

永井専門調査会会長

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終了後会見
(平成28年3月23日(水) 17:30~17:49 中央合同庁舎第8号館 623会議室)

1. 発言要旨

○永井会長 それでは、先ほど開催されました第7回の専門調査会について御報告いたします。

この会議の位置付けでありますけれども、改めて本専門調査会における位置付けを少し御説明いたしますけれども、都道府県の医療費適正化計画策定のために、その策定方針を定めた医療費適正化基本方針を今年度中に厚生労働省が策定することとなっており、基本方針の中で都道府県の計画に盛り込むべき医療費の標準的な算定式を記載するという事になっております。専門調査会では、この基本方針に盛り込むべき医療費の標準的な算定式についてはワーキンググループを中心に有識者から議論を聴取し、検討を進めております。以上が会議の位置付けです。

本日の会議の内容でございます。尾形委員、堀田委員が欠席でした。15名の委員のうち13名が出席いたしました。

最初に萩生田副長官から御挨拶をいただきました。骨太の方針或いは経済財政再生計画において医療費の標準的な算定式の策定と医療費適正化に関する政府の方針が示されているということ、これらの方針を踏まえ、専門調査会においてワーキンググループにおける検討状況等を聴取した上で、精力的な議論を賜りたい、という趣旨の御発言をいただきました。

会議の前半では、ワーキンググループの検討状況の概要を松田会長代理(WG主査)から御報告いただきました。続いて、医療費適正化基本方針案の概要と地域医療構想の進捗状況について、厚生労働省より説明をいただき、まとめて意見交換を行いました。内容は配布資料を御覧ください。

その中で、特に基本方針案の位置付けについてであります。厚生労働省からは今年度末に策定する基本方針案の中では、骨太2015を踏まえて標準的な算定式の基本的な考え方や構造を示すという説明がありました。その上で算定式の詳細な数値等については、まず今年度に策定される地域医療構想の内容も踏まえる必要があるということ。外来医療費についても今後データ分析を更に進める必要があるということ等から、今後引き続き検討を進め、本年夏頃に基本方針を改正して盛り込むということでありました。

続いて、医療費適正化計画とは別のもう一つのテーマであります介護情報の活用に関連しまして、介護費の地域差分析について厚生労働省より説明をいただき、意見交換を行いました。

最後に高木内閣府大臣政務官から、今般、医療費の標準的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案が提示されたことについて、委員の方々に感謝すると

ということ、今後も専門調査会において、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、という御発言をいただきました。

今後、厚生労働省におきまして、ワーキングにおける検討と連携しまして、医療費の標準的算定式の詳細等について検討を続け、本年夏頃に医療費適正化基本方針を改正し、その成果を織り込むということ、同時に介護費の地域差分析についても、引き続き、市町村に分かりやすい情報提供を進めるためのデータの見える化に努める、ということになっております。

これらを踏まえて、専門調査会においても医療費適正化に向けた標準的算定式の詳細及び介護費の地域差分析等について、引き続き検討を深めていくことになりました。次回の日程については、調整の上、事務局より連絡をいただくことになっております。

本日の調査会で出ました委員の方々の主な御発言であります。最初に田近委員からは、地域差と言いましても色々なファクターがあるもので、解消できないものと修正すべきもの、そういう地域差をどのように見分けるのかということ。

鳥羽委員からは、多剤投与の件につきまして、社保で3分の1、国保でも2分の1の多剤投与があり、10剤以上が1割以上あるが副作用が起きるとい研究もあるので、現在は10剤以上の投与は考えにくいということ、また、土居委員からも、10剤という尺度は参考になるという御意見がございました。

ただ、それに対して伏見委員からは、外用薬や頓服薬も含まれている可能性があるので、10種類以上の投与が過剰かどうかという点は、更に検討が必要であるという御意見をいただきました。

また、筒井委員からも、多剤投与についてはセルフメディケーション、薬の管理を患者自身がちゃんとできているかどうか、その辺が重要であるという御意見をいただきました。

増田委員からは、これからどのように住民に伝えていくのか、都道府県のデータの違いということになりますと、各県が敏感になりますので、適切な情報提供が求められるという御発言をいただきました。

佐藤委員からは、都道府県の好事例がありましたら、紹介をしつつ、全国に横展開することが必要であるという御意見でした。

権丈委員からは、なぜ自分の地域が高いかということ、それを他の地域からちゃんと説明を容認してもらえるよう、論理をそれぞれの地域で構築していかないといけないという御意見をいただきました。

田近委員から、医療計画の実施に当たってですけれども、数値目標をしっかり決める必要があると。特定健診、後発医薬品以外の数値目標が重要であるということをお指摘いただきました。

松田委員からは、色々なデータが出ておりますが、地域差の適正化に関する仮説を明確化し、データに基づいて分析する必要があるという御意見をいただきました。特に松田委員は現在、2次医療圏単位の分析を進めているということでもありますので、いずれお示し

いただけるということです。

伏見委員からは、地域医療構想の会議の回数が多いところと少ないところがありまして、この辺の状況について、きちんとフォローをする必要があるということでありました。これについては神田医政局長から、きちんとフォローアップをしていくということでありました。

その他、外来医療費の色々な地域差がありますけれども、佐藤委員から、その地域差の要因について明らかにしていただきたいという御意見をいただきました。

田近委員から、医療サービス、地域医療資源をどのように使っていくべきか、国民に分かりやすく示していく、或いはコミュニケーションを図っていく、そういう努力がもう少し必要であるということをお指摘いただきました。

