

第43回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2022年10月14日（金） 13:00～15:00

2. 場 所：オンライン開催

3. 出席委員等

主査	中空 麻奈	BNPパリバ証券株式会社グローバルマーケット統括本部副会長
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	井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授
同	大屋 雄裕	慶應義塾大学法学部教授

（概要）

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

○委員

まず資料全体を概観したコメントとして、改革工程表の様々な取組の個々に異存はないが、新型コロナウイルス感染症（以下「新型感染症」）対策の政策に関して、終えるタイミングを掴めずに継続しているものが多々あると感じる。そのようなものが非常に費用としても膨れ上がっており、また病院がこれから先の新型感染症後に切り替えるインセンティブを持つ上での障害になっていると思う。ご提示の資料にあてはまる箇所はないかもしれないが、個々に厳密な検証をお願いしたい。

気になる点としては、感染症拡大時に向けて病症を確保させる病床確保料となる。2年半導入して既に約4兆円近くを医療機関に交付しているが、危機が起こるとやはり病床逼迫が起きる。新型感染症の第7波においても改善されているわけではなかった。このようなものに対しては厳しい目を向けてチェックを行う必要があり、上手に終えるものを作っていないと、これから行うことも増やせない。新しいことを行うが、古いものも残していくとなると、行うことが増え過ぎて、回らなくなると思う。終えるべきものをしっかりと終えていくことも大事な工程ではないか。

資料について2点取り上げたい。まず、23頁の保険者機能強化推進交付金。保険者機能の見直しは既に5年経ており、非常に大事なタイミングだと思っている。担当している行政事業レビューで11月の初頭にこの問題を取り上げることから、その場でも国民向けにしっかりと話をしていきたいと思っている。引き続きのご協力をお願いしたい。

続いて、49頁、50頁のNDBの充実、今後の進め方。NDBの充実に関して、入って然るべきと思っていたが、死亡情報がNDBに収載されるようになることは有り難い。従来、記録はあっても、その方のアウトカムとして、例えば生存期間や死亡の原因、そもそも亡くなっているかどうか等に関して、NDBに収載されていなかったが、ようやく2年後に人口動態統計と紐付くことになる。もう少し早くこのようなものが連結されると良いと思っている。

今後の進め方に関しては、何も示していないことに等しいような情報ではないかと思っている。新型コロナウイルスのためにお金を配ることは早くても、このようなデータを統合することが遅いということは政策として如何かと思う。やはりスピード。スピード感ではなく、スピードで勝負しなければ、今までの政策の検証も含めて追いつかない状態にあると思う。悠長にこのように示されるのではなく、可能であれば細かい内容についても、適宜、本ワーキング・グループの中で内容を開示していただき、もっと紐付けるべきであるとか、誰が管理すべきであるとか、どのような形でどの方がアクセスすべきか等について、もう少ししっかりと検討していくことが、このワーキング・グループの質保障という意味でも大事であると思っている。

○委員

改革を推進する視点から、資料の①予防健康づくり、医療・介護費の地域差縮減に向けた取組について3点、②マイナンバーの活用、医療DX対応について1点、意見を申し上げたい。

一点目は、今回の資料で、医療費と介護費の地域差に関してデータを整理・確認いただいたことにまずは感謝を申し上げたい。ただ中身を見ると、提示された資料を見る限り、2015年頃からこの改革を進めてきたものの、期待どおりには地域差が縮小していないと総括せざるを得ない。

では、その事実が明らかになったとして、なぜ縮小していないのかについての分析や評価をお聞かせいただきたい。そもそも必要とされた取組が行われなかったのか、それとも取り組んだけれども、効果や影響がなかったのか。それによって、今後の方針は違ってくる。入院と入院外でそれぞれどのような変化があったのか、なかったのかによっても次の医療費適正化計画の取組メニューや地域医療構想の仕上げ方が違ってくると考える。白内障手術の外来での実施割合に関する地域差の説明はよく分かったが、それだけの問題ではないだろうと思う。

介護保険についても、ゆっくりと地域差が多少は縮小している数字が示されているが、特に軽度者についての認定率や一人当たり保険給付の状況のばらつきに即して、第9期の取組を考えていただく必要があると思う。何か現状の把握と第9期に向けた方策の検討について方針などがあったら、お聞かせいただきたい。

申し上げたことは参考資料2の図表集の全てについて当てはまることだろうと思う。アウトプットやアウトカムの状況をある程度確認できたとして、ロジックモデルの妥当性や

個々の取組との因果関係についてさらに分析をしていただき、インプットの仕方や工程表、KPIの見直しにつなげていく必要があるという趣旨で意見として申し上げたい。

二点目は資料の15頁以降、工程表の項番45番の普通調整交付金に関して。本年4月のワーキング・グループでは議論が進捗していない事実が確認されたと思うが、その際に厚生労働省から、地方公共団体と丁寧な調整を進めていく旨、説明があった。また、先ほどは、5月以降、これまでの間の地方公共団体からの要望についての説明があったが、地方公共団体との協議の状況をお聞かせいただきたい。

19頁の説明のとおり、このアジェンダは6年間にわたって骨太の方針に記載され続け、結論を得ることが長らく先送りされ続けており、そのこと自体、問題は小さくないと思う。自治体の財政力格差や年齢構成などを調整することはもちろん必要だが、年齢構成では説明できない地域差は、少なくとも当該地域の保険料に反映されるべきと考える。公的医療保険の下で医療費の地域差是正が必要という基本に立てば、最終的には普通調整交付金についての具体的な見直し案をこのワーキング・グループや経済財政諮問会議などでお示しするなどして議論を進めるべきではないか。厚生労働省からの説明は「議論を深める」ということであったが、見直しについて結論を得ることを期待する。

