

## 第23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29年4月14日（金）15:00～17:00

場所：中央合同庁舎第8号館623号室

### 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、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

酒井大阪府福祉部長

菱谷大阪府福祉部高齢介護室介護支援課長

#### ○政府側

内閣官房 木下社会保障改革担当室長

駒木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 守屋主計局主査

横山主計局主査

厚生労働省 竹林老健局介護保険計画課長

### 三 議事

1. 開会

2. 介護費の分析等について（有識者ヒアリング）

3. 閉会

## 1. 開会

### 2. 介護費の分析等について（有識者ヒアリング）

#### 【有識者ヒアリング①】

- ・大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について、大阪府より説明を聴取し、意見交換を行った。

（土居委員）

- ・資料1-2の63ページについて、市町村に依頼してデータを手に入れたとのことだが、こうしたデータは国民健康保険団体連合会（国保連）の方では収集できないのか。

（大阪府）

- ・有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅（サ高住）に入居しているという情報はレセプトに載っていないので、国保連では把握できない。ただ、認定調査の際には認定調査員が訪問しているので住まいは分かるはずだが、その情報はシステム上統合されていない。そのあたりをうまく連動する必要がある。

（佐藤委員）

- ・51ページの1次判定における各調査項目の出現率の差と審査判定における変更率について、大阪府の平均は全国平均とそれほど変わらないにもかかわらず、例1では極端に重度変更が多い要因は何か。

（大阪府）

- ・大阪府内で1次判定や2次判定の結果が特徴的な19自治体の審査会を実際に傍聴したところ、2次判定で変更がなされるケースには、医師の意見書や認定調査員の特記事項の書き方が甘く審査会委員が判断に迷うケースや、審査会の運営や事務局の議論の進め方に問題があるケース等がある。

（松田主査）

- ・サ高住について、今は空き家が増加しており、特に古いアパート群に多いので、そこを半ば老人ホームのように使っていると介護サービスを入れるというビジネスパターンが出始めている。空き家が全国で約17%という状況で、アパート経営も厳しくなっており、そうした誘導がかかってしまう可能性は高いので、住宅政策との整合性も考えるべき。
- ・変更率の高さについて、要支援2から要介護1、要介護1から要介護2への変更が多いが、それは使えるサービスの違いが大きな要因だろう。実際にそれに関する分析を行ったが、要支援2と要介護1の区別は必ずしも明確ではなく、恣意的な要素が入ってきてしまうので、少しデータを集めて明確な基準を作るべき。

(藤森委員)

- ・ 66 ページの生活保護受給率との関係だが、住宅扶助の基準額でサ高住に入っているということは、家賃減額がかなり効いていて、困り込みのようになっているということか。

(大阪府)

- ・ 生活保護受給者の割合については、地域性もあると思うが、地域によっては生活保護受給者を狙って受け入れているようなところもある。46.3%という数字は、そもそも把握できているデータが住民票を移している方だけなので鵜呑みにはできないが、サ高住等の家賃を生活保護の住宅扶助基準額に合わせて受け入れているという実態はある。また、一般に、生活保護受給率と認定率はあまり相関がないが、訪問介護給付額には相関がある。これは、市町村のケースワーカーが生活保護受給者を介護保険サービスやサ高住につなげていることもあるということ。

(藤森委員)

- ・ 資料 1-5 の分析・検討にあたっての課題について、市町村単位での医療資源データが不足しているという指摘があったが、具体的にはこういったデータが必要なのか。

(大阪府)

- ・ 我々も今年協議の場を設定するので、そこでどのような議論をするかはこれから考えていかなければならないが、病床を規制し、介護を受け皿にすることを考える中で、それぞれの市町村で何人ぐらいをどのように対応していくかについては、病床を削減すべき自治体と受け皿になる市町村との意識の違いを感じる。市町村ごとにこの病院がどうなるかというより細かな見込みが出てくるともう少し切実感が出てくるのではないか。

(藤森委員)

- ・ 今は病床機能報告制度でも具体的な医療機関名が出てきていて、病床数や看護師数も分かる。また、医政局のデータブックでは、ある程度は市町村単位でも医療の提供状況や動向が分かるようになってきているが、さらに違うものが必要ということか。

(大阪府)

- ・ そこは我々もさらに考えていく必要がある。市町村レベルでは、地域の医療資源を主体的にマネジメントするところまでまだ意識が至っていないところもあるように感じる。

(石川参考人)

