

第50回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2024年4月25日（木） 13:00～15:00

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 | 株式会社大和総研常務執行役員 |
| 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 | 土居 丈朗 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| 同 | 大屋 雄裕 | 慶應義塾大学法学部教授 |
| 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

2点ほど、まず、財務省の資料2のP31以下の薬価制度関係。いろいろ提案されているが、一番基本に戻って考えると、医薬品は薬事法で安全性・有効性を承認した後、本来は中医協で経済性も配慮して保険収載の有無を決めるべきである。ところが、医薬品については、医療機器や材料やほかは違うが、医薬品に限っては60日ルールがあり、薬機法で有効性・安全性が確認されると、経済性を配慮することなく自動的に60日以内に保険収載することになっている。このルールは1980年代半ばの日米経済摩擦のときに導入されたルールで、今から30年以上前のルールがそのまま見直されることなく続いている。これについては廃止あるいは非常に有効性が高いと見込まれる医薬品についてのみ限定的に適用するような、そういう形の改正、制度改革を考えるべきではないかと思う。

それから、費用対効果制度が実は厳格過ぎて、品目的に見ても限定的にしか行っていないというのは指摘のとおりである。この最大のネックは、実は中医協で議論しているときから既に分かっていたが、このやり方は非常に高度なテクニックが要り、人材不足である。ゆえに、これが大きなネックになり、対象品目を増やせないということであると思う。こ

の部分には即座に対応を取るべきであると考えている。

この問題と絡むが、治験で有効性が確認されても、実際の臨床では高齢者が多く、複数の疾患を持つ場合があるので、実際の有効性が違うことがよくあると思われる。これはフランスやドイツの例が示されていたが、一旦上市した医薬品について、一定期間後に現在の費用対効果評価制度よりもより簡易な方法で再評価して、実臨床上の有効性にに基づき価格の見直しをするか、あるいは価格見直しが非常に難しければ、現在進んでいる地域フォーミュラリのようなものを国レベルで作成して、推奨リストとして効果の高いものを別途列挙すべきではないかと思う。

3番目だが、新規性の乏しい医薬品、配合剤等が結構上市されていて、そのせいでかえって製薬企業のエネルギーが画期的な新薬の開発に向かっていないのではないかという考え方もできる。品目数はそれほど多くないが、類似薬効方式(Ⅱ)は廃止することも含めて検討したらいいと思う。これをいきなり廃止すると結構開発に影響が大きいという意見もあるかもしれないが、そのぐらいのメッセージを出さないと、いつまでたっても画期的な新薬の開発にエネルギーが向かわないのではないかと思う。

以上が薬価制度関係である。

もう一つ、医師数、医師偏在問題について、財務省の資料2では44ページ以下になる。数年前に経済財政諮問会議で1人当たり国保医療費のパネルデータ分析の結果を示した。そのときの結果では、医療費の増加要因だが、つまり、分解アプローチではなく多変量解析した結果では、医師数の増加が最大の要因である。その理由は財務省の資料2にも一部挙がっている。今後患者数も減っていくことが見込まれ、その中で医師数が増えていくと、実は医療の質にも大きな影響が出る可能性もあり、地域偏在や診療科偏在についての強力な是正策を導入するとともに、臨時定員の削減、恒久定員の削減に早期に踏み込むべきではないかと思う。

今、直ちに仮に定員を減らすことができたとしても、実働医師数はどんどんまだ増加していくわけである。ゆえに、もし偏在問題を本格的に解決するというのであれば、多数地域だけではなく医師不足地域以外での開業制限が必要である。あるいはかかりつけ医のことを考えると、かかりつけ医がなかなか普及しない原因の一つは、ソロプラクティスばかりだからである。ゆえに、グループプラクティスに限って開業を認めることや、あるいはこういう開業制限が非常に厳しいということであれば、保険医定員制の導入を真剣に考えるべきではないかと思う。

○委員

1点、地域医療構想についてだが、厚生労働省の資料1の13ページにあるような都道府県別・構成区域別の見える化はもちろん必要だと思うが、それだけでは手ぬるく、この左端のところのみでは、構想区域別の情報はこれまでも示していただいたが、ベストなのは2019年の9月に公的・公立病院に関して、診療機能の重複と近接に関して、医療機関ごと

の見える化をしていただいたことである。あれを5年たって、コロナ対応もいろいろあったが、その成果も踏まえて新たにまた出していただくことが、医療機関の気づきというか、自分事にする意味でもとても重要ではないかと思う。2025年という節目を迎え、まずはそこで目指したところがどこまで達成できて、コロナも踏まえて何ができたかということの検証を真っ先にしていただきたい。それがないと、何となくふわっとし過ぎていて、なかなか見るほうもやるほうも真剣に取り組めないのではないかと思った。

○委員

非常に詳細な説明ありがとうございます。

まず、厚生労働省の資料1のこれはよく出てくる地域医療構想の比較の図だが、例えば7ページについて、なかなか地域医療構想に想定したとおりに実際に数字が進んでいないということで、中医協でも結構問題になっている。中医協では診療報酬で対応せざるを得ないが、毎回ここで議論しているのだが、診療報酬の調整で目的に近づけるというのは限界があるのではないかという気がしてならない。我々は最大限のことをしている。今日も話があったが、もう少し規制面でトップダウン型で対応を考えることがあっていいのではないかという気がしてならない。それが1つ目である。

2つ目は、薬価だが、御存じのように今回の見直しで長期収載品の保険適用の在り方が見直された。資料1の47ページだが、私はここは結構議論があるのではないかと思ったが、予想以上にすんなりと皆さんのコンセンサスが得られたということだが、これのほかにも薬価については保険適用の在り方についていろいろ見直すことがあってもいいのではないかという指摘があった。すぐに全部手をつけるのは難しいかもしれないが、保険をどのように適用するかということについては、イノベーションと財政の両にらみでもう少し踏み込んだ議論があってもいいのかという気がする。

3つ目は医療費の地域差の話だが、先ほどの説明であったように、新しい取組がいろいろなされているのは非常によく分かったのだが、その中の一つとして、グラフで地域差が結構高齢になると高まると示されたところがあったと思う。資料1の24ページだが、先ほどいろいろな取組を始めましたということがあったが、地域差の在り方は特に高齢者医療の在り方にかなり力点を置いて議論しないといけないのかと思うのだが、そういうものを意識して議論が進められているのかを担当の方に聞きたいと思う。

財務省提出の資料2だが、これについては、資料2の44ページ以降で新しい提案がされていた。特に地域で診療報酬を変えてみるというアイデアがあり、これは結構報道でも注目されていたと思う。そこで聞きたいのだが、資料2の49ページの下のほうで色のつけ方を概念図で説明しているが、これだと都市部は診療報酬の単価を安くし、診療所が不足しているところは上げるということと見受けられる。そうすると、その趣旨はよく分かるが、都市部に住んでいる人は医者に払うお金が減って、田舎に行くと高くなるということなのか。それはまずいなという気が個人的にする。アイデアは分かるが、診療報酬で差をつけ

