

第32回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2019年5月23日（木） 10:30～12:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第4号館12階全省庁共用1208特別会議室
 3. 出席委員等
主査 竹森俊平 慶應義塾大学経済学部教授
同 柳川範之 東京大学大学院経済学研究科教授
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研政策調査部長
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科教授
-

(概要)

議題（1）について厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

資料の順番に沿ってコメント、意見を申し上げたい。

まず、7ページで急性期病床の転換が進まないという話があった。まさにそのとおりだと思うが、急性期にも概ね3種類あると思っている。その3種類は何かといえば、1つは、かなり回復期に近い急性期。今、回復期と急性期の境が1日600点、6,000円程度の診療ということになっているが、診療的には経過観察が多く、状態としては回復期だと思われるレンジが600点から1,000点ぐらいの間である。つまり、600点から1,000点の比較的軽度の医療資源の投入が行われている、極めて回復期に近い急性期というのが1つある。

あと2つというのは、いわゆる待てない急性期と待てる急性期。待てない急性期は、心停止や脳梗塞といった救急搬送で運ばれてきて、救急的な処置が必要なもの。もう一方の待てる急性期は、例えばがんの化学療法や放射線療法といったように、1カ月や2カ月先に予約をとって入院等をして対処するもの。

急性期の中にもいろいろなタイプがあることを踏まえて病床機能を議論することが必要だ。急性期を一括りにしてやはり多過ぎて減りませんというだけでは、この議論が一般の方々には理解できないという印象を持った。

それから9ページ、公立・公的医療機関の補助金等活用に関する課題について、医療費に関して一般会計から法定外繰入れも行われている状況の中、新たな医療機器の購入や、救急の効率を下げる地域輪番のために用いられている費用も多い。自治体病院の経営補填のあり方について議論してもらいたい。

ただ、自治体病院に言わせれば、民間病院は利益が出るところだけやっているというような話になるし、逆に民間病院からすれば、公的病院には潤沢な税金が投入されているという議論に大抵なってしまう。地域によっては両方の話を聞くと常に平行線である。このあたりを整理しないと、地域医療推進法人の話もなかなか進まない。あわせて議論をお願いしたい。

そして、10ページに「2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し」とあるが、あと数カ月の話なので、かなり分析自体は進んでいるものと思われる。

国のホームページ等でこのデータが公開されることを期待している。その際にぜひ追加してもらいたい情報というのが、11ページにもある患者の流出入という部分。なお、A構想区域の例でも、この区域は流出も流入も多い。つまり都市圏だと思われるが、入院している方の3割以上は圏外の方で、一方で圏内の方の3割も流出しているということなので、地域の医療と言っても、地域の住民だけが受療しているわけではないということを踏まえて検討してほしい。こちらでは流出入に患者調査を使っていると思われるが、どこに流出しているのかということも、もう少し可視化してもらいたい。

たとえば、現在、DPCデータから患者の住所地情報を郵便番号でとることができるので、その情報によりどこを診療圏としてつながっているのかということがわかるかと思う。

例えば、既に地域医療構想のワーキング・グループの資料でも山形と米沢の例が出てくる。米沢には割と大きな急性期病院が2カ所あるが、米沢でより急性期の病状となると、その2カ所の病院間で患者を融通するのではなく、患者さんは山形に行ってしまう。つまり、医療圏の中だけしか見ない今の情報では物足りない。

それから、参考資料の12ページに病床転換助成の話が出ており、主に療養病床であるが、多い病床をどのように転換していくのかという議論がある。ただし、医療的なケアをしている病床の受け皿が介護的な病床であるならば、このような転換は確かに有用であると思われるが、そもそも、医療機関が介護保険施設に転換する前提とされているので、これは医療費を介護費につけかえるような話になってしまう。これで本当によいのか。つまり、介護病床が足りないかもしれないし、余っているかもしれない。介護以外のサービスが適切かもしれないし、転換するのではなく、病院自体なくしてもよいのではないかという議論もあると思う。この転換助成制度自体に文句を言うわけではないが、本当にこれで医療と介護の適切な資源配分が成立するかという点では、怪しいと思われる。この地域の介護資源は、医療の補完としてどのぐらい必要なのかというようなサービスの供給に関してデータが可視化が必要。例えば今、病床をスクラップできずに維持しているだけというところもあると思っているので、スクラップに対して一定の補助をする方法もあり得ると考える。

