

## 第35回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2020年5月19日（火） 10:00～12:10
2. 場 所：オンライン開催
3. 出席委員等

主査	竹森俊平	慶應義塾大学経済学部教授
同	柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授
同	松田晋哉	産業医科大学医学部教授
委員	伊藤由希子	津田塾大学総合政策学部教授
同	鈴木 準	株式会社大和総研執行役員
同	古井祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
同	印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
同	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
同	藤森研司	東北大学大学院医学系研究科教授

---

### (概要)

議題（1）について厚生労働省から資料1を説明後、意見交換を行った。意見交換の様子は以下のとおり。

#### ○委員

資料のページ番号順に申し上げたい。

17ページのオンライン診療・オンライン服薬指導、それから在宅の服薬指導関連に関する質問であるが、新型コロナウイルス発生後の状況下において、オンライン診療は対面診療の補完でしかない、というこれまでの役割を見直す方向で規制を緩和するのはよい方向だと考えている。要件の見直しについて、対象疾患は、将来的にはどのような疾患でもオンライン診療と対面診療がある程度併用できるような形になったほうがよいと考えている。

18ページのオンライン服薬指導に関して気になるのは、オンライン診療も同様かもしれないが、1つの医療機関が通常の対面診療も実施してもらいたいといった意図があるのではないか。つまり、かかりつけ医等で薬局も併設しているところが、オンライン服薬指導を1割以下の割合で実施するであればよいが、それ以上であれば逆に難しいという判断なのか。このような基準を設けた意図を伺いたい。

同じ観点であるが、19ページの在宅患者へのオンライン服薬指導について、週10回を限度として算定できるとあり、通常の対面業務をやっている薬剤師がオンライン業務を併用することが要件となっている。このような基準があると、極論ではあるが、例えばオンライン診療専門医やオンライン服薬指導専門薬剤師のように、オンライン業務だけを専門とする者は認めないということなのか、趣旨を確認したい。

さらに29ページの「調剤料の見直し」の中で、診療報酬改定において、対物業務から転換するために、内服薬の調剤料に関して診療報酬を下げる方向になると思うが、資料上は、評価を下げているのかどうか分からない。例えば、院内処方であれば何日分処方しても点数は一律となっている。実際の薬剤師業務でも、処方日数に応じてコストがかかるということはないので、これはある意味、小さな薬局向けの昔からある基準だと思っている。

ただ、この部分で気になるのが、7日分まで一律とすると、風邪等一般の軽傷患者で5日間以内の処方である場合、調剤料が1日あたり25点から28点に上がるなど、逆に今までよりも調剤料が上がってしまうのではないか。日数が少ないと逆に調剤料が上がるとなれば、対物業務の診療報酬を減じていくという政策方針とずれるのではないか。

まずはオンライン診療関係と調剤料の見直しの2点に関して質問したい。

#### ○委員

まず、地域医療構想とオンライン診療、それから後発医薬品の使用促進、給付範囲の見直しについては、3月の一体改革推進委員会で意見を表明したので、その分については繰り返さない。

意見表明の後、新型コロナウイルス問題が非常に深刻になったため、その関連で4点ほど、厚労省に対する意見、要望を述べたいと思う。

第1は、今回の新型コロナウイルスの対応について、特に公立病院、公的病院がどんな役割を果たしたのか、あるいは果たしているのか、近いうちに客観的なデータを見せてほしい。民間病院についても同様だ。これは研究者もできないことはないが、研究者がやると3年後ぐらいにしか結果が出ないので、政策に間に合わない。なるべく早く行政にやってもらいたい。

これは地域医療構想にも関係してくる。地域医療構想においては、公立病院の統廃合を優先してやることとなっている。恐らく総務省にも感染症対策の視点が足りなかったのではないかと思うが、この感染症対策は、公立病院、公的病院が果たす役割の中で今後クローズアップされると思う。したがって、これは地域医療構想の見直しにも影響してくることとなる。

2つめ、正確なデータを持ってはいないが、今回の新型コロナウイルスの影響により、一部の病院には患者が殺到しているものの、院内感染を恐れて多くの患者が受診を控えたということが言われている。実際にどのくらい受診率が下がったのかというデータについても、医療機関タイプごと、あるいは地域別といったデータと一緒に示してほしい。特に、これに健康被害が伴っているのかということについて重要だ。

なぜかという、日本の受診率は非常に高いと言われている。が、諸外国と比較して高くても問題ではないという反論がされており、一体どの程度の受診率が適切かということ、正直言って研究者もよく分からない。今回新型コロナウイルスの影響で受診控えが起き、それでも健康被害が出ていないということであれば、少なくとも現状の受診率より低

くても問題ないという非常に重要なデータになるので、この部分についてデータを示してほしい。

3つめは、これも新型コロナウイルスの関係であるが、インド、中国の原薬が日本に入ってきてなくなり、この状態がずっと続くと、先発品のみならず後発医薬品についても安定供給の問題が発生する可能性がある。インドや中国の安い原薬を輸入せず、原薬から国内で生産するとなると、結局、今後の薬価に相当はね返ってしまうこととなり、特に後発医薬品の関係では次期薬価改定で価格を下げることもできなくなってしまうので、この点について適切に対処してほしい。

4つめであるが、一応新型コロナウイルスの関係で、治療薬の一つであるアビガンの増産を後発医薬品業界のトップの企業が協力することとなっているが、その業界トップの企業が、最近、承認書によらない手順で薬を製造していることが分かり、富山県と協議して自主回収することとなった。その会社は、直前にも割と大規模な自主回収をやっており、これは後発医薬品の信頼性に関わる大問題ではないかと考える。これについても適切に対応してほしい。

この点は、3月に一体改革推進委員会でプレゼンしたときに、後発医薬品のメーカーに対しても、新薬創出等加算と同じように企業要件を設定してはどうかと提案したが、企業要件の中に安定供給とか信頼性とか、その要素を追加することを考えてもらいたい。

## ○委員

私から幾つか質問やコメントを申し上げる。

1つめはオンライン診療について。今回、中医協で時限的・特例的に初診もオンライン診療を認めるという判断をしたが、基本的にはまだそこまで行っていないというのが現状だと思うので、その検証をできればやってもらいたい。どういう問題があったのか、あるいはうまくいったのかというのを検証することによって、今後のオンライン診療の在り方について非常に重要な材料が得られるのではないと思う。

