

第9回 医療・健康分科会 議事要旨

1. 日時 平成27年9月29日（火） 15:00-17:00

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) 工程表関連施策（平成28年度）に関する意見交換

(3) 閉会

4. 議事概要

(1) 開会

○事務局より開会宣言

(2) 工程表関連施策（平成28年度）に関する意見交換

○事務局より、資料1-1、資料1-2、資料2-1、資料2-2、参考資料1、参考資料2について、説明。

○以下、各府省施策（集約）について、担当省庁より説明

No.1 厚生労働省 「レセプト・特定健診データ」

レセプト情報利活用促進事業

No.2 厚生労働省 「がんデータ」

がん登録推進事業

No.3 厚生労働省 「難病データ」

難病対策の推進のための患者データ登録整備事業

No.4 厚生労働省 「副作用データ」

医療情報データベース基盤整備事業

No.5 厚生労働省 「介護データ」

介護・医療関連情報の「見える化」の推進事業

<意見交換>

○松本座長

No.1のレセプトのところから、御意見がありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○構成員

特定健診とレセプトの突合率が悪いということに関しましては、昨年度、今年度とさまざまな改修をしており、特定健診のデータをはき出すところ、特定健診は保険者から出るところでハッシュ化し、IDをつくっているのですが、そのためのソフトを配布したりして、最終的な結果はまだですが、大分改善したとは聞いています。あと、このデータベースシステムの改修というのが結構高額なのですが、これはたしか平成26年にリプレースしたばかりではないのですか。

○厚生労働省

レセプトデータのシステム改修が高額になっているのは、今、地域医療構想の作成を各都道府県でやっており、実は利用が非常にふえて、混雑というか、スピーディーになかなか利用できないことがあります。システムを増設してこれからデータの利活用のスピードアップをしようということで、今、改修をやっているところでございます。

地域医療構想だけではなくて、今後、第三者提供についてとか、オンラインリサーチセンターの運用も始めますので、利活用が相当進むのではないかと我々の期待も込めて、サーバーの増強をして、より性能向上、スピードアップしようということで、今、改修をしようとして計画しているところでございます。

○神成副政府CIO

今回の改修では、どの程度の性能向上を想定されているのですか。想定が甘いと、来年度に、再度の改修という事が有り得る。逐次改修という事にならないよう、きちんとした計画に基づき、改修を進めていただきたい。このあたりのお考えをお伺いしたいのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省

今回、とりあえず速度の改善のための改修をしまして、逐次という話ではなくて、今回やってしまって終わりということを考えております。

○神成副政府CIO

先ほどは、性能向上という話でしたが、それは処理速度の改善を意味しているのでしょうか。また、とりあえず速度の改善というのでは、改修の根拠となる想定がまったくわかりません。今の説明では根拠が不十分ですと言われてしまうのではないのでしょうか。

また、このデータベースシステム改修に際し、先ほど構成員の方も指摘されておりましたが、データ突合も実施するのでしょうか。

○厚生労働省

平成28年度事業のこの改修には、突合は入っておりません。突合は、今年度、平成27年度事業でやるということになっています。

○神成副政府CIO

今年度事業で突合が完結するという理解でよろしいでしょうか。

○構成員

もともと100%にはならないので、やれる限りのことをやって、それ以上はもうしようがないという感じではないのか。

○厚生労働省

御指摘はごもっともなのですが、今の時点では、サーバー増強は、地域医療構想に必要な各都道府県の使用率とか、民間の研究者の利用についても、オンサイトリサーチセンターを2カ所ぐらい増やせば、どのぐらい利用が増えるかということで、過去の利用状況等から計画を立てて、将来的に見込まれる使用量に耐えられるようなサーバー増設をやっているのです、順次ではなくて1回で終わらせるようにやっています。

○神成副政府CIO

後日で構いませんので、ご説明に関する具体的な内容の資料を見せていただければと思います。

○松本座長

レセプトとか、そういうデータというのは、副作用とか、効果というのをを見つけるのは難しいデータだと思います。そのためにNo.4「副作用データ」は、PMDAを中心としたものと突合するような格好で厚生労働省は考えているのですよね。

○厚生労働省

御指摘のとおり、レセプトデータというのは、結局、どの地域でどんな人がどんな治療を受けたかということしかわかりません。当然、検査データとか、いわゆる転帰と言われる、その人が本当に治ったのか、それともそのまま死んでしまったのかもわからないということがございますので、そういう意味では、カルテデータとか、検査数値のデータと突合しないと、確かに副作用とかいう部分については十分なデータが得られないということで、こういった事業をやっています。

○松本座長

No.2「がんデータ」なんかを見ていると、開業医の先生や診療所は手上げ方式でデータ集積に協力するということになっていて、前回の5月のこの分科会でのディスカッションを締めるときにも、電子カルテの普及率3割と言われている開業医の人たちの電子カルテの普及を増やせば、もう少しデータをオンラインで集められると感じたのですが、この中から、どうして日本医師会の先生方には手上げを許して、病院はほとんど100%となるのでしょうか。

○厚生労働省

これはがん登録法がまさに議員立法としてできた議論の経過によりますが、その義務化という際に、診療所の先生方にどこまで義務づけられるかということ考えた上で、まずは第一歩としては病院にお願いをして、手上げ方式ではありますが、診療所の先生にもできるだけ協力をお願いするという形で議員立法として決着をつけたと理解しております。

○松本座長

この1年で随分業者さんの電子カルテも進歩して、お互いの連携も、それぞれ製品化し

て、電子カルテ自体がなくてもメール機能でかなりのデータを登録するということが可能なように私は理解しているのですが、それはもう少し日本医師会等と話し合っ、診療所に対してもデータ収集に協力してくれというようなことは言えないのでしょうか。

