

「秋のレビュー」（3日目）
安心・信頼してかかれる医療の確保に関する事業
（医療サービスの機能の充実）

平成25年11月15日（金）

内閣官房 行政改革推進本部事務局

○出席者

政務（傍聴のみ）：後藤田副大臣、福岡政務官

司 会：藤城行政改革推進本部事務局次長

評価者等：佐藤評価者（とりまとめ）、赤井評価者、清水評価者、水上評価者、土居評価者

府省等：厚生労働省、財務省主計局

○藤城次長 それでは、説明者の方、よろしく申し上げます。

次の「安心・信頼してかけられる医療の確保に関する事業」に移りたいと思います。これにつきまして、全体50分程度でやりたいと思いますが、まず事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 御説明を申し上げます。まず、最初のフリップでございますが、国民の医療費でございます。財源構造を示しておりますけれども、国民医療費、平成25年度予算ベース42兆円でございます。このうち、窓口などで患者が負担するものは5兆円でございますけれども、残り20兆円は保険料の負担。国庫負担が約16兆円ございまして、これが何を意味するかとお申しますと、すべて国民負担である。平成25年度現在42兆円が国民負担によって医療費がまかなわれているということでございます。

フリップ1枚おめくりいただきまして、医療費の動向でございます。

国民医療費は高齢化の進展、医療の高度化等に伴いまして、急速に増大しております。1990年度～2000年度までの10年間で10兆円。それから2000年度～2010年度までの10年間で約7兆円というペースで進んできております。

次のフリップですが、平成26年度概算要求でございます。

先ほど申し上げましたように、高齢化等の進展に伴いまして毎年度医療費増えております。これは自然増でございます。放っておいてもこの額は増えるというもので、医療費ベースで見ますと、26年度概算要求では約1兆3,500億円の医療費が増えるものと見込まれております。

一番下の棒グラフにございますけれども、もちろん、これは税金で賄われる部分もございまして、公費負担以外でも保険料は約6,500億、これは当然、保険料に跳ね返ってまいります。また患者負担も1,800億円の増ということで、家計の負担も増えるものでございます。

続きまして、これから年末あるいは年明け2月に向けまして議論が進められます、診療報酬改定でございます。本年度、診療報酬改定の年度に当たっております。

そもそも診療報酬とは何かということでございますけれども、これは診療行為等の対価でございます。例えば床屋では髪の毛切って、爪切って、顔のマッサージをやってということで、それぞれ金額が決まり、メニューとして並んでいる訳ですが、日本の医療

制度におきましては、これらお医者さん、あるいは病院が提供するサービスをすべて点数化しまして、腕のよしあしに関わらず、同一の点数を与えて、それに基づきまして料金が決まってくるという形になっております。

こうした意味では診療報酬改定というのは、例えば電気や水道料金同様の公共料金の見直しというべきものでございまして、この引き上げは医療機関等の収入を増やし、企業、家庭の所得を減らすものでございます。

その影響につきまして、次の行政改革推進本部事務局配布資料2ページをご覧くださいませます。

非常にわかりやすいというか、どぎついフリップになっておりますけれども、診療報酬は1%上げますと、家計、企業の負担が4,200億増えます。それから医療機関等の収入増が約4,200億円ございまして、もちろん、この医療機関等の収入増に寄りました医師等の給与が増えるとか、医療機関の施設が改善される、医療提供体制が充実するという面がございまして、診療報酬の引き上げという金銭の流れに着目いたしますと、企業、家計から医療機関等に対する所得移転ということができるとおもいます。

このように非常に大きいインパクトのある診療報酬でございますけれども、実は私ども、国民的な議論がなされないまま、技術的な問題であるからということもあるかと思っておりますが、粛々と国民負担が増えているという状況にあるのではないかと感じております。

例えば消費税につきましては5%から8%の引き上げにつきまして、国会あるいは国民各層におきまして色々な議論がおこなわれた結果、この前、引き上げが決まった訳でございますけれども、診療報酬改定につきまして、その議論がわかりやすく国民に紹介され、あるいは国民を巻き込んだ形で御議論がなされている状況にはないのではないかと感じております。

次のフリップでございます。

したがって、私どもまず国民にわかりやすく診療報酬のプロセスを伝えていくことが大事ではないかと感じておりますが、併せまして、医療一般に言えることですが、きちんとPDCAを回していくことが大事ではないかと感じております。

今、厚生労働省のレビューシートは約9兆円の医療費国庫負担金を一つのレビューシートにまとめてございまして、何ら有用な情報というのが与えられておりません。医療につきまして医療費の削減計画とか、あるいはジェネリックの投入促進であるとか、あるいは診療報酬改定であるとか、様々な取組がなされている訳でございますけれども、そうしたもののついて、きちんとどのような計画があり、きちんと達成されているかどうか、わかりやすく国民に提示されることが必要ではないかと感じております。

特に診療報酬改定につきましては、例えば医師の偏在を是正するといった大目的があり、実際に影響があったかどうかというのは、実は相当技術的、専門的な分析が行われております。

しかしながら、私どもが問題ではないかと思っておりますのは、例えば医師の偏在を是正するといったときに、例えばどこの地域にどのぐらい少なく、それをどう改善しないといけないということが提示されていないがために、例えばプラスの効果があったとしても、それが目指すべき方向性にきちんとマッチしたものになっているかどうかということが議論できないという点が問題ではないかと思っております。

次のフリップに一例を書かせていただいております。

診療報酬改定は平成18年度に7対1入院基本料というものを新設いたしました。これは1人の看護師さんに対して何人の患者さんがいるかということで7対1ということを示しております。

それまでは10対1までの病院だったのですが、急性期病床を増やす必要があり、7対1の入院基本料を新設いたしまして、より手厚い診療報酬を導入した訳ですけれども、もともと要件さえ満たせば、すべてこの7対1病院になれるので、その制限なく増えた結果が、一番右側の緑のタップ型の絵でございます。

受け皿病院が急減し、よりたくさんお金が入ってくる急性期病床が非常に増えた状況になっております。現在、病床数につきましては総額の抑制が行われておりますけれども、それぞれの区分に応じた抑制は行われておりませんで、例えばPDCAをきちんと回すということであれば、区分ごとの病床数の抑制といったことも含めて検討していく必要が出てくるのではないかと思っております。

