

第18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6月10日（金）14:00～15:30

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、筒井孝子委員、土居丈朗委員、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

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

城保険局医療介護連携政策課長

安藤保険局データヘルス・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について

3. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化基本方針について

- ・医療費適正化基本方針について、意見交換を行った。

(土居委員)

- ・多大な分析作業について、感謝したい。
- ・病床機能の分化の話だが、もう少し簡単に数字が出ると思ったがそうでもないという印象。地域医療構想策定の際に、既に各2次医療圏で2025年における各機能の推定患者数は算出されているはず。それを使えばいいと思っていたが、確認として、病床数の掛け算について、患者数ではなく病床数にしたというのは、何か意味があるのか。それとも患者数という意味なのか。それに平均額を掛けるということだと、既に地域医療構想で推定患者数が出ているので、患者1人当たりの医療費を掛ければ年間の医療費になる、ということではないのか。

(厚生労働省保険局)

- ・基本的な考え方は、今先生が仰ったとおり。年度末に出した告示とは少し違っているかもしれないが、地域医療構想で、先生が仰ったように2025年の患者数やそれを前提とした必要病床数が出てくるので、後はそれにそれぞれの平均額を掛けて医療費適正化計画の目標は立てられるだろう。目標年度は、2025年なのか2023年なのかについては、ファインチューニングが必要。
- ・その上で、患者数なのか、必要病床数なのかについては、稼働率を加味するかどうかは違うだけであり、同じことをやっている。どっちが単価を出しやすいかという観点から、単価を算出する場合はレセプトデータを用いているため、1床当たりという算出の仕方を揃えているだけである。

(土居委員)

- ・稼働率は加味する、ということか。

(厚生労働省保険局)

- ・そのとおり。結果の必要病床数に対して掛けると患者数になるわけで、どちらでも算出することは可能。

(土居委員)

- ・理解した。同じものになるということであれば問題ないと思う。

- ・ 4機能別の金額を出すということだが、慢性期はどうするのか。地域医療構想では、回復期までは分かるが、慢性期は考え方が少し違っている上に、いわゆる受療率の地域差をなくす、という取組が入ってくる。それはきちんと各都道府県の医療圏で反映した上で計算するという理解でいいのか。
- ・ 追加的な在宅医療等について、慢性期のところは、今自分が言ったように計算するという事は、慢性期病床以外の在宅医療で対応するというイメージでいいのか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 基本的に、先生の仰るとおり。慢性期の部分について、必要病床数については都道府県がいくつか選択肢があるところ、地域医療構想の中で検討して算出することになっている。
- ・ 問題は、これに掛け合わせる金額。これについては我々の方でも検討しているが、いわゆる「平均額」は難しいということもあるので、どうするか検討したい。介護も絡む話ではあるが、在宅医療の部分については、ちゃんと費用を算出して計上したい。

(土居委員)

- ・ 同じ部分での医療の高度化について、色々なものが込み込みになっている可能性があり、過去のトレンドで伸ばすとすると、そこは本当に高度化ということと考えていいのか疑問がある。ある程度推計せざるを得ないとしても、薬剤の価格が2年に1回しか改定されないということがある。「これは高度化に含めるが、これは含めない」というように、要因分解・峻別が必要ではないか。今のところ、どのようなものを高度化と想定しているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・ 政策影響の反映にも関係する。入院医療費については、掛け合わせる病床数の方は地域医療構想に基づく将来の必要病床数となる。掛け合わせるものとしては足元の平均額となり今後変わってくるので、どう反映していくのかは考えていく必要がある。
- ・ 典型的には、診療報酬の改定等で当然変わってくるが、どこまで精緻にできるか、一定程度価格の部分が変わる要素も将来に向って織り込んでいけなないと思っている。見込み方については、もう少し検討したい。
- ・ 基本は、将来の改定部分は見込まず、現在価格でやる。将来の医療費の伸びにおける高度化というのは、色々と医療費の伸びを分析する中で分解できない残差部分である。まだ整理はしきっていないが、それ以上分解することは難し

いと思う。

- ・ベッドについては、地域医療構想に従っていく中で、適正化がされていくはずなので、もう少し精緻化していくかどうか、この形でとりあえず置いてみるしかないか、まだ中で検討している最中。

(佐藤委員)

