

秋の年次公開検証「秋のレビュー」（3日目）

KPIに対応する成果目標設定

平成27年11月13日（金）

内閣官房 行政改革推進本部事務局

○出席者

司 会：田島行政改革推進本部事務局次長

河野行政改革担当大臣

評価者：田中弥生評価者（取りまとめ）、上村敏之評価者、佐藤主光評価者、
土居丈朗評価者、永久寿夫評価者、松本悟評価者

参考人：伊藤由希子参考人、土屋了介参考人、西沢和彦参考人、古井祐司参考人、
山本雄士参考人

府省等：厚生労働省、内閣府、財務省主計局

○田島次長 それでは、時間となりましたので、本日3つ目のセッションを行いたいと思います。「KPIに対応する成果目標設定」についてでございます。

評価者の先生方、6名お越しいただいております。どうぞよろしく願いいたします。

それと、参考人として5名お招きしております。順次御紹介いたします。

伊藤由希子先生、東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授でございます。

土屋了介先生、地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長でございます。

西沢和彦先生、日本総合研究所調査部上席主任研究員でございます。

古井祐司先生、東京大学政策ビジョン研究センター特任助教でございます。

山本雄士先生、ミナケア代表取締役でございます。

どうぞよろしく願いいたします。

出席省庁は厚生労働省、内閣府、財務省でございます。

それでは、まず、事務局より説明させます。

○事務局 それでは、資料に従って説明させていただきます。

本日は「KPIに対応する成果目標設定」ということで、KPIとは「Key Performance Indicators」でございます。

中身はやや複雑なので、資料に従って順次説明させていただきます。

資料1ページでございますが、国の一般会計の歳出の中で、3割を占めるのが社会保障経費になっております。この中で、医療、年金、介護というのが非常に大きな割合を占めているというのが1ページの絵でございます。

2ページに行きまして、将来の社会保障費の推計をいたしますと、高齢化に伴って、年金、医療、介護がずっと将来にわたって増えていく姿がごらんいただけると思います。

3ページであります。こうした中で、政府としては「経済再生なくして財政健全化なし」ということで財政健全化を進めることとしております。

その目標であります。上の「経済・財政再生計画」と書いてあるところでありますが、2018年度にPB（Primary balance）の赤字を対GDP比マイナス1%程度、2020年度にPB（Primary balance）を黒字化するという目標を立てております。この中で主要な歳出改革

80項目を掲げておりまして、社会保障では44項目が挙げられているということでございます。

では、これをどう具体的に進めていくかということで、このぐるっと回っている下のところになりますが、それぞれの項目に対応する改革工程表と、KPI（Key Performance Indicators）を本年末まで策定して、それでPDCAサイクルを回して、改革を着実に進めるということになっております。

このPDCAサイクルを回すというのは、行政事業レビューとまさに同じでありまして、この連携をとっていこうというのが本日のこのコマのテーマでございます。

抽象的な話をしてもしょうがないので、では、具体的にということで、4ページでございますが、社会保障の中の医療と介護の3項目を取り上げたいと思います。この「例えば」というところでございます。

1つ目は、都道府県ごとの地域医療構想の策定による医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進ということでありまして。「療養病床に係る地域差の是正」と書いてありますが、療養病床はかなり地域差があるという状況でございますので、これをどのように見直していくかということでありまして。

2番目が、入院ではなく外来のほうであります。これも地域差がございます。この地域差が、例えば重複した投薬であるとか、あるいは重複した検査等、必要のない医療によるものであれば、そういったものは是正していかなければいけないということでありまして。

3番目は、介護の分野においてもやはり地域差が見られますので、こういったものについても改革の余地があるのではないかとということでありまして。

こういった具体的な問題について、どのように具体的な改革工程を立てるか、あるいはどの程度きちんと数量化された、しかも因果関係に導かれたKPI（Key Performance Indicators）を策定するかということによって、行政事業レビューとの連携の実質が決まってくるということでございます。

5ページ目は「行政事業レビューと推進委員会の連携」でございます。推進委員会というのは、経済財政諮問会議のもとにある経済・財政一体化改革推進委員会という委員会でございますが、ここでやっている改革工程表・KPIと、この行政事業レビューというものが車の両輪として取り組みを進めることによって、歳出改革が実質的に促進されるのではないかとというのがこのテーマの問題意識であります。

以上であります。

○河野行革担当大臣 午後のセッションのスタートになりますが、このセッションは、今までとは少し毛色が違うと言っていいのかもしれませんが。

今、具体的なものを3つばかり挙げていただきましたが、財政再建をする場合に、やはり社会保障に切り込んでいかなければいけない。そのときに、具体的にどういう目標値を掲げて、どういう取り組みをしたらいいかという、やや事業というよりは取り組み方とい

いますか、少し抽象的になるかもしれませんが、社会保障の分野を抜かしては行革というのもあり得ないと思っておりますので、行革の社会保障への入り口としてこのセッションをつけ加えさせていただきました。

非常に限られた時間ではございますが、どうぞ忌憚のない意見交換をお願いできたらと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○田島次長 それでは、まず、内閣府から御説明をお願いしますが、時間がタイトなものですから、4分以内厳守をお願いします。

○内閣府 経済・財政一体改革委員会の事務局でございます。

配付させていただいております資料の一番下の資料「経済・財政一体改革のKPIについて」という資料に沿って御説明させていただきます。

この委員会は、今、事務局から御紹介がございましたけれども、本年夏に策定されました「経済・財政再生計画」で掲げられました歳出改革の80項目について、改革の具体的な内容、規模、実施時期などを明確化するための検討作業を進めているところでございます。

同計画の目標は、2020年度に実質2%、名目3%の経済成長経路に乗せること、及び国・地方の基礎的財政収支について黒字化を図ること、この2つを目標にという目標設定のもとに改革の具体化の作業を進めているところでございます。

検討作業について、2ページ目から4ページ目に整理させていただいております。

ポイントになりますところは2ページでございますけれども、現行の各分野の計画等に関して、加速・前倒しなどができないかという検討、2018年度、2020年度の目標達成にどの程度の数量的寄与ができて得るのかといった検討、地方自治体において取り組みを進めていただかなければいけないことに関して、取り組みの拡充・加速としてはどういうことができるか、こういった観点から検討いただいているところでございます。

