

令和4年度厚生労働省行政事業レビュー(公開プロセス)

議 題：医療・介護サービスの提供体制改革のための基金

開催日時：令和4年6月2日(木)15:40～17:06

開催場所：省議室(9階国会側)

出席者：栗原委員、伊藤委員、鈴木委員、滝澤委員、増田委員、松原委員  
(順不同)

○厚生労働省総括審議官(以下「総括審議官」)

それでは、本日5つ目の事業、最後の事業です。「医療・介護サービス提供体制改革のための基金」を始めます。進め方はこれまでと同様、担当部局の医政局から事業に関する説明を資料に即して行い、その後、事務局から論点に関する説明、その上で、先生方に質疑、応答いただき、それと並行して先生方にはレビューシートに記入をお願いすると。そういう流れでよろしくお願いいたします。それでは、医政局、鷺見課長、よろしくお願いいたします。

○医政局

医政局地域医療計画課長の鷺見です。どうぞよろしくお願いいたします。お手元の資料に基づきまして、御説明申し上げます。まず5-2ですが、基金の概要です。団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望しつつ、その病床の機能分化・連携を進め、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを行うと。地域医療構想を進めるものとして、平成26年度から消費税増収分を活用し、基金を創設したものです。左側にありますように、基本的には国の負担割合が3分の2、都道府県が3分の1で、右の下のI-2、病床を削減した場合、この事業については、国が10分の10ということです。この基金の中には医療と介護がありますが、右上にありますように、令和4年度予算額は、医療分は1,029億円、介護分は824億円です。本日は医療の点について御説明申し上げますが、医療の分は右下の対象事業の中では、I-1、I-2、そしてII、IV、VIで、IIIとVが介護ということです。

次の資料5-3を御覧ください。今申し上げましたように、医療と介護に分かれておりまして、緑が医療、介護がピンクです。医療の部分で見ていただきますと、この変遷が分かりますが、平成26年度から始まり平成29年度までは、医療分は904億円です。骨太の方針の中に、平成30年度と令和元年度においては、集中的に取り組を進めるというようなことがございまして、それぞれ30億円と70億円がプラスになっております。また、令和2年度は160億円増えておりますが、こちらは働き方改革の関係で、区分VIを新たに設置したということが影響しております。令和3年度については若干減っているところですが、実はこのときに、I-2、先ほどの10分の10の病床削減したときの事業について、新たに作られたものとプラスI-1の執行率が低い所などについて予算を減らしたのものなどによって、少し変動していると。令和4年度についても同様にI-1の部分を150億円減

らしていると。そのような形の推移となっております。

次のスライドです。資料 5-4 です。地域医療構想についてですが、冒頭申し上げましたように、人口減少・高齢化などに伴い、医療のニーズの質・量が変化していくことを踏まえ、質の高い医療を効率的に提供するために、医療機関の機能分化・連携を進めていくということです。こちらについては地域医療構想調整会議という所で、各地域において議論していただくことになっております。この機能について議論を進めるためには、真ん中にあります、2014 年から開始しております病床機能報告、それぞれ高度急性期、急性期、回復期、慢性期で 4 区分になっておりますが、この報告に基づきながら議論いただくということです。

次のスライドが 5-5 ですが、これまでの変遷です。2014 年から始まった病床機能報告に基づいて、2015 年の報告、2020 年の報告、2025 年の見込みの報告ということで、それぞれ医療機関から報告されるこの 4 区分についての動きです。一番右側が、2013 年のデータに基づきながら、患者さんたちがどのような所に入ることが想定されるのかを人口の推移、それぞれ年齢別の推移や受療率などに基づいて推計したものになります。比較していただきますと分かりますように、全体の病床数としては、2015 年から 5 万床程度減っているような状況ではありますが、機能分化については、急性期と回復期のところにギャップがあることが分かるかと思えます。

次のスライドの資料 5-6 は、基金全体、先ほど申し上げました医療分だけですが、全体と I-1、それから II、IV、VI についての執行額と残額のパーセンテージです。イメージとして大体の大きさで、そのまま正確なものではございませんが、大きいものはそれだけ額が大きいもの、小さいものは区分 VI のように小さいとなっております。

次の 5-7 から 5-11 までですが、それぞれ交付額、執行額、執行予定額ということで、お示しをしているものです。執行予定額については、もともとこの予定のところまで入れることが好ましくないのではないかというお話もございまして、今回は執行額、実際に執行した額、そして執行率をそれぞれの区分にお示ししております。

そして、5-12 に飛んでいただきたいと思えます。論点ですが、こちらは一部の事業区分において、執行状況が低調であることを踏まえて、ニーズの高い取組に重点的な支援を行うことが地域医療構想の実現に必要不可欠なのではないか。そして現状においては、特に I-1、医療機関の施設又は設備の整備に関する事業が低調であると。執行率が低調な理由としては、地域の関係者との協議などに一定の時間を要する。そして、新型コロナによって協議が困難ということが挙げられると。他方で IV、医療従事者の確保に関する事業は、ほとんどが執行されておりました。2024 年から始まる働き方改革に向けた対応として、人への投資に対する需要が高まっていると。見直しの方向性としては、まず執行率が低調である I-1 については、都道府県の事業の進捗評価等を踏まえて、執行残額の積極的な活用を図る予算配分を行っていく。また、IV、医療従事者の確保についても、地域の実情に沿った取組を支援していく。いずれにしても、自治体と丁寧にコミ

コミュニケーションを取りながら、データや技術的な支援、財政的な支援によって、地域医療構想が着実に進むよう取り組んでいくというものです。5-13、今申し上げたものは、まとまったロジックモデルの形で記載をしているものですが、説明としては以上とさせていただきたいと思います。

○総括審議官

ありがとうございました。次に、改めて事務局から論点をよろしくお願ひします。

○事務局（会計課）

事務局です。本事業に係る論点です。先ほど担当部局のほうからも説明がございましたが、論点として、一部の事業区分において、都道府県の基金の執行状況が低調であることを踏まえ、ニーズの高い取組に重点的な支援を行うことが、今後の地域医療構想の実現に必要な不可欠なのではないか。以上です。

○総括審議官

それでは、質疑応答に移ります。これまでどおりオンライン参加の先生方におかれましては、挙手ボタンでよろしくお願ひいたします。また、担当部局より見直しの方向性も示されていますので、それも含めて御議論いただければ幸いに存じます。伊藤委員、よろしくお願ひいたします。

○伊藤委員

御説明ありがとうございました。資料5-8の表に注目しております。地域医療総合確保基金の中でも、I-1、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業の執行率を示したものです。今回、執行予定額と、いわゆる実執行額を出していただいたことは大変貴重な情報で、感謝申し上げます。

その上で申し上げますと、これの合計の部分の執行率  $b/a$  は 43.9%、いわゆる実執行額は 43.9%であるものの、予定額を含めると、私が計算したところでは 69.8%でした。予定額を含めると 69.8%になります。どういうことかということ、執行済みの金額は低調なので、何らかの予定額を申請してもらって、予定を含めた執行率が7割近く、つまり高くなるように見えているということです。

私は、これは非常に問題であると考えています。いわゆる、このエビデンス・ベースド・ポリシーが重要であるとする、正にこれはポリシー・ベースド・エビデンスになっていないかと思っています。つまり、執行率を高く見せる、執行率が高ければ良い政策だというわけではなくて、大事なのは本当に地域の医療機能が再編できるかどうかという目標に対して、どこまで実際に進んでいるのかという実態だと思います。つまり、目的に応じた執行かどうかという議論を差し置いて予定額を達成したとしても、それは事業の成果とは言い難いのではないかと考えております。

