

## 3/9 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4回）

---

#### （開催要領）

1. 開催日時：2018年3月9日（金） 9:30～12:00
2. 場所：合同庁舎4号館12階1214特別会議室
3. 出席者：

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

かまやち さとし  
釜 范 敏 日本医師会常任理事

早見 泰弘 株式会社ワイズ代表取締役会長 兼 CEO

#### （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）オンライン診療の推進
  - （2）多職種の間与・連携促進、保険外サービスの活用、第4次産業革命の技術革新の活用
  - （3）データ利活用基盤の構築等
3. 閉会

#### （配布資料）

- 資料1：厚生労働省 提出資料  
資料2：株式会社ワイズ 早見 泰弘氏 提出資料  
資料3：厚生労働省・経済産業省・総務省 提出資料  
資料4：厚生労働省・経済産業省・総務省・文部科学省 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4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、日本医師会から釜范常任理事に御出席いただいております。また、民間からの有識者として、株式会社ワイズの早見泰弘代表取締役会長兼CEOに御出席いただいております。よろしく願いいたします。

時間も限られておりますので、その他の出席者の御紹介は、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。

本日は、3つの議題でございます。1つ目が「オンライン診療の推進」、2つ目が「多職種の間与・連携促進、保険外サービスの活用・連携促進、第4次産業革命の技術革新の活用」、そして、3つ目が「データ利活用基盤の構築等」、この3つの議題で議論をさせていただきます。項目ごとに、民間有識者の方からの御発表、関係省庁の御説明をいただきまして、その後、自由討議とさせていただきます。

それでは、まず「オンライン診療の推進」につきまして、今の検討状況につきまして厚労省から御説明をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官)

医政局のほうから、担当している項目につきまして御説明させていただきます。

まず1ページでございます。

情報通信機器を用いた診療に関するルール整備ということで、技術の進展にあわせまして、こういった機器を用いた診療が普及しておりますけれども、更なる普及・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ございます。こうした状況を踏まえて、年度末を目途に、情報通信機器を用いた診療に関するルール整備を行うものでございます。

2つ目の〇でございますが、実際にこうした機器を診療に使う場合に、上記の留意点の考え方を踏まえまして、実施の判断につきましてはそれぞれの医師が行うこととなります。その判断の参考となるよう、機器を用いた診療に関するルール整備を行うもので、医療の安全性の担保の観点から、こうした機器を診療に使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、こうした機器を用いた診療が適する診療形態の例示などがございます。

2ページでございます。

現在、検討会を設けており、メンバーの一番下の山本先生が座長でございます。2月から開催ということでございますが、本日、今、この時間も開催中でございます。年度内に、ガイドラインをお示ししてまいりたいと考えているところでございます。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官)

引き続きまして、診療報酬の側でどう対応しているかという話をさせていただきたいと思っております。

まず、3ページを御覧いただきたいのですけれども、この4月からの診療報酬改定では、オンライン診療以外にもD to D、D to Pで、それぞれこうしたICTを活用した仕組みについて、様々な拡充を行っております。今日の話であるオンライン診療につきましては、従来、電話等による再診という評価をしておいたのですけれども、これをオンライン診療料、オンライン医学管理料、オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料の3つの形で新たに位置づけております。

後でまたお話になると思っておりますけれども、ガイドラインとの関係では、ガイドラインというのは、基本的に自由診療も含めて、日本のオンライン診療をどう適切に位置づけていくかということについて整理するものでございます。これに対しまして、この4月から実施する診療報酬は、全国民にあまねく保険医療サービスを提供する場合に、どういう形で整理するかという考え方の下で示したものと御理解いただければと思っております。

詳細につきましては、4ページ、5ページ、6ページ。7ページは、電話等による再診がどのように見直されるかということ整理したものでございます。

4ページを御覧いただきたいと思っておりますが、オンライン診療料として、1月につき70点という形で新たに設けました。算定要件が定まっております、(1)、(2)、(3)がポイントになりますけれども、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な通信機器を用いて算定する。ただし、連続する3月は算定できないというルールにしております。

それから、初診料、いわゆる対面診療と組み合わせてやっていく形を考えておりました、(2)でございますけれども、対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定するという形で、6カ月間、継続的に利用されている方というのをまず対象者として限定しております。

それから、(3)ですけれども、患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成していただいて、この計画に基づき診察を行うということにしております。

これが4ページでございまして、5ページは、その上にオンライン管理料というものを整理しております。これは、4ページで御説明しましたものの上に乗るものとして位置づけております。

それから、6ページは在宅で療養されている方を念頭に置いたオンライン診療でございまして、在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料というものを設定しております。下のオンライン在宅管理料が算定可能な患者の下に絵がございしますが、最初の1月は訪問診療していただいた。次の月にオンライン在宅診療と組み合わせて利用していただいた。この場合でも、一度は訪問していただきます。3月目にまた往診という形で、オンラインと在宅診療を組み合わせた利用を想定しております。

(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、ただいまの厚生労働省からの御説明を踏まえまして、御質問、コメントをいただければと思います。よろしく願いいたします。

(翁会長)

御説明、どうもありがとうございました。

これは、未来投資戦略2017の、今回の遠隔診療、オンライン診療を推進していくという大きな目標の下でいろいろと作業していただいて、こういった状況になっているということかと思えます。今、御説明いただきましたように、オンライン診療料という新しい項目を位置づけられて推進していくというところにつきましては、新しい道が開けてきたということだろうと思うのですが、このオンライン診療の診療報酬の件につきましては、要件が全体として少し厳しいのではないかという印象を持っております。

オンライン診療を普及していくというのが、私どもの健康を管理していく上で重要であるという位置付けの下で進めていこうということになっているわけですが、どういう議論でこういった要件になったのかということをお伺いしたいです。

それから、3月末に向けて、椎葉審議官のほうからガイドラインを検討していくことを御説明いただいたわけですが、診療報酬の要件とガイドラインというのは、それほど大きく関連してこないのでしょうか。診療報酬のほうはやや厳しい要件であるように感じるわけですが、そこについてはどういうお考えで進めていかれるのか。

それから、こちらの原則については、安全性についてということでございますけれども、むしろ私どもで議論していたのは、安全性だけでなく、オンライ

ン診療がどういう意味で有効である、どういう位置付けにあるのかということについても御議論いただきたいと考えていたのですが、そこについては、もう少し広く原則をお考えいただいてもいいのではないかと思うのですが、まずこれらの点について、お伺いしたいと思います。

後で、少し個別のことについてもお伺いしたいと思います。

(伊原厚生労働省大臣官房審議官)

大まかなことは私から御説明させていただいて、詳細については医療課のほうから御説明するのをお許しいただきたいと思います。

まず、中医協での議論は、こうやってICTが進んできたということと、これらの技術が実際の医療に応用できるほど熟度が増してきたという認識は皆さんお持ちでして、積極的に位置付けていくということにさせていただいております。従いまして、従来、再診という形であったものをオンライン診療料として位置付けましたし、遠隔診療という形で、山間僻地<sup>へき</sup>のような限られた地域での適用というニュアンスがあったものを、きちんと制度的に位置付けたということは、そうした議論の証左だと考えております。

ただ、冒頭申し上げましたように、自由診療も含めたオンライン診療をどうきちんと位置付けていくかという話と、それから、一定の限られた財源の下、保険診療で、全国どこの住民の方にも利用できるというのが医療保険の基本的な立場でございますので、そうした普及性という問題と財源の制約を考えますと、ある程度はどうしても制約的にならざるを得ない部分がございます。

それから、まだ始まったばかりの診療行為ですし、担われている先生方もまだ一握りという状況でございますので、まず一度、しっかりした形で進めさせていただいて、今後、実際の状況を見ながら運用を変えていくということで、厳しいという御意見をお伺いすることもございますけれども、そうした問題意識で、今回、4月からはスタートさせていただくと、このように考えております。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官)

医政局でございます。

医政局の検討におきましては、このオンライン診療の中には、自由診療と診療報酬でやるものとありますけれども、すべからくオンライン診療そのものについて議論しておりまして、その中で、議論の過程でございますけれども、オンライン実施体制の基本理念として、医師・患者関係と守秘義務はどうか。

また、オンライン診療をやることに対する診療行為の責任は誰が負うのか。

これは、医師が負う。その際のセキュリティはどうするか。

医療の質の確認や患者さんの安全の確保をどのようにするのか。

オンライン診療の限界など、正確な情報の提供をどうするか。

また、安全性や有効性のエビデンスに基づいた医療をどう進めていくか。

患者さんの求めに基づく提供の徹底など、こういった基本理念をお示しするということ。

他にも幾つかの項目がありますけれども、まず患者さんとの関係性、患者合意がどうかとか、適用する対象をどうするか。

きちんとした診療計画をどうつくっていくか。また、本人確認をどうするか。

薬の管理をどうするか。診療自体の方法をどうするかといった、オンライン診療の提供に関する事項とか、オンライン診療の提供体制に対する基準ということで、医師はどこにいるのか、患者さんはどこにいるのか。通信環境はどうか、利用端末はどうか。

その他、オンライン診療に関連するものとして、患者さんの教育や医師の教育。質の評価やフィードバック、エビデンスの蓄積など。こうしたオンライン診療を取り巻く様々なものについてガイドラインをお示ししようということで、それに基づいて、診療報酬の中で見るのはこの部分ということでございます。そういう大きなものを医政局で議論し、実際の方針につきましては中医協で保険局がやっているところでございます。

(翁会長)

本来であれば、原則というか、考え方があってから、診療報酬の考え方を整理するというのが望ましかったのかなという印象を持っておるわけでございますけれども、いずれにせよ、細かい話について、ちょっとお伺いしたいと思います。

先ほど伊原審議官から御説明いただいた資料で、オンライン診察料70点ということでございますが、電話等再診72点であったということで、これとの比較で、少し低いのではないかとということをご考慮になるのか。

それから、対象疾患については、実務との比較で少し狭いという意見もあるのですが、そこについてはどうお考えか。1階の診療料と2階の管理料で対象疾患は同じですけれども、1階の部分については少し広くするということは考えられないか。

それから、これは一番気になっていることのひとつですが、初診から6ヶ月以上経過して、かつ毎月同一の医師によって対面診療を行っている場合に限るということでございますが、今、チーム医療とか、必ず毎月同じお医者さんにかかり続けているということだけでやっておられる方。かかりつけ医というの

は大体1人だと思っておりますけれども、そうでない方もいらっしゃるわけがございますので、あまりにこのところが厳しいのではないかという印象を持っておりますが、そこはいかがでございますでしょうか。

それから、設置要件というものがございましてけれども、これは機器に関して、クラウドサーバーとかの活用というのは妨げられないのかどうか。

もう一つ、ここも気になっているのですが、緊急時におおむね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有しているとされておりますけれども、例えば非常に不便なところにお住まいの方などについては、本来、オンライン診療が必要だと思っておりますけれども、こういった方の要件を満たせなくなる心配はないのか。こういった点について、御説明いただければと思います。

(厚生労働省)

それでは、保険局医療課長でございます。幾つかご指摘、御質問いただいております。診療報酬を担当しておりますので、詳細につきまして私のほうから、順番にお答えしたいと思います。

まず、報酬の水準の議論であります。今、翁会長がおっしゃいましたが、現行では再診料が72点であります。考え方としては、診療は対面診療を原則とする。しかし、今回の改定で、こういった形の診療の組み合わせにも道を開く。その場合の報酬水準として、対面診療と組み合わせを行うわけですが、基本は対面診療のほうがより望ましい、あるいは情報量も多いわけですから、報酬水準が72点を上回ることはないというのが議論のスタートです。何点なのかというのは別としまして、比較論としては72点より少し抑え目の水準であるというのが1点目です。

電話等再診との関係ですが、これは併せて、資料の7ページに記載させていただいております。実態論として、これまでオンライン診療というものが位置付けられていない中で電話等再診が元々設定されたのは、通常の診療を行っていて、患者さんあるいは家族が居宅におられるときに、急に相談したくなった、あるいはいろいろな事態が変わった。そのときに電話で照会をかけるというのが、かなり前から実態としてあり、その時の報酬算定の考え方として、この場合は再診と同じように診療報酬をとっていいのではないかとということで、同じ72点という運用になっております。

今回、このことと併せて整理されて、7ページで記載させていただいておりますのは、元々現在のオンライン診療を電話等再診で算定するという実態はあったかもしれませんが、これは元々の考え方とは少し離れていて、電話等再診は患者さんのほうから要請があって、事態が変わった等々で照会、事実上、電話ではあるけれども、再診と同じですよという報酬の設定であります。かつ、

その場合の管理料は取れないという形で運用されてきた。

ですから、オンライン診療のようにある程度計画性を持って予め予定するという性質のものとは違いますので、今回のこの整理に当たっては、電話等再診の基本的な考え方は残して、患者からのリクエストとして、しっかり応えていくことは残す。それは、再診の評価でいい。だけれども、計画的、定期的に行うオンラインとは差があってしかるべきということで、この70点、72点という点数設定になっているということでもあります。これが1点目です。

それから、対象疾患の話がございました。これは、いろいろ議論があるところでありまして、結論から申し上げますと、先ほど伊原審議官が申し上げましたとおり、今回、始めるに当たって、どういった範囲でやっていくのかという議論、これはかなりの議論がありました。中医協でもありましたし、中医協以外の場でも様々な御意見をいただきました。今回、オンライン診療を実診療で使っていくということであれば、一定のコンセンサス、おおよそこういった使い方なら組み合わせることで効果が出る疾患があるであろうということでした。

幅広くいろいろな疾患、いろいろな使い方の可能性がおそらくありまして、今後、更に議論が続くだろうと思いますが、まずはこれで始めさせていただきたい、という範囲を考えたときに、一番分かりやすいのは生活習慣病の管理でありまして、高血圧とか、そういった様々な生活習慣を改善することを治療と並行しながら行うという場合について、まずユースケースとして幾つか御紹介しながら、こういった使い方だったら適切だ、となりました。

