

第36回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2020年11月12日（木） 10:00～12:05
2. 場 所：オンライン開催
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
 - 同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
 - 委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部教授
 - 同 鈴木 準 株式会社大和総研執行役員
 - 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 印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授
 - 同 小塩隆士 一橋大学経済研究所教授
 - 同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科教授
 - 同 赤井厚雄 株式会社ナウキャスト取締役会長
 - 同 星 岳雄 東京大学大学院経済学研究科教授
 - 同 牧野光朗 前長野県飯田市長

（概要）

議題（1）について内閣府から非公表資料1を、厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。議題（2）について財務省から資料2を説明後、意見交換を行った。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

大枠で2点申し上げたい。社会保障改革に関しては、2022年が一つのターニングポイント、期限になっているものが多いと思っている。2020年、2021年は、ちょうど終戦直後に生まれた方が75歳に相当するため、後期高齢者人口の伸びは10万人から20万人程であるが、2022年以降は、1年当たり75万人、5年間では300万人増えることとなる。

一方で、その間に人口が200万人減ってしまうため、様々な制度改革、ないし取組は、2022年を実質的な期限として実施できるように準備しなければならない。その点からいうと、コロナ禍による遅れはなるべく最小限にとどめていただきたい。これが2点目。特に行政側にボールがあるものは、もう少し柔軟に見直しをしていただきたい。

具体論から申し上げますと、改革工程表の地域の実情を踏まえた取組について、遅れの要因は自治体職員がテレワーク実施により業務が滞っているとのことであるが、これが遅れの要因でよいのかというのが率直な疑問。Aの部分はずうがないとしても、Bの部分は

何とかできないのかと思う。

後期高齢者の窓口負担の話について、まさに後期高齢者が75歳入りする2022年までに決めなければいけないことで、改革工程表には「2020年夏までに成案を得て」と書いてある。要は今年の夏に2割負担の対象となる方の基準を決めなければならなかったのがずっと持ち越しになっているが、早く何とかしないと、制度設計ないし意見調整がうまくいかなくなることを危惧している。

資料1でも2点だけ申し上げたい。

資料1の4ページ、地域医療構想に関する期限について、これも似たような話だが、どんどんトーンダウンしている。直近の通達は「改めて審議の上示す」ということであるが、まず厚労省が示す時期がいつなのかということと、示された側の都道府県側に対する期限がいつなのかよく分からないので、分かる範囲で教えてもらいたい。

同じ資料の6ページ、柔軟な病床の対応が必要ということであるが、一つの病院だけではできない話で、病院間の連携が大事。特に混乱したのが東京都であり、保健所に電話しないとどこかの病院が空いているのかも分からないといったように、病院は数多くあって人も大勢いるのに、連携ができておらず、患者を運べなかった反省はぜひ活かしていただきたい。仮に都道府県でうまく調整ができなかった場合、国が何とかすべきだと思う。

今回、4.8兆円の補正予算がついて、病院に対して都道府県を通じ支援したけれども、交付できた都道府県とできていない都道府県があると考えており、そのモニタリングもしていただきたい。

資料1の18ページ、国保の運営の話であるが、2018年だったと思うが国保の運営主体が都道府県になったときからずっとこの資料を見ていて不思議に思うのは、運営主体が都道府県になったのに、なぜいつまでも市町村が繰入れなどできるのか。運営主体が都道府県なら、最後の財政調整を市町村に任せているのか。何度も聞いたと思うがいまだに分からない。

関連であるが、24ページ、これも2年前に運営が都道府県になっているので、1例目に書いてあるが、同じ都道府県の中で同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料水準、いわゆる応能負担を徹底することの原則が確認されてから、もう2年半たっているのにもかかわらず、まだいつまでに統一するということすら決めていないというのは遅いと思う。

○委員

3点ほど申し上げる。

資料1の地域医療構想であるが、予定どおり粛々と進めてほしいというのは、先ほどと同じ意見である。3月の一体改革推進委員会でもプレゼンしたが、地域医療構想は公立・公的病院から進めるとなっているにもかかわらず、総務省が決められているガイドラインでは、不採算地区医療に基づく補助金が入れられて、なおかつ、この4月からその基準が500床未満に緩和されている。

この問題は厚労省の管轄ではないかもしれないが、地域医療構想の基本方針である公立・公的病院から進める場合、最大の障害になるかもしれない。これについて、何とか厚労省から調整をつけてほしいというのが1点。

2点目、資料1の16ページに医療と介護の連結イメージが書いてある。例えば埼玉県南部に済んでおられるワタナベさんという方が、埼玉県南部でクリニックにかかり、電車に乗って東京都の急性期病院にかかった場合、同じワタナベさんであるが、レセプト上、ワタナベの「ナベ」はたくさん字の種類があるし、半角・全角やスペースの問題があり、同一人物にもかかわらず、違ったハッシュ値が出てくる可能性が十分ある。

そうすると、医療データの中の連結もできないし、まして介護と医療レセプトへの連結も実際には非常に難しくなる。この部分について、対策がどうなっているのかということをお聞きしたい。本質的には地域の保険者がハッシュ値をつくってしまうこと自体が問題だと思う。

資料1の54ページ、デジタル化の話について、三つの重点事項として真ん中に電子処方箋の話が出ている。これ自体の推進はもちろん大賛成であるが、電子処方箋の推進は服薬指導自体のオンライン化、その後の調剤・薬剤の発送、キャッシュレス決済まで全部一気通貫でいかないとほとんど意味がない。

これを現在議論している健康・医療・介護情報利活用検討会に私も出ているが、そこでも電子処方箋だけやって何の意味があるのかと委員から質問が出る。この部分をオンライン服薬指導やその他と連結した議論をする仕組みを考えてもらいたい。