これに関しては、既に 2021 年 12 月 28 日付けの日本経済新聞で記事になって

おりますので、そのまま読み上げさせていただきます。複数の自治体によると、厚労省は具体的に補助金を交付する医療機関が決まっていなくても、自治体が国に提出した計画実現に必要と考えていれば支出予定に含めてもいいと説明してきたという。厚労省地域医療計画課は、日本経済新聞 11 月下旬の電話取材に対し、交付先が未定でも将来使い得るつもりであれば予定に含めてもいいと答えたが、12 月 8 日には具体的な執行予定のめどが立っている金額に限る、というように電子メールで訂正してきた。国・自治体で解釈が統一されていないことが浮き彫りになった、というような記述があります。

私も、これには同感です。執行予定というのは何なのだろうか。具体的な執行予定のめどが立っているというふうに書いてありますけれども、やはり客観的・統一的な定義が必要ではないかと思います。私も計画どおり研究を実行できない人間なので、私が言うのも何なのですけども、根拠の乏しい、実行性のめどが立たないような計画も含めて計画しているから、ということで含めているとしたら問題であるし、適切にコンサバティブに判断した自治体のほうが、何となく執行率が悪く見えてしまうというのも問題であると思います。

ですから、厚労省の中でも、この記事を見る限り、定義があやふやな部分があるかと思われました。例えば、当事者間で施設の再編を契約していて、執行額が義務的にこれだけ執行する必要があるといった法的な義務の伴った執行予定であれば、確かに執行予定かもしれません。そうではなく、何となくその数値をよく見せるための執行計画であってはいけないのではないかと思います。

これは、そもそも論として何だったかということ、地域医療総合確保基金、医療・介護総合確保基金ということで、ありとあらゆることに使えるわけです。やはり、何のためにあえて消費デザインを活用した基金を付けたかということ、やはり地域医療構想、今後必要になってくる病院の機能、医療の機能を整えるためであるという点からすると、やはり病院の再編のためにこれは使われるべきであると考えております。

しかし、実態としては、都道府県が音頭を取って病院の再編を進めるということはものすごく時間もかかる、手間もかかる、人手もかかるような話ですので、なかなか都道府県が長期にわたって病院再編のマネジメントをしていくことは難しいのではないかと。それゆえに区分Ⅳ、いわゆる医療従事者の確保とか研修といった、確実に執行のめどが立ってとても使いやすい項目であれば執行率は高いのだけれども、本来目的としたところに機動的に予算が付けられていないのではないかと考えております。

現在では、国の 10 分の 10 の支援も入っているという御説明がありました。私の中では、この基金の転換の 1 つの方法だと思っています。つまり、都道府県が 3 分の 1 お金を出して、人手も出して、時間もかけてというようなことがもし難しいのであれば、ある程度当事者の合意、つまり医療機関の合意が取れた段階で国に重点支援を申請してもらおう。そうすると、国の 10 分の 10 の資金の手当とノウハウの提供で、ある程度国が都道府県をアシストする形で病院再編を進める、というような形のほうが現実的ではないか。

つまり、前もって都道府県に資金を配って、それでやってくださいというのではなくて、具体的に話がまとまるものがあったら、国に申請してください、それであれば国も補助金を付けますよ、というような実績主義といいますか、成果主義といいますか、そういう形に事業の方向性を転換するべきではないかと思えます。長くなりましたが、取り急ぎ以上です。

#### ○総括審議官

ありがとうございました。執行予定に関する客観的・統一的定義の必要性の点。それから、病院の再編等に十分な予算が付いていないのではないか。その上で今後の進め方のお話について御提起がありましたので、医政局から回答をお願いします。

#### ○医政局

ありがとうございます。伊藤先生が御指摘のとおり、まず執行予定額のところと、執行額のところについては、何と云うのでしょうか、一部確かに定義が分かりにくいという御指摘の部分はあるだろうと思えます。それで、今回は執行率、実際に使った額ということで、明確に執行率を書かせていただいたというのが、この資料になります。

一方で、予定額のところについては、今正におっしゃられたように、いろいろな段階があってグラデーションがあります。そもそも、交付先が決まっていると医療機関が合意されているような所から、承認前なのだけでも議論にある程度めどが立っているような状況であるとか、相談が来ている状況とか、あとは、先ほどのように回復期と急性期の間ギャップがあるので、都道府県としては進めないといけないと思っているし、実際そのつもりでいるのだけれども、そこまで十分に議論がいないという、ある程度そういうグラデーションがある中で、予定額を都道府県の御判断の中で出していただいていたというのが実情です。

委員御指摘のとおり、それを一つ一つつぶさに国のほうで確認することは簡単ではありませんけれども、私どもとしては都道府県のそうしたお話も十分に聞きながら、技術的なサポートをうまくして行って、この地域医療構想をしっかりと進める必要があるのだろうと思っています。

また、委員御指摘の、単に執行率はどうなのかということだけではなく、これは御指摘のとおり地域医療構想の目的にしっかり合致した動きになっているのか、ということ私どもは見ていくことが必要なだろうということです。

また、支援の方法ですが、正に重点の使い方ということで、私どもは今回、各都道府県に対して、そもそもそうした重点地域を指定することについて、もう一度その都道府県の中全体で確認をしてほしいというお願いをしております。そうしたところで、重点になった所については、例えば一定の統廃合などを行ったときのプラスアルファの基金の配分なども行ってあります。委員がおっしゃったようなやり方もあり得るということは、そのとおりかと思えます。もちろん、これはいろいろな方と議論をする必要はありますけれども、そうした方法も使いなが

ら、お金と技術的な支援によって、最終的な目的である質の高い医療を、病床機能分化を進める、連携を進めることによっていかに達成できるのかということ、こうしたツールをうまく使いながらやっていくことが必要なのだろうということ、正に委員の御指摘のとおりですので、そうした点を踏まえて私どもも検討してまいりたいと思います。以上です。

○総括審議官

伊藤委員、いかがでしょうか。

○伊藤委員

グラデーションがある中で回答を頂いたということで、現場の難しさも十分に認識していると思うのです。例えば、具体的にこの都道府県からはこういう支援が来ていると、つまり、助けてくれと言われている。逆に、うちは都道府県力で何とかやっていきたいというような都道府県もある。いろいろなタイプがあると思うのです。差し支えない範囲で構わないのですけれども、具体例として、それぞれの都道府県の状況を、どのぐらい当事者感を持って医政局として把握しているのでしょうか。

○総括審議官

よろしく申し上げます。

○医政局

ありがとうございます。具体的な都道府県名は差し控えさせていただきます。個別例として、私どもはかなり頻回に都道府県からいろいろな問合せがあります。これは、都道府県だけではなくて、更にその下の、いわゆる地域医療構想の区域の、例えば担当者であるとか首長であるとか、いろいろな所から御連絡があります。ここでいろいろな議論をしていく中で、病床をどういう形で機能分化していくのかというのは、その医療機関が自分の所だけで考えられるものでは必ずしもなくて、正に統廃合になったりする場合には、主体が公的なものもあれば民間もあります。御存じのように、日本全体では病院数とすれば8割が民間、病床数としては7割が民間というような状況の中で、どういう形でこの議論を進めていくのか。そういった設置者というか、所有者というか、責任者がどういう主体であるのかというのがまず1つです。

