

**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（松本市）  
（議事要旨）**

---

（開催要領）

- 1 日時 令和3年5月14日（金）17:30～18:10
- 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>
  - 臥雲 義尚 松本市長
  - 宮之本 伸 松本市副市長兼 CDO  
松本市スーパーシティ構想アーキテクト
  - 宮尾 穰 松本市総合戦略局 DX 推進本部長
  - 藤井 昌浩 松本市総合戦略局総合戦略室次長補佐
  - 岩崎 博 松本市総合戦略局 DX 推進本部デジタルシティ担当係長
  - 石井 貴文 松本市総合戦略局総合戦略室総合戦略担当係長
  - 深澤 亮平 松本市総合戦略局 DX 推進本部主事
  - 相澤 孝夫 日本病院会会長 相澤病院最高経営責任者
  - 川上 浩司 京都大学大学院医学研究科教授  
松本市スーパーシティ構想デザイナー（医療分野）

    <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>

        喜多 功彦 内閣府地方創生推進事務局参事官  
        大森 正敏 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、御多忙のところ御出席いただき、どうもありがとうございます。  
松本市から、本日は、医療・健康・ヘルスケア分野に特化したヒアリングを実施し

たいと思います。

まず自治体より提案内容について10分程度で御説明いただいた後、質疑応答を全体で30分、長くて40分程度を予定しております。

質疑応答の際の司会は、阿曾沼先生にお願いしております。

それでは、自治体から、医療・健康・ヘルスケア分野の提案内容について、10分程度で御説明をよろしくお願いたします。

○臥雲市長 皆様、こんにちは。松本市長の臥雲義尚と申します。

先生方におかれましては「世界に先駆けるスーパーシティ松本～市民と地球のいのちを守る～」と題しました、松本市のスーパーシティ構想につきまして、貴重なお時間を割いていただき、誠にありがとうございます。

本日は、相澤病院最高経営責任者で日本病院会会長も務められている相澤孝夫先生、松本市のスーパーシティ構想で医療・介護・PHR分野を御担当いただいている京都大学の川上浩司先生、松本の構想のアーキテクトを務める宮之本副市長とともに出席をしております。よろしくお願いたします。

それでは、アーキテクトの宮之本副市長から構想内容について説明をいたします。

○宮之本副市長 皆様、こんにちは。宮之本です。

まず長野県知事などから応援メッセージをいただいておりますので、その動画を御覧いただき、その後、8分程度、私から御説明します。

(動画が流れる)

○宮之本副市長 医療・介護分野につきましては、松本市医師会長の応援メッセージにありましたPHR、Personal Health Recordを私どもの構想のメインテーマにした理由について説明いたします。

資料の1ページを御覧ください。松本の医療圏には、過去15年以上にわたって築き上げてきた病院間連携、病院間役割分担の松本モデルがあります。相澤病院最高経営責任者で、かつ日本病院会会長であられる相澤先生などが長年にわたって御尽力されているものです。

資料の2ページ、平成28年、松本版PHR報告書の存在があります。医療及び介護関係者など、20名が作成したものです。

松本モデル、松本版PHR報告書といった過去からの蓄積、土壌が松本市にはあります。したがって、PHRに正面から取り組むことで、住民目線の地域課題を解決し、なおかつ日本再生に貢献できる、つまり国家戦略特区の基本方針にぴたりと合致するということで、PHRがテーマとなりました。

3ページ目を御覧ください。下のほうにございます、母子健康手帳、カルテ・お薬手帳、学校健診情報などをデータ連携させます。そうすることで、医療費・介護費の抑制、医療・介護従事者の負担軽減、市民の健康寿命延伸を図ります。また、デジタル化された医療ビッグデータを疫学研究、医療政策、ヘルスケア産業の創出につなげます。

