

第7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3月23日（水）15:00～17:00

場所：官邸2階大ホール

二 出席者

○委員

権丈善一委員、佐藤主光委員、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、増田寛也委員、松田晋哉会長代理、山口俊晴委員、
山本隆一委員

○政府側

萩生田官房副長官

高鳥内閣府副大臣、高木内閣府大臣政務官

内閣官房 宮島社会保障改革担当室長

厚生労働省 神田医政局長、三浦老健局長

谷内大臣官房審議官（医療保険担当）

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状況の概要について
4. 医療費適正化基本方針案の概要について
5. 地域医療構想の進捗状況について
6. 介護費の地域差分析について
7. 意見交換
8. 閉会

1. 開会

2. 政府側からの挨拶

○萩生田官房副長官 昨年6月の骨太の方針において、外来医療費の地域差の是正や医療費適正化計画の目標設定のための標準的な算定式の策定案等が盛り込まれ、昨年末、経済財政諮問会議でとりまとめられた「経済・財政再生計画改革工程表」においても、こうした医療費の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、医療費の地域差の分析や「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ながら専門的な検討を重ねていただいた。

本日は、こうしたワーキンググループの検討状況について、御報告いただくとともに、厚生労働省から、医療費適正化計画の基本方針案の概要や、介護費用の地域差分析等の報告を受けることとしている。

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状況の概要について

- ・ 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループの検討状況の詳細について、松田会長代理（WG主査）より資料1に沿って説明を行った。

4. 医療費適正化基本方針案の概要について

- ・ 医療費適正化基本方針案の概要について、厚生労働省より資料2に沿って説明を行った。

5. 地域医療構想の進捗状況について

- ・ 地域医療構想の進捗状況について、厚生労働省より資料3に沿って説明を行った。

6. 介護費の地域差分析について

- ・ 介護費の地域差分析について、厚生労働省より資料4に沿って説明を行った。

7. 意見交換

(1) ワーキンググループの検討状況の概要・医療費適正化基本方針案の概要等について

○田近委員 いよいよスケジュール表によれば、医療費適正化基本方針を今月末までにまとめ、その計算式等を含んだものを今年の中頃に出す。外来医療費、入院医療費について医療費適正化の取組をするということだが、外来医療費については平成35年まで今の医療費を延ばしていき、そこから特定健診・保健指導実施率、後発医薬品の使用割合を高めることで見込まれる節約額を示すということか。それでも残る医療費については地域差の縮減を目指すということだが、地域差と言っても、高齢化の比率が違うとか、あるいは男女比等地域の特性等で解消できないものがあり、そもそも本来ある地域差がある。それと修正すべき地域差はどのように識別していくのか。

○谷内厚生労働省大臣官房審議官 詳細はこれから検討していきたいと思っているが、地域差といっても、年齢の話や、色々な要素で中々克服できないものもあると思うので、そういったことを踏まえ、地域差については何をもって地域差とし、どういったものを縮減していくかを、今後夏までに詳細を詰めて示していきたい。

○田近委員 これでもって各都道府県と話し合い、計画を出して取組を進めていくという時に、地域についての適切な考え方を示さないと、結果として出てくるものは甘くなるということが考えられるが、それは結果であり都道府県も相当に混乱すると思う。そこをどう詰めるかというのは、この委員会でも考え方を示して、ある意味で許容される差と縮めなければならない差、その議論を深める必要がある。

○山口委員 資料1で大変面白いのは、社保と国保が大分違う。例えば15ページの複数種類の薬剤を投与された患者の割合について、例えば社保は35%位で、一方で17ページの国保は50%位。複数種類の薬剤投与の患者に係る薬剤費の割合に至っては、16ページの社保で60%位だが、18ページの国保で80%位で、20%も差が出ているのは、何か原因があるのか。

○松田会長代理 社保と国保では年齢が国保の方が少し上であり、いわゆる前期高齢者がかなり国保の方に入っているのも、多分その影響だと思う。

○鳥羽委員 大変貴重なデータを示してもらった。特に関心がある多剤投与、ポリファーマシーに関して、社保でも3分の1あるいは国保では2分の1

超ということだが、特に10剤以上の薬剤がいずれも1割以上ある。私が老年学会のシンポジウムで発表した薬剤起因性疾患の時に調べたデータによれば、10剤以上では4人に1人以上あるいは3人に1人位が薬剤起因性疾患というアドバースドラッグリアクションが起きる。これは海外のデータも大体一致していることで、10剤以上の薬を出すことはそれだけで病気をつくり、薬剤性ネフローゼ症候群が起きるといふことなので、現在は10剤以上というのほとんど考えられない投薬の数だと言われる。

これについて、現在は重複投与ということから実施されているが、やはり今後の方向性としては、実際の病気と適用の不一致といったものを見ていく必要がある。昨年調べたところ、相当あった。これは全国的に試算したところ、3,000億円位の適用外と不一致があったということで、主な事例としては、無用なものをだらだらと出していることや、適用外の抗潰瘍剤やトランキライザーを出しているといったことが大変多かった。詳しいものがあれば報告書を出させていただく。

また、今後もう少し踏み込むためには、海外におけるビーズリスト、あるいは国内の高齢者における慎重な薬物療法ガイドラインに沿った医療機関のオートノミーによる薬の整理といったものが、次の段階として必要になってくる。これらはいずれも患者のQOLやプラスになる方向での改革であり、決して、薬の数を制限したから不当だということには全くなならない。10剤以上はいけないというところからまず始める、という非常に貴重なデータだと考える。

