

第18回 社会保障ワーキング・グループ
第4回国と地方のシステムワーキング・グループ
議事要旨

1. 開催日時：2017年3月22日（水） 10:00～12:30
2. 場 所：中央合同庁舎第8号館特別大会議室
3. 出席委員等

○社会保障ワーキング・グループ

主査代理 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
委 員 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

○国と地方のシステムワーキング・グループ

主 査 高橋進 日本総合研究所理事長
主査代理 牧野光朗 長野県飯田市長

委 員 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）

越智隆雄 内閣府副大臣
武村展英 内閣府大臣政務官

（概要）

（1）医療介護提供体制等について

鈴木委員から資料1、松田委員から資料2を説明後、意見交換。主な意見は以下のとおり

（鈴木委員）

供給構造に関する考え方あるいは望まれる改革の方向性について意見を申し上げたい。供給体制をエコノミスト的に考えると、いかに生産性を上げるか、そのためには何が必要かという捉え方をする。医療も介護も、人材と資本と技術があって、その組み合わせで最大限供給できるようにする必要がある。その際、キーとなるのが価格である。

1ページ。左側の図は、政府の投資や移転を除く消費的な支出について、名目の付加価値を見たものである。増えているのは「保健」と「社会保護」である。ここには年金給付や生活保護などは入っていないが、「社会保護」には、

いろいろなものが入っている。例えば、介護の現物給付などはここに入っていると理解している。「保健」は右の図に内訳があるが、「医療用品、医療用器具・設備」は医薬品や医薬用品、あるいは治療用の器具や設備である。「外来サービス」は診療所や開業医が提供している医療サービスや歯科医療サービスであり、「病院サービス」は総合病院、専門病院のサービスである。この3者が規模として大きく、また、伸び率も高いことがマクロ統計でも確認できる。

2 ページ。1 ページで示した拡大している需要に応えている産業が、SNAでは「保健衛生・社会事業」として整理されている。これは主体が政府か民間かを問わず、同種のサービスを供給している産業グループとして供給側を見ている。SNAは、ダブルデフレーションという考え方が採られており、実質の産出額から実質の中間投入を引いたものが実質の付加価値生産とされている。

左図の中間投入デフレーターを見ると、「保健衛生・社会事業」は、「公務」や「教育」と比べて低下している。非製造業、製造業を問わず、ここに掲げていない全ての産業の中でも、投入価格が比較的下がっているのが「保健衛生・社会事業」である。

一方で、右図の産出デフレーターを見ると「保健衛生・社会事業」は相対的には下がっていない。需要側にとっては直面している価格が高いということである。産出から投入を引いたものが国内総生産であり、そこから建物や設備の減価償却費を引くと国内純生産になり、さらに間接税を引くと要素所得になる。名目の世界で申し上げると、「保健衛生・社会事業」はこの要素所得が10年前は25兆円ぐらいであったが2015年には31.5兆円になっている。規模感としては、製造業全体の要素所得が64兆円、建設業で25兆円、情報通信業で19兆円であることと対比いただきたい。「保健衛生・社会事業」は関係者全体の所得が1.3倍に増えていて、伸び率は全産業の中で2番目に高く、規模も大きい産業だということである。

だが、これを価格や質も考慮した実質で考えると、投入デフレーターが下がっていて産出デフレーターが下がっていないので、付加価値のデフレーターはかなり上がっていることになる。つまり、私達の名目的な支払額は増えているが、産出されている実質的な付加価値はさほど増えていない。相対的に見れば、「保健衛生・社会事業」はこのような産業であると言えるのではないか。

3 ページ。左図は、横軸で直近10年間の実質的な産出量の伸びを取ったものであり、「保健衛生・社会事業」が一番右側にあるので、生産量が一番増えていることになる。これはマクロで言えば潜在成長率が高い成長産業であり、それだけ需要がついてきているということである。

ただし、どれだけの生産ができたのかは、その産業が持つ資源量と生産技術次第である。では、縦軸でどのような価格でそれだけのサービスを提供してき

たのかを見ると、「保健衛生・社会事業」の価格は余り下がっていない。もちろん医療や介護は労働集約的な面があるなどいろいろな特性があるが、一般的に、生産関数を高度化させて生産量を増やすことを技術革新と呼び、技術革新とは既存の財やサービスを陳腐化させながら、全体として以前と同じサービスを低価格で提供できるようになることである。つまり、価格が下がると競争力が強まって需要が増えるし、産業としても収益が拡大して雇用も増え、成長していくことになる。

本来、医療や介護にも価格が下がる技術革新があってもよいはずだが、医療の世界で高度化というワードが出てくると、価格が上がる技術革新がほとんどで、価格が上がるのは仕方がないという雰囲気があるのは不思議である。

かつては、日本全体が皆で高い値段で物やサービスを売っていたが、皆が生産性よりも高い賃金を受け取っていたので、その限りにおいては経済として成立していた。これが、内外価格差の是正やグローバル化、規制緩和、IT化の進展などによって変化してきたのがここ20年であり、消費者負担の産業構造だったものが、生産性見合いの価格が形成され、価格が機能する構造になってきたのが今の日本であると考えている。

このような議論に立つと、「保健衛生・社会事業」は、高い価格で現在の供給量を実現している状況が残っている産業のように私には映る。新しいサービスが登場しても古いサービスの価格が十分に下がらず、安くない値段のものが勧められ、買う側もそれを欲しがるとある状況がある。値段が高いので、デフレートすると実質的な価値は余り高くない。そういうことが構造として言えるのではないか。薬価制度の抜本改革はまさにその一環だと思うが、もっと価格の機能をうまく高めることができれば、この産業の生産性や競争力をもっとあげられるのではないか。

右表で「保健衛生・社会事業」は生産性上昇率がマイナスになっている。これは当該産業の従事者の実質賃金が下がることであり、この状態のままこの産業に雇用を集中させると、経済全体を貧しくしてしまう恐れがある。需要が強いから雇用が増えて当然だが、少なくとも生産性が下がらないような形で投入と産出の構造を目指す必要がある。やみくもに人を増やしても、長期的にはかえってうまくいかなくなるのではないか。

「保健衛生・社会事業」では、市場ではなく民主主義で価格を決めているウエイトが高いので、古い技術は十分に価格を引き下げる必要があるし、これまでの価格の決め方や価格の体系が実質的な生産量を増やすようなものであったのか検証が必要ではないか。

