのも、先ほど御説明しましたように、2週間とか3週間、4週間というデータは特定機能病院や大学病院のデータでございまして、この定めている指針自体は全医療機関を対象にしたものということになります。その意味で、どういうルールがいいのかというのは、もう少し幅広く調べる必要もあると思っています。

その上で、これをいつまでもずるずるということを申し上げているわけではなくて、先

ほど申しあげましたように来年4月の個人情報保護法の施行も念頭に置きながら検討会で議論し、結論を出していきたいと思っています。

3点目、マイナンバーを使うことのインセンティブをというお話がありましたが、まさにこれはマイナンバーを取得していただいて、マイナポータルをスマホも含めて見ていただくことの重要なインセンティブになると考えておりました、だからこそそこで見られるデータを先ほど御説明したような形で、この段階で充実していきたいと考えているところでございます。それは御指摘のとおりだと思います。

○大石座長 高橋代理、よろしいでしょうか。

○高橋議長代理 結構です。

○大石座長 ありがとうございます。

では次、佐藤先生お願いします。

○佐藤座長代理 よろしくお願いします。

まず1つ目は経団連に対する質問なのですが、さっき印南先生からも指摘がありましたけれども、医療情報を個人に集約させるのが基本的な考えだと思うのですが、もう一つはかかりつけ医の活用もあり得ると思うのです。つまり、個人が持っているとしてもいいのですが、その情報をおかかりつけ医の方が持つ、それで管理をするというやり方もあると思うのですが、その辺はどういう御認識かという気がします。

それから、厚労省に対する質問になってしまうのですが、実はもう一つオンライン申請について、デジタルガバメントワーキング・グループの話になってしまいますけれども、要するに本人確認云々も全部オンラインで完結させましょうという議論が一方ではあるのです。

ですので、今回、本人確認に一番手間取るので書面でとか対面でとかいろいろと議論があるのかもしれませんが、基本的に公共サービスの手続の一つだと思うので、やはりオンラインで完結させるというのが一つの流れになっていると思いますので、その辺り、ほかの省庁の対応を見ながら検討されてはいかがでしょうかというのと、あるいは検討されているのかについて。

それから、カルテ情報についてなのですが、これは大きな話と細かい話があると思って、カルテ情報を大きな話として、そもそもこれは誰のものかという議論です。まさに世界的に見れば情報は個人のものであると考えれば、本来は医療機関にとって都合のいい情報であろうと悪い情報であろうと、原則は個人に帰属するものではないかとするれば、それはマイナポータルに落とすのであれ、開示請求に応じるのであれ、個人が持つというのが本来原則でなければいけないのかなということ。

そうはいつても、いろいろなセンシティブな問題もあるだろう、本人が知るべきではない情報もあるだろうということであれば、どこまで開示するかという、このボーダーラインについても検討されるのかどうか。ポジティブリスティングにやると、これは開示していいですよと非常に限定的になりがちなので、ネガティブリストか何かにして、

これは駄目だという形にして、残りはいよいよという感じで、ある種線引きをしていくのかどうか、この辺りの考え方はどうなっているのかについて教えていただければと思います。

以上です。

○大石座長 ただいまの御質問に対して、お願いします。

○一般社団法人日本経済団体連合会（小川主幹） 経団連、小川ございます。

御質問ありがとうございます。

まず、私どもとしては、データをどこかに集中して持つよりは、分散したデータが連携されていていつでもどこでも見られる、閲覧できることが重要かと思っております。

その際にかかりつけ医か個人かという御質問ですが、先ほどの御説明でも申し上げましたとおり、必ずしもかかりつけ医の所管される範囲内のデータだけではなくて、行く行くは例えば食生活や運動データなども連携し、ヘルスケアがいろいろな産業、たとえばエンターテイメントやツーリズムともつながって、広がりを持っていくことを期待しております。

そうした連携を考えますと、やはり個人をキーにしてつなぐのがよろしいのではないかと考えている次第です。

○大石座長 佐藤先生、今のお答えでよろしいですか。

○佐藤座長代理 承知しました。その点は大丈夫です。

ただ一つ付け加えると、このかかりつけ医というのは単に治療するだけではなくて、患者さんの健康管理にも関わると思っていますので、多分彼らの守備範囲がもう少し広がるかなと思いました。

以上です。

○大石座長 続きまして、厚労省は残りの御質問に対してお答えをお願いします。

○厚生労働省（間審議官） オンライン申請のお話をいただきました。大きな世の中の流れというのは、そのとおりなのだろうと思います。

今のところ、患者さんと医療機関がオンラインなりなんなりで申請とかでやり取りをすることはあまりなくて、実際の診療行為の中で、先生に病状を説明してくださいと言って説明をするというようなものなので、いい悪いは別にして、患者さんと医療機関のネットワーク上の接点といたしますか、窓口などは一般的には制御されていないのだろうと思います。

そういった中で、こういったものについてオンラインのほうでどんどんやっていくことが、財源とかも含めて、公定価格でやっていますから、診療報酬でやっていますので、それをどうするのかも考えなければいけませんし、それを待っているのではなくて、私どもとしては先ほどレセプト情報の話、それから診療記録、検査データや画像なども含めてマイナポータルのほうに載せていくことを考えているところでございます。

大きな流れのことは理解しつつ、個人と医療機関とのやり取りというものについて、必ずしも他の業界と同じレベルなのかなというところもありまして、そこも含めつつ大きな

流れを考えなければいけない。大きな宿題をいただいたと思います。

それから、カルテ情報なのですが、先ほど御紹介しました診療情報の提供等に関する指針というものの中で、診療記録の開示に関しては、医療従事者等は患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には原則としてこれに応じなければならないことになっております。

その上で、拒み得る場合というのはどういう場合なのかを2つ挙げておまして、診療情報の提供が第三者の利益を害する恐れがあるとき、診療情報の提供が患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあることということで、それらについての具体的な事例も紹介をしているところでございます。

逆に、これは個人情報保護のガイドラインのQ&Aにも、カルテ情報の中身そのものは個人のものでございますけれども、カルテそのものは医療機関のものだということで二面性がある。ただ、その二面性があることをもって開示を拒否してはいけませんということも明らかにしているところでございます。

そういう意味では、患者さんとの信頼関係を崩さないような形でどういうふうの開示していくかということ、医療機関でそれぞれ検討されていると私どもは理解しているところでございます。

その辺り、間違いないように、引き続き医療機関にもお伝えしてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○大石座長 佐藤先生、今のお答えでよろしいでしょうか。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

2点ほどなのですが、1つは、カルテ情報は基本的には原則開示ということであれば、さっき期限を定めて回答するべきではないかという議論があったとおり、本来、迅速に開示することが常であって、例外的に何らかの理由で検討に時間を要している間は回答ができないケースがある理解でいいのかなと思うのですけれども、その割には例外のところに全部が引きずられていませんかという印象です。

2つ目なのですが、確かに患者さんとお医者さんはいろいろと対面でやり取りをするということはあるのですが、いろいろな意味で証拠を残す観点から見れば、むしろオンラインでのやり取りのほうが本来は透明性があると思うのです。

ですので、そこは透明性の観点から見ても、むしろオンラインのほうが私は両方にとって望ましいのではないかと思います。

別に医療業界に限って特殊なことが数多くあるわけではなくて、それは世の中の流れではないかと思います。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

引き続きまして、今、武藤先生、大橋先生、小林議長からお手が挙がっていますので、順番にお願いしたいと思います。

武藤先生、お願いします。

○武藤専門委員 武藤です。

ちょっと論点が違うかもしれませんが、開示情報の中に我々非常に重要だと思っているのは死亡情報なのです。これは例えばマイナポータル中に、技術的にどうやってやるのか分かりませんが、死亡個票のデータベースからリンクするとか、何らかの形でそういうことが実際にできるものか、あるいはそういうことを考えられているかどうかを一つお聞きしたいと思います。

