

第7回 医療・健康分科会 議事要旨

1. 日時 平成27年1月30日(金) 10:00 - 12:00

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) 工程表該当施策(医療・健康分野)の平成27年度政府予算案について

(3) まち・ひと・しごと創生総合戦略との連携について

(4) 見守りサービスに関する実態調査について

(5) プレゼンテーション

(6) 閉会

4. 議事概要

(1) 開会

事務局より開会宣言

内閣官房 健康・医療戦略室より、「次世代医療ICT基盤協議会の設置について」を説明

(2) 工程表該当施策(医療・健康分野)の平成27年度政府予算案について

事務局より、「工程表該当施策(医療・健康分野)の平成27年度政府予算案」を説明

(3) まち・ひと・しごと創生総合戦略との連携について

事務局より、「地方創生IT利活用推進会議について」、「近未来技術実証特区検討会の設置について」、「近未来技術実証特区」に関連するIT総合戦略本部の取組について」を説明

松本座長より、分科会の重点的取組みについて、私案を発表

分科会の重点的取組みについて、私の意見を説明しますので、それについて御意見をいただきたいと思います。

我が国は、現に医療や教育など生活サービスにおいて地域格差が生じている。そこで、住民がそこに住んでいる限り、都市部、過疎部、僻地、離島など生活環境が異なっても同等のサービスが受けられるよう努めることが必要である。住民の理解のもとに改善策を含めて整備されるべきであると考え、構成員の皆さんのこれまでの御発言の総

意としては、大きく4つに分けられると考えました。

1つ目は、「自治体を中心とした二次医療圏単位の見守り」です。高齢化社会が進み、核家族化も進行した結果、独居世帯が社会問題化しておりますので、何らかの形で自治体を中心とした見守りサービスを構築したいということでもあります。

我々のヒアリングの結果では、大手の見守りサービス事業者でも6万人規模でしかまだ運用されていないということで、全国的な広がりはまだないということがわかりました。

例えば、テレビや電話などの通信機能を利用し、最もコストパフォーマンスに優れた方策をこの分科会から提案できないかというふうに考えます。

また、IT環境としては、サービス提供者と利用者間で顔が見える方式が望ましいのではないのでしょうか。多くの場合、いわゆる通報サービスでは警報アラームや音声を使う方式が採用されていますが、顔が見えるような形式になっていない。このことは、医療の現場で勤めております私からは、障害者への配慮が少し足りないと思えます。例として、視覚障害者へは音声案内が重要でありますし、聴覚障害者へは文字情報として見えなくてはならないという意味で、今の通報システムにはまだ改善の余地があるのではないかというふうに考えています。

また、人のつながりを重く見るならば、都市部はもちろん、過疎と高齢化が進む地方においては、都市部に住む家族から見た見守りサービスの構築が日本を元気にする。一部のインターネットに非常に精通している若い方々は、地方に住んでいらっしゃる両親等をIT、カメラ、その他で見守っているわけですが、それをもう少し組織的にしたらどうかということでもあります。

2つ目は、「医療と介護のシームレスな連携」です。利用者となる高齢者にとっては医療も介護も区別がつかないわけで、これは実際シームレスな関係にありますので、システムの違いを感じない形にしていいただきたいということでもあります。

連携の前提となるべき介護分野においては、介護報酬請求のオンライン化というのは進んでいるのですが、記録としてのデジタル化はまだ不十分であり、遅れているのではないかと認識するに至りました。

そして、医療機関のクラウド化を推進して、介護機関をも統合して、やはり二次医療圏単位で相互接続したほうが国民の望むサービスにつながるのではないかと。

このとき、医療・介護の業務上で有用なパーソナルデータは少なくとも二次医療圏単位の連携に活用できるようにしていいただきたい。

在宅医療・在宅介護の実態に即し、医師、診療看護師、看護師、介護士の連携に電子情報の有効な利用方法を整備する。この分科会ですべて議論してきたことでもあります。

なお、認知症患者ケアとして、ユマニチュード等の取り組みができる医療・介護連携環境を構築していくべきではないか。そういう新しいケアの方法が導入されておりますので、現場に導入したいということでもあります。

3つ目が、「国民の生命に有益な情報を適切に国が管理」ということで、マイナンバー

制度その他も含めて、生涯データをつないで最大限に活用することが望ましい。有益な情報を一元管理し、適切な手続を踏まえた上でシームレスに活用することが有用である。

このようなデータ活用については、秘匿性保護の権利を主張され、受け入れに消極的な個人については、国から提供する付加的なサービスは限定的にならざるを得ないという考え方も導入しなければならないのではないのでしょうか。

4番目ですが、成果を社会実装していくためにも、特区等での検証事業は有効と思われませんが、その際には次の点に留意したい。

まず、実証事業を展開する場合には、二次医療圏での運用が重要で、自治体が提供する住民サービスとして必須のものとして、単年度ではなく複数年にわたって継続的に運用できるように実施する。

そして、成果を継続的に運用するためには、国と自治体と住民の適切な費用負担のあり方、運用担当者の育成を適切に設計することが重要である。要するに、国からの補助金が途切れますと、費用の面、あるいは担当者が解散してしまうということが続いておりますので、それを何とかしてほしいということであります。

また、地域社会の健康、医療、介護サービスを充実させるためには、「人生とは何か」、「生きがいとは何か」、「個人とは何か、家族とは何か」など文化学的、社会学的にも議論が必要であり、そのためには当該自治体の教育機関（国立大学、私立大学等）を巻き込み、安らかに健康な生活を送るための叢智を集めることが大事である。これらの方策は地域創生の実現を図るためにも有益であると考えます。

