

第2回 評価・分析ワーキング・グループ 議事要旨

(開催要領)

1. 開催日時：2017年4月6日(木) 12:00~14:00
2. 場所：中央合同庁舎第8号館 8階特別会議室
3. 出席委員等

主査	伊藤 元重	学習院大学国際社会科学部教授
主査	高橋 進	日本総合研究所理事長
主査代理	鈴木 準	株式会社大和総研政策調査部長
	赤林 英夫	慶應義塾大学経済学部教授
	石川 良文	南山大学総合政策学部教授
	伊藤 由希子	津田塾大学総合政策学部准教授
	印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
	宇南山 卓	一橋大学経済研究所准教授
	大橋 弘	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授
	佐藤 主光	一橋大学経済学研究科・政策大学院教授
	藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科・医学部教授
	古井 祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	越智 隆雄	内閣府副大臣(経済財政政策)

(議事次第)

1. 開会
2. 議事
 - (1) 社会保障分野の分析事例について
 - (2) 先進・優良事例の展開促進について
3. 閉会

(配布資料)

- 資料1 印南委員提出資料
- 資料2 藤森委員提出資料
- 資料3 松田委員提出資料
- 資料4 先進・優良事例の展開促進に関する取組状況調査結果の概要

(概要)

○越智副大臣 委員の先生方におかれては、本当にお忙しい中、こうしてお集まりいただき、感謝申し上げます。

本日は印南委員、藤森委員、松田委員から、それぞれ御専門の分野について分析事例を御紹介いただけると伺っている。医療・介護といった社会保障分野におけるデータを活用した分析と伺っており、経済・財政一体改革の取り組みに対する貴重な御示唆がいただけると思っている。しっかりと受けとめさせていただきたい。

先日の経済財政諮問会議では、骨太方針に向けた検討がスタートした。皆様の御指摘も受けとめながら、取りまとめに向けて、これから2カ月ほど、議論を重ねてまいりたいと考えている。先生方におかれましては引き続き御指導をお願い申し上げて、冒頭の御挨拶とさせていただきます。

○印南委員 私のプレゼンする内容は「薬価制度回りの分析と医療費の増加要因分析」。2つほど大きく分けてあり、1番目が薬価制度回り。きょうお話しするのは、どちらかというとい薬分業に関連するものが主で、それが2つほどある。2番目が一人当たり国保・老人医療費の増加要因分析。これは一般の医療費の増加要因分析ということで、アとイに分けているが、一括して御説明させていただく。

最初の薬価制度回りの分析であるが、これは薬分業ということで、薬分業についてはさまざまな議論がされている。薬分業のそもそもの目的は3ページの上を示してあるように、医師と薬剤師のダブルチェックによる医療安全の確保ということである。ただし、この部分についてはそもそも調剤権と処方権との激しい争いがあり、端的に言えば制度がそのようになっていない。例えば処方箋には疾病名は書いておらず、薬剤師は処方されている薬を見て疾病名を推測し、おかしいと思ったときに医師に電話をかけるという大変なことをやっている。ほかに対応があるのかもしれないが、現在のところそれに向けて一生懸命色々な制度的に努力をしている状態だと思う。

薬分業のもう一つの目的は、薬漬け医療の防止。歴史的にはこちらのほうがフォーカスが当てられており、70年代にも大問題になったし、80、90年代にこれは大問題になったというものである。しかし、薬漬け医療という言葉はジャーナリスティックな響きを持っていて、冷静、客観的な分析をなかなか許さないような感じに見え、非常に研究も少ない。後で申し上げるが、2000年代に幾つか研究が出ているが、データが全て1980年代から90年代で、まさしく薬漬け医療が問題になっていた時期のデータである。私が行った分析の対象は直近の2011年から2015年までの実取引データ、パネルデータであ

る。同じ手法を使って分析すれば、当時の係数と現在の係数を比較することができ、果たして医薬分業が進むことによって本当に薬漬け医療が防止されているのかどうか、客観的、定量的にわかるということである。

モデルは5ページに数式で書いてあるが、薬価差益が1%変化したら取引量がどれくらい変化するかを測定した。これは弾力性という概念で、こうすることによって異なる単位とで比較が可能になる。その後は色々変数を加えているが、これらは全部競合する仮説を排除するためのものであるから一番知りたいのは、実取引データ。守秘義務があるので、どこから入手したかという具体的な品名については申し上げられない。

結果は次の6ページにある。①～⑤の5つの薬剤について測定した。結果は全体というところを縦に見ていただくとわかるが、0.13～0.25、これは結構低い数字。80～90年代は1.5～3.5%である。差益が1%増加すると実際に取引される薬の量が最大で3.5%ぐらい、品目によってはもっと増加する。それぐらい処方量が増加したり、あるいは医学的に見て歪んでいた。それに比べると直近のデータでは、全体で見ると0.1～0.25ぐらいであるから、分業によって、これは分業だけではないが、最近の政策の進展によって薬漬け医療と言われるものをかなり抑えられている。これは積極的な評価ができるのではないか。

ただし、診療所については0.8、1.4という数字があり、これを見ると80～90年代の薬漬け医療の下限值に近い。一部の診療所を中心に、まだ薬漬け医療は存在すると見ていいと思う。本当はこの分業の有無で全部フラグを立てて、分業をダミー変数にして分業がどれくらい影響を与えるかもっと厳密にできるのだが、残念ながら分業に関して個別の医療機関が分業しているかどうかというデータが存在していない。これは卸に直接聞かないとわからないということなので、そこまではまだ進んでいない。

政策的な含意であるが、医薬分業の進展によって薬漬け医療というのはある程度客観的に抑えられているということになる。分業は十分であるから放棄すべきだとか、そういう議論にはきつとつながらないのではないかと思う。2番目の分析が、医薬分業以外の調剤医療費の増加要因。これは8ページに記述しているグラフがある。これはよくあちこちの研究所が出している数だが、どなたが見てもわかるとおり、国民医療費の伸びよりも調剤医療費の伸びが大きい。しばしばこれが医療費適正化のターゲットになる。本当のターゲットは薬剤費なのだが、残念ながら薬剤費については正確な統計が発表されていない。DPCについては出来高のデータがあるはずだが、それも公開されていないし、療養病床は包括払いされているが、その部分については恐らく当局も把握していない可能性があるということである。非常に重要な適正化

のターゲットなのに、客観的な数字がわからないという残念な結果になっている。

そのため調剤医療費のほうで分析する。調剤医療費では分業が進むと入院外の薬剤が調剤薬局からの薬剤にシフトするので、これが増えるのは当然。従って分業の進展によって調剤医療費が増えるのは当然。問題は分業の進展だけでしょうかということで分析をした。モデルは9ページに書いてあるとおりで、結果は10ページにある。この表は一人当たり調剤金額と言われるもの。直接効果1が一番重要な結果。残念ながら調剤金額を調剤技術料、調剤薬剤費に分けることができない。ここが非常に残念なところなのだが、現存するデータで何とか分析するところなる。

見ていただくと、係数は弾力性。医薬分業率の係数が1.17で最大。これは全ての変数を入れた場合の係数であって、医薬分業だけ式に入れると左隣にある総合効果は1.76になる。その横の R^2 、これはばらつきをどれぐらい説明しているかという説明力。そうすると0.69で、ほぼ70%の分業で説明できることになるが、残り3割はわからないということになる。それがほかの変数を全部入れると、相互に調整し合ってそれぞれ単独の効果が出てくることになる。それを見ると分業率の係数が1.17が一番大きい、2番目には薬剤師数が0.67と結構大きな数字で出ている。それから、医師数が0.39と出ている。このあたりはどうして医師数が増えると調剤医療費が増えてしまうのか。分業以外で説明できないその理由は何かというのは、これも後でお話させていただこうかと思う。

ちなみに薬剤師数はほぼ薬局数と同じような変数であり、これは薬局数と置きかえてもほぼ同じ結果になると思う。薬局が増えると、分業が進む以上に、実は調剤医療費が増えることになっている。

この2つの結果を合わせると、医薬分業を積極的に評価すべき部分は、薬漬け医療を防止している、これが定量的にきちんと把握された。ただし、留保つきで、診療所についてはさらに推進する意味があるかもしれないということ。

それから、調剤医療費を見ると、分業だけではなく薬剤師数や医師数が重要な変数として浮かび上がってくるということになる。これは医療分野における人材の問題を考えないと、実際には財政支出を抑えることは難しいかもしれないということを示唆している。

続いて、後半部分の医療費の要因分析。今まで色々政府の統計で出されて議論されているのは、私の個人的な見解であるが、全て分解アプローチと呼ばれているもの。これは繰り返し今まで言ってきた。例は下に図で挙げているように国民医療費を例えば年齢階層別に分けたり、疾病別に分けたり、地

域別に分けたり、制度別に分けたりする。これは極めて簡明でいいのだが、特にどこが増加しているかというターゲットを発見するには非常に確かなエビデンスだと思う。ところが、そのターゲットを発見しても、それをどうやって抑えるのかという部分については、残念ながらヒントはくれない。それから、何となく全体が増えている場合には、この部分もどうしたらいいのかというヒントは出てこないと思う。よって、より政策的な要因分析をする必要がある。それを行ったのが後半部分の分析結果。

アカデミックには色々な分析があるが、実は不完全で、13ページに書いてあるとおり、今まではっきりしてこなかった部分がある。

モデルは15ページに書いてあるとおりであり、30年間の都道府県別の国保データ、これは国保の総額だけではなくて老人医療費と非老人、これを一般と呼んでいる。それから入院・入院外に分け、さらに3要素に分けて、ここに分解アプローチを使いつつ、それぞれに対して政策要因を分析するという組み合わせを使った手法。水準そのものの数字で入れるモデルというのは30年間にも及ぶので、ほとんど比較の意味がなくなってしまうので、基本的には水準対数。どのくらい増えているか、弾力性の問題で見る。さらに緻密に増加率で見るという方法があるが、今回は水準対数モデルの結果のみを御説明することになる。アカデミックに問題がないように定常性という問題はクリアしてある。

