

12/7 未来投資会議 構造改革徹底推進会合

「医療・介護－生活者の暮らしを豊かに」会合（第4回）

（開催要領）

1. 開催日時：2016年12月7日（水） 10:00～12:00
2. 場所：合同庁舎8号館5階共用会議室C
3. 出席者：

石原 伸晃	経済再生担当大臣兼内閣府特命担当大臣（経済財政政策）
越智 隆雄	内閣府副大臣
武村 展英	内閣府大臣政務官
馬場 成志	厚生労働大臣政務官
中川 俊直	経済産業大臣政務官
翁 百合	株式会社日本総合研究所副理事長
高橋 泰	国際医療福祉大学教授
今村 聡	日本医師会副会長

（議事次第）

1. 開会
2. 関係省庁等による取組説明
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 | : 経済産業省提出資料 |
| 資料3 | : 総務省提出資料 |
| 資料4－1 | : 内閣官房（健康・医療戦略室）提出資料① |
| 資料4－2 | : 内閣官房（健康・医療戦略室）提出資料② |

参考資料1：平成28年11月10日未来投資会議 翁会長・高橋副会長提出資料

参考資料2：平成28年11月10日未来投資会議 厚生労働大臣提出資料

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、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(「医療・介護—生活者の暮らしを豊かに」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、誠にありがとうございます。

本日は、石原大臣、越智副大臣、武村大臣政務官、経済産業省から中川大臣政務官に御出席をいただいております。また、日本医師会からは今村副会長に御出席をいただいております。厚生労働省の馬場大臣政務官におかれましては、国会対応のため御欠席の可能性が高いと伺っております。

なお、石原大臣、中川大臣政務官におかれましては、公務のため途中で御退席される予定ですので、申し添えます。

それでは、まず初めに、石原大臣から御挨拶をいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

(石原大臣)

本日も御多忙の中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

11月10日の未来投資会議では、それまで3回に渡る会合での議論を踏まえまして、翁会長、高橋副会長から御提言をいただいたところでございます。その際、総理のほうから、「2025年問題に間に合うように、予防・健康管理と自立支援に軸足を置いた新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働させていく。直ちに施策を具体化してもらいたい。」という指示をいただいたところでございます。塩崎厚労大臣からも、医療・介護の新しいICTインフラの2020年度からの本格稼働、介護データベースの抜本的見直し、AIやIoTの技術革新の報酬体系への組み込みといった取組方針の御表明をいただいたところでもございます。

技術革新を最大限活用していただきまして、医療・介護のパラダイムシフトを起こしていく。このために特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革にも踏み込んでいく。総理や塩崎厚労大臣から示されたこうした方向性について、早急に具体化を進めていく必要があるわけでございます。この分野は、政治にとって非常に大きなテーマでございます。中川大臣政務官、また今日は越智副大臣、武村大臣政務官もおいででございます。また、日本医師会の今村副会長もおいででございますけれども、関係省庁、医療界の皆様と連携して進めてまいりたいと考えております。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、報道の方々はここで御退席をお願いいたします。

(報道関係者退室)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

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

それでは、議事に入らせていただきます。本日は、先ほど石原大臣のほうから御挨拶の中で挙げられました11月10日の未来投資会議での翁会長、高橋副会長からの御提言、それから塩崎大臣からの取組方針、そして総理からの御指示を受けまして、各省庁から検討状況を御説明いただきまして、その後自由討議とさせていただきたいと思っております。

それでは、まず厚生労働省からよろしくをお願いいたします。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

それでは、早速でございますが、お手元の資料1「医療・介護におけるICT活用等の取組」、この資料を用いて御説明させていただきたいと思っております。

まず、表紙をおめくりいただいて1ページ目、それから、以下のページもそうですけれども、全体を、これまでの取組、目指すべき在り方、そして今後の検討の進め方というまとめ方をさせていただいております。これは、11月10日、当方の大臣が発表させていただいた取組の方針に基づいて、今後の進め方をより具体的に示させていただいている資料でございます。

まず、1ページ目、タイトルにありますように、医療・介護データのネットワーク化、ビッグデータ活用ということで、いわゆるデータの利活用基盤をどんなふう形成していくのかということについての考え方と取組の内容をまとめさせていただきました。

これまでの取組として、電子カルテの普及を推進し、地域医療機関などが患者情報を共有するネットワークの構築を推進する。例えば、県全域で治療や調剤に関する情報をネットワークに参加する病院、診療所、介護事業所等で連携するといったこととありますとか、健診・医療・介護のレセプトを中心とした公的データベースを整備・拡充するといったこと。例えば、ナショナルデータベースとかDPCデータとか介護保険総合データベースをそれぞれに整備・拡張してきたわけでございます。

目指すべき方向ということで掲げさせていただいている3つの方向軸を右側、

青いところに書いてありますが、「集まるデータ」から「生み出すデータ」へ。これは、データの収集の段階から、集積・分析・活用で使えるアウトカム志向のデータをつくるということの方向軸。そして、「分散したデータ」から「データの統合」へということで、個人の健康な時から疾病・介護段階までの基本的な保健医療データをその人中心に統合するという。さらに、「たこつぼ化」から「安全かつ開かれた利用」へということで、産官学の様々なアクターがデータにアクセスして、医療・介護データをビッグデータとして活用するという3つの方向軸について、今後の政策の軸に置いていこうということです。

具体的なインフラのイメージとして、右側に書いてありますような、最新のエビデンスや診療データを、AIを用いてビッグデータ解析し、現場の最適な診療を支援するシステムを構築する。あるいは、医療・介護スタッフに共有され、個人自らも健康管理に役立てる全ての患者・国民が参加できるオープンな情報基盤を整備する。そして、医療・介護データを目的別に収集・加工・提供できるプラットフォームを整備するといったことが、具体的なインフラのイメージとして掲げられております。

これらを踏まえて、今後の検討の進め方ということで、具体的にどういう作業イメージを我々は思い描き、そのスケジュールをどう考えるかということについて、まとめてございます。

電子カルテの標準化に関しては、2016年度から、電子カルテの記載情報を標準的な記載に変換し、分析可能な情報とする技術を開発するという。そして、電子カルテデータのうち病名や検査値などの有用なデータについて厚生労働省が定める規格に準拠したデータを提出することを一定規模以上の医療機関や一定の役割を果たす医療機関の基準としたり、報酬の請求・審査に付随するデータの提出をルール化するということを検討していこうということです。

そのための手段、ツールとして、医療等IDというものを導入しようということで、2016年度、調査研究に着手し、2018年度から段階的な運用を開始。20年からの本格運用を目指そうということ。

それから、医療情報連携ネットワークとしては、2020年度以降、医療保険のインフラを活用したオンライン資格確認を行うためのネットワークを活用して、全国の保険医療機関等での連携ネットワークを認証、相互に接続する機能を持つ医療連携ネットワークの形成ということを進めていこう、そして、最後に、健康・医療・介護のデータベースの連結ということを、2020年度まで、健康・医療・介護の公的データベースの整備・連結を行うことで、産学官が多様な目的でそのデータを活用できる環境を整備していくということで、具体的なスケジュールを示させていただいているところであります。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

続きまして、2ページを御覧いただきたいと思います。遠隔診療とAI等の医療への活用ということでございます。

まず、これまでの取組でございますけれども、遠隔診療の診療報酬上の取扱いにつきましては、画像診断や病理診断につきましては、ある医療機関から他の医療機関に画像なりを送信した場合に、その受信した結果を用いて診断したもののについても、診療報酬上、評価いたしております。

それから、对患者さんのケースでは、電話やテレビ画像等による再診や、最近では心臓ペースメーカーにつきましては、家にいる患者さんのペースメーカーからデータが送信されるわけですがけれども、それをお医者さんが管理した場合にも、診療報酬上、評価することもいたしております。

それから、下に書いておりますけれども、研究開発といたしましては、この平成28年度から、X線や病理診断へのAIの応用、あるいはそのAIを活用した診療支援システムの開発に関連した研究事業を、ちょうど開始したということでございます。

目指すべき在り方といたしましては、AIを用いた最新のエビデンスや診療データの解析によって、患者さんが最適な診療を受けられるシステムを構築していくということと、AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療等の技術革新を、診療報酬の中に、現場や国民がメリットを実感できる形で、十分なエビデンスの基に組み込んでいきたいということであります。

具体的には、その下でございますが、遠隔診療につきましては、今後も関係審議会である中医協での議論を踏まえまして、エビデンスを収集した上で、平成30年度の診療報酬改定での対応を検討してまいりたいということでございます。

それから、AIにつきましては、ちょうど今年度、平成28年度から研究を開始したところでございますけれども、研究を進め、AIを用いた診断支援技術を確立いたしまして、平成32年度、2020年度までに実装を目指したいということでございます。それまでの間におきまして、平成30年度の診療報酬改定におきまして、十分なエビデンスが出ましたら、AIを用いた診療支援に向けたインセンティブ付けの検討を行ってまいりたいということでございます。

続きまして、3ページでございます。予防・健康づくりの取組でございます。

まず、これまでの取組ですが、保険者に対するインセンティブの強化ということで、これにつきましては、先般の平成27年国民健康保険法等の改正におきまして、国民健康保険の保険者努力支援制度ということで、国民健康保険の保険者の健康づくりに向けた取組の状況に応じて財政支援を行うといった制度を創設いたしますとともに、保険者種別、健保組合、協会けんぽ、国保組合等の

種別の特性に応じまして、新たなインセンティブ制度に見直すこととしたところでございます。

また、保険者において種別に関わりなく共通に取り組むべき指標、これは平成28年の1月に取りまとめまして、今年9月の医療保険部会に提出したところでございます。

それから、民間事業者の活用につきましては、昨年から、経済界、日本医師会等々から構成されます日本健康会議というものを開催しておりますけれども、この健康会議におきまして、データヘルスの好取組事例紹介としまして、複数の保険者・自治体から推薦を受けましたヘルスケア事業者（88社）を公表し、ホームページにおきましてもデータヘルスの取組事例を公表しております。

また、保険者と民間事業者、保険者サイドでも、どんな事業者がいるか、なかなか分からないということもありますので、マッチングを推進するために見本市というものを開催いたしております。

今後の検討の進め方でございますけれども、先ほど申し上げました、共通に取り組むべき指標を決めております。これまで、特定健診・特定保健指導の実施率を指標にいたしまして評価しております、それが指標①でございます。

これに加えまして、他の健診の結果に基づく受診勧奨の取組の実施状況。それから、呉市方式の横展開ということで、糖尿病等の重症化予防の取組。

それから、加入者が行う予防・健康づくりの取組（個人インセンティブ）の実施状況。ヘルスケアポイントのような、一生懸命取り組んでいる加入者の方に何らかのインセンティブを付与するということ。

それから、適正受診・適正服薬を促す取組。要は、多受診、頻回受診とか重複投与とか多剤投与というものを正すような適正化の取組。

それから、後発品の使用促進。こういったものを共通指標として示しております。

先ほど申しました保険者努力支援制度は、平成30年度からの実施でございますけれども、平成28年度から前倒しで運用するべく、準備を進めております。

それから、健保組合につきましては、29年度中に新たな計画を策定予定ということで、今後、事例集、手引等を春に発行予定ということでございます。

4ページでございます。今度は、介護でございます。

先ほど石原大臣からもお話がございましたけれども、先般、塩崎厚労大臣からプレゼンテーションさせていただいた内容でございます。これまでの取組ということで、左にございますが、今は介護保険総合データベースということで、要介護1、2、3、4、5といった要介護認定の平成21年以降のデータ、それから、介護レセプトデータの約5億件を厚生労働省において格納しております。

