

第17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28年3月9日（水）15:30～17:30

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、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

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

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

竹林老健局介護保険計画課長

三 議事

1. 開会
2. 医療費適正化基本方針案の概要について
3. 介護費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案の概要について

- ・医療費適正化基本方針案の概要について、意見交換を行った。

(伏見委員)

- ・医療費適正化基本方針の見直しのポイントに関して、医療の担い手等の視点は、例えば医療機関の役割等、もっと幅広く見ていくと、国・都道府県が働きかける相手が医療機関や医師だったりする。例えば都道府県としては地域医療構想を進めて病床機能の分化を推進することとされているが、医療機関として、どのように国や都道府県からの働きかけに対応していくべきなのか、という視点が全く抜けているのではないか。
- ・後発医薬品の普及に関しても抜けている面があるので、色んな政策の受け手としての役割の明確化ということも書いてよいのではないか。
- ・機能分化について、医療機関としても地域における自分たちの役割を見極めて、適切に医療提供をしていく、という役割はある程度考えてもらってもいいのではないか。

(藤森委員)

- ・国民の取組として、今、医療費的に一番問題になっているのは、医療機関へのかかり方・利用の仕方である。例えば、医療機関が今、転院とか退院とかで苦労している中、患者側がそれを中々受け入れられない、ということがある。
- ・医療法には今回、国民の責務というところが書き込まれたので、あのレベルで結構なので、是非、国民として、適切に医療を利用すべき、という趣旨を書き込むことが必要ではないか。

(佐藤委員)

- ・医療の効率的な提供の推進に関する目標について、病床機能の分化・連携や受療率をどうするのか、といったことに関連する事項についても、定性的な記述にならざるを得ないのかもしれないが、何らかの言及が必要ではないか。
- ・例えば重症化予防、重複投与、後発医薬品のそれぞれの分野について、都道府県、保険者、医療の担い手、国民のそれぞれが何を責任として持つべきなのか、マスに分けて、それぞれの主体がどのような責任を持つのかを記載していくと分かりやすいのではないか。
- ・伏見委員の御指摘にもあったが、医療の担い手等の部分や後発医薬品の部分は、もう少し踏み込んだ内容にしても良いのではないか。特に医療の担い手の

所は、外来・入院についても、具体的にはやはり病床機能の分化・連携とか、効率的な医療提供体制に係る役割等は明記した方が良いのではないか。

(土居委員)

- ・P D C Aサイクルの観点を書き込むのは大変良いと思う。前倒しで暫定評価をすることは重要で、この点は見直しの中で最後まで貫徹してほしい。
- ・先程、伏見委員、佐藤委員が指摘したが、色々と医療の担い手に対して方針を示すのは重要だが、何でも書いてしまうとポイントがぼやけてしまう。よって、都道府県が適正化の取組を行いやすくするようなもの、都道府県が行う適正化の取組と関連性が高いものを、特に医療の担い手や国民の取組の所にクローズアップして書くことも重要なのではないか。
- ・そういう意味で、後発医薬品は数値目標があるので関連が深いし、入院受療率や病床再編の関連で言えば、入院と外来の連携について、適正化の取組と関連付けられるような病診連携に敢えて焦点を絞って、医療の担い手に期待したいことを方針に盛り込む。そうすることで正に在宅医療の受け皿を担ってもらいたい、又は、入院医療の改革に当たって入院外でどう対応するのか、という記述が考えられるのではないか。
- ・どの薬剤で同一成分の薬剤が処方される傾向が高いか、分かればお聞かせいただきたい。分からなければ、今は答えていただかなくてもよいが、今後分析した上で、こういう薬剤で重複投与が見られる傾向がある、という情報を都道府県に提供して注意を促すことも必要なのではないか。
- ・また、同一月内に同一成分の薬剤を処方された患者に係る薬剤費の割合は1%以下といっても、診療報酬改定でプラス改定をするかどうかの議論の最中でもあるので、1%といえども大きいということなのではないか。必ずしも全てが無駄ではないが、中には患者や処方する側が注意をしていれば、重複にならなかったようなものも薬剤費として出ているということなのではないか。
- ・複数種類の薬剤については、10種類以上で、など特定の線を引くのは容易ではないのかもしれないが、薬剤費全体に占める10種類以上の薬剤を処方された患者の薬剤費の割合は、社保で10%から20%、国保では30%から40%になっておりボリュームが大きい。ここは、やはり精査をしていただきたい。特に高齢者で同一月に、2ケタの種類の薬を本当に飲めるのだろうか、という点がある。

