

第46回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2023年4月28日（金） 10:00～12:00

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	井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授
同	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
同	西内 啓	株式会社データビークル代表取締役

（概要）

議題（1）について、厚生労働省から資料1を、また議題（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

私からも地域医療構想、それから介護、医薬品、かかりつけ医の機能について、4点申し上げる。

まず、資料2の13ページについて、非常に有益なグラフだと思う。

コロナの最中であっても非常に空床が多くて、その理由はやはり病床が多過ぎて人が張り付けられなかったということで、コロナの医療とそれ以外の医療のバランスが非常に悪かったということファクトとして国民の全員が知っていく必要がある。それゆえに地域医療構想はこれからの医療の持続のために必要であるというような議論の共有がまず大事だと思っている。

そして、同じく資料2の17ページに高度急性期から始まる4機能と、それから入院基本料の区分があるが、この4機能は病床機能報告の機能に関し、このような立てつけになっているということをあまり多くの方は知らない。急性期なら急性期と報告しているのは急性期だろうというふうに思われているが、実はこの病床機能報告というのは、全然定量的な基準ではなくて、それゆえに入院量と併せるとこのようならばつきが出てくるというこ

とか。ぜひ定量的な基準でもって病床機能報告において病床の機能を報告するということを徹底していただきたいと思う。これも何年も言っているが、ずっとずっと棚上げになっている。

それに関連して、資料1の32ページで、なぜ地域医療構想ができないのかということを探っているアンケートがあった。これは1万2000件もの医療機関にアンケートを取られて大変な苦勞だったと思う。ちょっときつい言い方になるが、1万2000件もできない理由を聞くためにアドホックにアンケートを取るよりも、今何ができているのかということを中心にもう少しファクトとして取るほうが、つまり、できない理由のアンケートをわざわざ聞いて回るよりも、もう少しファクトベースの議論を重ねていただいたほうがいいのではないか。

次の33ページ、重点支援ということで、国が支援に乗り出していることは大変結構なことだと思う。ただし、重点支援はしているのだけれども、あくまで議論は自主的に地域がやってくれということに留意が必要とまで書いてある。しかし、今後やはり地域でどんなに頑張っても進まないというようなことを、地域が主体だからといって放置しては地域医療構想自体が崩壊してしまう。それを踏まえると、やはり国、それから知事が適切に権限を強化した上で、地域医療構想を地域の持続のために行政がきちんと指導していく、指揮を執っていくということが、今後法改正等でも必要であると考えている。

続いて、介護保険に関する議論に関して、夏までに結論を得るという極めて微妙な書き方になっているが、骨太の方針を避けて夏にするのでは意味がないのではないか。やはり骨太の方針までに介護保険の給付と負担の見直しについてきちんと議論を書き込んでいただきたい。

併せて、既に要支援1・2という軽度の介護、生活援助に関しても地域支援事業に移行している。地域支援事業に移行したからといって大きな問題が出ているかという点が出ていないと考えている。

そして、加えて、要介護、つまり介護保険から外すと極めて改悪だというような議論も世の中にはあるが、今度、春の行政事業レビューで様々な老健局の事業が対象になっており、例えば老人クラブや福祉施設に対する予算措置など、様々なサポートスキームというものが介護保険以外にも既にある。厚生労働省の事業サポートスキームが全然ないわけではないということを踏まえると、既に行っている様々な予算事業と組み合わせて、発生確率はあるかもしれないが、軽いリスクについては、ある程度地域の中で見ていくという方向性を確認するべきではないか。

それから、薬剤費に関し、今まで長期収載品を後発品に切り替えて、Z2切り下げということで涙ぐましい努力をしてきたと思うが、やはり保険を適用すべき必要生が薄い、リスクとしては小さいものについては、思い切って保険適用を外す方向性を考えるべき。つまり、保険適用を外せば処方箋料も節約できるし、調剤基本料も技術料も節約できる。いわゆるセルフメディケーションの推進にもなるし、薬に関してのリテラシーを向上するこ

ともなると考えているので、検討願いたい。ただし、フランス型だとちょっと細か過ぎて調整コストがかかり過ぎるので、やはり保険適用の必要性が薄い医薬品の保険適用を外すということを議論してもよいのではないか。

4点目としてかかりつけ医機能について、資料1の47、48ページ辺りに書かれているが、既に閣議決定等もなされ、事務局としては一件落着いたところだと思う。これは御覧いただいて御存じのとおり、かかりつけ医機能報告制度の創設と書かれており、都道府県に対して報告さえすればいいというような、結局何が変わるのかよく分からないような制度になっていると思う。これをやはり患者にとって本当にかかりつけ医との信頼性が担保される仕組み、住民の側にも分かって、医療者側も自信を持って開示できる、登録できるというような仕組みに変えていくべき。制度をまだ生み出したばかりかと思うが、今後具体的な検討でより実施性が高いものにしていただきたい。その点に関して、骨太にさらに書き込むということも重要ではないか。

○委員

3つ申し上げる。

まずは薬剤費であるが、イノベーションの推進と国民皆保険の堅持を両立させるためには、薬剤費の無駄を省く必要がある。薬剤の定額自己負担や給付率の柔軟化は、平成14年健保法改正の附則2条に、「給付率は将来にわたって7割を維持する」という趣旨の規定があるためになかなか進まなかったと思うが、この規定はもう20年たっているので、ぜひ突破していただきたい。

加えて、薬剤中心に給付範囲をコンスタントに見直していただきたい。ただ、給付範囲を見直して給付から除外すると、基礎的な部分から完全自己負担、自由診療になってしまい、患者の負担が非常に増えるので、保険外併用の選定療養を生かして、それを受け皿にして若干の患者の負担を増やすという方式がいいのではないか。本日が厚生労働省の選定療養の見直しの公募の期限だったかと思うが、私も6つほど新しい類型を提案させていただき。そのうち2つはこの財政に特に関係する。

1つは、保険医療の必要性が乏しいものを保険の給付範囲から除外して選定療養の対象にするというもので、既にOTC化され、患者・国民が容易に利用できる医薬品と類似の医薬品を保険給付する必要性は乏しい。湿布薬や貼付剤が典型である。もちろん関節リウマチに対するロキソニンのように、OTC化された成分を持つ医薬品であっても、医師の判断の下で投薬すべきような薬剤も存在する。したがって、これらは原則的には保険の給付範囲から外して、選定療養の対象にした上で、医師の判断・指導の下で服薬する必要があるものは例外的に保険の給付範囲に残すという、ちょっと発想を転換したほうがいいのではないか。

もう一つのカテゴリーは、医学的エビデンスを再検討し、エビデンスの乏しいものを保険給付から除外した場合の受け皿として選定療養を活用するという手があると思う。現在

の給付範囲をつぶさに検討すると、医学的エビデンスが十分でないものは多数ある。そもそも必要にして適切な医療は保険適用するという原則の確立以前から医療保険制度も給付範囲も存在している。それらは必ずしもエビデンスが検討されていない。それから、仮にエビデンスの検討をして導入したとしても、医学の水準はどんどん進歩するので、現在の医療や医学の水準から見て、もはや保険適用にふさわしくないものというのがあると思う。現在の選定療養の中には、制限回数を超えた医療行為として180日以上入院、腫瘍マーカーやリハビリが対象になっているが、ほかに漢方薬などもエビデンスが十分ではないので、少し大きめの類型としてこういうものを考えてほしい。

それから2番目は、前回、規制改革推進会議と同調して行ったほうがいいものがあると言いき、そのときには別の例を出したが、一つは特に医療職の間のタスクシェアである。地域医療においては医療関係職の連携というのをずっと叫ばれて、過去20年間ぐらい行ってきたような感じだが、実際にはうまくいっていない。医師、薬剤師、看護師、介護士などが各地域にそろっているわけではないということ直視し、僻地でなくても連携が不足している地域はたくさんある。そういう地域については、職能縦割りに陥らず、ある程度は職能の重なり合いを、もちろん全部ではないにせよ、職能の重なり合いを認めていくほうが患者のためになるし、財政的な効果もあると思う。

また、関連して、調剤の外部委託についても、大阪府知事が特区提案に前向きな発言をしていたが、こういうのをどんどん進める必要がある。調剤の外部委託を通じて対物業務から対人業務にシフトするというのが患者のためになるだけでなく、実は財政効果も結構大きい。米国などでは、外部委託が進展したため、調剤コストが4分の1になったという例が結構ある。

