

第24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29年7月28日（金）10:00～12:00

場所：本府庁舎3階特別会議室

二 出席者

○構成員

佐藤主光委員、筒井孝子委員、伏見清秀委員、藤森研司委員、松田晋哉主査
権丈専門調査会委員

○参考人

石川ベンジャミン光一参考人

○政府側

内閣官房 唐澤社会保障改革担当室長

大島社会保障改革担当室審議官

駒木社会保障改革担当室参事官

嶋田社会保障改革担当室参事官補佐

総務省 志賀自治財政局調整課課長補佐

財務省 小岩主計局主査

石井主計局主査

厚生労働省 佐々木医政局地域医療計画課課長

久米医政局地域医療計画課課長補佐

橋本老健局介護保険計画課課長

芝老健局介護保険計画課課長補佐

高木保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室室長

三 議事

1. 開会

2. 介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について

3. 医療費に関する分析方針等について

4. 医療費・介護費の分析について（藤森委員ヒアリング）

5. 地域包括ケア「見える化」システムについて

6. 閉会

1. 開会

2. 介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について

- ・介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について、厚生労働省医政局より説明を行い、意見交換を行った。

(松田主査)

- ・介護医療院について、3年間は療養病床からの転換、その後は精神・一般病床からの転換も認めるという話になっているとのことだが、後者の場合の意向調査はどうするのか。

(厚生労働省老健局)

- ・介護医療院の新設は、法律上は新規開設に該当するので、精神・一般病床からの転換を拒否するものではない。とはいえ資源の問題もあるので、まずは療養病床からの転換を進めていく。調査についてもまずは介護療養病床について行うことが一般的と考えているので、都道府県がその他の調査を実施することは問題ないが、基本的には従来 of 転換意向調査と同様に、療養病床を調査の対象とする。
- ・後は、一般施設の新設と同様に、個別にニーズを把握して、新設のニーズがあれば計画上の定員にどう載せていくかという議論をしてもらおう。

(松田主査)

- ・療養病床について、特定施設に転換するどうかの意向調査もした方がよいということか。

(厚生労働省老健局)

- ・介護医療院以外への転換も選択肢としてありうる。都道府県の転換意向調査では、転換先を聞く形になると想定されるので、老健施設や特定施設への転換の意向も把握されるだろう。

(佐藤委員)

- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿について、各都道府県はどの考え方で見込むのか。ある時点で選択を求めるのか。プロセスの中で試行錯誤するということか。

(厚生労働省医政局)

- ・都道府県と市町村で、構想区域といった圏域ごとに議論して決めてもらう。したがって、圏域ごとに異なる考え方を採用するということはありうる。

(佐藤委員)

- ・資料1の6ページについて、2025年まで直線的な進捗を想定するとのことだが、PDCAを回して進捗管理するのか。想定から外れていたら追加的な措置を求めるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 3年ごとに、医療計画の中間見直し・介護保険事業（支援）計画の策定の機会があるので、そこで進捗状況を確認し、次の計画で対応する。

(藤森委員)

- ・ 在宅医療等の30万人の増加分について、都道府県は増加人数よりも増加割合の方が対応しやすいので、在宅・介護施設で対応している足元の人数を示してはどうか。
- ・ 一般病床のC3未満を外来と見込むのは少し難しいと思う。今入院していてC3未満の方は介護の要因が高いと思われるので、すぐに外来への通院となることは難しく、多くは介護側で対応することになるのではないかと。資料1の17ページで、65歳以上は通院が75%とあるが、75歳・80歳では傾向が変わると思われるので、65歳以上を5歳刻みで見ることが必要がある。

(厚生労働省医政局)

- ・ 既に詳細なデータを提供しており、各地域独自のデータも活用しつつ、各地域でどのくらいのボリューム感になるのかということも含めて議論していただきたいと考えている。
- ・ 一般病床でC3未満のところの考え方については、年齢ごとに状況を確認し、C3未満ということは医療サービスの濃度が低いということで、C3未満の取扱いと療養病床の考え方とをパッケージで示した。まずはこの考え方で市町村や都道府県で議論していただき、国としても地域の状況を見て必要なデータを提供していきたい。

(筒井委員)

