

第9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31日（木） 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 伊藤元重 東京大学大学院経済学研究科教授
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

高鳥修一 内閣府副大臣

森山美知子 広島大学大学院医歯薬保健学研究院教授
-

(概要)

(1) 有識者ヒアリング

森山教授、古井委員、松田委員からヒアリング。

(事務局)

森山教授から、呉市などの国保や後期高齢者のレセプト分析から見えてくる課題についてご説明いただきたい。

(森山教授)

データを可視化することによって、今まで医療者がある種、困り込んでいたものを公開することによって、人々に何が起きているかわかる。誰がどういった医療費の使い方をしているかを一般公開していくことによって、構成員、人々、住民が適切な行動を自ら起こしていくことを狙っている。

2ページ。これは沖縄県広域連合（後期高齢）の分析結果で、他の保険者とも類似した割合であるが、10%の医療受療者が52%の医療費を、その次の10%が18%を、その次の30%が20%を、50%の方が10%の医療費を使っている。医療費を使用している患者だけで並べていくところのようになる。右側は、ポピュレーション・ヘルス・マネジメントと言われるもので、それぞれの集団のリスク特性を明らかにして、そこに合った介入をしていくという戦略が打てるということである。

4ページが、広島県呉市の後期高齢者医療制度（後期）と国保の被保険者の

分布である。前期高齢者の層で非常に高く上がっている。この後期と混ざっているとところは、前期高齢者の中でも透析に移行した者、身体障害者手帳を受けている者、難病等の者である。そういった方は後期に移行するので、65歳のところから分布が上がっている。

5 ページ。外来患者の状況について、2015 年 3 月中に 1 回以上外来に通院した者の被保険者に占める割合は、国保で 56.3%、後期で 80.1%になる。後期患者でも前期高齢者の方は、血友病といった疾病を持っているので、受診率は 100%に達している。

6 ページ、入院患者の状況について。2015 年 3 月中に 1 回以上入院した者は、国保は 2.6%、後期でも 10.2%になる。グラフを見ていただくと、やはり前期高齢で特定疾病等を持っている方は非常に高い割合で入院している。後ほどお示しするが、医療費はここに高いスパイクが来ている。90 歳を超えると入院が増えて、95 歳以上は人口が減るので、たまたまその年齢の方が入院していたかどうかで割合は変わるが、95 歳を過ぎると入院の割合が高くなる。

7 ページは、レセプトの枚数で計算したものであるが、呉市の医療費の国保と後期を合わせた総額が 584 億円になっており、入院が 48%、278 億円、外来・調剤とで 306 億円で、人数的にもやはり 70~74 歳が最大の医療費を使っているし、レセプトの出方も最大になっている。

8 ページは、年齢階級ごとの男性、女性に分けた点数の平均である。やはり平均点で非常に高くなっているのが、50 歳代と 90 歳代である。この 90 歳代、100 歳代は、ほとんど入院によるものであるが、ここに高い医療費が出ている。

9 ページは、医療費を使用している者のパレート図を示している。実際、被保険者全員を対象に行っても似たようなカーブをとる。一般的な国保では、2 対 8 の原則が割と通用し、2 割の患者が総医療費の 8 割の医療費を使用するということだが、呉市の国保は、カーブは緩やかで、4 割の者が 8 割を使用し、6 割の者で 90%の医療費を使用し、40%の人は 10%くらいの医療費しか使用していないことになる。後期は、2 割の者が約 8 割の医療費を使用している。4 割で 90%を超えているので、60%の方は余り医療費を使用していないことがわかる。

10 ページ、これは、他の市のデータであるが、やはり前期高齢で後期に移行した特定疾病等を持っている方たちのところに医療費のスパイクが出て、そして 95 歳を超えたところから医療費がずっと上がっていく。ここで一旦スパイクが 80 歳を前に落ちているのは、難病の方や特定疾病をお持ちの方、がんを主病にする方が、ここで亡くなっておられるのだと思う。

11 ページは、国保と後期の医療費の使い方、国保は入院医療費平均が 149 万円、後期は 168 万円で、余り変わりがないが、外来医療費は、国保が 24 万

円に対して後期が 49 万円になっている。

12 ページは、非常に特徴的で、国保と後期で入院の疾病構造が全く変わるところを示している。表は、主病に医療費を集めている。どこの国保保険者も同じであるが、やはり統合失調症の占める割合が非常に高い。呉市でも 11.8% でトップになっている。アルコールを入れると、15% ぐらいを占めている。脳血管疾患も 40 歳ぐらいで起こってしまう方は、比較的生活が乱れていてアルコール関連、多量飲酒と結びつく場合が多いので、このアルコール使用とも無関係ではないと考えている。悪性新生物、骨折、腎疾患といった方たちが上位を占めて、30 疾患までで入院医療費の 50% を使用している。これに対して、後期になると、1 位が大腿骨骨折である。私たちが調べた複数の自治体で全く同じ並びが出ている。それから脳梗塞関連、慢性腎不全、透析関係が入ってきて、心不全、アルツハイマー病、統合失調症、肺炎、誤嚥性肺炎が出てくる。外来は大体どこの保険者も同じで、高血圧が一番に出て、リポたんぱくと書いてあるのは脂質異常症/高コレステロール血症といったもの、それから糖尿病で、アルツハイマー病や統合失調症、心不全が出てくる。これらは外科の手術があるわけでもなく、なぜこんなに医療費が高いのか。やはり、新薬や薬価の高い薬が使われていると考えられる。特にアルツハイマー病は薬価の高い薬が使われている可能性がある。罹患者数も多いが、やはり薬価が高いものが多く出ていることがある。これらは、特に後期の入院や外来は、ある程度の割合で再入院や発症予防が可能な疾患であり、転倒予防、骨粗鬆症予防、血圧等管理による脳卒中の発症予防という形で、ある程度予防可能な疾患が並んでいる。

13 ページは、高額医療費使用者の医療費がどのような使われ方をしているかを見るため、後期と国保で年間 1,200 万円以上を使用している方たちをリストアップしている。国保の特徴は、やはり前半のスパイクにあったように、血友病/HIV 感染、透析等がまず高く出ることと、95 歳以上を超えてくると、特定入院料、いわゆる集中治療で高額な医療費が使われている。国保の場合は、抗がん剤治療、骨髄移植、高度な心臓のデバイス(いろいろ心臓に入れる器械)などで高くなっている。後期の場合は、合併症で高度医療に入っている。加えて入院期間が長期というところで上がっている。

14 ページの青で囲んでいる部分は、大体平均すると月 2~3 カ所以上を受診している人たちの数である。これを頻繁と言うかどうかというのはあるが、2% ぐらいの方が何度も病院に行っているということである。入院に関しても、20% ぐらいの方が入退院を繰り返しているということがわかる。この 20 から 30% の入退院を繰り返す人たちが非常に多くの医療費を使っている。

先日、地域包括ケア病棟に勤めているナースから、同じ病名では入院させら

れないので、別の病名で入退院を繰り返している話を聞いた。こうやって入退院を繰り返すごく一部の人が高い医療費を使用していることが見えてくる。

15 ページは、医療費の高い方を個別に分析している。国保は、ほぼ全員が精神関連疾患。統合失調症など、そういった精神関連疾患を有していた。後期は、鬱や認知症などを有していて、症状に対してそれぞれの単科の診療科に受診しているため、たくさんの診療科にかかっていることがわかった。

