

## 第39回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2021年4月27日（火） 16:00～18:15

2. 場 所：オンライン開催

3. 出席委員等

主査	竹森 俊平	経済産業研究所上席研究員（特任）
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	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	鈴木 準	株式会社大和総研執行役員
同	古井 祐司	東京大学未来ビジョン研究センター特任教授
同	赤井 厚雄	株式会社ナウキャスト取締役会長
同	平野 未来	株式会社シナモン代表取締役社長CEO

---

### （概要）

議題（1）及び（2）について厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。議題（3）について財務省から資料2-1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

今回の議題は新興感染症後を見据えた長期戦略ということであったが、前々からやるべきはずで、今後も変更がないことと、戦略を見直し、方向性としては後退させることと、逆に新興感染症を踏まえたからこそ、弾みをつけて前進すべきこと、3パターンあるとすると、その違いが資料1から明確に読み取りにくい。前々からやるべきことであれば、あえて新興感染症対策としなくても良かったのではないか。また、個別のコメントとして、後発医薬品のこと、地域医療の提供体制の強化のことについては、この取組を進めていたきたいが、懸念点（＜参考1＞）もあるので、確認いただきたい。

### ○委員

私からは3点申し上げる。第一は、科学的介護情報システムについて、これを活用して、もう少し大きなテーマに取り組んでいただきたい。日本の介護保険制度は実施されて20年となるが、要介護の段階を分けたことはあるが、要介護認定制度はほとんど見直されていない。介護保険制度の根本的な問題の一つは、要介護認定制度で要介護者の状態を場合分けしておきながら、実際に提供されるサービスは事業者には雇用されたケアマネジャーがほ

とんど決定しており、要介護高齢者が回復可能なのか、それともADLの維持等を目的にすべきなのかに関しての区別があまりされていない。その結果、不必要なサービスが提供されており、根本的には要介護度を改善しようとするインセンティブが制度全体にない。科学的介護情報システムを使ってケアプロファイルのようなものを開発して、それをシステムの改革につなげてほしい。これは大変な話なので、調査研究は少なくとも実施してほしい。

後発医薬品については、見える化を進めていただくことは大変結構だが、この問題の背景には薬価差益の追求の話がある。例えば東京都でいうと、足立区はクリニックで分業をしているのは4割ぐらい。当然後発医薬品の使用も少なくなることとなる。だから、見える化の中で、分業の有無等の関係も見えるようにしてほしい。また、小林化工と日医工の問題が出たが、これは目標設定そのもの、正当性に関わる非常に深刻な問題で、しかも、日医工は度々であり、今回始まったことではない。しかも、様々なデータを見ていると、企業のトップの意識とか、コンプライアンスに対する意識が弱く、これを今までどおりの方法で対処していると、また繰り返される可能性を危惧する。だから、このような法令違反やコンプライアンス違反をした後発医薬品企業は、保険収載レベルとか、新医薬品の収載レベルで何らかの強い制裁を設ける必要があるのではないかというのが私の意見である。

3番目は、メリハリをつけた薬価制度改革について、画期的な医薬品の評価システムを見直すことは構わないが、そうではない既収載品についても根本的に見直す必要があり、特に類似薬効比較方式Ⅱについては、しっかり見直す必要があるのではないか。

## ○委員

私からは2点、質問を申し上げる。一つは、新興感染症禍の人々の健康行動の変化。平均値で議論しても、それほど大きな差は出てこないと思うが、やはり社会経済的な属性によって新興感染症の影響は大きく違うので、最終的に報告されるときには、丁寧に報告していただきたい。それと同時に、今回、試行的に行ったオンライン診療についても、どのような影響があったのかということは、調査していただきたい。もちろんメリット、デメリットの両方があったと思うが、どのように受け止められたのか。もっと言うと、新興感染症によって人々の受診行動そのものが大きな影響を受けている。新興感染症が解消されたとして、人々の受診行動の変化というのはどのようになるのかということも、これからの改革を検討する上で重要なので、検討していただきたい。中医協で時々出ているサンプルはそれほど大きくなく、もう少し厳密な分析をしていただきたい。

続いて、後発医薬品について、新しい目標を設定して、さらに推進することは、非常に良いことだと思うが、資料1によると後発医薬品の使用割合は78%台まで行くと、頭打ちになる傾向がある。何が問題になっているのかについて、もう少し厳密に調べる必要があるのではないか。また、都道府県別に見て、どの都道府県においても使用割合80%をクリアすることは、非常に分かりやすい説明だが、資料1によると大都市の使用割合が結構低い。だから、都道府県単位で検討するというよりも、大都市をターゲットにした、もう少し

しメリハリの効いた対応策を考えてもよいのではないか。

#### ○委員

私からは3点申し上げる。後発医薬品の使用割合に関しては、78.3%にとどまったということはともかく、関係者の皆様に非常に頑張っていたと思う。新しい目標設定が急がれていたが、今回、全都道府県で80%以上ということが示されたのは、大変適切である。委員が言われたように、資料1の33ページのグラフによると、東京、京都、大阪、広島、神奈川、兵庫などの比較的人口の多い地域が平均以下であるので、これらの地域を底上げすることは、ウエートを考えると非常に意味があると思う。対策として、まずは後発医薬品に対する信頼が低下しているため、その回復のために、管理を徹底させ立入検査等を拡充するという説明だったが、今、後発医薬品の使用割合に関する保険者別のデータは、相当「見える化」されており、ほかにも病院・診療所別、病院種別別、診療科別等の様々なデータを目にするようになってきている。どうやって人々の行動変容を起こしていくのかについて、これから分析するという説明に聞こえたが、委員からも指摘があったような、一体何が原因で使用割合が上がっていないのか、どうすれば上がるのかということについて、全く分かっていない状態なのか。これまでの分析に基づいてどこまで何が分かっているのかということについて、2023年度末の目標達成のための手段を考える上で、もう少し説明をいただきたい。