- ・ 市町村内で医療が完結しているところはほとんどなく、都道府県からはデータを提供してもらえていないため、市町村は医療に関するデータをほとんど持っていない。市町村ごとの整備に関するデータを出すよう、都道府県に対して国から呼びかける必要がある。
- ・ 患者調査であればわかるが、レセプトの患者データに患者の住所地データが入っていないと市町村はニーズ量を見込めないため、郵便番号データを入れるべき。
- ・ また、市町村は、地域密着型老健施設について、利用者の入出データを提供してもらえていないため、整備にあたって、どこから来てどこに行っているかが分からないという問題もある。
- ・ いずれの議論でも7割を占める高齢者に議論の内容は偏っているが、実際に整備をする現場では産科・小児科をどうすべきかについても検討しなければならず、このままだと整備目標を示すこともできないと困っている。
- ・ 介護医療院への転換の判断は、報酬が決まるまで皆見合わせているので、最後までわからないだろう。市町村が考えた見込み量で進めてもよいが、どう見込むかは難しいし、粗くなってしまう。介護医療院で対応する人は在宅で重度なサービスを受けている人と、実態として同じような集団となるかどうかについては、それこそ市町村ごとに調査をして明らかにしない限り結論は出ない。そうした調査を始めているところもあるが、少なくとも、今後、重度から在宅に移行する人の状態像を標準化して議論すべきであり、介護においては、病床よりは、利用者像の標準化が必要。

(厚生労働省医政局)

- ・市町村だけで分析できるものではないし、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性をとるためにも、都道府県には主体的に市町村との協議を実施してほしいと考えている。市町村にも情報を提供し、取組が不十分な都道府県に対しては個別に申し入れをしたい。
- ・詳細なデータを踏まえた計画の策定が望ましいというご指摘はそのとおりだが、まずは可能な範囲で具体的な議論の素材を提供し、そうしたデータで具体的な議論を進めてほしいと考えている。国が示したデータだけではなく各現場の独自のアレンジで必要量を見込むこともありうる。国としても引き続き様々なデータの精緻化や研究を進めていく。

(石川参考人)

- ・これまで地域性がよくわからなかった在宅移行部分を定量化して示したことは有用だが、どのような患者が在宅に移行するのか、一般病床で03未満だから移行するのではなく、病態像ないしパターンを見ていくのが重要。したがって、次の議題の医療費の分析で出てくる傷病別の医療費も活用して医療提供体制を考えていくことが今後は重要になる。

3. 医療費に関する分析方針等について

- ・医療費に関する分析方針等について、厚生労働省保険局より説明を行い、意見交換を行った。

(権丈専門調査会委員)

- ・都道府県・医療関係者・国保からそれぞれ意見があったとのことだが、国保とは市町村国保の立場からの意見ということか。いずれは都道府県になるのだろうか。

(厚生労働省保険局)

- ・市町村国保の代表の委員の意見ということ。

(権丈専門調査会委員)

- ・医療関係者は都道府県がしっかりやるようにという意見だが、それは自分たちを入れてくれということか。

(厚生労働省保険局)

- ・保険者の役割は大事だが、他方でそれぞれの都道府県民の健康増進は各都道府県が担っているのだから、都道府県が中心となって行政としての力を発揮しつつ、関係者が一緒になって取組を進めていくことと、保険者だけではなく医療関係者も含めて様々な関係者がいるので、そうした方々をきちんと位置付けて議論しながら進めることが大事だということ。

(石川参考人)

- ・入院に関しても外来と同じような診療区分別の分析が必要。入院基本料・特定入院料のところ、今後入院から在宅等のサービスに変わっていくセグメントだと考えているので、病床

の機能及び医療機関で入院している日数あるいは在宅等地域で対応する日数が大きく影響してくるこうしたセグメントの分析をしてほしい。

・また、厚労科研伏見班のデータによると、例えば大腿骨骨折では、1 医療機関完結型で急性期の病院から在宅に帰す場合は平均在院日数が約 60 日だが、その他の医療機関と連携した上で地域連携をして急性期の病院から施設等に退院する場合は平均在院日数が3 週間ほどですむ。さらに見ていくと、1 医療機関完結型の中でも、一般病床以外の機能を持つ施設では回復期病床、地域包括ケア病棟には1 週間目以降から転棟が始まる。これがまさに医療から介護にどの時期にどうつなげていくのかというイメージに非常に大きく影響する。研究班では今後もこうしたものを分析するつもりだが、国の方でも、例えば脳卒中、大腿骨骨折、フレイル、心不全、肺炎等について、退院後の行き先によって入院期間がどのくらい変わるか、どうすれば短縮されるのかという方向性を示していただけると、前者の議論ともかみ合せて検討することができるのではないかと期待している。

