

第15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11月19日（木）14:00～16:00

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、松田晋哉主査、
権丈善一専門調査会委員

○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	大来主計局主査、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 村木老健局総務課課長補佐 竹林老健局介護保険計画課長 芝老健局介護保険課課長補佐 喜多老健局老人保健課課長補佐 城保険局医療介護連携政策課長 安藤保険局医療費適正化対策推進室長 赤羽根保険局保険システム高度化推進室長

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. 介護費用の地域差分析について
4. 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。

(佐藤委員)

- ・疾病ごとの受療率や、それと特定健診実施率などの関係についての説明があったが、多分、特定健診と受療率はあまり関係がないということかと思う。特定保健指導実施率と受療率がプラスの相関になってしまうのは、保健指導を実施すると受療率が上がってしまうということであり、おかしい。本来ならばマイナスになるか、せめて相関関係がない、ということにならないといけないはず。理由は、もしかしたら特定保健指導自体にあまり効果がない、ということかもしれないし、他の要因が大きな影響を与えているのかもしれない。
- ・地域差で受療率が違うのは、年齢による違いだが、65歳から74歳だとか、40歳から64歳だとか、比較的大まかに区切ると、その中での差が大きくなるかもしれないので、留意した方がよい。
- ・医療機関数と受療率の関係について、私の理解だと受療率は患者が病院に行くか行かないかの意思決定なので、医師誘発需要的なもの、つまり入院の場合の患者の囲い込みのようなものは、外来にあるのか若干疑問がある。患者の側の意思決定が何らかの影響をされていて、そこに地域差があると考えべきだと思う。病院が近いから行きやすいといった単純な理由かもしれないし、何か別のところに因果関係をもたらしている要因があるのかもしれない。
- ・いくつか仮説を挙げながら検証した方がよいのではないかと。闇雲に色んな変数との相関関係を見てもよくわからなくなってしまうと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・今後は、ご指摘のとおり、一定の仮説みたいなものを頭に描いた上で、比較をしていくことが必要になってくると思う。

(佐藤委員)

- ・肺炎の一人当たり医療費の決定要因のかなりのところは受療率にあるということだが、もし受療率が低い地域は、重症化してから止むを得ず行くというのであれば、彼らにかかる医療費は高くなってしまわずである。そういう

因果関係がないということであれば、受療率自体に何かほかの要因があるのではないか。

(土居委員)

- ・ 外来受療率と健診などの関係を見る場合には、入院受療率との関係をコントロールしないといけないのではないか。例えば、入院で大半を診ている地域は外来にあまり来ないという地域で、医療にかかる入院・外来を通じると受療率は高いものの、外来だけを見ると受療率が低いということもありえるので、地域差に別の要因が入ってしまって正確に数字が出ないということになりかねない。
- ・ 薬剤について、被用者保険の中で、特に0歳から14歳のところで、場合によっては、幼児医療費無料化の話が影響しているかもしれない。呼吸器官用薬など、0歳から14歳の子供が多く服用しそうな薬が多くなっている印象があるので、さらに細かく分析する価値があるのではないか。
- ・ 薬効分類別でみて、どのような組み合わせで重複投与、多剤投与が行われているのかなどがわからないか。多剤投与されている薬の組み合わせとして多いものがわかれば、都道府県への注意喚起につなげられるのではないか。もちろん多剤投与は全部控えるべきだということではないが、工夫する余地があるのだとすれば、出していってもいいのではないか。

(筒井委員)

- ・ 先ほど佐藤委員が言ったように、仮説検証的な分析が今後必要だと思う。特に疾病分類の工夫が必要。例えば糖尿病の分類だが、これは「糖尿病と何かの疾病」というような組み合わせの分類とすることが必要ではないか。慢性疾患の場合は、組み合わせの例としては、例えば診療報酬の点数の高い疾病との組み合わせを分析してから、その組み合わせの分類を使っての分析をするといった工夫が必要である。これは、高い医療費が既に算定されている患者がどういう方かというプロフィールを分析することと、慢性疾患である糖尿病等の組み合わせをみるという分析の方法である。こういった疾患の分類をしたうえで分析を行った方が2次医療圏ごとの分析をする時に、役に立つのではないか。これらの分析は2次医療圏毎に医療や介護資源を検討していかねばならない自治体向けのガイドラインにも有益であるし、自治体にとって役に立つようなデータを出していくべきだと思う。
- ・ 一人当たり医療費と受療率が強い相関を持っているということは、既に論文等でもこれまで指摘されてきたことだが、その受療率と相関が高いのが病院・病床数である。特に一般病床数との関連性が非常に高いということもこ