(佐藤委員)

- ・効率的な医療の推進の観点では、入院と薬の記述以外にも、外来についての何らかの記述も必要ではないか。病床機能の分化・連携の中で読むのかもしれない

いが明確化した方が良いのではないか。

- ・国における取組として、診療報酬改定を記述することは出来ないのか。以前、説明があったが、医療費は、 P （価格） \times Q （数量）で、この医療費適正化計画は Q の方を対象とするものであり、診療報酬等の P の部分は対象としていないということなのかもしれない。それであれば、ここに書かれているのは Q の問題であり、 P は別途検討しなければならない、という趣旨を明確化する必要があるのではないか。或いは、医療費適正化計画の位置付けとして Q の方をコントロールするものである、ということを確認化した方が、国民にとっても分かりやすいのではないか。
- ・重複投与について、常識的には、年齢層が高い国保の方が割合が高くなりそうに思うが、社保の方が、割合が大きいのはどういった事由が考えられるか。働いている人は、病院に行く機会がないので、まとめて処方を受けるとか、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースというところで違いが出ているのかもしれない。また、地域によって、西高東低といったような傾向が必ずしもあるようにも見えない。この点、どのように分析しているか。

（厚生労働省保険局）

- ・土居委員の御指摘について、薬剤の種類に関しては、まだ分析が十分に出来ていない。今後、4月以降に、よりメッセージとしてクリアになるような見せ方をしていく、という観点から御相談させていただきたい。
- ・佐藤委員御指摘の、社保の方が重複の割合が高い背景についても、今のところ我々では理由を持ち合わせてはいない。ただ、以前のワーキンググループにおける議論で、子どもに関連する部分の影響が大きいのかもしれない、という御意見があったと記憶している。年齢で分けてみればもう少し見えてくる可能性もある。いずれにしても、データを今後分析していく必要がある。

（伏見委員）

- ・土居委員の御指摘に関連して、同一月内で複数の薬剤を処方された場合の件だが、10種類以上処方された患者の割合が10%以上あるということだが、薬の中身とともに、この場合、外用薬なのか、頓服薬なのか、などの分析が必要。例えば、高血圧の人だと定期的に2剤から3剤を処方されている方は多くいるが、そういう方が、腰痛で湿布薬を使うとか、たまたま風邪を引いたりして一時的に薬を処方されるということはよくある。こういう場合もあるので、長期間処方されている薬と頓服薬や外用薬の様な一時的に処方される薬は分けられないか。日常的に処方されている薬と、臨時的な薬とは分けてみる必要がある。

(厚生労働省保険局)

- ・今の分析では平成 25 年 10 月の 1 月分のレセプトのみを使用しているため、期間を追って常用として使っている薬なのか、臨時的なものかを分析することは難しいところかと思っている。ただ、外用か、内用か、といったところは分けられると思うので、今後の分析の中で検討していきたい。
- ・そこは正に今後のワーキンググループの議論の中で、委員からもそういったアドバイスをいただきながら、効率的に分析を進めていきたいと思っているので、是非、このような御指摘をいただきたい。

(石川参考人)