平成27年に京都大学の川上教授が松本に来られたことをきっかけに、小学1年生から中

学3年生までの9年間の健康記録の電子データ化、PHRアプリの利用が始まりました。現時点で約6割の保護者から、健康診断情報提供に同意をいただいております。

厚生労働省などもPHRの取組を進めておりますけれども、環境整備にとどまっております。我々は、データはビッグデータになって初めて意味を持つという認識の下、本構想ではKPIを2030年、市民のPHR登録率60%と設定いたしました。

4ページ目を御覧ください。今回、PHRというデリケートなデータを取り扱うこととしたために、住民合意に当たっては意を用いました。昨年12月の段階で、市民に対し、「PHRを取り上げます」、「病歴、薬歴情報も取り扱います」と明確に宣言しました。これは応募した31団体の中で一番早いタイミングだと認識しております。

その後、約20回にわたる市民との対話会を実施しました。休日に対面で行ったり、感染拡大中はオンラインで行ったり、工夫しながら市民と対話しました。

市民目線という観点から、本構想においては、個人情報保護法関連の規制緩和は求めておりません。また、高齢者からの御意見を踏まえ、スマホを利用することなく恩恵が受けられるサービスも多く取り入れております。

特区指定後の来るべき住民の投票を念頭に、内閣府提出後も継続的にスーパーシティ構想提出報告会という形で、臥雲市長と私で市民に説明しております。お薬手帳、母子健康手帳などの紙媒体をなくすとともに、マイナンバーカードに病歴、薬歴データなどを連携させることで、医療機関で問診票を書く必要がなくなりますよといった説明を市民に対して行っております。次回の市民対話会は、再来週の月曜日を予定しています。

資料の右側、4として、関係団体との意見交換実績を記載しております。松本市医師会長へは昨年の10月、信州大学附属病院長と相澤先生には12月に御説明し、平成28年当時にも増して、松本版PHRを構築する意義が高まっていることを確認できました。

松本市の医療を代表する3名にお会いした際、電子カルテ情報を複数の異なる医療機関で共有することに難色を示されるのではないかと心配していたのですが、そういったことはありませんでした。

5ページを御覧ください。市の診療所が山間部に6か所あります。中には1週間に1時間しかオープンしていないところもあり、非効率です。ドクターヘリに着想を得て、いっそ車両自体を診療所にしようと考えました。出かける医療機器、近づく医療機器を実現するとともに、社会保障費の適正化も図ります。また、出かける医療機器は、PHR情報提供に同意いただけない市民でも利用することは可能ですし、スマホを持っていない市民でも利用可能です。

地域医療の高度化は、こちらにあるような3段階で進めていく予定です。

最後に規制・制度改革の提案について説明いたします。6ページを御覧ください。

生涯健康情報の電子データ化に関しましては、健診結果などの保存年限、また、文書による通知のようなアナログ原則の見直しを求めています。

7ページを御覧ください。地域医療の高度化の第1段階、「車両を用いないオンライン

診療・服薬指導」に関しましては、現在、時限措置となっておりますオンライン診療・オンライン服薬指導の恒久化を求めたいと考えています。

第2段階、車両を用いたオンライン診療・服薬指導に関しましては、通達薬生発0331第36号には規定されていない、車両内におけるオンライン服薬指導を可能とする措置をお願いしたいと考えております。

また、正規雇用でない派遣看護師が車両内での診療サポートができるように、労働者派遣法第4条などの緩和を求めています。

8ページを御覧ください。第3段階の移動する診療所ですが、現在の法体系においては、車両自体を診療所にするという概念がそもそも存在しません。したがって、そのための整備を求めています。

具体的には、車両での医療行為を可能とする措置、医療機器を搭載する場合の安全基準整備などが該当すると理解しております。

ドクターヘリも2007年まで根拠法がありませんでした。その際と同様の状況です。

なお、規制・制度改革に関しましては、今回提案した事項だけではなく、既にある国家戦略特区制度の規制改革メニューを幅広く利用したいと考えております。そういった意味で、活用予定として、今回の提案書の31ページに公設民営学校など、8項目を掲載しております。

