

第8回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 議事要旨

一 会議の日時及び場所

日時：平成28年10月21日（金）13:00～15:00

場所：官邸2階大ホール

二 出席者

○委員

尾形裕也委員、権丈善一委員、田近栄治委員、筒井孝子委員、土居丈朗委員、
鳥羽研二委員、永井良三会長、伏見清秀委員、藤森研司委員、堀田聰子委員、
増田寛也委員、松田晋哉会長代理、山本隆一委員

○政府側

萩生田内閣官房副長官

越智内閣府副大臣、武村内閣府大臣政務官

内閣官房 木下社会保障改革担当室長

高橋社会保障改革担当室審議官

厚生労働省 神田医政局長、坂口大臣官房審議官（老健担当）

濱谷大臣官房審議官（医療介護連携担当）

三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. ワーキンググループの検討内容について
4. 医療費適正化基本方針について
5. 地域医療構想の検討状況について
6. 第2次報告案について
7. 意見交換
8. 政府側からの挨拶
9. 閉会

1. 開会

2. 政府側からの挨拶

○越智内閣府副大臣

お忙しい中お集まりいただき感謝。昨年6月の経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）において、外来医療費の地域差是正や医療費適正化計画の目標設定のための標準的な計算式の策定等が盛り込まれ、昨年末の経済財政諮問会議で取りまとめられた経済・財政再生計画改革工程表においても医療費適正化等に関連する指標がKPIとして盛り込まれた。こうした方針も踏まえ、本専門調査会においては、ワーキンググループを中心に医療費の地域差分析や医療費の標準的な算定式等について、関係省庁とも協力して専門的な検討を重ね、今般、一定の取りまとめを行うこととなった。

本日は、ワーキンググループでの医療費の地域差分析等についての議論の報告を受け、続いて厚生労働省から医療費の標準的な算定式について説明を聴取し、これらを踏まえて事務局から専門調査会としての取りまとめ案を御説明させていただく。委員の皆様には、精力的な御議論を賜りたい。

3. ワーキンググループの検討内容について

- ・医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループの検討内容について、松田会長代理（WG主査）より資料1に沿って説明。

4. 医療費適正化基本方針について

- ・医療費適正化基本方針について、厚生労働省より資料2に沿って説明。

5. 地域医療構想の検討状況について

- ・地域医療構想の検討状況について、厚生労働省より資料3に沿って説明。

6. 第2次報告案について

- ・第2次報告案について、内閣官房より資料4-1、資料4-2に沿って説明。

7. 意見交換

○鳥羽委員

医療費の平成35年度までの目標策定においては、後発医薬品普及や特定健診実施率向上等の明確な目標を持ってやってきたものが多いが、糖尿病の重症化予防に関しては、平均値を上回る都道府県における具体的な削減方法について、特定健診・特定保健指導だけでよいのか、あるいは糖尿病

の合併症発症や透析に至らないよう外来医療費を多くかけて重症化予防している可能性もあるので、今後ここについて分析が必要。

高齢者の多剤投与について、多剤投与は6剤以上、スーパーポリファーマシーは10剤以上が国際的な基準。10剤以上になると5人に1人あるいは6人に1人に薬物有害作用が頻回に起こる。特に、平成35年までに100万人から150万人に増加すると言われていた虚弱（フレイル）の場合は10剤以上のスーパーポリファーマシーでは死亡率が6倍高くなると既に海外で報告されているので、3医療機関以上、15剤以上の薬剤投与の是正のところは、10剤以上にすべき。15剤以上では、平成35年度という先の目標としては世界的な常識からかけ離れた数値目標である。10剤以上の薬剤については是正とする方が、国際常識や高齢者のQOLといった全ての観点から望ましい。

○濱谷厚生労働省審議官

15剤とは、内服薬以外も含む種類数で、高齢者全体の5%程度ということで設定。各都道府県において指標を変えることも可能。

○鳥羽委員

内服薬以外は処方数として少なく、それも頓服や一定期間の短期間のものであり、長期的、慢性的に投与されるのは内服薬。15剤というのは、頓服を除いても12～14剤なので、医学的常識からは全く容認できない。

