

第10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3月31日（火）10:00～11:40

場所：中央合同庁舎第8号館416会議室

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

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】

内閣官房社会保障改革担当室、総務省自治財政局、財務省主計局

厚生労働省医政局、老健局、保険局、社会保障担当参事官室

三 議事

1. 開会
2. 地域医療構想策定ガイドラインについて
3. 医療費適正化計画について
4. 閉会

1. 開会

2. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- ・地域医療構想策定ガイドライン等について、厚生労働省より資料1-1から資料1-4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。

(松田主査)

- ・資料1-1の74ページ以降の介護保険関連のデータは、市町村単位で提供した方がよい。介護保険は市町村が保険者であり、新しい介護保険事業計画が出てきたところであるので、現状と5年後の目標値を提供できれば地域包括ケア計画を作るときに役立つと思う。検討いただきたい。

(厚生労働省医政局)

- ・ガイドラインには例示として都道府県単位でしか示していないが、ご指摘のとおり、できるだけ詳細なデータを提供できるようにしたい。

(松田主査)

- ・資料1-1の50ページの「公表しなければならない項目の整理について」で、主とする診療科が複数ある場合は上位3つとある。大学病院などでは3つに限るのは難しいと思うが、4つ以上記載しても良いということか。

(厚生労働省医政局)

- ・病床機能報告制度において、主とする診療科を3つまで報告するようになっており、それ以上は報告してもらっていない。報告してもらっているものをそのまま出してもらうことを意図している。

(土居委員)

- ・病棟単位でも報告することになっており、病院単位で3つでは難しいということがあるのかもしれないが、病棟単位でも3つでは難しいということがあるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・病棟単位でも3つ以上の診療科があり得る。これまでは診療科別の病棟構成が中心だったが、今後はステージ別の病棟構成となりつつあることを踏まえると、病棟単位での診療科数がより増えると思われる。

3. 医療費適正化計画について

- ・医療費適正化計画について、厚生労働省より資料2-1及び資料2-2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。

(松田主査)

- ・医療費適正化に関しては、いろいろな場でいろいろなデータが出されているが、例えば、フランスではジェネリックの使用による効果がなくなっている。つまり、ジェネリックの使用率は上がっているものの、高額な薬剤が入ってくることにより、ジェネリックの効果がほとんどキャンセルされてしまう事態が生じてきている。メディカル・テクノロジー・アセスメント等の成果を踏まえながら、高額な薬剤や技術の評価を行うことを考えていく必要がある。
- ・最近ある大学の事例でも問題になっているが、肝臓がんの手術を腹腔鏡でやる必要があるのかという問題もある。開腹でやっても腹腔鏡でやってもロボットサージェリーでやっても、長期のアウトカムがあまり変わらないという場合もある。個々の診療行為としての価格差はアメニティに関わる部分かもしれないので、診療報酬の設定の在り方も考えていくべきではないか。外科医は技術の高い方で行おうとするが、それが患者のアウトカムにつながっているのかを評価しなければならない時期に来ていると思う。
- ・エンドオブライフケアの議論のやり方は難しいが、予防や健康づくりの効果も含め、死亡前の医療費をどう考えるかという問題もある。

(佐藤委員)

- ・地域医療構想と医療費適正化計画の関係を伺いたい。地域医療構想では入院受療率などの地域間格差が議論となったが、医療費適正化計画では医療費の地域間格差をどう理解すべきか。
- ・医療費適正化計画では予防について盛り込まれているが、予防の主体は保険者であったり市町村であったりするが、都道府県との関係をどう考えるのか。
- ・医療費適正化計画の見直しにおいては保険者協議会の役割の強化が挙げられているが、地域医療構想における協議の場との役割分担はどうなるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・医療費の地域差には様々な要因があるが、主に提供体制の差と予防などの取組の差に起因すると考えている。
- ・医療費適正化計画における医療費は、入院と外来を分けて算出するが、こ

