

## 第48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11月14日（火） 15:00～17:00

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  | 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  | 後藤 玲子  | 茨城大学人文社会科学部教授                 |
| 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、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、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

まずそもそも論として、この今日の議論をぜひ次の全世代型社会保障会議や経済財政諮問会議はもちろんのこと、ちょっと機動的に反映していただきたい。意見だけ言うけれども、いつも時間切れで通らないということがままあるので、その点、改めてお願いしたい。

厚生労働省の資料1に基づいて5点ほど話したい。

まず10ページの薬剤の自己負担について、こちら、4番の長期収載品と後発品との差額を自己負担するというのでまとまっているが、ぜひ3番、4番、これは別に反するものではないと思うので併せて検討いただきたい。OTCに類似薬がある薬剤のほうがより対応はしやすいと考えられ、これらを保険適用の範囲から見直すということは非常に4番と類似した適切な判断だと思うので、ぜひ可能性を狭めず検討いただきたい。

加えて、もしこれにより後発品の普及が急速に進む、自己負担を避けて後発品の普及が急速に進むとなりましたら、今ついている薬局に対する後発医薬品の促進加算に対して追加的な効果はなくなると考えられ、既にもう後発品、数量では80%に近くなっていて、追加的な薬剤費の負担の軽減に加えて薬局の加算のほうが大きいというような状態になって

しまっている。ですので、この薬局に対する加算も順当に見直しをする必要があるのではないか。

2点目、33ページの地域医療構想で、このようなグラフを可視化していただいたこと、とてもよいと思う。引き続きぜひ進めていただきたいが、この点に関しては幾つか申し上げたいことがあって、まず、下の注2という細かいところで恐縮だが、このグラフ、もちろん大事だが、病床機能報告で急性期だとか回復期だとかというように報告しているのはあくまで病院の正直言うと自己判断的なところがある。必ずしも定量的な基準ではなくて、診療報酬での算定などを見ると大分差異があるということはもう既に財務省の資料などでも指摘済みかと思う。

やはり物差しが違うというのは非常に今後いろいろなことを考える上で不便だと思うので、地域医療構想2025アフターみたいなことを検討されるのであれば、ぜひ病床機能報告における急性期病床の基準というのも例えば診療報酬の基準に準拠していただくとか、もう少し分かりやすいというか、現場にとってもどういう入院単価にしたほうがいいのかということを考えられるような資料にしていただけるとよい。

あわせて、財務省の資料の中にもあったが、公立病院への繰入金、公立病院は今回コロナで多くの補助金を得て経営状態は非常に改善したにもかかわらず、いわゆる総務省等から、ないしは一般会計からの僻地医療等々を含めた様々な繰入金というのがまだ残っており、逆に経営が潤ってしまった分、改革意欲がそがれているというようなところもある。これは公、民、問わずだとは思いますが、ぜひせっかく地域医療構想で必要なものを集約していきこうという流れがあるにもかかわらず、何か様々な別のルートでの補助金等によってうやむやにならないように全体として流れを整えていただきたい。

それから、55ページ。かかりつけの検討会のことだが、これは10月13日に初回の会が行われて大変注目して見ていたが、どうもやはり後ろ向きというか、人数が多過ぎるというか。様々な多立場のそうそうたる方々だと思うのだが、どうもやはり両論併記になって、あまり結局変わらないのではないかなという印象を持った。割とどちらかというとGPにするのは大事かもしれないが、今のGPにはこういう課題があるといったあら探しのところも結構あって、本当にかかりつけをやる気があるのかとちょっと疑うような感じで、1回目としては残念な印象を持った。今後の議論に期待したい。

それから、59ページ。医療・介護の経営状態ということで、これはサンプルが200とか300なのか。先ほどの財務省から説明いただいたページの32ページから39ページにわたるかなり詳細な1万件当たりのデータを集めた分析からすると、どうしてもこれでこのまま受け取っていいのかということもあり、ここでは病院の経営状況がコロナ禍で悪化と書いてあって、さらに補助金が縮小されるとさらなる悪化とって何か補助金が大事かのような書き方になっていて、これはないだろうと。恐らく事実とは全然異なるのではないかと。こういう資料が出て、これが全てだと思われると非常に語弊があるなということを感じた。ぜひ資料の出し方なども工夫していただきたい。

それから、77ページ。リフィル処方箋について、これは普及していないことの一つの要因として、リフィル可の場合はチェックを入れるというようなことで、面倒くさいとチェックを入れないということになっているので、これを例えばリフィル不可の場合だけチェックを入れるとか、ちょっとした見直しでリフィルは進むのではないかと。現実問題としては、もう180日間以上長期、同じ処方を定期的に受けているという方が3割近くに上るといような日本調剤の調査結果もある。ですので、国民にかなり普及しているにもかかわらず、リフィルというような仕組みが普及しないというのは国民においての利便性も非常にそぐものになっている。これはぜひすぐに見直せることの一つだと思うのでやっていただきたい。

## ○委員

大きく分けて2つ。まず、資料1の10ページ、長期収載品の保険給付の在り方について、選定療養を活用するということで平成14年の健保法改正附則2条で定めた7割給付の維持に抵触しないし、保険給付からいきなり除外するよりも患者負担はかなり小さくなるので、これは優れた方法だとは思う。

ただ、これは一種の参照価格制度だと思うが、ドイツやフランスでは短期的には効果が出て長期には効果が出ない、あるいは特定の薬効領域では効果が持続するとか、いろいろミックスした結果が出ている。なので、丁寧かつ継続的な制度設計が必要ではないかなと思う。