そこで論点でございますが、次のフリップでございます。

私の説明は以上でございます。

○藤城次長 この医療という予算は大変重要な予算である。これは何の疑いもないことであります。

レビューはオープンガバメントということを非常にうたっています。そういう意味では国民に対してどういう風に関示するかという問題意識が非常に強くありますし、同時にPDCAをちゃんと回していくという意味、関心もあります。

今ありました論点、正にこの2つの観点なのですけれども、この厚労省さんのほうからこの2つの論点が議論になりますので、それを念頭に置きながら、簡潔に冒頭の御説明をお願いしたいと思います。

○厚生労働省 厚生労働省でございます。今、2つの論点御紹介していただいております。中身的には医療費の仕組み、現状や公定価格による診療報酬改定プロセス、国民に十分伝えられているかということ、PDCAサイクルが活用されているかということでございます。

私ども、用意させていただいた補足資料を登録した時点では、この2点の論点がよくわからなかったものですから、全然関係ない形になっています。

○藤城次長 それであれば、口頭で構いませんよ。

○厚生労働省 一応、事務局のほうから席上には別の資料が配られているかと思しますので、そういう前提であとは口頭で聞いていただければと思います。

○藤城次長 では、説明を始めてください。あわせてフリップを映しますので、どれを映したらいいのかを補助してもらえますか。

○厚生労働省 はい。最初に「診療報酬改定の流れ」と書かれた資料をご覧くださいと思います。

論点と整合的な形でまず、改定プロセスの透明性や国民の視点が反映されているかということ。2つ目にPDCAサイクルがどのように回っているかという、2つの視点から御説明したいと思います。

このフリップにございますように、診療報酬改定は2年ごと、上の枠の中、①予算改定をつうじて内閣が決定した改定率を前提としまして、②として社会保障審議会、医療保健部会及び医療部会という審議会で策定された基本方針に基づき、③として中央社会保険医療協議会、私ども中医協と呼んでおりますが、そこで具体的な診療報酬の点数の設定に関する審議をおこない、実施するというところでございます。

2ページ目、社会保障審議会、医療保健部会、医療部会における審議の部分でございます。

ここで策定される基本方針が、診療報酬改定、PDCAのPに当たるものとなりますけれども、まずこの2つの審議会の審議、1. にございますように審議を公開ですし、資料、議事録をホームページで公表ということで、非常に透明性の高い議論をおこなっていただいております。

2. にあるように、委員には患者代表が参加しているということ。

3. でございますけれども、改定の基本方針におきまして、その改定の視点の1つとして、患者などからみて納得でき、安心安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点を位置づけております。

2つ目①にありますように、例えば医療の透明化や患者への情報提供の観点から明細書発行有料化の拡大、こういった改定をやっているということがございます。

3ページ目でございます。

基本方針に沿って点数設定の審議を行う中医協についても、やはり1. 審議の透明性は確保しております、審議は公開ですし、資料、議事録をホームページに出ささせていただいております。改定の直前には広く国民の意見を聞くために、地方公聴会などをおこなう形で改定の議論をしております。

また、2. 委員としては患者代表がおられますし、広域委員ということで中立な立場の学識経験者6人の方に参加をいただく。そもそも、その委員の構成が3部構成ということで、それぞれの立場で国民、患者の視点も議論に反映される形で、支払い側の委員の方もおられるということがあります。

3. 診療報酬改定の結果検証への取組ということで、1つ目の丸ですが、診療報酬改定が医療現場に与えた影響などについて調査をする。その調査の結果を広域委員が中立的な立場で評価をしまして、その評価に基づいて次の改定をどうするかという議論をおこなっていきます。

こういうプロセスによりまして、PDCAサイクルが機能しているものと考えます。

レビューシートに出てくる、今回のレビューの対象事業の中に、たくさんの調査の事業が出てまいりますけれども、こうした調査がなければ現場の状況が把握できずに診療報酬改定をおこなうこととなりますので、私どもとしては必要不可欠な事業と考えております。

以上でございます。

○藤城次長 ありがとうございます。それでは、本件についての議論を始めたいと。

○厚生労働省 すみません、まだ診療報酬だけのことを今、説明を。

○厚生労働省 申し訳ございません、もう一点だけ、医療費の効率化政策についてのPDCAがございましたので、7ページ、8ページに医療費適正化計画の概要資料をつけさせていただいております。

内容について詳しくここで説明することはいたしません、PDCAということで策定の流れだけ、簡単に御説明をさせていただきたいと思っております。

医療費適正化計画でございますけれども、5年を1期に定めておりまして、20年度から第1期、25年度から第2期の計画期間に入っている状況でございます。

この計画は法律に基づきまして、計画期間の中間年に計画の進捗状況に関する評価をおこないまして、それを踏まえて次期計画を都道府県が作成するための基本方針を国のほうで策定するという流れでおります。

1期計画につきましても昨年度で期間は終了しておりますが、計画期間であります、20年度から24年度の間年である22年度。具体的には23年3月に中間評価をおこなってございまして、これを第2期計画策定のための基本方針に反映をいたしまして、都道府県にお示しをいたしている状況でございます。

計画期間は全部、1期終わっておりますので、5年間の全体の実績評価につきましては、法律の基づき、計画期間終了の翌年度、すなわち25年度。今年度中に評価をおこなうという形になってございまして、今年度中に国において評価をおこなうという流れで進めてございます。

これらすべて法律または法令に基づいて進めている工程でございますけれども、例えば計画全体の実績評価というものが次期計画に反映できないといったことですか、中間評価をおこなってございますが、5年間の中間年なので、実際に評価に使える実績数値が3年目にありますから、1年目と2年目の数値しか使えないといったような、かなり限られたもので行わざるを得ないということなので、より適切なPDCAサイクルによる計画策定、あるいはその計画の進捗管理という観点からは検討すべき課題があると考えてございます。

このため、先ほど申し上げましたように、法律等で定まっている工程であるものですから、来年予定されてございます医療保健制度改正の中で、例えば独法制度といった他制度の状況ですとか、関係者の御意見もよく伺いしながら、その見直しを検討したいと考えているところでございます。