れまでは、入院医療費は自然体で伸ばし、平均在院日数を用いて地域差を縮める形で適正化を織り込んでいた。今回は、入院医療費については、地域医療構想の中で病床を機能別に分け、慢性期は一定の地域差を縮小していくという視点を取り入れており、地域医療構想をベースに用いていくことになる。さらに、例えば誤嚥性肺炎の予防などによる入院受療率の適正化を織り込むことも考えられるので、データを分析し、地域差を見る中で、何ができるかを考えていきたい。

- ・ 外来については、受療率などを適正化する上で、どのような疾病と関係があるか、どのような予防対策と関係があるかなどを分析していく必要がある。今はメタボ健診と保健指導を盛り込んでいるが、糖尿病の重症化予防なども保険者レベルでは相当行われているので、そういったことも盛り込めるかどうか、この場でもご議論いただきたい。
- ・ 協議会や主体の問題に関しては、目標と実績との差が生じた場合に都道府県は一定の措置をとることになるが、分析した結果、その原因が主として、入院医療費で地域医療構想に沿った提供体制の改革が進んでいないとなれば、協議の場などを使うこととなり、原因が主として、予防の部分にあるということとなれば、保険者協議会を通じて保険者に強く働きかけていくことになる。
- ・ 提供体制については都道府県が自ら主体になるが、予防については実施するのが保険者であるので、保険者協議会などを通じて保険者に要請していくことになる。国レベルでも、健保連や協会けんぽ、国保中央会などを通じて、予防についての保険者の取組をより一層働きかけていくことを考えている。

(佐藤委員)

- ・ 健康の保持は長期的な目標であり、結果はすぐに出るものではなく、10～20年程度はかかるものである。一方で2025年に向けてどうするかが課題なので、10年でどういう成果が出せるかが問題となる。
- ・ 医療費適正化の観点から、保険者が被保険者に対して受診行動を指導したり、病院に関する情報提供を行ったりすることも考えられるのではないか。
- ・ 健診や健康指導は、成果として健診率の向上などの形では見えるが、最終的なアウトカムとしてどうなったかが見えにくいので、2025年をターゲットとして前倒しで成果が見える形で何ができるか検討すべきではないか。

(筒井委員)

- ・ 今の佐藤委員の指摘は、ソーシャルイノベーションにおける階層に関わる

問題になると思う。第一層目には、ケア論的な、現場における医療技術の話があり、第二層目には、マーケット論や運営管理論の話があり、第三層目には、制度的な話がある。第三層目について、保険者協議会における取組だけでなく、今後はマーケット側や経営側の視点を入れていくべきであり、実際に医療を提供している医療機関に対して何かできないかを考えてもよいと思う。これらを考えた上で医療費の適正化という抽象的な内容ではない、成果をどのように設定すべきかという具体的な内容にしていく必要があるだろう。

- ・例えば、脳卒中の患者は、症状が良くなると薬を飲まなくなることがあるが、介護保険に入っている人に対し、きめ細かい指導をすることによって、患者のセルフマネジメントやセルフケアを支援する研究を行っている。その際、医療機関と患者を患者に対する指導という観点で結びつけることが必要となるが、このようにマーケット側として医療機関が実際に関わる形で評価するものは今のところあまりない。今後はこうした具体的な活動も踏まえた上で、うまく医療費適正化と結び付けることができないかと考えている。

(藤森委員)

- ・資料2-1の13ページにマイナンバーについて記載があるが、その見通しを教えてほしい。
- ・また、NDBのレセプトデータと健診データを突き合わせるができないという問題については、マイナンバーにより改善が期待される。しかし、5年も10年もかかるのであれば2025年には間に合わないことになるので、見通しを教えてほしい。

(厚生労働省保険局)

- ・マイナンバーは来年1月に始まるが、その際、医療関係者の中でマイナンバーを使えるのは医療保険者であり、医療機関は使えないこととなっている。13ページの仕組みは、マイナンバーを通じて情報提供ネットワークシステムへアクセスするために必要な符号を、住基ネットにアクセスして取得する必要があるが、これを各医療保険者が個別にやるとコストになり煩雑であるため、今回の医療保険法の改正の中で、支払基金と国保中央会が共同で、保険者の委託を受けて一元的に符号を取得する業務ができるようにする支払基金法の改正を行おうというものである。これにより、保険者が変わっても被保険者の加入履歴を一元的に支払基金で管理できることになる。

