

第44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11月11日（金） 11:00～13:00
 2. 場 所：オンライン開催
 3. 出席委員等

主査	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	株式会社ノウキャスト取締役会長
同	井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授
同	大橋 弘	東京大学大学院経済学研究科教授
同	西内 啓	株式会社データビークル代表取締役
同	星 岳雄	東京大学大学院経済学研究科教授
-

（概要）

議題（1）について、内閣府から改革工程表2021の進捗状況を、議題（2）について厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。議題（3）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

地域医療構想、かかりつけ医、介護保険に関して3点申し上げる。

一点目は、資料1の10頁から17頁にかけての地域医療構想について、これまで棚上げになっていたことを引き続き粛々と進めていただきたい。その上で、資料1の10頁の4番目に記載のあるとおり、現在、病床機能再編支援事業が国の10分の10負担の支援で実施されているが、この事業は平易に言えば病床の減反政策だと思っている。つまり、もう必要がなくなった病床があるが、減らすに減らせないことから、国が全額出資をして、減らすための解決金として1床当たり100万円から200万円出すプランになっている。既に医療行為のサービスを提供する媒体として効果的に機能していない病床にわざわざお金をつけることが良いかどうかに関しては議論があるにせよ、このようにしなければ病床が減らせず、再編ができないのであれば、政策として十分に説明責任を持って行っていただきたい。

懸念点は、責任の明確化。病床を減らすための政策になっていないか。病床を減らした後もあまり変わらないという単なるサイズダウンになってはいけない。まず国と都道

府県の責任の明確化。国は10分の10の負担でお金を出す、医療機関の監督は引き続き都道府県にということであれば、都道府県としてはお金を出していないため、インセンティブは伴わないという問題が発生する。次に、病院の責任分担。病床を減らす目的は何なのか。医療の資源を必要なところに集約し、機能を明確化することにより、各病院が担う機能をはっきりさせ、その中で診療行為を続けることであるのならば、そのことを明確にした上での病床再編ではないか。事業として進んでいるため、この点に留意していただきたい。

二点目は、かかりつけ医について、資料1の30頁の日本医師会等のかかりつけ医の定義は具体性に欠けるのではないか。医療情報を熟知しているとか、総合的な能力を有するとかではなく、専門家団体として、かかりつけ医が何なのかを示すべきではないか。

その上で、私たちが安心して診療を受けるためには、医師が何をしているのかという情報が開示されなければならないと考える。つまり、国が単純に医療保険請求情報により管理するだけでなく、私たちがどの医師に診てもらおうかと思うときに、登録しやすいような形で分かりやすく開示されなければならない、そのためにはこの医療機関にはこのような機能があるということがより具体的に分かりやすく出されるべきだと考える。

事細かに診療報酬を出すということではなく、流れとしては資料1の32頁にあるようにかかりつけ、包括診療をより具体化して包括診療への流れになると思うが、包括診療の場合、どのような医師でも同じ料金になりかねないので、ある程度治療の質あるいはサービスの実績等に応じた差別化が必要。そのためにはデータの整備が大事。かかりつけ医の定義の議論と同時に、どのような情報を取っていくのか、時間外も行っているとか、学校保健や母子保健を行っている等の指標ではなく、診療に直結したような内容で出していきたい。

三点目は、資料1の59頁の介護について、全体の話となるが、来年度に法改正や3年に1度の見直しが見直されている割には、毎年同じようなメニューが出ている。介護保険給付が11兆円を超え、その中でも特に、軽度の利用の方の割合が増えており、金額としても二から三割ほど。軽度な支援にも関わらずかなりの額を占めているところが見直しの大きな特徴であると思う。介護というのはより介護が必要な人に、もしくは介護の必要性が高い人に重点的にということは医療と同じような流れがあると思うため、軽度な生活支援のようなものに関しては、介護以外、保険以外の機能を利用することが大事ではないか。

先日、行政事業レビューがあり、介護保険に対する保険者へのインセンティブ交付金400億円が妥当かどうかという議論があった。400億円という額だけ聞くととても多いが、介護給付11兆円に比べると、すずめの涙程度の相対的な位置関係になって、インセンティブとして保険者には機能していないという実態がある。つまり、お金をかけても効率的に使える仕組みや使う当てがないといったことも併せて改善していただきたい。

○委員

介護部分に関して、まず、資料1の66頁において、「現役並み所得」の判断基準は引き続き検討となっているが、後期高齢者医療制度と歩調を合わせるべきではないか。なぜなら、利用者は両方使っている場合も相応にあり、基準が違うことはおかしい。

続いて、資料1の59頁において、多床室室料も引き続き検討となっているが、資料2『財政制度等審議会における議論の状況について』にあるように、利用者負担にすべきだと考える。世界的に見て、介護保険を持っている国はだいたい施設介護中心となっている。日本のように生活支援まですることは、それ自体が悪いことではないが、費用のことを考えると、施設介護により重点的に資源を投入すべき。加えて、供給誘導需要が起きている可能性もあるため、それを抑えるべく、少なくとも利用者については軽度の負担をしていただく方向が適切だと考える。

しかも、多床室の室料が整理されると、医療保険に議論が跳ね返ると思われる。まず室料を見ると、一般病床については、特に入院期間が長い場合、室料を入院基本料から外して患者負担とするべきではないか。180日等の長いものではなく、もう少し短い期間を境に、基本料から外すべきではないか。

また、光熱水費についても医療保険には病床間での取り扱いに不均衡があり、一般・精神病床に入院している患者で65歳の人は光熱水費の負担がなく、また、65歳未満の患者に関しても光熱水費の負担がない。様々な機能別に綺麗に患者が本当に分かれているのであれば別だが、実際には回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟という様々な病床の種類があるにもかかわらず、似たような患者像の人が入院していることになる。そのような意味で、不合理是正という観点から、光熱水費の負担を求めることが妥当ではないか。

