

第35回 経済・財政一体改革推進委員会 議事次第

---

(開催要領)

1. 開催日時：2021年3月26日（金）16:00～17:30

2. 場 所：オンライン

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
赤井厚雄	株式会社ナウキャスト取締役会長
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
大屋雄裕	慶應義塾大学法学部教授
後藤玲子	茨城大学人文社会科学部教授
鈴木 準	株式会社大和総研執行役員
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
平野未来	株式会社シナモン代表取締役社長CEO
古井祐司	東京大学未来ビジョン研究センター特任教授
星 岳雄	東京大学大学院経済学研究科教授
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
西内 啓	株式会社データビークル代表取締役
赤澤亮正	内閣府副大臣

(議事次第)

1. 開 会

2. 議 事

- ・ヒアリング① 医療介護レセプトを用いたCOVID-19の現状分析
- ・ヒアリング② 都道府県・市町村の役割分担の再構築と広域化
- ・今後の進め方

3. 閉 会

(配布資料)

- 資料 1 - 1 経済・財政一体改革推進委員会 委員名簿（令和3年3月26日時点）
- 資料 1 - 2 経済・財政一体改革推進委員会 検討体制（令和3年3月26日時点）
- 資料 2 医療介護レセプトを用いたCOVID-19の現状分析（松田委員配布資料）
- 資料 3 都道府県・市町村の役割分担の再構築と広域化（大屋委員配布資料）
- 資料 4 今後の進め方（案）（事務局配布資料）

(参考資料)

「新経済・財政再生計画 改革工程表2020」におけるKPIの進捗把握について

---

(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。  
本日の議題は「医療介護レセプトを用いたCOVID-19の現状分析」、「都道府県・市町村の役割分担の再構築と広域化」、「今後の進め方」の3点。開会に当たり、まず副大臣より一言いただきたい
  
- 赤澤副大臣** 政府としては、感染再拡大を抑えることを最優先するとともに、厳しい状況に置かれている国民の雇用生活事業を守り抜くために、3度の補正予算を編成するなど、これまでにない規模で経済対策を打ってきた。総額事業規模で293兆円、そして、財政支出が152兆円、国費が89兆円という、本当に異例の規模である。そのおかげもあり、倒産の件数等は減少し、我が国の経済の現状も持ち直しの動きが続いている。  
ただ、一部に弱さが見られ、まだまだ下振れリスクがある。御案内のとおり、3月21日をもって緊急事態宣言全面解除としたが、感染症の動向が内外経済に与える影響、特に変異株も留意する必要がある。感染再拡大の兆候も見られないではないということで、感染再拡大とワクチンの競争になっている。今後も感染の拡大状況を十分に注視しながら、経済がこれ以上下振れすることがないように、経済財政運営に万全を尽くすことが重要だと考えている。

あまりこれは言われていないことだが、医療機関に負担が及ぶことから、ワクチンの接種はいいことばかりではない。これまでは一般医療とコロナ対応だけお願いしていた医療機関に、これからはさらにワクチン接種の大きな負担をかけることになり、これは本当に厳しい時期に入るため、その辺を念頭に置いたうえでしっかりと経済財政運営をしていかななくてはならないと思っている。

そして、我が国の財政が、先ほど申し上げた経済対策などの結果、厳しい状況にあるのは事実であるが、今のところ当面は、「経済あつての財政」との考えの下、早期に日本経済を成長軌道に戻していくことが財政健全化を達成する意味で最重要であると考えている。

また、ウィズコロナ、ポストコロナ時代の新しい成長のために、西村大臣が表明されたデジタル、グリーン、ヒューマンの3つのニューディールに全力で取り組んでいきたいと思う。これらの取組により、民需主導の質の高い成長を実現していくという方針である。

併せて、財政健全化に向けては、ワイズスペンディングについて不断に取り組んでいくことが重要であり、昨年末に本委員会で改革工程表2020を取りまとめていただいたこと、また、EBPMの取組を着実に進めていただいていることに改めて感謝を申し上げる。

○新浪会長 議事に移りたいと思う。まず議題1「医療介護レセプトを用いたCOVID-19の現状分析」について、松田委員、説明をお願いします。

(松田委員より、資料2について説明)

○新浪会長 松田委員の説明を受け、意見や質問をお願いしたい。

○竹森委員 松田委員がよくおっしゃっているのは、日本の医療体制は役割分担がきちんとできていない、特に危機管理体制ができていない問題があるということ。それはよく分かるが、今の場合、不要不急の診療が減っているというが、もし、コロナをあるルートだけで管理し、ほかはコロナと関わらないという役割分担ができればその不要不急の治療もできるのか、それとも、やはり不要不急として抑えなくてはいけないのか。

それから、高齢者と若い人から感染が始まっていくことから、そこはある程度分ける必要があると思うのだが、もう少し具体的に、若い人との接触を避けることができるよう、高齢者だけどこか安全な場所、体制の中におくという仕組みをつくるためにはどこをどうすればいいかという点を教えていた

だきたい。

それから、もう一つあり、今、私が指摘した役割分担ができないということと情報の関係があるのではないかと思うのだが、そういった点を教えていただきたい。

- 松田委員 まず、不要不急の治療について、基本的には竹森委員がおっしゃられたように、機能分担をきちんとやっていければ治療できると思う。例えば、北九州市の場合、コロナのいわゆる総合的な窓口というのは、市立八幡病院や公的病院が窓口をやっており、そこで大体中等度まで全部診療している。それから、PCRセンター的なことなどもそこでやってくれる。これにより非常に重症な患者さんを私ども大学病院で診るという形の役割分担ができる。