2点目は、本日の議題は「地域医療のガバナンス強化等」であるはずだが、医療計画については少し説明があった半面、政策の両輪であるところの医療費適正化計画については、特段の言及がなかったように思う。改革工程表には、医療費の地域差の半減・縮減に資するPDCA管理ができるよう、法制上の対応を含めて検討するということが明記されていると理解しているが、第4期の計画に向けて、どのような現状認識をもち、検討状況にあるのか教えていただきたい。2024年度からの計画であるので、2023年度にはそれぞれの地域で様々なことを決める必要があり、そうだとすると、2022年度には国の大きな方針を決めていただく必要がある。逆算すると、今まさに議論を開始しなければならないのではないか。

3点目は、第8次の医療計画について、メディアなどでは5事業が6事業になるということばかりがクローズアップされているが、現状の5事業プラス在宅医療とされている、その在宅医療についての現状評価や次の医療計画での方向性について、現時点で所見があればお聞かせ願いたい。というのも、この点は地域医療構想の慢性期病床のところと直結する話であるし、また在宅医療の体制構築という意味では、退院支援体制、退院調整機能、あるいは介護支援連携指導等の強化が、新興感染症が発生したときの後方支援体制にもなって、重症者患者の受入れ能力向上にもなると考えるからである。5事業に新興感染症等対策を加えて6事業になるということは前進だが、在宅医療に力を入れるということも、新興感染症対策になるし、地域医療構想を進める上でも非常に重要だと考える。

## ○委員

新興感染症対策の対応の問題について様々なことが言われているが、明確なことは、小規模の病院が日本にはたくさんあるが、新興感染症の場合、あまり機能しない。役割分担という話が出ているが、5床、10床等の小規模の病院の間の役割分担が成り立つとは考えられない。また、日本の場合、ICUが足りない。5床、10床の小規模の病院でICUに対する投資ができるとは考えられない。要するに中小規模の病院を統合していくことが必要だと思う。参考資料1においても、資源が分散し、体制が弱い救急医療体制について、次期医療計画で主要化、大規模化、強化を推進するとされている。問題はどうやって集約化できるかということ。

介護についても大規模化ということが言われている。資料1の11ページ、12ページにも大規模化ということが書かれているが、あまり具体的なことは書かれていない。介護ロボットについて言及があったが、機械振興協会の介護ロボットについての研究を見たことがある。それによると、介護ロボットのマーケットというのは約20億円。現在、なぜ使われていないのかというと、まだ技術が介護に役立つほど進んでいないためとのことだが、たくさん使用していれば性能は確実によくなっていくと思う。介護施設は零細なところが多く、赤字のところが多いため、投資能力がないというところに根本の問題があると思う。

大規模化について、大きな改革が必要ではないか。諮問会議では、一入院当たりの包括払いを原則とする診療体系に変えることや、競争原理をもっと導入することが提言されている。大規模となれば、提携も容易になると考える。例えば新興感染症対策でも、JCHOやNHO等は地域を越えた人材のやり取りを行っており、東京の蒲田の新興感染症対策に専念する病院は、地方から人を送ってもらうことができる。大きくなって、チェーン化し、ネットワークを張るようなところは、コロナ対応もできるし、投資もできるし、データヘルスも進めることができる。ところが、5床、10床の小規模な病院では、データヘルスも、ICUや高度な医療を進めることも難しいのではないかと。どのようにして大規模化を進めようとしているのか、医療関係と介護でもう少し具体的なイメージを出していただきたい。

## ○委員

私からは3点、申し上げる。まずPHRについて。資料1の22ページ目のアクション3は、国民、患者個人が主体になるという意味ではダイナミックな仕組みだと思う。その一方で、個々の国民がこの仕組みを使うことでどのようなメリットを享受できるか、どのようなことを実現できるか、すなわち自治体や保険者等が個人を支援する仕組みが非常に重要になってくるのではないかと。思う。

2点目が保険者インセンティブ制度について。資料1の29ページ目の前半に、好事例を紹介して横展開、関係課長会議で紹介とあるが、ある市町村の好事例が必ずしも他の市町村にそのまま当てはまるわけではないので、その事業や施策を構造化・標準化することが必要。現在、データヘルス計画が非常に標準化を進めつつあるので、これを構造化して、

効果につながる要素というのを抽出することで、市町村がそれを組み合わせることができる。また、民間事業者も、従来、断片的にこのサービスを提供していたが、参考資料1にもあるように、この要素や構造が見えてくると、ソリューションをベストな組み合わせで、包括的に委託ができるので、このような構造化とか、あるいはその医療費やメタボ率などの市町村の指標を都道府県がしっかりとモニタリングをすることが、都道府県の仕事なのではないかと考え、役割を明記していただきたい。

最後に、参考資料1にも書かれているが、医療費のボリュームゾーンである後期高齢者医療となかなかバトンタッチができないことが非常に悩ましいところと思っている。例えば、新規の人工透析導入の方というのは、大体70歳以上が6割を占めていて、国保から後期高齢の手を離さないということが非常に医療費適正化では重要かと。後期高齢者医療制度のガバナンス、要は、都道府県に寄せていくことだと思うが、そこにその権限をしっかりと付与していくことが不可欠だと思う。

