

第52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11月14日（木） 13:00～15:30
 2. 場 所：中央合同庁舎 8 号館 8 階818会議室（オンライン併用）
 3. 出席委員等

主査	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	慶應義塾大学名誉教授
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	西内 啓	株式会社データビークル取締役副社長
-

（概要）

議題（1）について、厚生労働省から資料2を、議題（2）について、財務省から資料3を説明後、意見交換を行った。委員からの主な意見は以下のとおり。

- 医師偏在対策については、まずは病院・診療所ごとの質を可視化した上で、質のいい医療が提供できているか確認できる範囲において対策がなされるべき。これを機運に、かかりつけ医機能報告や病院再編、経営情報の可視化などを同時に進めてほしい。
- 医師偏在対策について、現在議論しているパッケージの中身は規制色の少ない対策が主になっており、開業規制や保険医定員制などもう少し強める必要があるのではないか。保険医の指定制度にも地域偏在の要素を組み込む仕組みが必要。
- 地域枠・地元枠について、地元に貢献しない卒業生の割合が一定限度を超えるような医学部に対しては、恒久定員の削減か地域枠等の恒久定員の組み込みを義務化すべき。
- このワーキング・グループで議論しているような政策の効果が一体どれぐらいあるのか、将来どういう状況になるのか、できるだけ早い段階で具体的に知りたい。
- 医師偏在の問題について、診療報酬の価格や経済インセンティブで解決するのは困難。規制そのものを変える一部荒療治みたいなことが将来必要になる。それをやる上でも将来の医療ニーズの展望や供給サイドの政策をどうするかも数字でしっかりと示す必要がある。

- 現在の地域医療構想が目標を達成できていないことについて、さらなる検証や反省を十分に行う必要がある。次の構想が2040年を見据えたものであるならば、ゴールがかなり先になるので中間的なメルクマールや目標を設けることも工夫として検討してほしい。
- かかりつけ医機能報告については、国民や患者が医療機関を適切に選択できるようにするという点を政策目標に明確に掲げ、特に情報提供などの面で体制を整えてほしい。
- 医師偏在については、財政支援ありきではなく、経済的インセンティブと規制的手法を組み合わせ、本当に意味のある対策を打つ必要がある。都市部での診療所の開業規制や保険医の指定の在り方の検討、また、医療サービス自体の偏在については、財源の配分の工夫をして偏在是正と国民負担の軽減というアウトカムを目指すことが必要。
- 電子カルテや電子処方箋は、カスタマイズされたものではなく、いかに標準化したものとして普及させていくかが最も重要。
- 介護について、紙と事務の電子化、その前提としてのBPRを加速させることを介護人材不足対策の柱にこれまで以上に位置づける必要がある。
- 長期的には質の高い疾病管理の実現がかかりつけ医の本来の役割。本年の診療報酬改定の生活習慣病管理料の見直しの第2弾、第3弾を進めてほしい。
- 医師偏在については、地域間や診療所間の医師分布を可視化すべき。若手の医師や医学生に関心がとても高く、未来像や現状を可視化して一緒に考えていくことが非常に大事。
- 支払基金の組織改正と同時に、DXの価値やデータで何を実現するのかなど、職員への意識づけや教育も重視してほしい。
- 介護テクノロジー導入支援について、働き方やワークエンゲージメントが低い職場ではテクノロジー導入の受容性が非常に低い。職員の健康状況を含めて働き方改革とセットで介護技術導入支援を行うことが大事。
- 医療提供体制については、医療機関の内部からではなく、外部委員が客観的な立場からそれぞれの地域で診療科別にどのぐらいの医師が必要なのか出すべき。加えて、年齢別の医師の分布を見る必要もある。
- 偏在対策については、広域の施設間・地域間連携を契約で行う好事例を前提に考えるのが良いのではないかと。
- 介護について、個々の事業者は独立しながらも協働で事務作業・マネジメントを行う