るといふことの結果が患者さんに影響が出てくると、それはいいのかという議論がある。これによく似た議論が敷地内薬局でもあるが、敷地内薬局についてよくないということで、調剤費は敷地内は低めにしているということなのだが、それだとむしろ敷地内薬局で薬を買ったほうが患者から見たら得になるという逆の結果が出てくる。それとよく似たことがここでも起こるのではないかと思う。

私は中医協にいるからということとこういう発言をするわけではないのだが、もう少し違う方法でいいのではないかという気がする。価格による調整というのは趣旨は分かるのだが、意図せざるゆがみを別途反映させるのではないかと思う。むしろ、これも議論の分かれるところなのだが、もう少し別の規制でがっちり縛りをかける形で地域間の医師の偏在やそういうものを調整することをやったほうがいいのではないかという気がする。これは議論の分かれるところであり、もしほかの委員の方々のコメントがあればぜひ聞きたい。

○委員

ありがとうございます。

全体についてだが、社会保障予算の総額に関して、いわゆる歳出の目安と呼ばれてきた、社会保障関係費の実質的な増加を高齢化による増加分の伸びに収めるということは、来年度以降も続けていただく必要があると考える。本当は高齢者1人当たりの医療費も十分に最適化されているわけではないので、高齢者が増える分は増やしてよいという考え方にも課題はあるわけだが、マクロの社会保障予算に関するガバナンスとして、これまでと同様の歳出の目安は、歳出改革努力を続けながら予算にメリハリをつけていくためにも、最低限必要だと思う。

また、歳出の目安とは、基本的に公費を対象とした考え方である。最近の様々な政府の決定を見ると、保険料率の上昇を最大限抑制するという話になっているので、ロジックとしては大元である給付の合理化・効率化を徹底していく必要があり、その結果として歳出をマネージしていく必要があるということだと思う。

次に、各論で、第一に地域医療構想だが、これは人口動態を踏まえた場合に、回復期病床が足りなくなるなど極めて重要な課題であるし、1人当たり医療費の地域差半減目標にも直結するものとして重視すべき課題である。さきほどの説明は、アウトリーチで国がかなりの力を入れていただけるという趣旨と理解したので、強く応援したいと思う。くれぐれも2040年に向けた議論に先送りする発想に関係者が陥らないように、2025年の目標実現を目指していただきたいと思う。

第二に、1人当たり医療費だが、医療費適正化計画における取組メニューの提供、これをぜひ積極的にお願いしたいと思う。

1点、資料1について質問だが、第3期のときにはかなり早い段階で外来医療費について6000億の適正化効果という試算が示されていたところ、昨年10月の本ワーキングにおい

て、4期についてはそういう試算がないのかということについてPDCA確立の観点から尋ねた。そのときには、その時点では推計ができない、都道府県で次の計画をつくることや、これまでの取組の評価をやっている、その結果を取りまとめて出すことになるという説明であった。第3期のときの6000億もそういうプロセスをたどって示されたものだったという説明だった。この点、資料1の19ページに示されている4800億円というのは、各都道府県の計画をベースに計算されたものと理解してよいか。

また、都道府県の計画の医療費見込みを精緻化して制度区分別に見える化する、それを保険者や住民が共有できるようにするという話だったが、その辺りも着実に進んでいるのかどうか教えていただきたい。

第三に、医療費適正化に関連して、普通調整交付金の話だが、岩盤になっている論点について議論を前に進めるという話を今日いただけだと思う。国保運営方針を用いて都道府県単位化の深化をはかることはまさに求められることだが、確認したいのは、第1段階として納付金ベースの統一を図ろうというときに、医療費反映係数と負担の公平性という点で、 α が0であれば同じ所得水準なら同じ負担という意味で公平だが、一方で、1や大きな数字であれば医療費水準に応じたものということで、医療費適正化のインセンティブが期待できると私は理解していた。 α を引き下げていくことは妥当だと思うが、現在1や大きめの α としている都道府県は、改革をするのではなくて現状是認でそうしているということなのかどうか、 α が高くて医療費適正化はあまり観察できないという評価になっているのかどうかを教えていただきたい。

また、保険料水準の統一と普通調整交付金の医療費勘案は、それぞれ基本的には独立的な話であると思う。資料1の41ページが端的に示していると思うのだが、財政力の不均衡を調整するものと言いつつ、医療費水準が高まると同率で普通調整交付金も増えるということが示されており、この仕組みは本質的な課題を抱えているのではないかと思う。ここは、財務省の資料の転載だと思うが資料1の42ページで述べられているように、標準的医療費ベースに改めた場合の試算を示すといった方向で議論を進めていただきたいと思う。

第四にかかりつけ医について。かかりつけ医機能報告制度が創設されるし、地域医療構想にもかかりつけ医の態勢を組み込んでいくという話になっているが、今日の財務省の資料2によれば診療所当たりの医師数が平均で1.3人とどまっているということで、これでかかりつけ医機能が十分に発揮していけるのか十分な検討が必要ではないかと思う。地域間の偏在もある中で、例えば診療所当たりの医師数2人を目指すなど、何かしらもう少しかかりつけ医としての機能を発揮できるような誘導や支援などの政策を検討すべきではないかと思うがいかがか。

それから、これまで医療機能情報提供制度の刷新の中身が重要であるということの本ワーキングで申し上げてきたが、私も医療情報ネット「ナビイ」で相当に条件を絞り込んで検索してみたのだが、住所、電話番号、受付時間、駐車場の有無、若干の特記事項が出てくるが、その程度の情報のみが示された医療機関がやたらたくさん表示され、私の検索の

仕方が悪いのかもしれないが、かかりつけ医を選択するツールとしては使えないと感じた。「ナビイ」はそもそも、「どこからでも、どんなときでも、かかりたい医療機関が見つかります」という広報がされていて、必ずしもかかりつけ医機能を見極められるような仕様になっていないと見受けられる。我々はいわゆるグルメサイトで飲食店を選ぶことがあるが、医療に関して口コミに頼るのは駄目だと思うが、少なくともメニューの情報がないとレストランを選択できない。どんな症状やどんな疾患に特に対応しているのか、その治療実績はどれぐらいあるのかなど、国民や患者が医療機関を選択できるような情報の充実が必要ではないかと思う。

最後に、項目だけだが、工程表55番のサ高住の囲い込み問題というか、今日の財務省の説明にあった、特定施設と非特定施設との間で、ビジネスモデル上、費用を保険給付のほうに寄せられてしまうという問題には対処する必要があるだろう。また、工程表66番の薬剤自己負担の引上げ、74番の医薬品の保険収載に際しての費用対効果や経済性評価についても検討を進めていただきたい。それから、旧44項目の④の医師の偏在対策について、他の委員からそれへの問題提起もあったが、私は価格が多少高くなるということよりも医師がいないということのほうが、その地域の住民にとっては非常に好ましくないことだと思うので、やり方に工夫は要と思うが、価格メカニズムを使って医師の偏在対策をするというのは検討に値するのではないかと思う。さらに、介護に関する多くの積み残された課題に加え、介護事業者の生産性という意味では、介護の保険外サービスの活用の辺りについて、骨太方針に向け政府内の議論を進めていただきたいと思う。