経団連のほうには、先ほどの開示に関しては、死亡された方の情報開示についても同じような手続を考えていらっしゃるのか。それをお聞きしたいと思います。

○大石座長 では、まずは厚労省で、次は経団連をお願いします。

○厚生労働省（間審議官） 武藤先生、御質問ありがとうございます。

亡くなった方の場合には、亡くなってしまいますと戸籍も消えていくということがございますので、マイナポータルでどうこうという話には多分なくなるのではないかと考えています。どんな場合にそれが必要なのかというのはちょっと分からないところがございます。

ただ一方で、これまでの実例としてあるのは、亡くなられた場合にこの亡くなり方に納得いかないということで、御遺族がカルテ開示を求めるといったことはこれまでもあったわけございまして、そういったことは先ほど御説明したような指針にも記載があるところでございます。

私から以上でございます。

○大石座長 経団連。

○一般社団法人日本経済団体連合会（角山委員） 既にお答えいただいた通り、御遺族から請求される場合についても、同様にデジタル化を推進していただきたいと思っております。

よろしく願いいたします。

○大石座長

武藤先生、どうぞ。

○武藤専門委員 なぜその死亡情報が必要かという、1つは我々医療従事者としては患者の予後が知りたいわけです。

先年、スウェーデンに行ったときに、病院でその患者さんのデータを検索しますと死亡していることも確認ができる。そうしたことで、やはり死亡情報というのは医療従事者にとっては非常に重要な情報ということで聞きました。

○大石座長 厚労省、お願いします。

○厚生労働省（間審議官） 武藤先生、ありがとうございます。そういう点は理解ができます。

個人で、亡くなった方にデータを持っていただくというのがちょっとよく理解ができません。

かったのです。それはこのマイナポータルのお話、PHRの話とはまた別に、医療機関間で診療情報をどういうふうに共有していくかという流れの中で、転帰といいたいでしょうか、今先生がおっしゃったようなことも記録として残して共有することが必要なのかもしれない。そういう点から理解をし、また取り組んでいきたいと思います。

○武藤専門委員 了解しました。

○大石座長 そうでしたら、大橋先生、お願いします。

○大橋委員 ありがとうございます。

まず、経団連の個人起点のヘルスケアのという今回の御提案は大変すばらしいものだと思います。

経団連のお話というのは、基本的には患者が選択する世界を広げていくことが重要だとおっしゃっているのだと思っていて、そのために診療記録をしっかりと患者に返していただくべきだということの御提案だと思っています。

他方で、もう少し考えてみると、本来患者が選択するのは医療機関だったり治療方法だったりするわけなので、そうしたアウトカム情報がしっかり提供されないと、個人起点のヘルスケアが完結しないのではないかと思っているのですけれども、そこは私のこの理解で正しいのでしょうかということをお伺いしたいのが1点です。

2点目に、私はそういう世界が重要だと思っているのですけれども、そういうことでいうと厚労省が5ページ目にこれから取り組まれる内容についていただいたわけですが、国民、患者が知りたいと思う情報である医療機関なり医師の情報、アウトカム情報を含めたものがこの制度の中で議論をしっかりといただけるのか。より具体的に言うと、医療機能情報提供制度というものがあるはずですが、この制度がしっかり運用されているのかどうかということ。

その制度のことも含めて、そうした制度的手当てというものもしっかり議論していただくべきだと考えるのですけれども、どうでしょうかという2点です。

よろしくをお願いします。

○大石座長 そうでしたら、まず経団連で、次に厚労省をお願いします。

○一般社団法人日本経済団体連合会（小川主幹） 小川でございます。

ただいま、先生御指摘のとおりでございます。

よろしくをお願いします。

○大石座長 厚労省、いかがでしょうか。

○厚生労働省（間審議官） 大橋先生おっしゃるとおり、医療機関の個人の医療情報とはまた別に、医療機関の情報がということだと思っています。

それは医療機能評価機構のデータ、これ自体がストラクチャーの評価が中心だとは思いますが、あとはがんなど特定の疾病についてはアウトカムなどについても公表されているところがございます、こういった情報をいかに充実させるかが課題なのだろうと認識をいたしておりまして、引き続き今後も取り組んでいきたいと思っています。



○大石座長 大橋先生、いかがですか。

○大橋委員 5 ページ目のこれに入っている話なのですか。

それとはちょっと違う話なのですか。

○厚生労働省（間審議官） 違う話です。ありていに言うと違う話です。

これは、国民の皆さんが自分自身の健康データあるいは受けた医療のデータを持つことに主眼がございます。自ら長い、特に生活習慣病などのケアの関係でもそういうものを持っていて、そしてほかの医療機関にかかったときも「はい、先生。私はこういう検査を受けてきています」「こういう検査データですよ」と見せることができれば、スムーズに医療機関間連携を図れるだろうという観点から取り組んでいるものでございます。

その上で、先ほどの先生の御指摘はまた別の観点で、医療機関選択の観点でございますので、そういう視点は私どもも持っておりますので、取り組んでいきたいと思っております。このデータに載せることとは、ちょっと違う観点です。

○大橋委員 いずれにしてもしっかりこういう点を議論をさせていただいて、経団連のおっしゃる個人起点のヘルスケアという世界を実現することはすごく重要だと思っておりますので、その議論も含めてどうぞよろしくをお願いします。

ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、小林議長、お願いします。

○小林議長 今の大橋先生の話にかなり関連するのですがけれども、個人起点というコンセプトは1990年頃からあって、ちょうどDVDなどの光ディスクが出始めた頃、患者個人が自分で画像でもカルテでもレセプトでも持ち運べるようにすれば、どんなドクターのところに行っても何回も同じエックス線を撮らなくてもいいだろうという発想で、リコーさんなどはその時代からやっているのです。そういう協議会もあって、開発も相当やってきている。

今はストレージがだんだん変わってきて、言ってみればスマホの中の半導体になって、マイナンバーが出てマイナポータルなどソフトウェアが出てきている。

しかし、一向に診療情報の開示などの基本的なことが何にも解決せずに、30年もたってしまったというのが現実だと思うのです。

そういう意味で今回、デジタル庁もできる中でこれをしっかりコンバインする、全体系のグランドデザインを書いてしっかりタイムテーブルを組んでそれを見える化していただかないと。いつも個別の議論の中でぐるぐる回っていて、実は30年たっているのだという事実をもう少し国としても認識すべきではないか。海外で極めて効率的にやっている事例がたくさんあるわけで、それとの関連性もしっかり整理をしてもらいたいと思っております。

以上です。

○大石座長 貴重な御意見ありがとうございます。

厚労省、何かコメントございますでしょうか。

○厚生労働省（+） 今、小林議長から歴史も踏まえた厳しい御指摘をいただいたと思いま

す。

その反省に立って、今日の資料には入っておりませんが、来年の夏の実施に向けて工程表もつくって取り組んでいるということでございます。

○小林議長 お願いします。

○大石座長 ちょっと時間が来つつあるのですが、安田さん、今、お手を挙げられましたね。

では、簡潔にお願いします。

○安田専門委員 はい。1点だけです。

カルテの開示などを求めるときは、対立的な関係である前提でお話をされておりましたが、慢性疾患に対してこれから向き合っていくというケースでは、必ずしも対立的関係ではないのではないかと気がします。先ほど佐藤先生がおっしゃってくださったような健康管理というところも含めまして、かかりつけのドクターとよく相談し、助言を受けながら、一緒に病気の問題を解決していくような使い方を想定できないかなと思って伺いました。

