

厚生労働省版提言型政策仕分け（第6回）

開催日時：平成24年7月6日（金）14：00～15：12

開催場所：厚生労働省専用第12会議室

出席者：宮山座長、秋山委員、阿部委員、和泉委員、中山委員、脇坂委員

議論1 医療と介護の連携

○宮山座長

ただいまより、厚生労働省版「提言型政策仕分け」会合を開催いたします。本日は、「医療と介護の連携」及び「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」の仕分け2日目となります。前回の議論を踏まえて、さらに議論を深めて、最後に、仕分け結果を提言として取りまとめたいと思いますので、よろしく願いいたします。また、本日は、政務三役から小宮山大臣、西村副大臣に出席いただいております。ここで、カメラは一旦退室をお願いいたします。

「医療と介護の連携」について、前回の議論において、委員の皆様からご意見、ご質問をいただき、宿題となっていた事項を、担当部局から簡潔にご説明いただいた後、引き続きまして議論という流れで進めたいと思います。担当部局から、合わせて3分程度で宿題事項についての説明をお願いいたします。

○医政局指導課長

私のほうからお手元の資料3に沿って、前回の宿題事項の説明を申し上げます。2頁です。①「療養場所に関する希望について」ということで、療養場所の希望について、地域差などがあるかどうかというご指摘がありました。2007年に全国4つの地域を対象に行った調査です。山形県鶴岡地域、千葉県柏地域、静岡県浜松地域、長崎県長崎地域で、医療資源の在り方など、それぞれ異なる地域ですが、こういった地域で40歳以上79歳以下の住民8,000人を対象として行った調査です。

2頁は「がんで痛みがあるときに、過ごしたい場所」ということで、3頁は「痛みはないが、介護が必要なときに過ごしたい場所」ということについての調査です。2頁ですが、がんで痛みがあるときに過ごしたい場所について、各地域ごとに書いてありますが、矢印の左側が療養を希望する場所、矢印の右側が最期、死亡の場所として希望する場所ということになります。療養場所として自宅が52%から55%ぐらいということで、4つの地域で大きな差はない、地域差はほとんどないという結果でした。年齢で言いますと、数字は書いてありませんが、この調査では年齢が若いほど自宅での療養を希望する傾向が見られました。なお、男女の差はほとんどなかったということです。

3頁ですが、「痛みはないが、介護が必要なときに過ごしたい場所」です。これも4つの地域で見たときに、自宅で療養したいという希望が4割ないし4割弱程度で、大きな地域差はないという結果です。性別では、この調査では男性のほ

うが自宅を希望する傾向が見られました。なお、年齢による大きな差はなかったということです。

4 頁に参考までに在宅医療の具体例を掲げております。退院直後の在宅医療・介護の例を2つ挙げていて、上ががんの場合、下ががん以外、これは脳梗塞のあと右半身麻痺の方です。いずれも退院直後は状態が不安定で、訪問看護などの医療による対応が必要ということで、訪問看護などは、この例ですと毎日入っていると。その後、状態が落ち着いてきますと、医療から介護のほうにシフトしていくという内容になっております。これは参考までにということです。

5 頁は②「家族介護を支援する制度等について」ということで、現行の家族介護者支援制度としては、啓発・普及、情報提供、相談・支援、レスパイトケア、仕事と介護の両立支援などがあります。主な介護者の状況について、真ん中に円グラフがありますが、平成16年から平成22年に至るまで、主な介護者は同居の親族が中心で、約6割程度となっております。同居介護者の状況がいちばん下の帯グラフがありますが、同居の介護者は男性よりも女性が多い。年齢で見ると50歳代以上の方が多いという状況です。なお、まだ割合は少ないですが、男性も年々徐々に増えている傾向です。同居介護者への支援については、この4月の介護報酬改定でも、家族介護者の支援という視点も踏まえて、デイサービスにおいて長時間サービス提供をより評価するとか、ショートステイにおいて緊急の利用者を受け入れた場合の加算を創設したところです。

次頁です。③「介護休業制度の実態、問題点について」です。育児・介護休業法に基づいて、介護休業制度が設けられておりますが、家族介護を行う労働者が就業を継続するために、少なくとも介護に関する長期的な方針を決めることができるようになるまでの間、緊急対応措置として休業できるようにするという趣旨の制度となっております。そういった目的で、対象家族1人につき要介護状態に至るごとに1回、通算して93日までという要件の下で取得することができるとなっております。このほか、育児・介護休業法では、短時間勤務制度、1人の場合は年5回、2人以上の場合は年10回を限度として、取得できる介護休暇制度といったものを事業主に義務付けるという内容になっております。介護休業制度の整備状況ですが、真ん中の左側の表で、整備されている事業所の割合は増えてきている。ただ、介護休業の取得率という意味では、まだまだ低い状況である。労働者の方々のニーズということで見ると、出社・退社時刻を自分の都合で変えられる仕組みとか、残業をなくす、減らす仕組みとか、柔軟な働き方が可能となる仕組みを求めるといったニーズが多くなっているところです。

7 頁の④「予防に関する事業などについて」ですが、市町村において実施する主なものとして、3つを掲げております。1つ目が介護予防事業で、心身の機能や生活機能の低下の予防、悪化防止のために、各市町村が実施しております。通所によるもの、訪問によるものがあり、運動機能の向上プログラム、栄養改善などを実施しております。一部の自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が見られるということで、ここでは兵庫県稲美町の例を掲げております。

8 頁です。2つ目に「健康日本21」です。これは健康増進法に基づいて、国民

の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針に沿った具体的な計画として位置づけられているものです。健康寿命の延伸等を実現するために、国民が一体となった健康づくり運動を進めていこうということで、運動の期間として2000年度から2012年度という期間を設定し、9分野、79項目からなる具体的な目標を設定して取り組んでいるところです。3つ目に特定健康審査・特定保健指導ということで、保険者の生活習慣病予防ということで取り組んでいるものです。9ページです。⑤「緩和ケア等の療養期間について」ですが、平均在院日数を見ると、近年、短縮傾向になっております。⑥「在宅医療の見込みについて」ですが、前回お示しした17万人から29万人にという数字の根拠となっている資料です。私からは以上です。