しかしながら、現行の介護保険総合データベースについては、特にレセプト

のところ、医療と違いまして、何をやったかということが書かれているわけではなくて、通所介護とかホームヘルプといったサービスの種別だけ分かることになっております。そういたしますと、同じ通所介護でも、本人ができる部分はしてもらって、できない部分を介助しつつ訓練するような自立支援志向の介護と、できる部分についても介助してしまう、いわばお世話型の介護が混在しておりまして、データベース上は区別できないということで、現行のデータベースを分析しても、どのようなケアが自立につながるか分からない状況でございます。

ということで、目指すべき在り方でございますけれども、各事業者において提供された実際のケアの内容を分類してデータベース化していきたいということで、その上で、自立支援に向けた介護の方法に関して分析し、「科学的に裏付けられた介護」の普及を促進していきたいということでございます。先ほど申し上げたような、左側、自立支援型、右側、お世話型でございますが、こういった違いがデータベースでも分かるようにしていきたいということであります。

今後の検討の進め方でございますけれども、28年度から29年度にかけまして、既知の好事例、この構造改革徹底推進会合においても、事例としてプレゼンがございましたけれども、そういったものも含めまして、好事例等の調査・研究を行いまして、ケア内容の分類案を作成してまいりたい。

その上で、30年度以降、トライアルとしてデータ収集し、ケア内容のデータベースの構築を開始いたしました上で、32年度以降、データベースの分析を行って、自立支援に資する介護の方法の確立・普及を目指してまいりたいということでございます。

続きまして、報酬におきまして、インセンティブ、アウトカム評価の導入ということでございます。

これまでの取組でございますけれども、自立支援に資する介護に対して、インセンティブを付与する場合に、そのプロセス、過程を評価する方法と、結果、アウトカムを評価する方法がございまして。

例えば、プロセス評価といたしまして、適切なりハビリ計画や管理することに対して評価するとか、摂食・嚥下^{えんげ}障害、飲み込みが悪いといった、低下が著しい入所者の経口維持支援、できるだけ口から食べる支援を、多職種による会議で充実させることによるプロセス評価。アウトカム評価としては、在宅復帰する利用者の割合が高い施設に対する評価とか、サービス終了後、社会参加に資する取組に移行する割合が高い事業所に対する評価などを行ってきております。

今後も、プロセス評価、アウトカム評価、両方が必要かと思っておりますけれども、アウトカム評価につきましては1つ課題がございまして、事業所の状態改善が見込まれにくい高齢者を拒否する可能性（いわゆるクリームスキミング）がある等の課題も指摘されておりました、この点については引き続き検討が必要と考えております。

目指すべき在り方としましては、先ほどから申し上げておりますが、科学的根拠に基づいた自立支援に資する介護に対しまして、介護報酬改定においてもインセンティブ付けの検討を進めたいと考えております。

具体的には、平成30年度介護報酬改定に向けた議論につきましては、来年4月以降、審議会で行われますけれども、その中で、研究・調査の結果等から、自立支援に資する強固なエビデンスが認められるような項目について適宜評価していきたいと思っております。

30年度以降につきましても、データ分析等を用いながら、インセンティブ付けの方法についても考えていきたいということでもあります。

最後に、6ページでございます。介護ロボット・ICTの活用ということでございます。

これまで、高齢者本人の自立支援と介護者の負担軽減、双方の観点から、重点開発分野として、移乗介助、移動支援、排泄支援、見守り、入浴支援という5つの分野を特定いたしまして、経済産業省と共同して開発を行ってきております。

具体的な開発支援ということで、開発メーカーへの現場ニーズの提供、現場とメーカーをつなぐこと。介護現場での試作機モニター調査。ロボット導入に対する予算上の支援。試用機会の提供による普及支援などを行ってきております。

目指すべき在り方といたしましては、これに加えて、アウトカムの実証・評価によりまして、さらなる介護ロボットの開発・導入を実現していきたいということで、ロボットの活用の好循環サイクルを創出していきたいということでございます。

前提といたしましては、負担軽減のアウトカムの実証。その上で、介護報酬等での評価によるインセンティブ付けの検討を行ってきたいということでもあります。

今後の検討の進め方でございますけれども、左下にございます見守りセンサーについては、先行研究実施中がございまして、その他のものも含めまして、補正予算で計上いたしまして介護ロボット導入効果検証委員会というものをつくりまして、実証研究を行いまして、その中で出たアウトカムに基づきまして報酬改定で適宜評価を行ってまいりたいということでございます。

以上です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、引き続き、経済産業省からお願いいたします。

まず、中川大臣政務官から、よろしく申し上げます。

(中川経済産業大臣政務官)

おはようございます。経済産業大臣政務官の中川俊直です。

先ほど石原大臣からありましたように、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けては、持続可能で質の高い医療・介護を実現するという事は、全ての日本人が考えていかななくてはいけないテーマだろうと思っております。

私ごとで大変恐縮ですが、私、実は3年前に自民党のヘルス&コミュニティ議員連盟の事務局長、更には次世代の社会保障制度を構想する議連の事務局長ということで、インセンティブ改革、更にはカフェテリアプランというものを提言させていただいて、関係の閣僚に届けてまいりました。2年前の骨太の方針で、初めてインセンティブ改革という言葉が政府の方針で入りまして、更には様々な動きの中で、今般は一億総活躍プランの中に健康推進員を210万人ばかり全国に配置していきましようというところも入れていただいております。

また、こういうものを横展開していくには、関係各所が連携していかなくてはならないということで、健康長寿社会形成基本法案という議員立法も提出させていただきながら、今、自民党、公明党や維新の党は連携していただけているといった状況です。

そこで、実際問題、インセンティブ改革というのを特区的にやってみたところ、新潟の見附市でやっていただいたら、医療費が1人当たり8万円の抑制に成功したと。更には、「健幸ポイント」というもので、みんなが地域振興券で何を買うかといったら、スニーカーを買ったという本当にうれしい事例があって、ぜひこういったものを横展開で進めていきたいということを思っております。

その上で、今回は経済産業省としての立場でもお話をさせていただきますけれども、こういったものを進めていくに当たっては、IoTとかAIとかロボットといった第4次産業革命を代表する技術革新をしっかりと生かしていく。そして、医療や介護の現場から出てくるビッグデータというものをフル活用することが鍵となっていると考えております。

その上で、今、経済産業省ですけれども、厚生労働省とも連携させていただきながら、ウェアラブルの端末を用いた運動、そして健康管理による糖尿病対

策。特にインセンティブで一番効くのは、糖尿病予備群の人たち、この人たちに健康づくりというものに励んでいただくというのが最も社会保障費の抑制に効いてまいります。更には、ロボット介護機器の開発などに取り組んでいるところでもあります。

詳しくは、後ほど経済産業省の事務方から説明させていただきますけれども、挨拶の冒頭で2025年問題ということに触れさせていただきましたけれども、今、政府は2025年に向かって健康長寿の万博、大阪万博でやろうではないかということを検討しております。このテーマで、皆さんに健康長寿ということでありまして、安倍総理が少子高齢化をピンチではなくてチャンスに変えていくのだとおっしゃっておられますけれども、日本の健康とか長寿に関する取組をさらに推し進めて、2025年が問題の年ではなくて、いわゆる健康長寿立国と。

私は、健康長寿立国という言い方よりも、ワクワクイキイキのエイジングライフというような明るい標語がいいと思っていますのですけれども、そういった日本が花咲く年となるように、私どもも皆様に御指導いただきながら、経済産業省としても頑張っていきたいと思っておりますので、本日はよろしく願い申し上げます。

(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、石原大臣は、ここで公務のため御退席されます。

(石原大臣 退室)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

それでは、引き続き、経済産業省から御説明をお願いいたします。

(吉本経済産業省商務情報政策局商務情報政策統括調整官)

それでは、資料2を御覧いただければと思います。私ども経済産業省といたしまして、先ほど中川大臣政務官からも御説明申し上げましたけれども、情報に基づいたヘルスケアサービスの話と介護ロボットについて、お題をいただいております。

まず、ヘルスケアサービスにおける健康医療情報の利活用のほうから説明をさせていただきます。

2ページ以降、前回10月に御説明した資料と重なる部分がございますけれども、先ほど中川大臣政務官から申し上げましたように、ウェアラブル端末あるいはIoT機器の発達を踏まえまして、こういったものをうまく活用して健康デー

データを収集する。そして、それを分析して、エビデンス・ベース、医学的な明確な効果検証ができるような形で、ヘルスケアのサービスあるいは医療といったものにつなげていくことが大事だろうということでございます。ということで、まず第一歩目ということで、ヘルスケア領域で糖尿病を一つのモデルケースにいたしまして、平成27年度補正予算で現在、実証を実施中ということでございます。

下のほうにございますけれども、こういったヘルスケアのデータというのはたくさんございますが、私どもが、今回、この事業でやろうとしておりますのは、医療の手前のヘルスケアの部分、右上のほうに緑で健康データとございます。

ここのデータにつきましては、次のページに、少し細かい絵でございますけれども、縦に並べていただくとお分かりいただけたと思います。これは、産構審新産業構造部会で先月、経済産業省のほうから御説明させていただいた部分ですが、データというのは多くの場合、こういった医療に入る手前の健康の部分から、医療を経て、介護といった形で、電子化もされ、標準化もされているということでございますけれども、残念ながら接続の問題がなおあるということでございます。ただ、このウェアラブル端末とか家庭用検査機器の健康データにつきましては、まだその手前でございまして、各社がバラバラでデータを使っているということでございます。

まず、今回の私どもの実証事業を踏まえて、赤いシェードがかかっておりますけれども、ウェアラブル端末に関するいろいろなデータ項目の交換フォーマットも一緒に標準化してやろうということをやらせていただいております。

その上で、ここできちんと因果関係がはっきりする、エビデンスがはっきりするということが確立できますと、これは糖尿病だけでなく、それ以外の生活習慣病領域あるいはがん領域等においても横展開していけるのではないかと。そこまで行けば、健康寿命の延伸、さらには医療費の適正化にも大きく貢献するだろうといった形でやらせていただいております。

5ページに、これも前回、説明させていただいたものでございますけれども、実は、こういった情報機器を使って、いろいろな実証実験をやってみようという話は、過去も5年、10年の間でいろいろやられましたけれども、多くの場合、右側にございます青いところ、つまり健康な人に歩かせたり、いろいろしたのですが、それでよくなった、悪くなったというところはなかなか効果が上がらないということでした。

今回は、糖尿病の軽症者あるいは糖尿病予備群といった方々は、3カ月運動を続けるだけで、このデータがよくなる。非常に限界的な方が最も効果が出る。こういうところにこそ、健康のための行動変容に介入することの効果と、糖尿

病の悪化あるいは改善の効果というものの牽連性というものを科学的に実証できるだろうということでございます。

今回、8つのコンソーシアムにお願いしておりますけれども、黄色いところとオレンジのところ、約1,000人の方をターゲットにいたしまして、介入するケース、介入しないケースで科学的にどのぐらい効果があるかという実証をしようということですが、実は糖尿病学会ともお話しして、せいぜい100件集まればいいところだと言われたのですけれども、我々は1,000人規模で集めたということで、学会からも大変御協力いただいております、この成果に注目していただいているということで、我々も大変責任重大だと考えております。

