

第13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27年9月15日（火）16:30～18:00

場所：中央合同庁舎第8号館共用会議室B

二 出席者

○構成員

佐藤主光委員、筒井孝子委員、土居丈朗委員、藤森研司委員、
松田晋哉主査、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 岩淵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 北波医政局地域医療計画課長 赤羽根保険局保険システム高度化推進室長 安藤保険局医療費適正化対策推進室長 渡辺厚生労働省保険局医療介護連携政策課長

三 議事

1. 開会
2. 医療費適正化計画における目標と医療費の推計について
3. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化計画における目標と医療費の推計について

- ・医療費適正化計画における目標と医療費の推計について、厚生労働省保険局より資料1に沿って説明を行った。その後、以下のとおり質疑応答が行われた。

(佐藤委員)

- ・外来医療費の推計を行うに当たっては、薬剤費を含むという理解で良いか。また、分析に当たっては、患者住所地ではなく医療機関所在地ベースでやるということが良いか。

(厚生労働省保険局)

- ・薬剤費の関係については、年齢別・疾病別の医療費の地域差分析をする場合には、薬剤費も含めて分析することとしたい。外来医療費の分析については、現状のレセプトからやろうとすると、どうしても医療機関の所在地ベースにならざるをえないのではないかと考えている。

(松田主査)

- ・医療機関の所在地ベースが基本となるが、今回の地域医療構想の病床推計で行ったように、性・年齢階級別に見て、健保組合の患者についても、国保の地域保険の患者の受療動向と同じだという仮定をおけば、住所地ベースの分析も可能。ただ、やはり根本的にはレセプトに郵便番号を入れてもらうのが一番だと思っているので、その点は是非お願いしたい。

(土居委員)

- ・外来医療費の件について、大病院への紹介状なしの受診は、今後抑制されていく方向になると思うが、その方向が織り込まれていない時点でのデータで分析がされるものと理解している。紹介状を要件としないことによりどれだけの患者が大病院に行ってしまうのかという点を明らかにできれば、その点を改めれば病院の機能分化が進むということにもなるので、医療提供体制を見直すうえでも有益な情報になるのではないか。将来推計という観点からも、今までは紹介状がなくても大病院に受診できたからこういう受療率であった、という分析することで、それを改めた場合の効果についても推計に反映できるのではないか。
- ・地域差が見えるということは良いことだが、「好事例にならっていただく」と

いうことも強く打ち出し、更なる取組につなげられるようにできると良いのではないか。

- ・地域差の縮小について、あらぬ誤解に基づく抵抗を生んではいけない。地域差を縮小するということは、すなわち好事例に学ぶことであって、今そういった先駆的な取組をしていない地域でも、好事例に学べば、医療費も抑制できるし、医療の質も向上させられるというメッセージを埋め込んでいくと良いのではないか。
- ・医療審議会の委員は、各地域で医療関係の重要な地位を占めている方々である。「見える化」や地域差の縮小ということに関しては、「まず隗より始めよ」ということで、まずは各都道府県の医療審議会の委員から取組を促していくということは考えられるのではないか。医療審議会だけでなく、都道府県の会議体において、「見える化」による事実の確認と取組の推進をしていくツールとしていくことが良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・大変重要な指摘だと考えている。「見える化」だけでなく、色々な好事例の横展開は保険者の方で、特に重症化予防などは大きな動きが始まっているところであるが、こういった適正化計画の中でも、そういった動きにつながるように、工夫していきたい。
- ・地域差の縮減についても、闇雲に縮減するのではなく、正に医療の質を高めることで、地域差を減らしていく、というような形になるように今後分析を進めていきたい。
- ・医療審議会等の都道府県の審議会については、現在でも医療費適正化計画については都道府県の医療審議会にもかけるというプロセスで決めているところが多いというのが現状。そういった中で、データを会議に提示して医療審議会で議論をしていただくということについては、都道府県に対しても働きかけを行っていきたい。

(佐藤委員)

