

HC.3.4 在宅での長期医療系サービス (保健)

本項目は、個人にその家庭内、または「施設」にいるのではなく自宅にいるとみなすことができる適応住宅 (adapted housing) などの居住環境で提供される長期医療系 (保健) サービスからなる。そのような居住施設には、適応住宅などの地域社会を基盤とした環境が挙げられる。そこでは、衛生保護や監視などの特定のサービスを組み合わせて個人の居住環境を提供するが、依存度が高くなりつつある高齢者に用いられることが多い。在宅での特殊な保健医療およびサービスが関係し、非公式 (家族または地域社会による) ケアを支援する。社会福祉の性質が低い (在宅支援など) 長期医療サービスは在宅を基盤とする医療パッケージの一環として組み込まれることがあることに留意する。そうしたサービスを別々に計上することができず、またパッケージの主な構成要素ではない場合、それらのサービスは HC.3.4 に組み込む必要がある。しかし、それらのサービスが主な役割を担っている場合、ケアサービスの完全パッケージは HCR.1 長期医療 (社会) に組み入れられる。

HCR 保健医療関連クラス

HCR.1 長期医療(社会)

本項目は、手段的日常生活動作を補助する下位の社会福祉サービス(例、家事手伝い、車椅子での食事、移動、デイケアセンター)にかかる費用からなる。長期医療の保健医療構成要素は HC.3 に含まれるため、補完的な社会福祉要素は関連カテゴリとして組み込まれ、さらに現物および現金支給要素に下位分類される。保健医療および社会福祉要素である HC.3 および HCR.1 を合計すると長期医療(LTC)の総価格を算出できる。LTC の社会福祉要素は、長期看護および身辺介護サービスと併せたサービスパッケージとして提供および補償される。そうしたサービスを個別に計上することができず、かつパッケージの主な構成要素ではない場合、HC.3 に組み込まれる。そうでない場合、完全パッケージが HCR.1 : 長期医療(社会)のもとに入る。

- 以下を対象とする：機能制限のある人に対する介護付き住宅の調整およびその他の種類の保護住宅における入居型サービス(および宿泊にかかる支出)に対する補助金(精神遅滞、精神疾患または薬物乱用問題に苦しむ人向けの入居型サービスならびに身体的および精神的に障害のある人向けの住宅)；依存度の高い人に対する家事支援サービス、デイケア社会福祉サービス；機能制限のある人に対するデイケア施設への送迎または同等の社会福祉サービス。
- 以下を除外する：機能 HC.3 : 長期医療(保健)に含まれる長期保健医療および身辺介護の提供に主に関係するすべてのサービス。認知症などの精神障害を有する人の監視に関係するサービス、ならびに医療と長期保健医療のあいだのケースマネジメントおよび調整に関係する医学的評価およびサービス(こちらも HC.3 に含まれる)。
- 以下も除外する：障害者の特殊学級および職業リハビリテーション。

HCR.1.1 物資面の長期社会福祉。本項目は、上記の物資面の長期社会福祉サービスからなり、健康問題および機能制限または障害を有する人に供給される。その主な目的は、自立した生活および環境との相互作用を可能にすることである。

HCR.1.2 長期社会福祉の現金手当。本項目は、個人および家庭に供給される譲渡という形での長期社会福祉現金給付からなる。主に家族から提供される社会福祉型の非公式の医療サービスまたは公式な社会支援供給主体の報酬が対象となり、自立した生活を可能にする手段的日常生活動作を支援する。有給の傷病休暇または障害の場合の収入保護など、疾病または障害の場合の収入保護を目的とした現金給付は対象ではない(ただし、退職年齢以上の人に対する障害者年金を除く)。

HCR.2 多部門からのアプローチによる健康増進

健康は広範な決定因子の相互作用の結果である。健康アウトカムを改善するには、医療システムおよび世界地政、社会経済、情報、技術、気候の面からの介入が必要である。健康

増進のため、政治的に特に重要である多部門および多提携サービスおよびプログラム内の協同的取り組みの総支出を組み込むことによって、包括的な保証が追求されている。大部分の事例では、多部門からのアプローチに協同出資がなされ、保健医療に有益な支出は他の社会的機能の支出と重複していることもある。多部門による測定を行う目的は、限界のある保健医療の範囲と、医療システムの基盤となる資源の説明責任、および健康増進の取り組みに関与する医療システムを超えた説明責任とのバランスを取ることである。