○委員

改革工程表全体について、早速、評価案を示していただいたことに感謝を申し上げる。2021年度は基盤強化期間の最終年度であり、改革工程表の改定にあたって、この点はぜひ重視していただきたい。新型コロナウイルスの流行が発生し、まだその事態が続く状況ではあるが、基盤強化期間の最終年度ということ踏まえた改定にする必要があると思う。

改定前の現状の改革工程表は、2020年度だけに記述があって、2021年度と2022年度は空欄が多い。これは意図的にそのような方針で工程表を策定した経緯があるけれども、今年末の改定は、2021年度の骨太方針や2022年度以降の取組への橋渡しとなるような視点もできる限り盛り込むべきだと思う。先ほど2022年度は重要という意見があったが、団塊世代が後期高齢者入りすることを十分に踏まえるべきである。

各論について、数点申し上げる。

第一に地域医療構想であるが、新型コロナウイルスとの関連では、本日時点で現在の感染者数は1万人ぐらいである。これまでのピーク時でも1万数千人であったのに対して、地域医療構想における2025年の必要病床数は高度急性期と急性期を合わせて53万床余りである。地域医療構想による病床の再編が新型コロナウイルスへの対応を難しくしているという、世の中にある素朴な誤解を解消していく努力が必要ではないかと思う。

問題は、新型感染症が流行した際に、感染症対策が含まれる地域の医療計画が機能するかや、事態に対応できる医療従事者を確保できるかということだと思われる。地域医療構想が問題であるわけではないので、仮に地域医療構想は一旦立ち止まるべきといった考え方があるとするれば、それは望ましくない。むしろ、地域医療構想を推進・強化するための地域内での調整や対話が、新型感染症への対策にもなると思う。

もちろん新型感染症の対応の視点を含めて、医療提供体制の整備を進める必要があるということはそのとおりであるので、骨太方針2020で決定された「可能な限り早期に工程の具体化を図る」について、例えば今年末までにお示しいただくといったスピード感でお願いしたい。

第二に地域別医療費に関する取り組みの評価について、先ほども意見が出たが、進捗が遅れている要因としてテレワークで保険者の業務が滞っているという点はとても気になる。ワーク・ライフ・バランスを確立しながら、生産性高く働くというのが本来のテレワークであって、最低でも従来業務と同じことができていないと困る。できていないということであれば、感染予防のためにオフィスでの業務ができないということを説明しているにすぎないのではないか。業務が滞っているという事実は仕方がないけれども、それはテレワーク自体が理由ではなく、テレワークでも問題がない状況にする工夫が不足しているということを意味していると思う。

一方、医療費適正化計画について、ガバナンスを十分に効かせて進める必要がそもそもある中で、新型感染症の影響により受診抑制や手術・入院の先送りによって医療費が減っていることをどう捉えてどう評価するかということが、今後、医療費適正化計画において重要な論点であると考えます。

第三に、国保財政について。法定外繰入れが減っているとはいえ、2015年度から1700億を投入し、2018年度からさらに1700億の公費を追加してきたことを考えると、法定外繰入れの減り方は相当緩やかに見える。今後の方針として引き続き分析やヒアリングを行うとのことだが、負担と給付の関係を考えれば法定外繰入れはそもそもやっつけはいけないことであり、極めて望ましくないという認識を関係者に持っていただく必要がある。そのためには、例えば全市町村が繰入れを解消する時期を改革工程表に明記するなどして、法定外繰入れの解消を一段と加速すべきではないか。

第四に、ケアマネジメントの質の向上について、AIの活用はぜひ進めていただきたい。一方、ケアプランの点検強化もセットであるべきで、特に頻回利用に関して、通常の利用回数からかけ離れた生活援助などを利用しているケアプランの必要に応じた是正を徹底することも、科学的介護を進めることの一環だと思う。

第五に、薬価改定について。2020年度中に対象範囲を決定するという点に関して、その決定は保険料負担や公費負担に小さくない影響があると思われるので、毎年改定の初年度ということもあり、ぜひ透明性と網羅性を伴った形で進めていただきたい。

第六として最後に、給付と負担に関する改革事項のうち、後期高齢者の窓口負担につい

て、年末までに方針が決定されることに鑑み意見を申し上げますと、問題意識は工程表にも記載されているように制度の持続性確保がポイントである。まさに制度の持続性確保になる見直し内容であるという説明ができるように、政府内で検討を深めていただきたい。

○厚生労働省

地域医療構想の具体的対応方針については、今後どのような期限を設定していくかということについて、繰り返しになるが、地域医療構想は人口減に対してしっかりと将来構想をつくっていくということなので、新興感染症の影響があるとしても、有事の対応、平時の対応、あるいは長期的な影響、短期的な影響をよく整理して、議論していきたい。

骨太方針2020には早期に工程の具体化を図るとなっているが、まさにそれをどのように具体化するか、しっかりとご意見を踏まえて調整していきたいと考えている。

○厚生労働省

国保の法定外繰入れについて、御指摘は受け止めてさらに取組を加速したいと思うが、なぜまだ繰入れがあるのかという点について、財政運営の責任は平成30年度の改正で都道府県となったが、都道府県と市町村の間では、都道府県が市町村に対して標準的な保険料率、あるいは市町村から都道府県に納める納付金を設定することになっている。他方で、被保険者から徴収する保険料の徴収自体は市町村が行うし、徴収金額、保険料率を市町村が決定できる形になっている。

実際は、制度改正前に市町村が運営していた時代から残っている法定外繰入れによって、繰入れがない場合に比べて保険料の水準が低く抑えられている市町村があるけれども、繰入れの解消を進めて繰入れを機械的にゼロにした場合、市町村によっては保険料が急増することもあるので、段階的に進めざるを得ない。

ただ、平成30年度に都道府県単位化したことによって、繰入れの問題が給付と負担のバランスに大きな影響を及ぼすという御指摘はそのとおりなので、先ほど申し上げたような考え方でしっかり取り組んでまいりたい。