- ・また、NDBについては充実・改善に取り組んでおり、かねてよりワーキンググループでもご指摘いただいている NDB に住所地情報を盛り込むことについても、来年度以降、どのような方法があるか実務的に検討を進めていきたい。

(藤森委員)

- ・番号で突合せさせるときに氏名等も併用するとエラーを起こす可能性が高まるので、マイナンバー単独で NDB に埋め込んだ方が良いと考えている。

(石川参考人)

- ・保険者と厚生労働省の間でマイナンバーが使えればよいというのではなく、そもそも医療情報を生み出している医療機関側においてマイナンバーを使った上で匿名化して、DPC データやレセプトデータを出すことを今後の課題として検討した方が良いのではないか。もう少し志を高くして、実際にデータを運用し発生源となっている医療機関を含めた情報の集約が効率的に行われるように検討してほしいと思う。

(土居委員)

- ・データについては、医療だけではなく介護についても情報集約できるように検討してほしい。
- ・保険者に取組を促すのは大切だが、その際、健保組合をどう生かすかという課題がある。健保組合は、企業単位で形成されているので、事業所は全国に点在していても、保険者機能は本部のある東京で行っているところが多い。このため、各県で保険者協議会を行う際に、健保組合の声が相対的に小さくなり、国保や協会けんぽの声が大きくなっているのではないか。健保組合の取組や意見をうまく取り入れられるようにした方が良い。これは後期高齢者支援金の加減算にも関係してくるが、加減算は保険者単位なので、健保組合の場合、本社だけでなく全国に点在している支店や事業所でも同じ取組を横展開している可能性がある。被保険者に対するヘルスケアの先駆的な事例を各県でも取り入れてもらう観点から、東京に本部があり各県に支店や事業所を展開している健保組合の意見を聞くことは、ベストプラクティスを普及するためにも重要であると思う。
- ・医療費適正化計画は、地域医療構想を踏まえて改定してもらいたい、積極的に医療費適正化を進めた時に、地方財政にどう影響が及ぶか気になっている。仮に、医療費適正化計画に取り組み、医療費が抑制されたときに、それがそのまま地方交付税の基準財政需要額の減額として反映される仕組み

みとなっているのであれば、インセンティブが削がれてしまわないかという懸念がある。もし工夫できるところがあれば、工夫してもらえるとよい。

(松田主査)

- ・医療費適正化計画にとらわれず、もう少し大きな視点から医療費適正化について考えてみると、まず、フリーアクセスをどうするかということがある。フリーアクセス自体をやめることはできないだろうが、ある程度コントロールすることは考えられる。ある県で重複受診・多科受診の分析をやっている。これは、医療費の面からも問題であるが、それ以上に医療安全の面でも問題である。ある程度かかりつけ医的な枠組みが機能していればよいが、実際には重複受診や多科受診が起こっており、鎮痛剤などが重複して処方されている。例えば、お薬手帳などをうまく活用することによって、重複処方のようなものを防ぐことが必要である。
- ・ドイツもフランスも、保険でカバーすべき薬や検査であるかどうか整理し、償還率を変えていたりする。日本でも OTC が広まってきたので、そうしたことも考えていく必要がある。
- ・療養病床については、ロングタームケアのホテルコストの大部分を医療保険でカバーしているのは日本だけではないか。他の国は、原則、年金保険でカバーするのが基本であるので、ホテルコストの在り方も考えた方がよいのではないか。
- ・一方で、日本では医療技術の評価が低いものがあるという問題がある。例えば、インターベンションなども他の国に比べて技術料が低い。医療費の適正化に当たっては、医療技術の適正な評価もあわせて必要だと思う。
- ・高額薬剤に関しては、難易度は高いが、参照価格制のようなものも検討すべきだと思う。例えば、抗がん剤で従来薬と比較して非常に大きな価格差があるものもあるが、価格差ほどの効果があるのかという問題もある。そのあたりも考えないと、医療技術の進歩を今の診療報酬の体系で吸収しきれなくなっていると思う。

