

**地方公共団体のスーパーシティ提案についての
国家戦略特区WG委員等によるヒアリング（会津若松市）
（議事要旨）**

（開催要領）

- 1 日時 令和3年5月14日（金）16:15～16:52
- 2 場所 永田町合同庁舎703会議室等（オンライン会議）
- 3 出席者

＜自治体等＞

室井 照平	会津若松市長
猪俣 建二	会津若松市副市長
齋藤 浩	会津若松市企画政策部長
橋本 博光	会津若松市企画政策部副部長
川上 慎史	会津若松市企画政策部副参事
本島 靖	会津若松市スマートシティ推進室室長
柏木 康豪	会津若松市スマートシティ推進室副主幹
二瓶 敏郎	会津若松市スマートシティ推進室副主幹
高橋 俊貴	会津若松市スマートシティ推進室主任主事
中村 彰二郎	会津若松市スーパーシティ構想リードアーキテクト アクセンチュア株式会社マネジング・ディレクター
工藤 裕太	アクセンチュア株式会社マネジャー
村井 遊	アクセンチュア株式会社コンサルタント
藤井 篤之	アクセンチュア株式会社マネジング・ディレクター
谷田部 緑	アクセンチュア株式会社マネジャー
宮田 裕章	慶應義塾大学教授
東瀬 多美夫	竹田総合病院事務局長
馬越 孝	ソフトバンク株式会社 DX 本部会津若松 DX センター長

＜国家戦略特区ワーキンググループ委員＞

委員 阿曾沼 元博 医療法人社団滉志会社員・理事

＜内閣府地方創生推進事務局＞

大森 正敏	内閣府地方創生推進事務局参事官
喜多 功彦	内閣府地方創生推進事務局参事官

（議事次第）

- 1 開会

2 議事

(1) 提案内容説明

(2) 質疑応答

3 閉会

○喜多参事官 本日は、医療・健康・ヘルスケア分野を中心に、阿曾沼先生にお話を聞いていただこうと思っております。

本日の進め方なのですけれども、医療・健康・ヘルスケア分野を中心に10分程度で御説明していただいて、その後、質疑応答は全体で30分程度、長くて40分ぐらいだと考えております。

司会進行は、全般的に阿曾沼先生にお願いしようと思っております。

それでは、まず会津若松市さんより提案内容の御説明をよろしくお願ひいたします。

○室井市長 皆さん、こんにちは。会津若松市長の室井でございます。

本日は、詳細ヒアリングの機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

本市から御提案しましたスーパーシティ12分野の取組の中でも、日本全国の共通課題の解決を目指すヘルスケアの分野は、最重点分野であると考えています。

本市には、竹田総合病院を含む大規模な総合病院が三つございまして、これまで会津若松医師会などと協議を重ねてまいりましたので、スーパーシティ実現の準備は整っております。

そして、本日は、竹田総合病院の東瀬事務局長と、アドバイザーでございます慶應義塾大学の宮田先生にも御参加いただいております。

お二方はもちろんのこと、皆様方のお力添え、御理解をいただきながら、官民の垣根を超えた協力体制での円滑な事業推進に向けた各種調整を全力で、そして、継続的に実施してまいりたいと考えています。

それでは、詳細の内容については、本市のアーキテクトであります、中村さんから御説明させていただきます。

○中村リードアーキテクト 中村です。引き続き、よろしくお願ひします。

○阿曾沼委員 よろしくお願ひいたします。

○中村リードアーキテクト バーチャルホスピタル会津若松ということで、会津全体を病院と見立てる。中心はデータとオンライン前提のホスピタル環境です。中心になるのは、市民であり、先生であります。そういう立ち位置で全体設計をつくりたいと思います。

このページに健康増進・予防、リスク検知、相談、治療、在宅ケアとありますが、全体をPHRプラットフォームで全てデータ化するということを大前提にしています。

2番目に書いています、ホームドクターですけれども、家の中でいろんなセンシングやウェアラブルも含めてですが、全てデータ化する。保険会社も巻き込んでサブスクモデル

で、市民にいろんなデバイスを個別に買ってもらうのではなくて、データ収集機器に関してはサブスクで提供するというモデルです。

次にドクターインデックスです。データからアラートで上がってきた内容に応じて、域内のインデックス化された専門の先生たちインデックス化されて出てきて、市民からすと第一人者である主治医、セカンドオピニオンオプトインという形で決め、選択された医師がアラートのデータを見ていく。これでデータ共有できる状態にします。