○永井会長

これについてはもう少し議論することは可能なのか。

○濱谷厚生労働省審議官

10剤以上では対象が広がりすぎることで、内服薬以外も含めて算定しているということを総合的に勘案し15剤以上としていることに御理解賜りたい。

○田近委員

全体的なこととして、医療費適正化計画は平成20年から始まり、次は3期の平成35年を目指す計画を作ろうとしており、医療介護総合確保推進法に基づいて地域医療構想も策定している。経済財政運営と改革の基本方針2015に盛り込まれた経済・財政再生計画では、2013（平成25）年から2015（平成27）年の医療費は公費の伸びが毎年5,000億円くらいで収まっていたので、2016（平成28）年から2018（平成30）年も毎年5,000億円ずつに抑えていくとして、改革工程表で44の改革項目を挙げている。地域医療構想で高度急性

期から慢性期までの病床の推計をしたことはどこまで医療費適正化計画に反映され、その反映された結果はどこまで経済財政運営の経済・財政再生計画に反映されるのか。医療費適正化計画、地域医療構想、経済・財政再生計画における社会保障の改革工程表の3つは、整合的に連携しているのか。

○高橋社会保障改革担当室審議官

当専門調査会では医療費・介護費の分析やその伸びの計算の考え方等を議論しており、別途、経済財政諮問会議の下の推進委員会の社会保障ワーキングにおいて改革工程表にある医療費・介護費の伸びに関する取組や負担の公平の観点からの自己負担や給付の見直しについて、医療費適正化計画の議論の報告も踏まえ、全体を議論し、進捗も取りまとめて発信するなど、これらの取組は連携している。

○田近委員

44の工程表の項目は医療費適正化計画にどう反映されるのか。

○濱谷厚生労働省審議官

本日推計された医療費適正化計画の数字は機械的な試算。手段としては、今回の医療費適正化計画は病床機能の分化・連携と、重症化予防や重複投薬等で適正化するというもの。一方で、現在、改革工程表で議論されているのは、保険者間の負担の公平化や自己負担の在り方という給付率や給付の在り方そのものの議論なので、それぞれの手段を講じながら、全体として持続可能なものにしていくために、適正化をしていく。

○田近委員

財政制度等審議会でも、かかりつけ医に行くなど、国民に負担を求めている。高齢化が進んでいる中で今までどおりではいけないので44項目の工程表が閣議決定された。それで厳しい施策も認めざるを得ない。その結果、医療費にどう反映されるのかを国民は知りたい。それから公費負担について、これは結果的に税金や消費税に影響するが、それがどうなるか。そのフィードバックがないのに、一方で医療費適正化計画は、第2期が平均在院日数削減と特定健診の実施率向上で、今度はそれに糖尿病重症化予防や後発医薬品使用促進、多剤投与削減、病床機能分化を加えようとしている。しかし、それは国民から見れば、今やっている44項目の工程表とのフィードバックが切れているように見える。全体の整合性、結果的に医療費に反映される取組の整合性が見えない。

○濱谷厚生労働省審議官

医療費適正化計画は主に予防や医療提供体制の効率化によって全体を効率化していくもの。それに加えて給付の在り方そのものも見直していく必要があるので、全体として持続可能な医療、社会保障制度を目指している。

○増田委員

自治体の方ではまず地域医療構想があり、本日方針が示されてこれから医療費適正化計画を具体的に作っていくが、そうした実際に医療機関と接触をする1番の前線の現場には、来年度に向けて診療報酬改定がない中で伸びを5,000億円に削らなくてはならず、翌年もまた5,000億円にしなければならないといったことが届いていないのではないかと。これから自治体が現場で計画を作るにあたって、現実的な取組を考える一方で、全体として医療費を抑えなければ皆保険制度が崩壊してしまうという危機感の中でぎりぎりのところを追求していかなければならないので、そういう全体の大きな問題意識をきちんと隅々まで理解できるように、切迫感、緊張感を伝えていくという必要があるし、そのあたりが伝わっていないと都道府県の方が緩んでしまう可能性もある。また、地域差半減に向けて今回示された取組だけでは不十分で、2,000億円くらい足りず、病床機能分化の結果として在宅に移行する場合の医療費の増加分はこれから見込む必要があるということについて、これから医療費適正化計画を作るにあたって、今はまだ地域差半減に到達していない残りの部分はどうか、都道府県の方で工夫をして盛り込んでもいいとはしているが、具体的な手がかりがないと現実には難しいので、引き続きレセプトデータ等の分析を厳密に行って様々な取組を検討・提示し、全体的に財政的にも整合できるような形にすべき。