- ・病床数についてはさんざん議論してきた。問題は単価の方で、病床の平均額だが、実績ベースで考えれば2013年度の実績を取り、それを伸ばせばいいと思うが、病床機能を分化・連携させることによる何らかの費用の節約は、どのように織り込むのか。あるいは、見込まなくて良いのか。
- ・先ほどの土居委員の技術進歩とは逆の質問だが、ベッド数が減る又はあまり伸びない、という部分が分化・連携に反映されているのは分かるが、単価の部分は分化・連携の効果は織り込まれないのか。
- ・もう少し具体的に、1病床当たりの費用について、患者への治療に係る費用等は分かるが、その他の資本経費みたいなもの、高度医療のための設備等の費用は含まれるのか。それとも別建てで考えているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・まず後者の質問については、中には補助金で払っているものもあるかもしれないが、今でも別建てで払っているわけではなく診療報酬の中で見ると、ということだと思う。
- ・地域医療構想で算定された機能別の医療資源投入量に入院基本料等を足して考えるので、人によっては、急性期、急性期、回復期、急性期といった診療行為にあたっている人もいないかもしれないが、そのように切ることになっているので、基本的には合致しているという前提で考えている。
- ・更なる効率化を組み込み得るかについては、入院については、少なくとも医療連携が進むことを反映した形での医療費までしか、実際問題として見込みようがないと思っている。もともと地域医療構想の中に、そういった適正化効果が含まれており、更に適正化効果を勘案するということだと、人為的操作と言われかねないと考えている。

(佐藤委員)

- ・在宅医療のところだが、最後は介護の部分と医療の部分を分けざるを得ないと思うが、とりあえずそれは制度論と考え、機能論としては在宅医療という機能をどのように満たしていくか。最終的に医療と介護でどちらが引き受けるかということはあるが、とりあえず在宅医療としてどれぐらいかかるのか、とい

うところから入る必要があるのではないか。

- ・最初から医療・介護で切り分けようとする、それはそれで人為的かとも思う。
- ・外来医療費の1人当たりの地域差の縮減について、入院受療率については全国平均や中央値を決めていたはず。今回はあくまでも地域差の縮減なので、どの程度を我々としてイメージしていればいいのか。
- ・平均があるが、平均より下の都道府県はどうなるのか。外来医療といっても色々あって込み込みなので、当面是正すべき地域差と言うのは、重複受診や重複投薬といったもので良いという理解か。あるいは特定の疾病に係る外来医療費なのか、糖尿病や高血圧疾患等、ターゲットの疾病があるのか、とりあえず重複投薬、重複受診の辺りから始めようということか。どういうイメージなのか。

(厚生労働省保険局)

- ・まず「地域差の縮減」という場合の地域差について、何を標準とするかについては、特定健診や後発医薬品の効果を差し引き、年齢補正を加えた後の医療費の平均からのかい離を見ていくのが1つの考え方だと思う。
- ・そうすると、先ほどあったように平均以下はどうするのかという問題が生じるので、地域差の縮減をするための取組と、地域差とは関係なく全ての都道府県で一定程度医療費適正化の取組として進めていくこと、この2つに分けて考えていく必要があると思う。
- ・まず後者の方だが、全都道府県に対して、地域差ではなく適正化を進めていくとして、重複投薬や重複受診の是正の取組等を挙げている。地域差の部分については、これを縮減していく取組としてどういうものがあるかということについて、まさに今やっている患者の受療行動の分析などによる必要があると思っており、まだきちんとしたものはお示しできない状況。
- ・この患者の受療行動の地域差の分析の中では、全疾患やっても意味がないと思っており、特にシェアが大きい疾患別の医療費について、いくつかの疾患別の医療費をターゲットにした上で、その中で使われている診療行為がどうなっているのか、ということ进行分析していきたい。糖尿病ならその内訳を見た時に、薬の部分なのか、診療行為の中の何が大きな割合を占めているのか、というシェアについて分析を進めている。その結果を踏まえ、可能なものについては地域差縮減の取組として追加していきたい。
- ・全体の医療費では平均より下であっても個別の疾患で見た場合には、皆平均より上にいるわけではない。糖尿病であれば、皆減らせば良い、ということかもしれないので、1番低いところに合わせるようにすれば良い、ということかもしれない。高い所だけが取り組まなければならなくなる、ということではない。

例えば糖尿病に関しては、透析患者に透析をやめろ、とは言わない。そこでバラつきはあまりでないと思う。実際の取組につながらないと都道府県は従ってくれないので、例えば透析導入を減らすための取組等、書けるものとのセットで考えていく必要がある。

- ・逆に脳卒中や心筋梗塞等だと、医療費がかかっているものも、緊急体制との兼ね合いの関係もある。少ない所に合わせるということが良いのかといえば、それは必ず反発がでると思う。これは平均に向けて頑張るように、ということかもしれない。その辺をどこにセットすればいいのかについて、精査しようとしており、一概にどれということはないが、低い所に合わせればいいものと、真ん中に向かって頑張っていくものとは、分けなければいけないと思う。

(筒井委員)

