

## 第40回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2021年11月16日（火） 16:00～18:00

2. 場 所：オンライン開催

3. 出席委員等

主査	中空 麻奈	BNPパリバ証券株式会社グローバルマーケット統括本部副会長
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	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	鈴木 準	株式会社大和総研執行役員
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	赤井 厚雄	株式会社ナウキャスト取締役会長
同	西内 啓	株式会社データビーグル代表取締役

---

### （概要）

議題（1）について内閣府から非公表資料を、厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。議題（2）について財務省から資料2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

総論的に2点申し上げたい。新型コロナウイルス感染症（以下「新型感染症」）を踏まえて様々なことが大きく変わってきたということは事実だと思う。しかし、その一方で、新型感染症を経験したことによって見えてきたものも随分あり、去年に比べると大部分かかってきたこと、新型感染症の経験を踏まえて蓄積されてくる、または蓄積されてきたエビデンス、新型感染症の経験を踏まえて国民が分かったと感じていることも多々あると思う。改革工程表においては、今までの取組をしっかりと進めるだけではなく、今見えてきた課題にしっかりと取り組む必要があると思っている。

その観点では、医療提供体制をどれだけしっかりとしたものにしていくのかということ、かなりの国民の関心事項だと思う。その点に関し、しっかりとした改革を進めないと、なかなかこの社会保障分野の国民の理解は、これから得にくくなってくると思うので、しっかりと改革工程表を進めてほしい。

具体的に改革工程表の進捗について言うと、例えばイベント的なもので人が集まれなかった場合、この取組は進まなかったということは事実ではあるが、これはKPIの取り方が単にあるイベントが行われたかどうかという点に着目しているため、進まなかったというこ

とになるのであって、もう少しその裏側の面をしっかりと見ていく必要があると感じている。これが1点目となる。

2点目として、地域医療構想に関しては、新型コロナウイルスの状況を踏まえ、プランの練り直しが必要と考える。改革をしっかりと進めていかなくてはいけない中、資料1の5ページのとおり、自治体や医療機関にお願いする方法で本当に進むのかという点を危惧している。様々な工夫はしていると思うが、当事者をお願いをして、合意を得るのを待つというだけではなかなか進まないのも現実だと考える。工夫を考えていただきたい。

最後に、医療費適正化に関しては、しっかりとエビデンスを得た上で適正化を図っていくこと、また、適正化を図るためのインセンティブをエビデンスに基づいてしっかりと行っていくことが求められていると考える。しっかりと進めていただきたい。

#### ○委員

地域医療構想について申し上げる。まず、資料1の10ページに関して。G-MISのデータが載っており、特に2020年に再検証の対象医療機関436のうちの約300の報告ベースの医療機関に、どれだけ新型コロナウイルスに対応されたかということが出ているのだが、この資料の意図が、頑張ってくれたから再検証というものを延期したほうが良いということを示唆しているのか確認したい。もしそうであるならば、しっかりと頑張ってくれた病院は、地域の中で再検証ではなく、位置づけを見直すべき立場であることをしっかりと公表するほうが議論の透明化に資するものと思っている。

関連として、資料1の14ページの地域医療介護総合確保基金について。これまでは都道府県が3分の1、国が3分の2という費用負担であったため、都道府県は費用負担をしつつ、病床再編の改革を行うこととなり、なかなか難しかったと考える。今回、10分の10という全額国費対応となり、前進と思うが、これまでの都道府県の法的な権限の下に任せていた病床再編のかじ取りを、今後は国が積極的に行っていくという意思表示で良いのか。そして、これに関してのコメントとして、この基金は非常にもったいない使われ方をされていると思っており、この機会に再編の実績をしっかりと公表すべきと考える。つまり、国は10分の10の費用負担をしつつ、その実働は県に任せているため、国は情報を取らないというのではなく、お金を支出した立場の責任として、どのような効果があったのかということ国が把握する必要があると考える。

#### ○委員

まず第1のコメントとして、改革工程表の予防関係の項目について述べる。最近、フレイル予防が非常に重要との認識が高まってきている。改革工程表には、栄養、口腔ケア、そして運動と社会性関係等の要素は入っている。しかし、新型コロナウイルスによって高齢者が非常にフレイルになってきているという指摘もあり、また、そもそも介護費が医療費と違って、予防効果が比較的高く期待できることから、高齢者のフレイル予防という形でまとめ

