

## 第4回 医療・健康分科会 議事要旨

1. 日時 平成26年3月19日(水) 16:00-18:00
2. 場所 中央合同庁舎第4号館 12階 全省庁共用1214特別会議室
3. 議題
  - (1) 開会
  - (2) 工程表見直し(案) 中間整理について
  - (3) プレゼンテーション
  - (4) 意見交換
  - (5) 閉会

### 4. 議事概要

- (1) 開会
  - 事務局より開会宣言
- (2) 工程表見直し(案) 中間整理について
  - 事務局より、資料1について説明。

#### <意見交換>

#### <効果的・効率的で高品質な医療介護サービスの展開>

##### ○松本座長

特に宮古での取組はベンダーに依らず様々なレセプト情報等で連携できているとのことだが、実際の運用ではデータの突き合わせ等で不都合が出ているのではないかと思うが、如何か。

##### ○構成員

互換性の問題は、レセコン情報に限定するならば、比較的簡単な情報を標準的なデータに変換するAPIを各メーカー、ベンダーに用意してもらうことによって解決しうる。本格的な電子カルテなど大きなシステムとなるとなかなか難しいと思うが、比較的シンプルなものならできるので、それに特化することも1つの方法だと考えている。

強制はできないとは思いますが補助事業などでの補助要件にしていったりすると広まるのではないか。

##### ○松本座長

標準モデルは、大小の問題はあっても、かなり役に立つということはわかっているので、その中のどれを広げるのかという、政策的な誘導はできるのか。

## ○厚生労働省

標準モデルとして、どこか1つの地域モデルを全国に展開というのは難しい。それぞれ地域の特性があって、それに合ったネットワークがつくられている。それぞれの要素を見出して、それらを組み合わせながら、地域や目的に合ったネットワークをつくっていくための教科書のようなものを標準モデルとしてつくっていききたい。持続可能性とか、データの相互運用性とか、そういった条件を満たすための教科書のようなものを標準モデルとして確立したい。

## ○構成員

在宅医療と介護に関しても、地域包括ケアモデルに関しても、全国统一した標準化というのは非常に難しいということ、現場でやっていると。というのは、こういったものが1つのモデルだということは示せても、やはり地域によって千差万別のような地域特性やリソースのあり方があって今まで地域の医療や介護が成り立ってきたので、それを考慮せずに、こういったものがモデルなのでこれに沿ってください、もしくは、医療と介護の情報連携はこれがスタンダードなので、これに即してやってください、というのは現実的には難しく、良策ではないだろうと思っている。

例えばこういう地域の特性であれば、こういったものが成功事例であるといったような、幾つかのパターンがあるだろうし、都市部と地方では全然その状況が違う。例えば成功例と言われている柏モデルがある程度当てはまる場所もあれば、全く当てはまらない場所もあり、単一ではない。しかしだからといって放っておいて良いかということ、そうではない。モデルケースやパターンについてとりまとめ、時期的目標を定め進めていく。それは大変大事なのではないかと考えている。

## ○構成員

そもそも在宅であれ、入院であれ、医療プロセスをむやみに標準化するのは、その進歩を止めてしまう可能性があるために慎重でなければならない。そうではなくて、そのときのヒューマンリソースやそれ以外のリソースのあり方によって、さまざまな情報の利活用の場面が生じて、場面に応じて最適なことを考えていくべき話なので、使い方という意味での教科書というのは多分、非常に意味があると思う。

一方で、その教科書を見て実行しようと思ったときに、多大なコストがかかるようでは絶対普及しないので、社会的コストを下げる努力をしないといけない。そのために、ある種の政策的な誘導が必要。本当のミニマム情報に関しては、レセコンであれ何であれ、必ず出せるようにするというのを、少なくとも政策目標にすべきではないか。前にも申ししたが、我が国の医療機関の情報化率というのはほとんど世界最高レベルとっていいほどに高いので、それをどう誘導していくかが重要。それほど費用がかかる話ではないと思う。そこをやっていかないと、教科書はできたが補助金がないと持続できない、といったことの繰り返しになるのではないかと危惧する。これはあまり広がりを見ることができないスキームなので、やはり広げるためには、その根本的な改革が必要ではないか。

#### ○松本座長

それぞれの医療・介護サービスを受ける個人が、自分の情報をネックレスのような携帯型でポータビリティのあるものを持っていてくれば、どんなところに行っても、ある程度、必要最小限の情報はわかる。制度としては、それを無くした場合にどうするかということだけを考えていけば、国民が全て共有できるのではないかと感じている。