- ・医療費の適正化を進めていく上で、最近では保険者の役割が強調されているが、どうも保険者というものを単一の姿で、どの保険者も同じように努力が出来るもの、というように捉えている傾向があるのではないか。どういうことかと言えば、まず国保と被用者保険では元々の被保険者の年齢構成や世帯構成も違う。被用者保険の被扶養者については、地域的な枠組の中で対応しなければならないところがある。できれば保険者が地域の協議会の中でバラバラに活動していくのではなくて、その中で協力し合って活動していくチャンネルも必要である、ということは是非記述していただきたい。
- ・データヘルス計画の策定で明確に出てしまっているが、財政余力が大きく、かつ負担金等が多くてそれを減らすためにデータヘルス計画に大きな投資を行っているような保険者と、逆に財政余力が小さくそうした部分には投資出来ない国保のような保険者があり、全く位置付けが違っていると思う。
- ・今後の重症化予防や患者へのケースマネジメントの部分から考えれば、これは本来、保険者毎に特別なプラットフォームがあって行うべきものではなくて、国の中で国民に対し、共通のプラットフォームの中で提供したもののオペレーションコストを保険者が負担する方法というのもあるだろうと考える。
- ・できれば、今後、「各保険者がやりますよ」ということではなくて、むしろ保険者の集合体として行わなければならない保険者機能について、国としての投資が必要であるとか、地域として保険者協議会でまとまった対応が必要であるという、こうした考え方を少しでも入れてもらえないか、と思っている。

(松田委員)

- ・今の石川参考人の御指摘は重要。結局、ある大規模保険者が、前期高齢者の一人当たり医療費を下げ、負担金を減らしたとしても、負担金が減った方は、地域の国保の方で負担しなければならず、全体としては削減効果はなくなっ

てしまうので、保険者としては適正化しても、集団としては適正化出来ていない、ということにもなる。その辺の制度的な対応を考えないといけない。

- ・生活保護のデータについては是非、早めに分析対象に入れていただきたい。
- ・佐藤先生の御指摘にあったが、P（価格）とQ（数量）の話については、たとえば、Qをコントロールしたとしても、特に薬剤の場合は、高額薬剤の問題がある。例えば、今、抗がん剤で高額なものが色々出てきているが、免疫チェックポイント阻害剤等では、恐らく患者1人当たり年間1,000万円という薬剤費の人達が出てくる。そうすると、一方でQのコントロールをしても、その効果は限定的である。実際に慢性骨髄性白血病へのグリベックという薬は、一年間で確か400万円位かかる。結局、高額な薬剤や技術をどう評価するか、ということを片方で考えていかなければいけない。これはフランスで何年か前にレポートも出ており、フランスはかなり後発医薬品の普及に尽力したが、結局、価格の高い新薬の登場で適正化効果がかなり薄れてしまった、というものだ。

（佐藤委員）

- ・保険者は大小様々で、大手企業の場合、地元ではなく本社がコントロールしている傾向があり、各地域・都道府県の保険者協議会にどこまでコミット出来るのかよく分からない。そこは健保連等をどう活用するか、大手企業に関しては国が直接、何等かの形で取組を求めていくことはあって良いと思う。
- ・共通のプラットフォームで保険者がすべきことについて、保険者の能力の向上も含めて、国が何らかのガイドラインを作ることはやるべきだと思うが、個々の取組は保険者の現場レベルでやらないと分からないことも色々ある。そこは国があれこれ縛るよりは、保険者の創意工夫を引き出す方が、何らかのより良いやり方を発見する契機にもなるのではないか。こういうのを政策実験と言うが、適正化といってもやってみないと実際に出来るか分からない所もある。今回、保険者というのがクローズアップされてきているが、実際、保険者がここで期待される役割を果たすことが出来るかという、むしろ、これから育成していくべきものなのかと思っている。

（石川参考人）

- ・被用者保険の保険者について共通プラットフォーム化したいと思っているポイントの一つには、がん患者の就労の問題等がある。患者に対するケースマネジメントの結果、雇用自体が中断されるような枠組にならないよう、保険者を超えた一定の監視の目が必要ということである。なので、具体的な施策の中で、細かな各保険者の努力というのは必要だと思うが、それが一定の範囲の中で、マルプラクティスを生んでいないということが分かるような状態というもの

を考えておかないと、非常に危険な状態になるのではないかと、思う。

- ・極端な話で言えば、被用者保険から雇用を失うことによって、生活保護にいきなり行ってしまう、というパターンもあると考えている。是非とも、こうしたところは、今後の検討の中で深めていければと思っている。