介護保険と同様に在宅との公平性という観点で検討するならば、年齢等、あるいは病名で分けたりするのではなく、低所得者という切り口で、低所得者については負担を軽減するという観点で一回整理し直したほうが良いのではないかと考える。

○委員

2点コメントする。

一点目は、全世代型社会保障構築会議が現在同時並行で開催されているが、政府の基本的なスタンスは、被用者保険の適用範囲を拡大すること。大変良いことだと思うが、うまくいくかと懸念がある。今までの非正規雇用の拡大は、保険料負担を嫌って、非正規が増えるというトレンドだったのではないか。それを逆転させることのため、企業サイドから抵抗があると思う。そのため、予期せざるごとく、例えば雇用を減らすこと、あるいは非常に安価なサービス、雇用に流れて被用者保険の対象の外に残すことがあるかもしれない。したがって、被用者以外の非被用者のセーフティネットをどのように拡充するかについて、さらに検討していただきたい。

現在の国年国保は逆進性の問題がある等、様々な点が指摘されている。その制度をそのままにしたまま被用者保険を拡大しても、予期せざる格差の拡大等が起こるのではないかと考えるため、被用者以外の働き方の社会保障まで検討していただきたい。現にヨーロッパで高齢者の就業が拡大しているが、かなりの部分は非被用者。フリーランスやギグワーカーとなるため、ヨーロッパでも同じような問題に直面している。

二点目は給付と負担の見通しについて、負担を高めるというのが大きな動き。また、給付の範囲を圧縮させるという方法もある。それはやむを得ないと思うが、国民から見ると社会保障がどのように動いているのかという全体像が気になると思う。給付と負担の見通しの全体的な将来像を示していただきたい。そのようでない、負担が高まるとどのようになるのか、また給付の対象を減らすとどのようになるのか等の効果、あるいはその意味が分からない。

○委員

まず、資料1の全世代型社会保障構築会議の議論の状況に関して。連帯をして負担能力のある人が負担をすることは重要な原理原則だと考えるが、負担能力が高いことは、リスクを取った投資を行い、多くの努力が払われた結果であることにも思いを寄せておく必要があるのではないか。

例えば、資料1の78頁の前期高齢者に関する財政調整の議論について、これまでも後期高齢者支援金や介護納付金が全面総報酬割に変更された経緯があるわけだが、データヘルスやコロナヘルスを一生懸命行い、当面の医療費を少しでも抑制する努力や、また人への投資や健康経営を一生懸命行い、競争力と生産性を高めて賃金や企業の利益を確保する努力が払われている。報酬水準に応じた負担の導入が、賃金を高めることのディスインセンティブにならないように配慮していただく必要があると考える。

続いて、資料1の10頁の地域医療構想について。2022年度及び2023年度で民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証、見直しを行うということだが、端的に申し上げて、地域医療構想はあまり進んでいないと認識している。重点支援区域や対応方針の調査と公表について説明があったが、2025年がゴールの構想であるのだから、あるべき姿からバックキャストで方策を強めていただく必要がある。今回、感染症法の改正によりパンデミックのときの協力確保を担保する仕組みが整備されることになるだろうが、地域医療構想についても都道府県の責任と権限を強化、明確化するなどして地域医療構想を進めていただきたい。

資料1の17頁の医師の働き方改革について。診療報酬改定での地域医療体制確保加算の見直しが医師の働き方改革に資することになっているのか否かの確認や検証が一つのポイントである。さらに国民が負担している医療費の使い方を、病院と診療所との間でどうバランスをとっていくのかという観点で必要な施策を進めていただきたい。

資料1の26～27頁のかかりつけ医は、その制度化に向けた検討と立案を進めていただき

たい。実効性の点では、報酬の評価上で、1人の患者が同じタイミングで複数のかかりつけ医にかかっていたり、あるいはごく軽いテンポラリーな疾病でかかりつけ医の評価を受けたりといったことがないように、医療資源の効率的な利用と患者にとっての本当の意味での安心につながるような仕組みを、外来機能の明確化や連携と併せて目指していただくことを期待する。

資料1の37頁の医療費適正化計画は、前回のワーキング・グループでも、厚生労働省より医療費の質の向上につながるような取組を医療費適正化計画の中で提示していくと説明があったが、本日も医療資源の投入量に地域差がある医療について、医療の内容に踏み込むと説明があり、是非その方向で進めていただきたい。

1点お聞きしたいのは、これまで白内障の手術とがんの化学療法について地域差のデータを提示いただいたが、この他にも論点化される医療の中身は相応に出てくるのか。また、これらの医療の内容に踏み込むことは、医療費の地域差の縮小にどの程度寄与することになると見込んでいるのか。

続いて、介護に関して。資料1の57頁のケアプラン作成に関する給付の在り方についての意見は、このワーキング・グループで継続的に申し上げてきた。介護保険導入時に10割給付とした意図に鑑みれば、専門家による質の高いプラン作成に一定の自己負担を求めることは決して問題とは思われず、むしろ多少のコストを負担していただくほうが、要介護者が能動的にケアプラン作成に関わって意思決定をすることにつながると考えられ、介護保険の理念上も望ましいことだと考える。

また、福祉用具の杖を、介護保険を使って貸与を受けると毎月のケアプラン費用が約1万円かかるため、杖を購入した場合と比べて著しく経済合理性に欠くという指摘が象徴するように、ケアマネジメントの質や価値を高め、それに見合う価格にするといった点を含めて、ケアプランに関する給付の見直しを進めていただくべきと考える。

