

第16回医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ（議事要旨）

一 会議の日時及び場所

日時：平成28年2月16日（火）10:30～11:45

場所：中央合同庁舎第4号館共用第3特別会議室

二 出席者

○構成員

佐藤主光委員、筒井孝子委員、藤森研司委員、松田晋哉主査

○参考人

石川ベンジャミン光一参考人

○政府側

内閣官房

宮島社会保障改革担当室長

高橋社会保障改革担当室審議官

玉川社会保障改革担当室参事官

山下社会保障改革担当室企画官

総務省

君塚自治財政局調整課理事官

財務省

大来主計局主査、横山主計局主査

厚生労働省

山下社会保障担当参事官室政策企画官

迫井医政局地域医療計画課長

城保険局医療介護連携政策課長

安藤保険局医療費適正化対策推進室長

赤羽根保険局保険システム高度化推進室長

三 議事

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針案の概要について

3. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針案の概要について

- ・医療費適正化基本方針案の概要について、意見交換を行った。

(佐藤委員)

- ・医療費の見込みの算定方法のうち入院外の方について、まず後発医薬品とか国全体で目標を定めたものを反映させるというのは良いと思うが、一人あたり医療費について、さらに残る地域差を一定の方法で縮減するというのは、医療費の適正化に関する取組目標により行うという理解でいいのか。例えば入院受療率等について、二次医療圏ごとに全国の中央値まで抑えましょうとか、そういう風な目標が以前あったと思うが、この入院外医療費の地域差というのはどこまで縮減するイメージなのか。もしこの段階で何かあれば教えていただきたい。
- ・入院医療費については、おそらくそれぞれの都道府県が作っている地域医療構想に基づいて、病床機能の分化等が進むということを勘案したものを入院医療費の見込み額とするのだと思うが、そうすると、地域医療構想によってバラつきが出てくるように思うがどうか。地域医療構想を進めることで病床を減らすことになるので受け皿になる在宅医療のところは地域によって大分差が出てくるのではないか。それについてはどんな風に見込んでいるのか。入院医療費のイメージが今の段階でどういうものになるか、イメージがあれば教えてほしい。

(厚生労働省保険局)

- ・1点目の入院外医療費の見込みの方法については、現在、どういった方法が良いのか、我々も検討しているところ。また、このワーキンググループでもご議論いただきたい。例えば、佐藤委員ご指摘のように、後発医薬品の使用割合の向上によって縮減した額を差し引いた金額の平均をとって、その平均額との乖離を一定割合縮減をかけていく、という方法も考えられるかと思う。具体的な方法については、引き続きご議論をいただいた上で、告示の中でお示しをしていきたい。
- ・2点目の入院の部分については、さらに今後の議論かと思う。大きな推計の枠組みとしては、まずは適正化の取組を行わない場合の医療費の見込みを過去のトレンド等で推計し、その上で、病床機能の分化が正に一定程度進んだ場合の効果というものを数値的にどう織り込んでいくか、ということがポイントになってくるのだろうと思う。ただ現状、地域医療構想ができている県がどこ

もないので、年度末の段階では考え方だけをお示ししていく。在宅医療の話は、病床機能の分化及び連携に伴って出てくる話であるため、入院外医療費に影響を与えるものではあるが、入院医療費の共ずれで出てくるものでもあるので、策定されてくる地域医療構想を踏まえて検討し、スケジュールとしては、夏ごろまでに告示の改正と言う形で具体的な算定方法をお示ししていきたい。引き続き、4月以降もこのワーキンググループでご議論いただきたいと思います。

(藤森委員)