本クラスの目的は、健康に対する利益は明らかにあるにもかかわらず保健医療の範囲を超える可能性がある健康増進にかかわる資源の明細を明らかにすることである。

介護保険の費用額に関する介護給付費実態調査と介護保険事業状況報告の比較

	介護給付費実態調査	介護保険事業状況報告
統計の期間	5月～翌年4月審査分 ※4月～翌年3月サービス分にはほぼ相当。	3月～翌年2月サービス分 ※過誤や再請求があった場合、2月以前のサービス分が一部含まれる。
要介護度別の区分集計	請求内容に応じて区分集計される。 ※正しく原審査を通過していれば、サービスを受けた時点の要介護度が反映される。	月末時点での要介護度に応じて区分集計される。 ※要支援者へのサービスがない特養や老健などの費用額が、要支援に計上されている場合がある。
過誤・再請求の扱い	原審査の後の修正・再請求は含まれない。	原審査の後の修正・再請求が含まれる。
年報の公表時期	翌年夏～秋ごろ	翌々年の春～夏ごろ
福祉用具購入・住宅改修	市区町村が直接支払う費用(償還払い)が対象外であることから、含まれない。	含まれる。
財源	費用額を、公費負担額、保険給付額、利用者負担額の別に公表。 ※財源(HF)別分類と親和性が高い。	費用額と保険給付額は把握できるが、公費負担額と利用者負担額が把握できない。
費用額 (2013年度、福祉用具購入・住宅改修を除く)	・8兆8958億円 (5月～翌年4月審査分) ・8兆8651億円 (4月～翌年3月審査分)	・8兆8549億円 (福祉用具購入・住宅改修を含む) ・8兆7914億円 (福祉用具購入・住宅改修を除く)

- ・介護保険の費用額は、現在データソースとして用いている介護給付費実態調査の他に、介護保険事業状況報告からも把握することができる。
- ・介護保険事業状況報告からは、介護給付費実態調査が対象外としている福祉用具購入や住宅改修の費用が把握できる。また、原審査の後の修正や再請求が反映された金額となっている。
- ・現在のデータソースである介護給付費実態調査は、対象期間が年度とほぼ合致している、年報の公表時期が早い、HF分類に必須の公費・保険給付・利用者負担の別に費用が把握できるといった重要な点について、介護保険事業状況報告よりも適したデータソースといえる。
- ・上記を踏まえ、介護保険の費用額については、従来通り介護給付費実態調査を主たるデータソースとし、福祉用具購入や住宅改修の費用を計上する場合は、当該部分のデータソースとして介護保険事業状況報告を用いてはどうか。

平成 27 年度 第一回 SHA 委員会 議事録

【日 時】 平成 28 年 1 月 28 日 (木) 15:00 - 17:00

【場 所】 医療経済研究機構 3 F 大会議室

議題 1 「名称変更について」

座長：議題の順に沿って、議論を行なっていきます。まず議題 1. 名称の変更について、満武副部長からご説明をお願いします。

満武：それでは議題 1 の名称の変更について、説明させていただきます。本日の議題は、資料 1 がメインでございまして、この資料 1 に関連する補足資料ということで、資料 2 以降がございまして。

議題 1 の名称変更について、保健医療支出から、この保健医療のあとに介護を入れてはどうかということで、提案させていただきます。

まず、2012 年の SHA1.0 準拠の経常保健医療支出は、47 兆 9,207 億円でありました。そのうち国民医療費が 80.2%、介護が 1.8%でございますので、トータルで 85、86%ぐらいを占めると。そのあとが OTC のドラッグやそういったもの、ほかの資本形成とかが入ってございます。その詳細な値に関しましては、表をご参照ください。

SHA2011 準拠になりますと、介護保険の計上範囲が現状だと拡大されます。あくまでも暫定値ですが、介護保険の費用というのが 15.5%ぐらい占めることになり、かなりの割合になります。したがって、名称を保健医療支出から保健医療介護支出ということにしてはどうかというような意見を、いくつかいただいております。医療経済研究機構としても、その方針のほうがいいのではないかとということで、この名称の変更についてご意見をいただきまして、可能であればこの委員会で結論付けたいと思っております。

私のほうからは、説明は以上でございます。

座長：ただ今の説明に対して、質問ありますか。理解をしないと議論ができないですので。

勝又：この SHA において、介護費というふうに言ったときの、その範囲なのですけども、そこら辺を少しご説明いただけますか。

満武：はい。現状は介護費の範囲に関しましては、資料 3 をご参照いただけますでしょうか。現時点での介護保険のサービス、40 種類プラス住宅改修等、4 つ種類がありますけれども、このそれぞれの介護サービスの名称、そしてそれぞれの値が書いてあります。現在 SHA に含まれているものというのが、この右側に SHA1.0、その下に LTC 類型化というふうに書いてございます。