先日、介護業界で働く方々が加入されている労働組合が公表している就業意識に関する調査を拝見したのだが、その調査ではケアマネジメントの給付について、現状を維持した方が良いと回答した従事者よりも、一定の配慮をした上で利用者負担を導入した方が良いと回答した従事者の方がかなり多いという結果が示されていた。このような現場の方々の御認識も踏まえるべきだろうと思う。

続いて、資料1の59頁の多床室室料は、イコールフットィング、公平性の問題と考える。介護老人保健施設は特別養護老人ホームとは機能が違うという議論はあるが、利用目的や利用日数の実態を踏まえれば、室料負担をお願いすべきではないか。

資料1の61頁の軽度者向けの生活援助などのサービスについては、予防給付を総合事業としたことにより今何か大きな問題が生じているのかどうか、また、費用や国民の負担がそれによってどのように変化しているのか確認する必要があるが、要介護1・2についても、生活援助やデイサービスの給付については最大限合理化を進めないと、今後の人口動態を考えた場合には介護保険制度の持続性がますます疑われることになるかと心配している。

給付をより重度の要介護の方に重点化するためにも、特に軽度者の要介護認定率の地域差解消、適正化事業の強化も併せて、軽度者向けの取扱いについて今回結論を得ていただきたいと期待をしている。

先ほど申し上げた介護業界の労働組合の意識調査を拝見しても、要介護度が低い方の生活援助は総合事業に移行したほうが良いという回答割合の方が多いという結果が示されていた。そうした現場の声も参考にできるのではないかな。

最後に、資料1の66頁の利用者負担について。介護では2割負担者の方の割合が要介護認定者ベースで5%にとどまっており、後期高齢者医療の窓口負担では2割負担者が被保険者ベースで20%となっている。後期高齢者医療における2割負担者は所得上位30%という考え方で設定されていると理解しており、介護もそれに合わせる事が一つの基準であり、また目指すべきところと考える。今、足下で後期高齢者医療の窓口2割負担がスタートしたが、比較的スムーズに世の中に受け入れられたように見える。負担能力のある高齢者の方は説明すれば理解してくれると思う。高額介護サービス費の仕組みもあるのであり、利用者負担が引き上げられても、制度が持続可能なものとなる方が要介護者にとって得策であるということ国民的な議論にしていきたい。

○委員

先日のEBPMアドバイザーボードにおいても、社会保障分野に関しては、データを活用した政策の評価や、政策課題が見える化をされてきたという評価があった。そのような意味でも、長寿社会に対応するように医療資源を最適化する政策をダイナミックに入れていく好機なのではないか。要はコストの構造自体を変えていく方策。

そのためには、医療ニーズが高く、ボリュームゾーンである高齢者の医療マネジメントが必要ではないか。そして、そのための大きな要素の一つがかかりつけ医療機関を機能させる設計であり、また評価であるとする。そのときの一つの留意点として、かかりつけ医療機関で受診している患者は良いが、そこで受診できずに、放置され、重症化し、入院医療費がかかるような住民を、自治体の保険者、いわゆる市町村の国保とかかりつけ医とのセットでカバーするという設計が大事ではないかと考える。

従来行われている、かかりつけ医の周知や報酬上の点数だけではなく、実効性を上げるための武器をかかりつけ医に持たせることが大事。一つはマイナンバーの普及に伴って患者の経時的な情報をかかりつけ医の先生たちに持たせること。もう一つは、資料1の30頁のかかりつけ医が機動性を持つために、専門医への紹介であれば医者同士のネットワークでできるが、一人の医者でできることは限られているため、社会資源をうまく活用できる仕組みが必要。患者の疾病管理や治療中断を含めた重症化予防や保健事業は自治体が主体になっており、現状ではかかりつけ医が十分関わっていない。これは本来、かかりつけ医に主体的に関わってもら設計が保健事業の実効性を上げる上でも大事なのではないかと考える。

資料1の37頁に医療費適正化に関して、医療資源の投入量に地域差があることはそのとおり。医師数や病床数が大きい、かかりつけ医による高齢者のマネジメントや自治体のデータヘルスと組んだマネジメントで、入院医療費が発生せずに、どのように外来医療費でとどまっていけるのか。このようなことを分析していくと良いのではないかと感じる。

委員から言及があったが、かかりつけ医に武器を持たせることで、かかりつけ医が行っていることや課題も見える化できる。そのような設計にしていくことがウィン・ウィンになるのではないかと感じる。

○委員

委員の方々の言及に重なる部分は割愛し、異なるところだけを申し上げたい。

まず、何人かの委員が言及したように、地域医療構想は進んでいない。進んでいない理由の一番大きなポイントは、各地域でどのような医療提供体制の在り方が望ましいのかという共通理解ができていないこと。当事者の人たちが議論してできるかということ、なかなか難しい。本当はアドバイザーの役割があるのだが、データに基づいた地区診断ができていない。

地区診断をして、その中で各医療機関がどうあるべきかを考えるためには、地域医療計画の中で丁寧に医療圏単位でのあるべき医療提供の在り方を見せていくことが大事。

今、その地区診断の作業はできていない状況。厚生労働省はデータを提供しているが、十分に活用し切れていない現状があるため、てこ入れが必要なのではないかと感じる。

データの活用が進んでいないという点では、様々な分析結果が出ているが、実地医家や保険者、住民に届いていない問題がある。例えば医療機能に関しては、医療機能情報提供制度があり、結局各都道府県において、各診療所がどのような診療を行っているのか、また、どのような医療提供で対応ができるのか等の情報提供を行っている。例えば、乳がん検診ができるのか等。これがほとんど住民に知られておらず、活用も進んでいない状況。