説明、以上です。

○藤城次長 ありがとうございます。

今、資料でややごたごたがありました。11月7日に論点については各省に提示をしております。突然聞いたというのであれば、厚労省内のどこかで滞留していたのかもしれないけれど、それは我々も関知しないところでありまして、追加の資料は、本来は認めませんが、今回は特例です。その点だけはよく御理解ください。

テーマに入りたいと思います。

42兆円という額、多分、ご覧になっていらっしゃる方も想像もつかないような金額ではないかと思えます。単純に1億人で割ってみたら40万ぐらいのイメージですから、1年間結構な金額ですね。

10年間の間に7兆円増えるというのは、ここにいる人はみんなわかるかもしれませんが、一般の方はどこまで認識しているのかなど。知らないうちに負担がそんなに増えているということで、本当は国民としては、それはいいことなのか、悪いことなのか。こういう問題意識もちょっとあって、レビューにおける公表は大変大事だという問題意識がまず、前提にあります。

ということを踏まえた上で、この改定プロセスの伝達、PDCAサイクルがちゃんと回っているかの2つを議論したいというのが、このコマの狙いでありまして。

では、最初に土居さんからどうぞ。

ごめんなさい、それからシートのことを考えますと50分ぐらいをめどに進めていきたいと思えますから、土居さん、よろしくをお願いします。

○土居評価者 御説明、どうもありがとうございます。

まず論点1について、診療報酬の改定プロセスに関連してですが、やや専門的になりますから、細かく丁寧にお話をさせていただきたいと思うのですが、3点ほどポイントをお話させていただきたいと思えます。

まず1つは診療報酬改定総額の問題と、実はそれが個別の医療行為にまつわる点数づけ。総額をマクロ、点数づけをミクロとあえて呼ばせていただきますけれども、マクロとミクロの問題が1つ。

もう一つは、個別の点数づけというところで、本当に患者のためになっているのかという、ミクロのエビデンスがとれているのかというのが2つ目。

3つは医療と介護の関係ということで、まず1点目から話をさせていただきたいと思います。

診療報酬改定の流れは先ほど厚労省からの御説明のとおりでありまして、今は正にリアルタイムで、中医協で審議をされておられて、私は中医協に対して敬意を表したいと思いますが、そもそも、どのように審議をするかという制度の立てつけから、そもそも今、来年度予算編成に向けて診療報酬総額をどれぐらい増やすのかということの色々固めるための作業をしておられると。

ところが、総額が決まった後で、本当は厳密に言えば政府の予算案が国会で議決されないと、その予算は執行できないということではあるのですが、個別にどういう診療行為に対して何点という点数をつけるかという話が固まって、実際に動き出すということになるということですね。

ただ、私が問題だと思っているのは、そのギャップがあるのではないかということなのです。

つまり、マクロの総額を幾らにするかというところは、厚生労働省も分析をされておられますけれども、まず自然増と。つまり高齢者が増えれば1人当たりの医療費がどうしても人間の宿命として増える。そのようなことも影響して、高齢化率が高くなれば、その分だけ医療費が上がってきますねという話。

それから、医療の高度化ということで、色々今まで治らなかった病気が治るようになりますということだとかが反映して、その分だけ単価が上がりそうだとするところ。

それから、さらにはそもそも、今までと同じ治療行為をしているのだけれども、その行為の点数を全体として上げるということだから、その分だけ医療費が上がりますねという。

総額として幾ら上がっていくかという分析は、厚労省は厚労省でされておられるのですが、実際、来年の診療報酬改定に向けて、幾らの総額にしますかという話になったときに、個別の診療行為がどういうことでおこなわれ、それが積み重ねとしてこういうことだから、積算としてこれだけ必要なので、これだけ予算をくださいと仰っているのですか。

○厚生労働省 まず中医協の議論なのですが、中医協の議論はもちろん、最終的にはそこでの議論がマクロでどのぐらい必要なのかにつながっていきませんが、まずは国民の皆様に必要な、あるいはよりよい医療を届けるために、今の診療報酬では問題があるとすれば、そこをどう解決していくかという観点で、個別に色々な課題を、問題意識を持ってご議論いただくということでございます。

ただもちろん、例えば今は税と社会保障の一体改革ということで、医療機関の機能分化、強化、連携。それから、病院の中での再編成みたいなことはもちろんですけれども、それだけではやはり超高齢化社会に向かって耐えられませんので、外来医療あるいは在宅医療の強化。こういった急性期を脱した患者さんの受け皿を強化するという方向性でやっていかなければいけませんので、当然、そういった方向性に沿って中医協で御議論すると。

そこで出てきた、こういう改革が必要だねという部分が、当然、マクロでどのぐらい必要かになってくる訳です。

あとは医療機関の受け入れ状況でございますとか、様々な要素をトータルに勘案して、診療報酬改定率を内閣として決定するということですので、非常に複雑なプロセス。要は単純にこうということではなくて、医療の体制をどう整えていくかということと、その他、様々な要素を勘案して決めていくものがマクロの改定率ということで理解をしております。

○土居評価者 正に複雑とお認めになられた訳ですけれども、複雑だということは私もよくわかるのですが、ただ、やはり複雑すぎて国民に分かりにくいところを、どのように直すのかというところが一つ、ここでの焦点なので、できるだけどのように決めていくかというところを、より分かりやすく説明する努力はお願いしたいと、まず、意見として申し上げます。

もう一つ厄介な問題は、お手元の行政改革推進本部事務局配布資料の2ページに国民医療費の推移が載っていて、つい昨日、最新のデータも出ました。

2010年、行政改革推進本部事務局配布資料の2ページにありますように、37.4兆円という金額だったのですが、実は昨日発表になって、2011年には38.6兆円ということで予算が増えて、3.1%国民医療費が増えたという訳なのです。

ところが、2011年は診療報酬を改定していた年ではなくて、2010年に診療報酬改定があって、その2010年からの診療報酬のまま国民が病院や診療所に行かれてお薬ももらいながら、こういう形で国民医療費が使われた結果、結局1年で3.1%増えた。

ところが、もともと診療報酬改定として、前の改定のときと比べて、今回2010年はどれぐらい上がりましたかというところ、0.004%上がったという表現が一応されていて、ギャップがある訳です。

