

第22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2月28日（火）14:00～15:30

場所：中央合同庁舎第8号館623号室

二 出席者

○構成員

佐藤主光委員、筒井孝子委員、土居文朗委員、伏見清秀委員、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 | 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 駒木社会保障改革担当室参事官 石井社会保障改革担当室参事官補佐 |
| 総務省 | 君塚自治財政局調整課理事官 |
| 財務省 | 守屋主計局主査 横山主計局主査 |
| 厚生労働省 | 鈴木老健局老人保健課長 竹林老健局介護保険計画課長 |

三 議事

1. 開会
2. 介護費用の分析に関するこれまでの議論等について
3. 介護に係る地域差分析について
4. 地域包括ケア「見える化」システムについて
5. 閉会

1. 開会

2. 介護費用の分析に関するこれまでの議論等について

- ・ 介護費用の分析に関するこれまでの議論等について、事務局より説明を行った。

3. 介護に係る地域差分析について

- ・ 介護に係る地域差分析について、厚生労働省老健局より説明を行い、意見交換を行った。

(藤森委員)

- ・ 1号被保険者1人当たり件数は、1年間に出てきたレセプトの延べ件数であり、1つの事業所が3つのサービスを提供しても1になるし、3つの事業所が1つずつサービスを提供すれば3になるので、実際のボリューム感とは異なる。単位数で見た方がよいのでは。

(厚生労働省老健局)

- ・ これはあくまで1つの分析方法であり、医療と同様の方法で試しに分析してみたもの。

(石川参考人)

- ・ 今後の集計の仕方について、被保険者1人当たり件数もそうだが、例えばレセプトを数えるのであれば、1人の1号被保険者がある1か月に介護を利用しているかどうかを示す、必ず1年当たり最大12になる指標は作れないか。医療のレセプトは何か月分、介護のレセプトは何か月分というように、医療と介護の比率や、その方のサービス需要が可視化できる。その上で、入院日数や、サービスの度合い、施設型サービスであれば実際に入っていた日数、施設型でない場合は利用日数など、365日の中で、医療と介護それぞれで、どのような形でサービスを受けているかが分かりやすくなるのではないか。

(松田主査)

- ・ それは給付管理票1件当たりのサービス数を見ればできる。被保険者1人当たり件数をその2つに分解すればよい。

(厚生労働省老健局)

- ・ 給付管理票はケアプランの方か。給付管理票1件当たりで数えることはできると思うが、今の話は、単純に認定率とサービス受給率の話ではないか。

(石川参考人)

- ・ 医療と介護の連携を考えると、1年のうち医療が何日、介護が何日と出して、結果的に全く医療も介護も使っていない健康な高齢者が年間何%、何人日いるということを見た上で、各都道府県、各地域のもともとの高齢者の状態を評価することが重要ではないか。

(土居委員)

- ・私もそうした視点からの見方は重要だと思うが、例えば午前中に医療を受け、午後はデイサービスに行く場合は、同じ日に医療・介護を1回ずつ数えてしまうので、それが多いと365を超えてしまうこともありうる。そこはどう考えるか。

(石川参考人)

- ・それでは、入院と施設型サービスのように、受けたサービスによって医療機関か介護施設かが分かる事例で今のような計算をした上で、それ以外の日数に関して外来や訪問型サービスをどう利用しているのかを分解していくとよいのでは。

(土居委員)

- ・介護保険給付費等実態調査において、1日はどう定義されるのか。複数の事業所から同じ日にサービスを受けた場合は、データ上は2日とカウントされるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・事業者が違えば、2件で1日ずつということになる。

(佐藤委員)

- ・相関関係を分析する際は、統計的に有意かしっかり確認すべき。
- ・サービス利用率の伸び率と保険料の伸び率との相関関係について、居宅の方はなく施設の方はあるとのことだが、その違いは何によるものか。
- ・全体の介護費が伸びているときに、居宅の費用が伸びても保険料は伸びないとのことだが、増えている支出にはどう対応しているのか。もともと保険料が高く、ある程度は積立金があるのか、一般会計や財政調整基金から出しているのか。

(厚生労働省老健局)

- ・この要因分析はできていない。年によっても相関係数がかなり違うので、施設の方が一般的には給付単価が高く、居宅と施設で財政への影響が違うことによる影響があるのではないかという推測もあるが、いずれにしてもばらつきがあるので何とも言えない。

(土居委員)