直すほうが良いのではないか。

続いて、2点目として地域医療構想について。たびたび指摘しているが、総務省管轄の不採算地区医療という補助金が公立・公的病院の現状維持を可能にしてしまっている。単に公立病院・公的病院であれば自動的に補助金を受けられる仕組みは、地域医療構想と矛盾していると思う。民間病院の改革は当然として、公立病院の改革の着手にあたっては、この部分は総務省と十分協議して検討していただきたい。

次に、3点目として、改革工程表のオンライン服薬指導について。この点は規制改革推進会議において、規制自体もかなり古く、現状、規制の存在理由が明確ではないと指摘されている。異論もあるかもしれませんが、その議論を反映して、改革工程表でも、より合理的な改革に向けたKPI等を設定していただきたい。

最後に、改革工程表のバイオシミラーに関して目標設定をすること。バイオシミラーについては、全体で2兆円ぐらいの規模であるが、他の国はこのバイオ医薬品の比率が高まっている。今後のイノベーション推進を考えても、この部分は重要でありながら、同時に、バイオ後続品も促進しなければいけない。日本の場合はしかも品目数が少ない。目標設定が難しい状況であることはよく理解しているが、例えば、単純な数値目標や数量目標を設定すると、いつバイオ医薬品の特許が切れるかということで数字自体が不安定になるのではないか。そうであるならば、3年間ぐらいの加重平均で目標設定をする、またはバイオ後続品自体の市場規模はまだ645億円ぐらいであり、非常に小さいと思われることから、このバイオシミラーの市場規模の拡大を目標に設定してはどうかと考える。

薬価改定のたびに自然と目標達成に向かって何も行わないでも実現していくような目標設定は止めたほうが良いのではないか。

## ○委員

4点ほどコメントする。1点目は改革工程表について。新型感染症により様々な施策に遅れが出ることはやむを得ないが、新型感染症によって、より問題点が浮き彫りになったことはしっかりと抽出しておく必要があると考える。特に地域医療構想の問題点は今回明確となった。また、オンライン診療についても様々なメリット、あるいは場合によってはデメリットも出てきた。新型感染症により遅れているというだけでなく、より明らかになったことを明確に把握することが必要だと考える。

2点目は医療費の状況について。受診抑制が見られるということだが、もう少しその後の健康への影響を考えると、長期的にしっかりとフォローアップする必要があると考える。データを用いてしっかりと分析を進めていただきたい。

3点目はEBPMからの関連となる。最近、社会保障分野では非常に画期的な取組が様々なところで行われていると承知している。生活保護の医療扶助の分野でもNDBのデータが使えるようになることは政策を評価する上で非常に画期的な前進ではないかと思っている。このような方向でデータの利用可能性を高めていただきたい。

最後に4点目として、生活習慣等の行動変容が新型感染症禍で見られているということだが、もう少し欲を言えば、新型感染症の発生の度合いが地域によって違うため、地域ごとの行動変容がどのような影響を受けたのか確認したいと考えるが、そのような取組も今後検討されることになるのか教えていただきたい。

#### ○委員

経済・財政一体改革は、2016年度から2018年度までの集中改革期間、それから2019年度から2021年度までの基盤強化期間と進められてきた。したがって、本来、2022年度に向けた今回は極めて大きな節目だと認識している。一体改革の中でも大きなウエートを占めている社会保障がどのように扱われていくのかに関しては問題意識を強く持っている関係者が多いため、今年の改革工程表の改定は例年以上に重要性が高いと思っている。

改革工程表に関して数点申し上げる。まず地域医療構想については、KPIを含めて、2020年度冬の感染状況を見て工程を検討して設定するとされていた。資料1の11ページでは、地域医療構想の取組・検討状況の進捗に関する9月から10月の調査結果を取りまとめ、12月に公表するとあるが、それを受けて、公立・公的病院だけではなく民間病院を含めた今後の進め方をいつまでに、どのように仕切り直すのか、工程表改定で期限を明記して記述する必要があるのではないかと考える。もちろん、新型感染症が再び広がれば上手くいかないかもしれないし、また各地域の意見を丁寧に聞くことは当然必要なわけだが、ワクチンがこれだけ普及し、新型感染症が比較的落ち着いている現時点でも新型感染症を理由に慎重になり過ぎると、本来の入院医療体制の問題がほとんど手つかずのままになってしまうのではないかという懸念を強く持たざるを得ない。他の委員から新型感染症で見えてきたことが多いという言及があったが、新型感染症により課題が顕在化した分野は、遅れた分を取り戻すぐらいの積極性が必要ではないか。その意味では、重点支援区域による支援が14区域、病床機能再編支援事業による支援が令和2年度で143機関、2,800余の病床という現状は、当初目標からすると、どのような評価になっているのか。また、この数字をどこまで上げていこうとしているのか、逆に言うと、どこまで上げると2025年度の理想とする姿が実現することになると考えているのかうかがいたい。