このデータは常にAIが監視する形にしなから、リスクがある場合には、3番目のオンライン診療、もしくはフェース・トゥー・フェースの診療に移る。ここから現医療体制につながっていくわけですが、そのときにAI医療クラークというもので、今までのパソコン入力タイプの電子カルテの普及率というのは、一定程度で止まっておりますので、そうすると、まだデジタル化されない末端の医療組織がどうしてもありますので、そこをスマートフォンベース、タブレットベースで音声でデータ入力できるような、音声入力タイプの医療クラークも整備する。

全体の中がデジタルでつながれば、5番目に書いています介護みたいなところも全て連携していきますから、病院に入院したとか、退院したとか、今、データが全部分断されているわけですがけれども、全てをデータ化し、常に監視できるような、管理できるような体制をつくるというのが全体像です。

これをやろうとすると、次のページですが、それなりの規制が当然ございまして、全体に関しては、要配慮個人情報がございます。クリアしていくためにも、一つ一つ皆様にも是非チェック・アドバイスをしていただきたいと思います。

あと、データを集めるIoT機器に関しては、各メーカーからの既存の製品もありますが、会津若松を含めて共同開発もしていきたいと思っておりますから、いろんなデバイス開発、業務をどんどん投入していきたいと思っております。

AIによる補助診断、病気の相談みたいなものも、今、自由診療では認められておりますけれども、これも保険適用にしていきたいと思っております。オンラインなどのデータを前提にしているバーチャルホスピタルだからこそ、今の日本のいろんな規制を全部取っ払っていただいて、できるようにしていきたいと思っております。

ドクターインデックスですけれども、ややもしますと、先生の広告とみなされるかもしれません。専門医をどんどんマッチングをさせていって、将来的にはアウトカム制度みたいなところにもつながっていくのだろうというチャレンジでございますので、広告ではなく、あくまでも実績ベースでマッチングをしていく。そういうふうに判断をいただきたいと思います。

後ろのほうですけれども、今、既に皆様がやられている特区で、薬の宅配に関しては可能になっている地域があると思っておりますが、それもぜひ利用させていただいて、バーチャルホスピタルエリアに関しては、恒常的に適用できる。服薬指導に関しても、レポートに関しては改めて服薬指導や医師による処方箋自体が必要なのかどうか、そういうことも検討

させていただきたいと思っています。

下にオンライン前提とありますけれども、オンラインとフェース・トゥー・フェースの問題、エリアの問題なども医師会から言われていると思いますが、ここはバーチャルホスピタル会津若松ですから、エリア内に登録された先生たちは全てこのオンラインに参加できるということを前提にして、まずエリアを区切ってデータとオンラインをベースにして、今の皆保険制度をどういうふうここに置いていけるか、そういうチャレンジをしていきたいと思っています。

次のページです。マイナンバーカード認証でいいと思いますけれども、ばらばらだったものをひもづけて、全てのデータを集めるという考え方にします。

次のページです。ホームドクターという考え方、ドクターインデックスという新しい考え方を投入いたします。

次のページです。リスクアラート、トリアージというところまでが、AIなどが絡んでくるわけですが、遠隔診療の場合は0分プロジェクトですが、オンラインで行う。実際にフェース・トゥー・フェースで診療が必要な場合には、移動、決済、宅配などを含めて、ここもできる限りデジタルの恩恵を受けるようなプロセスにのせるということが0分、15分のプロジェクトの中身です。

次のページ、お願いします。AI医療クラークに関しては、これから訪問診療も含めて、スマホを持って歩けば、データがきっちり取れるという世界にして、漏れなくどのフェーズでもデータを取れるようにしていくために、AI医療クラークを発展させていきたいと思っています。

今、介護者が多いから、どうするかということを目下やらなければいけないかもしれません。そういう意味では、ケアラーを教育するというのも考えますが、これまでの①～④の取組の前提があることで、介護者を基本的につくらない。我々はPPKというプロジェクトですが、できるだけ健康で最期まで生きる。そういう体制をつくるというのが、このプロジェクト全体の最終目標です。