もう1つは、もっと大きいというか、同程度以上に重いのは、医師の確保は簡単ではない。その人事というのを例えば大学の医局が持っている場合において、統廃合であるとか、今後人口減少がある中で、大学が貴重な医療人材をどういう病院に派遣するのかというのは先を見越しながら。医者というのは1人だけでは機能しないわけで、チームで見ないと当直などもできない。あとは、指導医と研修医のセットでないと、研修医が1人で、専門医を取るまで、そうした専攻医が1人でいても勉強にならないとなると、医者のキャリアパスというようなこ

とも考えながら派遣しないといけない。そうした人事のところと合わせて、この議論を進めていかないといけないということで、いわゆる地域医療構想調整会議の表舞台でしっかりと議論をする。もちろん、データに基づいて議論をするのは大事なのですが、そうした人事の話は非常に機微な話も含め、しっかりと地域において議論していく必要があります。

こうした議論を進めるに当たって、今回のコロナにおいては、オンラインでそうした話をするのはなかなか難しい中で、どうしても議論が滞ってしまった側面もあるのだろうと思っています。そうした様々な地域における状況があります。

もう1つは診療科別です。例えば、産科の医師の絶対数がそもそも難しい中で、どうやって医師を確保するのか。産科の医師が来ないということになると、例えば外科医との関係で、お腹が痛いという女性がいた場合には、婦人科の医師と外科の医師の両方が協力してやらないといけないものですから、診療科の配置を含めた1つを取っても、そうしたものが全体の病院の機能自体に影響するようなこともあります。そうした様々な相談があります。

今、私が申し上げたのはごく数例にすぎませんが、そうしたことを地域において緻密に、そして丁寧に議論をしながら進めていく必要がある。そうしたことに対して、私どもとしては、地域においてデータをお示しする。かつ、そうしたものがいざ動くという時期には、金銭的・財政的な支援を効果的な形で出す。そうしたことをセットで支援していくことが、地域医療構想の推進につながるのだろうと思います。以上です。

#### ○総括審議官

具体例に即したお答えだったと思いますが、伊藤委員、いかがでしょうか。

#### ○伊藤委員

ありがとうございます。私ばかりというのもあれなので、これで終わりにします。そうであるとすると、やはりお金を付ければいいという話ではないということは、現場は本当に重々承知だと私は認識しています。つまり、様々な他方面での支援が必要で、必ずしもお金を付ければ何かエンジンになるというものではないとすると、やはり基金の全体額そのものも抜本的に見直す必要がある。執行率を上げる方向ではなくて、つまり分子を上げて執行率を上げるという方向ではなくて、分母のほうを必要なものに絞るといえるか、お金だけでは動かない所にはお金以外の支援が必要でしょう。逆に、お金さえあればという所にはお金を付けることが必要になってくるかと思います。そのような、非常に手綱の力が難しいというか、コントロールが難しい案件をよく御存じであるからこそ、この基金を有効に使っていただきたいと思います。以上です。

#### ○総括審議官

鈴木委員の手が挙がっています。鈴木委員、よろしくお願ひいたします。

○鈴木委員

地域医療構想については、うまく進みませんという話で、これはこれで大変重要な政策課題なのですが、我々が今事業評価を行っているのは、この基金についてですので、地域医療構想自体よりも、基金についていろいろお伺いしたいと思うのです。伊藤先生も最後におっしゃっていましたが、そもそも基金というものがこれに適しているのかどうか。基金の執行率を上げるということになると、支出を増やしますという話になってしまいます。そもそも分母である基金の金額が適切だったのか、ということが問われるべきなのではないかと思うのです。

初歩的なことで恐縮なのですが是非お聞きしたいのは、番号で言うと5-8、区分I-1の執行率で、都道府県別に見るとものすごい差があります。つまり、富山県とか愛知県だと14.5%とか、12.0%という執行率になっています。高いほうでいうと、熊本県が83.4%とか、岩手県が76.5%とか、ほとんど使い切っているような所があります。なぜそんなに差が付くのかというのが、そもそも理解できないのです。それは、どっちの問題なのか。つまり、交付額は妥当な基準があって定められていて、単にそれが執行できないということなのか、それとも、執行率が高い所はそもそも計画自体をすごく高めに作っていて、支出できそうな計画しか上げてこなくて、交付額が少ない、だから執行できている。そうでない低い所は、そもそも計画の見通しが全然立たないものをばーんと出してきて、そこは多めであるがゆえに計画どおり支出できていない。分母の問題なのか、分子の問題なのかというのは非常に関心があります。

そもそも、交付額というのはどうやって決めているのですか。執行額と執行予定額はよく分かりました。でも、本来であれば、執行予定で大体使えると思う金額を、基金ではなくて普通の予算であれば大体これぐらい使えるというものを、その前の年とかその年に予算の計画を立てて申請をして、交付を受けるというのが自然だと思うのです。予定額とはまた別に計画額があって、それがすごく乖離している。計画というのは、そもそも見込みが立つものを計画しているのか、それともこれぐらいないと地域医療構想が進まないから、フィージビリティはともかくとして、とにかく交付されるものなのか。計画とか交付という、その分母の問題です。分母はどのように決まっているのですか。それをお聞きすればいいのかな、それをお聞きすれば疑問点が解けるのかもしれない。まず、なぜ都道府県ですごい違いになっているのですか、というのをお聞きしたいのです。

もう1つは、執行率というのを我々は普通の予算の話として見てはいけないと思うのです、基金ですからね。その分母の交付額、これは都道府県の計画に基づいているはずなのですが、それはどうやって決まっているのですか、ということをお伺いしたいのです。お願いいたします。

○総括審議官

鈴木先生からは、この施設整備事業の都道府県における執行率の大きな差を切り口にして、その交付額の決め方等の実情についての御質問です。その事実関係について御回答をお願いいたします。



## ○医政局

ありがとうございます。先ほど伊藤先生のほうからもありましたし、鈴木先生のほうからも、このお金自体の規模について、その基金の全体がエンジンとしてなっていないのではないかというお話がありました。もしかして、そちらで誤解を与えていたら恐縮です。私どもとしては、当然そのお金というのは非常にパワフルなエンジンだと思っています。これは、様々な形でお金が掛かります。病床を機能分化するための施設整備であるとか、そうしたものにもお金が掛かります。あとは、統廃合のときの人事面での処遇の関係などでもお金が掛かります。そのお金というものについては、非常にパワフルなツールなのです。ただ、それだけではない形で動くので、その全体を相俟って地域医療構想を進める必要がある、ということをお願いしたということによって御理解を頂ければと思います。

その上で鈴木先生がおっしゃる、分母と分子というのがどういう形でこの執行率に影響を与えていくかについてです。どちらかということよりも、むしろ両方だと思っています。その分子については、先ほど来申し上げておりますように、もともと計画を立てていて、一方でそれは毎年県のほうとしても積み立てながらやっている計画の中で、もともとは先ほど私が申し上げたような交渉を経て、地域医療構想を進めるということなので、ある程度複数年で進めることがもともと想定されているものです。そうしたときに、地域において慎重に、丁寧に議論をしていく中で、今回のコロナのようなことが起きたことによって滞りながら、どうしてもその分子の部分が下がったという側面がまずあるというのがこの執行率で、それはその地域によって大きく異なります。それは、感染状況も異なりますし、地域医療構想の担当者の状況などによっても変わってくるのかもしれませんが、そうしたことによって、今回は分子が変わったというのがまず1つです。

