

永井専門調査会会長

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 終了後会見
(平成28年10月21日(金) 15:30~16:02 内閣府本府庁舎3階 330会見室)

1. 発言要旨

- 永井会長 先ほど開催されました第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」について御報告いたします。

この会議の位置づけについて改めて簡単に御説明いたしますと、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ました医療費適正化基本方針の中で、医療費の標準的な推計式を記載することになっております。この調査会では、基本方針に盛り込む医療費の標準的な推計式について、ワーキンググループを中心に有識者から議論をいただき、検討を進めております。本日、この医療費の標準的な推計式とその考え方、国において仮に試算した結果等を取りまとめることになりました。

本日の会議でありますけれども、本日は佐藤委員、山口委員が欠席でありまして、15名の委員のうち、13名が出席いたしました。

会議では、最初に越智内閣府副大臣から御挨拶をいただきました。昨年6月の骨太の方針に医療費適正化計画のための標準的な医療費の算定式の策定等が盛り込まれているということ、この方針を踏まえて、この専門調査会やワーキングにおいて議論を重ね、今回、一定の取りまとめを行うことになったということ、また、本日はワーキンググループにおける分析や、この取りまとめ案の内容等について精力的な議論をいただきたいという、そういう趣旨の御発言でありました。

続きまして、ワーキンググループの検討状況の概要について松田主査から報告をいただきました。その後、医療費適正化基本方針について、地域医療構想の検討状況について、2つ説明を厚生労働省からいただきました。その上で、第2次報告案について、事務局から説明をしていただき、全てまとめて意見交換を行ったところであります。内容については、資料を御参照いただければと思います。

非常に広範な議論がされまして、意見も多彩でありました。鳥羽委員からは、ポリファーマシーと言いますが、高齢者の多剤投与を何剤以上とするか。国際的には10剤以上をポリファーマシー、多剤投与と言うことになっておりますけれども、実際に10剤以上の場合には薬物有害事象が起こることなのですが、日本のいろいろな状況もありますし、データもまだ確実に慢性期の長期投与に絞って行われているわけではございませんので、具体的には湿布だとか、点眼薬とか、いろいろなものがまだデータの中に入っておりますので、とりあえず15剤以上を多剤投与としてこれから分析していこう、あるいはいろいろな制約もかけることにしたいということでもあります。

田近委員からは、現在の医療費適正化計画がいろいろな他の計画と連関してまいりますので、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工程表、

それぞれが連携して動くように、今後も議論していただきたいという御意見でした。特に全体の整合性をもっと国民に見えるようにしていただきたいということでもあります。

増田委員からは、まだ現場に十分な情報が行き渡っていないのではないか。特に、医療費の地域差の半減のための取組の選択肢がまだ不十分ですし、全体の緊張感を隔々に理解できるようにしていただきたいということ。それから、都道府県においても、保健福祉部局等、人材をしっかりと確保する必要があるということでもあります。

土居委員からであります。今回のいろいろな分析は、地域医療構想、適正化計画においてNDB、レセプトデータの分析が行われていて、極めて画期的であるということ。これからもデータによる医療システムの制御が大事であるということが強調されました。特に2025年に一体どのくらいの医療費が必要なのかということをもっときちんとしていく必要があるということでもあります。

土居委員からは、現在検討されております地域医療構想の検討状況について、その中で、知事がどういう権限を持っているのかについても、もう少し議論が必要であるという指摘がございました。

権丈委員からは、医療機関にもデータを提供することが必要でありますし、協議の場でこうしたデータをもとにして医療機関自体、提供側の行動変容も求められる。また、そのためのデータを出していく必要があるということでもあります。

筒井委員からは、こうしたいろいろなデータが現場の医療従事者に必ずしも伝わっていないのではないかということ、今回、さまざまな「見える化」が行われていますけれども、これももちろん進めるとともに、医療現場に届けてほしいということ。そして、これから国民の役割も非常に重要になってまいります。特にセルフマネジメントが重要になりますので、それに資するさまざまなデータであるとか、いろいろな施策が必要になってくる。そのあたりをしっかりと明示する必要があるということでもあります。

そのほか、鳥羽委員から、都道府県ごとの様々な分析が必要になってくる、例えば救急医療の満足度であるとか、医療機関ごとのいろいろな体制あるいは医師の充足状況等、そうしたことをビッグデータを使って研究していただきたいということでもあります。

