

第47回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2023年10月24日（火） 17:00～19:00

2. 場 所：オンライン開催

3. 出席委員等

主査	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	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	井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授

（概要）

議題（1）について、内閣府から参考資料5を、厚生労働省から資料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

年収の壁、それから医療DX、介護給付費適正化、医療費適正化の4点についてコメントしたい。

まず、13ページの年収の壁問題ということで、これに取り組んでいただくことは大変結構だと思うが、ここに書いてあるとおり、人手不足への対応が急務となる中で、要はいよいよ今に来て人手が足りないから何とか働いてほしいという、その意図が見えるということ。年収の壁問題自体は過去30年間、ずっと第3号被保険者問題はあったわけで、今になってようやく問題であったかのように騒ぐというのはちょっとどうかと思うが、これを持続的な対策にしていきたい。今は人手不足が急務だから、とにかく対症的にいろいろ給付をされるということだと思うが、将来的には働く方の層の厚みを増やすことが大事で、給付付き税額控除とか、より長期的に平等性・公平性を保つ仕組みを検討していきたい。

次に、医療DXに関して、まず30ページなどを見ると、全てのシステムがマイナ保険証をベースとして、ここで様々な情報を紐づけることが前提となっているので、令和6年秋というラインは堅持していただきたいということと、このリストを見ていると、どうしても医療機関サイド側の対応ということになってしまっていて、どうも患者にとって、ないし政策担当にとって何が見えるのかということが分かりにくい。

例えばこういった取組を進めてもなお、医療費の受診状況を迅速把握できるか、つまり

医療費がどれだけかかったのかを迅速把握できるかという点、中医協の資料などを見ても、何年の診療の結果はこうでしたみたいなことが6か月ぐらい遅れて出てくる。本来であれば、DXが進めば受診したリアルタイムな情報で受診状況の結果が出てくるはずであって、そういった迅速性が特にコロナなどを経験してより高まらないことには医療DXの意味がない。つまり、様々な政策をやってみたけれども、効果が測れるのは6か月遅れ、医療費がまとまるのは2年遅れということになっていては、何のための医療DXだか分からない。

似たような案件だが、例えば33ページにユースケースの図を見ると、包括的・網羅的で大変分かりやすいが、ユースケースの1に、意識不明のときにも履歴が分かる、迅速に治療を受けられるとあるが、履歴が分かったところで、迅速に医療機関を見つけてもらえるのか。つまり、医療機関側の情報開示が併せてなければ、患者の状況が幾ら可視化されても医療機関に搬送することはできないわけで、これを医療機関の情報の可視化にも活かしていただきたい。それこそが医療DXの本来の目的ではないかと思う。

次に、61ページの医療費適正化、第4期が始まるということでこちらに書いてあるが、例えば第3期、今走っている医療費適正化は、2023年までに6年間分で6000億の医療費適正化をするという計画を出しているが、今現在の進捗がちょっと見えてこない。各県のホームページで、どれだけ糖尿病の透析が減ったかとかいったことはグラフになっているが、それもまとめている県とまとめていない県がある。この辺りを、今までやってきている政策の検証の下に次の医療費適正化計画の適正な道筋を出していただきたい。

4点目、74ページの介護給付費適正化について、5事業というところでここ何年か走っているものの踏襲になっているが、例えば項目を見ると分かる通り、介護給付費適正化の効果が額としてはトータルで10億足らずということで、これでは点検の費用のほうがかかるのではないか。例えば介護給付費通知を通知するとなると、700万人の認定済みの受給者の対象の方に通知するとなると、それだけでも7億円ぐらいの郵送費が2年に1回送るだけでもかかるところにおいて、0.01億円、100万円ぐらいしか適正化効果がないとなると、エビでタイを釣るのではなくて、タイでエビを釣っているような、何のためにこの適正化事業をやっているのだろうと。適正化事業をやるほうがずっとお金がかかるのでは本末転倒になるので、もう少し効果の測り方とか、何と何を比較してこの数字を出しているのかとか、根拠を明確にしていきたい。

○委員

1つ目が、10ページの働き方に中立的な社会保障制度について、当面の対応策としては被用者保険の適用拡大が重要だと思う。それはそれで進めていただいていると思うが、赤の囲みの中でもあるように、必ずしも被用者性がないような働き方もこれから増えてくると思う。そうすると、被用者保険の拡大で適用し切れるかどうか、ちょっと難しいなという面があるかもしれない。

そこで、ここで括弧は書いていないが、2番目にデジタル技術の活用について、最終的には、どういう働き方でお金を稼いでいても、得られた所得に連動する形で社会保険料を払っていただくという仕組みを目指さないと無理ではないかなと思う。これが1つ目。

2つ目は、委員もおっしゃった年収の壁の問題について。15ページを開いていただきたいのだが、まさしくこれが現在の対応に対する問題点である。厚生労働省の担当者も、今回の2年間の暫定措置はまずいのではないかという非常に正直なコメントがここに書いてある。これも委員がおっしゃったように、この問題はもう少し本格的に腰を据えて考えないといけない問題で、第3号被保険者問題に直結するので、2年間の時限でどれだけ議論できるかは分からないが、第3号の問題まで踏み込んで見直す必要があると強く思う。

3番目、在職老齢年金、在老の問題。18ページについて。これも前回の見直しでは、低在老は変わったが、高在老はそのままになっていた。そのときの理由としては、所得の高い層を支援するという仕組みになってしまうため、ちょっとまずいのではないかという反論の根拠があったと思う。その一方、70歳まで働ける人はがんが働きましようということを行っているわけで、今までは敷居にならなかったところに、敷居になってしまうという人がこれから出てくると思う。ですから、高在老も撤廃の方向に進めるべきだろうと思う。所得の高い人に対する措置は、公的年金等控除等、税制で対応すべきだろうと思っている。

4番目、医療DXについて。26ページでは全国医療情報プラットフォームという仕組みが説明されており、こういうことを目指していますというような議論がされているが、医療DXのメリットは、普通の国民にはなかなか身近なものとして感じられないと思う。一番重要なことは、幾つかあるが、二次利活用だと思う。これで公衆衛生の在り方、あるいは医療の分野の技術開発にかなり大きなインパクトがあると考えられる。ですから、この一体改革でも、もうちょっと時間はかかるかもしれないが、得られたデータ、まさしくビッグデータを使ってどのように改革を進めていくかというのは、本格的に議論を進めておく必要があると思う。

