

## 第22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18日（水） 13:00～15:00
  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  
主査 榊原定征 東レ株式会社相談役  
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 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）改革工程表、骨太方針2017のフォローアップ

#### （2）改革工程表、KPIの進捗管理

（1）について厚生労働省から資料1を説明。その後、意見交換。（2）について事務局から資料2及び3を説明。意見交換の様子は以下のとおり。

### （委員）

参考資料1に沿って伺いたい。3ページの介護療養病床から介護医療院への転換について、努力されているとお見受けするが、経過措置を本来の昨年末から6年間延長したことで、政策の進捗が遅れている部分が多いのではないか。

また、転換するに当たっては、転換し得るインセンティブをつけなければならないが、これも余りつけ過ぎると介護サービスの肥大化につながりかねない部分があるので、転換すれば済むという話で終わるのではなく、本質的に必要な医療病床、介護病床を考えながら進めていただきたい。

9ページのICT導入について、介護事業者は一般的に小規模で、ICT設備やロボットを入れるといっても実際の事業所の規模感と合っていないところが結構あるのではないか。ある程度機器の導入に効果的な介護サービス事業者が限られてくると思うので、効果が高いところに導入を図る。ないし、それをモデル化することによって、ICTを使えば少ない人員でも効率化できるという形で示していただきたい。なお、現在は「居宅サービス事業所」への事業のようだが将来的に幅広い事業所形態を見据えていらっしゃるのであれば、将来の方向性を教えていただきたい。

13 ページの新薬創出等加算の見直しは従前から申し上げてきた点である

が、資料にも新薬創出等加算の論点、課題として2点示されている。まず企業要件が満たされれば、その新薬をつくっている企業の、発売15年以内の後発品がない先発薬は全て新薬創出等加算の対象になっている。つまり新薬とは言えないものも含めて新薬とされているところを見直していただきたい。また、乖離率が平均以下であるという、新薬であるかどうかと直接関係ない基準が、流通構造を歪めうるということについてもあわせて見直していただきたい。

25ページの長期収載品は、現状、Z2切り下げという措置を講じられてはいるものの余り効果がないように思われる。数量ベースで4割の長期収載品が残っている現状を踏まえ、また、Z2対象の医薬品の価格帯を考えれば選定療養としての扱いも可能ではないか。

50ページのかかりつけ薬局について、例えば、この図で院内調剤は27点、同じ調剤を受けてかかりつけ薬局であれば178点で、医療費にして1,500円程度、自己負担で500円程度の差額である。現状、この差に見合うようなかかりつけ機能があるかどうかが見るべきポイントである。もう一点、ここで4区分、「院内調剤」、「いわゆる同一敷地内薬局」、「いわゆる門前」、「かかりつけ薬局」という定義が漠然とした区分と矢印で判断がなされているが、機能・規模は多様であると思われる。区分を要するのであれば客観的定義をもとにする必要があるのではないか。

71ページ、72ページの生活保護の医療扶助について。社保審の担当部会の資料を拝見すると、生活保護、医療扶助費1.8兆円で、8割の方が医療機関を受診しており、その25%の方が生活習慣病にかかっている。一方で健診受診率は10%である。健診受診率10%は、全国の特健診の平均受診率50%と比較しても低い水準にある。これだけ医療機関に通っているのであれば、そこで予防的な介入、つまり健診受診による生活改善ができるのではないか。一般の診療所等任せではなく行政や、栄養士・保健師とも連携できる一定の医療機関を選定して健康増進や就労促進につながるような支援をすべきではないか。

(厚生労働省)

現行の介護療養病床の経過措置期間を6年間延長することについて、その経緯は重々御承知のことと思うが、平成18年に介護療養病床の廃止を打ち出したが、この12年間なかなかそれが進まなかったこともあり、施設をやっておられる方の意見も十分聞いて丁寧にやらなければならないということもあり、さらに平成30年同時改定であるので、診療報酬改定なり介護報酬改定の後、転換支援策を見た上で、また転換時期を模索することもありま

すので、6年間という時期を定めさせていただいた。

いずれにしても、介護医療院は介護保険施設であるので、介護保険料にも当然響いてくる。そういったことも踏まえながらこの移行については丁寧にやっていきたい。

また、ICTの導入について、基本的に施設系は、施設の中で完結するので、割と難しい話は基本的にはないことと、居宅サービス事業所の場合は、外づけのケアマネであるので、そことの連携を進めるべきという観点から、こういった事業をやっている。いずれにしても、次年度予算要求ではICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施したいと考えているので、居宅サービス事業所以外についても視野に入れて検討したい。

(厚生労働省)

