

第27回 経済・財政一体改革推進委員会 議事要旨

(開催要領)

1. 開催日時：2019年10月9日（水） 8:30～11:30
2. 場 所：中央合同庁舎第4号館 11階共用第一特別会議室
3. 出席委員等

会長	新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
	赤井伸郎	大阪大学大学院国際公共政策研究科教授
	伊藤由希子	津田塾大学総合政策学部教授
	大橋弘	東京大学大学院経済学研究科教授
	鈴木準	株式会社大和総研政策調査部長
	竹森俊平	慶應義塾大学経済学部教授
	羽藤英二	東京大学大学院工学系研究科教授
	牧野光朗	長野県飯田市長
	松田晋哉	産業医科大学医学部教授
	柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授
	石川良文	南山大学総合政策学部教授
	印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	西村康稔	内閣府特命担当大臣（経済財政政策）
	神田憲次	内閣府大臣政務官（経済財政政策）

(議事次第)

1. 開 会
2. 議 事
 - (1)各省からのヒアリング
 - ①社会保障関連
 - ②デジタル・ガバメントの推進
 - ③スマートシティの創出・全国展開
 - (2)今後の進め方について
3. 閉 会

(配布資料)

- 資料1 社会保障関連（厚生労働省提出資料）

- 資料 2 デジタル・ガバメント実行計画の改定に向けた対応状況（内閣官房提出資料）
- 資料 3 地方自治体における業務プロセス・システムの標準化について（総務省提出資料）
- 資料 4 スマートシティの創出・全国展開（内閣府提出資料）
- 資料 5 新改革工程表の改定方針（案）（事務局提出資料）
- 資料 6 今後の各WGの進め方について（案）（事務局提出資料）

（参考資料）

参考資料 経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）
（抜粋）

（概要）

○新浪会長 ただいまより「経済・財政一体改革推進委員会」を開催する。

開会に当たり、私から一言申し上げたい。年末に向けた本委員会のミッションは、改革工程表2018に盛り込まれた各施策の推進状況を点検・評価し、また骨太方針2019を踏まえ、ロジックモデル・KPIを含め、改革工程表の改定案を取りまとめることである。

本日はそのためのキックオフとなるが、今後の各ワーキング・グループでの改定に向けた具体的な議論に先立ち、主要な検討項目の一部について、担当府省からヒアリングを行うこととした。

いずれも、政策効果に基づくメリハリのある予算を実現するために重要な項目であると考えており、活発な議論をお願いしたい。

なお、本日、西村大臣、神田大臣政務官は9時過ぎに到着の予定である。

それでは、議事に移りたい。まず、社会保障分野に関して、保険者努力支援制度等インセンティブの一層の活用、糖尿病などの生活習慣病等への重点的取組、国民健康保険における法定外繰入等解消等について、厚生労働省から説明をお願いする。

（厚生労働省より、資料1について説明）

○新浪会長 厚生労働省からの説明について、ご意見があれば、お願いしたい。

○伊藤委員 これまで説明いただいた部分についてのコメントになるが、例えば11ページの保険者努力支援制度で、アクションツールの実施と管理の関係について述べたい。重症化予防の取組実施自体、つまり、アクションツール自体は都道府県よりも市町村が持っているものである。都道府県は、アクションツールがないとしても、そのチェック機能をうまく果たすべきである。

保険者努力ということで、国民健康保険の運営主体となった都道府県が結果的に努力をする仕組みとなるのが、アクションツールの実施と管理の分担という点ではよい点もあると思う。他方、デメリットとしては、都道府県には、なかなか当事者意識がない状態で、本気で重症化予防に取り組めるのかどうかという点である。どこまで都道府県が本腰を入れて介入できているのか。埼玉県方式のような紹介もあったが、その他にはないという印象もある。具体的な取組は呉市など、市町村で行っていることが多いという印象を受けている。

特定健診に関しては、制度として普及してきた反面、NDBデータ等で経年変化を見ても、効果が飽和し、上げ幅が高どまりとなっている。当初、1回目、2回目の特定健診はそれなりに介入効果があったけれども、3度も4度も介入しても、3度も4度も介入を受ける方というのはそもそもなかなか改善が図りにくい方が残っているということで、追加的な効果は薄れてきているというのが現実になっている。それを踏まえて、それでも国民的な取組として特定健診を進めていくべきなのかどうかというところの判断がこれから問われているのかと思う。

特定健診の受診率はまだまだ半分、53%なので、もっともっと進めなければいけないという意見もあり、それも理解できる一方で、ポピュレーションに本当にアプローチしていこうと思うと、なかなか追加的な効果が得にくいというデメリットもあるかと思う。この点の議論が重要だと思う。

39ページについて、法定外繰入の解消に向けて、削減目標を設定して、それを達成できたかどうかということがポイントになるという説明だったけれども、うがった見方かもしれないが、そもそも達成可能な目標を設定して、達成できるように自作自演するということもなきにしもあらずかと思う。目標を立てて、それを達成すればいいということではなくて、もう少し全都道府県横断的な、共通的な指標があったほうが、補助金等を配分する上で客観性、透明性が増すのではないかと思う。

○鈴木委員 国民健康保険関連で3点申し上げたい。

1つ目は、保険者の努力を促す評価指標に関して、成果指標を拡大したり、法定外繰入の解消についてマイナス点を設定したりしていただいたという点は大きな前進であると思う。一方で、自治体がアウトカム指標を使っているかどうかということだけではなくて、実際に重症化が減っているか、あるいは一人当たり医療費が減っているかどうか、法定外繰入の解消についても、それが国費投入による一過性のものではなくて、きちんと保険料水準の適正化などとセットで生じているのかどうかという点が重要だと思う。そういう意味では、改革の歩みの途上にあると思うので、引き続き、これまでの議論

の積み重ねを踏まえて、進めていただきたい。

2点目は、法定外繰入について、平成29年度までは多くの都道府県で順調に減っているという感じだが、取りまとめつつあるという平成30年度の数字がどういうものであるのか注視したい。国保の都道府県単位化に伴って、公費が1700億円追加投入されているので、当然その分を上回る大幅な改善が見込めるはずだと思う。改革の効果を確認するためにも、早期にデータを示していただきたい。

それから、法定外繰入解消という改革については、状況が二極化していることについて、内容と分析の説明があったが、取組を進めても、最終的に法定外繰入が残ってしまうという自治体がありとすれば、それは原理的に考えるとやはり財政にどこか余裕があるということではないかと思う。余裕がなければ繰入できないはずだと思うので、そういう意味では、余裕があるということであれば、これに限らずさまざまな制度を通じた公費投入の全体をゼロベースで見直すということも視野に入れる必要があるのではないか。

3点目は、普通調整交付金の議論について、説明はなかったのだが49ページの図を拝見して違和感を覚えた。制度がこういうものであるという前提で議論しているのだと思うが、年齢構成では説明がつかない医療費の地域差分も普通調整交付金で増減額されているということや、ずっと問題にしてきたと理解している。今年の骨太方針でも、「標準的な医療費を基準とする観点」ということが明確にうたわれている。医療費が増えたときに、保険料が上昇するのはある意味、当然のことであって、その際に増えた理由にかかわらず、普通調整交付金も増えて当然のように見えてしまう説明は、改革の本旨からするとずれているというか、ミスリーディングではないかと思う。逆に言うと、努力をして、医療費をちょっとでも抑制すると、普通調整交付金が減ってしまうということだと、医療費を減らすインセンティブとして機能しないということにもなる。保険料収入のところ「理論値」と書かれている点に苦心がうかがわれるわけだが、実際のところは、保険料が理論値ベースで上がっていても、法定外繰入や保険者努力支援制度の資金が入ってくることで対応しているのではないかと思われる。医療費の地域差の問題にとどまらず、保険料すらきちんと設定されていないのではないかというところにも問題意識があるので、49ページの資料は留意が必要だと思う。