これに関連して、資料1の10ページの①～③の手法、先ほど厚生労働省の説明では④を中心にとということだったので否定していないということはよく分かるが、よく見ると③は①と②を内包している一方、OTC類似薬に限定している。保険給付の在り方という観点から見ると、OTC類似薬に限定する必要はないというのが一つ。骨太等、OTC類似薬が筆頭に挙げられているのでそうなっているのだとは思う。実際には、複数の医薬品において一つ薬効領域に適応があり、一つの薬効領域に複数の医薬品があって、さらにOTCも含めての検討になると、実務的には大変ではないかなと思われる。厚生労働科学研究等を通じて、実際のシミュレーションみたいなことをやらないと議論が先に進まないのかなと思う。

それから、高額薬剤が相次いでやはり保険収載されてきているから、この長期収載品の薬剤費削減だけで済むのかが私はかなり疑問に思っており、その意味でもOTC類似薬以外の薬剤の再評価みたいものを行う必要がある。現在の保険の給付範囲をよく見ると、エビデンスの乏しいまま、一種の政治力で保険収載されたものが結構ある。それらについて既得権益化しているので、関係団体を恐れず検討の俎上に上げるべきだというのが一つ。

それと少し関連するが、最近、エビデンスに基づく地域フォーミュラリーというのがようやく形をなしつつある。よく考えるとエビデンスに地域性はないので、地域フォーミュラリーでなくてもいい。臨床的に有効性を再評価して、その上で国がフォーミュラリーのようなものを作成して、特に一つの先発品に対して数十も後発品がある場合もあるので、

推奨リストみたいなものを作るべきではないかなと思う。

それから、2つ目は77ページ以下のリフィルについて。

ナッジだと思うが、リフィル処方可をデフォルトにして、不可の場合だけチェックさせるのがよい。これは後発医薬品について一定の効果を上げているから効果があるはず。

それから、財政審の資料によると、処方箋料の時限的減額みたいなものが提案されている。これ自体、良いとも思うが、そもそもよく考えると、受診の度に医学管理料を毎回取られている。特に厚生労働省の資料によると高血圧症とかアレルギーとかについてニーズが高い。特に特定疾患管理料が問題である。これは252点もあって、月2回、算定できる。医学管理をきちんとやっていれば、リフィル処方に適した患者がもっと出てくるはずだが、特定疾患管理料は月2回算定できるのに対して、リフィル処方になると再診料も含めて取れないからリフィル処方をしてないのではないかと疑われる。

いずれにしろ、医学管理料とこのリフィル処方との関係はもっと明確にして、減額するのであれば、この医学管理料も対象にすべきではないか。

#### ○委員

一つは、イノベーションと、それから、薬価について。財政の持続可能性をどういうようにバランスさせるかということなのだが、先ほど委員が指摘された長期収載品等の自己負担の在り方、見直しについて、私も非常に興味を持って医療保険部会の議論を見守っているところ。個人的に今回、これはかなりここまで踏み込んだなというので非常にびっくりしており、今まで一律3割負担だったが、ちょっと見直そうというような動きが出たというのは非常に注目していいと思う。将来的には資料1の10ページの④だけではなくて①、②、③と広がるかもしれないが、これは非常に大きなインパクトがあるので、ぜひ集中的に議論していただきたい。

2つ目、リフィルについて、これは前回の診療報酬改定で大臣折衝のところ突然出たネタで、中医協でリフィルの話はあまり議論していなかった。だから、どれだけの効果があるかというのもあまり分からないところがある。先日の中医協の会議でも、あるいは今日見せていただいた資料でも、非常に効果が限定的であるということ。ですから、どこまで伸びるかどうかが非常に分からないということ。ですから、いろいろな仕掛けはしてもいいと思うのだが、どこまで効果が上がるかというのはぜひデータを蓄積していただきたい。

それから、地域医療構想について、先ほどの病床機能報告を拝見すると、マクロでは病床数は落ちているが、やはり急性期の数字はなかなか減らないというのが大きな問題である。診療報酬改定でも例えば心電図モニターを上限から外すとかいろいろなことを工夫してやっているが、むしろ急性期一般の数字は上昇しているというような傾向があって、なかなか難しい印象がある。今回はダブルの報酬改定であり、介護と連携する形で、特に急性期には高齢者の要介護状態の人が結構入っているということで、何らかの形で連携する形でここをできるだけ効率的に運営するというような仕掛けが必要ではないかなと思う。

診療報酬改定だけではなかなか難しいなというのが正直なところ。

それから、財務省からの説明はなかったが、資料2の16ページに子供の基本戦略、子育て支援について記載がある。その効果はEBPM等々でちゃんとチェックしていくということだが、これは経済財政諮問会議でも数字が出ているが、5兆円で出生率0.1ぐらいということ、本当に効果があるのか、PDCAをまわしてしっかりと検討しないといけないというような気がせざるを得ない。今日、議論になっていないが、私はこれはしっかりと検証すべきだと個人的に思っている。そんなことを言ったら怒られるかもしれないが、効果はあまり期待できない気もしており、危惧しているところ。これでほかのところの効率化にそれがばねになっていけばいいが、これ自体、検証すべき点の多い政策ではないかと思う。

あと最後に、非常に多くの取組を紹介されて、それはそれぞれで取り組んでいただくとして、ボリューム感が欲しい。大体どれぐらいの全体としての金額ベースで削減効果があるかなというのは非常に気になる。特に2025年以降の財政健全化政策、対策等に非常に大きな影響、社会保障改革というのは及ぼすはずなので、全体でこういう改革でどれぐらい効果があるのか。これはむしろ内閣府の仕事かもしれないが、そういう非常に大きな金額ベースの効果の数字を見たい。

## ○委員

まず、資料1に沿って各論で何点か申し上げたい。

第1に、薬剤自己負担について。骨太方針でも金額ベースで見ても後発品への置き換えが諸外国より低いという認識が示されている中、創薬イノベーションを適切に評価していくためにも、長期収載品については後発品との薬価の差分を自己負担とする仕組みなどの導入を政府内で検討いただく必要があると考える。

