

10/27 未来投資会議 構造改革徹底推進会合

「健康・医療・介護」会合（第1回）

（開催要領）

1. 開催日時：2017年10月27日（金） 9:00～11:30
2. 場所：合同庁舎4号館2階共用第3特別会議室
3. 出席者：

越智 隆雄 内閣府副大臣
村井 英樹 内閣府大臣政務官

翁 百合 株式会社日本総合研究所副理事長
高橋 泰 国際医療福祉大学教授

鈴木 邦彦 日本医師会常任理事

（議事次第）

1. 開会
2. 関係省庁による説明及び自由討議
 - （1）データ利活用基盤の構築
 - （2）医療現場におけるICT化
 - （3）予防・健康づくり
 - （4）科学的介護の実現
3. 閉会

（配布資料）

- 資料1：総務省・厚生労働省・経済産業省 提出資料
資料2：総務省・厚生労働省 提出資料
資料3：厚生労働省・経済産業省 提出資料
資料4：厚生労働省・経済産業省 提出資料
-

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ただいまから、未来投資会議 構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合(第1回)を開会いたします。

御多忙の中、御参集いただきまして、ありがとうございます。

本日は、越智副大臣、村井大臣政務官に御出席をいただいております。また、日本医師会から鈴木常任理事に御出席をいただいております。

なお、村井大臣政務官は公務のため、途中で御退席の御予定でございます。

まず初めに、越智副大臣から御挨拶をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

(越智副大臣)

皆様、おはようございます。

今日がこの会合のキックオフでございますけれども、お忙しい中、お集まりいただきまして、心から感謝申し上げます。

9月8日の未来投資会議を受けまして、今後Society 5.0の社会実装に向けた生産性革命の実現に向けた取組を進めることといたしました。その際、これまでの成長戦略の成果と足らざる点は何かといった観点から、今後、取り組むべき事項を再整理して、重点化して推進するため、現状分析と課題の洗い出しを行って、生産性を飛躍的に高める投資の後押しに向けた議論を行うこととしております。

少子高齢化が進展し、中長期的な労働力人口の減少や社会保障費の増加が懸念される中で、現場の生産性を上げながら高齢化・人口減少下でも質が高く、効率的な健康・医療・介護のサービスを提供可能としていくことが重要であります。

6月に閣議決定いたしました「未来投資戦略2017」では、技術革新を最大限活用し、個人・患者本位で、最適な健康管理と診療、自立支援に軸足を置いた介護など、新しい健康・医療・介護システムを2020年度本格稼働に向けて構築していくこととされています。このため、今後の対応の方向性を早急に具体化させていく必要がございます。

本日は、日本医師会から鈴木常任理事に御参加をいただいております。今後とも、関係省庁や医療界の皆様と連携して進めてまいりたいと思っております。これから関係省庁から検討状況のヒアリングを行いますが、忌憚きたんのない御意見をお願い申し上げます。

以上で御挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、報道関係者はここで御退席をお願いいたします。

(報道関係者退室)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

時間も限られておりますので、出席者の御紹介はお手元にお配りしております座席表で代えさせていただきます。

早速議事に入らせていただきます。本日は4つの項目、1番目がデータ利活用基盤の構築、2番目が医療現場のICT化、3番目が予防・健康づくり、4番目が科学的介護の実現、この4つの項目でございます。1番目と2番目の項目をまとめて議論させていただいて、その次に予防・健康づくり、そして、科学的介護の実現と、この3つに分けて議論を行い、現状分析と課題の洗い出しを行ってまいりたいと思います。項目ごとに関係省庁からこれまでの取組の状況を御説明いただいた上で、その後、自由討議をさせていただきたいと思います。

それでは、まず1番目のデータ利活用基盤の構築、2番の医療現場のICT化、この2つにつきまして、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

おはようございます。厚生労働省の審議官をしております伊原でございます。

まず、今日最初にいただきました2つのテーマ「データ利活用基盤の構築」「医療現場におけるICT化」ですが、今年の7月4日にデータヘルス改革推進本部にて、塩崎前厚労大臣の下で今後のデータヘルス改革についての取りまとめを行っております。そのことを冒頭に簡単に御紹介させていただきたいと思っております。

「データ利活用基盤の構築」という資料の1ページ目、ここに「データヘルス改革により提供を目指す7つのサービス」とございます。これは2020年、オリンピックの年を目処に7つのサービスを実施していきたいと考えております。その内容でございます。

まず、国民のメリットでございますが、こうした7つのサービスをやることで、ここに6つ挙げておりますけれども、こうした国民が目に見える形でデータヘルスの便益を受けられるようにすることを考えております。1番目に、国民一人一人が、みずからの健康データの変化を把握し、自ら予防行動をしやすくする。2番目に、保健医療関係者の間での情報連携が進みまして、患者さん

の過去の治療履歴や服薬履歴を踏まえた診断・診療を受けられるようにする。3番目に、医療的ケアが必要な障害児（者）が緊急時に不安なく、安心して外出できる、全国どこでも治療が受けられるという体制を設けるということとしております。4番目に、科学的根拠のある介護サービスで、自立支援介護を実現して、本人・家族の不安を軽減する。5番目に、遺伝子医療によって、個別化医療を大幅に進めて、がんの克服に近づく。6番目に、認知症の要因を分析し、最適なキュアとケアを実現する。革新的創薬の研究を進めるとともに、認知症に伴う課題の克服を目指すということで、認知症対策を進めていくというように考えております。

7つのサービスはその下にございます。7つありますけれども、大きく4つのカテゴリーに分かれます。

Iのカテゴリーは、全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供です。これは医療機関にある電子カルテといった情報を横でつないで、それを活用して全国で見ることができるようにするという内容でございます。詳しくは後で御紹介させていただきますが、上に①とありますけれども、全国的な保健医療ネットワークを整備して、医療関係者などが円滑に患者情報を共有できるサービスを設けるものでございます。②は、その中の医療的ケア児について、2020年より前倒しでこうした子どもたちの医療情報を全国で見られるようにするというサービスを実施したいと考えております。

IIのカテゴリーが、国民の健康確保に向けた健康・医療・介護のビッグデータの連結・活用ということですが、これは主として、医療保険のレセプトデータを健康保険組合などの保険者が活用して、従業員一人一人の予防活動あるいは、事業主全体の取組というものに生かしていく。あるいは、ビッグデータの医療と介護を個人単位で連結しまして、それを政策に応用していく。あるいは、医薬品企業などが創薬などに活用していくというような、ビッグデータをデータベース化して活用していく。こうしたことでございます。

IIIのカテゴリーが、科学的介護の実現ということで、介護の分野では、要介護認定など、相当データベースはございますが、ただ、一人一人どのような介護をしたらどう変わったかというところまでのデータはまだ蓄積されておられません。こうしたデータを蓄積いたしまして、世界に例のないデータベースを構築していこうと考えております。

IVのカテゴリーが、最先端技術の導入ということで、がんゲノムの情報、AIの開発基盤について整備していく。こうしたサービスを考えております。

今日は、主にこの中でIとIIとIIIについて御説明させていただきたいと考えております。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策担当))

それでは、全国保健医療ネットワークについて御説明させていただきます。

3ページ目「全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供」ということでございます。上の四角でございますけれども、現在、健診や診療に関する情報がバラバラでございますして、個人・患者本位で、最適な健康管理、診療、ケアを提供する基盤が整備されているとは言えない状況でございます。こうしたことから、全国的な保健医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス、また、先行的にやります医療的ケア児の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が迅速に必要な患者情報を共有できる、そうしたサービスの提供を目指すものでございます。

下に絵がございますが、一番下にネットワークで共有をするということで、各病院や診療所、薬局、そして、医療圏ごと、こういった圏域がございますが、上のほうの、まず健診情報や診療情報、処方情報など、患者の基本情報、健診の情報などをきちんと集めまして、これが初診時に活用できること。更に救急の場合でございますが、基礎的な患者情報を想定してございまして、こういったものが緊急時に活用できるという、こういうネットワークでございます。現在、このネットワークにつきましては、右上に来年度予算で8.3億円を新規で要求とありますけれども、この中で、また、全国ネットワークの各機能の要件定義、セキュリティ対策の検討などにつきまして、予算要求しております。また、保健医療記録共有サービスを検討、実証するための予算を要求しております。そして、先行的な医療的ケア児の情報共有事業なども要求してございまして、トータル8.3億円でございます。

また、現在総務省の予算で進めております実証事業での検討にも、厚労省としても参画いたしまして、検討しているところでございます。課題でございますが、まず収集、共有する保健医療データの項目であるとか、既存の地域単位の医療情報の連携ネットワークとの関係でございます。現在、都道府県の半分ぐらいのところでは県レベルのネットワークが構築されているところでございますが、ここの構築の在り方を含めまして、実は費用負担に合った便益を得られるネットワークのサービスをどのように構築していくかが課題でございます。そうした中で、データヘルス改革推進本部のプロジェクトチームの中で検討を進めたいということでございます。

以上でございます。

(吉岡総務省大臣官房審議官(情報流通行政担当))

総務省でございます。

4 ページ目、このネットワークにつきまして、来年度の概算要求は、今、厚労省から御説明があったとおりでございますけれども、現在、総務省を中心にして、この実証事業をまず行っているところであります。全国の地域医療連携ネットワーク（EHR）を相互に接続する基盤の構築に向けた検証、実証事業ということでありまして、下の図にございますように、全国に大小様々な地域医療連携ネットワークが既にあるわけでありまして、これを相互に接続をしまして、また、上にありますような、医療等分野の様々なサービスについて、この相互接続基盤を介してやりとりする。そういう基盤を構築すべく、現在、全国5つのフィールドを設けて実証を行っているところであります。

この事業を通じまして、上にありますように、ネットワークの相互接続、また、標準規約によるデータ交換、それから、セキュリティ確保ということにつきまして検討し、実運用フェーズに移行するための運用ルールなどを策定していきたいと思っております。この実証事業につきましては、総務省の事業ではありますけれども、当然ながら、厚労省との連携の下にNTTグループを実施主体とし、医師会をはじめ三師会、病院会、各フィールドの医療機関が参画する協議会を立ち上げまして、その他、多くの協力企業とも連携し、いわばこの分野のオールジャパンの体制で取組を進めているところであります。この成果につきましては、実運用を担う厚労省にしっかりと引き継いでいくということと考えているところでございます。

5 ページ目、なお、こうしたネットワークの構築と並行しまして、個々のEHRにつきましても、クラウド活用型の双方向で質が高く、そして、低コストなEHRに変えていこうという整備事業を現在全国16カ所で行っているところでございます。この事業の成功モデルにつきましても、厚生労働省の普及策を活用して、全国に波及させていくということと考えているところでございます。

次に、2つ目のパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）でございます。

7 ページ目、御案内のように、近年、個人の医療・介護・健康データを本人の同意のもとで様々なサービスに活用することが可能になってきているという状況にございます。こうした中で、下の図の左側にありますように、国民の皆さん、まず、子どもが生まれてからも母子手帳が出ますし、子どもが学校に行くと学校健診があり、そして、社会人になると会社の健診があるということで、さらには、生活習慣病の情報、あるいは介護予防の情報というものを逐次いただいでいくわけでありまして。こうした情報を、本人が自らのライフステージに応じたアプリを取得して、そして、それを本人同意の下でPHR事業者提供し、様々なデータ活用を図る仕組みを考えているところであります。

データ活用の方法としては、右側にございますように、災害／救急時、あるいは引っ越しのとき、また民間保険会社、ヘルスケアサービス、臨床研究機関

等への活用など、多分野での活用が考えられると思っております。平成28年度から3カ年の事業といたしまして、私ども、その上にございます4つのPHRサービスモデルの開発と、そして、こうしたサービスについて横断的にデータを管理・活用できるプラットフォームの開発を行っている状況でございます。

総務省からは以上でございます。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

続きまして、経済産業省から8ページについて御説明させていただきます。

今、両省から価値の高い情報を集める、つなぐという観点からのご説明がございましたが、経済産業省は、実際に健康、医療情報を使って本当に医療費適正化に繋がるのかという観点からプロジェクトを実施しております。

御案内のとおり、医療経済学の世界では、予防政策によって医療費は減らないという考え方があります。図を御覧ください。糖尿病を例にご説明しますと、中段の図に幾つかカラフルに色がついておりますが、糖尿病が重症化している部分は紫の中の一番左側の真っ赤なところです。ここが実際に治療、投薬／人工透析を行っている方々です。現在このカテゴリーに1.5兆円もの医療費を使っています。しかし生活習慣病は感染症と異なり、いきなり重症化はしません。必ずその手前の段階があります。オレンジの部分で示しているのが軽症者です。HbA1cが6.5を超えると医学的には病気です。ところがHbA1cが7を超えるまではほとんど自覚症状がありません。ちなみにHbA1c5.6を超えると、健康診断でイエローカードが出ます。黄色で示している所です。現状ではこの赤い点線で囲んだオレンジと黄色のカテゴリーにいる人の約8割は健康のために何もしないとされています。何もしないまま重症化して膨大な医療費を使うことになるのです。他方、これまで予防政策として実施してきたプロジェクトに参加したのは右側の薄い緑のカテゴリーのうち、点線で囲まれた部分の方々です。その殆どが健康に関心のある元々健康な方です。このためこれまでの予防政策では結果的に健康な方ばかりが参加してきたので医療費は減らないのです。また、この方々に関する健康データは沢山あるのですが、こうしたデータをいくら分析しても重症化予防に繋がるツールを創ることはできないのです。

したがって、やみくもに健康データをとるのではなくて、重症化直前の人だけを対象として、予防政策によってどれぐらい効果があるのかを調べる必要があります。日本糖尿病学会でも、重症化直前の方は3ヶ月間運動と食事管理をすれば相当程度健康状態が改善すると言われながら、これまでしっかりとしたデータを採られたことがなかったようです。今回のプロジェクトでは、左側の図にありますように、重症化予備群にウェアラブルデバイスをつけていただき、3ヶ月間体重、血圧と活動量を測り、運動をしていなかったり、体重に変動が

あった場合に医師に通報が入るとともに、本人に対して注意を促すメールを送るというものです。このメールもいちいち医師が送る必要はなく、ほとんどコンピュータが自動的に配信をしてくれます。