れまで言われてきているので、患者の住所地と病院・病床数との関係だとか、そういうものが見られるようなデータを示すことも重要だと思う。

- ・入院と外来との関係を考えて方が良いということはその通りである。基本的には、入院している人は外来に行かないわけで、入院と外来の患者数との関係には、強い関連性があることはいうまでもないことではないか。
- ・薬剤費については、すでに診療報酬上、薬剤服用歴管理指導料というのがあり、それを徹底している地域と、そうでない地域との関係は、レセプト上である程度は推論できるはず。これは薬局サイドの問題だが、そういったところも自治体向けのガイドラインに落としとしていったときには非常に重要な内容だと思う。
- ・まだ分析途中で、十分な検証はなされていないデータだが、病床数と受療率が高い関係があると同時に、看護師数と受療率とも関係がみられるようである。看護師数との関連性でなぜ受療率が高くなるのかということ、これは地域の若年労働者が病院に就業していることを示しており、地域経済にとって病院をはじめとする医療介護といった機関が公共事業的な役割を果たしているということを示しており、病床を削減した際の地域経済への影響については十分な検討が必要である。こういった分析結果も出していくと、2次医療圏に落とした時の今後の地域のあり方を含めたガイドラインが必要であることを示すことになり、役に立つのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・タイムスケジュール的に年度内にできるものとできないものが出てくると思うが、年度を越えても分析作業自体は引き続きやって、都道府県に対して、順次、彼らが実際に政策を企画する際に役に立つものを渡していかなければならない、と考えている。年度内にできることは限られているので、まずは、一定の仮説の下に、地域差の背景にどういったことがあるのかという分析を最優先に進めていきたい。

(土居委員)

- ・その時に、レセプトで見ているので重複している部分もあると思うが、医療費の金額として、その疾病分類でいくらかということもわからないか。医療費に金額が大きいところと小さいところがあるのであれば、まずは金額が大きいところから分析するとか、俗に地域差が大きいと言われている疾病について重点化していくことが考えられるのではないか。

(松田主査)

- ・要素分解して分析をすることを提案した理由は、毎年それを作っていくと、差の分析ができるようになること。総医療費が上がった時に、それが人数による効果なのか、一人当たり医療費の効果なのか、また一人当たり医療費の効果だとすれば、それは受療率の効果なのか、一日当たり診療費の効果なのか、そういう形で、差の分析を毎年毎年できるようにするために、集計表を作りたいというのが一番の理由だ。今回様々な仮説が出てくると思うが、このデータを毎年毎年作っていくことで、いわゆる差の分析をしながら、どういことが効いているのかということの時系列でみていくことができれば良いのではないか。
- ・そうすると、例えば糖尿病をもっている患者の総医療費を考えた時に、人数の効果なのか、一人当たりの効果なのか、特定健診をやっているなども含め、そういうものを見ていければ、対策につながるような仮説を考えていけるのではないか。そういう思いでこうした集計のやり方を提案したものだ。

(筒井委員)

- ・糖尿病の患者には、軽度から重度まで、バリエーションが大きいので、一括りにまとめてしまって本当にできることがあるのか、という疑問がある。先ほども申し上げたが、糖尿病プラス様々な急性増悪で入院しているような人の方が糖尿病だけを患って入院する患者よりもずっと多いと思うのだが、それについてはどう考えるのか。

(松田主査)

- ・今後の分析として我々が今考えているのは、クオリティ・インディケーターを合わせて作っていこうと思っている。臨床的に医療費の関係でもクオリティの関係でも問題になっているのが、漫然とした糖尿病治療。ある程度状態の悪い人に糖尿病薬を漫然と投与したり、いきなりインスリン投与にしたりしてしまうと、悪化の原因になってしまう。糖尿病に関しては、既にかなりロバストなガイドラインがあるので、推奨されている医療行為との関係をこの中で見ていこうということ。とりあえずマクロで捕捉して、指標化していったら、それを医療計画の中で、適切に治療を受けている糖尿病患者の割合みたいな形で出していければ良いと思っている。そういう形で個々の医療者が、質が高く効率的な医療をやっていく、ということへのモチベーションにつなげていかないと、おそらく医療費の適正化にもつながらないのではないかと考えている。その入口のところの分析を、今、厚生労働省の方にやっていただいている、ということだと思う。ご指摘の点は、この後、深掘りしていく中で、探索的にやっていかなければならないと思っている。