第2に、介護保険について。先ほど福祉用具貸与と総合事業の上限制度について、前回のワーキングでお尋ねした点に回答いただいたことに感謝する。さて先日の介護保険部会では、1号保険料について応能負担の考え方を強化する方向で議論が進んだという報道を目にした。それに加えて、利用者負担の範囲の見直し、多床室の室料負担の論点も結論が1年先送りされているわけであるので、今回、見直しについてぜひとも成案を得ていただく必要があると考える。

第3に、地域医療構想だが、資料1の31ページを拝見すると、7年間で進捗率はざっと2～3割というところである。特に急性期と回復期について課題が極めて大きいことが明白であるように思う。ここはやはり都道府県の権限強化とその権限の行使ということについて議論を前進させていただく必要があるのではないかと思う。

第4に、かかりつけ医について。私はかねて医療機能情報提供制度の刷新の中身が重要と申し上げてきた。この点、本日、資料2の135ページで診療実績に関する情報提供の強化について検討が必要と述べられていることに同感である。患者が医療機関を選択するに当たっては、機能だけではなく実績の情報が極めて重要であるし、実績について専門家や医

師同士がレビューできるという点でも意義が大きい。使える情報を提供するという観点からの検討をお願いしたい。

第5に、報酬改定について。医療・介護分野の経営状況について、これは先ほど他の委員も言及されたが、厚生労働省と財務省の本日の資料を見比べると、サンプル数やデータの取り方の期間などの点で、財務省が機動的調査として網羅的に集めて示されたデータのほうがバイアスや誤差が小さいと見受けられる。様々なデータをあらゆる角度から見る必要があると思うが、特に国民負担に直結する政策決定に当たっては、より正確なエビデンスに基づくことが求められる。

財務省の調査によれば、特に診療所に高い利益が出ているということであるので、そこは一定の引下げを行っていただき、病院や介護施設における処遇改定に充てるということに納得感がある。そのように取り組んでいただくことこそが、岸田総理が10月の所信表明でおっしゃった「高齢化等による国民負担率の上昇に歯止めをかける」、「高齢化等による収益の増加が処遇改善に構造的につながる仕組みの構築」につながるのではないかと。

第6に、働き方改革については、看護職の特定行為についての規制改革などの検討もお願いしたいと思うが、医師の偏在の是正は速やかに手をつけるべき課題である。これは中長期的な視野を持つ必要があり、病院・診療所間の医師偏在、地域間における医師偏在について、資料2の37～38ページ辺りで示されているような経済的インセンティブによる対応というのは大いに検討に値すると考える。

第7に、リフィル処方箋について、今回、資料1で調査結果を示していただいたが、まず基本的な認識として、これは活用を進めるということが基本方針のはずである。説明の中で都道府県ごとに今後の取組を進めるという話があったと思うが、やはりその際には地域差なども見ていただき、今後の活用策についてのアイデアを示していただく必要があると思う。

リフィル処方箋の割合について、資料1の83ページでは合計で0.04%～0.05%という数字が示されており、資料2の42ページでは0.148%という割合が示されている。いずれにせよ利用は低調であり、22年度の報酬改定の想定からは乖離が非常に大きい状況である。既に複数の委員が言及された処方箋の様式変更ということもぜひ検討いただきたいが、資料2の42ページの下の方の囲みの中にいろいろな提案が述べられており、国民負担という観点からは処方箋料全体を時限で引き下げるといったことも検討いただくことが求められているのではないかと。

最後、第8に、介護事業の生産性向上について、ICTや介護ロボットの導入とそれによる配置基準の柔軟化、それから、経営の協働化・大規模化、これらの取組を確実に加速させていかないと、団塊世代の存在を考えた場合、本当に大変なことになるのではないかと。今年の年末の介護報酬改定は、そうした強い危機感に基づくものになることを期待している。

○委員

まず1点目、委員も言及されたが、子供・子育てのというより、PDCAに関して話があった。一般論として、子供・子育てに限った話では必ずしもないが、決まったことについて、効果がないと分かった時には取りやめるという決断をするべきだと思う。そういう決断をしていく勇気も持つ必要がある。その上で、改めてやるべきか、やるべきでないかということは考える必要があるということ。金融界でも損切りが最も難しいので、効果が上がらないことをずっとやっていることの無意味さというのは考える必要がある。

2つ目、財務省が行った機動的調査結果のことについて。診療所か病院かにかかわらず、本来は患者に信頼され、過剰ではない質の高い医療を受けられるということが担保されるなら、利益を上げること自体が悪いことだとは決して思わない。しかし、補助金を受けているのにデータが出ないとか、それだけでも驚きだが、補助金を受けて利益が出ているのもやはりおかしい話になってしまっている。こういった調査結果は有益なので継続を望むが、コスト面からも難しいとすれば、代替的な方法や定期的に行うなど何らかの措置を考えていただきたい。

3つ目、医薬品について。国民皆保険の持続性は重要なポイントだが、イノベーションの推進も重要である。とかく医療の話になってくると国民皆保険とかイコールアクセスとかの話が多くなってしまっていて、創薬などイノベーションが起きるような措置というのはどちらかという置いてきぼりになりがちだと思っているので、そうなり過ぎないように改めてぜひお願いしたい。

また、リフィル処方箋について、これは多くの委員が既にコメントされているが、やはり決まったことなのに徹底できていないことについては私自身も不満がある。実際、私も使えなかったというものがあり、きちんと取りまとめられて良い施策を決めているのに使われなければ意味がないということなので、いかに社会実装するかということが肝心かと思う。このリフィル処方箋は内容が分かりやすいということもあり、社会実装が成功すれば今後の施策の良い事例になり得るので、その試金石としてうまく見せられるか、が重要であると思うので、ぜひ頑張ってもらいたい。