今回のプロジェクトへの参加者は糖尿病軽症者の642人ですが、母数は164万人の中から抽出しています。そして、この642人を8つのチームに分け、さらにそれぞれのグループ毎に、メールを送って注意喚起するグループと、計測はするもののメールを送らないグループに分けて比較検証する事業を実施したのです。

このプロジェクトの結果が9ページの最下段にあります。結果は我々の期待以上でした。資料には8つのチームのうちの一つを示しています。このチームは母数9.3万人から選んだ168名を対象にしています。メールを送って注意喚起した「介入あり」というグループでは当初HbA1cが平均で6.99と重症化直前であった方々が3ヶ月の運動と食事管理だけで基準値である6.5を下回るHbA1c 6.43にまで下がったのです。これを薬で達成するためには多額の医療費が掛かるだけでなく生涯薬を飲み続ける必要があるのです。体重を測って、血圧を測って、万歩計を付けて時々メールで注意しているだけでこれほど改善するのです。別のチームでは3カ月で12キロ体重が減った例もありました。介入しないグループも毎日測定はするので、それなりに改善はするのですが、介入グループと比べれば明らかに大きな差が出ています。しかも、今回は糖尿病をターゲットにしましたが、高脂血症や高血圧など他の指標も大きく改善しています。今回、この事業はトライアルでしたが、これから3年間日本医師会や糖尿病学会のご指導をいただきながら、対象者2,000人を300万人から抽出して、同様の実証事業を実施し、その事業で集まったデータを用いて介入のアルゴリズムを作り、医療現場で耐えられる人工知能を開発します。

ちなみに、ビックデータ解析を行うためには接続するデータの質を徹底的に揃えておく必要があります。10ページ目に示しているように、8つのチームで実証したデータを統合するために、予め計測するデータの標準化をするルールを決めました。次の11ページ目を御覧いただければ分かるように、かなり細かい基準まで決めてプロジェクトをスタートしたのですが、結果的に8つのグループのデータは全くつながりませんでした。その理由は、測定機器から送られるデータの頻度やタイミングが異なるので、単位や桁数を揃えたくらいでは全く役に立ちませんでした。また、機器毎の測定誤差も大きいと単純に接続すると誤った解析をすることになります。こうした誤差は医療現場では容認できないレベルになると思います。

ウェアラブルといっても既に様々なものが発売されていますが、実際に医療現場での使用に耐えられるものはどれかを考えるため、全ての機器を10人の職

員が身に付けて実際の歩数を数えて測定しました。次の図がその結果です。腕時計型では誤差が大きすぎて比較することはできません。今後のプロジェクトの中では3%の誤差に収まる機器だけを使って情報を収集し、アルゴリズムを作ろうと考えています。世界的にも、ビッグデータを使ったプロジェクトは、膨大なデータの中から使用に耐えられるデータを抽出するデータクレンジングという作業に膨大な手間とコストが掛かるため頓挫しているものが多いようです。特に医療分野ではデータの質が重要です。こうした質の高いデータをきちんと収集できるのはおそらく日本だけだと思いますので、今後厚労省、総務省と連携しながら医療分野での人工知能を作る事業を推進して参りたいと考えております。

以上です。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

次が、ビッグデータ連結・解析、プラットフォームをつくっていくということでございます。

15ページ目、左側ですけれども、NDB、介護総合DBというものがございます。NDBというのは日本の医療保険の、国民健康保険や被用者保険などのデータを全部集め、匿名化しまして、どういう病気で、どういう受療行動をして、入院しているのか、また、外来はどうなっているのか、そういうことを分析できるデータベースでございます。

この下にありますように、医療レセプトは130億件のデータベースがあり、特定健診であれば2億件のデータベースがございます。介護総合DBというのは、介護のレセプト、それから、次にあります要介護認定の4,000万件のデータ、そして、DPCというのは、医療保険のデータですけれども、急性期病院のデータです。こうしたデータは、今は医療レセプトと特定健診はつながれておりますが、NDB、介護総合DBといったデータベースをつなげまして、これをいろいろな分析あるいは研究に使っていかうと考えております。右側にありますように、ユースケースということですが、予防施策の効果の検証、あるいは医療・介護トータルのサービス利用状況の分析というように活用していきたいと思っております。

16ページ目、具体的なユースケース例として、これはある特定の自治体で、要介護の住民の方が、医療サービスと介護サービスをどのように受けたのか調べたものです。ある方が脳梗塞で急性期病院に入院したことをイベントとしまして、その前の6ヶ月にどのような医療を受けていたのか、その後、どのような介護サービスや医療サービスを受けていたのかを分析したものです。

下のところに分析がございましてけれども、この「0」というところが脳梗塞を発症したときで、その前の6ヶ月にどのような医療サービス、介護サービス

を受けたかということを示しています。わかることは、その下に青色とオレンジ色で出ていますけれども、例えばこの①を御覧いただければ、イベントが起こってから、その後、一般病床から回復病床、療養病床へのシフトが見られます。同時に、6ヶ月後も30%の方が人員配置の高い一般病床に入院している事実が認められ、今後この部分にどのように介入していくべきかを考えることができます。

介護サービスでは、発症後、6ヶ月たったら70%以上の方は介護サービスを受けています。ある程度想像がつくことですが、このサービスの内訳としては、老人保健施設と通所介護が増えていて、それ以外のサービスの利用はありません。意外だったのが、例えば脳卒中連携パスというものを我々はつくっておまして、脳卒中が起こった後、どのような支援をしていくかというプログラムがあるわけですが、こうしたものの利用が低調であることも分かってきます。トータルに医療と介護をつなぐことによって、いろいろな分析ができるシステムを2020年には完成させたいと思っております。

次はスコアリングのお話でございます。

20ページ目、下の左側にありますけれども、今、日本健康会議と申しまして、企業、役所もそうですし、日本医師会などの医療団体、保険者の団体などが集まって、日本全体で健康になろう、予防を一生懸命やろうというプロジェクトを行っております。その中の一つの大きな柱として、各健保組合あるいは各企業に対しまして、全体平均から見ると、あなたの会社の従業員等について肥満とか脂質とか血糖とか肝機能とか血圧がどうなっているとか、あるいは禁煙の状況がどうであるとか、医療費の状況がどうであるかなどを示したスコアリングレポートをつくって通知しようということを考えております。来年度は、健保組合に対して送ることを考えております。

さらに、右側になりますけれども、翌々年、平成31年度からは、来年度はNDBのデータを使いますけれども、各保険者が定期的に加齢者の健康状態等を事業主と共有できるよう、スコアリングレポートだけではなくて、個々の被保険者が、例えば先ほど経産省から重症化予防の対策についての一つのエビデンスを出そうという動きを御説明いただきましたけれども、そのような重症化予防を具体的に自分の従業員に対して行っていけるような、サポートとなるようなツールをつくっていかうと、このように考えております。

具体的な作業としましては、来月からこのスコアリングのための検討会を、経産省と一緒に立ち上げまして、こうしたプロジェクトを推進していきたいと考えております。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

続きまして、②の「医療現場におけるICT利活用」について御説明させていただきます。資料2でございます。

1 ページ目、まず、厚労省の保健医療分野におけるICT化の推進の取組の全体像をお示ししておりますが、一番下にデータヘルス改革推進本部がございます。その上ですけれども、これまでの取組として、医療情報のデジタル化・標準化、医療情報の共有・連携のネットワーク化、イノベーションを生み出すビッグデータ化でございます。その上、これにより医療機関等の連携の推進、研究開発の推進、医療の効率化の推進。一番上でございますけれども、目標は患者・国民の皆様に対する保健医療の質の向上でございます。これが目標でございます。あくまでもネットワークありきなどではなくて、質の向上のために手段としてやるということでございます。

2 ページ目、医療現場におけるICT利活用の状況について整理させていただきました。左側に項目がございます。真ん中ですけれども、成長戦略の記載について記載しております。そして、右がこれまでの取組状況と今後の対応でございます。

まず、電子カルテでございます。電子カルテにつきましては、2020年度までに地域医療において中核的な役割を担うことが特に期待される400床以上の一般病院における電子カルテの全国普及率を90%に引き上げるということでございます。これにつきましては、26年度時点で約8割ということで、前回3年前と比べますと20ポイント増ということで、目標達成に向けて順調に推移していると認識しているところでございます。

真ん中ですが、先ほど御説明いたしました地域医療ネットワークでございます。これにつきましては、地域医療ネットワークの全国各地の普及に向けまして、地域医療介護総合確保基金によるネットワーク構築費用の支援、それから、診療報酬による評価、そして、様々な情報発信を行うことになっておりますが、右のほうでございます。まず、地域医療構想でございますが、これにつきましては、28年度末に全都道府県で策定をし終わったところでございます。この都道府県が計画に位置づける場合におきましては、この基金の活用が可能となっております。また、診療報酬でございますが、前回の報酬改定の中でICTを活用した医療情報の共有化について見直しを行ったところでございます。そして、ネットワークの情報提供でございますが、「医療情報連携ネットワーク支援Navi」を今年の2月に厚労省で開設したところでございます。

次に、電子処方せんでございます。これにつきましては、現在の取組といたしまして、平成28年の3月に「電子処方せんの運用ガイドライン」を策定したところでございます。そして、今後処方せん標準フォーマットについて改定予

定でありまして、引き続き推進していくこととしております。

3 ページ目、電子版お薬手帳でございます。これにつきましては、患者自身が服薬情報をどこでも入手できて、薬局薬剤師から適切な服薬指導を受けられるよう、機能性の向上について検討を行い、そして、地域医療ネットワークの全国各地への普及と併せて国民への普及を進めるとというのが成長戦略の記載でございます。この取組でございますが、H27年に電子版お薬手帳の標準データフォーマットを拡充・統一いたしまして、運用上の留意事項について、地方自治体に発出したところでございます。それから、予算事業の中で、電子版お薬手帳の活用を推進しているところでございます。

最後に遠隔医療でございます。これにつきましては、未来投資戦略2017の中で、遠隔医療についてオンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者への効果的な指導・管理、また、血圧・血糖等の遠隔モニタリングを活用した早期の重症化予防、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものにつきましては、次期診療報酬改定で評価を行う。さらに、有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020年度以降の改定でも反映させていくという記載でございます。

これにつきましては、取組でございますが、まず、遠隔診療につきましては、現在の診療報酬におきまして、遠隔の画像診断、また、病理診断、それから、電話などによる再診、また、心臓ペースメーカーを使用している患者さんに対するモニタリングを用いた療養指導につきましては、既に評価が行われているところでございます。未来投資会議におきまして、この平成30年度診療報酬改定に向けた検討の具体例も提示したところでございます。今後、遠隔診療の報酬上の評価につきましては、中医協におきまして、来年の改定に向けて議論を行っているところでございます。

6 ページ目、参考資料といたしまして、まず電子カルテでございます。真ん中に病床規模別の電子カルテの普及状況をお示ししておりますが、400床以上のところ、H23年が約6割で、H26年、3年間で約8割ということで、20ポイント上がったところでございます。この調子でいけば、かなり多くなるのではないかと考えております。

7 ページ目、保健医療分野における標準規格の整備・普及促進の状況でございます。下のほうに参考ということで、厚労省における標準規格認定の仕組みをお示ししております。まず左ですけれども、民間企業や学会などの規格作成団体がございます。こちらのほうで標準案の採択を申請する。そして、HELICS協議会というものがございます。この中で採択の可否を検討し、採択をした場合には下のほうに行きまして、これは厚労省の下に設置されている保健医療情報標準化会議、ここに御提言いただきまして、ここでいろいろ議論をいたし

まして、最終的に厚労省が標準規格として普及を推進していくものとなっております。この規格になりますと、様々な厚労省の補助金であるとか事業、診療報酬等で採用されていくという段取りでございます。

8ページ目、これまでの具体的な規格でございますが、まずH22年の3月に出たものでございます。一番上の医薬品HOTコード、これは医薬品の標準的なコードでございます。5番目のICD10、これは病名の基本コードでございます。11番目の画像、DICOMですけれども、これも広く使われる標準項目でございます。23年、14番目の臨床検査マスター、JLACというものをしておりますが、これはなかなか使われていないところが問題でございます。一番最後、H28年の3月に出したのですが、26番目、SS-MIX2のストレージ仕様書、それから、構築ガイドラインをお示ししているところでございます。

10ページ目、地域医療ネットワークでございます。先ほども御説明いたしましたが、まず、上のほうですけれども、各都道府県に対しまして、基本的な方針というものをお示ししております。その中で(5)ICTの活用ということで、質の高い医療提供体制、それから、地域包括ケアの構築のためには、ICTの活用は情報共有に有効な手段であるということをお示ししております。そして、標準的な規格に基づいて相互運用性の確保、将来の拡張性も考慮し、コスト低減に努めるなど、ICTの活用を持続可能なものとして進めていくことが重要であるということをお示ししているところでございます。

下が基金の具体例でございますが、広島や島根、滋賀県などで使われているところでございます。

11ページ目から参考でございますけれども、28年度、前回の診療報酬改定でICTの評価がなされておりますが、保険医療機関間で診療情報提供書を提供する際に、併せて画像情報、それから、検査結果などを電子的に提供し活用することについて、所要の点数が評価されているところでございます。施設の基準につきましては、他の保険医療機関と連携して、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークの構築と、別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていることという基準で運用されているところでございます。

12ページ目、先ほど御説明した厚労省の支援Naviでございます。中身でございますが、3点ございます。まず、様々なネットワークの好事例をピックアップして紹介をしております。それから、ネットワーク構築のための一般的な構築手順などをお示ししているところでございます。それから、ネットワークに関する様々な情報を提供しております、これを見れば大体いろいろなことがわかるということでございます。

14ページ目、電子処方せんの普及の取組でございます。これにつきましては、

一番上に、まず電子化を可能とする規制緩和を行ったところで、H28年3月に施行しております。こういうネットワークなど、実施環境の整った地域で実働していく。また、お薬手帳との連携は大事でございますので、そういったことを踏まえながらやるということでございます。