○厚生労働省

御指摘の点、基本は全てそのとおりであるが、特に申し上げておきたいことは、回復期、

急性期、これは精査をしているいろんな指摘をしつつ進めていくに当たっては、ご指摘があったように、救急医療のような救命救急にかかわるものと、比較的広域移動が可能なような患者にとって、そういった機能について分けて考えてしかるべきであるし、現時点で急性期と手を挙げているけれども、実際に中身を見ると、これは回復期ではないかということも当然あり得る。

これは、先ほども紹介したが、定量的な基準の導入と合わせて、実態をなるべく早くあぶり出していくこととセットでやっていくことだと思うので、中身に応じた対応を促していくというようにしたいと思う。それが1点。

もう一つ、可視化の促進について、総論的には可視化を促進しているが、各論でなかなか進まないのは、ご指摘のとおり補助金だとか、税制上の違いとか、さまざまな問題が絡み合っている。そこは膝を詰めて現場の話を聴取し、課題について突っ込んだやりとりが必要だと思うので、そういった可視化についても十分に取り組んでいきたい。今回、例示的に示しているが、最終的にこういったデータは、余程の支障がない限り基本は全て公表していく方向で取り組んでいきたいと思っている。

最後の点だが、医療から介護への転換について、単純に違う保険者が別の保険者に押しつけるような趣旨では決して進まない、そして、国全体から見て適切ではないというのはご指摘のとおりで、やはり社会保障全体がよりよい姿になるのが重要な視点だと思う。

特に申し上げておきたいのは、ご指摘のとおり、病床から施設、どうしても入所的なケアが必要だという意味での転換もあるが、必ずしも入所でなくてもよいのではないか、デイサービスや、さまざまな在宅サービスへの転換も含めて、全体の転換を促す必要があるのではないか、ということ。そういったことを可能にするためには、介護のデータの見える化とセットで進めていく必要がある。今、介護側の取り組みも進めているので、老健局をはじめとした他局との連携もしっかり行いながら、単に入院先から入所先という単純なサービスの見直しにとどまらないよう、十分留意していきたい。

○委員

地域医療構想に関して、本日の説明では、病床数ベースで63%の合意ということであったので、関係者にはかなり進めていただいたと率直に感じている。

ただ半面、63%に達しているということは、本日示された全体的な数字は直面している事実を端的に示しているようにも思う。18年度の病床機能報告では、2025年に向けて高度急性期病床を増加させる予定とのことであるし、急性期と合わせると72万床で、15年比では4.6万床減少するという説明であったが、それは18年比でほぼ横ばいととどめるということである。想定されている地域医療構想の仕上がりは53.2万床であり、それと比較すると1.35倍多いという絵姿であり、率直に言って驚くべき状況にある。一方、別途注目される慢性期病床については、一応30.6万床まで減る予定になっている。もちろん公立・公的病院の中にも療養病床の比率が高いところがあるかもしれないが、仮に民間病院において療

養病床の比率が高いとすると、公立・公的病院の病床に関する合意内容により大きい問題が含まれている可能性が示唆されるのではないかと。

最初から2025年のビジョンが実現しないことがわかっている計画を進めることはあり得ない。個別に見ていく必要があるという説明は、まさにそのとおりだということを申し上げた上で、ぜひ、きょう説明のあった方策を進めていただけるよう厚労省を応援したいと強く思う。

今後、補助金などの可視化やデータ分析を進めて再検討・再議論・再合意を求めていくということであるが、正直に頑張っている地域だけがつらい目に遭って、工夫をしない地域が得をするようなことがあってはならない。再合意の期限をいつまでに、どのように設定するのが重要であるし、仮に再合意されても、現状に毛の生えたような合意では意味がない。

やはり、重点的に取り組むべき区域が分かるよう、地域医療構想に向けた取り組みをきちんとやっているところと、やっていないところを明確に示してもらいたい。また、病床の再編や廃止に対するインセンティブも必要であるので、例えば、取り組みの内容に応じて、地域医療介護総合確保基金の配分を大胆に変えるといったことが考えられる。さらに、過剰病床という課題については都道府県に責任を担っていただく必要性が高いので、知事の責任を明確にする観点からの権限の強化に関する検討も必要である。資料の9ページには具体的な検討事項の例示があり、それぞれについて「必要な対策について検討を進める必要がある」と記述されているが、今年の骨太の方針には、今申し上げた内容をぜひ盛り込んでいただく必要があると考える。