○牧野委員 私から2点。1点目は、特定健診の実施率向上と健診内容の見直し・簡素化の件をまずお聞きしたい。特定健診の実施率向上については、前々から申し上げているのだが、結局かかりつけ医に毎月のように診てもらっているような高齢者の皆さん方にとって、特定健診を受けるということ自体が、実際にかかりつけ医のほうでずっと診てもらっている中でどれだけ必要なの

かということが実際に現場でも疑問視されている向きがある中で、健診内容の見直し・簡素化と実施率の向上ということをどのようにバランスさせていくつもりなのか、お聞きしたい。

もう1点は、法定外繰入について。結局、法定外繰入の解消に向けて、この委員会でも散々議論がされてきているところであるが、一方で、保険料水準の統一に向けた課題ということで、例えば沖縄県のように法定外繰入が高い県で、保険料水準の統一に向けた話が出てきているが、それはひょっとして法定外繰入自体を固定化していく話になりはしないかと懸念している。ここには、医療費水準がある程度、平準化されることが重要と書かれてあり、法定外繰入の解消も、統一に向けて、その前提としていく必要が本来はあるのではないかと思うのだが、その点についての見解をお聞きしたい。

○羽藤委員 私は1点お聞きしたい。28ページ目の呉市の糖尿病の重症化予防事業について、この図を見ると、データ分析という項があり、恐らく、地域でカルテの共有化や重症化予防に対してどれぐらいのコストがかかっているのかということ、全体で分析して、トレードオフ等々もあるので、指導というか、こういうことをやったらいいのではないかとということで重症化の予防が図られていると思う。データの共有化やカルテの共有化、あるいはかかったコストをマッチングさせて全体で評価するといったことについて、どの程度のことが行われているのかということについてお聞きしたい。

○新浪会長 委員からの質問に対して、厚生労働省から回答をお願いしたい。

○厚生労働省 まず、国民健康保険関係からで、いただいたコメントは貴重なコメントで、私どもも今後の検討の方向について、今日いただいたコメントを踏まえて検討させていただきたいと思うということがまず基本である。

幾つか具体的なところで、伊藤委員から法定外繰入の計画について、全国共通の考え方のようなものがあつたほうがいいのではないかと指摘があつた。資料の39ページに新しく設けた指標と配点があるが、一つの考え方として、そもそも繰入を行っていないところを高く評価しているわけだが、その次に、6年以内を解消期限とするということの一つの目安としており、これに向かって順調に進んでいるかどうかということの評価に入れている。まずはここを一つの目安にして、実績を見ながらさらに検証していきたいと思う。もちろん6年猶予されているというわけではなく、できる限り早くということが必要だと考えている。

それから、鈴木委員から、普通調整交付金に関して、医療費の差をちゃんと観点として見ていくことを改めてしっかり確認すべきであつて、保険料に反映されているからそれで終わりではないという指摘をいただいている。私どもももちろんそういった観点から、どういったやり方があるのかというこ

とを議論していきたいと思っている。

最後に、保険料統一と法定外繰入に関して、牧野委員から指摘をいただき、例えば沖縄県のようなところでどう影響するかということで、段階としては、赤字を解消していくに当たっても、保険料の統一とリンクしている。先行している県を見ると、この2つをリンクさせてやっていくということが一つの鍵のようであり、沖縄県でも実際個別にヒアリングをしているところでは、県がリードしつつ、県が示す市町村ごとの標準保険料率を参考にしながら、段階的に保険料の引上げを行うという方向で県と市町村間で議論していくというふうに聞いているので、私どももその状況を見ながら、また議論に参加していきたいと思っている。

- 厚生労働省 牧野委員から、かかりつけ医に診てもらった場合、特定健診は要るのかという質問について、ある市の国民健康保険において、特定健診の未実施者の調査研究をした例があり、その中に、医師の受診中であるということを経由して特定健診を受けてないことがあるという研究がある。

こうしたことを受けて、医者との連携ということでは、2018年からの第3期の特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引において、かかりつけ医との連携について盛り込んでいる。具体的には、本人が同意をした上で、診療における検査結果の提供を保険者が受けるということで、特定健康診査の検査データとして活用できる。重複して検査を受けなくてもよいということを盛り込んで対応しているところである。

それから、羽藤委員から呉市の関係で質問いただいております、カルテの共有化やコストの問題など、ここは私どもは勉強させていただいて、また報告させていただきたい。

- 新浪会長 ここで西村大臣、神田大臣政務官が到着されたので、質疑の途中ではあるが、西村大臣からご挨拶を頂きたい。

- 西村大臣 経済財政一体改革に向けて、既に新経済・財政再生計画を策定しているが、その改定に向けて、本委員会において新浪会長を初め、いろいろな議論をされていることと思う。私も甘利大臣のときに副大臣で、この会にかなりの頻度で出席し、いろいろ議論をさせていただいた。十分と言えるかどうかはあるにしても、順調に経済成長と、そして一方で、歳出改革もいろいろな議論の中で進めていただいていると思う。ぜひ、年末の工程表改定に向けて、成長は成長でしっかりしていかなければいけないが、改革できることをしっかり改革していくということで、議論をしていただければと思う。

本日は社会保障、デジタル・ガバメント、それからスマートシティなどを議論いただくとお聞きしている。短い時間の出席になるが、できる限り皆様方のいろいろな意見を伺いながら、対応していきたいと思うので、ぜひよろ

しく願います。

○新浪会長 それでは議事を再開したい。

○石川委員 今までの説明で、3つお話しさせていただきたい。

まず、保険者努力支援制度については、配分基準のメリハリをすることで、特に予防・健康インセンティブの強化というところのメッセージがあると思うが、具体的な評価の配分について、いろいろな指標、この資料でいくと9ページや10ページに具体的にウェイト、配点が載っている。これ自体は、この点数を稼げば市町村・都道府県にとっては評価が高いということになるが、それは、実際の点数に対する政策の効果とリンクしていなければいけないので、定量的にこういった配分になっているわけだから、このような指標が高まるような政策は、実際に医療費削減や国民のQOLを高めるような費用対効果がしっかりあるという見込みで、しっかり検証していただきたい。

それから、16ページ、17ページに、2019年度の保険者機能強化推進交付金の評価結果が出ている。これは都道府県で一律に見るとこういった形になるが、ざっと見たところでも、東北のほとんどの県はほかの県に比べて非常に低い。これはある種の地域性があるように見受けられる。この地域性について、しっかり要因をつかんでいただきたい。それぞれの地域事情というものをしっかり把握しないと、その対策が図れなくなると思う。

同じような観点だが、42ページに繰入金の都道府県の比較があった。その中で、先ほど佐賀県や沖縄県など、地方についての高い繰入金はまだ残っているということがあったが、例えば佐賀県については、平成29年度に倍という非常に大きな額になってしまっている。こういった個別の地域事情をしっかりと捉えて、このような繰入金が倍増してしまっている要因は、しっかりとつかんでいただければと思う。

○印南委員 まず、保険者努力支援制度について、石川委員と同じく9ページに幾つか項目が挙げられている。上から4番目にがん検診受診率という項目が挙げられているが、このがん検診は、厚生労働省が推奨しないとしているにもかかわらず実施しているがん検診も入っているのかどうか。そういう項目が入っていると、本末転倒になるというのが一つである。それから、共通⑥の後発医薬品の部分が統合されているが、これはどういう意味か。後発医薬品の使用促進が進んだので、取組はもう評価しないという趣旨で、結果だけで130点分評価するという意味で挙げているのか。次に、17ページに市町村得点が出ているが、これは県内の市町村の平均だと思う。先ほど、著しく低い市町村がある都道府県はマイナスになるとおっしゃっていたけれども、その著しく低いというのはどういう定義になっているのか。可能であれば、そういう市町村はもっと見える化して、公表すべきではないか。簡単な相関でもい

いので、実際の介護費とのパフォーマンスを見せていただきたい。そうでないと確認できない。

最後に、45ページの保険料水準の統一の話について、これは各市町村の保険料率がどのくらい差があるのかをちゃんと可視化していただかないと、議論が正確にならない。保険料率が、私の感覚では隣接しているのに非常に差があるとか、それから特に累進率、高所得者に対する料率が急上昇しているような市町村もあって、この辺は今後大きな問題になり得るのではないかと思う。