その応用問題で、4ページに掲げさせていただいておりますけれども、様々な疾患をある程度オンラインと組み合わせ管理するというもので、オーソドックスにこの範囲であればいいでしょうというものについて、保険導入したらどうかということになり、ここに掲げる管理料との組み合わせで、診療料をもう少し幅広くという考え方はおそらくあり得るだろうと思いますが、今後も議論は続いていくものと思いますが、今回はまずはこれでということではじめさせていただいたということでもあります。

それから、期間の設定であります。4ページに書いてございまして、先ほどお話がありましたが、元々の考え方としてはが、対面診療があって、それでオンラインをうまく活用するという考え方です。最初に基本的に整理させていただいたのが、これは医政のガイドラインと並行してでありますけれども、おそらく基本認識は共有できていると思いますが、初診は少なくとも対面がまずあって、そこで患者・主治医関係が形成されていくという原則だろうと。

その時、患者・医師関係の形成というものをどういうふうに規定するのかということになります。概念的にガイドラインで多分設定されると思いますがけれども、診療報酬は努めて実務的に線を引かなければいけませんので、議論が様々

あるし、今もいろいろな御意見をいただいておりますが、今回、まずは6ヶ月程度の診療を目安として、患者・医師関係が形成されているとみなしましょうとなりました。もうちょっと具体的に言うと、毎月という記載になっていますが、これは4ページの(2)にも書いてございますけれども、例えば、月に一度受診して6ヶ月間という考え方ですが、例えば直近12カ月以内で6回とか、解釈としては少し幅広く読めるようにしてはどうかと考えています。

それから、4月1日から導入しますが、4月1日から改めて毎月6ヶ月来てくださいという趣旨ではなく、4月1日の時点で、例えば過去1年間遡って、通常、継続診療されていれば、すぐオンラインにできますといったことも含めて、実務的な解釈なり対応はある程度柔軟にさせていただこうと思っています。

診療報酬の関係は、並行して4月1日施行に向けて、様々な解釈通知を作成しておりますので、最終的にそういったものをどういうふうにまとめて対応していこうかということは、また改めて御報告させていただきたいと思っておりますが、基本的には可能な限り弾力的にさせていただきたいと考えております。

それから、設置の要件は、主にはガイドラインの中で記載されるいろいろな情報通信機器のスペックの問題があらうと思います。クラウドの話をお質問の中で触れられました。我々の認識は、クラウドの活用をする、しないというのは、言ってみれば情報の流れとか活用の方法なので、我々としては、診療の情報をどこに置くとかクラウドに置くということ自体が、今回のこのオンラインによる診療のやりとりに強く影響するとは考えておりませんので、それは医政のガイドラインに基本的には沿って整理させていただきたいと考えております。

最後ですが、緊急時におおむね30分以内に診察可能な体制ということでありまます。これは、オンライン診療といえども、医療行為といえますか、診察になりますので、万一の場合、どういうバックアップ体制をとるのかということは必ず必要ですということです。おおむね30分という記載をさせていただいております。この部分は、今、申し上げましたとおり、実臨床といえますか、現場の問題として、どういった形なら許容できる、できないも併せて、最終的な留意事項通知の中で可能な限り弾力的に対応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す。

ちょっと事務的な補足的な御質問をさせていただこうと思います。

最初に、例の点数の話につきまして、今、保険局医療課長のほうから、7ページに掲げてあります電話再診料で、元々はここで算定されるという実務があ

った。こことは区別しよう、整理しようという考え方は、我々もなるほどという感じがいたします。かつ、今、御説明があったように、こういう電話再診料というものが、患者のほうから何か聞きたいといったときのお話だけれども、オンライン診療は、本来、計画性を持ってやっているものなのだというお話がありました。

質問は、元々オンライン診療について、正面から診療報酬上、位置付けないといけないという議論の発端というか、考え方が、インセンティブを湧くようにしていこう。そうすると、今の電話再診料72点だとインセンティブは湧かない。本当の対面まで診療報酬を上げるかどうかは別問題として、少なくとも今の電話再診料に比べれば、もうちょっと点数は高くすべきではないかという議論が、元々構造改革徹底推進会合、去年、一昨年、の段階でも武藤鉄祐会理事長からもあったのではないかと思います。

かつ、電話再診料は患者からのアドホックな申し出ということだけれども、今回のオンライン診療料は計画性を持ったものだとすると、なぜ計画性を持ったもののほうが、むしろアドホックなものよりも点数が低くあるべきなのかというところについて、どういうことだったのかということについて、まずお話を伺えればと思います。

(厚生労働省)

ありがとうございます。

インセンティブにかかる議論というのは、すごく大事な話だと受け止めております。御指摘のとおり、現行の電話再診料で代替的に算定されてきたという実態は、もう一つ前提がありまして、管理料の算定ができないという運用です。ですから、言ってみれば、72点のみという診療報酬の水準になっているということでもあります。これは、様々な会議、ヒアリングの場でも、繰り返し現場の方々からお話があったのは、一定の管理料が報酬算定できないと、現実問題としてサービスが成り立たないというお話でした。

ですので、我々としては、インセンティブ論について、もし御議論いただくのであれば、トータルで見えていただく必要があって、それは併せて今回設定いたしました5ページの医学管理料とセットで算定されますので、従来、例えば72点だったものが170点になるということでございますので、その当たりについては、管理の頻度等も含めてですけれども、インセンティブを削ぐ格好での報酬算定にさせていただいているわけでは決してないということでもあります。

それは、まさに今、広瀬次長がおっしゃいましたが、本来、管理しているわけですから、管理料は取れてしかるべきところを、今までは管理料の算定ができなかったのもので、管理料の設定をして、全体的にはより中身に沿った報酬の体

系にし、報酬水準はいろいろ御意見がありますけれども、72点だけということではないとさせていただいた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）

後、先ほど翁会長のほうから、同一の医師についての御質問があったので、そこについて。

（厚生労働省）

その点、御紹介が落ちておりました。大変失礼しました。

中医協も含めて、私どもの様々な議論の中で、患者・主治医関係が一定程度形成されたということを前提にオンラインを使っていきましようという議論で進んできております。実診療の世界で、おっしゃるとおり、例えば病院の外来で専門診療をやっておられるケースの場合で、今日は何曜日だから何先生ですと変わっていくというのは、そんなに珍しくもないだろうと思います。

ただ、今回、この議論で進めてきた背景として、患者・主治医関係ということ念頭に置いております。将来的には議論の余地はあると思いますが、そもそも医療の在り方として、どちらかということ主治医がいて、基本は主治医がずっと診療するという考え方で医療が動いていて、それで本当にいいのかという議論はあるのですが、現時点では、少なくとも患者・主治医関係というものを前提に考えていこうということだったわけなので、あくまでA先生ならA先生という形態です。

もちろん、臨時的に学会に行かなければいけないとか、医師も人間ですから、たまたまちょっと体調が悪い、休診ですという場合に代替するというのは、弾力的に考えるとして、医療機関が医師を決めるけれども、A医師かB医師か分からない的な運用は、一連の議論では、正直、想定されておりましたので、今後、議論はあり得ると思いますが、基本的な考え方は、主たる医師を固定するという考え方で対応しております。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

追加の質問で、その場合に、例えば医師がその時にたまたまいないとか、病気でいなかったという場合に、他の医者が診るというのは、通常の医療行為として、何ら質が落ちるわけではないと思いますけれども、その場合も除外されるという考え方でしょうか。

（厚生労働省）

そもそもオンラインで計画を立てるわけですから、たまたま体調が悪くて、

どうしてもオンラインに出られないというケースをどうするかはあり得ます。ただ、あらかじめ次はいつごろと決めていた時に、本人がそもそもいない時間帯を設定することはちょっと考えにくいので、緊急避難的な規定で、ある程度そこはカバーできるのではないかと理解しております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今の質問は、そもそも初診から6カ月間、毎月、同一の医師で対面診療を行わなければいけないというところの問題なので、普通に対面診療を予定したけれども、たまたまその時病気でいなかった場合、それは算定から外れてしまうことになってしまうのでしょうか。

(厚生労働省)

どちらの算定という意味なのかにもよりますが。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

条件のところを外れてしまうかどうかです。

(厚生労働省)

あくまで条件というのは、A医師と個別の信頼関係が形成されたという判断について目安として設定しておりますので、現時点での考え方は、たまたま代診になりましたという場合であっても、基本はA医師ならA医師に、これは目安ですが、6カ月6回あるいは1年間で6回、その部分に、たまたまということがあり得ると思いますけれども、原則はオンライン診療をされる同じ当該医師というのを想定しております。

(高橋副会長)

私も、ここは非常に気になりまして、何人かの開業医の先生に、6カ月、毎月診られる可能性がどのぐらいかという形で、予定していて、翌月にそのまま行ける可能性は、5分の4から3分の2という。要は、患者さんのほうの体調が悪くなって来られなくなることもあるし、代診をお願いすることもあるからという形で聞いております。

そうすると、5分の4の6乗で計算すると25%になりますし、それから、3分の2の6乗で計算すると9%まで下がるわけですね。これの現実性がどれぐらいあるかという話になると、この文面どおりになると、6カ月、これをやるのは1割、2割、3割を超えるぐらいではなかなか厳しいという形でありますので、先ほど厚労省が言われたように、どう解釈するかということが非常に重

要になってくると思います。ですから、これは現実的に何%ぐらい発生するかという形で、我々の感覚からして、2割、3割ではとても難しいとしか言いようがないと思いますので、これがある程度緩めて、7割、8割ぐらいやるつもりがあって、できるような形に、ぜひ解釈のほうが変わっていただきたい。

それから、医政局でつくられているガイドラインのほうも、こういうきついところがベースで整合性をとられますと、実際、オンライン診療というものが非常に進みにくくなると思いますので、現実的に普及できるような形の線で、ぜひまと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)

4ページの(4)でオンライン診察は、当該保険医療機関内において行うと書いてございます。元々、おそらく普通の対面診療あるいは在宅といった場合には、医者と患者が基本的に同じ場所にいる。それが普通の診療だと思いますが、オンライン診療は元々違うところにいるからオンラインだという意味があると思います。

原則、もちろん医者が保険医療機関のところにいるのが普通の状態で、対面であると思いますが、お聞きしたいのは、仮に医者が診療機関内にいなくても、ICTを使うので、タブレットとかで患者のデータとかがきちんと見られる環境にちゃんとあって、意味のある診療行為ができるという環境で、かつセキュリティ上もしっかり担保されているといった場合は、必ずしも保険医療機関にいなくても、元々患者はそこにいるわけじゃないので、それが保険収載の対象とするオンライン診療になぜ入らないのかという質問があり得ると思いますけれども、そこについてはどうお考えでしょうか。

(厚生労働省)

この点は、3ページのICT、情報通信機器をどう活用するのかという概念整理の中で、今おっしゃった考え方は、むしろD to Dに代表されるような場の設定とは別に、働き方として、ドクターなり医療機関の対応をどうするのかというカテゴリーだろうと思います。オンライン診療の場合、おっしゃるとおり、患者と医療者、特に医師が物理的に離れているので、そこをどういうふうにサービスを規定して報酬を償還するのかという話になるのですが、原則論は、診療報酬の場合には、費用の償還を含めて、責任の所在と場の設定は一定程度厳格にせざるを得ないところがあります。

私どもの理解では、患者は確かに居宅を初め、現に物理的に医療提供者から離れておられますので、医療提供者については、原則的には保険医療機関にまず前提として紐づけがなされている。その場合、そもそも、そこから更にドク

ターの働き方として、保険医療機関の物理的な空間にいなくてもいいじゃないかという議論はあり得ます。その場合には、概念の整理としては、D to Dのような立場で、こういった形でテレワーク的に働き方を規定していくのかという議論があって、そこで報酬算定の整理は可能だろうと思います。現時点では、少なくとも保険医療機関に医師が所在されて、患者に対して遠隔でサービスを提供するという形の整理になっている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)

いや、D to DじゃなくてD to Pの話をしているのです。D to Pのところで、なぜでしょうか。

(厚生労働省)

ですから、考え方としては、D to Pとおっしゃっているのですが、DとPが離れているという前提で、Dはどこにいてもいいじゃないかというお話だろうと思いますので、それは組み合わせなのだろう。D to DとD to Pを応用問題として組み合わせた運用を想定されていると考えるべきで、その場合は、保険医療機関からドクターが物理的に離れた場所で、遠隔操作で様々なサービスを提供する。否定されるわけではないのですが、一定の考え方なり報酬算定については、整理が必要ではないか。

ですから、応用問題ではないかという意味で申し上げた。D to DとD to Pをあわせておやりになったようなケースについて、それはD to PといえばD to Pですが、要素としては、保険医療機関に更にテレワーク的な要素が加わっているの、それを一気に今回の議論で報酬算定できますという形では想定いたしておりません。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それは、今、D to PとD to Dを組み合わせるということは、例えば医者が医療機関にいません。だけれども、タブレットでつながっています。医療機関のほうにはサーバーがあります。サーバーが医療機関にあれば、そこはD to Dで患者とつながれば、オンライン診療料の保険の対象になるということがあり得るということですか。

(厚生労働省)

結論から言うと、現時点ではそれは想定しておりません。将来、もちろんそういったことを含めて検討する余地はあろうと思います。しつこく申し上げているのは、考え方として、D to Dのテレワーク的な要素が入っているので、そ

この部分をどう整理するのかというのは、しっかり議論していかないといけないのではないかと理解しております。

(翁会長)

ありがとうございます。

いろいろ御説明をお伺いいたしまして、確かに今回、オンライン診療が明確に位置付けられたわけですがけれども、いろいろなところで要件が厳しいという印象を持たざるを得ない。そういった声も、私ども未来投資会議として、これを打ち出したということもあり、届いております。我々としては、健全なオンライン診療が普及していくことを大変期待しているわけですが、この要件の下でそういう形で普及していくか、やや心配しております。