- ・認定率の地域差について、コンピューターシステムは全国画一的なので、その外側の要因によって差が生じるという意味では、この分析を深めることは重要。筒井委員も関わられた大阪府の専門委員会の報告書によると、コンピューターシステムによる判定の内側でも何か差異があるらしいという話もあるが、そのあたりは様々なデータを示しながら分析するとよい。

(筒井委員)

- ・介護費用の構造の要素分析を医療と同様に行ったことはよかったが、これを続けるのは難しく、これを深める必要はないのでは。なぜなら、施設系の1件当たり日数や1日当たり介護費は年齢によってもほとんど変わらないが、これは介護保険の構造によるもの。また、この方法では被保険者1人当たり件数が実感と違っていて、年齢による差がうまく理解できないので、これを説明するためには、違う方法を考えた方がよい。
- ・居宅と施設で介護費と保険料の伸び率の相関が異なる原因は、因果を解析する分析手法がとられていないので、このデータからだけでは結果しかわからないということ。ただし伸び率と伸び率の相関というのは、数学的には吟味が必要な解析と思う。
- ・介護を医療から独立させて考えるのは今や難しい。岡山市では認知症の初期集中支援の効果測定のために診療報酬と介護報酬をリンクさせて分析しているが、新たな知見も示されている。今度は1人当たり医療費と介護費の総計の分析をした方がよい。例えば居宅で重要な点は、大阪府のデータ解析で明らかになったところであるが、特定入所施設が最近増えているが、特定入所施設と相関が高いのは居宅管理指導。したがって介護系だけの組み合わせだけではなく、医療との関係でサービス内容が変わっている可能性が高い。今回の地域医療ビジョンで、医療と独立して介護があるわけではないというメッセージを伝えているが、居宅では医療も介護も使っている人がほとんど。それを前提に考えるべき。
- ・都道府県別の動向は興味深い。在宅系のサービスは、営利ではできないところを施設、社会福祉法人系が担っていることが分かる。ここ3年で複合型サービスが増えているが、これは施設がないところが複合型で補っているということ。これは訪問介護よりも単価が高いので、これと医療機関が提供しているサービスとの関係を見ていく必要がある。特に鳥取県、北海道は複合型サービスが非常に伸びているが、これは病床がないことが背景にある可能性が高い。
- ・見える化が示すメッセージとして、都道府県ごとにサービス提供パターンは違っていてもいいということを経験とすべき。どの都道府県でも医療機関との関係で介護の供給量のかなりの部分が規定されていることは同じ。したがって、医療費、医療の供給と一緒に分析しないと、介護がなぜこうなっているかという説明はしにくい。

(藤森委員)

- ・医療と介護の連携は非常に重要で、目指すところは全体的な費用の適正化だが、どちらを是正するかは当然その都道府県の資源によって違ってよい。例えば、都道府県別の介護費用全体のSCRを出し、同様に医療も介護と同様の患者像を作ってその医療費のSCRを出してみて、その関係が合算でどうなっているかを見れば、また違うものが見えるだろう。おそらくモデルとなるような都道府県が見えてくるし、改善が必要な都道府県も見えてくるのでは。介護は単純に介護費用のSCRを作ればいいが、医療の方は様々なものが入ってくるので、65歳以上に限って特定の治療は外して入院基本料を中心とするようなSCRを出せばよいだろう。

(松田主査)

- ・福岡県で分析しているものを見ているが、65歳以上で医療と介護の両方を使っている人では、費用ベースで医療が8割、介護が2割。認知症がある人だけに限定すると介護が半分。認知症でがんがあると介護が3割。様々な人が在宅で介護を使うようになってきている。医療と介護を連結した分析は確かにやるべきで、市町村レベルではできてきているところもあるので、その方法論をどうやって一般化するかということだが、それには個人の共通のIDが必要。また、今は生活保護のデータが抜けていて全体像が見えないので、そこは考えていただきたい。DPCデータを見ると、実際に介護から医療に来て医療から介護に戻っていく方がかなり増えている。急性期でも医療と介護が複合化しているので、それが見えるようなデータベースを作らなければならない。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・医療と介護を連結させた分析の具体的なイメージは何かあるか。

(筒井委員)