- ・ 医療介護連携を考えるにあたって、患者数とそこから発生する介護需要の推計がほとんどないために市町村にとっては理解しづらいということだろう。現状で使いやすいデータとしては、NDB オープンデータの大腿骨骨折や人工骨頭置換等の外科手術の点数の性年齢階級別の受療率と社会保障・人口問題研究所の将来人口推計とを掛けるとおおよその年間の新規患者数が分かる。その上で、医療と介護でそれぞれ見るべき日数が分かれば、医療と

介護の需要を推計できるので、今後はそうした推計を出していくべきなのではないか。これまでは病床数、患者数の推計だけで、新規患者数から見た推計や平均的なケアの受給時間を考慮した推計はなかったと思うので、そういうものは確かに出すべきだろう。

(土居委員)

・サ高住について、作るときには要件を満たしていても、低い家賃であり経済力のない方を住まわせてしまうと、いくら介護サービスの差益で運営していたとしても十分に維持補修ができず、消防法違反等が放置されてしまうかもしれない。そうしたサ高住への規制等、質の担保に関して、大阪府では福祉部局が住宅部局と連携することはあり得るのか。

(大阪府)

・今あるサ高住が長期的な維持管理についてきちんと考えているかどうかはよく分からない。府としては、まずは指導監督のあり方などについて検討しようと考えている。困り込み介護も重要な問題だが、やはり在宅医療も今後の課題になると思う。住宅部局とも連携していきたい。

(土居委員)

・社会保障審議会介護保険部会でもサ高住に規制をかけるべきという意見はあり、老健局からは特別養護老人ホームや老人保健施設のような規制をかけることは考えていないという旨の回答があった。確かにサ高住に規制をかけてもまた脱法的なものが出てくるなど限界はあるだろうが、規制がかかっている介護保険3施設とのギャップをどうするかは大事な問題で、今回大阪府の専門部会で区分支給限度額と介護サービスの割合の違い等のデータが出たのは画期的。規制強化に限る必要はないかもしれないが、介護保険3施設とのバランスを取ってうまく誘導するような仕組みにすることは非常に重要。

(佐藤委員)

・認定率の高さは生活習慣の問題等の需要側の問題なのか。供給側にも何か問題があるのか。

(大阪府)

・それぞれの要因の寄与度は分析していないが、単身世帯率や所得の問題等、すぐには解決できない要因による需要側の問題は大きいだろう。とはいえ、同じ地域でも、介護予防等に取り組む保険者意識の高い市町村は、意識の低い市町村とは違うことも事実なので、医療介護連携も含めてできることをもっとやっていきたい。

【有識者ヒアリング②】

・「科学的に裏付けられた介護」を基盤とした介護サービスの適正化について、筒井委員より説明を聴取し、意見交換を行った。

(佐藤委員)

- ・大阪府の説明では保険者としての自治体における取組が認定率に、筒井委員の説明では時間当たりで測った給付費に大きく影響するだろうとのことだが、保険者の取組が具体的に何か自治体には分からない。具体例を列挙してその差を定量的に見せていくことが、まさに見える化でやるべきこと。
- ・13 ページについて、改善する方は最初に劇的に改善し、悪化する方は一定の割合で悪化していくとのことだが、これは重度な人が改善し、軽度な人が悪化していくということか。

(筒井委員)

- ・これは結果として状態を維持する人、改善する人、悪化する人、悪化と改善を繰り返す人がいるということ。改善する人は2回目の時点でかなりはっきり分かる、というように見た方がよい。高齢者が対象なので基本的には徐々に悪化していく。パフォーマンスの良い介護を提供すると、標準的な経過モデルよりも少し悪化が遅れるのではなく、よりなだらかにゆっくり悪くなる傾向がある。それは結果として分かっているので、ある政令市で介入研究をやっていて、サービスの種類によって違いがあることまでは分かっている、ただ、同じ訪問介護といっても介護の内容は違うので、介護保険サービスの類型では比較できず、今回の発表で示したように介護職員の介護サービス提供のレベル、例えば、キャリア段位制度における介護職員のレベルや、その提供の適切さといったサービスの内容を細かく見ていかないと自立支援に資する介護サービスの在り方は分からない。

(松田主査)

- ・認定審査会の委員を務めていた経験から言うと、大腿骨頭骨折や脳梗塞の初期の場合は良くなることがあるので、次の認定は少し早めに、3～6ヶ月後にやることもある。改善している方の中には急性期から出てきている方がいるのでは。その意味では、このモデルについて検討する場合は、原因が何かを分析するといいいのではないか。例えば膝関節、筋骨格関係疾患が原因の場合、季節変動があることもある。改善群の分析は大事。

