

第20回医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ（議事要旨）

一 会議の日時及び場所

日時：平成28年8月17日（水）10:30～12:00

場所：中央合同庁舎第8号館516共用会議室A

二 出席者

○構成員

佐藤主光委員、筒井孝子委員、土居丈朗委員、伏見清秀委員、藤森研司委員、松田晋哉主査

○参考人

石川ベンジャミン光一参考人

○政府側

内閣官房 木下社会保障改革担当室長
高橋社会保障改革担当室審議官
駒木社会保障改革担当室参事官
石井社会保障改革担当室参事官補佐

総務省 君塚自治財政局調整課理事官

財務省 小岩主計局主査

守屋主計局主査

厚生労働省 黒田保険局医療介護連携政策課長

高木保険局データヘルス・医療費適正化対策推進室長

赤羽根保険局保険システム高度化推進室長

野中保険局データヘルス・医療費適正化対策推進室長補佐

三 議事

1. 開会
2. 医療費適正化基本方針について
3. 第2次報告（案）について
4. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針について

- ・医療費適正化基本方針について、意見交換を行った。

(松田主査)

- ・医療費の推計式について、1人当たり医療費を掛ける場合のこの1人当たり医療費は、全国平均、各2次医療圏平均、各都道府県平均のどれを使うのか。それとも全部示すのか。

(厚生労働省保険局)

- ・基本的には全国平均を考えている。

(松田主査)

- ・そうすると、医療費が平均より高い都道府県が医療費の推計値を下げるインセンティブはそれほどないかもしれないが、低いところはかえって過大評価するのではないか。病床数の方は現状追認で推計しているので、現状追認を是とするのであれば、各都道府県の平均値を使った方がいいと思うし、いろいろと対策を考えるのであれば全国平均値も参照値として出した方がいいと思うので、中で検討していただきたい。
- ・多剤投与の基準については、できれば頓服薬と外用薬を分けて、定期的に処方されているものだけ何剤以上とし、この他に、たとえば外用薬である湿布はどうか、頓服薬の点眼薬はどうかということについては、それぞれ問題とすべき内容が違うと思うので、次回はそういった検討もしていただきたい。
- ・また、国として出すデータは、データの妥当性が問題になると思うので、特定保健指導の効果額は慎重に推計した方がいいと思う。分析データを見ると、男性の数の方がかなり多く、女性は55歳以上が多い。さらに、国保320、健保組合2、共済42とあるが、これらの数字を見比べて推定されることは、健保のデータはかなり大きいデータが入っていて、男性の40歳から59歳のところが主要なものを占めている。国保の方は女性のデータが多く、かなり小さな国保の、小さなデータを320集めているということである。すると代表性の問題が出てくる。他にも、前回藤森先生が指摘したように、1年目の前のベースラインの医療費がどうなっているかを見ておかないと、1年目で効果があるように見えて、実はその前段階から差があったとすると困るので、差分で見ている方がいいと思う。特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWG委員の先生方はこの元データを持っていると思うので、そこは慎重に検討し

ていただいた方がいいと思う。おそらくこのデータを出すと、同じようなデータを持っていらっしゃる先生方が検証を始めると思うが、その検証結果とここに出しているデータに非常に大きなずれがでてくると問題なので、是非この部分は慎重に検討していただきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・ご指摘のとおり。まず平均値の目標のデータについては、国が示した場合であっても、都道府県において国保連等で同様の分析をしている場合もあるかもしれないので、そのような場合にはより適切なものを使っていただいてもいいと思う。ただ、効果額があまりにも低すぎると、もともと特定保健指導のコストが1人当たり1万8000円ほどかかるのに、それだけの効果が出ていなければその意味がないのではないかとということで、都道府県はこの額について気にしていると思うし、現場の先生方がこうしたデータを持たれている場合もあるかと思うので、柔軟な考え方もありうるということで都道府県の方とも調整する必要があると思っている。
- ・多剤投与の基準については、これもご指摘のとおりで、現場に変なメッセージを与えることにならないよう、この取扱いは慎重に考えないといけないと思っている。

