

第42回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2022年4月22日（金） 14:00～16:00

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

（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。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

簡潔に四点申し上げたい。まず、一点目として、資料1の14ページ、かかりつけ医の機能強化加算に関して、かかりつけの定義を明確化することは、非常に前向きであると考えているが、定義のイロハニホは、いわゆるかかりつけであれば行って当然だったはずのことをあえてまた記録したということにすぎず、かつ、かかりつけを、要件を厳格化しても、これからどのように把握していくのか、例えばどのような情報把握の仕組みがあるのかといったことについて伺いたい。

次に二点目として資料1の28ページと29ページ。地域医療構想に関する国の重点支援として、国が10分の10の負担で地域の病院の再編を支援することは、大変踏み込んだ試みであると考えているが、一方で、これまで都道府県にこの役割をお願いという形で、地域医療構想の形で投げており、基金もつけている。この基金の見直しも併せてセットで行うべきではないか。

三点目として資料1の34ページ。オンライン資格認証の普及状況に関して、長年の検討の末、被保険者番号を医療等IDとすること、そこにマイナンバーとの紐付けが入ってきているわけだが、二重三重にハードルがあるというのが現状。まずマイナンバーカードを持ってもらわなくてはいけない。かつ医療施設等に導入してもらわなければならない、非常に御苦勞をされているのではないかと。診療報酬で対応するといった説明があったが、例えば

将来的にはマイナンバーカードで履歴を把握できない方は、その分、治療に対しての様々なコスト、手間がかかるということで自己負担を上げるとか、そのような形で普及促進しないと遅々として進まないのではないかというような気持ちも持っている。今後の検討を期待したい。

最後に四点目として資料1の47ページ。電子処方箋に関しては、私も薬機法の部会で議論を行っていることから、この試みに期待している者の一人となるが、電子化することを目的化してはいけないと考えている。医師や薬剤師がしっかりとこれまでの処方や調剤履歴を患者から見せてもらってチェックするののかについては、単に電子化することだけで完了するものではなく、誰が責任を持って患者の健康管理をするのかといった責任問題が問われることかと思っている。かつ、薬剤情報のみ電子化したとしても、結局、薬剤師が見ることのできる情報セットが増えるわけではないことから、例えばある程度カルテもしくは病名を見ることができるといったように、もう少し情報を統一化するのであれば多様な使い方があるのではないか。

○委員

四点ほど申し上げる。まず一点目として、資料1の11ページのリフィル処方に関して。リフィル処方を普及させれば、慢性疾患の高齢者だけではなく現役世代の負担軽減を通じて、全世代型社会保障の実現にも奉仕すると考える。一方で、医師は再診料を失うことになることから、それほど積極的にならないことが予想される。そのため、特に現役世代の患者や被用者保険の被保険者への周知が非常に重要ではないかと思っている。資料2にあったが、保険者へのインセンティブ付与も重要ではないか。

二点目は後発医薬品に関して。資料1の17ページの右下に「令和5年度の実施を目標に」とあるが、率直に言うと、随分先で悠長すぎると感じる。場合によっては今から丸2年の期間がある。都道府県別の原因分析まで行えば、そこまでの期間を要するのかもしれないが、当初の議論では、都道府県別だけではなく、医療機関別や、特に後発医薬品体制加算を取っていない、つまり分業していない病院での後発医薬品の使用割合等もカテゴリーで出すという話になっていたと思うが、いつの間にか消えてしまっている。

三点目は同じく資料1の17ページに関して。品質確保上の不正事件が続いていることから、単純な後発医薬品の使用促進はもはや論理的に無理があり、品質確保や安定供給と切り離すことはできないと考える。そのため、後発医薬品は薬価制度上も新薬創出加算と同様に企業要件を設け、メーカーや製品を選別する必要があるのではないか。YJコード数で見ると、日本の医薬品の数は1万5000を超えている。そのうち後発医薬品の部分が8000以上あり、過半数を超えている。後発医薬品は金額的に見ると大体15%程度しか占めていないが、YJコード数では半分以上もある状況となる。そもそもメーカー数や製品数が多過ぎるのではないか。このようなことが背景となって過剰なコスト削減競争等に及んでいる可能性もあると考える。そのため、これまで後発医薬品の使用促進を図るために後発医薬品

の業界育成という面に力を入れていたと思うが、若干その育成の仕方も方向転換し、業界再編も視野に入れるべきなのではないか。

四点目は、地域医療構想に関して。私は3年ぐらい前から不採算地区病院への特別交付税を問題にしてきた。この問題に関して、地域医療構想が進展するにしたがい、特別交付税の要件も拡充してきており、むしろ徐々に甘くなっていると認識している。

厚生労働省が如何ともしがたいことは承知しているが、それでも何もしないのかと言いたい。この不採算地区病院への特別交付税の条件が甘いと、その地域で機能転換が必要な病院であるにも関わらず、現状維持が可能となり、地域医療構想実現の障害になっていると考えるが、誤認等がないか確認したい。誤認等がないのであれば、総務省管轄とはなるが、厚生労働省からも何らかの対応を行ってほしい。このままでは、公立・公的病院から地域医療構想を実現していくという最初のプランは絵に描いた餅になってしまう。

○委員

四点ほど申し上げたい。一点目は資料1の1にある診療報酬改定についてだが、改革工程表に掲げられた各事項と昨年12月に制度改革事項として大臣折衝事項で示された7つの点について、着実に、そして確実に進めていただくことを期待している。

具体的に一点だけ申し上げる。改革工程表50番のbのリフィル処方箋に関しては、既に他の委員からも発言があったが、リフィル処方箋の活用に後ろ向きな医療機関があったり、リフィル処方箋は処方箋の使い回しであって、そもそも問題があるという主張が一部にあったり、明らかに処方箋を得るだけのための診察でリフィル処方箋をお願いすると医師から断られたりといった話が見聞きされている。

リフィル処方箋は患者の通院負担が減るという意味でプラスであるし、医師の側でも本当に診察・相談が必要な患者に数の面でも質の面でも時間を割くことができるようになるという意味で非常に有意義な制度である。是非進めていただき、大臣折衝による7つの制度改革事項とは別途、資料1にもあるとおり大臣合意されている効果検証を行っていただくようお願いしたい。

リフィル処方箋について効果を上げていくためには、既に他の委員から言及があったが、保険者機能を活用すべきである。先日のEBPMアドバイザーボードの会議で、後発医薬品に関する差額通知の実施は後発医薬品の使用割合の増加に効果があることが統計的に有意だという報告があった一方、パンフレットの配布やサイトでの告知は統計的に有意ではないという分析も出ていた。例えばこうした知見も生かして、保険者が加入者にリフィル処方箋の活用についてアプローチすることを進めていただきたい。