以前は自治体にとっては公共事業費等を抑えることが1番大きな事柄だったが、今はそれが社会保障費であるところ、国と地方でまだ少し温度差がある。これは財政も含めて自治体総ぐるみで取り組むべきことで、地方自治体の財政担当部局は相当危機感を持っているが、保健福祉部局にはまだ甘さがあるようなので、そこに全体を見渡せる人材を配置して、しっかりとした計画を作っていくことが必要。

○土居委員

フィードバックという論点は大事なので、資料4-2の最後の今後の専門調査会における検討の方向性の中に盛り込むべき。つまり、地域医療構想、医療費適正化計画でレセプトに基づく分析が行われており、これは我が国

初の取組で、経済学的にはミクロから立ち上げて全体の医療の費用構造を明らかにしたもののだが、そのデータの利活用の方法として、今後、医療費適正化計画が各都道府県で策定され、その策定状況のフォローアップとして、この専門調査会でまずは全ての都道府県の医療費適正化計画で出てきた医療費の見込みを合計する。そうすると、医療費の将来推計のようなものが出てきて、税財源や保険料財源が将来どのくらい必要なのかという見通しが立てられるデータになるので、実際に税制や社会保障制度、保険料の設計をする関係部局ないし関係する会議に情報提供してはどうか。

現に平成24年3月に厚生労働省が「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」を出して以降、我が国の医療費・介護費等の社会保障に関する将来推計は出ておらず、その時は2025年には全体で約150兆円かかるという数字が出ていたが、その後様々な改革が取り込まれ、地域医療構想も策定されてきて本来はアップデートすべきなので、各都道府県で算定されてくる医療費の見込みを全国集計すればこれに代わる数字になる。

さらに、資料4-2の16ページのところの介護費用の地域差分析も重要で、来年には各保険者で平成30年からの第7期介護保険事業計画を策定するための介護費用の算定作業が始まるので、2025（平成37）年における改革の取組を前提とした医療費や介護費の全国的な見込みを出すための下地となる作業を行うことを今後の専門調査会の検討の方向性として明記すべき。

また、資料2について、医療費適正化計画は6年の計画であり、今回基本方針を告示して算定式を各都道府県に伝達するが、今後この計画期間の途中で算定式をアップデートする予定はあるか。

○濱谷厚生労働省審議官

今お示ししている算定式自体については基本的には変更予定はないが、今後も知見の集積を図り、効果が認められるような一定の広がりがある取組を追加できる場合には、それに係る算定式をお示しする。

○土居委員

そうであれば、多剤投与に関する鳥羽委員の意見を尊重すべきで、計画期間の途中であっても、そうした改定、改善を図っていただきたい。

また、資料4-2について、これは専門調査会の報告であるから、13ページあたりをもう少し鳥羽委員の意見を踏まえた書き方にすべき。

同じく資料4-2の6ページについて、さらなる費用構造の分析は必要だが、「さらなる医療費の構造の分析等」の1つ目の○の最後の「慎重な検討」というのは表現が弱いので、「綿密に検討」という表現にすべき。

9ページについて、在宅移行の受け皿についての推計は盛り込んでいないのはそのとおりだが、先ほど各都道府県の判断で入れてもいいという話があったので、今回の推計では盛り込んでいないが各都道府県の判断で推計することは可能ということを書いていただきたい。

それに関連して16ページについて、今後の専門調査会における検討の方向性の1つとして、在宅移行の受け皿、在宅医療、療養病床の関連もここに関係してくる。まだ療養病床の今後の在り方は議論中で確定していないが、それが確定すれば分析が可能で、特に地域医療構想で慢性期としたところは機械的に地域差をなくすという話にとどまっているので、もう少し踏み込んだ分析もできるとよい。また、多剤投与について、算定式に盛り込めるレベルまで分析可能なのかも含めて検討することは重要。

