

11/15 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2回）

（開催要領）

1. 開催日時：2017年11月15日（水） 8:30～11:00

2. 場所：合同庁舎4号館12階1214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

石川 広己 日本医師会常任理事

武藤 真祐 医療法人社団鉄祐会理事長

（議事次第）

1. 開会

2. 有識者ヒアリング、関係省庁による説明及び自由討議

（1）遠隔診療の推進

（2）データ利活用基盤の構築

（3）科学的介護の実現

3. 閉会

（配布資料）

資料1：医療法人社団鉄祐会 武藤理事長提出資料

資料2：厚生労働省・総務省・経済産業省 提出資料

資料3：厚生労働省・総務省・経済産業省 提出資料

資料4：厚生労働省・総務省・文部科学省 提出資料

資料5：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、第2回「未来投資会議 構造改革徹底推進会合『健康・医療・介護』会合」を始めさせていただきます。

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、越智副大臣に御出席をいただいております。村井大臣政務官は、後ほど到着される予定であります。日本医師会から石川常任理事に御出席をいただいております。有識者として、医療法人社団鉄祐会理事長の武藤真祐様に御出席いただいております。武藤理事長は9時30分ごろに御退席予定と伺っております。

初めに、越智副大臣から御挨拶をいただきます。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。今日も朝早くからお集まりいただきまして、ありがとうございます。今日は2時間半のコースでございますので、しっかりと議論していただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

10月27日に、第1回の会合を開催いたしました「Society5.0」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ために、これまでの成長戦略の進捗状況を検証しまして、取り組むべき事項を再整理・重点化して推進すべく、まずは、取組の現状と課題を、確認し共有したところでございます。

今日は、前回の議論で翁会長、高橋副会長が御指摘をくださいました事項を中心にしまして、1つ目に遠隔診療の推進、2つ目に健康・医療・介護のデータ利活用基盤の構築、3つ目に科学的介護の実現について、更に具体的な議論を進めていただきたいと思っております。

また、ICTを活用した遠隔診療分野での先進的な取組として、医療法人社団鉄祐会より、今日は武藤理事長においでいただいております。実証事業での取組・課題や問題意識について発表をいただきます。大変お忙しい中、いらしていただきまして、また、御準備・御対応くださりまして、心から感謝を申し上げます。

本日は、日本医師会から、石川常任理事にも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、連携をして進めていきたいと思っております。

それでは、皆様、本日も忌憚きたんのない御議論をいただきますように心からお願い申し上げます。どうぞ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。

時間も限られておりますので、その他の出席者の方々の御紹介は、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。

本日は、1番目に遠隔診療の推進、2つ目がデータ利活用基盤の構築、3つ目が科学的介護の実現ということで、前回の推進会合での指摘を踏まえて議論をいたしたいと思います。3つの項目ごとに分けて自由討議をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

まず、遠隔診療の推進に関しまして、鉄祐会の武藤理事長から御発表をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長)

おはようございます。本日は、このような機会をいただきましてありがとうございました。私どもが福岡市で協力させていただいております「ICTを活用した『かかりつけ医』機能強化事業」の御紹介をさせていただきます。

この事業は、福岡市が超高齢者会への対応を目指したプロジェクト「福岡100」取組の中の一事業としてやっているものとなります。昨年11月に福岡市と福岡市医師会によるワーキンググループを発足しまして、九州厚生局をオブザーバーに迎えて開始しております。

左下に書いてございますが、運営委員として市医師会、福岡市、事務局として私どもの医療法人社団、オブザーバーとして九州厚生局、協力としてインテグリティ・ヘルスケア株式会社、利用システムはYaDocとなっております。

まず、そもそもオンライン診療とは何かといったところを議論していかなければならないと思います。遠隔診療、オンライン診療、ICT診療などいろいろな言葉がありますが、私どもが福岡において実証しながら考えてまいりました定義がここにあります。

オンライン診療とは、ICTを活用し、患者データの質と量を増やすとともに、医師と患者の双方向コミュニケーションを深めることで、診療の質を高めていき、従来の対面による診療を補完するものである。このように考えております。

医療提供手段の一つとして正しく運用することが求められると考えておりました、この時に3つの概念を掲げております。1つ目は医療情報の集積と活用で、患者が自ら気づき、あるいは機器を通して伝えることで、医師の判断を支えることを可能にする。患者の日常の生活状態や療養状況、自覚症状の有無など、医師が通常の診療では捉えにくい情報を分析可能にし、医療の質向上を追求していくものである。

2つ目はアクセシビリティの向上で、医療を必要とする患者に対して、より

適切な医療を提供することを可能にする。患者が来院する、あるいは医師が訪問する、といった、通常の医療の提供が困難な状況を解決する手段として積極的に活用していく。

3つ目は持続可能な医療の実現で、効率性を高め、限られた医療資源で最大限の効用を可能にする。患者が自身の状態を把握し、医師に伝え、行動に移すことを支えることにより、自己解決力を高め、医療資源を最小に抑えながら、アウトカムの最大化を追求していく。

このように考えております。

実証で用いましたオンライン診療システム「YaDoc」は、患者側ではモニタリング、問診、診察の3つの機能を適宜お使いいただきます。モニタリングはバイタルの測定、生活情報の記録。問診は疾患のアセスメント、重症度の把握、QOLの評価。診察は予約であったりビデオチャットが機能となります。

医師側ではこれらの情報を全て統合的に見ることが可能になります。医師が使う温度版のように、全ての情報がチャートになって、パッと見て、良くなっているのか、悪くなっているかなどが分かります。また、オンラインで患者とコミュニケーションを取ることが可能となっております。

私どもが考えますオンライン診療モデルをご紹介します。来院された時に、まずは医師とともに診療計画をつくります。例えば入院や、在宅医療では診療計画がありますが、外来は通常ございません。しかし、オンライン診療は双方の合意が重要と考えており、まずは計画をつくります。その後、患者は自宅に戻った後、モニタリング、もしくは自宅で問診・ビデオ通話での診察を行っていただき、来院時にまた問診を入れていただき、対面診察を行っていく。

どのようなパターンで使っていくかは患者の状態、もしくは医師が考える診療のあり方によるものですが、基本的なコンセプトはこのようになっております。対面診療との組み合わせによって、患者の状態をかかりつけ医と共有できるようにするとともに、治療からの脱落を防止するといった目的を持っております。

次に、私どもが福岡市で進めてまいりました実証の内容に移ります。まずはオンライン問診、オンライン診察とに分けてございます。

オンライン問診は、患者の状態を御自身もしくは介護者に入力いただくものですが、参加人数は84名、平均年齢は66歳。なお、これは東京でも同じような実証をやっておりますが、東京では平均70歳を超えております。疾患はこのようなものとなっており、多岐にわたっております。

次にオンラインの診察については、こちらは9名の方に参加いただいております。今回、我々は広くやることよりは、まずは対象となる患者をある程度絞ってきちんとした実証、検証を行うことを目的としておりました。

めくっていただきまして、実証内容を検証しておりますですが、私どもはどのような患者に対してどのような効果があるかといった仮説を立てております。4つに分けてございますけれども、未受診者、外来診療、これは通常の勤労者でございます。それから、高齢者の外来診療、在宅医療です。例えば外来診療（勤労者）に対しては患者の負担軽減、治療からの脱落防止。外来診療（高齢者）に対しては介護者の負担軽減、早期対応。在宅医療に関しては医師・介護者の負担軽減、早期対応で、ここには患者や御家族の安心なども効用として含まれます。

それぞれのケースについて御説明するとともに、参加していただいた医師から様々なフィードバックをいただいておりますので、それをまとめてお話ししたいと思います。

まず、ケース1の外来診療で、勤労者の方です。2つの事例をご紹介しますが、1番目は50代の女性で高血圧の方。母子家庭で仕事が忙しく、通院時間の確保が困難である。元々長期処方を希望しており、通院負担を軽減しながら、治療継続ができないかを検討されておりました。通常であれば毎月1回の外来診療ですけれども、計画を立てまして、3カ月に1回としました。3カ月の長期処方が現在は可能でありますので、間でオンライン診療を入れていくといったものでございます。

同じように40代の男性の高血圧患者は、勤務地が変わり、今までの先生に診てもらうのに通院に2時間はかかる。ただ、同じ先生に診ていただきたいという希望がありました。この方も、3カ月に1回の対面、間はオンラインといった形に変えております。

実際にやっていただきまして、診ていた先生方からの意見交換で、様々なものが出ましたけれども、主要なものをここにまとめてございます。

1番は、アクセシビリティの向上により重症化予防に有用である。オンラインで受診頻度を高めることで治療継続率向上に寄与とあります。3カ月に1回の対面のみですと、途中で来なくなってしまうことがあり得るわけでありまして。その下、糖尿病などの慢性疾患の患者であり、定期受診が困難である場合に有用ではないかとあります。対面のみでは受診機会が保てない場合、オンラインで補完的に受診頻度を高めることで治療が継続しやすい。また企業の健康診断と連動することで、今は未受診者が問題になっているわけでありましてけれども、こういった形の受診勧奨に活用することも期待できるということがありました。

2番目に、医師の判断に基づく適用判断が重要である。まずは全ての患者に適するわけではないと。面倒くさいから行きたくないなど、全ての人に適用ができるわけではないということが大事です。一方で、対面の補完としては有用ではないかということと、患者の利便性だけではなくて、個々の事情を鑑みて

医師が判断することが必要であるといった声が上がっています。

ケース2は、外来診療の高齢者の方です。この方は80代の女性で認知症のある方で、軽度なアルツハイマー型認知症があり、3カ月に1回の通院をされていた方でした。通院介助が必要でしたけれども、東京のご家族の方がサポートされていましたが、やはり通院が大変であると。もっといろいろと医師に相談したいといった声もありました。この方の場合は、元々3カ月間に1回の通院だったわけですが、間にオンライン診療を入れていくことで、医師と患者との間のコミュニケーションを増やしたというケースでございます。

2番目の例が90代の男性で、この方は脳梗塞後遺症によって、寝たきりではないのですけれども、通院がかなり大変な方でした。訪問診療への切り替えを検討していましたが、世の中に訪問医が必ずしも多くありませんので、訪問診療を望んでも、そのまま導入ができるというわけではございません。この方も、かろうじて毎月行っていたわけではありますが、間をオンライン診療に変えたというケースでございました。

このケースから挙がってきました医師からの声ですけれども、一つは介護者の負担を軽減することができる。症状が安定していても、身体機能や認知機能の衰えがあって、3カ月に1回の通院のみでいいかということ、そうではなくて、かつ、1人では通院できませんので通院介助が必要なケースでありました。この方の場合は御家族が仕事を休む必要があったわけですが、こういったご家族が必ずしも全ての患者にいらっしゃるわけではありませんし、いらっしゃったとしても仕事に負担がかかるといったことがありますので、こういったことが減ること自体が社会的なメリットが大きいと考えたということです。

2つ目が、かかりつけ医機能を強化することができるのではないかと。高齢で通院困難になれば、本来、例えば入院であるとか在宅医療の適用となりますけれども、オンライン診療であれば、今まで診ていた先生がそのまま継続して診ることができる。いわゆるかかりつけ医の機能が延長できるといった側面があるかと思っております。オンライン診療であれば、患者の表情や状態の変化を見ることができますので、単なる電話よりは情報量が増えます。患者や御家族にとっても、かかりつけ医の顔が実際に見えるということで、いろいろ相談しやすいといった声がありました。

ケース3は、在宅医療でございます。この方は80歳の男性で悪性リンパ腫でした。認知症があって月1回通院していた方ですが、悪性リンパ腫が進行して、週1回の訪問診療が入りました。かなり病状が進んだこともあって、オンライン診療も併せて実施するといったケースであります。今までであれば、週に1回訪問医が訪問していましたが、実績では、これに併せてオンライン診療も加えております。

もう一つはお子さんのケースです。6歳の女性で、この方は胃ろうを使いながら自宅にいらした方ですけれども、状態が安定していることから、月に2回の訪問診療を月に1回としながら、間にオンラインも入れていくといった形がありました。

このケースのまとめとしては、1番目、医師の負担の軽減と医療の質の両立が可能になると考えております。在宅医療は、もちろん医師が頻繁に行くことができればいいのですけれども、時間や、行くたびに診療費がかかりますので、患者の経済的な制約も出てきます。オンライン診療であれば、頻度を高めることが可能になるかと思っております。先ほども出てまいりましたけれども、単なる電話よりは、例えば実際にリンパ節が腫れているところを見せてもらうなどの情報量が増えて、指示が出しやすくなったというケースもございました。同じように、医師の顔が見えることは非常に安心を生むということも改めて分かっております。

もう一つが急変時でも有効な場合がある。例えば終末期の場合は、急変といいますか、何かあった時にもオンライン診療で患者とコミュニケーションを保つことで、看取りまでにつなげるといったケースもありました。また、状態が悪いことがオンラインを通じて分かりましたら、早目に訪問する、もしくは応急処置の指示を出すなどといったことができたので、症状が安定している患者だけではなくて、こういった患者にも使える場面があるといったことが経験的に見えてまいりました。