そういうところがポイントだと思うので、こういう観点でKPIに設定できれば、国民にとっても判り易いものとなる。国民にとって利益になるような施策を誘導すべきで、その様に議論を進めていただきたいと思う。

#### ○構成員

クラウドというと、「コストが安い」という発想で、今般、皆さんが「クラウドで」とおっしゃるのだが、逆にクラウドは商用の場合が多く、特定の企業の方針を受入れることになる。この分野では国際的なものなど企業によるデータ囲い込みは既に始まっている、クラウド同士のインターオペラビリティとか、必要最小限度の共有情報を定義しておくなどの手当てをしておかないと、逆に商用が中心であることによってデータが分散してしまう。そういうことにも配慮することが大事。

#### ○松本座長

クラウドはいわゆるIT大手企業がそれぞれ自分たちのクラウドを立ち上げ、日本でも各種存在している。災害時の信頼性を期待し、だんだん契約者が広がっていると理解をしている。

一方、個人のデータが国外に飛んでいてそこで管理されている、という事実もあり、そういう場合に個々の利益をどうやって守るのかという課題もある。

私自身は、国民が受け入れやすいのは、マイナンバー制も導入した上で、個々の識別情報というか医療情報を個人で管理するようになりその後に、国やそれに準ずるものがそれら個々の情報について責任を持ってクラウド化していくというのが、一番実現性が高く、国民にも受け入れ易いのではないかと考えている。具体については皆様と議論していきたい。

<現役世代からの健康増進等、医療・健康情報等の各種データの活用推進>

#### ○構成員

NDBについては、一応ガイドラインができて、26年度からシステムが入れ替わって、今までシステムの能力で提供できなかったものが比較的早く提供できるようになる。民間からもリクエストを受けて、データ提供を検討しているところで、ここは進むであろう。よく言われるレセプトと特定健診の情報がつながらないというのは、データベース自体の設計の問題ではなくて、発生するデータが、例えば名前のところが違うコードを使っているなどが原因であり、これを突合させるような仕組み、つまりIDができないと、なかなか

一筋縄ではいかない。

厚生労働省のレセプトデータベースは、初めから、個人に知見を還元するような利用はできないのだが、データヘルス計画は、保険者がレセプトや健診結果を使って、直接、加入者に対する保健指導を行い、あるいは加入者全体の傾向をとらえて、適切な対策を打つことになる。この時に問題になるのが、国保とか協会けんぽとか被用者健保同士のリンクがとれないこと。これも形式的には、IDができればリンクがとれるようになるが、今、問題になっているのは、個人情報保護法上の問題で、被用者健保は民間の個人情報保護法の、国保は地方自治の条例に従わなくてはいけなくなっていて、それぞれが、そもそも個人情報の定義から違うところがある。例えば自治体が、そこの住民の協会けんぽだと非常に組織が小さいので、そこも含めて健康指導をしたいと思っても情報が手に入らないといった、それぞれの団体が持つ個人情報保護のポリシーのために情報を流通させられないことがしばしばある。本来、自治体が住民の健康増進を図ること自体に、プライバシーを侵害などの意図はないので、できるようにするべきだと思うのだが、現状、制度的な問題があっとうまくいっていない。このことが多分、本当の障害因子になっているのだから、その部分を解決していくことが非常に大事であると思う。

レセプトは、オンライン率は確かに6割ぐらいだが、電子化率は90数パーセントを超えているので、オンラインである必要は、1カ月に1回発行するものを即時にやらなくてもいいと思うので、多分それほどクリティカルに考えなくても利用はできるのだと思う。

○松本座長

いわゆるレセコンから出るデータと、病院にあるような電子カルテについて、そこには質的な差というのはあるのか。電子カルテのほうは細かく患者さんの情報を入れて、疫学的な調査ができるというのはあるが。

○構成員

医師が診察した、あるいは患者さんが自覚症状を訴えたなど、人間がインタープリターになっているような情報は、そもそもシステムの問題ではなくて、それを受け取る人間側の能力にかなり左右されるもの。このような情報を別とすると、いわゆる客観情報で、どういうお薬を処方されて調剤された、あるいはどういう検査を指示して、どういう検査結果を得た、あるいは心電図をとって、その波形はどうだ、という内容であれば、レセプトの場合、最も重要なことは、レセコンの中に入っている情報は、その指示をした日付まではきちんと入っているが結果が入っていないということ。