三点目は薬剤費に関して。参考資料2の図表集10頁に後発医薬品の使用割合のデータがあり、2018年のときと2021年を比べると、関係者の皆様の大変な努力で比較的順調に成果が得られた項目ではないかと思う。これに関連して、2015年からこのワーキング・グループに参加している立場から若干経緯を申し上げたい。最初の段階ではいわゆる長期収載品について、後発医薬品の保険給付を超える部分の負担に関する保険制度上の評価の仕組みや在り方なども、後発医薬品の使用拡大と並んでアジェンダになっていた。ただ、その段階では、まずは後発医薬品の使用促進に先に取り組むべきであり、長期収載品の議論は後発医薬品の使用割合が十分に高まってからの議論であろうと整理されたと理解している。

その時から約7年がたち、もちろん依然として、後発医薬品の信頼回復の問題や全都道府県で80%以上という目標はあるが、後発医薬品の使用促進はかなりのところまで進められてきたと思う。その一方で、この間、非常に高額な薬剤が多数登場したり、また健康経営やセルフメディケーションという考え方も相応に普及してきたりしており、薬剤をとりまく環境は変わってきている。

以上のことから、薬剤費の保険給付の在り方について、例えば既存医薬品の保険給付範囲の見直しや保険外併用療養制度の活用、一定額までの全額患者負担の導入等、フランスやスウェーデンなど諸外国のやり方も参考にしながら、保険が担うべき範囲を小さなリスクから大きなリスクへとシフトさせる検討に着手するべきタイミングではないかと考える。それが医療保険制度の持続性を強化する上で必要ではないかということを意見として申し上げたい。

最後に②マイナンバーの活用、医療DX対応について一点。オンライン資格確認とマイナ保険証についてだが、誤解を恐れずに申し上げると、オンライン資格確認ができるように

していくことや、マイナンバーカードを人々に持ってもらうことそれ自体は恐らく可能であり、あまり大きな心配は要らないと思っている。むしろ心配しなければならないのは、この取組のメリットが曖昧なままだと、医療機関が患者情報を取得・活用し、より良い医療行為を行うことや、患者がマイナポータルを通じて自身の情報を活用すること、という肝心なことが進まないのではないかということである。この点は医療DX全体の中で考える必要があることだと思うが、オンライン資格確認やマイナ保険証のメリットを実際に実現する必要があり、またそのメリットを明確にして広く示していくことが重要である。まだ医療機関のオンライン資格確認への参加率は3割程度であるから、オンライン資格確認を導入していない医療機関に従来の保険証で受診すると窓口負担が一番安いといった好ましくない捉え方が足下で流布してしまわないようにしていく必要がある。

○委員

4点申し上げる。

一点目、新型コロナウイルス対策については、多くの国民の関心事。しっかりとした説明があったが、その割には、例えば、資料6頁・7頁のデータは少し古過ぎて、新型コロナウイルスの話が全然反映されておらず、とても残念。データが無いのか、どこかで詰まっているのか、いずれにしても若干ミスリードしていないか心配。データをもっとアップデートせよということなのか、新型コロナウイルスの間の情報が抜けているということなのかは分からないが、指摘としては、新型コロナウイルスの話をもっと知りたいし、切り込みたい。新型コロナウイルスの対策を終わらせたいという希望もあるが、実際にはどのようなであったのかということデータをとして検証できないところに少し問題がある。

二点目、マイナンバーについて、保険証とセットになるなど徐々に利便性も上がってきている。ここから先は大きく心配しなくても進捗していくとも思うが、一方で若干の強制力も必要なのではないか。目的を考え、強制力を持ってという部分も少しずつ取り入れて目標を達成するように考えていただきたい。そのためには、様々なことを考え、使う側のメリットの明確化も広く示していく説明力も必要であり、整えてほしい。

三点目、医療費や介護費に地域差があることは、本ワーキング・グループだけではなく、例えば、財政制度等審議会等でも聞いてきた。なぜこのように差があるのかについて教えてほしい。長期医療があるからということであれば、例えば、東京都の住民が大分で入院する時に長期療養でも東京都に還元されるということであれば、地域差の理由については不安になる。白内障の説明でもあったが、そのような地域差が、本当に還元率や、どこに居住するかによって受けられる医療に差があるということであれば、大変な問題だが、他方で、もし地域の努力等があれば、つまり、地域として医療を充実させるということを差別化に使うというのであれば、そのような地域があっても良い。もちろん、どの地域に居住するかによっての不具合はあってはならないが、良い地域があることは促進されても良いということが、実態が不明。そのため、その指標として、介護はなかなか難しいが、医

療を受けた方がどれだけ回復しているか、メリットを享受したかなどが少し見えてこなければいけない。

四点目、保険者努力支援制度も、ヘルスケアや未病等をより促進する上でとても大事な制度。しかし、残念ながら、地域・地方自治体に任せてしまっており、保険者努力が地域限定になってしまうことは残念。例えば、どこの地域に居住すると得なのか損なのかということがもう少し開示され、その努力がどのようなものであるのかが、詳らかになるという工夫が必要。

○委員

2点に絞ってコメントしたい。一点目は資料12頁のインセンティブ政策に関して。インセンティブを使った政策の進化が必要な時期に来ているのではないか。今までの加算減算を含めて保険者インセンティブでは健保組合の実効性が上がっており、第一段階は成功だと思っているが、一方で国保、自治体に関してはまだまだ格差が非常に大きく、医療費も含めて固定化がされている。

このインセンティブ政策で大事なことは、効果がある取組、つまり、インセンティブをもらったほうの取組から効果的なノウハウを抽出して、それを知見として分配していくこと。平均値以下のところの支援に使って、全体のレベルを上げていく。それをセットにするようなインセンティブの仕組みに進化すべき。どうしてもこれまでは、配点割合などのつけ方に終始しがちだが、インセンティブ制度の良い面をビルトインしていくと良い。