最後になりますけれども、オンライン診療の普及に向けた主な論点ということで、6つ挙げてございます。少し細かくなりますけれども、1番は適用条件で、患者側です。繰り返しになりますけれども、全ての患者に適用するわけではないということ。状態やICTのリテラシーもありますので、医師が基本的には判断して導入すべきであると。まずは対面での診療をきちんとして、対面原則の上行すべきだということを考えております。

2番目が医療機関側ですけれども、オンライン診療をする場所の可能性が様々出てまいります。自宅の場合もあるでしょうし、そういう意味では、オンライン専門医のような人が出てきて、どこでもやっていいといったことは逆に医療の質の低下の懸念がありますので、ガイドラインの制定なども含めて議論すべきポイントであると思っております。

3番目が診療計画でありますけれども、対面診療にいつか行くと言いながら全然来なくなってしまうようなケースもあり得るわけなので、ここはきちんと医師と患者が合意をして、ある程度計画を立てて実行していく。もしくはこういったときには必ず来るのだということで、医師にとってのリスクを下げるということもあろうかと思っております。

4番目が他職種連携で、医師と患者だけの中で閉じる話ではなく、例えば栄養指導であるとか服薬指導であるとか、こういったものと連携することで、医療全体の質を上げると考えておりますので、オンラインについては他の職種も含めて考える余地があるのではないかと考えております。

5番目は薬剤。現在のところ服薬指導は対面が原則となっております。しかし、医師の診療はオンラインとなった時に、薬、これは慎重な検討が必要となりますが、こういったところも含めて新しく考えていくべきではないかと考えております。

最後にセキュリティで、これは医師も患者側も成り済ましが理屈上はあり得るわけでありますので、双方の本人確認は医療行為を行う上では必要であろうと。かかりつけ医が自分の患者をオンラインで診るということは、かなりそのリスクを減らしていることにはなりますけれども、本人確認は何らかの形でやらなければいけない。よく言われることですが、情報漏えいの問題がありますので、十分な情報セキュリティを確保しておくことは必要ではないかと考えております。

以上となります。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)

武藤理事長、ありがとうございました。

大変具体的かつ分かりやすい説明をいただきました。ありがとうございます。

それでは、遠隔診療につきまして、引き続き厚生労働省から御説明をお願いいたします。

(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))

資料2「(1)遠隔診療の推進」でございます。1枚目は遠隔診療に関するルールの整備に向けた診療という紙でございます。

一番上ですけれども、更なるこうした診療に関する普及・推進のためには、医療上の安全性・必要性・有効性が担保された適切な診療を普及させていく必要があります。そのために一定のルール整備が必要ということでございます。11月に研究班を立ち上げまして、年度末を目途に、オンライン診療に関するガイドラインを作成することとしました。

概要でございますが、1つ目の〇ですけれども、遠隔診療につきましては、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行うことなど、診療を実施する際の留意点が示されているところでございます。

診療を実際に行う場合は、判断につきましてはそれぞれの医師が行うことに

なりますけれども、その判断の参考となるようにオンライン診療に関するガイドラインを作成するという事で、2点です。医療上の安全の担保の観点から、診療を行う際の原則の明示や、医療上の必要性、有効性の担保の観点から、オンライン診療が適する診療形態の例示など、こういったものを中心に議論をいただく予定でございます。

メンバーは武藤理事長をトップに据えまして、日本医師会の今村副会長やメドレーの豊田代表取締役医師など、関係者を入れまして議論したいということでございます。また、厚生労働省だけではなく、総務省、経済産業省の協力も得ながら進めたいということでございます。先ほど武藤理事長がお示ししました論点の7つにつきましても、十分に議論させていただきたいと考えております。

次の2ページ目でございますが、「未来投資戦略2017」の中にも、遠隔診療につきまして、昨日は、実は世界糖尿病デーで、私がつけているこのブルーサークルはまさに糖尿病対策の印でございますけれども、こうした生活習慣病患者への効果的な指導・管理、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、次期診療報酬改定で評価を行うこととしております。更に知見を集積して、2020年度以降の改定でも反映していくということでございます。

3ページが現在オンライン診療で評価しているものでございますが、中医協の資料でございます。一番上のドクター・トゥ・ドクターのものは、専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもので、エックス線等の画像診断、病理画像を用いた診断などで使われているものでございます。

医師对患者のものでございますけれども、真ん中の電話を使った診療ということで、電話による再診が既に評価されております。もう一つ、遠隔モニタリングの例でございますが、心臓ペースメーカーをつけた患者の医療上の指導につきましては、評価がなされているところでございます。

4ページは武藤理事長が言われたとおりでございます。

5、6ページにつきましては、福岡市、まさに武藤理事長の実施事業について中医協でも御説明しております。

7ページでございますが、実際にオンライン診療において想定される課題ということで、中医協でお示した課題の整理でございます。1点目でございますけれども、遠隔診療は対面診察と適切に組み合わせて行われ、対面診察を補完するものとして位置づけられております。この適用について、まさに患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間を求める必要があるのではないかということ。

2点目ですけれども、医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成や患者の同意の取得等を求める必要があるのではないかと。仮にこれを診療報酬で評価する場合には、上記のような内容を要件として求めるべきではないかと。また、現行の電話再診料などがございますけれども、仮に診療報酬で評価するとした場合は、こうした再診料等の整理が必要となるということをお示ししているところでございます。

最初に戻りますけれども、1ページの研究班の中で、いろいろと本日いただいた御意見はこちらで受けとめまして、年度末までに整理させていただきたいと考えております。

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した。

武藤理事長から御発表いただいた内容、厚生労働省から御説明いただいたことを踏まえて、自由に御質問、御意見をお願いできればと思います。よろしくお願いたします。

(翁会長)

御説明どうもありがとうございました。武藤理事長からは、福岡市で実際にやっていらっしゃる事業を御紹介いただきまして、非常に分かりやすくユースケースなども御紹介いただいて、理解を深めることができたと思います。

幾つか御質問させていただきたいと思うのですが、3ページにオンライン診療の定義というものがございまして、その中で医療情報の集積と活用やアクセシビリティの向上、持続可能な医療の実現ということで、オンライン診療の考え方が整理されていると思います。

私は前回に申し上げましたけれども、診療報酬を中心としたルールだけではなく、理念としてどういうことがオンライン診療で達成できるのか、そういった医療提供者としての心構えというか、同時にそういったことが国民にも分かりやすい、そういった原則みたいなものが整理されるのが非常に重要ではないかと思っています。ここに書かれた内容は比較的私のイメージに近い原則になっていて、健全な形で遠隔診療が広がっていくために、非常に重要ではないかと思っています。

そういった原則のような考え方の公表につきまして、武藤理事長や厚生労働省については、どのようにお考えなのかをお伺いしたいと思っています。

（武藤医療法人社団鉄祐会理事長）

翁会長、ありがとうございます。我々の御紹介したオンライン診療の定義は、これは仮でありご参考ということですが、翁会長からの御意見も賜りながら、どうあるべきかといったことをしっかり考えるべきだと。この文言も、それなりに我々の中でもいろいろと推敲を重ねてきたものでありますが、我々が三方よしと言っておりますように、まずは患者にとっていいものでなければなりません。これは間違いのないことでもありますし、一方で医療提供者側、社会にとっても、全てにとってバランスが保たれた形で大事に育てていきたいと思っております。

したがいまして、オンライン診療がうまく広まるためには、医療提供者側の御理解と国民の方々の御理解、御納得とともになければならないということであり、患者側の立場で申し上げますと、自分たちの情報の量や質を深めてきちんと医師に伝えたい、もしくは医師から何か言われたことも、もっと理解したいという、必ずしも今の医療の現場で十分にはできていないかもしれないことをオンラインという新しい技術を使ってよりよくする余地があるのであれば、これは積極的に取り入れていきたい。

その上で、持続可能性という点については、不必要に使うようなケースがあってもいけないわけにありますので、バランスのとれたものをどのように考えていくか。そのような中で、ある一定のプリンシプルを示していくことが大事なのではないかと考えております。

（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））

厚労省でございます。医療法第1条の2に医療提供の理念を示しておりますので、読み上げますと、医療は、医療の担い手と医療を受ける者の信頼関係に基づき、医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならないというものと、第2項に、医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院等の医療提供施設や、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならないとありまして、まさにこうした医療法の理念を遠隔診療はきちんと補うものであるならば、それはしっかりと受けとめて、推進すべきものだと思います。

ただ、いろいろ問題がありますので、そこはきちんと整理していきたい。それを踏まえまして、武藤理事長を中心とする研究班の中で受けとめて議論させていただきたいと考えております。

（高橋副会長）

遠隔診療のイメージをお医者さんに聞くと、武藤理事長がやられているような、こういう機器を使って情報を集積していくという非常にしっかりした形のものがある一方、いまだにスマホを使ってお話しして、それで遠隔診療と考えている人もとても多いのが現状だと思っています。今回、導入の時に、ガイドラインをつくられていますけれども、スマホを使って、画面でお互いにかなり見ることができますので、そういう診療は今回の対象に入るのか、入らないのか、この文章を読んでよく見えないのです。オンライン診療と言った場合は、今、言ったような形なのですけれども、遠隔という言葉を使うと、今、言ったスマホみたいなものを考えている先生たちもまだおられるような形なので、その辺の整理はどのように考えられていますか。

（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））

遠隔診療という名前が遠いところへ離れたというイメージですけれども、その名前も含めて検討会の中では議論したいと思っております。きちんと理念を整理して、今後、議論の質を高め、効率化、持続可能性のある医療を実現するための手段として有効であるということであれば、そういった方向に持っていくための整理をさせていただきたいと思っております。

（高橋副会長）

やはり翁会長が言われたように、まずは理念があって、その具体的な形はどうなるかということで範囲が広がってきて、最初は理念に沿った範囲のものを中心に始めていくことが非常に重要ではないかと思えます。

（翁会長）

ユースケースでお伺いしたいと思うのですけれども、このユースケースは非常に分かりやすいと思っております、それぞれ、みんなニーズがあると私は考えます。

幾つかお伺いしたいのですが、まだ福岡市ではやっていない未受診は、大体どのようなイメージでこれから取り組もうとしているのか、後は遠隔モニタリングがありますね。例えば心臓ペースメーカーのデータとか、そういうものの組み合わせとか、そういったところは、ユースケースとどういう組み合わせになっていくのか。今、福岡ではこういうことをお考えですけれども、これ以外にも考えていらっしゃるユースケースなどが何かおありなのか。このあたりでもし御検討されていることなどがありませんでしたら、教えていただければと思います。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長)

ありがとうございます。7ページに戻りまして、実証内容②ですけれども、こちらは経済産業省からの御支援もいただきながらですが、未受診の方たちに対しての実証事業を開始しようとしております。

具体的には、皆様はもう御経験があらうかと思えますけれども、健康診断を受けたはいいものの放っておいているという方が非常に多くいらして、特に忙しい方であるとか、例えば中小企業の方で、そもそも働きながら病院に行くのが大変だという方も多くいらっしゃるのが現状かと思っております。

ですから、受診した方へのオンライン診療の適用は右側の3つになりますが、未受診者の方たちで、ここはいわゆる健康経営の一環の中で進めていけたらと思っております。健康経営の取組は比較的大企業からスタートしている面もあらうかと思えますが、中小企業の方に対して、就業時間の中で地域の医師や、一定の規模の企業であれば医師が中におりますので、そういった先生に、まずはオンラインで相談をしてみる。その中で早く受診しなさいとか、3カ月後、6カ月後にもう一回検査しなさいとか、そういったことができますので、なるべくアクセシビリティをよくすることで、今まで放置をされていた方たちに対しても提供できるのではないかと考えておりまして、実際にこれは福岡で実証を開始しようとしております。

2つ目が遠隔モニタリングで、既に診療報酬で評価されているような他のモニタリングがあらうかと思えますが、我々は、オンライン診療は医師と患者が離れていても患者の情報が一つのところに集積するシステムという捉え方をしておりますので、例えばペースメーカーであるとかCPAPの情報も一元化して、この上で見られると。医師はダッシュボードのように、いろいろなものを同時に見ながら、総合的な判断をできることが、すなわち効率よく、かつ、非常に質の高い医師の判断につながるのではないかと考えておりますので、このあたりも考えているところでございます。

それ以外では、我々もやりながら検討を重ねておるところであります。まずは4つのグループに対してどんな効果があるかをしっかりと検証してまいりたいと思っております。

以上です。

(翁会長)

最初の未受診のところは、私どもが議論している健康経営の経産省の取組と非常にリンクするところで、まさにそこで見つけたときに、どのように受診勧奨していくかというところに結びつくので、非常に重要な取組だと私も思います。

後はガイドラインでお伺いしたいことが幾つかございまして、最終ページでいろいろな論点が議論されているのですけれども、ガイドラインのイメージというか、全体のフィロソフィとか原則とか、そういうものをまずはまとめますが、どのぐらい詳しいものにしていくという、これからだろうと思いますが、どんなイメージを持ってガイドラインを議論されていこうとしておられるのかをお伺いしたい。

それから、あまりガチガチだと、かえってすごく使いにくいものになってしまったり、これだけクリアすればいいのだろうという考え方になってしまったりとかがあると思うので、ある程度の柔軟性とか個々の患者とか、医療機関の工夫とかもある程度バランスよくできたほうがいいのではないかという感じもいたしまして、ガイドラインの位置付けというか、そのあたりについて工夫が必要ではないかと思っているのです。その点について御意見がありましたら教えていただきたいと思います。