KPIの設定に関しましては、5ページ目から7ページ目に整理をさせていただいております。

5ページ目の図表が基本的な考え方を示しているものでございますが、3つの観点が必要であろうと考えてございます。

一番下の箱にございますように、一体改革に係る各分野の施策の進捗管理をするために、適切な指標が設定されなければいけないと考えてございます。

一方で、先ほど申させていただきましたようなマクロの目標がございまして、歳出の抑制、歳入の増加、地域差の解消などのマクロの目標にどのようにつながっていくのかといった目標の設定が必要かと考えてございます。

また、中間の箱にございますけれども、社会保障関係費が際限なく増えていくことを防ぐために、国民一人一人のレベルで健康増進、重症化予防といった取り組みがどのように広がっているのか、そういった観点でのKPIの設定が必要であろうということで、そ

ういったKPIの適切な組み合わせがどうあるべきかという観点から検討を進めているところでございます。

続きまして、具体的な社会保障分野につきましては、今、御説明のございました事例に
関しての検討状況について御紹介させていただきます。

○内閣府 続きまして、8ページをお開きください。具体的なKPIに関する検討のイメージ
でございます。

現在、ワーキンググループにおきまして御議論いただいている過程でございますので、
あくまでもイメージであることをお許しいただきたいと思えます。

ただいま御説明がございましたように、KPIの考え方といたしまして「第1階層」「第2
階層」というように、構造的に設定するべきではないかとの御議論をいただいていると
ころでございます。

まず、医療費や介護費の適正化に向けまして、個々の施策の取り組みについて進捗を把
握する。これが「第1階層」でございます。

これに加えて、こうした取り組みの結果として、国民の皆様や企業・医療機関等の行動
がどのように変わっていくか。その変容をできるだけ指標で「見える化」する。これが「第
2階層」でございます。

具体的に、例えば①の入院医療でございますけれども、こちらにつきましては、都道府
県が策定する地域医療構想の策定状況を「第1階層」として把握し、その結果、構想が定
める医療提供体制の姿にきちんと近づいているかどうか、これを「第2階層」として指標
で把握したいと考えております。

同様に、⑤の外来医療につきましても、都道府県の医療費適正化計画の策定など、その
取り組み状況を把握いたします。その結果、適正化計画に定めます各種指標の進捗率、こ
れには医療費の多寡にかなり影響を及ぼすような要因等がございますが、そういったこと
をできる限り「見える化」して、指標として把握したいと考えております。

介護についても同様な取り組みを考えているところでございます。

最初に申し上げたとおり、現在、まだ検討中でございますので、今後さらに検討を進め
て、その指標の具体化に努めてまいりたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○田島次長 どうぞ。

○伊藤参考人 8ページの資料を引き続きごらんいただきたいのですが、具体的
には何をするかという点で補足をいたします。

社会保障のKPIの特徴というのは、やはり関係主体を明確にいたしまして、誰が何をす
るのか。国、都道府県、保険者、医療機関、薬局、それぞれごとに目標を定めているという

点でございます。

まず、①の地域医療構想については、主に病床の機能と数の適正化を目指しております。医療費の都道府県差を決定している主要な要因が、人口当たりの病床数であるということが研究上も明らかになっております。ですので、都道府県の人口構成や疾病特性の差は踏まえた上で、必要な機能の病床が必要な量で提供されているのか、その進捗をKPIで確認してまいります。

次の⑤の外来医療費については、ナショナルデータベースに基づきました、これまでにない診療、薬剤処方の内容の「見える化」を通じまして、質の向上を目的としています。

医療機関にとっては、診療や処方の量に応じて報酬が増える仕組み、それだけでは重複受診や重複投薬を防ぐことはできません。ですので、是正の一環として、質や機能の点から診療報酬のあり方を考えていくことが必要です。

また、保険者においては、チェック機能を強化する仕組みである「データヘルス計画」の拡大を目指しております。

○田島次長 では、古井先生、どうぞ。

○古井参考人 介護、医療、病気の予防においても、KPI、具体的な手を打つときに「見える化」がポイントになります。例えば、健康寿命ナンバーワンの静岡県でも、住民の方々がどこから悪化するかというのは異なります。例えば、伊豆半島は血压、浜松のほうは血糖から崖から落ちてくる。こういった可視化をすることで、どこに手を打てばいいかというのがよくわかる。

また、他の市町村・企業間で比べて客観化することで、あるシステム会社では同業他社に比べて血压が高い、あるいは脳卒中で倒れるということが客観化してわかったときに、では、この会社では、残業するときはなるべく血压計に腕を通してから、150以上であればリラックスをする。「Sitting is killing you」という言葉もありますが、そういった見える化によって有効な一手がわかりやすい。これを国民皆保険のもとで、データヘルスを活用して実現するといったことを検討しております。

以上です。

○田島次長 申し遅れましたが、今、御発言いただきました伊藤先生、古井先生は、内閣府のほうで説明のありました専門調査会の社会保障ワーキンググループで、まさにKPIの御議論をいただいている先生方ということでございます。

それでは、続きまして、厚生労働省のほうから、恐縮ですが、3分以内でよろしく願いします。

○厚生労働省 それでは、最初に、提出させていただいております「KPIに対応する成果目

標設定」の1ページ目でございます。

まず、都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進ということでございます。これは参考資料を見ていただきながらということで、御説明としては目標設定の資料でさせていただきます。

検討項目に対する取り組みでございますけれども、2つ〇が書いてございます。

都道府県ごとに、2025年の医療機能ごとの医療需要と病床の必要量、あるいは地域医療構想の達成に向けて、機能分化、あるいは連携の推進に関する事項の策定を行う。これが地域医療構想の策定そのものでございます。

この策定の構想を実現するという観点から、それぞれの病床機能報告制度を活用いたしまして、まずは医療機能ごとの病床数を地域で共有して、こういった自主的な取り組みが実現に向かってできるのか、あるいは医療機関相互の協力、こういったことで連携を推進するというものでございます。

取り組みの達成手段につきまして3つ書かせていただいておりますけれども、ガイドラインを策定する、会議の設定をする、あるいは自主的な取り組みだけではという場合には、都道府県が一定の措置を講ずるということでございます。

本日の議論でございますKPIに係る達成手段の成果目標でございますけれども、2つ設定を想定しております、1つは、こういった都道府県の構想策定そのもの、もう一つは、最終的に2025年の病床数というものを策定いたしますので、その進捗を「見える化」という観点から管理をしていきたいと考えてございます。