もう少し細かくなりますけれども、LTC 類型化は Medical or nursing care、Personal care services、Assistance services、Other social care services、4 種類ございまして、2000 年からこの SHA のほうには、1 番の濃いブルーのところは現在入れているといった状況でございます。これを入れると、全体の 4.8% ぐらいになるといったところでございます。それぞれ 2001 年から 2004 年までの制度改正があった年と直近の値を書いておりますので、この青いところだけを足していただくと、2012 年に関しましては 8 兆円ぐらいになるということになります。

ただ今回、第 2 のほうの議題で、この 2 番と 3 番をどこまで入れるか。パーソナルケアサービス、これは ADL ですね。あと IADL 等のものを検討とブルー、黄色で書いておりますけれども、ここがどこまで入ってくるかで、やはり全体に占める割合が多少変わってくるといったところでございます。

池上：この SHA の基準で、1.0 から 2011 は結構、今回のタイミングで、全ての国が一斉にそういう対応をするという感じなのですか。

満武：はい。本来 2016 年から一斉に切り替えになるということになっておりました。ただし、そこは OECD のコントロールがきちんとできていないところがありまして、ホームページで公表されているデータは、SHA2011 と SHA1.0 が混在している状況でございます。例えばオランダ、韓国に関しては、すでに SHA2011 準拠の値を出しております。

ただし、今日の 2 番目の議題で介護保険の経常が議題になっておりますけれども、介護保険を導入して、やはり歴史の浅い韓国のような国は、まだあまり介護費用が大きくないものですから、SHA1.0 にしても SHA2011 にしても、そんなに大きな変更はないといったところがございます。蛇足ですが、日本とスウェーデン、スイス辺りは、次の SHA2011 準拠によってかなり増えるだろうと。オランダが今、対 GDP 比で 2 位なのですが、オランダは SHA2011 準拠のデータをある時から出し始めた時から 2 位になってしまったというような状況になっております。

岡本：先ほどもお答えいただいた話ですけれども…。オランダが 2011 にいち早く対応して 2 位になりましたと。それまでは 2 位ではなかったのですよね。

満武：はい、2 位ではありませんでした。

岡本：OECD の公表の仕方は、淡々と今年度を比べてみると、オランダは 2 位になりました、という単純なものですか。おっしゃったように、従っている基準がまちまちなのですね。ただ単純比較をして 2 位になりましたといった報告をしているものなのですか。

満武：はい。Health at Glance という資料が出ておりまして、そこにはこういう費用だけではなくて、広範囲に OECD が収集しているデータを公表しているわけです。けれども、そこでやはり、3 月末にデータを提出して、2 カ月から 3 カ月の検証・修正期間がございま

して、それで認められたらそのまま公表されます。ただし、対 GDP 比だけではなくて、1 人当たり総保健医療支出というのも公表されますので、いろいろな角度から多面的に見て、判断してくださいというような情報提供を OECD はしているということでございます。

岡本：従っている基準が違うから当然、一概には比較をできないわけですよね。そうした中で新基準に従って、費用を積みましたからそれで 2 位になってしまったという状況が、オランダにはある。日本が介護を入れれば、これに従えば順位が急に跳ね上がるわけですよね。これがもし「新基準に従ったから上がったのだ」というアナウンスなしに順位が上がったとなると、説明が難しくなるでしょう。

そういう意味でも、名称の変更と同時というのは、ある意味ではいいタイミングではないかなと思います。もし、ずっと前から保健医療介護支出と言っていて、急にパッと跳ねあがったら「なんで？」となるのですけれども、今までは保健医療費だけだったのが、今度から保健・医療費と介護費を含んだので、順位が上がりましたと言ったら、素人でも「ああそうか」と納得します。ですから、名称変更のタイミングと順位の入替のタイミングが同じというのはむしろいいので、そんなに誤解されることなく、説明もしやすいのではないかなと思います。

満武：岡本先生、ありがとうございます。国内向けには 1 つ、岡本先生がご指摘の通り、アナウンス等していきたいなと思っております。OECD のデータとして、この対 GDP の比較の値が最も参照されているものでございまして、データは一人歩きをします。一般のユーザーは、SHA1.0 準拠だろうが 2011 準拠だろうが世界の人たちはそんなに大きな関心は持たれていないかもしれないですので、2 位となったらやはり、それなりの質問がくるとは当然予想されることでございます。OECD の場合は質問しても、細かくこういったことが書いてあるからという説明をするだけでございます。

勝又：OECD のほうでは SHA というよりも、Total Health Expenditure とか Public Health Expenditure みたいな形を出していますけれども、それは変わらないのですか。

満武：OECD の名称(英語)は変わりません。ただし、1 つ資本形成コストが来年から概念としてなくなります。あれはもう、先ほど岡本委員からご質問にもありましたが、ファイナンシャルレビュー誌で資本形成が入っていないという指摘もあるのですけれども、もともと資本形成コストは OECD で大きな問題になっておりまして、推計できる国もあればできない国もあります。また病院の建替え費用とかも入っておりまして、あるときは大きな額になって、翌年は大した額ではない、ばらつきも大きいということで、これはデータの質を考えて、総保健医療支出から外すということになっております。