（武藤医療法人社団鉄祐会理事長）

これはまさにこの後、厚労省において進められていくものと思いますが、の少なくとも私が持っているイメージは、翁会長がおっしゃってくださったように、まずはプリンシプルがきちんとあって方向性を示していく。こうあるべきであろうと。これは医療そのものの在り方において、かつ、オンラインという新しい技術が加わったときにどういうことが本来あるべき医療に対して、もっと良いものを目指せるのかといったプリンシプルであろうと思っています。

一方で、具体的には、対面が原則であるとか、もしくは医師がまずは基本的に判断をして導入していくのであるとか、同意はもちろん医師だけではなくて、医師と患者間の同意が必要であるとか、そういったことは重要だろうと思っています。一方で、例えばセキュリティの問題など、今、国が広げていこうとしているいろいろな他のICT化の取組があると思いますので、そういったものとの兼ね合いとかは、今後も議論が継続されていくものと思っています。ただ、こういった観点で今後も考えられていき、ガイドラインは一回作られて終わりというものではないと思われますので、そういった論点の洗い出しも含めて今回は議論していけたらと思っています。新たな厳しい規制だけを生むようなことがあってもいけませんし、まだまだ新しいものが生まれる分野なので、きちんと育てていくといった理念が重要と考えております。

以上です。

（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））

つけ加えることはございません。座長の意を呈して事務局としては支えてい

きたいと思います。

(翁会長)

まさに武藤理事長がおっしゃったように、この分野は技術革新が非常に進んでいる分野でもありまして、そういった技術革新をうまく取り入れながら、あまりギチギチではなくてある程度柔軟なもので修正しながらよいものにしていくということも大事な視点ではないかと私も思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

診療報酬につきましては、今、どんな議論がスタートしているのかを教えてくださいたいと思います。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

保険局から御説明させていただきますが、先ほどの厚生労働省提出の「(1)遠隔診療の推進」という資料の中で、3ページ以降が中医協に事務局から出した資料でございます。実際に、今日武藤理事長が御紹介されたような福岡の事例も審議に供しまして、御議論いただきました。

その際、特に大きな論点としてお示ししたのが7ページです。情報通信機器を用いた診療において想定される課題という形で、課題ペーパーを出させていただきました。一番上にありますように、対面診療と適切に組み合わせて行っていく、対面診療を補完するものとして位置付けをすとした上で、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないかという論点。2番目に、医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないかという論点をお示しし、こうしたことを診療報酬で評価する場合の要件としてはどうかということを出させていただきました。

こういう論点を出して御議論いただきましたのが、上の2つの原則です。一定程度受診期間等を求める必要があるのではないか、事前の治療計画の作成・患者同意の取得が必要ではないかという点につきましては、特段異論はお示されませんでした。

ただ、具体的にどのような患者を対象にすべきかという点につきましては、いろいろな意見が出ました。例えば勤労者の方々を念頭に置いた場合、忙しくて病院に行けない方に重症化予防の観点から積極的に評価したらどうかという御意見がある一方で、今、医療機関を受診されていて安定している方に、忙しいから遠隔診療でいいのではないかというやり方は順番が違うのではないか。エビデンスを集積してしっかりと医療が続くことを確認してからやるべきではないかといった意見がありました。こうした点については、なお議論をしていく必要があるかと思っております、引き続き議論をしながら来年、平成30年

度の改定にて具体化していきたいと考えております。

（翁会長）

ありがとうございます。しっかり必要な遠隔診療について診療報酬のほうでも見ていただくような方向で御議論をぜひ続けていただきたいと思います。

少し戻ってしまうのですが、先ほどの14ページで、まさに地域医療とか服薬指導といったところで、武藤理事長から御指摘いただいています。私もそのとおりではないかと思えます。遠隔診療にお医者さんが取り組まれましても、処方薬を薬局まで取りに行くことができないということだと、せっかく高齢者とか忙しくて医者に通いきれない勤労者のために新しい取組でやろうとしているのに、問題が残ってしまうと思っています。制約はあるかもしれないのですが、このあたりについてぜひ御検討いただきたいと思います。厚労省のほうではいかがでございますか。

（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））

まず、例えば3カ月間の処方可能な高血圧だとか、そういったものを中心に議論をする必要があるかと思えますが、翁会長が言われた薬については、特区でオンライン服薬指導を僻地、離島でやるという順番がこのようになっているので、今日は医薬局が来ていないのですけれども、そちらをまずはやるとともに、そういう問題も含めていろいろと御検討はさせていただ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）

医師会から、石川常任理事に来ていただいておりますので、中医協の議論にも参加していただいていると思えますし、今日から厚労省で始まるルール整備の研究会も医師会に入ってくださいと聞いておりますので、武藤理事長から御紹介があった医療の質の向上につながるオンライン診療について、医師会としては、どんな捉え方をされているのでしょうか。

（石川日本医師会常任理事）

どうもありがとうございます。本日、今までの議論を聞いていますと、かなりこの問題について整理されてきたように思います。前回、私も出させていただきまして、そのときはメドレーの豊田代表取締役医師と武藤理事長のプレゼンテーションがあって、その時よりは、はるかに実例も踏まえて非常に豊富な議論になってきているという印象を持っております。

ただ私からは、3点お伝えしたいと思えます。一つは前回も言ったことでご

ざいますが、私たちが昔から学んできた、あるいは実践してきた診断学の問題があるわけです。これは対面での診療でないとなかなかできないということで私たちはやってきているわけで、例えば患者の観察について、対面診療でなくてはできない十分な観察をするということでございます。往診の場合には訪問診療で患者の在宅に行って、そこでの生活のありようだとか、生活の局面から診療するようなことです。こういったところでも、単純に診察室ではできない対面での診断のメリットがあるわけなのです。

前回、聴診するとき、実は聴診するだけではなくて、患者の肌の問題、つやだとか湿疹があるか／ないか、それからにおいなどが非常に重要なのだという話をしました。つまり、医療従事者が対面診療での気づきをどうやって醸成していった、それを診断・治療に役立てていくかという点での問題があるだろうと思います。今では、診察の方法も変わってきている部分があるのは事実です。ちょっと疑わしければ聴診などはしなくてもレントゲンを1枚撮ればもっと正確にできるということもあります。内科の先生でも聴診しながら皮膚を観察するとかいうことをあまりしなくなっているのです。昔、診断学を習った時は、裸にして全部診るのだということ言われたわけですが、そういうものも随分変わってきました。そういう移り変わりの中で、一つは武藤理事長のお話の中にある情報の量、質を更に補完するように上げていくときに情報通信機器を用いた診療が出てきているのかなと思いました。2点目は、患者教育の問題があります。対面診療ですと、患者といろいろな話をします。病気の話、体、健康の話、様々あるわけですが、こういったところから患者と信頼関係を築いていながら診療していくわけであります。何よりも、患者の理解力は非常にばらつきがありますので、きちんと自分の言っていることが患者に伝わっているかどうかということ、対面診療でないとなかなか分からないし、実際に患者の目を見ながら我々はやってきたということでございます。そういった患者教育上の問題です。

実際、患者は外来に来ますと、結構いい顔でいい返事をしたりするのです。しかし自宅に行ってみたら全くインスリンを使っていなかった。冷蔵庫にも入れていなくて、山のように放置していたなどという事例も実はありまして、残薬の問題は実際に行ってみないとわからない。外来に来るとちゃんとやっていますといますが、検査値はすごく悪いというような状況があって、実際に教育なども現地に行ってみたり、きちんと対面してやっていかないとわからないということがあります。ですから、こういう中で、診断学の問題と教育の問題はあって、遠隔診療ではどうやって補っていくのかということになるだろうと思います。

この中で一つ、例えば電話の向こうあるいは画面の向こうですと、患者が訴

えないと医者には分からないという面もありまして、患者の自分の体への観察、評価といったものが、遠隔診療になりますと重要なポイントになり、患者の判断や観察に意見をすることについて、保険でどのように価値判断するかという問題が出てくると思います。これが2点目でございます。

3番目は、デバイスの問題でございます。今では様々なデバイスが使われるようになっていますが、価格はかなり高いのだろーと思ひます。私もずっと医療連携をやっていまして、通信上の問題だとか通信機器の問題については、いろいろと検討してきておりますが、1つは、全国的な医療・介護のネットワークを今後、構築していこうという中で、セキュリティが高い通信の仕方も重要です。患者本人とやるのであれば、セキュリティのレベルは多少低いのかなと思ひますが、私たちは医療のネットワークの中で、セキュリティの高いネットワーク、TLSバージョンの問題とか、そういう問題です。それから、BYODといひますけれども、自分の機材を医療従事者が連携などに使ったりするのを厳しく禁止したりしてあります。もちろんクラウドSNSを使うとか、そういったことできちんとやってありますので、オンライン診療の場合には、そこら辺はどうするのかまた問題になってくると思ひます。それと、機材は誰がどのように用意するのかということも考えていかないといけなひ。この3点を指摘したいと思ひます。

以上です。

(越智副大臣)

ありがとうございます。私から武藤理事長に一つお伺いしてみたいことがございます。

資料を見ていて7ページに、それぞれの負担軽減等々のメリットが4つのカテゴリーがあります。説明をお伺いしながら、負担軽減がされて、脱落がなくなって、早期対応も可能になって、医療の質も上がるということですが、お伺いしたいことは、事業者が、あるいは患者が健全な対応といひますか、常識的な対応をするという前提で、遠隔診療と対面診療を組み合わせたこういったケースが増えていったときに、本質的な問題があるのかどうかです。要は、いろいろな悪質な事業者といひるか医療者がいて問題になるのは分かりますけれども、健全な対応がなされる前提で、遠隔診療を入れることによつての本質的な問題があるのかどうかを聞いてみたいと思ひました。

先に感想を申し上げてしまひますけれども、今日お話を伺いながら思つたことは、まさにやり方を広げたときにいろいろとリスクが出てくる。そこを翁会長がおっしゃっている理念といひますか、哲学でカバーしていくということだと思ひました。

その中で、先ほどワーディングの話というか、遠隔診療とオンライン診療の話がありました。私は素人ではありますが、遠隔診療というと、遠隔ではないところでは受けられるサービスが遠隔だと受けられないから、それをカバーするみたいなイメージを持つわけですが、オンラインというと、社会全体の医療の在り方が変わるというようなことを受けるわけです。その辺をどう考えるのかというのは一つ関心事でありました。

次の関心事は、石川常任理事からお話を伺いながら、観察の話がございましたが、観察に対して対面という概念があります。対面において、医師を固定化していくとかかりつけ医になるわけです。一方で、観察を無くすとデータヘルスになっていくというような簡単な整理をすると、データヘルス、対面、かかりつけ医、どれをこの国の医療の基本にするのか、その中でのオンラインあるいは遠隔診療という議論になってくるのではないかとまたそのような整理でいいのかどうかと思いました。

もう一つは、患者教育の話がございましたけれども、もちろん患者一人一人の生活実態をお医者様が患者を見ながら治療をどうすればいいかを考えていくのは重要であります。一方で、データの個人化とか生活の個人化が進んでいる中で、患者といいますか、個人がいろいろな情報を集めて判断するという流れもあるので、そういう中で患者教育をどう考えるのか。いろいろな社会の変化の中で医療を考えて、オンラインあるいは遠隔診療の哲学とか理念はできてくるのかなと思いました。こちらは感想だけを申し上げたいと思います。

武藤理事長、先ほどの話をお願いいたします。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長)

ありがとうございます。先に、データヘルスと対面という概念でお話をいただきましたことについて、私が思う考えではありますけれども、おそらく、データは何からとられても大事なものである。それは石川先生がおっしゃったように、聴診だとか、さわって得られるものもある意味データでありますし、IoTによって得られたものも全てデータであると。

ただ、現状では、医師の能力に非常に依存している面も大きいところであり、ベテランですと、いろいろなことが分かるかと思いますが、必ずしも若い先生はそうでもなかったりするので、それをきちんといろいろな形を使ってデータをとってくる。個人の能力だけによらないデータの集め方をして、結果、それは対面であれオンラインであれ、正しいインフォメーションに変わって、ナレッジになって、正しい若しくは質の高い医療に結びつくものを、この新しい技術を用いて進めていくことができればよいのではないかと私は個人的には思っております。ですので、まさにおっしゃったとおりだとは思っております。

一方で、御質問をいただきました、健全な時に起きる大きな問題は何か。これは私もまだ考えが全ては至っておりません。ただ、実際に対面で受診しない人が増えるとか、もしくは医師も実際に患者と向かうときに、今度はデータだけを見て人に向かわないとか、データだけをとにかく重視して人を重視しないとか、エビデンスだけに向かってしまうとか、これは今でも起こりうる問題でありますけれども。医療の本質が対人、つまり、患者に対して本当の安心を与えていくことであり、これを医療によって実現していく、もしくは一緒につくっていくということが医療の在り方とするならば、あまりデータだけに偏ってしまうのも本質ではないと私は思います。このあたりも含めて大きな方向性を示していくことが大事なのではないかと考えております。ありがとうございます。

(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。

今のところで、厚労省から何かコメントは特段ありますか。

(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))

