

第10回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2016年4月8日（金） 13:00～15:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 8階特別中会議室
 3. 出席委員等
委員 伊藤元重 学習院大学国際社会科学部教授
同 伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研主席研究員
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
同 牧野光朗 長野県飯田市市長（オブザーバー参加）
-

（概要）

（1） 社会保障分野の当面の主な取組について

事務局から説明。以下、主な意見。

（委員）

・議論の取りまとめに向け、事務局案では、その内容を網羅的に書いていただいていると思う。特に、「医療費適正化に関する取組」と「適正化効果」の関係を分析し、効果的な施策メニューの明確化を追加的に「見える化」として明記することで、取組効果の算定式をできる限りのバリエーションを持って設定していただくことが重要である。また、調剤報酬改定の影響について検証する必要があることも明記してある。さらに、公平な負担、給付の適正化の検討について改めて念押ししておくことも必要である。

・その上で、4点ほど申し上げたい。1点目は、資料2の4ページの3つ目の項目に、「データ分析も」と書いてあり、その項目の改革の推進の2行目にも「その結果も踏まえ」と書いてある。この「も」が何を意味しているか確認したい。もちろん地域の事情は様々であるので、データ分析だけでなく地域の事情を斟酌することはあり得る。だが、そうだとすると、「見える化」によって納得感を持って地域差を縮減させていく改革であるので、ここは「データ分析を」としてよいのではないか。

2点目は、5ページに医薬品に関して2項目あるが、生活習慣病治療薬の課題を加えてはどうか。骨太方針2015では、生活習慣病治療薬等について、費用面を含めて処方方の在り方を検討すると書いてあり、改革工程表では集中改革期間の18年度までではなくて、17年度までに結論を得るとしている。ここに生活習慣病治療薬等の課題を追記することを御検討いただきたい。

3点目は、8ページの「人生の最終段階における医療の在り方」について。これは実態を急に変わられる話ではないだろうし、改革工程表でも「改革の推進」の欄にあるように、医療従事者が相談対応できるように、当面は、育成研修を行うと書いてある。ただ、前回のワーキングでのヒアリングの際に若干データが示されたように、医療費がどのくらいかかっているかなど、人生の最終段階に関する各種データの「見える化」ができないかご検討いただきたい。この問題は、人生の最終段階の課題単独ではなく、一方でプライマリ・ケアや予防医療が不足していること、長寿化がますます進む中で健康寿命の延伸が政策課題になっていることと併せて、医療資源の配分という観点からの議論が必要である。国民的な議論を進めるための「見える化」が何かできないか御検討いただきたい。

4点目。今、女性活躍の推進が大きな政策課題になっており、昨年12月には「第4次男女共同参画基本計画」が閣議決定され、5年計画で指導的地位に女性が占める割合を30%にする目標などが掲げられている。その基本計画の中では、女性の就業が増加していることから、ライフステージ別に健康に対する取組みを進めるとされ、妊娠・出産を含めたライフデザインやキャリアに関する希望を実現できるように、婦人科系のがん検診など女性の特性に着目した対応が含まれている。中でも、最近問題意識が高まっているのが、更年期に心身に不調をきたしてQOLが下がってしまうという点である。女性は活動期のうちに健康投資を十分しておかないと、老年期の健康度が下がってしまうと言われている。今、一億総活躍、女性活躍と言っている政策とのリンケージを強めることができれば、目指す方向性がより明確になる。企業の現場はこれまで男性従業員が中心だったこともあり、データヘルスにおける問題意識が女性に十分向いていない可能性もあると思うので、そのような観点も盛り込めないか検討いただきたい。

(事務局)

・人生の最終段階における医療の在り方に関する「見える化」は、厚生労働省とも相談をしながら今後の取組としていきたいと考えている。

(委員)