活用されないと情報を入れる側も情報の精度を上げるインセンティブが働かないため、現在の制度の中の仕組みで、本来の目的に沿っていないものを一回棚卸しした方が良いのではないかと感じる。

続いて、医師の働き方改革は、このまま進んでいくことに強い懸念を感じる。具体的には宿日直の定義との関係となるが、医師の働き方改革を進める上で、とても重要になってくることは救急医療をどのように提供していくか。医師の働き方改革で問題となる場所として、大学病院等からアルバイトで来ている非常勤医師に頼った救急。結局根っこのところの救急医療提供体制をどうするかという議論をしないと、この問題はなかなか解決しないと考える。その点も議論の余地があるのではないかと感じる。

続いて、既に委員から指摘されているが、言葉の定義が曖昧な部分があるかと感じる。かかりつけ医、かかりつけ薬局、地域包括ケア等。具体的にどのようなものなのかということ、これを少し明確にしていく必要があるのではないかと感じる。例えば、かかりつけ薬局の場合、門前

薬局がこれだけある状況のため、かかりつけ薬局の議論は自己矛盾的なところがあり、本来あるべきものは何なのかということを示唆しないと、進めていくことは難しいと考える。

続いて、医療費の中身の分析に関しては、白内障以外にも様々なものがあり、以前に私も主査としてNDBを使って、構造分析をかなり行っていたが、いつの間にか止まってしまった。そこで様々なものが示されたと思われる。例えば、救急における時間外や夜間、休日の外来に関して、とても多い地域と少ない地域がある等。そのような分析の結果がかなり出てきており、それをもう一回丁寧に分析して、例えば二次医療圏単位や都道府県単位で提示をし、実地医家や住民に、このように差があるのだということを示していく作業が必要なのではないか。特にデータ分析の結果が実地医家や住民に届いていない点が問題だと考える。

続いて、かかりつけ医制度そのものについて、諸外国は医師の半分程度が一般医の状況の中、様々に進んでいるが、日本の場合は専門医がプライマリーケアを行っているという特性があるため、委員が指摘されたように、一人の医師が全て対応することはそもそも無理な体制だと思う。そうだとすると、かかりつけ医機能をグループとしてどのように行っていくかという制度設計が必要なのではないかと考える。

最後に、データに関して、PDCAを回していくにあたり、現在のデータの提供のサイクルは少し遅過ぎる。多分これは通年のデータを待っているからだと思うが、2年前のデータに基づいて行わなければいけない状況になってしまっている。例えば毎年10月分だけについて分析をするという形で、去年のデータが今年見られるぐらいのスピード感でデータが見られるような仕組みにしていけないといけないのではないか。実際、データの説明をしていると、「古いデータで言われても」ということを言われてしまうことがある。データのサイクルを早めることも大事なのではないかと考える。

○委員

1点に絞って申し上げたい。かかりつけ医の議論について、かかりつけ医というのは従来から言葉としてはあるが、制度化されていないということに率直に驚いた。ただ、逆にそこには希望があると思った。なぜなら、既に制度があるとする、それを変えていくことはかなり困難となるが、まだないのであれば理想に近いものを一からつくることができる。そして、その際のポイントは、本日複数の委員が言及したことをつなぎ合わせていくことだと考える。デジタルの基盤の上でかかりつけ医の制度の定義を行い、細かな制度設計をして実現可能な形にしていくことを行えば良いのだと思う。つまり、かかりつけ医をデジタルネットワーク化することを検討できれば良いということで、その中で機能の明確化や定義の議論もおのずからまとまってくると考える。

それを厚生労働省の別の政策の中にあるデータヘルスの関係と繋げていく、つまり大病院の負担を軽減するという当初の目的だけではなくて、データヘルスを社会の中で役に立つようにどう進めるかということ。それから、地域の健康増進をどのように図っていくの

かという視点に立てば、デジタル田園都市国家構想という枠組みの中での議論でもかかりつけ医というものが役に立つ部分があることがわかると思う。このようなことはデジタルの領域ではリープフロッグと言い、例えば固定電話がない国で携帯が一気に広がることや、あるいは銀行制度が普及していないところでスマホのオンラインバンクが一気に広がることを言う。カンボジアで後者においてそのようなことが起きているが、いわば日本のかかりつけ医の状況が実態、制度としてそのような状況（まだ手付かずの状態に近い）であるとなれば、そのような気持ちで一から大胆にデジタルを使うという発想を持ってほしい。

その場合に、今、NDBのデータは、匿名のレセプトや保険の情報ということで、どうしても提供に時間がかかるし、集計も時間がかかる。これは厚生労働省の中で別途行なわれているマイナンバーを使った健康医療情報の利活用や、データの整備をさらに進めていけば良いと考える。これがネットワークを通じ、かかりつけ医を具体的な物理的ポイントとしてプッシュ型で医療サービスの提供ができる環境作りという流れにも結びつけていける可能性があると思う。非常に遅れているがゆえに新しいことができるということで、その新しい仕組みを構築する際に、厚生労働省が自力でできる範疇ではできないことがあるので、デジタル庁や国土交通省と連携しながら国民目線（ユーザー目線）で、良い形をつくっていただきたい。

○委員

2点申し上げたい。

一点目として、資料1の38頁以降に概算医療費のデータを使って分析をしている。前回は指摘をしたが、適正化計画の議論では概算医療費だけの分析では十分でない。理由としては、概算医療費の中にはワクチン接種や医療機関への補助金も含まれておらず、また、特定健診やがん検診など地方自治体が独自に行っているものも含まれていないことから、全体像の把握には適切でない。より包括的なデータが必要だと考える。