○構成員

この部会にいますので申し上げますけれども、がん登録というのは、基本的には初期診断、初期治療のデータベースであり、その後のフォローアップのことは、もともと余り入らない構造になっているのです。がんの初期診断、初期治療をする組織というのは大部分が病院であろうということで、まず病院が義務化されていますが、この部会にも日医の先生が出てこられていて、確かに診療所でも初期診断、初期治療をするようなところにはかなりお願いをして入れるようになってきているので、少なくとも日本で発生するがんの初期診断、初期治療は、限りなく100%に近い症例が登録される構造にはなっている。むしろ、初期治療をした後、担がん状態での予後を見るという意味では、今のところ、がん登録のデータベースは役に立たないのです。ですから、そういう意味では、一旦診断が確定しているのですから、そこはもう私はレセプトでもいいと思うのです。レセプトとしっかり結びつけて、実際にその患者さんが最期を迎えるまでの状況を把握するみたいな努力を多分これからしないといけないのだろうと思っています。

○厚生労働省

がん登録というのは、今は限られた情報しかありませんので、初期診断におけるがんの部位とか、がん種とか、地域とかを初期診断のときに入力する。それと死亡情報を突合することによって5年生存率を出したりしていますので、現状では確かにおっしゃるとおりです。そこを解消していくために、さらに治療方法とか、どういう抗がん剤を使ってどんな治療成果があるのかということまで出そうと思うと、やはりそれはレセプトデータとか、ほかのデータと突合しないと、実はなかなかそこまではできないというのが現状でございます。

○松本座長

No. 3「難病データ」に関して何か御意見のある先生はいらっしゃいますか。

これは、昔、実は国立病院機構でも問題になったことがあって、機構が独法化しその後国立精神神経センターが非公務員化されたとき、データ登録が予算と人手がないと言うことでストップした経緯があります。その精神神経センターにデータベースがまだあって、そこに登録したものをさらに拡充して登録を進めるということですか。

○厚生労働省

御指摘のとおりでして、母体になる事業は以前からあったのですけれども、難病新法ができて、従来、難病の助成の対象になる疾患が大体110ぐらいでしたが、今回、これを306まで拡大しましたので、この306の疾患を対象としてそのデータを集めてくる。しかも、全国レベルで集めてくる。難病指定医は約10万人おりますけれども、彼らにそれぞれデータを出してもらうというのを全国的な仕組みにしたというものです。

○神成副政府CIO

ご提示いただいた資料を拝見しますと、難病指定医と都道府県の認定審査会の両方から難病患者データに関する登録がございます。これはどのような整理がされているのですか。

○厚生労働省

もともと難病の指定医が直接入力する仕組みを考えていたのですが、例の年金情報の流出とか、セキュリティ上の問題もいろいろあって、しかも、入力の負荷とかをいろいろ考えた結果、最終的に今でもつくっている臨床調査個人票という難病患者を認定するときに必ず作成する書類がありますので、今、これを患者に交付して、それを都道府県がOCRで読み取って、そのデータをデータベースに入れていくというルートを確立してつくっているというものでございます。直接引いている矢印の意味については、確認します。

○松本座長

私の実感としては、そのほかの疾患では匿名化して第三者機関に渡すとか、そのような仕組みが考えられていると思うのですが、難病の患者さんは医学の進歩をすぐ自分に反映させてもらいたいという願いが強いので、ある意味では匿名化なんていうのは必要なくて、1対1で対応できるようなことで、国民よりも先に自分たちに新しい知識や治療法を教えるというような希望が強いのですよね。そのためには1対1で紐付けされて、今、再生医療とか、そういうものにしても医学はここまで進歩したので、このポンチ絵だけだとそういう視点は書かれていないように思ったのですけれども、いかがでしょうか。

○厚生労働省

おっしゃるとおりで、難病患者というのは、限られた患者数の疾患ですから、直接その研究成果が患者に回帰しやすいという点ではおっしゃるとおりなのですけれども、匿名化の必要性というのは、ある意味で、顕名化しておく必要がなければ、できるだけ匿名化するようにしています。疾患の種類からいって患者数が少ないので、患者が特定されるリスクは当然高くなります。難病の認定審査の段階では当然名前がついていますけれども、研究段階では必ずしも名前は要らないので、この段階では匿名化する。ただ、当然、番号等が附置されていますから、名前はわからないという状態ではありますが、患者の特定はできるので、おっしゃるとおり、ほかの情報と突き合わせれば、ほかの疾患に比べれば、患者が特定されるリスクは確かに高いと思います。

○遠藤政府CIO

今の座長の質問は「国民」と書いてあるのが本当はまずは「患者」なのではないかということではないですか。要するに、難病の人がたくさんいたら、それは「国民」という書き方でいいかもしれないですが、限られた数の人だから、ダイレクトに戻るよということの一つあってという意味で、途中までは匿名でもいいけれども、あるところからはもう実名に戻すということがないと、患者さんは、せっかくデータを提供してもらった意味がないではないですか。

○松本座長

そういう意味です。医療、医学の進歩がすぐ自分にはね返ってくるように期待して、日々、頑張っているわけですので、そういうポンチ絵にさせていただきたいなということなのです。

○神成副政府CIO

No. 5「介護データ」の「見える化」システムは素晴らしい取組みだと認識しておりますが、内容が、この後に説明いただくKDBのものと重複があるのではないのでしょうか。また、No. 14「保健指導（国保）」についても、方向性や内容が類似しているのではないのでしょうか。別々に構築するだけの理由があるのでしょうか。今回、No. 14のKDBだけでも莫大な予算が積算されております。別途、構築しようとする理由を教えてくださいませんか。