- ・佐藤委員と同じような視点だが、色々な施策を行った後で、まだ残る地域差の縮減ということについては、数学的には一定程度試算できると思うが、それを都道府県に示したところで、では、都道府県がどんな手だてがあるのか、ということについては相当難しいのではないかと。まず我々は、この都道府県の地域差が何によって発生しているのか、ということを示していかないと、おそらく都道府県は何も手が出ない。
- ・入院の方は恐らく受療率と病床数でかなりの部分が説明できてしまうと思うが、外来の方も医療費の差というのは恐らくアクセスあるいは受療率によるところだと思う。そこに都道府県が手を出せるのかといえば、ほとんどそれは難しいだろう。だから診療報酬や医療法の改正も踏まえて、そこまでもっていかないと、ちょっと都道府県は何も手が打てないだろう。これだけ差があると示すことはできるが、もっと具体的に踏み込んでアドバイスを与えないと難しいだろうなと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・入院外の医療費の見込みに関しては、後発医薬品の使用割合や、全国目標が定まっているという意味では特定健診・保健指導の実施率があるが、この二つについては、それぞれ都道府県が全国目標を達成した場合の医療費の算定式をお示しし、その縮減額をまずは反映するのが第一段階である。
- ・その上で、なお残る地域差については、藤森委員ご指摘の通り、何も取組みがない中で地域差を縮減しろと言っても、これは都道府県から無理だと言われてしまうので、取組みのメニューをできるだけ多く示していくことが必要だと思っている。こうした特定健診・保健指導以外の取組みが、この地域差を一定程度縮減していく際の都道府県として取り組んでほしいもののリストということになる。
- ・また、それぞれ疾病別の入院外の医療費について、いわゆる診療行為別の地域差については、データの作成作業中だが、現時点ではお示しができない状態で

ある。よって、そもそも地域差の背景に何があるのかについて必ずしも完全なデータを見た分析作業ができていないが、順次作業は進めているので、あらためてそのデータを見てもらい、アドバイスもいただいた上で、一定の取組方法の具体的な中身については、夏の段階で見直しを行い、このような方向でなお残る地域差について縮減を図っていただきたい、と都道府県の方にはお示ししていきたい。こういう流れで進めたいと考えている。

(石川参考人)

- ・データを見て改善の施策を考えて、それが最終的には医療費の削減につながるという話があったが、是非ともこの場で共有しておきたいのは、医療介護総合確保基金における評価の研究班が厚労省の中で立ち上がっていて、その中ではロジックモデルというものを前面に出した上で、①きちんと課題を分析した上で事業のアクションを設定し、②その直接的な効果としてのアウトプット、および③最終的に国民の健康及び医療に及ぼす影響としてのアウトカムという、3段階に分けた上で、評価するということが検討されている。
- ・医療介護総合確保基金の事業の提案書や評価書はこうした枠組みで、改めて再整理がなされる形となっている。可能であれば医療費適正化についても、ロジックモデルに従って、いくつかメニューが提示され、最終的な改善につながるという形にさせていただけると、後々のところでの合流が非常によくなるのではないかと思う。

(筒井委員)

- ・今回議論しているのは、医療費の適正化という大きく、特定健診とか従来の施策と、薬品という二本立てというわけだが、そもそも医療費というのは医療サービス提供体制、つまりサプライヤー側の影響が強いものである。
- ・今回、示された内容は、医療費の適正化というよりは、医療サービス提供体制の適正化である、というべき内容であり、地域差を縮減していくことを目的とするということであるが、2016年の東京の状態と、例えば、高知県の山間部の医療提供体制は全然、違っているわけで、ある観点からいえば、高知県の山間部というのは、医療提供体制の前提となる人口構造からいえば、すでに2040年度の状況と同一ともいえる。すなわち、日本においては、二次医療圏別に医療提供体制の前提となる患者構成人数は、全国平均に近い、いわゆる2016年のなところと既に、この2016年から人口が高齢化し、しかも医療や介護の担い手が少ない状況となっている2040年度の状況になっているところが混在している。いわゆる地域差といっているものは、人口の高齢化の時間的な部分を示しているともいえる。このことをどう考え、どのように政策を考えるかが重