4 ページ。診療報酬を含めた価格の動きである。経済全体として実質賃金の下降傾向が続いてきたが、ここ数年、ようやく名目賃金が上がり出し、これが

らいかに実質賃金をプラスに持っていくかという局面に今はある。経済・財政一体改革のテーマもそこにある。これからデフレ脱却をして賃金が傾向的に物価を上回る状況を作っていかなければいけない。それは生産性が向上している経済、実質賃金上がる経済であるが、それが実現するプロセスでは、これまで診療報酬が高止まりしていた累積分を考慮する必要があるのではないか。年金については賃金や物価との関係が制度上整備された状況にあるが、今後、医療・介護の世界でここをどう考えていくか引き続き論点。

5 ページ。医療費の伸び全体を考えると、いわば公定単価である診療報酬改定の影響は部分的であり、高齢化の影響が半分ぐらいある。残りは「その他」要因と説明されているが、ここに全体的に高い価格体系が存在していることが示唆され、かつ、量の拡大があると考えられる。

また、高齢化分は当然で仕方ないということが社会保障費の世界ではよく言われるが、それは現在の年齢別 1 人当たり医療費あるいは介護費がオプティマルな状態にあることが前提になっている。そこに改善の余地があるとすれば、高齢化分と言われているものを含めて、医療費全体について価格体系をよりよいものしていく視点が必要ではないか。診療報酬改定分だけ保険料や公費負担、窓口負担が増えているわけではなく、医療費の伸び全体分が総費用の増加となっており、医療費全体が負担側に影響していることをこれまで以上に意識すべき。

6 ページ。医療・介護は受益者と負担者が異なるので、負担側のことを常に念頭に置く必要がある。今のところ社会保険料の負担増は際限が見えていないし、増えていくことは避けられないとしても、その増え方をどれぐらい抑制できるのかが、家計や企業の可処分所得を大きく左右することになる。給付を合理的に抑制できれば、国民負担のベースラインからの減につながるという意味で意義が大きい。

7 ページ。右図は、いわゆる「その他」要因の伸びを足元の率で伸ばした場合の医療・介護の保険料負担率のシミュレーションを行った結果である。15年度で約7%だが、40年度にほぼ2倍、60年度には3倍になる。これでは賃上げが進んでも、負担増にのみ込まれてしまって、消費力は高まらない。医療・介護の供給側を強化して、高い値段で強制的な消費を行っている状況を社会全体で変えていく必要がある。なお、ここでは本人負担分だけを試算しているが、企業の負担も同じように増える。保険料の雇い主負担は、制度上は企業の負担であるが、企業は雇い主負担分を含んだ賃金で労働需要を決めているので、雇い主負担が増えると労働需要が減ってしまう。つまり、雇用が減るという形で家計部門の負担になるので実際はもっと負担が大きい。

8 ページ。図は、医療費について、いわゆるその他要因の伸びが1.4%で続く

ことを前提とした場合、控えめの0.5%の場合、あるいは年齢階層別医療費を足元で固定した場合の違いである。実際には物価や賃金の要因で報酬改定があるので金額の大きさはこれに留まらないが、その他要因によってこれだけ大きな違いになる。その他要因の解明は道半ばであり、経済・財政一体改革推進委員会としての知恵の出どころであるし、予算編成のプロセスも含めて、政府全体の課題として捉えていただきたい。

まとめとして、9ページ。1つ目、供給体制の改革はその効率性や生産性を引き上げることが第一義的な課題であるべきである。その意味は、生産性の変化を何ら考慮せずに人や設備を投入すればするほど評価されるということではなく、結果を評価すべきであり、より少ない投入であるほど高い評価を得ることになるインセンティブ設計が重要ということである。

2つ目、技術革新を進める上で、当然に高い値段になる前提で医療関係者が資源を投入することが合理的な行動になる仕組みを改めていくことを模索していただきたい。通常、技術革新は価格低下を連想するものであり、価格低下とはその商品やサービスの競争力が強まることである。費用を低下させる効率化こそが一般的な意味での技術革新、あるいは生産の高度化であるという捉え方が希薄であってはならないと考える。

3つ目、価格を引き上げる技術革新について、医療の質の向上や高度化は、ひたすら望ましいというわけではなく、どれぐらいが望ましいか判断するためには費用対効果の考え方が不可欠ではないか。

個別具体的な事柄は、関係審議会や政府内での予算編成のプロセスの中で検討されるものと承知しているが、以上、今後の経済財政諮問会議等でのご議論に向けて、大枠の考え方、方向性について意見を申し上げた。

(松田委員)

私どもの教室では、レセプトや各自治体が実施する日常生活圏域ニーズ調査などのデータをデータベース化し、それを自治体が遠隔で見られるシステムを作り、それに基づいていろいろな事業を評価してきた。今日はその一例をお話ししたい。

3ページは医療介護保健総合分析システムというものであり、自治体別に、医療・介護、特定健診、薬剤費などのデータを個人単位でつないで分析できる仕組みを作っている。

このシステムでどのようなものが見えるのかお示しする。4ページは、ある自治体における外来の傷病別の医療費である。腎・泌尿器系疾患、精神系疾患で非常に医療費がかかっていることがわかる。これは、男女別、年月別、年齢階級別でも分析できる。また、精神系疾患の中でも、鬱病、統合失調症あるい

は神経症など何に医療費がかかっているか分析できる仕組みにしている。

5 ページは、データを提出いただいている自治体の方のみに分かるような形で個人識別子を作成し、一人ひとりがどのように医療費を使っているか見えるようになっている。例えば、左下の図を見ていただくと、6カ所の医療機関にかかっている人は6カ所の調剤薬局から薬をもらっているということで、かかりつけ薬局が余り機能しておらず、門前薬局で動いていることが分かる。

6 ページは、要介護度別にどのようなサービスを使っているかを月単位で見られるようにしている。これは自治体間の比較もできるし、個人で時系列に分析もできる。

7 ページは、薬剤費の分析で、例えば、代替可能な薬を全てジェネリックに変えるとどのくらい薬剤費を削減できるかについて市町村単位で分かるようにしている。これは国保と高齢者医療制度が対象であるが、代替可能な医薬品を全てジェネリックに変更すると、最大で23%医薬品費が削減できる。このようなデータを元に薬剤師会の方と自治体が話し合っていて、代替可能な薬については代替していただき、適正化を進めていくようにしている。