#### ○委員

私からも3点申し上げたい。まず、医療機能の分化について、今回の新興感染症対応で、急性期を自称している病院の少なからぬ数が、機材や人材の不足を理由に、新興感染症対応ができないと発言した以上、そのような病院が、急性期医療の中核病院として対応をすることは基本的に難しいと考えざるを得ない。公的病院がかなり新興感染症対応を引き受けた状況を踏まえると、今回の医療計画に感染者対応が入ってきたことを受けて、そのような病院に、感染症病棟にも転用できるような病棟や人材、ICU等の最低限の設置基準等を設けていくことで大規模化を図っていくことを考えなければいけないと思っている。そのときに、公的病院、公立病院と民間病院の統合が起こりうると思うが、兵庫県の先行事例や、公立病院と民間病院の統合化によって、救急対応等をできるようにしてきたというヨーロッパの歴史、そのような例を参考にして、エリア単位で、ある程度の大規模化を行っていくことを考えるべきだと思う。これからも感染症は一定の確率で起こってくるので、感染症病棟のミニマム・リクワイアメントを決め、その整備も視野に入れて機能分化を図っていくことが大事であると思う。<参考7>

次に、在宅医療について意見を述べたい。在宅医療の患者は、基本的に訪問診療と一般病床を主に利用している。時々肺炎とか尿路感染症を起こして、一般病床に入院し、家に戻るという形で、介護保険を利用しながら在宅で暮らしている。在宅を支援する一般病床をどのように整備していくのが重要である。これについては、基本的には地域包括ケア病棟ということになってくる。この機能の視点からの必要病棟数の量的な推計等をやっていくべきだろうと思っている。データはかなり整備されているので、それに基づいて感情論ではなく、粛々と議論していけば、しかるべきところに落ち着くと思っている。また、介護についてであるが、介護状態が悪化していく原因で一番大きな要因は、肺炎や骨折、脱水等の医療的なイベントであることが分かっている。現状の介護保険の問題点は、ケア

マネジメントのところでの医療的な配慮が足りない点である。この点について、介護事業者の大規模化という話が竹森主査からもあったが、現在のように、小規模な事業所が訪問介護、訪問看護、通所介護をそれぞれ単独でやっているようなやり方では、もう対応できないと思っている。療養病床等で行っているような総合的なケアが在宅でも必要になってくると考える。マルチな機能を持った、いわゆる地域包括ケアステーションみたいなものを作っていないと、柔軟で総合的な対応はできないと思う。利用者のほとんどが80代を超しているので、様々な医療的イベントが起こり得るため、医療ニーズに対応できる提供体制そのものを介護保険の中でも見直さなければいけない時期に来ているのではないかと思う。

最後に、後発医薬品に関して。全体の後発医薬品の使用割合の目標率も大変よいデータだと思うが、薬効別の後発医薬品の使用率というのが必要だろうと思っている。それがないと、臨床医も薬剤師も自分の地域がどのように遅れているか分からないと思うので、そのようなデータも作って、都道府県単位、二次医療圏単位で提供したらよいと思う。また、後発医薬品に関しては、一番大きな問題点は、生活保護のデータがないということだと考えている。生活保護のデータを含めないと、後発医薬品の使用状況の実際の姿が出てこないで、NDB（レセプト情報・特定健診者情報データベース）を活用する等により、生活保護のデータも含めて分析できるような枠組みを早急に作っていただきたいと思っている。

#### ○委員

大きくは、データのシステム化を具体的にどうやって進めていくかという話と、委員の方々から話のあった医療費適正化の話。医療費適正化については、あまり報告がなかったので、骨太までに、報告いただければと思っている。

データのシステム化については、科学的介護情報システム(LIFE)が進んでくれればと思うが、やはりデータの提出が現状どの程度進んでいるのか、また提出されたデータがしっかり使えるようなデータにどのようにしていくのかというところの道筋が必要だと思う。また、介護経営の大規模化は、委員からも話があったように、どのように進めていくかということが非常に大きな課題。報酬改定の話は出ていたが、これで十分にうまく大規模化に進んでいくようには見えないので、もう少し、しっかりとしたプランニングと具体的な方策が必要なのではないかと思う。

PHR、データヘルス改革については、委員の方々からチャット上のコメントもいただいております（＜参考 2、4、8＞）、非常に重要なとこだと思うが、スピード感が非常に重要だという気がする。また必要なシステム改革は、肝となるので、しっかりと考えていただきたい。それに関連して、資料1の24ページ以下で、インターネットアンケート調査に基づく分析がされているが、非常に重要なことだと思うので進めていただきたいと思う。ただ、インターネット調査により約6万人のアンケートが出てきて、その集計に時間を要して、分析がなかなか進まないということは、かなり先進的なデータ分析をデータヘルスに基づ

いてやっていくというイメージからすると、まだこの程度のデータの活用なのかという感じを受ける。もっとリアルタイムにしっかりデータを取って、かなり精緻な分析をやっていけるようにしないと、なかなか目指すところのゴールは遠いのではないかということを感じて改めた。

後発医薬品については、委員の方々から話があったようにNDBを活用してしっかりやっていくことは大事。また、全ての都道府県で80%以上というチャレンジングな目標を打ち出したことは非常によいこと。ただ、理由が明確ではないと、またどのように行うのかということが見えてこない、結果的に目標実現ができなくなってしまうので、これらの部分の分析をしっかりやっていただきたい。

潜在看護師については、いろいろと活用していただくことは重要だが、どのようにニーズとマッチングさせていくのかということは、本格システムが令和6年度中にとのことであるが、その前のところ、どのようにしてシステムとしてうまくマッチングさせていくのかということが少し分らなかった。補足していただきたいと思う。

