

健康・医療WG（第20回） 議事概要

1. 日時：平成26年4月15日（火）15:00～16:36
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、佐々木かをり
（専門委員）滝口進、竹川節男、土屋了介、松山幸弘
（政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）
（事務局）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、館規制改革推進室次長、
大熊参事官、湯本企画官
（厚生労働省）島田医政局看護課看護サービス推進室長
鯨井大臣官房参事官（情報政策担当）
光行保険局総務課医療費適正化対策推進室室長補佐
井坂保険局総務課保険システム高度化推進室室長補佐

4. 議題：
（開会）
 1. 医療関連従事者の役割分担の見直しについて
 2. 医療情報の利活用のための工程表の策定について（閉会）

5. 議事概要：

○館次長 それでは、時間になりましたので、これより規制改革会議健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。皆様方には御多用の中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

佐々木委員も御出席予定でございますが、少し遅れられておるようでございます。

それでは、開会に当たりまして、稲田大臣、御挨拶をよろしく願いいたします。

○稲田大臣 翁座長の下で、医療ワーキング・グループ、大変精力的に御議論をいただいて、様々な提案もしていただいているところでございます。深く感謝いたします。

今日は、専門委員の方々にもお越しいただいておりますし、厚労省にもお越しいただいております。

今日は、医療関係従事者の役割分担の見直し、医療情報の利活用のための工程表の策定について、御議論をいただくこととなっております。

医療関係従事者の役割分担の見直しについては、看護師の業務に関する新たな制度に

ついて、前回事業者からのヒアリングを行った結果も踏まえ、論点整理を予定いたしております。看護師がその能力を最大限に生かせるよう、実効性ある仕組みづくりに向け議論が深められることを期待いたしております。

また、医療情報の利活用のための工程表の策定については、昨年6月に閣議決定いたしました規制改革実施計画において明記されたところでありまして、このほど、医療のICT化の全体構想とその工程表が取りまとまったとのことでもありますので、厚労省からその中身について御説明いただくというふうに聞いております。

我が国の医療の充実に向けた重要な課題でございますので、先生方の活発な御議論、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、報道の皆様、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○館次長 それでは、ここからの進行につきましては、翁座長、よろしくお願い申し上げます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、議題1「医療関連従事者の役割分担の見直し」に入らせていただきます。

本日は厚生労働省に御出席いただいております。

まずは事務局から資料1の論点(案)について説明をいただきまして、次に、厚生労働省から論点(案)に対する御意見を御説明いただきます。最後に意見交換とさせていただきます。

それでは、事務局からお願いいたします。

○大熊参事官 資料1を御覧ください。「看護師の『特定行為』の在り方に関する論点(案)」でございます。

現在、法律案が国会審議中でありまして、新たに特定行為に係る看護師の研修制度が創設される見込みであります。

新たな研修制度において研修を受けた看護師は、手順書に基づき「特定行為」を行うことができるとされている。これは、医師の包括的な指示の下で、医師の不在時であっても、看護師が自らの判断で「特定行為」を行うことが可能となる趣旨であり、医師が常駐していない介護施設や患者宅等においても活用が期待される。

したがって、看護師の判断能力を高める方向で研修制度を充実させると同時に、研修を受けた看護師がその能力を生かせるように、医療や介護の現場のニーズを踏まえながら「特定行為」の内容を充実させていくべきである。

1. 研修プログラムの検討

- ・看護師が、患者の病態に応じ、「特定行為」の実施の可否や医師への連絡のタイミングを適切に判断できるよう、新たな研修制度における研修プログラムは、フィジカルアセスメント、病態生理、解剖学、薬理学、医療安全に関する知識等を総合的

に学習できるようなものとするべきではないか。

2. 手順書の検討

- ・医師が看護師に示す手順書の項目については、研修を受けた看護師が、患者の病態に応じ、「特定行為」の実施の可否や医師への連絡のタイミングを適切に判断できる内容とし、実施すべき「特定行為」を細かく規定するような硬直的なものとならないように留意すべきではないか。

3. 「特定行為」の範囲の検討

- ・制度の創設に当たって検討されたにもかかわらず「特定行為」とならなかった行為等については、現場に混乱が生じないように、医療安全にも配慮しつつ、看護師が行うことが可能な範囲を分かり易く示すべきではないか。
- ・研修を受けた看護師がその判断能力を十分に活かせるよう、手順書に基づき自らの判断で行うことが可能な範囲を広げていくべきではないか。このため、厚生労働省から示されている「特定行為」の案（41 行為）に加え、検査の実施・評価や薬剤の選択・使用等の試行事業の中で広く看護師により実施された行為についても、「特定行為」とするよう検討すべきではないか。
- ・「特定行為」の範囲については、研修を受けた看護師の能力評価や「特定行為」の普及の度合い等を踏まえて、定期的に見直すこととするべきではないか。

4. 研修修了情報の一元的管理

- ・制度の円滑な運用を図るため、研修を修了した看護師ごとに、どの特定行為の区分に係る研修を修了したかの情報を、厚生労働省が一元的に管理すべきではないか。
- ・長期的には、研修を受けた看護師が、統一された名称を用いることができる仕組みを検討すべきではないか。

以上です。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、厚生労働省から 10 分程度で御意見をお願いいたします。

○厚生労働省（島田室長） 厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室長でございます。よろしく願いいたします。では、座らせていただきます。

前回こちらにお伺いしましたときに、特定行為に係る看護師の研修制度の案について、今、国会で審議をされるところでございますけれども、説明させていただきました。その制度案を前提に、この論点（案）に対してのこちらからの意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、制度についての確認でございますけれども、この制度を導入した場合でも、医師が患者を診察・診断し、その上で、患者さんの病状とか看護師の能力というものを勘案しまして、医師が直接患者さんに対応するのか、それともどのような指示によって看護師に診療の補助を行わせるのかといった判断は、今までの診療の補助と同じように医師または歯科医師が行うということには変わりがないというところでございます。

なお、今、考えております制度で医師が患者さんを診察・診断した上で、手順書によって特定行為を実施するよう指示され、それを手順書によって実施するという方に対しての研修制度ということになっておりますが、その指示を「包括的指示」というふうに申しますと、様々な意味に解釈する方がいらっしゃると思いますので、他の意味内容も含む場合があるということに御留意いただければと考えております。

続きまして、1つ目の「研修プログラムの検討」でございます。

「指定研修」というふうに申しておりますが、その内容については、これまでチーム医療推進会議という厚生労働省に設置しました有識者の会議、そういった場で具体的な内容について検討いただいております、その中で研修の内容としまして、臨床病態生理学、解剖学も含むような内容ですとか、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、医療安全学といったものを含むべきではないか、といった議論がなされてきたところでございます。今後、法案成立後に審議会で更に具体的な御審議をいただくということを予定しております。

続きまして、「手順書の検討」についてでございます。

手順書の記載事項は、厚生労働省令で記載するというようになっておりますけれども、個々の特定行為の具体的な手順書は、現場の実情に応じてそれぞれ作成していただくということになります。そして省令に定める記載項目が臨床現場の実情に沿ったものとなるよう、臨床現場に御協力いただきながら、今、医師の指示に基づくプロトコール試行事業というものを実施しております、その報告内容を踏まえて、このワーキング・グループで御指摘いただいた点にも留意させていただきながら、法案成立後にその記載項目について具体的に検討を進めてまいりたいと考えております。

続きまして、「『特定行為』の範囲の検討」でございます。

まず、1点目に書かれております内容です。有識者の会議における検討の過程で、診療の補助ではあるけれども特定行為に該当しないというふうにされた行為ですとか、それから法案成立後に特定行為を決める過程で診療の補助として整理された具体的な行為につきましては、今後通知等でお示ししたいと考えております。

その際、医療安全の観点から示された行為の実施に当たって研修等を実施していただくというような各医療機関等での適切な対応が行われるよう、あわせて周知も行いたいと考えております。

続きまして、その次の黒ボツでございます。特定行為に該当しない診療の補助についても、手順書を活用して医師からあらかじめ指示を受けていただくということが、この制度化によって何か制限されるということではございません。ですので、現行制度下でも現場の実情や看護師の能力に応じて、手順書によって特定行為以外の診療の補助について実施するという事は可能でございます。

