

## 第23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11月8日（水） 12:30～15:00
  2. 場 所：中央合同庁舎第4号館11階共用第1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）  
  
村井英樹 内閣府大臣政務官
- 

（概要）

### （1）改革工程表、骨太方針2017のフォローアップ

財務省から資料1、厚生労働省から資料2を説明。その後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

（委員）

後期高齢者の窓口負担の在り方について、厚生労働省の参考資料1の8ページを拝見すると、平成30年度の段階で、段階的な74歳までの2割負担への移行が完了する。もし、2割負担を、後期高齢者を含めて延伸するとなると、スムーズに移行するためには、平成31年に76歳までを2割負担にするとういと思うが、その結論を得るためには平成30年度末に結論を得るのでは間に合わず、法改正等も含めると、恐らく平成29年度末ぐらいに結論を得て、来年の国会等の手続を踏んでいただく方がスケジュール的には妥当かと思われるが、結論を前倒しする予定があるか、ないしはできるのか伺いたい。

（厚生労働省）

先ほど申し上げたように平成30年度事項についても議論していきたい。  
ただ、改革工程表では結論は平成30年度末になっている。また委員がおっしゃるように平成30年度で74歳まで2割負担が完成するが、先ほども申し上げたように、後期高齢者の一部の方については、今年度、来年度で保険料も引き上げになるし、高額療養費の限度額も引き上げる中で、この延長を

考えられるのか。特に 75 歳以上になると、医療だけではなくて介護の受給者になる可能性も高くなるので、こういった高齢者の生活実態をしっかりと把握した上で、このスケジュールに乗せることが実効性のある改革としてできるのかどうか、慎重に考える必要がある。

(委員)

医療経済のリーサーチでおもしろいエビデンスがある。70 歳になって 3 割負担から 1 割負担に下がっていた頃の研究であるが、69 歳 11 カ月の方と 70 歳 1 カ月の方で、ほとんど健康状態は変わらないが、医療費は 1 割以上も伸びてしまったという研究結果がある。患者負担割合が、患者の要因にせよ医者の要因にせよ、自己負担の軽減により、健康によらない要因が医療費を押し上げる要因になる。年齢による負担割合の軽減が必要かどうかも見直すべきであり、仮に現状の 2 割負担が定着したことを受けて、混乱のないよう制度として続けるのであれば、今年度末までの方針決定により、制度にキャップイヤーができないようにしてほしい。

新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直しに関し、資料 1 の 17 ページのグラフについて、146 の新薬創出等加算品がある中で、そのうち有用性加算があるものが 22 品目。原価計算方式のもの、いわゆる新薬が 40 品目。残り 84 品目が類似品であったということである。類似品を新薬ということとはなかなか難しいのではないか。どのような新薬創出等加算であるべきなのかということから抜本的に考えていただきたい。

調剤報酬について、資料 1 の 32 ページの集中率別薬局数の分布を拝見すると、実際に調剤基本料 2 の引き下げの対象になっているのは、恐らく右上の一部のほとんど数がないような部分で、数としては 1 割に満たないような状況であり、ほとんどの薬局は小さくて集中率が高い。ここに関して基本的に全くインセンティブがつけられていない。加えて、この中身を見ると、薬局チェーンの中にある小さい薬局の 1 店舗が 30% で、つまり、実質で言うとチェーン化されているところが多い。そうであると地域の薬局を守るといっても、実質的には単なる経営支援的な意味で高い報酬をつけているのは合理性がないことがわかる。

調剤基本料 1、2 は、集中率と処方箋回数で形式的に区分し、それで形としてはインセンティブをつけるようになっているが、実態を見てみると、政策として、ターゲットとしているところに薬局が少なく、ほかのところに薬局がたくさんある。つまり、形ばかりの制度になっている。そもそも集中率や回数だけでは、厚労省の目指す「かかりつけ」や「対人業務」を評価していることにもなっていない。このデータは調剤基本料の診療報酬制度を事実

関係ベースで見直すよい契機になるので、このような情報を積極的に活用していただきたい。

(厚生労働省)

新薬創出等加算は、有用性及び画期性加算がなされたものが少なく、類似薬効比較方式のものが半数以上であるので、新薬として評価すべきではないとのご指摘いただいた。類似薬効比較方式の中には、例えば、比較薬となったものに対して既に加算がついている場合には、類似薬効比較方式で算定したものには加算が先に含まれているので、加算に対して厳しく見た結果、こういった加算が限定的になっている部分がある。

いずれにしても、新薬創出等加算の対象とすべき品目については、革新性や有用性といった観点でこういったものを評価すべきかといった点をきちんと精査した上で考えることにしていきたい。

調剤報酬について、小規模でありながらグループに属するような薬局が存在するところに対して、まだ行き届いていない部分があるのではないかとご指摘をいただいた。ここに関しては平成 28 年度改定において、調剤基本料 3 を入れている。資料 1 の 35 ページに調剤基本料 3 として、グループ全体の受付回数が月 4 万回超であって処方箋集中率が 95% を超える薬局に関しては、処方箋枚数が少なく小規模であっても、評価を下げている。

ただ、対象となる薬局の割合は、まだ低く、調剤基本料 3 の対象範囲を広げるべきかどうかといった点について平成 30 年度の調剤報酬改定に向けてしっかり検討していきたい。

(委員)