また、非常に重要な地域医療構想をしっかりと進めていくことについて、病院の大規模化を進める必要があるということは、今回の新興感染症対応でも非常に明らかになったところだが、委員からも指摘があったとおり<参考3、5>、どのように進めるのかと言えば、できるようにしてあるので、このようにやってくださいと言うだけでは、なかなか進まないと思う。誰がどのようなリーダーシップを発揮して、どのようなプランニングを書くのかというところがないとなかなか進まないのではないかと思うので、少ししっかりと考えていただいて、何か補足があれば説明いただきたいと思う。

## ○委員

参考資料1は、オンラインやデータの徹底活用というところで、重点項目としている部分が、非常に明確に何をしたいのかということが伝わってくる提案になっていると思うが、資料1の21ページから22ページにかけてのところ、また24ページから25ページのところは、委員から話があったように、少し漠然としている。マイナポータルとのAPI連携について、個人のデータ連結の問題をどうするか、ほかのデータとマッシュアップをどうするか。なお、マクロデータとしての活用については、昨年11月25日に開催された第37回ワーキング・グループのときに、一体改革推進委員会のEBPMアドバイザリーボードのメンバーの総意という形の提言において、かなり詳細に言及している。

申し上げた論点や参考資料1で提言されていることは、既に社会保障分野におけるKPIの進捗を踏まえたデータの提言において言及している部分があるので、事務局及び厚生労働省においては、改めて、見返していただきたい。今回のアンケートのやり方は、従来型のアプローチであるような気がする。現状のデータの取扱いについての課題認識等について、どのような視点を持っているのか、コメントをいただきたい。（<参考2>関連）

## ○委員

チャットでコメントしたが<参考4、6、8>、1つ質問。国民が医療データを閲覧できるというのは、素晴らしい前進だと思っている。他方で、今後、データ活用等ができる仕組みになっているのかについて、少し気になる点がある。もう一つは、オーダーメイド医療について。遺伝子情報等を使うと、恐らく医療費等がかなり大幅に削減でき、かつ、国民の健康を両立できる形になってくると思っている。非常にチャレンジングであると思うが、将来的なイシューとして検討いただきたい。

## ○内閣府事務局

回答のほうに移らせていただく。後発医薬品、介護、医療計画、医療費適正化、健康づくりの関係でのデータの研究、また、ゲノムを含めたオーダーメイド医療の質問について、順次、厚生労働省から回答する。

## ○厚生労働省

まず、後発医薬品の関係について。薬効の分析については、資料の中においても、進めていくということを示している。分業の指摘については、分析可能かどうかも含めて、しっかり検討していきたい。後発医薬品は金額ベースではないのかという話があったが<参考1>、これは薬価改定の影響が非常に大きいため、比較して分析する意味では数量ベースでやっていくのがよいのではないかと考えている。

続いて地域医療構想の関係について、大規模化の話もあったが、大事なことは、例えば、5床、10床の有床診において、新興感染症患者を受け入れることは難しいため、新興感染症だけについて、新興感染症スペシャルを作るということよりは、様々な機能に着目して再編していくこと、特に診療科にも着目しながら再編をしていくということが大事。この点については、都道府県の地域医療構想調整会議において、民間の医療機関も含めて、しっかり議論いただいて合意を得ていただくことが大事だと思っている。そのような枠組みで、今後も進めていきたい。既に民間の診療実績などについても、データなどを提供しているので、そのようなものに基づいて議論していただきたいと思っている。

潜在看護師の状況については、資料1の37ページのところとなるが、法律上も都道府県のナースセンターが行うこととなっており、看護師等は病院等を離職したときには、都道府県ナースセンターに届出をする努力義務が課されているという枠組みの中で、約14万人を把握している。その中から働きかけを、今回の新興感染症の関係でも行っているということなので、この部分を強化していくことが大事だと思っている。

また、オーダーメイド医療については<参考6>、ゲノムも絡めて全体の話となるが、科学的な知見を重ねて、データ分析などもできるような体制も作りながら、国民医療に還元できるようにしていきたいと思っている。



## ○厚生労働省

まず、医療費適正化計画について、改めて報告したいと思うが、第4期に向けて実効ある形になるように進めていきたいと思っている。都道府県ごとに患者の受診行動や健康状況、全体としてどのような状況にあるのか、データに基づいて指標を見える化する。また、その中で都道府県ごとに課題の大きいところにどのように取り組んでいくか、実際に患者の受診行動につながるように、特に保険者などがどのような役割を果たすことができるか、また、これを各年度ごとに改善につながるような意味でのPDCAになっていくように、しっかりと検討していきたいと思う。

続いて、保険者のデータヘルス計画の指摘について。国保のデータヘルス計画は新しいフェーズに入る。今年度は、検討に取り組んでいるところの実態を見ながら、効果と成果を把握していきたいと思っている。年度をまたぐ、よいところを広げていくような形で取り組んでいきたいと思う。

また、75歳以上になる前からの健康への取組が重要だという指摘もあった。国保と保険者が変わっても一体として取り組んでいくことができるように、現在、取組を強化しているが、例えば、保険者努力支援制度の中でも、このような点も含めて、しっかり意識して取り組んでいきたいと思っている。

最後に、薬価に関する指摘について。総論として申し上げれば、必要な医療をきちんと確保できるかどうか、また、これまで様々な改革を実施してきているので、これらを検証し、必要な見直しを行っていききたいと考える。