新薬創出加算に関して、参考資料の13ページに課題が書いてあるとおりしっかり考えてほしいとの御指摘について、中医協でもこうした方向で議論が始まっており、しっかり考えていきたい。

25ページの長期収載品の価格はZ2で引き下げているが、率が低く、余り効果が上がっていないのではないかとのご指摘について、事実関係だけ申し上げると、長期収載品のシェアはだんだん減ってきており、効果はそれなりに上がっているが、やはり構造的に産業構造を変えるには、今の薬価制度を大きく見直す必要があるという認識を持っている。今、そのような方向で議論を進めている。

選定療養でやるべきだというご意見については、中医協あるいは医療保険部会で議論を行っている。参考資料2の49ページをご覧ください。中医協で、選定療養という意見についてどう考えるか事務方から論点を提起し、支払側と診療側からご意見をいただいたところ、例えば、選定療養で患者負担とすることは理屈として成立しておらず、正当なやり方ではない。かえって薬価の構造を歪めるといったご指摘や診療側委員からは、後発品の価格を全く同じにすることは、長期収載品が加勢になるなど問題があるのではないかと、先発品メーカーには安定供給という責務がある。むしろそういうことを考えると一定の価格差を認めれば、後発品も価格競争力を有する上、先発品もその役を果たせることになるのではないかと。こうした御意見が出ており、議論は行っているが、やや否定的な意見が多いと承知している。

参考資料1の50ページについて、果たして4つ区分が分かれているが、この差がどれくらいあるのかといったことや、線引きに果たしてどのような合理性があるのかというご指摘があった。このあたりはよく考えていく必要がある。点数の問題もよく吟味していかなければならない。その議論に当た

っては、実態をよく見ていく必要があり、その1つは経営実態であると思われる。経営実態などをよく見ながら規模の問題も踏まえて適切に対応していきたい。

(厚生労働省)

生活保護受給者に関して、生活習慣病の罹患割合ということで申し上げますと、まず調査月に医療機関を受診した医療扶助受給者は7割で、高血圧、脂質異常症、糖尿病、3疾患いずれかに罹患している者が24%、また、受給者の内臓脂肪症候群該当者、予備群の割合は男性で48.4%、女性27.4%といった状況である。こういった割合が医療保険の加入者よりも高いということで承知をしている。

まず、こういった生活習慣病の予備群該当者に関するデータをしっかりと把握して、受給者に任せきりではなく、こういった方々の健康管理をすることによって生活習慣病の予防、重症化の予防、ひいては就労支援にもつながり、かつ、医療費の面でも適正化につながるよう、対策をしっかりと打てるように考えているところである。

(委員)

資料1に沿って、意見を申し上げます。1点目は介護の財政的インセンティブについて。ご説明があった新たに導入されたインセンティブ交付金について、効果が十分に発揮されるように具体的な項目やウエートづけなどをできるだけ早急にお示しいただく必要があると考える。

また、4月のワーキングでも申し上げたが、介護の財源を負担する経済界から反対のあった介護納付金の総報酬割を導入するからには、現行の調整交付金も保険者全体として効率化を進めるために、アウトカムに基づいて配分する仕組みが必要である。骨太方針2017でも現行の調整交付金について活用を検討が閣議決定されているので重要である。

2点目は、介護医療院への早期転換について。これは、廃止される介護療養病床から単なる看板のつけかえになったのでは、改革の意味が損なわれてしまう。介護医療院は療養だけでなく生活施設の機能が求められるので、例えば従来の介護老人保健施設とのバランスなどを考えて、多床室や床面積が狭いといった施設は低い報酬設定にするなど、医療と介護における一連の改革の趣旨に沿って報酬や人員配置が適正化される必要があると考える。

同時に、医療療養病床の25対1も、例えば、医療処置の密度を濃くするなどして、不適切に20対1に転換することが認められてはならないから、患者の状態像の要件厳格化といったことも必要である。地域医療構想で療養

病床を必要量に調整する実効的な方策は、まだ十分には見えていないので、あわせてお考えいただきたい。

現場では医療も介護もビジネスであるので、当然、いろいろなことを工夫する。それはそれで合理的なことだが、医療と介護のトータルで見てコストの効率化を図ることが国民的な要請であるという観点を政策としては重視していただきたい。

3点目は、介護人材の確保について。特に生産性向上に関する部分だが、いろいろな取組をするといったときに、どうしても報酬を加算したり予算をつけたりする施策になりがちではないか。以前、供給体制を価格の面から考えることをテーマにワーキングでプレゼンをさせていただいたが、インプットの量ではなく、アウトプットやアウトカムを評価する価格体系を志向すべきである。もちろん価格が上がる技術革新があってもよいのだが、普通は技術革新によって価格は下がるものである。費用を低下させる効率化が必要ではないかということ、そのときに申し上げた。生産性が上がるのに、費用が減らないのは本質的におかしな話ではないか。そういう視点を今後の取組の中で取り入れていただけるようお願いしたい。