- ・今回、地域差というのがキーワードだが、もう一つの観点として、医療機関同士での違い、例えば大病院と診療所、公立と民間、機関別でどう医療費は違うのか、というのを見るのも一つの軸ではないか。公立病院の医療費が高いのであれば、民間委託を進めるという話になるかもしれないし、コストを民間病院並みに均すという考え方もあるかもしれない。病院の方が医療費は高くなるということであれば、外来については診療所の受診を促していくということも政策ツールになると思う。

- ・ 2次医療圏で分析するのであれば、類似自治体同士の比較が参考になる。ある程度細かく分析するのであれば、人口などの類似した自治体同士で比べて、これだけ医療費が異なっているということを見せると良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 病院と診療所の関係については、外来医療費についても、病院と診療所を分けた方が良いのではないかという議論はあるので、今後、よく検討していきたい。
- ・ 見せ方の問題は、いかに都道府県に対し、あるいはエリアの市町村、保険者に対して、問題意識を持ってもらうかは重要なので、そこはまた見せる段階で検討したい。

(藤森委員)

- ・ 分析の中で、年齢別に加えて、同じ年齢でも被用者と国保を別に、また公費負担医療を見るのであれば、それも含めて分析する、というのはあるのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 都道府県の一つの対策のとり方としては、保険者協議会等を通じて保険者に対して取組を促していくといったようなツールを考えているので、県内保険者の実際のパフォーマンスがどうなっているのか、という情報も都道府県に渡してあげることが必要だろうと思っている。

(松田主査)

- ・ 保険者別の分析をする際には、傷病がベースとなって保険者を移らざるをえない人たちがいるということに留意する必要がある。特に精神病床はそれが発生してしまう。こうしたところを考慮しないで分析すると、チェリーピッキングしている組合健保が褒められて、受け皿になっている保険者が非難される、ということになってしまうので、そこは検討が必要。
- ・ 病院と診療所は分けて分析したい。今までの NDB を使った分析では、施設名も個人情報だという扱いで、施設の分析をできずにいる。
- ・ 紹介状のあり・なしについても、医療情報提供料の算定状況で把握できるので、そこから分析することで、医療費がどのくらいかかっているのか、という分析もできることになると思う。仮説としては、大病院よりも診療所に行ってくれた方が安いのかもしれない。

(筒井委員)

- ・ 薬剤費の地域差分析の変数として、薬局の機能を盛り込めないか。薬剤には薬剤指導料という高い点数をつけているが、ほとんど機能していないのではないかという話もある。結局、2次医療圏ごとの薬局の所在地が影響していて、全然日本は薬局を使えていないとも言われている。こうしたところも分析できると面白いかと思う。そもそも薬局の住所地というのはデータとして含まれているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 薬局の所在地はデータの中に入っている。どこまでできるかは今後検討したいが、薬局の役割というのは重要なので、そのあり方の検討は別途している。今回の分析の中では、こうした大きな方向性に沿うように進めていきたい。

(佐藤委員)

- ・ 国保と健保を比較するのは難しいと思うが、国保同士や協会けんぽの支部同士の比較はできる。その辺は比較対象の工夫だと考えている。
- ・ 入院医療費の方は、機能別のベッド当たりの単価が論点だと思うが、入院基本料の部分はどうするのか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 費用推計をする際には、入院基本料も含めて行うことになる。ただ、具体的にどうやって作っていくのかについては、今後考えていきたい。

(土居委員)

- ・ 薬剤の重複投薬や多剤投与についての分析については、時間があれば詳細に分析できるが、スケジュールの問題もあると思う。もちろん全数調査で詳しくわかるのがベストだが、ある程度省力化して精度も高く分析できる、というのが今回の作業の中でうまくつかめると良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 今後検討していきたい。できる限り効率的かつ効果的になるようにしていきたい。

(土居委員)

- ・ 疾病別医療費について、入院医療費の場合だと DPC を用いて、診断群分類に紐づけて推計できたと思うが、外来の場合でもそういった推計は可能なのか。

(松田主査)

