

4/22 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6回）

（開催要領）

1. 開催日時：2019年4月22日（金） 13:00～14:50
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理事長
 高橋 泰 国際医療福祉大学教授

 今村 聡 日本医師会副会長

（議事次第）

1. 開 会
2. 関係省庁による説明
3. 自由討議
4. 閉 会

（配布資料）

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

(平井日本経済再生総合事務局次長)

それでは、お時間になりましたので、第6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」を開会いたしたいと思えます。

御多忙の中、本日も御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

席上には座席表、議事次第、資料1～資料4を配付しております。

また、机上の参考資料といたしまして、未来投資戦略2018の関係文の抜粋も配付させていただいております。

出席者につきましては、本日は日本医師会から今村副会長にも御出席をいただいております。ありがとうございます。

時間も限られておりますので、その他の出席者の御紹介につきましては、恐縮ですが、お手元にお配りした座席表でかえさせていただきます。

それでは、議事に入りたいと思えます。本日は、「未来投資戦略2018」の進捗状況と、今後取り組むべき事項についての御議論をいただきます。具体的には、健康・医療・介護のデータ基盤、保健医療情報ネットワークの構築、PHR等の構築、介護現場におけるICT化、書類削減など業務効率化に向けた取り組みについて、それぞれの項目ごとに時間を区切って関係省庁の説明をいただいて、その後、自由討議を行っていきたいと思えます。

それでは、早速でございますが、まず健康・医療・介護のデータ基盤の構築について、厚生労働省から御説明をお願いしたいと思えます。

(山本厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

厚生労働省大臣官房審議官の山本でございます。

まず、資料1に沿いまして、健康・医療・介護のデータ基盤の構築について御説明させていただきます。

資料の中の大きな固まりは3つありまして、1つ目の「オンライン資格確認・医療等分野の識別子(ID)」につきましては私のほうから、それから「全国保健医療情報ネットワーク」につきましては迫井審議官のほうから、最後に「PHR」の検討状況につきましてはまた私のほうから御説明をさせていただければと思えます。

1枚繰っていただきまして、2ページでございます。まず1つ目の柱であるオンライン資格確認、医療等分野の識別子(ID)につきまして、昨年の未来投資戦略でどのようなことが指摘をされているかということをもとめてございます。未来投資戦略2018年において、医療保険の被保険者番号を個人単位化し、マイナンバー制度のインフラを活用して、転職・退職等により加入する保険者がかわっても、個人単位で資格情報などのデータを一元管理することで、マイナンバーカードを健康保険証として利用できるオンライン資格確認の本格運用

を2020年度に開始するとされております。

また、医療等分野における識別子（ID）については、個人単位化される被保険者番号も含めた基盤を活用する方向で検討し、2018年の夏に結論を得て、医療等分野におけるデータ利活用を推進することとされております。

1枚繰っていただきまして、3ページでございます。これにつきましては、健康保険法等改正法案、現在通常国会で御審議をいただいているものでございますが、オンライン資格確認の導入や、医療機関や薬局におけるシステムの初期導入を支援するための医療情報化支援基金の創設等を内容に含む健康保険法等改正法案をこの通常国会に提出し、審議をいただいているところでございます。

4ページでございますが、オンライン資格確認の仕組みについて記載がされております。マイナンバーカードによるオンライン資格確認では、まず医療機関と薬局の窓口で患者が持っているマイナンバーカードのICチップの中の本人を確認する電子的な証明書、これは電子証明書とっておりますが、これを読み取った上で、医療機関と薬局から社会保険診療報酬支払基金と、国民健康保険中央会が管理するオンライン資格確認等システムに対し、オンラインで資格情報を照会するというところでございます。

次に、支払基金と国保中央会は保険者から資格情報の管理の委託を受ける仕組みにしており、患者の電子証明書情報をもとに患者の資格情報を検索し、医療機関と薬局に対し、オンラインで資格情報を提供するという仕組みでございます。

このオンライン資格確認では、マイナンバーカードのICチップの中の電子証明書を用いる仕組みとしておりまして、マイナンバーそのものは使わないという整理になっております。それから、医療機関等でマイナンバーを用いないので、マイナンバーと診療情報が結びつくこともない。この仕組みにつきましては、2021年3月の開始を予定し、準備を進めるということで考えてございます。

1枚繰っていただきまして、5ページは医療情報化支援基金についてでございます。これにつきましては、本年度予算で300億円を計上しておりますけれども、このうちオンライン資格確認については150億円を確保しているところでございます。できる限り、多くの医療機関や薬局において、オンライン資格確認の仕組みが導入されるように支援をしていきたいと考えてございます。

1枚飛ばしまして、7枚目と8枚目でございます。医療等分野の識別子（ID）についてでございますけれども、有識者や関係団体の代表者等で構成される医療等分野情報連携基盤検討会において検討整理を行ってきたところでございます。その取りまとめの中で、被保険者番号の個人単位化やオンライン資格確認システムを基盤として、医療情報等の共有・収集・連結を行う者が被保険者番

号履歴の提供を受けられる仕組みを整備すべきとされたところでございます。これがまとまったのが、昨年8月ということになってございます。

具体的なユースケースとしては、8ページのスライドにございますように、「データベースにおける情報連結・管理」であるとか、右側にある「診療現場等における情報連携での利用」が挙げられているところでございます。

なお、不適切な利用を防止するために、被保険者番号履歴の提供を受けられる者については一定の基準に該当する者に限定すべきこと等とされたところでございます。先ほど御説明しました健康保険法等改正法案において、個人単位化される被保険者番号の告知要求制限を設けまして、番号自体が不適切に利用されることのないような措置を講じることとしております。

今後、このIDにつきましては検討会を設置いたしまして、オンライン資格確認システムを基盤として個人単位化される被保険者番号を活用した医療等情報の連結の仕組みの整備に向けて、制度面、技術面、運用面での検討を進めていきたいと考えております。

(迫井厚生労働省大臣官房審議官(医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当))

引き続きまして、10ページ以降、②でございます「全国保健医療情報ネットワーク」について簡単に御説明させていただきます。

おめくりいただきまして11ページですが、同様に未来投資戦略2018で、現時点でこのような形で閣議決定されておりました、これは抜粋ですが、②のところです。「・」が3つほどございますけれども、「医療機関等における健康・医療情報の連携・活用」につきまして、まず1点目は全国的に共有すべきデータを定めるといふことと、標準規格等を設定する。そして、レセプト情報の診療等への有効な活用方策を検証する。

2点目は、このような標準規格に合致するものをいかに支援していくのか、適正規模の持続的なシステムをつくっていくネットワークの構築を促す。

こういったことを含めて3点目ですけれども、費用対効果の観点も踏まえながら全国的なネットワークについて、本年夏をめどに具体的な工程表を策定、としているわけですが、必要な実証を行ってからの本格稼働を目指すということでございます。

12、13ですが、まず12は今お話ししたことをイメージ図、ポンチ絵であらわしておりました、目指すこととございますとか、できること、こういったことをイメージとして「○」が2つ書いてございますが、患者の同意のもとで最適な健康管理とか診療ケアを提供できるということとございますとか、共有が有効なデータ項目についてネットワークを構築して共有していくということとござ

ざいます。

おめくりいただきまして、先ほど触れましたが、13ページですけれども、今後の検討に当たって実際に実証を行って技術面、それから運用面、制度面についての課題の整理を行うということを2018年、それから今年度も含めて1期、2期でやっております。

2018年度、左側で1期ですが、これはネットワークの接続を実際に行ってみる。そして、技術的な面でまず基礎的な実証をやっていく。今年度2期、これは右側でございますけれども、さらに引き続き本格的な技術検証を行うということと、ネットワークの連携をいかに支援していくのかというようなことを、そういった視点で実証を行っているということでございます。

14ページ、最後でございますけれども、この実証事業、それから昨年3月から有識者による検討会も技術的な側面で行ってございまして、さまざまな御指摘とか、いろいろなことがわかってまいりました。これらを総合してまとめると、このような5点にまとめることができますということでありまして、こういったことを踏まえて今後対応していきたいと考えています。

1点目はまず<ユースケース>でございますが、実際の臨床現場で利用シーンを想定した設計にしなければ意味がないのではないかと。特に有用だと言われたのは、救急外来とか一般の外来であって、実際にそういった情報共有が有効なケースが確認されております。

2点目は<ミニマムデータセット>ですけれども、単にいろんなデータを共有すればいいということではなくて、意味のあるもの、本当に必要なものを共有するべきではないかと。具体的には、やはり薬、処方、調剤、それから検査結果、そしていつどこで誰がというような基本情報で、これらが実際に重要なデータである、ということでございます。

3点目、これは非常に重要な論点ですけれども、<費用負担>の問題をしっかりと考えなければ実際には国民の負担も含めて理解が得られないのではないかと。特にコストについてそれを上回る便益、それから情報を共有することはリスクも伴いますので、リスクとともに得られるベネフィット、こういったことをしっかりと整備すべきである。

4点目は<同意ルール>ですけれども、実際にデータを活用するに当たっての前提としては、まず個人情報の関係もございまして、現場でそういったことを確認する手間と国民の了解を得るということと同時に実務的に進められる方法を考えるべきである。

5点目ですけれども、<地域医療連携ネットワーク>です。現在、実際に稼働している地域がありますが、こういったネットワークが実際にはうまく活用されていないという指摘が新聞報道等もございましたので、こういったことに

つきまして情報共有の標準化とか、さまざまな現状や課題を、しっかり踏まえて対応していきたいと考えてございます。以上でございます。

（山本厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

続きまして、3点目の柱であるPHRについて御説明させていただきます。資料では、19ページからということになっております。

PHRの仕組みというのは、個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握しまして、日常生活改善や健康増進につなげていただくための仕組みということで理解しているところでございます。

19ページ目が、未来投資戦略2018で記載をされた事項でございます。ここでは、2020年度よりマイナポータルを通じて本人等へのデータの本格的な提供を目指すこととされており、政府全体で検討、取り組みを進めているところでございます。

具体的には、先行する取り組みとして2017年度より提供を開始されている予防接種歴に加え、来年度より特定健診、乳幼児健診等の健診データの提供を開始することを目指すところでございます。

続きまして、20ページと21ページでございますけれども、特定健診データ、薬剤情報のマイナポータルを通じた本人への提供については、先ほど御説明しました個人単位化された被保険者番号とオンライン資格確認の仕組みを活用して実施をすることとしております。この仕組みによって、患者本人や医療機関等において特定健診データや薬剤情報の経年データの閲覧が可能となりますので、加入者の予防健康づくりや重複投薬の削減等が期待できると考えております。

特定健診データの本人等への提供については、データの登録が可能な保険者は2020年度から、薬剤情報の本人等への提供については2021年9月診療分、すなわち10月請求分から開始することを予定しております。

続きまして、22ページをお開きいただければと思います。乳幼児・学童期における健康情報の関係でございます。「データヘルス時代の母子保健情報の活用に関する検討会」で検討した事項について、このページで記載をしているところでございます。

乳幼児・学童期における健康情報を一元的に確認できる仕組みを構築することは、子供の健康管理や転居時等の適切な情報の引き継ぎ等を行う上で大変重要であると考えてございます。

そこで、このページにある検討会を設置いたしまして、昨年7月に中間報告書を取りまとめたところでございます。報告書では、乳幼児健診及び妊婦健診の情報の標準的な記録様式等を定めるとともに、電子的記録の管理・活用等に

ついてマイナンバーを活用して行うことが提言されております。

続きまして、23ページでございます。この報告書の内容も踏まえて、乳幼児健診の受診の有無等を電子化した情報について、転居時に市町村間で引き継がれる仕組みであるとか、マイナポータルを活用し、子供時代における健診、妊婦健診、予防接種等の個人の健康情報歴を一元的に確認できる仕組みについて、2020年度からの運用を開始したいと考えております。

これに向けまして、この受診の有無などの乳幼児健診の情報をマイナンバー法の情報連携の対象に追加するとともに、市町村が健診対象者が過去に居住していた市町村に対し、受診の有無等の乳幼児健診の情報の提供を求めることができる旨の規定を母子保健法上に新たに設けるという法改正を、今通常国会に提出中のデジタル手続法案において行うこととしております。これから審議がされる見込みというふうに聞いております。