・資料2の4ページ、医療専門職の「気づき」というやや抽象的な書き方がされている部分について、具体的にその「気づき」というのはどういった場面を想定しているのか。また、医療専門職はどのあたりまで含めるのかについて、現時点での計画、取組で考えている範囲で構わないので、詳しくご説明いただきたい。

・11ページの「NDBの利用拡大」で、平成28年上半期中にNDBオープンデータを公開することになっているのは前進であると思う。ただ、中身の詳細度によって、どのくらい波及的に使うことができるかということが変わってくる。NDBももちろん大事であるが、既存統計でも、国民生活基礎調査など世帯の実態、健康の状態、あるいは介護への導入などを調査している個票データベースがあるので、合わせてオープンな活用をすべき。特にNDBの個票データとの接続も合わせて「見える化」の中に取り入れていただきたい。既存統計を含めた全体で、さらに、接続を進め、利用しやすくできるようにしていただきたい。

（事務局）

・この医療専門職の「気づき」に関しては、これまでのワーキングでも、地域差や診療行為の差を明らかにする中で、医療専門職にも医療の在り方等を改善したり、あるいは利用者、国民にも行動変容を促すことについて議論があった。「気づき」という表現は、「気づき」、ワイズ・スペンディングがこの専門調査会での言葉であるので、ここではこのような表現をさせていただいている。

（厚生労働省）

・一貫して申し上げているが、特に外来医療費の場合、医療の内容を含めた医療費の違いは、地域差としてどのようなものが寄与しているかという視点と、患者行動、受診行動も含めていろいろと分析をしていく必要があるのではないかとすることを、まず基本的なフレームとして考えている。その上で、患者行動をどうするかということもあるけれども、医療については、例えば、服薬の話、重複の話、あるいは多剤の話などを考えると、やはり医療関係者サイドにおいて地域差の説明責任を果たしていただくということをまず明らかにした上でPDCAを回して行って、その違いを合理的なものにしていくというアプローチが考えられるのではないかと。また、医療費適正化計画全体、入院・外来を通じて考えていく際に、外来の分析は、今、並行して進めているので、そのあたりの知見も含めて取り組んでいきたい。

（委員）

・資料2の6ページ「④データヘルスの強化」の「保険者へのインセンティブ付与」について、28年度から国保の保険者努力支援制度の仕組みを前倒しするということがよろしいと思うが、努力支援をしていく目的は医療費適正化であるので、1つはそれに資する保健事業の組み立てを促すような補助をしていただきたい。もう1つ、国保の都道府県化を踏まえて、6ページの「保険

者への支援」に、各都道府県の国保連合会に支援体制を設置することが記載されている。これは地域の独自性を発揮することや都道府県単位で保健事業の検証をやるということであるが、さらに、どんな事業の組み立てが有効なのかを国民健康保険中央会を含めて全国の国保で比較して検証できるようなリーダーシップを発揮していただきたい。それぞれの自治体の独自性、地域の状況を勘案することはよいが、各都道府県でばらばらな保健事業になりがちでもある。医療費適正化に必要な保健事業に対して補助をし、国保中央会・国保連合会がリーダーシップを持ってやることで、都道府県化により保健事業が体系化されるとよい。

- ・中小規模の保険者はデータヘルス一つとっても難しい。以前にも申し上げたとおり、保険者機能を発揮しやすいような要件を整理し、国民皆保険であるのだから、どこの保険者に入っているか加入者がある程度のサービスは受けられることが大切である。中小の規模だからできないと言い訳するのではなく、共同事業の実施等を通じて保険者機能の基盤整備をすべきと考える。

- ・最後にもう一つ、14 ページの「健康機器等を活用したデータヘルス」に関しては、このとおりでよいが、機器や素材を導入したからノウハウができるということではなく、ノウハウができるまでの地ならしが必要である。健保組合や国保にツールや素材を適用し、普及や効果の検証をする。そういった社会実装を踏まえた仕組みづくりが重要という点で加筆が必要である。