16ページに、大体どのような政策的な要因があるか。需要サイドと供給サイドに分けることができ、左側にいろいろ書いてあるが、例えば高齢化が原因だとわかってても手の打ちようがないというのが現実。右側のほうは実質的に、政策的に何とかできそうな変数だということになる。そこで病床数と医師数と平均在院日数及び保健師数、保健師数は予防に対する変数として入れている。

意味があるのは、これらを全部入れることによって相互の関係、相関関係を全部除去できる。そこが非常に重要なポイントで、この10の変数を入れた中では少なくとも相関は除去されているので、単独の効果がわかって、それらが比較可能になる。関心はそもそもこういうモデルが成立するかということであるが、17ページの結論に書いてあるが、一人当たり国保医療費、老人医療費の原因には30年間不変の構造があるというやや驚くべき結果。これは現実に本当にそうかというのはまた別問題であるが、少なくともそういうモデルは支持されているということ。

最大の結論は、実は医療費増加の最大の要因は病床数ではなく医師数だったということ。なぜこれが今まで余り出てこなかったかということ、分析手法に問題というか限界があり、クロスセクションのデータではポイント数が少

ないために医師数と病床数、どちらも相関が高いので両方入れることはできない。大抵の場合、医師数をカットして病床数を入れてきて、病床数が余っていれば空きベッドを埋めるという形で医療費が増えるだろうという、これは簡明な理屈で間違っているとは思わないが、そういう理屈があったので医師数について実は余り注目してこなかった。実は1980年代に1回削減しているのだが、それが医療崩壊の議論の後、医学部の定員を増やすという逆方向に向かったということになる。

あわせて平均在院日数や病床数を一番分かりやすく説明するのは18ページの結果で、ここに弾力性を実際に出している。18ページを見ると、これは年次ダミーありとなしでやっているのだが、最大の要因は医師数で0.94となる。これが一番大きな係数。つまり医師数が1%増えると一人当たり医療費は0.94%とほぼ同じぐらい増えてしまう。これは全て高齢化や病床数、これは減少しているのだが、その他を全部除いてもこれだけ増えてしまうということを示している。

病床については0.12、0.23と出ているので、比較的小さい係数。現在、病床数は徐々に減少しているので、方向は同じであるから病床数の減少は医療費の抑制に向かっているということになる。つまり病床規制自体にもまだ効果があって、これを放棄するわけにはいかないというふうに私は考えている。左の青いところは0.24と、平均在院日数は現在、一定レベルでかなり減ってきている。係数がマイナスということは反対だということになる。つまり平均在院日数が減るほど実は一人当たり医療費は増える。これはやや直感に反して人によってはショッキングな結果になっている。

この手の分析で常に言われるのは、医療技術の進歩が最大の原因ではないか、ということ。それは仰るとおりであるが、残念ながら医療技術の進歩を30年間にわたって客観的に安定して捉える変数というのはない。しかし、それに代わると解釈できるものを入れてあり、1つは悪性新生物の死亡数。これはがんで非常に広範に高い抗がん剤が使われるので、医療技術の進歩をある程度表している。それから年次ダミーを入れてある。全国、都道府県共通して進んでいく傾向に対しては全部年次ダミーが吸収できるので、ある程度医療技術の進歩は悪性新生物の変数と年次ダミーで吸収されているため、結果は解釈できるのではないかと考えている。

ちなみに一言加えると、このデータは2012年まで。ごく最近のハーボニーやオプジーボの様な超高額薬剤の部分は入っていない。そのため直近の議論はそうではないかもしれないということをお断りしておきたい。

19ページに3要素の推移をお見せしている。医師誘導需要という特殊な現象がこの世界にはあり、医師が需要をつくっているのではないかという仮説。

世界的にはあってもそんなにはないと言われているが、本当に日本でそうかどうかは誰も確認していないということ。それで確認をした。これを要因分析すると結果が出てくる。

20ページに試算しているとおり、ここでも実は医師数が結構大きな係数で出てくる。平均在院日数もマイナスで、これは当然。在院日数を減らせば一日あたりは濃厚にせざるを得ないので、これは当然の結果である。しかし、医師数が増えると一日医療費は増えるというのは、やや誘導需要を疑う理由になるわけである。

理論的にはどうなのかという説明が21ページにある。こういうものをお見せするのは反発を受ける可能性があり、どういうことかということ、医療はグラフを書いてあるが、右側が例えば量を増やす。そうすると縦に質とカリスクとか色々なものがとれるわけである。いろいろな経済現象はもっと逆U字で最適な部分があるというものが結構多いのだが、医療の場合、これがかなり上がフラットだと、これは私の見解だけではなく、多くの医師がそのように思っていると思う。しかも医療自体に不確実性がある、同じ医療をやっても効果は違うし、人によって必要とされる薬の量も違う、そういうことがあるので倫理的に許容される範囲に幅があって、その間で医師は比較的自由に例えば処方量とかそういうものを決められるわけである。この部分については保険者はチェックしたくてもチェックできない。本当にほかの医師でもチェックできず、その患者さんを診ている医師しか恐らく自信を持ってこれが適切かどうかということが言えないわけである。つまり医師は非常に裁量権を持っていて、しかも倫理的に許容される範囲が結構ある。

もう一つは動機のほうだが、目標所得（仮説）と書いておいた。これは病院なんかは特にそうなのだが、企業と同じように毎月月次で対前年同月比をチェックしている。地域の医療を預かる者として当然だと思う。病院の収入が極端に下がってくれば経営に問題が生じて、公立病院とかは特に問題が起きることになるから、その過程で昨年よりも病院収入が減少しているとわかると、そうすると微妙な言い方をされるのだが、もう少し検査回数をふやしたほうがとか、こういうことが何となく病院収入を確保するように動くことになる。

もう一つ、医療の世界で特殊なのは、競争が厳しくなるとより設備投資をするということ。普通の経済とは少し違うと思う。例えば患者獲得競争が厳しくて、病床が過剰な地域は病床を減らせばいいでないかと。そうではなく、より患者を確保するために病床をなるべく埋めようとするし、患者さんをひきつけるためにPETスキャンとか、あるいはダ・ヴィンチの手術の機械を購入するとか、現実にはそういうことが起きる。そのため競争が厳しいほど実は

過剰な設備投資をしたりする。

その結果、医療費適正化政策がいろいろ行われるが、3要素の19ページを見ていただくと左側に出ているのが、受診率は横ばいで、入院日数も外来の日数も減少傾向。つまり病院の認識からすると患者さんが減っているという認識になっている。それを補うために、一日当たりの医療費を増やすという行動に出ているということになる。つまり倫理的に許容される範囲内で一日当たり医療密度を高める。端的に言って3日分の薬を出すのを5日分出せばいいわけである。そういうことが可能な世界だということ。

それから、医師が年間9,000人ぐらい毎年国家試験に受かって、保険の世界に入ってくるわけであるが、そういう方たちが新たなところに行けば病院の医師になって、そこで患者さんを診るので、そこで病気が発見されて医療の需要が起きることになる。一日当たりの医療密度が増えると同時に、新規進出地域では需要の掘り起こしが起きる。これが基本的に、医師数が医療費に対してインパクトを与える非常に重要な理由だと思っている。

22ページ、医師数の増加は医療費増加の基礎圧力のような力を持っている。医学部定員を削減することが一番財政支出の削減という意味では望ましいのだが、医師不足問題があったのでそう単純ではない。地域偏在、診療科偏在を同時に解決しながらこの問題を進めないと、非常に大きな反発を買うことになる。1つは、保険医定員制のようなものを設けて過剰な地域だけ定員制によってコントロールするという手法が望ましいのではないかと思う。

平均在院日数については、老人入院医療費については目論見通り平均在院日数が減ると、やはり医療費が減る。これは10年ぐらい前の議論とマッチする。ところが、それ以外の一般入院医療費については平均在院日数をカットするように努力すると、もう医療費は余り使わなくなった部分をカットして新たに患者さんを入れることになるので、月間の平均医療費は上がるわけである。もちろん患者を埋められない病院は減るが、先ほど言ったように医師はある程度需要をつくり出すことができるから、努力すれば埋められることになる。その結果、全体として見ると平均在院日数を減少させても医療費の削減効果は小さい。

加えて25ページにはもう少し難しい分析がしてあるが、都道府県別にこの係数がどのぐらい効くかというのを算出してある。それを見ると県によって、または一般・老人によって平均在院日数を縮めることの効果はかなり違うことになる。全国一律の目標設定ではなく、よりきめ細かな目標設定をしないと機能しないという結論になる。分析結果については以上である。

○藤森委員 資料2に基づいてお話をさせていただく。NDBから見た都道府県別の

医療提供状況というものを、SCRというスコア化を使って、比較可能にしたということである。

NDBは御存じのように平成21年4月から厚生労働省の保険局総務課が高確法に基づいて全保険者のレセプト、特定健診のデータを匿名化後に集めたというもの。電子化部分しかないということで、全数ではないということに注意が必要。いまだに紙レセプトの医療機関があるので、全数ではないが、現時点で数量ベースで言えば98%を超えているので、ほぼ悉皆性がある。

今回、分析の対象とさせていただいた中で、もともと高確法の枠組みでは公費単独のレセプトは使えなかった。今般、法律改正により、手続を踏めば公費も使えるようになったが、今回ご説明するものに関しては公費単独、特に生活保護ですけれども、ここの部分は入っていないので、都道府県によっては少し過小評価をしている部分はあるかもしれない。都道府県ごとにどれぐらいの公費が対人口当たり使われているか余りいいデータがないので、修正が難しいのだが、今回は除いてあるということ。