まさに11月から立ち上げる研究班での議論のいろいろな素材をいただいています、そこに全部たたき込みまして議論して、いいものを出したいと考えています。

(翁会長)

遠隔診療について御説明ありがとうございました。

ガイドラインの策定に向けて検討を進めていただいていることを歓迎したいと考えております。本日、武藤理事長からの御発表にもありましたように、いろいろなコンセプトとか具体的なユースケースなどを踏まえて、オンラインの強みを生かして対面と適切に組み合わせながら医療の質の向上につなげるべく検討を進めていただきたいと思います。

その際、本日も御説明いただきましたけれども、細かい診療報酬とか、それも含めたルールやガイドラインの他に、基礎となる医療関係者の心構えというか、国民にとっても分かりやすい遠隔診療またはオンライン診療の基本的な考え方のプリンシプルを含めて検討をぜひ進めていただきたいと思います。それらと一貫性を確保した上で、診療報酬についても、しっかりと遠隔診療について評価をしていただきたいと思います。

以上が年度末までの検討ということですが、パッケージとして取りまとめて発信できるように引き続きぜひ御検討を続けていただきたいと思います。

ルールにつきましても先ほど申し上げたような技術革新を踏まえたものにしていただきたいと思っております。

今日、武藤理事長からも御指摘をいただいたように、オンライン診療を進めていく上で、服薬指導、栄養指導、それ以外にもリハビリテーションとか、こういったものもいろいろな技術革新で、遠隔でサービスを受けるメリットが十分想定されると思っております。これは地域包括ケアを進めていく上でも、また、他職種連携を効果的に進めていく上でも有用な観点だと思っておりますので、今後、議論していきたいと思っております。ぜひよろしく願いいたします。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

それでは、1つ目の遠隔診療の案件はここで終わりにいたしまして、次の議題でございます。2番目のデータ利活用基盤の構築でございます。

武藤先生が退席されます。どうもありがとうございました。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長退室)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

2番目のデータ利活用基盤の構築の議論に移りたいと思っております。まずは厚生労働省から資料3、資料4の順番に説明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))

本日はオンラインの資格確認につきまして御説明させていただきたいと思っております。後は被保険者番号の個人単位化の話です。

1ページを御覧いただきたいと思っております。まず、医療分野におきまして、どのように個人一人一人をしっかりと把握していくか、そのために被保険者番号をどう活用するかという論点がございました。それに対する一つの解決策として、御提案を申し上げます。

現在の医療保険の被保険者番号は、基本的に世帯単位になっております。したがって、被扶養者、例えば配偶者や子どもの状況把握までは求めておりません。今後、例えば保健事業などをしっかりとやっていく上でも、個人単位の把握は必要だろうということから、今回、被保険者番号を個人単位化してはどうかと考えております。また、下にありますように、保険者ごとの管理という意味でも、例えば会社を辞めて別の保険に入った場合に、そうした個人の資格情報などが引き継がれないという課題もございます。

こうした問題を解決するために、まずは被保険者番号を個人単位化しようと

思っております。さらに、保険者が変わるということも人生の中ではあるわけですから、こうした被保険者が変わったという情報も含めて、支払基金・国保中央会が一元的に管理する仕組みを導入したいと考えております。導入に当たりましては、新たなインフラをつくるのはもったいないので、現在、マイナンバーを各自治体とか医療保険者間で情報連携するためにインフラが整備されておりますので、この既存のインフラを活用しまして、被保険者番号あるいはそれに伴う資格情報を支払基金・国保中央会で管理していく。こういう仕組みの導入を考えております。

2ページ目に参りまして、こうした個人単位の被保険者番号をつくり、その異動を管理する仕組みをつくった上で、ユースケースとしてオンライン資格確認を実施していきたいと考えております。

まず、現状・課題ですけれども、現行の健康保険証における資格確認では、保険者が変わってしまって保険証が失効しても、新しい保険証の交付を受けておらず、前の保険証を使って受診するということがございます。そうすると、結果的には過誤請求になりまして、保険者・医療機関の双方に負担が発生することになっております。

そこで、今回、マイナンバーカードの電子証明書機能を使いまして、これを保険医療機関や薬局の窓口で読み取ることによりまして、受診した際、あるいは1月に1回のレセプトの請求の時に、オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を確認しまして、過誤請求を未然に防ぐ。こういうシステムを整備してはどうかと考えております。

その下に絵がございまして。外来受診は延べ日数で大体年間20億件ありますが、この中で病院とか診療所、あるいは保険薬局などに受診した際に、マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナンバーカードをピッとカードリーダーで読んでもらえれば、その瞬間に支払基金・国保中央会に到達しまして、本人確認は電子証明書で行い、被保険者番号でそのデータにアクセスします。そうすると、同時に資格情報として氏名、性別、生年月日、保険者名、被保険者番号、医療保険の負担割合、資格取得・喪失日、こうしたデータをそのまま医療機関で取得できる、こういうシステムを整備したいと思っております。

もちろん、郡部の診療所などの場合、新しい患者があまりいないので、カードリーダーなどは要らないようなところもあろうかと思っております。そうした場合にはカードリーダーがなくても、健康保険証の新被保険者番号をレセプト請求のときに医療機関の側から入力していただくことで資格確認もできる、こうした形で導入してはどうかと思っております。

下に留意事項が示されていますが、マイナンバーカードの利用に関して、セキュリティ上の懸念を持たれるかもしれませんが、今回の仕組みの場合は、医

療機関側がマイナンバーカードを預かったりするようなものではないので、医療機関によってマイナンバーが管理されることはないと考えております。

3 ページにもう一つ並行して提供したいサービスとして、マイナポータルを使いまして、特定健診のデータを国民一人一人が見られるようにするという点についても、導入したいと考えております。

現状・課題にありますように、健康管理の必要性は言うまでもございませんが、保険者ごとの管理のところを御覧いただきたいと思っておりますけれども、現在、特定健診のデータは保険者ごとに管理されております。年に1回、40歳以上の方が受けたデータはございますが、それぞれの保険者が持っております。保険者が変わると、前のデータは引き継がれません。したがって、そのデータ自身の継続性は担保されていないわけです。

そこで、今回は、オンラインの資格確認で構築するシステムを活用しまして、下の表にありますように、特定健診のデータを医療保険者の側から支払基金・国保中央会に委託し登録していただく。そのデータを支払基金・国保中央会では、被保険者の番号をずっと生涯通じて管理する仕組みがございますので、これを紐づけていく。これを御本人がマイナポータルを通じて見ることができる。マイナポータルは、今度はスマホでも御覧いただけますから、スマホで開業医の先生などを受診した時に、過去のデータをお見せすることも可能になるようなサービスを導入したいと考えております。

スケジュール的に申し上げますと、次の4 ページにありますように、本格的なサービスは2020年、オリンピックの年をめどに実施していきたいと考えております。本格的なシステムの開発は来年4月以降と考えております。どうして来年4月かと申しますと、特に今、国民健康保険の県単位化の仕事をしておりまして、それが一段落するのが来年4月以降ということがありますので、そのシステム改修などが終わって、次のタームにこのシステムの開発を本格的に実施していきたいと考えております。

番号の発行という意味で、健康保険証の一つ一つをもう一回発行していただく必要がございます。被用者保険につきましては2019年7月1日以降、順次発行していく。市町村国保につきましては2019年10月ごろから順次発行して、2020年に完了するよう関係の保険者、関係者と調整を始めたいと思っております。

現場の混乱を防ぐために、一挙に新被保険者番号に統一できるとは必ずしも限りませんので、世帯単位の被保険者番号と新被保険者番号は併存しながら、当分の間はやっていくように考えております。

5 ページにこうした被保険者番号の活用可能性という形で整理しております。今まで私が申し上げたのは、オンラインの資格確認や特定健診、の情報を国民

の一人一人が見ることができるというところまでですけれども、こうした被保険者番号を導入することによって、大きく4つ活用可能性があるだろうと考えています。

一番左上の医療保険の事務の効率化は、今、私が申し上げた資格過誤の減少により、事務負担の軽減につながるという点です。

2番目の保健医療データの個人・保険者向け提供サービスにつきましては、特定健診のデータなども、もちろん本人が見られるということがありますが、これを医療保険者のほうに、変わる前の会社のデータも含めて健保組合が本人の同意を得た上で入手し、それを保険事業に活用していくということが考えられます。その際は、今でも民間事業者の方が健保組合から委託を受けて、いろいろな加工をして、効果的な保健事業をされておりまして、そうしたことにも生かせるのではないかと考えております。

3番目は、後で御説明があると思っておりますけれども、保健医療の地域のネットワークです。被保険者番号という一つの番号ができますから、これを使うことによって本人特定がより容易になります。それぞれの地域ごとに違うIDで管理する必要がなくなります。

4番目は右下ですけれども、制度の縦割りを越えた保健医療データ分析ということで、今、私が申し上げたのは医療保険のデータですが、我々としては、医療保険、特定健診、介護のデータ、こうしたデータも含めて被保険者番号をもうまく使うことができればデータ分析もできますし、あるいは医療保険の中だけでも健保、国保、後期高齢者医療についての紐づけもできますから、経年的な分析もできると考えています。

以上でございます。

(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、9ページの全国保健医療情報ネットワークで提供されるサービスの検討中のイメージでございます。

一番上でございますけれども、個人単位の被保険者番号やその履歴管理機能を活用すれば、保健医療データの個人単位での時系列管理、各地域のネットワークの圏域を超えた連携も可能となるわけでございます。2番目の○ですけれども、患者同意を前提に、医師等が患者の過去の健診・診療・処方、下のほうに共有するミニマムデータをお示ししておりますが、いろいろな傷病名とか診療内容、処方、調剤、退院時サマリーなどがありますが、こうしたミニマムデータ項目の閲覧が可能となる仕組みを構築することによりまして、救急時を含め、適切な診断・治療・処方につながれると考えられるというものでございます。その次の○ですけれども、医療等分野の情報連携に用いる識別子の在り

方につきましては、今後、関係者の意見を踏まえながら整理したいと考えております。

下に図がございますけれども、左のほうですが、現在、県単位の医療情報連携ネットワークが約半数の県で運用がなされているわけがございます。

こうした中で、こういったものをつなげていくわけですが、そのための課題ということで、10ページでございますが、全国保健医療情報ネットワークの構築につきまして、費用負担に見合った便益が得られるネットワークやサービスをどのように構築していくかが課題と認識しております。特にサービス内容であるとか、個人情報保護措置やセキュリティが確保されるシステムの検討、真ん中にある何よりも重要なものがコストでございます。初期投資、更新のコスト、運営のコスト、その負担者をどうするかということ。それから、運営主体をどうするか。何よりも参加が大事でございますして、こうしたネットワークに参加していただく。こうしたものが課題となっているわけがございます。

11ページでございますけれども、相互接続につきましては、総務省の事業に厚労省も参画しておりますして、検討しているところでございます。こうした課題について、いろいろ検討しながら全国保健医療情報ネットワークの構築を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

(山本内閣官房内閣審議官(厚生労働省子ども家庭局併任))

厚生労働省子ども家庭局審議官の山本と申します。資料4に沿いまして、②乳幼児期・学童期の健康情報の連携について御説明させていただきます。ページによってはそれぞれ該当部分について担当の省庁から説明させていただくこともあります。

1枚めくっていただきますと、スライド1でございますが、乳幼児期・学童期を通じた健康管理の取組につきまして、概略を見たものでございます。上段が自治体、市町村でございますけれども、それぞれのステージごとに見ていきますと、妊娠期におきまして、母子保健法に基づいて、妊娠した方は速やかに市町村長に妊娠の届け出をしなければいけない。その上で、市町村は届け出をした方に対して、母子健康手帳を交付しなければならないという仕組みでございます。

その後、妊婦健診がございますが、これは市町村が必要に応じ健康診査を行う。または健診を受けることを勧奨するという仕組みになってございます。それから、出産された後の産婦健診もございます。

お子さんに対する健診については、1歳6カ月児健診と3歳児健診が母子保健法に基づく実施が義務づけられた健診でございますけれども、これ以外にも

乳幼児健診を必要に応じまして市町村で実施していただく、または勧奨していただくという仕組みになってございます。予防接種法に基づく予防接種がそれぞれの適切な実施時期で、法律に基づくものとしては、定期または臨時の接種ということで行われております。

下段につきましては、学童期になりますけれども、学校保健安全法に基づきまして、就学前につきましては、市区町村の教育委員会が、翌学年の初めから就学される方に対しまして健診を実施している。学校健診は入学された子どもについて、各学校が毎学年定期に健診を実施されているものでございます。

2 ページでございますが、各種健診等のデータの状況がどうなっているかを比較したものでございます。左から3つ目までが妊婦健診、乳幼児健診についてでございます。まず、妊婦健診につきましては、望ましい基準を厚生労働大臣告示で示しております。データの保有主体と下がっていただくとありますが、御本人とある。御本人というのは、母子健康手帳にデータが記載されることとなります。それから、実施された医療機関。一部費用償還時に医療機関から報告をしていただくという形で自治体が情報を持つということもあるかと思えます。

保有方法としては、いずれもありというのは紙媒体、もしくは電子化。いずれかは自治体ごとの判断で対応している。様式につきましては、フォーマットについては統一のものがないということでございます。