○委員

説明ありがとうございました。

財務省のプレゼンにあった資料2の19ページが、私は格好としては全てかと思っている。このような医療体制を目指していくことが望ましいのだと思う。

医療の話を考えるとき、いつも難しいと思うのは、実は家族に病人が出て思ったのだが、資料2の15ページの医療費の伸び率の要因分解だが、自分の近い人だと幾らお金を使ってもいいのではないかと思ってしまう。一方、一般論として、もう死にそうな人たちに向かってここまで高度な医療が必要かなど、そういう問題はすぐ出てくるわけである。だから、ミクロとマクロでは話が違うということである。つまり、私が申し上げたいのは、さっき委員がおっしゃったのだが、マクロ的に上限を持つような、それを目指していくことを目安にするのはとても大事だと思う。それが揺らいでしまうと、ミクロがあまりにも一人一人でもっと膨張するような医療費の格好を求めてしまうことがある以上、マクロ的にどうやって抑えるかに集中することが大事だと思う。

また、委員からの医者への偏在化について問題提起があったが、私はとても不安になったことがあり、簡単に紹介をする。私は子供がおり、子供のママ友で、子供が高校を出るまで18年間ずっと医者を休んでいた人たちが、子供が大学に入った瞬間、3人とも医者に戻

り、18年間休めるのだと思ってびっくりした。そんなにブランクがあつて戻れるということが、「よくできる女の子は割とみんな医学部に行く」という話がある一因になっていると思う。この問題については、例えば5年に一遍、医者資格の更新をしないといけないなど、制度や規制をうまく使うことで、いろいろな逃げ道を封鎖できるのではないかとも思ったわけである。これは単なる一例なのだが、こういうことはいっぱいあるのではないかと思っている。本当に質を担保するという意味で、ブランクがあくことが問題なのであれば、これは薬剤師もそうだが、みんなそういった問題がありえるので、ここをどうやって縛っていくかが課題。医師が多過ぎるから医学部を減らすということだけではなく、そういう問題もあることも考えていかなければいけないのではないかと思う。そういう意味では、委員がおっしゃっていたように、制度や規制をうまく使うというのは一つの大きな手だと思う。価格万能主義の私も、そういうところは時折入れる必要があると考える。

そういう意味では、先ほど委員が、地方に行くほど、高齢者になるほど医療費はかかってしまう問題があるという指摘をされていて、私もそこは不思議に思っている。なぜかという、医療費を減らした県はインセンティブがもらえるのだということをする、おのずと過疎化されているとか、老人が多いところは医療費がかかってしまうので、医療費がかかる人を減らさなくてはいけないのかということである。何が言いたいかという、インセンティブをもらうために地方創生ができなくなるのではないかということが言いたいことで、うまくコントロールすることが必要なのではないかと思った。いずれのポイントも、マクロで1回引いて見てみるのが肝腎かと思う。

最後にもう一点だけ、薬剤の話だが、日本の薬剤の問題、ドラッグロスやドラッグラグの問題は非常に大きいと聞いている。医者をやっている私の友人などは、本当に日本で医療ができなくなるのではないかと懸念をしている人が大勢いる。それはそうなのだろうと心から思う一方で、日本の医薬品メーカーの競争力の低下という問題についても併せて考える必要があるのではないかと思う。医薬品の適正化は必要だが、彼らはどうやってうまく利益を出していくのか。乳母日傘で甘え過ぎていたために利益が落ちている面は否定できないと思っているのだが、かといって、日本企業の製薬会社が本当に競争力を失っているので、この問題について併せて考えたほうがいいのではないかと思ったということを最後に提案して終えたいと思う。

○委員

ありがとうございます。

私は、今日の重点事項3つについてコメントする。

始めに、地域医療構想だが、今日説明を伺い、推進区域へのアウトリーチの伴走支援など少し踏み込んだ支援内容になっており、今後の抜本的な改革の地ならしになることを期待している。

次に、医療費の適正化だが、こちらは自治体の具体的な取組につながるものが肝になっ

てくると思う。そのためには、医療費の構造を把握して、それを解決する武器があることがとても重要である。武器というのは、資料2にも明示されているかかりつけ医の疾病管理、それから、保険者による保健事業である。特に2024年の診療報酬改定では、かかりつけ医機能と保険者機能、言い換えれば疾病管理と保健事業との連携を促す大きな一歩が進められており、入院医療費、外来医療費、それから、重症化予防などの進捗を連動してモニタリングをしていくことが大事だと思う。これによって、財務省からも話があったが、診療情報の可視化に伴う資源の最適化と医療給付のボリューム自体を減らすことを目指していくのだと思う。参考までに、データヘルス計画の標準化が本年度より全ての区市町村で進むこともあり、共通の評価指標の設定をされた東京都には、今後6年間をかけてこれに着手をする検討をしてもらっている。ぜひ医療費適正化に取り組むためのモニタリングを、今こそ一歩踏み出していくことが必要かと思う。

最後の国保運営のところだが、厚生労働省で検討が進んでいることがうかがえたが、改めて持続可能な保険運営の観点から都道府県による保険料水準の統一、適正化を実現するために、普通調整交付金、保険者努力支援制度を活用して、保険者の基盤の強化を進めることが重要ではないかと思う。

○委員

今までの委員の方々が言われたことと大体私が言いたいことは同じなので、幾つかの異なるところだけを話したいと思う。

まずは医師の偏在の話だが、かつては医局制度が各大学で機能していて、医局からの指示でローテートで僻地にも行くということをやれていた。現在はそういう医師を強制的に配置するというパワーを持ったところがない。報酬で誘導できるかということ、実際に医者が足りない僻地の地域では、高い報酬を払って呼ぼうとしている。それでも来ない。そうすると、そういうやり方ではちょっと難しいだろうと思う。

参考になるのは、カナダの保険医の制度である。カナダは保険医の責任として、保険医として保険診療をやるためには、保険者と政策医療に関して義務を果たすという契約をやっている。例えば夜間の救命救急センターみたいなところで週に何回か働くとか、あるいはカナダも北部に過疎地域がかなりあるのだが、そういうところに月に何回かは医師として働きに行く。そういう契約を結んで、それをやることによって保険医としての報酬がもらえる。やらない場合には、たしか20%か30%減額になってしまう。そういう形で、今、都市部にいるような先生方あるいは医師会なのか、あるいは病院なのかもしれないが、そういう僻地を支援することを契約して、それを保険医としての義務にする、そのようなことも可能なのではないかと思う。カナダの仕組みは参考になると思うので、一度調べていただけたらと思う。