私からは以上です。

アドバイザーの宮田さんから、補足をお願いいたします。

○宮田教授 ありがとうございます。

まさに日本の医療の課題というのは、データが繋がらないということです。これは開業医のデータがデジタル化されていない、あるいは中規模以上の病院が個別で分断されている。ここを会津若松というのは超えて、かつそれを運用できるということです。現場とのコミュニケーションを行って運用できる。これから日本は、あるいは世界はそういう方向に向かっていくのですが、10年先取りしているということで、まさに未来社会をここで実現できるということです。

もう一つの大きな課題というのは、高齢化です。アジア、EU各国は、これから大きな高齢化の中に入っていくのですが、日本は課題に向き合う。やはりキーとなるのは、いかに

病気にならないか、あるいはその人らしく生きられる時間を長くできるかということです。つまり病院に来てからも最善の医療なのですが、それまで、例えば歩行速度が落ちてきた手前をライフログで兆候をキャッチしてサポートしたり、あるいは治療を受けた後もITを使いながら支えていく。この環境があるということが、会津若松の非常に大きな強みですし、今すぐ未来社会を実装していくことができるというのは、すごく大きなアドバンテージですし、これは世界に向けて大きな可能性になるのではないかと感じています。

以上です。

○中村リードアーキテクト ありがとうございます。

今、申し上げた中で、宮田さんから話が出てきましたが、これはもう一つの領域で提案しております地域活性化のプロジェクトとも、当然ですけれども、ヘルスケアに関しては連携することになると思います。

前提の運営体制として、地元の代表である竹田総合病院の東瀬事務局長からも、このプロジェクトについてコメントをお願いします。

○東瀬事務局長 東瀬です。

オプトインによって、PHRが出来上がって、そうしますと、市民の方の健康への関心というのは非常に高まると思います。それによってICTが活用されて、ヘルスケア情報ですとか、医療資源の運用の向上が高まってくると、サービスも向上していくと思います。

毎朝、グループ内の施設をつないで、ベッドコントロールのミーティングをして、患者さんの転院、転棟、退院について話をして、医療資源を有効に活用していこうという取組をしております。スーパーシティの医療分野でこういった取組がなされますと、当院としても、これまで培ってたグループ内で進めてきたベッドコントロールミーティングについて、地域全体に拡大して協力させていただきたいと考えております。

以上です。

○中村リードアーキテクト ありがとうございます。

私たちの説明は、以上です。

○阿曾沼委員 大変具体的かつ分かりやすい御説明をありがとうございました。

市全体をホスピタル、ヘルスケアの町にしていくということで、私自身も医療というのは、人間がいる全てのところが診察室になり、病床になっていくことが最終的な地域医療の目標だと思っています。そのためにもICT技術を駆使して、データ共有を促進していくことが必要です。

一方で、スーパーシティの御提案では、具体的な規制改革項目との連動が非常に重要な要素になっておりますので、これを実現する上で、どの条文、どこの規制をどういうふうにしていくのかということをも具体的にデザインしていくということが、非常に重要になってくると思っています。

地域におけるデータ連携の中で、今、病院で蓄積されている電子カルテデータは、本当に今後要求されるユースケースに対応できるに十分なデータであるのかの検証とか、不十

分であるとする、必要なデータをどう集めていくかということが非常に重要だということだと思えます。現実の問題としてはデータ交換規約プロトコルということすら、きちっと整理されていないと思うのですが、データの共有基盤をつくっていく上で、データ交換規約は具体的にどんなものを採用して、各施設に強制していくのか、求めていくのか、もしくは企業に求めていくのかということについて、具体的な案みたいなものはございますか。

○中村リードアーキテクト まずアーキテクトの中村から答えます。

スーパーシティ全般は、データ連携基盤をベースにしていると思えます。我々は6年間、会津若松市で都市OSを運用してまいりました。そのときに、APIの標準化とか、データの標準化をこれまでもきちっと整備してまいりました。この経験を生かして、医療の領域でも全体のフォーマットをどうするかとか、SIPでもこの2年間やってきたのですが、それを医療の世界でも行うべきだと思っております。会津若松モデルみたいに閉じた考え方を持つつもりは全くございませんで、厚生労働省ともいろんな議論をさせていただきながら、あるべき標準化みたいなこと、会津地域で医療の世界の都市OSみたいなものを構築し、これを全国の標準に拡大できればと考えています。考え方としては、今までのデータ連携基盤と大きな変更はないと思えます。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