また、市町村におけるシステム改修経費を平成31年度予算に計上しているところでございます。

なお、学童期の健診情報の連携につきましては、現在文部科学省との連携のもとで課題の整理を行い、今後の進め方を検討しているところでございます。

最後に24ページ、25ページでございますが、PHRについての今後の取り組みについてでございます。

本年3月の未来投資会議においても、厚生労働大臣から表明をさせていただいたところでございますが、PHRについてもこの赤枠で囲んだところでございますけれども、これまで申し上げてきた特定健診、薬剤、乳幼児健診等情報に加えまして、さらにその他の健診等情報についてもマイナポータルで本人に情報提供することを検討しているところでございます。PHRのさらなる推進に向け、検討を進めてまいりたいと考えてございます。

最後の25ページにその工程表というところで、さらなる検討について一番下に盛り込ませていただいたところでございます。

説明は、以上でございます。

(平井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、続きまして総務省から御説明をお願いします。

(赤澤総務省大臣官房審議官)

総務省でございます。お手元の資料2をご覧いただきたいと思っております。

総務省につきましては、1ページ目でございますが、PHRサービスモデル等の構築の研究結果について若干御紹介をさせていただきたいと思っております。

御案内のとおり、PHRは本人の同意の下でさまざまなサービスに活用することが可能になってきている状況でございます。その中で、総務省では平成28年度～30年度までに、AMEDの研究開発事業によって、妊娠・出産・子育て支援、疾病・介護予防、生活習慣病重症化予防、それから医療・介護連携に係る4つのモデルについてサービスモデルの開発等を実施したところでございます。

本年度、令和元年度におきましてはPHRサービスの普及展開に向けて必要なルールのあり方などについて検討していきたいと考えているところでございます。

2ページでございますが、4つのモデルの概要ということでございます。「妊娠・出産・子育て支援PHR」、それから「疾病・介護予防PHRモデル」、①と②は自治体モデルとでも言うべきものでございまして、自治体保有の乳幼児健診、それから予防接種等のデータを関係者で共有・活用することで、母子への効果的な健康支援等を行うもの、それから介護関係のデータ等をもって個人の介護リスクスコアを評価して適切な介護予防サービスを提供するというものでございます。

③は「生活習慣病重症化予防PHRモデル」ということで、保険者が保有している特定健診データとその他のデータをあわせてPHRをして、疾病管理事業者による人的サービスと組み合わせて糖尿病の重症化予防をするというものでございます。

④は「医療・介護連携PHRモデル」ということで、日本医師会さんが推進されております「かかりつけ連携手帳」を電子化したしまして、そのアプリの中にさまざまな情報を入れることによって、例えば転居先、避難先でも提示・活用できるようなものについて開発をしたということでございます。

3ページからは、その各モデルの概要をつけさせていただきましたので、御高覧いただけたらと思っております。以上でございます。

(平井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、続いて経済産業省から御説明をお願いします。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

資料3をお開けください。経済産業省は、特に民間の投資促進という観点も踏まえて御説明をしたいと思います。

先ほど厚労省さんのほうからお話がありましたように、今、医療情報については統合できるルールのほうを変えていただいておりますけれども、私ども経済産業省はこれを応援する意味において、システムとして使えるようにつながるのかというのは結構大事なところでございまして、以前に高橋先生

から御下問いただきましたように、タグをつければ一応全体のデータはつながるんですけども、つないだデータを開けてみると、例えば食べられるというタグをつければ各データベースはつながるのですが、開けてみるとレトルト食品が出てきたり、カップラーメンが出てきたり、生きた牛が出てきたり、肉が出てきたりというのが今の状態なので、その外側のシステムがつながっても実際に開けてみたときにつながる状態にならなければいけないので、入力段階から統一するというのをベースに今、検討を進めております。

ご覧いただいている1ページ目でございますけれども、特に昨今のニーズからしますと、生活習慣病についてどう適切にアプローチをするのかということで、平成28年から実証事業をやらせていただきました。

結論から申し上げますと、日本医師会さんの御指導その他をいただきまして非常にいい結果が出ております。特に、ターゲットを絞り込むことによって3カ月程度で糖尿病の指標が劇的に変化をするということがありました。現在は、このトライアルから本格的な実証ということで、日本糖尿病学会の御協力を得ながら大規模化、つまり前は約600人を集めて3カ月のトライアルだったんですけども、おかげさまで今回1,159名集めまして、入力段階のシステムを完全に統一するという形で1年間データをとる作業をしております。おかげさまで、先行した1年間が終わったチームは脱落率が2%です。脱落率が低く、恐らくこれは世界的にも非常に価値のあるデータがとれるかと思っております。

問題はこれをどう使うかということなのですけれども、1ページ目の図にありますように、やはり日々のデータというものを病院ではなくて個人が集めるデータでありますので、そのまま2ページ目のほうに目を移していただきますと、今まではいろんなデータをかき集めてきて研究するというのがベースだったのですが、かき集めても研究できないということがわかったので、むしろ基本情報を共通化することによって、出てきたところですぐ研究に使える。

これは、もっと言うと製薬会社というよりは生活の管理情報、特に糖尿病のかかりつけ医の先生方に使っていただくということをベースに、使う人イコール入力者であることが前提のトライアル事業を行っているというものでございます。

特に28年の場合は、全く同じフォーマットでデータをとっても測定器の性質の違い、データの粒度、1秒ごとに送るのか、5秒ごとに送るのか、5分ごとに送るのか異なっていました。これは、クラウドに入ってしまうと全くつながらないということがわかりましたので、測定方法もそろえた上でデータをとるという作業を行っているものでございます。そうすると、先ほど厚労省さんがおっしゃっていただいたように、ルール上つながるようになったものの、今度はインプットデータがそろってくるとそれで全体がいきなり使えるようになる。

ただ、それは何でもかんでも今データをとっているというのは世界の状況ですけれども、基本情報をきっちり取る。先ほど厚労省さんからありましたように、本人性の確認プラス体重、血圧、脈拍及び活動量のところがそろえば、ほぼ何でもいけるという状況になりつつあります。

それで、3つ目の「●」をごらんいただきますと、これもほぼ同じメンバーなんですけれども、そうした実証事業をもとに実際にシステムとしてどうつながるのか。まさに日本医師会、それから各先生方にも御協力いただきながら、恐らくこれは世界中でも同じ議論が始まると思われまますので、それを進めております。

それから、4ページ目でございますが、少なくとも医療関係で統合したものだけで閉じてしまっは非常にもったいないのと、生活習慣は既に民間のほうでとられている情報は非常にいいものがありますので、できるだけここをそろえることによって、あとは資格を明確にした上でつないでいくというのを将来的なテーマにしたいと思っております。

次のページをごらんいただきますと、実は先週、中国に行ってきたのも、中国は完全に予防と糖尿病のほうにシフトしたいということだったのですが、これは最もやりにくいところでもあります。なぜかという、そのサービスを受けた人が最も実感できないところなので、むしろきっちりその効果を示すことと、本人をつかまえるということ、これは健康経営のおかげで会社を挙げてその参加を促すことによって低い脱落率というのを実現しておりますので、こういう環境の中でとられたデータをもとにAI化し、それをパッケージサービスにして提供するという事になるかと思えます。

ただし、この場合、正確な情報がインプットされないと意味がありませんので、そこまで含めてシステムをつくりたい。ここはアメリカ、欧州は、まだ薬で治すという方法が中心になっていきますから、できるだけデータをとっていい薬をつくりたいというほうにばかりいっていますけれども、中国でもわかり始めているのは、患者の状態をコントロールする。まさに生活、食事、運動をどうコントロールするかというところは、まだ世界はアプローチできていませんので、ここの部分も含めたサービスを提供することを考えております。

それが6ページ目でございます、お医者様には専門性を発揮していただくのですけれども、まさに生活習慣病や老化が中心になってくると、いろんなことを同時に見なければいけなくなるので、こうしたデータの共有化は必須でありますし、人の移動、災害も考えると、やはりシステムが統合されるというのは当然のことである。

最後に、7ページ目であります。これはまさに総務省さんがおっしゃっていたように、いろんな場の認証だとかパッケージ型をするとき、どうデ

一タを集めて誰が管理するのかというのは肝になってきます。その段で、我々としてもやはりPHRが基本だと思っています。PHRにした上で、それを使うたびにそこから情報をとることによって、場合によってはブロックチェーンすら要らない。毎回それを使って同意を擬制することができれば、非常に軽いシステムでできることになるかなと思っています。

8 ページ目にありますように、そうしたものが今、行われている働き方改革とか健康経営の中に普通に入れることによって安定的にデータがとれる。特に世界で議論していても、とりやすい人からデータをとっていただけでは意味がないので、やはりこれだけ生まれてから死ぬまでデータがとれるこの国において、バランスよくデータが入力段階からできれば、明らかに世界をリードできるかなと思います。

特にこの際、HL7も含めて、世界がこれからつくるであろう標準を先取りする形でデータを統合するほうに進みたいということで準備を行っているところでございます。以上です。

(平井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、厚生労働省、総務省及び経済産業省の御説明がありましたので、これらを踏まえまして御質問や御意見をお願いしたいと思っております。

では、まずは翁さんからどうぞ。

(翁理事長)

まず、オンライン資格確認のところからお伺いしたいのですが、2～3点あります。

1つは、個人単位化した2桁の番号が追加された被保険者番号のついた保険証カードというのが行きわたっていくのは2020年スタートだとかなり時間がかかると思うんですが、マイナンバーカードへの一本化を誘導していくような好機でもあるように思うのですが、マイナンバーカードとの関係についてどうお考えになっているかということです。

それから、3ページのところで告知要求制限というのは不適切に使われないために重要なものだということはよく認識しておりますが、被保険者番号とこれからつくるこれらの基盤を活用してIDとして情報連携を行うに当たって、これ自体がネックにならないようにしていく必要があるのですが、このあたりはどういうふうにお考えなのか。さっき、御議論をこれからされていくということでしたけれども、どんなステップでやっていくのかということをお伺いしたいと思います。

それから、先ほど5ページで、150億円かけて医療情報化支援基金といったもので、医療機関や薬局での初期導入経費を補助するというお話を伺ったのですが、これは例えばカードリーダーの導入とか、そういったものを支援することなのでしょうか。それで、これはどのくらいの支援ができていくというふうにお考えなのか。このあたり、まずオンライン資格確認のところで教えていただければと思います。

(平井日本経済再生総合事務局次長)

では、ここで一旦切りましょう。お願いします。

(山本厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

まず、1点目の御質問でございます。オンライン資格確認の導入のところで、資料としては4ページをご覧くださいと思うのですが、オンライン資格確認の仕組みというのはマイナンバー制度のインフラを活用していくということで、マイナンバーカードを被保険者証がわりにできるということでございます。

それで、マイナンバーカードを使うとどういうメリットがあるかということをお私どもはよく周知をしていく必要があると考えておるのですけれども、右下のところに書いてございますように、まずこれは加入する保険者がかわったときに被保険者証というのはその都度、保険者が発行するのですけれども、それがなくなりましたして、カードが1枚あればタイムラグなく医療機関を受けることができるということでございます。

また、いわゆる高額療養費は収入水準によって限度額が違うんですけれども、今だと被保険者証に加えて限度額認定証明書という紙を持って受けなければ、いわゆる現物給付と同じ効果が窓口で出ないという問題があるわけですが、その情報もこの資格情報の中にこのICチップから照会ができることによつて、カード1枚あれば限度額証明書としての機能も持つことができる。そのようなメリットがあると考えてございます。

それで、この資格確認というのは紙でお受けになつても、支払基金とか中央会のサービスとしてこれから行うことになるわけでございますけれども、カードの場合は今、申し上げたようなメリットがあるということですので、私どももこの普及については努力をしていきたいと思つています。