(土居委員)

- ・今の件に関して、第7回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会で、鳥羽先生が、10剤以上服用されている方の中には有害薬物反応が起こる方が4分の1か3分の1ぐらいいるという研究があるとおっしゃっている。1つの説明としては、有害薬物反応が起こるのを防ぐために多剤投与を乱用しないようにするというメッセージはありうると思う。もちろん多剤を投与されている人全員に有害薬物反応が出るわけではないと思うが、その点は推計式でも、差を全てなくしていくのではなく、半分ぐらいに縮めるという程度にしているので、そのあたりはこれ以上薬を出してはいけないというメッセージにはならないようにできるのではないかと。ただ、その基準となる数字について、鳥羽先生は10剤とおっしゃっていて、他には6剤という研究があるという話もあって、何らかの研究に従ったという説明が1番よいが、それに従うと推計式として厳しくなるのであれば、推計式は既存の研究に基づき余裕をみて設計したという、研究に裏付けられたものであるということに重きをおいた説明をすると良いと思う。
- ・後発医薬品について、これは80%の目標があるということで、平成35年度にどういう効果が医療費に出てきているかという推計方法になっていてよいと

思うが、できるだけ早く目標を達成していただきたいところ、平成 35 年度までに 80%達成すればいいというように緩く解釈されてしまうと困る。ただ、いつ達成するかということはあえてここでは明示せず、少なくとも医療費を推計することになる平成 35 年度の数字としてはいくら効果が出るかということを見たいということであって、その前に 80%を達成するということは全く構わない、推計式とも矛盾はしないし、むしろ前倒ししていくことは歓迎である、ということメッセージとして付け加えていただきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・ご指摘のとおり。昨年の閣議決定でも既に平成 32 年度までのなるべく早い時期に 80%にするということは書かれており、都道府県でさらに踏み込んでやるのもいいことである。

(藤森委員)

- ・医療費の地域差の半減を目指すということについて、1人当たりの医療費から平均値を引いてそれを半減するということが、当然高い県が下がるということを期待するとはいえ、これを単純に考えると、低い県を逆に上げてもいいとも考えられてしまう。平均値の低い県は現状維持であるべきだと思うが、それが書いていないので、それをきちんと書かなければいけないと思う。また、できればやはり 1 番低い県に倣うべきだと思うので、地域医療構想の医療需給の推計の慢性期のパターン B のような形で、1 番低い県に合わせて下げる、というイメージがあってもいいと思う。パターン B でとって 1 番高い県は平均値のところまで下げてくださいうことでも半減になる形になると思うので、むしろこういう形も考えてみてほしい。単純に差分を考えるのではなくて、1 番低い県にあわせていくことで半減する形になるのではないかと思うので、検討してはどうか。

(厚生労働省保険局)

- ・分かりやすさという観点もあるので、地域医療構想のような感じで、パターン B のような形でさらに細かくやっていくかどうかは、たとえば各都道府県がこの式とは別に平均以下のところについて取組の効果が出る式もあっていいということで、都道府県には別な形でこういうものもできますという形で示して、都道府県の判断でできるようにするということはあるかと思うのでいろいろと考えたい。

(佐藤委員)

- ・今のところについて、平均と中位値ではどちらがいいか、本当に平均でいいのかということを考えていただきたい。また、先ほどのご指摘のとおり1番低いところに合わせたらどうなるのかといったことや、そこまではいなくても全国で1番中位ぐらいのところに合わせたらどうなるのかといったいくつかのパターンに分けて考えてもよいのではないか。
- ・特定保健指導の効果額について、これは累積ではなくて1年ごとという理解でよいか。

(厚生労働省保険局)