このような仕組みの何がいいかというと、重症の患者についてはもうPCR検査が終わっているので、そういう患者だということで僕らが受け取り管理することができるので、感染リスクが基本的には少なくなる。このように役割分担ができていると、私たち大学病院は、コロナの重症患者を受けながら、例えば、がん患者の治療ができるし、ほかの治療ももちろんやっていける。要するに役割分担をして、きちんと交通整理をするようなところ、ヘッドクォーターみたいなものがあるということが必要だと思う。

それから、若者対策だが若者はなかなかコントロールできない。少し残念なのだが、こういう状況になっているのに、大学を卒業する子たちは卒業旅行をやめられない。人流が感染拡大に関係していることに関してはデータがあり、恐らく、今回の東北や沖縄などで感染が広まっているのは、若者の卒業旅行等がある程度関係していると思う。

実は去年の早い段階で僕らは、大学生の卒業旅行、特に海外旅行を自粛してくれるよういろいろなところをお願いした。その時点でヨーロッパが危険であることが分かっていたので。それでも、卒業旅行は止められなかった。より強い公共心みたいなものを若者が持ってくれない限り、若者が行動を控えることは難しいと思う。ではそれをどうしたらいいかというと、結局接触を避けるような、あるいは接触したことを把握できるようなインフォメーションシステムを持つしかない。いろいろな不具合があるが、やはりCOCOAをしっかりとした仕組みにしないといけない。韓国や中国できちんと動いている仕組みがなぜ日本でつけれないのか。僕は今回、これが一番残念だ。しっかり動く仕組みがあれば、かなりの感染症拡大は防止できるのである。若者はやはりスマホなどをすごく上手に使えるので、ソーシャルディスタンスをきちんとサポートするような仕組みをつくってあげることが必要である。彼らは適切な情報を得ることができれば、情報対応能力が高いのできちんと行動の修正ができる。

それから、アメリカでもエビデンスが出ているが、飲食店でご飯を食べるのを8時までにしても、そこまでにたくさん人が入ってしまえば感染症は広がってしまう。むしろそれよりも、10時や11時までの営業を認め、その代わりにお店に入れる人間の数を半分にする。山梨県がやっているようにいきなりお店に行き、きちんと感染症対策をやっているか検証し、認証した飲食店に感染症対策認証シールを貼っていく。そういうエビデンスに基づいたソーシャルディスタンスをやっていく対策ができれば大丈夫だと思う。そういうものがあれば若者もきちんと動いてくれるのではないかな。

結局、何が怖いかというと、介護労働者も若者であるため、リスク管理なしで動いてしまった若者が介護施設で利用者につつしてしまうということが起こってしまう可能性があることだ。介護施設でのクラスターは深刻な影響をもたらす。

この予防のためにも、ソーシャルディスタンスをいかにやるかということがすごく大事であり、そのベースになるのはやはり情報だと思う。その情報を1か所にまとめて総合的に分析する仕組みが必要なのである。今、例えば、もし僕が頼まれたとしても、大学の今の仕事をやりながら情報収集や分析をする仕事を、リアルタイムで役に立つ形で行うことはできないだろうと思っている。そのような仕事をフルタイムでやるような仕組みをつくってかないと駄目なのである。そのような仕組みがあれば、大学の仕事を一旦停止して、そちらに参加させていただければと思う。コロナ対策で何らかの貢献はしたいと考えている。

情報を複層的に集めてそれを総合的に分析する、そういう仕組みをいかにつくるか。情報戦略室みたいなものをどうつくるかということが、今、この国には問われているのだと思う。その情報戦略室というのは、海外の情報も集めないといけない。この海外の情報を集めるときにやはり一番ネックになっているのは、日本の医療情報のシステムが海外の情報につなげられない、海外の情報と互換性のない、インターナショナルな表示になっていないということである。ほかの国は、要するにHL7とかでつながっていて、例えば、フランスの病院であればドイツの病院の情報を得ることができるようになっている。ところが、日本はそういうネットワークから外れてしまっているんで、海外での治療経験の情報が僕らはもらえない、リアルタイムでもらえない。そういうことをやはり総合的に考えなければいけない時期に今、来ていると思う。

そういう意味で、その役割分担のためには情報共有が大事で、情報に従ってそれぞれの人たちが役割分担をしていくということをやらなければいけない。

それから、今回のことでよく分かったのは、小さな病院がアルバイトの医師に頼って救急をやっているような体制はもうやめなければいけないということだ。やはりきちんとした救急ができるところを地域に1か所つくる。それが多くの場合は、公立あるいは公的病院になるのだということが今回明らかになったように思う。もちろん、その機能が果たせるのであれば、民間病院でも構わない。そうした大規模救急を行える施設が総合的な窓口になり、差配をしてくような仕組みを各地域でつくっていくことの必要性が今回明らかになったのではないだろうか。

○新浪会長 それでは、次に伊藤委員、意見、質問をお願いします。

○伊藤委員 まず、今回の松田委員のデータで東日本の一自治体ということでの情報の提示であるが、できれば都市の人口規模や年齢構成が分かったほうがよく、詳しい情報が開示可能であれば伺いたい。

