

第12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7月1日（水）16:30～18:00

場所：中央合同庁舎第8号館共用会議室B

二 出席者

【構成員】

佐藤主光委員、筒井孝子委員、藤森研司委員、松田晋哉主査

【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
厚生労働省老健局、保険局、医政局

三 議事

1. 開会
2. 介護費用の地域差分析について
3. 医療費適正化計画について
4. 閉会

1. 開会

2. 介護費用の地域差分析について

- ・ 介護費用の地域差分析について、厚生労働省より資料 1 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。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 本日欠席の土居委員から、本件に関してあらかじめ 4 点ほどコメントをいただいている。具体的には、第 1 に、介護についても、病床における地域医療構想策定ガイドラインのように、地域差を縮める取組を促す枠組みのようなものは考えられないか、第 2 に、地域差の数値について、要介護度別や年齢別に整理することによって、例えば軽度者の定義の明確化やサービスの分析を進められないか、第 3 に、受給者の認定状況の変化などと併せて分析・検討を行うことによって、サービスの効果分析のようなことを行うことができないか、第 4 に、30 年度の報酬同時改定に向けて、名寄せなども含めて医療・介護連携した分析というものができないか、であった。

(佐藤委員)

- ・ 地域差については、人口構成の違いもあるので、年齢別・年代別に出すか、年齢構成を全国平均と同じにして地域差を純粹に見るといったやり方で工夫すべきではないか。

(厚生労働省老健局)

- ・ 年齢階級による調整は技術的には可能と考えているが、現場の必要性も含め、今後、そういったことが必要かどうかについては検討したい。

(佐藤委員)

- ・ 地域差の決定要因を考えた場合、人口構成などを調整したとしてもなお残る要因として、認定率の違いやサービスの受給率の違い、単価・サービス提供コストの違いなどが出てくるのではないか。市町村の担当者が、地域差を分析するためにも、人口構成を調整すべきではないか。
- ・ 資料 1 の 6 ページ、地域包括ケア「見える化」システムについて、サービス別にコストの違いを見せるのは良いアイデアであるが、第 1 号被保険者 1 人当たりだと他の要因も混在してしまう。例えば、サービス対象者 1 人当たりや、受給者 1 人当たりなどで見る方がよいのではないか。
- ・ また、このようなデータは、図表だけでなく数値も公開されるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・ 図表として表示されるものでは、数値についてもエクセル形式でダウンロード可能となっている。

(藤森委員)

- ・ できるだけシンプルに指標化するには、年齢調整は必須ではないか。市町村によってかなり人口に占める高齢者の割合が違うが、できるだけシンプルな指標を作って、高齢者が多いから費用が高いという説明で終わらないようにすべき。
- ・ 重要なのは、どのような基礎疾患があるか。基礎疾患が認知症なのか、脳梗塞後遺症なのか、骨折なのかで全く意味合いが違ってくるので、是非捕捉する仕組みを検討して欲しい。

(厚生労働省老健局)

- ・ 把握できるデータの限界などもあるが、うまく調整できるか検討したい。

(筒井委員)

- ・ 地域包括ケアをターゲットに、今後、医療・介護連携のためのデータの整備を進めるのであれば、全国平均との差だけを見せるのではなく、市町村の分類も必要ではないか。人口調整をした上で状況ごとに市町村を分類して、同一の市町村分類の中で比較した方が自治体には分かりやすいのではないか。
- ・ 市町村の分類に当たっては、二次医療圏別のデータと重ねるなど比較対象が分かる分類の仕方をすると、市町村や厚生労働省での検討にも役立つのではないか。

(佐藤委員)

- ・ 認定率の地域差では、財政的要因など裁量による要因がどこまで働くかに加え、要支援1、2など軽度のところで顕著に裁量が働くのか、重度の方で顕著なのか、細かくセグメント分析を行っていくべきではないか。地方の財政力など直接関係がなさそうな要因が意外と効いていることもあるかもしれない。
- ・ 介護予防と認定率をどうつなげていくのか。こういう介護予防を進めていけば認定率が抑えられるといった、ある種の介護予防事業の効果分析となるのではないか。