8 ページは、医療と介護レセプト連結分析の例である。例えば、要支援1・2で認知症がある方たちがどのくらい医療と介護を月単位で使っているか、筋骨格系疾患がある方たちがどのくらい使っているか分かる。このような分析をすると明らかであるが、要支援1・2の方々は医療費もかかっており、介護では、居宅サービス、特に通所介護の通所リハにかなり使っていることがあるので、要支援1・2の筋骨格系疾患がある人に対するロコモ対策をどのようにやっていくかが大切だと分かる。

9 ページは、要支援1・2で認知症ありの患者の主たる疾病名は何か、レセプト件数から見ている。例えば、一番左の青の神経系疾患には、アルツハイマーも入っているが、かなり認知症がある。また、それ以上に重要なのは、この地域では、循環器系疾患を持っている方で認知症がある方から月に20件ぐらいレセプトが出ている。消化器系疾患も大きな問題である。

10 ページは、9 ページを医療費単位に置きかえたものである。この自治体の場合には、認知症で循環器系の疾患を持っている方が非常に多い。消化器や筋骨格系疾患もいる。

11 ページは、認知症ありの患者の主たる疾病名の外来医療費を日常生活圏域別に分析できるようにしている。同じ自治体の中でも、地域ごとの疾病構造の違いや介護ニーズの違いを分析していただいて改善できるものは改善につなげていくようにしている。

12 ページは、脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後6か月のサービス利用状況を分析した。経過月の0が、急性期病院に入院して

治療を受けた月である。大体65%の方が翌月に回復期に入院されて、半年経つと20%の方が療養病床に移り、14%の方が訪問診療を受けている。半年経つと70%ぐらいの方が介護保険を使っており、その中では通所介護が24%、老健施設が15%となっている。入院中に大体4割弱の方が肺炎を起こして、入院時に30%強の方が認知症を持っている。ここで、注目したのが、半年前に40%の方が既に介護保険を使っている状況である。医療と介護は同じ平面上で行ったり来たりと複合化をしているということである。この中には介護保険を既に脳梗塞で使っていて、再梗塞の方がかなりいるが、要するに、介護と医療をそれぞれ分けて対策を取ることが現実合わなくなっている。介護で医療的な予防をやっていかないと、医療も介護もその負担が適正化できないことが見えている。また、この地域の特徴として、連携パスの指標がかなり低いことが分かる。

13ページは、脳梗塞で急性期病院に入院した患者の3か月、6か月あるいは1年後の入院の継続の割合や訪問診療をどのくらいやっているのか、医療圏単位でどのくらい連携しているか地域指標を出すことができる。例えば、A地域は連携に関するレセプトがたくさん出ているが、C地域はほとんどレセプトが出ておらず、連携の在り方に大きな差があることが分かる。このように医療と介護のレセプトを使って、地域単位での地域指標を分析することができる。

14ページは大腿骨近位骨折で急性期病院に入院した患者に同じように分析しているが、入院月の連携率と3か月後の訪問診療率がきれいに正相関している。要するに、きちんと連携ができているところでは訪問診療に回る確率も高い。これを可視化して、連携ができているのであればその要因を探って、連携につなげていくことが、要介護の高齢者のQOLの面でも、医療介護費の適正化の面でも効果があるのではないか。「見える化」をきちんとシステム化していくことが大事である。

15ページは、予防事業の評価例である。肺炎球菌ワクチンの接種の勧奨通知を受けた60歳以上の高齢者について、受けた人と受けなかった人で、その後1年間で肺炎関連の医療費がどのくらいかかっているか分析した。

結論から言うと、接種をすると0.3%ポイントぐらい罹患率が下がる。もう一つ、仮に肺炎にかかった場合でも、ワクチンを接種した人は1人当たりの医療費が接種していない人に比べて3分の1から4分の1に収まっている。原価を引くと、大体1人当たり7,000円ぐらいの利得がある。予防接種事業はコストだけが見えて、自治体の関係者の方に理解を得るのがなかなか難しいが、このようなデータを見せることによって予防接種事業を進めていく。このようなことがレセプトで分析できる。

16ページは、介護予防事業の効果を分析している。介護予防の必要な人をス

クリーニングする調査票を送って、2次予防該当と判定された481名について、介護予防事業に参加した人としらない人でその次の年の介護給付費、医療費の状況を見たものである。結論から言うと、介護も医療も利用率には余り大きな差がなかったが、介護給付費という視点で見ると参加した人の方が少ない。参加している人では要介護度が要支援ぐらいでとどまっているが、参加しない人では要介護1・2・3が出てきている。医療費も外来医療費は若干参加群の方が高いが、入院医療費等を含めると介護予防事業に参加している人の方が医療費を使っていないと結果が出ている。同じように、配食事業をやっている群では、明らかに介護保険を使う割合が低いという結果も出ている。

17ページ。日常生活圏域ニーズ調査の結果を使ってハイリスクグループを抽出することもできるようにしている。特定高齢者とは、2次予防を必要とする人たちであるが、18ページのとおり、生活保護や世帯住民税非課税所得80万円以下の低所得層で、特定高齢者が非常に増えていることが分かる。

19ページ。公営賃貸住宅に住んでいる方の9割前後は介護予防が必要な人になっている。分析すると、5階建ての市営住宅はエレベーターがついていないので、移動障害が出てくると介護予防が必要な人に該当する。そういった問題があるので自治体で話し合っていたらいい。

まとめとして、このように事例をお示ししたが、日本には、医療・介護の現状と課題、今後の在り方を客観的に検討するための詳細な情報としてレセプトがある。高度な技術は不要で、しかも安価でできる。ただ、残念ながら、それを有効活用されていないのが現状である。最大の阻害要因は、どの主体が、どの情報を、どのように活用すべきか、のコンセンサスが取れていないことである。明確な方針と目的を立てていただいて、具体的な行動、標準化の推進をやっていただきたい。

次に、こうした分析事例を発展させ、国が標準を示すなど支援を行いつつ、KPIと連動させながらやっていくべきである。都道府県が医療提供体制改革の取組を進める際、この情報に基づいて客観的なデータをITで統合的に利活用して、支出目標や質に関する参照値を各レベルで設定できる仕組みを作るべきである。それがあって初めて地域医療構想や医療計画が機能する。

