

第57回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2026年4月22日(水)14:00～16:00
2. 場 所：中央合同庁舎8号館5階共用C会議室（オンライン併用）
3. 出席委員等

議員	永濱 利廣	株式会社第一ライフ資産運用経済研究所首席エコノミスト
主査	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
委員	大嶋 寧子	リクルートワークス研究所研究センター第1グループ長
同	鈴木 準	株式会社大和総研常務取締役
同	高久 玲音	一橋大学経済学研究科教授
同	野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
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	松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学学長
オブザーバー	赤井 厚雄	株式会社ナウキャスト取締役会長
同	井上 裕美	日本アイ・ビー・エム株式会社取締役執行役員
同	西内 啓	株式会社ソウジョウデータ代表取締役

（概要）

厚生労働省から資料1を説明後、意見交換を行った。委員からの主な意見は以下のとおり。

○委員

私からは2点ほどお話しさせていただく。

1点目は、改革と責任ある積極財政に向けた路線との連動強化が必要なのではないか。恐らくこれから自己負担割合の見直しなど様々な踏み込んだ議論がされていくと思うが、これが単なる社会保障制度内の調整にとどまらないで、日本全体の財政にどのようなインパクトを与えるのか、より明確な可視化があったほうがいいのではないか。具体的には、給付と負担の見直しが政府債務残高対GDP比やプライマリーバランス、さらには現役世代が負担する社会保険料率の抑制にどの程度影響するのかなど、将来推計を可能であればモデル化して示せばいいのではないか。効果を定量的に可視化できれば、国民の理解も深まるし、経済再生と財政健全化の両立に向けた実効性を担保できるのではないか。

2点目は、今回の医師の偏在対策の在り方なのだが、いただいた資料では、医師確保の計画や偏在是正が重要な柱になっているが、ここで留意すべきは、偏在是正はあくまで手段であって、本来の目的は、全国どこでも質の高い医療を受けられる体制を構築すること。となると、単に医師の数を調整して、地方へ人を送り込めば問題が解決するという単純な

議論ではなく、重要なのは、その地域で提供される医療の質が維持・向上できるかということだと思う。そのため、今後のKPI設定に当たっては、例えば、日本医療機能評価機構が示しているクオリティ・インディケーターの考え方があるので、このようなものを参考に各地域の医療の質を適切に測定できる指標を選定することも検討に値するのではないか。医師の配置状況といった構造の指標だけではなく、実際の治療プロセスや成果といった質の観点からも評価を行うことで、真に患者のためになる医療提供体制の構築が目指せるのではないか。

○内閣府

1点目に関しては、マクロの視点で経済財政運営全体に関わる視点であり、内閣府として、関係省庁としっかり連携し、委員指摘のような可視化をどこまでできるかというのは、今後しっかり考えていきたい。

○厚生労働省

医師偏在対策について、数の問題だけではなく質が問題だというのはそのとおり。ICTの活用やいろいろなものによって、地域において受けられる医療の質を高めるのは大切な視点なので、引き続き検討していきたい。

○委員

まず、社会保障改革全般の重要性・必要性に関する、経済・財政一体改革の視点からの総論だが、引き続き、高齢化の進行などを要因に給付が増えており、それはすなわち国民負担の増加である。主に現役世代の保険料負担の傾向としての増加は重く、それは家計の可処分所得を減らして経済全体への悪影響につながっている。それから、社会保険としての受益と負担の均衡を確保する観点からも、医療・介護を中心に改革を加速させ、その効果を積み重ねていくことが不可欠だと思う。今、賃上げ基調がようやく定着しつつある環境下にあるので、ここで社会保障改革を一段と推進し、保険料負担の軽減を通じて現役世代の手取り増加につなげていくことが必要である。

それから、保険料だけではなく、公費財源という観点からも、最大の歳出項目である社会保障関係費の増加の抑制につながるような不断の改革も不可避。なぜならば、高齢化に伴って、後期高齢者医療制度や介護保険制度など、公費ウエートの高い領域に給付が移っていくからである。2026年度の国の予算を見ると、一般歳出に占める社会保障関係費の割合が長らくの上昇傾向から転じ、今回わずかながら低下しているが、いわゆる戦略17分野に示されている防衛政策、産業政策など、新たな財政需要が相次いで生じてきている中であるので、社会保障を含めた国家予算全体を俯瞰して、適切な資源配分を検討していく必要があると考える。

その上で各論であるが、第1に地域医療構想。これは医療機関の連携・再編・集約化な

を進めて、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築することが目的であるが、それと同時に、「単価×サービス量」で構成される医療費という費用がそこには発生しているものであることを踏まえると、提供体制の効率化は医療費の適正化でもある。新たな地域医療構想は、あるべき医療提供体制構築のための最上位に位置するものだと認識している。その点で申し上げますと、2040年を見据えて、病床に加えて外来・在宅医療や介護連携まで含めて、限られた地域の医療資源をいかに効率的にマネジメントすることができるかが問われている。今後の地域ごとの人口減少の度合いはかなりの確度で分かっていることであるため、病床数の確実な縮小を図るとともに、改革を実効せしめるガイドラインの策定を期待したい。

それから、2040年というのはだいぶ先である。従来の地域医療構想に関して、改正医療法が公布されたのが2014年、ガイドラインの通知が2017年だったと記憶しているが、当時から2025年はだいぶ先であり、急ぐ必要性は高くないという空気感があった。新たな地域医療構想においては、例えば2030年にどうなっている必要があるのか、2035年の姿はどうあるべきかなどの中間目標の設定なども含めて、ぜひ、ロードマップや工程表をしっかりと準備いただきたい。

第2に医師偏在の問題である。これまでの歴史はやはり自由開業制を前提とした、いささか寛大な政策の結果だと認識している。今回の医療法改正は大きな前進だが、それでも過剰供給を直接的に制限するようなどころまでは踏み込まれていないと理解している。都市部への医師の集中は、地方の医師不足だけではなく、都市部での過剰な医療サービス提供による保険財政の悪化も招いていると考える。医療の財源は保険料と税で支えられていることを踏まえると、保険医療の提供を標準化し、また、そのために一定の規制があることは合理的だと考える。次なる見直しに向けて、ぜひ医師偏在対策を練り上げていただきたい。

第3に医療DXである。ここにも多額の予算が投入されており、医療DXの成果が国民に還元されなければ意味がないと思う。患者の利便性がどれくらい向上したのか、国民負担がどれくらい軽減されたのか、そういったことを明確にする必要がある。それから、医療DXに十分に取り組んでいただけていない機関や施設に対しては、一定の時期を区切って義務化するなど、取り組んでいただけない場合の減算措置の仕組みなどを制度的に仕組むことも一案ではないか。

今、生成AIやAIエージェントが登場して、世の中の仕事が激変しているが、それは医療や介護の現場も同様で、それはサービス提供の在り方を根本から変え得るものである。今、医療AX、AIトランスフォーメーションと言われるようになって、AIはもはや補助的なツールではなくなっていくわけであるので、そうした時代が目前に迫っていることを見据えて、医療・介護の中核的な業務にどうAIを活用していくのか、政策予算の配分を進化させていただきたい。