下に絵がございしますが、真ん中の下のほうに橙色で患者さんがございますけれども、医療機関を受診した際に、電子処方せんの引換証を受け取ります。その引換証を持って右の薬局に行って、薬局では上のサーバーにアクセスして処方箋を獲得するという仕組みでございます。そして、お薬手帳がある場合には、こちらに情報提供するということですが、なかなか手間が多いということで、これにつきましては、まだ普及していない状況でございます。

16ページ目、お薬手帳の状況でございます。まず、お薬手帳でございますけれども、意義でございます。左の上ですけれども、まず、患者さんの服薬歴が記載できる、経時的に管理ができるということと、患者さん自らの健康管理に役立つほか、薬の相互作用防止、副作用の回避に資するというものでございます。

メリットでございます。まず、スマートフォンにダウンロードしていただくのがポイントでございます。スマートフォンを持っておれば携帯性が高く、来局時、来診時にも忘れにくいということや、保存容量が大きいために、長期にわたる服薬歴の管理が可能でございます。そして、服薬歴以外でも、様々な運動だとか健診の記録だとか、そういった情報も管理可能でございます。ただ、問題は、スマートフォンが使えない人には使えないというところがございます。

そして、課題でございます。下のほうですけれども、今、日薬を初め多くのアプリケーションが提供されておりますが、それぞれ閲覧、書き込み方式にバラツキがございました。それから、紙のお薬手帳と異なりまして、薬剤師が容易に閲覧できず、服用歴を確認できない例もございました。

そういった現状、課題がある中、取組でございますけれども、どの薬局の情報でも記録できるような標準データフォーマットを拡充・統一して、運用上の留意事項を自治体に通知したところでございます。

下のほうですが、どのお薬手帳を利用しているも、薬局のパソコンから一元的に閲覧できる仕組みを構築しているところでございます。こういった利用を進めているところでございますが、現在のユーザーは薬をもらうことが多い高齢者であるとか小さい子どもを持つ母親に二極分化して、我々のような世代はまだ持っていない。そもそも私もダウンロードしようとしたのですが、スマホのバージョンが古くて入れられなかったとか、そういう課題などもございまして、今後もそういったものを含めながら、いろいろと検討させていただきたいと思っております。

18ページ目、遠隔診療でございます。これにつきましては、遠隔診療の意義でございますけれども、一番上ですが、かかりつけ医による効率的な医療の提供が可能である。最新の技術進歩を取り入れることで、医療の質、それから、生産性の向上などをするように、診療報酬上の評価を行っていくということでございます。例えば対面診療と適切に組み合わせて提供することにより、かかりつけ医による日常的な健康指導、疾病管理が飛躍的に向上するであろう。そして、慢性疾患の重症化予防等の領域でも大いに活用できるということでございます。

今、診療報酬につきましては、医師対医師、遠隔の画像、病理につきましては、それから、医師対患者、心臓ペースメーカーの遠隔のモニタリングによる療養指導については評価がされているところでございますが、右のほう、今回の診療報酬改定に向けて、今、議論を行っているところでございます。

私からは以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、ただいまの厚生労働省、総務省、経済産業省からいただいた御説明を踏まえまして、御質問、御意見をお願いできればと思います。

(翁会長)

御説明ありがとうございました。

順番にお伺いしていきたいと思うのですが、最初に確認をさせていただきたいのですが、未来投資戦略2017ではオンライン資格確認や医療等IDの議論が出ておりました、これも2020年から本格運用を目指すと言われておりますが、これらは全て関係してくることだと思っておりますが、どのように進捗しているのか、どのような活用を考えているのか、そのあたり、今、御検討のところまで結構ですので、教えていただきたいと思います。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

今日御説明しました7つのサービスを実施していくための基本となるのは、医療IDの問題であったり、あるいは医療IDを活用する際に最初に出てくるオンラインの資格確認だと思っております。現在検討の最終段階を迎えておりました、来月の上旬には、医療保険部会で御議論いただくかと思っております、この構造改革徹底推進会合におきましても、来月予定されていると聞いておりますので、その場で御報告させていただきたいと思います。

(翁会長)

一つの鍵になるのが医療等IDだと思います。また、国民の利便性を考えましても、これを活用して、できるだけ利便性の高いものにしていただくことが、まず重要かと思っております。

それから、データ利活用基盤ということで、1ページ、2ページ、3ページ、4ページのあたりで御説明をいただいたのですけれども、具体的にどのようなデータからこういったデータ利活用基盤を構築していこうとしているのか、ステップのようなことを、今、お考えがございましたら教えていただきたいと思っております。

また、例えばここで健診情報などを書いてございますけれども、既に標準化されている特定健診やレセプトのデータなど、こういったことについては、何かこちらのほうでお考えがあるのかということも教えていただきたいと思っております。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

まず、1ページを御覧いただきたいと思っております。大きくI、IIという構想がございます。先ほど申し上げましたが、Iはむしろ病院や診療所が今、手元にあるデータ、電子カルテの情報、例えば薬もそうですけれども、画像なども含めたデータをどうつないでいくか。それは先ほど椎葉審議官から御説明した件です。

もう一つが、このIIのところでした、特定健診のデータやレセプトのデータ、これはある意味標準化されていて、全国同じルールで出されているものです。ただ、もちろん検査の結果はなかなか入っておりませんが、それ以外のものは入っております。

まず、Iは後で椎葉審議官から御説明させていただきますけれども、レセプトや特定健診のデータにつきましては、今、我々は、一つはNDBなど、匿名化してデータベース化しております。これをどう活用していくかということでございます。それから、今度は匿名データではなくて、具体的な固有名詞のついたものをどう活用していくかですけれども、特定健診に関しては全て御本人に開示することは問題ありませんので、これは今、検討中でございますが、オンラインの資格確認の問題と一緒に御本人に見えるような形のものを構築しようと考えております。

レセプトデータにつきましても、ぜひ将来的にはそういう方向を目指したいと考えておりますが、その前に解決すべき問題、どの範囲なら御本人に開示していいかなどということもございますので、その辺の検討は並行して行っていきたいと考えております。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

データでございますけれども、特にこの3ページでございますが、この中で、特定健診情報は標準化されているとして、診療情報、処方情報でございますけれども、これは電子カルテにある情報とレセプト情報、2つございますが、それが右のほうに持ってくると、まず患者の基本情報、患者の名前とか生年月日がございます。それから、初診時等に活用できる情報が一番必要でございます。こうすると、傷病名情報であるとか診療行為の、例えば診療内容、検査、基本的な検査ですね。そういったものが必要でございます。それから、入院されていた方は退院時のサマリーというものが大変有用なデータでございます。こういったものが共有をできる、そういったものが必要かなということで、実際に各ネットワークの中でいろいろなパターンがありますが、電子カルテから持っていく方向とレセプトから持っていく方向と、いろいろございますので、そういったものを含めまして検討させていただきたいと考えています。

（翁会長）

4ページのEHRの相互接続のところなのですが、これはそれぞれの地域の医療連携ネットワークをつないでいくイメージで、まずは、そこでそれぞれデータの管理というものは地域地域で分散管理をし、それをつないでいくイメージで考えておられるのか。また、データの標準化についての検討状況ですね。このあたりは先ほど少しお伺いしたのですが、具体的に何が一番ネックでどういう克服をされようとしているのかというようなことを確認させていただけますか。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政局担当））

4ページのEHRの相互接続、今、実証事業を行っているわけでありましてけれども、御指摘のように、全国様々250ぐらいの地域医療連携ネットワークがありますので、それらをつないでいくということで、これは考えているわけでありまして。ただ、相互接続基盤でどれだけの情報を共有するかということにつきましては、厚労省とよくよくそこは詰めていきたい。全ての情報を全国で共通に持つ必要は必ずしもない部分もあるのだろうと思っておりますので、その整理は必要だと思っております。

また、地域医療連携ネットワークだけではなくて、ここのEHRに参加していない医療機関が直接結ぶ。この図の中の一番右側に書いてありますけれども、そういうケースもあるのだろうということで、ここも実証の対象としてやっているところであります。

データ標準化につきましては、基本的に厚労省が定めている標準規格に基づ

いて全てやっておりますので、そういう中で、今、特段何か問題が起きているという認識はございません。

（翁会長）

相互接続基盤の管理者はどういう主体を想定されているのでしょうか。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

実際に扱っているデータのセキュリティだとか、公平性だとか、いろいろなことを考えると公的なものかいいのかとか、実際に扱うのは医療機関などですので三師会が中心だとか、いろいろなパターンが考えられると思いますが、それも含めまして検討させていただきたいと考えております。

（翁会長）

今まで、もう既に250の地域医療連携ネットワークがあると思うのですけれども、既に地域を越えていろいろな情報をやりとりしてうまくいっている先進的な事例はございますか。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政局担当））

私どもが承知しているものとしましては、一つは広島全県を対象とするネットワークと岡山全県を対象とするネットワークがありますが、これは隣県でもございますので、既に相互に接続されているケースがございます。

それから、東北で、先ほど御説明していた高度化支援事業ということをやっているわけで、その中でも、宮城の医療圏と岩手の大船渡の医療圏とを結ぶという取組が、この高度化事業の中で進められているところであります。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

つけ加えますと、佐賀県のピカピカリンクと隣の久留米市のアザレアネットなど、そういった例もございます。

（翁会長）

先進的なところがある一方で、まだ全然進んでいないところもたくさんある状況ですね。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

実際、患者の本当に頻繁に動くところは連携が進むのですけれども、ほとんど動かないところはなかなか進まない状況でございます。

（高橋副会長）

そういう実証実験を進められている形なのですけれども、これは相当お金がかかるわけでありまして、どれくらいのトラフィックがあるのかという数字を整理して、一度提示いただきたい。場合によっては、今、まさに言われたように、トラフィックの少ないところは本当につなぐ必要があるのだろうか。限られた財源でありますので、むしろ3ページのほうの構想を重点的にやるとか、そのような検討が必要なのではないかと思います。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））
承知いたしました。

（翁会長）

PHRにつきましては、先ほど少し特定健診を確認できるようにするというお話がありましたけれども、民間もかなりこの分野をやっているわけですが、このあたりの整理、協調するところと、インフラとして提供するところと、民間が独自にいろいろなサービスが提供できる、そこのところの住み分けや整理というのは、どのように検討されておられるのでしょうか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

まず一つは、先ほど特定健診のデータを見えるようにしようというお話を検討していると申し上げました。これはぜひ来月御説明したいと思いますが、マイナポータルの活用を考えております。ただ、これは本当にベーシックなデータです。後は予防接種の履歴など、そういうものについては考えておりますが、別途、先ほど経産省から、7ページにありますように、実際に民間でこうした様々なアプリがつくられて提供されています。特にこのアプリを提供している中には、大きな保険者がやって、従業員に対して、自分たちの健康づくりとか予防活動の一環として行われておりまして、そうした活動は我々としてはぜひ保険者と民間がタイアップして、どんどん普及していただきたいと、このように考えております。

また、スコアリングについては、保険者が持っているデータを事業主単位で見える化し、事業主と共有し、事業主の意識改革が促され、加入者の予防・健康づくりが進み、その取組が広がれば、保険者の保健事業について委託を受けている民間事業者さんたちの活躍の場は広がっていくのだと思っております。従いまして、民間事業者さんが保険者の持つデータを活用しながら、保険者のデータヘルスの支援をしていただければと思います。PHRについては、その仕組み全体から、民間と保険者の活動をどううまく連携させていくかは重要な視点だ

と考えております。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

その点、補足させていただきます。8ページ目を御覧いただけますでしょうか。私どものプロジェクトの中でも、データの取り扱いやサービスの内容には注意を払っています。8ページの左の図にありますように、測定データは産業医、保険者、経営者に送られます。経営者は対象者がプロジェクトに参加しているかをチェックします。計測データは、保険者が持つ健診データ、レセプトデータと突き合わせて、これは危ないとなったときに医師に通報があり本人にも注意喚起のメールが送られるという仕組みです。

もう一度右の図を御覧いただきますと、従来の予防プロジェクトは健康な人が健康を維持するために参加するものでした。それはそれで大切なのですが、医療費をイメージした上の赤の三角形が示すように、従来の予防プロジェクトに参加する人は元々医療費が掛かっていませんので、こうした予防事業をいくら実施しても医療費は減りません。民間のサービスも殆どがこの分野です。それに対して今回のプロジェクトでは、重症化直前の状態にある方々だけを対象にしていますので、そういう方のデータが一般に流通するのは危ないだろうということで、プロジェクトに参加する段階で本人同意を取得し、個人情報として医者と研究関係者の限定された範囲で利用することにしています。このプロジェクトによって作られたアルゴリズムは、本人を特定できませんので、民間も含めて様々なサービスを行うためのインフラにする予定ですが、個人情報を取り扱う段階では、利用範囲を限定する設計としています。

実際のサービスの点で申し上げますと、糖尿病学会の先生によれば、感染症を中心とする従来の診療というのは、既に発症している患者を目の前で診て診断し薬を処方すればよかったのですが、生活習慣病の場合は、正しく診断するには病院に来ていない間の情報が非常に重要なのだそうです。しかし、現実にはこうした情報は患者本人の自己申告しかなくて、客観的なデータを見ることはほとんど不可能だったそうです。今回のプロジェクトでは、毎日の活動量や体重、血圧の変化が継続的に把握でき、しかも、本人への注意喚起はコンピュータがほぼ自動的に行い、危ない時だけ医師に通報があるので、忙しい医師が全てに対応しなくても良い点がありがたいとのことでした。このように、医療として行うサービスでは本人性の確保とデータの精度は極めて重要です。他方、自身での健康管理を基本とする民間のサービスでは、データの精度などはそれほど高くなくてもいいのですが、参加者が楽しんで継続できるといったことが重視されます。このように民間サービスと医療サービスでは、データの取り扱いや精度などを区別して行うことになるかと思っております。

以上です。

（高橋副会長）

7ページについて、ここの黒い枠で囲まれた中に、学校健診アプリがあって、ここの中の学校健診アプリ以外は厚労省にあるわけですが、ここのデータだけは文部科学省にある。ここにいない人に言うのも何なのですが、ぜひ、ここの部分に関しては文部科学省に協力いただいて、データを出していただかないといけない。私が調べたところによると、ほとんどが紙であると。ただし、全国統一のフォーマットで、その紙もかなり質の高いものが用意されているということで、その紙のデータをまずデータ化して、それで、厚労省と一緒に連携をとって、ホールライフのパーソナルレコードができるという形に進むのが望ましい形だと思いますので、ぜひ、事務局のほうに、必要な会議のときに文部科学省に出てきていただいて、この議論に加わっていただけるように働きかけていただきたいと思います。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