ぜひ、発想の転換をしていただきたいなと思いますので、前向きに検討いただけると幸いです。

よろしくお願いします。

○大石座長 御意見として伺ったということでいいですね。

○安田専門委員 はい。

○大石座長 それでは、この議論はここぐらいまでにしたいて思っていて、私のほうから1個だけ御質問をお願いしたいのですけれども、経団連は、基本的には開示に応えられた場合にどれぐらい時間がかかったかというのを調査のデータを出していただきましたけれども、そもそも開示をしていただけなかったというパーセンテージはあるのですか。

それとも、100%開示には応えていただいて、あとは期間が長い短いということの差だけだったという理解でよろしいですか。

○一般社団法人日本経済団体連合会（角山委員） 経団連です。

開示請求をしたけれども応じていただけなかったというパーセンテージの数字は残念ながら持ち合わせておりません。現実には拒否等があった場合には、相談窓口がございまして、そこに開示を請求する方法などを相談することができますので、非常に高い確率で開示されているのではないかと予想しますが、現状については調査していただきたいと思えます。もし厚生労働省の方が御存じでしたらお答えいただきたいと思えます。

よろしくお願いたします。

○大石座長 厚労省、データ持っていらっしゃいますか。

○厚生労働省（間審議官） 先ほど経団連から御紹介いただきまして、私どもも御紹介した同じ調査でございますけれども、ここでは開示した場合の日数をどうも聞いておまして、していないものについては申し訳ないですが承知していないということでございます。

ただ、一般に、先ほど申し上げたような大原則、開示原則でございますので、基本的には遅い速いはあっても開示しておられるのかなと。

その辺り、必要であればまた今後の検討の中で調査をしたいと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

では、本件については大体これで終わりたいと思いますけれども、私のほうから総括というか意見なのですが、今日、厚労省からマイナポータルを使って、基本はレセプト情報が中心になってきますけれども、国民が広く自分のデータが扱えるようになる、保持できる仕組みというものを鋭意進めていращやる。一応、令和4年の夏と伺いました。これは非常に心強いと思いますし、ぜひ頑張ってくださいと思っています。

一方、多分今日出た話などはカルテの開示ということで、厚労省もおっしゃったようにちょっと別質のものである中で、これをどうするかということについては今後、これはカルテ情報がないときっとアウトカムがどうだったかということも完全には分からないでしょうし、御本人の健康管理、健康増進に関してもカルテ情報は非常に有用なのだと思いますので、ぜひこれに関しても検討をどういうスピード感、どういう体制で進めるのかということをもたまた明らかにしていただけるとありがたいと思います。

余談になりますけれども、私どもクリニックを持ってしまして、20年前からカルテの完全開示をしております、全ての患者様にカルテをお渡ししています。私ども、亀田総合病院のグループで、亀田総合病院は多分15年ぐらい前から、もうちょっと前だったかもしれませんが、カルテの完全開示をやっていて、そこで私どものほうではトラブルはなかったのですけれども、亀田のような高度急性期の中でカルテの完全開示をした場合、どういうトラブルが起こったか。これは全部電子データで渡しているのです、そういうことも参考にされながら、今後進めていけるといいのかなと思います。

いずれにしても、私どもの実感では、やはり御本人の健康意識が上がって、かつむしろ無用な医療機関とのトラブルが減ったと認識しておりますので、カルテの開示に関しては別質のものかと思いますが、進めていただきたいということ。

あとは、物によっては厚労省としては禁止していないのだけれども、現場としてはそれをあまり認識していなくて対応できていないものもあるかと思っています。例えば、記録が残っていればメールでも構わない等に関しましては、現場まで徹底できるようにどうすればいいのかということをお考えいただければありがたいと思います。

時間になりましたので、議題1に関しましてはここまでとしまして、また事務局のほうから追加的な御説明をお願いするかもしれませんが、その際はよろしくお願ひします。

そうしましたら、経団連、厚労省、皆様ありがとうございました。

またよろしくお願ひします。

○一般社団法人日本経済団体連合会（小川主幹） ありがとうございました。

○一般社団法人日本経済団体連合会（角山委員） ありがとうございました。

○大石座長 そうしましたら、議題2の「医療分野における電子認証手段の見直し」に移

りたいと思います。

本日は、一般社団法人新経済連盟から小木曾稔政策部長にお越しいただいております。

また、厚生労働省からは引き続き、間大臣官房審議官、前田室長に御出席いただくとともに、内田隆大臣官房企画官にお越しいただいております。

また、14時半ぐらいをめぐりに河野大臣がお入りになられる予定なので、そのときに中断をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、新経済連盟より御説明を大体10分ぐらいでお願いしたいと思います。

よろしく願いします。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長）　今回、時間をいただきましてありがとうございます。

新経済連盟政策部長をしております小木曾でございます。よろしく願いいたします。

まず、今日のメッセージは大きく3点ありまして、それを御説明してから内容の説明に入りたいと思います。

今、電子処方箋普及に向けて健康医療に関して改革プログラムが走っております。そのときに、これから述べる署名の問題がネックになって本末転倒な事態になることはいけないと思っております。それが1番目のメッセージ。

2番目が、e-文書法で認められている電子署名、2条1項の電子署名でよいと法令上されています。このことをガイドラインでも明確化してほしい。つまり、法令と違うことをガイドラインで上乗せをすることがないということを担保していただきたい。

3点目が、最近クラウド型電子署名というものが別途、規制改革会議のほかのところでも議論をされてきました。電子署名法2条1項に該当するということが整理できまして、グレーゾーン解消制度でも個別に確認を取っております。

そういったようなものが、今回、改正するガイドラインの中で、電子署名法2条1項に基づくものですから認められるということを明確にしてほしい。この3点でございます。

まず、1ページ目から説明させていただきたいと思っております。

まず御案内のとおり、データヘルス改革ということで2022年夏本格運用、処方箋電子化になっております。

デジタル完結という観点から、2022年に向けて本当に完結するかどうかということを間に合わせなければいけないと思っております。そのときに電子署名というものが本当に普及しているのかというと、残念ながら普及していないということで、肝心の処方箋の電子化というものがストップしてしまう可能性があると思っております。

2ページ目をお願いします。

ここで目指すべき姿を我々として明確化したいと思っております。全ての過程においてデジタル完結をする。これが最大のキーワードでございます。

全ての医療関係の情報をデータ化します。そして、関係者で共有をし、手続もデジタルで全て完結をする。これが最終的に目指すべき社会であると思っております。それをバックキャ

ストした形で何をしなければいけないかということです。

次のページをお願いします。

全体のパッケージとして、大きく分けると4つ要望事項があると思います。この中で今回取り上げておりますのが、4つ目の要望事項④になります。

なお、要望事項①と②は、御案内のとおりほかのところで議論をしていますので、もちろん今回は議論いたしません。ただ、必要不可欠であるということをお願いさせていただきます。

それから、要望事項③ですが、少し話が変わりますが付言をさせていただきます。

オンラインで医療を認められる、オンラインで服薬指導が認められる一方で、要指導医薬品というもののだけが唯一対面が残っており、残念ながら先週の最高裁判決で立法裁量の範囲内であるという判決が出ましたけれども、ただこの判決というのが薬機法改正でオンライン服薬指導というものが解禁されたり、あるいはコロナ禍の状況というものには一切触れていません。触れていないのは、判決における基準時という問題がありまして、その基準時が昔だから、そういう新しい事象についての考慮が入っていません。そのようなものも踏まえて、これも絶対に対面原則というものを解禁をするべきだと思っております。