第4に、医療費適正化の文脈で説明があったが、リフィル処方箋のKPIを設定していただき、

大変ありがたい。質問なのだが、「患者がリフィル処方箋を認知している」と言っているが、「認知」という日本語は、理解や判断という要素まで含む言葉である。リフィル処方箋という言葉聞いたことがあるという程度ではなく、どういう仕組みか知っている、さらにそれを医師に相談する・希望するといったところまで含まれるのかどうか。この50%という数字を考えるときのグラデーションはどのように考えておけばよろしいのか、お聞きしたい。

それから、地域フォーミュラリだが、昨年末に決定された進捗管理・点検・評価表の改訂版では、フォーミュラリの作成状況について定量的な指標の在り方について2025年度中に検討すると書かれていた。今回、「検討する場を設ける」という目標が示されているが、そうした外形的な目標にとどまらずに、合意形成の状況や、策定件数そのものをモニターしていく必要があるのではないか。

○委員

2点コメントしたい。

1点目は低価値医療の話なのだが、やはり効果が乏しい医療に関しては、多分体系的に行う必要があるのだろうと思っているが、イギリスやフランスがそういう視点からの医療行為、医薬品の見直しをやっていて、それをリスト化している。そのリストに従って、薬なども保険診療から外していくということをしているが、そういう既にやられているものを参考にしながら、それが日本に当てはまるかどうかという形で、体系的にもう少し大きく網をかけてやったほうがいいのかと思う。これはNICEやフランスのHASから資料が出ているので、ぜひやっていただきたい。

医療DXなのだが、やはり情報化していくためには、情報の内容の標準化が必要になってくるが、今の診療報酬・介護報酬の中で、共有すべき情報の項目が同じでも中身のカテゴリが違うものがある。そういうものをそろえていかないといけないので、一回、医療保険と介護保険を横串で刺していただいて、同じような項目でどのような評価基準になっているか、評価の段階になっているかを整理して、それをそろえる作業が必要だろう。

それから、AIをこれから使っていくことになると思うのだが、それを使う上で注意すべき点は、AIのプロンプトである。AIにこういうことをしなさいとお願いするプロンプトの少し標準的なものをつくっていかないと、ばらばらになってしまうので、そういう意味では、DX化を進めていく上でAIを使っていくという中で、プロンプトの書き方の標準化、事例集のようなものもつくっていく作業が必要ではないか。

○委員

私からも何点か、各論だが、地域医療構想は2040年までがめどになっていて、需要の将来推計などでは、昔の高齢者に比べ最近の高齢者は健康なので、今までの高齢者の医療費の使い方と需要予測をすると大幅に過大なのではないかと研究者のかなり多くの方が言っ

ている。やはり過大な需要推計だと、「病床も多くていいよね、だから改革しないでいいよね」となり、特に東京や大阪だと、そういうことで改革がなかなか進まないことが実際にあるので、需要推計をするのであれば、下振れのシナリオもしっかり、需要が下振れする蓋然性は非常に高いので、そうしたことについて明確に指摘をすることが大事なのではないか。

地域医療構想はほかに「集約化」の言葉が入っているが、地域性に配慮し過ぎて骨抜きにならないようなものにしてほしい。急性期拠点は人口20万～30万人に1つとなっているが、例えば、90万人ぐらい人口だと、そういった病院が3つだから30万人に1つ、都市部でもそのようにやっている地域がある。地方でそういう病院が必要だというのは分かるが、都市部でもある程度必要なのだということは、共通認識にしたほうがいいのではないかと思っている。

地域の実情に応じて調整してください、とした結果、人口の多い都市部では改革がまったく進まないことにならないか非常に危惧されるので、その点、やはり国が、例えば急性期拠点の上限は人口当たり幾らなど、東京だと本当に病院乱立型なので、私も急性期拠点、あなたも急性期拠点、みんな急性期拠点とならないように、あらかじめ布石を張っていたきたい。

集約化については、心筋梗塞のカテーテルの治療を日本は1,000病院できるわけだが、イングランドだとたしか40、オランダだと30ぐらいの病院で、あまりにも分散されている。歴史的にも、NICUだと周産期医療体制整備指針等を学会がつくって、厚生労働省もしっかりホームページで広報を20年やっているのだから、NICUは大体12床ぐらいに今なっている。実際に整備指針や学会で決めていただいたりすると、そのとおりに進むので、そういったことをまずやる。それで、それが達成できているかチェックする。KPIを今後チェックするのであれば、そういう形でのKPIをぜひ考えていただきたい。

医師の偏在については、総合診療医が不足している話もあるが、総合診療医の方は、地域にも満遍なく、地理的にも満遍なく分布していただける、ありがたい診療科である。地域の偏在だけ解決しようと思って地域の偏在を解決できるわけではない。診療科の偏在は非常に大事なことで、今現在、診療科の偏在に対するKPIは非常に少ないと思うので、例えば直美はどうであるなど、もう少し充実させる必要があるのではないかと。

もう一点、フォーミュラリの話だが、これは進みやすく、進んでいることが国民に示しやすい分野なので、ぜひやってほしい。地域フォーミュラリの意義や効果などの理解が広まっていないことがあるが、これは薬剤費の負担が少なくなると、患者さんが服薬を継続するので、患者さんにとって非常にメリットがある。患者さんの健康のために、まさに医療者がやるべき、進めるべきことなのが大前提だと思うので、医療費削減のためにやるのではなくて、患者のためにやるのだという説明ではないと、なかなか動かないのではないかと思っている。

最後、「攻めの予防医療」で、今総理は女性なので、女性に特有の疾患の対策のような

ものを進めやすいのではないかと思うが、英国だと、例えば2022年にWomen's Health Strategy for Englandのようなことが10か年で始まっていたりするので、そういうのを参考にするといい。日本との大きな違いは、女性の声をしっかり聴く。当事者の声をしっかり聴いて、待ち時間が長いなど、そういったことはやはり当事者でないと分からないので、しっかり女性の声を聴く。何回声を聴いたかのようなことがKPIになってくると、より市民社会が活性化していくのではないか。

○内閣府

委員から、総論的に、社会保障改革を行っていく上では、財政全体との関係をしっかり踏まえてやるべきという発言があった。それはしっかり我々としても持続可能性という観点から、社会保障もそうであり、経済・財政の持続可能性という観点からも、あるいは今、特に現役世代の保険料負担をできるだけ上げないようにしていくという観点、人口構造が変わっていく中であるが、そういったことも踏まえながら、内閣府としても進めていければと思う。給付と負担の関係については、また次回、このワーキングでも御議論いただくので、そういった中でも御議論いただければと思っている。

○厚生労働省

まず、病床数について、現状投影だけではなくて、その後減っていくという御指摘があった。まさにそのとおりだろうと思っており、病床数についても、現在の受療率を前提とした現状投影から、これまでも進めてきた医療機能の分化とか、高齢者については包括期で受けるとか、DXの推進とか、そういったものも見込んで考えることが既に示されているところである。

また、医師の偏在について、特に過剰地域について、それだけで十分なのか等いろいろ御指摘をいただいた。過剰地域は初めてのものなので、これについてもしっかりと実際にやってみて、本当に入ったのか、減ったのか、もしそうでないのだったら、しっかり見直すことが決まっているところである。