今回の御提案の重要なポイントは、全てのデータを収集するという覚悟を決められ、そしてそれをオプトインで収集するというところだと思っておりますが、会津若松市さんが10年間やってきた中での結論だったと思うのですが、その辺はいかがですか。

○中村リードアーキテクト 例えば先月は何%になりましたという過去の結果データを見ても、残念ながら、人間というのはなかなか行動変容を起こせないと思えます。リアルタイムデータを市民が自ら出して、そのデータに対して、自分にパーソナライズされたリコメンデーションなりがあるから人は行動変容を起こすので、そういうリアリティーがある、自分のためとか、自分の家族のためとか、次世代のため、地域のためみたいなリアリティーを感じて、初めてオプトインという社会が成立するというのを、この10年間の経験で我々は培ったと思えます。なので、オプトインはとても大切に考えています。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

医療を受ける中で、人間は自身の大きな変化や痛みを感じないとなかなか行動変容がでないということがあります。誰が言うかということが残念ながら優先されていく中で、AIを恒常的に使い支援を受けながら、医師が患者さんの行動変容を促していく社会をつくっていくという意味で、ネットワークのある仕組みが必要だと理解してよろしいですか。

○中村リードアーキテクト 私自身の実体験でもデータがあれば、もっと初期にいろいろな治療を受けられたという経験があり、市民との会話の中でもそういうリアルな話をしていくと、皆さんすぐく納得します。データの使い方とか、データを使うことによって、自分にどういうメリットがあるかということ徹底的に伝えていくことが必要だと思えます。

それは先生も伝える必要があるでしょうし、我々みたいにスマートシティを運営する者も伝える必要があるでしょうし、それで成功体験を得た市民自身がコミュニティーとして広げていくということが、会津の一番の強くだと思います。コミュニティーで広げていくことができるので、こういったサービスを広げていくことに対して自信があります。

○阿曾沼委員 医療運営の中で、医療機関や医師、そして行政が覚悟を決めてやると決めれば、法的にはできることがあることと、もう一つ、具体的に皆さんの御提案の中でも、真に制度改革が必要なこと、解釈をはっきりさせれば済むこともありますので、その辺は、より具体的に整理できると闘いやすいと思っていますので、御提示いただければありがたいです。

例えばオンライン診療、広告規制における御要求もより具体的に言ってもらいたいと思っています。

それから、多施設の臨床研究などをやる場合には、オンラインでできることもあるので、この辺は何をどう規制改革するのかということが具体的に分かるかと思っています。

患者さんが患者さんをサポートするピアサポートは今でもできるとしています。診療報酬体系の中でどう捉えるのかという点についても具体的に教えていただければありがたいと思っています。

あと、実店舗なしの薬局などが医薬品の販売ができるという提案は、結構大きいポイントだと思いますが、実際に計画されている事業者がおありですか。

○中村リードアーキテクト 薬剤師会とはいろいろと話をしております、若手の薬剤師が会津にはいるのですが、今の薬剤師のありようというのは、今後、必要なくなるというのは、彼ら自身も分かっているわけです。オンラインを前提にした中で、薬剤師のありよう、仕事のどこに彼らが求めるか。在宅で服薬指導をするかとか、そういうものは残ると思いますが、薬剤師の本来あるべきミッションをこのプロジェクトの中で考えて、そういうことを、今、議論しています。

○阿曾沼委員 薬局に行くと、夜など薬剤師が居ないので、第一類のOTC薬HA販売できません。そんなことは一定の条件のもとでオンラインで薬剤師が対応できるのではないかと思います。そんなことを含めて、ぜひ改革をしたいと思っています。

○中村リードアーキテクト 今、言っていたとおおり、我々もこのプロジェクトをやるのに16項目ぐらいのお願いを出していますが、それ以上に先生にもお気づきいただいているとか、こうやったほうが良いというアドバイスもたくさんあると思いますので、我々も全部お受けして、ベストなやり方を協議したいと思っています。