○小塩委員 私は1点だけ、保険者努力支援制度についてコメントしたい。もう既に何人かの委員から指摘があったが、指標のとり方について、取組を評価するということと、アウトカムを評価するというのは次元の違うことなので、両者を同じ次元で一緒にするというのは難しいのではないかと思う。

最終的には私はアウトカムを重視すべきだと思うのだが、アウトカムにつながる取組を評価するという面もあると思うので、次元を変えて評価をするという工夫が必要だと思う。それから、アウトカムについて、これも既に何人かの委員から指摘があるが、一過性のものなのか、あるいはマージナルな成果をどういうふうに評価するのかという点について、もう少し突っ込んだ議論がこれから必要になるのではないかと思った。

○松田委員 まずは保険者評価制度の指標について、例えば特定健診だと、もう受診されている方の平均年齢が60歳を超えているというのが多くの県の状況だろうと思う。ただ、特定健診のそもそもの目的は、40代、50代の特に男性の受診率をいかに上げるかということなので、そうすると全体での受診率ではなくて、年齢に着目した40代、50代の受診率はどうなのかということの評価するようなものにしたい方がいいのではないかと思う。これには理由があって、ある県のデータでは、40代、50代で心筋梗塞になった方が大体500名ぐらいなのだが、この人たちの有病率が受診月にどういう状況だったかということ、糖尿病が6割、高血圧が7割、高脂血症が8割となっている。ところが、その前までのレセプトをみると、大体2割ぐらいの方しか実は診断がついていない。この500名の方の中で、過去3年間に特定健診を受けた方というのは実は8%ぐらいで、受診検査結果を見ると、その8%の方は全てメタボであった。そうすると、この500名の方たちというのは、かなりの方がメタボだったのだろうと思う。そうであれば、特定健診を受けていれば、もしかすると心筋梗塞になる前に治療が受けられたかもしれない。そう考えても、やはり40代、50代の方たちの受診率を上げるかということが喫緊の課題なのだろうと思っている。こうした視点からの指標を考えていただきたい。

あと、介護保険に関しては、利用者の平均年齢も80代になっているという

状況の中で、要するに要介護度の維持改善率だけを全体で見ってしまうと、要介護度の悪化に一番効いている変数の一つが年齢なので、その年齢を補正しないと、公正な比較にならない。ここも少し考えていただいたほうがいいのかなと思う。

あと、特定健診自体がかなり糖尿病に重点を置いているのだが、高血圧をもう少しきちんと見ていただきたいと思っている。何だかんだ国民の健康状態に最も悪影響を及ぼしているものの一つは高血圧である。最近、透析に入る方も、いわゆる硬化性腎症とって高血圧から来る方が増えている。これが実は後期高齢者でかなり出てくるので、そこも踏まえてやっていかないといけないのかなと思う。

また、統一保険料について、都道府県内の統一保険料は望ましいのだが、実際に介護保険で、かつて広域で統一保険料としていたところが、結局、保険料を分けるという形になっている。理由がはっきりしていて、要するに、住んでいる場所によって使えるサービスの量が全然違うからである。そうすると、アクセシビリティを少し補正するようなことをやっていかないと不公平感が高まってしまうので、そこは少し考慮していただけたらと思う。

もう一つはがん検診について、これは前も指摘させていただいたのだが、そもそも保険者の事業としてやっていない。いわゆる自治体の一般衛生事業としてやっているのだから、被保険者のうちでどれだけ受けたのかがわからない。そうすると、率をどのように計算するかというところがかなり難しくなってきたので、そういう意味では、そのひもづけを考えていただきたいと思う。

あと、意見として、健診項目に関して、労働安全衛生法のほうでのデータの読みかえができるようになってきているのだが、労働安全衛生法のほうでHbA1cが義務から外れてしまった。しかし、FBSとHbA1cを比べると、どっちのほう安定した指標かというところが明らかにHbA1cである。そういう意味では、制度間での項目の統一性などについても、全体として配慮していただけたらいいと思う。

○牧野委員 最初の特定健診とかかりつけ医の話はもちろん私も承知していたが、要するに、特定健診の検査項目の中で、かかりつけ医の検査項目と合わないところをやってくれば、特定健診とみなすということで今、やっているのだけれども、一方で下のほうに検診内容の見直し・簡素化ということが課題になっているということで、要は定期的にかかりつけ医が患者を見ているといった状況と、年に1回の特定健診の検査項目というのが、そもそも本当に同じでいいのかどうかという議論もあるかと思う。かかりつけ医の皆さんからは毎月見ているのだったら、この検査項目は本当に必要なのかという

疑問の声を少なからず聞いているので、そういったことも含めて、かかりつけ医がいて、そして毎月健診を受けているような皆さん方に対する対応というのは、年に1回の特定健診の対応とは別立てで考えていくぐらいのことが必要かなという、意見である。

もう一つ、沖縄県の話が出たが、保険料の引上げは当然だと思う。先程、固定化する可能性があるのではないかと申し上げたのは、まさに引上げ率がちゃんと解消につながるところまで引上げられるかどうかということだと思う。そのところまでを前提として申し上げたところであるので、単に引上げればよいということだけではないのではないかな。これも意見として申し上げる。

○大橋委員 1点、今後、KPIやロジックモデルを改定していくのだと思うが、その際に、今回さまざま示していただいた配点やインセンティブづけといったツールは、一体何のためにやっているのかという目的がしっかりわかるKPIをつくっていただくのと、そのKPIが達成できなかったときに、一体、ツールのどこが問題だったのかというのがわかるようなロジックモデルをつくっていただくと、きちんと今後の施策の改善につながっていくのかなと思うので、今後そうした説明をぜひよろしくお願いできればと思う。

○赤井委員 簡単に1点だけ申し上げる。

特定健診と糖尿病のところなのだが、病気になってからの医療みたいなものとは違って、病気になる前の段階で、ならないための予防を受けるということなので、インセンティブづけというのはその点を注意して行ったほうがいいのかと思う。この予防は、医療費削減というよりも健康寿命の延伸なので、かなり先に成果があがってくるということなので、実感しにくいということもあるので、その成果があがった人の事例をいかに現在の人にフィードバックしていくかというか、もう少し広報のあり方みたいなものとか、実際、特定健診を受けない人にアプローチするのはいいと思うのだが、社会全体として特定健診を受けることが望ましいのだということを実感できるような広報のあり方みたいなものも考えていただければと思う。

○新浪会長 多くの指摘を頂いたが、厚生労働省から回答をお願いしたい。

○厚生労働省 質問いただいたところを中心に答えたい。

印南委員から、保険者努力支援制度のインセンティブの配点について、がん検診受診率は厚生労働省が推奨しているがん検診の対象かどうかという質問があった。これは、5つの代表的ながんを対象にしているので、検診が推奨されているものと整合していると理解をしている。

後発医薬品の使用促進に関して、配点の割合が2020年度から、それまで2つに分かれていたものが1つになっているのはどういうことかという質問に

については、それぞれの項目に関して細かい評価指針を設けているが、後発医薬品の場合には、実際にはこれまでどおり取組と使用割合という2つの視点に着目して評価をするので、そういう意味では、これまでと変わりはない。ただし、配分割合を変えたことと、特に使用割合のほうについて、これまでの実績を踏まえて、さらに区分を細かくして、ウェイトを高くするといったことをしているという状況がある。

それから、石川委員から、法定外繰入で佐賀県の動きが特異な状況になっているという指摘があった。ほかの県はおおむね毎年法定外繰入を減らしてきているのだが、今日の資料に載せていないが、佐賀県の場合には、法定外繰入とともに繰上充用という形でも赤字を構成しており、平成29年度の場合には、繰上充用を大きく減らすというふうに特化がされており、法定外繰入のほうは減らすことができなかつたと聞いている。今後の取組については、個別にもよく相談をしながら、対応してまいりたい。

