

## 第7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2月12日（金） 10:00～11:45
  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  
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  
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
- 

(概要)

### (1) 今後の進め方

事務局から説明。以下、主な意見。

(委員)

・「経済・財政再生アクション・プログラム」には計画初年度のスタート時点から、改革の効果の発現などの影響について、一定の幅のある目途を示すということが書かれている。これについてワーキングでは議論するのか。

(事務局)

・医療費の伸び方や介護費の自然増の中身など、まず「見える化」を通して、いろいろな効果の発現についての議論につなげてきたい。

### (2) KPI・「見える化」項目の明確化に係る重要事項（議論を深めるべき論点等）について

事務局から説明。以下、主な意見。

(委員)

・PDCA サイクルを構築することを初年度でできるだけきっちりとやる必要がある。そういう意味では、資料 2-2 で示されている数値の把握の頻度、あるいは把握の時期などについては、検討中のものもあるが、通常の時期の行政のルーティーンではなく、集中改革期間であり、さらにはスタートダッシュの年だということをできるだけ踏まえていただきたい。

・KPI やその他の指標を1年に1回把握するだけでなく、モニタリングをしていかないと PDCA サイクルはなかなか回らない。例えば 16 年度において初期値を把握するだけに終わってしまうと 16 年度は何もできないということにも

なりかねない。これだけ IT 化が進んだことで状況の把握がしやすくなっている。民間企業は四半期ごとにいろいろな情報をディスクロズしている。整理表に書いていないことに関しても、PDCA サイクルを回すための情報をできるだけ把握していくことをぜひ御検討いただきたい。

・資料 2-1 について。項目①、項目②では「十分な進捗」とは何か明確にしていく必要がある。経済・財政一体改革の照準は 2020 年度であるが、地域医療構想は 2025 年度であり、医療費適正化計画は 2023 年度である点にもともと難しさがある。時間軸に対して進捗を比例的に考えればよいのか、あるいはスタート時点は進捗が難しいけれども、最後に一気にゴールに到達することになるのか。あるいは最初にスタートダッシュが可能で、残った難しいところが最後ぎりぎりゴールに届くのか。あるいは S 字型に進捗することになるのか。この KPI をどう取り扱うのがよいのか非常に難しいが、そもそも病床の適正化を考えた場合に、その改革とはどういう性格のものであるのか。あるいは医療費の適正化とは、時間軸で考えたときにどのように推移すると考えられるのか。過去の事例などがあれば次回以降に、教えていただきたい。

・項目①について進捗率をそれぞれの病床数ではなく構成比で考える設例になっているが、それだと全体の病床の減るスピードに対して相対的に早いというだけで進捗しているように見えてしまう。病床全体の中での話なので、こういう検証の仕方も一案であるかもしれないが、全体の病床が減らしにくい中で、特に高度急性期の病床がどうなるかが大きな論点になるところであるので、各機能の病床の数で検証することも必要ではないか。

・また、「十分な進捗」の評価に当たって、都道府県ごとの事情を十分斟酌すべきことは、全くそのとおりだが、逆に斟酌し過ぎると横比較の意味がなくなってきたという点についても留意が必要である。

・病床機能報告制度を次期報告時までブラッシュアップすることになっているが、それによってこの KPI が遡及して変わり得るか確認したい。

・項目③に関して、医療費は、絶対レベルでの正しさを目指すというのはなかなか難しい。医療に関する需要と供給がそれぞれあって、負担と価格のバランスがあって決まっているので、絶対的な正しさをア priori に決めることはできない。そこで 1 人当たりの地域差の是正ということで、相対的な正しさを追求するという点だと理解しているが、そういう意味では地域差の定義については、全国の平均値や中央値が 1 つ基準になろうかと思う。そこで、そもそも平均値と中央値とではどのぐらい違いがあるのかなど、その辺の情報を次回以降にお聞かせいただきたい。また、1 人当たり医療費の地域差半減目標と医療費適正化計画が整合的になっているかどうかの状況の御説明を次回以降いただきたい。