2つめも新型コロナウイルスの関連だが、今回、どのような医療供給体制により感染症対応を行ったかということを検証する必要があると思う。日本に対する海外の報道などを見ても、日本の対応は、最終的には非常にうまくいっているように見えるけれども、分かりにくい面もあるということだ。

例えば、ほかの先進国と比べても病床数は非常に多いが、報道などを見ると、小さな病院がなかなか患者の増加に対応できずに、場合によってはたらい回しのようなことも起きている。これは要するに、医療の供給体制に無駄なところがあるのではないかと、もっと効率的に行えるところがあるのではないかと。

それから、かかりつけ医と専門病院の役割分担、あるいは地域医療構想の在り方について、今回、いろいろなどころで問題点が浮き彫りになったと思うので、今後の改革を進める上で、そういった状況を検証することは重要ではないかと思う。

3つめは、これは一般的な印象であるが、先ほどの診療報酬、調剤料の話聞いていて、加算という言葉が数多く聞かれた。望ましい方向にインセンティブをつけるということであれば、加算をつけるのは非常に結構なことだと思うが、加算を行うことによって最終的に全体の医療費がより効率的に使われるようになっているか検証しないとイケない。個別品目で効果が上がったかどうかを調べるのは大変だと思うが、少なくとも全体で効果があったかということは検証をしていく必要がある。

最後は法定外繰入れについて。先ほどの説明でこれまでの努力により課題がかなり軽減されているというのはよく分かった。ただ、要するに東京、神奈川、埼玉の問題に絞られているという気がする。だから、対象を絞って対応したほうが効率的ではないかという印象を受けた。

そこで質問であるが、これまで都道府県を対象にしていた面があったが、2020年度以降は市町村を対象にしてより細かく対策を練っていくことになっている。それは非常に結構なことであるが、これも新型コロナウイルスの問題で、市町村それぞれに計画を出すように要求するのは大変ではないか。現時点できちんとしたお答えをしていただくのは難しいと思うが、新型コロナウイルスの影響についてどのような対応を考えているのかという点について、もし分かればお答えをいただきたい。

#### ○委員

久しぶりの社会保障ワーキングであるが、この間の新型コロナウイルス感染症への対応に関して、厚労省の皆様を中心に政府全体で取り組んでいただいていることに感謝と敬意を心から申し上げたい。

それから、最前線で取り組んでいただいている医療関係者の皆様にも感謝を申し上げたい。そういった皆様には診療報酬等などでの待遇向上の措置も、当然に進めていただくべきだろうと思う。

では、意見を3点ほど申し上げたい。まず1点目であるが、今回、新型コロナウイルス感染症への対応の中で、診療所や病院での感染回避の必要性もあって、オンライン診療に関心が集まっていると思う。医療分野に限らず、今後、リモートな社会を目指していく分野は多いと思う。今回、医療分野でもオンライン診療あるいはオンライン服薬指導の拡大が緊急措置として講じられているが、実態を継続的に把握する必要があると思われるので、ぜひオンライン診療・オンライン服薬指導の状況を緊急に調査してもらいたい。

調査の際には、オンライン診療と電話診療を区別する必要があると思うし、オンライン診療とオンライン受診勧奨も区別してデータを取ってもらいたい。さらに、遠隔健康医療相談も行われているので、調査対象の情報が混乱しないように調査してもらいたい。

先ほど受診控えと健康被害についてもデータを確認すべきという意見があったが、それはそれで私も全く同感であり、一体今何が起きているのかということ把握する必要がある。本当に病院に行かなければいけない場合は行かなければならないはずであって、オン

ライン診療でまったくの初診ができるのかという点は個人的に疑問もある。どのような形態が治療や治癒に効果があるのか、実効性があるのか、あるいはオンラインによって何ができて何ができないのか、何が危険なのかということを確認にした上で、オンラインでできることはその普及を進めるべきである。

次に2点目、介護分野に関して何点か申し上げたい。最後に説明のあった介護分野のデータヘルス改革については、自立支援・重度化防止につながるような介護の普及と、介護現場の生産性向上がその目的だと私は理解している。介護保険は公的保険であるので、どのようにサービスを標準化すると、より効果が高くなって、事業としても効率がよいのかを追求する必要がある。現在、介護サービスの提供方法には相当のばらつきがあると思うし、同じ状態の対象者に全く違う量のサービスが提供されていたり、ケアプランのチェックが不十分であったりしていると思われるため、ぜひデータ活用を進めて改善してもらいたい。

また、インセンティブ交付金は、2倍に金額が増額されたわけだが、これをぜひうまく活用してもらいたい。これまでのワーキングでも繰り返し申し上げているが、保険者が自立支援や重度化予防に取り組んだ結果として、実際にそれが実現することが重要である。保険者の取組に対してではなく、アウトカムを評価して交付金を配分する必要がある。今日はそういう説明だったと思うが、結果として要介護にならない人が多い、あるいは性・年齢調整後の1人当たり介護費をうまく低減させているといったところに交付金が厚くなるよう、アウトカム指標の点数のウェイトをさらに高めることをお願いしたい。

それから、国保では少しずつ進めていると思うが、介護分野でも市町村の指標ごとの点数獲得状況の公表を推進してもらいたい。住民がなぜうちの市は隣の市のようにうまくできていないのかということに気づき、課題があることを理解して、似た自治体の例を取り入れるといった改革を進めるツールとして、公表していただくことが必要だと思う。

最後の3点目。経済財政諮問会議のワーキングであるので申し上げるが、2021年度までの基盤強化期間内からいろいろな改革を実施できるように、今年、2020年は社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき事項を取りまとめるという改革工程上に本来はあると思う。ただ、新型コロナウイルスにより経済と社会が相当厳しい状況になっているため、当面どのように進めることができるのか、今日の時点では判断が非常に難しい。他方、団塊世代の後期高齢者入りは一日も待ってくれないし、今、非常に巨額の経済対策を打って、経済の落ち込みを何とか克服しようとしているけれども、実は財政的な危機を招けば新型コロナウイルス感染症対策を含めて全てがうまくいかなくなってしまう。いきなり財政危機に直面するということはないだろうが、やはり市場の評価や経営者らなどからの評価を考えて歳出改革を進める必要がある。

