

第8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3月23日（水） 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 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

高鳥修一 内閣府副大臣

（概要）

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

厚生労働省から説明。以下、主な意見。

（委員）

- ・地域医療構想に基づく機能の分化・連携の進捗は、地域によって様々で、一概にどのようなパターンになるか答えることは難しいということであり、「十分な進捗」というKPIで、まさに地域差を見ていくことと理解した。
- ・2ページの⑤で重要なことは、「患者のための薬局ビジョン」のコンセプトを明確にし、本当に実効性のある薬局の政策を展開していただくことである。この点について申し上げますと、相互作用防止や重複投薬の防止、在宅医療への取組みといった一元的・継続的な服薬管理が患者にとってプラスになるという薬局のビジョンの話と、かかりつけ薬剤師指導料やかかりつけ薬剤師包括管理料の算定、あるいはかかりつけ薬局としての基準を満たす薬局という費用の話がある。ビジョンの話と費用の話が大きく2つあるが、その2つがどれぐらい整合しているかが、今後、よりわかるようになっていくとよい。つまり、経済・財政一体改革の観点から言えば、薬局のビジョンを、いかに合理的に低いコストで実現するかが課題であるので、「かかりつけ薬局」という話と、診療報酬体系、すなわち費用構造、価格体系との関係をより明確化する形で進めていただきたい。
- ・医療費適正化計画であるが、骨太方針2015で標準的な算定方式の提示を27年度中としているが、告示が若干遅れるというか、3月と夏頃の2段階で示すという御説明であったと理解した。前倒しで適正化計画をつくっていただ

く都道府県の数がおおむね半数ということも KPI にしているのでも、適正化基本方針の改正をできるだけ急いでいただきたい。

また、若干時間ができた分、よりよいものにしていただきたいという観点で申し上げますと、外来医療費で申し上げれば、現状延長線上の医療費から差し引く適正化効果額、入院医療費で言えば地域医療構想との整合性といった点において、診療行為別や疾病別などに不合理な地域差を積み上げた形で仕上がるように持って行っていただきたい。都道府県が今後、データ分析に基づいて地域差是正の計画を策定しやすくなるよう、いわゆる3要素や薬剤費に関する指標といった取り組みメニューをできるだけ多く取りそろえていただきたい。

・生活保護は、ご説明いただいたとおりで理解した。就労できる方と、就労が難しい方がいらっしゃって、現状の暫定的な KPI でよいか、判断できていない。被保護者全体の状況を確認することが重要で、就労支援事業に参加していない方々を含めて新たに把握していただけるとのことで大変有難い。今後、KPI の見直しの中で、就労・増収率、さらには脱却率などの実効的な KPI が設定できるようデータを整備していただきたい。

・生活困窮者自立支援に関する KPI の再検討のための対応もご説明いただいた内容を理解した。プラン作成ではなくて、ほかの機関につなぐケースがどれぐらいあるか、支援対象者のステップアップをシステムティックに標準的な様式で捉えるといった実態把握の取り組みは、経済・財政一体改革上も有用であるし、そもそもの制度自体のより効果的な運用という面でも、非常によい取り組みであると思うので、ぜひやっていただきたい。1点だけ申し上げますと、ステップアップで就業できるようになった人を分母にすれば、就労・増収率の数字は高く見せることができってしまう。ただ、分母を絞り込むというのは、制度の推進の結果という1つの事実に対して、どういう定義で見るとによって数値が違ってくるに過ぎないという言い方もできなくはない。したがって、支援対象者全体について把握していくことも引き続き重要ではないか。この点はまさに制度推進のプロセスであるステップアップの状況とアウトカムをどう評価するかという問題であるので、引き続き、今後データを取りそろえていただく中で、そのデータを見ながら議論を深めさせていただきたい。この制度が目指すべきゴールは就労や増収である。生活保護が最後のセーフティネットだとすると、その前の段階のセーフティネットであることを踏まえ就労・増収率を重視した工夫をお願いしたい。