○土居委員 資料1の16ページと18ページで、これは薬剤費ベースで書かれており、鳥羽委員の基準で10剤以上の薬剤を投与された患者に係る薬剤費の割合で言うと、例えば、社保では20%前後になり、国保では40%前後というかなり大きな割合の薬剤費が使われているということなので、中々大きなインパクトになる。そして、これが田近委員御指摘の意味で、何をもちて不合理な地域差と言うべきなのかについての、一つの判断基準として、多剤投薬をどのようにより良くしていくか。また、資料2で外来医療費の目標の中で、第二段階でなお残る地域差をどのように縮減していくかについての一つの手段又はターゲットになるかと思う。

更に、まさに何に取り組んで地域差を縮減していくかは、必ずしも、とにかくなくせばいいというわけではないと思うが、こういうデータが揃い、かつ、なぜか他の県又は他の医療圏に比べて、自らの医療圏は医療費が高い又は受診率が高いといった場合に、もし地域の取組として改められるものがあるならば、今後は、それを積極的に医療費適正化計画の中でも反映し、県を

中心に計画に盛り込むことが求められる。

更に、入院医療費との関連も重要で、外来受療率が高いということだけで、それが問題だというわけではなく、入院受療率と外来受療率の両方を合わせて見た時に、どのような形でこの地域で医療提供体制を整えていくかを合わせて考えながら、医療費適正計画を策定することが重要である。

○伏見委員 まず一点目は、資料1の16ページの多剤投与について、これはワーキングでも議論があったが、頓服薬や外用薬等も含まれているので、多剤が多少過剰に推計されている可能性があると思うので、その辺は、もう一度多少詳細な分析の方向を詰めていただきたい。継続的に10種類以上投与されている患者がこれだけいるというのは、臨床的にもある意味では非常に異常な事態に見える。その辺は多少過剰に評価されている可能性もあると思うので、それは再検討をお願いしたい。

もう一点、今回は外来医療費の分析を進めているが、今後、例えば機能分化が進むと、入院で行っていたことが外来に移行するということが当然起こってくることであり、又は入院受療率が下がり外来受療率が上がる場合は、医療の総体としては効率化している可能性もあるので、完全に外来と入院を分離して評価するというのは、色々矛盾を生む可能性がある。外来医療費と入院医療費についてはある程度関連をした形での分析を、医療費適正化の浸透についての検討を引き続きお願いしたい。

○筒井委員 この資料1の薬剤のデータを見て、これは結局投与された結果のデータだが、今後一番必要だと思うのは、地域差を切り口にするのだろうが、薬を飲むのは患者であって、患者がきちんとセルフメディケーションをできるのかどうか、そういった指導の体制をどのようにしていくか、ということ。特定健診や保健指導実施率は今回テーマになっているが、こういったセルフメディケーションについてもこの中で触れるべきではないか。

現在、脳卒中の再発に関する研究を行っているが我が国における再発率は先進国の中でも非常に高く、20%前後である。この原因の一つがセルフメディケーションの不足によって起きているとされている。つまり、薬を途中で飲まなくなってしまうという問題が既に指摘されており、これは多剤投与されているが、更に、これらの薬は飲まれていないという、言わば棄薬又は残薬という問題がこの中に含まれている、ということを我々はよく認識し、次の段階として、患者側に対するセルフメディケーションについて、どのようにやっていくかということもこの中でも入れていく方がいいのではないか。

○増田委員 データが非常に見える化をされてきているというのは大変良いこと。この読み解き方がとても重要になり、自治体の首長をやっていた経験からすると、首長がこれをどう理解して地域住民等に伝えていくかが大変重要ではないか。

地域差が具体的に理解された後、許される地域差と、自分達の努力で克服していかなければならない地域差を峻別し、後者を克服していくために必要な情報を伝えることや、最終的にはトップに上げて行動に移していくことに、そこにどう持っていくかが重要。

例えば全国の知事が集まる場としては全国知事会があるが、7月は知事だけだが、秋に官邸のこの場で全員が集まる場があり、地域医療構想もかなり出来上がっており、関心も高まっている時期だと思う。今日の都道府県毎の違いが分かる資料には、皆非常に敏感になるので、皆が集まる場等で適切な説明を行い、更にインプットをする必要がある。年々、都道府県のこの分野での役割が重要になってくるので、成功に持っていくためには県の優秀な人材を保健福祉部等に手厚く配置することが重要。例えば人事には、優秀な人材を更にそちらの方に集めなければいけないという考えに持っていく上でも、是非この見える化されたデータを有効に使ってもらおうということがいいのではないか。

○佐藤委員 資料3の5ページに機能別病床数の報告状況が出ている。昨年度と余り変わっていない。他方で、本専門調査会の第一次報告では、2025年にはあるが、機能分化というものを求め、全国的に高度急性期、急性期、回復期、慢性期は概ねこのくらいという目安を示しており、これは全国のもので都道府県によっては事情が違うと思うが、恐らくそれぞれの都道府県の中で報告されている機能別病床数と、それぞれの都道府県が目指すべき機能別病床数には、未だに乖離がある。特に急性期と回復期ではかなり乖離があるのではないかと思うが、その場合、都道府県はどのようにして病床の機能分化を進めていくのか。

基本方針では、医療機関に対しては、もちろん地域医療構想を都道府県は適切に進めていくというのが役割として求められているが、地域医療構想の基本方針の概要の13ページにあるが、他方で医療の担い手については、病床の機能分化及び連携において、自主的に医療の担い手について取り組むよう求めているが、これは具体的に道筋が見えていない。それが夏までに各都道府県が策定している地域医療構想の中で、どこまで具体的な取組が出てくるのか、それに対して医療機関がどう対応していくのか、ということが、まだ見えていない。