また、自治体は基本的には保健事業の企画をメインに行っているが、実際の保健事業の実施はほぼ民間が委託をされて行っている。そのような意味では資料30頁が非常に大事なところ。包括的な民間委託の中に単なる役務提供やツール提供だけではなく、データヘルス計画の標準化が進捗してきたことから、共通の評価指標に基づいて検証するといったことも必要ではないかと考える。加えて国保に関しては、可能な限り市町村単発ではなくて市町村横断に、補助金等も市町村ではなく県が共同で進めていくことで、業務の効率化だけではなく、検証の精緻化が行われていくのだと考える。

二点目として、資料の54頁。医療DXでは制度の運用コストの軽減が前面に出てきているが、それだけではなく、国民や患者の安全、また医療費の構造を変えていくことを意識して設計されると良い。

直近で申せば、データヘルスにおいて、重症化予防に大変なお金が使われているが、特定健診や保健指導に比べて一桁低い実施率にとどまってしまっている。患者レベルの対象者に医師ではなく保険者が主体に働きかけているところに構造的な問題があると思っている。マイナンバーカードが普及すると、患者とかかりつけ医に主体性を持たせることが可能になると考える。かかりつけ医で継続して一生涯管理を行っていき、入院医療費を発生させない。つまり、かかりつけ医に重症化予防を位置づけてモニタリングを任せることにより、患者のメリットだけではなく、コロナ禍でなかなか活躍できなかった開業医の活用

を含めて、最適な資源配分につながる。勇気を持ってということではあると思うが、関係機関の意見を伺いながら、ウィン・ウィンの設計になり得ると思っている。

○委員

今までの取組と状況をかなり詳細に説明いただいたことから、よく分かった部分が相当あったと思う。

ただ、その上で、委員の方々からも言及のあったように、何かが大きく変わっていく感じを受けない。淡々と動きが説明され、引き続き検討していくという項目が多い。特に資料の①（予防健康づくり、医療・介護費の地域差縮減に向けた取組）の部分に関しては、医療DXに関しては後ほど少し言及するが、既に委員からも指摘があったように、例えば地域差の話は、地域差が継続してあると指摘されている中で、なかなか改善していかないという実情が紹介され、具体的にそれを大きく変えていく取組が何か示されているわけでもなく、引き続き検討して、引き続き議論を深めていくという記載になっている。もちろん細かいところで様々な提言がされているところではあるが。

となると、一体どこまで大きく変わっていくのだろうかと見ることになる。ワーキング・グループを行っている以上、ワーキング・グループの中で、何をどのように変えて、現在の状況を改善していくのかを考える必要があるのではないかと。もちろん改善できないことも、また地域差が合理的に存在する部分も恐らくあるであろうが、説明があったように少し詳細な分析をされ、なぜ地域差が残っているのかを検討していくことも重要だと考える。先ほどの白内障の話のような部分を見ることも大事なことだとは思いますが、その一方で政策をどのように動かしていくかということではもう少し動きをつくっていかないと何も変わらないのではないかと。

見える化のお願いをしているが、単に現状の説明だけでは見える化にはならないと考える。何のために見える化するのかといえば、見える化によってこれから行うべきことをしっかりと見だししていくことにある。そのためには、なぜ変わらないのか、なぜ変わってこなかったのかという分析が当然必要であり、そのために今までどのような政策を打ち、その政策がどのようなインパクトを持ったのか、または持たなかったのかという議論が必要であり、そのようなこと無しには見える化にはならないと考える。このことは他のワーキング・グループ等にも共通する課題だと思うが、淡々と実情のデータがあり、淡々と政策の話があり、それらがクロスして分析されずに説明されただけでは何も見える化したことにならないと思う。我々が一連の経済・財政一体改革推進委員会の中でいろいろと議論を行って、提言してきたことが、どのようなインパクトを持ったのか、または持たなかったのか、どのように変わって、どのように変わらなかったのかということをもう少ししっかり分析、提示していただく必要があると考える。

このことがそれほど簡単でないことは事実なので、詳細な実証分析のようなものがすぐには出てこないということは十分に承知しているが、恐らくそのようなものが何もないと、

見える化にはならないし、改善にはならないのだろうと思う。

そのほか、例えば普通調整交付金の箇所、骨太の方針に示されているが、反対の意見があり、引き続きさらに議論を深めるという説明があったが、何をどうするのか、議論を深めるとは具体的に何をするのか。例えば、この部分であれば変えられる、この部分は変えられない、あるいは先ほど委員から言及があったウィン・ウインの関係を構築していくにはどのようにしたら良いか等のものが何もなく、ただ今後の取組方針として引き続き議論を深めると説明されると、これは取組方針ということには全くならないと考える。本日はそのような説明が多かったと感じる。問題は難しいが、引き続き議論を深めるでは、一体改革推進委員会のワーキング・グループの資料としてあまり適切ではないと思う。もう少し記載を考えていただきたい。

続いて、医療DXに関して。紹介いただいたように総理の発言があり、大きく変わっていくのではないかと。ただ、本ワーキング・グループで何かを言えるということではなく、様々な会議で引き続き議論がされ、進展していくという記載は不適切。医療DXに関しては、委員の方々から既に指摘のあったとおり、データを使うこと、DXすることの国民側のメリットを打ち出していないと、様々なところで反対意見が出てしまうのではないかと。

それを通じて、既に委員から言及されているが、我々は相当前のデータを見て、新型感染症でこのようなことが起きていましたという話を説明されている。難しい面があることは理解できなくはないが、このようだと今起きていること、これから行うことがなかなか分からない。こうしたデータ活用を通じて、医療そのものだけではなく、全体としてより適切にデータを把握でき、それに基づいて政策が回っていくようにしなければいけないと感じる。感想に近いが、一体改革推進委員会として、しっかりやっていかなければいけないと思っている。

○委員

主としてマイナンバー関連と医療DXについてコメントしたい。まず、資料の43頁。マイナンバーカードの普及には三段階あり、各々の状況を観察しているとある。「1. 顔認証付きカードリーダー申込数」から「2. 準備完了施設数」、「3. 運用開始施設数」に流れているが、「1.」のパーセンテージが「3.」まで行って、さらにそれが100%近くになることが大事だが、それぞれ「1.」から「2.」、「2.」から「3.」というところにかけて、ボトルネックとして把握されているものは何か、お聞かせいただきたい。また、その認識に基づいて、どのような施策を打とうとしているのか。それらがなければ、ただ観察して報告するのみになってしまう。