外来患者数や入院患者数の実数のデータにより、保険給付減があったということなのだが、総計として、いわゆる医療費は何割減ったのかという点についてももし何かの概算があればいただければと思う。

そして、後半のほうの分析は、これは同じ自治体のデータという理解でよいか。恐らく、要介護の方を対象にしたと読み取れるが、どういう対象の方だったのか確認できればと思う。

それから、藤森委員の調査なども踏まえて私も思うのだが、最新のレセプトは、3か月か4か月前のデータである。ただ、実際に医療機関は入院手続とかのときに、何かしらデータとして打ち込んでいるわけで、そういうデータが収集されるべきと思う。全国的に医療需要の情報を速報で把握しなければならぬとは想定していなかったもので、3~4か月前のレセプトを最新だと思って分析していたわけなのだが、こういう事態になると、先週どうだったのかということが、いわゆるPOSレジ医療情報ともいうべき形、もう少し速報性がある形にレセプトをもっと利用できないかと思う。

あと、松田委員がおっしゃっているHER-SYSやG-MISと複層的にということはもちろん大賛成なのだが、HER-SYSの情報は一般ユーザーが確認できる情報ではない。辛うじてG-MISは見られるけれども、一般ユーザー向けには医療機関が営業しているのかどうかという非常にざっくりとしたデータベースになっている。結局G-MISやHER-SYSを一生懸命集めても私たち一般には可視化されないという、その情報のギャップは何とか解消しなければいけないと思う。

○松田委員 まず、このデータを提供してくれた自治体であるが、場所は明確には言えないのだが、政令指定都市であり人口100万人以上いる。そういう意味では、ほかの地域より少し若い人が多い地域かもしれない。

それから、6,893名は要介護認定を持っている人だけでなく、疑い病名も含

めてコロナで医療機関にかかった人である。

それから、レセプトはどうしてもやはり1か月とか2か月遅れてしまうのだが、これは現状では仕方がない部分で、そういう意味で一番可能性があるのはDPCのデータだろうと思っている。これは1か月単位で出てくるので、そのデータをいかに集めていくかということが大事だと思う。

あと、今回の資料は、僕らはレセプトの研究利用契約を結んでデータ集めさせていただくということをして10年以上行っているが、その一連の事業の中で今回、コロナのこともやっていただきたいということでやらせていただいたということである。ただ、伊藤委員がおっしゃったとおり、こういうものももう少し、一般に使いやすいような仕組みにしていけないのではないかと思う。これは厚生労働省のほうでぜひやっていただけたらと思う。

○新浪会長 それでは、続いて星委員、意見、質問をお願いします。

○星委員 質問とコメントがある。

まず質問は、不要不急の診療の落ち込みがあったということなのだが、これが本当に不要な診療であれば、良かったことだというふうになるわけで、その辺はどうなのか。不要な診療が落ちたということが最終的に健康状態に与えたであろう影響について、今までの状態が最適でそこから診療が減ったのか、それとも、ちょっと診療不要なものが多くて、それが減ってむしろよかったのかどうかというその辺の感覚はどうなのかというのが質問です。

あともう一つはコメントなのだが、ちょっと若者を弁護したいと思う。若者は止められない、止めるのが難しいということで、ただ、若者もかなり我慢したのだというのが最近の研究結果だと思う。

例えば、私の同僚がやっている研究で、緊急事態宣言とかでどれぐらい行動が制限されたかということを見れば、若者の行動のほうはずっと制限されたという結果が出ている。我々が我慢したよりももっと若者のほうが我慢しているという結果が出ている。これは例えば、世界的に見ても、最近、幸福度調査のレポート、ワールドハピネスレポートが出たが、これらのレポートで幸福度が下がっているのが若者なのである。年寄りのほうは幸福度がむしろちょっと上がっているということで、若者のほうが我慢したという例はそこでも出ているのだと思う。ただ、それは同時に、松田委員がおっしゃったように、緊急事態宣言などで情報を与えると若者のほうが反応するということなので、そのところの政策をもっとうまくやるべきだったというのは確かだと思うが、若者もかなり我慢はしているのだということで弁護しておきたい。

○新浪会長 松田委員、意見をお願いします。

○松田委員 不要不急というのは基本的には待機的手術なので、今やらなけれ

ばいけない手術を、半年待てるものは半年先に延ばしましょうということだが、入院に関してはいずれやらなければいけない治療である。外来に関しては、かかる日数のインターバルを延ばしており、これについてはこの後どのような影響が生じてくるかということ、僕らは今、レセプトで分析をするため、いろいろな情報を集めている。認定調査のデータとかを集めているので、それを見て検証したいと思っている。

特にデイサービスみたいなものを使わなくなってしまった場合は閉じ籠もってしまうので、訪問リハビリテーションを受けた人と受けなかった人で、その後、状況がどうなるかということ、僕らはちゃんと検証しなければいけないと思っている。

本来であれば治療を受けていた人たちが治療しなくなっていたということの分析が今後の課題である。テレビ等でも言われているが、コロナ流行下で、日本人の高齢者の死亡は全体としては減っている。ということは、これから認知症の問題とか、動かなくなったことによるフレイルの問題とかがかなり出てくると認識している。このため、そのリバウンドがどうなるのかということ、それを考えなければいけないし、それを踏まえて新しいサービスの在り方を考えなければいけないと思っている。