(委員)

・地域医療構想の肝が療養病床、慢性期の病床の減少数を見ていくことで、慢

性期の病床のあり方に関する算定式は、現状では減少するという「目的」を「仮定」としたアドホックな設定になっており、それについても今後、詳細な検討が必要ではないか。

・「患者のための薬局ビジョン」に関し、前回申し上げたのは、結局、服薬情報の一元管理ができていのかどうかを把握できるかどうかということであったので、その点について御検討いただいていることは大変有難い。ただ、対応方針の(ii)にある、かかりつけ薬剤指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定件数について、これは今回の報酬改定で新設された項目であり、かなり厳しい要件となっている。具体的には、薬剤師が患者の同意をとり、薬剤師の勤務表まで手渡し、勤務時間以外はここに連絡してくださいという電話番号を渡すといった、例えば在宅医療の主治医以上に、薬剤師に強いコミットメントを求めるような算定になっている上、薬剤師にとってそれに見合う報酬の算定であるかどうか疑問だ。このような業務を薬剤師に求めることが本当にかかりつけ薬局なのか、あるいはかかりつけ薬剤師の役割なのかということについても、今後、患者のための薬局を考えるとときに検討が必要ではないか。

・7ページ目の主要傷病に係る受療率、一人当たり日数、一日当たり点数等の地域差に関し、今まで患者調査でとっていたような性、年齢、階級別の受療率を都道府県別に「見える」調査ということで、都道府県ごとの差が見えることは非常に素晴らしい。しかし、外来医療費だけに限り、入院は全く接合できないというものと少し不十分ではないか。もう一つ、外来医療費に関しては、レセプトの1割ぐらゐは病名が書いておらず、未コード化傷病名がまだ残っている。疾病分類に関しても、主傷病名、つまり第1病名のみで分類してしまうとすれば問題が多い。分析に関しては専門家の方が工夫をされていると思うが、現状のレセプトをもって、外来医療費を単純に区分して見ただけであると、まだまだ「見える化」としては難しい印象である。

(委員)

・この1年、2年ぐらいで、保険者の意識が高まっている。東京大学で主催した先日のシンポジウムでは、厚労省、内閣府、財務省にご登壇いただいて、この「経済・財政再生アクション・プログラム」の御報告と意見交換をしたときに300ぐらいの保険者が出席されたが、何でこのKPI・「見える化」をするのかということに関心が集まった。例えば、健康維持率と重症化疾患の発症率は、いわゆる有病率などと違ってフローで集団の健康状況を捉え、効果的な介入を行うという意味で非常に意義がある。また重症疾患の発症率はクリティカルではあるが、各保険者単位で見ると感度は高くなく、健康維持率は

感度が高く、モニタリングに有用なことがわかってきた。

この健康維持率を今 30 健保ぐらいで見ている。そうすると、明らかに集団全体として健康状況が速いスピードで悪化する健保、逆に速いと言っても若い年齢からどんどん落ちていく集団というように構造が違っているということがわかる。また、最近ある業界では円安等の影響で景気がよくなったために、働き方の変化、例えば、残業の増加で、今まで健康維持率がトップ集団であったのに業界全体で健康維持率が悪くなるということが3年のフローでわかってきた。経営サイドでこのような健保組合の「見える化」を見て、一歩健康経営に踏み出していただくことが可能である。例えば、残業する前には全員血圧計に腕を通していただくといったことが可能になってくるので、こちらの指摘事項にまとめていただいたように、次の一手が見える、そういうような「見える化」になり得るのではないか。そういう意味では、集団のフローを簡単に捉えられることが重要である。

最終的には、高齢化社会でも社会の生産性維持、国民の健康寿命を延伸することが本質として大切である。公衆衛生の分野ではよくポピュレーションアプローチの山を左になるべくずらすということを考えている。これが健康寿命の延伸にもつながるのであるが、健康寿命を延伸する構造が健康維持率等をとることで分かってくる。つまり、集団として1年加齢したときにどうしても右に少し山が移動してしまうが、3千超の保険者で捉えた時にこの移動距離が短いところがどんな構造であるかを見ていくことで、逆に健康寿命が長くなる構造がわかってくる。