ですので、当面は、高橋副会長もおっしゃっておられましたが、その要件の解釈のところで最大限柔軟に対応していただいて、現場や患者の実情に合ったような形にしていく必要があるのではないかと思います。中期的には、今後、診療報酬改定がまたございますので、このオンライン診療の要件緩和を検討すると同時に、服薬指導やモニタリングも含めて、在宅医療の推進とか患者の利便性の向上とか、まさにテレワークの話がありましたけれども、医療職の働き方改革ということでも、このICTの活用というのは非常に期待されているわけでございます。そういった点から推進していくことをお願いしたいと思っております。

ですので、今回、診療報酬の対象にならなかったオンライン診療についても、いろいろデータをとって、そういった仕組みをつくっていただきたいなと思っております。

それから、ガイドラインにつきましては、この診療報酬の要件等は、財政制約という事情もあると思っておりますけれども、こちらは本当に健全なオンライン診療の普及・推進をという観点から、ぜひ柔軟なルールを御検討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す。よろしいでしょうか。

それでは、「オンライン診療の推進」につきましては、ここまでといたしまして、次の議題に移りたいと思っております。2番目でございますけれども、「多職種の関与・連携促進、保険外サービスの活用・連携促進、第4次産業革命の技術革新の活用」ということにつきまして、本日、まず株式会社ワイズの早見泰弘代表取締役会長兼CEOから御発表をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

(早見株式会社ワイズ代表取締役会長兼CEO)

皆さん、改めまして、株式会社ワイズの早見と申します。本日は貴重な機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

スライドを御説明させていただく前に、私自身の簡単な経歴でございますが、私、この脳梗塞リハビリセンターというリハビリの事業を現在、営んでいますが、もともとは1995年から20年ほど、WebマーケティングやIT情報サービスの会社を経営しておりまして、そのなかで自らリハビリが必要な状況になり、リハビリを通じて社会復帰したという経緯もあって、この会社を設立いたしました。

今日、御説明する脳梗塞リハビリセンターを最初に始めたわけではなく、まず会社を設立いたしまして、リハビリに関する事業を行いたいということで、最初に始めた事業は、いわゆる介護保険を適用した半日型と言われているデイサービスの事業を、定員12名の小規模で開始いたしました。リハビリのデイサービスということでやっておりますので、脳卒中の方が多くて、私どもの事業所でいくと、40%弱ぐらいが、脳卒中が原因で介護認定を受けた方。

かつ、エリアの特性もあるかもしれないですけども、都市部型、中央区に3施設、後、板橋区、江東区だったので、2号認定の40歳から65歳までの若い方の利用も非常に多くて、多い時は3割ぐらい、2号認定の若い方が介護施設でリハビリしておりました。

私どものデイサービスのリハビリ内容も、10分、15分、個別機能訓練を機能訓練指導員の下でやりますけれども、基本はどうしてもグループリハビリが中心となって、個別の機能を時間をかけて改善するということは限定的だということに私自身、気づきました。

実際、私もベンチャー企業ですので、送迎でドライバーの役目をやって、お客様を自宅まで送っていく時は生の声が結構出ることが多くて、2号認定の方は、マンツーマンでリハビリをもっと多くやってほしいとか。後、自分の状態・症状に合ったりハビリがしたい。これはどういうことかということ、デイサービスの機能訓練指導員というのは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の他にも、看護師、柔道整復師、あん摩・マッサージ師ということで、いろいろな国家資格のメンバーがいますが、例えば言語療法のプロは言語聴覚士。お客様が言語のリハビリをやりたいという時に、言語聴覚士がいなくて言語リハビリはできないわけです。

例えば、手先。これは、2号認定でよくあるのは、今どき職場復帰をするのにキーボードが打てないとなかなか復帰できないので、キーボードを打つ練習だけいっぱいしたいとか。それは、例えば柔道整復師とか、他の国家資格があっても、手先の動きをどうやるかという機能訓練ができないという声とか。と

にかく退院した後にももっとリハビリしたい。介護施設ではなくて、リハビリ施設というのはないのかという声が上がってまいりましたので、私は事業家の立場として、利用者がこれだけ言っているならということと、ビジネスとしてもチャンスじゃないかという2点を感じました。

実際に事業を開始する前に、私どもの事業のポジションはどのようなポジションなのかを考えたときに、今日も議論されているような大きな社会保障制度があって、ほとんどの方はもしかしてこれで満足するかもしれないですけれども、この制度以外でももっとやりたいという方が、万人受けはしなくても、少なからずいるのではないかという仮説を立てました。私どもが運営しているセンターでございますが、当センターのリハビリは医師の指導に基づくリハビリテーションではなく、リハビリ専門家による広義のリハビリを提供しており、リハビリの専門家のPT・OT・STの3職種を中心にした、それぞれの状態とか目標に応じたパーソナルなリハビリを提供するというので、1回、最低2時間から3時間程度のリハビリを施設で提供しています。

施設のほうも、営業日もお客様視点ということで、介護施設だと土日が休みのデイサービスも多いのですけれども、リハビリをやりたいのは家族が送迎できる日曜日だったりするので、我々は月曜日から日曜日、シフトを組んで、一切休みなしで営業してまして、朝9時から夜18時、最終受付。昨年でいくと、年末年始以外は全部営業しまして、とにかくリハビリをやりたいという人に対して、完全予約制でサポートさせていただいております。

1号店をつくったのが3年半前の2014年9月ですけれども、文京区本郷につくりまして、その後、ここに書いてあるように、新宿、田町・三田、立川、用賀、川崎、西船、大宮、新潟、来月は池袋ということで進めていますが、これはよく質問されるのですけれども、都心部の富裕層の人だけが来ているのではないかという話もありますが、それぞれのベッドタウンの街とか、そういうところで必然性の高い人。お金を払って自費でもいいから、もっと私に合ったりリハビリをやる場所を探していましたということで、都心部よりも、ある意味地方のほうが、稼働率が高いぐらいの状況になってございます。

実際にどんなリハビリを提供しているか。これは、我々は民間で、やっている行為自体はある意味サービス業だという考えでやっています。つまり、お客様の満足・期待をどういう形で超えていくかという視点。つまり、変化をどう可視化していくのかということをもっと最初から私、意識していました。介護の状況だと、介護度という尺度とか、医療でいくと、FIMの点数とかBRステージとか、いろいろな指標とか軸があると思います。

けれども、退院した後の指標は、どんなことができるのかとか、何がしたいのかという指標だと私は思っていてまして、うちのセラピストとか顧問のリハビ

りの専門医とか医師と一緒に、脳卒中の退院後の指標、メソッド、自分たちの物差しをつくりまして、体幹、上肢・下肢にそれぞれどういう問題があって、そこからどうなりたいのか。それに対して、我々が3万5,000回以上、慢性期でこういうことをやってきて、平均的にはこれぐらいで改善していきますみたいなお客様の希望を形にして、それをプランニングするようなことをやってまいりました。

逆に、こういうことをやらないと、1回でいきなり大きく改善するというのはリハビリだと難しいものですから、どういうゴールで、どうやって改善していくのか。それを途中経過、こういう評価シートとか、後、もちろんビフォー・アフターの動画を撮ったり、そういうもので見せて、我々としてはお客さんに満足してもらうという指標で、ずっと運営してまいりました。

この3年半に及ぶ慢性期の取組を、ちょうど来週、第43回日本脳卒中学会学術集会が福岡でございまして、そこで学会発表として、この取組を発表させていただく予定になってございます。

そういった考えで、施設でやっている基本プラン、我々で言うプロダクトですけれども、とにかく退院した後のお客さんというのは、維持ではなくて改善したい。できるだけ短期間で改善していきたいという思いが皆さんから寄せられていましたので、私どもとしては、とにかく先ほど言った施設に最低16回、2カ月間来てくださいとお伝えしています。1回2時間のリハビリを施設で行います。そこでカウンセリングを先ほどのシートに基づいて実施し、その人の状態に合った計画を立てて、実際に実施していきます。

そのときに非常に重要なのは、施設に週2回来て、1回2時間、3時間やることよりも、自宅にいる時間が一番長いので、自主リハビリ課題を60日分、毎日出しています。家にいる時にどういうことをやっていいかわからないという声も非常に多くいただいていたので、その方の状態に合わせた、右側のスライドがそうですけれども、体幹に問題がある人だったら、こういうものを介助者と一緒にベッドで何回ぐらいやってください。こういうものを個別に宿題として必ずパーソナルなファイルにして渡しています。こういった宿題のパターンが1,000パターン近くたまってきましたので、これを必ず毎日やって、とにかく60日間、徹底的にゴールに向かってやってもらうという考えです。

過去の実績でいきますと、今まで既に2,000名以上の方に御利用いただいております。ちょっと字が小さくて見づらいですけれども、高齢者向けのビジネスという定義よりも、30代、40代、50代までの方で45%程度。残りが6、7、80代ということで、非常に幅広い年代で慢性期にもリハビリが必要な方がいらっしゃる事が分かると思います。正直、30代、40代、50代の方は、必然性があるって、どうしても職場復帰しなければいけない。今でいくと、復職はできるも

の、復職までの期間が決まっているので、その復職までの間にこういうことができないと、同じ職場に復職できない。こういう課題に対して、そこに取り組んでいくようなサービスを若い方にはやっています。

発症からの期間も、当初予定していた、医療が終わって介護に渡るまでの間の人というよりは、発症から10年、20年経った、本当に慢性期の方も数多く来られていて、中には、介護保険の認定は通らないけれども、リハビリしたいという方も実際にはいらっしやっています。要は、自立しているのだけれども、その人としてはまだ問題があるという方も来ています。

右下ですけれども、知ったきっかけでいくと、昨年1年間の累計ですけれども、インターネットを通じて当施設を知って申し込まれた方が61%。一昨年までは、インターネット経由での申し込みが95%、要は、ほとんどネットを通じてしか知っていただけなかった。逆に言うと、ネットを通じて知っていただくというコンセプトで始めていましたが、昨年は医療機関からの紹介が10%にもなっていて、最近では回復期リハビリ病院の退院時のカンファレンスに呼ばれて、ドクターから実際に指示書をもらうということがかなり増えてきています。

どうしてですかとソーシャルワーカーさんとかに聞くと、介護施設でのリハビリはやりたくないという40代の方が、退院の期日が180日と決まっているため病院から御紹介いただくケースが増えてきた。後は、介護保険を司るケアマネージャーさん、いわゆる地域包括からも、若い方でとか。後、デイサービスに行きたがらない男性の方がいるのですという事例を実際、聞くと、パーソナルでこういうことをやりたいという方をケアマネージャーさんから紹介されたりということで、インターネットから来るというよりは、地域包括とか回復期病院からの紹介も正直増えてきたのかなというのがこの3年半の特色でございます。

チャンピオンケースというわけじゃないですけれども、2,000名の方に御利用いただいて、介護保険よりも自費でやっている分、これを長く続けるという方は相応の富裕層なので、60日とか、その2クールで120日で、一刻も早く自分の目標に達して卒業してもらいたい。我々も卒業させたいし、来ている利用者さんも早く卒業したいという思いで、非常に多くの方が改善して卒業しています。

ペルソナの代表例ですけれども、先ほども言ったように、キーボードが打てるようにならないと復職できないエンジニアの人は、例えば作業療法士と一緒にキーボードを打つ訓練だけ。この方は7カ月ぐらい徹底的にやったり。

真ん中の方は、娘さんにお弁当をつくりたいというお母さん。極端な話、歩けなくていいからお弁当だけはつくってあげたい。要は、QOLは人それぞれ、全員違って、単純に標準的にやるものではなくて、一人一人のオーダーに応じていく。

あと、医師の方の利用が結構多かったり、一番多い属性の中の一つとしては医療従事者です。息子さんがドクターとか、ドクターの御家族とか、ドクターそのものもよく来られます。介護に行くよりは、こういうリハビリでやったほうが復職が早くなるのではないかということで、50代の新宿の開業医の先生は、高次機能障害があって診療所をずっと閉じていたのですけれども、8カ月リハビリをやって、また開業医に戻ったということで、新宿の医師会でも結構話していただいたということは聞いております。

後、30代で脳梗塞になった方は介護保険も使えないので、このような方が来て、若いというのもあるのですけれども、先日の東京マラソンにおいてフルマラソンを走れるぐらいまで、車椅子の状態から改善したケースも出ていたり、カット・パーマができない理容師さんは仕事にならないため、はさみを使ってパーマ・カットをとことんやりたい理容師さんとか。言語リハビリをやって復職した設計士の人とか、手に職のある方が、標準的なリハビリというよりは、その方に合ったリハビリを実施して卒業するというのが増えてきております。

こういった施設での取組をやっておりますが、保険外で自費でやっているので、いろいろなお客さんの声をとにかく早く形にできるというのも1つ特色だと思っております。そこでやっている事例を幾つか御紹介させていただきたいと思っております。

先ほどオンライン診療という話もありましたけれども、診療行為ではないのですが、リハビリも同じように、施設に行きたいけれども、施設に行けないという電話をコールセンターでよくいただいたり。後、正直、値段がちょっと高いので払えないという声を私ども、いただいております。そのような方に対して何とかサービスを提供できないのかなとずっと思っておりまして、私自身、冒頭言ったように、ITを20年やってきましたので、どちらかというとなITのほうに得意なので、療法士たちがやっていることをある程度パターン化できないかとか、宿題を1,000パターンぐらい出しているのであれば、それは動画で見せたほうが分かりやすいのではないかと、そういう当たり前のことを思っていました。

アプリケーションを使ってオンラインで、これは診療ではなく、どちらかというとなカウンセリングです。よくあるのが、誰に相談していいかわからないというのを多く聞いており、その相談をオンラインでやって、その人に合った動画を配信して、何をやっていいかわからない人に対して、こういうことをやったらいいのではないですかと配信して、それを1週間後にフィードバックして、どうでしたということをサービスとして、既にローンチしています。名前のおり、これはコーチングだと思っております、リハビリそのものではなくて、家でやるリハビリはどうやっていいかわからない人に対してのコーチングとい

うことで、昨年末にサービス開始しました。

ITのサービスなので、今の高齢者の方だとリテラシーの問題もあるのですが、当初の予測を上回る応募申込があって、中には海外在住の日本の方にもオンラインサービスとして提供していたりします。