（厚生労働省）

- ・NDB の利用拡大については、参考資料 1 の 30 ページにあるように、レセプトデータが大量に溜まっており、健診データも、それとひもづく形で動かしている。それを医療費適正化の分析に使う趣旨から、行政あるいは研究者の方々をメインに第三者提供させていただく。ご案内のように、仕組みとしては、やはり個人情報ハッシュ化して、特定されていないというものの、若干技術的に戻すこともできる。あるいは非常に小さいサンプルの場合、個人を特定し兼ねないこともあるので、有識者の方々が申請に基づいてそこでチェックし、提供する仕組みを今、走らせている。

加えて、使い勝手をよくするという意味から、全国一本のデータ窓口だけではなく、オンサイトリサーチセンター、東大と京都、東と西に1カ所ずつ、既にワークをさせていただいている。そういう形で、なるべく出口を増やすというのが1つ。

それから、NDB オープンデータは、一つ一つ、そのたびごとにデータにアクセスをしていただいて、回して提供するのは時間がかかり、制約があるので、ある程度、データパッケージとして示す。これは、ここに書かせていただいて

いるように、一昨年ぐらいから取り組ませていただいております、今年度の上半期には公開できる状態になっているので、民間企業の方々を含めてアベイラブルな形で提供させていただこうと考えている。研究、あるいは先ほどの医療費適正化をビジネスとつなげることによって、現場におけるいろいろな取組みにつなげていこうという趣旨からは、この NDB データを企業の方々に開放すべきではないかという議論がかねてからある。

出発点としては、先ほど申し上げたような懸念があるので、有識者審査をかませているが、その仕組み中で、今、パイロットスタディー的に数社の方々から、企業が使うとすればどんな形のお求め、あるいは申請、提供の仕方があるかご意見をいただいて、この有識者会議である程度整理をさせていただいている。そこで整理ができたものから順番に、具体的に申請を、パイロットスタディー的にいただいたところに対して提供すると同時に、そこで得られた知見を次なるルールをどのように考えていくかということにも使わせていただきたいと考えている。このあたりについても幅広く活用できるような方向で取り組んでいきたいと考えている。

・委員から御指摘いただいた幾つかのデータヘルス絡みの保険者に対するアプローチの件は、全くそのとおりであり、重要なご意見をいただいた。

(財務省)

・当面の主な取組の「当面」は、28年度という趣旨か。

(事務局)

・28年度からのPDCAといった文脈でこの専門調査会とワーキングをやっているのですが、28年度からであるが、ただ、そこは案件によって射程が違うので、「当面の」という言葉を使わせていただいている。

(財務省)

・そのような意味での当面の主な取組ということであるが、全体の構造としては、もともと経済・財政再生計画に44項目の改革検討課題が書いてあって、昨年末に改革工程表を取りまとめていただいた。その工程表に基づいて改革を着実に実行することが昨年末に予算編成の基本方針において閣議決定をされているので、政府としては、改革の着実な実行が当面の主な取組であると考えている。つまり、当面の主な取組とは、まさにこの改革工程表に盛り込まれた44項目の着実な実行であるはずであり、中でも比較的重要な改革項目として、例えば、負担能力に応じた公平な負担や、給付の適正化、あるいは医療提供体制関係のさまざまな制度改革ものがある。それが今回の案では、「その他」の項

目の最後に少し書いてあるだけであり、真の事の重要性から考えると、適当ではないと考える。

これらの検討は、現実的には夏以降にならざるを得ないので、今、具体的に書けるわけではないと思うが、発するメッセージを間違っではいけない。今回の整理は、主な取組というよりは、どちらかというところ、改革工程表の着実な実施に加えて追加的に、深掘りしていくべき取組の例が書いてある。全体の位置づけが、「主な」というよりは「追加的な」取組ではないか。まずは、やはり改革工程表の着実な実行が大前提にあった上で、追加的にさらに「見える化」の取組を行う、KPI についてさらに考え方を深めたという整理ではないか。若干、資料の構造に違和感がある。