なお、要指導医薬品は具体的に言いますとどういう薬があるかということ、花粉症の薬、あるいは膈カンジダで女性だと恥ずかしくて買えない薬ということなので、外出とか対面とかしたくない人が買う薬が多数含まれております。ですので、対面ということは全くナンセンスだと思っております。

話を戻しまして、電子署名が普及をしていないことについて、HPKIは国家資格のためにつくった公開鍵基盤なのですけれども、データとして言いますと、まず医者、HPKIを内蔵した医師資格証発行枚数は、全国の医師数で割り算すると5.5%しか持っていません。

それから、薬剤師の場合ですけれども、これはいろいろなデータがあつてむしろ厚労省に本当に正しい数字は何なのかというのを聞きたいのですが、私が調べたところ薬剤師会が出している資料で毎年どれぐらい発行しているかということを書いているデータがありまして、それを累計で私が足し算したところ540枚ぐらいかなと思います。びっくりすると思いますが、540枚しかありません。薬剤師は何十万人もいますから、これしかないという状況です。

HPKIカード、ICカードリーダー、署名及び署名検証システムというもので手間・コストがかかる。それから、年間利用料というものもかかる。破損、紛失リスクがあるということで、こういうものもかみ合つてHPKI自体が普及をしていないということでございます。

続きまして、HPKI以外の認証手段が認められているかということが、全く不明確であるということです。

もう一回、整理をさせていただきますと、昔、e-文書法というものをつくりましたけれども、読み替え規定というものがございまして、記名押印の代替となる電子署名というものがどういう条件かということを書令で書いております。電子署名法2条1項の電子署名

でいいと法令上、明記されています。

一方、法令ではないガイドラインの記述で、HPKI方式のみを事実上要請していると世の中の的に受け止められています。その理由を2つ述べます。

1つ目は、医療情報システムの安全管理ガイドラインで、まず最低限のガイドラインとしてHPKI方式または電子署名法2条1項の電子署名を施すことという趣旨のことが書いてあると推察されます。

ただ、一方でこのガイドライン、あるいはもう一つである下位ガイドライン、電子処方箋の運用ガイドラインでは、「HPKI方式の電子署名が推奨される」と書いてあります。これは推奨としか書いていないのですけれども、公的機関が「推奨」と書くと民間がどう受け止めるかということの重みを十分に感じていただきたい。

それから、法令上にはない追加の条件として、「当該電子署名を検証しなければならない者の全てが、国家資格を含めた電子署名の検証が正しくできることが必要」と書かれております。

国家資格を証明する唯一の認証基盤がHPKI方式であると厚労省は説明をされていますので、先ほどの表現はこれによってHPKI方式が必須だと世の中の的には理解をされております。

自民党の提言でも、HPKI方式だけでは現実的ではないということが、去年の提言の中で明確に書かれているところがございます。

このガイドラインの具体的な記述を引用したものですので、ここは後でお読みいただければと思います。次のページも同じです。

この法令との関係とかガイドラインの記述のところに深く立ち入ってきちんと具体的に議論をしないとイケません。

言葉が悪いです、仕留められない理由というのは、ガイドラインのどこの部分をどういうふうに改正したらいいかというところを具体化しないからだと思います。

ですので、我々は今回どういうふうに直すべきだというところをきめ細かく示します。以下、説明します。

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン及び電子処方箋の運用ガイドラインの両方のガイドラインにおいて、次のような改正を行うことを提案します。

まず、このガイドラインで要請する条件が法令の規定に記述がある条件のみでよい。すなわち、電子署名法2条1項の電子署名であればよいということをまず記述します。その上で、電子署名法2条1項で認められる電子署名の例示として、HPKI方式とか、あるいは今民間で行われているクラウド型の電子署名などを列挙する。

そして、誤解を生むので、「HPKIを推奨する」という文言は全て削除する。これはマストでお願いしたい。

それから、「国家資格を含めた検証が必要」という記述も、かえって誤解を生むことがありますので、この記述も一切削除する。

以上が我々の要望でございます。

最後、付言をいたしますと、こういう議論をしていくとふと疑問に思うことがあります。話が複雑になるので要望の中に入れていませんが、実はリアルな場面でも記名押印というものを求めています、実は押印自体に意味があるのかというところがあります。別に押印自体、認印でもいいことになっていますので、すなわち誰が処方しているかということを表すために、記名をすることはもちろん重要だと思います。ただ、押印自体は必要があるのかということです。今回のデジタル改革関連整備法案の中でもリアルな場面で記名押印のところを記名と書き直している例が幾つもあります。実は今回も、医師法とか薬剤師法とかでも、本当は押印のところを消すべきだったと私は思っております。最後、これは話がごちゃごちゃになるので、あえて要望には載せていませんが、付言をさせていただきます。

以上でございます。

○大石座長 大変分かりやすい御説明をありがとうございました。

続きまして、厚生労働省から御説明をお願いします。

○厚生労働省（間審議官） それでは、資料2-2を御説明申し上げます。

今、小木曾様からかなりしっかり整理したものを御説明いただいたと思うのですが、私どものほうから4枚ほど御説明申し上げます

まず、電子署名についてなのですが、先ほど御紹介された安全管理ガイドラインにおいてはどういうふうに書いてあるかと言いますと、「法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて」で定める電子署名は、以下の4つを考えております。HPKI、認定特定認証事業者による電子署名、これは9社ほどあるのだらうと思います。それから、認定は取らないけれどもこういう認証事業者の方々、そして2と同等の本人確認を行われていること。あと4番、マイナンバーでございます。

このうち、おっしゃるように1番のHPKIについて現時点では医師資格等が確認できる唯一の署名であるため推奨という書き方になっています。

次のページ御覧いただきたいと思えます。

この辺りは、医療に係る文書でいろいろありますけれども、死亡診断書また死体検案書、処方箋については、記名押印あるいは署名が求められている。医師にだけ、例えばこの医師法の22条、あるいは医師法施行規則の20条、21条に関しては医師だけに認められた権能でございますので、これは文書を発出するときに、もちろん誰がということも非常に重要ですし、同時にそれが医師であることを確認することが必要だと私どもは考えております。

そのために、今現在は次のページにありますようなHPKIというものをやっているところでございますが、これは御指摘がありましたように、日本医師会、それからMEDISというところが医師会の非会員もいらっしゃいますので、非会員でも日本医師会で発行しますけれども、それ以外の選択肢ということでMEDISからも発行しています。枚数は、御指摘のような点で、今は1万8000枚余りということで、毎年、今のところ2,000枚ぐらいの増加ということで、もっとスピードアップが必要だと思っております。

その点から、4ページ目でございますけれども、今後の対応に関しては、医師が対外的に発行する電子文書への資格確認の普及のために、HPKIカードのさらなる普及も必要です。先ほど御指摘がありましたクラウド型電子署名も進めていく必要があるのではないかと考えていたのです。クラウド型電子署名の場合に、電子署名をクラウド型電子署名を行う事業者のほうに資格の情報を預けておくと、まさに医師であることの証明も技術的にできるのではないかと考えておりました、そういったものについても取り組まなければいけないと思っています。

それから、ちょっとこれは先の話になってしまうので、これからということになります。現在、国会に提出して御議論いただいておりますデジタル関連法案の中で、マイナンバーでもって国家資格管理をやっていくという流れになっております。したがって、これは令和6年施行なのですけれども、この中でマイナンバーとマイナンバーにひもづけられた国家資格で連携できますので、それでもってアプリを通じて資格認証をする。