後期高齢者の患者負担について御意見をいただいた。昨年末の時点では今年の夏までに成案を得ることとなっていたが、新型コロナウイルスの影響もあり、この課題について議論している全世代型社会保障検討会議では本年末に成案を得ることとなった。今日、まさしくこの時間に社会保障審議会医療保険部会でも議論しているが、一定以上の所得のある方に患者負担割合をこれまでの1割から2割にするという考え方が提示されており、具体的にどういうやり方があるかという点を詰めているところである。

データ連携のところ、今のやり方だと連結精度が低いのではないかという御意見をいただいた。現時点では氏名、性別、生年月日をベースに、半角などの影響が生じないように工夫した上でハッシュ化しているけれども、それでもまだ精度が低い面はある。

今、さらにやろうとしているのは、資料1の14ページにあるけれども、オンラインの資

格確認システムである。来年3月にマイナンバーカードで被保険者資格を確認できる仕組みがスタートするが、これに併せて保険証の被保険者番号を個人単位化して、その番号の履歴を追っていけるようになるので、これによりデータ連結の精度を上げるということ、今、準備しているところである。

改革工程表の医療費適正化計画の関係で、新型感染症の影響があるとしても、テレワーク云々という理由がどうなのかという御意見であるが、ここは確かに要因分析の仕方、あるいは今後の対応方法をもっと分かりやすく書くべきだったと思う。

医療費適正化計画の関係で言えば、資料のほかの部分にも出ているけれども、特定健診や特定保健指導については、実際4月、5月に受けることを控えるようお願いした。その後、いろんな環境整備等に配慮しながら健診を実施してもらうようにしているが、実態としてその面が出てくる。医療費適正化計画にはいろんな要素が入っているが、そういったことも踏まえてしっかり実施できるようにしていきたい。その他にも保険に関する御指摘があったが、それぞれの指摘を念頭において取り組んでいきたい。

○厚生労働省

委員から御指摘のあった点に補足したい。

地域医療構想に関して、総務省とよく連携してほしいという御意見だったと思うので、そのようにしたい。公立病院の支援策として、従来150床以下で行われていた措置が500床以下に拡大したのは特別交付税措置だったと思うが、地域医療構想を進める前に、経営が厳しい公立病院があるので、そういう意味で短期的な需要への対応ではないかと考える。

他方で、地域医療構想を進めるためには、今年度、予算措置された補助金が84億円あるが、今後消費税の使途の関係でしっかりと法定化して対応していくこととしており、充実をしっかりと考えてまいりたい。

○委員

改革工程表の最初の分類で、「C 感染症対応を踏まえ、工程表における取組内容を再検討する」とあるが、この一番根本的なところから再度チェックしなければいけないという項目の例として、地域医療構想の病床のダウンサイジングが挙げられているけれども、それに関して、資料1の6ページの表が非常にうまくまとまっている。私は長期的なデモグラフィックの変化に応じた病床の問題と、短期的緊急事態に対する対応を、基本的に分けて考えること自体は理論的には納得する。

ただ、今、このタイミングが非常に微妙で、昨日は東京が300人超え、大阪も250人を超えて、大阪府知事から病床不足の問題が生じるかもしれないという言葉が出た状況を見ると、依然として病床の問題は重大だと考えざるを得ない。

最終的な形として、一番右の赤い線で書いてあるような体制ができれば、病床自体を減らすことができるのは分かるが、そうであるならば、赤枠部分の体制、つまり緊急事態時

の体制をどう構築するかというアイデアを同時に打ち出さないと、本当にダウンサイジングできるのかということ自体、国民が心配している。緊急事態の体制をどのように構築するのか、これを同時に提示しなければならない。

例えばヨーロッパで一番感染者数が少ない、死者を100人台に抑えているフィンランドは、ナショナルエマージェンシーアクトというものがあって、これは基本的に他国から攻められたときの対応策をまとめたものであるが、敵国スパイへの対応などと一緒にパンデミックへの対応が書かれており、とてもしっかりできている。フィンランドは医薬品などが備わった状態で新型感染症に対応したので、死者が100人ぐらいで抑えられたということであった。

アジアの国でも、シンガポールにしても台湾にしても、緊急事態を前提にした体制ができてきているところは感染が収束しているし、中国も一度感染が出てからは安全保障上の問題ということで感染拡大を抑えた。日本ではどういうエマージェンシーアクトが出たのか。国民としてはまだ出ていない気がする。

日本の死者数は4月の段階でアメリカなどに比べて一桁少なかった。それなのに、なぜ日本では病床が足りなくなるのか不思議に思ったことがある。アイデアとして、金融ではストレステストということをやっている。金融のセーフティーネットを考え、金融危機に対してどうするのか。例えば経済にこういうショックが起こったときに銀行はそれに対応できるのか。例えば、感染者数が一桁増えて100万人になったときに、どういう対応ができるのかというシミュレーションをして、そのようなときに備わっている体制があるということが確認されれば、病床数は大丈夫だからダウンサイジングの問題を粛々と進めようということを示せると思う。

エマージェンシーに対する対策を誰が、いつ、どのような形で提示するのか。それがあれば粛々と地域医療構想は進めていけると思うが、それが提示されない限り、資料の図の中央部分のように、現実にあるマンパワーに新型感染症への対応が食い込んでしまうような状況になるのではということ国民は心配する。図の右側の体制、赤枠箇所の体制にどうしたら移れるのか。その絵姿を見せていただきたい。

○委員

2点お伺いする。一つは地域医療構想で、資料1の5ページの在院患者数の変遷が非常に印象的で、9割を切った状況があったが、今、実際に国民に健康被害があったのかどうかということ。もし健康被害がなければむしろこの状態が適正な病床数で、これが地域医療構想の出発点になると思うので、ぜひここは検証していただきたい。