資料 2 の 11 ページに、改革工程表に基づく負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化について書いてある。この辺りのところは余り細かく書けないことはよくわかるが、資料 1 にも最低限、資料 2 と同じぐらいのことは必ず書く必要がある。

さらに、抜けているものとして、改革検討項目の⑳から㉔までの診療報酬・薬価に関する様々な改革課題、㉕から㉙までの年金及び生活保護に関する改革課題、それから、医療提供体制関係では、ここに出てきていないが、これを推進するためのいろいろな制度改革として、③、⑨、⑪も大事である。もし、資料 1 にある程度包括的に当面の主な取組を記載するのであれば、今、申し上げた項目についても何らかの言及が必要である。

(事務局)

・PDCA をチェックしていくという中で、負担の話は年末までに関係審議会で検討し、結論を出し、着実に行うというスケジュールになっているので、春のシリーズでは議論できない。むしろ「見える化」を通じた更なる取組を春のシリーズでご議論いただきたいということで、2 月以来ご議論いただいております。その中から、全項目の 28 年度の取り組みを全部表にするのはなかなか難しいので、並べ方の順番も含めて、そういう文脈での編集を行ったところである。タイトルについては検討したい。委員の方々から何か御意見があれば、賜りたい。

(委員)

・資料 1、資料 2 は、骨太方針 2015 に書いてあること、アクション・プログラム及び改革工程表に書いてあること、その後の厚生労働省の政策の進展や深掘りが見られたこと、あるいは「見える化」が広がっていることが、関係し合いながら書かれている。議論にかかわっている人間は経緯をわかっている

が、この取りまとめの報告が公表された時に初めてご覧になった方が、そこに書いてあることが改革の全てであると誤解されてしまうと困る。既に決まっていることで書いてあることと書いていないことがあると、その意味の説明が必要になる。今回のとりまとめ報告を、アクション・プログラムと改革工程表を組み合わせせて見ていただくと、改革の全体像になるということがわかる書き方にうまく調整していただきたい。

(事務局)

・御指摘のとおりである。この資料の性質は、春のワーキングで「見える化」を通じて、「見える化」から見えてきた今後の課題や改革工程表に載っている課題の中でも留意してやっていくべき点について議論し、整理したものである。全体像は改革工程表に基づき着実に推進していくことであることがわかるような体裁に改めたい。

(2) 「見える化」の推進について

厚生労働省から説明。以下、主な意見。

(委員)

・現時点の医療扶助実態調査は、恐らく性・年齢階級別、あるいは地域別の調査のみで、被保護者調査とは直接の接続はないと思うが、将来的には生活保護を受給するに至った原因や世帯属性の分布も含めて、医療費と一足飛びに結びつけられないか。傷病に由来する必要性の高い医療と、当事者のモラルハザードによる誘発需要的な医療との違いをもう少し踏み込むことはできないか。データの限界があるかと思うので、今後の課題として進めていただきたい。

・資料3の4ページ、5ページに関し、社会医療診療行為別調査を使った調査となっているが、先ほどご説明があったように、DPCの普及とともに包括的医療が増えている分、その枠外の医療行為、たとえば手術やリハビリなどを見ても余り意味がない。できればDPCのEファイル、Fファイルを使った方が、この表の見せ方としてはよりわかりやすいと思われる。

(厚生労働省)

・生活保護に至られた原因については、別途、被保護者調査でデータをとっている。それとレセプトは結びついていないが、ご示唆を含めて考えたい。ちなみに、受給者のうち4割ぐらいは傷病あるいは障害で働けない方であるので、どうしても被保護者1人当たりということになると高めに出るということをご理解いただきたい。

(厚生労働省)

・社会医療診療行為別調査は、最近では、NDB をもとに集計しているので、そういう意味では、平成 23 年から 26 年は NDB のデータをもとにした集計になっている。

(厚生労働省)