承知しました。文科省とも厚労省ともしっかり連携ができるように準備したいと思います。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政局担当））

7ページのこのPHRのサービスモデル、4種類、私どもは開発を進めているわけでありまして、今、御指摘がございましたので、我々は常々教育のICT化につきましても文科省と連携してやっておりますので、こうした事業の中で、学校健診の情報というものがこういった形でできるのかできないのか、よく文科省と相談をしてみたいと思います。

（翁会長）

データ利活用基盤のところにつきまして、追加的に何かございますか。

（越智副大臣）

先ほど江崎調整官からの12ページのところの説明で、糖尿病の改善という中で、歩数計などの精度の話のところ、日本にしかできないという表現があったのですが、その理由をもう一度教えていただけますか。

（江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官）

ありがとうございます。

一昨年リトアニアで開催されたライフサイエンスをテーマとした国際会議でも、ビッグデータを活用した健康管理は重要なテーマになっていました。私が参加した高齢化のセッションでは、他にブラジルとイスラエルとドイツが発表していましたが、スマートフォンなどを活用した健康情報のビッグデータは、データの質が悪過ぎて分析に耐えられないというものでした。つまりこうしたデータは医療にはとても使えないという報告でした。現在、ウェアラブル端末やスマートフォンなどを使って膨大な情報は集められるのですが、本人へのフィードバックや単なる注意喚起型レベルでは良くても、医療には使えないというのが世界的にも理解され始めています。

この理由は、先ほど8ページで申し上げたように、集まってくる健康データは元々健康に関心の高い方がほとんどです。こうした方々のデータを参考に運動指導をすれば、重症化直前の人にはかえって危険な場合も少なくありません。したがって、医学的には運動させるにもどの程度の強度が適切か、食事管理や体重や血圧との関係を適切に指導するには、重症化予備群を対象としてデータをとらなければならないのです。実際、こうしたデータは日本でも取得が難しいのです。先ほど164万人から640人ほど抽出したと申し上げましたが、このHbA1c6.5以上の方というのは、どの会社でも概ね従業員の2%弱いることは分かっています。しかし、これらの方々は最も医師の言うことを聞かない人と言われています。そもそも健康診断を受けないし、受けても運動しないし食事の制限もしない、医師の言うこともあまり聞かない。経験則的にはこれらの人たちが3カ月程度運動と食事管理をすれば相当改善すると言われており、このカテゴリーの人たちを集めてデータを採ることは糖尿病学会の長年の悲願だったのですが、上手くデータを集めることはできていませんでした。この点は世界的に共通なようです。ただし、このカテゴリーの方々はサボりたくてサボっているというよりは、仕事が忙し過ぎて健康管理に注意を払えないことも多いのです。

なぜ今回日本でこれが可能になったかといいますと、後半でまたご説明しますが、健康経営という会社全体で健康管理に取り組むアプローチの中で、重症化予備群を抽出して、その方々に御協力をいただくというものです。日本の場合は企業の参加によって、同じ条件で沢山のデータが集められるのです。統計的に有意な結果が出せるレベルでデータを集めることは、ドイツでもイスラエルでもブラジルでもできなかったのです。実は、億人単位の人口がいる国でこれだけ精度の高いデータを採ることはほとんど不可能なのですけれども、日本であればできると思います。先ほど、学校健診の話がありましたが、14歳までのデータがほぼ同じフォーマットできっちり採られているなどというのは、実は奇跡に近いような状況です。ただ、今まではこれらのデータを活かした例が

殆ど無く大変もったいないという問題があります。

こうしたプロジェクトでは被験者の協力取付けが大変なのです。最も忙しい人をつかまえないといけないのですが、一度きっちり精度の高いデータを採用してアルゴリズムを作ることができれば、その後は健常者も含めたある程度精度の低いビッグデータを逆解析していくことによって、アルゴリズムを鍛えることができるようになるのです。それによってお医者さんから見ても使用に耐えられる医療サービスや医療機器が作れるのは、日本しかできないだろうということです。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

私のほうから、データ利活用基盤のところでは1点だけ補足で質問させていただきます。資料の3ページのところで、一番上の表題に「全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供」ということが書かれておりまして、総務省の資料の5ページでございますけれども、ここもクラウドで薬局、歯医者、病院の診療所、いろいろなところがつながっていくという中にも介護施設というものが入っております。

したがって、この議論の一番初めところで医療IDの話がございましたけれども、まさに地域において地域包括ケアをやっていくという時に、医療の現場、介護の現場、そういうものを包括的にどうやって連携させていくかというところがこれから非常に重要になってくると思います。そういうことをつなげていくために、この医療IDのところは、特に介護との連携のところは地域医療連携ネットワークの中では、個人の情報がつながるようにするには、現状ではどうなっているかということと、それを将来、今後医療IDが入っていくときに介護まで広げてデータを連結するようにするというときに、医療IDをどう活用していき得るのかということについて、現状と、今後どうしていくことを検討しているのかをお聞きしたいと思います。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、防災対策担当））

厚労省でございます。

現状のネットワークの中には、介護も入ってやっているところがございます。その中では、特に介護は市町村単位でございます。そして、なかなか県を越えることはないだろうということで、医療は医療圏という市町村よりも大きな概念ですけれども、介護はおそらく市町村でほぼ完結するのかなと。先駆的なところで、例えば市町村単位でネットワークを組んだりするところは、介護も入ってやっているところがございます。全国的にやる際には、介護は基本的に要らないのではないかという気がいたします。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

そうすると、医療IDをどの範囲で使うのかということについては、現状で何か。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

その問題は、先ほどの資料15ページのデータベースの話とも関連すると思っております。先ほど椎葉審議官からお話し申し上げたように、現在は市町村単位ですので、市町村のデータであれば、介護保険を運営しているのも市町村ですし、高齢者医療制度も市町村ですし、国保も市町村ですので、この16ページの松田教授のような分析が今でもできるのです。

全国でやろうと思うと、このデータでは限界があるので、厳密にやろうとすると新しいIDが必要になります。今、我々がやろうとしているのは、IDがなくても、名前や生年月日など、共通する情報をハッシュ関数にすることができまので、一人一人が厳密につながっているのかどうかは別として、統計的には使えるというところまで来ています。これを本当につなぐためには、もう一歩進めていくことが必要になってまいりまして、これは来月御説明したいと思っておりますけれども、例えば健康保険の被保険者番号みたいなものを活用できないかと、今考えております。

それを介護の世界まで使うのかどうか、これはよく介護保険の側とも調整しながら考えていく課題だと思っております、できるだけ近いうちによく整理したいと考えております。

（翁会長）

それでは、医療現場のICT化で遠隔診療なのですけれども、遠隔診療についてお話を伺ったのですが、これは未来投資会議でも医療の質の向上と、医師、患者双方にとってのメリットを上げていくという観点から、これをしっかり進めていくという議論で、未来投資戦略2017でも書かれているわけですけれども、これは健全な形で進めていく必要があると思っております。ある一定の、診療報酬だけでなく診療報酬以外も含めたルールとか考え方、プリンシプルとか、そういったことを示していくことが重要だと思っております。このあたりについて、今、どのようなお考えでいらっしゃるか。また、その方向性などにつきまして教えていただければと思います。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

遠隔診療でございますけれども、これまでも直接の対面診療との適切な組み合わせの上で、対面診療に代替し得る程度の有用な情報を得られる場合に実施

可能であることだとか、在宅難病患者など、訪問看護が行われる在宅医療の現場で遠隔診療の対象として考えられる具体的な対象患者、行為の例などを局長通知によりお示したところでございます。御指摘のとおり、医療の質と患者さんの利便性の向上とのバランスのとれた適切な遠隔診療の普及を推進していくことが重要だと考えておりました、今後とも医療現場の声を聞きながら、ガイドラインの作成も視野に遠隔診療に関するルールのさらなる明確化を進めてまいりたいと考えております。

（翁会長）

診療報酬改定については、今、どういう位置付けで、どういう議論をされているのか教えていただけますか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

18ページ目の上のごとでございますが、2018年、来年の診療報酬改定に向けて中医協で検討しております。いよいよ11月に入り本格的な検討を進めたいと思っておりますが、基本的な考え方はこの例にありますように、オンライン診療を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者への効果的な指導・管理や、血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用した早期の重症化予防といったことを念頭に置きながら考えていきたいと思っております。

考えるに当たって大事なことは、リアリティがあるということと、何より患者さんにとっていいかどうかです。対面診療ときちんと組み合わせながらやることが必要であろうと考えております。そういった意味では、例えば福岡市などでは、福岡市の医師会と福岡市が一緒になって、かかりつけ医の先生方とどのように活用できるのかという事業をやっていると承知しております。こうした現場での使われ方をよく見て、医療の質が確保されることを確かめつつ、我々も具体的な評価をしていくのではないかと、このように考えております。

（翁会長）

遠隔診療と同時に遠隔服薬指導についても同じ考え方で進めていく必要があると思うのですが、ここについては今、どういう検討状況なのか、教えていただけますでしょうか。

（厚生労働省）

医薬・生活衛生局でございます。

遠隔診療に伴いまして、治療として医薬品を使う場合、遠隔服薬指導はどう

かということですが、この点につきましても、厚生労働省の取組と今後の道行きを若干御紹介させていただきたいと思えます。

服薬指導につきましても、診療と同様に対面原則がある。インターネット販売等の議論を踏まえて、OTC以外の医薬品につきまして対面服薬指導を行うという必要性があるということですが、昨今の動きとしましては、特区制度を活用しました遠隔服薬指導ができるような枠組みを整えております。これは特区室とも近々、具体的な御説明をさせていただきたいと思えます。

そのような対面原則の中でも遠隔服薬指導を行うということですが、先ほどからありますとおり、安全性と利便性のバランスを考えてそれを進めていくということですが、まだその事例はないということですが、特区の取組の中で幾つか検証していきたいと思っております。例えば薬剤師に対しましては、遠隔服薬指導によりまして、患者の状況の的確な把握ができるかとか、あるいはちゃんとお薬を飲んでいないかとか、薬が残っていないかということを確認しなければいけないと思えますが、それに支障が出ないか。あるいは、患者本人に対しましては、お薬を飲むことによる不安が解消されているかなどにつきまして、また、その患者あるいは医療機関、薬局を含めまして、緊急時対応もちゃんと組んでいるか等々を検証していきたいと思っております。そのような検証を進める中で、安全性の確保、あるいは利便性の取り入れといった取組につなげていきたいというのが、現在のところの考えでございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

私から1点、電子カルテ、電子処方せん、そして、電子版のお薬手帳の御紹介をいただきました。電子カルテにつきましては、6ページのところで、400床以上のところが、今、成長戦略上は一つのKPIになってございます。これについては比較的順調にきているというところですが、200床未満のところ、あるいは一般診療所のところ、まだまだ普及が進んでいないところもあると思えます。電子カルテの標準化をどうするのかということとも絡むと思えますけれども、こここのところの小さい病院とか一般療養所とかクリニックなどについて、将来的に、とにかくこの①の資料のデータ利活用基盤の全国保健医療ネットワークを構築していくということを最終目標にするという際に、この電子カルテのほうの普及あるいは標準化というものを、特に小さい病院やクリニックなどは、今後どのような目標を立ててつなげていこうとされているかということ。

それから、先ほど電子処方せんのところで、これがなかなか普及をしていないというお話もございました。いろいろな議論があると思えますけれども、資料の14ページで、おそらくなかなか電子処方せんに対応していない薬局もあるということから、電子処方せんの引換証という物を持っていかないと使えない

とかという課題など、あるいは、診療報酬を実際に請求するときにこれを使えるのかという、いろいろな課題が指摘をされていると思います。電子処方せんを今後使っていく、電子カルテを普及させていく、そういう一つ一つの政策と、まさにデータを全体としてつなげていく、データ利活用全体をつくっていくというトータルな設計の中で、この電子カルテや電子処方せんあるいは電子版お薬手帳の普及を、全体としてどう政策を融合させて、連携させて、今後厚労省として進めていかれる御予定か、そこら辺の考え方をお聞かせいただければと思います。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

それでは、まず6ページの電子カルテの普及の状況でございますが、実は一般診療所におきましては、クラウド型の電子カルテなどが出てきておりまして、コストがかなり抑えられているということで、これまで高かったのですけれども、かなり安く導入できる。それから、新しく開業される先生は割と若くて、自分も電子カルテを使っていたということで、新規に開業される先生方はかなり電子カルテを導入することが多いと聞いております。ただ、200床未満の病院でございますけれども、ここは本当に導入経費が相当高額でございます。億単位でございますして、果たしてこれを導入することによってコストが、要するに収益がプラスになるかということが大きな問題かなということでございます。

そして、医療情報連携の観点からは、例えばまさに病院と診療所と薬局のレセコンデータを共有するとか、そういうことをやるようなネットワークも、例えば岡山県の晴れやかネットだとか、佐渡ひまわりネットなどでは、そういった運用がなされているところもございますので、そういった例などを調べつつ、最終的に電子カルテを全ての病院、診療所への導入を目標にするかどうかですけれども、これは様々なレセコンを活用した情報連携の効果も確認して、最終的には費用対便益を十分に勘案することが必要かということでございます。

電子処方せんにつきましてもなかなか普及ができないということですが、これもネットワークの参画など、このサーバーをまた設置や運営する経費、運用、それから、更新のコストなど、そういうコスト負担がございまして、こういったものを今後検討させていただきたいということでございまして、その中で普及の在り方、それから、将来的な方向も見据えて検討をさせていただきたいということでございます。問題は、コストが一つ大きな壁でございます。

（翁会長）

標準化につきまして、7ページ、8ページについて、いろいろお話を伺ったのですけれども、これは結構現場の声をうまく取り入れながらやっていく必要

が非常にあるのではないかと考えているのです。この標準化に向けての体制というか、それは今、どのような形でなさろうとしているのでしょうか。フィードバックとかインプットというのが、うまく行われるような仕組みや検討体制になっているのでしょうか。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