これは、我々の立場から言うと、在宅勤務の育児休暇などを行っているリハビリの専門職などに対応していただくと非常に幅が広がっていくのではないかと、今後はそういった活用も検討しています。

もう一個、実施している取組は、施設には来ていただいているけれども、今の値段は払えないという人に対して、何とかできないかという答えの一つはロボットだと思っています。いろいろなロボットがあると思います。うちも立場上、いろいろなロボットを導入したり、テストしたりしている中で、こちらに記載のロボットを導入しています。非常にコストが安くて、使い勝手がよくて、1日2日あればオペレーションを覚えられる。後、軽い。施設で導入しております。

先ほど言ったように、言語に関しても、言語聴覚士という国家資格は約2万7,000人しかいなくて、エリアによっては言語聴覚士がいないので言語訓練できないということをよく聞きますから、大手メーカーさんと組んでロボットに言語訓練をやらせられないかという取組を実際に開始していて、施設に導入しています。何が言いたいかというと、セラピストの人件費は下げたくない。かといって、お客様にサービス提供したい。安いほうのロボットだと、月額のリース代が2万円から3万円程度。左側にある歩行支援も5万円から6万円程度なので、経営者の立場でいくと、月給5万とか3万の職員で対応するのと同じ発想で、人間とロボットの住み分けをする。

私は専門家ではないですが、歩行の大きな改善はこの歩行支援ロボットでやって、きれいに歩かせるところは理学療法士がサポートするという組み合わせで、保険外でももっと安価にできないかということで、実際の取組を開始しているところでございます。

3点目ですけれども、これもまさに保険外だから起きた事象ですけれども、このスライドの話をする前に、私たちは海外向けに何の広告も宣伝もしていないのですが、ある時から中国とか台湾の富裕層の人が毎月3人から5人ぐらい、口コミでどんどん来るようになって、中国だと脳卒中は1,500万人以上いて、介護保険制度も無く、退院したらそのままという状況だと聞いておりますので、富裕層の方を中心にもっとやりたいという声が届きます。日本は技術が高いということを知って、うちの施設に来て、それこそマルチビザを持っている方がほとんどなので、3カ月から6カ月、ホテル滞在してリハビリをやって、杖とか装具を捨ててしまうぐらい改善して帰って、そういうもの

が口コミで非常に広がっている。

現地法人からも、富裕層向けにパーソナルリハビリ施設を運営してくれないかという話も出てきていまして、我々というよりは、日本のリハビリのブランドというものは、アジアを中心にグローバルに展開できるということで、こういった話も進んでいます。

その他にも、人間がやるとなかなかスケールしないということは、元々私、分かっていたので、先ほど説明したようなオンラインサービスを、動画選定の部分をセラピストが決めるというよりは、ある程度パターン化して、動画をパーソナルロジックで選定するような。部位と状況を選んだら、こういうものがお勧めみたいな、元々つくっていた、療法士たちの頭の中にあるものを全部パターン化して、動画選定のエンジンをつくったり、こういうことをテスト的に始めています。

最後に、私どもは保険外リハビリというテーマで実施していますが、元々は、先ほど言ったように、お客さんがやりたいとか、何とかできないかということの一つ一つ形にしてきただけだなと私自身は思っています。ですので、結果的に保険内のサービスでは対応し切れない領域を補完していて、万人向けじゃないと私自身も言っています。ただ、お客さんにとっては、お金を払ってでも、この部分を短期間でこうやりたいというニーズは多いので、私どものサービスを通じて、皆さんの選択肢の幅を広げることにはできているのではないかなと思っています。

後、保険外リハビリの普及によって、先ほど言った、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。特に、作業療法士（女性）は約2割程度が産休とか育休で休んでいる方もいらっしゃるというので、そういった方に対してのオンラインも含めると、職場の創出とか活躍の場が広がることにつながったり。

後、ITを使うことによって、安く、遠方でも、リハビリが提供できるのではないかなと思っています。

ロボットも同様に、効率的で幅広いサービスを提供できる。

最後に、日本のリハビリの技術は非常に高い評価をいただいていますので、海外への展開には非常に則しているのではないかなと思っています。

短時間ではございましたが、我々の取組の実績を中心にお話しさせていただきました。御清聴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）

早見会長、どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、この議題につきまして、厚生労働省から御説明をお願いできればと思います。

(厚生労働省)

資料3でございます。「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組」でございます。

1ページおめくりください。

御案内の地域包括ケアシステムの構築ということでございまして、医療・介護のみならず、生活のあらゆる場面にわたって包括的な支援を地域で行うという考えです。

2ページで、今日のお話の中心ですけれども、そうした包括ケアを行うに当たっては、多職種の方の連携が非常に大事になります。生活場面でいろいろな要素がございますので、いろいろな多職種の方に関与していただく仕掛けが必要ということでございます。

1点は、地域における地域ケア会議でございます。基本的に地域包括支援センターなどにこういった地域ケア会議を置かせていただきまして、そこで、1つは地域の課題を考える。もう一つは、個々の利用者さんの個別の課題を考える。個別の課題と地域全体の課題を考えるといった中で、多職種協働を進めていくという形をとっています。

2点目でございますが、地域包括ケアの中で一番大事な点でございます医療と介護の連携でございます。大きな要素として、在宅医療体制をきちんと整える。さらには、医療・介護のスムーズ、シームレスな連携をその地域で進めるということが大事です。

3点目ですが、地域における多職種との連携ということでございまして、その他薬剤師さんとの連携、リハ専門職の方との連携といった仕組みづくりをする必要があるということでございます。

3ページ、4ページが、今、申し上げた地域ケア会議の内容でございますが、先ほど申し上げたように、個々の利用者さんの抱える個別課題をどう解決するかということを考えるとともに、その個別課題の奥にある地域全体の課題を見つけて、さらにできれば地域で不足している資源を開発していくといった機能をこの会議で果たそうとしております。

5点目でございますが、在宅医療の充実に関するもでございます。第7次医療計画におきまして、在宅医療をより明確に位置付けるということでございまして、1つは、地域医療構想、さらには介護保険事業計画との整合性のとれた実効ある整備目標を定めるということ。

また、多様な職種・事業者を念頭に置いた取組を進める。

さらに、先ほど申し上げました、介護の地域支援事業との連携という点についても、この計画で強調しているところでございます。

さらに、6ページでございますが、在宅医療・介護連携推進事業でございます。在宅医療・介護連携推進につきましては、これまで医政局の施策として、23年度、24年度、拠点事業を行ってございましたが、さらにまた推進事業として25年から27年度に行ってございました。そういったことを踏まえまして、在宅医療・介護連携推進事業につきましては、平成26年、介護保険法の改正によりまして、介護保険制度の中に制度化する、地域支援事業の一環として実施する形にしております。

下にいろいろ項目が書いてございますが、その地域での医療側と介護側のシームレスなネットワークをきちんとつくる。また、一元的な相談体制をつくるといった内容でございます。こういった取組で、地域での医療と介護の垣根をなくすということを考えているものでございます。

7ページでございますが、さらに薬剤師さんの地域包括ケアにおける役割でございます。かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を果たしていただくということがポイントでございます。

3つの機能がございます。

1つは、薬の専門家として、住民の方の薬物療法全体について、一義的な責任を持つということ。

2点目で、OTCなども含めまして、OTC、健康食品などを提供し、その適正使用を推進し、健康を確保する。

3点目ですが、薬局さんは最も気軽に相談できるファーストアクセスといった機能がございますので、そういった機能を活用した相談窓口としての役割を果たしていただくことが、この地域包括ケアでの大きな役割と位置づけているところでございます。

8ページは、リハ職との連携でございます。リハ職さんの、失礼な言い方もかもしれませんが、有効活用という意味で、限られた人材の中で、地域にあまねく活躍していただくという観点で、この地域リハビリテーション活動支援事業というものを実施しております。

それぞれ市町村において、リハ専門職の方をある程度プールさせていただいて、そういった方が、例えば地域ケア会議、訪問リハ事業所、通所リハ事業所、またデイサービスも含めて、さらには住民主体の通いの場などで、通常、リハ的な関与が乏しい場面において、このリハ専門職の方の知見を最大限、ここで活用していただく。それをバックアップするという支援事業でございます。これをそれぞれの市町村で実施しているものでございます。

9ページからが、多様なサービス、保険外サービスも含めたサービスの活用・連携促進でございます。

10ページでございますが、先ほど申し上げたとおり、介護保険法の平成26年

改正によりまして、その点の役割が強化されております。

真ん中のピンクのところでございますが、地域包括支援センターを中心としたしまして、包括的な支援事業というものを行っています。先ほど申し上げたとおり、地域ケア会議などを通じまして、その地域における課題や必要なサービス、これは保険内のサービスにとどまらず、その他のサービスも含めて、そういったものが何かという地域課題を検討する場でございます。

そうした結果、こういったサービスが必要だという中で、保険内のサービスにとどまらず、上の緑でございますが、保険本体のサービスだけではなく、地域支援事業、総合事業と申し上げていますが、そこでの提供。また、さらにその枠も超えて、一般企業さんが提供するようなサービスを地域で確保していこうということを行っているものでございます。

11ページ、12ページにかけては、今、申し上げた地域課題を踏まえて、どういったサービスを発掘し、創出していくかという一つの仕掛けとして、生活支援コーディネーターさんなどを中心とした事業を行っているところでございます。

厚労省からの説明、最後でございますが、13ページです。今後、保険内と保険外のサービスを両者使われるという場面がどんどん増えてくることも念頭に、その辺の柔軟な組み合わせについて、不明瞭なルールを明確化しようということ、こちらは規制改革からの宿題でございますが、現在検討しているところでございます。

厚労省からは、以上でございます。

(小瀬経済産業省大臣官房審議官)

経済産業省でございます。私のほうからも、引き続きまして、保険外サービスの活用・連携促進の取組について御説明いたします。

14ページでございます。生涯現役社会を実現するためには、高齢者自身が介護状態になる前から保険外サービス活用による健康投資を促すことが重要だと考えており、そのための環境整備を進めていく必要があると考えてございます。

15ページでございます。実際は、一方では、サービス効果がなかなか十分に把握されていない、自治体等の投資も進んでいないといったこともございまして、保険外サービス利用が広がっていないという状況でございます。こうしたものを変えていく必要があると考えてございます。

16ページでございます。保険外サービスを普及させていくためには、サービスの効果に関して適切な品質評価がなされることが必要だと考えております。一部の業種では、自主的な認証制度が整備されてございますけれども、今後は、業界ごと、あるいは業界横断的な自主的な基準の整備を促していきたいと考え

ているところでございます。次世代ヘルスケア産業協議会の枠組みも活用していきたいと考えてございます。

18ページを先に御説明させていただきたいと思っております。投資・財源確保についてでございます。まず、介護予防を進めたいというニーズを持つ自治体の投資を促していくことが重要だと思っております。予算制約のある自治体にそうした投資を促していくためには、成果連動型の支払いを行うソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）が有効だと考えてございまして、モデルの創出支援、あるいは自治体向けノウハウ集の作成支援といったことを行っていきたいと考えてございます。

19ページでございます。SIB導入促進に向けた取組ということで、平成28年度、案件組成支援をしました八王子・神戸の両市が、本年度、SIBによる事業を実施する予定でございます。今後は、広域連携の取組を後押ししていきたいと考えております。なお、SIBにつきましては、2月27日、未来投資会議 構造改革徹底推進会議のPPPあるいはPFIに関する会合でも、政府内体制について議論しているところでございます。

ちょっと飛びまして、22ページでございます。保険外サービスの活用につきましては、関係者の連携促進が重要でございますけれども、関係者の連携による地域におけるヘルスケアのビジネス創出の場としまして、地域版次世代ヘルスケア産業協議会の設置を促進しているところでございます。地域版協議会のさらなる活性化に向けまして、機能を充実させていきたいと考えてございます。

また、この地域版協議会に政府の施策動向を共有する。あるいは、あわせて地域協議会の現状や課題を関係省庁や協議会同士で共有・議論するという。ひいては、政策への反映あるいはビジネスマッチングにつなげるということで、アライアンスを設立し、横断的な取組を後押ししていきたいと考えております。

ちょっと戻りまして、17ページでございます。今後の課題ということでございます。認知症対策は、業界の関心も高いのですが、社会実装はこれからと理解しているところでございます。既に治療の領域では取組が進められておりますが、そうした取組と連携しながら、適切なサービスが社会に実装されるように検討を進めたいと考えてございます。

また、資料にはございませんけれども、民間保険の活用についても健康投資を促すことは一つのアイデアだと考えているところでございます。こちらについても検討を進めていきたいと考えてございます。

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した。

それでは、ただいままでの早見会長からの御発表、そして厚生労働省・経済産業省からの御説明を踏まえまして、御質問、コメントをいただければと思います。よろしくお願いいたします。

(翁会長)

それでは、早見会長に御質問させていただきたいのですが、保険外のリハビリの取組について御説明いただいて、大変よく分かりまして、ニーズのある方にとっては非常に優れた取組だなと感じました。

先ほど御説明いただいたように、全部ではないけれども、そういったニーズがある方にとっては非常に役に立つとおっしゃっていますけれども、今後の市場の日本の中での大きさというか、どんなふうに大きくなっていくと見ておられますか。ニーズはいろいろ聞いていらっしゃると思いますけれども、まだ都市部が中心ですが、そういった需要の拡大についてどういうふうに見ていて、どういったことがもう少し整備されていけばいいとお感じになっているか、教えていただければと思います。

(早見株式会社ワイズ代表取締役会長兼CEO)

ありがとうございます。

ビジネス的な市場規模みたいな考えでよろしいでしょうか。私たちが今、事業計画を立てる上で市場を読んでいますけれども、今、脳卒中になられている方は、厚労省のデータだと120万人程度、日本リハビリテーション医学会のデータだと300万人。毎年、発症が25万人から30万人と言われていると思います。