(藤森委員)

- ・国保の多剤の分析については、高齢化率にリンクしている気がするので年齢区分毎の分析も必要だと思う。それからこれは1医療機関で25種類でているのか、10医療機関ででているのか、という点もあるので、入院外で何医療機関にかかっているのか、というデータも出した方が良いのではないかと。
- ・検査料等の算定回数のデータについても年齢調整が必要。また、例えば、初診料に対してMRIの算定回数の比で見ると、ある都道府県がやたらとMRIをやっていることが分かるが、こうした場合は不適切な検査がされているのではないかと、ということも考えられる。よって、年齢調整することと、何かベースになるものとの割合という形で見ると、過剰なものや過小なものがよく見えるのではないかと。

(松田委員)

- ・この点は、藤森委員が過去にSCRを2次医療圏単位でも都道府県単位でも出しているのだから、その簡単な相関分析をするだけでも、色んなものが見えると思う。そのデータは年齢を補正しているのだから、活用すればよいのではないかと。

(厚生労働省保険局)

- ・今回、策定する告示の中で、特に役割論に関しては、今回初めてのチャレンジとなる。各委員の御指摘はごもっともで、特に医療の担い手の部分の記載等、医政局とも相談して、現時点で告示に記述出来るものは盛り込み、今後の分析を進める中で、色々な取組や役割といったものも出てくると思うので、こうしたものは夏の段階で更に充実させる、というように考えている。
- ・保険者の関係についても、加入者の方々の健康管理をしっかりと行うことは、保険者の一つの重要な機能だということをお示しして、データヘルスの取組を中心にしながら、保険者の中で、どうやったらそれが進んでいくのか、という観点から、別途、議論をさせてもらっている。その中では、人材不足やノウハウ不足等色々な課題も見えてきており、それに対応するよう国としても何をすべきか、きちんと考えていき、必要な支援を積極的にやっていきたい。
- ・今後のデータ分析についても、色々とお指摘をいただいたが、今後4月以降、分析をしていく中で、御相談させていただきながら、特に診療行為の部分につ

いては、御相談をさせていただきながら、今後、分析作業を進めさせていただければと考えているので引き続きよろしくお願ひしたい。

3. 介護費の地域差分析について

- ・厚生労働省老健局より資料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。

(土居委員)

- ・こういう形で地域差の分析が出来るのは非常に示唆深いが、これを介護保険事業計画等に反映していくには、更なる分析が必要だと思う。
- ・今回は分母を、被保険者、つまり65歳以上人口とした介護費や認定率であるが、計画を策定する保険者にとっての分析のためにも、介護費については、資料1の6ページのように、サービス利用者を分母にした費用を分析する必要もあると思う。受給者、サービス利用者を分母にした介護費、一人当たり介護費というものも分析の対象にしていただきたい。
- ・人口や人口密度が近似した保険者グループという単位で分析する他に、介護サービス事業者又は施設の要件も入れたグルーピングもあると思う。施設が少ない地域の要介護度4の方と、施設が充実している地域の要介護度4の方を比較すれば、利用するサービスの内容が随分違うことが想像される。どういう状態でサービスで受けているかが地理的な要件や介護施設、事業者の数の要件にも影響を受けているとすれば、不合理な地域差かどうかを分析しきれないので、人口や人口密度以外にもいくつか上手くグルーピング出来る評価軸や指標を御検討いただくと良いと思う。
- ・究極的に言いたいことは、介護サービスの標準化である。同じ要介護状態で同じような住環境にある高齢者の方には、できるだけ地域差なく同じようなサービスが提供されるようなことが望まれる。その中で、特に不合理な地域差をなくす観点から、過剰にサービスを受ける要介護状態の方に対して、何を以て過剰かという線引きがやはり必要であるが、そのためには、こういう状態の高齢者に対しては、標準的にはこういうサービスが提供されるという基準が、地域差をなくすことの一助になると思われる。その意味では、更なるデータの分析が必要で、グルーピングというのも非常に重要な補助線かと思う。
- ・介護給付費実態調査の中で、要介護状態区分別に見た年間継続受給者数の変化別割合という統計が毎年とられており、1年前の要介護度とその1年後の要介護度の推移の分布を表した表がある。介護実態調査では、全国の数字では公表されているため、これを保険者別にもブレイクダウンして、できるだけ早い

