

第14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10月21日（水）9:30～11:00

場所：中央合同庁舎第4号館共用第3特別会議室

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、
松田晋哉主査、石川ベンジャミン光一参考人

○政府側

内閣官房 宮島社会保障改革担当室長

高橋社会保障改革担当室審議官

玉川社会保障改革担当室参事官

山下社会保障改革担当室企画官

総務省 君塚自治財政局調整課理事官

財務省 横山主計局主査

厚生労働省 山下社会保障担当参事官室政策企画官

迫井医政局地域医療計画課長

伯野医政局医師確保等地域医療対策室長

安藤保険局医療費適正化対策推進室長

野中保険局医療費適正化対策推進室室長補佐

城保険局医療介護連携政策課長

三 議事

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針の策定に向けた医療費推計について

3. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針の策定に向けた医療費推計について

- ・医療費適正化基本方針の策定に向けた医療費推計について、厚生労働省保険局より資料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。

(伏見委員)

- ・レセプト上の疾患名を使って集計するということだが、レセプトには主病名のフラグが入っているものと、入っていないものがある。主傷病名の取り扱いはどうなるのか。
- ・病名で集計する時の課題として、傷病名のコーディングのビヘイビアーには地域差があると思う。特にレセプトの審査が厳しい地域では色んな病名をたくさんつけるという傾向があったりするので、見かけ上の受療率に影響する可能性がある。
- ・1日当たり点数については、いわゆるジニ係数のようなイメージで、1日当たりで高い部分が多いのか低い部分が多いのか、分布も併せて分析できれば良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・主傷病名の取扱いについては、基本は主傷病名があってもなくても、純粹にレセプトに乗っかっている傷病名で分析を行うこととしたい。
- ・コーディングの問題は、なかなかデータでは見えないところなので、どういったところに留意して分析していけばよいかについて、アイデアがあればご教授いただきたい。
- ・1日当たり点数の分布については、まずは1回分析をした上で、このWGでもご相談させていただきたいと思っている。

(土居委員)

- ・コーディングについて、患者調査では、傷病の傾向のデータが取れているはず。それと大きく違うのであれば、レセプトの審査の影響等が考えられるのではないか。患者調査は審査を通すことと関係のない調査なので、これと対比することで特徴がつかめることもありうる。患者調査とレセプトのコーディングでどれだけ違いがあるかについて、より専門的に分析していただきたい。
- ・薬剤費の分析については、どういう薬剤の組み合わせで重複投薬が行われて

いるか、もしくはどういう診療科で重複投与が行われているか、について、全国的に都道府県・二次医療圏単位で見えていて、無意味な重複投与が行われているのであれば、代表的なものを都道府県に示して、それを医療費の適正化に活用することが考えられるのではないかと。これは多剤投与も同様で、どういう薬剤の組み合わせが多剤投与されているのか、について、分析の中で例として多いものは特筆して、都道府県に周知していくことが考えられるのではないかと。

- ・例えば、多剤投与や重複投与などの分析について、0歳から14歳の乳幼児の医療費無料化をやっている都道府県とそうでない都道府県があり、これらの自治体の中で、何らかの違いがありうるのではないかと考えている。この分析で乳幼児医療費無料化への何らかのメッセージが出てくるかもしれない。市町村は、お金があれば無料化したいところが多いとは思いますが、かたや小児科医の疲弊を招いているなど、無料化の弊害もあると言われているので、警鐘を鳴らすことにも使えるのではないかと。

(厚生労働省保険局)

- ・コーディングの話は、患者調査について、どうやって統計を出しているのかというところも含めて、対比を試してみたいと考えている。
- ・薬剤費の分析については、時間との関係の中でどこまでできるか、まだご相談させていただきたい。年内は厳しいと思うが、できる限り年度内に入れられるものは入れていこうと考えているので、工程を調整していきたい。

(伏見委員)