○宮山座長

詳細な資料を提出していただきまして、ありがとうございます。ただいまの説明に対して、あるいは前回いろいろな議論をさせていただきました、そのやり取りを踏まえて、議論を続けたいと思います。ご意見はありませんか。

○中山委員

資料2の6ページに論点の地域包括ケア体制があって、支援センターがあり、老健局、医政局がそれぞれに拠点事業、あるいは共同推進事業を進めていくわけです。今日いただいた資料3の中で、9ページにありますように、これからどんどん高齢者が増える中で、在宅介護が増えていく。それと先ほどの5ページを見ると、平成22年までで家族の支援がさほど増えていみませんが、これからどんどん高齢者が増えていく中で、特に団塊世代が増えていく中で、家族であったり、あるいは独居老人をどうしていくのかというところがあります。ちょっと前置きが長くなりましたが、そのときに論点の6ページの中で、公的な保健師、社会福祉士、ケアマネとか、いろいろな施設はあるのですが、それ以外にNPOであったり、民間の活動団体といったところをもっともっと活かしていかないと、独居老人であったり、あるいは働きながらケアしていくところが、いまの制度的な部分だけで補えるのかという懸念があると思うのですが、その辺はいかがですか。つまり、もう少し民間に対する、NPOなどに対する視点を入れるべきではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○老健局長

地域包括ケアという場合に、いくつかのポイントがあるのですが、1つは予防というのがあります。在宅医療というのがあります。それから、在宅介護というか、介護があります。生活支援という部分があって、これは買い物難民の問題とか、独居老人の問題とか、あるいは認知症の方の見守りの問題とか、そういったものを生活支援という形で、これも日常生活圏域、中学校区ごとぐらいに地域包括支援センターを中心にして、どう組織化していくかというのは、包括ケアの1つの大きな構成要素と考えています。民生委員とか自治会とかNPOとか、いろい

ろな団体をどう組織化していくかという話です。

○中山委員

その辺は、この資料を見ていてもあまりよくわからないのですが、そういうことも含めて。

○老健局長

医療と介護の連携には、ちょっと入らない。もう1つ別個の生活支援という。

○中山委員

前段階という意味合いで。

○老健局長

もう1つの要素なわけです。今回の医療・介護連携の直接のテーマでないので、表などに出てきていないという形になっています。ただ、行政的にはそこは地域包括ケアの大きな1つのパーツと。

○中山委員

地域包括ケア的には、コミュニティも含めて、そこまで前提の概念が含まれているわけですね。

○老健局長

はい、入っています。

○秋山委員

医療と介護の連携で、いままでは医療行政は都道府県だけれども、できるだけ市町村にということで、かなり意識をして市町村単位でも医療と介護がうまくいくように、特に医療計画も入れるようにということはかなり謳っていますが、これまででもなかなか市町村単位では医療が、そこで少し広域にというか都道府県単位で行政が動くので、実際の現場ではとても難しい状況がずっと続いてきていて、いまここでそれをやるには、何かひと工夫、ふた工夫、いると思うのです。その辺について、具体的にはどういうことをイメージなさっておいでなのかを、聞かせていただければと思います。

○医政局長

介護のほうの全体のネットワークが先に完備しつつあって、残念ながら医療は立ち遅れがあったということは、今回認めた上で、在宅医療を強化しようということで、去年の予算以降、そこのテコ入れをしたというのが実態であることはそのとおりです。ですから、地域で、介護の世界で医療がもうちょっと来てくれればという話はあったのですが、医療のほうのアプローチは確かに十分でなかった。

今回、医療というのは都道府県が大きなエリアで、医療圏というのは県全体とか、市町村をいくつか含めたぐらいのエリアでやっていたので、そこを介護と連携するためには医療ももうちょっと地域密着、介護に密着した格好で計画づくりをする必要があるということで、今回、地域医療計画でも、もともとは二次医療圏中心に、もうちょっと大きなゾーンで書いていたものを、市町村と連携して介護計画とつながるようにしてくれと。計画レベルではそこを今回言ったということです。

前回の資料でお示しした在宅医療の拠点施設というのは、まさにあれがイメージとしては各市町村に1カ所ぐらいずつそういう拠点があって、地元の市町村とか、医師会などがネットワークを作って、介護や福祉の方々と連携していこうということで、次なる具体的な拠点は在宅医療の連携拠点がそれを務めてくれることになると思うのですが、今回は全国で105カ所、いろいろなパターンで試してみて、普遍モデルをその先に作ろうということで考えております。

○宮山座長

ただいまのお話は、地域医療計画は都道府県が策定する。策定に当たっては、都道府県の医療審議会、あるいは関係団体の意見を聞くというルールになっていますので、今回これから策定をする新しい地域計画には、そういった趣旨をきちんと織り込むということで、医師会、関係団体との共通認識もとれると、そのように理解してよろしいですか。

○医政局長

そうです。実際そこをこと細かに書いたもの、在宅医療推進の指針を3月末に示して、いま各県でブレイクダウンしていただいている最中だと理解しています。

○宮山座長

わかりました。

○和泉委員

前回、家族介護のお話に対して、議論を開始してもいいのではないかというお話がありました。私はそのあと1週間、周囲の女性たちにもいろいろ話を聞いてみました。お年寄りが独居の方が多いというのはもちろんなのですが、最近は何いうちからずっと独りで、生涯独りという女性も男性も多く、私はそういう方の生涯設計の相談などをよく受けるのです。そういう中で、「今回、国は、施設や病院から在宅療養へと舵を切ったんですよ」という話をすると、「私たちはどうなるんでしょう」と、年金のこと以上に、ものすごく不安を感じられているのです。財政的な問題であるとか、いまご自分の家族を介護されている方の手助けをするという意味での家族介護に関する支援制度はいいと思うのですが、折角介護を社会化したのに、在宅中心になるだけでも不安な気持ちになっているところへの、さらに家族がいないと手厚い介護が受けられない、あるいは看病してもらえない