次に、改革工程表2020の項番33である医療費適正化計画などに関する工程を考えるに当たっては、資料1を用いて厚生労働省より説明のあった医療費の状況に関する情報は非常に興味深く、貴重なものだと思う。受診延べ日数が大きく減って、1日当たり医療費が大きく増えていることについては、医療の供給側や需要側でそれぞれ何らかの構造的な変化が起きている部分と、そうではない受診控えや、診療報酬上の特例措置を含めた新型感染症禍による一時的なものであるという部分があると思うが、それがどのようなバランスで生じていると評価しているのか見解をうかがいたい。受診延べ日数は受診頻度だと説明があったが、1日当たり医療費の増加は、単価の上昇によるものなのか、医療密度の高まりによるものなのか、その辺りをもう少し解説いただきたい。というのは、感染症が拡大し

た結果、むしろ医療費が兆円単位で減少したことをどう評価するかは、第3期の医療費適正化計画の検証や、第4期の計画策定のフィロソフィーに関わってくる問題だと考えるからである。1人当たり医療費の地域差半減という明確な目標が掲げられているが、それをどのように実現するか、手段が政策で十分には担保されていない現状はやはり問題である。この点は工程表改定の重要な論点であると思う。

最後に、介護について1点。改革工程表2020の項番36にある調整交付金については、現在、財政調整機能の強化といわゆる「一定の取組」の状況勘案を行っていることは承知しているが、第9期に向けた活用方策そのものの検討について進捗しているか確認したい。

なお、ここに限らず、現在の改革工程表においては、矢印が2021年度までしか引かれていない事項が非常に多いが、今回の改定で十分な検討なくそれらの事項が消えてしまうようなことはないようにしていただきたい。2022年度、2023年度に継続されるべき検討事項は、その議論の期限を示して実行していくよう、政府内で調整いただきたい。

#### ○委員

委員から言及があったとおり、改革工程表において矢印が2021年度で終わっている事項については改善が必要と考える。また、地域医療構想については、KPIの設定も含め、データベース化するというような発想も必要ではないかと考える。医療問題や社会保障に関しては、データが共有化されていないことが様々ある。データが知られていないことが世の中に多過ぎるということだと思う。したがって、様々なものを電子データベース化していくことを求めたいと思っている。

新型コロナウイルスを契機に様々な問題が明らかになったが、それらの問題を解決すべく、改革工程表を基点に改善を進めていく必要があると感じている。

#### ○委員

まず、資料1の27ページの医療費適正化に関しては、医療費、加えてその背景となる健康状況を地域ごとに捉えることがとても大事だと考える。資料1の28ページの実態把握のスキームに関して、供給側は医療費適正化計画、医療計画から把握可能となるが、需要側における医療費の地域格差を見るためには、恐らくその市町村ベースのデータヘルス計画が有用だと思う。県庁が市町村からそれを吸い上げると、医療費適正化と所管が同じであるため、統合しやすい。

また、資料1の31ページの実証事業は非常に大事だと思っている。今後、全ての保険者において共通の評価指標を適用し、保健事業のやり方を明文化することができると、オールジャパンで同じような検証ができるようになる。したがって、2020の骨太の方針で掲げられたデータヘルス計画の標準化が徹底されているのかという進捗管理を継続していただきたい。

最後に資料1の36ページの特定保健指導の効果検証に関して、特定保健指導の対象者

は特定健診の対象者の実に5%にすぎないため、効果を上げるにはどうしても限界がある。特定健診から特定保健指導の流れの中で一体的に構造を捉えていただきたい。

#### ○委員

委員から既に言及されているが、まず、地域医療構想に関してはデータに基づいてしっかりと評価すべきだろうと思っている。現在、病床数の不足のため、急性期病床の増加の議論が片方で行われているが、実際にしっかりデータを見てみると、不足している病床は急性期病床ではなく、新型感染症を受入れることができる病床であり、一般的には病床は少し空いていたというのが現状。そのような点も踏まえてしっかりと検証を行わないと、議論が間違った方向に進んでしまうと思うので、データに基づいてしっかりと行っていただきたい。ただ、これは急性期病床、新型感染症に対応できなかった病院が不必要ということではなく、むしろポストアキュートが非常に重要になってきていることから、高齢社会に適合した病床体系の在り方を今回の新型感染症のことをベースに議論していけば良いのではないかと考えている。