尾形委員からは、何のためのいろいろな制度改革あるいは医療費適正化かということ、単に医療経済的なことだけではなくて、国民のQOLの向上、質の高い医療を公平に提供する、そういうためであるという理念が非常に大事で、きちんと記述する必要があるだろうということ。また、在宅医療費と入院医療費、外来、これらは全て密接に関連してまいりますので、部分最適ではなくて全体最適化を目指して行っていく必要があるということでもあります。

藤森委員から、介護と医療のデータの連携がこれから重要であるということでもあります。特に国保中央会が持っているデータ（KDB）がございましたので、こちらも今後分析が必要である、もっと活用してほしいということでもあります。

また、さまざまな自治体で分析が行われておりますけれども、先進的な取組をしてい

る都道府県に対しては、特にこの医療費適正化計画において先進的な取組をしているところについては、国が応援をして支援をしてあげてほしいということを発言されました。特に医療と介護の具体的な連結、具体的な施策が必要であるということでもあります。

また、伏見委員からは、地域医療構想を評価する際に、ガイドラインの準拠状況についてももう少し調査をして、きちんと評価をする必要があるという意見が出されました。

山本委員からは、データソースのことが非常に重要であると。また、医療と介護の連結のことも改めて指摘されました。特に、これから何らかの住所地を使った分析、都道府県、2次医療圏ごと、市町村ごとの検討に住所地の情報が必要ではないかということではありますが、しかし、なかなか現在議論はされておりますが、進んでいない点であるということでもあります。

私からは、糖尿病対策だけではなくて、もう少し幅広に糖尿病を初めとする生活習慣病の重症化予防ということをお見出しの中にきちんと書いた方がよいのではないかと発言させていただきました。

個々の委員からの意見はおおよそそのようなことでありまして、今後、いただいた意見を踏まえ、また、適宜お寄せいただいた上で、第2次報告案を後日正式な確定版として取りまとめることについて了承をいただきました。

最後に、萩生田官房副長官から御挨拶をいただきました。その内容は、今回の一定の取りまとめ案を提示するに至ったことについて、委員の方々への感謝をお伝えになりました。また、今後は1人当たりの医療費の地域差半減に向けた取組、そして、介護費用の地域差分析等について、本専門調査会で引き続き検討を進めていただきたいという趣旨の御発言をいただきました。

今後、専門調査会としましては、萩生田官房副長官の御発言にありましたように、1人当たりの医療費の地域差半減に向けた追加的な取組の検討、さらに、介護費の地域差分析についても引き続き分析を深めていくことになりました。

次回の日程については改めて事務局から連絡ということになりました。

- 高橋審議官 私からは、本日の資料の中で、2次報告案の概要につきまして説明をさせていただきます。

資料4-1という横長のものが入っています。報告書案本体が資料4-2で、文章編でございますけれども、その概要が4-1になってございます。

2次報告案の全体の構成ですけれども、「I. 第2次報告案の位置づけ」につきましては、今後都道府県が第3期医療費適正化計画の策定に資するために、医療費の地域差の「見える化」データを公表する。それから、医療費の標準的な算定式の考え方や推計結果を取りまとめるということで、医療費の標準的な算定式は厚生労働省の医療費適正化基本方針の告示で書かれまして、11月の頭に出ることになりますけれども、その議論の過程での考え方、また、それを用いて機械的に一定の過程を経て計算するとどうなる

のかといったものを、本報告書で試算した結果等を書いてございます。

「Ⅱ. 医療費の地域差の『見える化』について」というものがありますけれども、「見える化」は大変大事なことでございまして、国民全体で医療費の負担を分かち合う現在の医療保険制度のもとで、合理的な理由のない医療費の地域差はできる限り縮減していく。こういう必要があるということでございます。

本報告書では、その「見える化」の試みといたしまして、疾病毎医療費の3要素分析をしたデータでございまして、その中からたくさんあるデータ分析の中から一部分を資料4-2の別添にも掲載してございますけれども、こういうことをどんどんやって、データ公表していくことが重要だということでございます。

「Ⅲ. 標準的な算定式による医療費の推計について」、考え方が書いてありますけれども、これはもう既に厚生労働省の方で医療保険部会等でも公表されている内容でございまして、入院医療費につきましては、病床機能の分化・連携の推進による成果を踏まえた推計とする。

入院外・歯科医療費につきましては、適正化策の影響を除いた自然体の推計からこの右側にありますような後発医薬品の普及、特定健診・保健指導の実施状況、糖尿病の重症化予防、重複・多剤投与等、こういうものを差し引いて推計する。これらで大体0.6兆ぐらいの効果があるということです。

「Ⅳ. 今後の課題」のところにつきましては、地域差半減の更なる取組について、引き続き検討でございまして、データ分析の人材育成の支援ですとか、引き続き医療費の構造分析、介護費用の地域差分析を進めることとなっております。