(委員)

・NDBで既に算出している指標にSCRというものがある。これは性・年齢を全て調整し、主だった評価項目270の指標について、二次医療圏単位で全て数値化をしている。例えばICUの利用みたいなもので見てみると、全国都道府県レベルで大体3倍ぐらいの差があったり、二次医療圏単位では実は20倍ぐらいの差がある。在宅医療などに関しても、例えば居宅への在宅医療のSCRという標準化された比が高いところは、きちんと訪問看護が出ている、薬剤師の在宅の訪問がある、あるいは療養病床が少ないなどといった指標がつけられる。何が言いたいのかというと、そういうそのような指標もつくってあり、既にNDBで毎年毎年つくれるようなプログラム化もできているので、ぜひこのKPIの中でも活用していただきたい。

・外来医療費の分析では、主傷病だけではなくて、例えば、糖尿病が、主傷病にある、主傷病以外でもあるといった時に、糖尿病であるものは全て医療費を算定するというやり方でやっている。傷病別の医療費というよりも、むしろ

る傷病を持っている人の医療費全体を見るということである。これをどういうように使うかという、差分を見ればよいと考えている。要するに、ある年に糖尿病を持っている人の医療費がこれだけであった。何らかの糖尿病対策をやった。次の年に糖尿病を持っている人の医療費を計算して、その差分をとり、その差をもって効果を評価する。

- ・未コード化病名が、やはり1割ぐらいあって、これはどこかで消さないといけない。例えばDPCでは、病名が不詳であるようなコーディングをした場合には、その割合が多いところは減算をするようなことが一応ペナルティーとして課せられているが、保険診療では、正しい医療行為に基づいて請求していることが前提であるはずであるので、その情報をきちんと出していただくことに対する何らかのインセンティブをつけていかないとこの問題は解決しないのではないか。

- ・介護は、資料4の13ページの要素分解の図に対応する形でいろいろな指標を整理していただけるとよい。

- ・外来医療費を分析しようとする、どうしても生活保護のデータがないとゆがんでしまう。特に精神保健などにおいては生活保護を受給する精神の患者が、結構、多かったりするので、医療に関しては、ぜひどこかの段階で生保のデータを入れていただきたい。

- ・若年期から生保受給者になってしまう人と途中で生保受給者になってしまう人と高齢期になって生保受給者になってしまう人では、原因もライフコースも全く違うので、そういうところの違いに合わせて対策をやらないといけない。その辺りがわかるような形での指標化をやっていただけたらよい。

(厚生労働省)

- ・患者のための薬局ビジョンについて、委員からいわゆるバリュー・フォー・マネーという考えが重要ではないかご指摘いただいた。まさに医薬分業は、患者にとっての実感、バリューやベネフィットなどのアウトプットをどのようにやっていくかが今回の主題であるが、フォー・マネー、いわゆるコストに関してどうかということも非常に重要な御指摘だと考えているので、来年度から実施する推進のための事業の中で薬局の実態等を踏まえて検討していきたい。

- ・服薬情報の一元的、継続的な把握の指標として、医療保険のデータを使うのは厳し過ぎるのではないかと指摘いただいた。これについては、適切なものがあれば適切なものを検討していきたいと思うが、その評価ということでデータを使いつつ、一元的指導の実態も把握しつつ、適切に実施できるように考えていきたい。

(厚生労働省)

・医療費適正化基本方針は、全体のスケジュールの中で、27年度末というのを守りながらも、全体の実務に響かないように先ほど申し上げた2段階をイメージしている。委員のご指摘を踏まえて、きちんとよいものをつくるために時間をかけるという形にさせていただきたい。技術的なご提案についてはいろいろと参考にさせていただきたい。