先ほどの話だと、ワーキング・グループが出来上がるということで、非常にすばらしいことだと思うが、社会科学をやっている人間から言わせると、医療の情報だけではなくて、社会経済関連のデータも併せて分析できるような枠組みをつくっていただきたい。全面的にそういう大きいデータをつくるというのは難しいと思うが、厚労省が既に持っているデータをマッチングするようなことで、できるだけ医療と社会経済のデータを合わせて、よりよい医療サービスあるいは技術開発を進めるような工夫が必要なのかなと思う。

○委員

説明をいただいた項目の順に、何点か意見を申し上げる。

まず、働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくりの推進に関しては、基本的に、希望に応じてできるだけ長く、年齢に関係なく働き続けられる社会の構築が重要であると

考える。年金に関して申し上げれば、就労期間をできるだけ延ばして受給開始時期を後ろずれさせると所得代替率を引き上げることができ、寿命が延びる中では受給期間も今より延び得るということをもっと国民全体で共有すべきである。

その上で数点申し上げると、第1に、短時間労働者の適用拡大をさらに進めることが基本線だと思うが、労働時間要件や企業規模要件を見直した場合に、より被用者性の薄い労働者やより小規模・零細な企業がどのように行動するのかを見極めつつ、年収の壁への対応と併せて適用拡大の検討を深めていただきたい。

第2に、年収の壁への対応については、他の委員も指摘された資料15ページに示されている原理原則の問題に加えて、これまで努力して壁を乗り越えた労働者やそれを後押しした雇い主との公平性にも配慮いただく必要がある論点ではないかと思う。

第3に、在職老齢年金に関して、年金は受給権であるとはいえ、そもそもは稼得所得を失ったときのための保険であるという基本を踏まえた上で、就労インセンティブへの影響をデータで実証的に確認した上で議論を進めていただきたい。さらに、先ほど他の委員も言及されたが、税制上の公的年金等控除の在り方や年金のクローバックの是非など、総合的に検討いただく必要があると思う。

第4に、資料には明記されていないが、今後の年金改革で現行の40年拠出モデルを45年拠出モデルに進化させる場合には、基礎年金に関する国庫負担の財源問題が当然に浮上するだろうと理解している。その点も、そろそろ正面から議論を行うべきではないか。

次に、医療DXについて、工程表に従って進めていくということだと思うが、全国医療情報プラットフォームの構築に向けては、オンライン資格確認の運用開始は義務化対象の94.6%に至ったということであるので、あとは人々にいかにマイナ保険証を使ってもらえかが残っているのみだと思う。8月8日に示されたマイナンバー制度等に関する政策パッケージには、「より適切な医療を低い窓口負担で受けることができる」という記述もあったので、医療関係者の皆様の理解も求めながらではあるが、マイナ保険証の利用を促す強いインセンティブを診療報酬上で設定することを検討すべきではないか考える。

また、かねてこのワーキングで何度か申し上げているが、「より良い医療」というのが一体何であるのかが示されず実感もないままでは、マイナ保険証は普及しないと思う。その点で、マイナ保険証に関する信頼回復、不安払拭は必要だが、それだけでは不十分であり、例えば導入がまだまだ遅れている電子処方箋を一気に普及させて、問題のある重複投薬や多剤投与を減らすといったこと、高齢者のポリファーマシーが問題になっているので、例えばそうしたことに本格的に取り組んでいただく必要があると思う。今、医療機関へ行くと、会計の際に紙の処方箋をもらって、それを自らが門前の薬局に運ぶということが当たり前のように行われているが、そこが変わると人々の意識も相当変わるのではないかと思う。

次に、給付と負担の見直しだが、まず医療費について、調整後一人当たり医療費の地域差是正は、公的医療保険としては、財政的な意味だけではなく、民主主義、平等、公平の

観点から引き続き極めて重要なテーマであるということをごらんでもこのワーキング等で申し上げてきた。

ただ、なぜ地域差があるのかということの分析については、今日、厚生労働科学研究を開始したという話がさきほどあったが、長年にわたって診療種別の寄与分解や都道府県別のランキングの提示などにとどまってきたように思う。今回はさらに2020年、2021年にはコロナ禍とその反動による地域差があるという話になっており、ますます地域差の実像がつかみにくい資料になっていると感じた。この点、コロナ禍の地域差要因を調整するとか、コロナ禍要因を除外するとかした分析を示していただくことはできないのかお聞きしたい。

医療費には地域差があってもよいのだという考え方もあるかもしれないが、ベースの部分の医療費は共通化すべきであり、それに加えてより多くの医療資源を投入しようという地域があるとすれば、その地域ではより多くの保険料が賦課されるべきで、いずれにしても地域差の分析と実態の把握が改めて重要になっていると思う。

その上で、医療費の地域差を是正するツールでもある医療費適正化計画についてであるが、直近、法律改正によってそのガバナンスがある程度強化されたと理解している。これまでの医療費適正化計画はどうしても健康保持の推進で医療費を適正化しようという思想が強かったように思うが、限られた医療資源や財源をどのように効率的に配分するかという理念を徹底していただいて、61ページに示されているような、医療資源の効果的・効率的な活用にあるメニューの追加をぜひ進めていただきたいと考える。

さらには、計画期間中に実際の医療費や個々の取組の進捗が計画と乖離した場合に、その分析に基づいて取組のブラッシュアップをするとか、保険料にフィードバックするとか、そういったところまで視野に入れた施策を目指していただくと期待している。

1点質問は、先ほど他の委員も言及されたように、第3期のときには機械的試算だけでも適正化メニューを実施した場合は概算で外来医療費が0.6兆円ほど適正化効果として期待できるということが示されたと思うのだが、今回はそういう数字があるのかなのか伺いたい。もし今回は、現段階でマクロ的な適正化効果の金額が示されないとしたら、それはなぜなのか。こうした目標で定量的な目安が示されないのは望ましくないのではないかとといった疑問にお答えいただきたい。

次に、介護保険については、春に申し上げた状況からあまり前進していない状況にあると思うが、利用者負担の2割の範囲、1号保険料の乗率の在り方と、保険料と公費の役割分担、それから老健や介護医療院の多床室の室料負担、これらの点について関係審議会などで確実に結論を得ていただきたいということを改めて申し上げたい。

また本来、介護についてはその3点にとどまるわけではなく、これは第10期の開始までに結論を得るということではあるが、ケアプラン作成に関する給付や軽度者への生活援助サービスに関する給付についても、議論を今から蓄積いただいて、再び時間切れや結論先送りということにならないようにしていただきたい。