・項目④について、主要疾病を何種類程度とするかという論点がある。量の面からは人数のウエートが高いもの、あるいは医療費のウエートが高いものが重要であるかもしれない。質の面からは入院日数短縮の取り組みが反映されやすいもの、あるいはされにくいもの、そういった視点で見たときにどのような見方ができると考えればよいか。あるいは健康維持やプレゼンティーイズムの課題などを考えると生活習慣病の予防の成果として糖尿病は当然入ってくるのではないか。量と質と両面からどういったことが言えるのかについて、もう少し解説いただくとありがたい。

・項目⑤について、KPI としてかかりつけの薬局の数や薬剤師の数は客観的に定義をすれば把握できるが、しかし、それだけではその薬局や薬剤師が何をやっておられるのかよくわからない。後発医薬品の使用割合の引上げという目標が別途あるので、それとこの項目を有機的に結びつけることが重要であるし、残薬解消も質を下げないでコストを下げる、効率化するということがあるので、薬剤師の数、薬局の数ということよりはそうしたことが重要ではないか。

・項目⑨について、現状において企業や健保組合などのレベルではかなり問題意識が高まってきている。一方で従業員あるいは健保組合の加入者というレベルに意識改革を促し、健康管理の取組みを浸透させていくことに課題が移ってきているようである。そういった企業や保険者の取り組みがなされることによって、ここに示されている見える化指標がよくなっているということが見えてくるとよい。

・項目⑩や⑪の生活保護関連の KPI は、改革工程表において 16 年度に再検討することになっている。

再検討のためにはデータと「見える化」が必要だが、現状で「就労可能な者」がどのような把握のされ方をしている、そもそもどういう方々なのかについて情報が必要である。日常生活の支援から始めて、社会生活ができるように支援をして、それで初めて就労可能性が出てくるということで、就労支援事業に参加した効果をどのように把握するか明確になっていない。当然、就労支援事業を通じた成果目標は、被保護者全体の就労率、稼働率よりも高くないとおかしいと思われる一方、このプログラムの外側で就労できる方もいるので、考え方を整理する必要がある。

言うまでもなく、生活保護法は、最低限度の生活保障に加えて自立の助長を大きな目的としている。自立のお手伝いができればまさに政策がうまくいっているということであり、それは地域経済の活性化あるいは社会の明るさを取り戻すことにもなる。そのような趣旨に立って、データの収集について自治体の皆様にも御協力いただけるよう、どのようなデータが必要かなどについ

て速やかに検討させていただきたい。

(厚生労働省)

・項目①の進捗率の計測方法について、幾つか検討した際に、一つは、都道府県の規模、医療圏、構想区域における病床の規模が余りに違うので、進捗を評価する観点からすると相対的な数字の方がよい。もう一つは、病床数の増減があるので、その辺りがある程度全体的に適切に進捗管理をするという意味でも、相対的な評価の方がよりなじむというのが現時点での我々の考え方である。

・病床機能報告制度のブラッシュアップは当然やっていくにしても、基本的に今の進捗の評価自体は、おおむねこのままやらせていただく方がよいのではないかという認識である。

(厚生労働省)

・医療費適正化計画の関係は現在、案を作成するとともに、関係者ともいろいろ議論しているところである。委員がおっしゃるとおり絶対レベルでの医療費の比較は難しいところがあるが、地域差を1つとっても、例えば入院医療費と外来医療費を見ると、入院医療費に比べると外来医療費は比較的一人当たりで見てもそれほど顕著な地域差がないところもある。加えて、実際に少し地域差を縮減していくにしても、医療費適正化計画の策定者は都道府県であるし、また、都道府県が保険者に対して物を言っていかなければいけない中で、やはりある程度行動につなげられるような指標をとっていかなければいけないというところもある。その辺りの兼ね合いも含めて今いろいろと検討しているので、次回以降、具体案をお持ちして御議論いただきたい。

・項目④の「見える化」する疾病についても、同じようにアクションにつなげていくという意味では、委員からも御指摘があったが、例えば糖尿病については今、実際に保険者レベルでも重症化予防のための様々な取り組みの具体化が進んでおり、数的にも医療費的にもそのようなところも含めて、ある程度少しウエートを置きながら選んでいく必要があるのではないかと考えている。

・項目⑦について、個人の意識の変化をどういう指標でとるかというのはなかなか難しいところがあるが、例えば具体的な行為で言うと、先般の医療保険制度改革で個人へのインセンティブということで、例えばヘルスケアポイントなど保険者レベルで様々な取り組みを行っているところもあるので、そういった取り組みに参加している人などのとり方もあるのかもしれない。いずれにしてもその辺りは今のデータヘルスの進捗状況も踏まえながら、どのよ