大きな病院だと、電子カルテに結果がちゃんと入ってくる。みずから検査をして、みずからの結果が入ってくる。診療所の場合は、検査は、指示はするし、採血もするけれども、検査自体は検査センターで行われて、そこで電子的に情報が発生して、多くの場合、紙にプリントされて返ってくる。それは紙のカルテに貼られるだけで、電子的には再利用できないが、もともとは電子的に発生している。心電図もそうで、多くのものが今、デジタルとして取り出すことは可能なのだが、実際に使うときはプリントアウトしているという状

態で、その手前でデジタル情報として取れたら、客観情報として収集することは可能。

そうすると、客観情報としては、実は現実的にはあまり差がない。レセコンの中には入っていないが、発生している情報としてはあまり差がないと言ってもいいと思う。ただ、それが利用できる形にはなっていないのが現状だと思う。

○松本座長

そうすると、工程表案に書いてあるような、2014年、2015年で、オレンジ色でいうと上から2つ目の「健保組合等におけるデータヘルス計画の策定」として「データヘルス計画の実施」というのは、これが現実的で、その後も国保とか、そういうのは別のラインで線が引かれているが、これはもう仕方がないということか。

○構成員

今のところはこうせざるを得ない。しかし、これで何が起こるかという、被用者健保は、自分たちの健保から出ていくまでの計画を立てるのだと思う。出ていった後は国保にお任せになってしまって、人の一生からすると、区切られて対策が立てられることになるので、環境整備を進めながら検討の余地は残っているものとする。

○松本座長

縦に2行になっているのを、どこかで交差させて、相互利用できるようにと矢印を描いたほうがいいのではないか。

○構成員

それが可能であれば、最も望まれることだと思う。

○厚生労働省

御指摘のように、個人情報の問題、IDの問題は確かにあるが、それ以前に、保健事業を行う主体をどうするかという問題もあり、今の日本の医療保険制度というのが、被用者保険と地域保健という2つに大きく分かれていて、その枠組みの中でどうするか。しかも、またインセンティブという問題もあるので、将来的には保険事業の成果を拠出金に反映するとかという議論も出てきている中で、そこをどうやって統合的にやっていくかという問題なども関わってくる。

ただ、人の生涯を追って連携し合っていくことは大事だと思うので、むしろ被用者保険でやってきた成果と、地域でやっている成果をどうやって共有しながら協働していくかというところが重要だと思っている。

○松本座長

むしろ被用者保険のほうが、それぞれの事業体の合意が得られればまとめやすいということか。

○厚生労働省

そこは両方だと思っていて、総務省の事業でも、例えばその地域にある医療保険者が協力して、地域の中でやっていくという保健事業は現実にある。そこは別に被用者だからどうかという話ではないと思う。

○松本座長

医療というのは、本来は10キロ圏内で9割以上の患者さんがいるというようなのが実態なので、そこを乗り越えていったときにどうなるかということだと思ふ。

○遠藤政府CIO

個人一人一人の、いろいろな健康、医療に関するデータを、あちらの機関が持っていたり、こちらの機関が持っていたりする。それはそれぞれ、こういう官庁が見ていて、勝手に参照させないというのが現状のような感じがするが、それが一覧表になったものはないのか。そうすると、ここを風穴あければいいのではないのか、とか、場合によっては国では難しいけれども、地域だけだったら簡単に風穴があくとか、そういう議論をされているように思う。そういうところに1つ焦点があるような気がするので、何か整理しないといけない。事務局と厚生労働省と相談して、整理してみてください。

○構成員

レセプトの情報というのは、病院に蓄積されていくのはわかるのだが、個人も持ち得るものなのか。

○構成員

いわゆるレセプトの開示請求というのは、割と何か起こったときの非常手段である。そうではなくて、レセプト並みの診療報酬明細というのは、今、希望すれば、多くの医療機関で提供されるので、ほぼ同じ情報を個人が持つことができる。

それからレセプト情報が医療機関に蓄積するかというと、これは微妙で、おそらく多くの医療機関では蓄積しないで捨てていっていると思う。医療機関からすると単に請求書の明細なので、診療情報はもちろん蓄積するが、レセプト情報を蓄積しているわけではない。