乳幼児健診、1歳6カ月、3歳につきましては、規則で必須健診項目が示されております。そのほかに、通知で望ましい基準が示されているということでございます。

これらについては、義務実施ということもございまして、自治体が全て情報を持っているということでございます。

様式につきましては、統一された様式がないということで、持ち方としては紙媒体のもの、電子のものと、自治体の判断によって対応しているという状況でございます。乳幼児健診、その他のものにつきましては、先ほどの妊婦健診と同様に、保護者の方は母子健康手帳にデータが記載されるということで、データをお持ちである。受診された医療機関、一部自治体は費用償還と実施報告ということで情報をとっているところもあるような状況でございます。

続きまして、文科省です。

(下間文部科学省大臣官房審議官(初等中等教育局担当))

文部科学省初等中等教育局担当審議官の下間でございます。よろしく願いいたします。

同じ2ページの表に沿いまして、先ほど趣旨につきまして御説明がございま

したが、就学時健診あるいは学校健診についてでございます。まず、就学時健診は、市区町村教育委員会が学齢期にある児童の名簿、学齢簿と言っておりますが、これを作成して、どの学校に就学させるかということ指定する就学事務の一環として行われているものでございます。

この表にございますとおり、保有形態としては、紙媒体あるいはデータ、いずれもある状況です。全体として文部科学省も学校現場のICT化、校務支援システムの導入は進めているのですが、財源が地方交付税措置ということもございまして、市区町村ごとに取り組む状況にばらつきがございます。

しかも、校務支援システムを導入する際に、まず取り組むのが、いわゆる教務と言っております成績管理であるとか、あるいは通知表を作成する指導要録や出欠管理をするといったところでございます。それを更に統合型の校務支援システムということで、保健系も取り組んでおります。資料の中になくて恐縮なのですが、調査データによると、調達とか運用コストもございまして、市区町村で統合型校務支援システムを導入しているのは3割に満たない、28.8%という状況であり、町村に限りますと17.4%といったものがシステム整備の現状でございます。ただ、担当に聞きますと、実態としては、システムはそういう状況で徐々に進んではいるのですが、現場の感覚としては9割近くが紙媒体でこうしたものを扱っているというのが現状ということでもあります。

学校の健診につきましては、そういうことで、学校現場のシステム化が進んでまいっておりますので、少しずつ全体としてのデータヘルスあるいは児童生徒の状況を一元管理して、あるいはこういうことが整えば、乳幼児期・学齢期を通じた健康管理ということで、つなぐことも今後あり得るかとは考えてございますけれども、現時点では、それぞれが整備を進めている段階でございますので、まずはこうした学校における統合型の校務支援システムの整備をどう進めていくかが課題になっている状況でございます。

様式等につきましては、就学時健診は省令で規定してございます。一方、学校健診につきましてはマニュアルで例示しており、実際には健診項目を追加することが学校の現場でよく行われておりますので、自治体ごとに判断し、学校ごとにそれに追記しているのが現状でございます。

他の情報とつなぐ場合の名寄せ方法ということで、乳幼児健診等とおそらく同じことかとは思いますが、共通に定められているのが氏名あるいは生年月日でございますが、個人情報の観点もございまして、自治体ごとの判断によるということかもしれません。そこは平仄がとれていない可能性があるということだけ申し上げておきたいと思っております。

私の補足は以上でございます。御質問等があればお受けしたいと思います。

(山本内閣官房内閣審議官(厚生労働省子ども家庭局併任))

続きまして、資料2ページの一番右側でございます定期の予防接種歴の情報でございます。

予防接種につきましては、御覧いただいている資料の8ページ、9ページに資料をつけてございます。予防接種法及び施行令等におきまして、どのような対象疾患の予防接種を受けていただくか、9ページになりますが、接種時期はいつかが定められてございます。基本は、法律に基づくものは定期の予防接種と臨時の予防接種がございます。こういう形で定められておりまして、市町村が実施主体であるということで、データとしては市町村が全て持っております。

保有方法としては、紙媒体、電子化、いずれの方法も自治体の判断であり得るということになっております。様式につきましては、実施要領が局長通知で例示がされているわけなのですが、具体的にどのような様式を使っているかは自治体ごとの判断であるというのが実情でございます。

資料の3ページですが、今日いただいたお題は、これらの乳幼児期・学童期の健康情報をどう連携していくかということであると思っておりますけれども、様々な研究者の方からも、これらのデータが十分に活用されていないのではないかという御意見を頂戴しているところでございます。そこで、私どもとしては、このデータの連携で何をを目指すのか、到達目標のイメージを最初に出させていただいたものが3ページでございます。

大きく3つぐらいの効用があるのだろうと考えておりますが、1つ目は、子ども時代における健診、予防接種等の健康情報について、個人の健康履歴として一元的に記録、閲覧を可能としていく。それによって一番左下にございますような形の情報を個人が活用することができる。ライフステージを通じてこのようなものを整備していくことができるというのが1つ目でございます。

2つ目は、引っ越しや子どもの成長に合わせて記録が関係機関間で適切に引き継がれるようにする。それによって、一番下の真ん中にございますように、必要な支援を関係機関が連携して行うことができるようになる。

3点目は、ビッグ・データの活用になります。健診結果や予防接種歴等の情報を、識別子等を活用して連結して、様々な分析、研究に生かしていただく。例えば乳幼児期の健康状態と将来的な疾病リスクとの分析をしていただいたり、地域比較をすることによって、自治体が自らの地域課題を分析していただくということが考えられます。

こうした方向を目指すに当たって、現状では何が問題かというのが、次の4ページに書かれたものでございます。1つ目の乳幼児健診の課題といたしまし

では、先ほど御説明したようなことから、健診内容とか記録方法について、標準化されたフォーマットが無いということでございます。したがって、比較が極めて難しくなっているということが言われております。それから、受診状況や結果を紙媒体で管理している自治体も多い。電子化をしていかないと、こうしたデータ活用にも限界があるのだということでございます。

次の学校健診等の課題につきましては、先ほど文科省から御説明があったとおりでございます。就学時健診は様式が標準化されているが、学校健診については多様な様式が使用されている。また、電子化が進んでいないという問題がございます。

最後に③では、これらの自治体、学校も含めた関係機関で情報を連結する仕組みが現在はないのだということが問題になってございます。

そうした中で、現状で取り組んでいることとして、2つ挙げさせていただいておりますが、1つ目はマイナンバーを活用した取組でございます。これについては、番号法に基づく自治体間における情報連携として、1つは妊娠届に関する情報を被災者台帳作成のために情報提供することができるようになってございます。予防接種の実施に関する情報につきましては、情報連携ができるのが現状でございます。

マイナポータルによる各種サービスの利用ということで、子育てワンストップサービスがありまして、子育て関連申請をマイナンバー制度、マイナンバーカードの活用によってオンラインで行えるということで、妊娠届け出が入ってございます。お知らせ機能は自治体からプッシュ型でオンライン通知を行うというものなのですが、ここでは定期接種の御案内であるとか、乳幼児健診の受診勧奨などを行っているところでございます。

2つ目の取組です。

(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。取組の2つ目としまして、前回も御説明いたしました。PHRサービスモデルの構築を私どもは進めているわけではございますが、4つのサービスモデルを開発しています。その中の1つで、妊娠・出産・子育て支援のサービスモデルの開発を行っているところでございます。

これにつきまして、13ページを御覧いただきたいと思いますが、妊娠・出産・子育て支援PHRモデルは、前橋市でフィールド実証を行うものでございます。図の左側にありますように、妊婦健診データあるいは乳幼児健診、予防接種のデータ、調剤データ、更にはバイタルデータ、こうした各種のデータをPHRとして収集して関係者で共有・活用するというところであります。

活用の方法としましては、中ほどにありますように、例えば母子支援関係者

ということで、助産師、保育士、保健師等が母子の状況に応じた支援を提供するとか、一番下に救急車とありますが、これまでの妊婦健診とか調剤データを活用しまして、迅速で効果的な救急搬送、応急措置を実現するとか、更には研究機関のところにありますように、データの二次利用による疾病予防研究に活用して、育児ストレスの軽減のためなど、子どもの成育状況に応じた情報提供をすることを行おうというものであります。

また、実証に際しましては、先ほど厚労省から課題としてもありましたけれども、ごらんのような四者協と協力して、PHRに必要なミニマムデータセットについても検討しているところであります。

今後、平成30年度におきましては、構築したシステムアプリを利用して、実際の病院、妊産婦等の協力を得てフィールド実証を行うことにしております。

そこで、PHRモデルにおきまして、学校健診情報を取り入れることを考えた場合には、校務システムと連携を行う方法、図の左側からPHRデータ連携サーバーに入れていく方法ということもあるわけですが、先ほど文科省からいろいろ課題の御指摘もありました。そうしたことを踏まえると、当面、本人が自ら入力する方法。これもQRコードでピッと入力するような方法も考えられるわけですので、そうした方法でまずは対応していくのが現実的ではなからうかと考えておりますが、引き続き検討していきたいと思っております。

（山本内閣官房内閣審議官（厚生労働省子ども家庭局併任））

また、4ページが一番下、今後の取組について御説明したいと思います。

現状では、情報連携を進めていくための基盤が十分に無いということでございまして、特に乳幼児健診等の保健情報の市町村におけるデータ化の状況把握がどうなっているかについて、委託調査を使いながら実態を年度末までに把握していく予定でございます。

健診記録のための標準フォーマットの作成をしていくということで、これも研究を進めていく予定でございます。具体的には7ページをお開きいただければと思いますけれども、厚生労働省の調査研究で3本現在動かしているものがございまして、一番上の妊婦乳幼児情報実態調査につきましては、全市町村宛てにアンケートを送りまして、情報の持ち方がどうなっているか、電子化の状況であるとか、あるいはデータの範囲であるとか、そういうものについて、アンケートを回収しているところでございます。来年2月ごろに調査結果が判明していくということになってございます。

2つ目の乳幼児診察マニュアルの作成についてなのですが、これも同様に全市町村宛てにアンケートを行い、回収済み、分析中になってございますが、問題意識としては、問診の内容でありますとか健診時の手技が標準化され

ていないということが問題になってございますので、健診の統一項目案をつくっていきたい。記載方法の統一化、標準化のためのマニュアルを作成していくのが到達目標でございます。

一番下の厚労科研費で行っております研究班は、平成28年度から動いております、3カ年計画でございますけれども、データの利活用状況の調査。特に現在行っておりますのは、システムを持ってないような小規模市町村にエクセル票を配布いたしまして、健やか親子21の指標が地域診断できるようにしていくというところに力を入れてやっているということで、平成30年度いっぱいにかけての調査でございます、まずはこうしたことで基盤をつくっていきたいと考えてございます。

4ページに戻りますけれども、最後の市町村、学校等との関係機関における情報連携のあり方につきましては、これから、文部科学省を初めとして関係省庁ともよく御相談、協議をさせていただきながら、具体的な仕組みの在り方について検討させていただきたいと思っております。

以上でございます。

(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、自由討議に移りたいと思います。2つに分けて、まずは資料3のオンライン資格確認、医療等IDを中心とした仕組みの検討状況についてよろしく願いいたします。

(翁会長)

御説明ありがとうございました。

幾つかお伺いしたいのですが、被保険者番号の個人単位化という取組が始まったということですが、健康保険証として個人単位で、これは既存の保険証に加えて最終的にはマイナンバーカードもそういう形で使えるようになるということなのですか。マイナンバーカードと保険証との関係が理解しにくかったのですが、そこを教えてくださいませんか。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

まず、2ページを御覧いただきたいと思えます。全ての人に保険証を発行することは従来どおり行います。したがって、皆さんに被保険者番号が書かれたものは、健康保険証として配られます。

マイナンバーカードには、どこにも被保険者番号などは印字されていませんので、被保険者資格を確認する工夫が必要です。カードリーダーを持っている

医療機関を受診されますと、保険証の代わりにマイナンバーカードをカードリーダーで読み取っていただければ、それでその人の被保険者番号等を医療機関は確認できますので、そういう医療機関を受診した場合には、保険証は持参されなくても大丈夫です。

（翁会長）

診察券も兼ねるような形ですか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

そこは医療機関自体の判断ですけれども、そういうことも技術的には可能だと思っております。

（翁会長）

それさえ置いてあれば、マイナンバーカードが医療保険証として使えるという世界が実現するということですね。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

ただ、誤解がないように申し上げますと、カードリーダー等が整備されている医療機関はそうかもしれませんけれども、開業医の先生の中に、そこまで必要ないという方がいらっしゃるれば、そういう場合には保険証をお見せいただく必要がありますので、日本の医療機関が全てカードリーダーを入れれば別ですが、そうならない限りは、保険証と併用することになるだろうと思っております。

（翁会長）

よく分かりました。

特定健診につきまして、個人が見られるようになるということですが、特定健診データ等と書いてございまして、例えば5ページの右上とかで、健診情報等とか、そういったものがあるのですが、特定健診データ以外の情報などにつきましても、個人向けに提供していくことは想定されているのでしょうか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

5ページは、正直なところ、今、既に具体的に検討を始めているものもありますし、将来の可能性としてそういう夢のようなものも入っております。そういう意味でいきますと、あり得るものとしては、レセプトのデータの一部です。例えば病名とかではなくて、明らかに御本人が見ても構わないような情報につ