財務省と厚労省からご説明をお伺いして、全体感として 2 点、申し上げたい。

第 1 に、2015 年からこの改革にかかわらせていただいているが、現状の全体的な空気感として、改革モメンタムの低下を懸念している。2020 年度の PB 黒字化を公式に延期すると宣言された効果があったのかどうかはわからないが、社会保障に関しては全世代型に変えていくという大きな流れにある。これまで高齢者に偏りがちであったシステムを改革するという意味を考えると、非常に大きな改革であり、むしろこれまで以上に改革を加速する必要があることを強く認識すべきではないか。現状のままでは、保険料と税の両面で国民負担が増大し過ぎる恐れがあるので、これは必要な給付だ、激変はさせられないといった議論だけではなくて、国民負担をできるだけ増やさないという点を徹底的に考える必要がある。負担を増やすこともできないと

ということになると財政赤字にしわ寄せがくるので、財政規律もしっかり確保していかないと、デフレ脱却後が怖いと考えている。

第2に、財務省からいろいろなご説明があったが、仕組みを効率化して公共サービス、公的サービスの生産性を上げるためには、「標準化」が必要である。現状、地域ごとのばらつきや個人間のばらつきが相当あるのは、ある意味ではきめ細かく対応している結果かもしれないが、きめ細かく対応するためにはそれなりの負担増が必要になってくるし、不合理なばらつきであるならば、制度の公平性や中立性の上で問題である。

以上を踏まえて、各論として何点か申し上げたい。論点が多いので、ポイントだけ申し上げたい。

資料1の4ページのかかりつけ医普及と外来時の定額負担については、選定療養でやっている現状のやり方は大病院の収入増という性格になってしまっているのではないかと前々回のワーキングで申し上げており、資料1でも同じ問題意識が示されている。現行の仕組みでやるにしても、ご報告があったとおり、紹介状なしの患者比率は500床以上の病院で2.9%しか減っていないので、医療保険部会でも、委員の中には200床ぐらいまで下げてはどうかという意見があったと承知している。今回、400床ぐらいまで下げて改革を終わりにするのではなく、できるだけ引き下げていただいて、さらには受診時定額負担の導入の検討論議に結びつけていく必要があると考える。

かかりつけ医の定義について、これも以前にこのワーキングで申し上げたが、かかりつけ医という言葉はいろいろなところで使われているにもかかわらず、この議論になると、途端にその定義が難しいという話になるのは、率直に申し上げて不思議である。

7ページ、8ページの後発医薬品の使用促進や生活習慣病治療薬の処方についてであるが、ジェネリックの使用割合が7割近くになったことで、ある意味標準化されてきたと言える。そうした中でも先発薬を選択するという選択肢は残すべきであるが、やはり、標準以上のものには自己負担を求めることが重要な検討課題である。また、高血圧治療薬はARB系が多く処方されているという問題をこれまで財政当局などが指摘してきたわけであるが、ここにもジェネリックが出てきていると聞いている。治療の現場は日々ダイナミックに変わっていく世界であることを考えると、新しい医療技術や新しい薬が出てきたとしても対応できる、一般化・標準化されたルールを設計しないとたちごっこになってしまう点に気をつけるべきである。

11ページは、後期高齢者の窓口負担の在り方についてであるが、第1には、年齢だけで区別するというこれまでの仕組みを変えて、疾病の重さ軽さや、所得・負担能力などに応じた制度にすることが全世代型の社会保障の一

つの姿だと考える。また、先ほど説明があった後期高齢者の保険料軽減特例を本則化することは、負担増ではなくて本来の形にすることだと思う。別途、高額療養費制度があることや後期高齢者1人当たりの医療給付が大きく増加する一方で自己負担が減少していることを踏まえると、1割負担を2割負担としていくという議論は重要である。

もう一つは、ロングタームケアである介護で、自己負担1割を原則としつつも2割、3割の自己負担ということが現実化してきている。医療は治癒が前提であり、限定された期間の負担であり、ロングタームの介護で1割、2割、3割という議論をしている方向であるときに、医療は一律に1割でよいのかというバランスの問題がある。

先ほど委員が指摘したように、改革工程表の検討期限と、財務省からご説明があった平成31年4月という関係については、政府内部で御議論の加速をお願いしたい。

14 ページ以降の薬価の抜本改革について、市場拡大再算定などは適切に議論を進めていただいていると拝察しているが、改革全体としては財務省が指摘したような問題が多々ある。薬価制度の抜本改革は、優れた薬をつくるというインセンティブでなければならない、優れた薬をつくった人や企業が評価されなければならない、国民負担を軽減しなければならない、この3点に尽きると考える。

18 ページでは、国民負担の実態として新薬創出等加算の現実のデータをお示しいただいたと思う。こういったことは広く見える化をしていくべきである。

今、申し上げた3点に立って改革を進めていただくと財政効果が生まれてくる。これは社会保障に限った話ではないが、抜本改革をやって生まれた成果をほかに使ってしまおうと、改革が中途半端なものになりかねない。例えば薬価制度の中で洗練されたインセンティブ制度をつかって、そこに薬価制度改革の成果の一部を充てることはあり得ると思うが、成果を医療費全体の中でシェアしてしまうと改革の意味が大きく減殺されてしまうことに注意が必要である。

19 ページの費用対効果評価は、財務省のご説明にあったように、新薬の価格算定の不透明さをどう克服するかという課題とあわせて引き続きご検討をお願いしたい。平成30年度からの制度化に向けて、どこまでどのような検討が進んでいるのか、次回以降にご説明いただきたい。費用対効果が悪いものは薬価を引き下げる必要があるわけだが、そのときに19ページの図で言えば営業利益だけを対象にするのか、それとも、輸入価格などが不透明だという原価まできちんと含めて考えるのかといったことによって相当大

きな違いが出てくる。費用対効果評価を行う人材などがきちんと育成されているのか、組織や費用はどうするのか、このような議論を進めていかないと制度化の姿が見えてこないように思う。