病床の機能分化に係る好事例があれば、是非それは紹介の上、各自治体に合わせてカスタマイズは必要だが、全国に横展開していくということが求められる。

地域差の見える化をやっていく中でデータ分析をしなければいけない。ところが、今は、NDBはデータを回すのに1週間や2週間とすごく時間がかかるということなので、途中で壊れてしまいデータや結果が消えてしまった、という話も聞いた。データ分析はこれから色々なニーズが出てくると思う。都道府県からのこのケースはどうかという問い合わせや、我々みたいな所からこのケースはどうか、こういうことを分析してほしいといった、色々な話が出てくると思うので、これに対応できるような分析の体制を整えていかないと、1回データ分析を行うのに2週間かかるというのは辛いと思う。

一番やりやすい方法として、スパコンを使ってはどうか。今は使っていないので、何か体制の整備がしているのではないか。これは内閣府でもICTの戦略等色々とやっており、文部科学省はスパコンを持っているので、中央省庁間で連携しながら、是非このデータ分析を迅速に進められる体制を整えていただければと思う。

○権丈委員 まず、我々が医療費の地域差等の分析をする場合には、余り保険データは使わない、あるいは使えない。医療施設データや、マンパワーのデータを使って説明した方が明確に分かる。つまり、保険局が持っている政策手段では、余り地域差が説明できないし、地域差を調整することも余りできない。医政局が持っている政策手段、そういうデータを用いて初めて地域差の説明がつくのであれば、保険局、医政局と分かれて議論していき、保険局の中で出来ることはないかという方向に、余り追い詰めない方がいいのではないか。

医政局の提供体制の方で、なぜこれだけの医療利用量に地域差があるのかというのはほぼ説明がつく。そして、利用量が多くなってくると1日当たりの医療費は下がってくるが、その弾力性がそれほど大きくないため、掛け合わせていくと病床が多い所、医師が多い所は医療費が高くなるというのは大体分かっている。

保険局の政策手段としての特定健診・保健指導実施をどんどん進めていくと、それがどういうメカニズムかは分からないが、医療費が縮減していくというような所は、医政局と保険局が一緒になって行ってほしい。老健局は、保険と提供体制が一緒になっているのでデータとして非常にすっきりしてくるのだが、医療の場合には保険局と医政局に分かれているので、隔靴搔痒と言うか、知りたいことまでなかなか行けないというのがある。

もう一つは、地域差をどう解釈するかだが、やはり財源は全国横断的に流れている。これだけ医師不足、医師偏在が言われている中で、ある地域が医師又は財源を多く使って良いという理由は一体どこにあるのか、優先的に利用しても良いということのを他の地域が認めることができるかどうかの基準は重要。

そういう意味では、今までもリスク構造調整をしっかりとやっていこうという議論もあったことから分かるように、人口や年齢構造等が影響するのはある面で致し方ないという話になってきたと思う。例えば療養病床の所でも独居老人の割合が多い所は療養病床の利用が高いことが、この委員会でも明らかにされていた。療養病床の調整の仕方に関しては、例えば独居老人の数を配慮するなど、ある程度は配慮していこうということはやってきた。

従って、各地域の協議の場で色々議論していく時には、なぜ自分の所がこれだけ高くなっているのか、それに関して他の地域が果たして容認出来る理由があるのかどうかを、各地域で分析していかなければならず、そうした分析を経て、自分の所はある程度配慮してもらいたいというような話になっていくのではないかと。

○田近委員 いよいよこれで各都道府県に医療適正化計画を執行してもらおう。平成30年、あるいは早い所は平成29年からやるということで、執行するサイドの混乱をできるだけ避けなければならない。

資料2の9ページの下の、「入院外医療費については、適正化の取組を行う前の1人当たり医療費について、①後発医薬品の使用割合等、国が定める目標を達成した場合の効果を見込んだ上で」とある。問題は②で、「1人当たり医療費については、更に残る地域差について一定の方法で縮減したものとす」とある。

問題だと思うのは、第一段階は明確に書いてあり、特定健診・保健指導、後発医薬品は数量目標まであって、これは実現するようにとされている。一方で、次の方は、今日、見える化であったが、重複投薬についてはどういうガイドラインがあるのか。糖尿病等々については何があるのか。何かここが飛躍している。私が当事者だったら、特定健診・保健指導、後発医薬品までは分かった。この見込みとしては、それから先の外来医療費についての指針を出すか出さないか。つまり、予防接種の普及割合は風邪の場合には何%にすべきなのか、そこが曖昧である。

計画を作って進めていくので、何を議論すべきかと言うと、指針を出す時に、今後、特定健診・保健指導、後発医薬品以外についても改善目標を示して、実現してもらおうということもあり得るのだということ、書くか書かな

いかというのは、取り組む方にとっては相当違うと思うが、そこはどう考えているのか。

○谷内厚生労働省大臣官房審議官 現段階では、ここまでしか言えないということ、更に全国的には取組目標のようなものをどこまでやるかについても、現段階ではこの3つだけだが、この夏までにどこまでできるか、精力的に作業を進めていきたいと思っている。

○田近委員 書き方としては、ここで示した指標以外の、具体的な指標を努力目標として示すこともあり得るという可能性は、オプションとして基本計画に書き込む方が良いと思う。

○鳥羽委員 非常に重要な論点だと思うが、多くの患者が75歳以上になっていく中で、適正化というものが治療の安全性や効率性、適正性に結び付かなければならないので、そこに不安を持たれるような医療費の目標だけだと、この委員会では弱いと思う。