〇厚生労働省 続きまして、2ページ目でございます。

外来医療費につきまして、データに基づき地域差を分析し、先ほどお話のありました重複受診等の適正化を行いながら、地域差を是正していくという検討項目でございます。

お手元の資料の3ページ以降に参考資料をつけてございますので、適宜御参照いただければと思いますが、大きな制度的な枠組みとしましては、平成20年度以降、各都道府県が5年ごとに医療費適正化計画という計画を、今度から6年ごとになります、これに基づきまして医療費の適正化を進めていく。その中で、入院医療費、外来医療費それぞれについての将来推計をしながら、具体的な取り組みをしていくという仕組みになってございます。

これにつきましては、現在はいわゆるメタボ健診の健診受診率と平均在院日数の短縮、この2つを主に指標として取り組んでございますけれども「『骨太2015における検討項目』に関する改革や取組の具体的内容」というところがございますように、現在、今年の6月に行いました法律改正を踏まえまして、より精緻にこの目標を立てていくということで、特に外来医療費につきましては、疾病別の医療費ですとか、あるいは薬剤費の地域差分析を踏まえまして、まず、1つ目としてはデータの見える化をする。また、それと合わせまして、その「見える化」の作業の中で、医療費適正化に効果のある指標については、

次以降の適正化計画に盛り込んでいくということにしたいと思っております。

具体的には、そこにございますように、現在、内閣官房の社会保障制度改革推進本部のもとに置かれました医療・介護情報の活用に関する専門調査会のワーキンググループにおいて議論をしていただいているところをございまして、年度内に各都道府県が適正化計画を立てるに当たっての必要な基本指針というものを国で定めるということになってございまして、そこでの議論を踏まえて策定をしていきたいと考えております。

具体的な達成手段としましては、特に外来医療費の場合は、やはり保険者による努力ということが非常に重要になってございますので、保険者の協力をするための協議の場ですとか、あるいは保険者の取り組みを促すためのさまざまなインセンティブの仕組みというものも合わせて検討しているというところをございます。

なお、行政レビューシートのほうをございます。ここでは定量的な目標が設定できないということになってございますが、これ全体の項目につきましては、医療費の国庫負担全体でございますので、法律に基づく義務的な負担ということで、この予算そのものについての定量的な目標設定は困難ということで、設定をしていないということになってございます。

以上でございます。

○厚生労働省 続きまして、介護保険の関係を簡単に御説明させていただきます。

「KPIに対応する成果目標設定」の資料の最後の3ページ目になりますけれども、検討項目といたしましては、要介護認定率等の地域差の分析、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取り組みを一層促す観点からの制度的な対応を含めた検討ということでございまして、具体的な内容につきましては、2つ目の○にございますように、高齢化の状況でありますとか、地域のさまざまな需要の違いという、保険者である市町村が努力をしてもどうしてもない要素もございますので、そういうものとそうではないものを切り分けて、給付費の適正化に向けて実効性のあるものとなるような検討を進める必要があると思っております。

「改革や取組の達成手段（事業）」という欄でございますけれども、具体的には、市町村が自分たちの立ち位置を、ほかの市町村の状況と比較して分析できるような地域包括ケア「見える化」システムというものの構築を進めており、今、順次、機能拡充を行っております。

2つ目の○ですが、この分析結果を活用して、各市町村の計画のPDCAサイクルの強化、あるいは保険者の取り組みを促進するための方策につきまして、今後、次期制度改革に向けて検討することとしております。

3点目「達成手段（事業）の成果目標」ということをございますけれども、具体的な内容につきましては、諮問会議の社会保障ワーキンググループ、あるいは社会保障制度改革推進本部の下に設けられましたワーキンググループにおける議論も踏まえまして、今後、

設定してまいりたいと考えております。

レビューシートでございますが、医療保険と同様、このレビューシート上は給付費負担金ということございましたので、法律に基づき義務的に行われるものということで、定量的な目標の設定は困難であると書かせていただいておりますが、KPIにつきましては、きっちり検討してまいりたいと思っております。

以上でございます。

○田島次長 それでは、ただいまから30分強、3時5分ぐらいを目途に御議論いただきたいと思っております。3項目まとめて御議論いただきたいと思っております。

皆さんが御発言できますように、恐縮ですが、御発言は手短にお願いしたいと思っております。

参考人の方々も、適宜挙手をしていただいておりますので、御発言いただければと思います。

それでは、よろしくお願いたします。

○佐藤評価者 では、最初にお話しさせていただきます。

今回、ここは行政事業レビューなので、目的は手段としての事業を評価するところにあります。

他方、今回、KPIの対象になる医療費適正化というのは、より上位の政策になりますので、いわゆる施策という位置付けだと思っております。ですから、今、ここで問われているのは、政策目標として見れば、より上位にあるKPIと、その事務事業の関連付けというところだと思っております。それが一つ大きな課題になっていると思っております。

具体的に言いますと、先ほどからレビューシートの話が出ていたと思うのですが、やはり我々が行政事業レビューをやっているときのいつもの課題は、レビューシートにおける個別事業の成果目標が、具体的には今回でいけばKPI、施策のより上位の目標とどう有機的に繋がっているのかということがよく見えない。病床の削減であるとか、ジェネリックの普及とか、目標を掲げているのはわかるのですが、それを達成するための手段は何なのかということがよくわからないということになりますので、その関連付けはやはり明確であるべきだと思っております。

医療費の適正化という話には2つあるということだけ申し上げないといけないのは、それは水準の問題と地域差の問題で、私が理解する限り、今回、特に着目されているのは医療費あるいは介護の地域差でありまして、この地域差を是正するためにどうしたらいいか。望ましい地域差もあるとは思っておりますが、そうでもない、許容できない地域差というのがあると思っておりますので、それについては、誘因付けというか、各ステークホルダーに対するインセンティブ改革というのをやる。

先ほど参考人の伊藤先生からも御指摘がありましたように、誰の誘因に働きかけるのかということも明確でなければなりませんし、インセンティブ改革と言うのは簡単なのですが、それが実効性のあるものなのかどうかということについても、ちゃんと担保すること