3ページ目でお示しするのは平成27年度の診療分で、12カ月分、約10.1億件のレセプト。公費を除いているので少し目減りしているが、外来が9億8,000万件、入院が1,600万件、あとDPCの部分が1,800万件。DPCに関しては当然包括化される医療行為は多いのだが、そこを全部掘り起こして包括化されている医療行為も全て集計をかけているので、どちらかという実質ベースの集計であって、金額ベースとは少し違うところがあるかと思う。

都道府県単位の集計を今回お示しするが、高齢化率が違うので、その補正のために性・年齢調整を行ったレセプトの出現比ということで、SCRと我々は呼んでいるが、そのような形で集計をかけているわけである。

そのSCRの簡単な計算の式であるが、基本的には全国と同じ年齢層当たりのレセプトの出方が年齢と同じであれば、ちょうど100になるような形。全国の期待値よりも大きければ100を超えるという形になるので、考え方としてはSCRが100であれば全国平均になる。100よりも高ければ全国平均よりも少し多く提供されている。100よりも少なければ少し少な目に提供されている。医療行為によってそのよしあしは別だが、そのように見ていただければよろしいかと思う。今回、NDBからオープンデータで数字が出てきたが、あれからも似たような集計ができるのですが、今回は性別も考慮した上での補正をかけているということである。

5ページ目で、集計したのは今回は都道府県別、標準レセプト電算コード別、入院、外来の別とレセプトの数別ということでやっているが、実際には二次医療圏、市町村別まで集計は終わっており、解釈番号等々の集計も終わっており、数量の集計も終わっているなので、色々なものが今後出し得るかな

とっている。

下のほうに診療行為コードと名称と解釈番号の関係が書いてあるが、今回、一番左側の診療行為ベースで分析しているということで、大体2,500項目ぐらいあるのだが、その項目別に入院と外来を分けて設定をしているということ。6ページ目がその集計の結果のイメージで、レセプトの電算コードと行為名称、解釈番号と、このレセプトの総数は我が国の平成27年度の1年間のレセプトがこれだけありましたということ。右側にある都道府県別に関しては、そのスコア、SCRのことで、これが縦に2,000行ぐらい、横に47都道府県あるというもの。今回集計が終わって事務局に渡しているので、何かの機会に使っていただければと思う。

非常に数が多いため一つ一つ図をつくるわけにはいかないの、BIツールの中に落とし込んだものが7ページ目になる。項目をクリックするだけで瞬時にグラフが変わったり、あるいは日本の地図も色分け、コロプレス図というのだが、それが変わっていくということで、思考が途切れることなく色々なものを探していけるというツール化までは終わっており、これを提供することも可能である。

今回は集計が終わった段階で、意味づけはまさにこれからであるが、8ページ目に集計のイメージだけ見ていただければと思う。例えば初診料の外来、初診というのは入院も初診があるが、これは外来の初診料で我が国で25億6,000万件ほど1年間に出てきたが、都道府県の差はそれほどないので、最も低いところで83%、最も多い東京都でも117%ということである。ただ、これは患者さんの流入を勘案していないので、対人口で見ているから、東京都のように明らかに流入の多いところは見かけ上、多くなるのはやむを得ない。本来は患者さんの流入を補正した上で出さなければいけないのだが、残念ながら現行のレセプトには患者さんがどこに住んでいるかという情報はないので、今は医療機関所在地ベースで行っている。ゆえに流入の多いところではSCRはより高く出るし、流出の多いところはより低く出るという傾向にある。同様に再診にでは、これはいわゆる200床以下の病院及び診療所の再診ということになるが、最も低い沖縄県で80%、最も高い佐賀県で116%ということで、入院数と差はそんなにならないと思う。そういう意味では再診がかなり多いのだろうなということもストレートに解釈できると考えている。

繰り返しになるが、ここは公費負担の部分がないので、県によっては2~3%そこだけでもずれるので、そこは注意しなければいけない。

9ページ目が入院のところであり、一般病棟7対1と一般病棟10対1、基本的に急性期を担うというところ。ここに関してはDPCの中で包括化されている入院料も全て掘り起こして計算をして載せてあるので、DPCであるか否かを

問わずに7対1を使ったところは全部計上されているということで、NDBにはこのデータはないのだが、そこを集計して出しているということであるので、最も低い7対1で言えば、岩手県が49%ですから全国の半分しか7対1の病棟がないというが使われていない。一方で沖縄県あるいは石川県、福岡県というのは非常に高いレベルだということで、だんだん総件数が下がるにつれて差が大きくなっていくというのが一般的ではあり、これは都道府県レベルであるが、二次医療圏になるとさらに差が拡大する傾向にある。

10対1はさらに差が大きく、最も低い栃木県の47%、最も高い高知県の200%で4倍近い開きが出てくるところである。

10ページ、療養病棟。入院基本料Aという最も重症度の高いところの入院基本料になるが、非常に差が出てくることにはなる。その下は入院基本料H、これは医療区分1に該当するところで最も軽い療養であるが、やはり西側の県でかなり高い数字を示しているところがあることが見えてくるかと思う。

11ページ目が地域包括ケア病棟。これは平成27年度データであるので一定程度地域包括ケア病棟が広がってきたあたりであるが、相当都道府県によってこの使い方というものの算定の割合が違うということが見えてくると思う。同様にその下が回復期リハビリテーション病棟入院料1というところであり、さらに差が広がっていて、病床は県によってかなり使われ方、何を選んでいくのかというのが違うということが見えてくると思う。

12ページ目は個々の医療行為も分析しており、例えば運動器のリハビリテーションである。特に廃用症候群のリハビリに使われる部分もあるのだが、上が入院、下が外来で、かなりリハビリテーションの提供状況というものも都道府県差があり、入院に関しては西側の県でかなり多目に提供されていることが見えてくると思う。外来に関しても相当の差があるわけで、これが本来行われるべき医療であればこんなに差があってはいけないだろうし、そうでなければ逆に不適切に過剰に提供されていると言うべきかもしれないということで、そういうことを今後考えていかなければいけないと思う。

下のほうは今後の慢性期の医療をどうするかという観点で見てみたもので、胃ろうの増設術、近年減ってきており1年間で6万件余りになったので、そんなに目くじらを立てるものでもないのかもしれないのだが、やはり倍程度の差が出てきているし、さらに胃ろうからの流動食、点滴注入となると、最も低いのが埼玉県と、最も高い沖縄では実に6倍以上の差があるということ。これはかなり歴史的なものもあるのかもしれないが、こういう差が見えてくるわけである。

14ページは在宅に視点を移して、在宅もいろいろな種類があるが、上のほうは同一建物居住者以外ということで、個人のお宅に何うタイプの在宅、下

の方は同一建物の中で一周してくるタイプの在宅。相当都道府県によって提供されている状況が違う。そういったものを考えながら今後の地域医療構想における慢性期の出口論を考えていかなければいけないと思う。

15ページからごく簡単な相関を見てもみようということで、前回、老健局から介護のSCRをいただいたので、それとあわせて介護のSCRと医療のSCRがどういう関係になっているかということ。これは介護の中の介護療養型の医療施設、いわゆる特老と医療区分1の入院基本料Hの生活療養ということで、これはなかなか相関があり、 R^2 で0.4ぐらい出ているので、一定程度相関があると言えるかと思う。特老の多いところは医療区分1でも多いということで、これは歴史的にももともと同じところからスピアウトしている部分もあるだろうが、このような相関が出てきて、特に高知県が非常に多いと言われているが、特老も随分多いということが見えてくるということである。

一方16ページ、これは介護老人保健施設、老健と医療区分1であるが、これはほとんど相関がないということで、介護と医療、相関のあるものとなないものが相当出てきているということ。これは細かく分析をしていかなければいけないのかなと思っている。

17ページは訪問看護系であり、医療の方の在宅患者訪問診療料、介護の方の訪問看護との相関を見ているが、今後の在宅医療の推進で非常に重要なところであるが、かなり都道府県差があって、できているところは両方できているし、できていないところは両方できていないということが明確に見えてくると思う。

18ページが、訪問看護と同じく看護師さんの在宅患者訪問看護指導料、どちらも看護、看護という形になるが、これも余り相関がなくて、必ずしも医療と介護が相補的に使われているということでもなく、一定の傾向が見いだせないという分布になっている。そこにどういう理由があるかというのは今後の課題かと思っている。

それをまとめたのが19ページ。縦の軸が介護系のSCRで、横の軸が医療系のSCRの相関をとったもの。余り強い相関はないのだが、それぞれのサービス単位あるいは医療費によってプラス方向あるいはマイナス方向の相関が入り乱れている状況が見えるかと思う。今後こういうものを深掘りして行って、何か一定の傾向を探し出していくことが必要なのかなと思っている。

20ページからは、医療費もNDBから計算できるので医療費も計算をしてみて、医療費もSCR化をしている。ただ、ここの医療費は先ほど申し上げたように公費部分は含まれていないので、公費単独も含まれていないし、公費併用の公費部分も含まれていない。データを出していただけないので公費部分は入っていない。あくまでも医科保険の部分だけでの医療費ということでごらん頂

きたい。

一番上が入院＋外来、全体医療費ということで、縦軸の一番下を60で切っているの、見た目よりも差が大きく見えるようになっているので注意が必要。ラベルの数字が重ならないようにということで見たが、最も低い埼玉県が84%で、最も高いのが福岡県の115%ということで、全体医療費でも2割強の差があるのかなということ。これは今まで言われていたことだと思うが、同様に真ん中が入院医療費で、下が外来の医療費だということになる。

入院の医療費と外来の医療費に相関があるのかということで21ページを見ると、実は余り相関がない。入院と外来は必ずしもリンクしないので、それぞれ個別に施策を打っていく必要があるということかなと思っている。

では、それを説明できるものが何かということで、ごくごく簡単な分析であるが、22ページ。例えば入院医療費と入院の診療日数、いわゆる在院日数のSCRをとったものが左側になるが、 R^2 で0.85、入院医療費の多い少ないは在院日数の多い少ないで85%説明できてしまうというぐらい在院日数が効いているという形になるので、これは地域医療構想も含めての病床数の適正化というものが効いてくるのかなと。実際にこれからプラスアルファ平均在院日数の変化がどうかというのは、まさに経年のデータを見ていかないといけないのだが、こういう形で見えてくる。