- ・今は、個別のデータベースで個々人の状態やサービス提供実態を分析している。すると医療を受けている日と介護サービスを受けている日が同じということが大阪府のある地域では起こっている。これは、いわゆる水平的統合戦略で、供給主体間の統合によって、そのようにプログラム化をしている事業者が出はじめているということ。
- ・例えば岡山市は通所サービスが非常に多いので、質の高いところだけを残すために、医療と介護報酬の分析を始めた。サービスを受ける本人も、良いサービスを受けたいと思うので、了解して協力してくださった。このように市町村は、こういう分析をやろうと思えばできるが、都道府県は難しい。医療の方はもちろん都道府県が把握しているが、医療扶助と介護扶助のデータを出してもらうのはとても難しかった。岡山市では生活保護分の分析もはじめたところである。
- ・大阪府では、全市で分析するのはかなり難しかったが、府の担当者がかなり頑張ってきてきた。その実態は、在宅のサービス利用率は全国平均40%に対して94%と、こういう新たなビジネスモデルみたいなものができていることがわかった。こういった大阪モデルが全国に少しずつ展開されているようだが、こういったことも踏まえて、地域差は明らかにすべき。
- ・いずれにしても都道府県というよりは市町村が保険者で住民基本台帳も持っているので、「見える化」システム等を使って、やるべきということをこのWGで提案できるとよいのでは。現在は「見える化」システムは全然使われていないので、使ったことがないという市町村にまずこれを見ていただかないと、このデータの意味が市町村に通じない。

(土居委員)

- ・筒井委員のおっしゃったことはできるだけ早期に実現してほしいが、来年に診療報酬と介護報酬の同時改定を控えているので、まずは既にある都道府県単位のレセプトで名寄せしていないデータでもよいので、とりあえず医療と介護のデータを並べてみて、それで何か

特徴的な傾向が見つかれば、問題点をあぶりだせるのではないか。介護も医療のデータ分析と並べられるところまで来たので、いよいよ並べて分析する時期が来た。

- ・また、要介護度の改善・維持と介護費を並べて分析するのもよい。特に居宅の場合は、ただ多く使っているから良くないということではなくて、重度化予防をしているかが問題。重度化予防がうまくできていない都道府県で介護費を多く使っているところがある一方で、少ない費用で要介護度が上がる人が相対的に少ない都道府県がある中で、要介護度の変化と介護費のデータを並べて比較するとそうした分析ができる。重症化予防はあまりしていないが介護費用が少ない地域があれば、その取組を研究するのもよい。
- ・さらに、被保険者数の伸びは市町村からすると不可抗力なので、そのせいで介護費用が増えるのは仕方がないと言われると困る。それ以外の要素がむしろ主眼で、特に1人当たり介護費が増えていればその利用率が増えているということなので、その要因を分析しなければいけない。施設の方はそもそも施設が増えなければ費用も増えないので、施設の入所者定員の増加と施設の他の要素とを並べて分析すると効果的ではないか。

(伏見委員)

- ・医療と介護の関係は重要。マクロな分析では都道府県別の一般病床数と施設数の相関の分析はたくさんあり、ある程度関係があるという分析もいくつか出ている。医療のSCRはかなり出せるようになってきているので、例えば入院であれば慢性期に近い一般病床の13対1や、在宅であれば外来の慢性期管理に関する点数のSCR等がおそらく関係する可能性が高いので、是非そのあたりを検討していただきたい。

4. 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。

(藤森委員)

- ・将来推計機能は、どのようなデータを使って推計をしているのか。

(厚生労働省老健局)

- ・将来推計機能には、現時点の各サービスの利用状況、費用負担、給付費、認定者数が入っていて、それらを足元として、社会保障・人口問題研究所の年齢別将来推計人口を用いて今後3年間の認定者数の変化を試算。その際、人口構成による認定者数の増加だけではなく過去のトレンドによる認定率自体の増加も織り込んでいる。施設サービスについては基本的に現状固定、在宅サービスについては要介護認定者数から利用者数を引いたものにさらにサービス利用率の変化をかけていくというように、「自然体推計」として自動計算してくれるものを自治体に配布する。ただ、これは足元の拡大再生産で、あるサービスが0のところは3年間0のままとなってしまうので、これはあくまで計画策定の補助となるもの。
- ・その先は、各自治体で、「見える化」システムの現状分析機能を用いて、他の自治体と比

較して「通所サービスが既に現状で多すぎる」、「施設は現状維持だが、もう1カ所ぐらい増やそう」といった分析をし、拡大再生産ではない「施策の反映」として数字を修正していくというプロセスが非常に重要。この「見える化」システムには、自動計算の「自然体推計」と、それを各自治体での議論で変えていくプロセスの両方が収納できる。