なお、公立病院に関しては、2年前の評価・分析ワーキング・グループで、内閣府の分析に基づき経営実態などについて議論したと記憶している。

そのとき、公立病院は地方公営企業の中でもかなり規模が大きく、特に職員数が上下水道部門や、交通部門と比べても格段に多いという難しさがある中で、自治体などからの繰入金が増加傾向にあるという報告だった。病床当たり400万円弱のお金が入っているとのことであり、さらに、きょうの資料にもあるが税の減免が相当行われている。そういうことを住民は十分に知らないということもあり、やはり「見える化」はとても重要である。

それから、2年前の議論では、収支改善病院と収支悪化病院との二極化が進んでいるということと、収支改善病院でも患者数自体は減っているという話だったと思う。さらに、いわゆる不採算地区かどうかにかかわらず周辺に競合する一般病院がある小規模な公立病院がかなりあり、そういう病院群で経営が悪化しているという分析が内閣府から示されたと記憶している。

もちろん地域に病院が1つしかないなど、不採算であっても支援すべき病院や病床が一部には当然あるが、財政民主主義の上では、それはそういうことであるということを完全に「見える化」する必要がある。その上で、きょう説明があった代替可能性や地理的条件、競合状況の現状分析などに基づき、合理化できるところは徹底して合理化する政策を進め

ていただきたい。

それから、全国保健医療情報ネットワークについて。きょうの資料の16ページであるが、報道などを見ていると、医療ネットワークが乱立している、患者がほとんど登録されていないなどの指摘がある。しかし、地域完結型の仕組みと全国ベースの話が混同されている状況があるのではないかと思う。改めて、地域医療情報連携ネットワークと全国ベースのネットワークとが、どういう関係性にあるのか教えてもらいたい。

また、特に全国ベースのほうであるが、この仕組みの担い手は誰であるのか、構築費用やランニングコストの財源は何を想定しているのか、何をどこまでやろうとしているのか教えていただきたい。確かに、病院・診療所にあるカルテ、検査データ、紹介状や、薬局にある処方箋、お薬手帳のデータ、介護事業所にあるリハビリのデータや保険者が持っているレセプト、健診データ、これらが十分に標準化された形で一元化されて活用できれば相当効率的な社会になるし、医療産業の生産性向上に直結すると思う。15日に法案が成立したマイナンバーカードを利用したオンライン資格認証や遠隔医療の普及などもこの全国保健医療ネットワークを活用して行われると理解しておいてよいのか教えていただきたい。

翻って現実には、手書きしていた書類をパソコンで電子化したとか、シールを貼っていたお薬手帳をカード式の電子手帳にするとか、まだまだそういう状況にとどまっているように思う。2020年度とされている本格稼働時に何ができるようになるのか、何をしようとしているのか、もう少し説明していただきたい。

この分野は重層的な取り組みになっているという説明があったが、医療・健康情報のICT化、ネットワーク化がどの部分でどれだけ進んでいるか整理した上で、現在さまざまなシステムが既にあるので、今後の計画が重複投資になっていないか、あるいは現状のシステムやネットワークに屋上屋を架すことになっていないかとかといった点を、費用対効果も含めて明確にしつつ進めることが重要であると思う。

○厚生労働省

まず、病床機能に関しては高度急性期、急性期、回復期、これは、先ほどの委員からの指摘に尽きるが、その内訳についてしっかり精査をして、看板のかけ換えも含め、本来あるべき姿に向けてしっかり進めていくということ。そういったことを重点的にやっていくためには、やはり、個別具体的な議論をしっかりデータを示した上で進めるということに尽きると思うので、その点については、重ねてしっかりやっていきたい。

もう一つ、いわゆる正直者がばかを見るといったことがないようにとの指摘であるが、やはりフェアネスというのは非常に重要な要素なので、その点は情報の公開と、フェアな課題設定とか中核的な課題をしっかり指摘をするということは重ねてしっかりやっていきたいと考えており、そういったことも含めて、幾つかアドバイスもいただいたので、骨太の方針に厚労省はこうやっていくということがわかってもらえるような記載ぶりについて、しっかり検討する。

それから、公立病院の対応について、2年前の議論や成果もしっかり活用するようにというコメントについても勉強をさせていただく。

あと、ネットワークに関するコメントであるが、確かに16ページの図の段階で、最終的にどういう対応をするのかということがわかりにくい部分はあるかと思う。幾つか具体的に質問をいただいたが、このブルーの枠内とえんじの枠内の関係について。