16 ページは、この個人の分析である。沖縄県では、個人が特定されないようにして、個人がどんな医療費の使い方をしているのか公表すると聞いている。やはり、市民に考えてほしいということだそうである。A市のジェネリック医薬品の使用割合は、現在 60%で、70%まで持っていくと最大 15~12 億円の削減効果が認められるというものであるが、ただ、ジェネリックに切り替えても医療費が低下しないと担当者が話していた。何故か。先ほど申し上げたように降圧薬、血糖降下薬、脂質異常の薬のような高い新しい薬が使われるという理由もあると想像している。

17 ページ。65 歳以上の高齢者でも高い割合で集中治療室に入っている。85 歳以上でも 9.3%の方が集中治療を年間 1 回は利用しているということと、集中治療に入ると 200 万円を超える医療費がかかっている。後期高齢、超高齢者になっても高い頻度で集中治療室に入れられている状況である。

18 ページ。どういった病気で集中治療室に入っているかというのと、上位に心不全、悪性新生物、心疾患、脳卒中、呼吸不全。後期になると、心不全の患者が非常に増えてくる。集中モニター管理、透析などが加わってくる。

19 ページは、集中治療室に入っている人たちにどういった医療費が使われているかを見ている。請求点数の高い傷病名を挙げると、カテーテル感染症、呼吸窮迫症候群、肺傷害、蘇生に成功した心停止など、85 歳を超えた方たちにこういった病名がたくさん出てくる。

20 ページ。高齢化、超高齢化を迎え、心不全は非常に大きな問題となっている。心不全の病名を持つ人の医療費を全部集約して見てみると、65 歳以上で入院医療費の 25.5%を心不全の病名を持つ人が使用していることがわかる。そして、85 歳以上がそのうちでも 62.8%を使っており、病床機能区分においても、急性期、高度急性期に入院している方たちが大量に使用していることがわかる。

21 ページは、前期高齢の方ではあるけれども、こういった形で普通の慢性疾患であるが、最後に集中治療室に入って、たくさんの集中治療が行われて 1 カ月で 920 万円使って亡くなっている事例である。

22 ページは、心不全の死亡状況である。レセプトに転帰の記載がある方は非常に少ないが、それでも参考として分析すると、85 歳以上の心不全で、高

度救命や救急で急性期病院に入った方々の 33%の人が死亡転帰になっている。

23 ページ。90 歳を超えたぐらいから入院では転帰が死亡になっている。

24 ページは、在宅医療に関して見てみたものである。在宅でも、在宅酸素などを使って在宅療養を送る人も一方では増えている状況を示している。

25 ページ。呉市では 2015 年 3 月時点で 631 人の方が透析を受けている。やはり後期が 81.5%、これは前期高齢者が透析を受けると後期に移行するというのもあるが、80~84 歳が一番医療費を透析で使用している。

26 ページ。単純に糖尿病で透析導入にいくよりも、心不全の急性増悪で集中治療室に運ばれて透析が導入になるような方たちが多いことがここに示されている。高血圧もあるが、上位に心不全が挙がっているし、かなり高い割合で精神疾患を持った方が透析に移行していることがわかる。呉市は今、糖尿病重症化予防をやっているけれども、ある一定の人数から下がらない。下げ止まりがきている。その下げ止まりがきている人たちを分析していくと、やはり精神関連疾患を持っている方が多いことがわかる。

27 ページは精神疾患患者の分析であるが、国保では統合失調症が 1 位、アルコールが 2 位である。後期は順位が下がってくるが、代わりに認知症、アルツハイマー病のレセプトの数が上がっていく。精神関連疾患、統合失調症、アルコール、躁鬱病、鬱病エピソードを持つ人の医療費を全部集約すると外来医療費全体の 7.6%、入院医療費全体の 22.4%をこの病名を持つ人が使っている。

28 ページ。精神の単科病院が精神に関する医療費の 40%以上を使用しており、ほとんど入院、かつ、そこから出る死亡者数も多いことがわかる。

29 ページ。精神疾患を持つ方の病名は、糖尿病や脳血管疾患などたくさん出ており、やはり精神疾患を持つ方は薬の副作用もあるし、自分で管理が難しいこともあって、高い割合で透析、心不全、脳血管疾患等が起こって救急医療を使用していることがこの病名の並びからもわかる。

31 ページは、医療費と介護費がどのように使用されているかを詳細に見ている。やはり介護費用が増える、要介護度が上がっていくにしたがって、医療費も使われていることがわかる。

32 ページは、A 市では、国保と後期では、医療点数が 6.8 倍違う。介護サービスを利用している自己負担分も全部合わせると、国保の被保険者が 56 億円を使用しているのに対して、後期高齢者が 486 億円、合計 542 億円を A 市だけで使用していることになる。

34 ページをご覧いただきたい。対策として、地域医療構想は、非常に重要で、それを強力に進めていくことと、在宅への強力なシフトである。看護師の病院偏在というか、700 床ある病院には、看護師は 800 人いるけれども、800

人が全部地域に出たとしたら、本当に介護問題は解消できる。ナースを増やさなくても、ナースの働き場所を転換しただけで十分在宅ケアは回るだけの人数が病院にいるということである。だから、強力な政策転換が必要であり、やはり精神や心不全、95歳以上の高度救命救急で、非常に高いお金が使われているので、在宅や介護施設での看取りを推進するために、人々の意識改革、住民の意識啓発等を行ってアドバンス・ケア・プランニングを進め、自分はここで亡くなりたいという意思決定を促すことと、緩やかに高齢者を自宅や地域で見るという態度への転換が一番重要ではないかと考えている。

(事務局)

古井委員から、データヘルスの効果的な推進における課題や施策のポイント、産業分野の連携などについてご説明いただきたい。

(古井委員)

森山教授からピラミッドの一番特化したところの重要なお話をいただいた。私は、「予防・健康づくりの社会システム化」とうことで、ピラミッドを支える仕組みの構築やインフラの整備についてお話したい。

加齢とともに集団は徐々に悪くなっていく。したがって、国民の健康寿命の延伸を実現するためには、集団全体への網かけが不可欠になる。そこで、皆保険制度を活用して、科学的なアプローチであるデータヘルス計画を導入することは有用である。データヘルス計画は予防介入するだけでなく、人を動かし、組織を動かし、そして構造自体を変える。なぜなら、構造を変えないと医療保険はもたないからだ。

「インフラの整備」については、データヘルス計画を回す、いわゆる医療保険者の機能がきちんと発揮されることが次のステップで大事になってくる。ただ、例えば、健保組合にあっては、フランス、ドイツの公的な医療保険者に比べると1桁数が多く、規模が小さな健保が多い。また、保健事業費に関しては全国で約4,000億円、医療費40兆円の1%に満たない。この中には、効果検証費も必要であり、人材・ノウハウ整備を含めて適正な規模化に取り組むべき。

また、特に国保に関しては、実際にデータヘルス、予防事業を進めようとしたときに、地域性・独自性が強かったり、逆に課題が違うのに金太郎あめ的な事業である現実も少なくない。その地域の健康課題に応じた事業メニューの導入、パターン化が重要になってくる。

資料2別添をご覧ください。東京大学でつくらせていただいたデータヘルスのポータルサイトである。2ページ目、3ページ目を見ていただくと、全国3,000の医療保険者が自分の町、自分の企業の健康課題が何で、優先すべ

き課題は何か、その健康課題に一番フィットする保健事業は何なのかというところをデータ化・パターン化することで、うちは呉市と同じでいいな、うちは台東区と同じでいいな、そういうことの「見える化」をして効果的な事業メニューの導入を支援したいと考えている。