4点目は新薬創出等加算について。これもそもそも論であるが、売る人は値段が高ければ高いほどよい。買う人は安ければ安いほどよい。では薬価とは何かということを考えてみると、それは公的医療保険の中での償還価格の設定をすることであるので、よい薬であれば高い値段をつけるけれども、そうでなければそうではないことが国民的な要請ではないかと思う。

だとすると、現状はいい薬かどうかではなく、実質的にほぼ全ての新薬に加算が行われている。春にこのワーキングから経済・財政一体改革推進委員会に提出した取りまとめでは、事実上の経営支援になっているのではないかと書き込まれたわけであるので、ゼロベースでの見直しに期待を申し上げたい。

関連して参考資料2の10ページには、新薬創出等加算が国内開発の大幅な増加に因果関係を持っているかのような図が掲載されている。ドラッグ・ラグの解消に貢献しているというご説明もあった。だが、普通の産業を考えると、研究開発投資や設備投資は経営判断として行われるものであり、消費者にその費用負担や投資リスクの負担を直接求めることは通常ない。新薬創出等加算の政策効果はもっと詰めて議論する必要があるのではないか。

確認であるが、参考資料1の15ページにある各年の加算額は、13ページの右上図でいうと面積をあらわしているのか、それとも毎年の分だけをあらわしているのか。つまり15ページの金額が毎年の分だけであるとする、面積で考えた場合には新薬創出等加算はかなり大きな金額になっているの

ではないかと理解するが、間違いがないか。

5点目は長期収載品について。先ほど中医協における、選定療養でやっではどうかという提案に対する診療側と支払側の意見についてご説明をいただいたが、価格差分の負担の在り方が、このワーキングが進めている経済・財政一体改革におけるそもそもの問題意識であるという点を確認させていただきたい。

6点目は調剤報酬について。対人業務へという大きな流れ、あるいは機能に応じた報酬のあり方という観点は、妥当な考えである。それを前提として、いわゆる門前薬局の評価が引き続きポイントであると思われるので、処方箋集中率 90%超の特例拡大の実績や効果についての数字を議論の前提として今後お示しいただきたい。

7点目は、生活習慣病治療薬の処方の在り方について。保険料と税という国民負担で費用を賄っている以上は、同じ効能、同じ効き目であるならば、安い薬を使いましょうという経済性の視点を織り込んでいただきたい。もちろん臨床的な知見の集積が大前提であるが、もし、学会や医療関係者にお願いするだけでは経済性が実現しないのだとしたら、政府がリーダーシップを発揮することも必要ではないか。

8点目は後発医薬品の使用促進について。前回のワーキングでNDBを使って保険者ごとの使用割合を公表してはどうかと申し上げた。ご説明があった都道府県別のばらつきは従前より明らかになっているので、前回申し上げたことについて何か御検討や進展があったかどうかお尋ねしたい。

また、後発薬の使用促進に関しては、高療該当になってしまうと、インセンティブが働かないという議論がかねてよりある。この点、何らかのインセンティブは考えられないか。例えば、後発薬を使っていただければそれで浮く給付費があるので、その範囲内で保険者が工夫をして後発薬を使った方に何かを還元することも考えられる。ただ、繰り返し申し上げているが、この点は後発医薬品の価格を踏まえた保険給付額との差額の自己負担などについて議論を進めることが根本的に必要ではないかと考えている。

9点目は、医療扶助について。医療扶助が生活保護費の約半分であるのだから、その適正化は重要である。これまでさまざまな取組を行ってきただいっているが、参考資料1の69ページを見ると頻回受診の改善者数割合の上昇ペースは非常に遅いと言わざるを得ない。頻回受診者対策には困っている自治体も多いと聞く。

1つのアイデアとして、憲法25条や生活保護法の趣旨は堅持しつつ、コスト意識を持っていただく意味で、一定の自己負担を求めて償還払いをするといった制度の導入が検討に値するのではないか。もちろん生活上のキャッ

シュフローに支障のない範囲とする必要があるが、いずれにせよ全額無料で受診できるとはいえ、コスト意識がまったくなければ過剰な受診は抑制できないのでご検討されてはどうか。

最後 10 点目は、生活困窮者自立支援制度について。これも 4 月のワーキングで申し上げたが、こうした制度ではやった方がよいことはたくさんある。言ってみれば無限にあるので、その効果で施策を選択すべきである。すなわち、任意事業を必須化するといったことに関しては、あくまでも費用対効果を重視したエビデンスベースでご検討いただきたい。お金をかけない工夫をお願いしたく、もし追加的に予算が必要であれば、まさに EBPM でどれぐらい投入して、どのような効果が因果関係としてあるのかという点を重視していただきたい。