そして、具体的に御提案のありました検査の実施・評価とか薬剤の選択使用といったような行為のうち、検査の指示あるいは処方というものは医師しか実施できない行為とな

っておりますので、この法案で「診療の補助の一部」というふうに定義しております「特定行為」には含まれない内容になっております。

一方、どのような検査を必要と考えるか医師に提案をしたり、あるいはどういった薬剤がよいか医師に提案するということにつきましては、これまでの検討過程におきまして、医行為に該当しない行為と整理をされておりますので、看護師でなくても実施可能な行為というふうになっておりまして、法案において「診療の補助の一部」と定義しております特定行為に位置付けることはできないと考えております。

また、検査の実施や薬の使用についても、既に広く看護師が行っている行為が多く、そうした行為を「特定行為」とすることによる現場への影響にも考慮しなければならないと考えておりますが、特定行為の具体的な内容は、法案成立後に審議会で審議していただくことになっております。

3つ目の黒ポツの「特定行為」の範囲です。特定行為の追加とか改廃につきましては、現場での特定行為の実施状況とか制度による効果といったものを踏まえまして、定期的に行う必要があると考えておりますが、いずれにしましても、特定行為の見直しについては、法案成立後、法案審議の内容等を踏まえて決定することとなっております。

4つ目の論点は修了者の一元管理でございます。

この点につきましては、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者の名簿の提出を受けるということになっておりまして、この方法によりまして厚生労働省として研修修了者を適切に把握できると考えております。

一番下の黒ポツは名称についてでございます。この法案ではこの制度が新たな資格を創設するものではないというものでございますので、そういった法案の趣旨を踏まえまして、研修を修了した看護師の名称について、法令上規定することとはしていないというところでございます。

この論点に対しての私どもからの意見は以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、御意見がございましたら、よろしくお願いたします。

よろしくお願いたします。

○林座長代理 ありがとうございます。

相対的に方向性としてはほぼこちらの御提案と同じ方向で、ただ、細かいところをイエス・オア・ノーということで、正確性を期していろいろコメントいただいたのかなと理解しております。

1 ページ目の5行目「医師の包括的な指示」という言葉遣いについては、今の御説明は、医師が示した手順書に基づく指示というような言い回しであればよろしいのでしょうか。

○厚生労働省（島田室長） そうですね。手順書に基づくものとなります。

○林座長代理 分かりました。

○翁座長 お願いたします。

○滝口専門委員 先日、質問だけさせていただいたのですけれども、この制度の改革は基本的に看護師さんが自己の判断と裁量で医行為ができるというところにその視点があるわけですが、その結果恐らくその責任が格段に重くなる可能性がある。少なくとも自分の判断や裁量によって生じた過誤もしくは医療の事故が、いずれ大きな問題になる可能性は否定できないのだろうと思われまます。

これを保護する賠償保険等の充実が図られるべきではないかと考えておりますが、基本的には民間の保険会社がこういったことに対して、医師の賠償責任保険なども既に世の中にありますから、これがもっと充実させてくるのだろうと思っておりますが、1つ大きな問題があって、今の時点で保険数理のデータが極めて不十分です。

なぜかといいますと、例えばこれまでは責任割合がきちんと示されてこなかったというところがあって、民間の保険会社がこれを商品化しようとしても、ほとんど手つかずの状態にならざるを得ないのではないかと。ここは行政がある程度指針を示すなり、そのデータをきちんと整備をしていくことによって、看護師さんたちが安心して自分たちの業務に携われる環境を整えるべきではないかと考えますが、このあたりについていかがお考えでしょうか。

○翁座長 お問い合わせいたします。

○厚生労働省（島田室長） 正に今、先生がおっしゃったように、賠償保険をどう提供するかというのは、民間のほうでやっていただくものかと思っておりますので、こちらのほうで特段そういったことを具体的に準備しているというところではないのですが、データに関しましては、法律が通って制度が施行された後に制度の見直しを行うという規定が盛り込まれておりますので、通常そういった見直しを行うに当たりましては、先ほど現場での影響とか普及とか効果とか、そういったものを踏まえながらと申しましたけれども、そういった一定のデータはこちらのほうでとりながら、制度の見直しについて検討することになるかと思っておりますので、そのプロセスで出てまいりましたデータなどは、当然議論の場で公表するようなものもあろうかと思っておりますので、そういったものを御活用いただけたところはあかなと思っております。

○翁座長 その他にいかがでございますか。お問い合わせいたします。

○林座長代理 4番の「研修修了情報の一元的管理」の1番目のポツのところですが、研修を修了した看護師さんの名簿を厚労省に提出して一元的に管理されるということで、そうしますと、研修を修了した看護師さんが例えば職場が変わるときには、厚労省のその名簿に掲載されている情報を何らかの形で活用することはできるのでしょうか。

○厚生労働省（島田室長） 看護師の方が研修を修了したかどうかということを確認していただく方法としましては、研修修了証、卒業証書のようなものを指定研修機関が交付しますので、御本人が持っていらっしゃるというのが1つ確認できるものとしてあります。

例えば御本人がそれを紛失されたときにどこに確認するかということですが、研修機関が修了者名簿の元帳みたいなものを当然お持ちなので、そこにまず確認していただいて

という手続になるかと思っております。

もしそういった研修機関が無くなってしまった場合には、その方が研修を修了したという名簿が提出されているかどうかということは厚労省のほうで管理しておりますので、確認をしていただくということはできますけれども、多くの病院からこちらで全て対応するということを想定しているというところではございません。

○翁座長 4の最後のポツですけれども、研修を受けた看護師が統一された名称を用いることができる仕組みを国として用意することは今はお考えではないということですが、研修を受けられた看護師さんが病院とか、自分が研修を受けましたということを病院で患者さんに分かり易くするためとか、そういう形でやること自体は全然問題ないというふうにお考えでありますし、例えば看護師協会さんなどがそういったことをお考えになって、そういう仕組みを考えていくということ自体も構わないというお考えだと理解していただいてよろしいわけですね。

○厚生労働省（島田室長） はい。特にこの名称をつけてはいけないというようなことがあるわけではありません。ただ、患者さんに誤解が生じるような名称だと、それはもともと意味するところと異なってしまうかと思っておりますので、そのあたりに御配慮いただくということは必要かと思っておりますけれども、特に勝手につけてはいけないというところではありません。

○翁座長 名称を名乗れるというのは、看護師さんがこういう判断能力をつけていきたいというインセンティブにつながっていくと思っておりますし、この間いらした大分県の老健施設などの例を見ましても、こういう看護師さんがこれから必要になってくると思っております。看護師さんの役割はどんどん重要になっていくと思っておりますので、こういった研修制度を受けたということが分かり易くなっていくほうが、私はいいかなと思っただけですけれども。

その他に特に御意見ございますでしょうか。お願いいたします。

○大熊参事官 前回、大分県の病院さんに来ていただいて、そのときも要望があったのですけれども、検査について、説明では医師がやるものだ、絶対的医行為という整理がされていたわけですが、いろんなどころからちょっとヒアリングをすると、こういう状態であればこういう検査をやるとか、そういうプロトコルさえしっかりしていれば、特定行為に入っているもおかしくないのではないかという意見を結構伺いましたので、もう少し補足していただければありがたいなと思っております。

○厚生労働省（島田室長） 検査につきましては、ここで御提案いただいている「検査の実施・評価」とございますけれども、実施につきましては多くの看護師がやっている行為もありますし、そもそも診療の補助でない検査もございますので、診療の補助でない検査につきましては、それを特定行為に含めるということは、「特定行為は診療の補助の一部」という整理になりますので、馴染まないということになりますし、多くの方が既にやっていたら検査につきましては、それが既に手順書でもやるようなものだとします

と、これをやる場合には指定研修を受けなければならないという義務がかかるということで、現場がやりにくくなるというような影響もあろうかと思っておりますので、そういったこともよく考えておくことが必要と思っております。

それから、評価については、ここにはありませんが、どういう検査をすることが望ましいかという御提案については、医行為ではないと整理されると考えておりますので、もちろん最終的な検査の指示を出したり、その検査結果に基づいて診断をしたりということは医師しかできないということになりますけれども、そこまでのいわゆる考えるプロセスといいますか、看護師が提案をするということで、医師も一緒に考えるプロセスを協働して行うという部分は、医行為とは整理されておりませんので、そこはむしろこういった力をつけた看護師の方々にどんどんやっていただければと考えております。