3番目として、かかりつけ医の制度整備であるが、かかりつけ医になるために医療機関の手挙げ方式でよいというのは分かる。しかし、かかりつけ医制度が実際に機能するためには、24時間365日対応、訪問診療などの内容を個別ではなくセットにして明確にして示すことが必要だ。このようなかかりつけ医は単独の医師では無理で、恐らくグループ診療や中小病院になると思うが、機能を明確にして、第三者が認定しないと、単なる今の自己申告制度では国民の信頼を得られないと思う。しかも、都道府県の確認は、いろいろ議論があったようだが、よく見ると結局追認するだけではないか。これではかかりつけ医が本当に機能するか、大きな疑問がある。

厚生労働省に質問だが、認定制度の導入は諦めたのか。それとも、診療報酬のほうで何らかの措置で対応しようとしているのか。

○委員

3つ申し上げる。

1つ目は厚生労働省関係で、介護分野、自己負担の話である。夏に向けて関係する審議会でも精力的に議論を進められていることであるが、私は個人的には、医療と介護は負担に

についても同じような仕組みになっているほうが望ましいと思う。ただ、医療と介護の連携についてももう少し突っ込んだ議論をしていただいてもいい。御存じのように医療と介護はこのたび6年に1度の同時の報酬改定の時期を迎えているが、両方の制度の連携を深めることによって、より効率的で、しかも国民の厚生向上につながるということも可能になるのではないかと思う。

特に、両制度を渡り歩く際に、具体的に言うと介護施設から医療施設、特に急性期の病棟に移行するときにはいろいろな大きな問題が残っていると認識されている。そこを改めることによって、私たちの厚生向上にもつながるし、それから財政的な影響もかなり大きいと思っているので、ぜひ検討していただきたい。

それから、2番目は資料2の12ページのところで薬価改定の指摘があった。このグラフは非常にショッキングで、私も仕事柄勉強させていただくところが多いが、薬価改定で薬価を一生懸命削っても、最終的に薬剤費の上昇が抑えられているわけではない。同様の指摘は医療費についてもいえると思う。診療報酬の改定は非常に大きなエネルギーを使うが、結果として医療費が抑えられているかということ、必ずしもそうではない。

そこで、非常に議論の余地があるのではと思うが、総額管理の議論はあっていいのではないかと思う。この問題は今封印されている。私たちが行っている一体改革の議論も基本的にはボトムアップ型であるが、ただ、それだけでは木を見て森を見ないというような面がある。トップダウン的な視点で総額規制まで踏み込んだ議論をしていいのではないか。これは財政、収支の改善という徹底についても深く関連するので、ぜひお願いしたい。

3点目だが、これは全体的な議論だが、御存じのように社人研が新しい人口推計を発表した。2070年でも出生率は1.36までしか改善しない。それから、経済財政諮問会議の民間議員の方々が子育て支援の効果の試算を発表されたが、それを見ても、かなり多くのお金を使ってもあまり効果がないことが明らかである。したがって、現在話題になっている異次元の子育て支援は、もちろん子育てカップルのウェルフェアの向上にはつながるものの、出生率の改善にはまず効果がないと考えていいのではないか。だから、人口減少を念頭に置いた上で社会保障制度をより強靱なものにしていく必要があると思う。

その際、必要になるのは、この会議でも何度も申し上げたことであるが、給付と負担の長期的な見通しを提示することだ。今までは人口推計が出てこなかったため、統計上の制約はあったが、その制約がなくなったので、より長期の財政、それから社会保障の改革を一体的に見直すためにも、給付と負担の長期展望というのをぜひ出していただきたい。

○委員

現在、子供予算など新しい財政需要が相当に強まっている中で、巨額の社会保障費をどうしていくかということは以前にも増して大きな課題になっていると思う。工夫をして社会保障費を効率化することは、今後の財政需要をどう賄っていくか議論する上での大前提であるという認識を強める必要があるし、今、新型感染症は一定の収束を迎えつつあるわ

けであるから、今こそ社会保障分野の改革の遅れを取り戻して加速させるタイミングであるという点で、今年の骨太方針は例年以上に重いものであると期待をしている。

まず、地域医療構想について。3月31日の通知に基づく取組方針について説明があったわけだが、2014年の医療法改正でスタートしてから相当な年数がたった今なお、ここに来て対応方針策定率100%を目指し、また検証してPDCAサイクルを回すということ自体、いみじくも遅れているということを示していると思う。

2021年度の病床機能報告などから日本全体を見た2025年の見込みの病床の姿を見ると、地域医療構想が想定している絵姿とは相当な乖離がある状況である。構想の実現に向けては、これまでどおり、基本的には地域の自主性も強く期待したいと思うが、これまで相当な年数をかけても現状にあるということであるし、2025年度というゴールまで時間があまりないということも考えると、都道府県の権限とそれに見合った責任を制度的に強化・整備して取り組むということが必要ではないか。この点は昨年、2022年の骨太の方針で「都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する」と閣議決定されていることについて、今のところ進捗がないと認識しており、改めてその必要性があるということ意見を意見として申し上げたい。

やはりやれることをやらずに2025年度を迎えてしまったり、これまで本当に努力をされた関係者や前向きに取り組んでいただいている地域の苦労が台なしになってしまったりすることを最も恐れるべきだと思うので、地域医療構想を仕上げるということを骨太方針で明確にしていきたい。

2点目は介護保険の給付と負担に関して。3月の経済・財政一体改革推進委員会のときには必ずしも社会保障ワーキング・グループでの論点、検討課題にはなっていなかったと思うが、その際に若干意見を申し上げたところ、今回取り上げていただけることになり大変感謝する。論点は老健局から説明があったとおりであるが、今、後期高齢者の窓口2割負担の導入が大きな混乱なく、国民や医療現場に受け入れられていると思われる中、介護保険での利用者負担2割の範囲を医療保険と整合的なものにするということを検討する必要があるのではないか。それから、1号保険料の乗率の在り方と、保険料と公費の役割分担についても結論を得る必要があると考える。さらに、実態として生活の場になっている老健や介護医療院の多床室の室料負担の問題についても結論を得る必要があるのではないか。少なくともこの3点については第9期の事業計画に向けて結論を得ると昨年末に先送りされた状態だと理解している。夏までにきちんと結論を出すということを担保するためにも、見直しの方向性を含めて骨太の方針に明記する必要があるのではないか。

3点目は薬剤費の在り方である。医政局から有識者検討会の報告書の骨子案について説明があったが、製薬産業の構造改革や薬の流通市場の改善についてはまさに進めていただきたいことであり、そのときに長期収載品の価格というのは非常に大きなポイントであると思う。

一方で、このワーキング・グループでの議論のベースにある新経済・財政再生計画では、

「薬剤自己負担の引上げについて、検討し、必要な措置を講ずる」とされているわけだが、この改革事項も進捗が芳しくないと認識している。

直近の改革工程表では、この改革事項が「上手な医療のかかり方」や「セルフメディケーションの推進」という話だけになってしまっているのは不適切ではないかということをお申し上げたところだが、改めてこの論点に正面から向かい合っていただくことを、このタイミングで改めてお願いしたい。

医療給付費とそのため保険料負担の増加を考えると、資料2の5ページを見ると、薬価改定率のマイナストレンドと実際の薬剤費総額の増加トレンドは差の大きさに驚かされる。これは薬のコスト増が医療費の問題としていかに大きいか、いかにたくさんの薬が使われているか、あるいは新しい薬が保険収載されることによって薬剤費が増えるという点において予算上の統制がいかに利いていないかということが実感される場所である。もともと日本の薬剤費は、GDP比や1人当たりで見てもかなり高い部類である。

薬剤自己負担について技術的には、一定の薬剤についてシンプルに保険給付範囲から除外するという考え方もあるし、保険外併用療養制度を活用するという考え方もあると思う。また、フランスのように薬効や種類に応じて患者自己負担割合を設定する、スウェーデンのように薬剤費の一定額までを全額患者負担にするという考え方もある。それから、1剤当たりのベースで一定額を患者負担とすることも考えられるし、先ほどの有識者検討会の報告書案でも薬剤一般に定額負担を求めることを考えるべきとの意見があると示されている。いろいろなアイデアは既にあるので、それぞれのプロコンを分析していただいて、いわば棚上げの状態になっていたこの改革事項を前進させていただきたい。