そういった形で、一番刺さる部分にターゲットを絞って、質の高いデータを分析いたしまして、きちんとしたエビデンスをつくっていくといったことからまず始めないと、もちろんデータの標準化は当然必要でございますけれども、そこから先を考えますと、そういった効果のところをきちんと見せていくことがまず必要だろうと考えてございます。

なお、先ほどの内容は私どもの平成27年度の補正予算事業でございますけれども、29年度以降は、もう少し学術的な検討も加えなければいけないだろうということで、AMEDに事業を移しまして、3年間、実証を継続してモニターする対象も広げていくことを考えておまして、現在、予算要求中ということでございます。

私のほうからは、以上でございます。

(糟谷経済産業省製造産業局長)

続きまして、ロボットの関係でございます。同じ資料の10ページ目を御覧ください。

介護において自立支援のための介護が求められる中で、ロボット介護機器開発が介助中心になっていないか。自立支援のためのロボット開発がちゃんとなされているかという御指摘をいただいております。これまでロボット介護機器の開発に当たりましては、10ページの一番上のところでありますが、介護施設、メーカーにヒアリングやアンケート調査を行ってニーズ調査を行いました。こういうことを踏まえまして、自立支援の促進及び介護従事者の負担軽減の観点から重点分野を決定してきております。

平成25年度からロボットの介護機器の開発をやっておりますが、これまで開発したロボット介護機器の中でも、自立支援に資するロボット介護機器がございます。具体的な例は、10ページ目に掲げております。こういう研究開発を進めるに当たりまして、厚生労働省のモニター調査事業などにより現場実証状況を把握した上で、毎年、ステージゲート審査を行って開発支援対象の見直しを

行っているところでございます。

続いて、11ページを御覧ください。

そうは言っても、今後、今までの重点分野が本当に適切かどうか、再検証すべきではないかということで、自立支援の観点から介護ロボット機器の開発について、今の重点分野が本当に最適かどうか、再検証したいと考えております。その際の観点といたしましては、現場ニーズの掘り起こし、それから必要とされるロボットの役割の明確化、最新の技術革新の反映、こうした視点が必要だろうと考えております。

それぞれ具体的に、介護施設へのヒアリングを通じて、前二者については反映させていきたい。また、技術革新については、開発メーカー及び専門家から最新の技術動向を共有・反映いただくことによって見直していきたいと考えております。

具体的な体制として、12ページでございます。

厚生労働省と一緒にしまして、ニーズ・シーズ連携協調協議会というものを年明けに立ち上げたいと考えております。年明けの1月に第1回を、厚生労働省が事務局になって開いていくということで、今、メンバーの選定を行っております。このメンバーとしては、介護施設の方々、それから開発メーカーの代表の方々、学識経験者の方々、こうした方々が連携・協調するための枠組みとして設けていきたいと考えております。

ここでの議論の結果、検討の結果を、経済産業省のロボット介護機器の開発事業にフィードバックし、また厚生労働省と一緒にやっております介護ロボット導入加速化検討会において重点分野の見直しをし、機器開発等に反映させていきたいと考えております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、引き続き、総務省からお願いいたします。

(吉岡総務省情報流通行政局審議官)

総務省でございます。

資料3をおめくりいただきまして、私ども総務省の役割としましては、政府全体の取組を、情報通信を所管する立場から支えていくということにあると考えております。

大きく取組は2つでございます。EHRとPHRということでございますが、まず1点目のクラウド型EHRの高度化事業でございます。医療機関や介護事業者間で患者の診療情報等の共有を図るためのEHRにつきまして、現在、全国で約240の

EHRがあるわけでございますけれども、クラウド化、高度化を支援していくということでございます。補正予算を活用しまして15カ所程度のEHRの高度化を図りたいと考えております。その際には、厚生労働省の標準規格に準拠する。また、参加施設間の双方向の情報連携を可能なものによりまして、効果的なものになるようにしていきたいということでございます。

その上で、こうした総務省事業の成果を、厚生労働省が進める普及策を活用しまして全国に波及させるという流れで考えているところでございます。また、異なる地域のEHR間で患者・利用者情報の共有を実現するためには、効果的な相互接続を可能とするネットワーク基盤ができなければいけませんので、そうした実証を厚生労働省と連携して実施することにいたしております。

2点目がPHRアプリケーション・プラットフォームの開発でございます。個人の医療・介護・健康データを本人同意の下で、本人の状況に応じた各種のサービスに活用するためのPHRアプリケーション、具体的には、現在、母子、疾病・介護予防、生活習慣病の重症化予防、医介連携という4つのアプリの開発を進めているところでございます。また、併せまして、その情報連携基盤（プラットフォーム）の構築を進めているところでございます。

また、その際には、本人によるデータへのアクセスや特定のアプリケーションに閉じないデータの持ち運びを可能なものによりまして、生涯を通じたPHRの管理・活用を実現することになっているところでございます。

そして、中ほどでございますけれども、こうして開発されたPHRアプリを、自治体、保険者あるいは民間サービス事業者に無償で提供していくことを考えております。また、構築されたプラットフォーム機能を活用することによりまして、多様なPHRアプリケーション間の連携を実現したいと考えております。なお、先ほど経済産業省から御説明ございましたけれども、ウェアラブル機器のデータの標準化ができていないという中で、データ項目等につきましては、経済産業省が定めるデータ交換規約を活用して対応していくということで考えているところでございます。

こうしたEHR、PHRの取組によりまして、右側でございますように、オールジャパンの利活用基盤の構築に貢献し、また、後ほど内閣官房健康・医療戦略室から御説明がございませぬ代理機関を念頭に、医療・健康・介護データの大規模収集・匿名化・二次利用を行いやすい環境を整備するというに貢献したいと考えているところでございます。

2ページ目以降は、ただいま申し上げた事項につきましての参考資料でございますので、説明は省略させていただきます。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

それでは、続きまして、内閣官房健康・医療戦略室からお願いいたします。

(堀内内閣官房健康・医療戦略室企画官)

それでは、内閣官房健康・医療戦略室でございます。本日、次長の藤本が所用で遅れて参りますので、資料の御説明をさせていただきます。

まず、資料4-1をお手元に御用意ください。

1枚開いていただきましたスライドの2枚目については、前回と同様でございますので、説明を省略させていただきます。

3枚目が今回追加させていただいたものでございますけれども、私ども、代理機関制度を検討しております次世代医療ICT基盤協議会におきましては、本日も先に御説明いただいたような関係府省として、厚生労働省、経済産業省、総務省など各省横断的な参加をいただいているということと、御覧のような多数の有識者により構成されておりまして、現在、議論を進めてございます。

4ページ目のこの協議会の検討目的などについては、前回、10月の会議と同様でございますので省略させていただきます。5ページ目がこれまでの検討状況、それから今後の予定ということでございます。

これまでの経緯といたしまして、健康・医療戦略推進本部の下に、この協議会の前身である次世代医療ICTタスクフォースの設置が14年3月に行われまして、その後、「中間取りまとめ」を経まして、現在の協議会というもので検討を進めております。特に、その代理機関制度の検討につきましては、2015年1月以降、情報通信技術の利活用に関する制度整備検討会や、この協議会の下に設けられました医療情報取扱制度調整ワーキンググループで検討を進めております。

今後の予定といたしましては、その協議会は年内ですので、今月中ということでございますけれども、次回を開催しまして、その後制度案等を取りまとめたものについてパブリックコメント等を行ってまいりたいと考えております。それを経まして、来年の通常国会への法案提出を目指してまいりたいと考えております。

それから、6枚目に関しても前回同様でございますので、7枚目を御覧ください。

少々細かくて恐縮でございますが、この図の横軸に並んでおりますのが、厚生労働省などが所管するレセプトデータベースであるNDBが一番左にございます。その他、左から3つ目の医療情報データベース基盤というものが医薬品の副作用の安全対策に資するデータベース。がん登録や国立病院機構のデータベ

ース。中ほどには、グレーの部分で、学会によって構築されております、外科や循環器、放射線といった様々な目的別、それからデータベース別に示しているのが横軸でございます。

縦軸の一番下の第1層と書いております部分に、上から健診、レセプト、DPC、投薬・処方・調剤、検査やレポート情報などを書かせていただいておりますけれども、下に行くほど複雑な情報で標準化が進んでいない情報になっております。それぞれのデータベースがどのあたりまで深掘りしたものを取り込んでいるのかということを図示して俯瞰した図でございます。

これまで医療と申し上げても、疾患領域それぞれにおいて情報収集が取り込まれているものはもちろんでございますけれども、診療報酬であったり安全対策であったり、政策面・研究面からも目的別にデータベースの構築がされているという現状がございます。医療においては、それぞれ分野別に新しい知見の取得などが継続的に必要でありますので、こういった取組はある種不可避でございます。

一方で、4枚目、5枚目にありましたような協議会の目的にもございます、現場のデジタル化とICT化を通じて、データベース別に現在、手入力などによって、それぞれ入力するというものによらないで、効率的に情報収集し、2次的に利活用できる基盤というものの構築が期待され、また必要とされております。その機能の一つとして考えられるものが、我々が検討しております代理機関（仮称）ということになります。

8枚目は、前回同様ですので、こちらも省略いたしまして、9枚目、前回のものをもう少し検討課題あるいは制度のイメージを詳しくさせていただいた図になります。

実際、どのような要件が考えられるのかということについて、現在の検討状況でございますけれども、1つ重要な点は、このような医療情報を収集して匿名加工し、2次的に利活用していくという際には、まず極めて高い機微性のある情報に対する安全対策、情報セキュリティ対策ということが要件として求められるのは当然でございますけれども、それに加えて、収集された情報を匿名加工して提供していくということに関して、医療情報の特殊性によりまして、その利活用、調査分析の目的と、その匿名性の確保ということを両立するような、十分な匿名加工技術を必要とするということ。

それから、医療情報という公益性の高い情報を取り扱う情報基盤としての安定的な事業運営を可能とすること。それから、先ほどからの議論にも少しございますけれども、多様・多様な医療情報を適切に利活用できる標準や品質水準への対応といったことに関して、要件としての必要性について、現在議論いただいているとともに、機能としましては、そのような2次利活用による、この

図の左側にある質や費用対効果の分析、新薬開発や未知の副作用の発見などに加えまして、右の中ほどにございますPHR事業、EHR事業といった、本人の意思に基づいて利活用される医療情報の利活用の基盤としても考えられるのではないかと、現在議論いただいているところでございます。

それから、10ページ、11ページ、12ページの3つのスライドにつきましては、このような制度を検討している場合に、多様かつ複雑な医療情報の収集・利活用が、単に医療機関の情報を寄せ集めただけで急に可能となるわけではございませんので、AMEDの研究事業において、このような医療機関横断的にアウトカムを含めた情報を収集・分析することで、医療の向上・研究開発に利活用していくための様々な問題点や課題の抽出を行って、価値あるものとしていくための研究事業を開始してございます。その事業概要を3つ御紹介させていただいているものでございます。

10ページ、11ページは、主に大規模病院を中心とした研究ということでございます。大規模な病院においては、これまでもさきに御説明したような医療情報データベースの中に参加いただいて、情報収集がされている部分が一部ございますけれども、それだけでは医療の一部であり、一時的なものということで、診療所の情報に関しても収集・利活用の必要性が考えられますので、そちらを中心に考えていただいておりますのが、この12ページの研究事業になります。