ということになると、いっそう不安が増すと思ったのです。これは質問というより、議論する場合にその辺りのところをよくバランスをとっていただけたらいいと思いました。

○医政局長

今回、在宅医療を強く打ち出したのは、先ほど言ったように、医療は福祉との連携をもっとしなければいけないという反省から言ったのですが、実際には患者さんやご家族が2年も3年も病院の天井を見て人生の終盤を暮らすよりも、自宅で暮らしたいというご希望に応えられるという、そちらのご希望を受けるのであって、病院にいたいという人を剥がすとか、あるいは医療費対策でというのではなくて、ご希望を叶えられるなら叶えましょうと。そのためには、どういう整備があるのかということをやっていますので、そういうご心配はないように。希望する方に万全を期すということをやりたいと。

○和泉委員

是非それはお願いします。周りでは、家族がいらっしゃる伝統的なファミリーの方たちでも、団塊の世代の方たちがよく、「これからは病院に入院したくてもできなくなるらしい」みたいな話をしているので、きちんとした趣旨とか理念を伝えることも大切だと思います。また、いま私が申し上げたのは、別に家族がいるから自宅にいたいのではなく、独居の方でも自宅で暮らしたいと思っている。住み慣れた所で、いままでの自分らしさをなくさないように暮らしたいと思っているわけですので、そこが、もしも万一、家族介護が前提になってしまうと、それは厳しいということだったので、ちょっと申し上げ方が悪かったかもしれません。

○医政局長

ちょっと補足を申し上げたいのは、例えばがんの末期は病院でなければ駄目だみたいに結構思われていて、相当の家族の手厚い介護がないと、がんの人は終身病院かと思われている。実はそうではないのだということ、今日の資料の4頁で、がんの末期でも、独り暮らしでも実は相当の在宅でできるというレベルに現在来ているのだという資料を付けていますので、これは専門家の方が説明してくれますか。

○医政局在宅医療推進室長

補足をさせていただきます。これで見ただくと、先ほども少しご案内させていただきましたが、かなり最初に濃厚なサポートをすると、あと随分楽になると。そういう意味では、独り暮らしでも可能になるということで、お示ししておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○中山委員

いまの和泉さんのお話は、病院から在宅へということで、引き離すようなことはしないとおっしゃっていました。現実には医療ソーシャルワーカー、MSWが「もう救急患者が入れられないから、早く出てください」みたいなことをやっている面もあります。そういう意味で言うと、MSWはいまは退院するところまでなわけですか。そのあともうまく引き続いて、在宅がケアできる、何かそういったトータルのプロセスを支援できるような役割にされていったらいいのではないかと思うのです。それと、この辺の方式というか、方針が変わって、一般住民はあまりよくわかっていないのです。ですから、前回もちょっと申し上げましたが、市町村中心かもしれませんが、もっともっとみんなが理解するようなアピール、情報が必要ではないかと思っています。

○宮山座長

時間もまいっておりますので、これまでの議論を踏まえつつ、提言の取りまとめに移りたいと思います。まずは、前回の議論や前回以降、委員の間でやり取りをさせていただきました内容を踏まえ、私のほうで用意した提言のたたき台を皆様にお配りさせていただきます。この提言のたたき台について、またご議論をいただきたいと思います。それでは、お願いいたします。この中身で、今日も含め、ご意見をいただきたいと思います。このたたき台、原案にご意見がありましたら、よろしくお願いいたします。

○和泉委員

先ほどから少しお話が出ていたと思いますが、【地域における取組み】の中の「地域において」以降、具体的には「地域の医療、介護資源の把握およびその情報提供」云々の所です。平たくよくまとまっているので、かえって市町村に主体性を持ってもらうというところが弱くなっているかと思うので、ちょっと言い過ぎかもしれませんが、例えば「市町村の積極的な関与の仕組み」というところをもうちょっと踏み込んで、「市町村が主体的に」とか言っては駄目なのでしょうか。

○宮山座長

「市町村が主体的に」ですね。これはよろしいですよ。

○和泉委員

もっとインパクトがある言い方があればいいのですが、医療に対して踏み込んで市町村がやるというのは、すごく大きな移行だということなので。

○医政局長

主体ということになると、行政的な責任まで入ってきますので、県の持っている医療機能、それから市町村が自分のエリアで活かしていくということなので、主体はちょっと表現が法的には強いかなという感じがするのですけれども。

○老健局長

「関与の仕組み」では、ちょっと弱いですか。

○医政局長

関与では弱いかもしれません。

○宮山座長

そうしますと、例えば「都道府県との緊密な連携の下に市町村が」。

○医政局長

積極的な取組とかですね。

○宮山座長

積極的、主体的。

○和泉委員

もう少し市町村の当事者意識が高まるような言い方があるといいということなのですよね。

○宮山座長

ただ、単独でやることはなかなか難しい面もあるので、やはり都道府県と緊密な連携がないといけないと。

○医政局長

「都道府県との緊密な連携の下、市町村も」。

○宮山座長

「市町村が主体的」。

○和泉委員

「主体的」は駄目だそうです。

○宮山座長

「主体的」はつらいですか。そういう入れ方をしても、主体的はつらいですか。

○医政局長

そういうことであれば、確かに主体的に、姿勢の問題という格好であれば。

○宮山座長

当事者意識を持たないといけないということで、和泉委員、いかがでしょうか。よろしいですか。ここのところは、「都道府県との緊密な連携の下、市町村が主体的に取り組んでいくことが必要である」。

○中山委員

下のほうにも、「一方、都道府県が市町村をまたがる関係者の調整等」というのがありますね。こちらが支援。少し整理をしたほうがよろしいかと。

○医政局長

「関与」という言葉が、何か他人行儀なら、「市町村が積極的に取り組む仕組み」ぐらいで、いかがでしょうか。「関与」がちょっと弱いのだと思います。

○小宮山大臣

「取り組むことが必要である」というほうがストレートでしょう。私が言ってはいけませんね。

○中山委員

取組に当たって、取り組むには原資が必要で、ヒト、モノ、カネ、情報。この辺をどう考えればよろしいですかね。確かに市町村の役割は大きいと思うのですが、「やれ、やれ」と言っても、原資がないと動けない。その辺は何か入れなくてよろしいのでしょうか。トータルの保険の枠内でということになるのですかね。