その上で、資料1の6ページに受入体制のイメージ図があったけれども、単に感染症病床があればよいといった単純なものではなく、感染症病床があって、かつ感染症に対応できるスタッフがいて初めて患者を受入できる。単に頭数ではないし病床数でもない、まさにどういう手段を持っているかということだと思う。

実際には急性期病床を転換するので、相当の収入補償がなければならない。今回、診療報酬で一定程度手当していただいたけれども、それだけでは全く足りないので、準備も含めて機動的な財政出動をお願いしたい。診療報酬で問題を解決しようとするとかえって悪影響があって、全て感染症疑いで荒稼ぎしている病院もあるので、ぜひ合わせ技で対応をお願いしたい。

資料1の14ページにあるデータ活用の件について、先ほどもデータ連結の問題は非常に重要との意見があった。まさにそのとおりであるが、それはいつか解消すると期待している。むしろ問題なのは、今、我々がターゲットにしているレセプトデータや介護のデータは、そもそも将来も含めて本当にこのままで活用可能なのかという点である。例えばレセプトに郵便番号がない点や、傷病名が非常に曖昧という点は検討しなければならない。

そもそもデータベースをつくる時に利用価値がかなり下がっている状況であれば、そのままデータ収集を続けても解消されない。本来は請求データであるからそこまで踏み込めないことは分かるが、これを国家のために使うのであれば、そこに踏み込んでいかないと、いつまでたっても中途半端なデータベースになってしまう。

我々も内閣府と一緒にデータベースを使ってSCRをやっているが、第三者提供の枠組みでしかないため公表に際して非常に制約があり、市町村単位ではほとんど何も出せないという状況になっている。行政利用に関しては別の枠組みで考えていただき、ぜひ今あるデータを最大限に活用できるような方策を考えていただきたい。

同資料の54ページにPHRの話があった。ここもアクション1で一定範囲にデータを公開することとしているけれども、傷病名という医療を遂行するのに最も重要なデータが欠けている。何らかの理由があるのだと思うが、ぜひそこにも切り込んでもらわないと、価値のあるものになっていかない。正しく病名が管理されていることが前提だと思うので、併せて検討していただきたい。

○委員

私からは、資料1について、手短に5点ほどコメントする。

17ページ目の国保の法定外繰入れの解消について、先ほども発言があったが、法定外繰入れは都道府県が保険者機能のひとつの目安になる。実際には保険料との兼ね合いなので首長の判断になるが、その手前の国保の運営協議会の参画機関との共創が大きな要素になる。私も自治体の運営協議会長をやっており、責任の一端を感じている。

大分減ってはきているが、最後は首長が都道府県内のほかの市町村と比較しているのので、22ページ目にあるように公表の徹底をお願いしたい。現場でも時限を決めてこれを徹底することにより、必ず解消できると感じているので、その点をお願いしたい。

2点目は31ページ目、介護保険者機能強化推進交付金であるが、まさに数年前の国保努力支援制度と同様に、保険者の行動変容にはつながると思うが、これとセットでアウトカム、成果を上げる検証を併せて組み入れていただきたい。

3点目は46ページ目、AIを活用したケアプランには賛同する。一方で、現状では介護認定率の平準化ができていないという背景があることや、介護保険の業務フローの洗い出しに基づく丁寧な効率化を併せて進めていただきたい。AIで全て解決できるわけではないということは、御承知のとおりだと思う。

4点目は53ページ目のPHRについて、56ページの絵を左右で見てもらいたい。左側はマイナポータルと個人、右側は個人と民間PHR事業者という関係で、右側の矢印は、恐らく民間がアイデアや活用を考えていくのでよいと思うが、左側の矢印について、行政や保険者側のデータを何に活用するのか、データを利活用することによりどういう社会を目指していくのかということをより具体化していただきたい。データの活用を推進するだけでなく、データの範囲や保管の年数によっても運用コストが上がっていくので、非常に重要な視点だと思っている。

58ページ目の民間の活用・参入の促進について、事業の質や運営の効率化という視点で考えると、次のページにもあるように、データヘルス計画はマッチングだけではなく、今、進められつつあるが、標準化に加えて保険者の共同事業化が不可欠だと思っている。国保も健保も同様である。

これまでは、どの保険者にも適用できるような効果の面を含めて薄いプログラムが広く導入されているが、今の日本では、高齢化で多様化する健康課題に対しては、とがった効果のあるソリューションの開発が必要である。共同事業でやっていくと、企業はいわゆるグローバルニッチ的な戦略が取れるようになり、標準化と同時に共同事業化が民間の参入障壁を下げると感じている。

○委員

まず改革工程表について、全般的に国レベルではこの議論がされているが、例えば自治体レベル、事業者レベル、あるいはメディアレベルで改革工程表への関心がとても低い。改革を実施する主体が工程表に書かれていることに意識を持っていないと改革は進まない。その周知をいま一度徹底する必要があると思う。

今回、地域医療構想の話が出ているが、今回の対応は、本来であれば第6次の医療計画で健康危機管理という形で書かれるべきものであったと思う。東日本大震災と新型インフルエンザの影響を受けて、例えば新型インフルエンザに関連して、どこが発熱外来を受け持ち、どこが感染症病床を受け持ち、どこが重症者を診るのかということが、本来記載されていなければいけなかったけれども、医療計画に記載されていなかったことが今回様々な混乱が生じた原因だと思っている。

今回、地域医療構想が新型感染症により遅れるのか、遅れないのかという話であるが、今回の新型感染症は、言い方は難しいがリトマス試験紙のようなものになったと思っている。要するに新型感染症にきちんと対応ができる病院とそうではない病院がはっきりしたということ。今回明らかになったことは、公的・公立病院が新型感染症に対して積極的に

機能したことだろう。先ほども発言があったが、危機管理対応時に診療報酬で対応するよりは、緊急時の体制としてどこが動きやすいのかということを考え、対応していただくことでよいと思っている。

