

第8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27年2月18日（水）10:00～11:40

場所：中央合同庁舎第8号館共用会議室B

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

【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。

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。

(佐藤委員)

- ・慢性期については、前回も述べたとおり、例えば、地域の社会的な要因などにより病床の見直しに時間がかかることもやむを得ない場合もあるので、2030年までに達成するようにするなどの工夫も考えられる。ただし、ただのモラトリアムにならないように、目標を達成できるという道筋を都道府県に担保してもらう必要があり、具体的な方針を地域医療構想の中に組み込む必要があるのではないか。
- ・前回のWGの資料では、高齢者単身世帯割合と療養病床数に一定の相関関係があったので、こうしたことも勘案していくことは考えられる。ただし、高齢者単身世帯割合が低いけれども在宅医療が進んでいないところはどうかという問題もある。最終的には、在宅医療へのスムーズな移行が重要となるので、よく考える必要がある。

(厚生労働省医政局)

- ・例えば、介護施設の整備状況などは、これまでの自治体の取組によるところも多いので、考慮すべき要素としては、地理的・社会的要因の方が好ましいと考えるがどうか。

(松田主査)

- ・慢性期病床の問題は、データからは患者の状態像が分からないことである。現時点で考えられることとしては、入院基本料がA～Iまでであるので、その分布を調べてはどうか。

(厚生労働省医政局)

- ・実施に当たっては、そういったデータを揃えていくことは重要だと考えている。

- ・在宅サービスをこれだけやれば療養病床に入院している患者の一部をこれだけ受け止められるということが演繹的・論理的に示せると良いが、今の段階ではなかなか難しいので、入院受療率が低い地域がどのようにしてそうなっているのか分析することが重要である。国からも情報提供が必要であるが、それをどう実現するか実現方法を各都道府県で考えていただくことが重要である。

(松田主査)

- ・療養病床をサ高住などへ転換していくようなイメージだと考えており、それを進めるための丁寧なシナリオが必要だと思う。
- ・全国には一般病床や療養病床をダウンサイジングして、残りをサ高住に転換していった事例がいくつかある。どのような状態像の患者がサ高住に移り、どのような患者が入院し続けたのか、結果として全体で問題が起こっていないかなどについて事例を集めて示す必要があるのではないか。現場の理解を得られるよう、そうした事例を示した上で、医療介護総合確保基金を使って転換を進めていくというシナリオをつくる必要があり、情報収集が重要ではないか。

(伏見委員)

- ・高齢者単身世帯割合を勘案する場合、現時点では、既に高齢化が進展している郡部では割合が高く、今後高齢者が増えてくる都市部は割合が低くなる。今後10～15年の間に高齢化が進み、都市部にも高齢者単身世帯が増えてくることに留意が必要である。

(厚生労働省医政局)

- ・一般的に、人口密度と介護施設の整備状況は反比例しており、人口が多いところは、人件費が高いせいか、介護施設の整備は遅れ気味となっている傾向がある。
- ・介護施設数に着目してしまうとこれまでの整備状況の差を勘案することになるので、純粋な社会的・地理的要因とは異なってくるのではないか。
- ・そうした意味で、高齢者単身世帯が多く、社会的な要因で療養病床のニーズが高いところを重点的に考えていくということは一つの考えだと思う。

(藤森委員)

- ・受療動向について、都市部では高齢者が居住地以外の二次医療圏を受療することをどう勘案するかで必要な病床数の見込みが違ってくるのではない

か。

(厚生労働省医政局)

- ・ 基本的には、二次医療圏ごとに考えていただく必要があるが、東京では療養病床は多摩地域に多く、地域ごとの役割分担がはっきり分かれていることをどう考えるかという問題がある。
- ・ ガイドライン検討会の議論でも、高度急性期について同様の議論があったが、都道府県単位で資源配分を考えることが必要になる。
- ・ 療養の場合は療養環境というのもあって都市部に建てれば良いという話でもないので、都道府県単位で考えることもあり得る。

(土居委員)

- ・ 基金を使って病床の再編にうまく対応できるのであれば、各都道府県には対応いただきたいし、医療圏をまたがって、都道府県単位で調整することで目標を達成できるのであれば、そのような調整の方法もあると思う。

(松田主査)