コロナ禍を機にオンライン診療、オンライン服薬指導が行われるようになって、これからそれらが増えていくと思うが、オンライン診療の現場では、多くの市販品類似薬が処方されていると指摘されている。オンラインの活用によって医療へアクセスするハードルが下がって患者の利便性が高まったことを踏まえると、街なかのOTCでの医療品購入と保険適用での服薬との費用面などでのバランスを考える必要がこれまでよりも強まっていると考えられる。その観点からも薬剤自己負担の在り方は検討を急いでいただく必要があり、まさにこれはセルフメディケーションの推進や薬局の対人業務の強化にもつながる論点であると考えられる。

それから、4点目に医療費の地域差縮減について。資料1の20ページに、今後の取組方針として、「都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを提示していく」と書いてあるが、これはどういうイメージなのか、もう少し教えていただきたい。白内障手術や化学療法の外来実施に関する取り組みは例として書かれているが、こういう個別の疾患や処置がもっとたくさん並んだメニューが示されるのか。また、仮に白内障手術と化学療法の外来実施の2つについて標準化を進めた場合、定量的に地域差縮減にどれぐらい寄与するのか。この2つで医療費がどれぐらい合理化されるかといった辺りの試算をされているのかどうかという点についても教えていただきたい。

最後、5点目はかかりつけ医についてだが、医療機能情報提供制度の刷新が今後の大きなポイントの一つであると思う。いわゆる医療情報ネットであるが、これが創設されて以来、国民の利用状況をどういうふう把握され、どのように評価されているのか教えていただきたい。現状は完全に都道府県ごとになっており、その仕様や情報の項目がまちまちである。私も東京都のものを時々見るが、有用性が高いものであるとは感じにくい。全国統一システムへの移行が進められていることや、医療機関からの報告項目の改正が行われていることは存じ上げているが、刷新をする前提として、患者目線にたった医療情報ネットの利用状況の評価が必要と考えられ、それを前提として、かかりつけ医を選べるようなものにしていくということだと思うので、教えていただきたい。

○委員

既に多くの専門的な意見や質問が出ているため、私からは少し簡単な話を申し上げる。

どう考えても今年の予算は子供にお金を持っていかれるという気がする。そうなると、今回の改革工程表の議論がより重要であることは言うまでもない。医療・介護においてこれまで止まっていた部分については急速に早急に取り組む必要がある。他の委員がこの夏までにとということについて指摘され、あまり長くならないようにという釘を刺すような言い方をされていたが、“この夏まで”という曖昧な期限は意外と多い。「夏っていつなのか」と私は聞くことがあるが、必ずしも6月から8月のみを指すのではなく、9月もあり得ると言われたこともある。つい最近では、GX経済移行債で10月もあり得るなどと言われるなど、「夏が長過ぎて一体いつなんだ」という話もあるため、夏とか秋とかではなく、はっきりとした目標が大切。その意味では、骨太方針に目途を定めることが重要。

地域医療構想については、コロナ禍の反省ということに尽きる。病院やベッドの役割分担が連携できていなかったことで、過去何年間も「何ちゃって急性期病床」の問題を検討してきたが、本当に平時からの役割分担ができていいのか、将来、コロナ禍と類似の事態が生じた場合にしっかり対応ができるのか、依然、確信を持ってない。2015年以来8年間進んでいない取組を、このまま放置し、都道府県と病院の話合いに任せるということは困難ではないか。病院側に義務を課すという提案が財務省からあったが、そういうことも必要であれば恐れずに取り組み、法律も改正し、地域医療構想が実現できるように図ってほしい。

医薬品について、やはり日本では様々な問題がある。医師側には処方し過ぎる問題、患者側には飲み過ぎる問題・求め過ぎる問題もある。こういった行動を変えるためには、窓口での価格を変えていくしかない。厚生労働省の検討会の報告書でも広く薄い負担増を求めるような案が出されており、きちんとこうしたことに取り組んでいただきたい。また、最近、日本の医薬品メーカーが力を失っているという懸念がある。新薬開発の支援が必要とのことであり、コロナ禍でも国産ワクチンができなかったことを考えると、日本の医薬品メーカーの出来が本当に悪いのかということも検討しなければいけないが、それよりは

一つ一つの企業の規模が小さ過ぎて世界で戦えないこと、その割には高額医療品等を出す段階になるとすぐに薬価を下げられてしまい、収益を上手く確保できないという懸念がある。世界規模の企業をいくつか創り、製薬業を輸出産業に成長させていくためには、どうすれば良いのか。医薬品の自己負担を広く薄くして、企業支援の財源にすることも必要ではないかということも含めて、検討していただきたい。

介護については、85歳以上の半分以上は要介護者であり、このことは間違いなく財政にヒットしてくる。団塊の世代が85歳を迎えるには、もはや少しの時間しか残されていないということが再三再四言われているが、これは本当に急いで対策する必要がある。介護の2割負担は、医療において後期高齢者に2割負担が導入された際の範囲に合わせて取り組んでいただくことが重要。ただし、例えば、所得上位30%に合わせて2割負担にした場合、財政にはどの程度影響があるのかということも数字として出せないか。その辺りも併せて、時間が掛かることであり、シミュレーションも見ていただけると議論になりやすいのではないかと思うため、提案したい。

○委員

意見を3つと質問を2つ申しあげたい。

1つ目は地域医療構想について、病床機能の分化であるが、やはり今の病院間の話合いによるものだけでは効果がなくて、新しい枠組みというのが必要だと思う。例えば急性期病院の定義や、定量評価、それから過剰病床から在宅などへの転換を促すような仕組みといった要素が必要ではないか。

それから、2つ目は医療費についてであるが、医療費の適正化や地域格差が大きな課題で残っているということがあった。これまではどちらかというと供給数との対比という観点であったけれども、これに加えて、そろそろ診療の質を俎上に上げていくべきではないか。この背景として、マイナンバーオンライン資格確認といったインフラ整備がされ、患者ごとに診察、投薬履歴、検査値でのコントロール状況を共有できる。したがって、かかりつけ医機能を発揮することで、実は患者の重症化、高医療費化を防止できる、このようなどころにつなげる政策を進める段階に来たのではないかと思う。

続いて、3つ目は介護保険だが、先ほどからある、例えば第1号保険料負担の見直しなど、介護保険に係る見直しは本当に着実に進めていく必要があると思う。

それから、2つ最後に質問したい。まずデータヘルスに関し、これは本当に関係者の努力で全国に主要道路が敷かれて本格的な流通というか、データの利活用が始まって、国民生活を豊かにする。これは医療とか予防の目詰まりをなくせるという段階に入っていると思う。具体的には、利活用のためのデータセットというのが不可欠で、特に被用者保険でのデータベースの構築・運用がポイントだと思っている。今まで地域ではKDBの活用とか、運用を通じた失敗を含む経験があるので、これを踏まえて、それから、データヘルスのポータルサイトというのを昨年、諮問会議からの提言もあって東京大学から支払基金に移管

したので、支払基金で効率的にその開発・運用ができるはずである。

大事なことは、このデータの利活用が保険者による医療費の適正化のためだけではなく、先ほどからある地域医療構想の検討とか、製薬、ICTといった民間事業者の新たなソリューション開発にも寄与するということだと思う。これは社会保障分野ではあるけれども、データ利活用というのは実は経済的な発展と財政の最適化の双方を実現するワイズペンディングな予算配分にすることが大事で、これは厚生労働省だけではなくて、ぜひ財務省にも俯瞰をしていただけないか。

最後、2点目は、これまで大企業のサラリーマンに偏重していた産業保健政策だが、これはいわゆる人的資本投資ということで、多様な働き方に対応した産業保健の大改革ということで昨年からは厚生労働省で検討会が始まったわけであるが、これが今頓挫している。我々学者だけではなくて産業界とか労働者団体からも懸念の声が上がっている。社会保障を支える観点でもマイナスになることを危惧しており、厚生労働省に見解を伺いたい。

○委員

今まで多くの委員が言われたことがほとんどであるが、基本的にはファクトに基づいて議論すべきだろうなと思っている。NDBがあるので、それを使ってやるということ。今はどちらかというと研究者が使うということに重きが置かれているけれども、もう少し行政のほうで問題意識に基づいて分析ができる体制があるといいのではないかな。

我々はそういう視点で少し分析をしているのだが、まず薬剤費のほうからいうと、事実としていろいろな医療機関にかかると調剤薬局の数が増えて、その結果、薬が増えて、重複投薬も増えるという形になっている。結局これは何かというと、かかりつけ薬局が機能していないということだろうと思っている。3つ医療機関にかかれば3つ調剤薬局から薬が出されて、そこで例えば消化器系の薬などが重なってくるということが普通に起こってしまっているので、そのような点をこれから変えていかなければいけないのではないかな。