つまり、有事の対策は思い切ってやる必要があるけれども、新型コロナウイルス問題以前から必要とされていた、改革工程表に書いてある改革を後退させないことが極めて重要である。有事の中でも中長期的に正しい改革を進めることが政策体系の中で整合的であり、

政策に対する経営者らやマーケットからの信認を確保する上で、歳出改革を後退させないことが非常に重要だということを申し上げたい。

その意味では、法定外繰入れの解消、後発医薬品の使用促進、薬局業務の対物から対人への構造転換などは当然進めていただきたいと思う。また、先ほど地域医療構想と感染症の関係についてご意見があったが、新型コロナウイルス感染症拡大への対応に照らして地域医療構想が間違っていたのではないかという、地域性や時間軸を無視した批判もきかれる。だが、それは違うと思う。平時に検討された改革と有事の対策は区別する必要がある、平時の改革は平時の改革として進めることが非常に重要だと思うので、地域医療構想の推進もぜひ引き続きお願いしたい。

#### ○委員

資料5 ページに「病床のダウンサイジング支援の追加的方策」という議論がある。ダウンサイジングと言うときは、今が過剰であるため縮小していく必要がある、それが基本コンセプトであるが、例えば新型コロナウイルスの諮問委員会で、緊急事態宣言を解除するかどうか、幾つかの基準で判断するにあたって、病床数が十分にあるかどうかを一つの基準にしているように、今は病床が足りなくなるのではないかという認識が基本である。

そもそもなぜ病床数の不足が起こったのかというデータを出してもらいたい。不足になったのは、ここで問題になっている救急病床なのか、それともICUだけなのか、それによって大分話が違ってくると思う。

次に、東京は法定外繰入れが多くて、しかも若年層が多いと資料に書いてあって、それほど病床数の不足が起こると思わなかった。なぜ東京で病床数が逼迫する事態が発生したのかということについてもデータを出してもらいたい。今の段階で病床のダウンサイジングを進めるかどうかということ自体、そのデータを検証した上で判断されなければいけないと思う。

有事と平時という話が出たけれども、パンデミックの危険について、国際化が進み国際的な人の移動が進んできたが、発展途上国の中には衛生にルーズな国もあって、その中で接触が進めば問題が起こるわけで、これを一回限りの問題と判断すべきではないと思う。韓国やシンガポールと比べれば日本は警戒心が小さかったということが指摘されているので、そういうことは一つ考慮すべき。あとは、17ページのオンライン診療のところ。初診からオンライン診療を可能にすることについて、「やむを得ない事情がある場合」というただし書きの「やむを得ない事情」とはどういうことを意味するのか。今回のような緊急事態宣言まで考えるのか。あるいは、足の状態がよくない方が初診からオンライン診療を希望すると言えばそれでできるということなのか。実施上いろいろ問題が出るかもしれないので、もう少し詳しく教えてもらいたい。

それから、介護のデータベースの話について、これは前回の一体改革推進委員会における松田委員の発表に対して丁寧に回答したものと思うが、そのときの松田委員の話の中に

もう一つ、医療行為のデータの国際化という話があり、オーストリアの開発したELGAという仕組みに日本も加入するべきという重要な指摘があったと思う。

今回の新型コロナウイルスは、持病の有無により重症になるかどうかの違いがある。例えば来年東京オリンピックが開かれるとして、まだ来年はワクチンが開発されておらず、感染を100%防ぐことはできていないかもしれない。もし海外から新型コロナウイルスに感染した人が日本に来て倒れたときに、国際的なデータベースがあれば、その人の肺に既往症があったかどうかということが分かって、緊急処置が必要だということが分かるかもしれない。ELGAとの関わりについて、もう少し議論を進めていく必要があると思う。

#### ○委員

まず、地域医療構想の件について、今回、新型コロナウイルスの対応でいろいろなことが止まってしまっている中で、地域医療構想の推進も少し止まった感があると思っている。特に、重点地域に関してはぜひ進めてもらいたいので、医政局からの積極的な発信をお願いしたい。

これまでは、急性期病床を有する医療機関が地域医療構想について実際にけんけんがくがくと話し合うということがほとんどなかったけれども、今回の新型コロナウイルスへの対応で話し合いをしたので、副作用と言えば副作用であるが、今回改めてそれぞれの病院の役割が分かったと思うので、これをきっかけとして、急性期医療の集約や機能分化をぜひ進めていただきたいと思っている。

それから、17ページのオンライン診療に関して、各委員がおっしゃっていたけれども、実際に今回、オンラインではないが、電話再診を使ったときに、後で請求書が紙で送られて来るため、支払いあるいは振込みに行かなければいけないという話になる。そうすると、せっかく資料がオンライン化しても、自己負担分の請求や支払いがオフライン、アナログのままである。病院側がそこまで対応できていないという問題もあるが、ここをぜひパッケージでオンラインになるような形で指導して、自己負担分の請求あるいは支払いも何らかの形で電子化できれば、全てがオンラインという形になると思う。

御存じのように、オンラインの再診料は71点であるが、請求書を郵送するだけで84円だから、ある意味自己負担分の収入の1割が郵送料でかかってしまっただけで病院からすると結構つらいし、あるいは患者にとっても、オンライン再診料と振込手数料のほうが高くなる状況になる。わざわざ病院に支払いに行かなければならないのであれば本末転倒なので、ぜひ請求や支払いの部分を進めてもらいたい。

最後の53ページの医療データ・介護データの突合の部分は非常に重要なことなので、質問であるが、現状、この突合がどのくらい進んでいるのかということと、いつ頃それが完成するのかということをお願いしたい。

追加で、今回の資料とは関係ないが、データヘルスの推進に当たってはレセプトの活用が非常に重要である。その中で我が国のレセプトは非常に精緻であるが、傷病名に関して、

審査目的に多数の傷病名がついて結局どれが一番かいまだによく分からないという状況があるし、そもそも診療開始日はあるけれども疾病の発症日という概念がないので、患者がいつ頃発症した疾患をどれくらいの期間引っ張っているかということが全然分からないという状況がある。今、国保中央会とAIを使って傷病名の特定や医療費の配分ということについて研究をしているが、やはり難しいので、時間はかかるかもしれないが、きちっと傷病名の書き方というものを整理してもらえれば、レセプトデータの価値が一層高まるだろうと思う。