22ページ。近年、日本の臨床研究が非常に弱くなっている。医薬品産業を育てる上でも問題があるので、臨床研究の基盤をしっかりと作って、臨床研究を進めていくことも経済産業政策として必要。そういう目を見たときに、日本のレセプト情報は国際的に見てかなり希少な臨床研究の基盤になる。これだけの詳細な情報を悉皆で集めている国はない。どの患者さんにどのくらいの投薬があったか、どのようなインターベンションを行ったか、日付情報も入って集められている国は全くないし、その予後もフォローできる。また、高齢者にこれだ

け侵襲的な治療や高額な薬をばんばん使用している国も余りない。これは高齢化が進むアジアの国が必ずたどる道である。高齢者医療のエビデンスもこれから作ることができるので、それ自体が医療経済の産業育成につながっていく。

また、大学医学部の論文作成を支援することで、学術基盤の支援をもっと強化できると思うので、そういう意味でもぜひレセプト情報を活用する基盤を作っていたきたい。

ナショナルデータベースは時間のタイムラグが大きい。そういう意味では、レセプトを提出する日常の業務で、例えば、フランスはCNAMTSという疾病金庫がリアルタイムで分析する仕組みを作っているが、支払基金と国保中央会が合同でそのようなことを運用いただけたらよいと考える。

最後に、今日御紹介した研究の成果の元となった研究は、ほとんどが厚生労働科学研究である。自治体にこのような研究になかなか協力していただけない場合があるが、厚生労働科学研究のような公的名目があるだけでやりやすくなる。そういう意味で、研究者と厚生労働省とが情報交換を密にしながら、政策研究を進めていく体制の強化もぜひ考えていただきたい。それを元にしていろいろな標準化をやっていけば、この貴重なレセプト情報が非常に使いやすくなるので、ぜひお願いしたい。

(委員)

資料1の2ページ。「保健衛生・社会事業」の中間投入デフレーターが他産業に比べ下がってきていることの要因としてどういうものが考えられるか。

資料2の15ページ、肺炎球菌ワクチンの経済評価について、予防接種をすることにより有意に発症率が低く、かつ発症しても症状が軽く有意に医療費が抑制されるエビデンスが出されており興味深い。ただ、肺炎球菌ワクチンの場合は短期的、例えば1年間のサバイバル分析で、比較できる程度に高い肺炎の罹患率と、広い患者数があることにより今回の分析が可能となっている面があると思う。また、このような分析は、医学的にはどのような疾患予防であればこのような経済評価が可能になるか。

(鈴木委員)

「保健衛生・社会事業」の中間投入デフレーターについて、資料にあるのはマクロないしセミマクロ的なデータである。「保健衛生・社会事業」には医療も介護も含まれているし、公的にやっているもの、民間のもの、全て含まれている。従って、どういう理由で下がっているのかは、ここからは分からない。どういう推計がされているのか、SNAの作成者である内閣府などにお聞きして分かればと思うが、その点はまた別のアプローチで解明していく必要があると考

えている。

（松田委員）

この予防事業の評価分は、いわゆる生存分析というものを使っている。接種後については、ワクチンを打った月からイベントが起こるまで、あるいは観察終了月まで見ていき、イベントが発生したら、その時の肺炎関係医療費をレセプトから把握して計算している。未接種群をずっと追いかけて見ていくと肺炎のレセプトコード等があるので、それで把握してその月の医療費を計算している。1回プログラムを組めば、汎用性はかなり高いので、予防接種ごとにそういうプログラムを作っていけば、分析できる。例えば、インフルエンザワクチン等や国が取り組んでいるPeOPLe（ピープル）のようなプログラムの中に寄せると、長期のスパンで他のワクチンも追いかけることができる。いずれにしても、接種群と未接種群のリストさえあれば、追いかけることができるのでプログラムを組めば分析できる。

（委員）

予防の経済評価は自治体にとっても大変心強い話である。肺炎球菌だったように記憶しているが、65歳以上で5歳刻みの方を対象に5年間をかけて順次予防接種をしていくようにとの国の制度に対して、自治体の担当者から「対象となる年齢になるまで待つよりは、少しでも早期に全ての高齢者に予防接種を受けていただいた方が、一時的には持ち出しが多くなるが、恐らく中期的に見て医療費を抑えられるのではないかと提案がなされて、それに踏み切った。

その時の経験から申し上げますと、自治体の担当者がそれを言い出すことはかなり勇気があることである。恐らくこれは全ての高齢者に接種した方がよいとの現場の感覚から出てきたもので、医師会も後押ししてくれているといった中で予防接種の前倒しに踏み切っているが、こういったことは、このようなやり方をモデルとして提示するけれども、むしろ前倒しでやった方が効果があることを最初から言っておいてもらえれば、担当者は負担感を感じずにできたかと思うが、その点についてどのように考えるか。

（松田委員）

この事業はまさにそのような問題意識で始まったものである。この自治体では、国から勸奨が出る前から肺炎が増えていることが国保と高齢者医療制度の中で問題となり、肺炎の予防は非常に重要であると、肺炎予防をやっていかなければまずいとの話になった。ただ、ワクチンの原価が1つ4,800円で、ワクチン接種費用も含めると7,000円と、かなり高がついてしまうことからなかなか及

び腰であった。それでモデル的に始まったのがこのプロジェクトである。やってみて、実際に効果が高く、このような結果が出てくると自治体の保健師も事業の必要性を自信を持って言えるようになった。このような形で一般化させて、国の事業よりもさらにもう少し幅を広げてこの自治体ではワクチンを接種している。

大事なことは、何かをやるときに、あらかじめ評価する軸を入れておき、プロジェクトそのものを評価して、思ったような効果が出ないのであれば改善をすればよいし、思ったように効果が出ているのであればそれを続けていく形で、仮説に基づいて事業をやって、それを検証して効果があったものを広げていくプロセスが保健事業の中に入れてくればよいと考える。

(委員)

自治体で一番評価指標として見ているのは国保で、国保の保険料を抑えられるかどうかメルクマールになっている。先ほどの話も、前倒しで一時的に持ち出しになるが、それで医療費を抑えて国保の保険料を上げなくて済むのであればその方がよいのではないかと考えている。どうなるか分からないところがあるが、それでもやってみようかと提案してきている。担当者が一番心配した事は、果たして首長が同じように考えてくれるかということだったと後から言っていた。結局、コンセンサスをどうとっていくかということが非常に重要ではないか。