○厚生労働省

リフィル処方箋の認知のことについて御質問があった。今、患者さんのリフィル処方箋の認知状況を調査しているが、内容としては、制度の内容まで知っていたことと、名称だけ知っていたことと分けて聞いている。その両方を併せて「知っている」としているのだが、それでも調査結果だと35%の認知度である。これはもちろん中身もしっかり知っていただいて、患者さん側からもそういった希望を伝えていただくことが大事なので、この認知状況については、さらに上げていくように取組を進めていきたい。

地域フォーミュラリについては、なかなか進んでいないのではないかというお話の中で、実際にどうやれば進むだろうか検討をしてきた。そういった中で、地域フォーミュラリの

意義や効果、知識を広めるという視点と、あとは実際に医療関係団体等との連携を誰がリードしてやっていくかというところで課題があるということであった。そういったこともあり、まずは都道府県が地域フォーミュラの意義や効果について広めていただきながら、導入が望ましい地域を調整・検討していただく場を設定して、具体的な推進の取組ということでこれをKPIに設定して、進めていきたい。また、地域フォーミュラの意義について御指摘があり、患者さんの視点ということも含めてしっかり周知をしていきたい。今、医療現場では医薬品の供給の課題というのが後発品の中であり、そういった供給不足対策として、この地域フォーミュラを活用するような動きもある。実際のニーズに応じて活用できる場面もあるので、そういったことも含めて、周知をしっかりと進めていきたいと考えている。

効果が乏しいことが明らかである医療について、体系的に進めていくべきということで御指摘をいただいた。我々の課題もまさにその視点に立っており、研究事業でいろいろな取組をしっかりと集めて、それを議論の俎上にのせるということの一つの柱にしたいと思っており、また、診療報酬改定に当たっては、医療技術評価の検討の場があるので、その場を活用して、意見をしっかりと集めて、それをしっかりと検討していくということをシステムチックに進めていくことを考えており、それを今回の方針の中に入れさせていただいているところである。

○厚生労働省

集約について上限を設けるべきだという御指摘があった。これについては検討会の中で、なかなか上限は難しいという議論もあったが、しっかりモニタリングをしていくということと、しっかり話し合ってもらえることが大事だと考えている。

また、2040年は期間が長いという御指摘もあった。最終的には新しい病床の参入を認める、認めないは2040年をベースにやっているの、基本的にはそこがベースとなるが、毎年病床機能報告を求めてしっかりモニタリングしているところである。

○厚生労働省

委員から医療DXに関する御意見をいただいた。まず、国民に医療DXの取組を還元すべきという御意見をいただいたと理解しており、なかなか国民への還元まで至っていないところであるが、一つはこういった取組が進んでいるということで、その進捗状況については、デジタル庁に協力いただき、ダッシュボードという形で医療機関、薬局等々でそういった取組がどの程度進んでいるのかどうかを見える化していることと併せて、お薬に関しては、重複投薬や併用禁忌を発見できた件数をダッシュボードでも見える化しているところである。そういった取組を通じて、国民の方々にもお伝えできている部分かと思っているところである。

また、医療機関へ促す取組をしてはという御意見もあり、なかなか義務化ということに

関して言うと、目的としては、やはり病院の業務の効率化など、医療の質の向上ということが目的であるので、それをどうやっていくのか。その意味でいくと、デジタル化は一つの手段であろうと考えているところである。政府としては、そういった取組を進めるのを促すための施策は積極的にやるべきと考えているところで、特に電子カルテの普及策については、夏に向けて具体的な方策を今後検討していきたいと考えている。

○厚生労働省

「攻めの予防医療」の中の女性の健康の関係について、我々も担当として様々な海外事例の収集を行っている。例えば、イギリスにおける2021年の更年期障害対策本部の設置の話など、様々な事例を我々も認識しており、こういった形で日本の施策に還元していけるかということを検討していきたい。

○厚生労働省

介護DXのAIの話も追加して御説明する。介護については、施設の介護業務については、介護記録のソフトウェア、そして、特に夜間対応に効果的なセンサーとインカム、こういったものである程度効率化が図れることが分かっているので、加算でも評価しており、先ほど医療の分野でも御紹介があったデジタル庁でのダッシュボードで見える化して、導入率などを示している。また、直接的には、直接介護時間が減って残業時間や離職率の低下、休暇取得の促進、最終的には人員配置の効率化につながっていくわけであるが、そういったところもある程度指標を設けて設定している。

さらに、AIをどう活用するかということについては、まずはこういったものの導入促進と考えているが、AIの活用というのは、これから開発も含めて、現場で役立つようなAI技術の開発が必要だと考えている。我々のほうも当面は、例えば記録にもう少しAIを活用して効率化できないかとか、あるいは配膳や下膳、移動の支援などについては、ある程度、今見えている技術でも活用可能ではないかということで、短期的にはそういったことを考えたり、また、中長期的にはもっと本格的な移乗や排せつ介助といったところでも開発ができないかということについて、実装のロードマップを関係府省でつくっているのも、そういったところも示しつつ、また、開発側と現場側の両輪で開発が進むような形で取り組んでいきたいと考えている。

○委員

私から3点コメントさせていただく。

1点目は質の高い医療提供体制で、冒頭、他の先生からも医療の質についてコメントがあったが、私も、医療の提供体制の質がQOL向上と、それから、医療資源の最適化と両方に貢献するという設計思想がベースとしてとても大事だと思っている。この資料で2ページの③かかりつけ医のところだが、最後の5点目、かかりつけ医機能に関する協議の場の議

論に資するデータということで、これはやはりかかりつけ医による疾病管理によって、例えば重症化、高額医療費の発生を抑制できて、その結果としてQOLも上がるし、医療費適正化となる。我々が去年、EBPMアクションプランで同意を得た97市町村の5年間の医療費分析をしたところ、外来医療費の割合が上がって、適正なかかりつけ医の医療をした自治体は、入院医療費の割合が減って、全体医療費が抑制されている構造が確認できた。今、国保の重症化予防とかかりつけ医の疾病管理は別々になってしまっているのだが、やはりこれを連携させて、将来的には一体化するぐらいでやることで、よりかかりつけ医機能の質の向上、それから医療の質、医療費の構造の改善というのが出来ると思っており、我々も協力するのだが、ぜひそういった構造的な分析をやっていくべきだと思っている。

それから、2点目は3ページのDXのところだが、右のほうの上から3段目のDX審査支払機構のところである。こちらは、今、とかくどうしてもIT技術やセキュリティーにばかり目が行きがちなのだが、やはりこれから、旧支払基金について、DXの社会の受容性を高めるための事業設計や業務の見直し、つまり支払基金の職員に求められるのは、やはりプランニングやマネジメントのところもDXを進める上では非常に大きいということで、ぜひ支払基金内部の人的資本への投資を進めていただければと思っている。

最後に3点目は「攻めの予防医療」の47ページのところなのだが、今この時期に「攻めの予防医療」というのは非常に好機だなと思っている。実は、19ページに医療DX、つまり治療分野の診療カルテ、いわゆる電子カルテの共有は今進んでおり、予防分野はEBM、エビデンス・ベースド・メディスンを見習って発展ができていくと思う。そのために、今、データヘルスに、診療カルテに該当する予防カルテがようやく導入されたばかりである。現場のノウハウをこのカルテで形式知にすることで、AIが適用可能になり、それが国内だけではなく、実は海外、特にアジアに展開ができて、国際貢献にもなると、まさに「攻めの予防医療」になるのではないかと思う。EBMは、19ページにあるように、法制度や診療報酬もあって、患者を対象に着実に進んできているけれども、予防は全国民、全世界の人が対象であるため、とても多様で発展的なソリューション開発になっていくと思う。まさにEBMを見習いながら、「攻めの予防医療」を着実に進めることが大事だと思っている。