外した場合の概念が今、Current Health Expenditure というのですけれども、それが来年、資本形成を外すことによって、Total Health Expenditure になります。つまり、総保

健医療支出か経常保健医療支出は同じになります。ですから OECD 側の英語の名称変更は基本的にないということです。

座長：医療費には減価償却費を含んでいるのだから、正しいですね。

岡本：順位が上がるというのは、研究職とか教える側の立場から見ると、わりと納得がいきます。私は科学院で JICA の研修もしているのですけれども、真っ先に日本は世界一の高齢化の進んだ国であると言って、ああそうかと。次にでは医療費は、というと決してトップではない。アメリカなどはちょっと除外しても、OECD の中でも、低いほうではないけれどもトップではない。そこで必ずやはり普通の人たちは質問をするのですよね。高齢化が一番進んでいたら、医療や介護の費用もかかるはずではないか。なぜ日本は相対的に低いのか、というのです。恐らく一般の人も同じ考えをもつでしょう。

むしろ、順位が上がって高齢化が世界でトップなのだから、医療・介護費用もそれなりにかかっているというのは、自然であって、ずばり言って、日本は世界でも高齢化が進んでいて、医療や介護の費用もトップではないけれども、OECD の平均よりも高いのだと言ったほうが、みんなかえって納得しやすいのではないか。今回はちょっと名称が変わって順位が変わって、どうしてだろうなというふうにいわれるでしょうけれども、名称を見て分かるように、介護支出が加わったからだ、ということで、そんなに疑問になることはないのではないかと思います。

森川：私は保険局なのですけれども、例えばその順位というのが上がったというような説明になってしまうのですか。時系列とか、そういったものは一緒に出るのですでしたっけ。

満武：はい。時系列データを出してほしいということは強く言われておりますけれども、何年間さかのぼってデータを作り直せということは一切言われておりません。そこは前回の OECD の会議でも大変議論になったのです。3 年間か 5 年間か 10 年間なのかと、かなりいろいろな国が切実に質問したのですけれども、OECD は期間を明言しないで、できる限りやってくださいという非常に曖昧な回答でございまして、日本の場合ですと、やはりこれは 2000 年から、介護保険を導入の時にまで遡って推計せざるを得ないかと思います。ですから、ある地点で上位になるのではないかと。どこで順位が No.2 になるのかとか、そこはまだちょっと、すみません。申し訳ないですけれども、ご回答できません。

座長：中身についてはこれから議論しますが、国内の呼称を「保健医療介護支出」と呼ぶことについて、ほかに何かご意見はございますか。残念ながら国際的に名称は変わらないみたいですが、国内だけでも説明が保健医療介護支出とするのが良いのではないかと事務局的提案ですけれども、どうでしょう。

森川：すみません、何回も申し訳ないのですけれども、基準を変えるに当たって介護が増えるということで、この名前に自動的に変えるのは、先生もおっしゃったようにいいタイ

ミングだと思えます。ただ、新しい基準に従って OECD に報告するといったときに、単に順位が上がるといったことだけではなく、例えば旧基準の数字も共に報告してそこに載せてもらうとか、急に日本として何か変化したわけではないのだということ、もう少しきちんとして分かるような対策をしっかりと取れるかどうかということ、もう少し考えていただく必要があるかなと思っています。

満武：ご指摘ありがとうございます。現状、SHA2011 準拠だけのデータを出している国も増えております。そこに対して、ではまた SHA1.0 準拠を推計して両方出してくれというのを OECD が求めるのも現実的に考えられないです。恐らく来年度からは SHA2011 準拠で統一して、なおかつ OECD もやはり質問してもそれに対する明確な回答はしていないので、一番安易な SHA2011 だけを公表していくというようなことになるかと思えます。

SHA1.0 の値というのは、恐らく今後は更新されないと。もしかしたら、どこかのデータベースで検索はされるかもしれないという可能性だけで、あまり森川さんがおっしゃるように OECD としては対策が立てられないのではないかというのが、妥当な予測だというふうに考えております。

森川：例えば Health at Glance とか、OECD の文書でまとめていると思うのですが、そこに、ちゃんとこういったケースも加えてくれとか、提案することは可能なのですか。

満武：実際、今回の Health at Glance には強く提案をしまして、変えていただきました。ただ、そこもやはり OECD の担当官に言うだけでして、そこがどういう文章になるかやはり、在 OECD 代表部と OECD とこちら（日本）のほうと、密着に連携を取って、かなり強硬に言えば可能かもしれませんが、30 数カ国ある中で日本が上がった、日本はこういうことなのだという数センテンスを、Health at a glance に入れ込むというのも、なかなか難しいというような感触を得ていることだけをお伝えいたします。