介護に関しても質問だが、直近の改革工程表にも明記されていることとして、福祉用具

の貸与の在り方や、総合事業の上限制度の議論や対応の現状はどのようになっているのか。次回の本ワーキングでも結構なので教えていただきたい。

最後、職業紹介のテーマのところは、人材不足に苦勞されている介護事業者の立場からも大問題であるので、本来もっと早くから対応していただく状況にあったと思うが、今からでも集中的に取り組むべきだと思う。ただし今、介護人材のマッチング需要は非常に強く、紹介業者がもっと増えるとか、もっと業者同士が競争するとかいうことになって、職業紹介手数料も下がるはずである。そういう意味では、マッチングコストを介護報酬でカバーするという事は避けるべきと思う。いずれにしても悪質な事業者が排除されるような適正事業者の認定制度や相談窓口といった取組、それから説明のあったハローワークの機能強化は重要だと思うので、ぜひ進めていただきたい。

○委員

私からは2点、1点目は給付と負担を起点にしまして、4つの今回の検討課題を横断したコメントをさせていただく。

まず、医療費の適正化だが、地域差縮減や地域医療構想で電子処方箋など進めることと並行して、持続可能な社会保険とするために、費用自体の構造を変えていくことが必要かと思う。その際に、高額な医療費を防ぐことがQOL向上になるようにすることが大事だと思う。つまり、今までのようにワンショットごと、後追いで手を打つ形ではなくて、継続して、かつ、リアルタイムにモニタリングをする形にしていくことが大事だと思う。こちらはまさに医療DXが役立つところであり、昨今のオンライン診療の是正にもつながる。

実際に内閣府の見える化ポータルなどで見ると、特定健診の実施率、外来診療費の割合が高い地域のほうが全体の医療費が抑えられているという構造があるので、早い時期に保健事業や診療にのせて、脱落をさせないという重要性が示唆されていると思う。

早速取り組めることとして、かかりつけ医と保険者の協働によって、疾病の重症化機会を減らすこと、そして、資源の無駄を省き医療の質を上げていくことだと思う。

先ほど厚労省のほうから話があったが、来年度からデータヘルス計画が全国的に標準化されるので、まさに骨太2023に掲げられている第3期の6年間のデータヘルスの期間中に、その検証、エビデンスを蓄積するのがよろしいかと思う。

2つ目は医療DXのところなのだが、こちらの資料で、国民がより良質な医療やケアを受けることを可能にするということが目的として掲げられているが、恐らくそれだけを目指すわけではなくて、最近の内閣府のSIPなどを拝見していると、医療フィールドで大きなイノベーションが起こる予感がしており、医療コストの一部が確実に投資に変えられるのではないかと、医療DXではこういうことを意識していくべきだろう。今後、国内外への社会実装を確実にするために、ぜひ医療DXの推進と制度適用との連動を意識してほしい。

○委員

3点述べる。第1点は働き方について、高齢者に働いていただかなければいけないわけだが、年金等については今までの委員が言及したとおりだと思う。もう少し働くインセンティブがつくようなものでなければならない。

高齢者の働き方としては、恐らく1人の人が複数の仕事をパートタイムでやるというパターンも出てくると思うので、そうすると多様な働き方、複数の仕事を持ったときの保険料の設定の在り方とか、そういうことを少し考えないといけないのかなと思う。

高齢者の中には、結構資産所得のある方もいる。フランスは資産所得も保険料に適切に反映するために、それまでの労働所得をベースとした保険料ではなくて、全ての所得に対して保険料をかけるという一般福祉税という仕組みを入れている。高齢者から大きな反対があったわけだが、これから高齢者が増えること考えると、全所得に対して保険料をかけるというこのフランスのような考え方はどこかで必要なのではないかな。

高齢者が働く上で1つ大きな問題になるのは、高齢者が働きやすいような社会になっていないということで、具体的に言うと、結局高齢者は今、どういうところで働いているかを考えてみたい。多くの高齢者が、警備とか清掃とか結構きついところで働いているのだが、それは必要に迫られて働いている人がすごく多い。もう少し高齢者が働きやすいような、人間工学的な意味での環境調整みたいなところもやっていかないといけないのではないかなと思う。

次に、医療と介護を併せて言いたいと思う。医療DXにも関係してくるが、2つを合わせて分析をするという作業をもう少しちゃんとしたほうがいいと思っている。僕たちも少し大きなデータベースをつかって、医療と介護をつないで分析をやっているのだが、例えば要介護状態の悪化に関しては、大きな要因は2つ。1つは年齢、85歳以上はすごく悪くなる。もう一つは、肺炎とか心不全とか骨折とか脱水とか、いわゆる急性期病院に入院しなければいけないような病気にかかると、要介護度が上がる。

介護の現場では、そういう急性期のイベントを予防するようなケアマネジメントをやらなければいけないのだが、今、そういうケアマネイベントがほとんどできていない。そういう意味で、予防的なケアマネジメントを少しやっていかないと、医療も介護もなかなか適正化できないと思っている。

それと同じように、入院時のADLが在院日数にも影響するし、その後の退院先にも影響してくる。実際、医療と介護との間の情報連携が医療DXのところで一番重要になってくると思うが、そこは少し早めにやったほうがいい。

そういう意味では、既に函館で、市、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護、介護の人たちが一体となって連携をする仕組みをつかって、実際に動いて、運用マニュアルも全部ある。恐らくそういう実際うまくいっている連携の仕組みをベースに、情報連携の仕組みを入れて、それを医療情報プラットフォームの中に入れ込んでいくということをやっていくのがいいのかなと思う。

今までこれに関しては、私たちはたくさん失敗をしてきている。地域医療再生基金で地

域共通電子カルテなど、いろいろ入ってきたが、どちらかというとも研究者ベースでやっていて、お金があるときはそれが動いていたが、お金がなくなると結局現場の人たちにとってそれほど有用でないからそこで止まってしまう。研究者の視点でいろいろなものをつくっていくというよりも、現場で動いているものをベースにつくっていったほうがいいので、ここは少し考えていただけたらと思う。

特定健診について、特定健診データを分析すると、受けている人の年齢が、平均年齢は60歳を超えている。その人たちの過去1年間の受療状況とかを見てみると、実はもう7割の方たちが特定健診と同じ項目の検査を受けている。既に医療機関にかかっている人たちが特定健診を受けているという状況にはなっているのだが、ただ、それが悪いわけではなくて、そういうものも踏まえた上で、そういう情報に基づいてどのように健康管理をやっていくかということで、視点を切り替えていかなければいけないと思う。そういう意味で、特定健診と医療と介護とをつないで、より合理的な仕組みが動くような提案をしていくべきである。