そして、若者が我慢したということはそのとおりだと思う。私も大学で学生を教えているが、本当にこの1年間、学生には負担をかけてしまったと思っている。けれども、これは我慢するしかないのである。ほかに手はないわけで、その意識を皆さんで共有できるかどうかということがポイントになってくる。我慢しなければやはり感染症が広がってしまい、いつまでたっても感染が収束しないということになってしまう。そうすると、我慢している若者に対してどういうふうにサポートをしていくかということ、どう考えていくかがより重要になる。サポートの仕組みが今回、とても弱かったと思う。特に大学生に対してはとても弱かった。そういう意味で、我々教員側が反省しなければいけない部分はかなりあるように思う。

○新浪会長 それでは、次に平野委員、意見、質問をお願いします。

○平野委員 私からは一点のコメントと一点の質問をさせていただきます。

先ほど松田委員がおっしゃっていたCOCOAをきちんとした仕組みにする必要があるというのは本当に私も全く同意見である。COCOAの改善方法の方向性として、危ないよ、という指標をグラデーションでつくれるのではないのかと思っている。

というのは、今のCOCOAの仕組みは感染者と接触したのか、もしくはしていないかというゼロイチだけである。COCOAは1メートル以内に15分以上近接した状態であると、あなたは危ないですという通知が来るわけなのだが、それ



をもう少しグラデーションにする。

例えば、1メートルではなくて2メートルまで近づいていたら30点とか、15分ではなくて1分でも近接していると40点だとか、そういった危ないですよという指標がグラデーションで、イエローマークになるとかレッドマークになるとか、そのようなことができるともう少し通知が来るみたいな瞬間が増えてくるので、皆さんの危機感というのを醸成できるのではないかと考えている。

今言った方法というのは個人情報に関係ないので、結構やりやすいのではないかと考えている。

あと、ここは恐らく難しいだろうなと思うのだが、連絡帳データだとかを使うと友人関係の情報が分かってくるので、友達と会っていなくても、連絡帳に載っているうちの3人が感染しているといった情報が得られてくると、さらに危機感は上がってくると思う。そういうような個人情報は乗り越えないといけない壁がやはりあるので難しいとは思っているのだが、いずれにせよ感染を抑えられるのであれば、技術の力でできることというのは増やしたほうがいいのではないのかなと思う。

あともう一つの質問というのは、コロナ後の医療費についてやはり考えていきたいと思う。医療費が財政を非常に逼迫しているという中で、コロナが落ち着いた後というのは、医療費をどこまで削減できるのかというのは理解しておきたい。

先ほど、医療費が削減しましたよとおっしゃっていたと思うが、大きく3つに分けられると思う。まず1つ目は、受けるべき治療を先延ばししているというもの。2つ目は、手洗いをするようになったとか、外出を控えたとか、そういった副次的な要因による治療機会が減ったというもの。3つ目は、病院は高齢者の方々のたまり場になっているとか、市販薬でも別に大丈夫でしたみたいな、必要な治療が減ったというもの。そういった3つが大きく分かれると思うのだが、やはり3つ目は必要ないのであれば医療費としては対応しないといったことも考えられると思う。先ほど、いろいろなデータで減っているということもおっしゃっていたので、もしその3つ目がどの程度あるのかというのを教えていただきたい。

○新浪会長 松田委員、意見をお願いしたい。

○松田委員 医療費に関しては、まだこれから分析しないと分からない。先延ばししている治療は必ず戻ってきてしまうので、これは多分減らないだろう。それから、感染対策をかなりしっかりやるようになったことによって減っているものは、これはこれからも今のレベルで行くだろう。

それから、必要なものがOTCにどのくらいスイッチしているのかということも、これは処方データをずっと見ていくと減り具合で分かるので、そこでこれが

ら分析はできるのかなと思う。

ただし、今回明らかになったことは、コロナをしっかりと受け入れてくれるような病院に関しては過少ファイナンスだということが分かった。つまりコロナを受け入れてくれる医療機関の人が足りないのである。今の日本の状況というのは、コロナを担当している医師、看護師が1年間ほとんど休まずにずっとやり続けるという状況になっている。これはもうあと1年ももたすことができないので、そういうことをやれるような病院に関しては、少し人を増やさないとともたないと思う。

今回のコロナみたいなものでこの状況だと、毒性の強い新型インフルエンザが来たときにはもっと大変なことになる。日本の場合のコロナは、国内で見ても世界的に見てもかかった人の2%ぐらいしか死んでいない。それがほとんど高齢者ということを見ると、従来のインフルエンザみたいなものと比べたときに、すごく重症かといわれると少しそこは違うのかなと思う。

ただ、本当に新型インフルエンザが来てしまうと、今の体制ではこの国はもたないと思う。やはりそのような緊急事態に対応できる大きな病院を地域にしっかりつくっていかなければならない。要するに、医療費の配分のめり張りをつけていかないともたないと思っている。そのめり張りをつけるということが、多分、このコロナ後の一番大きな課題になってくると僕は考えている。

○新浪会長 それでは、次に大橋委員、意見、質問をお願いします。

○大橋委員 一点質問と一点コメントをいたしたい。

一つは、オンライン診療できる疾病については、遠隔地においては少なくともオンライン診療をコロナ後もしっかりと定着させるべきだと思うのだが、遠隔地と都市部でどのくらいオンラインの使われているのか、そのレートというか、普及率がどの程度違うのか、教えていただきたいというのが一点。

