

第20回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2017年4月25日（火） 10:00～12:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第8号館8階特別大会議室
 3. 出席委員等
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研政策調査部長
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 印南一路 慶応義塾大学総合政策学部教授（オブザーバー参加）
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部教授（オブザーバー参加）
-

（概要）

（1） 「見える化」の深化

（2） 関係府省ヒアリング

厚生労働省から資料1及び資料2、内閣府子ども・子育て本部から資料3、財務省から資料4-1及び資料4-2を説明。その後、意見交換。

（委員）

資料4-1の44ページ。児童手当の所得制限について、児童手当法の「主たる生計者」の所得で判定するところは昔の法律の概念の名残と思われるが、大事なものは、他の制度との整合性である。例えば保育料に関しては、「世帯合算」の所得で決めている。両親ともが就業することを前提とした制度設計が必要であるし、現状を踏まえればそのための行政手続が著しく困難ということはないはずだ。早急に議案に上げていただく必要がある。

42 ページ保育料の設定についても、国の告示では3歳未満か3歳以上かの区分しかなく、保育基準（人員配置）については1歳単位で異なるにもかかわらず、対する料金区分はざっくりしている。たとえば、0歳児の保育士の配置基準が3対1で、1・2歳児の6対1に比べると倍の密度で保育士が配置されているにもかかわらず保育料は一緒である。つまり保護者にとっては0歳児の保育料の負担は安過ぎることになる。コストに応じた負担は当然あるべきである。でなければ、自治体にとって、0歳児枠を増やすコストは1歳児以上にかかり、待機児童の解消に需要と供給とのミスマッチが生じかねない。親の労働環境を考えたときに、保育園に入れるか、入れずに自己負担で託児をするかは非常に大きな違いで、極端な二択になってしまう。働く親にとって、入れるならば多少保育料が上がっても構わないし、保育士の待

遇を改善してよりよい保育につながるのならばその対価をユーザーとして保育料の上昇の形で支払う事は構わないはずである。バランスよくニーズに応じた枠を用意していただきたい。

資料４－２の７、８ページ。新薬創出加算に関しては、売上上位 100 品目のうち約半分が平均乖離率以下の品目であり、その 9 割、全体の 45%に新薬創出加算がついている。画期的な新薬に関して例外的に加算するのが本来の新薬創出イノベーションへのインセンティブだったと思うが、流通している主な薬の約半分が新薬創出加算つきで価格が高止まりしている。新薬創出加算は実勢価格との乖離が平均乖離率以下の品目に対してつくことになっているので、その制度を利用して、新薬創出加算を継続する対象とするために、実勢価格の値引き幅を抑えるような流通構造もあるかもしれない。実勢価格との乖離を抑えられている医薬品かどうか、あるいは、新薬を製造している企業が製造している品目かどうか新薬創出加算の根拠となっているのは、その加算の目的と実態とが合っていないと思う。この加算の制度的な見直しがあり得るのかではないか。

(厚生労働省)

待機児童対策として保育の受け皿を増やしていく際には、政府全体として財源確保を図っていくことを考える必要があると思っている。これから頭を柔らかくいろいろな議論をしていかなければならない。

保育料に関するご指摘について、資料４－１の 42 ページに、「近年引き上げられていない」と記載されているが、平成 9 年に大きな法律改正をして、その際に、保育の利用者負担をコストという意味で考える、つまり、受益見合の部分と保育を実施する上で、それぞれの利用者の家計に与える影響と両方を考えなければならないのではないかという議論もあり、今のような大きなフレームとなった。実態として、多くの市区町村において、国がいわば自治体との間の清算基準として定めている保育料をある意味で上乘せして軽減している事実があることをどう考えるかや、政府全体として、ここ数年、いわゆる幼児教育無償化という一つの政策目的の中で、保育料についても、所得の高い方、低い方をきめ細かく見ながら、一定の配慮をしている昨今の政策との整合性をどう考えるかなどの議論が思いつくが、冒頭に申し上げたように、子育てを進めていくためにどのようなことができるか、全体の議論の中で、考えていきたい。

(子ども・子育て本部)

児童手当に関して、世帯合算した方が合理的ではないかというご意見であったと理解しているが、制度がスタート以来、世帯の「主たる生計者」の所得を基準にして判定しているので、昔の名残ではないかと思うとのことであるが、そもそもの制度の目的をよく踏まえなければならない。加えて、受給者への影響をどう考えるか。あるいは、市町村の事務に対する影響をどう考えるか。さまざま考えなければいけない論点があるが、いずれにしても、財源は、過去の経緯も踏まえながら総合的に検討していく必要がある。