2枚目に算定式のイメージ図を掲載しております。金額で入っておりますのは、算定式等に基づいて機械的な試算をしたものでございます。具体的には今後都道府県が計算していくものでございます。

左側、国民医療費全体、26年度40.8兆とございますが、上の段、入院医療費が16兆、下の段、入院外・歯科医療費が24.7兆とございますけれども、上の入院医療費につきましては、地域医療構想の病床機能の分化・連携の推進に基づいて試算をするということでございまして、試算をしますと、平成35年では19.8兆から20.1兆円程度。ただ、今回の試算では、病床機能分化・連携をしますと在宅医療等への移行がございまして、それにつきましては、移行する患者の受け皿につきましては、今、検討がされているところでございますので、これについては算定式には見込まれておりません。

下の入院外につきましては、真ん中にありますが、「医療費適正化の取組み」といたしまして、こうすると右側の図のように26年度24.7兆が、35年度には自然体ですと30.3兆のところは29.7兆になり、適正化効果が0.6兆円になるというものでございます。

一方で、入院も入院外も全体で地域差半減に向けて縮減努力をしていくという骨太2015にあることのわけでございますが、外来部分の地域差半減ということで言えば、今回の取組の内容だけでは地域差半減にはまだならないので、小さい字であと0.2兆円程

度必要と書いてありますけれども、こういう今後の取組につきまして、引き続き追加の検討をしていくということでございます。そういうような報告書の概要になってございます。

2. 質疑応答

- 記者 資料4-1の裏の0.6兆の適正化効果の内訳を、資料4-2の中に書いてあるようですが、念のため、特定健診で幾らといったことを教えてください。
- 高橋審議官 下のところの真ん中の医療費適正化の取組の中に書いてあるものでいきますと、特定健診・保健指導で200億円程度、後発医薬品の普及で0.4兆円程度、糖尿病の重症化予防で800億円程度、その下の重複・多剤投薬ですけれども、600億円程度、こういう試算になっております。
- 記者 今の部分なのですけれども、単純に教えていただいた数字を足すと、5,600ぐらいになると思うのですけれども、残りの400ぐらいはその他の取組に入るのですか。
- 高橋審議官 これで0.6兆に丸めています。
- 記者 四捨五入して0.6という意味ですね。
- 高橋審議官 そういう趣旨です。
- 記者 わかりました。それと、この報告書で国民に訴えたいことは、単純に我々は数字に着目するのですけれども、2023年度に足し合わせて50兆ぐらいになりますということなのか、それとも、頑張るとこの0.6兆減らせますということなのか、何を1番言わんとしているのかを教えてくださいませんか。
- 高橋審議官 これは報告書の「I. はじめに」のところ等をご覧いただくと、医療費適正化の取組が、国民の医療費が今後とも増加を続けていきますので、医療費の増加を適正なものにしていくことは大事であります。それで、2ページに、今後高齢化を上回る医療費の伸びが現在大きいわけですけれども、こういうものはマイルドにしていかなければいけない。大事な精神は下のところから書いてありますけれども、関係者が協力し合って医療費適正化の取組を作り上げていくのだと。地域医療構想もそういうことでございますし、日本健康会議のようなことで、経済界、医療関係者、自治体、国民みんなで行っていくということで、3ページの上の丸に書いてありますように、医療費適正化というのは国、都道府県、保険者等、医療の担い手、それから国民がそれぞれの役割を果たして、疾病予防の行動変容ですとか、患者の受療の変革を促して、医療費適正化の実を上げる。
それから、その次に書いてありますように、患者、住民の視点から患者の受療行動の変化の取組は大事だというメッセージでございまして、医療費適正化は国民の健康やQOLの向上の視点から取り組まなければいけないということで、まさに重複投与・多剤投与等、それを是正していくことが健康になるわけでございますし、いろいろな予防活動も大事だと。そういう大きなメッセージでございます。

金額の試算は仮に試算してみるとこういうことなのということで、この試算の数字は、この報告書の1番のメッセージというよりは、国民みんなでこれから医療費適正化計画というものを自治体で作っていくことになるので、ぜひとも取り組んでいくべきだ、こういうことかと思えます。

- 記者 先日、この医療費の推計方法の基本方針を厚生労働省から告示されて、11月中に告示されると思うのですが、この報告書でも一部あると思うのですが、在宅医療の移行分がまだ行き先が決まっていなくて、見込まれていないという点についてどうお考えになるのかが1点です。