○阿曾沼委員 あと、提案のあった処方箋の利用期限が限定されている点の制度改革で期限設定のあり方、また生活習慣病などにおける処方箋の再利用なども検討課題となるでしょうか。

○中村リードアーキテクト 東瀬さん、どうですか

○東瀬事務局長 薬をもらわないで、途中で無効になってしまうケースもあるのです。昔

は分処方というものがあまして、そういうものをやっていたので、ぜひそういうものができたらいいと思います。

○阿曾沼委員 患者さんの増悪化の問題などを監視しながらやっていくという仕組みをつくっていくとすれば、在宅などの管理も当然できるわけですから、それぞれできると思います。

○中村リードアーキテクト そのとおりです。

○阿曾沼委員 もう一点、海外承認済みの薬をすぐに使わせてほしいという要求がありましたが、これは臨床研究中核病院などを対象とした特区のメニューにあります。今まで臨床研究中核病院においては、保険外併用療養の先進医療の枠組みの中で、海外で承認済みのものについては、日本でも保険外併用の品目として使えるというルールがあります。このルールの適応拡大として地域の竹田総合病院さんとか、会津中央病院さんなど適応するというのは、一つの規制改革項目になるのではないかと思います、現行の特区でも対応可能かもしれません。

○中村リードアーキテクト なるほど。素晴らしい御提案です。ありがとうございます。

○阿曾沼委員 御提案というより特区メニューなどの確認です。なお、オンライン診療のことですが、想定しているものは、オンラインで判断するということは、問診とか、紹介でもらった画像などを含めてだと考えられますか。

○中村リードアーキテクト 回答をお願いします。

○藤井マネジング・ディレクター AIの入力のところについては、ベースとして我々が考えているのは、医師のコミュニケーションをまずはしっかりデータ化するというのをやりたいということです。実際に医師と患者のコミュニケーションから生活習慣病の治療というのは、かなりのウエートを占めることがあると認識しておるのですが、そこは実際にあまり分析されていないですし、そのデータ化というのは非常に大きな意味を持つと思っております。さらに電子カルテの情報の意味合いを深めるという意味でも、重要だという認識があるということが一つです。

その上で、規制緩和というところに限って言うと、様々なデータを自動で取得して入力するというところにおいて、現時点においては、よろしいかどうかというところが決まっていないという理解だと思っておりますので、そこを確認したいと思っておりますのでございます。

○阿曾沼委員 現在でも、医師の診断プロセスの過程で、今日の治療指針などの本やデータを使うかということは、規制が全くないのです。ですから、海外の論文を得ようが、ほかの先生のサジェスションを得ようが、AIから出てきた意思決定支援のデータは医療法上問題なくて、最終的にそれを主治医が確定して電子カルテに入力すれば、今、問題はないと理解をしています。この辺のAIの使い方をどうするかというのは、色々議論はあるのだろうと思うのですが、AIに関していえば、例えば会津大学等でAIのプログラム開発だとかAIを組み込んだプログラムの薬事申請も既にされていますね。

○藤井マネジング・ディレクター はい。

○阿曾沼委員 例えば禁煙外来でのプログラム、デジタル薬は薬事承認されています。また、内視鏡などの医療機器にAIプログラムを組み込んでいることについても、薬事承認実績があり、画像診断分野などについても、既に申請されて承認されています。これは厚生労働省のプログラムの中でよりスピードアップしようということがあるのですが、AIを医療の中で使う部分において、どの部分を規制改革するとか、どの部分をスピードアップしてほしいという、より具体的なものがあると助かります。そういう意味で、より具体的な項目があれば、我々も理解がしやすいと思っております。

○藤井マネジング・ディレクター アクセンチュアでございます。

AIのところについて2点ほどございまして、一つは、医師の電子カルテの入力の部分ですが、音声を使ってやっていくということを含めて、医療クラーク機能のAI化も検討しておりますので、そこにおいて、私どもの理解としては、診察中の入力はあるのですが、診察前におけるデータの代行入力が解釈上難しいのではないかと考えてございまして、そこができれば、医師の負担軽減という意味でも、例えば取ってきた様々なデータを医師の確認前に入力してしまうということであったりなども含めて、データ化に向けて、非常に重要なポイントになるのではないかと考えております。