医療費の地域差だが、恐らく今の医療費の地域差は、多いところはアクセスが良過ぎる、非常に少ないところはアクセスが少ない、できないということなのだろうと思う。その地

域差をなくしていったときに、医師が足りないところには医師を増やしていく、医師が多いところには少なくしていくということをやると、地域差をなくすことによる医療費への影響はある程度相殺されてしまうのではないかと思う。そういう意味で、地域差をなくすことでの医療費適正化というところは、少し内容を考えなくてはいけないのかと思う。むしろ今、問題なのは、医療と介護が複合化してきており、地域差を考える上では、医療と介護とを併せて見ていかないと駄目だろうと思う。それから、この医療費のデータに生活保護が入っているのかどうか心配なのだが、生活保護を入れるとまた違った様相になってくるので、そこも含めて地域差の話はしていただきたいと思う。

医師偏在に戻るが、医師偏在に関しては、今、問題になってきているのは専門医制度である。専門医制度で、今の若い先生たちはサブスペシャリティへの志向が強い。そうすると、例えば内視鏡専門医などを取ろうとすると、地方では指導医がいない、症例数が足りないということで、若い先生が地方に行かない。専門医の研修の仕方が医師偏在を招いている可能性があるので、少し幅広に患者さんを診ることを各専門医の研修制度の中に入れていき、ある程度若い先生がいろいろなところに回れるような仕組みをつくっていく必要があると思う。

医療のDXを進めていくという方針については、これは良い方向に行っていると思うが、先ほどの医療と介護が複合化していくことを考えると、医療のほうも介護のことを少し考えて情報化をやっていかないといけない。そう考えたときに、実は、介護のほうが非常に情報化が遅れている。電子カルテというレベルでいうと、医療の電子カルテと介護の電子カルテでは全然機能が違う。介護のほうはいろいろな情報の標準化が進んでおらず、後からくっつけようとしてもお互いにくっつけられないような電子カルテがかなりできてしまっているので、そういう意味で、将来的に高齢者が増えてきて、医療と介護両方を見ていかななくてはならないとなったときに、そこがネックになると思うので、介護情報の標準化にも少し踏み込んでいただけたらと思う。

先ほど委員から18年休んでいた女性が医者現場に戻れるという話があったが、それはかなり特殊な例だと思う。それだけ長いブランクがあって臨床の実務を行うということはまず無理である。医療技術はこの20年ですごく進歩している。薬も全然20年前と違うし、検査技術も大幅に進歩した。20年ブランクがあった人がすぐに医療現場に戻れるということは、一般的には非常に難しいと思う。委員の挙げられた例はかなり特殊な例だと思うので、そういうもので、一般的な議論はされないほうが良いと思う。実際に専門医制度自体は学会で定められた期間ごとにずっとクレジット、例えば症例数などを貯めて、報告しないと更新できないような仕組みになっている。委員の言われたことは、少し医療界にいる人間として違和感がある。一般の方々の誤解を招いてはいけないので、特殊な例だと思ったほうがよろしいかと思う。

○委員

ありがとうございます。

ワーキング・グループの先生方からかなり細かなところも含めて話をいただいたと思うので、私は違う観点から、ほかの政策との比較など、一步引いた俯瞰的観点から見たときに今回のコンテンツがどう見えるかという話をしたいと思う。

特に地域医療構想の話、それに関連して1人当たりの医療費の適正化につながってくるのだが、あとはDXの話だが、まずは地域医療構想が2015年に策定されたものだと言っている。直近の資料1の4ページのところだが、その中で様々な取組が行われていて、先ほども委員から話があったように、アウトリーチなどが進んでいるというのは、これは言わば問題意識があるがゆえに新しい手を打ち出そうということであると私は理解をした。

その中でも、医療DXも主な検討事項として下の右側にちょっと書いてあるのだが、実は2015年にこれが策定されてから、今回一番下のところで、新たな構想について令和6年3月に検討会を設置したということなのだが、その間に大きな見直しがあったのかということと事務局にも確認をしたのだが、どうもそうではなく、1回決めたものを継ぎ足しという形で今に至っていると私は理解している。

懸念は何かというと、区割りのところでも1、2、3の3つのところの後の4のところに医療DXが実は入っていることである。つまり、2015年から2024年までの間の10年間で、医療の分野だけではなくて社会経済全体で一番大きな変化は何かといえば、DX、デジタル化の推進ということである。その中に医療もある。そうであるがゆえに、基盤としてはDXを後ろのほうにおまけでちょっとつけているということではなく、大きな構想の土台のところに入っていないと、都度足りないところを埋めていく形になりかねない。

例えばアウトリーチについても、これは通常の住民行政サービスでいえば、いわゆるプッシュ型のサービスに近いと思う。そうであるとするならば、アウトリーチは、ありとあらゆる自治体に国が出向いて行って何とか後押ししようとか、指導しようということではないはずであり、国からどこで伴走支援が必要なのかを自立的に見いだして、そこに踏み込んでいくことが求められると思う。そうでないと、頼まれたところに全部行くことになって国が疲弊するだけであるし、そうなってくると、アウトリーチをするところを選択するためには、いかなるベースに基づいてそれが行われるのかということ、これは言わばデータということになると思う。広い意味でのデータ、情報収集になると思う。

そこで、2015年、10年前と今とで違うところは、10年前にはデータとして存在しなかったものが今はある。それについての議論はいろいろなところでされているのだが、この地域医療構想の中にそういうものを組み込んでいくことによって、今、踏み込んでアウトリーチで支援に入るといってもあるのだが、その中で1人当たりの医療費も、ざっくり地域差半減ということであるが、最終的に設けたいのは、やりやすいから半減という表現を使っているのだが、適正化ということだと思う。その適正化というところはどこなのか、最適解をどう見いだしていくのかにも実は結びついていくわけで、そこにも一定のベースがないと、様々な取組をしたのだが、それに効果があったのか、どこに向かっているのか、

ターゲットまでどのぐらい距離があるのか、俯瞰するとなかなか見えてこないということだと思う。

それから、資料1の72ページにDXの話があるが、DXは私も何回かいろいろなところで申し上げているのが、デジタルトランスフォーメーションであって、アナログをPDFに置き換えることや、あるいはエクセルに置き換えるなど、そういう世界ではなく、要は、トランスフォーメーションしなければいけないということである。今、やっていることのやり方を変えるということだと思う。その中で、マイナンバーの話は、そのための基盤整備の一番重要なものであるということと言えると思うが、基盤整備にすぎないわけであり、ところが、これが金科玉条のような形でずっとこの工程表の中に入っている。もう何年も前からこの議論はしているが、消す必要はもちろんないのだが、これをベースにしながら先ほどの地域医療構想や医療費の適正化など、その他もろもろの課題にどう取り組んでいくために何をどう変えていくのかという議論があまり入っておらず、結果的に何をやるのか、何をやるのか、成果はどのように評価されるのか、その結果の評価の中は、新しい付加価値、価値でどう生まれてくるのかと既存の事業、プロセスの中でのコスト削減がどれだけ進むのかということと併せたものになってくると思う。そういう感覚が、このDXを後ろのほうに別途切り分けて置いてしまっているところ、しかも、その中でマイナンバーは確かにやってもらいたいのだが、どうもそれが中心になっており、前半の彩り豊かな様々な取組の中に本当は入っていかなければいけないのだが、その部分は従来型のものの改定版を少しずつしているというように私には見える。