21 ページ以降の報酬改定は、関係審議会などで決めていただくことであるが、第1には、一般の物価や賃金に対して診療報酬が高どまりしていた累積積分はやはり考慮する必要があることをこれまでのワーキングでも申し上げてきた。年金の世界では、いわゆる特例給付水準を解消し、制度としても賃金、物価と給付額の関係が整備されたが、医療・介護の世界はここをどう考えていくのかが論点である。過去の経緯を踏まえるという点では、介護において処遇改善分を臨時にやったことも考慮する必要がある。

第2に、今、申し上げた第一の点は少なくとも必要であるが、23 ページの図で言えば高齢化分は当然で仕方がないという考え方も良く考えてみる必要がある。つまり、現在の年齢別1人当たり医療費あるいは介護費が適正な状態という前提が正しいのかどうか。それが適正ではないからこそ色々な改革を行っているのだと思うので、高齢化分と言われているものを含めた医療費全体について、価格の体系をよりよいものにしていただく必要がある。報酬改定分だけ保険料や公費負担、窓口負担が増えているわけではなく、医療費全体の伸びが総費用となって国民の負担に影響してくることを考えれば、高齢化分を当然とすべきではない。

29 ページ、一般診療、歯科診療、調剤と全く異なる生産関数を持つ産業で、1対1対1の配分で技術料部分の報酬が同じ伸び率になっている。これまでの経緯や政治的な判断があるのだと思うが、国民負担の支出先のことであり、医者や薬など生活に身近な話であるので、こうしたことも国民的な議論を行って、抜本的に整理し直す時期なのではないか。

32 ページから35 ページの調剤報酬について、処方箋受付回数が平均以下の中小薬局も門前が多い、その中にもそれなりに大きな規模のグループに所属しているところがある、面分業をやっているところは少ないなど予算執行調査でお示しいただいたことは貴重なエビデンスである。かかりつけ薬局、健康サポート薬局といったコンセプトを実効的なものにするために、物的業務の効率化・適正化を行って対人業務を評価する、全体としては報酬水準を引き下げるといった必要があると考える。

最後に医療・介護提供体制について。41 ページにある7対1病床の課題については、26 改定の要件見直しで9万床を転換する話がどうなったのかは、まさにPDCA サイクルで検証すべき重要な点である。26 改定でどういったことを狙って、どこまで上手く行って、どこが上手くいかなかったのかといった検証は行っているか。7対1病床は増えなくはなったが減っていない。

減る雰囲気もないというご説明もあったことからすれば、要件厳格化などを含めて次の手をどう打つのか、地域医療構想の成否が問われる問題である。

43 ページ、病床も十分に調整されているとは言えないが、外来医療や高額医療機器は完全に自由であることをどう考えるかも論点である。疾病構造の変化で特定の診療科が増えているのかもしれないが、地域の医療と介護を包括的に整備するというフレームワークの中で、適切なソリューションを見出すことが今後の課題である。MRI や CT などについても、やたら台数があることは、皆さんよく御存じの事実で、稼働率が低いことで、病院経営にとっては相当の負担になっているのではないか。事実がどのようになっているのか確認をした上で、何らかの方策が必要ではないか。

(厚生労働省)

全般にわたるご意見をいただいたので、何点かファクトに関することだけ申し上げたい。

1 点目は、後期高齢者の窓口負担の在り方について、介護と比較してご指摘いただいた。参考資料 1 の 7 ページをご覧くださいと、医療も現役並み所得者は 75 歳以上でも 3 割負担になっている点を申し上げたい。

費用対効果の議論についてご質問いただいた。中医協で平成 30 年度については 13 品目の、医薬品、医療機器、具体的な品目を選定して、試行的に費用対効果分析を行っている。また、それを価格に反映させていくルールも議論しているので、別途機会があれば、その状況についてもご報告したい。

7 対 1 入院基本料の検証状況もまた機会があれば具体的な資料を提出させていただきます。

診療報酬の改定率についてもご指摘いただいた。本日、医療機関の経営実態調査も発表されているので、そういったものも含めて政府内、あるいは与党も含めて議論していきたい。資料 1 の賃金の動向も何年を起点にとるかによって大分見え方も変わってくる。賃上げという流れがある中で、委員ご指摘の医療費も含めて社会保障費全体を適正なものにしていくことは、制度の持続可能性という観点からも、国民負担の軽減という観点からも重要であるが、それと質の高いサービスをどうやって両立させるかという観点で、これからは委員のご意見も参考にさせていただきながら議論を続けていきたい。

(厚生労働省)

薬価についてもご指摘をいただいた。国民負担の軽減という観点も大事である。一方で、イノベーションの推進も大事であり、これまでもドラッグの解消など、この 10 年近くの間には改善されてきたので、そういったこと

がまた繰り返しにならないように、加算の位置づけもしっかり考えた上で、新薬創出等加算制度をゼロベースで抜本的に見直していきたい。

調剤報酬についてもご指摘をいただいた。薬局の特性は様々ある。そこに応じて大きな視点として対物から対人業務へ移行させていくような調剤報酬体系になっていくように見直しを進めていく。グループである程度調剤報酬を厳しく見直そうとすると、中小規模の薬局が巻き添えになるといった実態もいろいろあり、集中率の考え方などいろいろ難しいところもあるので、慎重に考えていかなければならない。

(委員)