うなものがよいのか、ここでも御議論いただきたい。

(厚生労働省)

・先日、中医協で調剤報酬改定の答申も出ており、その中でかかりつけ薬剤師に関連する調剤報酬の新たな点数や残薬解消の取り組みについての評価などいろいろあるので、そういった全体の内容も踏まえ、次回 KPI についてお示しできるように用意したい。

(厚生労働省)

・生活保護に関して、今、とっている就労のデータと、新たに今年度の実勢についてとろうと思っているデータを整理して次回御提案させていただきたい。

(委員)

・項目⑤に挙げられた5つの指標は、「服薬情報の一元的管理ないし継続的管理」を直接的に測るものではない。その点で「かかりつけ薬局」の指標としては不十分である。例えば、薬局における「一元的管理」とは何をしているのか、同じ患者が何回来訪し、継続的な処方としてどんな薬剤が継続的に処方されているのか。サンプリングでも構わないので、現在の薬局に対する調査の枠の中で1つの指標としてとっていくことが本来の一元的・継続的管理の見える化ではないか。

・調剤技術料の問題などは、本質的な改善がされていないのではないか。例えば、2月10日に出た診療報酬改定を見ても、一包化加算や処方日数の長さに応じた薬局独自の加算というのは、微減の改定に留まっている。合理性が全く無い制度にも関わらずこの程度の改善しかできないのかと感じざるを得ないところである。中医協の出たばかりの答申の改正案に物を申すわけではないが、薬局に関する本質的なあり方について抜本的な議論をしていくべきである。

・項目④の54の疾病分類はDPCの分類とも、疾病分類とも異なる基準のように見える。この新しい基準で、エピソードとしてつなげる、たとえば、脳梗塞の入院、リハビリ、外来での管理を一貫して捉えられるかどうか疑問である。具体的な議論は別の会議に委ねるべきだが、例えばNDBを使うのであれば同じ被保険者の入院と外来と薬剤を全部ひもづけするような形で分析し、それらを適切に分類しなければ、本当の意味での疾患単位の医療費のかかり方がわからないのではないか。また、社保データは、将来的にマイナンバーを使っの居住地の特定ができるのではないかと思うので、現時点で時限的にやるべきことと、もう少し先の本質的なNDB分析のあり方というものを別建てで

議論されるとよい。

・項目①の相対的な進捗率での評価は、例えば最終目標値を甘くすれば進捗状態はよく見えるといった見せ方となり、多少のごまかしが入るのではないかと懸念される。そのようなものを排する指標として、絶対的な指標、例えば人口当たりの病床をとってはどうか。医療圏内外の移動の情報を勘案した受療人口に対してどれだけ病床があるのかという点で見ると、1つの指標として妥当ではないか。

・高度急性期・急性期・回復期・療養期の指標は新たな試みとして重要ではあるが、恣意的な線引きであるし、疾患単位でない。従来「地域保健医療計画」で掲げられてきた疾患単位、たとえば5疾病5事業などに関する立地問題、機能問題、医師の配置問題についても継続的に進捗を図っていくべきではないか

(厚生労働省)

・かかりつけ薬剤師の KPI として設定するに当たっては、服薬情報の一元的把握がどのようにされているかといったところが重要と思っている。そういう意味で、先日の中医協の答申のかかりつけ薬剤師、薬局に関する点数のところでは、そういった観点から点数が設定されていると理解している。今後、算定要件について詳細な詰め等も行われると思うので、そういった内容も踏まえつつ、KPI としてどういう形が適切か検討したい。

(厚生労働省)

・地域医療構想の病床の必要量とそれに向けた検討を、今後、地域医療計画を策定していく中に溶け込ませることとなるので、その中で御指摘の点を十分踏まえて対応していきたい。

(委員)

・今回の地域医療構想の病床推計は、全て傷病ごと、地域別、病床機能別の病床数の推計を行っている。人口当たりのベッド数も踏まえている。5疾病5事業に対応した形で、一応患者数の推計ができるようになっている。例えば脳梗塞、心筋梗塞、くも膜下出血のような1つの二次医療圏で自己完結するのはなかなか難しい場合の傷病別の移動が分析できるように今回のツールはつくり込んでいる。