- ・そこはよく精査していきたい。これを特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWGで検証した際にも、これは1年間だけでとらえるのか、もしくは経年的な効果でとらえるのか、という議論があり、むしろ、自治体や保険者からすると、予算ベースで1万8000円程度のコストがかかっているので、それだけの効果が出るとかという観点で、ちょうど3年でだいたい採算が合うという感じで、4年目5年目になってくるとさらにその効果が出てくるということになっているが、もともと特定健診・特定保健指導は1年間だけの効果ではなく、参加された方々が、健康づくりの意識啓発になることもあって、その後も医療にかからなくなっていくことも含め、各保険者で2600万人の方々に対して実施しているので、これが将来の医療費の適正化にも資すると我々も考えているので、その意味ではその効果をもう少し長い期間で見ていくことも必要かと考えている。

(佐藤委員)

- ・その場合にライフサイクルコストは計算が複雑で、ある人が特定保健指導を受けると結果的にその人にかかる医療費がどのくらい下がるのかというのがライフサイクルコストだが、医療費は年間ベースなので、平成35年度に出てくる医療費の効果は、平成30年度に特定健診を受けた人が、5年後の平成35年度にいくら医療費が下がったか、そこを並行して見ていかないと、年間ベースで見るとライフサイクルコストで見るとで少しずれが出てくる。経済学的には定常状態では同じというかもしれないが、ここは定常状態ではないので、少し計算が複雑になる。

(厚生労働省保険局)

- ・ご指摘のとおりだと思う。どこまで精査してできるかということは、平成30年度以降にはレセプトと特定健診・特定保健指導のデータの突合率の高くなっ

たデータも出てくるし、本来は医療だけではなく介護の分も、可能であれば介護にかかっていない部分も入れ込むことができれば、もう少しこの数字を専門の先生方にも納得していただけるものにできるのではないかと考えている。ここは引き続きよくご相談させていただきながら考えていきたい。

(筒井先生)

- ・薬剤の多剤投与の基準について、レセプト上の薬剤の種類の数え方と現場の認識は全く違うので、現場に対する丁寧な説明が必要になってくると思う。具体的な数字が独り歩きしないような、上手なメッセージの伝え方を考える必要がある。また、今回の診療報酬改定でかかりつけ薬剤師が薬剤を整理することに対する診療報酬を初めて入れているので、その効果がこの2年間である程度出てくると思うが、現状ではかなり薬剤師の方が苦戦しているようなので、本当にこれは実行可能かということも考えなければいけないと思う。したがって、数の問題とやり方について、この報告書に書くときには、複数の薬剤を処方されている患者への対応というところは丁寧な書き方が必要だと思う。
- ・特定保健指導の効果額の考え方をきちんと定義すべき。経済学的に言えば、基準単価1万8000円に見合うかどうかを都道府県が考えたときに、今の6000円ペースだと、合わないとみなされるかもしれない。そもそも効果を考えるにあたっては初期値が問題となる。また、今出ている効果額は、ある特定の集団の特定の結果だということを書き必要がある。もっと効果が上がっているとする研究もあるかもしれない。国として、特定保健指導は効果が上がるという信念でやっているというのであれば、その根拠をもう少し国民に分かるようにしていかなければいけないと思う。その時に、先ほどから複数年の話が出ているが、日本には、一生涯に亘って見たデータについての分析（ライフサイクルコストに関する研究）が現状ではほとんどない。したがって、それを今後は蓄積して作らなければいけないということをまず伝えて、その第一歩がこれであるという説明しかないと思う。そのため、効果額についてはまだ仮定の額であると説明せざるをえないのではないかな。
- ・外来医療費の地域差縮減について、医療費が平均以下の場合、たとえば最低の都道府県の場合はどうするか。たとえば2000年代初頭から、米国では、州ごとに目標値を設定させ、それに対する充足度、目標達成度みたいなものをアウトカムとするというやり方を採用している。日本でもそのようなやり方を少しずつ入れていくというのもありうるのではないかなと思う。また、WTP（支払意思額）という概念があるが、特定保健指導に支払っている額が妥当かという考え方も必要であり、特定保健指導に対する、これを受ける側が考える効果額という概念も今後は取り入れないといけないだろう。特定保健指導をサービス

