

第2回 医療・健康分科会 議事要旨

1. 日時 平成25年12月17日（火） 16:00－18:00
2. 場所 経済産業省 別館 1階 114各省庁共用会議室
3. 議題
 - (1) 開会
 - (2) 論点について
 - (3) プレゼンテーション
 - (4) 閉会

4. 議事概要

(1) 開会

- 事務局より開会宣言

(2) 論点について

- 事務局より、資料1について説明。

(3) プレゼンテーション

<渡辺参考人からのプレゼンテーションに関する質疑、意見交換>

○構成員

社会保障について、医療費の負担とは別のもう一つの視点として、これから高齢者が増えてくる場合には、地域の問題がかなり重要になってくる。これまで農村部で高齢者が多かったが、団塊の世代の高齢化が進んだ場合、都市部で急激な高齢化が起こってきて、これは、社会的な財政負担の問題とともに、大きな構造的課題となり得ると思う。

○参考人

本日のプレゼンテーションで申し上げたかったのは、長期的な意味で社会保障のサステナビリティを保ちたいということ。そのために、福祉国家の旗をおろし、ナショナルミニマムの保障ということに専念するような社会保障体制に移行すべきではないかという趣旨。

長期的な話については、果たしてこのまま10年、20年の間、現状を維持できるか。ここ数年というのが最後のチャンスではないかと考える。10年、あるいは20年たてば、貧困で生活保護が必要な高齢者がどんどん増えてくる。そのときにどのように対処するのか。最低限のナショナルミニマムさえ保障できず、

場合によっては、政治的な大混乱など、相当まずい状況になるのではないか。そのぐらいの危機感を持って、社会保障の問題というのは考えていかなければならないのではないかと考える。

○遠藤政府CIO

今のまま何も条件を変えずに行くと、いずれは社会保障システムが維持できなくなり、それを持続可能にするためには、国民が問題の深刻さを理解しないとイケない。そのために、我が国の将来像について何か考えられる幾つかのパターンをつくって、示していくことが大切。

<厚生労働省からのプレゼンテーションに関する質疑、意見交換>

○厚生労働省

社会保障の問題はICTで全て解決するわけではなく、まさにそれをやっているのが国民会議の議論。一定の負担と給付の適正化と重点化、効率化を組み合わせていくという議論になっている。

社会保障が破綻するとは思っていないが、ただ、非常に厳しいのは事実なので、今までのような負担の仕組みから、むしろ所得のある方には負担をお願いするような社会、それから給付の重点化をしていくということを同時にやっていく必要があると考える。

○構成員

もう実証実験の段階ではない。どうやってインテグレートしていくかといったことは、私も常々思っているところ。地域におけるかかりつけ医の役割を考えると、地方部と都市部での違いを考える必要がある。1つは、医療資源が不足しがちな地方において、どのように担保された質の医療と介護を提供していくのか。これには、もちろんICTが活躍する場面が大きい。もう一方で、都市部では非常に潤沢に医療資源があって、必ずしも効率的に使われていないという面もあり、それをどうやって効率化していくのか。「地域でかかりつけ医をつくる」といっても、充足する面と、削減していかないといけない面と両方考える必要がある。かかりつけ医の在り方を議論する際に、その観点もふまえて検討を進めていただきたい。

<山本構成員からのプレゼンテーションに関する質疑、意見交換>

○松本座長

世界銀行のプログラムでアフガニスタンやメキシコなど数カ国の方々が病院を来訪され、どうして日本の国立病院機構が黒字になって成果を上げているのかということと、日本の健康レベル、健康寿命が延びているのかという話を聞きに来たが、そういう国には日本のシステムを輸出できるかもしれないけれど

も、ヨーロッパのフランス、ドイツ、それとアメリカにはもうシステムができていたのでとても無理だということか。

○構成員

サービスとしては日本のほうが進んでいるので、これが本当に日本でサステイナブルになれば、まだまだ輸出の可能性はあると思う。問題は、サステイナビリティがないことで、輸出しても、その国でも同じ問題が発生するので、持続可能な仕組みを本当に描き切った上でやらないといけないと思う。