一方、NDBを使わせてもらえるようになって大変ありがたいが、我々が使っているデータは、内閣府と一緒に利用を申し出ても第三者提供ということになり、いろいろなルールに引っかかって必要なデータが出せない。せっかく分析ができて、例えば医療機関数が2未満のものは提供できないということになると、全国の結核病棟のアクティビティーが全く分からないという状況になる。行政機関が公益を目的として利用する場合は、データ公開のルールを少し見直してもらえれば、一層利活用が進むのではないかな。

#### ○委員

私からは2点コメントをさせていただきます。

まず最初に、ページで言うと39から40ページ目、法定外繰入れのところであるが、承知のように、やはり繰入れの多寡の背景にある構造が大事だと思う。私も都内の自治体で国保の運営協議会の座長をやっていて首長の考え方が大きいと感じている。あとは、国保の運営協議会のメンバー構成が、医師会の先生や住民の代表、自治体の議員など自治体によって随分違っている。

今回、資料39、40ページで厚労省がまとめた構造は非常に重要。保険料収納率が高いとか特定健診が高い低いといったことで、必ずしも繰入れ額が高い低いと一律に決まるものではなく、施策の決定プロセスにもパターンがあるように感じている。運営協議会の中でも、法定外繰入れを減らしていこうとした場合、最後はほかの自治体の優良事例を参考にすることが多い。先行している自治体を後追いするような形も有用なので、ぜひ構造をこのように見せていただけるとありがたい。

2点目は、私の手元画面で47ページ目になるが、介護保険のインセンティブについて。ここで2つあると思っているが、1つはここにも書いてあるとおり評価指標が非常に重要。一足早く、医療保険のデータヘルス計画では、いわゆる保健事業に関するアウトプットの率が上がると自然にアウトカムも上がってくるのが分かってきた。恐らく介護保険でもそのような構造があると思う。介護保険の事業別にアウトプットとアウトカムの因果関係を見ることで、構造的に実行性を上げ、本当に成果が上がるのかということについてはぜひ示していただきたい。

もう1つは、今回資料に示している介護保険の200億円規模のインセンティブ上増しについて、医療保険でも今年からたしか500億円ぐらいデータヘルスの交付金が上増しになって



いるが、その中ですばらしいと思っているのが、基盤整備費という交付金がたしか135億円ぐらい都道府県ごとに計上されていた。介護もそうだと思うが、データヘルスの標準化を進めるために、例えば共通の評価指標を導入したり、医師会などいろいろな関係者と連携体制を取ったり、職員の教育や評価をするためのデータの吸い上げといった様々な準備や質を上げるための基盤整備が重要。

よって、事業費を上乗せするだけではなく、自治体で取組むためのインフラや人の教育といったところにお金がかかるので、資料の左のほうには多分書いてあったと思うが、人の教育も含めて標準化するためのものにお金が使えるように、あるいは使ってよいということ厚労省からも明示していただきたい。

## ○委員

幾つか気づいたことであるが、まず1点、法定外繰入れの話について。これは多分生活保護の問題と併せて考えないといけないと思う。結局、生活保護に陥るのに、今一番多いのは高齢者の病気である。そうすると、先ほどの例では所得水準が高いところと低いところと両方あって、所得水準が高いところでも法定外繰入れをやっているという説明であったけれども、その中に所得が低い人たちがどのくらいいるのか。所得水準の平均ではなくて所得水準の分布で見なければ分からないと思うので、生活保護との関係も併せて分析してもらいたい。法定外繰入れをしなくても、医療費を全部生活保護費で賄うのであれば、結局、都道府県単位で見れば同じことなので、生活保護も併せて見るほうがよいのではないか。

それから、介護データベースの話について。介護分野に関しては、やはりデータの標準化を急ぐべきだと思っている。これから日本は介護労働力の大部分を外国人に頼らなければいけないわけけれども、外国人労働者が介護のことをきちんと理解して業務するためには、情報を標準化して、特に医療、ICFとの関係でコーディングして、それを体系化する作業がどうしても必要になる。

先ほど委員から御指摘いただいたように、医療情報に関しても、これだけグローバル化が進んでくると、どこに行っても情報が共有できるよう、日本は医療情報の標準化に対応しなければいけないと思うので、これもぜひお願いしたい。

それから、新型コロナウイルスの話があったが、今回改めて思ったのは医療計画がきちんと機能していないということである。2009年の新型インフルエンザを踏まえ、医療計画の中には健康危機管理について書かれているはずである。今回、いくつかの地域の医療計画を読んだのだが、書かれているはずのものが結局、ほとんど機能していない。感染症が起こったときに、どこが中核施設となって、そこが患者を一手に受け入れてといったようなやることを前回の新型インフルエンザの際に話し合ったはずである。どこが発熱外来をやって、どこが中核的にそれを受け入れて、重症者をどのように振り分けるかといったいわゆる大阪モデル・神奈川モデル的な体系化は、医療計画の中で本来書かれているはずだ

った。幾つか医療計画を見せていただけたけれども、書かれてはいるが、具体的にどう動くかということが書いてある医療計画はほとんどない。ここが一番大きな問題だろうと思っている。

そういう意味では、地域医療構想の関連で検証やダウンサイジングの話があったけれども、健康危機管理についても、医療計画の中に実効性を持って書かれていたのかということをもう一度検証すべきだと思っている。

アフター・コロナというのはもうあり得ないと思う。ずっとウィズ・コロナで行かざるを得ないので、多分第2、第3の新型コロナウイルス感染症みたいなものが来るので、来たときにパンデミックのようなことが起こることを前提にして、医療提供体制をどのように構築していくかということを考える時期に来ていると思う。

これは医療だけの課題ではなく、今回、諸外国に比較すれば日本ではそれなりに抑えられているけれども、医療機関と介護施設で結構クラスターによる集団感染が起こってしまった。そうした事態への対応をどのように計画に書き込むのかということについてこれから考えなければいけない。