最後に松田委員から、統一保険料に関して介護保険の例もあるという指摘があった。医療のほうでもアクセシビリティの違いが医療費水準に反映されるという面もあるのではないかと考えており、そういったところも今後の議論の一つのテーマになるのではないかと考えている。

○厚生労働省 特定健診に関して、松田委員から高血圧の話や、牧野委員からかかりつけ医の扱いについて、あるいは赤井委員から広報の話などをいただいた。私どもはこれからブロック会議などを開いて、現場の声などもよく聞きながら、できることをしっかりやっていきたいと思うので、よろしく願いしたい。

○厚生労働省 介護関係について、石川委員と印南委員から質問、指摘をいただいた。

東北などの地域事情の分析をすべきではないかと石川委員から頂戴したところであるが、私どもとしては、現在、調査研究事業として、前年度と今年度を実施した市町村の自己評価結果について、分析・検証を行う調査研究をしようと思っている。これにより、いわば評価指標自体についてPDCAサイクルを回して、評価指標の改善を図るという取組である。そういった中で、先ほどの石川委員の指摘の点なども含め、何ができるか考えていきたいと思っている。

印南委員から、著しく点数の低い市町村の定義は何かという質問があった。これは得点が3割程度に達していないという市町村である。

それから、見える化について指摘があった。点数については、都道府県には管内市町村の点数を伝えている。また、各市町村については、全国順位を付して伝えている。そういった中で、県あるいは市町村が次に向けてしっか

りと取り組んでいただけるような促しをしているところである。

○厚生労働省 特定健診の内容及びがん検診の内容と実態把握について質問をいただいた。

まず、特定健診について、今年度から3カ年計画で、特定健診の検診項目の必要性・妥当性については厚生労働科学研究ということで検討しているので、その中で、本日いただいた意見も踏まえながら、しっかり検討していきたいと思う。

次に、がん検診の実態把握については、地域で行われているものの、なかなか実態把握は難しい点があるが、例えば国民健康保険の被保険者に対して、国民健康保険の被保険者のうち、市町村事業のがん検診を受けた者がどのぐらいいるかということについては、現在、平成30年度のデータを集計しているところであるので、これが今年度中には把握できるのではないかと考えている。そういったことも踏まえて、検討していくということが1点である。

それから、がん検診の検診項目の内容について、これは当然、エビデンスに基づく検診ということであるが、がん検診のあり方に関する検討会で、がん検診のあり方についてしっかり検討していきたいと思っている

○新浪会長 次にデータヘルス改革の推進、地域医療構想の実現について、厚生労働省から説明をお願いします。西村大臣は国会出席のため、ここで退室される。

(西村大臣退室)

(厚生労働省より、資料1について説明)

○新浪会長 厚生労働省からの説明について、意見、質問をお願いしたい。

○石川委員 64ページに、地域医療構想で、特に統合についてのポンチ絵があるが、このあたりは非常に大事な点だと思う。

まず、公立・公的医療機関を統合するといっても、やはりそれぞれの市町村の首長、それから市民にとっては大変重要な施設で、これがほかの町と統合されて、ほかの町に行かなくてはいけないということ、実態の生活として、その隣の町の病院にどうやって行くのかという考えになると思う。そのため、どうしてもその町にあってほしいとってしまうが、そこはやはり、隣町の病院と統合されても、そこに必ず行けるということ、つまり、統合の検討の際、地理的条件を確認されているけれども、単純な距離とかではなく、実際に公共交通があるとか、交通アクセスの手段があるといったことの担保が必要になるかと思う。

そういう意味では、市町村は立地適正化計画を策定し、コンパクト・プラス・ネットワークというような話があるが、もう少し広域の都市計画という中で、医療の拠点施設を捉える必要があると思う。

人口減少下では、地域において医療機関というのは非常に重要なものになるので、単体で医療構想ということだけ考えるのではなく、例えば都市計画との政策の連携、政策統合が必要になる。厚生労働省の地域医療構想だけではなくて、都市計画との関係で物事を捉えないと、実際の生活者の立場からすると、そこにどうやって行くのかというような話になる。コンパクト・プラス・ネットワークは市町村ごとに考えられているので、それをもう少し広域化するような考え方が必要だと思う。

- 羽藤委員 データヘルスの改革について、資料の中で、電子カルテの標準化ということが書かれており、先ほども呉市の関係で質問したのだが、余り把握されていないとか、ちょっと現時点ではわからないということだったが、一体どれぐらいのデータ量を確保できていて、あるいは確保されようとしているのか。結局、関数をつくらないことには、どういう医療が効率的かというのはわからないわけである。

この関数の確度は、データの量と質に関係して決まっているので、我々の国がこのように整備しようとしているデータヘルスなるもののデータの標準化が、海外で進んでいるようなデータヘルスのデータの量と比べて、どれぐらい優位性があるのかということの説明をいただくと、こういう政策を進めていいというふうに言えると思うが、例えばカルテが全然ばらばらで進んでいるということだと、質の低いデータが大元で再現性の低いデータが集まっていることになる。それで関数をつくっても余り確度が上がらない。それなら、海外の医療データの仕様にあわせて、そちらのほうがたくさんあるので、そういう方法で進めたほうが、医療費がより安くなる好循環を呼び込めるということに対して、劣化したシステムを導入しているということになりかねない。この点についてコメントいただけたらと思う。

- 牧野委員 先程の話と関連するのだが、地域医療構想については既に国と地方の協議の場において、知事会、市長会等から意見が出ていると思うので、それについては繰り返さないが、各地域によっていろいろと地域事情が当然あり、そういった中で、いかにその地域にとって理想の医療を実現していくかということを考えたときに、今、羽藤委員から指摘があったように、医療情報の、患者の診療情報のプラットフォーム化を進めるということと恐らくセットでないと、この話というのは、単に2つの病院を1つにしましたといった統合の話で、地域地域における理想の医療構想が実現するという話にはならないと思う。こちらはこちらで別立てで、どういうふうに進めるかとい

うことについて、それは地方のほうでどのように考えているかという把握は先ほどもさされていたみたいであるが、それに対して、いきなり厚生労働省で、各個別の医療機関のここを統合という形でやるというのは、ちょっとちぐはぐさを拭えないというところがあるので、そういったことをセットにして、しっかりと地域と議論していくということが基本ではないかなと考えている。

○鈴木委員 地域医療構想に関して、これまでもいろいろと議論してきているが、今回、個別の医療機関名を公表されて、期限を切って、具体的な対応方針を再度、検討するよう要請されたということについては、私もマスコミからコメントを求められたが、合理的な分析に基づくものであり、評価されるべき取り組みであるということを示している。

本来、地方分権とは逆行する面もあるわけだが、問題意識があっても、当事者がなかなか言えないことを国が述べることで、特に検討がスタックしてしまっているような状況を前進させるというのは一つのやり方だし、厚生労働省は非常に前向きに取り組んでいると思う。今後は、重点支援区域の設定や民間医療機関の病床も含めた分析について、スピード感を持ってぜひ進めていただきたいと思う。

それだけに、以前も申し上げたが、再合意に向けては、努力する地域が損をしてしまうようでは困るし、再合意の内容が従前と実質的に何ら変わらないようでは全く意味がない。2019年度末までという期限、あるいは再編統合を伴う場合は来年の秋が期限という、今後の1年間は、地域医療構想の実現にとってラストチャンスと言っても過言ではないと思うので、どういう合意であれば、2025年のビジョンと整合的と評価されるのかについて、何らかの厳格な基準を事前に示していただくといいと思う。中身のある再合意のために必要ではないか。

さらに、それでも改革が進みそうもないという場合に備えては、取組の内容に応じて、地域医療介護総合確保基金の配分を大胆に変える、あるいは、過剰病床の問題は都道府県に責任を負っていただく必要がある。都道府県の責任と権限の強化を図ることも、早期に実現をしていただく必要があると思う。