○委員

まず総論的なところで、何人かの委員も発言された、社会保障費全体のことをマクロ経済や財政と関連づけて議論することは、私も必要だと思っている。内閣府が2024年4月に経済・財政・社会保障に関する長期推計を既に出していて、そこから大幅に変わることはあまりないのではないかと思っているところであるが、何がしかの新たな数字を出したいのであれば、これの改訂版ぐらいということと、強いて言えば、2018年5月に2040年を見据えた社会保障の将来見通しをより精緻な形で、個別社会保障分野で推計しているけれども、これについてのアップデート版が出ていない。

全世代型社会保障構築会議で推計を出すべきだと言ったけれども、内閣が替わって、結

局今に至ってまだ出ていないということなので、出すとするとそちらかなと。2024年4月に内閣府から出した経済・財政・社会保障に関する長期推計は、プライマリーバランスとの影響や債務残高対GDP比への影響は推計しているけれども、それはアップデートしたところでそんなに大きく変わらない感じである。だけれども、2018年5月に出した2040年を見据えた社会保障の将来見通しは、そちらのほうがより手応えがあるというか、医療・介護、年金、福祉その他、社会保障給付費がどうなるかというところや保険料との関連がどうなるのかというのは、よりリアルな感じではあって、必ずしもそれがプライマリーバランスと直接は関係ないけれども、そちらのほうはアップデートがかれこれ8年ぐらいされていないということなので、やるとするとそちらのほうかなという気がしているということも申し上げる。

2点目は新たな地域医療構想で、何人かの委員の方から、いろいろこれからの取組に対して建設的なコメントを先ほど来いただいていると認識している。ただ、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の議論を踏まえると、将来人口推計も5年に1回改定されるということがあるし、次あるとすると2028年頃だとすると、2030年からの第9次医療計画がその後になるので、最初に出す2040年を見据えた新たな地域医療構想の数字は、確かに今のデータに基づいて策定せざるを得ないわけであるけれども、人口推計がアップデートされれば、その都度アップデートしていくことも織り込んでいる。既にそういう方針が示されているから、今、予想以上に出生数が減っているとか、そのようなことが今後の若年者の医療需要に影響するのではないかという話が既に検討会でも出ていて、それを踏まえるという話になっているので、一回つくったらもうその数字は一切変えないということばかりでは必ずしもないと思うので、そういうところは社会構造ないし人口構造、受診行動が変化することを受けてアップデートして、2040年に備えるという方向でいいのではないか。

3点目はリフィル処方箋に関してである。他の委員もおっしゃっていたところで、認知という話はなかなか主観的なところがあるので、簡単な話ではないが、KPIで50%という数値が、ないよりあったほうが良いとは思いますが、誰を対象にということところは、もう少しきめ細かくしておいたほうが良いかと。私は今のところ幸いなことに、リフィル処方箋をいただくような疾患を持病では持っていないので、私は認知しているけれども、別に私が認知したからといって、あまりリフィル処方箋というのがリアルに役立つ感じはない。だけれども、後期高齢者医療制度をお使いになっている75歳以上の患者さんは、比較的リフィル処方箋をお使いになる方が相対的に多いということだとすると、より高齢者に認知が広まることを重点的に取り組んでいくことが別途あってもいいかと。もちろん診療報酬との兼ね合いは、それはそれであるとしても、今後の取組として、よりリフィル処方箋をお使いになる年齢層の方々の認知を上げていくことに注力していくことが必要かと思う。

最後に、がん検診だが、私がほかの医療経済学者の方とも議論すると、がん検診は何でも有効だというわけではないという話を聞く。だから、検診を受ければそれで「攻めの予

防医療」という話になるのは、そこまで単純ではないのではないかと思いますので、受けて有効な検診は何かということもセットで考えていただかないと、とにかく今ある検診を受けることを進めるばかりで「攻めの予防医療」という話になるのかと思っているところである。今回、新たに一体改革推進委員会で「攻めの予防医療」という話が出てきたので、付け加えさせていただきたい。

○委員

私から3つ申し上げる。

2040年を見据えたということで、今いろいろ議論が起きていることであるけれども、例えば資料の2、3ページで示されているように、地域医療構想、あるいは医師偏在対策が今重要な論点になっていて、8ページや9ページにもあるとおり、入院にとどまらないで、外来や在宅、介護まで含めた面的な体制への転換が求められている。しかし、こういった改革をやろうとすると、やはり前提となるのは人材で、特に医師や看護職の地域偏在は依然として大きな問題で、制度的なインセンティブだけではなくて、働き方やキャリア形成を含めた総合的な設計が不可欠であると。もう長年いろいろやっているのだが、なかなか解消しない問題である。単なる配置の問題ではない。これは持続可能な労働供給という視点が非常に重要である。10ページにも指摘されているが、今後、人材確保そのものが非常に困難になることが見込まれている。これは医療・介護にとどまらず、あらゆる分野でそうであるが、そのときに医療や介護の提供者に関する賃金情報というのがないのである。賃金センサスはあるのだけれども、医療や介護の人たちのサンプル数はあるのだが、要するに地域ごとに分かれてしまうと、例えば1次、2次医療圏に1人の医師が代表しているというデータになってしまうので、供給側の行動や人材確保の分析を、賃金情報がないということが一つ困難にしている点があると前々から主張させていただいているのだが、こうしたデータ整備の視点も重要ではないか。人材確保については、例えば、今まで人口当たりや病床当たりの医師数で見てきたのだけれども、単なる医師数だけではなくて、地域ごとの充足状況である。例えば診療科ごとの充足状況や、あるいは定着率、どのぐらい地域にお医者さんや看護師さんが定着してくれるのか。あと、勤務負担の指数である。例えばどのぐらい就労されているのかと、こういう持続可能性を評価できるようなKPIの設定が今後重要になってくるのではないかと考えている。

2点目、医療DXについてだが、資料の4ページから5ページに示されているとおり、電子カルテ、情報連携基盤の整備の方向性は明確だ。20ページ以降でも具体的なサービスの内容や運営方法が提示されているけれども、生産性向上の鍵になるという点は間違いなし、評価できる点だが、実際の現場での導入コストや運用負担が非常にボトルネックになっている。特に中小医療機関あるいはクリニックに対しては、今、ベンダーごとにいろいろ違うではないか。それは非常に非効率なので、標準化と一体的な支援が必要ではないかと。そういったばらばらというか、システムが違うことによって普及の格差が拡大する

懸念があるので、この辺りはスタンダライズしていくことが必要。

DXというのは義務化ではなくて、使うほど現場が楽になる仕組みとして設計すべきなので、こういったものに対しては、例えば導入率だけではなくて、実際の情報共有の活用度、あるいはその事例、あるいは業務時間がどのくらい削減されたか、そういう効果なども現場の生産性向上につながっているかどうかを評価するKPIになると考えた。