ですから、DXの扱いをどうするかという話や、今、これまでできなかったことをやるということはそうなのだが、場合によっては政策としてはこれまでできなかったことの中でもうやる必要がなくなっていることなどもあるはずであり、そういう意味でのアップデートをして、これは恐らく地域医療構想がこれからできてきて、一定期間それが存続すると思うのだが、それもリアルタイムとは言わないが、ある程度の短い期間でピボットしていくことや、あるいはアップデートしていくなど、そういう言い方をすることになると思うが、見直しをしてつくり替えていく機能を内蔵化した形のものにしていかないと、時代遅れなものにお金をかけていくことになる。

これは私が別途やっている国土形成計画みたいなものであり、首都圏広域地方計画という10年前につくったもののアップデートをやっているのだが、10年前はDXは世の中に存在しておらず、ずっと10年間やって、少しずつ努力して、最後に2年ぐらいかけてアップデートする、新しいものをつくるということなのだが、途中でアジャイルに見直すという項目を入れているのである。都市の分野においても従来であれば5年に1回地価で見るというような、そういうやり方をしていたものを、今は都市再生の整備地域に指定されているところについては、1年に1回国ではなくて当事者が自己査定して国に報告する形を取っている。5年に1回の健康診断ではなく、1年に1回健康診断を自分で自宅でやって評価を送る、国は独立して5年に1回しっかり観察するというやり方をしている。これにより、

様々な政策資源を投下しているものがうまく投下できているかどうか、意味があったのかを途中でも見直すという枠組みを入れている。

この分野にも全く同じではないが基本的な考え方としてそういう仕組みを取り入れていくことを、今回のこの議論が最終的には骨太に結びつくことを考えると、事務方を含めて頭の中に入れて、そういうマインドセットで議論をしていただくと、他の政策分野、横串を刺してみたときに、あまり違和感のないものになっていくのではないかと思う。

そういう意味では、財務省の説明は非常に私には腹落ちする部分があった。厚生労働省かあるいは内閣府の担当の事務方か分からないが、もし考えがあれば教えていただきたいと思う。

○委員

ありがとうございます。3点申し上げる。

まず、厚生労働省の資料1の42ページあたり、普通調整交付金についてだが、ここまで地域差が明確になっている以上、その是正のためのインセンティブを加えることは必須だろうと思う。直ちにはないとしても、地域差に対応する補正を段階的に金額査定に加えるなどの方法で取り組んでほしいと思う。

2点目は、これは単なる質問だが、財務省の資料2の34ページで、イギリスの例で薬事承認後、これはいい薬ではないということになると、償還しないと決定することになっているわけだが、そうなった場合の処理がどうなるのかをもう少し教えていただければと思う。保険適用から外れて自己負担額が増えるという話なのか、NHSであるので、要するに、事実上、病院の丸抱えになってしまう、病院の完全負担になるので、病院がそういうことはしないだろうというようにされているのかというあたりである。

3点目は、同じく財務省の資料2の47ページ以降である。先ほど来、ほかの先生方も問題にしている診療所と病院間の偏在や都市部への集中についてだが、これが問題だということについては、もちろん強く同意するところである。ただ、財務省資料であるので、これを経済的インセンティブで対応していくという方向性で書かれており、財務省としてはそれ自体はもちろんそれで結構だと思うのだが、ただ、開業を選ぶ理由として、恐らく病院勤務の苛酷さ、特に働き方を自分でコントロールできない状況があるだろうと、前職で大学病院などを見ていた立場から思うところである。これは地方で開業する場合も同じであり、要するに、県に産婦人科医が1人になってしまったであるとか、県南で地方で1人になってしまったという理由で、もう365日休めないみたいな状態になってしまう、医者が逃げ出す、こういう状態になっている。ゆえに、これは医師の働き方改革の問題と結びつけて考えていく必要があると思うので、厚生労働省と連携して取り組んでいただきたいと思う。

○委員

私からは、まず、医療についてである。順不同だが、先ほど委員も触れていた国民健康保険の普通調整交付金の見直しについては、インセンティブがもっときちんと発揮できるような形に見直していくことは引き続き必要で、これには地方団体側が抵抗する向きがあると思うが、経済財政諮問会議からしっかりこれを押し返せるような形で、明確にこの方向性を示して、骨太の方針などに反映していくべきだと思う。

もう一つは、地域医療構想についてだが、医療費の地域差半減ということでこれまで取り組んできたという部分があるわけだが、地域差半減が一つのドライビングフォースになったとは思っているのだが、ややもすると抽象的に捉えられて、各都道府県の取組がその部分で甘くなってしまっている面もあるかもしれない。端的に言えば、なぜそのような地域差があるのかといえば、1人当たり医療費や、受診延べ日数などで地域差があって、それが複合的に働いて地域差が出るということだと思う。全ての地域差をなくせというわけではないが、少なくともなくせる地域差はきちんと直していくべきで、それには1人当たりで見たとところでの標準的な医療費、標準的な受診延べ日数は、当然として医学的にも導かれる、計算できることが予想され、さらには統計的に見たところでも他の都道府県と比べて多寡が激しい、差が大きい、そういうところがあるのであれば、それをどこの部分で縮めていくかにもう少し細かく踏み込んで取組を加速化させていく必要があるのではないかと思う。

それから、かかりつけ医機能が発揮される制度整備についてだが、令和7年度からかかりつけ医機能報告制度が始まるという非常に重要な時期で、もちろん厚生労働省でそれを議論していて、私も関わってはいるのだが、患者から見たときに、かかりつけ医機能のある医療機関を選びやすいようにすることが極めて重要で、それについて意見がこれまでの委員の方々にもあったということは、私もそれは全く同意見である。その際に、患者が自分の疾患について、この疾患を持っているからあの医療機関に行こうと自覚する人はかなり少ないと思う。自覚しているのは疾患の名前ではなく、症状ないしは症候である。症状や症候に着目してかかりつけ医機能の報告をしていただかないと、患者の選択には全然資さないと思う。患者がまだ1回も医者に診てもらっていない段階で、自分の健康状態がどういう状態かを疾患で見極めて医療機関に行くことは普通はないわけであり、自分の疾患がよく分からないから医療機関にかかるということなので、症状や症候というレベルでかかりつけ医機能の報告を求めることは欠かせないと思う。一部には、症状や症候はどこまで医師としてないしは医療機関として診られるのかなどというのは、いろいろな段階、いろいろなレベルがあるため、それを一義的に決めるのは難しいということを使う向きもあるのだが、では、何も症状や症候についての報告を求めないでそれが患者の選択に資するかといえば、それは絶対あり得ないと思う。そういう意味では、何らかの基準ないしは一定の合意ないし了解を得て、その水準の症状や症候を当該医療機関で診られるのかを報告させることは、極めて重要なことだろうと思う。