それから、最後、13ページに関しましては、前回と同様のものがございますので、割愛させていただきます。

それから、資料4-2を簡単に御説明だけさせていただきます。

資料4-2は、先ほどの俯瞰図にございましたような、多種多様な、現在でも存在する各種の医療情報データベースに関しまして、昨年の成長戦略におきましても、その利活用が課題として取り上げられております。政策目的で利用するものは当然でございますけれども、例えばNDBであれば、学術研究への利用など多目的な利用にデータを供しているという取組を、各種のデータベースでどのように進めているかというものを俯瞰した図でございまして、1枚めくっていただきました3の図が、そのプログラムの概観図でございます。

上3分の1ぐらいの薄いブルーの部分が、医療情報をデータ標準等により広く収集するデータベースということで、政策目的などによって、疾患を問わず、医療機関から情報を収集するというもの。中ほどの濃いブルーの部分が、疾患であったり、小児であったりという、領域別に情報収集するデータベースになっております。それぞれ27年までと28年以降におきまして、本来の事業目的以外への利活用に関する取組状況などを俯瞰させていただいた資料でございますので、参考にお配りさせていただいております。

説明は以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

資料としましては、事務局のほうから参考資料1、2として、11月10日の未来投資会議での翁会長、高橋副会長からの御提言、塩崎大臣からの取組方針の御説明をつけさせていただいておりますので、適宜御参照いただければと思います。

それでは、ただいまの各省庁からの御説明を踏まえまして、自由討議に移りたいと思いますので、よろしく願いいたします。

まず、翁会長、お願いいたします。

(翁会長)

御説明ありがとうございました。

それでは、項目ごとにお伺いしていきたいと思うのですが、まず厚生労働省の御説明いただいた医療・介護のデータのネットワーク化、ビッグデータ活用のところですが、データベースを連結していくと書いてございます。要は、既存の目的別のいろいろなデータベースを一つのネットワークとして仕組んでいくというイメージで議論されているということによろしいですね。まず、確認です。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

はい、結構です。

(翁会長)

そういった時に、現在は各省庁にもデータベースがいろいろございますし、例えば日本医師会にもある。それから、民間の企業にもある。こういったものの全体の成果やデータベースをネットワーク化していくという考え方で取り組んでいかれるというイメージでございますか。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

今、御指摘いただいたように、いろいろなデータベースがあります。そのうち、厚生労働省が当然しっかりと責任を持って進めていくものもあれば、大学病院やその他民間企業であるとか、様々なところにもいろいろなデータベースがありますから、これをつなぐためのデータの扱い、ルール化というものにしっかりと取り組んでいきたいと思っておりますし、主体的にいたします。

(翁会長)

ですので、それぞれのデータの管理というのは、それぞれ今までやっておられるところが主体的にやっていくということになると思いますが、そのつないでいくネットワークのオペレーションといったところは、どこが主体的に考えていくイメージですか。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

私どもが、例えば医療レセプトとか健診とか、つまり厚生労働省が行政を執行していく上で集めてきているもの、あるいは集めていくもの、これらについて、まずしっかりとしたものを横断的につなげていく。さらに、我々からすると、その周辺にも様々なものがあります。こういうものもつながっていくような話し合いをこれからしていくのだろうと思います。

一方で、持続可能なある種のビジネスモデルのようなものがしっかりとでき上がってくることが、新産業の創出のためにも必要だと思しますので、そういう持続可能なモデルを組み上げつつ、一方で国が果たすべき役割はどこからどこまでなのかということの整理は、これから必要だと考えています。

(翁会長)

まずは、そういった全体像というか、それが見えてくることがとても重要だと思っていますので、スケジュール感を持って具体的に進めていただきたいと思います。

(高橋副会長)

今日の資料の中で大変興味を持ちましたのが、内閣官房健康・医療戦略室から出していただいた資料で、特に全体像が見える資料4-2というものであります。この4-2の内容を見ますと、公的及び大学という形で、民間のものが入っていないですけれども、私、調べたところ、民間で20個ぐらいありそうな感じであります。それを合わせると、現在対象になるのは全部で30いくつぐらいかなと。今、厚生労働省のPeOPLeとか、新しい構想のものがいくつか出ておりますけれども、現状の全体像というものをぜひ見ていただいて、その上に代理機関があった場合、どういう関係があるのかというたたき台の図がないと、なかなか議論が進まないなという感じがします。

こういう図を藤本内閣官房健康・医療戦略室次長のところで作られているわけでありましてけれども、更に進んだ、公表されていないものであっても、例えばここで代理機関がどうつながるかとか、そういうものの検討というのはいかに進んでいるのでしょうか。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室次長)

代理機関制度が仮にできたときに、どういう方々が手を挙げてくださりそうかと。これは、民間もあれば、公的な支援を受けてきた人たちが手を挙げる場合とありますけれども、特に公的な支援を受けてきた方々には、先ほど御説明したカテゴリーが3つあります。そういう方々がどんな位置づけになるか議論しております。例えば、この中で公的な副作用のデータベース、MID-NETというものがありますけれども、代理機関が出てきた場合に、こういうところが仕事が少し楽になるのではないかとか、そういう議論はしておりますけれども、まだそこまで煮詰まってはいません。

このプログラム自体は、一応、毎年改定していくことになっています。来年あたり、法律ができたりすると、また少し変わってきて、2年後ぐらいになると事業が立ち上がってきますので、大分様子が変わってくるのではないかなと考えております。

(高橋副会長)

今日、説明いただいた中でも、内閣官房医療・健康戦略室と総務省と厚生労働省で、それぞれ同じような話題を、少しずつフェーズが違う形で話されたという印象があるのですけれども、この辺の話し合いは持たれたということでもありますけれども、全体の統一的な絵を描くという方向で議論が進んでいるかどうかということがとても気になるところです。それぞれの担当の方が、全体の絵がないとなかなか整合性がとれないと思うので、そういう方向に進む議論。

最初、顔を会わせて、やっとこういうものが集まってきたということで、まだとてもできる段階ではないと思うけれども、ぜひ将来近いうちに、そういうものができていく方向に進んでほしいと思いますので、担当の方からその辺の全体像を把握して、誰がどういうふうに取り仕切っていくかという議論をどういうふうに進めていくべきかということをお聞かせいただけるとありがたいです。

(藤本内閣官房健康・医療戦略室次長)

そういう意味だと、まだ不十分なところもありますけれども、内閣官房健康・医療戦略室で先ほど御紹介した次世代医療ICT基盤協議会が、高橋副会長が今おっしゃった目的を持って、その中の一つの仕事として代理機関みたいなことを考えようというのが出てきています。その代理機関は一つのツールでしかありませんので、それを踏まえつつ、厚生労働省がやっておられることも含めて、全体がどうなるのかということは、次世代医療ICT基盤協議会で各省と議論していこうと考えております。

(吉岡総務省情報流通行政局審議官)

私どもは、先ほど申しましたように、厚生労働省あるいは内閣官房健康・医療戦略室が進めている取組につきましては、情報通信を所管する立場から、技術的・実務的なサポートをして支えていく役割だと思っておりますので、まさしくいろいろと打ち合わせをさせていただきながら進めているところであります。例えば先ほど申しましたEHRについては、私どものところで優れたモデルをつくる。それを厚生労働省で広めていただく。あるいは、代理機関につきましては情報セキュリティが大事になりますので、情報セキュリティについての技術的な検討を私どものほうでやるということで、しっかり役割分担しながら進めているところでございます。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

例えば、今、お話がありましたように、技術的な課題を我々、解決しなければできない目指すべきビジョンでありますので、この技術的な課題のところにに関して、例えば総務省と今、現にお話し合いをさせていただいています。

我々は、例えば医療の現場の病院であるとか介護の現場であるとか、こういうさまざまなステークホルダーの方々との話し合いの中で、それを具体的に社会実装していく。これが我々の一つの任務だと考えていますから、このあたりが技術として、どうサポートしていけるのかということと一緒に今、話し合っているということでもあります。

(今村日本医師会副会長)

今、「現場の」という御意見を伺って、私も翁会長、高橋副会長と全く同じことを考えていました。データは当然種類があって、多ければ多いほどいろいろ利活用できる手段になると思いますし、内閣官房健康・医療戦略室が出されたデータベース以外にもたくさんあります。私も環境省の仕事をしていて、例えば中皮腫登録というものがあって、現場の先生が入力していきますが、たくさん種類のデータベースをそのまま残したままで、ネットワークでやってくださいという話なのか。そうなると、どんどん種類が増える可能性もあるわけです。

考えていただきたいのは、集まったデータを使うほうはいろいろ使えます。しかし、「自分たちはこれだけ負担をかけて入力したけれども、これだけ我々の仕事が楽になった」というものがないと、単にデータを集めるためだけに仕事をしているということになりかねないし、そのことが現場の医療に大きな負担をかけていることも間違いありません。共有化できるものについては、できるだけ集約する形で現場の負担を減らしていただければありがたいのと、これ

はお願いです。できる、できないは別として現場の感覚です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今の話を若干具体的な話でお聞きしたいのですけれども、塩崎厚労大臣の資料にもありますし、今日の厚生労働省の資料の1ページ目で、右上の目指すべき在り方と青く書いてあるところ。ここの中で、アウトカム志向のデータをつくるという表現がございます。これは極めて大事なかなと思っておりまして、まさにデータを活用して、いろいろな医療現場での診療支援を行っていくとか、個別化医療につなげていくとか、あるいは創薬のためのビッグデータ化していく。おそらくいろいろな使い方があると思います。

そういう中で、まず1つ、厚生労働省に御質問したいのが、厚生労働省のICT懇談会に出されているPeOPLeとかデータ利活用プラットフォームといった場合に、塩崎厚労大臣の未来投資会議の資料では、このレセプトデータと健診データをNDBとか介護データベースで集めているという絵がございました。他方、おそらくデータというのは他にたくさんあって、いろいろな診療現場での検査結果とか画像とか医者の所見とか、さらには経済産業省、総務省が取り組んでいるウェアラブル端末におけるバイタルデータみたいなものとか、いろいろな有用であるかもしれないデータがたくさんある。

それが一つの一覧表になっているのが、本日の経済産業省の資料を御覧いただくと、3ページ目と4ページ目に、健康、医療、介護、いろいろなデータがあって、それぞれ電子化されているのか、標準化されているのかという一覧表が提示されております。更には、内閣官房健康・医療戦略室の資料の6ページの青く網かけがかかっている部分が、今、公的データベースで集まっているところではないかと思えますけれども、赤いところが、まさに実際の現場でのいろいろな数値とか、更には、右のほうに行きますと、いろいろなアウトカムとか健康データみたいなところをどうやって収集していくのかということが、内閣官房健康・医療戦略室のほうからは課題として出されております。

各省庁にこの場でぜひお聞きしたいと思っています。まず、厚生労働省のほうには、まさに塩崎厚労大臣のほうからも、アウトカム志向のデータで、いろいろな医療・介護のパラダイムシフトを行っていく、ICT、AIを活用するといった場合に、医療の現場とか患者にとって有用であるような意味のあるデータを集めるとすると、どの範囲のデータを、どこにあるデータを、どう集めるかという検討をこれからどうやっていくのかということと、それについて、まさに今、内閣官房健康・医療戦略室のほうで整理されているようなこととの関係。