(厚生労働省老健局)

- ・ 認定率について掘り下げることが必要と考えている。今の介護の総合データベースの情報をさらに分析をして、それぞれの市町村が判断していけるよう、情報提供していきたい。
- ・ 年齢構成の要素を除去した上でなお認定率が高いところは、何らかの取組が必要ではないか。取り組みの参考にさせていただくために、データベースでは、介護予防を行うことで認定率が下がった自治体の例も載せている。

(松田主査)

- ・ 傷病情報がないことが一番の課題である。例えば、ケアマネージャーが作る管理表に傷病情報を入れることは可能ではないか。ケアマネジメントをやる人ならば傷病のことを分かっているはずなので、検討して欲しい。
- ・ 認定審査の平準化についてだが、地域によって二次審査での変更率は相当ばらつきが大きいので、変更率のデータもあると良い。
- ・ 給付限度額に対する実際の使用率や所得別の使用率のデータもあった方が良いのではないか。

(藤森委員)

- ・ 資料 1 の 19 ページ・20 ページの地域包括ケア「見える化」システムの指標だが、医療との関係が「福祉・医療・その他サービス別第 1 号被保険者 1 人当たり給付月額」しかない。慢性期病床への入院と在宅医療と介護は相補的な関係にあるので、医療側のデータを取り込むのであれば、医療との関係が分かる形にした方が、使えるものになると思う。

(松田主査)

- ・ 医療機能別病床推計では、基本的には療養病床と介護施設と在宅医療等に対応する方をまとめて慢性期という位置付けにしている、この 3 つをどう区分するかが一番のポイントとなる。今の地域包括ケア「見える化」システムの仕組みでは、そこが区分できなくなるので、工夫が必要である。
- ・ 訪問看護の電子レセプト化を急いで欲しい。

(筒井委員)

- ・ 医療とリンクするに当たっては、介護費用は医療と異なりサービス量に準じた費用体系になっており、サービスが潤沢にあると費用が高くなる仕組みとなっていることに留意すべき。単純に医療側のデータを介護給付費に

結び付けることはできないのではないか。

- ・地域包括ケアシステムは、都道府県単位ではなく、市町村単位、せめて二次医療圏単位まで落として考えていかなければならない。都道府県単位だとあまりに大きなくりになるので、先述した市町村の分類を行って、分類の中で議論していく方が良いのではないか。
- ・その上で、プロフィール分析も行うべきである。認定データには、中間評価項目得点の5つの指標があり、プロフィールを表している。そのプロフィールとサービス内容が合っているかを分析することで、初めて金額が妥当かも分かるのではないか。

(厚生労働省老健局)

- ・その視点はよく受け止めさせていただきたい。なお、地域包括ケア「見える化」システムの中で、類似の状況にある市町村のデータも参照できるような仕組みを入れることにしているので、その活用も考えていきたい。

(佐藤委員)

- ・所得階層や、1人暮らしか子供と同居しているかなど、個人の属性もサービスの受給率に影響しているのではないか。個人レベルのデータもあるのならば、実際のサービスの受給状況や所得、保険料負担額など個人の属性とリンクさせた分析によりもう少し細かいことまで分かるのではないか。
- ・経年で見れば、例えば要支援から要介護になったなどの移り変わりも分かると思う。時系列で捉えると、どのようなサービス提供であれば介護度の悪化を抑えられるかなどが分かるのではないか。

(厚生労働省老健局)

- ・ご趣旨は理解できるが、個々の被保険者の所得データまでは介護保険の仕組みの中に入っていない状況である。保険者ごとに所得階層がどうなっているのかを見るという分析方法もあるが、それを圏域別や地区別に捉えるというのは難しい面がある。
- ・移り変わりを押さえることも非常に大事な視点であるが、単に要介護度が上がった、維持した、下がったということだけで捉えるのが良いのかという議論もあるので、整理していきたい。