(石川参考人)

- ・自分自身、精密に MTA を行っているわけではないが、医療費や使用患者の割合から見て、高額薬剤が占める割合は非常に大きいと感じる。例えば、肺がんでは、単一の薬剤で入院化学療法薬剤費用の 40% 近くを占めているものがある。ジェネリックの使用促進など細かい積み上げも必要だが、高額な医療技術を適正に評価することが重要である。
- ・医療費適正化計画については、大きく二つに分けて考える必要があるのでは

はないか。単年度の会計の中で、この改善を行ったからこれだけ医療費が適正化できたという評価ができるようなものと、メタボ健診のように、受診率は上がったけど、その効果は後年度になる、あるいは後期高齢者のところで出てくるというようなものがある。

- ・医療費適正化計画の中で、単年度で評価が可能な取組と長期的に行って効果が確認できる取組を分けた上で、前者についてそれなりに評価されるような形にもっていかないと、保険者や関係者を巻き込んでいくことができないと思う。単年度の目標と評価できる枠組みも検討いただきたい。

(伏見委員)

- ・医療費適正化計画については、都道府県が影響力を及ぼせる範囲が限られていることが課題である。全体的な診療報酬体系の問題に加え、地域レベルで何ができるかをもう少し考えるべきである。今回、データを揃えて地域医療構想で提供体制が整理されていくので良い機会である。
- ・現在、指標としては健診率や平均在院日数などを医療費の適正化に用いているが、おおざっぱな指標となっている。例えば、受療率のデータも NDB を活用すれば詳細なデータを出すことが可能であり、場合によっては個別の診療行為や薬剤のアビュースについてもデータで分析できるようなレベルになっている。PDCA サイクルを回すための具体的な指標を、現場に近く、より詳細で、かつ医療費適正化につながるような指標にして、地域間格差を是正していくようなことを考えていく必要がある。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・資料 2-1 の 5 ページの目標は追加できると考えてよいのか。

(厚生労働省保険局)

- ・法律上は「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」という大きな柱を規定しているので、具体的にどのような項目を入れるかはある程度機動的に対応できる。
- ・都道府県との協議においては、医療費との関係でエビデンスとして明確に示せるかが、保険者へ働きかける上で都道府県としても重要ということであった。例えば、ジェネリックは分かりやすいが、頻回受診については何をもって頻回と考えるかは難しいという問題もある。重複投薬、重複処方であれば、医学的な部分も含めて、何かエビデンスを示せるかもしれないし、ディジーズ・マネジメントのようなものについても、医療費との関係でエビデンスが出るものがあれば検討していきたい。

- ・ さきほどから、診療報酬そのものや薬剤給付の在り方、療養病床の在り方など制度論も含めて、非常に幅広いご議論をいただいております、こうした議論も大切であるが、最終的に医療費適正化計画につながっていくものと、診療報酬や制度論につながっていくものがあると思うので、事務局とも相談しながら整理させていただければと思う。

(佐藤委員)

- ・ 政策評価には上位と下位の目標があるが、資料2-1の5ページの目標は、健診やジェネリックをどうするかといった比較的下位の目標であり、行政事業レビューレベルの目標である。上位の目標は医療費をどう抑えるかであり、全国レベルでどう抑えるかは、国の制度の問題でもあり、保険給付の範囲や診療報酬にも関わることになる。他方、地域レベルの目標もあり、地域間格差がかなりある中で、地域ごとに取り組むべき医療費の適正化の目標がある。
- ・ 自分が気になっているのは、医療費の適正化という壮大な目標に対して、5ページに掲げられている目標はミクロレベルすぎないかということである。これをいくら積み重ねても医療費の総量として、それなりの金額の医療費の適正化や伸び率の抑制になるのかという疑問が残る。
- ・ 現行制度の枠の中で各都道府県は何ができるのか、医療費適正化に対して、どのような手段があるのか考えてもらう必要がある。制度論は国が考えるなど、医療費適正化には様々な主体が関わってくるので、役割分担をして、責任の範囲を明確にするなど、整理する必要があるのではないかと。