続いて、資料の44頁の③。診療報酬の話となるが、加算の扱いの見直しを行ったことは大変良いことだと考えるが、この問題はマイナ保険証を利用すると負担が上がる形に従前になってしまっていたところを直したということ。この件は、本来のマイナンバーカード普及の目的に対してブレーキを踏むような政策がなぜ出されたのかということをしかり理

解することが、次回から、より上位の政策目的に対して下位の政策アクションがブレーキを踏むことがないようにするための一つのポイントだと考える。何か見解があれば、簡単にお聞きかせいただきたい。

続いて、資料の48頁。データ連携は厚生労働省が普段管轄しているデータベースについて説明がされたが、医療DXを進める場合はもともとあるデータをつなぐだけではなく、例えばまちづくり等の様々な外のものとの連携が大事だと思っている。この資料の中はこのようであっても良いと思うが、外側にそのような環境があることを明確に認識したほうが良い。このことは医療DXに関わってくる話。資料の51頁にも関係するが、まず、DXという言葉の意味をしっかりと理解したほうが良い。通常、デジタルイゼーションとは業務サービスを提供する側の業務の効率化、コストの縮減。DXはそれを踏まえて、そしてそれを乗り越えて、ユーザーのサティスファクションを向上するということにより多くの意味があり、世界の多くのプラットフォーマーはそのようなことを行って成功している。日本も医療の分野でDXを進めることになると、先ほど委員からも言及があったが、国民、ユーザー、患者等のサービスの利用者についてのメリット、必ずしも狭く見る必要はないが、例えば医療の向上、手続きにおいてストレスフリーになること、医療行為の質が上がること、患者が支払うことになるコストが下がること等で国民の幸福に結びつくようなことが生まれなければいけない。そのような意味でも、データの縦の連結、横の連携のようなものも含めて、その前の話となるが、どのように結びついていき、どのような社会をつくっていくのか。その中で医療DXがどのような役割を果たすのかについての理解をしないまま、進捗状況の左側のところをただ単に詰めて、その結果をこの場で報告することでは、世の中が変わったように思えないという結果につながるのではないかと思う。

その一つのポイントとして、すぐに取りかかれるものについては経済対策に盛り込む。ランダムに盛り込めば良いというものではなく、「すぐに」というのはイメージを持たないと厚生労働省としても動けないと思うが、何を盛り込むつもりなのか、何を後回しにするつもりなのか、どのような工程に基づいて、最終形をどのような形に持っていくのかについてのイメージをお持ちかどうかということについてお聞かせいただきたい。

○委員

2点申し上げたい。まず、先日の一体改革推進委員会でも申し上げており、また既に委員の方々から指摘されているが、資料の4頁の医療費の地域差に関して。医療費の地域差は国民医療費ベースのため、新しいデータが2020年、21年にアップデートされたとしても、新型コロナウイルス対策の公費はこの数字には反映されない。また、資料12頁の特定健診やがん検診などの地方自治体が主体となっている公衆衛生も国民医療費に含まれていない。予防・健康づくりなどの取組を評価するという言葉が何度も出てきているが、そのような費用は国民医療費では分析できないことから、そのことは何か違うデータを使う等の考慮をする必要があると思う。

また、OECDのヘルス・エクスペンディチャーを見ても、他国は2021年度に関して詳細な医療費を報告しているが、日本は最新のものが2019年となる。この辺りはレセプトも電子化されているので、迅速に出していかないと国際的にも恥ずかしいといつも思っている。

二点目は、本日の説明を踏まえ、公的データベース等は色々と充実してきていると感じるが、費用については経常支出だけであり、資本形成の統計について、日本はどの程度まで把握しているのかお聞かせいただきたい。新型感染症でよく知られることになったが、日本は人口当たりの病院の数や病床数が多く、高額医療機器なども非常に多い。数だけではなく費用の観点からも分析する必要があると考える。だからこそ、資本形成に関しても統計をそろえていただきたいと考える。

○委員

3点申し上げたい。一点目は地域ごとの医療費の差異について。既に多くの委員の方々から言及されている点となるが、入院分の規模が大きいことが分かったことは良いとして、それは例えば同じ疾病の平均入院日数が長いという事情なのか、入院件数自体が多いということなのか、あるいは他の地域では通院で医療を受けているようなものが入院しているということなのか。この辺りの分析が進められているのかどうか。分析結果によって対策の方法は違ってくると思うことから、そのような分析がしっかりとできる体制を構築していくべきではないかということも含めて申し上げたい。

二点目は医療DX関係。様々なところでよく発言していることとなるが、デジタルイゼーションは、アナログをやめてデジタルに統一していくことが非常に重要であり、そのことを行わない限り、アナログとデジタルのシステムが二系統走ってコストが増えるだけとなる。現状の日本社会のデジタル化が進まない一つの大きな事情はアナログのシステムが便利過ぎるところに結構あると考える。医療保険も同様で、医療を受けるときにプラスチックカードの保険証を持っていき、見せれば良いというシステムが非常に便利なので、それをマイナンバーカードによるオンライン資格確認となると、多分、時間も手間も通常の人々にとっては増えると思う。マイナンバーカードのシステムを進めるとすると義務化しかないということが多分状況としてはあると考える。2024年が適当かどうかは別として、私は義務化していくことについては賛成している。

このことは医療DX化全体についても意識する必要がある、善良な市民の方々、しかも安定的な生活を送っている市民の方々に、自分の健康情報もしっかり管理できる人たちにとって、この資料に書いてあるようなことは全然響かないと思う。オンライン資格確認は時間と手間を要するだけ、健診データが参照できるといっても、既に自分で手元にファイル済み等。