が問われているのだと思います。

あと、個人的に私がいつも気になっているのは、保険者の機能というのはいくどどこにあるのかということです。いつも出てくるのは自治体であり、医療機関であり、患者さんであり、それはわかるのですが、やはり保険者が医療費適正化の中において非常に重要な、先ほど外来の話が出たと思うのですけれども、外来においては特になのですが、保険者の役割というのをもっと重視するべきではないか。

ちょっと出てきてはいるのですが、具体性が見えてこなかったもので、特に保険者向けのKPIというのはいくど具体的に何なのだろうということについて、もう少し議論があってもよかったのかなという気がします。

最後になりますが、やはり進捗状況をちゃんと管理しましょうということでありまして、その次のPDCAの徹底といいますか、進捗状況をチェックして、進捗が遅れている分野や地域の抽出、要因の分析、それで「A」のActionですけれども、改善に向けた取り組みという形で回していかないと、KPIを掲げるのはいいけれども、では、どうやってそれに向けて本当に取り組めるのかどうか。初期の取り組みが常に正しい取り組みとは限らないので、常に改善を重ねていくという若干の試行錯誤も必要だと思いますので、その辺の進捗管理も徹底していただければと思います。

以上です。

○土居評価者 御説明どうもありがとうございました。

まず、医療で1点、介護で1点、質問をさせていただきたいと思います。

今回のKPIの設定というのは、これまでの医療や介護の仕組みではできないような状況で、ようやく数量的な分析ができる。つまり、レセプトを電子化して、特に医療はもう既に全数で分析をして地域医療構想に繋げてきた。

レセプトという、まさに文字どおり、それぞれの患者さんがそれぞれの医療機関でお受けになった診療が漏れなく、もちろん100%電子化されていないので、漏れなくと言っては微妙に違いますけれども、ほぼ漏れなく分析できるようになったというのは大きいと思います。

ですから、そのエビデンス・ベースド・メディシン (Evidence Based Medicine) 、科学的根拠に基づく医療を推進するためにも、ここでレセプトを十二分に分析して活用して、これをKPIの設定に生かしていただくということが大事だと思います。

もちろん、どういう診療が行われたか、どういう薬が処方されたか、そういうものが全部出てくるのはいいのですけれども、医療ではもう一点、薬価の問題もあります。

薬の値段は確かに公定なのですが、製薬メーカーから卸売、ないしは卸売から医療機関にわたるところの値段は自由価格ということになっていて、もちろん厚生労働省では薬価調査をされているということなのですが、そこもある程度きちんとモニターをまめにしないと、KPIをうまく設定しにくいのではないかと思いますという印象を持っているのですが、そ

の点、薬価についてはどのようにお捉えになっているかということです。

もう一点は介護のほうであります。介護のほうは、レセプトはもちろんあるのですけれども、医療に比べればまだそこまでの分析は進んでいないということです。地域医療構想を作るためには、レセプト、特に入院医療についてはかなりきめ細かく分析するという必要が迫られていたので、医療は先んじてそれができた。

ただ、介護は、極端に言えば、第6期計画期間、2018年からに間に合えばいいというぐらいのタイムスパンにはなっているのですけれども、私の印象で言えば、何が何でも2018年には間に合わせていただきたいというぐらいの、そういう意味ではあと1～2年しか分析の時間的猶予がない、それぐらいのところに迫っていると思います。

そこで、地域医療構想に負けず劣らぬ分析が介護でできるのかどうなのか。もちろん、今すぐ数字が出ていますからこれですと言うのは無理にしても、こういう分析なら2018年に間に合わせられるような分析としてできるという見通しがもしあればお聞かせいただきたい。

「見える化」ということについては、先ほど御説明されたように、その取り組みはともいいと思いますけれども、見ただけではだめなので「見える化」して、さらにその次に分析して、介護保険の制度改革に繋げられるようなものにしないといけないと私は思っています。

○厚生労働省 まず、前段の薬価のお話でございますが、先生からも御指摘ございましたように、薬価につきましても、2年に1回の薬価調査ということで市場実勢価格のモニターというものはしておりますし、また、薬価算定のルールそのものにつきましても、いわゆる中医協という場がございますので、ここで常に議論をしておるところでございます。

ただ、私共、医療費の適正化という観点から考えますと、医療費というのはP×Qでございますので、薬価だけではなくて、やはり薬剤の使用量の適正化ということも実は重要な課題であると考えておまして、いわゆる残薬の問題ですとか、あるいは重複投薬の問題ですとか、こういったこともやはり適正化という枠組みの中でしっかりモニターしていかなければいけないと思っております。

○厚生労働省 介護保険の関係でございますが、参考資料の19ページのほうに、先ほど申し上げました「地域包括ケア『見える化』システムの開発スケジュール」を書いてございます。

現在、それぞれの介護のレセプト情報もそうですし、認定情報みたいなものを集めまして、市町村ごとに、全国の中で何番目であるとか、平均値とどれぐらい乖離しているかという現状分析の機能から始まって、順次機能を拡充しているところございまして、ここで、ちょっと見えづらいですが「★2.0」と書いてある来年の6月ぐらいのリリースになりますと、そういう高齢化の状況みたいなものを差し引いた実力ベースでの認定率の差であ

りますとか、あるいは1人当たりの給付費等の差、こういったものがちゃんと把握できるようにシステム開発が完了する予定でございます。

さらに、その後、3次と進めまして、実際に次の第7期の計画を作る時期は、各自治体、大体平成29年度中に作って、30年度から次の第7期計画が始まることとなりますが、29年度の自治体の計画作りに間に合うように、第3次までの機能を全部お知らせしていくということを考えております。

もっとも、見えるようになっただけでは不十分だというのは、おっしゃるとおりなので、それをどのように分析したらいいかということにつきましても、私たちもよく勉強し、各市町村に浸透させるために、さまざまな研修であるとか、そういったことも考えていかなければいけないと思っております。

以上です。

○土居評価者 簡単にコメントいいですか。

御回答ありがとうございました。

介護については、確かに市町村が保険者なので、保険者としても機能が果たせるということで、分析ツールを市町村に活用してもらい、かつ、それを生かしてもらえれば、保険者としてもかなりパワフルに使えるというのはあるのですが、あまり自主性に任せ過ぎると、今度はてんでんばらばらというか、取り組みに濃淡が出てしまって、出遅れる市町村はそのままあと3年改革が遅れるというようなことになってしまっただけではいけないので、地域医療構想がそういう仕組みということによってしまっただけではちょっと言い過ぎかもしれませんが、地域医療構想は、各県それぞれにももちろん独自に地域医療構想を作ってくださいということであるけれども、やはり国として統一的な分析の地域医療構想ガイドラインを示して、そこできちんと計算していただく。