○翁座長 この点はどうでしょうか。現場の感じと照らして、検査について。どうぞ。

○竹川専門委員 この問題、議題に関しては今回が初めてなので、イメージが湧いてこないのですが、その前に、診療補助の枠から特定行為は外れないということですね。

○厚生労働省（島田室長） はい。

○竹川専門委員 ですから、診療補助の中で医療行為は行うから、先ほどの滝口先生の質問みたく、医療行為を行えば、そこで賠償責任が出てくるかもしれないと。しかし、それは明らかに診療の補助の一部である。現在やられている点滴とか、そういうことも診療の補助ですけれども、医療行為ですから、そういうことを拡大していこうという話ですが、もう少し具体的にどういうことをイメージされているのか、ちょっと教えていただけますか。

○厚生労働省（島田室長） 今日は御準備していないのですが、この前、制度案でお示しましたのが、例えば脱水の患者さんに対して点滴での補液という行為がありますけれども、それを今までですと、例えば訪問看護の場面などで看護師がこの方は脱水だろうというふうに思ったときに、医師にこういう状態です報告して、その上で点滴をするという指示が出るという流れが通常行われているかと思っております。

今回、この手順書に基づいて行う方々につきましては、あらかじめ医師が、この患者さんが脱水の状態になったときには補液をするということを手順書という形で指示を出していただきます。それを受けた看護師は、患者さんがその状態であると認めたときに、手順書に示されている補液を行うというところを自らの判断でやっていただくということになります。その後、医師に報告をしていただくということになります。

ですので、点滴に関して、手技としてはそんなに難しくないかもわかりませんが、その判断部分を実施するためには医学的知識やフィジカルアセスメント、薬理学などを強化するという意味で研修を義務化したいという制度でございます。

他にも例えば褥瘡の処置とか、そういった行為などが考えられているというところでございます。

○翁座長 よろしいですか。お願いします。

○林座長代理 先ほどの検査の実施のところの話は、3番の「『特定行為』の範囲の検討」の最初のポツのところ、先ほど御説明があったように、今後看護師さんが行うことが可能な範囲を分かり易く通知で示したりして周知していただくという中で、検査についてもこの範囲は今でもできますとか、そういったところの説明をなるべくしていただくということをお願いしていきたいと思います。

○厚生労働省（島田室長） ありがとうございます。

検査の項目などを含めて、先ほど御説明した通知などでお示するという中に盛り込みたいと考えております。

○翁座長 お願いします。

○佐々木委員 名称のことなのですけれども、私も先ほど翁さんが質問されたことと同じことを思ったのですが、各団体が名称を自由に決められるということになった場合、決めた名称を厚労省にお届けしたり、お知らせする必要はないということになるのですが、そうすると、逆に言うと、どんな名称が全国で使われているかということが把握できなくなる問題が出てくるのかもしれないと思うのですが、そのあたりはどんなふうにお考えでしょうか。

○厚生労働省（島田室長） 直接的にはこの制度案の中にその名称のことをどう規定するかというところは全く盛り込まれていませんので、名称についてまず第一に把握するものではないと思っているのですが、先ほど申し上げた制度の普及状況とか、そういった実態を今後把握していくという中で、どういうものを把握する必要があるかということも議論しなければならないと思うのですけれども、その中で必要に応じてそういった名称についても必要があれば把握するということは可能と思っております。

○翁座長 先ほどの検査の件は、正に林さんがおっしゃったように、分かりやすく提示していただく3の1ポツのところに加えて、適宜現場のニーズとか実態を把握されて、自らの判断で行うことが可能な範囲というのは見直していただくような体制を作っていたきたいなと思っております。

○厚生労働省（島田室長） 検査の中で診療の補助に含まれる検査については、今後、特定行為の追加・改廃などの際に実情を踏まえながら検討するということも可能かと思っております。

○翁座長 他に御意見よろしいでしょうか。

大臣、よろしいですか。

○稲田大臣 はい。

○翁座長 それでは、時間になりましたので、これでこの議題は終了したいと思います。厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

それでは、議題2「医療情報の利活用のための工程表の策定について」に移らせていただきます。

昨年の規制改革実行計画で決定した案件のうち、医療 ICT 化の工程表の策定に関して

は、特に委員の皆様の御関心が高かったことから、今回厚生労働省から進捗状況の御説明をいただくことといたしました。

その他の重点フォローアップ案件もございますが、これは次回のワーキング・グループで進捗状況を確認することとしたいと思っております。

それでは、まず厚生労働省から工程表の策定の状況について御説明をいただきまして、その後、質疑応答とさせていただきたいと思っております。

それでは、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（鯨井参事官） 厚生労働省情報政策担当参事官の鯨井でございます。今日はよろしくお願いたします。

昨年6月の計画の中で、医療 ICT 化については、全体構想と工程表を25年度中に作成しろという計画になっていたところでございます。このため、今まで検討を続けてまいりました。

「IT 戦略本部と連携して」という文言が計画の中に盛り込まれておりまして、これに基づきまして、議論は IT 戦略本部のもとに医療・健康分科会が設けられておりました。ここで11月から骨子案とか資料を提出しまして議論を進めて、全体構想と工程表をこの3月末に作成いたしまして、厚生労働省のホームページで公開しているというところでございます。

今日お手元にお配りしている参考資料1というものは全体構想の本文でございます。

工程表が参考資料2として配付されております。

今回は資料2に基づきましてこれについての御説明をしたいと思っております。資料2のほうをお開きください。

まず、その考え方でございますが、IT 戦略を昨年6月に決定しております。1番目に「世界最先端 IT 国家創造宣言」、いわゆる IT 戦略におきましては2つの柱が書いてあります。

医療の情報連携ネットワークなど、医療サービス、介護サービスの展開をしていくということと、データ活用という2本の柱があります。

これを具体化していくということで、今回の全体構想を作ったところでございます。

留意点としましては、要は、ICT を自己目的化しない、国民がメリットを実感できるような形でやっていこうということで、本文にも記載しております。

特に社会保障制度改革の国民会議の議論がございましたので、そういった改革の方向性にこの ICT をどう活用するかという視点で作ってきたものでございます。

2ページ目は、国民会議の方向性と ICT の関係を記載したものでございます。

1つ目が医療機能の分化とか連携についてでございます。これにつきましては、医療機関の機能分化と連携、特に病院完結型から地域完結型に変えていく。ゲートキーパー機能を持ったかかりつけ医を普及していく。こういったところに医療 ICT を活用した情報連携を生かしていこうということが1つ考えられます。

もう一点目がデータ収集と分析でございまして、レセプトデータの活用とか継続的にデータ収集をした再評価の仕組みということで、いわゆるビッグデータ活用のような、データを活用して政策とか健康管理等々に生かしていこうということで、2つの点で ICT を活用していこうということを考えてまいります。

3 ページ以降が全体構想の主要な中身でございます。

柱が2本ございまして、医療情報ネットワークの普及によって医療の質の向上と効率化を実現しようというのが1本目の柱でございます。先ほど地域完結型医療に持っていこうとか、地域包括ケアを実現しよう、こういった方向性に沿うものとしてこういったネットワークを普及しようということでございます。

「4つの課題」と「5つの取組」という形で記載しております。

今、医療のネットワーク、医療機関の間でネットワークを組んで患者情報を共有するという取組が各地で進んでおりまして、全国で160ぐらいのネットワークが今、できているのですが、課題もたくさんございます。

4つの課題の1つ目は、継続性、持続可能性の問題でございます。よく批判されますのが、補助金の切れ目がネットワークの切れ目と言われてしまうように、せっかく作ったネットワークが継続されていないという継続性の問題が1つでございます。

2つ目が相互利用性。ネットワークが違くとデータを相互利用できない、つながらないという問題もございます。

3番目が医療機関の参加と双方向性の問題でございます。今、一方通行のネットワークが非常に多くて、例えば中核病院だけが情報を出して、診療所はそれを見ているだけというネットワークも非常に多いという問題がございます。