(筒井委員)

- ・要介護度の悪化・改善とサービスの関係については、長年にわたって研究してきたが、なかなか難しい。介護報酬は、通所、在宅、施設のコードが

膨大で、通所でも1日何時間行っているかとか、それにトランスポートがついているかとか、食事はついているかとか、そういうものが全部加算コードとしてつくので、ものすごくバリエーションがある。このデータベースはコード別の分析ができるようになっているが、かなり詳細な分析をしないと分からないのではないかと。

(厚生労働省老健局)

- ・ご指摘のように、介護報酬の設定もかなり細かく、様々な加算もついていて、それぞれにサービスコードを設定している。必要性に応じて、実態などを見ながら分析を加えていきたい。また、地域包括ケア「見える化」システムにどこまで取り込むかについても、市町村における需要を勘案しながら判断していきたい。

(藤森委員)

- ・地域包括ケア「見える化」システムができたとして、介護についていつまでにどの水準までやってくださいといった地域介護計画のようなものが示されるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・第7期計画の策定に向けて、実績の把握をすることが重要。その上で、問題点を踏まえて、第7期計画に向けてどのような目標を作っていくのか、あるいは2025年、場合によってはその先も含めて将来推計をしながらどう作るか考えていくことが大事である。

(藤森委員)

- ・介護では、いつまでに全国平均に納まってくださいといったことは言及しないのか。

(厚生労働省老健局)

- ・経年や、全国平均との比較を考えていくことは今後必要となろう。そうした点も含めて、次の制度改正に向けて対応を検討する必要がある。

(藤森委員)

- ・医療については明確に県が主導していくこととなっているが、介護については県と市町村の関係はどうか。

(厚生労働省老健局)

- ・介護保険では、市町村の数字や分析の積上げがあった上で、県の事業支援計画ができるという構造となっている。実態から見れば、県の役割は市町村が出したものを束ねることであり、県の担当者の問題意識も不十分な点があると思う。そうしたところも含めて今後どうしていくか検討していく必要がある。

(松田主査)

- ・介護保険では、広域連合関係の分析が難しい。広域連合となると、市町村レベルでどうなっているかが見えなくなってしまう。介護保険事業計画を作るときも、広域連合では、各自治体の実態に合った計画にならないことが多い。実際に総合支援事業などをやるのは市町村なので、ここが分離してしまっているという構造をどうするかを考えなければならない。
- ・市町村が事業計画を作成するに当たって、一番気にするのは、保険料である。市町村としては医療よりも介護の方が介入できる場面が大きいので、保険料を上げないためにどういうことをやったらいいかという観点で取り組んでいくとよいのではないか。
- ・重要なのは、いかに介護保険を使わないで済むようにするかではないか。認定を受けると使ってしまうので、介護の入り口時点でその前にどのくらいサービスを行うかが大事。資料1の30ページにもあるとおり、働いている人が多いところでは、介護保険が使われていない。例えば、医療介護総合確保基金ができたので、働くことを入れ込んだ事業を介護予防事業として位置付ければ有効ではないか。65歳以上の単身世帯でも、配食サービスがあると介護認定を受けにくくなっている。単身の人たちがあまり介護保険を使わないようにしていくにはどのようなサービスを行うのが良いのかなどについて、基金の対象としてモデル事業を行い、それを事例集として挙げていくことが考えられる。

(厚生労働省老健局)

- ・地域包括ケアシステムでは、住み慣れた地域で、個々人の役割を持って活動参加することが重要であり、地域支援事業や介護予防の中で、活動と参加に重点を置いたものを各自治体でメニューを組み立てていただくことが可能となっている。ご指摘のあったような好事例をきちんと集めて、横展開を図っていきたい。

(松田主査)

- ・ 今度の基金は、そういう事業にも使うことができるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・ 基金ではなく地域支援事業の中での取組になる。つまり、財源的には別途確保されている。