(藤森委員)

- ・23 ページについて、我々も医療と介護データを突合して分析しているが、サービス種別データしかなく、基本介護技術別のデータはない。これは集めるのは難しいが、サービス種別と医療の提供内容だけの分析では全く意味がないのか。

(筒井委員)

- ・すでにサービス種別の分析はやっているが、サービスの内容はその名称だけでは、例えば訪問介護といっても、その訪問時にどのようなことをやっているかが明確にされないと、この名称だけでは、どのような効果があるのかというような分析は難しい。これは、医療サービスについては疾患別の処置等がある程度、標準化されているのとは違うということであり、介護サービスについては、最も課題とすべき点といえる。つまり、標準化された介護技術が提供されているという根拠に基づいたデータを分析する必要があるということ。

- ・基本介護技術別のデータについては、本日、お示ししたキャリア段位制度のデータがある。これは分析をする際に有用であると同時に、サービスを提供している介護職員にとっても、スキルを評価してもらえるとという意味で非常に良い効果が出ている。さらに、キャリア段位を取得している事業所は取得していない事業所よりも離職率が低いというデータが出てきている。
- ・つまり、キャリア段位を取得している事業所とそうでない事業所との差異が明らかにされれば、事業所単位で介護サービスの内容を評価することができるようになる可能性があり、これを分析に活用できるのではないかと。ただ、現状は良い介護、適切な介護のやり方といった標準化されたモデルが明示されているわけではない。したがって、標準化された介護を実施しているということと、それができる人が段位取得者であるという説明が必要。そうすれば、現状では、例えば、先ほどの大阪で示されたようなサ高住、有料老人ホームでも、同様の介護サービスを提供しているということになっているが、ここにキャリア段位の取得者がいるかいないか、そういったことで事業所の選別はある程度できるかもしれない。また、キャリア段位制度の仕組みには、段位取得に際しては、第三者評価も内包されている。このため、何らかの問題があるような事業所には、キャリア段位の取得は難しいと思われるので、サ高住等ではスキルが高い職員によるものではないサービスしか提供できていないということが明らかになるのではないかと。
- ・また、キャリア段位は医療機関の介護職の方も取得しているので、医療と介護関連の施設の中でもより介護技術が高いと考えられる職員の方々のケア内容を示した、いわば上澄みのデータになっているのでこれを標準化モデルとすることも可能かもしれない。
- ・例えば広島県では、事業者ごとに、キャリア段位制度の段位取得者の数を加算要件として活用しており、効果を上げていると聞いている。

#### (土居委員)

- ・介護保険制度開始時は6か月で認定し直していたが、今は認定期間を延長している。また、軽度変更はあまりされていないということだが、基準時間の変化を分析するにあたって、認定期間の延長は今後のデータの蓄積に支障はあるのか。軽度変更するインセンティブを設ければ、次の認定調査まではまだ残存期間があるが軽度変更できそうなので認定調査を受けるということが増え、データも得やすくなるのではないかと。ここで1番重要なのは、パフォーマンスの高い介護はどういうものかを追及していくことなので、軽度変更のインセンティブの導入によって、このようなデータが得られるはずだという意見はあるか。

#### (筒井委員)

- ・認定期間延長の影響は確かにある。これについては、例えば介護報酬の支払い方法は現在では要介護度別予見支払だが、自立支援を行うと表明した事業者には選択制で要介護度別改善予後支払という仕組みを1割でも導入するだけで変わるだろう。岡山市ではこれを実験的に通所サービスに関して導入している。
- ・岡山市はもともと通所サービスが約250か所と乱立していた。そこで、事業者自身に質が高い事業所を評価する指標を考えさせた。その1つが改善度という指標だが、その指標に

基づき、介護サービスの質向上に関する支払いという市独自のインセンティブ付与を事業者と自治体で決めた。今年で3年目になるが、利用者もこの指標をよく見ているし、事業者の行動も変わったので、いい事業所しか残らず、効果が上がっている。

(石川参考人)

- ・13 ページについて議論になっていたが、結果として改善したと考えられる4分の1に対して残りの4分の3は改善しないとすると、改善予後支払いによる調整が効くのは25%ぐらい。それによって回転を上げて新しい方に対応する余地も作れるということだろうが、問題は残りの4分の3。改善のためのインセンティブ付与が有効に機能するかどうか分からない対象者群についてはどうするかを並行して考えるべきではないか。

(筒井委員)