・入院医療の中身を分析するに当たっては、DPC データを活用していろいろな分析視座を持つべきではないかというご示唆や、先行研究なども承知しているが、こういう形で全体をお示しするものはお示しするとして、入院に着目する際には、DPC データが非常に有効なツールであろうと考えている。今、DPC 対象病院のベッド数は、シェアで言うと一般病床の約 6 割であったと思う。一般病床にも難病などが一部あるので、少なくとも急性期と言われるような病院の非常に多くを占めるデータであると考えている。先行する研究なども参考にご指摘いただいたような視座を持っていきたい。

(委員)

・医療費の伸びの構造について、前半は時系列でご説明いただき、後半は、クロスセクションで地域差の説明があつて、最後に医療費の発射台が低い都道府県で医療費が伸びているわけでは必ずしもないという説明があつた。だが、医療費が伸びているところが近年の地域差を生んでいるのか、伸びと地域差は関係ないのか、直ちに理解できない。伸びの構造と地域差の構造の関係をクリアにしていく必要があるのではないか。

マクロの医療費の「その他」要因による伸びは、人口や年齢の構造と価格の要素を除けば時代の変化と世代の変化であると考えられる。医療技術の発展、疾病構造の変化、DPC の普及、ジェネリックの普及、食生活の変化、受診行動の変化などである。そのような要素がいろいろ入ってくるが、「その他」要因の伸びの分析においては、恒等式をいろいろな要素で割り算したり、掛け算したりすると、何となく要因分解したような気持ちにはなるが、それだけでは因果関係が分からない。伸びの説明変数が何なのかということ、仮説を持って分析に臨まないと、データがたくさんあるだけになって、因果関係が明らかにならないのではないか。

マクロの「その他」の伸びを解明することに加えて、「その他」の伸びと組み合わせた形での地域差の要因分解が求められるのではないか。今、何が地域差を生んでいるのかということ、分析することに焦点を当てて、さらに進めていただくことを期待したい。

・介護費の動向については、ご説明にあったように認定率と受給率の違いにも地域差があり、それはサービスの種類や、要介護度によっても違うため、その差を意識する必要がある、認定率だけでは議論できないと理解した。なお、介護は医療と比べれば地域差はそれほど大きくないという話であったが、介護の地域差はアウトカムとの関係からみること重要ではないか。つまり、重度化予防や要介護者がその能力に応じて自立した日常生活を送るといった目的にかなっている地域差であるのかどうか、介護の分析として求められるのではないか。

・医療扶助費の分析については、すでに議論があったように、そもそも多くの傷病者世帯が含まれているので、母集団がマクロと全く違う。さらに保護の開始と脱却による入れかわりもあり、そうした特性を踏まえるべきことはそのとおりである。傷病で働けなければ保護されなければならないという意味では、被保護者の受診率が高いことや、精神疾患も多いため日数が長くなることは当然であるので、傷病者世帯とそれ以外の世帯とで分けて見ないとよくわからない。被保護者 1 人当たり医療扶助費の地域差を見ると、必ずしも保護率の高低との相関はないことがうかがえるが、傷病者世帯と傷病者世帯以外の世帯に分けたときそう言えるのか否かについて明らかにする必要があるのではないか。つまり、高齢や障害といった原因はロングタームゆえ保護からの脱却はなかなか難しいかもしれないが、傷病世帯にしろそれ以外の世帯にしろ、医療を必要とするケースでは治癒すれば脱却可能性が高まるので、そこを区別して医療扶助を分析していただきたい。

・提供されたデータを拝見してファクトとして指摘しておきたいのは、入院外では、70 歳以上の高齢者の受診率が医療保険よりも医療扶助の方が低いということである。これは、受診率が高い働き盛りの層に対する健康指導が生活保護において重要ということを示唆するのではないか。また、1 件当たり日数が医療保険と大きくは変わらないとすると、生活保護での頻回受診対策の効果が小さい可能性があるということになるが、本当にそうなのか平均で見るだけでなく、分布も見なければならない。医療扶助については制度の運用の公正さの問題もあると考えているので、可能であれば分布に関するデータもそろえていただきたい。