つまり、必ずしもHPKIカードを持たなくてもできるオプションというものが増えるということができるのではないかと考えております。

このような形で、資格管理というか資格認証は必要だという考え方がありますが、そのやり方については多様化を図らなければいけないのではないかと問題意識で取り組んでいます。

それから、ガイドラインの記載につきましては、先ほど誤解を招くのではないかと、特にHPKI推奨というところ、HPKIだけを推奨するような書き方は、他の選択肢が出てくればそう書かなくていいわけでございますけれども、そのほか御指摘のありましたのは、「当該電子署名を検証しなければならない者の全てが、国家資格を含めた電子署名の検証が正しくできることが必要」というのがHPKIの特徴でありますので、必ずしもここに書く必要はないかもしれないなと思いますので、そういった点について御指摘を踏まえて見直しを行いたいと思っております。

私のほうからは以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そういたしましたら、ただいまの御説明について御意見、御質問等ございましたらお願いいたします。

小木曾様からも何か追加で御質問とか御意見とかありますか。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長） ぜひ、質問させてください。

○大石座長 では、先に小木曾さんからお願いします。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長） 今、説明が不分明だったところがあるので、明らかにさせてください。

電子署名法2条1項の電子署名でいいというものを法令で書いているという話と、それから医師とか薬剤師の専門家であるかどうかということの確認の2つのことをごちゃ混ぜにして御説明をされていたと思いますけれども、念のため確認をしたいのですが、資格が



あるということの確認は法令上求められているのでしょうか。求められていないとすれば、なぜ求めるのでしょうか。それは、推奨という意味だけなのでしょう。また、求められているとすると、それはリアルでも求めているのでしょうか。そこら辺が全くよく分かりません。

それから、端的に言うと、あともう一つ、HPKIとクラウド型電子署名の組合せという話をされていますが、これはHPKIと組み合わせないとクラウド型電子署名は認めないという趣旨でしょうか。法令上は電子署名法2条1項でクラウド型電子署名も入っていると思いますが、それ単体では駄目という意味であれば全く承服できません。

以上、お答えいただければと思います。

○大石座長 では、厚生労働省お願いします。

○厚生労働省（間審議官） お答えします。

電子署名法上の電子認証については、御指摘のとおり各省も同様の規定の仕方をしておりますけれども、単に電子署名と書いております。

もう一つは、医師法上の要請で「医師は」とあるので、現状も記名押印または署名をしなければならない。今度、死亡診断書や死体検案書につきましては、改正して署名という形にして電子証明で、これはHPKIを念頭に置いておりますから、そういう運用をしようと考えているところでございます。

これは文書上の話と医師法上の話とで、医師法上は医師であることがきちんと確認できることが要請されていると考えております。

もう一点は、カード型認証の話はこれはやり方をどうするかだと思います。クラウド型認証をやって、HPKIカードとリンクさせるかどうかはまた別の問題で、医師であることの資格をクラウド型認証の事業者がしていただければ、そこでクラウド型認証が進むということだと思いますので、そのやり方をどうするかというのを考える必要があるだろうと思っております。

以上であります。

○大石座長 小木曾様、よろしいですか。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長） すみません。質問したいことまだたくさんあるのですけれども、私だけ質問してしまうことになるので。

○大石座長 分かりました。

では、また戻ってまいりますので、ほかの方で、佐藤先生、手を挙げていらっしゃるのをお願いします。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

御説明ありがとうございました。

この話、前回、京都大学の黒田先生もされていた話に近いのかなとか、大体同じかなと思ったのですが、やはり彼もオンライン化が進まない理由として電子認証の仕組みが非常に厳し過ぎることは指摘されていたと思います。

あと結構面白い話で、「推奨」というのは結局それ自体が規制になるというか、例示自体が推奨になり、推奨自体が事実上ローカルルールという形で規制化していくということはどうも医療の現場ではあるようなので、ここの辺り、もしHPKIを制度の一つとして位置づけるにしても、クラウドであれ、ほかの手法であれ、あくまでも対等なものとして捉えていく。つまり、HPKIだけを推奨するという、少なくともそういうメッセージを現場に送らないようにしたほうがいいのかなとは思いますが。

あと、ちょっとよく分からなかったのが本人確認の話です。資格確認という話が何度か出てきたと思うのですが、これも黒田先生がおっしゃっていたことに関わるのだと思うのですが、医療機関というものがあるわけですし、医者でなかったらそこで働いていないわけですから、そこが「この人はお医者さんだ」ということを保証してくれているはずで。

ですので、その辺りの本人確認の在り方というのは、医療機関の公印といいますかサインでもって対応して置き換えるというやり方もあり得ると思いますので、捉え方が幾つかあるのではないかと思います。

以上です。

○大石座長 厚生労働省、いかがでしょうか。

黒田先生の話は佐藤先生がおっしゃったとおりなのですが、病院が組織公印の判こをつく。病院である以上、医療機関である以上そこに働いている医者はちゃんと医師であるという確認があることが前提であるので、必ずしもHPKIで両方の資格確認を取らなくてもいいのではないかと話です。

いかがでしょうか。

○厚生労働省（間審議官） 佐藤先生、ありがとうございます。

先ほどの最後の4ページ辺りで申し上げましたように、資格確認が必要だとしてもその多様化を考える必要があると思っております、そういうものができれば、HPKIだけを推奨とする必要は必ずしもないと思っております。そこは、何をやるためのものかという目的が大事になると思います。

それから、私が前回出席させていただいた京大の黒田先生の話も非常に示唆に富むお話であったと思っています。

その上で、医師が署名するという枠組みと、そこから組織認証の話というのはよく整理をしなければいけないと思っております、あり得ないとは思っていないのですが、よく制度的なものは整理をしなければいけないと思っております、この前、黒田先生がおっしゃっていたのは、まともなオーダリングのシステムを考えると、それは医師しかサインできない感じにつくっていますというお話がございました。おそらく、真つ当なシステムであればそうなのだろうと思っております。

専門家に任せるべきだというお話も前回あったと思っております。逆に言うと、任せてもいい専門家がいらっしゃる医療機関の認定というのが要るのか要らないのか、そういったこと

も考える必要があるのではないかなと思います。

これは目先の話というよりは、もう少し視点を大きく持って考えるべき話だと思っております、なかなか簡単にはそうですねと申し上げられないのですが、いただいた観点というのは受け止めているところでございます。

以上です。

○大石座長 では、続きまして、大橋先生、お願いします。

○大橋委員 ありがとうございます。

まず、電子署名は電子署名法、御指摘があったように2条、3条というものがありますがけれども、基本的に本人の真正性と電子でされた書面が真正なものという2点を確認するためのもので、よってこの2条、3条という非常にある意味ハードルが高い法律ができているのだと思います。

これを満たせば、あらゆるサービスは電子署名として認められなければならないものだと思っていて、特定のサービスが排除されたり、特定のサービスしか選ばれなかったりというふうな制度は、私の視点で言うと、独禁法上の問題も惹起しかねない問題になるのかなという感じはしています。

ですので、一律のサービスでこうしなければいけないというものを前提とするのではなくて、電子署名法で認められたものはサービスとして使われなければならない。それは今回いただいているHPKIのみならず、ほかのサービスも同様であるというものが本来行政としてあるべきスタンスなのかなと思うのですけれども、そういう私の理解で正しいのでしょうかというところをいただければと思います。

○大石座長 厚労省、いかがでしょうか。

○厚生労働省（間審議官） e-文書法令の解釈は、責任を持ってお答えができないのですが、おっしゃるように、法令上、電子署名法2条1項の電子署名でいいとされている点については基本はそうなのだろう。