- ・図示したとおり悪化の度合いには幅があるので、その幅よりも悪いところは市町村が改善命令を出すべき。急激な悪化には理由がある。本人の疾病の種類や状態だけではなく、サービスの質が大きく影響することを事業者自身に自覚してもらうためにもこうしたことを公表すべき。そのためにも基準は必要で、岡山市のように事業者も納得している基準でインセンティブ付与するという仕組み方をしなければならない。悪化の幅は自治体ごとに違う可能性が高く、これは自治体で決定してもよいのではないか。現在、この悪化を示す指標を角度指標と呼んでいるが、大阪府や他の市町村ではその角度指標を出すためのデータがまだそろっていないので、今は診療報酬のデータも含めて入手しようとしているところ。

(石川参考人)

- ・こうした評価のためには認定期間1年というのは長すぎるのだろう。改善するような方についてどのくらいの期間で改善度を検証すべきかということは細かく分析すれば出てくるだろうが、高齢者特有の状態像が安定しないという問題がその際に課題となるのか。

(筒井委員)

- ・医療を受けているかどうかは結果的に分かる。状態像が安定していたか、どうかについては、診療報酬を分析すればわかること。現状の分析からいえば、要介護度が低いところは、医療費が少ないので、介護費と医療費が代替関係にある。
- ・重要なことは、要介護状態となって最初の段階で、いわゆる初動体制がどうであったかなので、初回認定の方については、1年以内にもう1度、認定調査を行うインセンティブとなるような報酬の選択を事業者ができるようにすればよい。
- ・資料2-2の最後に、見える化システムを使った要介護認定等基準時間の算出方法の算出マニュアルを載せているので、やろうと思えば全ての市町村でできるようになっている。

【有識者ヒアリング③】

- ・医療介護総合データベースを活用した分析事例の紹介について、松田主査より説明を聴取し、意見交換を行った。

(石川参考人)

・22 ページの股関節大腿骨近位骨折のデータの介護保険利用のところで、骨折前には約 48% の需要があったところ、大腿骨近位骨折を起こしたことにより以前よりも介護保険の利用は増えることが予想されるが、手術翌月と翌々月の 16.7%、28.9% というのは本来介護で行われるはずだったニーズが医療で置き換えられている状態だと思われるので、増えてきたように見えるのは 4～9 か月後ぐらいの 51～53% のところ。1 年経つと元のラインに戻るの、大腿骨骨折により 3% ぐらい介護保険の需要が増えるが、それが約 1 年で回復してベースラインに戻る。DPC データも含めた急性期医療のデータでは、もっと早く回復する印象があったし、ベースラインの介護保険需要がこれほど高いのかということが意外だった。こういうことを見ていくと、今後の課題が見えてくるかもしれない。

(佐藤委員)

・34 ページについて、ゆとりがある、ややゆとりがあるというグループで、特定よりも自立の方が医科の利用が多いのはなぜか。  
・仮説として経済状況が受診抑制につながっていないかということだが、70 歳で自己負担率は原則 1 割になるので、3 割負担者と 1 割負担者とで受診行動に違いがあれば、経済的要因が裏にあるということが分かるのではないかと思うが、他にこのデータベースを使って今の仮説を検討する方法はあるか。

(松田主査)

・自立のところは全体的には医療を使っている人が少なく、1 人でたくさん使っている人がいたということ。全体で見ると特定高齢者の方が医療を使っている。  
・経済状況がいい方は基本的には医療も介護もあまり使っておらず、特に介護は低所得者向けのものが多いので使っていない。経済状況がいい方の保険料はそうでない方の約 1.7 倍なので、高い保険料を払っている方が実は介護保険を使っていないという状況。今は介護保険料が 6000 円ぐらいだが、これが 7～8000 円に上がっていった時に、経済状況がいい方々が保険料はたくさん払うがあまり使わないという状況に対して納得してくれるかという懸念がある。そこで、そうした高齢者にも提供できるような予防事業をやらないと、おそらく納得してくれないだろうということで、そうした議論を分析しながらやっている。

(土居委員)

・30 ページについて、ハイリスクだが医療を受けていない人がいるということだが、これは特定健診を受診したデータはあるがレセプトデータがないということで判明したのか、もともと住民のアイデンティティは全て把握していてそれと突合したのか。

(松田主査)

・レセプトと特定健診のデータをそれぞれデータベース化して ID で突合した。特定保健指導区分の受診対象者を追跡すると HbA1c が 12 ぐらいあっても医療を受けない人がたくさんいる。そうした人たちを把握して保健師が入っていかないと危ないということで、保険