- ・分析対象として、重複・多剤・後発品というものが考えられるという話だが、全体の医療費に占めるこれらの影響度というのはどれくらいのものなのか。全体に占める重複・多剤投与の影響はそれほど大きくないのではないかと。研究もあるので、わざわざ分析する価値があるのかも含めて検討していただきたい。
- ・併せて、部分的なものではなく、全体的に、薬効別の薬剤費の地域差も検討した方が良いのではないかと。
- ・個別の項目としては、例えば、生物製剤など的高額薬剤は、最近外来でも使われるようになってきているので、そういうものも分析した方が良いのではないかと。

(厚生労働省保険局)

- ・重複投与、多剤投与を「なぜ今回分析するのか」ということについて、確か

にどこまでの規模感で医療費に影響があるのかという点については、我々もご指摘と同じ印象を持っているところではある。ただ、一方で、重複・多剤の問題は、医療費の問題だけではなく、処方の方の問題として様々なご指摘があり、地域差を見ていくということになっているので、ややシンボリック的な意味があるのかもしれないが、今回分析をしていくこととしたい。

- ・高額薬剤の状況については、定義は検討しなければならないが、今回の分析においても地域差を出していこうと考えている。
- ・薬効別の薬剤費の分析については、時間とタイムスケジュールの関係を踏まえて検討していきたい。

(佐藤委員)

- ・入院については、病床機能別に病床を区分していった推計するということだと思うが、高度急性や急性、回復、慢性といった、それぞれの機能別に病床1つ当たりどのくらいのコストがかかるか、という考え方もあると思う。そうすれば、それぞれの病床を変えた時に医療費がどう変わるか、という点も見ることができる。
- ・特定の疾患との関係で、例えばある人のクリニカル・パスみたいなものを想定して、標準的な医療行為ならこれくらいの医療費になるというように疾病別に医療費を見ていくのか、あるいは、病床別・機能別に入院医療費を考えていくのか、縦串・横串あって良いと考えるのか、今のところどういう整理となっているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・入院の部分について、先般、都道府県で策定することになった地域医療構想を踏まえる必要があるので、どういった方法かというのは今後の検討ではあるが、地域医療構想を実現した場合の姿をまず推計するということになると考えている。その上で、さらに入院の受療率や入院の日数などを短縮するような要素がないかどうかということについても、時間が許す限り検証していく必要があるのではないかと考えている。

(筒井委員)

- ・受療率と予防健康づくりに関する指標との関係だとか、介護保険提供体制との関係だとか、医師数との関係とか、中身を分析する予定だと思うが、デイケア・デイサービスの「事業規模」について、例えばデイサービスを多く使っているところは、受療率は低いといった分析結果もすでに出ている。「一人当たり介護給付費」についても、細かく分析すると、外来医療費との関係は

出てくるのではないか。

- ・ 疾病別医療費の複数疾患の考え方について、書かれている主病名を分析していくと組み合わせの特徴も出てくる。例えば、糖尿病は多くの後期高齢者の方々が持っているので、これに加えて何の病気があるかによって、動向が大きく違ってくるといような分析結果が出ている。患者調査やこれまで分析してきた DPC との関係も見べきだと思うが、特に後期高齢者の場合は複数疾患ということが基本になっているので、一疾患にまとめて分析するのはどうなのか。ある程度、組み合わせに関する分析結果を出した方が良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 介護保険との関係の話については、どういったものと比較したらいいかについては、さらにご相談させていただきたい。
- ・ 疾患別の医療費をどう出していくか、特に複数疾患がレセプトに書かれている場合、特に後期高齢者は基本的に複数の疾患があるが、その取扱いについては、時間の制約もあるが、どのように出していくか考えていきたい。

(松田主査)