- ・ フランスなどには、在宅の患者の医療ベッドを病院のベッドと見なして、病院の医療チームが出向き、入院に近い医療を行う在宅入院制度があるが、日本でも、病床数の見直しに当たり検討する価値はあるのではないか。
- ・ イメージとしては、場所は自宅でも特別養護老人ホームでも良く、また、ある施設が常に在宅入院の対象になるわけではない。地域全体で一定数の枠があって、その状態像にある患者が出たら在宅入院の対象にするというようなものである。

(厚生労働省医政局)

- ・ いかに適用になる患者を適正に見極められるかが課題となるのではないか。入院基準、退院基準の設定が難しいと考えられるが、どのようなイメージになるのか。

(松田主査)

- ・ 例えば、削減した病床の何割かを在宅入院のベッドとして、削減した病院に与えるということは考えられないか。
- ・ 海外の在宅入院制度自体は入院なので退院の基準があり、退院が可能となった時点で退院になるので在院日数を長引く仕組みではない。がんの化学療法やターミナルケアを受ける段階、骨折後の治療が終わってギプスを外

す段階などが対象となるイメージである。また、ケアプランは病院がつくることになる。

(厚生労働省医政局)

- ・ 今後 10 年間というスパンの中で、新しい形態で受け皿をつくることで現場にとっても再編が進めやすくなる可能性もあるということをご指摘のとおりだと思う。介護施設等への移行だけでなく、医療の中で、どう受け止めるべきかも今後議論していく必要がある。

(藤森委員)

- ・ 国によっては、在宅入院制度に患者側にもインセンティブがあり、患者の自己負担がゼロであるところもある。平均在院日数にカウントされるので在院日数を長引かせることにはならない。
- ・ 受療動向について、二次医療圏間は都道府県内で調整できるが、都道府県間はどう調整させるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 都道府県間の調整の仕組みも必要と考えており、資料 1 の 41 ページにあるようにガイドライン案にも記載している。
- ・ 地域医療構想を策定する段階で、他の二次医療圏から患者を受けると前提で医療需要を見込むこともあるが、どこの二次医療圏から受けるかを明らかにしないと、計画上の必要病床数がどんどん増えてしまうおそれがあるので、都道府県間で調整するように明示的にガイドラインに書く予定である。

(藤森委員)

- ・ 地域ごとの受療動向については確実な数字がなく、国保と後期高齢者医療のデータを用いて算出すると、高齢者の割合が高くなるという問題もある。年齢によっても受療動向が異なっており、特に急性期ほど違っている。今後の課題として、被用者保険のデータを分析できるようにすることが必要ではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 全体的には急性期や回復期の機能の病床が過剰な地域が目されるが、東京など都市部では、病床が足りない地域もある。減らすのは難しく増やすのは簡単ということになれば、全体としてどう整合をとっていくのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 基本的には基準病床数制度があるので、まずはその範囲で対応してもらうのではないかと。
- ・ 今回の法改正で、知事が役割を発揮できる仕組みを設けたので、そのような仕組みも整合をとっていく上では活用可能である。
- ・ ガイドラインを策定した後の課題として整理したい。

(藤森委員)

- ・ 2025年から2030年に患者数がピークになり、その後、人口減と相まって、2060年くらいにはほぼ今と同じレベルになると見込まれるので、2030年のピークにあわせて病床をつくってしまうと後々病院が大変になる。病床が当面不足する地域には、そうしたことも併せて説明した方がよいのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・ ガイドラインでも、2025年だけでなく、2040年もイメージしながら考えることになっている。ご指摘のような説明も考える必要がある。

(松田主査)

- ・ 今回の介護報酬改定で規定される看護小規模多機能施設が大事であり、地域の在宅の受け皿になり得ると考えている。
- ・ 構想会議の中では介護のことも意識して話し合ってもらう必要がある。ガイドラインの書き方を工夫していただいた方がよいと思う。

(土居委員)

- ・ 地域医療構想によって各地域の医療需要が明らかになることで、医療機関の経営にとっても、先行きの見通しを立てる上で有用な情報を提供できることになるということを医療機関にも理解してもらうことが必要である。
- ・ ガイドライン検討会では、構想区域は必ずしも今の二次医療圏と同じでなくともいいという議論になっており、第7次医療計画の策定の際に二次医療圏の再編を見据えておくということも重要である。
- ・ 病床機能報告制度について、各医療機能の定義が定性的だったということもあり、各医療機関の思い入れも加わった報告になっている印象がある。今回の各医療機能の定義を医療機関に周知・徹底して、次の報告の際にはより定義に合致した報告をさせるようにすべきではないかと。
- ・ ガイドライン案にも指摘されているとおり、都道府県には、PDCA サイクル