(厚生労働省保険局)

・入院についてそこまで分析するかについては、優先順位をつけて作業することも大事なので、まずは今考えている分析をした上で、引き続きご相談させていただきたい。

(藤森委員)

・分析の方向性はよくわかるが、入院も外来も相当な分析の量になる。実際に結果が出てきたときに、都道府県のガバナンスという視点で、インプリケーションとしてどうなるのか、ここまで細かいデータを都道府県はどう議論に持っていくのか、アイディアはあるか。

(厚生労働省保険局)

・データの読み方のマニュアルも必要だと思うので、まずは今年度（平成 29 年度）から分析を始め、平成 30 年度から新しく医療費適正化計画が始まるので、その時に都道府県が作業できるように、資料 2-2 の 1 ページの※ 2 にあるとおり、国立保健医療科学院において、NDB から抽出したデータの分析ツールの活用マニュアルを作成する予定。ただ今回の分析はもっと大きなデータになるので、都道府県向けの読み解き方については、別途国立保健医療科学院と相談しながら作業を進めていく。実際にいくつかの自治体にも聞きながら進めたい。

(藤森委員)

・医療費のかなりの部分は、外来であればほぼ受診日数で説明できてしまうなど、受診日数が個々の診療区分とそのまま直接リンクしている。入院も同じで、まさに診療のボリュームそのもので医療費のボリュームが説明できてしまうので、むしろなぜこれだけの診療日数の差が出てきているかを解明しないと都道府県は動けない。各論の前に、診療日数の都道府県格差の原因、医師数や特にアクセスだと思うが、それを示した上で、そこがもし同じようなところでかつ医療費が高いのであればここが問題だということを詰めた方がよい。

(佐藤委員)

- ・地域差が出てきたときに、その原因やデータの読み解き方について、病床数が多い、医師数が多いといった、いくつか仮説を作って、実際にそれに当てはまるかどうかを見ていく方法もあるのでは。資料4-2で、介護について、地域差があった場合にどのような要因が考えられるかということを示している。こうした形でいくつかありうる仮説を都道府県に提示してもよいのでは。もちろんそれ以外の要因もあるので、その仮説に縛られる必要はないが。
- ・最終的には資料2-1の2ページに出てくるような形で医療費の適正化が進むということだが、様々な要素があって、例えば入院の方から在宅や外来に移行する分は今回の入院外医療費の適正化に見込んでいないが、実際に医療費がどう変わっていくかを観察していくと、その中でどのくらいが適正化効果で、どのくらいが外来にいった結果なのかということについて、国レベルでの医療費の増加要因の分析はするのか。自然増といえば高齢化による自然増をいうが、その辺りは国としてどのように医療費適正化のPDCAを回すのか。

(厚生労働省保険局)

- ・現時点での状態を切り取ってその中身を分析することについては今回の分析でできると思うが、個別にその人がどのようにその後移っていったかということについては、識別子で紐づけてそのデータがどこにいつているか追わなければいけない部分もあり、今の時点では限界な部分もあるので、ある程度こうした状態像の人というようにいったんストーリーをたてて、その上でそのデータをとってきて分析していくという形かと思うが、今の状況ではなかなか分析が難しいので、またご相談させていただきたい。
- ・今この場で、この分析方針をご了解いただければ、分析作業に着手する予定。その上で更なる分析については追ってご相談させていただきたい。

(佐藤委員)

- ・私もここで答えがあるわけではないが、2つのPDCAがあって、1つは都道府県レベルで状況をきちんと見てほしいということ。もう1つは国として適正化計画を進めていく中で医療費の推移がどうなっているのか、どこまでが適正化効果でどこまでが自然増でどこまでが入院から外来にいった部分なのかを見ていかないと国のレベルでの医療費適正化計画の評価が難しくなってしまう。何かアイデアはあるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・今回の医療費適正化計画のうち、入院については今後の地域医療構想の進捗状況だと思うが、外来については例えば後発医薬品の適正化や、糖尿病の重症化予防であればかかりつけ医との連携によってできるだけ重症化するのを防ぐといったきちんと説明のストーリーが成り立つものを入れているので、そこを切り出して評価することは可能だと考えている。

(権丈専門調査会委員)

- ・医療経済学的には、病床数と医師数が議論の出発点になる。これを政策の対象、調整の対象にするかどうかについては、ニーズは一定だが利用機会に差があるという視点で分析して初めて政策の対象になりうる。ニーズに違いがあるために提供体制、病床数と医師数に違いが