資料1の6ページにあるような感染拡大時の対応は、横浜市や北九州市など、いろんなところが実際にやっているのだから、そういう事例を収集して、それをまた地域医療構想に反映させたらよいと思う。

今回、私たちも経験したけれども、一番大きな課題は、救急とがんは明確に分けるべきだと思っている。つまり、地域内で小規模な病院が多数で救急対応している場合、新型コロナウイルスの陽性患者、あるいはその濃厚接触者が出てしまうと、地域全体の救急機能がダウンしてしまう。そうすると残されたところに負荷がかかってくる。

感染症の基本だと思うが、地域で分散して感染症の患者を診るのは、とても危ないと思う。例えばがんなどの診療を中心にやっている病院が、救急で新型コロナウイルスの患者も受け入れることになると、がん診療にはかなり抑制がかかることとなる。今回の新型コロナウイルス関連のデータはこれから出てくると思うが、データを使って地域医療構想の議論に反映することが大事だと思っている。

次に、データの収集・活用が遅い。今回、HER-SYSの話が出ているけれども、例えば地域の中で新型コロナウイルスの患者を大勢受け入れる施設がある場合、その分だけHER-SYS対応が求められるわけだが、小規模病院でHER-SYS対応まで行うことは難しいので、そういう意味でもやはり集約化が必要だと思う。

使える情報はある程度使うことが大事で、例えば新型コロナウイルスの患者を受け入れている病院はほとんどがDPC病院であるが、その場合、DPCの様式1を集めるだけでも、どういう患者がどのような状態かということがある程度分かる。そういうラピッドインフォ的なものをつくるのが大事だと思う。

新型コロナウイルスの場合、基本的には重症者対応をどうするかということがとても重要。9月に国際的な学会のようなものに参加したが、そこではヨーロッパ諸国の中でドイツの死亡者が少なかった要因に関して、現地のジャーナリストの方から非常に興味深い発表があった。それは、もともとドイツはICU病床が10万人当たり33.7床、全体で2万8000床あるが、新型コロナウイルスへの対応により4万床までICUを整備した。結局、そういうことを柔軟にできる医療提供体制があったので、それが死亡者の減少につながったということであったが、日本でも同様に考えなければいけない。

ドイツの発表で非常に興味深かったのは、ドイツの死亡者の6割は要介護高齢者であり、3分の1は介護施設からの搬送ということであった。日本も今、高齢者施設のクラスターが問題になっているが、高齢者施設への医療支援をどのようにしていくかということも、地域医療計画の中で考えなければいけない課題だと思う。そういう意味では、今回のいろいろなデータを地域医療構想の議論に反映していくことが重要である。

データヘルス関連について、何が必要かという視点からの情報の整備が遅れているよう

に思う。例えば感染症関連でいうと、例えばインフルエンザならインフルエンザの予防接種がどれほどの地域で、人口単位で受けられているか、それが年齢階級別でどうなっているかという情報が、イギリスやフランス、ドイツなど他の国はすぐに出てくる。ところが、日本は予防接種に関して、何歳ぐらいの人がどこの地域でどのくらい受けたのかという情報が全く分からない。これだと感染症対策は難しいと思われるので、今回の新型感染症を機に、データヘルスの中で一度コアとして収録すべきデータの見直しを行って、整備することが重要だと思う。

○委員

2点コメントさせていただく。

一つ目は、進捗状況について、A、B、C、Dという区分をつけて説明していただいた。これは非常に分かりやすく、うまく整理ができていると思ったが、御存知のように、新型感染症の感染が収束する気配がないので、ここでの分類でいうと、A、B、あるいはCはこれからも増えていくのではないかと思う。そうすると、改革工程表そのものを見直す必要が出てくるかもしれない。そうではなく、改革工程表自体はそのままにしておいて、緊急避難的に対策を考えるということかもしれないが、ここまで新型感染症の感染状況が長期化すると、改革工程表自体に影響が出ないかという懸念がある。それが一つめ。それに対してどう考えているのかお聞きしたい。

2つ目は、医療の適正化について。先ほど6ページのグラフを示して、新型感染症の発生により大きな影響が出ているという説明であったが、私が気になるのは、評価が非常に難しいこと。現在の医療の需給状況がノーマルな数字なのか、あるいは必要以上に抑制されているのか、よく分からないということである。新型感染症発生により人々の医療に対する需要行動はどのように変化したのか、それをどこが包括的に分析するのか、非常に疑問に思っている。私は中医協関係の委員をしているが、中医協では全面的な分析はしない。診療報酬の見直しがどのような影響を及ぼしたのかということの主眼にした分析にとどめるので、今後の医療の適正化の作業に際して、新型感染症が全体の医療需要行動にどのように影響したのかということはしっかりと調べないと、計画が進まないと思う。どこがイニシアチブを取って分析するのか、非常に疑問に思うので、事務局から説明があればありがたい。

○委員

細かいところはいろいろと聞きたいことがあるけれども、時間もないので、大きなポイントだけ質問とコメントさせていただく。

一つ目は改革工程表の話であるが、新型感染症の影響で難しくなっている部分はあると思う。ただ、その多くは、イベントができないとか人が行けないとか直接的な影響ではなく、例えば糖尿病や生活習慣病等の予防という話は新型感染症とは関係ないはず。どちら

かというKPIの設定がややまずくて、イベントや人が動く件数などを見ようとしたから、そこが減っているという話になるのだと思う。やるべき本来の対応をしていくときに、人が動いている数で見ないとか、イベント件数で見ているKPIを見直すとか、コロナ禍において、どのように進んでいるかを見ることのできるよりよい指標は何かということ工夫して、設定する必要が出てきているのだろう。今までと同じようなKPIを設定しては進捗がうまく見られないことがあるので、改善、工夫をしなければいけないと思うが、抜本的に目標を見直す必要が出ているのかということ、ほとんどのものはそうではないと思うので、今すぐでなくても結構であるが、この辺りの工夫を考えていただく必要があるので、検討をお願いします。