それから、先ほど日本はオーバーベッドと言われているのになぜ医療崩壊のような報道が出てしまうのかという意見があったと思うが、基本的には複数の小さな医療機関がばらばらに患者を受け入れると医療崩壊が起こり得る。北九州の例もそうだったが、新型コロナウイルスかどうか分からない症例の救急患者が来て、調べてみたら結局新型コロナウイルスだったという場合、その過程で濃厚接触者が大勢出てしまう。比較的小さな規模の病院でそれをやっていると、医療者が足りなくなると、通常の診療ができなくなってしまう。これが今回この国のいろいろなところで起こってしまったことだろうと思う。その意味でも新型コロナウイルス対応をする中核医療施設の設定をすべきだろうと思う。

もう一つの問題は、PCR検査が医療機関ですぐにできないことである。そのことで何が起こるかということ、PCR検査をやっても、結局偽陽性が一定程度出てしまうが、偽陽性の人でも周りに濃厚接触者がいれば、その医療機関は一回閉鎖しなければならないので、それが規模が小さい医療機関の場合、医療機関全体の機能が下がってしまうということが起こる。これが一番大きな問題である。このようなことを予防するためにも新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる施設で迅速にPCR検査などを行える体制づくりが必要であると考えられる。

まとめると、このような事態が起こったときに、早い段階で発熱外来を集中的にやって、疑いも含めて患者を受け入れてという仕組みをどのように構築するかということを考えなければいけない。

先ほど他の委員からも御指摘があったが、今回の新型コロナウイルス感染症により、ある意味ですごく大きな社会実験をやったことになったのではないかと。経済学の先生方は操作変数を使った分析をよく行うと思うけれども、それを用いて分析が可能になるためのもとも大事な経験をしたと思っている。

先ほど御指摘があったように、今回のことでどういう変化が起こったのか、どういう問題が起こってきたのかということを検証する作業を、今から準備してやらないといけないと思う。

そのためには、委員からも御指摘があったけれども、NDBと介護データをどれだけ使えるか。あのデータを分析することにより、診療行為がどのように変わったか、薬の量が増えたか、合併症がどうなったか全部分析できる。今から計画的に準備をして、スピード感を持ってデータを分析することが次の対応にもつながると思う。

それと、工程表にも関わってくることだけでも、今回の新型コロナウイルスのことがあり、今後ウィズ・コロナの時代になることを前提として、ICTを使うことで効率化できるものは徹底的に洗い直したほうがよいと思う。なおかつ、先ほど委員から御指摘があったように、そうは言っても電話で受診をすると、自己負担分の請求書を郵送して、払込みに行かなければいけないという少しおかしなことが起こっているのも、全体をパッケージとして考えることが大事だろうと思う。そういう意味で、今回の新型コロナウイルス対応を契機に指標の見直し等もやっていただきたい。

#### ○委員

1点だけ、先ほど委員から、現在、感染症病床の確保と病床のダウンサイジングは両立しないのではないかという御意見をいただいたが、実はこれらは同じ問題であり、ぜひ一緒にやらなければならない問題だと考えている。

現状で言うと、感染症対策病床はホテル等も含め3万床あるが、利用率は10%を切っているぐらいなので、今の第1波に関しては感染症病床をこれ以上確保しなければいけないということはない。もともと感染症病床は2,000床ぐらいしかなかったのを急拡大して、感染のピーク時には1万4000床に対して1万人の患者が入院対象となっていた。また、大事なのはこの現状にあっても16万床以上の急性期病床に空きがあること。地方によっては「病床が余っていたからこの感染症に対応できた」と考える方もいるが、それは誤解である。

要は、現状では小さな医療機関にも急性期病床はあるが、それは危機だからといって急に転用できないし、小さな医療機関だけの判断では歯車は回らない。既に委員から、重点医療機関を設定して、その病院を新型コロナウイルス専門病院として受け入れるようにしないと、地域の医療は機能しないという御指摘もあった。この件に関しては神奈川モデルが非常に奏功したと個人的には考えており、ダイヤモンドプリンセス号の船内集団感染の際、医療機関を分散させて新型コロナウイルスの患者を運ぼうとしたところ、それぞれの医療機関が人員対応できずに麻痺したという反省を受け、今では必ず重点医療機関に運ぶということになった。都道府県の権限をうまく生かした対応がされていると思う。

恐らく医療機関の側にも、都道府県から新型コロナウイルスの患者の対応をすることに対して緊急的補助を得たと思うが、今、都道府県の指示系統も大事になってきていると思う。結局、病床をダウンサイジングして不要なものを効率化しなければ、重点的に対策し

なければいけないところに人や設備が回せないということだ。病床が余っていることは平時はもちろんのこと、緊急時にもかえって医療の足かせとなりかねない。この点に関しては厚労省はメッセージの誤解がないように伝えていただきたい。特に報道各社等へのブリーフィング等をよろしくお願いしたい。

## ○委員

非常にいろいろ改革のプランを出していただき、改革工程表2019にある記載に沿って薬価など改革が進んできていると思う。ただ、今多くの委員の方から話があったと思うが、この新型コロナウイルスが発生したことによって状況が大きく一変した。

その結果、逆に今まで以上に進んだ部分もあるので、それはそれで非常にありがたいことではあるけれども、改めてこれから何をすべきか、これからどこをしっかりと押さえていくかということを考え直さなければいけない状況にあると思っている。

その中では、医療・社会保障の分野というのは非常に大きなウエートを占めており、かつ、財政などは日本の経済全体の中においても非常に大きなウエートを占めているので、しっかりと今の状況を踏まえてしかるべき対応策を考えていかなければいけない。

そのときのポイントは、今、新型コロナウイルスの経験を経て改めて必要と感じたところにきちっとインセンティブづけをしていくということ。もう一つは、大きな目を見たときに、まだまだそういうところにしっかりお金をつけないといけないからこそ、ある種の無駄な部分をきちっと改革をしていって、適切なお金がお金が回るようにするというところをしっかりと考えていく。この両輪をしっかりとやっていくということが重要だと思っている。よって、これからの諮問会議と骨太に向けて、しっかりとそういうところを打ち出していければと思うので、いろいろ御協力いただければと思っている。