厚労省の標準化の体制でございますが、まず、保健医療情報標準化会議でございますけれども、これは7ページの下のほうにございますように、政策統括官の下に設置をいたしまして、ここで各関係局に関連する保健医療情報関連の規格を全て取り扱っているところでございます。また、省庁横断的な対応につきましては、データヘルス改革推進本部の中で、今回新設されました医務技監の統括の下に関係局が調整する仕組みとなっているところでございます。

（翁会長）

ぜひ現場のヒアリングなどもしてきておりますけれども、そういったフィードバックやインプットをうまく活用するようにやっていただきたいと思っております。

（高橋副会長）

今の標準化について、EHRを進めて創薬等に使うというときは、その吸い上げるデータのフォーマットがかなり統一されていないと、なかなか使いにくい。今、SS-MIX2中心で進んでおりますけれども、実際の現場をのぞかせていただくと、箱は決まっているけれども、中の掲示の方式が決まっていなくて、なかなか使えないという形になっている状況のようで、それをやるためには、規約などで電子カルテのデータのフォーマットの標準化が必要だということだと思っておりますけれども、8ページの標準化は病名マスターとか、マスター系が非常に多い。こういう標準化という話の中で、電子カルテの中のデータベースのフォーマット化というような話は含まれているのかどうかということについて伺いたいと思います。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

まさにフォーマットなどについても含まれていると考えております。それから、電子カルテのフォーマットの標準化でございますけれども、今、クリニカルパス学会が「Basic Outcome Master」を作成して、このHELICS協議会の中で審議中でございますけれども、私ども、医療関係者の意見を聞きながら規格作成団体、特に7ページの左のほうの規格作成団体にこれまであまりそれほど接

触がなかったといえますか、これまで以上にここの御意見なども含めながら、協力して、何とかいい方向に持っていきたいと考えております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今日は医師会から鈴木常任理事にも御出席いただいておりますので、今、厚労省、総務省、経産省からいろいろな説明をいただきまして、例えばデータをとにかくつなげていくというのを、患者、医療現場にとって医療の質の向上につながるような取組をぜひしていただかなければいけないとも思っておりますけれども、医療の現場の観点から、どのような形でどういうデータをつなげていくと医療の現場からすると一番よくて、どういうネットワークをつくっていくと一番いいのか、ぜひコメントをいただければと思います。

遠隔診療につきましては、とにかく対面診療と遠隔診療とうまく組み合わせた形ということで、診療報酬上、どう位置づけるかという議論も進んでいる中で、先ほど経産省から資料の8ページで、糖尿病軽症者とか予備軍のところ、病院に来ていない状態でのデータを採るところに非常に意味がある。そこは遠隔診療とある意味では親和性があるかもしれないというお話もございましたけれども、これもまさに医療の質の向上に向けて、こういった形で遠隔診療を導入していくと一番いいのか。今、福岡などでは福岡の医師会と一緒に実証事業も進んでいるとお聞きをしておりますけれども、その2点について医師会からコメントがあればお願いできればと思います。

お願いいたします。

(鈴木日本医師会常任理事)

ありがとうございます。

まず、電子カルテについては、先ほど来、お話がありましたように、大病院では8割近くの普及がありますが、病院の7割以上を占める中小病院では24.4%ですから、まだまだ普及していません。私のところも178床の中小病院ですが、2年前に大震災で壊れた病院の建て替えのときに、電子カルテを導入いたしました。コストがものすごく高い。電子カルテのみで1億以上、介護とも全部つなぐと3億以上ということで、これを全部診療報酬の利益から捻出しなければいけない。もちろんリースで分割して支払うわけですが、それでもものすごいコストであります。これに中小病院は耐えられません。私も若い職員を確保するために導入いたしました。それ以外にメリットがあまり感じられない状況にありますので、その問題を解決していただかないと中小病院には普及しないと思います。

診療所はむしろ低コストの電子カルテもできておりますので、コストもそれ

ほどかからないで導入できる可能性はあるのですが、中小病院はやはり病院ですからそれなりに重い。しかも、今、医療・介護連携が求められていますから、医療と介護をつなげなければならないのですが、それがなかなかできないのです。それで一々特別に対応していただくということになって、例えばリハビリとつなぐと何百万、栄養とつなぐと何百万とか、介護だけではなくて医療の中でも細かい分野とつないでいくと全部それが上乘せになっていくので3億以上というものすごい金額になってしまう。一旦契約をしてしまうと、高いから別の業者に変えるというわけにはいかないのです、ある程度、いわゆる言いなりみたいな感じになってしまいます。そのコストの問題を解決していただかないと、これ以上の普及はなかなか難しいと思います。我々としても活用したいとは思っていますが、そのネックがなかなか解消されないと感じております。

また、現場では、医療と介護の連携も必要になりますので、電子カルテによる情報共有とは別に、SNSを使ったもっと軽い形の情報共有が普及してきております。こうした2種類のネットワークの構築が必要です。それによって情報の内容も変えていく。医療の電子カルテは重い情報も多いですから、それをどこまで使うかは、一定の枠組みが必要だと思います。

遠隔診療でございますけれども、これについては、基本的にはかかりつけ医のコントロール下で行うことが必要だと思っております。そうでなく、安易な導入をすると、医療費全体を大きく膨らませかねないと思っております。それは本来の趣旨ではないと思っておりますので、かかりつけ医のコントロール下で行うことを基本にする必要があると思っております。その意味では、いろいろな取組をこれからモデル事業として進めるにしても、行政と医師会の関係は非常に重要で、むしろ経産省の江崎調整官のところは糖尿病の重度の方に対する対応で、行政と医師会の連携に基づいた取組をお話になったのは、私としては驚きでございますが、ぜひ、そうした連携はこれからも必要であると考えております。

また細かい話ですが、脳卒中連携パスの話が出ましたが、これは全国で取組が進んでいたのですが、前回の診療報酬改定で退院支援加算2をとるとそれが使えないということで、診療報酬上連携が阻害される動きがありました。これは30年度の改定で見直しが行われることになっておりますので、それを期待したいと思っております。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

今、鈴木常任理事からのコメントがございましたけれども、特に遠隔診療の

ところについて、先ほどガイドラインをつくられるといったお話もありましたが、まさにどういう遠隔診療を進めていくのかということについて一定のルールなどをつくっていくのが非常に大事だと思いますけれども、どのような方向で今後ガイドラインの策定などをされて、どのような内容のことを今、お考えになっているかというのは、現段階で何かコメントはございますでしょうか。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策担当））

遠隔診療につきましては、特に病院から離れて外に行くところをどうするかとか、そのときの運用をどうするかとか、報告をどうするかなど、様々な論点がございます。特に現場の先生方を入れて生の声を聞きながらそういう検討をさせていただきたいと考えております。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政担当））

遠隔診療につきましては、情報通信の観点からの検討も必要な部分がございます。今、実際に現場でいろいろやられていますけれども、実際に遠隔診療のネットワークセキュリティというのはどこまでのものが必要なのかとか、本人確認のためにはどこまでの手当てをしなければいけないのかというものが、実は今、モデルがない状況でありますので、この点につきましては、総務省で来年度そうしたネットワークセキュリティとか有効な本人確認についての実証事業をやって、一定の実施モデルもまとめたいと思っております。その成果はまた厚労省にフィードバックしてやっていくということも考えております。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

ありがとうございました。

それでは、今の2つ、データ利活用基盤と医療現場のICT利活用について、翁会長から何かコメントがございましたら、お願いいたします。

（翁会長）

今日、いろいろお聞かせいただきまして、現在までの進捗状況を伺わせていただきまして、どうもありがとうございます。データ利活用基盤に関しましては、国民一人一人の生活がどのように変わるのか、医療現場がどう変わっていくのか。こういったことを示しながら進めていく。どのデータをどのように使っていくかという工程を、できるだけ具体的にしながら進めていくことが必要ではないかと思いました。

幾つかコメントをさせていただきたいのですけれども、まず、次回11月以降お話しただけということですが、医療ID、これが一つの鍵になってくると

思いますので、できるだけ国民にとって安全で便利な形でこのオンライン資格確認というものができるようにして、また、マイナンバーカードなどを使って、それが便利に使えるというようなことも目指して、これを検討していただきたいと思いますということが1つ目です。

3ページのところで、おそらくマイナポータルなどを使って医療IDの仕組みを使いながらデータ利活用基盤を構築していくことになるのだろうと思うのですが、その際、やはり現実性、効率性、コスト、こういったことをしっかり踏まえて、何から順番にデータを入れて活用していくのかということ、優先順位をつけながら進めていくことが必要なのではないかと思います。ここにも健診データとありますけれども、例えばレセプトデータとか、特定健診データとか、こういったものも標準化されていますので、国民のインフラとして、これをまず使っていくという考え方も一案ではないかと思います。

ただ、その際、今日も議論になりましたけれども、保険者の委託を受けて民間事業者が提供しているサービスもありますので、うまく既存サービスやこれから出てくるであろうサービスとコラボもしつつ、また、住み分けもしながらという、その工夫が非常に重要かと思っています。基礎インフラとして国が整備すべき部分と、協調してやっていく部分と、また、まさに民間ビジネスに完全に任せて競争して、いろいろな新しい付加価値をつける部分と、こういったところをうまく整理しながら議論を進めていただく必要があるかと思いました。

先ほど高橋副会長からも御指摘がありましたけれども、PHRにつきましては、学校健診データや母子手帳のデータ、特に予防接種データ、こういった経年的にずっとライフタイムで重要なデータというのは、こういったネットワークに非常に有効だと思いますので、こういったものをぜひ入れていただくということを検討していただきたいと思います。これはPHRのほうになってくるのだと思います。EHRとPHRの境目をどうしていくのかというのはすごく難しいのですが、そういったデータが参照できる仕組みが重要であると思っています。

4ページで、EHRの相互接続のお話をいただきました。これも副会長から御指摘があったのですが、まず、地域医療連携ネットワークのところでたくさん参加してもらおう。病院や薬局、こういったところに参加をどんどんしていただいて、医療や介護を連携していく。そして、また、まだ多く地域医療連携ネットワークができていない地域もあります。ですから、そういったところをまず充実させていくということが非常に重要かと思っています。その上で、全国的につなげていくことを展望しながらやっていくということだと思うのですが、ここも先ほどコストの面がございました。ここをどこまで連携するのかということも、現実的な議論をしていくことが必要ではないかと思っています。ぜひ御検討いただければと思っています。

全国保健医療ネットワークにつきましては、先ほどこういった主体が進めていくのかということも御検討中だということでありましたけれども、ぜひここを整理して進めていただくことが非常に重要かと思っております。医療現場の話などもよく聞きながら、進めていただきたいと思いますと思っております。

先ほど医療と介護のビッグデータ、これの連結、ビッグデータ化、そして連携していくというのは、まず地域ではできているということでございましたけれども、そこについてもできるだけ現場に即して、それを推進していくことが非常に重要だと思います。このあたり、データの管理なども含めてきちんと整理していただきたいと思いますと思っております。

遠隔診療につきましては、もう論点に出ましたけれども、患者、医師双方にとってメリットのある健全な形で進めていただくことが重要だと思っております。診療報酬でしっかりと位置づけていただくということと同時に、診療報酬以外を含めたルール設定、それから、その基礎になるプリンシプル、原理原則といったことをきちんと整理してお示しいただくことがとても大事だと思っております。また、それがユースケースとか、診療報酬改定、ルール設定、プリンシプルの方向性は、できるだけパッケージとして年末までに国民にも分かりやすく発信いただくことが重要ではないかと思っておりますので、御検討をいただければと思っております。

遠隔服薬指導については、まず特区でというお話がございました。遠隔診療が、今、これだけ進みつつありますので、例えば移動の困難な高齢者などの状況を考えれば、本来、服薬指導もできればというニーズがあると考えられます。ですから、同様に遠隔で受ける場合の適切な効果的なユースケースなども想定して検討していただきたいと思いますと考えております。

電子カルテ、電子処方せん、電子版お薬手帳というのは、データ利活用基盤の構築が進む中で、現行ではスタンドアロンで進んでいるということですが、どのようにデータ利活用基盤に組み込んでいくのか、連携していくのか。国民の視点で、トータルで利便性の高い受けられる医療の質の向上につながるようにするかということについて、全体としてあわせて検討していただきたいと思いますと思っております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、1つ目のデータ利活用基盤の構築と2つ目の医療現場のICT化はここまでといたしまして、続きまして、3つ目の予防・健康づくり、こちらの議論に移りたいと思っております。

まず、関係省庁から御説明をいただきたいと思います。よろしく願いいた

します。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

「予防・健康づくり」ということで、資料の御説明をさせていただきます。

2ページ目、加減算制度の見直しということであります。これは高齢者医療制度において、健保組合、共済組合が支援金を出していますけれども、この金額にそれぞれの保険者の予防・健康づくりの努力を反映していこうということで、最大1割増やしたり、1割減らしたりというようなルールを導入することといたしまして、2020年度にかけて段階的に実施する予定です。

ここにありますように、未来投資戦略2017の中で記載がございまして、これらに対応してきましたが、新しい話としては、右側の2番目のところの減算制度の評価指標の見直しを行いました。これは10月18日に検討会で案を出しまして、おおむね御了承いただきました。ポイントとしましては、特に新しく評価指標として、がん検診の実施や歯科健診の受診勧奨などの状況、あるいはICTを活用して本人に健診結果を分かりやすく伝えるなどを指標化いたしました。

もう一つの特徴としましては、3つ目の○になりますけれども、バランスのとれた取組をするということから、重点項目を設けております。具体的には5ページにありますように、こういった細かな指標を設けますが、この一番右のところの重点項目というものがございまして、この重点項目を大項目ごとに1つ以上実施していることが、支援金を減らすための条件とするということにしておりますし、この重点項目も、2019年度以降は2項目以上に引き上げていくという形で少しずつハードルを上げていくというようなことを考えております。こうしたことをやることで、バランスのとれた取組を保険者にお願いしたいと思っております。

2ページに戻っていただきまして、この指標自体も第3期の中間地点、2020年の段階でもう一度見直しをしたいと思っておりますが、その際には減算指標を見直すということで、例えばがん検診の実施率などについて新たに盛り込むことを検討したいと考えております。

