

別に改定ごとに起きるわけではないけれども、加算は毎回減ることになるのです。

満武：ありがとうございます。推計方法が、加算を使っていくということによって、信頼性が著しく欠けるというふうに理解をいたしましたので、その点のご指導を受け入れたいというふうに言っておきます。

池上：信頼性と言うより、一貫性の問題ですね。

満武：失礼しました。一貫性というふうに改めさせていただきます。誠にありがとうございます。

村木：要介護 1・2 をもし含める場合に、加算という指標で見るとどうかというのが今のお話だったと思います。その前に出ていた論点として、そもそも要介護 1・2 を入れるか入れないかというところで補足をさせていただきたいのですが、今回、OECD から言われている中に、ADL のサービスは全部含みましょうというのがあると思うのです。

それで見たときに、要支援や要介護 1・2 の方に対するサービスの中にも、もちろん ADL サービスが含まれているというのが現状です。それを、要介護 1 や 2 の人や要支援の人は入れないとなってしまうと、そもそも SHA の基準からずれてしまうのではないのかというのが、1 つわれわれとして懸念しているところです。SHA の基準にのっとると、むしろ要支援や要介護 1・2 は、含めるとしたほうが納得いくのではないかと考えております。

満武：そこは、OECD も、OECD マニュアルのほうにも、介護サービスはパッケージで出していると。ドイツはパッケージで出しているのですけれど、ADL と IADL が別個に計算できるようになっています。ただし日本は計算できるようになっていません。その部分は、按分をして推計するのか、それとも全て入れるのか、そこはエキスパートオピニオンに任せるというふうに、OECD のほうからは言われています。では、そのエキスパートオピニオンの定義は何かというと、ないのですね。介護プロバイダーの事業提供者の代表者でもいいし、田中先生、池上先生をはじめとするアカデミアのご意見でもいいし、もちろん介護保険制度の責任を持っている厚生労働省のご意見は、最高位のエキスパートであるというふうな意見も OECD は言っていました。ただし、誰がエキスパートか、どの意見を採用するかは各国に任せますというのが OECD の方針です。

岡本：OECD の示している定義で、ADL と IADL が切り分け不可能な場合は、ADL も IADL ももろとも、HC.3 に含めてしまうというのは、一応定義としては問題ないということになるわけですね。

満武：岡本先生ご指摘の通りでございまして、そこはもう各国に任せるところでございまして、按分できないのであれば任せますと。

座長：我々が最終決定するのですね。

岡本：それでいいと思います。

満武：医療経済研究機構の担当者だけでこれを決定するのは、責任が重過ぎるのと、できないというのが本音のところでございますので、ぜひこの委員会で決めていただければ、大変ありがたいというふうに思っております。

池上：繰り返し発言しますがけれども、④の非医療系の短期入所系・入所系サービス、これには反対です。というのは、先ほど村木担当官からのご指摘のように、実態として ADL、IADL を区分けすることができません。そもそも短期入所は分けて、要介護 1・2 というのは、新規入所の場合にはもうないでしょうけれど、今までいた方はそのままいるわけですから、短期でない場合には通常計上されて、短期の場合は計上しないというのは問題があると思いますので、ここの安定性の課題があります。

それからもう 1 つ、認知症高齢者向けサービスというのは、これは事業者が有資格者研修会の出席などの取り組みが充実すれば、認知症に当てはまる人が増える可能性があるわけですから、その観点からすると、安定性に欠けるし、また短期でない場合の対応と異なるというのは、適切でないと思いますので、これも反対です。このように区分けをするべきではないと思います。

座長：HC3 に入れてしまうということですか。

池上：入れるべきだと思います。ですから、このご提案のあった③、④、⑤いずれも、分けなくて HC3 にそのまま入れたほうがいい。現時点では入れたほうがいいと思います。

岡本：整理すると、加算というのはコロコロ変わるからあまり良くない、つまり 1 回きりではなしに、これから毎年出していくことを考えていくと、やはり一貫性というのは非常に重要ですからね。これはなるほどと思いました。

ただ、要支援まで全部 HC.3 に入れてしまうとなってくると、先ほど言いましたように、やはり世界の標準から外れる。これからアジアの国々もどんどん高齢化が進んでいますから、多くの国が介護保険を導入していて、そのために日本をお手本にしているわけですが、僕の知っている限りでは、日本は非常に気前がいいというか、比較的それほど要介護状態ではない人にも給付しています。でもやはり、いきなり日本みたいな対象者を広げるという国は少なく、ある程度の要介護状態にある者に絞っています。私の意見としては、加算で分けることは見送って、要介護 1・2 のやつは全部 HC.3 に入れるけれども、要支援 1 と 2 は、額が小さいのだけれども、これまで HC.3 に入れてしまうのは、やはり国際標準から見ると日本の範囲が広過ぎることになってしまうのではないかと思います。

やはりだから、事務局の示した案にそって、要支援 1 と 2 を HCR.1 に入れて、ただし個別機能訓練加算は考えずにやる。確かに粗々過ぎるという面もあるのですが、一応日本では制度的には要支援というのは要介護者ではないとしているので、筋は付けやすいです。要介護者のみをカウントしますといたら、定義としてはあまり議論になることがなくて、

いいのではないかと思います。

座長：別の案ですね。要支援と要介護のところで線を引いてみると。

それでは 5 番のほうを、説明してください。

「2-⑤介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費」の説明および議論

満武：それでは、⑤「介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費」について、7 ページ目を説明させていただきます。介護保険 3 施設および短期入所における食費と居住費の部分でございます。ここは 1 兆円と言うことで、少し大きいということでございます。こういった施設における食費、居住費、いわゆるホテルコストを介護サービス施設事業所調査による平均食費、平均居住費と、介護給付実態調査による入所・短期入所の日数を乗じる方法で推計しております。ただし、この部分というのは、食事や自宅にかかるコストに相当するものでございまして、入所負担の公正性を図ると言う観点から、2005 年 10 月に、介護保険制度給付対象から外された部分でございます。