形で効率性を上げているオランダやフランスの事例を参考にして、グループでマネジメントすることを推進すべき。

- DXの標準化を進めていく上で、診療報酬や介護報酬の算定基準の中に標準化になじまないものがある。検討をお願いしたい。
- アクションプランの策定は、必ずしも新しいものをつくるのではなく、あるものをどう整理するか。そうすると、欠落する部分や追加すべき政策、ほかの省庁と連携すべき政策が見つかってくる。
- 介護DXのテクノロジーによる生産性の向上効果をどのように品質保証するか。単純にコストを抑えた結果介護の品質が下がっても、それが経営としては合理的とされるのは適当でない。
- 保険者の医療費適正化に向けたベストプラクティスを他の保険者に共有する仕組みがあれば、日本全体での医療費適正化を効率的にできるのではないか。
- 物価高騰の影響を踏まえ、薬価改定については奇数年改定でも通常年と同じルールを適用して、市場価格と薬価の乖離を逐一チェックすべき。今後薬価の高騰や利用者の急増が予想される分野については医療経済評価を行ってほしい。
- 高額療養費の見直しに当たっては、高額療養費が適用されている方の所得分布を把握する必要がある。
- 介護分野の見直しは9年間ずっと先送りされている現状。今後、介護費の伸びは医療費の伸びを上回るため、早めに議論してほしい。
- 多額の収入を得ている自営業者が、本来国保に該当するにもかかわらず、形式的に雇用されて被用者保険に入るとそちらが適用されるという基準を考え直す必要があるのではないか。国保の存立基盤を揺るがすと同時に、国全体の保険料収入にも影響が出る。
- 医薬品の費用対効果評価の償還可否への適用に加え、革新性の低い類似薬効方式(Ⅱ)の縮小ないし廃止を行うべき。
- 経済性を配慮せずに医薬品を無条件に収載する慣行を根本的に改めるべき。日本の医薬品の給付範囲が広すぎるため、適正化という概念を明確に打ち出す必要がある。
- ドラッグ・ロス／ラグについて、希少疾患等が対象で、かつ類似薬のないような医薬品については早急に対策を取る必要があるが、そうでないものについてもドラッグ・ロス／ラグが拡大していることを理由に、例えば毎年薬価改定の廃止を訴えるのは筋違いではないか。毎年薬価改定においては、新薬創出加算の累積額の控除などの加算や見直

しを通常改定と同様に全て実施すべき。

- 個々の医薬品の価値に基づかない総価取引を解消するため、未妥結減算に倣って総価取引減算等を導入したらどうか。不採算算定品目、最低薬価制度対象品目、安定確保医薬品対象品目、基礎的医薬品対象品目については値引きを禁止し、総価取引の対象外とすべき。
- 応能原則をもう少し強くし、窓口負担の在り方も見直すべき。その際、金融資産等を把握することが必要であり、また、高齢に伴う疾病リスクの高まりも考慮すべき。
- 保険給付の範囲について、保険医療を堅持しながら、ある程度の調整があってもいいのではないか。
- 高額医薬品への対応が不十分。現に規模の小さい健保組合で、高額医薬品の支出で収支が悪化しているところが出ている。腰を据えて対応する必要がある。
- 1人当たり医療費の地域差半減を実現するためにも、アウトカムをベースにした保険者機能の発揮・強化が必要。保険者努力支援制度のブラッシュアップ、保険料水準の統一加速化、普通調整交付金の見直しの議論の前進をぜひともお願いしたい。
- 介護保険については制度上の課題の先送りがずっと続いている。ケアマネジメントへの利用者負担の導入、2割負担の範囲の見直し、軽度者への生活援助サービスの給付の見直しについて、すみやかに検討に着手してほしい。
- 毎年薬価改定の完全実施は、社会保険料負担の上昇を抑制することを通じて国民全体の手取りを増やすことにつながることを改めて認識すべき。今回の薬価改定においては、過去2回の奇数年改定にとらわれずに、対象品目を広く俎上にのせる必要がある。イノベーションを重視する体系に転換していく観点からも、奇数年には適用されないルールがある状況は改める必要がある。新薬創出等加算についても、真に革新的な新薬を評価できる体系とするための検証や見直しを不断に行う必要がある。
- 長期収載品の選定療養に先発のバイオ医薬品とバイオシミラーにも当てはめ、それによって生まれた財源の一部をイノベーションの評価に充てていくといった検討が望まれる。
- 制度のメンテナンスが長い間実施されないことで実効給付率が上昇して、サービス利用者の自己負担率の低下を招き、国民全体の保険料負担を引き上げてしまっている問題への対処が必要。高額療養費については、インフレ経済、賃上げモードへ移行したこのタイミングで見直す必要がある。
- 年齢で線引きするのではなく、高齢者を含めて能力に応じて費用を支払う制度を目指