これは、先ほどの説明がわかりにくかったと思うので、若干繰り返しになるかもしれないが、現時点で目指すべきは昨年まとめた骨太、16ページの上から2つ目の紫の帯のところ。個人の情報とは健診・診療・投薬、つまり薬剤情報であるが、医療機関間でしっかり共有する、全国で情報共有を可能とするネットワークを稼働させるということであり、これを目指していくということは変わっていない。

ただ、これを実現するに当たって幾つかのアプローチがあり得ると考えており、例えばブルーの枠内、地域のネットワークを活用することが可能なかということのをこれまで検証してきた。地域のネットワークには地域の特性があり、具体例でいえば佐渡島でやっているケースは、東京のような都市部の医療機関の状況とは異なり、役割分担が目に見えていて、かつ、活用のされ方もほかの地域のネットワークと違って非常に多くの方が参加しており、密度も内容も濃くて有用だという評価もかなりある。

もともとネットワークの整備を財政的に支援する理由は、地域医療構想につなげるためである。将来、例えば東京のように人口も多いが医療機関も多く、それなりに選択肢やオプションがあり得る地域ではない場合、こういう情報インフラがあることで、地域の医療提供体制の構築に向け、インフラ整備が大きな鍵となるケースについては、基金を使って整備していくことが是ということになるが、正直、そうではないケースもある。

そういった観点で見ると、基金を使ったインフラ整備支援をやめてしまうということでは決してないが、やはり基金による支援の是となる地域の医療提供体制を構築していくという方向に合致するものについて、適正に執行していきたい。

では、全国保健医療情報ネットワークはどうするのかという質問であるが、現時点では、どのような担い手にするかということまで定まっていない。これは公的なシステムであり、民間企業に担わせるという性質のものではないと思われるので、設置主体や運営主体は関係する組織なり、新規につくることも含めて検討しなければならない。もう一つ重要なのは費用負担。どういったことで費用負担が生じるのかといったことも慎重に検討しなければならないので、2020年度の本格稼働を目指すというタイムラインになるべく沿う形で、今後、タイムフレームも含めて整理していく。こういったことを骨太の方針にしっかり書き込むことにより、対応の方向を明らかにしていきたい。

○委員

まず、地域医療構想について、10ページ右下の③であるが、「代替可能性のある機能の他の医療機関への統合」とは、まさに診療科の集約・統合を示していると思われる。

関東圏はそうではないかもしれないが、現在、地方の公的機関は8割から9割が大学からの医師派遣で医師の確保が成り立っている。一方、大学側は、今、地域医療構想調整会議で診療科の再編をするなどと議論されていることは全く知らない、

もし、地域医療構想会議で議論するのであれば、診療科の集約をすることを明示したほうがよいし、大学に対して何かしら働きかけをしないといけない。確かに病院長は構想会議に出席しているが、病院長は大学に戻ればただの一教授なので、各科の教授にまで伝わらない。医師派遣のあり方について、まず都市部でどうするのか。もし都市部で集約ができれば、都市部の医師を今度は医師の少ない地方都市に派遣ができる。これは、まさに働き方改革そのものに資する形であり、互いに連携している話である。

地方の医師確保に関しては、地域医療対策協議会で検討しているが、中央の医師の集約に関しては今までどこにも議論の場がなく、各病院長の求めに応じて、学科の各教室が個別に判断をしてきた。もし今後、地域医療構想会議の中で議論するのであれば、やはり明示しなければ議論は進まないと思われるので、ぜひ検討してもらいたい。

急性期病床を減らして回復期病床を増やす方向性について、理解はできるが、現場から見ると、増やした回復期は誰が担当するのかという議論が必ず出てくる。現在の急性期病院は専門医の集まりなので、回復期は誰もやりたがらない。したがって回復期を担当できる医師がほとんどいない。病床の区分は転換できても、そこに対応する医師の育成も一緒に考えていかないと、非常に機能の薄いものにならざるを得ない。したがって、専門医制度との関連も含め、議論をしていかなければいけない。