資料1の43ページから46ページ。1980年代に初めて医療法を改正して、病床の総量規制を導入した。今、このデータを分析し直すと、病床過剰地域で駆け込み増床が多かったとことがわかる。つまり、普通の経済学の議論と異なり、競争が厳しいとより設備投資をして、その結果、経営も医療費も問題が生じる。まさしく高額医療機器や外来を主とする診療所などもそうであり、何らかの総量規制が必要である。総量規制として、例えば、入院の保険病床数、外来では診療科ごとの保険医定員数を設定するなどの工夫が必要ではないか。

これは医療経済学ではAverch&Johnson仮説と言われているが、競争が厳しい都市部ほど医師が参入して競争がより厳しくなってしまう、患者獲得のための設備投資（CT、MRI等）を行う結果、医療費が増大する。これに関し、繰り返し申し上げているが、現在議論しているのはソフトなアプローチで、関係者が集まって協議すれば病床を減らすというように楽観的に考えている。実際に医療費の地域差を半減しようと思っても、その手段は今のところまだブラックボックスであり、民間病院が主体の体制の中で高医療費地域の医療費だけが半減してくれる保証はどこにもない。

このため、いろいろなインセンティブシステムについて、大分議論されているが、これは何年も議論するだけで終わる可能性があり、本当に財政のことなどを考えると、もう少し強力な手段も検討しておく必要がある。資料1では、地域別の診療報酬単価について出ているが、当事者が協議しても医師の分布や病床の分布が均てん化しない場合には、単価で調整する方式もあり得る。そうすると、1人当たり医療費をほぼ都道府県間で同一にすることもできて、その結果、保険料の公平化も図られる。政策手段として重要な部分だと思うので、ぜひ積極的に検討していただきたい。

薬価制度について、先ほど厚生労働省から、類似薬効比較方式1、2は比較薬に加算がついているものは加算しないで厳しく査定しているとおっし



やっていたが、データを確認すると、ここ6年間で承認された新薬320品目のうち3分の2が類似薬効比較方式で、その3分の2は加算がない。非常に甘い有用性加算もついていない。新薬創出等加算は、市場実勢価格に公定価格をあわせることで薬価を適正化するという薬価制度の大例外として、イノベーションを促進するために薬価を維持する仕組みになっているが、そこで促進されるイノベーションは何かと考えると、これは決して画期的な新薬ではなく、実態としてほとんどがゼロ新ではないか。しかもそれが新薬創出等加算の対象にもなっている。新薬創出等加算だけではなく、薬価制度全体が持っているインセンティブを考えると、そこで促進されているのは決して革新的な新薬ではなくて、厳しい言い方をすればゼロ新ではないかと思う。

(厚生労働省)

ご指摘のとおり、これまではどちらかと言うと医療費もいわゆる診療報酬の価格政策を中心にやってきたが、量の部分のコントロールをそろそろ考えていかなければいけない。

地域別の診療報酬についてもご指摘をいただいた。これも改革工程表の検討課題になっているので、いろいろ考えていかなければならないが、今の日本の医療提供体制はご案内のとおりフリーアクセスであるので、そういう中で地域によって異なった診療報酬を設定したときに、それが受診行動にどのような影響を与えるかということもあわせて考えていかなければならない。一つの手段であることはご指摘のとおりであるが、どのような方法が考えられるか、引き続き検討していきたい。

(厚生労働省)

薬価のご指摘について、ほとんどがゼロ新ではないかということは、少し言い過ぎである部分があるのではないか。例えば、類似薬効比較方式で2番手、3番手であったとしても、加算まではいかないが臨床試験で一定程度の有用性を示しているものもある。いずれにしても、それぞれの品目の中身についてきちんと見極めた上で、革新性、有用性といった観点で評価すべきものについてはきちんと評価する形で見直していきたい。

(委員)

参考資料1の2ページ以降のかかりつけ医はについて、これから高齢社会で地域、在宅重視の政策を進める上で大事な要素である。地域の医師たちは、国保の都道府県化に少なからず不安を覚えている。ただ、彼らも、国が目指

す施策や医療について明示すると、地域医療に光が当たることでモチベーションが上がる。

2 ページの表の診療内容、担当医決め、受診状況等の把握、服薬管理、健康管理をしっかりとやることは素晴らしい。

地域でかかりつけ医としてどのようなことをやるべきか、模索しているのではない。今後、病床が減り、開業する医師が増える中で、モチベーションを持って地域医療を担う上で、5 ページにある審議会のご意見、かかりつけ医の定義についてこれから共通理解を得ることはそのとおり重要である。医療従事者あるいは地域の医師会の中で、この病院、このかかりつけ医ではこんなことをやっているという情報を共有していただきたい。かかりつけ薬局が患者の症状・QOL 向上に向けてどのような業務をやって、どのようなところを目指していくかを考える上でも、単に報酬の算定要件をハード面だけで決めるのではなく、ソフト面も見える化をしていただきたい。

資料 1 の 23 ページ。確かに高齢化による医療費の伸びの要因は大きい。そうであれば、高齢化した地域に大事なものは、早期から予防することやあるいはかかりつけ医の要件に、健診を含めたフォロー、65 歳を過ぎたら血圧は必ず毎月モニタリングをしていくことなど高齢化対応の新しいかかりつけ医の要件を探ることである。高齢化に対応する医療費増をどのように見ていくか、QOL の観点からも具体的に検討いただきたい。

36 ページ。薬局の問題は構造が明確で、門前薬局を含めて薬剤師の方々は受け身で仕事をやっていることがもったいない。医薬分業は薬局側でどんなことが患者に起こっていて、どうすれば重症化しないかという課題を抽出するよい動線であるが、それがルーチンで終わっている。よい薬局は、処方箋が出てくると、患者の状況に合っているか、必要あれば医師にも確認する。要件の整備、見える化も大事であるが、それと同時に今の調剤薬局の構造的な問題点を改善するための施策が大事である。