○医政局長

主体性を言った以上、今度は財政の問題が出てくると思うのですが、これについては、いまはモデル的に市町村の拠点施設を作っていきますが、それが各市町村に普及した段階では、恒久的な財源も、それが財政なのか保険なのかを含めて考えていかなければいけませんので、まだ明記はできませんが、将来は念頭にあるところまでだと現時点では思います。まだ、いまはモデル実施中なので、普及モデルまで書けないと。

○宮山座長

そうしますと、いまのところは「在宅医療において、都道府県との緊密な連携の下に、市町村が積極的に取り組んでいく」と。この「一方」の所は、「一方」ではなくて、「このため、都道府県がそういったことをきちんと調整してください」というような表現でいかがでしょうか。最後の所は、それを補完するということで、よろしいでしょうか。ほかにご意見はありませんでしょうか。

○中山委員

先ほど申し上げた「質の高い人材の育成」で、やはり MSW のようなものをもっとうまく活かしながら、退院から次までを上手につなげられる、そういった人材

はいかがですか。いまもたしかそういう教育をやられてはいるとは思っています。けど、MSWをもっと活かして、うまく繋げていくということが考えられないのかと思うのですけれども。そういう意味では、間ですね。上は医者の方が書いてあり、下は介護職の方が書いてある。そこをつなぐ。

○宮山座長

これをつなぐ職種の重要性ということですか。

○中山委員

重要性があるのではないかと思うのですけれども。医療と介護はだんだんだんだん繋がってきているのですが、まだまだスタート地点が違うところから始まって、担当部局も違って、そこを繋げていくのに、現場で何か繋げる。NPOみたいなところもあるのかもしれないですが、そこはまだまだ医療に関しての理解がそこまで進んでいないとは思っていますので、いかがですか。書き過ぎでしょうか。

○宮山座長

確かに難しいところがありますけれども。

○老健局長

MSWですと、どちらかという病院におられるのです。病院で退院するときに、退院時のカンファレンスというような形で調整して、そこに地域のケアマネージャーとか、訪問看護の方が来るという形なので、MSWというか、医療と介護の連携を担当する人材の育成が必要とか、介護側でいうとケアマネージャーもあるものですから、何かそんなことかと思えます。

○中山委員

だから、社会福祉士が介護側にいるとケアマネであり、医療側にいるとMSW。そこがまだ分かれているので、その辺のバトンタッチが、患者からすれば一気に通貫でそこが繋がっていくようになれば、安心できると思いますね。ですから、わかりました。そういうコーディネートするような人の育成がうまくできていくといいという。

○老健局長

医療と介護の連携を担当する人材の育成が大切だとか。

○中山委員

いまでもそういう育成をしているのだという話にはなると思うのですが。

○老健局長

質の向上か何かでしようけれども。

○中山委員

さらに、何かそういう専門的な役割の人。しかも、医療の方と介護の方と、結構言語が違っていて、通訳書が必要だという話もありますから。

○医政局長

それをどこまで書こうか悩んだのですけれども。総論のところ、医療と介護の連携の仕組みという中で、情報提供とか、紹介とか、いろいろな仕組みはできているのですが、それがきちんと使えるかどうかということですね。

○中山委員

仕組みを活かすにはやはり人ですから、人について言及しておいたほうがよろしいのではないかと思います。

○医政局長

どこに入れるか。

○中山委員

ですから、その間に、医療と介護をつなぐ専門職を育て、うまくそこが。

○老健局長

質の高い人材の育成で、医師がまず書いてあるので、医師の次に「また、医療と介護の連携を担当する専門職の育成や質の向上が大切である」とか、何かそこにそんなことを書いてはどうでしょうか。

○中山委員

間に入れる。

○老健局長

それで、「介護職においても」とつなげる。

○和泉委員

質問なのですが、前回私が座長のお話を引用しながら伝えたことを総論に入れていただいたのですが、そのとき老健局長がたしか、「病室はともかく病院の廊下はまずい」とおっしゃっていたような気がして、それは大丈夫ですか。細かいことすみません。

○老健局長

私は介護保険のことで施設と言っただけですから。

○和泉委員

それだけですか。問題はないですか。

○老健局長

はい。

○和泉委員

きっぱり否定された覚えがあったので。

○老健局長

病院の廊下とか施設の廊下という言い方をします。

○中山委員

それは総論の自宅なり病室なり、道路が病院の廊下というのは、考え方はそうかもしれないけれども、現実を考えると雪国で凍りついた道を夜、みんなが行き来するのですかというので、少し限定して言い過ぎではないかという気がしたのです。ただ、いろいろ調べると、どうもこれはこの世界の方たちの共通言語のようなので、いいのかなと。そこまで在宅なのか、できるのかという思いはありますけれどもね。

○宮山座長

理念ということで。

○中山委員

理念ですか。わかりました。ありがとうございます。

○宮山座長

ご意見をいろいろいただきました提言を、いま修正していただいております。それが終わりましたら、配布をしていただきたいと思います。

○小宮山大臣

いちばん最後の所なのですが、「プロジェクト・チームを設置することも検討」と、だいぶ遠慮深く言っていたのですが、もう少し強く言っていたとしても結構です。少なくとも「設置することを」としたらどうですか。私が言うのも変ですが、ちゃんといたしますから。私のほうから要求するのも変なのですが、随分いろいろと事務方に遠慮していただいたのかと。

○中山委員

全般に宮山先生は言葉がやさしいですよ。 「すべき」とか言わないで。

○小宮山大臣

最近はっきり言わないとわからないこともあるので。

○宮山座長

ありがとうございます。私のほうから読み上げさせていただきます。

「医療と介護の連携」

【総論】

要介護状態や持病を抱えながらも、最期まで住み慣れた地域・在宅等で、自分らしく、満足度の高い生活を過ごすことは多くの国民の願いである。こうした社会を実現するためには、適切な医療と介護サービスが提供され、QOLの高い在宅生活を実現する体制が前提となる。今後、団塊の世代が高齢化していく中、自宅が病室となり、道路が病院の廊下と同じようになるよう、地域における医療と介護の連携の仕組みの道筋を早急に付けることが求められる。