あるということだと、政策としてどこから入っていけばいいかが難しい。したがってこうした医療費適正化について考える場合は、ニーズは一定だが量に違いがあるがために医療保障水準に地域差が生まれているといった規範的な側面と結び付けていくことを意識することが重要。その先の議論の組み立て方は、ニーズにはそこまで違いはないが、限られたマンパワーと限られた医療費という公的資源の分配に地域間で違いが出てきて医療保障水準に差が生まれてきているので、これをある程度均等化していき、同じような水準になるところが適正水準ではないかというロジックをどこかで意識しておく必要があるのではないかと。

(筒井委員)

・膨大な分析にはなるが、外来患者の分析に患者区分を示すマトリックスは必要。医療保障水準をどうすべきかを見るためにも、この数字は重要で、特に、医療費に関しての上位と下位を判別する独立性のある変数として、もちろん医師数はあるだろうが、それだけで全て説明できるわけではないので、推定モデルとしては、当該地域における健康への意識や疾病の種類など、他にも説明できそうな変数を入れて分析して式を作っておくべき。そこで難しいのは、この54疾病の1つ1つが独立しているわけではないということ。これを論理的に、あるいは臨床的に患者像に合わせたパターン分類を最初にしておくという工夫がいるのではないかと。そうすると、入退院の日数と関連するような患者分類が出てくるかもしれない。この分析を上手に使った解析を少し工夫していくことが必要かと思う。

(松田主査)

・こうしたデータを毎年作っていただくことは重要。ただ、この分析でどのようなことができるかについては、例えばジニ係数が計算できる。それぞれのところで医療費の使い方がどうなっているか、どのような地域差があるのかの可視化が大事。

・3要素分析は非常に古典的な分析だが、トータルの医療費をNかける1人当たり医療費としたときに、これを時系列で分析をしていくと、医療費の伸びが被保険者数の伸びなのか、1人当たり医療費の伸びなのか、そして1人当たり医療費の伸びが今度は受療率の伸びなのか1件当たり日数の伸びなのか、1日当たり医療費の伸びなのかに分解できていくので、それを見ていって、たとえば受療率の伸びの効果が大きいのか、1件当たり日数の効果が大きいのか、関連した他の要因も併せて分析していくとまた様々なものが見えてくる。例えば私がある地域のデータを使って分析したところ、眼科の受診率と医療費は地域差が大きい。眼科の医療費の地域差の要因は受療率が1番大きく、その受療率の差は人口当たりの眼科の診療所数の差に起因する。皮膚科も同じ結果だった。要素に分解し、その要素の差の原因を提供者側に示して考えていただかなければいけない。おそらく過剰需要、供給側要因需要があるので。そのように要素分解してその差を分析するといいいのではないかと。

・傷病別医療費について、クロスセクショナルで各病気別に見ると複数の病気がある場合はどうするかという課題があるが、差分で見れば、糖尿病の人たちの医療費がどのように変化していくかという分析ができるので、まずはそこからでいいのではないかと。もちろん並行して傷病だけのデータベースを作り、そこでアソシエーション分析のような分析によって、病気のパターンをグループ化してもいいと思うが、そこまで今の状況でできるかどうか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

・分析の進め方について、医療経済研究機構が超高速のコンピュータを使ったレセプト分析の調査研究を行っているというが、そうした処理方法が今回の分析になじむかどうかお尋ねしたい。高速処理ができるのであれば様々なパターンで分析してみても時間の問題は発生しないと思う。

(石川参考人)

・今回のような医療費を分析して各要因の状況を明らかにする分析は、確かにコンピューティングパワーがあれば様々なことが出てくるだろう。

・一方で、出てきたデータについては、いわゆるロジックモデルとして、こうしたデータがある場合は、このように課題分析した上でこういうアプローチをとるとこういう効果が得られるという一連のシナリオが必要だが、このシナリオ作成をコンピュータのみで行うのには限界があると思う。AIでブラックボックスのモデルをどんなに作ったとしても、実際には医療関係者や市区町村、都道府県の方に理解していただけないまま進まないという状態になるので、知識をホワイトボックス化した上できちんと納得していただけるようにしなければならない。その部分には、コンピューティングパワーよりも人間がそれぞれの領域のところでの理解を深めた上でロジックモデルを開発していくということが必要だと思う。ただその分析レベルには様々なものがあって、SCRを元に全体像を俯瞰しておおよそのところを見ていくという分析と、疾病ドメインごとにどのようなマネジメントをしたらいいかという分析と、様々なアプローチがあるので、それは並行して進めていくべきだろう。

