

## 第21回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2017年10月6日（金） 16:00～18:00
  2. 場 所：中央合同庁舎第4号館4階共用第4特別会議室
  3. 出席委員等  
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部准教授  
同 鈴木 準 株式会社大和総研政策調査部長  
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教  
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授  
同 印南一路 慶応義塾大学総合政策学部教授（オブザーバー参加）  
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部教授（オブザーバー参加）
- 

（概要）

### （1）社会保障WGの今後の検討課題について

事務局から資料1を説明。その後、意見交換。

（委員）

世の中でいろいろな動きがあるとしても、骨太の方針で閣議決定されている事柄や関係者間で合意ができている改革工程表に掲げられた取組は粛々と進めていく必要がある。これは社会保障についても当てはまる。

18年度の予算編成などを見通した場合にも、改革に取り組んだ16年末の決着事項は大きな成果であり、先々に効果をあらわしていくということを改めて確認したい。すなわち、今後も、2年後、3年後に実施することを含めて、特に制度改革事項については緩むことなく、前倒しぎみで検討を進めておくことが重要である。

### （2）改革工程表、骨太方針2017のフォローアップ

厚生労働省から資料2を説明。その後、意見交換。

（委員）

参考資料1の4ページ、地域医療構想調整会議について情報の公開度が低いと感じている。全国的に進めるのであれば一覧をつくっていただき、どこで調整会議を何回開催しているのか、どこで取組が進んでいるのか、目に見えて比較できた方がよい。もちろん会議の開催は手段であり、それが目的化してはいけないが、簡単な概要や進捗状況の見える化でもよいので、そのような工夫をしていただけるとありがたい。

ここの数値で出ているように、まだ議論を開始しているところが少ない印象を持っている。議論の土台に立たなければ地域の中での医療の包括ケアができないので、さらにこの取組をプッシュしていただきたい。

公的病院にも本年中にプランを策定するように要請したことは画期的な進歩であるが、これに対する公的病院からの反応はどのようであったか。憶測であるが、公的病院と公立病院とでは同じ競争の土台に立っていないと公的病院の中では認識しているところも多いのではないか。それにもかかわらず、公立病院と同じような都道府県の命令や指示の対象になることに関して、どのように現場は反応しているか。

(厚生労働省)

各調整会議の一覧表については努力したい。公的病院にプランの策定を要請したときの反応であるが、前もって公的病院も検討していたとのことで、必要な医療を検討する具体的なツールをいただいたと前向きなところが多かった。

(委員)

参考資料 1 の 17 ページの大病院調査の結果に関して、紹介状なしの患者比率が 2% 減であったという数字があるが、その間初診患者数が平成 27 年 10 月は 2,400 人弱、28 年 10 月が 2,200 人弱、ざっと 10% ぐらい減っている。選定療養費があることが 1 つの医療機関の選択のインセンティブになっているのではないか。大病院に初診でいきなり訪れる患者自体が減ってきたとの評価もできるのではないか。

参考資料 1 の 24 ページに保険者努力支援制度の都道府県別平均獲得点があり、275 点満点で、特定健診には 60 点などと点数が割り振られ、都道府県ごとに点数の高い低いが出ているが、例えば、配点のウエートなどの採点方法やいつからこのような指標化をするようになったのか等、経緯を教えてください。

(厚生労働省)

保険者努力支援制度は 30 年度からスタートするが、28 年度、29 年度は現行の国保の特別調整交付金の配分に前倒しでインセンティブを導入してきた。24 ページの右にあるそれぞれ配点は、またさらに細かい基準があり、ポイントを獲得していき点数をつけていく。指標によっては、都道府県自身が実施することもあるし、中には市町村が実施するものもあるが、こういった指標を、国保の施行に当たって都道府県関係者によるワーキングで議論を

しながらつくってきた。基本的にはこれを踏襲しながら 30 年度の保険者努力支援制度もやっていくことになる。

(厚生労働省)

24 ページについて補足する。28 年度においては基礎点 70 点があるので 345 点満点にしており、その配分が右側の配点である。このような配分でスコアリングをしていったものである。28 年度分は 150 億円ついているので、このスコアリング×被保険者の数を自治体ごとに出して、それをもって 150 億円を配分する形でインセンティブにする。

