

## 産官協議会「次世代ヘルスケア」第1回

日時：平成30年10月29日 15:00～17:00

場所：内閣府本府 日本経済再生総合事務局内会議室

### 1. 議事

- (1) 開会・事務局説明
- (2) 関係省庁から現状・今後の取組の説明
- (3) 有識者によるプレゼン
- (4) 自由討議
- (5) 閉会

### 2. 出席者

#### 【アドバイザー】(五十音順)

今村 聡	日本医師会副会長
翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
喜納 信也	株式会社ミナカラ代表取締役
高橋 泰	国際医療福祉大学教授
堤 浩幸	株式会社フィリップス・ジャパン代表取締役社長
中尾 豊	株式会社カケハシ代表取締役CEO
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長

#### 【省庁】

##### 内閣官房

新原 浩朗	日本経済再生総合事務局 事務局長代理補
平井 裕秀	日本経済再生総合事務局 次長
佐藤 正之	日本経済再生総合事務局 次長
花尻 卓	日本経済再生総合事務局 参事官
竹内 直喜	日本経済再生総合事務局 参事官

##### 厚生労働省

迫井 正深	大臣官房審議官(医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当)
鳥井 陽一	医薬・生活衛生局総務課長
森光 敬子	保険局医療課長

##### 総務省

飯村 由香理	情報流通行政局情報流通振興課情報流通高度化推進室長
--------	---------------------------

##### 経済産業省

西川 和見	商務・サービスグループヘルスケア産業課長
-------	----------------------

3. 第19回未来投資会議（2018年10月5日）における次世代ヘルスケアの方向性について、内閣官房日本経済再生総合事務局より資料1に沿って説明。
4. オンライン医療の現状・今後の取組について、厚生労働省、総務省、経済産業省より、資料2～4に沿って説明。
5. オンライン医療に関する取組状況等について、医療法人社団鉄祐会、株式会社ミナカラより、資料5、資料6に沿って説明。
6. オンライン医療に関する意見について、株式会社フィリップス・ジャパン、株式会社カケハシより、資料7、資料8に沿って発言。

（アドバイザー・関係省庁からの意見の概要（順不同））

#### < 血圧計等の機器の規制のあり方について >

- 診療等に必要なプロの医療機器（いわばトコトン情報）と、予防など一般に用いられる（いわばマママ情報）とで基準を変えられるとよい。
- 外来で得られる以外の、ウェアラブルで得られる情報が手に入ることは、参考になる。ただ、それを「医療」そのものに位置付けようとする、難しい問題が生じてくる。「マママ参考になる」、という情報が増えれば増えるほど、結果的に診療の質は上がるのではないか。
- 診療と、そうでないレベルとでは、機器に要求する基準が異なって良いという議論は、首肯できる。しかし、規制当局として、最後は医療に使うという場合、その精度をどう担保するのか、という立場にあるため、医療として必要な規制のラインを緩める、ということにはならないのではないか。診断ができる等と謳わなければ、別に現状であっても、（製造・販売は）妨げられていない。

#### < 服薬指導について >

- 対面で本人に服薬指導ができているのが6割というのは非常に重要な問題。オンラインを活用することにより、対面と組み合わせつつ、本人に直接働きかけることが重要。
- 「6割」のデータについては、疾患が明らかでないこと、対象が子どもや、認知症の高齢者も含み得ることから、（幅のある未確定の数字として）もっとフラットに見た方がよい。
- いつ・誰が指導をしたかというトレーサビリティの観点、副作用など何かあった時に薬局から発信できることや、薬を飲んだ後どうなっているのかという点のモニタリングも含めて、薬剤師と患者との双方向性が担保される、という意味においても、オンライン服薬指導は有用。
- 特区において、オンライン服薬指導の有効性・安全性と実現可能性を検証したいと考えているが、厳しい要件で、対象ケースが集まらない。オンライン服薬指導について、こういうことを検証したい、何を指すのか、といったところ明らかにして、これを可能にするのであればどういう検証をすべきか、という点を、まずきちんと設計する必要。
- 特区については、数がかなり少ないと認識。患者のリクルートが進んでおらず、やれといっても自治体も進めるのが難しい状況。

#### <医薬連携について>

- 多職種連携は重要。医薬「分業」から医薬「連携」に、パラダイムシフトを起こした方がよい。
- 薬剤師が医師にやりとりをする手法としては、現在は疑義照会、在宅医療の報告書、トレーニングレポートの3種類。疑義照会については、薬剤師にとっては心理的ハードルと方法論でなかなかワークしていない。
- 処方箋のような限られた情報では、薬剤師が正しい服薬指導ができるとは思わない。現実的に、質の良い医療をやりようと思ったら情報共有が必要。
- 医師から薬剤師に対して病名や検査情報の提供をすることは、どうなっているのか。
- 現在でも医師から薬剤師への必要な情報提供は努力義務。
- 信頼できる医師と薬剤師の信頼関係が構築された中で、患者の病気等の情報を共有していくことが必要。そういうことは、オンライン・オフラインの組合せの中で行い易い部分もあるのではないか。