(厚生労働省)

新薬創出等加算は、薬価制度の抜本改革に向けた基本方針で、ゼロベースで抜本的に見直すという方針が決まっているので、その中で、中医協で検討してまいりたい。基本方針では、費用対効果の高い薬の薬価を引き上げることを含めた費用対効果評価の本格導入も検討事項になっているので総合的に検討してまいりたい。

(委員)

何点か申し上げたい。かかりつけ医普及の観点からの外来受診時の定額負担、薬剤の自己負担や窓口負担、後発品の使用促進、先発薬の後発品を超える価格部分の負担の問題、介護・医療の報酬改定などの制度改正ものについては、検討の議論を最大限急いでいただいて、時間切れにならないようにしていただきたい。

財務省の説明の中では、サ高住などの住居系のところで、いわゆる囲い込みで区分支給限度額いっぱいまでサービスを供給する過剰介護になっているのではないかとの問題意識が示された。この問題は、報酬上、特定事業所集中減算が行われてはいるものの、会計検査院から課題の指摘があったところでもあるので、改革すべき項目として重要と考える。

2点目は質問だが、資料1の介護の「見える化」の深化のご説明の中で、施設に関する介護費の伸び率と保険料の伸び率の相関をみると、前の3年間で直近の3年間で比較すると直近では相関が高くなっている。この理由を教えてください。

3点目、本日提供された国民医療費ベースの医療費の地域差分析は、「見える化」の大きな深化である。今後、NDBオープンデータや内閣府の「見える化」データベースに載せていくのか、時系列でデータを公表していくのかなど、更なる「見える化」をどのように進めていく方向か確認したい。また、疾病別の寄与分析はデータの制約上、地域保険ベースにならざるを得ないと

のことだが、ただ、その出典は「医療費の地域差分析」である。他方、診療行為別の寄与はNDBオープンデータからである。ここからさしあたりのファクトはわかるが、それら疾病別や診療行為別のデータを全体としてどのように生かしていくか、SCRの活用も含めて今後の工夫が必要である。

保育に関しては、平成30年度以降の政策が必要になっているのはまさにそのとおりである。私はこれまでの待機児童対策はうまくいっているとあちこちで申し上げている。それは、実際に預けられるようになったお子さんの数が増え、女性の就業率が上がっているというアウトカムこそが重要で、つまり、育児と就業の両立ができるようになってきているということである。誤解を恐れずに申し上げれば、毎年4月の待機児童数が前年より増えた減ったという議論は本質的ではない。行列が短くなれば両立を諦めていた方が並ぶし、もう一人の子供を持つことを諦めていた方がもう一人を産み育てられるようになる。行列が短くならないのは、うまくいっている証左とも言える。

ただ、例えば、自治体が国の基準に保育士の配置を上乗せして保育量を減らしているのではないか、保育士の有資格者の配置要件の弾力化は進められているのか、保育所の経営主体の多様化が企業主導型保育事業以外ではどうなっているのか、保育所と幼稚園を合わせると相当の金額の公費が入っているが税金は効率的に使われているのか、保育所において第三者評価をもっと導入すべきではないかなど、やれることがもっとある。同時に、保育料の問題もある。乱暴な議論ではあるが、普通のサービスであれば需給が一致するところまで値段である保育料を上げれば、行列はなくなる。保育料のどこをどれだけ上げるかは現実的な課題だが、預けられれば希望通り働くことができるので多少保育料が上がっても負担できるし、それによって保育士の待遇を改善させることもできる。現状は、認可保育所の非常に廉価な保育料が社会全体の不幸な状況を招いているように思えてならない。

児童手当について、収入の判定方法は明らかな不公平を生んでいる。また、「当分の間」の特例給付についてどうするか。このあたりで、更なる受け皿拡充の財源を確保することをご検討いただくということに賛成する。

(厚生労働省)

ご指摘いただいたのは、資料1の15ページの右側のグラフと17ページの右側のグラフを比較すると、2009年から2012年のグラフは相関係数が0.18だったのに対し、2012年から2015年のグラフは相関係数が0.44になっていることの原因と思うが、どのような要因が効いてこのような相関係数の変化が生じているのか、まだ分析をし切れていないところである。分析の結果として相関係数が0.18、0.44となっているが、それぞれの都道府県ごとの