そこで薬を専門家が出される各担当の学会、例えば糖尿病、高血圧、循環器等の学会のガイドラインを見ると、最近では75歳以上といった欄が全て新たに設けられており、その人の生活機能に応じて管理目標も異なっている。例えば、ヘモグロビンA1c、糖尿病は虚弱な方や80歳以上の方では8%という設定になっており、今までの若い人の薬とは全然違う。よって、そのような各専門のアカデミアのガイドラインの、特に年齢に応じたものに注意していただくということをまず基本にすれば、より科学的な事実に基づいた医療費の適正な削減が、患者のベネフィットに結び付くということが言える。

では、このようなことが本当にできるかだが、私が杏林大学にいた頃、三鷹医師会から紹介してもらった患者の薬の数は、平均的に10種類以上だったが、退任の頃には6種類位に減っていた。その教育に10年間かかったが、必ずそのような適正化は医師会等の納得も得て、患者に反映させる形でできる。まずは入院外医療費についても各学会のガイドラインの年齢別、あるいは状態別のものをしっかりと重視していただくということを書き込めば、全くどこからも批判が出ないと考えており、田近委員の趣旨にも合っていると考える。

○松田会長代理 資料1の2ページにもあるように、現在、診療行為の内訳に関する地域差の分析を行っている。その中で、例えば時間外の再診にかなり地域差があるということも大体分かっている。要するに17時以降に外来受

診するという医療行為が非常に多い地域もあり、薬で言うと降圧剤で、例えばARBという非常に高い薬を沢山使っている地域もある。

これは今回のデータではなく、今から7～8年前になるが、外科系のいわゆる手術の時には抗生剤の予防投薬をするのだが、その予防投薬の抗生剤では通常はやや古い薬、ペニシリン系や第一世代、第二世代のセフェム系を使うということがガイドラインにも書かれているのだが、実際にはカルバペネム系や第四世代のセフェム系等が沢山使われている。そういうことが実は明らかになっている。

ガイドラインに示されているような適切な医療がどのくらいやられているのかということを示すような、その地域差を示すようなことをやっていけば、それらの適正化は可能だろう。

あるいは画像診断に関してもかなり地域差があり、このデータではないが、別の研究でやっているもので、先ほど糖尿病が出たが、糖尿病に関してもHbA1cは大体3ヶ月に1回、どんなに短くても2ヶ月に1回位測るとするのが普通だが、全く測られていないところもある。逆に年間で7回～10回という数を測っている人達も沢山いる。要するに診療行為の中で是正すべきものはかなりあるので、そういうものをしていくことによって、例えば1日当たり診療費を下げることができる。要するにそれぞれの項目に対して、これをやることによって、どのような効果が認められるのかという、いわゆるロジックモデルや仮説を明確化していき、それはデータに基づいて、毎回検証していくということが必要なのではないか。

そういう意味では、この後どのようにやっていくかということに関しては、またこの委員会でデータをお示ししたいと思うので、この中で厚生労働省がまだデータとして出していないのでこういう表現になっていると思うが、何もやっていないわけではないので、多分この数ヶ月のうちにまた出せると思う。

○永井会長 今の糖尿病の件は広島が突出している。北海道や広島。これは個別にどういう背景があるかを調べる必要がある。

○土居委員 もう少し踏み込み、あえて資料2の行間を読むというところと言うと、9ページに「算定方式は本年夏頃に提示」と2ヶ所に書いてあり、まさに神を細部に宿らせる作業をここですということなので、ひとまず今回の基本方針の大枠は医療関係者も含めて御理解をいただき、3月に出していただくと。とはいえ、田近委員指摘の、結局何をすればいいのか分からないような状態で夏に算定方式を出すわけにはいかない。現行の方針という

ことで9ページにもあるように、今までは平均在院日数を短縮するということがかなり象徴的なもので、細部の所は若干アバウトになっており、在院日数はこれだけ短くできるからこれだけ医療費が抑制できるだろうという話だった。しかし、今次改定では色々と分析できるようになったので、ガイドラインも含めて反映させながら、より現実的かつ医療機関にとっても患者にとっても無理のない形の医療費適正化、というものが算定方式の中にしっかりと盛り込まれるということ、今日の段階では期待をしたい。

○山本委員 ワーキンググループが非常に苦労されて資料1のデータを出していただいたが、これは確かに都道府県で差があるということがよく分かっていい。しかし、都道府県側からすると、このデータだけで対応できるのかというと、もう少し、例えば2次医療圏別といったようなデータが見える化された方が具体的な対策が考えやすいと思うが、その点はいかがか。

○松田会長代理 現在、2次医療圏別の同じ分析をしているので、出来次第、お示ししたい。2次医療圏別のデータとしては、地域医療構想の方の研究でやっているが、藤森委員が整理をされてSCRという指標を作っている。これは270程度の医療行為に関する指標であり、それを性年齢階級を補正し、どのくらい多く行われているかを可視化するというをやっている。例えばこれを見ると、ICU等は都道府県レベルで言うと約3倍の差がある。2次医療圏になると、実は20倍程度の差になる。なぜICUの使い方に差があるかということも、2次医療圏単位としても見えて来るので、そういうものを見ながら適正化のための仮説を作っていくという作業ができるのではないか。いずれにしても2次医療圏単位でのデータの整理は今やっているところ。

○佐藤委員 先ほどの外来医療費の地域間の縮減について、仮説という言葉が出て来たが、地域差の要因をまず明らかにする。せっかく今回、例えば1人当たり医療費を受療率、日数、診療費に分けており、それぞれについての地域差の発生要因は何なのか。点線で、糖尿病重症化予防の推進等、あり得る地域間格差の是正策が出されているが、これらが現行ではどのくらい地域差に影響をしているのかということも見せないと、実はこれをやったからと言って本当に地域差が縮減するのかということがよく分からない。地域差の要因分析をやるということと、どこに差があるのかということを見える化をしていくということが第一ステップとして求められるのではないか。もう一つ、現場が混乱するとしたら、地域差の縮減というが、どこまで縮