(松田委員)

この自治体はその辺りの工夫をしており、自治体の福祉構想が基本構想の中にきちんと位置づけられていて、地域ごとの課題を出して行って、それを誰がやるのか、行政がやること、医療関係者がやること、住民がやることをブレークダウンして行って、それに対して達成指標も作っている。毎回毎回それができたかできなかったかを評価して行って、実際に行政と住民と医療介護関係者が、相互に目標を共有するような仕組みを作っている。このような仕組みでコミュニケーションを図っていくと、首長や議員も分かりやすい形になるので、そのようなコミュニケーションの場を意識的に作っていく作業が必要である。

研究者の役割も非常に重要だと考えている。保健師などはなかなか言いにくい場面があるので、そういう時に、研究者が入ってエビデンスを出して、分かりやすい形で示していく。メディアに対しても説明していく。行政と三師会と地域の大学の協力関係をどのように作っていくかということも非常に重要である。

厚生労働省から資料3、総務省から資料4を説明後、意見交換。主な意見は以下のとおり

(委員)

資料3の19ページ。病床機能報告について、28年度からレセプトデータを活用する医療内容について病棟ごとに把握が可能となったとのことで、把握可能な項目が書いてあるが、これは、地域医療構想で算定されている3,000点、600点といった病床機能の閾値でレセプトから直に、医療機関が把握して、それを適切に報告するという理解でよいか。

また、5つ挙げられた項目のうち、例えば、6年後の医療機能転換の予定、ないしは看護師等医療従事者の配置状況を本当に病棟ごとに把握できるのか。レセプトと直接的に紐付かない情報であり、ともすれば「報告のための報告」になってしまいかねない項目だが、これについてはなぜ必要でどう活用しようと考えているか。

23ページ。医師10万人の調査は非常に大規模だというのが率直な印象である。医師が全国に30万人ぐらいいて、そのうちの10万人なので、つまり、3人に1人がこれを答えることになる。そこまでの調査規模が必要であったのか疑問もあるが、既に調査結果をまとめられて解析もされているようなので、どのような概要が出てきたのか、分かる範囲で教えていただきたい。また、医師一人ひとりが生産性を伸ばすのは勿論大変結構と思うが、結局、医師の3分の2にあたる20万人程度は病院で働いているので、最終的には病院の在り方になるのではないか。例えば、勤務先の病院の特徴も調査しているのか。

43ページと44ページの医薬品について。原価計算方式での価格算定については、高額新薬が話題になったこともあり、今後見直しが必要と思われる。医薬品の臨床は、治験に参加する方、つまり適応症状がある方の中でも治験に耐えられるよう選ばれた方に行われるが、一旦認可をされてしまうとその使用対象については、実質的には歯止めが利かない。そういった点で言うと、適正価格を評価することはもちろん大事だが、適切な使い方つまり、実際に臨床において「何をどのような患者にどこまで使うべきか」といったガイドラインも検証の対象として、費用対効果の専門組織において検討いただきたい。

60ページと61ページ。国保の運営を都道府県に移管するに当たって、現在進めている特定健診、特定保健指導の進捗一つをとっても都道府県で差があることが分かる。都道府県では、地域医療構想の病床調整、健診による医療費適正化計画、国保運営の保険料策定などいろいろな政策がセットになって求められる。資料にあるような都道府県間の差をもって、都道府県にインセンティブづけをしていくことになると思うが、具体的に数字をどのように生かし、どのよ

うに都道府県にその財政運営の責任者としてのインセンティブづけを与えるのか、お伺いしたい。

(厚生労働省)

病床機能報告が病棟ごとに把握可能になったことについて、このデータを加工して、都道府県にも提供して議論していただく。先ほどの3,000点、600点といった高度急性期、急性期、回復期の閾値で病床の必要量を計算していただいているが、新しく把握するデータを使って、どのような形で客観的な指標を作っていくか、今後、研究して設定してまいりたい。いずれにしても、病床機能を各病院できちんと選べるような具体的なものにしなければいけないと考えており、そういった取組を進めてまいりたい。

また、把握可能な項目のうち、6年後の医療機能転換の予定は、各地域の地域構想調整会議で議論を踏まえて、各病院で6年後の予定をどうするか書いていただく。また、看護師等の医療従事者の配置状況は、現状どのぐらいの方を配置しているか病床機能報告に具体的に記入していただいております、それを実際に集計して、地域での議論に役立てていただくというものである。

(委員)

2点目、3点目に関しては、病棟単位ではなく病院単位での把握になるのか。

(厚生労働省)

看護師等の医療従事者の配置も病棟単位である。例えば、回復期だとこのぐらいの病棟で看護師を配置するということは各病院で把握しているので、それを記入していただく。医療機能の転換の予定は、届出自体が病棟単位になっているので、病棟単位で出してくると考えている。

(厚生労働省)

医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査は、今、まさしくこのデータを取りまとめているところであり、近日中に取りまとめを公表する。

調査の規模について、これは細かな解析をしていく中で、年齢、性別などの階級別に分析可能なものや、地域医療の特性、女性医師の働き方についても取れるようにどれぐらいの標本数にするかは、数理統計の専門家の先生にも解析していただき、概ね10万人取ればきちんとした解析ができるだろうということで、10万人になっている。

病院や診療所についてもデータを取っているのですが、委員の御指摘を踏まえて、さらに細かな分析をする必要があると思う。そういった点からも、分析を進め

て、近日中に取りまとめ、公表する準備を進めているところである。

(厚生労働省)

高価な薬について、適正な使用を進めるべきだとの御指摘について、中医協で適正使用のガイドラインを策定することとしており、特に費用対効果評価の対象となっているオプジーボといった高い薬などの新しい薬に関しては、適正使用のガイドラインを作り、それに基づく診療のみを保険適用とするという留意事項を通知するなど取り組んでいる。

この費用対効果評価をどのぐらい踏み込んで行うかは今後の議論だが、どのぐらい効果が得られて、どのぐらいお金がかかるかといったことに関しては、非常に意識が高まっており、それを踏まえてルール決めをしていかなければいけないと考えている。