○遠藤政府CIO

No. 14「保健指導（国保）」も、No. 15「保健指導（健保）」もそうなのですか。

○構成員

私も昨年その質問を申し上げて、実際、KDBのシステムをある自治体で見せてもらうと、これとほぼ同じことができるのですよね。なぜこれがまた要るのかというのが今でも理解できないのです。

○遠藤政府CIO

それは、国保も健保も同じでしょう。

○神成副政府CIO

そうだと思います。

○構成員

国保も社保とも一緒です。

○遠藤政府CIO

みんな3つ一緒なのです。

○厚生労働省

御質問いただいたKDBと「見える化」が類似しているのではないかという御指摘なのですが、1点目は、まず、KDBは国保中央会の持ち物ですので、今、私ども厚生労働省では、それをダイレクトにいただけるような仕組みを持っていないというのが一つ。

「見える化」は、あくまでも市区町村が介護保険計画を作成する上での手助けを一番の目的としておりますので、その作成の際に、今までいろいろなところに散らばっていたデータを一括で見て、次回の作成につなげるようなことを考えておりますので、KDBに入っているのと似ている項目もあるのですが、それにはない項目もあると考えております。

○遠藤政府CIO

これをどこで誰がやっているかということは別にして、国民にとってどういう方向に持っていくのがいいかという観点から見たら、あっちもこっちも同じようなことをやっていて、少しずつ足らないから、それをカバーするために私のところで別のものをつくり出すというのは、これはどう考えたって無駄の上塗りです。だから、そういうことがわかった

ら、これはぜひ何とか一緒に統合するようにしようよと持っていくのが、国としてリーダーシップをとるべきところではないですか。少なくとも情報システムや何かは、みんなそうやって合理化をする形にしているのです。

今の話は、私が政府CIOになったときに、国の情報システムを棚卸ししたデータを見たら、同じようなシステムがたくさんあって、全部で1,450あった。皆さんと協力してそれを一つ一つシラミ潰しに見ていったら、統合した形で63%減らせるということになっている。だから、何でそんなばらばらにやらなければいけないのかと、もう腹立たしいですね。

○構成員

私自身も専門的なことはよくわからないのですが、基本的に医療番号ができると、統合できるようなものが随分あると思うのですが、将来的にそれをある意味で見越した形で来年度はこういう形でやろうとされているのか、何となくずっと別々で走っていくと、まさにCIOがおっしゃったのと同じような問題が出てくるのではないかなと思います。

○厚生労働省

次のKDBの中身を御説明するときに改めて御説明したいと思いますが、少なくとも現在の介護保険事業計画の作成に使う部分と、それから、KDBはあくまでも保健事業ですから、個人を特定して対象者を抽出する機能をつけるということとは違う部分もかなり大きいのです。ただ、突き詰めていけば確かに近いものになっていく。データ相互利用ができるのではないかと御指摘はごもっともなのですが、現在の使い方、現在のデータから考えると、出発点も目的もかなり違っているので、今すぐ統合できるかということ、そこはなかなか難しいのかなと思っています。

○遠藤政府CIO

そこに入っているデータを全部細かくリストアップして比べてみましょう。具体的な目的に相違があったとしても、健康に関する様々なデータが入っているのだったら、それを有効活用すべきです。もともとこれはこの目的のためにつくったのだから、ほかの目的のために使わせないなんて、データの有効活用の観点からみたらそんなばかな話はないわけで、要するに、使えるデータはどういうものが入っているかということの棚卸しをしっかりとやった上で、データベースの統合の話が意味のある話なのか、入っているデータが全然違うではないかというのだったら、これはもう別々のデータベースとしてあってもいいと思うのです。

○松本座長

CIOのおっしゃるとおりで、国民の総数が増えるはずはないので、データの数には限りがありますので、統一できると直感的に感じます。

○楠CIO補佐官

今のものと関連した点なのですが、先ほど座長のほうからも、がん登録のデータですか、あるいは難病指定のデータとレセプトとを掛け合わせていくと、もっと精緻な分析ができるのではないかと御指摘がありました中で、現状、残念ながらNDBのデータが匿

名化された状態で、レセプト等のデータをちゃんと名寄せしようとする、例えば、ほかのがんのデータも同じ方式で匿名化をしないと寄せていくことができないのですが、それぞれの事業のデータというのは連携できるような形で設計されていないと今後、同じように突合しようと思ってできないということがかなり多く起こるのではないかなという点が気になりました。

○松本座長

当然のこのように、突合できてこそそのデータですので、突合できないようなシステムに対して無駄な重複する作業というのは、もう少し検討していただかないといけないということです。

○以下、各府省施策（連携）について、担当省庁より説明

No. 6 厚生労働省 「電子カルテ」

クラウドを活用した医療情報のIT化推進事業

No. 7 厚生労働省 「医療連携ガイド」

医療情報連携ネットワーク構築支援サービス

No. 8 厚生労働省 「医療連携調査」

医療等分野における情報連携推進事業

No. 9 総務省 「医療・介護連携」

適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現

(医療情報連携ネットワークの全国展開、適切な医療・介護や生活支援サービスの提供)

