

○政府参考人の出席要求に関する件

○社会保障及び労働問題等に関する調査（医療分野のデジタル化に関する件）

（診療報酬に関する件）（医薬品の供給体制に関する件）（厚生労働大臣の政治資金に関する件）

（医師偏在対策に関する件）（非正規雇用労働者問題に関する件）

（新型コロナウイルス感染症に係る医療体制に関する件）

（介護及び障害福祉人材確保対策に関する件）（いわゆる年収の壁に関する件）

（新型コロナウイルス感染症のワクチンに関する件）（糖尿病対策に関する件）

○高木真理君

立憲民主・社民の高木真理です。

通告に従って、大臣所信に対する質疑をさせていただきます。

まず初めに、医療DXの推進におけるマイナ保険証の問題について伺います。

大臣所信には、デジタル社会のパスポートであるマイナンバーカードを活用したマイナ保険証はデジタル社会における質の高い持続可能な医療の実現に必要不可欠でありとあって、医療DXを進めたい旨お話がありました。

最初に私の立場を申し上げておきますと、我が党は、今の保険証の来年秋の廃止を延期すべしと言っておりますし、現在のマイナ保険証は、仕組みやカード化しない人への対応が複雑となっていること、あるいは保険者の事務も煩雑になっていること、そのほかにも様々な問題があると思っておりますけれども、医療DXは大いに賛成の立場であります。

大臣は、マイナ保険証なくして医療DXなしとも言える発言となっておりますけれども、私は、カード自体の問題があっても進まない部分があっても医療DXは進められると、また進めなければならないと考えております。

マイナ保険証の利用率は五％を切っている現状でありますけれども、大臣、どうして利用率は低迷しているとお考えですか。端的にお答えください。

○国務大臣(武見敬三君)

マイナ保険証の利用率が減少している原因としては、このひも付け誤り等により国民の皆様が不安を感じられたこと、これは大変残念なことであったと思います。

それから、薬剤情報等のデータを活用したより良い医療を受けることができることや、特に、外来の抗がん剤治療等あるいは放射線治療等を行われている患者様というのは、一回の外来で実は高額療養費になります。それが、このマイナンバーカードを持っていれば、立替払をすることなくその負担を軽減することができるようになっておまして、これらは、がんの患者様と非常に負担の多い日常生活を送っておられる方々にとっては極めて大きな効果を持つものだと思います。こうしたことについてのこのメリットがまだ国民の皆様方に十分浸透していないことがあるというふうに思います。

マイナ保険証は、電子処方箋の推進など、我が国の医療DXを進める上での基盤となる仕組みであることはもう明白であります。このために、このひも付けの総点検などの国民の皆様が不安払拭のための措置を着実に進めるとともに、国民の皆様が医療現場でマイナ保険証を一度実際に使っていただくことが非常に重要になります。

私自身も、そのために先頭に立って、医療機関や保険者と連携をして、この利用促進に向けた取組を積極的に行っていきたいと思っております。

○高木真理君

今メリットが浸透していないというお答えありましたが、私は、今、使ってみてもメリットを感じないから、使ってみた人もやめてきてしまったという現状があるというふうに思います。

過去の投薬歴が見られるという話はこのメリットの中で出てきますけれども、レセプト情報に基づくので、遅いと一か月半ぐらい前のデータしか見られませんね。お薬手帳のような飲み合わせの判断にも使えません。

投薬情報がリアルタイムで見られる電子処方箋の普及率、これ今、先ほどの御質問にもありましたけれども、四%ぐらいだということで、これが普及して使えるようになるまでどのくらい掛かるんでしょうか。見直しについて伺います。

○政府参考人(城克文君)

電子処方箋につきましては、御指摘ありましたように、現在、直近の報告で、十月二十九日時点で八千五百一十一施設ということでございまして、四%程度という状況になってございます。

これ、導入に向けた課題といたしましては、医療機関や薬局の関係者からは、導入しても問題なく使えるかどうか不安ということとか、患者からの要請がなくニーズを感じないといったお声、それから、周辺の医療機関、若しくは、逆に医療機関からは周辺の薬局が導入していないといったこと、こういったことがあるというふうに伺っているところでございます。

これらに対応していくために、私ども、先行している施設の取組、好事例、成功事例の発信とか周知、それから公的病院を中心とした導入推進の強化等に取り組んでいるところでございます。

私どもとしては、目標といたしましては、来年度末にオンライン資格確認が導入されている医療機関ほぼ全てにということを目指して今取り組んでおりますが、まだ今のところ普及状況としては、そういった状況で低いところになってございます。

