

第21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9月20日（火）14:00～15:30

場所：中央合同庁舎第8号館623号室

二 出席者

○構成員

筒井孝子委員、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

高橋社会保障改革担当室審議官

駒木社会保障改革担当室参事官

石井社会保障改革担当室参事官補佐

総務省

君塚自治財政局調整課理事官

財務省

小岩主計局主査

横山主計局主査

厚生労働省

黒田保険局医療介護連携政策課長

高木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

野中保険局データヘルス・医療費適正化対策推進室長補佐

三 議事

1. 開会
2. 医療費適正化基本方針について
3. 第2次報告（案）について
4. 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。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・本日欠席の土居委員からは次のようなご意見をいただいている。
- ・「骨太方針 2015」では、「都道府県別の 1 人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされているが、今回提案された取組目標だけでは、この「半減」には到達しないとされている。また、1 人当たり医療費が、「直近において」全国平均以上の都道府県のみ、平均との差を半分にすることとされているが、これだけでは全国平均以下の都道府県に対する医療費適正化の縛りが弱い上、そもそも統計学的に「半減」はできない。
- ・このため、取組目標の追加等についてこのWGにおいて引き続き検討を進めるべき。具体的には、厚生労働省が行った患者の受療行動に関する分析結果の分析を更に深め、それに基づき 1 人当たり医療費の更なる地域差縮減を可能とする取組目標の選択肢を追加し、可能であれば、医療費の見込みの推計式に反映させることも検討する必要がある。その際、全ての都道府県が医療費適正化計画を策定する平成 30 年度に間に合うよう、たとえば来年の夏までに結論を出す前提で議論を進めるなど、期限を切って議論することが必要。
- ・なお、今回の厚生労働省による分析結果の一次データは、電子ファイルで広く国民に公開し、研究者等による分析・議論を重ねることが重要。

(伏見委員)

- ・平均在院日数の変化が医療需要の推計に盛り込まれているが、以前示された 4 機能区分毎の患者数の推計による医療需要の推計ではその平均在院日数がどの程度変化することになるのか。それが本当に妥当なものか知りたい。

(厚生労働省保険局)

- ・地域医療構想の考え方は、ベッド数ではなく医療需要の推計に基づきその需要に合うように医療提供体制を見直していくということなので、平均在院日数の変化は見込んでいないが、結果的には、医療提供体制の見直しによる平均在院日数の変化は同じようにあるかと思料。

(伏見委員)

- ・平均在院日数は入院受療率の裏返しの数値になるので、医療需要の推計から入

院受療率が計算でき、それに相当する平均在院日数は計算できるのではないか。今は在宅医療移行分を見込んでいないが、もともと療養病床やそれ以外の病床などにいたはずの人を全く想定しないと、在院日数が4～5日くらい短くなった場合と同じというような、歪んだ推計になるのではないかと懸念。

(厚生労働省保険局)

- ・在宅移行分の推計が可能であれば、医療費適正化計画に反映させたいが、その推計方法についてはまだ議論が必要なので、現時点では推計が難しく、平成30年度からの地域医療計画の進行状況等も見つつ今後考えていくことが必要。在宅移行分が欠落していることには留意しつつ計画を策定することとしたい。

(伏見委員)

- ・外来の場合から療養病床の場合まで、ある程度幅を持たせれば推計できるのでは。あまり現実離れした推計になると困るので、可能であれば検討を。

(厚生労働省保険局)

- ・現時点で現場を誘導したり誤解を与えたりするような数字を出すのはかえって好ましくないため、今回の医療費適正化計画では外来移行分は盛り込まないという整理にさせていただければと考えている。

(藤森委員)

- ・1人当たり医療費の都道府県格差半減という場合の、「1人当たり医療費」とは、性・年齢補正をした医療費か、単にグロスで対人口比で割っただけのものか。高齢化率は都道府県毎に違うし、高齢者の1人当たり医療費が大きいことを考えれば、高齢化率で補正をしないと、その時点で1人当たり医療費の目標値が現実的ではなくなる都道府県が出てきてしまうのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・年齢補正はしているが、性別の補正は困難なため、していない。

(藤森委員)

- ・都道府県に示すデータは、ぜひ年齢補正をしたものにしてほしい。特に全数で出ているところについて、初再診の数等は補正すべき。

(厚生労働省保険局)

- ・データ分析では、集計対象の年齢を一定程度区切ることで少し年齢補正をして

いる。都道府県には、ある程度年齢を区切った形でデータをお示ししたい。

(藤森委員)