(土居委員)

- ・どの県でもそういうところには注意をするのだということや、どういう地域でそれが多用されているのかということがわかるので、そういう県についてはなおさら注意を促すということか。適正化計画を策定する都道府県として、県下の医療機関に注意喚起するということもあるだろうし、保険者にも、その意識を持ってもらって、自分の被保険者がそういうことになっていないか、という視点を保険者の目からも見てもらうということがあるのではないか。

(松田主査)

- ・医者処方習慣は、卒業年度に依存してしまうという面がある。卒業して数年間の間にトレーニングを受けた薬をずっと使い続けるとすると、地域によってはかなり医師の高齢化が進んでいるところもあるので、もしかしたら、かなり古い治療をやっていることになっているかもしれない。逆に、大学病院がたくさんあるようなところでは、不必要に新薬による治療が行われているというようなことも考えられる。そういう実態を明らかにしていくことで、もう少しちゃんとやりませんか、というメッセージを発信していかないと医療費の適正化はできないのではないか。今回、せっかくナショナル・データベースを使えるようになっているので、まず分析をして、適正化を進めてもらうということだと思う。

(筒井委員)

- ・質問だが、データヘルス計画との整合性については、どのように考えられているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・データヘルス計画は、正直緒についたばかりなので、ベーシックなところの分析に留まっているという状況にある。まずは今回の分析結果も踏まえながら、データヘルスの方でも保険者の方でも、同様の分析をやってもらうということが、これから必要になってくるのではないか。そういう意味では、両方とも、まだこれから考えていかなければならない。

(筒井委員)

- ・すでに保険者（市町村を含む）は分析をはじめ、様々なことをやっている中で、重複はなるべく避けてもらいたい。今回のデータが保険者の役に立つようにということもあるし、データヘルス計画を既に作っている保険者もある

ので、そういうところはここを使えばいいとか、かなり丁寧なガイドラインがないと混乱してしまうと思う。

- ・今回は全国の2次医療圏別の分析ということで、かなりマクロ的な視点が入ってくる。本来であれば、全国における2次医療圏の分類をしておくべきだと思っている。2次医療圏のグルーピングを国でやることができれば、保険者は、同グループの、どういう2次医療圏（地域）を目指せばいいかわかると思う。今、保険者はデータヘルス計画の遂行にあたって、かなり様々な分析を既にやっているのだから、そういったデータを吸い上げて、参考にしつつ整合性をとっていくということができた方が、より効率的で労力を減らすことになるのではないかな。

（厚生労働省保険局）

- ・保険者のデータヘルス計画自体は、確かに、平成26年度の時点で、例えば健保組合だと、ほぼ100%の健保組合が計画は作っているが、中身については玉石混淆という状況。これから平成30年度を目途に考えていくが、3年程度かけて、一定程度標準化というものを考えていかなければいけない。
- ・我々で考えているのは、業種や男女の差だとか、あるいは年齢構成に応じて共通性を分析し、むしろある程度オートマティックに、こういう健康課題があるのでこういう対策が必要だ、というような標準化ができないかと考えている。
- ・もちろん保険者に無駄なことをやらせてはいけないので、その辺はできる限り効率的に進めたい。その上で、こちらの専門調査会ワーキンググループでご議論いただいている医療費適正化の中で行っている分析についても、その結果も反映できるものは反映をさせていきたい。

（松田主査）

- ・2次医療圏の分析は今まさにやっているところだが、すごい量なので処理しきれっていない。
- ・データヘルスについては、実態はかなり進んでいると思う。各企業の場合に一番問題だったのは、やはりレセプトをどのように分析するか、ということだったのだが、レセプトデータを分析する際の方法論についての研修をやっており、同じような分析が健保組合レベルではできるよう環境が整ってきていると思う。そういう意味では、何か標準的なひな形のようなものを、好事例でも良いので、集める作業は必要なのだと思う。
- ・もう一つ大事なことは、国保が出遅れるということ。その国保の支援をやらないと厳しいかもしれない。KDBは、データが少し粗い。健保組合がやってい

るレベルで、KDB の分析をするのは難しいと思うので、KDB の仕様をもう少し再検討していただきたい。

(佐藤委員)