保険者に求められる最近の取組は、予防・健康に軸足を置きすぎている感じがなく、支払者であるという原点に立ち返り、リフィル処方箋の活用を促進することによって医療費を適正化する取組を評価することをもっと考えるべきではないか。これは、参考資料1の経済財政諮問会議における有識者議員提出資料の3ページにも書かれていること

だと思ふ。

二点目は資料1の3の地域医療構想に関して。厚生労働省から説明があったとおり、第8次医療計画の策定作業と併せて、今年度と来年度で民間医療機関も含めて対応方針の策定や検証・見直しを進めていくということに仕切り直していただいたと承知している。さらに対応方針の検討状況を公表するということであるので、是非徹底していただきたい。

現場には個別に非常に難しい事情が多々あり、大変だということをお聞きしているが、2016年度に都道府県が地域医療構想をつくったときを振り返ると、2025年は大分先だという空気感があったと思う。その間に、新型コロナウイルス感染症（以下「新型感染症」）があったとはいえ、結局は現状に至ってしまっている。過去にも当面の2年間で集中して改革を進めるというパターンで取組みの方針が示されたことがあったが、うまくいかなかったという現実がある。これまで各方面の方々の努力は相当に大きいものがあったと思うので、是非今回はこの2年間でそれが実を結ぶよう取り組んでいただきたい。

三点目は資料1の4のオンライン資格確認に関して。オンライン資格確認については、マイナンバーカードの保険証を利用すると窓口負担が増えるだけで、それはおかしい制度だとの声の一部にあるようである。しかし、患者にメリットが生じる分、それに対価が生じるのは正当な話だと私は考える。問題は、メリットとされる「より良い医療」とは何なのかである。オンライン資格確認によって得られる過去の細かい患者情報をどのように生かすのか、どのようにすれば生かすことができるのか、また生かした成果をどのように測定するのかということを確認にしていかないと、この制度への支持は広がっていかないのではないかと。

また、メリットへの対価である負担を、オンライン診療のシステム利用料のように健康保険の外側で患者に求めるのか、それとも今回この資格確認について新設された電子的保健医療情報活用加算のように、保険の中で求めるのか。つまり、患者の全額負担で行うのか、それとも全国民の負担で行うのかという論点があると思う。オンライン資格確認が後者であることを踏まえると、オンライン資格確認の導入を一つの契機として、個々の被保険者の様々な情報の履歴を管理して、データの名寄せや連結の精度を向上させたり、受療行動を分析したりすることによって、ヘルス分野の研究や技術開発につなげていくことが大切であると考えている。

現在、診療や調剤の現場での一次利用についてあれこれ話題になっているわけだが、医療の効率や質を高めるイノベーションにつなげるという二次的な意義があることを上手に社会に説明していくことが望まれるのではないかと。そうでないと、マイナ保険証はマイナンバーカードを持たせるための手段にすぎないのではないかと、またオンライン資格確認で窓口負担が増えるのはおかしいのではないかと等の、必ずしも本質的ではない議論が広がってしまう恐れがあるように思う。

最後四点目は、参考資料1の有識者議員提出資料において、国保の普通調整交付金について議論が進捗していないと明確に述べられていることから、この点もしっかり進めてい

ただきたい。

○委員

診療報酬改定の件について、委員から様々な意見があったが、その点に関して申し上げたい。私も当事者ではあるが、今回の報酬改定は新型コロナウイルスの影響と、前回の報酬改定の影響が非常に混在している。今回の報酬改定の影響も検証が必要になるが、新型コロナウイルスの影響をどのように峻別するかが非常に重要な論点になると考える。これから検証に入ることになるが、この点は十分注意する必要があると考える。

また、今回の報酬改定に関しては、個別の改定内容についてかなり踏み込んだ制度改革の指針が既に打ち出されており、それに基づいて中医協の中でも報酬改定や薬価の見直しを行った。それ自体は結構なことであるが、報酬改定や薬価の見直しによって、制度改革を行うことには限度があると感じる。制度そのものを改革することを、いずれかのタイミングで全体的に行う必要があるのではないか。価格調整だけで全てを処理するには重過ぎるようなテーマの改革の案がかなりあり、もう少し広いところで議論する必要があるのではないかと思った。

○委員

委員からの診療報酬改定にあたって新型コロナウイルスの分を分けていこうという指摘は、とても大事な点だと思っている。原則論として診療報酬改定を国民に打ち出すときに、新型コロナウイルスで見られた反省や失敗、問題点を解決しないで診療報酬改定も持ち出すことは良くないと思う。ベッドが足りているにも関わらず、医療崩壊であるとの断片的な知識だけを植え付けたといったことが、今回の新型コロナウイルスの問題があることから、診療報酬改定はそのようなことを解決していくという心構えで行っていただきたいと、まずは一般論として思っている。

資料1の11ページのリフィル処方箋の件について申し上げたい。医療は何のために行っているのかというと、少なくとも日本医師会等の既得権益のために行っているわけではなく、患者の満足度を上げるために行っているというところに立ち戻り、待ち時間が少なく、オンラインで可能となる等、様々なことが患者にとって得になると考えられるリフィル処方箋は、実行できれば効果が分かりやすいのではないかと考える。

現在、医療は、白い巨塔的になっており、国民から分かりにくい。病院は不安なときに行くものであることから、ある意味どのようなことでも信用してしまい、言い値でお金を支払う仕組みになっているとも考えられる。だからこそ、患者が、負担が減ったと明らかに分かるリフィル処方箋を確実に実行し、成功例として来年以降のモデルとなるよう、その方向で進めていただきたい。

資料1の14ページのかかりつけ医に関して、委員からどのように徹底するかという指摘があったが、そのとおりだと思う。加えて、もう一点申し上げたいことは、かかりつけ医

を持ち出すのであれば、どのように国民への周知を徹底するかということも考えていただきたい。新型コロナウイルスのワクチンを打つときに、私の母はこれまで頑張って、医療にあまりかからなかったことから、結果としてかかりつけ医がいないという問題があった。だから、かかりつけ医を持ち出すからには、あたかも選挙のときに投票用紙が来るように、この地域のあなたはこの医師はどうですかという割り当てがあっても良いぐらいだと思っている。そのような方法が可能なのか不可能なのか、また適当なのかは分からないが、要はかかりつけ医を徹底しようと思ったらそれくらいまで行すべきなのではないかということである。是非検討していただきたい。