No. 10 厚生労働省 「保険資格確認」

医療保険分野における番号制度の利活用促進事業

<意見交換>

○松本座長

「連携」について御議論をいただきたいと思いますが、全てがつながっているようなお話です、いかがでしょうか。

○構成員

No. 6「電子カルテ」、No. 7「医療連携ガイド」、No. 8「医療連携調査」がよくわからないのですが、No. 6というのは補助金を出すということですよ。これは何に補助金を出すと先ほど御説明いただいたのでしたか。各病院のゲートウェイサーバーの設置の補助金ですか。

○厚生労働省

クラウド型の電子カルテを導入する際の導入コストの一部を出そうということですよ。

○構成員

クラウド型の電子カルテというのは既に存在するという前提ですか。

○厚生労働省

クラウド型電子カルテを新規に構築するケースを想定しています。

○構成員

新規に構築するのに、この予算で足りるのですか。

○厚生労働省

もちろんモデルですので、この予算の範囲です。これは申請にもよりますが、例えば全国で7カ所とか8カ所とか、当然、箇所数は限られてきます。

○構成員

例えば、ちょっと大きな病院の電子カルテシステムというのは、普通はこの金額よりも大きい額ですよ。全国を7つに割って、クラウド上で動く電子カルテを新規開発するのはそもそもできるのかというのが、すごくよくわからなくて、一体この予算で何をやるのだらうというのがよく見えてこないです。それはもう当てがあると考えてよろしいのですか。

○松本座長

おっしゃっている意味は、例えば、各病院にある電子カルテのシステムに連携するのなら、参照サーバーを増設するようなことに使うのかという切り口ではないかと思うのです。

今、実際に私も現場で、既に先ほど説明したようなヒューマンブリッジとか、IDリンクとか、そういうものを見ていると、ファイアウォールを立てて電子カルテの本体のサーバーを守って、参照サーバーをつけて、そこにどんどんアクセスしてくれてやっていると、タイムライン、要するに、どこのクリニックに行ってからこの病院に来たとか、そういうのも全部フォローできるので、そういうものを広げたほうが具体的にはいいのではないかと。クラウド化というのは、それぞれ業者に責任を持たせて、日本を何分割かして、各業者にしっかりやってくださいというほうがきちんとしていて実現性が高いと思うのですが、いかがでしょうか。各企業がそれぞれ提供している製品・サービスについて、お互いに話し合っ、どことどの情報を見せ合うかというところまで話して、もうある程度進んでいますよね。

○厚生労働省

各企業それぞれの製品・サービスというのは今でもかなり販売は進んでいますので、それを後押ししようというところに力点があるというよりは、むしろ、自前ではなかなか電子カルテ導入に踏み切らないようなケース、それをクラウドでできるケースというのも想定されるので、全国的に底上げをするモデルになるようなところを、もちろん数は限られますけれども、幾つか導入して。

○松本座長

要するに、クラウドみたいなすごく大型のものを置いて、各ユーザーは単なるパソコンを持っているだけでインターネット環境にあれば使えるとか、そういうことをイメージさ

れているのですか。シンクライアントみたいな、そういう形なのかということですよ。そうしたら、通信料とかVPNの費用をどのぐらい下げられるのかとか、そういう質問になってしまうのですが。

○構成員

何かよくわからないですよ。No.7「医療連携ガイド」、No.8「医療連携調査」のほうは、今、座長がおっしゃったように、完全とは言えないまでも、未完成だとは思いますが、既に結構いろいろな大手のベンダーさんが地域連携ネットワークを製品化しているので、そういう意味でいうと、何かまるで製品の宣伝ページをつくるようなことになりはしないかというのが一つあります。

構築支援サービスというのは一体何を支援するのかというのが、よく見えてこないのです。制度としてやるべきことはもちろんあると思いますし、それは厚生労働省にしっかりやってもらわないと困ると思うのですが、お金を出して支援するとなると、一体何を支援するのかというのが十分見えてこないのです。

何となく補助金を渡すと、みんなその運営費とか初期導入費に消えてしまって、またお金が無くなったら止まってしまうみたいなことになる、今までの繰り返しですから、もうやめないといけないと思うのです。ですから、何をどう支援するのかがもう少し具体的にわかると、ありがたいと思います。

○厚生労働省

すみません、ここで言っている支援というのは、ノウハウを提供するという意味での支援です。ですから、当然、厚生労働省みずからホームページをつくって、例えば、ネットワークをつくるときに、最初にどんな情報を提供するのか、どんな情報を共有するのか、最大限どういうシステムを導入するのか、どういう機能をつけるのかということから事例から抽出できる情報を集めて、ホームページで提供しようということなのです。

一例を挙げれば、標準規格にしても、今、ホームページがそれぞれJAHISのホームページ、いくつもホームページはいろいろ分かれていますので、標準規格もなかなかわかりにくいという声もありますから、そういった意味で非常に使いやすい、少なくとも最初にネットワークを構想したときに最初に見られるような情報、最初に必要な情報というものを提供する。それを厚生労働省が自らやろうということなのです。

○構成員

1,900万円だったらわかるのですけれども、その下の2億8,000万円というのは、ちょっとそれにしても額は大きいですよ。

○厚生労働省

ちょっと記載が不十分で申しわけありません。これは事業の一部でして、毎年行っている調査研究事業の一部をこのネットワーク調査に充てようということですので、2億8,000万円を丸々使うわけではございません。多分、実際に使う額は3,000万円とか2,000万円とか、その程度の額で、全国のネットワークの状況を調査するという事業でございます。

す。

○松本座長

座長としては、日本の電子カルテメーカーはそんなに何十社とあるわけではありませんので、むしろ、標準的なテンプレートをつかって、各医療機関が利用できるようなものを厚生労働省が指導していただくほうが、予算も節約できるのではないかと考えています。