を意識して取り組んでもらうことが必要である。

- ・要介護度と医療の必要度の関係や、介護サービスを受けることで要介護がどう変化するかなどのエビデンスが十分でないので、今後、介護情報も活用してそういう分析を深められると良い。

(松田主査)

- ・推計を行う上では、被用者保険の被保険者を各地域に割り付けられないことが課題となっている。今後、全てのレセプトに患者の住所の郵便番号を入れることを検討いただきたい。
- ・また、推計を行うに当たって、生活保護のデータを現時点では使えないことや、性・年齢階級別の都道府県単位・二次医療圏単位の人口が保険者別には分からないということも課題となっている。
- ・今後、推計結果を精緻化するために定期的に見直していくに当たって、こういうフォーマットでこういうデータが必要ということを整理しなければならないと思っている。今後3年くらいの間により精度の高いデータをつくっていくことが必要であると考えている。
- ・介護情報に関して、要介護が軽度の段階では医療と介護が相乗的・相加的に作用しており、重度になると相互的・補完的になる。つまり、例えば、特養入所者などはあまり医療を使わなくなるが、軽度の方は医療と介護の両方を使っており、医療と介護の全体をマネジメントする仕組みが必要となるのではないか。

(佐藤委員)

- ・長い目で見て社会保障の持続性を担保するために、基金の活用を通して医療提供体制を改革していくことをしっかり周知することが重要である。消費税増収と併せて医療の効率化を行うことが必要であり、消費税増収分で病床数を増やすとの誤解を生まないようにすべきである。
- ・二次医療圏で自己完結を目指すことは良いが、おらが町にもみな病院をとこの話にならないようにする必要があり、二次医療圏の範囲の見直しや二次医療圏の間での役割分担とセットで議論をしていくことが必要である。
- ・C3では境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込むこととされているが、C3の基準に必ず一定の点数を考慮するのか、もしくは場合によっては適用するという弾力条項的なものになるのか。
- ・松田主査から3年くらいでデータを整備していく必要がある旨の指摘があったが、今後、データが精緻化できた場合には目標値も含め変わってくることもあり得るのか。

- ・これまで WG では必要病床数を中心に提供体制の話をしてきたが、医療費適正化計画にどのように結び付けるのか。コストを管理できる体制をつくっていくのが最終目標かと思うが、医療費の適正な見通しや必要に応じた適正化につなげていくことが重要であるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・ C3 の部分の推計方法については、すべての構想区域において退院調整期間を織り込むこととしたいと考えている。
- ・慢性期について現時点で入手可能なデータを使って推計するものであり、推計方法は省令に規定し、これに沿って推計いただくものとして位置付ける予定である。

(伏見委員)

- ・地域医療構想の策定に当たっては、国からのデータ等の提供が必要になるが、都道府県だけでなく、関係者にも提供されることになるのか。
- ・自己完結率を適切な方向に持っていくことは重要であるが、自己完結率をできる限り向上させるべきと強調しすぎると誤解を生じてしまうおそれがある。

(厚生労働省医政局)

- ・国からの必要なデータの提供については、都道府県に行くことになるが、都道府県が分析・議論のために関係者にも提供することになると考えている。
- ・病床機能報告制度については、今回は定性基準でやっており、今後、定量基準の検討をすることになる。その際、C1 のような医療資源投入量などに直接リンクさせてしまうと、医療機関の行動に影響を及ぼしかねないので、慎重に検討をする必要がある。

(松田主査)

- ・病床機能報告制度との関係については、まずは各医療機能の定義を丁寧に周知・説明していくことが重要である。
- ・構想区域の設定に当たっては、国内には大きすぎる二次医療圏がいくつかあることに留意する必要がある。大きな二次医療圏では市町村単位で分析することも考える必要がある。
- ・都道府県間の医療需要のやり取りを検討するに当たっては、実際の患者の動きを分析ができるようにした方が良い。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・精神病床の取扱いはどうしているのか。

(厚生労働省医政局)

- ・今回は一般病床と療養病床にフォーカスしているので、精神科医療については、ガイドライン案にも一部触れているものの、機能分化・連携の対象には直接は入ってこないという整理にしている。

(以上)