それに関連して、先ほど発言があった改革工程表の進捗状況に関して、世間の関心が全くない、あるいはやっている当事者も関心がないように見えるというのは非常に問題だと思う。本来こういうものはどこまで進捗しているか、大々的に公表することもちゃんと考えなければいけないと改めて思った。

地域医療構想は委員からいろいろと御意見があって、私もそのとおりだと思うけれども、これは単純に病床を減らしていく話ではなく、地域で連携をしっかりとっていく、必要なところの柔軟性を確保する仕組みにしていく。こういう理念に立ち返れば、それは新型感染症の状況下で進まないということではなく、いろいろと課題が出てきているからこそしっかりと進めなければいけないということは、多くの委員から意見があったと思うので、この辺りはしっかりと確認していただく必要があるのではないか。厚労省が分かっているということではなく、かなり世間が誤解をしている感があるので、理念をしっかりと伝えた上で、柔軟な対応や連携をどのようにするかということもしっかりやっていると、具体的なことをどのように実現させていくかというポイントが分かると思う。今日は具体的にどうするという発言は難しいと思うけれども、課題を整理して議論していただくだけでは進まないで、その辺りをどう進めていくかということも、この後の改革工程表の作成をはじめ、出していただきたいと思う。

法定外繰入れの話や、保険料統一の話は、しっかりと進めていただく必要がある。保険料統一の横展開を進めていくのは非常に重要なことであるが、例えばこれも具体的に期限を切らないとなかなか進まないと思うし、法定外繰入れの話はずっと議論しているというのは、何人かの委員からも発言のあった話で、難しい課題が残っていることは事実であるが、できるだけしっかりと進めていただきたいと思う。

それから、データの話は非常に重要。データ活用の話に関して、政府全体としてデジタル化に非常に重点を置いて進めている中なので、データヘルスなどは特に重要であるし、新型感染症の中で情報やデータをしっかりと取らなければいけないということも、多くの委員から意見の出たところだと思う。

一つは、電子処方箋だけを進めてもしょうがないという意見があった。これもそのとおりだと思うので、どのように進めるのか、検討が必要。それから、データ活用について、

第三者提供の枠組みの中で利用しにくいところをどうやって使いやすくしていくのか。

個人的には、社会保障分野ではかなりしっかりとデータを積んできているのだけでも、社会保障の世界だけに閉じてしまう懸念がある。今、いろいろなところでデータ活用とかデータ連携が進んでいく中で、国民全体からすると今すぐ医療データ等、様々なデータを結びつけることにはいろんな抵抗や問題があると思うけれども、そういう話が出てきたときに、独自のシステムができたのでこのデータは全く使えない、連携ができないシステムだとまずいと思うので、将来的には幅広い分野でデータ連携が進んでいく可能性も考えたシステムをつくっていただくというところも、しっかり考えていただかないといけないと思っている。

○内閣府事務局

委員の方から様々な意見をいただいた。改革工程表と新型コロナウイルスの関係について御指摘があったが、そもそも改革工程表というのは、大きな人口の変化であるとか、ニーズの変化、こういうものに即応していくための改革のものなので、新型コロナウイルスが発生したからといって先送りになるわけではなく、どのような形で工夫をして実現していくかというところが重点だと考えている。今、意見をいただいたKPIをどういうふうに組み立てるのか、こちら辺も含めて関係省とも調整・意見交換の上、原案につなげたいと考えている。

○厚生労働省

もう一度確認であるが、しっかりと改革を進めていくということなので、新興感染症の影響はしっかりと仕分けをして、長期的な課題への対応をしていきたい。

どのような影響が出ているのか、どこでどのように分析するのかという御質問があったが、新興感染症の影響というのは、短期的なものの中長期的なものフェーズがいろいろあると思う。具体的には、医療機関から手術が少し遅れているということは聞くので、健康影響への懸念は実際にあると思っている。

他方で、受診や手術だけではなく、予防接種や健診など、いろいろな影響もあるということと、短期的、中長期的なものがあるので、もう少しいろいろな角度から見ていくことが必要だと考えている。

○委員

私からも地域医療構想について、6ページのイメージで意見をのべさせていただく。ここに書かれている受入れ体制について、どういった体制をイメージしているのかということがいまいよく分からない。地域病院の話なのか、医療圏の話なのか、医療圏だとしても、二次医療圏の話なのか、三次医療圏の話なのか、そういったところがイメージだけではよく分からない。私が思うに二次医療圏が考え方の中心としてあっていいのではないかな。実際に地域の現場で新型コロナウイルスの対応をやっているときに考えたのは、二次医療圏の中で

どのような合意形成を取って、そう対応をしていくかということ。やはり二次医療圏の中でどういった受入れ体制をつくっていくのかということが中心になるのではないかと思う。

その際に、いわゆる病院という箱の議論と医師というマンパワーの議論がごっちゃになってしまうと、地域医療構想の議論は進みにくい状況になると思う。マンパワーはマンパワーとして切り離して考えられるということを明確に打ち出していないと、コロナ禍における地域医療構想の合意形成は進まないのではないか。これは実際に地域の現場にいて思うところである。つまり有事において、ちゃんとマンパワーが確保できるということが担保できるのであれば、箱をどうするかという議論も一緒に進めることができると思うのだけれども、地域の中では、どうしてもそれが一緒になってしまうといったことがあると思うので、この点について御所見をお聞かせいただきたい。

もう一つは先ほどから出ているデータベース連結の話について。資料1の15ページ、16ページ辺りの話である。ここも国全体としてこういった考え方で進めているということだと思うが、もう一方で、それぞれの医療圏ごとにこういった合意形成をして、どこまで進めていくのかというのはあっていいと思う。私どもの地域もそうだけれども、実際にそういうことを進めている医療圏もある。ある程度、診療情報等のデータベース化に成功していて、非常にうまく機能している例を横展開するような考え方も一方で持っていてよいのではないかと思うが、その点についての御所見もお聞きしたい。