(厚生労働省)

委員がご指摘になった、かかりつけ医が情報をできるだけ一元的かつ継続的に把握していくことは重要である。高齢化即病気ということではなく、できるだけ病気にならないように重症化予防も医療保険の中で様々な形で制度的にビルトインしつつあるので、こういったかかりつけ医機能あるいは生活習慣病の管理という中にも、重症化予防という視点もしっかり入れていく方向で検討したい。

(厚生労働省)

委員の御指摘のとおり、薬局で課題を抽出して考えるべきところは考えることを進めることは大事である。かかりつけ薬剤師制度を平成 28 年に導入し、その一つの実績として疑義照会に関する割合、件数が非常に増加している点がある。重複投薬や患者の健康管理の面や財政的な面でも問題があると思われるところに対して積極的に関与していく動きがある中で、先日の中医協において、薬剤師の処方提案について、一元的に薬剤を管理し、実際に処方されているところに対してこうあるべきではないかとより積極的にやるものにしてはどうかということも議論している。今後、さらに検討して進めていきたい。

(委員)

資料 1 の 41 ページの 7 対 1 入院基本料について、診療報酬改定は基本的に全国一律の仕組みであり、ここで何らかの要件強化をすると、地方の病院は基本的に基盤が薄く、体力もなく、かつかつでやっているところであり、まさに病院経営が成り立たなくなる。

見合った医療をやりなさいということにしても一定程度の何らかの配慮がないと地域医療の崩壊につながるだろうと言って、都市部の過密な医療機関を放置すべきではない。発想の転換が必要である。例えば、医療資源の少ない地域に対する特例があるが、医療資源の過密な部分に対する特例のようなものがあってもよいのではないか。診療報酬改定の中に医療密度が上がり過ぎていて地域に対して抑制的なものがない。

このようなことによって地方の医療機関が一定程度守られていけば、地域医療の崩壊も起きない。医師の偏在そのものに直接関係があるので、都市部の医師が減れば地方の医師が増えていくことになり得るので、医師偏在の一つの解決策にもなり得る。

また、給地による地域加算は、都市部に加算が高くて地方が低い。むしろ地方に加算が必要である。本来は補助金でやることかもしれないが、自治体病院系ではない公的病院は補助金もなく頑張っているので配慮いただきたい。

もう 1 点、46 ページの CT、MRI の台数の国際比較は 2 つ論点がある。我が国は外来の診断機能が高い。CT、MRI が多いことで、むしろ疾病の早期発見につながっているという面が多々あるので、必ずしも多いことだけが一律によろしくないということではない。

一方、恐らく診断能力を伴わず単に撮影だけして診療報酬だけを稼いでいる医療機関も多々ある。問題なのは入院で、療養病床や出来高の 10 対 1、13 対 1、15 対 1 などでは、高額療養費負担に入るため患者は何の腹も痛ま

ないので定期的にルーチンとして検査されている。そのようなことはよろしくないなので包括範囲を見直していただく、あるいは平成 15 年の閣議決定で、全ての入院は何らかの形で包括になるといったものが 10 対 1 で止まっているので、何らかの形で包括化を勘案させて、入院医療において横行しているあまり臨床的意味の乏しい検査、画像診断を是正していくべきである。

(厚生労働省)

ご指摘いただいたいわゆる地域差のようなところを診療報酬でどう見ていくかについては、長年、中医協でも色々と議論されてきている。確かに今の点数はどちらかというとも都会が高くなるような形であるので、地域による医療資源の差は、どこまで報酬政策の中でできるかといったことはあるが、重要な課題と認識している。

いわゆる出来高の弊害がまだ残っているところも多々ある。これは報酬の包括という手法もあるし、報酬点数をとるときの算定要件で縛っていくこともやってきている。これまでの色々な手法も使いながら、どのようなことができるのか、引き続き考えていきたい。

(委員)

日本の場合、高齢者が複数受診する診療科は大体、内科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科である。それぞれの診療科にかかれており、内科の診療所に複数受診している方は少ない。これをどのようにかかりつけ医の考え方と整合性を持たせるか考えなければならない。内科の先生が整形外科まで診ることは無理であり、整形外科で内科まで診るのも無理である。総合診療医が出てきたとしても、この問題は解決しないと思われる。

例えば、これに対応するためにイギリスの場合には GP surgery という形で複数の得意分野を持った GP がグループで診療をしている。今の日本の、1 人の先生が 1 人で開業しているやり方を放置して、かかりつけ医制度的なものを伸ばしていくことは難しい。都心部では難しいかもしれないが、例えば、地方の国保診療所のようなところでイギリスの GP surgery 的なもの、ポリクリニックのようなものをつくり、箱としてかかりつけ医になる仕組みをつくっていかないと難しいのではないかと。

資料 1 の 43 ページの病床の総量規制について、地域医療構想の調整会議の議論などからすると、恐らく、この後、それなりにダウンサイジングと病床機能の転換は進んでいくと思われる。7 対 1 をクリアできる患者数が、医療・介護必要度の問題もあってだんだん減ってきていることもあって、どちらかというとも回復期の病床の取り合いのようになってきている。ただ、それ

は本質的な解決にはならない。

その上で、諸外国と比べて日本がやっていないのは、高額医療機器の規制である。高度医療も同じであるが、高額医療機器は、診療科やそれを専門としている医師と紐づけしやすいので、医療の質という観点から、どのくらいの規模にどのくらいの高度医療や高額医療機器を持つべきだという話ができる。100メートルも離れていないところに大きな病院が2つあって、それぞれ da Vinci を持っている状況は、ほかの国ではあまりない。一つの高額医療機器当たりの件数の参照値のようなものを SCR で算出できるはずであり、そういった参照値を打ち出していくことやそれに基づいた議論が必要である。