そこで、われわれは介護サービス施設の短期入所や食費、居住費は、HC.R.1、Social のほうにする、あるいは除外しようというふうに考えております。食費、居住費は 1 兆 450 億円ぐらいになるということございまして、ここが HCR.1 に入れるか除外するかというふうなことを考えております。

池上：この理屈で言えば、病院における給食代も除外するべきであるということになりましたよね。それは通常、食事うんぬんというのを切り分けて、それは公費が出す出さないという問題ではなく、これは Expenditure ですから、パブリックだろうとプライベートだろうと関係なく、費用として計上するわけですので、食事が無い状態でこうした施設でどう暮らすのか疑問ですので、それはコストに含めるべきだろうと思います。それをもしやるのだったら、医療費の病院給食費を除外してください。これは誰が負担するかということ議論しているわけではないわけですから。

先ほど岡本先生がおっしゃった何を Long-term care とするべきかというニーズの議論をし出したら、これは収拾がつかなくなります。これは Expenditure として計上されたものについての積み上げコストであるわけですから、現にこれを Expenditure として計上されたわけですから、これはやはり入れるべきだと思います。

岡本：池上先生の意見に私も全く同感です。すでにこれは国際規格が目的ですから、外国のことを考えなくてはいけないのですけれども、ナーシングホームや病院で食事代とか分けて請求とかしている所ってないですよね。だから逆に、ほかの国々が報告しているナーシングホームのコストと、日本はそれを除外するとなってくると、比較できなくなってし

まいります。

1 兆円というと、えっと思ってしまいますが、ちょうど 10 年前に食事や住居費は、入所してもしなくてもかかるのだから負担してもらいましょうということで、スタートしたわけです。去年から一部変わりましたが、実際にはほとんどの低所得者の人は、補足給付という形で給付を受けているのです。その給付額は 2,000 億円ぐらいでしたっけ。全額ではないけれど、逆に言うと 7,000~8,000 億は本人負担をしているのでしょうか。

先ほど池上先生がおっしゃったように、SHA の指標というのは、いくら施設に払われているかということが問題なのだと思います。やはりこれを除外というのは国際基準の面でちょっと無理なのではないか、逆に言うと、もし除外してしまうと日本のナーシングホーム、すなわち特養ホームが、逆にあまりにも安過ぎるというふうに出てしまうのではないか。

満武：ありがとうございます。確認でございますけれども、これをどこに計上するか、HC.3 に計上するか、HCR.1 にいくか、そこでご意見をいただければありがたいと思います。

池上：病院給食も HCR になりますねと。食事ということで、サービスの内容で区分けするのだったら、サービスの内容で統一てきにやるべきであって、今の考えに私は反対です。HCR にすることに反対です。

座長：現在特定施設の有料老人ホームの場合はどうなっているんですか。

満武：入れていないです。

座長：介護保険施設だと入っているけれども、介護保険給付対象であっても特定施設の場合には入れていない、これが現在はそうなってるのですね。

村木：資料にある「Long Term Care の類型化と境界領域」に当てはめてみると、食費や居住費は「医療の有資格者が提供するサービス」などには該当しないと思うので、外すべきではないかと思っております。医療の場合、食事も医療の 1 つという考え方があって、もしかしたら入るのかもしれないですが、介護の場合はちょっとなじまないのではないかなと思います。

満武：ありがとうございます。

座長：介護を分ける場合は、一応根拠があるわけですね。それを全部合わせると順位が上がってしまうことに対しての保険局のご意見はどうですか。

森川（保険）：それは最後までよろしいでしょうか。

「補足資料」の説明

満武：これまで、検討した項目の、金額ベースでのまとめをさせていただきます。これら、今回皆さまにご提案させていただいた事項の金額の総額というのが、2 兆 4,804 億円になるということで、これを全て HC.3 に入れると、医療費の対 GDP 比は 11.7%になります。も

し、HCR に入れるとなると 11.3%になります。これ、年度が統一していませんけれども、最新の Health at a glance でございますと、日本というのの 2013 年の値は、OECD 内で第 8 位、10.2%でございます。これは SHA1.0 の基準です。これを SHA2011 準拠にすると、11.7%になるとわれわれ暫定値から予想しております、そうするとアメリカが 16.4%ということで、日本はおそらく No.2 になるといったところでございます。

ただし、全部 HCR.1 にしても、11.3%でございますので、これはオランダ、スイス、スウェーデン。オランダはもう SHA2011 になっておりまして、スウェーデン、スイス、あとドイツも少し上がるというふうにいわれていますけれども、こちら辺の国とどんぐりの背比べ状態になるというふうに予想ができます。今回資料に付けておりませんが、ただ 1 人当たり総保健医療支出になると、こんな 2 位とか 3 位になることはございません。

EU の諸外国は、日本と違って、GDP も下がっていない、そして医療費もリーマンショック以降そんなに大きく上がっていないという実情がございますので、EU の諸外国はあまり変化がないのではないかと予想されます。そして日本は SHA1.0 でも分子は少し上がり続けていると。そして今回の SHA2011 への移行はかなり大きな影響を及ぼすというところで、当然順位が上がるというようなことは懸念できるといったところでございます。以上でございます。