既に発症された方は別として、新しく毎年発症されている方に対して考えると、先ほど言った25から30万人のうち、いろいろな意見があると思いますけれども、リハビリが必要な人は半分ぐらいいるのではないかと思うと、それを市場だと考えた時に、対象の人数は25万人を半分にして、それが全国になったときに、1人当たりの金額を我々なりに計算すると、月額なのか、スポットなのかは別として五、六十万円じゃないかと思っています。上記の観点から200億円ぐらいの市場ではないかと思っています。それは、保険外を利用する人が七、八%ぐらいだったらという仮説で勝手に読んでいたりします。それが、今後、高齢化とともにもう少し増えていくと想定しています。

後、私が今、言っているのは脳卒中だけの話でございまして、その他の慢性疾病。今日のスライドには出なかったのですが、脳卒中の方は今、80%をちょっと切ってきて、それ以外の進行性のパーキンソン病とか外傷性の脊損とか脳性麻痺の方も結構来られていたりするので、脳卒中だけでも先ほどの市場ではないかと思っていますので、疾病ごとというよりは、パーソナルでリハ

ビリをやりたいという人でいくと、スポーツジムも今、パーソナルの流れが来ていると思います。それと同じように集団かパーソナルかと考えると、値段にもよるとは思いますけれども、パーソナルでやりたい人は10%ぐらいはいるのではないかという事業計画をビジネスとしては立てています。

もう一件、どうやったら広がるかということについて言うと、これは非常にシンプルで、選択肢として保険外サービスがどこかで情報として利用者の耳に入ってくれば自動的に広がると思います。今の疾病を抱えたケースでも、急性期病院があって、回復期病院があって、地域連携ということでソーシャルワーカーさんから地域包括とケアマネさんに渡されてという地域のプロセスの中で、保険内サービスだけではなくて保険外サービスも選択肢にあるという情報が行き渡っておらず、利用者の選択肢に入ってきていないので、探した人だけが情報を得られる。

情報リテラシーがない人は知らないというのが今の実態だと思いますので、単純にプロセスのどこかでうちがというのではなくて、保険内サービスもあれば保険外サービスもあるというのを知っていただければ、今、言った市場に必然的に近づくのではないかというのが私の私見です。

(翁会長)

先ほどの御説明の6ページに、ケアマネージャーを通じて知ったというものが入っていますね。そういったケースというのは、少しずつ増えてきている感じですか。どういうケアマネさんがうまくこちらに誘導してくれたと見ていらっしゃるのでしょうか。

(早見株式会社ワイズ代表取締役会長兼CEO)

今の事例は、本当に最近です。私どもも知っていただきたいので、例えばケアマネージャーさんが実施している地域での総会とか、いろいろなところにお邪魔して御説明する機会があります。

3年ぐらい前は、保険外でこういうことをやる人はいないのではないかと思います。意見もあったのですが、厚労省さん、経産省さん、農水省さんが発行した保険外サービスに関するガイドブックの影響なのか、そういうものの認知度が少しずつ介護現場で広がってきて、そういえば保険外もあるのよということから、ケアマネージャーさんが調べてくれたケースもあれば、当社が引き続きそういった会合に参加して御説明するというタッチポイントを通じて、少しずつ認知度は上がってきていると感じています。

(翁会長)

今の点につきまして、谷内審議官に御質問させていただきたいのですけれども、こういった保険外のサービス、先ほどもそれを組み合わせた地域包括ケアを膨らませていくというお話、伺ったのですけれども、こういった保険外をうまく活用していく取組というのは、今、どういう段階にあると見ていらっしゃる、どういう課題があると考えておられるのでしょうか。10ページで御説明いただいておりますが。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官)

今、翁会長からお尋ねの保険外のサービスの話でございますけれども、地域ごとにこういったサービスがあるかというのは、区々、多々あると思います。そういった中で、先ほど課長のほうから説明しましたように、11ページ、12ページにどのような地域課題があって、更にこういった資源があるか、こういったニーズがあるかということ掘り起こして、今、早見会長がおっしゃったような、例えばある地域にきちんとしたものがあれば紹介する方がいても、全然おかしくないと思います。まずは、地域でこういったものがあって、こういったニーズがあって、ニーズがあってもサービスがないものについてはどうすべきかというのを、また地域ごとに話し合ってください。

できる、できないはいろいろあると思いますけれども、そういったことにつきまして、まずは地域の中で話し合ってくださいことが大事だと思います。先進的な地域におきましては、自治体が指導しているところもございまして、先進事例につきましては、我々も事例を収集して、横展開できるものにつきましては、していきたいと思っております。

(翁会長)

保険外と言っても、きちんとなさっているところと、そうでないところがあるので、アウトカムの評価みたいなものは当然必要になってくると思います。将来展望として、こういった介護保険内と保険外のものを有効に使いながら自立支援型の社会をつくっていくとした場合は、全体的なスケジュールを持った制度設計、インセンティブをつけるとか、アウトカム評価をした上で、安全や効果の評価したアウトカムにのっとりた形で、ケアマネさんたちがきちんと紹介できるような仕組みをつくっていくような道筋が必要ではないかと思っておりますけれども、そのあたりのお考えにつきまし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)

保険外のサービスの話がありましたけれども、そもそも保険内サービスでも、

地域ごとに、地方と都会ではいろいろな課題があって、特に都会におきましては、人手がいなくて、保険内サービスさえ、なかなか十分にできないといった状況もありますので、各地において各々の課題があると思いますので、保険外サービスをどういうふうに位置づけて、工程表みたいなものにつきましては、全国一律でどうということではなくて、地域ごとにそれぞれの課題ごとに積極的にやる市町村もあれば、元々人手がなくて、保険内サービスさえ難しいところにつきましては、そこまでなかなか行かないと思います。

繰り返しになりますけれども、全国一律にこう、こういうスケジュールでやれということではなくて、地域ごとに事情に応じて話し合っ、課題を見つけて解決していただくというのが大事ではないかなと思っております。

(高橋副会長)

保険外サービスの話、今、谷内審議官がお話しされた地域包括ケア的な話で、その運用の効率化というお話をさせていただきたいのですけれどもね。

昨年12月に私の妻のお母さんが入院先から特養に移ると。ちょっと距離があったのですけれども、その移る時の担当者会議というものに参加させてもらって、いい機会でありましたので、徹底的にヒアリングを同時にさせてもらいました。うちのお母さんのために、皆さんが何時間働いたか。書類作成に十二、三時間かけて、集まって、移動云々だと、うちの家内の母親が退院して移行するだけで20時間ぐらいかかっているということが分かりました。私、こういう立場におりますので、遠隔でやれたら、それから書式が統一されていたらという形で私なりに換算すると、20時間が四、五時間ぐらいまで短縮できるのではないかと考えました。

一番大きかったのは集まる時の時間で、特に遠方の施設から来たので、その移動に6時間ぐらいかかったのが大きかったのですけれども、それと匹敵するくらい大きかったのが、書類の書式が施設、バラバラなので、集まってきたものをまた自分の施設に合わせて打ち直してとか、それから、同じようなデータを何度も使う。それから、監査のためにこれを用意しないといけない。ドキュメンテーションに関して整理すると膨大な時間が最低限できるなというのを、自分の親族の1ケースだけだけれども、非常にはっきり見えてきたということでもあります。

今、谷内審議官が言われましたように、地域ごとという話があるのですけれども、ドキュメンテーションとかシステム化というのは、むしろ、バツと1つに決めて全国统一して、個別の部分だけ各地にやるという姿勢が非常に必要じゃないかなと感じました。

今回、資料をバツと見せていただいたのですけれども、この運用についての

効率化という要素がこの中に全く見えてこない。だから、20時間かかった会議を何とか4時間で終わらせるような視点というのが非常に必要になり、その場合は、共通部分は全国共通化させて、切り分けて個別の部分と共通の部分があって、共通の部分は徹底的に、システム化する場合も統一されていたら安くできますし。それから、各現場もバラバラじゃなくて、いつも同じところに同じことが書いてあれば非常に効率的になりますし、そういう視点というものがこの地域包括ケアも含めて、むしろ重要なのではないか。

地域性を大切に部分と、むしろ全国共通する部分の効率化を進めるという視点で、そういうことが非常に重要になってくるのではないかということを感じました。コメントです。

(翁会長)

私も全く同じ考えで、様々な取組が行われているわけですがけれども、効率的・効果的に進めるという工夫をもう少ししていったほうがよくて、そこは国として工夫していく必要があるのではないか。例えば、データ連携とか、まさにそういうところだと思います。地域の実情に応じた柔軟な取組というのと、国がやるべきことをうまく分けて、少しこの部分を推進していく必要があるのではないかと思います。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官)

今、高橋副会長、翁会長がおっしゃった話は、次のテーマなのですからけれども、その際にまた。我々もおっしゃるような観点を踏まえて取り組んでおりますが、その際にまた御説明申し上げます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今の関連でちょっとお聞きしたいのですけれども、厚労省の資料の中にも、まさに医療と介護がどう連携していくのか。それから、多職種連携していく、リハビリ、療養士も連携していくという話と、もう一個、保険内サービスと保険外サービスを上手に組み合わせるという話もございましたし、早見会長のほうからは、個別化という非常に重要な視点があったと思います。おそらく、これから医療の世界も介護の世界も、保険内であっても、それぞれの人の状態に応じた、その人に合った医療・ケアを行っていくということの個別化ということ、それぞれの人たちの状態のデータをうまく使いながらということが入ってきますし。

それから、早見会長のプレゼンの中にあつた非常に重要なことは、維持じゃなくて改善していくということが、これからの高齢化社会の中で、社会復帰し

ていくということで健康寿命をいかに延ばしていくのかということが決定的に重要になってくると思うのです。そういう中で、先ほど翁会長のほうからも御質問がありましたけれども、1つ、非常におもしろかったのは、早見会長のプレゼンの6ページで、ケアマネからの紹介が増えてきているということだと思います。

もちろん、地域ごとにそれぞれどういう役割を果たすかというのは違うと思うのですが、どの辺がフォーカルポイントになりながら、いろいろなものを組み合わせていくかという時に、役割を果たし得る機能はどのようなところにあるのだろうか。1つはかかりつけ医かもしれないし、それから、この資料で7ページのところで薬局・薬剤師がファーストアクセス機能を活用して、かかりつけ医と連携しながらやっていく。ここでは、薬剤師の世界が書いてあります。先ほどの早見会長のほうから、もうちょっと高齢かもしれないけれども、ケアマネがいろいろな形でその人に合った保険外と保険内を組み合わせる。

今、3つぐらいの人たちが関わりうるなという感じがしていますけれども、厚労省の資料あるいは経産省の資料を見ていると、それぞれの資料のバラバラ感があるものですから、それが地域ケア会議とか地域ヘルスケア産業協議会がうまく連携しながら、そこをどうやって本当に有機的に連携しながら、それぞれの役割を果たし得るのか。そこをもっとシステム化していくとか。

それから、次の3つ目の議題にありますように、それでどうやってデータを共有しながらやっていくのかということをもっと考えていくといいのではないかという気がするのですけれども、それにつきまして、早見会長のほうに、現状、そういうかかりつけ医、ケアマネ、薬剤師がもっと連携したほうがいいのではないかというニーズがあると思いますけれども、もっと連携してもらうと、どういうことをしていくともっと連携がうまくいくとか。あるいは、制度的なところで、こういうところを直していくとか。

例えば、ケアマネが公的保険内のサービスと保険外のサービスをうまく組み合わせ提案していく時に、例えばインセンティブ設計とかする時に、何か障害があるとか、これをもうちょっと進めていく上で、どの辺が課題になってくるのかということをお聞きしたいのと。

今日は、医師会から釜薙常任理事に来ていただいていますので、地域全体でいろいろな多職種連携していくときに、かかりつけ医が一つの役割を果たし得ると思います。その辺、かかりつけ医が地域ごとの事情に応じて、どういう多職種連携をしていくことがより有効なのかということ。

3つ目は、医薬局に来ていただいていますので、この薬局・薬剤師の機能のイメージがありますけれども、その中で、先ほどオンライン診療という話もし

ました。それから、リハビリもいろいろオンラインでという話もありましたけれども、薬剤師がファーストアクセス機能を果たし得るという流れの中で、服薬指導とかも含めてオンラインでやっていくことを組み合わせていくと、全体の多職種連携がうまく進むかもしれないと思いますけれども、その辺について、薬剤師がもっと役割を広げる、連携していく形の中でICT、遠隔をもっと使っていく余地はないのかどうか。

その3点、それぞれお聞きできればと思います。

(早見株式会社ワイズ代表取締役会長兼CEO)

連携ですけれども、どうやったらうまく連携できるか、なかなか連携が簡単ではないと感じておりました、連携を前提とせずに運営している部分はあります。うちも介護保険事業を運営しているので、それこそケアマネさん中心の担当者会議にうちのスタッフはたくさん行っていますし、保険外のリハビリは、今、言ったように主治医から連絡が来るケースもあればケアマネさんから連絡がくるケースもあります。それを効率化しようという発想はあまり想定しておらず、逆に目からウロコです。

例えば、ケアマネさんから情報が来て教えていただいて、主治医が書いてあったら主治医に聞かなければというところは、うちのセラピストが主治医に聞いて。ケアマネさんは、ケアプランに載らないとしても状況を報告しなければということで、そこは私もITをやっていたのですけれども、効率化できるものだという意識がなくて。教えていただいたので、ちゃんと報告しなければ、情報が分からなかったら、書いてある主治医や病院に電話して。薬はお薬手帳を見れば大体把握できるでしょうけれども、自分たちがハンドリングしなければいけないものだと思ってました。

確かにおっしゃるとおり、保険外だろうと保険内だろうと、医療だろうと介護だろうと、何か一定のプラットフォームみたいなものがあれば、先ほどの話ではないですけれども、何十時間分、もしかしてうちも効率化できる部分があるかもしれません。そういうイメージで事業を運営していました。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官)

このリハビリセンターの特徴ですけれども、リハビリに関して土日は鬼門でございます。営業していないというのが問題で、土日にかけているというのはすごく売りでございます。そんな中で、早く復職したい。いろいろ明確なゴールを持っている人は、だらだらとリハビリをやりたくない。土日もやりたい。そういう中で、とてもいいなと思いました。例えばケアプランの中に、ケアマネが保険外サービスを組み合わせることは可能なので、土日もやりたいという