(伏見委員)

・出発点としてはこうした非常に細かい集計も大事だが、こればかりでは結局データに溺れることになるので、いかにここから情報を抽出していくかがポイントになる。おそらく目を付けるべきポイントは絞られてくると思うので、例えば疾患別の診療パターンと比較していくというような方向性を出していくのが大事。スーパーコンピュータを使ってトライ&エラーでやっていくのは結果的には人間の知能に依存するし、時間もかかるので、そこに頼るよりは今回のように最初は細かい分析をしながら情報を抽出していくという方法がよい。

・以前から議論のあった入院・外来医療費の補完性は当然あると思う。今回の分析では入院と外来の分析の粒度をきれいにそろえていただいているのでその分析に使えると思う。入院・外来を一貫して、院外処方箋がどのくらいあるかも含めて分析することで、疾病ごとの診療パターンなどにもつながってくるだろう。そうした形で分析を進めていくのがよい。

(権丈専門調査会委員)

・どのくらいの医療費の地域差が適正かというところから得たい情報は、限られた医師数、資源によって日本全体の政策を運営している中で、いずれは客観的に見て医療保障水準が高い地域からそうでない地域に医師数を移動してもらわなければ困るということについての説得力のある論。そういう力のある論は、医師数と病床数でほぼ医療費が決まるといったポジ

ティブな実証的な結果をコンピュータでいくら細分化しても出てくる答えではない。これは次元が違う。どこかでこの次元が違うことを細分化していくことと、政策的な含意を結び付けていくための何らかの価値判断をセットにして議論し、最後は日本中の資源を横に動かしていくことができるだけの力のある論に結び付けていただきたい。

(石川参考人)

・医療に係る給付水準の問題について、今後はやはり地域差をきちんと把握していただくことが必要ではないか。医療費の地域差の部分について例えば診療報酬の調整等で強引に合理化しようという発想が出てくると、供給体制の改善抜きの非常に経済的なコントロールになってしまうと懸念している。例えば後期高齢者医療制度の中で保険者間の支払い調整を行っているように、今後都道府県間での財政調整を強めるのであれば、その場合にすべきことは1点10円を変えろというような非常に強引な議論ではなく、給付水準等を見てその違いをきちんと評価した上で社会としてどう調整すべきかという議論をするべき。そのためには、給付水準等を各地域できちんと把握した上で、自分たちの医療提供の目標と可能であれば医療費の目標を決定した上で、それで無理な部分がどこにあるのか、それを議論できるようにしていくことが正攻法だと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

・この方針に沿って保険局の方でまず分析作業を進めていくということで、やり方等はまた委員の先生方とよくご相談させていただきながら進めていきたい。

4. 医療費・介護費の分析について（藤森委員ヒアリング）

・医療費・介護費の分析について、藤森委員より説明を聴取し、意見交換を行った。

(権丈専門調査会委員)

・27ページについて、普通に考えて相補的であるはずだと思っているものに相関がないということはものすごく強い含意がある。よく在宅ではなく病床の方で対応しているのだからという反論が出てくるが、この訪問診療と慢性期入院が無相関ということは非常に大きな含意があって、専門調査会の第1次報告では高齢者単身世帯割合が大きいところは入院が少し増える傾向があるようだからその部分などは例外事項として認めるが他のところは調整対象としてちゃんと組み込むということだったと思うが、この普通に考えて相補的になっているべきものが相補的になっていないということの挙証責任は先方にあるという論を組み立てていくということは大切だと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

・再診料と外来診療料の相関は、東京が高く埼玉が低いが、埼玉の人は多く東京に通院しているということかもしれないので、郵便番号データが必要。また、最後のところで、介護費と医療費の相関関係について、相補性だけではなく全体としてどうとらえていくかが特に重要だが、85歳ぐらいの方というのは高齢者医療も介護保険も同じ。今日は医療の訪問看護、

明日は介護保険の訪問看護の人が来るといっても、実際には一体的にサービスを必要としている。ここでは 75 歳以上のデータしかないのかもしれないが、できれば 80 歳や 85 歳のところで介護保険との関係を調べると面白いものが出るのでは。

(権丈専門調査会委員)