それから、給付範囲の見直しに対しては委員の言われたとおりだと思う。評価療養や選定療養をうまく活用しながらやっていくということと、あとやはり医学的エビデンスの乏しいものについては給付から外すということは考えていいのではないかな。

これはドイツでもフランスでもオランダでもやっていて、そのようなエビデンスについてはそれぞれの国で医療経済評価をする機構のところできちんといろいろな文書が出ているので、そういったものを参考にしながら、日本でも外せるものは外していくということをやってもいいのではないかなと思う。

それから地域医療構想だが、まず事実から言うと、各医療機関の経営者の方たちは、今どちらの方向に行こうかということで非常に悩んでいる。その悩みが非常に大きくなっている理由が、一つは働き方改革、それから患者像の変化である。特に中小の病院は、今までは大学病院等からのアルバイトの医師に来てもらって当直と宿直、あるいは夜間の救急に対応していただいていた。これからこれが難しくなる。その中で、こういった病院がど

ちらの方向に行ったらいいのかということで今悩んでいる。その悩んでいる人たちに対して適切なアドバイスをする、そのような仕組みがわが国にはない。

地域医療構想調整会議でいろいろな議論をするが、そこでは病床数の話ばかりで、それぞれの地域でどういう傷病構造の変化が起こっていて、それにどこがどのような対応をするのかということに関する議論ができていない。そのできていない一番大きな理由が、それを考えるためのデータが今提供できていないということだろうと思う。

地域医療構想の最初の推計は私たちの研究班でやったわけであるけれども、その際それぞれの地域で傷病別にどのような傷病構造になっていくのかという将来推計のデータを出していた。今それが継続されていない。そのような情報なしで各地域の医師たちにいろいろな機能を考えていくということを強いるのはすこし無理があると思うので、そういった意味で、データ整備についてもう少し考えていただけないか。

あと、かかりつけ医機能とさまざまな病床機能のところだが、基本的にはファクトに基づいて議論をしたほうがいいと思っている。我々がかかりつけ医機能に関するアンケート調査をやったが、実は返事をくれた9割の医師たちは、自分たちはかかりつけ医機能を果たしていると回答している。その中でどのようなことをやっているかというのと、やはり紹介・逆紹介とかコモンディジェーズの診療という回答をしている。そのような意味では、今、かかりつけ医が機能していないかということ、それなりに機能はしているのだろう。ただ、今回のコロナで何が起こったのかということ、そもそも医療機関にかかっている方たちがかかることができる医療機関を見つけられなかったということで、これはかかりつけ医制度の問題というよりも、救急の問題なのである。その救急の受け皿がなかったのは、もともとぎりぎりで行っていた1次救急、2次救急、3次救急の体制が今回のサージキャパシティにはいろいろな流行の拡大に対応できなかったということで、実はこれは救急の問題に帰着するのだろうと思っている。

そういった意味で、今回の働き方改革が地域の救急医療提供体制に及ぼす影響は非常に大きいので、その辺を軸に少し考えたらいいのではないかなと思っている。

それから、介護に関しては、これも今年の研究の報告書で出しているのを見ていただけたらと思うが、要介護度が悪化する原因として一番重要なのは年齢である。85歳以上になってくると要介護度が悪化してくる。それ以外には入院が必要となるような傷病にかかるということなのであるが、85歳以上の年齢というのに介入できることはあまりないので、したがって入院に至るような傷病をどのように予防するかということが一つはポイントになる。ここに医療と介護の連携の重要点が出てくると思う。また、85歳以上の人たちが増加するということになったときに考えなければいけないのは、85歳以上の女性が増えるということである。今、私は所得階層と医療介護サービスの利用に関する分析をやっているが、実は75歳以上の女性で介護保険を使っている人たちの6割から7割ぐらいが介護保険料の給付区分で言うと本人非課税、世帯非課税というところに当たってくる。これらの人たちは施設介護を使う確率が高くて、なおかつそこで補足給付を使ってしまう。このまま

の状況で進んでいくと、介護保険財政への影響はとて大きくなっていく。したがって、そういった経済的に厳しい高齢女性が地域でどのようにすれば在宅でできる限り暮らしていくことができるのかということを検討していかないと、介護保険財政は本当に破綻してしまうのではないかと危惧している。

そうすると、これは住宅政策との関連が重要になってくる。低所得者の人たちがどこに多くいるかということ、一つは公営住宅である。都営住宅とか市営住宅とか県営住宅に暮らしているのであるが、そうすると総務省と少し話合いをしていただいて、そのようなところに集積してしまっている低所得層の高齢者に対してどのように在宅の介護・医療を提供していくかという、システムを考えていかないと対応できないだろうと思っている。

そういった意味でも、省庁をまたいだ議論が必要である。地域包括ケアシステムの図を見ていただくと分かると思うのだが、住まいが基盤になっているので、サービスが提供しやすい住まいをどのように考えていくのかということも考えていただけたらいいのではないかな。

あともう一つ、そろそろ財源論の話をきっちりしないといけないと思う。私はフランスがやっているように、全ての所得に対して保険料を掛けるという一般福祉税的なことをやっていかないと、わが国の社会保障財政はもたないのではないかなと思っている。例えば私自身は、大学の給与以外に、医師としてのアルバイトや講演などで、複数のところから収入を得ているわけであるが、この総収入に保険料を掛けていくということをやっていないといけないのではないだろうか。財源論の話もやはりきちんとやったほうがいいのではないかな。これは国民に負担をしていただくしかないわけであるが、この話をせずに、提供側への対策だけやってもなかなか問題は解決しないのではないかなと思う。

○委員

私のほうからは、特にEBPMアドバイザーボードの視点から申し上げたい。

私はその観点で注目しているのは、医療情報プラットフォームがどういう役割を果たしていくのかということと、それから、医療DXというものについての理解が個別の政策にどこまで浸透していつているかということと、それから、資料1の23ページ前後のところと、それから49ページから52ページのところが該当すると思う。今年の春をめどに医療DXの推進に関する工程表を策定するという事になっているが、そもそもこの一体改革推進委員会で今行っている工程表の進捗の確認というのは、1年前に議論して、半年前に策定されたものを今見ている。そこからその先をどうするのかということで、その次の2023というところに結びつける議論を現在進行形で行っているのであるが、どうもこのDXというところの議論が深まっていない気がする。既に決められたものの工程管理をしようとする、1年前の議論であるから、今と比べるとかなり遅れていたDXの社会経済環境の中で議論したものであるわけである。その意味で、現状、例えばマイナンバーカードということの一つ取っても、申請件数で9000万件を超えているというような状況の中で今考えてみると、ここの

工程表の議論自体がすでに若干時代遅れになりつつある。空気を読まずにあえて言わせていただくと、そのような気がする。

このWGでしばしば議論されるNDBは過去においては非常に役に立った。今もそれは役に立つというところはもちろん事実であるが、NDBは案内のとおりレセプト、それから特定健診のデータというようなものをベースにしたデータで、当時としてはかなり頑張ったものだったと思うものの、そこでデータに関する議論が止まってしまうと、じゃあ昨年の後半から今までやってきたことは何なのだということになると思う。ですから、資料1の23ページのところでもオンライン資格確認の推進とマイナンバーカードと書いてあるのだが、これは普及・推進の方はもうほぼ勝負あったということで、あとは細かな改善点など詰め作業をする段階であって、そろそろ次の2023の中では、これを前提として医療DXをどう進めるのかという議論を本格的にすべきである。

つまり、どういうことかということ、これまでの議論の中で出ている医療DXというのは、どちらかというと医療サービスの提供サイド、サプライサイドの業務効率化にやや近い、提供側の議論が多かったと思う。しかしながら、ここから先は、国民、患者側の観点に立った場合に一体何が起るのか、どうするのかにフォーカスすべき。結果的にそれがうまく回っていくと、医療費の地域の格差とかという議論を、格差の是正という切り口ではなくて適正化にどう結びつけていくのかが、重要になる。それから、国全体で見たときに過剰な医療というものがどこにあって、何をどう削ったらどういう効果がマクロで出てくるのかということが見えるようになると思う。

マイナンバーをベースにデータを繋げていくことの意味というのは、個人において氏名を特定して、もちろんそれはデータとして使う段階では加工するけれども、健康データが縦の系列として蓄積されるということと、それからあとはその人が引っ越しを行ったりした場合でも、引き続きデータが欠落せずにそのまま分析の対象として持っていけるといっても非常に大きなところで、したがって、例えばそれによって地域のまちづくりであるとか、あるいは様々な取組が、地域によって違うものが個人の健康にどういう影響を及ぼしたか、それが医療にどんな影響を及ぼしたのか、かけた医療行為というものがどういう効果を持ってその地域とかエリア、国全体でマクロのインパクトを与えたのかということを実は見られるわけである。