- ・ データの整理は、年齢階級別で、50 くらいの傷病についてフラグが立つことになっているので、年齢別に例えば「〇〇と〇〇の傷病の組み合わせが多い」ということは大体当たりがつけられるので、それをベースにして、次の段階の分析としてやればいいのかと考えている。
- ・ 傷病をどうやって正確にデータからとるかという点については、例えば糖尿病であれば、糖尿病に係る薬を使っているということで絞るということではできると思うが、問題は心筋梗塞や脳梗塞だとそれに対応する薬剤が何なのかという定義がすごく曖昧になってしまうこと。そういう意味では、病名と薬の紐づけがはっきりしているもので比較してみるのはいいかもかもしれない。
- ・ 「疑い病名」をどうするかということを考えないといけない。例えば、レセプト上は、エコー検査などをやる場合、ほとんどが「肝がんの疑い」であったり、内視鏡を半分検診目的でやる場合、「胃がん疑い」であったりする。「疑い病名」は全部外すということでも良いと思うが。それとも、がんを疑ったのだからがんに関する医療費だと考えるのか、考え方の問題だろう。

(石川参考人)

- ・ 「疑い病名」については、検査を行って治療につなげていく、その結果、早期発見を含めて医療費がどうなるか、というパスみたいなものがあるので、が

んに関連するような検査等に関しては、さほど「疑い病名」を注意せずに、むしろ二次予防も含めた対策として費用を計上して分析していくのが良いのではないか。

- ・この考え方の裏側にあるのは、データ整理についてのご指摘とも関連するが、外来医療費については、DPCのデータの分析の中で、入院で行われた治療行為に係る前後の外来の部分とそれ以外の慢性疾患管理の外来の部分を分ける、という発想である。特に単月ではなく、より長期間のレセプトを使った場合には、手術や入院を中心として必要となる外来の部分と、そうではない定常的な外来診療の部分に分けることが重要。そうした意味で、単月の中では、なかなか入院と結びつけた分析はできないと思うので、まずは生活習慣病等、大きな治療がその月内で必要となる、ということ想定しながら、疾患の部分の分析を行うことが中心になってくると考える。

(伏見委員)

- ・医療の現場に身を置いている立場からすると、「疑い病名」というのは、現実的には、ほとんど根拠がないものも多く、一人の患者に何十とついていることもあるので、せめて「疑い病名」は外した方が良いのではないかと考えている。皆さんが考えているほどレセプトの病名はあてにならないところが大きいということは、ある程度想定して分析をするのが良いのではないか。

(石川委員)

- ・傷病によって「疑い病名」の持っている価値というのは変わってくると思うので、そこを意識して、一定の範囲で「疑い病名」を区別して集計を行った方が良いと考えている。

(松田主査)

- ・1日当たり点数の分布を見るというのは良いと思う。縦軸に1件当たり日数をとって分布をとると、1件当たり日数が短くて1日当たり点数が高いところと、1日当たり点数は低いけれども日数が高いというパターンもあると思う。そういう形で整理すれば、問題点も明確に見えてくると思う。
- ・重複投与や多剤投与については、実際に医療費に占める割合はそれほど大きくはないが、かかりつけ医の議論と一緒に、我々が分析した結果では、9割の人がほとんど1か所の医療機関でしかかかっていない。実際には既にかかりつけ医を持っている人が多いのだが、相変わらずドクターショッピングが多いとか、多剤投与が多いとか、重複投与が多いというイメージが先行してしまっている。そうでないことを示すためにも必要だと思う。その一方で、

確かに一人で十か所ぐらいの医療機関にかかっている人も一定程度いる。それは、むしろ重複投与とか一般的な議論とは別のグループの人たちだと思うので、そのグループの特徴は何なのか、ということをはっきりとすることは非常に意味があることだと思う。

- ・薬剤費の地域差分析について、お薬手帳の使用の有無というのが指導料でとれるので、お薬手帳を使っている場合と使っていない場合で、重複投与、多剤投与、後発医薬品の状況等を分析することは、良いのではないかと思う。

(土居委員)

- ・後発医薬品の話で、電子レセプトでは、後発品不可とつけているかどうかもわかるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・現状では難しいと思う。