また、国保の努力支援制度等については、第1段階に関しては事業への補助でよろしいと思うが、やはりその地域の課題に応じた事業メニューに補助をするということが大切である。また、次のステップかもしれないが、アウトプット、アウトカムまで見ていくというステップが必要になる。

次に、「仕組みの構築」について、地域、職場、家庭での例を挙げた。地域については、資料2別添をご覧ください。4ページは、静岡県の事例である。一生懸命健康づくりをした人に海外旅行が当たるというインセンティブではなくて、日常生活にとり入れやすいよう、少しの得を感じる程度に商店も鉄道会社もガス会社も健康づくりに協賛をする仕組み。企業としても協力した方が居心地がよく、町の活性化につながる視点を入れているところが特徴的である。これは都道府県庁、政令市等が旗を振ることがポイント。一企業ではできない仕組みである。

職場については、現役世代は医療費があまりかかっていないので、少子高齢社会では生産性という視点で捉えることも必要ではないか。

資料2別添の5ページは、まさに高齢化が進んでいる企業で、10年以上新卒者が採れない中小企業である。けが、労災が生じ、高齢化に伴う業務負担が課題となったため、夜勤・時間外等を外部委託したところ、コストは1.1~1.2倍に増えたが、職員の健康管理が進み、丁寧に仕事ができるようになり、売り上げ自体は1.3倍になった。こういった健康投資は、健康だけでなく、モチベーションにもつながり、集団の生産性を上げていく。6ページ目は、こちらも40人規模の美容室である。こちらは年齢が若く痩せているが、ほとんどが糖尿病予備群であった。この背景には、長時間の立ち仕事、朝食・昼食を食べない、店内の自動販売機でエナジードリンクばかり摂っているといった働き方や生活習慣があったのだが、職場環境を変えたことで職員の血糖値が下がっただけでなく、欠勤スタッフがほぼゼロになり、年間数十万円以上いわゆるアブセンティーズムが減った。最近の求職者、特に学生は、やりがいはもちろん、賃金、知名度以上に労働時間や職場環境に非常に敏感であり、経済界ももっと注目してよい視点ではないか。

家庭に関しても、生活の中で健康づくりの気づき、例えば日本人は海外諸国に比較して多くの方がぐっすり眠りたいと寝酒をするが、本来寝酒をすると睡眠の質が悪くなる。私も睡眠計をつけてモニタリングしたところ、夜中までパソコンで作業していると睡眠の質が悪くなることが一目瞭然で、自身の行

動が変わるきっかけになった。このような気づきを家庭の動線に入れていくことも大事である。

医療資源では、薬局、健診機関の活用が大事である。特にこの4月から電子処方箋が導入される。これは素晴らしいことである。重症疾患の3分の2の方は未治療、未服薬、ドロップアウトしている方である。あるいは服薬をしている方の中でも、実は6割以上の方が受診勧奨域以上、いわゆる血糖、血圧がコントロールされていない。電子処方箋、将来的には遠隔医療もそうであるが、これらにより、いつでもどこでも継続的にモニタリングをしやすくなる。ジェネリックが広まっていく段階で、薬局に対して薬のコントロールによる重症化防止といったアウトカムの視点を入れてもよいのではないか。

一方、健診機関で当日意識づけをすると非常に行動変容に効くというデータが出ている。こちらは患者以外の方が多く来るところであるので、例えば、AI、人工知能なども含めて、健診データや顔色など体調を把握してセルフメディケーションを進めていく起点に使ってもよろしいのではないか。

「人生の最終段階に向けて」ということで、人生の自然史というものをパターンで可視化していくことも重要ではないか。特定健診のデータから医療、介護まで一人一人を追うと数十年かかってしまうが、5歳階級別に5年の経年で捉えると、大よその日本人の自然史が「見える化」される。意識を醸成することが大事である。

「健康の産業化」の最大の課題は、どんなに技術が発達してもニーズが顕在化していないことである。ニーズがないわけではないが、意識だけあって、実際には行動しない、商品を買わない。これは開発供給者が頑張って宣伝をしても買わないので、自治体、企業、医療保険者等の健康施策、保健事業の運営者がどのように健康グッズ、ツール、商品を適用し、社会実装を進めていくかがポイントである。

「日本ブランドの構築」については、少子高齢化で先進的な日本において、社会の構造をストックだけでなくフローでも捉えることが重要。資料2別添の14ページ。高齢化すると、QOLあるいは医療費でもよいが、徐々に悪化し、最後は重症化する。我々も今までは発症率を見てきたが、特に現役世代に関してはそれほど多くは発症しないので、感度の高い集団の健康維持率を捉えることで、どのタイミングで健康関連機器・商品が適用できるか、あるいはニーズを顕在化させられるかの検討につながる。

最新事例として、資料2別添の15ページをご覧ください。少子高齢社会のポイントの一つとして、改善する人よりも悪化する人が多いことがわかってきた。しかも、悪化する時点では、それほど血圧も高くなく、太ってもいない。ただ、内臓脂肪だけが徐々に増えているケースが少なくない。この内臓

脂肪を CT ではなくてインピーダンスで測れる侵襲性のないものが、最近、PMDA で承認された。これを意識づけとして使うことで、プレメタボ、プレ患者の段階で、つまり若年者から、あるいは女性やアジア人のように、太っていないけれども、動脈硬化が進みやすい方に対する日常的なモニタリングにも適用し得る。第 4 期の特定健診制度への導入検討もあり得るが、日本発のソリューションとしてアジアなど海外に展開・貢献するのもよい。

日本は幸いなことにデータの捕捉率が高く、個々をモニタリングしやすいインフラがあるので、開発・提供者だけに任せるのではなく、運営者を巻き込んだコンソーシアムのような仕組みをつくって、国内外を目標けて商品の社会実装を進めることもあるのではないかと考えている。

(事務局)

松田委員から、医療、介護等の質や持続可能性を確保する観点からの医療介護情報の活用とその課題などについてご説明をお願いしたい。

(松田委員)

1 ページの「これまで行ってきた研究の内容」のとおり、全国レベルでは、DPC データ、医療レセプトを使って、地域レベルでは、医療レセプト、介護レセプト、関連情報を使って色々な分析をしている。全国レベルでは、いわゆる DPC 分析の精緻化、臨床研究、マネジメント、質評価や医療計画、病院団体では、質評価事業を支援している。ナショナルデータベースを使って、地域医療構想策定のためのデータ集の作成をやってきた。機能別病床数の推計などもやっている。地域レベルでは、医療、介護を連結した可視化による地区診断や事業評価などをやってきた。レセプトを加工する基本技術をつくってきたことになる。

3 ページは、今、日本の急性期の大体 3,000 ぐらいの病院が DPC データを出すようになってきているが、2002 年に、この DPC の研究班をつくったときに何をやるかということ考えたものである。基本的にはいろいろなデータ分析をできるようにして、活用してもらおうということ、病院管理手法や原価計算の手法、あるいは臨床研究、医療計画をつくるなど色々なことをやっている。レセプト分析をする基本技術を DPC 研究班で蓄積してきたことになる。では、何ができるようになったのかをまずお示ししたい。

4 ページが DPC の一番上の 2 桁を MDC といって、どの診療科に相当するかということを見ている。DPC のデータでは、5 ページのような形でどこの病院が何をやっているか、病院の名前と同時に全て公開されるようになった。例えば、北九州医療圏で一番患者を診ているのは、救急で言うと福岡新水巻病院、