- ・患者1人当たり医療費の場合は、受診していない人が分母に入っていないということだが、そもそも受療率が違うので、受療率でも補正すべき。受療率で補正した上でなければ、受診回数について評価できないと思う。
- ・医療費には、アクセスのよさ・受診回数・受療率が1番影響している。そもそもレセプトの出方は都道府県毎に全く異なり、医療費はそれに比例する。年齢補正した上で対人口当たりでどれだけ受診しているかは、入院外医療費に1番影響しており、そこをまず締めるべきなので、まずは受療率を出してほしい。

(厚生労働省保険局)

- ・患者所在地ベースでの受療率のデータはあるが、他のデータを医療機関所在地ベースで示しているところ、その受療率のデータはないので、都道府県に配る時期も考慮して、追加分析できるか検討する。

(筒井委員)

- ・医療費の伸び率の計算方法について、平均在院日数の縮小と医療費との関係は、単回帰の関係ではなく、たとえば平均在院日数が下がっても、集約性を高めて入院単価を上げるという行動に病院は出るので、これで本当によいのか少し疑義がある。ここ10年のデータを見ても、平均在院日数は減っているが、必ずしも1人当たりの入院単価は下がっておらず、むしろ2割近く上がっている。在宅移行部分についても、先ほど話に出た受療率から計算するという方法もありうるが、そもそも医療と介護の両方の話なので、医療費だけでは難しい。その上でどうすべきかについては、土居委員も指摘しているが、1人当たり医療費の更なる地域差縮減を可能とする取組目標の選択肢を、もう少し丁寧に都道府県に示す必要がある。
- ・また、都道府県格差も激しいが、都道府県内部で格差のあるところが多く、都道府県の中でも地域間格差を考えた推計をしなければいけないので、眼科や慢性期医療等の細かい分析も2次医療圏毎にやらなければ、医療費の半減は統計的にかなり難しい。なので、1人当たり医療費の更なる地域差縮減のため、国は都道府県別でデータを示すが、都道府県の中では2次医療圏別の丁寧な分析が必要、という考え方を示し、具体例を提示すれば、都道府県の方もまずは都道府県の中の地域差縮減を考えていけるのではないかと思う。
- ・その場合にも、今回は見込まない在宅移行分が問題になってくるが、そこは現時点では $+α$ にしておくしかないかと考えている。

(厚生労働省保険局)

- ・介護の部分を見込むのは現時点では難しい。また、高齢者の医療費や都道府県内の医療費の差は併せて考えなければいけないと思う。

(伏見委員)

- ・地域、都道府県、2次医療圏単位それぞれの取組目標を立てることを考えた場合に、診療行為別まで細かくデータを出しても都道府県としては対応できないのではないかと。せめて診療区分別くらいの、ある地域はリハビリが多い、こちらは薬剤が多い、注射が多いといった、もう少しおおまかなデータの方がノイズも少なくなるので、本来であればそのレベルの推計が前段階として必要だった。

(厚生労働省保険局)

- ・そもそも細かい分析に入る前にもう少し大きな診療区分別から入った方がよかったのではないかとのご指摘はそのとおりだと思う。今は平成25年10月のデータを使っているが、新しいデータで同じような分析を行う際には、ご指摘を踏まえて大きな診療区分から傾向を示せるような形にしたい。

(松田主査)

- ・地域医療構想の時の、傷病や病床機能別の病床数を推計する時の平均在院日数の扱いについて、今回はそれぞれのDPCデータを全て展開し、DPC毎の高度急性期、急性期、回復期、慢性期部分を計算して、それぞれの全国統一の平均在院日数で補正して推計している。受療率はそれぞれの構想区域の受療率を使っている。傷病毎・病床区分毎にどのような適正化の手法を考えるかというのが今後の検討課題である。先ほど筒井委員が指摘したように平均在院日数縮小の効果は、高度急性期、急性期では在院日数を短くする分だけ密度が高まる可能性がある。他方で、回復期と慢性期では、在院日数の削減分がそのまま外に出て行き、おそらく介護や在宅の方に行くので、それを前提に考えていかなければならない。
- ・個別の診療行為の分析について、フランスでは、診療ガイドラインを作ってそれに従った医療をやっているかどうかについて、ガイドラインの方を物差しにしてレセプト点検している。その中でよく例として挙げられているのが、糖尿病で、ガイドラインにはHbA1cの検査は約3ヶ月に1度行うと書いてあるが、現状ではかなり多く受けている患者がいる。そういう実態は、ガイドライン等の、後から介入可能な指標を見つけないと指導できないと思うので、それをどう作り込んでいくかが問題。そうするとこの「半減」は目標としてはよい