これは前々から申し上げているが、医療と介護の関連が今後非常に重要になってくる。例えば資料の8ページ、9ページで医療と介護の連携が地域医療構想の中核と位置づけられているけれども、ほかのところにも載っていたが、介護提供体制との一体的な議論が今、厚生労働省のほうで非常に進められている。高齢化が進展してくると、医療と介護の複合ニーズは一層高まってくる。両者を切り分けて議論する段階は既に過ぎている。その際、現在の2次医療圏や市区町村単位といった枠組みだけではなくて、医療と介護、両方を一体的に捉えた医療・介護圏のようなジオグラフィックというか地理的な単位をどう設計するかというのがとても重要になってくる。制度間の単なる接続というだけではなくて、こういった圏域を基盤として、在宅医療や介護の受け皿を含めた実効的なサービス提供体制を構築していく視点が非常に重要なので、こうした医療・介護の実効性を担保するための、例えば地域内での在宅復帰率や救急受入れの完結率、あるいは医療と介護間の移行の円滑性など、圏域単位での評価可能なKPIの整備が今後重要になってくるのではないかと考える。以上3点だが、今回の改革は資源制約、これから特に人的な資源制約が非常にきつくなってくるので、その中でAIやDXをうまく取り入れながら、選択と集中をどのように進めるか、うまく進めていくかという局面に入っているので、効率化だけではなくて、柔軟な対応、柔軟な実装を重視すべき。その上で、各施策についてKPIの適切な設定、あるいはその検証を、できるだけコストがかからない形で、自動的にデータが上がってくるような仕組みを考えて、PDCAを今後も徹底していくことが大事である。

○内閣府

まず、全体のお話として委員から、特に2018年の推計のアップデートもあるのではないかというお話があった。こちらはいろいろなところで御意見をいただいていると承知している。今日も厚生労働省の担当部署が聞いているので、そういった御意見をしっかり受け止めて、全体としてどうしていくかを考えていくべきかと考えている。

○厚生労働省

まず、委員から、QOLの確保と医療資源の最適化が大事だというのは、そのとおりかと思っている。その上で、国保における重症化予防と疾病管理の一体的な実施のいろいろな例を御紹介いただいた。地域における好事例、先進事例については、我々もしっかり勉強させていただきたい。

また、委員から地域医療構想について、途中でいろいろ長期のものなので見直す必要が

あるのではないかと御指摘をいただいた。人口推計や受療率の変化を反映するために、医療費適正化のタイミングに合わせて、2030年、36年に数字等についてはリバイスして、またしっかりモニタリングしながら進めていくこととなっている。

また、委員から、やはりこれからは人材確保が大事だという話があった。まさにそのとおりだろうと思っている。また、特に介護との関係も非常に重要であるということで、このところを一体的に議論するようにと。どういう議論の仕方をするかということについては、各地域の実情に応じてそれぞれやるということであるが、それぞれのレベルのところでも両者を一体的に議論していくことが大事だというのは、そのとおりだろうと思っているところである。

○厚生労働省

委員から支払基金の人材のお話をいただいたところである。まず現状を御説明すると、支払基金において、医療DXの業務に従事する人員については、令和3年度から増員しており、昨年度26名増加して、今163名体制となっているところである。このうち医療と情報システム双方に精通した人材ということで申し上げますと、支払基金でキャリアパス制度というものを設けて、今後そういった医療情報システムに通じた内部人材の養成を行って、その取組に加え、ITの業務経験者や社会人経験者の採用といった取組も併せて行っているところで、人材の確保、またそれらの方々が活躍いただけるような環境づくりを今後も取り組んでいきたいと考えている。

また、そういった取組に関しては、資料の22ページにあるが、今後、政府全体として、医療情報化推進方針をつくっていききたいと考えている。この中で支払基金、DX審査支払機構に対しても、このような計画でやっていくということをお示ししながら、政府全体としてもそういった人材の育成確保ということも重要な課題として取り組んでいきたいと考えている。

委員から2点目でDXの標準化のお話をいただいたところである。御指摘のとおり、各ベンダー、また同じベンダーであってもカスタマイズがされていて、病院ごとのデータがなかなか融通できないとか、ベンダーロックインなどで、あちらのほうが安い、もしくは効率性がいいというものにも乗り換えがなかなかできないという課題があると認識している。この3月に診療所と中小病院向けに関しては、電子カルテの標準仕様というものをお示ししているところである。今後はその標準仕様に即した電子カルテ等に関して、国で認証という取組を進めていって、標準化がより進んでいくようにしていきたいと考えている。御指摘の課題をクリアできるように、一つ一つ進めていければと思っている。

○厚生労働省

2点お答え申し上げたいと思う。

1点目、委員から予防に関する取組についてのエビデンスづくりという御指摘をいただ

いた。予防分野においては、保険者の取組が非常に大事なプレーヤーということであり、保険者が取り組む予防ということに関しては、実際にどういった取組を、どういった工夫で行っていただいているかということをしかりデータとして集めていく、そういった取組を進めていきたいと考えており、御指摘いただいたような方向性に沿って検討を進めていければと考えている。

また、委員からリフィル処方箋について、もうちょっと対象を絞ってはという御提案をいただいた。厚生労働省においては、診療報酬改定を行うと、診療報酬改定の効果を検証するための調査をやっており、医療機関に調査をする、薬局に調査をする、そういった一環として患者さんに調査をしている。その中では、いらっしゃった患者さん無作為に2名医療機関ごとにお渡しいただいております、そこで年齢を絞ってというよりは、ランダムに今やっている。結果として、多く医療機関を御利用いただいている高齢者の方の御意見、認識を反映した指標にはなっているが、この調査の中で把握できるものを基に設定しており、現状は幅広い方になっているということである。認知度が上がってくる中で、さらにどういったところに集中的にやればいいのかということは、調査票の中で年齢なども聞いているので、そういった分析を基に、さらに検討できればということである。

○厚生労働省

委員から、がん検診について御指摘いただいた。この資料でいうと、55ページに今のがん検診の取組を書かせていただいている。御指摘の趣旨は、攻めということで、とにかく検査を受けるというよりは、しっかりと中身を考えてという御趣旨だと思っている。55ページはタイトルにも書いているが、私どもも科学的根拠に基づく検診を推進ということで、ここを大切にしたいと思っている。そういう意味では、がんの種類はたくさんあるわけであるが、現在国が進めているのは、現状の※のところを書いている、胃がん、肺がん等の5つだけである。これについてはしっかりと検査することで、死亡率減少の効果があるというエビデンスを確認した上で進めているものである。

それから、タイミングも毎年やればいいのか、体の負担もあるので2年に1回であるとか、どういう検査法がいいのか、あるいは何歳以上かということもしっかり定めており、その条件の下で、エビデンスとして死亡率減少効果があると確認した上で、目標を60%、あるいは90%としているので、御指摘の趣旨も踏まえて、さらに進めてまいりたいと考えている。

○委員

介護人材確保の観点から何点か申し上げたい。

まず、介護人材確保のための地域プラットフォーム構想について、介護人材の確保に向けて都道府県単位で関係者を束ねてPDCAを回していくということは、非常に重要な方向だと考える。その上で御質問するが、各地のプラットフォームで行われた取組の中でも有効