最後にもう一点、資料1の16ページ以降の後発医薬品に関して。後発医薬品を使用いただくことは、値段も安くなり、良いことと思うが、一番大事なKPIは、薬を使わずに済むことだと考える。そもそも未病や予防を徹底することにより、薬は使わないで済む方がよい。少なくとも無駄な薬がどんどん配られるような現状を打破するために、後発医薬品の使用をKPIにし過ぎず、もっと患者の幸福度がどう上がっていて、どう満足しているかというところを図っていくべきだ。そこを忘れずに、後発医薬品を進めていただきたい。

○委員

国民負担の軽減、社会保障の質向上の視点からコメントを一つずつしたい。前者に関して、資源の最適化が必要だと考える。参考資料1の5ページに高齢者の医療費の図が示されている。骨太方針2020のデータヘルスの標準化が現在されてきており、最近いわゆる終末期医療費が横串で後期高齢者まで構造化ができるようになってきている。今春国際誌に掲載された疾病別の分析結果によると、後期高齢者よりも前期高齢者で重症化したときの方が、圧倒的に医療費が高いという構造が示された。臨床の先生方からは現場の状況もそうであるというコンセンサスをいただいております、要因は様々あるが、要は若年層で重症化させずに、後期高齢者医療に上手にバトンタッチをしていくことが政策的にも大事だと思っている。

政策のプロセス評価としても、医療費の平均値や総額ではなく、その構造、すなわち年齢や主な疾病分類別に捉えていくことがKPIとしてこれから大事だと考える。そのようにすることで医療費について、終末期も含めたあるべき姿が見えてくるのではないかと。

続いて、二点目として、後者の社会保障の質向上に関しては、一つの要素として皆保険を担う保険者の基盤強化がとても大事だと思っている。厚生労働省が健保組合をはじめ、国保のデータヘルス計画を進めており、この1年から2年で本当に保険者機能が一段階上がっていると感じる。特に国保においては、都道府県庁が市町村支援をすることが鍵になっており、昨年度の厚生労働省の全国調査を見ると、データヘルス計画の標準化は既にこの2年間において10都県で進んでいる。標準化が進んでいるところを見ると、県内の市町村の格差、例えば医療費だけではなく、特定健診の実施率の格差が10%以上縮まっており、平均値も上がっている。この背景には、いわゆる共通の評価指標を導入することで県内の

比較ができること、あるいは効果が上がった知見が見える化することがあると考える。また、コメントにもあったが、民間事業者のソリューションを導入して検証できる。このことは、PFSのような社会実装を進めて、産業の創造にもつながることになる。いずれにしても、保険者機能の基盤の整備は改めて重要と考える。現在、年間の保険者努力支援制度の中で135億円が都道府県の基盤整備事業費に使われていると思うが、この金額は努力支援の総額の中では非常に小さな額となるが、正しく使われているところでは本当に有用性が高いと思っている。

最後にデータヘルス計画に関して、少し懸念していることとして、どうしても糖尿病等の生活習慣病が重視される傾向になっているが、高齢者の医療費を見ると、精神やフレイル系の医療費のボリュームが非常に大きくなっており、来年度に計画策定する第三期のデータヘルスにおいては、介護予防の一体的実施を含めて、これらをデータヘルス計画の中に入れることで、先ほどの終末期医療費と同様、事業効果を横串で効果の顕在化ができるのではないかと感じている。

○委員

三点申し上げたい。まず一点目として医薬品に関して。委員から既に言及があったとおり、後発医薬品のメーカーが多過ぎることが一つの問題であり、後発医薬品の品質管理は非常に重要だと考える。産業政策としても重要であり、ブランド・ジェネリックのようなものをどのように育てるのかということのを少し考えていかななくてはいけないのではないかと考える。

また、医薬品の適正使用という点からは、特にフランスが熱心に取り組んでいるが、有効性の評価をして、保険で見るもの、見ないもの、外すもの、そのような議論もなければいけないのではないかと考える。これはOTCにも関係すると考えるが、そのような視点からの検討も必要ではないかと考える。

続いて二点目として、リフィル処方箋については、一番のポイントは安全性ということになると考える。リフィル処方箋を受け取った薬剤師は、薬局の医療職としての資質や能力が問われるのだろうと考える。

例えばフランスの場合、臨床薬理学のようなことを卒前卒後の研修でかなり行っており、そのうえで薬局に行くことになるのだが、日本は薬剤師の臨床教育、特に卒後の臨床教育がない状態で、薬局に行くことになる。本当にこれからこのリフィルが広がっていったときに、何か問題があったときに適切にフィードバックができるのか。言い方は別として、薬剤師の品質保証というものと少しリンクさせていくべきではないかと考える。

そもそもかかりつけ薬局という形で議論が始まっているが、小さな診療所の周囲には必ず薬局があり、その薬局が全て、経営が成り立っているという状況が本当にかかりつけ薬局制度というものから考えたときに正しいやり方なのか。そのようなことも少し考えなければいけないのではないかと考えている。

最後に三点目として、地域医療構想に関して。一番のポイントは、特に重点地域で行っ

ていただきたいと思っているのだが、それぞれの地域で地域のニーズの変化に合わせてどのような医療提供体制をつくらなければいけないのか。そのようなことは、ポンチ絵のようなものがないと、各医療機関はなかなか動きにくいのだろうと思っている。特に重点地域においては地域のニーズがどのようになっているか、それに応えるためにはどのような機能を持った病院が必要なのかという具体的なポンチ絵のようなものが必要だと考える。

併せて、可能であれば、どのようなメリットがあったのか、またどのような影響があったのかという、いわゆるヘルスイパクトアセスメントのようなものも併せて行っていくと良いのではないかと考えている。重点地域は、ある意味、実験地域のようなことから、何か成功した場合、横展開することも可能であると思う。是非そのような形で検討をお願いしたい。

○委員

ワーキングとしては、本日報告いただき、着々と進捗している方向性が見えてきており、とても良いことだと思っている。そのような意味では、社会保障分野は改革工程表をつかって、かなりしっかり進んでいる分野なのだと思っている。ただ、その一方で、社会や国全体から求められている課題が多く、まだまだ実現できていないものがたくさんあることも事実だと思う。そのため、主にこれからどのようにするのか、またこれからどのようにしっかり進めていかなければいけないのかというところを考える必要がある。

参考資料1の有識者議員提出資料に記載した内容を中心に申し上げたい。まず、既に委員からも言及されているリフィル処方に関しては、保険料のインセンティブ措置も活用して一気に普及・定着を図るべき、ということに記載している。適切に対応していくためには、このリフィル処方の使用を推進していく必要があることは、この有識者議員提出資料でもかなり強調したところとなり、是非しっかり考えていただきたい。