二点目として、地域医療構想に関して、既に委員からもあまり進んでいないという指摘がされているが、地域医療構想を進めるために今年もかなりの予算が使われている。総合確保基金は1800億円以上計上されている。どの程度成果が出ているのか、説明責任が求められるという指摘が委員からもあったが、費用対効果の視点からも分析をする必要があると考える。

○委員

地域医療構想に関して、地域医療構想調整会議は議決機関ではないのではないかと考える。地域医療構想調整会議のそもそもの趣旨は住民の声がしっかりと反映されることが重要。そのようなガバナンスができてきているのか。議事録公開等、様々なガバナンスの働きかけ方があると思うが、そのようなことをまず行っていただくことが重要。ただ、最後は組合の長が判断をすることも体制として行っていただくことが重要ではないか。重点支援区域

の考え方が調整会議の結論を待つ点が気になるが、住民自治の中で進むよう、厚生労働省が相当程度プッシュすることが重要だと考える。地域医療構想調整会議には「住民」は参加していない<参考1>とすると、地域医療構想調整会議に住民は参加させるべきだと考える。

○委員

2点申し上げたい。

一点目として、少子化対策としてゼロ歳から2歳児の子育て世帯支援についての説明があった。本気で出生率を上げたいのであれば、エビデンス上効果が期待できる施策が、自分の知る限り、働き方の柔軟性確保以外で言うと、公的保育サービスの定員を増やすか、子育て世帯の金銭的負担をどこまで下げられるかの2点ぐらいしかエビデンスがないのではないかと。

先行研究で、例えば、どの程度の経済的な負担を軽減したら効果があるか、また保育のサービスの定員をどの程度増やしたら効果があるかに関して、国外の事例や国内の一部の研究があるが、その効果量を踏まえて、どの程度リソースを投じたらどの程度まで上げられるという目算が立っているのかどうか。逆に言うと目算が立っていない状況で行っているとすると、最初のエンゼルプランのときから、既に四半世紀近く経っているが、いつまでたっても頑張っているが、全然成果が出ないことになる。国家的な危機感を持って、どの程度のことを行えば、どの程度の効果が出るのではないかとこのところをプランニングしたほうが、EBPMでロジックツリーを整理しているため、良いのではないかと。

二点目として、医療費の適正化も大事なテーマだが、医療技術評価の推進によって費用と効果がマッチしていない治療の価格水準をコントロールすることや、保険から外して自費診療扱いにすること、また侵襲性が低い見込みならばOTCにして薬局の仕事にすること等の考え方もあるが、今回全く言及されていなかった。何か踏み込みにくい理由があるのであれば、教えていただきたい。

○委員

資料1の26頁に、かかりつけ医及びかかりつけ薬剤師に関して周知を行っているとのある。周知・広報活動は周知により国民の皆様が知っている状態を目指すことであるため、効果を持っているかどうかについて検証してほしい。

また、一国民として、かかりつけ医に関しては全く周知が行き届いていないのではないかと。例えば、資料1の28頁に広報活動の一つの例として、「気軽に相談できるかかりつけ医をもちましよう」とあるが、このようなチラシを作っても、どのようにかかりつけ医を探せば良いのかわからないということが問題である。

したがって、周知や広報活動を行ったというだけでなく、周知がいきとどいたかどうか、つまり、どのようなことを行ったのかと、そのことにより効果があったかどうか。最

終的にはかかりつけ医を持つ行動に結びつかないといけないことから、そこに辿り着くのかどうか。そのような効果を検証していくことが重要ではないか。

○委員

様々な取組をしっかりと行っているが、全体としてどのような方向で進んでいるのかという点をもう少しプランニングしていくことが、先程委員から言及があった周知徹底とも関係することだが、必要なことだと考える。

地域医療構想について複数の委員が指摘した点は、このワーキング・グループでこれまでも指摘されていた点であり、進んでいないと断定することはできないが、進み方が遅い、あるいは期待した方向には進んでいないと言えるため、どのようなメカニズムでこの先進めていくかという点が重要である。ワーキング・グループの場で進んでいないことを確認し、進めていくようにと指摘し続けるだけではその先に進まない現状があることから、どのように進めていくのかという改革の大きな方向性が必要なのではないか。

個別の点はまた別途とするが、様々な改革が行われているため、その全体像を国民全体に分かる形で、プランとしてどのように変わっていくのかを見せていくことと、スピード感を持って取り組むことが一番重要なことだと考える。

○厚生労働省

昨年に引き続き、委員の皆様から様々な指摘をいただき、感謝する。大きくは地域医療構想とかかりつけについて指摘をいただいたと思っている。委員の皆様からいただいた指摘について、順番に申し上げたい。まず、地域医療構想について、病床機能再編支援事業は単なるサイズダウンではなく、要らないところを削減することもあるのではないかという指摘に関しては、以前より厚生労働省から地域医療構想の進め方について通知を出しており、平成30年に出した通知の中でも稼働していない病床があった場合の対応について具体的に示している。一時的に稼働していない場合や、今後の運用の見通しについても説明するように求めており、都道府県はその意見を聞いた上で、病床数を削減するかどうかの許可の変更のための措置も考えてくださいというところまで踏み込んで示している。この方針は変わらず引き継いでいるため、都道府県の指導の下で議論をしていただきたいと考える。

続いて、同じく地域医療構想について、2022年及び2023年に見直しを行っているが、あまり進んでいないとの指摘に関しては、平成27年に地域医療構想策定ガイドラインを出したときから進めていただいている中で、新型コロナウイルス感染症対応により実際に調整会議があまり進んでいないところはあったかと思う。我々としては、調整会議をオンラインで進めることや、様々なデータを提供・分析する等の必要な支援をすることを行ってきたが、今年3月に改めてまた通知を出し、具体的な進捗状況等を年に2回報告いただくこととし、今一度進めていただくようお示ししている。