- ・2025年に向けて都道府県が2次医療圏別に地域医療構想を進める上で、1番難しいのは追加的に対応が必要となる在宅医療等30万人の取扱い。これは様々なパターンが2次医療圏別に存在する。全てを医療保険の中でやるというパターン、全てを病院がなければ介護や福祉サービスでやるというパターン、そのバリエーションをいくつか提示する必要があるのではないかと。都道府県に対して、「色々あるだろうから頑張れ」というのは無理がある。是非考えていただきたい。
- ・今の分析の考え方としてディシジョンメイキングとアティテュードの変動値というのが全く入っていないと思う。都道府県や個人に関しても、この10年間でディシジョンメイキングが変わっていく可能性は高い。それはジェネリックの利用率にも出てきていると思う。
- ・ディシジョンメイキングとアティテュードがどのように変わっていくのか、ということをお案したモデルは既に出ている。医療の高度化というよりも個人の便益を追及する態度の変化の方が、影響がずっと大きいと思う。それをどのように入れているか、良い方も悪い方もあるが、できれば良い方、個人がセルフマネジメントに努めるとか、そういった要素、例えば特定健診を受けるというだけではなく、個人の健康に対する意識が変わってくるという意味で、そういうことを見込むという変数を出していかないと、市町村が政策に関わっていく時に施策が取りづらくなると思う。単に、減らし続けよというやり方だけでは、都道府県も市町村も、また国民も実行するのは難しいと思う。そういうことを見込むやり方を考えても良いのではないかと。
- ・個々の人間を集団として捉えて、医療費を多く使っている集団とそうでない集団を見て、その差異を検討するというやり方もある。疾病によってラベリングして、その背景を探るというやり方もあるが、沢山の慢性疾患を持っており、

急性増悪で非常に多額の医療費を必要とする集団というものが一定程度いるのであるから、その集団がどのような医療の使い方をしているのかを分析するという手法もやってみる必要があるのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・率直に申し上げて、精緻なモデルを作ってシミュレーションをしているわけではないので、そこまでやるのは正直なかなか難しいと思っている。
- ・実際の計画で、行動計画としてこういう取組があるので、これを実施していきたいということは都道府県に書いてもらいたいが、ある程度変数を組み込んで、こう動いたらこう変わるといった推計式まで織り込んでいくことは難しいと考えている。現状から伸ばしたところからこうなる、というように、ある程度の決めで置き、それを目指す、ここに書いてあること以外もできる、というぐらいのザックリとした目標値が、これから夏までの間に出すべき式だと思う。
- ・ここ10年、5年の変化をある程度伸ばしているという将来見通しのところも荒っぽいところではあるので、そうせざるを得ないかと考えている。

(石川委員)

- ・今の厚生労働省の説明に同意する。そもそも推計式についてはそれほど手間をかけるべきではなくて、まずは代表的な数字を出していくということではないかと思っている。
- ・その推計値に対して現状はどうなっているのかを見ていった場合に、なぜ、現状の値が推計値と異なっているのかきちんと説明していくことが重要と考えられる。
- ・ただ荒っぽい推計の中でも注意する必要がある点としては、地域医療構想が策定される中で、患者所在地ベースではなく施設所在地ベースで病床は決めるであるとか、様々なパターンが出てきている。そのため、この4機能別の病床数についても最終的に都道府県が決めた必要病床数でいくのか、それとも住所地ベースで決めたものなのか、という点は、まず区別しておく必要がある。
- ・更に大幅に調整が必要な項目としては、今の前提は、現在の人口の推計が正しい場合の病床推計になるので、今回の災害のような大幅な人口変化が起こった場合には、それを調整する推計式というものは、可能な限り織り込んでいった方がいいと思う。ただ、そうしたものの以外の細かなところについては、各都道府県で説明をしていく、というようにしていった方がいいのではないか。

(松田委員)