○遠藤政府CIO

ほかでもよくこういう議論になりまして、そうすると、総額幾らという話ではなくて、これに幾らというように積算根拠を分解して説明してもらうほうが一番わかりやすいのです。今のやりとりの中でも、電子カルテのシステムそのものと、それが乗っかるハードウェアとか通信のシステムとかと、今度は動き出した後の運用費というのがいろいろありますよね。それをちゃんと分けて説明がされないと、やはり何か同じことについて、しっかりとやりとりがいつているのではないような、あっち行ったりこっち行ったりしているような感じに今ちょっと聞こえてしまったので、ぜひそれをしっかりと分解して出してほしいです。そうすると、先ほどの2億8,000万円というのは、こういう中のこの部分がこの連携の話で、こちら側は違いますということがわかれば、それはそれで理解を進めることになるのではないですか。

○厚生労働省

すみません。

○構成員

今、電子カルテがかなり進んでいるが、介護はまだ標準化も進んでなく、医療連携はうまくいっていません。本気でこの構築をやって行って、連携できるようなデータベースをつかっていかないと、連携、連携と厚生労働省が口では一生懸命言っておられても、実際は連携が何か絵に描いた餅で、介護はどんどんマーケットも大きくなって、高齢者も多くなっていくのに、その基礎的なことができておりません。まず、電子カルテと一体的に運用できるような支援が必要です。早く介護のほうの力をつけてもらうような支援をお願いしたいです。

○松本座長

それをつくろうという事業ですよ。1人の人間が医療も介護も利用するわけですから、つながっているわけなので、何か介護だけすごく遅れているような。でも、レセコンは介護も完璧なわけですよ、ほぼ100%で。

○構成員

制度がそうなっています。

○厚生労働省

確かにデータ利用という意味では、介護保険は制度スタート時からレセプトを全て電子化していますので、そういう点では早く進んだのですが、介護連携をどうするかという点は、コストを相当下げないとなかなか連携も難しいですし、リテラシーの問題とか、いろ

いろな要素が絡んでくるのかなと思っていまして、医療の手法がそのまま当てはまるわけではないのかなというのは、総務省とも医療・介護連携とか、介護のレシピととの連携をどうするかということで、議論とか実証をいろいろ見てきましたけれども、なかなかそう簡単ではない。少なくとも医療の手法をそのまま当てはめようと思うと、必ず失敗するのだなということは私も非常に実感として感じるところです。ですから、いかに現場に合わせていくか。ヘルパーさんたちにとってやりやすい範囲かとか、共有する情報もどうやって絞り込んでいくのか。しかも、ちゃんと医療側と介護側の双方で理解できる情報を共有する必要がありますので、その辺の共有すべき情報の抽出とか、かなり現場に即してやらないと、なかなか簡単にはいかないのだなと。医療みたいに、こういう情報を共有すれば、こういう効果があるというのが確立しているわけではないので、そこはかなり丁寧に現場を見ていかないといけないのかなというのが実感として感じております。

○構成員

これから予防も重要になってくるので、両方連携してやらなければいけないですから、やはりそこでデータが突合できるようなシステムになっていないと共有できない。例えば、総合事業がどんどん進んでくるとか、介護のケアの改善が見えるとか、いろいろなことがまだデータとして出ていないところがあるので、その辺ももう少し精査できるようなシステムが欲しいなと思います。

○遠藤政府CIO

申しわけないですけども、介護というのは、医療と比べて、例えばこういう薬を出したとか、そういうのがないから、非常に何をやったかがわからないですよ。標準的な体系をつくり上げないと、データを入れたといっても、何のデータかわからない。そういうところから出発するのではないかなと、今、話を伺いながら思ったのです。

○構成員

そうなのです。標準化がまだできていないのです。でも、できるところからでも少しずつ、アウトカムが評価されるとか、予防のこういうところがこうだったということがわかるようなシステム化をしていかないと、今、おっしゃるように、一遍になかなか全部はできないのです。

ですから、部分的にでも、段階を追ってでもやっていくような、2～3年かけてでも早急にそれを追っかけてきちんとやっていかないと、システムとしてはなかなかうまくいかなくなってくる。逆にだんだんと開いてくるような気がして、焦りを感じています。

○遠藤政府CIO

連携はできないね。どういう医療とどういう介護を組み合わせたら、こういう結果になったという話がちゃんとデータとして残っていかないと、だめですよ。

○松本座長

要介護度を決めるケアマネの仕事とか、そういうものは、ある程度評価する項目が決まっているはずですので、私が先ほどテンプレートと言ったのは、最低限必要なデータだけ

は各社共通の仕様にして、これだけ比較、参照できるようにしてくれというのは、やはりそれは厚生労働省がやるべき仕事だと理解しています。医療側の電子カルテも同じなので、早くこういう情報だけはテンプレートできちんと共通で参照できるようにしようと。それを早くやれば、もう電子カルテはすぐそこまで来ていますので、各社話し合う雰囲気になっていますので、ぜひやっていただきたい。