スコアリングの話につきましては、先ほど御紹介したので、省略させていただきます。

（江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官）

続きまして、11ページ目、健康経営の部分について、経産省から御説明をさせていただきます。

ただいま伊原審議官から、保険者の方々の取組についてご説明がありました。12ページ目をご覧ください。元々健康と経営というのは対立概念である時代が長

く、企業経営者から見れば従業員の健康管理はコストだという認識で、なかなか進みませんでした。保険者にとっても経営者の関心が薄いので、保険者がいくら頑張っても従業員がなかなか言うことを聞いてくれないというあきらめもありました。重症化予備群の方々は、健康が大切であることは分かっているけれど健康診断に行く時間が無いということであったため、経済産業省として経営者の意識を変えることに注力して参りました。

14ページ目をご覧ください。経営者と保険者が一緒になって健康経営を進める環境をつくるために、4年前に健康経営銘柄という制度を始めました。健康経営銘柄は、上場企業の中で従業員の健康に積極的に取り組む企業を顕彰する制度です。お陰様で制度をスタートすると同時に大変な関心を集め、上場企業以外にも対象を広げて欲しいという声にこたえて、昨年からは健康経営優良法人制度を創設し、通称ホワイト500と呼ぶ大規模法人部門と、中小規模法人部門の二つの顕彰制度をスタートさせました。こうした取組は働き方改革が求められる世相に合致し、特に就職戦線が売り手市場であることもあって、学生さんの間で大ヒットしました。健康経営の認定を受けている企業は、政府お墨付きのホワイト企業だということで、就職活動で訪問する学生の数が倍増した企業もあったと報告されています。

ただ、中小企業の場合は健康経営に取り組む気持ちがあっても何をしたらよいか分からないのと相談する人がいないということで、中小企業経営者のためのハンドブックを作りましたが、既に4万部を突破しております。また、アドバイザー制度を作りましたが、経営が分かる人に健康を、健康が分かる人に経営をとという方針でアドバイザーを育成しています、既に7,000名を超える登録があり、特に金融機関の方を中心に非常に人気があります。

15ページ目をご覧ください。当初健康経営銘柄を始めたときには、その前提となる調査への参加企業は約500社でしたが、その数は年々増えており、今年は速報値で1,237法人になり、一貫して拡大しているところです。

ただ、16ページ目にありますように、中小企業も含めて、まだ知らない企業がたくさんあります。こうした企業に情報を届けることや、健康経営に関心を持ち始めた企業に取り組みやすい環境を整えることが大切です。おかげさまで金融機関、特に地銀を中心に健康経営優良企業向けの低利融資制度を作っていただけであり、自治体によっては調達条件に入れていただいたり、本来我々が政策として打ち出すよりも早く支援策を作っていただく流れで始めています。

17ページをご覧ください。健康経営の顕彰制度は複数ありますが、上場企業、大企業、中小企業であっても評価の基準は全て共通です。評価の欄に色がついておりますのは、中小企業の場合は赤、黄色、青の中で少なくとも幾つかクリアしてくださいという基準ですし、大企業の場合は全体で15項目の選択項目があ

りますけれども、12項目以上をクリアすることが基準となっております。この項目は毎年見直しをしており、厚労省からのアドバイスをいただきながら、今回さらに踏み込んだ取組をしてまいります。特に受動喫煙については、政府の議論に先行して来年度から必須項目にすることを今年宣言します。

また、合格基準を15分の12にすると、3つの項目はクリアしなくても良いことになります。前回は、定期健診を実施しなくても12がカウントできてしまうという例がありましたので、必須項目の中に定期健診を入れ、実施していなければ即アウトだとか、ストレスチェックをやっていなければ即アウトという項目追加したところです。

18ページ目を御覧ください。これは大企業中心なのですが、今後の健康経営を考えるに当たって女性の健康に高い関心が示されています。これはまだ加点点項目でしか入っておりませんので、これから女性の活躍の中でこれまでなかった視点で項目を追加し、さらに基準を進化させようと思っております。

19ページ目を御覧ください。健康経営は、経営に余裕がある企業のブランドではないかという議論もありますので、現在2つ分析を進めております。まず、健康経営を実践した企業の従業員は本当に健康なのかということと。次に、健康経営を実施した結果、企業の業績が上がったのかということです。健康経営銘柄はこれまで3年間実施しておりますので、まずは赤で囲んだところで、従業員の健康について分析しました。結果が20ページ目にあります。健康経営を実施している企業の従業員は明確に健康です。統計的に有意であるとの結果が出ています。お示ししたいずれの項目について、明らかに健康経営に取り組んでいる企業の従業員のほうが取り組んでいない企業の従業員より健康でした。ちなみに、唯一相関性が出なかったのは睡眠時間だったようです。

今後は、健康経営と業績の関連を分析する予定ですが、5年程度データを蓄積しないと正確な分析はできないと思います。ある程度経年変化を見ないと景気変動要因などが排除できないのです。他方、健康経営と企業業績の相関を示すことができれば、健康経営は時代の要請、社会の要請、従業員の要請であるだけでなく、経営者にとっても安く調達ができ、取引先も確保でき、業績も上がるのだということになり、最終的に企業文化を変えることができると考えております。

以上です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、ただいま厚生労働省と経済産業省からいただいた御説明を踏まえまして、御質問、コメントをお願いいたします。

(翁会長)

御説明ありがとうございました。

メリハリのある加減算制度に向けて、随分御検討をいただきまして、ありがとうございます。

まず、保険者インセンティブにつきまして、お伺いしたいのは、2020年度以降の方向性はどのような感じで示していくようなイメージをお持ちなのか。それから、こういった取組はどういう形でPDCAを回していくようなイメージで修正をしながら進めていこうとされているのか。その体制や予見可能性といったところについて、少し検討状況を教えていただければと思います。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

参考資料になりますけれども、38ページの(5)のところを御覧いただきたいと思います。この加減算の問題は、来年からの6年間で1期としてやっていますが、中間地点がちょうど2020年あたりだと思えます。その段階での点検と見直しの検討ということで、ここにありますように、まず、中間年に、この減算の指標や配点とか評価方法の見直しをしっかりとやりたいと考えております。

それから、具体的にデータが必要なので、データについては、特定健診、後発品の使用割合などについてはNDBから保険者別に集計しますし、それ以外の健保組合等の状況についても、データヘルス・ポータルサイト等の活用を検討しています。先ほど、この前のセッションで御説明しましたが、保険者ごとにもいろいろスコアリングなどを今後やっていくことになっていきますが、そうしたデータなども集めて比較対象にしたいと、このように考えております。

具体的に(※6)(※7)にありますように、多剤や重複投薬、こうした問題についても保険者の役割は大きいので、こうしたデータについて期待したいと思えます。もう一つは、がん検診につきましては、今、市町村が被扶養者の方々を対象にやっております。保険者自身は従業員に対してもやっておりますが、こうしたデータも集めまして、2020年にはがん検診の実施率なども減算指標に取り入れるということを考えております。こうしたことを今回の資料でも提示いたしましたし、各保険者にも説明する機会がございますので、あらかじめ伝達して、今後の方向性を見据えながら、特に先に指標を達成しているような健保組合については、次の取組をしていただこうかと考えております。

(翁会長)

ありがとうございます。

だんだんデータが集まってくると、それを検証しながらエビデンスベースで移行を進めていけると思えますので、ぜひそういった政策にしていって

いただきたいと思います。

後、多分非常に先進的なところとそうでない健保組合では随分差があると思います。特に、人員や体制が十分でないようなところについては、何らかのサポート的なことはお考えになっておられるのでしょうか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

今の資料の44ページを御覧いただけますか。これは今年度のデータヘルスの推進事業ということで、いわゆる健保組合が共同で行っている事業に対して、国として補助を行っております。実際、大手の健保組合もございませけれども、比較的中小の組合もございまして、なかなか自分では人的資源もないしノウハウもないということもありますので、こうした共同事業などのサポートをする中で、中小の健保組合が加減算制度についてもっと取り組みやすくなるような環境整備に努めていきたいと思っております。

（翁会長）

それでは、スコアリングについてですが、先ほども御説明いただいたのですが、かなりいろいろ充実させてきていて、企業ごとのデータヘルスについても平成31年度からあるということですが、まず、左のほうにNDBデータの活用と書いてあるのですけれども、それ以外のデータについても何か活用、収集するというようなことを考えておられるのでしょうか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

現時点で我々が持っているのは特定健診とレセプトのデータです。ただ、来年度、右側の保険者ごとのデータヘルスの検討を始めます。これは先ほどH31年度に企業単位と申し上げましたが、実際の運用開始は2020年度、オリンピックの年を考えております。このレベルになりますと、もう少し広くデータがとれる可能性があると思っております。どういうデータをどう考えていくのかにつきましては、先ほど前のページで申し上げましたが、来月から健康スコアリングの詳細設計に関する検討会を立ち上げて、経産省と一緒に、どういう指標をとるのか、とるということはデータを採るといことになりますので、データの組み合わせを考えていきたいと思っております。

（翁会長）

これについても、おそらく加減算制度もある意味でプレッシャーやインセンティブになっていくので、こういった右側の取組になっていくと、そういうものも活用しながら企業に働きかけていくと、そういうことをお考えになってい

るといことですか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

例えばもう一つ、先ほど江崎調整官からお話がありましたが、保険者の重症化予防に関しても、HbA1cのレベルが、今、手前のところの方へのアプローチが多くなっています。市町村レベルになると確かに糖尿病、透析の前の方への介入もしているところもありますが、なかなか事業主の健保組合の場合は、そこまでは至っていません。こういうデータを使ってどこまで働きかけられるのかというようなことも、検討していく課題ではないかと我々は思っております。

（翁会長）

健康経営のところで、女性の視点が大事だと書いてございまして、これはたしか医師会の鈴木理事も以前におっしゃったと思います。メタボばかりがすごく注目されているけれどもということ、私もそう思っているのですが。

（鈴木日本医師会常任理事）

覚えていただいてありがとうございます。女性が健康に仕事を続けるためには、当然その期間中に仕事と子育ての両立も必要になってまいります。ずっと継続して健康に仕事ができるように、仕事と家庭を両立できる仕組みが絶対に必要だと思いますので、ぜひその視点もよろしく願います。

（翁会長）

何かお考えになっていることがありましたら、お願いいたします。

（江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官）

ありがとうございます。

女性の方にいろいろお話をお伺いすると、子育てのサポートもいいのですが、自分が休んでいる間に同期の男性が出世するのがけしからんという話もあって、将来的には、出産する女性のライフサイクルを基本に企業の人事制度や社会の仕組みを作り直すことも視野に入れてはどうかと思っています。

ただ、実際にはそこまで行く以前に、女性の働きやすさとか、女性の視点での対応が求められると思います。例えば、被災地では男性と女性のトイレが共通であったり、仮に別々にしても隣に並べてしまうことがあります。しかし、女性の視点では離れた場所に設置してほしいという強い要望があるのです。そうした配慮がむしろ常識になってくるように取り組むことが重要です。健康経営で企業文化も変わりつつありますので、企業も当たり前にそういうことを考

えるようになることが大事だと思っております。

また、中小企業の場合、気合いと根性の経営者も少なくありませんので、人に指示するだけでなく、経営者自身が健康診断を受けていなかったら即アウトという制度も入れました。経営者自身が実践すると社員の声に対しても聞く耳を持つのだらうと思っております。そういうところに女性からの声だとか、従業員の意見を制度的に入れていくことも大事だと思います。健康経営銘柄の選定や健康経営優良法人(大規模法人部門)の認定に活用される健康経営度調査は、数十問の質問項目に加え、それぞれ1~3問程度のサブクエスチョンがありますが、その質問に答えていただくだけで、健康経営とは何かが分かるようにしてあります。そういう項目の中に女性という項目が入ってくると、別に従業員に女性がいなかったとしても、当然こういうことは考えるのだということが理解されると思っております。

現在、健康経営銘柄企業の9割以上の方が取引先にも健康経営を求めますかという質問に対して、イエスと答えてくれているので、取引相手からの要請としてそうした問題意識が常識としてどんどん広がっていくように進めていきたいと思っております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

1点だけ、スコアリングのところですが、資料の8ページのところで未来投資戦略の本文が書いてあります。今、進めていただいているスコアリング、日本健康会議と厚労省でやっているのは企業の健康経営のところですが、この②のところの一番最後の行に「同様の取組を共済組合はじめ他の保険者でも展開する」ということで、ある意味では、隗より始めよ、で、国家公務員共済のKKRのところもやったらいいではないかという議論が今年の春にございました。おそらく我々はスコアリングされると、結構悪いのではないかと思います。ここのまさに共済組合のところ、実際に今、どのような検討状況になっておられて、いつごろから導入されることを目指して検討されているか、お聞かせいただけますでしょうか。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

これは相手のあることなのですけれども、我々から共済組合に声をかけて、このスコアリングについての参加を打診していこうと考えております。

(翁会長)

この分野につきましては、特に後期高齢者支援金の加減算制度が随分進捗しておりまして、非常にここを評価したいと思っております。予防・健康づくり

に向けた行動変容を促すための保険者の行動を一層促していくということはとても重要で、第3期の中間地点となるのが2021年度以降ということで、2021年度以降に目指すべき方向を早目に示していただいて、進めていくことが重要かなと。また、PDCAサイクルを回しながら、ぜひこれを、データを検証しながら不断の見直しに取り組んでいただきたいと思います。

スコアリング通知につきましても、来年度からNDBデータを活用した効果のある通知の内容と方法を確立していただきますように、仕組みの具体化を急いでいただきたいと思います。また、経営者へより効果的に働きかけるためには、まさに御指摘のあったように企業単位での分析というのは、非常にクルーシャルだと思いますので、その際の手法、保険者、企業双方の意識向上、個人の健康づくりの取組の効果促進、効果的な推進、こういったことについて目配りして検討を進めていただきたいと思います。

最後、これは全部、加減算制度もスコアリングも健康経営も、一連の取り組みは全て一貫性のあるメッセージが必要だと思っておりますので、厚労省と経産省で引き続き連携して取組を進めていただきたいと思います。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、最後に、科学的介護の実現の議論に移りたいと思います。