池上：蒸し返すようで恐縮ですけど、私は考えを変えて、やはり名称を変えずにこのまま「保健医療支出」そして、「(2011 年基準)」というふうにしたほうが、また来年変わるわけですね。では今年の発表とそれ以降の発表でまた違ってきますので、そのように計算基準が変わるたびに、この名称まで変えていくと、無駄に混乱するというのが 1 つと、もう 1 つは介護費が全く含まれていなかったわけではないわけですね。そうすると、そこで介護費が増えたのですが、前は、では介護費は入っていなかったかといって、実は入っていたのだという説明をすると、なお一般の混乱を招くので、SHA1.0 集計だとこのデータのこの値、SHA2011 基準に従うとこのデータという、そして来年以降、この資本コストを除外した場合には、この基準に従うこととすると、改定が行われた年を取って、それをしたほうが、いくつもの名称があって、一層混乱に拍車をかけるよりも、適切な対応だと思いますが、いかがでしょうか。

満武：ごもっともなご指摘だと思います。

岡本：介護保険と言いましても、今までの SHA1.0 で対象になっていたのは、Medical or nursing care です。だから今介護と言っている部分も、実は若干医療保険の一部が移っているわけで、だから 2000 年を契機に国民医療費が少し下がりました。要するに医療費の一部が、介護に移ってしまっただけで、それは別に国民医療費が減ったのではなくて、定義が変わっただけです。15 年前ということで、今ほとんど気付かれていませんけれども。

名称として、日本は介護保険と呼んでいますが、普通、外国では Long-term care と言ったら、医師や看護師のリハビリとかは含まない。しかし、日本の介護保険は医療の一部も含むふうになった。だから今までは本当の意味での保健医療だけだったのが、今度は例えば家事援助みたいな、医師や看護師ではないサービスも含むようになった。ということだから、名称を変えることに遜色はないと思うのですけれど、どうでしょうか。

池上：今、おっしゃったのは日本の制度にこだわったことだと思います。それは OECD の比較というのは国のことの制度のことを言っても、比較する意味がないわけです。諸外国の統一基準としてこれを決めたわけで、かつての基準と今の基準とでは、対人サービスにおける IADL 部分も含むように変えた、そして ADL 部分は明確に入れたということは、明らかな基準の変更であって、それに対して統一的に比較することが目的ですから。

それに対応して、日本の状況は対外的に見るとこうだというメガネで見る必要があるわけですから、そこに増えたから介護費があまり含まれていなかったから、だいぶ含まれるようになったから、だから介護を入れて保健医療介護費とするというのは、これは混乱に拍車をかけると思います。ちなみにこの資本コストは、除外されたら今度はなんと呼ぶのですか。国内向けにですね。

満武：大した額ではないので、名称を変えずに維持しようと思います。それに資本コストがなくなったからといって、名称変更はするつもりはございません。

池上：ただ、そうすると国によっては大きく影響するところがあると思うのですね。そういう、日本に影響があるから、ないからという基準で、日本における名称を変えていくというのは、この OECD のデータの取扱いに関しては好ましくないと思います。

満武：はい。少し私も言い方が不正確なところがあったのですが、OECD のほうにはデータは提出し続けます。それは、あとで説明させていただくカテゴリーの HCR というカテゴリーがございまして、OECD からは資本形成のコストも IADL のコストも、継続的に今後も出してくれと。ただし、その HCR のほうに計上されるものに関しては、総医療保健支出の中にはカウントされず、参考という扱いになってしまうというのが、現状でございまして。池上先生おっしゃる通り、もともとの話に戻りますけれども、大変なかなか、おっしゃることもごもっともです。ただ、実態と今後の予想される、今後のさまざまな

ろいろなところから問い合わせがくるでしょう。それを考えると、やはり最初の提案通りのほうが、われわれも少しは気が楽になるなというようなことが本音でございます。

座長：別に科学の世界でどちらが正しいかという話をしているわけではないので、どちらを取るか、それが研究よりは、マスコミとか政治の場で取り扱われるからここのほうがいいのか、判断をする必要はないですし、どちらが正しいと決める話ではないですね。いかがでしょう。

満武：では、池上先生がおっしゃってくださった、やはりどこまで介護費が増えるかということも少し絡んでくると思いますので、次の議題 2 のほうにいかせていただいて、この名称変更の決定は、最後のところで再び議論させていただけたらと思うのですが。