続いて、新型コロナウイルス感染症対応における医療機関に対する財政支援の手法も、新型コロナウイルス感染症を全く考えなくても良いという状態ではない中では、より簡便かつ医療費として見える化されるような形で、しっかり考えていく必要がある。

地域医療構想については、委員からポンチ絵という話があったが、しっかりとしたプランがあって、その中での医療機能の分化を大きく推進していくところがないと、なかなか進んでいかないのだろうと考える。特に新型コロナウイルス感染症で様々に揺れ動いた中で、改めて地域医療をどのような形で構想していくのかということをしっかり考えていく必要があることから、是非、都道府県知事の権限強化のようなことも含めてしっかり考えていただきたい。

続いて、委員からも言及があったとおり、国保に関しては進捗していないという書き方をしている。方向性をしっかりと出して、加速していただきたい。

データに関しては、データのDXを先に進めていく必要があるが、複数の委員から言及があったとおり、どのようなメリットがあるのかというところがしっかりと見えてこない

なかなか普及が進まないのだろうと考える。そのため、オンライン資格確認におけるマイナンバーカードの保険証利用に関しても、医療としてしっかり質が上がる、良い形で活用できていくというところが見えてこない、コスト削減や単なるマイナンバーカード普及のために使われているのではないかというようなところだけが伝わってしまい、なかなか動かないのだと思う。全体としては、大きな方向性を目指す上では、しっかりとした大きなメリットを提示しつつ、今までも取組は進められてきたのだと思っているが、一層推進していただく必要があるのだろうと考える。

最後に、地域包括ケアシステムについては、しっかりバージョンアップと実装を進めていく必要があると考える。有識者議員提出資料に記載したことではあるが、記載したことに関しては、一体改革会議でも是非しっかりと進めていただきたいと考えることから、宜しくお願ひしたい。

○委員

既に各委員からそれぞれの専門の分野について踏み込んだ意見が出されていることから、私は違う観点から重要だと思われる論点を今回の内容について申し上げたい。具体的には、政策そのものとしての立てつけ、具体的には政策のストラクチャーと組み立て、そしてその効果検証という観点から、資料1の34ページから35ページのオンライン資格確認の件に関して、意見を申し上げたい。

オンライン資格確認は、委員から言及があったように、どのような効果が現れてくるのかについて、提示をしていかないと、何をしても国民から合意が得られない。そもそもマイナンバーカード以外にも従来型のIDに近い役割を持っているもの、すなわち個人が特定される形で利用されているものはほかにもたくさんある。例えば運転免許証や健康保険証等。そのようなマクロの位置づけがあるということをもまず申し上げたい。

デジタル庁や総務省が政府全体としてマイナンバーの普及推進を行い、社会実装を進め、社会経済のDX、デジタル化を進めることによって、総体としての行政サービスのレベルの向上、国民の福利厚生を向上を図るといふ大きな立てつけがあることを忘れてはならない。マイナンバーカードを普及促進し、全体としての行政におけるDXを推進するという中に医療関連の分野もあり、健康保険証とマイナンバーカードを結びつける議論が生まれてきているということをもまずは確認したい。

そのうえで、ミッションとして厚生労働省には、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を進める、いわゆるマイナ保険証というものを普及促進することになっている。患者側へのアプローチと医療機関向けへのアプローチがあつて、昨年度の議論の段階ではどちらもあまり進んでいない、それを進める方策としては、単純な働きかけだけでは足りない、もう少し具体的に何らかの別の形でアクションを取らないといけないのではないかという議論があつた。

また、そもそもマイナンバーカードの読み取りを行うデバイス、機材の配置がどのよう

になるのか、その機材を設置し、医療機関がしっかりとオペレーションできるためのサポートの人員その他の体制整備を行うという話が前年度に出た。そして、今回は、それに加えて診療報酬の加算という話が出てきた。元々のマクロで見てやるべきことは何か、という話からどんどん離れていき、厚生労働省の範疇の議論、つまり診療報酬改定や協議会の設置も含め、いずれも厚生労働省が単独で手の届く範囲にあり、そのようなところでの議論が行われている。医療機関向けのインセンティブとして、診療報酬の加算を行い、患者に対する説明としては、医療の機能が向上するということだと思っただけだが、患者への説明についてのバックボーンになるような分析、調査が足りないという指摘が、既に委員から言及されている。

マイナンバーの普及だけのためにという形だと少し表面的な話になるというが、そもそもはマイナンバーの普及促進及び全体としての行政サービスにおけるDXの推進という議論から出てくるものの一部を厚生労働省が担っているということ忘れてはならず、厚生労働省で完結する話としてまとめようと思っても無理がある。患者への訴求ということと同時に、医療機関へアメという形で、この診療報酬のアップの話が出てきていると考える。

そこで、この診療報酬の加算によって1年間にどれくらいの収入の増を厚生労働省としては見込んでいるのかということと、この本人確認を行なうためのデバイスの導入、その他に関わる直接・間接のコストとして、医療機関の負担がどのくらい増えるかということを考えているのかということと、それを数字で示していただきたい。見合ったものであるかどうかということと、それに加え患者への効果がどうなのかということ、政策評価ということからすると、EBPMは国の政策の費用対効果と見られるが、本件では、その費用を国の財布ではなく、国民（患者）の負担増としており、そのコスト増（国民負担）が妥当であるかについて、その効果がどのようであるかということを見て比較していかなければならないと思う。

なお、オンラインの資格確認をするための機械の導入においては、国が別途補助金を出していると理解している。そして、その補助金の出どころが厚生労働省ではないとすると、この補助が医療機関に対して、政府の異なる財布から二重に出されているのではないかとこの疑問も呈しなければならない。

だから、マイナ保険証を普及させようとしてオンライン資格確認を行っていることは、表面的であると同時に、実は本質的なことであり、より上位の政策目標の中での一部であり、厚生労働省の中で完結するものではなく、他省庁の政策、政府全体としての政策にプラスを及ぼすものの一環としての働きであるがゆえに、場合によっては厚生労働省の中で費用負担その他をやりくりするのではなく、別途費用の捻出を行って、必要であれば医療機関や国民への負担を求めることが正解で、中だけで片付けようとする、少しちぐはぐなことが起こってきてしまうという事例になっているのではないかと考える。

以上を踏まえて、この取組に対してどのような政策評価を行うべきか。いわゆるEBPMの観点から見てどのように見るべきかというところは、幾つかの切り口で見ていかなければ