小倉記念病院である。中でも小倉記念病院は、緑が半分ぐらいで、これは、循環器、心不全、心筋梗塞を受け入れているということである。一番上の新水巻病院はどちらかというと赤が多い。これは外傷が多い。このような形で、どの病院が何をやっているか国民に見える形で公開することが可能になった。

6 ページをご覧ください。これも DPC のデータを使ってやっているのであるが、患者の視点から考えて、くも膜下出血になってしまった場合に、何分以内にくも膜下出血を治療しているところにかかることができるかということをも可視化したものである。濃い緑が 15 分以内にかかることができる地域に住んでいる人たち、薄い緑が 30 分以内、黄色が 60 分以内、濃い赤が 90 分、ピンクになると 90 分超ということ、これを傷病別にこのような形でアクセシビリティを評価できるようにしている。これをやることによって、例えば、色々な地域開発の資料として使っていただくことも可能である。要するに、データを同じフォーマットで作って可視化することによって、このような分析もできるようになったとのである。

7 ページは、Gini 係数を使って、どのくらい機能分化ができているか見たものである。例えば福岡・糸島医療圏は 0.28、岡山南東部医療圏は 0.51 で、岡山南東部医療圏は非常に機能分化ができていることがわかる。機能分化ができているところとできていないところを比較すると、同じ医師数、同じベッド数で、機能分化ができているところの方が多くの患者を診ることができる傾向がある。要するに効率性がよい。こういうものを全て DPC のデータからつくれるようにしている。

8 ページをご覧ください。DPC コーディングとは DPC データだけではなく、通常のレセプトも 1 入院データ化することによって DPC コーディングができることになる。その DPC のデータを使って、病気ごとに DPC というよりは、診断、傷病別に、いわゆる高度急性期、急性期、回復期、慢性期別に、どのくらいの病床数が必要なのかということが推計できるツールができた。どのようなことができるようになったかということ、北九州医療圏に住んでいる 70~74 歳の女性で、肺がんになってしまって福岡医療圏の高度急性期の病床数を使うような患者に対してどのくらいのベッドが必要か推計できるようになった。今、DPC というデータの枠組みを使って、それぞれの地域でどのくらいの医療ニーズが将来、必要になってくるのかということをも病気単位で分析できるようになった。それを全国レベルで積み上げたものが 10 ページの数字になる。高度急性期でいうと 13 万床、急性期でいうと 40 万床、回復期でいうと 37.5 万床、慢性期が 24.2~28.5 万床で、在宅等で 29.7~33.7 万人ぐらいを診る。将来の傷病構造を推計しながら、どのくらい必要なのかという必要量の推計ができるようになったということである。

今回の地域医療構想では、それをさらにブレイクダウンして、それぞれの医療圏で分析ができるようにしている。それが11ページであるが、北九州市において、例えば、2025年に高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床数がどのくらい必要であるか示している。重要なことは、このようなデータがあることによって、各病院の先生方は、将来自分のところがどのようになってくるのかというインディケーションがあるので、データに基づいて自分のところの機能を変えていくことができるようになったことである。

12ページをご覧いただきたい。これからは、いわゆる在宅医療をやっているかなければならないけれども在宅医療はどういう状況になれば可能であるかということをしてレセプトデータに基づいて分析したものである。

例えば、上から3番目の訪問診療（居宅）をご覧いただきたい。患者の家で訪問診療をたくさんやっている地域で何が起きているかというと、療養病棟の入院が減る。ただし、訪問診療ができるためには、訪問看護の指示がなければいけないし、外来、在宅でのターミナルでの看取りができないといけないし、緊急時の緊急の往診、在宅支援すなわち、緊急時の入院の支援などがなくなかなか在宅医療、訪問看護は進まない。13ページもレセプトによって分析した結果であるが、訪問診療を本当にこれから進めようとするためには、訪問看護指示、緊急往診、在宅療養中の患者の緊急受け入れ体制、訪問薬剤指導がないとなかなか進まない。要するに、今、病院でやられているようなチーム医療がきちんと地域でも展開できる、在宅でも展開できるような体制があって、なおかつ、緊急時の対応ができる、要するに、病院と診療所の連携がないと在宅医療は進まないということで、その鍵を握っているのが訪問看護であることがこれで明らかになったわけである。レセプト分析をすることによって、これから進めようとしている施策にとって何が必要なのか分析できるようになった。

14ページをご覧いただきたい。これは非常にショッキングなレポートであったが、2014年11月にOECDが日本の医療の質レビューをやって公開している。その中で2つのことが指摘されている。

1つは、日本の精神医療に関して、日本の精神医療には改善すべき点が多いことが指摘されている。入院期間が長い、社会復帰対策が遅れているということであるが、これを国内の先生方がどのくらいの危機感を持って受けとめているか。大分前であるが、宇都宮病院事件という事件があった。職員が患者を暴行し殺してしまったという非常に悲しい事件であった。欧米ではすごくセンセーショナルに報道されている。人権アムネスティでも注目されている問題であり、精神医療の質の改善、あるいは質の見える化は非常に重要である。

もう一つ、日本の医療は質評価の体系的な仕組みがないということが指摘

された。この医療の質は、レセプトデータで一定程度把握できる。欧米がやっているような医療の質評価は、日本のレセプトを使えばすぐつくることができる。16 ページは DPC の枠組みの中でレセプトデータを使った質の評価である。急性胆管炎の診療には、東京ガイドラインという日本の学会がつくった非常に有名なガイドラインがあるけれども、例えば、急性胆管炎の症例数とガイドラインの遵守率を見ると、症例数が多いところほど、ガイドラインの遵守率が高いというデータである。加えて、ガイドラインが適用になった患者は死亡率が低いというデータが出ている。要するに、このようなレセプトのデータを使って医療の質をつくることも可能である。実際、厚生労働省は何もしていないわけではなく、2010 年から医療の質の評価、公表等推進事業をやっている。これは国立病院機構などが最初に始めて、ここに挙げているような指標を DPC やレセプトのデータを使ってつくって、公開している。実は病院の質評価の事業は多くの病院が同じフォーマットでやっている。厚生労働省でこれをやると決めていただくと、この国の病院の質評価はすぐできる状況になっている。

18 ページをご覧ください。これは 1 つの例であるが、レセプトを分析すると、脳卒中に対する連携パスの使用率がわかる。連携パスの使用率と対象になった人たちの平均在院日数を調べてみると、連携パス使用したところでは平均在院日数が短い。このような形で医療の質評価も可能である。要するに、日本のレセプトは、質評価もできる非常に優れた情報源である。

次に地方レベル、地域レベルの話をしたい。19 ページ、今、岡山県、福岡県で医療と介護と特定健診のデータを全部個人別でつないで分析をする仕組みをつくっている。これにそれぞれの地域がやっている健康事業や予防事業などのデータも組み合わせて分析ができる仕組みをつくっている。20 ページは、その画面であり、医療費の分析、個人別で見たり、あるいは特定健診のデータ、あるいは薬剤費の分析、重複処方も含めて分析できるようにしている。

21 ページは、ジェネリックの分析であるが、それぞれの地域でジェネリックの経済効果、今、使っている薬をジェネリックに置きかえるとどのくらいの医療費が安くなるのかということ薬効別に分析できるようにしている。このようなデータをできれば薬剤師の人たちに見ていただいて、代替調剤でこういうものを使っただけだと考えている。