時期に織り込むと良いと思う。つまり、重度化予防は、特に軽度者に対してなされているが、その重度化予防の成否について、一年間通じて、受給者であり続けている高齢者に対して分析したら、どういうマトリクスになるのかが見られると、どこに手を付けると重度化予防に効果的かが、割と的を絞りやすくなるのではないか。更にその表に、例えば要支援2の方がどういうサービスを受け、結局、要介護2又は要支援1になったのか、といった情報も付け加えて、データとして公表して、それを分析に活用すると良いと思う。

(伏見委員)

- ・保険料の地域差は、年齢構造の違い等もあり、かなり難しいと思うが、その辺りの評価方法というのは何かあるのか。

(厚生労働省老健局)

- ・御指摘の通り、保険料はかかる費用をベースに決まることに加え、その町の負担する人の所得水準等の影響もある。所得の高い方が多い地域では、比較的所得区分の上の方の比重が厚ければ、一人当たりの費用を抑えられるという要素もあるので、例えば費用が完全に同じ状況であったとしても完全に保険料も一緒になるわけではない。ここではサービス提供体制等のやるべき取組を明らかにするために、わざと年齢調整をしたもので比較出来るようにしているわけだが、保険料に実際どういうふうにはねるかということ、当然年齢調整は出来ないので、高齢者の方が多くて実際に費用がかかっているのであれば、その分保険料をとらなければいけないことになる。
- ・ただ、ある町が保険料の水準がどんどん伸びているので、少しでも抑えようとする時に、高齢化率そのものはその市町村の努力で操作出来ないとする、結局は、こういう年齢調整後のデータ等を見ながら、他の町にも出来ていることはうちの町でも出来るだろうということからアプローチをして、完全に同じ水準まで縮小出来ないとしても、やはり保険料を抑制する取組としてはこういうプロセスを経てやっていくことになるのかなと思う。

(佐藤委員)

- ・類似団体を探すにあたり、人口・面積というのはいいが、高齢化率も考えても良いかと思う。あと細かいが、面積は加重面積の方が良いのかもしれない。
- ・大阪の場合は恐らく重度の方を在宅で受け入れているのではないかという仮説を出すのであれば、やはり理想的には、それぞれの施設・居住・在宅に誰が入っているのか、軽度の方が実は施設に入っていてそれが割高にしているのか、在宅の人の中に実は重度の人がいて、それがかえって割高にしているのか

というのは、もう少し見ていくべきだと思う。

- ・松田委員からの御指摘の通り、生活保護の方のデータが医療の分析には入っていないが、介護の分析は入っているので、それがこのトレンドの違いをもたらしているとしたら、ちょっと医療との比較は難しくなるかなと思う。
- ・施設に関しては、施設の数が多いために、軽度の方も含めて施設に入れているのであれば、一種の誘発需要に近く、病床数が多いから医療費が高いというのと変わらない状況なので、そこは施設の在り方を見直す必要性もあると思う。前から言っているが、いくつか仮説を作って、違いというのを調べられたらいかがかと思う。
- ・認定率の地域差をどう理解すべきかについて、認定率というのは本来、科学的に、客観的な観点から見た介護の必要性というものをベースにしているはずで、政策的に敢えて認定率を、例えば軽度の方について高くして、何等かの手当をすることは、政策としてはあり得ても、その政策目的のために軽度の認定率を上げていいのかというのは、問われるような気がする。

(石川参考人)