最後、医師などの先生とか公務員とか、世の中の勝ち組とも言われる分野の人たちに対して特別に、働き方改革を国として一生懸命推進するということは一見とても分かりにくいと思う。働き方改革が必要な背景には、一つには人材不足というのがある。医療・介護の担い手不足が懸念されているということも大きいので、医師、看護師、介護士が担うべき分野を柔軟化してタスクシェア、タスクシフトを大胆に進めるべき。

## ○委員

まず、参考資料1について、医療と介護をやはり一体的に考えることが必要。地域医療構想においても、これから何が大きな課題になってくるかという、基本的には高齢者救急である。日本全体の救急の推計をすると、全体的には救急が2割、3割増えるが、75歳未満は減っていく。これから増えるのは75歳以上で、特に85歳以上が2倍ぐらい増えてい

く。その増加内訳としては、肺炎とか骨折とか心不全とか尿路感染症とかそのようなものだが、そういった疾患で急性期病院に運ばれてくる人たちの多くが実はもう、参考資料1にも掲載されているように、介護保険を使っている。要するに、介護の現場から急性期が生じて、その人たちが運ばれてくる。

私たち、要介護状態が悪化する要因の分析というのをやっているが、一番の要因は年齢。それ以外の悪化の要因としては、病院への入院である。病院に入院すると高齢者は要介護度が悪化する。その結果として介護給付費も上がる。ただし、ここで考えなければいけないのは、肺炎にしても、心不全にしても、ある程度予防ができるということである。問題として、そのようなメディカルな予防的ケアマネジメントが今の介護保険の中のケアマネジメントであまりやられてない。

それから、高齢者が入院して在院日数が長くなるとどうしても要介護度が悪化する。したがって、入院した時点でどのような状態の人なのかという情報を前方連携の中で把握して、それに基づいて入院期間中にも適切なADLのケアをやっていく。それをやることによって要介護度の悪化をある程度予防することができる。このようなメディカルな予防的ケアマネジメントをいかに今の医療・介護の中に入れ込んでいくかということが、実はQOLの視点からも、それから、医療費、介護給付費の抑制、増加という点からも非常に重要であり、だからこそ、高齢者救急をどのように見ていくかということや地域医療構想の調整会議でしっかりと話し合っていたきたい。結局それが病床機能のところの急性期、回復期の見直しというところにつながっていくと思うので、その議論をぜひ具体的に進めていただきたい。

それから、もう一点は、最後のほうに救急を少し出しているが、実は日本の救急は一次救急、外来の救急が結構大事であり、この救急を誰が担うかということが実はそれぞれの地域の救急医療提供体制にとって重要である。医師会の休日・夜間診療所みたいなところがきちんと機能しているところでは、そこで一次患者を診ることによって病院の二次患者、三次というのを防いである程度抑制できており、それは医療費の適正化だけではなくて、医師の働き方改革とか医療職の過剰な労働を予防することにもつながる。そうすると、この救急の在り方のところで診療所と病院の在り方、協力関係をどのようにつくっていくかという、そういった視点が重要なのだらうと思う。

小児科領域では、地域の開業医の先生が病院に詰めて患者さんを診るということをやって病院の小児科医の負荷を下げるという、そういった協力をしているが、このようなことでかかりつけ医機能としても評価していく。今回の財務省の方の問題意識も理解できるが、病院と診療所の関係性を何かと対立構造に持っていきような議論になってしまうとこと危惧しており、病院と診療所がやはり協力できるような形の診療報酬のつくり方、また、それを可能にするような病診連携の在り方を地域医療構想で話し合っていたことが大事。

私が常々思っていることは、例えば外科医の先生方、整形外科医の先生方、あるいは眼科の先生方が40歳ぐらいで開業してしまう。そうすると、もう手術しなくなってしまう。



優れた技術を持っている先生たちが開業して診療所で勤めると同時にあまり手術しなくなってしまう。それは非常にもったいない。そうすると、アメリカみたいに診療所の先生が病院に行って手術をやる、といった病診連携のようなことも促進するような、何かそういうことを診療報酬とか地域医療構想調整会議とか地域医療計画の中で少し具体的に議論していただけたらいいのではないかと考える。

最近、ずっと地方の過疎地域の医療状況を見学して回っているが、地方のほうでは実は診療所がなくなるということが病院の負荷を非常に高めている。したがって、地方におけるプライマリケアをいかに維持するかということは非常に大事で、それが可能になるような診療報酬体系とか地域医療計画の在り方というのを具体的に考えていただきたい。

## ○委員

私から質問という形で、特に財務省の財政制度等審議会の事務局の皆様の主として、回答いただくのは厚生労働省の方でも構わないが、質問をさせていただく。

資料2の79～81ページに医療DXの話がある。昨年度はどちらかというとマイナンバーカードと健康保険証の一体化というような論点が多かったが、それがある程度進んできた中で、次の段階として、DXの効果を取り上げたい。前回の社会保障ワーキング・グループでは時間がなかったので、医療DXについて詳細な質問があまりできなかった。本日の回答で定量的なものを出すのは難しいという話もあり、私の問いかけと厚生労働省の理解が必ずしもかみ合っていないという感じがしたので、たまたま今回、資料2（財政審）の中でも本件に関してしっかり示されているので意見を伺ってみたいと思う。

10月に開催された一体改革推進委員会のキックオフの段階では、分野問わずDXというようなものを重視するという基本的な考え方が提示された。総理もおっしゃっており、日本では医療DXだけを進めるということではなく、行政の分野横断的に軒並みDXを進めるのだと。通常、DXを進める場合、行政などのサービスの質が上がる。それから、迅速性が高まる。そして、コストが下がる。これらは官民間問わず全ての分野に共通である。だから、DXを進めるのであって、それは医療の分野でも非常に重要だということ。