それから、感想だけ少し申し上げると、薬価の部分に関して、改革の方向性だったり、それに向けたインセンティブづけといった細かい薬価のルールをいろいろ変えているけれども、それを見ていると、そのようなことを細かくやるがゆえにルールが非常に細かくなっていき、どんどん非常に細かい条件によって枝分かれがいっぱいとなってきて、これをずっと続けていくと膨大なことになっていくのではないかと感じており、どこかで少しそういうところを改めて整理するとか、方向づけの大きな流れをどうするか、それに基づいて少しシンプルな形の薬価ということを考えることが必要だと思っている。その方向性を考えるがためのアウトカムで見るとか、人で見るという話ではあるけれども、今のところはそういう単純化の方向ではなく、細かい条件づけの方向に行っているので、今回改めて聞いていて、いろいろ尽力されたのはいいことだと思うけれども、改めてどこかの段階で単純化の方向性を少し思考していかないと、際限なく細分化してしまうということを課題として感じたところである。

## ○厚生労働省

多くの委員の方から、オンラインの関係で御質問等をいただいたので、少し整理できればと思いお答えする。

まず、オンライン診療であるが、これは平成30年度にオンライン診療料ということで創設されたもの。そのときの考え方、これは平時の考え方になるが、オンライン診療はあくまでも直接の対面診療の補完であるということ、それから対面診療とオンライン診療を適切に組み合わせて行う、不適切なオンライン診療の受診を防止する必要があるといったことが基本的な考え方として存在する。

したがって、その考え方に基づき、例えば資料にも全体の1割以下との話があったが、算定回数の制限なども設けているところであり、また、資料17ページの「オンライン診療のより柔軟な活用」のところの「やむを得ない事情」とは何かという御質問をいただいた。やむを得ない事情といいますのは、へき地とか医療資源が少ない地域等で、医師の急病等で代診を立てられないことにより患者の診療継続が困難となる場合といったことが「やむを得ない事情」ということである。基本的に対面を原則とし、それを補完するのがオンライン診療であり、初診についても限定的に「やむを得ない事情がある場合」の基準を設けているのが平時の考え方である。

ただ、今回の新型コロナウイルスの問題に合わせて、先ほどの1割といった制限も適用しない、あるいは、電話等情報通信機器を用いた初診を認めるといった、臨時的な取り扱いをすることとした。

今回の新型コロナウイルス対応におけるオンライン診療について、検証をしっかりとすべきという御意見をいただいた。検証についても、初診から電話・オンラインで診療をする場合の実施状況の報告を医療機関から受けることとしている。報告結果を踏まえ、実用性や実効性の確保、医療安全といった観点から、3か月に1度検証を行うこととしている。今後、この取組状況を注視していきたい

また、せっかくオンラインや電話で診療を受けても、紙で請求書が来るケースがあるのご意見について。お金の支払い方はクレジットで支払うことが可能なので、もしかするとオンラインに新たに取り組む、例えば高齢の医師などがそのようなところにまだ不慣れな点もあるかもしれないが、仕組みとしてはクレジットなどをぜひ活用していただきたいと思っている。

それから、調剤料の関係で御指摘をいただいた。資料でいうと29ページ、調剤料の見直しについて、対物業務から対人業務へ見直しをしていく中で、1～7日分、8～14日分をそれぞれ一定の点数としたところ。

1～7日分の部分は実際は全体の大体4分の1、27%ぐらいであるが、平均が27点なら、ちょっと上がっているけれども、実質あまり変わらない数字である。8～14日分の部分は、平均61点から6点下がっている。それから、その上の日数の部分が下がっているということで、トータルとして調剤料はマイナスになるということも補足させていただく。

それから、インド、中国で原薬が作られていて、後発品の安定供給ということに関して今後懸念があるのご指摘について。これは担当部局でもそのような声を聞いているので、担当部局によく相談しながら、将来にわたって安定供給を確保できるように考えていく。

また、後発品の信頼性の件について、これも薬事担当局からしっかりと指導していくということかと思っている。

#### ○厚生労働省

国保の法定外繰入れについても幾つか御指摘をいただいた。大都市部に絞って対応していくことが大切ではないかとの御意見について、我々も、方向としてはそういうことを念頭に置いている。方針を明確化して見える化していく、各県との協議を重ねていくというプロセスを通じて全体を縮小していくと、残るところが大都市部に絞られるということ。さらにその上で、施策の決定プロセスについても御指摘があったが、優良事例なども踏まえながら、さらに個別の議論も進める余地が出てくるのではないかと思っている。

それから、新型コロナウイルスへの対応で、市町村の計画策定は大丈夫かという御指摘があった。今、法定外繰入れのある市町村は、既に計画を作っているけれども、不十分と思われる場合がほとんどであるので、そういう意味では今ある計画をベースにして、どの市町村も実際に保険料を決定して徴収しなければならないので、そのための対応は最小限してもらい必要があると思っている。地方自治体との協議の場も設けているので、無理なことはできないけれども、どういうふうにするのがよいかについて意見交換をしながら進めていきたい。

また、生活保護と併せて考えるべきだという御指摘もあったので、そういうことも念頭に置きながら進めていきたい。

#### ○厚生労働省

介護保険に関して、まず、データベースやデータヘルス改革について、御指摘・御質問をいただいた。資料50ページを見ながら申し上げると、「重度化防止・自立支援へ」という質の向上を一番右側に掲げており、これが大きなアウトカムの目標である。ただ、委員御指摘のように、同時にこうしたデータの分析、データヘルス改革を進めることによって生産性の向上にもつながるとするのは大事な視点かと思う。

今回、資料54ページに生産性の向上の趣旨として、パイロット事業をやっている各自治体の取組を端的に御紹介しており、これはこれとしてそれぞれ走っているものであるが、いずれデータの活用が進んでいくと、こうした動きと有機的に結合して、生産性向上のためのインフラとしても活用されることを我々も進めていきたいし、期待もしているところである。

次に、オーストリアの医療データの標準化の動きについて御指摘、御紹介があった。介護については、先ほど委員から、日本は介護現場の労働力を外国人に頼っていく中で標準

化が重要だという御説明があったが、同時に3月の一体改革推進委員会で、介護分野で標準化を進めることはある種アジアにおけるリーダーシップを取り得るものだという可能性にも言及があったものと理解しており、大変重要な視点だと思っている。

さらに、レセプトデータの傷病名を確定させていくという御意見があったが、介護については、今回御紹介させていただいた標準コードの開発によって、そうしたものと同じような効果が出てくることを期待しているところ。