【地域における取組み】

これまでの「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療・介護」の流れを作ることが必要である。

地域において、在宅医療と介護をシームレスに連携させる仕組みを面的に整備するためには、基礎自治体である市町村が、医療側と介護側の双方を調整することが必要であり、在宅医療において、都道府県との緊密な連携の下に市町村が積極的に取り組むことが必要である。具体的には、地域の医療・介護資源の把握及びその情報提供、さらに、健康寿命の延伸の観点から、健康増進・介護予防にも取り組むことが必要である。また、多職種チームが連携を進める手段として情報共有の基盤整備を行うことも考えられる。このため、都道府県は、市町村をまたがる関係者の調整等市町村に対する支援を適切に行う必要がある。

病院と同様に地域で安心して生活できる環境を構築するためには、ナース・コールのように24時間対応できる体制が必要であり、その意味でも、新設された定期巡回・随時対応型訪問介護・看護サービスが今後全国的に普及していくようにすべきである。その際、サービスの質を担保する仕組みも同時に検討する必要がある。

【質の高い人材の育成】

臓器別専門医だけでなく、総合的な診療能力を持つ医師の育成に重点的に取り組む必要がある。在宅医療を担うためには、患者や家族の希望に寄り添い、医師の意識が、患者の生活を支えるといった方向に向かうことが必要である。

また、医療と介護の連携を担う専門職の育成や質の向上が重要である。

介護職においても、医療に関する基礎的な知識など、専門性の向上が必要である。

【家族に対する支援】

在宅生活を継続可能にするためには、家族による支援が必要な場合も多いが、現在の介護休業制度は、介護の長期的な方針を決めるためのもので、上限日数や取得要件が厳しく、取得率が低い。介護のために離職しなくても済むよう、柔軟

な働き方を可能とするため、介護休業制度を含む両立支援制度を一層普及するとともに、介護や離職の実態等を把握し、結果に基づき、必要な対応を検討することも必要である。

また、家族介護の位置づけ、評価、支援の在り方などについて、国民的な議論を開始する時期に来ていると考える。

【厚労省の組織体制】

国において、医療と介護の連携を推進するためには、厚労省において連携推進室のようなプロジェクト・チームを設置することを検討すべきである。

以上です。

担当部局におかれましては、この提言を今後の政策に確実に反映していただきますよう、お願いいたします。どうもありがとうございました。

(担当部局入替え)

議論 2 製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施 ○宮山座長

それでは、次に「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」について、前回の議論において委員の皆様からご意見、ご質問をいただき、宿題となっていた事項をご説明いただき、そのあと議論と進めていきたいと思っております。それでは、担当部局から3分程度で宿題事項についての説明をお願いいたします。

○保険局医療課薬剤管理官

それでは、資料6に基づいてご説明いたします。前回議論の際、後発医薬品等に関する基礎的な統計データについてお尋ねがありました。口頭で簡単にご説明した部分もありますが、まずはその辺りからご紹介します。

2頁の上段の「薬剤費比率の時系列推移」です。2009年度（平成21年）の医療費36兆円のうち、薬剤費は約8兆円、薬剤費比率は22.3%となっています。薬剤費比率ですが、近年、横這いか、微増傾向と言えるかと思っております。

同じくその下段は、「DPC病院の入院での後発品使用比率」です。表の右端の平成22年（9カ月）の調査においては、病床規模により違いがありますが、金額ベースで9.0%～16.8%の後発品の使用比率となっています。ちなみに日本全体の比率は、年度のずれはありますが、直近で金額ベースでは8.8%になっています。なお、前回、そのほかに「病院の種別あるいは診療科別の後発品使用比率に関するデータはないか」というお問合せもありましたが、そのような統計データは持ち合わせておりません。

3頁は「都道府県別の後発品使用比率の比較」です。薬局調剤レセプトのデータを基に、都道府県別に分析したもので、下段が元データの表、上段はそのうち平成22年度の数値をグラフ化したものです。沖縄県が最も高く35%超なのに対して、秋田、徳島が後発品使用率としては低い値となっています。

4頁の表は英・米・独・仏4カ国の医療保険制度あるいは薬剤の自己負担の在

り方を比較したものです。保険制度については税方式、社会保険方式、民間保険方式等々さまざま、薬剤の自己負担に関しても同様に、各国さまざまとなっています。特に前回の議論でご指摘のあった参照価格制度は、償還限度額、すなわち参照価格が設定された場合、限度額以上は自己負担という制度で、フランス、ドイツで採用されているという状況です。

5 頁は「長期収載品の薬価の考え方」です。長期収載品は後発品のある先発医薬品を指しますが、医薬品のライフサイクルの中での長期収載品の薬価の在り方については、1 ポツの平成 24 年度の診療報酬改定の答申書附帯意見などを踏まえて、3 ポツにあるように、学識者あるいは業界関係者といった外部有識者の参加を得て、中医協の薬価専門部会で議論を開始したところです。今年度後半に大きな方向性について取りまとめたいただきたいと思います。

6 頁は「日本版オレンジブックについて」です。これは平成 10 年より開始した品質再評価に伴う品質情報をまとめたもので、製剤の溶出性の規格や異なる液性での溶出率などが掲載されています。品質再評価は内容固形製剤に溶出性の規格を設定することを目的としており、品質再評価後は先発・後発の医薬品で同じ規格が設定され、その規格に基づき品質管理がなされています。

7 頁からは前回の議論で後発品の選択が自己負担の軽減だけではなく、医療費全体の抑制、ひいては国民自身の保険料の負担軽減になるということも、併せて周知することが必要ではないか、というご意見をいただきました。ご意見でいただいたような実例は今回は示すことができませんが、前回の資料でもご紹介している 7 頁の上段では、薬局からの情報提供として、患者が薬局で薬をもらう際のジェネリックの情報を文書で提供しているという部分とか、保険者からは、毎月の医療費を通知する際、ジェネリックを使用する場合の差額数字を示しているという取組もあります。その例として、7 頁下段は呉市の国保の例、8 頁からは協会けんぽ、健保組合（健保連）の例を挙げております。以上です。