以上で私からの説明は終わります。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

相澤先生、川上先生、御出席でいらっしゃいますが、このほかにお話しいただくことはございますでしょうか。

○相澤会長 特にございません。

○阿曾沼委員 川上先生、いかがでございますか。

○川上教授 特にございません。御質問に答えるようにします。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

規制改革項目として、車両を診療所として届出、承認を求めておられますが、大変興味深い御提案をいただきました。

また、診療体系を3段階に分けて、患者さんの居場所に寄り添って、きめ細かく医療が提供できる仕組みをつくっていくということだと理解をしました。ライフコースの全データを一元管理することによって、それを活用していくという仕組みがつくられていくということで、きちっと整理された御提案だと思います。

そこで、幾つか御質問をさせていただきたいと思います。まず1点目は、生涯健康情報の電子データ化の中で、保存年限の撤廃というのがあるのですが、期間規定をなくせということなのでしょうか。

○宮之本副市長 そのとおりでございます。例えば学校教育法の施行規則では、健診情報を5年間保存、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則では、処方箋、調剤録を3年間保存

しなければならないと定められていますけれども、私どもは出生前から終末期までのパーソナルヘルスレコードをデータ連携することを考えておりますので、このような保存年限に関するものはなくしていただきたいと考えております。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

1999年4月21日に電子カルテ、いわゆる電子的に保存されたデータを法的に診療録として認めるために、真正性の確保、保存性の確保、見読性の確保などのガイドラインを設定することによって、診療録として認めることになったのですが、そのときには法定保存年限の変更議論もありましたが現行のままとなりました。

電子的に見れば、永久保存が当たり前ではないかという議論があった中で、医療界などからも撤廃議論は訴訟リスクなどの懸念もあり、時期尚早と、現在でもカルテは原則5年、再生医療等では30年ともなっていますが、撤廃論は出ていません。そんな中での御提案、とても重要な提案だと思いますが、例えば検査結果などは、試薬や標準値の変更など、評価も変わってくるなどの課題もあろうかと思いますが、どんなふうにお考えになっていらっしゃいますか。

○宮之本副市長 例えば母子健康手帳に予防接種履歴が残っているわけですがけれども、過去の情報を行政が持っていないために、一昨年、風疹の抗体について、全国の対象者に対して、風疹の抗体検査を受けましたか、予防接種を受けましょうと通知を送付しています。こんな無駄なことを行ったわけです。そういうデータは、40年、50年たって初めて意味を持つわけですから。訴訟リスクについては、今、阿曾沼先生がおっしゃったような御懸念はあるかと存じますが、撤廃することで得られるメリットのほうが大きいと考えております。

相澤先生はいかがお考えになりますか。

○相澤会長 例えばB型肝炎の問題にしても、紙カルテがないために非常に困っているわけです。あれが永久保存であったら、こんなに苦労はしなかったのと思う現実があります。

私はそのときのデータは、そのときの実態を表していると思います。でも、そのときの実態は、阿曾沼先生がおっしゃっていたように、試薬などにより評価が変わります。しかし、そのときはそれが事実だったわけです。それをしっかりと認識をしていくことが大事であって、それを後でどう解釈するかというのは、また別の問題ではないかと思います。そういうことで考えますと、データは永久保存をしていくべきではないかと考えております。

○阿曾沼委員 私自身もそう考えて、1999年当時に関係各所と随分議論したのですが、撤廃はできませんでした。現在、生物由来製剤は20年とか、再生医療などは30年ということになっており、電子カルテになって、永久保存というのが当たり前になってきた。

B型肝炎などは訴訟の問題とか、国の補助金の問題もあって、予防注射状況などの確認など先生方が証明書を出す場合なども苦勞されていると伺っています。本件についてはし

っかり受け止めて、議論していきたいと思います。

もう一点、PHRとか、医療ビッグデータを二次活用していく上で、幾つかの議論があると思いますが、松本市さんにおいては、オプトインで全ての情報を共有するという状況でよろしいでしょうか。