ならないと思っている。冒頭申し上げたように政策自体の立てつけ、ほかの政策、そして上位政策との整合性というところで考えていかないと、独り歩きしてしまって、少し方向が違ってくる可能性があると思った。

○厚生労働省

委員からの後発医薬品及び地域医療構想についての指摘に関して、まず包括的に回答申し上げたい。後発医薬品について、確かに、今回、医療機関の加算や調剤薬局の減算に関しては見直しを行っているが、薬価そのものについては手当てを行っているわけではない。そのうえで業界の育成も極めて重要だと思っている。今回、自主点検という形で日本ジェネリック製薬協会の協力のもと、点検をしていただき、相当程度の薬事上の手当てが必要であることも分かってきた。

そのような中で、今般、承認の時点でガバナンスについての強化や立ち入りといったところも要件に設けていくことにより、簡単ではないと言うが、その企業も共同責任が発生することから、見直しが順次進んでいくという効果もあるのではないかと考えている。また、委員から指摘いただいた保険者からのアプローチも極めて重要だと思っている。

現在、使用割合が低い9都道府県に対して、普及啓発、その他分析の事業を行っている。本日は資料で示していないが、例えばある都道府県では、年代別にどこの年代層で普及割合が低いかといったことを個別に分析しながらアプローチを進めていただいております、相応の事情があって、医療機関にとっても普及がなかなか進まない。例えば小児科を主として扱っている等。そのような場合の難しさ等もあることから、医療機関ごとに開示することが必ずしも効果があるということではなく、使用層に応じた丁寧なアプローチということも必要なのだろうと思っている。いずれにしても、この委託事業の結果、好事例集などは横展開すべきものだと考えていることから、指摘を踏まえて検討させていただきたいと思っている。

続いて、地域医療構想については、新型コロナウイルスの影響がある間は少しゆっくりではあったが、今般、令和4年度以降は検討状況について必ず年2回の報告を求めるとし、重点地域についても、受け身ではなく、まず一旦全ての都道府県に対して、どのような考えで、今後申請をするのかどうかといった意向調査も行っていきたいと思っている。積極的に国がこうした形で関わっていくことにより、更に進めていきたいと思っている。

また、不採算地区の件に関しては、総務省ともまた協議を行っていくが、不採算地区の中核病院の特別交付税、これは要件があるものと承知をしているが、僻地医療拠点や災害拠点が一義的な対象になっていると考えている。それ以外には二次救急や政策的な役割を持っているところで手当てがされているものだと承知をしているが、また総務省にもよく話を聞いていきたいと思っている。

その他、地域医療構想に関しては、重点地区の横展開、現在、対象は12都道府県だが、今後また全ての都道府県に対して申請の意向調査をしていく中でも、好事例は横展開して

いきたいと考えている。

最後に、本日、資料では示していないが、複数の委員からかかりつけについてもコメントをいただいた。資料1の13ページから14ページに関して、地域包括診療科の対象疾患の見直しや機能強化加算の見直しといったことを紹介させていただいた。確かにあって当たり前の機能であろうという指摘もある中で、これまでなかなかその客観的な指標もしっかり定まっていない面もある。関係する医療の現場と丁寧に話をしていきながら、検討会を立ち上げて、議論を進めていきたいと考えている。

○厚生労働省

委員より指摘いただいた、かかりつけ医とリフィルの点に関して、回答申し上げたい。まず、かかりつけ医に関して、要件がもともとあって当然のものなのではないかという指摘をいただいた。この点について、この要件自体はあったのだが、今般の改定で新たに変わったことは、院内及びホームページ等に提示をすることで、患者と医師の間でしっかりと情報の共有をし、かかりつけ医なのだということを双方が認識できるような仕組みとすることとなる。

また、かかりつけ医に関して情報把握の方法がしっかりとできているのかという指摘をいただいた。具体的な制度設計については、中医協の中の議論となるが、NDBを使ったり、アンケート調査や患者側、医療機関側に行う検証調査もあることから、そのようなものを活用して中医協の中でより良い方法を検討いただくことと理解している。

続いて、リフィルに関して、患者の利便性や安全性への問題も両面から指摘いただいたが、この点については効果検証や普及方法の検討という指摘だったと理解をしている。その部分に関しては、中医協の中で、まず、今般行われたリフィル処方がどのような実態で行われているのか、それを使っている方々がどのような印象を持っているのか、医療側、患者側、そのようなところの検証になるのではないかと考えている。具体的な方法については中医協の中でしっかり議論をいただくものだと考えている。

中医協全体としては、まさにこれから、今般、報告した事項についての検証作業を中医協でやっていただくことになる。そのうえで次回改定をどのような形にするかということにつなげていただくのと理解している。

○厚生労働省

委員からいただいたオンライン資格確認に関する指摘について、回答申し上げたい。まず、費用負担の関係について、幾つか指摘を頂いている。診療報酬のことがかなり取り上げられているが、この仕組み自体の費用負担については、医療保険制度はもともと保険者、国、自治体、患者、それぞれの役割に応じて負担をいただいております、オンライン資格確認システムについても、関係者の役割に応じた費用負担とさせていただいている。

例えば国は、このオンライン資格確認に係る制度の構築や各システムの整備についての

支援に関して、オンライン資格確認システムの実施主体である支払基金や国保中央会に対して、基盤システムの構築をする費用を、また保険者に対して基幹システムを改修する費用を国から補助している。委員から指摘いただいた医療機関等に対しては、医療情報化支援基金の中から、カードリーダーを一定の台数まで無償で提供するとともに、導入費用についても、一定の補助上限の下に補助を行っている。

一方で、このようなシステムを運用する費用が必要になる。そのような費用については、実施者としての医療保険者の皆様に負担をいただいている。このような仕組みの下で、医療機関等は、院内のシステム改修を行い、医療を提供する。患者の皆様には、そのような形でより良い医療を受ける対価として、窓口で費用の一部を負担いただいている。全体として以上のような費用負担の構造になっている。

そのような中で、まさにより良い医療が受けられるという言葉で片付けるのではなく、そのようなメリットがどのように見えるようにしていくのが大変重要な視点であると思っている。自分が過去に使った薬や処方された薬、過去の診断結果等を口頭で伝える、あるいは記憶に頼って伝えるのではなく、データでしっかりと伝えることができる。過去に処方された薬については、お薬手帳があるという声もあるが、お薬手帳では入院中の薬剤や院内処方の薬剤までは把握できないことから、その部分も含めて、別の医療機関や他の診療科で処方された薬も含む網羅的な情報が医師等に提供される。このような状況の下で、より多くの種類の正確な情報に基づいた診断や重複投薬を回避して適切な処方が行われるといったメリットがあると考えているが、患者の皆様にも実感していただけるように丁寧に説明し、また、医療現場が変わっていくことも重要だと思っている。