が、実行可能で効果のあるプログラムをたくさん提示し、それらを積み上げていくというやり方の方が、適正化の方法論としてはよいのではないか。そういう形で分析をできるようにした方がよいと思う。オランダやアメリカでも、電子化されたレセプトをプログラムで分析して外れている人を抽出していくツールを作り、外れたものに対してピアレビューをかけてその中でおかしいものには保険償還しないという仕組みを作っている。そうしたレビューの仕組みを入れなければ、外来は適正化しにくいのではないか。入院の場合は、医師が大勢いて院内で色々とチェックが入るので、標準的な診療から大きく外れるケースはあまりないが、日本の外来の場合には、1人の先生が診ていて、チェックしきれない部分もあり、標準治療から外れた場合もそのまま見逃されてしまうことが起こりうる。たくさんの患者を診ていると、何ヵ月前に検査したか覚えておらず多く検査をしてしまうことがあると思うが、そうしたことをチェックする意味でピアレビューの仕組みをどう入れるか、レビューする時の視点として何があるか、整理するといいいのではないか。藤森委員が作ったSCRがそうした意味で一番よいと思うので、それをもう少し使ってもいいのでは、と思った。

(筒井委員)

・米国等では、診療ガイドラインが整備されているので、それに基づいて、レセプトの適合率を分析することができるので、アウトライヤーがどういう人たちかが分かるが、日本の場合は、ガイドラインから作らなければいけない。現時点では、こういう診断に対してはこういう検査といったガイドラインは粗々にしかないので、ガイドラインに基づいたレセプト分析は、少なくとも今年は不可能。ガイドライン作りを各学会に任せると相当時間がかかるだろうし、どのくらいのスパンで実現させるのかという話になる。都道府県レベルの話になると、そうした指針をどのタイミングでどう出していくかをここに書けるかどうかというのが問題になる。必要であるということは書いてもいいが、具体的な中身がなければ進まない。それについてここでどう出していくのかということは議論しておくべきではないか。

(松田委員)

・研究レベルではかなり進んでいる。昨年度AMEDの研究費で、とある県で糖尿病ガイドラインに従った治療がきちんと行われているかどうかを、NDBを使ってガイドラインの項目ごとに見る仕組みを作った。それを見ると、たとえばHbA1cは、年に4回以上、5回や6回も結構あるが、10回以上測っている人も何割かいる。また、糖尿病で薬物治療を受けている人には年に1回腎機

能検査をしたり、眼科の検診をしたりしなければいけないが、治療を受けている人のかなりの割合が眼科の検診も腎機能検査も受けていない。一応糖尿病学会や高血圧学会が出しているガイドラインはあるので、それに合わせたものであればある程度はできると思う。他にも、たとえば脳卒中では地域連携クリティカルパスがあるので、NDBを使えばかなりの分析はできる。NDBに出てくるデータは1年遅れになるという問題はあるが、まずはできるところからやって広げればいいので、NDBを使ってガイドラインに従っているかどうかをチェックするロジックは日本でも十分適用できると考えている。

(伏見委員)

- ・外来医療費の適正化について、都道府県が目標を立てた場合に、それを実際に実現するのはどこになるのか。レセプト審査は、どちらかという都道府県毎に異なる基準で行っていると思うが、最終的にはそれを統一化するという話になり、審査のガイドライン作りをすべきということになるのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・レセプト審査は、あくまで診療報酬上のルールに従っているかということだけを見ている。他方で、日本では混合診療を認めていないなかで、できるだけ個々の患者の状態とルールの調和を図るところがあって、そこがそれぞれの審査基準の差と言われている部分だと認識。また、地域毎の患者の状態そのものの差や、入院医療についてはその地域の主義等の影響によるもの等が審査にも影響している可能性がある。それについては、現在、審査支払の在り方の見直しの中で議論していて、方向性としては、できるだけ審査の差異というものはなくしていくという議論になっている。ガイドラインへの適合性に関しては、できる限りデータを現場の方々に共有して、現場の自主的な努力で質の向上を図っていくということがないと、審査だけでは限界があるのではないかと思う。入院については、今もNCD等でデータを集めて現場にも共有する取組が行われているが、外来でどこまでそうした取組が有効かは分からない。

(伏見委員)

- ・ガイドラインは非常に重要で、質の確保というベクトルと適正化というベクトルは必ずしも一致せず、この両方に沿って医療を適正化していくように考える必要がある。データ分析の観点も、たとえば地域毎のリハビリの算定回数差が非常に大きい、薬の使い方が違うといったことで、間接的には審査の適正化や地域差の適正化に貢献できるのではないかと思う。