資料1の50ページを、先ほどの説明の中ではさすがに細かい話はなかったのだが、この右側のところに「基本的な考え方」で「DXとは」という形で書かれているところがある。ここはまさに私が今申し上げたような話が書かれている部分で、それに基づいて工程表というようなものが策定されるという議論にここできているはずであるが、個別各論になると、トランスフォーメーションというところの意味が、ある意味で言うところちょっと忘れられてしまって、従前の議論の延長線上に何かを形式的に継ぎ足していく、あるいは過去を振り返りながら、過去に作ったリストのできなかったところをどう埋めていくのかというふうなところに先祖返りするところがあるかと思う。

厚生労働省については、やはりこういった観点で先を見渡して、これから何ができるのかということは今から準備していかないと、ある意味で言うとガラパゴスになってしまう恐れがあるということである。つまり、健康保険証とマイナンバーカードを一体化したことの意味がどこにあるかと、そこをまず踏まえた形で政策の根本を見直して、新しい議論をはじめていく。それが財務省のおっしゃったような全体としてのマクロでのコストの縮減、あるいは適正化というところに結びつく議論につながっていくはずだと思う。

○委員

私から3点、薬剤と地域医療構想、介護に関してコメントと質問がある。

まず薬剤に関する質問になるが、資料1の37ページの薬剤費について、薬剤費の資料をこうした形で説明されることが多いのだが、この薬剤費には包括払いに含まれる薬剤費や、介護保険や予防接種に含まれる薬剤費なども正確に把握できているのか、過少推計になっているのではと思うが、私の理解が正しいか、説明いただきたい。

資料2の6ページでは、OECDのHealth Statisticsに公表されているhealth expenditureの統計を使っているが、日本政府がOECDに提出しているこの統計は推計方法の詳細が公開されていないので分からないことが多いのだが、多分厚生労働省の統計と同様の問題があると思う。過少推計されていて、実態は国際比較ではもっと高い水準にある可能性があるのではないか。その上、日本では2020年のデータがまだ公表されていないので、EBPM推進の観点からもデータの推計方法の見直しに取り組んでもらいたい。

また、処方薬には消費税の影響があるので、国際比較するときはその点も重要ではないかと思う。誰もが容易にアクセスできて、国際比較もできる統計としてOECD基準で推計した統計を整備することが重要で、医薬品産業政策の検討や評価を正しく行うためにも不可欠だと思う。この点は資料1別添の有識者検討会の報告書の最後で指摘されている点でもある。

いずれにしても、薬剤に関しては海外に比べて使用が多くて、今後、高齢化に伴って薬剤費の上昇が見込まれているので、改革工程表に記載されているような薬剤自己負担を本格的に検討すべきと考える。

2点目の地域医療構想も多くの委員から指摘されているように、2025年の目標が近づいているわけだが、あまり進んでいない現状である。2025年の目標を2040年にしようという話も出ているようだが、そういった曖昧なことがないようにしてほしい。

10年近くたっても進まない理由として、日本は民間の医療機関が多いので、医療機関の自主的対応に期待して進めようとしてもうまくいかないという指摘がよくされるのだが、ほかの国をいろいろ見てみると、民間が占める割合が多い国でも、病院の再編成を着々と進めてきている。そうした状況をみると規制的手法を用いる必要があると思う。民間の医療機関に対する協力を法制上求めていくことは、そういった意味でも意義があるのではないか。

診療報酬においても地域医療構想と連動させるような診療報酬体系を目指すべきで、現在の看護師配置などの外形標準について、形式要件ではなく、どのような患者を受け入れているかに焦点を当てるべき。先ほど委員から地域医療構想を最初に始めたときにはそうしたデータに基づく議論がされていたということなので、ぜひ診療報酬体系と連動させて進めていただきたい。

最後は、介護の利用者負担であるが、負担能力に応じた負担とするために、医療との整合性を図ることは必要と思う。高齢者には、貧困の高齢者もいるのだが、資産は高齢者にかなり偏在する。資産も負担能力に反映するという。これはマイナンバーが貯金口座に紐づけられるのを待つのではなく、早急に進めていただければと思う。

○委員

私から順不同で4点ほど申し上げたい。

まず1点目は介護について、利用者負担の見直しを早急に行うべきだと思う。特に2割負担の対象者を拡大させるべきである。

2024年度からの介護保険事業計画期間で、残念なことにケアマネジメントの利用者負担や要介護1・2へのサービスの地域支援事業への移行というものは実現できなかったということであるから、ほかの改革をもっときちんと実行するべきだと思う。私も属している全世代型社会保障構築会議では、私も介護について相当意見を申し上げたが、結局、はっきり言ってのれんに腕押しだった。経済財政諮問会議こそがこの介護保険に関して改革をきちんと打ち出していく最後のとりでと言ってもいいのではないか。

それから、もう一つは、1号保険料が利用者負担を増やさないことによって増える可能性があるというところはしっかり介護保険の保険者にも訴えていくべきだと思う。利用者負担の2割負担の拡大をしないと、1号保険料も上がってしまうことになるという関連性があるというところは重要なポイントだと思う。

2点目は地域医療構想である。先ほど委員が入院料と病床機能報告が関連づけられていないという資料2の17ページの話がされた。私も全く同感であり、私も厚生労働省の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会に入っていた。そのときの議論は、地域医療構想と診療報酬は関連づけるべきじゃないというような話が当初はあったわけだが、先ほど委員もおっしゃったように、病院経営の先行きの見通しということを考えると、どの機能を果たせばどういう報酬が得られるのかというところの関連付けは、もはや意識しないではいけないという段階に来ているのではないか。

つまり、当然のことながら、どの入院料でどの病床機能を果たすのかというところの関連づけということを意識しながら、2025年までに病床の再編をきちんとやっていただくということが大事だと思う。

3点目は、マクロの総額管理について、もちろんハレーションが大きいということは承知しているが、今の診療報酬改定の決定のプロセスを見ると、とてもではないが、規律が

働いていない。診療報酬の改定率が先に決まって、その後で各保険者が保険料を決めるという順番になっていて、保険者から診療報酬を過度に上げるべきじゃないというような牽制効果は極めて弱い。もちろん中医協には支払側の委員がいるが、やはりこのように保険料が上がるのだったら、過度に診療報酬を上げないでほしいという規律が働いていないということは重大な問題だと思う。ですから、そこはしっかりと何らかの形でたがをはめるということが必要で、もちろん、対GDP比で何%にするとかというような粗いものはよくないと思うが、きちんとエビデンスを持ちながらコントロールしていく必要があると思う。

最後に医薬品についてである。先ほど資料2でもあったが、ギリシャが一番多いというのは事実で、私もギリシャに現地調査に行ったときにギリシャの医療関係者が、たくさん薬を出す医者はいい医者だとギリシャで思われているというような話をしている、何かどこかで聞いたことがあるなどと思ったら、それは我が国だった。そのようなことがあって、ギリシャは「財政破綻」した後、相当手荒い医療改革を強いられたわけである。つまり、そのような手荒い医療改革をされたくないというのだったら、今まだきちんと財政が回っているうちにしっかり改革を進めていくということが必要だと思う。

その点では、第4期医療費適正化計画において多剤投薬の是正というものに取り組みされることはいいことだと思う。しかし、私も委員をした社会保障制度改革推進会議における医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門委員会、これは第7回会合が2016年3月23日に開かれたのだが、そこでまさに第3期における医療費適正化基本方針が議論された。そのときの多剤投与に関しては、10剤以上であればアドバースドラッグリアクションという副作用が発するのだから、10剤以上の多剤投薬をしっかりと見ていくべきではないかという意見があったにもかかわらず、結局は15剤以上しかモニターしないというのが基本になってしまった。もちろん、今、厚生労働省で議論されている中では6剤以上というような話も出ていると聞いているが、そのことを第4期医療適正化計画に埋め込めるのかというところが聞かれていると思う。今の多剤投与についての議論の方向について伺いたい。

最後に、リフィル処方箋についても同様であり、せっかく仕組みを入れたのだけれども、その仕組みがきちんとワークしているのかということはいささかデータを取ってモニターすべきであり、何か厚生労働省のほうでリフィル処方箋の実態というものを把握しているのであれば、ぜひ伺いたい。

