

第7回医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ
(議題1については共通課題対策ワーキング・グループ(第5回)と合同開催)
議事概要

1. 日時：令和5年3月6日(水) 14:00~18:24

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

(委員) 大槻議長、菅原座長、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、岩下委員、中室委員
(専門委員) 印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、
住田専門委員、瀧専門委員、田中専門委員、落合専門委員

(事務局) 林室長、辻次長、木尾参事官

| | |
|------------|-------------------------------------------|
| (説明者) 重岡仁 | 東京大学公共政策大学院教授 |
| 伊藤由希子 | 津田塾大学総合政策学部 |
| 伊藤伸介 | 中央大学経済学部教授 |
| 南和宏 | 統計数理研究所データ科学研究系研究主幹・教授 |
| 松本真人 | 健康保険組合連合会理事 |
| 宮本隆史 | 社会福祉法人 善光会理事 |
| 三浦雅範 | コニカミノルタ株式会社 QOL ソリューション事業部長 |
| 岡田真和 | コニカミノルタ株式会社 QOL ソリューション事業部サービスクリエイト部 担当部長 |
| 竹下康平 | 日本ケアテック協会専務理事 |
| グスタフ・ストランド | 日本ケアテック協会理事 |
| 井本寛子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 |
| 桜井なおみ | 全国がん患者団体連合会理事 |
| 宿野部武志 | 一般社団法人ピーペック代表理事 |
| 安部好弘 | 公益社団法人日本薬剤師会副会長 |
| 田尻泰典 | 公益社団法人日本薬剤師会副会長 |
| 荻野構一 | 公益社団法人日本薬剤師会常務理事 |
| 藤井江美 | 一般社団法人日本保険薬局協会副会長 |
| 阪本克彦 | 総務省政策統括官(統計制度担当) |
| 木村公一 | デジタル庁デジタル社会共通機能グループ参事官 |
| 吉屋拓之 | 個人情報保護委員会事務局参事官 |
| 斎須朋之 | 厚生労働省大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当) |
| 福田亮介 | 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険データ分析室長 |

| | |
|------|------------------------|
| 山本史 | 厚生労働省大臣官房 審議官（医薬担当） |
| 衣笠秀一 | 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課 課長 |
| 太田美紀 | 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課 薬事企画官 |

4. 議題：

（開会）

1. 公的統計の調査票情報の二次利用について
2. 科学的介護の推進とアウトカム評価の拡充について
3. 訪問看護ステーションへ配置可能な薬剤の対象拡充について

（閉会）

○事務局 それでは、定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第7回「医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ」及び第5回「共通課題対策ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には、御多忙の中を御出席いただき、ありがとうございます。

本日は、議題1として「公的統計の調査票情報の二次利用について」、両ワーキンググループの合同で御議論いただきたいと思っております。その後、医療・介護・感染症対策ワーキング・グループの単独開催として、議題2として「科学的介護の推進とアウトカム評価の拡充について」、議題3として「訪問看護ステーションへ配置可能な薬剤の対象拡充について」の2件について御議論いただきたいと思っております。

なお、参考資料1から3までとして、第4回から第6回までの医療・介護・感染症対策ワーキング・グループにおける委員、専門委員の方々からの追加の御質問に対する厚生労働省の御回答をお配りしております。

それでは、以降の議事進行につきましては、医療・介護・感染症対策ワーキング・グループの佐藤座長をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○佐藤座長 佐藤です。本日もよろしくをお願いいたします。

本日は、戸田専門委員、村上専門委員から御欠席の連絡を頂いております。

また、本日は、大槻議長、落合専門委員にも御出席いただいております。

では、早速ですけれども、議題1「公的統計の調査票情報の二次利用について」に入らせていただきます。

まずは出席者を御紹介いたします。

東京大学公共政策大学院の重岡仁教授、津田塾大学総合政策学部の伊藤由希子教授、中央大学経済学部の伊藤伸介教授、統計数理研究所データ科学研究系の南和宏教授、健康保険組合連合会から松本真人理事、総務省から阪本克彦政策統括官、デジタル庁から木村公一参事官、個人情報保護委員会事務局から吉屋拓之参事官に御出席いただいております。

では、早速ですけれども、まずは東京大学、重岡教授より御説明をお願いします。時間

が限られているものですから、5分以内でよろしくお願いいたします。

○重岡教授 よろしく申し上げます。御紹介いただきました東京大学の公共政策大学院の重岡です。

今日、私が話すのは3点、調査票情報の二次利用の現状と、その現状がいかにEBPMの推進の足かせになっているかという話、最後には具体的な解決策の提案を幾つかさせていただきます。

今、EBPMの推進のためには、こういう調査票情報の二次利用が不可欠なのですが、申請からデータ取得まで、一般的に早くても数か月、場合によっては1年以上かかる。私自身の経験でも、昨年3月に申請して、役所となぜこの変数が必要かというやり取りを5～6回続けて、申請する変数を大幅に減らした上、申請からデータ入手まで約1年かかった。なぜこんなことが起こるのか。

一般的には、まず、科研費に申請しまして、それに受かった場合、その後、データ利用申請をするのですが、ここが早くも3か月、1年以上かかることも頻出します。実際、これは単年度の委託事業でもそうで、1年間の委託事業なのに、データ申請に10か月かかって、最後の2か月で分析するということが実際に現実として起こっています。

これは必要なたくさんの書類を提出しなければいけないのですが、この中で実際に何をやるかというところ、データをまだ見たことがないのに、どのような表とグラフをつくるかという詳細な記載が必要だと。我々としては、申請から漏れた表やグラフというのは論文に掲載できないので、リスク回避的に必要以上に多くの表とグラフを申請書に記載せざるを得ません。

実際にどんな感じかというと、これは人口動態調査の死亡票なのですが、必要な変数に色を塗るという作業があります。一昔前までは全ての変数を抜き出すという作業をさせていました。実際にこの作業を全ての調査票と年度について行う必要があり、年度によって場所も違うので、申請時に見落とす可能性があります。

実際、ここからが問題なのですが、このように青色で返ってきまして、利用する必要性が計画書から読み取れないという感じで修正するようにと来ます。これを何回も繰り返す。

何が問題かというと、うまくいっているときはいいのですが、担当者にかなり大きく依存しています。運が悪い人に当たってしまうと、1年かかってしまうという感じになります。

実際、ここを見てもらうと分かるように、これを本当に利用されますかと書いてあって、利用しないと返事を書いたら、では、わざわざ色を塗り直してくださいという感じの手続をします。私が知る限り、先進国において、このような色塗りのような原始的な方法を用いている国というのは日本以外に知りません。

何が問題かというと、1つは時間がかかる。今回のコロナのような一刻を急ぐような場合には致命傷であります。研究者側、役所側ともに時間と人材の浪費としか言いようがない

い。

もっと問題なのは、いつ手に入るかということが分からないので、ちょっと怖くて使えないということで、実際、たくさんの研究者が申請を断念している。さらに、各個人でデータが違うので、データ申請ごとにデータをいちいち切り出す必要があって、そこでミスが起きて、申請した変数が出てこないという問題が起こる。研究者間で知識の蓄積も進まないという問題があります。

具体的な解決方法としては、1つは、リモートアクセスというのを期限を決めて至急進めるべきで、2つ目は、1つ目のリモートアクセスには時間がかかると思うので、磁気データの手続の簡素化です。

ただし、公開可能なデータはどんどん積極的に公開するべきです。例えば、このサイトをクリックしていただくと、世界中の国勢調査（センサス）がワンクリックでダウンロードできるのですがけれども、残念ながら、日本はまだ加盟していない。実際にリモートアクセスのみになると、サーバやキャパがパンクする可能性があるので、公開できるデータは積極的に公開するべきだと思います。実際、日本はPDFでアクセスできるデータはいっぱいあるのですがけれども、エクセルというすぐに使えるデータになっていないものが非常に多い。

リモートアクセスというのは、基本的には家とか研究室にしながら、サーバにアクセスする。その中で全てを分析して、結果だけを取り出すということです。利点としては、全ての変数、調査票情報を提供することが可能だけれども、安全性が確保されているリモートアクセスで変数を制限する正当な理由はない。

懸念点としては、結果を出すところでレビューのプロセスが入るのですが、アメリカとかでは、私が実際に使っているのですがけれども、当日若しくは翌日に結果が出てくるのですが、人が足りないということで、ここが非常にボトルネックになる可能性があるので、少なくとも2営業日ということを守らなければならないので、人材確保が必要であります。

リモートアクセス以外としては、今、磁気データによるデータの提供というのが主となっているのですが、最善の策としては、個人情報保護法の範囲内での話ですがけれども、ガイドラインを改訂するべきだろう。もう既に科研費の審査済みなので、以下の文言の何が問題かということ、ここの表現を見ていただくと「必要最低限となっており、不要と考えられるものは含まれていない」という表現は人によって解釈が違ってくるので、それが非常にどの人に当たるかで時間が異なるという問題を起こしている。これを削除できれば全ての変数を出せますし、今の色塗りという原始的な方法でやっている部分の人材をほかに配置できると、これが非常に難しいという話であれば、次善策として、今の変数単位ではなくて統計表としてデータ申請をする。例えば、平成17年度の人口動態調査というのを単位として申請する。そこに含まれる変数に関しては審査で立ち入らない。そうすることで、一体として全ての変数を提供することができる。

もう一つの方法としては、現在のホワイトリストをブラックリストにする。ホワイトリ

ストというのは申請した変数のみが利用可能なのですけれども、完全なる発想の転換で、リストに記載されている変数以外は全て利用可能にする。ここで問題なのは、何でもかんでもブラックリストに入れると、結局、何も変わらないので、この審査にはなるべく実際に使用する研究者も関わるべきであろう。これによって、色塗りという方法を廃止できる。

あと、個人情報保護法の罰則規定をしっかりと制定するべきだと思います。こういうデータ利用に違反した場合、アメリカの場合、1万ドル未満の罰金若しくは5年未満の刑事罰というのがしっかりとあるのですけれども、日本の場合は同様の規定がなく、あくまでデータ提供の禁止や違反者の公表にとどまる。

なので、ここでも非常に発想の転換が必要で、今までみたいに技術、個人が特定できないデータをいかにして提供するかということ縛るのではなくて、ルールで縛るべきだという発想の転換が必要ではないか。

そもそも①漏えいする、②本人が特定される、③悪用されるというのは別々の話で、研究者へのデータ提供で①があったとして、②や③が本当に起こった例があるのか。今、役所側はこの①②③が同時に起こるという想定で話をしていますけれども、実際、この3つは区別するべきだと思います。

それ以外にも幾つか言いたいことはあるのですが、審査日数の上限の導入とか、書類を統一しましょう、リストを作成しましょう、あと、今はDVDで提供するという物理的・原始的なことをやっているのですけれども、今はデータ送付システムというものがあるので、これによって安全性が向上するだろう。

総務省はオンサイト利用というのを非常に推奨しているのですけれども、その理由としては、オンサイト利用ならば変数ごとの審査は必要ないと。

ただ、これには非常に問題が多くて、1つは、施設数・利用時間も限定、同時に利用できる人数も限定、格納されているデータも限定していて、さらに、自然災害やコロナ禍というものに対して非常に脆弱で、かつ中間生成物の持ち出しに非常に時間がかかる。なので、質の高い研究、EBPMを進めるのは実質的には不可能である。

あと、ほかにもいろいろ匿名化データとか、オーダーメイドというものもあるのですけれども、信頼性の高いEBPMの分析を行うためには、どの利用方法も基本的には使い物にならない。なので、選択肢を現状以上に増やすことに限りある資源を費やすべきではないと考えます。

最後に、結論ですけれども、ちゃんと期限を決めてリモートアクセスを行う。そのための審査する委員を育成、雇用する。できれば、再審査の今の人材を回すと、お互いにとってWIN-WINなのではないか。あくまでこれは分析内容ではなくて、ルールに従っているかという部分だけを審査する。

あと、磁気データ提供の手続の簡素化や、リモートアクセスが軌道に乗り次第、あまり利用価値が高いと思われないオンサイトに関しては閉鎖する。これによってリソースの分散を避ける。公開できるデータに関しては、積極的に公開する。

最後になりますけれども、EBPMを着実に推進することにおいては、現在の統計法の運用は足かせ以外の何物でもない。日本人研究者が日本の政府統計の使用を避けるという悲劇につながっている。私の周りでも、言い方は非常によくはないかもしれませんが、日本のデータを使うことは、ある意味、罰ゲームみたいな感じになっていて、本当は日本のことをやりたいけれども、あまりにも統計の申請に時間がかかり、実際に質も高いわけではないので、日本のデータを使うよりはほかの国のデータを使ったほうが、論文も書けるし、実際に業績につながるしということで、日本人研究者がむしろ日本のデータを使わないという悲劇につながっています。

最後には、政府側にEBPMを本気でやる気が、どれぐらいの覚悟があるのかということに尽きるのではないかと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、津田塾大学の伊藤教授、御説明をお願いいたします。すみません。やはり5分以内でよろしくをお願いいたします。

○伊藤教授 このたびは、統計法規制改革推進会議の議題に取り上げていただいて、ありがとうございます。

先ほどプレゼンされた重岡先生の内容に、私も全面的に賛同いたします。その上で、少し違った観点からも指摘を申し上げたいと思っております。

まず、統計法第1条をこのスクリーンに載せておりますけれども、非常によいことが書いてあります。まず「この法律は、公的統計が国民にとって合理的な意思決定を行うための基盤となる重要な情報である」と書いております。それが国民経済の健全な発展及び国民生活の向上に寄与する。つまり、統計は国の発展の礎であるということが書いてあります。

しかしながら、今、プレゼンがありましたように、その実態は、なかなか使えない状況で、使えない統計を量産というか、出しているというのでは非常に本末転倒ではないかということで、次のスライドに移りたいと思います。

申し上げたいことは2つです。

統計情報というと、それは研究者のためだよねと言われることもありますけれども、先ほど申し上げたとおり、統計法にも国民のためのものであると書いてあります。

例えば、医療・介護を例にいたしますと、統計が出ていないことによって医療や介護の質を評価できないということになりますと、消費者は選ぶことができないし、情報が開示されないので、生産者も努力するプレッシャーを与えられない。そうすると、結局、租税や公債・社会保険料など多額の財源を使っているものであったとしても、それが国民の生活のために効果的に使われないということになりかねません。

個人情報は大それたと思います。しかし、その結果、情報は守ったけれども、助けられるはずの命が助けられなかったり、国として亡びたというような本末転倒を避けるべきだと

思っております。

そして、2つ目です。先ほど御指摘がありましたとおり、二次利用のための個票データの開示は非常に大事なのですが、必要な個票利用を適切に審査するためには公表データの一層の開示が必要であると思います。公表なのだから開示されているのではないかと考える方もいらっしゃると思いますが、実は現在公表されているデータには非常にマスキングが多い。虫食いパズルのようになっていて、単純に数値が入っていれば、仮説検定などの簡単なことだったらできるはずが、それすらできない。

そうすると、やむを得ずマスキングされていないデータを申請する必要が出てくる。そうすると、当然、個票利用の申請が多くなる温床になりますので、現状の統計部局の人的・物的なりソースでは対応することができなくなってしまいます。

であるがゆえに、公表データをきちんと開示するということが、結局はお互いにとってWIN-WINの関係になる。個票の必要性のある研究が選別され、部局としても対応できるようなキャパシティーなのではないかと思います。

どのようなものがマスキングされているのかということで一例を御紹介いたします。

「匿名レセプト情報・匿名特定健診情報の提供に関するガイドライン」によりますと、最小集計単位というものが設定されています。こちらでは原則として患者数が10未満、施設数が3未満となるような集計単位が含まれていないこと。「ただし患者等の数が『0』の場合を除く」と書いてあるのですが、このとおり、0というものにはそもそも個人特定をするおそれがないので、書いてあってもよいはずなのですが、実際には0の場合も含めてマスキングされているという例を御紹介したいと思います。

こちらはNDBオープンデータの公開データです。例えば、オンライン診療がどの県でどういう年代層に行われているのかということ調べようとしますと、ほとんど真っ白でございます。つまり、10件以上のものは書いてあるけれども、それ以外は0も含めて書かない。つまり、0を書くとか何か特定されるなどのロジックがあるのかもしれませんが、この手のデータで「0」を見たことがございません。つまり、0以下、個人情報のおそれがなかったとしても、こういったものが全てマスキングされる上に、公表データとしてほとんど意味をなさないということになっています。公表しているのだけれども、全然開示していないということになります。

もう一つ例を挙げます。これは施設ごとのくも膜下出血の症例数になります。くも膜下出血は、日本だけでも大体3万6000の方が亡くなる、交通事故の10倍の死者数がある疾患でありますので、ある程度数をもってして、施設での比較とか、そういったことをすることが治療の質の効果として大変有効なのですが、非常に病床数の多い大学病院の症例ですら、このとおり10以下ということで、0か、あるかもしれませんが、マスキングされています。

しかも、この統計というのは施設ごとの個別IDというものがなくて、あるにはあるのですけれども、年度ごとに変わるというすごく奇妙なロジックになっておりまして、非常に

注意が必要な統計になっていて、せっかく公開されていても情報が無い。ないし情報を使うのに一定の知識が必要であるという形で、公表して国民に広く開示されているはずであるにもかかわらず、使い物にならない。こういったものが是正されなければ、結局、研究者も国民も何も知ることができない。公開するという作業自体が無駄になるのではないかと考えております。

私のコメントは以上となります。どうもありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、中央大学の伊藤教授より御説明をお願いいたします。やはり5分以内でよろしくをお願いいたします。

○伊藤教授 中央大学の伊藤でございます。

私からは「海外における公的統計マイクロデータの作成・提供の現状」、特に匿名化措置が施されていない個票データの提供状況に焦点を当ててお話をさせていただければと思っております。

海外におけるマイクロデータの提供状況につきましては、幾つかのチャンネルを通じて公的統計のマイクロデータの作成・提供が行われてきました。個票データのアクセスだけではなくて、匿名化措置が施された公的統計のマイクロデータ、それから、一般公開型のマイクロデータの作成・提供が行われてきたわけですが、ここでは個票データのアクセスに焦点を当ててお話しさせていただくということでございます。

この表は海外における主な統計作成部局のマイクロデータの提供形態を示したものでございますけれども、それぞれの国の法制度や利用者のニーズによって、多様な提供形態が存在するというを確認することができるかと思っております。

大きく分けて3つのタイプが存在するのですが、個票データへのアクセス、学術研究用のScientific Use File、一般公開型のPUF(=Public Use File)といった複数のチャンネルで提供されているような国々と、アメリカのように、個票データのアクセスと一般公開型のマイクロデータと2つの提供形態がある国々が存在します。それから、デンマークのようにリモートアクセスのみの提供がなされているような国もありまして、幾つかのマイクロデータの提供の形態があるわけなのですけれども、この中からイギリスとドイツ、アメリカとデンマークについて御紹介させていただきたいと思っております。特にイギリスとデンマークに焦点を当ててお話をさせていただくこととなります。

イギリスでございますが、個票データの提供サービスに焦点を絞りますと、イギリス国家統計局(ONS)にSecure Research Serviceというオンサイト施設を備えたところがあるわけなのですけれども、そこでセキュアな環境の下で個票データが提供されているということと、あとは、エセックス大学にUK Data Serviceというものがございまして、そこにリモートアクセス施設があるのですが、その施設を通じて研究者が研究室からリモートで個票データにアクセスをすることが可能になっているということがございます。

個票データのアクセスというのは、特にヨーロッパがそうなのですけれども、以下の5

つの安全性の考え方に基づいて行われていまして、具体的には安全なプロジェクト、安全な利用者、安全なデータ、安全な施設、安全な分析結果という5つの考え方に基づいて、個票データにアクセスすることが可能になっているということでございます。これらの考え方は、具体的に個票データの申請手続において具体化されているというところがございます。

イギリスの場合ですと「承認された研究者 (approved researcher)」という概念がありますが、これについてはスライド資料を飛ばさせていただいたのですが、実はイギリスの統計法の中に条文化されております。

その「承認された研究者」、あるいはこれについては今回は詳しくお話ししませんが、イギリスで学術研究目的の行政記録情報の利活用が進められていまして、そのための資格として求められている「認可された研究者 (accredited researcher)」という資格を持ちますと、個票データの利用が可能になるということで、そのための申請が必要なのと、もう一つは、プロジェクト自体が承認を受けないといけませんので、プロジェクトの申請を行うための書類を提出して、その認可を得る必要があります。

そこで重要になるのは、申請対象となる研究が公共の利益 (public good) をもたらすかどうかということを検討した上で、それが認められた場合に個票データのアクセスが行われるという点でございます。

イギリスの場合ですと、UK Statistics Authorityという独立した政府機関がありますが、そのパネルで審査が行われまして、その審査に通るとセキュアな環境の下で個票データのアクセスが可能になっているということがございます。

実際に分析が開始されて持ち出しをする場合に、そのチェックが必要になるわけですが、これは実際に担当部局のほうでマニュアルでチェックを行っているというのがイギリスの状況でございます。

ドイツなのですが、ドイツ連邦統計局を例に挙げさせていただきますと、ドイツの場合、同じように幾つかのマイクロデータの提供形態が存在するのですが、個票データの提供状況に関して申し上げますと、オンサイト施設で個票データの提供が行われています。

実はドイツではリモートアクセスという制度はないということでありまして、連邦統計法といった法制度の下で個票データのリモートアクセスはできない。その代わりにプログラム送付型のリモートエグゼキューション、すなわち、プログラムを送って、統計作成部局が分析結果を利用者のほうに返していく。そういった仕組みが整えられているということでございます。

アメリカは、先ほど申し上げたように、一般公開型のマイクロデータ (Public Use Microdata Sample)、あと、リサーチデータセンターというものがあまして、要するに、それがオンサイト施設なわけですが、それがアメリカ全土にございまして、そこで個票データへのアクセスができるということがあります。

宣誓職員制度というものを持っているわけでございますけれども、最近のアメリカの動

きとして、リモートアクセスによる個票データの提供の仕組みが整備されてきたという点は注目すべきところかなと思っております。

最後に、デンマークですけれども、デンマークは、リモートアクセスを通じてのみ個票データの利用サービスが行われております。様々な分野のデータが提供可能な形になって、デンマークの場合ですと、個人の共通IDの下でそのデータがリンケージされて、個票データという形で研究者に提供されているということでもあります。マイクロデータへのアクセスにおきましては、認証された機関においてのみ個票データの提供が可能になっております。認証された所属機関の研究者及びその共同研究者であれば、認証機関を通じて個票データにアクセスすることができるということがあります。

デンマークの一つの特徴としては「知る必要性原則」というものがありまして、利用者において必要なマイクロデータのみアクセスすることができます。ですから、デンマーク統計局の担当部局は、申請に対して分析に必要なデータを申請するように、申請者に指導する形になっているのがデンマークの一つの特徴であります。

また、デンマークにおける分析結果のチェックであります。これはほかの国でも言えることなわけですけれども、分析結果をチェックするに当たって、例えば、集計表のセルの中の度数が最低の度数以上のものでないと提供できないような閾値ルールというものは用いられているわけですが、重要な点は、分析結果のチェックにおいて、統計作成部局と研究者との信頼関係が重視されているということと、デンマーク特有なのかもしれませんが、デンマーク統計局で分析結果のスキャンシステムを開発しまして、研究者が分析結果のチェックを自動的に行うことが可能な仕組みもございます。

最後に、もう一点だけ申し上げますと、実は最近の動きとして、個票データの一括検索を可能にするためのメタデータの整備と検索システムが開発されているという点が興味深いところでありまして、例えば、イギリス国家統計局のSecure Research Serviceで個票データを利用するためのカタログが整備されているとか、アメリカにおいて、Research Data Govによる個票データの検索システムの運用がなされているといったところも注目すべき点ではないかと思っております。