介護だけ最後に申し上げたいが、昨年末の改革工程で「結論を出す」と書かれていた利用者負担の2割負担者の拡大や、ケアマネジメントの利用者負担など、介護施設の多床室

の室料については、昨年末から後退することはあり得ないということである。「結論を出す」と書いてある以上は、さらに踏み込んでどのように結論を出すということ、ないしはいつまでに結論を出すのかということである。もちろん2028年までということになってはいるものの、きちんと時期を定めることも含めて、今年の骨太の方針では、より昨年末よりも踏み込んだ言及をしていただきたいと思います。

○委員

ありがとうございます。

医療費適正化に当たって、医薬品の費用効果分析をどれだけ追跡できるかは自分もすごく重要だと考えているのだが、委員もおっしゃっていたように、医療技術評価の人材が結構不足しているということではなかなか進んでいないというのは、これまで課題だったかと思う。ただ、医療技術評価は独自で自分たちでやるのも大事なのだが、海外の医療経済学的なエビデンスでこれはこのぐらいの効果であるという話は結構既に研究されているものがあるので、そういったものを基に、もう少し簡単に医療技術のバリューを判断できるようなプロセスが確立できないかと思う。

特に、これが新規の承認というところではなく、既存の薬、既に使われているものや、既にやられている診療行為などがある種棚卸しのようなことができないかと思っており、例えばよく言われる話だが、風邪のときに処方される薬の中には、エビデンス上、効果が疑問視されているようなものも結構多くあり、これも普通に保険適用になっており、高血圧や高脂血症などの慢性疾患の治療薬なども1 QALY当たりのコストがあまりにも高額過ぎるものがあるというのは昔から言われている中、それも今でも普通に使われているところなのだが、そうしたものについてエビデンスを基に価格を大幅に下げることや、もしくは保険適用外にしてしまうなどということ判断できるようなプロセスが確立できたらいいのではないかと思う。

もう一つ、医療資源の投入量には地域差があるというところで、そういった医療も適正化していこうという話は厚生労働省の資料1にあったのだが、こちらを調べやすくするというところを考えた場合に、NDBのアクセシビリティを上げていくというのも、これまで何度か出てきた論点なのだが、引き続き推進していただければと思う。場合によると、一定の基準以上の地域差が見られるような処方や診療行為は全てまとめて一定の基準で公表するみたいなことをし、そういったことを通して国全体で議論できるような土台をつくってもいいかと思う。

○厚生労働省

では、地域医療構想についてお答えをする。

2025年に向けた地域医療構想の推進のために、国がより積極的な支援を行うという観点から、地域別に病床機能の見える化や好事例の周知、モデル推進区域の設定をして、アウ

トリーチの伴走支援を行うことなどにより、地域の医療提供体制上の課題の解決、医療機関の機能転換・再編につながる取組を進めたいと思う。従来とどこが違うかという点、従来は県から自分たちを重点支援区域にしてほしいということで、それを厚生労働省に申請をして重点支援区域を決めていた。今回は取組が遅れている区域というレッテルを貼ることではないが、厚生労働省において、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要があることを数値、いろいろなデータから導き出して、それを都道府県と相談しながら区域を決めて、伴走支援をやっていくということをやりたいと考えているところである。

それから、医師の偏在対策あるいは医師の過剰、そういったものについて質問をいただいた。医師の偏在対策については、先生からも発言があったと思うが、現在、医学部の定員に臨時定員を設けて、そこは基本的に地域枠にするということで、医師少数区域等で一定期間働いていただくというものを設定しており、その定員を1,000近く設定をしているということである。また、都道府県から地域枠学生等に対して修学資金を貸与しており、国からも財政支援を行っている。それから、都道府県、二次医療圏の医師偏在指標もつくって、都道府県ごとに地域の医師の確保目標をつくっているということである。こういった取組をしていて、若手の医師については、医師多数都道府県と比較して医師少数都道府県でかなり伸びてきており、地域偏在が縮小してきているのだが、まだ医師の偏在が十分に解消していないことから、前例にとらわれない対策の検討をしていくということで、規制的手法だけではなくインセンティブの手法、オンライン診療の活用なども組み合わせて検討をしていくということで考えている。これは新たな地域医療構想等に関する検討会などにおいて検討していきたいと考えている。現在まだ具体的な内容は決まっていないが、年末までには一定の方向性が得られるようにしたいと考えている。また、医師の養成過程に関する検討会もあるので、この中でも議論を行っていききたいと考えている。

それから、「ナビイ」が使いづらいという話があった。これについては、今、かかりつけ医機能の検討会と併せて医療情報の検討会を開催していて、かかりつけ医機能ということでどういうことを報告させるかということと、それをどのように情報を出していくのかを併せて検討しているところであるので、そうした中で患者がしっかりと選べるような仕組みを考えていきたいと思う。

それから、委員からあったが、1号機能と2号機能がかかりつけ医機能にはあるのだが、その1号機能のところの議論として、幅広い診療や症状に対応できることが1号機能を満たすということで重要ではないかという意見がある一方で、先生もおっしゃったが、病気は連続的であり、症候への対応の可否などを報告基準とすることは適当ではないという反対の意見もいただいているところである。かかりつけ医機能の報告事項や報告基準については、こうした有識者の意見を伺いながら、できる限り報告内容の客観性が担保されるように検討していきたいと考えている。

それから、2040年までの新たな地域医療構想について検討するときに、2040年を固定して検討するのではなく、その都度見直すアジャイル型の検討を行うべきだという意見は、

非常に重要な意見ではないかと思う。社会もどんどん変わっていくので、そういった変化も見ながら、医療提供体制をどういった体制にすれば効率的になるかは非常に地域ごとにいろいろなパターンがあると思う。そういったものについてきちんとデータで見ながら、そういった変化に対応しながら検討していくというのは非常に大事な視点ではないかということなので、今後の検討に役立たせていただければと思う。以上です。

○厚生労働省

続いて、まず、費用対効果評価制度と薬価の件、いろいろと指摘をいただいて、ありがとうございます。

これはもう話を既にいただいているが、イノベーションの推進と国民皆保険の持続性のバランスということで考えていくことが大変重要だと思っていて、令和5年度から6年度にかけても、この費用対効果評価については見直しを進めてきた。価格調整の対象範囲であるとか、その評価に当たって介護費用の取扱いをどうするかといったことについては、高額医薬品、レケンビだけれども、その特例的な取扱いを踏まえて引き続き議論することになっている。ただ、薬価について、迅速に患者に薬を届けるということであるとか、イノベーションを進めていくということでは、保険収載の範囲を限定することとか、収載の前に評価分析を導入することは、課題が大変大きいと考えている。いずれにしても、令和6年度改定の状況を見ながら、この費用対効果評価制度、これを適切に活用していくことは、今後の医療保険を考える上で大変重要だと思っているので、必要な検討をしっかりと行っていきたいと考えている。