また、医療保険の世界だけではなくて、カードを持つことによつてどのようなメリットがあるのかというのをあわせて政府全体で現在検討しているさなかでございますして、この夏にもその普及策、方策についてまとめるという段取りで、内閣官房を中心に議論をさせていただいておりますので、そういうことも

多分後押しになってくるのだろうと考えてございます。

それから、2つ目でございますけれども、個人単位化された被保険者番号の告知要求制限というものを今回法律でつけるわけですが、これまでは番号というのは世帯単位でした。しかしながら、これからは個人単位になっていく。保険者がかわるとまたこの番号が変更されますので、この番号そのものに一意性というのはないわけですが、これからは個人単位になっていくということになっていきますと、この管理が不適正であるのは非常にまずいことであろうということで、これは年金の基礎年金番号と同様に告知要求制限の仕組みを入れることとしております。

それによって、御質問は、IDとしてこれから使っていくときに制約にならないかということでございますけれども、今回、健保法の改正により、まず一次利用のところで、この番号について、より厳重に適切に取り扱っていただくという仕組みを設けることとしており、その上で、これからの議論でございますけれども、医療等IDは二次利用の部分になってくるかと思いますが、この二次利用について、どういう方々がこの情報を得ることができるのかなどの法制的な整理も含めて検討していきたいと思っております、そこで適切にIDとしての機能も発揮していけるのではないかと考えているところでございます。

それから、3点目でございます。150億円のところでございますけれども、これは31年度の予算編成過程で当座31年度に措置するものとしてこの額をセットさせていただいたところでございます。その内容としてはマイナンバーカードを読み取るカードリーダーや病院のシステムの中に資格情報を入れていくためのシステム改修のところを見ていくことになると考えてございます。

それで、150億円としておりますのは、オンライン請求を促進するための過去の補助金、約10年前でございますが、その執行状況なども見ながら、現在オンライン請求をしている医療機関の約3分の1が申請してくるのではないかと。あくまでも積算上の整理として計上させていただいているところでございますが、今後補助の内容、交付要件について、10月以降の予算執行までに詳細を詰めていきたいと思っております。また、その執行状況を見ながら、今後の予算編成過程において必要なことがあれば、財政当局とも御相談をしながら措置をしていくというふうを考えている次第でございます。

(高橋教授)

では、私のほうから、まずマイナンバーカードは今10%くらいの普及率というふうに伺っているんですけれども、今後その数字がどれくらい広がりそうだと考えているかということと、あとは持っていない人の場合は従来どおり進むことになって二重で動く形になると思うんですけれども、どこかの段階でその

二重がずっと10年も続くのはまずいと思うので、これをどういう形で一本化に近づけていくか。そういうような進行の予測スケジュールというか、図みみたいなものがあるかどうかということがまず1点目に伺いたいことです。

それから2点目ですが、江崎さんの発表のときに、情報がすぐくっつけて使えるようにという話があったんですけども、これは二次利用の話になりますが、迫井さんが示された12ページのポンチ絵の形の二次利用を含めたところの図を見ますと、これは多分SS-MIX的なものを想像させるような図なんですけれども、中を開けるとさっき言ったように何が出てくるかわからない。どうせつなぐならば、つなぐときに最初からちゃんとデータが整うような形にしておかないと、またそれをやるのは大変な話になるので、その辺の情報の均一化ということに関して何か展望があるのか。この2点を伺いたいと思います。

(山本厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

まず1つ目でございますけれども、現在マイナンバーカードは12%くらいだったというふうに承知をしております。それで、どのくらい広がるかというのは、私どもはあくまでも厚労省として普及対策を率先してやっていく部分もありますけれども、マイナンバーカードが普及したという前提で、その基盤をオンライン資格確認の仕組みに使わせていただくと考えているところでございまして、いつまでにどれくらい広がるかというのを厚労省のほうから申し上げるのは非常に難しいと思います。先ほど申し上げましたように今、内閣官房を中心に関係省庁が集まって検討しておりますので、そこで強力に進めていくというふうに考えてございます。

それから、紙の証と二重で使っていくことになります。マイナンバーカードを取得されない方について医療が受けられないということはあってはならないことでございますので、引き続き紙の証というものはあるわけでございますけれども、しかしながら、先ほど申し上げたように紙を何枚も持たなくてもいいというメリットがありますので、私どもはマイナンバーカードの利点というものを十分に説明しながら普及に努めていきたいと思っております。

いつ一本化するのかというのは、やはりその状況、進捗を見ながらでないと、なかなか申し上げることは難しいと考えてございます。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

では、もう一つのデータがつながるといところでございますけれども、迫井審議官が先ほど御説明された厚労省さんの資料の14ページ目に実は重要な答えというか、ヒントが書いてあります。

今までは、どちらかという縦、横、斜め、とりあえずつながれば何とかで

きるんじゃないかということをお我々経産省も随分やってきたところなのだけれども、結局大事なことは、何のためにつないで何をしたいのかということのまさにユースケースだと思います。

これは、エストニアの開発した方にお伺いしても、結局動いたのはやはり国民も納得して、それはよくなったよねというところがあって、初めてインプットの段階から統一することができたと言っていました。そういう意味では、まさに今のお医者さんの働き方は結構大変な状況で、救急だとか、あとは先ほど申し上げました世界的にも老化と生活習慣病、これは実は病院に来てから初めて見ても仕方なくて、逆にデイリーなデータがとれていれば来なくてもわかるというか、そういうことではまさにかかりつけ医の先生方にとっては非常に重要かということがあります。

そういう意味では、先ほどSS-MIX2もありましたけれども、これもまさに今までの努力でつなごうという努力だったのですが、このSS-MIX2ですら流派ができてしまっていて、同じSS-MIX2を開けてもなかなかわからないというのと、もう一つはもう一回入れ直さなければいけないという作業が入っているので、これはやはり忙しいお医者さんにとっては非常に致命的な状況になっています。

したがって、できるだけここにある2つ、ミニマムデータセット、何をまっつないでいくのか。我々は系統的に申し上げますと、つなぎやすいものをつなぐことによってシステム全体が共通化されて、それにプラスアルファの情報をひもづけることによって全体を統合していく。途上国のように白地から書くんだったら楽なんですけれども、既にレガシーシステムでぐちゃぐちゃになっている状態の中で、現場を混乱させないで実感をしながらシステムを統一していくというのは結構面倒くさい作業が必要になってくるんですけれども、このキーになるのはまさにミニマムデータセットをどうするのかということ、やはり個人情報保護上のデータベースを動かすということが一番厳しくなっているので、先ほどのPHRに戻しながら、そこを毎回とりにいくことによって個人情報の同意を毎回とるという形にした上で、これは東大のほうでも進めてもらっていますけれども、お年寄りの方も同意さえしてくれれば、あとはきっちり管理されたデータ管理の中でサービスが提供される。

このシステムを先につくっておいて、既にとられている民間のデータもこれに合わせる形でシステム統合をしていく。誰でも使えるわけではなくて、やはりセキュリティーとルールを認識したものだけをつないでいくという形で広げるのが一番効率的かなと、そんなことで今、進める準備をしているところでございます。

（迫井厚生労働省大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当））

関連してといいますか、実態論として、私ども厚労省のほうで関係各業界と、有識者が参画して検討する枠組み自体はあって、さまざまな工業規格ベースなどでは標準規格自体は厚労省推奨ということで設定してきたということなのです。問題は、それが現場に必ずしも普及していないがためにさまざまな問題が起きている。

これまで、正直申し上げまして、厚労省は、現場で実際に民間医療機関、あるいは民間企業が開発されたベンダーさんですので、一定の選択の自由といいますか、標準的に勧めはするけれども、そこから実際にそれを選択していただくかどうかについては余り強く介入してこなかったというのが正直なところだと思います。

ただ、ここまでのような御指摘を受けておりますので、まず今回基金の話が先ほど出ましたが、基金の運用の中でそういったことをちゃんと踏まえて、標準化に御協力いただくような形で整備をしていただくことを要件にする。

それから、これは今後関係部局、場合によっては他省庁ともよく御相談をしなければいけません、例えば厚労省でいいますと診療報酬もそうですし、それから医療計画を初めとした整備計画がございますので、そういった今後の将来的な整備の中でそういった規格を実際にも実装してあわせていただく。こういったことが非常に重要だと認識をしておりますので、そういった工夫は引き続きやらせていただきたいと思いますと考えております。

（高橋教授）

あとは、ミニマムデータセットの話のときに、職種によってどこまで情報を開示するかとか、情報として御本人が検査データの肝臓は出してもいいけれども、エイズとか肝炎とかは出してほしくないとか、そういうのは少し先の議論になりそうですが、もうそろそろ見ておかないといけないなという感じなんですけれども、どういう議論をされているか聞いていないのですが、そういうものも多分含まれているんじゃないかなということを確認させていただきたいんですが。

（迫井厚生労働省大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当））

これも14ページで、さまざま実質的な御指摘をいただいております。今のお話は同意ルールのところに関連するんだと思いますが、きっちり個人ベースで情報の管理をするとすると、明示の同意ですね、オプトインというような形を

とるのが筋だと思います。

ただ、日常診療が御案内のとおりこれだけ忙しくいろいろやっている中で、そういったことを一々やるということが現実的なのかということと、そういうことをすることがかえってデータのカバーとか悉皆性とかに影響を与えるので、ここに記載はありますけれども、基本は黙示の同意というようなことも含めて、現場でやはり過度な負担がかからない運用はどういうことなのかということとをちゃんと意識すべきであるというふうな指摘をいただいていますので、こういったことをちゃんと含めて整理をしていくということだと考えています。

それから、原点に戻りますと、ミニマムデータセットのところは14ページの上から2つ目に書いてございますが、さまざまな臨床家、それからこのプロジェクトにいろんな形で参画していただいた有識者に聞きますと、データはとにかく集めればいいのか共有すればいいということではなく、役に立つものを共有するということが前提です。ユースケースをちゃんと洗っていくと、現にここに記載していますが、処方、調剤という薬の問題、それから検査、あとは結局いつどこで誰がやったのかという基本情報さえわかれば、さかのぼってそこに聞けばいいというお話しでしたので、そういったことをしっかり対応していくためにはどういったことが最低限必要なのか、ここをしっかりと今後議論していきたいと考えております。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

まさに今おっしゃっていただいたとおりのところでありまして、このシステム的な問題は何かというと、まずキラコンテンツを何にするかというのがあります。それで、今、迫井さんがおっしゃったように、ミニマムで非常に同意がとりやすいところでキラコンテンツとして使う。そういう意味では、先ほど申し上げた生活習慣病と老化というのはコアになります。まさに体重、血圧、脈拍活動量で十分です。

それで、問題は何かというと、大体研究者の場合は薬の場合に希少疾患だとか特殊データとの接続という話があって、今まではそれも含めて全部接続しようとしたので、システム的にはほとんど不可能な世界に入っていました。

そうすると、今やろうと思っているのは、この基本情報で悉皆性があるということは結構重要であるのと、継続性と本人確認が確実にできる。これが基本になります。このデータベースネットワークをつくった上に、個々に個別の特殊データを接続する。ここは研究者であり、お医者さんであり、そこは任せる。これはまさにエストニアでもそうなんですけれども、全部を統合するのではなくて統合するベースをまずつくる。それはキラコンテンツとして統合する。これはルールで押さえていくものと、実際に利用するところをつなぐ。あとは

研究のところを個々につないでいくという形にして、この基本情報をコアにして、データベースを開けにいくというシステムにすることができれば、そこも同意が擬制できるので、そうすると安全でかつ使いやすいシステムをつくっていく。そちらに向かって今、調整しているところでございます。以上です。

（翁理事長）

先ほど電子カルテの標準化で基金をつくるお話が5ページに書いてあったんですけども、これと迫井さんが御説明になったところというのは大いに関連すると思うのですが、この電子カルテの標準化というのは、全国規模での標準化というのを少しずつ達成していこうと考えられていると思うのですが、大体どのくらいのペースを考えて今、御議論されているのでしょうか。