座長：全部 HC.3 に入れると 11.7%で、全部 HC.R のほうに入れると 11.3%でとなり、取捨選択をする中で、11.5%ぐらいになるとの解釈ですね。

岡本：これから GDP を 600 兆に増やそうという計画もあるわけですから、GDP 比とか率というのはご存じのように、分母の GDP によって大きく影響を受けてしまいます。むしろ、高齢化が世界で最も進んでいる国として、この値はあまり違和感がないのではないかと思います。ヨーロッパの国々は高齢化の進展は、むしろ落ち着いています。むしろ、日本やアジアがこれから高齢化する。だからあまり順位にこだわる必要はないのではないかと。アメリカを抜いたりしたらちょっとやばいかもしれないけれども、OECD の中の真ん中からちょっと高めというのが、むしろ数字としては、そこその費用で日本は十分健闘していることではないでしょうか。保険局の方が懸念されていましたがどうでしょうか？

森川：やはりこういった数字が前年に比べて急に増えるとか、しかも社会保障に関する費用というのは国民の関心が非常に高い中で、こういった数字を責任を持って出すということになるわけだと思うのですけれども、国民に与える印象の 1 つとして、外国に比べてどうなのだという話になります。そういった中で、順位が急に上がりました、8 位から 2 位になりましたと言うときに、やはり十分な説明とか対応というのをしっかり用意しておかないと、数字をちゃんとしっかり理解できる者にとっては、こういった基準が変わっても理解できると思うのですけれども、数字が独り歩きしてセンセーショナルなことになってしま

っても困るのです。先ほどちょっとお聞きしましたが、新しい基準に乗り換えるタイミングは、各国結構バラバラであると。その中で、全ての国が最終的に SHA1.0 から SHA2011 へ変えるものなのだというのはもう既に決定事項なのかもしれませんが、変えるに当たっては、やはり十分に世間に与える影響を考えて、その対策をしっかりと取ることを、まず大前提とするということを、少なくともこの場では共通認識とさせていただければと思います。

その上で、先ほど岡本先生もおっしゃいましたけれども、対外的な説明の仕方としてこの名称は、医療介護というのが入ることによって、国民は少し「なるほど。何か変わっているんだ」ということが分かりやすくなる。そういった観点から、名称の変更だけではなくて、医療経済研究機構さんのほうで、対外的にこういうところが変わりましたといったようなことを、レポートなどの形で、しっかり公表していただくことは可能なのでしょうか。

満武：今年の 3 月 31 日に提出期限になっておりまして、それで 3 カ月間、恐らくバリデーション（検証作業）がかかります。OECD が公表するのが、恐らく 7 月 8 月ぐらいになります。Health at a glance の校了というのが恐らく 10 月、多少遅れると 11 月 12 月になる可能性があるということでございます。ここに関しましては、もういち早く推計をいたしまして、医療経済研究機構としては説明資料に加えてプレスリリースをさせていただいて、公表していくというようなことは、予定として入れています。これまでも厚生労働省各局から、SHA データが出るたびに国会議員の方からご質問があり、医療経済研究に資料を作ってくれないと言われてきています。今回も、それに対応するだけの資料は、コミュニケーションさせていただきながら提供させていただくということは、業務の範囲内だというふうに考えております。

森川：質問になってしまいますけれども、国内向けに旧基準の数字というのは公表されますか。

満武：決めておりません。

森川：例えば、今まで保険局で作っている資料などでは、当然対 GDP 比の値を示しているわけなのですが、急に増やすというわけにもなかなかいかないですし、旧基準だったらこうだったというのを示したいというのがあります。11 月ぐらいにお伺いした時には、数字は当然持っているのですが、旧基準で推計していただけるというお話は聞いているのですが、それを世の中に出してしまってもまずいとか、そういったことはありますか。

満武：それは全くございません。ですので、もし旧基準でこれから推計するというのであれば、推計は続けようというふうには、医療経済研究機構としては判断することができません。ただし、OECD は採用しないと思います。旧基準のバリデーションがなくなります。OECD に提出したあとに修正を依頼されることがありまして、われわれ修正しますが、

SHA1.0 の OECD からの確認及び修正要請は一切なくなるというようなことを理解していただきたいと思います。来年度から、医療経済研究機構が旧基準で勝手に推計して公表している値ということになりまして、SHA2011 準拠データの OECD の承認はないことになります。

森川：ありがとうございます。まだこの数字が世の中に出回るまでに数カ月あるということですので、先ほど実現可能か分からないということをおっしゃってございましたけども、OECD の発表の仕方に少し働きかけをしていただいて、例えばですけど、急に变化したということに関する説明を、随所に織り交ぜながら、国民に対して、それほど本当に変わっていないのだということが分かるような措置というのを、できるだけ取っていくということを、本当に前提にするということ。ここでちょっと共通の認識とさせていただければと思います。

岡本：今までの議論を感じていると、どちらかというと広く HC.3 にはいるよという意見が多いようで、今までの議論の通りでいくと、どうも 11.7%になりそうな雰囲気なのですが、そうですね。正しく理解してもらえるように PR をするのは大事ですけど、どうですか。国民の多くはむしろ前向きというか、悪いように捉えないのではないかと思います。

満武：ご指摘ありがとうございます。OECD が諸外国の SHA 担当者との場では、やはり国際比較可能な、精度の高いデータを出してほしいというのがございます。できたらできるだけ、OECD の基準に従って、精度の高いものを出してというところがございます。ですので、今回全部入れることになると、先ほど岡本先生がおっしゃった、韓国はもう要介護度 3・4・5 ぐらいしか保険を適用していないと。ドイツは ADL と IADL は完全に分けるというような介護保険の報酬体系になっているといったところで、ドイツと韓国と比べた場合に、日本は IADL が入っているというような説明は、当然 OECD にはしていかなければいけない。また、日本にも公表していかなければいけないというふうには、考えております。国際比較観点からすると、少し精度は粗くなるというご指摘は、甘んじて受けなければならなくなると思います。

座長：いくつか整理しますと、基準が変わったので統計数値がはねたことは説明する、すべきだとの意見については反対はないですね。これは役所も機構も、あるいはわれわれ学者も広報に務める、それは当然です。実態が変わったのではなく、基準が変わったので。それからグラフをつないで、はねたところが基準の変更と重なっているけれど、旧基準の推計データはずっと出し続ける必要はないにしても、当面は政治的なマイナス影響を防ぐために旧基準のデータを出し続けることはできるでしょう。

