

第6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26年12月17日（水）12:00～13:30

場所：中央合同庁舎第8号館第623会議室

二 出席者

【構成員】

佐藤主光委員、土居丈朗委員、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】

内閣官房社会保障改革担当室、総務省自治財政局、財務省主計局
厚生労働省医政局、老健局、保険局、社会保障担当参事官室

三 議事

1. 開会
2. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
3. シミュレーションについて
4. 閉会

1. 開会

2. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について、厚生労働省より資料1に沿って説明を行った。その後、以下のとおり質疑応答が行われた。

(松田主査)

- ・地域ごとの病床数を決めていく上で、今後、大きな要因となると思われるのは看護師をいかにきちんと配分できるかではないか。
- ・協議の場に関しては、フランスにも同様のものがあるが、毎年、指標チェック・進捗チェックを行っている。地方医療庁と個々の医療機関が複数年の契約を結び、財政的にも実効性を高めている。日本で言えば、都道府県知事と各施設の長が契約を結ぶような形であるが、どうやって実効性を高めるか工夫が必要。

(厚生労働省医政局)

- ・地域医療構想と医療計画のそれぞれで目標設定をしていくとともに、基金についても都道府県計画で個別の事業ごとに目標設定を行っている。
- ・PDCA サイクルを回して、達成できなかったときの原因を他の医療機関や地域とも共有できるようにしたい。

(松田主査)

- ・個々の医療機関は経営的なシミュレーションを行うのだろうが、地域レベルでも、例えば仮想的なモデル地域を定めて、ある医療機関が機能転換したときにどういう収支になるかモデル推計を行うことが必要になってくるのではないか。
- ・医療機関の具体的な経済行動に結び付きやすいツールを準備する必要がある。ある意味、これは撤退戦となるので、インセンティブをつける工夫が必要。

(厚生労働省医政局)

- ・個々の医療機関の経営判断のためのデータと地域全体にとって判断材料になるデータの二種類が必要になる。
- ・2040年までを見通すと縮小均衡を考えないといけなくなる圏域があるので、

投資や雇用の判断になるデータの出し方は工夫していきたい。

- ・ 基金というインセンティブに加え、協議の場で決まったことは文書化し、理由なく遅らせた場合には知事の役割を発揮できる仕組みになっている。

3. シミュレーションについて

- ・ 医療機能別病床数の推計方法について意見交換を行った。

(伏見委員)

- ・ 慢性期の需要の地域差を圧縮する際、最小は現状維持し最大は下げていくという方向はよいが、最小が理想値よりも低いということは想定されないのか。例えば東京都では慢性期の患者は外部に移動するなど、慢性期の供給が不足している地域がある可能性もあるのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・ ニーズの発生はそれぞれの住所地別で推計を行う。まずニーズをみて、その上で供給をどうするかは、患者の流出入もみて提供体制をみればカバーできると考える。

(佐藤委員)

- ・ 現在と 2025 年の最小と最大を考える際に、二次医療圏単位と都道府県単位では数字が異なるのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・ 資料 1 の 50 ページにあるように、全国最小レベルは、県単位では長野県の 122 になる。

(土居委員)

- ・ 資料 1 の 52 ページを見ると、長野県の平均在院日数よりも下回っている二次医療圏がある。入院受療率でも二次医療圏の最小と都道府県単位の最小は違うと思うが、どうするのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 二次医療圏単位ではデータにばらつきが大きいことから、目標としてはデータの安定性の点からは都道府県単位で考えた方がよい。

(土居委員)

- ・長野県の平均在院日数よりも既に下回っている二次医療圏があるが、こうした二次医療圏についてはどうしていくのか。

(厚生労働省医政局)

- ・極端な医療圏では、患者の流出も含めて、どのような要因でそうなっているのか、実際の構想区域の推計を行うに当たっては、個々の二次医療圏の実態を踏まえる必要。
- ・平均在院日数が長野より短い二次医療圏について長野県まで伸ばしてよいということではないので、メッセージの出し方には工夫が必要。

(伏見委員)

- ・療養病床をこの算定方法による平均在院日数の差で考えるのはノイズが大きくなるので、なるべくなら避けた方がよいと思う。平均在院日数は一定期間の間に入退院があった患者を基に推計したものであり、療養病床のように患者の動きが少ない場合、誤差が患者一人当たりで大きくなってしまふ。入院受療率などを使って、もう少し安定した数値で比較できるような方法を検討した方がよい。