（迫井厚生労働省大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当））

これは、先ほど山本審議官のほうから説明がありましたが、5ページですけども、オンライン資格確認の導入関係と電子カルテの標準化は両方同じ性質のものとしてあるのは、今から実際にどう具体的に拠出をしていくのかに当たってちゃんと仕様を設定するということになる、という点です。

それで、先ほどちょっと御説明したことをさらに延長していきますと、結局これまでは強く標準的な規格の導入を強く働きかけてこなかったというのが正直なところの反省点ではあるわけですけども、では現実的な問題として現に今、存在するものを直ちに大きく変えていくのかということ、やはりシステムでするので、一定の時期に更新を迎えるわけですから、この時期に合わせて変更するのが適切ではないか。

ですから、ここから先は、いずれこれを具体化する際に、今、例えば更新時期にあるものが何年後にどれくらいということはある程度数字としては当然洗うことになりますので、そういった実態を踏まえて、こういった額、こういった条件にすればどの程度普及していけるのかということ、タイムフレームを含めてそこはしっかり研究させていただきたいと考えております。

ですので、現時点で具体的にいついつまで何%という数字を持っているわけではございません。

（翁理事長）

14ページで指摘されていることは、いずれも非常にそのとおりだなという御指摘ばかりだと思うので、やはりこういった指摘をうまく踏まえた形で費用対効果に合った形でのネットワークを考えていただきたいと思います。基本的に

は今までも御指摘があったのですが、データ連携でどういう効果が想定されるか、から考えることが一番大事だと思います。まず、PHRで可能になる効果は、PHRの健康情報とさらにレセプトも両方活用していくことができることになっていくと、多分PHRを中心に個人の健康管理がかなりできるようになると思います。第二に、EHRについては、地域での医療情報の共有ができるようになり、患者の安全につながることを期待されます。第三に、希少疾患とか、そういう病気に対しては匿名化した情報を蓄積して研究などをしていくと医療の質の向上につながります。そういったものが基本的に、まずデータ連携のメリットだと思うので、そういったことを考えると、それらのメリットが実現するためには、こういった適切なネットワークが必要なのかということをお考えいただいて、今後さらに検討を急いでいただければというふうに思います。

（高橋教授）

きょうのこの話と若干ずれる感じはあるんですけども、医療・介護連携担当の山本審議官がおられるので、医療と介護の連携というのはほとんど進んでいないのですが、これから進んでいかないといけないし、多分進むだろうと思っているんですけども、医療のほうは今ミニマムデータセットができて、それが何らかの形で回っていくだろうということは想像にかたくないんですけども、逆に医療の人が介護でどういう情報が欲しいのかという視点から考えると、いつまで元気で、どういうふうに終わっていったらいいか、どこの施設にいつまでいたかという、その本人の履歴がぱっと見られるというのが多分医療関係者として一番興味のあるところですね。

あとは、医療関係のコンプライアンス、要はちゃんと治療を受けてくれるかどうか。この辺が本命かなと思うんですけども、元気かどうかということに関していうと、ADL的な指標が共通であって、半年に1回くらい定期的にとってあってというような履歴があると、非常に連携のところで役に立つのではないかな。

だから、そういう動きというのは本格的に動いていないんですけども、ぜひ介護の情報、医療と行き来するときの提携化というものを見据えた議論というのは今後進んでほしい。リクエストしてちょうどいい時期なので、出しておきたいと思います。

（山本厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

この後の議題でも医介連携についての話がされると思いますけれども、本日、迫井審議官のほうから御説明した内容につきましても、医療関係者だけではなくて最終的には介護事業者も一部情報を共有することができるようにするとい

う視野で考えてきたところでございます。

費用対効果に合わせるためにはどういう仕組みにしていっていいのか検討する中でいただいた御指摘についても、どういう形でそれを実現していくか検討していきたいと思っています。

(今村副会長)

PHRについてぜひ確認させていただきたいのですが、国民一人一人が本当に自分の健康に注意を払うために、生涯の健診情報を含めて確認できるのはすごく大事なことだと思うんです。

ただ、今でも自分の健康に注意している人というのは必ずしも全国民ではなくて、無関心な人もたくさんいらっしゃる中で、PHRサービスが非常に利用しやすいものであるとか、それを活用することで、こんなことができるんだということ認識できるような仕組みは、すごくそういった人たちを増やすことになると考えています。資料の20ページにPHRサービスという書き方で書かれていますが、サービスという以上は対価が多分必要になる。ということは、利用者がお金を払うという仕組みなのか。利用者は無料で自分の例えば特定健診データなどを確認することができるのかどうか。

その際に、アプリというお話がありましたが、アプリを一体誰がどのように提供するのかというのもちょっとよくわからない。例えばA保険者からB保険者に移ったときに、A保険者のデータとB保険者のデータは同じアプリで提供されるのか、それともそれぞれ別々のアプリを活用して提供するのか。

極めて現実的なお話ですが、そういうことがちょっとわからないものですから、もしわかっていれば教えていただければと思います。

(山本厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当))

今、20ページの絵で御質問されたというふうに理解しておりますけれども、ここでこれから構築しようとしている特定健診データと薬剤情報の照会・提供サービスとあるのは、オンライン資格確認の仕組みを活用して実現をしていきたいというサービスでございます。

それで、下のほうにちょっと細かい字が書いてございますように、法的な構成としてはまず御本人の同意を問診の際にとっていただいて、医療機関、薬局は本人にかわって情報を支払基金・国保中央会に照会をしていくという仕組みなんです。

(今村副会長)

この20ページはですね。

（山本厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

それで、この仕組みを動かしていくために、具体的にこのようなサービスの範囲はどこまでにすべきか。これは、ランニングコストの費用負担は誰がするのかという問題としてかかってきますので、オンライン資格確認の仕組みを使うということは、すなわち保険者の仕組みとして、保険者で負担をしていくということを前提に、どこまでのサービスならば許容されるだろうかということと議論をしているところでございます。

それで、具体的にはこれはまだ議論のさなかでございまして、先生もお入りいただいており検討会で議論されておりますので、よく御案内のことと思えますけれども、保険者であるとか医療関係者、行政が入って具体的なサービスの範囲、それからディスプレイの仕方をどうするのか、費用負担はどうなるのかなどについて引き続き検討しているところでございます。

（今村副会長）

私が20ページと言ったのは、このサービスという言葉だけに限って申し上げたので、ちょっと誤解を生じたかもしれませんが、医療機関でそのデータを見るという話ではなくて、あくまでも個人一人一人が自分で見たいときにそのデータを見ることができるといえるとき、アプリというものを活用するのであるとすると、アプリはどのように提供されて、そのサービスに対するコストはどういうふうにかえられているのか。そういうことをちょっと伺いたかったということです。

（山本厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

これについては、個人が見る手段としては、まずはマイナポータルで閲覧できるという仕組みを考えているところでございます。

（今村副会長）

特定健診のデータはですね。そうではなくて、例えば個人のデータというのはほかにもいろいろあって、先ほどの総務省のように、例えば予防接種のデータや、乳幼児健診、学校健診などが全部アプリという形でしか確認できないとなると、一人の方が一生涯いろんなデータを見るにしても、結局スマホの画面に10個アプリが出てきますというような話になるのかどうかと、その利用に対するコストはどういうふうにか発生するのか確認したいということを申し上げているんです。

(赤澤総務省大臣官房審議官)

総務省の名前が出ましたので、若干御説明をさせていただきたいと思います。

PHRサービスは、私ども総務省の資料の2ページで御説明させていただきました①と②は自治体のモデル、それから③は保険者のモデルだと思っております。それで、自治体には乳幼児の健診の結果とか健康診断の結果とかがあって、それといろいろな情報を集めてやるということになると思います。

それで、例えば3ページの前橋のデータ等をご覧いただければ、恐らくこの前橋の例で言ういろいろなデータを市町村、自治体が主体的にコントロールしつつ、アプリというものを自治体ベースで用意をしてくる。そういうものを母子に持っていただくことによって、日々確認できるというようなシステムになっているのではないかと思います。

そういう意味で申し上げれば、先生が御指摘のように、A市町村とB市町村の間のアプリをどうするんだという問題が当然出てくると思います。また、A市町村からB市町村に移ったときにどういうふうにするんだという問題も当然出てくるところでございまして、そういうところの部分というのは私どもとしても今年度そのルールの在り方みたいなものもありますので、検討していくべき課題だと考えているところでございます。

(今村副会長)

ありがとうございます。結局、課題としては先ほどの全国の医療保険情報のネットワーク化と同じで、全体としてコストも考えながら、利用者が本当に利用しやすい形のをぜひ考えていただきたいというのがお願いでございます。

(平井日本経済再生総合事務局次長)

では、どうぞ。

(武井厚生労働省健康局健康課長)

厚労省の健康課長でございます。

今村先生から御指摘があった点の中で、今後の利活用の部分をどう考えていくかということがポイントになるかなと思います。

通常、このPHRで今まで説明してきたものについては、無料のサービスでマイナポータルを1つのビューアーとしてそれぞれの健診結果などが見られるというところがございます。そのアプリや、もしくはほかのサービスなどでさらにその付加的な情報が見られるということに関しては、これは今後の検討でまだ決まっているわけではないんですけれども、民間事業者のさまざまなサービス

との接続ですとか、それから利用というのが今後考えられると思います。

そういったものについても、あわせて今年検討してまいりたいと思っておりますので、今、先生から御指摘のあった点についても今後答えられるような形で準備を進めたいと思います。

(翁理事長)

ちょっと事実関係というか、マイナポータルで特定健診とか薬剤情報を見られるようになるということですが、これは大体、経年変化で何年間ぐらいを個人は見られるようになることを想定されているのかをお伺いしたいです。また、今後の取り組みとして、この24ページで赤く囲んであるところに、その他の健診情報なども本人に電子的に提供する仕組みの検討というのがございますが、その他の健診・検診情報というのは具体的にこういったものをイメージされているのかということをお伺いしたいと思います。

(武井厚生労働省健康局健康課長)

お答え申し上げます。まず、どれぐらいの期間ということとは、これからどれぐらいデータが保存されているかということとつながってくると思うのですが、現状を申し上げます。現状は5年間ですので、5年間のデータが継続的に見られるようになります。

ただし、今、電子データで長期に保存ができますので、この健診期間につきましても今後重要な検討課題というふうに認識しております。

それから、その他のサービスでございますけれども、御指摘いただいたように、現状、特定健診、乳幼児健診などのデータがこれから見られるようになってくるわけですが、それに加えてどんなデータがその俎上にのってくるかといった御質問かと思えます。これはまだ決まっておりませんが、例えばの話で申し上げますと、健康データ等については健康増進法に基づく検診というものがございます。これは、例えば骨粗しょう症検診とか、それから歯周疾患検診など、さまざまな検診がございます。これは、クリアすべき技術的な課題や、いろいろ検討すべき事項はあるんですけれども、そうしたものが現段階では考えられるかなと思っております。

(今村副会長)

今、武井課長からお話があった骨粗しょう症検診というようなものは非常に大事なものだと思っております。自治体ごとに多分取り組みが違って、いわゆる自治体の権限でいろいろなやり方をされていると思うんですね。

それで、地元のことを申し上げて本当に恐縮なんですけど、物すごく膨大なア

ンケート結果を紙ベースでとって検診をして、骨量の骨密度の低い人については専門医療機関に照会して、治療が必要なのか、単にこれからの継続的な管理でいいのかを判断するというようなことを自治体でやっています。しかし電子化されたデータになっていないために、そのアンケート結果が全く活用されず、そして単にお一人お一人にとってはメリットのあった検診かもしれないのですが、地域全体としてはそのデータが有効に活用されていないということがありますので、先ほど例に挙げた骨粗しょう症だとか、歯周病検診だとか、そういったものは今後、物すごく高齢化の中で重要な検診になってくると思います。国の仕組みではないというのはおかしいのですが、自治体がやっておられることなので、どのようにそういったものを活用する仕組みをつくるかというのはいずれ現場としては重要だなと思っております。

（武井厚生労働省健康局健康課長）

今、今村先生から重要な御指摘をいただいたというふうに認識しております。年内にどのようなスコープでこの検診というものを考えていくかという点について、しっかりと検討を進めてまいりたいと考えております。