○高木真理君

ちょっとまだ先が長そうな御答弁でした。

診療データも電子カルテ情報として自分で持ち歩けるようになると、私も便利だと思います。本人の同意がある場合に限りませけれども、別の医療機関や救急で診療記録を医師に参照してもらえたらより良い治療に役立つということも分かります。

電子カルテは各医療機関に余りに別々なシステムのものが既に導入されているので、統一規格とすることは絶望的とも聞いたことがあります。相互参照というのはできる日が来るのでしょうか。検査データも、医療機関ごとに検査することなく、共通でデータを見られたら医療費削減にもなり効果的だと思いますので、併せてお答えください。

○政府参考人(内山博之君)

お答えいたします。

診療情報のうち、受診歴、診療実績、診療行為等のレセプト情報については、現在、オンライン資格等確認、オンライン資格確認等システムへの登録により、現在既に、現時点におきまして医療機関相互で利用できるようになってございます。

このほか、御指摘の検査データを含みます電子カルテ情報の診療情報につきましては、電子カルテ情報共有サービスを令和六年度中に先行的な医療機関から順次運用を開始することとしてございまして、これにより医療機関相互に活用することが可能となるというふうに考えてございます。

なお、電子カルテは大病院では九〇%以上普及してございますけれども、御指摘のとおり今ならば

らになってございますし、中小病院やクリニックでは五〇%程度の普及でございます。

こうした中で、標準型電子カルテの普及など、それからまた、大病院の中では電子カルテの更新時などを捉えまして、令和十二年度までにはおおむね全ての医療機関でこの電子カルテを導入していただくことというふうにしてございます。

○高木真理君

これも先が長そうなんですけど、進めていただかないと利便性としては高まらないというふうに思います。

医療費について、町の薬局で買うOCTの薬も含めて確定申告に入力不要で使えるデータが連携していたら、こちらも便利と感じると思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(内山博之君)

お答えいたします。

御指摘は、OTC医薬品を購入した際の医療控除、医療費控除の特例措置についてのことだと思えますけれども、今、セルフメディケーションの推進の観点から、OTC医薬品の購入額が高額となった際には、一定の条件の下、所得控除が受けられるようになってございます。

御指摘のとおり、この制度、平成二十九年の制度創設時におきましては、確定申告時に、こうした医薬品の購入時の領収書を購入額の証明のために添付文書として提出する必要がございました。しかし、令和四年、二〇二二年の制度見直しにおきまして、購入額等の証明の必要性にも配慮しながら、領収等を添付することも必要とせず、五年間保管をすればよいといった手続の簡素化を今行っているところでございます。

こうした特例措置の活用の観点から、簡素化した制度についてドラッグストアや薬局などの関係者の御協力も得ながら周知をして、このOTC薬の購入した際の控除を使っていただければというふうに思っております。

○高木真理君

個人の特定につながらない慎重な取扱いの下、一人一人の治療履歴のデータの積み重ねが全体の治療法や創薬の向上につながるようなデータ連携、これも医療、治療の向上というのにつながると思うんですが、これはどのくらい可能になっているのでしょうか。今後の見通しも含め、大臣に伺います。

○国務大臣(武見敬三君)

この診療情報等の医療情報について、本人が特定されないような措置を講じた上で二次利活用するということは、創薬であるとか、新たな臨床研究を進めて治療方法を改善していく、こういったことに間違いなくつながっていくことが明らかでありまして、そこは私も大変期待すると同時に重要だというふうに考えております。

現時点では、我が国が保有するNDBでは、この医療保険で記載されたレセプト情報等を本人が特定されないような措置を講じた上で、こうした疾病の原因、それから診断、治療方法に関する研究などを行う者に対して既に一定の情報を提供をしております、患者について経時的な分析も、現実に今現在で一定程度ではありますけれども可能であります。

その上で、今後については、NDBと公的データベース、それから次世代のデータベースとの連結解析や死亡情報との連結を順次進めていくとするほか、また、医療DXの取組として、電子カルテ情報などの共有を進める中で検査結果の情報等を活用することとしております。

このようなデータ連携や医療情報等の二次利活用を適切に進めていくことで治療法の確立や創薬力の向上につながるよう、私どもも、これ引き続きしっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

○高木真理君

是非進めていただきたいと思いますが、今の御答弁を伺っていても、既にもうできることがあって、余りマイナ保険証にしなければいけないこととは関係がないというのも分かったところなんです、こうしたこと、全部とは言いませんけれども、今答弁していただいて、まだこれから道が長いことも含めて、こういうことがある程度実感できるようになってからの導入であれば、このマイナ保険証にすることでのメリットというのを感じられたかと思うんですが、今現在はそうじゃないというのが現状ではないかと思えます。