最後に、地域医療構想の検討状況について、知事の権限に関して資料の中で例として挙げている青森県と広島県はその地域において病床が過剰になるというケースだが、病床が過剰になった場合の知事の権限が現在の医療法では弱いのでなんらかの検討をすべき。

○神田厚生労働省医政局長

病床数についての知事の関与が弱いのではないかという御指摘について、もともと一般病床と療養病床を合わせた基準病床数を二次医療圏単位で設けて病床数規制を行っており、地域医療構想は一般病床や療養病床のそれぞれの機能に着目して必要量を示していくものなので、全体の病床数については、従来の病床数規制の方でしっかりと規制をしていきたい。

地域医療構想は、まず当事者がデータをもとに全体の改革の方向性の共通認識を持っていただき、できる限り協議によって、それぞれの病院の医療機能の転換や位置付けを考えていただくもの。協議が整わない場合には、公的な病院であれば命令や指示ができるという仕組みがあるが、これは今後の状況を見ながら、更なる措置が必要かどうか検討していくべきもの。

○筒井委員

資料4-2の16ページの2つ目の○に「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重要であり」と書いてあり、ここでは個々の「医師」ということだが、病院には医師だけではなく様々な専門職がいるので、医療機関に勤めておられる方々全てを対象とするように、「医師等」とすると更によい。

その例として、資料1の18ページのCTとMRIの台数と患者数のデータについて、我々は兵庫県内で同様の調査を実施していて、台数・患者数だけでは

なく検査をするまでの待ち時間、待ち日数のデータを集めているが、兵庫県は、MRIは全国平均でそれほど多くはなく人口10万人当たり3.9台で、CTは6.8台なので、徳島県等よりはずっと少ない。この調査で判明したのは、検査待ちは平均2.7日だが、病床数の多い病院では1週間以上、一番長いところで30日であるなど、患者の検査へのアクセスが悪くなっている。しかも、損益分岐点を見るとCTで37.1%、MRIで64.5%しか分岐点を越えていない。つまり、損をしてでも置いてあるということ。もっと極端に言うと、あまり必要のない100床未満の診療所にもあるという偏在と、結果的に損をしているという、パフォーマンスが悪い状態になっている。これは臨床検査技師たちが調べたデータだが、病院の中にいるそれぞれの職種が経営に関する資料をもう少し分かるような工夫をしなければ、パフォーマンスの上げ方、方向性がなかなか理解できないということがある。今回、見える化を進めているので、そういったことを更に進めていただきたい。

同じく資料4-2の3ページの最初の○について、「医療費適正化計画は、国、都道府県、保険者等、医療の担い手等及び国民が、それぞれの役割を果たすことで」と書いてあり、国民に疾病予防のための行動変容、受療行動について考えていただくことが重要ということは分かるが、最も今後重要になるのはセルフマネジメントである。その観点を踏まえた費用抑制も検討していくべき。たとえば、スーパーポリファーマシーについて、15剤以上も飲んでいることは本人が1番分かっている、これが本当に自分にとっていいのかということは患者自身が1番不安に思うことなので、患者自身にセルフマネジメントを通して薬の知識等を伝えていくこと等、この適正化計画の中核になるような仕掛けを考えてもよいのではないか。既に老健局の老人保健健康増進等事業でセルフマネジメントに関する研究を実施しているが、例えば、先ほど資料1の糖尿病の検査について、日本は比較的回数が多いというデータが出ているが、このレベルの検査をある程度セルフマネジメントができている人たちについてはもう少し簡易な検査で代替することを進めるという話も欧州では進んできているので、糖尿病のセルフマネジメントという観点からも、こうした検査の回数を適正化していく施策を進められるのではないか。

○権丈委員

資料4-2の16ページについて、ここに「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重要であり、今後、医療費の地域差等に関する『見える化』データを医療機関にも積極的に提供し、診療の質の向上に向けた自主的な取組みを