つまり、実際診療報酬改定としては0.004%、ネットの改定率とか言われますけれども、そのはかり方について色々議論はあるのですが、一つ、その指標がある。ここで今、議論になっているのは、正にその0.004%と決めるという話があるということでありながら、実際は3.1%増えているというギャップが実際、起こってしまっているということですね。

その部分は何かうまく診療報酬改定にどのように反映させるとか、それは国民が病院にかかってしまっているからしょうがないという話になるのか、どのように捉えていらっしゃるのか。

○厚生労働省 まず、国民医療費が3%伸びる。それは23年度ということは、正に御指摘があったように診療報酬改定がない年のものということですので、いわゆる自然増というかボリュームが増えたということだと思います。診療報酬改定というのは、あくまで単価がどれだけ伸びるかということですので、単価とボリュームをかけると、トータルの医療費ということですので。

診療報酬改定がなくてもボリュームが増える。ボリュームが増えるというのは、先ほど御指摘がございましたように高齢化が進みますと、どうしても高齢者の方々は医療を受ける機会が多くなる、あるいは治療行為の高度化といった医療技術の進展といったもので、いわゆる自然増がございましたので。

そこはなにせ、我が国は世界一の高齢化国でございますので、そういった部分に医療費が増えていくのは、ある意味、仕方がない部分がある。ただ、その中でどれだけ知恵を働かせて効率化していけるかということが、一つ、重要な視点だとは思いますが。

○土居評価者 正に仰るとおりだと思いますが、問題はやはり、診療報酬で抑制しても結局、自然増でふえてしまったら、国民は一体どうやって医療費の負担を適切にするかというところを、どこまできちんとコントロールできるのかという、悩ましい問題を抱えていることを指摘させていただきたいと思います。

その点で2番目の問題ですけれども、各診療行為がどのように患者のためになっているかというエビデンス。これが私は分析不足なのではないかと。

時間もありませんから端的に言うと、レセプトという各診療行為がおこなわれたときに保険請求される請求書みたいなものですが、その分析をもっと大規模に悉皆的にとまでは言わないけれど、きちんとやらないと、どういう治療行為が、お金がかかっている割にはあまり効果がないかとか、どういう治療行為なら安くても患者がものすごくよくなるということなのかというのはなかなか、わからないのではないかと。

部分的になさっているというのは、よくわかっていますけれども、もっと大々的に認める、エビデンスをつかむことは認めてはどうでしょうか。

○藤城次長 簡潔にお願いします。

○厚生労働省 重要だと思います。最近、そういうナショナルデータベースという形で整備をしておりますし（音声途切れる）。ただ、そう簡単ではないと思います。その中で今後、知見を蓄積して行って、できる限りどういうものがどのように機能するのかという環境整備は厚生労働省としてはしていく必要があると思います。

○藤城次長 コメントが来ているようですから、コメントをちょっと紹介してもらいましょう。これは私たちの問題として、たいへん重要な問題だと思います。

○事務局 そういった観点で、まず点数の明細がなかなか言わないともらえない。それをもう少しわかりやすくしてほしいというのが複数寄せられていました。それから、看護師の友だちがいるのだけれども、非常にしんどそうである、これはやはり見直しがあるのではないか。

正にこれ、身近な問題なのですが専門的でもあるので、もう少し具体的にわかりやすく言ってもらえるとありがたいと、全体に感想ということなので、よろしくお願ひしたいと思います。

○藤城次長 では水上さん、質問も答えもできるだけ簡潔に、色々な議論をしたいと思ひます。

○水上評価者 総額の議論をしたときに3.3%伸びたという話がありました。これはGDPの伸び率と比べても圧倒的に高いし、雇用者の給料は全然伸びていないので、そこからすると負担率はどんどん高まっているということだと思います。

そのうちで人口動態が変わったというところは、ある意味ではしょうがない部分もあると思ひます。高齢者の数は減らすことはできないので。高齢者の数が増えること自体はしょうがないと思ひますが、その分、何とかして単価を少しでも抑制できないのかという議論は当然あると思ひます。

例えば、教えていただきたいのですけれども、国民医療費の中にはいわゆる診療報酬といわれる医療行為本体のものと、薬を買いましたみたいな薬価みたいなものと、合わせ技で国民医療費は決まっているという理解をしていると思ひます。

国民から見て比較的わかりやすいのは、薬などについて言うと、だんだん市場競争によって値段が下がっているはず。実際価格はだんだん下がっているはずだという話だと思いますけれども、薬の実際価格は、例えば3年間の間にどのくらい下がるものなのですか。

○厚生労働省 薬実際価格、2年間の間に6～8%ぐらいかと記憶しています。

○水上評価者 8%ぐらいなのですか。その8%下がった分というのは、医療費が削減された形で国民に還元されているという理解でよろしいですか。

○厚生労働省 診療報酬の改定の、これまでのやり方として、薬価の引き下げ分を診療報酬本体に充当することによって、例えば救急であるとか産科であるとか小児科であるとか、医療崩壊という言葉もありましたけれども、そういった手当が必要な部分に重点的に振り向けて、そのことによって国民の皆様が安心して必要な医療が受けられるようなことをやってきておるのが、これまでのやり方です。

○藤城次長 今の部分は行政改革推進本部事務局配布資料の1ページに資料がありますので、そこを見ながら議論を聞いてください。

ちょっと主計官、何か。

○制度官庁 厚生労働担当の主計官の新川と申します。

今、お薬が2年間で8%ぐらい安くなると、それが国民に還元されたと非常にわかりやすい議論ですけど、それについてはあたかもそれを財源に診療報酬本体といいますか、そういったものにこれまで入れてきたという御説明があったと思いますが、それはまったくの事実誤認だと思います。

前回の改定もそうだった訳ですけども、過去10回の改定、あるいは平成10年ごろからの会計を見ましても、診療報酬の本体というのは特段この薬価の数字と同じような数字で決まったということはほとんどない訳でして、現実には薬価が下がった分だけ診療報酬が加わったというのは1998年以来、2012年で1回だけです。

○水上評価者 すみません、そういうことを前提にした場合は、診療報酬が上がるというときに、具体的にこういう高度化がありましたという話の中でどうしてもあげなければいけないので、国民や、その医療を受けている人に説明される中で上がるという議論はあるかもしれませんが、薬価が下がった分、上がりますというのは説明としておかしい話ですね。