給付範囲の見直しもそろそろ必要だろう。諸外国に比べて、日本の医療保険、介護保険は給付範囲がかなり広い。給付範囲を狭めるということは、国民の反対も非常に大きいと思うが、実は今日、この会議の前に国際講義をやっていて、オランダの若い先生から指摘された。「僕が日本人だったら、こんなに若い人が苦勞しなければいけないような仕組みは嫌だ」とはっきり言われた。欧米の人から見ると、日本はあまりにも若者世代とか子供世代に冷たくて高齢者に厚く見えてしまう。その意味で、これから労働環境の国際化も進んでいくので、少し国際的な視点からも日本の給付範囲の在り方を見直したほうがいいのではないか。

○委員

医療DXに絞って話をしたい。その前提として、参考資料3で配られている「改革工程表の改定方針と各WGの進め方(案)」の中で今、DXの話はインボイスだけではなくて様々な分野にある。参考資料3の1番目の一番下の政策横断的に予算・税制・制度改革等をパッケージにした取組の具体化に向けてという記載があるが、それは当然この社会保障ワーキングについても求められているものだと思うし、その下のKPIが定量的であること、そして実績値が更新可能ということは、モニタリング可能なKPIであること、これが包括的に本ワーキング・グループの議論に適用されると考えた上でDXの話をする。

23ページには、医療DXの推進による提供体制の改革による具体的な国民のメリットを推進するための取組として様々なものが出ているわけだが、私の今の前提を踏まえた見方からすると、KPIが非常に定性的なものであって分かりにくい。国民目線から見ても腹落ちできないものであって、医療に関する専門分野の方しか分からないような内容が多い。DXの目指すものの最終的なKPIの第1階層はこれでいいが、第2階層は何かといたら、医療費の総額の削減がその第一に上がるものだと思っている。

DXを進めることによって、コストに地域の偏在がある場合に、無駄な医療を適正化することができ、あるいは無駄なコストがかかっているものを抑制していくことが、DXによって行われるのだが、DXを進めるためにはAIをはじめとした要素を大量に導入しなければいけなくて、そのためには計算資源（GPU）の確保というようなものがある、その計算資源の確保というのが、ネーションワイドで見た場合、日本は大変遅れている。これは、このワーキングだけではなくて、AI戦略会議やデジタル行財政改革会議ではそのような議論が行われている。横断的な取り組みの検討の中で、DXを議論する場合には、まずそれを踏まえていかないと、個別各論における事例を並べる定性的な話に終わってしまう。

実際にDXの取組をした結果として、それがどこに効いてくるのか、いつ効いてくるのか。もちろんアジャイルに後から修正することは可能だと思うが、例えば40兆円台の医療費の1割が削減できるということになれば、その1割に相当する4兆円の政策資源を計算資源、GPUの確保に回すことも当然議論できるわけで、民間ではなかなかできないことだが、アメリカなどを見るとマイクロソフトやアマゾンといった企業は1社でそのような投資を行っている。日本はそこが後れているがゆえに、DXをやろうと思っても計算が遅い、ないしは対応できない、順番待ちになってしまう、結果的に言うとお題目になってしまうという部分があるので、横断的にという観点からすると、そういう視点を持って整理していかないと、漫然と書いてあるだけのDXの個別各論になってしまう。それが国民には刺さらないものになってしまうということなので、その見方を変える必要が私はあると思う。

以上です。

○委員

皆さんからかなり個別の突っ込んだ議論がされていて、また、厚労省からの返答を待つて少し議論をさせていただければと思っているが、私のほうでは大きな話を伺いたいと思う。冒頭、内閣府から総理の発言の紹介があったと思う。子ども・子育ての加速化プランの財源を捻出する歳出改革をしていかなければいけないということで、全世代型社会保障構築会議と経済財政諮問会議と連携して議論するという事になっている。

骨太方針を踏まえた重点課題を説明していただいているのだが、どのように子ども・子育て予算増額の財源に充てられるものが出てくるのかなというのが今日の話では分からなかった。いろいろな重点課題のうちのどれが歳出改革として予算増額の財源に充てられる候補として該当する可能性があるのかという辺りを説明していただければありがたいと思っている。

○内閣府

こども未来戦略方針に基づいて、3兆円台半ばの財源を2028年度までに確保するという方向になっている。その財源については、いわゆる支援金制度と社会保障制度の歳出改革、既存の予算の活用、この3つを合わせて検討することになっており、社会保障改革も3つ

の財源の一つと位置づけられている。

具体的な歳出改革の項目については、全世代型社会保障構築会議の中で、年末に向けて議論を進めるということになっており、そちらのほうで具体的な中身を検討するという段取りになっている。その前提としては、昨年、年末に全世代型社会保障構築会議の報告書という形で閣議決定されたものがあり、医療、介護、いろいろな項目が並んでいるが、その中で具体的に何をやるかというところについては、年末までに、全世代型社会保障構築会議の議論の状況を注視したい。なお、まだ具体的なものが決まっているという状況ではない。

○委員 諮問会議と連携してということを経理も言及しているのですが、全く何の情報も入らないということではなく、こっちでもしっかり進捗状況と歳出改革の取組の方向性を出していただきたい。

○内閣府

ご指摘のとおり、経済財政担当大臣の下で2つの会議がしっかり連携することとなっているので、適宜適切に情報を共有してまいりたい。

○厚生労働省

年金の関係について幾つか指摘いただいたので、お答えしたい。

まず、委員からは、人手不足の中で、今回の対策は一時的な対策ではなくて長期的な対策にしてほしいという意見をいただいた。また、働く人の厚みを増すということの意見をいただいた。

委員からは、当面の対応策として適用拡大してほしい、また、必ずしも被用者性がない働き方が拡大していく中では、デジタル構築によって得られた所得を連動する形の仕組みにしないとなかなか難しいのではないかと指摘をいただいた。

今回の年収の壁対策、腰を据えてやらないといけないので、第3号被保険者問題についてまで議論すべきという意見をいただいた。

在職老齢年金につきましては、撤廃の方向で進めていくべきではないかという意見をいただいている。

委員からは、希望に応じてできるだけ長く働ける社会をつくるべきという総論をいただいた後、給付開始時期を延ばせることは周知すべきだということ、また短時間労働者の適用を進めるということについて意見をいただいた。