- ・ 外来に関して疾病別医療費を推計するというロジックは複数ある。基本は例えば薬剤費などをもとにして検査の費用を傷病別に按分するというをやったりする。このやり方については、複数の方法論があるが、国としてどれか一つの方法論を採用するという事は、難しいだろうと思っている。今回の推計にあたっては、がんや注目すべき疾病について、フラグを立てて、がんを持っている人のすべての医療費で分析したいと思っている。その中でがんであれば、がんに関連した薬剤について、ジェネリックがいくらで何%使われているのか、がんに関連した診療行為がどのくらい行われているのか、オペレーションできる部分とできない部分を切り分けていこうと思っている。適正化による効果を推計するのであれば、傷病別の医療費を正確に求めるよりも、全ての医療費を計算する方が手っ取り早いと思うので、そういう戦略で行きたい。
- ・ 「省力化」という話については、数か月分のデータだけでは中々医療側に納得してもらえないのではないか。分析するデータを少なくするのではなく、NDBにも繁閑期があると思うので、むしろ如何に年間を通して作業を平準化していくかを工夫する必要がある。

(財務省主計局)

- ・ 入院医療費の病床の機能別単価について、実態の診療報酬に適用されている単価があるが、これは改定によって年々変わっていくものである。一つの考え方として、地域医療構想のガイドラインの考え方から演繹して、単価を導き出していくという考え方についてどのように考えるか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 入院医療費の推計の仕方については、地域医療構想と統合的な形での医療費目標を立てるということになっているので、今後都道府県の方で作っていく地域医療構想を踏まえた形で入院医療費の推計をしていくことになる。

(土居委員)

- ・ 「社会保障に関する集中検討会議」における医療・介護の推計についても、機能別の単価が用いられていた。確か、その時は、国民医療費と合計が合うように係数を掛けていたはず。今回は、DPCデータに基づいているのもう少し精緻にできるのではないか。ただ、そうすると、国民医療費の金額と、今回のレセプトで分析しているものとの定義が違ってくるということにもなるの

で、その辺をどのように整理するか。総額を数量で割るという出し方もあるが、それよりは詳細に、分析から単価が出てくるといいのではないか。

(佐藤委員)

- ・医療費に関しては、レベルと地域差を分けて考えた方がいい。診療報酬の話は、全体の医療費に関わる話なので、それは医療費のレベルを変えるもの。地域差には、地域によっての受療率の違いだとか、地域によっての医療資源の使い方の違いだとかが関わってくると思う。国がやるべき医療費適正化と、都道府県がやるべき医療費適正化と、保険者がやるべき医療費適正化と、役割分担は、分けて考えなければならないと思う。
- ・医療費の適正化というときに、病床の数を抑えるという面と、単価を下げるという面と、2つあると思うが、これらはどのような役割分担になるのか、イメージがあれば教えていただきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・単価については、診療報酬との関係が出てくるころでもあるが、いいか悪いかは別として、地域医療構想のときに作った将来の機能別病床数を出したときの、現時点の単価がどうなっているかを見てみるというのは、一つ考えられると思う。

(佐藤委員)

- ・この段階で、推計して機能別の単価を出したら、地域差はないとっていいのか。

(厚生労働省保険局)

- ・どちらかという、適正化計画の枠組みでは、単価というよりは、むしろ数の方について、地域医療構想で目標立てをした病床数にしていくか、適正化計画の方で推進をしていくという形になるのではないか。

(石川参考人)

- ・病床の機能別単価の設定の問題もあるが、今回の推計の中では、受療率と、1件当たりの日数、1日当たりの点数、という3要素に分解していくので、同じ診療報酬水準のところでは、例えば、地域差があった場合に1日当たりの点数が違って、診療内容にばらつきがあるかもしれないとか、あるいは、1件当たりの日数を見ていくと、実は平均在院日数が違っているから違っているのだ、という問題に分解ができるのだという考え方だと思う。

こうしたものをしっかり見ていくことで、地域差の縮小ないしは保険者ごとの差を埋めていく部分と、国がやらなければならないことを、うまく切り分けながら議論ができるのではないかと思う。

(土居委員)

- ・ 取組により1日当たり点数が高い地域が低くなるということもありえて、分解された1要素でどれだけ点数が下がるかによって、医療費がどれだけ下がるかが出てくると、こういうイメージか。

(石川参考人)