要な点といえる。いずれにしても、全国で統一的な、あるいは、画一的な解決方法は存在しない。

- ・ここで示された疾病別の診療行為のデータは役に立つとは思う。だが、これは、居住者の属性、例えば年齢構成別人口構成に依拠するものといえる。しかし、医療サービスがないからといって、当該地域の居住者を強制的に移住させるわけにはいかないのだから、それを踏まえて、適正化をどう考えるべきかという問題であるので、問題はかなり複雑だと思う。
- ・ジェネリックの使用割合については、28年度診療報酬改定では、多様な改定がされている、つまり、今回、示されている薬剤費における改革効果というのが、改定によって消えてしまう可能性もある。年度末では仕方ないが、夏にはデータがそろいつつある状況になるだろうから県に対しては、前のデータではなく、直近のデータで説明しないと、計画をまた作り直すのか、ということになると思う。さらに、改定の影響は9月前後には示されるだろうから、そのことはどこかで触れておかないと混乱するのではないかと思う。

(佐藤委員)

- ・先ほど石川参考人からロジックモデルという話が出たが、正にジェネリックとか、ある目標を達成しようとするときに、どういう手段があるのか、手段には二つあって、診療報酬のように国レベルで取り組むべき手段と、おそらく普及・啓発も含めて自治体レベルで取り組める手段というものは違うので、そこはちゃんと整理しておく必要がある。
- ・筒井委員が先ほど言ったように、地域によりかなり事情が違うということもあるが、これを自然増と自分は呼ぶが、我々としては高齢化によって説明できない地域差を何とかしようとしているので、その部分は都道府県にそれぞれ取り組んでもらう、ということになってくるのかなと思う。
- ・おそらく地域医療構想の中でもあるので適正化計画の中でもちゃんと反映されると思うが、ここで出てくる保険者との関係、正に普及・啓発、予防接種などは、保険者がかなり重要な役割を果たすと思う。もちろん市町村国保は都道府県が担うことになるが、協会けんぽやよく話題になる組合健保といったところとの連携というものはちゃんとやっけていかないといけない。都道府県は全ての手段を持っているわけではないので、適正化に向けて保険者が担うべき手段というものがあるので、保険者との連携どうするのかということが地域医療構想と同様に重要になってくると思う。

(厚生労働省保険局)

- ・佐藤委員のご指摘は我々も同様に考えている。特に都道府県との関係では医療

費適正化が全て都道府県の責任だと言えない。これはもちろん国も医療保険者も主たるプレーヤーとして出てくるわけなので、それぞれの役割に応じた取組を進めていかなければならない。具体的にそれぞれの主体がどういう取組を進めていくのかということについては、告示の中ではそういうことも一定程度書いていかなければならないと思っているし、都道府県については、その点も伝えていかなければいけない。

- ・また、自治体が取組を進める上で医療保険者が実際に果たす役割は非常に大きいので、医療費適正化計画の議論を行っている裏では、保険者の取組を進めていく上でのインセンティブについても議論を行っている。この二つはかなり共通項があるだろうと考えている。こちらの適正化の中に位置づけていく都道府県の目標と、主たるプレーヤーが保険者である者については、保険者としても、その取組を促すような仕掛けを併せて検討しているところ。
- ・筒井委員から、診療報酬の直近の改定の影響について、よくよく夏の時点で踏まえてみるべきではないか、というご指摘はごもっともなので、我々としても今後の動きを注視していきたい。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・二つ指摘したい。一つは診療報酬が4月に変わる時に、瞬間的に後発医薬品は60%が50%になる、というのは反映しないとおかしいが、もう一つはかかりつけ医とか、かかりつけ薬剤師等に点数を付けたのでそれが普及していくというのは段々と起ってくる事なので、それを反映するのは中々難しい。この診療報酬で誘導しようとしている効果と医療費適正化計画でやろうとしていることの効果はそんなに明確に割り切れないので、ああいうものは、この色々なものがやろうという中に取り入れていって良いテーマなのではないかと思う。
- ・もう一つは、この医療費適正化計画のターゲットを見ていると生活習慣病と後発医薬品はあるのだが、医療費のボリュームが多いターゲットゾーンは70代とか、80代とか、外来でもそっちだと思う。そこに対してダイレクトに効いてくると考えられるのは、一つは彼方此方受診してしまう、ということは何とかできないか、ということ。もう一つ考えられるのは大阪と千葉では、昔の記憶だが、同じ風邪でも薬剤費の使い方が2、3倍違っていた。ああいうのをどうするのか、っていうのが、地域差でみるとわかりやすい話だ。そんなものをイメージしてもらおうとわかりやすいのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・外来では、医療機関側のコントロールがほとんど効かない形で、地域差が発生