座長：それでは議題 2 についてご説明をお願いします。

議題 2 「SHA2011 における各分類の計上範囲の検討について」

満武：これはすでにご説明している通り、介護サービスについて OECD のほうは四角でくくってあるところの、4 つに分類をさせていただきます。現在のところは、今計上しているのは 1 の Medical or nursing care、医療の有資格者が提供するサービス。そして 2 番が ADL に関連するところ、3 番が Assistance services で IADL 等。そして 4 番としてその他があります。SHA2011 準拠に関しては、1 と 2 を入れると。ただし 2 と 3 にまたがるものに関しましては、そこは各国に任せるとというのが結論でございます。できたら区分をしてほしいと。ただし、両方入れるか半分にするかは各国に任せるとするようなスタンスです。

今回は以下の 5 つのサービスについて、どう扱うか検討していきます。

「2-①訪問介護」および「2-②介護予防訪問介護」の説明および議論

訪問介護に関しては、介護給付費実態調査で提供しているサービス区分を細分化していくつか公表しておりまして、サービス区分は生活援助、身体介護・生活援助、身体介護、通院等のこういった項目を作成することができておりまして。そこで現在、この 4 区分のうち生活援助の部分というのは、3 番の Assistance services になるのではないかと。そこに関しましては、HCR.1 という区分がございます。この HCR という区分は何かと申し上げます。HC に関しては 1 から 9 の 9 分類、HCR に関しては 2 つの分類になっております。この HC3 の Long term health と書いてあるところに、介護保険の費用を入れることになっています。ただし Assistance services と Social service のところに関しましては、HC3 の Long term care health ではなく、HCR.1 のほうの Long-term care social に入れるという事になっています。

そこで今回、この生活援助部分を単位数から推計いたしました。2014 年度の訪問介護費費用額 7,991.7 億円ということで、ここの生活援助分の相当分を 19.2%かけてしまうと、1,537.9 億円、全体の 1.65%です。これは HCR.1 のほうに計上してはどうかというふうに、こちらのほうで研究班として案を作成いたしましたので、これについてご検討いただけたらと思います。

次の介護予防訪問介護に関しましては、要支援に対して実際のサービスというのは、訪問介護とは異なり、1 のような区分集計をすることはできません。ただし、この予防訪問介護に関しましては、身体介護に当たるサービスはわずかでございまして、そのほとんどが生活援助などのサービスとして実施されているというふうに考えられます。これは介護事業者プライベートでヒアリングをいくつかしたところ、そのような回答を得ています。これも、ここの費用に関しまして、1,118 億円ぐらいございませけれども、ここも HC.R.1 としてはどうかと考えております。ご意見、アドバイス等いただければありがたいと思います。

座長：それでは質問、意見ををお願いします。

池上：面倒なことを言って恐縮ですけど、今のこの改定はこれで結構だと思うのです。ただ、介護について総合事業化にしますと、そうすると新たに地域支援事業と一体となる、その分を新たに計上することになるわけですね。そうした場合に、今それを地域支援事業でやっている部分もこの際入れないと、またこれが地域支援事業として予防訪問介護になった場合、総合事業化したときにまた不連続が発生する可能性がありますので、この点は検討されましたでしょうか。

満武：OECD からは、信頼のおけるデータソースであり、なおかつ経年的に取れるデータソースを利用することという規定がございます。そこで、ここの予防介護部分に関するサービスは、今、移行期間でございまして、将来的に地方自治体に全て移管されると。そして全ての地方自治体 1,000 数百ある中からそのデータを取り、なおかつこの部分が介護保険の部分なのかということ推計するのは、大変難しいことが予想されます。現時点ではそこは対応できなくなる可能性が高いと思います。まだ、めどが立っていないところでございます。現時点では少しあまり前向きな回答はできないというところでございます。

ですので、もしかしたらあるときを境に、介護予防の部分の辺りは、計上しなくなる可能性のほうが高いということになってくるので、そういうふうになってくると、OECD のほうからはデータの連続性、なぜこのときになってガクンと下がったのかということ当然、OECD ではいつも継時的な変化率を見ておりますので、それを指摘された場合には、過去にさかのぼって現時点がそうであれば、過去にさかのぼってそのデータは消してほし

いというようなリクエストは、当然くることが予想されます。

池上：それを確認したかったのは、それは HC.R とする、有力な根拠にもなると思いますので、それも併せて併記するかどうかはお任せします。共通認識として総合事業化することは規定の方針ですから、あるときから入れたものをまた外すよりも、最初から除外したほうが良いという判断もあって、HCR として合わせて計上しなかったという説明をしてはいかがでしょうか。

満武：ご指摘ありがとうございます。

岡本：一般的な話ですが、国際的に見ても、日本の介護保険で対象にしているのはわりと範囲が広いですよ。例えば韓国も介護保険をやり出したようですけれど、費用が低いのは、僕の知る限りでは非常に要介護度が厳格で、日本でいったら要介護 2 か 3 ぐらいにならないと給付の対象にならなくて、逆に日本では要介護にいていない要支援状態くらいの人でも給付を受けている。ご存じのように介護費の一番伸びているのは軽度の人ばかりです。