・先ほど御紹介した日本健康会議のように、従来、ともすれば健康あるいは健保組合関係者だけの取り組みであったが、コラボヘルスであったり、企業本体につながり始めたというのがここ数年の大きな流れだと考えている。この流れをきちんと踏まえて、あえて言えば、この流れに乗りながら、技術的にプロ集団として必要なものをきちっと分析し、余り現場に負荷がかかると、やれるところがやる、あるいはやりたいところだけがやるという形になるので、そういうことにも考慮しながら進めさせていただきたい。

(厚生労働省)

・前回の医療保険の改正で晴れて生活保護の公費負担の分のデータもNDBに収載が可能になった。今、活用の準備をしている段階だと聞いているので、間もなく医療全体の中で生活保護の分析も含めてできるようになると考えている。また、生活保護独自に単月のレセプトだけは持っているので、そういったものもあわせて医療費扶助の分析に活用していきたい。

(委員)

・過去の生活保護のデータもNDBに収載いただくことはできるのか。過去のデータをデータベース化してNDBのほうにひもづけることができるかどうかということだけあるので、御検討をお願いしたい。

(2) 改革工程表の進捗に関する関係省庁ヒアリング

厚生労働省から説明。以下、主な意見。

(委員)

・費用対効果分析は重要ではあるけれども、非常に時間と調査費用がかかるものなので、日本だけのエビデンスでやることは効率が悪い。例えば、既にHTA(Health Technical Assessment)をやっているドイツやフランスの結果を導入しながら、比較してなるべく検証コストがかからない方法も目指していただきたい。

・21ページの調剤料の見直しに関してはいろいろ申し上げてきた部分である

が、やはり微量な改定にとどまった印象がある。進展を評価しないということではないが、今後も、もう少し抜本的な対策を考えていただきたい。

・34 ページの湿布薬の給付制限は、薬剤の一元管理ともかかわる話であり、例えば、一処方につき70枚までにしたとしても、3つ処方箋をもらって月210枚もらうことは可能だ。そういう意味では1カ月当たりの制限や、一元管理とセットにした基準を設けることが「適正給付」と呼べるのではないか。一元管理できることを前提とした基準が設定されるとよりよいのではないか。一元管理の話は、70ページのお薬手帳の電子化やバーコード表示などともかかわってくる。例えば、現状患者が受け取る薬剤の説明書にはコードは入っていないが医薬品のコードと処方履歴とセットにして整理できるとよい。また、流通面でも医薬品の流通の取引単価情報がバーコード表示のベースに載るとよい。現状のバーコード表示は数量と有効期限と製品番号だけであるが、ここに卸と医療機関の取引単価も載せるということにすれば医薬品の流通価格の「見える化」にもつながるし、いつどこでどのような形で患者に提供されているのかということの把握にもつながる。こういったことはそれぞれ別々のKPI項目となっはいるが、一体として進めていただきたい。

(委員)

・データヘルスでの分析から、重症疾患の発症者の大勢が服薬中の方であり、その背景としては、服薬のタイミングが遅いということもあるけれども、服薬のコントロールが非常に影響している。特に肥満の方のほうが重症疾患の発症率は高いのであるが、ただ、非肥満の方、高齢者にあっては服薬のコントロールによって発症の状況が大きく異なってくる。したがって、かかりつけ薬局をどうするかということはずごく大事だと考えており、さらに最終的に狙うところとは服薬管理をきちんとしていく、アウトカムとしては、きちんと薬を飲んだ結果として値がコントロールされて重症疾患の発症を防ぐところにかかりつけ薬剤師が寄与していることを、スモールフィールドでもよいので検証していくとよい。そのためには、電子版お薬手帳等による効率的、継続的なモニタリングによってアウトカムが示されることが非常に重要である。保険者単位での服薬管理率をKPIで挙げていただいて非常によいが、現場の運営は、かかりつけ薬剤師、かかりつけ医であると思うので、そこを見ていただけるとありがたい。