○松田委員 まずデータヘルスについて、先程質問にもあったが、ナショナルデータベースと介護データベースの活用というのは、厚生労働省の努力で非常に進んだと思う。私はこの分野の研究者であるが、このデータベースの国際的な立ち位置という点、まず、これだけ詳細なデータがこれだけ大規模に収集されていて、しかも医療と介護のデータがつながって、分析できるデータベースをつくっているのは多分日本だけである。そういう意味では、非常に国際的にも貴重なデータベースができていると思う。

そこに記されているデータの中身というのが、ほかの国であれば電子カルテに相当する部分のものもかなり入っている。あと、記載された内容のバリディティを評価するための方法論の開発も進んでいるので、そういう意味では、ナショナルデータベース、介護データベースの活用に向けた国としての取組をさらに進めていただきたいと思っている。

その上で、今後、DPC（診断群分類）ともつなげるということになってくるのだが、そうすると、何をキーにしてつなげるかという問題が出てくる。例えば、社会保障番号みたいなものができたとしても、今、DPCのほうにそれは入っていない。そうすると、それを入れる、これも入れるとか、データをどのようにつなげるかということについては、今から準備をしていただけたらと思う。

あと、PHR（Personal Health Record）も今回のものは非常に実現性が高い仕組みでやっていくので、これでうまくいくだろうと思うのだが、ただ、いずれ将来的には電子カルテの情報、特に画像のデータなどを入れるという話になってくるのだろうと思う。そうすると、この辺に関しては、過去のいろいろな事業で、言い方はすごくきついのだが死屍累々である。過去20年にわたってPHR事業というのはいろいろなところでやられてきて、いろいろなところで失敗してきている。多分、なぜ失敗したのかということをも1回検証しておかないと、また同じことを繰り返してしまう可能性があるので、ぜひこの検証をやっていただきたい。

それと、諸外国の成功例から学ぶ点は大きいだろうと思っている。今年オーストリアに見学に行ってきたのだが、オーストリアはELGA systemといういわゆる電子カルテとPHRがつながった仕組みを5年間で全国民に展開している。98%の人たちが参加していて、そのときに彼らがやっている準備はやはりすごく、電子カルテに書く記載方法の標準化まで全部ワーキングチームをつくってやっている。日本はこのところがまだできていないので、将来的に電子カルテも使うのであれば、そのような記載方法の標準化みたいなものを、インターナショナルな互換性も考慮に入れてやっていくということをぜひ準備していただきたいと思う。実際、ヨーロッパのプロジェクトでは、もうドキュメントサーバーができていて、フランス語のドキュメントとドイツ語のドキュメントと英語のドキュメントが相互に参照できるような転換プログラムができています。だから、日本もこのまま日本だけでやっている、ちょっと置いてきぼりを食ってしまうので、その標準化もぜひ考えていただきたいと思う。

次に、地域医療構想に関しては、今回の公的病院等の公表点は非常にインパクトがあったと思っている。ただ、説明について、もう丁寧に行われている

と思うのだが、さらに丁寧にしていただいたほうがいいのかなと思っている。というのが、読んでいただくと、高度急性期・急性期の機能について見直しを求めているのであって、病院自体、全体は見直していない。ところがメディアの報道というのは、あたかも病院自体が統廃合の対象になっているというふうに捉えられてしまっているの、そこはやはり丁寧に説明が必要なのかなと思う。

その上で、問題になっているのが回復期という用語だろうと思っている。私たちが推計をやったときの回復期というのは、亜急性期も含む概念だった。

一般の地域の医者というのは、自分たちがやっている機能が亜急性期だったとすると、回復期と定義することには抵抗感があるので、結局、高度急性期・急性期というところに分類していく。しかし、実態としては、現状の機能分類では回復期だと思うので、そういう意味で、回復期という用語の妥当性についても少し見ていただきたいと思います。

最後に、今回、この地域医療構想のそもそもの議論の目的の一つが、7対1問題があったらと思う。そうすると、追加の分析でお願いしたいのだが、看護配置基準と救急領域の診療実績の分析というものをやっていただくといいのではないかと思います。

○大橋委員 1点、ヘルスデータに関して、カルテの電子化について、カルテというのは医療機関に行ったときに蓄積されるものだと思うが、医療機関に行っていない間のデータについても、民間事業者が個人のヘルスデータとして、ウェアリングデバイスなどで結構集めていて、それが今、情報銀行という形で、ある意味、外に使えるような形になってきているのだと思う。そうしたものを積極的に、少なくとも病院なり市町村なりが分け隔てなく使えるような制度にさせていただくと、より医療の効率的な給付にもつながると思うので、検討していただければと思っている。

○小塩委員 データヘルスについて、先程説明があったように、NDBとか介護DBは世界に冠たるデータベースで、しかもそれをリンクさせると非常にすばらしい知見が得られるというのはそのとおりなのだが、もう一步踏み込んでいただきたい。というのは、56ページの説明を見ると、社会経済的な情報があまりない。所得、就業形態、教育といった情報がないと、社会科学的な踏み込みができない。

医学でも公衆衛生とか社会疫学みたいな、社会科学的な知見が必要な分野があると思うのだが、そういうのを考えると、社会科学的なデータとのリンクが必要かなと思う。厚生労働省は、定評があるパネルデータを既に幾つか走らせているので、できればそれらとリンクさせてみると、より豊富な分析あるいは政策的な知見が得られるのではないかと思います。

○牧野委員 医療情報のデータベースの共有化について、自治体の医師会等がちょっと考えてくれればと言うのだが、そこが一番難しい。大体そこでさっき松田委員が言っている死屍累々の話になってきている。ベンダーサイドが、こういうことができますという形でシステムを提供するようなやり方では、とても地域の中で浸透してこなかったというのが先ほどの死屍累々の話だと思う。どうして浸透してこなかったかということを中心に検証していただいて、逆に私どもの地域もそうなのだが、浸透している地域もあるので、そういうところは どうしてそういうことができたのかということ进行分析して、横展開していただきたい。

○伊藤委員 簡単に質問だけ申し上げる。54ページで、2020年から介護とNDBを連携するということなのだが、これは基本的にはIDとしては何で連携するのかということを確認したいと思う。つまり、個人番号がまだ整備されていない中、連結すると、当然見えるところと見えないところがあるかと思う。もちろん分析自体は大事だし、データベースをつくるということは大事なのだが、それらが無理なく無駄なくできる制度設計を整えられるということもより重要ではあると思うので、お考えをお聞かせいただきたい。

あと、細かい話になるが、病床のダウンサイジング、つまり規模が重複しているようなところ、機能が重複しているようなところはダウンサイジングで支援するというような62ページの事例が出ていたが、これは総務省の公立病院に対する運営交付金の補助等々と、どういうふうに連携、差別化をはかっていくのかという2点だけ、確認をお願いしたい。

○新浪会長 それでは、厚生労働省から回答をお願いします。

○厚生労働省 松田委員から、今後、DPCとつなげるときの話があった。指摘の課題について、2022年度に向けてしっかり運用できるように、DPCをどのように何でつなげていくかということ、どういう形でということを中心に現在、これから考えて、2022年度に向かっていると思っています。

小塩委員から、社会科学的な知見をせっかくならばうまくつなげられないかということについて、これはできれば大変有用なのかもしれない。実は大変難しく、レセプトのデータがそもそも匿名化をしているし、例えば個人の所得であったりというものがつなげられるかということ、率直に申し上げてこれは難しいかなと思っている。頭には置かせていただくが、なかなか難しいということをご理解いただければと思う。

それから、伊藤委員から、現時点で何をつなげていくかということについて、氏名、生年月日、性別の3情報でつなげていく。それをいずれ個人単位化した被保険者番号でつなげていけば、精度が高まると考えているところである。

○厚生労働省 PHRについて質問をいただいた。

まず、松田委員から質問いただいたPHRの将来の電子カルテ等のデータについて、これはまさに9月から検討を始めているが、何が提供すべき情報かとか、それからセキュリティー対策をどうするかというあたりをこれから精力的に検討する。

その際の観点は、確かに海外でも、いいものをつくっても活用が低い例があるやに聞いているので、そのあたりは問題意識を共有して、今年の年末から、健康医療等情報の取扱いに関して海外調査を行いたいと思っている。この調査の結果はしっかりPHR検討会に戻して検討したい。