三点目として、本当にポジティブなことが並べられるのであれば、メリットとしてしっかりアピールするべきという委員の指摘は正しいと思うが、私は、医療DX関係について、当たり前のことをしっかりと行うことが主目的であることを正面から国民の皆様に説明し

たほうが良いのではないかとも思っている。つまり、オンライン資格確認は偽造や拾得された健康保険証の不正利用防止に効果があること、医療DXによって受診情報を様々な医療機関を通じて見られるようになることにより、不正または不当な頻回受診を抑制する効果があることから、健全な市民の皆様には若干のお手間をおかけすることになるかもしれないが、ただ乗りしている者をはじき出すことによって最終的には皆様にメリットが生じることを正面から伝えたほうが良いのではないかと思う。

もちろんこのことを行うと社会的なハレーションが出ると思うことから、その点を踏まえてどのようにアピールしていくかは難しい課題と思うが、意見として申し上げたい。

○厚生労働省

まず、ご指摘いただいた医療費の地域差のデータについて、先ほどの説明のとおり、本資料の地域差のデータは国民医療費の確定後に地域差の分析になることから、遅れたデータとなっていることについてお詫びをしたい。最新の令和2年度の医療費の地域差は12月に公表される予定のため、そのときにお届けしたい。

なお、コロナ禍の影響についてもご指摘いただいたことから、その点についても説明したい。令和2年度、令和3年度のコロナ禍の医療費については、全体の状況として、基本的に令和2年度については、全体としての概算医療費が前年比でマイナス3.1%となっている。逆に、令和3年度については、令和2年度に比して4.6%増加している。これを2か年でならずと、概算医療費でのベースとなるが、1年当たりの伸びについては0.7%の伸びという形になっている。コロナ禍の影響が地域差にどのように影響するのかは、これからまたさらに分析することになると思うが、コロナ禍においては、入院と外来という中では令和2年度の外来の医療費が相当に下がっている。また、コロナ禍においては診療科別に見ると、令和2年度においては小児科、耳鼻科が大きく下がり、令和3年度においては小児科が上がり、耳鼻科が少し上がったというような傾向を示している。これがそれぞれの地域においてどのような反映をしていくのか、また、それまでに取り組んできた地域の取組がコロナ禍においてどのように出てくるのかということについては、今後分析をして、お示しをしていきたいと思っている。

続いて、地域差についてしっかり分析するべきだというご意見を多く頂戴した。基本的には委員の皆様が言及されたとおり、地域差のKPIの対象となっている都道府県が22県あるところ、本資料の2019年の時点で地域差の指数が半減となっている都道府県は石川県と宮崎県になるところまでは判明している。今と同じペースで地域差が減少した場合、2023年の時点で地域差が半減する見込みとなる県は広島県となる。逆に地域差が増加している都道府県は東京、京都、大阪、兵庫、和歌山、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、熊本、大分、鹿児島県の14の都道府県となっている。このような形となるが、何が一番寄与しているのかというと、委員の方々から幾つかご指摘があったように、入院の寄与が高い状況になっている。

地域差の縮減に向けて各地域がどのように取り組めば良いのかについては、都道府県、保険者協議会が分析を効果的に行えるように、他の県と比較した分析を行うことができる、主要疾患別の受療率、一人当たり日数、一日当たり件数、都道府県別、2次医療圏別、その都道府県の医療圏ごとの年齢階級、男女別にデータを集計したもの等のデータセットを提示し、また、有識者を交えたデータ分析、分析に係る人材育成の取組というようなことを促進することにより、各都道府県が分析し、地元の課題について検討していくことを後押ししてきた。

また、医療費適正化計画に基づいて幾つか例示を頂戴したが、未病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、重複多剤投与の適正使用の取組も進めている。そして、後発品の使用促進については、かなりの県が8割を超えるところまで伸びてきているという状況にある。そして、それが目に見える形にできるように、それぞれの県の取組やそれぞれの保険者の分析等も全てホームページで公開していくという形にし、自分の県、もしくは自分の市町村が他のところとどのように違ってくるのか見えるようにしているところとなる。

しかし、それだけでは足りない部分があって、委員からもご質問があったように、例えば単に入院といっても、平均在院日数が長いのか、それとも同じ疾患で長いのか。このような分析が必要だろうという委員からのご指摘については、そのとおりだと思っている。まさにそれをできるだけデータや分析をする必要があると考える。今回、医療費適正化計画の論点の中で白内障の説明をしたが、それ以外にも例示として、例えば、外来化学療法について、同じ化学療法を入院で行うのか、外来で行うのか、この比率が都道府県によって相当異なる。医療費にすると、同じ治療を行うも関わらず、入院の場合、一日当たり最低でも入院医療費は2万から3万円を要するため、10日間入院すれば約30万円の医療費が差として出てくることになる。

では、全ての方々にとって外来で行えば良いのかというと、それぞれに違う状況がある。地域によって、外来化学療法ができる施設があるか、そこにアクセスができるか、何らかの医療機関の意向が働いていないか。また、患者が通院するにあたり、仕事と療養の両立という意味での職場の理解が進んでいるのか。これらのようなことも含め、医療費の適正化、医療の質の向上をしっかりと協議して進めていくことが必要であり、今回のワーキング・グループにおいて、そのような幾つかの視点から分かりやすく、そして、医療費の差の部分を縮めるために分かりやすいツールを提示できるようなものを選んで提示した。

また、医療費の分析をしやすく、そして、医療費適正化に取り組みやすい、このようなものを通じて医療費の質の向上につながるような取組を医療費適正化計画の中で提示していきたいと考えている。

もう一点、普通調整交付金の関係について、検討しているだけでは話にならないとご意見を頂戴した。進捗していないことについては、一層頑張りたいと思っているが、6月に骨太の方針が出されてから、我々としても市町村、都道府県のそれぞれの協議会等に対しても、どのような形であれば普通調整交付金の調整を含めていくことができるのか