満武：それはできます。

座長：最初の 2 年は旧のグラフがあって、そこへはねたグラフが重なっていて、実態が変

わったのではなく、統計の基準が変わったのだと事務局側にはお示しいただきたい。

満武：承知しました。

座長：はい。それでは、それを前提に意思決定をしていかななくてはなりません。もう一回戻りまして、名称についてはどうしましょう。

山崎：すみません。このもともとの会議の根本的なところに戻ってしまい、大変恐縮なのですが、この会議の場で決定するというのが今回の会議の趣旨だとは思いますが、本日いろいろな先生方のご意見を伺って、もう一度厚生労働省として持ち帰り、後ほど意見を言わせていただくことはできないですか。

満武：私の個人的な印象としては難しいのですが、ここは委員会の場所ですので、やはり皆さまと委員の先生方のご意見に従いたいと思います。そこで、勝又先生、池上先生、岡本先生、田中先生のご意見を拝聴した上で、ここの場でだいたい決めておいて、最終的にはもう一度これを持ち帰っていただいて、意見を出していただいて、例えばもう座長一任で、あるいは座長と池上委員、岡本委員、勝又委員で、私はもう外れますけれども、そこで4方と、なおかつ厚生労働省の方々に委ねるというのも可能かと思います。田中先生、いかがでしょうか。

座長：最終決定について、やはり役所にとってはいろいろとポリティカルなことがあるので、こうしてほしいとの意見があっても当然です。ただし、ここは委員会なので、委員会としての今日の結論はこうだったまでは言うておかないと、何も決めませんでしたで集まっても意味がない。だけどそのあとクレームを付ける余地はあるとのまとめましょう。何も決めない、全部まだ役所の決定も決めないとまずいので、われわれ委員と皆さんで決めます。それは最終決定ではない、まだクレームを付ける権利がある、そういう理解でよろしいですか。

西村：私はここの所長をしております西村です。それで SHA の OECD へ資料を提出するというのは、うちの機構の責任でありますので、そういう立場で今の話は、ここのご意見を最大限尊重し、しかし最終的にこれは、やはり厚生労働省が責任を持って対応するということになろうかと思っておりますので、当然、ここまで一生懸命やってきたわけですから、基本的に今日のお考えを反映させて修正すべきことは一応修正しますが、最終的には私ども機構が、厚生労働省と相談して最終案を決着するというにしたいと思っております。

それはもちろん、もう一度申し上げますが、この委員会の結論を出していただいて、最大限尊重するという形であつて、お任せいただくとうれしいと思っております。

西村：私、ちょっと個別に気が付くのは、ホテルコストのところをどうするか、まだ決着が付いていませんよね。

池上：当然それは、最終的には国が OECD に加入しての国でして、委員会ではないのです

けれど、委員会としての報告書で、ここの議論の結論は文書化されるのでしょうか。

満武：これは、申しあげましたように録音させていただいております、これは文章化いたします。そして、各皆さんに回覧させていただきまして、削っていただくところは削っていただきますが、ここの議論、そして結論は、厚生労働省の報告書として盛り込みます。ですので、この委員会の存在、決定事項が消えるということはありません。

西村：厚労科研の報告書を出す。

満武：はい。厚労科研報告書として。またプレスリリースするときも、委員の先生には見ていただくことにしたいと思っておりますので、そこでご意見をいただけたらというふうに考えております。

岡本：重要な点はやはり、例えば今後の日本の人口や GDP がどうなるかという将来の予測ではなくて、現に過去のデータがあって、このデータがどちらに入れるかという議論です。だから、例えば訪問介護があって、そのうち機能訓練の加算があるのとないのとはデータがある。この機能訓練があったやつを HC.3 に入れて、残りは入れないようにするのか、あるいは、いやこの機能訓練の加算というのは、将来変わるかもしれないから、一貫性を考えたらやはり丸ごと入れたほうがいいのか、そういう技術的なことです。だから、数字そのものを議論しているわけではなくて、配分というか、まさに分類の問題になってくるので、だから例えばちょっと 11.7%では困るから、11.3%に下げてくださいということは、それは委員としては受け入れられないです。

例えば、訪問、要介護、例えば 1 と 2 となっているけれども、実質的にはほとんど介護をしていなくて家事援助ばかりですというのだったら、やはりこれは実態に合わせて要介護 1・2 は HCR か、そういうふうな議論でしたらちゃんとしないといけないと思います。11.7 は困るから 11.3%にしてというような議論ではありませんので。もちろん分かっているらっしゃると思いますけれども、お願いします。これは重要な基本認識ですから。

座長：ありがとうございます。勝又先生、どうぞ。

勝又：私の議論を申し上げたいのですけれども、OECD の名称は変わっていないので、別に変える必要はないと私は思っています。英語のオリジナルは変わっていないものを翻訳しているのだったら日本語訳も変える必要はないとおもいます。それからバージョンの呼び方ですが、2011 は、昔はバージョン 1 とかバージョン 2 とか言っていたのを今度 2011 に統一したとのことですが、次にまたバージョンも変わって 2015 とかになるとすると。データを使っている人間としては、バージョンが変わったのだなという認識があるので、同じ名前でも、バージョンを記入した表現でやれば違いは分かると思います。

それから先ほどのホテルコストの話は、医療の集計方法と介護を整合的に並べるのが適当だと思います。

議題 1 「名称の変更について」まとめ

座長：はい。では残りの時間で、委員会としての一応の結論、もしくは 2 つの意見があったことを確認していきます。保健医療支出については、名称は変えないでいいとの案でいいですか。変えたほうがいいですか。