○委員

一つ基本的な質問であるが、資料1の5ページにある一日当たりの平均在院患者数（一般病床）というグラフがあるけれども、このデータというのは月ごとに集めているということだが、どうやって集めているのか。基本データのことだけれども、そこを教えていただきたいのが一つ。

○厚生労働省

平均在院患者数のデータは病院報告であり、医療機関から都道府県経由で国にデータをいただいているものである。

○委員

医療機関からというのは分かるが、質問の趣旨はどういう形で手に入れているかということ。つまり何らかの電子的なフォーマットで病床の稼働状況を把握するのか、あるいは個別に問合せをしたり、その他、苦勞して入手しているのかということ。つまり減少傾向ということを把握するのに、どれだけ手間をかけているのかということ。

○厚生労働省

定期的にいただいているものであり、フォーマットも決まっている。基本的には電子的

にいただいている。

○委員

要するにファックス等、紙媒体のやりとりなのか、あるいは何らかの電子的なやり方があるのか。

○厚生労働省

8割ほどは電子的にいただいているが、一部の診療所などでは、電子的な提供が難しく、電子的でないケースもあるということ。

○委員

承知した。想定どおりであった。

加えて、改革工程表には、健診の実施という項目がある。健診のデータ化は、マイクロ、マクロで見た場合、個人のマイクロレベルで申し上げると、言わばお薬手帳をマイナンバーと連携するという話もあるけれども、それと同じような形で、過去にどうであったかということフォローアップすることも重要だと思うし、マクロレベルでは実施状況などについて全体像を把握することも極めて重要だと思う。

これも今の件と結びつくわけだが、医療関係、社会保障関係のデータの集め方に非常に興味を持っており、これもどういう形で集めているのかということところだが、同様に、将来的には個人ベースでの名寄せのような形での蓄積、マクロで見た場合でも、政策の決定に当たっての判断材料として極めて重要な部分があると思う。この辺りについて、簡単で結構だがご説明いただきたい。

○厚生労働省

厚労省においては、例えば地域保健の事業報告によって毎年調査を行っている。また、国民生活基礎調査などでは、3年に1回、健診の受診率を把握しているところ。

例えば今回の新型感染症の緊急事態宣言時には、健診の受診率が相当低下したという報告もあり、その辺りは健診の学会などに協力をいただき、年度末までにはある程度まで持ち直して、トータルとしては1割ぐらいの未受診者が発生する可能性があるというデータをいただいているところである。そうしたアドホックにやるものと毎年やるものとを組み合わせながら、トータルのマクロの状態を把握したいと考えている。

○委員

私が思ったのは、例えば人間ドックのように全額自己負担で行うものは把握が難しいと思うが、通常健康診断は健保組合などを經由して、自己負担があまりない形で受診されている方が多いと思う。そうすると、どこかを押さえることによってデータを把握、受診

率が実際に増えているのか減っているのか、どんな影響がそこにあるのかということ把握することが比較的容易にできると思う。そういう意味でも、先ほどの件も含め、データの取り方について工夫をする余地があり、まさにデジタル化が進む社会においては取得が容易になる部分が多いのではないかと考えている。

○委員

2点だけコメントしたい。

最初のことは、既に指摘があったことであるけれども、新型感染症を言い訳にして改革が止まってはいけないということ。この観点からすると、改革工程表の2番目で、A、B、C、Dに分類しているけれども、A、B、Cの分け方はあまり意味がないことで、いずれにせよ取組自体が困難になっているのであれば、KPIを再検討するか、取組内容を再検討することが必要になるが、重要なところはそうやって進めていくということだと思う。ここは新型感染症対策を踏まえて再検討しながら進めていくものと、新型感染症対策を踏まえてなくても今までどおり進めていくもの、大きくその二つしかないということをはっきりさせておいたほうがよいのではないか。

2点目は、医療システムのストレステストを導入していくという意見は、新型感染症対策に限らず非常に優れた意見だと思うので、ぜひ実行してもらいたい。

○厚生労働省

資料1の6ページで、どういう状況を指している図なのか、医療機関ごとのものなのか、二次医療圏、三次医療圏なのかという質問をいただいた。

これは模式したイメージ図なので、特に医療機関ごと、二次医療圏ごとなど、具体的な何かをイメージしたものではないが、少なくとも医療機関ごとではない。宿泊療養施設とか、臨時の療養施設をつくって対応していくということがあるので、しいて言えば、二次医療圏を念頭に置いていただいて間違いはない。

他方で、都市部、地方部で医療圏の状況が異なるので、そういう意味では、もし必要があれば、その点をもう少しブラッシュアップした形で示していくことが必要だと感じた。

○内閣府事務局

改革工程表の改定に当たっては、関係省とよく調整をしていきたい。

○委員

3点ほど申し上げたい。

資料2の13ページ、現役並み所得の判定基準の見直しで、今、3割負担に併せて、一定所得以上の2割負担ということも議論しているが、3割負担の基準に関して、「現役並み所得」の基準が現役世代と後期高齢者で異なるという話は何年も出ており、いつまでも見

直されていない。何が異なるのかというと、公的年金控除の有無により実質的な収入の基準値が異なるということ。一方で介護保険では年金も控除されずに収入に含まれている。介護と医療の間でも基準が異なるし、何年来、指摘されているとおり、現役と高齢者の負担の基準とが異なる。これは応能負担という観点からすると、単純に年齢による優遇ではないかと思うので、2割負担、3割負担を考えるとときに改めて議論していただきたい点である。

同25ページ、薬価の算定プロセスに関して、右上に「薬価算定組織」とあるが、審議は非公開、議事録なし、委員も誰だか分からないというブラックボックスな算定組織によって薬価の案が決まっている。これは行政事業レビューで取り上げる透明性・妥当性の課題であるので、皆様にも関心を持って見ていただきたいと思う。