これらを解決する手段としまして、1つ目に目指すべきネットワークモデルの確立ということで、標準モデルを作ろうという取組を記載してございます。これは、こういった持続可能性とかデータを相互運用できるとか、全国普及をすべきネットワークモデルというものを国で示しまして、これによってモデルに合致したものを広げていこうということを考えております。

これに向けまして全国調査を予定してございまして、平成26年度に全国各地のネットワークの状況を調査しまして、標準モデルの必要な要素というものを抽出しながらこういったモデルの確立をしていきたいと思っております。

標準モデルにつきましては、参考資料の8ページに具体的な記載がございしますが、ここにあるような課題を解決する標準モデルを確立しようということを考えているところでございます。

期待される効果としましては、維持費用が低廉で、取組を継続できるようなネットワークとか、より広域で診療情報を共有できるネットワーク、こういったものを全国に広げていきたいということでもあります。

その普及促進策としましては、現在国会で審議されております医療・介護法案の中に

基金がございますので、この基金による財政支援等も活用しながら、こういった標準モデルを全国に普及していったらどうかということを考えているところでございます。

これが1点目の標準モデルについてでございます。

3ページに戻っていただきまして、「5つの取組」の2番目の柱が在宅医療・介護を含めた標準規格、標準化の推進でございます。

標準化というのは、情報ベンダーが異なるとシステムが繋がらないという問題がございます。これまで我々も医療機関同士の連携については標準規格を様々作ってまいりました。ただ、在宅医療・介護については、標準規格づくりがまだできておりません。今後、標準規格の策定をこういった在宅医療・介護を含めた部分に拡大していこう、こういった部分に挑戦していこうということを2番目の取組として書いているところでございます。

3番目は、クラウド技術なども活用しながらネットワークの費用の低廉化方策。これは総務省との連携を考えておりまして、実証事業もしながら、いかに低廉なネットワークを作っていくかということを取り組みたいと思っております。

個人による疾病・管理の推進としまして、今、実証事業でもやっていますけれども、糖尿病とか高血圧など生活習慣病に活用できるような電子手帳の普及・促進とか、お薬手帳といったものの普及・促進を進めていこうということを考えております。

最後に、遠隔医療の推進でございます。遠隔医療の問題点の1つとしましては、医療従事者が遠隔医療に接する機会が非常に少ない。今の医師の教育の中でも遠隔医療に直接接する機会が少ないということがございますので、遠隔医療を対象とした研修などを行いまして、リテラシーの向上に努めていきたいということがここに書かれているところでございます。

以上が1本目の柱でございます。

4ページをお開きください。

4ページからがデータ活用、いわゆるビッグデータ活用ということを書いております。これは「3つのフェーズ」と「9つの取組」という形でまとめているところでございます。

1つ目のフェーズが政策範囲でございます。医療計画とか介護保険事業計画とか、こういった政策をエビデンスに基づいたものにしていこうという取組を1つ目に書いております。

この対応としては、いわゆるレセプトデータベース、69億件のデータが今、蓄積されておりますので、こういったデータを医療計画とか医療費適正化計画の策定に生かしていこうということを進めているところでございます。

もう一つが介護の問題でございまして、介護保険についても介護保険総合データベースというものを構築しております。これは要介護認定のデータと介護保険のレセプトデータを統合したデータベースを作っております。このデータを活用しながら、各地域で今、市町村が介護保険事業計画というものを作っておりますが、これを作る際に各地域の介護の状況とか必要なサービスを例えば人口規模の近いところと比較して、そういったものを

視覚化したり、各種データを突き合わせながら、市町村が介護保険事業計画を作りやすいような支援をするということを考えているところでございます。

2番目の柱が、保険者によるデータヘルスと言われるような、データを活用した個人の健康増進に関する取組への活用を考えております。今、各健康保険組合につきましては、26年度中にデータヘルス計画を策定して、全ての健康保険組合が27年度からデータヘルス計画の実際の事業実施に入っていくという計画を立てております。

データを活用しながら、それぞれ被保険者の効果的な健診事業、健康づくりに取り組んでいくということを記載しているところでございます。

3番目のフェーズの部分は研究部分に使っていかうというところでございまして、これは目的に応じてそれぞれデータベースを整備していかうということが書いてあります。

例えば医薬品の安全対策に必要。これは今、PMDAで整備していますけれども、医薬品の安全対策のために副作用の早期発見等ができるようなデータベースの構築。

2番目は、今、日本外科学会が取り組んでいます、日々の診療行為からいろんなデータ分析をしていく、治療成績の比較ができるようにするデータベースを普及する。

難病のデータベースとか、がん登録のデータベース。昨年12月にがん登録法が成立しましたので、これに基づいてがん登録のデータベースを作っていく。

このように目的に応じた研究に活用できるデータベースを構築していかうという取組をここに記載しているところでございます。

5ページは官民の役割分担について記載したページでございます。

IT化に必要な役割というのは、大きく2つに分けられると思っています。データの利活用とか情報連携のコンテンツを作っていくという部分。それからICTの基盤になるような仕組み。2つに分けて考えたらどうかと思っています。

下の部分で言いますと、例えば個人情報を活用できるようなプライバシールールを整備するとか、標準規格、標準化を推進していくとか、ベースになるような社会インフラ。ここは国が積極的に関与して連携の基盤を作っていくべき部分であろうと考えています。

それに乗っかって各種ネットワークを作るとか、データベースを作るという部分は官民連携で進めていくべきではないか。つまり、ネットワーク一つ一つを全て国が整備するというよりは、この部分は官民連携で、内容によっては民間主導でやっていくべき部分というような役割分担をしながらICT化を進めていきたいという考え方を記載したものでございます。

これまでは主に5年後を想定した具体的取組を書いてきましたが、6ページは10年後の姿、将来像というものをイメージしたものでございます。

下のイラストで言いますと、真ん中にある赤い円は、患者の治療のために医療機関とか介護事業者、薬局等が連携していくという部分でございます。いわゆる医療データの一次利用の部分です。全国各地域で連携して患者情報を活用しながら、継続性のある治療をしていかうという姿を書いております。

外側に矢印がついておりますけれども、この部分がデータの二次利用でございます。

左側でいきますと、PMDAとか研究機関がデータを二次利用していただくということ。

右側でいきますと、保険者がデータヘルスなどにこういったデータを活用していただくということ。

行政機関においても、データを活用したエビデンスに基づく政策をしていただくということ。

一次利用と二次利用が有機的に結びついていくような姿を実現していきたいというような絵を描いているところでございます。

以下、参考資料としまして各種取組の具体的な事例を挙げているものでございます。

8 ページにつきましては、先ほど御説明した標準モデルのイメージ図を描いたものです。現在のネットワークが直面する問題点を解決するようなモデルを国が作っていただくことでございます。

9 ページが在宅医療・介護の情報共有についてでございます。

標準規格づくりというものは医療機関同士の連携を中心に作ってきたのですが、在宅医療・介護でも情報共有の必要性は非常に高いと思っております。

特に在宅医療・介護の場合ですと、いろんなサービス事業者が関係しますが、一堂に会する機会は非常に少ないと言われております。ですから、医療機関の持つ情報と介護事業者、ケアマネジャー等が持つ情報とを情報連携するという取組を進めたいと思っております。

その際に障害になるのが、下の絵にあるとおり、A社システムとB社システムというようにベンダーが違くとデータがつながりにくいという問題でございます。これを解決するために標準規格というものを作っていただいて、ベンダーが違っていてもデータがつながるような標準化を進めたいということを書いているところでございます。

次の10 ページと11 ページがデータヘルスの事例を記載したものでございます。

10 ページにありますとおり、データヘルスというものは、レセプトデータと健診データというものを突き合わせていきますと、例えば健診の結果が非常に悪い、糖尿病予備軍と言えるような人たちでありながら、全く医療機関を受診していないという方を、このデータを突合することによって把握することができます。こういった人たちに対して、例えば集中的な保健指導をしていくとか、医療機関への受診を促すというような形で対象を絞りながら、対象者の実情に合った健康づくり事業を進めていくというものを考えております。

今後の取組としましては、26 年度中に全ての健保組合でデータヘルス計画の作成をお願いしたい。27 年度以降3 年間でデータヘルス計画の実施をしていくという計画を立てているところでございます。