促すことも検討する必要がある」とあるが、この文言の場所を「今後の国・都道府県の医療費適正化に向けた取組み」ではなく、「今後の専門調査会における検討の方向性」に移動した方がよい。なぜならこの地域差は、都道府県と限定して進めていくよりも、都道府県から二次医療圏、更に細分化していくと医療機関ごと、医師ごとに存在するからだ。

また、協議の場は大きな可能性を持っていて、医療法には協議の場においてやるべきことは書いてあるが、やってはいけないことは書いていないので、その協議の場に関係者が集まった際に、その地域の医療の特性が分かるデータを配付し、自分の病院の特徴に関する気付きを得ていただければ、医療提供者側の行動変容が見込めるのではないのか。資料4-2には、患者としての国民、住民の行動変容の話はあるが、医療では提供者側の行動変容も重要である。

私たちが医療関係者と話をすると、自分たちは標準的な医療をやっていると話をされるが、自分の特徴は自分では分からないところがある。その意味で、都道府県という範囲だけではなく少しずつ小さいカテゴリーに細分化していく方向で専門調査会において手法だけでも示し、協議の場に集まった医療機関の関係者が自分たちの診断や治療方法の特徴やその改善点を考える機会を持っていただけるようにすべきと考えているので、最後の「今後の専門調査会における検討の方向性」に置いた方がよい。

○鳥羽委員

権丈委員の意見に同意。資料1の24ページに、都道府県ごとの診療行為の算定回数に約9倍の差があると書いてあるが、回数が多くなっているのは、救急に力を入れている病院が多い、医師が多い、あるいは病床の多い都道府県であり、この都道府県の患者に救急を必要としている病気が多いということはあるので、いかにQOLを落とさずに医療費の過剰を防ぎ又は不足を補うかということが問題となる。例えば、新潟県等の算定回数が非常に少ないところは医者が少なく救急医療が足りない可能性もある。例えば特定集中治療室管理料については、救急医療の満足度等の調査に基づき、どこに医療の過不足があるのかが都道府県ごとに分かれば、その都道府県の中で医療費を増やさずに各々の医療機関や医師、救急病床の不足対策ができる。今後、専門調査会ではこのビッグデータを活かして、更にそのような調査を進めるように勧告又は追加調査をすべき。

○尾形委員

資料4-2の1ページの「I. はじめに」のところについて、ここは基本

的な姿勢が問われる重要なところだが、2つ目の○以降、医療費適正化の話が続いているところに、何のために医療費を使って何をを目指すのかということが全く書かれていない。本調査会は医療・介護情報の活用による改革を推進していくということだが、その改革は医療費適正化だけではないので、最初の○と2つ目の○の間に、何をを目指すのか、例えば、質の高い医療サービスを公平かつ効率的に提供して国民の健康を維持増進するといった思想を書いていただきたい。

同じく資料4-2の6ページの「さらなる医療費の構造の分析等」の2つ目の○で高額薬剤について書いているが、2ページの医療費の動向のところでも足元の医療費が高額薬剤の影響でかなり伸びているという問題意識を書いている。その一方で全くこれに対する対応を書いていない。たとえば、保険給付の範囲の在り方についての検討が必要といったことを書いてはどうか。

11ページの「⑤入院外医療費の地域差半減による効果の推計」について、入院医療と入院外医療、特にその中でも在宅医療は密接に関連しているので、入院外医療費を削減して地域差を縮小しようとする、入院医療費が増えてかえって全体の医療費が増加するということもあり得る。部分最適ではなく全体最適を目指すということは明確にしていきたい。

最後に7ページの下から4つ目の○の「目標達成のために必要な適正化額の見込みが国の政策で実質的に変動しないように調整する具体的な方法について、今後、検討を行う必要がある」という記述について、具体的にどのような方法を想定しているのか。

○高橋社会保障改革担当室審議官

今の算定式で医療費目標を計算すると、今後診療報酬改定や制度改正によって医療費が変動するので、都道府県の努力に関わらず医療費が変わったときに、都道府県の努力の成果をどう測定するかという問題が出てくる。その場合に目標額を調整するのか、あるいは成果、実績評価のときに見込み方を変えるのかといったことを検討する必要がある。