もう1つが、今後、この間に診療報酬改定があるわけで、それについては引き続き検討すると厚生労働省の告示の方はなっているのですが、この点についてもどうお考えになるのか、もし考えがあれば教えていただけますか。

- 高橋審議官 この2点、まさにいろいろな議論がある中で、厚生労働省の基本方針の議論の中でそのようになっておまして、在宅につきましては、特別部会で議論されているような療養病床をどうしていくのか、今度は在宅での受け皿を次の30年の医療計画、介護計画の同時改定に向けてどう整理してどう取り組んでいくのかとか、そういうことの中でこれから議論する部分があるので今回の算定式に入っていないわけですが、そこについては重要な点であるというようなことも、この中でも記述をしているということでございます。

診療報酬改定等につきましても、診療報酬改定の影響は、この医療費目標の金額に当然影響してくるわけですが、そこにつきましても、何らかの方法で影響を抜いて評価するような、このようなものが必要だと。具体的な手法は今後検討だと厚生労働省もなっておりますので、そのようなことも2次報告書案でも記述してございます。

- 記者 入院医療費の分、推計になっているところなのですが、2023年度に19.8兆から20.1兆円になっていますが、これは何らかの適正化策を講じた結果なのか、それとも単に今の傾向を伸ばしただけなのかということについて教えてください。

- 高橋審議官 これは地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の成果を踏まえるとうなると。これに19.8兆円から20.1兆円と幅がありますのは、この地域医療構想自体が慢性期の取扱いについては都道府県ごとにパターンAからパターンBとか幅があるガイドラインになっておまして、各都道府県が今、まさに策定中で、今後更に策定されていきますが、そうすると、全体の中で各都道府県からでき上がってくるものがこれからですので、これは昨年年第1次報告で試算しました最大・最小のパターンA、パターンBのもので幅をそのまま計算するというものでございます。

- 記者 地域差半減目標の考え方なのですが、これは今、政府の中の位置づけとしては、平成35年度までに半減させる考え方よろしかったでしょうか。

- 高橋審議官 これは骨太2015、また、その昨年の改革工程表の記述では、いつまでにとは書いていないのです。地域差半減に向けて努力するというので、改革工程表のK

PIでも地域差半減に向けて年々縮小と書いてあります。それと、この医療費適正化計画の計算式が全体できっちりこのゴール面が結びついているわけではありませんが、これらの取組、医療費適正化計画ですとか、地域医療構想等の取組を通じて半減を目指す。こういうことが骨太に書いてある、まさにその内容でございます。

- 記者 この資料にあるように、あと0.2兆円分が足りないということなのですが、これは今後具体的にはどのようにして、ここの差を埋めていくイメージでしょうか。
- 高橋審議官 基本的にはやり方が、効果のあるエビデンスのあるものがはっきりして、それが一定程度の広がりがある、それをパターン化して全国に広げていこうという考え方でございますので、今後更に検討して追加していく。それは厚生労働省の方の適正化計画の方針の中の資料の中にも入っておりますけれども、この報告書でもそのようなことが入れてありまして、この専門調査会、またそのワーキングでも引き続きその分析等は厚生労働省とともにやっていきたいということでございます。
- 記者 先ほどの入院医療費のお話で、19.8兆円から20.1兆円が病床機能の分化・連携の成果を踏まえたらこうなるということなのですが、これは自然体の伸びでいったらこうなるという試算はあるのでしょうか。
- 高橋審議官 自然体でいきますと、20.9兆円という試算になっておりまして、しかしながら、この差額が効果なのかというと、この在宅医療との関係がありますので、単純にこれを計算してこの差額がどうこうとは言にくいというものでございます。
- 記者 在宅の効果を除くと、この20.9兆円とここに書いてある19.8兆円から20.1兆円の差額が適正化効果額ということですか。
- 高橋審議官 在宅移行分は今回見込んでいませんので、自然体ですと20.9になって、機能分化・連携をやると19.8から20.1だということなのですが、在宅移行分がもう少し増えるはずなので、そこは単純に差し引きだからどうのということにはならないと御理解をいただければと思います。
- 木下室長 今の入院医療費の場合は適正化ではないのです。どちらにしても機能分化をして、医療費がこう推移しますという形での今の機械的推計をやっているだけなので、ほかのジェネリックを使ったらどうなりますという、入院外等は位置づけが違うのかなと思っていまして、いわば、必要な医療ニーズにふさわしい形での病床を機能分化していったらこうなりますということを去年示しているわけで、それを踏まえて機械的にやるとこうなります。差は適正化という意味ではないということは御理解いただければと思います。

(以上)