一方、外来に関しては、外来の医療費のSCRと外来の診療日数は0.64ですので、64%ぐらいまではアクセスのよさみたいな意味合いでの診療日数の多さというもので医療費が説明できる。残りの35%程度ほかの要因があるわけなので、今後そういうほかの要因を深掘りしていく必要があるのかなと思う。特にこのように入院に関しては急性期あるいは慢性期を分けて、こういったものを見ていく必要が多分あるのだろうなと思っている。

最後に、課題とまとめになるが、まず23ページの課題は、今回のSCRはあくまでも医療機関所在地ベースであって、患者さんの流出入を見ていない。ですから患者さんの流出入を本当は見ないと、本来の意味というのは見えてこない部分があると思っている。そのためにはまずレセプトに、患者居住地を示すような、例えば郵便番号等々のデータが必要だろうと思う。一般には国保後期の保険者の所在地をもって流出入を見るのだが、これだと若年層のところが出てこない。実際に協会けんぽのデータと国保のデータで比較したことがあるのだが、同じ年代では10%ぐらい入院者数がずれる。やはり全てのデータを使わないと流出入の補正というのは難しいだろうと思っている。

また、DPCを除く包括範囲のある入院料は、医療行為の詳細が出力されないの、実は分析できない。DPCは包括範囲も全部分析できるのだが、回復期リハあるいは地域包括ケア病棟もそうだし、慢性期もそうなのだが、医療内容は

切分析できないので、なかなかこの辺が難しい。ぜひDPCデータと同様に包括範囲の診療に関してもレセプト出力していただきたいと思っている。

まとめとして24ページ。NDBを用いて、この程度の分析はそれほど難しくない。ほぼ2～3週間もあればできてしまうようなレベルにはなっている。今は約半年ぐらいのタイムラグがあるが、ここをうまく使っていけばと思っている。

SCR化によって人口構造の差を吸収した地域比較ができるようになってきた。市町村レベルまでは作成してあるので、どこかで使っていただければと思っている。

まず医療費に関しては診療日数と、特に入院では非常に強い相関がある。一方、入院の医療費と外来の医療費には相関はないということで、入院に関しては、外来もそうだが、地域の医療者数あるいは医療機関数、アクセスというものにも注目して分析していくべきだろうと思っている。

26ページ、今回はあくまでもレセプトコードという非常に細かいレベルで分析したが、これをもう少しマクロ的に上げていかなければいけないと思っている。何かマクロ的な指標というものを今後つくっていかなければいけないだろうし、問題の明確化のためには入院・入院外あるいは急性期・慢性期というような複数の軸を考えていく必要がある。最終的には医療の質、効率性、生産性等々のアウトカムの指標が必要になってくるので、それをどのようにつくっていくかということも非常に重要だろうと思っている。

介護のSCRも今回、比較することができるようになり、医療と介護の関係というものがだんだん見えてきた。実際の分析はこれからになるが、医療と介護を合わせた最適解というものを考えることができるようになってきたのではないかと思っている。

最後、26ページであるが、さらに分析的価値を高めるという意味では、今回はあくまでも1年単位の分析だが、最終的には個人をつなげたアウトカムの分析が必要になってくると思う。そのためにレセプトの個人固有番号というもの、あるいは流出入把握のための居住地郵便番号等々の導入が必要になってくると思う。固有番号を言っていれば1億2,000万人の大規模コホートができるわけである。これは非常に重要な研究基盤あるいは医療技術の有効性評価や市販後の臨床研究の基盤にもなっていくのかなと思う。

今回お示したように、地域によってかなり医療行為のばらつきがある。これが疾病構造の違いだけでは説明できないぐらいのばらつきがある。これは診療の習慣とも呼ぶべきものがあるのかなと思う。この平準化というものを目指していかなければいけない。その中での1つの考え方としては、例えば市区町村別のSCRを公開することによって、医師のprofessional autonomy

の発揮というものが期待できるのではないかと考えている。

あるいは今回データをお示ししているが、我々だけでは分析し切れないので、広く公開していただいて、多くの研究者が使っていただければいろいろな結果が出てくるのかなと思う。特に二次医療圏別ぐらいまで出せば、各都道府県の大学の研究者はかなり使えるようになってくると思うので、ぜひそういうことを考えていただきたい。

あとは、NDBあるいは介護DBは迅速性を持って分析して、政策提言に結びつけるような体制の構築が急務だと思う。今の科研費の枠組みでばらばらやっているだけではうまくいかないのだろうと思うので、何かそのような体制ができればと思っている。

○松田委員 本日は、何のためにデータ分析をするのかということで、少しデータの活用ということを中心にお話をさせていただく。最初のページで、私たち研究者が考える医療介護情報利活用の目的ということで整理させていただいている。Health Service Researchを行うというというのが私の研究者としての基本的姿勢だが、それは何のためにやるかということ、基本的には臨床研究を推進して、これをもとにして医学の進歩あるいは医療介護産業を育成していく、厚生水準の向上につなげていく、あるいはエビデンスに基づいた保険医療行政と社会保険マネジメントを実践していくことが目的なのだろうと考えている。

最初に臨床研究のほうからお話したいと思う。前回もお話したように、日本のレセプトというのは非常に細かいデータがある。これを使って色々な臨床研究ができる。これが十分活用できていないということがあるのだが、実は全国医学部長病院長会議などでも非常に危機感が高まっている。2ページ目に現在の日本の医療系の基礎系臨床論文の国際順位の推移というものが出ているが、基礎系は何とかなっているのだが、臨床系の順位がどんどん下がってきている。これは将来のことを考えると非常に危機的な状況であり、臨床研究を支えていく仕組みが必要だろうと考えている。

そういうことで実は厚生労働省の研究の枠組みの中で、私たちはDPC研究班というものをつくっているのだが、その一方で一般社団法人診断群分類研究支援機構というものをつくり、その中でデータを集めさせていただいて、臨床研究をサポートするという仕組みをつくっている。DPCのデータを使って臨床研究をやる枠組みとして、私のところの教室と中四国の脳神経学会の講座と連携して今、データ分析を行っている。こういう形で臨床研究をサポートすることをやらないと、なかなか医薬産業は育たないので、そういうことをやっている。

5 ページにどのくらい行っているかということで、年間大体30~40本くらいの英語論文が出せるところまで来ている。これは東大の康永先生が中心になっていろいろと支援してくれているので、こういうものを一般化して行って、もう少しデータを使って臨床研究をやる枠組みを日本の持っているレセプトを使ってやっていくことが必要ではないかと思っている。特に世界に先駆けて高齢社会になるので、高齢者にこれだけ色々なインターベンションをやったり、色々な薬が使えている国は実は日本だけであり、そうすると高齢者を対象とした臨床研究をきちんとやることによって、高齢者向けのデバイスとか医薬品とか色々なものが開発されていくと思うので、そのベースになる臨床研究をこのデータベースを使ってやっていくということをぜひ考えていただければ思っている。

2 番目は6 ページの真ん中にあるが、エビデンスに基づいた保健医療行政と社会保険マネジメントの実践という目的である。要するに私たちが考えているのは、得られた知見をどのように活用していただくか、あるいは得られた分析手法をどのように活用していただくか、データがあるだけではなかなか改革につながらないので、その出てきたデータをどのように改善につなげていくかということ、やはりどこかで体系化していかなければいけないだろうということで、そのための研究をしてきている。

これは藤森委員の研究にもつながってくるわけであるが、例えばレセプトを用いた政策評価の例ということで7 ページ目を見ていただきたい。NDBを使うと病院ごとにどのくらい地域連携パスを、例えば脳卒中に対して算定しているかということが計算できる。それを例えば地域単位でまとめたり、あるいは施設単位でもいいが、そういう例えば脳卒中の地域連携パスの使用率と平均在院日数の関係を見ていく。こんな検証ができる。元々この連携パスというのは在院日数を短縮させることを目的に導入されたわけであるので、ある政策目的を持って導入された診療報酬が本当に政策効果をきちんと発揮できているのかということ、事後的に評価することをNDBではできないのかということ、このように実証的に示している。

また、8 ページ、9 ページ、10 ページの資料はNDB、日本のデータは非常に細かいデータなので、それを使って将来どのくらいの病床数が必要なのかということ、かなり細かいレベルで推計できるということを示したものである。簡単に8 ページ目だけ説明すると、NDBとDPCを組み合わせると、DPC別という傷病別だが、傷病別、病床機能別、性・年齢階級別、患者住所地別、医療機関住所地別の受療率が計算できるので、これに推計年度の患者住所地別、性・年齢階級別人口を掛ければ推計年度のDPC別、病床機能別、性・年齢階級別、患者住所地別、医療機関住所地別の患者数が計算できることに

なる。そうすると例えば脳卒中に対して何か政策的なものを行ったとき、予防的なものを行ったときに、その効果をどのくらい見込むかによって病床数がどうなるか、そんなシミュレーションもできる。こういう将来推計の方法が今回、NDBを使って確立できたことは非常に大きいと思っている。

私たちが過去10年ぐらいずっとレセプトデータを分析するというのをやってきているのだが、非常に悩んできたのが、どうやってつくったものを保険者の方たちに使っていただくかということである。私たちが研究者として分析しているだけではなかなか改善につながっていかない。使っていただくものをつくっていかうということで、どういうものをつくってきたかというのが11ページに書いてある。これはどういうものかというと、福岡県で最初に取り組みさせていただいたのだが、国保と後期と調剤、介護、特定健診、それ以外のデータも含めてこれを連結データとして加工して、可視化できるような状態にして、可視化ツールであるQVファイルというものをつくり、これをインターネットで見られるという仕組みをつくった。そういったインタラクティブにレセプトデータを分析するという仕組みをつくり、これをどのように活用するかということで色々と研修会等もやってきたのだが、実際はなかなか活用が進まなかったのが現状である。しかし、一応そういう仕組みを作り試行的なことをやってきている。