一方で、分母については、先ほど伊藤先生にも私のほうから申し上げましたが、様々な形でその予定というものをどういう形でセットするのかというのは、都道府県の判断になっています。都道府県も、3分の1は自分たちで準備をしなければいけない中で積み立てて、そして計画をしているものです。とにかく多めに積みめばいいということではない中で、彼らとしても積み立ててきているわけです。そうした中で、お金を積み立てながら、どちらにしても複数年かかります。1年間だけでは積み立てられないお金を、トータルとして必要な額として進めるということなのです。

その意味で、分母の大きさをどうやって決めていくのかということについては、先ほどの急性期から回復期に戻る、これだけやらなければちゃんとした形で出せないだろう、機能分化ができない、連携ができないだろうという中で、都道府県はこれをやるのだという中で全体を、先ほど鈴木先生がおっしゃったフィージビリティについてはどうなのかというところではありますが、少なくとも都道府県とすれば、その期間である25年までに進めるのだということによってやっているのだと理解しています。

そこにおいて、全体のお金がどのぐらい積み立てられるのかという話と、実際

に本当にそれだけやらないといけないという、その実際の程度のところで都道府県にばらつきがあるという事態は否めないだろうと思っています。そうした中で分母が異なる。分子は先ほど言ったもの。その分母と分子の比較の中で、この執行率が、また執行予定額との関係というものが変わってくるのだろうということです。以上です。

#### ○総括審議官

基金の必要性は、複数年度ということで一定の答えがあったと思います。その上で、分子・分母についてそれぞれ説明がありましたが、鈴木先生のほうから追加で何かありますか。

#### ○鈴木委員

説明は理解したのですけれども、まだ何かしっくりこないのは、分母の決め方というのは、基本的に都道府県にお任せしていますということです。都道府県として、きっちり地域医療構想の病床再編とか医療提供体制の改革を進めるのだと覚悟を決めた所は執行率が低い。ちょっとフィージビリティが高いものだけを計画に入れています、という所は執行率が高い。そのようなことになってしまうのではないかと、そういうところが、それでいいのかという気がするのです。やはり、分母のところは都道府県にお任せしますというよりは、本当にこの金額は交付額として適切なかどうかというのを、国のほうで何か一定の基準を設けるとするのが1つのやり方なのではないか。つまり、執行率が高い・低いでこの基金は評価すべきものではないのではないかと、私がずっと思っていることなのです。

それよりも、分母が本当に適切かどうか。一応厚労省医政局としては、この地域のデータを見て、病床の報告を見て、これぐらい変えなければいけないというように、都道府県別に目標の病床数も分かっているわけです。だから、それを進めるためには大体このぐらいの金額が掛かるだろうというのは、漠然とは分かるわけです。そこに照らしてみても、お宅の県は全然足りませんか、お宅の県は結構いい線行っていますというようなことを、ある程度基準を設けて示しておかないと、見た目の執行率とか、そういうもので結構ごまかされてしまう。

本当に我々が知りたいことは、執行率とかお金を幾ら使うかではなくて、地域医療構想がちゃんと進んでいるかどうか、というアウトカム指標を我々は見て、それに照らして執行額が適切かどうかを見るのが本来だと思います。何か分母みたいなところがごまかせるシステムになっているのが、ちょっとしっくりこないというのが感想みたいなものです。

ついでなのでもう1つ質問させていただきます。これは、むしろ大臣官房の会計課にお聞きしたほうがいいかと思います。先ほどの論点で、私もついつい見逃していました。5-12の論点と見直しの方向性で、論点として、一部の事業区分において、都道府県の基金の執行状況が低調であることを踏まえ、ニーズの高い取組に重点的な支援を行うことが今後の地域医療構想の実現に必要不可欠なので

はないか、という日本語があります。見直しの方向性として、都道府県の執行状況が低調である施設とか設備の事業については、都道府県の進捗状況を踏まえ、残額の活用の予算配分を図る、予算配分を行っていく。医療従事者の確保事業については、支援するための方策を検討するということが書かれています。これの意味することは何なのですか、ということをお聞きしたいのです。

普通にこれを日本語として読むと、今は執行状況が低調である、執行しやすいのは医師の確保事業とかそちらのほうなので、そちらに配分する区分を増やして、低調であるところの I-1 という区分は柔軟に変えさせてもいいのではないかと。こういうことを論点にしたいということなのではないでしょうか、それとも違うことなのではないでしょうか。論点と見直しの方向性というのを見逃していたのですけれども、よくよく見てみると、何を言っている日本語なのか理解できませんでしたので、そこはどのような意図なのかをお聞きします。

#### ○総括審議官

まず、1 点目は分母、つまり交付額の決め方は先ほど課長から説明がありましたように、法制上も県がイニシアチブを取るわけです。それにしても、国のほうでチェックするような基準みたいなものがあるべきではないか、というのが1 点目の投げ掛けです。

2 点目は、論点と見直しの方向性の両方を絡めてのお話ですので、意味するところを医政局からまずおっしゃっていただいて、その上で会計課で何か補足するところがあれば、会計課からもコメントをお願いします。

#### ○医政局

もう少しクリアな基準を示すべきではないかという御指摘がありました。私どもは、これは地域の実情に応じて一律の基準を作るということは簡単ではないと思っています。ただ、もう少し分かりやすい形で何か示すことができるかどうか、この辺りについては少し内部でも検討させていただきます。

一方で、先ほど来委員がおっしゃっているように、必ずしも執行率が高いということ自体が良いということではなく、結果として地域医療構想が進んだかどうかしっかりと見ていく必要があるのだろうということは、私どももそのとおりだと思っています。そうしたものを、都道府県が進めるに当たって、実はその地域においては、例えば先ほどは申し上げませんでした、病院の建て替えの時期なども含め、年数なども考慮しながら統廃合などを検討されるケースが非常に多いです。まだ出来たばかりの所では、本当はこの地域ではこうなのだけれどもということなのですが、ただ実際に現場ではできないというようなことがあると、そうした地域の実情自体が本当にばらばらなものですから、そのところをどういう形でうまく都道府県にお示しできるのか、というのは内部で検討させていただきたいと思います。今ここで明確なお答えをできずに申し訳ありません。

もう1つは、論点についてと見直しの方向性です。見直しの方向性の1 点目の○で、都道府県の事業の進捗評価を踏まえ、執行残額の積極的な活用を図るとい

うのは、そもそも執行残額があるのであれば、まずはそれをしっかりと使ってくださいというようなことを、私どもとすればお伝えします。そして、それに応じて、それを超えるような場合には、もちろん執行残額よりも掛かるということで予定が出されたときには、内容によってはその内容を踏まえて予算配分を行うというのが1つ目の○です。

2つ目の○については、先ほど来少し申し上げておりますが、2024年から医師の働き方改革が始まります。先ほど私が申し上げたような、医師の確保の困難さというのが更に増す可能性がある、ということをも懸念しているところです。もちろん、私どもは地域医療への影響というのをしっかりと見極めながら、この施行に向けた準備を進めるわけです。

この医療従事者の確保に関する事業のIVについては、既に執行率がほぼ使われているという現状があります。例えば、そのようなところもしっかりと強く後押しをしながら、全体としての地域医療構想を進めることに対して後押しができないかということを書いています。ですから、全体のお金があっても、医師の確保がうまくいかないことによって、地域医療構想が進まないようなことがあるのであれば、それはそうした所に少し重点を置きながら対応することも可能ではないかという趣旨で、見直しの方向性として書かせていただいたものです。以上です。