3. 第2次報告（案）について

- ・第2次報告（案）について、意見交換を行い、次回専門調査会に最終案を提示することとなった。

（伏見委員）

- ・長期推計は物価等を見込むことが多いが、今回は見込んでいないことを明記すべきではないか。

（内閣官房社会保障改革担当室）

- ・推計の前提や留意点は明示しなければいけないが、今後検討する。

（筒井委員）

- ・平成35年度には全国で医療費がどのくらいになって、どのくらい削減できるのかという目標値を示すことになると思うが、途中の目標見直しの際の、達成度に応じた見直しの考え方を示しておくべきではないか。

（内閣官房社会保障改革担当室）

- ・高齢者の医療の確保に関する法律において、医療費適正化計画は毎年進捗状況を見ることになっており、医療費の見込みと実績が大きく乖離する場合には対応を検討することとされているが、具体的にどうするか、どのくらいになったら見直しを考えるのかといったことは今後検討したい。

（筒井委員）

- ・これはPDCAサイクルを回すことになっているが、普通は目標値とのずれがどのくらいであったらどこでやり直すかを書いておき、半分も目標達成していなければ完全に見直すことになるが、今回は非常に不確定な要素、しかもかなり過去のデータを推計に使っていることも勘案して、どの程度の達成率を見込むかについて一応の合意を得ておいた方がいいのではないか。たとえば見直しの方法として特定保健指導をあきらめることになった場合に別の方法も考えておかなければならないし、ジェネリックについては既に目標がどんどん変わっている。また、診療報酬改定の影響で既にかかりつけ薬剤師がしっかりやっているとそうでないところとの差が出てくるといったことを踏まえると、全体としてどうか、ここでどうかということは決めておいた方がいい。

（松田主査）

- ・今の筒井委員の意見は非常に重要で、フランスはONDAM（医療保険支出国家目標）で毎年医療費の伸び率の目標値を設定しているが、そのアネックスに

は、このプログラムでこのぐらいの削減目標というようにプログラム毎に目標額が設定されていて、それを実績と比較し、達成しなかった場合はなぜ達成しなかったのかということを書き換えるという形になっている。PDCAを回すためにはそこを書いておいた方がよいと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・医療費適正化計画の基本方針を今後厚生労働省の方で作成するが、都道府県への打ち出し方や評価方法については、関係者と検討していきたい。

(厚生労働省保険局)

- ・おっしゃるとおり、評価方法は考えなければいけないと思うが、やはり都道府県が計画を作ったうえでそれを評価するとしても、見直しはなかなか難しく、6年後に向けてまたどうするのかというところをきちんと考えるという形で都道府県は認識している。そもそも評価できるもの、たとえば特定健診・保健指導であれば、実績の人数を出すことは可能だが、額の6000円の妥当性はなかなか評価が難しいので、もちろん都道府県が独自に分析した結果を使うことについてはかまわないと思っているが、都道府県とよく相談する必要がある。

(伏見委員)

- ・在宅医療費の推計が見込まれていないことが分からないと、入院医療費と外来医療費を足した過小評価された数字だけが独り歩きしてミスリーディングになるので、在宅分については欠落しているといったことをどこかに書くべき。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ご指摘を踏まえ、分かりやすく書けるよう関係者とも調整して検討する。

(石川委員)

- ・今回の第2次報告(案)には、医療介護の総合確保方針が平成30年以降改正されることに言及がないが、今後の地域医療計画と介護保険事業計画の見直しの中では、その前提となる医療介護の総合確保方針の動向も踏まえたうえで、その方向にあった医療費の適正化及び医療提供体制の見直しを行っていくということを最後にでも書くべきではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・検討する。

(藤森委員)

- ・入院外の都道府県格差の半減についてはとても半減とはいえないと思うことはさておき、平均を下回る都道府県は平均を上回る都道府県のうち平均に近い都道府県と同額程度の医療費適正化の取組を独自に設定するという記載は、都道府県にとってはよく分からないと思う。どのような趣旨で平均に近い都道府県と同程度の医療費適正化の取組を独自に設定することとしているのか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・厚生労働省からは、これらの取組は全国的に広がる可能性があることから、平均を下回る都道府県は、たとえば、平均を上回る都道府県の中で平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定して推計などを独自に行うというような考え方が示されていて、地域差半減のために平均を下回る都道府県の取組がないというご意見もあったので、今はこのように考えているが、具体的な減らし方や金額等の考え方の整理については関係者と調整したい。

4. 閉会

(以上)