きまして、こうしたシステムに載せていくことは考えられると思います。

（翁会長）

まさにそういうものも入れていって、PHRとしても活用できるようにしていくという可能性があるということですね。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

具体的な取組を進めているわけではありませんが、可能性としては、そういうものはあるだろうと思っております。

（翁会長）

分かりました。

スケジュールが書いてあるところがございましたけれども、2018年度からいろいろとスタートしていくということなのですが、最初、オンライン資格確認などにつきましては、進め方として、保険者などに試行的に資格確認などの仕組みを入れてトライアルをしながら進めていくという感じになるのでしょうか。この進め方はどんな感じになっているのか、教えて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））

2020年までのプロセスとして2つありまして、最初に走らせなければいけないのは、新被保険者番号の発行をやっていただく必要があります。これは上の2つ目の○に書きましたように、2019年の7月とか10月を目処にやっていただくためのシステム開発などを進めていくことが必要です。オンラインの資格確認に関しましては、ある意味で被保険者番号ができないと本格的なものではできませんけれども、トライアルとしては医療機関などの御協力を得ながら、実際にマイナンバーカードが使えるかどうかといったことをやっていくような取組が考えられるかと思っております。

詳細につきましては、今後、詰めていきたいと思っております。

（翁会長）

先ほど、カードの読み取りのリーダーは医療機関が入れられるところということですから、医療機関の負担になるのだらうと思うのですが、マイナンバーカードとリンクして個人単位化をしていくというコスト負担は、システム改修とかそういったものが必要になってくると思うのですが、この辺の理解は、これから、どのようにコスト負担について関係者の理解を進めていくようなお考えでいらっしゃるのでしょうか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

まず、今回の場合は、オンライン資格確認を実施するためには、支払基金・国保中央会で被保険者番号を管理するシステムをつくっていく必要がございます。このシステム整備につきましては、今、マイナンバーの情報連携の仕組みを持っておりますので、その改修なのか、新設なのかはまだ決めておりませんが、これを活用しながらやっていきたいと思っております。そこには国として最大限の支援をしていきたいと考えております。

ランニングコストにつきましては、情報連携の部分は、保険者に共同して運営費を御負担いただいております。したがって、オンラインの資格確認につきましても、今後、正式に議論していくことになると思っておりますけれども、当然過誤請求などが無くなっていく便益は保険者にもあると思われまますので、保険者にも御協力いただくというようなことが考えられると思っております。いずれにせよ、今後議論を進めてまいります。

（高橋副会長）

まず、資料3の9ページに共有するミニマムデータの項目（案）が出ておりますけれども、これから先にいろいろな人がつくっていったら、システムがバラバラになっていかないようにする一番のポイントが、どういうデータを入れるのか。ここが要になるのではないかと考えております。案という形ではありませんけれども、これからはどのような形でこれをつくっていく予定か、まずは教えていただきたいと思っております。

（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））

まず、ミニマムデータの案でございますけれども、どうやって集めるかとか、保管法も含め、現在精査中ですが、様々な関係者に聞いているのですが、これにつきましては検討会をつくりまして、その中でも議論させていただきたいと考えております。

（高橋副会長）

2点目、この地域をつなぐということはものすごく大きな仕事になると思うのですが、メンテナンスも非常にお金がかかる話であるわけなのですが、つないだ場合の効用とコストのバランスが本当にとれるのかが非常に気になっているところであります。まず、つなぐときの費用、そこから出るもののメリットというような検討がされているのか。

特にどういう項目をどうつなぐかによって費用が随分変わってくると思いま

して、項目の絞り込みは、得てしてあったらいいなというものを最初につくり込むわけでありませうけれども、あったらいいというものをつないだもので、私も今までこういうものを幾つか見っていますが、あまりそういう形で作ったものが稼働していない。必要最低限なものがあるのか、そういう絞り込みをされたものでないと、なかなかつながらないかなと思いますので、私の質問からして、議論の中でコストとベネフィットのようなものの検討がどうなっているかということから、まずは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））

まさに費用負担に見合った便益を得られるかがポイントでございます。こういう県境を越えたネットワークがあるかどうか、前に高橋副会長から御質問があったと思いますけれども、それにつきまして、県境の一方側に大きな病院が複数あって、県境を越えた診療が日常的に見られる地域がございます。その地域でつくられているネットワークにつきましては、双方とも連携の必要性を共有していて、双方の同意、ルールだとかセキュリティポリシーを尊重した相互乗り入れを実施しているケースがございます。

大きな病院のあるネットワーク側に関する県境病院の実態ですけれども、登録されている患者は約1,000名で、過去1年間の1月の平均として、大体参照患者は33人で、その時に参照した情報件数は500件で、実際に他県同士でやっているところで、本当に使われているデータは何なのか。こういったものを踏まえて検討させていただきたい。

コストは本当に大事でございます、多くの地域連携で、現存するネットワークですけれども、まだつくられて数年というものがかなりありまして、さらに更新して継続するのはなかなか大変な状況でございますので、そういったものを踏まえながら検討させていただきたいと考えています。

（翁会長）

5ページで御説明いただいたときに、介護のデータについても全部一元的に管理できるような方向を展望するのがとても重要だと思っておりますが、このあたりの御検討状況は、これからでございますか。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

介護保険において医療保険の被保険者番号をつけるためには、制度的な対応が必要ですので、そこについては老健局ともよく御相談していただければいけないと思っております。ただ、必要性というか、有効性は我々も認識しておりますので、具体的にどうやるのかについては、今後、よく考えたいと思ってお

ります。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

2 ページで、この新しい仕組みは、マイナンバーカードと保険証で個人番号をつけたものと、とりあえず当面は併存すると理解しました。

先ほどおっしゃったように、医療機関とか薬局がピッとというカードリーダーをつけないとマイナンバーカードは使えないということだったと思います。かつ、個人がマイナンバーカードを取りにいかなければ当然使えないということですが、1 点確認なのは、保険者によってマイナンバーカードも使えるようにするとか、しないとか、そこは保険者ごとの判断があるのでしょうか。それとも、保険者が、要するに、マイナンバーカードを使えるようにする、しないに関わらず、これは医療機関とか薬局がカードリーダーを入れて、かつ、個人がマイナンバーカードを取りにいけば自動的に使えるのか、それとも、何らかの形でマイナンバーカードのICチップのところに保険者が何らかの形で資格情報を入れたいといけないということなのか、まずはその確認でございます。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

1 ページを御覧いただきたいと思いますが、対応方針の②の下に※がありまして、被保険者番号の資格管理は今のマイナンバー制度の情報連携のために構築されている既存のインフラを活用ということになっています。これはどういうことかといいますと、日本の全部の健保組合が支払基金に自分の被保険者のデータ、資格を入れるということになっています。実は完全に終わっていないで、まだマイナンバーを取得できていない保険者がおり、来年夏に向けて完了するプロセスですが、その段階になれば、一応全ての保険者が参画するということになっています。

形式上はもちろん入らない自由もあるのですが、今のところは全ての保険者に参画いただいていますので、その延長で言えば、オンライン資格確認につきましても、保険者は当然支払基金に自分の被保険者のデータを入れているはずですので、使えると考えております。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

ありがとうございます。

そうすると、これは全体的に、当面は併存するけれども、マイナンバーカードのほうに収れんさせていくという方向になるかなと想像していますが、そうだとした場合に、まさにマイナンバーカードを使うと、こういうメリットがあ

るのだということがより分かりやすく示せると、今、マイナンバーカードを実際に取りにしている人が10%未満だという状況の中で、取りに行く人も増えるし、医療機関側にとってメリットがあるとすると、カードリーダーを入れていく。当然投資の問題もありますが、そこら辺で、どうやってより利便性を高めていく形でマイナンバーカードのほうに収れんさせていくのかについて、現時点で何かお考えがあれば伺えればと思います。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

医療保険のこの取組がマイナンバーカードの普及にある程度貢献できるだろうとは思っております。これが国民に普及させるための最大の目玉ですと言う自信はございませんけれども、このカードがあれば医療機関をそれだけで受診できるという状況が世の中に広まっていけば、多くの方がマイナンバーカードを取得しようと思えますし、医療機関の側も、カードリーダーも随分今は安くなってまいりましたから、設備投資自身もそれほど負担ではないということであれば、広がっていくのではないかと期待しております。

（石川日本医師会常任理事）

今の御議論ですけれども、カードリーダーもそうですが、まずはつながっている必要があるということです。オンラインであるかどうかということが一番重要かもしれません。

資料3での5ページ目を見ていただきたい。私どもが目指しているものは、厚労省から御報告されたとおりでございますが、一番下に、個人単位化された被保険者番号は、医療等分野の情報連携に用いる識別子としての利用も見込まれるということで、上の3ポツと4ポツの絵を見ますと、被保険者番号でいろいろ情報連携を行うとか、データのつなぎをすとかということが書かれています。私どもは政府方針にもありますように、医療等IDで連携したいと思っております。医療等IDと、研究用ID、後で出てきます健診を一気通貫する。これはよく横倉会長がおっしゃっているわけですが、そこにも健診分野専用のIDみたいなものを、マイナンバー制度のインフラを使って付番していきたいと思っております。被保険者番号をそのまま直接データ連携に使うのは、今のところは考えていないところです。

今、お話がありましたところで、全国保健医療ネットワークの9ページ目の御説明もありました。全国保健医療情報ネットワークについて、総務省の方たちとも実証実験をいろいろやらせていただいたりしております。先ほど県境を越えてという高橋副会長の御質問もありましたけれども、これも実際に総務省の実証実験の中には2つほど入っております、それも進んでいる状況でござ

います。ネットワークのコストとベネフィットの問題についても検討しております。誰がつくるのかとか、誰が運営を主体となってやるのかということについても検討中でございます。

先ほどの様々な医療情報連携は、私たちが確認しただけでも全国で270~280あると思うのですが、その半分ぐらいは稼働がうまくいかない。これは運営費、維持費の問題になっているのですが、ネットワークの費用を大幅に下げることによって、連携の状態もうまくいくのではないかと考えています。

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。

今の石川常任理事の関係で、一つ質問でございますけれども、個人の被保険者番号のところが必ずしも全体に使えるかどうか分からなくて、健診のIDとか別途の医療IDということもおっしゃいましたが、何らかの形で被保険者個人の被保険者番号を医療IDとして活用していくということは考えられるのか。考えられるとすると、どこら辺が難しいところなのかを聞かせていただけますか。

(石川日本医師会常任理事)

今回、5月30日の個人情報の改正をもちまして、医療情報は要配慮情報となっております。非常に機微性が高いということは、今後、遺伝子情報がそこに乗っかってくるということがありますので、なるべく一つの、目に見えるような番号で、そういう医療情報を引っ張ってくるのが難しいようにしたいというのが私たちの考えであります。ですから、この被保険者番号で、例えば病院の中のID番号をこれで代用するという非常に簡単な考え方を持っている方がおられるとしたら、それは違うだろう。病院は病院で、中の医療情報は病院のIDを持っているわけです。これはどこも同じやり方をしています。

保険資格の有無についてこの番号を利用するということでありまして、そこは役割を、この番号についてはきちんと乗っけていきたいと考えております。

個人別になったということについては非常に大事なことでありまして、私たちも一つの進歩だと思っております。この次に、本格的に医療専用のIDということで、これは目に見えなくていいと思います。そういうものをいろいろなところで連携に使う、研究に使う、それぞれの分野で個人ごとに全部違ったものですが、それから、健診に使うというように考えております。

以上でございます。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

逆に言うと、ゲノム情報とかそういうものすごく機微にわたるものではない、例えばレセプト情報の一部とかをリンクさせるということは、可能は可能ということですか。

（石川日本医師会常任理事）

そうです。使い方によってということだと思いますが、レセプトなどはこの番号がもちろん書かれておりますし、そういう形で保険者との請求のやりとりはするということに当然なと思います。

（伊原厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

まさに石川常任理事がおっしゃったように、どの情報までの場合にはどのIDでやるのかということは議論が必要だと思います。被保険者情報につきましても、例えば生活保護受給者の方には無い場合もあるものですから、まだ課題もありまして、その辺については厚生労働省として、医療IDの問題は深く研究し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）

ありがとうございます。

次の乳幼児期・学童期の健康情報のところをお願いいたします。

（翁会長）

今回、初めてこのお話を伺わせていただいたのですが、様々な課題があることもよく分かったのですけれども、まず、どういう情報が本当に重要なのか。国民生活やお子さん、乳幼児の時期を健康に過ごすという上で、何が重要なのかということから考えていくことが非常に重要ではないかと思っておりますので、情報の重要性の度合いについて順位づけをしていくことが非常に重要ではないかと思っております。

また、例えば予防接種歴などは、今は母子手帳に、パーソナルには紙ベースで持っているわけですね。そういうものも本来データベースで持っていれば、PHRとして持っていれば本当に有効で、前橋の例でも、こういう形で活用できればと思ったわけなのですけれども、ぜひどういった重要度の高いデータから考えていけばいいかということをお検討いただきたいと思っております。このあたりについて、御検討の取組について、もしコメントなどがございましたら、教えていただきたいと思っております。

(山本内閣官房内閣審議官(厚生労働省子ども家庭局併任))