地域医療構想に関しては、まず、大学側への働きかけについて検討していただきたいというのがコメントである。

次に16ページ、全国保健医療情報ネットワークについて、レセプトを活用すべしということについて、私は以前からあらゆる場で何度も申し上げてきたので、今回レセプトに着目していただいたことは感謝する。医療機関の中でネットワークを構築するのは、本当に費用対効果が悪い。また、標準化されたレセプトデータあるいは特定健診データは、現時点で全て国保連合会及び診療報酬支払基金に集まっている。今回オンラインで資格確認することになったのだから、それと同じような枠組で全医療機関の診療内容の確認も行うことにより、重複投薬や重複検査、重複の画像診断といったムダは防げるだろうし、また、逆に確認をしなければならぬといった枠組みまでつくっていかなければならない。そこがまさにユースケースであるが、救急だけで使うのではなく、仮に、初診の患者を診るときは、資格確認と同様に全院の医療内容を確認した上で診療を行うという枠組みまでつくっていければ、非常に費用対効果の高いものになるだろう。

これまでも支払基金や国保連合会の情報を利用することについて検討していたと思うが、それがこれまで実現できなかった理由について、あれば教えてもらいたい。

○厚生労働省

地域医療構想に関するコメントについて、ディテールを示さなかったが、資料2ページの絵に記載している。指摘の点は、まさにその問題意識を絵に表現しているつもりであるが、資料上は十分示されていないという指摘も確かに受けとめた。

結局、地域医療構想はマンパワーの配置の大きな転換にもつながり、指摘のとおり機能の転換は専門性の転換にもつながることとなる。また、専門医制度も含め医師の偏在対策ともリンクする。そういった点で、キープレイヤーは大学であるとの指摘はそのとおりであり、確かに大学は地域によって派遣の仕組みを整備している大学もあるが、都市部は特に無秩序になっている。都市部をどうするかという話を分けて考える必要があるかもしれないが、地方では大学の医師派遣と今のような派遣調整とを地域の協議会等がリンクさせているところもあるし、そうではないところもある。大学医局あるいは大学における医師派遣の役割について、しっかり整理して、可能な限り、今の指摘を踏まえて対応したい。

それから、全国保健医療情報ネットワークの件で、レセプトの活用は極めて現実的であるという指摘は、資料に記載した結論にもあるが、そのとおりだと思うので、今、幾つか提案いただいた仕組みあるいは課題にはしっかり対応させていただく。

○厚生労働省

レセプトのデータの活用に関する質問について、先ほどの別の委員からの質問にもあったが、今回、健康保険法を改正し、オンラインで資格確認する仕組みを導入した。

その結果、マイナンバーカードを保険証のかわりに使えるという仕組みとなるが、この仕組みは、人によっては、そういったデータ活用をもっと早くからできなかったのかという指摘ももちろんあると思うが、振り返るとベースにあるのはレセプト請求をオンライン化するという仕組みの上に乗っている。平成18年改正の頃はオンライン化が3割程度しかできていなかったが、その後急速にオンライン化が進み、診療報酬支払基金と国保中央会の共同するところに資格の管理を委託して、情報が集まる仕組みができたことにより、今回のオンライン資格確認の基盤が完成した。

この仕組みは全国の医療機関とつながっており、非常に有用なデータが蓄積されているので、これを活用して、資格確認のサービスだけではなく、例えば、NDBに集積されている特定健診データを本人に提供する、あるいは薬剤の処方箋等のデータをマイナポータルを通じて本人に提供する、あるいは、本人の同意のもと、医療機関等で閲覧できるといった仕組みを、オンライン資格確認の仕組みに合わせて整備することを現在進めている。遅いという指摘もあるが、このような方向で順次進めていきたい。

○委員

全国保健医療情報ネットワークについて、医療情報化支援基金が今度新しく立ち上がり、それから、全国保健医療情報ネットワークが2020年から稼働することにより、どれだけ医療データの共有化が進むかということがポイントだ。

先ほどから費用対効果という言葉が出ているけれども、私は結局、この問題は参加する医療機関が自らそれを望むか否かではなく、自らの持っているデータを共有のネットワークに乗せるインセンティブが、そもそもあるかにかかっていると思う。資料16ページにはユースケース例として、救急医療のときにそこに倒れている患者がどのような受診歴を持っているかというのがすぐわかるというメリットがあると示されている。果たして、それ以外にはメリットがないのか。救急の対応に便利というそのメリットだけで医療機関がカルテの共有化に参加するかどうか。