それと23ページの部分で、毎年薬価調査を実施するということであるが、いまだに薬価調査は結果が公表されない。公表してしまうと卸売業の方が調査に協力してくれなくなるなどと言われたことがあるけれども、薬の値段というのは国民に対してより透明であるべきという観点からすると、業者やメーカーに配慮して公表しないというのはどうかと思っている。この点もぜひ御検討いただきたい。

最後の55ページの生活保護受給者の国保加入に関する課題についてずっと考えているところであり、マイナンバーとか言っている時代にいろんな意味でデータが分断されてしまう。生活保護を受給する時点で医療扶助の対象となることで、医療費が無料であるために医療保険とは別枠になってしまい、それまでの医療データと連結できない。データの連結という点でも大事だし、資料に書いてあるとおり、患者自身のQOLにも大事だし、医療提供側が過剰医療をしないというインセンティブにも非常に重要なことである。例えば一旦国保に加入した上で保険料を減免するなど、ほかにも制度設計のやり方があると思っている。介護の場合は、生活保護受給者であっても介護保険に加入することとなっているので、医療保険は古い制度設計のまままで続けている部分を直していかなければならないと思う。

○委員

1点だけ。48ページのデジタル化の推進による適正受診について、この項目自体は非常によい内容であるが、この中に載っていないものとして、療養費レセプトの電子化がある。財務省だけでなく、内閣府、厚生労働省にもぜひ取り上げてもらいたい。有名なのは柔道整復師のマッサージだけれども、これはほとんど紙レセプトで、金額規模も4000億円ぐらいあるはずだし、制度の濫用や不正受給の指摘が繰り返されている。電子化することはこれらの適正化に役立つと思われるので、柔道整復師だけではなく、あんま・はり・きゅうも含めて、ぜひ取り上げてもらいたい。柔道整復師については、厚生労働省が検討に着手したと聞いているので、どこかで検討状況を知らせていただけるとありがたい。

○委員

ワーキング・グループで扱うタイミングが少ないので、医療扶助について2点だけ、手短かに申し上げます。

1点目であるが、福祉事務所が医療扶助の申請を受理・決定すると、その都度、紙で医療券や調剤券を発行するという、健康保険とは全く異なる生活保護独特の方式を取っている。これをマイナンバーカードに切り替えていく方針ということはお聞きしているけれども、義務化はされないと理解している。マイナンバーカードを利用すれば、行政窓口や医療機関での本人確認時になりすましの防止にもなるし、お薬手帳の機能を持たせれば多剤投与や重複投薬の適正化にも使える。さらに、頻回受診対策にも使えるし、健康管理など被保護者の方にとってのメリットも期待される。こうしたことは、できるだけ多くの被保護者を対象としていくことが政策の効果を高める上で重要である。後発医薬品の使用促進の目標において、生活保護では国全体よりも先行して高い割合を設定したのと同様に、被保護者の方にはマイナンバーカードの取得と利用を義務化するぐらいのことを検討してはどうか。

2点目は、先ほど別の委員からも発言があったが、被保護者の方は介護保険に加入した上で介護扶助を受けているけれども、医療においては国民皆保険と言いながら言わば例外のように公的な医療保険には加入していない形になっている。一朝一夕に変えられるものではないと思うが、生活保護、国保、後期高齢者医療に共通して必要となる行政機能の効率化、保護期間前後での医療関連データのシームレス化、都道府県によるガバナンスの医療扶助への活用、医療扶助は金額的に規模が大きいので、生活保護制度から医療扶助を分離できれば、福祉部局は政策資源を生活扶助へ投入しやすくなるなど、こうした視点から生活保護受給者を国保や後期高齢者医療制度へ加入させることを検討すべきである。生活保護は5年に1回の改革サイクルだが、改革直前にいろいろと議論や提案をしても時間切れになりがちであるので、今のうちから改革工程表などでアジェンダ化して、議論を進めていただきたい。

○委員

1点コメントする。資料33ページ目の都道府県のガバナンスのところであるが、ここに書かれているように、後期高齢者医療制度の事務処理はまさにそのとおりだと思う。率直に申し上げて保険者機能が全く果たされていない。例えばある県で見ると、人工透析の新規導入が約3割から4割、後期高齢者医療制度に移ってから発症している。ここにあるように、都道府県が力を発揮できるような在り方を検討いただければと思う。

○財務省

御指摘いただいた中で、13ページの3割負担の現役並み取得の判定基準については、私どもなり財政審の主張は13ページに書かれているとおりでありますが、いずれにしても、御指摘いただいた介護保険との平仄、新たに2割負担を導入した場合の所得の判定基準をどう

するかといったことは、厚生労働省で検討が進められているものと認識している。

それ以外にも、特に生活保護受給者の国保等加入の検討を進めるべき、あるいは後期高齢者医療制度の都道府県単位化もしっかり検討すべきという指摘をいただいたが、関係省庁でよく調整して、議論を進めていければと思っている。

○委員

新型感染症が言い訳にならないようにというお話があったけれども、改革をしっかりやっていくことは、むしろコロナ禍だからこそ必要になっている部分は多いだろうと思う。

新型感染症への様々な対応から可能になった、むしろ達成しやすくなったものもあると思う。そういう意味では、先ほどKPIの工夫という話もしたけれども、今までの延長線上で考えるのではなく、新型感染症が発生したからこそ、これからどういうことをやっていかなければいけないかということを、しっかり改革工程表に織り込んでいただきたいと思っている。

ある意味で社会保障改革は、国にとって非常に大きな課題である。今日は、主に諮問会議で出した主な取組を中心に議論したけれども、財務省から説明があった点も含めて、課題はいろいろあるので、その辺を漏らすことなくしっかり議論を前に進め、年末の改革工程表の作成に向けて議論を進めたいと思っているので、引き続き御協力をお願いしたい。

以上