普通調整交付金と適正化計画の関係については、それぞれ回答させていただく。

○厚生労働省

普通調整交付金、国保の関係について、委員から質問のありました α の1から0に至る間でどういう医療費適正化のインセンティブがあるのか、あるいは $\alpha = 1$ というのはどういうところなのかということで、資料1の36ページを見ていただくと、令和5年から6年度にかけて法改正もした結果、 $\alpha = 0$ が増えている。この $\alpha = 0$ に至る何をやっているのかというと、保険料が上がる場所と下がる場所があるわけである。そういう話をならしていかなければいけないということで、資料1の37ページを見ていただくと、こういう話が見える化していくわけである。これだけ違うと。そういうことになると、結局何が起きているかということ、医療費水準に関する課題を解決していくためには、この医療費適正化をどうしていくのかは必ず議論になる。したがって、 α を0にしていく。このほかにも保険料算定方式などが全然違ったりするので、技術的なことは多々あるが、そういったインセンティブが働くことは理解いただくとともに、仮に α が0になったとしても、都道府県がこの医療費の適正化をしっかりと進めていかないと、国保の持続可能性が担保できないことになるから、この $\alpha = 0$ の県においても、私が承知している限りでも、別途この医

療費適正化の取組をしっかりと進めていくという旗を立てて進めている。そういうドライブもかかるので、答えになっていると思うが、そういった形で進めていきたいと思っている。

先ほどおっしゃったとおり、保険者の基盤強化、これが重要である。この基盤強化のために、今、申し上げた保険料水準の統一、これは医療費適正化という観点も含まれるので、そういった形でインセンティブ制度も活用しながらしっかりと進めていくということだと思ふ。

普通調整交付金については、こういった都道府県単位が、これは本当に大事業なので、しっかりと進めるためにつくられているものなので、地方を分断するような施策というのは、我々としては慎重に検討を進めるべきと考えている。医療費適正化が重要だというのは、しっかりと我々も認識を持って進めていきたいと考えている。以上です。

○厚生労働省

医療費適正化について、まず、委員から、今回資料1の23ページ、24ページで示したような年齢別の分析について、今後も取組を進めていくべきではないかという旨の意見をいただいた。地域差については、委員からも話があったとおり要因は様々で、そうした中で、今回示したような年齢等々の分析を今後進めていき、また、それを適正化計画の取組の主体である都道府県に示していくことによって、地域の実情に応じた取組を一層進めていただくことが重要かと考えている。

さらに、委員からも指摘いただいていたようなメニューの追加ということであるけれども、適正化計画においては、健康の保持の推進と効率的な医療の提供という2本の軸で取組を進めているわけである。さらに、第4期適正化計画においては、効率的な医療の提供の中で医療資源の効率的な提供を新たな目標として位置づけている。今回示した中だと、まさに資料1の21ページに示している白内障手術であるけれども、白内障は案内のとおり高齢者に多い疾患であって、こういった高齢者に多い診療にくっついて適正化が進むように取組を進めていければと考えているところである。

もう一点、資料1の19ページで今回新たに計画の効果額というものを示した。この点について、委員から、前回は年度末と聞いていたけれども、今回は都道府県から収集したものなのかということで質問いただいている。まず、都道府県に対して、我々は適正化効果額を出すために基本的なデータを渡している。今回出したデータもこれを機械的に我々で計算した数字でして、医療費適正化をさらに進めるためにこういったデータを出して議論いただくことが必要と考えて、今回提示している。今回の機械的な計算については、例えば後発品について金額ベースで新たな目標を設定する等いろいろな仮定があって、事務局、厚生労働省で幾つかの仮定を置いて策定したもので、委員に指摘いただいたとおり、正確なものは都道府県が現在収集しているところである。現在北陸のほうの地震でまだ現状で作業いただけていないこともあるが、今年度中には効果額を出せればと考えている。前回、回答したのは、冒頭に申し上げたとおり、都道府県から収集した正式な数字としては今の

時点では出すことができないということを答弁申し上げたところである。前回の委員の指摘も踏まえて、我々として出せる可能な数字として今回提示させていただいた。以上です。

○厚生労働省

続いて、介護だが、委員から指摘いただいた介護関係の情報の標準化、データ標準化ということについては、介護情報の利活用ワーキングなどでも介護情報の標準化について指摘いただいているところであり、非常に重要な課題を指摘いただいたかと思っている。これまでも介護DX全体の中で介護情報基盤の構築や、介護情報の標準化といったところの検討を進めているところであるので、これまでのワーキングの議論も踏まえて引き続き検討していきたい。

○厚生労働省

利用者負担の関係、ケアマネジメントの関係、多床室の関係と、いろいろ2028年度までに全社法の改革工程等に基づいて取り組むことについて、後退することは許されないという形の発言があったと承知している。特に利用者負担のところ、一定以上所得のところについては、改革工程にも書かせていただいているが、2028年ではなく次期第10期の開始の前ということで2027年度の前までに結論を得るとした上で、今回さらに踏み込んで2案起草を示した上で、それぞれの案について、金融資産の保有状況の在り方あるいはきめ細かい負担割合の在り方等と併せて早急に検討を開始すると書かせていただいたところである。我々としては前進した形での検討をしっかりとやっていく所存であるので、よろしくお願ひしたい。

○厚生労働省

委員から医療DXについての指摘をいただいた。今、医療DXの工程表に基づいて、「全国医療情報プラットフォーム」の構築を進めている。これがまさに基盤であり、DXの工程表に基づいて、その時限どおりにしっかりと構築をしていきたいと思っている。これができれば、医療機関間での情報の共有がまさに円滑に迅速にできるようになる。これが医療提供体制の改革にも資すると考えているし、また、医療機関の事務効率化にもつながって、医療人材の確保であるとか、まさに医療が抱えている様々な課題に対して一つの解決策になっていく可能性があると思っているので、そういう認識を持ってDXをしっかりと進めていきたいと考えている。以上です。

○財務省

私からは、費用対効果評価、医師の偏在対策、医師の集約が必要ではないか、その3点について補足説明させていただきたいと思う。

1点目、費用対効果評価だが、委員から人材不足がネックなのだという話をいただいた。

今の日本政府の国立の研究所、定員8名でやっているが、例えばイギリスだとNICEは700人強、ドイツ、フランスも200人から400人ぐらいの評価機関の定員を持ってやっている。この分野、我々としては非常に重要な分野だと思っているので、薬学部のバックグラウンドの方を集めていくことになると思うのだが、将来的にというか、速やかに体制を強化するのだというメッセージを出して、多くの方に集まっていただくことが必要なのではないかと思っている。