(厚生労働省)

・1 つ視点として考えなければならないのは、やはり地域差の要因であるが、一方で、伸びの構造はまたそれとは違うものがあり、地域別にも恐らくそれが違っていると考えられる。今後、適正化をしていく上でも、その状況も地域で違っているので、後発品の効果なども分析したが、進み方も地域によって少し

違っているので、そういった観点で切りながら見ていかないとなかなか分析は難しいと考えている。

（厚生労働省）

・生活保護に関する分析において、傷病者世帯の影響を取り除くことは、にわかにはどうしたらよいか思いつかないが、いずれにしてもご示唆を踏まえて取り組みたい。特に、外来では、障害者の精神の通院医療や、あるいは透析の更生医療などは制度間のデマケというか問題もあって、分析が難しいが、いずれにしてもご示唆を踏まえて考えてみたい。

（委員）

・医療費の伸びの構造の話に関係して、今、いろいろな見方があるという話が出たが、先ほどの主な取り組みの中に出てきた人生の最終段階における医療の在り方との関係で見たときに、何か数字が出ないか。地元の医師会の先生方と話をしていると、人生の最終段階における医療を受けるか否かで、自分の人生においてかかる医療費が相当変わってくると聞く。そこをどう考えるかということが非常に重要だと議論されている。地元の医師会は、かかりつけ医のところで、事前指示書を備えていて、そうした医療を受けるか否か自分で選べる。それを尊重することを既に始めている。そのようなことをするかどうかはともかくとして、少なくとも今どういった状況にあるか「見える化」することはあってもよいのではないか。これから在宅医療、在宅看取りを現実のものとして普及させていくとすれば、この議論は避けて通れないのではないか。したがって、現状はこうなっているとといった数字的なものを見せてもらいたい。

（厚生労働省）

・厚生労働省でこの話を進める視点は、人生の最終段階における医療においてインフォームドコンセントを徹底していく視点をさらに充実させていって、適切な選択をしていただくということがまず基本的なスタンスである。そういったことを進めていくためのガイドラインやいろいろな仕組みを整備しようとしているが、これはまだまだ社会に十分認知されていないので、そういったことを医療の提供者とともに、むしろ受け手となる受療者についてもという視点で進めている。「見える化」には多分幾つかの意味があって、医療費という視点でお話をされているケースも多いとは思いますが、私どもは、どのような医療の提供がなされているのか、あるいは、その結果としてどういったことがあり得るのかというような中身、情報という視点で取り組んでいる。

いずれにしても、「見える化」で、どのようなことを整理できるかについて、

関係部局と少し議論した上でご相談したい。

(委員)

・医療扶助費の地域差等分析に関し、例えば、資料6の9ページ、10ページは年齢調整をしているが、年齢調整をやらないで、12ページのような分析をしていただくと、見えてくるものがある。12ページで富山県や佐賀県は精神・行動の障害の影響がすごく大きい。それを11ページの図で見ると、65歳未満がすごく多い。要するに若年で精神障害の人たちがかなり早い時期から生活保護になっているという現状があると考えられる。

また、例えば、沖縄県や北海道では精神以外の傷病がかなり入っている。これが何なのか知りたい部分でもあり、9ページから12ページぐらいまでのものを年齢調整せずに、年齢階級別に見せていただくとよい。

・額としては小さいが、医療扶助費で恐らくかなり差が出てくるのは歯科である。歯科だけ分離すると小さくなってしまふけれども、歯科を少し詳しく見ていただくとありがたい。加えて調剤もお願いしたい。

(厚生労働省)