- ・ 基本的な推計方法については、厚労省の担当の説明が良いと思う。
- ・ これを使うであろう都道府県の担当者が理解できる範囲のツールでないと難しいだろう。あまり数学的なモデルを組み込んでしまうと都道府県の担当者が医療関係者から聞かれた時に説明できない。そういう意味では、ある程度エビデンスがあるもので積み上げていく、ということだろう。
- ・ 例えば、1人当たり医療費の構造を分解していくと、いわゆる診療の中区分で見ると、全体で見た時に糖尿病を持っている人の医療費が高い県について、なぜ高いのか、というところを中区分を見て比較できる、というイメージ。その中で検査がすごく多いということが分かれば、その検査の中身を更に見ていくと、HbA1cを測りすぎている、ということが分かる。
- ・ 実際、去年の厚労科研でやったことだが、ある県の糖尿病患者のHbA1cの1年間の測定頻度を調べると、6回以上という人が50%以上となっている。HbA1cは過去2ヶ月～3ヶ月の血糖値を反映しているはずなので、6回以上測るということは、普通はあり得ない。だがそういうアビューズがかなり行われているので、そういうものをまず見ていく必要がある。
- ・ あるいは外来受診では、やたら時間外の受診が多い県というのもあるので、それを是正してもらおう。そういう形でやっていくのが良いと思う。
- ・ 先ほど佐藤委員からあった連携の効果をどう見るのかについては、機能病床別の在院日数に関わっていくところ。例えば、急性期のところで、きちんと脳血管障害の連携パスを回していくと、おそらく急性期が少し短くなり、回復期の方に移っていく、ということだと思う。そういうものを今回入れるのか入れないのか、連携の効果は、単価と言うよりは平均在院日数の方に効いてくると思うので、そこを考えると良いと思う。
- ・ 退院する療養病床から外に出てくる人たちの医療費、介護給付費をどう考えるのか、いくつかデータを出しているが、出てくる人たちというのは医療区分1でも、要介護度は大体2や3である。その人たちがどのように医療と介護に分布するかというのは、地域によっても、傷病によってもかなり差がある。例えば脳血管障害等だと比較的介護の方に行くが、大腿骨骨折等だとあまり介護に行かず外来になったりする。そういうのをデータとして作ると良いのではないか。
- ・ パターンとして示せる資料集のようなもので、その研究自体は、今年度は間に合わないが、どこかで補正をできるようなものを入れ込んでいただけると良いと思う。

(土居委員)

- ・ 松田委員や筒井委員の指摘に関連するが、やはり介護の分析が進んでいないの

で、医療のレセプトの分析が先行しているというのはいいが、介護のレセプトの分析も遅れを取らず頑張ってもらいたい。第3期の話もまだできていない中ではあるが、できれば第4期医療費適正化計画には、絶対に間に合わせてほしい。第4期には、医療も介護も、先ほどお二人が指摘したようなことは、当然データで分かっている、それをどうやって具体的に反映させるか、ということになっている必要がある。これはインスティテューショナル・メモリーとして残していただきたい。

- ・2024年まで待たずに、何等かの形で反映できるならば、中間段階の評価等で、その方法を考えてほしい。適正化計画の話は現在第3期を意識しているものの、前倒しで改定することが急がれるということなので、できることからやろうということであればそれでいいと思う。
- ・平成33年の中間段階等で、マイナーリバイズというか、データの分析が更に精緻化できればそれを反映することが必要。場合によっては大幅なレベルアップができるようになれば、それを排除すべきではない。あまり頻度は高くできないが、3年に1回ぐらいは、今後データの分析がレベルアップする中で、それを反映できるようにしていく必要がある。
- ・疾病別の1人当たり医療費について、外来の話が出ているが、都道府県の計画を策定する担当者がどう認識するかという問題がある。例えば、糖尿病の熊本県のデータでは、やはり同じ県内でもでこぼこがある状況。このデータを見ると、担当者の方は、その背景に何があるのか、現場でどういうことが起っているのか、大なり小なり想像することになる。先ほど松田先生の御指摘にもあったような少なくとも同じ県内のベストプラクティスに沿うような形で他の2次医療圏でも努力を求め、ということぐらいからは取り組んでいく必要がある。
- ・全国平均を目指して県を挙げてというわけではなく、同じ県内の2次医療圏でできていることが、なぜ他の2次医療圏でできていないか、色々吟味した上で、同じことを取り込めるならば取り込むことをまずは始める、ということの方が動機付けとしても明確であろうし、そう取り組まれることで地域差も縮まっていくので、それが県を超えて実現していくとなおさら良い。
- ・そういう意味ではデータの渡し方として、当該県のレセプトデータだけでなく、他県での好事例だと思われるデータについて、保険局の方で抽出して渡すことが必要ではないか。他の所でできていて、自分の所でできていないということであれば、工夫すれば何とかできるのではないかと。横を見ながら改めていく、というピュア・プレッシャーというものが働いていくと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・ 2次医療圏毎のデータを第1弾として都道府県に提供していきたいと考えており、またこれから分析する結果についても、更に都道府県毎に配っていききたい。その中身は、先ほど松田委員が御指摘されたように、疾病毎の構造がどうなっているか、2次医療圏毎に見えるようにする、といったデータセットを策定して都道府県に出していきたい。
- ・ 各都道府県に対して、全国の他の2次医療圏ベースのデータも全て開示していきたいと考えている。それらのデータの使用や自都道府県との比較等を行うようにしていきたい。
- ・ モデルケースまで示せるかは検討したい。

(土居委員)

- ・ 自分の県だけでなく、他の都道府県と比べるということは一言強調しておいた方がよい。

(佐藤委員)