について議論を実際に交わしており、そして、どのような形なら良いのかということも含めて議論を行ってきている状況となる。結果が出ていないことについては反省しているが、そのような形で進めている。

なお、各都道府県、市町村の地域差を埋めていくような適正化については、市町村においても、都道府県においても、その方向で進めていくことについて賛同を得ている。そのあたりの国保の運営方針の体制についてはしっかりと進めさせていただきたい。

続いて、インセンティブ制度の関係について、それぞれの自治体、平均値以下の自治体を引き上げるといったことについて幾つかご提案を頂戴した。また、県が協働事業等により行っていくことや指導することについても、手引き等に取り組むや評価等のところで分かりやすく入れ込んで提示をし、後押しをしていきたいと思っている。

続いて、マイナンバーの関係、オンライン資格確認の関係で、資料の43頁の「1.」、「2.」、「3.」のそれぞれのハードルについてご指摘をいただいた。まず「1.」の顔認証付きカードリーダー申込数に関しては、例えばカードリーダーをそれぞれにおいて生産を行っていることや夏前までは受注生産であったこと等に問題がある。つまり、依頼を受けてから生産するのでは遅くなることから、国としても幾つかの会社に対して指示を出し、事前に生産をしてもらう。カードリーダーが申込みから医療機関に行き渡る道筋を提示した上で、現在これだけの量をそれぞれの会社が受け付けており、生産しているため、ある会社に申し込めば、今、残り何個あるといったことを、ホームページで見やすくする。そのため、医療機関に対しては申込みの期限、手元に来るまでにどの程度の時間を要するのか等をもう少ししっかりと提示し、企業に対しては事前に生産することを指示しているところとなる。また、このような仕組みについて、医療機関にオンラインで説明会を行っている。

次に「2.」の準備完了施設数に関しては、カードリーダーが医療機関に届いてから、その仕組みを利用して情報を確認するところに至るまでの間に院内システムを整備すること等が必要になる。ベンダーが入っていかなければいけない部分がある。それらのベンダーについても速やかに動けるように、ベンダーの中の情報共有を我々から指示し、毎月連絡を取ることを行っている。

最後に「3.」の運用開始施設数については、その体制の構築、またオンライン資格確認するだけではなく、そこから医療情報を診察のときに得るといったような仕組みをしっかりとできるような形を医療機関の中で研修していただくこともお願いをすることで進めている。

また、オンライン資格確認のメリットに関しては、確かに委員の方々が言及されたとおり、患者の皆様非常に分かりやすくメリットを提示できなければならないと思う。例えば、これまで医療機関、薬局でのオンライン資格確認の際に特定健診の情報と薬剤情報が閲覧できていたが、本年9月11日以降、マイナポータルによる場合も含め、診療情報についても閲覧ができるようになった。また、内容の拡充として、例えばマイナポータルにお

いてはどのような医療機関を受診したのか、薬剤はどこで受け取ったのか、受診歴、そして診療の年月日、診療識別、診療行為名、調剤行為名、特定保険医療材料、どのような保険材料を使ったのか等もご自身で確認ができるようになった。しっかりメリットとしてアピールをしていきたいと思っている。

一方で、義務化も考えれば、不正なアクセス等を防止する機能があるといったことについてもアピールするべきではないかというご意見については、確かにそのような面もあることから、オンライン資格確認をすることによって、重複受診だけではなく、それ以外の不正なものを防止することもアピールすることを検討していきたいと思う。

最後に一点、なぜ4月に診療報酬がつくられたときに、マイナンバーカードの利用に逆行するような政策が生まれたのかに関しては、正直なところ、診療報酬をつくる際に深く考えていかなければいけないことだと思うが、通常、診療報酬をつくる際には、医療機関にコストがかかるようなものに関しては、その分を診療報酬で見ることになる。一方で、患者の皆様から見たときにそれはマイナスのインセンティブになるのではないかという視点をしっかり検討する視点が足りなかったということの一つあると思う。このことは、お薬手帳を導入した際に、当初お薬手帳の確認等をする点数を付与していたのだが、それが逆に普及促進の邪魔になるため、お薬手帳を持ってくれば逆に診療報酬が下がることでインセンティブをつけるように逆に変わったといったような経緯がある。このような経緯をしっかりと把握した上で設計をしなければならなかった。深く反省している。

○厚生労働省

幾つかのご指摘についてお答えしたい。まずはDX関係で一番多く頂戴した国民側のメリットをしっかりと出していくようにというご指摘について。DX直接ではないが、例えば先程の診療報酬のオンライン資格確認も含めて、まずは今、先ほどご紹介した医療DX本部を立ち上げたところ。その中で工程表を作成し、プラットフォームの整備を行っていく中で、実際のユースケースを位置付けしていけるようにと思っている。

DXについては、ほかにもデータがあること、ユーザー本位であるべきというご指摘を頂戴した。なお、DXはデジタル・トランスフォーメーションであり、仕事や社会、生活等の質を変える、スタイルを変えることがデジタル・トランスフォーメーションであって、単なるデジタル化、デジタルイゼーションではないとのご指摘はDXの関係で基本だと我々も認識している。

医療DXで考えた場合、保健、介護、医療の各段階があるが、様々な発生する情報データその他を、できればクラウドだと思うが、デジタル最適化された基盤を通して共有化していく、外部化していく、共通化・標準化していくことで、国民の皆様のご自身の予防の促進や、より良質な医療ケア等につなげられるように社会や生活の形を変えることが、医療DXの目指す姿だろうと考える。そのため、まだイメージとして1枚お示ししただけとなるが、このようなものにつなげられるような基盤をどのようにつくっていくかだと思ってい

る。

その関係で、資料の最後の頁にお示した図にも記載されているが、自治体等との連携、要するに我々が医療として見ているような部分の医療機関の中にあるデータが、行政が持っているものもあるが、自治体や民間のデータともいずれ連携ができるようにということも視野に置いて開発をすべきなのだろうと考えている。そのようなことも含めて考えたいと思う。