また、地域医療構想について、厚生労働省からデータを提供しても、それをどのように活用するかに関しては専門的な部分もあるため、地域で活用することは難しいのではないかと指摘は、そのとおりの部分があると思っている。厚生労働省は重点支援区域の支援をこれまでも行ってきたが、重点支援区域の申請は調整会議の合意を得たうえで、都道府県から厚生労働省に申請することになっており、申請自体にハードルが高い面もあるため、申請する前の段階で支援が必要なのではないかと考えたことを考えており、そうした課題に対応するための予算要求等を行っている。

また、地域医療構想調整会議は議決機関ではないという指摘に関して、協議をお願いしている調整会議の構成メンバーは、医療機関の関係者や保健所、大学関係者、有識者等が並ぶ中で、その他の関係者という規定も置いている。住民の代表は誰かという問題は難しいと思っているが、その他の関係者として、地域の中で医療者に限らず、そのような立場の方を置くことは地域で協議する上で重要ではないかと思う。

次に、かかりつけ医について、日医・四病協の平成25年の言葉の定義が何を言っているか分からないとの指摘に関しては、そのとおりのかもしれないが、それだけ個々のニーズや地域のニーズが様々であるという難しさがあると思う。その中で、委員の方々から制度がないとの指摘もあったが、制度の有無ではなく、かかりつけ医は個人によって思われるものが違う中で、かかりつけ医はおられ、おられるものをどのように見せていくかだと思ふ。

続いて、かかりつけ医について、1人が複数にかかることや、一時的なテンポラリーでかかることまでが評価されないようにという指摘に関しては、ライフサイクルを考えると、生まれてから死ぬまでの間でかかりつけ医も様々な病気にかかるため、複数にかかることはどのようなシチュエーションでかかるかにもよるが、なるべく効率的に無駄のないようにかかっていくという意味ではそのとおりだと思う。ただ、ライフサイクルの中で国民の皆様が求めるかかりつけがどのようなものなのかということは丁寧に議論を行っていきたいと思う。

また、1人の医師でできることは限られているという指摘に関しては、日本の医療の中では、専門医を目指すこととなっているため、医師がどこかの段階で開業する場合、そのような専門医の方々が地域に出る際に、どのような制度の中で連携を取って医療を行っていくのかということを、自由にではなく、ある程度水準を決めていくことは今後の高齢社会を考えた上でもそのとおりだろうと考えており、そのように議論を進めている。

ニーズが様々異なる中で少子高齢化を考えると、地域に固定して必要になってくる医療はある一定の年齢層以上のところで喫緊の課題なのではないかとも考えるため、本日いただいた意見を踏まえながら、また引き続き医療部会等で議論を進めていきたいと思う。

これまでの政策の中ではかかりつけの探し方が分からないという指摘もいただいた。医療機能情報の報告制度は制度としてあるが、その中で8項目ある中で4項目が診療報酬の加算であり、残りの4項目は日常的な管理ができているかといった報告となるが、地域に

よっても統一されていないため、このようなところがより診療に即したような形、住民の皆様から見て分かりやすくなるような形が本当に必要だと思うことから、しっかり進めていきたいと思う。

○厚生労働省

適正化計画等の関係で、データの関係について、委員から、本日適正化計画で白内障、がんが例示されているが、他にもたくさんあるのではないかと指摘をいただいた。また、別の委員から既に分析したものはたくさんある旨、指摘をいただいた。我々も、指摘の分析されたものは、ある程度勉強させていただいている。

今後これをどのように広げていくのか、どこまで広げるのか等については、有識者の会議を開き、どのような差異が影響しているのか、そして、どのような制度があるのかといったところまで含めて有識者の中で検討し、広げていきたいと考える。

続いて、データの提供の関係で、委員から概算医療費だけの分析は適切ではないとの指摘をいただいた。前回のワーキング・グループにおいて、国民医療費の分析で、2年前のデータという形で提供したところ、なるべく早く分かるものという指摘があったので、今回、概算医療費の形で地域差を分析し、提示した状況となる。医療費の分析の方向性として、予防接種や保健事業の費用を含めて医療費と考えて分析することも考えられる。今回は地域差を見るにあたり、確定した国民医療費の形での分析が間に合っていないことから、概算医療費で提供したということになり、ご理解いただきたい。

続いて、データ提供のサイクルが遅いため、できるだけ早く見られるようにと指摘をいただいた。どのような形があるのか、検討させていただきたい。

続いて、NDBデータ等の活用の関係で、複数の委員から指摘をいただいた。確かにマイナンバーを使った医療情報の利活用は今後の課題であるが、それをすることによってデータが広く一般に使われ始めることになり、画期的な方向転換となる。方向転換は構造が変わっていくことにもつながると考える。この様子を見ながら、利活用を進め、適正化や医療の質を上げていくことも考えていきたい。

続いて、居室等の関係で指摘をいただいた。現在、医療保険の方での入院期間180日等の関係については、基本的な考え方として、一般病床にふさわしくない病状の方、一般病床で提供されている医療が必要でない方が入院されている場合に選定理由として取るという考え方を取っている。回復期リハビリテーション病棟や医療療養病床等については、基本的には年々この病床で提供している医療にふさわしい方が委任されているのかどうかについて、データを取って確認し、また、それが治療の効果を上げているかどうかも含めてデータを集積して分析し、そして基本的な患者の病態を定めていくという状況にある。