- ・ニーズにはそれほど地域差がないのではと考えていて、この SCR では年齢を調整しているので、医療と介護の療養病床についてはある意味で各地域同じぐらいのニーズになって、相補的な関係になるはず。地域医療研究会で、広島県でなぜ医療費が高くなるのかをきちんと説明できればその部分の地域差は日本全国で認めるという議論をしているが、ニーズにはそれほど違いはないという前提で分析フレームを作っていくと多くの人々が納得してくれるのではないかと。

5. 地域包括ケア「見える化」システムについて

- ・地域包括ケア「見える化」システムについて、厚生労働省老健局より説明を行い、意見交換を行った。

(佐藤委員)

- ・資料 4-2 の②の受給率の地域分析フローについて、要因分析の 1 番下に、在宅、施設・居住系サービスともに低い方とあるが、その前の 2 つの枝はどちらかが高い方しか出ていないので、ここからではこの選択肢が出てこない気がする。枝の作り方に一貫性がないのでは。
- ・資料 4-1 について、見せ方の問題かもしれないが、棒グラフではなく、受給率が問題であれば受給率の相関を見せるなど、相関関係で見せた方が、わかりやすいのでは。
- ・基礎分析の例について、同じ県の市と比較しているが、県全体が高ければあまり意味がない。確かに認定率が高い大阪府や認定率が低い山梨県の中でもばらつきはあるが、必ずしも県内にこだわらず高齢化率や人口動態の類似団体と比較した方が、サンプル数も多くなっていいのではないかと。

(厚生労働省老健局)

- ・最後の点に関して、この方法はあくまで例示であって、そのような分析でも問題ない。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・「見える化」システムには愛称はないのか。地方創生では、RESAS というプログラムを作っていて、社会人と高校生以下で活用例のコンテストをしているが、非常に良いアプリケーションを作っている。このシステムも市町村に実際に使ってもらってコンテストをしてはどうか。厚生労働省がマクロに使う分にはいいが、市町村でミクロに使うことを想定できているか。実際に使用している具体的な市町村の事例を全国に配った方がいいのでは。

(筒井委員)

- ・コンテストのような仕組みを検討してほしい。

- ・資料4-2のフローについて、受給率が他地域と比べて全体的に高いとあるが、他地域がもともと高い県内ではあまり意味がなく、それは全国で比較してもおそらく同じ。こうしたフローに従って本当に分析しているところがあるかということが重要で、だからこそ既に実践している例から作った方がよい。
- ・そもそも考えられる対応例というのは1つではない。もちろん例を示すのは悪くはないと思うが、考えられる対応例というのが、そもそも通知で保険者がやらなくてはいけないとしていることになっている。
- ・また、この左側のフローは、どのように関連するかを吟味した内容ではなくて、頭で考えた内容になっている。例えばフローを作っていくときは通過率を見なければいけないが、この図では、工程をクリアしていったかどうかをみるような通過率を算出できていない。そういう作り方の問題がある。
- ・「見える化」システムがなぜ使ってもらえないかということは、施策においては根本的な問題で、本当にユーザーフレンドリーになっているのか。使っている自治体と使っていない自治体がどこかを都道府県にはお示しするなど、そういうところからもアプローチした方がいいのではないかと思う。

(佐藤委員)

- ・考えられる対応例か、あるいは一定の仮定をおいた分析という要因分析のところなのか、医療では病床数や医師数といった供給側から需要喚起する面があるが、介護についてのこのフローでは、供給の方に起因する問題という論点が出ていない。必要であれば施設サービスを充実するといった前向きなことは書いてあるが、過剰になっているところもあるだろう。例えば、在宅は高いが施設・居住系は低いという②のケースについて、施設サービスの不足ではなく在宅が過剰利用されているだけかもしれないので。

(厚生労働省老健局)

- ・フローについては、「見える化」システムを公開したものの、まずは使い始めのステップがよく分からないという自治体もあったので、1つのアイデアとして示したもの。
- ・あるサービスが過剰なのではないかという点については、受給率のところではサービスの整備という対応例を書いているが、1人当たり給付費のところであれば、考えられる対応例として、ケアプランがきちんと本人に合っているのか、住民主体のサービスがきちんとあるのかといったことも対応例としてはあるのだろう。
- ・ここに書いてある対応例は、基本的には自治体はやるべきことが望ましい、やるべきことだが、自分たちの自治体のデータも含めた背景を理解いただいて取り組むのと、国に言われているから取り組むのというのではやり方も異なるだろうということで、ここでの対応例として簡潔にやるべき事項を書いているということ。

6. 閉会

(以上)