(筒井委員)

- ・受療率に関係する変数については、また意見を述べる場があるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・とにかくまず3要素に分けた地域差というものを整理して、このワーキンググループでも議論していただきたいと思うので、その際に、改めて、関係する背景にあるような要素についてご意見があればいただきたいと考えている。

(筒井委員)

- ・受療率に関連する変数を考える場合には、2次医療圏ごとに見ると、母集団である人口や、人口構成といった関連する変数によって、受療率が影響する要因が違うというエビデンスはすでにある。これらのすでにわかっている要因を変数化したものを参考にすべきと思う。例えば、各2次医療圏別の分析結果として、医療機関までのトランスポートの時間がかかるということが一番効く医療圏域もあるし、医療型の訪問看護ステーションが多くある場合には、受療率が下がるという圏域も存在している。このように受療率との関係を分析するといっても、どのレベルまで分析するかによって関連する変数が変わってくる。この委員会では、どのあたりまでの精度を求めるのかを教えてください。

(厚生労働省保険局)

- ・ 今回の医療費適正化計画というのは、もちろん医療費を推計するというのも一つの重要な要素だが、最後は都道府県や保険者の取組につなげていくということが重要な要素になってくると思うので、そういう意味で、地域差の背景分析をするときも、都道府県や保険者の取組目標につながってくるような、そういった観点は見えていく必要はあるのではないかな。

(伏見委員)

- ・ 入院医療費について、今回外来医療費と入院医療費は別々に分析することが想定されているが、外来診療と入院診療は相互代替性があり、疾病別に例えば外来医療費と入院医療費の関係なども見ていくと、本来外来でやるものを入院に移行しているような例や逆の場合もあると思うので、検討していただきたい。

(佐藤委員)

- ・ 重複投与と多剤投与について、地域差に着目するのは、供給サイドあるいは自治体ごとの取組の違いが地域差に反映されると考えるからだと思う。多剤投与や重複投与に関しては、医療費を無料化しているとすればそれは自治体の取組なので地域差に反映されると思うが、それ以外で患者の意思決定の部分があるとすれば、どこまで地域差に帰することができるのか。重複投与や多剤投与について、どういう仮説に基づいて地域差を見ようとしているのか、この段階で考えがあるなら教えていただきたい。
- ・ 医療費の適正化に関して、自治体や保険者の取組が重要となるが、保険者と言うときに、後期高齢者と市町村国保と協会けんぽは地域性があるのに対し、被用者保険である組合健保は地域横断的だったりする。保険者の取組と言ったときに、こういう組合健保的なところはどのように地域差の議論に巻き込んでいくのか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 保険者の取組の中での健保組合の取組については、地域で分けるときには、特に健保組合についてはそういった課題があるというのは事実。一つには、各都道府県の保険者協議会に健保組合も入っているので、ある程度それぞれの地域の中で完結するような健保組合は、その中で取組方針を共有化していくということだろう。一方で、例えば東京に本社があって工場だけが地方にあるという健保組合については、取組方針についても本社で決めるパターンが多く、なかなか地域ごとの取組を求めていくということは厳しい状況にあるので、現時点では、国の方から健保連のような中央団体を通じて、健保組

合全体に対して取組を促していくという形で対応していくしかないのではないかと考えている。

- ・多剤や重複の仮説については、今確固たるものがあるわけではないが、患者さんの受療行動によっても状況が変わってくるということは考えられるので、今後年齢階層だとか薬効だとかを見ながら考えていきたい。

(土居委員)

- ・地域差の分析の話が出ていたが、レセプトを用いなくても分析できるような地域差は、すでに先行研究もあつたりする。他の標本調査で分析が代替的にできるものであれば、それは、年末から年度末にかけての分析作業という意味では後回しにしておいて、むしろレセプトでなければ、他の標本調査では分析できないものを早めに分析するのが良いのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・我々もそのように考えている。レセプトを使った分析については業者に発注をしつつ、一方で、省内にすでに都道府県別のデータ等があるものについては、並行して進めたいと考えている。