薬価が下がったら、その分、診療報酬が上がりますというのは、おかしい話ですね。論理的におかしくないですか。

○藤城次長 今の主計官の話について、主計官のとおりなのか、あなたは違うのか。そこをまずはっきりしてから、議論したほうがわかりやすいから、そうしてもらえますか。

○厚生労働省 はい。過去において、平成14年～20年ぐらいにかけて、薬価の引き下げ分が診療報酬本体分に回されなかったことは事実としてあります。

ただ、そのときに何が起こったかという点、病院勤務に例えば立ち去りという問題が指摘、救急、産科、小児科が縮小する、いわゆる医療崩壊と言われたような状況の一因となったと、私どもは考えております。

したがって、薬価の引き下げによって得られた財源は、今、特に税と社会保障の一体改革、医療機関の機能、分化、連携、受け皿病床の確保、在宅医療の充実といった構造変化が求められている時期でございますので、そういった部分には必要な財源を充てていく必要があると考えております。

○水上評価者 済みません、そこは意見を申し上げますが、今の理屈は、私はおかしいと思います。

つまり、薬価が下がるということは市場で成熟していく中で、実際価格が下がるという話で、実際価格が下がるというのは、国民として市場として成熟化して効率化していくという流れです。

その部分が単価として引き下げのほうに機能しないと、医療費の増額というのは高齢者が増えるというだけではなくて青天井になってしまいます。ただでさえ、高齢者が増えるということは、なかなか変えられない訳です。

だとしたら、変えられないうえに薬価が減った分、それは診療報酬全部上乘せされますというのは、そもそも、恐らく理屈として立っていないし、現状の医療費負担を前提にしたときにも、納税者は医療サービスを受ける人の理解を受けられるとちょっと考えにくいと考えます。

むしろ、診療報酬本体であっても、最初はすごく新しいのだけれど、だんだんみんなができるようになって成熟していく訳で、だとしたら、むしろ全体として単価をどうやって抑制するかという議論がなされるべきで、それにもかかわらず、薬価が下がった分を上乘せしますという議論は、およそ国民の理解が得られると私は考えられないというのが意見です。

○藤城次長 佐藤さん、どうぞ。

○佐藤評価者 恐らく今の話にかぶせますと、医療費の総額はどうやって決まっているというのが国民には分からないと思うのですね。診療報酬で0. 何%と言っても、実質ふたを開けてみれば自然増もあって3%以上増えたり。

では、診療報酬の改定のところで薬価と診療報酬の本体の関係があってどんぶり勘定で決まっているとなると、我々は一体どういうサービスに対してどんなコストを払っているのかが非常にわかりにくいのだと思います。それは一つ、最初の感想です。

今回、PDCAということなので、PDCAのCですが、だれの観点からと、もちろん患者さんの観点も大事なのですが、今日は特に、行政事業レビューですから、行政改革推進本部事務局配布資料3ページにあるように納税者の視点というのがあっていいと思うのです。つまり保険料もそうですけれど、税金でも5,100億円増えてしまうという構造になっているので。

そこでちょっと伺いたいのですが、もうちょっと戦略的に、厚労省さんとしてはこの自然増をどのように抑えていこうと。つまり、もちろん増えていくのはやむを得ないとしても、増え方を抑えるすべというのは多分、生活習慣病対策もそうだし、医療施設の適切な配置もそうだし。

恐らく、土居さんが言いかけたのだと思うのですけれども、介護と医療の適切な役割分担もそうだと思うのですが、具体的にどういう目標をこの自然増を抑えるために考えていらっしゃるのかということ。

それは診療報酬にどんな形で反映されて、実質効果があるかどうかをどんな形で検証しようとしているのかということについて、何かお考えやプランがあれば教えていただきたいのですが。

○厚生労働省 診療報酬のほうは別途御説明させていただくとして、まず、医療費適正化計画の中で何を目標にしてやっていくかというのが、今の御質問に対する答えになると思います。

18年に制度改正して20年度から医療費適正計画、先ほどのように動いていますけれど、大きくは2つ、老人医療費をいかに伸びを抑制するかということが大きな目標でして、具体的な手段としては、今、正に先生も仰ったような、1つは生活習慣病対策。具体的には特定健診保健指導をつうじて生活習慣病を予防しようというのが1つ。

もう一つは、当時は老人の特に入院医療費をいかに抑制していくかという観点から対策をとるということを考えていまして、具体的には平均在院日数と老人医療費の1人当たりの相関関係があったものですから、平均在院日数の縮減を目標に掲げて。

18年に入れた当時には、いわゆる療養病床について、長期の入院患者さんで医療の必要のない患者さんについては介護に移ると。病床自体を介護に転換していくということを目指して来てございましたけれども、その方針が今に至るまでの間、若干変わったこともございまして。今後は一体改革の流れも踏まえて、医療と介護の連携の中でそういった医療提供部門について、こういった目標を掲げていくかということについては、ちょっと今後、検討しているところでございます。

○佐藤評価者 それで医療費適正化のところ、恐らく7,000億円生活習慣病対策等々で削減するという目標があったと思うのですが、これはどうなったのでしょうか。まず、中間段階の評価ではまだわからなかったということですね。これはどのような見通しなのでしょう。

○厚生労働省 先ほど申し上げましたように、7,000億どうやって出しているかということと20年度のときに計画策定1期をしておりますが、そのときに都道府県のほうで平均在院日数の縮減によってどれだけ医療費が適正化されるかという金額を積み上げて適正化されています。

それを24年度1期の計画期間は終わってございますので、それを評価するというものなのですが、そのスケジュール間というのが、正に今年度実績評価をするというスケジュールが法律で定まっております。

なので、都道府県に年内に実際の金額がどうなったかというところを出していただいて、年度内に国においてそれを評価するというタイムスケジュールで動いている状況でございます。

○佐藤評価者 これで終わりですが、それは2期の医療費適正化にはどのように反映されると出しているのですか。もう始まっていますね。

○厚生労働省 先ほど申しあげましたように、中間評価というものを23年3月にやっただございまして、先生が仰ったように金額についてはそのときには出していないのですけれども、実際に取組の状況がどうかということは一定の評価をして、それで2期計画に反映するというをやっております。