・55 ページの保険者共通の指標は何を目指すかを示唆しておりすばらしい。こちらの指標には予防・健康寿命を延ばすストラクチャー、プロセス、アウトプットが項目に挙がっており、アウトカムにつながりやすい。データヘルスが始まって「見える化」して経年で把握していくと医療費、健康寿命との関連

がわかると思うので、次回の改定の時には項目の進化、要・不要が出てくるかもしれない。保険者にとって、このストラクチャー、プロセスを目指せばアウトカムにつながるのだという有用な指標になると期待している。

(委員)

・28年度の診療報酬改定や予算について御説明いただいたが、大臣折衝事項について確認させていただきたい。1つは、骨太方針2015に掲げられた改革検討項目について、工程表に沿って着実に実行する、とされたということを改めて確認させていただきたい。

もう1つは、特に調剤報酬に関して、患者本位の医薬分業の実現のために、工程表に沿って、抜本的・構造的に見直しをさらに行って、見直し内容の「見える化」や効果の検証などを実施することも大臣折衝事項として合意されていると承知している。従って、かかりつけ機能を発揮できていない現状の構造を見直すことを今後さらにやっていかなければいけない。具体的には、いわゆる大型駅前薬局に対する評価のあり方などが論点だと思うが、今後さらなる改正で適正化を行っていく方向性だという御説明を先ほど厚労省からいただいたので課題の認識は共通していると思う。この点は、28年度予算編成を通じて政府内の合意がみられたという意味で、改革が一定の進捗をしているところだということを確認させていただきたい。

・薬局にはかかりつけ薬局だけでなく、健康サポート薬局というコンセプトも示されている。最近健康保持用摂取品の消費が大きく増加していることや、今回税制改正で一定のスイッチOTC薬を買うと所得控除を受けられるという改正が行われることなどを考えると、セルフメディケーションが重要な論点である。インセンティブ設計とデータヘルスに加え、今春の取りまとめに向けては、セルフメディケーションについて少し深掘りしていくことが薬局の話に絡んで重要ということを提案させていただきたい。

(委員)

・重複処方の分析によると、実は外用薬は、重複処方が多いものの3番目になる。複数医療機関から外用薬、湿布薬をかなりもらっている方がいらっしゃるの、これはいわゆる薬局における処方管理に結びつけていただく必要がある。

それに関連して、今回、バーコードで、調剤包装単位で、管理をするということであれば、例えば、これをシール化してお薬手帳に張っていただくようなことをやっていただくと、服薬管理がかなり楽になるのでぜひということも考えていただきたい。そのときにバーコードに入れる、いわゆる情報を

何にするか。薬効9桁で行くのか、あるいは JAN コードのようものを入れていくのか、そこは色々なことを少し考えていただきたい。また、できれば医薬品でこれをやるのであれば、医療材料でもぜひお願いしたい。

・重症化予防はディジーズマネジメント、疾病管理ということで、アメリカだけではなくてドイツとかフランスでも既にやっている。ドイツ、フランスは、これを医療保険の中でやっている。フランスの場合には、保険者と医師の契約の中でディジーズマネジメントをやる形になっている。ドイツの場合には、保険者と個人が契約をしてオプション的な給付としてやることになっている。何が言いたいのかというと、要するに、保険診療の中で、ディジーズマネジメントをやるということが明確に位置づけられているが、日本の場合、現時点では、重症化予防はいわゆる保険者事業になっているが、例えば、糖尿病の重症化予防の対象になっている人たちは既に医療を受けている人たちである。その人たちに、いわゆる糖尿病療養管理の資格を持った看護師が指導すると、これは保険診療での点数づけになる。しかし、それ以外に保険者がそれを事業としてやった場合には、自己負担が発生しない。そうすると、同じ状態の方に対して保険者事業でやるのか、保険給付でやるのかというところで自己負担が変わってくるので、ここの整理をしていただいたほうがよい。重症化予防は非常に重要な事業であるので、これを伸ばしていただく形で、保険者事業でやる場合、あるいは診療報酬の中でやっていく場合の整理をしていただきたい。