それを横展開する形で健康保険組合版のQ-DAS、これはいわゆる企業健保などを対象にして使えるようなものもつくって、これも今いくつかの企業健保に、提供している。13ページを見ていただくと、収縮期の血圧の分類とか、あるいはHbA1cの値別の人数の分布とか、そういうものが分析できるようになっている。あるいはこれを14ページにあるように、特定健診では生活習慣もとっているのので、その生活習慣別の人数なども分析できるようになっている。企業によってはこれを事業者別とか色々なところで職域単位で分析できるような仕組みにもしている。

これを使っていただくと、15ページ、何ができるかということであるが、このような分析画面をつくっている。例えばこれは肥満の指標であるBMIが30以上でHbA1cが8.0以上の人のリストを全部出して、その人が医療費として何をどのくらい使っているかなどのが分析できるようになっている。これをやることによってハイリスクの被保険者を絞り込んで、その人たちがどのくらい医療費を使っているのかということ进行分析できる。

また、この画面で非常に大事なことは、これは例えば高血糖でスクリーニングされているわけであるが、HbA1cで8.0以上の人で糖尿病の薬による治療を受けていないということは基本的には考えられないわけである。8.0以上で例えば糖尿病薬のところゼロという人がいるわけだが、この人は受診勧奨

を受けているにもかかわらず、受診をしていないという人になる。要するにハイリスクでスクリーニングされているにもかかわらず、医療にきちんとかかっていない。こういった人たちの中からいわゆる慢性腎症とかいろいろ出てくるので、こういう人たちをピックアップして、そこにきちんと保健指導を入れることによって予防活動につなぐ。こういうことができるような仕組みをつくっている。

ただ、こういうことだけではなかなか先に進まないと思うので、もう少し事業主の方の理解を得られるような形でこういう分析が進むようなことで、もう少し違う使い方ができないのではないかとということで16ページ以降に分析している。

産業保健のほうに引っ張り込むようで申しわけないが、17ページに産業保健における氷山モデルというものがある。これはかなり有名な論文で、一般的に使用されているモデルなのだが、労働生産性の評価の重要性を示したものである。職域における健康のコストというのは実はAbsenteeism、欠勤とか休職によるコストと医療費を足したものは30%ぐらいしかならず、むしろPresenteeism、会社には来ているけれども、病気のためにフルに働けないというコストが7割ぐらいを占めている。そういうことがかなり言われている。Presenteeismで特に有名なのはアレルギー性鼻炎とか腰痛、精神疾患、生理痛みみたいなものである。こういうものをどういうふうに制御していくかということを考えなければいけないということが、実は国際的にはかなり話題になっている。

例えば19ページをごらん頂きたい。これはオーストラリアのデータだが、慢性疾患が就業に及ぼす影響についてということでコストが出ており、大体年間で120億オーストラリアドルぐらいの損失に相当する。その中で特に大きいものがBack problems、いわゆる腰痛である。次いで関節炎、3番目がメンタルの不調である。このようなものが出ている。実はイギリスで大規模にこのような調査がやられており、イギリスでも実は大体年間でこういう健康問題による損失が15兆円ぐらいになるだろうということが言われている。それで早目に介入することが重要であり、早目に介入することでこのようなコストがある程度回避できるという検証がされている。

さらに健康は就業の条件であると同時に、働くことは健康によい影響があるというエビデンスもかなり出てきている。

22ページ、イギリスは具体的に制度として何をやっているかということ、Fit Noteというものがある。このFit Noteというのはかかりつけ医である一般医がこれを書くことを要求されるわけだが、自分の患者に対して、この人に対してこういうことを配慮すれば働くことができるでしょうという意見書を事

業主に提出するという仕組みがある。例えば腰痛の人には長時間座らせなければ、よい椅子を与えれば、そんなことで書いているのだが、この意見を企業は尊重する義務がある。

こんなアイデアをいただいたので、では日本にこんなものを応用できないだろうかといって少し分析してみた。23ページは、アレルギー性鼻炎の外来レセプトの数というものを20~59歳だけで見えたものである。非常に大きな季節変動があるわけだが、大体2月ぐらいからずっとふえてきて、4月ぐらいまで残る。これが大体総額で2億6,000万円ぐらいになる。ウイルス性腸炎の外来レセプトを見ているが、これも大体12月、1月、2月、3月、ここからぐっとふえてきて、これも1億円ぐらい。

薬物中毒、これはアルコール中毒がかなり入っているが、25ページ、見ていただくとわかるように7月、8月、9月で増えている。これは何を意味するのかということ、こういうものを事前に予見して予防できれば、これに関連した医療費もある程度削減できるし、それに関連した労働生産性の損失も削減できるだろうということである。考えてみると例えばウイルス性腸炎であれば、ある職場で手洗いをちゃんとやるように履行を義務づけるとか、いろいろな消毒をちゃんとやる。そんなことでどのくらい削減できるのかといういわゆる実験的な介入をやって、その効果を評価することも可能になる。あるいは例えば腰痛であれば腰痛対策をやることによって、どのくらい腰痛関連の医療費が減っているとか、こういうことを分析していくことができるのではないかと考えている。

さらに少し進んで、これも厚労科研でやらせていただいた研究であるが、そういう改善事例みたいなものをレセプトで評価できないかということやってみたものである。これは何をやったのかということ、26ページだが、メンタル不調で1回休んだ経験がある人を抽出して、その人のその後の受診状況をレセプトから把握し、その後、再休職になっているか否かということ进行分析する。要するにレセプトを使えばどういう医療を受けているかがわかる。27ページをごらん頂きたい。非常におもしろいのだが、その間、きちんと精神科療法を受けていた人はORで0.4なので、6割ぐらいの方はその後、長期休職になるリスクが下がっているということが示されている。医療機関にかかっているけれども、精神科の内服が全くない患者さんというのは、そうでない方に比べると2.6倍ぐらい、その後また長期休職リスクになってしまうという結果も出ている。要するに長期休職を1回やった方たちに対してきちんと医学的な管理をやることによって、そういう人たちの長期休職の再発を防ぐことができることを示したという分析である。これは労働生産性という意味で非常に重要な知見だと思う。レセプトをつなぐことによって、そういう分

析ができるということである。

また、そのようなものを分析できるような枠組みということで、産業医科大学ではデータサイエンスセンターというものをつくっており、今、企業健保からデータをいただいて、そういう分析ができるような枠組みをつくっているところである。

38ページ目、今後の課題に関係することであるが、私たちはこういうものをつくってきた上で、さらにこのような分析ができる人材を育成することもやってきている。例えば39ページは、厚労科研でいただいたお金でDPCのデータを分析する人材の育成をやっているというものである。40ページは文科省の未来医療研究人材養成拠点形成事業というもので、レセプト分析できる人材を育成しているわけだが、かなりうまくいってきている。しかしこうした外部資金が切れてしまうと、こういうものが全部終わってしまう。

私たちのところでずっとやる必要はないと思っているのだが、こういう形で成功事例が出てきたものに対して、やはり国としてそれをどこかで継続的にやっていただくことが必要なのではないかと考えている。それというのも、いろいろなデータ分析を我々研究者がやったとしても、それを実際に現場に活用してくださるのは保険者の人であったり、あるいは自治体の関係者であったりするわけである。その人たちの継続的な育成というものの、技術研修みたいなものをしていかないと、データが出てきてそれでおしまいということになってしまう。ぜひそういう、前回もお願いしたことであるが、色々な事業費でやってきたものの中で事業として継続することが望ましいものについては、ぜひ色々な枠組みで継続していただけたらいいのではないかと考えている。

結語は今まで述べてきたようなことだが、こういう形でレセプトの分析を労働生産性という観点から活用することも可能であると思っているし、今、国が進めている働き方改革の本丸にもつながることだろうと思っているので、こういう形でのレセプトの分析の活用というものもきちんと考えていただけたらと思っている。

○伊藤由希子委員　まず印南委員の発表に関して。所得に対する弾力性値が0.65という数字が出ている。例えば高齢者の方の所得と医療費の弾力性値と、若年層の所得と医療費の弾力性値、両者が恐らく違う結果が出るかと思うのだが、もし別々にやられていたのであれば結果を御紹介いただければと思う。

5ページで印南委員から説明があったとおり、大手の卸から守秘義務契約によって提供された実取引データということで、非常に貴重なデータであることは議論の余地はないが、これがずっと守秘義務でマスキングされたデー

タのままでしか出せないというのは分析技術では超えることのできない研究の壁であり残念だと思う。情報の透明性がエビデンスの前提となることを踏まえれば、政府レベルでの情報の収集と公開が必要だ。厚労省では薬価調査をしているし、その中で単品単価取引の割合や妥結率を出している一方で、薬価調査のデータそのものは公表していないという現状に対して、今後改革を進めていただく必要があると強く思っている。

藤森委員の御説明に関して、医療のSCRについて保険者の所在地で分析をすると15ページ以降の介護のSCRとの対比に定義として統一性があると思った。仰っていたように医療の場合はレセの発生する医療機関の所在地、と請求の発生する保険者の地点、を比べると、首都圏や京阪神ではかなり流出入もある。市町村保険者単位の分析がデータの的には可能なのか、難しいのか、現状を教えていただきたい。

- 印南委員 所得に関することであるが、理想は年齢階級別とか全部できればいいのだが、まず所得の捕捉が難しい。この分析はかなりマクロレベルなものであるから、年齢階級別の医療費では行っていない。よってその問題には直接お答えできない。

ただ、件数が多い割になぜあまり私は強調しなかったかというと、県民所得はずっと横ばいである。県民所得自体があまり増えていない。よって医療費増加要因としては、直近はわからないが、2012年ぐらいまでのデータで見るとそこまで大きな要素ではないかと考えている。