(委員)

このようなインセンティブづけは、現状では特別調整交付金だけであるが金額として普通調整交付金に比べごく僅かにすぎない。これからは普通調整交付金に踏み込まないと的確なインセンティブづけにならないのではないか。27 ページのように慎重にという意見もあるが、引き続き大胆な検討をお願いしたい。

29 ページの保険者協議会の構成表について確認したい。参加している保険者数が数値で出ているが、母数がないと数字をどう読み解くかわからないので、母数がわかれば追加でいただきたい。なお、数字上は市町村国保が数多く参加している県もあれば、そうでもない県もある。その背景について伺いたい。また、14 の都道府県がオブザーバーでしか参加していない。これは都道府県のこれからの体制に向けた役割を考えると準備不足と考えてもよいかどうか伺いたい。また、これに関して働きかけがあれば伺いたい。

(厚生労働省)

市町村国保の参加状況について、保険者協議会の事務局は国保連がやっている。国保連が市町村の代表として、事務局をやっており、かつ、協議会の会長の所属団体は市町村であり、それに加えて市町村も委員としてさらに入っているというように、ここの数字は見ていただきたい。

都道府県の担当部署が、正式メンバーとして参加した場合は、運営経費はそれぞれの参加者から負担いただいて運営している部分があるため、運営経費を負担する事情を考慮して、オブザーバーの位置づけになっていると都道府県から聞いている。例えば、地域医療構想の関係で意見を出すときには、地域医療構想の担当部署が出席するなど、議論の内容に応じてそれぞれの県の担当部署の職員が出ている。

(委員)

35 ページの第3期の医療費適正化計画に関して、推計の過程を示してほしい。例えば、「重複して投薬される方が半減する。そして調剤費分が軽減する。」という仮定や、「15 剤以上投薬された方が半減する。」という仮定が置かれている。しかし、これらを織り込んで推計されてしまうと、一種の恣意的な推計になりかねない。具体的に1番の効果がどのぐらいなのか、2番目の効果がどれぐらいなのか、どのぐらいの額として織り込んでいるからこうなっているのか項目ごとにわからないと、最終的に結果だけ出てきた数値を見てもうのみにはできなくなる。この推計方法に基づくと、この額であったとなるべくつまびらかにしていただきたい。

(厚生労働省)

まさに今、御指導いただきながらやっている外来医療費のボリュームゾーンの分析の部分と関係してくる。34 ページになるが、マクロで言うとそうした結果が出るが、さらにその中身は、今年度、NDBの改修に着手しており、医薬品で言えば割合でどこになるのか、ここの項目もボリュームゾーンでどういった形でやっていくかということも含めて、議論いただいているものと平仄をとって提供できるようにしたい。30年度からはこうしたデータが提供できるよう準備を進めているところである。

(委員)

41 ページの科学的介護の実現で、従来の情報に加えて詳細なデータを構築すること自体は興味深い取組である。ただ、データ量はどれぐらいの規模で実施されようとしているのか。

(厚生労働省)

科学的分析に必要なデータの範囲をどう考えるかといった点がまず第1の課題となっており、資料に高齢者個人に関するデータとして幾つか想定されるデータの例を掲げているが、このうちどういったデータを具体的に分析、収集などの対象範囲にしていくかといった検討を今後進めてまいりたい。

(委員)

適切なサンプルの範囲と適切な情報の範囲があると思うので、御検討の結果、こういったものができましたということであれば、追ってお知らせいただけるとありがたい。

43 ページの評点について誰がどのように評価するのか。そして、それが

最終的にどのように生きてくるのか。

(厚生労働省)

これは29年度、30年度分の個人へのインセンティブ提供の実施の評価指標そのものであり、これを各都道府県において評価をして、その結果を国に上げてきていただいて、集計する。具体的に解釈が分かれるところについては、その都度、私どもに問い合わせが上がってきて、必要に応じて統一を図って評価している。

(委員)

各都道府県の判断によってこの評点をつけるのか。

(厚生労働省)

各都道府県が各市町村に問い合わせをして評点をつける。

(委員)

45 ページの先発品の後発品に対する負担のあり方について、まず、スケジュールとしては、工程表によると「2017年央をめぐりに」ということであつたので、結論が長引いている印象を受けた。