例えば、個人情報保護のための患者の同意手続がある。これについては、医療機関が患者に同意を得るように行動するためのインセンティブがあるかどうか非常に重要になると思うが、先ほど挙げた2つの仕組みが変わることで、果たしてインセンティブが高まるだろうか。もし、高まらないのだとすると、結局、そちらのほうに誘導するにはどうするのか。何事もアメとムチであるが、補助金があめだとすれば、ムチ、つまり何らかのペナルティーも当然考えなければいけない場合もある。果たして今回の改革により医療機関が参加するインセンティブがどれぐらい高まったのか。

あと、データの共有について説明がなかったが、クラウドという技術が出ており、クラウドで接続するためには、もともとある程度標準化が進まなければならないと思う。クラウドを活用することで、データ共有にどれぐらいプラスになるかという点を教えてもらいたい。

○厚生労働省

指摘の点は非常に重要な点である。少し説明すると、この問題は、まず前提として、医療は機微に触れるセンシティブな情報なので、やはり、一定の患者の同意は不可避である。ただ、患者は適切な診療を受けたいと思っているので、例外的なケースはもちろんあると思うが、基本的には多くの場合、過去に自身がどのような治療を受けたのか、どのような投薬を受けたのかということについて、患者自ら提供した上で診療してもらいたいと思うようになると思う。そういう同意手続の手間については、患者本人プラス医療機関の問題もあるが、これは一定の限度があると思う。

次の点、インセンティブに関する質問であるが、多くの場合、情報が共有されれば医療機関にとって間違いなく有用であり、活用したいと考えると思うが、現実の問題として実際、どのように役に立つのかということを検討した結果を17ページに示している。

私たちの理解と合わせて説明すると、例えば、救急の場合には時間がないので、問い合わせするなど、どうしても目の前にある情報を使うこととなる。しかし、がんのケースなどは典型例であるが、前の病院でこんな検査をしてこういう結果だったという情報をもたらしたとしても、特にがんで手術をするような場合、大抵の医療機関は自身が結果責任を負うこととなるため、診断の確度等を考えて、結局、改めて検査するなり、ベリファイすることになると思う。

これが医療の実態であり、では、一体どういう情報が役に立つのかと虚心坦懐に聞くと、ここに書いているとおり、まず投薬データ、次に、恐らく客観性があるからだと思うが、血液などの検査データであった。私たちも健診でGOTやGPTといったよく数値を聞いたことがあると思うが、検査機関によって若干の誤差はあるにせよ、まあ使える情報なので数字でほしい。しかし、それ以外は、いつ、どこで、どんな検査をしたかというファクトがほしい、そして必要があれば問い合わせればよいという認識であり、ビッグデータになり得るかもしれないが、細かい記載の電子化した診療録を情報として常時共有したいかどうかは、実はかなり議論のあるところ。それが1点目。

もう一つ、先ほどのコストの話、クラウドの話につながるが、そういったデータを日本中の医療機関全体で大きくプールして、それを使ってもらうこととした場合、一つはどれぐらい役に立つのかというのと、もう一つの問題はセキュリティが重要な論点になる。俗にオンプレミスと言われているように、どこかの医療機関に集約してデータを置く場合と、クラウドのようにデータを上げてそこにプールする場合、いずれもセキュリティの問題があり、かつ現時点ではデータの標準化がなかなか進んでいないので、データを標準化して、かつセキュリティを確保して、それでクラウドを構築すると相当な費用がかかることとなる。相当な費用をかけた上で何に使うかという、結局、検査をやり直す可能性があるし、どこで、どのドクターが、どういう診療をしたのかというファクトがほしいという結果から見ると、わざわざクラウドにしてまでそういったことをやる意味があるのかといった議論になる。だから当然、そこは今後継続して検討する必要がある。

それで、先ほどの話で、オンライン資格確認によりレセプトがある程度活用できる環境が一気に整ってきたので、それを利用するほうが恐らく費用的な投資は桁違いに少ないし、先ほど幾つか紹介したような課題はあるにせよ、より実現性という意味では二歩、三歩近いところにあるのではないか。

その場合、インセンティブとして医療機関が使う、使わないの話はどうかという質問であったが、恐らく、インセンティブというよりディスインセンティブとして費用負担を求めると、そこまでしてまでという話になるが、レセプトの情報など既存のシステムを有効活用する方法が仮にそれほど費用負担がなく導入可能であれば、それはどんどん活用したいという話になると思う。このような視点を踏まえながら、まず、できることから、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを整備していきたい。もちろん、並行して標準化を進めながら、技術動向を勘案して引き続き検討していきたい。