それから、大橋委員から民間事業者が持っている情報をどうするのかという質問をいただいた。PHRは、当面は個人を軸にして、個人の行動変容や健康管理に役立てていただきたいというものだが、連携すべき対象は大きく2つあり、一つが民間事業者、もう一つがかかりつけ医等の医療のプロ、この2つかと思っている。

民間事業者については、APIの公開や、必要なルールについて整備した上で検討していくということが成長戦略でも記載されているので、それを含めて検討会でしっかり検討したいと思っている。また、かかりつけ医との連携、例えばPHRでデータがあったら、生活習慣病でかかりつけ医にかかったときも実はこういうふうになっていると見せたら、それが役立つこともあるかもしれない。この辺も検討会でしっかり検討していきたいと思っている。

○厚生労働省 まず、地域医療構想関係について、石川委員から、そもそも都市計画であるとか、さまざまな交通手段等も含めた生活者の視点で検討すべきと指摘があったところだが、全くもってそのとおりだと考えている。今回、私どものスキームは、基本は地域で検討していただかなければ地域事情は当然わからないので、それをやっていただく前提として、一方で、国として指摘をするということになると、データの評価や指摘の仕方についてはフェアでなければいけない。これは鈴木委員から、そういう点では高く評価していただき、大変ありがたいと思っている。いずれにしても、現場の事情、地域事情をちゃんと勘案するという前提で、私どもとしてはやらせていただきたいと思っている。

これは、松田委員、それから鈴木委員の指摘にも関連するのだが、地方の首長を初め、やらんとすることの趣旨はわかるが、やり方について指摘をいただいております。その点については、私どもも強く、重く受けとめており、地方の関係の皆様と膝詰めで、しっかりまず協議なり相談なり、説明させていただくところから始めなければいけないということで、そういった取組をしっかりとやらせていただこうと思っている。その際、これはマスコミにも重ね

てお願いをしたのであるが、結果こういう報道になってしまったけれども、再編統合というのは何も特定の病院に対してやめなさいとか、あるいはここここが統合しなさいとか、そういう趣旨でお願いしているのではなく、データを示して、この実績についてどうお考えですか、隣の医療機関とこういうふうになっているのはどういうふうにするのかという投げかけなので、この点については丁寧に説明をさせていただこうと考えている。

それから、鈴木委員から、今後の進め方について、どういう合意ならばアクセプトできるのかといったことについて、あらかじめちゃんと理解を得るべきだというのは御指摘のとおりなので、そういったことも対話の中でしっかりやっていきたいと思っている。それでも進捗しなかったような場合について、努力したところがちゃんと報われるべきであるとか、場合によっては、都道府県の権限のあり方についても検討するというのは、これは骨太に記載のとおりなので、その点についてもしっかりやらせていただきたいと考えている。

次に、データの関係で幾つか指摘いただいている。羽藤委員から、現状でどのようなデータの把握や、質と量の関係があるのかといった質問をいただいている。これは正直申し上げて、必ずしも十分に把握できていない部分がある。そもそもの前提として、標準化が進んでいない中でどう対応していくのかという話がある。数字だけ簡単に紹介すると、一般病院で、46.7%で電子カルテが普及していると言われており、規模が大きいところほど、例えば400床以上であると85.4%、200～399床で64.9%、200床未満で37%という具合であり、これらをいかに進めていくのかということは、質と量の関係についてもしっかり把握をして、お示しさせていただきたいと考えている。

基本的に、いただいた指摘は以上であると思っているが、最後に松田委員から、テクニカルなことも含めて重要な指摘、サジェスチョンをいただいております。説明の仕方は丁寧にということもさることながら、やはり回復期といった用語の使い方、4機能については説明の中でも加えさせていただいたが、今後進めるためにはさらに深化をさせる必要があると思っているので、より精緻に診療の内容について把握して、実際に活用していただけるような形でどのようなことが考えられるのかについては、引き続き検討してまいりたいと考えている。

○新浪会長 続いて、内閣官房IT総合戦略室と総務省より、デジタル・ガバメントの推進について説明を頂きたい。

(厚生労働省退室)

(内閣官房IT総合戦略室、総務省入室)

(内閣官房IT総合戦略室より資料2について、総務省より資料3について説明)

○伊藤委員 前半の一括要求の政府の情報データベース、政府情報システムについて、質問と意見である。まず、3ページの一元的な文書管理システム、共通情報検索システムというものが対象としている範囲を伺いたい。私が非常に要望したいのは、各省庁の審議会の資料といった広く開示すべき資料をぜひ一元管理して、検索できるようにしていただきたいということだ。過去のどこの審議会でどういう情報を示してきたか、どういう政策を示してきたかということ振り返らなければいけないような調べ物が非常に多く、この委員会だけでも過去4年間、既に資料が蓄積しているし、内閣官房に属する会議や厚生労働省、財務省、総務省、国土交通省等のたくさんの審議会がある中で、検索してダウンロードまではしても、ダウンロードしたら省庁のコードもついていないし、日付もないし、資料1とかいうPDFだけがたくさん蓄積して、全然情報のトラッキングができない。これは、私個人が自分の業務で非常に支障になっているということもそうであるが、やはり政策の履歴というものをわかりやすく示していかないと、特に省庁横断的に政策をしようとしていく中で、詳しい資料はどこそこ審議会の何年何月にあると言われても、普通の人はいわからないわけで、せっかくであれば主要な政策を審議している審議会の資料等を優先的に一元的文書管理の対象として、例えば審議会ごとにコードを振る。必ず文書を公開するときには日付も振る。そのあたりのロジックは考えていただければと思うが、そういうことをしていないと、最新の情報がどこにあるかもわからないし、過去、どういう政策の履歴をたどってきたのかということもわかりにくいということで、今回一括要求でそういうことをされるということであれば、ぜひ、優先的に組み込んでいただきたいと思っている。

○牧野委員 全体の話では、サプライサイド的な観点からデジタル化の話がずっとされているのだが、先ほどの伊藤委員の話にも関連するが、もう少しニーズオリエンテッドに考えてもらえないかを感じる。つまり、これを進めることによって、どういうニーズが満たされるのかというところがなかなか見えていないというところがあると思う。

例えば、地方自治体においてこういったことをすることによって、例えば住民票といった必要なものは、その市町村に行かなくても取り出せるとか、そういったことができるようになるので、行政サービスの利便性が向上するとか、そういうところまで行かないとなかなか納得感というのは得られないのではないかと思う。

いまだに、例えば国際便から国内便に乗り継ぎするときに、1回手荷物を出して、税関を通さないと乗り継げないようなシステムがそのまま続いているような状況の中で、そういったところは本来デジタル化によって、もっと利便性が向上していくのだということで見える化していかないと、何のためにこういうことをやっているのだろうということについての理解が得られにくいのではないかと思う。もう少しニーズオリエンテッドなビジョンを描いていただきたいという要望である。

○大橋委員 私も牧野委員とほぼ同じように感じているのだが、デジタル・ガバメントとかスマート自治体というものを考えていく上での出発点で、これまで、ずっと手段の話がされていたと思うが、どういうところに基本的な視点を置くべきかということとはしっかり論じるべきだと思う。

一つは、マイナンバーカードを起点にするという形で考えれば、それでも標準化されるので、すごくコンパクトなシステムで自然な形として出てくるのではないかという感じもするので、それによってマイナンバーカードの普及にもつながるし、そういう考え方でぜひやっていただけるといいのではないかと思う。

同時に、IT総合戦略室のほうで標準化による調達の話もされたという認識なのだが、この調達も、過去からずっとロックインの話はあるわけで、保守・メンテナンスのところの調達を、今回いい機会であるから、ちょっとイノベティブな形の調達の仕方をぜひ工夫していただければと思う。