○委員

私から2点申し上げる。

まず1点目として、OTCで買えるようなものを保険診療の枠から外してどんどんセルフメディケーション側に移していくということを、既に指摘されているが、多くの人たちが、それぞれの症状でどのような薬を使えばいいかといったリテラシーがあまりないからこそ病院に行ってしまうのではないかと。従来、薬機法等で制限が強かったが、今後リテラシーの普及啓発事業等も含めて、あるいはそのような情報発信や規制緩和のようなことを実施

するなど、セルフメディケーションをどのように進めていくのか、どのように検討されているのかということをお願いしたい。

加えて、委員も指摘されているが、やはり効果に関するエビデンスが十分でない治療とか、あとはコストと効果が正直見合っていないような治療をいかに保険適用から外して自由診療側にするのか、副作用が少ないようなものであればOTC側に回していくかというのは、恐らく非常に重要なところではないかと思うが、これは今後どのような方法で進めていくのかということも、何かプランがあれば教えていただきたい。

○厚生労働省

まず、地域医療構想とかかりつけ医機能を中心に回答申し上げたい。

地域医療構想については、担当から説明させていただいたが、去年の9月からここでの意見をいただきながら年に2回、各都道府県に対して進捗状況の調査を発出したことから、いろいろな状況が分かるようになった。本日の資料1の参考資料においても、地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況や検討がされていない理由、重点支援区域の数や、病床機能再編支援事業の交付実績などについて説明した。これらのこと以外にも非常に多くの項目を調査しており、重点支援区域の設定の可否を判断した都道府県の割合について、100%にするように進めているところである。

資料2の3ページのところにも進捗状況を出していただいている。これは2015年と2021年度報告である。毎年、社会保障ワーキング・グループの資料として公表しているが、2020年度報告時よりも病床数が増えている。第42回社会保障ワーキング・グループにて報告した2020年度報告では、足下が120.9で2025年の見込みが119.8ということで、ベッド数の削減が大幅に進んでいる。一方で、コロナ影響によって、若干見直しをされているところがあり、今回増えてはいるが、ベッド数としては病床機能再編支援事業の活用も進んでいる。

また、病床機能の役割のところは厚生労働省としても重々認識している。医療機関も大分悩んでいるところがあり、このようなところに資するような、もう少し足下に届くようなデータ分析も支援できないかということも厚生労働省のほうでは考えている。重点支援区域は地域医療構想調整会議で合意形成がされたものが上がってくるが、必ずしも地域医療構想調整会議の中で合意がなされていない段階で相談をしたいというようなこともあるので、合意形成のいかんにかかわらず、地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業を令和4年から始めており、再編検討区域を含めて、合意形成される前の段階で総合的な支援がされるような事業などが必要になっていると考えている。このようなことを財務省に理解いただき、予算がつけられているのである。

各都道府県にも病床機能報告と病床の必要量、病棟であるか、病床であるかということでデータの乖離があるということはこれまでも申し上げているが、そこが実態、データで説明ができないほどの乖離があるということについて、どのように考えているかということとは時々機会を設けては伺っている。病棟というのは最多だと60床で、60床以下が病棟な

ので、そこを一つのカラーに色分けするということが、大分誤差が生じているのではないかということは、よく都道府県から伺っている。そこについて、どうしても主たるところでボタンを押すので、カラーも必ずしも同等にはならないということが非常に大きな理由であるということも伺っている。

また、病床機能報告では非稼働病棟の数もカウントしており、これが3万床弱ある。そこについても平成30年の通知のときから示しているが、今回も3月31日に出した通知の中でも相当程度細かく非稼働病棟について見直すようにと指示しており、また、これについて3月の調査も既に発出して、取りまとめをなるべく早い段階でしたいと思っているが、今後、9月の調査などでは非稼働病棟の考え方についてはもう少し深掘りしていきたいと思っている。

先ほどから、知事権限や医療機関の努力義務、法的な措置が必要ではないかという意見をいただいている。資料2の4ページで、医療法で既に定められている権限があり、これに基づいて知事の権限が発動されている件数が少ないという意見があった。協議が調わない場合、地域で不足している医療機能を担うよう要請するというケースが4件であったということだが、その下の条件付き開設許可は114件ある。記載はされていないが、医療機能の転換などに関する書面やその協議は39件あり、必要な対応は知事がされているのではないかと。

これについても都道府県と話をしたが、結局のところは、医療機関の合意の下でなされることのほうが後々スムーズにいくということが言われており、それはそのとおりだろうと思っている。地域医療構想調整会議であるかどうかは問わず、まずは地域の中でよく議論をしていただくような関係性ができたということは、地域医療構想の大きな成果だとは思っているが、そのように水面下でも、表面上でもいろいろな議論を進めていただくような努力はしていると都道府県から聞いている。

また一方で、医療機関に義務を課すべきではないかという指摘もあった。これについても、既に医療法の中には定めがあり、医療機関は都道府県からの求めに応じて地域医療構想調整会議に参加する努力義務が既に医療法第30条の14の第3項に定められているほかに、地域医療構想調整会議の合意事項には協力をしないといけないという努力義務も第30条の14の第2項の中に定められている。

したがって、一応法的な措置としての仕掛けは医療法に定められており、どうやってもう一步押すかというところで、医療機関も経営のことを重々考えており、将来にわたってどのような形が望ましいかということは分かっている中で、厚生労働省としても支援ができるような取組をしていきたいと考えている。

また、かかりつけ医療機能についても意見が幾つか出ていたと思う。これは様々な会議体で議論された中で、全社での報告を踏まえて厚生労働省としては医療部会でも審議した上で、このような形で今、参議院で審議中である。

委員から認定・登録の話があった。そのような意見があったことももちろん承知はして

いる。ただ、一方で、厚生労働省としては全社の報告書にあるような結論を踏まえて、医療部会でも議論をした。今回の中では、総理からも発言があったが、フリーアクセスを担保する中で地域において、地域の実情に応じて医療の機能がどのように果たされているか、こういったことを踏まえて適切に医療提供体制を確保するということを目指すものである。

委員から医療機能情報提供制度の意見をいただいた。その点について本日の資料に記載があるわけではないが、かかりつけ医機能については資料1の48ページに、今のところは入院に関しては26年が病床機能報告で、外来機能報告が令和3年、今般、かかりつけ医機能報告について無床診の対策などを含めた報告制度を設ける。そのうえで、大事なことは、国民の皆様にしっかりこのような情報提供するという仕組みが普及しているかどうかということも重要だと思っている。

今まで18年から行ってきた医療機能情報提供制度であるが、委員からの指摘のとおり都道府県に委ねている部分が多く、大臣告示等々で報告すべき項目は留意事項まで細かく規定はしている。七百何項目あったと思う。そのうち診療報酬に依拠しているところは120項目ほどあったと思うが、どのようなものを報告すべきかという定義はしっかり国で定めてはいるものの、どれくらい利用されているか、都道府県によってどのように示しているか、ということまで介入はしていなかったということは事実であり、今般の医療法改正の中では、そこも含めて情報も提供項目の見直し、あと全国統一システムの構築を目指したいと思っている。その際には、国のほうでもIDを持って都道府県の行っているところが見られるような、また、どれくらい利用されているかということが分かるような仕組みにしていきたいと考えている。

○厚生労働省

まず、質問や意見が非常に多かった薬の関係から回答等をさせていただく。薬剤の自己負担の関係で、これはかつて令和2年の社会保障審議会の医療保険部会等でも議論をしている。その際には、例えば医療資源の効率的な活用を図る観点から、保険者の立場からも上手な医療のかかり方、セルフメディケーション推進策を講じるべきであるとされたほか、薬剤自己負担の見直しや他の薬剤給付の適正化策について引き続き検討すべきとされていた。

令和4年度の診療報酬改定においては、それを受けて、外来患者について保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限を1処方につき70枚までとしていたところを63枚までに変更を行うといったような適正化策を行っている。

次に自己負担の関係で、医療保険における自己負担については、昨年10月から後期高齢者の2割負担への引上げを行ったばかりである。これは資料2にあったとおり、75歳以上の方の薬剤の使用というのが非常に急速に増える。そのような意味では、後期高齢者を2割負担に引き上げたことは影響があるかとは思いますが、まずこの検証、影響を把握する必要があるということで、今、様々な調査等を行っているところである。

いずれにしろ、こうした取組の影響をしっかりと確認した上で、先ほど紹介があったように、薬剤費の在り方については、医薬品の迅速安定化供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会においても構成員から様々な意見をいただいているので、この検討会における議論を踏まえつつ、必要に応じて医療保険部会や中医協において議論いただきたいと考えている。