成果の展開の仕方としては、医療、地域保健情報に関連したシームレスな情報を公的な組織、国立病院機構、日赤、済生会等で共有することが有用であると考えます。

< 意見交換 >

松本座長 大体構成員の先生方の意見をまとめたつもりです。

構成員 医療等IDの場合、重複はないけれどもオプトアウトできるので全員が持つとは限らないわけで、その場合にオプトアウトしたらサービスが受けられないのは問題ないでしょうか。がん登録や予防接種のようなコンテンツサービスに関するものを医療等IDのアプリケーションとして二次医療圏あるいは特区などで試してみる価値はあると思います。

構成員 国民の生命に有益な情報を一元管理する構想というのは、2008年ぐらいからずっと政府として立ててきた方針の中に含まれているものの流れだと思います。i-Japan戦略2015では日本版EHRと書かれていて、その中身とほぼ同様の内容ですし、どこでもMY病院構想も、少なくとも英語版ではJapanese PHRと書いてあるので、ほぼ同じ概念なのだろうと思うのです。それをずっと進めてきて、いまだにブレークスルーがないというのを何とかするべきというのが課題だと思います。

それで、国が自治体かは別として、ある程度はパブリックな関与がないと民間だけではなかなかできない仕事だと思うのです。ただ、それはあくまでも最低限にしておいて、オ

プロシヨナルな本人の希望で、例えばフィットネスクラブの情報とかまで入れる等はビジネスでいいと思うのですが、最低限の情報に関しては、国なり自治体なりが関与していかないとなかなか進んでいかないと考えています。そのためには、やはりIDは必須だと思いますので、医療分野で使えるIDの整備は大前提になるのだらうと思います。

それと、いろいろなところで実証実験をやられていますが、それぞれ規模が小さくて余り効果が出せないぐらいの規模でしかやられていません。しかも、ある程度期間のかかる話で、特に生活習慣病が中心になっている世の中では、1年ではなかなか目に見えた効果が出せませんし、ある程度規模が要るということを考えると、二次医療圏単位か、あるいは都道府県単位か、そのぐらいの単位でやっていくぐらいのことをしないと、なかなか国民に説明できるようなメリットが示せないのではないかと考えています。

それから、データの活用に関しては、2つの考え方があると思うのです。1つは、これをマスとして、例えば二次医療圏の評価として使う、あるいは、自治体の評価や都道府県の評価として使うとか。その場合は、個人を識別する必要がないので、そういう意味では、今の個人情報保護法の改正で言われている匿名化処理データになり、本人の同意なく使用することは一応可能と原則としては考えていいと思うのです。

もう1つは、本人のために使う、これは、例えばある病歴を隠しているとか、あるお薬を飲んでいることを他人に言いたくないとか、これは自己責任ですから、そのリスクを許容することは御本人も納得と仮定せざるを得ないと思うのです。

フランスがDMPといってパーソナルヘルスレコードの仕組みを設計したときには、診療所は全て情報をそこに入れなければならないという法的な規制がありました。今は一応、途中で議会の反対にあってオプションですが、当初の制度設計は全員入れるとなっていたのです。それを患者さんが別の医療機関で見せる、見せないは患者さんの選択に任せる。ただし、見せないという選択をしたら、フランスは公的保険で自己負担が10%ほど上がる。つまり、公的な保険が請け負うリスクのヘッジを本人がしないといけないという、いかにもフランスらしい発想だったと思いますが、我が国の場合は、同じく国民皆保険制度ですが、やはり御本人がリスクを許容すると言われても、国が行うサービスは保険の税負担分に相応するもので、サービスが制限されるのは公平性に欠けると言われる気がします。

構成員 「受入れに消極的な個人については、国から提供する付加的なサービスは限定的にならざるを得ないというような考え方も導入しなければならないのではないのでしょうか」というのは、そのとおりなのですが、受けとめ方が幾つかありまして、消極的な個人というのは、今のように出たくない人には国のほうでサービスを制限するよというふうを受けとめられると問題になるでしょう。ただ、現実の問題として、全部提供した場合と同じサービスは提供できませんという意味ですと、これは御本人の責任ということになると思います。そのときに重要なのは、御本人がどういうリスクを負うかは自己責任ですが、そのことは治療した先生方の責任の場合にも結びついてくる可能性があるということです。全ての情報が得られるならば適切な治療ができたはずなのに、それが提

供されなかったがために、例えば事故とはいいませんけれども、何か起こった場合の責任はお医者さんのほうは免責ないし軽減されるという話になるわけで、その辺をどう表現するかが難しい。提供しない人はそれだけある意味リスクを負うことになるということと、そこは選択をしてくださいというメッセージが伝わるような表現がいいと思います。

構成員 先生方が述べられたとおりだと思います。例えばデータ活用について受入れに消極的な個人への対応を考えてみます。今は、データベースがないので、サービスの内容というのは、現状では変わらないのではないだろうと思うのです。そのときに、「データ活用がなされない場合には、国から提供する付加的なサービスは限定的になる」というと、強制的な印象を与えてしまうので、かなり議論を呼んでしまうと考えます。

ですから、「このデータベースに入ると、より良いサービスが受けられる」と伝えないといけないと思う一方、「受け入れない人は、今と同じようなものですよ」というようなニュアンスであるならば、感情的に理解ができやすいと思いました。