(厚生労働省)

まずは、財政的インセンティブの関係で 2 点申し上げます。具体的な項目、ウエートのつけ方など早急に示すべきではないかとのご指摘はまさにおっしゃるとおりで、都道府県、市町村において、平成 30 年度からこの制度が適用になるので、できるだけ早く提示して、地方団体ともディスカッションし、具体的な項目やウエートのつけ方を決めていきたい。

調整交付金の活用については、閣議決定で検討するとされているので、今後、きちんと検討していきたい。ただ、自治体関係者からは追加の財源によって実施すべきとの強い意見もあるので、そういった意見も踏まえながら検討していきたい。

次に、介護医療院について、看板のつけかえではなく、生活施設であるからきちんとした人員基準なり介護報酬を設定すべきだとのご指摘をいただいた。まさにおっしゃるとおりであり、長期療養のための医療と日常生活上の世話を一体的に提供する施設としてふさわしい介護報酬なり基準というものを今後議論していきたい。ただ、現在の介護療養病床から転換されると既にある建物から構造をがらっと変えられないことも踏まえて、ある程度の経過措置は設けなければならないと考えているところである。

介護施設の生産性のご指摘を受けまして、例えば、科学的介護も、今後、きちんと検討していくが、まずは平成 30 年度の介護報酬改定において、そういったものの中から取り入れられるものについては、何とか盛り込んでいきたいと考えているところである。

(厚生労働省)

療養病床の 25 対 1 について、ご指摘いただきましたように、今回、診

療報酬と介護報酬の同時改定である。そして、地域包括ケアを推進すると同時に、あわせて地域医療構想をどうやってうまく実行していくかということが大きな課題になっており、診療報酬上の医療費の問題と介護をトータルに見て2025年に安定的に運営できるか、当然25対1の医療療養病床についても慎重に考えていきたい。

新薬創出加算は、参考資料1の13ページでご説明しているとおおり、事実上、全ての新薬が対象になっているのはおかしいではないかということについては、繰り返しになるが、我々もそう思っており、きちんと見直しをしていきたい。事実上の経営支援になっているのではないかといったご指摘があることも重々踏まえているが、1点申し上げたいのは、他方、参考資料2の14ページなり15ページをご覧いただくと、日本の公的医療保険制度のもとでは、薬価は上市されると毎年下がっていくのが日本の仕組みであるが、ヨーロッパ諸国あるいはアメリカを見ても基本的にはそのような構造になっておらず、グローバルなマーケットと比べると日本の場合は特殊な市場である。片方で経営支援になっているのではないかというご指摘もあれば、他方、グローバルな市場は長期収載品がないかわりに、この部分の価格が高いということもあるので、そうしたこともあわせ考えながら答えを出していくことが必要である。

参考資料1の15ページの加算額は単年度のその年々の費用で累積ではない。

49ページの門前薬局については、先ほどお答えを申し上げたが、よく経営実態などを見ながら、どのような評価、さらなる見直しをどうすべきよく考えていきたい。

生活習慣病治療薬について、参考資料1の52ページをご覧いただきたい。例えば、高血圧治療における降圧薬の選択について、日本高血圧学会がガイドラインをつくって運営をされている。これは臨床上の観点から高血圧学会の先生方がステップ1、ステップ2、ステップ3と、それぞれの状況に応じて薬を選んでいく。我々としても、薬の選択は、まず、臨床上の評価で行われるべきだと思っており、臨床の先生方にどうあるべきかということをもまずお考えいただくことが必要だろうと思っております。したがって、まず臨床上の評価でお考えいただくべき。ただ、御指摘のように同じものかどうかは別として、経済性という点についてもある程度お考えいただくことが必要だという御指摘はあると思っており、そのあたりについては、学会などと連携しながら考えていくことが、1つのアプローチではないかと考えている。

後発品の使用割合は、保険者の側も大きな課題だと思っている。資料66ページであるが、来年度から始まる第3期の医療費適正化計画の中で後発医



薬品の使用促進で 80%以上を数値目標に設定し、さらにこれとあわせて保険者に対して、いわゆるインセンティブを持っていただくために、あるいは医療費適正化計画を実現していくために、保険者協議会、都道府県単位でしっかり後発品の促進を各保険者にも努力していただきたい。そうした中で具体的な医療費の分析は都道府県ベースで行われるので、都道府県にいろいろな後発品のデータをお渡ししたい。その中で、保険者種類別のデータなども都道府県に情報提供をしていくことを考えており、そうした中で保険者の努力も促していきたい。