す観点から、後期高齢者医療の2割負担、3割負担の範囲の見直しなども重要な課題。なお、負担能力について、一部の資産だけを考慮することは資産市場をゆがめることになる点に十分な注意が必要。

- 必要な改革が進められなかったときのための予防的な仕組みとしての総合的な対応、例えば保険給付率の柔軟化や定額負担の導入なども中期的には検討してほしい。現役世代が大きく減り、また減っていく中で、支え手の負担を軽減して手取りを増やす、手取りを減らさないという観点から検討を進めてほしい。
- 国保の保険料統一と並行して、サービスの均てん化が市町村にとって大事。県庁や国保連による市町村施策の支援ツールがあれば有用ではないか。また、もう少し都道府県の共同事業化を進めるべき。
- 後期高齢者の医療制度のガバナンスについては、財政運営主体の検討がなるべく可及的速やかに行われてほしい。
- ドラッグ・ロスや皆保険制度の維持の観点から、創薬エコシステムにおけるインキュベーション、アクセラレーター機能は非常に重要。
- 複数の収入がある方や資産収入がある方が非常に増えている。給付と負担のバランスを取るため、オランダやフランスのように全ての収入に対して保険料をかける仕組みを考えるべき外国人労働者の被扶養者の範囲についても議論が必要。
- ほかの国に比べると、医療も介護も給付対象となっている範囲がすごく広い一方で、国民の負担は少ない状況。公的保険で給付すべき範囲を見直すべき。
- どういう方たちがどういうタイミングで生活保護になっていくのかを分析し、それを予防する必要がある。
- 応能負担を徹底することが重要。世代間格差を助長しないようにする意味でも、介護保険の利用者負担をできるだけ多くの方に2割負担にすることを積極的にしていくべき。1960年以降生まれの方は満額25年間第2号被保険者を払っている、片やそうでなくて5年とか10年ぐらいしか第2号被保険者になっていない世代の方がおられることとの間での平仄はきちんと直視する必要がある。
- 介護保険は何かと取組が先送りされる。多床室の室料負担、ケアマネジメントの利用者負担、軽度者に対する生活援助の地域支援事業への移行は最低限、導入に向けた結論を早期に得るように議論すべき。
- 介護DXや保険者の医療費適正化努力など新しい取組については実行までのスピード感を重視することが大事だが、どこかのタイミングでエビデンスベースで効果を検証す

る必要がある。

- 負担金額の変更など、議論の中のプロセスで出てきた計算方法や根拠については、パブリックなコミュニケーションをしっかりと考えるべき。
- 地域医療構想、医師偏在対策については、2040年を見据えて今後どうバージョンアップしていくのか、しっかりと考えることが必要。
- 負担と給付の見直しについては、社会保険制度を採用している諸外国の事例なども参考にして、各項目における検討をしっかりと進めてほしい。
- EBPMの取組を進める上では、政策目標を明確にして適切なロジックツリーを策定することは最も重要。改革工程の具体化に向けては、何をいつまでどのように実現するか、これを明確にする必要がある。