○鈴木委員 1点だけ確認である。内閣官房の資料の2ページの右上の図を拝見して、つまらないことと思われるかもしれないが、現状の一番左側と将来の右側の図の丈が同じである点が気になった。経済・財政一体改革を議論して丸4年になるが、当初から改革の成果である効率化分をどのように使うのかということも議論している。ここでは高度化に使っているというイメージだと思うのだが、もちろん費用対効果を上げることが経済再生だし、生まれた成果をワイズスペンディングしていくというのが基本コンセプトではあるが、経済・財政一体改革なので、最終的には経済を再生させ、かつ、PBを黒字化させるという歳出改革も重要である。予算の改革を議論していただいているのは大変ありがたいわけだが、最終的には効率化して歳出が多少でも減るということでないか、改革の半分しかできていないということになるかと思う。本当はもっと予算を増やしたいけれども抑えているということかもしれないが、メッセージとして、全体の丈が同じままということが気になったので、コメントとして申し上げたい。

○羽藤委員 デジタル・ガバメントについて、全体で予算が随分安いなという感じがして、これぐらいの金額で本当にできるのかなというのは若干不安に

なった。

あと、スマート自治体との関係で言うと、私自身が一番関心があるのは、先ほども言っていたのだが、AIによる関数の生成である。どういう政策をやったらどれぐらい効果があったのかということについて、AIを使ってプッシュしていく。どういう政策がどれぐらい効果があるのか。これはデータを貯めないといけない。その際、補助や施策をやったときどれぐらいの効果があるかの把握は、デジタル・ガバメント側のほうでやるのか、あるいはスマート自治体側のほうでやるのか、スマート自治体側で複数の自治体がデータを共有して、その中でAIを使って、そこをやったらどういう効果があるのかということ共有していくのか、それとも複数の自治体、全部補助がかかっている業務に関しては、デジタル・ガバメント側でそういったデータを吸い上げてプッシュするという施策に行くのか、橋渡しがよくわからない。そのあたりを積極的にやると効果があると思うため、ぜひ進めていただけないかと考えている。

○柳川委員 かなりいろいろな取組が進んでいるので、進んでいる方向からすると、非常に早くよく進んでいるのだと思うのだが、要求されている世界の動きからすると、残念ながらまだまだ遅いということで、先ほどの厚生労働省の話も含めて、残念ながらもっとスピードを高めていかないといけない。ただ、拙速にならないようにスピードを高めていかないといけないのだろうと思う。

IT総合戦略室のほうからは2ページのところで、さっきの一括計上のところは、順次拡大ということで、順次というのがどのくらいかというのはぜひスピードを上げていただきたいということと、執行に関与しということも、関与ということなので、このあたりもしっかり積極的な関与を進めていただきたいと思う。

質問としては、デジタル手続法、名前が変わってデジタル行政推進法は、地方自治体のほうは努力義務なので、8ページのところが地方公共団体の官民データ活用推進計画ということになっているのだが、基本は官民データ活用推進基本法に基づいてという形なので、もう少し目線を上げていただいて、デジタル行政推進法のほうでしっかりやるような方向性をぜひ考えていただければと思うのであるが、そのあたりのお考えはどうかということが一つ。

それから、総務省のほうもかなり積極的に進めていただいているのだが、4ページを見ると、スマート自治体の実現は2040年までということなので、2040年だと我々は多分もう全く遅いのだと思う。なので、残念ながら完全にスピード感がずれている感じがして、もちろんいろいろなことを了解をとっていかなければいけないから、なかなか大変だというのはよくわかるのだが、

2020年の手前のところで、遅くても2020年代ということは今から10年後ということである。10年後にここだと、ほとんど我々は死に絶えるという感じがするので、この辺もぜひスピードを上げていただきたいと思う。

なので、検討会をやることは大事なのだが、先ほどいろいろな方が指摘していたようなニーズをちゃんと把握した上で、それぞれの自治体の実際の活動に積極的に関与して行って、法律とマッチした実現が大事なのではないかと思う。

最後に、そういう意味では、IT総合戦略室と総務省でぜひいい連携をしていただいて、今、とりあえず報告は別々であったが、ぜひそこで積極的にやっていただければと思う。

- 内閣官房IT総合戦略室 まず、システムの中身について、文書管理システムは内部の文書管理、決裁のシステムであり、一方、情報の提供は総合窓口システムというところで各種の窓口を総合化している。審議会等の情報も入っているが、一覧性や使い勝手の面は、正直言ってまだまだこれからだろうと考えている。

いずれにしても、推進について、いろいろな励ましの言葉をいただいたが、正直言って霞ヶ関のレベルというのは民間の方が考えるよりもはるかに低いレベルなので、これを直していかないといけないラストチャンスだと思って取り組んでいる。

そうした中で、例えば地方自治体の話も、もともと地方自治体の話というのは、国が口を出さないということになっていたのだが、ここ2～3年、急速に国会のほうでも、あるいはいろいろなところで、国も地方自治体のシステムに口を出すべきだという議論が多くなってきていて、もともとは総務省がやっていたのだけれども、IT総合戦略室も総務省と連携してやっている。現状、非常に密接に連携している。そうした中で、これまでITというのは閣法と議員立法をうまく組み合わせることで推進してきたが、地方自治体をどうやって法律あるいは法律外で推進していくのかというのをさらに検討したいと考えている。

- 総務省 ニーズオリエンテッドという意見をいただいたが、住民票の世界で申し上げますと、今、マイナンバーカードにより、コンビニで住民票の写しがとれるというのが本年度末で対象人口で大体1億人を突破するという状況である。そしてさらにマイナンバーを用いた情報連携ということで、そもそも住民票を要らなくするといった取組を進めている。

ただ、実はこういった取組を進めるにも、各自治体の情報システムはばらばらで、かなりのコストなり、制度改正のときにかなりの負担がかかっている。なので、こういった将来像を見据えながら、しっかり標準化を進めていく

いと思っている。

それから、AIを政策効果みたいなところで使えないかという指摘をいただいた。まだ自治体でそこまでやっているところはなかなかないのではないかなと思うが、研究課題とさせていただきたい。

また、スピードを上げて取組を進めるべきという指摘をいただいたが、IT総合戦略室と協力して、一生懸命やっていきたい。

- 新浪会長 続いて、内閣府・科学技術イノベーション担当より、スマートシティの創出・全国展開について説明いただきたい。

(内閣官房IT総合戦略室、総務省退室)

(内閣府・科学技術イノベーション担当入室)

(内閣府・科学技術イノベーション担当より資料4について説明)

- 赤井委員 優良事例の横展開ということで、14ページのとおり、いろいろな取組をされているのは本当に素晴らしいと思うのだが、本当はこういうのを挙げるまでもなく、自然にスマートシティが広がっているというのが一番望ましいと思う。

スマートシティという議論があってから、少し時間がたっていると思うので、事例把握というよりは、実行されているという形で、モデル事業を卒業して、実際に実行する。その事業が採算もとれて、独立していて、持続性もあるという状況が望ましいと思うので、進んでいる事例とともに、進まなかった事例とか、何が障害になっているのかというところをもう少し整理されると、新たな展開も見えるかなと思う。

また、実際に成功した成果みたいなものを把握されるとか、成功した事例とともに、成功しなかった事例を把握しながら、独立して持続できるような仕組みというのも考えていただけたらと思う。

- 新浪会長 牧野委員、いかがか。

- 牧野委員 スマートシティをどのようにつくっていくかということで、事例把握からさらに前進してということで赤井委員からも指摘があった。私は人材育成についてコメントしたい。スマートシティなり、Society5.0の社会を担えるような人材育成をどう進めるか、主な取組についての話があったのだが、大学の先生方の中にはそうした専門の先生方もある程度いらっしゃるかもしれないのだが、小中高においては、そういったSociety5.0なりスマートシティを担えるような人材を育成できる先生方をどのように育成していくかという前提になるところがなくて、いきなりこういう話をされても、それこ