(厚生労働省)

・費用対効果に関して、どのような薬や医療機器を選ぶかという考え方について、既に中医協で御了解いただいているので、4月になったら早急を選びたい。時間がかかるというのはそのとおりで、1つ分析するのに大変な場合は1年ぐらいかかってしまう。外国のデータも活用しながら、加えて、外国でどうという評価になっているのかというのはこちらで勉強しつつ、日本人のQOL データが必要なのではないかとといった議論もあるので、しっかりこの試行導入の中で取り組んでまいりたい。

・調剤報酬については、今回、大型門前を見直すことや、患者本位の医薬分業を進めていくことなど、対物業から対人業務に進めるという方向性を出して改定させていただいたが、基本的に1回で90度、180度向きを変えるのは難しく、累次の改定でかじを切っていくという考え方であるので、次の改定でもまた同じような方向性でやっていくことになるのではないかと今の時点では考えている。

・委員からも御指摘いただいたが、薬についてまさにしっかり管理していくこ

とが重要ということで、湿布薬、例えば一処方当たりで制限を設けたけれども、残薬や服薬管理は当然かかるごとに医者や薬剤師にまずしっかり相談に乗っていただくのが大事であるし、今回、電子版のお薬手帳についても同じように診療報酬で評価を行うような形にさせていただいた。ほかの分野とも連携しながら進めていくことはまさにそのとおりであると考えているので、こちらのほうでもしっかり取り組んでいきたい。

・重症化予防の関係についても、まさに御指摘のとおりで、診療報酬の中でも、特に糖尿病で重症化予防ということで透析に至らないように、あるいは透析の患者がさらに下肢の切断をしないようにといった重症化予防を今回もさらに評価したが、医者がやると同時に、医者が診たときに保険者にも通報してくださいというようなこともあって、保険者の方は多分、医者というよりも保健師などが取り組まれて日常の保健指導などを中心にやられていく形になると思うが、御指摘などをしっかり整理しながらやっていくのは大事だと思っているので、保険診療と保険者の取り組みもしっかり連携してうまくやっていければよいと考えている。

(厚生労働省)

・委員から大臣折衝合意事項についてのお話をいただいた。きょう御報告をした以外にも、医療保険周りにおいても幾つか給付、負担にかかわる問題がある。別途、私ども関係審議会での議論を初めとして、全体の工程表に基づく進捗を進めたいと思うので、折々に御報告をさせていただきたい。

・委員から保険者のインセンティブの関係での御報告をいただいた。今後、この流れを全体としてどういう進捗をしていくか、どういうスケジュールで進めていくかということと、マクロを進めると同時に個々の保険者ごとへの取り組みにどうつなげていくかということもこれからの課題であると考えている。

(厚生労働省)

・電子版お薬手帳は、QRコードをぴたっとやるとそのまま情報が入るような形になっており、そのような仕組みで進めてまいりたい。また、商品コードがあれば、基本的に薬効などは外づけでひもづけできるので、そういう仕組みをどのように考えていくかということだと考えている。いずれにしても、処方箋の電子化も来年度から始まるので、この電子化等の動きも含めて、プライバシーの関係もあるが、どのようにこのような情報を活用できるかを考えていきたい。

・委員から調剤のタイミング、服薬のタイミング等について、モデル事業の中

で適切な事例を拾っていけないかというお話があった。残薬管理等においては、例えば、残薬バッグ等、地域に優良な事例を紹介し普及してきた事例があるので、こういうモデル事業の中でいろいろな事例を拾って普及させていきたい。

(委員)