- ・ 今回の3要素区分により、そういうことが可能となるのではないか。
- ・ 外来に関して言えば、地域差の分析をしていく上では、診療区分別に、検査でどれだけ違いがあるのかとか、薬剤でどれだけ違いがあるのかということを見ていく取組ができれば、どこに問題が存在しているのかが良く見えるようになるのではないか。

(松田主査)

- ・ 国保のデータで過去の分析をやったことがあるが、医療費が上がったのが、ボリュームの効果なのか、1件当たりの効果なのか、1件当たりの効果のときには、受療率の効果なのか、1日当たりの医療費の効果なのか、1件当たりの日数の効果なのか、分解できる。例えば、福岡市のようなところでは、ボリュームの効果が大きい。地方の中核都市で人口の減っているところは、医療費は下がらないが、それはなぜかというところ、ボリュームの効果はないが、1件当たりの効果はかなりある。その1件当たりの効果で言うと、若者と高齢者で異なり、1日当たり費用額の効果があるところもあれば、受療率の効果があるところもある。前期高齢者だと、複数受診が起こってくるので、受療率を伸ばすということがあるが、若者だと、1日当たり費用額の効果大きい。そういうふうにやっていくと、地域単位でのものが出てくる。
- ・ 地域側の、サプライ側の要因との組み合わせると、いろんなものが見えてくるので、そういう要素分析の結果から介入すべき内容を決めていくということになるだろう。例えば、入院医療費で言うと、ボリュームを減らす効果で言えば、医療技術の進歩などに伴って、今まで入院でやっていた医療が外来に移っていくと、入院としてはボリュームが減るので、そういう形でボリュームの効果を制御していくこともできる。1日当たりの費用額という形であれば、例えば、ジェネリックを使うことは、1日当たりの費用額を下げることになる。あるいは、パスを使って在院日数を適正化することは、1件当た

り日数の問題。そんな形で、傷病ごとに丁寧に見て行って、どういう対策を立てるかということを検討し、それを診療報酬と結び付けて行って、モニタリングできるような仕組みを作っていく、という形で見える化をやっていかないとインセンティブになっていかないと思う。

(藤森委員)

- ・入院医療費の推計を地域医療構想にリンクさせるに当たって、病床推計において C1 あるいは C2 と分類した医療は DPC 病院が多く、無理やり医療内容を膨らませるようなことはまずないので、C1、C2 がきちっと達成されれば、おそらくそのセグメントの単価というのは、ほぼ差がなくなってくる。ところが、C3 の部分は、回復期リハ等が主体なので、単価はさておき、受療率は相当地域差が残るだろう。したがって、ここの適正医療、適正受診というものを促す仕組みをちゃんと作らないといけない。医療費をある程度要素分解、診療行為ごとに分解して、診療区分別ごとの点数などを残しておかないと、どこが膨らんでいるのかを分析できない。

(筒井委員)

- ・今のようやり方でレセプトから分析するとすれば、受療率のところは供給量に非常に依存するので、やはり二次医療圏ごとに分析すべきだと思うが、さらに、二次医療圏の分類をどのくらいできるかということになると思う。被保険者数、1日当たり点数、1件当たり日数や受療率は、変数としては、それぞれ強い相関がある変数なので、何が影響しているのかがわからなくなってしまおうと思う。地域差というのは二次医療圏ごとの違いがなぜ出ているかということだとすると、二次医療圏ごとの供給数と需要数と、アクセスの容易さというような変数を新たに作らなければならないと思うが、その辺りはどう考えるのか。

(石川参考人)

- ・例えば、1件当たり日数と1日当たりの点数をかければ、1件当たりの点数がでてくるので、非常に内部相関性が高いというのはご指摘のとおり。ただ、1件当たりで診療区分ごとに行われている医療行為の総量を考えた場合には、例えば、同じ傷病の患者さんで同じような状況であれば一定の範囲になるであろうという仮定が置けるので、それを基に分解していくということが可能。診療区分ごと、診療行為の医療費のかかっている場所ごとの特性をうまく使えば、ご心配いただいている内容もある程度まで評価することができるのではないかと考えている。

(筒井委員)