岡本：僕は変える派です。

池上：変えない。

勝又：私は変えない派です。

岡本：意見が分かれましたね。

勝又：でも事務局のご意見は？

満武：いや、発言権はないです。

座長：では、変えないとの意見が有力だったとまとめられます。介護を含めたとの説明は保険局が懸念している点でもあるので、これはあくまで統計を含めたと説明はちゃんとする。では差し当たり、この委員会の多数の意見としては、変えないことにし、ニュアンスとして分かるように報告書を書いてください。

「2-①訪問介護」のまとめ

座長：次に①訪問看護は生活援助以外の統計に含めるとのご提案ですが、これはいかがでしょう。統計的に大して値にはならないですけども。

池上：それは総合事業化されたときに、データの連続性が取れないという意味で除いたほうがいいのではないのでしょうか。

座長：はい。そうですね。訪問看護は原案通り、生活援助を除いて推計することによろしいのでしょうか。

村木：生活援助は、介護報酬の算定上「生活援助が中心である場合」として計上されており、身体介護が全く入っていないわけではないと考えております。ご意見として。

満武：生活援助について原案では HCR.1 というふうに書いてあるというのですが、これは 100%HC.R ではなくて、HC.3 のところもここに入っているのではないかというご意見ということでよろしいですね。ですから、老健局としては入れたほうがいいのではないかというような理解でよろしいのでしょうか。

村木：そうです。

座長：逆もありますからね。身体介護と言いながら、生活援助していたとか。どっちが正解ではなくて、決意の問題ですから。これは少しでも入っていれば入れる選択もあるし、少しだから、半分以下だから抜く選択もありですけども。

岡本：やはり、名称として生活援助となっているということは、基本的に生活援助が中心

だから、この報酬を払うという位置付けですよ。

村木：身体介護の算定要件に当たらないぐらいの身体介護はしている可能性があるということ。

岡本：恐らく、こういう無形のサービスですから、100%ということは絶対あり得ないわけで。これに関してはあまり議論がなくてもいいのではないかと。

座長：委員の全員が生活援助は HCR であるとの結論です。 満武：老健局からそういう意見があったということは、明記させていただきます。

「2-②介護予防訪問介護」のまとめ

座長：介護予防訪問介護は含めないですね。

満武：では含めないということで。

座長：はい。

満武：ありがとうございます。

「2-③通所介護・介護予防通所介護」のまとめ

座長：通所介護についてはどうですか。機能訓練加算については、一貫性を保証できないことが認められました。それを念頭に置いて、これを全て含める、要支援だけ抜く、要介護 1・2 まで入れる、この 3つの判断がありますけれども、これはどうしましょう。

岡本：僕は要支援だけ HCR.1 として、要介護 1・2 はもう丸ごと HC3 ですね。

勝又：私も同じですね。

池上：私は全て含める方が良いと思います。

座長：大方の意見を聞きますと、エキスパートオピニオンは割れたと、しかし要支援は国際基準の件もあるのでそのところは念頭に置かないといけません。老健局はいかがですか。

村木：老健局としては要支援も含める、②も③も要支援を含めるべきではないかと思っております。

座長：社会援助のほうではない。

村木：そうです。

座長：外国は社会援助であっても。

村木：そうです。

座長：10%でも Health care が入っていれば、Health care に入れると。

村木：そうです。

座長：はい。

山崎：全体のデータとしてはいいのですが、例えば要支援 2 の方の 4 割ぐらいの方は、実態上、外出するときに横で支えたりとか、歩行するときに何らかの助けが必要だというデータはこちらのほうはございますので、身体介助を必要とされている方というの、結構いらっしゃるのではないかなとは思っています。

座長：実態について、誰も反論していないですから。それを入れるか入れないか、その決意を聞いているので。実態はみんな同じ意見ですよ。

岡本：ちなみに要支援 2 で 4 割とおっしゃったように身体介護が必要というか受けているとおっしゃっていましたが、そういうのは公になっている統計があるのですか。これは介護給付実態調査ですけど、これでは分からないですよ。だから例えば、この中で要支援 1 はこのうち何%が身体介護がとくという数値があれば、もっと議論がかみ合うと思うのですが。それは何か内部的な調査ですか。

満武：それぞれのサービス、どういうことをやっているかという単発の調査がございます。ただ、今ご指摘の通り、要支援について IADL サービスが多いというような結論にはなっておりますけれども、調査資料に継続性がないのです。毎年取るわけにもいかないし、過去にもさかのぼれないという、そういう統計上の問題がございます。

池上：ここで言う、身体介護をするかどうかということで、この入浴サービスをやるかやらないかによって、差があるわけですよ。つまり通常の、ADL 支援はなくても入浴に際してはあって、通所先で入浴をやればそれは対象になるので、そういう観点からすると、どの部分が ADL でどの部分が IADL っていうことの区分が、どういうサービスを提供してどういう基準を事業者は取っているかによってきまるので、それは今後は変わってくる可能性がある、その観点から私は、ここも要支援も含めて、一部だけ ADL が入っているというだけではなく、事業所特性やサービスの内容によっても変わってくる可能性がある、それは調査しても、サービスを提供し得る体制があるかどうかということまでは確認できませんので、これはデータの一貫性という立場からこれは入れたほうがいいと思います。

座長：はい。そういう話ですけど、これは日常生活総合支援事業に移るとどうなるのですか。公助型のサービスに移っていったときにもやはり、Health care とし続けますか。

満武：データを作っている立場からは、統計データが取れなくなりますので、推計上外すことになります。

座長：それだし、これが身体介護を含むか含まないかにかかわる議論をしているだけではなく、あくまで統計としてどこに線を引くかの話をしている。それが今後、統計が取れなくなったら消える可能性があります。むしろ今取ってしまったほうがいいかなとは思っています。