22 ページは、特定健診の分析システムである。先ほど来、いろいろとお二人の先生からも出ていたけれども、要するに、ニーズはあるけれども、その事業に乗ってきていない人たちを見つけて、そこに早期介入するための仕組みをつくっている。これは特定健診で、脂質、血糖、血圧の異常が指摘されて、受診勧奨になってしまった人たちである。そういった人たちが、その後、本当に受診しているかどうかを分析できる仕組みを個人別でつくっている。例え

ば、22 ページの上の人は、受診勧奨になって、その後、受診しており、降圧剤をどのくらい飲んでいるか、高脂血症の薬をどのくらい飲んでいるか、糖尿病の薬をどのくらい飲んでいるかということが、薬のデータを全部ひもづけしているのわかる。この方は、3つのうち最終的には2つの薬を飲んでいるので、きちんと治療を受けているということがわかる。

下の人は、脂質、血糖、血圧に異常が指摘されているけれども、この方は降圧剤も高脂血症や糖尿病の薬も出ていない。全く治療を受けていないわけである。そういう方に対して保険者の保健師に介入していただく。このような仕組みをつくっている。

23 ページは、医療と介護の連結分析の例である。私たちは実際にも在宅医療が本当にどのくらいできるのかということ、そのための条件は何かということ进行分析している。これは訪問診療を受けていて、がんを持っていて認知症がある人たちで、なおかつ在宅で介護保険を受けている人たちのレセプト数を分析している。見ていただくと、2011年4月に18人ぐらいそのような方がいらっしやっただが、これが2013年3月には35人、直近では60人を超している。要するに、がんを持っていて、認知症があって、しかも在宅で介護を受けている方たちが倍々で増えてきているという現状である。こういう方たちをこれからも在宅で診ていくことができるのか分析した。24 ページは、実際にそのような方がどのようなサービスを受けているかを見たものである。左の方から、青の隣にある黄緑が訪問看護である。認知症があって、がんがあって、在宅で介護サービスを受けている人に、ほとんど訪問看護が使われていない。これでは在宅の臨界点を高めることはできない。このように、データ分析に基づいてケアマネジメントの評価をしていくことができるようになった。

25 ページは、介護予防事業の効果を分析したものである。基本チェックリストというものがある。これは介護予防の対象者をスクリーニングするチェックリストであるが、チェックリストを送って、返送があった人の中から対象者を選定し、その後、いわゆる介護予防事業である健康体操に参加した人、参加しなかったという人を追いかけて行って、どのくらい介護及び医療を使っているかを見たものである。やはり参加している人は介護給付費あるいは医療費が安いというデータが出ている。もう少ししっかり効果の分析をしなければならぬが、市町村レベルで保健師あるいは担当者が事業評価をやる分には、このレベルでよいと思っている。

次は、同じようにして肺炎球菌ワクチンの予防効果を分析したものである。救急にかかってくる患者のかなりの人たちが肺炎である。特に、後期高齢者が多い。肺炎の予防をきちんとやらないと医療費の適正化は難しい。予防の効果は、見えにくい部分があるので、結局、肺炎球菌ワクチンを打つことは、

事業者、市町村にとってはコストにしか見えない。実際、それがどのぐらい効果があるかということ进行分析してあげないといけない。今回つくってきたシステムを用いてワクチンを打った人と打たなかった人で、その後、肺炎になっているか、なっていないか、なっている場合の医療費を分析する仕組みをつくっている。結論から言うと、肺炎球菌ワクチンを打った人は、肺炎の罹患率が低く、肺炎にかかった場合にも医療費が少ないということで、1人当たり大体5,000円ぐらいの節約効果があるという統計学的にも有意なデータが出ている。レセプトを使って、それぞれの自治体がやっている予防や介入の効果を分析することができる。

日本には医療・介護の現状と課題、そして今後のあり方を客観的に検討するための情報、要するにレセプトがある。技術的にそのまま活用することも問題なくできる。特に介護レセプトは最初から電子化されている。医科レセプトも95%とか98%というレベルで電子化が進んでいるので、これを技術的に活用することは可能である。結局、なぜこれが有効活用されていないかというところ、どの主体がどの情報をどのように活用すべきかというコンセンサスがないためである。そういう意味では基盤システムは国が整備して、フォーマットを統一し、民間事業者がそれを前提に活用を考える仕組みをつくっていかないとはいけない。やはりフォーマットが不統一だとコスト増と非効率化につながってしまうので、共通フォーマットをどのように可視化していくかということが喫緊の課題である。

国保と介護保険で言えば、KDBシステムができたので、それをうまく活用していくことが重要である。実際、地方でつくってきたシステムは、今、KDBで展開するようにしているので、問題なくできると思っている。問題は、職域と地域の連結がばらばらになってしまっていることで、職域、地域をどのように連結していくかということが今後の課題であると考えている。繰り返しになるが、日本が持っている医療のレセプト、介護のレセプトは、国際的に見てもこれだけの細かさで、これだけのカバレッジが達成されているデータはほかにはないので、医療・介護レセプトの情報を国策として活用することをぜひ考えていただきたい。

(委員)

本日のヒアリングを受け、以下の諸点について申し上げる。

松田委員から高齢者について肺炎予防の重要性の指摘があった。その点を含め、今春のWG取りまとめでは高齢者フレイル対策について少し深掘りできないか。

人生の最終段階における医療のあり方の検討が経済・財政一体改革の改革

項目に入っているが、工程表上は、当面、相談対応を行う医療従事者の研修と
いったことにとどまっている。森山教授の死亡に関する分析のお話を踏まえ
ると、そういったところも論点ではないか。

さらに、降圧薬などにおいて、非常に高い薬が偏って使用されている可能性が
あるという問題についても改めて取り上げる必要がある。

森山教授からは主に国保と後期に関するご説明であったが、生活保護の医
療扶助でも、精神疾患が多い、頻回受診や頻回転院の問題がある、健康管理の
ための取り組みの遅れが見られるといった共通する課題がある。医療扶助の
適正化のための取り組みの状況を「見える化」していくことも1つ論点ではな
いか。

精神疾患の医療費への影響が非常に大きいという話であったが、そういっ
た病気をお持ちの方々はなかなか就労が難しいので、特に国保でこのような
影響が出てくるのだろうと推察する。一方、今、若い人に精神疾患が増えてい
る構造があると思うが、協会けんぽや組合健保でも同じようにこの精神疾患
の影響が大きいのか、もしご存じであれば教えていただきたい。

健診を受けない人に健診を受けてもらう、あるいは再検査の必要があれば
再検査を受けてもらう必要がある。ただ、健診を受けない、再検査を受けない、
問題があっても受診しない、頻回受診や重複投薬の指導をしてもなかなかう
まくいかないといった方々は必ず存在する。予防・健康づくりの社会システム
を作るために、そうした方々にはどのように対応していけばよいか。

コラボヘルスということで、企業や経済界ももう少し考えるべきだという
点に関し、最近、健康投資の成果として収益や生産性など、企業パフォーマンス
によい影響が出ているというエピソード的な話をよく聞くようになったが、
学問的な蓄積や実証分析の蓄積はどれぐらいあるのか。また、例えば、女性の
活躍を推進するためには、管理職で活躍する女性の更年期の問題などに対処
する必要があるという問題意識は何となくあるが、その辺りについて、知見が
あれば教えていただきたい。