それから、インセンティブ交付金について、有効に使うようにとのご意見があったが、自立支援・重度化防止などに資する取組、今回はその中でも、特に要介護認定を受ける前段階の介護予防・健康増進のところにフォーカスすることにより、最終的な自立支援・重度化防止につなげていくとの視点から活用していただきたいと考えている。

それから、さらなるアウトカム指標の導入についても御指摘をいただいた。徐々に拡大しているが、今後ともどういったアウトカム指標を導入することが適切か検討しながら、さらなる導入についても検討してまいりたい。

それから、国保分野で各市町村のインセンティブ交付金の獲得点数を公表しており、介護分野も公表することが大変重要だという御指摘をいただいた。これについては、資料47ページの最後の行「見える化の推進」に記載のとおり、さらなる見える化の推進、すなわち今は自治体の職員に対して他の自治体のデータを公表しているところ、一般に公表の上で利活用していただくこととして、現在、調整を進めており、今年度中には公表できるように進めていきたいと考えている。

最後に、都道府県におけるインセンティブ交付金の使い道について御質問をいただいた。これは資料46ページの右側、真ん中の箱の下に都道府県分について「配分」「交付対象」「活用方法」と書いている。平たく言えば、活用方法はいわば市町村の取組を底上げする、底上げの支援というのがその眼目であり、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業、市町村に対する研修事業といった形で、市町村の取組を応援していくものに使われることを予定している。

## ○厚生労働省

地域医療構想と新型コロナウイルス感染症対策の関係について何点か御質問をいただいた。

今回、公立・公的医療機関の再検証の関係については、御指摘のとおり、感染症というテーマを分析の対象にしていなかったのが、これは改めてどこかで検証すべき課題ではないかと考えているが、地域医療構想自体、今回新型コロナウイルス感染症対策が起こっているけれども、それはそれとして、やはり地域の中で進めるべきものは進めてもらいたい、重点化も含めて各都道府県で進められるところは今後とも引き続き対応していただきたいということを考えているところ。

その中で、地域医療構想と今回の新型コロナウイルス対応における病床の確保の関係に

ついて、委員の先生方から何点か御質問をいただいた。今回、確かに新型コロナウイルスの患者については、当初、中国の武漢から始まり、クルーズ船、そして国内における感染の拡がりにより緊急事態宣言が出て、今、その緊急事態宣言が8県にまで縮小され、患者の発生がかなり落ち着いてきているところである。

実は当初、特にクルーズ船のときには無症候性、いわゆる症状がない方でPCR陽性の方々も医療機関に入院していただくという方針であったが、対象者が非常に多く、当時は病床の確保がかなり逼迫した状況であった。

その後、病床が逼迫することも勘案して、現在はそういった無症候の方々についてはいわゆるホテル療養ということで、都道府県がホテルを借り切って、そのホテルの中で経過観察の措置も行いながらなるべく病院の負担をなくす、病院については重症及び中等症を中心にやっていただくような状況にシフトしていることがあるので、そういった中で、病院の病床がどれだけ必要かということも各都道府県で検討しながら、病床確保を行っているところである。

病床について、特に重症の方々については、呼吸器症状が逼迫するため、ICUで人工呼吸器もしくはECMOにより受療していただく方がかなりいるが、今のところ聞いているところでは、ICUが逼迫している状況ということはまだない。

ただ、一方で、新型コロナウイルスの対策も必要ではあるが、そのほかの疾患の患者も実際には発生しているので、全ての病床を新型コロナウイルス対応というわけではなく、そういった中で新型コロナウイルスと一般患者に対する病床をどのように確保していくかということについて、今、都道府県で検討していただいているところである。

実際には今、全国で約1万6000床の新型コロナウイルス専用の病床、今後、さらに3万床強を確保する想定で、各都道府県が計画を立てているところ。ただ、これは感染症指定医療機関だけではなく、一般の病床も含めて確保している、もしくは確保を想定していることなので、我々厚生労働省としても、これらの病床が今回の公立・公的医療機関においてはどのような分配になっているのか注目をしながら、また実際にこれらのうちどこが受け入れたのかということもきちんと分析をしながら、今後の地域医療構想の検討に資するようなデータを各都道府県に示したいと考えているところである。

それから、今回もう一つ問題になったのは、患者の病床だけではなく、感染疑いの患者をどう取り扱うかということも一つ問題になったところ。ご指摘いただいたとおり、疑いの段階で対応をしなければ、その後、陽性になった場合にそこからまたクラスターが発生することもあるので、今、新型コロナウイルス感染症対策としては、先ほど委員がおっしゃった神奈川モデルを参考に、そういった疑いの患者を受け入れる病床も今後確保していただきたいと、今、お願いをしているところである。

新型コロナウイルスについては、完全なと言っておかしいかもしれないが、陽性として確定した方々、疑いの方々、それを地域の医療提供体制の中でどのように役割分担をしてやっていくかということについて、今まさに都道府県の中で検討しているところなので、



我々としても今の検討結果、もしくは実行上のデータを集約しながら、今後の地域医療計画のデータとして示して、今後これが進むような形にしたいと考えている。

#### ○厚生労働省

今までお答えしたこと以外、多々御指摘をいただいた件について。例えば新型コロナウイルスを踏まえて、今後社会保障についてどのように考えるかといった点など、御指摘をしっかりと受け止めて今後検討していきたい。

#### ○委員

オンライン診療に関する調査や現状把握に関して、繰り返しであるが、オンライン診療と電話診療はきちんと区別していただきたい。私どもも本業でお客様とのオンライン会議が増えているが、従来のテレカン、電話会議も結構あって、それぞれやれることや効果・効用は全く違う状況である。オンライン診療と電話診療は区別して状況を把握いただきたいということを重ねて願います。

それから、利便性向上の観点のみでオンライン診療を拡大すべきといった意見は乱暴な話であり、その一方でオンライン診療には大きな可能性がある。先ほど、何ができて何ができないかを明確にさせていただくことが作業として重要ではないかということをし上げたが、その際にはかかりつけ医の普及という視点が必要だと考える。かかりつけ医であればかかりつけ医でない場合と比べて、再診でのオンライン診療が有効である可能性は相当高いと思う。この際、かかりつけ医を普及させる必要性について、オンライン診療を拡大していく中で強く意識していただく必要があるのではないか。