○尾形委員

当初目標は堅持すべきということか、実質的に堅持したいということか。

○高橋社会保障改革担当室審議官

目標を変更するか、あるいは目標と違うことの説明をしていくこともありうる。都道府県が定めた目標が、国の政策で実質的に変動をしないように

調整する。目標額に一定率をかけて数字を置きかえるなど、方法は今後要検討なので、幅広い書き方にしている。

○藤森委員

宮城県と広島県の地域医療構想案作成に関わったが、そこで積み残した大きな課題は、外来、在宅、介護といった入院外で対応する患者の規模や患者像が見えないこと。例えば広島県では、8月に県内の医療区分1の患者の全数調査を行ってその結果を今後使っていくが、医療と介護のデータを連結して分析しないと患者像がうまく見えない中で、現在はNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）も介護の見える化システムも連携していないので、統合して都道府県に示すことは困難。KDB（国保データベース）が1番理想に近いが、医療と介護の連結の内容が非常に弱い。都道府県の職員の能力向上も非常に重要だが、使えるデータがないと意味がないので、まずはKDBを改善していただきたい。

広島県、北海道、福岡県では既に独自のデータベースを構築し、患者を連結して分析し始めている中で、今回この報告書の15ページの5つ目の○の「なお、各自治体が現に保有している」というところは突き放した書き方になっていて、もう少し国のサポートがあればと思う。医療介護総合確保推進法上はこうしたデータベースを作れないために、これ以上の検討ができない。先進的な都道府県に関して何か取組、成果があればそれを全体に展開してほしい。医療と介護の具体的な連結と成果がないと、来年度から介護事業計画の策定も始まるが、今のままでは現状維持の計画にしかならないのでお願いしたい。

○伏見委員

資料2の5ページの入院の方の医療費の推計について、基本的には患者数の将来見込みと1日当たり医療費で推計することになっており、1日当たり医療費には機能分化後のそれぞれの5機能ごとの点数を当てはめるとのことだが、仮に各都道府県で将来の病床機能分化を今回の推計どおりに行えないことを前提に推計した場合、例えば、急性期と回復期への機能転換が十分に進まないことを前提に考えると過剰になる急性期病床について、ここで算定した1人当たりの急性期部分の医療費で推計すると見積もりが高くなりすぎる。その場合、実際の医療費は機能分化が遅れているため、急性期分の医療費はここで推計する数値も本来は低くなるが、この推計方法はある意味で機能分化が強制的に起こることを想定しないと成り立たない推計になっているので、ここについて都道府県には裁量の余地がないのか。

また、資料3の地域医療構想について、私も案も含めて28の地域医療構想を読み、地域医療構想策定ガイドラインに合致しているかどうかでその評価をしたが、青森県、広島県、大阪府、そして岩手県の地域医療構想は比較的よくできている。ガイドラインでは、最初に需要推計を行って、それから患者の移動を加味して病床機能報告などの供給推計、医療提供体制の供給状況を推計して、そのギャップをどのように埋めていくかの施策を立てるという流れだが、先ほど言った4府県以外の多くは需要推計、患者の移動のところまででほぼ終わってしまっているという印象。つまり地域医療構想ではなく、地域医療分析の段階で終わっているものが大部分といえる。たとえば東京都など、推計した数値と病床機能報告等に出てくる将来の供給予想の比較をほとんどしていない。地域医療構想を評価するにあたって今回2つ出された例は非常にいい方の例だと思うが、それ以外の地域ではガイドラインに準拠していない部分もかなりある。将来のいわゆる需給ギャップをきちんと明確にした上で検討を進めなければ何も政策が立てられないので、地域医療構想をより良いものにするために、ガイドラインへの準拠等についてももう少し評価、指導、方向性の提示等が必要ではないか。

資料4-2の6ページの「さらなる医療費の構造の分析等」について、これは非常に重要。ここで1番目に挙がっている患者数全体の5%が医療費全体の30%を使用しているということはある意味で保険の構造上当然で、ここだけでは高額医療費だけを分析すればいいように読めてしまうが、例えば、外来で基本診療料のみ算定している人が半分くらいいるなど、医療費が低い部分についても効率化できる可能性があるので、先ほどの地域差も含め、偏らないような形で分析の方向性を示していただきたい。