続いて、非常に気になっている点として、かかりつけ医が今回の新型感染症対応において、改革工程表の様々なKPIに入っているが、このかかりつけ医が数量的に把握できない。明確な定義がないところで、かかりつけ医機能の強化を求めている点に注意が必要と考える。理由として、ドイツの新型感染症対応の調査を少し行っているのだが、ドイツでは家庭医の9割が新型感染症の患者を診ている。ドイツの家庭医は外来または往診等を通して新型感染症の患者を診ることによって病院の負荷を下げる努力を行っており、これがかかりつけ医の重要な役割の一つであるとドイツの家庭医は明言していた。このような海外の事例も踏まえ、かかりつけ医の定義をどのようにするのかに関しては、地域医療構想の中で、外来医療計画等でも、考えなくてはいけないのではないかと考えている。

最後に、IT化等の遅れから、様々な情報がリアルタイムで把握できなかった。そのため、せっかく電子カルテ化を行っているにも関わらず、そのネットワーク化をできておらず、個人単位の電子カルテが使えなかった。この問題はしっかりと受け止めないといけないと思う。基本的に情報の標準化ができていないことが一番大きな問題であり、この問題をクリアしないと、地域共通電子カルテ等のこれまでの様々な取組みが、膨大なお金の無駄遣いになってしまう。そのような意味で今回のことを奇貨として、やはり使える形での情報共有の仕組みを考える必要があるのではないかと考えている。今回のPHRのKPIの中にこのような点をしっかりと入れていただきたい。

#### ○委員

オンラインの資格確認と新型感染症禍の新しい生活様式の調査の2点についてコメントしたい。まず、資料1の50ページ以降のオンラインの資格確認について、オンラインの資格確認の進捗は社会保障の分野の議論においては、どちらかというとハードの調達困難

さを指しているが、実はこの取り組みのポイントは他の政策の進捗と密接に絡んでいる部分にある。デジタル庁や総務省の自治体DXの推進の施策においては、令和4年度までにほとんどの住民がマイナンバーカードを保有するということを前提に、議論の積み上げが行われている。このオンラインの資格確認のところは極めて重要なマイナンバーの普及加速のトリガーになるものでもあり、純粋に厚生労働行政という観点だけではなく、その進捗が他の政策に影響を与えることがあることを理解する必要がある。したがって、今後の取組方針については、この工程をどのように管理していくのか、すなわち進捗が進んでいるのか、スローダウンしているのか、横ばいなのかというところの見える化を図っていく必要があるのではないかと考える。本日の説明だと、漠然としており、推進策の具体的なものが見えてこない。そのような意味では、時間へのセンシティブティということと、具体的な成果をどのように出していくのかということ、また、他の政策との連携ということに、政府としては1つの施策をまとめて出しているのであるから、ご留意いただきたい。

続いて、資料1の65ページの新型感染症禍の生活様式に関して。この調査はとても良い取組だと思うが、これを出して、それがどこに結びつくのかというところが見えにくい調査の仕方だと感じる。インターネットの調査という形にはなっているが、もう少しデジタルの要素を活用して進めていける部分があるのではないかと。それから、行動様式、新しい生活様式とうたってはいるが、新しい生活様式の何がどう変わったものがどこに結びついたのかという関連付けがなかなか出しにくい形での調査となっており、従来型の調査のように見えてしまう。この点に関して、別の政策となるスマートシティの議論で健康医療・介護という分野がデータの抽出項目として上がっている。スマートシティは新しい政策であるがゆえに、もともとある政策に対してEBPMの枠組みを後から導入するのではなく、一から作る政策に対してEBPMを導入する枠組み自体も構築しようとしており、そこで集めるデータとして、行動・生活様式・健康分野のものを見ていくことも極めて重要と考えている。懸念していることはスマートシティのデータ環境整備が先に進み、後から社会保障の分野が入っていくこととなると、様々に改定が必要な部分が生じること。そうした、川上の段階での議論を行い、この調査も含め、これだけ独立で取り出して別のアナログなやり方で調査をするのではなく、今後、継続的にモニタリングをしていく必要があると考える。つまり、時点時点のスポット調査ではなく、モニタリングしていくという観点。そうすることによって、他の政策を横目にみながら、取り組みをファインチューニングしていくところに結びつくものとも考える。このような視点を忘れないでいただきたい。