(佐藤委員)

- ・どのような自治体がシステムを使っていて、どのような自治体を使っていないのか。

(厚生労働省老健局)

- ・研修会・講習会に参加しない自治体を使っていないという傾向はある。

(佐藤委員)

- ・どのような自治体が講習会等に来ないのか分析しているか。

(厚生労働省老健局)

- ・計画の将来推計機能の詳細な使い方については、昨年夏に全都道府県を呼んで、国の方で講習会を実施した。その際に、普段ツールを使い慣れていない都道府県の担当者だけが講習を受けても持ち帰って人に教えられないので、都道府県の中でも熱心な市町村の職員とペアで来てもらえるように、各都道府県3人の枠を用意したが、3人枠を使用せず都道府県の担当者だけが来るなど、47都道府県全てが参加したが受講の態度には差があった。
- ・また、ほとんどの都道府県は伝達講習をやってくれたが、一部やっていないところもある。また、やったとしても、IT環境を整備して実際にパソコンを動かしながら講習を実施した都道府県もあれば、テキストだけでパソコンの操作ができなかったところもある。そういった伝達状況と実際の活用率には非常に相関があるように思える。

(石川参考人)

- ・「見える化」システムについて、今後は少し視点を変えて、利用者に与えるインパクトの観点からも考えていくとよい。例えば、地域医療計画については既にガイドライン、データブックが配られ、それを基にして作っていくということになっているところ、介護保険事業計画についても、次期計画策定に向けて必要なデータが「見える化」システムのどこに入っているかを伝え、きちんと活用してもらう機会を作る必要がある。また、3年間の事業計画の進捗を見ていく中で、毎年見ていくべき指標も示していく必要がある。私は医療介護総合確保基金の事業計画の評価の研究にも関わっているが、その中でも本来のアウトカムとしての長期的な目標に対して短期的な成果・アウトプットを見る、という形になっている。都道府県や市町村の担当者は年に何回かはこのデータを使って報告書、計画書を作るタイミングがあると思うので、それに向けて機能を充実させていけばいいのではないか。

(藤森委員)

- ・将来推計については人口の将来推計と今までのトレンドを勘案するということが、地域医療構想では入院外での対応を求められる患者が相当数出てくるため、そこについても対応しなければならないことは老健局から都道府県にきちんと伝わっているのか。既に取組が出ているところもあるが、それに加えて地域医療構想による増加分があることを伝えていかなければならないのでは。

(厚生労働省老健局)

- ・ご指摘のとおり。出発点としてまずは自然体で「拡大再生産」を推計した上で、様々な政策要素を入れて修正していくプロセスが重要。最終的には保険料を計算しなければならない。国の方で、要支援者、要介護者のニーズ等を把握しやすいような調査票の雛型を示したり、地域医療構想がその典型だが、国の政策に係るものについてある程度の方法を示したりしないと、各自治体は対応が難しいだろう。ただ、現状では、地域医療構想は2025年までの長期スパンなので、それを足元の第7期の3年間にどう反映していけばよいか、国のレベルでも十分な整理ができておらず、自治体に対しては、次の第7期計画は医療計画とも始期が重なる最初の計画であり、医療との整合性・連携は非常に重要なテーマで、そこには地域医療構想との関係もあるが、具体的なことは追って示す、というだけでまだ何も示せていない。
- ・現在、介護保険の制度改正に係る法案を国会に提出しており、法案成立後、その法律の内容に基づき基本指針という計画策定のガイドラインを示す。指針は3年に1度改正しており、前回は7月に示しているので、法案通過時期にもよるが、6月か7月のイメージで、そのタイミングではある程度の方針を基本指針に盛り込めると考えている。

(土居委員)

- ・第6期の計画については全ての保険者が実施しており、当然、計画を策定して保険料を算定している以上、その裏には給付の見込みが計算されているということは、「見える化」システムにログインしていない市町村でも分かるだろう。その際に、「自然体推計」を行った上で政策要素を織り込んでいくことは、「見える化」システム以前にも行っていたはず。だとすると、ログインしていない市町村の担当者は、第6期の時のように老健局から来るデータに基づいて計算すればよいと考えている可能性もある。だが、今回は計画策定に必要なデータの一部が「見える化」システムに入っているとすれば、リンクを貼る等、ログインしないとその先に計算が進まないワークシートを市町村に配ってはどうか。