## ○厚生労働省

まず、LIFEに関連した質問について。委員の指摘のとおり、要介護認定に当たって、今後、ICTや介護関連のデータの活用を検討していくということは重要だと思っている。他方で、LIFEは、資料でも少し載せたが、CHASEは今年の5月から運用を開始したところであり、まだ、データの蓄積が、それほど進んでいない。そうした面では、介護報酬も4月から始まったので、それによってデータを蓄積する。また、事業者の方にとって有益なフィードバックをして、また、このフィードバックの活用例なども紹介しながら、よりよいLIFEというものを認識していただいて、データを蓄積していくことが、まず足元重要だと思っている。いずれにしても、大きな取組を始めたので、本年度以降、しっかり調整、研究などを行って、LIFEを活用した取組状況の把握、また、さらなる活用に向けた課題の検討を行っていききたいと思っている。

続いて、介護の大規模化について指摘があった。介護の大規模化について、改革工程表のKPIでは、社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数を掲げているが、併設など、複数の事業を一社会福祉法人で行うということが、現在、思っているところとなる。

また、委員からの事業や開発などが進んでいかないのではないかという話についても、予算事業となるが、今年の8月から介護の事業者の相談窓口、また、介護の様々な機器の

開発を行う相談窓口、また、実証フィールドを提供するというようなプラットフォームを作るという取組を始めたところ。昨年の8月から始めたが、新興感染症の影響もあるのか、相談件数などは増えていないが、注視し、また、令和3年度で、財政当局の理解も得て、対象の施設も増やしたので、そうした取組を推進していきたいと思っている。

また、大規模化と関連して、委員より地域包括ケアの担い手の指摘があった。これについては、24時間、365日の在宅生活を支援することが大事だと思っている。定期巡回や随時対応型訪問介護、あるいは看護、小多機（小規模多機能型居宅介護）などのさらなる普及を図るための方策を引き続き検討していくことが必要だと思っている。こうしたサービスについて、利用者の状況なども踏まえて、機能、役割を改めて検証して、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、在宅生活のための必要な対応を総合的に検討していきたいと思っている。

#### ○厚生労働省

<参考2、4、8>新しい生活様式における調査研究に関して、質問をいただいた。この調査、対象者が約8.3万人、有効回答数が約6万人ということで、レセプトデータなどは活用していない。今後、同じ対象者を3年間追跡する予定としているので、しっかりと議論していきたいと思っている。また、11月25日の提言についても、読み返して、しっかりと議論していきたいと思っている。委員指摘のリアルタイムの分析については、本年3月に調査を行ったばかりのものであり、今後、どのような形で分析をリアルタイムにできるのかという点について検討していきたいと思う。

次に、PHRについて質問をいただいた。PHRについては、まず、個人が利活用できる環境を整備するものということで進めているところだが、国民がPHRの意味をしっかりと理解して、活用できる環境の整備が必要と考える。そして、国民が何を望み、どのようにすればメリットを感じるのかということについて、ニーズを把握している民間事業者などとともに連携しながら進めていきたいと思っている。ただ、いずれにしても、データ利活用については、データの基点は、本人の同意というものが基本となっており、その下で、最終的に質の高い医療を実現するために、保健医療情報をどう活用していくのかといったことの研究や、データの統合をしっかりと考えていく必要があると思っている。また、同様に、平野委員の意見のとおり、GDPRも含めて、海外の状況などもフォローした上で、どのような形でバランスを取って成果を出していくのかということもしっかりと考えていきたいと思う。

#### ○内閣府事務局

議題3の意見交換に進む。なお、議題1、2についても追加で質問等あれば、発言いただきたい。

## ○委員

生活保護制度の医療扶助について申し上げる。医療扶助の在り方は明らかに生活保護制度の課題の1つで、国民皆保険の例外をなくすということは、保険と福祉に関する政策資源の効率を上げることになる。つまり、生活保護、国保、後期高齢者医療において共通して必要となる機能の効率化、保護期間前後での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等が期待できるので、被保護者の国保等への加入について議論する必要があると考える。また、資料2-1の48ページから49ページで示されているように、医療扶助には需要側ではなく、供給側に相当の課題があることが強く疑われると思う。この際、紙の医療券で行っている医療扶助を、マイナンバーを使って最新のデジタル技術を使って行っていけば、なりすましの防止、データに基づく多剤投薬や重複投薬の適正化、頻回受診の問題の解消、効果的な健康管理等、被保護者の方にもメリットが大きい。医療サービス受給のデジタル化を医療扶助から進めていくということには、あまり反対する点はないのではないかな。もちろん、この議論には、職域、地域を問わず、保険者の側から強い警戒があるのは当然だと思うが、財務省も資料において「国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として」と述べているので、国保や後期高齢者医療制度への加入について議論の俎上に乗せることを、政府の中で検討いただきたい。生活保護は、5年ごとの改革だが、大枠の議論が時間切れでできないということにならないように、早めに着手し結論を出していただきたいと思う。

最後に全体を通じたコメントだが、2022年には団塊の世代がいよいよ後期高齢者入りを始めることになる。日本にとって歴史的なイベントであり、社会保障費はこのままだと急増することが目に見えている。社会保障はやったほうがよいことや、少し冗長性を持たせておいたほうがよいことが無限にある中で、歳出の規律や予算制約ということも考えていく必要がある。今、我々は2022年度以降の社会保障関係費については、「総合的に検討」するという事しか知らされていない状況にある。2021年度までのように、実質的な増加を高齢化による増加分の伸びに収める等のいわゆる「目安」は示されていない。足下では、新興感染症対策の必要性から費用が膨張しても麻痺してしまっているようなところがあるが、経営者、マスコミ、研究者等の間では、このままだと医療費や介護費が増加し、保険料や税がどうなってしまうのだろうと問題視する人が増えていると感じている。来年度以降の財政規律や予算制約といったことについて、個別にやることは工程表で決まっているが、大枠として、どのような構えで財政の今後を考えていくのかという全体感について、ご所見があればうかがいたい。