減するののかというのがよく分からないということ。入院に関して、以前、療養病床の入院受療率についてはパターンA、B、Cと出したが、いきなり数値目標を出すのは乱暴だというのは分かり、恐らく夏までに色々と考え得ることだと思うが、次の段階として、この地域差の縮減をどこまで目指すのかということは、ある意味、国として自治体にどこまで求めるのかということの方針がないと、都道府県や自治体等々の関係者は、どこまで頑張ったらいのかということが分からないと思う。

○伏見委員 まず、資料3の1ページ目で地域医療構想の策定の進捗状況の資料を見せていただいたが、この図2にある県単位の構想策定に関する会議の回数が、1～2回という所が大部分を占めていて、8回というのは実は東京都。では、8回やっている所がすごく内容が進んでいるかということ、東京都はそんなに特別に進んでいて具体的な話が出ているわけではないと聞いている。

その意味で見ると、1～2回しかやっていない所は本当に大丈夫なのだろうかというのが非常に心配になるのだが、この点について、ただ回数だけではなくて、具体的にどういうことが検討をされているのか。あるいは、更に、構想区域毎の会議についても同様に、どういう内容が検討をされているのかということフォローアップしていかないと、大部分の県が28年度半ば頃に策定という予定になっており、そのスケジュール感と実際の会議の回数が合っていないように思う。最悪の場合、ただ形骸化してしまっている可能性もあると思うので、その辺の実態の評価なり、今後のフォローアップなりをする必要があるのではないか。

資料2の3ページの医療費の適正化の取組の中で、外来医療費が今回はメインに書いてあり、第一段階の特定健診と後発医薬品がメインになっているが、例えば後発医薬品では、実はDPC病院で後発医薬品係数が導入されて、後発医薬品を沢山使うと診療報酬が上がるという仕組みを導入した途端に、急速な勢いで後発医薬品の使用割合が増え、ほぼ9割方の病院が、8割を超えるくらいの勢いになっているのが現状。その意味では、何らかの強いインセンティブを与えるとあっという間に到達されてしまうというのが、後発医薬品の使用割合だと思ってしまうので、それを平成35年という比較的長期目標に置くというのは、あっという間に達成され、ほとんど意味がなくなってしまうのではないか、ということ危惧する。もう一点、特定健診・保健指導についても、これ自身が外来医療費を抑制することについて、色々な形で疑問も投げかけられているので、この2つが大きな2本柱になっているということは、少し危惧を感じる。

第二段階の方で細かい事項を色々挙げており、例えばガイドラインの実施状況や、あるいは今後進める外来の診療行為自身、より詳細な地域差の分析等を含め、そういうものを使い、例えば地域毎のプロセスインディケータのようなものを作ると、医療の質や実施状況の比較というものも組み合わせた形で、地域差がより明確に出てくる可能性もあると思うので、そういう意味でより詳細な指標を作りながら、より実効性のある形の外来医療費の適正化の施策を、更に深く検討していく必要があるのではないか。

○神田厚生労働省医政局長 資料3の1ページ目、会議の開催回数について、これだけでフォローアップできるのか、という話があった。実は、全ての都道府県に対して、管理職を含めた各都道府県担当を張り付け、個別の進捗状況についてヒアリングし、フォローアップするという体制をとっている。

また、先ほど資料3の5ページで機能別病床数について、足元値は余り変わっていないではないかという話があったが、これは現状の値である。2025年の医療需要と必要病床数の見込みが、目標値として今回の構想の中で出て来るため、それぞれの地域で、一般的には急性期が多くて回復期が足りないという構造があるが、その地域の中でどのようにしていくのか、まずは協議をする。不足している病床機能ではなく、過剰なものに機能転換しようとする場合には要請・勧告、それでも従わなければこの旨を公表し、融資も補助もしないというようなことや、地域医療介護総合確保基金を使って転換を促していくということを、順番にしていくことが重要。そういう意味で、最初に課題をしっかりと書いてもらうことが必要なので、個々の都道府県については、今、申したような十分なフォローアップをしていきたい。

○山口委員 ガイドラインが地域において差があるというのはよく理解出来ない。ガイドラインというのは比較的、全国津々浦々に参照されるものであって、それぞれのガイドラインによって遵守率は違うと思う。地域医療の中で考えるということ、つまり、各都道府県でガイドラインをどう考えるかということは、現実としては中々考えるのが難しいと思う。

資料3の4ページに課題抽出に活用できるデータが3つ上がっている。住んでいる者でも病院間の診療実績を調べてみることで、その医療機関で欠けている医療機能がないかといったことが分かる。もしそのような状況があることが分かった時に、地域で検討をして、それを是正できるのかどうか、どうやってやるのかということは明確になっていない。具体的にそこで機能がなかったらどうするのか。あるいは多過ぎたらどうするのかという手立てを、各地域に委ねるとのことだとしたら、地域がどういうパワーを持って、何

をするのか。そこの所がよく理解できない。

○神田厚生労働省医政局長 その地域でその医療機能がある、ないというのは、DPCデータ等で明確に出て来るが、ないから2次医療圏で全て新規に作るかという、必ずしもそういうものではないだろう。急性期や高度急性期の病床を2次医療圏で全部整備する必要はなく、その地域に必要なものは何かについて、議論することが必要である。例えば小児の入院は地域に欲しい、がんの外来の化学療法は遠くまで行くのは大変、あるいは周産期の分娩施設は地域にないと困る、といった課題を議論した上で、うちの地域で今は小児の入院が不十分なので、小児が入院出来る施設を急性期の病床としてちゃんと確保しよう、例えばそれに基金を使い、ある中核的な病院にそういう病床を整備してもらおうとか、そういう議論を地域でしていくということと思っている。全てがないから全部作るという話ではないのではないか。