入口で全体の設計がきちんとできない、メリットも感じにくい間に強引に保険証廃止というむちのような形で国民をデジタル化に追い込もうとした、これがかえって不信感を招き、逆効果になっていたのではと感じます。しっかり本来の医療DX、これ進む方向に、大臣には進めていただくよう期待したいと思います。

次に移ります。医師不足対策について伺います。

大臣所信に、人口構造の変化を見据えつつ、地域医療構想、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に進めますとありました。私は、一体的と書いてあったので、これらのことが相互に連携し合って機動的にこの医師の偏在の解消で医師不足地域、埼玉県、医師不足地域なんですけれども、これが解消していくということかなというふうに思ったんですが、そうではないということでありました。これ、それぞれに三つとも同時に進めるという意味だということをお昨日質問のレクの過程で伺いました。

人口当たりの医師数が全国で最低、医師不足に悩み続けている埼玉県選出の私は、やはりここになっていくのは偏在解消ということでもあります。

資料一を御覧いただきたいと思いますが、人口十万人当たりにして埼玉県は最低でありますけれども、最高の都道府県と倍ほどの開きがあるという状況です。資料二から四は専門医の分布になっておりますけれども、今、さいたま市内ではおかげさまで子供が大変増えていて、もう小学校がぱんぱんになるといったようなことが出てきますけれども、そうすると、その地域では、小児科の予約が取れなくて医者に診てもらえないという事態も生じたりしてきているところであります。

伺いたいのは、ごめんなさい、その前に、グラフの右半分、西側の都道府県では軒並み平均を超えている、こういう状況で、偏在解消で医師不足が解決するというお立場を大臣が取られるのだとすると、多い地域では医師が過剰だという御認識なのか、伺います。

○政府参考人(浅沼一成君)

お答えいたします。

医師の偏在につきましては、医師の多寡を客観的に比較評価するために、都道府県及び二次医療圏ごとに人口十万人当たり医師数をより精緻化した医師偏在指数というものを算出しているところでございます。これは医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまで相対的な偏在の状況を表すものでございます。

都道府県におきましては、医師偏在指数を活用しつつ医師確保計画を策定し、地域の実情に応じた取組を進めております。具体的には、特定の地域や診療科での勤務を条件とする地域枠を医学部定員に設定することに加え、医師が不足する医療機関に医師を派遣できるよう、大学病院等への寄附講座の設置等の取組を地域医療介護総合確保基金で支援しているところでございます。

引き続き、医師偏在指数を絶対的な基準といたしまして機械的な運用を行うことのないようには周知しつつも、都道府県とともに地域で必要な医師確保対策や医師偏在対策を進めてまいりたいと考えているところでございます。

○高木真理君

医師偏在指数を使うけれども、過剰ということでは、という意味では捉えていないということだったかと思えますけれども、そうですね、大変お医者さんが多い東京であっても、医師が余っていて暇とか仕事がないとかそういうことでは全くないわけで、そこで必要としているわけですよ。ですから、やっぱり、少ないところでどんなに来てほしいと思っても、そこで必要とされているお医者さんがいるわけですから、来てくれないというのが現状です。

次の質問としては、もう少ない医師しかいないということなら、これは腹を決めてでき得るあらゆる手だてを講じるしかないのかなという気もいたしまして、そこで、例えばAIなんですけれども、AIは、医師の仕事を代わることはこれはできません。画像診断の補助ができたり、問診のデータ入力を工夫すればそれらを基に診断名の候補を医師に提案したり、そういうことで医師の診療時間を短縮する、こういったことはできるかなというふうに考えたりもいたします。その結果、一人の医師がより多くの患者を診るという工夫ができるかもしれません。また、遠隔診療も、診断できる病気が限られるというふうに思いますが、慎重を期しながら入れられるところに入れていく。

これ既に始まっている部分もあろうかと思いますが、医師不足を補完するという意味であらゆる検討をしていく必要があるかと思いますが、大臣に御見解を伺います。

○国務大臣(武見敬三君)

このAIにつきましては、例えば内視鏡画像の学習を行い診断の補助を行う医療機器など、AIを活用した診断、治療が結果として医師の業務効率化、また質の向上になるものと考えております。このほか、音声入力可能な電子カルテを導入することで更に業務負担も軽減されていった事例が既にありと承知しております。