- ・ 何回かこのWGでも出ていたと思うが、外来と入院の関係や、入院と介護の関係について、外来が、医療費が増えることが悪いことかと言われるれば、それが入院から転じているのであれば別に悪いことではない。逆に介護費が増えたとしても、介護が受け皿になったということであれば、それは決して悪いことではない。地域差を見ても、沖縄は介護費が高く医療費が安い。外来は、高知はベッド数が多いので全国平均より低く、入院が高い。その辺りを整理しないと、いきなり外来を減らせ、入院を減らせ、介護を抑えろと言われても、どこをどうしたらいいのか。
- ・ 「外来」、「外来」と我々が言う「外来」は、決して入院から外来に転じているところではなく、いわゆるコンビニ受診も含めたところであり、もちろん健康状態の悪化である。介護についても、在宅の受け皿となった結果の介護は誰も文句を言うわけではない。問題は、先日話題になった認定率の地域差のような、なぜか大阪が高いというところを整理しないと、県の担当者はどこを叩いたら良いか分からないと思う。

(筒井委員)

- ・ 先ほどの話についてもう一度言うが、できることからやっていただくのはもちろんであり、今佐藤先生が仰ったように、外来、受診というものの代替性をパターン化し、増加分と単純に言うのではなく、差引があるようなモデルがあるということを理解してもらうことが大事。その時に当然受療する人達のディシジョンメイキングが起くるので、それは、その現場の資源によるので、国

でなんらかの推計式を提示するというやり方は無理で、2次医療圏で考えてもらうしかない。

- ・しかし、今、地域医療構想に携わっているが、県の担当者は大変難しいと言っており、しかも、ほとんどの市町村には、病床削減に関する話は伝わっていない。実際に、今回の策定ビジョンに関係する方々は、2次医療圏、市町村、その地方の病院等の方々となる。彼らに分かってもらうことが必要なのであるが、それは、簡単であるとか、単純であるということだけでなく、理由がはっきりしているということが大事である。しかも、この意味から言えば最も理解を深めていただきたいのは、受療しているの方々、つまり患者であり、彼らの側の態度を変えることを含めた推定式の在り方は、この施策の実効性を高めるという意味でも重要と考えている。
- ・しかも現行の推定式は、自然増で右肩上がりという従来の医療費の考え方も、本当に、すべての2次医療圏でそうなるのかというのは吟味する必要があると思う。先ほど土居先生が仰ったように、チューニングは、いずれの地域でも必要ということだと思う。そもそもこの推計式の元々の算出の根拠というのが現状の医療の受療率等を使っている。ここには、これから変化するであろう患者の受療行動という態度の変化も、病床削減が与える影響も反映されていないわけであり、この現状の構造を変えずに使った推計式をそのまま使ってどうなるかということをやってしまうことに対しては、相当の配慮を必要とすると考えている。本来、この推計式は2025年までの動的モデルを前提とすべきで、それをただ静的に伸ばしていくというモデルでは論理的な矛盾がある。だから、この動的に変化する状況に対して、チューニングでいいのか、抜本的に変えていかななくてはいけないのかの判断が随時、入っていかなければならないのだと思う。その際には、策定からの継時的データや医療圏ごとの患者集団における態度の変化を見て考えなければならない。したがってその辺のことについては、これを出される時に、きちんと都道府県に言っていただく必要があると思う。

(松田委員)

- ・今回の2次医療圏単位で全体の医療費の推計値を出すというのは、1人当たりの医療費の推計も出さなくてはいけない。九州でいくつか推計を手伝っているが、2次医療圏というか構想区域によっては人口減の影響が大き過ぎ、総医療費は減るが1人当たり医療費は上がってしまうという所が出てくる。おそらくそういうかい離が出てきてくる所があり、そこは高齢化が進んでしまうので、保険料収入もままならなくなる所。
- ・福岡の医療圏のように、まだ若い人が増えており人口が増えるという所での適

正化対策と、もう人口がシュリンクし総医療費は上がらないが1人当たり医療費が上がってしまう所の対策は、違ってくるので、それができるような形のツールを作らないといけないと、今、筒井委員の話聞いて思った。

(厚生労働省保険局)

- ・ 実際オールジャパンでもおそらく40年を過ぎたら、高齢化による増との兼ね合いもあるが、きっと人口減の方が医療費減に効いてくると思う。ただ今は、単価そのものは固定にせざるを得ないかと思っているが、人口構造までは組み込んでおり、地域別に組み込めるようになっていると思う。しかし、それだけではすまないところがアクセスとの関係で出てくると思う。

(松田委員)

- ・ 1人当たり医療費に落とし込み、総医療費との比較をやることによって、その地域でやらなければいけないことは、かなり変わってくると思う。

(筒井委員)