(松田主査)

- ・そのように誘導する方法もあるが、実際に福岡県のいくつかの自治体の介護保険事業計画の策定を手伝っていると、策定の過程と「見える化」システムがうまくリンクしておらず、策定に当たっては配付されたワークシートに基づいて計算するが、実際の策定の際に自治体が1番気にしていることは近隣の市町村との保険料の差。例えば、福岡県で優秀なところ

ろは最初に計画を策定するが、そういうところは保険料が安い。そうすると、その近隣の市町村は必ずそこより安くしようというプレッシャーが首長や議員からかかってくるため、サービス量を調整したり基金を取り崩したりということをやめることもある。

・実際にその地域で起きていることをきちんと分析できる担当者がいないと、きちんとした計画にはならない。それができるところは、実際に「見える化」システムを使っていて、例えば、類似の自治体の保険料が自分たちより安ければ、その理由を分析する。そうした人がいるところは様々なツールを活用できるが、そうでないところはほぼシンクタンクに丸投げしてしまう。この構造を変えなければ、せっかくの「見える化」システムも十分に活用されない。介護保険事業計画は、今後の10年、20年の長期の介護サービス提供体制の在り方を考えるもののはずなのに、そうなっていないので、ここを変えていくべき。

(土居委員)

・そのとおりだと思う。それに関して、第5期計画でもよいが、保険料の設定と収支との関係の分析を市町村に示してはどうか。そうすると、近隣との横並びでありあまり深く検討せず策定した市町村は赤字になった、基金の取り崩し分が大きくなった、ということであれば、それは明らかに見込みが甘く、もう少し細かく分析すべきだったということ。きちんと考えないことにより財政的に厳しくなるのは避けたいはずであり、それを避けるためにきちんと需要予測等する必要があることを示すことも1つの起爆剤になるのでは。

(佐藤委員)

・地方自治体の委員をしていてよく聞くのは、「人がいない」ということ。それもあって医療の方は都道府県が担っているという面がある。介護保険は当面市町村でやるのかもしれないが、広域連合が1番いい形かというのと、一方でガバナンスが効かない。都道府県や中核となる市が中心となって近隣の自治体を助けるなど、策定能力のない自治体については介護の専門職を派遣して一緒に考えてあげるといった、人材の交流をうまくやるべき。

(厚生労働省老健局)

・市町村の質的・量的な人材の不足への対応については、非常に問題意識を持っている。1つは、「見える化」システムについても、以前はワークシートに担当者が手入力して作業していて、物理的にも作業量が多い中で、頭も使ってもらおうという仕組みだったが、今回は「見える化」システムに入れたことによって、初期値については自動的にシステム上入るようになるので、後は自分の頭で考えて、議論をして施策を反映させることに注力できるようになった。また、計画の進捗についても自動的に進捗率が出るようになった。そういう意味でも、PDCAを高めることにはなっている。それに加え、都道府県の役割は非常に重要で、今回、大阪府等の取組を見て、その確信を深めた。

・今国会に提出中の法案でも、これまでは都道府県の役割は理念的な規定しかなかったが、市町村を支援するための事業を法定化し、特に分析については、中核においている。また、モデル事業として、各都道府県の人を派遣して、各市町村の計画作りの支援をすることも

行っている。その成果も踏まえて全国で展開できるようにしていきたい。

(筒井委員)

- ・分かっている人が見ないと見えない「見える化」システムでは意味がない。
- ・手間を省くことよりも、ガバナンスの問題が非常に大きい。大阪府の取組に関わって感じたのは、市町村にデータを出してもらって分析すると、相当におかしな実態がある。都道府県の市町村に対するガバナンスをきちんと考える必要がある。
- ・最も重要なことは、このデータを分かりやすくすること。今日の分析内容を一見して理解できる人は少ない。
- ・現在使われている量と将来必要な量を知ることが重要だが、現在使われている量が適正かということは吟味されていない。これは医療も同様。介護が適正かどうかについては、「見える化」システムには、「認定基準時間」と、「中間評価項目得点」という状態像の情報と給付に係るデータが入っている。これらと実際の報酬との関係が都道府県ごとにどう違うのか分析すべき。そうすると施設が多いところは高いといったことが明らかになる。
- ・分かりやすい基準値や指標を作るということも「見える化」システムに入れていただきたい。ガバナンスを強化するためにも、新しい分析をしていただきたい。

5. 閉会

(以上)