社会保険のデータは NDB に全部入っている。今回はそれをある仮定に基づいて全部移動が分析できるようにしている。この後、レセプトに郵便番号が入れば社会保険も含めてもう少し精度の高い分析ができると思われる。

NDBでは、傷病別の医療費について全てつないで分析できるようにしている。

- ・項目⑤にある KPI 候補をやっても、これは一元管理を実現する指標にならない。お薬手帳を一本化することが一番大事。薬のデータは診療報酬で請求するレセプトのデータをそのまま入れていただければよい。お薬手帳の中に IC カードを入れていただいて、その IC カードの中にどの薬を処方したのかその都度記録する仕組みさえつくってしまえば一元化ができる。一元管理を実現するという指標もこの中に入れておいたほうがよい。

(委員)

- ・研究成果より、服薬者からのほうが重症疾患の発症が多い、重症化する割合が高いことが示されており、服薬情報の一元的、継続的管理は薬局の役割、重症疾患の発症防止の視点から重要視されるべき。今後、電子処方とか遠隔診療の組み合わせで効率化できる可能性がある。

- ・項目⑥について、介護の地域差の背景ということを見ると、まだ需要と供給がマッチしていないということもあるが、最終的にはその地域の要介護状況、その状況に至るまでの住民の方の自然史の把握が重要である。それにより、要介護になるまでの予防、特に介護度が低い時期での働きかけが可能になる。そういう意味では、特に市町村国保の健康維持率など、40 歳から 74 歳までの集団としての健康状況の推移を見ていくと、この地域が今後要介護になりやすいかどうかについてももう少し手前で把握、介入できるのではないか。

- ・健康づくりを進めるためのインセンティブでは、住民あるいは勤労者の日常生活や仕事の動線にインセンティブがないと、健康オタクの人だけが参加するインセンティブになってしまう。そういう意味では、地域の商店街、流通、JA、商工会議所、職場などが参画する仕組みが必要。例えば、静岡県や東京の東久留米市では健康づくりの目的だけでなく、地域の産業、商店街の活性化する視点で健康インセンティブを導入し、住民を動かそうとしている。こういう視点で仕組みをつくると、地域のステークホルダーが動きやすい。

- ・項目⑧の 3 つ目、データヘルスの進捗管理は、なるべく定常的な業務の中で保険者から吸い上げられる仕組みがよい。例えば健保組合であれば厚生局への報告様式に入れる。また 4 月から東京大学で運用させていただく保険者のデータヘルスの PDCA を支援するポータルサイトでは、毎年事業の評価・見直しをすることになるので、評価のときにこの指標を必ず入力をする。こういうような動線づくりが必要ではないか。医療保険者が KPI を実現することで予防が進む、そして保険者の存在意義が明確になるという形にしたい。

- ・2 つ目のデータヘルスに対応する健診機関（民間事業者も含む）の定義が非

常に重要。健康づくりの起点を健診にするならば、健診後のフォローではなく、健診とフォローは一体化していく。健診を起点にしてどのようにデータヘルスを進められるかということを実体的に定義されるのがよい。

- ・項目⑨の「見える化」は各企業や保険者に配慮があってもよい。

- ・国保であれば、健診の実施率が低い自治体は意識の高い人ばかりが受診し、結果として健診維持率はよいかもしれない。また同じ健診受診率であっても、皆が毎年受けている集団と、4～5年に1回受けている集団では、前者のほうが健康維持率は高い。こういったことも踏まえた「見える化」で、市町村国保あるいは企業健保が自分にふさわしい一手がわかる。一部ではなく、100%の保険者がモニタリングをすることで、それぞれの保険者の状況が客観化され、一手が見えるということを知りたい。

(厚生労働省)

- ・お薬手帳を活用した服薬情報の一元的把握に関しては、各薬局において、薬に関する薬剤情報提供書の中の二次元バーコードを活用して電子版お薬手帳ということで、それをスマホとかに格納できるような形の整備が進んでいる。また、フォーマットの統一化を進めているのと、この4月から日本薬剤師会で、異なるアプリケーション間でもリンクづけサーバーを通してお互いの情報を見られるようにするという形で環境の整備を進めている。

