

**グローバル時代におけるICT政策に関するタスクフォース地球的課題検討部会
遠隔医療等推進ワーキンググループ（第1回） 議事要旨**

1 日時 平成22年3月11日（木）13:00～15:00

2 場所 中央合同庁舎第2号館 総務省10階 1002会議室

3 出席者

(1) 構成員（五十音順、敬称略）

秋山昌範、石川真澄、井上隆、梶浦敏範、金子郁容（座長）、久野譜也、渋谷健司、武林亨、水島洋、村上輝康（副座長）、吉田晃敏

(2) 事務局（総務省情報流通行政局）

原政策統括官、武井審議官、安藤情報流通振興課長、奈良地域通信振興課長

4 議事要旨

(1) 構成員発表（8名）

■村上副座長から「遠隔医療などICTを活用した医療改革をどう進めていくのか」（資料1）に基づき説明

- ・これまでの政府のIT戦略において、医療は重点分野として取り上げられてきたが、電子カルテの普及の推進とレセプトのオンライン化など、医療機関業務の電子化によって、医療機関を効率化し、結果として国民一般に裨益する考え方で推進されてきた。
- ・今後は、医療の最終利用者、患者とか緊急、救急患者、あるいは高齢者、メタボリックシンドロームの患者等の最終的な利用者のニーズに対応するようなICT利活用、直接裨益するようなICT利活用が重要なのではないか。中間組織の電子化よりも、最終利用者の価値創造に貢献するようなアプローチをやるべきなのではないか。
- ・具体的には、遠隔検診、遠隔診療、遠隔予約、待ち時間の最小化、遠隔診断、在宅診療、在宅介護支援、介護記録の電子化、高齢者の見守り、救急医療の支援、周産期医療の支援、高齢者の見守り、保険・医療・介護・投薬・母子関係情報の単一IDでの統合・格納などが挙げられる。

【吉田構成員】

- ・医療機関ごとの電子化を待つと連携がなかなかできない。また、患者を主語に置く、それが近道である。

■梶浦構成員から「IT戦略と技術トレンドから見た、医療改革の可能性」（資料3）に基づき説明

- ・地域の診療機関で診療情報を共有することで一貫した医療ができ、また、重複診療の排除や、審査、検査を少なくできる。
- ・レセプト・特定健診情報データベースの分析・活用ルール及び仕組みを整備すべき。歯医者を除き、14、5億件のレセプトが毎年発生するが、この分析・活用方法についてまだ決まったことがない。

- ・データ連携は、極論として最大の成長戦略。但し、サービス事業となると事業リスクの関係により産業として創出されにくい。データの匿名性、再利用のガイドライン、機微情報の監査・管理のあり方について考えるべきである。
- ・医療に限らず、業務の標準化がないと成果は上がりにくい。データの共有・連携・活用に関して世論を形成することが重要で、国民へのメリットとリスクと管理体制、どのように説明をするかが重要。

■吉田構成員より「旭川医科大学が推進している遠隔医療」（資料4）に基づき説明

- ・遠隔医療は既に実用段階であり、国外、特に外はアジアにおいて有効。医師を増やさなくてもよい、医療格差解消の切り札であり、新政権が遠隔医療を全国に広めることを強く希望する。