国際標準という面で考えたら、どちらかという韓国のように要介護度が進んだのみを対象にしているのが多いのではないかと、この辺は、ご専門の方がおられたら意見をお聞きしたいのですが…。だから国際的に見ると、やはりこれからデータの把握が難しくなる要支援者レベルの軽度者は、入れたもののデータが出せないから「やめた」とするぐらいだったら、今のこの状態でいったほうが良いのではないかと。

座長：介護保険制度はどうあるべきかについて、国際的な標準に合わせて予防訪問介護を HC.R に入れる入れないについては、日本の政策当局から、あるいは政治的に、ここも大切だと考えれば入れる扱いも考えられますが…。

村木：日本の介護保険制度は、ほかの国と比べて軽度を対象にしており、それが反映されないと、日本の介護に支出している費用が正確に反映されないのではないかと、逆に思うのです。つまり、ほかの国で介護度が高い人を対象にしているから、日本もでは介護度の高い人に絞らましようとする、日本で介護に支出する金額が正確に反映されてこないのではないかなというふうに思います。

満武：申し訳ございません、これを作った部門としてちょっと理解をさせていただきたいのですけれど。村木さん、老健局のご意見としましては、これは切り分けないでサービスを国民に幅広く提供しているので、それが分かるように入れたほうが良い、切り分けはしないほうが良いというようなご意見で理解してもよろしいでしょうか。

村木：そうですね。日本の介護保険制度は ADL、IADL というような区分けをしていますが、そこも区分けせずに入れたらどうかと考えております。

満武：ありがとうございます。

池上：今のお 2 人の発言、ちょっと指摘しておきますと、介護予防というのは、いずれにしても介護費全体の 5%しかないので、その中のまた予防訪問介護に介護など、少ない部分もいっているわけですから、あまりこの議論は生産的ではないのですね。対象人数は多いですけれども、今これは Expenditure の話をしているわけですから、これは除外したほうが整合性はあると思いますし、そもそも金額的に、まあ誤差範囲とまではいかないですが、それに近いと思うので。低いところばかり比較するよりは、全てがどう対応するかということ、今後見極める必要はあるかと思いますが。この通りで賛成です。

座長：この Health care Expenditure から除いても HC.R には入るのですよね。

満武：座長おっしゃる通り、HC.R にデータが計上されます。

座長：日本ではない、となるわけではないのですね。

満武：なくなるわけではございません。

座長：以下のものも一応全部議論してから、検討しましょう。

「2-③□ 通所介護・介護予防通所介護」の説明および議論

満武：通所介護、介護予防通所介護のほうについて説明させていただきます。通所介護に関して中・重度の要介護者に関しましては、ある程度身体介護が行われている事が、そうではない軽度の方は、身体介護を利用する利用者は少ないと考えられます。また、通所介護に関しましては、Personal care services に該当するかどうか、検討を要すると考えられております。

そこで、こういったことを踏まえていくつか案を作っておきまして、表にしているところが、通所介護の資料です。HCR.1 をこの要介護 1・2 に対する通所介護全体の費用介護とする、あるいは個別機能訓練加算 1・2 を算定して日数分、ここに費用額に関しましてどういうふうにしたら良いかということで、ご意見を伺いたいと思います。また、介護予防通所介護についても、HC.3 ではなくて、先ほどの 1 番と 2 番同様に HC.R.1 と事務局案としております。そうなりますと 2014 年度の介護予防通所介護の費用は約 2,000 億円ございます。2014 年度の要介護 1・2 の利用者通所介護の費用は 7,800 億になります。これも個別機能訓練加算 I・II を算定して日数分に限定すると、この 4,723 億円ぐらいになりますので、ここは HC.R のほうに計上してはどうかということです。

続いて、非医療系の短期入所系・入所系サービスでございます。先ほどと同様に、やはり要支援、そして要介護の 1・2 に対しては、Assistance services と考えられる軽度要介護者に対するサービスを HC.R.1 とすることが考えられます。そして、ここ前者の非医療系が短期入所系・入所系サービスの費用額は、要支援の利用者に対する額が、341 億円あります。そして、要介護 1・2 に関して 4,559.1 億円、ここに関して HCR.1 のほうに計上してしま

おうと考えております。これについてアドバイスをいただければというふうに考えております。

座長：ここは費目ではなくて、要介護度によって判別する件ですね。

満武：はい。要介護度で切るという形で、少々、粗い推計にはなります。ここは粗いことは承知しておりますけれども、あえて提案させていただいているというところも少しございます。