(佐藤委員)

- ・ 地域差を検証した結果、例えば自分のところが展開しているサービス事業者の単価が高いとか利用率が高いとかが分かった場合、市町村はどのようにして保険者機能を発揮できるのか。例えば医療であれば、地域医療構想で病院の機能転換を求めるなどの手段がありそうな気がするが、市町村にはどのような方策があるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・ 例えば特定のサービスに偏っていたり、常に限度額一杯まで使っていたりするケースがあった場合には、本当にその必要があるのかどうかについてケアマネージャーを通じて確認するという方法が考えられる。また、地域密着型サービスでデイサービスの指定・監督権限が市町村に移るが、かかる権限によって事業者に対して何らかの対応していくことも考えられる。

(佐藤委員)

- ・ ケアマネージャーに対して何らかのインセンティブをつけることはあり得るか。

(厚生労働省老健局)

- ・ ペナルティを課すような仕組みはないので、一人一人のケアマネージャーの質を高めていくよう取り組むことになる。

(佐藤委員)

- ・ お年寄りが元気でいてもらうことが一番大事であり、これが究極の医療費・介護費の対策である。農業でもボランティアでも地域共同事業でもいいので、有償無償を問わず働いてもらう機会を提供して、お年寄りが地域社会で活動していくように事業展開していく。介護と直接の関係はないが、介護にも通じる究極の予防策であり地方創生にもつながると思う。

(筒井委員)

- ・資料 1 の 32 ページの第 6 期の保険料基準額の保険者分布を見ると、ほとんど 5,000 円か 5,500 円に集中していて、地域差があるといいながら、保険料は同じになっている。保険料はサービス料と一致するはずなので、地域差を考えるならば、もっと差が開くはずである。市町村は、保険料が全国平均を超えるかどうかは気にするが、サービスの中身については他と変わっていても仕方がないと考えているのということか。
- ・サービスのメニューを高齢者の状態別プロフィールで分析していくことはできるのではないか。極端なことを言えば、サービスに対して保険料が明らかに多かたり少なかたりするところに認定システムの中で警告が出るような仕組みを作ることも、今後考えてもよいのではないか。

(佐藤委員)

- ・給付に幅があるにもかかわらず保険料に幅がないということは、一般会計からの繰り出しがあるのではないのだろうか。

(厚生労働省老健局)

- ・一般会計からの繰り出しは介護保険ではやるべきではないと考えている。そもそもそうならないように介護保険では安定的に財源を確保できるような仕組みとしており、市町村にも基本的に一般会計からの繰り出しはやるべきではないと繰り返し話をしている。
- ・保険料を 500 円単位で集計した関係で、5,000 円や 5,500 円のところが多くなっているが、500 円単位であるがその中で分布はばらけているという状況であったと思う。一方、8,000 円に近かたり、3,000 円を下回っていたりといったところは、サービスが少なかたり、そもそも人口が少ないために 1 人のために保険料が上がったりなど、イレギュラーなところがある。
- ・また、高齢化率の違いとか所得階層の分布の違いに応じて、国庫負担が 25% あるがそのうちの 5%分を活用して調整交付金という形でならず仕組みがビルドインされている。そのために保険料がばらけない形に見えているのではないか。

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 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。

(筒井委員)

- ・「メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者の医療費の差が 9

万円／年」というのは、どのような根拠によるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・年齢階層ごとに、メタボの該当者及び予備群の方のグループと非該当の方の入院・外来含めた全体の医療費の比較をすると、概ねどの年齢階層でも年間医療費の差として9万円くらいの差があったということが事実としてはある。エビデンスとしてどこまでのものかについては、いろいろなところから意見をいただいているので、何らか見直していく必要があるのだろうと考えている。

(藤森委員)