と考えれば顧客の満足度を得るサービスになっているかを考えることは当然のことであり、こういった取組が特定保健指導サービスの質の向上につながるし、これを受けようという国民も増加するのではないか。この指導を国民が積極的に受けたいという仕組みも入れないと、ただ受けよというような指導をしているだけでは、特定健診の受診率も含めて、向上させていくのは難しいのではないかと考えている。今あるデータで検討してはどうか。

(厚生労働省保険局)

- ・引き続きご指導いただきながらいろいろといい方法を考えたい。まさにその効果をきちんと示すというのが我々に課されている使命だと思っているので、適正化効果額も大事だが、特定健診・特定保健指導の効果をきちんと出していくことも必要なので、より精緻なものが示せるよう我々もよく考えていきたい。

(伏見先生)

- ・特定保健指導の効果について、女性のデータを見ると最初は支援参加者の方が大きかったのが、最終的には差がなくなっている。逆に特定保健指導をやると需要を誘発している可能性もあるという研究もあるが、逆効果が出ている可能性もあるので是非慎重に考えてほしい。
- ・地域差縮減について、外来医療費の平均への収束も目指していると思うが、外来だけを取り上げていることによって少し問題があり、今後在宅の推進や外来への移行が進み、外来医療費が増える可能性がある。そのあたりをどのように評価していくかということをも是非併せて考えていただきたい。入院医療を効率化してできるだけ外来で治療を行うとなると結果的に外来医療費が増えてしまい、見た目で矛盾してしまう点があるが、やはり総医療費の面で見るとその方が逆に効率化しているということもあると思うので、その効果も見られるような形の推計式を作っていただきたい。
- ・多剤投与の基準について、これはまさに診療の中身に関係することなので、極端な見方をすると、基準となる薬剤数以上投与している分は全て削減しろと言っているように見えてしまうので、治療の中身に関して、診療自体を変えろと言われていたようにとらえられる可能性がある。これは注意をした方がいいと思う。なので、たとえば非常に多くの種類の薬を飲んでいる人が、その過重に飲んでいる部分について、たとえばそのうち何割かをやめるといった、緩い形でシミュレーションをした方が、もう少し臨床的に妥当になるのではないかと思う。一定の剤数以上は全部削減という推計の仕方はかなり乱暴な印象を持つので、それについては検討をお願いしたい。

(厚生労働省保険局)

- ・ご指摘のとおりだと思います。多剤投与の基準についてはよく精査する必要があると考えており、どのようなやり方がいいのか、まだ検討段階なので、今日いただいたご意見も含めて考えたい。
- ・外来医療費については、まさにそのとおりで、在宅医療のその病床機能の分化のところによって得られる在宅医療の部分、むしろ在宅医療を充実していかなければいけない介護の部分も含め、当然出てくる部分なので、その取扱いについてもよく調整したうえで、この医療費適正化基本方針の中でどのような形でお示しすることになるのか、よく考えて対応したいと考えている。

(土居委員)

- ・特定保健指導について、先ほどから費用対効果にからむ話があるが、これはあくまでもメタボリックシンドローム関連疾患の1人当たり医療費の差ではない。別の疾患の差もあるはずなので、この効果額だけを見て採算が合わないという話では全くない。あくまでも3疾患に限った差であるので、3疾患でこれぐらいの差があるということを仮に示しているだけという説明になる。それでも、補助している額に比べれば単年度としてはまだ額が少ないということだとしても、他の疾患で見れば差が出ているかもしれないので、別にここで費用対効果からみて見合わないという必要はないと思う。そのうえで、この特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWGで出された数字をどれくらい信憑性のあるものと理解するかは、これは一研究にすぎないという評価であると、これが代表となる数字であると説明するのは厳しいと思う。ただ、全く示せる数字がないというわけにもいかないもので、ある種の理論値、いわゆるモデルケースを作って、レセプトからは独立した形で、診療報酬との関係で計算してみることを考えてはどうか。つまり、ここで生じる差は何かというと、3疾患以外の疾患、もちろんがんは調整しているが、特定健診・特定保健指導に参加していても3疾患以外の病気にかかる方がいて、医療費がかかる。ここで、参加した人と不参加の人との間の3疾患への罹患率が違うということ、罹患率掛ける1人当たりの3疾患に費やす医療費の平均値が、ここにおける参加不参加の医療費の差となるのではないかと考える。参加すれば罹患率が下がったり軽めに治せたりして医療費がかからなくなるということであれば、もし不参加の人で3疾患に罹患していることに気が付くまで時間がかかることによって、より多くの医療費がかかるようになった場合に、典型的なケースで追加的に医療費がどのくらいかかるか診療報酬から理論的に算出し、参加不参加で罹患する率が違うということ considering 1人当たりで計算して、その数字がこのWGで出された数字とどのくらい違うのかということを見てはどうか。も