委員から今後の診療報酬改定を見据えた指摘もいただいた。この点に関しては診療報酬改定が中医協で議論されたときにも様々な議論があった。中医協の答申の附帯意見の中でも、今回改定による影響の調査検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討することとされていることから、まず、改定の影響についての調査検証が必要となり、それも踏まえて、評価の在り方については中医協で議論していきたいと考えている。

委員から全体の、まさにマイナンバーカードを普及させていくのだという大きな方向性の中での位置づけについても指摘をいただいた。政府全体として、マイナンバーカードについては令和4年度中までにほとんどの住民がカードを保有することを目標に掲げて取り組んでいる。その一環として、厚生労働省はマイナンバーカードの健康保険証利用を担っているが、総務省やデジタル庁等と連携しながら取組を進めている。

マイナポイント第2弾についても、マイナンバーカードの保険証利用で7,500円相当のポイントが付与されることになるが、それ以外も含めて、3省庁連携して対応しているところであり、引き続き連携して進めていきたいと考えている。

また、委員から指摘いただいた個々の医療機関の収支のような点については、実際に初診をどれだけ取るのか、またカードリーダーの改修にどれだけ費用を要するのかといっ

たところは個々の医療機関で様々となることから、この場で費用対効果を示すことは困難である。

続いて、委員から、二次利用も見据えた形で、また薬剤情報だけでなくほかの情報も含めた形でとの指摘をいただいた。まず、オンライン資格確認システムについては、今後のデータヘルスの基盤となる仕組みだと思っている。この仕組みは、全国の医療機関・薬局が安全に常時接続されるシステムとなる。加えて、この仕組みは医療情報を個人ごとに管理して本人の情報を確実に提供することが可能な仕組みとなり、また患者の同意を確実にかつ電子的に得ることができることになる。以上のような特徴を備えているという意味において、データヘルスの基盤だと思っている。現在、オンライン資格確認システムでは、過去の薬剤情報や特定健診結果が閲覧可能となっているが、本年の夏からレセプト上の一定の診療行為に関する情報にも拡大をし、また来年1月から電子処方箋の仕組みを構築することとしている。引き続き取り組んでいきたい。

続いて、二次利用という観点に関して、オンライン資格確認のシステムは、個人のパーソナルヘルスレコードの観点で構築されているものである。研究用の観点ということになると、逆にナショナルデータベース（NDB）という形で集められた匿名化された情報をいかに利用しやすくしていくかという議論ではないかと捉えている。この点についても、様々な指摘をいただきながら、利便性や価値を向上するために取組を進めてきている。直近の取組で申し上げれば、今年度から、医療・介護データ等の解析基盤として、NDBのデータと介護DBのデータを連結し、クラウド上で利用できるようにする。そのような環境の試行運用やDPCデータベースとの連結は今年の4月から、それ以外の公的データベースとの連結についても、現在、検討を進めているところであり、研究の利用についても、大いに進めていきたいと考えている。

○厚生労働省

国保の普通調整交付金に関する指摘をいただいた。指摘のとおり、令和3年の骨太方針においても、国保の普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き、地方団体等と議論を継続するとなっているが、数年にわたって、このような形の記載が続いている状況となり、調整はもちろん継続しているが、結論まで至っていない状況が続いている。

端的に言うと、地方団体から見ると保険料額に直接影響するような見直しということになることから、国と地方の協議の場でも、地方団体からは見直しは容認できないというような強い意見も出ており、引き続き、丁寧な調整を進めていきたいと思っている。続いて委員からデータヘルス関係等で様々な具体的提案もいただいた。国保の関係で、委員から都道府県の役割が重要という指摘があったが、そのとおりだと思っている。国保は都道府県が保険者に入ったことにより、財政運営はかなり安定してきているが、データヘルスのような分野でも、都道府県の役割、位置づけというのは重要だと思っていることから、いただいた指摘を踏まえ、第3期のデータヘルス計画に向けて、都道府県の位置づけ、役割

なども整理していきたいと思う。引き続きご協力いただきたい。

○委員

資料2に関して、四点ほど申し上げたい。一点目は、4ページから8ページにかけての新型コロナウイルスへの対応に関しては、結局、新型コロナウイルスへの対策をうったところ医療機関の決算が非常に良かったという、結果として生じたファクトをどのように考えるかということだと思う。政策や財政という点では、補助金の在り方を根本的に再検討いただく必要があるし、新型コロナウイルス関連の補助金がどのように使われたのか、納税者に分かりやすく公表していただく必要があるのではないかと考える。そうしなければ、なぜコロナ禍の中で受診ができない、入院ができない、発熱外来が機能しないということが起きたのか、教訓にして次に活かさないのではないかと考える。

そして、医療分野に関しては、診療報酬と公費という大きく2つの財政支援の手段があるときに、政策目的に応じてどのように使い分けることが合理的なのかということ、参考資料1の有識者議員提出資料の3ページにも記載されているように、よく検討いただきたい。

二点目は、資料2の40ページから42ページにかけてのかかりつけ医に関して。かかりつけ医の機能は、報酬面からの説明がこれまでなされてきたが、昨年11月の本ワーキングでも申し上げたように、既に報酬面で様々な対応が行われていることから、今後はかかりつけ医の制度化を進めるべきではないか。4月13日に開催された経済財政諮問会議の議事要旨によれば、岸田総理からも、「かかりつけ機能が発揮される制度整備」に取り組む旨のご発言があったようである。財務省から説明があったように、薬局については薬機法に基づいて地域連携薬局を定義し制度化しているのであるから、かかりつけ医に関しても、その機能の明確化に留めるのではなく、ゲートキーパーたるかかりつけ医そのものを明確化することについて検討いただきたい。

三点目は、資料2の71ページに示されている、全世代型社会保障における能力に応じた保険料負担について。能力に応じた負担というと、税の世界のように全国民ベースで見て所得や資産がある人はもっと負担すべきとイメージされがちだが、そうではなく、第一には、それでなくとも増える現役層の負担の増加をできるだけ抑制するために、引退層の中で負担できる方にはもう少し負担していただくということだと考える。第二には、本来、保険はリスクの高い人は保険料が高くないと保険数理的におかしなことになるが、公的医療保険は社会保険だという理由で、ある意味では真逆になっている点を、修正できるところは修正すべきである。マージナルにではなく、引退層全体の平均的な保険料負担水準や、資料2の70ページにある患者負担について、さらなる検討をお願いしたい。差し当たり71ページで述べられている後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げは検討していただくべきと考える。