○構成員

そうすると、ライフクラウドという概念の中で、レセプト情報を基本的に個人も持つということであれば、仕組みとして、多機関が管理をしているので、合わせるのが難しいという問題があるという議論か。基本的には全て個人に帰属するとしたら、個人を通してどこかのデータベースに蓄積する仕組みができれば、基本的には一貫通貫したデータベースができ得るものなのか。

○構成員

その発想はかなり以前からあって、2007年から厚生労働省、経済産業省、総務省、浦添市という4つの行政機関が集まって、健康情報活用基盤、つまり、1つの箱の中に様々なデータを、個人の管理のもとに全部集めてきてやるという実証事業を3年にわたってやっていて、その後もそういった事業が結構行われている。ただ、それが例えば1つの保険者が情報を全部個人ベースで管理することは割と簡単にできるのだが、ステークホルダーを跨った情報を集めてくるとなると、実は難しく、働いている方の労働安全衛生法上の健診というのは、今、よく特定健診と一緒に行われているのだが、健診情報の識別子というのは社員番号で、特定健診は保険者の記号番号。

同じ人の情報だということは、物理的に御本人に渡して、それを格納することができれば何の問題もないのだが、全ての人がそこまでのITリテラシーがあるわけではないので、給与の振り込みと同じで、ここに送ってくださいと依頼することになる。そうすると、送り側は、一体この人の情報はどの箱に入れていいのかがよくわからない。

浦添市でおこなった事業も、浦添市住民の多くは那覇市に勤めており、那覇市の労働安全衛生法上の健診は、那覇市医師会がほぼ100%受注していて、全部データベース化して持っている。事業の説明に行ったら、データを使ってくださいとおっしゃるのだが、使えない。つまり、どの箱に入れていいかわからない。

名前をキーにすると同姓同名は結構多いので、間違える可能性が無視できない。従ってデータを送れなかったということで、そういう仕組みを本当に実現しようとする、何らかの普遍的なIDがないと、実は動かない。お薬手帳などでも、多分同じことが起こってくる。

○構成員

むしろそういうものがブレークスルーできれば可能ということか。

○構成員

そう、理論上は可能となる。

○厚生労働省

そういった問題はもちろんあるのだが、ただ、今の話は、例えば「どこでもMY病院」という形で検討されたのとは違うと思うが、あのときに上がってきた問題は、一生分のデータという莫大な量になるので、これを誰が預かって、誰が管理するのか、そのコストは誰が負担するのかというかなり大きな問題があって、そのクリアがなかなか難しいという、そういった課題もあることを御理解いただきたい。

○構成員

今のITの技術で言って、それくらいのデータ量は大した問題ではないと思う。むしろ、その情報を、例えば保険者であり医療機関がちゃんと出せるかどうかの方が問題で、現状、例えば診療所に受診をしたらレセコンはあるのだけれども、そこから患者さんにデータを出す方法がないので、そこを手当てするとそこに費用がかかってしまう。多分それがコスト増の1つの理由で、デフォルトでデータが出るということであれば、そんなに苦労は要らないと思うし、データ量は、画像を全部蓄えるというのでなければ、そんなに大した量ではないと思う。

○松本座長

実際に電子カルテは、多くの場合、メモリを使うのは画像。一旦画像を圧縮して保存すると、今度は呼び出すのに1時間ぐらい待ってはいくれないというのが現実の話。どこか2年以内とか3年以内で切って、それ以上さかのぼるときは相当覚悟してさかのぼるというようなことで今、運用している。個人のつい最近までのものだったら、1年や2年以内のものを持っているのはすごく簡単で、小さなチップでできると思う。

○構成員

事務局メモの2番で「レセプト・健診情報等のうち十分に発生頻度が高く」という部分について、こういったデータを利用したいと思う民間企業が、最も活用度が高いデータだけでも使うために、クラウドデータベースを準備することも可能なのか。

○松本座長

物理的には可能。

○遠藤政府CIO

工程表について横軸が年になっている部分で、施策によっては、4、5年を1本の線で書かれているだけのものがある。これだと何をやろうとして、どこまで進捗しているのか、全くチェックがきかないということなので、この上にも区切りを書いてもらって、そして共有しておく方がよろしいのではないか。