さらに、資料1の36ページの国民医療費、薬剤費等の推移というところで、これは報告されているDPC等の薬剤費が入っていないのではないかとという質問があった。薬剤費には、DPCをはじめとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合は含まれないということである。ただし、DPC対象の病床数というのは、近年ではほぼ変わっていないので、傾向を見るという意味では薬剤費が急速に伸びているといったようなことは当たらないかと思う。これは資料2では伸び率として出されている。

実際の薬剤費比率としてというのであれば、資料1の36ページを見ていただきたいと思う。質問があったのは、DPCで使われる包括されている薬剤の費用はこれに入っているのかという内容だったが、これには入っていない。

ただし、DPCの病床数自体がここ数年増えていない。近年では増えていないので、そういった意味で傾向として見るに当たっては薬剤比率が急速の伸びているといったようなことは当たらないかと思う。正確な薬剤費という意味では、確かに委員の指摘のとおりだと思う。

さらに、薬の関係で質問があったのは、適正化に関して多剤投薬の是正といったところで対象とする薬剤の数である。第4期医療費期適正化計画においては、委員の指摘のとおり6剤以上投与されている患者を対象として取組を進めていくということで、今回見直しをしている。そのような形で進めている。

また、リフィルの関係で質問があったかと思う。リフィルについて評価をしたところ、普及率としては非常に低い状況だったが、リフィル処方をした医療機関及び受けた患者等々、質問をしたところ、基本的には患者から申出があればリフィルを処方したい、また、患者のほうもそのようなことであればリフィルを使ってみたいというような意見も非常に多くあったということで、これはリフィルという制度自体に関して普及啓発が非常に必要だということを認識している。つまり、リフィル処方のメリット等も含めて、リフィルの認識を深めていただく、そのような取組をしていきたいと考えている。

それから、効果が乏しいものについて外していくべきということについてだが、当然指摘のとおりだと思う。入れる場合に関しては、技術についても、薬についても、エビデンスを確認して入れているが、長い時間が経過すると、新しいエビデンスが出て効果が乏しくなってくるという点については、一部、毎改定ごとに外しているが、それをどのような対象範囲で考えていくのかというのは、確かに指摘のとおりであるかと思う。

また、選定療養の関係で意見をいろいろいただいた。選定療養については、どのような範囲で検討していくのかということのを毎改定ごとに行っている。様々な意見をいただき、そ

の上で選定療養の枠組みをどのようにつくっていくのか、どのように広げていくのか等々も含めて検討していきたいと考えている。

さらに、データヘルスの関係で民間事業者、いわゆる保険者のほうのデータの利活用の関係の質問があったかと思う。基本的には健保組合などのKDBを使っていない保険者に対してもデータヘルス計画をしっかりと共通指標として掲げて、データヘルス計画の中で共通指標に関する集計、このようなものをきっちりして、自分たちの保険組合の抱える課題、それをどのように解決していくのかということをしっかり検討する必要があると思っており、しっかりとPDCAを回していく必要があるということで、データヘルス計画の共通指標に関する集計アプリの開発と、それを活用していくというような取組を令和4年の補正から進めていくということで立てている。

また、委員から適正化計画の関係で都道府県ごとの地域差の関係の意見があった。白内障とがん以外にどのような疾病、医療行為があるのかということであったが、まず、白内障とがんについてはある程度データをそろえているが、それ以外については研究事業を今年度から立てて、さらにどのようなことが、どのような財政インパクトを持っているのか、それをどのように取り組めばいいのかということも含めて研究事業を起こして進めたいということで、これを計画しているところである。

白内障やがんの財政的なインパクトだが、都道府県ごとに今の状況においては差がある。例えば白内障については、入院で行う患者、外来で行う患者、これらを都道府県別に見ると90%のところから三十数%まで差がある。入院して白内障の手術をすると、入院している施設によって変わってくるので、1人当たり5万から10万ぐらいの入院費用、これが変わってくるということになる。都道府県の状況によっては、その件数によっては大きな財政インパクトになる部分もあると思う。ただし、これはなるべく全部外来で行えばよいというものだけでもないので、非常に高齢化している方を対象にする、それから、交通の便が悪い方など、患者ごとに合った形で提供しなければ、副反応とは言わないが、ほかのことが起きる部分もあるので、それは都道府県の中でしっかり考えて、どこを目標に、どのような取組をすれば入外比率を適正なところに持っていけるのかということを考えていたきたいと思っている。

ただし、財政的には非常に大きなインパクトがあるので、都道府県としてはそれを踏まえた上で適正なところを検討していただきたいと考えており、そのような形で計画を進めていただきたいと考えている。

○厚生労働省

医療DXについて質問をいただいた。医療情報プラットフォーム等も含めてということで、確かに指摘いただいたように、本日のアジェンダは、第45回のアジェンダに合わせて今の状況の説明をしているので、オンライン資格確認とマイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等、それらはすでに大分できてしまったことではないかという指摘については

その通りだと認識している。

その上で、まさに今、資料1の50ページにある骨子はまだそれこそ骨子段階だが、この中でも少し触れているが、今まさに工程表を策定すべく作業をしているところであるが、指摘のように医療の質の向上やサービスの向上、このようなものを含めて、どのようなことが提供できるのか、どのような改革が行われるのかということの基盤になるものとしての医療DXである。

当面はまずこのようなデータの共有化ができるとか、そのようなことも含めての基盤の部分になるので、例えば共有すべき項目のリストアップであるとか標準化、交換規格、そしてオンライン資格確認のシステム、ネットワークを拡充してそれに対応できるものにしていく、このようなことを行うまずは基盤部分をベースに今はこの骨子が書かれているが、医療の質の向上や国民の受けるサービスの向上につながるような部分というのは当然視野に置いてということで我々も認識をしている。

それから、先ほど紹介した資料1別添の有識者検討会の報告書の骨子について、いろいろな指摘をいただいた。これは骨子の頭にも書いているが、これまでいただいた意見を暫定整理したものはある。そして、昨日提示をしたところ、それこそ非常に多くの指摘を検討会でもいただいた。このようなものも含めて、今後、取りまとめに向けて整理をしていきたい。そして、その整理の全体の横割りなどを、産業政策の観点から検討して、安定供給をどうするかということをやっているのです、それを今度実際に薬事や薬価など、そのようなところでどのように実現していくかということの検討をお願いしていくという流れになろうかと考えている。

○厚生労働省

まず、給付と負担の見直しについて、夏に向けてしっかり議論を進めるべきという意見を多数いただいた。繰り返しになるが、資料1の10ページにあるとおり、夏に向けて介護保険部会等で議論したいと思う。なお、利用者負担については、高齢者医療制度との整合性を踏まえるべきというご指摘をいただいたが、今年の議論の際にも、一方で介護サービスは医療と違って長期間利用されるといったことも踏まえて、高齢者の生活実態も含めて議論すべきということになっている。今後、資料1にも書いているように、議論に当たっては高齢者の生活実態、生活の影響等の把握も併せて議論していただく必要があると考えている。今日いただいた指摘も踏まえて、しっかりと検討していきたいと思う。

あと、要介護1・2の者の生活援助サービスの地域支援事業への移行についてだが、これは資料1の27ページ目、66のaというところで報告しているが、結論から言うと、第10期計画に向けて結論が出るように検討を進めるとされている。

なお、要支援者の移行をしているが、住民主体の基盤整備が十分進んでないのではないかという意見もあったので、まずはそのような基盤整備の進め方、課題、対応策も含めて、総合事業の充実策について併せて検討を進めていくことも必要と考えている。

また、給付と負担に関して、資産の勘案についても指摘をいただいた。ご指摘のように、現状、基本的に介護保険制度はフローの所得で市町村民税の課税の有無や合計取得金額等で判断している。一部補足給付については、預貯金額の勘案ということをやっている。ただ、この金融資産を全面的に把握する際にはやはり介護保険者である市町村が正確に情報を把握できるように、あるいは公平性の観点からもマイナンバーの動きというのがやはり重要になってくるかと考えている。そういった全体の制度の状況も見ながら、金融資産を勘案することについての是非も含めて議論していきたいと考えている。

○厚生労働省

最後に、委員から給付と負担の長期見通しについて、新しい将来推計人口が4月26日に公表され、データの更新がされた。それ以外の要素、労働力需給推計や、あるいは経済前提、これは長期のところは年金の数字を使っているが、それらのデータも収集しながら、いつ見直せるのかということとは関係省庁ともよく相談しながら検討していきたいと思う。