(厚生労働省)

補足させていただきたい。長期収載と後発品の差額の負担のあり方についてもご指摘いただいた。厚労省としては患者負担にする選択肢と、最終的には長期収載品の薬価を後発品の価格にまで引き下げていく 2つの選択肢を検討している状況で、そういった点で結論を出していきたい。

(厚生労働省)

委員のご指摘も含め、例えば、自治体からは自己負担がないことで、過剰な受診に対する抑制効果が働きづらいのではないかとのご意見も聞こえている。一方で、医療を受ける権利の問題あるいは受診抑制につながるとかえって病気が重症化してしまうこともあり、なかなか難しいことで慎重に議論をさせていただいているところである。

もう一点、困窮者の関係で費用対効果のご指摘があったが、なかなか数字的に幾らかけて、例えば、幾ら生活保護が節約できたということを数量的に 1対1の関係で示すのはなかなか難しいところがある。ただ、聞くところによると、この事業を始めたことによって、今までであれば、生活保護を受給したかもしれない人が、その前にうまく就労につながったケースやあるいは、生活保護の受給者が増加傾向であったことが事業を始めてから減少傾向になったという個別の声が出ている。もちろん費用対効果は頭に置きながら、そういった声を踏まえてよく考えていきたい。

(委員)

資料 1 の 1 ページの介護費用の地域差縮減は、課題、検討状況に書いていただいたとおり、介護認定率や介護給付費の見える化を着実に進めていただくとよい。それに加えて、今後の方針に、取組事例の掲載の拡充が書かれている。要介護に関しては我々の調査でも要介護の認定、サービス導入のタイミングなど、その手前からのプロセスとリンクしていると考えられる。後期

高齢、国保のデータヘルスが来年春から都道府県化される中で、後期高齢や国保のデータヘルスと介護予防をつなげて見ていただきたい。どの時点で、どのような介入ができるかという視点が重要である。

2 ページの介護ロボット等々による生産性向上もそうだが、これからは業務の効率化だけではなく、介護する側の業務の標準化が進んでからであるが、例えば、AI、ICT を使ってプログラムのパターン化や効果的なサービスができると、それが職員の能力向上や魅力のアップにつながるのではないか。そのような視点も入れていただきたい。

7 ページの生活習慣病の重症化予防では、主治医、かかりつけ医が中心となって、必要に応じてチーム医療が適用されることが不可欠であるが、現状は医療機関と保険者・自治体の双方から介入がされている。医療と保健事業の情報の共有と資料に書かれているが、事業のたてつけに関して、生活習慣病管理料の運用を含めて今後の検討課題と考えられる。

医療扶助について9 ページに書かれているとおりに子供時代から健康管理を働きかけていただきたい。参考資料1の72 ページは、医療扶助の適正化の視点から入っているが、全ての子供の健康管理に広げていただきたい。我々は今年度からある都道府県の教育委員会をベースに、データヘルスを小学校6年生の保健体育の授業に入れさせていただいている。子供の健康管理という点では共通であり、進めていただきたい。

参考資料1の28 ページに、後発品への置換えが進まない製薬上の理由を丁寧に調べていただいている。例えば、精神科領域では患者の不安をあおるのではないか。これはそのとおりであるが、厚労省として、こういう理由があるから手はつけないのか、あるいはこれを丁寧に診療側と一緒にやっていくということなのか。

70 ページに、後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対し、薬局は先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤するとあるが、これは上の法律で規定されているのか。あるいは運用上、このようにして様子を見ながら対策を立てるということなのか、教えていただきたい。

(厚生労働省)

介護保険についても、後期や国保のようにきちんとデータを使って、介護予防をやっていくべきだとのご意見について、介護も後期も国保も事実上、市町村が保険者である。医療はデータを活用してさまざまな介入が行われている。介護も同じ保険者であり、また、厚生労働省においても、局を超えてデータヘルス本部を設置し、データヘルスに取り組むことにしている。そう

いった観点から委員のご意見についても進めていきたい。

介護人材不足といった観点から AI、ICT をもっと進めるべきとのご意見について、介護の現場を幾つか見てきたが、特に AI や ICT を積極的にやっているところは若い方が多く、その方々を中心にやっているところが多かった。若い方は、AI や ICT が多いところ、特にロボット等を活用しているところはカッコいい職場だといった認識をされる方もいるので、そういった観点から、AI はなかなか難しいところがあるが、ICT なり介護ロボットの導入を積極的に進めていきたい。

(厚生労働省)