年収の壁の対策については、既に壁を越えられた方々、また企業への公平性にも配慮すべきでないかという意見をいただいている。

在職老齢年金についても、可処分所得への影響、あるいはインセンティブへの影響も踏まえて議論すべきだと。また、税制上の対応も必要という意見をいただいている。

それから、この資料の中には明記されていないが、保険料納付期間を40年から45年に延ばすということについては、国庫負担の問題もあるという指摘をいただいた。

委員からは、高齢者にも働いていただくべき方向、また、年金についても働くインセンティブがあったほうがいい、1人の人がその仕事に就かれたときの保険料設定の在り方は考えていく必要があるという指摘をいただいている。

いずれも年金部会で、扱われている課題である。まとめて言うことは非常に難しいが、被用者保険の適用拡大をしていくという方向性自体は大方の有識者の方々の意見と一致していると思うので、それについては進めていく努力をしてまいりたいと思う。

また、在職老齢年金については、立場あるいは考え方によってかなり意見が分かれる問題であるけれども、データなどをよく提供して、議論が深まるよう努力をしてまいりたい。

そのほか、国庫負担の問題についても触れていただいた方がおられたけれども、まさにそれは課題であるので、今後検討を深めてまいりたいと思う。

○厚生労働省

医療DXの関係であるけれども、まず委員からは、国民、患者さんのメリット、それからスピード感といったような指摘をいただいた。

国民、患者さんのメリットは、委員からも、例えば電子処方箋の普及が大きなメリットになるのではないかと指摘もいただいたが、このところは患者さんや国民の皆さんに実感していただくことが大事かと思っているので、そうしたユースケースをできるだけ実際に増やしていくとともに、私どもも広報をはじめ医療DXについて国民に伝える努力を進めてまいりたいと思っている。

それから、スピード感の話であるけれども、今、基本的にはレセプトの情報で回っているので2か月後が基本になるけれども、進み始めた電子処方箋の情報を使えば、2か月後というタイムラグがなくなるし、これから電子カルテ情報の共有化も進めていくので、そうしたことによってもこのスピード感は早めてまいりたいと思っている。

次に、委員からいただいた二次利用が大きなインパクトとなるという話であるけれども、まさに先ほど申し上げたように、また、資料33ページの図では下側の赤いところになるが、二次利用の活用を進めていくということを取り組んでまいりたい。

その際には、先ほどワーキング・グループの話もしたが、いわゆる一次利用のところは個人の名前が入った件名の情報で回っているところ、二次利用は仮名情報なり匿名情報なりで回していくことになるかと思う。そういった意味で、個人情報保護法との関係整理など、二次利用として活用しやすくなるような取組を進めていきたいと思っている。

委員からも指摘いただいたように、こうした医療コスト、医療の情報は投資にもつながると思っているので、例えばデータを活用することにより、創薬、薬を作ることや、イノベーションに役立てていただくということが十分に考えられるし、アカデミアの研究でも役立てていただくというのが十分に考えられるので、そうしたところを進めていきたいと思っ

ている。

また、SIPの事業などとも連携をするように努めているし、このほかPHRの分野などでは、民間の会社の協力などもいただいているので、そうしたところも投資につながるようになるのではないかと考えている。

あわせて、委員からいただいた医療の介護との連携であるが、おっしゃるように現場視点、現場で動いている視点は非常に重要だと思っている。函館の例を挙げていただいたが、私自身は行けていないけれども、担当課長は函館の状況を見させていただいたりもしているので、そうした各地域で取り組まれている自治体のユースケースを非常に参考にさせていただきながら、実感のあるようなDXを進めていきたいと思っている。

それから、委員からいただいた無駄なコストの削減等についてであるが、工程表の中でも31ページに書いているように、基本的な考え方としては、医療機関等の業務の効率化、あるいは医療の効率的な提供を2行目に書かせていただいているけれども、そうした視点が医療DXでもあるのは当然である。その意味で、業務効率化、特に医療のいわゆる間接コストを低減させていくということが一つの大きな狙いかと考えている。

どのぐらい医療費、給付費に効果があるかというところは、現時点ではいろいろな取組が始まったところであるので、なかなか算出が難しいところはあるけれども、例えばクリニックで受付の方の人数が減ったというような事例も出ているので、そうしたものも踏まえて、実際の事例を積み重ねていきたいと思っている。

○厚生労働省

続きまして、医療費適正化計画の関係についてお答えしたい。

まず、各都道府県で取り組んでいただいているけれども、その適正化効果額について質問があった。これにつきましては、各都道府県で今、次の計画、それからこれまでの計画、取組についての評価等々をやっており、今後、厚生労働省といたしましても、各都道府県の計画を取りまとめていくということが次のステージの取組になるので、そうした取りまとめを踏まえ、取りまとめてまいりたいと考えている。

医療費の関係で、今回の資料でも令和2年度ベースの国民医療費のデータを示しているが、より迅速に分析していくということで、例えば国民医療費ではないけれども、概算医療費については令和4年度のデータを出しながら議論をしており、また、電算処理ベースと呼んでいるけれども、レセプトの電算処理したものであれば比較的早く集計が可能であるので、そうしたデータも示しながら議論いただいているというようなところもあるので、そうした取組も進めていくということである。

NDBの関係で、各方面から、NDBの申請をして提出まで時間がかかるということで、三百数十日かかるのではないかとというような指摘もいただいているので、現在、システム変更も含めて取り組んでいる。来年の秋を目途に期間の短縮をしていくべく取り組んでいるところである。

今回、医療費の地域差の関係で、コロナの影響もあるので、なかなか難しいが、全体的な疾病にどのような医療費が影響を与えているかということで、先ほどの概算医療費のほうで、医科ベースの医療費で例えばCOVID-19が主傷病である医療費につきまして、コードがあるので、そのコードの医療費を集計させていただいて、その影響を見るようなデータも別途提出しており、様々な影響があるので、影響を多角的に見るのは難しいところであるが、そうした分析については引き続き努めたいと考えている。

医療費の関係で、外来と入院の関係の指摘があった。今回の資料でも示しているが、全体的に見ると入院の地域差が寄与しているところが大きいと見ており、指摘のように外来との関係を見ていくことについても非常に大事である。今回の適正化計画においても、例えば従来入院で行われていたようながんの化学療法や白内障の手術についても外来のほうを進めていく。また、生活習慣病の予防を進めていくことによって、悪化をして入院につながるようなケースを防いでいくというのは、まさにこの適正化計画の非常に重要な柱であると思うので、入院と外来の状況もしっかり注視しながら対策を進めたいと考えている。