・27 ページの後発医薬品の使用促進で、被保険者の方に対する通知はもちろん大事であるが、調剤薬局への通知が重要ではないか。要するに保険者単位、保険者ごとに、調剤薬局ごとに施設におけるジェネリックの代替率みたいなものを整理したものを四半期に1回、あるいは前期、後期に1回でもよいので、実際に患者との話し合いの中でジェネリックに変えていくというのはやはり薬剤師の仕事になっていくので、薬剤師がそういうインセンティブを持たないといけない。ぜひ調剤薬局へのジェネリックの薬効別の使用割合のようなものをまとめたデータが返るような仕組みを考えていただきたい。

(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)

・「その他」の要因に関する今後の分析においては受診動向の変化という要素に1つ着目があるという御説明であったが、患者の行動に影響を与える可能性がある制度改正については、工程表に基づいて2016年末までに結論を得るというものが結構多い。端的に申し上げると、制度改正に関する議論は患者負担を増やすと保険給付がその分減って、PBが幾ら改善するといったステイタックな議論が行われがちである。そうではなく、過去の制度改正、例えば2割負担を3割負担にした時には「その他」の伸びが非常に小さくなっていることから、制度改正と「その他」要因の関係に分析のスコップを広げていただくことができないか御検討をお願いしたい。つまり、制度改正をすることによって、価格意識が高まれば不要不急の需要が減るかもしれない。あるいはもし過剰な供給があればそれも減るかもしれない。こちらを幾ら増やせばこちらが幾ら減るといったステイタックなゼロサムの話ではなく、制度改正が医療費の伸びにどういうダイナミズムを与えているのかということについて、示唆が得られる分析になると非常によい。

・大阪と山梨の介護の話は大変興味深く拝見した。ここは恐らく介護に対する地域の考え方の違いや、どういう家族構成の下でどういうやり方で介護を地域社会としてマネージしているのかという違いが出ているものと思われる。

そういう地域特性の「見える化」を、システムとして構築する必要がある。国民的な取り組みとしての経済・財政一体改革は、専門家でなくても一般の人が見てわかるということが重要だということで議論してきたが、介護の世界に様々な形で携わっておられる専門家もよくわかっていないのではないかな。専門家でなくてもわかるようになっていくことがこの改革の一つのコンセプトであるが、実は専門家も他との違いをわかっていないのかもしれないという意味で、専門家がわかるようにしていく必要がある。

(委員)

・できれば、資料3の例えば12ページのいわゆる要素分解のグラフを介護の入所、地域密着、在宅の地域差と合わせてグラフ化していただけると全体像がよく見えてくるので、ぜひその資料をつくっていただきたい。療養病床の分析のときに、青森県はすごく療養病床の入院受療率は低いが、いわゆる施設入所などを加えるとすごく高いところになってしまうので、慢性期の議論をするためにも、医療と介護はつなげて要素分解していただいたほうがよい。

(委員)

・健康寿命は介護と医療・入院と関連が深く、先般から議論のある保険者によるデータヘルスでの「見える化」は、保険者単位で介護、医療、そして特定健診データが出てくると非常にわかりやすいのではないかな。

(委員)

・介護の分析について、今、施設、居宅、在宅の3つに使っている場所で分類されているが、使っているサービスの中身、診療報酬の算定項目別に、例えばどういうサービスにどれだけ使っているのかといったこともあわせて御提示していただけるとより参考になる。

(厚生労働省)

・委員から、制度改正の影響に関するお話をいただいたが、実は平成15年以降は余り大きな負担率の見直しをやっていないので、ここには出てこない。そこは御容赦をいただきたい。医療・介護で合わせてというお話、健康寿命の話は検討させていただきたい。

(厚生労働省)

・医療と介護を合わせると全体の規模が医療費の方が介護費よりもかなり大きいので、単純に足すと、ほとんど、地域差の影響の大半は医療費の傾向と合

ってしまう問題があるので工夫をさせていただきたい。

・委員からサービス別というお話をいただいたが、介護保険もサービスの種類がものすごくたくさんあり、居宅サービスだけでも何十とある中で、どこまでやれば見えやすくなるのか、見えにくくなるのかも含め宿題とさせていただきたい。