ニーズがあったら、あそこはやっているよということが結構広がるのではないかという思いを新たにしました。

それと、これは割と若者型で、都市型で、しかも復職系、個別型という、きちんと明確なメッセージがあるので、おもしろいなと思いました。

以上です。

(釜范日本医師会常任理事)

発言の機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

先ほどの広瀬次長からのお話について、かかりつけ医の役割については、非常に大事だと思っておって、これをさらに国民の皆さんにもしっかり認めていただきたいという思いがありますが、例えば地域ケア会議などを例にとりますと、積極的に出て行って役割を担うのがやや苦手な医師もいます。一度そういうところを経験して、ある程度自分でやり方が理解できるとうまくいきますが、最初にそこに出て行くまで、あるいは出て行って何をしたらよいかというところについて、戸惑っている医師がまだかなりいると認識しています。

そのことについては、日本医師会がかかりつけ医の役割を高めるための研修をやっていて、そのような場面でどういうふうに振る舞ったらよいかということについて、これは医学の知識とはまた別の問題ですので、多くの医師にしっかり身につけてほしいと思って、展開しているところです。

ではそういう場面において、医師はどういう役割を一番担うべきかという、まず一歩引いて全体をよく見て、それぞれ多職種の方々がいろいろおやりになるのをうまく支える、手伝うという視点が一番大事です。それぞれの専門職の方が1人の患者さん、あるいはサービスを受ける方が求めていることに対して、それぞれ提供してくださるわけですから、あまり自分が前面に出るのではなく、ちょっと離れて全体を見て、医師として危険なことがないかどうかを見ていくという役割が果たせると、例えばケアマネジャーさんにしろ、その他の職種の方にしても発言しやすくなる。

医師がいると、なかなか物が言いにくいということがあっては困るので、医師としてのコミュニケーションのスキルを身につけることが大事で、必ずしも十分でない部分はあると思うので、そこを今、一生懸命取り組んでいる。しかし、大分改善されてきて、医師がそういう場面に出てくれることはとても役に立つと皆さんに思っていただけようになってきているかなと思います。ですから、今後、そのあたりのところを積極的に取り組んでいこうというのが今の私どもの取組課題であります。

(森厚生労働省大臣官房審議官)

薬剤師についてはどうなのかということと、それから、それがオンラインやICTの活用という観点でどうなのかという御質問だと思いますけれども、オンライン診療についての1番目の課題の時の御説明の中にもあったのですけれども、対面で信頼関係をつくった環境の中で、その上でオンラインを活用して利便性を高めていくという基本的な発想については、薬剤師が介在するいろいろな場面においても同様だと考えております。

そうしたことを実現する上での規約をつくるとか、例えば医療用の場合だったら、電子処方せんの様式をつくって、そういった取組が今、進められておりますので、次第にICTを活用した薬剤師の仕事というのも広がっていくというのが自然な姿だなと思っております。

ただ、まず医療の部分に関して言えば、7ページにも書いてありますけれども、かかりつけの薬剤師というものをしっかりつくっていくことと、それがかかりつけ医との連携をすることというのが基本になるだろうと考えていまして、そうした中で信頼をきちんとつくって、地域の住民の方々が本当に気軽に話ができること。特に、いろいろお聞きになりたいことは、元気な方でも病気の方でもいっぱいあるのです。それにきちんと答えられるように、薬剤師側もいろいろなニーズがあるのだということにもっとなじまないといけない。在宅に行くにしても、あるいは地域ケアの会議に出るにしても、まだ経験があまりない人が多い。

先ほど釜萯常任理事もおっしゃいましたけれども、慣れていないドクターがいらっしゃると同様に、薬剤師も慣れていない方がいるということも実情でございまして、かかりつけ薬剤師・薬局をつくっていきましょうという話の中で、そうしたことを課題として私ども、思っております。それが、例えば健康サポート薬局というスタイルのものを普及させようとしているのも、その一端だと思いますが、そうしたことが土台になりまして、そのサービスの利便性を高めていく方法論としてICTの活用というものがあるのではないかな、そんなふうに考えています。そういう考え方なのかなと思っているのが現状でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

かかりつけ薬局とか、そういう信頼関係をつくるということが前提にあれば、服薬指導をオンラインでやることも組み合わせていくということも、それは検討し得るということ。

(森厚生労働省大臣官房審議官)

遠隔の服薬指導については、特区法の中での例外の話の議論の際も、いろい

ろ御質問いただく中でお答えしていますが、対面と組み合わせてやっていくような格好であれば、安心して受けていただけるのではないだろうかと考えて申し上げておりました。ですので、おっしゃるように、これは基本的にオンライン診療の考え方の中に整合する格好で、薬剤師の仕事も服薬指導も含めて考えていけるのではないかと考えています。ただ、特区で実証的に示して、それを踏まえてという閣議決定をいただいているものですから、そちらの進展というものは、我々としてもなるべく早く進めて実証としていきたいという、この課題を背負っているという認識であります。

（釜范日本医師会常任理事）

1つよろしいでしょうか。ちょっと話が変わります。

早見会長に素晴らしいお話を聞かせていただいて、特にパーソナルにリハビリをとというのは大変素晴らしいなと思って伺いました。

その中で、資料の9ページにオンラインを活用したリハビリサービスのことが出ています。オンライン診療について、今、大変議論されているところですが、お話を伺いますと、これは診療には当たらず、またリハビリのコーチを行うということ、画像なども参考になるものを出している点についてはとても役に立つなと思います。ただこの資料だけ拝見すると、安全面の担保とか配慮はどうなっているのかなとちょっと危惧しました。説明を受けると、それほどでもないように思うのですが、ちょっと補っていただければと思います。

（早見株式会社ワイズ代表取締役会長兼CEO）

担当のセラピストが利用者の状態を見て、こういうリハビリをやったらいいのではないですか、これを参考にしてくださいという時に、FACE・to・FACEで半分やっているの、介助者を必ずつけてくださいねとか、介助者がいなくてもできそうなメニューを専門家が選んでいるので、そのような中で安全性を見ているというのが今の実態でございます。ただ、座位で実施するとか、危険なメニューが元々あるわけではないので、そういうやり方であくまで参考にしてください。何をやっていいかわからない方へのコーチングという位置付けだと思っただけであればと思います。

（釜范日本医師会常任理事）

ぜひ安全の点に御配慮賜ればと思います。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

せっかく経産省に来ていただいているので、一言だけ。

16ページ、17ページですけれども、16ページで、まさに保険外サービスの普及に向けて、どういうものがあるのかはよく分からないということだと思えますが、その中で、自主的な認証制度とか品質評価ガイドラインという話もございますけれども、今、一部の業種ではと書いてあります。その辺を経産省として、まさにいろいろな業種に広げていくとか、あるいはこういった認証制度を広げていくという政策のスケール感とか広がりというものをどんなふうにご考えておられるのかということと。

17ページの認知症対策、非常に重要な課題だと思います。そういう中で、具体的な社会実装はまだこれからということで、これも保険外サービスとの組み合わせで社会実装していくとありますが、これは具体的な政策について何かお考えのことがあれば。

(翁会長)

1つ追加で経産省にお伺いしたいのですが、地域版次世代ヘルスケア産業協議会というのは、今、38団体できているということですが、これからの全国的な広がりというのはどういうふうに見ていらっしゃるのか、教えてください。

(小瀬経済産業省大臣官房審議官)

それでは、大枠だけ私のほうから御説明させていただきます。

まず、16ページでございます。こちらは、第1ステップ、第2ステップ、第3ステップとステップを踏んで、これからやっていきたいと考えてございます。

本日、脳梗塞について御説明いただいたのですけれども、提供している業種のリストアップから始めていきたいということでございます。まず、各業種でどういう認証制度があるのかという事実関係を把握し、次に、ニーズを把握して、最終的には、業界横断的な自主的な認証制度を広げていくことを考えております。

もう一つは、民間の保険会社との関係でございます。元々、これまでの保険会社というのは、万一の時に何かをするという考え方でサービスを提供しています。他方、最近、保険会社の中には健康的なことを促進し、万一にあることをできるだけ無いようにしようというサービスも出始めております。保険に入っている方々も多い中で、こういうモチベーションを起こすようなサービスもあるのではないかと。これは、まさにこれから検討課題として考えているということでございます。

補足でお願いします。

(経済産業省)

ヘルスケア産業課でございます。翁会長からの御質問について、簡単にお答えします。

今、38団体ということでございますけれども、これを元々は地域でイノベーションを起こしていく。全く新しいものをつくるために始まったのが数年前でございます。むしろ、この地域包括ケアの広がりと併せて、ここに書いておりますように、全く新しいものじゃなくても、その地域で広げていくような地域包括ケアを補完するようなもの。また、ワイズさんの話もありますけれども、新しいものをリビングラボ的にやっていくもの、いろいろなものを整理した上でもう少し数を増やしたいなと思っております。

まさに、前回も来ていただいた豊明市さんとか、幾つかの団体さんに入っていて、まずこの夏の地域版協議会アライアンスの際には、40なり50なり、少し増やしていきたいと考えております。全国の自治体の中で煽動的な取組を先進的にやって、それを広げたいといった実証フィールドとしてのグループを数十つつくっていききたいと思っております。

(翁会長)

いろいろとお話を伺わせていただきまして、ありがとうございました。

これから超高齢化ということで、地域包括ケア、非常に重要なのですが、その中で医療・介護専門職が適切な役割分担と十分な連携をして、医療とケアを効果的・効率的に提供していくということがとても重要になってきていると思います。また、今までリハビリ専門職、薬剤師といった方々もうまく連携できていなかったところがございますので、それも一層推進して行って、地域全体としてそういった地域包括ケアが構築できることが極めて重要になってきていると思います。

今後ルールも整備して、1つツールになってくるのは、オンラインでやれることだと思いますので、リハビリとか服薬指導等オンラインと組み合わせることが効果的なメニューにつきまして、評価データの蓄積や開発支援、いろいろな考え方の整理をしながら、今後の診療報酬の改定なども視野に入れて、ぜひ御議論を進めていただきたいと思っております。

また、今日お話しいただきました保険外サービスは、これからの自立支援や介護予防、いろいろな意味でインプリケーションがあったと思うのですがけれども、こういったよい保険外サービスが活用できるようにしていくことが非常に重要でございます。今、御説明いただきましたけれども、厚労省・経産省、一層連携していただいて、特に地域ケア会議や地域版次世代ヘルスケア協議会といったところが連携を促進して、前回も少しそういう話がございましたけれど

も、魅力的なサービスが高齢者のニーズに合った形でうまく、安全かつフルに提供できるような体制をつくれるように、ぜひ連携して進めていただければと思います。

また、ケアマネや利用者が地域のサービスが把握できるように見える化できることがとても重要でございます。そして、選択できることが重要だと思いますので、それを進めるために評価の仕組みもきちんと入れていくことが重要になってくると思います。ケアマネにつきましては、特に今、早見会長のお話にありましたけれども、こういった保険外のサービスについてもやれるようになっていくわけでございますから、ぜひこういったケアプランを作成する上で、それをきちんと知って、必要な人に届けられるようにする手段をぜひ考えていただきたいと思います。アウトカムを評価した上で、インセンティブをどうやってつけていくかという議論をぜひ進めていただければと思います。

(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、2番目の議題はここまでといたしまして、3番目の議題「データ利活用基盤の構築等」でございます。

それでは、関係省庁から御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)

資料4に基づいて御説明させていただきます。この話は、以前も御説明させていただいたので、変わっているところだけ申し上げたいと思います。

まず、2ページですけれども、被保険者番号を個人単位化して、それを支払基金・国保中央会で履歴管理する仕組みを整備するという形で作業を進めております。現在2020年に向けて実現すべく、医療関係者の方々と実務的な検討を進めているところでございます。

3ページのオンライン資格確認と4ページの特定健診データのマイナポータルでの閲覧の仕組みについても、データベースのシステム環境の仕様をどうするかとか、運営コスト等の見積もりがどのぐらいになるのか、この負担のあり方などを議論しております。

現段階で特定健診データはしっかりやっていくということですが、それ以外にも、例えば医療費通知とか調剤情報について、こういう形に乗るのかどうかについては、コストの問題や関係者とどう整理していくのかということも検討が必要ですので、今後よく整理したいと考えております。

それから、7ページでは、乳幼児・学童期の健康情報についてということで、厚生労働省が持っております乳幼児健診・予防接種の部分を中心に今、議論を

進めております。それで、もう3月に入りましたが、今月中に検討会を設置して検討を始めたいと考えております。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官)

変わったところは、11ページでございます。医療等分野連携基盤検討会を今月、3月29日に第1回を開催いたしまして、夏をめどに全国保険医療情報ネットワークの工程表をお示ししたいということでございます。

以上です。

(吉岡総務省大臣官房審議官)

12ページ、総務省でございます。

今の保険医療情報ネットワークにつきまして、既にこれも御紹介させていただいているとおりでございますけれども、実証事業を今、進めているところでございます。13ページにありますように、5つの実証フィールドを設けまして、技術面・運用面での課題を検証しているところでございます。

また、その実施に当たりましては、14ページにありますように、いわばこの分野のオールジャパンの体制で実証事業を進めているところでございます。

次に、15ページからが私どもが進めているPHR事業でございます。これも、これまで何度か御紹介させていただいております。4つのサービスモデルの開発などを行っているところでございまして、次の16ページがその中の妊娠・出産・子育て支援のPHR、前橋市で実証しているものでございます。

左側にありますように、妊婦健診を初め、様々なデータをPHRデータに落とし込んで、その利活用を様々なところで図っていくというものでございますが、この会議でかつて学校健診データの活用についての御指摘がございましたので、これにつきましても、全国的に見ると、学校健診のデータは紙データで学校ごとにバラバラに持っているというのが多いようですけれども、幸いながら前橋市はデータ化されておりますので、予算が確保できれば、そこも含めて対応していきたいと考えておりますし、またこのモデルを他地域で導入されるという場合には、私どもの補助金もございます。そういうものも活用して全国に広げていきたいと考えております。