同じように外来に関しても適正配置はなかなか難しいが、例えば、ドイツなどが使っている計算式をもと計算すると、この地域には何人の眼科医師が必要だ、この地域には何人の耳鼻科医が必要だなどの議論ができる。同じようなものを日本でつくれるかどうかかわからないが、参照値のようなもの示していくことが必要である。多過ぎる地域も問題であるが、中山間地域では高齢者がたくさんいるのに診療所がなくなってきているところもあるので、それぞれの地域でどのくらいの診療所や医師が必要なのかここで議論していただきたい。

かかりつけ薬局についても、抜本的に考え直さないとうまくいかない部分がある。ある県を分析しているところ、2カ所以上から処方をもらっている方は全体の25%以上になる。分布を見ると、1人で10カ所などという人も多くいるので、門前薬局がかかりつけ薬局として機能しているか考えなければいけない時期に来ているのではないか。

かかりつけ薬剤師がお薬手帳に指導を記載すると指導料がつく。これをもとに何か所から指導を受けているかを分析すると、これが2カ所以上という方が15%いらっしゃる。2カ所以上から処方を受けて調剤を受けている対象者を見ると10%くらい重複投薬が行われている。これは医療安全の面で問題であり、医療安全の面からもかかりつけ薬局の在り方を考えないといけない。今みたいな手帳ベースで情報共有するのではなくて、韓国やフランスがやっているようなオンラインの仕組みでやっていかないと、適切な管理ができないのではないか。保険者に問い合わせてみると、保険者としそのようなチェックはやっていない。デジタルで情報が存在し、そういうものが請求できる場所など参照系もつくれるはずであるので、そういう形で考えていかないと、かかりつけ薬局の仕組みは広がっていかないのではないか。医療費の適正化という点でも重要であるが、一方で医療安全という点でも重要である。電子化お薬手帳という話も出ているが、ご検討いただきたい。

(厚生労働省)

かかりつけ医について、先ほど、別の委員から定額負担となるとなかなか定義が難しいというのはどうかというご指摘をいただいたが、診療報酬でかかりつけ医の機能を評価する時は一定の要件を決めて、そういうものに報酬を出す形で評価している。一方で、国民の皆様が定額負担なりを求めることになると、今、委員がおっしゃったように医療提供体制そのものから考え直さないと、かえって国民の皆様も含めて現場が混乱する一方であると思われる。重要な課題であるので、保険制度の中だけでできないものも多いが、今のご示唆なども参考にしながら引き続き検討していきたい。

高額医療機器、調剤も含めて、医療費適正化の観点はもとより、説得力のあるものにしていくためには、医療の質との関連や医薬品であれば安全性との関連のようなことも見える化をしていく必要があると考えている。NDBを初めとして様々なビッグデータもそろいつつあるので、そういったものも活用しながら、どのように説得力ある形でお示ししていくかについても引き続き考えていきたい。

(財務省)

医療、薬価制度の抜本改革などについて、さまざまな御指摘をいただいた。いただいた御指摘も踏まえて、今後、厚労省とも議論して、いい改革方針をつくっていきたい。

(委員)

資料1の50ページについて、平均診療報酬単価は下げたけれども算定回数を増やして結局費用は増大した、といった制度の抜け道の活用は、診療報酬の世界では枚挙にいとまがないような例である。先ほど、別の委員がおっしゃったように、介護はずっと続くものであり一過性の治療とは異なる。患者のQOL、患者間の受益と負担のバランスという点でも、ある程度適正化なり標準化なりがあるべきである。わざわざ要介護度を要支援も含めて7段階に分けた意味は、段階ごとに介護を標準化をしていくことがサービスのあり方の基本設計だったはずだ。その点で無尽蔵に算定回数の計上が可能だというのは、早期に是正をしていただきたい。

50ページのデータも介護度別に情報を出していただけるとよい。全体的な傾向としては、平成19年と平成28年で、軽度な人が増えたにもかかわらず、算定回数が増えたことで全体の費用が増加している形になっているので、これはサービスの制度設計として、早急に是正が必要な領域ではないか。

資料の 55 ページの生活援助中心型の利用状況に載っている、要介護 1・2 の方で、最高では 110 回、つまり、毎日、朝昼晩と 3 回来るような生活援助が、出来高で算定されていることは、いくら認知症の方の見回りだと言っても、それを理由に事業者が過剰な算定をしているとしか思えない。包括化をすべきではないか。もちろん、包括化すると、事業者が認知症の方を本当に見回っているかどうか判断がつかないなどの問題が出てくるかと思うが、まずは介護度別にサービスの標準化を図ることを原則として、制度を設計していただきたい。

72 ページの有子世帯の加算・扶助で、これは色々な加算形態がある中の一例のとして紹介していただいたものであるが、廃止されたはずの母子加算が復活しているのと同時に、高等学校等就学費、学習支援費が残っていることで、厚い手当になっていることは事実である。この点について見直しが必要であると。先ほど説明の中で現物給付というものがあり、たしかに教育給付の中身を見てみると給食代や教材費などがあり、今は定額で設定されているがそういったものをわざわざ現金で渡すのではなくて、現物給付にした方が、子供に直結する支援になるので、仕組みの在り方としてより対象者に届くものとなるはずだ。この表で見ると、恐らく母子加算以外は全国同一の金額が設定されている。そのため、地域ごとの差（都市部に不利な差）につながる部分もあるので、現物化の検討について考えていただきたい。