(厚生労働省)

特定健診、保健指導のメタボの部分の減少率等の評価指標、インセンティブについて、保険者努力支援制度は平成30年度からの実施だが、現在、調整交付金という現行の仕組みの中で前倒しで実施しており、その中では、特定健康診査の実施率、指導実施率、メタボの減少率なども指標に加えている。いわばこの実績に応じて傾斜配分する仕組みを既に前倒しでやっている。30年度からの都道府県移行下においても、現在の取組を踏まえながら、こういった指標も含めて評価する方向で検討したい。

(委員)

総務省の御説明に関して、交付税の測定単位は分かったが、それぞれ単位費用はどのようになっているか、どのような根拠で算定されているのか。単位費用は固定的なのか、変更する場合はどのようなプロセスで変更されるのか。項目ごとの必要はないので全体的に教えていただきたい。

厚労省の御説明に関して、7対1病床はピークアウトしたとはいってもさほど減っていない状況であり、大きな課題だと思われる。そもそも地域医療構想が実現するかどうかについて、地域医療構想と病床に関する診療報酬の体系をひもづけないと、上手くいかないのではないかと前回のWGで申し上げたが、地域医療構想の側ではなく、診療報酬の側ではどのような考え方や議論になっているのか教えていただきたい。

また、療養病床を減らして、訪問や外来の診療にシフトさせていくことについて、診療報酬を通じた施策をどう考えているか。また、介護療養病床あるいは25対1病床を無くしていく中で、今度は20対1病床が必要以上に増えてしま

っては問題ではないか。診療報酬の世界で、この辺りはどのような方向性で議論されているのか。

医療費適正化計画の御説明の中で、入院医療費は地域医療構想の推進の成果でとあり、外来医療費は、幾つかの手段が示されている。その際、地域差半減のためには残り0.2兆円が不足するとされているが、地域差半減目標は入院と入院外を合わせてである。地域差半減を目標として掲げているが、入院医療費は、地域医療構想が実現したときに半減するかどうか、実はよく分かっていない。確認として申し上げるが、あと0.2兆円で足りるという話ではない。

地域医療構想について、資料3の6ページの構想実現のプロセスのステップ1、2、3のそれぞれの地域における進捗は、システムチックに、かつ、住民などが外部からチェックできる態勢になっているのか。また、資料には青森の例が出ているが、この津軽構想区域はなぜ合意ができたのか。何かユニークな要因があったのか。それとも、他の地域にもやり方を展開できるような話なのか。構想の実現プロセスの見える化、深化といったことについて状況を教えていただきたい。病床の不足分を増やすことは割と容易かもしれないが、過剰分の削減や転換はなかなか大変だと思うので、教えていただきたい。

さらに、ステップ3について、都道府県知事にいろいろな権限がすでにある。ただ、権限を行使するかしないかの選択は当然都道府県にあると思う。行使すべきであるにもかかわらず行使しないといったことがあった場合のことは、どう考えておけばよいのか。

(総務省)

単位費用は厚生労働省で国の予算が決まったら、地方負担をいただき、その地方負担から割り出す形で単位費用を設定している。メカニズムという意味では、毎年変更していくことになっている。

(厚生労働省)

診療報酬に関して、7対1入院基本料は資料の33ページにあるとおり、平成26年度、平成28年度の改定で、条件を厳格化するなどの手当を行ったところである。平成28年10月で4,000床が減っているが、経過措置があり、平成28年9月30日までは、4月時点で基準を満たしていたところそのまま算定できる。その間に考えてくださいということなので、この後、どのぐらい病床が動いたかについてもきちんと見ていかなければならないと思っている。

地域医療構想の実現について、中医協でもまさに御議論いただいているところである。診療報酬は全国一律の評価であり、地域医療構想の構想区域単位のきめ細かな設定はできないが、地域医療構想の実現を後押しするような設定を

していかなければならないと考えている。

療養病床全体を今後減らして在宅を増やしていくことについて、診療報酬自体は診療に対する対価であるが、在宅の報酬と療養病床の基準の見直し等によって、地域医療構想の実現を後押ししていく。

20対1病床が増えていることについて、2025年推計病床では慢性期の病床は減少することになっているが、これに関しても、慢性期の病床に入る方々にきちんと入っていただき、逆に、そうではない方は在宅などに行っていただく。そのような機能分化をきちんと図れるような報酬体系の設定に取り組んでいきたい。同時改定に向けて、今後、中医協でも御議論いただきたい。

（厚生労働省）

御指摘のとおり、地域差半減は入院医療費も含めて地域差半減を目指す。入院医療費の地域差は、政策的手段を駆使しながら半減を目指すということであり、現段階においては具体的な在り方まで決まっているわけではないが、データ分析もしながら、今後、具体的な政策の手段について検討してまいりたい。

（厚生労働省）

地域医療構想の進捗は、国が、直接、各都道府県の状況を把握していく。国が把握することも大事だが、地域の住民の方にどのような議論が進んでいるか、広く周知していただくことも大事な視点と考えており、ホームページの活用やシンポジウムの開催なども積極的に進めていただくようお願いしているし、先駆的な取組などは他の都道府県にも横展開して情報提供していきたい。また、青森の事例をお示ししているが、ここは、もともと公立病院同士の合併のプランが長年議論されてきたという潜在的な土壌があって、その上にこの構想という議論が合わさって、具体名が出る形で検討が進んでいる。他にもこういった具体名が出ている事例はあるので各県に対して情報を提供していくことを考えている。

また、ステップ3の知事の権限行使について、構想が全て出揃うのが今年度中であり、まずは地域での議論を見守っていき、状況の把握の中で、権限行使の検討などについても合わせて把握をしてまいりたい。そういった状況を見ながら、どのような対策が必要か考えたい。

（委員）

資料3の11ページと12ページの地域医療介護総合確保基金の「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」について、機能分化・連携を支援しているとのことだが、具体的にどのように使われている

のか。また、資料では、26年度は174億円交付決定しているが、執行額は82億円にとどまっております、27年度は454億円交付決定しているが執行額は78億円である。28年度は458億円とあるが、実際の執行額はこの程度の率なのか。

(厚生労働省)