○松本座長

私も是非そのようにしたい。

(3) プレゼンテーション

○武藤構成員より、資料2について説明。

○森田構成員より、資料3について説明。

(4) 意見交換

○構成員

実際に在宅も含めて、私自身の親の経験を含めても、医療と介護の間というのは、御本人にとってはそんなに離れていないと思う。行ったり来たりしている。保険制度が別だから別の扱いになっているが、そこは一气通貫にできるようにしないといけない。前回の診療報酬改定のときには、同時改定だったので、その隙間を埋めるため厚生労働省も大分苦労をされたと思いますが、現実の問題としては、なかなか埋まらなかったところがある。それも共通になると、かなり変わってくると思う。

○松本座長

先週行ったオーストラリアでも、どうして日本は医療保険と介護保険が両立するシステムをつくったのかという質問を保健省から受けた。

私見では、オーストラリアは、本来、病院で受けるよりも、在宅でやった方がコストが下がるものがあるとみている。病院でいると、かえって転倒転落があったり、失禁等があったり、そういう高齢者特有の問題があって、それに対して全部ケアできるだけの看護師がいない、あるいは生活支援員がいない。そういう問題があるので、むしろ独居老人でも家にいたほうが転ばない可能性が高い。結局、コスト削減ができるので、Hospital in the Homeという言葉を使っていたが、病院の機能を切り出して、近くのGP(General Practitioner)がかかりつけ医機能を持っていて、訪問診療、訪問看護をしている。在宅



のほうが国全体にかかる費用が少なくて済むということで、介護保険等の切り換えなく、1つのDRGで、何か問題があったときは、ある金額が払われるという制度で運用していると言っていた。

日本と大いに違うのは、血液疾患で骨髄移植をしなくてはいけない人の化学療法まで高度急性期病院が切り出して、GPでは診られないので、自分たちでサービスしている。200床未満でないとサービスできないとか、そういう規定はないと言われた。

ロイヤル・メルボルンは1,400床あった。メルボルン大学の附属病院なので、本当にものすごく機能的な病院で、GP、かかりつけの訪問診療をしている先生たちに任せ切れないが、家にいたほうが患者さんのQOLがいいということを理解している。それだけの病院でも実際には30人しか診ていない。でも、それなりに保険診療でカバーされている。

実際には、生活と医療と介護と、サービスを受ける人には全然区別がない。

#### ○構成員

実際に石巻でやっていて、非常に難しさを感じる。例えば社会福祉協議会のように、もともと住民を地域福祉の観点から支えてきた団体なども地域包括ケアモデルの中で、具体的に何をしたらいいかわからないという意見が強く出ていた。恐らくそれは市町村が中心になることなのだろうとは思いますが、枠組みを構築すべき市町村も初めての試みであり、かつ「包括」というように縦割りの組織では進め方も前例が少ないと思われる議題であり、現場の機能分化を示して欲しいとのご意見だった。今は過渡期にあると思うが、そういう問題が起きていることを認識しなければいけない。

逆に言えば、お互いの縄張りみたいなものができてしまっていて、医療は医療だけやるのだという見解もある。そうではなく医療と介護と生活がシームレスにつながっていて、受けている側にとってみれば、別にそれが医師なのか、看護師なのか、ヘルパーなのか、「誰が」が重要ではなくちゃんと面倒見られることが大切である。そのために情報を共有してくださいと純粹に思っているわけなので、やはり利用者の観点からつくっていくといけない。縦割りや部分毎になりがちで、この辺が現実のオペレーションでかなり課題になっているのではないかと思う。

ITと一見関係ない話かもしれないが、でもそれを乗り越えるのに、ICTは有用である。私たちの現場では診療所にヘルパーさんから直接連絡が来て心理的に垣根が大分下がったということもある。こういったものを非常にうまく使いながら、そして制度設計としては、利用者の目線からの一貫通貫のシステムを、オペレーション的にもつくっていく必要があるのではないかと思っている。

#### ○構成員

私も、産業競争力会議のヒアリングでも申し上げたのですが、後期高齢者医療制度と介護保険は一体化するべきだと考える。地域ではほとんど医療と介護の狭間というか、ギャップが大きくて、これは一本化していかないとうまくいかないだろう。それと同時に地域包括ケアをやっていくと、自由開業の小さなヘルプステーションや小さなデイサービス