(石川参考人)

- ・重複投与や多剤投与の分析の中では、薬効分類ごとに基本的には動向が違ってくることが想定される。そうした意味で、できれば、多剤投与や重複投与の問題を処方データのデータとしてみるだけではなく、都道府県ごとに、可能であれば傷病ごとに、そもそも月内で受療している医療機関の数が何種類あるのかを分析していくことが重要だろう。
- ・そうした分析をした上で、必要な医療へのアクセスという観点から、本当にそれが確保できているのかどうかということも、可能であれば、両面分析することが望ましい。

(筒井委員)

- ・地域差をどう考えるかということは大きな課題だろうと思う。最終的に都道府県や市町村の保険者の取組みに資する形ことが目標ということなので、2次医療圏別に、どのような変数が影響するのかを検討するということになるだろう。
- ・一方、適正化という観点については、「何が適正か」という話が不足していると思っている。適正化に向けてやるといったときに、どのレベルを適正化と考えるかというのは、必ずしも平均値ではないと思う。ある程度、議論して

いく必要があるのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・適正化の意味合いについては、例えば薬で言えば、多剤投与であるということをもって、それが不適切だということまではなかなか言いにくくて、実際にはもっと深掘りしないと、本当の意味で適正なのかどうかという判断は難しいだろうと思っている。もちろんそこまでできればいいが、今回はそこまではなかなか難しいと思っている。多剤投与の状況というものが、最終的には2次医療圏単位まで見ていって、どういった違いが出ているのか、その純粋な見える化をるところから始めてみようということ。その上で、例えば、重複投与のように、点数が出ていることをもってすでにそこは不適切ではないかという議論が起こるものもあるし、多剤投与のように、ただちに一定の定義以上の種類の薬が複数出ていることをもって不適切とは、なかなか言いにくいものも出てくると思うので、何をもって適切かという議論に入っていくのだろうと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・今の議論は大事な議論。入院医療については、療養病床について全国平均に合わせていこうという方針を出したが、それについては調査会の方でも、医療的に見て入院医療として適切なかどうかという判断でやるべきじゃないかという意見があったし、実際に現場でも議論がある。そこで、外来医療費について地域差があるので平均でやっていきましょうというように進めると、多分同じ問題が起きるのではないか。一方で、医療費適正化は、おそらく枠として社会保障費を5,000億にとどめるしかないだろうが、そこを工夫することを考えておかなければならないと思う。
- ・疾病別医療費で分析するというので、疾病ごとに医療費を出していって、これはもう少し適正化できるのではないかとか、そういうようにして医療費目標を出していくのだと思うが、これをどのようにマクロの外来医療費に転換させるのか。個別の疾病ごとに積み上げていったときに、重複があるので、どのようにしてトータルの効果を集約するのか。

(厚生労働省保険局)

- ・1点目については、平均なのかそうでないのか、KPIの置けるものとそうでないものとあると思うが、何らかの目標水準を考えていく必要はあると考えている。
- ・2点目については、ご指摘のとおり。疾病別医療費で出すと、もともとの疾

病別医療費が膨れることになるので、そこから仮に適正化するとしても、それが本当に悉皆の医療費かどうかは、少なくともこれでは出てこないということになる。今回は、他の都道府県との3要素に分解した比較をするため、一つの方法としてこういうことをやっているの、最終的に医療費の推計をどうしていくかということは、こういった分析の結果を踏まえながら、別途考えていきたい。

(松田主査)