そ、なかなか納得感が得られないのではないかと思っている。人材育成をするための人材をどうやって育成するのかということも含めて議論していただきたいと思います。

- 羽藤委員 人材育成について、AI人材については専用の学部とか、大学院の設置という動きもあるが、日本の強みを活かす上で、教員等も含めて、既存の学部、学科の中でAIのスキルを身につけていただくということをしないと、AIの側からよくても、現場では動かないということに往々にしてなりがち。現場で働く人たちのAI教育の底上げがないと、提案はあるのだけれどもうまく使えないということになる。リカレントや大学院教育、あるいは博士人材の企業での積極的な活用といったところに少し配慮していただければと感じた。

あと、スマートシティでいろいろな事例が挙がっているのだが、これも共通のデータプラットフォームのようなことを考えていかないと、個別個別で作り込んだはいいのだが、敷衍^{えん}させていけないということになるので、共通化・共有化といったところも、スマートシティの会議を横浜でやられるということなので、ぜひそういう会議でも議論をいただいて、プラットフォームづくりに配慮いただけたらと思う。

- 柳川委員 非常に取組がいろいろ進んでいるのがよくわかって、いいことだとは思っているのであるが、言い方は悪いかもしれないが、多少ふわふわした話になっていて、恐らくこの前の地方自治体の話とかそういうところでいくと、スマート化というのはものすごくいろいろなところに配慮して、詰めていかないと、実はしっかりしたものが進まないという話が出ていた中で、こういうものがスマートで出てくると、実はこの裏側に、先ほどの標準化をまず進めようと思うと、それぞれの自治体なり、それぞれの都市をどのように説得して標準化を進めるかというのは、まずいろいろな問題が出てくると思う。

それから、こういうMaaS的なものも、もう少しいろいろな横展開をやって、実験はうまくいっても、根づかせるためには結構汗をかかなければいけなかったり、苦労するところがあるのだと思う。ぜひそのあたりを掘り下げていただいて、国なり行政のほうで何をしなければいけないのかというあたりを、基本的に民間のほうで実験が進んで、回っていくならば、それはそれでいいのだと思う。ただ、政府の政策の中では、政府として何をやらなければいけないのか、どこがポイントで、どこが政府として押さえなければいけないのかということをもう少し掘り下げていただけると、この話がしっかり進んでいくのではないかという気がする。

人材の話も似たようなところがあって、AI人材というようにふわっとすると、みんな誰も反対しない重要な話に見えるのだが、恐らく非常にテクノロ

ジ一的なところで、完全にそれに特化した人材はもちろん必要なのだが、例えばスマートシティみたいな話でいくと、行政の現場なり地方都市の現場をよく知っていて、それをスマート化にどうやって結びつけるのかという人材を育成していかないと、実際には進まないのだろうと思う。

その意味では、大学でちゃんと教えなければいけないのだが、もう少し実態をちゃんと把握して、そこから問題を抽出していくような人材をどう育てるかということが恐らく重要だと思う。申し上げたかったことは、もう少しこの先に進んでいくと現場の課題とか、現場のところの知識を解決するとか、こういうところが重要になってくるのだと思う。

○新浪会長 スマートシティは地方再生に資する非常に重要な施策であり、12月の委員会でも改めて議論したい。

IT施策に関して、会津若松市でもベンダーを変えるのに苦労されたと聞いており、どう解決していくかが重要。牧野委員の飯田市のお話も伺いたく、先ほどご指名させていただいた次第。自治体側で推進する人材の確保も重要で、現場ではベンダー主導で進めてしまったりもしている。こうした現場の意見も本委員会でお伺いしたいと思う。

○内閣府・科学技術イノベーション担当 今、指摘があったように、日本ではさまざまな、多様なスマートシティが始まりつつある。それぞれの地域にふさわしいCross-Sector Benefitsというもののデザインをできるように、また12月にぜひ報告申し上げたいと思う。

○新浪会長 次に、今後の進め方について、事務局から説明いただきたい。

(事務局より資料5、6について説明)

○新浪会長 本日の議事は以上となる。私のほうから幾つかお話し申し上げたい。今日は改革工程表記載の検討項目について、改善のプランや実態をお話しいただいた。

まず、保険者努力支援制度については既に4年目を迎えており、委員の皆様からご意見があったように、アウトプット指標を見直し、よりアウトカム、すなわち、どのような成果が出ているかに基づいて、インセンティブを強めていくことが必要。アウトカム指標の割合の計画的な引上げのスケジュールについて、12月の一体改革推進委員会で報告いただきたい。

また、糖尿病等の生活習慣病等の重症化予防については、特定健診・特定保健指導などについて最も重要とされる40代、50代の実施率を高めなければならない。委員の皆様のご指摘のとおりだと思うので、保険者の評価に当たっては、ぜひここに重点を絞って進めていただきたい。

また、骨太2019で盛り込んだように、民間のサービスや新たな技術を活用した血液検査など、負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化を早期に進めていただき、40代、50代の実施率を早急に高める必要がある。これについても12月の一体改革推進委員会で報告いただきたい。

また、重症化予防の先進優良事例の全国展開について、呉市の事例など各市町村で進めていただいているが、なかなか進まないところもある。おそらく自治体独自の課題があるのであろうから、こうした点も考慮して処方箋を示すべきで、これも12月に報告いただきたい。

国民健康保険の法定外繰入について、各自治体の削減方法について明らかにしていただきたい。また、都道府県内の保険料水準の統一化に向けた動きは、奈良県から始まり大阪府や滋賀県など、一部にとどまっているが、保険料水準統一に向けてさらに取り組んでいただきたい。

データヘルス改革の推進については、骨太の2019でも、保健医療データプラットフォームのうち、まずはレセプトに基づく特定健診・薬剤情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを2021年10月までに構築する一方、それ以外の情報の取組については2020年夏までに工程表を策定するという一方で、先送りされた。データヘルス改革の全体像と財源も含め、今後実現に当たって考えられる課題を整理して報告いただきたい。

地域医療構想については、委員の皆様からご意見を頂いたが、本年末までに新たな工程表を策定する必要がある。公立・公的医療機関については、対応方針の見直しが必要な424の医療機関が先般公表されたが、骨太方針2019に沿って国が重点的に支援する地域が設定されるものと承知している。一方、我が国の病床は、70%以上を民間病院が占めていることも忘れてはならない。この民間病院の病床をどうやって減らしていくか、早く道筋を出さなければならないのではないのか。消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的な方法も含め、早期に取り組んで具体化していくべき。さらに、新たな都道府県知事の権限のあり方や、地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリづけなどを進めていく必要がある。

医療の病床が介護に使われているという実態も相当数あり、ここの移行を促す仕組みをつくらなければならない。介護保険は市町村単位であり、都道府県による支援も必要。ここの工程についても12月に示していただきたい。

デジタル・ガバメントについては相当取組が進んできているが、ベンダーロックインの問題等、具体的な課題を抽出し、解消してもらいたい。

委員の皆様からご指摘いただいているように、こうした取組により住民のQOLが改善するということを、更にご理解いただけるように広報していくべきで、ペースを一層上げて取り組まなければいけない。これについても、12月

にKPI・ロジックモデルを示していただきたい。

スマートシティに関しては、12月により具体的に議論させていただきたい。幾つかの優良事例も出てきているが、会津若松市などでは、産官学それぞれに非常に重要な役割がある。全国の優良事例をしっかりと精査して、早期に進めるべき。私はこれが地方創生のための非常に大きな切り札になると思う。地域に合わせた、そして地域の不安を解消するスマートシティをしっかりとつくり上げるために、12月に改めてお時間を頂き、本委員会で報告いただきたい。

最後に神田大臣政務官から一言お願いしたい。

○神田大臣政務官 新浪会長を初め、委員の皆様には、本日も大変闊達な御議論をいただき、お礼を申し上げます。本日は改革工程表の改定に向けて、歳出改革等に向けた取組の加速・拡大に関する主要な検討項目について議論をいただいた。

今後、年末に向けて、それぞれのワーキング・グループでの議論を深めていただく中で、見える化や先進優良事例の横展開などの取組について、委員の皆様方の専門的な知見を賜るよう御協力をお願い申し上げます。

○新浪会長 本日はこれにて閉会とする。