松本座長 EHRがきちんと保存されて、経時的にきれいな形で並んだものがすぐ診療側でわかれば、ある意味、無駄な検査、無駄なヒアリング、その他が要らなくなるわけですね。それがどのくらいメリットがあるかどうかをむしろ説明しないと、現状と余り変わらないということは確かかもしれません。

構成員 今おっしゃったところでいうと、メリットが個人、団体、国全体へのメリットなのかを整理されることが必要であると考えています。例えば、無駄な検査は要らないというのは、もちろん個人にとっても大事な点ですが、同時に社会全体にとってみても大事であるという、複数の観点があると思います。

コンパクトシティ化の議論では、「町をコンパクトにしていかなないとこれからの人口減でもたない」という面がある中で、「逆に便利すぎる、サポートをしすぎると、いつまでもコミュニティが形成できない」という矛盾も一方ではあります。しかし、すぐに町は変えられないので、現状住んでいらっしゃる方々がどのように考えているか、どうしていきたいか、そのあたりの整理が必要なのかなど。

もう一つ、僻地や離島などの高齢化率が非常に高く、住民のICTリテラシーというのは相当低い場合が多いです。僻地・離島に、いろいろな環境とかネットワークが準備されても現実的には使えない、そういう住民がほとんどであることが懸念されます。そのあたりのソフト面の課題もあると思います。

松本座長 そういう整理はこれからディスカッションしていく必要があると思います。例えば、医師ではない方々にはおわかりになりにくいかもしれませんが、脳のMRIを撮るときに0.5テスラで撮ると、では、最新の3テスラで撮るのかということ、やはり得られる情報量が物すごく違うので、余り専門家にとって役に立たないようなものを、例えば個人のクリニックでそういう検査を受けてもらって、もう検査を受けたので、この検査の再検査はしませんとか国がやると、かえって患者さんにとってはリスクが高まりますので、その辺は大いにディスカッションしたほうがいいのではないかというふうに思います。

構成員 どちらかという病院と個人とか医療の個人の話なのですが、例えば保険者が持っているレセプトデータや健診データの活用という観点でいったとき、こういうものを広げるときにはやはり自治体の職員の方々のリテラシーの問題が恐らく相当大的な障害になるだろうと。例えば、かなり法律的にも問題がないといっても、そういうことに住民からクレームとかが来たものに対して、なかなか面と向かわない。そのあたりの課題というものも、単に国民だけの問題ではなくて、そこをつなげる地方の問題もある。結局、国民に伝えていくときのいろいろな機能の中で、自治体の役割とか企業のような保険者の役割というのは大きくて、そこへの具体的な仕掛けをやっていかないと、どうしても技術論の解決だけでは、今の議論の問題はなかなか解決しないのではないかと1つ感じます。

また、これまで国交省とコンパクト化とかネットワーク化とか、健康・医療のそういう研究から作業を一緒にやってきた中でわかってきたのは、ある程度町をコンパクトにしていけないと、これからの人口減でもたないという一面がある中で、逆に便利にし過ぎるといつまでたってもそこができないという矛盾も一方ではあって、だからといってすぐに町は変えられないので、現状住んでいらっしゃる方々に対してどうか、そのあたりの整備が若干必要なのかなと。

もう一つ、僻地や離島などの高齢化率が非常に高く、住民のICTリテラシーというのは相当低いのです。そうすると、いろいろな環境とかネットワークが準備されても現実的には使えない、そういう住民がほとんどであるという、そのあたりの課題もあるなというふうに感じています。

松本座長 自治体を整理していかななくてはいけないというのは、重要な議論ですがけれども、ここの医療・健康分科会では議論できないと思います。

2番目の高齢者のことに関してインターネットの環境をどうするかということで、高齢者でも誰でも使える機器は何だということで、一番簡単なのは電話かテレビだろうということになったわけです。実際に皆さんも御存じのように、テレビに関しては双方向性が確保される時代になっておりますので、そういうのはどうかということで御議論いただいて進めたいなというふうに思って、今、見守りサービスのヒアリングを続けていて、そういうITに関して使えないような人でもテレビのスイッチぐらいは押せるわけですので、その辺に関して何か御意見はないでしょうか。

構成員 テレビというのは、多分、私も接していて一番いいものだろうなというふうには確かに思います。ただ、その中で現実的に、結局通信料の問題がいろいろなことをやろうとするといつもひっかかる場所なので、テレビに付随する契約の中に全部インクルードされるような形だと早いなどは感じています。

松本座長 その中の通信の方法をどうしたらいいかというのは、ここにいらっしゃる先生方がたくさん知恵をお持ちで、どうやると情報量を少なくして低コストにできるか、そういうことも考えて提案するのはいいのではないかとこのように思うのですけれども、如

何でしょうか。

構成員 私、幾つか、例えば僻地でも事業をやったのですけれども、意外と僻地というのはネットワーク自体は整備されているのです。むしろ都会よりも、例えば地方創生の予算などで、全戸に光ファイバーを2芯で引いているようなところが多いのです。ですから、テレビも全部光回線で、ネットにもつなげられるのに、もう1芯は使っていないというのです。ですから、デジタルテレビの光ファイバーの配信は使っていて、データ搬送量にはかなり余裕があり、その点は余り困らないです。

むしろ、実際にサービスをする側がプアで、ITで検出はできても行けないなどが多いので、そちらのほうが問題だったような気がします。

本当に山間地域とか離島で通信に苦労するということは余りない。それが公的な資産ですから、民間ビジネスが使うのに若干抵抗がありますけれども、それでもその住民のためであれば、そう大きなハードルはないかと基本的には考えています。むしろ都会で自分がその通信網を持たなければいけないほうが通信料負担は結構大きくなって、例えば、人感センサーだと5分に1回のセンシングにして、1時間12回のセンシングデータを圧縮しておいて一気に送るとかやりますと、通信料もほとんど問題にならない金額ですので、それはできる。テレビ電話や顔が見えるようなアイテムは、若干通信料の問題は出てくるかと思います。