あと、平野委員から指摘があったように、OTCから市販薬へ移っていると。これは戻ってこないとおっしゃられているが、戻ってこないことをしっかり担保するためにも、やはりOTC類似薬というのを市販に変えていくということをしたらいいのではないかなと思うが、そこについてはどうお考えかという二点を教えていただきたい。

○松田委員 オンラインに関しては、進んだのは都市部である。やはり地方ではあまりオンラインができていない。その理由は、地方にはオンラインに対応できるドクターがあまりいないためである。高齢化が進んでいるというのもあり、サポートする人もいないので、そういう意味ではオンラインが今回は都市部を中心に進んだ。

オンラインをこれからさらにしっかり根づかせていくため、利用者の方に、

例えば、看護師さんがそこにいる、介護士さんがそこにいるという状況でオンライン診療をするというパターンが根づいてくるとすごくよくなっていくのかなと思う。高齢者はなかなか患者自身でオンライン診療に対応できないので、それをサポートする仕組みをどうつくるかということがポイントだろう。

それから、OTCに関しては、これはやり方なのだが、多分、一つのやり方は、医師がOTCを処方することができるというように、OTC薬も医師や薬剤師の管理がある仕組みである。その代わりに、そういうふうには処方されたOTC薬に関しては保険償還しないなど、何かそういう仕組みにしていったほうがいいのではないか。OTCもあって保険で給付されている薬もあるという状態は、変な感じがするので、OTC薬に関しては保険収載から外していいものも少なくないと思う。ただし、ほかの薬との組み合わせもあることから保険収載から外した上で、処方だけは医師がする。OTCもお薬手帳で管理する。その代わりに、OTC薬に関しては保険償還しない。そういうハイブリッドのやり方でいいのではないか。あるいは、フランスみたいに償還率を変えるかだと思う。

○新浪会長 若者については、先ほどの山梨県のような事例が横展開できないかと思うが、なかなか各県では実施されない。これだけ成功事例があるので、政策の有効性という観点から、なぜ横展開できないのかというところを、今後見ていかなければいけないところであり、そういった意味でEBPMがすごく重要だと思う。それをもってそれぞれの政策立案者への評価にもつながってくるわけで、こういったもので日本の政策のあり方を変えなければいけない。やはりデータが物語るものはエビデンスであり、こういう仕組みをつくっていくことがすごく重要かと思う。

また、若者に関して。消費を高めるために、ワクチンを若者から打っている国もあると聞いており、これも一つの考え方といえる。日本の場合は高齢者の方から接種いただいているが、経済・財政一体化改革、経済の活力を持つ意味では、若い人たちに動いてもらったほうが実はいいという見方もある。先ほど例に出した国においてはPCR検査と、感染者の隔離対策をしっかりとやっている。その中で若い人たちをとにかく徹底的に消費行動に向かわせる、PCRや隔離、ワクチン対策を一体化して経済を再度復活させるということを取組んでいる。

つまり、こういう一体的な運用をしていかないと、最終的には瀕してどうにもならない仕組みになってしまうのではないかと思う。そしてまた、我々はやはり経済をどうするかという大変な課題を抱えているわけで、そういった意味で、早く若い人たちに元気に活動できる仕組みというのを大いに考えなくてはならないことではないかと考えている。

それでは、次に議題2に入らせていただく。  
大屋委員、お願いします。

(大屋委員より資料2について説明)

○新浪会長 それでは、赤井委員、意見、質問をお願いします。

○赤井委員 特に自治体の業務ということで、我々はこれまでどちらかという  
とデジタル化が進むことを前提に置いており、成長戦略会議や諮問会議でも  
地方にどう仕事をつくるかというところもあったのだが、反面で行政サー  
ビスを新しい形でどう提供するかというところに関しては、どうしても議論が  
後回しになる部分というのがある。

ただ、放っておいて地方でデジタル化が予定どおり進めばいいわけだが、  
それを待っているというわけにはいかないため、そのプランBを考えておく  
かということが極めて重要だという指摘に近いものかなと思う。それを前提  
としながら、これは昨年来、この委員会やワーキング・グループでも議論し  
ている議論ともつながる部分があり、今、前のプレゼンテーションの中で新  
浪会長がコメントされた、EBPMの重要性についての指摘やデータの活用をど  
のように進めていくのか、それによって効果的な政策をいかに横展開してい  
くのかということと、これは実は近い議論なのかなとも思う。

要は、行政のデジタル化推進のためにはデータの利活用ができる環境をい  
かに整備していくのかということが極めて重要で、大屋委員の話では、自治  
体の境を越えて、場合によっては県と市の境も越えて使えるような形にする  
ためには、統一化・標準化を図ることも極めて重要である。