○鈴木委員

分かりました、ありがとうございます。

○会計課

会計課です。論点の件ですが、本日の冒頭で私は説明を端折ったところがあります。前回の勉強会のときに、都道府県の基金の執行状況が低調である原因を分析し、その改善策を検討すべきではないかという論点を提示し、勉強会に当たっていました。そのときの勉強会での御議論を踏まえ、低調である原因を分析しているところについては、既に一定程度なされている。現状においては、それを踏まえた上でその改善策、今の基金事業における支援メニュー等々が、その地域医療構想の実現に向けて十分な内容となっているかどうか。そうした点を論点とすべきだという委員の方々の意見を踏まえて論点としたということです。回答としては、先ほどの医政局からの回答のとおりです。以上です。

○鈴木委員

ありがとうございます。

○総括審議官

重ねて伊藤委員からお願いします。

○伊藤委員

1点確認したいのですが、この基金を配った以上は使わなければいけな

いという性格のものではなくて、使わなかったら当然返還する。返還ということ  
を積極的な選択肢として取り得るものと理解してよろしいでしょうか。

○総括審議官

お願いします。

○医政局

それをもし本当に使わないということになれば、返還していただくことになる  
だろうと思います。

○伊藤委員

分かりました、ありがとうございます。12 ページの論点では、ニーズの高い  
所にお金を付けるということが書いてあって、一方で見直しの方向性の1 ポツ目  
では、執行が低い所も頑張って使おうというような、ちょっと逆なことを言っ  
ているようなメッセージに聞こえてしまうのです。ここは、文章としては直したほ  
うがいいかと思ったのが1点です。

先ほどの、この事業レビューは基金の話であって、医療の話ではないというの  
は重々承知なのですけれども、やはり医師確保を免罪符にしてほしくないと思っ  
ています。なぜこんなに医師確保をしなければいけないかというと、やはり  
病院が分散しすぎていて、専門医1人とか救急医1人という所が多すぎるのです。  
つまり、産科だとか小児救急だとか、県庁所在地レベルで集約しないと、医療の  
スタッフ自体が成り立たない所が非常に多い。何と言うのでしょうか、分散させ  
た状態のまま、分散させた所に何とか医師を派遣しようとするのは、逆に集約  
という、本来長期的に必要なことと逆行しているというように私は捉えておりま  
す。それなので、基金でここは医師確保が大事だという理由は分かるのですけれ  
ども、こんなに医師確保に注力しなければいけない根本が、やはり病院の機能の  
分散、それから未分化であるというように考えると、やはり本質なところにメス  
を打っていただきたい。

ここで、自治体と丁寧にコミュニケーションを図りながらというのは、もちろ  
んこういうふうにかざるを得ないという事情は分かるのですけれども、どちら  
かというところ悠長な書き方というふうにも聞こえます。人のことは言えないので  
すけれども。かなり地域の事情を私は出張で見ることがあって、これは10年持  
つのだろうかと思う地域が散見されています。非常にタイミングとしては急ぐ話で、  
丁寧に、慎重に進めていくというようなお決まりの言葉ではなくて、もう少し踏  
み込んだ基金の使い方ないし、人の派遣の仕方ないし、ノウハウの提供の仕方  
を全方向的に考えていただきたいと思います。

○総括審議官

基金だけではなくて、地域医療構想全体の話かもしれませんが、コメントをお  
願います。

○医政局

1 点目の執行残額の積極的な活用を図るとするのは、先生に誤解を与えてしまったかもしれません。これは、あくまでも残っているお金をまずしっかりと使っていただく、というような記載をしているということです。その表現ぶりについては、また確認をしたいと思います。

2 つ目の御指摘は、正にそれはそのとおりです。大学病院の人事のほうも、逆に言うと、統廃合して急性期病院の小さい所は、2 つではなくて1 つにしてくれなかったら派遣できない、というようなことを言っている大学もあります。それは、医者確保をすれば、地域医療構想は進むというのですが、これは合わせ技で進めないといけない話というのはそのとおりです。ですので、それを適切な形で医局側も、繰り返しになりますが、やはり先を見越して大事な医療資源をどこに投入するのかということはずごく考えております。そうした中で、この病院とこの病院はちょっと多すぎるから、ここがしっかり連携して急性期をどちらかに固めれば、医局とすればこちらに人を送ります、というような話も聞いておりますので、正にこれは両輪だということです。伊藤委員の御指摘のとおりだと思います。

3 点目の、悠長なところについては、丁寧というところは、先ほどから私が申し上げておりますように、データであるとか、人事であるとか、そうしたいろいろな側面があるので丁寧ということを書かせていただいております。御指摘のとおり、これは私どもも待たなしたと思っております。本当に先の人口構造などを見れば、当然これは急激に働く世代も減っていく中で、どういう形で医療を適切に提供するのかというのは、悠長な形で進めることは適切でない、というのはそのとおりだろうと思っています。以上です。

○総括審議官

伊藤委員、よろしいでしょうか。

○伊藤委員

はい。

○総括審議官

滝澤委員の手が挙がっておりますが、コメントシートの準備、完成したら送付もよろしく願いいたします。それでは、滝澤委員、お願いします。

○滝澤委員

専門ではないのでざっくりした質問ですが、地域医療構想の推進を通じて、質の高い効率的な医療供給体制を整備することというのが、やはり大事だということだと思います。今、お話されたことと関連して、設備と人が良い具合で進んでいくということが大事だと思いますが、そのバランスを考えて交付額と言います

か、そういうものを毎期毎期決められているのかどうか。先ほど都道府県の要求というお話がありましたが、現状、このぐらい設備の資本ストックがあって、それに対してこれぐらいの医療従事者が必要でという形で、今期はこれだけの設備に投資して、来期はこれだけストックがあってということは予測できると思いますが、それと人とのバランスは考えられているのかどうか、少しお伺いしたいと思います。

○総括審議官

計画の進捗管理における設備と人材の関係性をどのように勘案して進めているのかということで、御説明をよろしくお願いします。

○医政局

ありがとうございます。冒頭で基金の推移などをお示ししておりますが、その時々でI-2に新しく10分の10の予算を付けたりとか、医師の働き方改革に対応するためにVIを追加したりとか、そのような形で必要なものについては、そうした分類も追加しながら対応してきたというところでは、

一方で、今日も執行率などお見せしたところですが、医師の確保などについては、かなり執行率が高くて、パンパンなところまでできているところがあります。ですので、大もとの出し方については都道府県の中で、地域医療構想の調整会議の中でこうした議論も出されながら、予算も上がっている状況です。今回の話の中にもあるように、そうしたお金をどういう形で基金としてやっていくのか。今までは当然、区分をまたいだ形の流用というのは認められないという形で進んできているところでは、それは今まで、私どももそういった形で適切に運用してきたわけですが、今申し上げたような執行率の違いなどを見越して、また、今申し上げたような医師の働き方改革の施行に向けた動き、こうしたようなことも考えながら、全体の基金としての在り方について、例えば、医師の確保に重点を置くようなやり方もあるのではないかということを書かせていただいたということでは、少し分かりにくくて恐縮ですが、以上です。