## ○委員

病床の数が多くて、医療従事者が少ない点について、恐らく要らない病床があるから人も要らないとしたことによる mismatch であり、病床の数だけ確保して収入を得ようというようなインセンティブが働いているのだと思う。この mismatch が生じている医療体制

に、今般の新興感染症対応を見て、非常に危機感を持っている。まず、このミスマッチをどのようにして解決するのかについて聞きたい。先ほど委員より、救急病床として認められるための厳密な基準を設けることにより、実際には救急対応ができない形だけの救急病床をなくすことが必要だと意見があった。それは1つの方法だと思うが、全体の病床数を調整して、どのような病床が、どの程度必要かということを決める司令塔が必要だと思う。その調整をどのように考えているのか。財務省提出の資料にも小規模病院が全然新興感染症対応を行っていないというデータがはっきりと出ている。病床数が5とか10の小規模病院は、単に新興感染症に対応できないだけではなく、デジタル化やオンライン化もできない、情報公開も問題がある、連携もできない等の平時の医療にとっても非効率の面が出てくると思う。病院の規模別にどの程度、デジタル化、オンライン化をしているか等のデータがあったら出していただきたいと思う。

また、日本の場合、地域別に病床数が決まっていることから、非常に効率的な大病院を運営したい事業者がいたとしても、病床数が満杯だったら、新規参入ができないという非効率があると思う。この機会に改革すべきだと思う。小規模病院が重要だということにも、問題点があるのではないか。その点についても意見をいただきたい。

#### ○委員

財務省から説明があった資料2-1の46ページ目について、都道府県のガバナンスの一環ということで、保険料統一化や法定外繰入解消等のプロセスを通じて、本当に都道府県が行うべきことができるのではないかと考えている。恐らく都道府県が各市町村の支出と収入の構造をしっかりと把握して、何がその市町村に対して必要な支援なのかということ把握することが一番重要だと思う。例えば、全国の全市町村には、必ず国保の運営協議会がある。私もある自治体で会長を務めているが、毎年、医療費あるいは今回であれば、新興感染症禍の状況で、どの程度、保険料を上げるのか、または上げないのか、赤字繰入れを減らすのか等について、住民や議員、医師会の先生等でしっかりと話し合いができる場がある。その自治体では、この2年、3年、市民代表や関係者がしっかりと意識を持って話し合いを行った結果、コスト意識や行動変容につながって、例えば努力支援制度の評価点も東京都内の中で、17位から3位に上昇した。つまり、自治体によるガバナンスで医療費の問題だけではなく、データヘルスを含めて住民のコンセンサスを得られる。

やれることを丁寧にやって、ガバナンスを効かせることが改革につながるのではないかと、そして地味なことを積み上げることが大事だと思う。

#### ○内閣府事務局

追加的な発言に対する回答に移らせていただく。まず、医療費の問題につき、大枠として、どのように考えていくのかについて。内閣府としては、経済財政諮問会議の運営、また、骨太の方針に向けての政府としての方針を議論していくプロセスをしっかりと積んで

いった上で、基本的には、国の財政をどうしていくかも含めて、しっかりと関係省庁の意見も踏まえながら考えていきたい。

続いて、国保、生活保護、また、病床のミスマッチ、病院の大規模化について、順次、厚生労働省から回答していただきたい。

#### ○厚生労働省

生活保護の国保への加入という論点がある<参考11>。以前も申し上げたが、非常に大きな課題と考えている。改めて、申し上げると、医療扶助の方が保険に入ることによって、国保だけではなくて、前期高齢者や後期高齢者を通じて、被用者保険の負担にも影響することとなる。また、地方自治体からも、以前に紹介したところとなるが、非常に強い反対の意見も出されている。このようなことを十分に踏まえながら検討する必要がある。

国保のガバナンス等については、意見を踏まえたい。

#### ○厚生労働省

病床数と医療従事者数のミスマッチ及び小規模病院について。病床機能再編するときには、先ほども申し上げたが、病院の規模も整理していくことが大事なのだろうと思っている。その中で、医師の配置基準などを考えていくと、慢性期に比べると、急性期のほうが厚めになっている。各病院が、同じような総合病院である必要は必ずしもない。急性期あるいは救命救急に特に力を入れている病院もあれば、慢性期を中心とする病院もあって、各病院が特色を持ってやっていくことによって、それぞれの診療科を担当する医療機関が分かれていくといったような形で、そしてトータルとして、各医療機関が連携することによって、地域全体として強くするということが必要だと思っている。診療科も含めて、少しずつ再編、機能分化・連携を行っていくことは、医師をある程度束ねていくことにもなるので、病床当たりの医療従事者数を高めていくことになるだろうし、医師の働き方改革にも資することになると考えている<参考9>。

また、医療法人の形態としてどのように考えていくかということについては、参考資料1の提言のとおり、地域医療連携推進法人などの枠組みも、そういうリソースを大きく使うという観点から作られた仕組みなので、活用しつつ、また、民間病院も含めた機能分化・連携を進めながら、地域医療体制をしっかりと構築していきたい。データに基づいてしっかりと議論していくことが重要だと思っている。