参考資料の 70 ページの※について、上に条文が書いてあるとおり、法律上は、医師が、後発品が適当だ、可能だと認めるものに関しては、いろいろな人が後発品の使用を促進することになっており、まずは、薬局で勧めている。その運用方法として※があり、薬局でお勧めいただいているが、どうしても先発品だとおっしゃる方に対しては、その場では一旦調剤をしていただき、その上で事後的に福祉事務所がその指導をする枠組みで現在は取り組んでいる。

子供の健康管理支援は、御指摘のとおり子供の生活習慣の向上に向けて、まずはいろいろとモデル的に実施していただいて、そこからノウハウを見出して、できるだけ全国に広げていけるように努力してまいりたい。

(厚生労働省)

後発品への置きかえが進まない製剤についてのご指摘、ご質問について、基本的には後発品への置き換えを進めていくスタンスにまず立つ。ただ、ここに挙げさせていただいたものは、医療機関なり薬局対してのアンケート結果のような形で出てきた程度のものであり、どうしても臨床上の観点から置き換えが進みにくいということであれば、しっかりその理由や内容を精査した上で考えていくことが必要ではないかと考えている状況である。

(委員)

重複受診あるいは多剤投薬あるいは後発品が進まないところも、なかなか患者側に求めるのは難しい。一方、保険者はデータを持っているので、データを分析して、医療機関別に、例えば、全国平均、都道府県平均、市町村平均はこうだが、あなたの医療機関はこうなっているというようなものを各医療機関に送付することは難しいことではない。一般公開は難しいと思うが、個別送付は本来の保険者の機能であるはずであり、そういったものを見せて

いけば医療機関は気づいていくし、見られていることに気づけばビヘイビアは変わってくる。今は恐らく見えていなくて、たかをくくっている部分もあるかもしれないし、特に多剤投薬に関しては複数医療機関を受診されている患者については個々の医療機関はわからない。お薬手帳も患者によっては病院ごとに使い分けている方もいらっしゃる、集約ができない。集約されているのは保険者のレベルのレセプトであり、これは国保連合会で十分であり、医療扶助に関しては支払基金になるかもしれないが、いずれにしても保険者機能を活かして医療機関にきちんとビヘイビアを通知する枠組みを入れていけば、相当な抑止力になるので、そういったことも一緒に考えていただきたい。

(厚生労働省)

重複投薬や多剤投与の問題で、先程、ご指摘いただいた保険者と医療機関の連携がないとだめではないか、あるいは、多剤投与は、そのデータは保険者ではないとわからないではないかとのご指摘は、共通しており、保険者が持っているデータをみんなで共有することが大事である。

他方、保険者はそれなりに協会けんぽのように大きいものもあるが、一個一個は、それぞれ小さいので、なかなか医療側とコミュニケーションすることは難しい。そうした中で、参考資料1の66ページのこの医療費適正化計画を具体的に議論する保険者協議会という場を都道府県ごとにつくることになっており、来年から国民健康保険が実質上、都道府県化することもあり、保険者協議会に都道府県、医療機関も参加していただいて、この場で地域ごとのデータ、保険者が持っているデータ、あるいは我々がNDBから提供できるデータをもとに、それぞれの地域の特性やその地域の医療の受療行動、診療の状況を分析していただいて、その上で、例えば、重複投薬の問題についても、具体的にどのようにすれば地域ごとに情報共有ができて、処方行動などのアプローチができるか考えいただく。そのようなやり方が最も実効性があると考えており、そのような取組を来年度から進めていきたい。

(委員)

保険者が医療機関に物申すことは難しい。ただ単に事実データを示す枠組みさえできれば、医療機関は自ら考える。保険者に説明させるのは難しい。データ自体は連合会が持っているので、連合会が分析して保険者の名前で発出するだけでも十分である。事実データを示す枠組みをお考えいただきたい。

(委員)

資料 1 の 1 ページ。介護医療院への転換等でいろいろと議論になったところであるが、まだ世間全般として慢性期に対する誤解がある。介護保険が始まって 17 年経って、療養病床の現場は重度化が進んでいる。スキルもかなり上がってきている。これから医療区分 1 相当の高齢者がものすごく増えることを考えると、その人たちを地域でどう見るかという観点から提供体制を考えることが大事である。慢性期である人たちの状態像をきちんと把握することが、いろいろな議論の前提である。

2 ページの多様な介護人材の確保と人材育成について。看護助手や介護助手など、介護の現場で外国人の就業が進んでくる。介護の現場において労働市場の多国籍化にどのように対応していくかについても考えていく必要がある。こういった人たちの中から資格を取りたいという人も出てくると思うので、そういった対応を考えていただきたい。