最後に、四点目として資料2の73ページ以降の介護について。これからの日本は高齢者

の中での高齢化がますます進む。85歳以上が増えていくため、介護は医療以上のスピードで需要が増大して大変なことになっていく。認定率においても、1人当たり介護費においても、介護保険の運営は相当厳しいことになっていくと思う。第9期の事業計画が24年度からであるから、来年の国会での法律改正の必要生などを考えると、本来、今年の骨太方針で介護について何を打ち出すかは極めて重要であるはずである。本日のワーキングの前半で介護の議論がなかったことは、今すでに4月の段階であることを考えると残念である。

介護分野の改革に関しては、提供側の生産性向上に徹底的に取り組む余地がかなり大きいと考えている。以前から継続していられているように、経営の大規模化・協働化は「規模の経済」が必ず得られると考えられることから、報酬制度の設計を工夫するなどして、是非進めるべきである。大規模化・協働化すれば、ICTやロボットの導入も格段に進めやすくなると思う。

また、資料2の79ページに示されているケアマネジメントの質向上に関しても、今後、AIによる科学的なケアプランの本格的な実用化も見据える中で、ケアマネジャーが真の専門家として要介護者の方に最善の専門サービスを提供していくようにするためには、利用者負担の導入で、利用者の目が厳しくなり、それによってサービスの質が向上するという好循環をつくるべきだと考える。

その他、軽度者への生活援助や通所介護の地域支援事業への移行、利用者負担2割の範囲の見直し等、介護は実施を検討すべき改革の論点がたくさんあり、議論を加速させないと、10年後に本当に大変なことになると懸念している。

○委員

三点ほど申し上げたい。まず、一点目として、資料2の3ページにある表に関して、この16兆円という規模感は非常に大きなものとなり、2019年の入院医療費の総額の16.5兆円と大体同じ規模で、平均的に年間120万人の方が病院・医療機関に入院していることになるのだが、その1年間の入院に係る医療費と、新型感染症は1日入院が最多でも2.5万人ぐらいの規模だったことを考えると、患者数の規模としては60分の1以下ぐらいの数の入院患者のために1年間に相当する医療費を使ったということの規模のアンバランスを感じる。新型感染症だけが病気ではないことから、他の医療への逼迫が相当に生じたということも重要な論点であると思う。

関連して、二点目として、資料2の7ページ。既に委員からも指摘があったが、病床を毎日空けておく方が、収支が良いというような制度を悪用した医療機関もさることながら、この制度をつくり、既に2年近くこの制度を行っている厚生労働省の制度設計に甘さを感じる。見直しを早急に図っていただきたい。また、これ以上続ける必要があるのかという点も真摯に考えていただきたい。この制度で非常にもったいないと感じていることが、この制度は、新型感染症に立ち向かっている非常に倫理感の高い医療職や医療機関の意欲をくじくようなものでもあるところ。ということで、病院が悪いかのような情報にさらされ

るのも良くないし、頑張っている医療機関のインセンティブをくじくような制度になっているということに一番の問題があると思う。

最後に、三点目として、資料2の16ページから20ページに記載がある、雇用対策及び雇用調整助成金の点。雇用保険の財源は、この一体改革がスタートしたときには過去最大の6.4兆円も積立金があり、多過ぎではないかのような指摘があったことを覚えているが、現在もう本当に枯渇しており、かつ国費も入れ込んでいる状態となっている。雇用対策にも同様な状態が生じている。何が生じているかという、要は労働者側の失業対策は大事だが、労働者があまり必要ない部分に滞留しているのではないか。雇用の流動性を大きくゆがめることは、結局、経済の成長にとっても悪影響ではないかという視点がこれから重要であると思う。

お金のみならず、いわゆる私たちの働き方、雇用の流動性、積極的労働政策という観点から検討が必要であると思っている。

○委員

資料2の63ページに重要な示唆をされたと思っている。もし全国の保険者がこの予防・健康づくりさえ行えば良いというようなことを思っているのであれば、非常に良くない。もちろん保健事業は保険者機能を発揮する一つの大事な要素なのだが、医療費をマネージしない保険者はいないことから、とても重要な視点である。委員からも同様の発言があったことから、少し危機感を持った。

全国全ての保険者で、医療費適正化計画はもちろんだが、データヘルス計画でも医療費の構造化、そしてモニタリングは不可欠だと思っている。私は都下で国保の運営協議会の会長を務める中で、毎年保険料をアップする際に、必ず市民や医師会の先生などに、発生した医療費や、医療費の中身をしっかりと説明している。そのうえで本当に保険料を上げなくてはいけないのかという議論を毎年必ず行う。これは当たり前のことではないか。是非全ての保険者に重要なKPIとしてしっかりと定義をしていただきたい。

続いて、既に申し上げたが、後期高齢者の医療費がマネージされていないことは大問題だと思う。予防医学的に見ても、本当に70歳から80歳のところは重要なステージがある。したがって、資料2の67ページとなるが、広域連合のガバナンスは是非早急に行うべきで、もし何かハードルがあるのであれば、コンセンサスを得るために、全てのステークホルダーが今、何ができて、どのようなことを実践すべきなのかというのを早急に共有すべき。その中で、後期高齢者医療費の構造化は1つの大きな素材となる。私の経験で、都民の方、市民の方が理解できないことはない。政治家だけではなく、国民を含めて、後期高齢者の医療のガバナンスを早急に進めるべきだと思う。

○委員

個別の論点ではないが、財務省及び厚生労働省の双方に検討してほしい点が三点、また

有識者議員提出資料について二点申し上げたい。まず一点目は、規制改革推進会議の指摘を受けて、厚生労働省では薬局機能の見直しの議論を行っている。対物業務から対人業務という総論には皆賛成するが、その前提となる対物業務の効率化や合理化については、医療安全を理由に抵抗をしている。その根本原因は、家内工業的な対物業務だけ行っても経営が成り立つ調剤報酬の在り方にあって、このビジネスモデルが継続できると思っている節があるのではないか。だから、対物業務全体の調剤報酬を引き下げるぐらいのアナウンスをして、一層対人にシフトするような検討が必要ではないかと思っている。

二点目は、小規模薬局の医薬品購入の価格交渉を代行する価格交渉代行機関の存在や談合によって、薬価調査自体の信頼が揺らいでいると思う。薬価調査は薬価制度全体の重要な基礎だ。