(藤森委員)

- ・資料 1 の 50 ページの療養病床の数字には有床診療所が含まれているのか。

(厚生労働省医政局)

- ・有床診療所も入っている。介護療養病床も含め、計算している。

(佐藤委員)

- ・患者の移動について、慢性期と居宅施設等の整理が必要。
- ・例えば埼玉に住み、東京の病院の療養病床に入院したとき、東京の病院としてデータに入ってくるのか、それとも患者の住所地でデータに入ってくるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・資料 1 のデータは病院住所地でやっているが、今回の地域医療構想における推計では、流出入を加味する必要があるが、患者住所地で推計することになる。

(土居委員)

- ・例えば、最大の二次医療圏を県単位の中央値まで縮小するとどのくらいのインパクトになるのか把握しておく必要。

(佐藤委員)

- ・例えば、2025 年に向け、複数のパターンの目標を示して都道府県ごとにパターンを選ぶことにするのか。

(厚生労働省医政局)

- ・目標を示した上で、その目標さえクリアできれば、各二次医療圏がそれよりも厳しい数値を目指すことも可能となる。ただし、その場合でも各二次医療圏は現在の値よりも緩い数値を目標に設定をすることはできない。

(土居委員)

- ・2025 年の目標について、二次医療圏ごとにあまり大きな幅をつけるべきではない。県単位の中央値くらいを目標することが適当と考えるが、そうでない場合でも、できるだけ中央値に近い値を設定すべきではないか。
- ・複数のパターンの目標を示して都道府県ごとにパターンを選ぶようにするのはあまり意味がない。一つの目標を示せば、それよりも厳しい目標は包含されることになる。最大の二次医療圏がどこまで縮められるか、最小との差を何%まで縮められるかということが重要であり、その値がどれだけ受け入れられるかという問題ではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・2025 年の目標値の設定は、結局、どのような水準まで慢性期の需要とするかという問題になる。したがって、その目標に従って計算した病床数はマックスの値となり、居宅施設等はミニマムの値となる。
- ・状況は都道府県ごとに異なってくる。例えば資料 1 の 50 ページを見ると、近畿ブロックで和歌山県が 237、京都府が 233 と同じような入院受療率であるが、因数分解すると、51 ページにあるように、和歌山県は左上グループで京都府は右下グループとなっており、打つべき施策は変わってくる。
- ・打つべき施策があるかどうかも含めて、二次医療圏で目標設定と思うので、どこまで目標として設定できるかという観点から議論いただきたい。

(佐藤委員)

- ・地域差には 2 つの要因があり、外部要因によるものと提供体制の非効率さに起因するものがある。全ての実情を認めるわけにはいかない。

- ・各都道府県が目標に向かってロードマップをどうしていくかは都道府県の裁量で考えてもらう必要があるが、目標は10年後のものもあり、今の実情を前提に都道府県の裁量で決めてはだめだ。

(厚生労働省医政局)

- ・現在の入院受療率の差を解消していく中でどこまで到達可能かは、それぞれの構想区域によって異なってくるので、何が異なっているかを分析できるようにデータの提供をしていきたい。
- ・データだけではなく、運用の実態も含めて地域医療構想の段階から構想区域内で話し合い、積み上げていただきたいと思っている。さらに、打つ手がどの程度あるのか考えるツールも示していきたい。

(土居委員)

- ・入院受療率が最大の二次医療圏が実際に達成できるものなのか確認する必要。
- ・最大の二次医療圏がそこまで下げられないとの理由で目標設定を緩めるとなった場合、他の二次医療圏も等比的に目標を設定すると、目標を全体に緩めることを許容することになり、よくない。
- ・等比的に目標を緩めるのではなく、例えば、特殊な地理的な背景があり達成が難しい地域については、あくまで例外として例外規定を設けて適用する方向がよいのではない。

(厚生労働省医政局)

- ・都道府県によっては療養病床に問題意識を持っているところがあり、より厳しい案を選ぶところも出てくると思う。

(石川参考人)