3 ページの介護事業所における書類削減の参考になる事例として、オランダにビュートゾルフ (Buurtzorg) というシステムがある。これは日本で言うと 1 つのアライアンスを組んだ事業体のようなもので、大体 620 のチームから構成される 6,500 人の訪問看護師と訪問介護士が延べで年間 5 万人から 6 万人に対しサービスを提供する仕組みである。ここでは、それぞれのチームが全て共通のシステムで記録をして、中央処理部門というものがあり、そこで、30 人位で、給付業務を一括処理している。その結果、働いている時間の 8 割以上を直接サービス提供に充てることができる。文書管理はほとんど中央で処理する。そういった地域レベルで共同事務処理システムのようなものをつくることができれば、かなり業務効率が上がる。また、働いている時間を直接サービスにより多く提供できることが、それだけ収入が上がることになるので、労働環境の改善になる。中央事務処理のような仕組みを考えていただくことが、業務効率の改善の役に立つのではないか。

4 ページ。薬価制度について、国際比較をする際にアメリカは適当な比較対象ではない。償還範囲、給付範囲が違うことと、アメリカは価格がわからない国で、いわゆるメディケアやメディケイドなど公的なものでやっているものと、そうでないものが混ざってしまっている。日本と同じように薬も含めて国民皆保険になっているフランスなどを対象に比較をされた方がより明確な議論ができるのではないか。

長期収載品の薬価のあり方もフランスの場合は 1990 年以降、長期収載しているものについて薬効の分析をしている。OTC であって、薬効がそれほど高くないと評価されるものは、全て償還範囲から外している。新規収載もあるが、その一方で外すものがある。そういった意味での評価も必要ではないか。

6 ページのかかりつけ薬剤師・薬局は、先ほどお示しいただいたかかりつけ薬局と門前薬局と院内薬局の効率性などいろいろあるが、本当にそうなのかと疑問がある。

ポイントは、例えば、一括管理は業態がどうかではなく、誰が情報をきちんと管理しているかに問題がある。重複投薬やいろいろな薬の相互作用などをチェックするのに、処方されたものを薬剤師が事後的に処理するのがよいのか。韓国は医者が処方した瞬間に HIRA に照会がかかる。ほかで出されている薬であればわかるようになっている。禁忌薬の組み合わせがあるとわかるようになっている。処方する医師のところでそういうものを防ぐような仕組みになっている。

その上で処方された薬をもってかかりつけ薬局に行き、その薬に関する注意、指導をきちんと受ける仕組みにしていた方がよいのではないかと。韓国の HIRA はレセプトを使っているだけである。レセプトを一括でまとめて、被保険者番号とその人がどこで医療を受けたか、処方を受けているかということは全部施設コードで入っているのをそれを集計すれば見える仕組みが作れる。支払基金と国保連合会が協力すればすぐできると思われる。かかりつけ薬局の仕組みを考えるより適切ではないか。

生活保護受給者を対象に健康管理やいろいろな指導をすることも重要であるが、現時点で生活保護に入る最大のグループは、高齢期に傷病を契機として生活保護の受給者になる人が多い。生活保護に陥る原因が傷病であれば、傷病になること自体を防いでいかないと本質的な解決にはならない。後期高齢者のレセプトのデータと生活保護のデータをきちんとつなげて、どのような人たちが傷病を契機にして生活保護受給者になるのかといったことを分析して、ハイリスクの人たちに対して事前に介入していく仕組みをつくるべきである。それが自治体のケースワーカーあるいは保健師たちの主たる仕事になってくると効果が上がってくる。これもデータをつないで分析をすればできると思われる。

生活保護でもう一つ問題になってきているのが、外国人で生活保護になっていく人たちが突然入ってくる。このような人たちへの対応をどうするのか。これは、私自身がフランスで医系技官見習いをやっていたときに大きな問題になった。適正化のところで、この外国人の生活保護の問題をどうするのかについても予防的あるいは制度的に考えていただきたい。

また、傷病を契機にして生活保護を受給する人が多いが、高齢者の場合、住まいの確保が大きな問題になる。退院できるけれども、なかなか住まいの確保ができない。それは、家を借りようと思っても保証人がいない。自治体によって保証人の制度を設けているところがあるが、どうしてそのような問

題が起こっているか調べていただいて、速やかにうまく回るような仕組みを考えていただくと、扶助費の適正化にもつながってくる。今、取り組まれていることはよく進んでいる。さらにハードルを高めるようであるが、こういったこともこれからは必要ではないか。

(厚生労働省)

慢性期病床の重症化が進んでいるという御指摘は、まさにその通りで、現在の介護療養病床の中でも療養機能強化型ということで、かなり重篤な身体疾患を有される方を対象にした介護報酬を設けている。介護医療院の移行に当たっても、そういった実態をよく踏まえ、その実態にふさわしい報酬なり人員基準を設定していきたい。