ただ、先ほどの説明でも少し申しあげましたように、そもそも1期のトータルの実績評価が反映されないで、次の計画動くのはどうかということ。

それから、中間評価というのは5年のうちの3年でありますので、2年ぐらいしかデータが使えないということがあるので、そういう意味でPDCAをより適切に機能させるという観点からは、課題として検討しなければいけないのではないかと考えてございます。

法律とかで定まっているものですから、来年法改正案を検討する中で考えていきたいと思っております。

○藤城次長 今、このコマは行革担当の後藤田副大臣、福岡政務官、御両名もご覧になられているコマでございます。

では、清水さん、お願いします。

○清水評価者 先ほどの薬価と診療報酬本体が抱き合わせというお話があったのですが、私は別々に決まるべきものだと思っておりますので、それを前提にお聞かせいただきたい。

診療報酬本体の方は、医療サービスの対価ということだと思っておりますけれども、必ずしも原価で決まるものではなく、やはり政策的な意図を持って決まるものだと思うのです。そのプロセスが非常にわかりにくいと私は感じています。

事前に色々御質問をさせていただいたのですが、いまだに明快な答えはないのですけれども、色々調査をやられていますね。その結果を診療報酬改定に結びつけていますということなのですが、それがどう反映されていますということについては、まったくお答えがないように思うのです。

例えば、24年度の政策として夜間、休日の救急搬送を厚くするという事で、救急救命センターに患者が集中しない仕組みの増進という政策があったかと思うのですけれども、これについてどういう結果だったか、何%減とか増とかいうお答えはいただいているので

すけれども、果たしてそれらの結果が目標としたものに到達したのか、届かなかったのか。次にどう考えるのかということについては、どのように考えたらよろしいのでしょうか。

○厚生労働省 今回の御質問は、検証調査の結果というのが、数値目標との関係でどうかということだと思います。

ただ、診療報酬の改定というのは、基本的にはやはり医療の質の向上といったものを目標に、ただ、それだけではなくて効率化とか色々な要素を含んだ、色々な狙いを持った改定をします。

したがって、複雑な狙いが絡み合っている中で機械的に数値目標設定するというのはほんとなじまないと思っております。

要はそういう数値目標を機械的に設定することによって、逆にそれに振り回されるような状況になる。それよりはそういう機械的な数値設定をするのではなく、検証調査の中では現場で、例えばある加算が付けば、どの程度算定されているのか、それを医療現場の方はどう受け止められているのか、患者さんはどう受け止めているのかといった形で現場の状況に多角的に光を当てまして、全般的に状況を把握して、今後どうするかということを検討することのほうがよほど生産的だと思っております。

○清水評価者 それはPDCAがほとんどないに等しいのではないかと思いますのですけれども。

診療報酬の改定だけでは達成できないかもしれない訳ですね。他の代替手段を考えなければいけないかもしれない訳で。そういうPDCAに欠けたやり方というのは、御説明不足なのではないかなと感じます。

○藤城次長 赤井さん、どうぞ。

○赤井評価者 たくさん色々議論も出たと思うので違う視点になります。

レビューシート、初めのものが国庫負担金で成果の目標がない状態になっていて、確かに別のところで決まっているし、必要額を計上しているだけと言われればそうなのですが、実際、これは負担金ということで国民が負担している訳ですから、やはりここにも説明をというのを加えるのが重要かなと思います。それが意見です。

その後、色々な調査をやっているのですけれども、調査に関しても委託しているだけで成果はないということなのですが、やはり調査も多額のお金をかけておこなっているの、どういう目的があって、それに対して調査結果からその目的が得られたのか。

調査もどこまでをその調査相手に考えさせる調査なのか、こちらで単なる配って下さいと言うと、成果目標は回収率みたいになるでしょうし。こういう問題に対して、議論できる材料をしっかりと集めてくださいみたいな調査であれば、その材料が集まったかどうか。その後、中医協に出されるのですか、そこで本当に役立つ情報で議論ができたのかどうか

というところが成果になってくると思うのですが、そういうところはここには書かれていないのですが、実際はどうなっているのでしょうか。

○厚生労働省 調査といいましても、正に今、仰ったように単純に集計するようなものから、専門的な知見を必要とするもの。要はどういう調査をすれば中医協でも改定の理論の役に立つのかということ、専門的な知識が必要な調査がございます。

特に後者につきましては、単純に数値的にそれがどう役に立ったのかを説明するのは事実上困難だと思いますけれども、これまで中医協の議論というのは、一度来ていただければわかると思いますが、本当にたくさんの項目について、基本的にはデータに基づいて議論するという。そのデータを議論にする形に着実に出してきていただいていると思っていますので、この調査がなければ本当に中医協の議論が成り立たない。正しく医療の質を向上させたりできないというような、不可欠な調査だと私どもは思っています。

○赤井評価者 もちろん、不可欠だと思うのですが、調査の内容次第で本当に役立つ情報が出てくるのか、出てこないのか。それは何回もPDCAで回しながら。

こういう調査に関して正に、前回の調査はもう一つだったけれども、今回の調査はよかったか。例えば評価の仕方は難しいかもしれないですが、例えば中医協に出られている方に今回の調査は本当に必要な情報が全部、織り込まれていたかどうかをアンケートしてみるとか、それがどのように活かされたのかを、完全に数字では表せなくても何らかの形で追って行って、何段階かで評価してみるといった形で、今後調査していく上で、よりよい調査になっていくような仕組みづくりは考えられるかなと思います。

○藤城次長 関連ですか。

○土居評価者 確かに厚労省で医療機関などにも協力を求めたりして、アンケート調査なり色々なさっておられるというのは私も知っていますし、そこから有益な情報が得られるというのはわかるのですが、やはり場当たりのといったら言い方が悪いけれど、ときどきの課題で答えようとするから、そのとき、そのときでとるのだけれども、1回とったきり、それ以降はとらないとか、ないしはどうしても予算に限りがあるからでしょうが、断片的な情報、その調査目的さえかなえばいいという調査が多い。