私からの報告は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、総務省から御説明をやはり5分以内でよろしく願いいたします。

○阪本統括官 画面に資料は映っていますでしょうか。

○佐藤座長 大丈夫です。

○阪本統括官 では、これまでいろいろと御説明があったので、ポイントを絞って説明させていただきます。

1枚めくってください。

まず、私が担当しておりますのはいわゆる統計調査でございますので、統計調査というのは国勢調査、経済センサス、家計調査とかの統計調査をやって、データを持ってくると

いうものの調査票情報についての説明をさせていただきます。

いきなり左下の「これまでの取組」ということになりませんが、我々としても、正に統計法の趣旨にのっとりまして、できるだけ公益性のあることでは統計のデータを利活用して、国民に還元していくというのは非常に重要だと思っております。

そういった意味合いから、一部のところでは若干誤解があるかもしれませんが、◎の1個目でございますが、DVDなどで調査票情報を貸与しています。この調査票情報の貸与というのは基本的には生のデータでございまして、匿名化とか、そういうものを行っているものではありません。ですので、識別が可能です。

例えば、一個一個の質問項目だけだとなかなか識別できなくても、複数の質問項目にクロスをかけると識別できてしまうというのは、統計調査ではよくある話でございまして、ただ、そういったところをあまり厳密にやり過ぎてしまうと、研究の役に立たなくなるというところもございしますので、こちらは生のデータをDVDでお貸しするという形にしております。

ですから、ここには書いていませんが、先ほど最初に申し上げましたように、公益性の高いもの、1つの例でいいますと、例えば、科研費を取ってされている研究とか、そういったものを対象にして、そして、そこにも書いていますが、万一の紛失の事態などを想定しまして提供するデータは最小限とさせていただきます。ただ、それは研究との関係で必要なものはお貸しするつもりなのですが、どうもいろいろと審査のときのばらつきがあるというのは我々も最近把握したところでございしますので、そこは後ほど申し上げます。

あと、データはちゃんと管理していただかなければいけないので、提供されるデータの利用者をあらかじめこの範囲という形で届けていただくとか、あるいは実際、鍵のかかるこういうところで保管しますということを御説明いただいております。

そして、最後、実際に提供したデータで作成した統計というのは、国民に実際にこのように使われていますよという情報提供の意味もあって、事後にホームページで一元的に国民に公表しております。

DVDの貸与というのは、それはそれでセキュリティー上どうかという問題もありますので、匿名化できないかという研究をやってまいりました。正にそれが2つ目の◎のところ、匿名データをつくってまいりました。

平成21年ですから、我々はかなり早かったと思うのですがけれども、ただ、実際に今までのところでうまくいったのが7調査ぐらいでございまして、企業関係の統計などですと、かなり厳しい。どうやっても識別できてしまうというところもございまして、ですので、識別できないようにするというのはかなり難しいなど。

また、逆に識別できないように加工度を高くしていくと、今度はやはり学術研究上、使いつらいということで、結局、1つ目の◎に戻ってしまうというところもございまして、こちらのほうは、今後、むしろ教育用とか、そういった形で加工度をある程度高くした形で、ただし、元のデータに近いものが必要な分野に使っていくということではないかと考

えております。

そして、3つ目の◎でございます。こういった試行錯誤の中で、我々としてもどういう形なら出せるのかということで、DVDでお渡ししてしまうというのは、万一の紛失とか、そういうことはあるかと思えます。どうしても万一の紛失みたいなものは、なかなか罰則規定でどうこうということができないものでもないのですが、それであれば、できる限りDVDを渡さない形ということで、先ほど御説明がありましたオンサイト施設ということで、正に利用中のデータの持ち出しができない。作成した統計については、個人情報の識別可能性があるかということについて事後審査を行って、持ち出ししていただくという形のオンサイト施設の利用を最近始めたところでございます。

ですので、こちらのほうは探索型の研究ということなので、先ほど最初に重岡先生のほうからございましたように、研究に入る前にデータは絞れないというのは、そういった探索型の研究では確かにあるかと思えますので、そういった探索型にも対応できるようにするというところでやってきております。ただ、現在、まだ全国に20か所という状況でございます。

これらのものにつきまして、いろいろと時間がかかる。上の矢印でございますが、特に研究者の方々から迅速化の要請がある。我々も非常に長くなっているものがあるということは聞いておったのですが、我々のフォローアップが不十分だったといえればそれまでののですが、昨年、こういった話をいろいろな先生からお聞きして、各省を調べてみたところ、各省も一件一件のデータはあるのですが、それを集計するとどのぐらいかというデータはきっちり持っていないのですが、ただ、それでも3～4か月かかっているのが普通なところもある。長いものと、6か月とか9か月という事例も確かにありました。もちろん、短いものは本当に3週間、4週間というものもあるのですが、確かにかなりかかっているものが見つかりました。

そういったものにつきまして、我々としては、まず、どうしたら短くなるのかということを考えている中で、やはり最大なのは、我々、あるいは各省は統計調査をやるというのがメインになっていて、どうしてもこういったデータ提供を、ある意味、余力の範囲でやってきてしまったというのがまずあると考えておまして、むしろそういったものを本来業務として、ちゃんと進行管理をしっかりとやる。それで、問題事案があれば、それを相談できるような窓口をちゃんとつくる。

あと、これも最初に重岡先生から御指摘がございましたとおり、やはり担当者によってばらけている、あるいは省によってばらけているというのはどうかということがありますので、審査の標準化をちゃんとやっていく。もう一つは、提供に必要なリソースを確保していく。

また、先ほどのオンサイト施設については、やはり数が少ないということがありますので、数を増やそうかと考えております。ただ、こちらは大学のほうの御協力を得ながらやっておりますので、我々の一存だけではいけないところもありますが、できる限り充実は

していきたいと思っております。

その上で、先ほど伊藤先生のお話にもございましたが、あるいは重岡先生のお話にもありましたが、リモートアクセス方式、研究室からセキュリティーを確保しながら調査票情報をオンラインで利用できる。持ち出し審査はありますが、研究室で使えるといったものについて、令和5年度から実証実験を行って、その状況を見ながら実装していくということをやりたいと思っております。

最後、色が違ったひし形で恐縮ですが、こちらは正に狭い意味のEBPMでございます。A省の統計調査の結果をB省で使うというときも、今は通常の研究者のDVD貸与と同様に審査をしているのですが、ただ、実際に同じ省の中で使うときにはかなり簡素な手続でできていますので、例えば、ほかの省で使うというときにも、それは大幅に簡素化できるのではないかということについて、これは狭い意味のEBPMでございますが、そちらのほうも併せてやっていこうと思っております。

長くなりましたが、私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、デジタル庁様より御説明をお願いいたします。デジタル庁には、重岡教授から問題提起のあったデータが結合できないという問題、この問題に対するマイナンバーの活用について、御説明をお願いすることになっております。

○木村参事官 資料は映っておりますでしょうか。

○佐藤座長 映りました。

○木村参事官 めくっていただきまして、一般的な資料で恐縮ですけれども、マイナンバー制度の目的を書いております。

次のページは、国内にいる全住民の方に通知されている12桁の番号ということで、悉皆性のある唯一無二性もある番号であるということでございます。現在、マイナンバー法で定められております社会保障、税、災害対策といった行政事務で使われているという状況でございます。

アメリカのソーシャルセキュリティーナンバーなどはなりすましかがあるのですけれども、④のところにありますように、本人確認とともに使用するということで、なりすまし等がないようにしているところでございます。

「2. マイナンバー制度の拡充」というところで、昨年6月に重点計画を閣議決定しておりまして、利活用の推進というのをうたっておりますが、先ほど申し上げた社会保障、税、災害の分野以外の行政事務でも使うよう、法改正案を今国会に提出しようとしているところでございます。

次のページに具体的にどういった事務で使っているかということを書いておりますけれども、年金分野であれば、国民年金法による年金である給付の支給に関する事務など、マイナンバーの利用範囲を固めているというところでございます。

次のページとその次のページは省略させていただきまして「マイナンバー制度における

安心・安全の確保」ということで、3ポツ目になりますが、国家により個人の様々な個人情報マイナンバーをキーに名寄せ・突合されて、一元管理されるのではないかとといった懸念がございますが、住基ネットの最高裁判決等も踏まえて、そこに「システム面における保護措置」と書いておりますけれども、個人情報を一元的に管理しないで分散管理を実施しているところでございます。

簡単ではございますが、マイナンバーに関しては、以上のとおりでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、最後に、事務局から説明を1分以内でお願いします。

○事務局 事務局でございます。資料1－6でございます。

本日のプレゼンターの方、関係者の方々を含めて、事務局のほうでヒアリングをしまして、論点となり得るのではないかとこの事項について、簡単におまとめしているものでございます。

まず「1. 基本的な考え方」として、今後数年以内に欧米に比して遜色がない利用環境を実現する必要があるのではないかとこの問いかけをさせていただいております。

「2. 磁気媒体の提供」でございますが、こちらは重岡先生からも先ほど多くの御指摘を頂いたところでございますけれども、【対応の方向性】のところは何点か書いてございます。審査の標準化というところもあってしかるべきだと思っておりますけれども、そういう実務的な対応のほかに「必要最小限要件」の在り方について、抜本的な見直しを行う。遅くとも申請後数週間以内に適切な調査票情報の提供が行われるような制度・運用を確保する必要があるのではないかとこの問いかけをさせていただいております。

さらに、2ページ目でございますが、個別申請の審査において専門性が確保され、標準処理期間が設定され、省庁の中でも課ごとによっても違うという話が先ほど総務省さんから御説明がありましたけれども、省庁横断的・一元的な審査体制の検討についても提起させていただいております。

そのほかリモートアクセスであるとか、メタデータの整備であるとか、あと、マイナンバーの活用等についての言及をさせていただいております。

事務局からは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本日は、資料1－7として、大石専門委員から「公的統計の調査票情報の2次利用について」の御意見を頂いております。

大石さんはまだ来られていないですね。では、資料として提示していますので、適宜御覧いただければと存じます。

では、早速、質疑に入りたいと思います。時間は大体3時半をめどにやらせてください。

まず、冒頭に、健保連さんに参加いただいておりますので、御発言をお願いできればと思います。いかがでしょうか。

○松本理事 ありがとうございます。健康保険組合連合会の松本でございます。

簡単に健保連という組織でございますが、企業が設立しております約1,400の健康保険組合で構成される全国の連合組織でございます。母体の企業の従業員と扶養家族を合わせますと約3,000万人が加入しております、全国民の約4分の1をカバーしております。

今日は、我々健保組合をはじめとする被用者保険の医療費の審査、支払いを行っております社会保険診療報酬支払基金、通称「支払基金」と呼んでおりますけれども、その統計情報について、第三者提供のルールを改善できないかという観点でお話をしたいと思いません。

今申し上げました支払基金で扱っている範囲でございますが、健康保険組合のほかに、特有の健保組合を持たない企業が加入しております協会健保、あるいは公務員や学校の教職員が加入する共済組合などを合わせますと、対象が約7,700万人ということで全国の約6割が対象になります。また、医療費の請求明細書、レセプトと呼んでおりますけれども、これが年間約10億枚を超える規模でございます。それに伴いまして医療費の支払い額が約14兆円ということで、年間の医療費は40数兆円でございますので、約3分の1という規模でございます。

支払基金は、医療機関が請求した医療費の審査や、支払い業務だけではなく、保険者や行政機関、大学などの研究機関、民間事業者に対して、有料で医療費の統計情報を個別に提供するサービスを実施しております。申請者はレセプト抽出条件を指定いたしまして、集計データを受け取ることができます。ただ、個票データの第三者提供は行っていません。

提供ルールは内規で定められており、集計単位が患者数10未満、利用機関数が3未満の場合はマスキングされるということで、先ほど伊藤先生からお話がありましたけれども、同様の基準が適用されていると認識しております。

ただ、NDBではマスキングがガイドラインで決められておりますけれども、NDBの場合はデータを受け取った側が研究成果を公表する際のルールであって、支払基金とは位置づけが若干異なるものと理解しております。健保連といたしましては、データ提供の段階で最小単位を設けないように、ぜひルールの変更を御検討いただきたいと思っております。

まれな疾患等で患者が特定されないように配慮することは十分理解しておりますけれども、少なくとも医療機関数のデータ提供に最小単位の基準を設ける必要はないのではないかと考えます。

実際に我々が支払基金からデータ提供を受けた際に、全国の健保組合で数千件が算定されている医療行為があったとしても、都道府県ごとの分布を見ようとした場合は、やはり3分の1の都道府県で件数がマスキングされてしまいました。健保連としては、現在の地域医療の推進、検討というフェーズに入っている中で、各都道府県の支部連合会がそういった都道府県ごとのデータを入手しておりますので、地域の状況が分からず苦慮したということがございました。

支払基金の統計情報を使って被用者保険の分析を行った上で、NDBのデータで全国に拡

張することも考えられますので、支払基金の統計情報について利活用の幅を広げることは、医療費全般の分析において非常に有意義だと考えております。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、質疑に入りたいと思います。

今日御報告いただいた先生方も含めまして、御意見、コメントがあれば、ぜひよろしくお願いたします。いかがでしょうか。

では、中室先生、お願いします。

○中室委員 本日御発表いただきました3名の先生方と総務省の方にお礼を申し上げます。どうもありがとうございます。

私からは、冒頭、話が離れるかもしれないのですが、先週、私は、今日、伊藤先生がお話しになっていたデンマークについて、デンマークの統計局が出したデータにすごく驚いたのですけれども、それがどういうデータかという、学校の各クラスで何を何時限教えられていて、それをどのような生徒が受けて、その生徒の学力がどうなったかというデータを0歳から19歳の全ての学生についてのデータをパネルデータにして蓄積して、それを国内の研究者だけではなくて、海外の研究者にもEBPM目的で使ってもらおうというセミナーをデンマークの統計局がやっていたのです。

それを見て本当に驚きまして、やはり欧米というか、特にヨーロッパですよね。北欧の国々のデータ利活用というのは、ちょっと我が国とは比べ物にならないレベルで進んでいると思って、とても焦りを感じました。

ですので、今日、重岡先生や伊藤先生が再三指摘されたように、グローバルプラクティスの中で、今、我々日本人の研究者の生産性をどう高め、日本の統計の付加価値をどう出していくかという観点で考えていかなければいけないだろう。

でも、そのようになったときに、今日の総務省の説明を聞いていると、多分、総務省の中で考えられる理屈としてこうあるべきだというものがある。この後話が出る厚労省のNDBについても、厚労省の中ではこうすべきだというものがある。その部分最適を積み重ねた結果、先ほど正に伊藤由希子先生が御指摘になったように、個人情報を守れたのだけれども、国全体としては死んだという状況になってしまっていて、今の個々の官庁がつくっているルールや運用が日本の研究者全体の研究生産性を著しく押し下げているし、我々がEBPMを通じて国に貢献するチャンスを奪っていると思います。

ですので、総務省がいろいろなことを進めていただいているというのは私もよく理解はしているのですけれども、これはもうもはや同床異夢としか言いようのない状況になってしまっていて、漸進的な少しずつの進歩ではなくて、抜本的にルールを改正すべきときに来ていると思います。

そのときに非常に重要なのは、今日、何度か事務局のほうからも御指摘があった「必要最低限」というガイドラインの中にある文言を削除すべきではないかと私自身は考えてい

ます。

デンマークの例では「必要である変数」となっていて「必要最低限である」とは書かれていないので、「必要である」と変えていただいて、重岡先生が正に御指摘になったように、調査票の中のどの変数を出すかということを経験するのではなくて、まるっと出すという方向に変えていただきたいと思います。このことが可能かどうかということを経験せず総務省にお聞きしたいと思います。

2つ目に、統計行政の信頼性というのはとても大切なことで、国民の理解を得るというのはとても大切なことなわけですけれども、今日の議論でちょっと気になったのは、データが流出するという話と、そのデータを使って個人が特定されるという話と、それを使って悪用されるという3段階があって、これは違うことだよねというのはこの委員会の中でも実はずっと議論されてきていることなのです。

もちろんDVDなどで配っていたら、漏えいのリスクというのは必ずあるでしょう。でも、研究者がそれを使って特定の個人を特定し、それを悪用して他人に損害を与えるようなことをするというインセンティブはそもそもないので、そこを起ころうかと思えば非常にプロテクティブなルールをつくるというのは、車に乗ったら事故を起こすから車に乗るなど言っているのと同じことなのではないかなと思うのです。

なので、ここで明らかにしておきたいこととして、漏えいしたという件数が過去に幾つあったのか。そして、それを使って研究者が本人を特定し、赤の他人に損害を与えたということが何件あったのかという数字をぜひ出していただいて、本当に今のようなオーバープロテクティブとも思えるようなルールが必要かどうかということを経験したいと思うのですけれども、総務省さん、その点はいかがでしょう。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

第2点目は、正に統計法のEBPMと言うべきかもしれませんが、実際に漏えいというのがどれくらい深刻なのかということ、それが費用対効果として今の仕組みは見合っているのかどうかということ、そこが問われているのかなと思いました。

1点目のほうは正に今日のキーワードなのです。「必要最小限」というのが今日のキーワードでありまして、これは重岡先生からも御指摘がありましたけれども、そもそもこのワードが本当にガイドラインの中で必要なかどうかということを含めまして、総務省さん、その辺りはいかがでしょう。

○阪本統括官 両方とも絡むので、併せての御説明になろうかと思えます。

まず「必要最小限」というのは、確かに言葉としていろいろな裁量が入り得るなどというのは、そこは重岡先生の御指摘も受けたところでもございますので、我々としてもどのようにしようかと考えておるのですが、まず、この言葉が必要か、必要ではないかという前に、先ほども申しましたが、あくまでDVDで提供するという形なので、正に紛失のリスクなどもあるという中で、何でもかんでもたくさん一気に渡してしまうというわけにはなかな

かいかないでしょうという部分で、では、その研究にこれは使うのですねと。使うならば、その範囲でお出しますという趣旨が基本でございます。

その上で必要最小限というのは、正に研究で使うのですかというところの確認ということで、どうも省ごとにかなり差が出てしまっているということはあるようです。

ですので、そういった辺りについて、ただ「必要最小限」という言葉を「必要」に変えたり、何に変えたとしても、多分、それだけでは各省のばらつきはなくなるので、もう少し具体的に、要するに、こういうところを見る、あるいはこういうものならばいいのだよと。また、そういった運用方針のレベルのものをつくって、そういうもので各省も運用をそろえていく。そういったことが必要なのではないかとというのが今のところでございます。

データの漏えいの件数というのは、幸いなところ、確認はできておりません。ただ、お貸したものを返却いただくとき、あるいは実際にお貸したときの状況などを確認したときに、例えば、返却はあったが、データがまだ先生のパソコンに残っていたとか、必ずしも漏えいには至っていないのですけれども、かなり個別の先生の話にもなってしまうので、あまり具体的には申し上げられませんが、必ずしもルールのとおり運用されていなかったという事例はあるにはあるので、我々としても、できるだけDVDの形ではなくて、オンライン、ないしはリモートアクセスのほうに移行していけないかというのは一つの方向性として考えておるところでございます。

繰り返しになりますが、先生方が識別するということが自体が何か問題というわけではなくて、例えば、統計と統計をつなごうというときに、そうすると、一個一個のものを識別しないとつなげないわけですから、識別するということが自体が何か問題かとか、そういうことを考えているというよりは、むしろ実際にお貸したDVDの紛失があるとか、あるいはもしかしたら、ずっとハードディスクに残っていると、そのような状況のほう、そこから外部に出てしまうところを懸念しておるところでございます。

最後に、どうしてもここは考え過ぎと言われるところではありますが、統計調査は国民の協力を得てやっているところでございます。それでも今、やはり2割、3割は調査拒否というところがございます。個人情報、あるいは企業の情報についてのナーバスな意識をお持ちの方などもいらっしゃいますので、そういう意味で、国民の方から頂いたデータはちゃんと管理していますよというところは、我々としても示していく必要がある。

ただ、程度問題と言われれば、それは正におっしゃるとおりだと思いますので、研究でどう使っていくかとのバランスをとっていくところをいろいろと探っていきたい。正にそれが今のリモートアクセスの取組、あるいはDVD提供のときの取扱いの標準化とか、そういったものでございます。

長くなりましたが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

最後の標準化のところなのですが、多分、これから実務的に問題になるのは、今後、そういう手続を簡素化しようといっても、担当者や省庁によってばらばらではないかという問題は残るかもしれませんが、標準化を進めるといっても、具体的に何をどう標準化させていくのか。

なぜそれを言うかという、ローカルルールというのが医療・介護の分野でははびこってしまっていて、厚労省も何度も通知を出しているのですけれども、なかなかうまくいかないのです。だから、標準化というのは、我々も使うのですが、実際にやれと言われると結構大変なことなのですけれども、今、総務省としてはどういう方向での標準化、例えば、ガイドラインとして具体的にどのようにしていくのか、何かそういう道筋はあるのでしょうか。それだけ確認をお願いいたします。

○阪本統括官 正に今、各省、あるいは研究者の方々にもいろいろお話を聞いているところですが、まずはどこで時間がかかっているかというのを特定していく。それで、時間がかかっているところについて、その仕事に要るのか、要らないか、あるいはそこにばらつきがあるのかというのをやって、多分、まず真っ先にできるのは、解釈の統一という標準化はすぐできると思います。次が恐らく申請書類とか、あるいは申請した後のシステムの何かできるものがあれば、それは総務省のほうで共通的に提供するということが考えられると思います。そういった形で正にできるところから標準化をしていくということを考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっている順番に。

まずは、岩下委員、よろしく申し上げます。

○岩下委員 京都大学公共政策大学院の岩下でございます。本日は、共通課題対策ワーキング・グループからこちらのワーキング・グループに参加させていただきました。よろしくをお願いいたします。

これについて話をする前に、私自身のキャリア上、これに関するところがいろいろありましたので、それについての御説明を少しだけさせていただきたいと思います。

私はもともと日本銀行に入りまして、日本銀行の中の調査統計局というところでしばらく統計をつくっておりました。個票データから実際に統計をつくる。その場合の個票データの提出元に対する信頼というか、その人たちとの信義を守ることの重要性というのは身にしみて分かっているつもりです。

その後、日本銀行の中の金融研究所というところに移りまして、情報セキュリティの研究をしました。そのときに、正に本日の議論に出ているような匿名性であるとか、逆に特定可能性であるとか、そういうことについて随分と議論しました。

その後で日立製作所というところに移りまして、そちらではビッグデータ解析チームの本部長をやらせていただいたので、正にビッグデータを解析するビジネスの中で、ビッグデータの提供者である個人の方のプライバシーをどう守るかということについて、法律的、

あるいは技術的な検討を行いました。

こういった視点から本日の議論をお伺いしていますと、まず、基本的に私の現在のアカデミアの立場から見て、行政のほうの都合によって研究者の時間が大きくそがれて、本来求めるべきデータが求められない。私も様々なところで「必要最小限」という言葉をよく使われるので、研究をやっている身にとっては全部が必要なのだよと言いたくなるという気持ちは非常によく分かるので、そういう意味で、そこについては改めるべきだということについては強く思います。

本日、もう既に日経新聞の朝刊1面で、それに関する方向性が決まっているようですが、こういう話はぜひ進めていくべきであって、それについて異論を差し挟むものはありません。

ただ、これまでの議論の中で若干視点が抜けているかなと思うのは、なぜこれまで各省庁、府省さんがデータの取扱いに関して、極めて厳格というか、必要最小限にしてくれと言ってきたのか。正直、DVDを渡した後でそのデータが残っているなどということは、実際にDVDに載せたままで分析はできませんから、どういう解析ソフトを使うにしても、一旦、自分のハードディスクだか、フラッシュメモリに移して、そこの中で分析するのは当たり前でありまして、そういう使われ方をするのは大前提なわけですよ。