そのほか、17ページにありますのが、神戸市で行っております疾病・介護予防のPHRモデル。

それから、18ページが大月市でやっております。これは、日本医師会が推進しておられます「かかりつけ連携手帳」を電子化するというモデルでございます。こうしたものをそれぞれ30年度までの3カ年事業ということで取り組んでいるところでございます。

(小瀬経済産業省大臣官房審議官)

経済産業省、19ページから御説明いたします。

経済産業省といたしましては、健康・医療情報を民間企業がセキュアに活用して、研究開発あるいはサービスにつなげていきたいと考えているところでございます。情報の利活用を進めていくためには、データの生成、あるいは提供元における負担の軽減、あるいは負担を上回る具体的なメリットの提示が重要だと考えておりまして、医師などの医療の専門家にも評価される機器、サービスを目指しているところでございます。

左の図は、既に未来投資会議に提出してございますが、糖尿病軽症者を対象に、IoT機器を用いて行動変容の促進というものがどのように効果を発揮するのかという実証・検証をしているところでございます。

右下の図は、これは来年度からは糖尿病以外の生活習慣病、あるいは介護予防分野で検証するために、AMEDで新規課題を募集する予定になっているところでございます。

20ページでございます。こういう実証研究と並行しまして、経産省といたしましては、健康・医療・情報の利活用に向けた民間投資の促進に関する研究会（ヘルスケアIT研究会）を先月立ち上げたところでございます。この背景・問題意識の4つ目のパラグラフでございます。先日、Amazonがヘルスケア分野に進出するというニュースがございました。世界的なヘルスケア、ITの分野への投資が大変爆発的に進んでおりますが、日本はなかなか進んでいないというのが現状でございます。

また、最後のパラにもございますけれども、世界的に見ても、統一的な医療サービスが提供されている国は少ないという中で、質の高いデータが1億人規模で集まる日本のポテンシャルは高いと考えているところでございます。

こうした中で、健康・医療情報を民間企業においてもセキュアに活用して、医療やヘルスサービスの向上のために何が必要なのか、これを研究会の場で議論していただきたいと考えてございます。

飛ばしていただきまして、22ページを御覧ください。これも先ほど厚労省さんの御説明がございました、制度に基づいてデータが収集される公共領域とか、その外側に市場原理に基づく競争領域。この線引きは難しいわけでありましてけれども、競争領域においてもしっかりプレイヤーを育てていかなければいけないと考えてございます。そのためにどんな課題があるのかを議論しているところでございます。

最終的なイメージ、あくまで仮説でございますけれども、23ページでございます。

課題として、研究会においては、民間企業と医療関係者の信頼関係の構築。単に個人情報保護法の問題だけではないのではないか。あるいは、医療・介護の質を高めることができるようなデータ活用環境。何が必要なのか、こういうものを議論して、来月にも中間的な論点整理ができればと考えているところでございます。

以上でございます。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官)

24ページから介護記録のデータ化、標準化でございます。

まず、25ページですけれども、介護のICT化につきましては、このように厚生労働省・総務省で連携しながら取組を推進していきたいと考えております。

26ページの資料も何度も御説明しておりますけれども、30年度には介護のICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施していきたいと考えております。

(吉岡総務省大臣官房審議官)

27ページです。一方、総務省におきましては、医療・介護データの標準化を進めていくため、医療側と介護側でどういう情報を共有したらいいのかというデータ標準がない中で、標準化に向け実証を実施し、その成果をJAHISあるいは厚生労働省にインプットしていきたいと思っております。

それから、28ページからですが、私ども、国民生活の身近な様々な分野でのIoT利活用を進めるための実証事業をやっております。その中で、介護関係で2つの事業を今、行っております。

1つ目が、28ページの介護業務支援IoTモデルというものでありまして、御覧のような提案者がコンソーシアムを組みまして、介護現場で高齢者の生活データ、あるいは介護職員の業務データをセンサー技術で収集・分析・活用する仕組みを、全国共通で実施していく標準モデルとして策定することによって、サービスの質向上や業務負担の軽減の実現を図っていくというモデルであります。

もう一つは、29ページが認知症対応IoTモデルということで、御覧のような提案者がコンソーシアムを組みまして、IoTデバイス、音声・タップ入力された情報を処理して蓄積された過去の認知症ケアデータ、これは実は800万件を超える蓄積データがあるわけですけれども、それとの相関をAIで求めて、認知症かどうかの特定を容易・的確にやる。そして、適切な対応方法を事前に予測して介護者に提案するというモデルを今、事業でやっております。これらの成果がまとまれば、今後の普及方策につきまして、厚生労働省を含め、相談しながらやってい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)

最後に、介護分野の業務効率化でございますけれども、まず31ページ、昨年12月に閣議決定されました、高橋副会長から先ほど御指摘いただきました、特に文書の半減につきましては、ここにありますように、国及び自治体が求める帳票等の実態把握と当面の見直しを来年度中にやりたいと考えておりますし、それ以外に事業所が独自につくっている文書がかなりありますので、それにつきましても、各サービスごとに実態把握をした上で、国のほうからいろいろな提案をしていきたいと考えております。

最後に、32ページですけれども、介護事業所における生産性の向上につきましては、ガイドラインの作成等を30年度に行いまして、事業者団体等に対しまして横展開を支援し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した。

それでは、ただいままでの各省庁からの御説明を踏まえまして自由討議にしたいと思っておりますけれども、机上配付資料「主な論点」と書いた2枚紙がございます。議論していただきたいポイントだけ簡単にまとめてありますので、手短かに御説明したいと思っております。

大きく分けて、一番初めにEHR。これは、医療の分野での専門職の人たちの間でのEHRをどうしていくかということにつきましては、地域医療情報連携ネットワーク、各地でできておりますけれども、これがなかなか突合できないということがありますので、いかにミニマムデータセットをつくっていくのか、標準化していくのか。それを、今度は全国ネットワークに向けて、どういうスケジュールでやっていくのかということ。それから、今、地域ネットワークが無い空白地域がございますので、そこを埋めることを費用面も含めてどうしていくのかというのが1つ目でございます。

2つ目、これは介護の分野。介護の分野でも、まずはケアマネとかヘルパーさんとか、あるいはリハビリ、療法士といった専門職種での情報連携をする。これも、介護現場でいろいろなケアの記録とか高齢者の状態がなかなかデータ化されていけませんので、そうしたミニマムデータセットで共有すべき日々のケア記録は何なのか。それから、それをやるためには、データのフォーマット化、標準化をする必要があるのではないか。これを一気にやるといった場合に、その費用負担をどうするのか。例えば、消費税の財源で賄われております基金の活用というのもあり得るのではないか。

それから、そういった時に、今日の前半で議論がありましたけれども、公的保険内のサービスと保険外のサービスを組み合わせる形になった場合に、保険外のサービスとの接続ということを見据えた制度設計があり得るかどうか。

それから、それと関連しますけれども、今、厚労省のほうで進めていただいています科学的介護データベース。このデータベースでデータを集めるといったときに、それが単に集めるだけじゃなくて、いかに日々のケアの質の向上とか働き方改革の用途。これに使えるようなデータベースをどうやっていくのか。それを通じて、個々の事業者のサービスとかケアマネの実績を見える化することにつなげていけるかどうか。

それから、介護ロボットやセンサー等々、新しい技術の導入がございましたけれども、そうしたことがどういう使用状況で効果が出ているのか、その辺のエビデンスを集めるといった意味でも、どういうデータをとっていくのかということもあわせて考える必要があるのではないかとということと。

最後、厚労省から説明がありました介護書類の書式の簡素化。ICT化していくときに、まずは業務を簡素化するというのをやりながらICTを導入していくことが必要でございますので、それとセットで、パッケージでシステム化を加速するという視点が必要ではないかとということでございます。

めくっていただきますと、PHRでございます。これは、いろいろな健康・医療・介護の各情報を個人単位で連携できる基盤。これは、本人ないしは介護の場合、家族とかが見られるようにマイナポータルで活用するときに、どんな情報をつなげるのかという点。これは、先ほど伊原審議官のほうからもお話がありましたけれども、その患者の基本情報から、例えば特定健診情報ならいいけれども、レセプト情報の中でも、例えば調剤情報はあり得るのか、日々のバイタルデータとか、あるいは介護関係のケアプランといったものも、患者目線あるいは本人目線で言うと、マイナポータルで集める価値があるのではないかと。

そうした中で、競争領域としての保険外のサービス、ここもあわせていろいろな情報が見られるようにAPIを開放して、接続できる環境にしていくべきではないかと。

それから、それを本人・家族にフィードバックするといったことを考えた場合に、特に介護の世界ではいろいろな情報の中に入れるべきかということ。

最後は、医療・介護の連携、非常に難しい課題ですけれども、全体のシステムを連携していくときにどういったことをやっていくのか。いっそのことEHRでまとめてしまうのか。そうじゃなくて、まずはそれぞれつくった上でやっていくのか。この辺が検討課題かなと思っておりますので、こうしたことを中心に御議論いただければと思います。よろしくお願いいたします。

(翁会長)

まず、EHRのところから、この論点に沿う形で御質問させていただきたいと思いますが、このミニマムデータセットの件、それから標準化、それから全国ネットワーク化に向けての工程表のあたりにつきまして、あと空白地域の問題ですね。厚労省のほうからお答え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)

それでは、まずミニマムデータセット、9ページでございます。9ページにデータのイメージということで、真ん中に囲っています橙色のところでございますが、基本情報と診療行為関連情報とレポートなどがありますが、このうち基本情報と診療行為情報につきましては、既にレセプトで標準化されています。大事なのは、下のレポートの退院時サマリでございます。これは、まだ標準化されていません。こういったものは大事ですので、こういったものはミニマムデータセットと考えております。

標準化やデータ交換規約等でございますけれども、こうした標準規約等につきましては、今後、実装を進めていきたい。総務省と一緒にやっている実証事業の中でも検討していきたいと考えております。

それから、工程表と空白地域。10ページが空白地域で、青いところが県単位のネットワークがあるところで、白いところは必ずしもないわけではなくて、2次医療単位や市町村単位のものもあるのですけれども、県単位ではないということでございます。こうしたところにつきまして、地域医療介護総合確保基金を活用して全国展開に向けてやりたいと思いますけれども、初期の費用、運用費用、更新の費用については大きな課題だと思っています。それにつきましては、11ページの検討会を設けますので、そちらで検討させていただきたい。そして、夏までには工程表をお示ししたいということでございます。

また、この検討会の下には情報基盤技術とセキュリティに関する2つのワーキンググループを設ける予定でございます。こういった中で議論を進めてまいりたいと考えているところでございます。

また、医療と介護の連携ですけれども、介護のミニマムデータ、プラス、若干の医療データかなという感じでございます。それから、つなげ方ですけれども、例えば岡山県では別のネットワークでやっております。かかりつけ医は両方見られるというシステムがございます。そうした先事例を踏まえながら検討していきたいと思っております。

(高橋副会長)

代理機関構想の話で、昨年、法律ができた後、全くというほど話が聞かれな

くなってきたのですけれども、その辺は今、どういう状況か、教えていただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

（椎葉厚生労働省大臣官房審議官）

代理機関につきましては、内閣官房の健康・医療戦略室で検討しており、今後、基本方針を示す予定であり、閣議決定に向け、作業を進めていると聞いております。

（翁会長）

では、論点に従いまして、ざっと御説明いただければと思いますが、介護の分野でございます。こちらの介護事業所間の情報連携についてのミニマムデータセット、標準化、費用面の手当て、保険外サービスとの接続も見据えた制度設計、科学的介護のデータベースにつきましての考え方。それから、ケアマネとか個々の事業者のサービスの実績の見える化につなげていくべきではないか。そして、AIやロボットやセンサーの様々なデータを取得していくということを考えてはどうか。後、簡素化との関係といった論点につきましてコメント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）

先ほど御説明いたしましたけれども、26ページにありますように、30年度におきまして、介護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うという中で、当然、必要なデータは現場、現場でとっていると思いますけれども、何を標準にしようかというのを、現場の方、またICTの様々な事業者等を交えて、いろいろ議論しながら、30年度、単年度で終わらないと思いますけれども、この事業の中で、1つ目、2つ目については取り組んでいきたいと思っております。

ただ、標準仕様ができた後、それが普及するように我々も進めていきたいと思っておりますけれども、その費用面につきましては今後の検討なのかなと思っております。

さらに、4つ目の保険外サービスとの接続を見据えた制度設計ということでございますけれども、第2回目の議論でもありましたけれども、保険外サービスは地域ごとにより事情が違いう話でございますので、先ほど言いましたように、例えば地域コーディネーターといった方々がこういったことがあるということであれば、進めていただければいいと思っておりますので、それを見据えた制度設計というのは、ちょっと分かりづらいなと思っております。

科学的介護でございますけれども、まさに今日、この裏でやっておるのです

けれども、自立支援に向けて、どういった介護が自立支援に結びつくかというのを、どういうデータを集めて、そういうものを実証していくためにやっているということでございますので、ここにある日々のケアの質の向上と働き方の用途という形にはなっておりませんので、老健局としても考えておりません。

また、個々の事業者のサービス、ケアマネの実績を見える化というのは。

(厚生労働省)

老健局振興課でございます。

科学的介護データベースについては、御案内のとおり、どういうケアがどういう効果をもたらすか、そのエビデンスの集積ということがまず第1でございますので、1つ目のポツにあるような、その集積の結果、こういうケアがこういうよりいい効果をもたらすというエビデンスが出れば、それをケアマネさんがプランニングして活用していただいて、まさにケアの質の向上ということにももちろんつながっていくだろうと思います。

2ポツの個々の事業所のサービス・ケアマネ間の実績というのは、それぞれの事業所さんの質の評価みたいな話でありまして、それはまた別の介護報酬の中で、今後どういうことができるかといったことの検討だと思っておりますので、現段階で科学的介護データベースの中では念頭には置いておりません。

(谷内厚生労働省大臣官房審議官)