#### ○委員

私もオンライン服薬指導に関しては、できる限り制約はなくしてほしい、少なくともオンライン診療より厳しいことがないようにお願いしたい。

かかりつけ医の育成が必要であるのと同じように、服薬指導に関しても適切な指導が大事で、1割までなら算定できるという数で絞るよりは、むしろオンラインの服薬指導に関してきちんとトレーニングをするといった基準を設けたほうがよいと思っている。

そして、薬を届けるということに関しても、いろいろな場所を行き来したりすると、それだけで運搬する人も大変であるし、薬局の事務もそれだけ煩雑になるので、近未来的には例えばオンデマンドで、この患者がもう一回リフィルということになれば、自動的に配送元から直接届けられるような仕組みも必要ではないかと思う。

そして、地域医療構想に関しては、今、都道府県ごとに地域医療計画を立てることがベースになっていて、都道府県ごとの対応が非常に分かれたというところでも大事な検証材料になったかと思う。もちろん地域医療なので、都道府県がある程度イニシアチブを取ることは大事であるが、全国的に流行が広がっているような状況にあっては、例えば病床確

保に対して、手術を待つ患者を別の病院に移動するのであればどう保障するのか等、国がある程度具体的な対策を立てることもシミュレーションしていただきたい。もちろん都道府県が現行の法制度上で対策を練るということも大事であるが、いざというときに国が何をするのか、緊急対策のために医療機関に対してどれぐらいイニシアチブを取れるのかということを検討していただきたい。

それから、介護のデータベースに関する点。国際標準のICF（国際生活機能分類）を使っていることは非常に結構と思う。ICFの分類の中には、身体機能のみならず、環境的な要因や患者の社会的な活動状況に関して機能分類もしっかりされている。情報を引き出すには調査員のコミュニケーション能力の問題もあるが、患者がどれぐらい友人や家族と交流して、家庭の中でどういう役割を持ってというように、患者を支える環境因子に関しても分類されているので、もしよかったらこの点も御検討いただきたい。

つまり、患者を身体機能というフィジカルな面で見ただけではなく、より精神的な面や社会参加の状況も見ていかないと、これからの介護現場は多分成り立たない。日本の情報の取り方がどちらかというとフィジカルな面に特化しているが、これは公衆衛生の論文などでもたくさんエビデンスはあるが、実は体が丈夫かどうかよりも、友人がいて日々会話をしているかどうか、社会参加しているかどうかのほうが健康度に有効ということが日本でも分かっているので、新しいデータベースを作るに当たって、環境的なもの、社会的なもの、精神的なものに関する指標も取り入れていただきたい。

#### ○厚生労働省

オンライン診療に関連して御質問、御意見をいただいた。かかりつけ医との関係などは私もおっしゃるとおりだと思う。また、確かに電話とオンラインは得られる情報にも差があるかと思う。これは検証を行う中でどういうことができるか、よく相談をしてまいりたい。

また、オンライン服薬指導の関連で御意見をいただいた。法律は通っているので、秋の施行に向けて準備をしているものと承知している。今御指摘いただいたのはできるだけ使いやすくという御指摘だろうと思うが、担当局にもしっかり話をつないでまいりたい。

#### ○厚生労働省

介護データベースについて、社会的な参加が要介護状態の変化にどのような影響を与えるのかなどを見る観点から、ICFなどでも使われている指標についても分析をしてはどうかというお話をいただいた。

本年5月から運用開始したCHASEというデータベースであるが、その中には一部そうした要素も取り込み、高齢者の状態についても分析可能な項目を入れているが、いずれにしても今後使っていく中で、PDCAを回しつついろいろ御示唆をいただきながら、社会活動をしている、あるいは社会参加をしているといった項目をどのように取っていくのがよいか、

さらに検討を深めていきたい。

#### ○委員

今の厚労省の説明に少し追加させていただきたい。全国の自治体がやっているものがあるが、日常生活圏域ニーズ調査という調査があり、その中に友人とのソーシャルネットワークの状況や住居の状況など、そういうものを共通フォーマットで調査しているものがある。今、研究事業としてそれもICFに展開しようと思っている。このデータについても、現在、厚労省が一生懸命データベース化してくれており、これをその他の情報と合わせると、ICFのような国際標準に対応していろいろな分析ができる仕組みができると思うので、厚労省に頑張ってもらってこの見える化事業を進めていただきたい。

#### ○委員

今日も活発な御議論いただき誠に感謝。先ほども申し上げたが、改革工程表のプロセスに沿ってしっかり取組を進めているけれども、今回の新型コロナウイルスの状況の中では、やはり新たに考えなければいけないことも随分出てきたということで、その方向で進めないといけないと思う。

一つは、新たに出てきた話として、オンライン診療の話が改めて解禁になるところまで進んだわけで、何人かの委員の方からお話があったようにこれを強力に進めていく必要があるだろう。

そのときには、電話とウェブ会議を使ったものとは伝わる情報がだいぶ違うので、そういうことも含めてきめ細かい判断をしていくことと、課題が出てきたときに、課題があるから抑制的にするというよりは、我々は少し先を見据えている話なので、課題があるのであればその課題を解消していく方策を考えて、よりオンラインの診療の自由度を上げていくということを考えていくべき、そういうところをぜひしっかり織り込めるとよい。

もう一つは、オンライン診療も結局そうだが、そういう新しい部分もあるけれども、改めて振り返ってみると、今までやるべきと思っていたことについて、さらに加速させなければいけないということが今回改めて分かったという部分が随分あって、今日の御説明にもあったデータ利活用の話であるとか、アウトカム指標の導入であるとか、法定外繰入れの解消であるとか、こういう話はしっかりやらなければいけないことが改めて分かったし、加速度を上げていかなければいけないことが分かったということだと思うので、そのあたりをこの後の骨太方針策定に向けた議論に結びつけていただきたい。

特に、今こういう状況を考えると、データ利活用を、しかもできるだけリアルタイムの情報を取って、それに基づいていろいろなことを考えていく、手だてしていくということがかなり重要だということは多くの皆さんが感じていることだと思うので、これも言うは易くであるが、やはりこういう方向でぜひ進められればと思っている。

いずれにしても、今日いただいた御意見を踏まえて、新型コロナウイルスの収束の先も

見据えつつしっかり議論をして、諮問会議や骨太方針に結びつけていきたいと思うので、御協力をお願いしたい。

以上