しWGで出された数字と近い値だったら、それなりにこのWGでの分析もあたっているといえるのではないか。仮に理論値というのは典型的な例ということであって、実際にはいろいろなケースが考えられるので、1つの典型例について計算で出すことが難しいのであれば、複数の例を出して、それを加重平均して理論値を出すなど、全く現実のレセプトに根拠がない数字ではないが、レセプトの数字だけから出してきた数字ではなく、かつ医学的に診療報酬との関連で計算したという意味でそれなりの根拠を持っているというような形の数字の弾き方でこの数字を出してはどうかと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・おっしゃる趣旨は理解できたと思うので、分析のデザインについては、実際にこの分析をしたWGの先生方にも聞きながら考えていきたい。

(佐藤委員)

- ・適正化効果額について、これはあくまで目標なので、科学的な根拠を基に固く決めるということではなくて、進捗管理が問題だと思う。つまり、これは平成35年度向けの目標値だとしても、それに向けてこれから第3次適正化計画のところで、PDCAをきちんと回して、もし進展がなければ見直すという体制が作れるかということが問題になる。また、ここでは今ある知見で計算できる見込み額を示しているだけなので、もし仮に新しい知見、新しい研究が出てきたら目標は適宜見直してもいいと思う。したがって、この段階で我々が持てる知見と情報に基づけばこれが自然体の医療費の伸びであると示して、それに向けて都道府県は進捗管理をするが、新たなエビデンスが出てくれば目標値が変わることは排除していないということかと思う。あまりこの数字に固執してしまうといろいろな齟齬が起きるし、あくまでたたき台と言ってしまうと信用されない。そこは解釈を気を付けるべき。

(松田主査)

- ・研究のデザインに関して知りたいことが非常に多いので、委員に報告書を配っていただきたい。報告書を読めばこの分析がどのようなモデルでやっているかが分かると思うので、それを踏まえてまた少しコメントさせていただきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・報告書については後ほどお配りする。
- ・医療費適正化計画は夏頃までに見直すとなっているので、今の知見の中でどこまでできるかということをお我々も考えているところ。今後、最新のデータ等を

用いてより説得的なものは作っていくが、あくまで試算としてこれを基に各都道府県で作るための枠としてお示しさせていただくものとして考えている。

(藤森委員)

- ・外来医療費について、今の案では各都道府県でどのように具体的な施策や事業に落とし込んでいくのかというところが非常に分かりにくいのではないかと思う。糖尿病の外来医療費の削減についてはいろいろな施策ができると思うのでよいが、重複投薬の削減については、基本的にかかりつけ医、かかりつけ薬局の機能によって行うということだと思うが、これは医師会や患者に働きかけるということになるのだろうか。そこは明確に書かないと、県は直接個人に介入できないので、どのようにすればよいのか分からない。また、もしかかりつけ薬局やかかりつけ医師が普及すれば、基本的に2医療機関以上から同一成分の薬の投与は受けないのではないかと思うが、基準となる医療機関数はどのように考えるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・実態としては、2医療機関から同一成分の薬剤を投与されているケースは全体の数%で、3医療機関以上だとさらに非常に少なくなっている。

(藤森委員)