内閣官房の専門調査会で行われた必要病床数の将来推計においては、患者
の住所と医療機関の住所の両方が説明変数に入っているので、医療圏、さら
には都道府県をまたいだ入院のメカニズムは入れ込まれていると思うが、医療
圏や都道府県をまたいだ受診の状況は安定的なのか。また、将来推計上、その
点はどのように扱われているのか。そもそも人口が、例えば雇用機会、生活の
しやすさ、賃金などの価格のメカニズムで移動すると考えられることに加え、
今後、医療に関する情報をいろいろな形で「見える化」していけば、より効率
的でよりコストが低い医療圏に需要が移動していくと思われる。「見える化」
して、医療の機能分化をうまく進めることができればできるだけこうしたこ

とが起きるのではないか。この問題をどのように考えればよいか。

いろいろなデータの標準化あるいは情報化を進める際に、職域と地域の連結に課題があるというご説明があったが、それ以外には決定的な問題はないか。例えば医療と介護の連携を進めたくても、そもそも同じことについての用語が違う、書類の作り方が違うなどの問題もあると聞く。データの標準化やITをうまく使っていく上で、一番のボトルネックは何か、どの辺りを改めるとより効率的にできるか教えていただきたい。

(森山教授)

国保に関しては、精神疾患をキャッチするのが非常に難しい。呉市と4月以降やろうとしているが、保健師と一緒に、うつ傾向にある人たちを家庭訪問し、環境などをアセスメントして、必ず地域のサービスにつなげていくことや、民生委員などから、ここのあの人がごみ屋敷になっている、閉じこもっているという情報を吸い上げる仕組みを構築しようと考えている。健保はレセプトなどを分析すると精神関係はそんなにたくさん出てこない。ただし、例えば、ある企業で睡眠薬を使っている人や頭痛などで通院している人を調べ上げるとかなり高い割合で出てくる。そういった方たちを見つけ出して、そこから入るという仕組みをつくっている最中であり、そういった取り組みも考えられる。

精神疾患への対策に関しては、やはり住民の方たちに精神疾患は特別な病気ではなく、身近にあって誰もがかかり得る病気だと理解してもらう必要がある。例えばスペインでは、10月10日は精神の日で、テレビなどでも精神疾患を理解しましょうと国民の啓発を促している。加えて、ハイリスクの人を見つける仕組みの構築や、公園の整備など就労を促す、就労に結び付けるような仕組みが必要である。

国保、後期は、多くの方が、医療機関にかかっているので、そこからデータを吸い上げる。呉市は、特定健診と同等の検査データを医療機関からもらう仕組みをつくっているし、那覇市医師会は医療機関からの健診(検査)データが集約される仕組みをつくっている。そういった健診(検査)データを集約する仕組みをつくっていくことも大事であると考えます。過去にイベントを実施して健診率を上げるという取り組みを行ったが、数%しか上がらなかった。だから、医療機関からデータを吸い上げる仕組みが大事ではないか。

一部の人に医療費がかかるということで、去年から医療費の高い人を抽出してケースマネジメントを行っている。この人たちはきちんとアセスメントされず、適切なマネジメントがされていないことが多い。トレーニングを受けた看護師がきちんとアセスメントをして、必要なサービスを入れ込むことで入退院を防ぐことに成功しているのです。そういった取り組みをやっていこうと

考えている。

（古井委員）

健診の受診に関して3点ある。1つ目は、健診文化があるのは公務員や大企業のサラリーマンで、その他の人々は健診を受けたり受けなかったりである。つまり、自動的に毎年特定の月に健診を受けなければいけないといったことがない主婦層や退職者は、継続的に健診を受けない構造であることがわかっている。健診を受けた、あるいは調剤薬局を通ったときに、当日その人にしっかり寄り添って、次回の受診や継続的な利用を促すことが大事である。現状では、ほとんどの健診機関等はそういった起点になっていない。

2つ目は、ライフステージに応じた施策である。例えば、主婦層であれば乳がんの発症率が10倍増える40代へ積極的に働きかけ、ついでに血液検査も受けてもらう。そのようなくせをつけていくことが大事であり、自治体はそういったメッセージ性を持った周知をやるとよい。

3つ目は、例えば“健康”保険証も運転免許証と同じように、更新するときに健診受診の有無等に応じて“健康”に関する講習を受けてもらい、意識・行動を促していく、そういった仕組みの検討もあり得るのではないかと。

予防、治療、介護の連携は、データ分析で当該地域の健康課題を明確にすることで連携がしやすくなる。そういった課題の共有や、施策の実施主体がなぜデータヘルスをやるのかという問題意識を持つことが大事である。

（松田委員）

必要病床数の将来推計に関し、人口移動は現状追認でやっている。将来的な話は、データに基づいて、まず現状の課題を将来はどのようにしたいのかということを考えるのが地域医療構想だという説明をしている。要するに、例えば、ある地域における急性期の自己完結率が60%であっても、隣の医療圏にある医療機関まで車で20分で行けるのであれば、それはそれでよいかもしれない。しかし、回復期や慢性期がその地域で受けられないことは問題である。将来、その地域で本当に地域包括ケアをやっていくために、どのように自己完結率を考えていったらよいか皆さんで話し合っただけなのが地域医療構想であり、地域医療構想を計画していただくためのデータであると考えている。

医療と介護の連携など色々あるが、一番の課題は、個人レベルのひもづけに多額のお金や時間がかかることである。保険者ごとに番号が違うので、私たちが福岡県などでやっているのは、匿名化ソフトというものを各自治体に配って、そこで匿名化していただいて、個人IDを別に作り、それで医療と介護をつなぐ。いわゆる国保と後期高齢者をつなぐとことをやっているがものすご

く手間がかかる。そういう意味で早く医療版のマイナンバーのようなものができれば、もっと楽にできるようになる。

それに関連して言うと、健康づくり事業に参加している人の番号管理をまた別にやられているので、要するに色々なプロジェクトをやるけれども、その介入効果が見えない構造になっている。そういうものを追いかけて、PDCA をきちんと地域の中で回していくことをできるようにするための情報の基盤をどのように整備していくか、そろそろ決めないといけないのではないか。

精神疾患は、病気によって将来のことも含めて少し見方を変えていく必要がある。例えば、統合失調症の方々の在院日数が長くなってしまったのは、過去の精神医療行政の失敗である。統合失調症の人たちは長い間、病院に居続けている。要するに彼らは、ソーシャルスキルトレーニングを受けていないので、地域で暮らしていくことが難しい。結局、行き場がないので病院の中でずっと暮らしている現状があって、これをどうするか。ただ、統合失調症の長期入院者は非常に高齢者が多いので、将来的にこここのところは少なくなってくると思う。

一方で問題は認知症をどう見るか。やり方を間違えてしまうと統合失調症の患者がいなくなった代わりに、認知症の患者が病院にずっと居続けることが起こりかねないので、認知症に対するケースマネジメントをきちんとやらなければならない。

加えて、重要な問題は、発達障害と鬱である。例えば、イギリスの場合、学習障害は立派な病気であり、かなり早い時期から医療が介入する。日本は学習障害や発達障害の子たちを医療の外に置いてしまって、ずっと放置してしまっている。この子たちが結局、将来的には、非常にソーシャルなコストを使うようになるわけで、そういう意味で発達障害、学習障害はきちんとした病気ということで、早い時期から介入してないといけない。鬱病に関しては、簡単に鬱病という診断をつけ過ぎという印象がある。最近は簡単に抗うつ薬を出してしまうような印象がある。高額薬剤、ARB などの話と同じで、きちんととやっていたいかなければならない。精神疾患の話は深刻に考えないと医療費の適正化以上に医療の質評価に関連するので、この問題は早目に取り組んでいただきたい。