あまり甘く計算するようなことはないようにというようなこともあったわけで、介護でもルーズに計算していいですよというわけにはいかない。やはりそのガイドラインに則って、ガイドラインから大きく外れることのないような形で計算していただく。そして、介護需要を見込んでいただいて、それを適切にコントロールしていただくというのが保険者の市町村としての役割になるというコメントでございます。

○田島次長 御自由にどうぞ。

○西沢参考人 そもそも論に戻るのですけれども、3点ぐらい申し上げたいと思います。

地域医療構想について、厚労省のガイドラインがあって、私は41ページが特に問題だと思うのですが、地域医療構想調整会議というのを作るとして、参加者が医療提供者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会と提供者側がずっと並んで、一番最後のほうに保険者と出てくるのですよね。

でも、本来は被保険者の意を酌んだ保険者が主体であるべきだし、納税者、患者が主体であるべきであって、地域医療構想調整会議の主体は被保険者、保険者、患者、住民であるべきだと思うのです。

ガイドラインでもそれが後位に位置付けられてしまうと、自治体が地域医療構想調整会議をつくる時も、医師会に配慮しなければいけないのではないかということで、被保険者、患者の意向が酌み取られにくいのではないかと思うのです。我が国は社会保険方式なので、あくまで被保険者、保険者、患者を中心とした地域医療構想調整会議が作られるように、国として都道府県に強く言って、医師会に遠慮しないでくださいと言っておかないといけないと思うのが1つです。

2つ目は、我が国の厳しい財政健全化との関連が見えないということで、2020年にプライマリーバランスを黒字化する中で、地域医療構想というのは、病床削減による医療費削減なのですか、違うのですかというのをはっきりしたほうがいいと思います。

病床の削減数を計算しているので、医療費削減額が出るはずなのですよ。ですから、それが幾ら出るのかというのをきちんと計算して、その上で、消費税の引き上げを含めると、2025年までに診療報酬改定が5～6回ありますよね。それが出ていないと診療報酬を上げるのか、下げるのかも言えないはずですから、その計算と整合的に診療報酬をこれから議論していくべきだと思います。

最後ですけれども、3つ目は、地域医療構想の「地域」というのは物理的なエリアではないですよ。本当の「地域」というのは、コミュニティーだったりするわけであって、コミュニティーに関しては、厚生労働省は地域包括ケアという介護っぽい話になってしまいますけれども、そうではなくて本来はコミュニティーのケア、プライマリーケア、家庭医、総合診療医といったものを核にしながら、病床削減の受け皿を作っていくことによって、初めてトータルな医療と介護の絵が描けると思いますので、そういった意味では、地域医療構想というのは病床に偏り過ぎていて、コミュニティーになると介護に振れ過ぎていたので、本当はもっと「プライマリーケア」とか「家庭医」「総合医」という言葉をタブー視せず、トータルのヘルスケアビジョンをつくる。「保険医療2035」という立派なものもありますし、ああいったものを作りながらやるのがいいかなと思います。

以上です。

○土屋参考人 簡単に3点御指摘したいのですが、まず最初に、今、西沢さんがおっしゃった保険者機能ですけれども、確かに組合健康保険では保険者というののははっきりするのですが、国民健康保険では市区町村自体が保険者であり、今後、都道府県も保険者になるということで、今日は議論する気はありませんが、そこは考えないといけない問題点かなと思います。

3点お願いしたいのですが、1つは「見える化」の問題で、これで一番期待されているのは病床機能報告制度だと思うのですけれども、これは現場ではかなり混乱を生んでいる

ということでもあります。これは病気の分類・区分と病床・病棟の区分がごっちゃになっているというところで大変現場の混乱を生んで、正確なデータがとれるかという心配があります。

すなわち、こういう調査をやるときには、調査票なり、定義をまずサンプルでやって、何度か繰り返して、誤りが少ない方法でやるべきではないか。ちょっと拙速であったのではないかというのが私の印象であります。

「見える化」のデータとしては、やはり「ナショナルデータベース」と称されているレセプトデータ（DPC）だと思うのですが、DPCをもとに都道府県がいろいろ解析しようとする、やはり10例以下のものがまとまっていたり、細かい突合ができない。その辺の細かい配慮がないと、地域医療構想を各都道府県が的確に作れないということを聞いておりますので、ぜひその辺を詳細に検討いただきたい。

2点目は、外来医療費の地域差です。今日も話題になっておりますが、重複した受診・投与・検査という言葉が出てくるのですが、本当にそれが一番の原因であるかということデータを的に示す必要があるのではないか。

同じく外来のことで後発医薬品の使用促進をということですが、私共が現場で見ていると、やはり医療者も国民、患者も後発医薬品に対する信頼を十分置いていない。そうしますと、これに対する信頼度を高めるという方策が大変必要ではないか。そこをいじらないと、いつまでたっても高いほうがいいのではないかというような迷信的なことでいってしまう。

最後に、もう一点、内閣府の御説明の5ページ目にPFIのことが出ております。いかにもこれは予算が削れそうなのですが、自治体病院協議会で成功例として報告された例を1例だけお示ししますと、某県で県立病院と市立病院が10年前に共通の独法化をした。そのときまであった90億円の累積赤字を県と市で処理をしたということで、10年後に成功例だと言って理事長が御報告になったのですが、2つの病院から医師が離脱をしないで、成功して医師の数の多い立派な病院ができた。お互い仲よくなって良かったというのですが、最後に財務状況を聞いたら、この10年間で累積赤字が40億円であった。「40億円で済みました」という表現で、この感覚では総務省の監督が十分いっているとは思えないということだけ御指摘をしたいと思います。

○山本参考人 山本でございます。

医療と介護に関して都道府県ごとに現状を把握し、大規模にそれを比較することで、今後、適正化していくというのは非常にいいことだと思いますし、各地域に監査、あるいは管理・運用を任せていくという流れも非常にいいことだと思うのですが、もともとプライマリーバランスを黒字化するとか、そういったことを考えた上で、この改革の全体の流れがコスト削減に寄り過ぎではないか。