- ・今回の資料の中で一番価値があると思うのは、最後の6ページの資料だと思う。現在、介護保険の費用の分析は、「見える化」システムを中心に回っている訳だが、6ページのような介護費用をきちんと分解する考え方に対して、「見える化」システムは、費用の表面的なパラメータを管理するのに終始している印象が強かった。そうした意味でも、ただ単に見える化の指標だけを使うのではなくて、もともとの介護サービス自体が、どのような方に、何人の方に、どのようなサービスがどれだけ提供され、どれだけの費用がかかるのかということ分解したこの資料は非常に重要なものだと思っている。そこに追加して、今後考えなければいけないのが、要介護認定のプロセスデータである。重症か軽症かを考える以前に、申請の段階から認定をする過程では、非常に多岐に渡るサービス受益者の情報が、主治医意見書も含めて、客観的なデータが出ているはずである。
- ・同じ様な状態の患者さんに対する要介護度認定に揺らぎがあるとか、要介護度認定されるまでの期間に市区町村に差があるといった、入口の所でそもそもこのシステムが歪んでしまっている状態があるので、是非その部分を考える必要がある。今、介護のデータで見えているのは、比較的スタティックな、もう既に生じている介護の方の姿である。その一方で、医療と介護の総合的な連携に関して、医療と介護を繋ぐ繋ぎしろ、糊代の部分で何が起きているのかというデータが、実は今まで全く分析出来ていないように思う。
- ・医療側では、既にDPCの調査等により、転院先がどこか、老健施設か介護か

それとも在宅か、といったデータをとれるようになってきており、実は医療から介護にバトンを渡すところまでのデータが整備されつつある。介護側には、そのバトンをどう受け取って、介護として必要な情報を集めた上で、どのような評価を行い、サービスとコストに繋がっているのかという部分を俯瞰的に見ていくモデルが必要なのではないかと思う。そうしたモデルを上手く示しながら、結果としてどのパラメータを動かすことで、費用を抑制していくのか、或いは介護の重症化の予防の前の段階で、医療側からどのレベルで介護側で受け取るのかという議論が可能にならないといけないと感じている。今後「見える化」システムの開発、拡張の上で、6ページのようなモデルを立てた上で、どのような形でこれを把握すべきかという点の充実を図っていただきたい。

(藤森先生)

- ・介護費用について、高知県や山口県等いわゆる慢性期の受療率の高い県が介護費用が低く見えているが、介護を医療が代替していると思われるので、ここは医療費側のものも合算して考えないと、中々本当のことは見えてこないと思うので御検討をお願いしたい。
- ・今後、医療療養の25対1が基本的に廃止になり、当然一定程度のボリュームは介護の方に移行し、地域医療構想で医療区分1の70%或いは回復期のC3以下の患者は、当然一定程度在宅・介護施設に回ってくるが、実は都道府県はこの需要が全く読めなくて困っている。2025年にむけて各県が考えていく中で、地域医療構想なり医療区分の25対1の転換に伴って、どの程度介護側の需要が発生するかを示せるような、何らかの推計をしていただきたい。

(松田委員)

- ・いくつかデータの中の確認をしたいが、生活保護は入っているのか。また、認定率は、延べ人数か。それとも一人ひとりの単位、被保険者単位か。

(厚生労働省老健局)

- ・生活保護は入っており、認定率についても延べ人数となっている。

(松田委員)

- ・延べ人数であれば、有効期間の問題が出てしまう。軽い方は有効期間が3ヶ月か6ヶ月のため、延べ人数では複数出てきてしまうが、要介護5等では、有効期間が1年や2年になるので、この認定率の延べ数が合わなくなってしまうので、ここはちょっと工夫が必要だと思う。
- ・要介護度の認定の申請は、結構予防的にやる人達があり、それがこの入院と施

設の所の認定率にかなり影響を与えてしまっている。要するに病院に入院している人達が、施設を探すために入院中に申請するということが起こっていて、大阪の様に割と病床の多い所は、認定はするけど施設には行かないということが起こってしまう。だから、データの中身を細かく見ずに、単純に相関関係を見てしまうと、間違える可能性があるので、藤森委員が言われたように、利用者率や利用者数で見ていかないといけない。是非そこは工夫していただきたい。

- ・先程石川参考人が言われたが、6 ページに良いブレークダウンを作っているので、これに合わせた形でやったものが見えてくるようにすると良いのかと思う。非常に面白い分析結果が出来ているので、数字の誤解が出ないように、相互に比較可能になるように合わせていただくともっと良いかと思う。