また、広くDPCの病院と同じような、療養やリハビリのデータを集積して、そこの病棟で提供する医療にふさわしい患者を入れていくという形、また、必要のない人は出ていただくという形で進めている。このような形で対応していくことをご理解いただきたい。

続いて、データヘルスの関係で、前期高齢者の見直しを現在進めている中で、企業等で保健事業を一生懸命行っているところのディスインセンティブにならないようにという指摘をいただいた。この点はしっかり含めて、現在検討している内容も含めた形で考えていきたい。

最後に、医師の働き方改革の関係で加算がついているものについての成果が上がっているのかどうか、改善されているのかどうかという指摘については、病院からどのような形で改善したのか、要するに残業時間が減っているのか等についてのデータを取る形とし、そのようなことを条件として、この加算を出している。改善につながっているかどうかについての検証をしながら進めていることを報告したい。

○厚生労働省

委員の方々から毎年同じメニューではないか、何年も議論しているではないかという指摘をいただいた。介護保険は高齢者の生活に直接影響を与えることもあって丁寧な議論が必要だということをご理解いただきたい。しかし、2025年、あるいは2040年も迫っていることから、介護保険部会の先生方には本日指摘をいただいた論点も十分に認識いただいた上で現在議論をしていただいている状況となる。

個別の点で、総合事業への移行について指摘をいただいた。要支援から、総合事業に移ってしばらくたっているが、なかなか現場では従前相当の、つまり保険給付であったときと同じようなサービス提供が続いているところが大変多く、さらにこれを広げることについて自治体からは受け皿がないというような指摘もある。

介護は早期に介入して、もしくは軽いうちに介入して生活習慣などを直すことによって状況が良くなるというように、介護に落ちていってしまうことを救うことができると専門家からも指摘されている。受け皿がないまま飛び出してしまうと、かえって要介護が高くなってしまい、当然のことながら保険財政にも大きな影響を与えることになってしまう。この点はしっかりと議論しながら、受け皿の環境整備も含めて検討していきたいと考える。

続いて、インセンティブ交付金については秋の行政事業レビューで取り上げていただき、感謝したい。今後、評価指標の簡素化やアウトカムの重視といった方法で改善していくように検討していきたいと考える。

続いて、利用者負担の2割の水準も後期高齢者と水準が違うのではないかという指摘はそのとおりなのだが、医療と介護の性質は違うという意見もあり、要するに医療はほとんどの方が75歳以上になると、医療サービスを受けることになる。ただ、急性の疾患であればサービスを受ける時間的な長さは限られていることになる。介護は65歳以上の1号被保険者の中で認定率が2割に満たない状況であり、一部の方が保険給付を受けている状況。他方で保険給付を受ける期間は、一度必要になってしまうと、比較的一年を通じてサービスを受けることになる。つまり、一年を通じて費用がかかるというような違いがあるのではないかという指摘等々があり、その点も含めて介護保険部会で議論をしていく。

続いて、多床室についても、まさにホテルコストの問題は重々認識の上で議論している。生活の場で特養にも広がってきた経緯がある。他方、老健施設については、在宅に戻って自立することを目指してという医療に近いようなところもあり、丁寧に議論しながら負担能力も勘案して検討していく必要があるかと考える。

続いて、ケアプランの自己負担の導入に関しては、制度導入当初は中立的な立場で質の高い、必要にして十分なケアサービスを、専門家の知見を導入し、プランを立てて行うことから、保険給付で見ることになった。

サービスであり、定着しているため、自己負担を入れるという指摘は、他方で利用控えや、セルフケアプランとして自分で行うことになると、結局、自分でこのサービスを受けたいだけではなかなかうまくいかないため、誰かがチェックしなければならず、対応も考えなければならない。

ケアマネジャーについてはそれ以外にも処遇の問題や高齢化の問題等々もあるため、様々な論点も踏まえながら検討していきたいと考える。

○厚生労働省

適用拡大について指摘をいただいた。適用拡大は、保険料も発生するが、給付もついてくるため、このメリットを説明していくことが重要だと考える。

また、企業にとっても人材確保が重要な時代になっているため、非正規の方の処遇も含めて充実させていくことが重要ということを訴えかけていくことも必要だと思う。

その上で適用拡大あるいはセーフティネットの拡大については、指摘の点も踏まえながら引き続き検討していく必要があると考える。

また、給付と負担の見通しについて、来年に入ると新しい将来推計人口が出てくる。それを踏まえて労働力需給推計が出てくる。また経済前提をどうするかという問題もある。それらをいつのタイミングで割り切っていくのかということもあるが、関係省庁ともよく相談しながら新しい見通しについては考えていきたい。

最後に、少子化対策について指摘をいただいた。これまでの経緯からしても、1つの施策を行えば出生率が上がることはなかなか難しい。したがって、総合的に対策を打っていくことが重要だと思う。全世代型社会保障では、子育て世帯が出産や子育て等に何の負担を大きく感じているか、議論している。そのようなことをアンケート調査なども踏まえながら行っていきたいと考える。

○委員

要点を絞って2点申し上げたい。

一点目として病床確保料に関しては、会計検査院から55億円過大というニュースが出たが、わずか100病院を抽出調査しただけであり、かつ、病床の区分が違う等の明らかな算定ミスだけを指摘したもののため、本来の意味での診療機能を果たしたかどうかという点で