○宮山座長

委員の皆様よろしいでしょうか。かなり詳細に資料を提供していただきました。ただいまの説明に対して、改めて質問あるいは議論をすべき点がありましたらお願いします。

○中山委員

追加資料の 4 頁でご説明いただきましたが、諸外国の薬剤自己負担という中で、参照価格が設定された医薬品は、限度額を超えた額は自己負担ということで、非常に有効な手法だと思います。日本ではこれを採用できないのでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

この制度ですが、自己負担が増えるという形になりますので、日本でこういう形でさらなる自己負担を求めるのはいかがかという問題はあるかと思います。かつても実は日本型の参照価格制度の導入を検討したことがあります。その際

も患者自己負担の問題、あるいはその制度の作り方の問題で成就しなかったという例もありますので、その辺は慎重に考える必要があるかと思っております。

○中山委員

でも、それは後発品を使えば自己負担は増えないわけですから、かなり差が少ない。つまり、薬品も特性の差が少ない、あるいは受け入れやすいものであれば、そういうものを指定しながら、どんどん増やしていくことは十分あり得ると思います。要はトータルでの医療費あるいは医薬品 8 兆円というのをいかに下げるかは大きな課題だと思います。これは国民全体の課題でもありますから、何とかその辺で理解を得られるようにできないでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

ひとつには後発医薬品の品質に対する信頼感があるかと思えます。前回もお話しましたが、まだ一定の信頼を得ていないという医療関係者、患者からの声もありますので、その辺りも考えながら、慎重に検討していく必要があるのではないかと考えています。

○中山委員

例えば、後発医薬品の使用率が高いものとか、あるいはデータによると診療所だと半分ぐらい一般名でやっているとか、結構いろいろまく使われている例はあると思いますので、その辺を参照しながら、部分的に進めていかないと、いつまで経っても 23% が 30% に近づかないように思います。

○保険局医療課薬剤管理官

諸外国の例、あるいはご指摘のような一般名処方の状況、後発医薬品の信頼性の達成状況の辺りを見ながら、慎重に考えさせていただきたいと思っております。

○宮山座長

いままでのやり取りの中で、前回もそうなのですが、後発品について、そもそも信頼が置けないものなのか、あるいは信頼は置けるのだが、不安があるのか。それはどちらなのだというのが常にあるわけです。みんな迷っているわけです。もちろん信頼は置けます。効能もそうです。ただし、国民の間、医療者の間に、まだ不安があるので思い切って進められない、足踏みしているというので、いまがあるのではないかと思います。ですから、信頼が置けるということであるならば、いまの意見はどうなのでしょう。たぶん不安感があるからというお話ではないかと思うのですが、信頼が置けるものならば自信を持って進めるべきではないかという感じもするのですが。

○保険局医療課薬剤管理官

私どもは当然同じものだという事で信頼が置けるものだと思っております。周

知の仕方の問題もあるのかもしれませんが、まだ不安感が拭い切れていないという実態はあるのだらうと思います。ですから、そこが完全に浸透した暁にはそれぞれの枠組みは考えなければいけない部分はあろうかと思いますが、その際には諸外国の例も有効な形で参考にはなってくるのではないかと考えています。

○医政局経済課長

医政局の者ですが、保険局の立場を付度して申し上げれば、確かに参照価格制度というのは諸外国で有効です。それは医療保険制度の在り方、それこそ日本で言えば患者自己負担の在り方にも関わってきますので、そういった面からの検討も必要だらうと考えます。それも踏まえると、過去検討した際に、その辺の議論があって、とりあえずはジェネリックについては、今ご指摘のあったように、厚労省も承認しているわけですから、品質は大丈夫だというのであれば、まず不安を拭って、そして議論を進めるべきという段階にあるので、現在は信頼を醸成する段階にあるというのが現状の説明になりますが、その後で、医療保険全体の議論の中で慎重に検討すべきというのが前回の結論だったということです。

○宮山座長

おっしゃることはよくわかるのですが、いままでの保険制度の中で、例えばビタミン剤の扱いをどうする、湿布薬をどうするということは、いままで検討されて実際に実施されて、国民（患者）が受け入れている部分があります。湿布薬ならばビタミン剤はという話がある中で、これだけをタブー視するのはちょっと違うのではないのかなという感じがするのです。

○保険局医療課薬剤管理官

繰り返しになりますが、以前もそういう制度の導入を検討したことがあって、当時の状況と違っている部分はあろうかと思いますが、患者負担の面も重要な要因となり、結果としては制度には至らなかったという面もあろうかと思いますが、

いまご指摘のあったビタミン、あるいは湿布薬に関する議論も薬剤についてはあります。そのことについて医療保険制度全体の中での議論を医療保険部会で議論していただくときにも、患者に対する自己負担が増えることについて、どう考えるかということが、かなり大きな論点になってきているところですので、その辺りは慎重に議論する必要があるのかと考えています。

○宮山座長

これ以上はしませんが、最後に1つだけ。例えば入院患者の食費、光熱費なども制度の中で国民の理解を得ながら、随分変えてきています。だから、これだけはいろいろ問題があるから別に考える、こちらに置いておくということはいかがなものかという趣旨で申し上げますので、よろしく願います。

○中山委員

いまのジェネリック医薬品の話も、あるいは前から申し上げているフリー薬局の話とか、多重受診など、いろいろもう少しみんなが意識しながら努力していけば、もっと医療費が下げられる方法はあると思います。しかし、そういうのは払いたくない。でも税金も払いたくないという、このみんなの意識をいろいろな情報を提供しながら、メディアも上手にを使って、ジェネリック医薬品というのは海外では7割、8割使われているのです、という事例も含めて、トータルで医療費、医薬品が8兆円あるのを何とか下げましょうよと。多重受診あるいは薬のもらい過ぎ、出し過ぎはやめましょうというキャンペーンをしながら、下げていくことが同時に必要だと思います。そうでないと、社会保障と税の話にしてもグルグル回ってしまう。自分たちも受益と負担をうまく考えながらやっていくように、上手に進めていただければと思います。