（翁理事長）

総務省のほうからいろいろな実証モデルについて御説明をいただいたんですけども、これは厚労省と総務省の間でどういうふうな連携をとりながら、こういったことの課題を共有しておられるのかということについて、教えていただければと思います。

（赤澤総務省大臣官房審議官）

私どもの実証の関係は、当然厚生労働省さんのほうに御説明させていただいておりますし、この件に限らず、私どもがいろいろやっているものにつきましては、厚生労働省さんにもオブザーバーとして入っていただいているいろいろ御議論いただいている経緯がございますので、先ほど31年度の検討事項についても御紹介させていただきましたが、私どもとしてはオブザーバーみたいな形かどうかわかりませんが、ぜひ厚生労働省さんと十分連携させていただいて、お互いの情報共有を進めながら進めさせていただきたいと考えているところでございます。

（翁理事長）

あとは、経済産業省のほうで随分この民間投資、ヘルスケアIT投資が米・欧・中・日とすごく違いがあるんですけれども、このあたりはどういうふうにこの

背景を整理されているのでしょうか。

（経済産業省）

江崎が公務のために退席しましたので、代理でお答えします。

このあたりの背景という意味で申し上げますと、例えばアメリカに関して申し上げますれば、そもそも日本と医療制度の根幹が全く違うというところがございませう。アメリカが大きく突出しているというのはご覧のとおりなんですけれども、日本とは全く違って、保険制度も民間で導入されているということもありまして、そういったところは冷静にというか、日本と違うところとして捉えなければならぬなと思っている部分はあります。

逆に、日本は厚生労働省さんの施策の中でしっかりと医療サービスというものは全国的に展開されています。一方、特にヨーロッパとか中国は医療アクセスに関して問題があり、そういったところで新たなサービスというのはどんどん出てきているんですけれども、そういったところは日本とは少し異なるのかなと思っています。

まとめて申し上げますと、アメリカでもヨーロッパでも中国でも現実的な医療のニーズといいますか、課題に応じたサービスというものが幾つか出てきているというような形になっております。日本に関しても、今後はやはり生活習慣病への対応であったりとか、認知症への対応であったりとか、そういったところで患者の日常生活であったり、そういったところのデータをいかに活用していくかということが重要になってくる。そういったところには、まだIT分野への投資というものが拡大する余地はあるかと考えているところです。

（平井日本経済再生総合事務局次長）

よろしいでしょうか。それでは、続けて次の議題に移りたいと思います。次の議題は、「介護現場におけるICT化、書類削減など業務効率化に向けた取組」についてというトピックスでございます。それでは、本件につきまして厚生労働省から御説明をお願いしたいと思います。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

厚生労働省大臣官房審議官の諏訪園でございます。どうぞよろしく申し上げます。

お手元の資料4でございますけれども、おめくりいただきまして1ページ、足元もさることながら2040年を展望してどうして考えていくかというときに、幾つかの柱立てがあると思っています。一億総活躍ということで、高齢者、若者、女性、障害者、誰もが活躍できる社会を目指すということ、それからイノ

ベーションのフル活用、それから社会保障を社会保障としてだけ捉えるのではなくて農福連携、あるいは金融サービス、高齢者向けの金融サービス、住宅など、関係の政府の施策とも連携を図りながら、そこに新しい一手を見出していくというのがございます。

下の棒グラフにありますように、医療福祉のために必要な需要ベースでの人材が、全体の人口が減っていく中でむしろ増えていく。こういうため、多様な就労社会参加や健康寿命の延伸とともに、きょう御説明する医療福祉サービス分野での生産性向上のための改革が必要だという認識でございます。

具体的な話に徐々に入ってまいります、2ページ目ですけれども、そうした中で「医療・福祉サービス改革プラン」というものを今年の夏に策定したいということで、2040年の生産性向上に向けた目標や、2025年度までの工程表をつくっていきたい。特に、大きく分ければ4つの改革を行ってまいりたいと考えております。

1つ目がロボット・AI・ICT等、そして今、御議論があったデータヘルスの改革。

それから、2番目としてタスクシフティング、シニア人材の活用推進ということで、医師から看護師、看護師から看護助手、あるいは事務職へ仕事、タスクをシフトさせる、あるいは元気な高齢者を現場で活用できる道を開く。

それから、やはりトップの意識改革という意味での組織のマネジメント改革。さまざまなガイドライン等々をお示ししながら、優良事例もお示しして気づきを促していく。

それから、経営の大規模共同化ということで、この後の次世代の協議会でも議題になるかと思いますが、そうした医療機関、あるいは社会福祉法人についても経営の大規模化、あるいはその一歩手前なのかもしれませんが、協働化というものを促していく。大きく分ければ、この4つの柱を立てて施策を今、整理しているところでございます。

具体的な例として、1番目の例、「人と先端技術が共生し、一人ひとりの生き方を共に支える次世代ケアの実現」ということで、これは2040年の理想的な姿をいわば描いて議論していただいて、そこからバックキャストしてどういうアプローチが必要なのか、そしてそのために必要な中長期を目指した技術開発はどの辺に行うべきなのか、あるいはそういうものを考えるときに政府部門、政府なのか、あるいは研究開発を推進するための独法なのか。そうした研究開発投資の戦略を練るインテリジェンス機能、技術におけるインテリジェンス機能というものを充実させる必要があるんじゃないかといった議論をしていただきました。

そうしたものを踏まえて今後施策を打っていきたいと考えておりまして、今

の話は4ページ目に少し具体的な報告書を書いてございます。左上の隅、ここがデフォルトの問題意識であり、典型的には担い手不足である。こういったものが今後どうやって解決すべきなのかということであり、単に人とロボットを置きかえていくというだけにとどまらずに、人と技術を共生させてその人なりの価値を届け合うことができるようなことができないか。

例えば、介護ロボットという概念も、生活を支援するのか、介助をするのかというのがありますが、仮に生活支援することができればヘルパーの仕事は間接介助はなくなって、直接の身体介助だけになってくるということがあり、実際、現実にも今、家庭にお掃除ロボットや片づけロボット、あるいは遠隔操作で調理や洗濯をするロボットというのが開発されているんだという報道がございます。そうしたものが家庭にもし入ってくることを前提に、その時点での医療や介護というのを考えると大分違ってくるんじゃないか。

そういった議論をして、例えばテクノロジーを前提とするとインクルージョンやダイバーシティというものすらまた違う形になるんじゃないかというのをさまざま議論していただき、後で御紹介するような新技術の研究開発の方向性も御提示いただいたところでございます。

今後は6ページにございますように、こうしたメンバーで御議論いただいたわけですが、必要に応じて研究班を立ち上げて、実際に研究開発を進める前に戦略的な議論を少ししておくということと、それからしっかりした予算要求をして、こうした研究開発が取り組めるように経済産業省とも連携しながら進めていきたいということを考えております。

また、CSTIや内閣府でもさまざまな大規模な研究開発が取り組まれているので、そうしたところとも連携を図っていきたい。

また、社会実装を進める際には、政府内の他プロジェクトの連携も視野に入れながら、今後そうした大きな枠組みのもとで取り組みをしていきたいということ考えているところでございます。

7ページ目以降は、そうした議論をした3つのカテゴリーにおける理想的な姿と、それを実現するための方向性や、どんなものを開発することがそのとき期待されるのかといったものをまとめておりますが、時間の都合で御紹介は省略したいと思っております。

10ページ目以降はむしろ少し違いまして、2018年の成長戦略でも御指摘いただいたさまざまな分野の取り組みがどう進んでいるのか、あるいはどう進めてきて、今後どうしていこうかということについて御紹介できればと思っております。

まずこの分野でございますが、11ページで、30年度予算で介護事業所における生産性の向上のための普及啓発事業という予算を計上しまして、生産性向上のガイドラインの作成等を行っていくということを目標としたわけでございます。

す。生産性向上のために、横展開をするためにガイドラインをつくっていく。そして、それを団体で共有してもらおう。

それをさらに横展開をしてもらうということでございまして、12ページ目にございますように、これはことしの3月に施設や在宅サービスについての生産性向上のガイドラインを策定いたしまして、関係団体とも共有を図ったところでございます。実際に、業務改善をどういふステップでやっていくのか。その解決のステップをなるべくわかりやすく、実際の福祉現場、中小企業のようなサイズの規模の事業所も多うございますので、そういった方たちの心に届くようなわかりやすいものを心がけて見える化ツールなどもつくる。

具体的には、13ページにあるような7つのカテゴリーについてそれぞれどんなことをすればいいのか。まず、業務を見える化し、何が必要で無理、無駄、ムラがないのか。その中で、それぞれの職員の役割がミスマッチや、かぶったり、業務全体に無駄がないかといったことを見直していただき、その上で、では手順と役割を議論して整理していただくといったわかりやすい取り組みを示したつもりでございます。

15ページ以降は、在宅サービス向けに同様につくったガイドラインでございます。概要は省略させていただきます。

17ページでございます。こうしたガイドラインづくりと並行しまして、こうしたガイドラインを政府と団体トップだけで共有するというよりは、もう少し大きな構えで、全体で共有できないかという問題意識で「介護現場革新会議」というものを立ち上げまして、ここに掲げておりますような関係の団体に参加いただきました。

そして、基本方針として3つのカテゴリーで整理しております。

まず、「人手不足の時代に対応したマネジメントモデルの構築」ということで、業務の洗い出し、ベッドメイキングとか、食事の配膳とか、特に施設系はホテルと同様の仕事がある。こういった周辺業務については、例えば介護助手ということで参加いただいているような元気高齢者の活躍、あるいはシニアボランティアという方たちに担っていただくべき行事があるんじゃないか。そうすると、介護専門職が担うべき業務に重点化できるんじゃないかというのがまず1つです。

それから、「ロボット・センサー、ICTの活用」、特に時間がかかっているのはケア記録を手入力する。手作業で書くというのが、音声入力ができるとかなり楽になるという調査も多々出ておりますので、そうしたものを踏まえたケア記録のための音声入力システムや、あるいは見守りセンサーが入ると夜勤が軽減できるということで、見守りセンサーの導入といったものが有効であることをお示ししております。

また、「介護業界のイメージ改善と人材確保・定着促進」のための各種の取り組みについても取りまとめたところがございます。

18ページでございますけれども、こうした生産性向上推進事業を本格展開するための予算を計上してございまして、まずはこの生産性向上ガイドラインを普及していく。それから、それを普及したところで実際アウトカムがどうだったかを測定する。それを踏まえて、さらに生産性向上ラインをバージョンアップするというPDCAサイクルを同時に内包させて、こうした現場での実践の取り組みを支援していきたいというふうに考えています。

また、先ほどの介護現場革新会議においても、団体と自治体とで幾つかパイロット事業を進めていこうという話がございまして。普通の横展開と同様ではありませんけれども、象徴的なものとしてそうしたものも取り組むことによって、目に見える形で業界関係者に生産性向上の取り組みについてもっと目を向けてもらう。ここが大事なところかと思っております。

19ページからが「ロボット・センサー、AI技術等の開発・導入」というところでございます。

20ページに未来投資戦略、昨年の閣議決定を掲げさせていただいております。

これを踏まえて取り組みましたものが、21ページ以降でございます。

まず、介護ロボットの開発支援につきましては経産省と連携をしております。民間企業・研究機関等のサイドの機器の開発支援は経産省中心に。そうしたものを開発するに当たって、その開発の早い段階からニーズを伝えたり、あるいは試作機器について実証するといったことは厚労省中心に取り組むことで連携をしていくことでございます。

先ほどの成長戦略にありましたように、赤枠の装着、トイレ誘導等々の新しい開発重点分野を策定して、これを29年10月に改訂して追加したので、今これを中心に開発支援を行っているところでございます。

また、全体として22ページにありますように「介護ロボット開発等加速化事業」と、先ほどニーズとシーズをつなげるということで緑にペーストしてありますが、ニーズ・シーズ連携協調のための協議会というのを50カ所全国に設置いたしまして、介護現場での声を拾う、あるいはベンチャーの考え方を伝える。そういった役割を今、立ち上げたところですが、これをもっと強化していきたいと考えています。