○山口委員 もちろん全て出来るとは限らないのだが、例えばあるところで小児医療が非常に少ないといった時に、小児の病院を作ることは、実はとても大変であり、現状でそれをやろうとすると、お金がないから出来ないという話になってしまうのか。

○神田厚生労働省医政局長 病院を新設するということでは必ずしもないと思うが、例えば小児の入院について、全部隣の医療圏に頼っているために、2次医療圏に一定の小児科の入院の施設が要るのではないかという議論、あるいは周産期医療について、高度な総合周産期医療センター等は2次医療圏に必ずしもなくてもいいかもしれないが、地域の周産期医療センター等を確保したいというような議論をしていただき、まさに補助が要ることであれば、診療報酬とは違って個別の医療機関に補助ができる地域医療介護総合確保基金を使って地域に必要な医療機能を整備していくということかと思っている。

○山口委員 逆に、複数の医療施設があって、過剰になっている場合にはどういう方策が考えられるのか。

○神田厚生労働省医政局長 例えば、ある医療機関において小児も診ているが、小児のレセプトの出現率は極めて少しいという場合に、中途半端に小児科医がいることで負担が生じ、疲弊しているということであれば、その

医療圏の中で見ていただき、小児について、かなり厚く機能が出現している所に集約し、小児科医の負担の軽減を図りながら、片方に再編していくということも重要な選択肢だと思っている。こうしたことについて、まさに今回提供しているデータブック等を活用して、地域で議論していただく必要があると思っている。

○山口委員 例えば、今は循環器等も都内等には非常に乱立しており、優秀な技術者が沢山いるという状況がある。病院を建てるのは大変だろうが、そういう人達にもっと少ない所に移動してもらおうといった仕組みがないと、中々強制してやれと言われても行けるものでもない。その辺りは現実的にきちんと適正な形で配置し得るのかということは、中々見えないと思う。

○永井会長 医療費の地域差は社会的要因が色々絡んでいると思う。失業率等、色々な面があるので、是非そういう所も含めて分析をお願いしたい。

○田近委員 いよいよ基本計画ができて、国民にどのように示してコミュニケーション、あるいは理解してもらうかが重要。今日の医療費適正化計画を見ていても、病床機能の分化や連携の推進を踏まえて何とかするとか、結果的にはそうなのだが、我々がやってきたことは何かというと、高度急性期、急性期というのはDPCデータを見て、DPCでやっているので過剰な診療もないだろうというところで、あるレンジの費用がかかるのは高度急性期あるいは急性期ということで、地域別のベッドの需要が推計できるだろうということ。需要の高い所と低い所を見て、大体このくらいで収まるだろう。外来の方は、平成35年まで何もしなければ積み上がっていくということだが、あるプラクティスをすれば下がるだろう。

つまり、幾つかの基本的な考え方で、基本的な医療費は行えるはずなので、それが進捗するように進めてもらいたいということで、計画の基となっている医療サービス、医療資源を国民にどれだけ使ってもらうかという基本的な考え方を、国民とコミュニケーションできるように示していく努力がもう少しあってもいいのではないか。それが結果的には病床機能の話において、普通の人が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のベッドと言われたら、一体何のことなのだとなるので、基本計画について国民と会話する努力をどうするか、ということについて議論をしていった方が良いでしょう。

(2) 介護費の地域差分析について

○藤森委員 特に資料4の13ページを今回初めて見て、年齢とともに介護保

険が上がっていくと予想されるが、左側の図で幾つかの県でむしろ75歳、80歳が少し低いというのは、どのように説明したらいいのか。

もう一点は、今後地域医療構想が進展していけば、慢性期の需要が一定程度、介護の方に移っていき、今、病院が介護を提供している部分が介護保険の方に移っていく。それが、実は市町村では、今ほとんど想定されていない。是非早い機会に、市町村において、地域医療構想の進展でどの程度のボリュームが介護保険上発生するかということ、恐らく地域医療構想の最大の成否はその慢性期と介護、在宅との調整にかかっていると思うので、現状が相当変わり得るということ、早い段階で示していただきたい。

○三浦厚生労働省老健局長　まず後段の部分は、地域医療構想とシンクロナイズしながら、介護保険事業計画を作っていくことは極めて重要だと思っている。特に医療から介護へという部分もあり、また、我々は併せて今同時に進めようとしているのが、いわゆる療養病床の見直しというものもある。そういうものも相まって、平成30年度の介護保険制度の見直しが見込まれているのではないかと思う。そういう点で医療・介護、これは連続したもので協力しながら進めていくということが重要だという認識は御指摘のとおり。

都道府県別の年齢階層別の受給率ということだが、まだ少しそこら辺の分析は足りていない。もう少し色々要素があるのではないかと思うので、引き続き、この分析を進めていきたい。

○増田委員　　どういふものでも地域差は必ず出てくるわけだが、それは医療・介護のみならず、地域でくくると必ず差が出てくる。医療費の場合だと2次医療圏毎で様々な差が出てきたものについて、例えばそこにある病院数や、入院、外来、疾病構造で肺炎、糖尿病、投薬の量等、その地域差の要因の分析がどんどん出て来ることによって、それを色々な地域医療構想の実現に向けて有意につなげていけるようにと思うが、この介護の方については私も初めて見るような地域差のデータもある。これをどう読み解くのか。