にもかかわらず、何となく昔の古いコンピューターの常識のごとく、このデータを渡して、このデータがそのデータの中にしか存在しない状態で返してもらえれば、データはほかには漏れませんでしたというロジック自体がおかしいわけですが、ただ、それとは別にそもそもなぜそんなことをやるのかというと、やはり最初の本来のデータを提供してくれた方への一種の信義則の問題なのだと思うのです。

これについて、若干参考になると思われる資料を今、皆さんに共有しました。コーネル大学のサイトにあるナラヤナンほかの論文(事務局注釈:岩下委員より、「Arvind Narayanan, Vitaly Shmatikov, "How To Break Anonymity of the Netflix Prize Dataset" (<https://arxiv.org/abs/cs/0610105>)」の提示があった。)であります。

この論文で、先ほどから問題になっている、実際に漏れいしたことがあるのかという話についていうと、多分、私が実際に知っている、これは官庁のデータではなくて、民間のネットフリックスという会社が、正にデータの解析アルゴリズムを公募するために募集した、名前のところを匿名化したデータです。それを実際にナラヤナンほか分析したところ、ほかのデータと突き合せれば個人が特定できてしまうということを2006年の段階で発表しました。

個人が特定されてしまっただけでは何か困るのか、攻撃なのかという議論についていうと、この事件においては、実際に個人が特定されてしまった結果、特定された個人がプライバシーを侵害されたとして訴えるという事件があったと記憶しています。結果としてネットフリックス社はこのデータの公表を取りやめるということになりました。過去に実際にそういう事件が起こっております。

データマイニングの技術というのは相当進んでおりますので、今、一定のレベルの個票データを開示したときに、例えば、そこから匿名化、すなわち、実際の名前を消したとしても、ある程度の解析の能力があれば、ほかのデータと突き合せて、その中に書かれている個票の回答者を識別することは、多くの場合、可能です。まず、これはそういうものなのだと認識する必要があります。

その上で、にもかかわらず、社会の目的のために個票データを研究者に開示することは公益性がありますので、その部分のリスクをしっかりとっていただいて、その代わり、それに対する対策をしっかりと講じていただくことを前提として、個票データの活用をより推進するべきだと私は考えます。

そのときに何に配慮しなければいけないのかというと、1つは、統計を取るときに、その統計の個票を書いてくださる方々に、個票データをそういう形で使うことがあり得ますということをきちんと通知していただきたい。これは現在の個人情報保護の議論の中で、一般の民間企業が利用者の個人情報を様々な形でほかの営業目的等に使う場合には、必ずそれを通知しなさいと。それも明示的に通知しなさいということが強く言われるのと同じロジックが多分必要だということです。

もう一つは、私も研究者の一人なので、自分の首を絞めるようなことをやってしまいますが、研究者の方々が研究者であることだけによって、他の人が触れたいろいろと支障があるであろうデータを扱うことを許されるというのは、実はなかなか難しいのだろうと思います。研究者が公共目的のためにやっているというところで、たしか先ほど海外の事例を幾つか見たときには、accreditedなresearcherに対して利用させることはオーケーであるという規定がいろいろあったかと思えます。

本件については、他のデータと重ね合わせて個人を特定しない。基本的にそのデータ自体はオンラインで入手することが妥当だと私は思いますが、その場合でも、オンラインで入手した途端に利用者の個人環境にデータが残りますので、その残ったデータを後でちゃんと削除したかどうかという話よりも、それを利用して個別の人を識別して、その人に対する探索を行うとか、そういうことをしないということを、例えば、最初に宣言するとか、あるいは利用を申請するときに誓約書に書くとか。

もっと言うと、そういったプライバシー保護であるとか、データセキュリティーというのは、別に情報がどこかにそのまま漏えいしてしまうのを防ぐことが目的ではなくて、本来守るべきものが守られないところを防ぐのがセキュリティーなので、その部分がきちんと理解されて、きちんとしたプロテクションをかける能力のある研究者であることがきちんと認定されるということが必要であろうと私は思います。

そういうことができなければ、こういう作業は請け負うべきではないと私は思いますし、そういう意味で、いわゆる情報セキュリティー教育みたいなものは各大学でやっていると思いますが、例えば、k-匿名性の概念云々について、今さらレクチャーを受けてもしょうがないと私も思いますけれども、そういう部分についてきちんと分かっているというこ

とがこういう研究をする人のある意味での責任だと思うので、そういう部分の責任をきちんと果たしているということをやるといふことと引き換えに、本来であれば利用が認められないような特別な個票データの利用を認めてもらう。

ただ、それは信頼できる人に貸すのだから、統計をつくっている各府省さんはちゃんとデータを出してくれる人を説得して、このデータはこのようにして二次利用されることがありますけれども、それは信頼できる人ですから大丈夫ですということを使う。そういう全体としての信頼の環みたいなものがきちんとないと、この種の議論というのは収まるところに収まらないのではないかと思います。

そのようなことを踏まえた上で、ぜひ迅速にデータが開示されること、それが適切に、例えば「必要最小限」のような不要な言葉をつけないで、必要なものはきちんと開示されて研究の役に立つことが極めて大事だと思います。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

何人かの手が挙がっていますので、あとお二人からお話しいただいて、また総務省さんのほうにリプライをお願いしたいと思います。

では、お待たせしました。瀧委員、よろしくお願いします。

○瀧委員 マネーフォワードの瀧と申します。今日はどうぞよろしくお願いいたします。

3つほど質問がございます。

まず、1つ目なのですが、統計法の趣旨、目的に照らして考えたときに、もともと公表されている統計もあれば、個票のデータもあるところで、これが本当に国民経済の健全な発展や生活の向上に資するかというところを、私たちは今までおそらくそうだろうという感覚で見えてきたのだらうと思っています。一方で、それに対して漏えいというのは分かりやすい損失であり、その対比感の中で分析の価値が見られてきたのだというのを、感じているところでございます。

本日、先生方から聞いていて思うのは、例えば、経済学の一流誌でこういった統計が個票のレベルでどれぐらい使われているのかとか、今はその存在意義をちゃんと示していかなければいけないタイミングにあるのではないかと思います。

大きな質問であるのですが、統計のユーザビリティといいますか、ちゃんと利用されているかというのを私たちは常に何で測るといいのでしょうか。民間企業だと、こういうものはKPI化して統合報告書に載せたりするのですが、それがどのように測られるべきかというのが1つ目の質問です。

岩下先生に若干倣うと、その昔、私も野村証券で日本銀行の資金循環統計を恐らく野村証券で1番ぐらいに使っていた人間でして、ごりごりと外で研究すると、その統計の特性とか、場合によっては問題というのがやはり分かるのです。それ自体が統計自体の改善につながるものでして、そういう観点も含めて、やはりユーザビリティをどうやって測るかというのが非常に重要なポイントだと思いますので、御質問したいですというのが1つ

目です。

2つ目は、今、デジタル庁が様々な自治体とか省庁のシステムの調達において、中央的に専門家をそろえていますよね。日本における統計のユーザビリティに関して、総務省さんのどこかで似たことが何らか措置されて、その人たちが専門家として派遣されるような形が必要ではないかと思うところがございます。

それは2つやり方として、重要だと思っていることがあって、マネーフォワード自体も、例えば、家計簿のデータを日銀さんとか、ほかの省庁に向けても御提供するようなことをやっているのですけれども、各省庁それぞれに統計の特性を教育しなければいけないことがすごく多くて、本当は誰かにコーディネーターみたいなことをお願いできると、私たちのデータもよりパブリックに省庁の中で使ってもらえるのという課題意識があります。

そういう中央の側で取りまとめる役が必要なのだらうなと思っています。今々だと、個別に官僚の方が、メインの業務ではない形で御対応されている。それはそれで非常に大変なことだと思っていて、予算措置も必要だと思うのです。なので、そういうところに向けた発想というのはどれぐらい持ち得るものなのかというのが2つ目の質問でございます。

3つ目は、これはデジタル庁さんにも併せてお聞きしたいのですが、例えば、家計調査とかがそうだと思うのですけれども、家計調査にマイナンバーを書いてくださいという進展にいずれなっていくときに、恐らく回答してもらえる度合いはかなり下がるのではないかと考えています。

それは政府の役には立つのでしょうかけれども、自分のデータのコントローラビリティが分からない中でそれを許容するかというと、そこはかなり難しいのだらうなと思っていて、それを和らげられるようなことはどんなことが考えられるのでしょうかというのは、もし可能であれば、デジタル庁さんと総務省さんそれぞれにお聞きしたいです。

御参考までに言うと、マネーフォワード自体も、例えば、ユーザーさんに、銀行データをマネーフォワードに預けてくださいという結構大きなお願いをするのです。そういうときに、家計管理がちゃんと迅速化できますみたいなメリットが示せると、ユーザーさんは喜んで提供されるようなところも結構あるのです。なので、何らかすぐにそういうお返しができる価値とかも政府にはあるのではないかと考えていて、そういう観点で何か言えることがあればと思っています。

長くなりましたが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

御質問が幾つか出てきたので、この段階で総務省さんのほうにリプライをお願いできればと思います。よろしく申し上げます。

○阪本統括官 それでは、回答いたします。

まず、先ほどの説明が悪かったですが、DVDでお貸しするのをハードディスク等に落とすのは当たり前で、一応、それを消してくださいという契約になっていたのですが、消して

いないという事例でございました。

まず、統計の関係の使い道を国民の方にとというのは御指摘のとおりで、正に統計法においても、例えば、研究者の方々に提供する場合でも、最後の出口は統計ないしは統計分析、例えば、回帰分析の結果ということで、識別できない形の出口になりますよと。つまり、途中段階ではそういった情報を提供するかもしれませんが、最後の出口は全部それですというところが全ての縛りになっているという形です。そういう形で国民の理解を得て、二次利用も含めてやっておるとというのが今の状況でございます。

正に信頼の場というのは、先ほど説明の中で駆け足で言ってしまいましたが、先生方に御利用いただいた結果を、総務省のe-Statからも入ってきますけれども、miripoというホームページで、実際、どういうところに提供しました、そして、そこでこういうものに使われましたということを出すことによって、変な使われ方はしていませんよという話も含めて、もちろん、ほかの研究者の方々の研究のアイデアになるということもあるかもしれませんが、むしろ一般の方にはそのような形で信頼を得るためにということで、そこはやっている。これは前回の統計法の改正で追加した項目でもございます。

あと、そのほか、例えば、ユーザビリティのKPIみたいな話もございましたけれども、ここは我々もなかなか難しく、一応、e-Statはもう加工された統計表を提供しているものの数字はそれなりに追ってはいますが、正に今、DVDで貸与しているのは年に250件といっても、事前に諦めてしまった人もいらっしゃるのだらうなと思うと、あるいはなかなか使いにくいからということもあるかと思うと、その数字に対して何らかの意味合いを持たせるのは厳しいかなとも思っております、KPIまでなかなか到達できずに、正に今、個別のお話を聞いて回っているというのが実情です。

ただ、正直、これまでこういうことができるようになりました、制度上こういうことを可能にしましたというところまでのアウトプットのフォローアップしかしてこなかったという、政府の評価のまずいようなことを我々もやっておりまして、それをもう少しアウトカムに切り替えていこうというところで、次の5年間の基本計画などにも定めてやっていこうとしているところでございます。

あと、専門家の派遣みたいな話もございました。今、実は各省の統計部門というのは、例えば、統計をやりたくて国土交通省に入るという方というのは珍しいので、その意味では、我々のほうにいる人材ストックを各省に派遣するということは始めておりますが、今、手がけておりますのは統計の不適切取扱いみたいなことがあって、その関係の品質管理のほうでまず各省に派遣するというところから始めておりまして、我々も統計調査をやるための人材をベースに採用してきているというところもございますので、どこまでできるかというのはありますが、そういったものも含めてリソースというものは考えていく必要があると思います。

先ほど当方から説明があったリソースというのは、正に人、金、あるいはそれだけではなくて、もっとほかに何か必要な専門性みたいなものも含めて、提供に必要なものをそろ

えていきたいということを考えておるところでございます。

あと、マイナンバーの利用ですが、メインはデジタル庁さんのほうの御判断かと思いますが、我々としても、統計調査の各プロセスにおいて、あるいはユーザーの方が使う各段階において、マイナンバーの管理というのがどうなるのかということにはよく考えなければいけないと思っています。

例えば、国勢調査でマイナンバーを書いてもらおうと、調査員の方がそれを回収して回る時の封筒の中にマイナンバーが書かれているものがいっぱい入っているという状態になります。それで、それを集計する。国勢調査はそうではないですけども、ほかの統計調査ですと、民間に委託したりもしますので、そういうときの管理もまた重要になってまいりますし、あるいはマイナンバーを研究者の方々がキーとしてつないでいくということをもしてお考えなのであれば、今度はそれを研究者の方々に提供するということはどういうことなのか。そのようなそれぞれのところでの御判断は、多分、デジタル庁さんのほうでされるのではないかと考えています。

その意味では、そういった検討をされるのであれば、統計もこのようなプロセスがありますよということが、我々も今、貸し出すようにしていますので、そういったものについて、御説明の協力はさせていただきたいと思います。

なお、フルオープンになっています法人番号については、今、全ての統計調査で調査のときに書いていただくということにしております。

私からの説明は以上です。漏れがあったら言ってください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間も限られてきているので、もしデジタル庁さんからもコメントがあれば、お願いしますか。

○木村参事官 デジタル庁です。

現状で個人番号を使っていくというのは、おっしゃるとおり、かなり難しいのかなとは思っておりますが、前提として、やはりセキュリティーがしっかりしているということと、それによって、統計調査でマイナンバーを使うということが、瀧先生もおっしゃっていましたけれども、メリットがあると実感いただくということがまず前提としてあるのかなと思っております。

抽象的ですけども、以上で回答とさせていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のところ、6名から手が挙がっております。ちょっと時間が迫ってきていますので、大体この6名でまず打ち切りとさせていただきます。すみませんが、時間が限られているということで、手短にお願いできればと思います。

では、南委員からよろしく申し上げます。

○南教授 承知しました。統計数理研究所の南と申します。

私は2016年から統計センターのほうで非常勤研究をやっておりまして、そこでオンサイ

ト利用の持ち出し審査の基準の策定等をお手伝いしたので、大分、中の様子も分かっております。それを踏まえて意見を述べさせていただきたいのですが、こちらのスライドは見えていますでしょうか。

○佐藤座長 大丈夫です。

○南教授 本日の意見のかなり多くが最小限の利用ということだったと思うのですが、恐らくそもそもの背景としては、情報セキュリティの大原則である「最小権限の原則 (Principle of least privilege)」がありまして、何か起きたときにそのリスクを最小限にするということが背景かと思えます。そういう意味では、原著の変数単位の利用妥当性の確認というのは、やり過ぎの感があるかなと思えます。

今回、ここで私がお聞きしたかったのは、まず、磁気媒体の提供において、どういう審査基準であるのかというのが明確になっていない。担当者によって大分ばらばらであるというお話もあったのですが、利用最小限という話と、もしかして出力するデータの安全性も確認されているのかなというところもありまして、もしこちらのほうを確認することであれば、事前チェックでまだ作成していない分析結果の安全性を審査するというのはほぼ不可能なのではないか。

これをもし本当にやろうと思うと、審査担当者が事前分析をして大丈夫か確認することなので、莫大な時間がかかってしまう。だから、もしこの安全性ということも審査基準に入っているのであれば、現状の事前チェックから公表前の事後チェックに切り替えていく必要があるかと思えます。

利用妥当性の簡素化の点なのですけれども、リスクの最小化という点からすると、全部の変数を見る必要はないと考えます。調査票の中に識別に使われる外観識別性の高い変数ですとか、あとは、漏れたときに困る機密性の高い変数というのはかなり限定されておりますので、そういったものの利用のみを確認する。残りの変数の利用は基本的に認めるという方針が現実的にあり得るのではないかと思えます。

最小限の原則を全部取っ払うというのは非常に危険でして、最近『フェイスブックの失墜』という本が話題になっていますが、基本的にフェイスブックというのは、エンジニアの中のデータは全部参照可能だったそうですが、いろいろと権限の濫用が起きているということで、非常に評判が落ちているということになります。

申請手続の期間短縮でもう一つ考えるべき点として、一応、私は中の様子を見ているので分かるのですが、審査作業のための人員が圧倒的に不足しています。かつ、人を集めればいいという話ではなくて、技術的な専門性を持った方がいませんし、人事ローテーションでどんどん代わっていきますので、継続的に専門性を高めるような育成ができていないような気がしております。こういった面も踏まえて、抜本的にキャリアパスの整備ということも考える必要があるのではないかなと考えております。

あと、長期的にはリモートアクセス方式に移るのは大賛成なのですが、現状のオンラインサイト利用をそのままリモートアクセスに移行するというのは、私は非常に不十分とい

うか、反対する方向であります。

リモートアクセスに向けて移るのであれば、各調査票情報に共通のメタデータを整備して、現状はファイルベースでオンサイトのファイルを切り出して提供して、それを使ってもらうという、恐らく現在のデータベース技術からすると、50年ぐらい遅れたような運用になっていますので、ファイルベースの利用から統一的なデータベースに移行する必要がありますと考えます。

その場合、データベース理論に基づくスキーマの正規化で冗長性を取り除く。それから、アクセス権限で利用制限をする。ファイルを切り出すというのは非常に手間がかかりますし、何か不備が起きたときのリカバリーが非常に大変ですので、そういったものを技術的に解決しておくということが必要だと思います。行く行くはマイナンバーによる自由なテーブルのリンケージ、現状は法律的に難しいのかもしれないですけども、こういったところはマイナンバーを取り入れる非常なメリットかと思えます。

イメージとしましては、現状は基本的に調査情報のフォーマットに引っ張られ過ぎていて、これを変換されたスキーマに変える必要があります。イメージとしましては、いろいろな冗長性を取り除くとか、IDに基づく分割化にして、基本的に冗長な情報は取り除くような設計にして、できるだけ使いやすい効率的な運用が望まれるかと思えます。

以上となります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

具体的な御提案もありましたけれども、総務省さんのほうはいかがですか。特に気になるのは人材育成の話もあるかと思えますけれども、もしここで答えられることがあれば、お願いします。

○阪本統括官 いずれもおっしゃるとおりですし、正に審査基準が明確ではないというのが、先生方とのやり取りがまた長くなる理由でもあるかと思えますので、そういうものはできるだけ明らかにするというのが建設的なやり取りにつながるかと思っていますので、そういったことも標準化の中で考えていくことにしておるところであります。

いずれにしても、最小限の話、あるいは人員不足の話、また、オンサイトからリモートに行く話も、いずれもそのままでは不十分という認識はしております。リソースの部分の話もあるので、なかなか難しいところではありますが、だからといって先送りせず、できるところからやっつけていかなければいけないとは思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。南先生もありがとうございます。

では、お手が挙がっている順番で、菅原委員、よろしく申し上げます。

○菅原委員 ありがとうございます。

ここに参加している方々のほとんどが、公的統計データの利活用について、抜本的に見直しましょうという共通認識を持っているかと思えますし、あらゆる課題がこれまでの議論でも出てきています。

統計データの利活用の制度を見直す際には、公的統計データは国民の税負担により作成

されており、その経緯を踏まえると、公共利用が大前提、公共財ということ。つまり、こうしたデータを国民の誰もがいつでもどこからでも利用できる環境を作るという基本的な考え方をきちんと踏まえることが1つ。

もう一つ、国民経済の発展に資するのみならず、グローバルな研究や政策の競争をしている時代であることを認識し、アクセシビリティの向上に加え、最新のデータが次の政策に速やかに活用できるようなインフラをつくるという考えに基づいて、見直していくべきだと思います。

審査の体制などについても御検討いただけるということでしたが、審査体制の簡素化・一元化は重要で、政府の体制づくりにおいて、人材と予算の強化を進める。人材に関しては、二次利用の審査は必ずしも行政の方々だけではできないものではないとすると、専門家の知識の利用、専門の人材をいかに活用するかという視点を持つべきだと思います。

予算はなかなか難しいとは思いますが、政府もEBPMを推進しようという方針を打ち出している中で、しっかり対応をする。ここで予算を出し惜しみしたら、統計データの利活用に関しては、5年、10年、何十年と国際的にみて遅れが出ると思いますので、踏ん張りどころではないか。

それから、先ほどマイナンバーの活用の話も出ていましたが、国民の漠然とした不安がありハードルが高く、政府への信頼の問題もありますが、技術的な要素、システム的な要素で見れば、北欧等と同様の対応ができないわけがないので、検討を続けること。

また、国民の懸念を払拭するためにも、国民にとっても、統計データを使える、使いやすいのだという利便性を強調した広報をしっかりとやっていくことで国民の理解を得ることが必要だと思います。

最後に、リモート方式にできるだけ早く持っていくべきだと思います。総務省さんから実証実験の説明がありましたが、実証実験や審査体制の在り方の見直しを、どういうスケジュールでどのように進めるかという計画を速やかに立てていただき、報告いただくようお願いしたいと思います。

ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

先ほどの御説明の中で「審査の標準化」というのがありましたけれども、むしろ「審査の一元化」であるとか、外部の目を入れる、ピアレビューみたいな形で専門家の目を入れるとか、そういう話もありました。

全体として、あと、リモートデータの話もありましたけれども、今後、工程表も含めてどういう形でこの問題に取り組んでいくかということについて、総務省さんのほうで何かコメントがあれば、お願いします。

○阪本統括官 ありがとうございます。

正にそれぞれ検討していかなければいけないと思っていますし、我々もいたずらに遅らせるつもりは全くないので、できるところからやっていくということを考えています。予

算が確保できなければ、予算を使わない、先ほど言った解釈の統一化とか、そういったところから始めていくのかもしれませんが、リソースの確保がどれだけできるのかというのは、また全体的な話として検討していきたいと思っておる次第です。

いずれにしても、そういった方向性については、多分、どこかの段階で規制のほうで何らかの答申を頂くことになるでしょうから、そういったものも踏まえて、我々のほうでしっかりと整理したいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

もう既に皆様がいろいろおっしゃっていただいているので、かなり重複しそうではありますが、それでも4つほど申し上げたいと思っております。

1つは、統計法の目的に立ち返ったときに、第1条の中で「公的統計が国民にとって合理的な意思決定を行うための基盤となる重要な情報であることを鑑み」ということで、最終的には「もって国民経済の健全な発展及び国民生活の向上に寄与することを目的とする」と書いておられて、当然ながら、統計法の中にも提供情報の保護に関するところもあって、そこが満たされることは当然ではあるのですが、やはり最終的に有用な形で利用されるものでなければ、目的は果たされないのだろうと思います。

そのときに、今のデジタルの環境の中では、ユーザビリティをしっかりと整えるというのがほかの委員の先生方からも繰り返し指摘されていると思いますが、その点が非常に重要であって、これは1つの部分だけではなくて、全体として整備するということが大事です。つまり、データ側の点でいえば、既に南先生などからも御指摘があったようなメタデータの点とか、機械可読性があるような形で提供するということでもあるかと思えますし、一方で、リモートアクセスのような形も実施できるような形にしていくということで、利用の可能性を高めつつ、審査機関や審査基準を統一化していくことによって、利用に関する予見可能性を高めることがあります。例えば、こういう全体を総合的に、計画的に整備していただくことが必要なのだろうと思っております。まず、これが1点目です。

2点目ですが、全体の体制の整備です。これは先ほど菅原委員からも御指摘があったと思いますが、部分的に継ぎはぎで行っていくようなことではなくて、政府全体としてデジタル化を進めていく、EBPMを行っていくという中では、やはり一元的な体制をしっかりと整えていくことが重要だと思っております。