岡本：全く同感です。やはり、額はそんなに大きくないけれども、あまり頻繁に変わるべきではないから、一貫性を考えると、繰り返しになりますけれども、国際的にどの程度、要介護者の人がいるかと考えると、やはり全部というのはどうか。結局いつかこの要支援の部分が、データが取れなくなってしまうことを考えると、今から一貫していたほうがいいのではないかと。

座長：老健局は総合支援事業を広めようとしていますからね。

池上：確かに予防訪問介護で生活援助を抜いておけば、まだ通所では残すというのは矛盾しているようです。が、予防訪問介護においては、サービスの内容は規定されるのですが、この通所介護においては今後、かなりまだ未確定な部分があるので、原則論からすると入浴サービスの通所介護をやったら、それはADL支援になるわけ、という観点から、これを、何のために通所をするかということを考えると、入浴が大きな比重を占めているから、あえて申し上げた次第です。ただ、データの一貫性からそれは外したほうが良いというのであれば、内容よりデータの一貫性を優先するという理由を提示する必要があるというふうに思います。その上でそうされるのであったら、それはやむを得ないと思います。

座長：ありがとうございます。データの一貫性の観点からは、今後、データ取得ができなくなるとの理由から除いたほうが良いのではないかと、しかしサービスの中身としては、ADLに入る部分もあるという結論にしましょう。

満武：はい。ありがとうございます。

「2-⑤介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費」のまとめ

座長：⑤について検討していきましょう。

岡本：やはりこういう基準は、実態はもちろん一貫性ということも重要だけれども、もう1つやはり、国際比較性ということが絡んできます。だからやはり、世界を見渡しても、病院やナーシングホームで、「はい、これは部屋代」「はい、これは食事代」というふうな請求の仕方をしているところが、ほとんど無い。おそらくほかの国々も、ナーシングホームは食事も全部込みにしていくら徴収しているかではないか。そうするとやはり、日本だけがこの食事の分、まあ食事とか居住費というのは Related なのだけれども、それを抜くということは、比較可能性が失われるというのを一番懸念します。私としてはこれは抜くべきではない。池上先生がおっしゃっていたように、HC3に入れるべきだと思います。

勝又：同じで、HC.3に入れるべきだと思います。

座長：ではそれは、委員会としてはHC.3に入れる判断ですね。

村木：われわれはHC.3には、OECDの基準に照らすと該当しないのではないかと。

座長：逆なのですね。そこは老健局はHC.Rだとの見解ですね。

岡本：その意見は理解できます。整理すると、繰り返すようではありますが、国際比較性を重視するか、あるいは定義にこだわるかという、その二者択一だけでも、この辺になってくると、議論がややこしくて進まない。

満武：データを作成して提出する立場から言いますと、われわれに求められているのは国際比較に耐えられるだけのデータを、医療経済研究機構が作って、厚生労働省大臣官房国際課を介して OECD にデータ提出します。現時点では、ここは HC.R に計上するというようなことを、われわれは取らざるを得ないというような立場でございます。

岡本：他の国のこのナーシングホームのところは、食費・居住費を分けて計上しているのですか。

満武：ここは要介護度やケアする患者さんの状態によっているとは思いますが、ここは、HCR に入れるというのが現状だと思いますが、まだスウェーデンやほかの国が、日本同様にまだこの対応まで決めていないのですね。ここは OECD に照会をするなりして、ちょっと情報収集をわれわれも考えていかなければいけないんですけども、今のところは HCR の social のほうに入れるというのが、いわゆる HC.3 に入ると、やはり医療費や OTC の薬と同じようなところで計上されてしまうというところがございます。

もちろん池上先生のご指摘の通り、では病院で出されている給食はどうなるのだという議論もございますけれども、そこは現在宿題としていただきましたので、ちょっと早急に検討しなければいけないなというところは認識している所でございます。ただ、われわれの意見としては HC.R.1 というところが、基本線でございます。

座長：では 5 番については、まだほかの国の様子とか、OECD との交渉なども必要ですね。委員は HC3 入れるべきとの意見が多かったと思います。実態をよく知っている老健局はそうではないと言っておられます。これだけはそれこそ、今日は両論あったといえます。それで、統計数値については先ほどお話ししましたけれども、日本独自でいいから、旧基準で行う。

満武：はい。

座長：結論ありがとうございます。

満武：事務局の勝手な意見を申し上げたいのですが、このデータは国際課を通して OECD に出しているというところがございますので、本日、国際課の東さんに来ていただいているので、恐らく 3 月 31 日になると、医療経済研究機構と東さんのラインでやり取りすることになると思いますので、国際課さんとしても、このような現在の委員会の決定について、一言いただければありがたいなというふうに思います。

東：そうですね。われわれ国際課としましては、さっき満武副部長からご説明があったとおり、OECD のデータを各国横並びで比較するというのはなかなか難しいところですので、

そこはどうしても国ごとにここまでうちは入れるということを決めた上で、出さざるを得ないと思っていますので、そういった意味では今日、委員の皆さん、厚生労働省からの意見も踏まえて、最終的には医療経済研究機構さんのほうでご決定いただければというふうに思っています。

座長：ありがとうございます。ほかによろしいですか。それでは 2 時間かかりましたけれども、大変貴重なご意見ありがとうございました。あとは事務局に任せるので、よろしくをお願いします。

満武：皆さま、本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。感謝申し上げます。以上で SHA 委員会を終了させていただきたいと思います。

(終了)

平成28年3月31日(木)

医療経済研究機構

平成27年度SHA委員会の議論に基づく決定事項

議題1 名称の変更について(保健医療支出→保健医療介護支出)

結論: 名称変更は行わない。(正式名称: 保健医療支出(SHA2011準拠))

理由: OECDの名称(英語)に変更が無く、従来推計にも介護費が計上されている為。
SHA委員会の結論と同じ。

(注) 正式名称は上記のとおりとするが、平成28年度からSHA2011準拠となることにより、保健医療支出の総額が増加するため、プレスリリース等の一般を対象とした説明の際には、次の名称を使用する。

総保健医療支出(新基準※)

※OECDのSHA2011準拠(OECDのSHA基準がSHA1.0からSHA2011へと変更になったことに伴い、新たに、食事・入浴等のADLに関する介護サービスおよび予防コストが計上される等の変更があった。)

また、今回の変更とその背景・状況等について旧基準(SHA1.0準拠)との違いを示し、厚生労働科研報告書に加え、プレスリリース、学会発表等で周知、説明を行う。

議題2 SHA2011における各分類の計上範囲の検討について

提案1: 訪問介護の「生活援助」をHC.3とHC.R.1にどちらに計上するか?