ばらつきも大きいので、個別に都道府県でどのようなことが起きているのかを見ていかないと、全国的な傾向としてあるのか、その他の要因がいろいろ積み重なってこのようなことになっているのか、すぐには判断しかねるところである。引き続き検討してまいりたい。

(委員)

これを市町村別にとることは可能か。

(厚生労働省)

技術的にはできる。

(厚生労働省)

医療費の地域差分析は、これまでも地域保険ベースでは疾病別の寄与度なども含めて毎年定期的にデータをつくって公表してきており、その方向は続けていく。今回、新しく、NDB を活用した国民医療費ベースの地域差とオープンデータを活用した診療行為別の地域差の作成を試みたところである。内容の精査も含めてどのような形で示していくか引き続き考えていきたい。

(委員)

子ども・子育て支援関係では、待機児童解消に関して女性の就業率向上に効果があると実感している。

資料2の9ページの平成29年度の保育士等の処遇改善は、賃金も大事であるが、保育士自体のキャリアパスと女性のリワークの視点から長く働ける環境整備は大事である。そういった意味で、資料3の1ページの拠出金率の法定の上限の0.1%の引き上げ、1,000億円以上の財源は規模もあり、貴重で有用な財源である。

企業主導型の保育所は、御両親が働いている状況での企業の生産性ということであるが、女性が子育てをしてから、また復帰するところのハードルを下げるキャリアパスも大事ではないか。保育士のキャリアパスと同じように、小さい子どもがいる父親、母親が保育所を使いながら、場合によっては使わず、復帰するあるいは長く職場で働ける環境の整備も大事である。これは保育の施策だけではなく、むしろ労働施策や経済団体との連携も必要である。貴重な拠出率の法定上限を上げてやる事業であるので受け皿を増やしていくことに加えて、父親、母親の働き方とのタイアップも大事ではないか。

(委員)

資料4-2の23ページの普通調整交付金に関するリスク構造調整の説明について、年齢だけで調整することは乱暴な感じがする。諸外国でも保険者間でいろいろな保険料の調整をするのに、リスク構造調整をやっており、方法論としても洗練されてきている。例えば、アメリカなどでは、ACO、Accountable Care Organizationというものがあり、対象としているポピュレーション全体のリスクを評価して保険料を設定する方法がかなり発達してきている。そのようなものを参考にして地域差を検討していただけるとよい。

今、病床機能の区分をどのようにつくるか研究しているが、そこで医療技術の高度性をどのように評価するか詳しく見ている。例えば、先進的な病院などでは、複数手術を組み合わせるような形で医療技術そのものが上がってきている。あるいはハイリスクな方たちに対する手術もかなり出てきており、これから医療をもし産業にするのであれば、高齢者に対してこれだけインターベンションをやっている国はなく、高齢者というハイリスクな方々にインターベンシブな手術をやっていくことは、高度性を必要とする技術であり、そこをきちんと評価していただくと大学病院のような高度技術をやっている病院は非常に有難い。医療技術の評価もアジェンダに載せていただきたい。

これに関連して、今、日本は50人に1人が外国人という状況になっているが、外国の方の医療をどうするのかあまり議論されていない。ある地方の病院では外国人の未収金が大きな問題になっている。そもそも保険でカバーされていない方々が非常に増えてきている。外国人労働者を受け入れる話があるが、外国人を日本の社会保障制度の中でどのように位置づけていくのか議論が必要。外国人にとって日本の医療制度は寛大な制度となっており、きちんとルールをつくっておかないと、これから大きな問題になっていくのではないかと危惧している。例えば、カード型の保険証は顔写真が載っていないので本人かどうかわからない。量的な分析データは持っていないが、保険証の使い回しが行われているという報告もある。外国人が増えてきている中で、社会保障制度の財政にかかわってくるころであるので、外国人居住者の保険料をどうするか、被扶養者の範囲や資格要件も含めてその使い方をどうするかという議論をアジェンダに載せていただけるとよい。

もう1点、資料1の6ページで、生活習慣病に関わる疾病の寄与が大きいと分析されているが、「神経系の疾患」と「精神及び行動の障害」の地域差が大きいことがわかる。入院に関して、追加して、一般病床、精神病床、療養病床の3区分で地域差の分析をやっていただけると、もう少し見えてくるものがあるのではないかと。このようなデータが出てくると、保険者機能の話