また、個人的な意見であるが、例えば、先発薬価格を後発品価格まで引き下げることがまかり通るのか。市場の歪みが起きることを危惧している。

選定療養化に慎重な意見があることは承知しているが、例えば「先発品が2万円で後発品が1万円の場合にどうするか」という話と「先発品が200円で後発品が100円の場合にどうするか」という話では次元が違っている。先発薬が差別化されている100円の部分は自己負担とする議論は、消費者の選択としてハードルが高いものではない。少しずつ、差額の影響の少ない部分から患者負担とする考え方もいま一度、議論の土台にしていきたい。

(委員)

地域医療構想について、各地域の調整会議において2年程度で集中的な検討を行うとされているが、現状の進捗は十分なのか不十分なのか。改革推進上、個別の病院名や転換する病床数など具体的な対応方針の策定が進んでいるかどうか重要である。個々の医療機関ごとの現状分析を実施した構想区域が341分の305であるという数字を見ると、非常に進んでいるとの評価になるのだろうが、内容的に十分なのか不十分なのか。この点は地域医療介護総合確保基金の重点配分をどうするかということにもかかわってくる。また、

今日は、報酬改定は議題ではないが、病床の課題の大どころは、7対1の入院基本料の要件厳格化や療養病床の適正化・効率化であると思うので、報酬改定の議論とセットで取組みをお願いしたいという趣旨から、2年間での集中的な検討という点で十分進捗しているのか、どのくらい足りないのか、その辺りを教えていただきたい。

(厚生労働省)

参考資料1の4ページで現状をお示ししている。今回、初めて調べたが、基本的には年4回、状況の把握をしていく。1年周期で考えると、これからまさに、今の時期に次年度、どこの医療機関に充てるのかということを含めた具体的な議論をしていくので、7月末の時点の調査でどの程度進んでいるか評価をするのは難しい。進捗状況をわかりやすくしていき、我々も各地域の議論をきちんと評価できるようにしていきたい。

(委員)

紹介状なしの大病院受診の定額負担は、医療資源を効率的に国民全体で使って、医療費を合理的に抑制することが大きな目的である。医療給付を適正化して、国民の保険料や税負担をできるだけ増やさないようにすることにつながっているか否かが課題の本質である。

そうした視点からすると、選定療養でやっている現状は、患者の負担が増えていて、それにより病院の収入が増えるという構図に留まっているようにも見える。すなわち、初診料や再診料のあり方とあわせて考えたり、受診時定額負担制度の導入の検討論議につなげていったりする視点こそが重要である。大病院に突然来る人が減ったというのは現象面の評価に留まっている印象が強いので、引き続きそのような問題意識で改革に御取り組みいただきたい。

調整交付金について、国保の新しい制度に円滑に移行できるよう配慮する必要性は理解するところである。ただ、一方、普通調整交付金について速やかに関係者間で見直しを検討するとされている点は明確にしていきたい。速やかに見直しを検討するといった場合に、いつまでに結論を得るのかスケジュール感を明確にする必要がある。現状は年齢構成で説明できない医療費増にも配分されているので、特別調整交付金というアクセルと同時に改革のブレーキも踏んでいるような状況にある。インセンティブを効かせる観点からの見直しが骨太の方針に書いてあるので、具体的なスケジュールを設定していただく必要があるのではないか。

(厚生労働省)

この場でいつまでということを上申するのは難しい。ただ、冒頭の説明でも申し上げたように、まず30年4月からの新国保制度をいかに円滑に動かしていくかが課題。保険者努力支援制度によるインセンティブも動かしていかなければならない中で、30年度からの施行前にこの問題の議論を始めるのは厳しい。

30年度からの新国保制度の施行の状況について見極めをしなければならないし、全体的な国保改革のスケジュールを考えながら、どの時点から議論をしていくか考えていきたい。

(委員)

普通調整交付金をどのように見直すかという内容については、関係審議会等で御審議いただくことである。しかし、いつまでに結論を得るのか期限を定めて議論を促すことを考えていただきたい。