○委員

地域医療構想について、9ページ目のところに整理されているが、私も都道府県知事とお会いすると、本当に首長の意向が大きいことを感じると同時に、やはり、首長は住民のためということを最も考えている立場なので、在宅や介護よりも医療とか、あるいは慢性期よりも急性期といった意向が多く反映される傾向にあるかと。

首長は様々な意見に左右されてしまいがちであるが、11ページ目の流入と流出の割合を丁寧に見ることについて、先ほども意見があった。例えば、以前神奈川県での医療計画では、この流入と流出のバランスを各医療圏ごとに診療分野で分けて見ていた。どの診療分野が、どの地域でどうなっているかを可視化すると、急性期、慢性期あるいは医療と介護の全体最適を考慮するようになるという印象を持っている。

もう一つ、16ページ目の保健医療情報ネットワークについて、医療と予防、それから医療機関と保険者という違いはあるが、3年前に一体改革委員会で提言され、導入された保険者のデータヘルスのポータルサイトも同じような類似点があると思った。特に、保険者のデータヘルスのポータルサイトのシステムで今一番ネックになっているのは、真ん中のコスト負担というか、むしろ手間の部分である。

医者や保険者の担当者が、今までテキストでそのまま打っていたものを、ある意味、全部の作業についてカテゴリー化して入力するという手間があり、なかなか進んでいない。保健医療情報ネットワークと同じ状況であるが、ただ、それを導入することによって、実は自分たちの取組の立ち位置や、あるいは質が上がっていくことが最近わかってきたということ。

それから、先ほども意見があったが、ユースケースを考えていくと、入力しなければいけないことは実はそれほど多くなく、恐らく標準化とか共有化すべき情報は、かなり限られていくのではないかと思う。自立性を排除するのではないかという批判もあったが、思い切って選択制を採用するとやはり5倍ぐらい取組が進んでおり、もちろん医療と予防、医師と事務官という違いはあるが、そこは説明があったように、少し思い切った実用性という意味でいうと、そういう標準化の方法もあり得ると感じている。

○委員

保健医療情報ネットワークに関して、データは誰のものなのかと考えたときに、患者のものとして設計されていないことが問題だ。我々はデータを見ることができず、医者に問い合わせ、初めて診療歴がわかる。そのような面倒があるのでは、そもそも患者にメリットはあるかという話になり、患者の同意がとりにくい。例えば、精神病の履歴があったりすると、それは提供したくないという話になる。そもそも患者本位の考え方でないのでこのような同意取得の困難さがある。

こういうネットワークを構築するときに諸外国の例もかなり調べられたと思う。諸外国では、大抵の場合、データは患者自身のものであり、開示条件を設定できる。患者もネットワークにアクセスして、自分がいつ、どこで、どういう診療を受けたか、履歴を確認できる仕組みになっており、患者のメリットとなっている。その点、今回のネットワークの作り方は患者本意ではないと感じる。例えば、医療機関に問い合わせ、医療機関の医師がさらにネットワークを見ればわかるというのでは、患者にとってのメリットがないのではないか。本来、どのような医療を受けたかという診療情報を患者が自分で把握できる

ことが、患者にとって一番のメリットになり得るのではないか。

したがって、将来的には、こういう情報を患者自身が見られるようにしなければならないし、例えば、知られたくない疾患があれば、個人名を伏せた上で、つまりオプトアウトのような形で設計しなければならない。予算を使う効果として誰が受益者であるかを考えたときに、患者目線で見ると、患者にとって情報が把握できるということが、一番のメリットになると思う。

先ほども意見があったが、16ページの表について、左のネットワークと右のネットワークは全然レベル感が違う話であることは、もう少しわかりやすく示したほうがよい。地域医療ネットワークは、既に少しずつできているので、それに対して現状追認的に補助金も交付している。確かにその地域内で完結度が高い場合は地域全体で切れ目のないケアとして見る意味がある。ただし、例えば、横浜市で地域医療ネットワークを構築しても、横浜市の患者の多くは勤務地に近い東京の病院に行ってしまう。そうなると、横浜市の地域医療ネットワークは結局、どれだけ活用できるのかという話になってしまう。