- ・ 外来の受療率と入院との関係だが、確かに、高知とか、北海道とか、特に外来の受療率は低いのだが、他方、療養病床の入院受療率が高い。外来と入院との間に何か、代替関係のようなものがあるように思うので、地域差をどう理解するか。
- ・ また、沖縄は外来医療費が低いが介護費が高い。介護と医療の間にもそういった代替の関係もあるのではないかと考えられる。そういったサービスの間の関係も意識した分析が必要なのではないか。

3. 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、厚生労働省老健局より資料 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。

(佐藤委員)

- ・ 沖縄のように、介護費は高いが医療費は安いというところもあるので、介護と医療の間に何か関係があるのか、検証してみる価値があるかもしれない。
- ・ 年齢と地域区分を調整すればかなり格差が縮小すると思うが、同一県内の差が大きくて、県単位で見るとそれが丸まっているのであまり差が出てこないという現象もあるかもしれないので、市町村単位に落として考えないと、本当のところの地域差は出てこないのではないか。
- ・ 大阪府の認定率について、年齢調整前は低いのに年齢調整をすると高くなるとのことだが、どうして高くなるのか、仮説があれば教えていただきたい。

(厚生労働省老健局)

- ・ 介護保険と医療保険に相関関係があるかどうかは、分析してみないと分からないが、関係があるにせよないにせよ、介護保険単体で考えるのではなく、医療保険との関係を探ってみるということは必要だと思う。
- ・ 県単位で見れば、県の中で丸まっている効果があると思うので、最終的には市町村でしっかり見ていかなければならないと思う。
- ・ なぜ大阪府で年齢調整の影響が大きいのかという点については、大阪府は大都市なので、高齢者の中でも若めの高齢者が今の時点では多く、年齢調整をかけることによって、若めの高齢者が多いという要素が削ぎ落ちるからではないか。

(筒井委員)

- ・大阪府の仮説だが、大阪府は、訪問介護事業所数が全都道府県で一番多いので、供給が多いということ。介護の費用についても、供給主体が多ければ多くなるというのは、医療費の傾向と同様であろう。
- ・介護については、市町村が保険者になっているので、県というよりも、保険者単位のデータを細かく見せるとよいし、各保険者の分類をしてあげると、よりわかりやすいと思う。
- ・認定率の分布は、市町村の特徴がある程度はつきり出てくるということに加え、もう一つ、今後やっていかなければいけないのは、要介護認定に入ってきたからの期間を分析する必要があると思う。つまり、大阪などは、もしかすると要介護認定を受け続ける期間が長い可能性がある。つまり、比較的、軽度のときに認定者として認定されて、死ぬまで認定者であるということ。茨城など医療機関が少ないところは介護保険の供給主体も少ないが、そういうところは要介護度が比較的高くなって認定を受けるといような傾向があるのではないか。こういった要介護認定を受けてから、それを終えるまでの期間は介護費用を分析するときには非常に重要だろう。つまり、入ってからの年数と、最初どのレベルで入ってきているかという初期値がわかると、介護費用の推計だとか、地域差の分析だとか、その背景にあるものを市町村が理解しやすくなる。
- ・介護領域では、居宅、地域密着、施設というように、サービス種別もきちんとデータが取れるので、今後はサービスの組み合わせ別の費用を見ていく必要があると思う。

(土居委員)

- ・今の大阪の話だが、サービス受給率がどうかということとの関係、つまり、要介護認定率もさることながら、サービス受給率がどれくらいか、細かく分析する必要があると思う。
- ・年齢階級別に分析ができると思うので、5歳刻みとは言わないが、ある程度分けられるなら、85歳以上と、75歳から84歳と、65歳から74歳という分け方もありうるのではないか。
- ・今の介護給付費実態調査では、去年の要介護度と今年の要介護度の、継続して認定された人のマトリックスがあるが、本当は、去年要介護者だったけど今年認定されなかった人というカテゴリと、重度な人の場合は死亡という可能性もあるので、そこをくっつけると、より期待値の意味で継続して何年要介護者になっているかという推計が可能になるのではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・大阪府の話は、もう少し踏み込んで言うと、要するに、ホームヘルパーが需要を生んでいるケースもあるのではないかと。そういうことが分かるようになる方が、介護費用を下げるより早いのではないかと。

(土居委員)