本日は保険者協議会についてのご説明があったが、保険者協議会、地域医療構想調整会議、医療審議会、社会保険医療協議会など、医療の世界には協議会や会議体がたくさんある。それぞれ何をどのようにやっておられるのか、一度整理をして教えていただきたい。その趣旨で、保険者協議会において都道府県に中核的な役割を果たしていただきたいという点は強く賛成するところであるので、都道府県が実際に入って行って取組みの実効性が確保されていく状況を追って行っていただきたい。都道府県は医療の供給体制だけではなく、保険財政にも責任を負うことになってきた中で、かなりの問題意識を持って医療費の適正化に取り組もうとされている例もあるとお見受けしている。この点は高確法14条、13条の活用にも結びついてくる話であり、重要なポイントである。

医療費適正化計画に関してだが、医療費の地域差半減を目指すにあたって、外来医療費については挙げられている取組みを行っても地域差は半減しないことがもともと明確にされていて、取組の追加が必要とされていた。本日も説明いただいたのは、既存の取組みをブラッシュアップしたという話なのか、それとも新しい取組の追加なのか。また、同一月に15剤以上の投薬を受けている高齢者の割合は5%程度と資料にあるが、医薬品の投与適正化の対象となる基準をもう少し下げられないものか。2つ以上の慢性疾患がある高齢者で平均約6剤ということからすると、15剤は余りに高過ぎるのではないか。

外来医療費について、追加の取組としてこれ以外にその後何か新しいことはご検討されたか。既存の取組みに関してではあるが、後発医薬品の普及が

大きな塊として医療費適正化計画に入っているところ、NDB を使って保険者ごとの使用割合を見える化することは検討できないか。

入院医療費の地域差半減については、地域医療構想により一人当たりの都道府県別の入院医療費がどうなるかがよくわからないまま、今ここに至っていると理解している。地域医療構想が出そろったわけであるから、その中身の確認や分析などをやっていく中で、地域差半減と地域医療構想との関係についての評価をある時期までには行うといったお考えはあるか。

(厚生労働省)

参考資料の 35 ページ目の 2 つ目の〇のところ、外来医療費は、今回の医療費適正化計画で新しく追加したものであるが、さらに地域差半減について、3 医療機関以上から重複して投薬された者が半減する場合と 15 剤以上の投薬されていた 65 歳以上高齢者が半減した場合の効果額を算定式に入れている。これはかかりつけ医、かかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師との連携などがさらに進んでいけば、広がって、それが地域差の半減にもつながるだろうということを入れている。

こうした考え方そのものは、まさに、現場で都道府県が保険者、医療関係者の理解を得ながら進めていくことが医療費適正化計画の枠組みであるので、多剤投与について、さらに高齢者についてガイドラインができれば、同じ考え方に立って取組の追加は可能だろうと、結果的にはそれが医療費の適正化にもつながるので、そうしたものが追加でできるだろうということを今回、お示しさせていただいている。

都道府県が現場の理解を得ながらやっていく考え方は変えないが、多剤の適正化は、65 歳以上で 15 剤以上服薬している割合が 5% だったので、そういう理由で一律に 15 剤としたが、それよりも削るとなったら、きちんと医学・薬学的にエビデンスを持って現場でも納得いただいて、さらにそれを進めていくことが、結果的には成果も得られると思うので、こうしたガイドラインの検討を踏まえて、さらに追加してまいりたい。

保険者ごとの後発品の数量割合の見える化については、34 ページ目になるが、今回、NDB を改修し、提供予定のデータ例として保険者別での後発品の数量割合や切替え効果額を都道府県にも提供し、さらに取組が進むようにしたい。公表するかどうかは、そうした中での検討課題と認識している。

(厚生労働省)

資料 2 の 3 ページにもあるが、地域医療構想が実現した場合に、これがどのように入院医療費に影響があるかについて、まだ地域医療構想もこれから



実施の段階であるので、今の構想段階という仮定で、幾つかいろいろな仮定を置かないといけないが、どういった分析ができるか、その分析の作業を進めている。

本日の時点ではいつまでということは申し上げられないが、地域医療構想そのものもまさに実施の段階であるので、そういうことへの影響も考えながら公表の仕方などを考えていきたい。

(委員)