ですので、審査体制などの一元化であったり、その中に専門家を入れていくことがあり、これは医療情報側の議論でいうと、私、厚労省のほうで仮名加工情報の検討会などに入っておりましたが、あちらのほうでも、そういう審査会というのは専門家を集めて区々に行わないような形がいいのではないかという内容が中間取りまとめに入っております。ちょうどいい専門家がたくさん確保できないということもあるかもしれませんので、そういった意味では、どういう形で合理的に有用な審査をできる方を集めていくのかもあろうかと

思います。

また、統計の整備自体に当たっても、やはり省庁ごとに縦割りになっていたり、自治体が含まれていない形になりますと、どうしても手落ちになってしまうこともあろうかと思えます。

例えば、今日、所得に関する情報と医療に関する情報の連携などのお話もあったと思います。そういったことを考えていくと、当然ながら、例えば、どこか1つの省庁だけということではなく、複数の統計を組み合わせることによって初めて実施できるようになっていくということだと思います。例えば、コロナ対策の場面でも、別に国、厚労省が全部のデータを持たれていたわけでもなく、結局は自治体側でかなりのデータを持っていて、それをどう集めるかという話になって、それがなければ全体として情報を使って政策形成というのができません。つまり、それはコロナ政策を厳しく締めるか、締めないかということが端的だと思いますけれども、そういうことができないということになりますので、そういった全体像をもって体制整備をしていただくことが必要と思っております。

ここの2つの点に加えて、データを連結しての解析というところがございます。マイナンバーに関する議論もありましたが、マイナンバー法の改正も進めて、ユースケースを増やしながらというところもあります。マイナンバー法の中で、どういうタイミングでそういう可能性があるのかはまたあるのだろうと思います。

一方で、複数のデータを連結して解析できるようにすることは、例えば、次世代医療基盤法の中でも、単純な匿名加工情報ではなくて、連結可能な形にするということがなければ、次世代法が使われないのではないかということで、そういう見直しもされているところでもありますし、必要性は明らかなのだと思っております。

この際に、マイナンバーまで行くと、一意性が明らかに担保されるとは思いますが、いずれにしても、少なくとも後で振り返って連結解析できるようにするための工夫はどうするのかをしっかりと考えていただくことは大事だと思います。そのときに、我が国においては、デジタル庁さんからも御説明いただいたと思いますが、マイナンバーを使っている場合であっても、一元管理ではなくて、あくまで識別できる情報を埋め込んだ分散管理を行っているということを前提に、そういう番号を振るから、一元管理をしているとか、危険になるという、あまり短絡的にならないような議論の形で整理していただければと思います。

最後に、1点だけ御質問になりますが、マスキングの点について、総務省様と個人情報様のほうにお伺いしたいなと思います。医療法人が3以下の場合のマスキングとか、患者情報が0の場合のマスキングについて、これは本当に統計として隠しておかないと、医療機関の情報もありますので、個人情報だけではないということかもしれませんが、広い意味での情報の保護として不十分なのかどうかです。ここまでしないといけないのかというところでもあります。

個人情報様のほうには、個人情報保護法の場合に、0人のところで個人情報に該当すると

して、その部分も処理しないと、個人情報保護法としては許容できないのかどうかを、念のため、お伺いしておければと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

最後のほうの御質問は、たしかもう一つ、マスキングの話が今日出ていたと思います。この点について、まず総務省、次に、個人情報保護委員会のほうから、それぞれ簡潔に回答をお願いしますか。

○阪本統括官 マスキングの話自体は、先ほどのような統計調査の話ではないので、直ちには申し上げられないのですが、ただ、一応、統計表を作成するときに、1つのセルに1となってしまうというのはさすがにどうかというのがあって、そこは少し幅の広いレンジでコーディングするとか、そういった形でやってきているというのがこれまでの実情です。基本的には個々のケースごとに見てはおりますが、ただ、1件というのはちょっとどうかというのは一つのチェックポイントとしてはあります。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、個人情報保護委員会様、いかがでしょうか。

○吉屋参事官 個人情報保護委員会です。

今の御質問なのですけれども、今日の話はそもそも統計法の話で、統計法は個人情報保護の適用除外になっているので、今はお答えのしようがないので、今回はコメントはしないということにさせていただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。了解いたしました。

○阪本統括官 ただ、私どもも統計調査についてのものなので、厚労省の話についてはコメントはできません。縦割りで申し訳ないですが、所管している法律の問題がありますので、申し訳ありません。

○落合専門委員 ありがとうございます。

総務省のほうで、統計法の観点では1だと特定されるのでということ。確かに1は特定されることがあると思いますので、それは分かりますが、例えば、2とか3の場合は必ずしもそうでないということなのだと思います。0についても、そのようにおっしゃられたということだと思います。ただ、あまりケース・バイ・ケースというのが多過ぎると、結局、見えない場面が多過ぎるのではないかというお話があったと思います。その点はできる限り情報を利用できるような形で整理して、できるだけ明確な基準にさせていただけるというのではないかと思います。

一方で、個人情報保護委員会様のほうには、統計法のほうと混ざってしまって、私の質問も悪かったと思いますが、厚労省部分についても、個人情報保護法の論点ではないかと総務省様から発言がありました。そちらの観点で、0人の場合にマスキングの必要性ということについて、もし可能であればお答えいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○吉屋参事官 厚労省の話は統計の話ということで、今日初めて伺ったのですけれども、この話は個人情報の話とは別枠の話、多分、厚労省側の御判断ということになるかと思えますので、私たちは今この瞬間にはお答えできないと。個人情報保護法が直接適用される形にはならないと思えますので、今、簡単にはコメントができません。すみません。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

多分、今のお答えで十分だと思います。それが聞ければ、今後、厚労省様と協議させていただくことでいいのかなと思います。どうもありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは個人情報保護の問題ではないということであれば、あとは厚労省との議論だというのはそのとおりだと思います。

お待たせして申し訳ありません。残りの3人の方、できれば1分程度でお願いできれば、すごく助かります。

では、田中委員、よろしくお願ひします。

○田中専門委員 ありがとうございます。

私からは、ローカルルールの解消の観点から2点お願いしたいと思います。

まず、ローカルルールを解消するには、曖昧な文言をできるだけやめて一義的な文言にする作業が必要不可欠ですので、やはりガイドライン自体を改訂していただいて、解釈の統一によるのではなく、ガイドラインの文言そのものを変えていただきたいと思ひます。

どうしてもガイドライン自体の改訂が難しいのであれば、解釈をしっかりと統一していただくことに加えて、それを公表していただいて、ガイドラインの解釈が誰の目にも明らかになるよう、ウェブサイト等に公開するなどしていただきたいというのが1点目です。

次に、効率的に審査したり、提供したりするには、データの収集・入力の段階でフォーマットを統一することが必要だと思います。そういった観点から、全ての統計情報について、全省庁で共通化できるところはフォーマットを統一していただくことについて、御検討いただけますでしょうか。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、武井委員、よろしくお願ひします。

○武井委員 すみません。手短かに。

中央大学の伊藤先生から一言コメントを頂けたらと思ひのですが、今日の一連のお話を踏まえて、正にヨーロッパとの比較の話があつて、ヨーロッパというのはGDPRでとても厳しい個人の情報の規律があり、他方で、有効にこういう統計情報が研究調査に使えている。そういう中で、今回、最小限要件を見直すとか、リモートアクセスを可能にするとか、そういう議論をするとなつたら、当然、出す段階での事前規律は変容させて、新しい信頼の輪というか、利用する段階での事後規律が新たに入ってくるのだと思ひのですけれども、

先ほどの先生のお話で、欧州では認証された者しか使えないとか、パネル的な審査体制の一元化とか、あと、データ自体のセキュリティーの話とか、いろいろございましたが、そういった点を踏まえて、あと、先生のレジュメの22ページで、EUのGDPRにおいては何の問題もないと書かれていますけれども、繰り返しになるかもしれませんが、今後、日本で制度設計するに当たって、結局、欧州の厳しい規律との比較でポイントになりそうな点というのを、改めて先生から簡単にコメントいただけましたら、ありがたいのですが。

以上です。

○佐藤座長 では、伊藤先生、お願いいたします。

○伊藤教授 コメントいただき、ありがとうございます。

ヨーロッパもアメリカもそうなのですが、それぞれの国の制度の違いはあるわけなのですけれども、個票データの利活用を促進するような方向でデータの提供が進められていることが見られます。

ただし、ヨーロッパはヨーロッパで、アメリカはアメリカで、どのようにしてセキュリティーを確保しながら、一方で、個票データの利活用を進めていくのか、そのための法整備が検討されてきたということがございます。

そこで重要になっているのは、先ほど私もお話しさせていただいたのですが、特にヨーロッパでは、データを提供する側と利用する側の信頼関係を非常に重視していることを強調させていただきたいということでございまして、そのための法制度をどのように整備していくのかにつきましては、先ほどから審査体制をどうするかとか、いろいろ議論が出てきているわけなのですが、今後、それをどういう形で具体化していくのかということも議論する必要があるのかなと思っております。

私からは以上でございます。

○武井委員 ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、最後に、大橋先生、よろしく申し上げます。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

3点ですが、まず、今日、総務省さんからしっかりお答えいただいて大変よかったと思います。結局のところ、事前チェックにおいてあらゆる悪用の可能性を排除することは不可能であるということを考えてみると、アウトプットとしての成果公表に、より審査のリソースの重点を置くべきではないか。また、リモートアクセスによってプロセスのチェックもできますから、そうした中で、やはり審査のリソースをそちらのほうに割くべきではないかということだったのかなと思っております。

同様のことは恐らくマスキングにも当てはまる話で、これはマスキングによって事前チェックをするというよりは、公表のほうへリソースをより費やしていただく。つまり、事前マスキングは不要ではないかということだと思えます。

3点目は、今回、マイナンバーは中央集権的にはなかなか使いにくいというお話だった

と思いますが、他方で、総務省さんがおっしゃっていただいたように、研究上、識別の重要性というのは非常にあるので、何らかの形でマイナンバーとのコネクターとか、そういうものはしっかり整備していただいて、利用可能な形にしていただけると、ありがたいと思っています。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

あと、退室されましたが、住田委員からもコメントがありまして、1つは、国民にもEBPMの重要性を分かってもらうようにする努力が必要だろうということで、やはり何度かほかの点も出ていますが、工程表といいますか、ある程度のスケジュール感とスピード感を持ってやっていく必要があるのだろうということだと思います。

あと、審査については、やはり効率化の視点が必要なということで、慎重にやるのはいいのですけれども、慎重にやり過ぎて、あれも駄目、これも駄目では話にならないので、標準化を含めて、簡素化・効率化という視点があっていいのではないかと。その種のコメントだったかと思います。

ありがとうございました。

大体これで議題1はおしまいなのですが、最後に、せっかくの機会なので、報告いただいた重岡先生と津田塾の伊藤先生からもし御感想、追加のコメントがあれば、いかがでしょうか。

では、重岡先生からお願いできますか。

○重岡教授 今日はどうもありがとうございました。

かなり早口でばつと言ってしまったのですが、その後の議論を聞いている限りは、大体伝えたいことが伝わったのかなと思っています。

一応、私は研究者側の人間なので、研究者側を代表する形でいろいろ言っている形になりますけれども、あくまでこのデータというのは、別に研究者だけのものではなくて、政府がEBPMを進めると言っているのですから、そのために必要だという観点で進めてもらえるのがいいのかなと。

残念ながら、日本の実証研究というのは世界的に見ても何百周と遅れていて、それは鶏と卵の問題もあって、データの質が低いし、データが出てこないから研究者が育たなかったという点と、研究者の質が高くないのでいいデータが出てこないという両方の問題がある。なので、EBPMを進めるにおいて、研究者のそういうデータ分析が世の中に役立っているということを国民に理解してもらうということで、研究者側にもある程度の責任、覚悟というのが求められていると思います。

ただ、残念ながら、ある程度分析しても、その結果が実際に政策に反映されたという具体的な例が本当にどれだけあるのかということで、実際に成功例を積み重ねていって、実際にアウトリーチして、説明していくということをもう少し積極的にやって、このデータを使う研究者が研究に使って、それが実際に政策に役立っているという実感を国民に持つ

てもらおうという、その成功例を少しずつ積み上げていくということが必要なのかなと。

残念ながら、こうやって黄色に塗って、青に塗ってみたいなど原始的なことをやっている国は世界中に日本しかないのです、それは本当に恥ずべきことだと考えていただいて、確実にデータはいい方向へ進んでいるのは事実なのですけれども、日本が一步進んだときに世界はもう3周か5周しているので、それぐらいのスピードの差があるということを経験した上で進めていかざるを得ない。

最後に、結局、お金と人が足りないということはこの国のほぼ全てなので、そこに関して、実際に予算を取ってくるということにこの議論を有効に使っていただいて、ポジティブな方向に、前向きに話が進んでいけばいいのかなと思いました。

ありがとうございます。失礼します。

○佐藤座長 ありがとうございます。

正に金と人が足りないというのは、本来はワイズスペンディングの視点が必要なのだということだと思います。

津田塾の伊藤由希子先生はいらっしゃいますか。

お時間もあれなので、では、議題1はここまでとさせていただきます。

ベクトルの方向は大体合っていると思うべきなのか、正に中室先生から御指摘があった同床異夢というべきなのか。恐らく総務省さんも総務省さんでこの問題意識は持たれているし、取組もなされているのだと思います。

ただ、こちらが求めるのは、パッチワークではなく、もっと抜本的な、例えば、事前規制から事後規制への転換であるとか、審査の標準化も大事ですが、一元化もあっていいのではないとか、外部審査の視点が必要なのではないとか、あとは、もちろんリモートアクセスもそうですけれども、データの利活用がより進むような抜本的な体制の見直しが必要ではないか。かつ、それをスピード感を持って進める必要があるのだろうということがあるのかなと思います。

最後に1つだけ、事務局のほうから資料1-6でいろいろと問題点の指摘があったのですが、総務省さんのほうで、全体的にこの方向感で行けるということか、いや、ここは無理というのがあれば、簡単で結構ですし、難しければ後日でも構いませんけれども、御回答いただいて、議題1を終了したいと思います。

○阪本統括官 大きな方向性として別にずれているわけではないので、細部についての調整ということかと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、時間が20分過ぎていますが、すみません、うちのワーキング・グループはいつもこんな感じなのです。

十分な議論ができなかった委員、専門委員の方々につきましては、事務局のほうに明日までに御連絡をお願いいたします。

あと、マスキングの話が出ておりましたけれども、この点については、厚労省さんの問

題だということになりそうなので、事務局におかれましては、厚労省の見解を求めるようお願いいたします。

では、議題1はここまでとさせていただきます。医療・介護・感染症対策ワーキング・グループと共通課題対策ワーキング・グループの共同開催はここまでとさせていただきます。

参加いただいた方々、ありがとうございました。すみませんが、医療・介護・感染症対策ワーキング・グループの委員、専門委員の方々はそのまま残っててください。

では、議題2に移りたいと思います。議題1の方々、ありがとうございました。御退室いただいて大丈夫です。

(議題1関係者退室)

○佐藤座長 では、時間が押しているところですが、議題2に早速入りたいと思います。議題2は「科学的介護の推進とアウトカム評価の拡充について」ということになります。

まず、出席者を御紹介いたします。

社会福祉法人善光会から宮本隆史理事、コニカミノルタ株式会社から三浦雅範事業部長、岡田真和担当部長、日本ケアテック協会から竹下康平専務理事、厚労省から斎須朋之大臣官房審議官ほか、老健局の皆様方に御参加いただいております。

では、善光会様より御説明を10分以内でよろしくお願いいたします。

○宮本理事 では、画面を投映させていただきます。

最初に、私、善光会の宮本でございます。本日はよろしくお願いいたします。

限られた時間で早口になってしまうかと思いますが、「アウトカムをベースとした科学的介護の推進」について、御説明をさせていただきたいと思っています。

まず、当方の御紹介でございますが、善光会と申しまして、東京大田区に本部所在地がございます。特養、老健、障害の施設、認知症対応型のグループホームなどを運営しております。

最初のほうは当会の御紹介を入れさせていただいておりますので、飛ばさせていただきますながらという形でございますが、ことテクノロジーの活用等については、平成25年に介護ロボット研究室を設立いたしまして、続いて、介護ロボット・人工知能研究室という形で拡張してきております。平成29年10月に、いわゆるシンクタンク機能を持った研究機関ということで、サンタフェ総合研究所というのを法人内に設立しています。また、令和2年からは、厚生労働省様の事業でプラットフォーム事業というものがございますが、そちらのリビングラボといった形でも活動しております。

こちらは飛ばさせていただきます。

様々なデータ活用でありますとか、エビデンスを持った介護という形で、2009年からいろいろな介護データなどを取りながら事業を進めてきております。そういったものの知見を生かしつつ「SCOP」という介護の情報のプラットフォームを構築しております。こちらはAMED様から御支援をいただいて開発してきたものでございますけれども、介護記録の

ソフト並びに各種センシング機器を統合したアプリケーションを、クラウドベースのデータベースの中で管理をしていきながら、データの蓄積並びに利活用を進めてきています。

スマート介護士という人材育成の仕組みも持ちながら、人と物、この辺りをうまく融合させていきながらオペレーションしてきているといったところでございます。

リビングラボの事業はこちらです。

あと、自治体さん向けにも様々な御支援をさせていただいています。

ここからが本題でございます。今回「介護制度が目指すべき方向性と現状の課題」といったことで御説明をさせていただきます。

こちらは釈迦に説法で大変恐縮でございますが、介護に関わる費用ということで、将来推計並びに人材ギャップのところを提示させていただいております。財源としては、介護にかかる給付費が伸びているといった点と、介護人材が不足するといった環境下にあります。ですので、どのようにして持続可能なサービス体制を維持するのか、又はサービスの質を上げていくのかといったところが非常に重要な論点だろうと思っています。

そういった中で、現状、どのような形で議論が進んでいるかといったところでございますが、やはり社会保障費が増加して行って、人材も不足していく中で、生産性向上とか、科学的介護といったワードが飛び交っておりますけれども、正にICTやIoT並びにテクノロジーをきちんと活用して、介護サービスをつくり上げていくといったところは議論が進んでいるところかなと思います。

そういった環境下の中でいろいろなテクノロジー等を活用していくことや、現場で蓄積されたナレッジ、ノウハウなども活用していきながら、アウトカムに基づいた介護報酬制度をつくり上げていく必要性があるのではないかと考えています。

そういった中で、現状の「目指すべき介護報酬のビジョンと姿」ですが、現在、介護報酬そのものはストラクチャーとかプロセスをメインとしています。一部アウトカムに準ずるような物の考え方は導入されてきているのですが、まだまだ限定的だろうと思っています。

そういった中で、どのような方向性を目指していくのかといったところですが、単純なプロセスだけではなくて、正のアウトカムが導かれるプロセスを特定して評価していく。上記に加えて、アウトカム自体の評価も拡充していく必要性があるかなと思っています。

単純な手間を評価するだけではなくて、どういったサービスが御利用者様のケアの質の向上に寄与したのかといったところをきちんとデータとして蓄積していきながら、評価・分析していくといった世界観をつくり上げていくことが必要かなと思っています。

現行、御承知のとおりだと思いますが、「LIFE」といったものが令和3年度の介護報酬改定の中で始まっていますが、少し課題もあろうかと思っております。

まず、下のところに書かせていただいたとおり、CHECKの部分では、利用者の状態変化がどういった介護支援、ケアの成果によるものなのかというのが分からないといったところと、そこから続いて、LIFEにおける介護サービスを実施した記録というもの自体はそもそ

もわずかなので、こういった介護をどの程度改善したらいいのか分からない。このような形のPDCAにおける課題があるかと認識しています。そういった中で、データベースの項目並びに分析のやり方の双方を改善していく必要があると考えています。

こちらについては、厚生労働省さんの介護給付費分科会の資料より抜粋したものでございますが、1つずつ読み上げると時間がありませんが、LIFEへのデータ入力や登録の課題とか、フィードバックにおける課題が各現場からも上がってきていると思っています。あわせて、データ項目についても、もちろん始まったばかりですので、これからという前提ではありますが、様々な課題があり、修正が必要かなと考えています。

そういった中で、現場の実態に即した入力のインターフェースを整えるということも必要ですし、あと、手間がかかることによって、導入率であるとか、あとは、正しく使われていないといったところもあります。ある程度自動化していくといったところも念頭に置く必要があるのかなと考えています。

これまでのアウトカムの議論としては、これはもう先生方も御承知のとおりだと思いますが、要介護度だけをアウトカム指標にするのは、現場の実態を把握できておりませんし、クリームスキミングが発生するおそれもあるかなと。

解決の方向性として3点挙げさせていただいておりますが、科学的にも、現場的にも適切な指標を特定していくということと、個々の利用者・事業者の交絡因子調整によるアウトカムの相対化、③について、評価対象のグループ分けなどによって、客観的かつ公平な評価基準をつくっていくということが必要であろうと思っています。

そういったことをしていくことによって、介護データの分析、PDCAを回すことで交絡因子、ケア（介入）因子、アウトカム変数を探索して、介護サービス、職員たちがしている支援とアウトカムの関係をきちんと明らかにしていくことが必要だと思っておりますし、有意なデータをきちんと特定して項目化していくということもそうですし、きちんとエビデンスに基づく介護サービス、アウトカム報酬にしていくことが重要かなと思っております。

現状の弊社の取組について、簡単に御紹介をさせていただきます。

先ほどPDCAの中で課題として挙げられたところ、この2点について、研究というと大げさかもしれませんが、自分たちができる取組について御紹介をさせていただきます。

現状のデータの種類と性質については、LIFEについてはこういった項目で、交絡因子があって、ケア因子という形で介護記録ソフト「SCOP」と書かせていただきましたが、弊社のSCOPではこういった情報が取れる形になっています。こういった情報を分析していくことでこういったことが言えるのかというところを、少しずつ出しているといった形です。

こちらについては、あくまでイメージでございますが、介護アウトカムの変数を2値の変数に変換した上で、アルゴリズムと補正式の組合せで施設間の比較が可能な介護アウトカムを試算と書かせていただきましたが、現状の状態としてはこちらですけれども、1に

なったら悪い、0だと維持・向上という形で評価をしていったときに、最初の観測の状態だと両方も25%ずつで一緒だったという結果ですが、介護アウトカムをきちんと評価していけるような形で交絡因子を調整することによって、Aさんは、本来、1になるはずだったものが0になったということで、これは職員が介入したことによってその人が維持したということを考えていくと、A施設のほうがいわゆるいいアウトカムに通ずるようなケアをしていたといった評価ができるようになるのではないかと考えています。

現在ではやはりアベレージを単純に比較するだけですので、その人の特性なのか、介護によるものなのかということが分かりづらい、分からないといった課題がまずそもそもあると理解しています。

そういった中で、弊社の仕組みでは、表情をとっていたり、水分摂取量とか、社会参加の促進とか、そういった項目も取っています。また、これからコニカミノルタ様にも御説明いただくと思うのですが、今後は「LIFE+センシング機器」で自動的に、かつ、正確なデータがより幅広く取れるようになってくるのではないかなと考えています。

こちらでも例示的にお示しさせていただきますが、先ほどと同じロジックで評価していったときに、A、B、Cという3施設は、観測割合の時点ではB施設が一番下がってしまっているという評価ですけれども、補正観測をしていくと、B施設よりA施設のほうが実は悪い。では、それらの差はどこなのだとということで分析していったときに、あくまで例示的にという意味ですが、A施設の水分摂取量がほかの施設に比べて少なかったとか、こういった結果を出すことによって、では、A施設は具体的にどういった改善をしていったらいいのかというところまで導き出していくことができるのではないかなと考えています。