- ・高齢者の場合、どうしても複数の傷病をもってしまうので、個々の傷病別の医療費を正確に推計するのは無理だろうと思う。今いくつかの推計の方法論があるが、どの方法をとったとしても、どれが正確だということはいえない。そうすると、糖尿病なら糖尿病を持っている人の全体の糖尿病関連医療費という形で出してしまっていて、それに対して何らかの介入を行ったときに、どれくらい下がったのかということを検証して、その下がった中身を診療区分別に分析していく。そういう形の、段階的にブレークダウンしていくようなやり方で、効果を分析し適正化につなげていくというやり方になるだろう。例えば、糖尿病関連医療費で言えば、糖尿病関連医療費の中には、心筋梗塞や脳血管障害、腎疾患の医療費も入っているし、糖尿病の人はがんになりやすいというデータある。糖尿病の人は認知症も多いし、うつも多い。そうすると、糖尿病関連医療費というと、すごく広いので、それをやることによって、他の傷病別医療費にどう跳ね返っているかを見ていくという形で、複眼的にデータを分析するというやり方しかないのだろうと思う。

(石川参考人)

- ・そういう意味では、近視眼的に傷病ごとにきれいに100人の患者を10個の領域に重なりなく分けるという分類の仕方では、患者の全体像を見失う可能性がある。推計を行う際には、もしかしたら傷病別というのがかえって邪魔になる部分があるかもしれないが、適正化の方針を考えていく上では、傷病別に重なりも考慮した上で推計をして、こういうパターンでの傷病の重なりが多い都道府県に関しては、これくらいの圧縮の余地があるかもしれないというような目標をうまく出していくことの方がいいかと思う。あまり細かくきれいに傷病を分けるというよりは、患者が持っている問題をフラグ付けした上で、各都道府県が、その問題をうまく解決できるような多面的な対応をとっていくことになるだろうと思う。

(佐藤委員)

- ・ これまでは、いわゆる「モノ」で、機能別の必要病床数や受療率など、金銭以外の形での指標とある程度の適正化の目標値を立ててきたが、それをどうやって金額に換算して、最終的なマクロの歳出効果を見積もっていくのが課題。疾病別で考えていったときに、個別に介入が医療費の抑制につながっていくかどうかは見えるかもしれないが、二重計算も出てくるかもしれないので、それを全部足しあげていったときに、マクロがどうなるのか。作った医療費適正化計画と、骨太 2015 で社会保障関係費をマクロで年間 5,000 億円に抑えると言っている予算の抑制の話と、そこを有機的につなげていく道筋は常に意識しなければならない。

(厚生労働省保険局)

- ・ ご指摘のとおり、そこが最後の課題となってくるだろうと思う。最終的には医療費推計式を組み立てていく上では、まずは都道府県ごとの取組目標となるべき地域差の分析から始めて、どういった取組を今後都道府県や保険者に進めていっていただくかということ、先行的に分析をした上で、最終的に医療費の推計式にそこをどう反映させていくか。完全に精緻に関係性を作り上げるということはなかなか難しいと思っているので、一定、全体の医療費を立てるときにはそういう割り切りのなものも必要になってくるのだろうと思う。ただ、ある程度推計式に合理性がないといけないので、その部分をどう作り上げていくかは、今後の課題としてまた相談させていただきたい。

(石川参考人)

- ・ 実際に推計をして適正化を行っていく上では、短期間に効果が現れてくるような対策の部分と、そもそも地域における受療率の裏側にある有病率を下げるというような、長期間取り組んでいかなければならないものも出てくると思う。なので、なかなか今年の適正化計画の議論の中でそれができるかどうかはわからないが、可能であれば、単純に医療提供上のところだけを考えて受療率を捉えるのではなくて、長期的に有病率、罹患率を下げていく等の対策が時間的な経過をもって立てられるような計画というのを考えていく余地が必要ではないか。それを、3年後、6年後の段階で、こういったことが実現できていれば、これくらい医療費が下がるはずだという、モチベーション付けにも使える指標ができてくると、計画としては非常に地域にとって価値のあるものになってくるだろうと思う。

(総務省自治財政局)

- ・ 地方サイドからすると、適正化に向けた取組を検討するにあたっては、都道

府県などで対応可能なものとするについて、よく意識していただきたい。

3. 閉会

(以上)