財政審議会の話の伺っていると、医療費の地域差の適正化、あるいは所得や資産に基づく負担の適正化というのは結局負担をどのように下げていくのか。特に公的な負担をどのように下げていくのかというようなところで、例えば、無駄な医療行為があればそれらを減らして適正化していく、あるいは応能負担ということで払える人には払ってもらい、というようなことが、地域のばらつきを是正する中で見つかるのではないかと、などのような議論が重要である。だから、DXを医療の分野で推進するということと従来やってきたことというのは、実は共通部分が多くある。

前回、私はボトムアップ、トップダウンという話をしたが、定量的なものを出すことが難しいというのは、事例を積み上げながらボトムアップで行こうと、前例が少ないからそこからロジックが出てこないということを示しているが、実はDXというものがそもそもど

うであるかということを見ると、トップダウンで、DXをしっかり導入をしていく結果として、国民医療費の抑制ができるのではないかと。とりわけ、その中で公的負担がそれに伴って比例的に、ないしはメリハリをつけた形で抑制することができるのではないかと。ということが根本にあるため財政制度等審議会でのこの分野が扱われているということだと思う。

その精度はともかくとして、DXの効果というのは医療以外の分野では出てくるはず。例えば自治体のDXではまさにそういうことが議論されている。医療分野においてDXをやるといったときに、いつも医療の質の向上ということは書かれているのだが、質の向上というのは言い換えれば質を同じにしたらコストが下がるということなので、本日の厚生労働省の回答における計算できないという言い分に対して、ああそうですかと理解することは困難である。医療分野においては、政府全体として様々な分野でDXを進めるということの大本の大きな考えから外れたロジックになり、事例を並べるだけであとは目をつぶって走るという形になるのではないかと考えている。それゆえ、この辺りをさらっとかわされると困ると思う。

#### ○委員

私から3点あり、1点目は、資料1の3ページの①で指摘をされている中長期的な薬剤費の在り方等の課題への対応ということについて、同じ資料1の13ページの注1に、これは昨年度あるいは今年初め頃の議論でも指摘したが、薬剤費には、DPCをはじめとする包括して算定されている場合は含まれていないとあるが、ほかにも含まれていない重要な項目が幾つかある。本日の日経新聞でも包括払いの薬代は年間1兆円規模という指摘がされていた。この正確な統計整理はどういうように進めるのか。特にこの薬の場合にいろいろな意味で中長期的な在り方を考える上でも必要だと思う。

私からの提案は、これは他の委員からも何度かこの委員会で指摘されていたが、OECDに提出しているhealth expenditureの薬剤費の項目、そこを精緻に推計をすることが第一歩と思っている。

2点目は、経営の見える化について、財務省から機動的調査の報告があったが、今年の5月に経営情報等報告制度が成立して、法人単位の事業報告書のデータベースが進んでいると思う。改革工程表どおりに進んでいけば令和3年度分のデータベース化が既にされていて、財務諸表の分析は可能のはず。ですから、今後、データの蓄積を進めるだけではなくて、以前から報告されている法人単位の事業報告書等のデータベース化によって財務分析を行えるようになってきていると思うが、状況について念のために確認をしたい。これは国民への説明責任を果たす上でも重要である。

最後、3点目、かかりつけ医に関して、先ほど財務省のほうから診療実績に関する情報提供の強化検討ということで、さきほど、委員からも指摘されていたが、日本の診療報酬はインプットとストラクチャーを重視して、アウトカムにコミットしない診療報酬で誘導してきたと思うが、診療報酬だけで政策を誘導していくというのは限界があり、かかりつ

け医制度の議論では診療実績に関する情報を何らかの形でぜひ提供することを進めていた  
だきたい。

#### ○委員

私からは、2点申し上げる。1点目は、資料2、スライド16について。他の委員から、  
こういった評価をすることにどれほど意味があるのかという意見があった。私も同じよう  
に思うところで、もし評価しなければならないのであれば、我が国においては財政均衡と  
いう観点から、子育て支援を強化する一方で現役世代の負担を様々な形で増やすというこ  
とが同時に行われているので、加速化プランの3兆円の効果を大まかに見ることと同時に、  
負担増が出生率等に与える効果等も評価し、並べて議論していただくのがよいのではない  
か。検討いただければと思う。

また、資料2、スライド14などにマイナ保険証の利用促進ということがあり、現時点で  
マイナ保険証の利用を促進するために行われていることとしては、金銭的なインセンティ  
ブを少しつけているということで、マイナカードを用いた医療扶助のオンライン資格確認  
なども検討されているそうだが、マイナ保険証導入を契機に、社会保障の崖や壁をできる  
だけでなくし、段差のない制度に作り直すというような検討もしていただきたいと思う。特  
に、障害者福祉の所得制限や、高額療養費制度に関して可処分所得の逆転が大きな問題に  
なっていると思う。マイナ保険証の利用促進を崖や壁をなくしてスムーズにすることと一  
体的にやることによって非常に大きな効果があるのではないかと思うので、そのような検  
討もしていただきたいと思う。

#### ○委員

全体的に非常に進んでいるというところと、一方、既に委員が言及されているところ  
があるが、あまり効果がないような治療なども医療機関によって行われており、そのよう  
なところに施策として手を入れていかなければいけない。過去に医療技術評価みたいなこと  
があまりされてないような状態でも入っていたというところがあったが、資料2では診療  
所において利益が結構出ているといったことなどが明らかになってきた。ここまで委員が  
言及されたことをちゃんと進めていただきたい。

#### ○内閣府

チャットで委員から、診療所の医療機能の可視化は重要ということで、医療法人化して  
いない診療所も含めた全ての医療機関について透明化を確保いただきたいという意見をい  
ただいている。その点を含めて、厚生労働省のほうから今いただいた質問、御意見等につ  
いてコメント等をいただきたい。