やはり先ほど申し上げたように、レセプトからわかることはもっとあるはずなのです。わざわざアンケート調査で、これどうでしたかと委託して調査させるよりも、レセプトそのものを持ってきて、どこの期間でだれがどういう治療行為を施したかがわかる訳ですから、そういうのもっと活用して、それが極端に言えばアンケート調査をわざわざやらなくてもわかる。もちろん、アンケート調査をやらないとわからないこともあるというのが

わかっていますけれども、レセプトの活用をもっと積極的にやったほうが、より低コストで調査をできるというのがあり得るのではないかと思います、いかがでしょうか。

○厚生労働省 アンケート調査も大事ですし、レセプトのデータの調査も大事だと思います。それはそういう認識です。

私ども、検証調査につきましては、御指摘のとおり経年的な比較という部分をもう少し強化しなければいけないという問題意識は持っておりますし、実際でも中医協でそういう議論が行われていますので、その部分についてはできる限り改善していきたいと思っております。

○藤城次長 制度官庁、お願いします。

○制度官庁 先ほど、厚生労働省の御説明でお薬の安くなった部分を診療報酬に戻さなかったと。そのことが地域の医療崩壊を招いたという御発言があったのですが、聞いていらっしゃる国民の方に聞きたいのですが、100円のお薬が90円に下がる。いいことですね。患者さんにとってもとてもいいことだし、国民にとってもとてもいいことですね。

今の発言、100円のお薬が90円になったら、地方にお医者さんがいなくなるとか、産科のお医者さんがいなくなるとか、どうもそのように聞こえたのですが。

診療報酬は驚くべくことに全国共通、東京だろうと北海道だろうと東北だろうと共通な訳です。その診療報酬の点数を色々動かすと、突然北海道とか東北にお医者さんが行くようになる聞こえたのですが、もっとそれをやるのだったら、ほかの政策手段があるのではないのでしょうか。あるいはそこを怠ってきたから、こういう事態を招いたのではないのでしょうか。

○厚生労働省 薬が下がったから崩壊したとは、私は言ったつもりはありませんけれども、正に我が国において高齢化がどんどん進んでいく、社会構造がどんどん変化していくといった変化の時代に必要な医療を国民の皆様にお届けするにはそれなりの財源が必要ですし、そうしないと必要な医療の基本的な部分が支えきれないといった状況があるので、薬価の引き下げで出てきた財源は診療報酬の改定に使わせていただくことを基本に。

特に今、一体改革を進めていこうとしているところですので。

○土居評価者 関係ない話ですね。

○厚生労働省 いいえ、それは関係ございます。

○土居評価者 志はわかりますが、一体改革の前から厚労省は診療報酬改定の際に薬価が下がるその分をという説明を繰り返し、マスコミもそのように報じてきて、ネットの改定率幾らなのだという話に注目点を寄せてきた。先ほど清水先生も仰ったように、これがより分かりにくくしていると思うのです。

やはり診療報酬本体は診療報酬本体でどうするのだ。薬価は薬価でどうするのだということ、もちろん、決めてはいるのだけれども、薬価ではぎ取ったお金みたいな言い方をすると、もう今後は止めたほうが良いと思うのです。

より見ている方にきちんと、今、私が申し上げたことをより正確にわかるように質問させていただきますが、診療報酬改定がある年の予算に対して、診療報酬改定で国費をより増やさなければいけないなどということになる場合には、概算要求を通常8月に出されますね。そのときに薬価としてこれぐらいと要求されるときのお薬のお値段は、いつの時点のお薬の値段で概算要求をされていますか。今回、平成26年度の。

○制度官庁 よろしければ主計局のほうから。

概算要求時点では薬価の改定を織り込まないで、今、流通している、あるいはついている薬剤のお値段を前提に要求いただいております。

○土居評価者 時間もないのであれしますが、私の知っていることを申し上げると、8月に薬価の改定を織り込まないで概算要求をし、そして9月になって薬価、市価がわかる訳です。市価がわかったときにその分を、値下がりしているのだったら値下がりした分を薬価の改定に織り込む。

そうすると概算要求をしていた額よりか薬価が下げられる。このお金を診療報酬本体につけるとか、何とかという話をしているという、そういうややこしい話をしているということなのだと、これを御理解いただかないと。つまり、そういう複雑な決め方をするのではなくて、薬価は薬価。ここで言えば、下がったら下がった、それもその分を反映しましょう。以上で終了です。

診療報酬は診療報酬で、今度どうするのですか、どうすればいいのですか。それはそれで、今後の高齢化とか医療の高度化とか色々考えながらやりましょうよという決め方をしないと、あたかも既得権かのように高めに薬価をつけて概算要求をしておいて、ここで浮いたお金をこちらに張り付けるみたいなやり方を繰り返していたのでは、国民には何が診療報酬なのかかわからないのではないかと思います。

○藤城次長 水上さん、一言。

○水上評価者 薬価の話がずっと出ましたけれども、基本的に診療報酬でできることとできないことがある。先ほど制度官庁もそういう話をしていましたが、例えば配られている行政改革推進本部事務局配布資料の7ページで、病床数の推移があります。

これは実は、もともと平成16年ごろの病床数があって、急性期医療を進展させるために7対1、つまり患者1人辺りの看護師さんの数なりお医者さんの数が多いものをつくるべきだという議論がある中で、7対1という病床数のものについて、より高いという改定をしたと。

そうしたら、当初、想定していたのは7対1がちょっと増えるかなと思ったら非常に高かったので、ものすごく7対1が増えてしまったというのが今の状況だと思います。

それに対して、ではそれはおかしいから、7対1は減らすのですか。

○厚生労働省 今、そういう方向の改定の議論をしているところです。要は思ったよりも増えたという部分ですが、確かにかつて7対1を導入したときに、今回の一体改革ほど明確な目標という設定がなかった中で、こういった事態ございますけれども、その後、こういう7対1が増え過ぎているという状況はすぐ察知しまして手は打ってきましたし、今回、そういう認識のもと、一体改革での2025年の絵柄を描き直して、それに向かって進んでいくと。

○水上評価者 ごめんなさい、そこまでわかりました。時間がないので、2つお願いしたいのですが。

1つは7対1を減らすというのは正しいと思うのですが、13対1とか15対1を増やして対応するというのは、結果として水増しになるだけなので辞めてくださいというのが1つです。7対1を減らすことによって誘導するというのが一つ。