なものを、迅速に横展開するような仕組みはあるのかということをお伺いできればと思う。分野は異なるが、例えば英国では、デジタルリスキングの領域で地域ごとに手を挙げて官民連携の取組を行う場合に、国の費用で専任のコーディネーターを地域ごとに配置して、地域内での重複を防いだり、地域間の取組を調整したり、横展開を推進したりという取組がある。単なる好事例の共有ということを超えて、仕組みの横展開を支えるような機能等をもし検討されているのであれば教えていただきたいというのが1点目。

2点目は、都道府県単位での労働需給の予測のようなものが前提とされているのか伺いたい。例えば、富山県では2026年に県と大学が連携して将来の県の労働需給予測を推計して、それを将来のいろいろな施策の設計に結びつけることを行っていて、そのモデルをほかの自治体も参照し始めている状況である。地域内で人材の取り合いになっても仕方がないので、人材確保を戦略的に進めるために需給の見通しが全体としてどうなるのかという情報はかなり基本である。県単位での取組を進めるに当たって、県ごとの労働需給予測のようなものが想定されているのか、推進するような仕組みがあるのかということをお伺いしたい。

また、介護予防に関してなのだが、日本の介護予防は通いの場やフレイル対策など高齢者の方を対象とした取組が着実に進展してきている。一方で、「健康日本21」のような取組の中で身体活動の重要性も言われてきている。そういった状況で見たときに、現在の介護予防の取組は、主として高齢者期に焦点が当たっているが、いろいろな研究を見ていくと、中高年期の運動が将来の介護そのものというよりは、身体機能の低下や認知の問題の発生に関わるという研究も幾つか見られるので、介護予防の文脈で中高年期の活動を組み入れていくような議論があるのかということをお伺いしたい。

最後に、介護におけるDXやAIの活用に関してお伺いしたい。介護に限らないが、中小企業の経営者に、経営にDXを取り入れていくときの課題について聞き取り調査を行ったときに、効果性が高いものも含めて、現場がどうしても使えないなどで、浸透しないことや、浸透までに非常に時間がかかってしまって、経営者自身も推進者自身もかなり疲弊してしまうことや、また、ノウハウのようなものが必要だという話を聞いた。KPIを設定することも非常に重要だが、そうした浸透の難しさ、効果性が高い取組でも現場には浸透しないことが日常的に確実に起きているので、そうした状況に対する伴走は何か検討されているのかということも教えていただきたい。

○委員

私からは3点。

まず1点目だが、医療費適正化についても、医師の偏在についても、ここから見直しと議論のタイミングだということなので、あまりこの場で具体の話をしては仕方がないと思いつつ、昨年度も伝えたが、OTC類似薬の薬剤費に手は入ったが、OTC類似薬を処方するだけの初診料や処方箋料にどこまで切り込めるかという点については、よく議論していただ

ければと思っている。最低限、典型的なOTCだけで解決するような症状は、まず薬局に行くよう啓発活動ぐらいは公的にやってよいし、極端な意見を言えば、OTCで解決するような症状を保険適用で診察を受けられるのは、そろそろサステナブルではなくなっているのではないか。

例えば、イギリス型のかかりつけ医による人頭払いのような話になるかもしれないし、結局OTCで解決するようなものに関しては支払いのインセンティブを下げるというのも検討の範囲に入ると考える。いずれにしても都市部でOTC類似薬だけを処方するような仕事をしていても、それが医師にとって楽で合理的な選択にならないようなインセンティブ構造にすることが、医師の偏在においても非常に重要だと思っている。

2点目は「攻めの予防医療」についてで、こちらは他の先生からも御指摘があったとおり、どちらかというとなんか健診側の話に力点が置かれていると思った。確かに歯科健診の受診率は介護予防の文脈でも非常に大事だが、公衆衛生学の分野では、もう大分前から、ハイリスクアプローチではなくポピュレーションアプローチと言われるようになってきている。つまり、一部のハイリスク者を健診で見つけて介入するよりも、集団全体のリスク分布を下げたほうが効率的ではないかという話である。他の先生も発言したとおりで、健診に引かかるといってもなく、国民全体でもっと運動習慣を増やすということは、今までずっと取り組んできたけれども、なかなか効果が十分ではなかったところもある。今はメディアコントロールのコストが下がっていたり、あるいは日本は実はコミュニティーワイドのRCTで身体活動量をちゃんと増やす介入研究ができたという結構珍しい国の一つだったりするので、改めて国民全体の生活習慣の行動変容というのは、「攻めの予防医療」ということであれば、重要な選択肢になってくるのではないか。

最後に3つ目だが、介護サービス提供体制の構築について、39ページ、住まいと生活の一体的支援というのは非常に大事なポイントだと思っている。なぜかというとなんか明らかに地方の訪問型サービスは移動時間のせいで大きく生産性と経営の健全性が損なわれているというのがあり、昨年度、地方創生の文脈で特養やリハビリ施設を高齢者向け小規模シェアハウスに転換するような構想が発表されていたが、あれは結局どうなったのか。それを使わなくても、人口減少地域は空き家も増えており、いわゆる施設となると厳しいレギュレーションが必要だが、高齢者が集まって住んでいる場所に訪問介護を行うだけでも、経営や生産性にはかなり大きなメリットがあるので、そこは介護の枠組みだけではなく、住宅政策という形も含めて生産性を上げていく、提供体制を改善していくのが大事なのではないか。

○委員

2つコメントを申し上げたい。まず1つは、情報連携基盤に関する話、もう1つは介護に関する話である。

まず、情報連携基盤については、提示していただいた資料の3ページ以降に書かれてい

るが、これは以前も少し申し上げたことと重なるが、繰り返しあえて申し上げると、議論としては、厚生労働省の政策の中に閉じられた発想というのがどうしても色濃く出ていて、情報連携基盤を使って医療の質の向上につなげるという。これは当たり前の話なのだが、同時に、情報連携基盤はデータベースになっていくので、データベースをつくる際は、実はそれだけに閉じられてしまうともったいないというのがある。

他の先生からも話があったが、運動習慣をつけるなど、生活習慣病を抑えるという観点からすると、要は何かといえば、全く異なる分野だが、国と地方のシステムワーキング・グループで議論しているようなまちづくりとの連携を図りたいと考えている。いわばここで情報連携基盤というと、申請や提供のための審査体制云々というのがあるのだが、この中に必ずしも厚生労働分野の医師などを念頭に置いたものに発想を止めるのではなくて、異分野でこのデータが有効に使われるケースがあることを前提とすべき。それが生活習慣病の予防や、あるいは介護の発生を遅らせるところで、ぐるっと回って、狭義の医療分野での国民負担の軽減につながってくると考える。

情報連携基盤に集められるデータは今までなかったもの。これまでになかったデータを使ってできることが（狭義の医療・厚労分野以外でも）たくさんある。であれば、それを使うためのルールをつくっていくということが必要になる。情報連携基盤のスタートが例えば10年先であれば、今ここで申し上げないが、令和10年を一つの目安として運用開始になってくると、かなりのピッチで制度設計やシステムの設計をやっていかなければいけない。1回つくってしまうと、それをいじるには費用の負担もかかるし、時間もかかるというところがある。なので、ここにおいては、狭義の医療サービスの生産性向上というだけではなくて、令和10年ということになるので、広義の社会に対するインパクトを考えて設計していただきたい。