ただ、それが個々の医療機関が発出する文書というのは、今後いろいろ医師が署名するもの以外もあり得るのだろうと思うのですけれども、そういうものを国家資格を持っている人以外が発出するものがあった場合に、それは別に必ずしもHPKIみたいなものである必要はないのだろうと思います。

ただ、この法律上あるいは法令上、特定の資格であることが求められているものについて、現行法の下ではその認証を電子の世界でしっかりやっていくことが必要なことではないのかなと。

ただ、そのときに先ほど来、佐藤先生あるいは大橋先生から御指摘いただきましたように、特定の手段だけしかないという状態がいいのかと言われれば、そこは選択肢はあったほうが良いと思っております、先ほど申し上げましたように資格認証を組み合わせたいようなほかのやり方についても取り組んでいかなければいけないのではないかと考えているということでございます。

○大橋委員 私の理解が正しければですけれども、署名をする人に対して資格を設けるとするのは、別に医師だけではなくていろいろな業種で存在するのだと思うのですけれども、電子署名のシステム自体は別に何を使ってもいいではないかということなのだと思うのです。新経済連盟の主張というのは、そういうふうを受け止めてよろしいということなのでしょうか。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長）

議論を整理すると2つあると思っております、要するにe-文書法で整理をしている電子署名の要件が何かということで、これについて縛りをするのはおかしいという話が1件。

もう一つ、e-文書法の話ではなくて、医師法とか薬剤師法の趣旨の要請から、資格者がちゃんと押しているということの確認を取らなければいけないという点に関してです。この要請に対する満たし方として、どういう満たし方があるかというところについて限定がかかっているのではないかというところの2つの問題があると、今の議論を聞いていて私も理解をさせていただきました。

前者も後者も両方とも限定をかけるべきではないと思っております、例えばクラウド型電子署名についても、医師の資格証とか薬剤師の資格証が必要であれば別途電子で送るということもできますから、資格確認すること自体はいかようにもできます。

一方で、僕が疑問なのは、リアルで医師か薬剤師がちゃんとやっていますというのは、単に病院でやっているということから推測されるということ以外に、リアルの場面ではどういうふうにそこを担保しているのかなというのはよく分からず、その関係でイコールフットリングになっているのかなという疑問を持ちました。

以上です。

○大石座長 今回の御指摘、御質問等について厚労省からお答えいただきたいのですが、その前に、河野大臣がお入りになられたので、もしよろしければ御挨拶及び一言お願い出来ればと思いますが、いかがでしょうか。

もう少し後のほうがよろしければ、後にします。

○長瀬参事官 大石座長、ちょっと御準備に時間がかかるので。

○大石座長 分かりました。

では、厚労省、お願いします。

○厚生労働省（間審議官） 電子署名そのものについては、広く医療機関が発行するもの全体を指定しておりますので、その点に対する限定というものは本来ないのだろうと思います。

その上で、電子処方箋などにつきましては、発行できる人が法令上限られているということから、繰り返しになって恐縮ですけれども、その確認が必要だということでもあります。

実際に、医療現場で様々なやり方があると思っておりますけれども、医師が基本的にまさに処方箋そのものについて誰か医師以外の人が書いているということは普通はしないのだと思

いますので、そここのところの証明をどういうふうにするかということ、基本的には個人認証、資格認証、もしくは先ほど大石座長から言及がございましたもう少し違うやり方があるのかどうかということについて、そこはちょっと長期的になりますけれども、考えなければいけないと思っています。

最終的に誰が責任を負うのかということがその文書上明らかになっているということが大事で、医師がやったということが確認できることが大事なのではないかと思っています。

そのための仕組みとして、現在はHPKIが推奨なのですということですが、それ以外のやり方についても考えていく必要があるだろうと、その点は御指摘を踏まえて考えております。

以上です

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、引き続きこの質疑を続けたいのですが、どなたか御質問、御意見等ございましたらお手を挙げてお話をしてください。

なければ、私から意見というか感想なのですけども、現在、電子処方箋等の一連の流れが、これは厚労省から言うと誤解だと思うのですけれども、このHPKIを推奨している、もしくはHPKI以外が駄目だということによっていろいろなものが止まっているという状況について、これは重大だと私どもは思っているのです。

その結果、今までやっていた紙と署名と認印という形のものより、はるかにハードルが上がってしまっているという状況も非常に重大だと思っています。

これはHPKIを進めることが国の目的ではなくて、より効率的・効果的な医療制度、医療の仕組みをつくるのが目的だと思いますので、この阻害要因をできるだけ早く取り除くということが厚労省としても必要ではないかと思ひますし、実際、思うところでいらっしやるような気はするのです。

ですので、現実問題、先ほど小木曾様から非常に具体的な4点について御提案をいただいて、厚労省がそのつもりでなかったとしても、勝手に推奨イコール必須だと思ひていらっしやる方々もいらっしやると思うので、例えばその「推奨」という言葉を削除することによってその誤解を解く。やはりこの業界は、推奨とか参考とか事例と書いてあると、それではないといけないと過度に思ひてしまう業界特性がありますので、それは厚労省のせいではないかもしれないのですけれども、先ほど御提案いただいたことについて速やかにお考えいただいて対応していただく必要があるのではないかなと思ひたのです。

この4点について具体的にどんな感じなのか。いつまでに、どんな感じで検討できるのか。これから検討しますだけではちょっと不十分なのではないか、いつまでたっても解決しないなという感覚があるので、そこを気にしております。

というのは、私の感想で、その間に河野大臣もお入りになられたので、大臣、もしもよろしければ御挨拶とコメントをいただければと思ひます。

○河野大臣 遅くなりまして、申し訳ございません。

お忙しい中、いつも皆様には御参加をいただきましてありがとうございます。

医療情報へのアクセスの円滑化、それから電子認証に関しての御議論をいただいていると承知をしております。

多くの患者さんが病気や薬の情報を積極的に集めて、その内容を知りたいと思っていられると思いますし、自分の治療については皆さん前向きで積極的にやっていきたいと思っていられるのだと思います。

そういう中で、患者さんが医療情報にしっかりアクセスできるような制度上の取扱いにしていくというのは、これから先、不可欠なのだろうと思います。医療を提供する側には利便性を実感できるサービスをしっかり提供する。そういう取組を後押ししていただきたいと思っております。

それから、年間に処方箋が8億枚とも言われておりますが、これをいつまで紙でやっているのか。それから、オンライン診療も活用して在宅医療を実現していくということも考えていかなければいけないと思っております。

コロナ禍で、コロナの感染者の報告がファクスだったとか、ワクチンに関しての接種記録も予診票という紙でやろうとしていたということもありました。この医療の分野、あるいはそれに関わる関係者は、デジタルトランスフォーメーションという技術の進歩を積極的に取り入れていかないといけないと思っておりますし、やはり迅速な対応ということを見ると、いろいろなことができるのだろうと思っております。

そういう意味で、しっかりとした未来を見据えた御議論をお願いしたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

○大石座長 ありがとうございます。

では、引き続き議論に戻りたいと思っておりますが、今の大臣の御発言について、または先ほどの私の感想について、厚労省、お手を挙げていらっしゃると思います。お願いします。

○厚生労働省（間審議官） では、先ほどの大石座長の御質問について、大きく2点あると思います。

いつまでという点については記載の見直しにつきましては、先ほどお渡ししました資料4ページのところにありますように、この見直し自体は令和3年度中に行いたいと思っております。

これも有識者の先生が集まって議論をして随時改定しているところでございますが、また新たな改定に取り組んでいきたいと思っております。その中で、先ほどのような誤解を与えるような記載はないようにしなければいけない。あるいは、我々が誤解を与えてしまうような書き方にしてはいけないと思っております。