- ・ 現状でも2次医療圏を細かく見ていくと、病院が撤退してしまっている地域も散見される。このような地域では当然のことであるが医療資源がないので、医療費は下がっている。こういう地域では、今回の医療費の増加を前提としたモデルはまったく使えないわけで、何をどうすべきかわからずに困っている2次医療圏も相当増えつつあることも考慮してほしい。
- ・ いわゆる自然増というグラフを作る地域ばかりではなく、こういう地域は少数ではなく、多くの地方都市の周りの2次医療圏では、人口減がはじまり、医療費も下がるという現象があるということにも留意をする必要がある。

(松田委員)

- ・ ちょっと手持ちのデータでさっと見てみたが、医療と介護の使い方は、やはり傷病によってかなり違う。福岡県のデータで見ると、例えば入院してから1年以内の介護と医療を合わせた給付費は、大腿骨の頸部骨折の場合には、1人当たり約400万円ぐらいであり、医療が4、介護が1である。脳梗塞の場合には、1人当たりの1年間の医療費と介護費の合計額が1,250万円で、医療と介護の比が9:1になる。要介護度でいうと、退院後6ヶ月での要介護度を見ると、大腿骨の置換術の方で1番多いのが、要介護認定を受けている人だけを見ると、要介護2。脳梗塞の方で見ると要介護3。やはり傷病によってかなり違ってくるので、このパターンをどこかで見て精緻化することは、どこかの段階で考えないと、大分ずれてきてしまう可能性がある。

(石川参考人)

- ・今松田先生から御指摘があったが、4機能区別の病床数と病床の平均額を出していると、医療と介護の部分と同時に、特に高度急性期においてかかってくる金額というの、傷病毎にかなり異なってくる。先ほど細かなところの要因を考えてもという話はしたが、傷病別の分析だけは、やっていただいた方が良いでしょうし、傷病別の病床数を見ることが、先ほどの人口減少の一方で高齢者が増えた結果として1人当たり医療費の増加というの結び付くので、人口1人当たりの部分と、1患者1人当たりで考えている部分、かつその患者を傷病別に考えるという形で、少しずつコントロール可能なところがどこにあるのかを、明らかにしていくべきではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・仰るとおり。まだできていないが、入院医療費の病床毎の単価については、おそらく急性期から下は基本的には医療資源の投入量で区切ったところの中の当てはめをしており、これまでの人口構成の変化も加え、途中の傷病の構成が変わってもそんなにはブレないと思っており、そうすると、高度急性期の青天井の所が1番効いてくるし、おそらく発生率や受療率等が変わってくるので、そこを何とかできないか、という問題意識は中での指摘では気付いているが、どうやってやるかというところを悩んでいる。

(松田委員)

- ・今の石川先生の御指摘に答えるとすれば、地域の年齢別の傷病構造が変わらないとすれば、2013年で推計しているが、いわゆるDPC別の、病床機能別の、年齢階級別のデータはあるので、それを2025年のところのデータに当てはめれば、とりあえず今と年齢別の傷病構造が変わらないという条件を加味した上での平均値を出せるので、おそらく急性期と高度急性期についてはできるだろう。
- ・回復期と慢性期はそんなに変わらないと思うので、それはそのまま良いと思う。

(石川参考人)

- ・急性期と高度急性期について、今のような形でできるのであれば、回復期と慢性期は介護でやるのか外来でやるのかも含め、患者のサポートをしていく財源や場所をどこに取っていくのか、という問題になる。可能であれば、新しい症例が発生してくるところでは、発生したのに関して高度急性期・急性期に

係る費用について、単価×日数、単価×患者数で分かるようにした上で、その後のお世話に係るところについては、どういう形で居場所が決まっていくのかという調整をしていただけると、かなり精緻にできると思う。

- ・少し視点が変わるが、筒井先生もよく現場の話をされており、今回漸く地域医療構想の中に4機能区分が出て将来の医療提供体制が分かって来た。一方で医療費の適正化の話が出てくると、自治体の財政当局側と、いわゆる衛生又は医療提供の整備側とのつながりが、かなり困難になっていくと思う。そうした意味でも、可能であれば、財政側で見て行くような今回の推計だけではなく、これまで各先生方が御指摘されてきたような、細かなところでどうなっているのかをきちんと見た上で、その結果として対価とサービスのバランスを見ていくということも、ある程度は、細かな方針を出す時に書いておいていただくと良い。
- ・そうすることで、去年の6月に病床数を示した際のような状況を回避して、今回の推計に関しても、推計でマネジメントしていく指標がまず1つあるが、それ1つだけを見ながら政策は考えられるわけではない、というような図式をきちんと出していただくと、自治体側もきちんと動きやすいのでは。

(土居委員)