○松本座長

No. 10 「保険資格確認」に関して、これは当然やらなくてははいけないけれども、何か御意見ありますか。

○構成員

先ほど申し上げたことと同じなのですが、基本的に保険者は被保険者を一人一人特定して、国民が保険者間を移動するというときに、それをフォローしなくてははいけない。そこで入ってくる被保険者の情報には、当然、レセプト情報もつながってこなければ意味がないわけですし、レセプトをさらに発展させていくとカルテ情報にもなってくるわけです。同じことは介護のほうでも言えるとすれば、それをトータルに見た形で、それぞれのところでどう位置づけていくかという発想で全体を見ていきませんと、今のままですと、同じようなことを非常に狭い目的のためにいくつもシステムをつくって行って、しかも、そこに必要なデータだけ入れていくという形に見えてくるのです。そうすると、同じ情報を少しだけ違う形で、こちらのほうが適しているというような形で別々にまた集めるのか。積み上げ方式でいかないと。グランドデザインを最初から設計して、それに従ってというのはなかなか難しいかもしれませんが、最終的にはやはり医療番号等により次の活用とか、PHRの話になるのかもしれませんが、それを全国的なベースとしてつくっていくということを考えているならば、そのデザインの中でそれぞれのところを、どうそこにはめていくのかと、そういう発想と、そういう御説明をいただけるならば、その必要性というのは理解できると思います。

○以下、各府省施策（活用）について、担当省庁より説明

<個人>

No. 11 総務省 「生涯カルテ（PHR）」

適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現
（国民の健康増進・健康管理に有効な方策の確立）

No. 12 厚生労働省 「お薬手帳」

患者のための薬局ビジョン推進事業

No. 13 厚生労働省 「予防接種記録」

予防接種記録の電子化の推進

<保険者>

No. 14 厚生労働省 「保健指導（国保）」

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

No. 15 厚生労働省 「保健指導（健保）」

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

No. 16 厚生労働省 「重症化予防」 糖尿病性腎症患者の重症化予防対策

<企業・地域>

No. 17 厚生労働省 「健康づくり（厚）」

自治体や企業などが連携した健康づくりに関するモデル的な取組の推進

No. 18 経済産業省 「健康づくり（経）」

健康寿命延伸産業創出推進事業

No. 20 総務省 「バリアフリー」

適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現

（高齢者・障がい者向けサービスの充実）

No. 20 総務省 「TV活用見守り」

ICTまち・ひと・しごと創生推進事業（テレビ等を活用した見守り）

<意見交換>

○松本座長

「活用」のところの<個人>の3つの施策は、ほとんど生涯カルテということでPHRの中に取り込まれてしまうのではないかと思いますけれども、何かございますか。

○構成員

厚生労働省のNo. 12「お薬手帳」について、これもお薬手帳という意味でいえばPHRの一つの表現だと思うのです。実際にここでやられていることが、PHR的なお薬手帳なのか、今、世の中にあるような、スマートフォンでアプリをダウンロードしてその薬局チェーン店だけでしか使われないといったおおよそPHRとはほど遠いお薬手帳もあるわけで、これをいい方向に誘導するような施策なのかどうかというのが一つあります。

それから、どうせお薬手帳を電子化するのなら、処方薬、調剤薬だけではなくて、第1類の一般用市販薬をぜひ入れられるように、薬局の体制も含めてやっていただく必要があると思います。第1類医薬品というのはほとんど処方薬と同じですから、一方で医師が全然把握できない形で飲んでいて、一方では調剤として飲んでいて、それがわからないというのが今の状態だと思うのです。片方は勝手に買うわけですから、これはもうお薬手帳で見られないのです。そういう意味では、これからのセルフメディケーションの推進という意味からも非常に重要だと思うので、そういうことが視点に入っているかどうかというのをちょっとお聞きしたいです。

○厚生労働省

御指摘の点は、実は平成27年度事業のほうに含まれておりまして、今回、平成27年度で

電子版お薬手帳の標準フォーマットの改善を検討してきたところですが、この中の一つは、処方薬だけではなくて、店頭で売っているような大手市販薬も入力できるようなフォーマットにしようという改良も今度の標準フォーマットの中に入っているということです。

あと、薬局チェーンごとにばらばらのお薬手帳をつくっているという問題は、確かに我々も問題視してしまっていて、その点は、今、我々の考えている標準フォーマットの改善の中では、CSV形式でデータを確実に引き出せるようにして、たとえチェーン店を乗りかえても、またデータが使えるようにしようということを条件に加えたいということによってやっております。

○構成員

総務省のNo. 11「生涯カルテ（PHR）」とも絡むのですが、総務省のユースケースにもお薬手帳のことがあって、厚生労働省のほうからも出ていて、どうしてインテグレートできないのか。

しかも、総務省の研究会には私もメンバーで出ておりますが、両省から政務官が2人出てきて、その辺を一緒にやろうとやっていたにもかかわらず、こういう形で2つ出てくる。明らかに重複しているのではないのか。特に先ほどの厚生労働省の御説明で、手帳だけではなく、歩数計のデータを入れるというお話もあったので、かなり重複しているのではないかなという気がしました。

○総務省

当然、それぞれ施策の目的のもとで、それぞれ事業を立ち上げているというところでありまして、厚生労働省のほうは、薬局をかかりつけ薬局として地域の健康づくりの拠点にしようという目的のもとでの事業と理解してしまっていて、その中で、電子版お薬手帳の中身を充実させるでありますとか、あるいは健康情報と連携させていこうといったところにつきましては、当然、総務省の予算事業であるPHRの効率的なプラットフォームのあり方といったところとの連携を検討していくことになるかと考えております。

○厚生労働省

御指摘はごもっともだと思っています。総務省とは、これまでも良い関係でやってきていますので、重複して事業をやろうというつもりはございません。ただ、どの切り口でどこから攻めていくかということにつきましては、お薬手帳というのはいろいろな使い方があると思っています。ですから、一つのアプローチで全国に普及するということは多分ないだろうなと思っています。プラットフォームとして考えれば、我々も総務省の事業に協力していますから、当然、かかりつけ医の連携手帳とか、生活習慣病手帳とか、いろいろなもので連携していこうと。それに必要なプラットフォームをつくっていこうというのが大きな方針で、我々も今まで実証事業をやってきました。ただ、それに加えて、さらにかかりつけ薬局をつくろう。薬局側ももっと積極的に参加してほしい。特に町中の薬局にもっと活躍してほしいという切り口で、こういうことをきっかけにして、ぜひ薬局も主体的に電子版お薬手帳に参加して、最終的にはプラットフォームに参加するという形で帰結