○財務省

まず、主に総額管理の話とデータの話をしていただく。複数の委員から総額管理に踏み切ったほうがいいのではないかと指摘をいただいた。確かに今、公費については歳出の目安という形で社会保障費にある程度の目標がはまっている形になっているが、やはり保険料も含めた抑制が必要な局面になっているかと思う。

冒頭申し上げたように、子供で新たな費用がかかる。これは80万人割れという数字が出ている中ではやむを得ないことかと思う。一方で、やはり現役世代を賃上げして消費を活性化しようという局面なので、保険料が伸びていくこと自体は高齢化でやむを得ないことだと思うが、それをいかに抑えていくかという方向性を打ち出していく必要がある局面になっているかと思う。

その上で、総額の目標というものを考えるときに、どのような範囲でどのような設定をするのかというのは、かなりの議論が必要かと思う。したがって、これは検討を続けた中で、同時並行で医療・介護についてはまだまだ個別に手直しすべき無駄な部分、それからやはり負担できる方が負担していない部分というのがあるのではないかと思うので、そういった全体の議論と個別の手直しという部分は同時並行で進めていくことが必要なのではないかと思う。

また、複数の委員から、データの件で指摘をいただいた。ここ数年、インフラが急速に整備されているのではないかと考えている。特にマイナンバーカードを健康保険証で活用すると、この受け皿が現在、医療機関、薬局で急速に整備されていて、既に過去の診療、投薬履歴を患者や担当医が参照するのは可能になっている。また、この医療情報プラットフォームという形でさらに幅広い健康診断とかも含めた情報の共有が目指されている。

問題は、やはりデータを単に集約、共有、あるいは学術的に分析するだけではなくて、

いかに質が高い効率的な医療につなげていくかということが重要かと思う。非常に分かりやすい例で言えば、今、電子処方箋というものが整備されつつあるが、これがあれば患者の処方箋情報がまさにリアルタイムで医師によって把握することが可能になるので、例えば重複投薬、重複検査といったものの効率化が技術的には可能になっている。そのほかにも、医療の質を高めるためのルール整備というものがまさに必要かと思っている。

○委員

やはり委員の皆様方から指摘があったように、社会保障関連は毎年大事な話ではあるが、今年は相当な覚悟を持ってやらないといけないと考えている。

その上で、本日指摘があった幾つかのポイント、なかなか進まなかったところに関しては、やはりしっかりとした結果を出していくことが大事だと思う。なかなか難しかった分野なので、簡単には進まないという事情もよく分かる。厚生労働省の方々も相当な尽力をされてきて進んできている部分があるのもよく分かる。ただ、それでは足りないということが明らかになった話だと思う。特に今までの工程表に書き込まれている、あるいは骨太方針でも書き込まれていることが実現できていないのは明らかに大きな問題であり、これを行っている、検討している、ではやはり済まない問題だと思う。

このような状況の中で、今年どれだけの結果を出せるかという意味では非常に大事な局面になっている。今年の夏までにとか秋までに検討という話があったが、そのような状況ではなく、今年の骨太にしっかりと結果を出していくことが何よりも大事なので、ぜひ尽力いただければと思う。

特に委員から話があった地域医療構想については、資料にあったように10年間進んでいないのが現実で、これだけ見れば、明らかに失敗事例である。失敗に終わらせるのはあまりにももったいない話で、厚生労働省から説明があったように、進んではきているわけである。これをしっかりとした成果に結びつけないといけないと思う。そのためにはやはり骨太方針に書き込まれていたような都道府県の権限の明確化というものはしっかりと実効性のあるものにしていくことが重要であり、これからいかにしっかりと進めていくかということ、単なる検討だとか情報収集に終わらせずに、結果をきちんと出していく、実効性のあるものにしていく、ということぜひ意識していただければと思う。

それから、介護保険の話もずっと言われている話である。いろいろな事情があることも分かる。この間変えたからというのも分かる。ただ、やはり我々がこれを簡単に変えていくチャンスがないことを考えると、今年しっかりと骨太方針に向けて結果を出していくことが大事であり、極端に言えば利用者2割負担の範囲の見直しはしっかりとやっていただかないと、全ての方に2割負担をしていただくぐらいの覚悟を持ってやらないと、本当に大事なところにお金が出せなくなる。

やはり医療・社会保障関係のところは必要なお金がいっぱいあるわけで、本当に大事なところしっかりとお金を出していくためにどのように負担をしていただくかというところ

をしっかり考えていく必要があると思う。その点では、薬剤の話もやはり高額の医薬品にお金を出すためにも、低額なものに関しては自己負担をしっかりとさせていただくと、ここもやはり相当な覚悟を持って実現させていくべきだと思う。

それから、総額管理、データ活用、医療DXについて、これらは今すぐ結果を出すという話ではないが、今日しっかりと委員の皆様で議論があったことを前に進めていくということが何よりも大事なので、チャットの議論もぜひしっかりと記録していただいて、この先に進めていただければと思う。

(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

<参考1>

総額管理を行うにあたっては、医療費の総額（の範囲）がそもそも何なのかを問う（きちんと定義する・統計を整える）必要があると思う。

総額管理の議論は重要だが、「削るべきところを削る」のではなく「削りやすいところを削る」ことになりかねない。

適切に削るためには、適切な情報開示が必要だと考える。

<参考2>

委員の指摘はもっともで、NDBではカバーしきれないところを、マイナンバーを活用した新しい枠組みで乗り越えていく、という姿勢が大切で、それに基づいてコストの最適化を進めるべき。

EBPMをしっかりと進める、ということに尽きると思う。

<参考3>

セルフメディケーションを推進する上で、重要なのは専門性を持った医療職（医師・薬剤師・看護師・栄養士など）のアドバイスであり、その意味でも「実質的に役にたち、責任のある」かかりつけ医機能をもつ医療者（開設者）の認定が必要と考える。

<参考4>

医薬品についての総額管理と、後期高齢者医療についての総額管理、といった区分から始めてよいのではないかと思っている。

<参考5>

総額管理ではないが、フランスではONDAMという伸び率管理を行っている。これは何もしない場合の次年度の医療費の推計を行ったうえで、各種対策を行った場合の医療費を推計し、その後若干の調整をして目標伸び率を設定する。対策ごとの医療費適正化効果はONDAM

のアネックスに記載されていて、年度ごとにその効果について改めて検証される仕組みになっている。我が国もNDBと介護データベースが整備されたので、同様のスキームで運用が可能だと思う。ONDAMのアネックスに記載されていることが我が国の改革工程表に相当するものなのだろうと思う。フランス的な枠組みで改革工程表の実効性を高めることが必要だと思う。そのためにはNDBなどのデータに関する省庁側の分析力を高める必要があると思う。

セルフメディケーションに関しては、欧米で行われているTherapeutic Health Educationという枠組みが参考になる。

THEを行う主たる職種はかかりつけ薬局の薬剤師や開業看護師である。

フランスもイギリスも個々の医療機関の経営分析を支援する仕組みを構築している。そのような枠組みが必要かもしれない。

<参考6>

委員の指摘通り、診療報酬という単価だけでなく、数量や適用された対象者に対する、現状よりも詳細な分析が必要だと思う。その際、同一個人の紐づけがまだまだ不十分な部分は、マイナンバー（資格確認）等で早急に進展させていただきたい。

<参考7>

フランスにはAgence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP)という組織があり、病院や介護施設の機能の見直しに関するコンサルティングを行っている。

厚労省が頑張ってNDBと介護との紐づけもかなりの精度でできるようになった。行政研究への活用を進めることが喫緊の課題だと思う。各分野の若手研究者の方々が、同じ各省庁から選ばれた若手官僚の人たちと一緒に分析するプロジェクト方式のようなものができるといいのでは。

<参考8>

医療機関の経営情報は日本ではアナログな閲覧にとどまっている。デジタル臨調の議論で、電子媒体（PDF）での開示は進むようだが、重要なことは、それらを電子的に分析できる状態とすること。また、11万の医科診療所のうち、4万の個人診療所は医療法人となっていない個人事業主で、経営情報の開示を行っていない。

保険医療機関すべての経営情報報告の義務化を進めて、医療機能の再編にも役立てる必要があると思う。

保険料だけでなく、自己負担割合も重要で、ベストミックスが必要。

「医療介護総額抑制」というよりも「医療介護給付総額抑制」のほうが、より現実的な面があると思う。

<参考9>

データを活用して医療費の適正化を図る枠組み作りとルール整備を急ぐ必要がある。