それから、経済産業省とか総務省のほうで取り組んでおられることや民間で出ているデータとどうやって突合していくのかというところが、ある意味では

医療現場にとって、あるいは患者にとって意味のあるデータは何なのかというところを出発点にしながら整理していくということかなと思いますけれども、そういう視点で、どんな整理かというのはまだここではないと思いますけれども、それについて厚生労働省のほうでどんな検討をこれからされていこうと思っているのかということと。

経済産業省、総務省、それぞれで、自分たちのやっている事業のほうから見て、オールジャパンで、あるシステムをつくろうとしたときに、どんなデータが載っているということが、特に予防に軸足を移した医療・介護システムをつくっていくときに有用なのか。全体で見て、藤本内閣官房健康・医療戦略室次長のほうからどう見るのかということと。

さらに、今村副会長のほうからは、医療の現場にとって意味のあるフィードバックがあるようなデータとするには、どんなデータが集まって利活用できるというのかという、その辺のところを差し支えない範囲で教えていただければと思います。厚生労働省のほうからお願いできますか。

(大橋厚生労働省サイバーセキュリティ・情報化審議官)

私どもの目下の課題と言いますのは、これまでもいろいろなデータを集めてきていますし、その活用を進めてきていますので、当面、我々が課題としますことは、新しいデータをどれだけたくさん集めてくるのかということの前に、今、まず我々が行政目的のために集めているデータをどういう形で連結させて、有効活用していくのか。ここがまず、我々が最も急いで対処していかなければいけない課題だろうと考えています。

そういう意味では、例えば医療のレセプトとか健診データとか、このあたりが何の価値を生み出せるか。そこをまず見極めた上で、データをどう整理して、どういうふうに活用を図れるか、ネットワークをどうつくっていくのか。

加えて、ちょっとベクトルは違いますけれども、広域医療ネットワークの世界は、およそ病院間での連携を図らんがために、これは各患者様の御了解をいただいた上で、様々なデータの活用が図られてきているという沿革もありますので、そういうものとの関係性をどうつくっていくのか。このあたりが、当面、厚生労働省としての目指すべき方向性かなと。

その上で、我々が考えています世界観の中には、当然、患者様がいて、それから病院があって、これからおそらく誕生してくるであろう、いわゆる代理機関のようなものなり、また民間の企業で様々なデータを収集し、それを処理してつなげてくださるビジネスを展開していらっしゃる方々がいて、それぞれのところにデータが蓄積されて活用されていくことになってまいりますから、こういうものを今度は有機的に俯瞰して鳥瞰していくために、我々側が形成して

きた様々なデータベースとの関係性がそこに生まれてくるはずでありますので、そこをしっかりと提示していくことに取り組んでいきたいというのが、我々厚生労働省の当面の目指すべき方向だと考えています。

(吉本経済産業省商務情報政策局商務情報政策統括調整官)

私どもは、先ほど御紹介いたしました平成27年度の補正予算でやっております、この事業につきまして、まさにその点、意識しております、お手数ですが、私どもが配らせていただきました資料の5ページ、6ページあたりでございます。

実は、こういったウェアラブル端末を配るという点については、過去にもたくさん類例があると申し上げましたけれども、データを取り過ぎる。そして、あまり意味がないところのデータをとっていたというようなことがたくさんございまして、そういったことの反省を踏まえまして、さらに、今村副会長もおっしゃいましたけれども、医療現場から糖尿病の悪化予防ということに限定したときに、本当に必要なデータは一体何なのかといったことを、考えながらやっております。ビッグデータの時代だったら、データがたくさんあればあるほどいいのだろうと思いがちですけれども、本当に刺さるデータに限定しないと、まさに現場も大変ですし、測る人間もおもしろいうちはやるのですけれども、長続きしないということでございます。

6ページに、結論として、4つしか、我々は定期的にデータをとることを求めておりません。歩数・活動量をウェアラブル端末で計測する、これがある種の運動等のアウトプットの部分。それから、インプットとして食事の代理変数としての体重、血圧。それから、糖尿病というのは、病状のプロキシとしてHbA1cというものがあり、前の日にお酒を飲もうと、お風呂に入った後だろうと、糖尿病の進度と極めてリニアにこの数字が出てくるということでございまして、この4つだけでいいとしております。

この4つに限定いたしまして、9ページでございますけれども、コンソーシアムのほうで、ここに書いてあるような情報につきましての情報の整理の仕方、交換規約を定めさせていただきました。実は、このコンソーシアムとして応募してきた事業者の方には、例えば毎日食べる食事をスマホで撮影した写真からカロリーを計算しますみたいな、いろいろなアイデアが出てくるのですけれども、残念ながら、それと糖尿病の進度ということを考えますと、臨床の現場の先生方に言わせれば、そんなもの、体重で代理すればそれでいいという話でございました。

そういう意味では、ややもすると、何も考えずにデータを集めがちですけれども、その質を考慮するという点について、現場での負担も踏まえて、今回、

我々のほうでやらせていただきました。これが事例として、全てに当てはまるとまでは申し上げませんが、おっしゃったような御指摘、大変大事だと思っております。

（吉岡総務省情報流通行政局審議官）

私どもが取組を進めている中で、標準化というものが大事だろうと思っております。我々のEHRについては、厚生労働省が定める標準に準拠したものでやっておりますし、PHRのほうでは、ウェアラブル機器のデータの標準化ができていない中で、経済産業省のデータ交換規約に合わせてやっていくことを進めているわけでありまして、感じることにしましては、1つ、これは厚生労働省も十分認識されていますけれども、介護についてのデータの標準化が、まだ十分進んでいない。そこをしっかりと進めていただくことによりまして、本当に価値のあるEHRの高度化がこれからできていくのだろうということを思っています。

それから、我々総務省の取組を1つ御紹介させていただきますと、これは医療・介護に関わらず、観光とか農水産業あるいは防災とか働き方とか、いろいろな分野にわたっての、これからのIoT、ICTを活用した地域実装の取組につきまして、間もなくタスクフォースで工程表、ロードマップを策定することにしてあります。これは年内に策定いたしまして、その後の取組としましては、地域でそうした取組が大きく進むようなことを地方支分部局単位で進めていきたいと考えているところであります。そうした中で、医療を含めて、事業者の取組を後押しするようなことができると考えております。

（藤本内閣官房健康・医療戦略室次長）

全体ということでございますけれども、先ほど吉本経済産業省商務情報政策局商務情報政策統括調整官がおっしゃった、ニーズを踏まえてというのは非常に重要な部分だと思います。我々、こういうデータを扱う仕事を、協議会などを運営してつくづく思いますのは、まずデータを誰が欲しているのか。その欲している人に合うデータが出せるということが第1。それに加えて、診療の現場がそれで負荷を生じないこと。それは、いろいろな機器がデジタル化されていますから、技術的には普通の診療をしていることによってデータが生じる。それがずっと集められる。そのときに集めるということに関して費用がかかりますから、これを誰が負担するのかということが大事だと思います。

誰が今の日本の社会で、データに対してお金を払う、コストを負担する用意がありそうかというのと、まず筆頭は国、自治体、保険者だと思います。その次に、当然、大学等の研究機関ですね。それから、製薬企業、医療機器の企業。それから、AIみたいな形で、これは既存の企業でないベンチャーみたいなとこ

ろが多いと思いますけれども、新しい人工知能が欲するデータ。大体、このカテゴリーがあります。それプラス、診療現場における患者とか医療機関は、そういうインフラを利用して、本人が希望すれば診療情報が自分にサマリーが来るとか、医療機関間で流通できる。

これは、データを集めて、匿名加工してというインフラを使えば容易にできることですので、そのインフラが共通の道路として存在していて、皆ができるだけ共通の道路を使ってお金をそれぞれの目的で払っていくという仕組みをどうつくるか。それだけで賄い切れない、先ほど御紹介した希少疾患の話とか、いくつかありますから、これはこれで特別にお金を用意していくことがあると思いますので、この分担をどうするかということと、今、我々が手にしているものをどうするか。

既存のデータベースの大抵が、その目的のために集めるというところから含めて構築しているので、ある意味二重投資とまでは言いませんけれども、そういうところがある。それは、歴史としてしようがないと思いますので、できるだけそれを共通化する。そうでない部分はどこなのか。それに対して、誰が何を期待するのか。厚生労働省が全体を俯瞰する上で、こういう機能を期待するということであれば、それは厚生労働省がある程度費用を負担する必要があります。

その費用を負担するときに、できるだけ共通の基盤に対して費用を出せば、全体最適になってきますし、厚生労働省がお金を出してくれたことによって道路ができて、その道路が最初はダムをつくる目的の道路だったかもしれないけれども、観光にも使えるということになってくると思いますので、それが多分全体設計になってくるのではないかと思います。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

データを誰が欲しているのかというのは、一番のユーザーでもあります医療現場の方に。

(今村日本医師会副会長)

先ほど厚生労働省からお話がありましたが、「こういうデータを集める」というと、医療現場の感覚としては、行政がいろいろな施策を打つための材料に使いたいというイメージが強くて、我々にとっては何なのかがなかなか分かりにくかった。その中で、こういう視点が提供する側の提供者へのメリット、あるいは患者さんお一人お一人にどういうメリットがあるかという視点というのは、ものすごく大事だと思っています。

地域の医療は、日本中で、いろいろな意味で非常に差があります。事情がそ

れぞれ違っている中で、自分たちが医療を行っている地域では、他の地域と何がどう違って、どこをどう取り組んだらなにが変わるのだろうという、我々自らの取組に資するような、医療関係団体、あるいは介護の団体の人たちが取り組めるようなデータをフィードバックしていただきたいというのが1点あります。

それから、個々の医療機関からするとある意味孤立をされていて、開業医というのは、それぞれがみな自分の専門性を持って開業します。先ほど糖尿病の例がありましたが、糖尿病の専門でない限りは、自分の糖尿病診療が本当に正しいやり方になっているのかどうかは、一生懸命勉強会に参加されて研修されている先生もいらっしゃいますが、忙しくて行かれない先生もいらっしゃいます。

そうすると、「地域のHbA1cの平均値はこのぐらいです。」「自分の医療機関のHbA1cの群はこのぐらいです。」といったように、診ている対象患者が必ずしも同じでないかもしれないけれど、全国と地域と自分の医療の差が自分で確認できるようなデータをいただくというのは、すごく役に立つかなと思っています。

もう一点、経済産業省の新しい事業はすばらしいと思うのですが、HbA1cというのは、例えば同じ血液をとって、A社、B社、C社と出すと、数字がばらつくのです。だから、単純に絶対値の数字のデータだけを集めて、それを検証しても、そもそも科学的なエビデンスが弱いものを見ることになってしまいます。健診データの標準化ということも非常に大事だということを、以前この場でも御紹介しましたが、そういう仕組みもあるので、ぜひそのことは忘れないで取り組んでいただいたらいいのかなと思っています。

(翁会長)

ここは非常に重要なところですし、今、いろいろ御意見、出てきたとおりで、まず現場のニーズや使いやすさといったところから考えていくということが重要だと思いますし、その上でデータ形式や内容の見直しとか標準化とどうつないでいくか。そういうプロセスに沿って何をしていくべきかということ、スケジュール感を持って考えていただきたいと思いますし、全体像をぜひ省庁全体で御検討いただきたいなと思います。

次に、遠隔診療のほうに移ってよろしいですか。遠隔診療、AIのところでございますが、御質問させていただきたいのは、厚生労働省のほうから取組についての御説明があったのですが、先日、総理からも御発言がありましたけれども、エビデンスを待って収集するのではなくて、もっと能動的にいろいろ取り組んで、この遠隔診療について技術革新を進めていくという方向でお取り組みいただきたいということが1つです。