(土居委員)

- ・ 私の理解では、ワーキンググループでは将来の医療需要の推計方法を議論してきたが、これに病床稼働率をかければ必要病床数になり、単価をかければ医療費になる。そして、これを医療費適正化計画とどう連動させていくかという話であると考えているが、どうか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 基本的にそのような理解でよいが、さらに外来医療費の問題があるので、外来の取扱いも議論していただくことになる。
- ・ 医療費適正化については、幅広い観点から議論していただくことが重要であるが、この場では、医療費適正化計画の目標として、資料2-1の5ページの項目のほかに、世の中や関係者の目からみて、説得力があり、納得できるような項目があるか、データを用いて検討していただき、それをど

うやって医療費の適正化につなげていくかということだと考えている。

(土居委員)

- ・ 都道府県の医療費適正化計画に「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を定めることとなっているので、ここを工夫して一生懸命取り組めば、相当の医療費の抑制効果が期待できるのではないかと考えている。

(石川参考人)

- ・ 重複処方の抑制は、韓国など諸外国で抑制できているところがある。その背景には、日本では医療機関は保険者に対して1カ月に1回しかレセプトを提出していないが、諸外国では、基本的に、毎日、受診ごとに情報を提供したり、医療給付を行う前に、給付して良いかを照会したりするなど、トランザクションベースの保険医療の支払いのシステムになっていることがある。こうした国では医療機関側への支払いは、2～3日後から、最長でも2週間程度で行われている。日本では翌月まとめて請求し、2か月後に支払い、結果として様々なアクションを取れるのは3か月単位でのターンオーバーでしかできない。折角ICT化が進んできているので、きめ細かく情報の流通と管理をできるようにすべきではないか。保険証の発行等に関してマイナンバーを活用するというような話もあるが、もっと本質的な改革として、医療情報がタイムリーに入手できるようにし、医療費の適正化や医療の質の向上に活用してもらいたいと思う。

(筒井委員)

- ・ ビジョンとして医療費適正化があり、一つ一つのミッションに落とし込む際に、国のミッションと都道府県のミッション、保険者のミッション、市町村のミッション、医療機関のミッションと患者のミッションがある。医療費適正化としては都道府県のミッションが議論になっているが、保険者のミッションや市町村のミッションも考えていかなければならないと思う。
- ・ 医療技術については、それをどのように評価するのかという問題と、医療費適正化という観点から、制度としてどう受けるかという問題は分けて考える必要があるのではないか。
- ・ 資料には、都道府県のミッションが書かれているが、これに加えて、データからみて、医療費適正化のミッションのために、それぞれの機関で何ができるのかを考える必要があるだろう。先ほどの脳卒中の例は、市町村のミッションとしても考えられるので、事例として挙げたということである。

(佐藤委員)

- ・資料 2-1 の 5 ページに掲げられている目標を達成しただけでは、適正な医療費とは言えないのではないかと。本来は、エビデンスベースで、科学的な知見に基づく必要な病床数をもとに必要な入院医療費を出していくものであり、外来も重複受診の問題などを適正化して、科学的な知見に基づく適正な外来医療費の姿が明らかになると考えている。そして、科学的な知見に基づく医療費と財政的な事情を踏まえた医療費を突き合わせて、公的な保険給付の範囲を考えるとということになるのではないかと。
- ・そうだとすれば、まず科学的な知見に基づき適正な医療費を導き出し、目標を実現するための手段として、効率化をどうするか、住民の健康保持をどうするかという順番で考えていくことになる。目標はあくまで適正な医療費を実現することであって、その手段としてどういう指標が適正かを考えていかなければならない。そのためには、外来の受診率や検査の頻度など、もっと具体的な指標や目標を追加していかなければならないのではないかと。

(厚生労働省保険局)