■久野構成員より「遠隔医療の予防領域における可能性」（資料6）に基づき説明

- ・遠隔医療については、これまで、Preventive focus（病気にならないためにどうするか）の視点が強かったが、特に、Promotion focus（いつまでも生きがいを持つこと）の視点を加えることがポイント。この視点があることにより、ICTユーザーが増える。ICTユーザーを増やさければ、中長期の医療費の適正化が出てこない。
- ・健康で幸せな状態（健幸）を作っていくことが最終的な目標である。Preventive focusの視点でいう、心身機能や身体構造の欠陥からの回復のみならず、活動ができること、社会参加ができることの3つがそろったバランスが健康な状態である。
- ・予防型遠隔医療が普及しにくい課題としては以下の通り。
 - ◇国民の80%以上が健康のために運動や食事が重要であることを認知しているが、実際には行動変容が起きない。行動変容を起こすための制度、インセンティブが必要であり、啓蒙活動だけでは行動変容は起きにくい。
 - ◇健康サービスは健康意識の高い人へのアクセスにしか成功しておらず、実際に課題のある人は補足できておらず、市場が限定されている。
 - ◇健康意識が高い人は初めから医療費が低い傾向があり、このような現状を変えない限り、医療でICTは普及しない。
 - ◇在宅医療単一のサービスでは成果を得ること、継続することは困難である（1年後の継続率は2割以下）。
 - ◇指導者との関わり、参加者同士のコミュニティの形成が、地域で成立するビジネスモデルとして整っていない。
 - ◇技術オリエンテッドな遠隔医療システムが主流であり、顧客志向型システム&サービスになっていない。
 - ◇健康づくりは労働集約型側面が強いが、企業側のサービスサイエンスからのアプローチが弱く、成果が出ない、生産性が低い。
- ・イノベーションを起こすための課題としては、①国民のヘルスリテラシー向上のための「社会技術」の開発、②多数の住民が参加し、継続しようとするインセンティブ策（ポイント、公的保険、民間保険）、③地域のリーダー、市民活動のリーダーなど、健康づくりの意義を理解し、それを推進するための人材育成、④地域コミュニティ、医院、薬局等の連携、⑤在宅での遠隔指導とコミュニティでの指導を連携させる全国規模と地域単位のソーシャルビジ

ネスの創造、⑥予防のための具体的な医科学的指標、⑦医学的ニーズ（疾病予防）ではなく、国民ニーズ（生きがい）に対応可能とする科学的プログラム、⑧短期的な行動変容ではなく一生を通じて支援するためのコンテンツ、など

- ・新潟県見附市、三条市、千葉県流山市、兵庫県豊岡市の異なる地域で事業を行った結果として、どの地域でも3カ月後に体力年齢が約5歳前後若返っている。また、50の自治体ですべて同じ結果が出ており、科学、ICT化、人材育成がセットされると同じ成果が出る。
- ・新潟県見附市では、平成15年から事業を開始して平成18年に約7万円、平成19年度には10万円まで1人当たり医療費の差が出ている。千葉県流山市でも約8万円前後の差が出ている。一定のプログラム、システムができれば医療費適正化は可能。
- ・但し、多数の住民が参加しなければ医療費適正化はできず、ビジネスモデルとして成立しない。無関心層をどう行動変容させるのか、あるいは継続させるのかというインセンティブ策が必要。現場のニーズに合った仕組みや、住民、首長、サービス提供側のリテラシーを上げていく策が必要。

■武林構成員より「高齢社会の健康とICTの活用 公衆衛生の視点から」（資料7）に基づき説明

- ・高齢者の健康の問題は介護の費用と医療の費用を両方足してどのように減らしていくのか、あるいはサポートしていくのかにある。
- ・世界的な流れとして、虚弱 frailtyである高齢者の健康をサポートすることに対してどのようなアプローチをするかということが考えられているが、日本においては医療と福祉が一致してアプローチをしない部分がある。
- ・高齢者の健康の場合は、保健・医療・福祉が連携しなければ、うまくいかず、多職種間のコミュニケーションを促進するという側面でICTの活用必要である。日本では、疾病の数など健康状態が国全体でどのような状況にあるのかが非常にわかりにくく、システムを入れて国の全体の健康度を考えたとしても、評価が難しいのではないか。
- ・予防医療を評価することは難しく、有効性を評価するデザインがないまま、政策が先行してしまったため、現在に至って有効かどうかの問題が生じている。経済性に関する評価はほとんどない。ICTを使った医療のサポートをどのように評価するのが非常に重要。