#### ○厚生労働省

薬剤の自己負担について種々意見をいただいた。資料1の10ページから12ページに関連資料をつけているが、9月の医療保険部会において、今回の資料で示しているような①から④の案を提示して、考え方や課題を示し、議論いただいた。その上で、11月9日の医療保険部会で、今回示しているのは、④の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとしてはどうかということで、そうした方向で議論がされて、また、具体的な方法としては長期収載品についての選定療養としての位置づけについてさらに具体的に検討を進めるということ。

少し割愛しているが、この選定療養についても、④の給付の在り方についても種々論点があり、まず選定療養として位置づけることについての話、それから、医療上の必要性等の絡み。また、選定療養に係る負担の範囲や、先ほども議論があった、長期収載品に係る現行の薬価上の措置との関係。また、後発品の安定供給との関係も非常に大事なので、こうした論点も示しながら議論させていただいたが、まずは年末に向けまして長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心に議論を進めていきたい。

それから、関連して委員から指摘いただいた12ページについて。こういう全体の改革を進める上で、やはりイノベーションの推進と安定供給に向けたビジネスモデルを転換していく。その上でまずイノベーションも評価をしながら、また、併せて医薬品の安定供給も確保しながら、そして、一番下の長期収載品については後発品へのさらなる置き換えをまさに従来とは異なるアプローチで推進する観点から今回提示をしており、これについても種々議論があるが、年末に向けてしっかり議論を進めたいと思う。

それから、リフィル処方箋について種々意見いただいている。リフィル処方箋については、令和4年度の診療報酬改定において必要な見直しを行い、今回、そういうことで実際の現場でどのように普及しているか、また、それぞれ関係者、これは患者、それから、医師、双方だが、これについてのどのような見方、また、普及をしていく上での課題についても丁寧に実態を調べさせていただいた。これに関して、まだまだいろいろな関係者の様々な意見、また意識もあり、このような調査、さらに検討を深めていきながら、方向性としてはさらなる活用促進も含めて、それに向けた丁寧な議論を関係審議会でも進めてまいりたい。

それから、今回、資料も掲載しているが、保険者努力支援制度における評価指標として、被保険者に対して保険者がリフィル処方箋について周知啓発を行っている場合について評価をするといった取組も盛り込んでいる。今回のこの調査においても、やはり患者自身の希望があったということもこの利用の契機になっているということもあり、こうした啓発のところも取り組むことも重要。それから、医療費適正化の指針においても今回、このリフィル処方箋関係も織り込んでいるが、まさに地域によってそれぞれの実情があるので、そうした実情も踏まえながら保険者、都道府県、医師等の間でも必要な取組を検討して活用を進めていくので、こうした地域の実情に応じた活用もさらに進めていきたいというように考えている。

それから、薬剤の絡みで13ページに薬剤費の推移を掲載しており、この※1にあるように「薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない」ということで、この点については以前の社会保障ワーキング・グループの中でも指摘いただいたところである。

直接は薬剤費としては含まれていないが、国民医療費の中には薬剤費も含まれているので、国民負担という観点からは薬剤費総額をしっかりと見ながら医療費の在り方を検討していくということであり、薬剤費の中でもいろいろ内訳も見ていく必要があるということで、14ページにもあるように、薬剤費が革新的ないわゆる新創品と新創以外の先発品、または長期収載品、後発品、その他というように分類されているが、こういう分類も行いながら、また、諸外国との比較においても様々な角度から丁寧に議論をしているところであり、こうしたいろいろな角度から見ていくことによってしっかりと在り方というものを総合的に考えていきたいと考えている。

それから、今回、医療機関の経営状況のデータということであるが、まさに医療経済実態調査の結果がまだ出ていないので、今回、このような形、いわゆる医療団体におけるデータを掲載している。今後、この医療経済実態調査もまとめ、様々な角度から詳細に分析をして、また、そのデータを各方面の医療関係の団体、また保険者、先生方がいる中医協の場で、議論をしていただくことになると思う。

また、大事な点として、今回、コロナ禍で医療費の統計自身が、医療費がこの間、伸びているといった状況もあり、そうした医療費のデータについても、前回は特例部分の影響をどう見ていくかというような指摘もあったかと思うが、63ページ、64ページにも今回掲載している。特例分の影響も含めてしっかり議論を進めたいと思う。

#### ○厚生労働省

まず地域医療構想について、2025年までの取組をさらに進めるために、都道府県に対して報告による病床数と推計による必要病床数の差異の状況、先ほど報告が自主判断だというような指摘があったが、そのような差異の状況、それから、医療提供体制上の課題、今後の取組などの調査を行いたいと思う。その上で、厚生労働省において必要な助言あるいは好事例の周知のほか、改革工程表2022も踏まえて乖離が大きい構想区域に重点的な支援を行うアウトリーチの対応などについて検討したいと考えている。

また、委員から今後の医療・介護ニーズの複合ニーズを抱える方、高齢者の救急などについて、地域医療構想調整会議でもしっかりと議論いただく必要があるのではないかとこの指摘をいただいた。こちらについては、まさに2026年度以降、新しい地域医療構想をどうするかという議論になるのかなど、そのような様々な課題に関して指摘をいただいているので、そのような議論の中で検討していきたい。

それから、都道府県の権限についても議論させる必要があるという指摘もいただいた。都道府県知事の権限については、都道府県のほうからは地域の医療関係者の理解を得た上

で進めているのだというように聞いているが、社会保障ワーキング・グループにおける指摘なども踏まえながら、そのさらなる権限の必要性等について都道府県の意見も聞きながら制度改正を議論する中で検討していきたい。