11ページに実際に各年度で交付した額を並べている。12ページがその交付した事業の各々の執行の結果であり、執行の割合は資料のここに書いてある数値の通りである。

メリハリというところと言うと、地域医療構想調整会議において具体的な病院名やプランに積極的に取り組んでいただいている都道府県に対して後押しをしていくよう配分を考えているところであり、そういった意味では、もう少し執行状況や執行の内容についても、分かりやすく示していきたい。

(委員)

地域医療構想の都道府県知事の権限行使について、都道府県知事からみると、削減する方向のインセンティブがない。地域の医療審議会も余り勧告しないかもしれない。知事から見れば、選挙等があって、なかなか住民の耳に痛い話はできない。このような状況では地域医療構想は実現しない。過去、62年に公立病院の権限を与えてもほとんど行使されていなかったし、その後の法律も、権限を与えてもなかなか行使しないというのが実態だと思われるが、このような場合にバックアッププランのようなものがあるのか。先ほどから出ているが、モニタリングをする仕組みはきちんと作るのか。

また、診療報酬にどう結びつけるのかという議論は、反対が強いと思うが、これについてどう考えるか。

費用対効果評価について、各方面から期待されているが、これをきちんとできる研究者ないし大学の人全国で20人いるかどうかという状況である。これは議論されて久しくなるが、人材育成について、今までどのような努力をされてきたのか。結局、人材が非常に少ないと、できる場面は非常に限定的になってしまう。しかもイノベーションの促進を阻害しないようにという配慮が必要になるので期待された効果を上げることができないのではないのか。

(厚生労働省)

都道府県知事の権限行使については先ほど申し上げたとおり、各都道府県のような議論の状況、権限行使の検討状況などをまずは把握して、その状況でまた判断する。地域医療構想は、2025年に必要な医療のボリュームが明らかになっていて、それに対して病床をどうするかということであり、要するに、病床

の転換を進めていかなければ、医療体制自体が成り立たないということを首長レベルまで上げていただくことを我々もお願いしているし、知事会との勉強会にも積極的に参加している。将来への責任としてきちんと取り組んでいただきたいとこれからもお願いしていきたい。

(厚生労働省)

地域医療構想実現のための診療報酬の考え方としては、例えば、平成28年度改定でも、7対1入院基本料に関して要件を厳格化する、地域包括ケア病棟に関して点数を維持したまま出来高で算定できる部分を増やすなど全体として地域医療構想が実現するような方向で改定を行ったところであり、その方向自体は変わらないと考えている。繰り返しになるが、地域医療構想の構想圏域単位での報酬設定はなかなかできないので、そこは全体として後押しをする。その中で、地域において考えていただく。

費用対効果評価を依頼できる研究者はなかなか少ない。いたとしても、利益相反で対象も限定されてしまう状況である。保健医療科学院や東京大学の講座などにいろいろな努力をお願いしているところであるが、残念ながら保健医療科学院の組織教育は認められないが、保健医療科学院は教育も行っていく場なのでそういったところも含めて努めていきたい。

(委員)

診療報酬が全国一律の体系であることはよく分かっているが、1点10円の単価は、長い間慣習的に10円で固定しているが、それを動かすことは理論的に可能ではないか。どうしても病床が過剰な地域やなかなか病床削減が進まない地域に対し点数単価を操作する可能性はあるか。

(厚生労働省)

単価を変えてしまうと、増やすべきところあるいは減らすべきところも一律に変わってしまうので、単価を変えることが本当に地域医療構想の実現にすぐ結びつくか疑問である。

(委員)

地域医療構想について何に物差しを置くのか。かつて7対1病床の導入時には全国一斉に7対1を取りにいき、かなりの病院がそっちに走ったことがあった。今回、病床削減の物差しのみで考えて、地域医療構想によって病床の削減を一律に全国あまねくやっていると、もともと一人当たりの医療費に格差がある中で、簡単に言えば、医療費が安くても回っている地域と医療費を高くかけ

ていないとなかなか回らない地域がある中で、都道府県の知事にそうしたことをお願いすることによって、1人当たりの医療費の格差が縮小していくのか。そういった安定化装置がこの制度の中にビルトインされているかどうか、ということではないか。

青森は健康寿命がワーストな地域である。そういった地域の事例を取り上げて、これが好事例だというのであれば、それで本当にワーストを脱せられるのか。本来であれば、1人当たりの医療費が高いところを一つの事例として示してもらった方がよいのではないか。

（厚生労働省）

青森の事例をお示しするのが、御指摘のような視点からすると適切かどうかとの指摘があるかもしれないが、地域医療構想は具体的に各病院が病床の機能をどう使っていくかについて議論を進めていただくことなので、そういった視点から具体的に取組が進んでいる事例として引用させていただいている。これから各都道府県で具体的な議論が始まってくるので、いろいろなパターンの事例を広く提供できるようにしてまいりたい。

（委員）

地域医療構想について。データブックは都道府県と医師会のみで利用され、一般病院では見られない状況である。一般病院はデータブックを見たがっており、それを見ることによって自分たちの医療をどう考えるか、一番よいデータになると思うので、データブックを全医療機関で見られるようにしていただきたい。同じく病床機能報告のデータも、都道府県によって公開の範囲が違っており、非常に細かく出している県とほとんど出していない県があるので、これも厚労省から後押ししていただいて、なるべく多くのデータを出せるようにしていただきたい。

また、レセプト分析をしていて、包括入院料の病床に関して情報が全くないので、医療内容が全然分からない。典型は、まさに慢性期の療養病床であるが、医療内容が分かるようなレセプトの記述、例えば、コーディングデータというものが今はあるので、そういうものを順次広めていただいて、療養病床の医療内容が少しでも分かるようになればと期待している。

（厚生労働省）

データブック自体が非常に膨大なものであり、それ自体の公表そのものに意味があるというよりは、その解釈をして、整理したものをお示しすることが大事だと考えている。各都道府県の医師会によっては、独自にデータの解釈をつ

けて、会員向けに分かりやすく加工したものを公表する動きもある。これは大学研究者など専門家の協力を得ないとできないが、我々も、データそのものよりは、地域にとって必要なものを分かりやすく提示していただくことが重要な取組だと思っているので、そういった地区医師会の取組を全国的に知らせることによって、当事者意識を持って検討していただけると考えている。

(厚生労働省)

包括評価に関しては、ご指摘のとおり、いわゆる診療行為の中身が入っていない。今後、評価の体系を見直していく中で、どのような把握の仕方があるか検討していきたい。

(委員)