結論: 「生活援助」をHC.R.1に計上する。

理由: 総合事業化後には、データの収集が困難になる為。

SHA委員会の結論と同じ。厚労省意見にも合致する。

提案2: 「介護予防訪問介護」をHC.R.1に計上してはどうか?

結論: HC.R.1に計上する。

SHA委員会の結論および厚労省意見と同じ。

提案 3：「通所介護」について、個別機能訓練加算を計算式に組み込んだ按分推計を行い、ADL に関する介護費用と ADL 以外の介護費用を推計し、前者を HC.3 に後者を HC.R.1 に計上してはどうか？

結論：通所介護は、全て HC.3 に計上する。按分推計は行わない。

理由：委員会および委員長から加算基準は介護報酬の改訂毎に変化し、介護施設の加算請求状況にもバラツキがあるとの指摘があった。按分推計式の変数に加算を用いると一貫性に欠けることから、本提案を取り下げた。結果、従来通り「通所介護」は HC.3 に計上する。

提案 4：介護予防通所介護を HC.R.1 に計上してはどうか？

結論：介護予防通所介護は、HC.R.1 に計上する。

理由：総合事業化後には、データの収集が困難になる為。

SHA 委員会委員 2 名の意見および厚労省意見と同じ。

提案 5：「非医療系の短期入所系・入所系サービス」を HC.R.1 に計上してはどうか？

結論：要介護分は HC.3、要支援分は HC.R.1 に計上する。

SHA 委員会の結論および厚労省意見と同じ。

提案 6：介護保険 3 施設や短期入所における食費・居住費は、HC.R.1 としてはどうか？

結論：HC.R.1 に計上する。

理由：平成 17 年 10 月利用分から、「居住費」や「食費」は介護保険の対象外の為。

厚労省意見と同じ。

(以上)

SHA 2011

Health care
financing schemes

		HF.1			HF.2				HF.3			All HF
			HF.1.1	HF.1.2/1		HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3		HF.3.1	HF.3.2	
HC.1+HC.2	Curative care and rehabilitative care	27,018,547	2,762,211	24,256,336	838,417	838,417	-	-	2,944,493	265,270	2,679,223	30,801,457
HC.1	Curative care	26,503,664	2,754,930	23,748,734	838,417	838,417	-	-	2,891,492	265,270	2,626,222	30,233,573
HC.2	Rehabilitative care	514,883	7,281	507,602	-	-	-	-	53,001	-	53,001	567,884
HC.1.1+HC.2.1	Inpatient curative and rehabilitative care	13,729,899	1,603,205	12,126,694	710,153	710,153	-	-	386,793	214,443	172,350	14,826,845
HC.1.1	Inpatient curative care	13,729,899	1,603,205	12,126,694	710,153	710,153	-	-	386,793	214,443	172,350	14,826,845
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.2+HC.2.2	Day curative and rehabilitative care	423,142	4,846	418,296	-	-	-	-	44,379	-	44,379	467,521
HC.1.2	Day curative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.2	Day rehabilitative care	423,142	4,846	418,296	-	-	-	-	44,379	-	44,379	467,521
HC.1.3+HC.2.3	Outpatient curative care	11,977,524	1,078,121	10,899,403	128,264	128,264	-	-	2,351,102	50,828	2,300,275	14,456,891
HC.1.3	Outpatient curative care	11,977,524	1,078,121	10,899,403	128,264	128,264	-	-	2,351,102	50,828	2,300,275	14,456,891
HC.1.3.1	General outpatient curative care	9,888,629	918,545	8,970,084	128,264	128,264	-	-	1,729,719	-	1,729,719	11,746,613
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care	2,088,895	159,576	1,929,319	-	-	-	-	621,383	50,828	570,555	2,710,278
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.3.9	All other outpatient curative care n.e.c.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.1.4+HC.2.4	Home-based curative and rehabilitative care	887,982	76,039	811,942	-	-	-	-	162,219	-	162,219	1,050,201
HC.1.4	Home-based curative care	796,240	73,604	722,636	-	-	-	-	153,597	-	153,597	949,838
HC.2.4	Home-based rehabilitative care	91,741	2,435	89,306	-	-	-	-	8,622	-	8,622	100,363
HC.3	Long-term care (health)	9,036,301	271,494	8,764,806	123,225	123,225	-	-	725,459	35,300	690,159	9,884,985
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)	6,246,778	204,745	6,042,033	123,225	123,225	-	-	502,442	35,300	467,142	6,872,445
HC.3.2	Day long-term care (health)	1,439,951	17,262	1,422,689	-	-	-	-	148,110	-	148,110	1,588,061
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	1,349,572	49,488	1,300,084	-	-	-	-	74,907	-	74,907	1,424,479
HC.4	Ancillary services (non specified by function)	337,653	337,563	90	-	-	-	-	-	-	-	337,653
HC.4.1	Laboratory services	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.2	Imaging services	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.4.3	Patient transportation	337,653	337,563	90	-	-	-	-	-	-	-	337,653
HC.5	Medical goods (non specified by function)	7,716,761	817,918	6,898,843	95,830	95,830	-	-	3,226,471	1,920,813	1,305,658	11,039,061
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non durable goods	7,457,096	788,081	6,669,014	95,830	95,830	-	-	2,684,802	1,403,869	1,280,934	10,237,728
HC.5.1.1	Prescribed medicines	7,457,096	788,081	6,669,014	95,830	95,830	-	-	1,280,934	-	1,280,934	8,833,859
HC.5.1.2	Over-the-counter medicines	-	-	-	-	-	-	-	1,349,998	1,349,998	-	1,349,998
HC.5.1.3	Other medical non-durable goods	-	-	-	-	-	-	-	53,871	53,871	-	53,871
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durable goods	259,665	29,836	229,829	-	-	-	-	541,668	516,944	24,724	801,333
HC.6	Preventive care	913,099	398,324	514,775	454,662	-	-	454,662	457	-	457	1,368,218
HC.6.1	Information, education and counseling programmes	41,274	22,726	18,549	-	-	-	-	28	-	28	41,302
HC.6.2	Immunisation programmes	1,367	1,367	-	-	-	-	-	-	-	-	1,367
HC.6.3	Early disease detection programmes	2,942	2,942	-	-	-	-	-	-	-	-	2,942
HC.6.4	Healthy condition monitoring programmes	680,166	183,940	496,226	454,662	-	-	454,662	429	-	429	1,135,257
HC.6.5	Epidemiological surveillance and risk and disease prevention	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HC.6.6	Preparing for disaster and emergency response	187,351	187,351	-	-	-	-	-	-	-	-	187,351
HC.7	Governance and health system and financing administration	731,878	4,356	727,522	137,416	137,416	-	-	-	-	-	869,294
HC.7.1	Governance and health system administration	731,878	4,356	727,522	-	-	-	-	-	-	-	731,878
HC.7.2	Administration of health financing	-	-	-	137,416	137,416	-	-	-	-	-	137,416
HC.0	Other health care services unknown	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
All HC	All functions	45,754,239	4,591,866	41,162,372	1,649,549	1,194,888	-	454,662	6,896,880	2,221,384	4,675,497	54,300,669