また、医薬品取引、実取引データはいただいているが、これは個人的な感想であるが、強制的に徴収された保険料や税金や国債を発行して国民皆保険を賄っている。そのプレイヤーは当然データをマスキングしてもいいと思うが、基本的なデータは出すべきだと思う。個別にお願いしないと、データそのものが出てこないという体制自身が本当に国民皆保険のもとで正しいのかというのは、若干疑問に思っている。障害はたくさんあると思うが、その辺について進めることをしないと、研究者が個別にお願いして守秘義務契約を締結して、データをいただいてローカルに分析するということを繰り返すにすぎなくなってしまう。この辺は松田委員がおっしゃっていたデータの提供や体制の話と共通する部分があると思う。

- 藤森委員 国保・後期に関しては市区町村まで保険者の割り付けが終わったデータがあるので、まだ集計はしていないが、比較的簡単に集計ができる。例えば65歳以上に限ってということであれば、保険者ベースで集計ができるかと思う。
- 鈴木委員 印南委員のお話は、調剤にしても国保・高齢者医療にしても、医師数が結構効いているということであった。このときに医師というのは大病

院の勤務医あるいは診療所勤務医、開業医、診療科もいろいろあるわけであるが、今回の分析では1つのものとして区別していないということで理解してよろしいか。また、この分析から離れて、医師の属性の違いを考えたときに、何か言えるようなこと、御見解があればご教示願いたい。というのも、医師の需給のあり方や、かかりつけ医を普及させる必要性といったところへのインプリケーションがありそうだと思うのでお聞きしたい。

もう一点は、日数と医師誘導需要の話。素朴な感覚として、例えば自分が病気になったとして、より短い日数で治癒するのであれば多少高い値段でも構わない、と考えることはあり得ると思う。ただ、高齢者の入院に関しては日数の短縮は医療費の削減に効く一方で、一般の病床は医師誘導需要があるため違うというお話であった。この点、供給側が需要をつくるということを考えた場合は、高齢者の入院のほうは潜在需要がたくさんあるため需要をつくりやすく、一方、急性期のような病気というのは勝手に供給側でつくりにくいのではないか。あるいは本当は急性期でないものを急性期としているのか。この点をどう考えたらいいのかということをお教えいただきたいと思う。藤森委員の御報告にも1点だけ質問がある。平均SCRが150とか200とかという地域は過剰な供給をしているのではないかという疑念を強く抱くわけであるが、それに対する予想される反論は、逆に50を下回るようなところで医療崩壊や医療不足が生じているという議論である。平均SCRが低い地域とは、そうした問題が生じているのか、それともいわばトップランナーやベストプラクティス的な地域であるのか。全体を分析されて、あるいは医療の現場に詳しいお立場から、値が低いほうの評価をどう考えればいいのかという点をもう少し教えていただければと思う。

- 印南委員 1つ目の医師数であるが、分析の目的が、30年間にわたって安定した構造があるのかを知りたい、しかも制度別、高齢者とそうでないもの、入院・入院外となるべく変数を統一してやりたいという要請があったので、30年間にわたって制度が変わっているものはなかなか変数がとれない。例えば病床全てではとれない。途中でどんどん変わっている。そこは大雑把にやっているのだから、病院別、例えば大病院とか特定機能病院とか、あるいは診療所とか、もちろん基本的な行動原理が違うはずだと思う。そこまでの分析はできておらず、この結果をもとにもっとミクロの研究で確認すべきだと思う。ちなみにインプリケーションであるが、別の研究で実は公立病院の公営企業法の全適用とそうでない病院との経営のパネルデータ分析をやっており、そこでは実は薬価差益を経営努力の指標として使っている。それを見ると同じ公立病院でも、公営企業法の全適用の病院は頑張っている。そうでないようなところはそうではない。恐らく病院種別などによって行動モデルが恐らく

基本的に違う部分があって、そういうものを本当に考慮したらマイクロ分析と一緒にして検討しないとやや危ないところもある。ただ、今回の研究はマクロの非常に大事だと思われる部分を最初に優先してやったということである。在院日数については、仰るような疑問がよく出るが、実際に我々が思っている急性期というものと慢性期というのは、中医協などで議論を聞いているとそんなに明確に分かれておらず、1人の患者でも急性期から慢性期まであるとか、色々な議論がされている。地域によっては急性期の患者さんを医師が埋められない。そういうケースもたくさんあると思うが、少なくともマクロデータを見る限り、老人医療費ではない一般国保の医療費は平均在院日数が短縮化すると逆に増えている。しかも平均在院日数が短縮化すると一日当たりの医療費が増えるのは当然であるが、そこにも平均在院日数を入れているから、それを除いても医師数やそういうものが影響していることがわかっているのだから、一定程度の反論にはなるのではないかと考えている。

○藤森委員 SCRの低いところに関しては、恐らく3つ要素があり、1つは患者が移動していて、そこを補っている。例えば埼玉県はおしなべて低いけど、かなりが東京都に私鉄、JR等々で降りていて、南側の人は余り不便を感じていないと仰る。そういう意味で患者さんの流出入は見て行かないと真のSCRの意味というのは見えてこない。特に若い方ほど動くので、ここは1つあるのかなど。

もう一点は、ほかの医療行為が補っている部分がある。例えば7対1の少ないところは実は10対1が結構補っている。あるいは療養が少ないところは有床診の療養が補っているという関係がある。何かを何かで代替できる部分が医療はあるので、そこも一緒に見ていかないと見えない。そういう意味で余りにも国保の医療行為に注目してしまうと、かえってミスリーディングであって、一定程度グループ化する必要というのはあるのだろうなと思っている。

私は出身が北海道なのでよくわかるのだが、やはり地域の方は我慢強い。余り医療に期待していないと言ったら失礼かもしれないが、なくて当たり前と思っている。それで何とかやられていているところが実はある。過剰に提供されているところが問題なのだろうけど、過少なところはどこまでやるかということはあるが、意外に地域の方というのは気にしていないというか、そんなものだなと思っている部分はあるのかなという気はしている。

○佐藤委員 ワーキング・グループ全体にかかわる話かと思うけど、レセプトとか個票データを使って分析結果をいただいている一方で、今、「見える化データベース」の充実も図っている。理想的には、こういう研究成果、こういう報告成果をどうやってデータベースの充実につなげていくか、あるいはデ

データベースを使ったらどこまで言えるのか。医療費の話なども出てきているので、このデータベースを使ってどこまで同じようなことが言えるのか、あるいは全く違う結果になるのか、そこは調べてみる価値はあると思う。エビデンスベースで政策を考えていくときの大前提はデータがあることであって、このようなデータベースもその意味では非常に貴重なインフラになると思う。せっかくなのでこの分析はワーキング・グループの中で、今度はデータベースの充実というのも一方であってもいいのかなと。それから松田委員からお話があったとおり、エクスペリメントはすごく大事である。先ほど医薬分業の話が出ていたが、医薬分業の政策評価はどうするのと言われたときに、本来、我々はDIDと言うが、制度変更の前後で何が変わったかを見たいし、制度変更したところとしていないところ、影響を受けたところと受けていないところで何が違うのというのを見たいわけである。イギリスなどが有名な例であるが、色々な教育であるとか医療とかこういったところで部分的に実験をやってみて、政策効果を抽出するというものをやる。

今、私はJICAの仕事をしているが、JICAも同じようなことをやろうとしている。なので、これは内閣府の中である種、実験的にやってみる価値のあることだと思う。色々な新しいことを始めるときに、私はよくゆとり教育を挙げるが、全国一律でいきなりやると効果がよくわからない。よかったのか悪かったのか最後まで。であるから、そういうエクスペリメントという視点は、今後の研究成果としてあっていいのかなと思う。

最後に1点だけ質問であるが、印南委員の議論はおもしろいと思ったのだが、28条のときに必ず言われるが、医師数は内生変数ではないのかということで、これは内生性バイアス的には大丈夫なのか。

○印南委員 内生性の話であるが、医師は内生変数ではない。医学部定員できちんと決まっており、毎年のように国家試験を受けて入ってくる。そういう意味では内生性はないと判断している。

○佐藤委員 これは医師数ではなくて定員数を見ているのか。

○印南委員 その通り。実際の従事者数で見ている。完全な内生性がないかと言われると、そこは今、手元に持ってないが、ほぼ内生性はないと私は思っている。

○古井委員 内容に関しては改めて整理されていると思ったのだが、藤森委員、松田委員から御意見があったように、医療・介護もそうであるが、健康予防、データヘルスに関しては、これから外に開いていくべきと思っている。特に医療・介護に関しては既に疾病・容態に対するサービスメニューが体系化されていて、佐藤委員が仰るようなエクスペリメントが日々全国で大量にされている。

一方で、健康課題に対する予防健康というものがまだメニューも十分に決まっていない。また、実施量も非常に少ないという中で、一部の研究者や国だけではなくて、実際に介入をされる事業者さんとか自治体、企業の方がデータをある程度匿名化した上で実証を一緒にしていくことがないと、施策の展開はなかなか難しいのかなと思っている。特に医療と違うところは生活課題というものが非常に多岐に及んでいるので、実際に介入をやられた方や、あるいはフィールドの現場の方でないと、課題の背景がわからないということがあると思っている。

そういう意味では、全国の研究者や実際に介入、エクスペリメントをやる方がデータの見方も勉強しながら、データの共有を可能にする仕組みというものが医療・介護同様、予防の分野でも課題だと思っている。

○宇南山委員 経済学者として医療の分析をしようとすると、常にアウトプットは何かということが頭を悩ませる。経済学者は使ったお金が幾らなのかというところで評価をするわけであるが、そうすると必ず、お金はたくさん使っても、よりよい医療が提供されているかどうか問題だというような批判があり得る。レセプトレベルまでの情報があれば、本当の意味でのアウトプット、クオリティー、医療として提供されているもののアウトプットというものが可視化できるのではないかと思っていた。私には医学的な知見がないので、医療系の方で、レセプトを使えばアウトプットが計測できるのかどうか、特に本日御説明いただいた藤森先生などで、もし何か御知見があれば教えていただければと思う。