○川上教授 先ほど副市長からも説明がありましたが、全てオプトインでやっております。

○阿曾沼委員 現状では、60%の方々はオーケーをしているということですね。

○川上教授 はい。

○阿曾沼委員 利活用の中でも非常に重要なことだと思います。

なお、二次利用で、公衆衛生上の利用とか、治験対応で企業に対してデータを提供するということが想定されていると思いますが、松本市として、データの匿名化や保存や共有化の仕組みなど、行政の絡み方など、どうお考えですか。

○宮之本副市長 現在も学校健康診断票をOCRで読み取って電子データ化するときには、匿名加工データになっております。疫学研究等に必要な場合においては、匿名性を担保することが必要だと考えています。

しかしながら、電子カルテ等の情報は、各医療機関の間で共有されることでもたらされる便益のほうが大きいと考えております。そういうものは匿名加工しません。今回は、分散方式という最新型のデータ管理方式によって情報漏えいのリスクを最小化します。市民の理解は得られると考えております。

○阿曾沼委員 なるほど。

○川上教授 私からも一つだけよろしいでしょうか。例えば難病の薬をつくるというのは非常に難しく、世界的に困難を極めています。そういった中で、例えば子供の頃の健康プロフィール、例えば座高バランス、たんぱく尿が出ている方、そういうプロフィールの人の遺伝子を調べてみると、何らかの変異があって、それをターゲットにすれば、難病が一生を通じて治るといふ薬の開発は今後重要な価値を有すると思います。そのためには、そういったプロフィールを疫学分析で分かった後に、PHRでオプトインし、個別の同意の下で情報を深掘りしていくという形になるのではないかと考えています。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

データ連携というのはなかなか難しく、ベンダーによってデータ形式や交換規約がまちまちですから。地域におけるデータ交換規約プロトコル設定や、その対応などを企業や医療機関に求めるなどの御議論などはございましたでしょうか。

○宮之本副市長 相澤病院様が行っている電子カルテの病診連携のケースが参考になるかと思っておりますので、相澤先生、よろしいでしょうか。

○相澤会長 今、お話がありましたように、各病院の施設ごとに病診連携グループをつくっております。そのときに、電子カルテそのものを共有化するのではなくて、ベンダーが違いますから、電子カルテ内にある共有すべき情報をいかに皆が使えるようにするのか、共有プラットフォームにそのデータを上げてもらうというのが多分ポイントだと思います。

そのときに、電子カルテのデータを変換することにどうしてもソフトが必要になりました、それに関してもお金がかかってきます。そうなりますと、電子カルテの全てを共有プラットフォームに上げるのか、この情報とこの情報とこの情報は絶対に必要だから上げるのか、そこは医療機関で話し合いながら合意形成をして、それをつくっていくというのがポイントではないかと思っています。

今、相澤病院では、中小病院と診療所の先生が同じデータを見るということをやっています。サーバーに見せたい情報だけを上げて、そのデータをかかりつけ医の先生や中小病院の先生が自分から見に行くというシステムをつくっております。一番大事な共有プラットフォームをどうしていくのか、そこに上げる電子カルテのデータは何にするのか、これはこれからみんなでしっかり確認し合って、決めていかなければいけないことではないかと思っています。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

先生がおっしゃることは、共有化の一つのキーになり得ると思いますので、そういう認識をお持ちになっていただいて、検討が進んでいるということは大変良いと思います。

車そのものを診療所として届けて、それが診療所そのものになるということを目指すというお考えでよろしいのでしょうか。

○宮之本副市長 そうです。

○阿曾沼委員 診療所等は施設要件があると思いますが、そういう現行の要件などを全く無視して、車そのものを診療所として届ける制度をつくっていくということですね。全く違った要件をこれからつくっていくことになるわけですね。