こちらについては、弊社で研究してきたものの事例的なものなのですが、社会参加をすることが睡眠時間の長さとは有意な関係性にあるといった形です。ここで言っている社会参加とは、リハビリ、各種イベント、家事手伝い、趣味の4つを入れたものです。

あくまでも前提的にお伝えさせていただきたいところとしては、こういうデータを取りましようというデータセット自体がそもそもばらばらです。なので、そのデータをまず見てみて、こういったデータを取っていかうということで、取っての短期間での研究というか、成果ですので、まだまだいろいろ突っ込みどころはあるかなと思いますが、社会参加をしたらよく睡眠がとれるし、また、ある種、当たり前のように聞こえる部分もありますが、まず、施設に入っている高齢者の方たちに社会参加を職員が促して、そういったマインドにさせて、社会参加で体を動かしていただいたりしながら睡眠との関係を見ていくという点に関しては、恐らくそうであろうといったところがある程度検証として取れてきたのかなと考えています。

そういった中で、今後は先ほどの検証結果を踏まえて、以下の観点を考慮したエビデンスの更なる深掘りが必要だと理解しています。というのも、先ほども申し上げたとおり、職員の介入によって実現されたものなのか、そもそも利用者自身によって実現されたもの

なのかといったところで区別して、記録・分析していく必要があると思っています。
また、継続してやっていくことが必要だと思いますので、時間軸の変化等も十二分に考慮していく必要があると考えております。

提言についてなのですが、令和9年までにやるべきことということで、1つずつ読み上げさせていただきます。

個別事業所における介護データ分析でアウトカムに資する有効なインプットを特定するとともに、そのインプットを活用したPDCAサイクルを公的に検証していきたいと考えています。

検証された結果をもって、モデル的な取組を国主導で横展開を図る仕組みの構築、LIFEの運用等がそうです。全部でやろうとしてもなかなか難しいですので、やはり先行的に取り込めるような事業者をきちんと募って、効果検証していくことによって、エビデンスを出していくということを早期にやっていく必要があるかと思っています。

その前提として、アウトカムの評価の研究でありますとか、当該評価法に即して、アウトカムを適切に評価可能な仕組みによるアウトカムベースの報酬のフレームの構想を少し中長期的にと。

そういった意味でも、令和6年までという点では、やはり基盤となるLIFEの入力項目等の改善をしていくことが重要かなと思っています。

次のページで最後でございますが、先ほど申し上げたとおり、PDCAをきちんと回していく上で、課題となっていくような点が幾つかあるかと思っています。弊社は現場と研究部門の双方がありますので、現場で実際に課題となるところをすぐ研究領域で見て、仮説検証してということスピーディーに、かつアジャイルに展開していくことができると考えておりますので、今後のエビデンス構築といったところでもこれまで以上に貢献できる場所があれば、貢献していきたいと考えてございます。

私からの御説明は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、善光会様の御提案のデータ根拠にも寄与する高度なセンサーを用いたADLの自動的な収集・評価に取り組まれているケアテックベンダーとして、日本ケアテック協会様と相談の上、コニカミノルタ様より、現在到達している技術水準について御紹介いただくことにしたいと思います。

それでは、コニカミノルタ様、5分以内ということになりますが、御説明のほど、よろしく願いいたします。

○三浦事業部長 改めまして、コニカミノルタの三浦です。

早速ですけれども「介護過程のデジタル活用によるアウトカム評価の実施」について御説明申し上げます。

1988年に介護福祉士法制度が施行されて、介護福祉士の国家試験の取得においては、1,800時間のカリキュラム、そのうちの介護実施に450時間、介護過程の修得に150時間の学

習をする必要があるということになっております。

介護過程とは経験者のスキルに依存したプロセスとなっており、その前工程のアセスメントはヒアリングと定点観測による主観的な評価から始まります。その評価を受けてケアプランが生成され、介護が実施されます。

介護実施においては、厚労省様の御配慮もあり、この7年間でテクノロジーが普及し、生産性は大きく向上したと考えております。しかし、最終工程の評価については、主観的・断片的な評価に依存しているのが現状です。

本来の介護とは、利用者の残存機能の維持・改善や老化の傾向を正確に評価する必要がありますが、マンパワーに依存した介護現場の環境では、どうしてもスキルと主観的・断片的な評価に頼らざるを得ないのが現状です。

これからの介護は、ICTによるデータを活用した新しい介護過程を実行し、データに基づきアセスメント、客観的な評価を行い、事実を立脚したアウトカム評価を実施することで、利用者のADL/QOLの維持が実現できると考えております。

では、どのようなICTによるデータを活用して、客観的なアセスメントとアウトカム評価ができるか。そのテクノロジーを事例によって説明させていただきます。

まず、左側を御覧ください。お部屋の直上に設置したカメラの広角なセンシングエリアを活用して、利用者の行動を数値化・指標化します。一方、ドップラーセンサーを用いてベッド上の微体動を計測し、行動データとベッド上の微体動データを重畳することで、利用者の生活リズムを把握することができるようになりました。

こちらが実際に直上画像から指標化された画像です。左は利用者の骨格推定、姿勢推定、姿勢遷移をAIで解析し、利用者の自立を指標化することで身体機能を計測しています。右側の動画は、利用者スタッフの関係性を見ることで介助の動作を指標化しています。

さらに、左を御覧ください。利用者の行動のみならず、お部屋の物体を認識することで、意味づけされた行動を指標化することができ、客観的なアセスメントが可能となっております。また、24時間365日使用できることにより、生活空間全体の行動を把握することができ、様々な変化を傾向管理によって捉えることができます。

下段にお示ししているのは、その事例になります。

次に、実際のアセスメント評価の事例を御紹介いたします。

これはADLの自動計測です。利用者の自立移動と移乗をAIで判断することで、ICFステージの基本動作を評価します。さらに、利用者と介護者との距離計測と介護に要した時間を計測することで、Barthel Indexの10項目の自動推定までできるようになりました。この機能を実装したアセスメント支援ツールも確立しております。

次は利用者の傾向管理によって捉える生活リズムの変化です。直上から指標化された生活リズムのデータを、日時、週時、月時、年時の単位で傾向管理を行うことで、利用者の周期の長い変化から、突発的な変化を捉えることもできるようになりました。介護実施の効果やリハビリの効果の定量的評価が可能になり、ケアプランの更新へのフィードバック

も行うことができるようになっております。

このように指標化されたデータを用いることで、厚労省様が定められたアセスメントの23項目のほとんどが、資料のとおり、現在のテクノロジーで可能になっております。

最後でございますけれども、最後に、客観的アセスメントに基づいたアウトカム評価の事例を、ペルソナを設定して御紹介させていただきます。

生活リズムを指標化されたデータから自立度を計測し、データに基づき、多職種の視点から計画を策定、併せて評価指標を設定します。介護実施では、計画に基づき環境管理と介助ルールを遵守し、併せてリハビリも計画的に実施します。環境変化時のリスクや申し送りのポイントも共有化し、介護実施を行います。最後は生活リズムの変化を確認して、現状維持か、計画変更が必要か、事実立脚して判断できるということになります。

このように、アセスメントのデータ群、ケアプランのデータ群、ケア実施のデータ群、アセスメント評価のデータ群の全てを、データに基づいて介護過程を実施することは、本来の姿であるケアの品質を担保しつつ、老化の変化に合わせてケアの在り方を変える介護の実現ができる環境が整ったと考えています。今後は機器の普及のみならず、介護実施の効果に合わせたアウトカム評価を、事業者への加算金やICTの使用頻度と効果に合わせた月額補助金制度も御検討いただければと思います。

以上で御説明を終わります。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次に、厚労省様より御説明を5分以内でお願いいたします。

○斎須審議官 厚労省老健局の斎須でございます。よろしくお願いたします。

善光会の宮本さんには、以前、私も視察をさせていただきまして、先進的な取組とか、改善の活動をされているのをよく存じ上げておりました、大変敬意を持っております。リビングラボでもお世話になっておりました、ありがとうございます。プレゼンされました科学的介護を推進しようという方向性は全く同じでございます、いろいろ引き続き意見交換をしながら、取組をさせていただきたいと思っております。

それから、コニカミノルタさんからも大変興味深い技術の御紹介をいただきました。できますれば、一度視察などをさせていただきまして、介護保険事業の行政に生かしていければいいなと思っておりました。

今日は「LIFE」につきまして、規制改革事務局で整理していただきました短期的課題と中長期課題に分けて、御説明させていただきたいと存じます。

まず、4ページの科学的介護でございますが、医療の分野におきましてEvidence Based Medicineということで提唱されておりますけれども、介護におきましても科学的な介護を進めていく必要があると考えております。ただ、当然のことながら、医療と介護ではやはり違うところもございますので、そういった特性にも配慮しながら進めていく必要があろうかと考えております。

5ページ目でございますが、LIFEは、介護の現場で利用者様の状態であるとか、あるい

はケアの実績等を入力していただいて、そのデータをフィードバックして活用したり、あるいはそのデータから施策の効果とか、課題の把握とか、そういったものに活用しようというものでございます。ただ、善光会さんのプレゼンでも言及いただきましたけれども、まだ発足間もないところもございまして、これから磨き上げていくことが課題かなと思っております。

6 ページ目の左側のほうは、LIFEのデータ入力とか、フィードバックの簡単な入力画面のイメージでありまして、これも改善の必要があるろうとは思っておりますが、例えば、この画面でいいますと、かかりつけ歯科医がいるのか、いないのか、あるいは入れ歯の使用があるかとか、栄養についてどのようになっているかとか、口腔衛生がどうなっているというようなことを事業者さんに入れていただくということでございます。

フィードバックになりますと、右側のほうでございまして、これは多少工夫したつもりではあるのですが、まだまだとお叱りを受けるかもしれません、口腔機能の状態の例でいきますれば、例えば、①の食べこぼしのところを見ていただきますと、ちょっと字が細かくて恐縮ですけれども、全国的に最大50%から最小10%で、この対象となる事業者さんは白い丸が最小のほうにしておりますので、全国平均よりは少ないという傾向が見えていただけることになっております。

それから、下のところに「LIFE関連加算」と書いてありますが、これは介護報酬の加算におきまして、LIFEへの入力を要件といたしまして推進しているというところでございます。

次に、短期的な課題への対応でございまして、8 ページにマトリックスでまとめさせていただきました。3点ほど御指摘いただいていると考えております。

その御指摘がX軸のほうにありまして、LIFEが面倒くさいということ、入力が大変だということ。一番右の欄は、どのようにこれをPDCAに活かしていくのか、その利用価値はどうかといったことでございます。

それぞれにつきまして、課題とこれまでに我々が取り組んできたこと、今後の我々がやらなければいけないと思っていること、介護に特有の留意点といった形でまとめさせていただきます。

まず、1つ目のLIFEは面倒くさい、大変だと。その中をブレイクダウンいたしますと、セットアップが結構大変だという御指摘、それから、マニュアルが分かりづらくて慣れるまで大変だという御指摘を頂きました。実際、介護の現場ですと、働いている方々に高齢の方も多いう状況もあると伺っております。

これに対しまして、これまで私どもで動画を作成いたしましたり、マニュアルもできる限り分かりやすくする等の取組をしております。今後、ユーザーインターフェースに配慮して、入力方法も改善していきたいと考えております。

留意点のところでございますけれども、技術的に対応可能なものは、もう気がついて、こういうやり方でやったらうまくいくのではないかとするのは随時やっていきたいと考え

ております。2つ目の留意点のポツは、私どもは限られたスタッフでやっておりまして、みんながみんな、ITあるいはロボティクスに明るいということでもございませんので、デジタル庁の応援もいただきながら取り組んでいきたいと考えております。

それから、入力にかかる負担のところでありまして、入力項目が重複しているとか、入力の負担が大きいと。先ほどの選択肢も「はい」と「いいえ」だけで、その中間がないとか、不足していたり、あるいは定義がどちらにしていいかよく分からないという御指摘を頂いております。

これまで、介護報酬改定を捉えまして、LIFE項目の見直しを検討してきているところがあります。今、事業者さんの中では、先ほどの「SCOP」をはじめとして様々な介護ソフトを使われるようになっております。日々、介護ソフトで事業・サービスを提供するのに入力しているものが、自動的にLIFEのほうに入力できるようになったら便利でありますので、そういった環境整備なども進めてきております。

今後の対応といたしましては、入力項目の重複とか、あるいは不足しているというものを、学識経験者のお知恵もお借りしながら取り組んでまいりたいと思っております。なかならず、国立長寿医療研究センターがナショナルセンターで専門でございますので、ここと連携してしっかり取り組んでいきたい。

それから、介護記録ソフトとの連携もより改善する余地はあろうと思っておりますし、入力の負担というのはどうしても避けられないところがございますが、介護報酬でインセンティブをつけるのに加えまして、LIFEは非常に有用だということを理解していただけるようにしていきたいと思っております。

PDCAサイクルのほうもよく分からないということでございまして、去年5月からフィードバックを開始しておりますけれども、フィードバックの解釈に関するマニュアルをつくったり、あるいは好事例の横展開をするための収集・周知なども行ってきております。今後、全国だけではなくて、都道府県ごとの数字との比較もできるようにしたり、あるいは更なる好事例の発掘を行ったりしていきたいと思っております。

まだまだLIFEは黎明期でございますので、国立長寿医療研究センターと連携しまして、更に活用できるようにしたいと思っております。

日本はこの分野は先進的だと思いますが、高齢化というのは先進国共通の課題でありますので、国際的な観点も踏まえながら改善していきたいと思っております。

9ページ目はLIFEを活用した好事例で、LIFEの項目で「日常的な物事に関心を示さない」とかいう方が全国でも多いと。もしかして、毎日つまらなく感じているのではないかとということで、施設での過ごし方をいろいろ考え、反省していただいたという例で、まだプリミティブなものですが、これからどんどんこういったより具体的な活用事例を発掘して、発展させていきたいと考えております。

10ページ目からは中長期的な課題への対応でございます。

11ページは、先ほど善光会さんからもありました、質はストラクチャーとプロセスとア

アウトカムであると。全くそのとおりだと思っております。

下のマトリックスのアウトカム評価のところでありますけれども、平成18年度からアウトカム評価を取り入れております。ただ、そもそもアウトカムにどういったものが適当なのか、介護の利用者さん方もそれぞれ様々であります。先ほど水分摂取量というのもありましたが、これもまた個人差が非常に多いことございまして、そういったことにも配慮しながら考えていく必要があるかと。

それから、アウトカムとの因果関係をどう考えるか。これもまた非常に難しい問題で、先ほど交絡因子というものがありました。これは医療も介護も同じだと思いますけれども、その因果関係の特定というのは、専門的知見も拝借しながら明らかにしていく必要があるかと考えております。

12ページは中長期的課題のマトリックスでございまして、まず、左の欄でございまして、アウトカムに資する有効なインプットの特定ということで、これにつきましては、これまでアンケートを行ったり、国立長寿医療研究センターと協力して取り組んできております。

介護情報の利活用というのは、実はLIFEだけではございまして、レセプト情報とか、あるいは認定情報といったものも含めて、介護のデジタル化に取り組んでいきたいと思っております。そういった介護情報の利活用につきましては、介護利活用ワーキンググループというのを組織して、専門家に入っていただいて検討しているところでございます。

今後、アウトカムにつながる個別対応活動の特定に向けましては、まず、令和5年度に調査研究事業をやりたいと思っております。介護現場から新規項目の候補の御提案をいただいて、それを報酬改定に活かしていくサイクルを構築していけるような事業に取り組みたいと思っております。それから、国立長寿医療研究センターと一緒に、科学的根拠が一定確立している新規項目の候補を調査・研究するということにも取り組んでまいりたいと思っております。

留意点のところを書いておりますけれども、因果関係が難しいことに加えまして、やはり医療と同じで人相手でございますので、試行錯誤を繰り返しながら改善を図る必要があると思っております。

他方におきまして、これは統計的にデータを取らなければいけません。場合によっては利用者ごとのコホートな情報も必要かと思っておりますので、あまり頻繁にこれを変えてしまいますと、またそういった経時的な変化を追うことができないということもあろうかと思っておりますので、介護報酬改定の3年サイクルをうまく使いながら取り組んでいきたいと思っております。

それから、右側の欄は「介護報酬フレームの構想」ということございまして、こちらのほうもアウトカムを入れて取り組んでおります。更にこれを高度なものにできるように取り組んでいきたいと思っております。

ただ、やはり介護をめぐる状況とか、利用者の方々の状況も様々でございますので、アウトカムとして何が望ましいのかということ専門家とともによく考えていきたい。

上でアウトカムをどう測定するか。先ほどコニカミノルタさんの説明でセンサーでやるということだったのですけれども、利用者さんは必ずしも御自身のお部屋にいるとも限りません。いろいろなところを動かれるということもありますので、そういったものをどのように捉えていくのか、どういった測定がいいのか。そういったことも併せて考えていきたいと思っております。

どうしても100%のコンフィデンスを持って何かをやるということにはなかなか行きづらいつころもありますし、どこまで行っても個別性というものが出てくるとは思いますが、そこは専門家の皆さんの御協力も得ながら、関係者の方のコンセンサス、理解があるというのが大変重要だと思いますので、そういったことを踏まえながら、各課題について仮説検証を繰り返して、機会を捉えて対応していくことで改善に取り組んでまいりたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本日は、資料2-4として、落合専門委員から「科学的介護の推進のためのオプション整備について」の御意見を頂いております。御意見の内容につきましては、資料を御覧いただければと思いますが、まず、落合専門委員から追加のコメントがございましたら、よろしく願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

では、簡単に投映して御説明をさせていただきます。映っておりますでしょうか。

○佐藤座長 大丈夫です。

○落合専門委員 ありがとうございます。

そうしましたら、簡単に御説明させていただきます。

これまでの介護現場での評価というのは、どうしてもストラクチャーやプロセスの評価が中心になっておりまして、ADLの維持といった成果、アウトカムの評価ということがなかなかされてきませんでした。厚生労働省でもLIFEを運用する中で、科学的介護を進めてきていただいているということだと思っております。しかしながら、本日も議論にありましたが、インプットの部分とか、フィードバックについて、更なる改善が必要という状況にあります。

今後の見直しに当たってですが「デジタル社会の実現に向けた重点計画」の中では、こういったデジタル化も含めて進める中では、業務改革に取り組むことが重要であるということがございます。

ですので、LIFEについても、現場の入力作業に対する負担感であったり、結果だけ、成績だけがフィードバックされて、有効な検証のフィードバックに至っていないといった点について改善が必要になります。現場もそうですし、行政で関わられる方にとっても、これは負担軽減という意味も含めますが、利便性向上を果たしつつ、業務が全体としてよくなるような形に、制度であるとか、情報システムという意味のシステムであるとか、業務

を総合的に見直していくことが重要だと考えております。

デジタル原則の中でアジャイルガバナンス原則というものが入れられておまして、こういうものも考慮していただくのがいいのではないかと考えております。

今、人口減少社会ということで、過疎化の進展とか、介護人材自体も減少しているという一方で、デジタル技術も爆発的に進展しているという中で、環境の変化が速く、社会課題の複雑や困難さの度合いが増していく中でありますので、こういうタイミングでは必ず1回で正解にたどり着くことはできません。日本の制度に共通する無謬性神話、つまり、行政は間違わない、政府は間違わないということではなくて、必ずしも成果が想定どおり得られるかどうか分からないことを踏まえて、事後の見直しがあることを踏まえて、政策立案をしていっていただくことが重要だと思います。

その中で、図を示させていただいていますが、アジャイルガバナンスの実践というのは、経済産業省でこのモデルの検討会を行っているのですが、その中でキーになる図なのですが、やはり個別の取組について運用・評価していくというだけではなくて、システム全体についても、そういった評価の内容を見たり、環境・リスク分析を繰り返しながら、政策によって達成すべき目的とか成果はそのタイミングでは何なのか、リスクとして見えてきているものは何なのかを考えながら、LIFEであるとか、そもそもの全体の枠組み自体も、最初につくったものが硬直的にならないようにという形で、部分的な見直しだけではなくて、制度全体も見直していただくことが必要ではないかと考えております。

その中で、もちろん個別の運用の部分については、PDCAの内容も含まれるものではありますが、今までの皆様の御発表とも特に変わるものではないと思います。厚労省様もちょうど先ほどの御説明の中で、一旦つくったので見直さないということではなくて、ただ、かなり大きい制度ではあるので、一気に全部を直せるかどうかということはあるけれどもというお話をされていまして、多分、見ている方向性はある程度同じなのかなとも思います。これははっきりと言葉に出して議論させていただいたほうが、より明確な見直しの方針につながるころもあると思いますので、こういった環境やリスクの変化といったものを評価しつつ、一度分析した要素についても、外部に対する透明性というのも確保しつつ、継続的に見直していただきたいというものであります。

現状においてはそういった方向性であります。全ての介護施設でPDCAサイクルを構築することはなかなか現実的ではないという点を評価しつつ、施策を実施していくことも必要だと思います。

一方で、今日お話しいただいた善光会様やコニカミノルタ様などが取り組まれるような場所はそうなのであると思いますが、特に先端的な取組のできる介護施設の結果を公的に評価した上で、ADLの機能維持といったアウトカムに資する個別の介護活動を特定した上で、ほかの施設にも横展開できるような取組というのが大事ではないかと考えております。

介護報酬についても、アウトカムベースでの評価の選択を可能にするようなインセンティブ設計を組み込んでいくことによって、医療もそうですし、介護の業界も動いていくと

ということだと思います。ただ、一方で、強制的に全体でということもできないと思いますので、そういう中でできるオプションを探していただければと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、質疑に入りたいと思います。有識者の方々、プレゼンターの方々もぜひ積極的に御参加いただければと思いますが、時間が押している関係上、大体のめどとしては5時ぐらいまでの議論とさせていただければと思います。

では、どちらからでも、質問も含めまして、コメントなどがあれば、いかがでしょうか。どうですか。

では、ケアテック協会の竹下さん、よろしくお願ひします。

○竹下専務理事 口火を切らせていただきます。ケアテック協会の竹下でございます。

プレゼンターの皆さん、御説明ありがとうございます。

今、科学的介護のアウトカム評価について、業界の中でももちろん非常に重要視されておって、日々、介護の現場側からも、アウトカム評価及び科学的介護の推進の重要性を感じながらも、一方で、こういった声、これは厚労省さんの資料にもありますが、やはり事務が負担であるとか、LIFEを活用すること、科学的介護を推進していくこと自体、WAMさんの調査でも、自ら考察できて、それ以外の新しいアプローチが発見できるのではないかなど、科学的介護には一定以上の期待値もある一方で、最近になりますと、ちょっと厳しい言葉も多く現場から出ております。科学的介護推進の果実は一体何なのだというところで、少し疑問に思われている事業者さんも少なくありません。

当然、データで取りためてから検証していくということで、見直し自体も矢継ぎ早にはなかなか難しいというコメントが先ほど厚労省さんからもございましたが、3年ごとの見直しというスピード感でいきますと、もはや2年目が終わろうとしている中で、介護事業者の皆さんが、科学的介護推進自体の価値について、納得感を果たして得ているのかどうかというところは、正直、ちょっと不安を抱いているところでございます。

これをスピーディーに見直しできるような仕組みであるとか、あるいは今回、プレゼンターとして、善光会さんであったり、それを支えるテクノロジーでコニカミノルタさんの御発表がありましたが、いち早く科学的介護を進めていくと、これだけの果実があるのだということができる事業者さんが徹底してやっていく。まず、それを見せる。要するに、科学的介護の育成はこういったケアなのだというところを見せることが今、非常に重要なところで、現場の多くの事業者さんの納得感を得る意味でも、いち早く成功モデルをつくっていただくことが重要なのではないかと、今、まず最初の意見というか、感想からなのですが、申し上げさせていただきます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のコメントにつきまして、もし厚労省さんのほうからリプライがあれば、いかがでし