していると思われる。そうすると先ほど議論のあった人口構成といったところが論点になると思う。多分、大きく違ってくると思われるのは、薬剤の使用の方法で、これはジェネリックを進めていくことである程度解消できるだろうということを進めていこうと思っている。もう一つ受療率の違いという点は、予防で解消するしかないのかもしれないが、それは更に工夫したいと考えている。

- ・その上で、実際の薬剤の使用量については、処方動向とか、もしくは検査があるのかどうか、といったところについては、今、個別の疾病毎に分類している作業を行っているところ。その中で基本料などはほとんど変わってこないだろうが、そこで出てくる違いは薬剤費、検査料の算定の仕方なり、といったことが違ってくるのであれば、これは高いんじゃないか、バラつきがあるんじゃないか、といったことをもし示せば、それを解消するべきではないか、ということが施策として組み込めるのではないか、という仮定を置いて、今、データの集計作業を行っているところ。

(松田委員)

- ・地域差の件については、既に私たちの研究班でSCRという指標がある。これは性年齢階級を補正して270の指標について、2次医療圏単位も都道府県単位も計算されていて、それは厚生労働省も持っており、そのデータを見るだけでも実は地域差には色んな事がある、ということがわかる。
- ・例えば、休日夜間の診療、外来はすごい差があり、ICUの使用についても、都道府県単位では10倍、二次医療圏単位では100倍以上の差がある。性年齢階級を補正しても何故、そんなに使われ方が違うのかについて、検討が必要であると思う。
- ・今のSCRのデータを見ていくだけでもかなりわかると思うので、先ほど石川参考人が言ったロジックモデルについても考えていけばいいのではないか。
- ・ロジックモデルと医療費の適正化の関係については、確か財務省の研究員の方が一回、フランスに調査に行かれていると思うが、ONDAMという医療費支出目標が毎年国民議会で議決されるのだが、その付録のところに、それぞれのものについてプログラムがいくつか書いてある。例えば、かかりつけ医を推進することによって、医療費を下げるとかであるが、そのロジックとその効果が毎年出ているので、参考にしていれば面白いと思う。
- ・今回のデータは医療保険のデータだが、やはり生活保護のデータがないと、福岡とか沖縄とか、大阪、京都といったところは全体が見えなくなってくるので生活保護のデータを今年は何とか使えるようにしてほしい。
- ・外来医療費でこれから課題になるのはdisease managementというところだと

思うが、もともと重症化予防というプログラムが出てきた背景は、特定健診・保健指導という軽症のところであったが、その後重症者のところ、既に病気になっている人たちのところに、disease management のプログラムが入ってきている。

- ・ここは一度整理が必要で、つまり、保健師が指導する、栄養士が指導する、というのは診療報酬の中にもあるが、診療報酬の中にある事業と、保険者がやる事業が今重なってしまっており、これを誰が負担するのか、ということについて、制度上の整理があまりできていないと思う。例えばドイツの場合だと、それは選択制度の中に入っていて、例えば糖尿病の患者がdisease managementを受けると言った場合は、選択した患者が別途保険プランを選択してその負担でやることになる。
- ・今の重症化予防は保険で指導を受けた場合と、保険者の事業で受けた場合だと、後者では本人には費用が発生しない。将来的にこれが大きくなってきた時に矛盾点が多く出てしまうので、今のうちに概念整理をしていただきたい。日本にdisease management をきちんと導入するということであれば、保険者事業としてやる重症化予防というものと、診療報酬制度とどのように整合性をとるのか、と言う点については1回整理しておいた方がよい。

(筒井委員)