その上で、電子処方箋の関係は、関係局が参っておりますので、そちらのほうから御説明をさせていただきたいと思っております。

○厚生労働省（内田企画官） 電子処方箋の担当管理職の内田でございます。

電子処方箋につきましては、2022年夏には運用を開始するというところで、今、急ピッチで開発に向けて進めているところでございます。電子処方箋については、登録時と調剤済み電子処方箋の登録時に、医師、薬剤師の各々の電子署名を付与するというところで、HPKIの仕組みはもちろん活用しますが、ほかの手段による対応方法というものも引き続ききちんと検討するという形で、今、開発に向けて運用条件を詰めているところでございますので、本日の資料4ページの話も見据えながら、HPKIを基本としながらも、適切な代替手段というの、追加コストがどれぐらい発生するのか、そこら辺も含めて検討しながら、しっかり運用に向けてやっていくということだと考えています。

○大石座長 すみません。今お答えくださった方、ちょっとお名前がどなたか分かりにくいのですが、HPKIが現実的に阻害要因になっているという御認識はありますか。

○厚生労働省（内田企画官） その認識もありながら、しっかりこれは検討させていただきたいと思っているところと、あと、これは現場の声として、処方箋が偽造されてはいけないという話をしっかり担保してくれという話と、医師の否認防止というところも併せて解決してくださいというところを言われていますので、HPKIだけということでは全然なくて、代替手段についてもここで検討しながら、しっかり電子処方箋の普及に努めていくという形で考えています。

○大石座長 偽造してはいけないとかという声は当然あるし、そこは重要だと思うのですが、過度に安全に振ってしまうことによって今の運用よりはるかに難しくなる。結果として全体が止まってしまうということはまああることなので、当然、安全であることは医療なので重要ですが、そこに過度に偏らないようにお考えいただけるとありがたいと思います。

大臣、お手を挙げていらっしゃいますでしょうか。お願いします。

○河野大臣 今の偽造防止なのですが、現在の処方箋で偽造の防止というのはどうやっているのでしょうか。

○大石座長 厚労省、お願いします。

○厚生労働省（内田企画官） 今、処方箋の偽造防止は薬局のほうで原本管理をして、そこは薬剤師の記名押印という形でやらせていただいています。

○河野大臣 いや、持ってきたものが偽物かどうかはどうやって分かるのでしょうか。

○厚生労働省（内田企画官） 目視ですね。

紙だからこそその目視でやっています。

○河野大臣 紙で目視でよかったら、何で電子で目視では駄目なのでしょうか。

○厚生労働省（内田企画官） 今、現場で懸念が上がっているのは、まさに紙でないので、電子上だとどれが原本かということをしっかり明確に確認できるようにしてくれという声が上がっています。さらに、ちょっとこれは議論が混同したら恐縮でございますけれども、電子処方箋の導入時は紙と電子が混在するという問題も発生するだろうと思っていて、その辺も含めて原本性をどこで担保するかというところで、私ども現場サイドでも頭を悩

ませているというところがございます。

○河野大臣 全部のお医者さんのサインをそれぞれの薬局が知っているわけではないのだから、処方箋っぽいものを持ってこられたら、今だって偽造の処方箋だと思って疑ってやっている薬剤師さんなどはないのではないのでしょうか。

○大石座長 しかも、判こは認印ですよ。

○河野大臣 だったら、電子証明をつけたほうがよほどちゃんとしていると言えるのではないのでしょうか。

○大石座長 厚労省、いかがでしょうか。

○厚生労働省（内田企画官） 今のような、御指摘も電子処方箋の検討のときに上がっていますので、引き続き運用のところをどうするかというのは、今、決め切れているということではないのですけれども、来年夏の運用開始までにこれは検討させていただければと思っています。

○河野大臣 極端なことを言えば、紙の処方箋で偽造し放題ということがあるのかもしれないのではないのでしょうか。

○大石座長 厚労省いかがですか。

○厚生労働省（内田企画官） 今現在、まさに目視で処方箋の形式だとか、マーク欄といったものを確認させてというのが現場の運用になっておりますので、電子になってさらにそれがどう見分けがつくのか、まさに電子になってみないとということもありながら、現場からいろいろと私どもも指摘を受けているところが現状です。

○大石座長 電子になってみないと分からないと言うと、解決にすごく時間がかかりますよね。

これは運用の話ではなくて、そもそもどういうふうな設計思想で設計するのかという問題ではないかと思っていて、今できていないものを電子の中で求めるというのは、その設計思想はどうかということを大臣はおっしゃっているのだと思います。

佐藤先生と印南先生が手が挙がっていますので、佐藤先生、お願いします。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

今、グーグルで処方箋偽造と検索したら、宮城県偽造が続発しているので注意してくださいという案内が出ていましたけれども、やはり紙ベースでも偽装はあるのかなと思います。

これも黒田先生の受け売りになってしまうのですけれども、本末転倒は避けたほうがよくて、あくまでもこのHPKIは手段であって目的ではない。それを普及させること自体は目的ではありませんので、本来は利便性の向上でありデジタル化の推進なので、それにかねえほかの手法でもいいのかなと思います。それから、全てのセキュリティーを全てシステムで保障するということはできないと思うのです。

最後は罰則の問題になってきますので、当然偽造は偽造で犯罪ですから、これは厳しく罰すればいい。それは今の紙ベースでもやっていることだと思っていますので、オンラインだ



からとかデジタル化だとか偽造があつてはいけないということではないと思いますので、そこはバランスよく対応いただければと思います。

○大石座長 今のコメントに対して、厚労省、いかがでしょうか。

○厚生労働省（間審議官） 医政局でございます。

これは先ほど申し上げましたとおり、おっしゃるとおり手段であつて目的ではないので何のためかということを考えながら、その証明手段などについても多様化を含めて考えていきたいと思っています。

デジタルだからより安全になるというメリットがあつてもいいと思いますけれども、それがために全部止まるというようなことは本末転倒だという大石座長の御指摘はそのとおりだと受け止めております。

以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

では、引き続き、印南先生、その後に小木曾様、お願いします。

○印南専門委員 2つあります。ありまして1つは原本のことですけれども、健康・医療・介護情報利活用検討会である委員の方がおっしゃっていましたがけれども、原本が紙か電子なのかと考えると、原本元は電子であるべきで、それをたまたまメディアとして紙で印刷しているだけという捉え方が可能であるとおっしゃっているのですね。

デジタル化を進めていくという際にはそれぐらいの発想のほう重要で、電子のほうを原本化する。紙で印刷するとか、それをUSBで渡すというのはメディアの問題だと区別したほうがいいという意見でした。その点について検討をされたほうがいいのではないのでしょうかというのが1つです。

もう一つは、デジタル化に関してここ数回ずっといろいろ議論を聞いていて思ったのですが、やっつてはいけない三原則みたいなもの確認したほうがいいのではないかと思うのです。

今、単に思いついただけで3つぐらいは出てきます。きて1つは電子化する際には、アナログ時よりも本人確認や偽造防止のハードルを高めない。2番目は、例示や推奨で実質的な規制をしない。法令の存在自体を規制の正当性の根拠にしない。規制自体の合理性を問題にしているのですから、法令上こういう根拠があるとか、禁止していないということは理由にはならないということです。3番目、個人情報保護をデジタル化の無条件の妨げにしない。バランスを取るといふことです。