○藤森委員 私はミクロ系の人間なので、患者連結が一定程度行われれば、例えばその方が退院した後の1年間、2年間、3年間後にどういうことになっているかという分析は可能になってきている。あるいはある薬剤等々で介入、例えば骨粗しょう症の予防薬を投与したときに、実際に事後のコストがどうなるかといったような、そういうアウトプットは比較的簡単にできるようになってきたので、あとは連結するだけの担保がとれれば、それは実現可能だと思う。ただ、それがマクロ的に持っていったときにどうかというのは、私のレベルを超えるかなと思う。

○松田委員 今の御質問に対して、色々なことができる。例えばレセプトのデータをうまく分析すると、医療に診療ガイドラインというものがあるのだが、その診療ガイドラインに沿った医療をどのくらいやっていくかというコンプライアンスを症例ごとに評価することができる。

これは私たちが論文にしたもので、例えば急性胆管炎というものには東京ガイドラインという非常に有名なガイドラインがある。そのガイドラインに対するコンプライアンスのレベルと、これを施設単位でまとめると、症例数

がたくさんある病院はコンプライアンスが高くて、色々なものを補正してもコンプライアンスの高い病院は死亡退院率が低いという、ボリュームとアウトカムのリレーションシップを証明するような論文ができています。

今これはちょうど論文にしているところであるが、同じように中身を見ると、例えばがんの患者で精神科のリエゾンといって、がんの患者さんに対して心理的に精神科の先生が介入するという治療をやることがある。これをやった人とやらなかった人で、やった人のほうが投薬できる抗がん剤の量が増えるというデータも出ている。これはオンコサイケアトリーという、腫瘍精神医学というところである。そういう形で、臨床的にこれが望ましいのではないかとされている行為を、日本のレセプトは非常に細かいので、それを拾ってきてコンプライアンスを見て、それとアウトカムを比較することはできる。それは臨床的なアウトカムもあるし、もう一つは医療費のアウトカムがある。そういう色々な分析ができるというのが日本のレセプトのいいところではないかと思う。

○小塩委員 私も先ほどの宇南山委員とよく似た質問があり、我々経済学者は何がアウトプットかというのは非常に気になるところであるが、松田先生に先ほど氷山モデルというものを御紹介いただいた。AbsenteeismとPresenteeismの効果を労働生産性で評価するという、経済学をやっている人間からすると興味深い研究があるということであるが、大まかに言ってどういうアプローチで健康面のアウトカムを経済面のアウトカムに翻訳することをされているか。

○松田委員 1つのものは32ページにあるのだが、WFunという生産性に関連する調査票というものを今つくっている。色々なところで使わせていただいているが、これであと大学の他の研究者がいわゆる生産性をコストに置きかえ計算するという方法論を会計の手法を使ってやるということをやっており、質問票と会計学の手法を組み合わせて労働生産性をコスト面、金額面で強化するということを、実験的ではあるがやっている。

また、レセプトを使うことによってどのくらい医療費がかかっているかとか、人事情報をいただければどのくらい休んだことによってその人の、いわゆるいなかったことによる労働損失を計算できるようになっているので、そのような形で今、健康問題とコストをつなぐということをやっている。

○大橋委員 今回、3つの研究成果、大変勉強になったが、基本的にやろうとしているのは松田委員の資料にある政策評価であるとか、あるいは政策立案のためのデータをどう使うとか、そのようなことを論点にしてやっているのだろうなと思っている。

そうした観点で考えてみたときに、視点として3つが重要だと思う。まず1つは事実認識、問題設定が適切かということを使って表現すること。2点目は、立案された政策と効果の間をつなぐロジックがあるのか、ロジックモデルがあるのかという点。その上で、3点目は、政策とコストとの間の関係を費用対効果を使って見るということ。

そうした観点で7ページ目を見せていただくと、多分行っているのかもしれないが、1点、重要なのは連携パスを使った、あるいは使っていないというのがあるので、これが外生であるというのがまず1つ重要な論点だと思う。もう一つ、対象とする患者さんが同じ重篤度の疾病の方であるということと、最終的な出口が、これがアウトカムかもしれないが、同じ具合で治っているという方々を取り上げてみて、連携パスを評価するというのが本当にやるべきことなのかなと。そこまでヘルスのアウトカムのデータがあるのかどうかというのはわからないが、ただ、本当にやりたいことはそこなのだろうなと思っていたが、それで理解は正しいかということが1点。

2点目はすごく細かい点になってしまうが、藤森委員のところで患者の住所のデータがないのだというお話があったと思うが、他方で松田委員のところでは、患者の住所の地点別のデータがあるという話があったと思う。そのところは実際どちらなのかというのを教えていただければというのが1つと、2つ目も細かくて恐縮であるが、印南委員が薬価の分析をされたときに、ブランドとジェネリックがごっちゃかもしれないのかなと思ったのだが、ジェネリックの効果というのはどうだったのかということが1つ気になっている。

3点目は単なるコメントであるが、藤森委員が最後に仰っていたが、データが研究者に公開されるというのは重要だと思っている。ぜひこれは特定の人だけではなくて、色々な研究意欲のある方にきちんと提供していただきたいというのが1点。2点目は印南委員の資料もそうだが、都道府県別にすごく差があるというのが見てとれる。診療報酬というのは昔、都道府県別につけていた時代があったのではないかとと思っているのだが、そうした考え方ももしかすると、これだけ差があると、1つ歴史から学べる示唆もあるのかなと思った。

○松田委員 最初の話はその通りであり、医療と介護のレセプトを今、つないで分析できるような仕組みをつくっている。例えば連携パスを算定した人が、その後、介護のほうに移っていったときにどうなのかとか、あるいは要介護度のレベルでどうなっているのかとか、そんなことがちゃんと分析できるように枠組みをつくっていきたいと思っている。

実際に少しやってみると、地域連携パスを算定している人というのは例え

ば3カ月後、半年後の在宅での訪問診療とか、在宅でケアを受けている割合が高いというのが大体わかっている。そのような形での長期の分析ができるようにしていきたい。ただ、このためには、ナショナルデータベースは医療のレセプトであるし、介護のレセプトは介護のほうの見える化事業で集めているので、その2つをつなぐような枠組み、具体的には個人のIDをどのように連携するかということのを少し考えていかなければいけないだろうと思っている。

2番目に、私たちが実際に推計するときには全部患者住所地別に置きかえたのは、ある補正を行っている。傷病ごとに性・年齢階級別に国保と後期のデータは一応その保険者の住所地をいわゆる居住地とみなすことができるので、同じ年齢で同じ病気であれば同じように地域間を動かさるだろうということで、職域のデータを補正してやっている。職域のほうは少し大きく動くので、その分、少し誤差が出てくるのだろうと思うが、現時点ではそういうやり方でやるのがベストかなと思ったので、そのようにしている。これも将来的に患者の住所地の情報がレセプトに入れていただけるようになれば、もう少しいい分析ができるだろうと思っている。

3番目のコメントは本当にその通りで、データをちゃんと使えるようにするということと、こういう分析の手法というものが研究者の特殊技術にずっととどまっている限りは、なかなか先に応用できないだろうと思う。こういう方法論を、現場の保険者のマネジメントをやっている方、行政でマネジメントをやっている方たちが使えるような技術として、汎用化していくことを片方でやっていかないといけないのではないかとということを研究者としては思っている。

○藤森委員 松田委員の仰るとおりで、本当の住所はどこにもない。あるのは国保、後期に対して保険者情報があるので、保険者のところに住んでいるという見出しでデータを、これは全てそうであるが、それで作っている。被用者はどうしているかという、保険者情報は地域ごとになっていないので、同じ年代の方は同じ動きをするだろうということで割り戻しているというのが今のベストエフォートのやり方。確かに特に働いている人ほど動く。そういうことで、より正確には、地域の住所は郵便番号が一番、かたいと思うので、それがやればかなり正確にわかるかと思っている。

○松田委員 1つだけ追加で、DPCのデータは郵便番号が入っているので、DPCだけは患者の住所地でちゃんと構成をしている。

○印南委員 私の手元の資料の6ページに抽象的にわざと書いているが、実は後発品が常置されているかどうか、後発品かどうかも全てデータを持っているが、そこを書くと医薬品が特定されてしまうので、わざと隠したという事

情もある。

ちなみに後発品の有無はこの結果には影響を与えていない。ただし、もっと確定的に言うためには、もっと具体的に医薬品数を例えば200ぐらいまでそろえて分析しないと、本当の後発品の影響については物が言えるとは思っていない。ちなみにこの研究はまだ途上であって、これから分析する医薬品を大幅にふやすように頼んでいる最中である。

- 藤森委員 誤解のないように、DPCのデータは2種類ある。厚労省に直接病院が提供しているDPCデータというほうは郵便番号が書かれていて、今回のものはそれを使っているので、DPC急性期部分に関しては非常に正確な患者情報がとれているということである。

一方、DPC電レセとって、請求側が使っているDPCのデータに関しては住所がない。今回、私が分析したのはDPC電レセのほうなので住所がとれていない。医療機関のほうはデータに郵便番号を埋め込むのは何の苦労もないので、ぜひそれをレセプトに進めていただきたいということである。

- 石川委員 本日初めてこのワーキングに参加させていただいている。非常に参考になる御説明をいただいた。私は地域政策の分析を主な研究としており、また愛知県から来ているので、地方からの目でこの資料を見させていただいた。

特に重要なのは、こういった分析結果を踏まえて地域にどういうメッセージを与えていくかということだと思う。今回の分析はどれも都道府県レベルでされている。例えば印南委員に御質問も含めてであるが、先ほどの御説明の中で医師数の増加が医療費の増加につながっている、もっと言えば大学の定員を下げるというお話まであったかと思うが、この分析は変数が人口当たりの医師数ということなので、例えば地方で人口が減っているにもかかわらず、医師数がそのままだったり増えたりしていると医療費が増加する。そのような解釈でよろしいか。