- ・日本の医療費は、長年に渡って診療報酬改定というミクロ的な積み重ね型の改定によって適正化を図ってきたが、今回の方針は、マクロ的な国家がやるべき計画的な医療費の適正化という、ある意味、わが国にとっては新しい手法を徹底させるということになるのだと思う。
- ・こういうときに重要なことは、この施策がいかなるビジョンの下で実施されているかを明確に示すことである。国家として、この方法が何故、必要となったのかを示し、計画は全体として、こういった目的の達成を目指しており、今は、どの工程にあるかを示すということが必要となってくる。この新たな手法を世の中の人にわかってもらう必要があるわけだが、その時に必要なのは、大義というか、理念的な統合であり、こういうことを地域包括ケアシステムの世界では「規範的統合」というが、こういった皆にわかる目標設定をメッセージとして示す必要があると思う。
- ・また薬剤については、セルフメディケーションの知識を患者側が、どう持つかについて議論しておく必要がある。今、欧米では、このセルフケアやセルフマネジメントが推進されてきた歴史があるが、日本には、こういった施策はやはり弱いと思う。セルフメディケーションの推進、慢性期疾患にターゲットを当てたセルフマネジメントの推進は書いてもいいんじゃないかと思う。特定健

診の受診等、これまでの施策は患者が自律的にやるセルフメディケーション、セルフケア、セルフマネジメントとは異なり、受け身の内容であったと思う。今後、この医療費適正化の中では、一番、重要な内容は患者の能動的な態度が必要だとして位置付けるくらいで書いてもいいかなと思う。

- ・疾病別の診療行為の分析とセルフメディケーションの影響について、もう少し焦点化した研究が必要であるが、やられていない。介護の世界では、モデル的にセルフマネジメントを導入した人への効果を検証するという研究を始めたところだが、そういった成果が出てこないといけない。
- ・結論的に 75 歳以上の人が増えるのは変えられないので、この人たちに対して、どのような医療と介護サービスを提供すべきか、また提供方法をどうするかということが前提となつてからの医療費適正化であり、医療費抑制ではないことを示さなければならない。ここで重要なことは、医療サービス提供体制の適正化であり、単に費用の抑制が目的ではないことを示しながら、先ほど議論のあった、国レベルで取組みと自治体レベルの取組みに加えて、患者レベルの取組み、すなわち医療を受ける側の取組みを分けて書くことがよいと思う。

(藤森委員)

- ・やはり医療費のボリュームゾーンに手を出していかないと効果が少ないだろうと思う。一人当たり医療費を考えると 75~85 歳の一番医療費が出ているところであり、確かに後発医薬品というのは一つ効くかもしれないが、そもそも薬剤の出し方そのものがかなりルーズになっている年齢層もあるので、そこに取り組んでいかないとなかなか適正化にならない。
- ・今後は各種データを年齢調整し、市町村別まで作り、それを広く一般公開していくことで、各医療機関の先生たちに自主的に自分たちの町の問題点がを理解してもらい、自主的に医療を行っていく方向を示していかないといけない。アクセスの問題や投薬・検査の過剰感は、法では縛れないので、これはプロフェッショナルな自主的取組みに期待するしかない中で、情報がないと自分たちの医療が異常な場合に気が付けない。ぜひ出来るだけ多くのデータを公開して、医療機関別までは出せなくても、市町村別までは出せると思うので、医師会も含めて自主的に取り組める枠組みをぜひ作っていただきたい。
- ・今回の入院の方でも、なかなか地域医療構想のデータブックが表に出ていけておらず、実際には、県庁の中だけで終わってしまっている感がありますので、ああいったものでぜひ出せるものはどんどん出していただきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・今回の年度末の告示の中で、しっかりと位置づけをしていかなければいけない

事項については、さらに医師会等を含めて幅広く、特に専門家の方々に示していくことなど、様々なご意見をいただいたので、その辺りを参考にして、次回、夏に向けた作業に向けて反映させるものは反映させていただきたいと思う。今回の告示の中で書くべきものは、書き方を工夫させていただきたい。

(松田委員)