- ・資料の 9 ページにあるように、医療費適正化計画における医療費の考え方は、過去の医療費のトレンドなどを用いてまず自然体の医療費を算出し、第二期計画では、平均在院日数の短縮や生活習慣病予防で適正化効果を見込んでいる。さらに、生活習慣病予防対策のパラメータとして、健診率や保健指導の実施率を用いている。適正化効果として、これら以外に何が考えられるのか、その理屈とそのためデータの揃えるのが基本となる。
- ・医療費適正化計画は、都道府県が主体となって、保険者や患者に働きかけながら適正化を行っていくものであり、例えば、診療報酬に関わるようなことまでは盛り込めない。制度論に関わるもの、診療報酬に関わるもの、医療費適正化計画で実施していくものに仕分けしながら、吟味していく必要がある。

(土居委員)

- ・資料の 9 ページに関し、一体改革時の推計においては、平均在院日数を短縮するために、医療資源をより多く投入する考え方で医療費の増大をカウントしている。今回の病床数の推計方法では C1~C3 の基準を用いて推計をしているが、医療費の推計に当たっては、この一体改革時の考え方はまだ残っているということなのか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・医療費の推計については、これからこの場でご議論いただくことになるが、C1～C3の基準により病床数を推計する際には、ご承知のとおり一体改革時の推計のような人的体制を手厚くして平均在院日数を減少させることは織り込んでいない。医療費との関係では、病床機能の区分に応じて、必要な単価をどう設定するかという問題となる。
- ・一体改革との関係では、消費税増収分を医療・介護に振り向けるに当たって、医療提供体制の改革に資するような使い道をどうするかが医療費に関連してくるが、まずは切り分けて議論してはどうかと考えている。

(土居委員)

- ・自分もそれに近いイメージを持っている。今回の病床数の推計では、C3で区切ることにより平均在院日数が変化することが含まれており、慢性期病床の入院受療率の地域差の是正の中にも平均在院日数の変化が織り込まれている。基金でどう誘導するかはあるが、診療報酬の世界とは違うところで医療提供体制を変えるものなので、医療費としては、9ページのように医療費が増大するかどうかとは違う話になっていると理解している。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・病床数の推計を医療費として置き換えていく際に、具体的にどうするか、議論していただくことになると思う。

(松田主査)

- ・年齢調整標準化レセプト出現比、SCRというものがある。これは、レセプトの性年齢階級別の出現率が全国の性年齢階級別の出現率と同じだとした場合、当該地域でどのくらい発生することが期待できるのかという期待指数を出して、それで実際のレセプト数を割って算出している。これが100より大きければ、そのレセプトが性年齢を調整してもたくさん出ていることを示すことになり、100より少なければ、それが少ないということである。こうしたデータも今後の分析に活用できればと考えている。

(藤森委員)

- ・SCRには多少制約があって、使える人口データは80歳以上が1つになっているので、5歳刻みで年齢調整を行っているが、80歳以上は全部ひとまとめになっているということ、さらにナショナルデータベースを活用しており、公費単独データが使えないという制約があるので、生保などのデータ

が入っていないことに留意が必要である。

- ・ 外来診療について、例えば、時間外加算について地域差があるなど、外来医療費の地域間格差の内容の説明に役立つのではないかと思う。
- ・ 医療機関所在地別のデータであるが、今年度は市町村別まで作っているので、地域医療構想にも活用いただければと思う。

(松田主査)

- ・ 各都道府県の担当者は、SCRのデータを持っているが、なかなか活用できていないので、どのように活用できるかについてガイドラインなども今後は作っていく必要があると考えている。
- ・ 在宅医療の推計をする際には、医療と介護を突き合せて分析した方がよいと考えている。例えば、在宅で訪問診療を受けるような人には本来訪問看護が入っているべきだが、実際には十分なされていないという話もある。こうした実情もあるので、在宅医療の需要を考える際には、あるべき論で考えるのか、現状追認で考えるのかも含めて、データを見ながら考える必要がある。

(藤森委員)

- ・ 例えば、訪問看護には医療保険のものと介護保険のものがあるので、そうしたことも含めて考える必要がある。

(松田主査)

- ・ 介護保険と医療保険の両方を使っている人に対して、共通でケアマネジメントをしている人がいないのが現実であるが、こうした実情も整理しながら、在宅医療の需要を分析していく必要がある。

(以上)