介護に関しては、37ページ以降に出ているが、これもどちらかというと、地域が何をするかというものが多い。けれども、介護の場合、本当に症状が悪くなった場合、言い換えれば、高度の介護認定を受けた場合は、国や地域の出番ということになるのだが、その手前の段階に介護予防というテーマがある。買物の介助などそういったものはどこがやっているかということ、一つはコミュニティーが自発的にやっているというものもあるが、都市部で見れば、これは企業がいわゆるフリンジ・ベネフィットや福利厚生のような発想を進化させた形で今取り組んでいる事例が、まだ大企業に限ると言われるかもしれないが、相当ある。企業はなぜやっているかということ、これは企業の生産性の足を引っ張らないように、そこをサポートすることによって、要は仕事に来てもらって、働いてもらうということを継続してもらうため、そういう支援をビジネスとして提供する者がいるので、そういったところと連携をしてやっている。

そうなってくると、ここは実は地続きになっていて、地域ということと、それから、地域なのだけれども、働いているところで提供している。あえていえば、例えば保険でいえば国保と社保のようなものだが、国保的なところは相当深掘りしていると思うが、社保的

な会社がやっていることは、一回調査し、企業によってばらつきがかなりあるので、そこに対して国や地域が介入することによって、いわば介護認定を受けるような状態の前で踏みとどまる、あるいは軽度で止まるなどの期待がある。少なくとも親について、できるだけぎりぎりのところまで働き盛りの子供が対応しなくてもいいようになる枠組みでシステムをある程度つくっていくことが大事なので、その辺りについても調べてみて、官民の連携の形を考える必要がある。企業の生産性向上は経済の成長にダイレクトに結びつく話なので、現在の政府の目線とも合っていると考えられる。その2点を申し上げたい。

○委員

他の委員がポピュレーションアプローチ、しかも、歯科健診に関して発言されたので、私も発言するが、今のままの歯科健診でポピュレーションアプローチを取ると、相当変なことが起こる。つまり、同じ歯科健診でも、今は任意なので、受診回数がまったく違って、1回で歯科健診が終わる歯科もあれば、3回歯科健診するような歯科もある。そのような状態でポピュレーションアプローチをやると、相当変なことが起こるので、健診をポピュレーションアプローチでやるというのだったら、標準化して健診をしないといけないのではないか。

○内閣府

データベースの活用について、データの提供範囲に関する現行の規定を厚生労働省に確認したところ、例えば「適正な保健医療サービスの提供」、あるいは「保健医療の経済性・効率性及び有効性に関する研究」は明記しているということである。それが委員、あるいは国と地方のシステムワーキング・グループの中で、どういうデータが要るのかという具体的な話も含めて、この中で読めるのか、読めないのかというような話になってくるので、また委員の御知見をお借りしながら、我々としても、厚生労働省とも調整をさせていただければと思っているところである。

○厚生労働省

委員からご意見をいただいた介護人材のプラットフォームの関係について、資料の42ページ目にイメージ図がある。今回の制度改正では、幾つかの先進事例を基に、特に福祉人材の確保、とりわけ介護人材の確保について、このようなイメージの都道府県での関係機関のプラットフォームをつくることを考えている。具体的には県レベルで、ここに書いているような都道府県そのものに加えて、福祉人材センターということで、福祉側の人材紹介やマッチングする機関がある一方で、労働局、ハローワークといった組織もあり、労働系の組織で介護労働安定センターということで、介護現場の労働者や事業所の支援等を行っているところなどもあって、関係する機関が多々ある。ただ、全員が一堂に会して現状の課題を共有して、どんな取組をしたらいいかと、具体的には、第2層レベルとあるが、

課題ごとあるいは地域ごとにもう少し関係者を絞って集まった場でさらに議論を深めていく取組があるので、このようなイメージを持っている。

横展開の話について御質問いただいたが、具体的な好事例を幅広くまだ集めておりませんので、今年度の研究事業で好事例を収集して、まずは好事例の横展開を行い、その地域で取り組んでいったらどうかということを示していきたいと考えている。

その中で、県単位の労働需給予測のご意見もいただいたが、現状では福祉側のマッチングの取組については福祉人材センターなど福祉側でやっており、ハローワークはハローワークで最近この福祉分野なり医療介護福祉分野も力を入れているが、それぞれがやっているもので、そういった情報やデータの持ち寄りをして、究極的にはどのぐらいの需要があって、それに対してどういった形で人材確保していくのか、新卒もあるし、他業種からの転職もあるし、そういったものの支援をやっていくかという議論がまだ十分できていないので、まずは関係機関が集まる場で、場合によってはそういった数量的なことも持ち寄って議論を始めていただくような仕掛けをつくっていききたいと我々としては考えている。

また、関連して、介護DXの導入について、効果が高いと分かっているけど、なかなか導入が進まないという御唆をいただいた。まさに我々も現場からそのような声をいただいております、同じスライドの真ん中の下辺りに、介護生産性向上総合相談センターを書いている。これはまさに、中小も多い介護事業者の中で、効果的とは分かっても、現場での仕事のやり方を変える必要があるもので、そういった棚卸しやBPRの変更ができないといったことなど、現場での導入に困難を感じている事業者がたくさんいるので、そういったところに対して県単位でアドバイザーの派遣等、支援を行うようなセンターをつくっている。

また、DXの導入に当たっては、各事業所での中核となる人材の育成が必要なので、中核人材の育成などに取り組んでおり、これらについては国の補助も行って、導入支援を行っている。

こういったことも一つの核として、今回新たにプラットフォームということで、生産性向上にとどまらず、人材確保のいろいろな場面について議論していくような場をつくる制度改正を行うことにしている。

また、介護予防について、中高年時代からの関与ということも御指摘をいただいた。介護保険制度で、地域支援事業などを使って通いの場などに取り組んでもらっている。その限りにおいて、やはり主たる対象はどうしても65歳以上の高齢者が中心になるが、高齢者しか通ってはいけないとはなっておらず、また、介護保険財源を使わずとも、ある程度地域での自主的な取組をされている場合については、公費を入れずに取組を促すというような取組をやっているもので、介護になる前段階からの予防ということも十分意識をしてやっていただいているところである。

現に、最近、要支援、要介護の認定率が比較的高まらずに済んでいるのも、こういった介護予防の取組は一つの効果があると考えているので、我々としても、このような取組を進めていきたいと考えている。

委員から住まいと生活の一体的支援という話や、特養のシェアハウスの転換などの取組もどうなっているかという話をいただいた。御指摘のように、特に地方、中山間地等では高齢者、要介護者がピークアウトしており、特養のベッド数を減らすというような取組が必要になってくる。その意味で、高齢者施設の機能も多機能化になり、あるいは障がい者も受け入れるような形での転換が必要になってくる。そういった取組を支援するために、今回、法律改正ではないが、例えば、補助金でつくった施設であれば、補助金の返還があるわけだが、そういったルールの緩和などの取組を促すようなことも考えている。

また、委員からまちづくりの話やコミュニティーづくりの話いただいた。非常に重要な話だと我々も考えている。特に中山間、過疎地域では、介護だけを議論しても、生活が続けられるのか等の話もあり、移動の足の話、そもそも買物に行く場がないなど、生活そのものが町の中でどう維持できるかで、まちづくりの計画との連携、連動は非常に重要だと考えている。そういった意味で、介護の側でリードするところまでは難しいが、まちづくりのいろいろなプラットフォームや計画と連動した取組を、今回の計画策定に当たっても意識して取り組んでいくようなことを考えており、各地の事例なども今確認をしているところである。