それから、ちょっと御質問させていただきたいのは、AIについて、平成30年度につきましても検討を行うと書いてございますけれども、具体的にどんな形でAIのところを進めていこうとされているのか、少しお話できること、検討されていることがあったら教えてください。

(宮崎厚生労働省大臣官房審議官)

まず、遠隔診療のほうは、これまでももちろん厚生労働省も含めてですけれども、いろいろな省庁連携して研究費の支援等はどんどん進めております。先ほども御紹介していますけれども、画像診断とか病理診断、ペースメーカーの遠隔モニタリングなども、今までより大幅に期間を延ばして、途中フォローして1年に1回の診療でいいとか。エビデンスが出るように仕掛けて、出てきているところはどんどん取り入れていくという考え方で、30年とここに書いています。これは、当然、中医協の御議論はあるでしょうけれども、改定のたびにどんどん入れていくという方向だと思っております。

AIのほうは、遠隔診療よりも後に出てきている話ですけれども、政府全体でのロードマップでどういうふうに取り組んでいくかというものがある中で、厚生労働省が担当する分野をしっかりとやっていかなきゃいけないということで、研究費で言えば、今年度予算とか、補正や来年度要求も含めて、政府全体の動きに合わせて、厚生労働省もしっかり自分たちの分野はやっていきたい。

具体的には、ここにも少し触れておりますけれども、特に今のAI革命の中では、画像の読み込みというものが一番ポイントになっていますから、X線画像とか病理診断の画像というものを取り込んでAIでやっていくことによって、どういうふうに診療支援できるかというところをまずとりかかって、有効なものが出てくれば、30年の診療報酬改定で御議論させていただきたいなと思っておりますし、全体のロードマップからいっても、32年末ぐらいまでには実際に実装できるように、しっかり取り組んでいきたいと考えているところでございます。

(高橋副会長)

遠隔診療に関しましては、地域性によって捉え方が全然違い、医師の偏在の話があって、地方、特に過疎地を歩きますと医療の崩壊がかなり進んでいるところがある。そういうところで非常に遠隔診療を使って頑張っている事例というのは、今まで歩いて回っていくつか見ているわけですが、その時にその先生たちが、診療報酬を使わなくてもボランティア的に頑張られているわけですが、やりながら、どこまで認められるのかということに非常に苦労されているケースがある。

例えば、初診というのは多分無理だろう。でも、再診の場合は使える場合が

あるけれども、どこまで許されるのだろうかということ非常に手探りのにやられている。だから、技術的な話もあるのですけれども、1つは、実際に使っている先生たちがどこまで許されるとか、そういう形の検討はどれぐらい進んでいるか、伺いたいということと。

きっちり決めるのは非常に難しいですから、どこまでやっていいか。それは、技術のレベルによって当然変わってくるものですが、その辺の検討をぜひ進めていただきたいという希望も含めまして、現場がどこまで技術を使っていくかについて伺いたいと思います。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

診療報酬上の扱いは、資料にあります。初診はまだ認めていないのですけれども、基本的には再診を認めています。現場に周知されていないのであれば、改めて周知したいと思います。

(今村日本医師会副会長)

いくつか確認したいことがあります。画像診断は今でも本当に活用されていると思います。特に、診療関連死で事故調査制度が始まって、夜中に死亡時の画像診断を撮ったけれども放射線科医が不在で特定できない時、画像を送って読み取るセンターもできているぐらいですから、現実的にはかなり進んでいると思いますが、国外の画像読影施設を使ってもよろしいのですか。

つまり、画像は世界のどこでもつながっているんで、インドに送ってインド人の先生に読んでもらうということが進んでしまうことは、私個人は好ましいこととは思ってなくて、日本の技術を日本の医療のために、日本の中で活用していただきたいということがあります。

もう一点です。AIには私たちもすごく興味を持っています。日本医師会でも、ワトソンの説明会を開いたりなど、様々なことをしています。しかしお話を伺って、現状の診療の補助になるような人工知能を単独で活用すると莫大な金額がかかるので、大学病院といったようなところで個別にやっておられるのは分かります。しかし我々地域医療にとって、このAIの活用がどう生かされるのかということ、厚生労働省は考えておられるのかどうか。

診療報酬の中の検討もということで、これはこれから中医協でいろいろ議論すればいいとは思いますが、非常に限られた財源の中で、新しいところをどんどん評価して高い点数をつけると、地域の医療に影響が出ることもあります。AIを活用することによって省力化が図られて、人が少なくても済むということが分かれば、人員配置基準を見直していただくことで病院にインセンティブを与えることも可能なのかなと思いますので、そこもあわせて御検討いただけれ

ばと思います。

そして1点御質問です。今申し上げたAIを、現状として、将来的にどのように日本の医療に活用していくイメージを持たれているのかを教えてください。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

まず最初の御質問の、国内で撮影された画像について。

(今村日本医師会副会長)

国内で撮ったものを国外の読影機関に送って読んでもらう。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

現状の報酬上の扱いから申しますと、今のようなケースについては診療報酬上の算定の対象外です。そういう意味では、保険医療機関が責任を持って確認するというのが条件です。

(今村日本医師会副会長)

分かりました。

(宮崎厚生労働省大臣官房審議官)

AIについて御質問いただきまして、現在の段階でこうだということまで直ちにあるわけではないですけれども、例えばワトソンが出ましたけれども、あそこまで行くまでにしっかりしたデータをたくさん読ませることにお金をかけている。先ほど申し上げた画像の話なども、

そういうところをつくっていくところにコストが実際かかっているというのが事実で、今、研究しながら、もちろんコストだけではなくて、フォールスネガティブみたいなものがあつたら困るので、それなりのデータも出していかなければいけないけれども、そういうところを見ながら、エビデンスが出てきたものを、例えば中医協で御議論していただけないかというレベルですので、その30年の段階でどこまで進むか、どこまで実装できるかというところは、コストも含めて、今の段階で明確にお答えできるところではないということは、御理解いただければと思います。

(今村日本医師会副会長)

現状で何ができるかということがまだまだ明確でない中なので、将来像が分からないというのはそうなのだと思います。しかしできれば、将来的にはこう

いう形でAIを現場で活用するというイメージみたいなものを議論しておいていただくことは大事なのではないかと思っています。今、医師の需給分科会が厚生労働省にあって、日本の将来の医師数を何人にするかという非常に白熱した議論をやっております。こういった医師の診療補助に資するようなものがどんどん普及してくれば、これは医師数の養成もかなり変わってくるわけです。そういう意味で、できるだけ早急にAIというものの実装ということについて、いろいろ検討いただければありがたいと思います。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官)

厚生労働省でございます。

今、今村副会長が言われたことにつきまして、医師や看護師等の医療従事者につきましては、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会というものを設けまして、AIとか医療ICTの進展も含めた将来の医療従事者の在り方について議論しているところでございまして、しっかりと検討していきたいと考えております。

(翁会長)

今回やっている議論というのは、ICT化による配置基準の見直しに関連してくる話でもあります。情報革新・技術革新が医療従事者等の働き方をどういうふうに改善させるかということ踏まえて、ぜひ御議論いただきたいなと思いますので、よろしくをお願いします。

次、予防・健康づくりのほうに参りたいと思うのですが、ここはまさに先ほど、中川大臣政務官がおっしゃっていたインセンティブのところ非常に重要だと思っているのですが、先ほど厚生労働省のほうからお話いただいたインセンティブ設計のところ、現在は残念ながらレートが0.23ということで、非常に低いですね。本来は、加算率は法定では10%できるという上限がありますけれども、もう少しインセンティブを効かせていく必要があると思っていますが、そこについて厚生労働省はどういうふうに取り組んでいかれようとされているのか、教えていただきたいと思います。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

御指摘のとおりでございまして、もう少しインセンティブを効かせる必要があると思っています。今、ちょうど関係者、特に健保連、健保組合等と調整している最中でございまして、0.23を拡大する方向で検討しております。

(翁会長)

それから、この右側にお示しいただいている指標につきましても、指標①が中心的に見られてきたと思うのですけれども、この指標②から指標⑥につきましても、いずれも予防・健康にとって非常に重要であると思いますので、このあたりもぜひしっかりと位置づけていくということも重要になってくるのではないかと思います。よろしく願いしたいと思います。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

その関連で、1つ御質問したいのですけれども、今、まさにこの辺の見直しをされていると思いますけれども、翁会長のほうから御質問のあった数字のところでは、これは、現在0.23%で、法定上限は10%ですけれども、もっと上げていく方向だというお話がありました。これは、ある意味ではメリハリの効いた、強力なインセンティブにすると、より予防に向けての具体的な行動変容が起こってくるということだと思います。法定上限の10%に限りなく近い水準まで上げるという感じなのかどうなのかということと。

もう一つは、今の2つ目の翁会長からの質問で、指標①から⑥までありますけれども、これは加算をするとところと減算するところと両方ありますけれども、そこは今後、この指標の組み合わせなり、あるいは具体的に基準をつくっていくときに、加算のほうと減算のほうと同じ指標にするということになるのか、違うのか。

それから、逆にウエートづけというか、おそらく実際の行動変容を求めていくことになった場合に、特定健診を受けているかどうかということもさることながら、実際に何かあったときにもう一回受診してくださいと受診勧奨したり、何らかの重症化予防の取組を行っていくとか、予防・健康づくりを行っていくとか、そういう具体的な行動をむしろ^{しょうよう}懲慚していき取組のほう結構大事じゃないかなという感じがいたしますけれども、そこは指標①、②、③、④、⑤、⑥の真ん中の具体的な行動を促していくという取組をより重視していく感じになっていくのかどうか。もし、それが難しいとすると、どういうところが難しさの原因なのか、その辺をちょっと教えていただければと思います。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

まず、10%に限りなく近づけるかどうかということですが、正直申しまして、上限の10%に近くというところまでは、現在、0.23ですからなかなか難しいと思っております。できる限り関係者の御理解を得られる範囲でインセンティブ付けをしていきたいと思っております。その中では、比較的財政力

の高いところが取り組みやすいということもありますので、底上げという意味では、中小の健保組合とか、そういうところが取り組みやすい環境づくりというものもあわせて考えていくことが必要かと思っております。

それから、加算・減算の在り方ですけれども、加算につきましては、基本的には指標①をベースにして加算をする方向で検討。減算につきましては、①から⑥をトータルで考えるということです。ウエートづけ等につきましては、現在調整中ございまして、御指摘の点を踏まえながら検討してまいりたいと思っております。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

加算と減算に利用する指標は、基本的に同じだと考えていいのですか。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

加算につきましては、法律上、特定健診と特定保健指導の実施率ということで法定されておりますので、そういう意味では、基本的に加算については特定健診・特定保健指導の実施率ということでございます。それは法律の運用の話ですけれども、減算につきましては、トータルで評価をする方向で検討しているということです。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ちょっと素朴な疑問ですけれども、予防活動を強力に進めていくという観点からいけば、頑張っているところは減算される、頑張っていないところは加算されるというメリハリをつけると、その指標は変える必然性があるのかどうかというのは分かりにくいところがあります。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