○総括審議官

滝澤委員、よろしいですか。

○滝澤委員

ありがとうございました。

○総括審議官

それでは、松原委員、よろしくお願いします。

○松原委員

先ほどから各委員がおっしゃっているとおり、地域医療構想は正に待ったなし

の状態、足を止めるわけにはいかないと思っています。一方で、コロナが起きて、初期の頃のコロナと最近のコロナと株も違って対応も変わってきていると思いますが、地域医療構想自体、当然やめるのではなくて進めるのですが、見直しの動きはないのですか。例えば、公立病院の再編・統合対象となったのが、確か424、最終的に436あって、その辺の話も含めて、見直しの話が進んでいるのかについて教えていただけますか。

#### ○総括審議官

コロナを契機とした医療提供体制の進め方、見直しについてよろしく申し上げます。

#### ○医政局

おっしゃるように、コロナを踏まえて、地域の医療機関の機能分化、連携をどういうふうにしていくのかというのは、地域でしっかり議論していく必要があると思っています。その中で私どもは、昨年医療法の改正を行いました。医療計画が6年ごとに作られており、2024年度から次の第8次医療計画が始まります。この医療計画というのは、実は5疾病・5事業と言われる、例えば心筋梗塞やがんというような5疾病の部分と、5事業というのは周産期、救急、災害、そうしたようなものがあります。私どもは、5疾病・5事業それぞれに対して医療計画を、個別の疾患や事業に対応する形で都道府県に作っていただいております。私どもは、そういった所に対して基本方針を示しております。医療法改正において、5事業に感染症という新しい枠組みができました。それで5疾病・6事業となって、感染症に対応するものとして今後、都道府県とすれば医療計画を策定していくということになります。

一方で、感染症の対応というのは、今回のコロナでもそうですが、今回の有事での対応、パンデミックが広がったときの対応をずっとそのまま維持するという事は必ずしも現実的ではない状況です。ですので、平事の状況をどういった形で有事に切り換えるのかということが大事です。それを機動的に切り換えるためには、もちろん設備や人材も必要になるわけですが、平事における必要量自体は、これまで申し上げている人口減少や高齢化という大きなトレンド自体は変わらないと。ただし、有事のときには迅速に切り換えるような対応をどういう形で取ることができるのかということ、プラスアルファで考える必要があるのだろうと思っています。

そうした中で、感染症が起きたときにどの医療機関が、例えば患者さんを受けられるのかどうなのか、急性期の人を受けられるのか、初動の人の場合どうやって受けるのか、この辺りについては、地域において今までの地域医療構想で議論してきたところから少し理論的には、この病院が感染症の場合、急性期はもう少し受けるといったようなことも考えられますので、そこは微修正みたいなことは当然起こり得るのだろうと思っています。ただし、繰り返しになりますが、長期的なトレンドの中で検討を行う地域医療構想については、大きな変動と言いますか、



人口減少のトレンド自体は変わらない中で、それに対してどう対応するのかという基本方針自体は大きくは変わらないという状況です。

○総括審議官

松原委員、いかがですか。

○松原委員

ありがとうございます。病院を建てるというのは、医療の売上げと比べますと、投資額は非常に大きいという特色が医療事業の場合ありますので、非常にリスクがあるわけです。1回建ててしまったら、もう取り返しはつかないので、そういう面で、微修正というお話ですが、今後どういうふうに役割分担なり、更にあるべきかということも、この2年間話さなければいけなかったでしょうし、建物価格も高騰しているという中で、先ほどから委員がおっしゃっているように、執行することが目的ではなくて、また、病床集約だけではなくて、人の集約も必要だと思います。そういうことを含めて検討いただければと思います。以上です。

○総括審議官

医政局から、何かあれば手短にお願いします。特によければ承るということにいたします。栗原委員、お願いします。

○栗原委員

今までの委員からの質問と回答と一部ダブる所があるのですが、私もそもそも執行率の低さという点から考え始めて、それはI-1の施設の整備費が低いということが表面的な理由ではありましたが、更にその理由が何なのかと思うと、そもそもの基金の在り方、あるいは交付額の申請の在り方に問題というか、構造的な理由があるのではないかと思いましたが、そこについてまず1点お伺いしたいと思います。

かなり複数の年度にわたって積み立てており、その間にどう支出されるかまだ分からないという段階から、交付申請をして積み上がっているのではないかと思います。そうしますと、そういうやり方をしている限り、未執行額が出たとしても仕方がない。そのための基金であるということなので、そういうことが許されるというか、逆に、そういうことを特徴とする基金であっていいのかという点が1点です。

今までのお話の中で、複数年で要求していきますと、ある年の断面で見たときには進んでいなくても仕方がないことだと思いますし、そういう基金でいいのでしょうか。これが1点です。今言ったのは、交付額の決め方です。

2点目に、これはスタートした時点から2025年の地域医療構想の実現に向けているわけなので、この基金にどういう終了時期があるのかということと関係するのですが、徐々に実現しなければいけない時期が近づいている中で、未執行額がありますと、未執行額についてはどういうふうにしていくのでしょうか、とい

うことを聞きたいと思います。

2025 年が来ました、地域医療構想が実現していません、未執行が残っていますという場合、どうやって未執行額をそのまま地域にプールしておくのか、それとも新しいやり方をしていくのか。そういうところの執行の適切性というか、返還であったり、あるいは繰り越せる期間を決めるのか、それはいつにすればいいのかなど。基金を積み上げていくのはいいのですが、すぐに使わないというのも構造上仕方ないかもしれませんが、そうであれば、どういうタイミングでリセットなり、見直しをするのかということを決めていく必要があるのではないかと。特に、第 8 次医療計画に向けて、2025 年の地域医療構想の実現に向けて、そこが今見直さなければいけないところではないかと思います。これが 2 点目です。

3 点目は、一方でこの目的は何かと言いますと、基金の執行率を上げるというよりは、地域医療構想の達成ということなので、その観点からしますと、仮に執行状況が低くても、地域医療構想が実現しているのであれば、それはそれでいいと思います。一方で、地域医療構想が実現していないけれども、執行率が高いということもあるかもしれません。その観点で、地域医療構想の進捗状況と、それに係る費用の執行率と、その中での基金の進捗率、このところはどういう相関関係を見て、未執行が妥当なのか、全体が進まないから基金が進まないのか、全体は進んだけれども基金は進みませんでしたということだけなのか、基金の評価の仕方を地域医療構想の達成状況と含めて、もう一回精査する必要があるのではないかと思います。

それから、各自治体の地域医療構想を見ていますと、いろいろな項目があって、かつ、必要額が毎年出ています。うち基金と示している所もあります。全体の必要額のうち、基金で賄う分が必ずしも高くない自治体もあります。施設整備費などの関係にもよるのかもしれませんが、そうだとすると、地域医療構想の実現のために、本当はこの基金の使い方として、もっといろいろな使い方があるのではないかと思いますので、私はむしろ事業間の流用や変更などを柔軟に認めて、地域医療構想のために正に必要なものに上手に使ってくださいという形で、流用なり変更を柔軟に認めるような仕組みを作ったほうがいいのではないかと思います。これは意見ですが、そのように御検討いただくか、あるいはここで議論をさせていただいたほうがいいかと思います。

#### ○総括審議官

ありがとうございました。先ほどの御議論で言うと、分母の決め方のお話、また、地域医療構想 2025 年というゴールターゲットの後のことを見据えて、未執行をどういうふうに整理していくのか、考えていくのかという話。それから、地域医療構想自体の進捗と、費用全体と、その中における基金の考え方をどう整理していくのかというお話等についての御提起と、最後は、より具体的に、流用とか変更といったことを柔軟に認めていくというのも論点なのではないかという御意見でしたが、コメントをよろしくお願いします。