- ・サービス受給率で、ある一つの種類のサービスがこの市町村でなぜ他のところよりも高いかということは、当然分析によって明らかになる。性・年齢階級・要介護度別に区切っておいて、レセプトのデータを調整しておけば、そこまで調整しているにもかかわらず、それでも差が出るというわけだからやはりおかしいという話になるだろう。

(筒井委員)

- ・第1号被保険者一人当たり介護費のサービス別の地域差について、年齢調整後の被保険者の介護費で、例えば富山県は施設の割合が高い。これは、療養病床分を、これまで全く整理せずにきているためであろう。つまり、完全に供給依存の形になっているのではないかと。供給量と介護費用との関係は、施設の病床数や利用者数でわかるので、そういった分析は必要ではないかと。
- ・サービス利用量別の市町村分類をやることで、どういう費用の適正化を図ればいいのかという、共通の目標を市町村が得ることができるので、そういったガイドラインを介護系で出してあげるということは非常に重要だと思う。もっと言えば、データヘルス計画の予防の部分と介護予防と外来費用と、それらを全部インテグレートできるようなガイドラインを最終的に目指してもらおうと、市町村はよりやりやすくなるのではないかと。
- ・市町村は保険者として、いろんなことをやらされているというイメージがある。これはあまりよくなくて、今やっていることは、こういったことにつながるというメッセージを伝えて理解してもらわないと、またこれもやらなければならないという徒労感だけが増えてしまうと思う。
- ・地域差というのは、必ずしも隣の町と比較するというのではなくて、マクロ的に見て全国のどういうグループに入っているかということをして市町村が自覚するということが、介護保険の中でも非常に重要だと考えている。これは先の2次医療圏別の分析についても同じだと思う。高知県は医療費が非常に高いとされているが、それは高知の医療圏の中での、たった一つの医療圏のことであり、それを県だけで調整するというのは難しいと聞いている。もう少し全国的なレベルでグルーピングをするといった視点を入れて、ある程度、

グループ間の標準化をしてから、県レベルの調整という段階としないと、県は調整しきれないのではないか。

(佐藤委員)

- ・ 繰り返しになるが、仮説をもって地域差を見ることが大事。さっき言われた富山は、療養病床の入院受療率が高いが、もしかしたら施設系と入院系との間に何か因果関係・代替関係・互換関係があるのかもしれない。
- ・ 費用に関して、施設と居住と在宅で分けて見るに当たり、気をつけなければいけないのは、金額的に大きいのは要介護度の3から5なので、できれば、要介護度別に地域差を見ることができると良いのではないか。

(土居委員)

- ・ 要介護認定の分析について、1次判定のデータは使えるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・ データとしてはある。1次判定が2次判定でどれくらい変わっているかというデータも持っている。

(土居委員)

- ・ ここに無視できない地域差があるとすれば、なぜ1次と2次で違うかや、違うことが顕著に観察される市町村がどこなのかなどについて、分析する価値はあるだろう。要介護認定を受けたからと言ってサービス受給者になるわけではないので、サービス受給の話だけを別に分析するという事ではないか。

(松田主査)

- ・ 昔、厚労省の判定の平準化事業を福岡で手伝ったことがあるが、保険者間で2次判定の変更率に大きな差がある。加えて、同じ保険者の中でも、合議体によってかなり差がある。その要因のかなりの部分は、実は主治医意見書。主治医意見書の特に認知症の判定のところなどの情報の標準化をしていかなないと、根本のところですれてきてしまう可能性があると思う。
- ・ サービス受給について、保険者間で比べてみると、同じような状態像であっても、サービスの使い方がかなり違う。また、差が出るのが特定施設。これを分析していくと、居宅介護支援事業所ごとに全然パターンが違う。ある県での分析では、ある居宅介護支援事業者が居宅療養管理指導と特定施設しかやっておらず、誘導していると思われる事例もあるので、この辺に地域差の原因があるのだろうと思っている。その点は保険者として介入できるところ

なので、まずやっていった方がいいと思う。ただし、そういうサービスをやっているということが、クオリティとして問題があるという前提が必要。そうすると、システムの分析をやっている中で、介護サービスの質の評価に関する指標群を整備していくという作業が必要ではないかと思っている。

- ・これを保険者に下ろしていくときに、広域連合の問題が出てくる。広域連合は、責任があるようでないような存在になってしまっているのので、いろいろな予防事業をやろうと思っても全然連動しない。この広域連合の在り方というのも、分析の中で明確にできるようにしておく方が良いのではないか。