- ・同一成分の薬剤を2つの医療機関からもらうのは非常によくはないし、もし患者さんが両方でもらって倍の量を飲めばこれは本当に問題になるので、この基準は2であるべきだと思う。もしかかりつけ医の適正化ということであれば、都道府県としては、これはかかりつけ医、かかりつけ薬局の話ですと説明できると思う。
- ・多剤投与の基準について、これは1つの医療機関から投与されているのか、複数の医療機関の合計なのかでかなり対策が違ってくると思うので、都道府県にとってみれば施策に落としていくハードルがかなり高いと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・重複投薬のところについては持ち帰って検討する。

(石川参考人)

- ・今までの議論の内容は、佐藤先生の方からもあった本来の自然体の医療費というのがあって、それに対して今回はいくつかの部分に関して適正化をしていく、というものだったと思う。ただ40兆円のうち今回の案として出てきているも

のでどのくらい適正化できるかという、それは微々たるものではないかと思う。より重要なのは、医療費適正化基本方針を出した上で、都道府県あるいは医療従事者等が行えるような、素の部分の医療費の適正化だと思う。そうした意味では、できれば、外来以外の医療費の適正化を考える場合に、ただ単純に全国一括で4機能区分別の1人当たりの、ないしは1日当たりの医療費を出すだけではなく、これをたとえば疾患別で見えていくとか、疾患別の中でも高度急性期の部分を見えていくとか、それをどのような患者さんを何で診ているのかという視点を持つことが重要ではないかと思う。今回の医療費の適正化というのは、医療費を、大規模医療データを基に、細かく推計・管理していくための入口なのだ、ということで、報告書にはそのような細かな自然体の医療費について今後どのように切り込んでいくのかということを書くことがとても重要ではないかと思う。

(土居委員)

- ・石川先生の話で、確かに追加的な取組でどのくらい医療費が抑制できるのかという、それほど大きな金額が出てくる感じではないかもしれないが、そもそも自然体の医療費の推計について、より根拠のある推計をしていただくというところがまず1つ重要なことではないかと思う。
- ・今厚労省が持っている医療費の推計は、もう既に4年前に出たもので、平成32年には54兆円になるという医療費の推計があるのみなので、それをできるだけ前倒しして、各都道府県に、医療費適正化計画と連動する形で見込みを出してもらって、それを全国集計すると、平成32年の医療費の見込みがより新しいアップデートされたデータとして出るので、54兆円いかない程度なのかどうか、というところがもう1つ重要なミッションなのではないかと思う。

(松田主査)

- ・先ほど、藤森委員から都道府県が何を取り組むのか分からないという話があったが、薬剤の適正化については、上田市の薬剤師会など、全国に先進的な事例がいくつかあるので、そういう事例を少し洗ってみて、それをこの報告書を出す時に、囲み記事として取組を考える時の参考に入れるといいと思う。
- ・適正化については、基本的にKDBの方で分析して、それで各被保険者の方に各市町村の保健師が働きかけるという枠組みがあったと思う。そういうことができるのだということも少し書くと取組の方向性が決まってくると思う。
- ・特定保健指導の効果額については議論があるが、幅を持って数字を出せばよいのではないか。また、そのようなデータを作っている自治体がいくつかあるので、ある程度自由にできるような枠組みを作ればとよいと思う。

(佐藤委員)

・多剤投与の基準と重複受診に関して、同じ病気で3つ以上の医療機関に行くのはおかしいということについて、複数の医療機関で同一成分の薬剤を投与されている場合に着目した重複投薬の推計式は、どちらかというとも重複受診に係る問題で、たまたま上がってくる情報として重複受診をしているかどうかというのは、2医療機関、3医療機関から同一成分の薬を受け取った人がどれくらいいるかという話だったと思うが、基準となるデータは調剤基本料で本当によいのか。病院に行けば初診料や再診料を払うので、むしろ重複受診を避けたいということであれば、薬が出たかどうかではなくて、医療機関に行ったかどうか重要なのではないかと思う。

(厚生労働省保険局)

・そこについては、適正化計画に位置付けるにあたって、重複受診や重複投薬そのものを考えるのは難しいので、薬剤のところに着目している。したがって、薬剤に着目している以上、その薬剤が複数の医療機関から出ている状態を適正化するのとはかりつけ薬局・薬剤師の役割だと考えており、得られるデータから積極的なものとして今のような形で考えているところ。ご指摘の点についても考えてみたが、それをどのようにデータとして取るかが難しかった。