もう一つ、7対1を減らしすぎると、今度は急激に減り過ぎるのではないかという議論があるかもしれません。これはもしかすると、診療報酬でこれをやることに限界があるのではないかという議論になると思います。

特に地域によってまだまだ急性期医療が必要なところと、全然いらないところがあるかもしれないと、そういうところについて全部一律で診療報酬でやるのが合理的なのかという議論があると思います。

私は、7対1は十分に保険年数を減らした上で、ただ、地域によって減り過ぎないように、別の手立てについて十分に検討していただいたらなと思います。

少なくとも、今度13対1とか15対1が減ってしまったからこちらを増やしましょうとか言いだすとどんどん単価が上がるという話になって、それは最初に戻りますけれども、3%も医療費が上がっている状態でそんなことをやっていたら、どんどん単価ばかり大きくなってしまいう話になりますので、そういう考え方は是非しないでいただきたいというのが意見です。

○藤城次長 今のは意見だけれども、何かありますか。

○厚生労働省 その7対1を削るだけだと、患者が行くところがなくなりますので、受け皿の病床を充実させることによって、医療機能の分化、強化、連携を進めていく。

国民会議の議論でも、川上だけではなくて川下の受け皿の病床でありますとか、在宅医療を充実させるということを言われておりますので、それに沿った対策をやりたいと思っています。

○水上評価者 そこは是非7対1は点数自体を減らした上で、どうしても必要な額は、必要な7対1の病床数は維持するために別の手立てを講じられるべきなのだろうと思います。

○藤城次長 ここで少しコメントを紹介してください。

○事務局 幾つか寄せられております。まず、一般的な方からいきます。

予防医療というものが、一番効果があり大きいと。長野の事例もありましたが、そこを考えるべきだという意見。それから、色々なデータ、判断するに当たりまして、やはりまだ一部の要因しかなかなか公表されていないのではないかとか、地域別のデータは不足しているのではないかとといった点で改善が必要ではないかというのがありました。

あるいは色々レセプトとか議論が出ていますが、とにかく全部電子化をもっと進めてほしいという意見です。

全体的に何といっても9兆ですか、額が大きいので、そこが非常にという意見が多かったです。

あとは、先ほど主計官の方からありました問いかけにもちょっとありまして、もちろん、安いというのはいいいいというのはあるのですけれども、一方で効果というのものもあるし、そこはちょっと両方の意見が寄せられたかと思っております。

以上です。

○藤城次長 それでは、これを発表してください。

○事務局 では、とりまとめ、集計をさせていただきます。

論点1の「医療費の仕組み、現状や公定価格である診療報酬の改定プロセスを国民に十分伝えられているか」ですが、「十分に伝えられている」という方はゼロ。「十分と言いたい」が5。

「十分と言いたい」という方の改善策ですが、「イ）レビューシートの記載内容の充実」というのが3名。「ロ）複雑な医療制度や専門性が高い医療用語をわかりやすく表現」と

いう方が3名。「ハ）国民の声をこれまで以上に反映させる仕組みの構築」という方が4名。「広報の強化」はゼロ、「その他」が2名でした。

論点2の「医療費の効率化施策や診療報酬改定においてPDCAサイクルが適切に活用されているか」ですが、「活用されている」という方がゼロ。「活用されているとは言い難い」という方が5名。

「活用されているとは言い難い」という方の具体的な改善の事例ですが、「イ）医療費効率化に向けた取組をレビューシートに明示」という方が4名。「ロ）各々の施策に関するPDCAの状況をレビューシートで明示」という方が1名。「ハ）診療報酬における医療課題に応じたアウトカムの設定」という方が4名。「二）診療報酬改定と他の政策手段のメリ・デメを検証した上で政策手段を選択」が3名、「その他」という方が2名でした。

以上です。

○藤城次長 ありがとうございます。

このコマは非常に大事な議論をさせていただいたのだと思います。医療のサービスを充実させるには当然、コストがかかるので国民の負担が増える訳ですね。

サービスを充実させたいという観点に重きを置いてみせようと、どうしても負担が増えるという話がおろそかになってしまう。でも、国民は結局その負担を払わなければいけない訳ですから、もしかしたら、負担を払うのだったらもっと工夫をして、サービスの充実とは別の形でやってくれないかという意見も本当にはあるかもしれない。

その辺りのところは、国民の正に負担する方が関心を持たない限り、議論がなかなか起きてこないのではないかと、このオープンガバメントを進めながら非常に感じていたので、今日、正にこの大事な医療費という部分、国民にもっと理解してもらいながら、サービスの充実なり、あるいはどんどん負担が増えてくるという話をどうするのかという、こういう大事な問題を一緒に考えていくということは、ここにいらっしゃる方皆さん、その重要性は疑いがないと思いますので、こういう議論をさらに深めていければと思います。

参加していただいた厚労省の皆さん、ありがとうございます。

この次は医療、今度は医薬品ですね。

（その後に発表されたとりまとめコメント）

○佐藤評価者 2コマ目の論題は「安心・信頼してかけられる医療の確保に関する事業（医療サービスの機能の充実と重点化・効率化）」というテーマでした。

とりまとめのコメントです。PDCAには納税者の視点が不可欠だが、医療費の仕組み、現状や、公定価格である診療報酬の改定プロセスが国民に十分に伝えられているとは言いがたい。医療費効率化に向けた各般の取組をレビューシートに明示し、フォローアップ等を実施して国民に対して明らかにするほか、医療費負担者である国民の声をこれまで以上に

反映できる枠組みを構築するべきではないか。医療費の効率化施策や診療報酬改定において、PDCAサイクルが適切に活用されているとはいいがたいことから、診療報酬改定では、本体と薬価をそれぞれ独立して決定できるよう意思決定過程を改めるとともに、薬価の下落分を診療報酬本体の引き上げ原資とすることは効率性に欠くからやめるべきではないか。またレセプトの詳細な分析を実施し、診療報酬改定や、医療効率化に反映すべきではないか。さらに、医療の改善のための対応として、診療報酬の改定という手段が有効でない場合も考えられることから、他の選択肢も含めて十分に吟味した上で、有効な措置を選択するべきではないかということになりました。

以上です。