松本座長 現場の医師として感ずるのは、ふだんは通信で非常に安価な低廉なものでやっておいて、いざとなって連絡しなければいけないようなときになったら、顔の見えるテレビ電話的なものを利用するというのは、各自治体あるいは二次医療圏に敷設されているのが一番安全性が高まるのではないかというふうに感じてはいるのですが。

構成員 論点が2つあると思います。一つはオプトアウトされた場合の話で、先ほど申し上げたのは、あくまでも医療上のメリットとデメリットの話、もう一つは、経済的なメリットがどうあるかというものです。こちらの方は制度の仕組みの話だと思いますし、多分、フランスはその辺はかなり露骨に入れているかと。だから、オプトアウトする人はどこかで料金を上げるというような、そういうディスインセンティブをつけるかどうかという話があるかと思います。それは日本の場合には、保険料の設定をどうするかという、ほとんど所得で粗くやる以外は全部同じになっていますし、減免どころか全く払わない人でもサービスがかなり受けられるという仕組みになっていますけれども、その辺をどう設計するかというのは保険のほうの話になると思います。

もう一つは過疎地の話だと思いますけれども、計算したわけではないのでわかりませんが、これから人口減少に伴う様々な影響を考えた場合、過疎地域はIT化をしたとしてもトータルのコストというのはそんなにかからないのではないかと思います。これから深刻になりますのは、首都圏を初めとする都市部の高齢者の方、これは狭い範囲にたくさん住んでいらっしゃるかもしれませんが、とにかく数が非常に多いですから、そうした人たちに対して医療・介護のサービスを如何に効率的に提供していくかというときに、ITの持つ

力というのは非常に大きいのではないかと思いますし、その点がサービスの質と財政的な効率化も含めて非常に期待されるところではないかと思います。

構成員 三鷹で、今やっている総務省事業も同じ考え方で、基本的にはインターネットで通信するのですけれども、何か所かはテレビを使おうということになりました。デイケアセンターが一つと、あとは患者さんのお宅なのですけれども、やってみると、最近、画面が大きいので、テレビ電話をしようとするとう通信量が多く、特定の回線でないといけなとか、特定のCATV事業者が自宅に入っている場合どうするかなどかなり複雑です。あとは、体重にしろ何にしろセンサーデータを入れようとするとう、またちょっと違う機器が必要になって、データを取り出したり集めたりというようなことが、まだ黎明期で負担になるのですが、技術的には全然問題ないと思います。

テレビも映像を圧縮すればいいのですけれども、手軽に導入できるソフトはまだ普及していないようです。ただし、予め導入しておけばそんなに大変な問題ではないと思います。

ただ、私も、みなさんのご意見と同じように、都会のほうが実は深刻かなという気がします。高齢者が多いということがあって、対象から漏れる人が結構いらっしやる。都会で漏れる人は徹底的に漏れてしまうということがあります。

構成員 我々もいわゆるITの技術的な進歩と高齢者を最終的にどうやってつなぐかということを考えております。これはいわゆるラストワンマイルです。在宅医療をやっている立場から言うと、質としては高いものを提供できるのですが、これから爆発的に増えていく都市部の高齢者に今のような形で在宅医療を提供することは、医療資源から考えてきても現実的で無いと思っております。そのときに、見守りの機能として、テレビやセンサーといったものをどう使うか。そして、医療についても、遠隔医療の可能性が広がらないかと考えています。これからは直接医師と患者さんがいつも直接話すというよりは、間に看護師さん・ケアマネさん等の職種が入って、その人がタブレットなどを持ち歩いて、本当に必要なときだけ医師とつなげるといった事も考えられます、しかし、あくまでも人と人との対面接点は大切にしたいと思っております。

あとはコンビニエンスストア、ガス、電気、水道事業者など、既に社会として高齢者との接点を持っている方たちが見守りをするなどの流れにもなるでしょう。総力的に高齢者との接点をあちこちでつくりながら、最終的には民間と政府や行政のサービスがITの1つのプラットフォーム上で提供されることが必要であろうと思います。

松本座長 おっしゃるとおりで、予算が終わったときに続かない今までの実証事業等もありますので、それらも含めて規模が広がらない理由など、様々な課題を探ってきました。放送事業者や、警備保障会社の駆けつけサービス、また、電気通信機器メーカー、テレビをつくっているメーカー等の意見も聞きました。予算が尽きたときにどんなふうには持続性、あるいは継続性を持たせて医療・介護、その他のシステムを運営していくかというところに問題がありますので、自治体等にもヒアリングをして、どの辺を政府として、あるいは国として保障をしてくれる、あるいは援助をしてくれると持続可能性のあるシステムにな

るのかということはこの分科会である程度練って、また提案していきたいというふうに考えています。

構成員 「二次医療圏単位」という表現については、二次医療圏も相当差がありますし、疾患によっては全く二次医療圏が機能しない疾患もあるようですから、これを「原則として二次医療圏単位」にしておくほうがいいのではないかと思います。