- ・藤森委員ご指摘の点は重要で、ドイツもフランスも、個人ごとに行った医療行為をまとめた表を作っており、それを個々の医師にお返ししている。ドイツの場合は、個人のその実績に応じて、選択した診療に関して、その達成の有無でボーナスが発生する。日本でも、個人ごとが難しければ、医療機関ごとに全国平均と比べて、年齢階級別でも、実施した検査や処方した薬の種類と量がわかる資料をお渡しすることができれば、随分違うと思う。
- ・ただし、それをやるには、現在のように支払基金と国保の両方でデータがバラバラに動いている状態は難しい。フランスでもまとめて集計するようにしており、そうした形でデータを集計して、個々の医療機関の医師が、自分たちの保険診療の中でのパフォーマンスを考えることができる仕組みを作ること、プロフェッショナルの autonomy に訴えかけていく方法をやっていかないと、適正化はうまくいかないと思う。ご検討いただけたらと思う。

(佐藤委員)

- ・先ほどの「見える化」の議論に関して、私は別途、経済財政諮問会議の専門調査会の委員をやっているが、そちらでも「見える化」をどこまで進めていくかが非常に大事とされている。専門家の方々だけでなく国民に見せる、例えば自分の住む町の医療費がなぜこんなに高いのかというのを見せていくことで、最終的に患者さん自身が問題意識を持つことが大事である。
- ・先ほど医療費適正化の議論で、保険者に対するインセンティブの話があったが、いろんなことが同時に動いていて、国民から見ると全体像が見えないと思う。全体の政策体系の話だと思うが、医療費適正化では、介護や保険者の関わりがどういう政策体系に位置づけられるのかを、ちゃんと示すべき。そうでないと、五月雨式にいろんな取組みがなされているというイメージが出てくると思う。

(石川参考人)

- ・佐藤委員から五月雨式ではなくて、体系化すべきという話があったが、その中で重要なのは、平成30年度以降の地域医療計画ないしは地域包括ケア計画における6年間の地域目標との一体化だと考えている。

- ・既に医療介護総合確保基金の事業評価の研究班では、単年度で事業評価をしても、数年後に効果が出てくる事業もあるため、長期的な指標の下でマネジメントしていくことが必要であると指摘されている。今回の医療費の適正化も含めた上で、30年以降の地域医療計画の中で、基金事業を含めて体系化を進めていくことが重要だと思う。
- ・なお、現状都道府県では医療と介護で作業が分断されてしまっていることが問題視されているが、さらなる問題として、具体的に計画を書く側と、財政当局側での乖離も生じてきており、このままでは、今後、健康保険側の財政の話と、基金側の財政の話と、医療関係の担当部局のところで、三つ巴でバラバラに議論が進んでしまう恐れもある。少なくとも都道府県としては、一つの体系にまとめた上で、次期医療計画の目標やより長期のものとしての地域医療構想の中の2025年のあるべき医療提供体制に向けて、きちんと位置付けることが重要だと思う。

(松田委員)

- ・国民の理解はやはり大事である。2000年の介護保険が始まる時に、私は福岡県で介護保険制度の説明をかなり行ったが、その際、介護保険というのは、高齢化率とサービスの使用量により保険料が決まるということを中心に住民に説明していた。それが制度が16年経って、いつの間にかその議論がどこかに飛んでしまって、住民がなぜ自分のところの保険料がこういう額になるのかが理解できない状況となっている。多くの自治体で何か恣意的な保険料の抑制が行われているが、そこをもう一回見せなくてはいけないと思う。
- ・国民健康保険も一緒に、いろんなシミュレーションができると思うが、仮に例えば今の保険料率でやっていけば、将来のその地域の一人当たり医療費や保険料がこのくらいに上がるということがわかる。医療費の増大についての国民に対するメッセージとして、保険料率を今のままにしていたらどのくらいの負担になるのかということ、片方でやっていかないと、なかなか受療行動は変わっていかない。
- ・そもそもこの国は、社会保険とは何かということを国民が理解しないで、いろんなことが行われていることが問題である。それは常に権丈先生が言われていることで、社会保険に関する教育が大切である。このタイミングでそれをやるのが、筒井委員が言われる規範的統合につながっていくと思う。大半の人が制度を理解していないことがこの国の仕組みの一番の問題点だと思う。

(佐藤委員)