先ほど御説明させていただきましたように、健診項目の標準化などの検討を実態調査も含めてやっていきますけれども、それと併せまして、先ほど個人が自分の情報を一元的に見ることができる仕組みで、これはいろいろなやり方が考えられるのだらうと思いますが、例えばマイナンバーのマイナポータルなどを使うことも考えられます。その際に、健康管理にとってコアになる大事な情報は何かを優先順位をつけながら抽出していくことが大事だらうと思っています。それも併せて、私どもの省内の腹づもりとしては、来年夏ぐらいまでにコア情報とは一体何なのかということを少し整理していければと考えてございます。

(翁会長)

ありがとうございます。PHRとして、まずは個人の活用を考えることも非常に重要だと思うので、個人の利便性というところで、PHRの活用についてもぜひ取組をお願いしたい。つなげるというところとPHRとしての活用と両方あると思うのですけれども、ぜひお願いしたいと思います。

(高橋副会長)

会長とほぼ同じ意見なのですけれども、今日のお話を伺いまして、やはりこれは集めるのが相当難しいというか、解決すべき問題が非常に多いと感じました。一方、これは集めた場合に、研究者として、ビッグデータとしては非常に興味があるのですけれども、実際の運用の時にどのぐらいのメリットがあるのかを考えながら聞いていたのです。意外に、私が想像する中でメリットがあったらいいという話はたくさんあるのですけれども、本当に必要かというのをとても感じました。

とても気になったのは4ページの1番の乳幼児健診の課題の最後に、電子化は必要ないと考えているというコメントが書いてありまして、逆に、やることに対してメリットはあまりないからそういうところにやりたくないという意見なのかなと思ったのですけれども、先ほどの話と重なりますが、コストとメリットという視点が非常に重要になってきて、どこだけつながないといけないのか。先ほど山本審議官が言われていましたように、エッセンシャルな情報が何かを抽出して、ぜひここをつなげるときに何でもつなぐというよりも、絞り込みは非常に重要だと感じました。

何よりもこういう形で三省から非常に早期に紙が出たことは、大変感謝したいと思いますし、ぜひこういう検討が続いていけばいいと思います。

(翁会長)

保険番号を個人番号化するので、それとどのように組み合わせていくかということも検討課題ではないかと思います。この辺も御検討はこれからですね。

(山本内閣官房内閣審議官(厚生労働省子ども家庭局併任))

まず、高橋副会長の御意見にございましたように、まさにコストとメリットをよく考えていくことが重要だろうと思います。自治体の状況、何ゆえ電子化しないのかということも含めて、実態把握が年度末までにとれます。そういうものも含めて情報の絞り込みをしていきたいと思っています。

翁会長からございましたように、被保険者番号の活用でございますね。最終的には、まだ検討がそこまで及んでいないということもございまして、今日は御説明できませんでしたが、医療情報とどうつないでいくかが、将来的には課題だろうと思っております。そのときに被保険者番号を使っていくのは一つの選択肢であろうと思いますが、順番に検討させていただきたいと思っております。

(上田経済産業省大臣官房審議官(製造産業局担当))

経産省です。一つだけ、今の両先生の御指摘に関連して、民間事業者で既に母子手帳のアプリとか、そういったものを健診につなげたいとか、そういったニーズはたくさんございます。我々のところに情報が集まったものは、厚生労働省とか皆さんにきちんと共有して、何が大事かというところをしっかりと整理していきたいと思っております。

(石川日本医師会常任理事)

私は小児科医でありまして、この問題については、本当に小児科医になってからずっと考えていたこととございまして。例えば、赤ちゃんの時の肥満がどのようになっていくかということは、小児科医としては一番謎だったわけです。こういうものがつなぐと確かにいいということになります。

3歳のときの尿検査を、成人まで持っていったいないのです。結構早い時期から慢性腎炎がある場合でも、特に高校のあたりからデータが全く失われてしまうのです。そういうことがございまして、これをやると病気のつながりだとか、そういったものがよく分かっていくと思っております。

ただし、一つだけポイントがありまして、野田総務大臣などにもずいぶん前にちょっとお話ししたのですが、母子健康手帳はお母さんのパーソナルデータ、個人情報なのです。個人情報をいっぱい満載してしまっていて、今ですとHIVに感染しているかどうか、プラスマイナス、もちろん流産したかどうかとか、そうい

ったことも全部ありますので、子どものPHRの中に入れるのか、どうなのかということについてはまだ議論がありますし、これは嚴重に考えていかなければいけないと思っております。

以上です。

(翁会長)

御説明をいただきまして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、引き続き国民生活や医療現場がこう変わるのだという、そういった姿を示しながら優先順位を明確にし、工程、手順の具体化を進めていただきたいと思いますと思っております。

今回、データ利活用基盤のオンライン資格確認や医療等IDについて、被保険者番号の個人単位化、資格管理情報の一元的管理を行い、活用する方向性について御説明をいただきました。またこの仕組みを活用し、特定健診データの個人向けサービスに使うことも言及されたわけでございます。

今後、この仕組みをベースにして、どんなデータをどのようにつなげていくか、活用していくかということを検討していただきたいと思います。特に保険者のインフラを活用しておりますので、先ほども言及されましたけれども、例えばレセプトデータの活用といったものは有効で、PHR的なサービスに活用することもできるのではないかと思います。

今回、母子手帳、予防接種歴、学校健診データについて、厚労省、文科省から現在の取組などにつきまして御説明をいただきました。今後、こういったデータを特定健診やレセプトのデータなどにつないでいくことも考えられるわけでございますけれども、いろいろ多くの論点、課題があるということも分かりました。

今日私どもから御指摘させていただきましたけれども、どの情報をどのようにつなげていく必要があるのかということ厚労省のPHRの取組と一緒に御検討いただきまして、総務省、文科省と一緒に御検討を進めていただいて、必要な工程を整理していただきたいと思います。

全国保健医療情報ネットワークにつきましても、具体的にどの情報からつないでいくか、誰がどの場でいつまでに検討していくのか。そういった必要な工程を、検討課題の洗い出しを行いながらお示しいただきたいと思いますと思っております。

経産省からも先ほどコメントがございましたけれども、民間サービスでもいろいろとやっているところがございます。ですので、基礎インフラとして国が整備すべき分野と民間ビジネスに任せるべき分野と、どのように協調していくか、どのように分担していくか。こういったことも整理していく必要があると思えます。

いずれにせよ、データ活用につきましては、国や医療・介護に従事する人たち、民間事業者、こういった人たちが信頼関係のもとでどんどん新たなサービスをつくり出していくことが必要だと思っておりますので、どうぞよろしく御検討いただきたいと思います。よろしく願いたします。

(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、最後の議題の科学的介護の実現の議論に移ります。厚労省からよろしく願いたします。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

厚生労働省老健局担当審議官でございます。資料5に沿いまして、御説明申し上げます。

前回の会合で、翁会長から、特に自立支援、科学的介護とロボットの導入につきましては、具体的な検討について次回に発表してほしいという御依頼を受けましたけれども、実は、その2つのテーマとも、介護給付費分科会で具体的な議論をするのは11月下旬でございまして、現時点ではなかなかこの場では発表できないということがございますので、今までの検討をもう少し、前回よりも詳細に申し上げたいと思っております。

まず、2ページを開けていただきますと、2ページから6ページは介護給付費分科会でいわゆる自立支援に向けた事業者のインセンティブについての横串を刺した定性的な議論をする際の現状・課題でございまして、例えば3ページの2つ目の○の4行目には、今まで様々な質の評価の観点から加えられてきた加算が紹介されておりますし、その後、3ページから4ページにおきましては、介護給付費分科会で介護サービスの質の評価を行う際の課題や指標について議論させていただいているところでございます。

5ページにつきましては、未来投資会議からの御指摘も介護給付費分科会に御紹介申し上げた上で、分科会の中では御議論させていただいております。時間もございませんので、定性的な議論の紹介は省略させていただきたいと思います。

7ページ以降なのですけれども、特にリハビリテーションにおきましては、先ほども申しましたように、従来質の評価に関してプロセス評価やアウトカム評価に関する加算等がございますので、そういった具体的な議論は既にしているところでございます。

詳細は省かせていただきますけれども、7ページ、8ページ、9ページは、主にプロセス評価でございます。

アウトカム評価的なものは10ページ以降にございまして、10ページでは、生活行為向上リハビリテーション実施加算、12ページには社会参加支援加算、14ページには要支援状態の方が要支援状態区分を維持または向上させるときに、アウトカム評価をする事業所評価加算という、既にできているものもございまして、そういったものを、例えば他のサービスを広げたり、要件を変えてはどうかといった具体的な議論をさせていただいているところでございます。

いずれにしても、質の評価に関しまして、横串的なものは11月下旬に議論する予定でございますので、また機会がありましたら、その際に御紹介申し上げたいと思います。

16ページ以降は、科学的裏付けに基づく介護に係る検討会の検討状況でございます。16ページにございますが、第1回は総論。第2回につきましては、個別論として「栄養」領域に関しまして検討しているところでございます。

次の17ページ、18ページを見ていただきますと、第1回の既存のエビデンスの整理の一部として行いました一般からのエビデンス募集の結果についてお示ししております。全部で105通の応募がありましたけれども、その中でエビデンスレベルが高いものを示したのが17ページのIV以上で、18ページにこの7つを全て紹介しております。

この中で5番目でございますけれども、生活行為向上マネジメントという言葉がございまして、先ほど10ページでお話しした議論におきまして、この内容もエビデンスの一つとして考慮されているところでございます。

19ページ、20ページでございますけれども、今後の議論の進め方ということで、特に19ページの上にありますように、短期の課題と中長期の課題に分けて、短期の課題につきましては、次のポツでございますが、研究に利用可能な項目のうち、既に電子化されている、現場の負担を増やさずに収集できるといった観点から、初期仕様で収集する項目に関して議論を行ってはどうかということで、その旨を合意されているところでございます。

21ページから22、23ページでございますけれども、各論の議論におきまして、構成員の先生に収集すべき情報の御提案をいただく際に使用しているフォームでございます。状態に関するもの、介入に関するもの、イベントに関するものでございます。これを見ていただくと分かりますように、定義や情報ソース、どのような仮説を立てた研究においてこの情報が必要になるかなどを書きいただいております。今まで第2回では栄養、第3回ではリハビリにつきまして、このフォームに従って先生から御提案いただいたもので議論させていただいているところでございます。必要があれば、ちょっと分厚いものでございますので、お持ちいたしたいと思っております。

続きまして、ICT化の資料は前回とほとんど変わっておりませんので、次の30

ページ、介護ロボットにつきまして御紹介申し上げます。前回、介護ロボットにつきましては、実証研究をやっているということで、これも結局11月下旬の介護給付費分科会の際に実証結果のデータを元に具体的な議論を行いたいと考えておりますけれども、実際にどんなデータを取っているかを一つだけ御紹介申し上げたいと思います。

32ページで、見守りのものでございますけれども、無味乾燥な資料で恐縮でございますが、左側が対象者の居室訪問記録調査ということで、これは夜間時間帯に職員が何をきっかけで対象者の居室を何回訪問したのか、夜間時間帯を通じまして、ヒヤリハット事件があったかどうかを把握するといったものでございます。

右側の職員業務量調査におきましては、これは1分ごとでございます。1分ごとに職員の行動内容を把握した調査でございます。調査票は当然他にもございますけれども、これらの記録を元に、見守り機器の導入が職員の業務に対してどのように影響するのか。今、検証は最終段階でございますして、11月下旬にはそれを示して、具体的な議論を行っていきたいということでございます。

前回、翁会長から具体的な議論を今回はという御要請を受けましたけれども、現段階ではまだそういったプレゼンができないことを申しわけなく思っておりますが、以上、現段階で申し上げられるものを申し上げた次第でございます。

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、ただいま厚労省からいただきまし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)

ありがとうございます。7から14ページでは、リハビリ等のところで御説明いただいたのですが、通所リハビリで、これは既存の加算等について拡充したりしていくという理解でいいのか。そして、これら以外に項目を新設して評価していくということを想定している。それが2ページから6ページの議論だと理解してよろしいわけですか。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

まず、リハビリのところですが、当然拡充もありますが、要件を絞り込むというものもありますし、他のサービスに広げるというものも、種々雑多でございますので、そういったものでございます。

1 ページ目から 6 ページにつきましては、冒頭で申し上げました横串を刺して、どういった自立支援ができるかという議論でございますので、そういった意味では、今後、議論を行うのはリハビリに特化したものではございません。横串を刺して、かなり多くのサービスに共通するものについて具体的に議論していくということでございます。

(翁会長)

その時には、プロセスとアウトカムと両方を組み合わせながら評価していくという考え方だということですね。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

おっしゃるとおりでございます。さらにはストラクチャーも含めまして、プロセス、ストラクチャー、アウトカムという3つの組み合わせで議論していきたいと考えております。

(翁会長)

11月下旬ということですから、年内におおよその方向性が出てくると考えてよろしいのでしょうか。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

平成30年度介護報酬改定に出るものにつきましては、当然年内に必ず方向性が出て、具体的な数字につきましては、予算編成の中で介護報酬改定率がおそらく12月中下旬に決まりますので、それをベースに、具体的な点数につきましては年明けに議論していくということでございます。

(高橋副会長)