○構成員

日本の医療情報システムが連携なり横展開したものがほとんどない原因を2つか3つ挙げるとしたら何があるか。医療制度、診療所の問題、インセンティブを含めて国のトップダウンの政策がなかなかないなど。先ほど、リプレースのときは少しインセンティブが必要ではないかという話もあった。このような仕組みが広がらない理由について、文化的なものの由来はあるか、それとも何か政策的な由来なのかということを知りたい。

○構成員

私は文化的な問題はないと思っている。政策的な問題がほとんどだと考えている。例えば食糧が十分ないところでごちそうを作るよう言っているようなもので、地域連携をやる場合には、特に新しいシステムを導入したり、既存のシステムに手を加える必要はなく、診療所等にある既存のレセコンでも情報を取り出せば、それで地域連携ができるようにするべきだ。それは、文化的なものではなくて、日常に大変な診療をしている医療機関に、情報システムに手を加えるなどの負担をかけることがもともと無茶な話だ。したがって、本来、診療所が正しいレセコンを買えば、そういった必要な情報は一定程度出せるとした上で情報連携に取り組まないと、本当の意味では難しいと思う。

それが、今までの実証事業で、診療所のシステムがデータを出すとか、病院から標準的なデータを出す取り組みなど行われたが、実際はその機能はカタログ上にはあっても通常は入っていない場合が非常に多いので、結局は、その連携によって得られる利益以上の投資をしないと連携できない。そうすると、公的な補助金などが終了すると動かなくなるということが今まで散々繰り返されてきたのが現状だと思う。フランスやドイツなどは、最初からトップダウンで、非常に大きな範囲で連携できるようにしているので、成果がきちんと出せていて、やはり政策的な問題だと思う。

○構成員

政策に絡むのかもしれないが、リテラシーの問題が一つの要件としてあるのではないか。個人情報保護法の問題に加えて、こういうものをデータとしてIT化して活用することに対するリテラシーの問題が結構いろいろな現場で阻害を

していると感じるが、如何か。

○構成員

リテラシーが医療従事者や介護従事者側の話だったら、問題はないと思う。例えばCTスキャンが日本に入り始めたころは放射線科の部屋にコンピュータなんてなかったのが、あっと言う間に広まり気が付いたらコンピュータだらけになった。それはみんな猛烈に勉強して導入したからで、要は、役に立つか立たないかだと思う。本当に医療のITというのが、臨床にとっても、あるいは社会にとっても役立つものであれば、我が国の医療従事者、介護従事者というのは、やはりきちんと努力をしてくれると思う。

一方、一般の方、社会市民の方のリテラシーについては、我々も考えていかなければいけないと思う。

○構成員

そこにかかわる例えば保険者という単語を持ってきたときに、いわゆる自治体と健保組合のリテラシーに関する問題が解決するような政策をうまく組まないと、実はなかなか動かないのではないか。

○構成員

我が国の保険者は、ほとんどが制度に基づいて整備されたもので、健保組合はそうだが、その健保も赤字になっているところが非常に多くて、そもそも体力がなくなってきている。それから、協会けんぽ、国保については、「受け身」になってしまっているので、そういう意味では、リテラシーの問題は確かにあると思う。

○構成員

ベンダー間の協力に対するインセンティブが少ないので、事実上、なかなか難しいという要素もあるのではないかと思う。

○構成員

フランスやドイツにおける医療連携システムの導入の例は、その国の制度の中で本当にサステナブルであるか。また、何が導入のティッピングポイントを超えるようなインセンティブになるのかを教えてください。

○構成員

フランスは、もともと支払い制度に問題があった。受診した場合、国民が全額払っておいて、後で保険分返してもらうという制度だったので、ICカード化でその立替期間が短くなるのは、国民にとってすごく大きなインセンティブである。従って彼らは全く後悔もしていないし、ICカードをどんどん高度化し利活用を進めていて非常にサステナビリティがある。

ドイツは逆に、薬害があって、薬の安全性の確保が非常に社会的に大きな話題になって、それを解消するために疾病銀行、つまり保険者が国の補助も受け

て全部ICカードを配るという政策をしている。

一方で我が国は、社会保障が壊れるという危機意識を国民が持ってくれたら、それを合理化する手段としてというのは、無理な話ではないし、ネットワークやICカードに関してはコストが極めて低いので、サステナビリティは十分あると思う。