○和泉委員

医療の負担、薬の負担は保険制度で行われていて、国が割合として圧倒的に多く負担しているのですから、もう少し強制力を持ってもいいのではないかと前回は申し上げているかと思いますが。

でも、いまのお答えもそうですが、何となく雰囲気はセンシティブなものを扱っているという印象が強いのです。先ほど浸透した暁にはとおっしゃっていたと思いますが、浸透した暁の目標を数値化して、こうなったときにはこれをやります。調査の結果、このぐらいの割合でみんなが認めていたら、浸透したと認識して次の施策に行きますというのを、最初から目標を置いたほうがいいのかないかと思いましたが、いかがでしょうか。

○小宮山大臣

私が答えます。予算折衝の中でも、後発医薬品をもっと促進するロードマップをいままでも持ってはいるのですが、さらにバージョンアップして今年作るという約束をしていますから、一体担当課は何をやっているのかということもありますので、先ほどからの慎重に検討するというのは役所用語としては、ほぼしないことなのです。だから、慎重に、少なくとも慎重には取りなさい。ちゃんと信頼を持たれていないのは、いままでのPRのやり方が悪い。だから、そこをどうやるかも含めて、きちんといたしますので、おっしゃりたいことをどうぞまとめてください。

○宮山座長

ありがとうございます。

○脇坂委員

先ほどの日本型の参照価格制度を検討されたことがあるというのは、私にとっては少しびっくりなのですが、そのとき反対が多かったのは、消費者（患者）側なのか、製薬会社とか医師とか病院とか、どこの反対がいちばん強かったのです

か。

○保険局医療課薬剤管理官

実際そのときのことまでは詳しくありません。理由としては患者負担の話、そのときは先発・後発だけではなくて、もう少し広くグルーピングしようという話で、そうなると薬の開発の面への影響もあるという声も、反対の理由にあったと聞いておりますので、いろんな方面からの反対の意見があったのではないかと思います。

○脇坂委員

利害関係者全部が反対したのですか。消費者、患者も賛成している感じもするのですが、そうでもないのですか。

○大臣官房参事官（総務担当）

当時、私は医療課で補佐をしておりましたので、補足させていただこうと思います。確かに厚労省として日本型参照価格制度を提案しました。モデルにしたのはドイツの参照価格制度ということで提案したのですが、結論的には各方面から強い慎重意見あるいは反対がありました。

1 つは、もちろん患者側からは自己負担という話。医師側からは、いまでも議論がありますが、当時は特に同じと厚労省は言うが、品質面、あるいは実際の溶け方とか、現場でやっている開業医の体験からして、やはり物が違うのだ。したがって同じようにグルーピングされるのは自分の体験からおかしいということをおっしゃっていました。

さらには製薬メーカーも、要はいろいろな価格がある中で、上限に一定価格にすると、今度は価格競争が働かなくなる。いろいろな価格がある中で参照価格という一本の価格に決められると、その価格に全部収斂していき、価格競争が働かなくなるというのは、製薬メーカーとしては自由競争の中で生きているわけですので困るということで、各方面からの慎重意見が当時は出てきたということです。国会でももちろん慎重意見がさまざま出てきました。

○小宮山大臣

当時はいつですか。

○保険局医療課薬剤管理官

たしか平成 10 年か 11 年ごろです。

○小宮山大臣

もう 10 年以上前ですね。

○大臣官房参事官（総務担当）

ただ、そのあとの中医協などの議論を見てみますと、全く同じような議論が出てきておりますので。もちろん厚生労働省としても薬の品質についての再審査とかいろいろな手立ては講じてはおりますが、まだ根強い慎重意見があるということです。

○宮山座長

わかりました。だいぶ時間が経過しているということと、中医協もその後立場が変わっているということで、その後の議論の中にはないような気もいたしますので、そろそろそういったこともまた取り組むべきかと思えます。取りまとめ意見の修正がだいぶありますので、そちらをまず配っていただいて、ご議論いただきたいと思えます。

(取りまとめの原案配付)

○宮山座長

ただいまお手元に取りまとめの原案を配らせていただきました。私のほうで用意させていただいたものですが、これについてご意見をいただきたいと思えます。ただいまご議論いただいた中身も含めて表現を変える必要があるかと思えますが。

○中山委員

そういう意味では、まさしくこのコスト意識や経済的なインセンティブというのがありますが、その最後のほうに「海外制度の事例も参考にしながら」というところを「具体的に参照価格制度を参考にしながら」で。これを具体的に検討していただくのがいいのではないのでしょうか。

○宮山座長

「海外制度の事例も参考にし」を。

○中山委員

海外制度の事例。

○阿部委員

その2行上の「患者自身がより積極的に後発医薬品を選択する仕組み、例えば参照価格制度」としたらどうでしょうか。

○宮山座長

この仕組みのあと、「例えば参照価格制度の検討」ということでよろしいですね。ありがとうございます。ほかにご意見はありますか。

○中山委員

先ほどの議論にはなかったのですが、前回出た在庫がかなり種類が多いので負担になるし、流通も大変ということで、従って進まないという話がありましたが、そういう意味では品目数をもっと整理統合するなり、一般名使用によるインセンティブをもっと付けるとかして、数を圧縮しないと、本当に種類ばかりが増えて大変だという薬局の気持はわかりますので、その辺を入れたらどうかとも思います。安定供給対象の強化の一環になるものか。ただ、これは個別意見でもよろしいですね。

○宮山座長
個別意見で。

○中山委員
ここは供給を何とかしろと言っているだけで、何とかしろと言っているだけでも膨大に数が増えていったら、持ち切れないというのはそれはそうなので、持ち切れるようにするには一般名で流通させるか、品目を減らすかです。そうなると、すぐ自由競争みたいな話になるわけですが、ある程度考えていかないと。

○宮山座長
確かに一般名の普及について、それが抜けているのかな。

○中山委員
個別意見でいいでしょう。

○宮山座長
ほかにご意見はありますか。よろしいですか。では、それでまとめていただいて、個別意見はまたよろしくお願いします。それでは、私のほうから修正した内容を読み上げさせていただきます。