78 ページの生活扶助における診療科の分布を拝見すると整形外科とリハビリテーション科は一般の高齢者の診療形態と比べても、いびつなほど多いと思われる。診療科の件数が実際の治療とどれだけマッチしているかはわからないが、例えば、いわゆる年齢で区切ったときの疾病状況と生活保護を受けている方の実態について、細かい区切りで情報を見ていかないと、削るべきところを削り、削ってはいけないところは守りということのメリハリがつきにくいのではないかと。医療扶助実態調査にしても、生活保護受給者のレセの情報にしても、より細かく継続的に把握することができないのか。

(厚生労働省)

ご指摘の介護の算定回数問題は、春の財政審でも、この秋でも指摘されて、厚生労働省としても問題意識を持っており、平成 30 年の報酬改定の中で実態調査をした上で、今後、議論する予定になっている。ただ、様々な事業者からヒアリングすると、特に認知症のある方では、1 日 3 回掛ける 30 日、90 回から 100 回ぐらいはおかしくない例も相当あると聞いているので、きちんと実態把握をした上で議論していきたい。

(厚生労働省)

有子世帯の扶助加算については、審議会で母子であればかかり増し経費がどうなのかといった消費の実態の分析をしている最中である。また、その中で、現物給付も子供に届くという意味では重要な視点だと考えている。いずれにしても、審議会でご議論いただいているので、議論を踏まえて、対応してまいりたい。

(委員)

資料1の49ページ以降の介護について、特に伸びている通所介護は、デイサービスの効果についてのエビデンスがもっと示されるべきである。何をすることが重度化を防いでいるのか、自立した生活に貢献しているのかなどEBPMが必要である。介護は全般的に日常生活の中での保険利用が広がっている。専門性が高いリハビリや看護などのサービスの利用は低水準である。軽度者ほど生活援助の利用割合が高い。このような実態を改めて踏まえる必要がある。

介護の資源をより中度者、重度者に重点化していく、あるいは民間事業者の競争をもっと促すという観点から、一つの方法として、原則自己負担や一部補助などの仕組みに切りかえていく方法が考えられる。もう一つ、単価を下げて総額が増えてしまうのであれば、算定回数を、要介護度に応じて、各サービスでどれぐらいが標準であるかを明確にしていくことを考えるべきである。

53 ページ、基本報酬をある程度平均的に下げる方法とできるだけ思い切って下げて、加算を算定していくという2つのやり方が考えられる。後者の場合、インプット型の加算は経営上のプランニングのバリエーションを増やしすぎると好ましくないだろう。やはり、アウトカムベースの加算でやる必要がある。

55 ページ、56 ページ、生活援助中心型のサービスの課題やいわゆるサ高住などでの囲い込みについては、報酬や算定回数に上限を設定して標準化していくことや包括払いを導入していくことなどが必要ではないか。

60 ページの調整交付金の活用について、介護納付金の総報酬割を導入する一方で、新しい特別な交付金を配るということだけではいかなものかと思う。従って現行の調整交付金について考えていただくことになっているわけだが、2つ案が示されている。所得や年齢の調整分は必要だという意味では、考え方として案①は難しい面があるかもしれないが、案②のやり方は、一つ考え方としてあり得るのではないか。一部の保険者だけではなく、保険者全体に対してこういったことを予算で考えていくことは必要である。



62 ページ。今、在宅サービスには、総量規制や公募制がないという問題であるが、地域包括ケアシステムをつくっていく中で、地域の中で複合的なサービスを展開していかなければならないので、供給の調整メカニズムが十分に整備されていないのだとしたら、考えなければならない課題である。

65 ページの地域支援事業への更なる移行については、先ほど厚生労働省からご説明があったように、移行状況を踏まえつつ検討がなされていくわけであるが、要支援が移行されて、実際に何が起きているのかについてデータが示されていない。どのように地域支援事業への移行が進み、費用がどうなっているかなどについて、いつ頃までに把握する予定か。

71 ページ、72 ページの生活保護の加算については、重複的なことをやっていないか、あるいは水準自体が高過ぎないかなど、チェックが必要である。給付水準が高いことも関係していると思われることとして、地方では、「その他の世帯」であっても働いて保護から脱却することが難しい、保護の水準まで所得を得ることが難しいということが起きていると聞く。80 ページに示されているように、その他世帯の非就労世帯割合は現在 65%と高く、保護水準と保護から脱却できる水準のバランスを考える必要があるのではなか。

後発薬の使用促進は、生活保護受給者の任意の協力でやってきているが、今後、どこまで伸ばしていけるかという課題があるので、76 ページにある改革の方向性の案にあるような方向で御検討いただく必要があるのではないか。

77、78 ページの頻回受診対策について。この資料は、保護されている方の問題というよりは供給者側の問題だというインプリケーションだと拝見した。そういう意味では、償還払いによる自己負担も検討すべきだが、供給者側への措置も同時に考えるべきである。

81 ページの級地の見直しは今後の課題であるが、最近の消費スタイルには、ネットでの通信販売やシェアリングエコノミーもある。都会ほど安売り店があるという印象もある。消費はかつてと違う形で行われるようになっていく点を整理した上で抜本的に考える時期にあるのではないか。

(厚生労働省)

ご指摘いただいた報酬改定に係る部分は、まさに今、検討中であるので、その指摘も踏まえて、今後、審議会の中で検討していきたい。

調整交付金の活用については、骨太方針できちんと検討するようになっているので、今後、検討することになるが、10月26日の国と地方の協議の場でも自治体関係者から強い反対意見が表明されている。自治体関係者等と十