日本医師会、歯科医師会等との連携の中で、医療連携に必要な持病等の情報を共有するかかりつけ連携手帳の取り組みが進んでおり、その電子化の中で電子版お薬手帳の情報もそのまま入る形で、例えば、地域医療情報連携ネットワークの中で共有ができるようにするという考え方もある。また、将来的にはマイナンバーのインフラを活用した医療等番号の環境が整備されれば、そういったことも活用しながら、医療機関、薬局を含めて、そういった薬の情報も共有するようなことを進めていくということはあるのではないかと考えている。

(厚生労働省)

- ・委員御指摘のとおり、介護の地域差を検討するに当たり、要介護状態になるまでの浅い時期での介入を十分配慮する必要があると思う。その際には、介護保険の分野での介護予防の事業もあれば、御指摘のような医療保険の分野でのさまざまな健康予防の事業などを十分考慮に置いて、その地域の分析をしていくということが重要であり、今後の検討に生かしていきたい。

(委員)

・お薬手帳の電子化の件であるが、総合的な仕組みをたくさんつくる方向に話が行ってしまっていて実際の共有のほうにつながらない可能性があるので、優先度をつけていろいろ考えると服薬情報がとにかくわかることが一番重要であるので、そこをテキストで共有するという仕組みをまずやっていただくというのが一番よいのではないか

・傷病情報がないと介護の分析はできない。要するに傷病によって要介護状態の進行状況は全然違う。そういうものも踏まえて分析していかないと介護予防事業の評価もできないし、生活支援事業の評価もできない。ところが、今、介護保険のデータは、せっかく主治医意見書があるのに、これがデータベース化されていないためにその人がどういう病気で要介護状態になったかということがわからない。この問題を解決しないと項目⑥の実質的ないろいろな議論ができないと思うので、傷病情報をどこかでつけるということを議論していただきたい

(財務省)

・項目①の進捗率を病床の構成で見ると、病床数で見るとかという問題であるが、今回の地域医療構想は個別の積み上げで計算し、2025年の必要病床数は、152万床から115から119万床へ減少するというのが目指すべき姿として描かれている。厚生労働省から御説明があったように、それぞれの県によってばらつきがあるという事情はあるが、県毎の人口構成や疾病毎の医療資源投入量を踏まえて機能別病床数を算定するという事になっているので、病床の構成比だけではなく、全体の病床数も非常に重要なファクターであると考えます。委員からも御指摘があったが、病床数もあわせて見ることをお考えいただきたい。

・項目⑤の調剤報酬に関して、資料にあるように中医協における診療報酬改定の議論が終わってからそれを踏まえてということになるが、かかりつけ薬局のあり方そのものを今後も議論していく必要がある。ここは私どもとしては、調剤報酬の点数の算定状況だけではなく、さらにそこからもう少しいろいろな要因に分解して、そもそもかかりつけ薬局とは何なのかというような議論も深めていかなければいけない。かかりつけ薬局といったときに診療報酬上の加算を算定している薬局数だけを見ると、表層の部分しか見られなくなる。薬品の備蓄数、24時間対応をしている体制の数、処方箋受付枚数の集中度、在宅患者訪問薬剤管理指導などの1年間における実施数などそもそも加算の要件になっているそういった要因まで分解して見ていただかないといけないし、その中には診療報酬の点数等とは関係のない要素もあると思うので、KPIを細分化するような議論が必要ではないか。

・28年度予算を策定するに当たって、大臣折衝において、診療報酬全体の改定率の外枠での大型門前薬局に対する評価の適正化に加えて、厚労大臣と財務大臣の間で28年度の調剤報酬改定において患者本位の医薬分業の実現のため、改革工程表に沿って抜本的構造的な見直しを行うとともに、当該見直し内容の「見える化」や効果の検証等を行うということを合意して発表している。こういったことについても「見える化」の作業として、今回のワーキング・グループの作業の中に取り込んでいただきたい。

(委員)

・現在の病床計画は、現在の入院日数を根拠にしているが、近年の入院日数減少の傾向や、2025年に必要な医療水準を考えれば、さらに入院日数は短縮できるし、それによって病床も縮減できる可能性がある。今、現状で出している2025年の数字はあくまで仮のものであって、今後、例えば2020年の実績値に基づいて修正が加えられるべきと思うが必要病床数を見直す計画があるのか