データプラットフォームは ICT インフラを整備してビッグデータ、AI を活用するというところで、成長戦略の観点からもまさにパラダイムシフトであり、大きな期待を申し上げているところである。2020 年度からの本格運用は、政府が責任を持ってやると理解しておいてよろしいか。

(厚生労働省)

基本的にプラットフォームは厚生労働省等で準備を進めているところで、政府が準備を進めていくということであるが、運用については検討する部分があるかと考えている。

(委員)

どのような検討をいつごろまでにされるのか。

(厚生労働省)

まさにこの準備と並行して検討を進めていくことになる。当然、本格運用より前には形が見える必要がある。

(委員)

先発医薬品価格のうち、後発医薬品に係る保険給付額を超える負担のあり方について、患者負担とする方法と薬価政策として行う方法の2つがあるという御説明があった。うまくいけば給付が効率化されるという意味ではどちらも保険財政的には同じであるが、薬価政策としてやる場合、何十年もかけてやるという発想なのか、それとも5年、長くても7年～10年程度でやるというイメージか。薬価政策として行う場合のタイムホライズンをどのように考えるかによって、両者は話が違ってくる。薬価政策を変えることは、ルールを変えるという面もあるので産業政策としてみても、両者は大分違う。

患者負担とする方法をとって、高い値段の薬を自分の負担で選ぶという人がいても悪いということはない。この改革項目は2015年のときから検討課

題になってきているが、まずは後発医薬品を普及させなければならない改革であると整理した経緯がある。後発医薬品がある程度普及してきたら、次にこの改革事項を検討するという手順を踏んできた。高額療養費制度に該当すると結局は保険給付になるという点も含めて、きちんと結論を出すべき事項である。

(委員)

参考資料1の41ページ目、科学的介護の実現は興味深い。介護職人材の確保に向けて効果的なサービスで高齢者の状態像を上げていくことも大事であるが、サービスをする側の科学的な、効率的な介護サービスのデータも必要であると思うが、これから入っていくのか。

(厚生労働省)

対象データの範囲は、今後検討を進めていく。ただいま頂戴した指摘については、担当部局に申し伝えたい。

(委員)

参考資料1の40ページ、保険医療ビッグデータについて、医療、介護、健康に横串をして、研究や施策に使える。さらに国民の健康管理にも役立つ。いろいろな目的にこれを使われたらよいと思う反面、国民一人一人がもしこれを使うことになると、セキュリティーの面もそうであるが、運用自体が大変なプラットフォームになっていくかと想像する。

国民一人一人に提供するよりは、むしろ国民の健康管理を考える人や、あるいは提供する側などのためのプラットフォームをメインとする、例えば、ここのプラットフォームをベースにして医療機関、自治体、保険者、民間事業者などが使うという方向性もあり得ると思うが、その点に関して想定しているものはあるか

(厚生労働省)

御指摘のとおり、どちらかというところこのデータは、一人一人データをどうするというよりは、まさにデータを分析して、それを健康や医療などに活用していただくといったところに重点がある。そのような観点でご指摘も踏まえ進めたい。

(委員)

範囲や機能を多大にし過ぎず、着実にやるのがよい。

医療費適正化については、現場の理解や自主的な取組が重要である。

ある都道府県の医療費適正化委員会に参加させていただいている。厚労省の指針を用いて、どのぐらい医療費が削減できるかについて計算したところ、医療費の削減額が余りにも小さかったことから、他に様々な工夫を検討している。指針の提示だけではなくて、検討する素材の共有をしていただけるとありがたい。

参考資料1の25ページ。市町村が取り組んでいる指標の①～⑥をやって健康増進や医療費適正化につながるか効果検証が必要である。

一方で、都道府県分に関して、指標①は単純に市町村の積み上げであり、指標③はこれ自体で何か効果が出るのではなく、その効果を出す取組を進めるためのインフラの整備や、市町村のデータヘルスなど適正化の取組の運営を支援することである。

危機感を持っているのは、各市町村のデータヘルスが医療費の適正化を図る構造になっていないのではないかという点。いわゆる Do だけを評価するのではなく、健康課題を解決するための計画になっているのか。医療費適正化にどの指標の感度が高いのかを探すことも必要である。この指標の作り方が努力支援制度の成否を決める。市町村の指標は大事であるが、それを支える都道府県評価の設計と効果検証をしっかりとやっていただきたい。