・また、今のレセプトのデータでは、請求の結果しか出ていないので、まさにビッグデータということで、今後カルテ等のデータが、データの分析という形により充実してくると、より精緻な説得力のあるデータが出せるのではないかと考えているが、現時点ではここが限界かと考えている。

・様々なご指摘をいただき感謝。いただいたご指摘はなるべく形にできるように努力したい。特に地域差について、診療の内容に関わるのではないかと、自治体できちんと対応できるのか、という話があったが、そのような部分はこちらでも関係者と調整をしているので、そこで実現可能なものかどうかを確認したい。

・先ほど閣議決定の話もあったが、夏頃までにという期限との関係で、時間的な余裕がなくなってきているので、手元にある知見を基に、どのように先生方に納得いただけるものを作るのかという視点でまずは検討したい。

(総務省自治財政局)

・地域差縮減を目指す適正化の取組について、都道府県が具体的に事業を進めていけるよう、今は3つの取組だけ書かれているが、今後とも、さらに効果が認められ、かつ都道府県の方で取り組めるものを検討し、数を増やしてほしい。

(財務省主計局)

- ・外来医療費について、マクロの適正化の目標値をきちんと実効性のあるものにする必要があるので、その意味で、都道府県が具体的に組み立てるような具体的な定量的な行動目標を定めることが大切であるから、そこを引き続き議論していただきたい。

3. 第2次報告（案）について

- ・第2次報告（案）について、意見交換を行った。

(松田主査)

- ・医療費適正化について、適正化とは、支出の適正化という視点と、収入の適正化という視点があると思う。一言でいいと思うが、負担の在り方についても検討が必要ということも盛り込んでいただきたい。日本の保険料の負担は、他の国に比べると事業主負担の割合がやや少ないという意見もある。法人税など他の負担の話も踏まえた上で、この議論をどこかでしておかないといけないと思うので、そのことを一言どこかに入れておいていただければと思う。また、消費税のことも触れておくべきだろう。

(土居委員)

- ・平成30年の診療報酬・介護報酬同時改定との関係、ないしは介護保険事業計画・医療計画の改定との関係を、時間視野に入れて言及しておく必要もあると思う。つまり、確かに今回このような形で医療費適正化計画の前倒しの見直しや、地域医療構想を初めて策定することで議論を続けてきたが、2018年（平成30年）から始まる医療計画等をさらに洗練化させることも期待をしている。2018年を逃すと次また大きく変えられるのはその6年後であるし、中間見直しがあるとしても3年後ということなので、2020年代になる。つまり、2010年代にできるチャンスは、2018年の改定の時しかないので、どこまでできるかは本当に時間との勝負になってくるが、やはり2018年があるということを意識しながら、それでもまだ、今回最大限頑張ったとはいえ課題は残されていることを自覚し、その自覚している課題をできるだけ2018年に間に合うものはこなして2018年の改定に臨むという意気込み、そういう議論の時間視野の設定を書いていただければと思う。

(佐藤委員)

- ・医療費の要素分析の文脈で、多剤投与の話も触れておいた方がよいと思う。
- ・「患者・住民の視点」は非常に大事で、患者の視点だけでいえば多剤投与や重

複受診も利点がないわけではないので、自己負担が3割や1割であることもあり、「患者」の視点ばかりを書くと、費用のところが疎かになる感じがするので、「患者」と「住民」は併せて書くべき。

- ・事業主負担については、財政学者の立場としては雇用上の問題を惹起するので慎重になった方がいいと考えている。もちろん財源確保は重要なので、社会保険料、消費税を含めて財源確保には真摯に努めるべきだというのは間違いないが、それを特定の財源にだけ求めるのは危ないと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ご指摘いただき感謝。報告書の記載についてはまた調整の上、再度機会を見てご説明させていただきたい。

4. 閉会

(以上)