ところが、翻って、そこで使える個人情報とかデータの議論をすると、「保  
護と利活用のバランス」ということはよく言われるのだが、大体放っておく  
と保護をやる方というのは専門的な組織も出来上がるし、そこを非常に重視  
する方が多いので、やはり先に進みがちになる。しかし、この両方をいかに  
同時に進めていくのかということが重要で、前半の議論の新浪会長のお話と、  
今の赤井委員のお話の中からも示唆されているが、ここはむしろ意識的に利  
活用のところの議論を進めていかないと、えてしてそれが後回しになり、既  
に先行した保護の議論が精緻になりすぎて身動きが取れなくなってしまう。  
そうなってしまうと、精緻な規制を前提とし、レギュラトリーアービトラ  
ーのようなことをぎりぎりやっていかないといけないという事態を招きやす  
い。このため、私は統一的な共通の議論として、データの利活用というところ  
をどう進めていくのかということの優先順位を上げて、気持ちの上では保  
護と同列ではなくて半歩ぐらい先に進めるというぐらいがバランスとしてい  
いかなと考えている。

○新浪会長 それでは次に後藤委員、意見、質問をお願いします。

○後藤委員 地方に住んで自治体のフィールド調査などをやる中で、まさに専門職員の配置不足が深刻な状況にあると感じることが多い。例えば、障害福祉の分野を考えると、障害福祉は制度が複雑で、窓口も都道府県と市町村とでいろいろあったりする。そのような中、専門職員は異動がないので、制度が複雑で制度変更が多くても、専門職員が対応してくれれば何とかなるみたいなどころがある。したがってその配置不足は本当に深刻な問題で、解決に向けていろいろな工夫がなされているけれども、なかなか難しくて問題が生じてしまっているというのが私の実感である。

一つ質問をさせていただきたいのは、今回、テーマは「都道府県・市町村の役割分担の再構築と広域化」ということであったが、国の役割分担についてはどのような議論をしてきたのだろうか。というのも、例えば障害者雇用について考えると、障害福祉サービスの窓口は市町村なので、A型事業所やB型事業所の利用は市町村が窓口になるが、同じ福祉的就労でもA型雇用には国の機関であるハローワークも関わっている。かねてより、その辺りの連携をして福祉と雇用をワンストップで推進するということがうたわれているし、実際に連携しているところもあるが、必ずしも十分な連携が行われているわけではないとも聞いている。したがって、都道府県・市町村の役割分担の再構築だけでなく、国との役割分担の再構築というのを絡めて議論する必要もあるのではないかと思うが、そのような議論はあったのか。あるいは、それについてどのように考えておられるのか教えていただきたい。

○新浪会長 続きまして、羽藤委員、お願いします。

○羽藤委員 大屋委員の言われていることは全くそのとおりだと思うのだが、恐らく現実に自治体が連携して共同で計画などをつくるのが難しいということは、大屋委員が一番理解されていると思う。現実に例えば、人口10万人規模の自治体は全国に89個あって、全部合わせると1700万人、東京と同じぐらいのスケールがあるわけで、ここを効率化していくことは必須だと思うのだが、それらが連携してやることは難しいとなると、どうするのか。

例えば、水資源管理、流域圏で水資源を共同で管理していくとか、あるいは道路インフラを専門家が1つの自治体の中で共同管理していく。このように、自治体から権限を移管するような形で、共同でインフラを保有する機構のような仕組みをつくと同時にそれを運用する。そういう運営組織を組み込んでいくことが恐らく一番必要なのである。突拍子もない話に聞こえるかもしれないが、例えば、道路公団を民営化し道路の保有の機構とそれを運営するNEXCOという会社が現実に広域の管理を非常にうまく実現しているわけである。医療インフラあるいは水資源、交通インフラといったようなものに

関して権限を移行してワンストップで広域管理する。そこにAIを入れていくことで、より高度な維持管理の仕組みと組み合わせることができる。こうした具体的な制度をスケッチして、この経済財政諮問会議の側から提案して動かしていくという動きが必要ではないかと思う。

○新浪会長 それでは、次に平野委員より意見を願います。

○平野委員 連携中枢都市圏は地理的に近接した自治体がまとまるということだと思うのだが、遠隔での連携もあると思っている。方向性として2つあると思っており、まず1つ目は関係人口である。今、人口自体は減っているが、多拠点居住や多拠点就労などが増えている中で関係人口自体が増えている。そうすると、地方財政が圧迫されている中、関係人口を通じて地方にお金を落とす、お金が落ちるといえることができるかというのなかと考えている。

一つの事例として、まだ始まったばかりではあるが、鎌倉に地方通貨ができていたりしている。鎌倉に住んでいる人だけではなく、鎌倉にセカンドハウスを持っている人がそういった地域通貨を使ったりしているのだが、この地方通貨はアプリなのでデータもたまりやすい。そうすると、地域通貨とデジタルデータを組み合わせた新しい様々な行政サービスができるのではないかと考えている。

ほかにも仮想的な市民パスみたいなものを発行する。例えば、エストニアでe-Residencyというものがあるのだが、これはe-Residencyに登録すると世界のどこからでもエストニアと同等のEU企業をオンラインで経営する権利が得られる。そして、デジタルノマドみたいな方々が登録したりしているのですけれども、エストニアは人口100万人ぐらいなのだが、デジタルノマドのような方々がe-Residencyに登録しており、5年間で5万人ほど登録者が増えたりしている。このように例えば、該当地域の図書館を使えるだとか、住民ならではのメリットを受けられるような取組みが増えてくると、関係人口が増えていくのではないのかと考えている。