松本座長 確かに、実際に治療に当たる医師、僕はすぐ身近に感ずるのは心臓外科医とか、そのような医師は物すごく数が少なくなって、それこそ道州制でやらないときちんとした治療ができないのではないというくらい担い手が少なくなっていますので、二次医療圏の幅を超えるものと超えないものというのは、やはり検討の余地があると思います。今、外科系の医師の減少には歯止めがかかっておりませんので。

総論的には、付加的にでもサービスが限定的になるかもしれないという点に関しては相当検討が必要であるという御意見だったと思いますが、それは当然でありまして、今後もう少し、検討を進めていきたいと思います。

遠藤政府CIO 今日の議論で、遠隔とかITを使ってというのは、発症した人とかそういうケースが対象者ですよ。何とか予防に遠隔で効果的なことができないか。例えば、高齢者が毎朝何時にきちんと起きて、ちょっとした軽い体操をしてとか、そういう規則正しい生活をきちんとするということのガイドを遠隔的にしてあげる。そのとき、画面もうまく使うというようなことがあると、楽しみながら規則正しい生活ができるようにしてあげればいいのではないかと実は思っているのです。

なぜそう思うかというと、定年になって退職して二、三か月ぶらぶらしていた時期があるのです。そうしたら、そのときというのは体の調子が悪くなってしまって、てんでだめなのですね。こういう仕事に就くことになりまして、大変は大変なのですが、食事でも就寝時間でも規則正しくなるわけです。そうすると、調子はそんなにおかしくなくて、健康寿命が長引いているというか、延伸されている感じなので、何かそういう手はないのかなというふうに思うのですけれども、如何でしょうか。

構成員 今まで幾つか事業を見てきて、そういうことに取り組んでいる自治体も保険者もいるのです。メタボの健診指導の形で取り組んでいるところはありますが、結局、テレビ電話みたいなものでやるので人間としては1対1になってしまうのです。すると、自治体が一定の数の高齢者に対して、人件費などがどうしてもかかってくるので、巡回と余り変わらない効果になりやめてしまうところが多いと聞いています。

別の事例で、これも効率の解釈の問題で、今、存続を危ぶまれています。高齢者に声をかけているいろいろな指導をする人を、いわゆる脳卒中の後遺症の残っている人などの就労支援のプログラムとしてやっているところがありました。これは、そもそも就労支援のプログラムの中で声がけをやっているのです、それなりにトレーニングを受けた上で、しかも、それぞれ仕事もしていて、単に手が動きにくい程度ですから、非常にうまくいき、コストもすごく下がりましたが、では、それが本当に就労支援プログラムで認められるかどうか

で少しつまづいているようです。ある意味、何か障害が起こった人の残った能力を活用して、他の人を支援するのはすごくいいモデルだと思いますが、残念ながらうまくいっていないみたいです。

そのサービスでは、インターネット経由でスカイプを使って、毎日老人に声をかけていきますが、ものすごく元気になるし、寝た切りのおばあさんが、電話の時間になると服を着がえてお化粧をします。やはり、それだけでも生活上は全く違うということで効果は明らかにあるのですが、うまくいっていないのが現状だと思います。

構成員 公衆衛生の領域で、ほぼエビデンス的にも共通理解になっているのは、60代であれば就労していただくのが一番健康にいい。そういう意味では、今、遠藤政府CIOがおっしゃったことはそのとおり。

問題は、これから75歳以上の後期高齢の方が増える社会でやっていくということになれば、75歳以上も働き続けるのかということ、多分これは非現実的で、そういう方へのケアのあり方、予防のあり方というのが今後国として考えていかないといけない一つだろうと。

そういう中で、何でも自宅で完結しないほうがいいというのが公衆衛生の今の考えです。例えば75歳以上だと週3回以上外出している人は健康度が高いというデータが出ていますので、ある程度外に出て何らかのコミュニティに参加させることがまず第一歩である。ただ、そのときに、それは必要条件か十分条件かということと必要条件で、十分条件で外出していれば本当に全員が健康かということとそういうことではなくて、個々の身体活動量とか栄養の問題とかそこに関しては物すごく状態に個人差があるので、そこをモニターしていくところにICTの役割があるので、そういうサービスがどう成立していくか。

1対1でというのは非常に難しいということがわかっているので、今、そのあたりが具体化をどうするのかは一つの課題だというふうに認識しております。

構成員 特に在宅の高齢者の方に対してITを使って何ができるかということですが、でも、以前、その辺についてもう少し理論的な原則といたしましうか、そういうものを考えてみようという研究をやっていたことがあるのです。どういうことかといいますと、要するに、それぞれの専門職の方しかできない仕事にできるだけその方の時間を集中させていく。したがって、一番ムダなコストがかかるのは、現状だと移動です。これは誰でも移動しなければいけないわけです。移動を如何に短縮できるか。あるいは、何かを見るときに、どうしても専門医でなければ見て判断できないことなのか、それ以外の方でもできるのか。それ以外の方でもできる場合、あるいは専門医でしかできない場合も見るといふことの動作そのものを、まさにカメラを使って転送するという形でできるのか。そうして、要するに、最大限、わかりやすく言いますと、時間単価の高い職種の人たちの稼働効率を高めるような形での設定で、それ以外の部分については、できるだけICTとか他の職種の人々の作業と組み合わせる、そうした意味でのマネジメントの研究というのが意外とされていないような気がいたします。もちろんそれぞれ対象となる高齢者にとって何がいいかということも重要なのですけれども、これからだんだん介護の労働力とかそれも不足してくる場合、