## ○委員

総論として意義の大きな事業が幾つも前進していると承知した。そのうえで、2点申し上げたい。いわゆる健康寿命や医療費の適正化といった大きな目的に対してどの程度の効果が見込めるかというところは、それぞれ比較的別々になっていることから、ワイズスペンディングという観点からも、もう一段階できるのではないかと印象を受けた。具体

的には、例えば同じ医療費の適正化というところでも、特定健診の受診率を上げるのか、がん検診の受診率を上げるのか、それとも何か生活習慣をもう少し健康に変えてもらうのかという目標、それぞれ別々に立っているものについて、エビデンス上、公衆衛生学や医療経済学的なビジネスも国内外で収集されているので、それが具体的に健康寿命は何年分だったり、あるいは医療費として幾ら分だったりということがそれぞれの目標にどれぐらい紐付くかということが、少なくとも公衆衛生の領域では比較的行いやすく、また、他の分野においてもそれが1つのモデルとなって普及していけば、このロジックモデルはより精緻になっていくことができるのではないかと。特にがん検診の受診率や身体活動習慣の健康な習慣は、恐らく新型コロナウイルスの影響により、健康指標が逆戻りしており、そのような健康指標は現在多く見られるタイミングだと思われるので、改めて戦略を再整理する良いタイミングではないかと思った。以上が1点目となる。

2点目としては、既に委員より指摘のあったフレイル予防について。介護予防について、ある大規模な高齢者コホートにおいて、そこで観察研究レベルではあるものの、リスクファクターとして、具体的には、例えば社会参加の機会とか、かかりつけの歯科医がおり、自分の歯が残っているとか、理学療法士によってしっかりと科学的根拠に基づいた転倒防止プログラムを行うとか、そのようなところで介護リスクと関係し得る要因が現状観察データとなるのだが、指摘されているものがあるので、そのような研究成果を取り入れたり、観察データのエビデンスレベルが弱いのであれば実証事業をしっかりと取り入れることで、エビデンスのレベルを上げることができるのではないかと思った。検討いただきたい。

#### ○内閣府事務局

改革工程表の矢印の件について御指摘があったが、2021年のみに記載のある部分には、今後も期限なく取組を続けていく部分と、今年で終わる部分が混在はしているが、全ての項目についてしっかりと評価をした上で進捗管理をしていくという趣旨となる。改革工程表の改定にあたっては、しっかりと反映すべきところは反映していきたい。

#### ○厚生労働省

委員の方々から様々な指摘をいただいた。まず、地域医療構想について。資料1の10ページの再検証対象医療機関等の新型コロナウイルスの入院患者の比率の意義は何かという指摘に関して、公立・公的医療機関の93%が新型コロナウイルス患者の受入れを表明し、また、再検証の対象となった医療機関も80%が新型コロナウイルス患者を受け入れたところとなるので、自分たちの病院の機能をどのように今後していくのかに関して実感されたのではないかと。もちろんこのことにより、検証を延期して良いということではないが、このような経験は最終的に資料1の16ページ及び17ページの今回の令和3年の医療法の改正の中で、新型コロナウイルスの感染拡大時における医療提供体制の確保、これを6事業目として地域医療計画の中で定め、感染症の計画を立てていただくことになる中でつながってくると理解している。このよう

な経験を踏まえて、2024年から始まる地域医療計画の中で、地域でよく検討いただきたいという意味で、このような数値の把握をしている。

次に、公的医療機関の役割について、不採算支援のところが生き残れてしまうのではないかという指摘について。公的・公立医療機関の役割に関しては、採算が合わない場合でも、地域の近接する医療機関との役割を踏まえて、民間の医療機関が拾いにくいところを拾っていただく等、公的医療機関の任務として拾っていただくことも地域の中では必要ではないかと考えていることから、そのような議論を促してきたところである。

続いて、資料1の12ページ及び13ページの重点支援区域の指摘については、確かに重点支援区域は随時申請を受け付けており、必ずしも何か所とか何床ということではないが、DPCやレセプトの提供データの分析が難しい地域を国が積極的に支援すること等により、医療機能再編等の議論を進めていただく手段として設けたものである。現時点で幾つかの自治体の中で再編の合意が得られており、資料1の13ページに成果を示している。これは引き続き、続けていくこととしている。