(古井委員)

健康投資に関して、学問的な体系はまだできていない。ただ、WHO の指標を適用して企業の健康関連コストを算出した研究では、アブセンティーズム(体調不良に伴う欠勤による労働損失)よりもプレゼンティーズム(体調不良に伴うパフォーマンスの低下)のボリュームが大きいことがわかっている。

プレゼンティーズムは、職員の仕事に対するモチベーションとも強く相関しており、高血糖、高血圧への対策だけでなく、職場の環境整備や子育て、介護がきちんとできている、できていないなどワーク・ライフ・バランスを意識した取組が重要となる。健康投資の効果を検証する上で、プレゼンティーズムを測ることに技術的な限界があること、健康以外の要因が影響すること、この2つを問題意識として持っている。

(森山教授)

レセプトを分析すると発達障害の人からも透析、心不全、緊急入院が出ていることがよくわかる。認知症に関して、日本は今、オレンジプランなどで精神病院に診断機能を持っていっているが、認知症は内科がきちんと見て、神経内科、臨床心理士がきちんとチェックして、環境をチェックしてという複合的なアセスメントの中でやっていくもので、精神疾患対応ではないと考える。

(委員)

重症化予防に関し、統合失調症との絡みでもおっしゃった感じであったが、限界が出てきていると説明があった。呉市は先進事例であるということで、あるところまで行けば当然それ以上やってもなかなか成果がでにくいところがあると思うが、相場観として見ると、そうは言っても、今、呉市でやっているようなことをほかの市町村、あるいは企業の中でやれば、かなり大きな成果がすぐに期待できるのか。それとも先ほど説明にあったような限界の部分について相当踏み込まなければならないのかお聞きしたい。

資料1の34ページの「強力な在宅へのシフト政策の必要性」ということで、広島の場合、訪問介護の看護師は1,000人しかいないが、全体では3万9,000人いるので、シフトの余地が相当あるという話で、要するに、大病院の急性期あるいはそれに近いようなものからいわゆる慢性期、介護にシフトしていくことが必要な中で、人数的には十分賄いきれるので、あとはこれをやりきれるかどうかということか。こういうことをやるときの最大の障害、政策的な課題は何か教えていただきたい。

産業化や健康投資は、大事だけれども、なかなか期待どおりに進んでいないという説明があったが、海外を見たときに日本以上に成功している、あるいは、我々が参考にできるようなケースがあるか。あるいは、日本も海外も軒並みそろってみんなここでは苦戦していて、そこから先をどうやってやるかということは、いわば前人未到の道を歩む話なのかお聞きしたい。

資料3の28ページの「どの主体がどの情報をどのように活用すべきかについて、ある種のコンセンサスが必要」に関し、素人で考えても医療の情報は、

膨大な情報がリアルタイムに動いていて、加えて、それに対応しなければいけない人は、保険者、医者、家族もあれば、地域の自治体もあるとすると、特にキーになる主体と、その主体がどの情報をどのように活用するか、特に重要なことをコメントいただくとありがたい。

（森山教授）

重症化予防に関し、「糖尿病の方を誰でも」ということでは透析導入者数は下がらないが、呉市などは透析に移行しそうな人をターゲティングしていくことで下がってきた。前は 20 数人の新規で透析に移行する方が出ていたが、今は 10 人台で安定して、それ以上増えていない。したがって、一定の効果はあると考えている。透析に行く人の半分は糖尿病からと言われているが、残り半分は別の病気と言われている。この人たちにも重症化予防を対応しているが、予防で少し下がるけれども、ある一定の線から下がらない。そういう人たちを分析していくと、やはり精神疾患であったり、未受診で、突然レセプトが出てきたり、ほかの科が抱えていたなど、そういった人たちが出てくる。きちんとターゲティングをしてやっていけば、ある一定のところまでは下がる。それ以上はさらに分析をして当たるようにしなければならないということが言える。ただ、それ以上は、難病などいろいろあるので、ゼロには当然ならない。

日本は、世界的に見ても看護師の数は足りているが、病院に極端に偏在している。なぜシフトしないのかについては、給料が病院の方がはるかに高いこと、厚生福利が安定していることがある。加えて、訪問看護にはかなり看護師の責任が出てくるが、日本のナースは責任に耐えるというトレーニングを受けていない。これは医師法、医療関係、保助看法の影響であるが、常に医師の保護のもとで働いていたというところで、意識転換がなかなか難しいことがある。さらに、訪問看護ステーションは、弱小のところが多いので、24 時間携帯電話を持って、24 時間対応していかなければならないので、家庭持ちの方は非常にしんどい。

（古井委員）

健康関連商品に関しては日本が進んでいると理解している。日本も海外もニーズの顕在化には苦戦しているが、民間保険のアメリカや同じ公的保険のドイツに比べても日本の保険料は低いといった視点でも、日本はニーズが顕在化しにくいと考えられる。

データの捕捉という点では日本が圧倒的に優れている。例えば、健診結果や睡眠の質などからその人の健康課題を突きつけて、だからこんな解決法が合うのではということを示す。すると、機器やツールが単なる商品ではなくて、

自らの健康ソリューションに転換する。こんなことが出来る日本には優位性がある。また、集団で健康商品を使った人、健康づくり事業に参加した人のひもづけができれば、効率的な開発、普及が可能になる。

健康投資の概念やその普及は米国、フランス、イギリスなどで進んでいる。米国は保険料等の影響で問題意識が醸成されやすい。ヨーロッパは、日本より早くから高齢化に伴う人材不足に直面してきたため、ワーク・ライフ・バランスを含めて健康投資への意識が高いのではないか。日本の経営者はどちらかというところヨーロッパでの問題意識を共有しやすいのではないか。

(松田委員)

アメリカでは、ディジーズマネジメントが発達したが、限界点がきて、ポピュレーションマネジメント、どちらかというところ被保険者全体を見るような形になってきている。その中で Google の Gヘルスやマイクロソフトのヘルスヴォルトが情報の一元化をやろうとしたけれども、実際はあまりうまく行っていない。ヨーロッパの場合は、どちらかというところ保険者事業の中にいわゆるディジーズマネジメントというものをに入れて、その中に明確に Therapeutic health education、治療的な健康教育を担う人材として看護師と薬剤師を位置づけて、そういうツールを使って、被保険者に対する予防的な生活指導をする枠組みがかなり体系化されてきている。例えばフランスの場合は GP がいわゆるプロトコルに従ってきちんとした管理をした場合には、それに対してボーナスがつく。日本も、保険者事業と保険診療の中でどのようにいわゆる重症化予防や疾病管理的なものを具体化するかということをやっていたら、日本はデータもすごく捕捉しやすいので、よいものができるのではないか。結局、基本は代替政策である。今まで医師がやっていたものを看護師に任せる。あるいは今まで入院でやっていたものを外来でやる。そのような代替政策、サブスティテューションをどのように入れていくかということが、この国にとってはとても重要である。

情報の活用に関して、一番大きな問題はデータを一体的に管理して、それを使う者がいないということで、支払基金と国保中央会がデータの分析に関して共通の枠組みを作っていただくのが一番よいと考えている。フランスも CNAMTS という労働者用、被用者用の健康保険と、non-non という非従業の人たちの健康保険と、MSA という農業者用の健康保険に分かれているが、データの分析は全て CNAMTS に任せている。そうすると、要するに保険者の事業として個人がわかる形でデータの分析ができるようになる。ナショナルデータベースは全部匿名化されてしまうので、誰のデータかわからない。要するに地域医療計画や地域医療構想には使えるが、保険者を支援するためのデータとして