それから、福祉用具・介護ロボットの实用化支援も行いますし、介護技術開発支援モデル事業を行う中で、厚労省としても先ほど言いましたように主として右側の「モニター調査」「効果的な介護ロボットを活用した介護方法の開発」といったことを中心に取り組んでいきたいということでございます。

それから、23ページに同じく「地域医療介護総合確保基金を活用した介護口

ボットの導入支援」ということで、この活用を図り、1機器当たりの上限額も増額した上で介護ロボットの導入を支援しているところでございます。

それから、24ページ目が「介護分野におけるICT化の推進」でございます。これも未来投資戦略、昨年のもを踏まえた現在の取り組みを御報告させていただきたいと思っております。

まず「介護現場におけるICTを活用した情報連携に関する調査研究」、これは平成30年度に実施しました。介護事業所の業務効率化を図るためにICTということでございますが、ベンダーの介護ソフトが違うという介護事業所間でデータのフォーマットが不統一であることから、円滑な情報連携が行えない。特に、ケアマネジャーのところとヘルパーのステーションとの間でベンダーが違ってソフトの連携ができないと、ファックスでケアプランを送り合うという現状にあるのが大半でございます。

これを直していくためのまず第一歩として、このフォーマットを統一するための実証研究を実施して標準仕様を作成したところでございます。このイメージ図にございますように、ケアプランは省令で定めた規則があって、これを入力する際にさまざま打ち込むわけですが、男性、男、女、あるいは1と2、あるいはメール、フィメールのMとFといったようなところが違えば、なかなかうまく分析もおぼつかないようなところがあって、そういったところから共通化を図っていく。これを、今年度は後ほど御説明する基金による導入支援事業などを活用しながら普及展開をしていきたいということでございます。これをやると、ケアプランをデータでやりとりができるようになってくるということでございます。

それから、27ページでございます。先ほど高橋委員から御質問がございました話に関連するものでございますが、では医療・介護連携はどうするのかということでございます。この医療・介護連携のデータの標準化を図っていくために、まずどういうところからやっていくのかということで、30年は総務省の事業をやっていただいて、そこに我々が参画する形で作業を開始したところでございます。

まず第一歩として、厚労省が様式を定めている「入院時情報提供書」及び「退院・退所時情報記録書」について標準仕様案を作成して、医療機関とケアマネ事業所とのICTを用いた情報連携の実証を実施しております。これにより、医療機関との情報連携にかかるケアマネジャーの負担が削減されるといったメリットなどが検証されました。

なお、現在はケアマネジャーが病院に紙の様式を持参したり、事業所の業務システムと同じ情報を医療・介護連携システムに再入力するという作業が発生しておりますし、初めて行った病院で、そもそも何で来たんですかというよう

なことが始まることもなくはないという中で、今こういう形でまず第一歩、標準化を進めているという実証事業を30年は総務省にやっていただきながら、それを協働でやっていました。

それで、28ページでございますが、次のステップとして「介護事業所におけるICTを通じた情報連携推進事業」でございます。この実証事業を踏まえまして、次は31年度、真ん中の「事業内容」の最後の3行ですが、31年度には医療・介護連携に必要な情報について一定の標準仕様を作成するとともに、介護事業所に求められるセキュリティー基準の作成を行う。先ほどの実証事業をもとに、一定の標準仕様の作成を行っていきたい。

それから、介護事業所に医療情報が提供されるわけですので、誰でも扱っていいというわけではございませんので、医療情報のセキュリティーに関してのガイドラインを介護事業所でコンプライアンスとして保てるのかといった分析を行って、必要なセキュリティー基準の作成も行っていくといったことに取り組んでまいりたいと考えております。

そして、29ページでございますが、先ほど申し上げました新しく行った標準化の取り組み、この標準化をするソフトですね。そういうソフトであるということをもまず前提とし、かつこの真ん中に【要件】が書いてございますが、介護ソフトが単にケア記録だけをつくるとか、あるいは介護報酬だけができるのではなくて、介護記録を作成し、それが事業所内で情報共有され、そして介護報酬請求書が自動的に流れていくソフトであるということですね。それから、先ほど申し上げました標準仕様に準じたものを取り入れてあって、ケアマネ事業所など、他との事業所との連携ができるもの、こういうものについて助成していきたいということでございます。

最後に、文書量の削減の取り組みでございます。これについても、御指摘もあり、さまざま取り組んでまいりましたが、ちょっと立ち返って文書の現状をまず最初に御説明したいと思っております。

まず、行政が求める文書と、事業所がみずから作成・保管する文書と分けられるかと思っております。行政が求める文書は、まず最初に介護サービス事業所を開きますということで指定を受けたいときに指定申請の関連文書、これは新しくつくるとき、あるいは6年ごとの更新時とか、業務内容等に変更があったときに提出をいただく。

それから、毎月の介護報酬の請求をするときの文書、これは毎月の請求をするときと、それからそういう加算を取得するための要件が合致している確認のために、必要な人員配置や機材を持っているのであるということを証明する添付書類を出す。つまり、それで新規に加算の請求ができる事業所であるということを説明する年1回ないしの新規の請求と、それを変更したとき、それか

ら毎月の請求というものでございます。

それから、数年に1回でございますが、事業所に対する指導監査を行うときに事前に用意してほしいもの、あるいは当日に提出を求められる文書と、こういったものがございます。

それから、日々作成するものとしてはケア記録ということで、まさに介護職員がケアの記録を入力するという問題、これは先ほど少し御紹介しましたが、音声入力など、あるいはiPadでのタッチ入力などが有効だということをあらゆる機会を捉えて伝えるし、基金での助成も行っていくということでございます。

青いほうですけれども、これにつきましてもう少しお時間をいただければと思うのですが、指定関連申請文書は実は昨年もう既に取り組みを開始しておりまして、省令を6月に改正して昨年の10月に施行をし、幾つかの項目の省力化を図っています。

報酬請求関連文書ですが、昨年の老健事業で見直しをしたところでございますが、毎月の提出というのは国保連合会を通じて全国共通の電子化で請求しておりますので、そこは余り問題なくて、むしろ先ほど申し上げた新規に加算取得するような添付書類が自治体でもまちまちであったり、負担感も厚労省の求めが大きいというものもあって、今はそういうものをどう見直すかという問題意識になっております。

それから、指導監査の関連文書も昨年の老健事業で実施して、後で御紹介しますが、一定の見直しを図って、少し自治体事務の標準化を図っていきたいということを考えております。

それで、具体的なところでございますが、33ページが既に行った「指定申請に関する文書削減の改正」の内容でございます。赤枠を、削減してよしということにしたものでございます。

それから、34ページが「実地指導における文書量の削減」でございます。実地指導において確認する作業の項目として、標準項目を新しく提示しようというものでございます。これは、その青枠の右側に点線で書いてあるんですが、実は制度発足当時に主眼事項及び着眼点というマニュアル、監督指針みたいなものを出しておりました。それで、それが昨今の地方分権の流れでどうかということで18年に廃止したわけですが、逆に自治体のほうでそれを具体化、詳細化をして、さらに進んでいってしまった面があるということで、やめてしまったのを今回改めて再提示しよう。

ただし、その際には確認項目数は制度発足当初と比べても半減させるという考え方のもとで再整理して、これだけを標準的な確認項目としてはどうですかということ自治体に示したいということでございます。

それから、国民起点PTという自民党のプロジェクトチームが先ほどの紙と同

じく4月15日、先週月曜日に発表した資料がございますけれども、さらなる改善をどう進めていくか。電子化などを進めるときにも同様な話がございますが、自治事務であるがゆえに様式、書式を国が統一することがなかなか困難であるという実態がございます。ですから、介護保険の分野についても同様なんですけれども、そこは今度社会保障審議会の介護保険部会のもとにこのワーキンググループを立ち上げまして、地方団体、それに事業者、あるいは我々も入って、有識者にも入っていただいて統一・効率化、あるいは標準化、さらには統一化できるものは統一化するといった議論を、みんなで共同の中で共同参画してやっていってはどうか。国から命令もできないですし、かといって地方の現場でもやはり事務を共通化させたほうが楽じゃないかという危惧があるのも事実で、いろいろな電子化の妨げになってはいないかという危惧も実際にはある。

ただ、事業所が言うほど、何でも簡素化すればいいというわけにもいかないという思いもある。そうであれば、みんなで一緒に議論をして取りまとめていってはどうかということで、2019年度以降、今年度はこれをワーキングで検討して、できれば年内目途に一定の取りまとめ、方向性を出して行って、介護現場での業務の効率化、負担のために資する見直しをしていきたいということでございます。

ちょっと長くなりましたが、以上でございます。

(平井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、この御説明を踏まえて御意見、御質問をお願いしたいと思います。高橋先生からお願いします。

(高橋教授)

必要なことはほぼ全て書かれているけれども、これが本当に、介護の分野で実現できるかどうかということが疑問です。医療は先端機器を使って変わるぞという雰囲気が業界全体で強くて、人工知能を何とかやらないとうちの病院も困るんじゃないかというような話があるんですけれども、介護のほうになると、この先端機器を取り入れた一部の非常に限られた施設で熱心にやっているけれども、全体的にいうと医療に比べて非常に低いという感じがしております。

それで、このガイドラインを示して、どういう形で生産性の向上を上げていくかという13ページ目でしょうか。「業務改善の取組」という形で手順が書いてあるのですが、これに近いもので私がぱっと思いつくのが、ICFを入れて、PDCAサイクルを回して、それで介護の割を変えようというようなことを14～15年前にやったと思うんですけれども、何となくこれを思い出しながら聞い

ていて、現場は空回りしてなかなか変わらなかった。

それで、一応自立支援的な形で、やってあげる介護からやってもらう介護へと、言葉はああ言ったけれども、実質見ていて、昔と介護のやり方はそんなに変わっていないなという感じを受けたということなんです。

それで、実際にここの13ページに示されたような手順ということが、教育課程においてなかなか浸透してなくて、いきなりこういう形で自発的という形になると、それだけではなかなか変わらないなという感じがします。そうすると、実際にこれと連動して変わるときに、制度的に例えばこの間、介護報酬でセンサーを入れたときに0.1人分、人員換算できたのが、こういうものを拡大していくとか、制度面と両方でリンクして進めていくということが1つです。

あとは、こういう取り組みが進んでいくときに、インストラクターをどういうような形で育てて、それでフォローアップ体制をどういう形にしておくかというのは非常に重要だなと、これは介護の現場は人がいないので何とかしないといけないと、介護の思いは強いんですけれども、仕事のやり方を変えるということに関しては物すごく抵抗感が強いという感じがありますので、感想的な話にはなりませんけれども、まず1つ目としてこういうものを進めつつ、介護報酬とか、それからいろいろな制度を変えていくというようなところでこういうものを誘導していく形でぜひ進んでいただきたいというのが1点目の私の希望というか、聞かせていただいたときの印象であります。

それで、13ページでありますけれども、具体的にこういうものを進める計画というのは進んでいるんですか。こういう講習会をやって、それで施設系の人たちにこういうものを勉強していただくというのは。

(諏訪園厚生労働省大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当))

3月に関係団体に集まっていたいて、このガイドラインの策定をみんなで確認して、これから各団体はそれを展開していくという状況でございます。

それから、先ほどの基金事業でも、このガイドラインを活用した取り組みをしたい場合には、基金からコンサル費用の一部を助成するといった措置も講じてございますので、今は都道府県にそのメニューの採択を呼びかけているといったところでございます。

今後、まだ具体的に何月に何をというところまでいっておりませんが、このつくった手引をそういう基金事業とか、先ほどのパイロット事業だけではなくて普通に使ってもらえるようにどうやって取り組んでいくかというのは大きな課題だと思っています。

おっしゃるとおり、つくったけれども活用されず終わりになったらばかばかしいので、そこをどうしていくのかというのが大きな課題だと思います。

（高橋教授）

これもICFと違ってこれをやらないと、本当に人手不足でどんどんユニットが閉まっていくとかという事態になりかねないので、これはさっき言った介護報酬なども絡めてかなりイニシアチブを持って進めていかないといけないという形で、ぜひそういうふうをお願いしたいと思います。