になるが、保険者がどこに作用点を持って何をするのか具体的につなげてくるので、そういったところもあわせて検討できるような資料として病床種別の分析も追加していただきたい。

(厚生労働省)

病床区別のデータを詳しくとれるかよく見ないといけないと思うが、御指摘を踏まえて引き続き検討したい。

(委員)

資料1の2ページの国民医療費ベースの地域差分析は非常に重要なデータであり、アウトプットの測定にこの医療費を使っていくことと思うが、現状では、被用者保険の地域割りはほとんどできないはずである。仮定を置かれての数字だと思うが、どのような前提を置いているのか。

(厚生労働省)

注に書いてあるとおり、NDBの集計データ及び国民医療費と患者調査を使っている。基本的には、NDBの集計データで医療機関所在地別の医療費がわかるが、例えば、大都市部などでは他県から受診に来られることもあるので、そこは患者調査から患者の住所地と医療機関所在地のクロス表を集計して逆に流す形で推計している。

(委員)

これは毎年モニタリングすべき項目になると思う。患者調査は3年に1回の調査であり、相当粗いサンプリングになるので、多分、市町村レベルまで落とすと使えないデータになってくると思う。一つのデータソースから分析するのが一番クリーンである。レセプトに郵便番号を埋め込めればNDBだけで集計できるのでご検討いただきたい。

(委員)

資料1の5ページ。文章としての指摘にはないが、医師数は医療費と大きな相関があることが数字で示されている。一方、平均在院日数は因果関係の判定は危ない。これは、総病床の平均在院日数との相関だと思うが、病床種別、大まかな種別ごとに分析していただくと、結果が違つかもしれない。これで政策的な示唆が得られるかもしれないので、分析いただきたい。

(厚生労働省)

これまでも、いろいろな相関分析をやっているものの、地域ごとの特徴などもあるので解釈がなかなか難しいところがあると感じているが、御指摘を踏まえて引き続きいろいろとやってみたい。

(委員)

先ほどリスク構造調整に関する話が出たが、ドイツなどを見ていると、最初は荒っぽくやって精緻化してきたが、精緻にやればやるほど、今度は保険者のインセンティブが消失する。精緻にやるのは結構であるが、保険者のインセンティブを損なわないようにする視点が必要である。

薬価をそもそも公定薬価にしている目的は国民皆保険の維持であり、薬価を自由価格にすると非常に高くなってしまうので、それを防止するのが大原則である。イノベーションの評価は重要な論点であるが、診療報酬でやる以外にも他の手段がある。新薬創出加算はこの大原則に対する大きな例外で、本末転倒のシステムになっているように見えるし、前回のWGでも指摘したが、ここで言われているイノベーションは画期的なイノベーションではなく、単なるゼロ新を開発するインセンティブになっているのではないか。そのような視点から、一度、制度全体を見直してほしい。例えば、類似薬効方式Ⅱなどが必要なのかなどその辺りも含めて追加的な論点が出てくるのではないか。

(厚生労働省)

新薬創出等加算の当初からの意義は、新薬を開発できるところに早期の回収と次なる投資が一つ大きな目的としてあったことと、更に、新薬創出等加算は適応外薬解消の視点もあって、当時、ドラッグラグで国内での開発が進まなかったような薬剤を国内に導入するといった目的もあった。そこに対しては、それなりの貢献があったと考えている。新薬創出等加算はこれから見直しを検討するので、ご指摘の点も含めてしっかりと見直したい。

(委員)

資料4-2の4ページ。眼科学会による資料として眼科薬剤で似たような製品が3年後に収載されたけれども、どちらも新薬創出加算がついているというものがある。本来ならばその疾患を治療するほかの薬がない場合に新薬とみなすはずが、先ほど委員がご指摘したように実態を冷静に捉える必要があるのではないか。

以前、社会医療診療行為別統計で、薬価の単価別に薬剤費にどのくらい寄

与したかについて集計したときに、薬価の単価は 50 円刻みになっていて、最高が「500 円以上」という区分であった。昔は 500 円ぐらいが高額な医薬品だったと思うが、最近ではそれを遥かに上回る単価水準の薬剤が出てきているので、この社会医療診療行為別統計の区分を見直していただき、より実態を把握しやすくしていただきたい。

(3) 経済・財政一体改革推進委員会への報告について

主な意見は以下のとおり。

(委員)