続いて、資料1の14ページの病床再編支援事業の指摘について、病床再編支援事業は特に数値目標があるわけではないが、例えば再編に係る債務の引き継ぎなどによる利子等の不都合が再編の足かせにならないようにという意図で支援を行っている。なお、数値目標があるわけではないが、資料1の9ページの2020年度の病床機能報告で、2025年見込みが合計で119.8万床となり、2015年当初に比べると、順次地域の中で議論を進めていただく中で、削減が進んでいるところである。2016年度時点での推計に基づくと、2025年の病床の必要量の119.1万床に向かって2015年から順次進んでいっているのではないかと考えている。引き続き、地方での協議がより進むような施策、補助、支援を地域の声をいただきながら進めていきたいと考えている。

最後に、かかりつけ医について。指摘のとおり、かかりつけ医の定義は関係者の間でも必ずしも確立していないところなので、かかりつけ医の機能が、本来、地域においてどのような位置づけであるのか、病床の削減と併せて同時に議論していくことだと思っている。今年度においては、このかかりつけ医機能の強化・活用に係る調査・普及事業を実施し、医療関係者の皆様方から事例の収集を行っていく。

#### ○厚生労働省

委員の指摘について、順番に申し上げたい。まず、NDBの活用を進めるべきという指摘については、より迅速に提供できるようなことを含めて活用を進めていきたいと思う。

続いて、医療費の状況についてもう少し分析をという指摘について。資料1の23ページのとおり、入院外の医療費は対前年伸び率マイナス4.4%となっている。これは国民医療費全体となるが、電算処理分だけ見るとマイナス4.2%になっており、その中で疾病分類別に細かく見ると、大半は呼吸器系の疾患となる。次いで循環器系の疾患。マイナス4.2%のうち、呼吸器系の疾患の減がマイナス2.4%で、そのほか循環器系の疾患の減がマイナス0.5%

程度、骨折等の筋骨格系などの減がマイナス0.4%となる。つまり、受診抑制の話はされるが、そもそも呼吸器系の疾患にならなくなった、やはり感染予防の効果が出ているという面があるのだらうと思う。その意味では、国民の皆様がマスク、手洗いを徹底していくということになると、このような状態がしばらく続き得るのではないかと考えられる。その一方で、受診行動に関しては、医者に行く回数は減っており、外来の受診延日数は対前年伸び率マイナス10.1%となる。これは資料1の24ページのとおり、投薬日数が増えており、1回の投薬量を多くして、あまり医者に行く回数が多くならずに済むよう行動しているところがよく見えるところとなる。今後については、指摘のとおり、もう少し長期的に見ていかなくてはいけないと思っており、現在公表されている医療費の状況は6月までののだが、夏以降、秋になってワクチン接種も進み、そして、感染状況が落ち着いている中で、皆様の行動がどのようになるのかということを見ながら、分析を引き続き行っていきたいと思っている。

続いて、包括払いの推進について。医療資源投入量が違うものを単純に包括払いとするわけにはなかなかいかないと思うが、一方で、ある程度類型化できるものについては、そのようなものを考えていく必要は引き続きあるだらうと思っている。例えば現状で申し上げると、短期滞在入院のようなもので、鼠径ヘルニアや白内障の手術などについてはそのような類型を、要するにかなり標準化されているということで、包括払い化しているところもあり、そのようなものも引き続き検討していきたいと思う。

続いて、データヘルス計画について。その前に、実証事業が非常に重要で、保険者で共通化できるのではないかと指摘があったが、確かに、今回の実証事業の中で、ウエストが何センチ減った、体重が何キロ減ったという具体的な目標を掲げて行った保険者のデータを取っているのも、それらの有用性がエビデンスで示されれば、他の保険者にも展開をしていくということは当然考え得ることだらうと思っている。

また、データヘルス計画などについて標準化の徹底をという指摘があったが、現在、一部の都道府県で標準化に向けた試行的な取組が行われており、また、厚生労働省でも実態調査などを行っている。2024年度からの第3期のデータヘルス計画の策定に向けて、厚生労働省では計画策定の手引きを見直すことから、その中で検討していきたいと考えている。

続いて、特定保健指導・特定健診を一体で進めるべきという指摘については、そのとおりで、特定健診をいかに特定保健指導につなげ、そして、それがいかに行動変容につながるのか、実際の行動につながるのかということ、また行動変容等につながるような政策を考えていかなくてはいけないと大きな方向感としては思っており、エビデンスを明らかにした上で各保険者等にも働きかけていきたいと思っている。

続いて、オンライン資格確認の関係について、工程及び見える化の指摘、また、他の施策との連携・関係性をもっと意識して行うべきだという指摘についても、特に他の施策との関係については指摘のとおりだと思うので、それを進めていきたいと思っている。工程自体の令和4年度末の令和5年3月にほとんどの医療機関等でオンライン資格確認がつなが