第2点目ですけれども、ロボットとか機器を入れた場合、施設に行ってお話を聞いた場合に責任がどうなるんだという話が必ず出てきて、事故が起きた場合にセンサーを入れていて、それで見落とす場合もありますし、それから自立支援の機器を入れて事故が起きるようなときもある。そういうとき、まずは法整備的なものがどういうふうに進んでいるか。それから、現場に対してどういうふうな説明をしながらこういうものの機器導入というのが今、進んでいるのかということをお聞かせいただければと思います。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

ここで、介護現場で使われる機器と、医療現場での機器は大きく違っているということがまず大前提にあるというのは、皆様御承知のとおりでございます。医療機器につきましては、申請承認プロセスがございます。

一方で、介護で使われる機器については、そういったものではございません。いわば、自宅での介助機器はある種、家電製品と同じです。それは施設でも同じでございます。ですから、いわば製造物責任の法体系で規律されるものですし、消費生活用品ということで重大な事故が発生したら消費者庁に届け出るといった、消費生活用製品安全法でしたでしょうか。そういったもので規律される物品、製造物であるということがございます。

（高橋教授）

センサーもそうなんですか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

センサーも消費者向けの機器であり、あるいはその製造物と考えられますので、製造物責任法の体系にある要件に合致する場合には、なり得るという理解でございます。現状は、そういうことでございます。

それを前提にして、今、介護の現場ではAIとかICTの機器であろうが、普通の車椅子であろうが、事故が起こったらまず市町村にきちんと報告をする。それで、損害についてどういうことがあったか、きちんと報告するし、また、あらかじめ中でちゃんと委員会を立てて、そもそも事故が起こったときにどうす

るかという手順も決めなければいけませんし、そういう報告、あるいは家族への説明もしていく。

それから、損害保険に加入していただくことを勧めており、医療現場でも、医療過誤訴訟の保険がかなり普及していると聞いておりますが、介護現場でも90%以上の事業所が損害保険に加入しているんだというデータを最近ちょっと見た記憶がございます。

（高橋教授）

わかりました。

それからもう一点、26ページ、27ページで情報のフォーマットの話なんですけれども、介護の場合に先ほどもちょっとお話しいたしましたが、時系列的にどう変わったかという話が非常に重要で、これを見ていると単発の情報が見られるというイメージなんですけれども、これは横に時系列的に並ぶというイメージの図と見ていいのか、もう少し先の話になりそうなのか、どういう感じでしょうか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

まずは先ほども議論がございましたが、なるべく現場において負担とならない、どちらも、みんなが使えるミニマムセットからというような話がございます。恐らくそういうこともあって、まずは入退院時の記録書というものについて、医療・介護の連携事業として第一歩を踏み出したところでございます。

それで、その先、先生がおっしゃるようにならざる過去の介護のケア記録までつなげるのか。

（高橋教授）

記録まで要らないんですけれども、さっき言ったADLとか、それからどこにいたかとか、場合によってはどういう薬を飲んでいたかとか、ある情報に関しては時系列的なものが非常に重要になってくるし、それがすぐ必要になってくると思うんですけれども、それはあらかじめ少しスコープに入れておくべきじゃないかなということでお話ししたんです。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

全く、重要な御指摘だと思っています。その辺、どこまでをスコープに入れるかというのは、今年度、医療・介護の連携すべき情報項目は何だろうということを検討してまいりたいと思っております、その中でその範囲は考えていきたい。

ただ、同時に今、科学的介護ということで、御承知のようにVISITをもう既に展開して、リハビリ情報はそういう形で今、展開ができております。

それから、CHASEを導入しますと状態像とか、どういう介入をしたのかといった項目についても、事業所の中ではまずできるといった土台もできてまいります。

そういったものを踏まえながら、今後、先ほど先生御指摘のようなものまで含めてやっていくのかどうか、あるいはその手順としてどう考えるのかといったあたりを検討していきたいということでございます。

（高橋教授）

VISITとの関係がどうかという話をまさにしようと思っていたので、もうちょっとそういうような動いているものも組み込んで時系列でどうなるかというところで、私はVISITというのは非常にいいシステムだと思うので、あれをもっとみんなが普及して使えるような形になって、こういう標準のところに入っていきような流れができるのが理想的かなと思っているので、ぜひ時系列というのをキーワードにしていきたいと思います。

（翁理事長）

介護分野についてもいろいろ取り組まれているということはお伺いしたんですが、やはり取り組みの進捗スピードが非常に遅いんじゃないか。介護の非常に危機的な状況を考えますと、本当にいろいろなことをスピードアップしてやっていただかないと、ということをやまず印象として持ちました。

特に業務効率化とか、そういったところ、小規模のところも含めて広げていくには、やはりある程度、強力な仕組みとか、インセンティブとか、そういったものを考えていくことが必要ではないかと思えますし、特に生産性向上のところも、もっとIT化を活用したガイドラインにしたほうがいいんじゃないかと思えます。

テクノロジーの活用というのは、例えば13ページの絵のところでもありますけれども、「手順書の作成」とか、それから「OJTの仕組みづくり」というところとか「情報共有の工夫」というところも、これから介護現場には外国人の方が職場に入ってくるということのことを考えると、相当テクノロジー、ITを活用して情報共有したり、手順書についての申し送りをしたりとか、全体としてIT化をもっと進めていかないと現場が回らないんじゃないかというような印象も受けます。

そういう意味で、きょうのところでは外国人のことが一つも出てこなかったんですけども、外国人の方がもう現場に入っていて、もちろん日本語の教育

もされていますが、そういったことを考えると本当にIT化を急ぐというのは非常に重要なテーマではないかと思えます。

コメントばかりなんですけれども、あとはやはりロボット、センサーのところに关しまして、ニーズ、シーズ検討会というのは、以前からありますが、よりエビデンスをとっていくということについて、エビデンスの蓄積ということについて、より早急にやって広げていくということに御注力いただきたいと思えます。

それから、文書量の削減につきましても取り組んでおられるということで、かなりいろいろな取り組みを御紹介いただいたんですが、ここも同時にペーパーレス化ということも非常に重要だと思えます。これから地方自治体の方も入れて会議をスタートするというございますけれども、恐らく負担軽減については問題共有もできていると思えますので、一気にここもペーパーレス化、IT化を進めていただくということで、全体として本当にスピードアップをしていただきたいというのが私からのお願いです。

それと、1つ質問なんですけど、この介護助手というので元気な高齢者を活用するということは非常にいいことだと思うんですが、これは特に何も規制とかはないんですよね。もう既に食事とか、配膳とか、ケア記録とか書いてございますけれども、ここはすぐにでも高齢者の方に働いていただけるというふうに考えてよろしいということなんでしょうか。

(諏訪園厚生労働省大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当))

では、まず最初に狭い意味での御質問についてからお答えしていきたいと思えます。

介護助手というのは三重県の老健施設、今の全国老人健施設協会の会長の取り組みなんですけれども、まず現場に来てくださいと、特に元気な高齢者の方に社会貢献していただだけませんかということでスタートをした基金事業で、今は基金と関係なくやっております。

それで、まず集まってきた高齢者を事業所とマッチングして、その場で決めていただいて、その日からでも顔を出していただいて、来ていただく高齢者で例えば仮に私のような無資格な者が運転とか、あるいは洗濯の手伝いとかができるのであれば、そういうのをやってくださいということです。

それから、中には福祉現場で働いた経験のある方がいて、この人たちは少しとろみをつけるとか、食事の準備を手伝ってくださいとか、その人のスキルに応じてやることはいっぱいある。それこそトイレの掃除であり、シーツを整えてベッドメイキングするみたいな仕事もいっぱいあります。ですから、何の経験もない人でもできる仕事はいっぱいあるので、事前に研修をするのではなく

てOJTでやっていく。そういうことで、即座に働いていただくということで取り組んでいる仕組みで、今、徐々に全国に広がりつつあり、それを我々も後押ししていきたいということでございます。

それから、スピードアップすべきというさまざまな点については耳の痛い御指摘でございます。我々も今年度はいわば実践の段階に入りました。去年はいろいろな御指摘を受けて、ではどう進めるのかということで予算をもらって少しつくるものをつくってみたり、今度はそれを普及展開していく段階でございます。先ほどのもっとITを活用したガイドラインにすべきではないかというのは御指摘のとおりです。

そういう意味では、ことしのガイドラインの普及事業のときには、モデル事業所にはそこでアウトカムを測定してもらおう。その結果、さらにどういうガイドラインにすればいいのか。ガイドライン自体もバージョンアップしていきたいということでございます。そういう中でICTの機器でもっとうまい使い方がある事例があれば、それを織り込んでバージョンアップしたものにして、徐々にそれを広げていくという取り組みをしたいと思っています。

それから、今回は今年の成長戦略に基づいて御説明をという頭でおりましたので、外国人人材の話は資料に入れておりませんでした。報道でございましたように、最初にフィリピンで介護分野の試験も始まってございます。秋以降、そういった方たちも入ってくるのではないかとというふうに期待しているところでございまして、当初はほかの国に行っちゃうから来ないんじゃないかというような報道もございましたが、とりあえず最近の報道だと非常に期待感も強く、志望する方がおられるということで安堵している状況でございますが、今後の受け入れというのは、そこでトラブルがないように厚労省としてもしっかり取り組んでいきたいと思っています。

それから、ロボット、センサーはエビデンスをもって普及するよというということで、これは今年の成長戦略でもその技術革新の評価に必要なデータの種類等々についての検証ルールを整備したり、あるいはそういったエビデンスをもとに次期以降の介護報酬改定等々の評価につなげるというような御指摘をいただいております。ことしは中間年で今、報告すべきものがなかったので該当する資料を出してございませんが、そこは我々も重々認識しております。次期改定においてもう少し技術導入にフレンドリーな介護報酬にできないかということは中で議論しているところでございます。

(今村副会長)

ちょっと教えていただきたいことがあります。今ずっとお話があった介護ロボットの話で23ページです。ロボットと一言で言いますけれども、全然種類が

違うものが全体としてロボットと言われている、介護者を支援するような装着型のパワーアシストがあれば、被介護者、要介護者そのものを支援するもの、それからセンサーみたいなものとありますが、下にある1,037件の実績というのはこのロボットの実績という理解でよろしいのでしょうか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

済みません。ちょっとわからないので、後ほど事務局を通じてお返ししたいと思います。

（今村副会長）

本当はそれぞれのロボットがどの程度、負担の軽減や効率化につながっているかという、いわゆるエビデンスに基づいた検証は多分必要だけれども、それは今やっておられるというお話なのですが、全体として何件ということにはわかったとしても、それぞれのパワーアシストが何件、歩行アシストが何台、見守りセンサーが何件納入されているかというような個別のデータというのはどこかに示されているんですか。

これは、地域医療介護総合確保基金を活用して支援するということになっていて、毎年、地域医療介護総合確保基金がどのようにそれぞれの県で使われているかというような数値のデータは出てくるし、人材の養成だとか、建物だとか、分類は出てくるんですけども、細かく何にどう使われているかというのはよくわからない。こういうものを検証している場所というのはあるんですか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

まず、個々の台数についてどのようなものを把握しているのか、ちょっと今、手元に資料がございませんので、戻って確認してわかる限り御回答したいと思います。

（今村副会長）

私も直接、介護している人間ではないので、何がどの程度有効かということまではわからないのですが、恐らくどのロボットも現場には役立つものだというふうに思います。ただ、もし先ほどお話ししたように、全国で1,037しか使われていないというほとんど利用されていないのと同じなのかなということで、介護現場を変えるのであれば、こういうものが爆発的に使われても本来いいのではないかと。

そうすると、右側の事業の流れを見ると、施設側が導入計画をつくって、申請をして都道府県が認めて、厚労省が最終的に認めるんでしょうけれども、国

3分の1、都道府県3分の1で基金が出てくるということでサービス提供につながるということですが、何がネックになってこれが爆発的に現場に広がらないのかというのが私は素人なりにわからないんです。