それでは、関係省庁から御説明をいただきます。

お願いいたします。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

厚労省の老健局担当審議官でございます。資料4に基づきまして、介護分野につきまして御説明申し上げます。

「科学的介護」とタイトルはなっておりますけれども、その他に介護記録のICT化と介護ロボットが資料に含まれております。

1ページ目、冒頭、伊原審議官から御説明がありました。左下の7つの項目の中に、科学的介護の実現が位置づけられているところでございます。

3ページ目、ここにありますとおり、未来投資戦略2017では、まず科学的介護につきまして、次期介護報酬改定におきまして、効果のある自立支援について評価を行う。30年度改定におきまして、きちんと取り組む。そのほか、中期的な取組といたしまして、自立支援等の効果が科学的に裏づけられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築するということになっております。

冒頭の30年度改定につきましては、現在、社会保障審議会介護給付費分科会

において議論を行っているところでございます。

後者につきましては、4ページ目、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するために、科学的分析に必要なデータを新たに収集して、世界に例のないデータベースをゼロから構築していきたい。その際、データベースを分析した上で、科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示していきたいと考えております。従来取得していたデータのほか、新たに何を取得していくかということを決めた上で、どのようなサービスが有効か、科学的に分析、提示した上で、それを国民に対して見える化していきたいと考えているところでございます。

5ページ目、そのために、この10月に科学的裏付けに基づく介護に係る検討会を立ち上げてございます。この検討会におきましては、既存のエビデンスの確認、整理のほか、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報の整理を行いたいと考えております。ここにございますように、栄養、リハビリ、アセスメント、ケアプラン、認知症等の5つのテーマ、その他にもテーマは出てくるかもしれませんが、これにつきまして、年内に検討して、年度末までに中間取りまとめを行いたいと考えております。

続きまして、介護記録のICT化でございます。

7ページ目、未来投資戦略2017におきましては、このICT化について普及を促す取組を強化するというように言及されております。また、下にありますように、骨太では、特に介護人材の確保の中で、このICT化によって、生産性向上を通じた労働負担の軽減といったことが言及されているところでございます。

8ページ目、今までの取組状況でございますけれども、従来、27年度、28年度におきましては、これまで介護現場における業務効率化の効果検証や普及に向けた課題の整理等を行ってきたところでございます。基本的には施設系は進んでおるのですが、居宅サービス、訪問介護、通所介護がなかなか進んでいない状況がございますので、今まではそういったところの業務効率化の効果検証及び普及に向けた課題の整理を行ってきたところでございます。また、29年度、予算では28年度補正予算でございますけれども、現状のICT機器の導入状況等のアンケート調査や、特に29年度予算では、規模の小さい介護事業所を含めた市町村単位での連携モデル事業を実施しているところでございます。今後30年度に向けましては、介護事業所間の情報連携に関しまして、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を行っていききたいと考えているところでございます。

3点目、介護ロボットでございます。

10ページ目、未来投資戦略2017におきましては、まずは次期介護報酬改定、4行目でございますけれども、30年度改定の際に介護報酬や人員・設備基準の見直し等の制度上の対応を行うとされております。また、2点目、2行下でござ

ございますけれども、現場のニーズを真に酌み取って開発シーズとつなげられるよう、プロジェクトを牽引するプロジェクトコーディネーターを新たに育成・配置するとなっております。3点目、ロボット介護機器の開発重点分野について再検証を行って、今年の夏までに戦略的な開発の方向を取りまとめるとなっておりますところでございます。

1点目の30年度報酬改定、12ページでございます。これにつきましては、介護ロボットの導入によりまして、介護現場の生産性向上などのアウトカムデータを収集・分析するための実証をH29年5月からしております、3にありますように、実証機器としましては、見守りと移乗介助においてそういった実証をやっているところでございます。今後、そのデータを踏まえまして、介護給付費分科会で30年度報酬改定の議論を行っていただきたいと考えております。

2点目のプロジェクトコーディネーター、13ページ目でございます。ここにありますようにニーズ・シーズ連携協調協議会、これは介護現場やロボット開発に関して十分な知見や経験を有しておられる方、福祉関係者や工学・機械関係の専門職の方にプロジェクトコーディネーターになっていただいて、介護現場やメーカー等々をつないで、協議会で様々な事業をやっていただくというものでございます。30年度におきましては、このプロジェクトコーディネーターの方を20名、全体で50協議会ということを予定しております、そういった予算要求をしております。

14ページ目、その予算の全体の概要でございます。全体で6.1億円要求しておりますけれども、この中には、先ほど申し上げましたものが、この緑のまずは提案の着想段階のものでございますけれども、それ以外に真ん中のオレンジのところ、開発中の試作機器について、介護現場での実証や成果の普及啓発を行うなどの、例えばモニター調査をしたり、そういった予算も盛り込んでおりますし、一番下の青いところで、上市段階でございます。そういった介護ロボットが開発された際の介護方法の開発、そういったものにつきまして、予算要求をさせていただいているところでございます。

一方で、15ページ目、これは経産省の予算要求になりますけれども、経産省さんにおかれましては、I、この右側の上でございます。ロボット開発をしておられる企業に対する開発補助をなされている予算、さらには、その下のIIでございますけれども、特にロボット介護機器の効果に係る評価を実施するとともに、新たな機器の安全基準を策定するなどの予算要求をされていると承知しているところでございます。

最後でございますけれども、16ページ目、ロボット介護機器の開発重点分野の再検証、今年の夏に行ったものでございます。従来は移乗支援、移動支援、排せつ支援、見守り、入浴支援の5分野8項目としておりましたけれども、こ

の10月に改訂させていただきまして、一番右の下にあります介護業務支援という分野を1つつけ加えさせていただきまして、項目も5つ、全体としてつけ加えたもので開発重点分野を改訂させていただいております。これに基づきまして、今後介護ロボットの開発を進めていきたいと考えているところでございます。その際、当然でございますけれども、厚労省と経産省とよく連携してやっていきたいと思っております。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

それでは、ただいまいただきました御説明を踏まえまして、御質問、御意見をお願いいたします。

翁会長、お願いいたします。

(翁会長)

この自立支援介護というのは、今回の未来投資会議で議論してきた非常に大きな柱なのですが、まず、要介護度を改善させると介護報酬が下がってしまうというディスインセンティブをできるだけ解消していくという方向にかじを切ろうとしているわけですが、次期介護報酬改定で何をどのように評価していこうとしているのか、また、既存のプロセスとアウトカムの組み合わせというようなことを考えているのか、少し今の段階で検討されていることを、具体的なところを教えてくださいと思います。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

冒頭、翁会長から要介護度が改善すると介護報酬が少なくなってディスインセンティブだというお話がございましたけれども、元々介護報酬は必要なサービスの提供にかかるコストをカバーするものでございます。当然要介護度が改善いたしますと、介護にかかる手間が減少いたしますので、元々介護制度の性格上、これはやむを得ないと考えております。一方で、介護報酬の中では、より質の高いサービスの提供を当然報酬上では評価しているといったところで、そういったところで、極力いい介護をやってほしいということの後押しするような報酬改定にさせていただいていることは付言させていただきたいと思えます。

また、後者の、翁会長から御指摘をいただきましたけれども、我々の介護報酬にかけるエビデンスでございますが、その多くが特定のストラクチャーやプロセスと特定のアウトカム、因果関係があるということで、従来から介護報酬

の中で、この特定のストラクチャーやプロセスを介護報酬上評価しているといったようなものを続けております。今後とも30年度改定におきましても、そういったことを望む、アウトカムと因果関係にあると考えられて、それなりのエビデンスがあるものにつきまして、それに関しますストラクチャー、またはプロセスを要件とする加算を、エビデンスがあるものはつけ加えていきたいと考えているところでございます。

なお、その場合でございますけれども、一定以上のアウトカムを達成している業績を要件に加えるということも考えられると考えております。

（高橋副会長）

自立支援で、この間の10月12日に行われた会議で見せていただいて、まず自立支援の定義自体が全然定まっていなくて、どちらの方向を目指すのか。そのときに議論の内容を見ていたときに、非常に測りにくいものを測れという話と実際に測れる部分と、2つに分けないと議論が進まないかなという感じがするのです。そこら辺の戦略において、測りにくいものです。満足度みたいなものとか、そこは存在するのだけれども分けて議論するという形で、とにかく機能が動いたということは何らかの形で測らないと議論が進まないのではないかと感じがします。その辺の物差しといいますか、よくなったということ定義して、それで採った後にまたPDCAサイクルを回して、ここがまずいのではないかと出していくという手順が必要だと思うのですが、自立支援を目指した場合でよくなったというものをどう測っていくかということの現在の戦略といいますか、進め方はどのように考えられていますか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

今、高橋副会長から御指摘をいただきました10月12日の会合と申しますのは、5ページにあります第1回の科学的裏付けに基づく介護に係る検討会におきまして、その際は個別論を議論しておりませんので、総論を議論しておりました際に、介護現場にいる方々から、例えば今、高橋副会長がおっしゃったような、非常に笑顔になったとか、そういったものが指標にできないか、できるのではないかとというような御議論があったところでございます。

ただ、今後、実は昨日も第2回をやっております、昨日はこの5ページの中で①の栄養分野について御議論させていただいている。そうしますと、かなり具体的な指標につきまして、様々な提示がありまして、御議論があったところでございます。この資料の中の真ん中の2つ目のポツにありますように、情報収集の詳細さのレベルが介護現場に過度な負担を強いるものになっていないか確認。要するに、そういったものにつきましてはなかなか難しいということ、

現状そういう共通認識の下で今後議論していくということでございます。今後栄養だけではなくて、ここにございますようにリハビリ、アセスメント、ケアプラン、認知症、それ以外の分野もあるかもしれませんが、特に具体的な項目について議論になっていきますので、ある意味では、第1回のときにはかなり漠とした御発言が何人かの方からもありましたけれども、今後はかなり具体的な、しかも本当にそれは介護現場にとって過剰な負担になるのかどうか、そういったことも含めて今後検討されていくということになる予定でございます。

（翁会長）

今、高橋副会長から、物差しのようなものをまず定めて、柔軟に見直していくということも前提にしながら議論をしていくことが必要ではないかということですが、考え方としてはそういう考え方で、少し一定の方向性を示しながら、みんなが使える仕組みにしていく。そういう考え方をお持ちでいらっしゃるということでしょうか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

今、翁会長からお話がありましたように、3ページにありますように、我々としては、2020年度のデータベースの本格運用開始をターゲットにいたしまして、17年度、18年度、19年度と、ここに書いてあるようなスケジュールでやっていきたいと考えております。当然、今、おっしゃったような物差しにつきましても、この検討会の中で何を集めていくかということを決めた上で、18年度、19年度に試行的にやっていくということでございますけれども、2020年度、本格運用開始になっている。それは大前提でございますが、当然、1つに決まってそれを硬直的にずっとやるということではございませんので、やる中でこれはどうかといったものがありましたら、制度でございますので、見直していくということをお大前提でやっていきたいと思っております。

（高橋副会長）

4ページの右側の図で、サービス提供前の状態、サービス提供後の状態という形で、歩行訓練という形が書いてあるわけなのです。こういうものがちゃんと測れるというイメージで、それをバラバラでやっていたらしかたがないので、いろいろな分野でこういうものを確実に測れるという手法を提示していただいて、全国で使って、それで評価して、ここの施設はよくなっている、ここは悪くなっているというようなことをはっきりさせる。それでディスプレイをつけるほどひどい施設があるならば、そこに対処していくという形で、ま

ず、この絵のイメージをはっきりさせることが一番基本になるのではないかと思います。

（翁会長）

4 ページの右下に書いてありますけれども、国民の視点から、例えばどの事業所がこういった自立支援にしっかり取り組んでくれるいい事業所なのかということが見える化していくことがとても望ましいことだと思いますので、ぜひこういう形で、国民の視点から見て、こういった取組が分かりやすく情報開示されるようにしていただきたいと思います。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

まず、高橋副会長からおっしゃったことをございますけれども、当然データを探るに際しましても、こういったことをパッケージですれば、こういった状態がよくなるのではないかということ、様々な仮説を立ててデータを探っていくということもあると思います。

また、様々なデータを探って、アウトカムを出してデータ分析する際に、思いもよらなかったことで効果があることもあるかもしれません。そういったこともらみながら、きちんとしたデータベースを構築した上で、何が効果的な介護であるかということをしてできるだけ明らかにしていければと考えているところでございます。

そういった明らかになったものにつきましては、当然介護報酬の中で加算なり加点なりされてまいりますので、そういったデータにつきましては、当然、今、介護の情報というのは全て見える化されておりますので、そういった中に取り込む。ただ、それは非常に分かりにくいとか、そういった御指摘もありますので、できるだけ介護に詳しくない方でも見れば分かりやすいような形で提示していければと。そういった努力を今後とも重ねていきたいと思っております。

（翁会長）

ICT化につきましては、介護の現場は非常に大変で、人手も不足していて、本当にどうやってその現場の方たちをヘルプしていくかという視点に立ち、また、できるだけ入っていらっしゃる介護現場で向き合う時間を増やすためにも、記録や情報共有といったところができるだけ省力化できるようなICTを使っていくということが、基本的に非常に重要だと思うのですけれども、どうですか。進め方につきまして、見てみると、まだ全体的な動きになっていないように感じまして、もっとスピーディーに進められないのかなという印象も受けるので

すが、このあたりについて御検討状況を教えていただければと思います。

（高橋副会長）

先にもう一つ加えさせてほしいのですけれども、このICT化を進める前に、まず現状のままICT化していいのかはものすごく大きな問題でありまして、介護は、私は医療と比べて、書類の量が相対的に多いなという感じがします。それから、指導のほうで、現場で実際に指導されるときに、同じものを書いていると、これは個別性がないといって、標準化ということに対して現場指導においてよく指導を受けるというお話を聞くわけなのです。このICT化を進める場合においては、まず真っ先に書くべきことというのは、実際の書類の整理。できれば減らしたい。そこからICT化が進んでいくのではないかと考えておりますので、この8ページ等に、構造改革徹底推進会合から出た書類の削減と書類の簡素化というような項目に、ぜひ入っていただきたい。そこからICT化の話が進むのではないかとと思います。会長の話と私の話を2つ含めて御答弁いただければと思います。よろしく願いいたします。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