■石川構成員より「ヘルスケアICTに関する提言」（資料5）に基づき説明

- ・高齢化社会においては慢性疾患が非常に多く、日ごろからの健康管理、また、慢性疾患になっても家庭でしっかりマネージされる環境を作る必要があり、ITはその手段として非常に有効。
- ・アメリカの退役軍人省での事例では、糖尿病、脳卒中などの慢性疾患の患者が自宅でケアしてもらうプログラムになっており、患者側の受け入れ率、または入院件数、入院日数等のインディケーターでも非常に大きな効果が出ている。
- ・標準規格を活用し、そのための機器の開発を産業界は進めていく。政府においても、標準規格を明確にし、そのような規格を促すように、政府の実証実験などで使用する必要がある。標準規格に立脚したビジネスモデル、さらに国際展開ということを促していく必要がある。企業側も理解して進めていく必要がある。
- ・医師法、診療報酬を制度としてインプリメンテーション、実際に導入するということが社会

実験として必要ではないか。例として医療ICT特区のようなものを日本の東西につくり、そこで大規模に実証実験を行うことも考えられる。IT機器の導入に当たっては、当初から標準的な規格を持ったもの基本的な要件として入れていくという方法も考えられるのではないか。

■秋山（昌範）構成員より「安全・安心を担保するためのTRUST」（資料8）に基づいて説明

- ・安全と安心は担い手が違い、安全はサービスプロバイダ側が提供するものであり、客観指標が存在するが、安心は客観指標は存在せず、受け手、コンシューマー、患者が決めることである。今の日本の最大の問題点は、サービスプロバイダ側のクオリティーは非常に高いがコンシューマーサイドの評価が著しく低いこと。
- ・コミュニケーションギャップが世界で最大の先進国であるのが我が国である。コミュニケーションギャップを埋めるのがICTである。
- ・サービスレベルを維持するために人材、カネなどの資源を投入するのは今後はできない。リソースの再配分により効率性を上げることがイノベーションであり、遠隔医療のICTに最も欠けている視点である。
- ・現在成功している遠隔医療は、資源投入型の遠隔医療であり、資源の再配置をする上でのICTをいかに活用するかということが本ワーキングの多分最大のテーマになるのではないか。それを実現するためには、資源の投入と資金の投入ができない以上、イノベーションが要素となる。
- ・最適化が重要である。最適化を判断するのは投入する側ではなく、サービスを受ける側である。解決すべき問題は資源の投入をしないでTRUSTレベルを上げることである。
- ・TRUSTレベルを上げるとアウトカムが同じ場合でもサービスの受け手側の満足度が上がり、アウトカム評価としては高い評価が得られる。
- ・信頼するプロセスを分析・モデル化するには、何が不信感の根底にあるかということを確認にすることである。
- ・全数調査をする手段としてICTを使い、その結果、TRUSTレベルを上げて医療の満足度を上げることができる。
- ・Virtual Communication Spaceを用意するのがICTの役目ではないか。TRUSTレベルを上げ、コミュニケーションギャップを埋めるということではないか。

■井上構成員より「遠隔医療推進に係る日本経団連の考え方」（資料9）に基づいて説明

- ・ICT戦略は国民の理解を促進しながら進めなければ破綻する。経団連の規制改革要望で特定健診へICTを活用できるよう規制改革の要望（初回面談、継続面談のときも遠隔でよいのではないか）を昨年6月に提出。
- ・救急医療に対してICTを利活用する。救急車からの画像・データの発信、遠隔診断サポート、さまざまな面でITの活用を経団連としても推奨をしているところである。
- ・機器導入時にどのようなインセンティブを与えるのか、対面診療の原則をどこまで考えていくのか、現在財政の状況、人的資源の状況を考えた上で、患者側のニーズを考えた場合にどこまで原則を広げていくのか、見直していくのかという視点が重要。

(2) 閉会

○閉会にあたり、金子座長が発言

- ・ T R U S T やそれを個人個人ではなく（地域やバーチャルな）コミュニティの中で作り出すソーシャルキャピタルをどう高めるか、予防を重視し、それを「生き甲斐」の創出にどうつなげるかが重要であろう。
- ・ その結果として、医療費の削減が実現する。それは I C T なくして語れない。
- ・ それらのことは、「新しい公共」円卓会議において議論がなされている。T R U S T の相互関係やソーシャルキャピタルの高いコミュニティモデルを作るための「ソーシャルイノベーション特区」のようなアプローチを検討している。

以上