の無駄はもっと多大にあると思う。

二点目は薬価調査に関して、薬価を機微に改定していくと、これから高くなる可能性も非常にあり、適切な薬価を設定するための適切な調査は大事だと思うが、現状の薬価調査は非常にざっくりとした感がある。抽出調査ということもあるため、卸にお願いをして出しているということだが、薬価も7兆円規模で医療費を使っているものなので、なぜこれをレセプトのように、DPCのような形で報告させないのかということも長年の疑問として持っている。薬価を調査することがあつての薬価制度であると思っているため、現状のようなざっくりとしたアンケート調査のようなものではなく、かつ個別の薬品に関しては答えられないというようなこともあつて、この薬に幾らというようなことが全然議論できていない状況での薬価改定は、制度が幾ら毎年改定しても、基の部分の情報に問題があるため、如何なものか。何とかならないか。

○委員

本日の財務省からの説明を聞き、費用の最適化の大切さを改めて認識したが、資料2を見ると、このままだと患者や国民が必要な医療資源を使うことができなくなるという危惧を持った。

先ほどかかりつけ医の話をしたが、かかりつけ医の定義づけをするときに、在り方だけではなく、かかりつけ医が実際に何をもって、どこまで責任を持って地域医療を行っていくのかということをも文化することが大事だと思う。この点は厚生労働省と財務省が一体となって、また医師会の先生方もそこは理解していただけたらと思うため、明文化をしていただきたい。

○財務省

病床確保料は年間2兆円使っている。極めて膨大な額だと思う。実態として個々の病院ごとに事情が違うと思うが、かなり病院収入の助けになっていると思われる。それを推察するデータとして資料2の51ページ目の特に公立病院のグラフを御覧いただきたい。経常損益は毎年赤字だったが、令和3年度には大幅に黒字化をしている。流動資産も大幅に増えている。この中でもう一回11頁目に戻っていただくと、実態としては新型コロナの病床の確保を非常に優遇した結果として、一般医療への影響が出ているのではないかという指摘も現場からなされているようである。

したがって、病気の性質が段々と季節性インフルエンザに近づいているならば、段階的に縮小させていくことが適切なのではないかと考えているが、また新型コロナウイルス感染症は足下で増えているので、なかなか見直しは難しいと思うが、段階的にチャレンジしていかなければならない課題と考える。

続いて、薬価に関しては、委員の意見のとおりだと思う。薬の流通過程は非常に多段階に及んでおり、例えば薬価を下げたときにどの方にしわ寄せが行っているのかも本当は丁

寧に見ていかなければならないと思っている。その中でも我々が課題と思っている点が資料2の56頁目の調整幅。20年間ずっと2%で固定されている。薬価の2%は非常に大きく、この点についてはどうしたら良いのか。

また、委員からの言及のとおり、もともと毎年ほぼ自動的に下がっていく薬価の仕組みをどうしていくべきかという問題意識は多分関係者の多くの方は持っていると思う。今、厚生労働省で検討会を行っているため、その状況を見守りたいと思うが、問題意識としては委員言及のとおりだと思う。

続いて、かかりつけ医に関して、委員から大変貴重な指摘をいただいた。まさに今、全世代型社会保障会議でかかりつけ医の議論が行われており、その中で出てきた議論として、理想は総合診療医ではないかと。総合診療の専門医が、様々な方のコモン・ディゼーズを一人で診られるというのが理想だと思う。ただ、実際にはほとんどの開業医は個別の臓器の専門医出身者ということで、この間のどこを要件として、あるいは目安として求めていくかがまさに今の議論の焦点かと思っている。したがって、極めて適切な指摘をいただいたことに感謝する。

○厚生労働省

薬価調査の関係でお尋ねがあったが、訂正させていただきたい。薬価調査については、本年は診療報酬に伴わない改定で、平成28年の四大臣合意に基づき行っているが、本改定の合間の年のため、薬価調査についても負担をできるだけ軽減することが平成28年のときの話であった。本改定のときは全数の調査を行う。ただ、今回は合間の年のため、抽出調査になっている。したがって、2年に1回は全数調査で出てくる。

また、個別の医薬品ごとの取引の値段を提出することになっているため、個別の医薬品ごとの値段で調査の報告書は上がってくることになる。

○委員

先程も申し上げたが、しっかりとした改革の案が出てきているため、スピード感をもってどう実行させるのかという点は改めてプランニングが必要だと感じる。

様々な分野で取組が進んでいるため、全体としてどのような方向性を持っているのが国民にとって分かりにくくなっている。

そのような意味では、先ほど財務省から説明があったように、財政のためだけではなく、経済全体のためにどのような大きな方向で我々は進まなければいけないのかということを改めてしっかりと考えながらそれぞれの個別のところを進めていく必要があると感じる。協力をよろしくお願ひしたい。

(参考) オンライン会議のチャット機能による委員からのご意見等

<議題(2)について>

議題(2)改革工程表2021や骨太の方針2022に関する主な取組について②(社会保障分野)

<参考1>

地域医療構想会議には「住民」は参加していない。

<参考2>

地域医療構想会議に住民の声を反映・優先させることは大変重要。

<参考3>

地域医療構想調整会議に出席しているのは、地域の病院長、保健所長など公的機関の担当部局など。住民の傍聴は可能だが、意見は言えない。

<参考4>

加えて、医療供給者間の利害関係が足かせになっていないかという視点も重要。

<参考5>

「国民医療費」にもワクチン接種や医療機関への補助金等は含まれていない。

<参考6>

資料2の49頁によると、「国民医療費」45.8兆円に加え、コロナ特例報酬が0.4兆円、コロナ関係補助金が3.5兆円で、計49.3兆円になっている。もはや「誤差」と言えない水準のため、統計整備が何よりも必要。

<参考7>

特定健診やがん検診、地方単独事業など、地方自治体が独自に行なっている地方費を加えて、統計を整備する必要がある。OECDに提出しているHealth expenditureが該当するが、日本の統計は精緻さと速報性に欠けている。