るようにするという点については、しっかり堅持したまま進めていきたいと思っている。足元に関しては、約6割の医療機関等が既に申込みをしている中、お応えできていないというサプライ側の問題もあるので、解消に努めながら、工程管理においてどのような形が良いのかということについては検討したいと思っている。

最後に、医療費適正化の関係で、特定健診などに関する指摘については、医療費の影響についてエビデンスを明らかにしていくことが大事だと思っているので、そのようなことも意識しつつ、また、施策のコストパフォーマンスも意識していく必要があると承知している。難しい点は、このような健診などの予防・健康づくり関係については、長期的に見れば何か効果があるのだろうと何となく思ってしまうが、それを短期間で検証していくという点で難渋している。しかし、積極的に取り組んでいく必要があると考えている。

#### ○厚生労働省

資料1の65ページの生活習慣の変化の影響に関して。この調査は、生活習慣の変化の影響ということになるので、やはり経年的に見ていくことが大事になる。そのため、2024年までの今後の3年間、同じ対象者に調査を継続して見ていくということに大きなポイントがあり、現時点での結果は資料1の65ページに記載のとおりとなるが、むしろこれからいろいろな御指摘も踏まえながら、よく分析をしていきたいと思っている。対象者は有効回答数6万人となるが、この6万人の選定に当たっては、人口分布に合わせて抽出を行っているので、指摘のような地域による違いがどう出てくるのかという観点も分析をしていきたいと考えている。現時点ではまだ1年間の比較でしかないものなので、全国ブロックごとに見ても大きな違いは認められない状況だが、今後の分析の中で地域差がどのように出てくるのかということもしっかり分析していきたいと考えている。

また、この調査研究だけで全てを測るということではなく、ほかの調査研究、あるいはこの研究を基にしてほかの分野での活用なども含めて、広く生活に関わる影響を見ていく必要があると考えている。引き続き様々な他の分野の知見もいただきながら、政策に生かしていきたいと考えている。

#### ○厚生労働省

資料1の69ページのオンライン服薬指導について、指摘のとおり、規制改革ワーキングにおいても検討課題として上がっている。そちらでの議論も踏まえて、現在、特例で時限的措置を行っているところでもあるが、そのような実例の検証に基づいて、今後のルールを決めていきたいと考えている。

#### ○厚生労働省

調整交付金やフレイル予防等については、関係者と相談したい。

## ○委員

令和4年度診療報酬改定については、一般の国民にとって分かりやすい、透明性のある改定を関係者にはお願いしたい。また、かかりつけ医に関しても、一般の国民にとって分かりやすいかという点では、その機能の重要性や、それを普及させる必要性は誰もが認めていると思うが、報酬面での対応が中心であり、かかりつけ医を制度化するという話がないため、一般国民が受診に際して合理的な行動をしにくい状況になっているのではないかと思う。ポストコロナの時代の外来受診は、新型感染症禍の中で受診がままならないケースがあったなどの教訓も生かすべきである。その意味で、機能強化加算をはじめとする、かかりつけ医の報酬体系、これは患者や国民の側からすれば価格体系ということになるが、これについてPDCAを回すようにする必要があると思う。

外来受診時の定額負担の導入検討については、紹介状がない場合の定額負担を一般病床200床以上の病院に拡大し、保険給付から一定額を控除するという今回決めていただいたことで終わらずに、引き続き政府内で鋭意な検討をお願いしたい。

地域医療体制確保加算についても、医師の働き方に関して目指しているアウトカムに結びつく実効性がある仕組みにはなっていないとの指摘を踏まえた検討をお願いしたい。

最後に、処遇改善・公的価格についてであるが、国内の産業間や職業間の比較だと、そもそも違うものを比較していることになるので、説得力があまりない。例えば、看護や介護、保育の従事者の一般賃金との対比を、諸外国と比較したときに大きな乖離があるのであれば是正すべき根拠になると思う。ただ、いずれにしても、賃金の在り方はかなりの程度、経営の問題という面が大きく、また、生産性が伸びていないのに賃金を上げれば、何らかの形で税や保険料を通じた国民負担増を招く。したがって、現在すでに措置されている範囲での報酬の配分の見直しに加えて、供給側での経営効率化や、担い手の方々のキャリアアップや評価の方法の開発等といった生産性向上とセットで従事者の賃金を上げていくという考え方にたった議論を進めていただく必要があると考える。