科学的介護の一番の原点にあるのは、寝かせきりにしておく必要介護度が多くなっていった、そういう施設が多くなって、自立支援をして必要介護度が軽くなると、残念ながら収入が減ってしまうという現実がある。それを何とかしないといけない。それで自立支援を進めていこう。その時には見える化でどこがいいか、悪いかをはっきりしようという線があると思うのです。

今回の話の場合に、いいサービスを集めているのですけれども、ここから先、今の話にどう結びつくのかというところがはっきり見えないわけでありまして、いい事例を集めた場合に、こういう事例のサービスをやっているところを推奨するという形で、それを実現していこうとしているのか、寝かせきりにして悪くなっているというところが、この形からなかなか見えてこないと思うの

ですけれども、いい、悪いをある程度はつきりさせてということに関しては、今の科学的介護のやっている研究会の内容とどういう関係にあるのでしょうか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

介護給付費分科会では、まさに介護を受けている方の自立支援に向けて介護を行っていくというのが基本認識として当然ございますので、いい介護をやっていくためにはどうしていくべきかということが、出席された委員の方の大前提にあるものでございます。

例えば今、高橋副会長がおっしゃいましたように、先ほどの4ページの一番下でございますけれども、平成28年の研究では、要介護者の状態と、要介護者の状態を悪化させる事象の起こりやすさとの間に関連があることが明らかになっている。こういった実証研究をしているということは、そういったことをしないためにはどうすればいいかを議論するための一つの方法になっているところでございます。

また、未来投資会議、皆様からは、特に介護度が上がると報酬は下がって、それがディスインセンティブになるという議論をいただいておりますけれども、実は、そういった議論もこの場では紹介させていただきました。介護給付費分科会では、例えば医療界の方からこういった意見が出ておるところでございます。医療では患者を治療すると、収入は当然減るといいますか、いらっしゃらなくなりますが、それで困ったという医者はいないのに、介護では違うのかというような意見をおっしゃった医療界の方もいらっしゃいます。

それに対して反論される介護の方はいらっしゃいませんけれども、我々としては、前回も翁会長からディスインセンティブの話をさせていただきましたが、特によくした場合にどういったアウトカムでどういった報酬がつけられるかを、今後、具体的に議論していきたいと思っております。介護の現場では、よくなられて収入が減るから嫌だといったことを直接におっしゃることは、裏ではおっしゃっているのかもしれませんが、なかなかいらっしゃらない状況でございますので、我々としては、よくなることがディスインセンティブとされている。思われているのか、思われていないのか、そこは状況がよく分からないところがありますけれども、よくしてそれなりの評価が与えられるような、こういう方向性は議論しておりますので、そういった方向で具体的な議論はやっていきたいと思っております。

（高橋副会長）

むしろ寝かせきりにして、ほかの施設に比べて明らかにアウトカムの悪くなる施設を、私は幾つか回っていて見ているわけですが、そこに対す

る対策がここから出てこないのではないかというのが、むしろ問題ではないかと思うのです。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

おそらく要介護度がかなり高いところの施設を副会長は見て回られたということでございます。当然要介護4の方でも、しっかりした介護を、要介護度が上昇しなくても、ある程度自立的なことを多少でもするということが大事なことでございますので、そういったことが評価されるようなことも今後、具体的な議論はしていきたいと思っております。

（翁会長）

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会の20ページで、複数の指標で見ることとも考慮してはどうかということが議論されているのですけれども、前回は議論をしていたのですが、一定の具体的な評価の物差しみたいなものをまずは定めてみて、それで検証していく。それで柔軟に見直すというようなアプローチも、みんなが使いやすい物差し、仕組みとするという視点として重要なのではないかと思うのですが、このあたりのアプローチについて、何か御議論の方向はありますでしょうか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

前回、翁会長からそういった御指摘を賜っておりますけれども、この検討会では、まず、収集できるデータにつきましては、先ほど申しあげました19ページのポツの2つ目にございますように、初期の課題としましては、既に電子化されているものや、そうでなくても現場の負担を増やさずに収集できるものにつきまして収集していこうという中で、様々先ほども申しあげましたように、各構成員の先生方から様々な仮説を提示していただいて、こういう指標を集めてはどうかといった提案をいただいているところでございます。

当面、年度内は何を集めていくかを決める際に、かなり決めつけてこれだけでいいというよりは、仮に集めやすいもので関連できるもの、もしかしたら関連するかもしれない、集めるのにさほど苦労しないようなものがあった場合には、それも含めるということは考えられると思いますので、そういった考え方から20ページの当面は複数の指標ということをおもっておりますが、基本は翁会長がおっしゃいましたように、まずはある仮説を立てて、そのためにこの指標が要るのだということをおもって議論させていただいているところでございます。

（翁会長）

分かりました。御説明いただいたのは32、33ページのところだと思うのですが、具体的にこういった実証を重ねていきながら、どのぐらい効果があるかを評価されていくということで、ゆくゆくは介護報酬とか人員配置基準とか、こういったことに結びつけていくということでございますね。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

きちんとしたエビデンスがあるものについて、介護報酬なり人員基準なり、そういったものに結びつけていくということでございます。

（翁会長）

取組をされているということはよく分かりますけれども、エビデンスを取りながら開発も同時並行的に進め、データベース構築も一緒に進めていただくようなスピード感で、ぜひやっ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））

未来投資会議から御提起いただいた点につきましては、きちんと答え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）

資料の27ページで、文書量半減・ICT活用に向けた取組状況という点がございます。まさに介護現場の生産性を上げて、かつ、3K現場であることを解消していくという観点で非常に重要だと思っております、ここに書いてある2つの箱の中で、帳票等の見直しという話と2つ目のICT化がありますが、非常に重要だと思っております。

ICT化する際にも、今の仕事をそのままに単にICT化をしても何の業務改善にもならないということで、まさに帳票の見直しをどんどん加速しながらICT化を進めることが大事だと思っておりますけれども、その観点で、27ページの一番上で、一億総活躍プランでは、帳票の文書量の半減を2020年代初頭までとなっております。そもそも「未来投資戦略2017」の中で2020年に介護現場も相当効率化をし、ICTを活用してデータも活用するという姿をつくっていくことが目標だとすると、1つ目の箱で、要するに、国の帳票の見直しと自治体が独自にやっているものがありますが、国がやっているもの、厚労省が要求しているいろいろな帳票は、なるべく早く1年以内とか2年以内とかに早急に見直しをして、自治体の見直しにもつなげ、並行して新しい業務プロセスをどうICT化するかということを下のほうのペーパーレス化のところで行っていくことが必要なので

はないかと思っておりますが、スピード感についての御見解を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））

御指摘ありがとうございます。これにつきましても老健局として極めて大事な課題だと認識しております。帳票の見直しの中で、実は3つ大きくカテゴリーがございます。1つは国が法令で求めている文書。2つ目に自治体が独自に上乘せで求めているもの。3つ目が、事業所がそれ以外に独自で自分たちの作業に必要なということで作成している文書がございます。初めの1つ目と2つ目は国と地方自治体が求めているものでございますので、把握はスピードを持ってできます。それにつきましては把握が当然終わっておりますので、その中で何が必要か、何が必要ではないかの検討をして、これはできるだけ早く進めていきたいと考えております。

いずれにしましても、しっかりと自治体とよく議論しないと、国がこれは要らないと思ってやっても、実際は後でまたつけ加えたりする可能性もございますので、特に市長会、町村会とはよく議論して、国が法令で求める文書並びに自治体が独自に求める文書につきましては、早くやっていきたいと思っております。

一方で、事業所が独自に作成している文書は意外と多くございまして、サービスごとにかなり現場に行き行って収集しなければいけないということで、先ほど述べた国と地方が求めている文書よりは時間がかかるのかなと思っておりますけれども、工程表で示されています2020年代の初頭に向けまして、その作業を、まずは各サービスの実態把握をやっていきたいと思っております。

○翁会長 国については少なくともどういう状況になっているか、文書がどういう状況になっているかは、もう把握されていて、自治体によってかなり違うので、そこを今は把握されようとしていてという状態なのですか。

（谷内厚生労働省大臣官房審議官（老健担当））

若干繰り返しになりますが、国が自分たちで、これは要らないだろうと決めても、決めた瞬間、実は地方自治体はそれを要るのだというので、国が定めても、そういったことも考えられますので、国がここを廃止する際には地方も要らないということをきちんと合意しないと意味がありませんので、そういったことも含めて自治体、市長会や町村会とはきちんと議論していきたいと思っております。

(翁会長)

ぜひしっかりお願いしたいと思います。

(石川日本医師会常任理事)

2ページ目にICFのことが書いてあります。ICFをこれだけ指摘しておきながら、なかなかこれが普及しないということは、非常に残念に思っております。というのは、患者が医療・介護を受け社会参加がどれだけできたかというのが最後のアウトプットでは一番大事なのです。それを表現できるのは、文中にはFIMだとかバーセルインデックスが書いてありますが、ICFしかないのです。残念ながら、日本では、これはなかなかうまく使いやすいようにできていないというところが一番の問題です。もっと研究していただきたいと私などは思っております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

最後に介護ロボットでございますけれども、まだ具体的なお話はということでしたが、資料の最後で、こんな表で調査を行っているという話もございました。この中でいくと、センサーと移乗介助ロボットの2つですけれども、感触としてデータが比較的取れている。こちらはなかなか難しいという、現段階でまさにエビデンスが一定程度必要だと認識をしておりますので、今の時点で結論がもちろん出ていないということは分かりますが、どんな作業仮説を立てて情報を取りながら、介護分科会の議論に臨んでおられるのか。そこら辺の感じをお聞かせ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))

特に介護ロボットの議論につきましては、これを導入することによってどれほど人がやる業務量が削減されるかといったところが極めて大事だと思っております。見守りでも移乗介助でも、まさに分刻みで職員の業務量を、導入前と導入後で比較した上で、どれほど業務量をこちらで代替できるかを検証していくということでございますので、当然、この2つでやっているから、必ず2つともできるのだということではありません。あくまでもエビデンスが出たものだけにつきましては、報酬改定の中でやっていきたいと思っておりますけれども、いずれにしても、平成30年度報酬改定の何らかのものをやれということでございますので、少なくともよりよいものにつきましては、具体的な項目は実現させていきたいと思っております。

(翁会長)

自立支援介護に取り組む介護事業者がより利用者に利用されるようになっていくことがとても望ましいので、こういった取組に加えて情報開示が非常に重要だと思っているのです。どういう自立支援を、介護をやっているのかということについて、できるだけ前広に開示できるようなことも、ぜひ促していただきたいと思っております。その辺の取組がありましたら、教えていただきたいのです。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官(老健担当))

今でも介護情報につきまして、データでやっているものがございまして、その際には、この事業者はどういった加算をとっているか、きちんと見られるようなものがございまして、そういったものにつきまして、利用者、一番大事なケアマネの方だと思っておりますので、ケアマネの方にきっちり見ていただいた上で、きちんと加算を取っているなり、しっかりした介護サービスをやっているところを極力選んでいただけるようにしていきたいと思っております。

(翁会長)

御説明ありがとうございます。

自立支援に向けたインセンティブ付与について、次期介護報酬改定で何をどのように評価していくのか、本日、御説明がありました既存の評価項目の拡充関係以外に新たな項目を評価していくのか、それはプロセス、アウトカムの組み合わせなのか。年内ということですが、具体的な方向を年内に御説明いただきたいと思っております。

介護現場のICT化につきましては、データ利活用基盤2020年度の本格稼働という目標がございまして、いつまでにどのような支援を強化していくのかにつきまして、具体的な検討を早急にお進めいただきたいと思っております。

文書の削減につきましても、2020年度が目標となっておりますので、ICT化とあわせてぜひ研究と実行を進めていただきたいと思っております。国が求める文書について、もう取組をされているということですが、具体的な工程とスケジュールを定めてお進めいただきたいと思っております。

ロボット介護機器につきましては、見守りセンサーと移乗介助ロボットの効果実証について、どのような結果が出てきているのか、それを踏まえて人員、介護報酬改定についてどう位置づけるのか、さらに具体的な方向をぜひ御検討し、提示していただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

(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、時間になりましたので、本日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、取りまとめの御挨拶をいただきます。

(越智副大臣)

本日も長時間に渡りまして熱心な御議論をいただきまして、ありがとうございました。

今日は関係省庁から、第1回会合での指摘を踏まえた御説明をいただきまして、翁会長、高橋副会長から忌憚^{きたん}のない御意見をいただき、今後の検討課題などにつきまして、活発な議論を行えたと思っております。

また、鉄祐会の武藤理事長にお越しいただきまして、オンライン診療の在り方、整理すべき課題や問題意識について、議論が深まったと思います。さらに、省庁からの説明では、データ利活用基盤の構築に向けて、健康保険証の被保険者番号の個人単位化によるオンライン資格確認や医療等IDの方向性についても新たに御報告をいただいたと思います。

今後、早急に整理していくべき課題も、明らかになったと思います。2025年問題を展望しまして、2020年に向けた種々の目標を達成していくための時間は、極めて限られております。引き続き、本日の議論も踏まえまして、必要な取組と工程の具体化・実施に向けて、関係省庁で連携して取り組んでくださるようお願い申し上げます。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。

以上をもちまして、本日の会議は終了させていただきます。