#### <医療情報の連携について>

- 医療情報の連携は、最終的に行き着くところは、情報連携の費用を誰が持つかという点。
- 国が基盤を作り、民間企業がその上で色々なことを行うというのがよい。
- 個人が自分のデータを持つようにすれば、処方箋をもって個人が薬局に行った際にPHRのデータを提供すれば済むのではないか。
- 海外においては、患者の健康・医療情報が関係者で適切に共有できる仕組みができていて事例がある。例えば、患者が、セカンドオピニオンやサードオピニオンを得ようとする場合にも、患者が自分の意志で自分の健康・医療情報の病院間共有を可能にできる、患者主体の仕組みになっている。こうしたことが日本ではまだできない要因としては、よくも悪くも個人情報保護が重要視され、個人の健康・医療情報を共有するということが後回しになりがちであること、また、各病院・各診療科・各ベンダーでシステムが細分化し、それぞれに閉じていることがある。
- 日本の現状で悩ましい点は、相当程度人口及び医療機関数が多く、技術も相当程度進んでいるために、システムが個々で高度に発達していること。国としても、一定程度の情報システムを構築することは約束しており、これから具体的にどうするか検討する段階。色々なレガシーシステムがある中で、それぞれをつなげるインターフェースを構築するには大変お金がかかる。負担と得られるメリットの関係をよく考えた上で、どこまでのレベルのものを作るのか、という点が大事。日本でも「これを標準としてほしい」ということは前から伝えているが、そうではないシステムを改修する費用については、誰が払うかという問題が発生する。
- システムの標準化ではなくて、使う情報の標準化が一番大事。システムは変えなくても、情報のフォーマットを統一するのが大事。
- 遅れている点もあるが、最低限の情報は共有するという方向で、スケジュールや工程表も示して進めている。
- 全国で共通のプラットフォームがある利点としてよく出てくるのは、「他県で倒れたときに情報連携できると便利」という話。確かにいい話だが、それはレアなケース。実際のケースは日常診療のほうが多い。費用の制約もあるなかでは、日常診療で、だれもがこれはよかったなと思えるところから進めることが大事。

<オンラインでの医療の推進に向けた今後のあり方について>

- オンライン診療に関し、進めていく方向性については間違いない。医師、患者、自治体、企業、健康な住民等がどのように認識を共有していくか。現状はサイロ化（縦割り化）しており、それをどう統合していくかが課題。
- オンラインでの患者サポートソリューションを手掛けるなかで、患者さんの治療モチベーションの低下をいかに防ぐかが重要であることがわかってきた。オンラインを活用することで、支援者が適時適切に介入し、患者さんの状態変化の見えないところを「見える化」していくことが、患者さんの治療モチベーションの維持・向上に有効だと考えられる。
- オンライン診療のガイドラインは、初めてなので慎重に作られたこともあり、誰でもすぐにオンライン診療を実施できるような内容にはなっていない。今後の改訂で現実には即したものになることを、期待。
- 対象となる診療科が少ないことが、オンライン診療の普及しない大きな理由という考え方には反対。同じ診療科においても、オンライン診療に適している患者とそうでない患者がいる。学会等で意見を集約しながら検討していくべき。
- もともと、オンライン診療は自由診療で始まったという背景があるため、「際物」扱いされ易い。正しいあり方を、世に提言していかなければいけない。
- オンライン診療について、「厳しい」という意見がありつつも、ガイドラインが作成され、診療報酬の中でも位置付けられたことで、第一歩が踏み出されたと評価。今後は、便利だからなどというデマンドに基づき急速に広げることを目的とするのではなく、本当に必要なニーズのある人に適切に適用されることを目指すことが重要。
- これまで保険で認められていた電話等再診が、今回の診療報酬改定で保険外になってしまった結果、対面と組み合わせたとき対面の部分も保険外になってしまうという点については、どう考えるか。
- 経過措置がとられ、3ヶ月以上電話等再診を実施していた患者は引き続き電話等再診が利用可能となっており、それほど問題はないと思う。それでやめてしまう医療機関に対しては、「点数が低いから、収益にならないからやめる」という判断をしているということも考えられるのではないか。
- オンライン診療の今後の進め方の方針については、共有され理解されていると考えている。これから議論し、しっかりと検証しながら進めていく。
- 医療従事者の負担が減るという前提の下で、患者さんに新たな価値を提供できるようなものでなければ、現場で広がらない。医療従事者の働き易さを考慮すべき。
- 考慮すべきポイントは、1つは収入。2つ目はコスト。その際、金銭的なコストだけでなく、現場の負担感を減らすことが重要。3つ目は医学的なアウトカムを出すこと。
- コストに関しては、1つは、現場の負担感が減る、患者の満足度が上がる、といった、現場がどう改善するかという点、2つ目は、インセンティブや診療報酬をどのように付けるかという点、3つ目は、公的保険外サービス（ある程度価値があれば消費者自らお金を出す）。これらのうち、どれに当てはまるようなプロジェクトを実施していくのか、ということが重要。
- オンライン医療を実施するに当たり、患者本人がタブレットを操作できない場合も多い。訪問した家族や物流関係者が、患者に代わり端末操作をすることで、チーム医療の一員に加わっていくことが考えられる。