これまで申し上げてきたことを報告案に入れ込んでいただいていることに感謝する。さらなるブラッシュアップができればという趣旨で意見を述べる。できる限り方向性や期限などを明確化できるものは明確化していただきたいという観点からの意見である。

1 点目、地域医療構想はまさに構想が出そろったタイミングであり、改革機運を最大限に盛り上げていくべきタイミングである。前倒しぎみに取り組んでいただいて、2020 年度時点では十分な進捗が見られる状況をつくっていくことが重要である。その意味では、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の策定に向けて集中的な検討を促進するとしている点について、「集中的な検討」とは、1 年なのか 2 年なのか。経済・財政再生計画の集中改革期間は 18 年度までであるので、遅くとも 17 年度、18 年度の 2 年程度、できれば 1 年ぐらいで検討いただくということを強くご期待申し上げたい。2025 年度までの計画だからといって、後でゆっくり考えようということではないことを明確にさせていただく必要がある。

2 点目、改革の推進あるいは進捗を評価するというミッションを負わせていただいている立場からは、地域医療構想が思うように進捗しないという事態が生じないように、あるいは進捗しないという事態が生じた場合のことをある程度考えておく必要がある。一つは、医療費適正化のところに高確法 14 条の規定の活用方策について 17 年度内に結論を得ることとなっていると書かれている。高確法 14 条の活用をあちこちに書くことは問題かもしれないが、地域医療構想についても、その進捗状況によっては伝家の宝刀が抜かれることもあるという国の本気度、政府の本気度を記述し、地域の自主的な取組を促すべきではないか。

もう一つ、地域医療構想の実現に向けた都道府県知事の権限の在り方の検討に関して、「基準病床制度の取り扱いを参考にすべきとの考え方にも留意する必要がある」と記述されていることの具体的な意味を確認しておきたい。

これは15年秋にこのWGでも、職業選択や医療機関の開業の自由などを保障することは当然必要なことである一方、ただ、そのことと保険の病院として指定するかは独立的に考えることができるという議論があったと記憶している。つまり、病床過剰地域で病院開設等の申請があった場合、医療審議会の諮問を経てであるが、勧告を行うし、勧告に従わない場合には、保険指定をしないという取扱いもあり得るということを含意していると理解してよいか。

3点目は、国保の財政運営の都道府県化に伴うガバナンスについて。3ページには「国保調整交付金」とあり、医療費適正化のインセンティブは、特別調整交付金だけが対象ではないことがここで示されていると理解した。今はタイミングとして、年齢補正後の医療費の地域差半減目標の達成を目指している局面であることを確認する必要がある。つまり、年齢構成で説明できない地域差にも公費が充てられることは逆のインセンティブになってしまっている面があるのではないかと。すでに措置している1,700億円にプラスして平成30年度以降1,700億円を措置してインセンティブを強化すると言いながら、普通調整交付金の6,100億円によってアクセルとブレーキを同時に踏んでいるようなことになっているとすると、政策効果が減殺されてしまう。先ほど指摘があった、海外における洗練された方法を参考に検討することも含めて、明確にアジェンダ化していただいたと思う。

4点目は薬に関してだが、10ページでは薬価制度の抜本改革に向けて、いろいろな論点を盛り込んでいただいている。昨年末の時点から一歩進んだ形で、世の中に幅広く示していくことが必要である。

5点目は介護に関し、財務省から入院医療費と同様に供給が需要をつくっているという説明があったが、そういった構図を是正するためのツールとして保険者インセンティブが重要である。国会で審議中の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」には財政的インセンティブの付与の規定の整備が盛り込まれているところ、今後の政令の書きぶりや平成30年度の予算編成の中での検討次第だと理解しているが、調整交付金を評価指標に基づいて傾斜配分するなど、しっかりとインセンティブを設計することが大事であると考え。地域の事情は様々であることはもちろんだが、だからこそ「見える化」を進めているわけであるし、財源を負担する経済界から反対が強かった介護納付金の総報酬制を実施するからには、なおさらしっかりとインセンティブ設計が必要である。

(委員)

地域医療構想に関する都道府県の役割について。自治体を取材すると、程

度の差はもちろんあるが、都道府県はのりりくらしとかわしているというような印象を受けることがある。背景には様々な団体の意見もあるが、一般的に、特に選挙をにらんで対応が鈍る。ある研究では、統一地方選挙の前の年は自治体病院の改革が非常に鈍るという発表もある。2019年の次の統一地方選挙にずれ込んでしまうと対応が鈍るのではないか。できればその前に検討を促進していただきたい。