- ・今石川先生が仰ったところについて、当事者がいらっしゃるが、厚労省と財務省との間ではそういう関係はあると思うが、県内の財政部局が医療費適正化計画でこれぐらい医療費が落とせると言ったからといって、財政部局は中期的な財政フレームや3～5年の将来予測を含んだ財政運営の将来推計を財政面から出しているが、直ちに医療費適正化計画と連動した形で汲み取って、ここは削減できるとしてこれ以上は減らせない、という予算の立て方をしているのかがよく分からない。医療費側からどう見られているのか、聞かせていただきたい。

(石川参考人)

- ・そうした意味では、保険財政の観点から、総額としての医療費に関して、自治体の財政部局と提供側の部局が、対立することはあまりないように感じている。ただ、例えば、今後国民健康保険の主体を都道府県で管理する形になると、今まで設備投資をするために予算で認められているような金額や事業について、地域医療構想に書き込まれた課題があったのに、更に別の次元のところから、そもそもうちの都道府県の健保財政としてはこのような状態にある、というところが出てくると、非常に難しくなってくるので、できれば健保側の財政の方々にもこういうことをやっていてこういう金額になるという

ことが分かるような枠組みで考えていただければいいと思う。

(松田委員)

- ・医療費適正化には直接関係ないが、今回これで医療の方から介護の方に移すとなると、介護保険料がその分上がってしまう。福岡県のいくつかの自治体で既にそういう分析をしているが、平均で約150円位上がる。
- ・問題は、今後、介護保険の方で介護保険事業計画が走るが、医療の方から慢性期のところで介護の方に移す分を、この介護保険事業計画に載せるかどうかは、厚労省の方で調整していただかないといけないと思う。保険料として150円だが、税で見る部分の150円分も上がることになってくるので、150円はけっこう大きい。自治体の担当者は、地域医療構想の調整会議で初めて聞く話で、市町村の介護保険課の担当者がバタバタしているので、省内で調整いただければと思う。

(厚生労働省保険局)

- ・現状で申し上げれば、地域医療計画の指針と介護の指針の素案のようなものが同時期に出ていくことになるので、実際に介護の本当の指針はもう1年遅れるが、老健局側から医政局側に対して、どういう数字でどれくらいになるかというのを年末等それなりの時期までに提示がないと指針が書けない、その時期までにちゃんと調整をしてほしい、と申し入れはしている。
- ・どのように組むかという推計のところでもまだまだ時間がかかると思う。そこはよく気を付けておく。

(佐藤委員)

- ・一般論になるが、自然体での医療費の見込みは、一連の取組をしたらこれくらいの医療費になるというラフな見込みであり、あくまで精緻な予測ではない。むしろ石川先生から最初の方に御指摘があったように、説明ができるのがまずは大事。あまり難しい方程式を並べても仕方がない。
- ・2点あり、まず見込みがあるのと、それを実現させるというのは違う話なので、先ほどから問題になっている、外来、1人当たり医療費をどのように抑えるかというときに、地域差をなくす、重複投薬は抑制するというのは分かるが、それをどのように実施していくか、都道府県や保険者がこれから悩むところなので、むしろ現場で考えてもらうのがいいのかもしれないが、その取組というところで、どこを押せば最終的に医療費が減るのかという姿を提示しないと、この数字を出した、このくらいのお金だと言われても、それを達成するために今手元にある道具のどれを使ったらいいかというのは、現場でよく分からな

い。手段と最終的な医療費の関係に、何かつながりがある、ということを示す必要がある。

- ・結局は走りながら考えなければならない面もあり、最終的には、先ほど筒井先生や松田先生から御指摘があったように、色々な行動の変容、色々な取組の違いが出てきて、それぞれの自治体の取組の中で、結果として見込みもまた変わってくるということもあると思うので、そこは少し柔軟に捉えてもいいのでは。
- ・色々なことをやってみて、患者に対する教育をきちっとやった結果として意外と健康増進に対する意識が高まり受療率や受診率が下がるかもしれないし、介護との連携が思いのほか上手くいくかもしれない。
- ・最初はどうしても手探りだと思うので、単に目標を出して頑張れではなく、むしろ実際に何が起きていて、それを現場にフィードバックしていくという進捗管理が大事。

(筒井委員)

- ・今の関連で参考として、ある政令指定都市で診療報酬と介護報酬のレセプトを合わせて分析しているが、介護サービスの種類で見ると、通所に来ている人達の診療報酬が低くなるという傾向がある。それは、病院に行かないでデイサービスセンターに来ているというだけだが、非常に顕著であり、既にこういう分析は市町村ではやり始めている。
- ・2次医療圏で考える時に、入院できなくなったら、在宅に居るわけで、在宅に居る時に、全て外来医療なのか、全て訪問看護なのか、全て訪問リハなのか訪問医療なのか、というのではなく、バリエーションがある。そのバリエーションは、それぞれの市町村で考えるのだろうが、バリエーションの箱を作り、訪問医療がこれぐらい、訪問リハがこれぐらい、といったシミュレーションのモデルを作って提示してもいいのではないかと考えている。