#### ○厚生労働省

まず、デジタル化の指摘について。現在、国会に提出している健康保険法等の一部改正が実現すると、今後、電子が可能になれば、オンライン資格確認をできるようになる。

その他の生活保護に関する指摘については、改革工程表でも様々な指摘をいただいているが、医療扶助に関する検討会を設けて検討するので、そこで対応していきたいと思う。

例えば資料 2-1 の48ページに生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関が出ている。これは、支払基金だけのデータなので、国保や高齢者医療のデータ等とも突き合わせて、その上で、どのような医療機関があるのかということ調べるというようなことも検討していきたいと思っている。また、資料 2-1 の49ページに精神病床入院中の生活保護受給者は長期入院が多いということがあるかと思う。現在、是正ということで、受け皿の整備等の対応をしているが、このような点も、今後、検討会の中で議論をしたいと思っている。

ガバナンスについて、生活保護では、データヘルスの法改正をして、今年の1月から開始している。

健康づくりとか、医療費適正化という取組について、ほかの一般的な医療費適正化の取組とどのように連携してやっているかといったようなことも含めて、まず、今年度は調査研究などをしていきたいと思っている。NDBの活用も検討したいと思っている。

#### ○財務省

小規模病院の在り方を含む事業者の在り方の議論があったが、営利法人が参入できる場合とできない場合とで対応が異なり得る。

営利法人が原則参入できない医療分野の場合、規制と診療報酬など財政的手段であるべき姿に誘導していくしかないのではないかと考えている。

他方、介護分野で営利法人の参入が認められている在宅サービスの場合、規模の経済を働かせて効率化が進められている事業者を基準として、全体の報酬水準を適正化していくことが考えられるが、そのようなことが可能となるためにも経営データが可視化されていなければならないと思っている。すなわち、医療経済実態調査もそうだが、介護事業経営実態調査について、当局によってデータが独占されている状況のため、規模別も含めた分析も進まなければ、それをもって効率化を進める議論もできないということが生じている。データの公表と「見える化」が不可欠である。

委員ご指摘のガバナンスの点については、都道府県が医療提供体制について権限を発揮している現状にあり、注目も浴びているが、やはりこうした住民に対する給付の裏側に負担の議論がないと、しっかりガバナンスを発揮できないのではないかと考えている。したがって、都道府県にしっかり手綱を握ってもらうためにも、国保の法定外繰入の解消や、都道府県内の保険料水準の統一を進め、都道府県に受益と負担の双方をバランスさせていく権能を与えていくことが必要ではないかと考えている。

#### ○内閣府事務局

委員からのチャットのコメントについては共有させていただきたいと思う。

#### ○委員

医療分野と介護分野は、特に厚生労働省の方々に対しては、新興感染症関係で大変な中

で、本日の資料を提出いただくのは大変な状況だったのではないかと思います。非常に意欲的なものを出していただき、感謝を申し上げます。

ただ、その一方で、社会全体、国民全体が感じている医療提供体制や社会保障体制に対するストレスは、かなり強いものがある気がする。新興感染症の感染拡大防止という直接的なものもそうだが、データ活用みたいな話でいけば、各国はかなり進んでいるなか、日本は相当進みが遅い。

また、財務省から説明があったように、今後、後期高齢者が増えていき、社会保障費が増大していくことが、ほぼ明らかな状況の中で、財政的にもしっかりもつのかどうかというような大きな視点での課題を抱えて、問題意識を持っている方も非常に多いと思う。

抽象的に言えば、頑張ればまず法律ができ、その先にシステムができ、システムができたら、それを利用者に使っていくようなインセンティブを一生懸命つけていく、こういう結果で進んできたのが従来だと思うが、従来のようなやり方では、現状求められているスピード感に追いつかないと思う。

デジタル化やデータ活用の話、地域医療構想に代表されるような大きな再編の話等は皆が抱えている問題だが、改めて感じることは、従来と同じようなやり方のスピード感で行っていると、恐らく我々が必要とされるゴールにとっても追いつかないということだと思う。危機感を持って、政府全体として取り込まないといけないというのを改めて感じた。

ワーキング・グループは、骨太までに、本日の1回のみ開催という状況だが、先ほど事務局からもあったが、委員の方々の追加でのコメントや意見や、スピード感につながるような具体的な提案があれば、積極的に出していただいて、事務局に伝えていただければと思う。それを基に、できること、できないことは当然限られているが、一体改革会議として、できるだけのことをやっていきたいと思っているので、引き続き宜しく願いしたい。

(参考) オンライン会議のチャット機能による委員からのご意見等

#### <議題(1)及び(2)について>

**議題(1) コロナ後を見据えた社会保障分野におけるデジタル化の推進、コロナ禍における予防・健康づくりの推進等**

**議題(2) 感染症下における地域医療のガバナンス強化等**

#### <参考1>

・全県で80%以上というのは挑戦的な目標であると思うが、(1) 都道府県間で人口規模や医療機能などが異なり実現のための負荷が相当に異なること、(2) 数量ベースでは、医療費(価格)ベースでの効果が限定的であること、(3) 都道府県の医療費適正化計画などPDCAの一環に組み入れうるかどうか難しいことを懸念する。上記は、資料1のP.32-34に関してとなる。

<参考 2 >

- ・資料 1 の P. 25 ならびに P. 24 について、どのようなデータの取り方をし、データ収集に要した時間はどのくらいであったか。レセプトなどデジタルデータの活用を検討すべき。
- ・資料 1 の P. 21-P. 22 のデータの取り扱いについて、利活用を前提とした取り組みはマイナポータルとの API 連携を進めれば済むというものではなく、個人におけるデータ連結、他のデータとの連携（マッシュアップ）、マクロデータとしての活用が求められるが、現状の規制に課題はないか。
- ・以上についての現状認識（規制環境分析）をご教示願いたい。