できればなと思っていまして、そういう意味では、薬局を主体的に参加させるための一つの方法として使えればと考えております。

○遠藤政府CIO

それをどうして別々の紙に書いているかということですよ。一つの紙の中に、こういうものを中心にしてこうやって分担してやりますと書いてくれたほうが、読むほうはよっぽどすっきりと、ああ連携体制ができているなと思う。まずはそういうことだと思うのです。だから、ぜひそのようにしていただきたいなと思います。IT戦略の工程表があるではないですか。あの中に書いてある工程表の帯の中には、各省が存在していいようになっているのだよね。あれは必ずしも省ごとに帯を書くことにはなっていないのです。だから、アイデンティティーが必要なのだろうけれども、協力をきちんとやっているということが見た人に非常にわかりやすくなるようにしていただきたいのです。よろしくお願いします。

○松本座長

今、CIOに言われたことは、国民目線から考えれば、ICチップが入ったカードを1枚持っていれば、予防接種記録まで含めて全部わかるのが当然ではないかと思えます。要するに、スマホを1個持っていれば、全部この中に入っているというような格好だと思えます。

○松本座長

<保険者>のNo. 14~16の施策はどうでしょうか。

これはみんな企業のよい試みとか何とか言って、会社をやめてからの人生のほうが長いのではないかとも思うので、企業ベースとか職種別のコホート研究も、今のところ、はっきりした成果はないわけですから、どのように結びつけていくのでしょうか。要するに、お互いの結果を比較できるようなものがないのではないか。例えば、臨床評価指標というのがあって、寝たきりでいると肺塞栓なんかが起こるわけですが、そういう予防対策はどのぐらいやっているか。そうしたら、各病院間で比べるとこんなに開きがあって、みんな目標値に近づけていこうかということになるわけです。要するに、厚生労働省が保健指導の目標値をどうやって各企業とか、そういうものに対してプレゼンしていくのかというのが、見えてよくわからない。

要するに、臨床医の私の目から見ると、保健指導というのは、糖尿病もそうですよね。いわゆる腎機能が悪くなってくると、どこを目標値にして何年延ばすのだと。ただ、いつもこの2億6,500万円が1年ごとにこの2年間続けて出てきているわけです。今言ったのは、糖尿病性腎症の重症化予防の16番のことです。例えば、重症化になる人を2%下げるとか、そのような目標値が必要なのではないかと思うのです。

○厚生労働省

おっしゃるとおりで、最終的には保健事業の目標値を決めて、こうあるべきというところまで描ければいいのですけれども、ただ、正直申し上げて、今のこういったデータヘルスとか保健事業の実態というのは、とにかく呉方式の横展開と言われるように、まず先進

的な事例があって、そのいいところをうまく抽出して全国に普及させていくという、要は、まだ手探りの段階にありまして、そういう意味で、糖尿病性腎症の事業というのは非常に効果の高いことが実証されましたので、そういったものに取り組む自治体を財政的に後押しするような事業をやって、まず、その普及をさせていこうと。効果的と言われる保健事業を普及させて、土台をつくっていこうというところでありまして、まだまだおっしゃるようなところまで、つまり、目標値をつくって保健事業はこうあるべしというところまで、実は至っていないというのが正直なところだと思います。

○構成員

No. 15「保健指導（健保）」とか、あるいはNo. 17「健康づくり（厚）」の厚生労働省のところで、今、呉市の例も出ましたが、この間、内閣府の甘利大臣がトップのプラットフォームの会議でちょうどこの議論が出て、結局、呉市にもものすごい自治体が見に行っているけれど、結局、広がっていないのではないかと。優良事例をつくったら横展開するというロジックだけでは上手くいかないように思っていて、そのあたりの工夫と、このデータ、ITを使うリンクのところでは何か考えている点があったら、少し教えていただきたい。

○遠藤政府CIO

総務省もよく横展開、横展開と言うのです。だから、私はそれについて非常に疑問を持っていて、今、言われたのと同じことを思って、何がベストプラクティスなのだと局長ヒアリングでは順繰りに聞いているのです。

○厚生労働省

非常におっしゃるとおりで、我々も横展開というイメージ、特に強烈なモデルが一つあってというのはすごく違和感を持っていまして、まさに地域ごとの実情とかはかなり違ってくるので、それをやるために、逆に今回、我々がNo. 15の事業をやっているというのも、単純にこういう良い事例があるからやってみようというのではなくて、その事例はどうして成功しているのかということ、プロセスとかストラクチャー、事業構成とかいうところまでしっかりと分解をしてやっていかないと、なかなかできないのではないかなというところがございます。

もう一つ、先ほどKDBの事業をNo. 14「保健指導（国保）」で御紹介しましたが、何でもこまでKDBというデータベースを使って地域ごとに特性を分析するというのは、まさにそれも同じでして、地域ごとにきちんと特徴をつかんで、例えば糖尿病性腎症の問題なのか、脳卒中が問題なのか、塩分の取り過ぎが問題なのか、その問題をやはり地域ごとにフォーカスを当てて、そこに対応していくというアプローチも必要なのではないかなと思っております。ただ、横展開というのは、ある意味、非常にキャッチーな言葉で、このようにやればいいのだというのをスローガンのようにやるという意味では効果はあるのですが、ただ、そればかりに頼っていると本当のその地域の事情が見えないのかなと。そういう意味では、きちんとデータを分析して、地域の特性をつかんでやっていくという非常に地道なアプローチも要るのではないかなと思っております。