(石川参考人)

- ・今、佐藤先生と筒井先生からあった、結局走りながら考える、そしてその箱を作って考える、ということについては、各自治体はそれなりに自分達のデータの集計、あるいは自分達の状況の把握というのは試みていると思う。ただそれが相対的な位置付けとしてどうなっているのかを知ることが、今後非常に重要になってくるので、今までに言われていた様な指標があった場合、各都道府県では出すがそれに対して全国でどうなっているのかを、比較するような参照値が重要になる。
- ・既に医政局の方では、地域医療に関するデータブックというものを提供してお

り、この中では、例えば診療行為の数や人口割合等、いわゆる SCR のようなものが提供されているが、残念ながら費用面からの分析というのがほとんど入っていない。

- ・地域毎に細かく医療費を出していくというのは、すごく大きな問題かもしれないが、1億3千万人を、例えば性・年齢階級、5歳年齢階級毎に分けた場合には、このような診療領域でこれぐらいの医療費がかかっている、これぐらいの患者がいる、といったデータを、少しずつ NDB 側から出していただけるようになると、今言ったような分析をしていく中で、自分達が良いのか悪いのか、あるいはパラメータを変更した場合どれぐらいのところまで目標で変えていけばいいのかが、費用の観点からも明らかになってくるのではないかと思う。そういった意味でも NDB の白書と呼ばれていたものは、既に議論が進んでいると思うが、その中にももう少し費用的なものが入ってくるといい。

(厚生労働省保険局)

- ・今石川先生から御指摘があった NDB の白書は、現在 NDB オープンデータという名前で、公表に向け鋭意準備を進めているところ。まずは、基本的には単純・基礎的な集計表というところで、診療行為等に関する件数を出していくという方向で、今のところ準備を進めている。
- ・先生御指摘の観点については、毎年毎年作っていく方向で考えているので、今回出した後、御指摘いただきながらまた考えていきたい。

(総務省自治財政局)

- ・委員の先生方から御指摘があったが、都道府県の財政当局との関係については、我々総務省としても、総務部局や財政当局に対して、全国会議等の機会がある毎に、この社会保障制度改革は保健福祉部局だけに任せるのではなく、財政当局等も主体的に取り組んでもらいたい、具体的には人事の面や、健康作りや重症化予防の取組等も地方の財政面において大事だという点を考えていこう、要請をしている。
- ・全国知事会等で、都道府県の担当者との意見交換の中で、医療費適正化計画の話をしていると、まだそれほど深刻に捉えていない。まだ多くの団体が地域医療構想を作っている段階なので、医療費適正化計画に目が向いていないというのはあるが、その中で聞こえてくる声は、厚労省保険局が何度か説明に来てくれていることは評価しているが、医療費適正化計画を早く作るよう求められても、まだどういう取組をしていって良いか分からない、まだ取組みようがないという声があるので、もう少しどういった作業等を実施していけば良いのかを、急いで示していかなければならないと思う。

- ・もう1点、医療費適正化計画の早期策定を言われた場合、厚労省から推計式が出るので、それを当てはめれば良いのであれば作だけにはできるが、実際に作る時は、地元の医師会や医療関係者等色々な方と議論をして、効果が上がるやり方、実効性の有無を議論しなければならない。医療費目標・医療費見込みは、機械的に数字合わせするのではなくて、実効性があるものにしていかなければならない、という意見があった。

(松田委員)

- ・今回はすごくいいチャンス。介護保険が導入された時の良かったことは、当時、給付と負担の関係が割と明確になったということ。当時、それぞれの自治体で、保険者で使った分だけ保険料が上がるという説明をしていた。それがちょっと曖昧になってきてしまったと思うが。
- ・一方で、医療保険は、そこがすごく曖昧になっている。今回、こういう取組をすると全体としてこのくらいの医療費が削減できるというのは、おそらく国保等しかできないと思うが、その結果として保険料がこれくらい下げられる、そういう負担と給付の関係性を一旦明確にするということを、今回これを機にやるべきではないかと思う。
- ・そうすると、先ほど筒井委員が言われたように、それが個人の行動変容につながり得るであろうし、そもそもこの保険というものが社会連帯の下でやっているという、理念の再確認をどこかでやっておかないと、どうしようもなくなってしまう。そういう意味でも、今回はいい機会だと思うので、そういう形での推計ツールを作ってもいいのではないかと思う。

3. 閉会

(以上)