(土居委員)

- ・広域連合の実際の事務は、加入している市町村の中から出向という形になるのだろうが、介護を担当する事務の方がやっているのので、担当職員がきちんとやってもらえれば、広域連合であっても引き締まると思うので、これまでも市町村にお願いしていたことを広域連合でも緩くなることなくやってくださいということだろう。ただ、単体でやっているときよりは緊張関係が緩むことはあるかもしれないので、単体の市町村と同様、老健局からサポートすることが必要だろう。

(松田主査)

- ・広域連合については、介護費用の地域差のデータは、広域連合単位で出てしまうのか。

(厚生労働省老健局)

- ・広域連合単位で出るようになっている。

(松田主査)

- ・市町村に落とせるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・現状では、広域連合のところは広域連合単位になっている。

(松田主査)

- ・市町村に落とせないと、雑多な自治体が広域連合に入っているのので、佐賀とか福岡とかのようなところは分析のしようがない。実は、事業計画を作るときも、部分的なデータしか使えず、しかも、そのデータが必ずしも自分のところのデータとは限らない。こういう問題が起こってきてしまうので、広域

連合をやっているところの分析システムの在り方も、おそらくデータフォーマットの話になってくると思うが、少し考えてもらえると良いのではないか。

(土居委員)

- ・ そうすると、例えば、被保険者の住所に関する情報が入っていればいいということか。どんな広域連合でも属している市町村ごとに、その情報があれば、情報面では単体でやっているのと同じ状態になる。

(厚生労働省老健局)

- ・ 技術的な可能性は、ちゃんと詰める。

(松田主査)

- ・ 医療と介護の連結分析が必要になってくると思うが、国保中央会が作っている KDB で一応できるようにはなっていて、KDB 番号で繋ぐことになっているが、介護があって医療がない人はわからず、データを繋げない。KDB の方で国保と長寿と介護を繋げて、ちゃんと KDB 番号が一意についているという状況を作っておかないと、分析が将来的に難しくなると思うので、そこは早めに対応をお願いしたい。

(厚生労働省保険局)

- ・ 今、国保と後期と介護保険のデータは、個人個人で繋がってはいるが、ご指摘のように、介護がない人で医療だけというパターンの人がどうなっているかなど、細かいところは確認をしていきたいと思う。

(松田主査)

- ・ 両方発生しないと番号が見つからない。

(厚生労働省保険局)

- ・ 確かそうだったと思う。実際に給付実績とかが出てきて初めて番号が出て、台帳まで戻って繋がるということだったと思う。

(松田主査)

- ・ それで何が起こるかという、年度途中で 74 歳から 75 歳になって介護を使わなくなると、ある日突然消えてしまう。

(筒井委員)

- ・ データベースをアウトカムと繋げるためには、死亡データがいる。dead を入力するためには、今、研究的に実施している事業では住基から市町村に追記していただいているが、かなり大変である。介護と医療と死亡というのが繋がらないと、PDCA を回すとか、そういう分析がかなり難しい。
- ・ この介護・医療・健康施策は、最終的に何をアウトカムにするかを決定することが重要で適正化と抑制は異なる。このことを国民にわかってもらうためには、一生涯をみわたしたアウトカムの設定がされないと本来の目的を達成できない。介護では、認定に入ってきた日（認定を受けた日）は分かるが、いつ出ていったか、とくに死亡を判定することは難しい。現状では、介護保険から出て行って、繰り返し戻ってくるというようなことを介護レセプト上から判断している。これらのデータは断続的になってしまうので、データの扱いは難しい現状にある。そういうことを考えて、保険局、国保、年金局、そういうところと連動するようなデータベースを作ることをぜひお願いしたい。

（松田主査）

- ・ いろいろ言ったが、すごく進歩したと思う。正直、介護も医療もここまでいろいろなデータが出せるようになるというのは、4、5年前は想定できなかったことだろう。あと一工夫していただければいいだろうと思うので、頑張っていたきたい。

（内閣官房社会保障改革担当室）

- ・ 今後の進め方だが、12月7日に専門調査会の本体の会合を予定している。中間的に報告して、議論をしてもらう予定。7日は中間報告なので、年度末に医療費適正化計画をできるようにするという議論を、引き続きこのワーキングで7日以降も続けさせていただきたい。

4. 閉会

（以上）