○山本委員

こうした検討の前提となるデータについて、医療と介護の連結は非常に重要で、現在その努力が始まっている。また、レセプトデータも重要で、レセプトの情報の利用も1つのテーマ。都道府県では二次医療圏、あるいは市町村ごとの患者の住所から医療機関までのアクセスの良さを検討しなければ意味のある検討にはならないし、特に本人が自分でコントロールをすることが重要な生活習慣病対策では国民の胸に響かない限り有効な政策にはならないので、郵便番号等の住所地が入ることは非常に重要。これは入れると決めてからレセプトコンピューターを改造して、実際にデータが出てくるまでに約2年かかるので早めに検討しはじめなければならないが、現在こうした検討はされているのか。

○濱谷厚生労働省審議官

住所地データについては、データヘルスに関する検討会において同様の御指摘をいただいているが、具体的な検討には至っていない。

医療と介護のデータの連結については、具体的な検討を開始したところ。

地域医療構想が進まなかった場合については、今回の医療費適正化計画は、法律上「当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果」となっているので、あくまで各都道府県で策定した目指すべき地域医療構想を前提に、成果を考えるべきもの。

○伏見委員

1人当たり医療費も地域医療構想に応じて変えなければ、推計の誤差が出てくる。つまり、今の機能ごとの単価の点数はレセプトの点数で推計しているので機能分化したことが前提になっているが、機能分化できない状態でその数値を当てはめると、急性期病床が過剰に推計されるなど、医療費が高めに推計されてしまうので、そうした誤差の補正が必要ではないか。

○濱谷厚生労働省審議官

この場ですぐに回答できないため、持ち帰って検討したい。

○松田会長代理

伏見委員の御指摘は重要。各都道府県の今の単価と国レベルで計算した単価と、それぞれ示すべき。

○田近委員

資料4-2の「I. はじめに」の最後のところに、「持続可能な社会保障制度を構築していくためには、医療について、負担能力に応じて世代間、世代内の公平な負担」と同時に、「医療費や医療需要の量の伸びをできるだけ緩やかにしていく取組」と書いてあり、その後にそれに関する検討結果や課題があり、最後に14ページに今後の課題がある。医療費の地域差を縮小すべきということには賛成。それから、「今後の国・都道府県の医療費適正化に向けた取組」について書いてあるので、当然出てくるべき事項は持続的な医療・介護制度に向けてである。つまり、地域医療構想、医療費適正化、介護の適正化、医療介護の連携、それらの検討をあわせて財政的に見て制度が持続可能なのだということを経後の課題として入れておくべき。

○永井会長

12ページの「糖尿病の重症化予防による効果の推計」について、もちろん特定健診で糖尿病対策は進んでいるが、大事なのは生活習慣病で、痩せた人の高血圧は非常にリスクが高いし、減塩等のやるべきこともあるので、糖尿病を初めとする生活習慣病といったように少し幅広に書いた方がよい。

厚生労働省からの説明があったように、今後、医療費適正化基本方針が告示されるので、この第2次報告（案）については、本日いただいた御意見やこの告示の内容を踏まえて確定したい。今後、最終的には事務局とも相談の上、私の方に御一任いただければと思うが、どうか。

（「異議なし」との声あり）

○永井会長

では、必要な修正を加えた上で、まとめさせていただく。

8. 政府側からの挨拶

○萩生田内閣官房副長官

本日も精力的かつ有意義な御議論を賜り感謝。本日の会議では、これまでのワーキンググループでの検討を踏まえ、厚生労働省より医療費の標準的な算定式の詳細な説明があり、これを踏まえ、事務局から一定の取りまとめ案を提示させていただいた。今後、1人当たり医療費の地域差半減に向けた取組や介護費用の地域差分析等について、本専門調査会においても引き続き必要な検討を進めていただきたい。取りまとめについては、先ほど永井会長から御一任のお願いをしたところ、多少の微調整をして、また報告をさせていただきたい。次回以降も精力的な御議論をよろしくお願いしたい。

9. 閉会

- ・第9回の日程については、ワーキンググループの検討状況等を踏まえながら調整することとなった。

（以上）