本当に直接フェース・ツー・フェースか、あるいは、直接そのケアをしなければいけない部分にそうした人たちの労働力というものを集中させていって、全体としての作業を効率化することによって、逆に言えばそういう人たちの賃金も上げていくというのか、そうしたマネジメント的な理論とか発想というもの、それとセットでICTというのは考えられるのではないかと思います。

松本座長 専門職のかかわりというのは、ある程度時間を濃密に使わなくてはいけませんので、全体的なヒアリングというか、声かけというのは専門者でなくてもできますので、そういうシステムを構築するべきと考えます。

構成員 なぜそういうことを言い出したかといいますと、いわゆる在宅の場合の診療報酬の設定の場合、やはり先生方の移動の時間をどう評価して報酬に結びつけるかというのはなかなか難しいところで、その移動の条件というのがいろいろあるわけです。できるだけ移動しないで診察とかケアができる仕組み、本当にその専門職の先生が必要なときだけ情報が入ってできるという仕組みを考えていくのが、これから限られた資源をできるだけ有効に使うという意味では重要ではないか。

松本座長 私もこの意見に賛成で、西伊豆地方でそういう事態が実際に起こっているのです。訪問診療してくださる医師が1万5,000人の住民を対象に1人しかいない。その人が二十何人を見ている。優先度を決めるのにテレビ電話みたいなので電話してから、きょうはこの2軒か3軒だけとそれぐらいにしてくれないと対応が困難であるというような発言を聞いて、やはり、今、おっしゃったようなシステムが絶対に必要だというふうに思います。

ちなみに、実際に私が3月まで病院長をやっていた病院でもボランティアの方が、午前中の外来にわっと1,000人ぐらいが一気に来ってしまうようなときの交通整理みたいなものは喜んでやってくださる方が何人もいらっしゃるのですが、そういう方にボランティアの集まりで私は、10分でいいので病棟に行ってお年寄りや日常会話だけしていただいけませんかと。10分お話しただけで認知症の進行がとまるというエビデンスがありますので、ぜひ御協力くださいと、天気の話でもいいし、車の趣味の話でもいいからしてくださいと。そうしたら、希望者はゼロなのです。何十人というボランティアの方がいらっしゃるけれども、何か個人の秘密にかかわっていくというか、個人的な話をするのは好まないというのが都会の方の特徴です。

構成員 この点は本当に大事と考えます。医師の移動時間が一番時間を無駄にしているのです。我々はその時間に口述筆記（ディクテーション）をしています。医師が、移動の車内で、カルテのドラフトを吹き込みます。そして、その音声をオペレーターが聞き取り、入力するので、医師が帰るとほとんどドラフトができています。それを修正してカルテに上げるので、医師の労働時間が日に1時間程度削減され、診療により集中できるようになりました。

もう1点が、訪問地域をある程度集中させて、密度高く訪問していくというのが大事だ

と考えます。地域の在宅医療の拠点のようなものがあって、病状が大変な患者さんをしっかり診ていくといったような体制をとるべきだと考えています。全ての医師が、地域間をあちこち回ってバラバラに患者を診ていくということになると、医療資源的に考えると非効率的な状況になってしまうのではないかと考えています。

松本座長 訪問診療、在宅医療に関してはいろいろな矛盾点がありまして、端的なことを言うと、1軒訪問して20分なら20分見て、それで1つの単位として認められるということ、訪問するところを増やさざるを得ないし、それは都市部だとそういうことができますけれども、過疎地域だと1軒回るのに30分以上移動時間に使ってというと、それが同じ労働としての密度が違うのかという議論にどうしてもつながりますので、これは、この分科会の中では問題を提起するだけで、また厚労省の中でよく話し合っていたきたいと思います。

遠藤政府CIO 医療の世界と普通のビジネスの世界とすごく共通性のあるところがあるなと思ったのは、専門家の時間をどうやって効率的に使うかということなので、私がやっていた事業だと、相手は人ではなくて実は機械なのですけれども、機械の中でセルフダイアグノーシスができるようにしました。今は世界中に何十万台とその機械があって、それを見ながら、何かトラブルが起こったら、今までのその機械一台一台の実態、今までどういうサービスをしたとか、どのくらい使ったか、それが全部サービスマンのところへ落ちてきて、そのサービスマンは、実はどこにいるかというのをいつも把握されていて、一番近いサービスマンのところに管理情報が飛ぶようになっているのです。

ですから、実際は物すごく動き回る時間が少なくて、そして、必要なものは全部持って出かける、都市部はこうなっているのです。ところが、やはり遠いところへ行くと大変なのです。

構成員 今の専門職の話についてももう一つ言いますと、プライマリーケアのゲートウェイになるかかりつけ医といいましょうか、昨今は主治医という概念を強調していますけれども、それと後ろの専門医との間でも同じような連携の形というのがあり得ると思っております、本当の意味での専門性、専門家の方の能力というのを効率的に使うためには、その制度も考えていく必要があるとつけ加えさせていただきます。

松本座長 それはすごく重要だと思うのです。東京医療センターでも、いわゆる放射線診断医は、夜帰っても、その日の当番を決めておいて、病院で患者は急に発生しますので、撮った画像に関して、画素数の問題がありますから診断ではなくてコメントでいいから、これはすぐt-PA治療したほうがいいのか、そういう意見を脳外科医とか神経内科医に言ってくれというようなシステムをつくったのです。それはうまく機能しているのですけれども、やはり地域の小さなクリニックでも、都市型にいる大学の専門医が時間とか日程を決めて全国から相談に応じられますよというようなシステムを使えば、非常に均てん化された医療を過疎地域にも展開できるかと思っておりますので、今の御指摘はすごく重要であって、僕はそういうのをつくりたいなと。都市型でもいいと思うのです。その辺の開業されている先生が、こういう専門診療科の先生のコメントを、すぐではなくてもいいけれども、緊