この3つぐらいをすぐ思いつくので、これを確認してこの手の議論を進めるべきではないかと私は思います。

こちらは意見です。以上です。

○大石座長 御意見ありがとうございます。

厚労省、何かコメントはありますか。よろしいですか。

それでは、小木曾様、お願いします。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長） 既に指摘があったところですが、私から言わせるとリアルとイコールフットィングはまさにそうです。何回もさっきから厚労省に質問しているのですけれども、全く回答がないのですが、資格確認をそもそもリアルでどうやっているのかという話と、それからリアルでは偽造防止をどうやっているのか。大臣からまさに、むしろ電子署名でやったほうが安全ではないかとありましたが、全くおっしゃるとおりでございます。

こんな議論を私は10年以上やっけていまして、何年たったらこれが解決するのかと本当に思っております。

最後に、大臣が出ていらっしゃらないときに私が申し上げたことで繰り返しをさせていただきます。

私のプレゼン資料の3ページ目に、トータルの規制改革パッケージということで、実は手段ではなく目的としてはデジタル完結型医療を目指すというDXが最終目標だと思っております。

そのときに、パッケージとして4つが必要不可欠で、その4つの中の1つが今回の問題だと思っております。

ちなみにほかの3つは、オンライン医療、オンライン服薬指導、これは大臣御案内のとおりで、あともう一つ抜け落ちているのが、先週の判決で立法裁量と言われてしまいましたけれども、要指導医薬品の対面規制の問題です。診療と服薬指導はオンラインでいいのに、要指導医薬品だけいまだに対面だと言われておりますので、大臣、これも含めてぜひトータルでこの問題も含めて4つ、最終的な解決を目指していただければと思います。よろしく願いいたします。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

では、厚労省、前半のほうにありましたリアルで資格確認をどうやっているのか、リアルで偽造防止をどうしているのかということについてお答えいただけますか。

○厚生労働省（内田企画官） 先ほどの回答と被ってしまうかもしれませんが、これは完全に今は目視で紙の確認をしているというところと、資格確認につきましては、先ほど申し上げたように記名押印という形で、薬剤師法26条に基づいて現場でやっているという形でございます。

○大石座長 さっきからやり取りがずれている。

○一般社団法人新経済連盟（小木曾部長） はい。明らかにずれています。

○大石座長 見ても、それが医者を書いたのか。うちも山のように処方箋を発行していて、当然適法にやっていますけれども、その処方箋をじっと見てこれを医者を書いたかどうかとどうやって目視で分かるのかがよく分からないので、そこを御説明いただけますか。

○厚生労働省（内田企画官） 実際、目視をしているというところが、回答がずれているかもしれませんが、加えて、薬剤師さんが内容について確認したいときには疑義照

会といった形で病院に電話をしているという形でございます。

○大石座長 疑義照会は電子でも何でも発生しますよね。

ですから、なぜ目視が偽造もしくは資格確認になるのかということについて、多分、今お答えを持っていらっしゃるということを理解いたしましたので、御確認いただいて、また事務局のほうにお答えいただくとありがたいなと思っています。

そこが明らかに何らかの目視であったら分かるということであれば、皆さん納得するのだと思うのですけれども、今のお答えだとイメージも湧かないし、難しいのかなという感じはしています。

ほかに御意見、御質問等ございますでしょうか。

武藤先生、どうぞ。

○武藤専門委員 質問なのですけれども、HPKIのオルタナティブと申しますか、先ほど御紹介のあった認定特定認証事業者による電子署名とか、あるいはクラウド型電子署名、これのメリット・デメリットというのはどんな感じになりますか。どういう特徴があるのでしょうか。それをお尋ねしたいと思います。

○大石座長 武藤先生、これは新経連にですか、それとも厚労省ですか。

○武藤専門委員 厚労省です。

○大石座長 では、厚労省、お願いします。

○厚生労働省（前田室長） 厚生労働省でございます。

技術的な部分で私からお答えをさせていただきます。我々御説明をした最初のところで、4つございます。

これは資格確認を伴うもの、あるいは個人認証がしっかりしているというところで大きく区別ができるのではないかと考えておりました、1番は議題になっておりますけれども、資格確認が唯一できる署名であるということで、現在、推奨させていただいているというものでございます。

2番と4番に関しましては、個人認証、もちろんJPKIですから、御本人である真正性が非常に担保できるということでございます。

その他の3番の部分でございますが、これは単なる電子署名ということと、2番との大きな違いは、電子署名を作成されるときに個人であるということの特定が非常に厳格に行われているということで分かりやすいということもありますし、認定業者ではなくても同様の本人確認をいただいているものについては、御本人が確認できるということで、4つを並べさせていただいているものでございます。

以上でございます。

○武藤専門委員 その場合、HPKIと同じように手続の煩雑性とかカードリーダーが必要とか、そのほか費用の問題とか、それらの比較はどのようなのでしょうか。

○厚生労働省（前田室長） お答えいたします。

特にHPKIですと現状はカードによるものになりますけれども、最近クラウド型電子署名

をお認めいただいていますので、そういったところであれば、一つ一つカードリーダーを通さずとも本人確認ができるところで、運用面で有利な点もあろうかと思ってございます。

以上でございます。

○武藤専門委員 では、HPKIよりは煩雑性、費用の面、設備の面でも利点があるということなのですか。

○厚生労働省（前田室長） 御指摘のとおりであるのですけれども、一方でカードですとカードそのものに資格、御本人の情報が入っておりますので、電子署名を行う場合にはすぐできる。

クラウド型の場合は、一度クラウド側にアクセスして戻ってくるということになりますので、そういった電子的な負荷があるとは思いますが、基本的には設備整理という点で言えば、クラウド型に有利な面も大変多いと承知をしております。

以上でございます。

○武藤専門委員 なるほど。分かりました。

○大石座長 ありがとうございます。

では、そろそろ時間が参りましたので、本件についてはこれぐらいにしたいのですが、大臣、何か最後でございますでしょうか。

○河野大臣 最後のところの議論を聞いていると、資格だったり偽造のところの確認だったり、あまり理屈がしっかりと通っていない気がします。

それでずっとやってきた、というのはちょっと怖いなという気がするので、厚労省には、きちんと現実を見て、何がベストなのかということをちゃんと返せるように、そこはしっかりやっていただきたいと思います。

お願いします。

○大石座長 大臣、ありがとうございます。

そうしましたら、本件に関しましては、確かに処方箋を出すためには医師の資格確認とその処方箋自体が正しいものであるということの確認は要るのですが、またHPKIを使うことのメリット、両方セットになっているという意味ではメリットもあるのですけれども、現実問題としてそれによっていろいろなものが進むことが阻害されている、また今後も阻害されるであろうということが十分分かる中で、例えば資格確認は黒田先生がおっしゃったみたいに組織公印の中で対応するという、要するに2つのことをばらすという方法もあり得るでしょうし、そこら辺は厚労省もHPKIと共倒れすること望んでいらっしゃるとはとても思えないので、現実的に何ができるのか、何をすべきなのかということを考えることが結構大事なのかなということ。

あとは、印南先生がおっしゃったことがすごく大事だと思っていて、3つの原則をちゃんと踏まえてあるべき論、要は運用の話ではなくて設計思想の話だと思いますので、そこら辺も含めてお考えいただきたいなと思います。

せっかく新経連から非常に具体的な御提言をいただきましたので、この御提言そのもの

についてどうお考えになるのか、いつまでにどう対応するのかということについて、また事務局のほうからフォローを入れさせていただくことになるかと思っておりますので、またそれについてというのと、それ以外も追加的な御説明をお願いするかもしれませんので、またよろしく申し上げます。

ということで、時間になりましたので議題2についてはここまでといたします。新経連様、厚生労働省様、ありがとうございました。本日は、会議をこれで終了したいと思います。

大臣、副大臣もどうもありがとうございました。

本日はお忙しい中、どうもありがとうございます。