例えば愛知県は、東京や沖縄と同じように人口が増えているが、県の中でみると市町村ごとに増えているところと激減しているところがあり、格差が広がっている。地域ごとでは医師数の確保ということも大事ではあるが、人口が減っているけれども、医師の数は同じか増えていると、効率性の問題がある。そういった人口との関連でどの程度が適切なのか考えられるとよい。そういう意味ではもう少し細かい、例えばこの分析も市町村レベルの人口当たりの分析などができないかお聞きしたいと思う。

先ほどのもう一つ、藤森委員の御説明も県単位での話になっていたが、こういった地域ごとの偏在もいわゆる政令指定都市のような都市部はいいけれども、例えば地方のかなりローカルのところと言えば大きな格差が生じてい

るという話もあるかもしれない。先ほども最後に課題ということもあったが、地域を詳細に分析することがさらにリアルな地域に対するメッセージにつながっていくのではないかと思った。そのあたり細かい分析をどこまでできるか教えていただきたいと思う。

- 印南委員 まず医師数の話だが、これは人口当たりである。医師数が変わらなくても人口が減れば、人口当たり医師数がふえるので、その分、医療費は増えることになるが、これも先ほど説明したとおり、地域で人口が減っていけば患者数が減っていくので、医師は何とかしようとしてやはり増やすということに動くのではないかと私は考えている。

市町村当たりで分析できるか。これは分析単位を小さくすればするほど地域に役立つのだが、一方で患者さんの移動があるので、県単位でも患者さんの流出入が結構ある。特に入院患者についてはあるので、そういう問題をどうやって分析上、クリアするかという非常に難しい問題がある。こういうマクロの大きな結論を一応出したので、ミクロレベルで確認するという意味ではどこかの県の市町村データを使って分析するというのはあると思うし、実際に、長野県などで市町村別でデータを集めている。ただ、実際にそれを分析して本当にきれいな結果が出るかは、ここで保証はできないということになるかと思う。

- 藤森委員 SCRに関しては市区町村別の集計が終わっているので、いつでも出せる状態にはなっている。ただ、印南委員も仰ったように患者の流出入はより大きくなるので、その補正を一緒に出さないとミスリーディングになるだろう。国保、後期に関してはその動きも全部把握できているので、65歳以上に関して言えば流入出込みでSCRが出せると思っており、あとは郵便番号化ということだろうと思っている。

- 赤林委員 この分野はよく知らないのですが、色々なデータを見せていただきながら、ここから先、経済学者だったらどういうことをするのかということを考えていた。

松田委員の資料で、私も疾病による労働生産性のロスについて非常に興味深く思い、かつ、費用便益分析が非常にやりやすい分野なので関心を持った。

1点、教えていただきたいのだが、季節変動の表は、12カ月合計するとレセプトが大体4万件である。2億6,000万というのは医療費で、すると1人当たりアレルギー性鼻炎に、大体7,000円ぐらい使っている。そうすると外来であるから仕事を休むという前提で、例えば2時間ぐらい休んでいる。平均給与が例えば360万円だとすると時給2,000円ぐらいになる。すると大体4,000円ぐらいのロスである。7,000円に対して4,000円だから、これだけだと割に合わない。ほかにいろいろな付随効果があるので、ここから先どういうことをや

るのか。この計算は非常に単純計算であるが、ここから先どのようなイメージを持てばいいのか教えていただければ。

○松田委員 まず少し分けて考えなければいけないと思うのだが、アレルギー性鼻炎みたいなものはどちらかというと多分、帰社後とか仕事が終わってから外来にかかったり、あるいは土曜日の外来にかかっているというパターンが多いので、多分それによる労働時間の損失、いないことによる労働時間の損失というのは余りないだろうと思っている。多分これはタイムスタディーをやらなければいけないのだが、むしろやはり私たちがこれでやっているのは、通常の業務の何割ぐらいしかできませんでしたということスケールで聞くということをやっている。それで生産性が落ちているということを見ていくことをやる。

また、あるアセンブリのところでやったのは、どのくらいアセンブリの作業の力が落ちるのかということをやっており、アレルギー性鼻炎とかそういうものの評価をするという方法論はある。

一方で非常に問題になってくるのは、説明を省いてしまったが、がんの患者などでは定期的に休んで抗がん剤を受けに行くことになる。そうすると、そういう疾患の場合には治療による欠勤というものをに入れて算定することになる。そのため病気によってどういうパターンで医療を受けているかによって場合分けをして、その中で考えるべきコストを計算するという方法論を、いわゆる産業保健のコスト分析の手法を作っている。そういうものを使ってやっていくという方法論を今、考えているところである。

○事務局（資料4に沿って説明）

○佐藤委員 まず1つはアウトカムの把握状況であるが、今後のことを考えると歳出効果のところは最終的にこの一体改革の目標の1つであるので、歳出効果をどうやって把握するかというところを各省庁に徹底してもらうことはあってしかるべきかと思う。

2つ目であるが、こういう「見える化」の優良事例というものをホームページで展開したとしても多分見ない。例えばある種ターゲットというか、こういう自治体にはこういう優良事例がありますよとカスタマイズするなど、自治体の規模、人口構成、高齢化率で見た類似団体がある。類似団体で実はこんな試みがあるんですよということを見せてもらおうと、自分のこととして伝わる。誰も横浜市の事例とか千代田区の事例を見たって参考にならないと思うわけである。そういう戦略的なメッセージの発信というのは、本当はあってしかるべきかと思う。

○鈴木委員 今回やっていただいた調査で幾つかのことがわかったと思う。例

えば事例選定においては、必ずしも第三者が入っていないとか、調査項目2の質問1で費用対効果がすぐれていたためという理由は1件だけで、基本的には「いいことだからやっています」というのが一番多いということである。展開促進そのものをどうやるかということで4ページがつけられていると思うが、もちろんそれが最も重要であるし、同じことかもしれないが、展開促進が進んでいるかどうかを推進委員会なりこのワーキング・グループでどのように把握し、評価していくのかということも課題ではないか。つまり工程表で、17年度でこういうことまでやりますとか、集中改革期間でここまでやります、あるいは20年度まででここまでやりますということは、改革事項ごとに合意されたものがある。今後、展開促進をどのように進めるかということが最も重要ではあるが、進んでいるかどうかをどういうふうにチェックしていくのかということについてはどう考えておけばいいのか。

○事務局 展開促進の実際の確認の仕方であるが、KPIには2段階あり、1つは改革工程そのもののKPIの達成度合いというものである。今回照会したのは、その一部である展開促進に関してKPIを設定しているかどうかということ。こちらについては設定しているものはあまりないというのが今回の結論だったということだと思う。

○田和統括官 まさに仰った通りの問題点が明らかになったわけである。完全に費用対効果などをチェックしているところがほとんどない。これを踏まえて次の骨太に向けて我々としてメッセージを出して、これをしっかり中間評価に乗せていくという、次のパスに各省持っていかなければいけない。そこを今まさに検討している段階であり、次の骨太で政策提言につないでいき、中間評価で成果が出るようにする。その中間評価のときに優良事例の横展開がまさに数値ベースでどういう効果を出しているのか、アプローチを進めているところである。まさに知恵をいただきたいと思っている。

○高橋主査 骨太に向けて知恵を出すということで、公共サービスの横展開のプラットフォームをやっているときに出てきている議論も踏まえて、何点かコメントをさせていただく。先ほど佐藤委員から類似団体のお話があったが、ここは非常に大事な論点で、今日も日経新聞に政投銀による水道事業の分析が出ていた。あの調査をされた方もおっしゃっていたが、同じ状況の自治体であっても、どれだけ危機感を持っているかどうかというところで、横展開で乗ってくるか乗ってこないか差が出てくると思う。そういう意味ではそもそも自分たちがどのぐらい動かなければいけないのかという、突き動かすための横比較のデータなりが必要なのだろう。それこそ水道事業であれば5年、10年先を見たのでは、何とかなると誰も危機感を抱かない。でも30年先まで見れば危機感を抱くわけであるから、そういう意味ではまずデータをはじく

ときの標準化みたいなことをきちんと行っておかないと、そもそも改革を進めていくための動機自体がその自治体から生まれてこない。そうすると少しも真似をしようとも思わないという話なのかなと感じた。これが1点。

もう一つは、各省庁は自分たちがやりたい政策に対する反応はある程度意識する。ところが今、自治体の現場からのボトムアップでの行革への取り組みがあり、愛媛県が行革甲子園や、町田市の動きなどはすごい。自分たちだけではなくて、他の自治体まで巻き込んでベストプラクティスをつくらうという動きが出てきている。そういうボトムアップの動きをどう支援していくかということ、もう一つの軸として考えてもいいのではないかと思う。

3点目、各省庁に聞いたときに決定的に欠落しているのが、縦割りでしか発想していないので、省庁が連携した場合にどういう効果が出るかとか、どういう優良事例があるかという発想ではないかと思う。特にコンパクトシティ化を進めていくときには、それこそ国交省、あるいはようやく今そこに厚労省も絡めて病院や介護施設の配置というところまでは若干考えが行くようになったが、例えば1つの町の構造を改革していくときには、各省庁に絡むような話が全部うまく動いて政策効果が出てくると思う。そういう意味では中央から見れば省庁横断的な動きであるし、現場から見ればそういうことと関係ない動きなのではしょうけれども、そういったところも視野に入るような聞き方なり取り組み方をしないと、なかなか各省庁の目線からだけでは展開が進まないのではないか。

- 田和統括官 今年度のなるべく早い段階で、「見える化データベース」については今までは人口割でしか類型化ができなかったが、人口密度とか財政力指数とか、10項目か15項目ぐらいで、いろいろなバリエーションで類型化できるようなツールを導入することにしている。外形標準での類型化ができるようなツールができていたので、中間評価に向けた類型化という手段は整えていくように今、準備をしている段階である。