急性というのも随分違いますけれども、24時間以内にコメントいただきたいとか、そういうふうなものがあれば、さらに日本の医療はすごく安全なものになるのではないかというふうに思います。

私の専門のロボットの手術も大西洋を超えてアメリカからヨーロッパの胆摘手術ができるとか、そういうのも実際にできるわけですので、やろうと思えばできるということでは、ITの進歩を使いたいというふうに思います。

永山企画官 これまでのいろいろな取り組みをもう一段ブレークスルーするポイント、フォーカスすべき課題について、IT戦略本部医療・健康分科会としてどこに力を注いだらいいのか、どういう形で注いだらいいのかというところでもう一つ深掘りしていただけないでしょうか。

松本座長 如何でしょうか。簡単に言うと、都市型ではまだ全然IT環境の整備がされていないといえますので、東京、名古屋、大阪等からそういうところで選んではどうか。私が座長として感じたのは、みやこサーモンケアネットのその後の事情を聞けば何が問題点かわかるのではないかと。かなりいいシステムが試みられたわけですので、そこから構成員の先生方に聞いていただいて、次に何かやろうかというのを決めていただきたい。本当に都市部でどこがいいのかという議論は必要だと思うのです。

構成員 ただ、都市部の場合には、どうしても地方と違って人の行動が自治体内で完結しないのです。ですから、先ほどの話ではありませんけれども、相当大規模でトレースしないと、なかなか最適解というのが出てこないもので、どういうフィールドでどういうふうにするかというのは十分考えた上でやる必要があると思います。

松本座長 地方で今まで実際に予算を割り当ててやっていた取組のうち、経済的と人的な問題で少し滞っているところを拾い上げて、そこでとらえた方策を都市部にどういったら応用できるのかというのを分科会でディスカッションすべきではないかというふうに考えています。実際に訪問診療その他でも、それなりにここの分科会でも報告を受けたITの技術が利用されて検証が始まったりしていますので、その後をフォローアップするとどれくらい使えるかということがわかるのではないかというふうには思っています。少なくとも2つ、そういう実際の解決への方策というのを考えているところです。

構成員 都市部は都市部でまた問題があって、郊外型は郊外型で、過疎地は過疎地で問題があるのですけれども、今、自治体の区分が都市部と郊外型と過疎地で自治体が分かれているところもありますが、縦に分かれているところもあるのですね。1つの自治体の中に都市部があって、郊外も過疎地もあるというような所でやってみると、自治体としての取り組みが、それぞれの問題点をうまくかみ合わせることで割と新しいモデルがつくれるのではないかと思いますし、余り極端なことを限定しても問題点を浮き彫りにするだけで、具体的な解決が難しいのではないかという気がします。

松本座長 先生の御指摘、ごもっともだと思うのです。例えば、神奈川県一つとっても、いわゆる太平洋側に近いところと山奥の丹沢に近いところだと全く事情は違うのです。完

全な都市型と過疎型。医者を集まりに関してもそう、看護師の募集さえも難しいというところから、過剰なため断ってくるところもあります。そういうようなことも実際にあるので、確かにどういう枠組みで検討したらいいのかというのは、少し時間をかけて分科会で先生方から御意見をいただいてまとめる。少なくとも宮古は1回お願いするとして、他に先生方が手がけられたところでどこかいいところはありませんか。そこを使って少し検証すると、都市型にも使えるヒントがたくさんあるというふうなところでは。

構成員 都市型が特にで、都市でやった事業はほとんどとまってしまっているのです。

松本座長 牽引する人がいなくなっているのですよね。

構成員 そうなのです。都市型だけでやると、やはりそれなりに難しいですが、結構僻地でやっている事業は続いているのです。それなりに効果も明らかでニーズもあって、補助金がつかなくなっても自治体が努力してやっているところが結構あります。

(4) 見守りサービスに関する実態調査について

事務局より、「見守りサービスに関する実態調査」について説明

(5) プレゼンテーション

松本座長 今回は、見守りサービスに関連するプレゼンテーションとして、通信費用を抑えた地域全員で見守るというユニークな見守りサービス事業を推進されています、株式会社otta代表取締役の山本様に参考人として御出席いただいておりますので、ここでプレゼンテーションを受けたいと思います。

山本参考人より、資料5に基づいて説明

松本座長 ありがとうございます。

ここで少し時間をとって質疑応答をしていただきたいと思います。

これは素朴な質問ですけれども、他人のスマートフォンの位置情報を利用して、それは全然問題にならないのですか。

山本参考人 個人を特定する位置情報を使うとなると問題だと思っておりますが、今の私どもの考え方としては、端末からはターゲットのID情報しか出ていません。そのID情報を検出したスマートフォンが、スマートフォンの位置情報とIDをセットで送信するのですが、スマートフォンの個人情報というのはとらないことで考えています。ですので、どのスマートフォンから情報が上がってきたかというのは識別できないような方向を検討しております。

利用者の同意が得られるということになれば、そういった情報もとっていくということは可能にはなるのですが、その辺はコンプライアンスの問題等ありますので、今はまだとらない方向で検討しております。