次に、2つ目は介護である。杉並区と南伊豆が連携して、杉並の高齢者の方が南伊豆の介護施設に入居するというような遠隔連携の例もある。こういった子供と高齢者が離れて暮らすような例が増えてくると、介護施設内の出来事のデータ化が非常に行われやすいと思う。個人情報観点で難しい点があるものの、例えば、心拍数とかのデータだとか、転んでしまいましたとか、胸に痛みを覚えていますだとか、そういうデータが対象になり得る。そういったデータがたまってくると、介護は結構やりやすくなると。そのようなデータがたまってくると、病気の予測などもできるようになるので、病気に対しての対策ができることとなり、将来的な医療費の削減にも効果があると考えている。

このように、将来的なデジタルやデータを見据えた地方自治体の連携が必要になってくるのではないか。

○新浪会長 それでは、古井委員、意見、質問をお願いします。

○古井委員 大屋委員から話があったことは、社会保障でも同じ課題を抱えていると思う。大橋委員から難しいという話があったのは私も同感だが、2020の骨太の中で、データヘルス計画の標準化を掲げていただいたことで、今はまずは6都県だけなのだが、県内の全市町村の予防・健康づくり施策のプロセスをデジタル化し、どの市町村のどこが弱いかなどが可視化を始めた。これによって、モデル的に数年前からやっていた県では市町村間の均てん化が進んでいる。具体的にいうと実施率では2分の1ぐらいまで格差が減少した。そういう意味では、先ほどお話があった平時だと難しかったと思うのだが、新型コロナ禍という緊急時もある医療保険に関しては市町村の共同事業化というのがこの1年で広がっている。

委員方がおっしゃったように、非常に難しいところが現場であり、単純にその政策プロセスをデジタル化するからすぐ走り出すというものではないのだが、この6都県の取組から可能性を感じており、市町村で足りない人材だけではなくて、知見の共有とか、DXによって現場の暗黙知だった工夫というのが抽出され創造されるので、平野委員がおっしゃったことは社会保障分野を通じて、これから市町村の広域連携には活用できるのではないかと思う。

○新浪会長 それでは、次に伊藤委員、意見、質問をお願いいたします。

○伊藤委員 自治体構想2040の話に基づいていただいたが、2040年に想定していたことではなくて、2030に前倒しになってしまったと個人的には思っている。2040年の新成人は100万人どころではなくて87万人を下回ることがほぼ確定で、加速度的に悪くなっているという認識である。つまり対策も加速度的にしなければいけないと思っている。例えば、個人情報保護の2000個問題というのは私も10年間ぐらい悩まされてきたところだが、今回のコロナによってようやく一気に改正の方向に向かった。ぜひこのパワーを維持していただきたい。

そして、その中でパワーを維持することが大事だが、どうしても時間がかかるのが人材の部分であると思う。特に自治体の格差が社会保障と福祉と教育の分野、特に公的なサービスが関わっている分野で非常に大きくなっている。大屋委員も指摘のように、存亡の危機感があるところは何とか頑張っているし、資金的に余裕があるところは何とかできているが、中途半端な財政力のところが医療機能の機能分化や病床再編を先送りし進んでないということが判明している。なお、大屋委員もおっしゃったように、「緊急時に効率的なことをしようとしてガバナンスをしても、平常時と両立しない」という

部分は確かにないわけではないが、私は医療に関しては異なると思っている。緊急時の対応力を高めることと、平時の効率化を高めることは、むしろ同一路線であると思う。

松田委員からも一部の医療人材へ非常に負担が増しているという前回の話があったが、今回、COVID-19に実際に診療に関わった医師の数というのは、医師全体の総数の2.1~2.6%ぐらいしかいない。つまり100人の医師がいて、2~3人ぐらいしかCOVID-19の対応をしておらず、その方たちが1年間休みなくやっている一方で、例えば診療所などで患者さんが全然いなくなってしまい暇をしている医師がいる。簡単に転換はできないかもしれないが、診療所医師にもできる後方支援はあり、非常にもったいない人材配置だと思っている。つまり緊急時に2%しか動けないような国ではいけないわけである。警察での話もあったが例えば救急医療や感染症対策であっても、20%程度の方がきちんとトレーニングを受け知識を持つ環境を整えておく必要があり、それをできない自治体に対しては国が支援をするしかないと思う。人材育成のため、すぐに効果は現れないかもしれないが、やはり今、緊急時にきちんとした専門知識を持って動ける人を2割つくろうということをどこかの目標で、骨太の方針でもいいのだが書いていただいて、それがやはり平常時のコストではなく平常時にとっても、つまり2030とか2040の時代を迎えても日本の体力を維持するためにすごく大事なのだと考えている。

○新浪会長 いただいた意見、質問に対し、大屋委員、説明をお願いします。

○大屋委員 最後に伊藤委員がおっしゃったことはそのとおりだと思う。ただ、平時と緊急時のレジリエンスを維持するために期待できるのは基本的に公的セクターである。例えば、民間の医師にいきなり動員をかけるということは非常に困難である。そうすると、国立病院とか国立大学というものをこの間手放してきたことへの痛手がここで出てきたという話である。

それから、後藤委員、羽藤委員、平野委員からいろいろ話をいただいたが、それらに共通して言えるのは、実は状況が千差万別だということ。要するに、一般的には共同で計画するのは難しいのだが地方で結構中核的な都市があると、その都市が音頭を取ってやってくれる。例えば、広島県のようにそういう音頭を取ってくれる都市がばらばらとあるとそれで大体問題が解決している。完全にそういうのがないところだと県が全部背負い込んでしまう。どちらでもないところというのもあって、その全てに対応しなくてはいけない国の制度とは何だろうという辺りはやはり問題になってきた。