<参考 3 >

- ・資料 1 の P. 42 について、この役割分担が大切なことは論を待たないが、「方針決定・入院調整」を行う司令塔機能が都道府県や保健所に不足していれば「絵に描いた餅」になってしまう。近隣都道府県の連携も必要かと思う。

<参考 4 >

- ・資料 1 の P21-22 について。PC やスマホを通じて国民が自身の保健医療情報を閲覧・活用できるというのはこれまでのデータのあり方から大きく前進したと考えている。それを前提に、一連のデータは誰に帰属するのか、また、クラウドの運用は誰がするのか、そしてそのデータを解析することが可能なのか、について教えていただきたい。
- ・この質問の背景は、全世界において、データの運用による便利さとプライバシーの保護の議論が進んできていることがあげられる。IT/AI 業界でも EU が AI に関する規制案を検討していることが 21 日に発表されている。世界でのデータに関する規制を横目で見ながら、プライバシーや人権保護と便利さ、経済性を成り立たせるか慎重な議論が必要で、スイートスポットは狭いのではないかと考えている。既に研究済みかと思うが、PHR についてはシンガポールやエストニア、デンマークなどデータ駆動先進国の例を見るべきだと考える。しかしながら、そのようなデータ駆動先進国においても、国によるデータ取得の在り方については継続議論がされている様子であり、EU の状況なども継続注視が必要かと考える。

<参考 5 >

- ・資料 1 の P. 44 について、「再編・統合」を優遇することもある程度必要だが、「スクラップ（病院の廃止や、病院以外への事業転換）」を支援しなければ、新たな無駄遣いになりかねない。

<参考 6 >

- ・国民の健康と医療費の適正化の両立を目指すにあたり、遺伝的情報を用いたオーダーメ



イド医療を検討すべきと考える。他国の例として、台湾ではあるタイプの白血球型を持っているかを遺伝情報から調べて投薬する・しないが決められている。一方日本では、例えば、とあるがんの薬は70-80%の人には効果がないと言われていて、その薬だけでも数千億円が無駄になっていると言われていて、また、オーダーメイド医療全般により数兆円単位の医療費を削減できると言われている。遺伝子と医療のデータをDB化し、解析すれば膨大な無駄の削減を実現でき、また最適な薬を提供できる、むしろ病気になる前から予防にも対処できる等、国民の健康にもつながるため、将来的にはこのような医療を前提としたデータ基盤を今から検討すべき、また、差別になる可能性があるため、法案を作ることも検討しなければならない問題だと考えている。様々乗り越えないといけない壁があると思うが、検討する価値があるのではないかと思う。

#### <参考7>

・委員のご意見に賛成だが、民間病院の場合は（1）人材機材の体制上、急性期対応ができなかった場合、と（2）経営上のメリットがなく、急性期対応（ないし後方支援）をしなかった場合、があると思う。（2）については、政策的な誘導が十分でなかったことが今後の反省点になると思う。

#### <参考8>

・中国のデータの利活用の凄まじさには舌を巻くばかりだが、日本は保険制度のお陰で均質なデータが集まりやすいという利点もあるので、日本ならではのデータ利活用ができてくると良いと思っている。

#### <参考9>

・資料1のP.28について、医療従事者の最適配置のために、人材情報を把握しようというシステムは届出インセンティブとのセットであると思う。具体的には本職がある場合の「派遣」手続きが容易であることや、実際に従事した本人に対して十分な報酬があることかと思う。現状では「医療機関」への報酬しか枠組みがないが、いわゆる Doctor Fee のように、緊急的な業務への報酬、救急医療などの職能に対する平時からの個人への報酬が必要かと思う。

・資料1のP.29について、発熱外来（1日7時間27万円）は患者を実際に受け入れるほど、報酬が目減りする仕組みで、実効的な診療所の活用につながっていない。また、空床確保料（重症用1床44万円/日）は、医療機関にとって、かえって新たな患者を受け入れないインセンティブ（ディスインセンティブ）になっている（空床にしておいたほうが、収入が安定するので）。

<参考 10>

・資料 1 の P. 35-36 について、新興感染症と医療機関の支援については、今後の反省点が多い政策課題かと思う。

・(1) 資料 1 の P. 35 にあるように、「医療提供体制の強化」のためだけに 8 兆円も使って、「成果」はあったのかという強い疑問がある。特に、医療機関支援 4.6 兆円は、国民医療費で病院での外来入院が通常 20 兆円程度であることを踏まえると、すでに、平常時の事業費の 2 割以上を使っており、今年度も（だらだらと）その浪費が続きかねない。

(2) これらの「緊急包括支援交付金」は医療機関側から見れば「医業収入」だが、診療報酬の枠外であることから「みえない医療費」となっている。補正予算や予備費であることから事後的な PDCA も働きにくいかと思う。

<議題(3)について>

**議題(3)財政制度等審議会における議論の状況について**

<参考 11>

・資料 2-1 の P. 48 について、生活保護受給者の国保加入、実態の可視化という点で賛成。

<参考 12>

・資料 2-1 の P. 65 について、昨年秋の財政審でも話題になった「魔法の杖」に代表されるケアマネのケアプラン作成問題、是正が必要かと思う。貸与に対する介護報酬ではなく、購入に対する費用補助（就学援助的なもの）が妥当かと思う。