永山企画官 とてもシンプルでインフラとしてはすごく魅力的だと思いますが、もっと広げていくためにどういう段取りが必要と考えているか御紹介いただけますか。

山本参考人 見守り人を増やしていくということが、このサービスが充実していく上で非常に大事なポイントなのですが、ユーザーにサービスを提供していくというアプローチだけでは増えていかないと私どもも思っています、そういう意味で、配達を担っている地域のインフラを持っているような事業会社さんにCSR的な観点でボランティアとして参加していただくというような取り組みも今後していかないといけないとは思っていますし、既に非常に充実している、アプリがすごく配信されているような例えばLINEですとか、そういった形のアプリにこのモジュールを組み込んでいけば、ユーザー数、基盤となる基地局の見守り人が増えますので、そういった形の事業会社との提携というのも今後模索していこうと思っています。

あとは、特に地方においては、人がそもそも歩いていないというエリアも、私の地元も結構そうなのですが、そういうエリアにおいては基地局と言われるものを設置していくというような取り組みも必要なのかなというふうには思っています。

構成員 認知症で行方不明になったお年寄りが、こういうのがあればすぐに見つかるのではないかと思います。非常に画期的な仕組みだと思いますけれども、課題の1つは、このソフト、アプリをみんなに入れていただくために、どういう条件でどういう形で入れていただくかというのが、考えるところかだと思います。ただ、今は携帯電話ですと最初から入っていて、キャンセルしない限り料金を取られるというアプリが結構あるものですから、ああいうふうになれば随分普及するのではないかと思います。

松本座長 認知症は日本にとって大問題ですので、予備軍もたくさんいて、解決していかなくてはいけないと思います。その辺の方向も、今回は、お子さんが中心とした説明でしたけれども、当然、認知症の方にもこれを持っていただければ、家族の人には所在がわかるわけですから。

構成員 すごくおもしろいアイデアなのですが、基本的には基地局になるという人が善意でやるのか、子供の情報なので、何か子供の位置情報を盗まれてしまうという可能性もありますよね。あと、LINEとかそういう多くの人が利用しているメディアと提携することもあるでしょう。1万人のうち1人しか持たなかったら位置がわからないわけなので、誰でもどこでもという、やはり通信会社につけてもらうか、多くの人が持っているようなアプリを作っている事業者との提携が必要でしょう。でも、そうすると、それらは営利企業なので、ご家族からすれば、何か情報がとられているのではないかといった懸念もあり得ます。逆に言うと、認知症の場合だったらいいかなという感じだけれども、子供の場合は、ボランティアでやるか企業がやるかというどちらかというのは、何かお考えはあるのですか。

山本参考人 子供の情報をどこまでとるかというのは非常に難しい問題でして、確かに大手事業会社と組もうと思うと、そういったデータがとれないとなかなか彼らのメリット

というのは見出せないのかなというふうには思っています。ただ、私たちとしては、そういった個人情報というのは基本的にとらない方針で考えていまして、端末を誰が持っているかということも私どもはわからないような仕組みにつくっています。

ですので、このぐらいの端末をこのエリアの子供が持っているであろうというデータはとれるのですけれども、どういった方が持っているかというところまでは想定できないような仕組みになっています。例えば、奥さんが旦那さんに持たせているケースというのものもあるでしょうし、利用者としては誰が使っているのかというのはわからないような形を考えています。

遠藤政府CIO これは、すごく他のところに使えるかなと思うので、聞くのですけれども、見守り人のところでセンシングをされて報告される、それまでの時間のずれというのはどれぐらいなのか。

山本参考人 検出してからは数秒以内にサーバーに届きます。スマートフォン単体で、秒間で1,000件ぐらいのデータは処理できるぐらいの実績データはあります。あと、一番遅延が発生するのは、恐らくネットワークの状況だと思っています。

遠藤政府CIO この問題ではそれで十分だと思うのですけれども、私が今思ったのは、道路交通安全のところで、よくシリアスな事故が起こりやすいのは、信号もないところで横道からひょいとして出てきてボンとぶつかる。だから、そのひょいとして出てくるような人、認知症の人も多いと思うのですけれども、センサーというか、こちらのICタグをつけていれば、自動車の運転者のところに注意喚起の情報が行くと非常にいいなと。だけど、数秒かかるとちょっと難しいかもしれませんね。

(5) 閉会

松本座長 それでは、大体時間が参りましたので、本日の議論はここまでとさせていただきます。もし追加で御意見、コメント等がありましたら、事務局のほうに御連絡をお願いいたします。

事務局としては、本日の構成員の先生からの御意見を受けて、あるべき姿、その他、必要となる取り組みについてKPIも含めて次回までに整理をお願いします。

それから、見守りサービスの実態調査につきましてもヒアリングを続行したいというふうに考えておりますので、日程その他について御連絡をさせていただきますので、よろしくをお願いします。

それでは、最後にCIOから一言いただきたいと思います。

遠藤政府CIO 今日、御出席の構成員の皆さんから大変有効な御意見なり議論をしていただいたというふうに思っています。今後も継続いただき、医療・健康分科会からいろいろな前向きな提案が出せるようお願いしたい。

特に地方創生と言っていますが、東京も地方の一つなのですね。地方というと、東京から見ているとみんな向こうみたいに見えますけれども、自分のところも地方なので、

そういう意味では、今日のお話の中には、そういうフェアというか、当たり前なのですがけれども偏らない見方での御意見も随分いただいて大変勉強になりましたので、今後ともひとつよろしく願いいたします。

松本座長 ブレークスルーとなるような提案をこの分科会からしていくというのが一番重要な目的ですので、また、先生方、あるいは各省庁の方からも御意見をいただいて提案を続けていきたいと思っておりますので、御協力をよろしく願いします。

きょうは忙しいところをありがとうございました。

以上