あと、連携について言うと、例えば、まちづくりとか道路計画とかは近隣の自治体で連携しないと意味がないわけである。その一方で、平野委員がおっしゃったように、高齢者介護なんかは遠隔地だから機能するみたいなもの



もある。あるいは災害時の共助協定みたいなものは近隣自治体で結んでもあまり意味がない。地震は一緒に襲ってきてしまうので、むしろ遠隔地同士で連携を組んだほうがいい。やはり問題ごとにその枠組みが違ってくるので、それぞれにどのように対応しようかということが問題になってくる。

そこで、非常に難しいのだけれども、一つ着目しているのが、平野委員も強調したところだが、データの共通化と共用化と利活用。赤井委員がまさに強調されたところである。私自身は、やはりシンクグローバリー、アクトローカリーなのだろうとっていて、個々の対応は分野ごとに地域の状況に応じ自治体の考えに合わせてやってもらわなくてはいけないところがあるが、状況把握はグローバルにやる必要がある。そうしないと、そもそも自分たちのパフォーマンスがどのぐらいかも当事者が分からなくなっているのではないか。現状は各自治体で情報を取って各自治体で集計しているため、国が情報を集めたら特定の自治体でだけ情報の基準が違うということが発生したわけである。そのようなことはあってはならないので、データの共同化、共通化、一元化、利活用というのは断固やるべきである。これは赤井委員のおっしゃるとおりだと思う。

その一方で、そうすると実は保護の発想が変わってくる。これまでは一緒にしないという形の壁を立てるというハードウェア的な保護のやり方をやってきたわけであるが、これは利活用と相反する。そうではなくて、データそれ自体はくっつけて利活用を進めるのだけれども、アビュース、濫用であるとか、あるいはその漏えいであるとか、そういう使い方の逸脱、ルール違反についてペナルティーをかけていくというソフトウェア的なコントロールが重要になってくるはずである。なので、おっしゃるように利活用を進めることを前提として、それにうまく対応した保護の在り方というのを構想して実現していくことが極めて重要だと私自身としては考えている。

○新浪会長 政策の有効性をしっかり検証して、格差などの問題を見える化し、県民や市民の皆さんに分かってもらうようなものをどういうふうに広報活動していくか、もう少し見える化をして明確にしていくということも必要なのかと思う。

実はこの経済・財政一体改革委員会は、当初から見える化をどのように考えていくかを議論し、安倍総理に結構頑張ってもらっていて、データを出すようにしていった。けれども、それをどうやって国民の皆さんに伝えていくかということもまたすごく重要であり、深くこれから探っていくことが必要なのではないか。受ける国民の方々もステークホルダーとしての自覚をしっかりとっていかなくてはならないのだろうと思う。

それでは、議題3「今後の進め方」について、井上統括官より説明をお願い

いする。

(井上統括官より、資料4について説明)

○新浪会長 今日の議論をワーキング・グループごとの主査の皆さんと相談をさせていただいて深めていきたいと思う。

本日の議事は以上とする。最後に赤澤副大臣から一言お願いする。

○赤澤副大臣 新浪委員から何で横展開をしないのかと言われた山梨県で行っている飲食店の認証制度については、これは答えを出したいと思っているのでしばらく時間をいただきたい。

その上で、この感染症については備えがなかったということが問題で、災害や天災は忘れる間もなくやってくる時代になっているので、インフラ整備も3か年緊急対策に引き続き、5か年加速化対策が進んでいくと思うが、災害で明らかになってきた一番大事なことはリダンダンシーだと思う。コストパフォーマンスを重視し、この道路はビーバイシー(B/C)が1を超えているかと追及し、1本しか道路がないところでこの道路が寸断するともう助けに行けないということを十分経験してきているにも関わらず、同じことが感染症でも起きている。

大事なのは備えることと、デジタルを使いながら平時モードと有事モードの切替えをどれだけ早くできるかということ。これは感染症を乗り越えた後、またマスクを作る能力がどんどん落ちていくわけだが、次に新たな感染症の拡大が起きたときに、この新たな感染症がコロナよりももっとひどい感染症でマスクが行き渡るスピードで勝負するということに、その切替えのスピードをどれだけ早くできるのだということ。これはもう国家の強靱性のかなり核になると考えるが、あまりおっしゃる人がおらず、備え備えと言うが、その備えの中に切替えスピードが入っているのかなと私としては思う。

また、大屋委員の示唆で本当に大事だと思ったのだが、人口減少に伴う市町村合併により手が行き届かず、また高齢化の進行により災害のときに助けられる方のほうが本当の体力がもうないということ。助ける側はどんどん減っていく中で、この問題をデジタルでどう乗り越えるかという話だったと思うが、個人情報の問題、これは本当にクリアしていかなければならず、政府としても、平時からどういうデータを集めておけば災害時に対応できるかという視点も含めて、ベース・レジストリなどをしっかりとつくっておこうと思うし、あと、今後5年かけて、地方システムの統一化・標準化をする。これから骨太の方針をまとめていく中で、しっかりと委員方の意見を踏まえて良い方針をつくり、今後ますます困難を極めてくるであろうさまざまな問題にしっかりと答えを出せていけたらいいと思う。

○新浪会長 それでは、これにて閉会とする。