また、経済対策に盛り込むイメージはあるのかというご指摘を頂戴した。この点については、今、経済対策の取りまとめのところで調整中となる。我々は基本としては基盤整備や開発等、前倒しで急ぎ着手するものというイメージはあるが、調整中であり、現段階において、お話は差し控えさせていただきたいが、その点はしっかりと認識をしていきたいと思っている。

続いて、ジェネリックの使用促進で80%の目標をまず行って、要するに物が行き渡らないとその次の検討はなかなか難しいことから、行き渡らせることを目指すという経緯が以前あった。全都道府県でも80%という形で伸ばしてきてここまで来たが、逆に国民の皆様や医療現場からの不信感を買わないように、安定供給や品質を確保しながら進めるようになってきたが、無理をして事故を起こした企業があり、安定供給に今、多大な支障が出ている。そのようなことも含めて、どのような形での安定供給ができるかについても併せて検討しており、ご指摘のあった長期収載品のお話も含め、今後の在り方についてしっかりと検討していきたいと思う。

○厚生労働省

介護保険についてお答えしたい。介護保険は市町村が保険者となっており、その自治事務と位置づけられている。したがって、地域差を解消していくに当たっても、このような保険者をしっかりと動かしていくことが重要となる。介護は医療と違い、生活支援の側面があることから、都市部なのか地方なのか、地方も様々な地方があるため、生活環境等、地域ごとに様々な特徴がある。また、家庭環境や世帯構成等により必要となる介護サービスが変わってくる。このような事情があることも事実。

その中でも、合理的でない地域差については縮小していく必要があるというご指摘はそのおりであり、我々もしっかり取り組んでいきたいと考える。

取り組むに当たっては、資料に記載の保険者機能強化推進交付金や介護保険保険者努力支援交付金、いわゆるインセンティブ交付金により、保険者にインセンティブを与える交付金を通じた政策誘導、そして、不適正な、または管理不行き届きのような保険給付が行われてはならないことから、保険給付の適正化を促す重要なツールとして動かしていきたいと考える。

委員からご指摘があったが、行政事業レビューでインセンティブ交付金の在り方等を取り上げていただくことにより、自治体やその利用者の意識が上がることにつながれば、不

合理的な格差縮小の方向に向かっていくのではないかと考える。これまでも諮問会議等の指摘を受け、インセンティブ交付金の中で地域差縮小に向けた指標を盛り込むことなどを行っているが、そのような中で、資料のとおり、年齢調整後の介護給付費の最大・最小比は、緩やかではあるが、減少傾向になっているのではないかと思う。

委員の方々から地域差の分析が必要ではないか、また政策のインパクトをしっかりと評価して取り組む必要があるのではないかとご指摘を頂戴したが、全くそのとおりであり、重要なツールであるインセンティブ交付金の在り方、介護保険給付の適正化については、現在、社会保障審議会介護保険部会で重要なテーマとして議論いただいている。

とりわけインセンティブ交付金については、別途有識者、そして保険者となる自治体の関係者にも参加を願って、その指標の在り方、活用方策の在り方について検討をお願いしている。

また、軽度の認定率や給付のばらつきのようなところも重要だと委員からのご指摘も全くそのとおりであり、今後、高齢化が一層進み、第1号被保険者は65歳以上であるところ、全体として全国平均で認定率は2割弱、85歳以上になると6割近くになってくるのが実情。人口の固まりがこれから一層上がっていくにしたがって、介護予防をすることが、キャパシティを維持して介護保険制度を維持する上でも非常に重要となることから、このインセンティブ交付金にとどまらず、地域支援事業や、介護予防において各自治体に置いている地域包括支援センターの活用が非常に重要になってくると思う。あらゆるツールを使って取り組んでいきたいと考える。

○厚生労働省

簡潔に2点だけ補足する。一点は、委員から言及された病床確保料の見直しの方針に関しては、新型感染症拡大の中で、地域医療や地域経済等を支えるために様々な支援措置が講じられてきたが、現状を鑑み、それぞれ出口戦略、アフターコロナを目指してどうあるべきか、様々に行っている。その中の一つとして、例えば雇用調整助成金の見直しも順次進めている。病床確保料の在り方についても、今後もまた新型感染症の再拡大というようなこともあり得る中で、引き続きその必要性は考えられる一方、新型感染症の医療体制の下で救急医療をはじめとして一般医療が逆に逼迫してきているというご意見もあり、どのような見直しがふさわしいのか、現在、政府において経済対策を取りまとめる、あるいは令和4年度の補正予算も議論されていることから、その中で議論がされている。

二点目、委員からのデータベースに絡み医療機関の資本形成のようなものをどのように見ていくのだというご意見に関しては、直接このデータベースの議論ではないが、現在行っている全世代型社会保障関係の議論の中に、公的価格の検討委員会を設けており、福祉従事者や医療従事者の処遇改善を議論する検討委員会がある。その検討委員会の中で、そのような処遇改善を図っていくことと併せて、いわゆる費用の見える化も進めていく必要があるのではないかと議論になっており、この夏に今後の取組の方向性として、例えば現

在の医療経済実態調査等の既存のデータをもっと分析し、積立金も含めて分布のようなものも分析していこうという方針である。また医療法人の計算書類なども、現在はデジタル化がされていない状況だが、そのような取組も着実に実施していこうという方向性を打ち出している。引き続き取組を推進していきたいと思う。

○厚生労働省

委員からご質問いただいた糖尿病の重症化予防の保健事業と医療DXの関係については、委員から非常に素晴らしいご提案をいただいたが、まず一点、糖尿病性腎症重症化予防プログラムは糖尿病であっても医療機関の未受診者、そして受診中断者を診療の状況から見て把握した上で、その方に受診を勧奨していくことを主とした事業になる。委員ご指摘のとおり、このプログラムは非常にコストがかかっているのではないかとということもあるが、その点については、基本的にこのプログラムがどのような効果を持つのか等、大規模実証事業の中で着実に検証していきたいと思う。