が数多くあり、非常に非効率でコストもかかっている。

その辺の集約化と合わせて、IT化と3つが一緒になっていかないとうまくいかないのではないかと常々思っている。

○松本座長

国立病院機構は、3分の2は旧療養所で、重身、筋ジスとか、神経難病を治療している。そこでは医療とケア、介護が一緒。そこで働いている先生は、医療保険と介護保険の間がすごく遠くてこれはおかしいと、よく会議で発言している。今回の4月からの診療報酬改定も、在宅に強く舵を切ったわけだが、切ったからにはサービスを受ける人たちにとって、一気通貫で、エンドユーザーが判り易いシステムを助けるために、インターネットあるいはICTを使うということだと思う。

○構成員

そのとおりだが、ただ、厚生労働省か、あるいは財務省もそうかもしれないが、国民経済的な観点からいった場合には、やはり現場では医療の方がサービスが充実しており、その分だけコストがかかる。だからできるだけ介護へ介護へとしわを寄せる動きがあるわけだが、医療がここまでで、そこから先は介護という話になったときに、介護状態の人が急変した場合、非常にその辺のやり繰りが難しくなる。したがって、その線は機械的に引くのではなくて、どうしても医療保険サイドから出ていく。これはある意味でコスト高になる。

それでも患者さんのためには確かにいいと思うが、将来の世代の患者さんのことを考えたときには、その辺についてはしっかりと考えていかななくてはいけない。

○構成員

我々が在宅医療をやっていると思うのは、医師が訪問すると患者さんが非常に喜んでくれるということ。これはいいのだが、これだとスケールメリットが決して生まれにくい。一軒一軒訪問して、満足度を高めていくということは、純粋にレイバー・インテンシブな話になってしまうので、良いことではあるが広がりが少ない。そういう意味では、介護、看護、もしくは民間も含めて、本当にファーストタッチであるとか、プライマリーなところはもっと医師でない人に任せて、医師は何かのときには司令塔となって、適切な人が対応し、医師は医師にしか出来ないことに特化するといった、ある種ハブ・アンド・スポークみたいな体制をとっていかないと、あくまでも高いレベルのものを量多く提供しようと思うと、全く足りない。日本中で足りない時代が来る。これを見据えて考えていかないと、なかなか理想と現実のギャップが埋まらないのではないかと。

○松本座長

少なくともそれぞれのサービスを受けるエンドユーザーに接する時間というのは、10分とか、そういうのが限界だと思うので、コミュニケーターや宅配サービスの人などが、この人はちょっと認知症かとか、ボタンを押すとそれを解析する人がいるとか、支援員がいた上で、最後に誰かが判断して、医療者がアクセスしたほうがいい。そういうシステム

が多分国民が一番受け入れやすいのだろうと感じている。

#### ○構成員

在宅の場合にはその辺がすごく重要だと思う。レイバー・インテンシブという言葉があったが、時間単価賃金の高い人はなるべく動かない。在宅の場合は、どうしても医療従事者の移動のコストがかかるので、それを時間単価の高い人、レイバー・インテンシブの人ほど少なくするという形でシステムをどう組むかというのが在宅のあり方だと思う。

そこで必要な情報共有のためにITを使うというのが適当。

#### ○松本座長

最終的には簡単な、それこそ今の宅配事業者が行うのと同じように、モニター上に、テレビ見ていたら突然、パッとある時間になると案内画面が出てきて、困っていることがあったら赤、緑、何とかと、情報を識別して御本人が送ってくだされば、それを解析する人が中間にいて、それは民間でも構わないと思うが、それが集まったら、自治体の、それこそ地域包括支援センター等の係員が医師に連絡をして、その後の対処がシステムティックに用意されていれば、国民にも理解されると思う。

#### ○厚生労働省

個人的な意見として申し上げるが、今の議論はかなり複合的な問題で、まさに医療と介護という制度の壁をどうするかという問題と、医療職と介護職という職種間の哲学の違いやコストの違いなどの問題がある。地域で見ると、結局、医療職、介護職を束ねるようなコーディネーター機能を果たすのは誰がやるのかなど、様々な問題があり、職種間の連携の中でITというツールを使ってもうまくいかないでいく必要があると思っている。

#### ○構成員

過去七、八年、遠隔医療相談の実証事業をやっており、コスト面やどこでもできるかという普遍性の話は別にして、大学と自治体でやった結果だけお話しする。東京都奥多摩で200人ぐらいの規模で、同じ医者が奥多摩のグループは遠隔でテレビ電話だけで相談する一方で、クリニックにて外来患者を診る。遠隔も外来もほぼ同じような症状の方たちで、ほとんどはメタボリックシンドロームとか、血圧が高い人。