費用対効果評価との関係で、委員から既存のものに適用できないかという話をいただいた。例えばドイツなどを見ると、資料2の35ページで追加的有用性評価などを行っているが、必ずしも保険収載する前にこういうことをやっているということではなく、まずは保険収載して、1年ぐらいかけて追加的有用性評価をしながらリストプライスを決めていくというプラクティスになっていると承知している。我々も必ず費用対効果評価をしないと保険に入れないとか、そういう極論を申し上げているわけではなく、できるだけ幅広い薬をこうした一つのアプローチでしっかりと評価していくことが重要なのではないかということも申し上げている。その際には、しっかりと速やかに薬が国民に届くという観点も当然考慮しないといけないと思っているので、そういう諸外国のプラクティスなどを見ながら検討してはどうかということである。

それから、委員から質問いただいたイギリスで非推奨となった場合どうなるかということだが、端的に申し上げると、NICEが非推奨にすると、イギリスでは使う診療機関は出なくなる。したがって、新薬として上がってくるわけだが、13%ぐらいは使われなくなるということに理解いただければと思う。

これとの関係で、例えばドイツとかフランスとかはどうなのだということであるが、追加的有用性評価をして、フランスの例は資料2の36ページにあるわけだが、大体国際的に競争するような価格でつけているものはこの評価1、評価2、評価3というものの15%ぐらいである。ドイツの評価機関のホームページを見ても、きちんとした新薬は15%ぐらいだと言っているので、このぐらいの新薬についてきちんとした価格をつけながら、その他のものについては追加的有用性があまりないということでメリハリをつけているということだと理解している。

続いて、2点目、医師の偏在の観点で補足させていただきたい。資料2の44ページになるが、この上の囲みの参考というところを見ていただくと、偏在対策に向けて、医学部の定員の話、経済的インセンティブ、規制的手法について検討するということになっている。これに基づいて、経済的インセンティブとしてはどういうことが考えられるか、規制的手法としてはどういうことが考えられるかを申し上げているつもりである。我々も経済的インセンティブだけで全てが解決できるとは思っていないし、経済的インセンティブ、規制的手法の双方でかなり強力な措置がないと、この問題は対応できないのではないかという問題意識で申し上げている。

それから、委員から指摘いただいたカナダの事例だとか、あるいは委員から指摘いただ

いた働き方改革と併せて考えないといけない、これは非常に示唆に富む指摘だと思う。我々は厚生労働省と一緒にしっかり勉強してやっていきたいと思っている。

この診療所の推移あるいは診療所の偏在を見ると、この左下の数字になるわけであるが、これだけ23区にクリニックが偏在していることを考えたときに、当然全国津々浦々で医師を配置しないといけないというときに、規制的手法が必要になると思うのだが、ここの23区に集まっているところを、今の経済的な報酬体系のまま、それを温存したまま、果たしてそこまでできるのかと。23区に集まっているクリニックをどうするかという観点から、経済的なものは考えざるを得ないのではないかという認識を持っているということである。

それとの関係で、資料2の49ページ、委員から診療所不足地域で単価が上がるというのはどうなのだという指摘をいただいた。我々も全く同じ問題意識を持っており、これは工夫が要ると思っている。最も単純に考えると地域によって単価を変えろということなのであるが、その下に書いてあるとおり、診療所過剰地域、端的に申し上げますと東京都23区であるが、その報酬単価を下げ、そこで出てくる公費の節減効果を報酬とは別の形で過疎地域の医師対策に使ってはどうかということをお願いしているつもりである。ここは実務との関係でどこまで工夫するかということなのであるが、さらに患者負担も変えるべきではないということであれば、患者負担を同じままにして、医師に入る給料のところから公費あるいは保険料で払うところを調整することなど、だんだんこの制度は複雑になっていくわけであるが、そういう工夫はできると思う。ですから、我々は議論の出発点としてシンプルなところから始めているが、一番シンプルなもの現実でワークするとは思っていない。かなり工夫しながらでないといけないと思っているが、ただ、23区にこれだけ診療所が集まっていることを考えると、経済的インセンティブが全くないというのはどうなのかということをお願いしているということである。

最後に、3点目、委員から集約化が必要だという指摘があった。ソロ開業は、これだけ人口減少が今後進んでいく中で医療資源の配分という観点から、あるいはかかりつけ医機能が重要となる観点からもどうなのかという問題意識を持っている。ですから、そういう意味から平均的にどの程度の医師、あるいはどの程度の事務職員の方で診療所が運営されているかというデータを示している。グループ診療、集約化していくという方向性はぜひ出していただきたいと考えている。

○内閣府

最後に「骨太の方針に介護の負担問題について記載すべきではないか」という指摘をいただいた。介護の負担問題については先ほど厚生労働省から答弁があったので、「骨太に記載にすべき」という御指摘についてお答えさせて頂くと、例年であれば5月末から6月にかけて諮問会議で骨太の方針について議論がされる。その過程で社会保障の問題についても議論されるわけであるが、そうした中でこの取扱いについて検討されることになる。諮問会議の議論については、民間議員の先生方主導で検討される形になるので、今日の会

議にも参加されている民間議員の先生方にしっかり相談しながら、骨太方針の対応については検討していきたいと考えている。

以上です。

○委員

活発な議論、熱心な意見を出していただいた。

この社会保障ワーキング・グループは、非常に活発な議論が毎回行われており、まさに経済・財政一体改革推進委員会として非常に大きな成果が出る部分だと思うので、今日の議論もしっかり踏まえて、この先、進めていきたいと思っている。

この時期は、先ほどから話があったように、骨太方針作成に向けて議論をいろいろ詰めていくフェーズなわけであるが、今日話があったような点は、地域医療構想等々、もともと動かすのがなかなか難しい案件がほとんどであるので、いずれにしても今までの延長線上ではなく、しっかりとした工夫や、先ほどインセンティブという話があったが、いろいろな施策のアイデアが要求される場所だと思っている。細かい論点には入る時間がないが、皆さんから出てきた議論をしっかり踏まえて進めたいと思っている。

大きく2点だけ総論的なコメントをさせていただくが、いろいろな意見があるので、なかなかストレートにはいかないが、この経済・財政一体改革推進委員会としては、しっかりとした筋を通した議論をしていきたいということである。ですから、今日議論のあったような本質論であるとか、筋論であるとか、基本的に果たすべきロジックであるとかをしっかりと大事にして、この先、進めていきたいと思っている。

2点目は、これは経済財政諮問会議全体の話であるが、EBPMをしっかり重視して回していく、そのための政策のKPIをしっかりアウトカムベースで出して進めていくというところは、この分野だからこそ特に重要だと思っている。そういう点を踏まえながら改革をしっかり実行していくということでやりたいと思っているので、今後ともぜひ皆様方の協力をよろしくお願いいたします。