3つ目でございますけれども、これはまさに我々もそういう問題意識を持っておりまして、今日やっている科学的介護の研究会でもあるのですけれども、様々なロボットとかセンサーといった技術の進歩に応じて、いろいろなデータがとれるようになれば、それもとっていこうという方向を出しておりますので、そういった技術の進歩に応じて、事業者には負担をかけずにデータがとれるのであれば、そのデータが集めるべきものであれば、そういったものも集めていきたいと考えております。

後、介護書類の書式の簡素化ですけれども、基本的には国で求める文書は当然1本になっております。今、自治体が求めている文書につきましても、今年度、来年度で実態を踏まえた上で、かなりバラバラであれば、こういうふうに統一すればいいではないかという提案をしていきたいと考えております。事業者が独自につくっている文書につきましても、先ほど高橋副会長からかなり無駄があるという御指摘だったので、そういった実情もよく見極めて、その実情を踏まえて、我々としても提案していきたいと思っております。

(高橋副会長)

今の介護の効率化という話ですけれども、これは今まで、介護保険で個別ケアという思想が広がり、それから地域医療構想で、全国一律でなく、地域ごとの政策が大事だという20年ぐらいの大きな流れがあったと思います。今、クラウドを中心とするICT化が進んできていて、効率化という話になってきて、これは逆に大きなクラウドをつくって、全国统一して、みんな同じものを使うと、その効力を発揮するという形で、全国統一的な形のものが必要になってくる、逆のベクトルが働いているのではないかと考えています。

これから人が減ってきて、働き方を変えないととても回らないという形になってきて、ある意味で言うと本当にパラダイムシフトの展開。要は、今までは個別・地域というものを非常に重要視するという流れがあったのですけれども、その一部に関しては、かなり全国统一という形の思想を入れてこないと、クラウドとか、こういう新しい技術が使えなくなっているということだと思えます。

Amazonがヘルスケアに入ってきていますけれども、そういうプラットフォームというのは統一で大きなものがポンと入ってくる形になってきて、そこで初めて効率化が生まれてきて、効率の高いものに人が流れていく。今の話で言いますと、書類の統一でこういうものがないのではないかと進めるというスタンスではなくて、ある部分に関しては、ある日を決めて、全国统一でこれをやれというスタンスがある。それから、システムに応じて書類をつくり直してという一斉にやる、同じ形で動くというスタンスがないと、こういうICT化が進んでいても、なかなかメリットを出せない形になるので、そのスタンスを変えていくことが非常に重要ではないかと考えます。

それから、もう一つ、書類の簡素化の話でありますけれども、これは書類の枚数を減らすということが非常に目標になっているということ、厚労省の方、何人かから聞いているのですけれども、元々この書類というのは必然性があることでできてきたものだということを言われているのですけれども、何をどう使うかということで項目を決めて、それで、議論をする時に、とにかく効率、それから安くするという文言的なものが非常に薄いような気がするのです。ですから、何のためにICT化をするのかということになると、私は1に効率化、2に安くつくるといえるということが非常に重要だと。

そこから逆算していったら、ある部分に関しては、今までと逆方向で、全国统一、それから全体最適。国レベル、あるいは海外に輸出することまで考えると、世界にも通用するような統一的な最適化という視点を持って、こういうものの改革をすることが非常に重要じゃないかと思えます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今日は、内閣官房IT戦略室の神成<sup>しんじょう</sup>副政府CIOにもせっかく来ていただいていますので、コメントいただければと思いますけれども、おそらくEHRのほうは地域情報連携ネットワークが今、結構出てきているやつをどう組み合わせるのかという話ですけれども、介護のほうはそこまでも行っていない。したがって、これから結構作り込むという世界の中で、今、高橋副会長からありましたように、こんな指標でやるということをかなり統一的に決めて、先ほど谷内審議官のほうからも現場に負担をかけないように。まさに、現場に負担をかけないように情報が集まるシステムをどうつくっていくのかといった視点も非常に大事になってくるのではないかと考えております。

まさに、せっかくこれから介護の現場での働き方改革とか業務の効率化にもつながり、自立支援に資するような介護の姿を変えていくという視点で考えてみた場合に、どういうふうにシステムをつくり込み、どんなデータをどういうふうに集めるということが、今、高橋副会長からありましたように、効率的かつ効果的なシステムになり得るのかについて、もし何かコメントがありましたら、ぜひお願いします。

(神成内閣官房副政府CIO)

ありがとうございます。広瀬次長も御存じのように、農業分野では、日本全体のプラットフォームを構築してきたところでございまして、私はそちらも担当しているのですが、そちらの経験を踏まえさせていただきますと、高橋副会長にはちょっと申し訳ないのですが、ミニマムデータセットという表現は非常に気をつけて使う必要があると考えております。

大事なことは、情報は連携できて比較できればいい。現場の混乱を抑え、負担を増やさないためには、現場に統一的な様式を強制するというのは、谷内審議官がおっしゃったような各地域の特性を場合によっては無視し、画一的な介護サービスを生み出しかねないということのリスクもはらんでいます。効率化とのバランスをどうとるかということ、現在のコンピューターパワーからすれば、きちんと情報が紐づけられればいいと考えております。現場のやり方を変えるのではなくて、それぞれの様式が変換できる形できちんと対比をつける。

つまり、この言葉ですと決めるのではなくて、このデータというのは、その地域において、この項目で使っているものと同じものだということをきちんと定義する。申し上げたいことは、最終的にはミニマムデータセットとニアリーコールなのですが、標準語<sup>ごい</sup>彙体系とか画一的なこの用語を使いなさいという形にすると、おそらく現場の混乱を招き、過度のシステム構築のアップデートコ

ストを招くことにもなりかねない。そういった意味では、ここで少し丁寧な議論をさせていただく中で、現場では見た目は変わらないけれども、それが変換できるような状態をきちんと構築する。

介護ベンダーは、主要な企業が数社しかありませんので、数社間で基本的なデータを全部紐づけることは可能でございます。そういった意味で、データセットを標準化して、それをきちんと変換できるものを実装していくことを念頭に、このデータセットというものをある程度スケラブルに設計するというのは、きちんとできると思います。したがって、必要であれば、私どもIT室のほうでもお手伝いさせていただきます。

今、別の分野ですが、法律家も入って、データの提供規約まで、検討を進めています。情報プラットフォームの最終的な運営の仕方について、1年間苦労してきましたので、その辺についても、谷内審議官や椎葉審議官などと一緒に具体的な議論をさせていただければと思います。

(翁会長)

それでは、PHRのほうで御質問させていただきたいと思います。

PHRは、マイナポータルを活用して、今、ここに記載されているようなデータが見られるようにするということですが、ここについての検討状況について、もし具体的なものがございましたら、教えていただきたいと思います。例えば、乳幼児健診・学校健診などは、今どんな状況になっていますでしょうか。

それから、保険外サービスへの開放というのは、もちろんこれはセキュリティを確保した上でのAPIの開放ということでございますけれども、こういったようなこと。これは、もしかしたら神成副政府CIOにお伺いしたほうがいいかもしれませんけれども、最終的なイメージで接続仕様とか、そういったことを考えていく必要があると思いますが、そのあたりをどうお考えなのか教えていただければと思います。

それから、PHRにおける介護情報について御検討されていることにつきまして、少しお話し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)

資料の4ページを御覧いただきたいと思います。まず、PHRサービスではレセプトや介護報酬データなど全国で様式が統一されているものは、どの医療機関、介護施設からも同じ様式で提出されますので、それをPHRサービスとして見せるのは技術的に解決すればできることだと思います。それをどうやって関係者の同意を得て、ランニングコストも賄っていく合意が得られるかを検討する必要

があります。他方、それ以外の情報となりますと、今度は入力する施設がちゃんとつながっているのかという問題がありますし、そのデータ自身が即時的に必要なのか、あるいは一定期間経ってからも使えるものなのかを分けて考える必要があると思います。

それで、例えば、特定健診データや調剤データを閲覧できるようにすると、ある程度時間がたっても、薬局で次に薬の処方を受けるときに見せて、どうしますかとか、かかりつけ医の先生が、去年の特定健診のデータを見て、こうだねという意味で使えると思います。他方、介護施設の連携になると、昨日、何をやったかということが重要になってまいりますので全ての関係者が時間がたたないうちにつながっていないと、あまり意味を持たないと思います。そういう意味で、情報の腑分けをしていただいて考える必要があろうと思っています。

そうした中で、PHRに関して、どの程度射程に入っているかということ、4ページにあるように、特定健診データ。ここには、1年に1回ですけれども、身長・体重・血圧、血糖・血中脂質・肝機能、尿検査等の検査値など基本的に入っていて、全国で標準化されていますので、こうしたことを御覧いただくことはできるのではないかと考えています。

基本的には、去年の段階では、ここまで我々整理しておりますが、これ以外の情報として、保険者の御理解を得るべく努力しているのが、例えば医療費通知などは、保険者自身が書面で送ったりしておりますので、これもマイナポータルにて見られるようにしてはどうかというアイデアがあります。

それから、調剤の情報に関しましては、処方せんが御本人にも開示されていて見ているわけですので、病名とか非常にセンシティブな情報と違いますから、こうした情報をマイナポータルで見えるようにして、過去、どういう薬を飲んでいて、今、どんな薬を飲んでいるかが分かるようになる。それを外来で先生に見ていただくとか、かかりつけ薬局で提示して、重複投薬がないかという形に使えるかと検討しております。

ただし、実際にこうしたアイデアを実現するためには費用負担をどうするかとか、具体的な設計等をどうするかという課題があり、検討している段階ですので、いつまでにどうできるかということは、申し上げることはできませんが、問題意識を持ちながら進めております。

(厚生労働省)

子ども家庭局母子保健課です。

この乳幼児健診情報については、先ほどお話し申し上げました検討会の立ち上げを準備している段階です。そもそも、市町村でどういう情報がどのように保存されているかという実態の把握が今まできちんとできていませんでしたの

で、今年度、調査をしております、その調査結果なども踏まえて、これから立ち上げようとしている検討会において検討していこうという段階でございますので、これもできるだけ早く検討したいと思いますが、現在、そういう状況でございます。

(翁会長)

学校健診は。

(厚生労働省)

文科省さんとの連携になりますが、その検討会におきまして、学校関係の学校保健会の方にも入っていただいて、検討を進めようと考えております。

(神成内閣官房副政府CIO)

技術的にという話と、ここでできるという話は別だと思えます。技術的にできるということは担保できますが、全体の設計の中で見極める必要があります。もう少しいろいろな議論をさせていただいた上で、どのような形で検討し、どのように許可を得るのかなどを、全体のバランスの中で進めていくことだと思えますので、これ以上のコメントはこの場ではできないと思えます。

(翁会長)

どうもありがとうございました。

それでは、今日、進捗状況を大分伺いましたので、少しだけ最後のコメントをさせていただきたいと思えます。

地域包括ケアの話、2番目に御議論いただいたのですけれども、ここでもデータの取得とか連結とか連携というものが非常に重要になってくるということは言うまでもないことでございますので、そういった点からも、このデータ連携を進めていくというのは、医療・介護の効果的・効率的な提供のために欠かせないものであると思っております。

地域医療ネットワークにつきましては、今、御説明いただきましたけれども、ミニマムデータセット、標準データフォーマットなどを定めまして、全国ネットワーク化に向けて、これから標準仕様に準拠した形を中心に、システムの新設・更改を支援していくということかと思えます。具体的な工程は、ぜひ夏までに明確にさせていただきたいと思えます。

それから、介護情報連携、科学的介護につきましては、日々のケア記録として最低限必要なミニマムデータセットと標準データフォーマットを定めるという手順だと思えますが、これはぜひやっていっていただきたいですし、基金の

活用なども含めて、急がれるものでございますので、検討をしていただきたいと思いますと思っております。

科学的介護データベースは、先ほど御指摘のとおり、科学的な介護をやっていくための研究や分析というものが第一義的な目標であるということはよく承知しておりますけれども、これは最終的には介護の質の向上とか、介護をしている方の働き方がより改善されることにもつながるものだと思っております。ですので、ぜひここも鋭意検討を進めていただきたいと思いますと思います。

併せて、介護ロボットやセンサー、AI解析、遠隔リハビリ等のデータを取得可能として、できるだけ継続的な効果検証、そして、新たな技術革新を促すような環境を整備していただきたいと思いますと思っております。

それと、行政が求める書類の把握と見直しは30年度中ということによってやられるわけですが、情報連携と科学的データベースに必要なデータの検討と構築というのをやっておられますので、それと同時並行的に進めていただきたいと思います。この分野、本当にいろいろな課題山積でございますので、ぜひ検討の加速をしていただきたいと思いますと思っております。

PHRにつきましては、今、現状をお伺いいたしました。マイナポータルを活用して、既に検討に着手されているものもございますけれども、費用負担、どういうメリットがあるのかということ。それから、協調領域と競争領域の整理など、さまざまな論点がございますけれども、これも早急に検討いただきまして、夏が一つの区切りでございますので、実施に向けた工程を定めていただきたいと思いますし、また神成副政府CIOともよく連携していただきまして、ご検討をよろしくお願いしたいと思っております。

介護は、マイナポータルを活用していくことを考えていければと思っております。本人や家族に日々のケアや状態に関する情報が提供できることも検討していただければと思います。また、事業所のサービスのケアや実績なども、本当は見える化してやっていくということが、地域の情報を得るという意味でも効果的ではないかと思っております。

夏の成長戦略というものがだんだん迫ってまいりましたので、総務省や経産省もぜひ連携してやっていただきたいと思います。バラバラにやるのではなく、ぜひ連携して、工程の具体化ということをぜひ加速していただければと思っております。

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、本日の議論はこれまでとさせていただきます。日本医師会から釜

菫常任理事にもお越しいただきましたし、ワイズの早見会長、本日は貴重な御意見いただきまして、ありがとうございます。

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。今日の議論を踏まえまして、また夏の成長戦略に向けまして、各省連携して、それからIT本部ともきちんと連携して、具体的な検討を加速していただきたいと思っております。どうもありがとうございました。