関連して三点目は、そもそも単品単価取引の実行をずっと標榜しているが、民間に自由取引を認めている以上、実現するわけがない。既に申し上げたとおり、医薬品は実は20万超もあり、一個一個価格交渉するとは考えられない。問題は、単品総価取引、すなわち全部混在させた後で単価を振っているというやり方が実質的に放置されているところにある。中には基礎的医薬品のように価格が戻されるものも一緒になっている。少なくとも先発品や後発品、新薬加算対象品といった区分別に単品総価取引を、つまり単品単価は無理でも区分内の単品総価ぐらいにする必要がある。そのためには医療機関に対する未妥結減算の例があることから、区分を超えた総価取引をした場合の基本料減算制度導入を検討すべきだと考える。

三点目は、薬価については様々な提案が外からも出ているが、新薬創出加算制度を試行的導入してから10年、正式に導入してから、もう3年経つことになるが、新薬開発に時間がかかるといっても、そろそろ成果が出てなくてはいけないことから、新薬創出加算制度の政策評価を行うことが先決ではないかと考える。

続いて、有識者議員提出資料について。一点目として、経済安全保障という言葉が記載されている。特に医薬品については、原薬は多角化が進んでおり、様々な国で作って、そこから導入しているようなのだが、一番大もとの原料は、ほぼ中国1か国に依存している。この部分については早急に依存の程度を調査し、対策を検討する必要があると強く思っている。安定供給に関する関係者会議があるが、災害等の様々な事故による安定供給のおそれに対する対策を書いているのみで、本当の経済安全保障の面からは検討していないのではないか。

有識者議員提出資料に対する二点目は、様々なところで医療、介護分野のDX化という言葉が出てくるが、厚生労働省の中での様々な検討会に出ていると、最後は現場の費用負担が大きいという話になる。費用負担が大きくなる原因はベンダーロックイン。ベンダーが囲い込んでしまっただけでシステムを改修しようとする、もしくは他の医療機関と連結しようすると、非常に高額な改修費用を要求するところにある。DX化に関わる大きな問題として是非取り上げてほしい。

○委員

一点申し上げたい。有識者議員にお願いしたいことなのだが、資料2の33から34ページで医療給付費の伸びについて今までの取組のレビューがされている。簡単に言えば、医療費全体のコントロールがなかなか難しくなっているということ。年金がマクロ経済スライドの導入によってある程度コントロールできるようになった状況とは少し違うことだと考える。現状のままだと、コントロールが難しくなっているという見方もある。また、資料2の34ページの下グラフを見ると、医療費のGDP比はかなり安定しているのではないかという議論もある。

是非、医療費全体のコントロールをどのようにするのかということのを改めて議論していただきたい。現在の枠組みでは少し中途半端になっており、医療費全体をどう考えるのかというところで議論に穴が空いているような気がする。医療給付費の伸びをどのようにコントロールするかという議論については、改めて取り上げていただきたい。

○委員

委員から言及のあった資料2の33ページから34ページのところに関して、私の観点から申し上げたい。特に生活習慣病についての見込み違いがあったという説明があったが、この点も含めて、厚生労働省側としてどのように受け止めているか、そして受け止めだけではなく、この試算の正確性に関して、2005年当時と比べると当然のことながら用いることができるデータの範囲が全く変わってきており、次元が変わってきていることから、どのように取り組み、よりエビデンスに基づいた実効的な評価、または試算、シミュレーションをして、それをレビューしていくのかという枠組みについて何か考えているのかという点を確認したい。

○委員

私も医療給付費のところについて申し上げたい。個人的にはフランスのONDAMのような仕組みが非常に良いのではないかと考えている。給付率・伸び率管理というと単純にパーセンテージで行うというイメージだが、フランスのONDAMは医学的なコントロールと言われていて、現在、KPIであげているようなことを織り込んで、それを行うとどのくらいの医療費の適正化につながるのかというようなことを、プログラムとして書いて、その効果を毎年検証するという形で行っている。そのような形で医療費の伸び率の評価のようなものを行う仕組みがあったら良いのではないか。

その中で介護の話があったが、介護と医療を別々に見てはいけないうらうと思っっている。介護側においてケアマネジメントで工夫することにより医療費の適正化ができる部分もあることから、また機会があったら、少し研究した結果があるため、お示ししたい。

○厚生労働省

第9期の介護保険事業計画に向け、これから制度改正に向けての議論を進めていきたいと考えている。その中で、委員から指摘いただいた課題についても、前回の改正のときに議論し、引き続き検討となっている部分も含め、議論を進めていくことになると考えている。

特にケアマネジメントについて、必要なサービスを確保していくことと、一方でサービスの質の向上を図っていくことの両輪が必要だと考えていることから、そのような中で、利用者負担の課題も引き続き議論していくということになると考える。また、ケアマネジメントの質の向上による費用の効率化に関しても、委員から指摘いただいたが、引き続きご指導いただきたい。

○厚生労働省

平成18年の制度導入時は、当時利用可能だったデータの下で一定の試算をして、厚生労働省でお示しをした。一方で、特定健診・保健指導をはじめとした予防・健康づくりの医療費適正化効果等について、EBPMアドバイザリーボードでも様々な指摘をいただいております、大規模実証事業における、諸外国における予防健康づくりのエビデンスレビューや、NDBデータを用いて特定健診が健診結果に与える影響を回帰不連続デザインで推定した結果などを、報告させていただいている。

一方で、どうしても短期的には健康状態や医療費が大きく変動するものではない。また一方で、長期的には社会環境の変化、医療技術の進歩など外部の要因も大きく影響するため、介入による効果が見えづらくなる。そのような課題がある中で、どのような検証ができるのかということ。アカデミアにも相談をしながら、現在、特定健診・保健指導によって外来医療費がどのように変化したか、医療費との関連やNDBデータを用いた統計解析も含めて検討していることから、今後、そのような状況を報告する。

○委員

活発な議論をありがとうございました。社会保障分野は進捗も様々ある反面、非常に大きく進めなければいけないことが多々あると考えている。介護保険の課題、また医療費全体の伸びをどのようにコントロールしていくかという課題、この辺りは抜本的な対策を打たないと、経済・財政一体改革としては一体何を行っていたのかと言われかねないような状況であると思うことから、委員からは諮問会議議員にという話もあり、是非この後、親会議等でしっかりと議論して、できるだけ前に進めたいと思っている。皆様の協力を引き続きよろしくお願いしたい。

○内閣府事務局

今回のワーキング・グループでいただいた意見や重要な課題の中でさらに掘り下げて議

論すべき点や、もう少し具体的に確認したい点など、5月10日の一体改革委員会において担当省庁の考え方を記載したものを用意していただきたいと考えていることから、担当省庁におかれてはよろしくお願ひしたい。