・ご指摘を踏まえて取り組みたい。今、わかっていることで申し上げますと、例えば、資料6の11ページ、12ページで、富山県や石川県は、保護率が大変低い。このため、母集団の性質が、病床が多くて入院が出ている、あるいは精神科の影響が高く出ている地域とは違うのではないかと想像している。いずれにしても、そういったこともよりデータで見えるようにならないか検証してみたい。

(委員)

・資料3の1ページの2つの要素について、1つは人口の高齢化、これは国民全体で負担をしていかなければならないことと供給体制の問題に尽きる。もう1つは、例えばプラス2.5兆円というその他の要因に向き合っていかなければならない課題と考える。そのような中で、資料3の11ページでは、ストックである1人当たり医療費と、フローである1年当たりの伸び率は相関が見られない。一方で、これから「見える化」していただく健康維持率を見た場合には、ストックに当たる集団の健康状況と、フローに当たる健康維持率、悪化率は相関係数が0.8以上になる。つまり、入院医療の段階まで待つのではなく、なるべく感度が高い状態で介入をした方が構造を変えられる。

・健康投資をしない集団では、5年前の50代よりも今の50代の方が健康状況が悪くなっている場合もあるが、これから高齢化が進む中、先輩方50代よ

りも今の 50 代の方がもっと健康度を高めないと生産性は維持できない。そういう意味では、1 年当たりの医療費の伸びや介護費の伸びと健康維持率、悪化率を合わせて分析いただくと相関が表れたり、効果の検証につながるのではないかと。我々の研究では健保組合をフィールドに実施予定なので、国保、地域に関しては今後ご検討いただきたい。

(厚生労働省)

・ご指摘のとおり、確かに症状が固定化してしまったような状態よりも、できるだけ早い段階で見ていく必要がある。ただ、健診データと医療費でどこまで分析できるかという問題があるので、検討させていただきたいが、まだ難しい面がある。

(委員)

・これはなかなか難しいけれども、介護に関連して、要介護度の平均的な悪化率のようなものと介護の給付費の関係を見るときでも、状態が重くなってしまうと医療に移ってしまうので、医療と介護を個人単位でつないで分析しなければならないと考える。国保に関しては国民健康保険中央会がつくっている KDB の中で長寿と国保と介護が一応つながっているのだから、要介護度の悪化でいろいろな分析をするのであれば、医療費との連結分析を、個人単位でつないで分析ができる枠組みとしては KDB しかないと思うのでその活用も考えていただきたい。

・いわゆる人生の最後段階における医療の在り方について、病院にいる立場としてはなかなか難しいものがある。先ほど、医療者に対する研修という話があったけれども、医療者に対する研修をどんなにやっても、医療者ができることは限られていて、患者が自身のエンド・オブ・ライフケアをどうやっていくのか世論として何かつくっていただかないといけないのではないかと懸念する。むしろ QOL を測るようなうまい指標、いわゆる QOL というよりも、死にゆく過程のクオリティーのようなものかもしれないがつかれないか。これは哲学者や心理学者の方にも議論に加わっていただかないといけない。そういったことを何かやっていかないと、医療者だけではなかなか議論しにくいし、保険者も、このような状況になったらもう治療を受けるのをやめましょうといったことは口が裂けても書けないと思う。哲学のような話になってしまうが、人間は必ず死ぬわけで、人生の最終段階をどう生きていくのかということに関して、世論形成のようなことをやっていかないとなかなか踏み込めないのではないかと。

(委員)

・先ほどの事前指示書の話も、本人が意識のあるうちに選べるかどうかの話である。本人の意識がなくなって自分で選択ができなくなってから、家族にどうするか聞いても、それはやってくださいとしか言いようがなくなる。そこが医師会の中でも非常に議論されているところで、だからこそ、本人が選べるうちに事前に選択できるような選択肢を示したほうがよいのではないかということをやっている。そこに勇気を持ってそのように書ける人がたくさんいるかということ、なかなかたくさんいるわけではないけれども選択肢を与えていくことは必要ではないか。世論形成的などころが必要だという話はまさにそのとおりである。