都道府県の指標②、医療費の水準は長年の医療資源の状況などで決まっている。医療費はほかの健康状況や実施率に比べるとどうしても感度が低い。市町村や、都道府県の職員のモチベーションにもかかわるので、できるだけ短期で目標の達成度が測れる指標を適用していただいて、1年ごとによく頑張った、どこを改善すれば良いかが明確になる指標を探っていくべきではないか。

(委員)

私たちの大学でも公的医療機関等プラン2025を策定したが、いろいろな地域の環境と県が策定した地域医療構想の記述等を参考にしながら、自分の病院がこれからどうしていくのかについて院内全体で話し合っただけを決める機会を設定していただいたことが非常に良かった。ただ、お願いが2つある。1つはどこをどのように見ていくのか丁寧なマニュアルがあれば良かった。もう1つは、民間病院もプランをつくとよい。自分たちで考える機会になる。そのような意味でもマニュアルのようなものが必要ではないか。

科学的な介護について、今からいろいろなデータベースをつくって分析する体制をつくっていくことも1つ重要なポイントであるが、一方で、例えばイギリスのNICEあるいはコクランセンターがやっているように、既存のい

ろいろな研究成果があるので、それをシステマティックレビューしてまとめる作業を公的な機関がやるべきである。コクランセンターやNICEのようなことをやる組織があることが非常に重要である。介護の領域はこれに取り組んでいる国に限られている。ソーシャルケアについてもそのような資料を収集しているが、高齢者のことはそれぞれの地域の国のカルチャーがかなり関係してくるので、そういった意味で日本でもいろいろな研究が出ているので、そういうものをまとめてくれるところがあるとよい。

重複薬剤、多剤投与は、抜本的に考えなければならない。例えば、フランスは処方された薬が全て国レベルでサーバーに蓄積されていて、患者が自分のカードを持っており、それを薬局に持っていくと、その人がどのような薬を処方されているのか全部見えるようになっている。そこで重複処方や多剤投与の問題もチェックできる。お薬手帳をIT化していくのか、そのようなことを考えていかないと事務的にいろいろなことをやってもなかなか難しい。

同じように韓国は医者が処方した段階で、被保険者の情報がHIRAに飛んで、実際に今、何が処方されているか見える。医者の処方の段階で重複処方や多剤投与を防ぐインセンティブがついている。日本はレセプトを集めているので、別にそのようなデータベースをつくれれば、そこにアクセスすることによってそのようなことができる。そのようなことを考えていかないと多剤投与や重複投与の減少はなかなか難しい。

今、NDBでポリファーマシーなどを分析しているが、深刻な重複投与は余りない。一番多いのは胃薬関係で、それも明らかに複数の医療機関から胃薬をもらっている状況である。また、湿布薬なども簡単にできる話であるので、そこを今回のシステムの中で考えていただけたらよいのではないか。

いろいろな県の地域医療構想の担当者のお話を聞くとよると、2年、3年で担当者が変わってってしまうので、要するにそれぞれの地域で地域医療計画や介護保険事業計画、地域医療構想のスペシャリストが育ちにくい。大学が支援できる地域はいろいろとできるが、そうでない地域もある。都道府県の地域医療構想などのいろいろな計画、医療絡み、介護絡みの計画に関連するプロフェッショナル、スペシャリストをつくることも考えていかないと、事業の継続性の問題もあるのではないか。

(委員)

現在取っている基本的な考え方は、データを可視化し、関係者を巻き込んで、情報共有すれば、みんなが多過ぎる医療費を何らかの方法で削減してくれるという「ソフト」なアプローチに基づいている。利害関係の調整

をしながら、現実的なソフトランディングを進めざるを得ないのは理解できるが、タイムラインとの関係でいくと、これだけでは不十分である。何年度までに何を達成するスケジュール感を見せるのは重要だが、達成できない場合にはどうするという形で、何か強烈的なインセンティブや手段を検討し、それらを見せておかないと、関係者でいつまでも協議したまま時間が過ぎていくと危惧する。