介護現場における書類の削減について、厚労省として、当然やることとして、国が求めている帳票等の見直しや自治体が独自に求める帳票等の見直しを自治体に要請するなどを考えているが、オランダの例も認識しているので、それも踏まえながらどこまでできるかまた検討していきたい。

(厚生労働省)

アメリカの価格は参考にならないというご指摘について、参考資料2の54ページをご覧いただきたい。今回、薬価制度改革の中で、外国価格を参考にしながら日本の薬価を決める仕組みについても議論になっている。

54ページにあるように外国の価格よりも高過ぎない、あるいは安過ぎない、どこかのバランスをとって決めていく仕組みがあるが、どこを対象国とするか、55ページにあるように1つの検討課題となっている。例えば、(1)の参照すべき外国価格について、各国の医療保険制度の違いや価格表の性質の違いを踏まえて価格の妥当性についてどう考えるか。56ページに支払側、診療側からいろいろご意見が出ている。そもそもアメリカの薬価は、リストプライスといわれる言い値の金額が載っているリストを使っているが、これはほかの国と比べても意味合いが違うのではないかとといったご指摘も出ており、今、中医協で議論を進めているところである。

かかりつけ薬剤師や薬局の機能をどう考えるかという点について、韓国のHIRAの例をご提案いただいた。厚生労働省としてはデータヘルス改革ということで、2020年に向けて電子カルテの情報など医療機関が持っている情報をどう共有するか、あるいは保険者が持っているレセプトデータをどうみんな連携していくかといった作業をしている。したがって将来的にはできるだけそのような仕組みを使って、それも制度に反映させていくことが求められていることは理解している。ただ、当面の話として考えたときに、例え

ば、多剤の情報などを持っているのは保険者である。先ほど HIRA の例のように診療時点でそのままオンラインでつながっているのは、実際のところ医療機関と支払基金の間もレセプトの請求は一部なされていますが、開業医レベルになるとまだつながっていないものがあるので、まだまだ発展途上である。

したがって、我々が当面やるべきこととすれば、保険者が持っているデータを都道府県ごとに医療側と共有しながら、どういう形でそれを地域の処方について考えるか。あるいは服薬、調剤の段階でどう調整するのかということに活かしていくことを考えていくことが現実的である。

(厚生労働省)

介護分野での外国人の受け入れについては、介護人材の確保という目的ではないことが大前提である。ただ、この9月からは在留資格「介護」などや、あるいは、秋、11月から技能実習で介護関係の受け入れも始まり、現実に外国人がこういう分野で働く場面が多々出てこようかと思う。こういった状況を踏まえ、今後について必要なことを考えていく。

生活保護の関係で、特に高齢のハイリスクの方に、健康管理をもっと早くからできないかという点については、当面、まず、私どもできることから始める。まさに今後の課題である。

住まいの関係の御指摘については、最近、国交省において、空き家を活用した住宅セーフティネットの機能強化を図る法律が改正され、家賃の債務保証の関係で支援をするという動きもある。あるいは NPO 等で生活保護受給者あるいは生活困窮者の方に寄り添って保証の仕組みをうまくつくっているところなどがあるので、このようなところの話を聞きながら私どもができる支援があればまた考えていきたい。

(厚生労働省)

生活保護制度は、法律上、日本国民を対象にしており、外国人は運用でそれに準じた措置として、対象になるが、永住者や定住者あるいは特別永住者、難民認定を受けた方に限定をされている。日本に來られてすぐ生活保護を受けられることがないように、入国時に経済面で不安がある方は入国をさせないことで入管当局に整理をしていただいております、そのような目的で入国される方がないように、入管と連携をして対応していきたい。

(委員)

社会保障の 44 項目については全項目を確実に実現する。これが大事だと



いうことを改めて申し上げたい。

来年度は、御案内のとおり経済・財政再生計画の3カ年の集中改革期間の最終年であるので、この最終年度に向けて取組を加速化していく必要がある。

これまでの2年間は、自然増のいわゆる5,000億の目安を遵守してきたが、来年度予算においては、この自然増5,000億円の目安は最低限遵守し、むしろそれを下回る抑制を目指す必要があると考えている。このためにもより一層の効率化を推進すべきと考える。

本日は委員の方々から数多くの御指摘をいただいた。いずれも大変貴重な、重要な指摘であるので、厚生労働省におかれてもしっかりと受けとめて、確実な対応をしていただきたい。

前回ワーキング・グループにおいても、国保の普通調整交付金のスケジュールの明確化や後発医薬品使用状況を保険者ごとに公表すべきといった意見、あるいは多剤投与対策について早期に実効的な取組を検討すべきといった意見も出されている。今回の指摘とあわせて厚労省においてはしっかりと対応をお願いしたい。