また、委員ご提案の医療DXの中で、かかりつけ医がデータ管理をし、それを見える化していくことについては、正直なところ、そのような形での次の取組については、非常に魅力的なご提案だと思う。それを予防、保健、医療のどの中で行うのか、また、それをどう組み込んでいくのかという点については、様々な有識者の方のご意見をしっかり踏まえて、どのように取り組んでいくのか考えてみたいと思う。

医療DXにおいて、ある意味、医療の取り組み方が変わってくるという、今まさにその時期にあることから、委員の方々から頂戴したご提案は我々も受け止めていきたいと思っている。宜しく願いしたい。

○委員

非常に丁寧な回答に感謝するが、重要なことのため、繰り返し申し上げたい。経済対策に何を入れるかについてはこれから検討することであり、回答を差し控えるとのことだが、結果としてどのように決着するかに関して、どこから順番に、手をつけていくかというときに、何に優先順位をつけるかに思想が表れてくると思う。その思想の前提として、どのような社会をつくろうとしているのか。ビジョンが前提になればならず、それがないと目の前に来たものを一つ一つ潰していって、早くできるものからやっていくというところに行きがちになる。これはDXではない。デジタルイゼーションであって、業務の効率化ではあるのだが、ユーザー目線のサービス提供者としての目線、プラットフォーマーの一翼を厚生労働省が担っているという意識から遠ざけてしまうのではないか。

私の観点は、もともと国民にはマイナンバーは付番されているが、政府としてはマイナンバーカードを一生懸命持ってもらおうとしている。これは何のためかといえば、マイナンバーカードがあることによって、国民の側から国のサイトにアクセスをすることになる。したがって、そこでのUXが極めて重要になってくる。

その結果としてデータの蓄積が行われ、政府が持っているものを統合するだけでなく、自らそこにデータを記入していくことがその次の段階としてあるのだが、それが回り回って政府側からのプッシュ型のサービスの提供というところに結びついていく。今あるものを束ねるというだけの発想ではなく、プラットフォームに対して国民が、表現が適切かどうかは別として、アディクティブになる。繰り返し、繰り返し見たくなってしまう、そこにアクセスしたくなってしまうような流れをつくらないと、つくただけになってしまうのではないか。

一つの視点として、その中でマイナンバーカードやマイナンバーに対して親しみを持ってもらうことが大事。そうすることで、いわゆるデータの連携や取扱いに関する根拠のない抵抗感が自発的に薄らぎ、日本全体の社会、経済のDXが進むというところに結びつく。その中の重要な役割を医療分野が担っており、私はそのことをまず理解していただきたい。個別に言えば、経済対策で何をするのか。もちろん基盤整備等が重要なことは分かっているが、本来何をしなければいけないのか、今できることは何なのか。その場限りだけではなく、すなわち経済対策が終わったらあとはもともとの工程表に戻るということではなく、また取りやすいものから取っていくということもあるのかもしれないが、それだけではなく、一定の思想とプロジェクトマネジメントの意識が表れてくるべきだと思った。コメントという形でさせていただく。

○委員

若干繰り返しになるが、地域差の半減、縮減という目標を掲げてこれまで改革を推進してきた立場から、現在の地域差の状態については、一委員としてかなり深刻に受け止めるべきと思っている。これまでこの改革は、データやツールを地域や保険者に提供し、そのことによりそれぞれが自分ごととして取り組んでいただくということを哲学の一つにしてきたと思う。当然にそれは引き続き重要なことだが、それではうまくいかなかったという点に立つと、これまでの取組と現状を分析して、どのような方策が効果的なのかということを見出し、取り組むメニューを国から提示することにも力を入れるべきではないか。各地域、各保険者からのボトムアップのアプローチに加え、国、政府からのトップダウンのアプローチももっと組み合わせなければ、多くの課題は解決に向かっているのではないかと思う。引き続きよろしくお願ひしたい。

○委員

活発な議論をありがとうございました。途中でも申し上げたが、本ワーキング・グループは経済・財政一体改革推進委員会のワーキング・グループとして、大きな改革のエンジンになっていかなければならない。そうでなければ委員の皆様が集まっていただいて議論する意味はなく、実態のデータだけを示していただくのであれば、その紙を配ってそれで終わりでも良い。本日の積極的な議論や提言等を是非しっかりと取り上げていただきたい。

以上が一点目。

続いて、二点目は既に本日申し上げたこととなるが、しっかりとした対応策が出てきてこそ初めて見える化だと思う。先ほど委員からも言及があったように、分析・評価が大事だと思う。地域格差の話だけではなく、全体にわたって必要なのだと思う。

ただ、この分析は、しっかり分析しようとする、データをしっかり集め、然るべき委員の方を集めて議論をすることになる。そうすると、そもそもまずデータが集まるのに時間がかかる。また、それで議論して分析するのに時間がかかる。政策になってくるにはさらに時間がかかる。それでは、新型コロナウイルスのデータもなかなか出てこないことからすると、この一連のプロセスを行っている間に5～6年はすぐにたってしまう。6年後になって何か改善策が出てきても意味がない。

もちろん今申し上げたような詳細なデータ分析は当然必要なので、引き続き行っていただく必要があるが、これだけでは一体改革推進委員会のワーキング・グループとしては責任を果たしたことになるかと思う。厚生労働省の方々にとっては、この会議だけではないため、大変なことは重々承知しているが、詳細なデータ分析を待つことなく、今まで行ってきたような政策あるいは取組が一体どれだけの効果を持っていたと思われるのか、またどこが良くなかったのか、どこに限界があるのか、どこをどのように改善していけば良いのか、およそのところは分かってくることだろうと思うため、およそのことになってしまいが、比較的早急に改善できること、あるいは早急に取り組めることをしっかり打ち出していくことが大事だと思う。ぜひ宜しくお願いしたい。

(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

<参考1>

<https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/21/index.html> にある通り、令和3年度まで都道府県別に医療費統計は出ている。