## ○医政局

ありがとうございます。1点目の複数年でいいのかというお話については、2つ要素があると思っております。やはり、自治体としても一度にお金を準備するとか、3分の1は出さないといけないものですから、それを積み立てていながら、実際の事業をしっかりと執行していくという考え方に立っているというのが1つ目です。

2つ目については、先ほど来申し上げている病院同士の交渉とか、その中でどういう形で人事も含めて交渉していくのかというときに、どうしても結果的に複数年かかってしまうようなケースがあります。そのときに、合意ができたからお金を払えばいいのではないかということは理論的にはあり得るのですが、実際のところ、基金を積み立てながらそうしたお金があるからこそ、そうした形でうまく調整も交渉も進むことができると、そのような要素もあるだろうと思っております。そうしたようなことから、現時点では、基金という形が私どもとすれば適切だろうとは思っておりますが、これについては、御意見としては、先ほど委員がおっしゃったようなこともあるだろうと。

2つ目については、2025年の後についてはどう考えるのか。正にこれは地域医療構想をどう考えるのかということそのものにかかってくるだろうと思っております。ですので、確かにこの時期について、まずは私どもは2025年を目指して、2022年度、2023年度にしっかりと考えてやっていこうということで、昨年末に国と地方の協議の場で合意が取れたところです。まずは今、2025年の話を進めているところですが、委員がおっしゃるように、2025年の後、当然、2040年になれば、先ほど来から言っている生産年齢人口も6,000万人を切るという話であるとか、高齢化率がすごく高くなって、65歳以上も4,000万人になっていくという中で、どういった形で2040年の話を考えていくのかということとセットになるだろうと思えます。

そのときに合わせて、当然、先のことをどうするのかという議論を、いつからどう開始するのかという話と、今、委員がおっしゃる基金について、先のところをどういう形で使うのか、若しくは繰り越すのかという議論は、正に同じことだと思っております。今、私どもとすれば、まずは2025年を目指してやっていますが、いずれはそういったことを決定する必要があるだろうと。委員の御指摘は、早くしないと間に合わないのではないかと御議論だと思えますが、今の私どもの立場とすれば、2025年を目指して進めているという話です。

次に、執行率と実際のアウトプット、アウトカムと言いますか、結果としてどんなことが地域医療構想の実現に役立っているのかという話については、いろいろな要素がありますので、簡単ではありませんが、委員がおっしゃっている趣旨は理解できます。ですから、執行率が高くても、結果が出ていなければ意味がないし、逆であればそれはそれでいいのではないかと御話だったと思えます。そうしたような関係性について、事務局としてどんなことができるのかという点については考えさせていただきたいと思えます。

最後の御質問については、基金の割合が都道府県によって異なるのではないかと

というお話の中で、そこはそのとおりだろうと。それをどういう形で使いやすい形にしていくのか。それはあくまで3つ目の御質問と連動すると思いますが、結果を出すためにどんな事業に都道府県が活用しやすいか、結果が出やすいようなものにどういった形で使用するようなことができるのかということは、都道府県から常に私どもに強い要望が毎年上がってきている状況です。これまでは区分間の流用は不可ということでお答えをしてくれているところですが、委員の御指摘自体については、都道府県からは常にそうした要望は上がってきているということは申し上げたいと思います。以上です。

○総括審議官

栗原委員、いかがですか。ほかにありますか。鈴木先生、よろしくお願ひします。

○鈴木委員

先ほど栗原委員から、区分の流用について考えるべきというお話があって、多分、そういう結論になるのだろうなというのが見えているのですが、そこはやはり慎重にやってほしいと、私としては思います。やはり、執行率を見ても、医療従事者の確保については、執行率100%を超えているような都道府県があって、これは使いやすいし、医師会とは言いませんが、医療従事者たちも非常に望んでいることなので、ここが流用先になれば使うのは簡単ということだと思いますが、問題は、それが地域医療構想の推進に本当に役に立つのか。一部はもちろん役立つと思いますが、役立つかというのは、相当疑問な結果になりかねないと懸念しております。流用を認めるにせよ、計画などを出させて、流用することが地域医療構想の推進に役立つということをきちんと担保させた上で認めるとか、そういう制限を掛けないと、野放しになったらえらいことだなというのは、1つ懸念として申し上げたいと思います。

もう1つは、地域医療構想を進めるに当たって、今は厚労省の幾つかの事業を使ってくださいとなっているわけですが、都道府県が独自にもう少しやり方を工夫したいとか、これは地域医療構想の病床再編とかに役に立つのですが、厚労省のほうが事業として作ってくれていないが、うちはこういうことを考えているのだというように、推進に役立つのであれば、同じ区分の中での使い方については、もう少し工夫する余地はあるのではないかと思います。いろいろ御苦勞も御工夫もあると思いますが、言いたいことは、流用を行革の会議でみんなが認めたとは思われないので、そういうことに多分なるのだろうと思いますが、なったとしても、きちんとそこは制限を掛けてくださいということを申し上げたいと思います。以上です。

○総括審議官

鈴木委員、ありがとうございます。栗原委員からもう一度お手が上がっています。よろしくお願ひします。

○栗原委員

今の鈴木委員の発言に反対ということではなくて、流用という言葉がきついかもかもしれませんが、環境の変化やそういうことに応じて、一定の規律の下で変更というのはあると思いますので、そのこのところのルール作りと、変更なり、流用なりということが出来るかどうか。それは何に照らしてできるのかを決めた上で、認めるべきだと思います。

その点について、先ほど伊藤先生が、人材確保は重要だけれども、もう一方で、病床の分化や集約を本当はやらなくてはいけないのではないかということをおっしゃいました。そこはそのとおりだと思います。例えば、そういう観点からしますと、どんなに基金が余っても機能分化についてはきちんと付けて、執行率を見ていくことを、むしろ厳格にやっていったほうがいいのではないかという考え方もあると思います。その辺は論点として議論をしていただいて、何を重点的にやるべきか、どういうルールで変更なり流用を認めるべきかについては考えていただきたいと思います。

○総括審議官

関連で伊藤委員からお手が挙がっています。伊藤委員、よろしくお願いします。

○伊藤委員

基金の話なので黙っていようかと思っていたのですが、今回の基金は1,000億円で、実はコロナの緊急包括支援金医療機関分というのが、既に都道府県に3兆円ほど交付されて、今年度も既に4,000億円が交付決定されています。もう吹き飛ばすような額が都道府県を通じて医療機関に交付されていると。流用のことを考えると、こんなに補助金を付けたのであれば、もういい加減に効率化しろというような強力なグリップを握っていただきたいと私は思っています。3兆円はもらったと。でも、これはコロナのためだから、もうそれはそれみたいな形で、また別途お金が要るだとか何だとかという話にならないように。つまり、緊急包括支援金が単純にコロナの患者さんを診るためのものだけではなくて、中長期的に医療機関を、今後20年近く効率化するための、3兆円ですからね、正確な額は訂正していただいたほうがいいかもしれませんが、1,000億円の基金の出し入れが吹き飛ばすような額を既に医療機関に交付しているという現実も見ていただきたいと思っております。

○総括審議官

ありがとうございました。3人の先生方から、一定の規律と、その一方で環境変化に応じた一定の対応ということで、その中で一定の幅の中での御意見を様々頂けたものと思っています。その上で、先ほどから増田委員からお手が挙がっています。増田委員、よろしくお願いします。