このように地域差がそれぞれ出てきているが、これはいわゆる地域差なのかどうなのか、市町村毎に必ず差があるわけだが、そこで認定される個人の問題なのか、あるいは市町村毎に何か社会条件が違う事によるものなのか。どうもその辺りが今一つよく分からない。介護の場合にはまだ十分な経験値というか、様々なデータの蓄積が十分に積み上がっていない所もあると思うが、こういう見える化が必要であり、更にその認定率について、なぜこのように市町村毎に差があるかをもっと突き詰める上での様々な分析資料が、こ

れからもかなり必要になってくるのではないか。2次リリース、3次リリースから4次、5次、6次と更にやっていき、それで本当に有意な地域差を読み取るまで積み上げていくということが必要。

そういうことを、ぜひやっていただきたい、ということと、当面こういう見える化された資料が出ていくので、それを市町村毎がどう読み取ったらいいか、今の段階ではこういうことだということができるだけの、多くの例を取り上げて、説明しておいた方がいいのではないか。

○佐藤委員 資料4の4ページにある被保険者1人当たりの介護費について、これは要するに認定率×サービス利用率×13ページの受給者1人当たりの介護費に分解できるという理屈だと思う。大阪と山梨を比較すると、実は受給者1人当たりの介護費で見れば、大阪は特段高いわけではない。認定者数分の受給者数、これはサービス利用率だと思うが、これも大阪は特段高いわけではない。とすれば、結果的に4ページに出てくる被保険者1人当たりの介護費の決定要因は何かと言うと、認定率ということになってくる。全体を分解してみると分かると思うが、被保険者1人当たりの介護費という意味での地域差の大きな決定要因は、意外とこの認定率なのではないか。

とすれば、大阪でこの認定率の差を生み出しているのは一体何なのか。つまり、1次判定は機械的なので基準は全国一律だとして、2次判定で何か起きていてのではないか。あるいは、まさに地域差ではないが、何か介護を受けやすい経済環境というのがあり得るのか。医療との決定的な違いについては、どうしても介護の方には生活保護の方々がデータ上は入ってくるので、これがこの地域差にどのくらい影響しているのか、特に認定率を含め、その辺りを分析しないと、医療との対比は難しいと思う。

また、沖縄県は、受給者1人当たりの介護費が高いが、他方で医療費は安い方。よって、介護と医療の関係で、既にこの段階において医療の代わりに介護が使われているという面があるのではないか、この辺は幾つか仮説みたいなものを立てて分析しないと、この地域差は何かということの説明がつかないのではないか。

○田近委員 例えば100人の介護施設で、医者が週2回来て200人を診る。その都度、診療報酬がつくので、医療と介護が相乗的に行われる。地域包括ケアをして、入院しなくて在宅になることにより、どれだけ医療費が節約できたか、というような大きな問題があると思う。

この数字は、どう読むのか。それがこれからの課題だと思う。

9ページに山梨県の各市町村の地域差指数の掲載がある。1人当たり介護

費を見ると、地域差指数の全国平均からの乖離はマイナスが多く、地域差指数が低い。なぜ山梨県が低いかというと「在宅」や「居住系」が低い。特に早川町については私は個人的によく知っているのだが、業者がいないという面があると思う。プロバイダーが少ないことと、サービス付高齢者住宅等も少ないため、地域差指数の「在宅」や「居住系」が低い。

逆に、早川町は、人口が少なく施設が1つあると、「施設」の1人当たり介護費の地域差指数が突出するので、大阪と比べるとそれがよく分かる。12ページの大阪の各市町村で「在宅」の地域差指数が高いのは、プロバイダーが多くあることによる。「居住系」がこれから大きな問題になってくると思うが、これは、今後はサービス付高齢者住宅等が増えるだろう。

このように、どう読み解くのかは難しい問題で、高いということが悪いわけではない。つまり、介護保険と医療保険の最大の違いは、株式会社が入ってきて、需要を掘り起こしたということは、制度として悪いことではないが、結果として現れれば、やはりプロバイダーがいるかいないか、また、居住系のサービス付高齢者住宅等が供給されるかどうかで変わってってしまう。フォープロフィットの事業者が入ったということのプラスマイナスを評価しなければいけないと思う。ただちに良いか悪いかということではないと思う。この委員会でこういった評価を行うかどうかは分からないが。

ただ、もう十何年も経って市町村は自分自身でこういうことを、あるいは県レベルでこういうことをしっかりやってこられたはずであり、少なくとも都道府県がこういうことをしっかりやっていると思うが、その知見をむしろこういう所でどのように集約するのか。我々はこれを示して見える化をして、さあやってくださいと言うのは、16年も経っており、順序が違うのではないかと思う。

○権丈委員 この地域包括ケアと地域医療構想という形で医療・介護地域全体を改革していこうというのは、これまでの行政手法とちょっと違う。これまでの行政手法はこちらから基準を示して、それに合わせてやってくださいというものだったが、地域包括ケアと地域医療構想を組み合わせた両輪でやっていくということは、最後の最後までこちら側で決めるわけではなくて、地域で決めてくださいという、かなり今までと違う手法である。医療・介護を含めていくと、そういう形しかないと思う。

ここで議論されているような形でデータ分析を進めていくというのも、ある程度の所までは出来、そこから先の別の特殊な要因が分からないとなった場合は、こちら側ではある程度は平均等で進めざるを得ないが、先ほどの広島の時でもあったように地域の人達が自分の所には特殊な理由があると、その

ように議論をしていきながら発展していく構想ではないか。

その時に、その地域の中で協議をしてもらうわけだが、参加者には医療・介護に対する知識に相当違いがある。

何のためにこの改革をやっているのかを明確にし、協議の場で誰かが発言したら、その発言は改革の目的とどういうふうに沿った話なのだろうかということを参加者が評価できるような評価軸をしっかりと示し続けてもらえればと思う。