11 ページはその参考資料でございます。

12 ページは、データベースの例としまして、医薬品の副作用、被害を早期発見する安

全対策のデータベースの例を挙げております。

これは PMDA が今、構築を進めております医療情報データベースというものでございます。これは全国 10 カ所の拠点病院、東大病院とか東北大学の病院とか、そういった拠点病院からデータをもらいまして、それを使って副作用の情報を早期に発見できるようなシステムを構築する。1,000 万人分のデータを集めることを目標にして進めているところでございます。

この事業は、23 年度から 27 年度まで 5 カ年計画を計画しております、下にありますとおり、現在、そのデータベースの構築と分析手法の高度化、いわゆるデータマイニングと言われる方法の研究、それからデータ検証（バリデーション）、データが信頼できるものかどうかという検証を進めているということを記載しております。

13 ページは、レセプトデータの利活用促進について触れています。

今、日本のレセプトデータは 69 億件ありまして、世界的にも非常に多数のデータを得たデータベースができております。このデータを医療費適正化計画とか医療計画の作成など、行政ベースの活用が中心なのですけれども、それ以外にも民間の研究者等々にも活用させていこうということを考えております。

今後の取組としましては、下の絵にありますとおり、データの第三者提供の円滑化をしようということを考えています。

1 つの例としましては、データ分析施設を設置しまして、そこで研究者がデータを活用できる。データを渡すためには、例えば研究機関のセキュリティーレベルを高く保つとか、いろんな制約がありますので、むしろデータを閲覧できる施設を作って、そこでデータを活用するという取組を今、進めているということでございます。

データ提供の申出者の範囲の見直しについても拡大する方向で検討しているというところでございます。

最後、14 ページに介護の見える化事業についての説明を加えております。

これも介護保険のレセプトデータと要介護認定のデータを突合してデータ活用していくということございまして、これは各市町村が介護保険事業計画というものを作りますけれども、それを作るための 1 つのデータを提供しよう。例えば地域の事情を把握するとか、例えば人口規模が近くて高齢化の状況が近いような、類似の市町村でどんな取組をしているのかという比較ができるようなデータベースを構築しているということでございます。

25 年度にこのプロトタイプを作っております、現在その構築を進めているという状況でございます。

説明は以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、御意見や御質問がありましたら、よろしく願いいたします。どうぞ。

○松山専門委員 1 点教えていただきたいと思っております。先ほどの資料の最初のところに

「国民がメリットを実感できるかたちで」という言葉が入っていました。諸外国との比較で言うと、例えばアメリカとかオーストラリア、カナダ等では、全国の病院、特に国公立など税金が投入されている病院の経営内容及び臨床の成績表というのがウェブで公開されています。アメリカでは主要疾病別の手術の成績表とかが連邦政府のホームページに出ているわけです。しかし、工程表やこの文書を拝見したら、「ベンチマーキング」という言葉が1つも出ていない。データマイニングをなさるといことは、ベンチマーキング事業も当然念頭に置いておられると思うのですけれども、その辺はどうなのでしょう。

というのは、先ほどのお話の中で日本外科学会が手術のデータベースを作ったと説明がありました。これは確か 2011 年 1 月から動いていると思うのですけれども、それと国保のデータベースが昨年 10 月にできて、健保連がもうすぐできるということであれば、かなり精緻なベンチマーキングの仕組みが作れるはずではないかと思うのです。その辺の見通しをちょっと教えていただければと思います。

○翁座長 お願いいたします。

○厚生労働省（鯨井参事官） 御質問ありがとうございます。

確かに医療機関のベンチマーキングというのは重要な課題だろうと思っていますが、IT がその基盤になるというのは事実ですけれども、結局、医療機関をどういうふうに比較するのがいいのか、医療機関の治療成績などをどうやって比較していくのかということで、比較方法の合理性とか確立とかいう問題が絡んでくるのかなと思っています。

今後、総務省と協力しながら、主に公立病院についてどういった指標が可能なのかということを検討したいと思っていますけれども、全然そこまで至っていないというか、ここは主に IT 政策の文脈で書いてあるので、医療機関をどうやってベンチマークしていくかというのは、別の観点で検討していきたいと思っています。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 今の御回答の言葉尻を捉えるみたいで恐縮なのですが、先ほど IT が目的ではないということで御説明いただいたと思うのです。私は、IT の投資も重要ですが、むしろ何のために使うかが重要で、国民から見ると、日本の場合、どの医療機関がいいのかという情報が一番欲しいわけです。ベンチマーキングが正にそのツールであって、おっしゃられたように、確かに 100 パーセント正しいベンチマークなどあり得ないわけですが、各国はそれを分かった上で、専門家であれば議論ができるレベルのベンチマーキングの仕組みを作って、それを国民にどうやって開示するかという取り組みを行っているわけです。医療の評価情報を上手に使う社会のカルチャーそのものを作っていているわけです。日本もそこに踏み込まないと、多分 ICT の活用というのは本格的に進まないのではないかという印象を持っているのです。

○翁座長 何かコメントございますでしょうか。

○厚生労働省（鯨井参事官） よく分かりますが、ただ、評価に必要なデータを集めるということと、それから評価指標をどうやって作って行って、かつ関係者が納得するような

評価手法にしていくか。主に後者のほうを今、問題視していて、逆に言うと、日本でそういった評価手法についてコンセンサスづくりをしていくのが先かなということは今、考えているところでございます。

○翁座長 土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 今のことに関連したことなのですが、ICT化の目的としては、効率化なり見える化というか、透明化というところが随分大きな要素だと思うのです。ですから、ただ単にデータを集めるためにICT化をやるわけではない。

そうしますと、今日お示しいただいたのは、医療の質を分析するということに焦点を絞っていらっしゃると思うのですが、質の高いものを維持するのは、財務体質が健全でなければ持続可能でない。補助金でやっているのがみんな失敗するというのはそういうことで、これは医療費の中に組み込まれてICT化を進めないと持続可能にならないということからいくと、ICTのデータベースの中に、今、松山さんがおっしゃったように、財務体質についてのデータがないと全く意味がないだろう。これは情報関係だから医療の質だけというのは全く理由にならないので、財務のことまで入れていただいて分析する必要があります。

私は、国立で三十数年医者をやって、最近4年間、民間の財団のところへ行きましたら、いかに税金が無駄に使われているかというのがよく分かりました。この4月から地方の独法のところへ行ったら、また4年前に戻ったような形で、今度は国税でなく県税が一杯使われているという実態を知って愕然としました。

そういうことが国民の前にあからさまに出てやっていく必要があるのではないかとということで、是非松山委員の質問のことも踏み込んでいただきたい。

もう一つは、3ページ目で「標準モデル」という言葉が出てきますし、また、介護のほうで「標準規格」というのがありますけれども、こういうものをお示しになるのもいいのですが、参考資料のところではA社とB社のものがつながるよということになると、つなげるのはいいのですけれども、更にお金がかかるわけです。

別のやり方としては、競争させてデファクトスタンダードを作っていくということになると、別に官費をつぎ込まなくて標準化ができてくるということで、他の企業というか、ICTの他の分野を見ていると、大概競争でデファクトスタンダードになっていく。アップルなどは一番典型だと思うのです。やはりそういう手法もやっていかないと、積み上げ積み上げだとお金がかかる一方で、更に使いにくくなっていくという気がいたしますので、その点も御一考いただきたいということ。

もう一点は、先ほどの補助金行政に戻るのですけれども、今日お呼びするのが厚労省だけではまずかったかなと思ったのは、モデル事業を幾つかお示しになったのですが、160幾つということで、多くは総務省が金を出したりしているのです。

今日の工程表は内閣府と御相談していただいて出したということなのですが、普段のICTの補助金行政が各省で毎年、どれだけ検討されて出されているのか、そのところが

かなり問題ではないか。3年とか5年、補助金をやっている間はやったけれども、後に何も残っていないというのが、更に進歩を妨げているのではないかと思います。その点をお願いしたいと思います。