それから、続いて、かかりつけ医機能について。かかりつけ医機能については、今年の5月に医療法の改正が行われている。医療機能情報提供制度の刷新とかかりつけ医機能報告制度の創設ということになっている。現在、検討会を立ち上げて制度の施行に向けた検討を行っている。国民・患者が適切な医療機関を選択できるようにする。それから、国民・患者から見て、一人一人の医療サービスの質の向上につながるように検討を進めていきたいと考えている。

指摘いただいた診療実績の情報提供の強化あるいは診療所の医療機能の可視化などについても、かかりつけ医機能報告あるいは医療機能情報提供制度の中での報告事項などを議論するので、その中で報告の負担というものも配慮しながら検討していきたいと考えている。

#### ○厚生労働省

経営情報の見える化について照会いただいているので、回答させていただく。

資料1の28ページに関して、令和5年5月19日に公表された全社法、この中で医療法の改正が含まれている。医療法人に関しては令和5年8月以降に決算を迎える法人から順次経営情報を提出いただくということで施行された。これが8月以降の決算法人ということであり、決算の処理などを踏まえると11月末以降に実際には報告が上がってくるということである。これをデータベース化していくということになる。

また、指摘いただいた財務省で集計した資料であるが、これは都道府県に医療法人が決算の情報などを報告している事業報告書等ということですが、これについてもデジタル化という観点で電子的に報告をいただくということを進めている。こうしたものについては、またデータベース化を進めて、先ほど申し上げた経営情報などと併せた形で分析などをしていきたいと考えている。

#### ○厚生労働省

医療DXについて。医療DXによって、まず医療の適正化の効率化に資する、これは当然あると思っており、その上で、現在、工程表に基づいて取組を進めているが、既に運用が始まっているもの、まだ制度設計からしているものと、状況は様々である。医療費への具体的な影響額について、こういった形で示すことができるかよく検討させていただきたい。

#### ○厚生労働省

委員から1号の議論が進んだというご指摘があったが、1号については部会で部会長一任ということになっている。それから、利用者負担、多床室については家計調査の特別集

計のデータ等を公表しているが、高齢者の生活状況あるいは介護の利用状況というのは長期に及ぶと。介護が必要な方というのは高齢者の中の2割弱ということだが、一旦介護ということになると非常に長期にわたって利用される。その負担をどう考えるかというような意見もあって、議論を年末に向けて継続するという事になっている。

それから、生産性の向上に関して、これは配置基準との関係では、実証事業を昨年度、それから、今年度とやっている。実際に現場でいうと、今、1対3というのが基準、基本であるが、多くの施設で1対3というのではなかなかできない状況で、実証実験でいろいろなテクノロジー、やる気のある事業者、民間事業者の特定施設の複数の施設でやっていただいたが、過半の施設は3に行かなかったという状況だった。

効果があったものとして、テクノロジーが挙げられると思うが、むしろ委員が言及されたタスクシェアがあり、間接的な業務を集中的にやってもらうことによって、直接介護する人がそれに専念するという事による効率化の効果が高かったというような結果になっている。この実証の結果を踏まえて年末に向けて検討していきたい。

協働化・大規模化も大変重要なので、これも重要なテーマとして給付費分科会で今、議論しているところである。

委員から医療と介護の連携、これは給付費分科会で重要なテーマとしており、介護施設あるいは介護サービスと医療との間の情報連携みたいなことについて重要なテーマとして議論いただいている。

#### ○厚生労働省

追加で経営情報の見える化の関係だと思うが、委員からチャットで質問いただいている個人も含めた医療機関について透明性を確保いただきたいということについてお答えさせていただきます。

医療法人の経営情報、令和5年8月から施行でこれから集めさせていただくということであるが、医療法人については、病院だと7割。診療所では4割ということで、設置主体としては大きな塊というか、一番大きいということ。そういった意味で、医療法人の経営情報を集めることによって、一定程度、医療機関の経営情報というのは把握できるのではないかと考えているが、一方で、個人の診療所なりについては、こういった経営情報と言っても、財務諸表などを作成するという事になっていないので、求めたところでもなかなか集まらないということも現実の問題としてあろうかと思う。そういったことも含めて少し慎重にこの部分については考える必要があり、医療法人の制度ということで進めさせていただきます。

#### ○財務省

委員からご質問いただいたので回答申し上げたい。

医療DXが進んだときのその効果を定量的に示すべきではないかというもっともな意見が

あった。医療DX、せっかく進めても結局質の向上ですとかコストの軽減につながらなければ意味がなかったということになってしまうので、そのコストの効果をはかっていきたい。例えば、電子処方箋が実装されるとリアルタイムで、ある患者が前回どこの薬局に行っただという処方をもらったのかということが分かるようになるので、重複投薬や多剤投薬というものが一定程度抑制できる環境が整うと考えている。

一方で、その環境が整うだけでは、それが活用されるのかということ、どこまで進むのか分からない。DXを進めて、その効果を上げていくためにはルールも一緒に定めていく必要があるのではないかな。

例えば、第3期、医療費適正化計画においては重複投薬とか多剤投薬、こういったものを適正化すると600億円ほどの医療費が適正化されるというデータがある。これは一定の試算に基づいて、重複投薬であれば3つの医療機関以上から同じ薬をもらっている場合とか、多剤投薬、多剤投与の場合には65歳以上で15種類以上、こういった方々が半分になる場合の効果ということで機械的に見込んでいるが、こうしたルールを定めて、もちろん個人によって医療の必要性は違うので画一的な例外なしのルールというのは難しいのかもしれないが、原則的には重複投薬というのはこういうもの、もしくは多剤投与というのはこういうもの、それ以上は保険では扱えないといったルールを定めた上でDXを活用していただく、こういう視点が必要なのではないかなと考えている。

また、資料2の75ページについて。事業報告書、今回、機動的調査を行ったが、本来であれば委員の指摘のとおり、都道府県にアップロードされているものを使いたいというように思ったが、右下のほうに書かれているとおり、現時点でホームページで閲覧可能な自治体が一部にとどまったということがあり、ちょっとDXとは逆行する形にはなるわけだが、財務局の職員が都道府県に直接尋ねてデータを集めてそれを打ち込んでという作業をした。