加算はいわばペナルティーですので、ある意味で分かりやすい厳格な基準ということで加算する。減算のほうはいわば御褒美ですので、そういう意味では少し弾力的にやってもいいのではないかという考え方です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今、財政力の違いという話がありましたけれども、できるところはあるけれども、できないところはなかなか限界があるという話だとすると、小さい健保がむしろそういうことができるように工夫するとか、民間にアウトソーシングするとか、共同でやっていくとか、いろいろな方法があり得ると思っておりますけれども、そういったところをむしろ入れてできるようにしていくという発想はあ

り得るのですか。

（濱谷厚生労働省大臣官房審議官）

それはおっしゃるとおりで、やり方のパッケージとか標準的なやり方を示すということなど、小さいところができる限り取り組みやすい環境を整備していきたいということです。目的は加・減算をすることではなくて、皆さんがしっかり取り組む環境整備をするということです。できれば加算するところが少なければ少ないほどいいわけでごさいます、ベクトルとしてはそういう方向でやっていくということだと思います。

（翁会長）

このデータヘルスのほうも、基本的に体力のあるところは随分やっていますが、中小の保険者はなかなかやっていないわけで、ここをどうやって動機づけしていくかということがとても重要だと思うので、それは健保連のガバナンスを少し強化していくということもあると思いますし、同時に、共同委託できるようにするとか、いろいろな工夫で働きかけていっていただきたいと思っています。

（濱谷厚生労働省大臣官房審議官）

御指摘のような点も含めて、検討してまいりたいと思います。

（翁会長）

これは経済産業省も非常に関係するところですね。事業者として、こういったものにいろいろな取組をやっていらっしゃるけれども、かなり優良なところを中心に今、リードする企業を引っ張っておられると思うのですが、全体に広げていくということ、経済産業省のほうからも何かいい知恵がありましたら、ぜひお願いしたいと思っています。

次、介護について。

（高橋副会長）

続きまして、自立支援のための介護の構造化・標準化というあたりについて伺いたいと思います。

まず、基本的なスタンスですが、これは厚生労働省のほうから、介護のサービスの区分をつくる、科学的に裏づけられた介護の普及を推進するための構造化という提案があるのですが、何のためにやるかということ、いくつか目的があるわけですが、非常に大きいのは、介護現場の効率化とい

うことが中心にあると思うのです。そのときに、記録の自動化とか人員基準も絡む話ですけれども、人が減らせられるという、現場にとってどういうメリットがあるかということが最終目的であるというような、現場にどういう影響があるかということがある程度打ち出されるような形で出たほうが望ましいのではないかということです。

それをベースに2つほど質問させていただきたいのですけれども、まず厚生労働省の資料の4ページにサービスの区分ということが書いてあるわけですが、これと同時に、あるサービスがいいというのは薬の治験と同じことでありまして、同じような状態の人に薬を入れる、入れないで比較しないと臨床試験とかは成り立たないということがありますので、同じく利用者のほうの区分も必要だと思いますので、これは両方必要じゃないかということが1つ目の質問になります。まず、この点に関して、いかがでしょうか。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

現場に対する効率化ということとともに、まず大前提は、介護保険法は高齢者の自立支援ということが目的ですので、御本人が自立するための支援をするというのが一番の根幹だと思っております。その上で今のお話ですけれども、おっしゃるとおり、比較するためには利用者さんの状態が同じであるということが条件だと思いますので、要介護認定などをベースにしながら、同じような状態像の方に対する介護の比較という方向で考えたいと思っております。

(高橋副会長)

そうですね。

2点目でありますけれども、これを開発する時に、今の現場を見ていますと、監査に関して非常にディフェンシブになるために、いろいろな記録をしていて時間がとられているという部分があります。ですから、その辺も含めて、構造化を進める時に、記録の簡略化ができるという視点がとても重要になってくると思います。

できることなら、今まで自然言語で2行書いていたものを、数字、3、3と2つ記入すれば終わるとか、実際に現場でやったときに、やりましたと言うのを押すと、それが記録の中に入って、電子化したものに入って書く必要がないというところも含めて、ぜひ検討していただきたいと思っておりますけれども、その辺の視点はどういうふうにかんがえられているかについて伺いたいと思っております。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

現場の記録、書類を減らすことについては、これは春の一億総活躍プランに

おきまして、書類の半減を目指すということを掲げておりまして、その中には、ICTの活用とか、あるいは監査のための書類などで必要なもの、必要じゃないもの。仮に必要じゃないものがあれば、そういうものを書類として減らしていくというものも含めて検討していきたいと思います。

その上で、現場での介護記録というときには、これは今後の検討でありますけれども、実際に記録していただくことになりまして、テキストデータで記録するというのは現場に非常に負担がかかりますので、コード化した上で選択すればいいということも含めて検討する必要があるのかなと思います。

(高橋副会長)

ぜひそういう方向に進めていただきたいと思います。

それから、ここの話とずれることでありますけれども、現場の特に経営者のほうで、夜勤の人材が集まらないということがありまして、施設自体の運営がもう危なくなっているとか、新規に開こうと思ったらあきらめたという話をよく聞くようになってきているのです。先ほどのセンサーのところに話が戻るところもあるのですけれども、今、非常にいいセンサーが出てきて、利用者が動いたというときにシルエットの画像で確かめる。施設の方が見て、行かなくていいと判断したりして、大分省力化に役立つ形になってきているのですけれどもね。

私は、個人的にはそういうデータをAIで読み込んで、それで、これは行くべき、行かないというのを大量に読ませることによって、行く回数を相当減らせるのではないかと。それから、夜、1時間に1回巡回しているのですけれども、そういうものは例えばベッドに生体センサーを入れておいて、定期巡回しなくてもいい形にするという技術的な形で対応できるのではないかと考えております。そういうものを、今までの科研費で1件、数千万円単位の話では1施設か2施設ぐらいしかできない。だから、これは介護の根幹にあるところなので、もう少し大きな調査をしてスピードを速める形。

それから、介護機器メーカーがAIのメーカーを引き込んでセンサーとAIを結びつけるというのは、体力的にも非常に問題があるので、もう少し大きな取組として予算をつけてやるということが非常に重要じゃないかと思います。その辺の取組のスピードをぜひ上げていただきたいと思いますけれども、何かコメントをいただけるとありがたいと思います。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

冒頭、6ページにおきまして、見守りセンサーについて先行研究実施中と申し上げましたけれども、見守りセンサーについては、アウトカム、実証結果を

次の介護報酬改定に間に合うように出していきたいと思っております。

その上で、AIとの組み合わせというのは勉強不足でありまして、今、初めてお聞きしましたので、どのような活用ができるか、今後、研究させていただきたいと思っております。ただ、今、この時期ですので、来年度予算もほぼ締め切りになっておりますので、今後、どのようなタイミングで、どのようなスケジュールで対応できるかも含めて研究させていただきたいと思っております。

(今村日本医師会副会長)

今、高橋副会長からセンサーのお話が出て、私も伺おうと思っていたところでした。経済産業省からは、いわゆる予防のところで、御本人にウェアラブル端末を、という話でした。私の理解だと、ああしたウェアラブル端末をつける人は“健康オタク“みたいな人が多くて、本当に必要な人につけてもらうことが難しい。しかし、高齢者のウェアラブル端末情報のほうが大事ではないかと思っていて、熱中症や入浴死ということが今の医療にものすごく負荷をかけているわけです。そうした在宅介護の方たちの高齢者のウェアラブル端末から情報をとる。そして介護者がそれを見られるようにするというのを考えていただいたらいい。これは、どこに考えていただくか、ちょっと分からないですが。

もう一点、話が飛んで恐縮ですが、全体のお話を聞いていて感じたのは、これからの高齢化の中で認知症のお話がスポンと抜けてしまっています。しかし、認知症に対するいろいろな取組はすごく大事だと思っております。

(吉本経済産業省商務情報政策局商務情報政策統括調整官)

まさにウェアラブル端末というのは、放っておくと健康過ぎる人がつけてしまい、そういう人はもう行動変容してしまっている人なので、それによってより健康になるところが出てきても、医療費にほとんど関係ないということでもあります。まさにおっしゃるとおりで、過去にやっておりました実証実験はややそういうところがございまして、先ほどの私どもの5ページですが、せっかくいっぱいデータを集めたけれども、従来のプロジェクトのターゲットというのは、右側のHbA1cの指標であまり心配ない方ばかりのデータを集めていたということもあったということです。

ここを反省いたしまして、今回は基本的には職場ぐるみで健康経営を志向しておられる会社、それから健保組合の社員の方で、あらかじめ健診などでレッドとオレンジゾーンにいる方にコミットしてもらい、そのような糖尿病予備軍・軽症者の方を集めて1,000人ということでございます。そういう方に強制的に言うと、やや非民主的に聞こえるかもしれませんが、そういう方にウェアラブル端末をつけてしまう形でやってみようということでございます。

それで、7ページに8つのコンソーシアム、同時並行で走らせておるものがございます、基本的には大企業を中心とした職場ぐるみのタイプをやっておりますが、そればかりではモデルとしてバラエティーが十分ではないだろうということで、埼玉県でやっておりますケース、下から3番目でございますが、これは埼玉の医師会とも一緒にやらせていただいております、職場ぐるみというよりも、高齢者の方を地域ぐるみで対象とするという形のものも実験的にやらせていただいております。まだささやかなスタートラインに立ったところでございますけれども、全く御指摘のとおりでございます、そういったことをやらせていただくことを始めております。

(今村日本医師会副会長)

ありがとうございます。

経済産業省が一生懸命考えてやっておられるのは十分分かった上で申し上げますが、あえて高齢者の方たちの使いやすいウェアラブル端末というものを考えていただきたい。つまり、つけていて楽しいとか、つけたくなるような、高齢者の発想で物をつくっていないのではないかという気がするので、ぜひ経済産業省によろしくお願いしたいと思います。

(翁会長)

高齢者の方がウェアラブル端末をつけていけば、健康情報も入ってくるし、認知症の方のGPS機能がついていけばセンサーがわりになるし、いろいろなメリットが考えられると思います。こういった議論というのは、厚生労働省は認知症のことで数年前にレポートをまとめていらっしゃいますね。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

レポートをまとめておりますし、先般、鉄道の事故もありましたので、関係省庁の連絡会議で、基本的には地域づくりとか、まさに今の機器の活用というものも含めて考えております。

(翁会長)

ITの実装との関係では、今、どんな議論をされているのですか。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

ITの実装との関係では、具体的なところまではまだ行っていませんけれども、地域ではそういうGPS的なものをつけているという事例もあって、どこかに行くといろいろなところに連絡が行くという地域づくりの取組もされている

ところもあります。そういう意味では、先進的な事例などを踏まえながら、今後考えていくという段階です。

(翁会長)

非常に重要なテーマの一つだと思うので、この点も考えていただければと思います。

後、ちょっとお伺いしたいのは、5ページでプロセス評価からアウトカム評価に自立支援がだんだん移行するにつれて、クリームスキミングの問題もあるのでということをおっしゃっていたのですが、これは何らかの制度設計を考へることによって、この問題、対応は可能なのではないかと思うので、ここについてクリームスキミングが起こらないようにするアウトカム指標へのシフトというものを少し御検討いただきたいなと思います。

よろしく願いいたします。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

介護の構造化・標準化のところで1点確認を事務的にしたいことがあるのですけれども、厚生労働省の資料の4ページで、まさに科学的に裏づけられた介護の普及というところで、今後の検討の進め方で、平成28年度から29年度に既知の好事例等の調査・研究を行って、ケア内容の分類等を作成するという事ですけれども、おそらくここで言っていることは、とにかく先進的な取組をいろいろ行っているような、まさに改善しているところの事業者のデータを集めて分析して、それで最大公約数なのか最小公倍数なのか分かりませんが、そういったものを分類していくということだと思います。