つまり、医療を縮小・改悪するように偏っては困るなということがございまして、KPI

のほとんども、コスト面の話はあるものの、適正化と一口に言っても、それが質の意味で適正なのかどうかという視点にやや欠けているのではないかということをもまず一つ申し上げたいと思います。

もう一つは、方法論に関しまして、その方法論自体の適正性をどう担保するのかというところも非常に大きいかと思えます。先ほど土屋先生もおっしゃっていましたが、病床機能区分に関して、本当に今の区分が正しいのか、逆にこの区分が十分に行き渡ったとして、それが医療費の効率性を上げるという理屈はどういうところから導かれているのか。そのあたりの説明責任はもう少しあってもいいのかなと思えます。

今のKPIですと、例えば地域医療構想に関しても、全都道府県が出すことというような作業量、業務量のKPIとしては設定しているものの、それがゆえにどういうアウトカムが得られるのか。それは医療のコスト効率がこう上がったですとか、あってはならないことではあります。もし地域に健康格差があった場合に、それも合わせて縮小したというようなKPIがない限りは、繰り返しになりますけれども、社会保障費を圧縮さえすればよかろうということではないと思えます。

医療は、コストの部分もちろん大きいですが、社会の成長に対する大きな投資でもございますので、その両面から評価するという視点を忘れてはいけないのではないかなと考えております。

最後にもう一点なのですが「見える化」という言葉がよく出てきまして、私もこれは嫌いではないのですが、見えれば物が動くというのであれば、我々は楽な話でございまして、誰に何を意図して見せるのかという話、あるいは見せることで誰にどう動いてほしいのかという理念や方針がないと、見えるようになりましてよ、あとは見ておいてくださいということでは終わってしまう。

これは旧来、行政の伝統的な手法のようにも思うのですが、もう少しメッセージ性ですとか、ビジョンを持って言わないと、先ほどの適正化とは何ぞやの話になりますけれども、何をもって重複とするのか、何をもって適正な病床数とするのかといった議論が常に空論のままで、ほとんど神学論争的な議論をしても、恐らく実効性はないだろうという意味で、ビジョンの設定も含めて進めていただきたいと思えます。

以上でございます。

○田島次長 もし何かコメントがあったら挙手いただけますか。よろしいですか。

今、インターネット生中継をしているのですが、視聴者から幾つか御質問をいただいておりますが、そのうち1つ申し上げます。

今、入院医療と介護の話をしてありますが、病床を減らした分、在宅医療で介護が必要になってくるのではないかと。すなわち、療養病床の少ない県で介護費が大きくなっていくという相関があるように思うのだけれども、その点について、厚労省の方針というのはどうなのだろうかという質問が寄せられておりますが、そこは何かありますか。

○厚生労働省 医療の提供体制をどう考えるかという中で、今、御指摘のとおり、慢性期の医療につきましては、今回の構想上も一つの論点になるわけですが、病床で患者さんとして治療、ケアをしていかなければいけない人がおられる。一方で、ある程度病状が軽い方、あるいはある程度落ちついている方は必ずしも病床にいていただく必要はないのではないかという問題意識、これは皆さん持っておられます。

一方で、今、御指摘のとおりですが、居宅・在宅でケアしようと思うと、例えば独居の方はかなり逆の限界がある。

このバランスをどうとるのかということは非常に重要だと思いますので、このあたりを考えていくに当たっては、やはり地域性を加味せざるを得ません。例えば、大都会でそういったことを考えていく場合と、ある程度中山間地域を含めて僻地でやる場合は当然違いますので、地域医療構想の一つの論点は、先ほど評価者の方々から御指摘いただきましたけれども、リアルなデータを使うということです。リアルなデータを使うという前提は、リアルな地域の状況を反映するということです。そのあたりをうまく組み合わせて考えていただくことが地域医療構想において非常に重要なのではないかなと考えております。

○永久評価者 いささか話が専門的な話で、私はこの分野では素人の立場からお話をさせていただきたいと思います。今までお話があったことだとも思うのですが、ちょっと確認させていただきたいと思っています。

「適正化」という言葉がやはり気になるのです。適正化というのは、要は、今が適正ではないということ。適正ではないということは、不要なものがある可能性があるということですよね。だから、平たく言えば、無駄をなくそうということと解釈していますけれども、そのときに、重複受診、重複投与、重複検査等というのが一つの不必要なものになっている可能性があるという前提なのですよね。

ということは、「見える化」というお話がありましたけれども、これがきっちり捕捉できなければいけないということだろうと思いますし、また、仮に重複があったとしても、それが本当に不要なのかどうかということはどうやって確認できるのか。そこがすごく難しいことなのだろうと思います。ですから「見える化」といっても、この捕捉ができない限り、言葉だけになってしまう恐れがあるということをご指摘させていただきたいということが1点。

あと、これは「KGI」ですよというのがあるって、これはゴールというか、目標設定なのだろうと思うのです。例えば、重複受診をゼロにするというのが究極的な目標なのでしょうけれども、そうしたKGIというものを作るのかどうかということ。それがないとKPIなんてできないのだろうと思います。

つまり、このKGIに対して何らかの影響を及ぼすであろうというアクション自体を測るのが

KPIだろうと思うので、そのあたりの関連性というものをきっちりとクリアにしていく必要があるのだろうと思うのです。

地域差というのもKGIなのだろうと、ゴールなのだろうと。地域差を偏差でとるのかわかりませんが、そうした数字で表せるものをもって、それで偏差がどんどん小さくなってきているということで、KGIが作れるでしょうし、その偏差をなくすためには何をしたらいいのかというのがKPIになっていくのだろうと思うのです。

何か「KPI」という言葉が、どんどんひとり歩きと言ったらちょっと違うかもしれませんが、KPIのことだけ言われていますが、実はKPIというのはゴールに対する影響というか、相関といいますか、いい結果に導くものでなければいけなくて、KPIだけあって、結果として出てくるKGIとの結び付きというものをしっかり認識していくべきなのだろうなと思います。

以上です。

○佐藤評価者 今のお話との関係でいくと、KPIというのは、ある種、中間目標的なものであって、つまり、取り組みがあります。KPIがあります。最終的な成果があります。今回は歳出改革でやっていますので、最終的にはまさに医療費の適正化ということになるのだと思うのです。