(厚生労働省)

・数値自体は、地域医療構想を医療計画の一部として、実際には政策的に実施していくものなので、医療計画を見直す過程があって、その先にこういった推計値をさらに見直していくのか、あるいは推計をしていくのか、という話があると考えている。手法自体も今回初めての試みであるので、さまざま見直すべきだという御指摘もいただいているが、まず今は、必死になって取り組んでいるところ。今後の議論そのものであるので、現時点でこういうようにするとか、いつ推計をし直すとかといったことが定まっているわけではないが、御指摘の点はその通りと考えており、今後の検討の中でそういったことについても考えてまいりたい。

### (3) 「医療＋介護」の「見える化」について

厚生労働省から説明。以下、主な意見。

(委員)

・もともとは市町村から提出されたデータだと思うので、市町村単位で出せるよい。サービスの提供施設間の比較も可能な限り行ったほうがよい。

(委員)

・介護保険に親和性のある傷病とのクロス分析をやるともう少し関連が出て

くる可能性がある

・医療費は多大な資源投入を要する少数の重症患者に引っ張られる。したがって、患者数のボリュームゾーンである年間医療費が数万円程度である高血圧とか糖尿病といった入院外の医療費や、生活習慣病の予備群の特定健診の有所見率などと親和性があるのではないか。

・今時点の状況は長年の蓄積の結果を見ているが、今回のデータヘルスのトピックである構造変化をフローで見ていくことも大事。その集団が1年間でどれだけ悪化するか。いわゆる健康維持率とか重症化の発生率をきちんととっておくことで、介護予防や病気の予防の実行性が高まるのではないか。

(委員)

・介護であれば、軽度と重度で今回の分析結果がどのように違ってくるのか。また、医療費であれば、外来と入院でどうなっているのかというブレークダウンをしていって医療と介護を組み合わせたときにどういうことが言えるのか関心を持った。医療でいう入院と介護でいう施設介護のバランスがどうなっているかということは、いわゆる社会的入院の問題にも示唆を与えるのではないか。

・散布図を見ると医療と介護で合わせて高いところと低いところで差が大きい。高いところでは医療で高い場合と介護で高い場合があって、それぞれどういう要因になっていて、反対に両方合わせて低いところでは、どうしてこのように低くできているのかについてよく調べる必要がある。ブレークダウンするなどしてさらに「見える化」を工夫することが重要。

(委員)

・入院と入所、在宅、外来と居宅サービス、居宅通所と分離してやっていただけるとよい。男女で分けると非常におもしろいのではないか。医療費では人口当たりのベッド数との関係や人口当たりの施設入所系の割合、利用率といった三次元でやっていくともっときれいに出てくるのではないか。そういう「見える化」をしていただけたらよい。また、傷病との関係は重要になってくるので、傷病別の医療費がNDBで出せるので、それでまた分析してみるとおもしろい。

・医療費は上位の10%ぐらいがかなりのものに使ってしまうので、その影響に引っ張られてしまう部分もある。そういう意味では、中央値で見ていただくことも大事。もし可能であれば、上10%ぐらい除いたみたいなものやっていただきたい。

(厚生労働省)

・従来から言われているように、費用がというよりも、どちらかというサービス投入量の反映しかないということだと思っている。そういう意味で、医療費は従来からの施設との相関と言われており、それをどういように見るか。逆に言うと、その影響をもし排除できるなら、その上で地域差がどうかということかもしれない。もちろん同じように介護のほうも施設、在宅があり、医療も入院、外来があるが、介護のサービスについては需要に供給がまだ追いついていない地域があつて、そういう意味では低いところがいいかどうかについての評価もある。ここは質的評価もかませないといけないのかもしれない。なかなかこれから一定の結論を導くことは非常に厳しいかと思うが、分析をする、「見える化」をしていくということであれば、そういったところも配慮しなければいけない。

この差は介護の方は、サービスがばらついていると言われているが、ご覧のようにばらつきがないので、そういう意味では制度の違いもあるし、ナチュラルヒストリーの違いかもしれない。まだまだ、さらに見ていく、もしくは分類をしていくといった余地はあるものということで、まだ途中のものということで御理解いただきたい。