資料2の2つ目の都道府県知事の権限のあり方は、幾ら知事に権限を与えても、知事とすれば使うインセンティブがなければ行使しない。住民や医療関係者の理解がなかなか得られなかったとしたら、それを押し切ってこのような強烈的なことをやるかということ、選挙などを考えると、これは期待できないのではないか。これまで主張した通り、知事に行使させるインセンティブをきちんと検討する必要がある。

また、病院のマジョリティーは、病院数、病床数で見ても民間病院である。民間病院に対しては、強制力がない「要請」しかできない。その要請に従わない病院に対して何ができるのか。それに対する手立てを考えておかないと、公立病院等にとっては有効になる可能性があるが、民間病院に対して制度として弱い。

入院医療費については、病床機能を分化すれば、自然と下がるという前提に立っているが、実際は新しい介護医療院などいろいろな制度をつくるたびに、転換を促すために診療報酬上もかなりのインセンティブを与える。これで総合的に入院医療費が適正化できるか疑問がある。

外来医療費も同様で、まず半減させようとするなら、どうしたら半減できるのか、原因をきちんと特定しなければならない。今のところその部分がブラックボックスになっていて、地域の実情があるから、関係者が協議すればそこで解決策が出てくるのだとの前提に立っているようであるが、必ずしもそうではないのではないか。例えば、外来であれば維持期リハなどもとても使われている。そういうものに対する分析や検討がされずに、恣意的にピックアップされた指標を医療費適正化計画に入れているような気がする。

高齢者医薬品適正使用検討会の検討はまず医療安全のためにやっているのであって、ガイドラインを策定することが重要だということで進めている。診療報酬などに対してまだ議論するような段階ではない。ガイドラインが平成30年度末に結論を得るとのことであるから、それが診療報酬などに何らかの形で反映させるのはもっと先なので、今すぐの対策にならないのではないか。

ガイドラインも仮にこの夏につくったことになっているが、これが公表

されても実際にガイドラインに従ってくれるというのは楽観的だ。患者の個別性を理由にガイドラインに従わないケースが多いというのが私の見方であり、ガイドラインに従わなかった診療報酬請求に対して保険者は支払い拒否もできないし、それを公表することもなかなか難しい。そのような中で、多剤投与自体が大きく適正化されるとみるのはかなり難しい。NDBでも、KDBでも、あるいは調剤レセプトデータだけでもきちんと名寄せして、ほかの国のように被保険者が行くと、一瞬にして他の医療機関が出している調剤も全部わかるような仕組みにしないと、恐らく適正化できないのではないか。

それよりも湿布薬や胃薬などをターゲットにして、そちらを適正化するようにした方が、効果が上がるのではないか。

(委員)

地域医療構想と医療費適正化について意見を申し上げる。ある都道府県の調整会議に参加しているが、表面的な議論にならざるを得ないと思われる。一定程度、データは示されているが、データブックの中のごくごく抜粋であって、医療機関から見ても全く消化不良である。都道府県に提供されているデータブックを全ての医療機関に配っていただけないか。医療機関はまさにそれを期待して調整会議に出てきているが、一部しか出てこない。調整会議は調整ができる場ではなくて、各医療機関が、気づきができる場であると考え。気づきができれば、自分たちで方向転換をしていける。全てのデータをオープンにして、そのデータの見方、活用の仕方を徹底的に教えていただいて、各医療機関は自分たちで考え始め、最後の調整は調整会議で行うようにすれば非常に実効的に回るのではないか。せっかく作成されたデータブックが医療機関から見るとほとんど活用されていない状況であるので、オープンにしていきたい。

もう一点、診療行為の地域差として内閣府の見える化のポータルサイトでSCRを載せているが、これを使っていただくとより細かい議論もできる。医療費だけ見えても何も施策は打てない。医療行為の多い少ないがリンクして初めてそこが見えてくるので、これも含めていろいろなデータが一体となって都道府県あるいは医療機関の中で活用されていくことを期待する。

(厚生労働省)

データブックの取扱いに関しては膨大な量でもあり、ただ配るだけでは各医療機関に眠るだけである。神奈川県では、医師会が主導的に読み解いて、各医療機関がわかりやすい形に加工して配っている。このような好事

例も御紹介しながら、各地域できちんと使っていただきたいので、各県にそのような取扱を呼びかけてまいりたい。