○経済産業省

横展開という話も当然あるのですが、我々のほうで考えていますのは、事業をやることによって、例えば、グレーゾーンで何が問題かというのが見えてくる。見えてくると、その企業が活動することによって、このグレーゾーンを何とかしてくださいと言われると、それに応じて、規制の内容を明らかにするというようなことをまず一つやっています。

もう一つは、いい事例があれば、地域経済活性化支援機構(REVIC)等を通じて投資をしてもらおうということで、良い事例をさらに展開できるような基盤整備も行っているという形で、応援をしていくことを考えております。

○構成員

経済産業省の今のお話の中で、そこは理解できたのですが、いわゆる健康経営のところデータを使ってやっていくとなると、ある一定の大企業はある程度インフラ的にもあるのですが、中小企業とか、そういう視点は入っているのでしょうか。

○経済産業省

まずは、大企業につきましては、健康経営をしっかりとやっている企業に対して健康経営銘柄ということで東京証券取引所と共同で、企業を評価して、22社を発表したりしました。それを踏まえて、結構反響がよかったので、大企業向けにはさらに続けていく。中小企業向けには、今、どのようなことをやれば健康経営になるのだ、あるいは健康投資としてはどういうメニューがあるのだということをつくってしまして、それは本年度、商工会議所等を経由して展開する、あるいは地方局を通じて展開するということを進めているところでございます。

○松本座長

<企業・地域>のNo. 17~No. 20までで御意見がありましたら、お願いします。

最初に、私から質問ですが、No. 20「TV活用見守り」に関して、一般社団法人をつくられたといいますが、東京のテレビのキー局は全部参加しているのでしょうか。

○総務省

在局の主要テレビ局は全て参加をしております。

○松本座長

徳島県での災害時の安否確認を見たときに、平時から使っていないと、いざというときに使えないので、これは必要だなと思っています。

○遠藤政府CIO

カードはどこへいったと探す人も多いので、平時から使っていることが必要です。

○松本座長

その他、御意見がありましたら、事務局のほうに寄せていただくということにしたいと思います。

きょうの意見交換の結果、工程表関連施策に関する意見については事務局で整理をしていただきます。

ぜひ横並びの施策に関しては、どれがいいか結果をきちんと比較して、国民にわかりやすい目標値というようなものが示されるほうが良いのではないかと感じました。

(3) 開会

○遠藤政府CIO

きょうもまた活発な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

参加された各省の方にも、真面目にお答えいただきありがとうございました。

きょうのお話で、私が政府CIOになったときに、総理から横串を通してくれと言われました。それはどうしてかということ、ITというのは、別にIT何とかというのがあるわけではなくて、いろいろな業務にITで連携をとらせることによって、より効率的でより信頼性の高い、スピーディーな、そして、誰にも公平な形でサービスができるということをやるので、横串を通す道具として非常に都合が良いということなのです。

この2年間いろいろ省庁のやっつけていらっしゃることをヒアリングさせていただきまして、330回ぐらいになっていると思うのですが、それでわかることは、残念ながら、やはり従来のこういうことをやるのがこの省の仕事なのですという枠からなかなかみ出していない。

私がお伺いすると、これは私のところの仕事なのですよというのですが、ちょっと逆側から見てほしいのです。みんな省側から見ています。だけれども、それをやっていることにお客さんが必ずいるわけです。お客さん側から見ると、どこの省でやっているかというのは関係ないのです。

だから、そう思ったときに、ここは自分のところはどうやっているが、例えば総務省の何々局だったら、厚生労働省のあそこと一緒にやるのがよりよさそうだねと、普通、おなかの中では思っていると思うのです。あるいは我々には言わなくても、中ではそうやってしゃべっていると思うのです。特にマイナンバーが入ったり、カードが使いやすくなるということからすれば、それを素直に出して一緒に連携をするということをもうそろそろやってもいいのではないかと。

もう一つは、ITの話だけではなくて、セキュリティーの話を考えると、いろいろな省庁がいろいろな口を外に持っているというのはやはり危ないのです。だから、同じ目的で使えそうなデータの収集や何かだったら、一つの口に集約して、そこをきちんと守るというようなことで、今、自治体も1,741あるわけですがけれども、その情報システムをできるだけ共通化してしまおうと。

そうすると、コストも減りますし、メンテナンスをしなければいけない人たちの時間も減りますし、当然のことながら、セキュリティー上も非常に守りやすい形になるということで、どんどん集約化をして、共通化をして、一本化をする。

本当の文字どおりの一本化にならない場合もあります。2本か3本並行になるときもあ

りますが、今、そういう方向でどんどん成果が出だしていますので、ぜひ乗りおくれなようにやっていただきたい。そういうベストプラクティスは横展開をぜひやっていただきたい。

局長ヒアリングでは、全局長とやっているわけではないのですが、その省の重要なテーマですというものについてやらせていただいています。そのときに、今申し上げたようなことを同じように申し上げていまして、わかりました、よく展開しますと言われて一応帰られます。今度、その省のほかの局がどうなっているかというのを各省のCIOを通じて確かめようと思っていますので、各省庁、油断なさないようにひとつよろしくお願いをしたいと思います。

どうもありがとうございました。

○松本座長

それでは、本日の議論はこれで閉会にしたいと思います。ありがとうございました。