- ・入院に関しては、地域医療構想が実現したときにどんな医療費になるかという推計はどこかで誰かがやらなければならないと思う。
- ・資料2の2ページ「③平均在院日数の短縮による効果」のところで、「必要な機能強化による医療費増加」とあるが、基本的には地域医療構想の中でこの効果はあまり見ていない。現在でも機能強化により医療費が上がるという前提でいるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・機能強化によって増える部分、すなわち在宅診療の充実や平均在院日数の短縮のために体制を強化することによる医療費の増加分と、平均在院日数短縮による減少分とを丈比べするのが第二期の考え方である。今般、地域医療構想が出来上がってくるので、どういう形で見直しをしていくかは今後の議論になると考えている。

(藤森委員)

- ・地域医療構想では病床数が減っていく方向だが、在宅等の費用をどう推計するかは課題である。
- ・外来医療費に関しては、後発医薬品使用割合、重複受診・重複投与・重複検査などをすべて適正化したとしても、想定される医療費の適正化額はおそらくそれほど大きくないのではないかと。現在の医療費は入院が40%ぐらいで外来が50%強であるので、抜本的に変える必要があるのではないかと。

(佐藤委員)

- ・地域医療構想ではベッドの数の話をしてしたが、医療費適正化計画はこれまで平均在院日数の話をしているので、どこかで単位を揃えるべきではな

いか。もし整合的にするのであれば、1ベッド当たりいくらというやり方でないといけないのではないか。

(松田主査)

- ・資料2の方で平均在院日数短縮とあるが、今回の病床の推計でも短縮している。一般病床では175点未満は在宅等で対応することになっているので、そこに相当する在院日数が短縮されることになるからである。療養病床についても、医療区分1の70%を在宅等で対応することになっているので、それも在院日数としては短縮になっている。
- ・「④生活習慣病予防対策による効果を推計」の比較の9万円については、病気の人とそうでない人とを比較してその差額で推計するとオーバーエスティメーションになってしまい、問題があるのではないか。
- ・日本では外来医療費の割合が諸外国と比べて比較的高いので、その中に改善できる点はあるのではないか。日本は受療率が高く、これをどう適正化するかが一つのポイントだろう。様々な国でグッドプラクティスの指針が出ているので、そういうもので適正化の効果を見るのはあるのではないか。
- ・重複受診・重複投与については、薬剤関連では残薬の問題が大きい。実際、一人が飲みきれない量の薬をもらっていると思うので、それを改善するためにお薬手帳の持参を義務化すべきではないか。
- ・医療経済的には、医療費増の一番大きな要因は医療技術の進歩だということが言われている。まず医療費の構造をまず分析してみて、その中で介入が可能なものと可能でないものに分けて議論すべきと思う。フランスでは医療費の分析をやっているが、ジェネリック使用増の効果は全部新薬で消えてしまう。
- ・医療費の目標については、額でやるよりは伸び率でやる方が良いのではないか。例えばONDAMでは、細かく糖尿病対策がこれぐらいとか、がん対策がこれぐらいということが書いてある。

(藤森委員)

- ・医療費の伸びについては、高齢化の部分と高度化の部分の2つが非常に大きい。およそ3対7の比率ではないかと言われているが、日本には明確なデータはない。例えば高齢化の医療費の伸びまで抑えるのかなどある程度明確にすることも必要ではないか。
- ・医療費の地域間格差は、レセプト1件当たりの医療費でもなく、日数でもなく、まさに受療率によると思う。この受療率は、基本的には医療機関数とドクター数にリンクするが、そこに対処しない限りは、地域間格差はな

くならないのではないか。今回入院の方は手がつくが、外来の方は全てこれからなので、そこに対処しなければならないのではないか。

(佐藤委員)

- ・ジェネリックについては、後発医薬品の価格水準はこれで良いのか、長期収載品についてもジェネリックに合わせた方が良いのではないかという議論もある。単にジェネリックの使用割合を増やすだけでなく、薬価の設定自体を変えないとそれほど適正化の効果が上がらないのではないか。

4. 閉会

(以上)