介護費の地域差分析についてであります。藤森委員から地域医療構想が進展していきますと、どういうボリュームで介護に影響があるのか、なるべく早い段階で市町村に情報提供が必要であるということ。

増田委員からも、色々な地域差の分析、中身の分析が非常に重要であって、どのように読み解いていくのか。地域差なのか、個人の問題なのか、社会的条件なのか、これらについて分析が必要であるという御意見でした。

この介護の問題ですが、大阪、山梨等で見ますと認定率に違いがございます。その辺の認定率の差を生み出している要因について、これも仮説を立てて検証する必要があるということ。

一方、田近委員からは、大阪で在宅の介護が多いのはプロバイダーがしっかりしているということもあるのではないかと。業者が入ってきたということで、そのメリット、デメリットをしっかりと考えるべきであるという御意見でした。

権丈委員からも、各地域の状況について、どのように評価することができるのかという評価軸を出していくことを国にお願いしたいということ。

土居委員からは、先ほどの認定率の差がありますが、軽度者、軽い方々の認定率に差があるということ、1人当たりの介護費でも在宅サービスに違いがあります。これを1つの焦点として分析していく必要があるのではないかと御意見でした。

筒井委員からは、介護保険の利用者は78歳以上の単身女性が非常に多い、圧倒的に多いということでありまして。医療と介護のトレードオフが見える都道府県について分析が必要であるという御指摘でした。

今日いただいた御意見の主なものは以上です。

2. 質疑応答

○記者医療費適正化計画についてですけれども、夏頃に基本方針を改正することなのですが、そうしますと専門調査会としての今後の展開なのですが、引き続き検討を続けられるということだったのですが、今年の6月に第1次報告という形でまとめられ

ていると思いますけれども、いわゆる第2次報告という形になるのか、それが最終なのかは分からないですけれども、それは夏頃にまとめられると理解してよろしいのでしょうか。

○永井会長 今日のところは適正化計画の考え方の枠組みというところで御報告をさせていただいていますが、数字は夏頃という予定です。

○記者 専門調査会としては、その数字がまとまった段階で第二次報告みたいなものをまとめられるという流れになるのでしょうか。

○高橋審議官 そこは具体的な段取りは未定でありまして、そういうようなことも含めて検討していくこととなりますが、まだ第二次報告もそれに合わせてということは未定です。

○記者 医療費適正化計画についてですけれども、今回新しい資料が出るものかは分かりにくいのですけれども、それを教えていただきたいです。

○宮島事務局長 医療費適正化計画は皆さんの中でお配りしている「医療費適正化基本方針案の概要について」ということで、厚生労働省保険局の資料がお配りしてあると思います。それが医療費適正化について、現段階でまとまっている資料ということになります。

○記者 今日の専門調査会で初めて明らかになった方針案の考え方というものは、そこで出ているのでしょうか。

○宮島事務局長 今日は厚生労働省の方から、こういう形で医療費適正化計画を今年度中に出すよという報告を受けたということですので、前回から保険局の方である程度公表しているものとかかなりダブっているということになります。ですから、具体的な医療費の数値目標みたいなものは入らなくて、医療費、地域医療構想と従来やっていた特定健診とか、そういうもの。それから、後発医薬品への置き替えみたいなものを将来の自然体の医療費の伸びに対して、そういった3つの努力をやることによって医療費の目標を立ててもらおうという、そういう構造と言っていますけれども、保険局はそういうものをお示ししたということです。

それに対して、まずは多剤投与とか重複投与とか、そういったものもあるのではないですかと。そういうのに対してはどのような目標を立てていけばいいのかというような議論を今日の専門調査会の中では行われたということなので、そういうものが入ってくるのが夏になる。どういう形になるかは別にして、そういう検討を今後も続けていくということが今回の調査会での議論だったということです。

○記者 あと、地域医療構想の内容も踏まえ、とあるのですけれども、これは都道府県毎に医療機能別の必要病床数を都道府県毎に推計したものを入院医療費の算定式の基礎データにするというお考えなのでしょうか。

○宮島事務局長 基本的には、そういうふうになっていくと思います。ただ、今の地域医療構想の中では、供給の問題をどうするのだとか、5疾患・5事業の話を2次医療圏毎にどう確保するのだとか、そういった中身の議論も進めてもらっていますから、ある程度その地域医療構想の形が見えた夏くらいの段階で、では、医療費というベースにどう置き替えるのだという議論をその段階までにやってもらって、反映していくということを考えて

いるということです。

○記者 介護費の地域差分析についてお尋ねなのですが、基本的なことで恐縮ですが、こういうものを出したのは今回初めてでしょうか。

○永井会長 この資料全体としては、初めてです。

○記者 この見方を教えてほしいのですが、資料4の4ページのところで、栃木県が一番上で大阪府が一番下になっていますけれども、どういう順番なのですか。

○高橋審議官 4ページですね。全国の数字が、右側の認定率は、小さい順に山梨から、大阪が一番大きいと、単にその大小で並べただけです。左側は1人当たり介護費で、ちょっと薄くて見にくいですが、施設と居住費系と在宅の全体の合計で一番大きい大阪が一番下、一番小さい栃木が一番上ということになります。

○記者 では、これは栃木が一番小さいということですね。

○高橋審議官 そうです。1人当たり介護費、年齢補正後では、一番小さいのは栃木ということになります。

(以上)