- ・以前も議論があったかと思うが、国保に関していえば地方の一般会計の繰出金の問題があり、意図的、恣意的に保険料が抑えられているという点がある。これは自治体が行き届くことで、自治体の取組みとして、やはり繰出金等は最低限に抑え、高い保険料を住民に見せることは大事である。低所得者対策としては、所得補助をすればいい。保険料は、ある意味、医療費のシグナルであり、住民に対して制度を理解してもらうきっかけだという位置づけにしないといけない。そこが保険料と税金の違いと思った方がよい。
- ・また、医療費適正化計画は、自治体ごとに取り組むので、計画を作りっぱなし、又は最後の年だけ検討・見直しするのではなく、もちろん中期・中間時点での評価も大事だが、毎年PDCAを回して、今年はどういう進捗状況だったかを、各自治体に進捗管理をしてもらうことが必要だと思う。
- ・一般論だが、国民が制度を理解してないことは、別に社会保険だけではない。この国の制度・政策に対するリテラシーの低さは、非常に根の深い問題である。

(厚生労働省保険局)

- ・今までいただいた意見のまとめだが、一点目として、佐藤委員ご指摘のPDCAサイクルについては、当然、基本方針の中で位置づけることを考えている。今回、それについても、一定の制度改革を行っており、評価をどのタイミングでどういうことを行っていくかについて、今回基本方針の中で示していくことを考えている。これは都道府県とよく相談していきたいと思っている。
- ・何人かの委員からご指摘があった、全体体系・制度体系をきちんと示すことはごもっともであり、実は都道府県の方からも、今回の適正化計画と保険者の取組みの関係について、すでにお尋ねがあり、一定の体系図をお示したところ。今回はもう少し他分野も含めて、どういう体系の中で、この適正化計画というものが動いているのかについても、今後考えていく必要があると思う。その辺りは関係部局とも相談しながら整理をさせていただきたい。
- ・それから国民の理解という点について、特に、松田委員から、国保の保険料のような、将来、保険料率がどうなっていくのかについてもあわせて示し、国民に問題提起をしていく必要がある。最後は患者の行動が変わらないと、なかなか医療費の適正化に繋がらないので、今回適正化の基本方針を出すにあたり、あるいは出した後に、そうした国民に対する普及啓発についても考えていきたい。引き続きこのワーキンググループでもアドバイスいただければと考えている。

(財務省主計局)

- ・1点目は、せつかくNDBというデータベースを使って科学的に分析を行うと

ということなので、疾病ごと、地域ごとなどで受診行動をきめ細かく分析し、このワーキンググループの先生方の知見を得ながら、政府として医療費適正化計画の基本方針の策定を行っていくことが非常に重要だと思っている。

- ・ 2点目はやや個人的意見だが、先日、OECDの医療政策者会議に出席した際に、フランスでは、各医療機関に対して、公的保険内でのその医療機関のパフォーマンスのフィードバックの取組みがかなり進んでいると感じた。データの「見える化」やそれに伴うプロフェッショナルオートノミーの向上というものも非常に重要であり、日本の現状は少し遅れているのではないかと感じた。

(総務省自治財政局)

- ・ 先ほど石川参考人から地域医療介護総合確保基金の関係で、財政、保険、医療それぞれの部局の取り組みを結びつけていくべきという話があったが、総務省としても、地方財政において、医療や保険の改革は非常に重要と考えており、年明けの財政の担当課長会議の際に、保健福祉部局だけに任せず財政当局も意識的に取り組むべきと伝えている。今後もそうした働きかけをしていきたい。
- ・ 本日の議論の中で、地域差を一定の方法で縮減することについて、今後検討するという話があった。早いところでは、4月からこの計画策定の検討を進めていくことになる。3月に告示を出す際に、事前に全国知事会や各都道府県に対して説明をされると思うが、この3月末の時点で見られるものの内容と、その後夏までにどういう検討がなされて、どういうものが出されるのかを丁寧に説明しておかないと、都道府県が作業を進めるときに不安になるかと思うので、その点の認識をもっていただければと思う。

(以上)