## ○委員

薬剤費と薬価制度についてコメントする。薬剤費は別の統計が様々なところから出ているのだが、医療経済研究機構の研究結果でも、2012年から19年まで並べてみると、薬剤費はGDPの成長率を上回っており、なおかつ国民医療費の伸びも上回っているということが事実としてある。一部、外資系団体から、ピークだった2015年を基点に悲観的な推計が出ているが、それを基に議論すべきではないということは明確だと思う。これを前提に、財務省からも言及があったが、従来は単純なイノベーションの推進で議論してきたところだが、そうではなく、しっかりと「画期的なイノベーション」に資するように分配すべきだという点は全く賛成する。

その中で2点意見がある。1点目。新薬創出加算制度は、試行的導入を8年経て、2018年の抜本改革で制度化された。今まで医薬品の開発は長期間かかるという言い訳があって、新

薬創出加算制度が本当にイノベーションにどれだけ貢献したのかも、エビデンスがあまり見えないと思っている。そのため、単純には難しいという議論もあるが、少なくとも新薬創出加算をもらった企業とそうでない企業との間で研究開発費に差が出たのか、パイプラインの増加に寄与したのか、原価計算方式で算定される新薬をどれだけ出したのか等に関連するエビデンスはあるはずなので、出してほしい。

2点目は、1980年代の日米MOSS協議をきっかけに、ドラッグラグを生まないという名目の下に60日ルールというのが導入され、新薬であればどんな薬であっても、つまり、追加的な有用性がない薬であっても、60日以内に保険収載することとなった。追加的な有用性もなく、場合によっては化学式の一部を変えただけのものに、そのまま60日ルールを本当に適用して良いのか。ちなみに、デバイスラグがあるとされた医療機器などは適用外。だから、少なくとも60日ルールは見直すことを議論したほうが良いと考える。ただ、エビデンスが少ない。厚生労働省へのお願いとなるが、60日ルールが類似薬効方式（Ⅱ）にも適用する合理性がどこにあるのか説明してほしい。このことは財務省説明の類似薬価方式（Ⅱ）の中身を見直すという言葉の先にあるのではないかと考えている。

#### ○委員

2点申し上げる。まず1点目として、医療経済実態調査の問題点として、なかなかサンプル調査で実態が把握できないという問題があるなか、今回、医療法人の全数調査を行うことにより見せていただいたことに感謝を申し上げる。これからの時代、全数調査で見える化するというのは大変当たり前になってきており、G-MISもまだ任意ベースのお願いベースで入力してもらっており、非常にサンプルセレクションバイアスがあるということなので、なるべく全数で調査できるように、しかも、医療機関が次々にできるシステムに次々に人を配置して入力しなければならないというようなレトロな仕組みではなく、医療機関が既に持っているようなデータベースから自動的に転記するようなシステムを構築することが必要ではないか。

次に、資料2の38ページと44ページの1日当たりのICU等の病床確保量と、発熱外来についてだが、これは1日当たり、例えば発熱外来だと27万円、そしてICUの病床だと最高で44万円という、かなり高額な補助金が毎日入るというような仕組みになっており、これが非常に診療インセンティブをゆがめたという点は否めないと思っている。なぜ病床確保ができなかったかという点、病床を埋めたほうが医療機関にとって大きな負担になり、報酬点数でのマイナスになるということで、今後、このような政策をしないようにということが次の第6版等の反省点であると思う。もう一点だけ申し上げると、これは国費10分の10となる。この見える化を、つまり、医療機関名の公表とか、どこがどのぐらいの補助金を得て、結果はどうだったかということ、頑張った医療機関を評価するためという意味も込めて、しっかりと公開していくことを検討していただきたい。

## ○委員

活発な議論に感謝する。本日の議論を踏まえると、厚生労働省も財務省も、問題意識の在り方は大体共通なのだろうと思っている。両省とも結局、この医療提供体制を改革していかなければ、もうこれからの高度高齢社会には対応できないというところで、思いは一致しているのだろうと考える。新型感染症のこともあり、工程表がなかなか進んでいないところであるが、1つ進歩したと思ったことは、改革工程表に示されている様々な情報が、ナショナルデータベースや種々の厚生労働省が集めている、あるいは公開するデータで評価できるようになったということが非常に大きなポイントだと思っている。

今回の新型感染症のことで問題がかなり明らかになったので、このデータに基づいて、議論をさらに進めたら良いのではないかと思う。そのような意味で、このワーキング・グループの役割はとても大きいと考えるので、実際の政策に落とし込めるような形で、具体的な提案をこれからもしていけたら良いと考える。