データヘルス計画についても指摘のとおり、データのポータルサイトをつくって、データに基づいて対策を進めており、そうした事例も今回の手引きでは充実をしているが、引き続きこうしたデータ収集、集積を図りながら、好事例を展開していきたいと考えている。

特定健診の関係について、委員のほうから貴重な意見もいただいたが、まさに現場での状況をしっかりデータとして集積をしながら、また、保険者がそれぞれの地域や保険者の実情に応じたデータ分析を行いながら、より効果的・効率的な予防事業をやっていくということは非常に重要だと思っているので、そうした視点を持ちながら、さらに進めたい。

○厚生労働省

委員から、適正化と費用対効果の内容がちゃんとバランスが取れているのかという指摘をいただいたが、介護給付費の通知に関する指摘について費用対効果が見込みづらいという意見もあったので、それについては全保険者での一律的な実施を改め、今回主要事業から外すというようなことをしている。まさに委員指摘のような本末転倒なことにならないように、しっかりと効果分析をしながら、適正化事業の内容については逐次ブラッシュアップをしたいと思っている。

委員から指摘のあった2割負担の範囲の問題、あと1号保険料の在り方、特に保険料と公費の役割分担の在り方、また、質・量の問題についてしっかり結論をとということであるが、今、関係審議会のほうで議論をしているところ。骨太の方針のほうでも、年末までに結論という形になっているところで、ここは関係者の方々の意見を丁寧に聞きながら、年末までに結論を得る形にしたいと思っている。

委員から、福祉用具貸与と総合事業の上限の在り方について、次回以降でいいのでということ意見があった。今日は担当課が来ていないため、また内閣府のほうと相談をして、適切なタイミングでワーキングのほうで状況について報告をさせていただきたいと思う。

福祉用具の関係は次回のワーキングで報告させていただきたい。

○委員

回答ありがとうございます。

さらに畳みかけるみたいで恐縮だが、3点また質問させていただきたい。

医療費を迅速に把握できるかどうかという点、他の委員から指摘があったと思うのだが、第4期の医療費適正化計画にどういったものに幾らという見込みが出ているのかという点、それから介護の適正化についてのさらなる問いという感じになる。

まず、電子処方箋や電子カルテを医療機関で整備して、マイナポータルで見られるようになれば、医療費がすぐにぱっと、いわゆる政策目的といったことのために把握できるのかなというところ、よく分からないところがあって、そういった道筋というか、例えば電子カルテで医療機関が標準フォーマットにしたようなものによって、今、レセプト、電算ベースで2か月かかっているものがどれぐらい短縮し得るのかというところの具体的な仕組みが分かれば教えていただきたい。

特に例えば電子処方箋なんかでも、今、せっかく電子化しているのに疑義紹介はいまだに電話でないとできませんとか、薬局側でそれを訂正できませんとかそのようなことで、電子化すれば既に全部が早くなるかということ、そうでもない。逆に疑義照会などが面倒くさくなってしまわないかというようなことも感じているので、その点、どういうエラーが起こっているのかなということも含めながら、可能な限りの迅速化を図っていただきたいと思う。

2点目は医療費適正化額、第3期では6000億という数字を出して、それがどういう形で出るかは今、積み上げ中ということなのだが、6年間の計画だったわけで、途中経過を全く把握していないということではないと思うので、現状でそれがどれぐらい達成できているのかということと、それを踏まえて、今後、医療費適正化の中で含め得るもので、例えば適正化見込み額というようなもので、事務局で試算しているものがあれば、ないしそのメニューなどがあれば教えていただきたい。

74ページで介護給付費適正化に関して質問したのは、ここに何億という額が書いてあるのだが、それは結局何と何を比較したのかが分からないということと、一番大事な要介護認定率の適正化を図ることの給付適正化効果はとても大きいと思うのだが、それがなぜ試算されていないのかということについて、もう一度説明をお願いしたい。

○厚生労働省

電子処方箋とか電子カルテ、医療の情報自体は早くなるが、費用はあくまでもレセプトに紐づいているので、費用についての把握が電子処方箋や電子カルテの共有化で早くなるわけではない。そこは説明が不十分だったかもしれない。

○厚生労働省

電子処方箋について、疑義照会が電話でしかできないという指摘については、医療機関、薬局の双方がチャットツールのようなものを導入している場合には、システム上でやり取りを行うことが可能。ただ、今そういったものが、医療機関・薬局にもあまり入っていない現状を踏まえると、電話等でやり取りを行っている例が多いと承知している。

○厚生労働省

医療費適正化計画の効果の関係であるけれども、先ほどの説明と重複するところもあるかもしれないが、都道府県におきまして、次期計画に向けた策定をして、今後取りまとめることとしているので、前回の第3期の適正化計画の時もそうであったけれども、全体取りまとめの中で約6000億円というような評価を示したので、今後取りまとめる中でそうしたほかの見込みについても示していけるものと考えている。

○厚生労働省

介護のほうであるが、まず、スライド74で額が明示されているところに関しては、例えばケアプランの点検であれば、ケアプランにもともと位置づけられるべきでないサービスがあるかどうかというところをチェックいただいて、いわゆる過誤請求、誤った請求が見つかったものについて効果額として額を書かせていただいている。要介護認定の適正化の内容について、実際に要介護認定を行うに際して訪問調査をやるわけだが、その訪問調査の結果の内容と要介護認定の結果がずれているような場合があるかどうかということについて、各保険者のほうで調査をしていただくということはこの適正化の中身になっているが、その実施割合を書いているので、その額はこちらに出てこないという形になっている。

○委員

先ほど申し上げた医療DXの件に関して、事例を地道に積み上げるという形での非常にさらっとした答えだったのだが、それではまずいかなと思う。

政策を立案して、最終的にEBPMの枠組みで見ていこうと思うと、ロジックモデルを組み立てて、何をやったら何に効くのかというところがあるべき。厚生労働省内部のスモールワールドの中での個別の施策の取組ということでいくと事例を積み上げるでいいと思われるかもしれないが、このワーキング・グループの議論はもうちょっとマクロの話になってくるので、DXを推進した結果として、よりよい医療を業務効率化、研究開発というだけではやはり駄目で、一体改革推進というところからすると、これによって医療費がどうなるのかというところを示していく必要があって、それが結果として国民の合意が得られる、ないしは政策資源の確保についての議論がより上の段階で行われるというところになってきていて、その中でそれぞれの取組が正しい方向を向いているかを点検し、ここの施