また、企業での取組が必要だと御指摘いただいた。福利厚生を取組は我々もまだ十分情報収集ができていないため、その取組も御示唆を踏まえて収集していきたいと思うし、健康づくりという広い面で言うと、歯科健康づくりに積極的に取り組む企業の宣言制度などを経済産業省と一緒にやってきたかと思うので、そういったところも進めて活用いただくことがより重要になってくるかと考えている。

○厚生労働省

先生からOTC類似薬の今回の取組のことについて御意見があった。次回の全世代型社会保障の構築に向けた給付と負担の見直しの中で、またしっかりと御報告を申し上げるが、今回、OTC類似薬の関係については、医療機関を受診した結果として、OTCとして売られている薬と同じ薬が処方された場合に、公平性の観点から、一部負担を保険の範囲外として求めるということを、法律の改正という形で今回取組んでいる。この対象については立法院において、今まさに今日も審議がされているところであり、その辺りのことについても、また御紹介をさせていただきながら、御審議いただければと思っている。

○厚生労働省

「攻めの予防医療」のポピュレーションアプローチの御指摘をいただいた。今日、資料の御説明で省略したが、48ページにヘルスケアの取組ということで御紹介させていただいている。今日は検診の特に赤字の取組を今後強化するところを中心に御説明したので、少し足りなかったと思うが、前提として、一番左側になるけれども、「健康日本21」というもの、これはもう長年取り組んでいる、まさにポピュレーションアプローチとして、国民

運動を推進している。食生活や運動を大前提として、しっかりと健康寿命の延伸に向けて啓発していく。これは企業、団体、自治体の総合的な取組であり、KPIも設けて、中間評価なども行っているのので、これをまずしっかり取り組んでいくと、これがその先の話の介護予防であったり、様々ながん検診、疾病予防であったりというものにつながっていくと考えている。

○厚生労働省

先生から歯科健診の御指摘があった。今、自治体の口腔保健推進事業で幅広い住民を対象とした歯科健診事業が含まれているが、健診の方法に関していえば、特に成人の歯科健診については、厚生労働省で歯周病の健診マニュアルなどを示しており、これらを推進するに当たって、やはり効率的・効果的な方法を探るという視点も持っていきたいと思っている。

○委員

経済・財政一体改革を今進めているという観点で2点ほど。1つは医療・介護の人材確保と養成の議論があった。今、日本ではあらゆる産業で人手不足になっているが、例えば厚生労働省の統計で欠員率を確認すると、マクロ的にはかつてと比べて実はさほど高くない。それから、総務省の統計でも、失業者や追加就労を希望する就業者はまだ結構いて、いわゆるスラックと呼ばれる労働需給の緩みが完全になくなっていないわけではない。ではなぜ人手不足なのかということをついさつと調べると、事業を新しい時代に合わせて変えていくとか、あるいは長期デフレから脱却したのだからビジネスモデル自体を変えていく必要があるというときに、それを担える人材がいらないという意味で人手不足の深刻さがある。言い換えると、新しいことはできないのだが、これまでと同じやり方で同じことをやろうとすれば、何とかやってしまっているという状況がある。

サービスの質と生産性を上げるために、日本全体がそこから脱出しなければいけないけれども、医療・福祉分野の人材確保・養成の在り方においても、サービス提供体制の改革や偏在是正、先ほど申し上げた医療AXを前提にゼロベースで見直していく必要がある。特に医療・福祉分野は労働集約的な産業であるので、これまでと同じ発想で公定価格を引き上げて待遇改善を延々と続けても、現場は前例踏襲でよいということになって、効率化のインセンティブがそがれてしまう。それでは、産業としての競争力がますます落ちてしまうということを踏まえるべきである。生産性が低いから人が必要になり、何とか人を投入しているので生産性が上がらない、という罠に陥らないように、関係職種をやみくもに養成するのではなく、人材投入量の適正化を通じて質の向上を図っていく構想が求められている。

それから、もう一点、これも議論があった「攻めの予防医療」の分野であるが、予防・健康づくりを戦略的にやっていくことは大変重要である。ただ、各種の取組の効果を確認

してやっているとしても、符号条件がプラスでさえあればやったほうが良いということで、パラメータの大きさをあまり気にせずに、とにかくやらないよりはやったほうが良い施策が多分たくさんある。つまり、財源は限られているのであるから、公費を投入している以上は費用対効果を分母と分子の両方で見えていく必要がある。その際の効果とは給付費、医療費という面もあるが、アブセンティーズムやプレゼンティーズムなどへの影響はどうなのかや、予防・健康に取り組む個人が長く働けるようになることによって生涯収入が増えるとか、健康経営に取り組む企業は業績や株価に好影響を与えるとか、これは一例であるが、そこまで視野を広げて予防の費用対効果を考える必要がある。これは厚生労働省だけではなく、政府全体で取り組んでいただきたい。

これまでの取組の中では、特定健診・特定保健指導が2008年以降、保険者に義務づけられて、相当の財政資金を入れてやってきているが、メタボリックシンドロームの該当者やその予備群が想定どおり減っているのかということ、必ずしもそうではない。これからICTを使ってブラッシュアップするという御説明が今日あったが、今後、性差に由来する健康課題に予算を新たに振り向けていくためにも、従来の予防や健康づくりを定性的にではなく、定量的・実証的に説明できるようにしていただきたい。今日は、がん検診のお話やエビデンスを重ねる必要性の議論があったが、費用対効果が十分に確認できないような財政の使い方をスクラップ・アンド・ビルド型で見直すことも、この際、ぜひ取り組んでいただきたい。

○委員

委員の皆様には、活発な御議論をいただいた。

本日のワーキング・グループでは、先日の経済・財政一体改革推進委員会において示された今後の検討課題のうち、効率的で質の高い医療提供体制の構築等、2040年以降を見据えた介護サービス提供体制の構築、「攻めの予防医療」の推進について、厚生労働省から現状の取組、検討の方向性、KPIの設定等について御報告いただき、委員の皆様には御議論をいただいた。

社会保障分野においては、高齢化と人口減少に伴うニーズの変化に対応するとともに、制度の持続可能性を担保するため、地域の実情に応じた効率的な医療・介護サービス提供体制の構築や「攻めの予防医療」の推進による健康寿命の延伸、社会の担い手の拡大を図ることが重要である。

厚生労働省においては、本日の議論等の内容を十分に踏まえて、引き続き、医療・介護制度改革や「攻めの予防医療」の推進に関する議論を進めていただきたい。また、昨年取りまとめたEBPMアクションプラン、改革実行プログラム、進捗管理・点検・評価表の内容やスケジュールを踏まえ、実現できる項目から着実に実施していただくとともに、引き続き、各分野の適切なKPIの設定や分析・検証を行っていただきたい。次回の社会保障ワーキング・グループについては、全世代型社会保障の構築に向けた給付と負担の見直し、そし

て、少子化対策、子ども・若者政策の推進等について、議題とする予定としている。骨太の方針に向けて議論を進めていきたいと思うので、皆様の御協力をさらにお願ひ申し上げる。