- ・ そうなると、この話は、適正化という言葉を使っていいかどうか微妙なのではないか。何が適正化かという定義をしないままに使っていると思う。適正化するという観点から見て、投薬部分だとか、リハビリ部分だとか、資材の部分だとか、様々な区分があるので、この区分ごとの関連性を見ていく、それを出してもらわないと、何が適正かということはわからないということになると思う。

(土居委員)

- ・ 経済学でも、需要によって動かされたものなのか、供給によって動かされたものなのかということ、きちんと識別しなければいけないという議論は、重要な問題としてある。そのときに、入院と外来という話で言えば、そもそも空きベッドが多い地域であれば、供給側が患者をベッドに寝かせているという話もある。他方、入りたい患者が順番待ちしているけれども容易には入れないということになると、これはむしろ需要が多いということによって、供給が制約になって受療率が下がっているということだろう。しかし、入院したあとでどうなっているかということは、医療の標準化というか、治療法に関する良し悪しがあるのではないか。それを称して適正化というのは、私の日本語の語感からすると、マッチしている。受療率が何によって規定されているかというのは、別途分析は可能だと思うので、そこはそこで分析をする。しかし、1件当たり日数だとか1日当たり点数という話になってくると、入院したあとでどうしているかという部類に属する要素になってくるので、そこで地域差があるということは、もっとベターな治療法があるのだろうけれどもそれを採用していない医療機関が存在し、ほかの地域より高い点数になってくるとか、そういうようなことが起こっているということではないか。入院医療費の要素を分析するときには、そういうところを考慮しながら分析していく、ということではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 適正化は、ただやみくもに医療費を減らせばいいというようなものではないという理解でいる。それぞれの患者に対して、最もふさわしい医療の提供の在り方に近づけていったときにどうなるか、そういう観点で見ていくことが必要なのだろう。

(厚生労働省医政局)

- ・入院の受療率を下げると、外来に移るということだが、入院している方への医療の提供量が適正であれば、その人が入院でなくて在宅に移るということは、単純に言えば、入院の受療率が下がって外来の受療率が上がるということであり、直ちに医療費が減るということではないことについて、認識を共有したい。入院に係る、例えばホテルコストのようなものは差し引かれることになるが。

(石川参考人)

- ・入院が不必要な部分が出てきたときにも、患者さんのニーズは残るわけなので、それに対しては対応をせざるをえない。ただ、入院で対応していた、入院基本料部分であるとかさまざまなコストの部分が、居宅型の環境に移ることによって変化が起きてくる。今回の推計では、高度急性期の日数が削減できるだとしたらどうかだとか、あるいは、急性期から回復期のスパンから、それが在宅に移行したらどうなるのかだとか、より大きなスパンの中での受療率の枠組みの変化のようなものを捉えなければならないと思う。

(土居委員)

- ・「社会保障に関する集中検討会議」の長期推計では、機械的に計算をしていて、受療率はいったん現状追認的な率としつつ、平均在院日数を例えば2割削減するから、その患者数が外来に来る、というような計算をやっていたと思う。やるとするとそういう形で計算をすることになるのではないか。

(藤森委員)

- ・入院の受療率を下げると外来に移るとするのは、今回の地域医療構想の推計でもあったと思うが、そうすると、次に、外来の推計で、受療率を下げるとどこに行くのか。

(厚生労働省保険局)

- ・一つは、健康で病院にかからないということだろうし、あるいは介護だろう。今回の適正化計画の射程には入ってこないが、実際には介護の方のニーズに回って、介護費用の増になってくるのだと思う。

(佐藤委員)

- ・もう一つは、大病院に行く代わりに、先に診療所に行ってくれるとか、どこを受診するのも関わってくると思う。

(松田主査)