(藤森委員)

- ・以前拝見した気もするが、要介護度別の、都道府県別の平均介護費用というのは、出ていたか。当然上限に張り付くような気がするが、もしそこで差が出ていないのであれば、やはり要介護度認定に戻るしかないと思うので、是非要介護度別の平均的な介護費の都道府県一覧のようなものが見えると、まだ打てる手もあるかなという気がしている。

(松田委員)

- ・先程土居委員が指摘された点は非常に重要で、実は各都道府県別、保険者単位別の、二次判定の変更率が出ている。その変更率のデータと要支援1、要支援2、要介護1当たりの割合というのは、多分かなり関係しているはずなので、そうするといわゆる認定審査の質の問題に踏み込んでいける。介護費の高さと変更率はかなり影響があるはずであり、特に都道府県単位で見ると、保険者単位で見れば、かなり差が出てくるので、是非そういうところも分析して、その結果からいわゆる認定審査の平準化にも繋げていけると良いと思う。

(土居委員)

- ・認定率については、延べ人数ではなくて、なんとか被保険者単位で、重複がない認定率にしていただけないかお願いしたい。石川参考人が言われたこととも関係するが、端的に言えば名寄せを行えないかということ。せめて75歳以上であれば、みな後期高齢者医療なので、後期高齢者医療と介護の名寄せのうち少なくとも75歳以上の所位は、できるだけ早く名寄せ出来るような形でレポートやデータの構築をやっていただきたいと思う。

(石川参考人)

- ・土居委員からも言われたが、医療介護総合確保基金のヒアリングで都道府県を回っている中で、医療保険側と介護保険側は全く連携出来ていない。少なくとも75歳以上に関しては、保険者同一なので、両者を上手く繋いだような対話の部分の枠組みをつくってあげないと、いつまでも繋がが取れないということになると思う。中々その部分の連携に関する好事例がほとんど都道府県に上がってこないというのが実態だと思うので、考えていただきたい。
- ・松田委員から認定の標準化という話があったが、実は高齢者の介護保険ではない、生活援護局の障害者の要介護度認定については、数年前に認定のプログラムを切り替えた上で、データマイニングにより、主治医意見書の情報等から要介護度の本来有るべき姿を推定するという研究を行い、認定システムの構築を試行してみた経緯がある。高齢者側の要介護度認定でも、同じようなアプローチで、そもそもどのような患者さんをどのような要介護度認定に当てはめるのか、その後サービスにどのような形で繋げていくのかという分析をしていただくのが重要だと思うので、期待したい。

(藤森委員)

- ・地域医療構想に従ってこれから慢性期が整理されて、介護の方に回ってくることについて、県はかなり理解しており、あとはボリュームだけが見えないだけだが、実際、介護保険を担当する市町村側は全く見えていない。現状こうであるが、まだまだたくさん介護に移ってくるということを、早めに伝えないといけないと思う。何か早めに推計をかけて、情報提供していただきたい。

(老健局)

- ・認定率について、先程延べ人数と申し上げたが、年度末時点の認定者数をベースに算出しているのだから、基本的には重複していないということは確認出来た。例えば1年度内に2回認定を受けた方についても、年度末の1回とカウントしているのだから、一つの時点での認定者数になっている。

(松田委員)

- ・あとはそれに対して、サービス利用者率をかけて、実際のサービスを使った人の中でこれを見ていった方が良いと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・要介護認定率は、先ほど松田委員から言われたとおり、フォーマットが決まっています、研修もしっかりやっているため、市町村の職員がその表を入れていく