ただ、前提条件があります。先ほど懸念が出ていましたように、医療の質を下げるということは我々の念頭にはない。だからこそ我々が注目したのは地域差だったわけです。つまり、高齢化の進捗であるとか、そういったものによっては全く説明ができない地域差というのがあるのではないですかということです。

例えば、ある県は異様に病床数が多い。結果的に1人当たりの医療費も高くなっている。その地域がすごい健康寿命が長いかというと、別にそういうわけでもない。そういう許容できない、高齢化エトセトラの要因で説明できない地域差、これが恐らく是正すべき医療費ということになる。それは質を損なわずに是正できるであろう医療費ということになるのだと思います。

だからこそ、私もずっとかかわっていましたが、医療費の問題については、常に地域差というところに我々は目が行っていたのだというのが私の理解です。単なる地域の差ではなくて、高齢化もちゃんと調整した上での地域差というのが正しい言い方なのだと思うのです。

今回の経済財政諮問会議のワーキンググループの特徴の1つは、ボトムアップで考えましょうということなので、上から医療費をこれくらい下げますという目標値をかけているのではなくて、それぞれの関係者、病院であれ、保険者であれ、自治体であれ、それらの関係者の主体的な取り組みを促して、結果として効率化につながるというよいねと。その取り組みの度合いを測る指標がKPIですよという位置付けだったと思うのです。

ただ、ボトムアップだからこそ進捗管理が大事で、もともと総額でこれくらい切ります

と言うのだったら、歳出削減という目標は大体これで達成されているので、あとはその負担をどう配分するかの問題で終わってしまうのですけれども、それぞれの主体の取り組みをこちらとしては促すと。

彼らの主体性、インセンティブを重視すると言っているわけですから、先ほど御指摘がありました、インセンティブ改革なんて言うけれども、本当にどこまで意図された結果が出てきているのかとか、どこに働きかけが弱いのかとか、思った以上にKPIの達成目標に近づかない要因があるとしたら何なのかということは、常に進捗管理していかないといけない。ボトムアップだからこそその進捗管理の重要性だと考えたほうがよろしいかと思いません。

○松本評価者 先ほどの永久評価者と同じように、私もこの分野の特別な専門というわけではなくて、むしろもう少し国民目線で考えたときに、地域差の問題は確かにグラフで出てくるわけですが、例えば、継続的に薬をもらわなければいけないときに、もう一度受診をして、薬だけもらおうというわけにはいかなかったり、あるいはこんな山ほどもらっているのだからと思うほどの薬をもらってきたり、多分、国民の人たちが本当に医療に無駄がないのだからと思う瞬間というのは、やはり日常的にあると思うのです。

先ほど西沢参考人がプライマリーケアの話もされていましたが、つまり、今日の議論はKPIですので、このようになってはいますけれども、その前提となっている問題設定ですよ。そもそもどういう問題を設定し、それを乗り越えるために、今、私たちが議論しているのかという部分については、やはり国民と共有しないと、このKPIの意味もわかってもらえないと思いますので、ぜひこれをする意義、つまり、そもそも問題設定が正しいかどうかということについては改めて説明をしてほしい。今日の場合は時間がありませんが、そこから始めていただきたいと思います。

○土居評価者 先ほど来、地域医療構想なり、レセプトに基づく分析なり、その話があるときに、医療費削減ありき、介護給付費削減ありきではないかというようなことが疑義として持たれるという話がありましたが、私はそういう話では全然ないと思います。全くそういう筋ではないということです。

確かに2020年の財政健全化目標というのはあるのだけれども、そもそも今の医療がパーフェクトな医療なのか。誰もが受けたい医療が受けられているということなのか。

そうではないだろうということを考えたときに、やはりレセプトという実態に根差した数字を使って、2025年なりの将来の医療需要なり、まだ介護需要はそこまできめ細かくやっていませんけれども、もしレセプトをきちんと分析できた暁には、介護需要も2025年なら2025年のレセプトに基づいて、疾病別、性別、年齢階級別の医療需要が測れて、それに対応するには、患者像、利用者像に対応した医療提供体制なり、介護サービスというのはどのように構えればいいのかということを通不足なく、つまり、不足もあってもいけない

けれども、余分もあってはいけない。過不足なく手当てできるようにするにはどうすればいいかということが、実は今、議論されていることだと私は思っています。恐らくそういうことで、このKPIも設定されるだろうと思います。

だから、KPIを設定したら、必要な医療費が削減されるとか、入院したほうがいい患者さんが追い出されて退院させられるなんていうことはないわけで、あくまでも地域医療構想を一つ例として挙げれば、必要病床数というのは、本当に入院すべき患者さんをちゃんと入院させ、かつ、入院すべきでない患者さんは御自宅に戻っていただくなり、ほかの介護施設に行っていただくなりという適切などころで受け皿になっていただくということがパッケージであって、それが計算されてKPIに繋がっていく。

このような説明をきめ細かく国民にもしていくべきだし、そういう説明を通して過不足なく、つまり、余分な医療や介護のためのお金も使っていないし、かといって本当に医療や介護を受けるべきなのに、それができていないという人もないように、きちんと施設なり、病床なりを整えるということなのだという説明が必要だと思います。

○田島次長 あと5分程度ですので、手短にお願いします。

○上村評価者 こちらは行政事業レビューの現場ですので、やはり成果指標を持って事業を取り込むということが極めて大事になるわけですが、先ほどの説明では、レビューシートには成果指標を持っていないとか、義務的なお金だから書けないということなのですけれども、より改善をしていくという意味では、やはり何らかの指標を持ったほうがいいと思っています。

今、KPIということ議論しているわけですので、総合的な成果指標を持つことは難しくても、複数の成果指標を出してきて、それを改善するというような形のレビューシートにすることは検討すべきだと思います。

あと、今回のレビューでは医療と介護のKPIについて議論をしているわけですが、社会保障分野でも医療・介護以外の分野もあるわけですし、どのようにそれを横展開していくかということは極めて大事なかなと思います。