5か月ほど経過して10項目の検査結果で比べた。外来のほうは、全体の平均で悪くなったのが9項目で、よくなったのは1項目。この医師はベテランの方だが、基本的には外来の人は、悪くなるプロセスをどう遅らせるかしかできないとのこと。奥多摩のグループは逆で、ほとんどの9項目で改善した。なぜかというとなんが集会所で集まって、いろいろな話をし、一緒に食事をしたりしながら、そこにお医者がテレビ電話で入ってくる。

要するに、対面でなくとも「つながっている」ということと、データがいつも送れるということで、それだけで安心感は得られる。また、対面よりもテレビ電話のほうが相手と目が合う。他の地域での実験でも遠隔相談の効果が高いことが実証されている。ただし、これまで実証したのは過疎地や地方が多い。都市の真ん中の人たちでどうかは不明だが、やり方によっては十分効果がでるのではないかと思う。

#### ○構成員

そのようなことは、この四、五年の間に相当トライアルされている。その中には、枕元のノートとお薬手帳のかわりになるようなITシステムの要件を決めたものもあり、テレビ電話で、医師が訪問する代わりに遠隔で対応して、現場でヘルパーさんなどが対応することも行っている。種々の調査事業もたくさんあるので、今一度整理をしたほうがいいのではないか。今までせっかくやられてきたことを下敷きにしなくて次の議論をするというのは、もったいない。

#### ○神成政府CIO補佐官

確かに、ここ数年で様々な取り組みを踏まえた検討が各省が参加して進められている。この検討成果を最大限活用することで、工程表のスケジュール全体の前倒しを含めた見直しが可能である。特に、標準化やデータ連係に関する議論は繰り返しなされており、早期の実現へ向けた取り組みが見込まれるのではないか。

#### ○構成員

可能であれば早いほうがいい。ただ、また一からやるのではなくて、積み重ねが大事なので、過去に検討されてきたようなことはやはり大事だと思う。座長の言われたような、個人の最低限の情報を持つという話なども、2009年のi-Japan戦略2015には、2015年に実現すると書き込まれている。それは政府決定で書き込まれていて、その後の政権交代でうやむやになったりしているが、パイルアップをしていかないと無駄な時間が多いような気がする。

#### ○構成員

モデル事業というのは補助金が切れた途端にそのままになってしまって、基本的にそこまで蓄積していたデータも更新されていないということをよく聞く。要するに、ある意味でコストがかかるわけだが、それをどういう形で負担をするかの話なので、そこを回る仕組みまでモデル事業で行い、補助金の期限が切れた後も持続するような実証実験をぜひやっていただきたい。

#### ○構成員

全く同感。健康や医療に関して言うと、やはりスケールの問題がある。例えばエストニアやデンマークでもそうだが、国としては、日本の1つの県ぐらいの規模である。それぐらいの規模でやらないと、本当はちゃんとした効果が出なくて、効果が出ないために事業として成立しないことがたくさんあった。参加者100人ぐらいでやっても、多分ペイするような効果は絶対出せない。そうではなくて、これまでの実証事業でかなり知見が集まっているのだから、それをある程度の規模で一回、本当にやってみるのがいいと思う。それがないと、本当に回っていくのかどうか判定できない。実証事業は、その点を注意する必要があると思う。

#### ○松本座長

見守りサービスも含め、それぞれエンドユーザーになる人たちが、受益者負担で、どう

いうツールでコミュニケーターに連絡を取りたいのか、あるいはそれを通して適切などなたか治療指針を与えてくれるような人とコンタクトをとりたいのかとか、そういう逆方向の、エンドユーザーから見たテーマをつくって、行動目標を立てて事業化につなげていくべきと考えている。

○構成員

そういう意味では、座長がおっしゃったテレビが全ての窓口だと思う。高齢者の家に行くと、テレビのみということはないが、テレビの大きいのがあってそればかり見ていることが多い。

○松本座長

多分Webカメラなどをつければ、テレビしか持っていない人でも、非常に安価に、今、言ったコミュニケーターなんかには連絡がつくはず。

○構成員

音声入力の技術も含めても、本当に技術はすごくあるので、あとは窓口を何にして、今までの既存のシステムにどうつなげるかというだけの問題。事務局資料の課題にも書いてあるが、双方向性のテレビが鍵だと思う。何らかの国全体を挙げてのプッシュがあればいいのではないかな。