策に費用対効果があるのかどうかというところを見ていくことが重要なので、マクロな視点をどこかで持たなければいけないのであるが、ここでそれを持たないことには、要は現状追認という形になってしまうのではないかなと思う。これは厚生労働省なのか、あるいは内閣府なのか、どこかが仕切っていないと、経済・財政一体改革推進委員会の中でのワーキング・グループの議論としてはちょっと物足りないなと思う。

○厚生労働省

私の説明がよくなかったかもしれないが、全体の医療費なりがどのぐらい効率化されるか、どのぐらい削減されるかというのは、もちろん想定をしているが、それを例えば算出するなり推計するに当たって、現状ではまだまだ取組がそれぞれ個別の事例にとどまっているケースが多いので、もう少し事例を積み重ねていかないと、例えば全国的な医療費の影響みたいなものは試算が難しいのではないかなと思っている。

○委員

試算にあたってはおっしゃるようなボトムアップのアプローチとモデルと仮説によるトップダウンのアプローチを組み合わせる必要があると思う。よろしく願います。

○委員

データの閲覧の迅速性という話が他の委員等からも挙げられているけれども、レセプト情報を使って迅速化するために日本で少し考えなければいけないのが、今、レセプト請求が月単位になっていることである。例えばほかの国、フランスにしても、ドイツにしても、いわゆる1回の診察当たりの請求になっている。要するに日本よりもデータの流れが速くなっている。ただ、日本は月単位でいろいろなこと、管理料とか加算とかを算定するのであるが、その都合もあると思うのだが、迅速化を図るためには、都度請求みたいな形も少し考えていかないと、レセプトを使ったデータで迅速にいろいろな情報を出していくというのはちょっとしんどいかなと思う。

レセプト点検などは、例えば韓国はロジック点検をコンピューターにやらせている。AIがこれだけ進んでくると、そういうことも少し含めて審査の迅速化とデータ提供の迅速化を図ったほうがいいのかなど。事務局のほうでやっていると思う。

もう一つ、適正化の話であるが、医療と介護をばらばらに考えていては駄目で、さっき特定健診のことにちょっと触れた。僕らは医療費の将来推計とかをやっているのだが、これから何が起こるかという骨折のパンデミックが起こる。恐らく高齢者の医療費では、骨折が一番大きな医療費になってくる。その骨折予防とは何かというと、早めに見つけて運動機能向上プログラムとかをやっていくということになるのだが、先ほど特定健診のところで言いたかったことは、実は健診を受けている人たちの6割、7割が60歳以上で、しかも6割、7割が実は50代も含めると女性である。実は骨折予防のハイリスクグループが

せっかく特定健診を受けてくれているのである。ところが、特定健診という枠組みでやっ
てしまっているのも、そこが介護予防につながっていかない。でも、医療と介護が複合化
していることを考えると、リスクの発見や対策も複合化していかないと、総合的な対応が
できないと思う。それはどちらかというと厚労省の局とかの縦割りの中でいろいろなプロ
グラムが組まれて、現場でもそのとおりやっ
てしまっているのも、介護予防と特定健診、
それから特定健診・特定保健指導とか、あとロコモとか、関係施策が全部つながっていか
ない。そこはやはり直していかないといけないのではないかなと思う。回答は次回で構わ
ない。

○委員

先ほど質問したことについて、いろいろ回答いただいて、大変ありがたい。

2点改めて確認であるが、医療費の地域差の分析について、今日の資料では、コロナ禍
自体に地域差があるので分析に留意が必要だという話だった。まさにそのとおりだと思
うので、どう留意すべきなのかという意味で、コロナ禍要因を調整したりコロナ禍要因を
除外したりしたデータを示していただくことはできるのかということをお尋ねした。オン
ラインでの音声がかうまく聞き取れず、私が聞き漏らしたかもしれないが、COVIDにつ
いてはコードがあるので、コロナ禍の要因は別途もう示されているのではないかと
いうご回答、つまり調整した姿というのは見られるのではないかと
いうことをおっしゃったのか。コロナ禍要因を除外したデータの見方について、再度
確認をさせていただきたい。

もう一点は、医療費適正化計画に関してだが、繰り返し他の委員から指摘された、第3
期について0.6兆円とされていた適正化効果の検証が必要ではないかということにつ
いて、今後取りまとめの中で示されていくというような回答があったと思う。私からは、
今回、第4期に関する7月の告示等やそのバックグラウンドの中で、第4期での取
組みを行った場合に見込まれる適正化効果について全体的な数字があるのかどうか
ということをお聞きしたのだが、これも回答があったのか聞き取りにくかった。こ
れは数字がないということなのか。ないということだとすると、第3期とは違
って、第4期では後で都道府県の計画策定状況との整合性について金額面での
検証のようなことができないと考えてしまっ
てよいのかどうか。医療費適正化計画はPDCAを確立するということが大きな
テーマだと思うので、そこを再度確認させていただきたい。

○厚生労働省

ただいまの質問について、再度お答えをさせていただきたい。

まず、コロナの影響の関係であるが、説明が足りなくて申し訳ない。先ほど
申し上げたのは、医科医療費の電算処理分ということであるけれども、そうした
医療費については、まさに疾病分類別に分類をして医療費を見るというデータも
示しているところである。そうした中であれば、例えば県ごとに見ていくこと
も、その面では分かるのであるが、コロ

ナの場合、それにとどまらず、例えば先ほど申した受診を控えるような医療費の動向もあるので、そういうものをなかなか総合的に見ていくというのは難しいところであるけれども、少なくとも各都道府県で見ていく上でのデータとしては提供しているところである。引き続き分析に努めたいと考えている。

それから、前回の第3期の6000億に相当する効果額の見込みであるけれども、前回もそのようなプロセスをたどったわけである。現時点において示すことはできないわけであるが、今後、各都道府県の計画を取りまとめたところで、最終的に示すということになっていくものだと考えている。

○委員

取りまとめるという今の話は第3期の進捗についてかと理解するが、第4期について尋ねたつもりなのだが。

○厚生労働省

度々申し訳ない。今、各都道府県におきまして第4期の計画を策定しているので、第4期の効果の見込みについて、今後取りまとめていくということである。

○委員

そこは第3期とやり方が違うということか。第3期のときは都道府県が医療費適正化計画を策定する前の段階で、取組みメニューによる適正化効果は0.6兆円という推計が政府から示されていたと記憶している。そのときとは異なるということか。