○翁座長 何かコメントがありましたら、よろしく願いいたします。

○厚生労働省（鯨井参事官） デファクトスタンダードを作るべきという御主張は非常によく分かります。確かに競争環境を作って一つに統一されていくということが望ましいとは思いますが、ただ、先生も御承知だと思いますが、医療・介護の世界というのは、競争といっても、ある医療機関が使って、その中でカスタマイズとかが進んでいって、なかなかデファクトにはならないというのが実情かと思っておりますので、そこは多分両方が必要だと思っています。標準規格にできる部分は標準化していくという部分と競争によってデファクトになっていく部分、両方要るのかなど。我々も別に標準化が万能だと思っているわけではございませんので、そこは両方の取組をしていきたいと思っています。

各省の補助事業については、我々はコメントを直接できないのですが、ただ、過去の補助事業を見ると、システムありきで補助をやると医療の現場に合わないとか、例えば10の機能があるのに3しか使っていないということが現実問題として起きるといのは我々も実感しています。今回、標準モデルを是非作ろうと思ったのも実はそういう背景がありまして、実証事業とか補助事業で今までやってきたものというのは、本当に必要なスペック、本当に必要な情報、例えば情報項目を絞るとか、本当に必要な機能だけに絞るとか、そういった発想がなかなか育たなかったという部分もありますので、そこは是正したいなという強い思いでこういった標準モデル化をしたいと思っています。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 そうすると、標準モデル事業のイメージをちょっと教えていただきたいと思っています。従来の実証事業だと、比較的小さい地域で単発の目的のために何かをやるというのがありましたが、標準モデル事業というのは、ある程度規模が従来よりも大きくて、もしくは複数の機能を組み合わせたようなトータルな事業をやらせるみたいなイメージなのでしょうか。今の時点で具体的なものというのはなかなか難しいかと思うのですが、従来と違う点を教えて下さい。

○厚生労働省（鯨井参事官） 現時点ではちょっと答えにくいのですが、ただ、いろんなケースを包含したものを考えています。

2つあって、1つは、もっとベーシックに、例えば各地域でネットワークを作るときに一から検討するというのが実際でして、他の地域を参考にしながら一生懸命情報を集めていると。それであれば、むしろ教科書的なものを作って、基本的な情報はこれを見れば分かるという部分が1つはあるかと思えます。

ただ、標準モデルというのは段階的に発展していくべきだと思っていて、今の全国のネットワークの中にも、例えば島根とか岡山みたいに県全体でやっているものから、非常に小さい地域、例えば別府市だけでやっているとかいうものが幅広くあります。大き

い地域、小さい地域それぞれの特性を把握して、それぞれに必要な要素は何なのか。例えば情報項目として何があるのか、どういう機能を持っているのかとか、複数目的をやらせるとしたらどういうものがあるのか、目的に応じて必要な機能は何なのかということを階層的に把握して、モデルを作っていきたい。

つまり、標準モデルというのは、1つ何かモデルを作れば、それが全国に通用するということはある得ないと思っていますので、地域事情、医療事情、連携する目的は何かということで、要するに、複数のモデルを作っていないと標準にならないと思っています。そういう意味では、マルチなものから想定しております。

○翁座長 どうぞ。

○林座長代理 ありがとうございます。

まず、第1期の我々のお願いでありますビッグピクチャーと工程表をお示してくださいという点にお応えいただいたことについて、お礼を申し上げたいと思います。

良い点から2つ申し上げたいと思います。

今日の資料の3ページでは、これまでこの問題が進まなかった課題を4つ挙げられて、その課題を解決するアプローチをとられているというのは良いことだと思います。正直申し上げまして、参考資料1、2にあります工程表だけであれば、十数年前にデジャブのように同じようなものを見たことがあるのですが、今回は課題を抽出して、それに対していかに解決するかというアプローチをとってくださったというのが良い点だと思います。

もう一つ良い点だと思いますのは、シート5のところでは官民の役割分担を明確にされまして、特に官の役割は社会インフラの整備と位置付けられた。というのは、ICT関係での技術の進展の速さから考えましても、民の部分と官の部分に分けることは評価できるなと思っております。

ここからが注文なのですけれども、まず1点目、課題を挙げて、解決のために取組を挙げられたということは大変良いと思うのですが、では、これをどのように実現するか、絵に描いた餅にしないためにはどうしたらいいかというところの具体化については、これからもっと詰めなければいけないと思います。

御案内だとは思いますが、FDAでも今年4月に「Health IT Report」というものを出しています。今日プリントアウトを持ってきましたが、非常にコンパクトな30ページぐらいのものをまとめて、FDAと関係の3機関で協働してレポートを出しておられます。アメリカでも非常に苦労してやっているのだけれどもなかなか進まないということで、機能アプローチをとっておられます。

結論のところでは、国民にHealth ITには tremendous potential があるということを理解してもらうことが重要だと言っていて、冒頭、松山先生からもあったとおり、やはり国民の理解を深める活動が必要だと思っています。

その意味で、参考資料の6ページに一次利用、二次利用という御説明があったと思います。6ページのネットワークの外側の輪が二次利用で、内側にあるのが患者自身の一次

利用だと。この患者自身の一次利用のところがいま一つ国民に見えていないような気がいたしますので、ここをもっとアピールする政策が必要ではないかと思えます。

2点目は、スライド5のところで、これから官の役割としてはインフラ整備をしていくと。ここで挙げておりますことはいずれも、厚労省だけでなく、総務省とか内閣府のいろいろな本部と連携してなさっていくのではないかと思えますが、そのときに、重複した作業、幾つものいろいろなところで会議が行われていて、結局、その集約がなかなかできないということがないように連携をとっていただくシステム。アメリカのFDAのレポートでは定期的な連携会議などを持ったり、定期的な連携レポート、統一レポートを出したりしていくとか、Health IT Safety Center というのを設けるとか、いろんな提案をしています。そういった横串を刺した政策実現ができるようなことをお考えいただきたいと思えます。

特にインフラの冒頭にあります「個人情報の保護と利活用のためのプライバシールール」については、これまでも長年、メンバーが重複しているような会議体を持って議論しながら、なかなか進んでいない点ではないかと思えます。

そういった意味で、今回、統一的に効率的な実現ができるようにするためには、セキュリティルールと今回のヘルス IT プログラムの実現が一致して、インセンティブプログラムにこのセキュリティルールの実施をインセンティブの付与条件とするとか、セットにしてやっていただくことを御検討いただけるといいのではないかと考えております。

以上です。

○翁座長 何かコメントがありましたら、お願いいたします。

○厚生労働省（鯨井参事官） ありがとうございます。

おっしゃるとおり、患者自身がメリットを実感できるようにするというのは、確かに重要なことだと思っております。1つには、患者自身が自分の情報が見られるとか、患者も参加できるというのは、多分データヘルスの中でも、例えば携帯端末とかで自分の情報を見て、糖尿病患者の一定の数値に例えばアラート画面が出るとか、自分の運動した成果が見られるとかいうのは一部の健保組合などでも取組がありますので、そういった本人も参加して、本人の目にも見えるようなヘルス事業というのが重要な課題かなと思っております。

マイナンバーで今度マイポータルでもできますので、そういった機能の活用方法を考えて、患者自身も参加できるような方法を考えたいと思っております。

今の日本の医療機関連携というのは、医療機関同士、医者同士の情報共有が中心なのですけれども、ただ、これも発展していけば、医療機関が共有している情報の一部を患者に見せるという取組は一部の医療機関でも行われています。

2点目の横串は、IT 戦略本部や政府 CIO から、いろんなアドバイス、また御指導をいただいております。今、IT 戦略本部の医療・健康分科会も総務、経産と厚労、内閣府、内閣官房の一部とかも参加しながら、正に横串を刺すような議論をして、縦割りだと厳しい

お叱りが来るような仕組みになっていますので、こういった場を使って横串を刺した政策を進めていきたいと思っています。

プライバシールール是件ですけれども、1つは、今、個人情報保護法の改正の議論を行っていきまして、内閣官房のパーソナルデータ検討会というところで今年の6月までに大綱を示して、次期通常国会に個人情報保護法の改正案を出すというスケジュールで進んでおります。当然医療情報もこの議論の対象になってきますので、内閣官房と協力をして、ルール整備の在り方を議論していきたいと考えています。