ようか。

○斎須審議官 全くおっしゃるとおりだと思います。ただ、項目の見直し等になりますと、これは手間もかかりますし、それから、インセンティブをかけるという意味では、報酬の加算というのがインセンティブになっておりますので、どうしてもそこになってしまうというところはあるのですが、技術的に改善が可能なものについては、そういったことに関係しませんので、これはもう随時やっていきたいと思っております。

○竹下専務理事 ありがとうございます。

落合先生からもコメントがございましたが、やはりできるところでしっかりとやっていく。先駆的に取組ができるところでしっかりとやっていきながら、それを事例として見せていくということは、全部の介護事業者さんで科学的介護推進を進めていこうということは、そのまま先駆的事例を進めていくということは難しいというのも見えてきていますので、報酬改定に向けてどうのこうのということだけではなくて、報酬改定とは別に、科学的介護を推進すると、職員や利用者、御家族に対してこれだけいいことなのだというモデルイメージをつくっていただくと、多分、事業者さんは加算を取りたくて科学的介護を推進しているわけではない。そういう事業者もいらっしゃるかもしれませんが、それだけではございませんから、その行き着く先の1つのモデルを見せていただきたいというところが私からの意見でございました。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○斎須審議官 ありがとうございます。

正に正にそういった好事例の横展開は引き続きやっていきたいと思っておりますし、それから、このたび法律を今の国会に出しておるのですけれども、都道府県の努力義務として生産性向上というのを入れさせていただいて、総合的な窓口もつくってもらって、自治体とも連携して進めていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○竹下専務理事 ありがとうございます。

○佐藤座長 ほかにコメントはいかがでしょうか。いかがですか。

では、大浦専門委員、よろしくお願ひします。

○大浦専門委員 実は今回、LIFEの話が出てきてしまったので、私はますます混乱して分からなくなってしまったのですが、科学的な介護の話で、LIFE中心の話ではなくて、今回は先進的なところの何がしかのことをもう少し広げて、リサーチしないかというお話だと私は理解していたので、それで間違いがなければ、それはやっていただければいいのかなと思いますけれども、今回、私が一言だけお伝えしたいなと思ったのは、これを厚生労働省マターにすると、わけが分からなくなるので、ぜひ善光会さんには、経産省マターということで、そういうシステムをつくっていくのだ、つくってそれを売るのだということに特化されてもいいのではないかなと思いました。

なぜかという、とても先進的でいい取組なのですけれども、現実を知っている私とし

ては、これが日本全国に広がるというのはなかなか難しいかもしれないと思うのと、1つの仕掛けみたいなものを厚生労働省さんが取り上げて、それを全国に広げるということも私の記憶する限りでは絶対にはないのです。これは厚生労働省さんの的に絶対にはないので、それよりも御自身のやられていることをしっかりとしたシステムとして開発されて、それに対する補助金その他に関しては、ぜひ経産省さんと組んでやられるのがきっと早いと私は思います。

今回、これ以上の意見はございません。とても頑張っておられますので、頑張ってください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

善光会さん、いかがですか。

○宮本理事 大浦先生、ありがとうございます。コメントをどうお伝えしようか、少し考えてしまいますが、「SCOP」というシステム自体は、AMEDさんから御支援をいただきまして、経産省の方たちとも連携させていただいているところでございます。

確かにLIFEという話もちろんありましたが、現状、既に仕組みとして社会実装されている部分でもございますので、その辺りは引き続き厚労省さんにも御意見を伺ったりしていきながら、我々としては、中小の事業者さんを含めて、社会で幅広くお使いいただけるような仕組みにはしていきたいなと思っています。その中で、先行的な研究等で我々ができるようなところがありましたら、やらせていただきつつ、よりよい社会づくりにつながればと思っております。

御意見ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんからお手が挙がっているのです、いかがですか。

○斎須審議官 厚労省もそんなに捨てたものではございませんので、経産省とよく連携して、こういった先進的な技術を導入する事業者には補助も行っておりますので、全国に一遍にはなかなか難しいというのは正に先生の御指摘のとおりなのですが、諦めてしまうと進歩がありませんので、諦めず取り組んでいきたいと思っております。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、順番が前後します。すみません。佐々木専門委員からお願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

介護の質の評価というのはすごく重要なことで、こういう可視化できる部分を可視化して、PDCAを回していくということに関して、全く異論はないのですけれども、そもそも介護保険の精神は自立支援というもので、自立とは何なのかというところの定義が、多分、まだ十分に行われていないところがあるのだと思うのです。

生活の自立度とか、あるいは身体の自立度が上がったことが、その人にとって人生の自立度を上げることになるのかというと、実はそうではなくて、例えば、特養の中で筋トレ

をして歩けるようになったとしても、外出の機会が与えられなければ、それは自立とは言えないわけですね。

なので、体だけを評価するというのではなく、やはりその人の生活の質とか、あるいは人生に対する納得度や満足度も含めた形での評価の指標がないと、これはもちろんその部分とフィジカルなADLというのは相関関係があることは明らかだと思うので、ADLで測定可能な部分を測定していくということに関して全く異論はないのですが、ADLの向上が目的化している施設を私は幾つか知ってしまっていて、それらの状況の中で入居者、要介護者が幸せに生きているかというところ、死ぬまで筋トレしなければいけないのかというところがあると思うので、その人ごとの最適なゴールの設定と、何をアウトカムとしたケアをしていくのかというところについては、もう少し個別性に配慮した別の指標も組み合わせていく必要があるのかなと。

特に看取り率というのは一つ指標になるのかもしれませんが、それだけではないところ、特に認知症の人とか、要介護雇用者の社会参加を評価するとか、この辺りの指標というのはあってもいいのではないかと考えています。意見です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

私もお話を聞いていて、そうです。よくウェルビーイングと言いますが、社会参加であるとか、こういったところがやはりキーになる。ADLはその手段ですね。確かにそうだと思います。

まだ御意見があれば、また善光会さんや厚労省さんにもコメントを頂くようにしまして、では、お手がお二人から挙がっているので、お待たせしました。ケアテック協会のストランデルさん、お願いします。

○グスタフ・ストランデル理事 ありがとうございます。

もともとスウェーデンから来ましたが、今日は御存じの方もいそうではあるのですが、スウェーデンでは新しいシステム、認知症の方のBPSDのレジストリを全国に広めた事例があって、今日のコメントの1つとしては、確かに全国に何か新しい技術系のことを導入するに当たって、当然、抵抗とか、いろいろな課題も出てきます。ただ、スウェーデンのBPSDのレジストリを全国に広めた一つの鍵になったのは、シンプルなシステムだし、それを教えるためのインストラクター370人を養成して、その370人が4万8,000人の現場職員のいわゆるアドミニストレーターを養成したのです。

日本の人口はスウェーデンの12倍ですから、日本でやった場合、インストラクター4,400人、アドミニストレーター57万6,000人という、研修に基づいた導入の仕方をやれば可能だと思います。しかし、LIFEはBPSDレジストリよりも複雑でもあるので、それぐらいの課題があるとは思いますが、研修の力も入れてやれば全然可能だと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

そういう教育的な仕組みも必要だという御指摘だったと思います。ありがとうございます。

した。

では、印南専門委員、よろしくお願ひいたします。

○印南専門委員 科学的介護を進めることによって、ADLの維持とか改善が進む方策が分かること自体はすばらしいことだと思うのですが、介護保険全体の構図を見ると、要介護認定が悪化することが、事業者にとって経営的にプラスになり、家族にとってもより濃厚なサービスにつながっているという実態があるわけですね。

この部分をいつまで放置するのかなというのが私の疑問で、介護保険はもう20年間ぐらいたっているわけです。ほかの国はこういう部分をどんどん改善してきています。日本もほかの国にないすばらしいシステムとして要介護認定があります。要介護認定の段階では要介護者にどういうサービスが必要か、どういうことが個別の入居者に必要か等と認定しておきながら、実際のサービス料を決めるときには、それと関係なく、しばしば介護事業者に雇用されたケアマネジャーが必要以上のサービスをオーダーして決めている。

これが介護費を根本的に上げてしまう原因であるし、ひいてはこういう科学的介護の推進に対しても、これでADLが本当に向上して要介護認定がよくなってしまったら、うちの経営はどうなるのかというのを恐らく現場の人たちは感じていると思うのです。だから、いつまでたってもここは何となく言い訳だけをして、成功事例の横展開と言ったまま、また数年過ぎるということを私は危惧します。

だからといって、これをやめろとかなんとかと言っているのではなくて、せっかく科学的介護という方法を導入できたので、その成果をケアマネが今やっている介護サービスの決定にどうフィードバックするのかなというのを一緒にやっていただきたいと思うのです。そうでないと、介護保険全体がなかなか改善しないのではないかと私は思います。難しい課題なので、そう簡単にできるとは思っていませんので、お答えは別にいいのですが、意見として申し上げました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

せっくなので厚労省さんのコメントを伺えればと思いますが、確かに新しい手段としての科学的介護というのがあったときに、ややもすると診療報酬にアウトカム評価を入れようとか、そういう話になりがちなのですけれども、もちろんそれもあっていいのですが、ケアプランの作成であるとか、介護給付費の適正化であるとか、こういったところにもさらにフィードバックしていくという道筋もあり得るので、今の制度はいろいろと課題もあるので、その辺りはいかがでしょうか。

あと、私も個人的には、例えば、介護施設とか、配置基準の見直しもあるではないですか。そういった人材の節約というか、あるいは職場環境の改善とか、つまり、働いている職員の方々のウェルビーイングの改善とか、こういったところにもつなげられるのではないかと。そういう意味での制度の中での横展開的なことというのは、ケアプランへの横展開とか、職場環境への横展開とか、厚労省さん、この辺りは何か視野はありますか。

○齋須審議官 全く佐藤先生がおっしゃるとおりで、そういうものに活かしていきたいと思っています。ただ、仕組みとしてどのようにやるかというのはちょっと知恵の要るところでございまして、そこはよく検討していきたいと思っております。

認定はそれぞれの自治体で医療関係者も含めてやっていただいている、科学的な判断をしていただいていると思っておりますし、それから、ケアマネさんが限度額いっぱいというの、限度額の半分ぐらいが普通なものですから、そこはまた適正化という点で考えていかなければいけない課題かなと。インプットをありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

では、厚労省さん、せつくなので、善光会さんから具体的に政府への提言が出ていましたが、善光会さんの資料の28ページに当たると思うのですけれども、令和9年度改定までにやるべきことという、これ全体についてはどう評価されますか。おおむね了解なのか、いや、ここは難しいなのか、その辺りはいかがでしょう。

○齋須審議官 ここに書いていただいていることは比較的抽象的なことなので、こういった観点は踏まえながら、9年度改定だけではなくて、その先も、あるいは令和6年度からの3年間の改定もこれからでございますので、そこでできることはやるということなのだろうと思います。

令和6年度改定で何をやるかというところは我々の直近のあれなのですが、次の令和9年度というのは、そういったものというよりは、我々はサイクルとしてうまく回るように好循環で、遅いとお叱りを受けるのかもしれないけれども、できるものは早くやるということに取り組んでいきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。大丈夫ですか。

次の議題もありますので、もし議題2はここまでということであれば、これで議題2のほうは終わりにさせていただければと思います。発言し損ねたこと、これを聞いておけばよかったということがございましたら、事務局のほうに御連絡いただければと思います。

全体としてはやはり科学的介護というのが一つの大きな流れであり、ある種、新しい手段を得ているというのがありますので、期待値は大だと思えます。ただ、2つの意味での横展開があって、1つは、全国の事業者にどう広げていくのかというところ。これはストランドル理事からも御指摘があったとおり、多分、何らかの教育システムとか、研修システムのようなもの、やはり人間が伝えていくものなので、こういったものが必要なのかなと思っている一方で、もう一つは、もちろん制度の中での横展開というのがあって、印南先生から御指摘があった、ケアプランへどう反映させるのかとか、介護の認定システムにどう反映させるのかとか、職場環境へどう反映させていくのかという横展開もあっていいのかなと思えました。

可能性はありますけれども、ただ、これも一部の優良事業者だけがやるとなると、ビジ

ネスモデルとしてはもちろんそれで構わないのですけれども、介護制度全体を変えるという点においては、やはりいかに普及・促進を図っていくのかということなのかなと思いました。

大浦専門委員から御指摘があったように、LIFEの利活用とか、利便性を高めるとか、もちろんそれもなければいけないのだけれども、それだけではなくて、それを科学的介護の普及・促進につなげていくという、この目線がないと、単なるデータ収集の技術論に終わってしまうので、それは避けたほうがいいのかと思いました。

こんな感じでよろしいでしょうか。議題2に御参加いただいた有識者、専門家の方々、ありがとうございました。

では、議題2はここまでとさせていただきます。

一旦休憩を設けなければいけないことになっていまして、どうしましょう。10分なら10分でいいかな。

では、ちょっと重いテーマですけれども、5時5分に再開で議題3に入りたいと思いますので、10分間の休憩で再開とさせていただきます。

改めまして、善光会様、ケアテック協会様、コニカミノルタ様、厚労省さんもうありがとうございました。

では、議題2は以上です。お疲れさまです。

(休 憩)

○佐藤座長 では、時間になりましたので、議論のほうを再開させていただきます。

今日最後の議題は、議題3「訪問看護ステーションへ配置可能な薬剤の対象拡充について」です。

では、まずは出席者を御紹介いたします。

日本看護協会から井本寛子常任理事、日本薬剤師会から安部好弘副会長、田尻泰典副会長、荻野構一常務理事、日本保険薬局協会から藤井江美副会長、全国がん患者団体連合会から桜井なおみ理事、ピーペックから宿野部武志代表理事、厚労省から山本史大臣官房審議官ほか、医薬・生活衛生局の皆様方に御出席いただいております。

では、厚労省様から、まず御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○衣笠課長 厚生労働省です。資料をお出ししておりますが、これは11月7日に既にお出した資料であり、あくまで参考としてお出ししているものでありまして、必要に応じて使うものです。このため、冒頭ではこの資料について特に説明は予定していません。

今回のワーキングの出席依頼の趣旨といたしましては、2月13日の医療・介護・感染症対策ワーキングにおいて、患者団体から、緊急時には薬剤師も来てくれないし、医師も来てくれないのが現状などの見解が示されたことを踏まえて、地方部を含めて、訪問看護ステーションと薬局の間の連携が機能しているかななどを説明するために来てほしいという御

依頼を頂いています。

その点に関しましては、本日、参考資料3として、前回の質疑を踏まえた追加質疑・意見という資料が出されておりますが、そちらの右の欄の「厚生労働省 回答」のところに書いてあるもの、我々としての回答もこれと同じということになります。在宅医療の現場での医療のチーム連携において、具体的にどういった問題が課題となっているか、当省としても把握していききたいということでございまして、今後、関係団体の御協力を頂きつつ、在宅医療現場等の実態について調査を行ってまいりたい、こういった対応をしていきたいということになります。

現時点では、全国的にどうなっているかという状況をきちんと御説明できるような状態にまでなっていないものですから、今後、こういった方向の対応で進めていきたいと考えております。

あと、今日はいろいろ資料もございまして、これらへのコメントについては実は難しい状況もございまして、本日の資料の一部は事前に暫定版を頂いていたのですが、基本的には本日頂いたばかりで初見のものということでもあります。これらに対するスタンスなどを示していくのは難しいので、適宜、質疑の中で、必要に応じて御回答をさせていただければと考えております。

○佐藤座長 承知しました。

では、順番がちょっと前後しますけれども、事務局側等々の説明のほうを先にやるということでもよろしいですか。

○事務局 はい。では、それをお願いいたします。

○佐藤座長 では、本日は、落合専門委員と佐々木専門委員から資料3-2について御意見を頂いております。

では、まず最初に、それぞれからお話しただければと。御説明を1分程度になります。

○事務局 事務局から先でもよろしいでしょうか。

○佐藤座長 そうですか。では、事務局からやって、その後、落合専門委員、佐々木専門委員とやらせてください。では、それをお願いします。

○事務局 まず、振り返りでございましてけれども、本件は、昨年11月に日本看護協会様ほかから御提案いただいたことについて、2回目の議論ということになります。

資料3-2については、後ほど落合先生、佐々木先生から御説明いただくことになりまして、こちらについては、先日来、厚労省様にも御提示させていただいているところでございます。

その上で、資料3-3について、事務局から簡単に御説明をさせていただきます。

こちらについては、地域における現場の有志の看護師さんの方々から、昨年11月に厚労省さんから連携をうまく図っていくということをおっしゃったこととの関係もございましてけれども、現場で一体何が起きているのかというところについて、改めてボランティア

に調べていただいたというものでございます。

こちらについては、先ほど厚労省さんから説明がありましたとおり、正に緊急調査ということで調査いただきまして、回答結果、集計結果については、これはまだ現時点では中間集計でございますけれども、事務局も本日頂いたところでございますので、そういう意味では、こちらに関する限り、厚労省さんが先ほどおっしゃったとおり、初見ということについてはそのとおりかと思えます。お送りするのが遅れまして、失礼したということでございます。

あくまでも中間集計ということでございますけれども、簡単に御紹介をさせていただくと、まず、2ページ目、3ページ目の調査の趣旨、対象について記載してございます。

5ページ、6ページは、患者さんの急変に対応できなかった経験の有無についても御紹介いただいております。

8ページ、9ページ、10ページの辺りには、かなりリアルな実例について御紹介いただいているところでございます。そういう意味では、非常に多数の現場における連携がうまくいっていない事例があるのではないかとということが見てとれるのではないかと考えてございます。

その上で、11ページ、12ページは、前回の議論におけるナースプラクティショナーが若干関連しますので、本日の議論とは直接関連しないところでございますけれども、特に本日と関係するところでは、15ページ、16ページ、17ページ、18ページという辺りについては、本日の議論との関係で、現実のところ、訪問看護ステーションにおいて薬剤が必要になったときに、薬剤が入手できるのか、できないのかということについて、かなりリアルな実態が分かる数字になっていると考えてございます。

その上で、本日、落合専門委員、佐々木専門委員から、私に引き続いて御提案いただけるということでございます。よろしく申し上げます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、まず、落合専門委員から1分程度で御説明をよろしく願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

そうしましたら、私のほうから説明をさせていただきます。投映できておりますでしょうか。

○佐藤座長 大丈夫です。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今回の提案については、訪問看護ステーションへの配置可能な薬剤の拡充の検討についても必要ということではありますが、別途、在宅患者に必要な薬剤を可能な限り広く使用可能にするという点で、AとBという提案が可能なのではないかとということで、訪問看護ステーションにおいて選択可能になり得るオプションを考えさせていただいたものです。

全体としては、まず、在宅患者から脱水とか鎮痛という異変の連絡があったときに、薬

剤処方に関する包括的な指示が医療機関から訪問看護ステーションにあって、それで、使用した薬剤の報告を訪問看護ステーションから医療機関に行くということが基本的なラインと考えます。

こういった場合、現状においては、看護師が薬局で薬剤を入手後、患者宅に移動することで数時間を要する場合もあり得るところです。看護師から連絡を受けた薬剤師が配達するというだけでも、いずれにしても時間がかかってしまうところがございます。

Bにつきましては、医療機関と連携した遠隔倉庫を訪問看護ステーションの中に配置している状況を整備して、医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に基づいて管理が行われるようにする中で、訪問看護ステーションがこの数時間の分を省略して動けるような枠組みをそろえるのはどうかというものです。

一方で、薬局との関係で、提案Aがございますが、この場合は処方箋の原本を医師が薬局に送ります。ただ、実際には処方箋の写しに基づいて、対応自体は訪問看護ステーションで対応していただいて、電子処方箋の普及に伴って、追って見直しということはあるかと思いますが、実際にこの場合は、薬局の遠隔倉庫を訪問看護ステーションの中に設けるものになると考えております。

この場合には、薬剤師がオンラインで訪問看護ステーションの倉庫について遠隔管理を行っていて、随時、薬局から訪問看護ステーションに薬剤を授与するものになります。当然ながら、看護ステーションからは必要に応じて医師の指示内容を薬局と共有ということもございますし、ピッキングのみを看護師が行い、薬剤師が監査を行うこともあります。薬剤師が一定の遠隔管理を行いつつ、倉庫内に配置する薬剤も一定のものに限った上で、実際に薬局に求められる行動要件のうち、倉庫利用として必要な場合の事項を満たすようにします。このような考え方を整理していくことがあり得るのではないかと考えています。

こういった配置可能薬剤の拡充の検討に先立って、実際に提案者の要望する薬剤それぞれについて、飲み合わせであったり、具体的な危険については、また厚労省から示していただくということで、建設的議論につながるのではないかと考えることも申し添えさせていただきます。

長くなりましたが、私のほうからは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私の資料も基本的には落合先生のものと同じものなので、事務局のほうから報告がありましたが、こういった仕組みがどうしても必要なのかということは、緊急調査の結果にも明らかのように、看護師さんの手元に薬があれば対処できたのだけれども、それがなくて困った経験をしたという訪問看護師さんが、過疎地では96.6%です。これは都市部でも実は6割近くが経験している。特に過疎地においてはどれぐらいの頻度でそれが生じているかということ、月に1～2回というのが全体の7割です。それから、14%近くは週に1回

程度はこういった事態が発生しているということなのです。患者さんたちがかなり厳しい状況で放置されているという現状がそこにあると思います。

急変時にドクターが対応すればいいのではないかという意見もありますが、医師が対応してくれることはほぼないのだと、人口減少地域や過疎地においては約9割のステーションが答えていて、では、薬剤師さんが対応して薬を届けてくれるのかということ、そういったことはほぼないか、まれにしか起こらないというところは、特に人口減少地域では41%、過疎地でも45%という現状があります。

前回のワーキングでは、患者団体のほうから、特に地方では実際に急変時に医師や薬剤師が対応することは少ないのだということが発言されましたが、実際、訪問看護ステーションの調査でもこの部分は明らかになっている。この部分について、では、どうすればより安全に患者さんたちが最適なタイミングでケアが受けられるのかということを建設的に議論していく必要があるのではないかなと感じています。

ステーションに薬剤を置くことに対して、薬のリスクがあるのではないかという御発言も薬剤師会さんからありました。アセトアミノフェンでさえリスクはあるのだということなのですが、実際にこの調査の結果を見てみると、結局、薬がないので、看護師さんが薬局に自ら赴き、ロキソニンSを購入して患者さんに飲ませているみたいなことも起こっているのです。確かにロキソニンSを売ったのは薬剤師さんかもしれないけれども、その人は患者さんを見ていないわけです。看護師さんに対して薬剤を提供して、看護師さんが薬剤を投与している。現状、それを保険を使わない仕組みで何とかやっているのですが、これは薬局が開いていればできるけれども、休日・夜間はそれができないという現状がそこにはあります。

薬を飲ませること、薬剤師が介入せずに薬が患者に提供されることのリスクを絶対値で評価するのではなく、今、苦しんでいる人が目の前にいる、薬剤師さんが対応できるまで、この人がその状況で放置されることのリスクと、看護師さんが薬を投与することのリスクを相対的に比較したときに、看護師さんたちが取り扱うことが合理的であると分類できる薬は相当数あるのではないかと私は思います。

薬剤師さんには専門の能力があるし、医師にも専門の能力があるし、看護師にも専門の能力がある。それが多職種を連携する形で地域に患者さんに最も安全な形で薬を届けるのが理想だということはもちろん理解をした上で、そういったリソースが絶対的に不足している地域において、患者さんたちが不利益を被らない仕組みというのは何なのかということを考える必要があると思います。