- ・慢性期について病床側の基準を厳しくすると、居宅施設等をその分増やさないといけない。2025年までの間に居宅施設等の需要の自然増があり、さらに病床側の目標によって必要数が増えることになる。
- ・病床数は現在と変わらなくても、今後、居宅側の需要は増えるので、施設を増やすことや病床転換も含めて、目標値を上げれば上げるほど、居宅側の収容数を増やさないといけないことになる。それがどのくらいのイメージとなるかも含めて検討した方が現実的な議論ができるのではないか。

(佐藤委員)

- ・入院受療率の最大値をどこまで減らせるかについて、突っ込んだ議論をすべき。
- ・地域間のばらつきを考えると、各地域の病床の姿が現状と比べてどうなるかが見えないと、どれくらいハードルが高いのかも想像がつかない。もう少し地域別にブレークダウンして、現状と比較ができれば議論がしやすいと思う。

(厚生労働省医政局)

- ・今後、地域ごとのデータの分析も検討してみたい。ただ、同じ 400 床だとしても、100 床ごとに 4 つの医療機関に分かれているのか、400 床の 1 つの医療機関なのかによっても目標設定の難しさが変わってくるようなところが問題。
- ・年明けには都道府県研修などもあり、また、知事会を通じた意見交換などもあるので、どういう工夫ができるかを考えたい。

(伏見委員)

- ・例えば、長野県が最小で高知県が最大となっているが、単純に、高知県は 4 倍差があるのを 2 倍や 3 倍ぐらいに下げるのであれば、今の病床を 2 分の 1 や 3 分の 2 にするといったイメージになると考えればどうか。

(松田主査)

- ・資料 1 の 51 ページについて、発生率と在院日数はトレードオフの関係にある。例えば、北海道の平均在院日数が鳥取県並みになったときに病床数としてどれくらい削減できるか、長崎県について現在の平均在院日数のまま長野県並みに発生率を落としたら病床数としてどれくらい落とせるかなど、病床数への効果の観点から要素分解していくとよいと思う。
- ・せっかくこのように要素分解しているので、平均並みに持っていくと病床数をどれくらい減らせるかなどを算出すれば、具体的な方策について協議の場などで議論できると思う。例えば、入院発生率を減らそうとするのであれば、予防そのものをやるのか、介護の方でみるのかといったことを考えることになる。

(土居委員)

- ・居宅施設等という考え方には通院も含まれるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・一般病床の中で医療資源投入量が一定水準より少ない患者を2025年では病院の外で診る需要として推計しているが、この中には介護の対象でない患者も含まれると考えており、その場合のフォローは在宅医療でなく通院で診ることになると考えている。

(土居委員)

- ・さきほどの石川参考人のご発言とも関連するが、通院なら家があるということになり、居宅施設等が増えたとしても、通院も含めて実現可能かどうかということになるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・慢性期病床の患者を病院以外で診るということになると、相当数、介護側の受け止めが必要になる。また、医療資源投入量が少ないが一般病床に入っている患者が早く退院するようになった場合、通院になるかどうか、切り分けていく必要。

(土居委員)

- ・全体として病床転換なので、急性期病床を回復期にし、さらに在宅で対応する患者が出る分、急性期のベッドは要らなくなるが、急性期病院は急には居宅施設に変わらないので、玉突き的にやっていくことになるのではないか。
- ・病床プラス居宅施設等が足りるかどうかという心配も出てくるが、急性期も病床数を調整することになるので、全体として受け入れられるということにならないか。
- ・C3の水準についてはどのように考えているのか。

(厚生労働省医政局)

- ・C3については、これまでの議論を踏まえ、C3以下の医療需要を居宅施設等医療として受け止める需要としてはどうかと考えている。ただし、退院までの調整期間として、一定の幅を持った点数を基準とすることを検討している。

(土居委員)

- ・調整期間分の点数をどう説明するかが重要になってくる。

(厚生労働省医政局)

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会でも、現場の患者には色々な幅があり受け止めは多様であるという意見が出されている。例えば症状が落ち着いた後も急性期に残っている患者もいるので、それに対応する受け止めの幅を一定程度持っていた方が現場としてもよいのではないかと考えているが、どのように説明するかは検討したい。

(佐藤委員)

- ・土居委員と同様の指摘となるが、補正係数的な措置をとることはわかるが、その場合は、算定根拠を示さないといけない。

(厚生労働省医政局)

- ・工夫したい。

(以上)