したがって、やはり、全部の地域でネットワークを導入することが政策目標ではなく、厚労省からも説明があったとおり、細かい情報共有であればやるべき地域をよく精査した上で、ここならば必要というところに絞って共有する。

○委員

先ほども意見があったように、患者の受療動向をどう押さえるのかということが重要、これは何度もいろんな場でもお願いしているが、ぜひ、レセプトに郵便番号を入れてもらいたい。病棟番号が入っているぐらいだから、郵便番号を入れるのはそれほど難しいことではないと思う。今、国保や後期高齢者医療に関しては、保険者の所在地で何とか把握ができていたが、被用者保険はかなり動向が異なる。今あったように、横浜の人物が勤務先のある東京の病院で受診するような移動は全く捉えられない。したがって、ぜひ、全てのレセプトに郵便番号を付すことについて何度でもお願いしたい。

10ページの中ほど「分析内容」②に「地理的条件も勘案」とあるが、地理的条件を確認する中で、今、二次医療圏の中で診療科の再編を考える際、実際の協議のときには、市町村間の移動、可能であればどの病院にどこの人がかかっているのか、という情報が必要。そこまで見えないと協議にならない。自分のところに来ている患者のことはよくわかるけれども、他の病院の患者がどこから来ているかというのは誰もわからないし、誰も言わない。これは国ができることではないと思うが、都道府県であれば、少なくとも国保後期高齢者医療に関してはレセプトが扱えるため、既に北海道や広島県は独自のデータベースをつくって、そういった分析も可能となっている。

ただ、なかなか平場で医療機関名も出してということができていない事実もあるので、ぜひそういう取組を都道府県に促して、もし、同意のとれた医療機関からということであれば、医療機関名を具体的に示して、協議が可能だという枠組みをつくってもらえれば、

再編の議論は一層進むと思う。

○委員

今、議論があった情報ネットワークに関して言うと、データの話は、現在、この分野に限らず、急速にいろいろなことが変わってきている。先ほど意見があったようなデータは個人のものだとか、データを分析すると様々なことが出てくるとか、随分変わってきているので、将来を見据えた検討をしていくというのは、かなり重要なことだろうと思う。

ただ、その一方で、ずっとそういうことを言っていると、いつまでたってもシステムは完成しないし、それでは何も変わらない。そうすると、実用性と即効性とコストの面を考えて、やれるところからやっていくという話が出てくる。

このときに、この2つが矛盾しないというのが一番大事なことである。要するに、即効性や実用性を考えてやれるところからやる場合でも、将来大きなシステムに拡張するときの障害になったり、一度完成したからこれ以上は変更できない、という話になるのが一番の問題。

したがって、今ほど説明のあったように、できるところからやっていく、あるいはレセプトをきちんと活用する形でやっていくということは重要なことだと思うが、今の話も含め、それがその先の発展に対する障害にならないよう、チェックしてもらいたいというのが1点目。

地域医療構想に関しては、やはり、9ページのような課題を踏まえ、10ページにあるとおり、しっかり取り組んでいくことが非常に重要。担当者にはしっかり取り組んでもらいたい。

その際、難しい課題はきっちり見える化をして、データを分析した上でいろんな可能性を考えて、資料の③にあるような検証をして、議論の方向性を動かすということであるが、要するに、変革にどのようなメリットがあるのかということ。患者や利用者にとって本当にメリットのある変革であれば、例えば、余っているところと足りないところがあって、それらをうまく調整すれば全体としてプラスになるということが、当該患者や地域に見える話であれば比較的やりやすい。情報が不十分だった部分がお互いよくわかったということで、Win-Winの関係を築ける。

1つは、そういったWin-Winの関係をきっちり築けるような体制をつくっていくことが前提ではあるが、それが築けない場合、全体的に病床数を縮小しなければならない。あるいは、調整する中で必要な機能が変わっていく場合には、機能転換をしなければいけない。そうすると、その間に直接的なWin-Winの関係にない利害調整をどうやっていくかという話がどうしても強く出てくると思う。

そのときに重要なことは、本来的にどのようなメリットが住民に発生するのか、あるいは地域に発生するのかということが見える化されること。それが、全体として我慢しようみたいな話である場合、先ほども話が出たが、何らかのインセンティブをつけないと動い

ていかないという部分がある。この次の課題になるのだと思うが、やはり、どのように資料10ページ③の部分をきっちり動かしていくかという観点で、ぜひインセンティブを含めた構造を考えてもらいたい。

以上