厚労省さんは連携の仕組みを組めばいいのだと、薬剤師会さんも地域の多職種連携を機能させればいいとおっしゃっていますが、地域に少ししかないリソースがそれぞれ24時間張り切り続けて地域を支えられるのかということ、そういうわけにはいかないと思うのです。それぞれがある程度、先日は患者団体の方が「しみ出し」という言葉が使われていましたけれども、それぞれが持つ能力を少しずつ共有し合いながら、持続可能な形で患者さ

んたちにより安全な医療を届けるためにはどうするかということを議論していく中で、この辺りが合理的な提案なのではないかということで、私と落合先生のほうでまとめたという次第になります。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、日本薬剤師さんから2分、それから、日本保険薬局協会さんから2分の報告をお願いいたします。

では、先に日本薬剤師会さん、よろしくお願いします。

○安部副会長 今日の資料は頂いたばかりであります、少し質問と指摘をさせていただきたいと思っております。

まず、今、落合先生、佐々木先生に御説明いただいた資料3-2を見せていただきました。この遠隔倉庫という考え方なのですが、読ませていただくと、在宅患者さんと訪問看護ステーションと、ここにある医療機関B、若しくは薬局Aとの関係が一对一对の場合のみを想定して御提案しているような絵として見させていただきました。一般的に訪問看護ステーションの在宅患者さんは、複数の医療機関、複数の薬局が対応していることが多いと思います。

その際、例えば、B以外の医療機関、又はA以外の薬局が訪問している在宅患者さん以外の患者さんについては、法規上、医療保険の観点、管理責任、安全性の確保から、このスキームが実現可能なかということについては、大変疑問になるところでありますし、仮に提案のように遠隔倉庫があったとしても、特定の状況にある極めて限られた条件の在宅患者さん以外には薬がお渡しできないのではないかと感じました。

それから、訪問看護ステーションの中にB以外の複数の医療機関の遠隔倉庫、A以外の複数の薬局の遠隔倉庫を持つということであれば、複数の患者さんに対応できますが、これは非常に難しいのではないかと感じております。

また、仮に訪問看護ステーションがB、A以外の医療機関を利用している患者さんに、ここでもB、Aの遠隔倉庫を利用するということになりましたら、おのずとB、A以外の医療機関、薬局を利用している患者さんに、B、Aの医療機関、薬局の利用を指定したり、誘導することにつながってしまいます。こういった問題も起きるのではないかと感じております。

B医療機関の倉庫からその他の医療機関患者さんに対して医薬品を使用した場合、言ってみれば、B医療機関が医薬品を販売するような形になりますので、そういった販売業の許可なども必要になってくるのではないかと感じております。

そういった観点での我々の意見でありますけれども、この絵にありますように、訪問看護ステーションと医療機関Bが、薬剤処方に関する包括的な指示、手順書に基づく管理などができる関係性にそもそもあるのであれば、療養上必要な薬剤に関する情報共有を行って、必要に応じて事前に処方と調剤が行われ、その薬剤は患者に必要なものを準備してお

くということ、これを充実させるということが最善なのではないかと思っています。

また、予防的な薬剤について、保険上処方できないよということであれば、資料の右下に示されているような薬剤の範囲であれば、OTCを活用するということも可能でありますし、予防若しくは応急的な処置については、在宅患者に限らず、日常のイベント的な対応、例えば、虫刺されとか、ちょっとした切り傷、下痢や便秘などは、いわゆる救急箱的な医薬品や衛生材料を準備しておくことは可能であります。

在宅患者においても、セルフメディケーションを活用するということができるわけでありますので、薬剤師、看護師がその患者さんに用意されているべき薬剤などを提案したり、適正使用をサポートすることによって、事前に緊急とか、そういった対応ができるものは少なくないと思っております。

そういった現実に行うことができることが行われていないことの充実で、相当の解決が図れるのではないかという感想を持ちました。

資料3-2については、取り急ぎ以上であります。ほかの資料については、後で御説明があった際にまた発言させていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、日本保険薬局協会さんから2分でよろしくお願いいたします。

○藤井副会長 日本保険薬局協会の藤井です。よろしくお願いいたします。

では、私どものほうからも、たたき台ということでお示しいただいた連携薬局の遠隔倉庫ですが、こちらは薬剤師会の安部先生もおっしゃるとおり、複数の医療機関、薬局が関わるときの管理体制はちょっと危惧するということと、薬剤師が監査ということなのですけれども、監査した上で疑義照会が発生し、そこで処方箋のやり取りも発生してきますので、結果として連絡が取れる、連絡が取れない、連携状況が確立していないと、やはりそのところで時間がかかってしまうというのは根本的にはあるのかなと。

もう一つは、こちらの特定行為の緊急調査のアンケートをざっと見させていただきましたが、おっしゃるとおり、医療過疎地において、本当にこういったやり取りというのが難しい。これは多分、別のところで薬局のほうも、訪問看護師さんがなかなか来ない中で、我々としても褥瘡の処置であったりというのを出されている議題があるかと思えます。

過疎地において、それぞれができることをどのようにやっていくかというところでは、全てを解禁というよりは、佐々木先生もおっしゃるとおり、本当に医療資源が乏しいところでは、根源的に24時間365日、どう多職種が支え合いながら患者様をケアしていくのかというのも考えるべきなのかなと。我々も業界でというか、ほかのところでは出されているものはありますけれども、パッチワーク的なものではなく、根本的なところで考えていく必要があるのかなと。時間がかかるということで患者様には申し訳ないとは思いますが、きちんと整理しないと、結果として必要なものが届かないということになるのではないかと考えております。

以上となります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本日は資料1-7として、大石専門委員から訪問看護ステーションの配置薬剤についての御意見を頂いております。御意見の内容につきましては、資料を見ていただくとして、大石専門委員から追加のコメントなどがあれば、よろしく願いいたします。

○大石専門委員 後で発言させていただくと思いますけれども、特段ございません。

○佐藤座長 では、そのようにさせていただきます。

では、早速、質疑に入りたいと思います。有識者の方々も質疑に積極的に参加いただければと思います。大体6時5分から10分程度をめぐりに議論をさせていただければと思います。

では、どちらからでも質問、疑問、コメントがあれば、いかがでしょうか。

では、日本薬剤師会さんから指摘があったので、落合専門委員か佐々木専門委員のほうからもしリプライがあれば、お願いいたします。

佐々木先生からお願いします。次に落合専門委員。

○佐々木専門委員 では、先に私から。

薬剤師会さんがおっしゃることはもっともだと思いますし、何が起こるか予測して、一通りあらかじめ薬を処方しておくと、あるいはOTCを活用せよというのは、正にそのとおりでと思うのですが、予期せぬことが起こったときにどうするのか。あるいは使うか、使わない薬を一通り出しておくということが果たしてよろしいのか。

現状、OTCを使えと。OTCを使ってやっているのです。OTCを使ってやっているのですけれども、医療資源が豊かな地域の人たちは、医師がその都度電話で対応し、電話再診で処方を出して、薬剤師さんが薬を届けるという医療が行われているのに対して、過疎地の人たちは薬局に行って薬を自分で買って塗れということのところでは。

在宅医療を受けている人たちは自分で通院ができないのです。御家族もケアで結構大変だという中で、では、誰が薬を買いに行き届けるのでしょうか。看護師さんですか。そのコストは誰が負担するのですか。本来であれば、薬剤師の皆さんが独占業務であるその部分で機能を発揮しなければいけないのに、発揮できない部分を患者の不利益、あるいは多職種の負担で何とかせよというのは、ちょっと傲慢な物言いではないかなと私は思います。

複数の薬局の倉庫をステーションに置いておくのは難しいだろうというお話は、正にそのとおりでと思いますが、医療機関の倉庫を一元化することは、現在の法制上は難しくないと私は認識しています。

特に在宅医療を提供する場合は、連携する医療機関が1人の患者さんを一緒に診ていくということは普通にやっていますし、休日・夜間の対応をどこかの医療機関に一元化することで、その医療機関が連携倉庫をステーションの中に置くという形であれば、それはそんなに難しくないのであるかなと思いますが、薬剤師会さんとして連携薬局の遠隔倉庫を置けないというのであれば、そちらの方向で話を進めればいだけではないかなと思っています。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

佐々木先生からも既にお答えいただきましたが、複数の場合にどうするかは、確かに難しい問題があるかと思います。とはいえ、まずは単数で整理できなければ、複数の場合に整理できるわけもないということはあると思います。まずは単数の場合にできるのかどうかを整理していき、それをさらに複数の場合に整理することができるのかになります。また、例えば、先ほど佐々木先生がおっしゃられたように、どこかの機関に寄せることが適切な整理の仕方なのか、若しくは、例えば、そういう保管の仕方自体は、区分けの仕方をどういう形で設けておけばよいのかもあります。

幾つかの主体が同様の監査をする場合に、どういう形で複数の委託元が1つの委託先を監査するかは、ほかの業態などでも整理をされることはあると思いますので、1つの場合がまず整理されることが前提ではありますが、当然、監査・監督するときに共通部分になるようなことはあるでしょうし、そういう部分をどう評価するのか、とはいえ、混同が生じてはいけない部分をどうするのか、といった具体的な問題に落として、その部分はまた整理をしていくことかと思えます。

ただ、その部分から先に話をしても、仮定に仮定を重ねてしまうことになるかと思えますので、まずは単数の場合として、どのようにできるのかということ。その場合に、単数で行われる方というのが、佐々木先生も先ほどおっしゃられましたが、ある程度適切に時間を取って連携して、連絡を取れるようにしておいていただくことが大事なのだろうと思います。特に過疎地域ですとか、かなり厳しい地域であれば、そもそも選択肢があまり多くなく、1つか2つという場合もあると思います。そういった場所などを選んで実施していくということでもいいのではないかと思います。

誘導というお話もありましたが、そこに1つしかなければ、そういう問題も生じないというか、物理的にそこしかできないのであるから、むしろそれ以外を紹介するほうがおかしいという場合はあるかと思えます。こういった形で整理をしていくということがあるのかなと思えます。

もちろん、OTCでできる部分については、OTCでということもあろうかと思えますが、様々な患者団体の方々からも、前回もそういう痛みがあつてとか、非常に困ったことがあつてということでした。その中で、薬剤師会様のほうでは虫刺されということもおっしゃっていただきましたが、それよりはもっと重篤な場合もあるようなお話だったと思っております。その中で、本当にOTCだけでそういった地域の患者の方々のサポートがしっかりできるのかです。

そこがなかなか難しいので、こういう議論になっていると思いますので、そこを想定した上で、限定した形でしっかり整理できるところ、疑義が少ないところからまず実施して

いった上で、より広い整理をする必要があるのか、どういう形でできるのかという議論にしていればといいのではないかと考えております。

もちろん、そのときに、保険薬局協会様のほうから、監査と疑義照会のところの連続というお話もあったと思いますし、実際には法制上の話だけではなくて、業務プロセスとしてどういう形で行っていくのがいいのかという部分の整理も行いながらでないとなります。そういった効率的な連携といいますか、時間が限られる中で、効率的に連携できるようにしていかなければということだと思いますので、当然ながら、規制の中でどのように整理するのもありますが、実務プロセス側の整備も、本当にどういう形になったらワークするのかを皆様と議論していきながら、しっかり詰めていくことが大事ではないかと考えております。

私からは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、桜井理事、よろしくお願いいたします。

○桜井理事 ありがとうございます。1つだけ意見を申し述べさせていただければと思います。

日頃から本当に多くの皆さんが患者さんと家族のために一生懸命働いていることは本当に感謝をしておりますし、今日の議論の中でもたくさんのお考えを耳にしております。ただ、どうも話を聞いていて、率直に申し上げさせていただくと、やはり売る側の意見というか、目線がとても強くて、患者さんの目線というのがやはり後回しになってしまっているように感じております。

調査の中の事例にも出ていますけれども、例えば、「患者さんは痛くて困っているのに、同じ医療者として悲しくなることもある。」というコメントがあります。それから、「脱水症状にて点滴の指示が出たが、輸液を取りに行く往復の時間、利用者は待つのみ。」こういう現状を見て、もし御自身の立場だったら、もし御自身の家族の立場だったら、一体どう思われますかということを一ま一つ考えていただきたいと思っています。

緊急事態になっていますので、目の前で起きていることに対処してもらうための方策というのを、とにかく今できることをやっていきましょうという。竹やりのようなことではなくて、実際に動かしていくことが重要だと思っています。まずは小さなところからでもいいので、できるところからとにかくスタートして、お互いがにじみ出しの部分はどうやってカバーしていくのかということをお話し合っ、譲っていかないと、物事を解決できないのではないかなと思っています。

それから、先ほどOTC薬の話もありましたが、確かにそれで解決できる場所もあるかもしれないけれども、患者の立場からすると、薬剤費に関して10割と3割というのはやはり負担は全然違うのです。緊急事態だと10割で、緊急性がなければ3割というのはちょっとおかしな話だと思いますし、そもそもとしてセルフメディケーションというのはどれだけの方が利用されているのでしょうか。私のがんの治療を行っておりましたので、これが

スタートしてからいろいろレシートを集めたりしましたけれども、そこまでやられている方はどれだけいらっしゃるのかなと思っています。

あと、私の父などもそうだったのですが、長年、糖尿とがんといろいろな病気を併発していましたけれども、重くなればなるほど、医療機関を1か所にまとめたほうが、確定申告とか、いろいろなときにも楽だからということで、がん患者のケースだと1か所にまとめている方が結構多いのです。

特に今回は医療資源がないところでの議論になっていますので、先ほど落合委員のほうからもお話がありましたけれども、そんなに6つも8つもいろいろなところにかかられている方はいらっしゃるのではないかなと思っています。ぜひ今の患者さんたちの声、現場の声に応じた対応というのを私はぜひ考えていただきたいなと思っています。これが患者からの切なる願いです。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、宿野部理事からもよろしく願いいたします。

○宿野部理事 ありがとうございます。ピーペックの宿野部でございます。

私どもは難病・慢性疾患の患者団体との交流がございます。聞いていて思ったことを率直に幾つかお話しさせていただきますが、まず、今回の緊急調査というのは大変貴重な調査結果だと思います。今、桜井さんからもお話がありましたけれども、特に事例に関して、脱水、鎮痛、これらの個々の全てのコメントをぜひみんなで共有すべきだと思います。それも全員が自分事を読み込むことが必要なのではないかなと思っています。

先ほど薬剤師会さんのほうから、特定の患者さんにしか機能しないのではないかという意見があったと思うのですが、特定の患者さんで機能するのであれば、それは十分やるべきだと思います。もし何か問題があるのであれば、それを改善していくべきだし、そこですばらしいというメリットがあるのであれば、推し進めていくべきだと思いますし、まず、それをやるべきではないかなと思います。

また、これは私も不勉強で、訪問看護ステーションの配置薬剤が限られているというのは、正直、少し前まであまり存じ上げていませんでした。これは恐らくのイメージですが、私も多く入院していましたけれども、入院していて看護ステーションがあるわけです。何かつらいときには、そこに行けば、看護師さんがお薬なりを処方して、しっかり処置をしてくれるわけで、訪問看護ステーションを使用するとなった国民は、恐らくそういったイメージを持って、自分がつらくなったときには訪問看護ステーションという場所があるのだと。そこにお願ひすれば、病院と同じようにサポートしていただけるのではないかという思いを持って関わる方が多いのではないか。これは何も裏づけはないですけれども、そのようなイメージを持っているのではないかと思っています。

そこまで病院と同じような機能は無理だということをおっしゃるのは重々分かっておりますが、もちろん制度的に難しいということは分かった上で申し上げますけれども、患者

さんが、特に過疎地域でなかなか近くに病院もないし、看護ステーションもない場合、それがしっかりサポートしてくれるという気持ちを持てるだけでどれだけ安心するかというところは、もし本当に一人で独居だったりした場合はなおのことだと思っていますので、多くの国民の訪問看護ステーションへの期待とか希望というところもぜひ酌み取っていただきたいというところと、あと、訪問看護ステーションはどういう在り方かというのをもっと国民が知るという機会も必要だなと思っています。

まず、この調査を見て、これを基にやる。あと、現場の声をいかに聴くかということだと思いますので、なぜ自分がつらいときに、あそこに訪問看護ステーションがあって看護師さんがいるのに、今の痛み、つらさをなぜ取ってくれないのだろうというところが、多分、多くの患者さんが思うところだと思うのです。

ある程度予想できることもあるでしょうけれども、人間の体ですから、予想できないことも起こるわけですし、そのときにどれだけスピーディーにお薬を出していただけるかというところ、制度ということではなくて、それぞれの職能の役割を越えて、連携というのであれば、そこでもっと連携をしていただきたい。

また「連携」という言葉でよくお話しされるのですが、連携をするのは当たり前だと思っているので、それはするのですけれども、薬の配置のほうの方が早くできるのであれば、まずできることからやっていただきたいというのが率直な患者の思いかと思います。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、大石専門委員、お願いいたします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

先ほど桜井様と宿野部様がおっしゃったとおりで、私も全くそのとおりだと思います。病気ではなかったとしても、この議論を一般国民が聞いても、すごく違和感があると思うのです。訪問看護ステーションがあるのに、結果として救ってもらえない。それはなぜかという、正直に申し上げて、やはり薬剤師さん、薬局様のほうの売る側の理屈の中で、それが成り立たないからということ、また、制度的なことも、結構古い制度にのっっているのだと思うのです。なので、1つは、患者様のニーズをもう一回正面から受け止めるということ。

あと、もう一つは、これが私の申し上げたい本論になりますけれども、医療の在り方というのは変わってきて、従来ですと病院医療と外来医療という2つだったのが、高齢化の中でどんどん在宅医療ということで、これが非常に大事になってきている。

あと、特にがんの治療といいますか、予後、看取りまで含めてといったときに、病院ではなくて自宅だと大きく在り方が変わってきていることを踏まえて、その在り方が変わってきている中で、日本というのは国民皆保険であり、全ての地域の全ての方が等しく同じ医療が受けられるというのは、本当に世界に誇るべき制度だと思っています。

それがたまたま24時間の薬局がない地域に住んでいらっしやった結果、保険医療が受け

られなくて、正直に言いまして、OTCの負担もありますし、あと、薬的にいうと、やはり処方薬のほうがいいわけですね。その一番いい医療、ほかの人が受けられるはずの医療が受けられないという不平等はやはり度し難いものだと思うのです。

なので、連携だとか、いろいろないい言葉はありますけれども、今考えるべきなのは、どういう時代でどういう制度であるべきかということと、その中でも患者ニーズにどう対応するかということだと思います。

ですから、もしも薬剤師会様等が佐々木先生、落合先生の案がよろしくないということであれば、その原則にのっとった形の対案を出していただく。例えば、全国津々浦々に24時間営業の訪問薬剤をやる薬局を確保するとか、何か抜本的な案を出していただかないと、今、対案として出されたものでは全く答えになっていないと思います。

その中では、完全ではないにせよ、やり方だとか、先ほどの複数薬局が入っている場合というのも、これは別に横持ちを使えばできるわけだし、処方箋の問題もDX化すれば対応できるわけだし、そういう工夫を入れながら、とにかくスタートすること。その中で実績を積んで、もっと抜本的な解決は何なのかということを考えることが大事な時期に来ていると私は思います。

以上、意見でございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ここまでの意見をまとめると、本来、現場というか、患者さん目線というのがなければいけないのではないかということと、原則論ではなくて、現場で実際に起きていることをちゃんと直視したほうがいいのではないかということ。やはりそこに集約されるのかなと思いました。

と言いながらもですけれども、では、お手が挙がっているので、日本保険薬局協会様からよろしくお願いいたします。

○藤井副会長 よろしく願いいたします。

確かに患者の皆様がおっしゃることは、本当にそのとおりに思うのですけれども、医療資源が充足しているところでは、実際、訪問看護の方、ケアマネジャーの方、医師の方と連携して、それこそ緊急が起きないように、日々の在宅の現場でどのようなケアをしておくか。そうすることによって、確かに緊急時はあるかもしれないけれども、そういった患者様に個々に対応することによって、本当に緊急の呼び出しがどれだけあるかということ、月に1件、2件で、もちろんあれば、24時間対応ということでやらせていただくということもしております。

新しく地域連携薬局ができております。まだまだ全国津々浦々となっていないというのはおっしゃるとおりだと思います。ただ、そういったいろいろな制度も始まる中では、我々も24時間、どのような形で、本当に各薬局全部が受けられるかということ、そこは先ほどあったように当番制ではないのですが、仕組みとしてつくっていかなければいけないというのはあると思います。

ただ、そういった努力もしっかりとしていかないと、結局、そもそも訪問看護ステーションが患者まで20キロ、30キロかかるところにしかないといったときには、やはり時間的な問題は発生してしまうと思っています。その中で、誰がどう対応したら一番患者様に早く、お薬であったり、処置であったりを届けられるかというのは考えるべきだと思いますので、訪問看護ステーションにあれば、よりよい医療も提供できるかもしれないけれども、それだけでは解決できないこともたくさんあると思います。

あとは、疼痛の管理のところでは麻薬の処方の方が書かれていたと思います。我々も、麻薬に関しては、卸さんに連絡しても、今すぐ持ってきてくれないというのが麻薬です。やはりそれだけ厳重に管理されているというものがある中では、どうしても調達するのも時間がかかるということがあるので、だからこそ事前にどこまで想定しながら、その辺の準備を先生方と一緒にやれていくかというのも課題だと思っています。

その辺の個々の問題をしっかりと把握していただきつつ、今回は訪問看護ステーションのアンケートなのですが、機会を頂ければ、我々在宅に関わる薬剤師のそういった意見も届けさせていただきたいと思っていますので、ぜひそういった医療のほうの意見、また、先生の意見も聞きながら、議論を進めていただければと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確認ですけれども、では、これから24時間営業を全国津々浦々に展開するというのが日本保険薬局協会さんの意向ということでしょうか。

○藤井副会長 津々浦々というか、拠点ごとに対応できるような薬局を増やしていきたいというのは考えております。

○佐藤座長 多分、ここではまず時間軸で考えなければいけなくて、今できていることとできないこと、これからやりたいというのは、でも、今、困っている人たちが目の前にいるわけで、目の前にいる困っている人たちに対する対応をどうするのだと。月に1～2回でも、人にもし何かあったら、これは重大な問題ですから、非常時というのは頻度の問題ではないので、少ないからいいやというわけではない。

○藤井副会長 もちろんです。

○佐藤座長 命は一つしかないわけですからね。

○藤井副会長 そういったことを減らすことによって、24時間対応することを薬剤師のほうもやっていると考えておりますので、緊急時にも備えながら、日々のそういった連携というのは確実に必要なことだと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

宿野部さん、何か言いたいことがあるのは分かるのですが、少しお待ちください。

日本薬剤師会さん、いかがですか。

○安部副会長 ありがとうございます。

あまり悠長なことは言っておられませんけれども、在宅医療をこれからどうしようかと

ということについて、各地域、都会、過疎地で様々な体制をどうやって整備していくかということについては、現在、第8次医療計画の中でしっかりと議論して、各都道府県によって、例えば、薬局の体制はどうしよう、医療機関の体制はどうしようというところを整備しているところであります。

訪問看護ステーションさんの数というのは、今、全国に1万2,000軒ぐらいでしょうか。薬局は6.1万軒ございますので、この前、コロナ対応した施設数も出ましたが、薬局では2万7,000軒でコロナ対応をしました。訪問看護ステーションでの対応は2,400軒であります。

それを何かというわけではありませんが、やはり体制としては、各地域に訪問看護ステーションはあるけれども、対応する薬局がないというのは実際にあると思いますので、そういった整備はしっかりしていかなければいけないと考えております。