また、医療資源が少ないへき地などにおいて、医療へのアクセスを確保するために遠隔医療の活用が有効であると考えておまして、来年度から始まる第八次医療計画に向けた国の方針の中で遠隔医療を活用した支援の重要性を新たに盛り込むとともに、遠隔医療が幅広く適正に推進されるよう、遠隔医療導入の好事例の収集、周知などを行っているところでございます。

医師の業務の効率化が図られれば医師不足の改善に寄与することからも、こういったAIや遠隔医療等の技術の進歩にもしっかりと注視をまいりたいと思います。

なお、埼玉県の大野知事とも、実は、埼玉県の中で実際に東京から離れていけばいくほど医師の数が少なくなっていて、これにどう対処するのかという点で実は御議論もさせていただきました。改めて、こうした国の施策と、各都道府県知事と緊密に連携を取りながら、こうした地域の実情に合わせてこうしたシステムをつくり上げていくことが必要だと考えております。

○高木真理君

大野知事とも議論していただいているということで、実際にあらゆる手だてを使いながら今お医者さん増やしていただいている、養成者数は増やしていただいていますけれども、それでもこの足りない現状があるということ。先ほどの最初のこの医師不足の御答弁の中でも地域枠の話が出ていて、厚労省としてはいろんなことをやっていますということがあったんですけれども、困っている都道府県はもう、言ってみれば東側は本当に特に足りておりませんから、困っている都道府県はみんな必死に

対策しているわけです。

医学部地域枠制度、寄附講座の設定、研修医としてなるべく来てもらって、その後定着を図っていかうとして魅力ある研修病院のメニュー作りなど、本当に真剣に取り組んでいます。臨床研修制度が導入されて約二十年、あらゆることを頑張ってきたとしても、実は差が縮まっていないというのも現状なんです。

そういうことを踏まえると、新たに抜本的なシステムを導入をしていく必要があるのではないかと考えますけれども、大臣の御見解を伺います。

○政府参考人(浅沼一成君)

お答えいたします。

医師の偏在、地域偏在は全国的に是正を図るべき課題というのはもう議員の御指摘のとおりだと思っております。

医師養成過程を通じた医師偏在対策といたしましては、臨床研修における都道府県ごとの定員設定、それと専門研修における都道府県別、診療科別の採用数の上限、シーリングの設定などの取組を進めているところでございます。

こうした結果、例えば、医療施設に従事する人口十万人当たりの医師数が二〇二〇年時点で全国最下位という御指摘のありました埼玉県におきましても、臨床研修医及び専門研修における専攻医の採用数が全国の伸びと比較して増加しております。若手の医師数が増加しているところでございます。こうした対策の効果は、今後、年数の経過とともに更に広がっていくものと考えております。

このほかにも、医師の派遣について、地域の自治体と医療関係者が協議する仕組みや医師少数区域等での勤務実績を認定する制度を設け、地域の実情に応じた取組に対する支援も行ってきたところでございます。

今後も、自治体等からの御意見を丁寧に伺いながら、医師の地域偏在の是正に向けた取組を進めてまいりたいと考えております。

○高木真理君

今お答えいただいたようなものは、私、質問の中で、そういうこといろいろやってきているけれども、差が縮まっていかない、伸びているのは知っていますけれども、伸びぐらいでは追い付かない差があって、本当に高齢化進んでいく中で困っているということを質問したわけで、今政府参考人の方からお答えいただきましたけれど、大臣、新たに抜本的なシステムを導入していくお考えはないか、改めて伺います。

○国務大臣(武見敬三君)

こうした各地域医療の実情というのは、先ほども埼玉県の例も出させていただきましたけれども、各都道府県、地域によって相当異なります。医師不足の在り方についてもそれぞれかなり特色がございます。

したがって、これらについて国と各都道府県が緊密に連携を取って、そしてそれぞれの地域に合わせた形でこうした医師不足、偏在に対応していくという形が私は最も適切に対応できると思います。そのための、実際、具体策が今一つ一つ組み立てられているところでございます。

また、議員御指摘のとおり、これから更に必要な措置が実際考えられるようになってまいりましたら、着実に進めていきたいと思っております。

○高木真理君

まだ質問項目はいっぱい用意してあったんですけども、時間が来てしまったので終わりたいと思いますけれども、医師不足対策、都道府県ごとにいろいろな事情が違う、それに合わせていかなければいけないというのはもう本当にそのとおりなんですけれども、県内、都道府県内の対策だけでどうにかなるものでもない。それをいろいろ、寄附講座とかいろんなことでやってきたということは分かるんですけども、それでやはり追いついていないという部分については是非注目して、目を向けていただければと思います。

質問を終わります。