岡本：私も介護給付実態調査のことはもちろん知っていましたが、今回資料をいただいて、機能訓練加算があるかないかと、そこまで詳しいことが載っているとは気付いていなくて感心したのですけれど、やはり日本から出すデータとしては、OECD もできるだけ厳密な区別を求めていますから、この一番下に書いているように、機能訓練加算を算定するか否かで分けて出すというのが妥当ではないか。違いは 3,000 億ぐらいあります。3,000 億円とは誤差範囲とはちょっと言えないですし、やはり入れるべきではないか。

要支援、要介護で分けるとするのは、ちょっと粗々といえば粗々ですが、一応制度的な位置付けは、「要支援者は要介護者ではない」ということになっています。だから予防ということになっているのでしょうけれども。そういう意味でも、粗々だけれども、恐らくほかの国と比較しても、ここまで介護サービスの詳細なデータはないと思いますので、むしろこれでほかの国にとってちょっとモデルになるのではないかと思います。

池上：これはむしろ座長に伺ったほうがいいでしょうけど、これ加算というのがあるって、介護報酬の改定のたびに変わる可能性があって、要支援、要介護の基準よりも、あまり安定性がないという気がするのですけれど、そうした場合に永続的な統計とする前に、加算を根拠に入れるか入れないかということ判断するべきですね。加算の要件が変わると、また入れるか入れないかが変わってくる可能性があるんで、大きな基準で分けるというのはいいのですけれど、加算基準というのは次回の介護報酬の改定で、どうなるかは分からない面もあるので、ちょっとこの点については難色を示したいと思います。

それからもう 1 つは、いわゆるホテルコストについてですね。これは一般にナーシングホームについて、これは公費で負担するか私費で負担するかということとは関係なく、ナーシングホームコストというのが、それは費用負担とは関係なく、一括計上しているわけですから、それをこの理屈で、日本の現状に従ってホテルコストを入れないというと、基本的には私は支払いを準拠して決めたほうがいいのではないかと考えています。ほかの国では、例えばスウェーデンではナーシングホームというのは原則的にやめたということですが、この時にどう捉えられていたのでしょうか。それに従うというのも 1 つの方法だと思います。

低いほうを参照するのではなく、ほかの国は基本的に拡充する方向にありますので、低

い国の基準に従ってやるのは邪道だと思います。ですので、その方向ではどうしていくか、こっちはどうしているかということも、参考にされてはいかがでしょうか。

田中：③と④に関してですが、要介護度 1・2 は入れないけれども、3 以上は入れるという提案ですね。厚労省のご意見を伺ってみたいのですが。

村木：先ほど、加算の要件が変わると連続性が失われるという指摘もありましたし、要介護 2 を軽度と書いてありますけど、状態像が人によって違うというのもありますし、その要介護度の基準ももしかしたら、今後変わり得るかもしれないので、そういった観点からも、この区分けは乱暴な感じを受けております。

座長：ということは入れてしまったほうがいいのですか。

村木：そうですね。

座長：要支援は別として、要介護 1・2 以上も入れたほうがいいですか。

村木：そのほうがいいです。

岡本：そうすると、予防のほうが 2,100 億で、要介護 1・2 は 7,800 億ということは、これが丸々 HC.3 になってしまうということですか。1 兆円ぐらいありますよね。

満武：はい。そこがちょっと大きいですね。

岡本：要介護 3 以上のほうは、もう HC3 に入っているわけですね。

満武：はい。

岡本：だから、これは加算を入れるか入れないか、だからその差額の 3,000 億を HC.3 か HCR、Related のほうにするかの、議論ですね。

満武：はい。どちらかです。先ほど村木さん：老健局から御意見がありましたけれども、要介護度を果たして指標として使っているのかというのは、依然としてわれわれもまだ自信が持てないところというのがあって、加算は池上先生がおっしゃった通り、今後どうなるか分からないというところ。

座長：そこは簡単に変わりますね。普及してくると加算を無くして本体に取り入れてしまいますし、もっと普及がすると減算に変える傾向があります。インセンティブとして加算を加えますから。しかも加算も、今度の改定は何段階もの加算を付けましたからね。もう 1 つの論点は、事業所がお客さまに安く見せるために、加算を取らないこともあります。加算していないところも実は、サービスをしている例もある。ですので、加算は、あまりいい指標ではないです。

満武：ありがとうございました。加算というのを推計方向に利用する項目としては、あまり信頼性がない、良くないというふうなご意見ですね。

座長：変数として、比較的有効にしやすいツールとして使われているので、先ほど言った長期に安定するという約束からすると、適切ではないのではないかと。要介護度の変化は、

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、その点を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。

それで見るときに、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と。ただし日本は計算できるようになっていませんと。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、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も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、これは收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、これはやはりい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と。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