それから、OTCについては、一例として申し上げましたが、コストの面も御指摘いただきました。ただ、在宅医療での訪問にかかる一部負担について計算して、例えば、軟膏1本だとか、風邪薬、アセトアミノフェンの10錠入りを1つ持つておくということに関しては、コストとしては決して大きな負担がかかるものではなくて、そういった意味では、いろいろなものを活用して、今、足りないものやっていく。

多分、今日お示しいただいた案をいつまでにどのようにできるのかに関しては、実際に本当にどれだけの効果があるか、どれだけの訪問看護ステーションがそれに対応できるかということもまだ分かりませんので、我々としては、しっかりと連携して、今、不足があるというのであれば、その不足はどうやって補っていくかということも慎重に検討していきたいと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんに行く前に、お手が挙がっていたので、大石専門委員も今挙げているのですか。大丈夫ですか。

では、まず、桜井理事からよろしくお願いします。

○桜井理事 ありがとうございます。

御意見を聞いていて、率直に言って本当に悲しいです。悲しみと同時に怒りすら感じてしまっております。はっきり言って、相当世間の感覚とはずれていると申し上げたいと思います。

これは緊急事態です。発症を予防できるのですか？おなかが痛い、あそこが痛い、こちらが痛い、多分、患者はその訴えをするまでも十分にペイシエント、我慢しています。我慢して、我慢して、我慢して、耐えられなくなったから訪問看護の先生を呼んでいるのに、そこからなぜまた1日とか2日とか待たなければいけないのですか。そのために議論していても、「体制整備、連携強化」と言葉ばかりですよね。そうではない。もう本当にこれはどうするのかということ、今すぐにでもできるところからやっていっていただきたいと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

正にそうだと思います。できるところからやるというのは、厚労省さんもよく自分で行っている言葉なのですよね。なのですけれども、今回はできるところからやっていないのですよね。そこがえらい矛盾だなと先ほどから話を聞いていて思ったのですが。

すみません。それは私の単なるコメントです。

では、宿野部代表理事、よろしく申し上げます。

○宿野部代表理事 ありがとうございます。

私も桜井さんと似た気持ちですけれども、これから在宅医療をどうしようとか、作業をしっかりとやっていくという発言と、緊急調査での調査結果とのずれに関しては、大変残念に思うしかありませんし、今から在宅医療をどうしようかと考えているのを国民が聞いたら、多分、びっくりすると思うのですよね。

しかも、作業をしっかりとっていくというのがいつまでかは示されていない。いろいろなことをやらなければいけないし、予防しなければいけないというのは、それはいつの時代でも言うべきことであって、今だからこその発言ではないと思うのです。今、この瞬間、痛みを伴って我慢している患者がいるという事実に対して向き合うべきではないかなと思います。

いつの時代でも、医療をどうしようかと考え続けていくことだし、連携についても、多分、これはもう何十年も話しているのではないかと思いますし、それはどの業界でも話し続けていくことだし、終わるわけがないと思いますので、まず、今、目の前でできることがあるのであれば、まずそこからやってみるということを、なぜその職業の方が心意気を見せないのかなというところは率直に思ったところです。

これからの医療に対して、この議論を国民にオープンに、もしユーチューブ配信していたら、どうなったのかなと思うぐらいです。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

もちろん議事録は出ますから、国民の皆さんはそれを読めば分かる話です。

では、厚労省さん、ちょっと待っていてください。専門委員からお手が挙がっているのので、それを一通り終えてからコメントを求めます。

では、大浦専門委員、よろしく申し上げます。

○大浦専門委員 ありがとうございます。

今、目の前のことを何とかできない状態というのは、本当に私も心苦しく思っているのですが、なぜみんながつばぜり合いをやっているのだろうと思うと、職域でけんかし合っていて、自分たちの職域を守るために、権利を守るためにここまでおかしいことになっているのです。

そうしたら、これは単なる私の意見だし、なるとも思っていないかもしれませんが、言わせて

ください。だったら、クロスオーバー資格をつくったらどうでしょう。今、薬局さんが何万軒もあると自慢されていましたので、では、その薬局にいらっしゃる薬剤師さんが看護師の資格を取られたらどうでしょう。6万軒ですか。4万軒の訪問看護ステーションをつくられたらいいのではないですか。自分たちが、自分たちの仲間が在宅の患者様に薬を持って行けたら、それでいいのではないのですか。違うのでしょうか。

それは時間もかかることだと思いますし、私のジャストアイデアみたいなものをもっていただくことはできないと分かっている、でも、私はそう言わざるを得ない。この国は、このまま職域同士でつばぜり合いをやっている、誰も幸せにならないと思います。私はなるべく病気にならないようにしたいなと思いますけれども、私のがんになる前には、クロスオーバー資格ができて、ちゃんと在宅で薬が普通に配られることを心から祈っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、落合専門委員、お願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

実際に広げていくというお話もしていただいております、それができる地域もあるのだろうとは思いますが。一方で、できない地域もあることは自明のところだと思っております。本当に薬局がないところに、経済合理性を無視して薬局の方々が新しく建てられるのかというと、多分、そういうことにはならないのだろうと思えます。

少なくともそういう客観的に明らかな場所があるわけですし、そもそもそういった場所でいろいろなことを試していくというのは、どちらかということ、薬局の皆様の経営努力でどうにか救っていくことができない中で、ほかの次善の手段としてということであると思えます。明らかに実施していく合理性が高いのではないかと思いますし、まずは先行して実際に行ってみて、その結果を見ていくということがやはり大事だと思います。今そこにいる方は、3年後に進めてよくなったからといって救われるわけでもない、ということはあるので、少しでも早く手を打っていかないといけないと思えます。

そのときに、日本全国で適切に整理ができてからという話をすると、この分野に限らず、どの分野でも絶対に数年はかかってしまいます。1つや2つの事例をつくるのであれば2～3か月でできることであっても、数年ずっと待たせてしまうことになるということになります。実際、議論としても、1つ前の議題でも意見書を出させていただいていたのですが、実際に実施してみないと、それがワークするかどうかは分からないこともどうしてもあります。それが適切なのかもあると思えますので、実際に行っていく中で評価を行って、具体的な地に足のついた議論を早めに始めていただくことが重要なのではないかと考えております。

ですので、本当に全国に24時間のものを展開されるというわけであれば、始めていただくことは必要だと思いますので、ぜひそういった方向で御検討いただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員、お願いいたします。

○佐々木専門委員 落合先生とほぼ重なってしまうのですが、しっかり連携してというのはもちろん進めていかなければいけないと思うのですが、しっかり連携してというのは2000年からずっと言ってきていて、都市部では徐々に連携が進んできていますけれども、ただ、絶対的にリソースが少ない地域では、連携のパートナーすらも見つからないという現状があるのだと思うのですよね。

そもそも連携ができていたのなら、こんな話にはならないわけで、現状、こういう地域のニーズがあるのだということは、まずみんなできちんと受け止めよう。このニーズに対して一刻も早く応えていくために何ができるのかということ、今、議論しなければいなくて、将来に向けてこんな感じでさらに連携を深めていきますと言って、今、がんで痛がっている人が救われるわけではないのですよね。

もちろん、その痛みを予測してちゃんと出しておけるというのは、そのとおりだと思いますし、予測できるものは予測する、予防できるものは予防するのですけれども、ただ、全てでそれができないから、在宅医療でも、訪問看護も、薬局も24時間対応というのが義務づけられているので、それを私たちはやっていく。それができていない地域についてどうするかということ、ぜひ薬剤師会さんは患者さんたちが納得できる現実的な答えを出してほしいなと思います。

連携するということが唯一の解なのであれば、連携できていない地域においてはどうするのかということについて、そこで、例えば、看護師さんとか医療機関が連携して薬剤を患者さんに届ける工夫について、それを阻害する理由はないのだと思うのですよね。それによって皆さんの利益が棄損されるわけでもないと思うのです。患者さんたちの命はみんな連携して守っていく。

保険薬局協会さんから提案が出ていましたけれども、逆に言えば、例えば、薬剤師さんが輸液製剤や外用薬を届けてくださったときに、薬剤師さんがそこでそれを患者さんに使っていただくみたいなことができるようになれば、さらに地域の患者さんたちの心配事は減りますよね。

しみ出しというのは、決して私たちというか、他職種が薬剤師さんたちの権益を食っていくという話ではなくて、それぞれの専門職がそれぞれの端境の領域で、お互いにフレキシブルに助け合うことを法律で禁止するのをやめましょうよという話をしているのではないかと私は思っているのです。

患者さんの利益のために、合理的なリスクテイクというのはどの辺のラインなのかということ、危ないのか、危なくないのかではなくて、比較したときにどうなのかという議論をやらないと、これは永遠に平行線で、何のためにこの話をしているのかということ、もう少し原点に立ち返って、ぜひみんな改めて考えていただきたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、薬剤師会さん、手が挙がっていますね。お願いします。

○安部副会長 ありがとうございます。

我々も、24時間、必要なお薬を届けるということについては、しっかりと不断の努力をいたします。ただ、皆さんに御理解いただきたいのは、我々薬剤師も、勝手に薬剤師の判断で調剤して、お薬を届けるということではできないわけでありまして。医師の処方に基づいて我々が調剤し、医師の指示に基づいて、夜でも日曜日でも、行けと言われればしっかりと対応させていただきたいと思っています。そういう意味では、連携が必要でありますし、そういった仕組みづくりを諦めてしまうというわけではありませんので、しっかりと頑張っていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お待たせしました。厚労省さんに幾つか論点が出ていたと思いますので、まず、この現状認識からだと思うのです。原則論はもういいです。今回、緊急アンケート調査も出ていますし、分かっていたことだよねと言うしかないのですが、やはり地方、特に僻地においては、緊急時に薬の調達にかなり時間がかかる、あるいは調達できていないという問題があるという現状をどう理解しますかということと、連携強化というのは、確かにずっと言っている割には全然そうでもないというか、少しずつ進んでいるのは分かるのですが、スピード感からいうと、今、目の前で困っている人をどうするかという話をしているわけなので、事態は急を要するということを考えたときに、今すぐできることとして何かあるのかということですかね。

ほかにも幾つかあるのですけれども、はっきり言うと、24時間営業というのは本当にできるのかとか、僻地に薬局をつくっても、薬局は本当に大丈夫なのかとかいうのもありますよね。厚労省さんの的には、この段階ではこの辺りはいかがですか。

○衣笠課長 厚生労働省ですが、今回の訪問看護ステーションでの配置可能な薬剤の拡充の話は、まず、緊急対応の必要性から議論されていると思いますが、これは日本薬剤師会さんやNPhAさんからもお話がありましたが、現場では、予見できるものはあらかじめ鎮痛薬等の調剤をしておいて、それを置いておくということは、基本的によく行われている話だと聞いています。そうしたものを患者さんの御自宅に置いておく、若しくは場合によっては、患者さんからの依頼に基づいて、訪問看護ステーションに正に配置しておくということもできるのではないかと思います。

そうしたことである程度対応可能な面が相当あるのではと思っています。また、患者目線ではないという話もありましたが、その場合には、あくまで迅速に対応できるということ、あとは、保険適用になりますので、コストも下がるという点もありますから、決して患者目線ではないということでもないだろうと思っています。

いずれにしても、そのようなことで対応できないのかということなどを含めて、実態は把握していかないとなかなか難しいと考えています。

あと、緊急対応といったときの緊急の度合いも、どこまで念頭に置いた緊急とするのか

などいろいろな解釈の仕方がありますので、そうしたところもよく検討していく必要があると考えております。

この件は実は薬局との関係だけではなくて、医師がつかまらないという話もあったと思います。このため、そういう意味で、関係性としては様々なものを見ながら、解決策を考えなければいけない話ではないかと思っており、冒頭に我々が申し上げましたけれども、在宅医療ということ、在宅現場の話ということで総体的に実態把握を進めていければと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○山本審議官 審議官の山本でございます。いつもありがとうございます。

今、総務課長からもちょっと言及がありましたが、今回の調査は非常に参考になると思っております。例えば、今、脱水のページとかをざっと拝見したのですけれども、プロセスからいくと、輸液をすぐ持って行けたらいいなという事例が非常に多いと思っております。

そのときに、最初のボトルネックは、要は、処方が出ないという、そこがメジャーなよくあるボトルネックになるのでしょうか。看護ステーションに輸液があったらいいという手前の、お医者さんに連絡がつかないとか、処方が出ないという、そこが手前のボトルネックに現実的にはなっているのでしょうか。そこがお伺いしたいところです。

それから、それに関連するのですが、資料3-2で御提案いただいた新しい仕組み、たたき台みたいな提案なのですけれども、これは①と②があって、そういう意味では、①が最初というよりも、②が最初で、患者さんから異変の連絡が入ったときに、この図で言う②の包括的指示の範囲だったら動けるとか、そういう理解でよろしいのでしょうか。あるいは①が最初に来るのだったら、逆に②で指示が出るのであれば、医師に連絡が取れているし、口頭であろうが、電話であろうが、処方の指示も薬局にし得ると思うのです。その辺りの緊急のときのイメージ、資料3-2で書いたイメージをシェアしていただければありがたいなと思ったのが、ちょっと細かいですが、2点目です。

まず、1点目の現実のボトルネック手前で動きづらいというのは、どういう状態でしょうか。私の理解で合っていますでしょうか。

○佐藤座長 佐々木専門委員からお手が挙がっているのは、この件でしょうか

○佐々木専門委員 資料の作成に関わった者として、ちょっと説明をさせていただきます。

現状では、輸液、薬剤の投与が必要な場合は、まず、看護師から医師に相談が行き、その上でアクションするということになります。アクションの1としては、クリニックに薬剤や輸液製剤を取りに行き、患者さんの家に持って行って、それで処置をするというケースもあれば、あるいは医師の院外処方に基づいて、薬剤師さんが自宅に薬を届けてくれる、あるいは看護師が薬局に薬を取りに行くというフローになるのだと思います。

ここでボトルネックは2つあって、1つは、医師に24時間つながらない場合がある。都市部の在宅医療は24時間が普通ですけれども、人口減少地域や過疎地においては、お医者

さんのリソースは限られているので、24時間医師につながらないというところが珍しくないのだということは、この緊急調査の結果でも明らかです。

それから、もう一つは、医師につながったとしても、では、薬を出すよといったときに、夜中にその薬を手配してくれる薬局さんはありますかという、それがない。これが2段目です。

患者さんに迅速に薬剤、輸液が投与できないことによって、患者さんに不利益が生じているケースをこれだけ経験しているよというのは、緊急調査の中に数字で出ていますよね。こんなケースにおいて、訪問看護ステーションに薬剤や輸液を配備しておけば、患者のニーズに迅速に対応できる。

そのために必要なのが、多分、薬剤の処方に関する包括的な指示とか、患者さんごとに手順書を決めておくとか、こういったことがあらかじめ準備されていれば、看護師さんたちが医師に認められた範囲の中で、取りあえず薬を患者さんに使うことができる。それを翌朝なりにドクターに報告して、こんな感じで変化があったので、この薬を先生の許容範囲内で使わせていただいていますと。ドクターがその状況、患者さんを確認して、継続使用が必要だったら処方が出るのだろうし、使っている薬剤を何らかの形で処理するということになるのだと思います。

なので、ボトルネックとしては、ドクターに連絡がつかない。1つ目がそれです。2つ目が、ドクターから薬を出したいと思ったときに、薬局が対応できない。

最悪、そのときは医療機関に薬を取りに行くということができればいいのでしょうけれども、人口減少地域、過疎地域は1つのステーションがカバーするエリアが大変広いですし、往復に非常に時間がかかることがあるのだということは、前回、看護協会さんのほうから御報告いただいたとおりということです。

こんな感じでよろしいでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

もしよろしければ、看護協会の井本さんから何かコメントがあれば、お願いいたします。

○井本常任理事 日本看護協会の井本でございます。

前回、本会からお話しさせていただいた実情というのは、正に今、佐々木専門委員がお話しくださいました状況でございました。医師の指示については、今般、タスクシフト・シェアに関する包括的指示、また、2015年創設の特定行為研修制度等で一定程度の普及が見られております。本会の調べによれば、そこに指示があったとしても、先ほど佐々木先生がお話しになった薬剤が手に入らない状況がありました。現場の看護師たちの、苦痛を生じている状況に対応したいという思いから今回の提案となっております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、こんな感じで大丈夫ですか。

○山本審議官 佐々木先生、看護協会の先生、ありがとうございます。

では、資料3-2の①と②は、どちらかという、②のほうが先というイメージでいいのでしょうか。時点としては、指示がその患者さんに対して包括的にある程度出ていて、何らか具体の脱水とか疼痛とか、その疑いとか、後日来たときに、どうやって速やかに動くかというイメージを想定しながら、これを拝見すればよろしいでしょうか。

○佐々木専門委員 そうです。薬剤に関する包括的指示というのがあらかじめあって、その中で、患者さんの急変の事態に応じて、医師に連絡がつけば、医師の判断を改めて確認ということもあるかもしれませんが、包括的指示の範囲内で対処できるものであれば、それをやっていくというイメージです。

○佐藤座長 厚労省さんは、②であれば可能だというイメージでいいのですか。

○山本審議官 いや、それは分からないのですが、この御提案の意図なり、具体のイメージを理解したくて御質問させていただきました。

包括的指示が出るのであれば、薬局に対しても、その患者さんに対して医療機関から包括的指示というか、その指示がシェアされることも前提にすればいいのかなと思って、それも踏まえて、どういうものが一番早く急変した在宅患者さんにお薬を届けることができるのかなと、今、頭を若干巡らせているところなのですが、異変の連絡が来たときに、あらかじめ包括的指示、あるいはそのシェアが薬局、ステーション、医療機関でなされているという前提であれば、電話連絡がステーションに入ったら、例えば、薬局にも医療機関にも展開していただいて、一番早いところで誰かが持って行くことができるという仕組みをどうやってつくるのかなという話だと感じているのですけれども、それが誰か。誰でも動けるようにしておくのも必要なことかもしれませんが、そこは職種も含めて考えていかなければいけないとも思っています。

ちょっとつぶやきめいたことで失礼しました。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

これはかなり緊急にというか、迅速な対応を求めるべき分野だと思います。やはり患者さんの声が実際にあるわけだし、これから実態把握とおっしゃいますが、実際にアンケート調査をしたら、こういう結果が出てきているので、あまり調査に時間をかけられても、またそれこそ問題の解決が先延ばしになってしまいますので、まず、何段階かに分けて、もちろんこちらにも連携を否定しているわけではないのだけれども、この現状、現場において、正にタスクシェアというより、しみ出しと言ったほうがいいのかもかもしれませんけれども、お互いにできることをやろうよということは現場の切実な声だと思いますので、何ができるかということについて、もっと前向きな対応がされたらいいのかなと思う次第であります。

何が言いたいかといいますと、いろいろな提案が出るではないですか。そうすると、けちをつけたくなるのは分かるのです。だけれども、そうではなくて、もっといい方法があ

るのか、現実的な実効性の高い方法はあるのか、もう少しポジティブに。今、私も学生の指導でそうやってポジティブになろうと頑張っているのですけれども、けちをつけるのは簡単なのです。だけれども、ポジティブに捉えて検討いただきたいというのがこちらからのお願い事ということになります。よろしいですか。

では、時間をまた超過しましたがけれども、本日の。

○太田薬事企画官 すみません。厚労省です。

今回出された緊急調査の結果なのですが、まだ中間ということで、これから最終版が出てくると思っているのですが、背景とか、実際にどのようなところに聞いた結果なのかとか、そういったことによっては結果の解釈の仕方も変わってくると思っている、これがどうこうというよりも、先生方がおっしゃられたように、現場で困っていることがあれば、それに最善の策を尽くすような形で対応するというのはごもっともなのですが、実態を正確に調査して、そこに真つ当な対策を打つというのも必要な事項だと思っているので、例えば、前回の協会さんからの資料で、アンケートの回収率が6%で、そこで得られた結果の内訳を出していたみたいなのもございましたが、偏った結果だと誤った方向に導いてしまうおそれもあると思うので、今回、訪問看護ステーションの方にアンケート調査をしたのであれば、薬局サイドにも調査が必要だと思いますし、実際、どういう現場でそういったことが起こっているのかといった背景情報も含めて、結果が上がってきた際には、その詳細な情報をこちらから問合せをさせていただくことは可能でしょうか。

○事務局 事務局ですが、基本、御要望に添う方向で協力者の方と御相談したいと思いません。厚労省さんだけではなくて、患者団体の方も一緒にお聞きいただきたいと思います。しっかりと調査の背景を御説明したいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 よろしいですか。

○衣笠課長 厚労省ですが、もう一つ簡単に。

事務局に対してなのですが、以前からいろいろな進め方の改善をお願いしていますが、今日も本日初めて見た資料がほとんどだということもありまして、ぜひそこは早めに頂くような御配慮をいただければと思います。

最後に申し訳ございません。

○事務局 事務局としては、資料3-3以外は今日お渡ししたものではありませんので、そこはしっかりと申し上げたいと思えます。資料3-2は2月21日に厚労省にお渡ししています。よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石専門委員、あればお願ひします。

○大石専門委員 厚労省さん、先にどうぞ。

○衣笠課長 実は資料3-2もあくまで暫定版として、かなり固まっていない段階のものを頂いており、位置づけ方、中身もよく分からない部分もありました。そういう意味で、あらかじめ大分前から頂いていたという話ではないので、そこは訂正させていただきたい

と思います。

○佐藤座長 よろしいですか。

では、大石専門委員、お待たせしました。

○大石専門委員 一言だけ。

調査の前提がどういう状況なのかということのを共有して、厚労省さんのほうでお考えいただくことは非常に大事だと思うのですが、厚労省さんがよくやられる在宅医療関係の調査で広く薄く聞いてしまうことによって、結果として本当に対応しているところが困っている問題が薄まってしまうという問題があるかと思っています。ですから、例えば、今回でしたら、がん末期を中心的に診ているような、かなり重症な患者さんを抱えていらっしゃる24時間対応の訪問看護ステーションが全体の中の一部であったとしても、それは真実であり得るので、その解釈のところはいろいろきっちりお考えいただけるとありがたいかなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

平均を見ないでちゃんと属性別に考えるのが正しいやり方ありますので、広く薄くというのは、つまり、ある種、全国平均的に見るのは避けたほうがいいのかなどは思いました。

よろしいですか。ありがとうございます。

すみません。たびたび時間が超過しましたけれども、議題3はここまでとさせていただきます。

厚労省におかれましては、地域の在宅患者の方々が必要なときに必要な薬剤を入手することが困難になっているという、少なくともそういう事例があるということですので、そこは真摯に受け止めていただければと思います。

くどいようすけれども、もし我々の意見に対して何らかの反論があるのなら、反論だけではなくて対案を出してください。それも実効性のあるものを。別に連携したらうまくいくとか、そういう話ではない。それは時間のかかることなので。今、短期的にできることは何で、中長期的にできることは何でという時間軸を考えながらお願いできればと思います。

あと、実態把握もそうなのですが、やられるのはもちろん構わないのですが、それも時間を切ってお願いできればと思います。来年の今頃出しますでは話にならないということです。それは対応のほうをぜひよろしく願いいたします。

委員、専門委員の皆様方におかれましては、もしこの時間の中で言えなかったこと、あるいは気がついたことがあれば、明日までになりますけれども、事務局のほうに連絡いただければ、まとめて厚労省にお話を伝えていただけるようにします。

どうもありがとうございました。

それでは、本日はこれで会議を終了させていただきます。重ね重ね、御協力、御参加ありがとうございます。

委員、専門委員の方々につきましては、事前に御連絡したとおり、この後、最大10分程度でいろいろと打合せをさせていただければと思います。

では、参加された皆様方、ありがとうございました。お疲れさまでした。