すみません、最後のインセンティブの話はよく聞き取れなかったのですが。

○林座長代理 セキュリティルールをこれから決めていくことになると思うのですが、それを守らせるためには、補助金になるか分かりませんが、今回のICTの政策自身のためのインセンティブを与えるときには、セキュリティルールを遵守していることが条件だという「ひも付け」をすると良いのではないかとということです。

○厚生労働省（鯨井参事官） おっしゃるとおりだと思います。例えば今回、各都道府県に基金ができますけれども、あれも一部をICTネットワークの構築補助に使えるということになっていますので、例えばそういった補助をするときに条件の一部にもそういったセキュリティのガイドラインの遵守とかいうことを入れるような方法も考えたいと思います。

以上です。

○翁座長 お願いいたします。

○佐々木委員 同じようなところになるのですが、今回の方向性を伺う中で、一番最初に「国民がメリットを実感できるかたちで」と明記してありますが、今回お示しいただいた内容は、そのところにはまだ至っていないようで、様々な基礎づくりに聞こえるわけです。

今、御回答いただいていたように、マイナンバー制で自分のポータルもできたりすると、利用者にとってメリットが見えると思います。私が使うことを想定すると、例えばお薬手帳みたいなものは無くなって、そこに自分の薬が全部出るとか、レントゲンとかCTを撮るとそこに全部張りついているとか、自分の病名、薬、過去のデータが、医師がやってくれるのか、自分がやるのか分かりませんが、そこにどんどん入って行って、私が活用する場合でもこれが様々なところに使えるようになっていくといいなと思って聞いておりました。

この中で「国民がメリットを実感できるかたち」というのが少ないように見受けられるので、もう少しそちらの視点も入れていただきたいなと思っております。

また、もう1点、このビッグビジョンを見せて国民が理解するというところの啓蒙の予算もとても重要ではないかと思っております。

先日、医師と電子カルテ、その他、電子化について話をしたときに、とにかくメーカーによってインプットするものが違ってくるので、いろんな病院を訪問したりする医師

だと、行くところ行くところで入力する場所も違えば、書き方も違って、医師としては入力が面倒だと。それに加えて、患者さんの目の前でパソコンを叩くと怒り出す患者さんが半分以上いて、何をやっているのだと。カルテに鉛筆とかボールペンとかでメモを書いている分には医師の行為として患者が認めるが、コンピュータに入力を始めると、何で患者がいるのに違う業務をするのだと怒り出す人が半分以上いて、今は患者がいる前では一切入力できず、全部一旦紙に書き、診療が終了した後に入力することになってしまっていて、実はこの導入から業務時間がすごく延びて困っているのよという話を聞きました。

私はそういう患者さんではなくて、目の前で叩かれても全然問題ないので想像していませんでしたが、様々な意味で国民が IT 化、医師がいろいろな情報を入れてくださること、あるいはそれが電子化されることのメリットを様々なお立場や環境におられる方が理解されるということも重要だと思ひまして、今は IT のシステム構築のための御予算などをお取りだと思うのですが、横串の中で啓蒙活動、教育活動というものもしっかり認識されて御予算をとっていただいて、丁寧に伝えていただきたいなと思っております。

○翁座長 何かございましたら、お願いいたします。

○厚生労働省（鯨井参事官） ありがとうございます。

確かに国民に理解を求めていくというのは大変大事だと思っております。

御指摘のように、入力していると怒り出す患者がいるということで、これは私の個人的経験ですけれども、実は医療クラークをつけて入力業務をやらせたほうが医師の業務の効率化になると。そういう方法も1つあるのかなと思ひます。

○佐々木委員 病院の規模にもよると思ひますけれども、それがどのぐらいのスピードかとか、金額かという中で、そういう手だてをされているとは聞きましたが、なかなかそれができないと、みんな残ってやらなくてはならないとか、紙に書いたものを打つ人が分かるように書かなければいけないとか、様々なことがあるようにも聞きましたので、どちらにせよ患者に理解していただくことが必要かなと思ひました。

○翁座長 お願いいたします。

○土屋専門委員 厚労省の援護射撃をするわけではないのですが、日本は官立病院が多いからそれが進展しないのです。私立でちゃんと金の計算をしていけば、医師、事務、作業補助者をつけたほうが効率がよくて、もうけも出るというのがあって、浜松の聖隷三方原病院は制度化する前から導入されていましたし、国立京都医療センターの北岡先生は、医師がしゃべっている脇でタイプを打つとカルテができる、そういうトレーニングをした事務作業補助者を育てていらっしゃるのです、その場合には2割方患者さんの数を多く診られると。しかも、診察の間中、患者さんの目を見ているので、患者満足度が大変よろしいというデータも既に出しております。

ただ、これを要求するときに、医者側が資料が足りなくて、大学病院である特定機能病院にはこの加算がついていない。一番必要なところについていないというおかしなことで、我々医療従事者側も間違っていた点があったと思ひます。

外国では以前からディクテーションというか、マイクロレコーダーにとって、それを別の部屋でタイピストが打つ。あるいは速記者がいて、手術や何かが終わると、しゃべっていると速記者が全部書いてしまう。学会でもこういう質問をしていると、速記者が全部とっている。そういう文化の違いがあると思います。

ここからは厚労省へのお願いなのですが、先ほど個人情報保護法の問題が出て、これを見直さないと医療現場のほうが大変やりにくいというのは御認識のとおりだと思います。内閣府でやりますと、法律化の議論が中心になって、医療現場のものが必ずしも反映されないというのが前回の保護法だと思いますので、これは成文化する前に是非現場をよく御存じの、法律にも通じた方に入っていただいて、応用がちゃんときくように。

というのは、先ほど佐々木委員が言われたように、患者さん本人が自分の病院のカルテ内容を見たいというときに結構引っ掛かることがあるのです。ですから、これについても、隣のものができてしまうと困るとか、いろんなことがあるでしょうから、その辺も含めて、スマートフォンを使ったら、自分がかかっている病院のカルテが全部のぞけるといふところを是非しっかり見ておいていただきたいと思います。

後になるとこれが問題になって引っ掛かって、病院側が怖がって出さないという点が出てきますので、是非それを考えていただきたい。

もう一つはナショナルデータベース、外科学会が中心にやっているのは大変いいことで、アメリカのものよりちょっと精度が落ちますけれども、続けるべきだと思います。これを応用するときには問題になるのは、実は統計法なのです。これはいわば病気のデータだけですから、分子に当たるところです。分母になるのは行政データになるわけです。ですから、行政データを使うときに統計法がかなり引っ掛かって、個人情報保護法と同じように自由に使えないという点がありますので、これも是非専門的見地でお目通しをいただきたいと思います。

○厚生労働省（鯨井参事官） おっしゃるとおりで、個人情報保護法の議論、特に医療に应用するときにはどうするかというのは、医療現場で実際何が困っていて、どういうルールが必要なのかという議論をちゃんとしないと、確かにできない。単純な法律論ではできないなということは我々も感じているところでございます。

特に日本で今、何が問題かというところ、ルールが厳し過ぎるというよりは、ルールが曖昧でよく分からない、グレーゾーンが多いというところかだと思います。これはもちろん法律で手当てする部分とガイドラインをしっかりと作って手当てすべき部分に分けて対応していきたいと思っています。内閣官房と一体となってそこは検討する体制を作っているところです。

後半の質問は詳しくないので、ちょっと勉強させていただきたいと思います。

○翁座長 松山先生、どうぞ。

○松山専門委員 基本的なことをちょっと教えていただきたいのですけれども、データへ

ルスというのが非常に重要な柱になっていると思うのですが、昨年の9月に協会けんぽ、国保中央会、健保連にヒアリングしたときに2つのことを言われたのです。

健診データとその人の診療データが必ずしもリンクできていない。経年分析ができるとは限らない。要するに、ナショナルデータはできるのだけれども、それが毎年毎年で分断されていて、1人の患者の何年間の分析ということをしようと思うと、いろいろ障害があるのだと一部の保険者から言われたように記憶しています。結果的に今、どういうふうになっているのかというのを教えていただければ助かるのですけれども。

○厚生労働省（光行室長補佐） 前回の議論のことをよく承知しておらず申しわけないのですが、現状といたしましては、医療保険者が活用する範囲においては、健診データとレセプトデータのひも付けは被保険者番号などをキーにして可能です。そこは現在、様々なシステムの基盤の整備もしております。