#### ○増田委員

もう終盤になっているかと思いますが、皆さんの御質問と御意見を聞いておりました、今回、このテーマは非常に重いということと、やはり、いろいろな利害関係者が関わって、これは物理的な問題と人的な問題と複雑に絡み合ってきているので、なかなか出口は難しいのかなとお話を伺っておりました。

ただ、各地域ないしは自治体で非常に類似した問題点を抱えている所と、そういった例があるかと思しますので、そういった地域での対処方法を共通の情報として共有していき、また、その出口を探っていくという方法・手段もあろうかと考えております。数年前ですが、岡山大学から相談があつて、岡山大学構想なるものをいろいろ聞いたのですが、結果としては頓挫して終わりました。やはり、それぞれの地域で医療の問題については真剣に考えておられます。

また、大学の医学部、病院などでもかなりそういった議論を進めていて、医師を送っている各病院の経営も含めて、今、お話がありましたように、医療法人、特にコロナについてはコロナ特需と称してかなり黒字を出しているということですが、そうではなくて、こういったタイミングで今後の医療の在り方を十分に各医療機関、各地域で考えるべきではないかと思っております。その辺は、先ほどの伊藤委員の意見と全く同じです。これは、今回の問題解決の出口として総合的に見ていく。事業が幾つか分かれておりますが、この中の交通整理が必要ではないかと、あまりにもいろいろなことが複雑に絡み合っているということで見えておりますので、その辺も見直しをしていただければと思います。これは私の意見です。以上です。

#### ○総括審議官

ありがとうございました。今までの御議論を踏まえて、地域の実情に応じた地域の関係者からの声も踏まえて取り組んでいく必要があるが、複雑にいろいろと絡まっているので、交通整理が必要な時期だという御意見ですが、もし驚見課長から簡単にコメントがあればお願いします。

#### ○医政局

増田委員、ありがとうございます。まず、良い事例みたいなものはしっかりと、私どもは研修などもやっておりますし、広く良い形で伝えていくということはしっかりと努力をしていきたいと思っております。

また、今回の地域医療構想の関係でいきますと、正に委員がおっしゃるように、いろいろな課題が複雑に絡まっているのと、あとは当然地域ごとに非常に問題の所在が異なったり、それぞれの濃淡があるのはそのとおりです。

一方で、今回コロナの関係がありまして、地域医療構想の調整会議自体も、通常今までうまくいっていた所は、コロナの連携もある程度うまくいってたりします。逆に言いますと、コロナが始まるまで余り連携が取れていなかった所も、コロナの中で連携せざるを得なくなって、それがきっかけとなって地域医療構想調整会議がうまく機能し始めるのではないかという期待もあるところです。

やはり、地域における問題の複雑さというものは、地域においてしっかりと議論していただくということが必要なので、私どもとしてはどういう形でそういったものを本当の意味で後押しできるのか、それは先ほど来議論している、基金の中での使いやすさというものもあるかもしれませんし、あとはそういったことを議論するための基本的なデータを分かりやすい形で伝えるということも大事だろうと思っております。そうしたことを通じて、議論を活性化しながら進めることが大切だろうと思っております。以上です。

#### ○総括審議官

増田委員、よろしいですか。委員の先生方、どうもありがとうございました。全ての委員の先生からコメントシートを提出していただきまして、今、栗原委員の下でとりまとめ作業を進められております。少々お待ちください。

(とりまとめ中)

#### ○総括審議官

それでは、とりまとめの準備が整ったようですので、栗原委員から評価結果案ととりまとめ結果案の発表をお願いします。

#### ○栗原委員

まず、集計結果を発表いたします。事業全体の抜本的改善3名、事業内容の一部改善3名となりました。各委員からのコメントです。

- ・基金の執行状況だけでなく、地域医療構想の目標の達成度が低い現状を考えると、基金を使う事業自体が、果たして地域医療構想を進める上での必要な武器となっているのか疑問がある。むしろ、地方からのアイディアで事業内容を見直したり、新規事業を作ったりということもできるとよいと思われる。
- ・各計画地域の特性と問題点を絞り込み、その解決方法の実例を提示するなどの方法によって、逐次課題の再整理を進めるべきである。
- ・各自治体、地域の置かれている状況をパターン化して、問題点や課題の類似した自治体、地域の対応策を情報として共有する方法もあるのではないか。
- ・執行予定の見通しが不明にもかかわらず、基金を提供することは問題であり、基金予算そのものを削るべきである。執行予定額という情報の出し方に大きな問題がある。具体的な執行予定のめどが立っている金額に対する客観的・統一的な定義が必要であり、根拠の乏しい計画上の数値を含めるべきではない。
- ・地域医療構想の実現に向け、今後も支援が必要なため、過去2年はコロナ禍で評価に適さない時期と考える。
- ・アウトカム指標は、地域医療構想の進捗と合わせ、再検討が必要。
- ・区分により執行率が大きく異なる。そもそも執行額が適切かどうかを検証する必要がある。
- ・基金の交付の在り方について、未執行分の長期継続や、地域医療構想の進捗への寄与等も確認し、適切な制度になっているか検証しつつ継続すべき。

・アウトカム指標に短期アウトカムの数字等を設定して、基金の成果を検証すべき。

このようなコメントがありました。

それでは、私から評価結果案及びとりまとめのコメント案を提示させていただきます。ただいまの評価結果から、当該事業の評価結果としては、事業全体の抜本的改善が妥当であるといいたしました。とりまとめコメント案としては、

・地域医療構想の実現を図ることが本事業の目的であることから、都道府県における地域医療構想の進捗状況と基金の執行状況をモニタリングした上で、地域医療構想の進捗に応じ、交付金を交付することを検討すべきではないか。

・基金の執行状況について、地域による執行率、特に医療機関の施設整備の整備状況に差があることから、その原因や地域の実情を踏まえ、地域医療構想の実現に向けて、都道府県任せにするのではなく、国においても重点的に支援策を検討すべきではないか。

・都道府県から報告される執行予定額について、事業の執行見込みなどを踏まえて、その内容は適切なものとなっているか、国において、一定の基準を設けて精査すべきである。その上で、毎年度、都道府県へ交付金を交付すべきである。

・地域医療構想の実現を見据えて、現状の基金事業における支援内容が十分なものとなっているか、都道府県等の意見を踏まえ、その見直しについて検討すべきである。

・地域医療構想の実現を目的とした基金の効果的な運用を図るため、一定のルールを決めるなどして、基金の対象事業間での流用を認めることについて検討すべきではないか。

以上とさせていただきます。

#### ○総括審議官

ありがとうございました。それでは、委員の先生方から、ただいま栗原委員から御説明がありました評価結果案ととりまとめコメント案に関して、御意見はありますか。うなずいていらっしゃる先生も多く、特段の挙手もないようですので、ただいまの栗原委員がおとりまとめの内容をコメントに反映させていただきたいと思えます。公表に当たり具体的な記載ぶり等に関しては、とりまとめ委員と事務局に御一任いただいてよろしいですか。ありがとうございました。それでは、本事業に関するレビューは終了させていただきます。どうもありがとうございました。

本日の公開プロセスについては終了いたします。委員の皆様方におかれましては、事前勉強会、現地視察に続いて、本日は大変長時間にわたり、御審議を誠にありがとうございました。私どもとしては、本日のレビュー結果も踏まえ、より効率的・効果的な行政運営を図ってまいりたく、先生方には今後とも厚生労働行政の引き続きの御指導、ご鞭撻を何卒よろしく申し上げます。どうもありがとうございました。