まず、医療・介護で先発してやって、これをどのようにほかの社会保障の分野、社会保障以外の分野に横展開していくかというところが極めて大事なポイントかなと思います。

以上です。

○佐藤評価者 今の点と絡めてなのですが、まさに行政事業レビューでやるのは、このレビューシートに基づいて事業を評価するということでありますので、繰り返しますけれども、今回はKPIの話をしてはいますが、では、この事業レビューの中にある成果とKPIがどう関連しているのかということやはりちゃんとした説明がなければいけないし、実際、総務省がつくっている事前分析表などでは、あれは施策ですけれども、施策があつて、その

手段として行政事業レビューの対象となっている事業が列挙されているわけなので、やはり手段と目的の関係というのはその中でも規定されているわけです。

ですから、今回、せっかくこれはいい機会でありますので、厚労省の中で、できればもう一度政策体系を見直して、医療費の適正化とか、介護の見直しの話も含めて、今、特に大きな目標を抱えているわけではないですか。その中において自分たちの政策体系というのはどうなのか。その中でこの事業はどう位置づけられているのか。

今回の負担金のレビューシートは、多分、評価する上ではあまり役に立たないと思うのです。医療費適正化に向けて、我々はこういう事業をしているのですと。その成果がこれで、それがこのKPIにこうつながっているのですと。究極的には医療費適正化にこうつながっているのですというロジックモデルがちゃんとつくれるようにされたほうがよろしいと思います。

いい機会なので、厚労省自身、政策体系の見直しというのを少し考えられたらいかがでしょうかということ。それと合わせて、レビューシートの改善をぜひよろしくお願いします。

○田島次長 ほかはよろしいですか。

○土居評価者 もう一言言わせてください。

地域差を縮小するということですね。地域差を縮小するということは、一見すると、機械的で冷たい感じで受けとめられる方もいらっしゃると思うのですけれども、私は、もう少し心のこもった説明の仕方というか、好事例に倣うということだと思います。

そこまでうまくやれば、患者も入院日数を長くしなくても済む。その分だけ患者の側の医療費負担も軽くて済む。そのような地域がある。ないしは介護でも、うまく介護を施せば、そういう形で御自宅で要介護状態から軽くなったりしてうまくいくというようなことがある。

もちろんそれぞれのケーススタディーというのはあるのだけれども、ケーススタディーはなかなか全部を集めてくるのは大変なので、それはレセプトを見れば、実は性別、年齢別、ないしは疾病とか要介護状態別に細かく丁寧に見ていくと、なぜか説明できない地域差があるというところは、実は、ひょっとしたら、余分に費やしている地域は好事例を御存じなくて、残念ながら今はお金がかかっている、ないしは残念ながら退院できずにいるというようなことかもしれない。

そこを縮めるということは、すなわち機械的に圧縮しろということではなくて、実はこの日本のどこかにもう既に先駆的に取り組んでいる地域があって、1人当たり医療費とか、介護費とかが数字でもきちんと出ていて、そういう地域のところに行って学べば、似たようなことをするだけでも、一気に全部は縮まりませんが、少しでも縮めるということができるという話なので、機械的に圧縮しろということではなくて、好事例に学ぶ、好

事例に倣うということは、すなわち地域差を縮小するということだという説明も必要だと思います。

○田島次長 大体時間が来ましたけれども、よろしいですか。

それでは、取りまとめをお願いします。

○田中評価者 ちょっとほかの行政事業レビューとは違う、討論会だったかなと思うのですが、今日は3つの点について議論していただきました。

1つ目が、地域医療構想の策定を行うことによる病床医療の見える化。

2つ目が、外来医療の地域差や、重複医療、重複投与に関する問題。

3つ目が、介護の地域差。

こういう非常に大きな3つの点について、皆さんに議論していただきました。

まとめなのですが、大きく2つの視点でまとめをさせていただきたいと思います。

1つは、まさに皆さん、医療の視点からのコンテンツの面での論点。

もう一つは、行政事業レビューでもありますので、レビューとKPIとの関係の視点から申し上げたいと思います。

まず、コンテンツですが、非常に豊富なお話だったのですが、6つぐらいを挙げさせていただきたいと思います。

1つは、データを分析することの大事さでありまして、ただし、データを分析して「見える化」だけでは終わらないぞと。そこからどう制度設計に、あるいは制度の改善につながられるのかが重要であるという御指摘が複数の方からありました。

2点目はコストの面であります。興味深いことに両論あったかなと思います。削減ありきでいいのかということと、そうではないという御意見がありました。

この点については、やはりKPI (Key Performance Indicators) というのは、最後はプライマリーバランスを黒字化という目的につなげる中間の地点である。ただし、それは医療の質を下げるものではない。それを回避するために地域差に着目したのであるという意見があったと思います。いずれにせよ、質を下げることは避けたいということは、どなたも一致していたと思います。

3番目として、誰の視点であるのかということも重要だと思います。ここでは患者さんの視点というのも見えてきましたし、今日はお医者さんもいらっしゃるのですが、お医者様の視点というのもあったと思います。患者の視点というところで、今、病院やクリニックの話をしているのだけれども、家庭医も含めて、プライマリーケアやかかりつけ医のようなものも議論したほうがいいのではないかとということでした。

4番目は、お医者さんの視点からであります。病床の機能分化と言うけれども、医療の現場では、病棟でどういう患者さんを扱うのかというのは非常に難しい判断だという御指摘がありました。

5番目としては、保険者の機能をもっと注目するべきだという意見もありましたし、視聴者の方からのコメントで、病床を減らすと在宅のほうが増えるのではないかということについては、厚労省のほうから、地域の差を加味してバランスをとることが必要だという御説明がありました。

最後に、KPIと行政事業レビューとの関係で申し上げれば、これも既に先生方からコメントが出ております。もともとこのKPIの大きな目標というのは、プライマリーバランスの削減であります。これはやはり施策と結びついているものです。

ただ、KPI、行政事業レビューの指標、あるいは総務省が作っている政策目標評価書がばらばらに別々に出てきていますので、一度ロジックモデルや政策体系図を作って整理をして、行政業務上のコスト削減というか、無駄にしない努力も必要だろうという御指摘があったと思います。

従いまして、行政事業レビューシート、私たちがたゆまず改善はしているのですけれども、その体系を見直した上で、もう一度指標も見直していく必要があるだろうということだと思います。

以上であります。

○田島次長 何か補足はございますか。よろしゅうございますか。

それでは、このセッションを終わりにしたいと思います。

次は3時20分から宇宙ステーションについて取り上げます。

どうもありがとうございました。