○松山専門委員 それは3つの保険者全てでできるということですか。

○厚生労働省（光行室長補佐） いえ、各保険者ごとです。データヘルスは基本的に医療保険者自身が行いますが、三千数百の保険者が行う範囲においてはひも付けもできておりますし、自分のところの加入者である限り、基本的には経年を追っていくようにします。中には系統的に経年分が対応困難というところはあるかもしれませんが。医療保険者においてはそういう活用を前提に今回のデータヘルスの計画策定、PDCAで回して検証するように事業を進めます。

今、おっしゃったのは、国で全体を集めたときにひも付いていないというお話かもしれません。

○松山専門委員 そうですね。今、思い出すと、各保険者ごとにはできるけれども、では、それを国全体でどうなのかという分析をしようと思ったら、それができないので、ナショナルデータと言っても実は分断されているという説明を受けたような気がするのです。

そうすると、そのことがデータヘルスで効果を発揮しようとしたときに、国が全体で政策を作るわけですけれども、何か支障があるのか、ないのか。もしあるとすると、何か解決方法を考えないといけないのか。その辺が分からなかったので、今の時点でお分かりのことがあれば教えていただければと思うのですが。

○厚生労働省（井坂室長補佐） 私のほうからお答えします。

今、先生がおっしゃられたナショナルデータベースの中のレセプトと健診のデータがひも付かないというのは、昨今メディアで報道されておりますので、その点かと思えます。

実情を申し上げますと、健診データに対してレセプトは大体2割しかひも付かないという状況がありまして、原因を今、調査中ですが、大きなところでは、単純なところで半角、全角というレセプトと健診のキーの問題です。被保険者記号番号というところがあるのですが、その持ち方で、我々が集めているデータは、保険者等を出る時点で全て匿名化するというコンセプト、流通の過程で万が一漏れたような場合においても、個人が特定できないというコンセプトでやっていますので、どういう状態かがこちらに来た段階では

見えない状態でございまして、そこは各保険者にヒアリングする等々して原因追求をしておりまして、来年度以降、予算化して改めようということで、それができますれば5割または7～8割ぐらいまではひも付く状態が実現できるのかなと。

それから、経年的に追うということは、保険者がしょっちゅう変わるような方についてはなかなかひも付かない。一ところに勤めていらっしゃるような方については比較的つながるのですが、職を時々変えるような方についてはつながらないということ。これは記号が変わってしましまして、こちらに来ております匿名化された後のIDについても変わってしまうという現状がございますので、それはなかなかひも付かない、1本につながらないという現状がございます。

以上でございます。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 そうすると、先ほど申し上げたベンチマーキングとも関係してくると思うのですが、3,500 ぐらいの各保険者単位でデータヘルス的なことができますよというのは理解できたのですが、では、国全体で見たらどうなのかという分析は、どうやってやるのですか。それを全部集めるということなのですか。データヘルスが国全体でどこまで進展したかという判断をするときに、データヘルスを各保険者がやっている中で、模範例とそうでないものとか、評価をしてよりいいものへ全体を持っていくというような作業というのは起こり得るのですか。

○厚生労働省（井坂室長補佐） お答えいたします。

先ほど2割と申し上げましたけれども、2割でも相当数ありますので、そういうものを評価することによって、統計法的にどの程度が有意性を持つのかというのはあるかと思うのですが、そういう観点では一定程度評価できるかと思えます。

あと、レセプトと健診を結び付けるという話題が結構あるのですが、それぞれ単体においても相当のことができるということが今、ありますので、それぞれに出して評価するという方法も1つの方法かと思われます。

○翁座長 お願いします。

○竹川専門委員 先ほどから話題になっています医療機関の選別化については余りお考えになっていらっしゃらないようですが、データが出てきますと、最終的には国民がそのデータを活用して医療機関を選ぶと。国民が選ぶわけですが、日本はそのデータが余りにもなさ過ぎるという観点から、開示をすることによって医療機関が選別されるということは、省全体として制度設計のときに一番大切なことであると思っております。

そういう観点から、非常に細かいことになりますが、患者さんのメリットと同時に、頑張っている医療機関のメリット。今の診療報酬の最大の問題点は、手術が下手で再手術をすると収入が増えてしまう。慢性期では要介護1の人のほうは何もしないで、2、3になるとどんどん収入が増えてしまう。頑張って3の人を1にすると収入が減ってしまう。こういう診療報酬の最大の欠点を、保険者によるレセプトのデータの活用推進という中で、

最初から制度の中に盛り込んで、頑張っている医療機関が残る、頑張らない病院はどんどん経営的に悪くなって潰れていくということも是非お考えになっていただきたいと思えます。

○翁座長 コメントございますでしょうか。お願いします。

○厚生労働省（鯨井参事官） 正に日本の診療報酬の出来高払いの問題点ではあるのですが、これも繰り返しになりますけれども、結局、どうやって評価するのか。手術がうまい、下手の評価にしても、患者の重症度とかいろんな要因を考えないとできてこないのも、もちろん一定の割り切りをしてやるという方法がありますが、評価指標をどうするかということが課題となります。

出来高払いの問題を解決していくのは一つの方法が DPC ではないかと思えます。

○翁座長 お願いします。

○竹川専門委員 確かに医療の質をどうやって評価するか。クリニカルアウトカムというのは大変難しく、アメリカでは数十年前からおやりになってはいますが、結論は出ない。しかし、そういうことをやることによって国民が判断をするという文化ができつつある。日本でも日本医療機能評価機構ができる前には、一部の医療経済学者がそういうことで研究を細々と続けているわけですから、そういうところにもっと焦点を当てて。おっしゃっていることはケースミックススタディーということなのですが、患者の重症度によって一概に言えないよと。非常に難しいのですが、そういうところに光を当てて、そういう研究をもっと表に出して、そことリンクをするということを是非お考えになっていただきたいと思えます。

○翁座長 松山先生。

○松山専門委員 今、竹川委員がおっしゃったとおりだと思います。

日本の議論だと、ベンチマーキングでは公平な制度は難しいのだということを専門家が言われるのですが、専門家の仕事は、ベンチマーキングの限界を理解した上で、自分たちが議論するのに役立つレベルの仕組みを作ることだと思うのです。

アメリカで 10 年ぐらい前にベンチマーキングのヒアリングをしたら、誰もこれが 100 パーセント正しいなんて思っていない。でも、70~80 パーセントが正しいということであれば、専門家はそれをベースに議論ができるのだということで使っていると回答されました。当然重症度補正もやっているわけです。そのための手法も開発され普及しています。

日本の問題は何かというと、これは社会福祉法人とも共通しているのですが、税金が投入されている国公立病院、国立大学附属病院が、成績表が作られ比較されることに反対している点にあると思えます。

民間病院がそこに参加するかどうかは民間病院が自分で判断すればいいのです。ただ国公立、国立大学附属病院については、税金が投入されている以上、成績表を公開すべきと思えます。国民への出し方は別途考える必要があるのですが、少なくとも厚労省がそのデータを把握して、医療行政上、どう使うかというのを考えてくださる必要があるのでは

ないかというのが私の意見です。

○翁座長　そろそろ時間になりましたので、終わりたいと思うのですが、今回、5年後、10年後のビッグピクチャーということで御対応いただきまして、今まで本当にばらばらに進んでいたこういったものを体系的に整理していただきまして、何をやっていく必要があるかという課題を整理していただいたことは非常によかったと思っております。

今、何人かの委員の先生方から御指摘がありましたけれども、国民にいかにもそのメリットを感じてもらえるか、それをどういうふうに啓蒙していくかということと同時に、これは民間を巻き込んでの大きな事業ですので、どうやって民間とか医療機関とかにインセンティブをつけて、こういったものに一緒に取り組んでもらうかということがとても大事になってくると思いますので、是非これからも御検討いただき、私どもともまた意見交換をさせていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

今日はありがとうございました。

これで本日のワーキング・グループの議題は終わりたいと思いますが、事務的な連絡がございましたら、お願いいたします。

○大熊参事官　次回の日程は未定でございます。決まり次第、追って御連絡させていただきます。