者機能を強化するためにこうした分析を行っている。

- ・ 1 番下の方はハイリスクだが、糖尿病と高血圧の薬が出ているので、この人はきちんと管理されているということ。

(土居委員)

- ・ 本日御説明いただいた取組はさらに進化させていくべき。
- ・ この WG は今後どう進めていくのか。それぞれの取組を全国展開できるといいが、その仕組み作りをどうするか、どういう体制を構築したらいいかといった議論もありうるのではないかと思うが、この WG だけではなかなか難しい。問題意識は共有できたとし、これをもっと広く多くの方に知っていただくべきだということは共通理解だと思うが、もっと強力で推進するために何かできないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 前回の WG でも今後の展開について御紹介したが、市町村や都道府県に対してまずは分析の視点や課題を提示し、その上で専門調査会やもう少し高い、発信力のあるところにつなげていくといったことも考えつつ、議論を深めていければと考えている。

(松田主査)

- ・ 今の土居委員の意見は非常に大事で、取組の具体案を国が示すだけでもかなり進んでいく。レセプトの電子化が進み、1 回プログラムを作ってしまうとデータの更新はすぐでき、ハードディスクもそれほど高くないので、このデータベースの作成はそれほど難しくなく、お金もかからない。こうしたことはどこの都道府県でもやるのが望ましいと国が言えば、関係者との調整も円滑に進むだろうし、割と簡単に広がっていくだろう。これは厚生労働科学研究費を使った研究なので、ロジック等の提供は可能。各自治体に横展開し、それぞれの地域の大学と組んでやっていただくような関係を作れるよう、国の方からいろいろと働きかけるとよいのではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 自治体が動きやすいよう、いただいた問題意識も含め考えていきたい。

(石川参考人)

- ・ 医療・介護については、保険者機能の強化とデータヘルスという点で ICT の関係者から結構注目されている。AI を活用したより高度な手法の開発も研究レベルでは行われているが、それ以外にも既存の手法で簡単にできるということは併せて周知していただければいいのではないか。

(総務省自治財政局)

- ・ 大阪府の専門部会で分析したということで、大阪市はじめいくつかの市町村がオブザーバー参加しているということだったが、他の府内の自治体の反応はどうだったのか。

(大阪府)

- ・ もともと介護保険制度上は保険者が主体で都道府県の役割はそれほど明確ではなかった  
ので、都道府県がある程度旗を振って成果が出てくる、あるいは今回の法改正で都道府県  
の役割が位置付けられると、反応する市町村はあるかと思うが、従前は声を掛けてもすぐ  
良い反応をしてくれるものではなかった。

(筒井委員)

- ・ 都道府県と市町村との関係は都道府県ごとに違う。私のところにも大阪府のようなことを  
したいという依頼はいくつか来ていて、同じようなことができるレベルにはないところも  
あるがいくつかは引き受けている。それで気が付いたこととしては、市町村にとっては分  
かりやすい標準値が必要であるということ。
- ・ 医療・介護のレセプト分析は、これまであまりやられておらず、市町村が取り組むには、  
敷居が高いと思われる。したがって、市町村の関係者らがよく見ているデータや統計  
指標で、分かることをやらないとそれは難しいという反応になってしまう。
- ・ 市町村職員にとって、何かの指標で順位をつけられて、例えば、県内で最後になるのは困  
るということはある。近くで、少なくとも県内で、いいところと悪いところがあるとい  
うような指標で評価した結果を示せば関心を持ってやってもらえると思う。これが遠くの都  
道府県の市町村との比較では、危機感が薄い。やはり、隣の市とうちの市は違うとい  
うことになると全くインパクトが違う。
- ・ 今回の発表では要介護認定等基準時間当たりの単価を出したが、これは分かりやすいので、  
こうした標準値を示して、自分の市町村はどうしてこうなっているのかをそれぞれの市町  
村が分析できるようにすべき。
- ・ 都道府県は、市町村に対して、きちんと支援するべきで、分かりやすいことから始められ  
るといいのではないか。岡山市もそうだが、事業者レベルでも、総時間を総定員数で割る  
だけなので、この単位は使える。事業者は、要介護度別予見支払い、要介護度改善別予  
後支払いのどちらか、あるいは両方を選択する際には、自らの事業所の経営上の戦略を考  
えるわけだが、今の岡山市ではインセンティブを取った方がいいという事業者が多いので、  
うまくいっている。そうしたことを考えさせる資料を具体的に出すことはこの WG でもで  
きることと思うので是非検討をお願いしたい。

### 3. 閉会

(以上)