要するに、都道府県の予算がないから3分の1使えないというか、出せないという話なのか、それとも基金の分配の仕方が、制限が非常に強くて、本来は現場としては使いたいんだけども、なかなかそこに予算がついてこないという話なのか。何がネックなのかというのを知りたいなと思って伺っておりますが、そういうのはわかるんでしょうか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

何がネックかというのは、なかなか難しい御質問かなと思っております、もっと広がったほうがいいということであるわけですが、確かに都道府県としては自己負担3分の1がございますので、36都道府県という全自治体数に照らしてみると消極的なところもある。

我々としては都道府県にこうして新しいメニューを追加するたびに、ぜひ都道府県にそれを取り入れてほしいというお願いをしているんですが、どうしても新しいものをお示しして全都道府県に浸透していくのにちょっと時間がかかるところがあるというのはおっしゃるとおりだと思います。

（平井日本経済再生総合事務局次長）

同様の質問ですけれども、KPIでは相当の乖離が出てきちゃっていますけれども、経産省さんのコメントはどうでしょうか。

（石井経済産業省製造産業局産業機械課ロボット政策室長）

経済産業省ロボット政策室長の石井です。

経済産業省では、先ほど諏訪園審議官から御説明いただきましたように、介護ロボットの開発のフェーズを支援させていただいています。21ページですけれども、厚生労働省と一緒にしまして開発の重点分野を定めまして、その重点分野に該当する機器について、メーカーに対して一部補助をするという形で支援をしております。

我々も、当然、介護現場でしっかり使われるような介護ロボットの開発に向けて支援していく必要がございますが、やはりまだロボットということで現場の方々に使っていただく上で認知されていない部分があったり、ニーズを必ずしも反映できていないところがあるというのが実態だと思っております。

ちょうど今年3月13日に厚生労働省と連携しまして、介護ロボットの活用に向けた人材育成に関するシンポジウムを開催させていただきました。先ほど高

橋先生から御指摘いただいた内容に関係してきますが、平成30年度に介護福祉士養成課程の新カリキュラムが改定されて、カリキュラムの中に、介護ロボットを含めて福祉用具を活用する意義やその目的の理解という点が入りまして、それを受けて31年度から順次このカリキュラムが施行されていくということになっています。

ですので、介護の教育現場における教材としても、介護ロボットが今、着目されているという状況です。介護福祉士の方が介護現場に入る前に、実際に介護ロボットを使っていただく場をあらかじめこういう形で設けていくというのが、今後の普及の上でも1つのポイントだと思っております。こうした点も含めて、引き続き厚生労働省と一緒に取組を進めていきたいと思っております。

（高橋教授）

ちょっと違った視点なんですけれども、こういう機器を入れないといけないというのは、働き手が減ってきて人手不足というのがベースにあるわけですが、今、本当はベッドがあるんだけれども、残念ながらどれぐらい病棟がクローズされているかとか、そういうものが見えなくて、人手不足の見える化というのが余り進んでいないというか、データがなかなか入手できないんですけれども、今後どれぐらい現場が人が足りないかというようなモニタリングというのは何か考えられていますか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

これもまた手元に調査がないんですが、過去行った調査で、空床率は数%ですので、九十数%は利用されているという状況です。

ただ、一方で、先生がおっしゃるように、人手不足のために1棟閉じたみたいな話は巷間よく聞くところであって、ややそういう声と、その統計の間に少しギャップがあるような感じはあるのですが、いずれにしても、そこはギャップがあろうとなかろうと、そういう閉じたところがある以上は、いろいろな人手不足に向けて総合対策というか、総力戦で外国人人材から、ICTから、ロボットから、あるいは将来に向けた研究開発まで、全てフルセットでとにかく取り組んでいきたいと考えております。

（高橋教授）

重症度がどれぐらいかというのを捉えておくことはすごく大事で、例えば届け出制度で毎年施設が届け出るときにどれぐらい今、稼働しているのかとか、そういう質問項目をもう少し充実させて、それを集計するような形でKPI化して、今この人手不足というのは本当に厳しそうで、これからますますひどくなりそ

うな兆候がありますので、そういうものの把握をやりつつ、こういうもののスピード感をぜひ持っていただきたいというのが1つ御要望になるのかなと思います。

それからもう一点あるんですけども、文書量削減のところ、医療関係の人が介護の記録を読むと何が書いてあるかよくわからないという形になっていて、我々のほうはSOAPとか、サブジェクティブ、オブジェクティブ、アセスメント、プランという形で分けて構造化して書くという話が非常にありまして、その記述方式というようなものをIT化するときには構造化されていると非常にITに合うんですけども、普通の自然言語でずっと今までの形で書いていると、なかなか進みにくいということがあるので、これも機械を入れるだけではなくて、記述の文書のあり方自体というような検討もぜひしていただきたいと思えますし、誰かそういう検討をされているかどうかということをご質問させていただきます。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

現在、何かを検討しているかということについては承知しておりませんが、例えばある種CHASEの開発自体がそういう項目化する、データ化するということですので、CHASEの活用を図るといったことがある種、そうしたことに近い回答が出せるものになるんじゃないかなと思っております。

その上で、全ての自然言語がテキストデータじゃなくてデジタル化された項目だけにできるのか、全て介護のさまざまな国際的な分類に従って。

（高橋教授）

記号じゃなくて、これは観察事項であるとか、これはアセスメントであるとか、そういうふうなタグをつけて自然の文章を書いているという意味なんですけれども、そういうことをすると人工知能などでもとてもやりやすくなるし、時間短縮、それから何をしているかが見やすくなるので、そういう書き方、記述方法というところもこういう省力化に非常に関係すると思えますし、それからiPadなどを使うときにはとにかくぽんぽんと選ぶという形ですね。

その辺のほう、後で集計したときに何が起きているか非常にわかりやすくなるというので、その記録のあり方、記載方法というものが非常に重要じゃないかということをご指摘させていただきます。

（平井日本経済再生総合事務局次長）

私から1つ、最後のページで自治事務との関係は非常に役人的には、霞ヶ関の人間たちには共通の頭の痛い問題ではありますが、こうしたところについての

取り組みを始めていただけるというのは非常に心強い限りであります。

ただ、先ほど今村さんのおっしゃっておられた骨粗しょう症の話も含めてですけれども、これは他分野も同じような課題を抱える中、ここで今そのお話を始めておられる中で、知事会、市長会、それから町村会ともうお話を始めておられると伺っておりますが、ここでの受けとめ方、それからその受けとめ方を踏まえて、ここの記述の中では最後に「自治体での取組を進めるためにインセンティブ措置に反映する」と記されておられますけれども、最終的にはどうしたことをもってこうした自治事務と言われているところに合理化、効率化、そしてシステムの統一化というものを導入されようとしておられるのか。そこら辺についてのお考えを、もうちょっと詳しく教えていただけますでしょうか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

御質問ありがとうございます。おっしゃるように、厚労省各局、あるいは、霞ヶ関各省において、この自治事務の標準化というものは大きな課題だと思っております。我々はそのテストケースだと思っております。ですから、これから滑った転んだをしながら進んでいくことになることは御容赦いただきたいと思っております。

その上で、まず自治体のほうには、この国民起点PTにも市長会と町村会から代表の役員クラスの方に参加していただいて、基本的には共働の仕組みで事業者や国と一緒にこうしたワーキンググループに参画して、事務効率化というのは自治体にとってもメリットがありますので、ぜひ参加していきたいというお言葉をいただいています。そういうことで、構えはできているわけでございます。

その上で検討事項例ですが、まずローカルルールといいますか、添付書類、我々厚労省は例えば加算を認めるときに、こういう事実が確認できる書面を求めてくださいということまで自治体をお願いしているわけですが、どこまで詳しくとるかについては自治体のほうで決めている。この辺がそろっていないので、これが適正な分だけ集めればよくて、これを標準的な添付書類の例にしてはどうですかというのが例えばここで合意できると、それをみんなが関係の団体も入って呼びかけていただければ、それが一つのベースケースになるんじゃないかと思っております。

もちろん自治事務ですから強制はできませんが、自治体の人たちが入って、一緒に議論して得られた成案であれば、より守っていただけるんじゃないかなという期待を持ちながら、この話をスタートさせたいと思っております。それが、例えばという例でございます。

それから、俗にローカルルールと言われる細かいレベルの実務的な解釈、当

ではめがこちらの県の自治体ではこうで、こちらの県の自治体ではこうでというのは、添付書類に限らずあると聞いておりますので、そういったものについてもまず事業所のほうからその関係者が出していただいて、中には合理的なものもあるんだと思います。過去、議会でこういうものをちゃんと見ろと言われてたからとっているんですよとか、あるいはほかのところでとっていないのはおかしいですよというのはあるのかもしれませんが。

それも、とにかくみんなで俎上にのせて議論をして整理をしていきたいと思っています。例えば、こんな感じです。

（平井日本経済再生総合事務局次長）

最後に、インセンティブ措置とおっしゃっているところについては、いかがですか。

（諏訪園厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当））

インセンティブは、介護保険について30年度予算から200億円のインセンティブ交付金というのを計上しております。その中で、こうした取り組みを率先して進める、あるいはさらに一歩進めた取り組みをするというような、ちょっと具体の項目までは、まだですが、そういった取組みについてインセンティブ交付金のメニューに加えることで誘導していきたい、御支援していきたいということでございます。

（平井日本経済再生総合事務局次長）

ありがとうございました。

よろしいですか。そろそろお時間もある意味、超過しているので、ここら辺で構造改革推進会合の議論は一旦締めさせていただきたいと思います。

それでは、最後に翁会長からおまとめの御発言をお願いしたいと思います。

（翁理事長）

本日の推進会合では、未来投資戦略2018年のフォローアップを行いました。政府方針の実施に向けて、関係省の取り組みに敬意を申し上げたいと思います。

方針どおり進捗しているものもございませ一方、なかなか実施に向けて取り組んできた施策がさまざまな課題に直面している現状もあったかと思えます。これまでいろいろと申し上げてきておりますが、次世代ヘルスケアシステムの構築では、データ、IT、AI等の技術革新を積極的に導入して、健康、予防、治療、ケアなどにかかわる保護の施策、取り組みをばらばらに推進するのではなく、国民の健康維持増進、医療・介護の質、生産性の向上、さらには表裏一体

である現場の働き方改革にもつながるよう、全体最適な形で推進するという
ことを目指してきております。

この点、1つの施策のおくれが全体の工程に及ばないようにビックピクチャー
を持ちながら、ぜひさまざまな施策を全体として進めていただきたいと思います。
最終目的に照らして、目指すべき効果を高いコストパフォーマンスで達成
することを追求していただくということが大事かと思っております。

なお、現状は本当にいろいろな技術革新が進んでおりますので、さまざまな
取り組みが初期のスピードを超えて加速するということもあり得ると思いた
いますので、積極的なそういった技術革新を活用して、例えばデータの標準化、シ
ステムの構築、こういったところもその追加の要素でいろいろな取り組みを加速
していただくということをお願いしたいと思っております。

介護分野につきましても、生産性の向上やIT化というのは待ったなしの状況
でございます。また、文書削減の取り組みやペーパーレス化ということも含め
まして、スピードアップして取り組みが進捗することを期待しております。

引き続き、年央の成長戦略策定に向けての取り組みをよろしくお願ひしたい
と思いたいます。

(平井日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、構造改革徹底推進会合のパートを終わらせて
いただきたいと思いたいます。

なお、この後、17時から本日の構造改革徹底推進会合の内容につきましては
プレスブリーフィングをさせていただきます。議事要旨の作成方法、それから
発言ルールについてのチャット、メール的な扱い等については、本日御出席の
方については改めて申し上げるまでもないかもしれません。よろしくお願ひし
たいと思いたいます。

この後、第4回の産官協議会知財ヘルスケアを引き続き開催いたしたいと思
いたいますので、準備の間、数分程度休憩をさせていただきますと思いたいます。
イメージとして15時10分を目途に開始したいと思いたいますので、よろしくお願ひし
たいと思いたいます。

どうもありがとうございました。