- ・どこまで正確な推計ができるかは別として、マルコフ連鎖みたいな形でモデリングするという方法が一つ、あるいは、システムダイナミクスを使って分析するというようなことをやることもできる。あるいは、それをパス分析みたいな形で示すこともできるだろうが、どこまで精度を求めるかだと思う。
- ・ここで適正化と言っているのは、広い意味で代替政策的なものをやっていくという話だと思う。例えば、20兆円を18兆円にすることを先に考えてしまうと、うまくいかないと思う。医療の質とか介護の質とか、そういうことを抱き合わせで考えていって、質を落とさずにどういうことができるかという、生産性を上げていくという発想の適正化になっていくのだろうと思う。
- ・その辺のところを、どのようにうまく指標を作っていくか、また、指標と具体的な対策をどのように組み合わせていくかということが、一番重要だと思う。それが示されないと、適正化の対象になってしまう医療職や介護職の方たちは、納得しないのではないかな。

(松田主査)

- ・問題は、外来のフリーアクセスをどうするかということだろう。入院については、病床規制があって、イニシャルコストも高いので、簡単にあちこちに作ることはできないと思うが、診療所の在り方をどう考えていくかということになるだろう。福岡で分析していたことからすると、高齢者の眼科の受療率というのは、明らかに人口当たりの眼科診療所の数で決まる。これは皮膚科や耳鼻科、精神科も一緒に、明らかにサプライがデマンドを呼んでしまっている。ドイツなんかでは、人口当たりの眼科クリニックの数だとかを自己規制している。このフリーアクセスの問題を、みなさんがハッピーになる形で、制度的にどのようにうまくコントロールしていくか、検討していかなければならないと思う。
- ・ニーズはあるのにまったく診療所がないところもあり、世の中には歯医者があるのに、中山間地域に行くと、歯医者がおらず、高齢者が全然口腔歯科の治療を受けられないという状況が起こっている。このように、片方でオーバーに使われているところもあるが、片方で全然サプライがないところもあるので、この点をどうするかということを考えないと、この問題は解決しないだろうと思う。

(筒井委員)

- ・適正化という言葉を使うのであれば、適正化することによって何かいいことがあったという、一つのモデルを出さなければならないと思う。特定の疾患

に関わる 65 歳以上の再発率の地域差分析とか、わかりやすいものを示して
いて、こういう医療の状態だったら再発率が低いとか、国民に理解できるよ
うな、メッセージ性の高い分析を入れておくといいと思う。アウトカムとい
うのは結構難しいが、今の話だと、眼科だけでなく、他の医療機関も、機関
が多ければ多いほど受療率が高くなるというのは常識的な話なので、その辺
りと適正化ということとの整合性を、どのように見せていくかということ、
最初から考えて分析をしておいた方がいいと思う。

(藤森委員)

- ・ 高齢者の医療を考えるときに、やはり介護との関連性が外せないが、現在、
老健局の介護データベースと保健局の NDB がつながらないので、なんとかつ
なげるよう検討していただきたい。今一番近いのは、国保連合会が持っている
KDB だと思う。これがもう少し使える仕組みになれば、各都道府県は KDB
をうまく使って、医療と介護のことをやれると思う。福岡、広島、北海道は、
自前で県独自に介護のデータベースを作っているが、他の県はなかなかそこ
までいけないので、ぜひ KDB をうまく使って、医療と介護と高齢者のところ
を一括で分析できるような仕組みを検討していただきたい。

(土居委員)

- ・ あと一つ、後期高齢者医療もお願いしたい。

(松田主査)

- ・ 介護保険の給付管理表に、傷病 3 つまででいいので、診断名を入れていた
けるとありがたい。そうすると、脳卒中を持った人の介護給付費はこのくら
いあるというように、地域単位では合算で分析できるようになる。

(石川参考人)

- ・ 要介護認定のプロセスのデータと、介護給付のデータがきちんと連結された
上で分析できていない市区町村が多い。つまり、認定の後で、何をどれだけ
やっているのかという、給付の実態が評価できていないということ。このよ
うな分析をやらないと、医療から介護に移っていった場合に、介護で何をや
っているのか、上に乗っかっているサービスが何なのか、何日かかっている
のかもわからない状態になるので、介護のところに大きなテコ入れが
必要ではないか。介護の問題は、高齢者だけでなく、障害者の部分に関して
も、検討課題が出てくるので、市区町村がきちんと給付しているサービスの
内容がわかるような形の情報化をすることが重要だろう。

3. 閉会

(以上)