SHA 2011

Health care functions (ICHA-HC)	Millions of national currency	Health care providers (ICHA-HP)										All HP																									
		HP.1 Hospitals	HP.1.1 General hospitals	HP.1.2 Mental health hospitals	HP.1.3 Specialised hospitals (other than mental health hospitals)	HP.2 Residential long-term care facilities	HP.2.1 Long-term nursing care facilities	HP.2.2 Mental health and substance abuse facilities	HP.2.9 Other residential long-term care facilities	HP.3 Providers of ambulatory health care	HP.3.1 Medical practices		HP.3.2 Dental practices	HP.3.3 Other health care practitioners	HP.3.4 Ambulatory health care centres	HP.3.5 Providers of home health care services	HP.4 Providers of ancillary services	HP.4.1 Providers of patient emergency rescue	HP.4.2 Medical and diagnostic laboratories	HP.4.9 Other providers of ancillary services	HP.5 Wholesalers and other providers of medical goods	HP.5.1 Pharmacies	HP.5.2 Retail sellers and other suppliers of durable medical equipment and medical appliances	HP.5.9 All other miscellaneous providers of pharmaceutical and medical goods	HP.6 Providers of preventive care	HP.7 Providers of health care system admin. and financing	HP.7.1 Government health administration agencies	HP.7.2 Social health insurance agencies	HP.7.3 Private health insurance administration agencies	HP.7.9 Other administrative agencies	HP.8 Rest of economy	HP.8.1 Nonprofits as providers of health care	HP.8.2 All other industries as providers of health care	HP.8.9 Other industries n.e.c.	HP.9 Rest of the world	HP.9 Providers unknown	All providers
HC.1+HC.2	19,204,603	17,860,653	1,317,165	26,785	289,456	289,456	-	-	11,287,009	7,950,099	2,782,835	554,975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30,801,457
HC.1	19,019,701	17,675,751	1,317,165	26,785	-	-	-	-	11,212,115	7,889,755	2,767,345	554,975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30,233,573	
HC.2	184,902	184,902	-	-	289,456	289,456	-	-	76,794	60,305	15,490	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	567,864	
HC.1.1+HC.2.1	14,148,370	12,936,267	1,185,318	26,785	-	-	-	-	678,475	674,310	-	4,165	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,826,845
HC.1.1	14,148,370	12,936,267	1,185,318	26,785	-	-	-	-	678,475	674,310	-	4,165	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,826,845
HC.2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HC.1.2+HC.2.2	167,848	167,848	-	-	285,152	285,152	-	-	14,521	14,521	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	467,521	
HC.1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HC.2.2	167,848	167,848	-	-	285,152	285,152	-	-	14,521	14,521	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	467,521	
HC.1.3+HC.2.3	4,505,790	4,373,942	131,848	-	-	-	-	-	9,951,101	6,690,013	2,710,278	550,810	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,456,891	
HC.1.3	4,505,790	4,373,942	131,848	-	-	-	-	-	9,951,101	6,690,013	2,710,278	550,810	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,456,891	
HC.1.3.1	4,505,790	4,373,942	131,848	-	-	-	-	-	7,240,823	6,690,013	-	550,810	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,746,613	
HC.1.3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	2,710,278	2,710,278	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,710,278	
HC.1.3.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HC.1.3.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HC.2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HC.1.4+HC.2.4	382,596	382,596	-	-	4,305	4,305	-	-	643,812	571,255	72,557	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,050,201	
HC.1.4	365,541	365,541	-	-	-	-	-	-	582,539	525,472	57,067	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	949,639	
HC.2.4	17,054	17,054	-	-	4,305	4,305	-	-	61,273	45,783	15,490	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,363	