○宮之本副市長 現在の法体系では、住所を持っていないと医療行為ができないようになっていて認識しています。先ほど申しましたように、ドクターヘリが始まったときも同様でした。国会議員の先生方がドクターヘリ促進のためにドクターヘリ特措法をつくられて初めて、ドクターヘリが促進されました。同じように現在住所がないことで法体系の外にある移動する診療所をどう定義づけるかという問題です。それについてしっかり定義づけていただきたいという要望です。

○阿曾沼委員 医療機関の届出というのは、各保健所の考え方があると思いますが、そこの部分について、移動式の車両であるものを診療所として届けることを目指していらっしゃるということですね。

○宮之本副市長 そういうことを目指しております。

○阿曾沼委員 例えば在宅医療などでも、昔は診察室がなければ、在宅医療はできなかったのですが、今はそれがなくてもできるようになったという制度改革があったのですが、移動診療所を設置するということがよろしいのですか。

○宮之本副市長 在宅の医療というよりは、診療所が移動するということです。

○阿曾沼委員 分かりました。

地域環境を踏まえて地域に根差した医療をやっていくという点で、特徴ある御提案だと

思います。

なお、7ページに第1段階、第2段階、第3段階とあるのですが、車両を用いないオンライン診療やオンライン服薬指導に関して、今、時限立法的にやっているコロナ感染禍の対応が恒久化した場合は、それで対応できるとお考えですか。それでも足りないとお考えでしょうか。

○宮之本副市長 第1段階に関しては、今、阿曾沼先生がおっしゃったように、現在の0410事務連絡が恒久化できれば、私どもとしては実現したいことがかなうということです。

第2段階に関しましては、現在、長野県伊那市であるとか、静岡県浜松市などで行われている実証実験を社会実装するとともに、車内でのオンライン服薬指導を組み合わせるものですけれども、車内でのオンライン服薬指導は、現在の時限立法的措置にも組み込まれていません。ですから、車内でのオンライン服薬指導については、今回新しく私どもの要望として求めていくものです。具体的には、通達薬生発0331第36号が該当すると理解しております。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

オンライン診療においては、患者さんがどこにいないといけないとか、医師はどこにいないといけないとか、薬剤師はどこにいないといけないという、居場所について明確な記述がなかったりしますが、そこを明確化して、服薬指導も含めて、早急に第2段階に移行できるような規制改革をしてほしいということでございますね。

○宮之本副市長 はい。

○阿曾沼委員 分かりました。

喜多参事官、どうぞ。

○喜多参事官 参事官の喜多です。

移動診療所のプロトタイプみたいなものは、何かございますか。自動車は開発中なのですか。

○宮之本副市長 まだ開発はしておりませんが、第2段階の車両を用いたオンライン診療・服薬指導は、現在、長野県伊那市あるいは静岡県浜松市で実証実験が行われていますので、この辺りのノウハウを生かしつつ、私どもが考える第3段階にどのような医療機器を搭載すればいいのかということを検討していきたいと考えております。

○喜多参事官 ありがとうございます。

もう一つ、道路運送車両法については調べられましたか。

○宮之本副市長 そこは調べていません。

○阿曾沼委員 東北大震災のときには、アメリカ製の巨大トラックで手術室完備の移動式野戦病院導入の議論もありましたが、日本の高速道路の料金所が通過できないとか道路交通法の規制もあって、残念ながら導入できませんでした。自衛隊は法的に適合した車両を有していますが。

移動式診療所の設置は地域医療にとっては有意義でもあると思いますので、仕様要件な

ども具体的に御提案いただければありがたいと思います。

○宮之本副市長　かしこまりました。

○阿曾沼委員　今日は、お忙しいところ、御出席いただきまして、ありがとうございます。  
具体的なことについて検討していきたいと思っております。ありがとうございました。