【総論】

後発医薬品の普及は、患者の自己負担軽減や、医療保険財政の改善に繋がることであり、より一層積極的な使用促進への取組が求められる。このため、実際に薬を利用する医療関係者や患者の理解を得るためのこれまでの取組をレビューし、さらに実効性の高い取組を行うことが求められる。

【コスト意識や経済的なインセンティブ】

後発医薬品の使用率について、医師や医療機関などの薬を提供する側の経済的なインセンティブに依存する面が大きいと考えられる。これまでのインセンティブの効果についての検証を行い、インセンティブのより効果的な付与について検討すべきである。

また、後発医薬品の利用が進まない一因として、国民が品質に不安を感じていることに加え、選択するインセンティブが低いということも考えられる。患者自身がより積極的に後発医薬品を選択する仕組み、例えば、参照価格制度の検討が

必要である。その際、現在の定率の自己負担では、後発品の経済的インセンティブが十分に働いていないことから、コスト意識が一層涵養されるような自己負担の在り方についても、海外制度の事例も参考にしながら検討すべきである。

【品質等に対する理解の促進】

医師、医療機関等に対し、後発医薬品の品質についての不安を解消するため、これまでの取組を推進するとともに、後発医薬品の品質についての情報が医療関係者に、より適切に伝わるような手段を講じるべきである。

利用促進のための国民への PR については、国だけではなく民間自身による積極的なメディアの活用等、より積極的な打ち出しが求められる。また、その際、後発医薬品の選択が、自己負担の軽減だけでなく、医療費全体の抑制、ひいては国民自身の保険料等の負担軽減となることについても併せて周知するのが効果的である。その際には、後発品の品質保証についても国民にわかりやすい形で広く周知すべきである。

また、後発医薬品の処方、調剤については努力義務が課せられているが、より実効性を持たせる仕組みについても検討すべきである。

【薬価の在り方について】

患者のインセンティブとしては、薬価の水準も重要である。後発医薬品の上市後の医薬品市場については、効能・効果等の質を担保した上で、市場原理の下で、より低廉になるようメーカーの努力を促すべきである。また、長期収載品の価格の在り方についても検討すべきである。

【付加価値を高める努力】

薬を利用する患者にとっては、薬価のみならず、薬の飲みやすさ等の付加価値を付与した後発医薬品の普及が、利用促進に資すると考えられる。このため、後発医薬品メーカーによる付加価値の高い製品開発を促す仕組みについて検討すべきである。

【安定供給体制の強化】

後発医薬品の信頼性の向上のために、安定供給体制の一層の強化が必要である。このため、後発医薬品メーカーの安定供給面での取組を評価する仕組みを検討すべきである。また、安定供給に関する取組が不十分な企業に対し、改善指導を強化するとともに、指導後も改善が不十分な企業に対する措置についても検討すべきである。以上です。

担当部局におかれましては、この提言を今後の政策に確実に反映していただきますようお願いいたします。なお、委員の皆様には、本日は大変限られた時間での議論となりましたので、言い尽くせなかったご意見等がございましたら、お配りしております用紙にそれぞれのテーマごとにご記入いただき、来週 7 月 9 日（月）までに、それぞれのテーマごとにお送りいただきたいと思います。ホームページへの掲載手続等の関係から、前回と同様、早々と提出をお願いすることになります。ご理解いただきますようお願いいたします。

それでは、本日の部分の 2 つの提言について、西村副大臣に一言、コメントをよろしくお願いいたします。

○西村副大臣

今日もありがとうございます。2つの大変重要なテーマについてご議論いただき、それぞれ大変貴重なご提言をいただいたとっております。医療と介護の連携については、在宅介護の充実ということで、厚生労働省として進めつつも、一人暮らしの方が増えていることから、そういったことに配慮して、あまりそういったイメージが先行しないような工夫も必要なのかと思いましたが、また、後発医薬品の使用促進については、大臣から一喝が入り、良い形でまとめていただいたのではないかと考えています。

併せて、これから具体的に厚生労働省として、どう対応していけるかということだと思っております。有識者の先生方には、また引き続きご指導いただければと思っております。ありがとうございます。

○宮山座長

ありがとうございます。これまで各テーマについて6回にわたりご議論をいただきました。厚生労働省版提言型政策仕分けは、今回をもちまして一旦終了となります。それでは、小宮山大臣に締め括りの一言をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○小宮山大臣

有識者の皆様には、お忙しい中、週1回のペースで6回にわたりまして、また本番の会議の前に勉強会も開いていただき、多くの時間を費やしていただきまして、本当にありがとうございます。「リーマンショック後の雇用対策」とか今日の「医療と介護の連携」、また「長期療養者の就労支援」などの5つのテーマについて、貴重な提言をいただきました。よく報告書が積み上がる、提言書が積み上がるけれども、世の中は変わらないということは、決してあってはならないと言っておりますので、いただいた提言をしっかりと実現していきたいと思っています。

今日ありました医療と介護の連携についても、ちゃんにご提言どおり、連携する仕組みを作りたいと思っていますし、後発医薬品についても、またさらに実効性のある検討をさせていただいて、何とかその普及が進むように、目に見えてわかるように進めたいと思っています。

厚労省としては、厚労省版の提言型の仕分け、そしてまた行政事業レビューなども行われていますが、省縦割り、そして省の中の局縦割りは、いくら言葉でいっても変わりませんので、今回やっていただいたような具体的な中身について、実効性をもって取り組んでいきたいと思っていますので、また皆様の変わらぬご指導も今後ともいただきたいと思っております。提言のフォローアップも取り組んでいきたいと思っておりますので、機会がありましたら、フォローアップもお付合いをいただければと思っておりますので、今後とも是非ご指導いただきますよう、御礼を申し上げると同時に、お願ひをさせていただきます。どうもありがと

うございました。

○宮山座長

大変ありがとうございました。厚生労働省の各施策を効率的、かつ効果的に実施するため、それぞれの提言を基にして、部局間の縦割りをなくし、各課題に取り組んでいただくよう委員を代表してお願いを申し上げます。

大変時間が延びて申し訳ございませんでした。これで本日の提言型政策仕分け会合を閉会いたします。本日は誠にありがとうございました。