これは、先進的取組を行っているような介護事業者をどういうふうに特定して、データを集めてくるのか。そういうものを早く始めたほうが良いような気もするのですけれども、具体的なその辺の、こういう介護事業者から集めて、こういうデータを集めて、それで分析していくというプランがどうなっているのかということと。

もう一つは、このペーパーの下のほうの平成32年度以降のところ、ケア内容のデータベースとありますけれども、上のほうの目指すべき在り方のところで、データベースというのは、ピンクと右側の緑に分かれていますので、自立支援指向の介護と自立支援を意識しない介護を区分していくということなので、これは翁会長と高橋副会長のペーパーにあった、まさに自立支援のための介護を標準化していくということが、この分類を区分して、ピンクのところの自立支援指向の介護は、こういうものなのですよというのを出していくという理解なのか、データベースのイメージがちょっと分からなかったのを確認したいの

ですけれども、その2点を伺えればと思います。

（濱谷厚生労働省大臣官房審議官）

正直申し上げまして、現時点で具体的な工程表までかっちりと固めているわけではないので、申し上げられることは少ないのですけれども、考えられるのは、普通に目で見て、耳で聞いた好事例で、そこからヒアリングなり議論するという手法と。

あとは、これはどこまで、どのようなスピードでできるかどうかというのは、これから検討ですけれども、今の介護保険のデータベースでも、事業所ごとの要介護度の利用者の変化というのは、分かりますので、そういうところから何らかの抽出ができないかということは考えられるかと思います。いずれ、そういうことも含めて調査・研究、検討ということです。

それから、最終的に目指すところは、ピンクの介護というところを目指すためのデータベースの構築ということですが、その過程で、比較対照的に、ある介護サービス構造をつくった上で、そのやり方についていくつかの選択肢の中で、こういう介護をしているところと、違う介護をしているところとで、予後なり改善状況に変化があるかということ进行分析した上で標準化していくというプロセスかなと思っています。

（高橋副会長）

これは、横にどれだけ広げるかによってスピード感が全く変わってきて、先ほどと同じことになるのですけれども、普通の科研ベースで一つ二つやっていると、とても時間のかかる話だと思いますので、次年度の予算はほぼ決まっています難しいということをおっしゃいましたが、できるだけ幅を広げてスピードを速くするような仕組みをぜひ考えていただきたいというのが、私たちのほうからの希望ということでもありますので、御検討をお願いしたいと思います。

介護ロボットも同じでありまして、あれは補正でかなりまとまったお金がついたので、件数はとれそうですけれども、これは逆にバタバタと進めることによって、データは集まったけれども、結果が出なかったということが起きるのではないかとということが非常に危惧される場所でもあります。そういうことも含めて、調査の進め方というのはデータを集めるときの肝でありますので、その辺の検討がどうなっているか、ちょっと聞かせていただければと思います。

（濱谷厚生労働省大臣官房審議官）

今、御指摘なのは、補正予算で50億円のロボット導入に対する予算上の支援ということだと思いますが、それはそれで使った評価などのデータを集めます

けれども、それとは別にターゲットを絞って、いわばエビデンスが出そうなものについて、先行実施なり効果検証するという事で、その第1が見守りセンサーの先行研究ということでもあります。そういう意味では、マスと話と絞った話と並行して進めていくということです。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

どのぐらいの数の介護事業者に、センサーはありますけれども、他の介護ロボットをどうやって入れていくか。それは、6ページには検証委員会というのが書いてありますけれども、どのぐらいの数の事業者に、どういうロボット、センサーを使ってもらって、どんなデータを収集していくのか、その辺は、検証委員会でいつごろ決まって具体的に動き出すプランになっていますでしょうか。

（濱谷厚生労働省大臣官房審議官）

これは補正予算で計上したもので、正直、これから施行ということでありまして、できるだけ早くということでもあります。要は、最終的なゴールは平成30年度の介護報酬改定に間に合うように、ということでありまして、それから逆算して間に合うような形で、しかもエビデンスとして必要な範囲の数のデータを集めたい。今の段階では、そういうことでございます。

（翁会長）

この点も、先ほど高橋副会長がおっしゃったのと一緒に、どれだけ有為なデータをたくさん集められるかということにかかってくると思いますので、ぜひ横の広がりも考えて、できるだけ多くのデータを、議論に耐え得るようなものを集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）

それでは、最後、翁会長からコメントをいただければと思います。

（翁会長）

11月10日の未来投資会議では、総理から、新しい医療介護システムを2020年までに本格稼働させ、目標時期を明確にして、そこから逆算して実行計画を決めるという御発言がありました。本日の会合でも、その大きな方向性については、各省で共有されることが分かりましたが、肝心なのは、これからそれをどう具体化していくかということだと思います。多岐にわたる検討が必要だということが本日も分かりましたが、年明け以降、以下のような方針でこの会合の

議論を進めていきたいと思っております。

まず第1に、データ利活用基盤、これは医療、健康・予防、介護、全部共通のものですが、これにつきましては、厚生労働省のほうからPeOPLEやデータ利活用プラットフォームというのが提言されていますけれども、こういった様々なデータベース、今あるものや、これからつくっていくものや、これを一つにつなぐものと御説明ございましたが、今日御議論ありましたように、いかにそれぞれのデータベースがどのようなデータを収集していくのか、どう標準化していくのかということが重要かと思えます。同時に、それをどういうふうにつないでいくのか。そのネットワークのオペレーションについて、どのような共通イメージを持ちながら、それを展開していくのかということが重要になってくると思えます。

それから、そこで公的なデータベースや民間のデータベースというものを入れていくことになると思いますが、その役割分担をどうしていくのか。その中で、代理機関などの位置づけやそこがどういう役割を果たしていくのか。経済産業省や総務省、日本医師会、民間の取組をいかにうまくつないでいくのかということについて、全体像を早くプロセスごとに整理していただくことが必要になってくると思えます。

その際、これは強調しておきたいと思うのですが、データを出すことによって、国民や医療現場、介護現場といったところにどういうメリットが返ってくるのかということイメージしながら、そこをきちんと踏まえて、システム全体として効果的に機能する絵姿を描いていくことが必要ではないかと思えます。

次回会合につきましては、具体的な議論が開始できますように、厚生労働省、内閣官房健康・医療戦略室、経済産業省、総務省でよく連携して、一層検討を進めていただきたいと思いますと思っております。

次に、医療、健康・予防のところでございます。これは、遠隔診療、AI等の技術革新の活用につきまして、受け身の姿勢ではなく、民間でのエビデンス構築につきまして、国として積極的にこれを推進していくということを位置づけて、戦略的に進めていただきたいと思いますと思っております。どういう技術革新をどう取り込んでいくかを明確にしながら、研究やエビデンス収集、それから制度上の位置づけといったところまで能動的な姿勢で具体的な工程を書いていただきたいと思いますし、次回会合でより具体的な議論も行いたいと思っております。

さて、予防につきましてはですが、これはデータ活用して保険者による病気予防に向けた取組を真に促すことができるかどうかということの制度設計が非常に重要になってきていると思えます。先ほど保険者インセンティブにつきましては、0.23から引き上げるというお話ございましたけれども、これをできるだけ高い水準まで引き上げていくことが極めて重要と思えます。法定上限は10%

でございますので、そこを目指して引き上げていく。そして、特定健診等の実施率以外にもさまざまな受診勧奨、糖尿病等の重症化予防、予防・健康づくりの取組状況といったものもしっかり位置づけて、メリハリをつけながら従業員等の健康管理を強力に進めていくということを考えていただきたいと思っております。

健保の規模によって、いろいろな取組が違うという事情があると伺いましたが、そうであれば、いかに規模の小さい組合をうまく後押しできるか。アウトソーシングなどの民間活用、それから複数の保険者が連携した共同事業といった多様な手段で、またガバナンスを変えていく、もっと強化していくということもあるだろうと思いますが、その取組を可能にする方向を検討していただきたいと思っております。

それから、今日、特に議論が出ませんでした、支払基金のほうも今、議論が進んでいると思います。こういった改革を進めていく上で、支払基金についても頭脳集団化するというお話がありましたが、民間活用との関係も含めて、たしか議論は12月までですね。次回、どういう検討状況になっているかということも含めて、教えていただきたいと思っております。

それから、介護につきまして、最後に議論ございましたけれども、データを活用して自立支援に向けた取組を評価していくために、事業者からのデータを早く集めて、それを早急に分析して分類していくという取組が非常に重要だと思っております。スピード感を持って検討を進めていただきたいと思っております。

次回会合におきましては、データベース構築に向けたデータ収集のやり方とか、分類案に関する検討状況とか、2020年までの本格運用に向けた具体的な工程表みたいなものについても御議論いただきたいと思っております。

データベースの構築を待たずに、自立支援に向けた現場の取組へのインセンティブ付けというのにも必要だと思っております。調査研究の結果を踏まえて、エビデンスが認められる項目を評価するという御説明がありましたけれども、次期の介護報酬改定に間に合うようにどういうふうにできるかということを経営的に進めていただきたいと思っております。例えば次回の会合では、要介護度の改善について、どういう手法で評価していくことが考えられるかということについても、具体的に議論できればと思っております。

それから、介護ロボット、ICTの効果検証について、最後、議論ございましたけれども、次期の介護報酬改定に間に合うようにスピード感を持って実証を進めていただきたいと思っております。今、委員会で検討していくというお話がございましたけれども、さらにもう少し検討が進みましたら、どのぐらいの数の事業所で、こういったロボットやセンサーを使ってもらって、どういうデータを収集してもらおうのかということについて、御説明をお願いできればと思っております。

ます。

それから、自立支援の観点からの介護ロボット開発については、もう既に経済産業省と厚生労働省のほうから、取り組んで、連携して委員会を立ち上げてやっておられるというお話を伺いましたので、具体的な工程表、具体的な検討状況につきまして、次回、また御説明をいただきたいと思っております。

以上の課題については、全省、バラバラではなく、横断的に連携していくということが不可欠であると思っておりますので、特にITネットワーク化のところは非常に重要だと思っておりますが、よく御相談、調整していただいて、検討をどんどん前に進めていただきたいと思っております。今回はこの点について、ぜひお聞かせ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。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、時間になりましたので、本日の議論はここまでとさせていただきます。

最後に、越智副大臣から、まとめの御発言をいただければと思います。

(越智副大臣)

皆様、ありがとうございました。

翁先生から今、取りまとめもございましたので、一言だけ申し上げますが、11月10日の未来投資会議で翁会長・高橋副会長ペーパーが出されまして、その後、総理発言がございました。それらに基づいて、今日は各省からそれぞれ御報告いただき、また翁会長、高橋副会長、そして今村副会長から、いろいろ活発な御議論いただいたこと、心から感謝申し上げます。

11月10日の未来投資会議から1カ月経たない中での今日の会議でありましたけれども、各府省の皆様におかれましては、それぞれ前向きな御発表、御説明いただいたことに心から感謝申し上げます。翁会長からいただいた取りまとめについて、各省にとっては難しい課題もあるかと思っておりますけれども、大変重要な論点でございますので、ぜひとも引き続きお取り組みいただけますようお願い申し上げます。

どうもありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。