先ほど厚生労働省から報告があったが、この事業報告書もホームページで閲覧可能になってデータベース化されていくと考えており、76ページ77ページにあるように、これとは別の文脈で経営情報の見える化ということも行っており、これは匿名情報ということになるが、事業報告書よりもより詳しい情報が集まるということなので、今回には間に合わないが、例えば次回の診療報酬改定等においてはこういった情報、データも活用しながらデータに基づいた改定を行っていく必要があるのではないかなと考えている。

## ○内閣府

資料2の16ページに経済財政諮問会議の民間議員提出資料で子供の出生率にどのような影響があるのかというような効果分析について、委員から発言があった関係で若干補足させていただきたい。

もともとこれを出したのは、いわゆる経済的支援に関わるような支出だけではなくて、経済の構造や社会の意識など、そういったことも含めて総合的に検討していく必要があるのではないかな、というような視点を経済財政諮問会議から少し出していったらどうかとい



うことで、このような試算を作らせていただいた。

ここに書いてあるとおり、今回のこども未来戦略方針では、若年世代の所得向上、社会全体の意識変革、切れ目ない支援という3つの重要な課題を基本理念として進めるということ。資料2の16ページに書かれているような3つの箱のそれぞれが基本理念になって、それを総合的に少子化対策として推進するのだというような趣旨が含まれているので、単なる経済的支援だけではないということが今の子供・子育て政策の立てつけになっているところである。こういったことで、幾つかEBPM等を活用しながら、我が国の重要な政策について諮問会議なども活用して進めていきたいと考えている。

#### ○内閣府

チャットで委員から、薬剤費の正確な推計は非常に難しい。卸の販売データには包括払いも含むが、損耗のデータも入ってしまっているという関係の意見があった。このIQVIAのデータについては、厚生労働省の審議会等でも示されているものがあるかとは承知している。

また、委員から個人の一人開業医などで、経営情報の開示が現実的な問題として難しいことはよくわかるが、住民がこれから、その診療所も含めてかかりつけを選択していくことを考えると、例外を設けるべきではない、という意見や、制度を導入しても、データは集まらないし、金額シェアはおそらく小さいと思うが、だからやらないというのは、かかりつけ医の報告制度に照らしても、矛盾すると思う。個人事業所は6万か所あるので、数としては必ずしも小さくはない、という意見もいただいている。

#### ○委員

改革工程表の改定という観点で追加の意見を申し上げる。今日、話が出た国保の普通調整交付金と介護の調整交付金に関する改革は、工程表にずっと書いてある状況が続いており、結論を得ることではなく議論を続けることが工程になってしまっているところがある。地方団体のご意見や難しい課題であることはよく理解しているが、来年度が経済・財政一体改革の仕上げの年だという点を踏まえて、今回の工程表改定において今のままでいいのかということはぜひとも再度ご検討いただきたい。

もう一点、本日の冒頭で他の委員も言及されたことだが、全世代型社会保障構築会議でも年末に成果をまとめられるとお聞きしている。やはりそこにはこの社会保障ワーキング・グループで長年蓄積された議論や直近の議論をできる限り織り込んでいただきたく、そうした調整もぜひお願いしたい。

#### ○委員

いろいろな議論があったが、結局、年末にかけて医療関係者が注目するのは診療報酬の改定率だと思う。ただ、その改定率、例えばプラス1%で5000億円ぐらいプラスになって

しまうことを考えると、プラス改定というのは歳出改革というように政府が言っていることと全く逆行する方針で、少なくとも歳出改革とうたうからには、医療・介護の診療報酬の改定においてプラスはないだろうと。つまり、もっと効率化を図るべきだし、無駄を省けるところはたくさんあるだろうと、そういう議論を基調に進めていただければと思っています。

#### ○委員

今、議論があったように、今年がとても大事な年であることは間違いないと思う。3報酬の同時改定があって、その一方で、歳出改革が求められている。全世代型社会保障のほうでも議論されているが、今日、我々のところから出てきた話はずっと言われていて、検討をずっと続けているだけではないかという委員の指摘もあった。私も長くワーキング・グループの議論に関わっているが、いつまでなかなか結果が出ないというのは非常にまずいことだと思う。DXみたいなことはこれから必要なことではあるが、やはりスピード感を持ってやっていくことも重要だし、アウトカムをしっかりと出していくことも重要である。

いずれにしても、この改革工程表、年末までにどういう形で改革の具体案を盛り込んでいくのかというのはとても重要だと思っているので、今日出てきた議論を引き続き検討する、ということで終わらせずに、ぜひ工程表の中にしっかり書き込んでいただいて具体化をしていただければと思う。よろしく願います。

(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>

診療所の医療機能の可視化（患者のための可視化でもあり、提供者の質の評価のための可視化）は重要。医療法人化していない診療所（個人事業所）も含めたすべての医療機関について透明性を確保頂きたい。

#### <参考2>

薬剤費の正確な推計は非常に難しい。卸の販売データは、包括払いも含むが、損耗部分も含んでいる。このデータはIQVIA社が独占している。

#### <参考3>

個人の一人開業医などで、経営情報の開示が現実的な問題として難しいことはよくわかるが、住民がこれから、その診療所も含めて「かかりつけ」を選択していくことを考えると、例外を設けるべきではない。

#### <参考4>

制度を導入しても、データは集まらないし、金額シェアはおそらく小さいと思うが、だからやらない(はじめからあきらめる)というのは、かかりつけ医の報告制度に照らしても、矛盾すると思う。個人事業所は6万か所(診療所全体は20万か所)あるので、数(つまり住民の選択肢)としては必ずしも小さくはない。