分協議して検討していきたい。

サービス供給量のご指摘については、今回の法案改正で一部そういったものに市町村が関与できるようになっているので、またお時間があればご説明申し上げたい。

地域支援事業の移行調査は、今年度末にある程度のものをまとめ、来年度の前半のタイミングでの発表になるので、必要があればご説明に参りたい。

(厚生労働省)

保護の水準と就労の関係については、生活保護は最低生活保障であるので、消費が、これ以上の収入が減ると急激に低下するところやどのような方々が急激に消費を維持できなくなるかなどデータをもとに検証している。科学的な検証で必要な金額を出していきたい。

後発品の使用促進については、私どももさらにもう一歩進める方法を考えている。いろいろな方法があると思うが、これも審議会で議論いただき、検討してまいりたい。

頻回受診対策も、対象者の方がいろいろな課題を抱えているので簡単ではないところもあるが、供給者側にご理解いただくことも観点としてはあるので、検討してまいりたい。

級地の見直しについては、現在の級地制度が時代に合っていないことは認識している。ただ、地域の生活水準の差をどのように評価したらよいかは、学問的にも必ずしも知見が蓄積されたわけではないので、まずは調査研究から始めることにしている。一方で、今回の検証においても、生活扶助の地域間の格差は、現状の張りつけを前提に、その中でのバランスをより実態に近づけることを検証作業の中で行っている。そういう意味では、一定程度、今回の検証作業の中で対応できると考えている。

(委員)

資料1の55ページに、生活援助サービスを月100回以上の利用する者がいるとあるが、改革の方向性のとおり、ある一定回数を超える生活援助サービスを行う場合にはケアプランの検証を要件とすることはよろしい。ピアレビューではないが、介護者や医療従事者が他の施設の状況を見える化をして共有することは、いろいろな考え方を知る、自身の行動を変えるなど、モチベーションをアップする上で重要である。医療保険者の中でも、どこの医療機関にどれだけ患者がかかっているかも含めて、だんだんと共有の機会が広がっているので、介護保険サービスに関しても、保険者間あるいは施設間でこういった情報を共有されるとよいのではないか。

60 ページの調整交付金の活用については、国保の調整交付金の議論でもあったが、現場の市町村は、お金はもちろんあった方がよいにこしたことはないが、調整交付金の配分にあたって、アウトカムの評価で行うと同時に、どうやれば介護保険がうまく回るかという市町村の実務を支援するツールを提供するという両方のパッケージが必要ではないか。

(厚生労働省)

ケアプランの点検の強化は大事であるが、先ほど申し上げたように、実態調査もやっており、それを踏まえて、報酬改定も今後、議論する予定である。恐らく実態調査の中でチェックすべきポイントが明らかになっていくと思うので、保険者なりケアマネの団体等に必要があればそういったものを示して、ケアプランの作成や点検の際に見てもらいたいと考えている。

調整交付金について新たな制度をつくる際には様々なものをセットで示して、市町村がやる気になることが大事であるので、様々な方の意見を聞き、都道府県、市町村とも議論しながらよいものをつくっていききたい。

(委員)

生活保護患者の頻回受診について2点申し上げたい。1点目として、自己負担がないと、どのように行動するかについては色々な研究で調べられており、就学児、未就学児の医療費助成で自己負担部分が無料化されると、意外なことに受診日数などは顕著には増えず、診療密度が高くなることがわかっている。つまり、医師から見ると、患者の懐を気にしなくて済むようになるので、リスク回避的な医療も含めて、検査等を増やす傾向がある。そういう意味では、頻回受診だけではなく診療密度も見る必要がある。この分野はデータに基づくエビデンスが必要であるが、現在のところデータを提供してくれる仕組みがない。NDBのような、第三者提供の形で研究者が自由に使えるようになると、色々なエビデンスが蓄積されるのではないか。

2点目として、償還払いはよいアイデアで、各国も機会主義的な行動、モラルハザードに基づくような行動を抑えるために償還払いが存在している。データに基づく分析も必要であるが、生活保護の頻回受診に関しては、モデル事業のようなことをやってみて、効果を確かめていく手法が必要ではないか。これが上手くいけば、医療保険本体も償還払いが導入できる分野がもっとあるのではないか。償還払いにもっと注目してもよいのではないか。

(厚生労働省)

診療密度に関しては、医療の内容に渡るので、福祉事務所サイドでどうす

るかということは難しい課題があると考えている。

データについては、現時点では、1カ月分のレセプトを福祉事務所に提出いただいているだけであり、それ以上蓄積をしていない。これから生活保護でも健康管理をやりたいと考えているので、その分析を助けるために、まずは通年のレセプトを収集できるようにすることで、データベースの構築から始めていきたい。

償還払いについては、受診行動にどう影響があるかというエビデンスがないと認識している。ただ、審議会でご議論いただいていると、やってみてもいいのではないかという自治体のご意見もあるが、必要な受診まで抑制するという意見も多く出ているので、引き続き審議会でご議論いただきながら検討していきたい。

(村井政務官)

皆様方の議論を通じて、年末に向けて、また、その先に向けての課題と進むべき方向性が明らかになったかと思われる。委員から改革のモメンタムが緩んでいるのではないかといったご指摘もいただいたが、総理からも財政再建の旗は決しておろさない、財政健全化に向けて社会保障改革に全力で取り組んでいくという旨の力強いご発言もあったので、このワーキングの議論を通じて社会保障改革を前に進めていただくようお願いを申し上げて、ご挨拶とさせていただきます。