○総務省

まさにケーブルテレビ連盟の中で、ケーブルテレビのプラットフォーム機能をどうやって今後生かしていこうかということは議論されている。ただ、その方向性として、こういう見守りサービスがいいではないか、というようなところまで明確に結論が出ているとは聞いていない。直接の担当ではないので正確ではないかもしれない。

ただ、地域のケーブルテレビ事業者が、地域のお年寄りの一番近くにリーチできる人たちの一人であるのは事実であって、中にはこういう問題に意識の高いところはやりたいという方々はいると聞いている。

○松本座長

制度を広げるときは、何か受益者にメリットがあればお金は出す。今のテレビの受信料そのものは、双方向テレビはそんなに高い額ではないので、付加サービスとしてあれば、アクセラブルで、使わない人は使わない人で申しわけないけれども、ドロップアウトするという格好にしておいたほうが、みんなに広がると思う。

○構成員

テレビの双方向性機能を生かせば、医師の訪問日数を減らしても、双方のコミュニケーションは生かされる。その上、災害時の緊急連絡、服薬管理等多方面でおおきなメリットを生むことが出来る。その上でコストの減少が見込める。

○松本座長

私も直感的にそう思っている。コミュニケーターになって、仲介役の人がしっかりしていれば、その人の情報をもらって、医師がこうしたほうがいいと、こういうアドバイスを

あげておきなさいと言えば、コストは下がるのだと思う。

○神成政府CIO補佐官

コストに関しては、どの規模で取り組むのか、そして既存インフラの利活用をどのように促進していくのかが非常に重要である。過去の実証事業においては、新規にインフラを導入したものの多くは、インフラ自身の維持管理、そして更新コストがその後の事業展開の大きな阻害要因となっている。このような状況をきちんと分析し、どの程度の規模が適正であるのか、あるいはCATV等の既存インフラとの連携を具体的にどのように図っていくのか。各省とも連携して検討を重ねていく。

○構成員

ケーブルテレビを使った実証事業を私も行ったことがあるが、ケーブルテレビの普及を考えると、当時は地方でしか実施し得ない状況だった。そうすると、余りスケールメリットが出ない。ケーブルテレビでやるから、よりたくさん利用者に対してサービスができるということがないので、そういう意味では、費用的にうまくいかない。都市型、非常に密集したところでやると、すごくメリットは出るのだろうと思うが、逆に都市になると、1つのケーブルテレビがカバーしている範囲がそんなに広くない。そこが結構悩みの種で、ケーブルテレビではなくて、いわゆるデジタルテレビで、地デジ放送でやらないとなかなか難しいのではないかという気はしている。

○構成員

まさにおっしゃるとおりだと思う。実証実験をやるときには、規模の問題だと数十万から100万を超える都道府県とか、一定規模の市、そういうところが本気で乗り出してくれるかどうかポイントになるかと思う。その場合、やはり首長さんのお考えは相当重要だと思う。最後はやはりコストの問題になるが、そこは例えば特区であるとか、いろいろな形でそれくらいの規模の実験をするという仕掛けを何とかできれば、かなり違ってくると思う。

## (5) 閉会

○松本座長

何か追加の御意見があれば事務局までいただきたい。また、資料1の別紙にあるテーマ、工程表の見直し(案)の中間整理、パーソナルデータの取り扱い、マイナンバー等の取り扱い、ヘルスリテラシー教育などについては、5月に向けてまた議論を深めていきたいと思っているので、適宜、御意見をいただきたい。

○遠藤政府CIO

本日はお忙しいところありがとうございました。

本日の議論はまだまとめの段階ではないので、いろいろな方面からのいろいろな御意見ということで、各論が結構多かったと思う。そろそろ、ジグソーパズルでいうとピースの話ばかりしているのではなくて、総合的な絵を描かないといけない。絵は何枚か書かなく

てはいけないかもしれないが、徐々にそちらのほうに整理を持っていきたい。

医療、介護についても社会として非常に不具合なことが今、起こりつつある。それをITを使ってどうやったら直せるか。もちろん、そのときにいろいろな制度が邪魔になっていれば、ここの制度のこういうところに穴をあけてくれというようなまとめになってくると、展開がしやすいと思う。

したがって、今、医療や介護に関して、具体的にビフォー・アンド・アフターで比べられるような指標をどれだけつかまえてくるかが、本日の各論を意味のある位置づけにするために非常に重要なことだと考えている。