まず、高橋副会長のお話で、書類が非常に多いということにつきましては、実は骨太方針の中でも、介護事業所における書類について、減らしなさいということは示されているところでございます。我々としましては、まず実態把握ということで、当然書類の中には国が統一的に求めているもの、各自治体がその上乗せで非常に求めているもの、さらには、介護事業者が自ら様々な介護をするためにそれ以外の自分の独自に集めているもの、独自につくっているものがございますので、まずはサービスごとにきちんとした実態把握を地道にした上で、国が求めているものにつきましては、簡素化なりもしくは不要にできるのならば不要にしていく。

さらに、自治体が求めているものにつきましても、本当に必要かどうか。さらには、各自治体間で、かなり複数の市町村なり都道府県でやっている介護事業者もありますので、必要なものであったとしても極力標準化できないかと。介護事業者自らやっておられることにつきましても、調べてみればここまでされているという実情は分かりますので、我々から、例えばここまでやられますかという御提案ができるかどうかは分かりませんが、そういったことを含めて、全体的に介護における文書につきましては、減らしていきたいと考えているところでございます。

また、翁会長がおっしゃいました介護分野におけますICT化の導入状況、今後の取組でございます。まさにおっしゃるとおりでございます。介護現場では、

大きなところは進んでいるところ、かなり前向きにやっているところ、また、ICTに非常に理解のある経営者で、しかも若い方が多いところは進んでいるような現場はあるのです。一方で、高齢者の方が実は介護現場にはかなりいらっしやあって、なかなかそういったところが多くて、小さなところは若干進んでいない面があるということは現実だと思っております。

そういった中で、我々としましても、現状をきちんと把握しなければいけないということで、今年度につきましては、導入状況等のアンケート調査を行いたいと考えておりますし、また、来年度の要求におきまして、基本的には情報連携に関しまして、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を行っていきたいと考えております。若干遅々とした取組かもしれませんが、一歩ずつ進めていきたいと思っております。

（高橋副会長）

システムの開発の人たちからお話を聞くと、自治体ごとに非常に似ているけれども全部フォーマットが違って、国が示してくれれば一通りのプログラムで済むのに何百種類つくらないといけなくて、コストが上がるという話を聞くわけなのです。先ほど言いましたように、一くくりにはできないわけなのですが、学校健診が全国统一フォーマットであると。ですから、個別対応のところは、むしろ私は手書きでも済むものは済ませて、根幹のところだけICT化していくというような整理が多分必要なのではないかと。だから、このところ、厚生労働省全体として、地域医療構想もそうなのですけれども、自治体に渡すという形で、それでフォーマットがバラバラ、自治体で同じ内容なのだけれども、順番が違っていることがすごく発生してきているので、ICT戦略として、地方に渡す場合でも、根幹で共通の部分と自由度ができるというところを切り分けて、ICT化ということをかなり重視して、書類のデザインとか指示の出し方というものをぜひ組み入れていただきたいと思います。

それから、これはICT化の話とすごく逆行する話なのですけれども、現場の中で、福祉の場合に、標準化ということはあまりよろしいことではない。先ほど言った個別性を非常に重視するという話があるわけなのです。その辺に関しても、指導のところ、標準化して推進するというような項目をはっきり打ち出すということが非常に重要ではないかと思えます。これはICT化と別の話でありますけれども、ぜひ効率化ということをその辺にも組み入れていただきたいと思います。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

御指摘ありがとうございます。

副会長の御指摘も踏まえまして、ICT化なり、また、文書自体は標準化していきたいと思っておりますけれども、介護現場におきます様々な工夫をやっていただくのも大事でございますので、そういったことも尊重しながら、基本的に、例えば先ほど言いました科学的介護で明らかになったものについては提示して、きちんとかういった形でやっていきたいということは提示していきたいと考えております。

（翁会長）

次期の介護報酬の対象として検討されているロボット介護機器について教えていただければと思います。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

資料で申しますと、12ページでございます。ここにありますように、実証機器としては、見守りの機器と移乗介助の機器におきまして、こういった、今ここにある30施設、10施設におきまして、介護ロボットの導入前後におきまして、介護職員の居室への訪問回数や、例えば介護業務時間の変化などの調査を行っております、それを精査しているところでございます。その精査の上、そのデータを今後社会保障審議会の介護給付費分科会に提示していただいた上で、今後こういったロボット機器について、介護報酬上、何らかの措置ができるのかどうか、恐らく来月になると思っておりますけれども、来月に議論になっていくと思っております。

（翁会長）

ニーズ・シーズ連携協調協議会につきましては、具体的に今後どのように、今までも随分使う側と開発する側の意見をぶつけながら開発を進めてきていると思うのですけれども、どういう方針で今後やろうとされているのか。また、プロジェクトコーディネーター的な役割はどのように検討されていくのか。そのあたりについて、何か御検討されていることがございましたら、教えていただきたいと思っております。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

13ページ、14ページでは、H30年度の要求の話をさせていただきましたけれども、ニーズ・シーズ連携協調協議会自体はH28年度から10分野、H29年度はもう少し増やしておりますけれども、そういった形でやっておりまして、極力介護現場のニーズを反映したロボット開発の提案を現場からしていただくといった

取組を進めているところでございまして、その取組を今後とももう少し広げてやっていきたいということが、今の厚労省なり経産省の方針ということでございます。

（翁会長）

13ページに書いてあるプロジェクトコーディネーターというのは、どういう方が担われるのですか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

直接プロジェクトコーディネーターの方にお会いしたことは、私自身はないのですが、ここにありますように、介護現場やロボット開発に関して、十分な知見や経験を有しておられる、福祉関係者の中でも作業療法士の方や工学・機械関係専門職、複数のペアもあるかと思っておりますけれども、そういった方が中心となってこの協議会を回していただくということでございます。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

2点ございまして、先ほどの介護ロボットについて、見守りと移乗介助のところについて御検討中ということですが、5月から8月までデータを採られて、今、データ集計中と伺いましたが、おそらくデータを採るときに、こういうデータ集計結果が出ると介護報酬改定の際にいいエビデンスになるのではないかという、作業仮説を立ててアンケートをとったりなどされていると思うのです。この12ページの下のところ、幾つか、職員業務量の調査とか、おそらく見守りの回数がどれだけ減っているのかとか、移乗介助のところ、移乗介助に要している時間がどれだけ減っているとか、あるいは今まで2人で抱き抱えをやってた割合が減っているとか、何らかの形で結果が出つつあるのか、最終結果でなくても、そこら辺の現在の感触はどのような感じなのかということについてお聞きしたいということが一つ。

もう一つ、16ページで、介護ロボットの介護業務支援という新たな分野が入ったのは、非常に前向きで非常にいいのだと思うのです。まさにいろいろなロボットを入れていくというときに、いろいろなデータが採れていく。そのデータをうまく連携させていくことが大事だと思います。こういういろいろなデータを連結させていくという取組と先ほど議論した介護現場でのICT化、これも今、ケア記録を手書きでやっているものが多い、これをICT化しなければいけない。トータルで見ると、介護現場のデータをうまく採り、業務量を減らし、そして、よりヘルパーさんの負担も減り、そのことによってむしろ要介護者との間の本間にいいコミュニケーションに時間を使ってもらう。そういういい介護につな

がっていくと思うのです。こういった介護業務支援的などころでの新しいデータ連結の話と介護現場のICT化の話と、全体としてどうやってうまく連携しながら、あるいは一つの政策としてやろうとされているか、そこら辺についてのお考え、この2点を伺いたいと思います。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

広瀬次長のおっしゃいました、まず第1点目、現時点での介護ロボット導入の感触でございますけれども、自分自身は、まだ精査中のデータを見せてもらっていませんので、具体的なことは申し上げられませんが、おそらくは、当然こういった特に見守りのセンサーがありますと、わざわざ部屋にまで行かなくても定期巡回しなくてもいいようなことが普通は想定されますので、ある程度、これがあれば例えば人員はもう少し薄くていいといったようなことが予想はされますので、そういったデータが本当にどこまで出てくるかというのを、今、待っているところでございます。仮にそういったものが出れば、そのデータに基づいて、何らかの介護報酬上の措置ができるのかどうかということが、今後議論になっていくのだと思っているところでございます。

2点目、介護業務支援について言及いただきました。どうもありがとうございます。まさに広瀬次長の問題意識の下、我々も大切な5分野の外に、もう一つ大切な分野ということで、今回経産省と議論させていただいた上で位置づけさせていただきました。当然狙いは、今、広瀬次長がおっしゃいましたように、こういったものを活用することによって、先ほどのICT化でも話題になりましたけれども、介護職員の記録の事務の軽減が、今後介護人材の確保等の観点からも非常に大事な課題になっているところでございます。そういった課題もございまして、この介護ロボット、特に介護業務支援のところと介護記録のICT化のところにつきましては、担当者が若干違うというのはありますけれども、担当者ごとに当然経産省、厚労省もよくよく連携して、今後ともこういったものを進めていきたいと思っております。

（鈴木日本医師会常任理事）

昨日たまたま科学的介護の検討会が開催されまして、日本医師会も今回からオブザーバーとして参加させていただきました。全体の議論の内容も把握することができましたが、科学的介護の実現は世界初の画期的な取組でございますので、非常に期待したいと思っております。ただ現状では、まだ科学的介護の定義が明確になっていないのではないかという気がしまして、同床異夢的な感じもしますので、その辺は明確にする必要があると思っております。もし、今、医療で行われているような緻密な内容を介護にも取り入れるということであれば、

これは人手やコストも増えていくことになり、医療の介護化ということにもなるわけですが、その負担はどうするのかということにもなりますし、全体として効率化という大きな方向性とどう整合性をとるかというところが、いま一つ見えないのではないかという気がいたします。ただ、ぜひ推進していただきたいと思っております。また、同時に現場の負担も減らさなければなりません。

介護記録のICT化については必要であると思っておりますが、それとともに、先ほども言いましたけれども、地域包括ケアシステムにおいては医療と介護が一体化していきますので、「介護」「医療」と分けしないで、ICT化においても医療と介護の連携を視野に入れる必要があると考えております。

それから、介護ロボットでございます。これは絶対に必要でありますけれども、まだ現場の人手削減にまでつながるものはほとんどないと思っております。見守りセンサーによって負担の軽減やリスクの軽減につながることはあると思っておりますが、それを介護報酬上どのように評価するのは、これから議論が必要だと思っております。

また、今後開発がどんどん進むわけですが、安易な導入により、逆に介護従事者の負担が増えたり、あるいは全体のパイが増えない中で、ロボットの分のコスト増によって人件費が圧迫されるようなことはあってはならないと考えております。今後、介護保険に介護ロボットがどんどん導入されていくということであれば、その保険適用に当たっては、医療保険と同様に有効性・安全性、そして、最近では医療保険でも言われていますが、経済性を評価をする仕組みが必要になると考えております。

以上です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

では、最後に翁会長からコメントをいただければと思います。お願いいたします。

(翁会長)

介護についても御説明ありがとうございました。次回以降にお願いしたいなと幾つか思うことを申し上げたいと思っております。

自立支援介護につきましては、次期介護報酬改定で、何をどう評価するのか、それから、プロセスとアウトカムをどう組み合わせていくのか、今御検討中ということでございますけれども、できるだけ次回の会合において、具体的な考え方を示していただければと思います。

科学的介護の実施に向けたデータベースの構築につきましては、議論させて

いただきましたけれども、評価の具体的な物差しをまず定めて検証していくというようなアプローチもとっていくことが必要ではないかと思えます。もちろん、おっしゃったように、物差し自体は柔軟に見直していくということを前提として、一定の方向性を示していくということで、できるだけ全体が使えるような仕組みにしていくという視点も重要ではないかと思っております。年度内のケアの分類法のデータ収集様式の作成に向けた検討につきまして、着実に進めていただきたいと思います。

介護現場のICT化につきましては、データ利活用基盤、2020年度の本格稼働となっておりますので、そこに照準を合わせると、スピードアップをしていくことが必要ではないかと思えます。アンケートをとって現場の状況を調べるということでございますが、まず、その現場の実態を把握分析した上で、予算事業というものもあると思うのですけれども、それだけでなく、どう小規模事業者をサポートできるかとか、どういうインセンティブがつけられるのか。そういったことも含めて総合的に御検討いただければと思えます。

ロボット介護機器につきましては、これまで見守りセンサーと移乗介助についてやっておられるということですが、次回、どのような切り口でデータを集計して、どのような結果が見込まれるのか、お示ししていただければと思っております。人員基準や介護報酬においてどう位置付けるのかということにつきましても、具体的な検討状況を、次回、提示していただければと思えます。

広瀬次長が申し上げましたが、介護業務支援、私もこれは重点分野としたのは適切だと思っております。将来目指すべき介護現場を展望して、データを抽出、共有していく。そして、活用していくということを念頭に、ICT化もロボット介護機器の開発の方向性も全部リンクして検討していただくということを、厚労省、経産省で引き続き連携して取り組んでいただければと思えます。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

以上をもちまして、4つの分野についての議論はここまでとさせていただきます。

最後に越智副大臣からまとめの御発言をいただければと思えます。よろしく願いいたします。

(越智副大臣)

今日は第1回目の会合でございましたけれども、2時間半、長時間に渡りま

して、熱心に御議論をありがとうございました。また、翁会長、高橋副会長、ありがとうございました。

今日はこれまでの成長戦略を踏まえた取組状況、今後の取組の方向性等を御説明いただいたと思っております。その中でも、健康・医療・介護のデータ利活用基盤の構築、医療・介護現場のICT化やロボット導入、保険者や企業を通じた個人の健康増進のための行動変容など、これまで行ってきた取組の進捗状況と課題を確認・共有できたと思っております。

特に感じましたことは、個々の施策を単独に進めるだけでは十分ではなくて、それぞれの施策を有機的に連携しながら進めていく必要があるということに改めて実感したわけでございます。実現には難しい課題が山積していますけれども、ぜひ、各省庁間で協力していただき、成長戦略の具体化・実装に向けて、取組を前に進めていただきたいと思いますと思っております。

引き続き、皆様の御協力をお願いして、御挨拶といたします。ありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。