ときのバラつきは少ないが、問題はドクターの所である。それは前から指摘されている問題なので何らかの対策を考えないと仕方がないと思う。

- ・要介護度が軽いほど在宅のバラつきが大きいという問題について、この前の法律改正で、要支援については市町村の地域支援事業にすることのきっかけになったのは、サービスの内容がワンパターンで、週1回のホームヘルプと週1回のデイサービスだけでなぜ介護予防といえるのかという議論があったためである。
- ・今、要介護度1や要介護度2をどうするかという議論が財政審から出てきており、在宅サービスの地域差については、一つの考える材料にはなるが、実際にどういうサービスが行われているからこういう差になっているということが分からないと議論出来ない。
- ・今回のデータでそれが出るかは不明だが、特別な集計をすれば、受給者、利用者に対してどんなサービスがされているかは、実は出てくるものであり、過去にやったことがある。その時に何が起こったかという、要介護度5の人でもヘルパーの家事援助をかなり利用していた。だから、この差というのを単に見ていても対策にならないので、その辺りをもう少し分析すると良い気がする。

(厚生労働省老健局)

- ・技術的に可能なものはしっかりと検討させていただきたい。最後の内閣官房からの話にもあったが、データだけで見れるものにはやはり限界があると思う。厚労省としては、出来る限り様々な分かりやすいデータを保険者の方に提供していきたいが、国が市町村で起きていることをデータだけで解析していくのは限界があり、これは一つの気付きのきっかけに過ぎない。
- ・最後は、本当に現場を預かっている保険者の方々が、それを我が町に当てはめたらどういう取り組みが可能なのかを責任を持ってやっていただく必要があると思う。もちろん丸投げでは上手くいかない、制度的な後押しが必要なものは国でも考えるし、比較的市町村の状況が見えている都道府県の方に、管内市町村の比較等も含めて支援していただくことや、そのためのインセンティブも必要だと思うが、最後はやはり保険者がちゃんと自らの町を分析することが大切だと思う。
- ・例えば先程の認定の話も典型だと思うが、要介護度認定の一次判定までは、普通にやれば全国どこでも同じ結果が出てくるはずだが、それでもなお差が出ているとすれば、例えば、ぎりぎり悪くなるまで、介護保険のお世話にならないでいこうといった、地域性なり市民文化みたいなものがあるのかもしれないし、或いは、色んな個別の認定審査会の運営の中で、偏った二次判定で悉く判定が重く出る傾向があるような運営がされている場合もあると思う。

- ・そうしたことはデータだけで解析しきることは難しいと思うが、こういうデータを提供すれば、市町村としても気付くきっかけになるし、他の同様の状況にある自治体と比較する中で、我が町が異常値になっていることがあれば、その改善についても問題提起がしやすくなるのではないか。そうなるように、国の方で出来ることはこれからも精一杯考え、都道府県の支援も得ながら、最後は保険者がしっかり出来ることはちゃんと絵を描いていけるような役割分担のもとで取り組んでいきたいと思っている。

(土居委員)

- ・データだけでは限界があることに付け加えて、結局、ケアマネージャーもこのデータをつぶさに見ていただかないといけないと思うが、どこまで国や保険者がケアマネージャーに強制出来るかということ、協力を求めることまでは担保出来ても、強制までは中々今の仕組みでは出来ない。そうなると、この「見える化」システムやその分析結果についても、ケアマネージャーの方々にもつぶさに熟読いただいて、ケアプランを作成するときに反映していただく取組というの必要なことだと思う。

(松田委員)

- ・この「見える化」システムはすごく良いシステムであり、これはこれで絶対にやっていただきたい。加えて、かつて老健局では、認定審査の結果と主治医意見書とケアプランを使った事例集を作っていたが、やはり片方で、それをやっておかないといけないと思う。標準化の議論とあわせて、こういう状態像の人に、こういうアセスメントをして、こういうケアプランを作ったのだということが片方で必要であり、こういう事例集みたいなものを作っていないと中々前に進まないと思うので、是非もう一回やっていただきたい。
- ・また、主治医意見書の電子化をやらないといけないと思う。どういう病態像の人がどういうサービスを受けているのかは結局分からない。要介護度というのは、要支援1、要介護1と上がっていくものでなく、病態によって要介護度はかなり違ってくるものである。そうするとどういう状態で要介護度をつけるようになったかという情報がないと、中々質の高いケアプランは作れないし、マネジメントも出来ないと思うので、是非主治医意見書の電子化は検討していただきたいと思う。

(以上)