○厚生労働省

医療費適正化計画の取りまとめのプロセスにおきましては、第3期のときと同様であると認識をしているところである。

○委員

承知した。

○委員

ありがとうございます。

医療費適正化に関する要素として、データヘルスは今後、医療の質向上による医療資源の最適化に寄与すべきと思っている。

この数年間で全国9割以上の保険者でやられていて、適用された方に対してすごく効果が出ていたということも伺っている重症化予防事業がその起点になると思う。

なぜならば、今後、マイナンバーカードの適用によって、かかりつけ医による医学的な

管理と保険者による服薬と治療中断の防止というのが可視化され、医療DXによるモニタリングで重症化しない、入院に行かないような働きかけが可能になるからである。

ただ、1点、非常に大きなハードルは重症化予防の実施率が10%に満たないことである。この理由としては、かかりつけ医による診療報酬の事業と保険者による保健事業とのつなぎというのが難しいために、ほとんどの適用が進まない。したがって、医療費軽減に一番役立つはずである重症化予防事業の制度設計のところをぜひ工夫いただきたい。

例えば今、進めていただいているかかりつけ医機能のところは何らかの明文化をすとか、何かそういうものがないと、市町村と医師会との協力に任せるだけでは、恐らくこれ以上には進まないのかなと。非常にもったいない状況だということをお伝えしたい。

○厚生労働省

今の委員からの指摘については、次回のワーキングで回答させていただきたいと思う。

○厚生労働省

適正化計画の関係であるけれども、いろいろな計画もあるが、各都道府県において年度末までに策定をすることになっているので、それをもって来年度、都道府県から集約をしてということであるので、まだ現時点でいつということは明確に申し上げられないのだが、来年度において取りまとめをするということを用意しているところである。

○委員

分かりました。

ただ、冒頭のほうに他の委員からも指摘があったとおり、政府は年末までに歳出改革の工程表を取りまとめるということで、その中では当然、社会保障の中で医療、年金、介護、いろいろなことが目玉になる中で、でも医療費適正化は来年、年度末というと3月になってしまいますみたいなことをやっている、何の指令を受けて誰が何をやっているのかということがちぐはぐになっていて、そもそもこの前、別の委員からも指摘があったと思うのだが、経済財政諮問会議があり、全世代型社会保障があり、こども未来戦略があり、いろいろところで同じメニューを議論することはよいとは思いますが、その中で目指している方向性とか、特に時期、まとめると言っている時期が合わない状況で情報共有などを進めても手後れになったりとか、周回遅れでどこかの部会で議論されていたりとか、このワーキングが議論するとかということになってしまえば、真剣に議論しても何のためにやっているのだろうということになってしまうので、その辺りは、大目標としてこういうものがあって、だからこれまでにこれを出すというような、それこそ工程表ですからきちんと進捗管理をしていただきたいと思うし、いつも工程表にも確かに医療費適正化と書いてあるのだが、額とかは書いていなくて、都道府県でまとめて、まとめた都道府県は100%みたいなことを書いて終わりになってしまっている、そうではないのだろうか。KPIの

立て方はもっと違うところにあるのだろうなと思っている。

今後の工程表の書きぶりなんかも、もし本当に歳出改革をまとめるということであれば、それはそれでちゃんとタイムリーに出していただきたい。足元では別のところで所得減税とかエネルギー補助金とか全く別の議論が出ている中で、本当にそれでいいのかというところできちんと歳出改革の議論ができなければ、財政健全化はほど遠いと思っているので、その点も事務局としてもタイミングに留意いただいて、タイミングに合わせた議論をぜひ構築していただきたいと思う。よろしくお願いします。

○委員

活発な議論ありがとうございました。

大分いろいろな課題や検討項目が出てきたと思う。次回にという話があったところも結構あり、次回以降、深掘りができればと思っているので、厚生労働省の方々、内閣府の方々、ぜひ協力をお願いしたい。

今、委員からも指摘いただいたところであるけれども、途中で申し上げたように、歳出改革を行って子ども・子育ての財源に充てるということははっきり総理が明言されているので、何とかしなければいけない。先ほど話があったように、基本的には全世代型社会保障のほうで議論するという話であったけれど、今日話題になったところ、あるいは次回以降話題になるところがそれと全く無関係では当然ないわけである。今日のような課題が出てきてこそその歳出改革だということだと思う。そこのところが全くばらばらで、ここでは何も話が出てなくて、突然全世代型社会保障構築会議からというわけではないと思うので、ぜひ今日のような改革、あるいは改革工程表のプランがどういう形で歳出改革につながっていくのかということをごちらでもしっかり出していただいて、総理の発言がきちんと実現するような形に持っていきたいと思っているので、そこのところはしっかり議論していきたいと思っている。

それから、歳出改革の話だけではなくて、当然多くの方から議論があったように、この改革工程表の中で、最初に内閣府からあった骨太方針のところでも、改革を早期に進める必要があると書いてあって、早期に進める必要があるのは、歳出削減だけではなくて、改革を通じて国民なり利用者の方々が利便性をしっかり実感できることが重要なことなのだろうと思う。したがって、国民目線で、議論が進展している、利便性が拡大しているということをどういう形でできるだけしっかり見せていくか、早期にそういうことができるような形に持っていくかということをぜひ深掘りしていきたい。ここもどうしても検討がいろいろと必要なのは事実である。ただ、検討を深めていくというだけでは議論に何年もかかってしまって、結局何が起きているのか国民は全く分からないということが起きがちなわけである。

それから、DXもある程度本格的にやろうとすると、工程表を見せていただいたように当然時間はかかるわけである。今日、明日にすぐというわけにはいかないわけであるけれど

も、時間がかかるにしてもどういう利便性が実現することを目指しているのか、何が具体的に変わっていくのかということをしっかり見せていくことも改革工程表の大きな役割だと思っている。まだあと2回あるので、そういうところをぜひしっかり議論していきたい。

その中では、すぐにできることではないけれども、リアルタイム化であるとか、医療と介護の連携だとか、こういうことはDXが進むからこそできることで、そこから見えてくる新しい利便性の姿があるのだと思うが、こういうところをもう少ししっかり見せていく必要があると思う。いわゆる技術の導入だけではなくて、それに付随して制度をどう変えるか、あるいは実際の現場をどう変えていくかということセットでやっていかないと本当の意味での利便性にはつながらないので、そういうところをしっかり漏れがないように議論していくというのは、当然、厚生労働省の方々がお考えのところだとは思いますが、この一体改革の中でもしっかりそういうところを見ていく、あるいは議論していくことが重要だと思っている。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>

第4期医療費適正化のとりまとめはいつ頃まとまるか？