生活保護制度に関し、資料の中で子どもの対策について言及があった。子どもの経済状態、食生活を含めた生活環境、学力、健康は全部一連の問題であると前回のWGで委員から指摘があった。対策をするタイミングは特に子どもに関しては重要であるので、重点的に、特に人的な介入を進めていただきたい。つまり、生活保護に関しては、各種の費用を無料にすれば問題が解決するわけではなく、適切な指導者が欠かせない。

例えば、医療扶助に関しても、無料なのでどこの医療機関にかかってもよいという対応であると、インセンティブを歪めるような過剰な医療の需要や供給の行動が本人ないし医者側の側にも発生する。医療扶助に対して、お金を使うのではなくて、むしろ指導的権限を適切に付与された被保護者に適切に介入する。そのような人的サービスの強化にお金を回したほうが被保護者本人の健康のためにもなるし、持続性のある生活の適正化が図れるのではないか。この点について、引き続きご議論いただきたい。

(委員)

3点コメントしたい。1点目、薬剤調剤のところは、薬剤師の能力の活用に尽きるのではないか。対物業務から対人業務という素晴らしい構造変換の中で、薬剤師の能力を生かすことは、業務の処理を効率化するだけでなく、国民のQOL向上や重大な病気の発症、再発を防ぐ。薬を使った容態のコントロールやモニタリングなど、患者の行動変容といった視点でのアウトカム指標を設定することが大事ではないか。

2点目、健康増進・予防で、後期高齢者支援金の加算・減算を含めたインセンティブの強化がある。それに対応する課題である保険者インセンティブの更なる強化を行い、全ての保険者による自発的な取り組み、これは、全ての国民を対象にした医療や予防であると理解している。そういったことからすると書き込みが足りないのではないか。例えば、平成30年度から、特定健診等の実施率を公表することになった。自治体や健保組合であれば企業、事業主が本気にならないと、保険者の力だけでは実行性が上がらないという中で、財政的なインセンティブはもちろんであるが、そういった取組の社会的な評価が大きい。社会全体で注目していくことが必要である。

3点目、生活保護制度の見直しに、子どもの生活習慣改善に向けた検討を入れていただいたが、健康増進・予防、医療にも入れていただけないか。1つは、予防や医療は全てのライフステージに関与する。特に厚生労働科学研究で実施している30万人データを見ると、大人は予防の効果があるが、限界もあることが明確になっている。したがって、子ども時代から働きかけをする。もう1つは、社会保障制度のインフラは、供給者である医療機関や需要者である我々現役世代が担っているが、将来の社会保障を支える子どもたち若い世代への投資が最低限必要ではないか。全てのライフステージを意識していただきたい。

(委員)

医療・介護を併せた分析には、特定健診などいわゆる予防関係のデータも集まっているので、医療・介護・予防の総合的な分析という形で、予防も入れていただけるとよい。

地域医療構想の実現に関し、病床機能報告のデータが具体的に使われるようになることを御指摘していただいた点は意義がある。都道府県に対してこのようなデータの使い方の説明も重要であるが、病院団体や医師会など関係者に対するデータの使い方の説明を入れていくことが必要である。当事者がコミットしないと今回の地域医療構想は動かないので、このような文言を追加いただけるとよい。

また、産業医、産業保健機能の強化を取り上げていただいているが、これを更に進めるためには、イギリスなどではCarol Black's report といって、職域において健康増進をどのようにやると、どのような効果があるかといった経済的効果を推計しているような報告がある。我が国においてもそういった推計に関する研究をやっていただけると、より具体的な取組が書き込めると思うので御検討いただきたい。

ある県で行われた調査結果をみると、在宅医療が増えているけれども、患者の居宅での在宅医療は増えていない。いわゆるサ高住などの在宅が増えている。その調査の結果をみると、地域の医師は相当程度訪問診療を行っているが、ソロプラクティスの先生方の在宅への労働力の提供は限界に来ている。その意味で、今後、サ高住のようなところをうまく使っていくことが一つのポイントになると考えている。その時に先ほど御指摘があったような介護で不適切なものがやられていたということで、特定施設、同一施設への訪問が抑制されて、悪貨は良貨を駆逐するような状況になってしまったという過去の経緯がある。特定施設、同一施設における良質な訪問診療が行われるような制度的な仕組みをうまく作っていただくことが重要である。ご検討

いただきたい。