何のための改革なのか。住民のため、患者のための改革にしようとする、今進められているようなことをやらざるを得ないのだが、これに対しては、国の方から一本の方針を出すということが難しいから、地域の方で協議してもらうことになる。色々な人達が参加する中で評価をすることができるような軸は、随時明確に出していただきたいと思う。併せて、各地域が国の平均並みにするというのは無理だと思うだろうから、各地域の人達は我々にはこういう特殊事情があるのだというような応用性を持った形でデータが利用できるようなものを、国の方で準備していくことについても、大いに検討を進めてもらえればと思う。

○土居委員 これをどう見るかというところで、当然色々アングルはあると思うが、まず軽度者の認定率に差があるということと、被保険者1人当たりの介護費の中で「在宅」に大きな差があるということと、焦点として考えてはどうか。特に地域支援事業も始まったので、要支援の方々に対するサービスの在り方は、それぞれの保険者で考えていただくことになっており、むしろこういう分析をして各保険者に考えていただくのには非常に適した分析が可能になる。こういうデータに基づき、自分で考えることができる、一つのふさわしい仕組みではないか。

そういう意味では、この会議で出していただくかどうかは別として、老健局で分析するなり、見える化システムの中で提供されるということを期待しているのは、例えば資料4の9ページの山梨県のようなケースで言えば、軽度者だけの数字をとって、どういうグラフになるのかというのを見てはどうか。

それと併せて、軽度者は余り使わないが、どういうサービス提供者、介護事業者が幾つあるのか、そういうようなものと並行して、このグラフを見ることによって、供給が主導して、こういう地域差になっている、つまり、供給制約があってサービス事業者がいらないから少ないということ、ないしは逆に多いから多いということなのか、あるいはそういう要介護・要支援認定を受けた方がそもそも他の地域より多くいるから、そういう数字になって出てくるということなのか、という分析が次の段階で可能になってくると思う。

もちろん重度の方々の分析も大事だとは思うが、今日の段階での資料で見ることができ、しかも地域支援事業というフォーカスも考えた時に分析が役立つ道筋を考えると、そういう議論があるのではないか。

○筒井委員 この前提というか、介護保険制度の利用者は平均で78歳以上の単身女性が圧倒的に多い。地域医療構想の観点から言うと、入院患者として増加していくのは、これからは75歳以上の高齢患者である。これはマクロ的に言うと、医療と介護で本当にトレードオフがあるのか、トレードオフがあると考えられる都道府県はどこなのかという分析をすべきと思う。

もう一つ、田近委員から地域医療構想と地域包括ケアシステムについて、地域医療構想ということを進めていく上で、本当にトレードオフがあるのかどうかというのは、介護のデータとクロスしないと分からない。これはこの会議でしかできないのだろう。

一方で、市町村は、保険料を算定するために介護保険に関しては、比較的詳細なデータを持っているので、市町村の事情を反映したデータを分析した上で、地域医療構想との整合性がとられないといけない。

それから、介護保険制度で行ってきた、市町村独自に考えていくという在り方については、老健局ですっと進めてきている地域包括ケアシステムづくりがあり、これは欧米の概念でいくと、community-based care とintegrated careという2つのコンセプトを合わせた、community-based integrated care system(コミュニティーベースド・インテグレートド・ケアシステム)と言えるだろう。

このシステムの中核となるのは、医療と介護の連携であり、ターゲットとしているのは、慢性期疾患を持った高齢患者である。彼らに対する医療と介護サービスの提供システムの統合化を地域独自で行っていくということが、地域包括ケアシステム構築に際しては、実行されていくことになるが、現在、医療や介護サービスにおいては、その需要や供給の在り方にパラダイムシフトが起こっているということを念頭に置いて、これらをコミュニティーでどのように考えるかということをして市区町村は、彼らが持っているデータを基本に考えなければいけない。そういったことを、この会議においては、こういったことを都道府県や市町村に示唆していく必要があるのではないかと思う。

そのことについては市町村内で規範的統合といった、自ら目標値を設定してやっていくべきだということが、既に老健局からも、幾つも指針として出されているので、今後、この医療と介護のデータ分析をやっていく際に、軽度者の認定率や在宅サービスの在り方等については、ある程度の標準化を目指してやっていく必要があるのではないか。

ただし、医療行為の標準化よりは、若干、先の議論になると思う。よって、まずは都道府県毎の大きいところを押さえてから、ミクロ的な議論に入っていくというやり方がよろしいのではないか。

○永井会長 本日の議論はここまでとしたい。最後に政府側から御発言をいただきたい。

○高木内閣府大臣政務官 本日も長時間にわたり大変熱心な御議論をいただき、感謝を申し上げます。今日の会議では、これまでのワーキンググループでの検討を踏まえて、厚生労働省から医療費の標準的な算定式の基本的な考え方等を盛り込んだ医療費適正化基本方針の案の提示がされた。これまでの委員の皆様方の精力的な御議論によるところであり、改めて感謝を申し上げます。

本日の説明にもあったように、本年夏頃を目途に厚生労働省において、この医療費適正化基本方針に具体的な数値を含む医療費の標準的な算定式の詳細を盛り込むこととしているので、本専門調査会においても引き続き、算定式の詳細について必要な検討を深めていただきたい。

○永井会長 本日の会議はここまでとしたい。

医療費の標準的な算定式や介護費の地域差分析については、引き続きワーキンググループで検討を深めていただくようお願いしたい。

8. 閉会

- ・第8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)