資料3の46ページ、介護保険における保険者機能の抜本強化は大事で、その中でも「②適切な指標による実績評価」、「③インセンティブ付与」は特に重要である。これに加えて、全市町村を見たときに介護は医療以上に格差があるのではないか。介護保険に関しても、指標を示してインセンティブを付与するだけではなく、取組や課題解決のノウハウ、ソリューションを支援することが不可欠である。資料に「都道府県が研修等を通じて市町村を支援」とあるが、この都道府県の支援はどのようにやられているのか。

47ページ。事業者へのインセンティブも有用である。アウトカム評価を用いる場合の課題として、良い結果が期待できる「よいプロセス」へのコストを賄うのか、結果を出すためにはプロセスやストラクチャーがよいのは当たり前だが、この時に確かにコストはかかるが、それ以上に、事業者それぞれについて効果を上げるノウハウあるいはソリューションが非常に重要である。例えば、特定保健指導では、検診当日に、データはそろっていなくても一声かける。あるいは、特定保健指導を嫌がる人にeラーニングをやる。こういったことはイノベーションであり、かつ、実はコストの軽減にもなる。そういう意味では、プロセスやストラクチャーを心配されるのはもちろん分かるが、ノウハウ、イノベーションを進めていくための工夫、研修なのか、ノウハウの蓄積なのか、これが非常に重要である。

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」のビジョンは素晴らしい。特に、住民、患者も予防・治療に積極的に参画するというので、データヘルスを拝見していると、健診のときの医者、看護師が一声かける、あるいは、治療中の患者に、栄養指導はできないが、保健指導で栄養指導をしてもらおうとよい、あるいは、町でやっているマイレージプランはなかなか面白いと、医療者が起点になって患者やその手前の住民の方に働きか

けをすることは有用である。

資料4の1ページ。この10年、20年で社会保障が伸びているだけではなく、文教・科学振興を含めて減っている。社会保障を効率化して、全体最適を考えていかなければいけないという中で、5ページに関心を持った。

国保の場合には、構造的にどんどん赤字が膨らむ。これはやむを得ないところもあるが、そのコストである病気の発症を抑えるソリューションの共有、介護だけではなく予防に関しても、市町村、都道府県単位でこのノウハウやソリューションを提供する、開発することが大事になる。この国民健康保険の基盤を支えていただく交付金でも、都道府県にそのような支援し、どのような在り方がよいのかノウハウを出していただきたい。

(厚生労働省)

資料3の46ページにもあるように、既に幾つかの自治体では保険者機能強化をして自立支援や重度化防止に取り組み、認定率の低下あるいは最終的に保険料の上昇抑制に成功している。

市町村レベルの取組に加えて、大分県では県が主導的な役割を果たして、和光市のモデルを県内の市町村に広げている。具体的には、和光市の取組やノウハウを県が収集して、モデル市町村を作って、そこに集中的に成果を出させるような取組、あるいは市町村職員に向けた研修をされている。小さな市町村ではノウハウを蓄積していくことが難しいので、県が研修の体系を組んで、ノウハウが各市町村に継続されるような取組をしている。

もう一つ、いろいろな医療関係団体との連携も必要になるが、小さな市町村では独力でやるのが難しい。都道府県であれば医療関係団体との関係構築も容易であり、そのあたりについても強力な支援を行っていただいて、その結果として大分県は市町村の取組をさらに広げていくことに成功している。そういったことを全国的に実施できるように、法制度の枠組みを定めているものがこの46ページに書いてある。今、国会に提出している法案の中に盛り込んでいる内容である。

また、国としても、大分県のように、高い問題意識を持ってそれを実現するノウハウを持っている都道府県ばかりではないと思うので、29年度予算では、都道府県の方々に保険者支援のノウハウをお伝えするための研修の予算を確保しており、予算が成立したら、さらに具体的なプログラムを組んで、まずは国から県に、そして、県が持ち帰って市町村にといった研修体系を整備していきたい。

ご指摘いただいた報酬におけるアウトカム評価についても検討が始まったばかりであり、インセンティブの趣旨についても、個々のよい結果への対価を払

うのか、そのよい結果を期待できるよいプロセスのコストを賄うのかということ、検討課題としているところである。よいプロセスとは何かといった検討が進んでいったら、それを報酬でも評価することやそういったノウハウを広げるための様々な工夫もしていくことになると思うので、今後の検討課題として受けとめさせていただきたい。

(総務省)

国保の御指摘について、財政運営は県に移管するが、保険料の徴収や資格管理等は変わらず市町村が行う。これからも積極的に厚生労働省とともに関わっていききたい。インセンティブについては、保険者努力支援制度、新しい別途の制度もできるので、そこでしっかりと議論していききたい。

(委員)

資料4の補助金と交付税、あるいは地方単独経費、この辺りの関係を見たいので、その関連のデータの提出をお願いしたい。

また、インセンティブ関連で、自治体が給付を抑制、効率化する上でどのようなインセンティブが補助金等に組み込まれているのかお聞きしたい。国と地方のシステムワーキングの場でデータをいただけるのかどうかの可否も含めて、お願いしたい。

(越智副大臣)

本日の受けとめを申し上げるが、1点目、医療費とその効果について、「QALY」の概念は、国民の価値観にも依存するので、指標を設定することはとても難しいと思う。しかし、指標を作ることで、医療行為と費用と効果に納得性が出てくる。それに加えて、予防、医療、費用、効果がはっきりしてくると極めて納得性の高い情報が得られるのではないか。今回の医療改革、介護改革は、国民の生活を変える、国民が主体的に変えなければいけない部分が大いなので、頑張らせていただきたい。

2点目、地域医療構想あるいは地域包括ケアがこれから進んでいく中で、また、国保の財政運営の主体が都道府県化されていく中で、都道府県の役割が大変大きくなっていくことから、そのガバナンスの強化は重要な課題になってくる。

3点目、現状を見ながら将来の対策を考えていくのは大変な作業であるが、適正化を進めていただきたい。一方で、スタティックな世界とダイナミックな世界があって、ダイナミックな世界は、オプジーボに代表されるような新薬の開発や技術の問題、医療提供のIT化といったところに変化があると思われる。

もう一つはデータの話である。データを活用することによって、効率化が進んで実態が変わってくるので検討を進めていただきたい。