○松本座長

貴重な質疑ができたのではないかと思います。多くのレセコンを動かしている医療機関の方は、特別に付加作業をしなくても有用な情報を抽出してくれるのであれば何らかの協力はするというのが日本の現状だと思う。それを法律的あるいは政策的に補完するようなシステムをつくっていただければ、日本では受け入れられるのではないかと。

<堀田参考人及び廣江構成員からのプレゼンテーションに関する質疑、意見交換>

○松本座長

貴重な介護の現場の声を届けていただいた。歩き回る人への対策として、東京医療センターでは、ユマニチュードという介護手法を取り入れ、何とかして歩けるようになってもらう取り組みを始めている。

問題は健康寿命で、寝たきりになったらどうするのかとか、食事ができなくなったらどうするのかということについてもっと論議が必要ではないかと思う。

○構成員

国が推進する地域包括ケアというのは、非常に美しい姿だと思う。しかし、地域での介護の力が上がってこない、現実的には難しいと考える。例えば、地域の介護施設が、業務上のリスクを避け、看取りをしないという方向にむかっていると、結局、施設や自宅を出て、最終的には病院で終末期を迎えるという、地域包括ケアの理想に到達しきれない面があると思う。

もう一方で、介護の方たちの中には、医療と介護の連携が重要だということを理解しつつも、医療との連携の意欲とITリテラシーが必ずしも十分ではない場合がある。さらに、医療と介護保険事業だけでは、患者さんがご家族のニーズを満たしきれない場合もある。これは、地域包括ケアシステムの提供側と受給者側の双方にとって好ましくない結果になるだろう。高いレベルでの地域包括ケアの実現のためには、保険事業の中だけでやるわけではなくて、質の高い民間サービスも組み合わせることによって、受給者側の満足度も上がり、事業所の収入も上がり、さらに連携への意欲も高まる。そういった好循環にしていけるべき、と考えている。

○松本座長

医療と介護は、本来、シームレスにつながっているものなので、どこで切り

分けるかというのがすごく難しいというのは、急性期病院と介護の連携においても同じこと。当該の人にとってはシームレスにつながっているわけで、そのような課題をふまえて制度的にどうつなぐかということだと思う。

○構成員

本日の介護現場の話は、特養で比較的大きなところの経営に関する話と理解した。特養ではなくて、小さい、たくさんの方の民間の介護事業者が、今すごく大きな役割を果たしていて、そこに対しても、比較的同じようなことが言えるのか、全然違う経営モデルなのか。

○参考人

7,000ある特別養護老人ホームであれば、大きい、小さいの差があったとしても、ある程度の人員配置や質の担保ができていていると思うが、民間の例えばデイサービスを含む、有料老人ホームを含んでいいのかわからないが、そういうところになると、やはりその問題はちょっと出てきているかと思う。人が足りないけれども、そのまま回してしまったり、いいかげんな対応になったりということは、実際あると思う。

<遠藤政府CIOよりコメント>

○松本座長

最後に、遠藤CIOに御意見をいただいて、きょうは閉会としたい。

○遠藤政府CIO

年末のお忙しいところ、お集まりいただき、また、参考人の方にも、大変貴重な観点を示していただき感謝。

きょうは大きく分けて2つあったと思う。一つは、医療などのデータをどう上手に使うかということによって公益と個益をどうやってバランスさせていくかということ。もう一つは、介護について、きょう伺って、やはり現場は大変大きな課題を抱えているということ。この2点について、国民が正しく理解していない面がすごく多いのではないかということを感じた。

これらについて、政府は何らかの形で知っていただくようにする必要がある。

介護の現場と同様に、製造業の生産部門でも、腰痛が多かった。なぜかというと、生産の現場というのは、重いものを上げ下げする仕事が多くいるから。それを、必死になっていろいろな道具を開発して、そういう問題をなくしてきた。介護の施設の場合は、そんなに何千人もいるような大企業があるわけではないので、国が何かの形でインシニアチブをとってそういう設備なり道具なりをつくっていくということがやはり必要なのかなということを感じた。

8人に1人が介護に従事する時代となったら、ニーズはすごく大きい。だから、おそらく民間の企業がいろいろな工夫をするのではないかという気がする

が、早く目を向けてもらうための活動を我々はやらなければいけないと感じた。

(4) 閉会

○松本座長より閉会のあいさつ