もう一つは、例えば有料で普段からヘルスケアデータなどを取って、リスクアラートなどをしながら提携していくようなヘルスケアサービスみたいなものをしていったときに、そのデータを用いて、その後、医師が診察をして、それが保険診療になった場合において、混合診療の扱い等ができるかどうか、これが全て自由診療になってしまわないかみたいなところがございまして、AIに限らないところもあるかもしれませんが、我々としては、デジタルヘルスケアの解釈で問題だと考えているところでございます。

○阿曾沼委員 分かりました。ありがとうございます。

今の問題でいえば、診療録が書かれていて、最終的に電子カルテは3原則があります。真正性の確保、保存性の確保、見読性の確保という三つがあります。

真正性の確保とは何かというと、誰が何時何分にこういった入力を確定したかということによって、診療録として認められますので、そのプロセスにおいて誰が入力しようが、ドクターがその人に対して代行権限を与えるということであれば、最終的にドクターが確定すれば、診療録として成立すると考えています。ただ、そのプロセスとして、AIが自動的に判断して、AIが自動的に文章にしたものは想定外ですので、そこについては明示が必要だと思います。

○藤井マネジング・ディレクター ありがとうございます。

○阿曾沼委員 あと、患者さんの経過観察上や御自身が収集したセルフメディケーションデータを診療プロセスの中でどう扱うか、お金の取り方も含めて考える時、混合診療との絡みもあるでしょう。それは竹田総合病院さんで専門の方が相談され御判断されると思います。

○藤井マネジング・ディレクター ありがとうございます。

○阿曾沼委員 いろいろな御経験の下で、細かい御提案をいただいておりますけれども、我々としては、どのプロセスのどこの部分を規制改革したいのか、AIに関しては薬事承認のプロセスをこうしてほしいとか、そういう具体的なことがもしあれば、より分かりやすいと思いますので、その辺をもう少し御検討いただければありがたいと思っております。

○藤井マネジング・ディレクター ありがとうございます。

○阿曾沼委員 ほかに何かございますか。言っておかなければいけないことがあれば、もう少し時間がございますので、お願いいたします。

○宮田教授 先ほどの臨床研究中核病院の件なのですけれども、臨床研究中核病院が特別なほうを受けるとするのは、いろいろな背景があるのですが、フォローアップがしっかりできるとか、データを管理できるとか、こういったところが一つ背景なのです。

例えば会津若松のように、退院後のケアも地域全体としてできるということは、万が一何かあった場合にフォローアップをして、検証して、すぐに確認作業に入れるということにもなるので、こういったインフラが整っている地域で、まず最初に規制を緩和していくという要件にも当たると思います。

もう一つは、オプトインでしっかり取っているということで、多くのデジタル系はインを取っていれば、ほとんどのことができてしまうのです。ここで価値をしっかり証明することによって、これは社会全体のことを考えればアウトだったり、時にはウイズアウトでもやるべき項目はあるのではないかとということを検討することができるので、オプトインを前提とした都市だからこそ、そのほかの地域全体のモデルとして、何を社会全体で緩和していくべきなのかということも、どんどん提示できると思っています。

以上です。

○中村リードアーキテクト 私からも今のオプトインの話ですが、前提としての今回の目標は、50%以上の市民のオプトインを目指していくわけですが、これがトラストとなる関係ができれば、トラストな関係をこの国は構築していかなければいけないので、まずはオプトインです。それが出来上がってくれば、サービスごとのオプトアウトもできると思います。これはもうオプトアウトでやっていいということが市民との合意形成でできるタイミングではそうなるでしょうし、そのタイミングでデジタルのところでは提案している電子投票という仕組みも使えますし、そういうことで、順々に信頼関係をつくりながら、全体の信頼ができれば、本当にトラストな関係ができると、オプトアウト社会というのはいずれ来るかもしれませんけれども、そこは丁寧にやっていくというのが一番重要だと思いますので、そういう考え方でおります。

以上です。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

御提案を読んでいくと、対面診療でもオンライン服薬指導をオーケーにするという御提案がありましたけれども、これは非常に重要なことだと思いますし、また具体的な規制改

革項目を言っていただければありがたいと思います。

○中村リードアーキテクト はい。

○喜多参事官 よろしいですか。

それでは、これで終了します。ありがとうございました。