は使えない。そういう意味では、保険者が使うためのデータを統一的に収集、加工し、早いタイミングで保険者にデータを返していったり、色々な分析に使えるような枠組みをつくっていただくことが大事である。もともとのレセプトのデータは同じフォーマットなので、これを加工すること自体は自動的にできる。バーチャルでもよいので共通のデータ処理機構をつくっていただきたい。フランスの場合も、複数の事業者があって、ばらばらに動いているが、根っここのところのフォーマットを全部国が指定し、指定したフォーマットを民間事業者は届け出て使う形で管理し、全ての事業者が同じフォーマットで動くという形にしている。日本は、フォーマットも不統一なので、事業者によってデータの加工方法が違う。これが非常に大きな問題であり、フォーマットの統一をしていただくためには、繰り返しになるが、保険者を支援するために支払基金と国保中央会が共通でデータ分析をするという枠組みを作っていただけると非常によいと考える。

(委員)

患者側の受診行動がレセプトや DPC により分析が進み、保険者もそれに関心を高める傾向であるのに対し、肝心のサービスを提供する側である社会福祉法人、医療法人の特に経営情報に関するデータがなかなか出てこない。全体的には、殆どの運営費を社会保険、税金などで賄っているにもかかわらず、経営データが殆ど公表されていない。この点をもう少し透明化できなければ「見える化」の最後の砦が埋まらないのではないか。つまり、どんなに地域医療構想ができていても、現場でサービスを提供する側がモラルハザード、それに見合わない行動を起こしてしまえば、結局、実現不可能になってしまうのではないか。

森山教授の仰った、在宅、訪問への人材のシフトが大事だという点に関して異論はない。しかし、実際に現場ではその通りにはいかない。病院は病院で自分たちのケアの密度(人材の密度)を高めて診療報酬上の加点をとろうとし、在宅は在宅で同じような行動原理で動くので、少なくなっていく患者をどんどん地域で共食いしていく。患者の数は小さくなるので何をするかというと、1人当たりの単価を何とか稼ごうとして、本来のニーズを逸脱したようなウオンプの部分でかなりの出費がされている。これは患者や患者家族が望んでいる贅沢な部分もあるかもしれないが、供給サイドが提供し過ぎていることが明らかな場合もある。言い方が悪いかもしれないが、高齢者、認知症の方、精神障害の方、統合失調症の方は、いずれも自分でどういう医療サービス、福祉サービス、介護サービスを受けているか適切に評価できない。したがって供給する側もやりたい放題な部分がある。この辺りにチェック(ピアレビュー)

が行き届かず、サービス料金が非常に高騰している部分を何とかしなければいけない。つまり医療的なサービスの規律を逸脱して、結果的に、非常に野放図にサービスを患者に提供することが是正されなければならない。例えば、一元的包括的管理が重要とはいえ、担当の主治医 1 人の裁量で事実上幾らでもできてしまう状態なので、それを行政なり、保険者なり、あるいは他業種なり同業者なりが包括的に相互にチェックさせるような仕組みが必要ではないか。これは、価値観の議論であるので、コンセンサスは難しいが、小中の生徒 1 人に対し支出する教育費に対し、75 歳以上 1 人に対し支出する医療費はその倍以上になっている。国の社会保障の世代間資源配分がはたしてそれでよいのか非常に疑問に思っている。もちろん医療は大事であるが、一方でお金は限られていて、教育にも回さなければいけない。本来のニーズ以上に膨れ上がっている部分を今後も厳しくチェックしていただきたい。特に、実際にサービスを提供している社会福祉法人ないし、診療所を含めた医療法人の経営実態に対し、包括的な「見える化」を進めていただきたい。

(森山教授)

委員がおっしゃるお金のつけかえに関して、ある種のネットワークをつくって、その中でサービスの最適化を自分たちで実施してもらい、浮いた医療費をペイバックするような仕組みも必要ではないか。支払い方式を変えて、日本も、包括的な支払いというものに慣れていって、そして、例えば、予防して、10 人救急に入るはずだったが 5 人に減って、医療費が浮いた場合に、浮いた分をチームにペイバックするような仕組みが一つ考えられる。

(松田委員)

基本は、やはりデータに基づく可視化、評価である。まずこの国がやらなければいけないのは、きちんとしたピアレビューを入れることである。先ほどなぜ支払基金と国保中央会を一緒にしなければいけないかという説明をしたが、それは、実は、ピアレビューも一緒である。国保といわゆる健保は別々にピアレビューをやっているが、あまり体系的なものでない。これだけ電子化ができていると、分析はコンピューターでかなりできてしまう。例えば、糖尿病のガイドラインに従った治療をきちんとしているかという、やっていない先生が結構多い。SU 剤という薬を飲んでいても 1 年に 1 回も HbA1c を測っていない先生たちが 15% ぐらいいる。逆に 1 年に 6 回以上 HbA1c を測っている人も 14% ぐらいいる。HbA1c は、過去 3 カ月の血糖値を見ているので、年に大体 4 回ぐらい測るのがちょうどよいが、5 回以上測っても全部お金をもらえる。要

するに過剰診療が行われている。そういうものも、日本のレセプトは電子化されているので、それを使えば医師ごとにどういう医療行為をどのくらいやっているかということがわかる。フランスには、タブロー・サンティゼ・ダクティビテ・プロフェッショナル(TSAP)というものがあり、保険者が医師ごとに、あなたは医療行為をこのくらいやっていますよというサマリーを返すようにしている。医者は見られているという感覚があると、適切な医療行為を行う。病院でなぜ余り変なことが起こらないかというと、同僚の医者が見ているからで、開業医の先生の場合、自分の医療行為を他者がみるということがあまりない。それを誰かが見ているという仕組みができてくると、当然そこでプロフェッショナルとしての自己規制が働く。質の評価のためにもそれぞれの医師がやっている行為を可視化する作業が必要である。そういう意味でも地域単位で国保と支払基金のデータを、できれば医療機関単位でどのような医療行為が行われているか可視化できる仕組みをつくるのが大事である。

あわせて、被保険者への教育がとても大事である。例えば、福岡県などでは、後期高齢者で胃ろうが入っている人たちの3分の1ぐらいは誤嚥性肺炎の患者である。こういう方たちのかなりの方が食事ができていない。こういう方たちに胃ろうで治療していくことが、療養の質の面からみて適切なのかはそろそろ考えなくてはならない。このような問題を医療費の面で議論すると間違えてしまう。質の議論で投げるべきだろう。保険者が被保険者へ医療のかかり方のようなものについて考えるための情報提供が必要ではないか。そういう意味では、保険者規模が小さ過ぎる。

経営状況に関するデータに関しても、DPCで分析しようとしたが、設置主体によってPLとBSの仕様が全然違うため、合わせることができない。私立大学は学校法人会計でやっており、公立病院は公営企業のものでやっている。経営状況をきちんと見るための標準的なフォーマットを作っていないと、なかなか難しい部分がある。経営状況を透明化することは非常に重要なことであるが、そういうことも含めてデータをつくっていただきたい。いずれにしても、ピアレビューをきちんと入れることができる体系をつくることをまず一番やらなければならない。

(古井委員)

介護施設に関して、小規模で多施設の良さがある一方、問題の構造が可視化されにくいという面がある。監査等の標準化も重要であるが、会計処理、経営分析などを含めて、事業運営の効率化につながる共同化の視点も必要であると感じている。